



Årsrapport

2016 – 2017

maj 2018



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"*¹, 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 skal oprette et behandlingscenter i hver kommune for borgere over 18 år. Der er indtil nu oprettet centre i Qaqortoq (Allorfik Qaqortoq), Nuuk (Allorfik Sermersooq) og Sisimiut (Allorfik Qeqqata). Centret i Aasiaat (Allorfik Qeqertalik) starter primo maj, mens centret i Ilulissat (Allorfik Avannaata) starter i sommeren 2018.

Behandlingen i Allorfik-centrene sker ud fra motiverende samtale og en kognitiv adfærdsterapeutisk metode. Behandlingen er ambulant med fremmøde 1-3 gange om ugen i op til 17 uger. De 39 % af voksenbefolkningen med bopæl uden for byer med et Allorfik-center behandles i samarbejde med private udbydere, fra 1. april 2017-2019 alene af Katsorsaavik Nuuk. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden i 6-8 uger som dagbehandling ca. 5 timer dagligt. Behandlingen sker overvejende lokalt gennem 12 udbudte lokalforløb årligt for op til 22 borgere pr. hold, to udbudte lokalforløb i mindre kommuner og fire lokalforløb i Kommuneqarfik Sermersooq. Lokalforløbene afholdes i de byer, hvor kommunen ønsker det. Borgere, der ikke har mulighed for at komme på lokalforløb tilbydes behandling i Nuuk ved Katsorsaavik Nuuk.

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. I både Allorfik-centrene og ved lokalbehandling tilbydes pårørende behandling.

Overvågning af visitation og behandling

Et bedre tilbud kræver bedre data om henvisninger, behandling og den enkelte borgers baggrund. Et videntcentrets vigtigste opgaver i 2016 og 2017 har været at bedre den nationale overvågning. Denne sker overordnet gennem tre databaser:

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

Henvisninger 2016-2017

Allorfik modtog i alt henvisning om 620 borgere i 2016 og 629 i 2017. Heraf blev 486 borgere i 2016 og 598 i 2017 – i alt 1.084 borgere - færdigvisiteret og dermed henvist til behandling. Flest 25-34-årige henvises og

¹http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Fremtidens_misbrugsbehandling_2015/DK_DOK%201_Forslag_til%20Fremtidens_misbrugsbehandling_DK%20DOK1945242.pdf

flere kvinder (59 %) end mænd (Figur 3.1 og 3.2). I aldersgruppen 15-24 år er der således mere end dobbelt så mange kvinder som mænd og i aldersgruppen 25-34-årige henvises tre kvinder for hver to mænd.

Problemer med alkohol ved henvisningen vurderes med en AUDIT-score. Både i 2016 og 2017 havde kun 12 % af de henviste ikke et alkoholproblem, de resterende 88 % var enten storbrugere, havde et skadeligt forbrug mens flest var afhængige (Figur 3.4 og 3.5). Vurderingen af **problemer med hash**: Både i 2016 og 2017 var der næsten lige store andele, omkring 40 %, der ikke røg eller som røg hash oftere end en gang om ugen (Figur 3.6 og 3.7). **Problemer med pengespil**: 70 % spillede slet ikke om penge og 14 % havde en egentlig spilafhængighed (Figur 3.8 og 3.9). Andel med problemer med flere rusmidler er opgjort i Figur 3.10.

Behandlede i 2016 og 2017

I 2016 blev behandlet 335 og i 2017 507 borgere (Figur 4.1) og i årene 2012 til 2015 blev behandlet 244 borgere i 2012, 279 i 2013, 250 i 2014 og 166 i 2015 i Katsorsaavik Nuuk. Disse tal inkluderer både behandlinger betalt af det offentlige og egenbetalere. Flest i behandling var 25-34 år (Figur 4.2). Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen så vidt muligt skulle foregå lokalt. **Lokalbehandling** er specielt styrket med det nye udbud fra april 2017. Samlet blev 66 % af borgere behandlet lokalt i 2017 og 42 % i 2016 (Figur 4.3). I alt 67 % gennemførte behandlingen, færrest unge (Figur 4.5 og 4.6). Gennemførte behandlinger er defineret som behandlinger, hvor borgeren har gennemført mindst 6 ugers behandling.

Den Nationale Rusmiddeldatabase, KN-ASI

Kun 34 % med alkoholoverforbrug og 38 % med brug af hash kommer i behandling indenfor 5 år efter at problemet er opstået (Figur 5.1), mens det for begge rusmidler er 22 %, der har haft problemet i 20 år eller mere. Med det gratis og mere lokale tilbud forventes, at tiden med problemer med rusmidler og spil før en behandlingsindsats forkortes. I alt 41 % af behandlede har været behandlet tidligere (Figur 5.2). Mange i behandling har en kort skoleuddannelse og et flertal har ingen erhvervsuddannelse (Figur 5.3). I alt 49 % har tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (45 %), eller som selvstændige (4 %) (Figur 5.4). Mange borgere i behandling har børn under 18 år. Af 545 i behandling havde 234 et eller flere hjemmeboende børn under 18 år og knap 100 havde et eller flere børn under 18 år anbragt udenfor hjemmet (Figur 5.6). En stor del af behandlede er vokset op under utrygge hjemlige forhold, som de selv er i risiko for at gentage (Figur 5.6), ligesom et stort flertal har forældre, søskende og/ eller bedsteforældre med rusmiddelproblemer (Figur 5.7).

Unge i rusmiddelbehandling

Unge på 15-24 år udgjorde 16 % i 2016 og 18 % i 2017 af alle henviste, men pga. det nuværende tilbuds karakter kommer kun ganske få unge under 18 år i behandling (Figur 6.1). Unge har i højere grad ikke et alkoholproblem i forhold til henviste på 30 år eller derover, mens flere ryger hash oftere end 1 gang om ugen (Figur 6.2). Kun meget få af de 15-19-årige har udviklet et spilproblem, men allerede for de 20-24-årige ses stort set samme andel med problemer som for de ældre aldersgrupper (Figur 6.3). Hos unge i aldersgruppen 15-24 år sker en udvikling mod at have et større – og problematisk – forbrug af alkohol både blandt de, der ikke ryger hash og de, der ryger hash mindre end ugentligt. (Figur 6.4).

Planlagte indsatser i 2018

Disse fremgår i oversigtsform i kapitel 7.



1. Om Allorfik og behandlingstilbuddet for borgere med problemer med rusmidler og pengespil

Dette er den første årsrapport fra Allorfik efter overtagelsen af området 1. januar 2016.

Inatsisartut besluttede på EM 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 FM 2014. Inatsisartut besluttede endvidere, at Naalakkersuisut pålægges at udarbejde en plan for fremtidens misbrugsbehandlingstilbud til forelæggelse på EM 2014, således at disse kunne implementeres under FM 2015.

Analysen "*Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster*"², som Naalakkersuisut fremlagde ved FM 2014, fokuserer på de væsentligste misbrugsområder (alkohol, hash og ludomani). Der redegøres for, hvilke personer der har et misbrug, misbrugets konsekvenser, behovet for misbrugsbehandling og samfundsmæssige konsekvenser af misbruget.

Sammenfattende viser analysen, at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe misbrug af 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 alkohol- og hashmisbrug samt ludomani. Målet er, at misbrugsproblemer identificeres tidligst muligt, og at misbrugeren og de pårørende hurtigt får hjælp. Planen redegør for de nuværende indsatser inden for forebyggelse og behandling af misbrug. Planen lægger desuden op til udarbejdelse af lovgivning på misbrugsområdet.

Ifølge planen er 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 skal varetage det nationale tilbud om behandling af afhængighed af rusmidler og pengespil. Tilbuddet i Allorfik har baggrund i "*Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*", der blev fremlagt offentligt i uge 18 i 2015. 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 til at afhjælpe sociale og sundhedsmæssige behov hos de behandlede. Dette skal sikres gennem

²http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Misbrugsbehandling/Redegoerelse_Misbrugsbehandling.PDF



aftaler mellem Allorfik og hhv. kommunerne og sundhedsvæsenet vedrørende samarbejdet omkring borgerne og samarbejdet på 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 fx uddannelse og arbejde.

"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling" udgør det evidensbaserede grundlag for behandlingen i Allorfik-centrene og den nyeste udvikling på rusmiddel- og spilområdet følges i Videncenter om Afhængighed. Der har ikke i 2016 og 2017 været grund for at ændre på de basale metoder brugt i Allorfik-centrene.

I den nationale plan fremgår, at behandlingsindsatsen som for anden sundhedsbehandling er organiseret ud fra en "stepped care model" (en trinvis model), hvor behandlingen altid er den mindst indgribende, der er virkningsfuld, og hvor den 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.

1.1 Allorfik, Videncenter om Afhængighed

Med planen er ansvaret for det samlede behandlingstilbud nu forankret i en særlig institution: Allorfik, Videncenter om Afhængighed. Videncentret varetager både konkrete opgaver overfor Allorfik-centrene og den samlede behandlingsindsats samt koordinerende funktioner og har en kvalitetssikrende rolle.

Kerneopgaverne er at:

- Koordinere den samlede nationale indsats mod problemer med rusmidler og spil
- Varetage Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI)
- Overvåge (monitorere) og evaluere indsatsen
- Sikre at behandlingen i Allorfik-centrene sker ud fra nyeste viden og "best practise"
- Udvikle og planlægge uddannelsesaktiviteter indenfor rusmiddel- og spilområdet, herunder sikre at behandlingskompetencer fx indenfor MI (Motiverende samtale) og KAT (Kognitiv adfærdsterapi) er til stede i Allorfik-centrene
- 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 lovgivning på området)
- Være øverst ansvarlig for supervision af rusmiddelbehandlere og nøglepersoner i Allorfik-centrene
- Udvikle behandlingstilbud til grupper der i dag ikke er et tilbud om behandling til
- Være øverste organ for tværsektoriel koordinering og samarbejde
- Medvirke til offentlig-private partnerskaber på rusmiddelområdet



- Udarbejde samarbejdsaftaler med kommuner samt med forskningscentre og interesseorganisationer indenfor rusmiddelbehandling.

Ud fra planen skal etableres et behandlingscenter i hver kommune. Der er i 2016 og 2017 etableret Allorfik behandlingscentre i Qaqortoq, Nuuk og Sisimiut og der etableres centre i Aasiaat og Ilulissat i 2018. Når alle centre er etableret dækker de 61 % af den voksne befolkning. Befolkningen udenfor byer med Allorfik-centre serviceres gennem aftaler med private udbydere efter udbud.

På Sullissivik.gl, Allorfik.gl og peqqik.gl findes oplysninger om, hvordan man kommer i behandling. Normalt er det sagsbehandleren, der henviser til behandling, hvilket sker digitalt. Borgere i byer med Allorfik-centre kan endvidere henvende sig direkte i Allorfik-centret.

1.2 Behandlingstilbuddet

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

Behandlingen i Allorfik-centrene sker ud fra motiverende samtale og en kognitiv adfærdsterapeutisk metode. Behandlingen er ambulansetilbud med fremmøde 1-3 gange om ugen i op til 17 uger.

