

---

# Årsrapport 2022

*Maj 2023*

---



## Årsrapport 2022

Allorfik, Videncenter om Afhængighed  
Departementet for Sundhed

Publikationsår: 2023

Udarbejdet af:

Rikke Dyrberg

Helena Sandgård Poulsen

Birgit Niclasen

Allorfik, Videncenter om Afhængighed

Niels Hammekensvej 41

3900 Nuuk

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

Rapporten refereres: Dyrberg, R & Poulsen, HS; Niclasen, B. Allorfik, Årsrapport 2022. Nuuk: Allorfik, Videncenter om Afhængighed, 2023: 1-51

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

## Indholdsfortegnelse

<b>RESUME</b>	<b>5</b>
<b>Overvågning af visitation og behandling</b>	<b>5</b>
Visitationsdata 2022	5
Behandlingsdata i 2022	6
Den Nationale Rusmiddelatabase (KN-ASI)	6
Planlagte indsatser i 2023	7
<b>1. OM ALLORFIK OG BEHANDLINGSTILBUDET FOR BORGERE MED RUSMIDDEL-PROBLEMER OG PENGESPIL</b>	<b>8</b>
Allorfik, Videncenter om Afhængighed	9
Behandlingstilbudet	10
<b>2. AKTIVITETER UNDER ALLORFIK, VIDENCENTER OM AFHÆNGIGHED I 2022</b>	<b>11</b>
Overvågning af visitation og behandling	11
Uddannelsesindsatsen	12
Informationsindsatsen	12
Udbuddene i 2020	13
Medicinsk alkoholbehandling	13
Behandlingstilbud til børn og unge	13
Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling	13
<b>3. VISITATIONSDATA 2022</b>	<b>15</b>
Aldersfordeling ved henvisningen	15
Kønsfordeling	17
Fordeling på kommuner	18
Graden af problemer med alkohol ved visitation	18
Graden af problemer med hash ved visitation	20
Problemer med pengespil ved visitation	22
Problemer med flere rusmidler	23
<b>Psykisk helbred og trivsel</b>	<b>24</b>
Trivsel	24
Trivsel fordelt på køn	25
<b>4. BEHANDLINGSDATA 2022</b>	<b>26</b>
Behandlinger i 2017-2022	26
Behandlede i 2012-2022	26
Behandlingsstatus	28
Behandlingsstatus fordelt på køn	28
Behandlingsstatus fordelt på alder	29
Henvisningstype	30
<b>5. DEN NATIONALE RUSMIDDELDATABASE (KN-ASI) 2022</b>	<b>31</b>
Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling	31
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse	33
Helbredsforhold	34
Behandlede med børn under 18 år	34
Forholdene i barndomshjemmet	35
<b>6. ÅRETS TEMA: EFTERFORLØBSPLANER</b>	<b>38</b>
Udvikling i varetagelse af udfyldelsen af efterforløbsplaner	38
Antal efterforløbsplaner i 2021 og 2022	39
Sammenligning mellem kommunerne på udfyldelse af efterforløbsplanerne	39
By/bygd	41
Visitation	41

<b>Trivsel og rusmiddelproblemernes sværhedsgrad og udfyldelse af efterforløbsplanen</b>	<b>42</b>
Borgerens trivsel ved behandlingsstart målt med WHO-5	42
Sværhedsgrad af rusmiddelproblemet og udfyldelsen af efterforløbsplanen	43
<b>Sværhedsgraden af sociale problemer i forhold til udfyldelse af efterforløbsplanen</b>	<b>46</b>
Arbejdsstatus	46
Gæld til det offentlige	48
Egnet bolig	49
<b>Sammenfatning</b>	<b>49</b>
<b>7. PLANLAGTE INDSATSER UNDER ALLORFIK I 2023</b>	<b>51</b>

## Resume

Allorfik er en enhed 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 borgere med rusmiddel- og spilproblemer. Allorfik blev oprettet 1. januar 2016, hvor ansvaret for behandlingen 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"*<sup>2</sup>.

Alt i alt sker behandlingen dels lokalt i Allorfikcentrene og dels gennem en privat udbyder, som udfører 2 forløb årligt i alle byer undtagen i Qaanaaq og Ittoqqortoormiit, hvor det er 1 forløb, og som kan tilbyde behandling i Nuuk under indkvartering.

For de 62 % af befolkningen, der bor i en by med et Allorfikcenter, sker behandlingen i hht lovgivningen som udgangspunkt her p.g.a nærhedsprincippet. I Allorfikcentrene består behandlingsmetoder af Motiverende Samtale (MI) og Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er oftest ambulans med fremmøde 1-5 gange om ugen i mindst 10 uger. Andre behandlingsmodeller fx gruppebehandling, par og familiebehandling bruges også. 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.

Efter behandlingen tilbydes et efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. I både Allorfikcentrene og ved lokalbehandling tilbydes pårørendebehandling. 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 forbedre den nationale overvågning. Dette sker overordnet gennem tre databaser, der samlet kaldes Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase:

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

### Visitationsdata 2022

Allorfik visiterede i 2022 753 borgere til behandling. Flest 25-34-årige henvises og flere kvinder (56 %) end mænd (44 %) (Figur 3.1 og 3.3). Problemer med alkohol ved henvisningen vurderes med en AUDIT-score. I 2022 havde 19 % af de henviste, der besvarede AUDIT-spørgsmålene, ikke et alkoholproblem. Hos de resterende 81 % tydede scoren enten på storforbrug (16 %), et skadeligt forbrug (12 %) eller afhængighed (53 %)

<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)

<sup>2</sup> <http://lovgivning.gl/lov?rid={EF1F3690-77F8-4FA9-A585-51A44FB97041}>

(Figur 3.8). Vurderingen af problemer med hash: I 2022 angav 54 %, at de ikke røg hash, hvilket er en større andel end i 2021 (Figur 3.10). Problemer med hash blev også vurderet med en DUDIT-score fordelt på køn i forhold til problemets omfang (Figur 3.11 og 3.12). Problemer med pengespil: 79 % spillede ikke om penge. Blandt dem, der angav at spille om penge, havde 42 % en egentlig spilafhængighed, hvilket er en lidt højere andel end i 2021 (Figur 3.16 og 3.17).

Mange behandlede har mere end et problem i forhold til alkohol, hash og pengespil, som det fremgår af figur 3.18:

- Alkohol er fortsat langt det hyppigste rusmiddel og spilproblem, der søges behandling for.
- Det er 31 % med et alkoholproblem, der også har et hashproblem
- Det er 76 % med et hashproblem, der også har et alkoholproblem
- Det er 27 % med et spilproblem, der også har et hashproblem.
- Det er 66 % af borgere med et spilproblem, der også har et alkoholproblem.

### Behandlingsdata i 2022

Der er et tidsforløb mellem visitation og afsluttet behandling. I 2022 afsluttede 543 borgere deres behandlingsforløb. Dette dækker over både gennemførte og afbrudte behandlinger. Siden de første Allorfikcentre åbnede har antallet af afsluttede behandlinger været stigende indtil 2022, men er faldet i 2022 (Figur 4.2). Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen så vidt muligt skal foregå lokalt. Samlet blev 88 % af borgerne behandlet lokalt i 2022 (Figur 4.3). I alt gennemførte 61 % behandlingen, mens 21 % afbrød, og 18 % fortsat var i behandling (Figur 4.4). Gennemførte behandlinger er defineret som behandlinger, hvor borgeren har gennemført mindst 6 ugers behandling.

### Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI)

Kun 49 % med alkoholproblemer og 55 % med hashproblemer kommer i behandling indenfor 5 år efter, at problemet er opstået, mens det for begge rusmidler er mellem 11 % og 15 %, der har haft problemet i 20 år eller mere (Figur 5.1 og 5.2). Andelen der kommer i behandling indenfor 5 år synes fortsat stigende, hvilket kan skyldes de flere lokale behandlingstilbud. I alt 46 % af de behandlede har været behandlet tidligere (Figur 5.3). Mange i behandling har en kort skoleuddannelse, og et flertal (56 %) har ingen uddannelse ud over folkeskolen (Figur 5.4 og 5.5). I alt har 84 % tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (79 %) eller som selvstændige (5 %) (Figur 5.6). Mange borgere i behandling har hjemmeboende børn under 18 år. Af de 448 borgere i behandling, der har besvaret spørgsmålet, har 41 % hjemmeboende børn under 18 år, 26 % havde 1-2 hjemmeboende børn og 15 % 3 eller flere hjemmeboende børn, mens 3 % uoplyst (Figur 5.9). En stor del af de behandlede er vokset op under utrygge forhold i barndomshjemmet (Figur 5.10), ligesom et stort flertal har forældre, søskende og/eller bedsteforældre med rusmiddelproblemer (Figur 5.11-17).

### Årets tema: Efterforløbsplaner

"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. Kommunerne er således forpligtet til at udarbejde en efterforløbsplan for de sociale, arbejdsmæssige og andre indsatser, der skal arbejdes parallelt med at behandlingen sker. Da kommunerne har klaget over, at de ikke kender alle i behandling, har Allorfik valgt selv at lave en erstatningsefterforløbsplan for borgere, der ikke har børn og som

har arbejde og bolig og ikke er akut presset af gæld. Det er meningen, at efterforløbsplanen/erstatningsefterforløbsplanen skal følges op ved en trepartssamtale midt i behandlingen.

I kapitel 6 er der særligt fokus på efterforløbsplaner. Centralt er en sammenligning mellem borgere, hvor sagsbehandler eller Allorfik havde udfyldt efterforløbsplanen eller hvor efterforløbsplanen ikke blev udfyldt. Disse sammenlignes ud fra WHO-5, AUDIT, DUDIT score samt besvarelse af spørgsmål i efterforløbsplanen omhandlende arbejdsstatus, økonomi og boligforhold.

Gennemgående indikerer analyserne, at der ikke er forskel på sværhedsgraden af rusmiddelforbrug eller trivsel mellem de borgere, som får udfyldt deres efterforløbsplan af Allorfik, sagsbehandler eller ikke får den udfyldt. Der var ingen forskel mellem sagsbehandler og Allorfik i svarprocenten på spørgsmålene i selve efterforløbsplanen. Derudover udfyldte Sagsbehandler en større andel af efterforløbsplaner for borgere uden arbejde og uden en egnet bolig sammenlignet med Allorfik. Det er ikke muligt ud fra Allorfiks data at vide om planerne i efterforløbsplanen effektueres.

### **Planlagte indsatser i 2023**

Disse fremgår i oversigtsform i kapitel 7.

## 1. Om Allorfik og behandlingstilbuddet for borgere med rusmiddel-problemer og pengespil

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

Analysen *"Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster"*<sup>3</sup>, som Naalakkersuisut fremlagde ved FM 2014, fokuserer på de væsentligste problemområder, som er alkohol, hash og pengespil. Der redegøres i rapporten for, hvilke personer der har et rusmiddelproblem, problemets konsekvenser, behovet for behandling og samfundsmæssige konsekvenser af misbrug og afhængighed. Sammenfattende viste 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 negativ 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 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 enhed 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"*. I henhold til planen er etableret et gratis nationalt tilbud med en bredere vifte af forskellige behandlingsindsatser end tidligere, hvor tilbuddet samtidigt kan 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 at samarbejdet dækker de væsentligste snitflader mellem indsatser i de forskellige sektorer. Herunder skal alle borgere i behandling have udarbejdet

---

<sup>3</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)



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 Allorfikcentre 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 Allorfikcentre, men mindfulness i forebyggelsen af tilbagefald er etableret, ligesom der i 2018 og igen i 2022 har været overbygning af behandleruddannelsen i behandling af par og familier, som fra 2023 indgår som en fast del af uddannelsen til rusmiddelbehandler.

I den nationale plan fremgår, 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 kan 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 overfor Allorfikcentre og den samlede behandlingsindsats samt varetager 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 Allorfikcentre 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 Allorfikcentre
- være ansvarlig for visitation til behandling og for udarbejdelse af visitationskriterier
- være 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 Allorfikcentre
- 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 i dag 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. Fra efteråret 2022 kan alle borgere uanset bosted selv henvende sig til Allorfik per mail eller telefon med ønske om behandling. Nogle større virksomheder og Kofoeds skole har mulighed for selv at visiterer medarbejdere/elever til behandling.

### **Behandlingstilbuddet**

Bosætningsmønsteret 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 Kognitiv adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er p.t. ambulante med fremmøde til 20 behandlingssamtaler. Andre behandlingsmodeller udvikles løbende så der nu i de fleste centre tilbydes par- og familiebehandling samt gruppeforløb til forældre til børn med rusmiddelproblemer og gruppetilbud til unge.

Frem til 1. april 2024 serviceres den del af befolkningen, der ikke er bosiddende ved et lokalt Allorfikcenter af den private udbyder Katsorsaavik Nuuk, som vandt alle 17 udbud ved sidste udbudsrunde. 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 2 årligt udbudte lokalforløb i alle byer dog kun 1 forløb i Qaanaaq og Ittoqqortoormiit for op til 11 borgere pr. lokalforløb. I Tasiilaq tilbydes 2 årlige forløb for op til 22 borgere. Lokalbehandlinger, der ikke har været benyttet af de enkelte byer tilbydes andre byer eller større bygder. Borgere, der ikke har mulighed for at komme på lokalforløb, tilbydes behandling i Nuuk under indkvartering.

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb i gruppe, der er fælles for alle behandlingstilbud eller i Allorfikcentre et tilbud med 7 individuelle samtaler over 6 måneder. I både Allorfikcentre, og ved lokalbehandling tilbydes pårørendebehandling. Ud over det etablerede tilbud til pårørende visiteres 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 lokalbehandlinger 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 2022

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.

En af Videncentrets vigtigste opgaver er således at forbedre den nationale overvågning af henvisninger og behandlinger, samt 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 kaldes samlet Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase (NRB). 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 fra 2018 DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) samt et spørgeskema om spilafhængighed og fra 2018 livskvalitetsmålet WHO-5. Med disse fire instrumenter er det muligt, allerede når borgerne henvender sig om behandling at vurdere sværhedsgraden af deres rusmiddel- eller spilproblem og om de eventuelt. Skal nærmere undersøges for en depression eller en stresstilstand.

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. Denne er etableret i 2018. Herudover følges borgerne med en mindre udgave af KN-ASI 6 uger inde i behandlingsforløbet, ved afslutning og igen 3, 6 og 12 måneder efter behandlingsafslutningen.

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?"*. I 2020 blev yderligere 1 forskningsartikler publiceret og yderligere 1 i 2021. Den første er om AUDIT instrumentet og den anden om særlige forhold hos hjemløse i behandling.

### **Allorfik og coronasituationen**

Allorfiks behandlingsindsats har kunne gennemføres trods coronasituationen, men Allorfikcentrene har i perioder specielt i foråret 2022 været udfordret af selve epidemien, der har betydet færre visitationer og aflysninger af lokalbehandlinger. Som noget positivt har de gode erfaringer med behandling over internet og telefon betydet, at Allorfik nu tilbyder behandling samt pårørendebehandling over telemedicin for alle, der måtte ønske dette. Det har været muligt for borgere i Itoqqortoormiit at holde behandlingssamtaler fra sundhedscentret, mens øvrige behandlinger er overvejende sket over telefon fra borgerens hjem. Allorfik har i 2021 også et samarbejde med Det Grønlandske Patienthjem i København om behandling over Skype, der videreføres i hjembyen efter udskrivningen.

### **Uddannelsesindsatsen**

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

1. Nøgelpersonuddannelsen omkring rusmidler og spil
2. Rusmiddelbehandleruddannelsen

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, par og familier og behandling af unge.

Uddannelserne består nu af i alt 6 moduler. Hvert modul er et intensivt forløb på 5-6 dage. Nøgelpersonuddannelsen omkring rusmidler og spil består af modul 1 og 2, som omfatter viden om og behandling inden for rusmiddel- og spilområdet samt undervisning i Motiverende Samtale (MI). Rusmiddelbehandleruddannelsen består af nøgelpersonuddannelsen samt modul 3 – 6 om Kognitiv adfærdsterapi (KAT) generelt, kognitiv behandling af rusmiddel- og spilafhængighed, par- og familiebehandling ved rusmiddel- og spilproblemer, samt et modul om behandling af unge.

Nøgelpersonuddannelsen har siden 2016 de fleste år været gennemført forår og efterår, men blev i 2022 kun gennemført en gang og dette er også planen fremover. I 2019 blev et specielt forløb i Qaqortoq lavet efter lokalt ønske. Behandleruddannelsen har været gennemført som et uddannelsesforløb årligt frem til 2020 og har i 2021 og 2022 været forstyrret af Covid-19 epidemien.

Uddannelserne forventes i 2024 omlagt, så de følger den nye uddannelsesstruktur for efteruddannelser af professionelle med en mellemlang videregående uddannelse. Selve uddannelsesplanen er godkendt af Departementet for Uddannelse, men den vil skulle prioriteres økonomisk før den kan startes.

### **Informationsindsatsen**

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

Allorfik vejleder på daglig basis kommuner og andre interessenter omkring rusmidler og spil og hvordan man kan blive henvist til behandling. Allorfik har oprettet en rådgivningstelefon, som er åben på hverdage mellem

kl. 9-15 på telefonnummer 52 53 43, og en hjemmeside [www.allorfik.gl](http://www.allorfik.gl) med blandt andet selvtests, oplysninger om behandlingstilbuddet og om de lokale behandlingscentre. Ud over hjemmesiden laves løbende reklamer i KNR omkring Allorfik. De enkelte Allorfikcentre og Katsorsaavik Nuuk har egne Facebooksider.

Allorfik tilbyder et kursus for sagsbehandler i samtalen med unge med hashproblemer og et 3 dages kursus i rusmidler, samtalen om rusmidler og hvad et rusmiddelproblem kan betyde i familien.

Allorfik arbejder vedvarende på at gøre det lettere at blive henvist til behandling. I dag kan borgere enten blive henvist gennem egen sagsbehandler, ved selv at henvende sig til et Allorfikcenter eller ved at ringe eller skrive til Videntcenter om Afhængighed. Allorfik har i 2020 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 NBR.

### **Udbuddene i 2020**

Efter planen blev der udsendt et udbud om rusmiddelbehandling som dagbehandling efter sommeren i 2019. Den nuværende kontrakt blev derfor forlænget til udløb 31. marts 2021. Der blev i 2020 gennemført et nyt udbud. Udbuddet blev udbudt som i alt 17 delaftaler, men alle delaftaler blev vundet af Katsorsaavik Nuuk. Udbuddet i 2020 gælder frem til 31. marts 2024, hvorfor et nyt udbud udsendes i maj 2023.

### **Medicinsk alkoholbehandling**

Allorfik tilbyder medicinsk alkoholbehandling i alle Allorfik centre. Denne behandling er trangdæmpende, hvilket har stor betydning for alkoholforbrug og tilbagefald.

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

Allorfik blev i 2018 af Departementet for Sundhed 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 er nu implementeret, men implementeringen blev i 2020 - 2022 forsinket pga. Covid-19 epidemien, der også fik forsinket Allorfiks uddannelsesindsats for de behandlere, der særligt behandler børn og unge.

Allorfik har i 2022 startet et rejsehold, der var i Qaanaaq og i Tasiilaq og fik gennemført behandling af unge opvokset med rusmidler i Tasiilaq og par- og familiebehandling og rusmiddelforebyggelse i folkeskolen i Qaanaaq.

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

For at sikre det tværfaglige samarbejde udarbejdes samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og Allorfik. I 2022 er lavet samarbejdsaftaler med alle kommuner undtagen Kommune Kujalleq. I 2020 er lavet samarbejdsaftale med sundhedsvæsenet med særligt fokus på borgere med både psykisk sygdom og et rusmiddelproblem. Denne har siden efteråret 2021 været under revision for at sikre mulighed for en mere direkte henvisning til rusmiddelbehandling, men er nu ved at være færdig.

