
Årsrapport 2021

Juni 2022



Årsrapport 2021

Allorfik, Videntcenter om Afhængighed
Departementet for Sundhed

Publikationsår: 2022

Udarbejdet af:

Caroline Mørk Andersen

Maja Holm Schou

Birgit Niclasen

Allorfik, Videntcenter om Afhængighed

Niels Hammekensvej 41

3900 Nuuk

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

Rapporten refereres: Andersen, CM & Schou, MH; Niclasen, B. Allorfik, Årsrapport 2021. Nuuk: Allorfik, Videntcenter om Afhængighed, 2022: 1-58

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

Indholdsfortegnelse

RESUME	5
Overvågning af visitation og behandling	5
Visitationsdata 2021	5
Behandlingsdata i 2021	6
Den Nationale Rusmiddelatabase (KN-ASI)	6
Årets tema: Gennemførelse af behandlingen og forskellen mellem behandlingsstart og 6 måneder efter endt behandling på udvalgte områder	7
Planlagte indsatser i 2022	7
1. OM ALLORFIK OG BEHANDLINGSTILBUDET FOR BORGERE MED RUSMIDDEL-PROBLEMER OG PENGESPIL	8
Allorfik, Videncenter om Afhængighed	9
Behandlingstilbudet	10
2. Aktiviteter under Allorfik, Videncenter om Afhængighed i 2021	11
Overvågning af visitation og behandling	11
Uddannelsesindsatsen	12
Informationsindsatsen	12
Udbuddene i 2020	13
Behandlingstilbud til børn og unge	13
Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling	13
3. VISITATIONSDATA 2021	14
Aldersfordeling ved henvisningen	14
Kønsfordeling	15
Fordeling på kommuner	16
Graden af problemer med alkohol ved visitation	16
Graden af problemer med hash ved visitation	18
Problemer med pengespil ved visitation	20
Problemer med flere rusmidler	21
4. BEHANDLINGSDATA 2021	23
Behandlinger i 2016-2021	23
Behandlede i 2012-2021	24
Behandlingsstatus	25
Behandlingsstatus fordelt på køn	26
Behandlingsstatus fordelt på alder	27
Henvisningstype	27
5. DEN NATIONALE RUSMIDDELDATABASE (KN-ASI) 2021	29
Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling	29
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse	31
Helbredsforhold	32
Behandlede med børn under 18 år	32
Forholdene i barndomshjemmet	33
6. ÅRETS TEMA: GENNEMFØRSEL OG OPLEVEDE EFFEKTER 6 MÅNEDER EFTER AFSLUTTET BEHANDLING	35
Gennemførte behandlinger	36
Alder og køn i forhold til gennemførelse	36
Tidligere behandlet i forhold til gennemførelse	38
Oplevede effekter efter afsluttet behandling	38
Alkohol	39
Hash	41

Spil	43
Kriminalitet	43
Vurdering af arbejdsmæssige problemer	45
Sociale relationer	47
Psykisk helbred og trivsel	51
Trivsel	51
Psykiske helbredsproblemer	53
Selvmodstanker	55
Selvmodsforsøg	57
7. PLANLAGTE INDSATSER UNDER ALLORFIK I 2022	58

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"*¹, der beskriver et gratis nationalt tilbud til voksne 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"*².

Alt i alt sker behandlingen dels lokalt i Allorfikcentre 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. I Allorfikcentre består behandlingsmetoder af Motiverende Samtale (MI) og Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er ambulant med fremmøde 1-5 gange om ugen i mindst 10 uger. Andre behandlingsmodeller er under udarbejdelse.

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

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. I både Allorfikcentre og ved lokalbehandling tilbydes pårørendebehandling. Hos Allorfikcentre 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 Behandlingsdatabase:

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

Visitationsdata 2021

Allorfik visiterede i 2021 948 borgere til behandling. Flest 25-34-årige henvises og flere kvinder (59 %) end mænd (41 %) (Figur 3.1 og 3.3). Problemer med alkohol ved henvisningen vurderes med en AUDIT-score. I

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

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

2021 havde 30 % af de henviste, der besvarede AUDIT-spørgsmålene, ikke et alkoholproblem. Hos de resterende 70 % tydede scoren enten på storforbrug (12 %), et skadeligt forbrug (10 %) eller afhængighed (46 %) (Figur 3.8). Vurderingen af problemer med hash: I 2021 angav 49 %, at de ikke røg hash, hvilket er en større andel end i 2020 (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: 80 % spillede ikke om penge. Blandt de, der angav at spille om penge, havde 49 % en egentlig spilafhængighed, hvilket er en lidt højere andel end i 2020 (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 hyppigst rusmiddel og spilproblem, der søges behandling for.
- Det er 30 % med et alkoholproblem, der også har et hashproblem
- Det er 80 % med et hashproblem, der også har et alkoholproblem
- Det er 18 % med et spilproblem, der også har et hashproblem.
- Det er 60 % af borgere med et spilproblem, der også har et alkoholproblem.

Behandlingsdata i 2021

Der er et tidsforløb mellem visitation og afsluttet behandling. I 2021 afsluttede 696 borgere deres behandlingsforløb. Dette dækker over både gennemførte og afbrudte behandlinger. Siden de første Allorfikcentre åbnede har antallet af afsluttede behandlinger været stigende, men er nu fladet ud (Figur 4.2). Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen så vidt muligt skal foregå lokalt. Lokalbehandling er med Allorfik styrket med nye udbud og oprettelsen af Allorfikcentre i kommunernes største by. Samlet blev 87 % af borgerne behandlet lokalt i 2021 (Figur 4.3). I alt gennemførte 68 % behandlingen, mens 24 % afbrød og 8 % 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 45% med alkoholproblemer og 52 % med hashproblemer kommer i behandling indenfor 5 år efter, at problemet er opstået, mens det for begge rusmidler er mellem 14 % og 16 %, der har haft problemet i 20 år eller mere (Figur 5.1 og 5.2). Andelen der kommer i behandling indenfor 5 år synes dog stigende, hvilket kan skyldes de flere lokale behandlingstilbud. I alt 51 % af de behandlede har været behandlet tidligere (Figur 5.3). Mange i behandling har en kort skoleuddannelse, og et flertal (59 %) har ingen uddannelse ud over folkeskolen (Figur 5.4 og 5.5). I alt har 87 % tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (80 %) eller som selvstændige (7 %) (Figur 5.6). Mange borgere i behandling har hjemmeboende børn under 18 år. Af de 594 borgere i behandling, der har besvaret spørgsmålet, har kun 38 % ikke hjemmeboende børn under 18 år, 29 % havde 1-2 hjemmeboende børn og 13 % 3 eller flere hjemmeboende børn, mens 20 % 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: Gennemførelse af behandlingen og forskellen mellem behandlingsstart og 6 måneder efter endt behandling på udvalgte områder

I kapitel 6 er der særligt fokus på borgernes gennemførelse af behandlingen og hvordan borgerne har det 6 måneder efter afsluttet behandling. Centralt for kapitlet er effekterne af behandlingen og belyses ud fra borgerens egen vurdering af ændringer i forhold til problemer vedrørende: kriminalitet, arbejde, sociale relationer, alkohol, hash og pengespil samt borgerens egen vurdering af ændringer i forhold til: selvmordstanker- og forsøg, livskvalitet/trivsel og psykisk helbredstilstand. Der ses også på sammenhængen mellem ændringer på de udvalgte områder og tilbagefald til rusmiddel- og spilproblemer.

Gennemgående indikerer analyserne at behandlingen virker, når man sammenligner status ved behandlingsstart og 6 måneder efter afsluttet behandling målt ud fra borgerens egen vurdering. Analyserne viser, at det at komme i behandling i sig selv har en positiv effekt relateret til de udvalgte problemområder, men det at gennemføre behandlingen har en betydelig ekstra effekt. Ligeledes tyder tilbagefald til rusmiddel- og spilproblemer også på at have en betydning for de selvvaluerede effekter af behandlingen. For de borgere som har vurderet at deres problemer på udvalgte områder er faldet, har en lille andel haft et tilbagefald, hvorimod borgere, hvis problemer er steget, har en stor andel haft et tilbagefald.

De konkrete effekter af behandlingen fremgår i kapitel 6 under de forskellige udvalgte områder, der er blevet undersøgt.

Planlagte indsatser i 2022

Disse fremgår i oversigtsform i kapitel 7.

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

Inatsisartut besluttede på Efterårsmødet (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 Forårsmødet (FM) 2014. Inatsisartut besluttede endvidere, at Naalakkersuisut pålægges 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"*³, 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 viser analysen, at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe problemer med rusmidler i Grønland. Der er både store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt mulighed for at bryde 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 det samfundets ønske for behandlingsindsatsen:

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

1. januar 2016 overgik rusmiddelbehandlingen fra sundhedsvæsenet til Allorfik. Allorfik er en 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

³http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanog/Files/Publications/Departement%20for%20Sundhed%20og%20Infrastruktur/Sundhed/Misbrugsbehandling/Redegoerelse_Misbrugsbehandling.PDF

have udarbejdet en efterforløbsplan for at sikre brobygningen fra behandlingsindsatsen til et nyt liv uden rusmidler og hjælp til f.eks. uddannelse og arbejde.

”Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling” udgør det evidensbaserede grundlag for behandlingen i 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, herunder i forebyggelsen af tilbagefald, er etableret, ligesom der i 2018 har været overbygning af behandleruddannelsen i behandling af par og familier. I den nationale plan fremgår det, at behandlingsindsatsen som for anden sundhedsbehandling er organiseret ud fra en ”stepped care model” (en trinvis model), hvor den mest virkningsfulde behandling altid er den, der er mindst indgribende, og den, der gives så tæt på borgerens hjem som muligt. Den trinvis model bygger på:

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

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

Allorfik, Videncenter om Afhængighed

Med den nationale plan for fremtidens misbrugsbehandling er ansvaret for det samlede behandlingstilbud nu forankret i Allorfik, Videncenter om Afhængighed. Videncentret varetager både konkrete opgaver over for 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 nu et Allorfikcenter i alle kommuner. Der blev i 2016 og 2017 etableret behandlingscentre i Qaqortoq, Nuuk og Sisimiut. I 2018 blev centrene i Aasiaat og Ilulissat etableret.

På www.sullissivik.gl og 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. Nogle større virksomheder og Kofoeds skole har mulighed for selv at visitere medarbejdere/elever til behandling.