Fra 1. april 2017-2019 serviceres den del af befolkningen, der ikke er bosiddende ved et lokalt Allorfik-center af den private udbyder Katsorsaavik Nuuk, som vandt alle ni udbud omkring tilbud til disse borgere. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden i 6-8 uger som dagbehandling ca. 5 timer dagligt. Behandlingen sker overvejende lokalt gennem 12 udbudte lokalforløb årligt for op til 22 borgere pr. hold, to udbudte lokalforløb i mindre kommuner og fire lokalforløb i Kommuneqarfik Sermersooq. Lokalforløbene afholdes i byer efter kommunens ønsker. Borgere, der ikke har mulighed for at komme på lokalforløb, tilbydes behandling i Nuuk.

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. I både Allorfik-centrene og ved lokalbehandling tilbydes pårørende behandling.

I 2016 samarbejdede Allorfik med Katsorsaavik Nuuk samt yderligere to private udbydere af behandling: Tarraq, der gennemførte to lokalbehandlinger i Tasiilaq og Katsorsavia Qeqqata, der gennemførte lokalbehandling i Maniitsoq og Sisimiut.

Behandlingstilbuddet ved problemer med pengespil adskiller sig en smule fra tilbuddet ved rusmiddelafhængighed. I Allorfik tilbydes et særligt ambulansetilbud til borgere med problemer med pengespil, mens behandlingen ved lokalbehandlinger eller i Katsorsaavik Nuuk sker sammen med borgere med rusmiddelproblemer. Allorfik har derudover et samarbejde med Center for Ludomani i Odense, hvorfor der kan visiteres til behandling der. 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 2016 og 2017

I forbindelse med opstarten af Allorfik har der været 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 bedre den nationale overvågning af henvisninger, behandling og efterbehandling samt omkring de øvrige udfordringer borgere i behandling har ud over deres rusmiddel- og 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 et WHO udviklet spørgeskema AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), et spørgeskema om spilafhængighed og fra efteråret 2017 endvidere et WHO udviklet spørgeskema om rusmidler, DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). Med disse tre instrumenter er det muligt, allerede når borgerene henvender sig om behandling, at vurdere sværhedsgraden af deres rusmiddel- eller spilproblem.

Behandlingsdatabasen er 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.

Herudover er udført en kvalitativ evalueringssindsats af et lokalt behandlingsprojekt for gravide og ammende med brug af hash under Tidlig Indsats-programmet. Baggrunden for dette var at se på muligheden for at give denne gruppe et særligt tilbud, der ikke kun inkluderede behandling, men også aktiviteter som fællesspisning, legestue og andre aktiviteter. Rapporten kan læses på Allorfiks hjemmeside www.allorfik.gl.



Uddannelsesindsatsen

Uddannelsesindsatsen bygger på internationale anbefalinger omkring behandlingsmetoder og behandlingselementer. 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 den motiverende samtale.

Rusmiddelbehandleruddannelsen består af nøglepersonuddannelsen samt modul 3 – 5 om kognitiv terapi generelt, kognitiv behandling af rusmiddel- og spilafhængighed samt familiebehandling ved rusmiddel- og spilproblemer.

Nøglepersonuddannelsen har været gennemført forår og efterår i både 2016 og 2017. Behandleruddannelsen har været gennemført som et uddannelsesforløb årligt i 2016 og 2017. 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. Herudover er i efteråret 2017 gennemført første modul af en uddannelse i brug af mindfulness til forebyggelse af tilbagefald (Mindfulness-Based Relapse Prevention). Uddannelsens andet modul gennemføres i foråret 2018.

Informationsindsatsen

Informationsindsatsen har været et kerneområde i 2016 og 2017. 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 konkret om henvisning til behandling. Allorfik har oprettet en rådgivningstelefon som er åben på hverdage mellem kl. 9-15 på tlf. 525343 og en hjemmeside www.allorfik.gl med blandt andet selvtests og oplysninger om de lokale behandlingscentre.

Allorfik startede i 2016 samarbejde med landets banker omkring finansiel rådgivning til borgere, der er i behandling for problemer med pengespil. Dette samarbejde udbygges i 2018 med undervisning af bankernes finansielle rådgivere vedrørende ludomani.

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 Allorfik-center. Videncentret har i 2016 og 2017 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.



Lovforberedende arbejde

Grønland har i mange år haft en alkohollov, men har aldrig haft en lov omkring tilbud om og krav til behandling ved brug af rusmidler og spil. Dette har betydet, at der ikke kan stilles minimumskrav til uddannelse af rusmiddelbehandlere, til behandlingen eller til indrapportering af behandlingsresultater. Dette er blandt andet årsagen til, at der har manglet kendskab til effekten af behandlingen.

I 2018 forventes fremsat et lovforslag om behandling af afhængighed. Allorfik har deltaget i dette arbejde.

Behandlingstilbud til børn og unge

Allorfik er af Departementet for Sundhed blevet bedt om at udarbejde en plan for et særligt behandlingstilbud for børn og unge. Planen forventes fremsat på EM 2018.

Baggrunden er, at Inatsisartut ved FM 2017, behandlede som 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"*. I svarnotatet pegede Naalakkersuisut på, at børn og unge har behov for en særlig indsats, men også at et succesfuldt og vedvarende resultat af et behandlingsforløb kræver et sideløbende fokus på den unges evt. andre problemer samt et fokus på at skabe en god og meningsfyldt dagligdag i samarbejde med forældre, uddannelsesinstitutioner m.m. Det er iflg. svarnotatet endvidere nødvendigt at målrette indsatsen den enkelte unges behov, og at tilbud om fritidsaktiviteter er meningsfulde for målgruppen. Uden dette, er der betydelig risiko for tilbagefald. Familie og Sundhedsudvalget fremhævede i sin betænkning, at emnet anses som værende et højt politisk prioriteret indsatsområde. Desuden blev unge regnet for at udgøre en særligt sårbar målgruppe, der var særligt skrøbelige overfor gruppepres, myter, ungdommeligt letsind og mangel på omtanke i forhold til problemet med hash.

Samarbejdsaftaler med kommuner samt med forskningscentre og interesseorganisationer indenfor rusmiddelbehandling

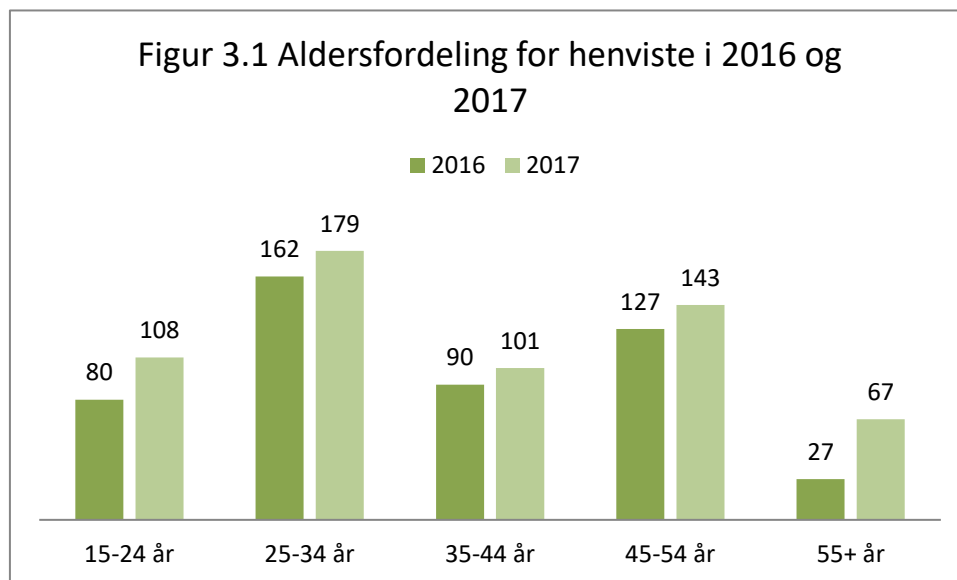
For at sikre det tværfaglige samarbejde udarbejdes samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og Allorfik. Der er i 2017 lavet samarbejdsaftaler med Kommuneqarfik Sermersooq og Qeqqata Kommunua.

Allorfik har et tæt samarbejde med Center for Ludomani i Odense omkring behandlingen af personer med problemer med pengespil og med U-turn, Københavns Kommunes behandlingstilbud til børn og unge med rusmiddelproblemer.

Herudover har Allorfik samarbejde med Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhed.

3. Henvisningsdata 2016-2017

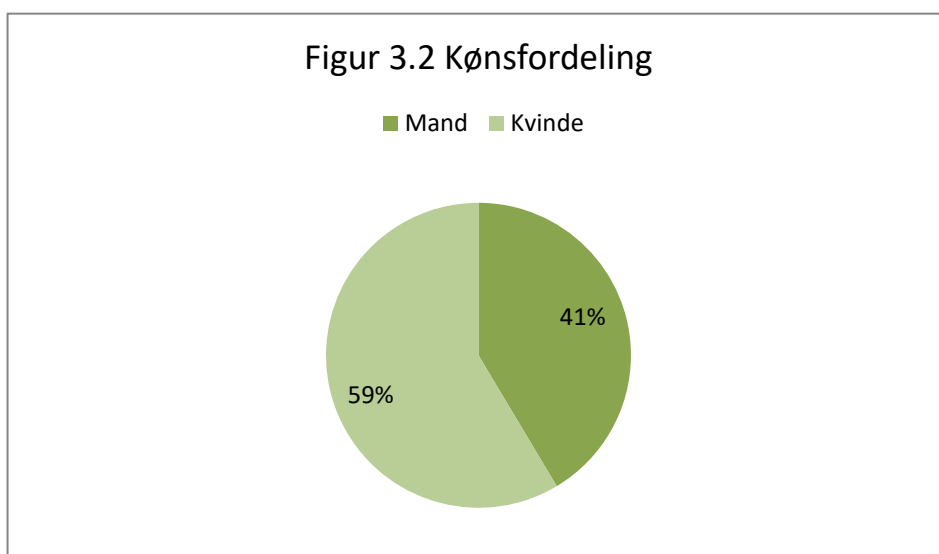
Visitationsdatabasen blev oprettet 1. januar 2016, hvor Allorfik blev ansvarlig for henvisning til rusmiddelbehandlingen. Allorfik modtog henvisning på 620 borgere i 2016 og 629 i 2017, hvor der blev ønsket visitation til behandling for problemer med rusmidler og/eller pengespil.



Heraf blev 486 borgere i 2016 og 598 i 2017 – i alt 1.084 borgere - færdigvisiteret og dermed henvist til behandling. Der var således specielt i 2016 borgere, hvor henvisningen ikke blev færdiggjort, blev annulleret, hvor borgeren viste sig ikke at have et rusmiddel-problem eller var henvist flere gange.