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

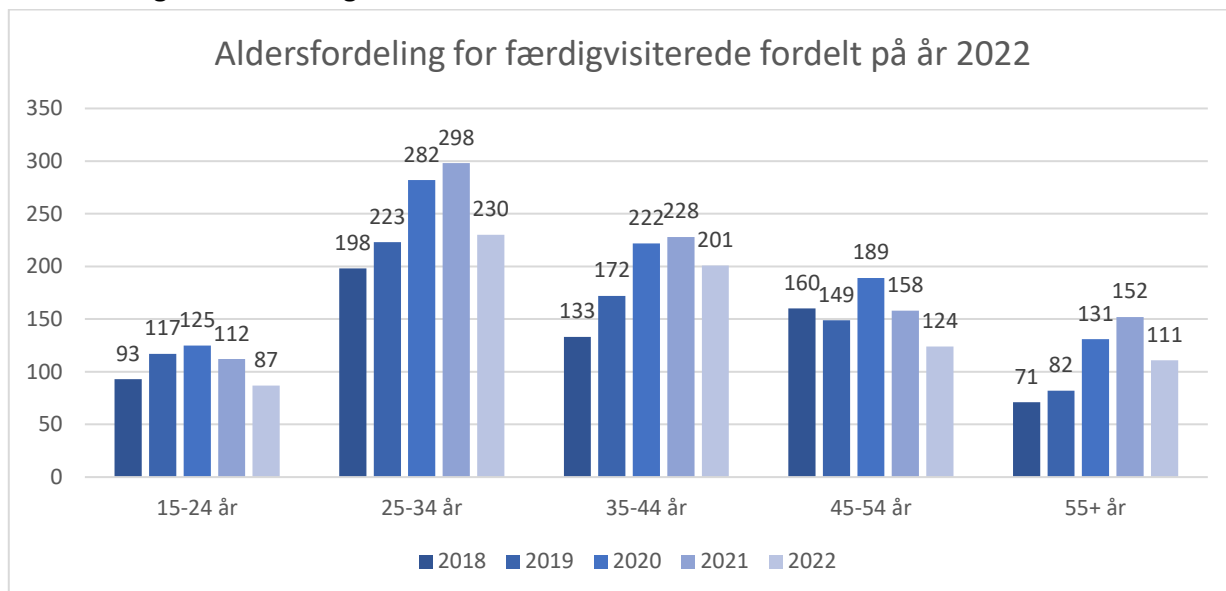
Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed under Syddansk Universitet, Grønlands Universitet, og NOVAVI i Danmark.

### 3. Visitationsdata 2022

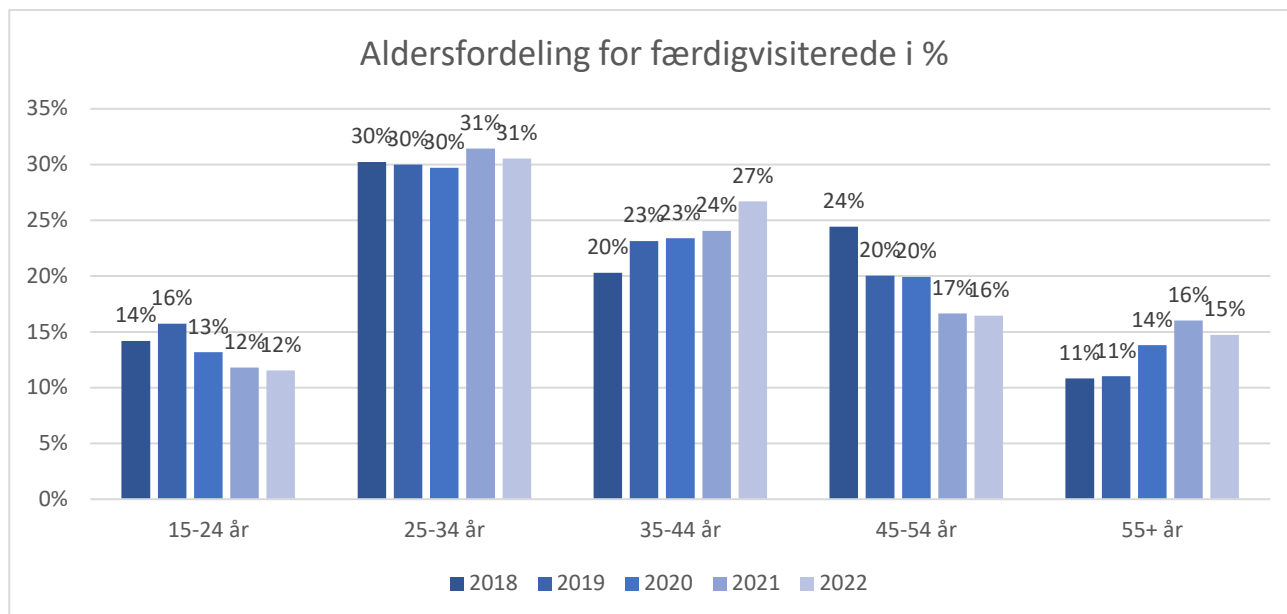
Antallet af færdigvisiterede faldt i 2022 efter en årrække med vedvarende stigning i andelen i behandling. En del af baggrunden for denne nedgang var Covid-19 epidemien i 1. kvartal i 2022, hvor der var et meget stort fald i antallet, der blev visiteret sammenlignet med 2021. I foråret 2022 blev visitationssystemet lagt ned af hackerangreb i selvstyret og var også af andre grunde ude af funktion senere på foråret. Herudover var visitations – og behandlingskapaciteten i Allorfik Sermersooq lavere end vanligt, idet de i en lang periode kun havde tre behandlingsrum pga. flytning efter vandskade i behandlingscentret.

Hvert år bliver flere borgere visiteret til behandling sammenlignet med antallet, der starter i behandling. Det er der flere årsager til bl.a., at henvisningen ikke færdiggøres, fordi borgeren annullerer den, at borgeren ikke viser sig at have et rusmiddelproblem eller at borgeren henvises flere gange. I 2022 indgår i henvisningsdata også henvisninger på pårørende, der ønsker pårørendebehandling. Disse indgår ikke i de analyser, der omhandler graden af problemer med rusmidler og spilafhængighed.

#### Aldersfordeling ved henvisningen



Figur 3.1 Antal færdigvisiterede fordelt på årene 2018 (N = 655), 2019 (N = 743), 2020 (N = 949), 2021 (N = 948) og 2022 (N = 753)



Figur 3.2 Andel af færdigvisiterede fordelt på årene 2018 (N = 655), 2019 (N = 743), 2020 (N = 949), 2021 (N = 948) og 2022 (N = 753)

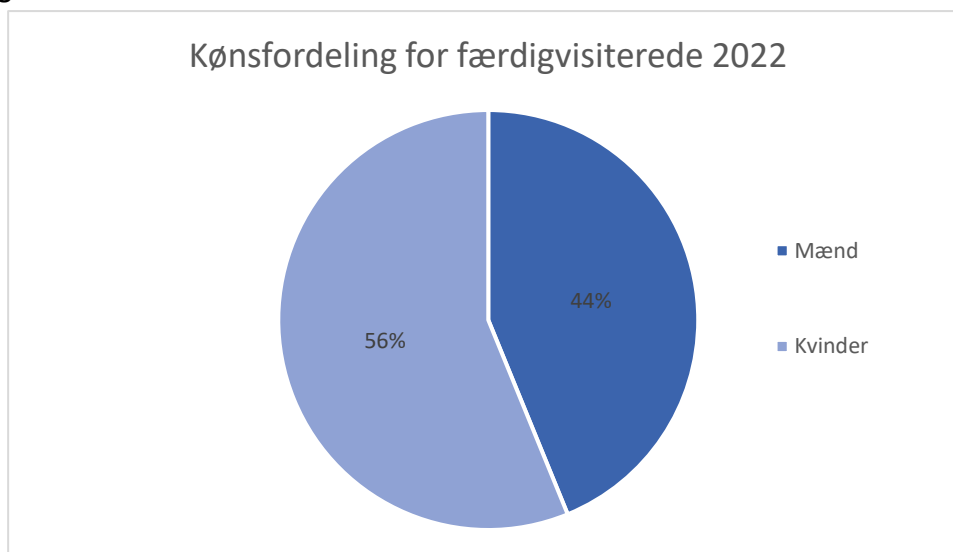
Det fremgår af Figur 3.1, at antallet af færdigvisiterede har været stigende fra 2018 til 2020, men er fladet ud fra 2020 til 2021, og faldet i 2022. Fordelt på alderskategorier var der i 2022 generelt et fald i antal af færdigvisiterede i alle alderskategorier. I alderskategorien 25-34 år var der det højeste antal færdigvisiterede (230), mens der i alderskategorien 15-24 år var det laveste antal færdigvisiterede (87).

Figur 3.2 viser den procentvise ændring i antal færdigvisiterede over tid. Sammenlignet med 2021 ses den største procentvise ændring i aldersgruppen 35-44-årige med en stigning på 3 procentpoint. Ved en sammenligning på tværs af hele perioden fra 2018-22 ses det generelt, at andelen af 35-44-årige og +55-årige er steget. I 2022 sås dog et fald med 1 procentpoint i alderskategorien 55+år.

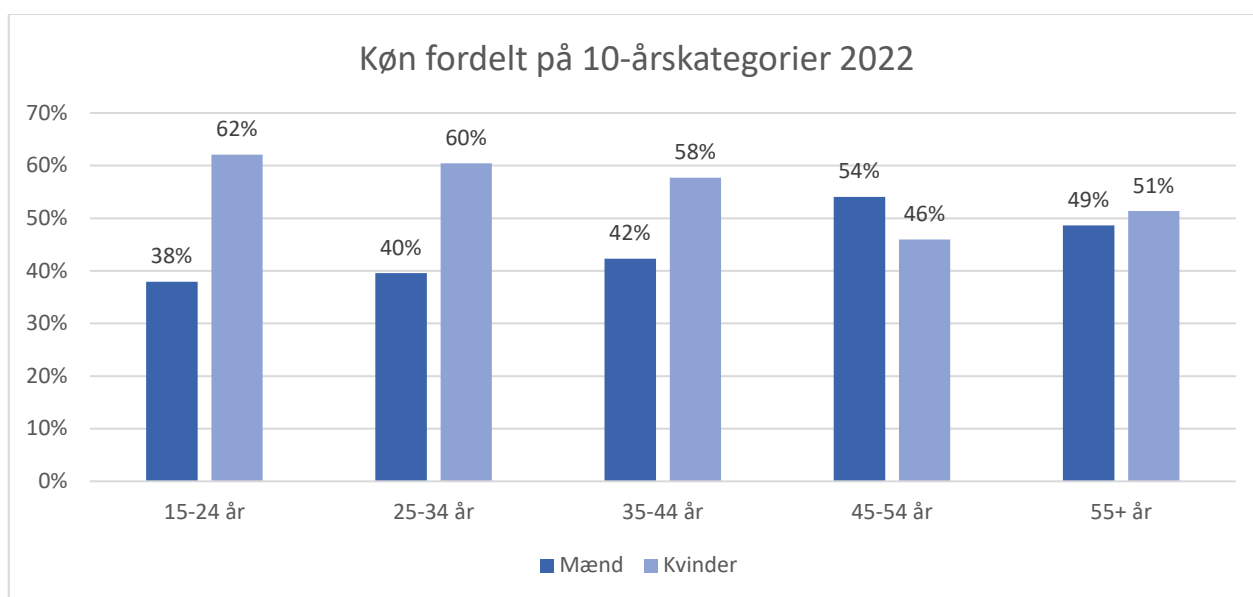
Andelen af færdigvisiterede er på tværs af perioden faldet i aldersgrupperne 15-24-årige og 45-54-årige. For gruppen 25-34-årige har andelen af færdigvisiterede været nogenlunde stabil i perioden.



## Kønsfordeling



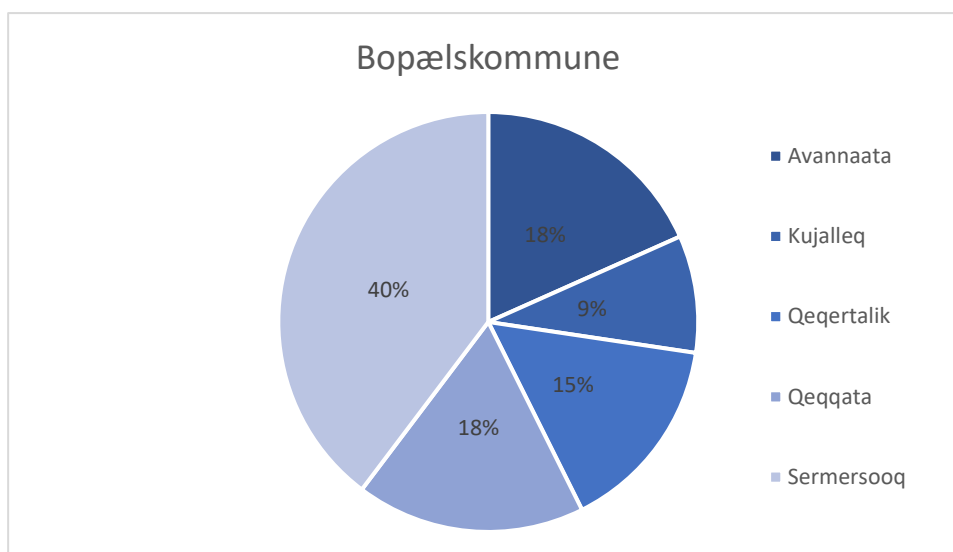
Figur 3.3 Andel færdigvisiterede fordelt på køn (N = 753)



Figur 3.4 Køn fordelt på 10-års alderskategorier (N = 753)

Kønsfordelingen illustreret i Figur 3.3 viser, at flere kvinder (56 %) end mænd (44 %) blev visiteret til behandling i 2022. Det er et helt generelt fund alle årene, at der henvises flere kvinder end mænd. Overvægten af kvinder i behandling er internationalt set usædvanlig, da mænd i de fleste lande udgør ca. 2/3 af alle i behandling. Den største kønsforskel forekom i aldersgruppen 15-24 år, hvor 62 % af de færdigvisiterede var kvinder, og 38 % af de færdigvisiterede var mænd. I de efterfølgende aldersgrupper falder forskellen mellem kønnene, og i aldersgruppen 45-54 år er der en større andel af mænd (54 %) end kvinder (46 %), som blev færdigvisiteret. I aldersgruppen 55+ år er der kun en lille forskel på 2 procentpoint mellem andel af mænd og kvinder.

## Fordeling på kommuner



Figur 3.5 Andel færdigvisiterede fordelt på bopælskommune (N = 753)

Af Figur 3.5 ses det, at flest borgere var bosiddende i Kommuneqarfik Sermersooq (40 %) og færrest i Kommune Kujalleq (9 %). Der er ikke taget højde for kommunernes størrelse og deres befolkningstal. Kigger man generelt på den procentvise andel af borgere over 15 år, der henvises til rusmiddelbehandling, i forhold til kommunens voksne befolkning, er fordelingen mere lige. Mellem cirka 1,4 % og 2,4 % af kommunernes befolkning henvises til behandling, lidt forskelligt over årene. Denne fordeling beskriver kun kommunernes henvisningsaktivitet og har ikke nødvendigvis en sammenhæng med andelen af borgere med rusmiddelproblemer.

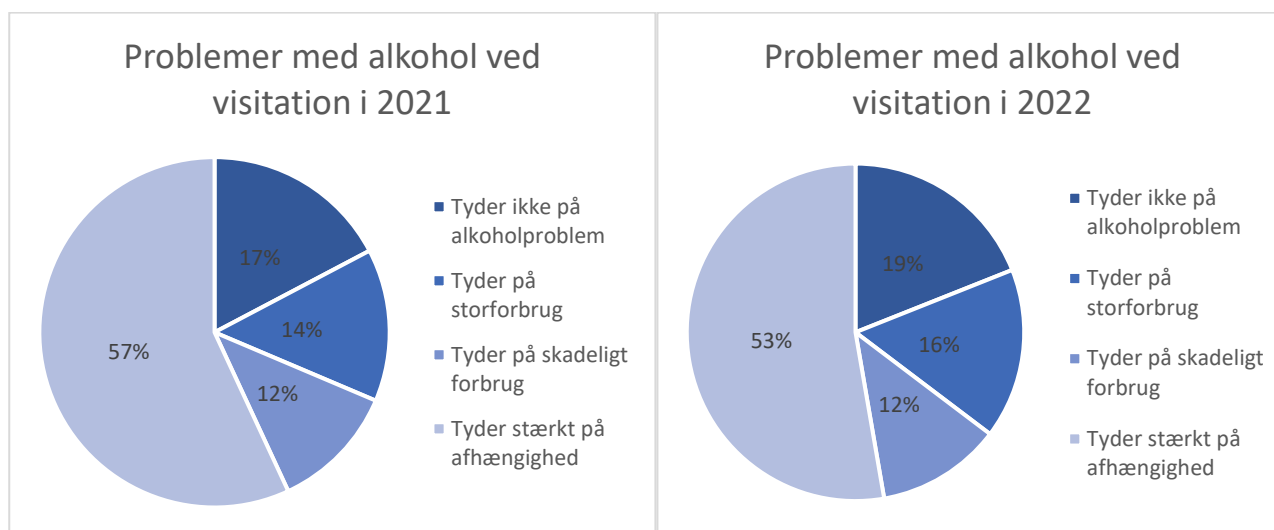
### Graden af problemer med alkohol ved visitation

Problemer med alkohol ved visitation vurderes ud fra en screeningtest kaldet AUDIT. AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) er en test 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 3.6 Andel med alkoholproblemer ved visitation (N = 643)

Det første af de 10 spørgsmål i AUDIT, er spørgsmålet *Hvor tit drikker du alkohol?* Figur 3.6 viser, at 17 % drak alkohol 4 gange om ugen eller oftere og 24 % drak alkohol 2-3 gange om ugen. Knap halvdelen (41 %) af borgerne drak alkohol mindst 2 gange om ugen i 2022. Da spørgsmålene stilles til alle i behandling, er der også 15 %, der aldrig drikker alkohol. Alle borgere besvarede spørgsmålet.



Figur 3.7 Problemer med alkohol ved visitation i 2021 (N = 752)

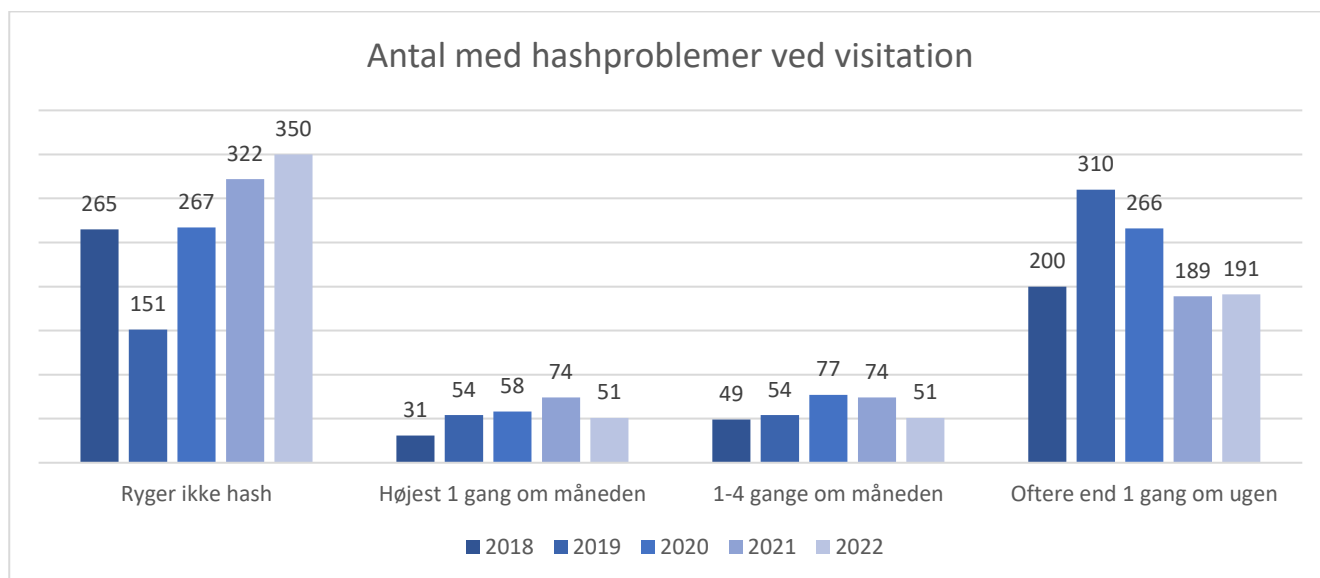
Figur 3.8 Problemer med alkohol ved visitation 2022 (N = 643)

Figur 3.8 viser, at omkring halvdelen (53 %) af borgerne havde et alkoholforbrug, der tydede stærkt på afhængighed, 19 % ikke havde et alkoholproblem, mens i alt 16 % havde et storforbrug, og for 12 % et skadeligt forbrug.

