



# Årsrapport 2019

April 2020



## Årsrapport 2019

Allorfik, Videncenter om Afhængighed  
Departementet for Sundhed

Publikationsår: 2020

Udarbejdet af:

Birgit Niclasen

Maibritt Bjerrum

Sara Viskum Leth

Allorfik, Videncenter om Afhængighed

Niels Hammekensvej 41

3900 Nuuk

Web: <https://allorfik.gl/>

Rapporten refereres: Niclasen, B, Bjerrum, M & Leth, SV. Årsrapport 2019. Nuuk: Allorfik, Videncenter om Afhængighed, 2020: 1-37

Rapporten kan downloades på <https://allorfik.gl/Emner/Vidensportal>

## Indholdsfortegnelse

<b>RESUME</b>	<b>4</b>
<b>Overvågning af visitation og behandling</b>	<b>4</b>
Henvisninger 2019	5
Behandlede i 2019	5
Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI)	5
Det tværsektorielle samarbejde	5
Planlagte indsatser i 2020	6
<b>1. OM ALLORFIK OG BEHANDLINGSTILBUDET FOR BORGERE MED RUSMIDDELPROBLEMER OG PENGESPIL</b>	<b>7</b>
Allorfik, Videncenter om Afhængighed	8
Behandlingstilbudet	9
<b>2. Aktiviteter under Allorfik, Videncenter om Afhængighed i 2019</b>	<b>10</b>
Overvågning af visitation og behandling	10
Uddannelsesindsatsen	10
Informationsindsatsen	11
Lovforberedende arbejde	11
Udbuddet i 2019	11
Behandlingstilbud til børn og unge	12
Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling	12
<b>3. VISITATIONSDATA 2019</b>	<b>13</b>
Aldersfordeling	13
Kønsfordeling	14
Fordeling på kommuner	15
Graden af problemer med alkohol ved visitation	15
Graden af problemer med hash ved visitation	16
Problemer med pengespil ved visitation	18
Problemer med flere rusmidler	19
<b>4. BEHANDLINGSDATA 2019</b>	<b>21</b>
Behandlinger i 2016-2019	21
Behandlede i 2012-2019	21
Lokalbehandling	22
Behandlingsstatus	23
Behandlingsstatus fordelt på køn	24
Behandlingsstatus fordelt på alder	24
Henvisningstype	25
<b>5. DEN NATIONALE RUSMIDDELDATABASE (KN-ASI) 2019</b>	<b>26</b>
Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling	26
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse	28
Helbredsforhold	29
Behandlede med børn under 18 år	29
Forholdene i barndomshjemmet	31
<b>6. ÅRETS TEMA: DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE</b>	<b>34</b>
Efterforløbsplanen	34
Analyse af efterforløbsplanerne	34
Gæld, arbejde, uddannelse og revalidering	36
Planlagt opfølgning hos sagsbehandler, i familiecenter eller ved andre professionelle	37
Det tværsektorielle samarbejde mellem rusmiddelbehandlingen, kommunerne og sundhedsvæsenet	38
Lokalt samarbejde	38
Arbejde under den politiske koordinationsgruppe omkring at styrke samarbejdet	38
Konklusion omkring det tværsektorielle samarbejde	39
<b>7. PLANLAGTE INDSATSER UNDER ALLORFIK I 2020</b>	<b>40</b>

## Resume

Allorfik er en driftsenhed under Departementet for Sundhed. Allorfik varetager det nationale tilbud om behandling af afhængighed af alkohol, hash og pengespil. Oprettelsen af Allorfik har baggrund i "Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling"<sup>1</sup>, der beskriver et gratis nationalt tilbud til voksne med rusmiddel- og spilproblemer. Allorfik blev oprettet 1. januar 2016, hvor ansvaret overgik fra sundhedsvæsenet til Allorfik. Allorfik består af en overordnet enhed Allorfik, Videntcenter om Afhængighed, som i perioden 2016-2018 har oprettet et behandlingscenter i hver kommune for borgere over 18 år. I 2019 fik rusmiddelbehandlingen egen lovgivning "Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed".

For de 62 % af befolkningen, der bor i en by med et Allorfikcenter, sker behandlingen som udgangspunkt her. I Allorfikcentrene består behandlingsmetoder af Motiverende Samtale (MI) og Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er p.t. ambulant med fremmøde 1-5 gange om ugen i 14-17 uger. Andre behandlingsmodeller er under udarbejdelse.

De 38 % af den voksne befolkning, der har bopæl uden for byer med et Allorfikcenter, tilbydes behandling i samarbejde med den private udbyder, p.t. Katsorsaavik Nuuk. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden som dagbehandling á 5 timer dagligt i 6-8 uger.

Behandlingen sker således lokalt i Allorfikcentrene eller gennem 12 årligt udbudte lokalforløb for op til 22 borgere pr. hold fordelt på byerne på kysten og i større bygder. Lokalforløbene afholdes i de byer, hvor kommunen ønsker det. Borgere, der ikke har mulighed for at komme i lokalforløb, tilbydes behandling i Nuuk ved Katsorsaavik Nuuk.

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. I både Allorfikcentrene og ved lokalbehandling tilbydes pårørende behandling. Hos Allorfikcentrene tilbydes pårørendebehandling også til pårørende, selvom den pårørende ikke har et familiemedlem i behandling.

## Overvågning af visitation og behandling

Et bedre tilbud kræver bedre data - om henvisninger, behandling og den enkelte borgers baggrund. Et af videntcentrets vigtigste opgaver har været at bedre den nationale overvågning. Dette sker overordnet gennem tre databaser:

- Visitationsdatabasen (henvisninger)
- Behandlingsdatabasen
- Den Nationale Rusmiddeldatabase, KN-ASI

---

<sup>1</sup>[http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Fremtidens\\_misbrugsbehandling\\_2015/DK\\_PDF\\_DOK%201\\_Forslag\\_til%20Fremtidens\\_misbrugsbehandling\\_DK%20DOK1945242.pdf](http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Fremtidens_misbrugsbehandling_2015/DK_PDF_DOK%201_Forslag_til%20Fremtidens_misbrugsbehandling_DK%20DOK1945242.pdf)

### **Henvisninger 2019**

Allorfik visiterede i 2019 743 borgere til behandling. Flest 25-34-årige henvises og flere kvinder (53 %) end mænd (Figur 3.1 og 3.3). Problemer med alkohol ved henvisningen vurderes med en AUDIT-score. I 2019 havde 27 % af de henviste ikke et alkoholproblem, de resterende 73 % var enten storforbrugere (14 %), havde et skadeligt forbrug (11 %) eller var stærkt afhængige (48 %) (Figur 3.7). Vurderingen af problemer med hash: I 2019 angav 26,5 %, at de ikke røg hash, hvilket er en mindre andel end i 2018. (Figur 3.7). Problemer med hash blev også vurderet med en DUDIT-score fordelt på køn (Figur 3.11 og 3.13). Problemer med pengespil: 80 % spillede ikke om penge. Blandt de færdigvisiterede, der angav at spille om penge, havde 51 % en egentlig spilafhængighed (Figur 3.14 og 3.16). Antal borgere med flere rusmiddelproblemer er opgjort i Figur 3.17.

### **Behandlede i 2019**

Der er et tidsforløb mellem visitation og afsluttet behandlinger. I 2019 afsluttede 668 borgere deres behandlingsforløb. Dette dækker over både gennemførte og afbrudte behandlinger. Siden de første Allorfikcentre åbnede er antallet af afsluttede behandlinger stigende (Figur 4.1). Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen så vidt muligt skal foregå lokalt. Lokalbehandling er styrket med det nye udbud fra april 2017 og oprettelsen af Allorfikcentre i kommunernes største by. Samlet blev 78 % af borgerne behandlet lokalt i 2019 (Figur 4.3). I alt gennemførte 79 % behandlingen (Figur 4.4). Gennemførte behandlinger er defineret som behandlinger, hvor borgeren har gennemført mindst 6 ugers behandling, med mindre en anden behandlingstid fra start har været tiltænkt.

### **Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI)**

Kun 39 % med alkoholoverforbrug og 34 % med brug af hash kommer i behandling indenfor 5 år efter, at problemet er opstået (Figur 5.1 og 5.2), mens det for begge rusmidler er mellem 17-25 %, der har haft problemet i 20 år eller mere. Med de flere gratis lokale tilbud forventes det, at tiden rusmidler- og spilproblemer før en behandlingsindsats på sigt forkortes. I alt 27 % af de behandlede har været behandlet tidligere (Figur 5.3). Mange i behandling har en kort skoleuddannelse, og et flertal (68 %) har ingen uddannelse (Figur 5.4 og 5.5). I alt 70 % har tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (62 %) eller som selvstændige (8 %) (Figur 5.6). Mange borgere i behandling har børn under 18 år. Af 327 borgere i behandling har 54 % et eller flere hjemmeboende børn under 18 år, og 19 % har et eller flere børn under 18 år anbragt uden for hjemmet (Figur 5.10 og 5.11). En stor del af de behandlede er vokset op under utrygge forhold i barndomshjemmet (Figur 5.12), ligesom et stort flertal har forældre, søskende og/eller bedsteforældre med rusmiddelproblemer (Figur 5.13-18).

### **Det tværsektorielle samarbejde**

Den tværsektorielle indsats skal være med til at sikre, at borgeren af behandlingstilbuddet kan forblive fri af afhængighed efter endt behandling, og at trivsel hos børn fra familier berørt af afhængighed sikres særlig opmærksomhed. Det er vigtigt, at behandlingen og eventuelle sociale indsatser sker sideløbende. Derfor skal alle borgere i behandling have lavet en efterforløbsplan. Der er dog forskel på hvor stor en andel, der får udarbejdet en efterforløbsplan. Som oftest er det selvhenvendende, der ikke får udarbejdet en efterforløbsplan. Kun 21 % af borgere i behandling i et Allorfikcenter får lavet en plan, mens henholdsvis 88 % og 83 % får udarbejdet en efterforløbsplan i forbindelse med lokalbehandling og behandling i Katsorsaavik

Nuuk i Nuuk. Der er også stor forskel på enkelte kommuner, hvor den laveste andel, der får udfyldt efterforløbsplan, er i Kommune Kujalleq - uafhængigt af behandlingssted. I efterforløbsplanen angives det, at 51 % af borgere har gæld til det offentlige, at 79 % er i stand til at arbejde, mens at 41 % er i arbejde. En tredjedel har planlagt uddannelse, mens der for en tredjedel er planlagt revalidering. Endvidere er der stor forskel på den planlagte opfølgning ved sagsbehandler, af andre eller i familiecenter, i forhold til om borgeren blev behandlet i et Allorfikcenter, i lokalbehandling eller i Katsorsaavik Nuuk i Nuuk.

### **Planlagte indsatser i 2020**

Disse fremgår i oversigtsform i kapitel 7.

## 1. Om Allorfik og behandlingstilbuddet for borgere med rusmiddelproblemer og pengespil

Inatsisartut besluttede på Efterårssamlingen 2013 (EM2013/61), efter indstilling fra et enigt Familie- og Sundhedsudvalg, at Naalakkersuisut pålægges at udarbejde en analyse af behovet for misbrugsbehandling og en analyse af de samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit misbrugsbehandlingstilbud til forelæggelse på Forårssamlingen 2014. Inatsisartut besluttede endvidere, at Naalakkersuisut pålægges at udarbejde en plan for fremtidens misbrugsbehandlingstilbud til fremlæggelse på Efterårssamlingen 2014, således at disse kunne implementeres under Forårssamlingen 2015.

Analysen "*Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster*"<sup>2</sup>, som Naalakkersuisut fremlagde ved FM 2014, fokuserer på de væsentligste misbrugsområder, herunder alkohol, hash og ludomani. Der redegøres for hvilke personer, der har et rusmiddelproblem, problemets konsekvenser, behovet for behandling og samfundsmæssige konsekvenser af misbrug og afhængighed.

Sammenfattende viser analysen, at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe problemer med rusmidler i Grønland. Der er både store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt mulighed for at bryde den negative sociale arv og mindske ulighed i sundhed.

"*Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*", der blev fremlagt på FM 2015, beskriver et integreret og forskningsbaseret behandlingstilbud for problemer med alkohol, hash og pengespil. Målet er, at problemerne identificeres tidligst muligt, og at borgeren og de pårørende hurtigt får hjælp. Planen redegør for de nuværende indsatser inden for forebyggelse og behandling af rusmiddel- og spilproblemer. Planen lægger desuden op til udarbejdelse af lovgivning på afhængighedsområdet. Ifølge planen er det samfundets ønske for behandlingsindsatsen:

- At vi kan bryde den negative sociale arv
- At behandlingseffekten efter behandling kan fastholdes
- At tidligere rusmiddelbrugere kommer i arbejde og/eller får en uddannelse, så de bidrager til udviklingen af vores samfund – praktisk som økonomisk

1. januar 2016 overgik rusmiddelbehandlingen fra sundhedsvæsenet til Allorfik. Allorfik er en driftsenhed under Departementet for Sundhed, der varetager det nationale tilbud om behandling af afhængighed af rusmidler og pengespil. Tilbuddet i Allorfik har baggrund i "*Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*". Ønsket med planen er at etablere et gratis nationalt tilbud med en bredere vifte af forskellige behandlingsindsatser, og at tilbuddet gives så tæt på borgerens bopæl som muligt. Herudover skal behandlingsindsatsen være sammenhængende med indsatser, der skal afhjælpe sociale og sundhedsmæssige behov hos de behandlede. Dette skal sikres gennem aftaler mellem Allorfik og hhv. kommunerne og sundhedsvæsenet vedrørende samarbejdet omkring borgerne og samarbejdet på

---

<sup>2</sup>[http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Misbrugsbehandling/Redegoerelse\\_Misbrugsbehandling.PDF](http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Misbrugsbehandling/Redegoerelse_Misbrugsbehandling.PDF)

væsentlige snitflader mellem indsatser i de forskellige sektorer. Herunder skal alle borgere i behandling have udarbejdet en efterforløbsplan for at sikre brobygningen fra behandlingsindsatsen til et nyt liv uden rusmidler og hjælp til f.eks. uddannelse og arbejde.

*”Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling”* udgør det evidensbaserede grundlag for behandlingen i Allorfikcentrene og den nyeste udvikling på rusmiddel- og spilområdet følges i Videncenter om Afhængighed. Der har ikke været grund til at ændre på de basale metoder brugt i Allorfikcentrene, men mindfulness, herunder i forebyggelsen af tilbagefald, er etableret, ligesom der i 2018 har været overbygning af behandleruddannelsen i behandling af par og familier.

I den nationale plan fremgår det, at behandlingsindsatsen som for anden sundhedsbehandling er organiseret ud fra en ”stepped care model” (en trinvis model), hvor den mest virkningsfulde behandling altid er den, der er mindst indgribende, og den, der gives så tæt på borgerens hjem som muligt. Den trinvise model bygger på:

1. at behandlingstilbuddet planlægges individuelt ud fra problemet, forventninger, ressourcer og behandlingsmuligheder, og
2. at behandlingstilbuddet er i overensstemmelse med den aktuelle forskningsbaserede viden på området

I 2019 fik rusmiddelbehandlingen egen lovgivning ”Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed”.

### **Allorfik, Videncenter om Afhængighed**

Med den nationale plan for fremtidens misbrugsbehandling er ansvaret for det samlede behandlingstilbud nu forankret i Allorfik, Videncenter om Afhængighed. Videncentret varetager både konkrete opgaver over for Allorfikcentrene og den samlede behandlingsindsats og varetager samtidig koordinerende og kvalitetssikrende funktioner. Kerneopgaverne er at:

- koordinere den samlede nationale indsats mod problemer med rusmidler og spil
- varetage Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) (og de øvrige databaser)
- overvåge (monitorere) og evaluere indsatsen
- sikre at behandlingen i Allorfikcentrene sker ud fra nyeste viden og ”best practise”
- udvikle og planlægge uddannelsesaktiviteter inden for rusmiddel- og spilområdet, herunder sikre at behandlingskompetencer f.eks. inden for MI og KAT er til stede i Allorfikcentrene
- være øverst ansvarlig for visitation til behandling og for udarbejdelse af visitationskriterier
- være øverst ansvarlig for information og formidling omkring behandling af problemer med rusmidler og spil
- godkende og overvåge private behandlingstilbud (kræver dog yderligere lovgivning på området)
- være øverst ansvarlig for supervision af rusmiddelbehandlere og nøglepersoner i Allorfikcentrene
- udvikle behandlingstilbud til grupper der i dag ikke kan gives et tilbud om behandling
- være øverste organ for tværsektoriel koordinering og samarbejde



- medvirke til offentlig-private partnerskaber på rusmiddelområdet
- udarbejde samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling

Der er nu et Allorfikcenter i alle kommuner. Der blev i 2016 og 2017 etableret behandlingscentre i Qaqortoq, Nuuk og Sisimiut. I 2018 blev centrene i Aasiaat og Ilulissat etableret.