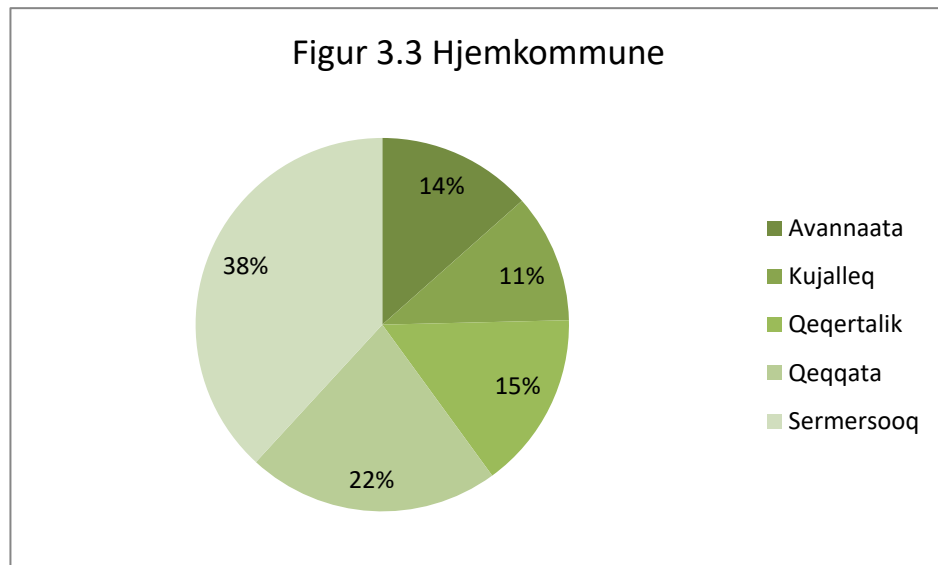
Aldersfordeling. Som det fremgår af Figur 3.1 øgedes antallet af visiterede i alle aldersgrupper fra 2016 til 2017, men den største antalsmæssige stigning i henvisninger sås hos de helt unge og hos borgere over 55 år.

Kønsfordeling. Der er flere kvinder end mænd, der visiteredes til behandling. I aldersgruppen 15-24 år er der således mere end dobbelt så mange kvinder som mænd og i aldersgruppen 25-34-årige henvises 3 kvinder for hver 2 mænd (Figur 3.2).



Fordeling på kommuner. Der henvises flest borgere fra Kommuneqarfik Sermersooq og færrest fra Kommune Kujalleq. Hvis man i stedet ser på den procentvise

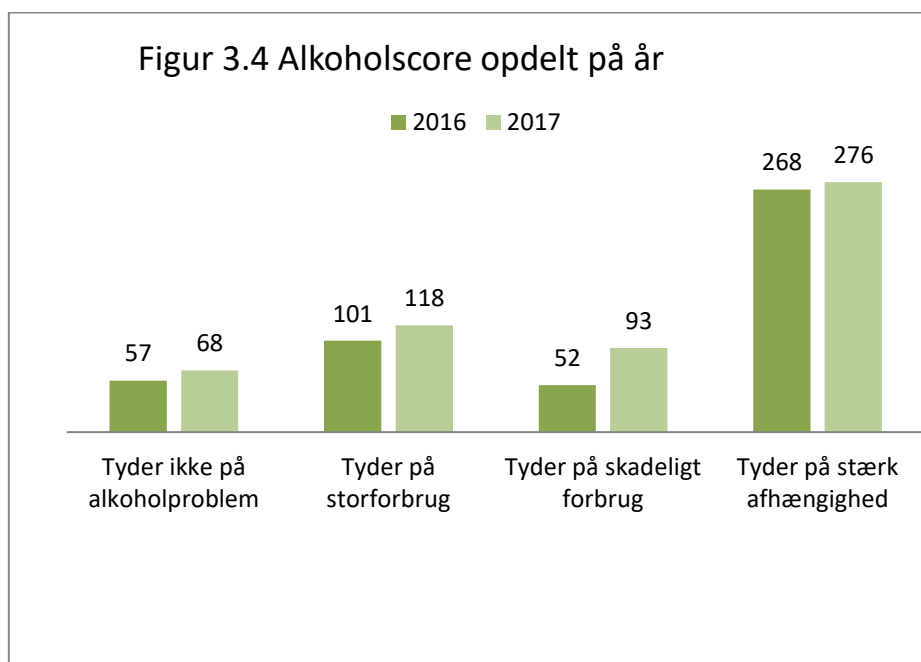
andel af borgere over 15 år, der henvises til rusmiddelbehandling, så er det 3,1 % i Qeqqata Kommunia og mellem 2,1 til 2,2 % af alle borgerne over 15 år i de øvrige kommuner, der henvises.



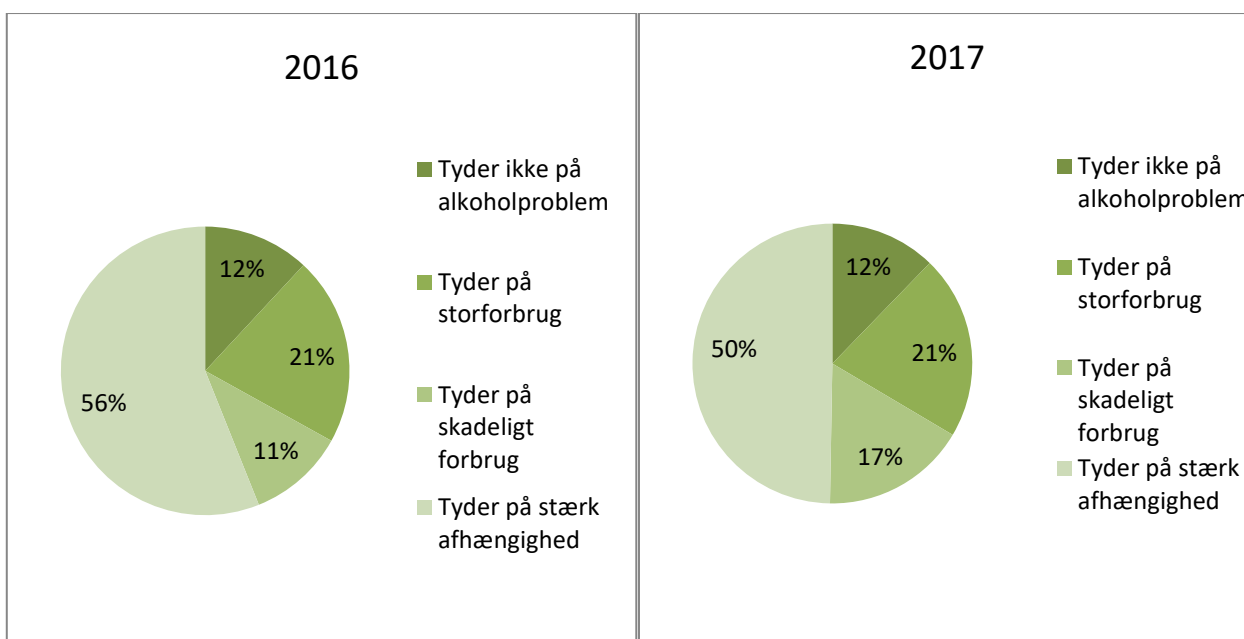
Denne fordeling beskriver kun kommunens henvisningsaktivitet og har ikke nødvendigvis sammenhæng med andelen af borgere med problemer, da henvisning kræver personaleressourcer og tid til at afdække borgerens problemer. Færre henvisninger kan således have flere årsager.

Graden af problemer med alkohol ved henvisningen

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



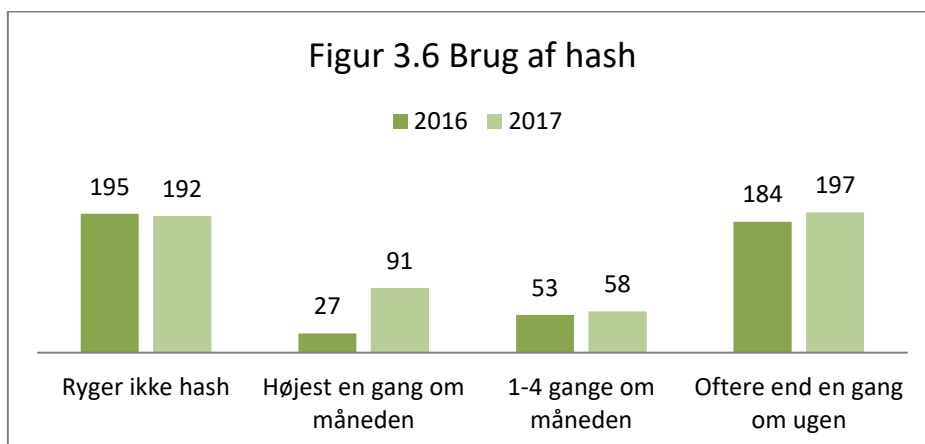
Kun få henviste i både 2016 og 2017 har ikke et alkoholproblem og langt de flest har et forbrug, der tyder på afhængighed (Figur 3.4). Ser man på den procentvise fordeling (Figur 3.5) var der både i 2016 og 2017 12 % af de henviste, der ikke havde et alkoholproblem, mens 21 % var storbrugere, men fra 2016 til 2017 havde en lidt større andel af henviste et skadeligt forbrug (17 % i 2017 og 11 % i 2016) og en tilsvarende mindre andel havde et forbrug, der tyder på afhængighed. Denne forskel er statistisk signifikant (p-værdi = 0,04 (Chi²- test)). Dette kan skyldes, at borgerne søger behandling tidligere eller at problemer med hash eller pengespil var mere dominerende problemer i 2017.



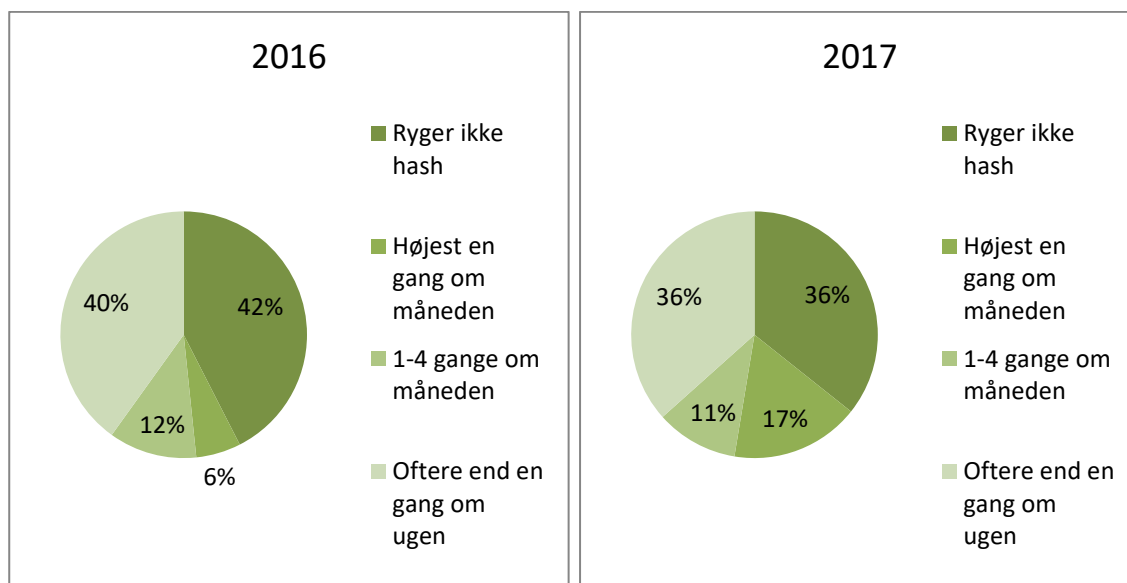
Figur 3.5 Alkoholproblemer hos henviste i 2016 og 2017 (N=478 og 555)

Graden af problemer med hash ved henvisningen

Vurderingen af problemer med hash skete i både 2016 og 2017 ud fra et enkelt spørgsmål omkring, hvor ofte man røg hash. Dette er brugt her for at kunne sammenligne de enkelte år. I sidste del af 2017 er indført DUDIT, et spørgeskema med 11 spørgsmål, der som for AUDIT samler en score for graden af problemer med hash eller egentlig afhængighed. Antalsmæssigt var der kun 46 visiterede, der svarede på DUDIT-spørgsmålene. Derfor anvendes i figur 3.6 i stedet de enkelte spørgsmål om hyppighed af hashindtag.