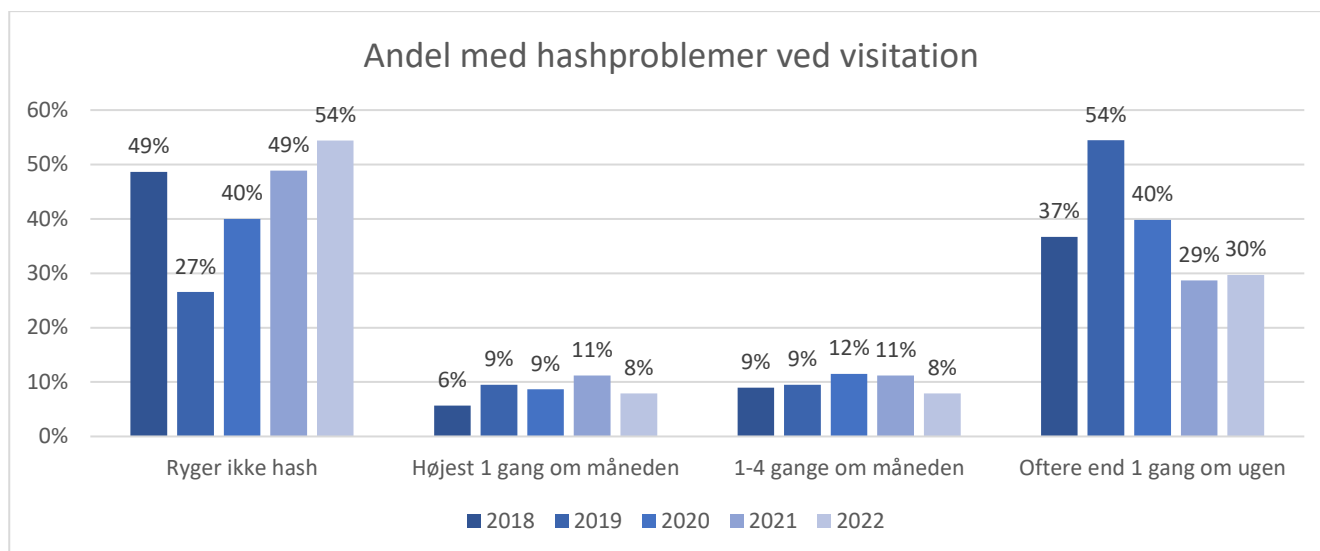
Der er forskel på hvordan data er tolket i 2021 og 2022. Sammenlignet med 2021 viser 2022 et fald i problemets sværhedsgrad, hvor færre tyder på at have et alkoholproblem. I 2022 svarede alle på spørgsmålet *"Hvor tit drikker du alkohol?"*, men de som har svaret *Aldrig* til dette spørgsmål, har ikke besvaret de øvrige spørgsmål. Disse kategoriseres i Figur 3.8 som *Tyder ikke på et alkoholproblem*, mens de i 2021 er tolket som 130 uoplyst.

### Graden af problemer med hash ved visitation

I 2017 blev graden af hashproblemer vurderet ud fra spørgsmålet "Hvor ofte ryger du hash?". Siden 2018 er graden af hashproblemer blevet vurderet ud fra spørgsmålet "Hvor ofte har du røget hash sidste år?". Svarmulighederne er tilpasset for at kunne sammenligne på tværs af 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 og andre stoffer eller egentlig afhængighed. DUDIT findes som selvtest på [www.allorfik.gl](http://www.allorfik.gl).



Figur 3.9 Antal med hashproblemer ved visitation 2018 (N = 545), 2019 (N = 569), 2020 (N = 668), 2021 (N = 659) og 2022 (N = 643)

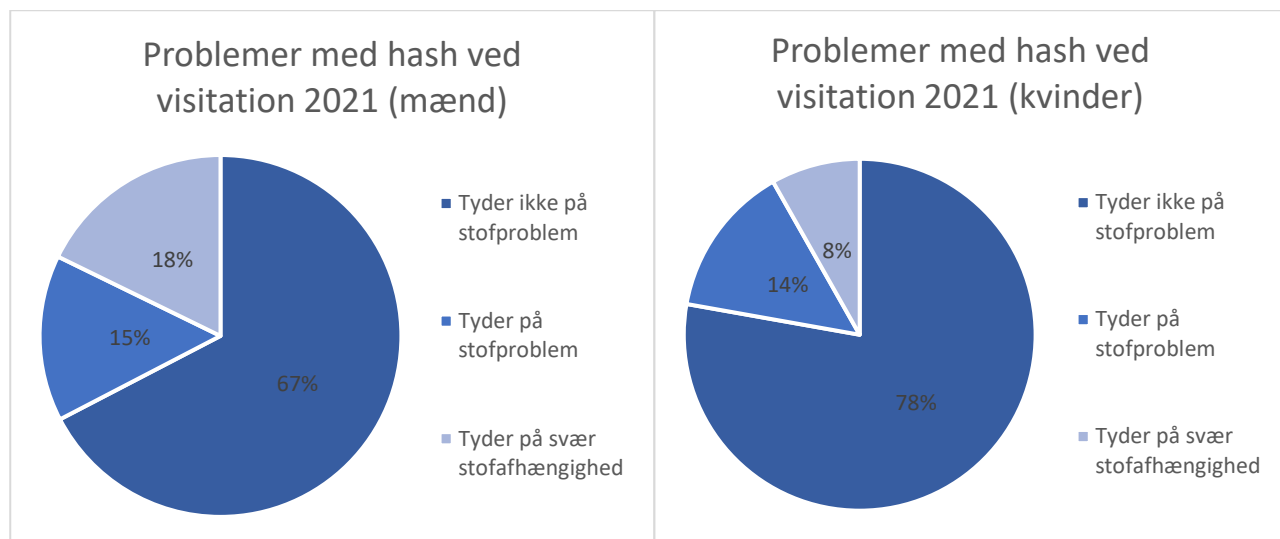


Figur 3.10 Andel med hashproblemer ved visitation i 2018 (N = 545), 2019 (N = 569), 2020 (N = 668), 2021 (N = 659) og 2022 (N = 643)

Figur 3.9 og 3.10 viser hhv. den absolutte og relative fordeling af hashforbruget de sidste fire år. Imellem årene 2019 og 2021 skete der et fald i antallet af borgere, som røg hash oftere end en gang om ugen. Denne

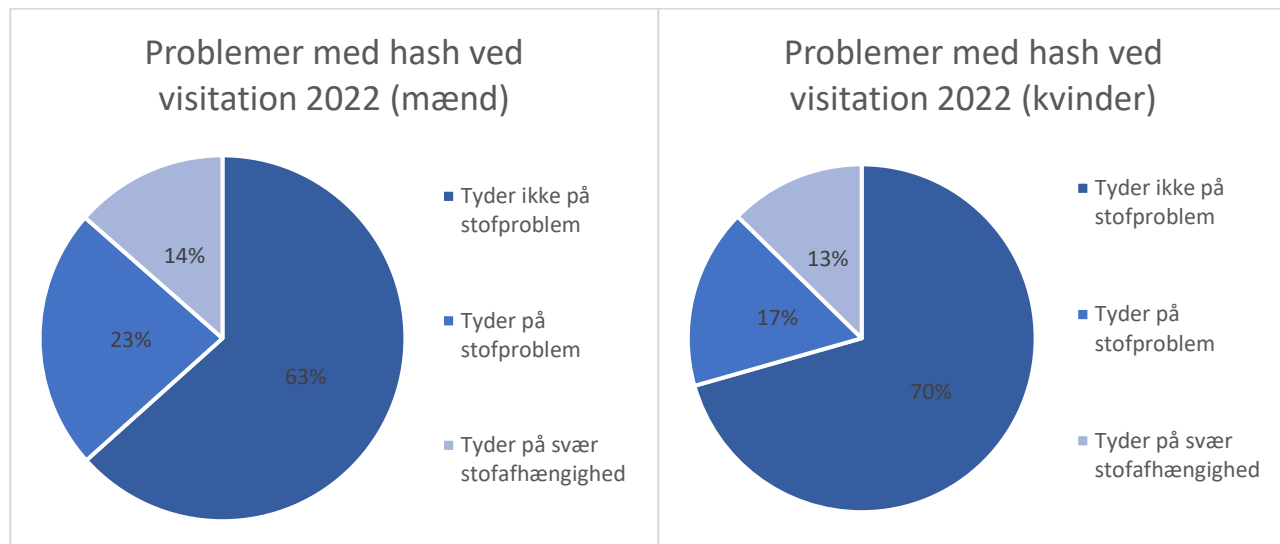
udvikling fladede ud i 2022. Samtidig var der sket en stigning for antallet af borgere, som ikke røg hash. Dette fremgår også af Figur 3.10. Alle borgere besvarede spørgsmålet om hashforbrug.

Om der er ved at ske en generel ændring i forbruget af hash blandt borgere i behandling mere permanent eller om ændringen over tid kan hænge sammen med, at Covid-19-situationen i en periode har påvirket tilgængeligheden af hash negativt, så forbruget og andelen med hashproblemer, der kommer i behandling igen, stiger over tid kan ikke vides for nuværende.



Figur 3.11 Andelen af færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2021 (N = 377)

Figur 3.12 Andelen af færdigvisiterede kvinder med hashproblemer i 2021 (N = 500)



Figur 3.13 Andelen af færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2022 (N = 303)

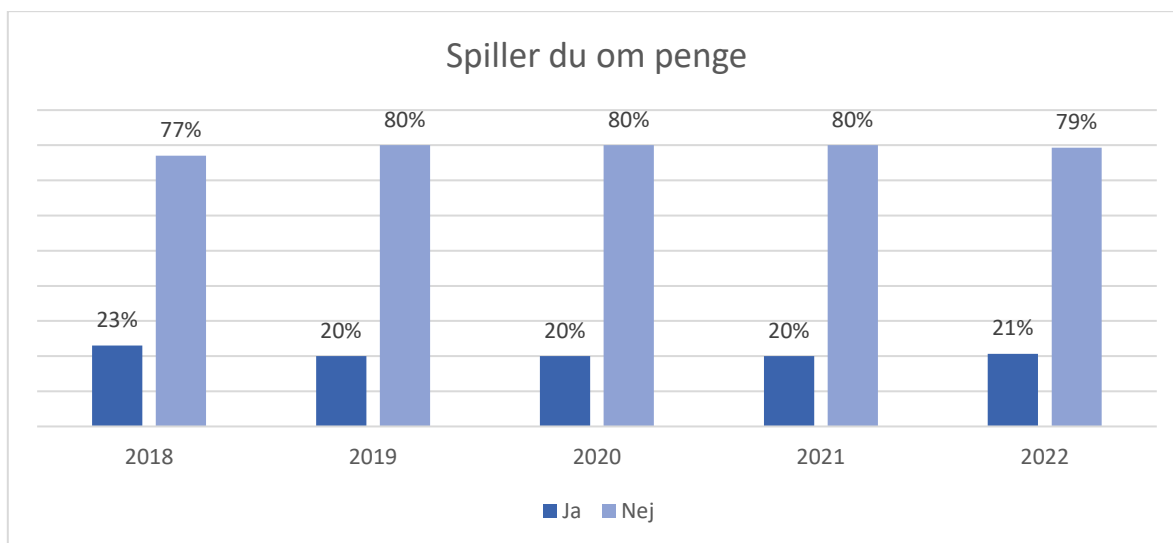
Figur 3.14 Andelen af færdigvisiterede kvinder med hashproblemer i 2022 (N = 340)

Figur 3.11-3.14 viser DUDIT-scoren fordelt på køn for årene 2021 og 2022. DUDIT-scoren er inddelt forskelligt for de to køn. Både i 2021 og 2022 havde en højere andel af mænd end kvinder problemer med hash. I alt rapporterede 63 % mænd og 70 % kvinder ikke at have et stofproblem/et hashproblem i 2022. Disse borgere kan i stedet have haft et alkohol- eller spilproblem eller have undladt at svare på et eller flere af testens spørgsmål.

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 2022 var en mindre andel af borgere, der henvendte sig eller blev henvist med et hashproblem, mens et større antal af borgere henvendte sig eller blev henvist med et alkoholproblem.

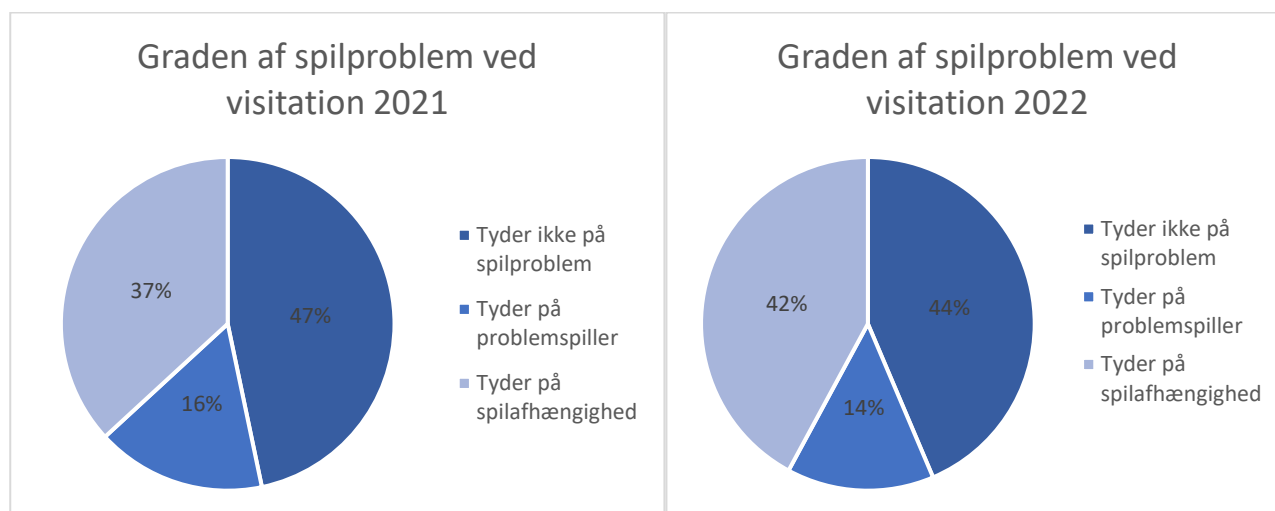
### Problemer med pengespil ved visitation

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



Figur 3.15 Fordelingen af færdigvisiteredes spilvaner fordelt på år 2018 (N = 574), 2019 (N = 743), 2020 (N = 785), 2021 (N = 752) og 2022 (N = 643)

Figur 3.15 viser udviklingen i spilvaner over de sidste fem år. Over årene ses, at andelen der ønsker behandling for et spilproblem, ligger stabilt på omkring 20 %.

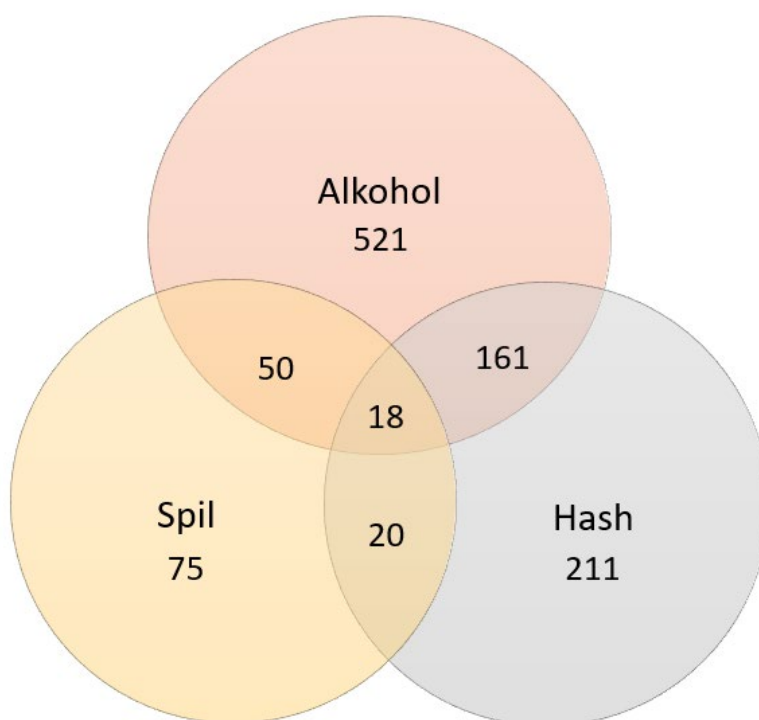


Figur 3.16 Graden af spilproblemer hos dem, der har angivet, at de spiller om penge i 2021 (N = 152)

Figur 3.17 Graden af spilproblemer hos dem, der har angivet, at de spiller om penge i 2022 (N = 133)

Figur 3.16 og 3.17 viser den procentvise fordeling af spilproblemer ud fra en spilscore for årene 2021 og 2022. Tallene i figurerne dækker kun over de borgere, der angav, at de spillede om penge. Heraf er der borgere, der ikke har svaret på spørgsmålene relateret til spilscoren, og disse kategoriseres som "tyder ikke på spilproblem". I 2021 havde 37 % af dem, der spillede om penge, en score, der tydede på at de var spilafhængige, hvor det i 2022 var 42 %. Dermed synes andelen af spillere med et svært spilproblem at være steget fra 2021 til 2022, blandt dem der spiller om penge, men om det kan forklares f.eks. med de særlige omstændigheder under coronaepidemien eller, om det er en vedvarende tendens kan ikke vides.

### Problemer med flere rusmidler



Figur 3.18 Problemer med flere rusmidler udregnet ud fra AUDIT, DUDIT og spørgsmål omhandlende spilafhængighed (antallet i figuren er større end antallet af visiterede, da nogle borgere indgår flere gange)

Flere af de færdigvisiterede borgere har ikke kun problemer med ét rusmiddel eller spil, men oplever flere forskellige samtidigt. Af Figur 3.18 fremgår antal af færdigvisiterede, der havde problemer med hash, alkohol og spil samt problemer med forskellige kombinationer af de tre.

Figur 3.18 viser følgende:

- 521 borgere har et alkoholproblem svarende til et storforbrug, et skadeligt forbrug eller en stærk afhængighed. Alkohol er derfor fortsat langt det hyppigst rusmiddel- og spilproblem, der søges behandling for.
- 211 borgere har problemer med hash svarende til et potentielt problem eller svær afhængighed.
- 75 borgere har et spilproblem eller spilafhængighed.
- Ud af de hhv. 521 og 211 der har alkohol- eller hashproblemer, angav 161 borgere, at de har problemer på begge områder.

- Ud af de hhv. 211 og 75 der har hash- eller spilproblemer, angav 20 borgere, at de har problemer på begge områder.
- Ud af de hhv. 521 og 75 der har problemer med alkohol og spil, angav 50 borgere, at de har problemer på begge områder.
- 18 borgere angav, at de har problemer på alle tre områder.