På [www.sullissivik.gl](http://www.sullissivik.gl) og [www.allorfik.gl](http://www.allorfik.gl) findes oplysninger om, hvordan man kommer i behandling. Al visitation sker digitalt. Uden for byer med et Allorfikcenter er det normalt sagsbehandleren, der henviser til behandling. Borgere i byer med Allorfikcentre henvender sig oftest direkte i centrene.

### **Behandlingstilbuddet**

Bosætningsmønstret og ønsket om at sikre bredde i tilbuddet gør, at behandlingsindsatsen nu sker efter flere forskellige metoder og indeholder både et dagtilbud og et ambulante tilbud.

Behandlingen i Allorfikcentre sker ud fra MI og KAT. Behandlingen er p.t. ambulante med fremmøde 1-5 gange om ugen i 14-17 uger. Andre behandlingsmodeller udvikles løbende.

Frem til 1. april 2021 serviceres den del af befolkningen, der ikke er bosiddende ved et lokalt Allorfikcenter af den private udbyder Katsorsaavik Nuuk, som vandt alle ni udbud ved sidste udbudsrunde. En ny udbudsrunde blev gennemført i 2019 uden resultat og et nyt udbud gennemføres i 2020. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden som dagbehandling á 5 timer dagligt i 6-8 uger. Behandlingen uden for Allorfikcentre sker både i Nuuk og lokalt gennem 12 årligt udbudte lokalforløb for op til 22 borgere pr. hold samt i større bygder. Lokalforløbene afholdes, hvor kommunen ønsker det. Borgere, der ikke har mulighed for at komme på lokalforløb, tilbydes behandling i Nuuk. Fra 2020 tilbydes der årlig lokalbehandling i alle byer.

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. I både Allorfikcentre, og ved lokalbehandling tilbydes pårørendebehandling. Ud over det etablerede tilbud til pårørende, visiteres der fra 2018 også pårørende til borgere med rusmiddelproblemer, der ikke er i behandling. Dette tilbud gælder kun i Allorfikcentre.

Behandlingstilbuddet ved problemer med pengespil adskiller sig en smule fra tilbuddet ved rusmiddelafhængighed. I Allorfik tilbydes et særligt ambulante tilbud til borgere med problemer med pengespil, mens behandlingen ved lokalbehandling eller i Katsorsaavik Nuuk sker sammen med borgere med rusmiddelproblemer. Allorfik har derudover et samarbejde med Center for Ludomani i Odense, hvortil borgere også kan visiteres (dog kun dansksprogede borgere). Dette kan enten foregå som et internetbaseret forløb eller som et kort, intensivt forløb på 11 dage i Odense efterfulgt af opfølgning over nettet.

## 2. Aktiviteter under Allorfik, Videncenter om Afhængighed i 2019

Allorfik, Videncenter om Afhængighed har en lang række forskelligartede arbejdsopgaver, både opgaver under *"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling"* og ad hoc-opgaver. Herunder er redegjort for de vigtigste aktiviteter inden for kerneopgaverne i Allorfik, Videncenter om Afhængighed.

### Overvågning af visitation og behandling

God behandling kræver gode data på, hvem der henvises, behandles, efterbehandles og om behandlingsresultatet kan fastholdes. Formålet med at overvåge området er fremover at kunne svare meget mere detaljeret på, hvem der har gavn af hvilket tilbud og hvem, der måske skal have et anderledes tilbud.

Et af videncentrets vigtigste opgaver er således at forbedre den nationale overvågning af henvisninger, behandling og efterbehandling, samt at sikre en tværsektoriel indsats omkring de øvrige udfordringer, som borgere i behandling har ud over deres rusmiddel- og/eller spilproblem.

Den nationale overvågning sker overordnet gennem tre databaser. De tre databaser er:

- Visitationsdatabasen (henvisninger)
- Behandlingsdatabasen
- Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI)

Visitationsdatabasen blev etableret i 2016. Denne indeholder oplysninger om alle, der er henvist til behandling. I visitationsskemaet indgår de WHO-udviklede spørgeskemaer AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) samt et spørgeskema om spilafhængighed. Med disse tre instrumenter er det muligt, allerede når borgerene henvender sig om behandling, at vurdere sværhedsgraden af deres rusmiddel- eller spilproblem.

Behandlingsdatabasen blev ligeledes etableret i 2016. Denne indeholder oplysninger om behandlede, gennemførelsen af behandlingen, og hvor behandlingen er foregået.

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) er en systematisk kortlægning af borgerens eventuelle problemer relateret til rusmiddelbruget på syv dimensioner: Fysisk helbred, arbejde og økonomi, kriminalitet, alkohol, andre stoffer og medicin, familiære og sociale forhold samt psykisk helbred.

Det er Videnscentrets ønske, at data fra Allorfiks databaser også bruges i forskningsøjemed. I 2019 blev den første forskningsartikel, baseret på data fra Allorfiks databaser, publiceret. Artiklen hedder *"Does establishing local treatment institutions lead to different populations seeking treatment among Greenlandic Inuit?"*

### Uddannelsesindsatsen

Uddannelsesindsatsen bygger på internationale anbefalinger omkring behandlingsmetoder og behandlings-elementer. De grundlæggende uddannelser under Allorfik er:

1. Nøglepersonuddannelsen omkring rusmidler og spil
2. Rusmiddelbehandleruddannelsen

Uddannelserne består samlet af fem moduler. Hvert modul er et intensivt forløb på 5 dage. Nøglepersonuddannelsen omkring rusmidler og spil består af modul 1 og 2, som omfatter viden om og behandling inden for rusmiddel- og spilområdet samt undervisning i MI. Rusmiddelbehandleruddannelsen består af nøglepersonuddannelsen samt modul 3 – 5 om KAT generelt, kognitiv behandling af rusmiddel- og spilafhængighed samt familiebehandling ved rusmiddel- og spilproblemer.

Nøglepersonuddannelsen har været gennemført forår og efterår i 2016-2019. Flere og flere søger uddannelsen, og i 2019 blev lavet et specielt forløb i Qaqortoq efter lokalt ønske. Behandler-uddannelsen har været gennemført som et uddannelsesforløb årligt i 2016-2019. Uddannelserne foregår i samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniarfik. Uddannelserne er baseret på den danske sundhedsstyrelses basisuddannelse for alkoholbehandlere modificeret efter grønlandske forhold og tilføjet undervisning omkring behandling af problemer med hash og pengespil. I 2019 har der været et særligt ugelangt kursus (en masterclass) for behandlere omkring behandling af borgere med traumer.

### **Informationsindsatsen**

Informationsindsatsen er fortsat et kerneområde. Vi ved, at behandling nytter. Denne viden og viden om selve behandlingstilbuddet skal ud til befolkningen. Fagprofessionelle, mennesker med afhængighed og pårørende skal have let adgang til viden om behandlingsmuligheder, og hvad afhængighedsbehandling omfatter.

Allorfik vejleder på daglig basis kommuner og andre interessenter omkring rusmidler og spil samt henvisning til behandling. Allorfik har oprettet en rådgivningstelefon som er åben på hverdage mellem kl. 9-15 på tlf. 52 53 43 og en hjemmeside [www.allorfik.gl](http://www.allorfik.gl) med blandt andet selvtests og oplysninger om behandlingstilbuddet og de lokale behandlingscentre.

Allorfik arbejder vedvarende på at gøre det lettere at blive henvist til behandling, uden at sammenhængen med efterforløbet forsvinder. I dag kan borgere enten blive henvist gennem egen sagsbehandler eller ved selv at henvende sig til et Allorfikcenter. Allorfik har i 2019 fortsat arbejdet for, at også offentlige institutioner og større virksomheder kan henvise egne ansatte til behandling mod at påtage sig ansvaret for at lave en efterforløbsplan samt at indrapportere til Den Nationale Rusmiddeldatabase. Der er i 2019 dog ikke lavet nye aftaler med private firmaer og institutioner.

### **Lovforberedende arbejde**

Efter at have været førstebehandlet i 2018 blev "Inatsisartutlov om behandling af afhængighed" vedtaget ved FM 2019. Allorfik har deltaget i dette arbejde.

### **Udbuddet i 2019**

Efter planen blev der udsendt et udbud om rusmiddelbehandling som dagbehandling efter sommeren i 2019. Desværre lykkedes det ikke at få flere lokale aktører på banen eller at få de afsatte midler og udbydernes forventninger til at gå op i en højere enhed. Den nuværende kontrakt blev derfor forlænget til udløb 31. marts 2021, og der gennemføres et nyt udbud i 2020.

### **Behandlingstilbud til børn og unge**

Allorfik er af Departementet for Sundhed blevet bedt om at udarbejde en plan for et særligt behandlingstilbud til børn og unge. Planen blev omdelt til Inatsisartut ved FM 2019. Baggrunden er, at Inatsisartut ved FM 2017 behandlede punkt 185: *"Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalakkersuisut pålægges senest EM2018 at udarbejde en plan for særlige behandlingstilbud for børn og unge brugere af hash under 18 år"*. Planen dækker specielt aldersgruppen 15-24 år, og implementeringen er startet ved Allorfik Avannaa i Avannaata Kommune i slutningen af 2019.

### **Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling**

For at sikre det tværfaglige samarbejde udarbejdes samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og Allorfik. Der i 2019 lavet en samarbejdsaftale med Avannaata Kommune og samarbejdsaftalen med Qeqqata Kommune er fornyet. I 2020 planlægges indgåelse af de øvrige samarbejdsaftaler, herunder med sundhedsvæsenet.

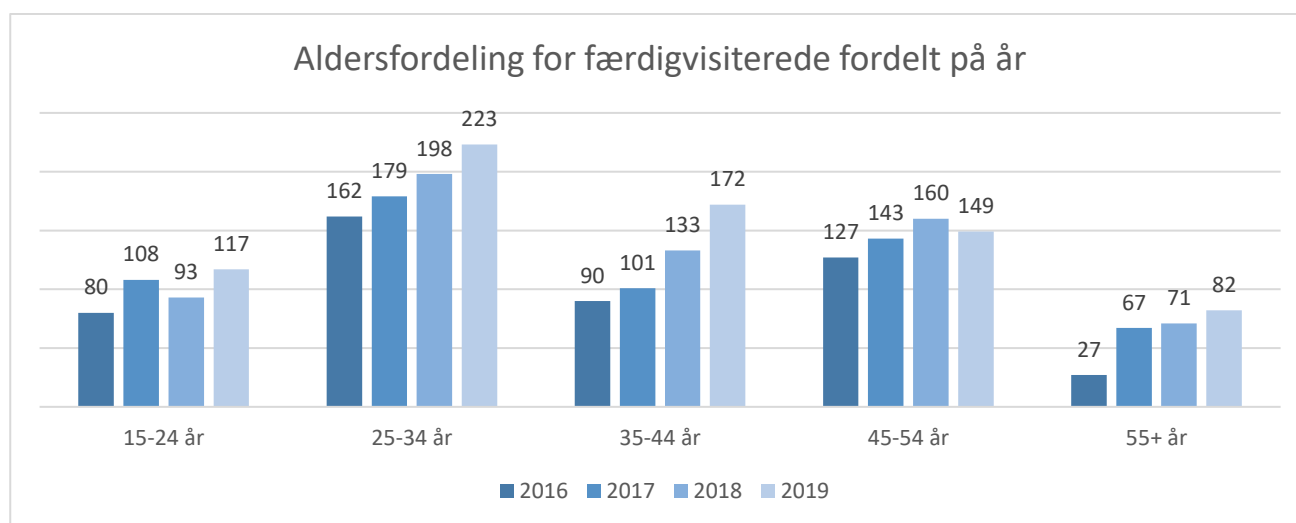
Allorfik har et tæt samarbejde med Center for Ludomani i Odense omkring behandlingen af personer med problemer med pengespil. Allorfik har ligeledes et tæt samarbejde med U-turn, som er Københavns Kommunes behandlingstilbud til børn og unge med rusmiddelproblemer. Herudover har Allorfik samarbejde med Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed og NOVAVI i Danmark omkring mindfulnessuddannelsen.

### 3. Visitationsdata 2019

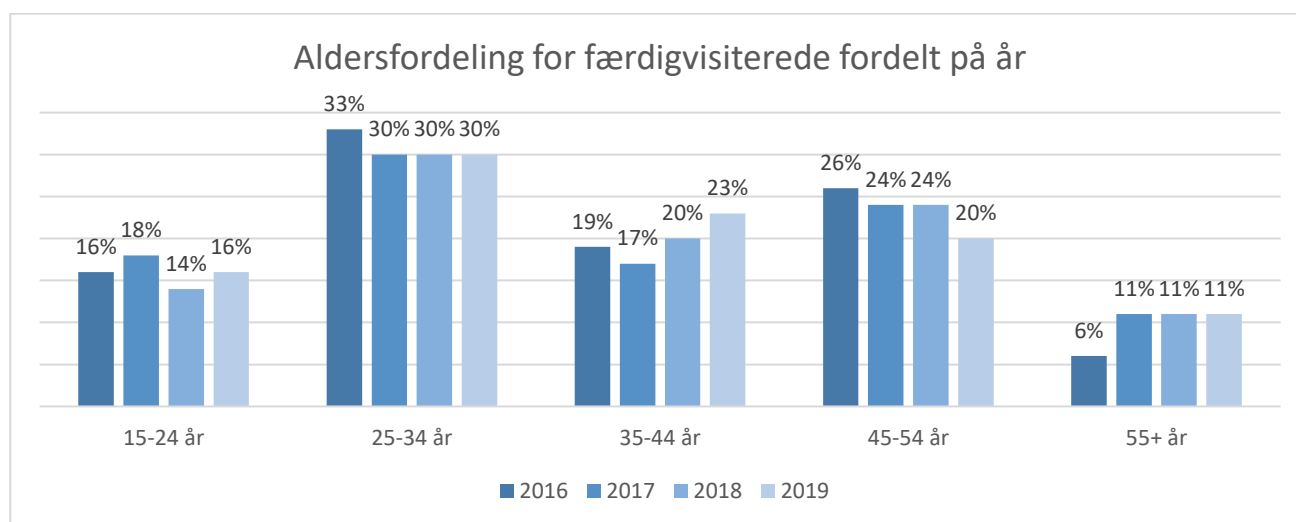
Allorfik færdigvisiterede i 2019 743 borgere til behandling.

#### Aldersfordeling

Hvert år visiteres flere borgere til behandling, end der færdigvisiteres. Det er der flere årsager til. Blandt andet at henvisningen annulleres, at borgeren ikke viser sig at have et rusmiddelproblem, eller at borgeren henvises flere gange.



Figur 3.1 Antal færdigvisiterede fordelt på årene 2016 (N = 486), 2017 (N = 598), 2018 (N = 655) og 2019 (N = 743)

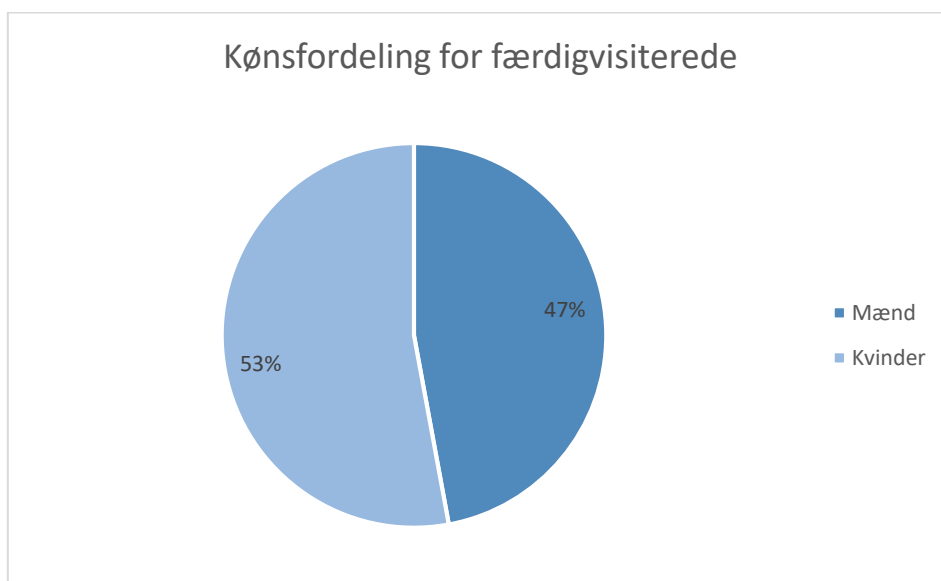


Figur 3.2 Andel af færdigvisiterede fordelt på årene 2016 (N = 486), 2017 (N = 598), 2018 (N = 655) og 2019 (N = 743)

Som det fremgår af Figur 3.1, øgedes antallet af visiterede i alle aldersgrupper fra 2016 til 2017, og videre i 2018 bortset fra den yngste aldersgruppe. I 2019 øgedes antallet af færdigvisiterede i alle aldersgrupper bortset fra gruppen af 45-54-årige.