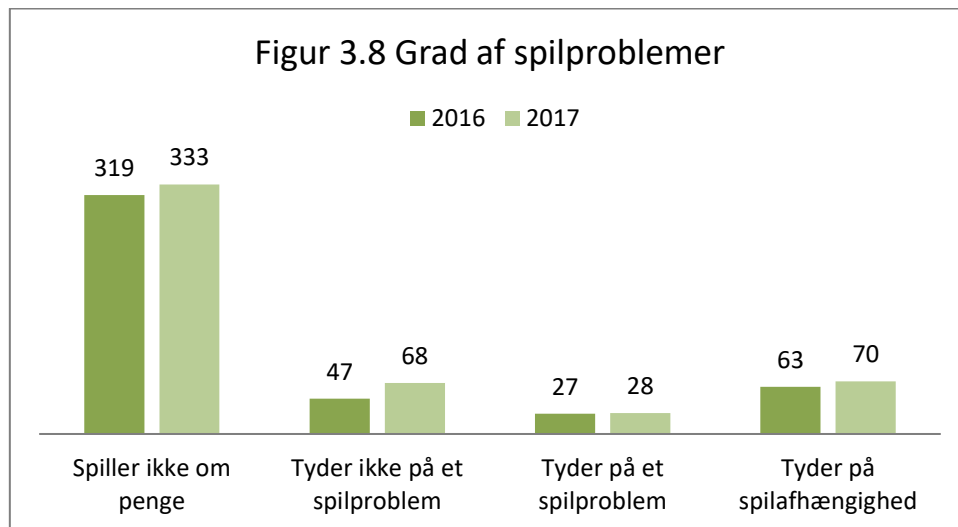
Både i 2016 og 2017 var der næsten lige store andele af de henviste, der ikke røg hash eller røg hash oftere end en gang om ugen, men i 2017 ser det ud til at gruppen af personer, med et moderat forbrug på højst en gang om måneden er steget. Forskellen er statistisk signifikant med en p-værdi på <math><0,001</math> (Chi²-test). Det er ikke muligt med så kort en observationsperiode at vide, hvad der ligger bag dette eller om det er udvikling der vil fortsætte, men det er vigtigt at følge fremadrettet.



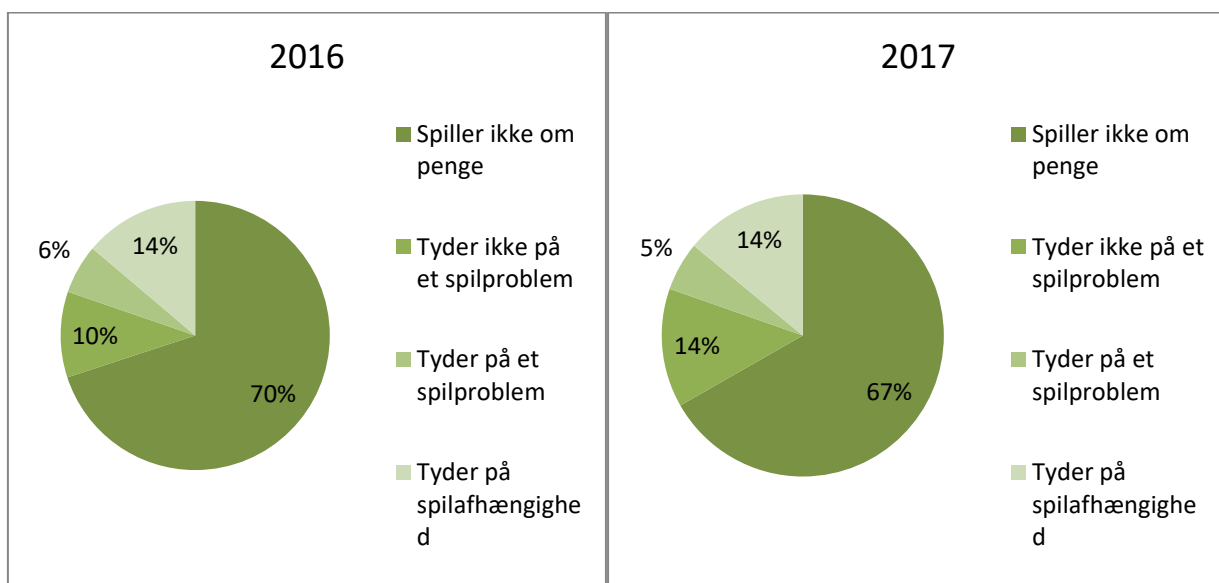
Figur 3.7 Hashproblemer hos henviste i 2016 og 2017 (N=459 og 538)

Problemer med pengespil ved henvisningen

Spilproblemer vurderes ud fra en samlet score på 10 spørgsmål omkring spil. Selve testen findes på Allorfiks hjemmeside, www.allorfik.gl, som en selvtest. Spilproblemer er den afhængighed færrest henvises for (Figur 3.8). Antalsmæssigt var det således 652, der slet ikke spillede om penge og blandt dem der gjorde var det kun 63 og 70 i hhv. 2016 og 2017, der må betegnes som havende en egentligt afhængighed af spil.



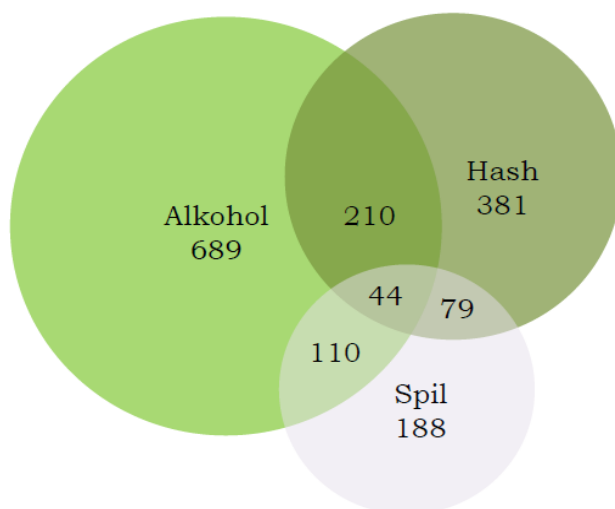
Der er meget lille forskel på andelen med spilproblemer i 2016 og 2017. Kun 30 % i 2016 og 33 % i 2017 spillede om penge og heraf havde kun 10 % et spilproblem og 14 % afhængighed. Denne forskel er ikke statistisk signifikant.



Figur 3.9 Spilproblemer ved henvisning i 2016 og 2017 (N=456 og 499)

Andel med problemer med flere rusmidler

Andelen af problemer på to eller tre områder, dvs. både har problemer med hash og alkohol, alkohol og spil, spil og hash eller på alle tre områder samtidigt er opgjort for 2016 og 2017 sammen.



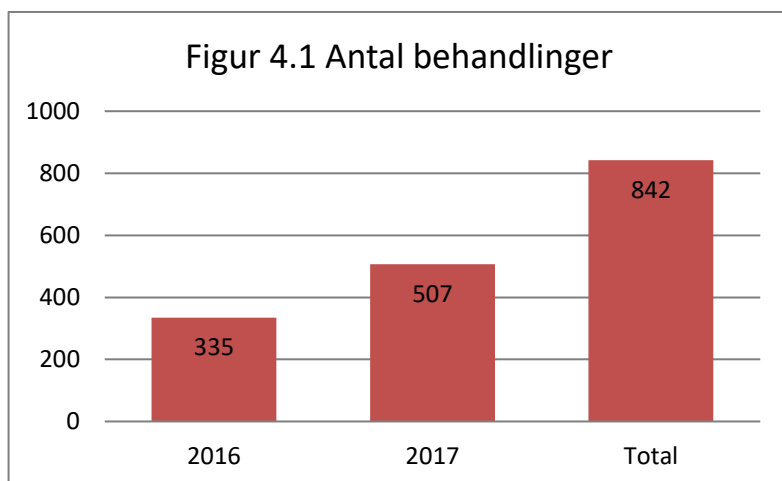
Figur 3.10 Andel med problemer med flere rusmidler

Diagrammet skal læses således: I alt 689 angav et forbrug af alkohol, der svarer til skadeligt forbrug eller afhængighed. Af dem var der 210, der også røg hash oftere end en gang om ugen og 110, der angav en score, der svarer til problemspil eller spilafhængighed. En lille gruppe på 44 havde angivet alle tre typer af problemer. For hash angav 381 at de røg hash hyppigere end ugentligt og her havde 210 også et alkoholproblem og 79 også et spilproblem. For pengespil angav 188 en score, der svarer til problemspil eller afhængighed af pengespil, heraf havde 110 også et alkoholproblem og 79 et hashproblem.

Opgjort på denne måde vil det samlede antal være større end antal henviste da nogle indgår flere gange.