Behandlingstilbuddet

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

Behandlingen i Allorfikcentre sker ud fra MI og Kognitiv adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er p.t. ambulante med fremmøde til 20 behandlingssamtaler. Andre behandlingsmodeller udvikles løbende.

Frem til 1. april 2023 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. 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 lokalbehandling eller i Katsorsaavik Nuuk sker sammen med borgere med rusmiddelproblemer. Allorfik har derudover et samarbejde med Center for Ludomani i Odense, hvortil borgere også kan visiteres (dog kun dansksprogede borgere). Dette kan enten foregå som et internetbaseret forløb eller som et kort, intensivt forløb på 11 dage i Odense efterfulgt af opfølgning over nettet.

2. Aktiviteter under Allorfik, Videncenter om Afhængighed i 2021

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 Behandlingsdatabase. 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. Med disse tre instrumenter er det muligt, allerede når borgerne henvender sig om behandling, at vurdere sværhedsgraden af deres rusmiddel- eller spilproblem.

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

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) er en systematisk kortlægning af borgerens eventuelle problemer relateret til rusmiddelbruget på syv dimensioner: Fysisk helbred, arbejde og økonomi, kriminalitet, alkohol, andre stoffer og medicin, familiære og sociale forhold samt psykisk helbred. 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 forskningsartikel 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 også i 2021 været lukket for fysiske henvendelser ud over borgere med særligt behov for et fysisk

møde. 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 Ittoqqortoormiit at holde behandlingssamtaler fra sundhedscentret, ligesom det i enkelte bygder har været muligt for borgere at sidde på sygeplejestationen eller kommunens kontor i bygder. 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. 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 Motiverende Samtale (MI). Rusmiddelbehandleruddannelsen består af nøglepersonuddannelsen samt modul 3 – 5 om Kognitiv adfærdsterapi (KAT) generelt, kognitiv behandling af rusmiddel- og spilafhængighed samt par- og familiebehandling ved rusmiddel- og spilproblemer.

Nøglepersonuddannelsen har de fleste år siden 2016 været gennemført forår og efterår. Flere og flere søger uddannelsen, og i 2019 blev et specielt forløb i Qaqortoq lavet efter lokalt ønske. Behandleruddannelsen har været gennemført som et uddannelsesforløb årligt frem til 2020. 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.

Uddannelserne forventes i 2022 omlagt, så de følger den nye uddannelsesstruktur for efteruddannelser af professionelle med en mellemlang videregående uddannelse. Den nye uddannelse ligger p.t i Departementet for Uddannelse til udtalelse.

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 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 eller ved selv at henvende sig til et Allorfikcenter. 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 Den Nationale Rusmiddeldatabase.

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.

Behandlingstilbud til børn og unge

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

Yderligere implementering af planen i 2021 igen forsinket pga. coronasituationen, der også har forsinket Allorfiks uddannelsesindsats for de behandlere, der særligt skal behandle børn og unge. Uddannelsesindsatsen blev endeligt gennemført i september 2021 i Sisimiut.

Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling

For at sikre det tværfaglige samarbejde udarbejdes samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og Allorfik. I 2021 er der lavet samarbejdsaftaler med alle kommuner undtagen Kommune Kujalleq og Avannaata Kommunia. 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.

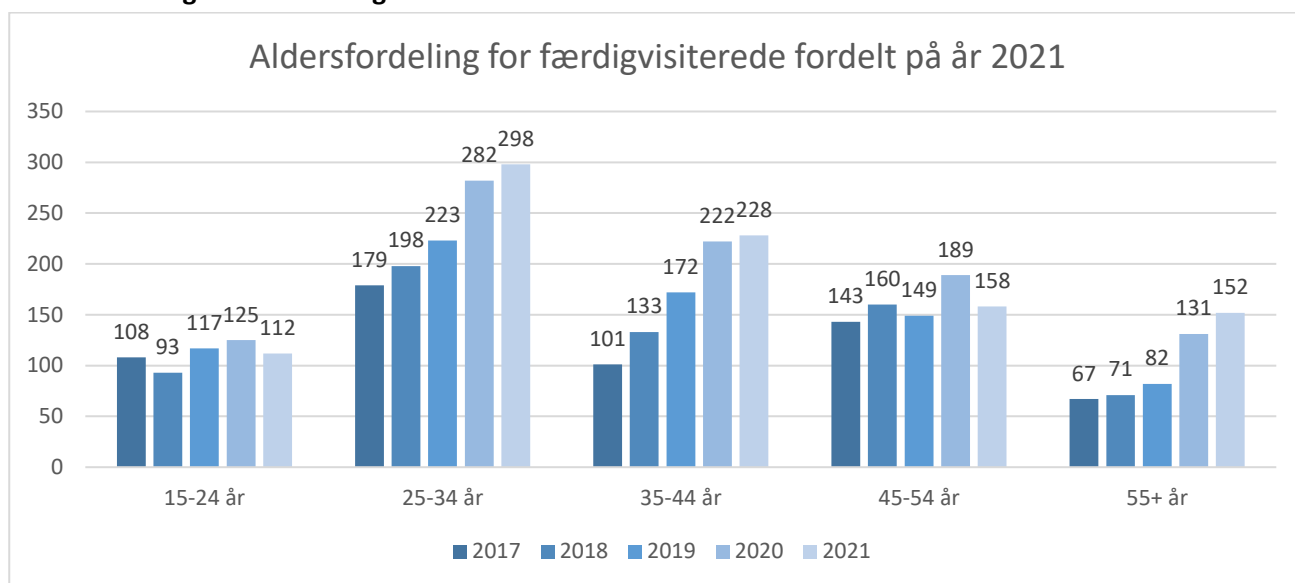
Allorfik har et tæt samarbejde med Center for Ludomani i Odense omkring behandlingen af personer med problemer med pengespil. Allorfik har ligeledes et tæt samarbejde med U-turn, som er Københavns Kommunes behandlingstilbud til børn og unge med rusmiddelproblemer. Herudover har Allorfik samarbejde med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

3. Visitationsdata 2021

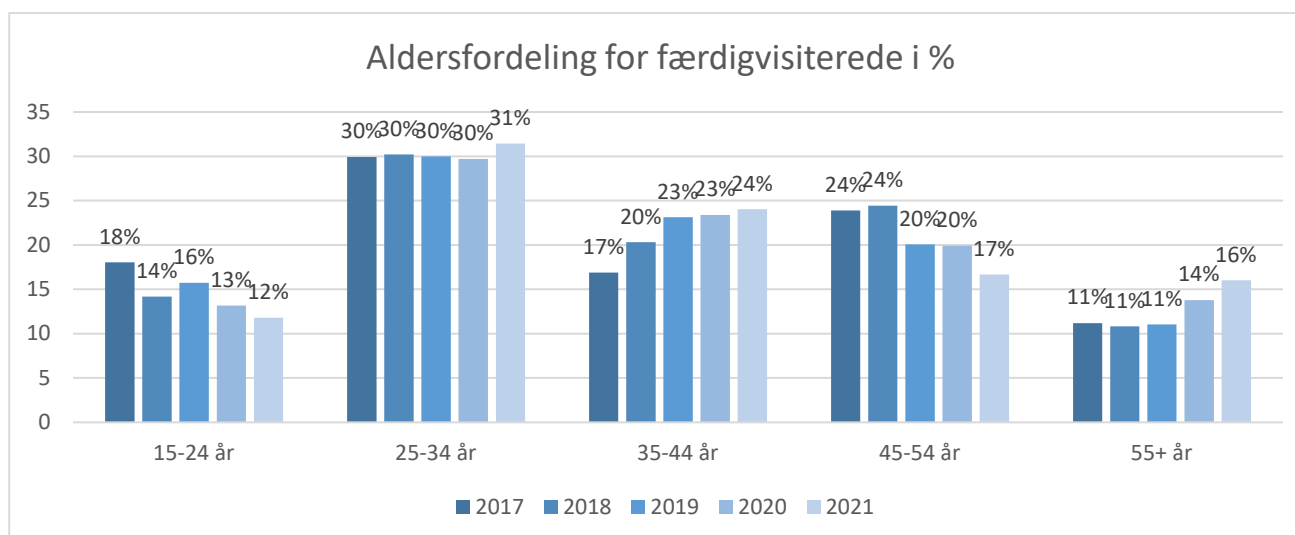
Allorfik havde mere en 1.000 henvendelser om visitation i 2021, hvoraf 948 borgere blev færdigvisiteret til behandling.

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 2021 indgår i henvisningsdata også henvisninger på pårørende, der ønsker pårørendebehandling. Disse indgår i de analyser, der ikke omhandler graden af problemer med rusmidler og spilafhængighed.

Aldersfordeling ved henvisningen



Figur 3.1 Antal færdigvisiterede fordelt på årene 2017 (N = 598), 2018 (N = 655), 2019 (N = 743), 2020 (N = 949) og 2021 (N = 948)



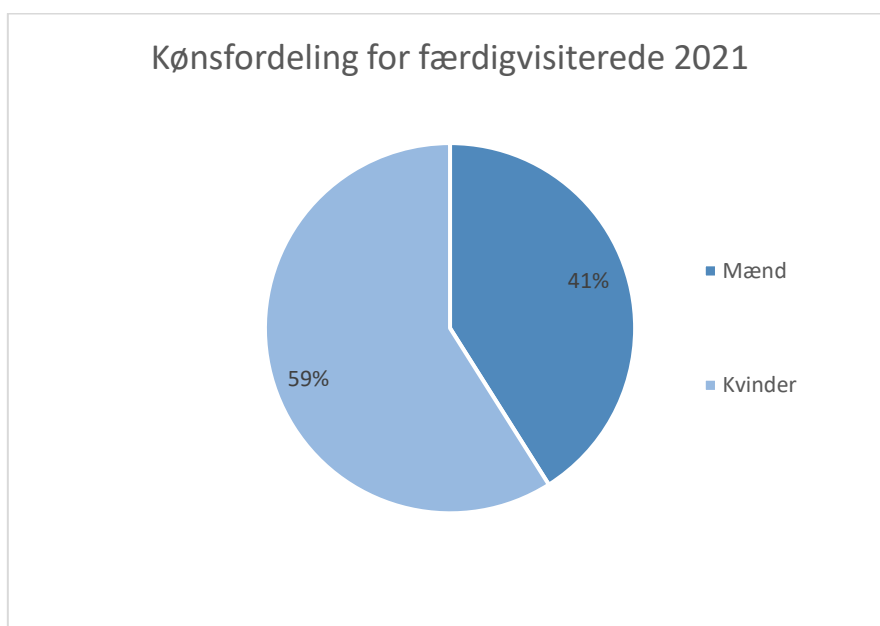
Figur 3.2 Andel af færdigvisiterede fordelt på årene 2017 (N = 598), 2018 (N = 655), 2019 (N = 743), 2020 (N = 949) og 2021 (N = 948)