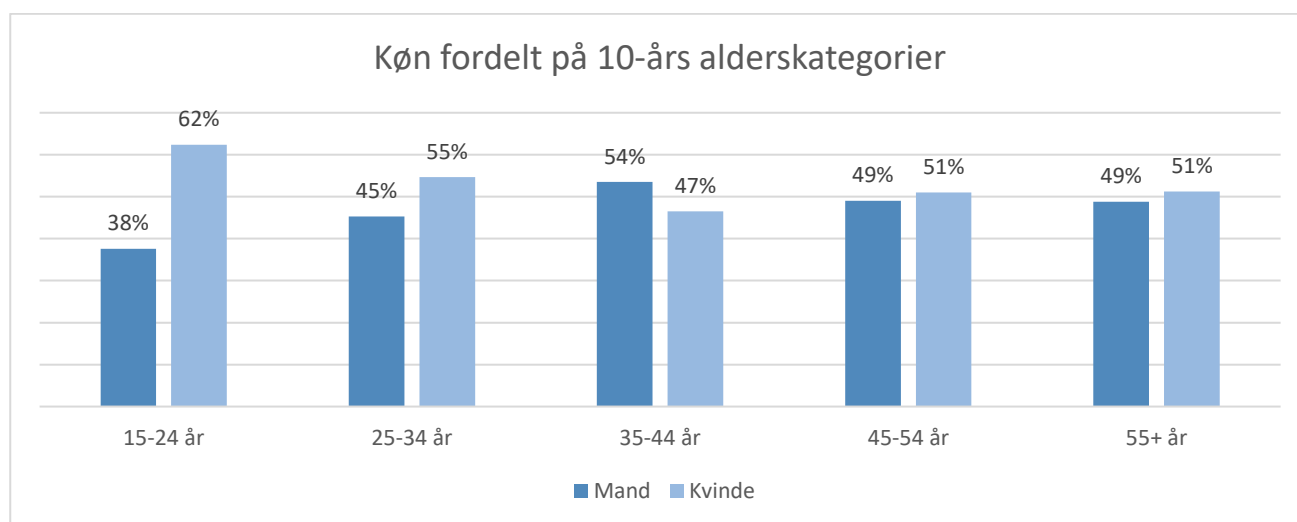
## Kønsfordeling

Det fremgår af Figur 3.3, at flere kvinder end mænd visiteres til behandling



Figur 3.3 Antal færdigvisiterede fordelt på køn (N = 743)

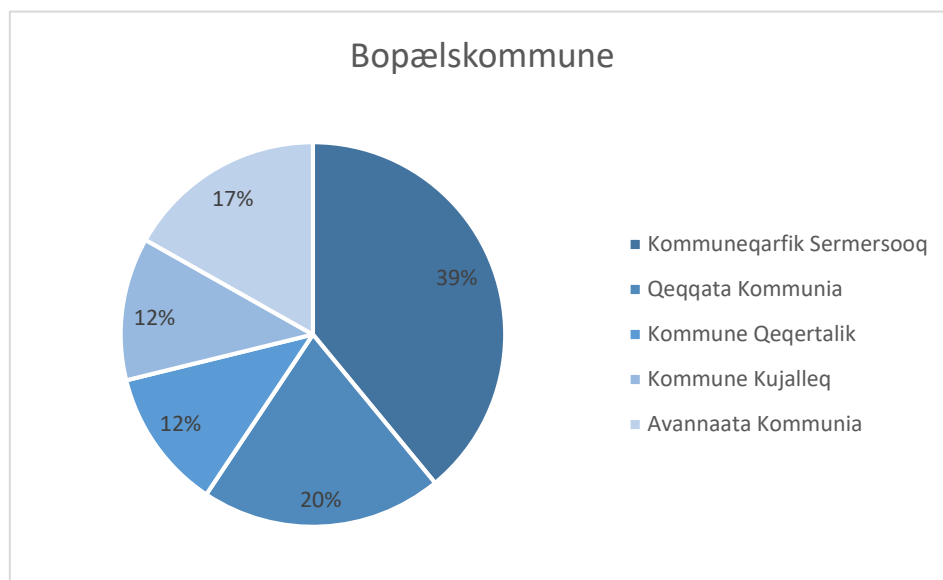
Figur 3.4 viser, at den største kønsforskel ses i den yngste alderskategori, hvor 62 % af de færdigvisiterede er kvinder. Der er dog ingen statistisk signifikant forskel på kønsfordelingen i alderskategorierne.



Figur 3.4 Køn fordelt på 10-års alderskategorier (N = 743)

### Fordeling på kommuner

Af Figur 3.5 fremgår det, at flest personer henvises fra Kommuneqarfik Sermersooq og færrest fra Kommune Qeqertalik og Kommune Kujalleq. Her er der ikke taget højde for kommunernes størrelse og deres befolkningstal.



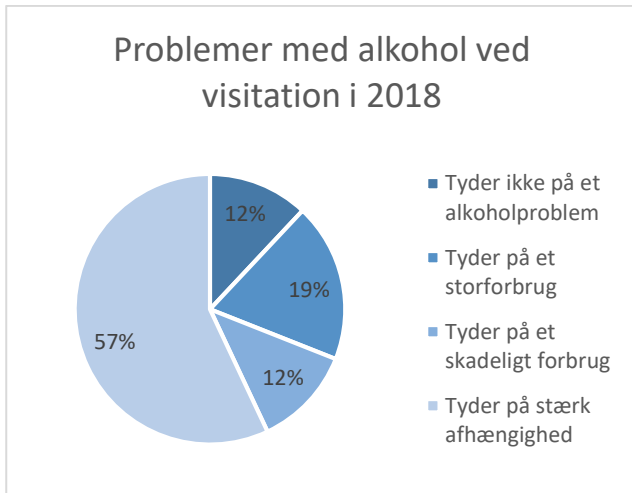
Figur 3.5 Fordelingen af bopælskommune blandt færdigvisiterede (N = 743)

Ser man på den procentvise andel af borgere over 15 år, der henvises til rusmiddelbehandling, i forhold til kommunens voksne befolkning, er fordelingen meget lige. Mellem 1,6 % og 2,0 % af kommunernes befolkning henvises til behandling. Denne fordeling beskriver kun kommunernes henvisningsaktivitet og har ikke nødvendigvis sammenhæng med andelen af borgere med problemer, da en henvisning gennem kommunen kræver både kontakt og sagsbehandlerressourcer til at afdække borgerens problemer.

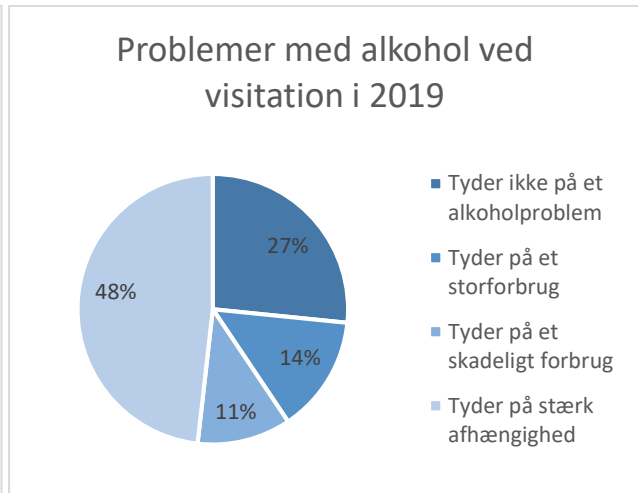
### Graden af problemer med alkohol ved visitation

Problemer med alkohol ved visitation vurderes ud fra en AUDIT score. AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) er en screeningstest bestående af 10 spørgsmål. Testen er udviklet af WHO til at vurdere alkoholforbrug, rusdrikning og alkoholrelaterede problemer. Testen findes i sin helhed på Allorfiks hjemmeside, [www.allorfik.gl](http://www.allorfik.gl), som selvtesten "Drikker du for meget?".

Figur 3.7 viser, at næsten halvdelen af borgerne har et alkoholforbrug, der tyder på stærk afhængighed. Af den procentvise fordeling fremgår det, at 27 % af de færdigvisiterede ikke har et alkoholproblem, 14 % har et storforbrug, 11 % har et skadeligt forbrug, og 48 % har en stærk alkoholafhængighed. Sammenlignet med fordelingen i 2018 er der i 2019 en større andel, der ved visitation vurderes ikke at have et alkoholproblem. En mindre andel har ved visitation et storforbrug, mens andelen, der har et skadeligt forbrug, er næsten uændret. Andelen med stærk alkoholafhængighed er ligeledes mindre i 2019.



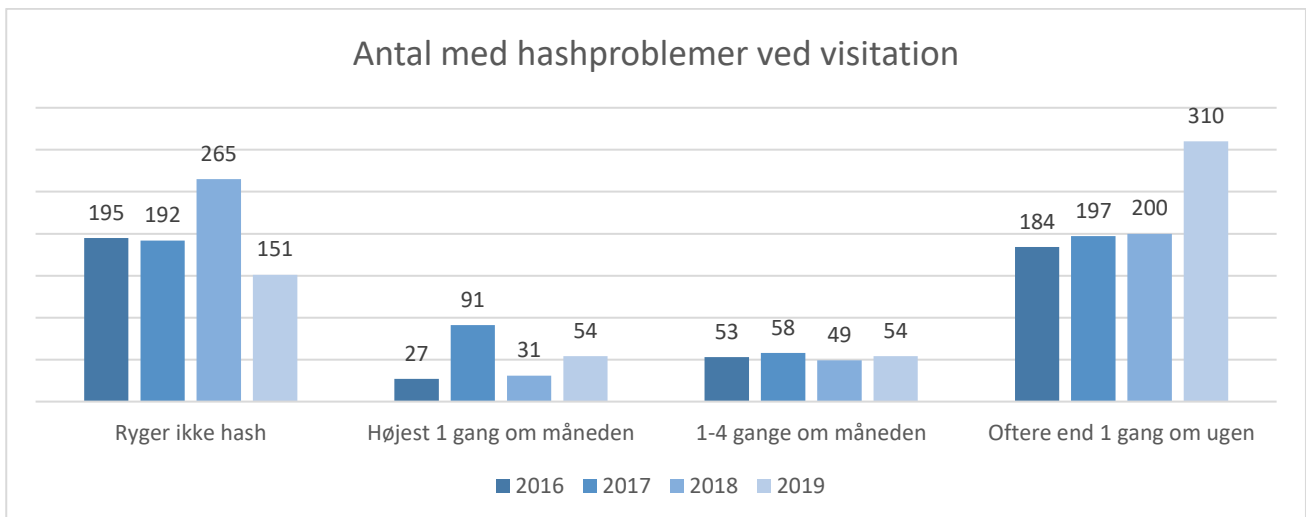
Figur 3.6 Problemer med alkohol ved visitation i 2018 (N = 503)



Figur 3.7 Problemer med alkohol ved visitation i 2019 (N = 743)

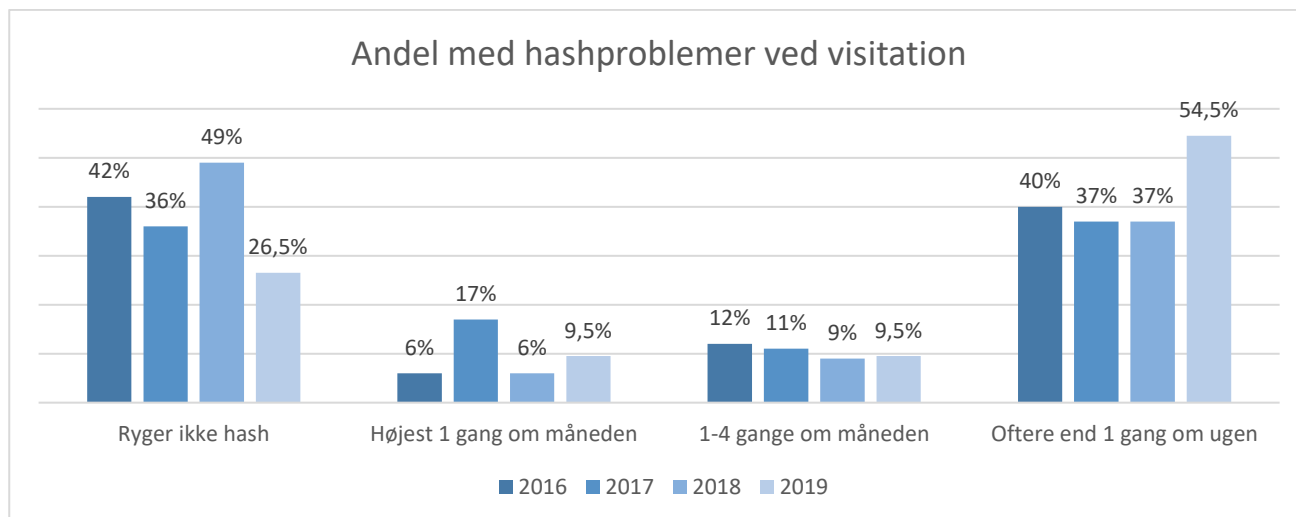
### Graden af problemer med hash ved visitation

Vurderingen af problemer med hash skete i både 2016 og 2017 ud fra spørgsmålet "Hvor ofte ryger du hash?" Dette er brugt i denne rapport for at kunne sammenligne de enkelte år. I sidste del af 2017 er DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) indført- DUDIT er et spørgeskema med 11 spørgsmål, der ligesom AUDIT samler en score for graden af problemer med hash eller egentlig afhængighed. DUDIT findes som selvtest på [www.allorfik.gl](http://www.allorfik.gl). Som en overgang er det i 2019 valgt både at vise hyppighed af hashindtag som i 2016 og 2017 og fordelingen af hashproblemer ud fra DUDIT.



Figur 3.8 Antal med hashproblemer ved visitation (2016 N = 459, 2017 N = 538, 2018 N = 545 og 2019 N = 569)

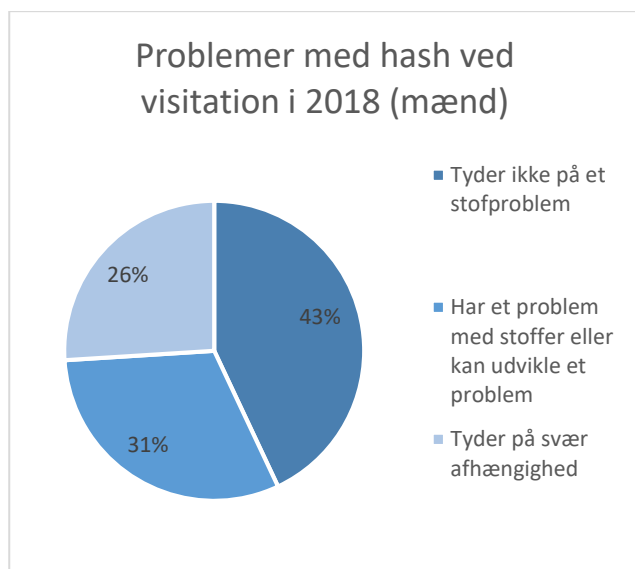




Figur 3.9 Andel med hashproblemer ved visitation i 2016 (N = 459), 2017 (N = 538), 2018 (N = 545) og 2019 (N = 569)

Figur 3.8 viser fordelingen af forbrug af hash for de sidste fire år i antal, mens Figur 3.9 viser den procentvise fordeling for hver af de fire år. Den samme tendens ses i alle fire år. En stor del af de færdigvisiterede ryger enten ikke hash eller rygere hash oftere end 1 gang om ugen. Der er forholdsvis få af de færdigvisiterede, der har et mindre hashforbrug.

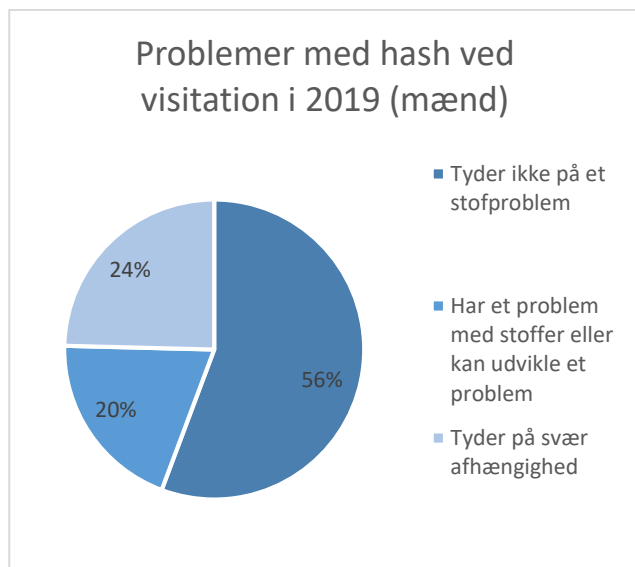
Af Figur 3.8 fremgår også, at der siden 2018 er sket en fald i andelen af borgere, der ikke ryger hash. Samtidigt ses en stigning i andelen af borgere, der ryger hash oftere end 1 gang om ugen.