Af figuren kan uddrages, at af behandlede i 2022 er:

- alkohol fortsat langt det hyppigst rusmiddel- og spilproblem, der søges behandling for.
- det 31 % med et alkoholproblem, der også har et hashproblem
- det 76 % med et hashproblem, der også har et alkoholproblem
- det 27 % med et spilproblem, der også har et hashproblem.
- det 66 % af borgere med et spilproblem, der også har et alkoholproblem.

Tendensen til problemer med flere rusmidler i 2022 var nogenlunde lig tendensen i 2021. Med undtagelse af personer med både et spilproblem og et hashproblem, hvor der i 2021 var 18 %, mens der i 2022 var en stigning til 27 %. Figuren for 2021 er ikke medtaget i denne rapport, men kan findes i Årsrapporten 2021.

## Psykisk helbred og trivsel

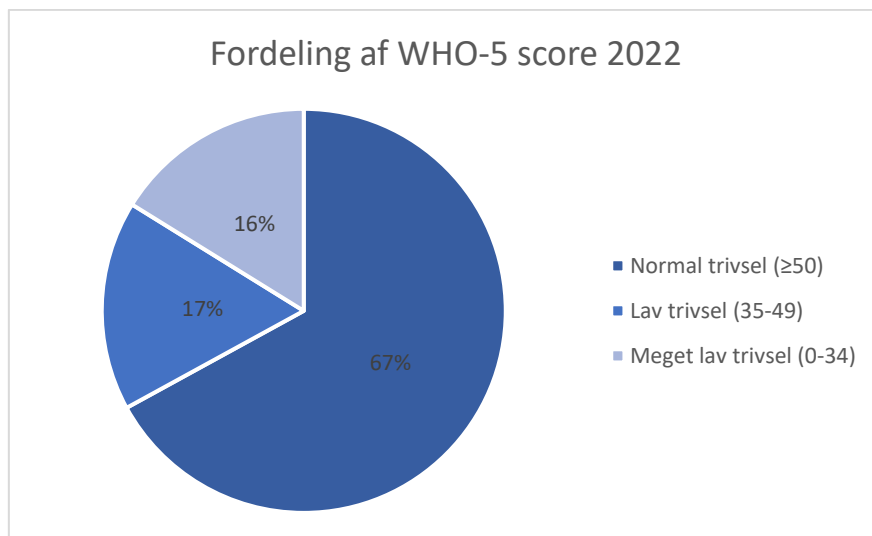
### Trivsel

WHO-5 er et internationalt brugt spørgeskema på 5 spørgsmål, der er fundet velegnet til at vurdere borgernes livskvalitet eller trivsel. De 5 spørgsmål giver en værdi fra 0 (den dårligste mulige livskvalitet/ trivsel) til 100 point (den bedst mulige livskvalitet/ trivsel).

WHO-5 kategoriserer pointene ud fra en gennemsnitlig score, hvor 50 point eller over kategoriseres som normalt, mellem 35-49 kategoriseres som under gennemsnittet i befolkningen og at personen kan have en stresstilstand eller en mindre depression og 0-34 point kategoriseres som meget lavt og betyder, at personen kan have en sværere stresstilstand eller en sværere depressiv tilstand og bør vurderes i sundhedsvæsenet. Der er intet grønlandsk normalmateriale, men ifølge WHO har befolkningen i Danmark som helhed en gennemsnitlig score på 70 point.

Borgerne i rusmiddelbehandling besvarer WHO-5 som en del af visitationen. Borgere som blev visiteret i 2022, havde i gennemsnit en WHO-5-score på 61 point. Dette er højere end gennemsnittet på 55 point for årene mellem 2019-2021. Vi kan ikke forklare, hvorfor dette er tilfældet, men en forklaring kan være en stigning i livskvaliteten efter afslutning af Covid-19 epidemien.

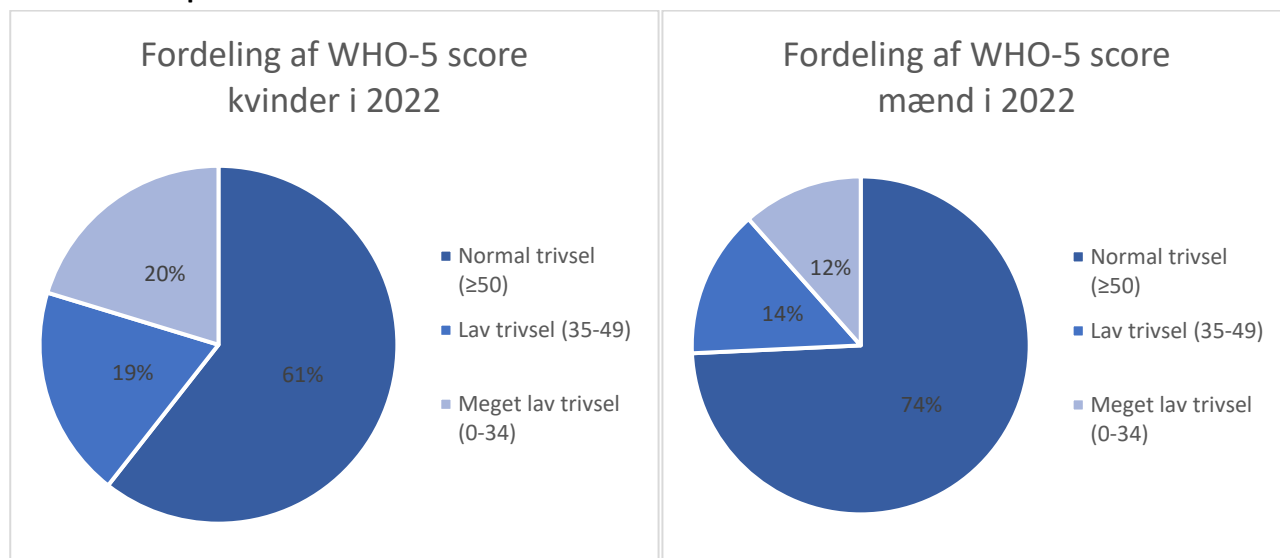




Figur 3.19 Fordeling af WHO-5 score på kategori i 2022 (N = 643)

Af Figur 3.19 ses det at 67 % af visiterede borgere i 2022 havde en WHO-5 score svarende til at være *Normal trivsel* (≥50). 17 % af visiterede borgere havde en WHO-5 score svarende til *Lav trivsel* (35-49), mens 16 % af visiterede borgere havde en WHO-5 score svarende til *Meget lav trivsel* (0-34).

#### Trivsel fordelt på køn



Figur 3.20 Fordeling af WHO-score efter kategorisering for kvinder 2022 (N = 340)

Figur 3.21 Fordeling af WHO-score efter kategorisering for mænd 2022 (N = 303)

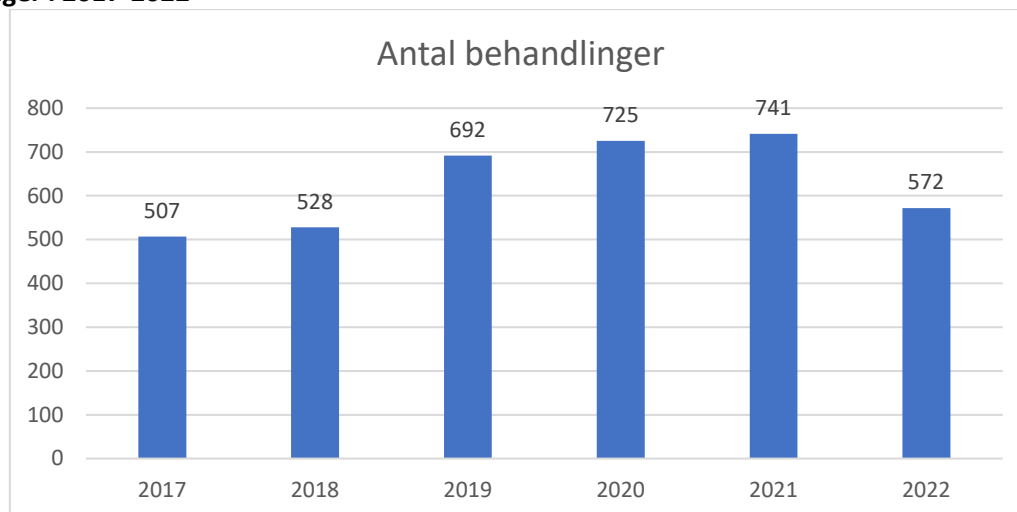
Overordnet har kvinder ved visitationen til behandling en lavere WHO-5 score end mænd i 2022 (Figur 3.20 og Figur 3.21). Gennemsnitligt er WHO-5 scoren for kvinder 57 point, mens det for mænd ligger på 66 point. Gennemsnittet hos både mænd og kvinder er således over 50, men er dog lavt i normalområdet. At kvinder scorer lavere end mænd er også fundet i andre lande, men den fundne forskel er stor i forhold til, hvad der ses andre steder.

Af Figur 3.20 og 3.21 ses det at hhv. 61 % og 74 % af kvinder og mænd har en WHO-5 score inden for det område, der anses for normalt (50 eller derover). Men samlet set har 39 % af kvinderne en score der ligger under normalområdet, dvs. under 50, hvor det for mænd er 26 %.

## 4. Behandlingsdata 2022

Behandlingsdatabasens indhold har været justeret flere gange med mindre ændringer siden oprettelsen i 2017.

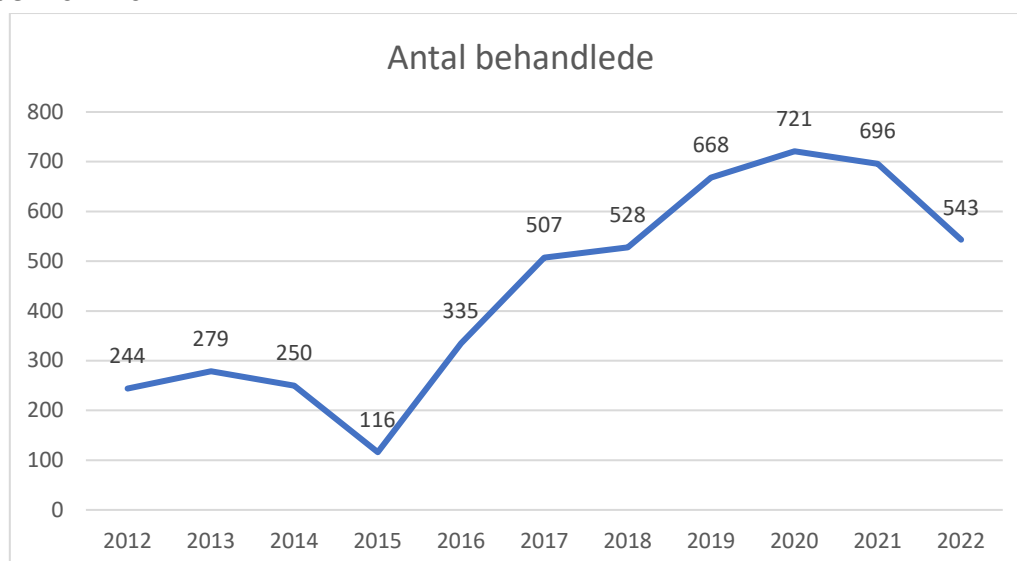
### Behandlinger i 2017-2022



Figur 4.1 Antal afsluttede behandlinger i årene 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 og 2022 (N = 3765)

Figur 4.1 viser antallet af afsluttede (gennemførte eller afbrudte) behandlingsforløb fordelt på år siden 2017. I alt er der registreret 3765 afsluttede behandlingsforløb. Figuren illustrerer, at antallet af afsluttede behandlingsforløb i 2022 ligesom antallet af visitationer i 2022 er faldet for første gang siden indrapporteringen startede.

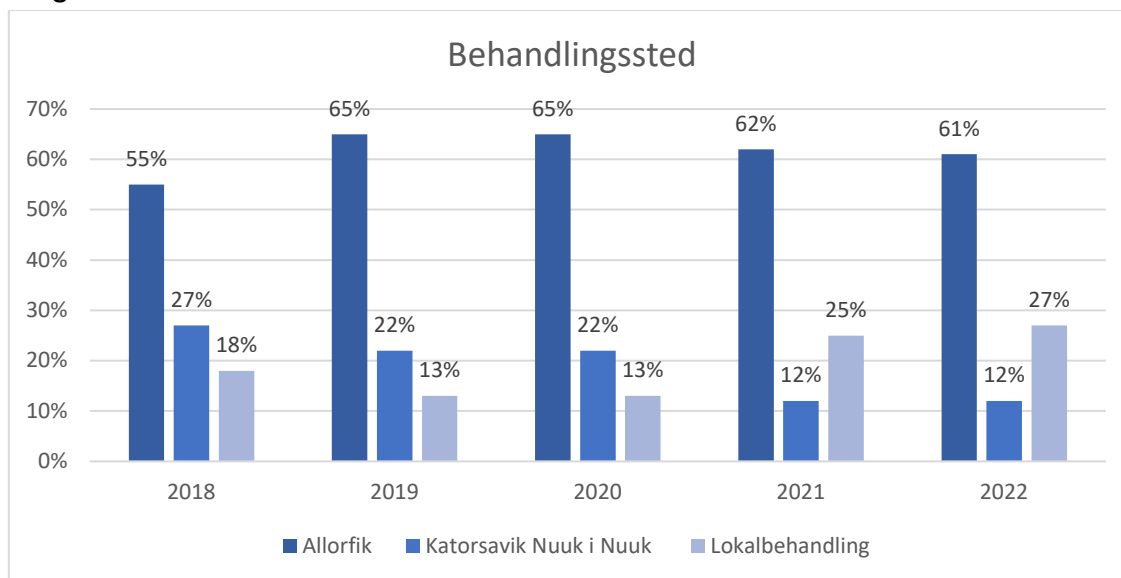
### Behandlede i 2012-2022



Figur 4.2 Antal behandlede i årene 2012-2022 (N = 4887)

Det samlede antal behandlede i 2012-2022 fremgår af Figur 4.2. For årene 2012-2015 er inkluderet både klienter i den daværende aftale med sundhedsvæsenet og egenbetalere. Antallet af behandlinger og antallet af behandlede adskiller sig, idet 29 borgere i 2022 har haft to eller flere behandlingsforløb.

### Behandlingssted 2022



Figur 4.3 Andelen af afsluttede behandlinger fordelt på behandlingssted i årene 2018 (N = 528), 2019 (N = 673), 2020 (N = 872), 2021 (N = 741) og 2022 (N = 545)

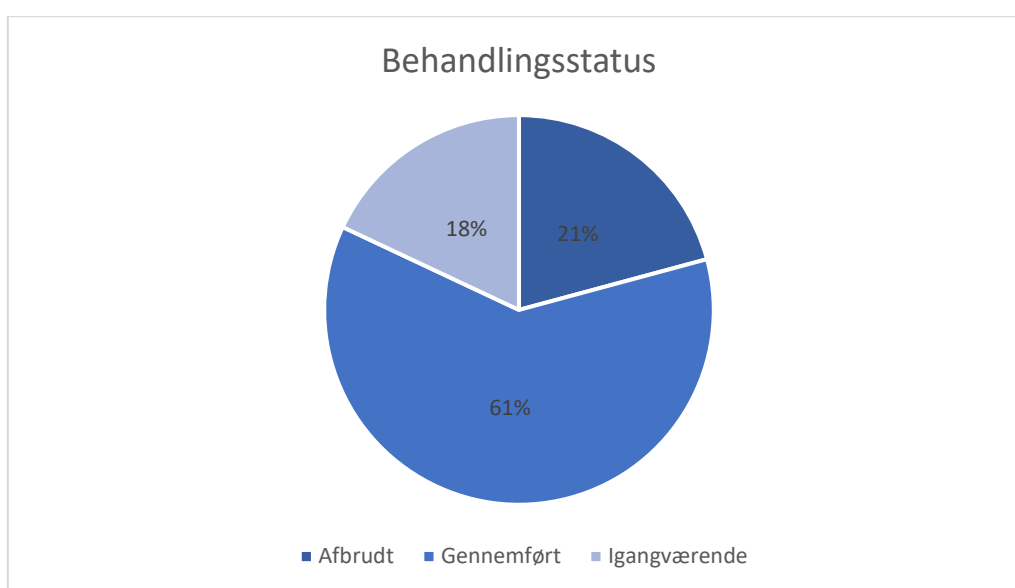
Andelen af behandlinger fordelt på de forskellige behandlingssteder har ændret sig over årene fra 2018 til 2022 (Figur 4.3). Således er andelen af borgere, der er behandlet i et Allorfikcenter steget indtil år 2019, hvorefter den samme tendens viser sig. Samlet set blev 88 % af borgerne behandlet lokalt (Allorfikcenter og lokalbehandling) i 2022. Siden 2021 har der været en stigning i andelen af lokalbehandlinger, således at 25 % i 2021 og 27 % i 2022 blev behandlet lokalt. Det opfattes som en effekt af, at lokalbehandlingen er styrket med virkning fra 2021, som muliggør lokalbehandling to gange årligt i alle byer undtagen Qaanaaq og Ittoq-qortoormiit, som har 1 årligt lokaltilbud. Tasiilaq har en særlig ordning med 2 årlige forløb for op til 22 borgere per forløb. Planlagte, men ikke afviklede, lokalbehandlinger forsøges udnyttet i andre byer eller bygder.

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. Kommunernes ønske om at behandlingen skal foregå lokalt, giver således god mening. Det indgår som et visitationskriterium i loven om behandlingen af afhængighed, at behandlingen, så vidt det er muligt, skal tilbydes 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 også bedre mulighed for samtidig behandling af pårørende.

## Behandlingsstatus

Gennemførte behandlinger er defineret som behandlingsforløb, hvor borgeren har gennemført mindst 6 ugers behandling. Ved nogle behandlinger er det muligt at færdiggøre behandlingen på under 6 uger. Disse behandlingsforløb medtages også under gennemført. Det er behandlingsforløb, hvor borgeren opfatter sig som færdigbehandlet også.

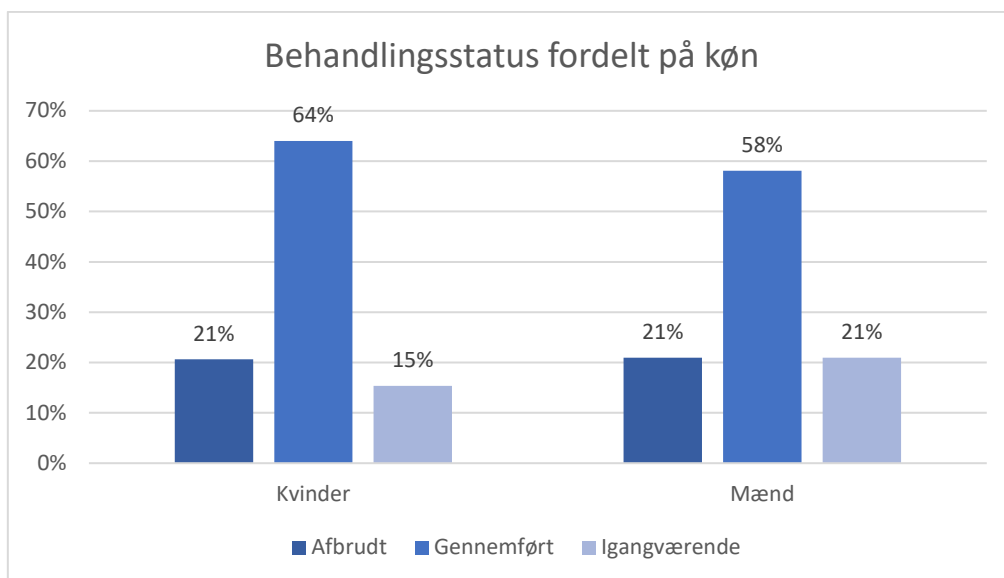
I 2022 var andelen af gennemførte behandlingsforløb 61 % (Figur 4.4). Både andelen af gennemførte og afbrudte behandlingsforløb var væsentligt lavere i 2022 end i 2021. En forklaring kan være at gruppen "Igangværende" har været særligt stor i 2022, hvormed andelen af gennemførte og afbrudte forløb er mindre. Dette kan skyldes at en større andel af behandlinger er startet senere på året grundet bl.a. covid-19, hvormed disse endnu ikke er afsluttet. Coronasituationen har betydet, at flere borgere i Allorfikcentre i perioder har været behandlet over telefon eller over nettet. Det har været med til at øge antallet af afbrudte behandlinger.