Det fremgår af Figur 3.1, at antallet af færdigvisiterede har været stigende fra 2017 til 2020, men er fladet ud

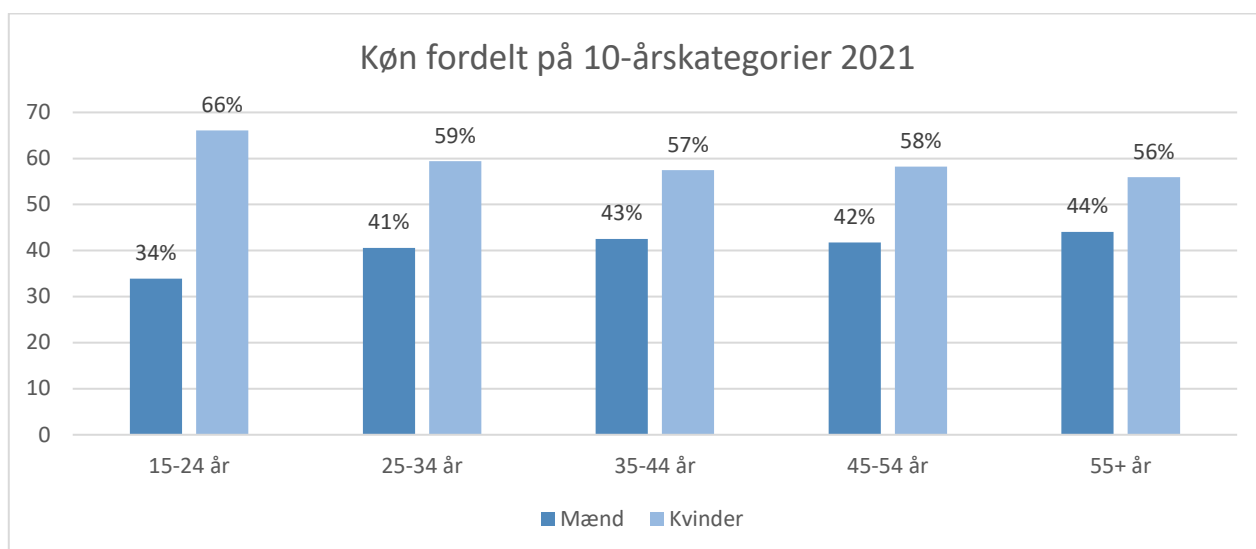
fra 2020 til 2021. Fremtiden må vise, om det er fordi vi i behandlingen nu kan forvente, at ligge på et mere stabilt niveau eller om situationen omkring corona har spillet ind.

Fordelt på alderskategorier var der i 2021 en stigning i antallet af færdigvisiterede blandt 25-34-årige, 35-44-årige og +55-årige. Figur 3.2 viser den procentvise ændring i antal færdigvisiterede over tid. Sammenlignet med 2020 ses den største procentvise ændring i aldersgruppen 45-54-årige med et fald på 3 procentpoint. Sammenligning på tværs af hele perioden fra 2017-21 ses det generelt, at andelen af 35-44-årige og +55-årige er steget, hvorimod andelen af færdigvisiterede er 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



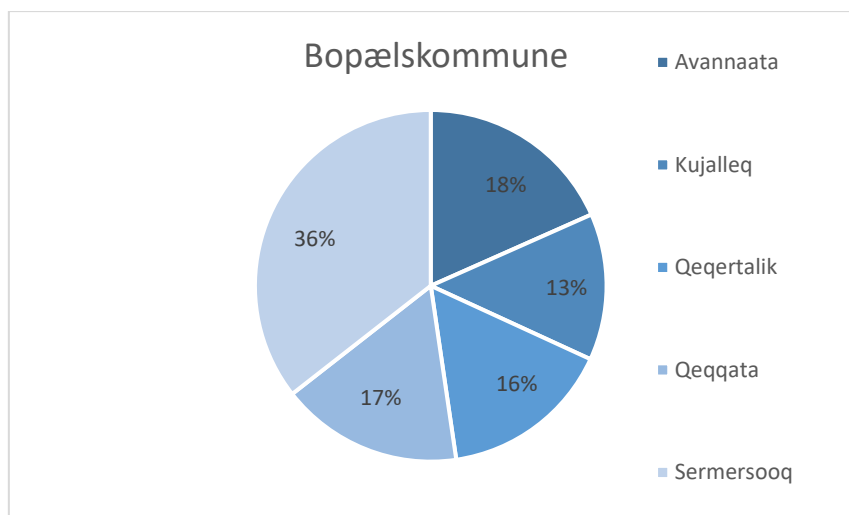
Figur 3.3 Andel færdigvisiterede fordelt på køn (N = 948)



Figur 3.4 Køn fordelt på 10-års alderskategorier (N = 948)

Kønsfordelingen illustreret i Figur 3.3 viser, at flere kvinder (59 %) end mænd (41 %) blev visiteret til behandling i 2021. Det er et helt generelt fund alle årene, at der henvises flere kvinder end mænd. Overvægten af kvinder i behandling er internationalt set usædvanligt, da mænd i de fleste lande udgør ca. 2/3 af alle i behandling. Den største kønsforskel forekom i den yngste aldersgrupper, hvor 66 % af de færdigvisiterede var kvinder, men for hver aldersgruppe udgør kvinder den største andel færdigvisiterede.

Fordeling på kommuner



Figur 3.5. Andel færdigvisiterede fordelt på bopælskommune (N = 948)

Af Figur 3.5 ses det, at flest borgere var bosiddende i Kommuneqarfik Sermersooq og færrest i Kommune Kujalleq. 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 sammenhæng med andelen af borgere med rusmiddelproblemer.

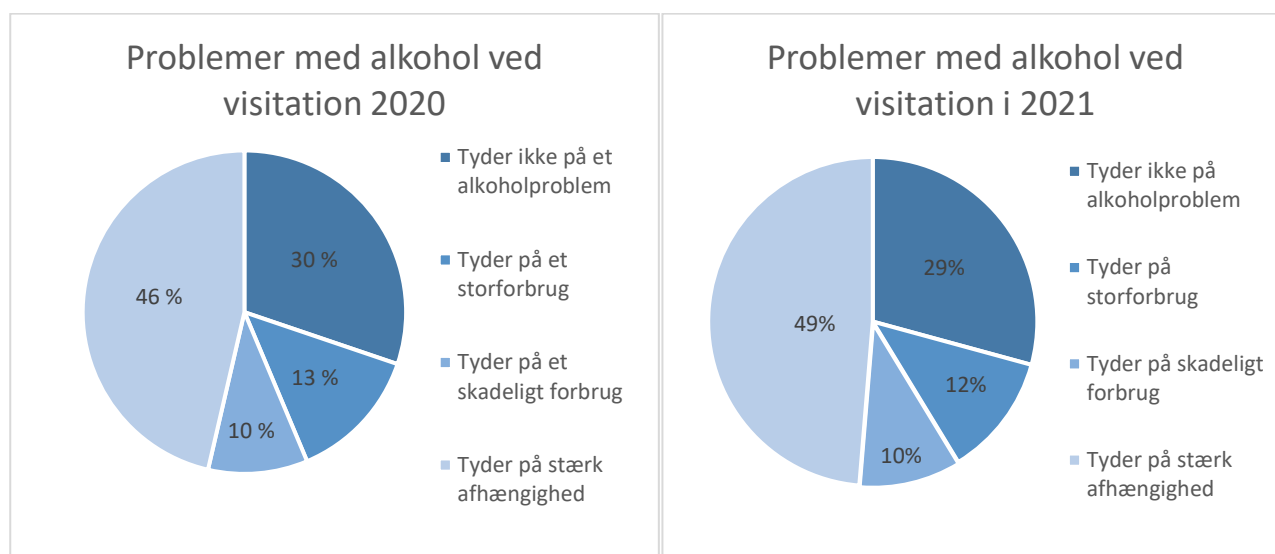
Graden af problemer med alkohol ved visitation

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



Figur 3.6. Andel med alkoholproblemer ved visitation (N= 752)

Det første af de 10 spørgsmål i AUDIT, er spørgsmålet *Hvor tit drikker du alkohol?*. Figur 3.6 viser, at 22 % drak alkohol 4 gange om ugen eller oftere og 24 % drak alkohol 2-3 gange om ugen. Lidt under halvdelen (46 %) af borgerne drak alkohol mindst 2 gange om ugen i 2021. Da spørgsmålene stilles til alle i behandling er der også 13 %, der aldrig drikker alkohol. 127 borgere besvarede ikke spørgsmålet.

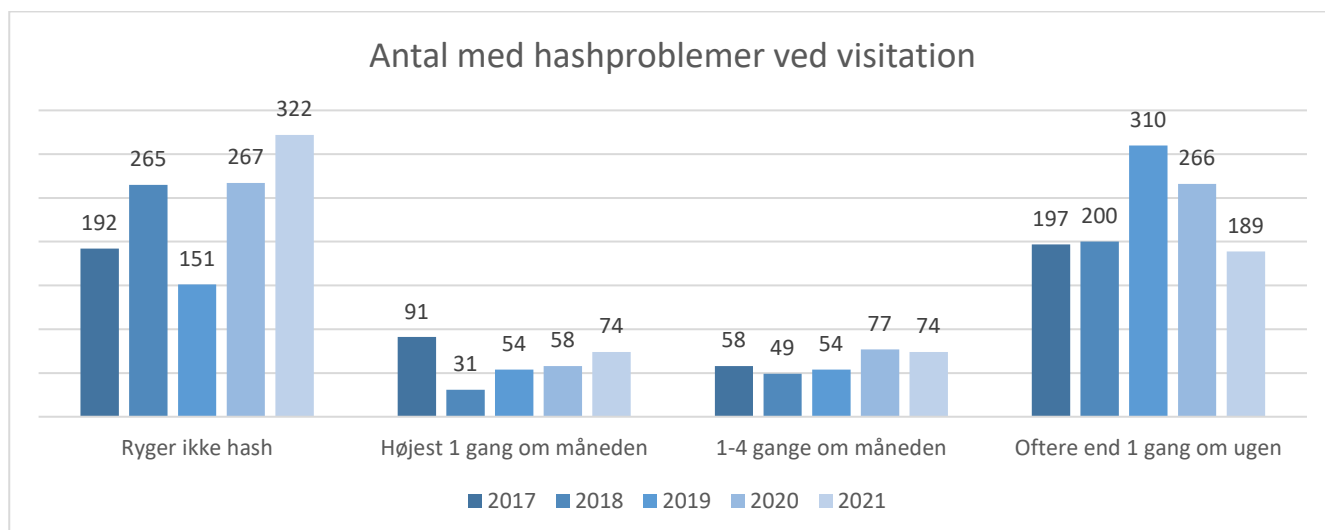


Figur 3.7 Problemer med alkohol ved visitation i 2020 (N = 884) Figur 3.8 Problemer med alkohol ved visitation 2021 (N = 879)