Figur 3.10 Andelen af færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2018 (N = 220)



Figur 3.11 Andelen af færdigvisiterede kvinder med hashproblemer i 2018 (N = 312)



Figur 3.12 Andelen af færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2019 (N = 350)



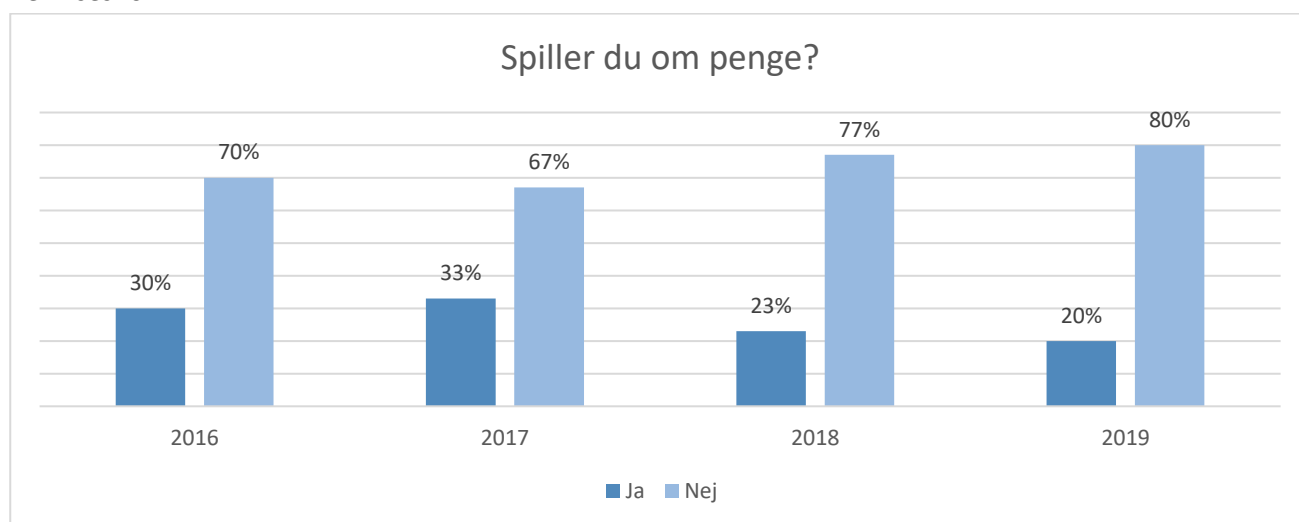
Figur 3.13 Andelen af færdigvisiterede kvinder med hashproblemer i 2019 (N = 393)

Figur 3.10-3.13 viser DUDIT-scoren fordelt på køn for årene 2018 og 2019. DUDIT-scoren er inddelt forskelligt for de to køn. Andelsvis har flere mænd end kvinder problemer med hash både i 2018 og 2019. Denne forskel er statistisk signifikant inden for begge køn i både 2018 og 2019. DUDIT har ikke været anvendt i årsrapporter før 2018, og der findes derfor intet sammenligningsgrundlag med 2016 og 2017.

Opsummerende fremgår det af figurerne i de to afsnit *Graden af problemer med alkohol ved visitation* og *Graden af problemer med hash ved visitation*, at der i 2019 er en mindre andel af borgere, der henvender sig eller henvises med et alkoholproblem, mens en større andel af borgere henvender sig eller henvises med et hashproblem.

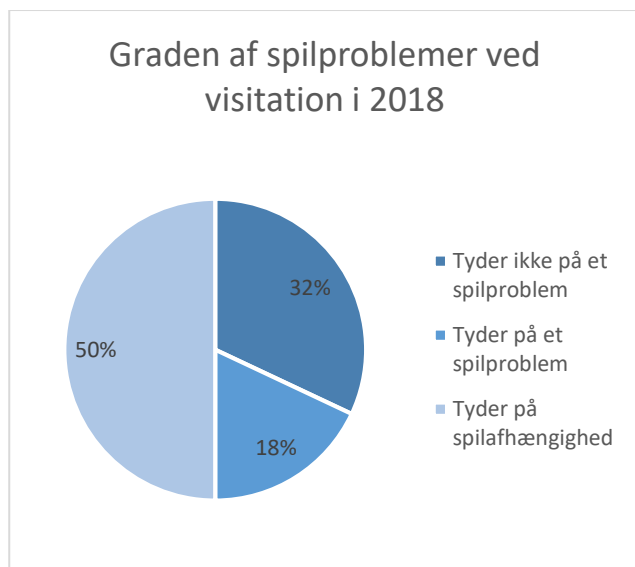
### Problemer med pengespil ved visitation

Spilproblemer vurderes ud fra en samlet score på baggrund af 10 spørgsmål omhandlende spil. Selve testen findes som selvtest på Allorfik's hjemmeside, [www.allorfik.gl](http://www.allorfik.gl). Spilproblemer er den afhængighed, som færrest henvises for.

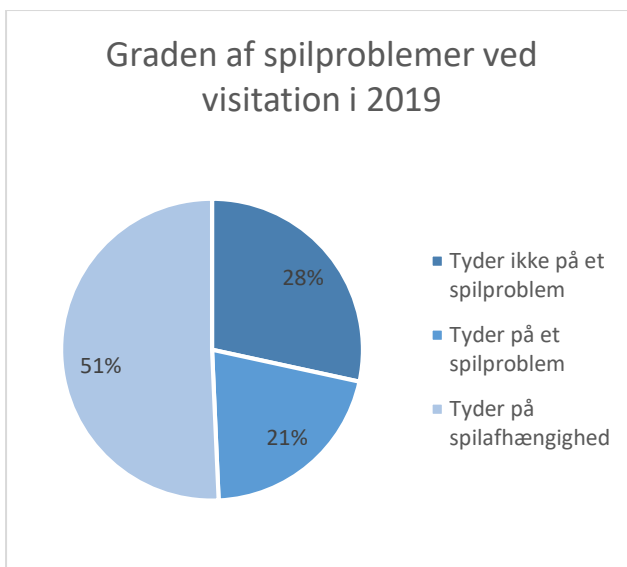


Figur 3.14 Fordelingen af færdigvisiteredes spilvaner fordelt på år 2016 (N = 465), 2017 (N = 499), 2018 (N = 574) og 2019 (N = 743)

Figur 3.14 viser udviklingen i spilvaner over de sidste fire år. Over årene ses samme tydelige tendens, hvor flest angiver, at de ikke spiller om penge, og den procentvise fordeling over årene er meget ens.



Figur 3.15 Graden af spilproblemer hos dem, der har angivet, at de spiller om penge i 2018 (N = 131)

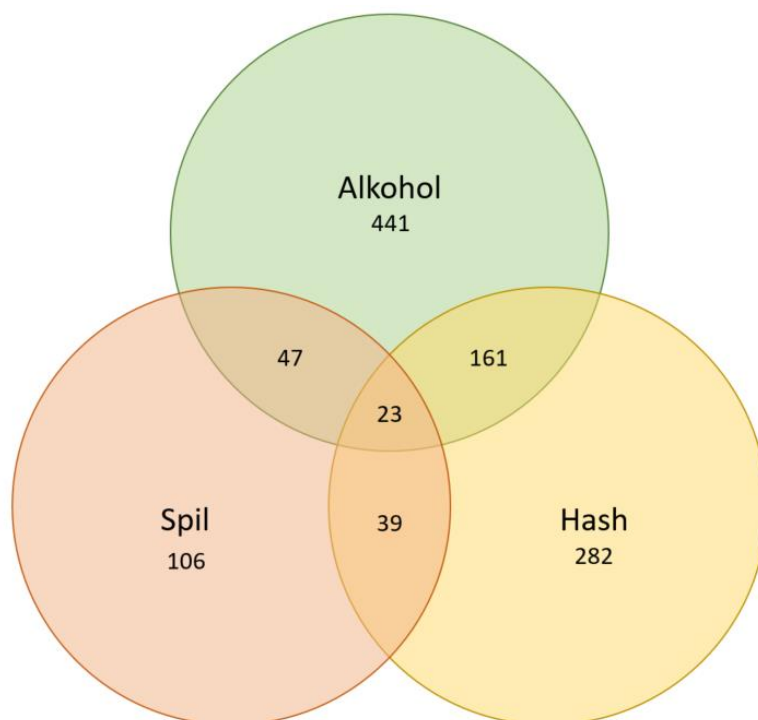


Figur 3.16 Graden af spilproblemer hos dem, der har angivet, at de spiller om penge i 2019 (N = 148)

I 2018 angav 77 %, at de ikke spiller om penge. 50 % af dem, der angiver at spille om penge, har en decideret spilafhængighed. Samme tendens ses i 2019, hvor 80 % angiver, at de ikke spiller om penge. 51 % af dem, der angiver at spille om penge, har en decideret spilafhængighed.

### Problemer med flere rusmidler

Flere af de færdigvisiterede borgere har ikke kun problemer med ét rusmiddel, men med flere forskellige. Af Figur 3.17 fremgår det, hvor mange af de færdigvisiterede, der har problemer med både hash og alkohol, alkohol og spil, spil og hash eller alle tre områder samtidig.



Figur 3.17 Problemer med flere rusmidler udregnet ud fra AUDIT, DUDIT og spørgsmål omhandlende spilafhængighed (antallet i figuren summerer ikke til 743, da nogle borgere indgår flere gange)

Figur 3.17 viser følgende:

- 441 borgere har et alkoholproblem svarende til et skadeligt forbrug eller stærk afhængighed.
- 282 borgere har problemer med hash svarende til et potentielt problem eller svær afhængighed.
- 106 borgere har et spilproblem eller spilafhængighed.
- Ud af de henholdsvis 441 og 282, der har alkohol- eller hashproblemer, angiver 161 borgere, at de har problemer på begge områder.
- Ud af de henholdsvis 282 og 106, der har hash- eller spilproblemer, angiver 39 borgere, at de har problemer på begge områder.
- Ud af de henholdsvis 441 og 106, der har problemer med alkohol og spil, angiver 47 borgere, at de har problemer på begge områder.
- 23 borgere angiver, at de har problemer på alle tre områder.

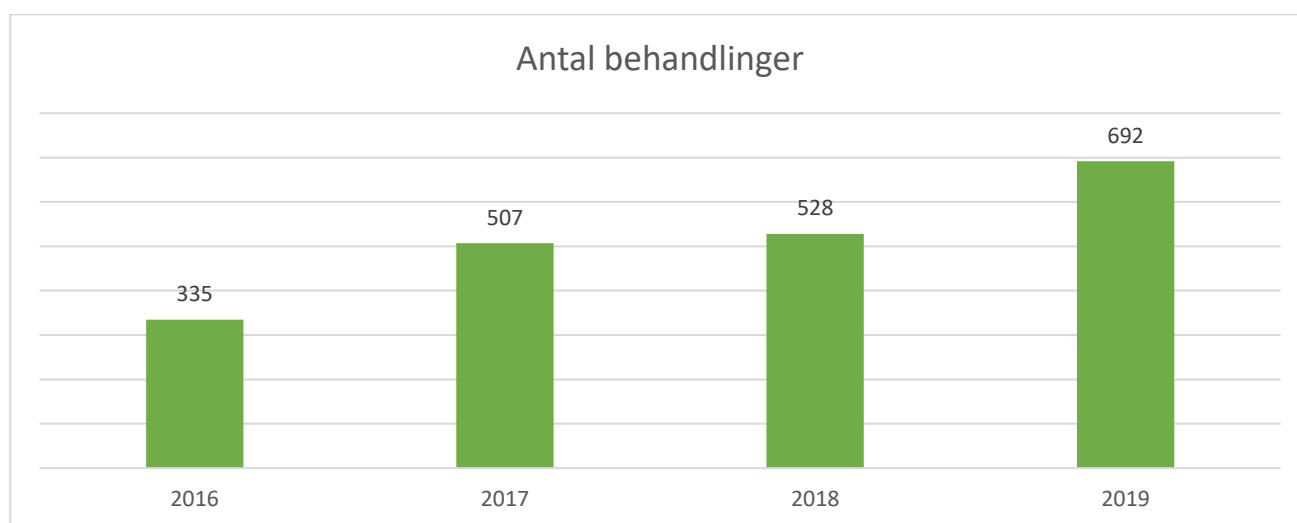
Tendensen til problemer med flere rusmidler i 2019 er nogenlunde lig tendensen i 2018. Figuren for 2018 er ikke medtaget i denne rapport, men kan findes i Årsrapporten 2018.

## 4. Behandlingsdata 2019

Behandlingsdatabasen er fælles for behandlingen ved Allorfikcentrene, mens den for Katsorsaavik Nuuk er en fortsættelse af den tidligere behandlingsoversigt. I forbindelse med implementeringen af udbudsaftalen per 1. april 2017 har der været mindre ændringer af databasens indhold.

### Behandlinger i 2016-2019

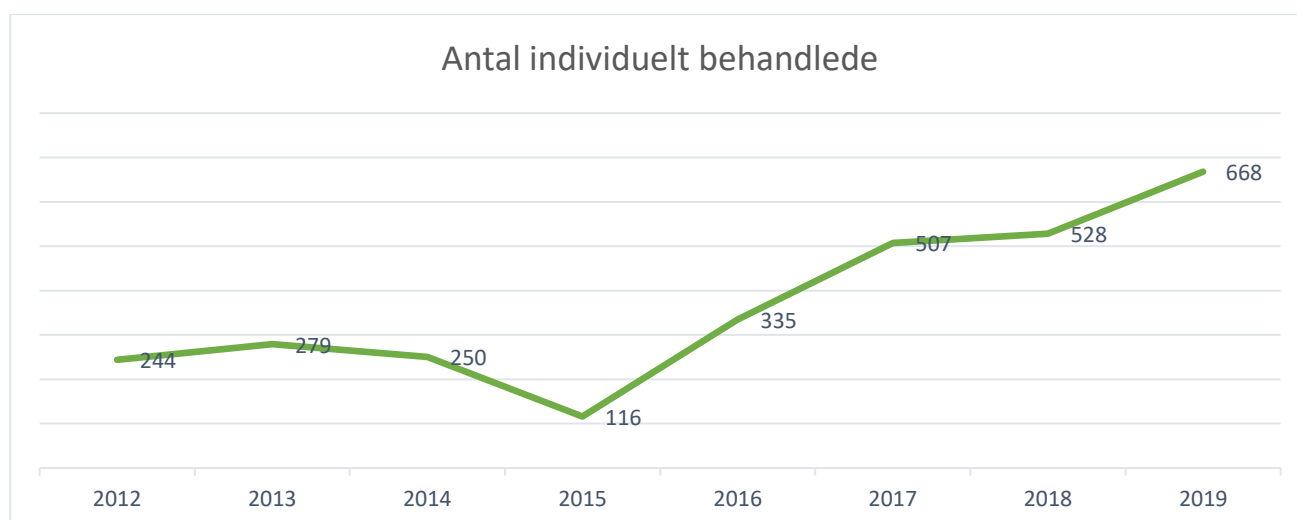
Figur 4.1 viser antallet af afsluttede behandlingsforløb for hvert år, siden Allorfik startede i 2016. I alt er der afsluttet 2.062 behandlingsforløb siden Allorfiks start. Det ses, at antallet af behandlingsforløb er stigende.



Figur 4.1 Antal afsluttede behandlinger i årene 2016, 2017, 2018 og 2019 (N = 2.062)

### Behandlede i 2012-2019

Antallet af behandlede adskiller sig fra antallet af visiterede, fordi der specielt for lokalbehandling er en tidsmæssig forskydning mellem, hvornår henvisningen er registreret første gang og det tidspunkt, hvor behandlingen starter.

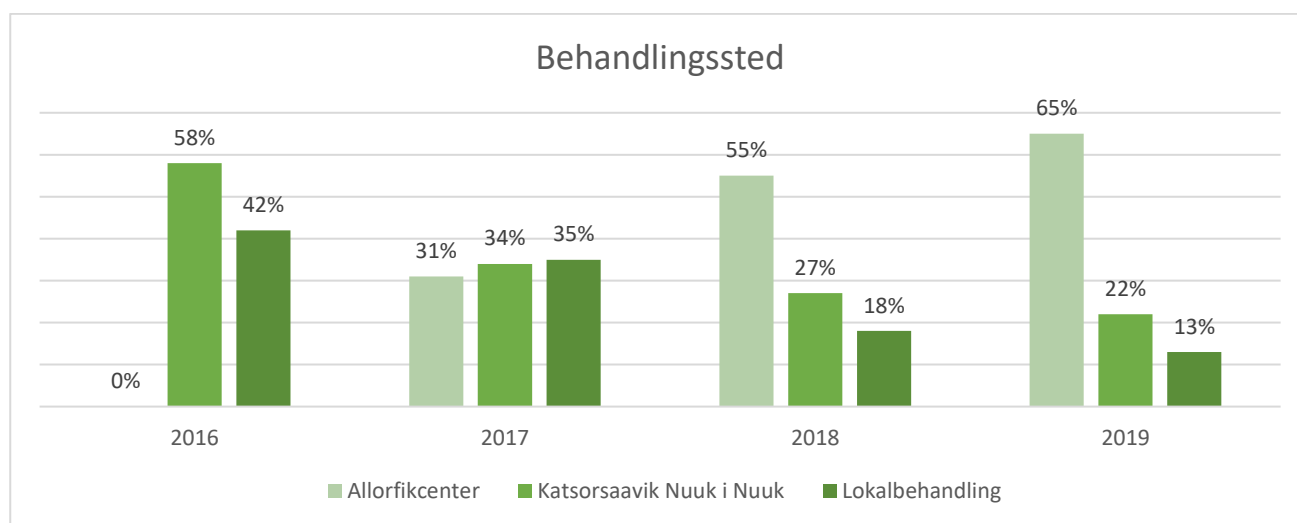


Figur 4.2 Antal behandlede i årene 2012-2019 (N = 2.927)

Det samlede antal behandlede i 2012-2019 fremgår af Figur 4.2. For årene 2012-2015 inkluderes både klienter i den daværende aftale med sundhedsvæsenet og egenbetalere. Antallet af behandlinger og antallet af behandlede i 2019 adskiller sig, idet 22 personer har haft to eller flere behandlingsforløb.