Figur 4.4 Behandlingsstatus (N = 572)

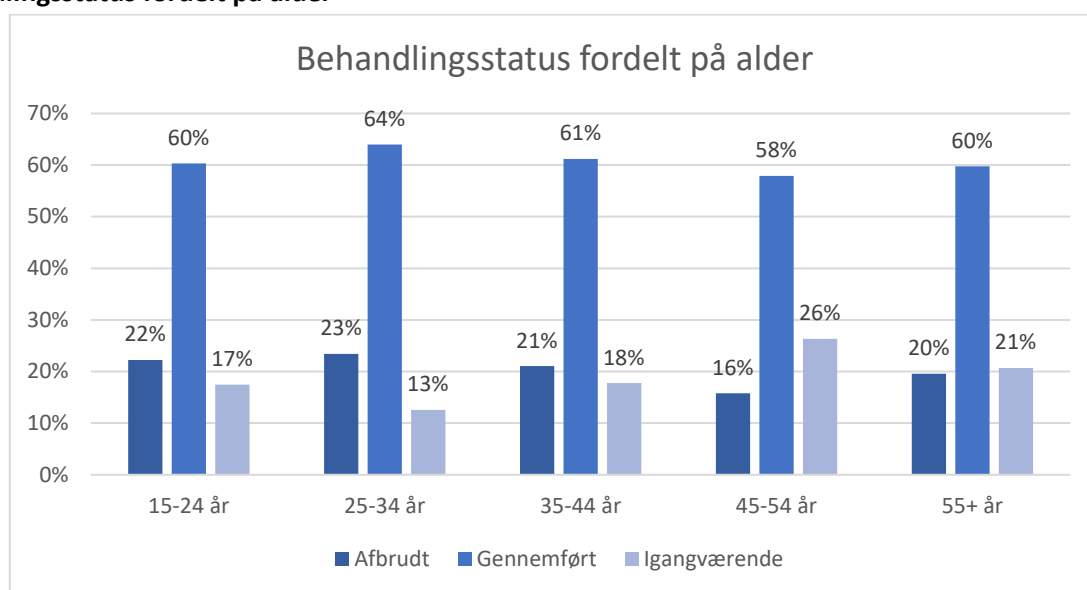
## Behandlingsstatus fordelt på køn

Figur 4.5 viser, hvordan behandlingsstatus fordeler sig blandt mænd og kvinder. Det ses, at en lidt større andel af kvinder gennemførte et behandlingsforløb sammenlignet med mænd i 2022, men forskellen var beskednen. I både 2019 og 2020 fandtes, at en større andel af kvinder end mænd gennemførte behandlingen, mens der i 2021 var en større andel af mænd der gennemførte behandlingen end kvinder. Der er ingen umiddelbar forklaring på forskellen, men forskellig påvirkning af Covid-19 kan være en del af forklaringen. Derudover ses det, at en større andel af mænd var "Igangværende" i 2022.



Figur 4.5 Behandlingsstatus fordelt på køn (N mænd = 272, N kvinder = 300)

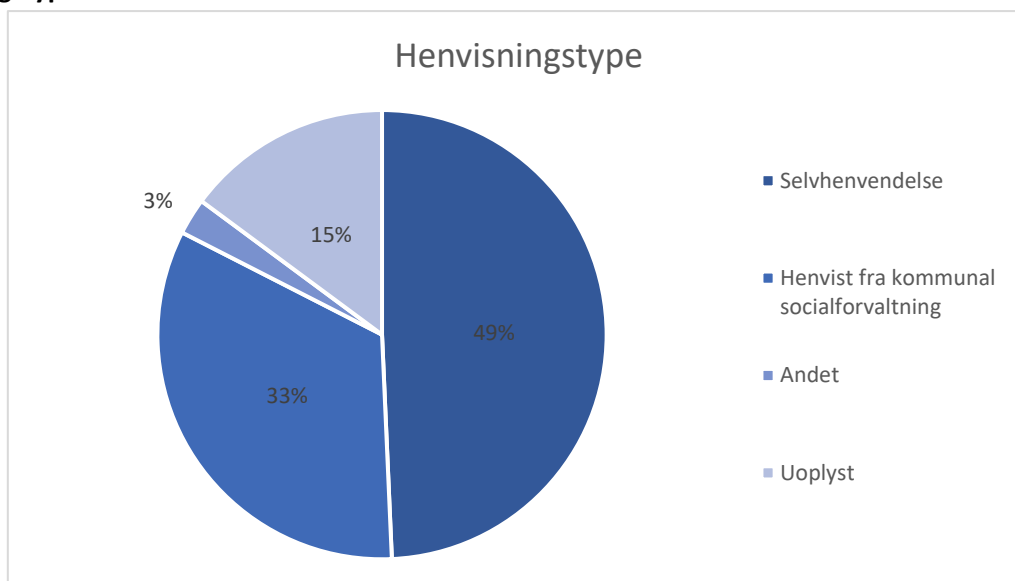
### Behandlingsstatus fordelt på alder



Figur 4.6 Behandlingsstatus fordelt på alder (N = 572)

Figur 4.6 viser hvor stor en andel inden for den enkelte aldersgruppe, der gennemførte, afbrød eller fortsat er i gang med deres behandlingsforløb for 2022. Det fremgår, at andelen, der gennemførte et behandlingsforløb, var nogenlunde den samme i alle aldersgrupper, men en smule større for de 25-34-årige. I forhold til 2021, er gennemførelse fordelt på alder mere ens på tværs af aldersgrupper, hvor der i 2021 var en lavere gennemførelse blandt de helt unge og for den ældste aldersgruppe.

## Henvisningstype



Figur 4.7 Henvisningstype (N = 572)

Det fremgår af Figur 4.7, at flest borgere i 2022 startede deres behandlingsforløb gennem selvhenvendelse i et af Allorfiks behandlingscentre (49 %). Henvisning fra kommunal socialforvaltning udgjorde den næststørste form for henvisning i 2022 (33 %). Denne fordeling er som i 2021.

## 5. Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2022

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) er fælles for alle, der udfører rusmiddelbehandling. KN-ASI giver mulighed for at følge, om der er en længerevarende effekt af behandlingen, hvem der har mest gavn af den eller om der f.eks. er tilbud, som skal justeres for at øge effekten.

I 2017 var der ændringer i databasen, så indrapporteringen kunne 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 ugers behandling. I 2019 kom der med Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om afhængighed indført krav om, at kommunerne også indrapporterer til databasen efter 3 og 12 måneder. Samlet skal data give mulighed for at vurdere, om borgeren har haft mulighed for at fastholde behandlingsresultatet efter endt behandling.

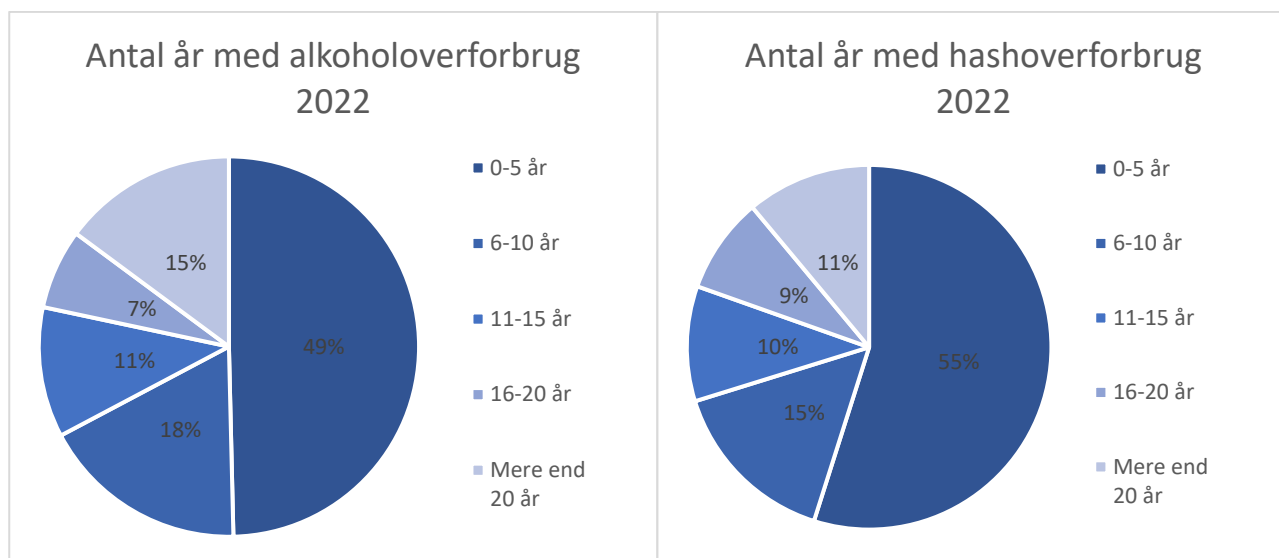
Fra 2018 prøver Allorfik at indgå samarbejde med visiterende enheder, dvs. kommunen eller arbejdspladser, der har henvisningsret gennem en samarbejdsaftale med Allorfik. Ønsket er, at de indrapporterer til databasen 3 måneder og 12 måneder efter endt behandling. Trods lovgivning om dette i 2019 skete det ikke og i 2020 startede Allorfik med selv af sikre indrapportering til databasen 3 og 12 måneder efter endt behandling, mens behandlingsstedet fortsat skal sikre indrapportering efter 6 måneder. Indrapporteringen sker nu også for alle, der har været i behandling og ikke kun for dem, der har gennemført.

I 2022 fik 448 (81 %) af de behandlede borgere lavet startinterview til den nationale rusmiddeldatabase, mod i alt 545 borgere i 2016 og 2017, 482 borgere i 2018, 353 borgere i 2019, 422 borgere i 2020 samt 577 i 2021. Interviewet ligger i Allorfik centrene 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

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 rusmiddelproblem, desto større er både problemets sværhedsgrad og de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser.

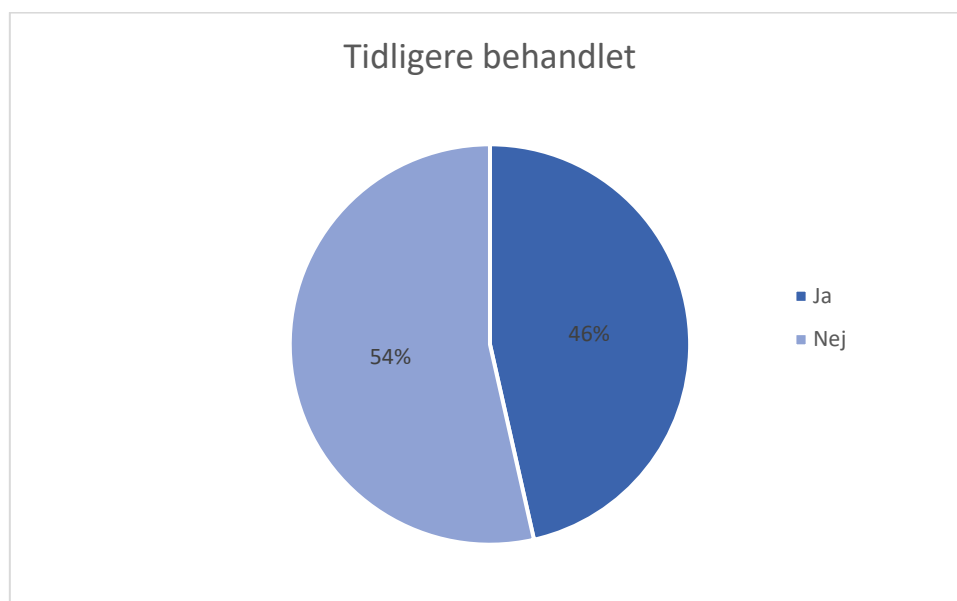
Af Figur 5.1 og 5.2 fremgår det, at størstedelen af behandlede borgere i 2022 har haft et alkohol- eller hashoverforbrug i 0-5 år. Konkret var der 49 % af behandlede borgere med et alkoholoverforbrug og 55 % af behandlede borgere med et hashoverforbrug, der kom i behandling inden for 5 år efter, at problemet var opstået. Men der er fortsat mange, der har problemer i en længere årrække, idet 18 % af de behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug i 6-10 år, mens der var 15 % med et hashforbrug i 6-10 år. Mellem 7-11 % af de behandlede borgere i 2022 har haft et rusmiddelproblem i hhv. 11-15 eller 16-20 år. 15 % af de behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug i mere end 20 år, mens 11 % af de behandlede borgere har haft et hashoverforbrug i mere end 20 år.



Figur 5.1 Antal år med alkoholoverforbrug (N = 397)

Figur 5.2 Antal år med hashoverforbrug (N = 235)

Behandling nytter, men mange borgere med rusmiddelproblemer har behov for at blive behandlet flere gange. Behandlingseffekten for afhængighedssygdomme er grundlæggende fundet at være lige så stor som for øvrige livsstilssygdomme som f.eks. rygning og overvægt.

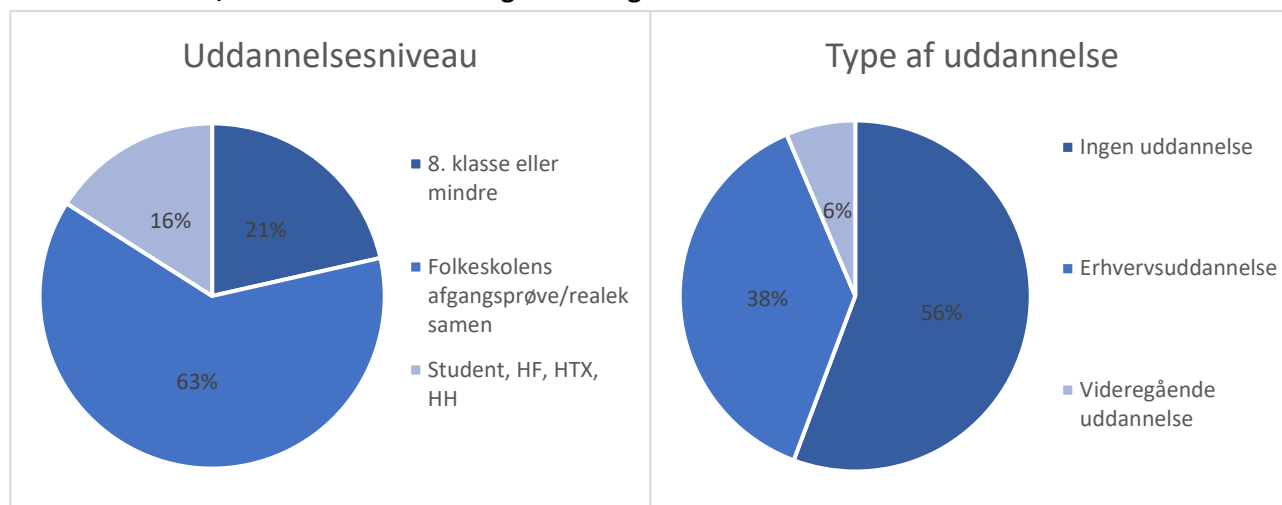


Figur 5.3 Andelen af behandlede borgere der tidligere er blevet behandlet for rusmiddelproblemer (N = 439)

Det fremgår af Figur 5.3, at 46 % af de behandlede borgere i 2022 tidligere har været i behandling for et rusmiddelproblem. Her dækker rusmiddelproblemer over problemer med alkohol, hash, ludomani, snifning og andet.



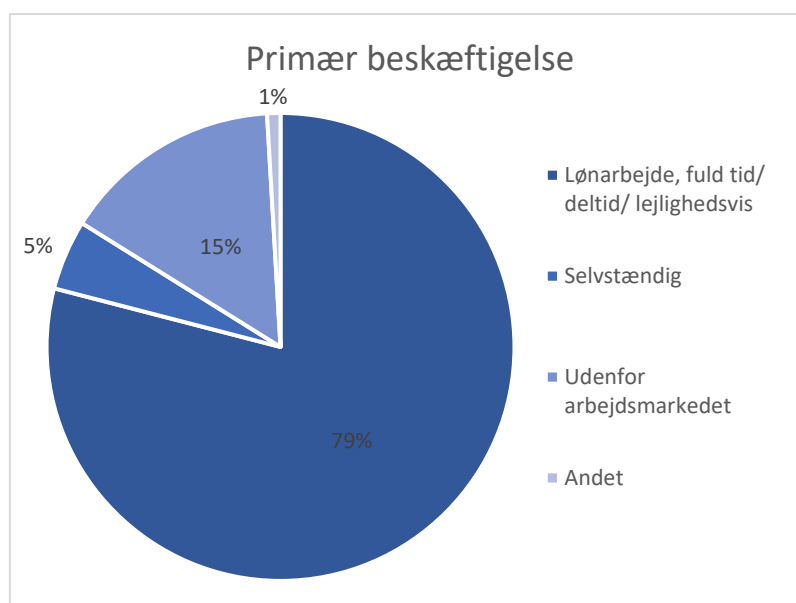
### Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse



Figur 5.4 Uddannelsesniveau blandt behandlede borgere (N = 438)

Figur 5.5 Type af videre uddannelse blandt behandlede borgere (N = 438) (erhvervsuddannelse dækker over en hjælper-, en assistent- eller en lang erhvervsfaglig uddannelse. Videregående uddannelse dækker over både bachelor- og kandidatuddannelse)

Mange borgere i behandling har en kort skoleuddannelse. I Figur 5.4 ses, at 84 % af de behandlede borgere havde en skoleuddannelse svarende til folkeskolens afgangsprøve eller lavere, mens 16 % havde en gymnasial uddannelse eller højere. Af Figur 5.5 fremgår det, at 56 % af de behandlede borgere ingen uddannelse havde efter folkeskolen, 38 % havde en erhvervsuddannelse og 6 % havde en videregående uddannelse.

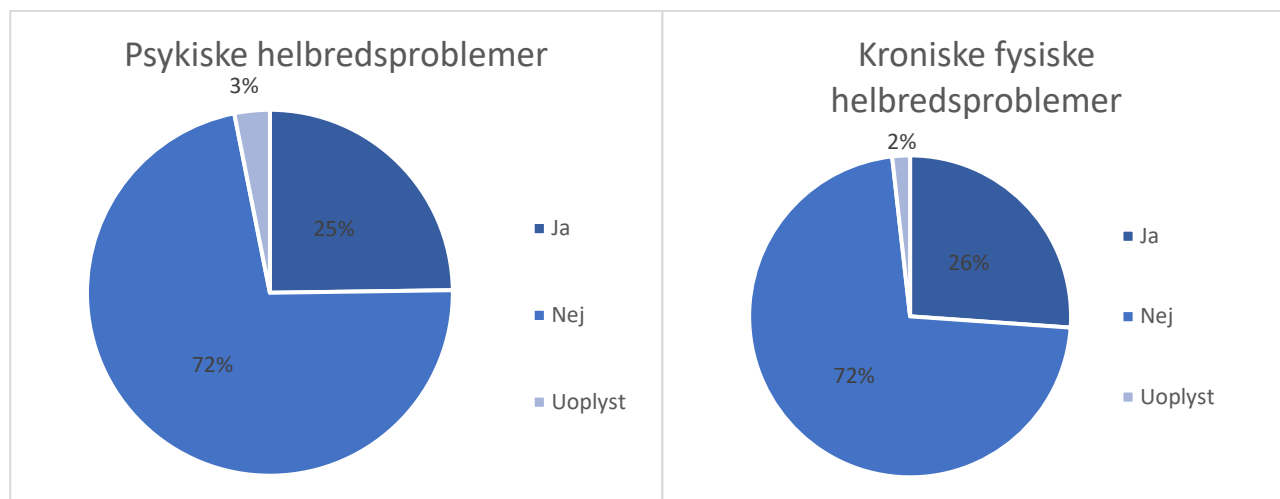


Figur 5.6 Primær beskæftigelse inden for de sidste tre år blandt behandlede (N = 434)

En del borgere i behandling er uden for arbejdsmarkedet. Ifølge Figur 5.6 har i alt 84 % af de behandlede borgere tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (79 %) eller som selvstændige (5 %).