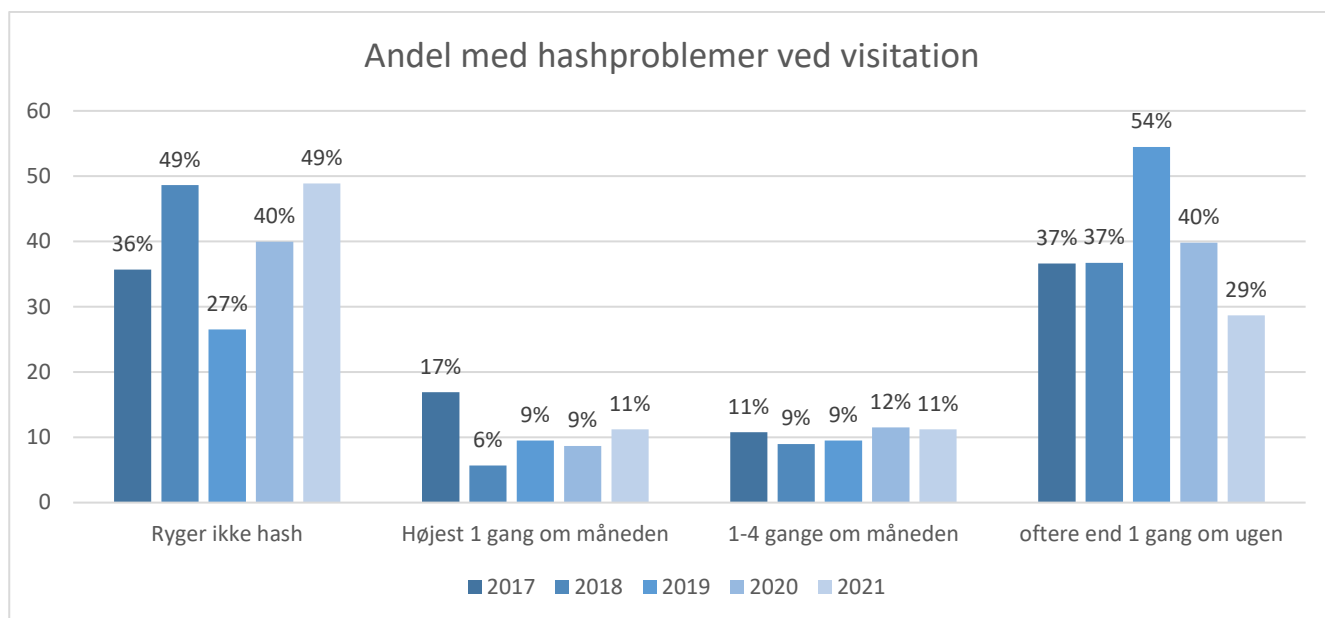
Figur 3.8 viser, at omkring halvdelen (49 %) af borgerne havde et alkoholforbrug, der tydede på stærk afhængighed i 2021. Den procentvise fordeling af de færdigvisiterede i 2021 viser, at 29 % ikke tydede på at have et alkoholproblem. Hos i alt 12 % tydede svaret på, at de havde et storforbrug og for 10 % pegede svaret på et skadeligt forbrug. Borgere der ikke havde besvaret alle spørgsmålene relateret til AUDIT-scoren er blevet kategoriseret som "tyder ikke på et alkoholproblem" for at sikre sammenligning med 2020. Både 2020 og 2021 viser stort set samme fordeling af problemets sværhedsgrad.

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.



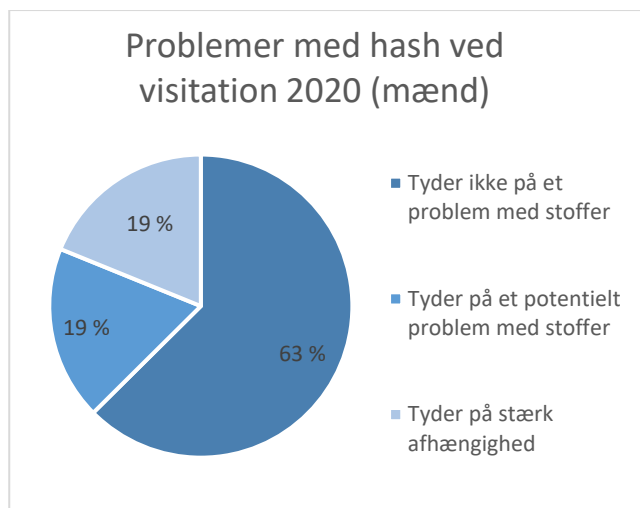
Figur 3.9 Antal med hashproblemer ved visitation 2017 (N = 538), 2018 (N = 545), 2019 (N = 569), 2020 (N = 668) og 2021 (N = 659)



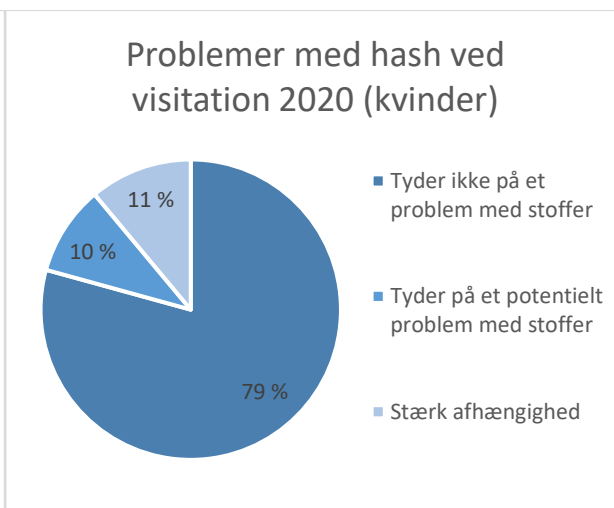
Figur 3.10 Andel med hashproblemer ved visitation i 2017 N = 538, 2018 N = 545, 2019 N = 569, 2020 N = 668) og 2021 N = 659)

Figur 3.9 og 3.10 viser hhv. den absolutte og relative fordeling af hashforbruget de sidste fire år. Sammenlignet med 2020 var der i 2021 sket et fald i antallet af borgere, som røg hash oftere end en gang om ugen. Tilsvarende var der sket en stigning for antallet af borgere, som ikke røg hash. Dette fremgår også af figur 3.10. I alt besvarede 220 borgere ikke spørgsmålet om hashforbrug.

Om der er ved at ske en generel ændring i forbruget af hash blandt borgere i behandling eller om ændringen over tid kan hænge sammen med, at coronasituationen har påvirket tilgængeligheden af hash negativt, er svært at vide på nuværende tidspunkt. Hash bliver importeret, herunder med personer som rejser til og fra Grønland, hvorfor rejserestriktionerne i forbindelse med coronasituationen nok i perioder har påvirket tilgængeligheden af hash i 2020 og 2021.



Figur 3.11 Andelen af færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2020 (N=366)



Figur 3.12 Andelen af færdigvisiterede kvinder med hashproblemer i 2020 (N=497)



Figur 3.13 Andelen af færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2021 (N=377)



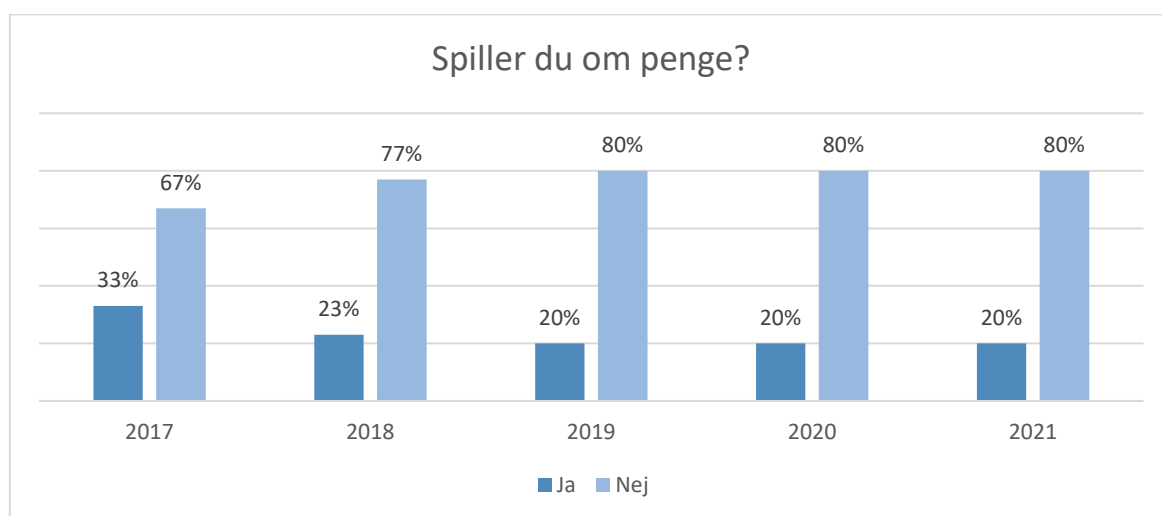
Figur 3.14 Andelen af færdigvisiterede kvinder med hashproblemer i 2021 (N=500)

Figur 3.11-3.14 viser DUDIT-scoren fordelt på køn for årene 2020 og 2021. DUDIT-scoren er inddelt forskelligt for de to køn. Både i 2020 og 2021 havde en højere andel af mænd end kvinder problemer med hash. I alt rapporterede 67 % mænd og 78 % kvinder ikke at have et stofproblem i 2021. 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 2021 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.