4. Behandlingsdata 2016-2017

Behandlingsdatabasen er fælles for behandlingen ved Allorfik-centrene og for underleverandører i 2016 og 2017. For Katsorsaavik Nuuk er databasen en fortsættelse af den tidligere behandlingsoversigt. For Allorfik og andre underleverandører, der i 2016 og frem til april 2017 var Tarraq, der udførte lokalbehandlinger i Nuuk og Katsorsaavik Qeqqata, der udførte lokalbehandlinger i Maniitsoq og Sisimiut, er registreringen i behandlingsdatabasen desværre ikke helt komplet på grund af opstartsproblemer med den centrale elektroniske behandlingsjournal. I forbindelse med implementering af udbudsaftalen per 1. april 2017 har

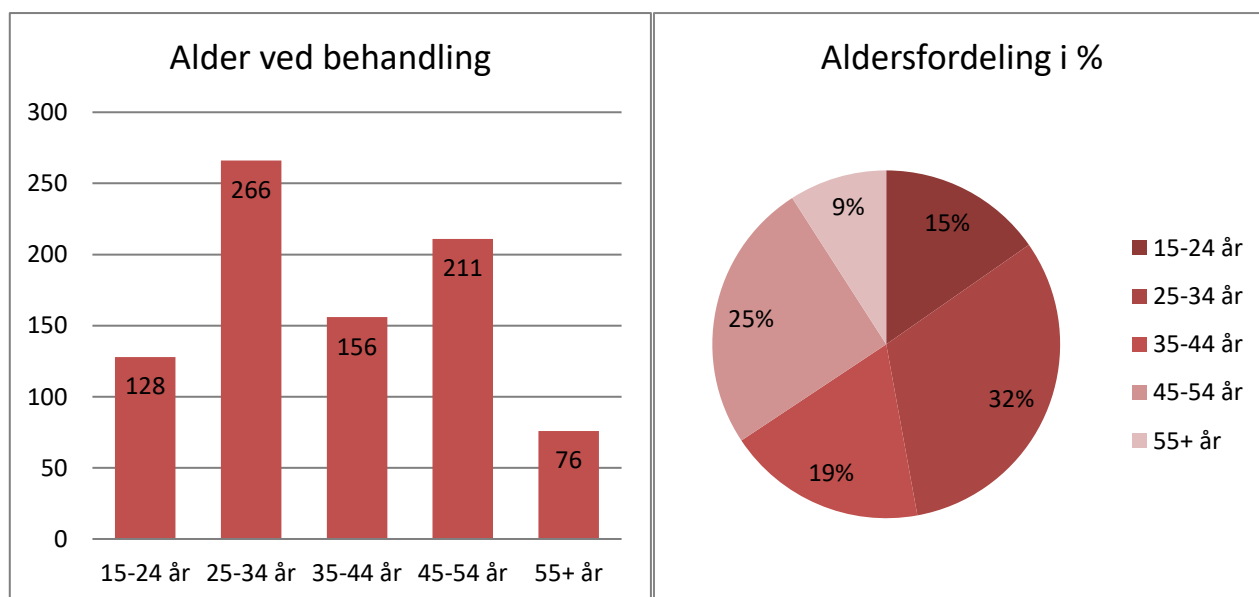


der også været mindre ændringer af databasens indhold.

Behandlinger i 2016 og 2017

Der er data for behandling for knap 850 borgere i alt i 2016 og 2017. 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. Sammenlignet blev i årene 2012 til 2015 behandlet 244 borgere i 2012, 279 i 2013, 250 i 2014 og 166 i 2015 i Katsorsaavik Nuuk. Disse tal inkluderer både klienter i den daværende aftale med sundhedsvæsenet og egenbetalere.



Figur 4.2 Alder ved behandlingsstart og fordeling på 10 års aldersgrupper (N=837)

Behandlingssted 2016-2017

Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen så vidt muligt skulle 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. Dette 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 og endelig 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, som man forlod.

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.

I 2016 var der lokalbehandlinger i Qaqortoq, Tasiilaq (to forløb), Sisimiut, Aasiaat

og Qaanaaq. Udover det almindelige forløb i Aasiaat blev pga. mange gravide og ammende, der brugte hash, lavet et særligt forløb for disse. Evalueringen af dette forløb kan ses på Allorfiks hjemmeside.

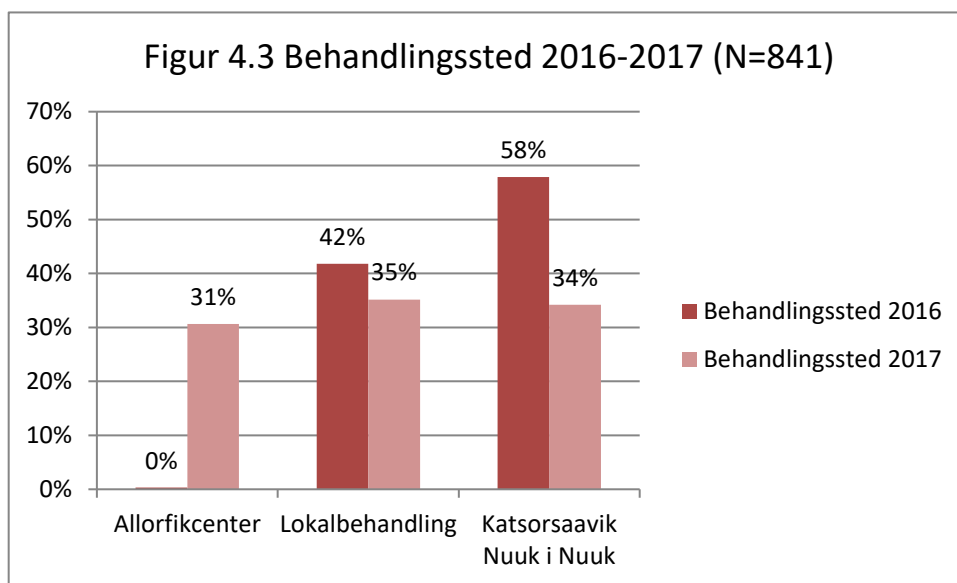
I 2017 var der lokalbehandling i Nanortalik, Narsaq, Paamiut, Tasiilaq (to forløb), Maniitsoq, Sisimiut, Aasiaat, Ilulissat og Uummannaq. Herudover var der planlagt et forløb i Qeqertarsuaat, som blev aflyst pga. for få tilmeldinger.

Allorfik Kujalleq, der er det første behandlingscenter oprettet under Allorfik, startede med at tage borgere i behandling i januar 2017. Herefter fulgte Allorfik Sermersooq i maj 2017 og Allorfik Qeqqata i oktober 2017.

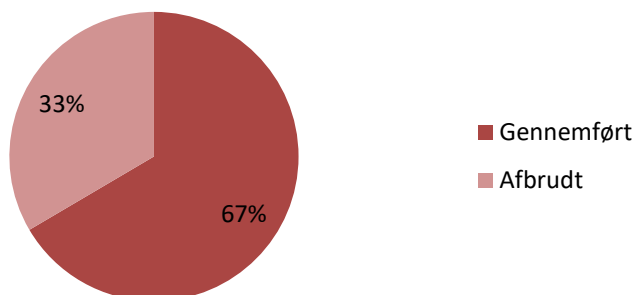
Samlet blev flere borgere behandlet lokalt i 2017 i alt 66 % mod 42 % i 2016 (Figur 4.3).

Behandlingsstatus

Gennemførte behandlinger er defineret som behandlinger, hvor borgeren har gennemført mindst 6 ugers behandling.



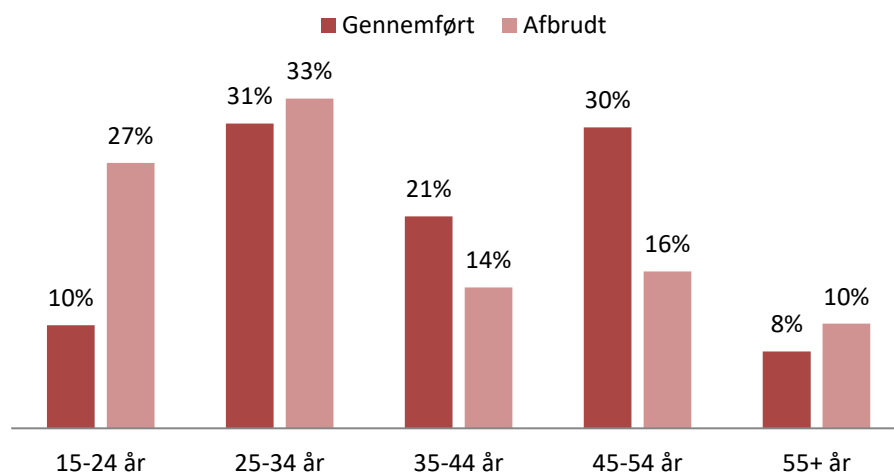
Figur 4.4 Behandlingsstatus 2016 - 2017
(N=762)



Som det fremgår af Figur 4.3 er gennemførelsen af behandlingen samlet for 2016 og 2017 67 %, hvilket betyder, at 2 ud af 3 gennemfører mindst 6 ugers behandling. En lille andel på omkring 3 % af henviste starter aldrig i behandling trods henvisning.

Der er relativt flere unge, der ikke gennemfører behandlingen end for de øvrige aldersgrupper (Figur 4.5), mens der samlet ikke er forskel mellem andelen af mænd og kvinder, der gennemfører behandlingen (ikke vist).

Figur 4.5 Behandlingsstatus fordelt på alder 2016 - 2017 (N=762)





5. Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2016-2017

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) er fælles for alle, der laver behandling efter aftale med Allorfik. Det er et ønske at alle både privat og offentlige behandling på sigt skal indrapportere til KN- ASI, da det giver mulighed for at følge om der er en længerevarende effekt af behandlingen.

For Katsorsaavik Nuuk er databasen en fortsættelse af den tidligere indrapportering. Indholdet i databasen er for Allorfik-centrene ikke komplet på grund af opstartsproblemer med behandlingsjournalen, som databasen er en underdel af.

I 2017 har der været mindre ændringer i databasen og indrapporteringen kan nu foregå på både grønlandsk og dansk. Ud over registrering ved behandlingsstart og ved afsluttet behandling er fra 2017 startet registrering af status ved afsluttet behandling samt 6 måneder efter behandling ved den behandlende institution. Det skal på sigt give mulighed for at vurdere om borgeren har haft mulighed for at fastholde behandlingsresultatet efter endt behandling.

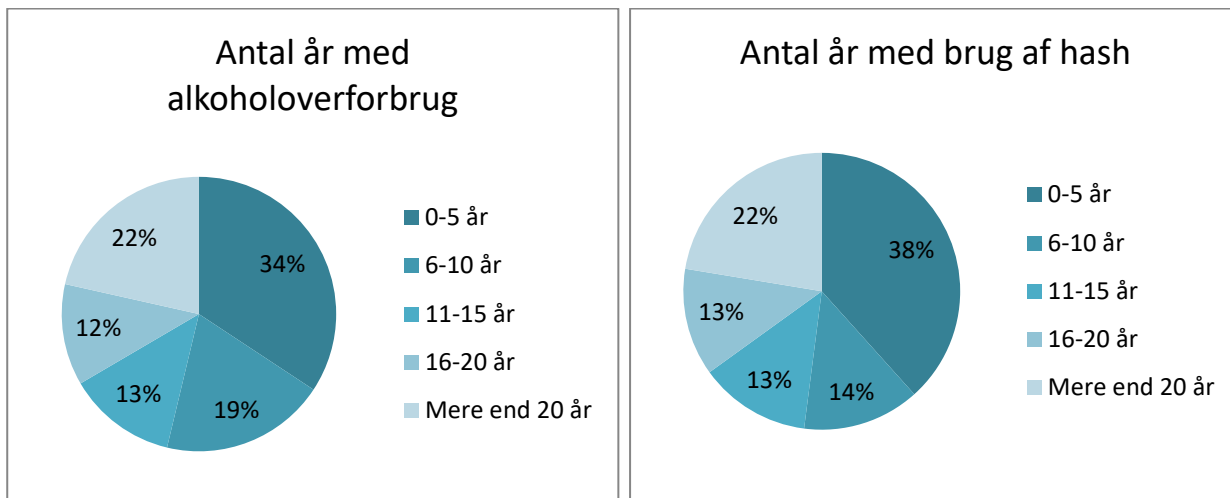
Fra 2018 prøver Allorfik at indgå samarbejde med visiterende enhed, dvs. kommunen eller arbejdspladser, der har henvisningsret gennem en samarbejdsaftale med Allorfik. Ønsket er, at de indrapporterer til databasen 3 måneder efter endt behandling.