Borgere uden for arbejdsmarkedet udgør 15 % af de behandlede. Disse borgere er enten hjemmegående, pensionister, studerende, arbejdsløse eller modtagere af sociale ydelser.

### Helbredsforhold

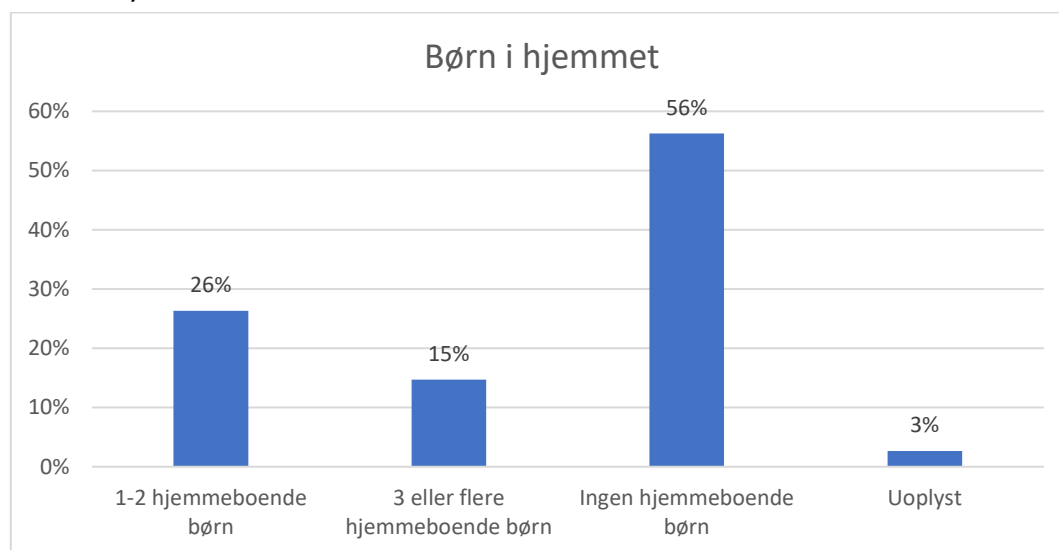


Figur 5.7 Andelen af behandlede borgere, der har været i ambulans behandling eller indlæggelse pga. psykiske problemer (N = 448)

Figur 5.8 Andelen af behandlede borgere med kroniske fysiske helbredsproblemer (N = 448)

Det gælder ofte, at borgere med rusmiddelproblemer har andre og flere samtidige problemer relateret til helbredet. Det fremgår af Figur 5.7, at 25 % af de behandlede borgere angav at have været i behandling pga. psykiske problemer (ambulant eller under indlæggelse). I alt 26 % af de behandlede borgere angav at have været behandlet for fysiske helbredsproblemer ud fra spørgsmålet "Har du kroniske fysiske skader eller sygdomme, som vedvarende påvirker dit liv?" (Figur 5.8).

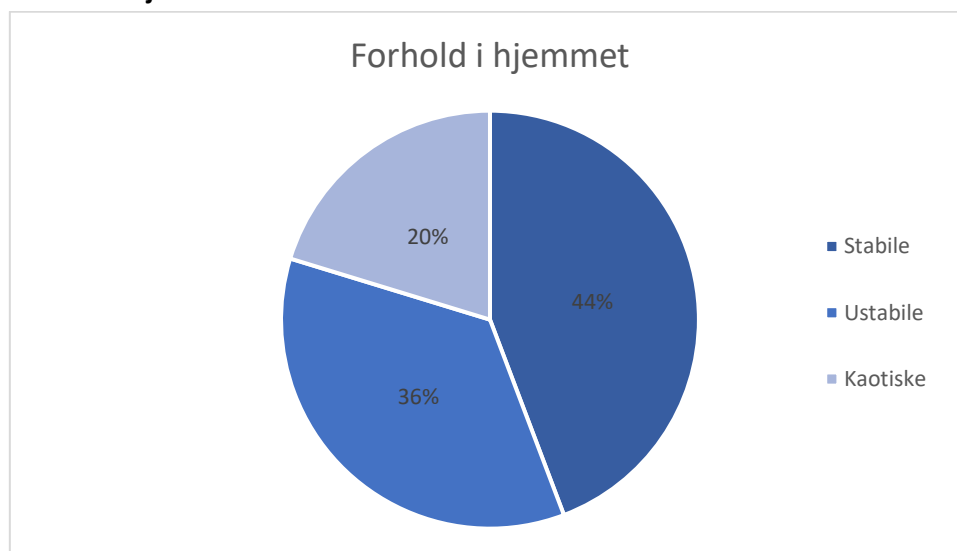
### Behandlede med børn under 18 år



Figur 5.9 Fordelingen af hjemmeboende børn blandt behandlede borgere med børn (N = 448)

Mange borgere i behandling har børn under 18 år i hjemmet. Blandt de borgere, der var i behandling, angav 56 %, at de ingen hjemmeboende børn havde, 26 % angav at de havde 1-2 hjemmeboende børn, mens 15 % angav, at de havde 3 eller flere hjemmeboende børn, mens der ikke var oplysninger om børn for de sidste 3 %.

### Forholdene i barndomshjemmet

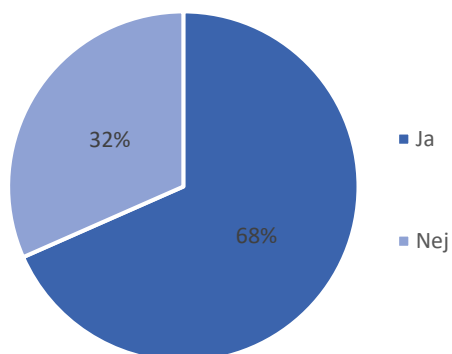


Figur 5.11 Forhold i hjemmet under opvæksten (N = 434)

I forhold til rusmidler tales der ofte om "social arv". Det vil sige at der er en sammenhæng mellem forældrenes adfærd samt sociale- og uddannelsesmæssige forhold og deres børn. Social arv har mange årsager, herunder arvemæssige, individuelle og samfundsskabte forhold.

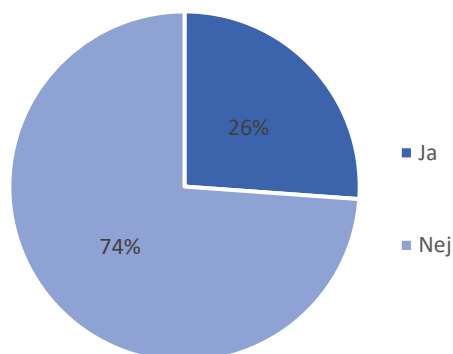
Figur 5.11 viser, at 44 % af borgere i behandling angav stabile forhold i hjemmet under opvæksten, 36 % angav ustabile forhold og 20 % angav, at forholdene var kaotiske. Det er således en stor andel af behandlede borgere, der ikke har vokset op under stabile vilkår i barndomshjemmet.

Har den ene eller begge dine forældre haft alkoholproblemer?



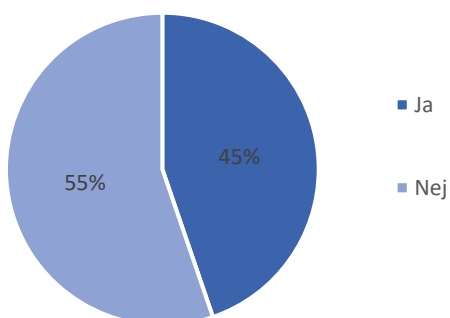
Figur 5.12 (N = 424)

Har den ene eller begge dine forældre haft stofproblemer?



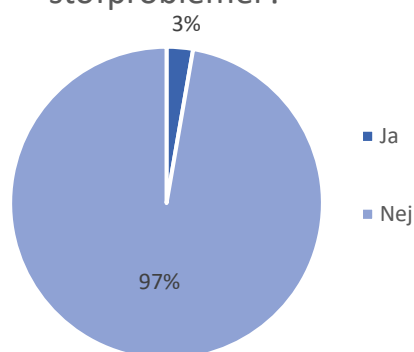
Figur 5.13 (N = 417)

Har en eller flere af dine bedsteforældre haft alkoholproblemer?



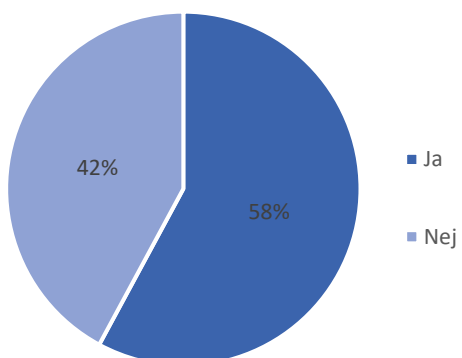
Figur 5.14 (N = 286)

Har en eller flere af dine bedsteforældre haft stofproblemer?



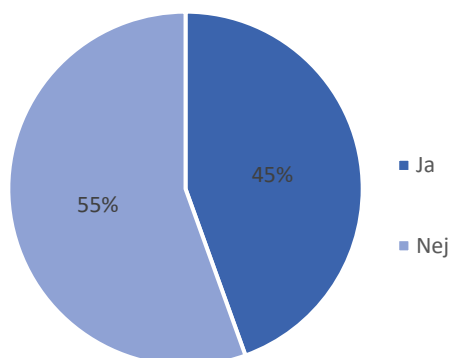
Figur 5.15 (N = 293)

Har en eller flere af dine søskende haft alkoholproblemer?



Figur 5.16 (N = 368)

Har en eller flere af dine søskende haft stofproblemer?



Figur 5.17 (N = 364)

Af Figureerne 5.12-17 fremgår de behandlede borgeres vurdering af rusmiddelproblemer blandt deres forældre, søskende og bedsteforældre. Det fremgår tydeligt af disse figurer, at rusmiddelproblemer ofte går igen i familierne.

I alt 68 % af behandlede borgere angav i 2022, at mindst én af deres forældre har haft et alkoholproblem, mens 26 % angav, at mindst én af deres forældre har haft et stofproblem (Figur 5.12 og 5.13).

For rusmiddelproblemer hos deres bedsteforældre angav 45 % af borgere i behandling, at mindst én af deres bedsteforældre har haft et alkoholproblem, mens 3 % angav, at mindst én af deres bedsteforældre har haft et stofproblem (Figur 5.14 og Figur 5.15). Betydningen af opvæksten fremgår specielt for andelen, der har søskende, der også har haft rusmiddelproblemer, hvor 58 % af borgere i behandling angav, at mindst én af deres søskende har haft et alkoholproblem, mens 45 % angav, at mindst én af deres søskende har haft et stofproblem (Figur 5.16 og Figur 5.17).

## 6. Årets tema: Efterforløbsplaner

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. At dette er gældende for mange, er dokumenteret i de foregående kapitler. Risikoen for at vende tilbage til den tidligere livsstil er størst, hvis borgeren kommer tilbage til den samme vanskelige situation, som denne havde ved behandlingens start.

”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 i behandlingstilbuddet kan forblive fri af afhængighed efter endt behandling, samt at trivsel hos børn fra familier berørt af afhængighed sikres særlig opmærksomhed.

Det betyder blandt andet, at kommunerne skal lave en efterforløbsplan. Disse beskriver de sociale, arbejdsmæssige og andre indsats, der skal arbejdes parallelt med at behandlingen sker. Kommunerne har klaget til Allorfik over, at de ikke kender mange af borgerne i behandling. Derfor har Allorfik valgt at lave en erstatningsefterforløbsplan for de borgere som ikke har børn, har arbejde, har bolig og ikke er akut presset økonomisk.

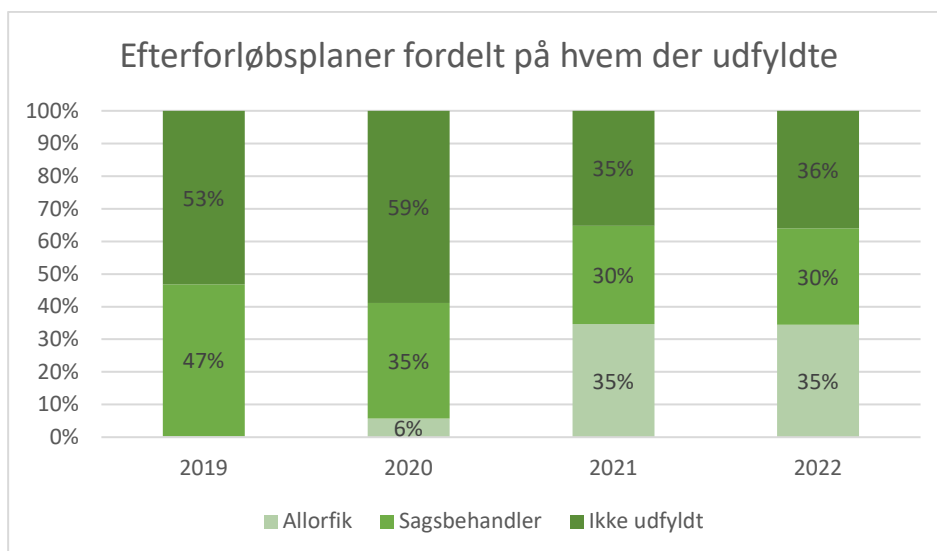
Det er meningen, at efterforløbsplanen/erstatningsefterforløbsplanen skal følges op ved en trepartssamtale midt i behandlingen. Meningen er, at efterforløbsplanen skal foreligge ved behandlingens start. Derfor er visitationsprogrammet lavet, så den visiterende kan fortsætte direkte med efterforløbsplanen efter visitationen.

I kapitlet er der set på data i visitationsdatabasen omkring efterforløbsplaner for borgere, der selv er i behandling, som skal have lavet en efterforløbsplan, mens borgere i pårørendebehandling ikke skal.

### Udvikling i varetagelse af udfyldelsen af efterforløbsplaner

Baggrunden for at Allorfikcentrene laver erstatningsefterforløbsplaner på borgere uden børn eller væsentlige sociale udfordringer er, at kommunerne så kan bruge deres kræfter på borgere med behov for hjælp fra myndighedsområdet.

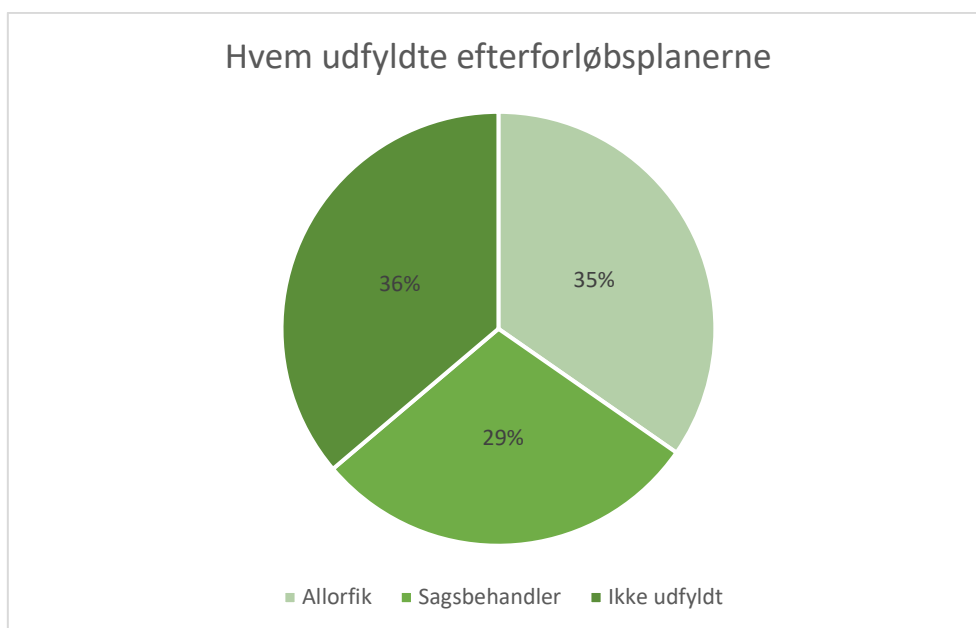
Der ses i Figur 6.1 en ændring hvor Allorfik i 2019 udfyldte 0 % af efterforløbsplanerne til i 2021 og 2022 at udfylde 35 %. Dette kan ses som en konsekvens af ændringen i ansvaret for udfyldelse af efterforløbsplaner i 2021. Andelen, der ikke har en efterforløbsplan, er dog kun er faldet fra 53 % i 2019 til 36 % i 2022. Sagsbehandlerne udfyldte således i 2021 og 2022 færre efterforløbsplaner end i 2019 og 2020.



Figur 6.1 Andel af udfyldte/ikke udfyldte efterforløbsplaner fordelt på hvem der udfyldte for årene 2019-2022 (N = 3051)

### Antal efterforløbsplaner i 2021 og 2022

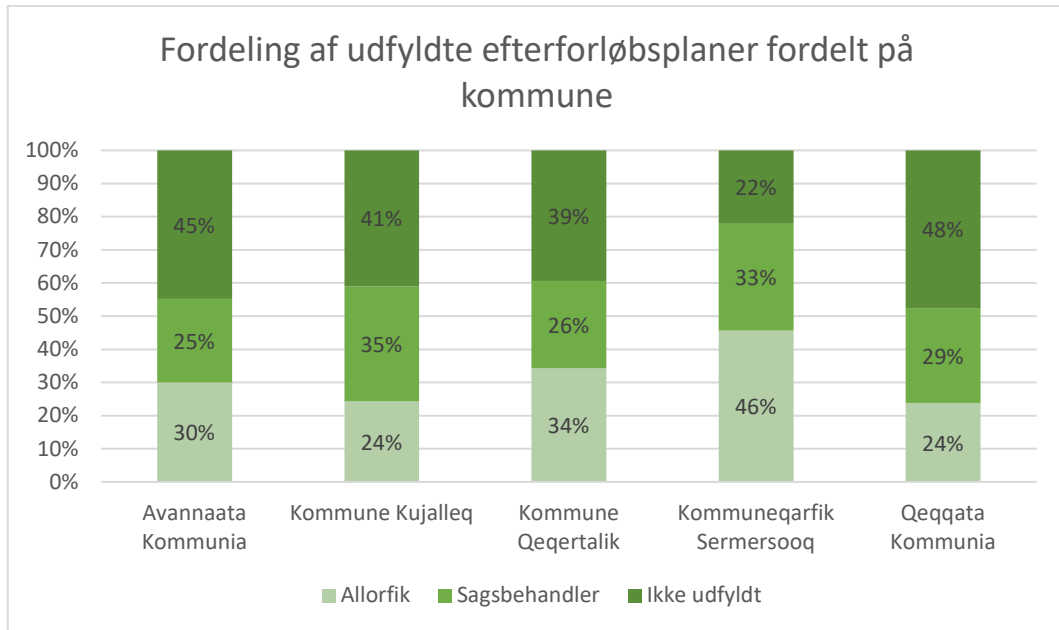
I 2021-2022 var der 1438 borgere registreret til at få lavet en efterforløbsplan. Det fremgår i Figur 6.2, at der var 64 % af disse, som fik lavet en efterforløbsplan. Dermed var der 36 % borgere, som ikke fik udfyldt en efterforløbsplan.



Figur 6.2 Andel af efterforløbsplaner fordelt på Allorfik (N = 497) og Sagsbehandler (N = 429) samt ikke udfyldte (N = 512) i 2021 og 2022 (N = 1438)

### Sammenligning mellem kommunerne på udfyldelse af efterforløbsplanerne

Der fandtes stor forskel imellem de enkelte kommuner i forhold til, hvem der udfyldte efterforløbsplanerne i 2021-2022, og hvor mange borgere der fik udfyldt efterforløbsplaner (Figur 6.3).