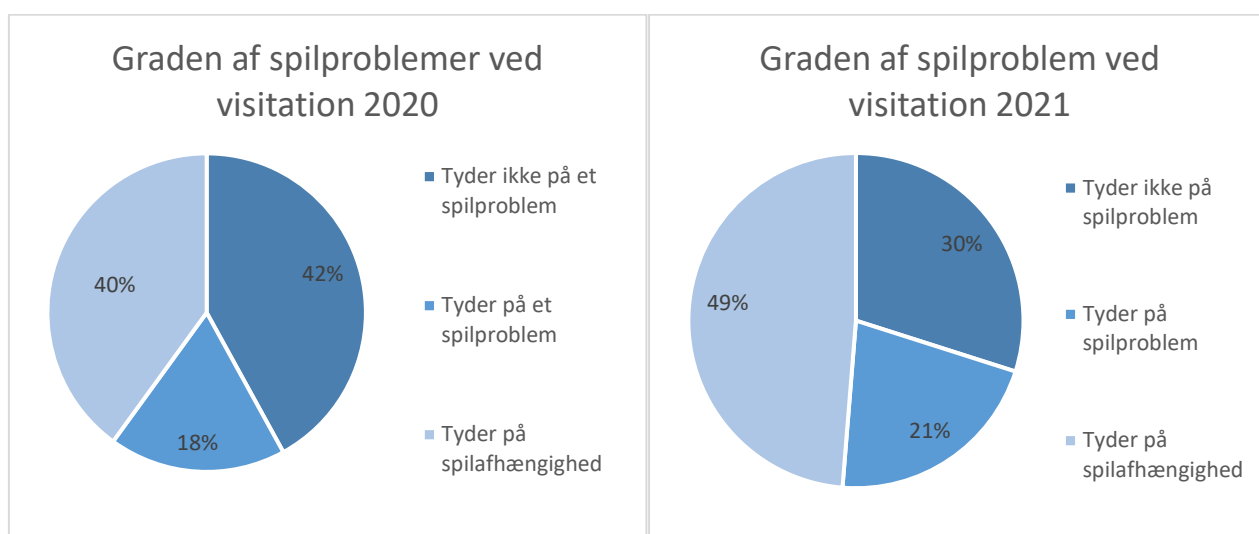
Problemer med pengespil ved visitation

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.



Figur 3.15 Fordelingen af færdigvisiteredes spilvaner fordelt på år 2017 (N = 499), 2018 (N = 574), 2019 (N = 743), 2020 (N = 785) og 2021 (N = 752)

Figur 3.15 viser udviklingen i spilvaner over de sidste fem år. Over årene ses, at der de seneste tre år kun har været omkring 20 %, der angav, at de spiller om penge.

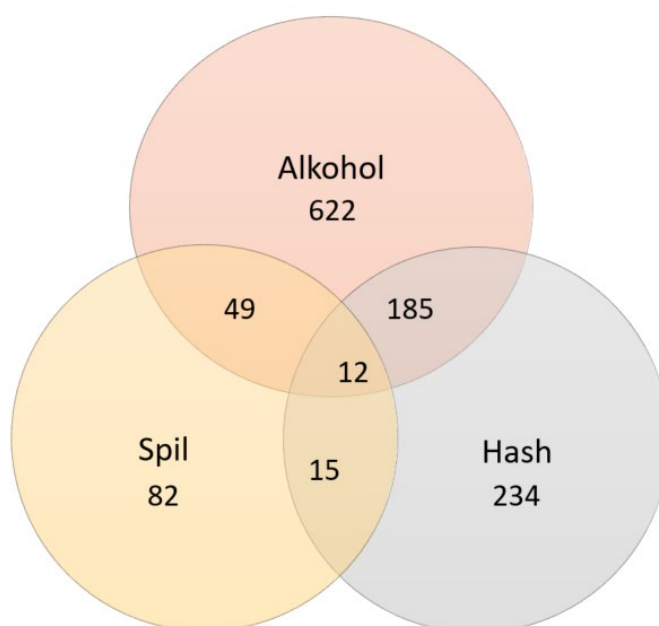


Figur 3.16. Graden af spilproblemer hos dem, der har angivet, at de spiller om penge i 2020 (N = 150)

Figur 3.17. Graden af spilproblemer hos dem, der har angivet, at de spiller om penge samt svaret på spørgsmålet ift. spilscoren i 2021 (N = 117)

Figur 3.16 og 3.17 viser den procentvise fordeling af spilproblemer ud fra en spilscore for årene 2020 og 2021. Tallene i figurerne dækker derfor kun over de borgere, der angav, at de spillede om penge og derefter besvarede spørgsmålene relateret til spilscoren. I 2020 var der 40 % af dem, der spillede om penge, der tydede på at være spilafhængige, hvor det i 2021 var 49 %. Dermed synes andelen af spillere med et svært spilproblem at være steget blandt, dem der spiller om penge fra 2020 til 2021, men kun fremtiden kan vise om det kan forklares fx med de særlige omstændigheder under coronaepidemien eller, om det er en vedvarende tendens.

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:

- 622 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.
- 234 borgere har problemer med hash svarende til et potentielt problem eller svær afhængighed.
- 82 borgere har et spilproblem eller spilafhængighed.
- Ud af de hhv. 622 og 234 der har alkohol- eller hashproblemer, angav 185 borgere, at de har problemer på begge områder.
- Ud af de hhv. 234 og 82 der har hash- eller spilproblemer, angav 15 borgere, at de har problemer på begge områder.

- Ud af de hhv. 622 og 82 der har problemer med alkohol og spil, angav 49 borgere, at de har problemer på begge områder.
- 12 borgere angav, at de har problemer på alle tre områder.

Af figuren kan uddrages, at af behandlede i 2021 er:

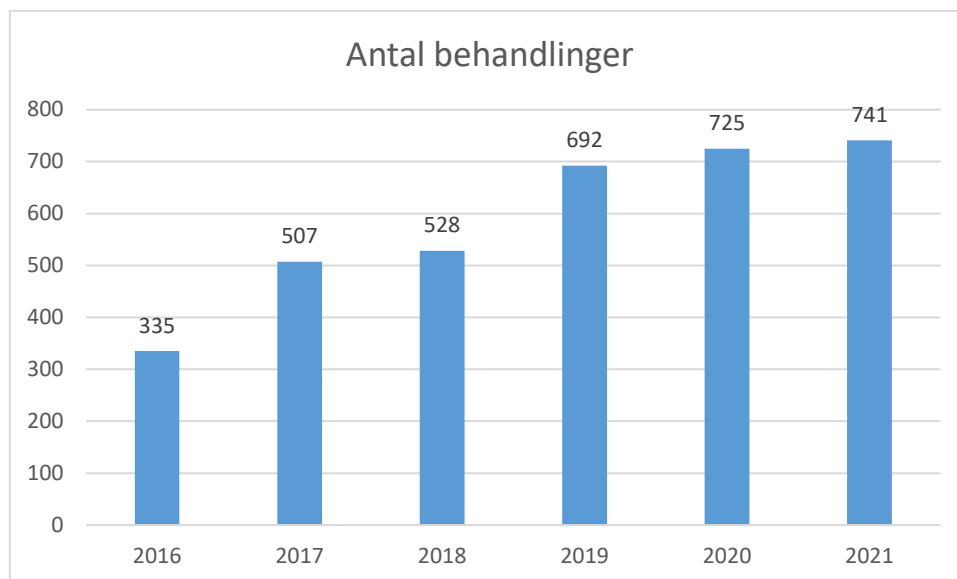
- alkohol fortsat langt det hyppigst rusmiddel- og spilproblem, der søges behandling for.
- det 30 % med et alkoholproblem, der også har et hashproblem
- det 80 % med et hashproblem, der også har et alkoholproblem
- det 18 % med et spilproblem, der også har et hashproblem.
- det 60 % af borgere med et spilproblem, der også har et alkoholproblem.

Tendensen til problemer med flere rusmidler i 2021 var nogenlunde lig tendensen i 2020. Figuren for 2020 er ikke medtaget i denne rapport, men kan findes i Årsrapporten 2020.

4. Behandlingsdata 2021

Behandlingsdatabasen er fælles for behandlingen ved Allorfikcentrene og udbydere under Allorfik, da der er krav om indrapportering til databasen og notatpligt for alle behandlere. Databasens indhold har været justeret flere gange med mindre ændringer siden oprettelsen i 2017.

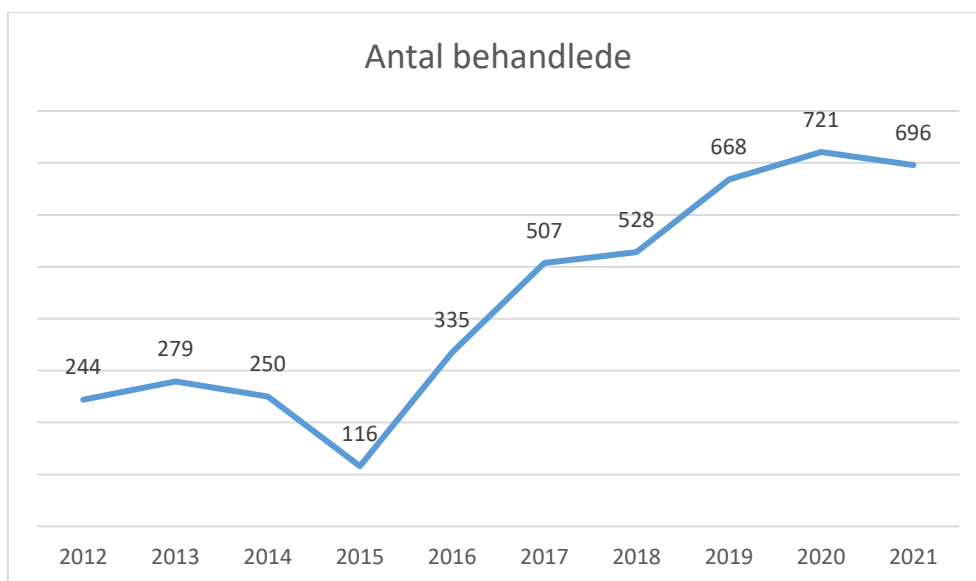
Behandlinger i 2016-2021



Figur 4.1 Antal afsluttede behandlinger i årene 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 og 2021 (N = 3528)

Figur 4.1 viser antallet af afsluttede behandlingsforløb fordelt på år siden 2016, hvor indrapporteringen under Allorfik startede. I alt er der registreret 3528 afsluttede behandlingsforløb. Figuren illustrerer, at antallet af afsluttede behandlingsforløb fortsat er stigende, men ikke i samme grad som tidligere.