For 2016 og 2017 havde 545 borgere i behandling fået lavet interview til den nationale rusmiddeldatabase. Interviewet ligger tidsmæssigt lidt inde i behandlingen, da det kræver en god relation til behandler. Fuldstændigheden af data er derfor en balance mellem det gode tidspunkt for at få lavet interviewet og at få så mange som muligt i behandling interviewet.

Det er dog ikke alle, der har svaret på alle spørgsmål. N i figurerne fortæller, hvor mange af de interviewede, der har svaret på spørgsmålet.

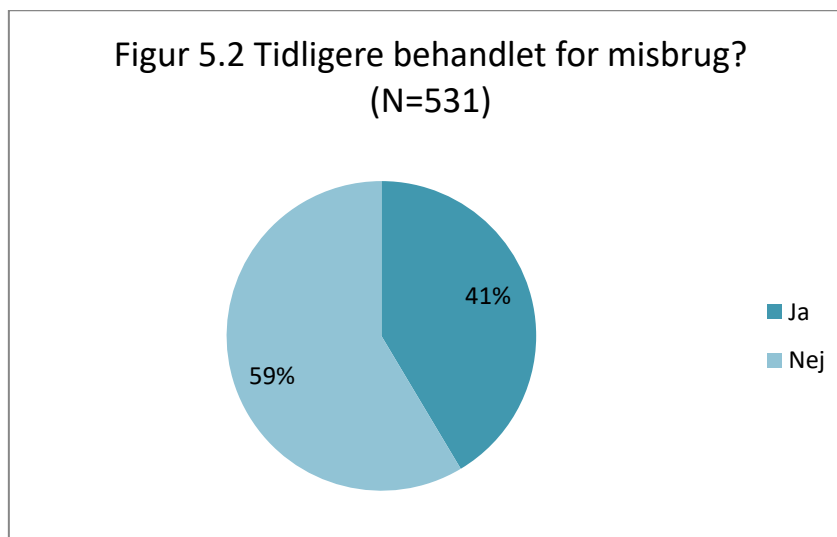
Varighed af problemet og behov for genbehandling

Det er et ønske at borgere med rusmiddel- og spilproblemer kommer i behandling så tidligt som muligt efter problemet er opstået. Det er helt lavpraktisk begrundet i, at problemets sværhedsgrad oftest er mindre og at brugeren har nået at få færre fysiske, psykiske og sociale konsekvenser end efter et mere langvarigt forbrug. Som det fremgår af Figur 5.1 er det kun 34 % med alkoholoverforbrug og 38 % med brug af hash, der kommer i behandling indenfor 5 år efter at problemet er opstået. Mens det for begge stoffer er 22 %, der har haft problemet i 20 år eller mere. Med det gratis og mere lokale tilbud forventes at tiden med problemer med rusmidler og spil før en behandlingsindsats falder.



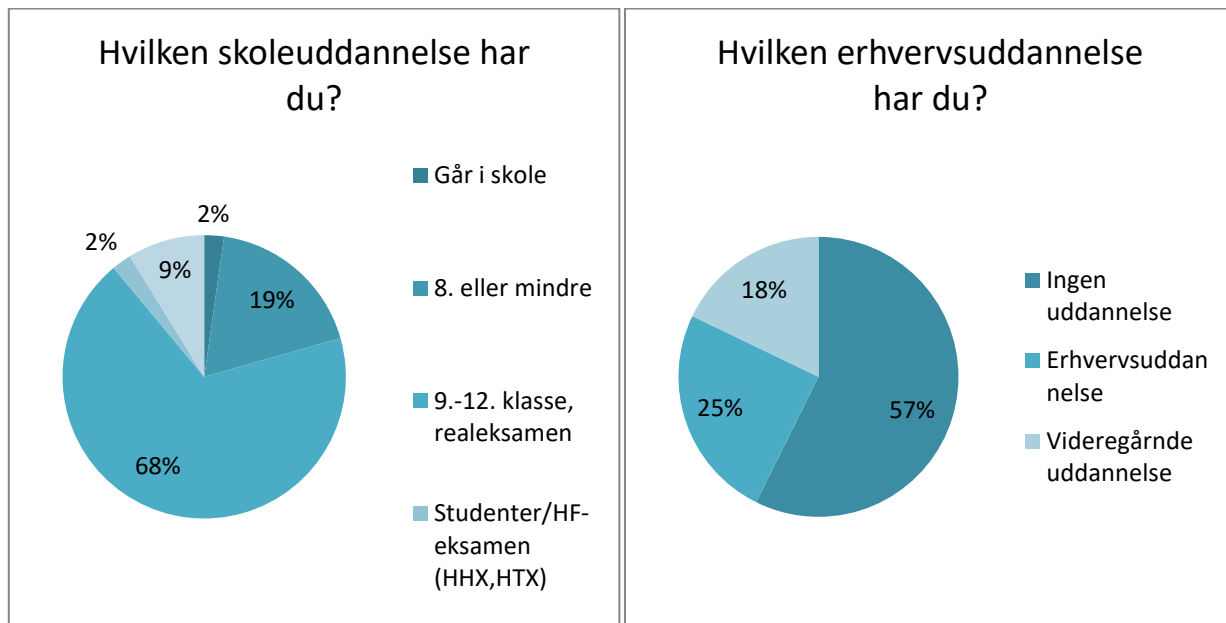
Figur 5.1 Antal år med overforbrug af alkohol eller brug af hash inden behandlingen (samlet for 2016 og 2017)

Behandling nytter, men mange borgere med rusmiddelproblemer har behov for at blive behandlet flere gange. Man kan sammenligne problemer med afhængighed af hash, alkohol og spil med andre sygdomme, der har med livsstilen at gøre, som fx rygning og overvægt. Behandlingseffekten for afhængighedssygdomme er fundet at være lige så stor som for øvrige livsstilssygdomme, hvor der også ofte er tale om gentagen behandling. I 2016 og 2017 var det 41 % af besvarende, der havde været i behandling tidligere (Figur 5.2).



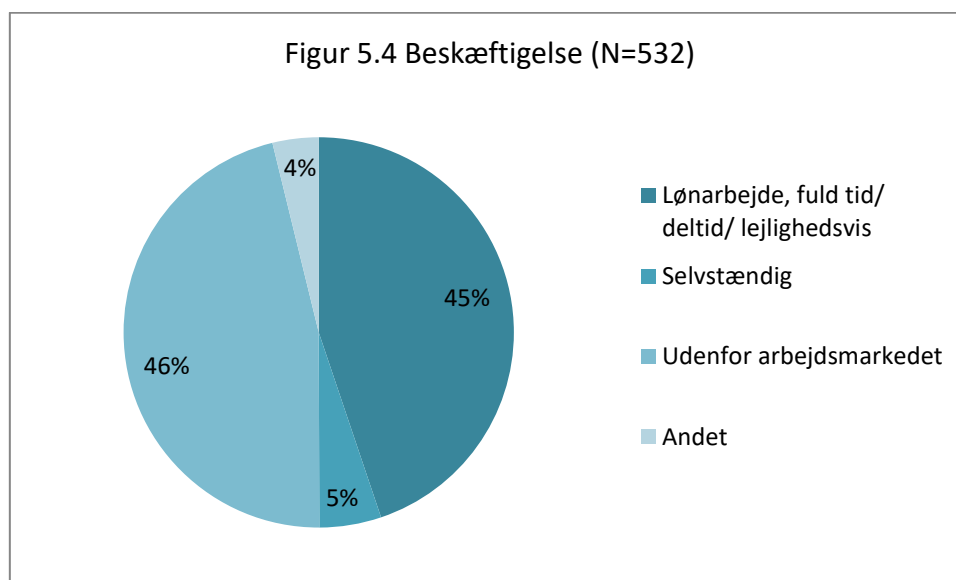
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse

Mange i behandling har en kort skoleuddannelse og mange er udenfor arbejdsmarkedet. I alt 87 % af dem, der har besvaret, har en skoleuddannelse svarende til folkeskolen afgangsprøve eller mindre, mens kun 9 % har GU eller højere. Omkring uddannelse har 57 % ingen uddannelse, 25 % en erhvervsuddannelse og 18 % en videregående uddannelse.



Figur 5.3 Skole og erhvervsuddannelse (N=534 og 533)

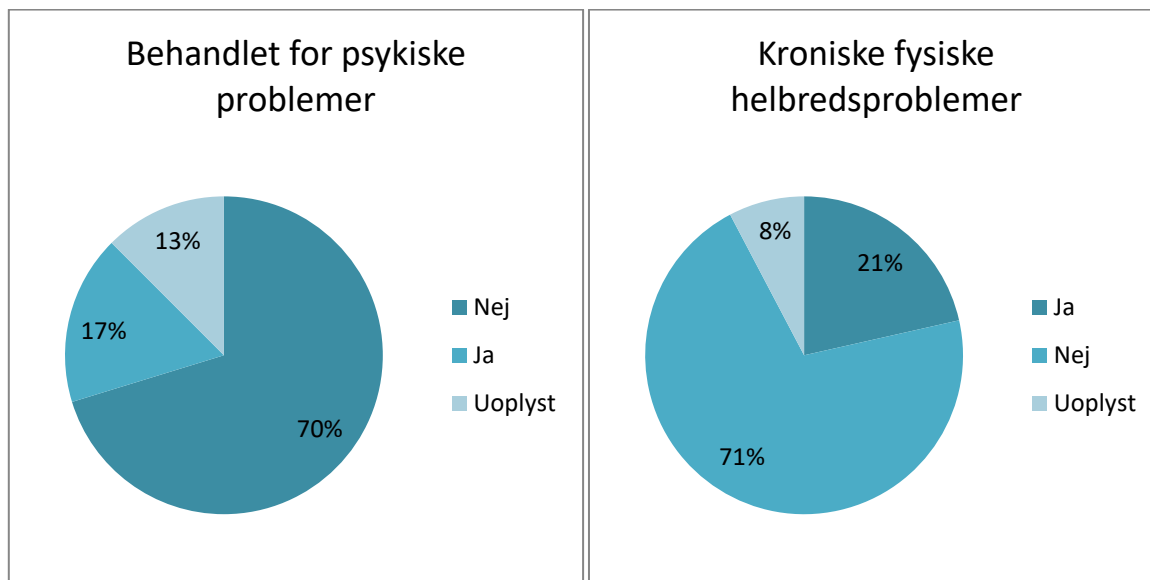
I alt 49 % har tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere, 45 %, eller som selvstændige, 4 %, mens 46 % er udenfor arbejdsmarkedet, dvs. er hjemmegående, pensionist, studerende, arbejdsløs eller modtager af sociale ydelser. Af de 45 % der har lønarbejde har 35 % fuldtidslønarbejde, 9 % deltidslønarbejde og 2 % lejlighedsvis lønarbejde (Figur 5.4).