### Behandlingssted 2018

Figur 4.3 viser, hvor behandlingerne er blevet udført i de pågældende år. Det ses, at andelen af borgere, der er behandlet i et Allorfikcenter, er steget siden oprettelsen i 2016. Samlet set behandles 78 % af borgerne lokalt, hvilket er lidt flere end i 2018.



Figur 4.3 Andelen af afsluttede behandlinger fordelt på behandlingssted i årene 2016 (N = 335), 2017 (N = 507), 2018 (N = 528) og 2019 (N = 673)

Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen skal foregå lokalt. Det indgår derfor, som et visitationskriterium i den nationale plan, at behandlingen, så vidt det er muligt, skal foregå så tæt på borgerens hjem som muligt. Det er der flere grunde til. Dels at borgeren kan prøve sin nye viden og sin nye livsstil af i sin dagligdag, mens behandlingen foregår. Dels giver det mulighed for en samtidig styrkelse af øvrige indsatser omkring borgeren. Dels giver det bedre mulighed for samtidig behandling af pårørende. Det svære ved at fastholde en livsstil uden rusmidler og/eller spil er ikke at være i behandling, men at komme hjem til den samme dagligdag og de samme forhold, man forlod.

### Lokalbehandling

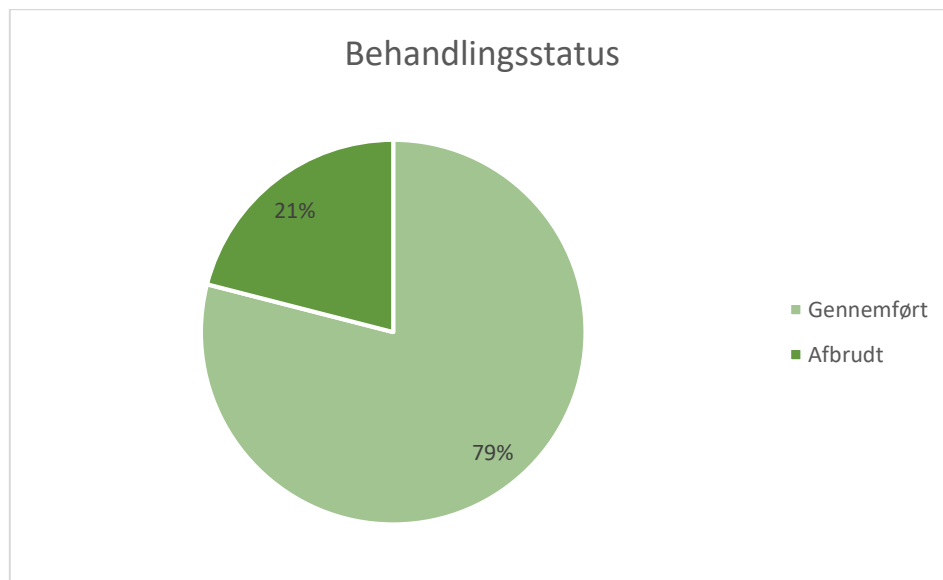
Lokalbehandling er specielt styrket med det nye udbud fra april 2017, som muliggør lokalbehandling to til fire gange årligt i byer efter kommunens ønske. Lokalbehandling sker for op til 22 borgere som dagbehandling. Samlet blev 78 % af borgere behandlet lokalt i 2019, hvilket er en lidt større andel end i 2018, hvor 73 % blev behandlet lokalt.

Kommune	Afholdte lokalbehandlinger (varighed)
Kommune Kujalleq	Narsaq (6 uger) Nanortalik (6 uger)
Kommuneqarfik Sermersooq	Tasiilaq 1 (8 uger) Tasiilaq 2 (6 uger) Paamiut (6 uger) Kuummiit (7 uger)
Qeqqata Kommunia	Maniitsoq (7 uger)
Kommune Qeqertalik	Qeqertarsuaq (4 uger) Kangaatsiaq (6 uger)
Avannaata Kommunia	Upernavik (6 uger) Qaanaaq (6 uger)

Tabel 4.1 Oversigt over afholdte lokalbehandlinger i 2019

### Behandlingsstatus

Gennemførte behandlinger er defineret som behandlinger, hvor borgeren har gennemført mindst 6 ugers behandling. Der er dog medtaget behandlingsforløb, hvor den tiltænkte behandlingstid er kortere end 6 uger.

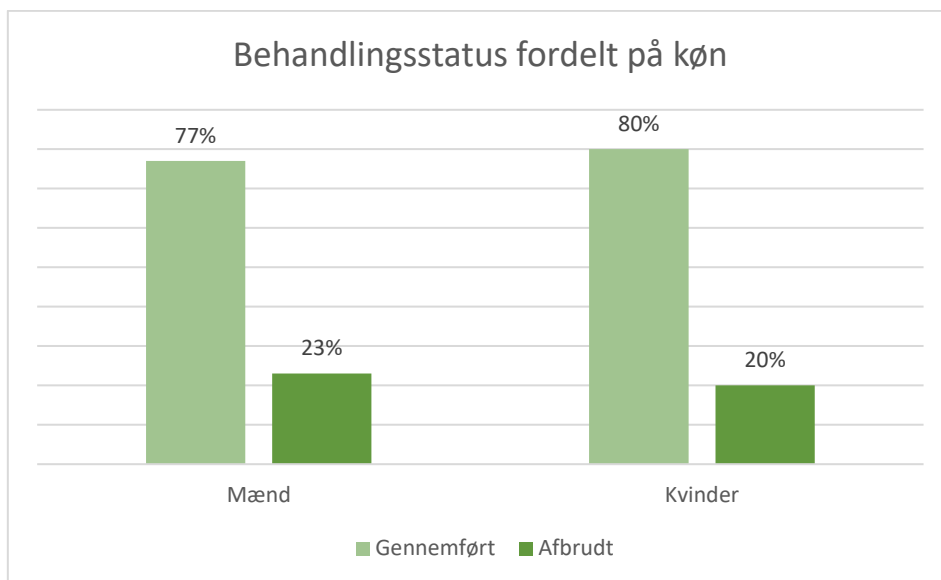


Figur 4.4 Behandlingsstatus (N = 558)

Som det fremgår af Figur 4.4 er andelen af gennemførte behandlingsforløb i 2019 79 %, hvilket betyder, at 4 ud af 5 gennemfører behandlingen. Fra 2018 til 2019 ses en stigning i andelen af gennemførte behandlingsforløb, da der i 2018 var 77 %, der gennemførte, i forhold til 79 % i 2019.

### Behandlingsstatus fordelt på køn

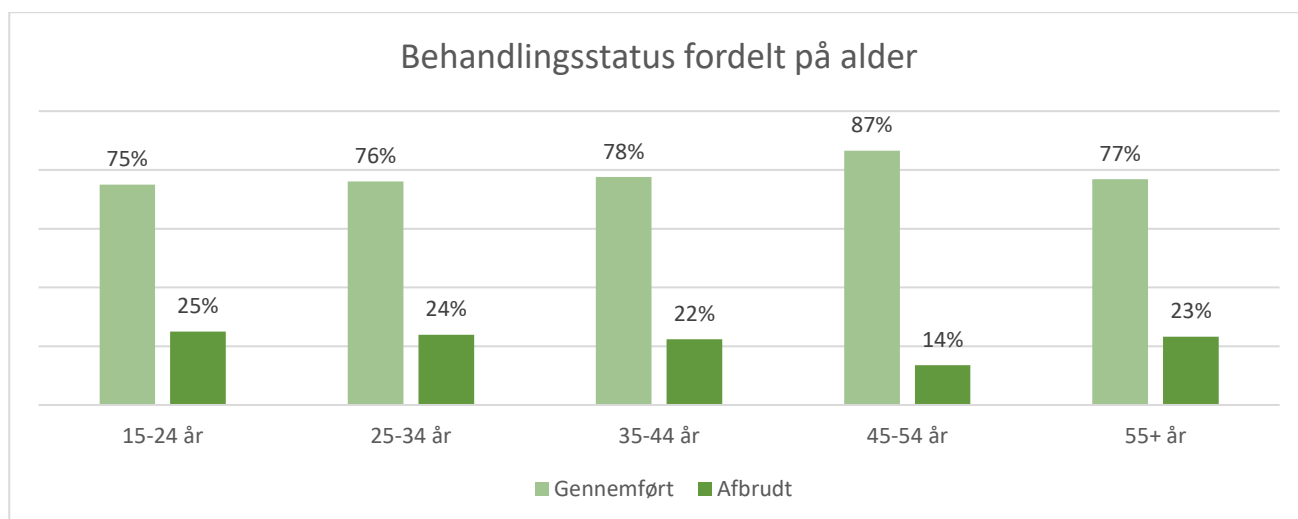
Figur 4.5 viser, hvordan behandlingsstatus fordeler sig blandt mænd og kvinder. Det fremgår af figuren, at en lidt større andel af kvinder gennemfører et behandlingsforløb sammenlignet med mænd. Denne figur indgår ikke i tidligere årsrapporter, hvorfor der ikke er et sammenligningsgrundlag.



Figur 4.5 Behandlingsstatus fordelt på køn (N mænd = 272, N kvinder = 315)

### Behandlingsstatus fordelt på alder

Figur 4.6 viser hvor stor en andel inden for den enkelte aldersgruppe, der gennemfører eller afbryder deres behandlingsforløb. Det fremgår, at andelen, der gennemfører et behandlingsforløb, er størst i aldersgruppen af 45-54-årige. Sammenlignet med 2018 er der sket en stigning på 9 procentpoint i andelen af borgere i alderen 15-24 år, der gennemfører et behandlingsforløb.

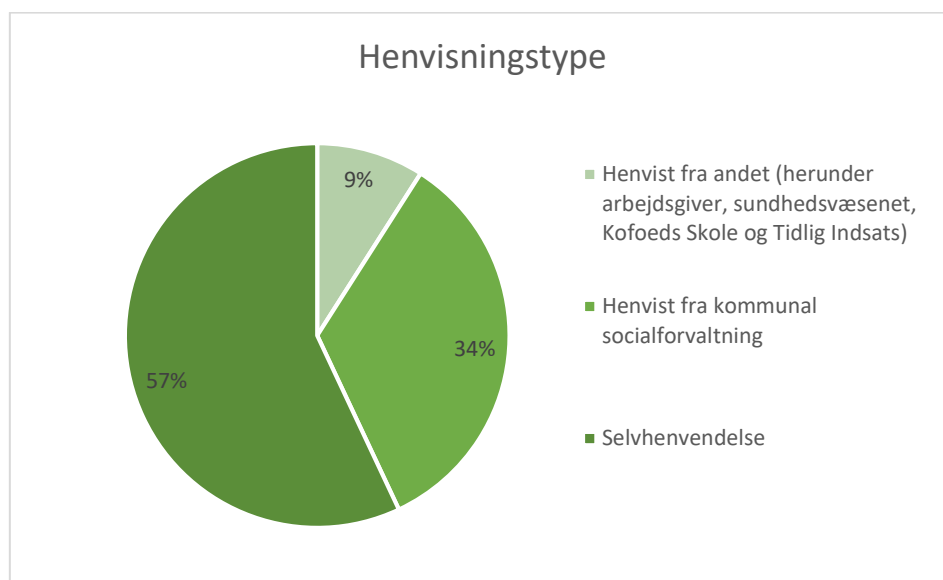


Figur 4.6 Behandlingsstatus fordelt på alder (N = 588)



### Henvisningstype

Det fremgår af Figur 4.7, at det fleste borgere starter i et behandlingsforløb, fordi de selv henvender sig til et Allorfikcenter. 1 ud af 3 borgere henvises fra den kommunale socialforvaltning, mens 9 % af borgere er henvist fra for eksempel arbejdsgiver, sundhedsvæsenet, Kofoeds Skole eller initiativet *Tidlig Indsats*.



Figur 4.7 Henvisningstype (N = 683)

## 5. Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2019

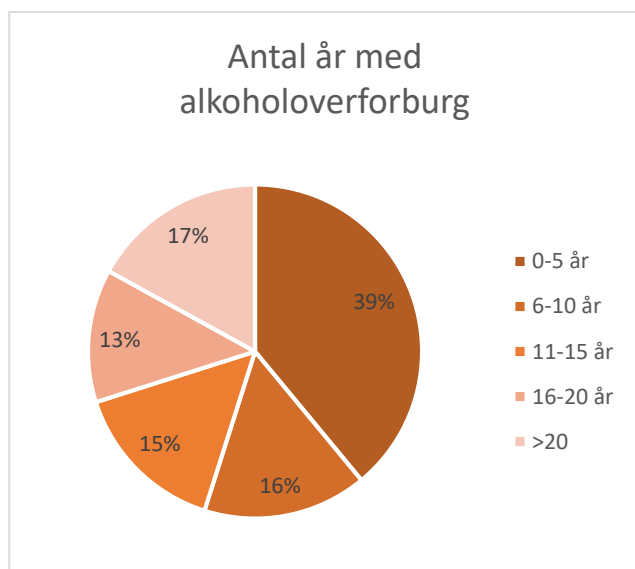
Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) er fælles for alle, der laver behandling efter aftale med Allorfik. KN-ASI giver mulighed for at følge, om der er en længerevarende effekt af behandlingen.

I 2017 var der mindre ændringer i databasen, og indrapporteringen kan nu foregå på både grønlandsk og dansk. Før 2017 blev der foretaget registrering ved behandlingsstart og afsluttet behandling. Fra 2017 er der indført registrering af status ved afsluttet behandling samt status 6 måneder efter endt behandling ved den behandlende institution. Derudover er der i slutningen af 2018 indført status efter 6 uger. Samlet skal data give mulighed for at vurdere, om borgeren har haft mulighed for at fastholde behandlingsresultatet efter endt behandling.

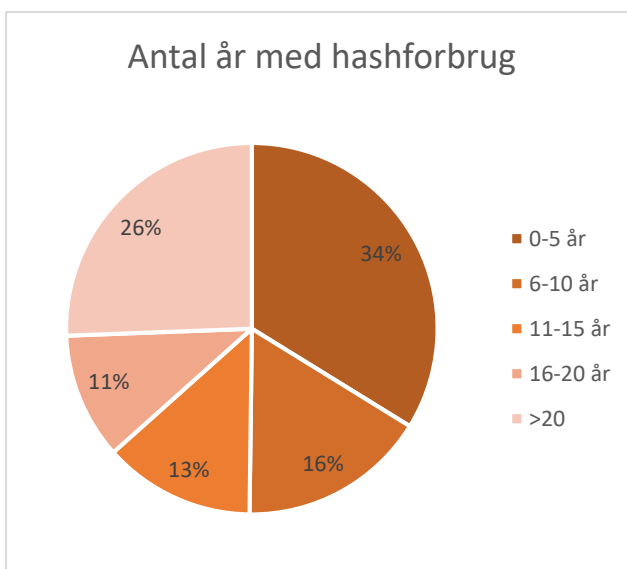
Fra 2018 prøver Allorfik at indgå samarbejde med visiterende enheder, dvs. kommunen eller arbejdspladser, der har henvisningsret gennem en samarbejdsaftale med Allorfik. Ønsket er, at de indrapporterer til databasen 3 måneder efter endt behandling.

I 2019 fik 353 af de behandlede borgere lavet interview til den nationale rusmiddeldatabase, mod i alt 545 borgere i 2016 og 2017 samt 482 borgere i 2018. Interviewet ligger tidsmæssigt lidt inde i behandlingen, da det kræver en god relation mellem borger og behandler. Fuldstændigheden af data er derfor en balance mellem det gode tidspunkt for at få lavet interviewet og at få så mange som muligt interviewet.

### Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling



Figur 5.1 Antal år med alkoholoverforbrug (N = 264)



Figur 5.2 Antal år med hashforbrug (N = 219)

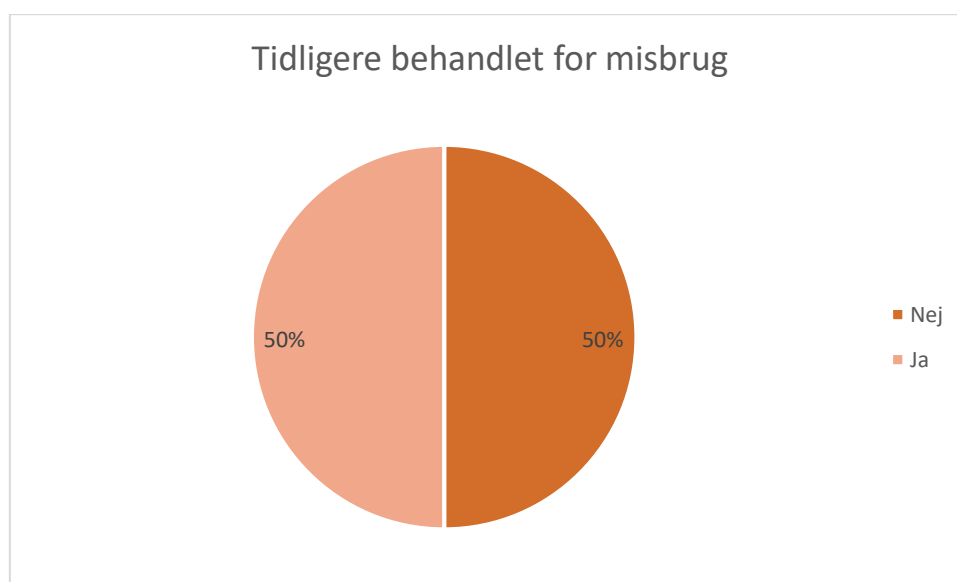
Det er et ønske, at borgere med rusmiddel- og spilproblemer kommer i behandling så tidligt som muligt, efter problemet er opstået. Det har sin årsag i, at jo længere borgeren har haft et misbrug, desto større er både problemets sværhedsgrad og de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser.

Af Figur 5.1 og Figur 5.2 fremgår det, at størstedelen af behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug eller hashforbrug i 0-5 år. Cirka 1 ud af 6 af de behandlede borgere har haft et rusmiddelproblem i henholdsvis 6-10 år, 11-15 år og 16-20 år. 17 % af de behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug i mere end 20 år, mens 26 % af de behandlede borgere har haft et hashforbrug i mere end 20 år.

I 2018 var det 37 % af behandlede borgere med et alkoholoverforbrug og 38 % af behandlede borgere med brug af hash, der kom i behandling inden for 5 år, efter at problemet var opstået. For begge rusmidler havde 20-25 % af de behandlede borgere haft et rusmiddelproblem i mere end 20 år.

Fra 2018 til 2019 er der således ikke sket store ændringer i tiden fra rusmiddelproblemets opståen, til at borgeren kommer i behandling. Med de gratis og mere lokale tilbud forventes det, at varigheden af problemer med rusmidler og spil før en behandlingsindsats falder.

Behandling nytter, men mange borgere med misbrugsproblemer har behov for at blive behandlet flere gange. Behandlingseffekten for afhængighedssygdomme er fundet at være lige så stor som for øvrige livsstilssygdomme som f.eks. rygning og overvægt, hvor der også ofte er tale om gentagen behandling.

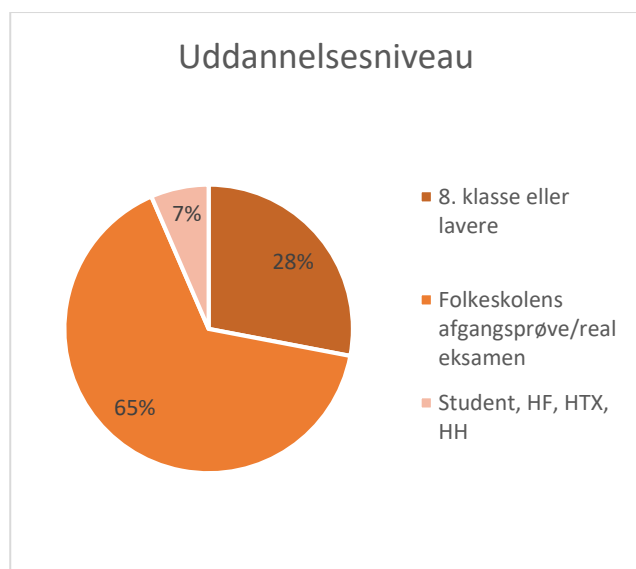


Figur 5.3 Andelen af behandlede borgere, der tidligere er blevet behandlet for misbrug (N = 321)

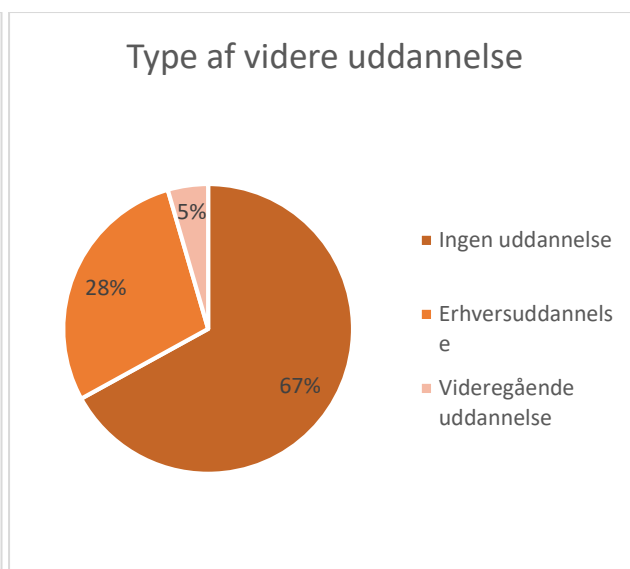
Det fremgår af Figur 5.3, at halvdelen af de behandlede borgere i 2019 tidligere har været i behandling for misbrug. Her dækker misbrug over problemer med alkohol, hash, ludomani, snifning og andet.

### Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse

Mange borgere i behandling har en kort skoleuddannelse. I Figur 5.4 ses, at 93 % af de behandlede borgere har en skoleuddannelse svarende til folkeskolens afgangsprøve eller lavere, mens kun 7 % har en gymnasial uddannelse eller højere. Af Figur 5.5 fremgår det, at 67 % af de behandlede borgere ingen uddannelse har, 28 % har en erhvervsuddannelse, og kun 5 % har en videregående uddannelse.

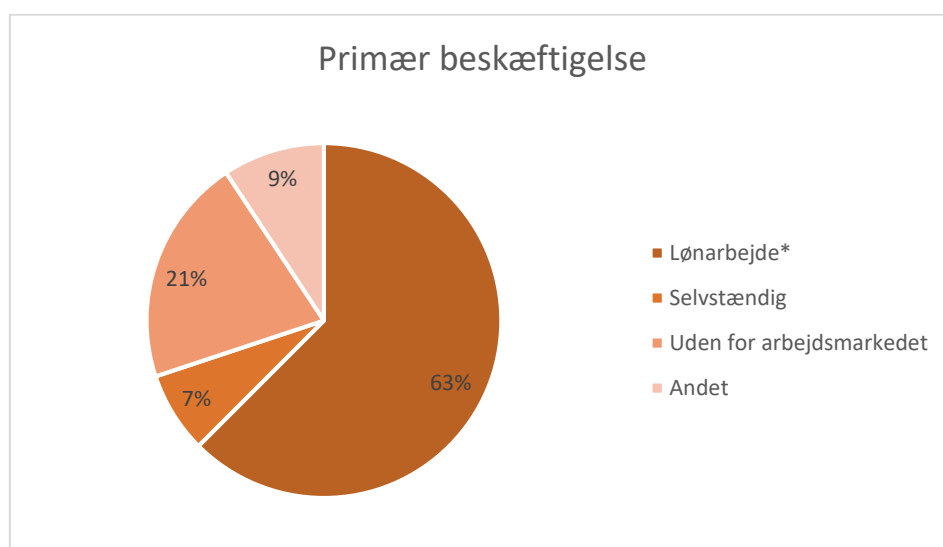


Figur 5.4 Uddannelsesniveau blandt behandlede borgere (N = 317)



Figur 5.5 Type af videre uddannelse blandt behandlede borgere (N = 321) (erhvervsuddannelse dækker over en hjælper-, en assistent- eller en lang erhvervsfaglig uddannelse. Videregående uddannelse dækker over både bachelor- og kandidatuddannelse)

I 2018 havde 93 % af de behandlede borgere en skoleuddannelse svarende til folkeskolens afgangsprøve eller lavere, mens kun 7 % havde en gymnasial uddannelse eller højere. 65 % af de behandlede borgere i 2018 havde ingen uddannelse, mens kun 3 % havde en videregående uddannelse. Denne fordeling er meget lig fordelingen i 2019.



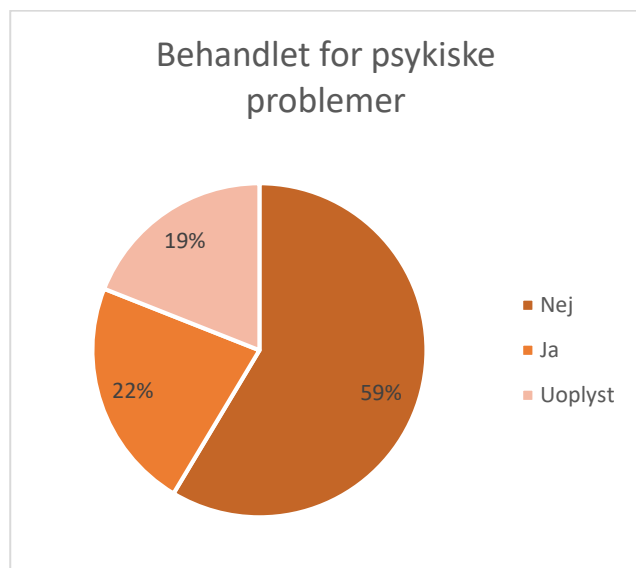
Figur 5.6 Primær beskæftigelse inden for de sidste tre år blandt behandlede (N = 312)

\*Fuldtid/deltid/lejlighedsvis

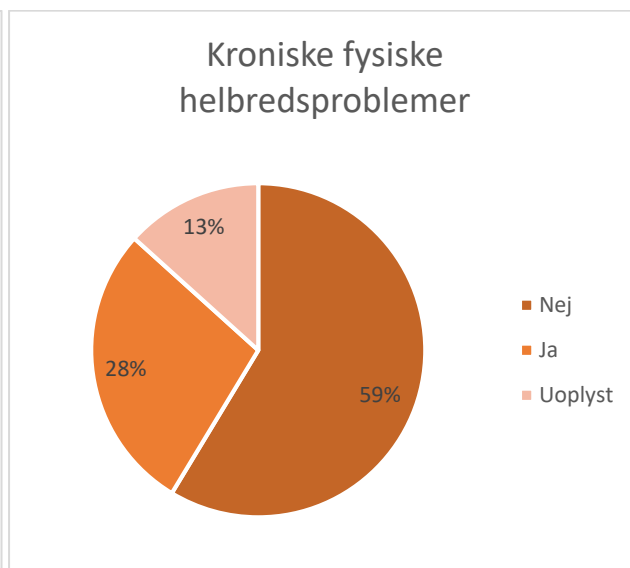
Mange borgere i behandling er uden for arbejdsmarkedet. Ifølge Figur 5.6 har i alt 70 % af de behandlede borgere tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (63 %) eller som selvstændige (7 %). 21 % af de behandlede borgere er uden for arbejdsmarkedet. Det vil sige, at de enten er hjemmegående, pensionister, studerende, arbejdsløse eller modtagere af sociale ydelser. Af de 63 %, der har lønarbejde, har 42 % fuldtidsarbejde, 10,5 % deltidsarbejde og 10,5 % lejlighedsvist arbejde (ikke vist).

### Helbredsforhold

Det gælder ofte, at borgere med rusmiddelproblemer har andre og flere samtidige problemer.



Figur 5.7 Andelen af behandlede borgere, der har været i ambulant behandling eller indlæggelse på grund af psykiske problemer (N = 286)

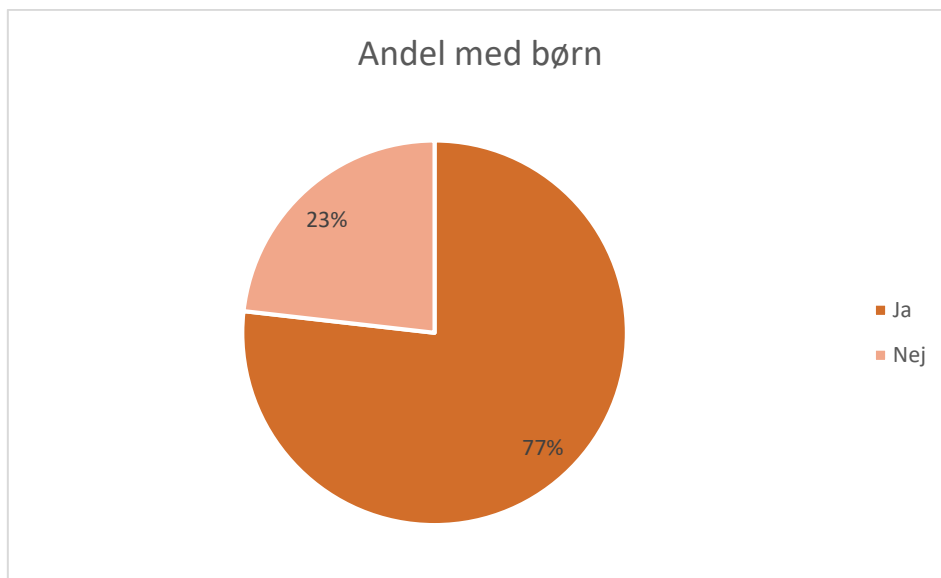


Figur 5.8 Andelen af behandlede borgere med kroniske fysiske helbredsproblemer (N = 306)

Det fremgår af Figur 5.7, at 22 % af behandlede borgere angiver at have været i ambulant behandling eller indlagt på grund af psykiske problemer. Figur 5.8 viser, at 28 % af de behandlede borgere angiver at have kroniske fysiske helbredsproblemer.

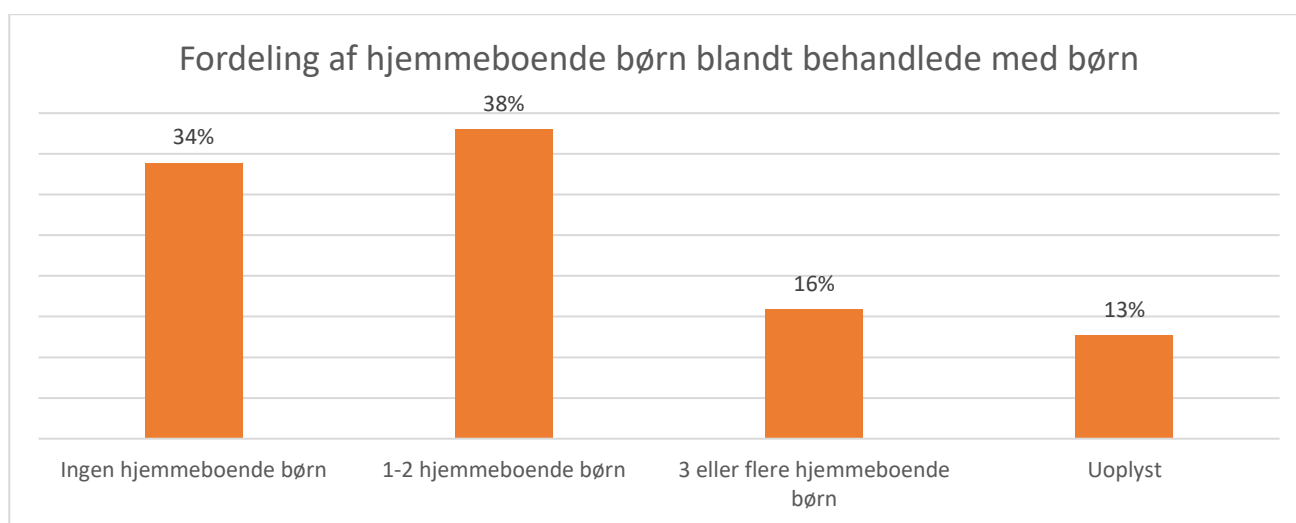
### Behandlede med børn under 18 år

Mange borgere i behandling har børn under 18 år.