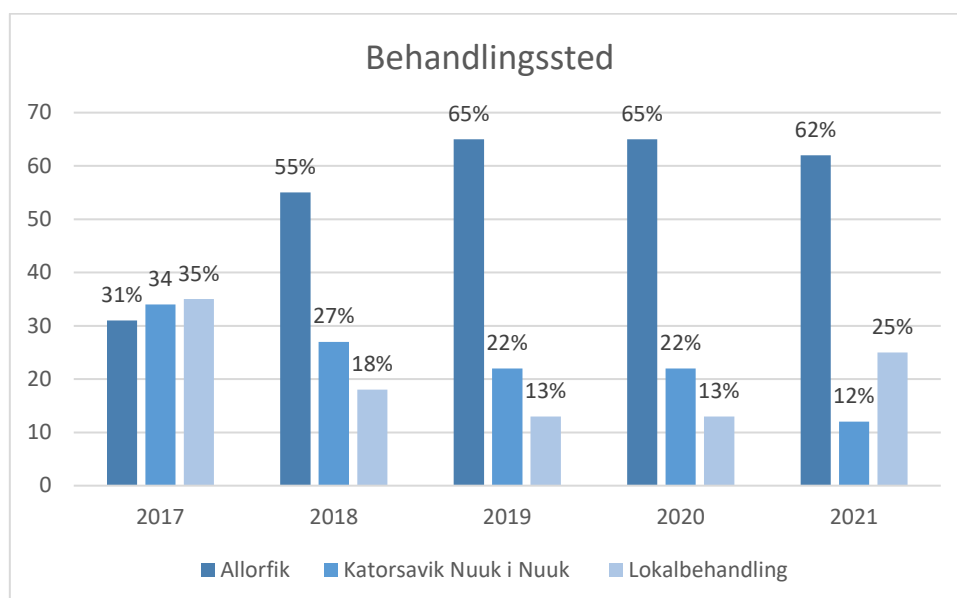
Behandlede i 2012-2021



Figur 4.2 Antal behandlede i årene 2012-2021 (N = 4344)

Det samlede antal behandlede i 2012-2021 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 22 borgere i 2021 har haft to eller flere behandlingsforløb.

Behandlingssted 2021



Figur 4.3 Andelen af afsluttede behandlinger fordelt på behandlingssted i årene 2016 (N = 335), 2017 (N = 507), 2018 (N = 528), 2019 (N = 673), 2020 (N = 872) og 2021 (N = 741)

Andelen af behandlinger fordelt på de forskellige behandlingssteder har ændret sig over årene fra 2017 til 2021 (Figur 4.3). Således er andelen af borgere, der er behandlet i et Allorfikcenter steget

siden oprettelsen af disse fra 2016. Samlet set blev 87 % af borgerne behandlet lokalt (Allorfikcenter og lokalbehandling) i 2021, hvilket var 9 procentpoint højere sammenlignet med både 2019 og 2020.

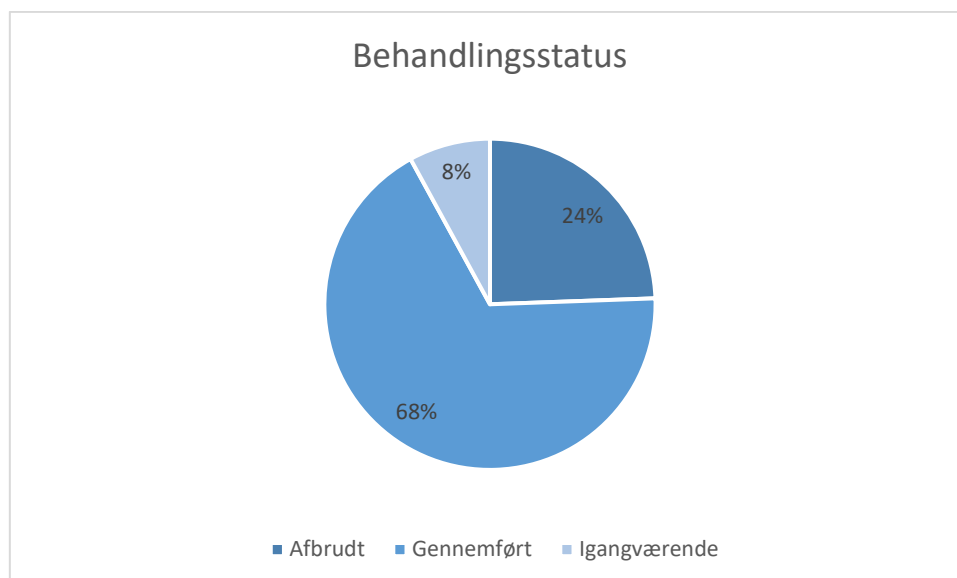
Andelen i lokalbehandling var således steget i 2021. Det opfattes som en effekt af, at lokalbehandlingen er styrket gennem det nye udbud fra 2020 med virkning fra 2021, som muliggør lokalbehandling to gange årligt i alle byer undtagen Qaanaaq og Ittoqqortoormiit, som har 1 årligt lokaltilbud. Tasiilaq 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. Rejserestriktionen med baggrund i coronaepidemien ligger formentlig bag en stor del af faldet i andelen af borgere udefra, som behandles hos Katsorsaavik Nuuk i Nuuk i forhold til de tidligere år.

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.

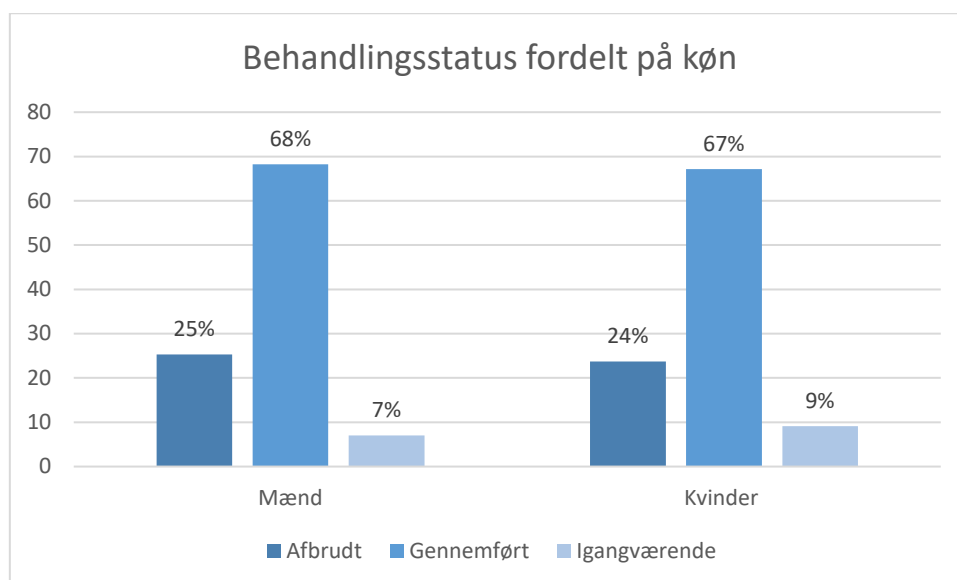
I 2021 var andelen af gennemførte behandlingsforløb 68 % (Figur 4.4). Sammenlignet med 2020 er i årsrapporten 2021 medtaget en gruppe for "Igangværende" behandlingsforløb. Derudover var antallet af behandlinger højere, men de var fordelt på færre borgere. Flere borgere har således haft 2 eller flere behandlingsbeløb, hvoraf nogle af dem har været afbrudt. Det øger antallet af ikke gennemførte behandlinger. Coronasituationen har betydet, at flere borgere i Allorfikcentrene 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 = 741)

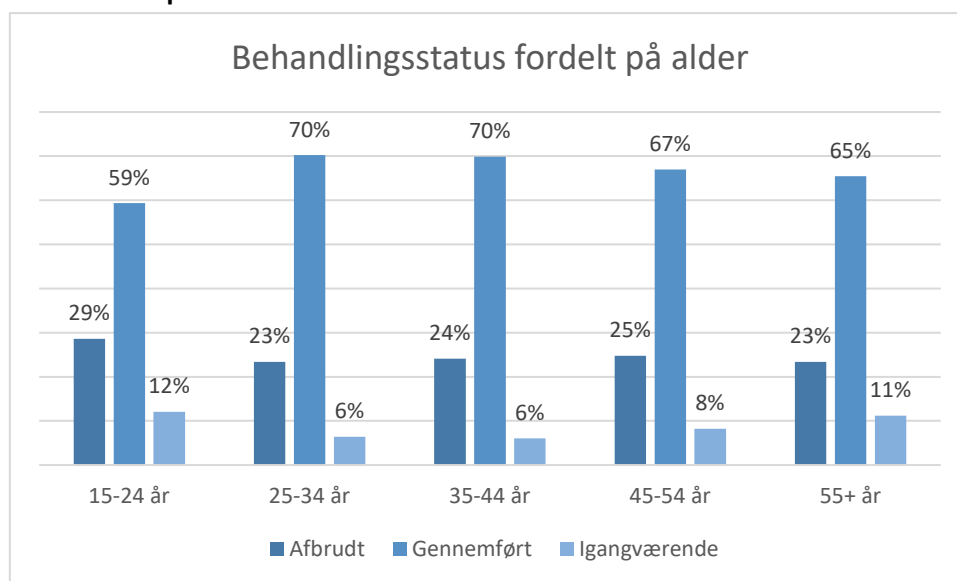
Behandlingsstatus fordelt på køn

Figur 4.5 viser, hvordan behandlingsstatus fordeler sig blandt mænd og kvinder. Det ses, at lidt flere mænd gennemførte et behandlingsforløb sammenlignet med kvinder i 2021, men forskellen var beskedent. I både 2019 og 2020 fandtes, at lidt flere kvinder end mænd gennemførte behandlingen. Der er ingen umiddelbar forklaring på forskellen, men forskellig påvirkning af coronatiltagende kan være en del af forklaringen.