Helbredsforhold

Ligesom ulykker sjældent står alene gælder det ofte, at personer med problemer med rusmidler har andre samtidige problemer. Det gælder også helbredsproblemer. Hvis man ser på andelen af de behandlede, der har svaret, som har en kronisk fysisk sygdom gælder det 21 %, mens andelen, der har været behandlet –

under indlæggelse eller ambulat – for en psykisk lidelse, var i alt 17 %

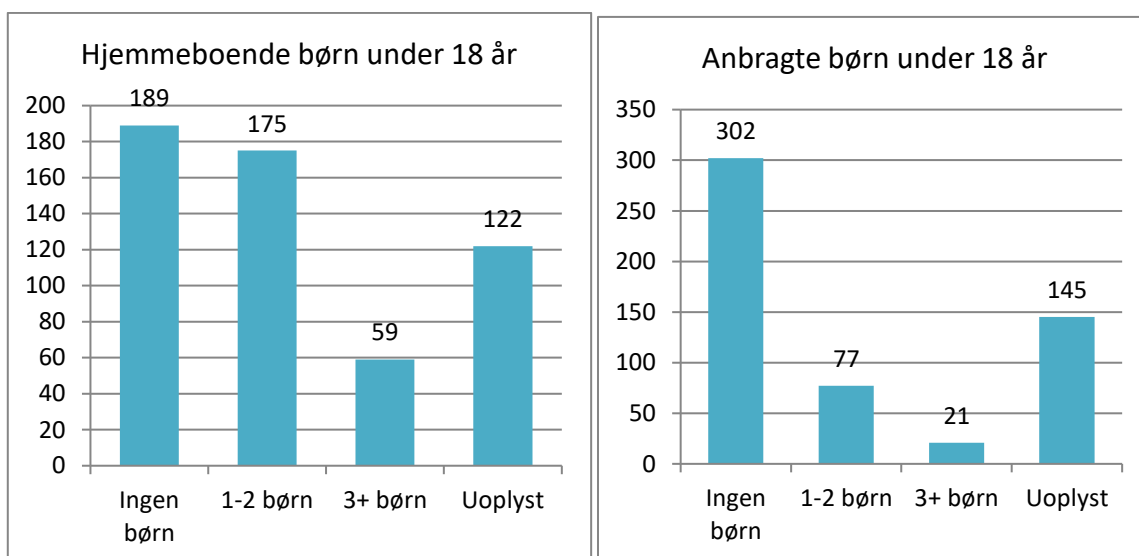


Figur 5.5 Kroniske fysiske helbredsproblemer eller behandlet for psykiske problemer (N=545)

Behandlede med børn under 18 år

Mange borgere i behandling har børn under 18 år. Som det fremgår i Figur 5.6 er der i alt 234 i behandling ud af de 545, der har svaret, der har et eller flere hjemmeboende børn under 18 år og 98 af de 545, der har svaret, som har et eller flere børn under 18 år anbragt udenfor hjemmet.

Da opvækst med rusmiddelproblemer i hjemmet øger risiko for omsorgssvigt og for fx seksuelle krænkelse, der giver langvarige eller livsvarige problemer for de ramte børn, er det vigtigt, at der kommer et stort kommunalt fokus på disse børn.

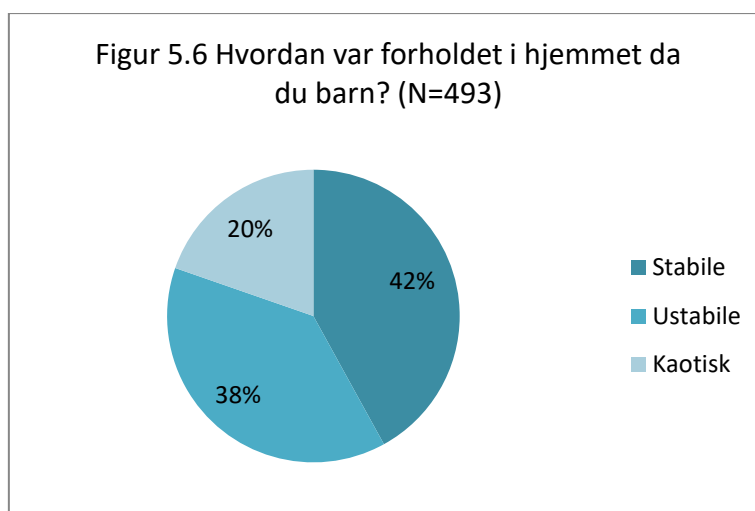


Figur 5.6. Behandlede med hjemmeboende og anbragte børn

Forholdene i barndomshjemmet

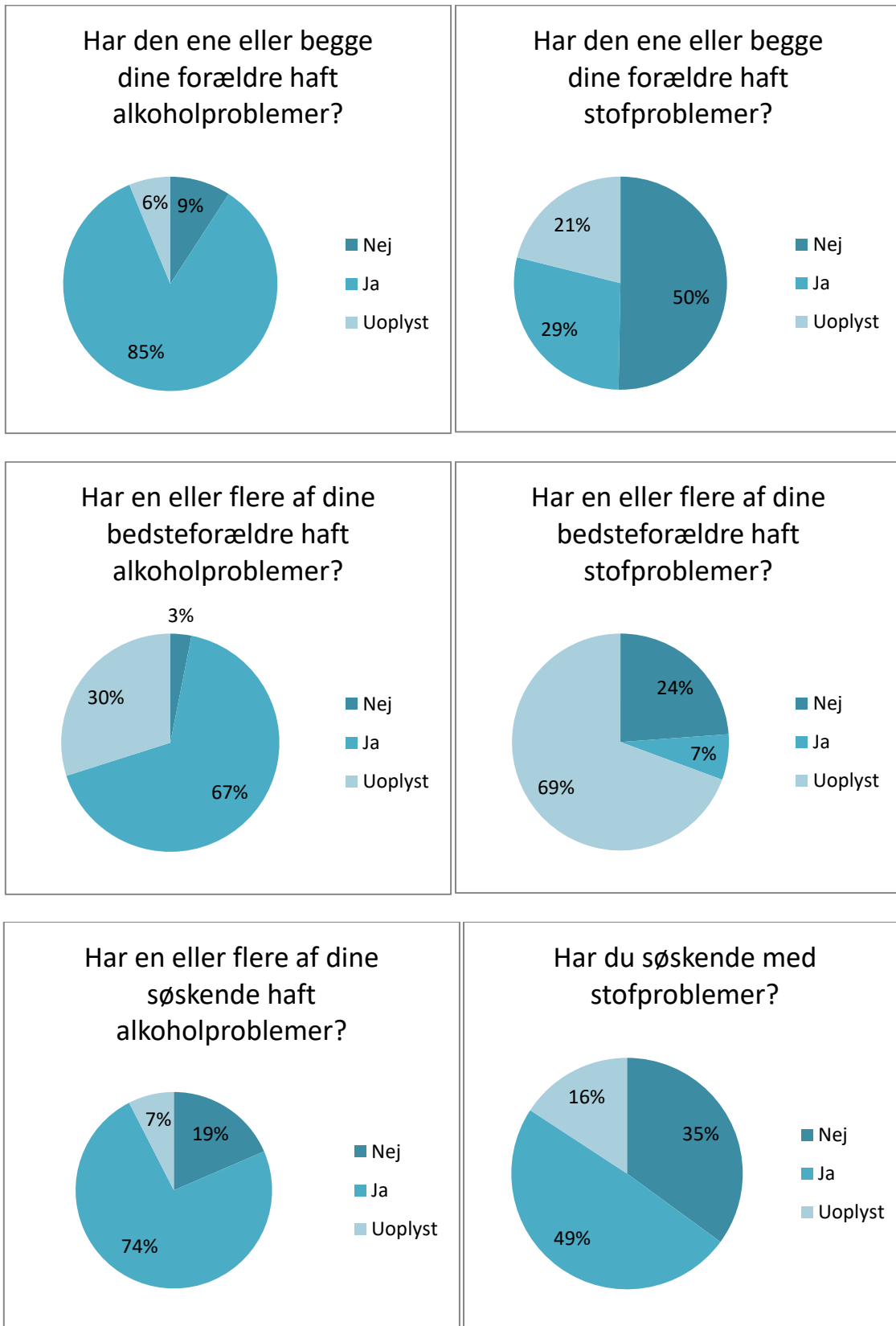
I forhold til rusmidler tales der meget om "social arv", dvs. sammenhængen mellem forældrenes adfærd og deres sociale og uddannelsesmæssige forhold og børnenes senere adfærd og forhold. Social arv har mange årsager, både genetiske, individuelle og samfundsskabte.

Hvis vi ser på forholdene i barndomshjemmet er det 42 % af dem, der angiver at forholdene var stabile, mens i alt 38 % angiver de var ustabile og 20 %, at de var kaotiske (Figur 5.6). En stor del af behandlede er således vokset op med utrygge hjemlige forhold. Forhold som de selv er i risiko for at gentage.



Ser man specielt på de behandlede vurdering af rusmiddelproblemer hos deres forældre, søskende og bedsteforældre (Figur 5.7), så fremgår det meget tydeligt at rusmiddelproblemer ofte går igen i familierne. Der var således 85 %, der angav at mindst en af deres forældre har haft et alkoholproblem og 29 % havde forældre med et stofproblem, herunder et problem med hash. For søskende havde 74 % af personer i behandling en eller flere søskende, der havde et alkoholproblem og 49 % havde et stof/hash-problem. Også blandt bedsteforældre var andelen med problemer med rusmidler høj. Således havde 67 % af de behandlede en eller flere bedsteforældre med et alkoholproblem og 7 % et stof/hash-problem.

Baggrunden for de flere uoplyste blandt bedsteforældrene er, at en del ikke kender deres bedsteforældre. Hvis man derfor har svaret nej til alkohol/stofproblemer, men har ukendte bedsteforældre er det klassificeret som uoplyst. Andelen med problemer blandt en eller flere bedsteforældre kan derfor godt være højere end det fremgår.



Figur 5.7 Rusmiddelproblemer blandt forældre, søskende og bedsteforældre (N=545).

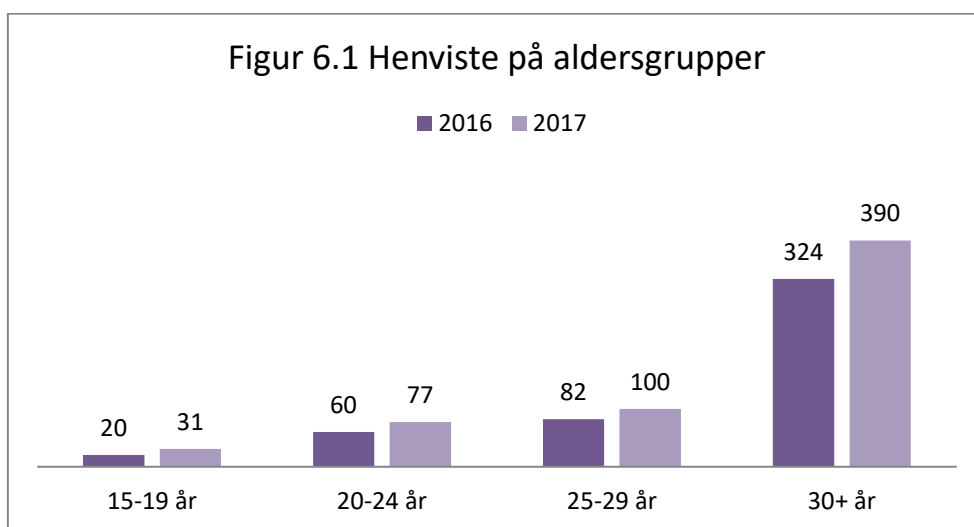


Der var således 85 %, der angav at mindst en af deres forældre har haft et alkoholproblem og 29 % havde forældre med et stofproblem, herunder et problem med hash. For søskende havde 74 % af personer i behandling en eller flere søskende, der havde et alkoholproblem og 49 % havde et stof/hash-problem. Også blandt bedsteforældre var andelen med problemer med rusmidler høj. Således havde 67 % af de behandlede en eller flere bedsteforældre med et alkoholproblem og 7 % et stof/hash-problem.