Figur 6.3 Andel af hvem der udfyldte efterforløbsplaner fordelt på kommuner i 2021 og 2022 (N = 1438)

I Kommuneqarfik Sermersooq udfyldte Allorfik den største andel af efterforløbsplaner, 46 %, mens Allorfik i Kommune Kujalleq og Qeqqata Kommunia udfyldte den laveste andel af efterforløbsplaner på 24 %.

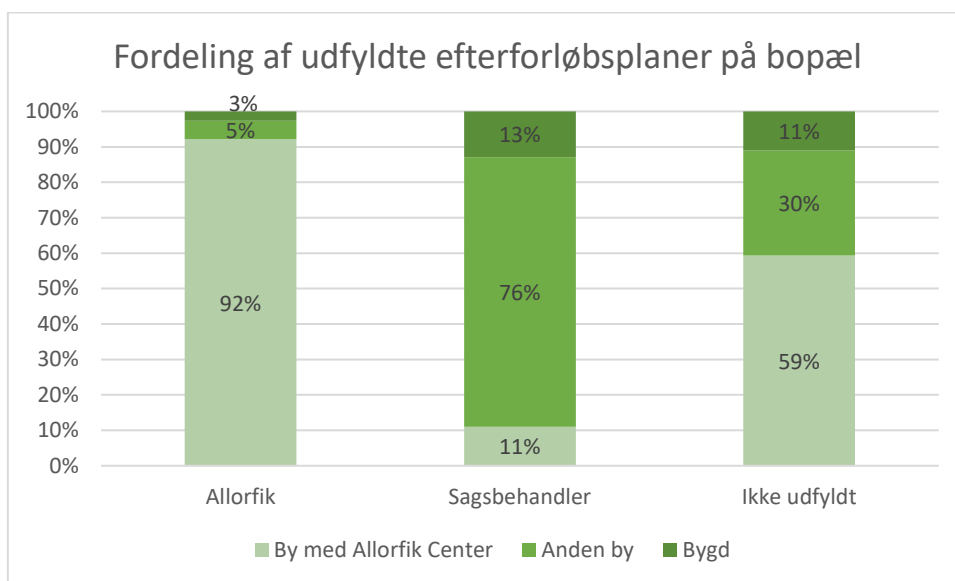
Der er også stor forskel på, hvor stor en andel sagsbehandlerne udfyldte. I Avannaata Kommunia og Kommune Qeqertalik udfyldte sagsbehandlerne hhv. 25 og 26 %. Den andel som sagsbehandlerne udfyldte, er noget højere for de andre kommuner, især Kommune Kujalleq, hvor sagsbehandlerne udfyldte 35 %.

I Kommuneqarfik Sermersooq findes den mindste andel af ikke-udfyldte efterforløbsplaner, idet der kun er 22 % af borgerne, som ikke fik udfyldt en efterforløbsplan. I de fire andre kommuner er der mellem 39-48 %, der ikke fik udfyldt en efterforløbsplan.



## By/bygd

Der ses en stor forskel på hvilken bopæl borgere har og hvem der udfyldte efterforløbsplanerne (Figur 6.4).



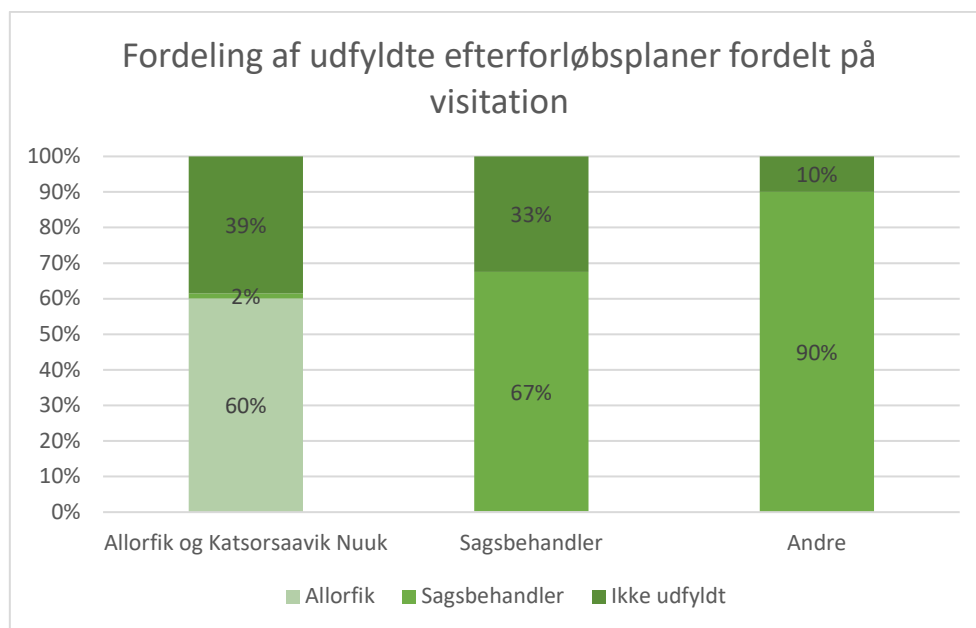
Figur 6.4 Fordeling af bopæl ift. om det var Allorfik (N = 496) eller Sagsbehandler (N = 428), der udfyldte efterforløbsplaner, samt hvor stor en andel af borgere som ikke fik udfyldt en efterforløbsplan (N = 511) i 2021 og 2022

Figur 6.4 viser at borgere som Allorfik udfyldte efterforløbsplaner for primært kom fra en by med et Allorfik Center (92 %). For sagsbehandler var det kun 11 % af borgerne der kom fra en by med et Allorfik Center, hvorimod 76 % af de borgere som sagsbehandlerne udfyldte efterforløbsplaner for, kom fra en anden by. Fordelingen indenfor dem der ikke har fået lavet en efterforløbsplan, er mere blandet, idet 59 % kommer fra en by med et Allorfik Center, 30 % fra en anden by og 11 % fra en bygd. Generelt ses det, at andelen af borgere der kommer fra en bygd på tværs af Allorfik, Sagsbehandler og Ikke udfyldt er meget lav.

## Visitation

Som beskrevet ovenfor kan sagsbehandleren udfylde efterforløbsplanen i direkte forlængelse af visitationen. Allorfik kan også udfylde efterforløbsplanen direkte efter visitationen. Det kan Kriminalforsorgen og Kofoeds skole også. De er i nedenstående figur slået sammen til "Andre".

Når det er sagsbehandleren der udfylder efterforløbsplanen, er borgere endnu ikke startet i behandling. Når en borger derimod visiteres af Allorfik og Katsorsaavik Nuuk, så er borgeren allerede i behandling. Som det ses af nedenstående Figur 6.5, så udfylder sagsbehandlerne stort set ikke efterforløbsplaner for borgere, der allerede er påbegyndt behandlingen.



Figur 6.5 Fordeling af hvem der har udfyldt efterforløbsplanerne fordelt på, hvor borgeren blev visiteret i 2021 og 2022 (N = 1438)

Det fremgår af Figur 6.5 at Allorfik kun udfyldte efterforløbsplaner for de borgere, der blev visiteret gennem Allorfik. Af disse visitationer udfyldte Allorfik 60 % af alle efterforløbsplaner, mens sagsbehandlerne udfyldte 2 % og 39 % ikke blev udfyldt.

Sagsbehandlerne udfyldte 67 % af de borgeres efterforløbsplaner, der var visiteret af en sagsbehandler, mens 33 % ikke blev udfyldt. Næsten alle, 90 %, af dem der var visiteret af "Andre" fik udfyldt en efterforløbsplan af sagsbehandlerne.

## Trivsel og rusmiddelproblemernes sværhedsgrad og udfyldelse af efterforløbsplanen

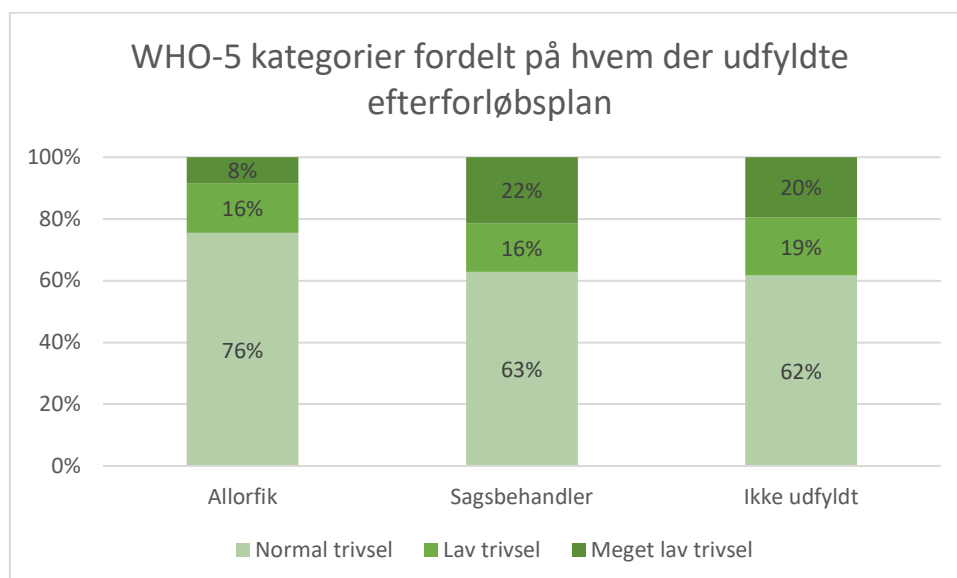
Som beskrevet i kapitel 3 får borgere ved visitation lavet en trivselsscore med WHO-5, en vurdering af sværhedsgraden af deres alkoholproblem med AUDIT og deres stof/hashproblem med DUDIT. Det er derfor muligt at undersøge, hvilke borgere, der fik udfyldt en efterforløbsplan eller ikke fik udfyldt en efterforløbsplan i forhold til sværhedsgraden af deres rusmiddelproblem, samt undersøge om der er forskel ud fra, hvem, der udfyldte efterforløbsplanen.

### Borgerens trivsel ved behandlingsstart målt med WHO-5

De borgere, som Allorfik udfyldte efterforløbsplaner for, havde en lidt bedre trivsel end de borgere, som sagsbehandlerne udfyldte efterforløbsplaner for, samt de borgere som ikke fik udfyldt en efterforløbsplan (Figur 6.6). Det er fuldt i tråd med tankerne om, at Allorfik kun skal lave erstatningsefterforløbsplaner for borgere uden betydelige (sociale) problemer, men bekymrende, at der er så stor en andel af borgere, der ikke får lavet efterforløbsplan med en lav WHO-5 score.

En lidt større andel af de borgere, som Allorfik udfyldte efterforløbsplaner for havde en WHO-5 score, som svarede til kategorien *Normal trivsel* (76 %), sammenlignet med sagsbehandlerne (63 %) og borgere som ikke

fik udfyldt en efterforløbsplan (62 %). Andelen i kategorien *Lav trivsel (35-49)* var på tværs af Allorfik, sagsbehandlere og ikke udfyldt meget ens, mellem 16-19 %. Dog havde Allorfik en mindre andel af de borgere, 8 %, som havde en score, der svarede til kategorien *Meget lav trivsel (under 35)*. I den samme kategori er andelen for sagsbehandlere 22 %, og for borgere, som ikke fik udfyldt en efterforløbsplan, 20 % (figur 6.6).



Figur 6.6 Fordeling af WHO-5 kategori ift. om det var Allorfik (N = 273) eller Sagsbehandler (N = 237), der udfyldte efterforløbsplaner, samt hvor stor en andel af borgere som ikke fik udfyldt en efterforløbsplan (N = 298) i 2021 og 2022

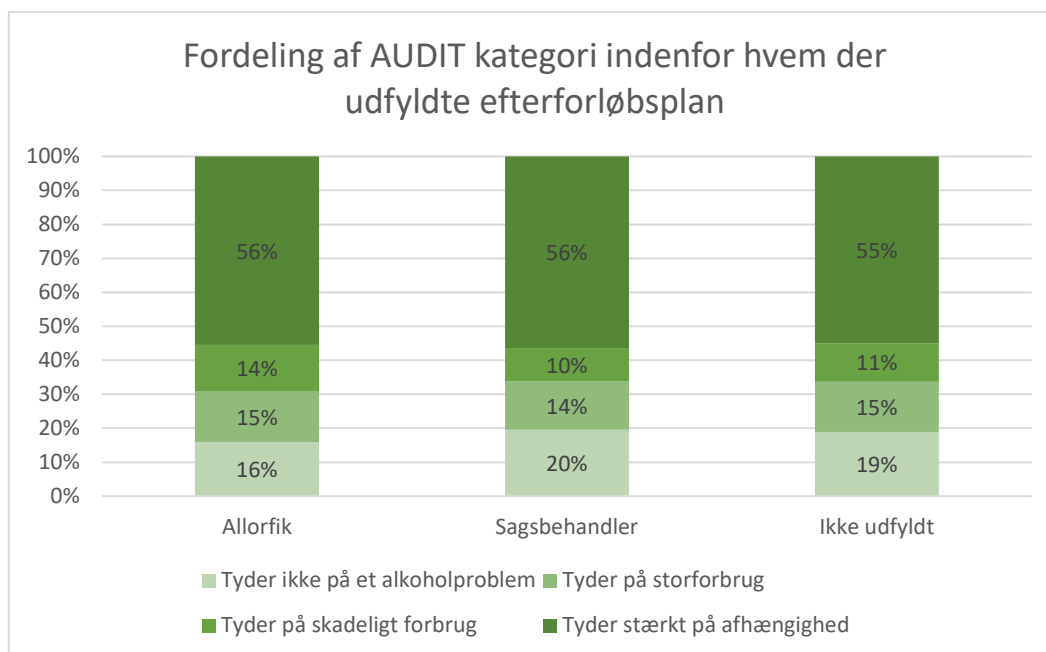
Der var 630 borgere, som det ikke var muligt at udregne en WHO-5 score for, da WHO-5 ved visitation først blev indført sent i 2021.

### Sværhedsgrad af rusmiddelproblemet og udfyldelsen af efterforløbsplanen

Baggrunden for disse analyser er at se på, om borgere, der får lavet en efterforløbsplan af deres sagsbehandler, har et sværere alkoholproblem eller stof/hashproblem, end borgere Allorfik laver efterforløbsplaner for eller hvor det er valgt ikke at lave efterforløbsplan.

Det blev ikke fundet. Sværhedsgraden af borgernes alkoholproblem er stort set den samme uanset om efterforløbsplanerne ikke blev udfyldt, eller om de blev udfyldt af Allorfik eller sagsbehandlerne (Figur 6.6). Specielt er andelen, der scorer svarende til afhængighed, meget ens i grupperne uanset, hvem der har udfyldt eller ikke udfyldt efterforløbsplanerne, men der er mindre forskelle for de mindre grader af problemer med alkohol.

Af de efterforløbsplaner som Allorfik udfyldte tilhører 56 % af borgerne kategorien *Tyder stærkt på afhængighed*. For sagsbehandlerne er denne andel også 56 %, og for dem der ikke fik udfyldt en efterforløbsplan, er det 55 %. Allorfik har den laveste andel i AUDIT kategorien *Tyder ikke på et alkoholproblem*, mens sagsbehandlerne har den største andel, hhv. 16 % og 20 %. Andelen af borgere i kategorierne *Tyder på et storforbrug* og *Tyder på et skadeligt forbrug* udgør den mindste andel på tværs af, hvem der udfyldte efterforløbsplanen. For borgere i kategorien *Tyder på et storforbrug* er andelen på 14-15 % og for borgere i kategorien *Tyder på et skadeligt forbrug* er andelen på 10-14 %.

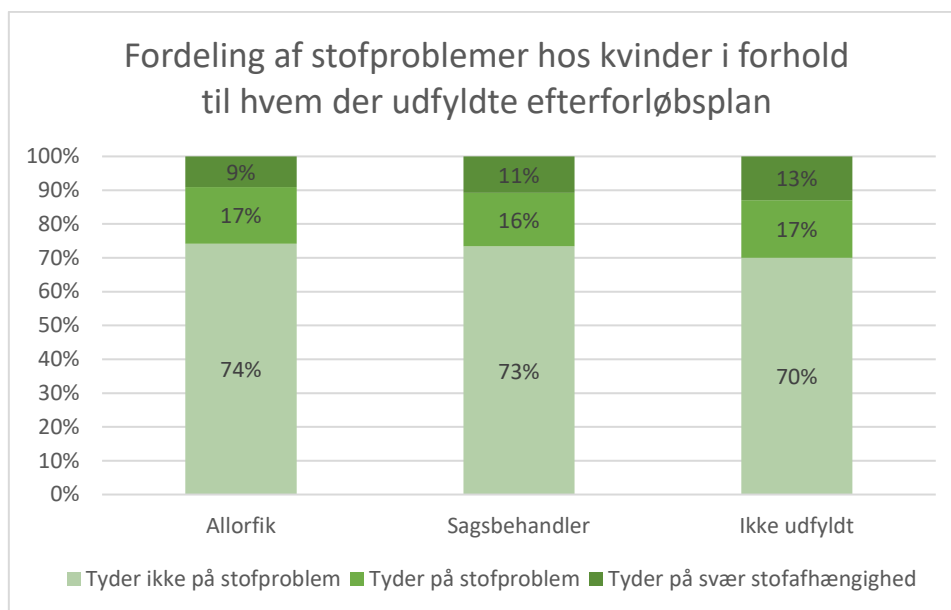


Figur 6.7 Fordeling af andel indenfor AUDIT kategori fordelt på om efterforløbsplanerne ikke blev udfyldt (N = 512), om det var Allorfik (N = 497) eller sagsbehandlerne (N = 429) der udfyldte efterforløbsplaner i 2021 og 2022

DUDIT-kategoriseringen er opdelt på køn, da kategoriseringen er forskellig mellem mænd og kvinder.

For kvinder fremgår det, at der er stort set samme fordeling på tværs af sværhedsgraden af hash/stofproblemet (DUDIT-kategorierne) uafhængigt af, hvem der udfyldte efterforløbsplanerne (Figur 6.8). Dog er der en lidt større gruppe med svær stofafhængighed blandt borgere, der ikke fik udfyldt efterforløbsplanen og lidt færre med svær afhængighed, hvor Allorfik har udfyldt efterforløbsplanen.

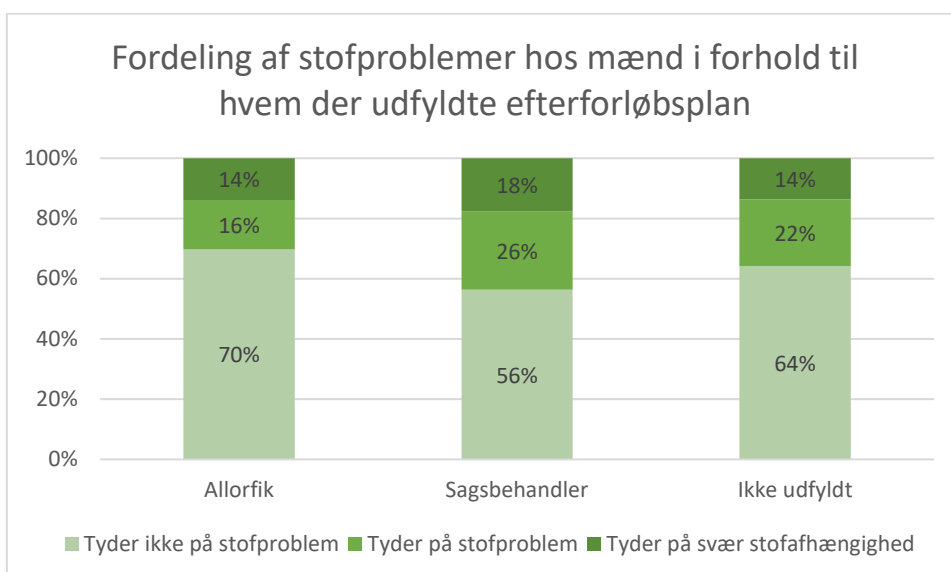
For Allorfik, sagsbehandlere og ikke udfyldte efterforløbsplaner, er andelen af kvinder i kategorien *Tyder ikke på et stofproblem* på 70-74 % og andelen i kategorien *Tyder på et stofproblem* på 16-17 %. Andelen i den sidste kategori *Tyder på svær stofafhængighed* ligger på 9-13 %. Andelen indenfor Allorfik er den laveste på 9 %, mens andelen er højest for dem der ikke fik udfyldt en efterforløbsplan.