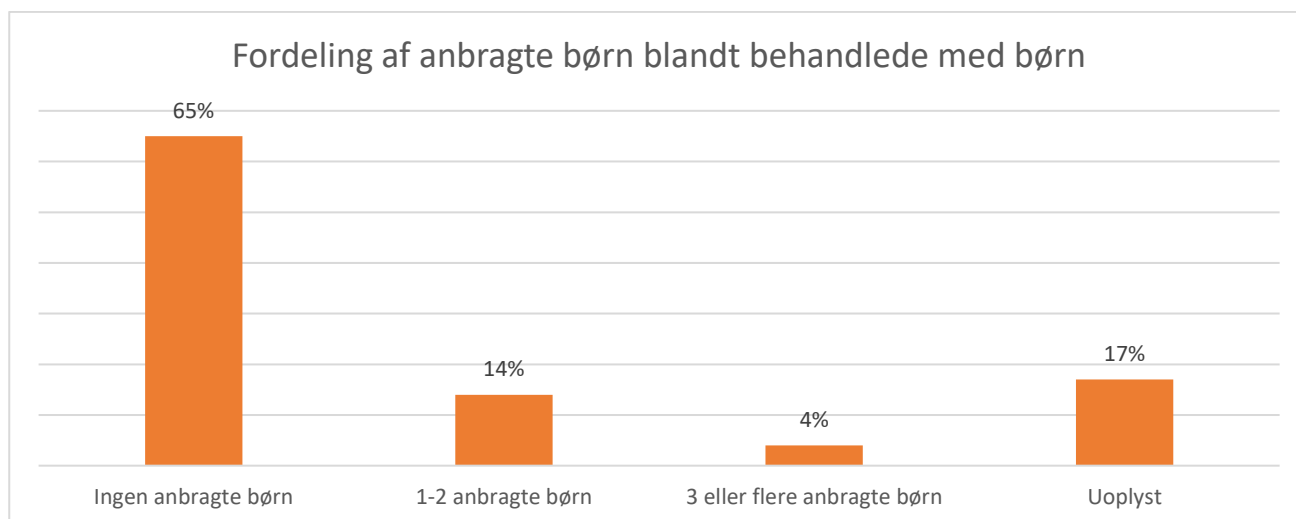


Figur 5.9 Andelen af behandlede borgere med børn (N = 308)

Det fremgår af Figur 5.9, at i alt 77 % (svarende til 237) af borgere i behandling har svaret ja til at have børn. 23 % (svarende til 71) af borgere i behandling har svaret nej til at have børn.



Figur 5.10 Fordelingen af hjemmeboende børn blandt behandlede borgere med børn (N = 237)

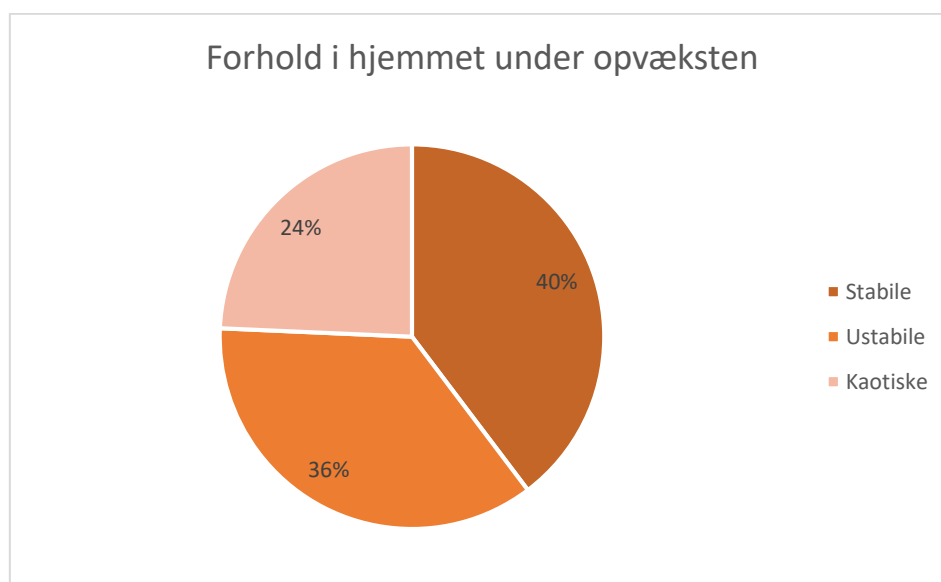


Figur 5.11 Fordelingen af anbragte børn blandt behandlede borgere med børn (N = 237)

Af de borgere i behandling, der har svaret ja til at have børn, angiver 34 % at have ingen hjemmeboende børn, mens 54 % angiver at have 1 eller flere hjemmeboende børn. Af de borgere, der har svaret ja til at have børn, angiver 65 %, at de ikke har anbragte børn. 18 % angiver at have 1 eller flere anbragte børn.

### Forholdene i barndomshjemmet

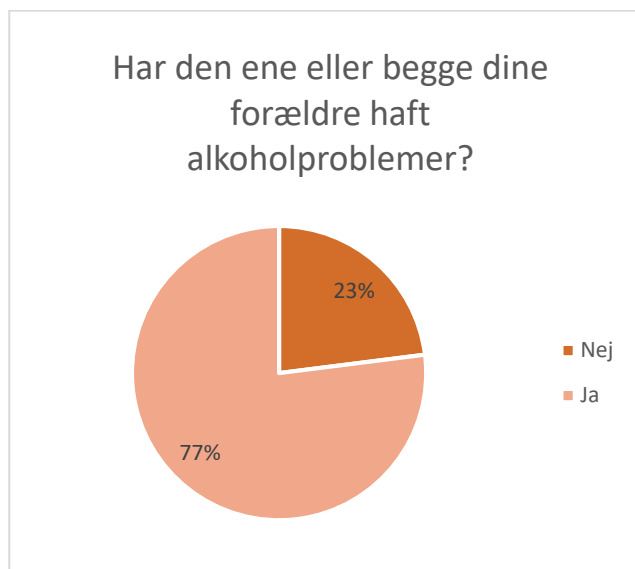
I forhold til rusmidler tales der ofte om "social arv". Det vil sige sammenhængen mellem forældrenes adfærd samt deres sociale- og uddannelsesmæssige forhold og børnenes senere adfærd samt forhold. Social arv har mange årsager, herunder genetik samt individuelle og samfundsskabte forhold.



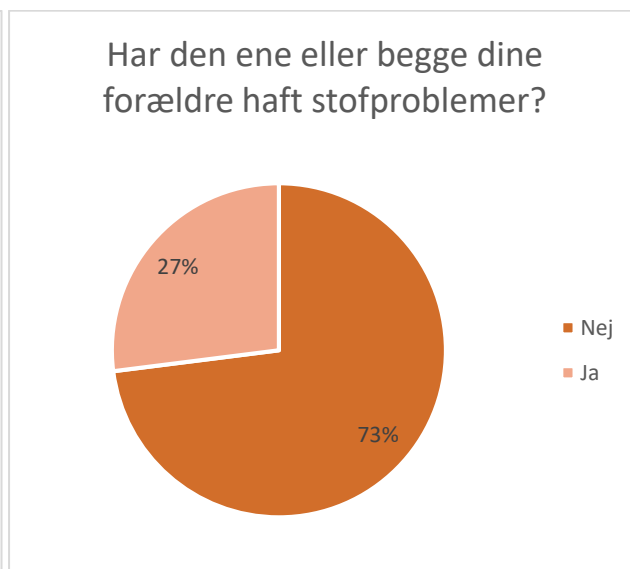
Figur 5.12 Forholdene i hjemmet under opvæksten (N = 254)

Figur 5.12 viser, at 40 % af borgere i behandling angiver, at forholdene i barndomshjemmet var stabile, 36 % angiver, at forholdene var ustabile, og 21 % angiver, at forholdene var kaotiske. Det er således en stor andel af behandlede borgere, der er vokset op under utrygge forhold i barndomshjemmet.

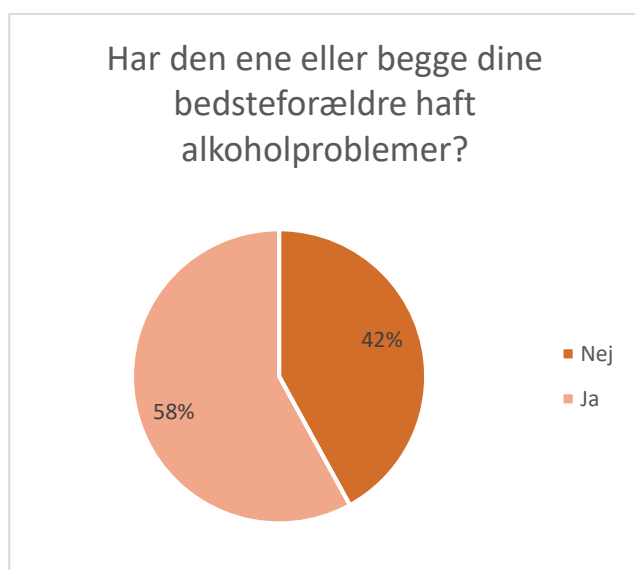
De behandlede borgeres vurdering af rusmiddelproblemer blandt deres forældre, søskende og bedsteforældre fremgår af Figur 5.13-Figur 5.18. Det fremgår tydeligt af disse figurer, at rusmiddelproblemer ofte går igen i familierne.



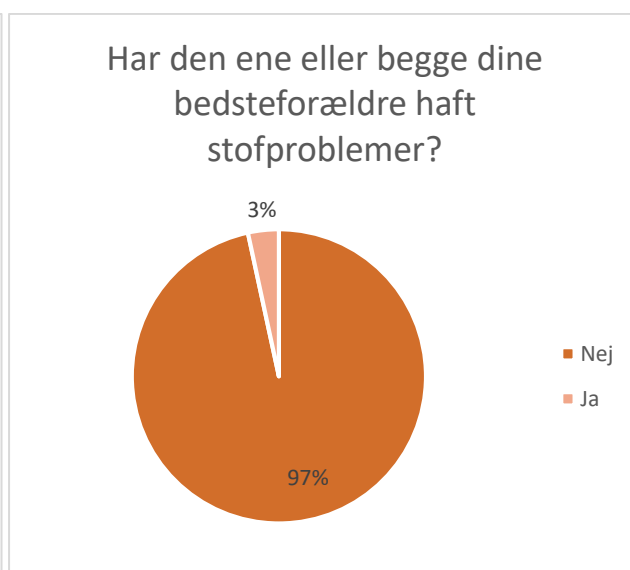
Figur 5.13 N = 283



Figur 5.14 N = 270

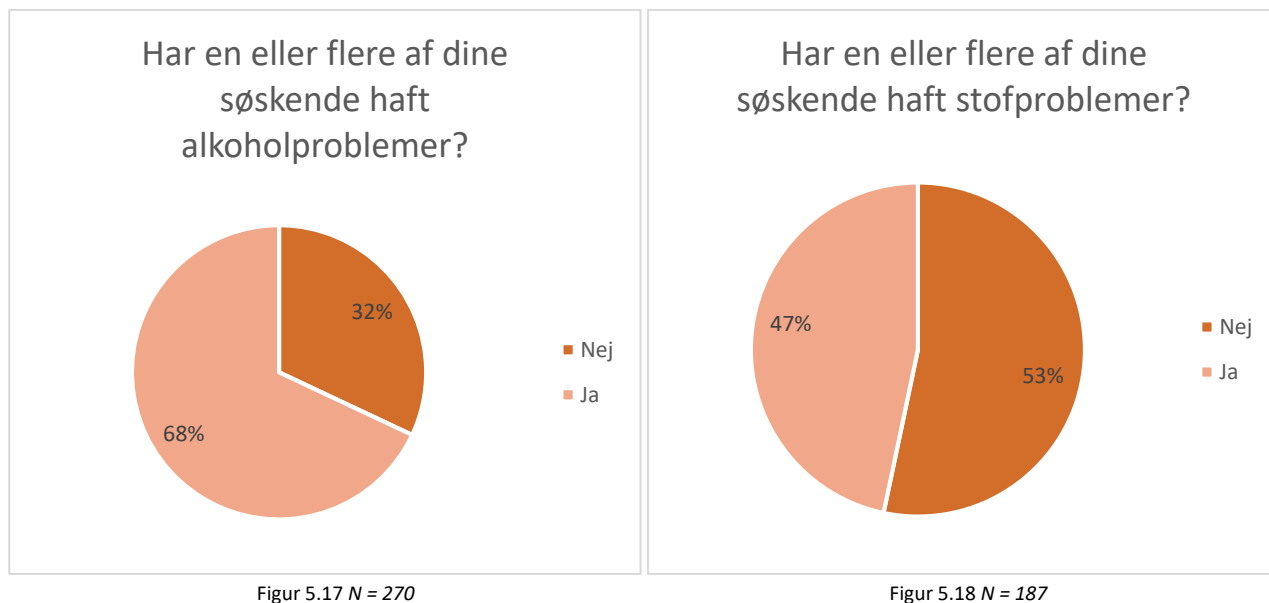


Figur 5.15 N = 227



Figur 5.16 N = 208





Af Figur 5.13 og Figur 5.14 fremgår det, at 77 % af borgere i behandling angiver, at mindst en af deres forældre har haft et alkoholproblem, mens 27 % angiver, at mindst en af deres forældre har haft et stofproblem. Figur 5.15 og Figur 5.16 viser, at 58 % af borgere i behandling angiver, at mindst en af deres bedsteforældre har haft et alkoholproblem, mens 3 % angiver, at mindst en af deres bedsteforældre har haft et stofproblem. Det fremgår af Figur 5.17 og Figur 5.18, at 68 % af borgere i behandling angiver, at mindst en af deres søskende har haft et alkoholproblem, mens 47 % angiver, at mindst en af deres søskende har haft et stofproblem.

Ovenstående resultater kan umiddelbart ikke sammenlignes med resultater fra forrige år, da svarmulighederne "uoplyst" og "ved ikke" ikke er medtaget i denne analyse.

## 6. Årets tema: Det tværsektorielle samarbejde

”Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed” stiller store krav til det samarbejde, der skal foregå mellem rusmiddelbehandlingen, kommunerne og sundhedsvæsenet. Loven har fokus på, at tilbuddet er relevant i forhold til den enkelte borgers behov - ved at sikre en vurdering af borgerens samlede situation. Det fremgår således specifikt af lovens § 14 stk. 1-4, at:

- behandlingstilbuddet skal tilrettelægges i samarbejde med den enkelte borger på baggrund af en konkret vurdering af dennes behov (Stk. 1)
- der ved henvisning eller snarest herefter skal ske en kortlægning af borgerens samlede situation (stk. 2)
- borgerens hjemkommune udarbejder en plan for de tiltag, der er en forudsætning for, at afhængighedsbehandlingen får den tilsigtede virkning, hvis kortlægningen viser, at der er behov for førbehandling i regi af kommunen eller sundhedsvæsenet.

Den tværsektorielle indsats skal være med til at sikre, at borgeren af behandlingstilbuddet kan forblive fri af afhængighed efter endt behandling, og at trivsel hos børn fra familier berørt af afhængighed sikres særlig opmærksomhed.

### Efterforløbsplanen

Når borgeren slutter behandlingen, står denne ofte med en ny og meget sårbar identitet som ikke-bruger af rusmidler. Det er svært at fastholde denne nye identitet, specielt hvis borgeren inden behandlingens start var i en vanskelig social, økonomisk og/eller arbejdsmæssig situation. Det er der mange, der er, hvilket er dokumenteret i de forudgående kapitler.

Risikoen for at vende tilbage til den tidligere livsstil er størst, hvis borgeren kommer tilbage til den samme vanskelige sociale, økonomiske og arbejdsmæssige situation, som ved behandlingens start.

Det er vigtigt, at behandlingen og eventuelle sociale indsatser sker sideløbende. Derfor skal alle borgere i behandling have lavet en efterforløbsplan. Det fremgår af lovens § 14 stk. 6.

Det tværsektorielle samarbejde omkring den enkelte borger skal sikres ved, at hjemkommunen udarbejder en efterforløbsplan for de tiltag, der skal iværksættes ved behandlingens afslutning.

Meningen med efterforløbsplanen er derfor, at denne skal foreligge ved behandlingens start, så indsatserne under planen startes allerede tidligt under behandlingen, så der er et lys forude, når behandlingen er afsluttet.

### Analyse af efterforløbsplanerne

Visitationsdatabasen indeholder også oplysninger om efterforløbsplanerne. Det er kun borgere, der selv er i behandling, som skal have lavet en efterforløbsplan, mens borgere i pårørendebehandling ikke skal.

I 2019 var 720 borgere registreret til at skulle have fået lavet en efterforløbsplan. Knap halvdel (svarende til 48 %) af disse fik lavet en plan. Som det fremgår af Figur 6.,1 var der dog meget stor forskel på, hvor borgeren blev behandlet, og hvor stor en andel, der fik lavet en efterforløbsplan.