Figur 4.5 Behandlingsstatus fordelt på køn (N mænd = 324, N kvinder = 417)

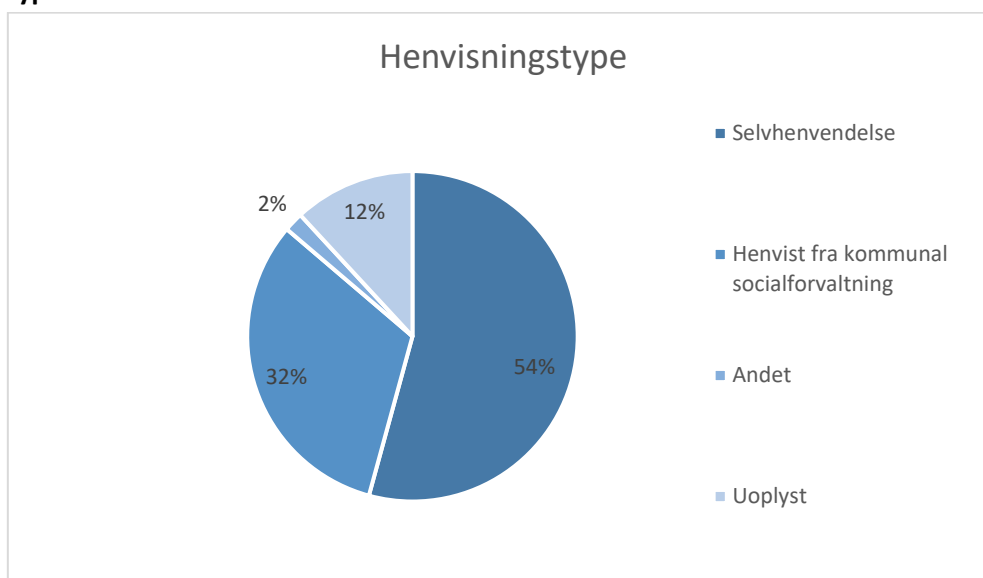
Behandlingsstatus fordelt på alder



Figur 4.6 Behandlingsstatus fordelt på alder (N = 741)

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 2021. Det fremgår, at andelen, der gennemførte et behandlingsforløb var nogenlunde den samme i alle aldersgrupper, men en smule større for de 25-34-årige og 35-44-årige. I 2020 sås stort set samme fordeling og også her var gennemførslen lidt lavere blandt de helt unge og for den ældste aldersgruppe.

Henvisningstype



Figur 4.7 Henvisningstype (N = 741)

Det fremgår af Figur 4.7, at flest borgere i 2021 startede deres behandlingsforløb gennem selvhenvendelse i et af Allorfiks behandlingscentre (54%). Henvisning fra kommunal socialforvaltning udgjorde den næststørste

form for henvisning i 2021 (32%). Denne tendens adskiller sig fra 2020, hvor fleste blev henvist fra den kommunale socialforvaltning og kun 1 ud af 3 henvendte sig selv til et Allorfikcenter.

5. Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2021

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 fx er tilbud, som skal justeres for at øge effekten.

I 2017 var der mindre ændringer i databasen, og 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 indrapportere 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.

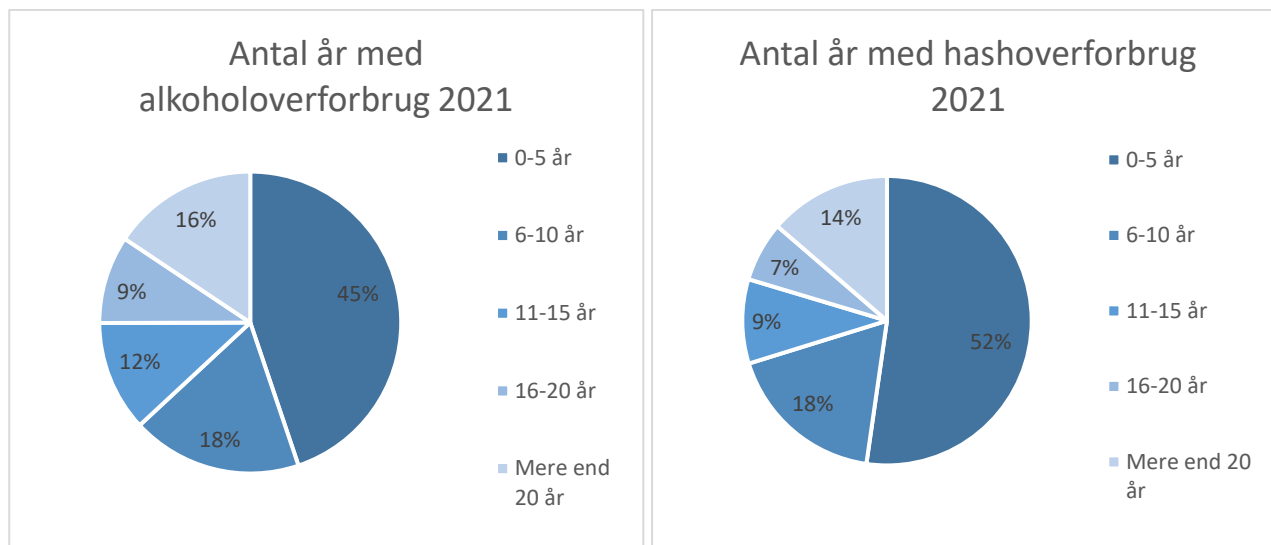
Fra 2018 prøver Allorfik at indgå samarbejde med visiterende enheder, dvs. kommunen eller arbejdspladser, der har henvisningsret gennem en samarbejdsaftale med Allorfik. Ønsket var, at de indrapporterer til databasen 3 måneder og 12 måneder efter endt behandling. Trods lovgivning om dette i 2019 skete 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 2021 fik 577 af de behandlede borgere lavet startinterview til den nationale rusmiddeldatabase, mod i alt 545 borgere i 2016 og 2017, 482 borgere i 2018, samt 353 borgere i 2019. 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.

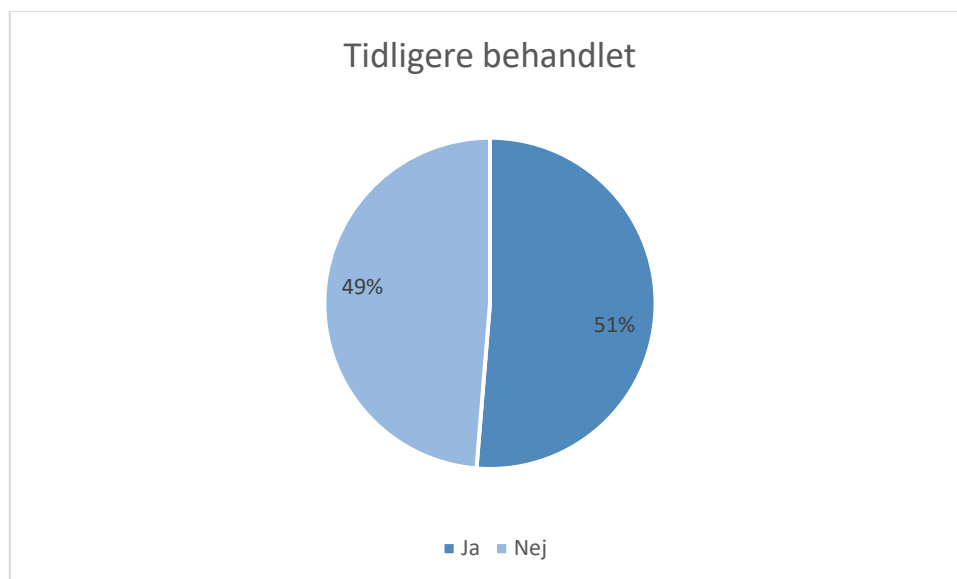
Af Figur 5.1 og 5.2 fremgår det, at størstedelen af behandlede borgere i 2021 har haft et alkohol- eller hashoverforbrug i 0-5 år. Konkret var der 45 % af behandlede borgere med et alkoholoverforbrug og 52 % af behandlede borgere med et hashoverforbrug, der kom i behandling inden for 5 år efter, at problemet var opstået. Men der er fortsat mange, der har problemer i en længere årrække, i det 18 % af de behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug i 6-10 år, mens der var 18 % med et hashforbrug i 6-10 år. Mellem 7-12 % af de behandlede borgere i 2021 har haft et rusmiddelproblem i hhv. 11-15 eller 16-20 år. 16 % af de behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug i mere end 20 år, mens 14 % af de behandlede borgere har haft et hashoverforbrug i mere end 20 år.



Figur 5.1 Antal år med alkoholoverforbrug (N = 531)

Figur 5.2 Antal år med hashoverforbrug (N = 329)

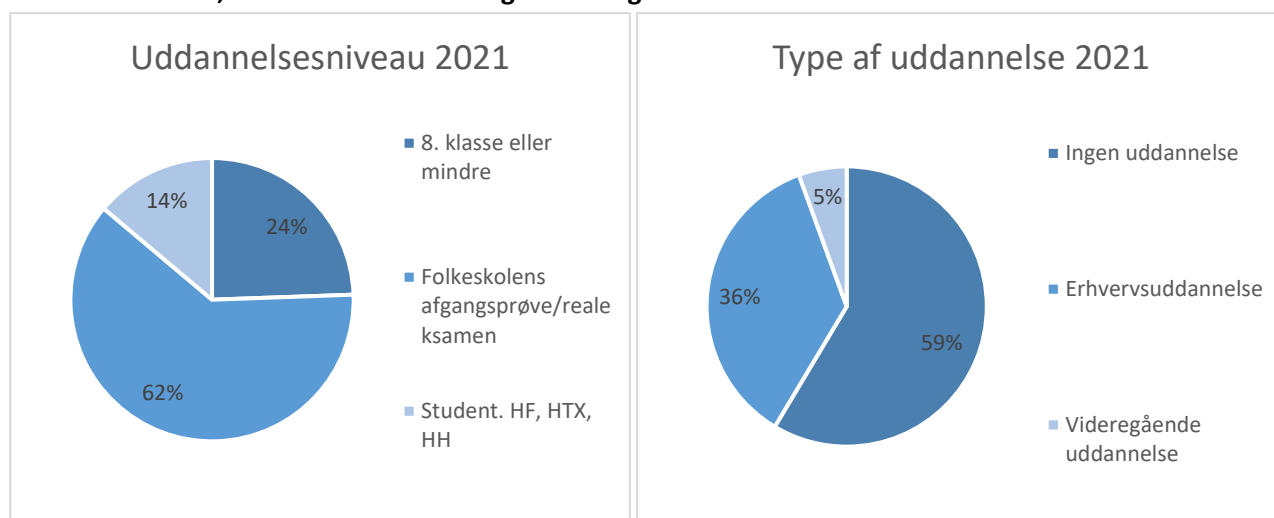
Behandling nytter, men mange borgere med rusmiddelproblemer har behov for at blive behandlet flere gange. Behandlingseffekten for afhængighedssygdomme er grundlæggende fundet at være lige så stor som for øvrige livsstilssygdomme som f.eks. rygning og overvægt.