Figur 6.8 Fordeling af andel af kvinder indenfor DUDIT-kategori fordelt på om efterforløbsplanerne ikke blev udfyldt (N = 286) eller er udfyldt af Allorfik (N = 252) eller Sagsbehandler (N = 241) i 2021 og 2022

For mænd ses, at andelen indenfor DUDIT-kategorierne er lidt mere forskellig på tværs af, om efterforløbsplanerne blev udfyldt af Allorfik, sagsbehandlerne eller slet ikke blev udfyldt, men forskellen er stadig ret beskednen (Figur 6.9).

Allorfik havde den største andel af efterforløbsplaner i kategorien *Tyder ikke på et stofproblem* på 70 %. Sagsbehandlerne udfyldte efterforløbsplaner for den laveste andel (56 %) i denne kategori, og blandt de borgere der ikke fik udfyldt, var andelen på 64 %. Sagsbehandler havde den største andel af borgere i kategorien *Tyder på et stofproblem* (26 %), sammenlignet med Allorfik (16 %) og de borgere som ikke fik udfyldt en efterforløbsplan (22 %). På tværs af Allorfik, Sagsbehandler eller om efterforløbsplanerne ikke blev udfyldt, findes cirka den samme andel i kategorien *Tyder på svær stofafhængighed*. Andelen er mellem 14-18 %.



Figur 6.9 Fordeling af andel af mænd indenfor DUDIT-kategori fordelt på om efterforløbsplanerne ikke blev udfyldt (N = 226) eller udfyldt af Allorfik (N = 245) eller sagsbehandlerne (N = 188) i 2021 og 2022

## Sværhedsgraden af sociale problemer i forhold til udfyldelse af efterforløbsplanen

Baggrunden for disse analyser er, som for rusmiddelproblemerne, at analysere, om borgere, der får lavet en efterforløbsplan af Sagsbehandler har større sociale udfordringer end borgere Allorfik laver efterforløbsplanen for. Da spørgsmålene er en del af efterforløbsplanen, inkluderer analyserne kun borgere, der har fået udfyldt en efterforløbsplan.

Når borgerne i samarbejde med Allorfik eller en sagsbehandler udfylder efterforløbsplanerne svarer de på en række spørgsmål. For at lette sagsbehandlerens udfyldelse af efterforløbsplanen har den en meget simpel struktur. Den består således af afkrydsninger *Ja/Nej* og mulighed for at uddybe besvarelsen til sidst på områderne:

- Har borgeren gæld til det offentlige?
- Har borgeren en egnet bolig?
- 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?

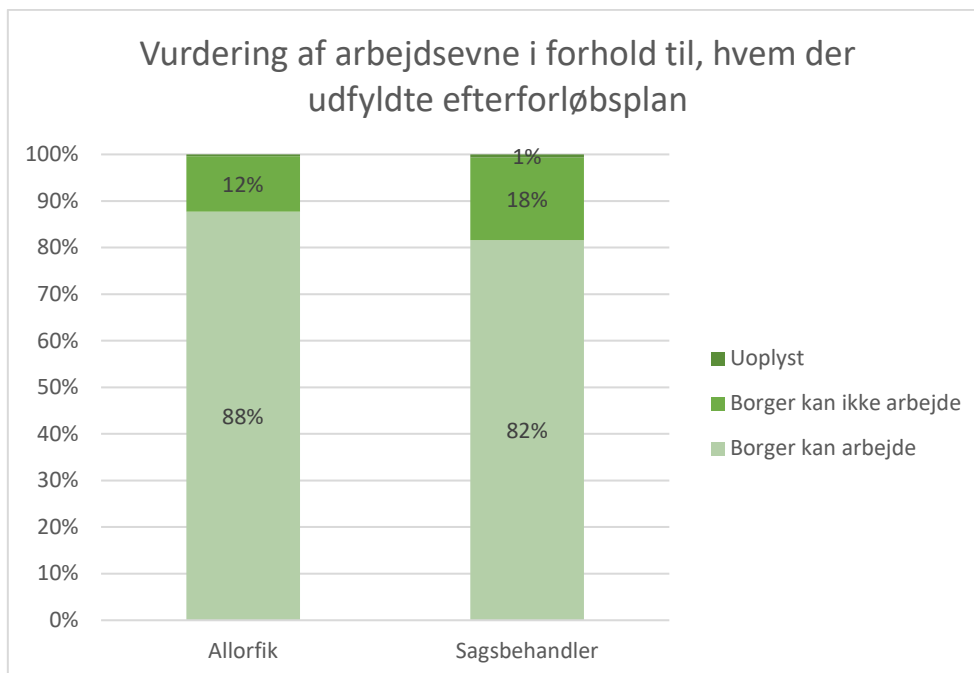
I den følgende analyse sammenlignes andelen som Allorfik udfyldte efterforløbsplaner for, med andelen som sagsbehandlerne udfyldte for, indenfor de besvarede spørgsmål i efterforløbsplanen. Der er i det følgende udvalgt at se på forskelle for områderne arbejde, gæld og bolig i forhold til, hvem der udfyldte efterforløbsplanen.

### Arbejdsstatus

To af spørgsmålene i efterforløbsplanerne omhandler arbejde. Der spørges til, om borgeren *kan arbejde* og om borgeren *har et arbejde*.

Arbejdsevne hos borgere, hvor Allorfik har udfyldt efterforløbsplanen, er vurderet lidt højere, men for både sagsbehandlere og Allorfik vurderes mere end 4 ud af 5 at kunne arbejde.

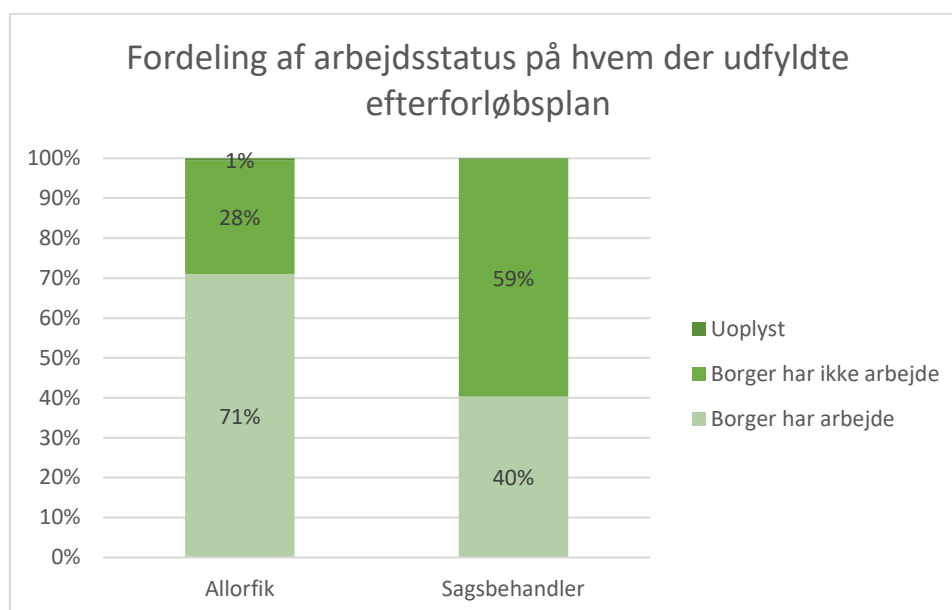
For Allorfik var andelen af borgere som kunne arbejde 88 %, mens andelen var lidt lavere (82 %) for sagsbehandlere. Allorfik vurderede, at 12 % ikke kunne arbejde, mens andelen hos sagsbehandlerne var 18 %. Alle borgere som Allorfik udfyldte efterforløbsplaner for, havde svaret på spørgsmålet, hvorimod sagsbehandlerne ikke havde svaret på spørgsmålet hos 1 % (Figur 6.10).



Figur 6.10 Arbejdsevne fordelt på om det var Allorfik (N = 497) eller en sagsbehandler (N = 429) der udfyldte efterforløbsplanerne, 2021 og 2022

Fordelingen af svar på om borgere har et arbejde i forhold til, om det var Allorfik eller sagsbehandlere, der udfyldte efterforløbsplanerne bør vise forskel, idet Allorfikcentrene som udgangspunkt ikke skal lave efterforløbsplanerne på borgere, der ikke har noget arbejde. Dette blev også fundet (Figur 6.11).

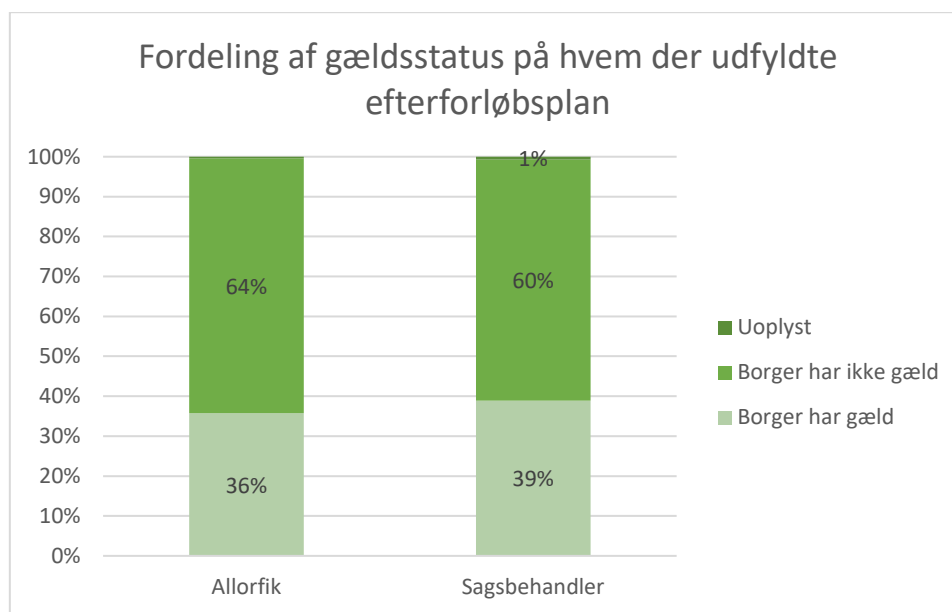
Allorfik havde en væsentlig større andel af borgere (71 %), som havde et arbejde sammenlignet med borgere, der fik udfyldt efterforløbsplaner hos sagsbehandlerne (40 %). Sagsbehandlerne havde en andel af borgere på 59 %, som ikke havde et arbejde sammenlignet med Allorfik, der havde en andel på 28 %. Allorfik havde en højere andel (1 %) som ikke havde svaret på spørgsmålet, sammenlignet med sagsbehandlerne alle besvarede spørgsmålet.



Figur 6.11 Arbejdsstatus fordelt på om det var Allorfik (N = 497) eller en sagsbehandler (N = 429) der udfyldte efterforløbsplanerne, 2021 og 2022

### Gæld til det offentlige

Gæld til det offentlige har specielt betydning for borgere, der søger en offentlig bolig. Sagsbehandlerne udfyldte en større andel af efterforløbsplaner for borgere som havde gæld til det offentlige (39 %), mens 36 % af de borgere som Allorfik udfyldte for, angav at de havde gæld. Allorfik udfyldte en større andel af efterforløbsplaner for borgere som ikke havde gæld til det offentlige (64 %), end sagsbehandler udfyldte (60 %), men mens alle borgere, som Allorfik udfyldte efterforløbsplaner for, havde svaret på spørgsmålet, var der 1 % hos sagsbehandlerne, der ikke havde svaret på spørgsmålet.

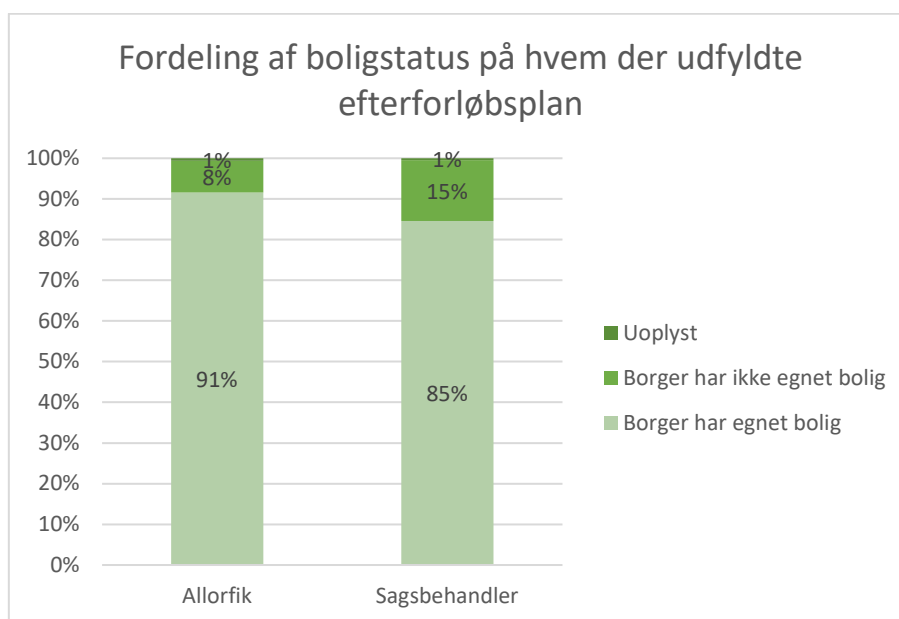


Figur 6.12 Gældsstatus fordelt på om det var Allorfik (N = 497) eller sagsbehandlerne (N = 429) der udfyldte efterforløbsplanerne, 2021 og 2022



## Egnet bolig

Spørgsmålet om bolig dækker dels over, om borgeren har en bolig, boligen er i beboelig stand og om boligen svarer til borgeren og dennes families behov.



Figur 6.13 Boligstatus fordelt på om det var Allorfik (N = 497) eller sagsbehandlerne (N = 429) der udfyldte efterforløbsplanerne, 2021 og 2022

Allorfikcentre skal som udgangspunkt ikke lave efterforløbsplaner for borgere, der ikke har en bolig, hvilket skal betyde, at der for dette spørgsmål bør være forskel på andelen uden egnet bolig i forhold til om det var Allorfik eller sagsbehandleren, der udfyldte efterforløbsplanen. Det blev også fundet.

I alt 91 % af de borgere Allorfik udfyldte efterforløbsplaner for, havde en egnet bolig. Mens der for sagsbehandlerne var en andel på 85 %, som havde en egnet bolig. Der var 8 % af de borgere, som Allorfik udfyldte efterforløbsplan for, der ikke havde en egnet bolig. Hvorimod der var 15 % af borgerne ved sagsbehandleren, som ikke havde en egnet bolig (Figur 6.12).

## Sammenfatning

Efterforløbsplanen er et vigtigt redskab idet planen også bruges i forhold til at hjælpe borgere med f.eks. problemer med arbejdsmæssige, bolig og økonomi, da disse problemer ofte vil influere på muligheden for at gennemføre en behandling. Det er også på den baggrund, at efterforløbsplanen tages op igen ved treparts-samtalen mellem borger, behandler og socialrådgiver midt i behandlingen.

I 2021-2022 fik 36 % af borgere i rusmiddelbehandling ikke lavet efterforløbsplaner på trods af, at Allorfik lavede erstatningsefterforløbsplaner for 35 %. Erstatningsefterforløbsplanerne laves kun for borgere, der havde bolig, arbejde og som ikke havde børn eller væsentlige økonomiske problemer. Det betyder, at borgernes sagsbehandlere laver væsentlig færre efterforløbsplaner end inden Allorfik begyndte at lave erstatningsefterforløbsplaner. Netop fordi Allorfik kun laver planerne for borgere uden tunge sociale problemer eller, hvor der er hjemmeboende børn, så kan den gruppe af borgere, der ikke får lavet efterforløbsplaner forventes at have betydelige sociale problemer, som behandlingssystemet ikke ved om de får hjælp til.

Selve sværhedsgraden af afhængigheden var stort set uafhængig af om efterforløbsplanen var udfyldt af Allorfik, af sagsbehandler, eller ikke var udfyldt, men i forhold til trivsel, målt med WHO-5, sås en større andel borgere med *Meget lav trivsel* blandt dem der ikke fik udfyldt en efterforløbsplan, hvilket vækker bekymring.

Der var relevant forskel mellem sagsbehandlere og Allorfik i spørgsmålene fra efterforløbsplanen omkring de sociale forhold, som kan forklares med hvilke grupper Allorfik ikke skal lave efterforløbsplaner for. Allorfik havde således en meget mindre andel, der havde et boligproblem eller ikke havde arbejde. Der fandtes ingen forskel mellem sagsbehandler og Allorfik ift. hvor stor en andel af spørgsmålene i efterforløbsplanerne der ikke blev besvaret.

I forhold til vurdering af borgeres arbejdsevne og oplysninger om gæld til det offentlige sås kun mindre forskelle i forhold til, om Allorfik eller borgerens sagsbehandler, havde udfyldt efterforløbsplanerne.

Allorfik vil i 2023 arbejde for et tættere samarbejde med kommunerne om efterforløbsplaner og treparts-samtaler.

## 7. Planlagte indsatser under Allorfik i 2023

I 2023 vil de vigtigste indsatser ligge omkring:

- Ludomanibehandlingsforløb i Center for Ludomani i Odense med op til 7 deltagere og 2 behandlere i januar 2023.
- Et 8 ugers mindfulness forløb i Nuuk startes i februar
- Undervisning i rusmiddelforebyggelsesprogrammet PAS for forebyggelsesmedarbejdere i Kommuneqarfik Sermersooq med henblik på at det implementeres i kommunens skoler.
- Mulighed for at tilbyde videosamtaler over borgernes egne telefoner, tablets etc. Med videokonferenceappen Pusa.
- Implementering af direkte henvisning fra Sundhedsvæsenet til Allorfik over Sundhedsvæsenets journalsystem Cosmic.
- Rejseholdet afholder i samarbejde med Kommuneqarfik Sermersooq forløb for unge og familiebehandlingsforløb i Tasiilaq i august 2023.
- Fortsætte at øge behandlingstilbuddet til unge med grupper for unge opvokset med rusmidler ud over behandlingsgrupper.
- Videreudvikling af behandlingstilbuddet for voksne med et endnu bedre tilbud for par og familier
- Styrke implementeringen af behandlingstilbuddet lokalt så de planlagte 2 årlige forløb i alle byer og et forløb i Qaanaaq og Ittoqqortoormiit afholdes og der tiltrækkes flere borgere til dem.
- Tilbyde særligt uddannelsesforløb til døgninstitutionerne for at sikre samtaler lokalt og brobygning til behandlingen for børn og unge i døgninstitutionerne med rusmiddelproblemer. Dette skal ske i samarbejde med socialstyrelsen.
- Fortsat 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. Studieordningen for den grønlandske rusmiddelbehandleruddannelse er godkendt, men kan tidligst implementeres i 2024.
- Gennemføre brugertilfredshedsundersøgelse i februar 2023.

Indsatser, der fortsætter i 2023:

- Tilbyde forebyggelsesprojektet PAS / IKA på begge sprog til skolers ældste klasse og til andre uddannelsesinstitutioner i byer med et Allorfikcenter.
- Tilbyde en 3 dages mininøglepersonuddannelse på begge sprog til personale på institutioner og i kommuner.
- Fortsætte informationsindsatsen til borgerene mhp. 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.
- Øge brug af nyere medicinsk behandling ved problemer med alkohol.