For at lette sagsbehandlerens udfyldelse af efterforløbsplanen har den en meget simpel struktur. Den består således af afkrydsninger *Ja/Nej* på områderne:

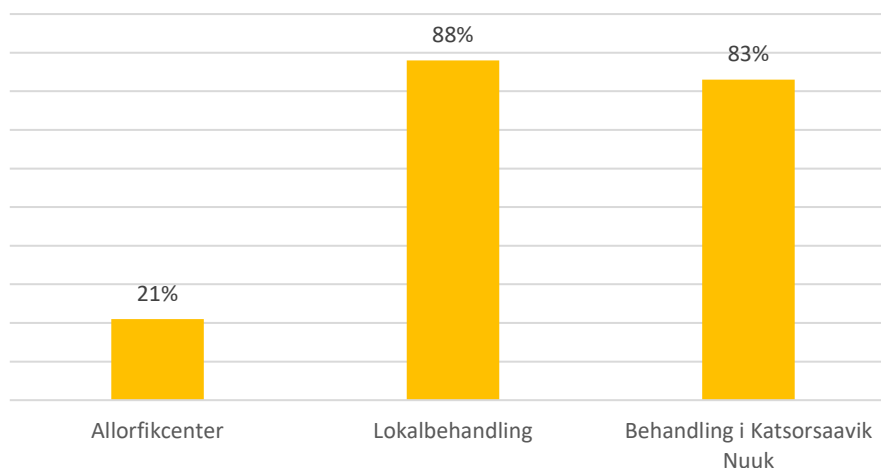
- Har borgeren gæld til det offentlige?
- Har borgeren arbejde?
- Kan borgeren arbejde?
- Er der planlagt uddannelse efter behandlingen?
- Er der planlagt revalidering efter behandlingen?
- Er der planlagt opfølgning på et familiecenter?

Herudover er der et kommentarfelt, hvor svarene kan uddybes.

Der er flere forhold, der har betydning for, om efterforløbsplanerne udfyldes. De fleste borgere, der er i behandling i et Allorfikcenter, er ikke henvist fra deres sagsbehandler, men kommer direkte i centret og starter behandling. Efterforløbsplanen skal derfor udfyldes, når behandlingen er startet. Det fremgår af Figur 6.1, at dette sker hos mindre end hver fjerde borger.

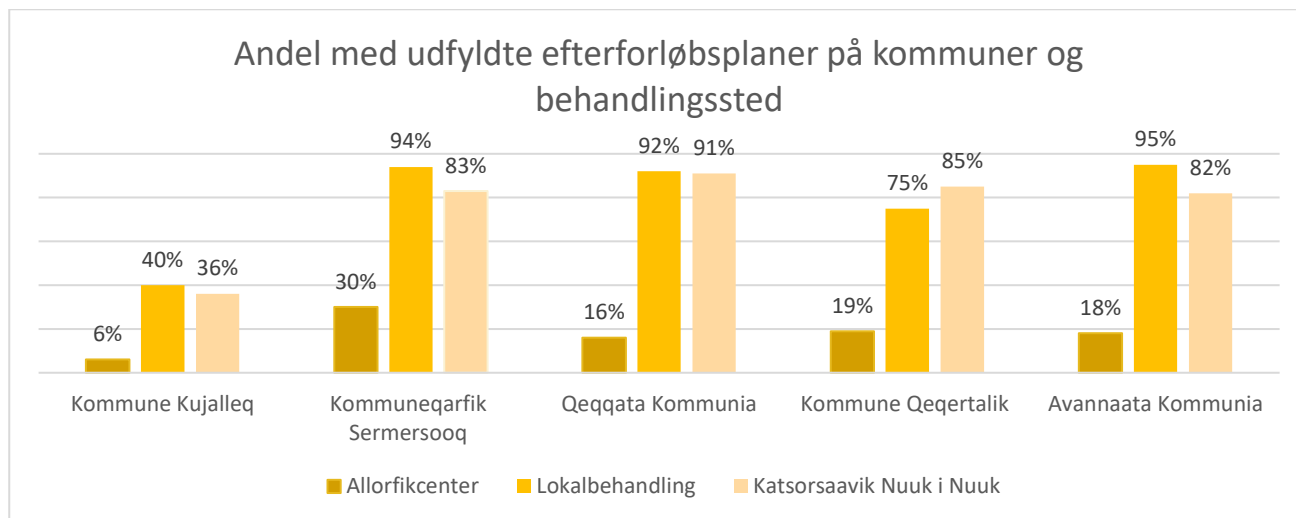
I modsætning hertil kræves det, at borgeren har en efterforløbsplan, hvis denne skal henvises til at komme i dagbehandling lokalt i andre byer og bygder, eller hvis de skal henvises til dagbehandling i Nuuk. Det er derfor en ganske lille andel, der ikke får lavet en efterforløbsplan.

### Efterforløbsplan og behandlingssted



Figur 6.1 Andelen med en efterforløbsplan i forhold til hvor de er behandlet

Der er også stor forskel på enkelte kommuner i forhold til hvor stor en andel, der får lavet en efterforløbsplan.



Figur 6.2 Andel med udfyldt efterforløbsplaner på kommuner og behandlingssted

Generelt ses den laveste andel, der får udfyldt efterforløbsplan i Kommune Kujalleq uafhængigt af behandlingssted. Blandt borgere, der skal i dagbehandling lokalt eller henvises til dagbehandling i Nuuk, får langt de fleste lavet efterforløbsplan.

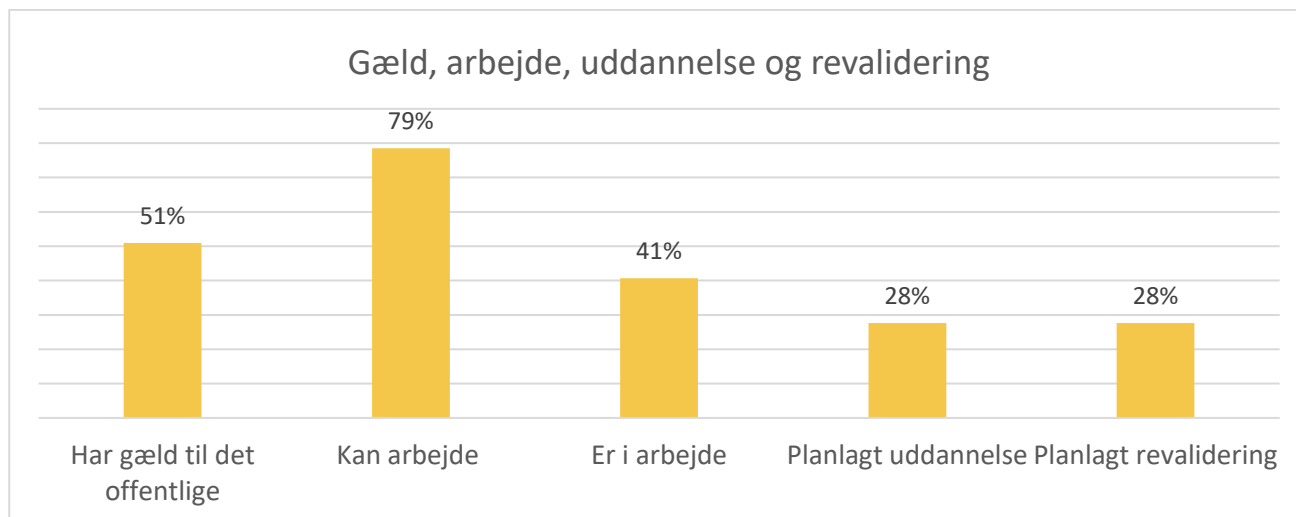
### Gæld, arbejde, uddannelse og revalidering

Figur 6.3 viser besvarelsene i efterforløbsplanen for de 344 borgere (48 %), der havde fået udfyldt en efterforløbsplan. Som det fremgår, er det lidt over halvdelen, der har gæld til det offentlige. Der var ikke oplysninger omkring henvisninger til gældsrådgivning i bemærkningerne.

I alt 79 % er vurderet af sagsbehandleren til at kunne arbejde, mens 41 % var i arbejde. Det var således kun 68 % af dem, der kan arbejde, som var i arbejde, da planen blev udfyldt. Der var ingen forskel i forhold til at være i arbejde i forhold til om borgeren blev behandlet i et Allorfikcenter, lokalt i sin hjemby eller under ophold i Nuuk.

For en relativt stor andel, hhv. 96 borgere (28 %) og 76 borgere (22 %), angav efterforløbsplanen, at der var planlagt uddannelse eller revalidering efter endt behandling. Hvis man ser på den samlede andel af dem, der har en efterforløbsplan, var der for 32 borgere (9 %) planlagt både revalidering og uddannelse, mens der for 205 borgere (60 %) hverken var planlagt uddannelse eller revalidering. Der var ingen forskel i forhold til, om der var planlagt uddannelse eller revalidering, ud fra om borgeren blev behandlet i et Allorfikcenter, lokalt i sin hjemby eller under ophold i Nuuk.

Det er positivt, at der er lagt planer for så stor en andel af borgere i behandling, og det er interessant fremadrettet at se på, hvor mange der kom i et forløb, og hvor mange, der efterfølgende fik en uddannelse eller kom i arbejde.



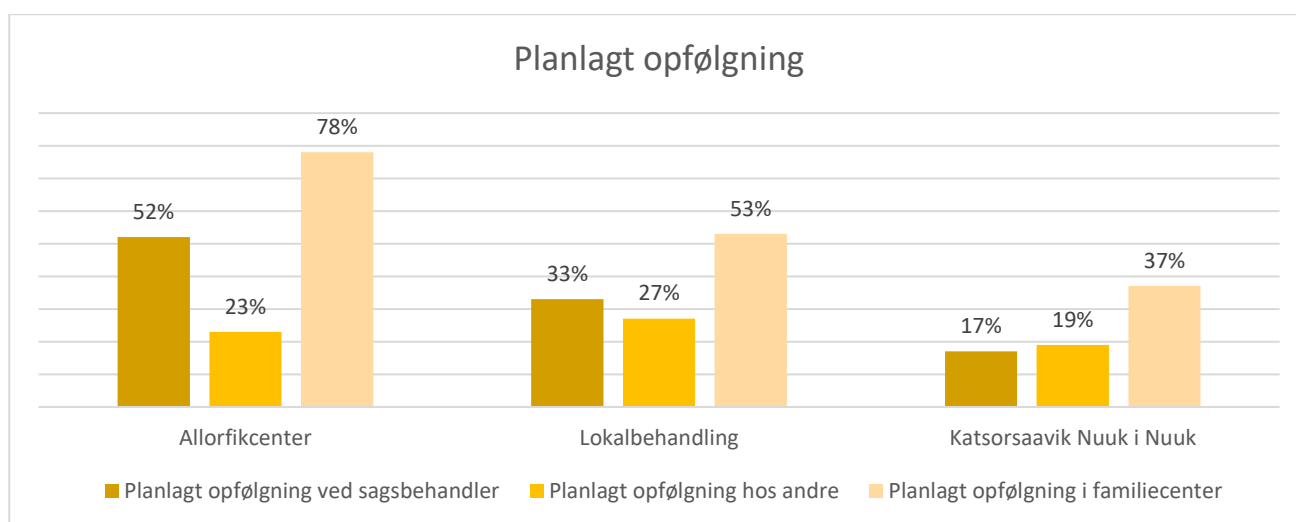
Figur 6.3 Efterforløbsplanernes angivelse af gæld, arbejde, uddannelse og revalidering

### Planlagt opfølgning hos sagsbehandler, i familiecenter eller ved andre professionelle

Som det fremgår af Figur 6.5, var der stor forskel på den planlagte opfølgning ved sagsbehandler, af andre eller i familiecenter, i forhold til om borgeren blev behandlet i et Allorfikcenter, lokalt i sin hjemby eller under ophold i Nuuk. Mens der var planlagt opfølgning ved sagsbehandler hos 52 % af borgere, opfølgning hos andre hos 23 % og opfølgning i familiecenter hos 37 % af borgere behandlet ved et Allorfikcenter. Andelen af borgere, der blev behandlet lokalt for alle tre områder, var betydelig mindre, og mindst opfølgning var planlagt for borgere, der kom andre steder fra, men blev behandlet i Nuuk.

Forskellen kan skyldes flere ting. Dels at andelen, der får lavet en efterforløbsplan, er lavere for borgere, der bor i en by med et Allorfikcenter. Der kan også være tale om, at sagsbehandleren selekterer borgere til at få lavet efterforløbsplan f.eks. ud fra, om de er kendt i det sociale system.

Det kan også skyldes forskel i lokale ressourcer på myndighedsområdet. Den høje andel af borgere i Allorfikbyerne, der er henvist til familiecenter på, tyder på dette.



Figur 6.4 Planlagt opfølgning

### **Det tværsektorielle samarbejde mellem rusmiddelbehandlingen, kommunerne og sundhedsvæsenet**

Af lov om afhængighed fremgår det, at der skal indgås samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner om målsætninger for samarbejdet og ansvarsfordelingen (§ 15 stk. 2). Ved udgangen af 2019 er der indgået samarbejdsaftaler for 2020 og fremover med Qeqqata Kommunia og Avannaata Kommunia. En række aftaler på enkeltområder er indgået i Kommune Qeqertalik, mens aftalen med Kommuneqarfik Sermersooq dækkede i 2017-2019 og skal fornyes. Der er ikke lavet aftale med Kommune Kujalleq.

Der skal også indgås samarbejdsaftaler mellem sundhedsmyndigheder og Allorfik om målsætninger for samarbejdet og ansvarsfordelingen (§ 15 stk. 3). Dette forventes at ske i 2020.

For at støtte samarbejdet afholdes der halvårlige møder omkring samarbejdsaftalerne mellem Allorfik og henholdsvis de kommunale myndigheder og sundhedsmyndighederne (§ 15 stk. 4).

### **Lokalt samarbejde**

Herudover fastsætter loven i § 16, at der *"for at opnå det bedst mulige behandlingsforløb for den enkelte borger med afhængighed, skal der etableres et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem det lokale behandlingscenter, den enkelte kommune og det lokale sundhedsvæsen"* (Stk. 1). Hvis det har relevans for den enkelte borger, samarbejdes der med andre relevante samarbejdspartnere (f.eks. kriminalforsorgen, politiet og andre myndigheder eller private aktører).

De lokale behandlingscentre er ansvarlige for indkaldelse til de tværsektorielle møder, og det skete i 2019 i alle Allorfikcentre.

### **Arbejde under den politiske koordinationsgruppe omkring at styrke samarbejdet**

I efteråret 2019 er der opstartet et arbejde under den politiske koordinationsgruppe med de lokale Allorfikcentre som tovholdere for de lokale arbejdsgrupper. Arbejdsgrupperne skal lokalt se på tre områder:

1. Forbedre og koordinere det tværsektorielle samarbejde lokalt omkring borgere, med komplekse behov, der er i rusmiddelbehandling, skal i rusmiddelbehandling, eller som har været i rusmiddelbehandling.
2. Sikre børn opvokset i rusmiddelbrugende familier særlig opmærksomhed, og sikre en opfølgning af hjemmeboende børn til borgere med komplekse behov, som er i rusmiddelbehandling og efter endt rusmiddelbehandling, hvor børnene faktisk bliver set af kvalificeret personale.
3. Sikre alle borgere mulighed for at varetage deres økonomiske forpligtelser under rusmiddelbehandling.

### **Konklusion omkring det tværsektorielle samarbejde**

Som det er dokumenteret ovenfor, kan det tværsektorielle samarbejde forbedres. Det gælder både på den organisatoriske plan og i forhold til den enkelte borger. At efterforløbsplanerne ikke udfyldes hos et flertal af borgere i behandling udgør et specielt problem, da efterforløbsplanen skal udgøre det mål, som også rusmiddelbehandlingen skal stille mod: At borgeren opnår varig rusmiddelfrihed og gives en mulighed for at få et bedre liv.

## 7. Planlagte indsatser under Allorfik i 2020

I 2020 vil de vigtigste indsatser ligge omkring at:

- Fortsætte implementering af et behandlingstilbud til unge og videreudvikling af selve behandlingstilbuddet ud fra den nuværende plan for forebyggelses- og behandlingsindsatsen for børn og unge.
- Udvide behandlingstilbuddet lokalt gennem tilbud om lokalbehandling i alle byer.
- Tilbyde forebyggelsesprojekt på begge sprog til skolers ældste klasse og til andre uddannelsesinstitutioner.
- Tilbyde særligt uddannelsesforløb til døgninstitutionerne for at sikre samtaler lokalt og brobygning til behandlingen for børn og unge i døgninstitutionerne med rusmiddelproblemer.
- Tilbyde en 3 dages mininøglepersonuddannelse på begge sprog til personale på institutioner.
- Styrke datakvaliteten i visitationsdatabasen, behandlingsdatabasen og KN-ASI, herunder at sikre bedre indrapportering af data 3, 6 og 12 måneder efter endt behandling.
- Fortsætte uddannelserne af nøglepersoner og rusmiddelbehandlere.
- Afholde kurset om behandling af børn og unge med rusmiddelproblemer.
- Øge samarbejdet med gældsrådgivningen.

Indsatser, der fortsætter i 2020:

- Fortsætte informationsindsatsen til borgerene med henblik på at øge befolkningens viden om behandlingstilbud og at behandling betaler sig økonomisk, socialt, psykisk og fysisk for den enkelte borger.
- Øge viden om behandlingstilbud i institutioner og på arbejdspladser gennem undervisning ude i virksomheder og på institutioner.
- Fortsætte samarbejdet med landets banker omkring undervisning af finansielle rådgivere i samtalen om problemer med pengespil, og at bankerne yder finansiell rådgivning til personer i behandling for problemer med pengespil.
- Øge brug af nyere medicinsk behandling ved problemer med alkohol.
- Overtage dele af den ambulante abstinensbehandling fra sundhedsvæsenet.