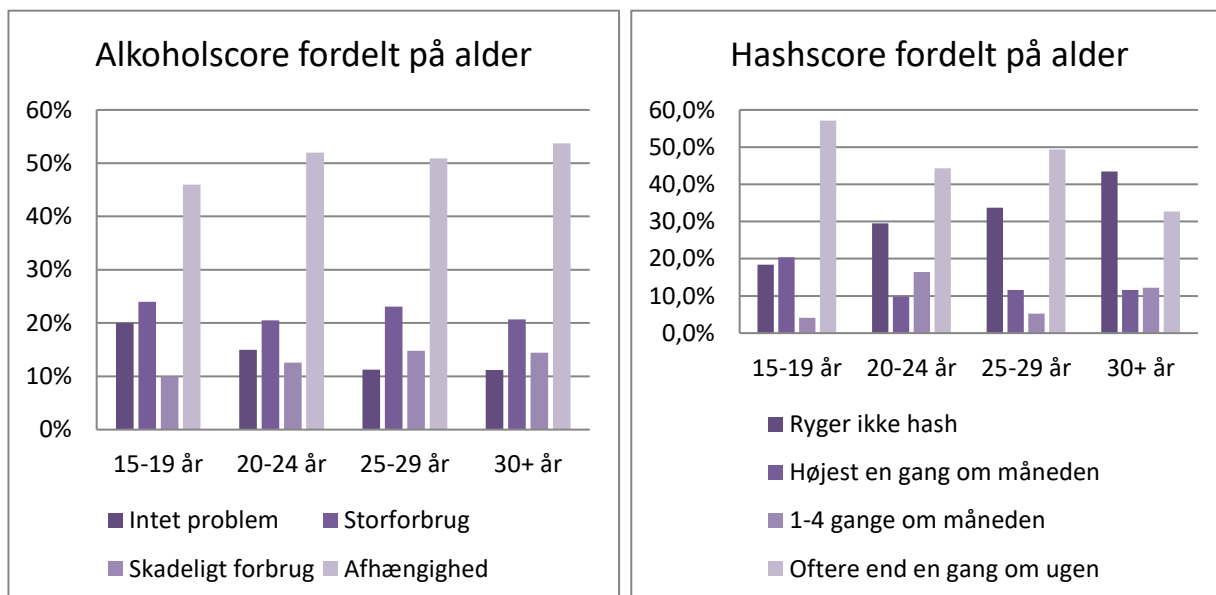
Baggrunden for de flere uoplyste blandt bedsteforældrene er, at en del ikke kender deres bedsteforældre. Hvis man derfor har svaret nej til alkohol/stofproblemer, men har ukendte bedsteforældre er det klassificeret som uoplyst. Andelen med problemer blandt en eller flere bedsteforældre kan derfor godt være højere end det fremgår.

6. Årets tema – unge i rusmiddelbehandling

Da Inatsisartut i foråret 2017 anså rusmiddelproblemer blandt unge som et vigtigt indsatsområde og vedtog, at der skal fremlægges en plan for et særligt behandlingstilbud til børn og unge med problemer med rusmidler, har Allorfik som årets tema valgt unge i rusmiddelbehandling.

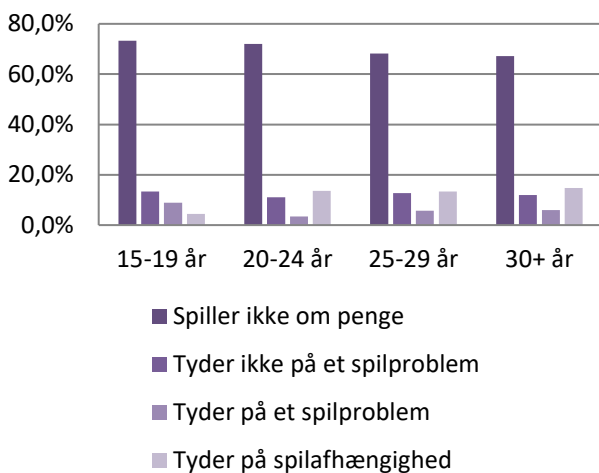


Der var ingen henviste unge under 15 år og kun 10 unge var i alderen 15-17 år (1 på 15 år, 5 på 16 år og 4 på 17 år). Unge udgør dog allerede i dag 16 % i 2016 og 18 % i 2017 af alle henviste, men pga. det nuværende tilbuds karakter kommer kun ganske få unge under 18 år i behandling.



Figur 6.2 Alkoholscore (AUDIT) og hashscore fordelt på aldersgrupper (N=1033 og 997)

Figur 6.3 Spilscore fordelt på alder (N=955)



Unge mønster omkring problemer med rusmidler og spil adskiller sig på nogle områder fra de ældre aldersgrupper.

Alkohol: Unge har i højere grad intet alkoholproblem og scorer i mindre grad svarende til afhængighed af alkohol i forhold til henviste på 30 år eller derover.

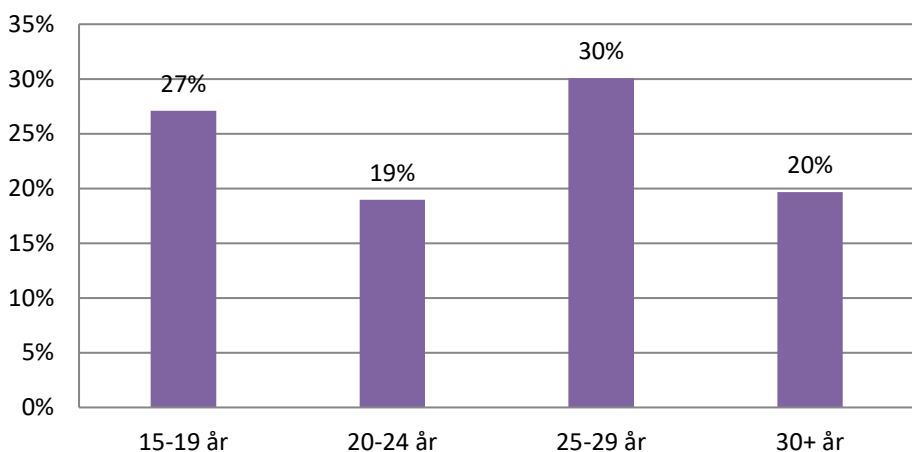
Hash: Samtidig ryger flere unge i behandling hash og flere der ryger hash oftere end 1 gang om ugen.

Pengespil: Kun meget få af de 15-19-årige har udviklet et spilproblem, men allerede for de 20-24-årige ses stort set samme andel med problemer som for de ældre aldersgrupper.

Konklusivt har relativt flere unge angivet hashproblemer og lidt færre alkoholafhængighed ved henvisningen.

Andelen af helt unge med et svært blandingsmisbrug dvs. har et skadeligt alkoholforbrug eller afhængighed og ryger hash oftere end en gang om ugen er dog højere end for de 20-24-årige (Figur 6.4).

Figur 6.4 Andel i hver aldersgruppe med problemer med både alkohol og hash (N=968)





7. Planlagte indsatser under Allorfik i 2018

I 2018 er det Allorfiks hovedindsatsområder på rusmiddel- og spilområdet at:

- Styrke datakvaliteten i visitationsdatabasen, behandlingsdatabasen og KN-ASI.
- Oprette Allorfik Qeqertalik i Aasiaat i foråret 2018
- Oprette Allorfik Avannaata i Ilulissat i sommeren 2018
- Fortsætte uddannelserne til nøgleperson og rusmiddelbehandler
- Afslutte kursus i brug af mindfulness i tilbagefaldsforebyggelsen
- Afholde masterclass i familiebehandling
- Fortsætte informationsindsatsen til borgerne mhp. at øge befolkningens viden om behandlingstilbuddet og at behandling betaler sig økonomisk, socialt, psykisk og fysisk for den enkelte borger.
- Øge viden om behandlingstilbuddet 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
- Udbyde mininøglepersonuddannelse på grønlandsk og dansk
- Tilbyde ryge-stop-kurser ved Allorfik-centrene.



Bilag 1 Vision, mission og værdier for Allorfik

Vision

Et samfund, hvor borgerne er fri af afhængighed af rusmidler og spil, og hvor forældre har kompetencer til at varetage deres børns behov.

Mission

At være grundfjeldet i arbejdet med rusmiddelproblemer og omsorgssvigt i Grønland som en innovativ og professionel virksomhed, der rækker ud mod samarbejdspartnerne og sikrer helhedsorienterede løsninger for vores brugere.

- Med professionel mener vi, at virksomheden til alle tider sikrer evidensbaseret behandling af rusmiddel- og spilproblemer ud fra den enkelte borgers behov. Behandlingen gives af medarbejdere, der har den nødvendige uddannelse og som gives den nødvendige supervision.
- Med innovativ mener vi, at virksomheden udvikler sig i takt med de behov brugere og samfundet har. Vi stræber hele tiden efter at blive endnu bedre til det, vi gør.
- Med helhedsorienterede løsninger mener vi, at virksomheden skal række ud mod alle vore samarbejdspartnere for at sikre, at brugerne får det samlede tilbud, der hjælper dem bedst til at opnå det liv, de ønsker.

Værdier

Vi betragter sundhed som en dynamisk tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære og som et redskab til at få et godt liv. Problematisk brug af rusmidler og spil betragtes som en sygdom og som et komplekst problem, der er sammensat af arv og miljø.

Behandlingstilbud:

- Vi har et behandlingstilbud, der til hver en tid lever op til international standard. Dette sikres gennem vedvarende uddannelse og supervision af medarbejderne.

Samarbejde med andre:

- Alle vore samarbejdspartnere ser os som professionelle, troværdige, ordholdende, innovative og visionære – og at medarbejderne føler, at denne opfattelse er berettiget.

Omkring brugere:

- Vores brugere har tillid til vores behandling og til, at vi kan hjælpe dem bedst muligt med deres rusmiddel- eller spilproblem.
- Vores brugere føler sig mødt og velkomne hos os.
- Vores brugere ved, at vi vil følge dem så langt ad vejen som det er muligt – inden for de givne rammer.
- Vi ser vores brugere som hele mennesker med individuelle behov – og arbejder ud fra dette.

Som arbejdsplads:

- Ledelsen er synlig, respektfuld og udviser rettidig omhu for institutionen og medarbejderne.

Medarbejderne føler sig mødt og får plads til at udvikle sig.