Figur 5.3 Andelen af behandlede borgere der tidligere er blevet behandlet for rusmiddelproblemer (N = 577)

Det fremgår af Figur 5.3, at 51 % af de behandlede borgere i 2021 tidligere har været i behandling for misbrug. Her dækker rusmiddelproblemer over problemer med alkohol, hash, ludomani, snifning og andet.

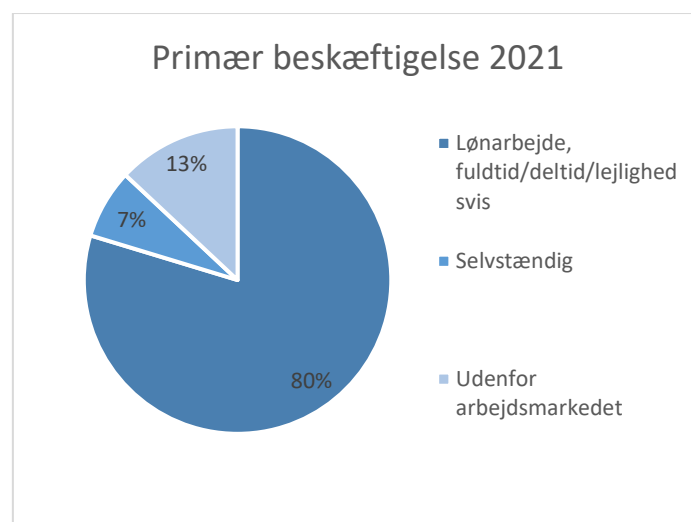
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse



Figur 5.4 Uddannelsesniveau blandt behandlede borgere (N = 577)

Figur 5.5 Type af videre uddannelse blandt behandlede borgere (N = 577) (erhvervsuddannelse dækker over en hjælper-, en assistent- eller en lang erhvervsfaglig uddannelse. Videregående uddannelse dækker over både bachelor- og kandidatuddannelse)

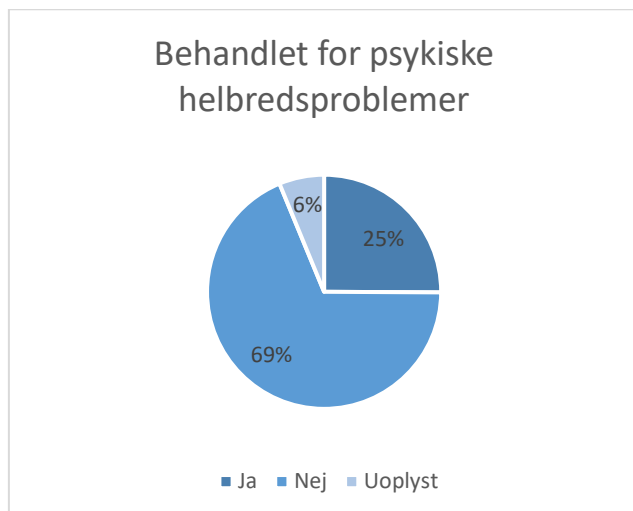
Mange borgere i behandling har en kort skoleuddannelse. I Figur 5.4 ses, at 62 % af de behandlede borgere havde en skoleuddannelse svarende til folkeskolens afgangsprøve eller lavere, mens 14 % havde en gymnasial uddannelse eller højere. Af Figur 5.5 fremgår det, at 59 % af de behandlede borgere ingen uddannelse havde efter folkeskolen, 36 % havde en erhvervsuddannelse og 5 % havde en videregående uddannelse.



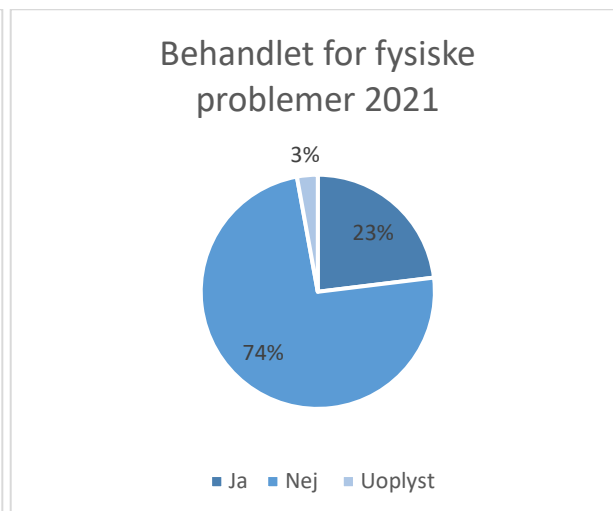
Figur 5.6 Primær beskæftigelse inden for de sidste tre år blandt behandlede (N = 576)

En del borgere i behandling er uden for arbejdsmarkedet. Ifølge Figur 5.6 har i alt 87 % af de behandlede borgere tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (80 %) eller som selvstændige (7 %). Borgere uden for arbejdsmarkedet udgør 13 % af de behandlede. Disse borgere er enten hjemmegående, pensionister, studerende, arbejdsløse eller modtagere af sociale ydelser.

Helbredsforhold



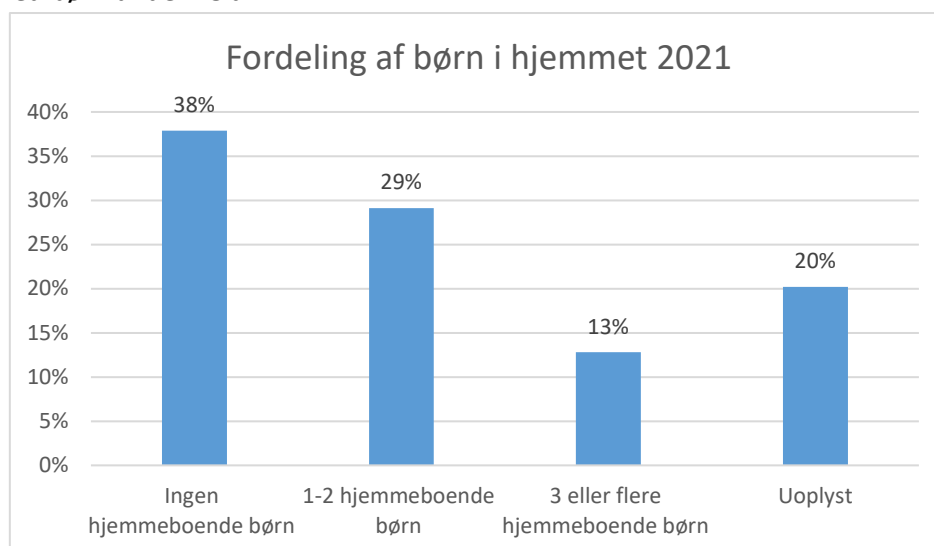
Figur 5.7 Andelen af behandlede borgere, der har været i ambulant behandling eller indlæggelse på grund af psykiske problemer (N = 594)



Figur 5.8 Andelen af behandlede borgere med fysiske helbredsproblemer (N = 594)

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 på grund af psykiske problemer (ambulant eller under indlæggelse). I alt 23 % 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

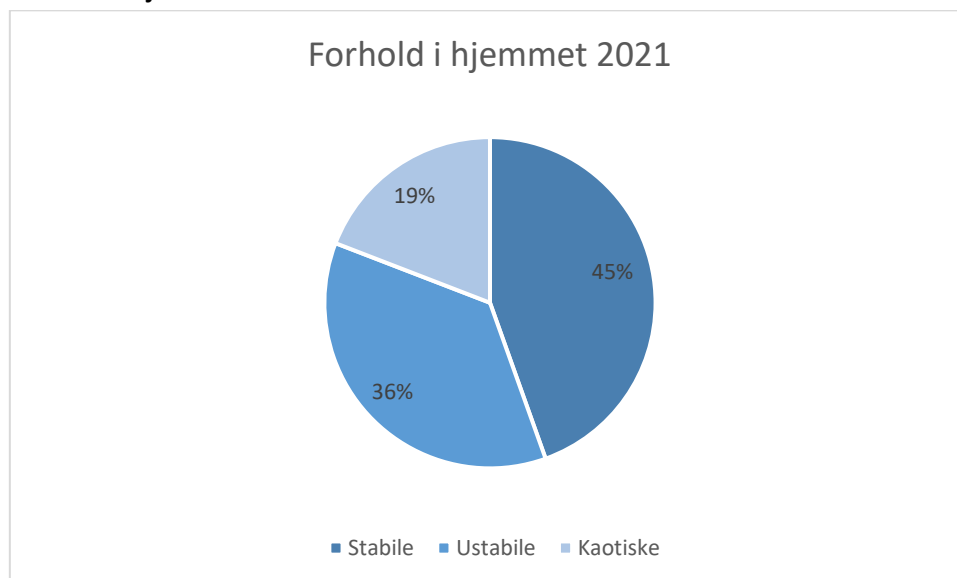


Figur 5.9 Fordelingen af hjemmeboende børn blandt behandlede borgere med børn (N = 594)

Mange borgere i behandling har børn under 18 år i hjemmet. Blandt de borgere, der var i behandling, angav 38 %, at de ingen hjemmeboende børn havde, 29 % angav at de havde 1-2 hjemmeboende børn, mens 13 %

angav, at de havde 3 eller flere hjemmeboende børn, mens der ikke var oplysninger om børn for de sidste 20 %.

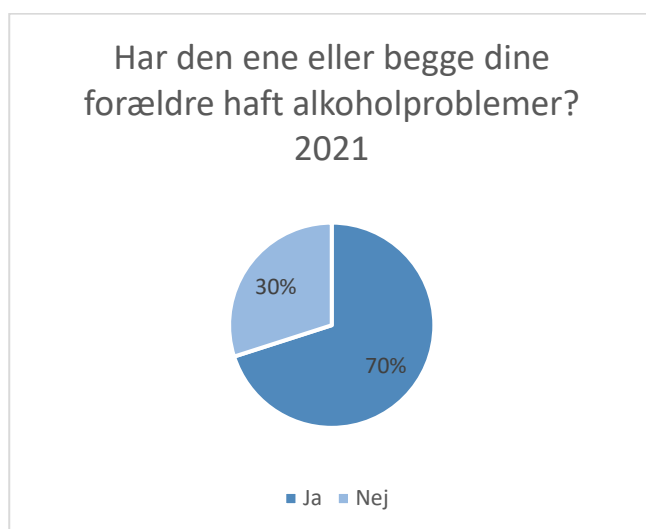
Forholdene i barndomshjemmet



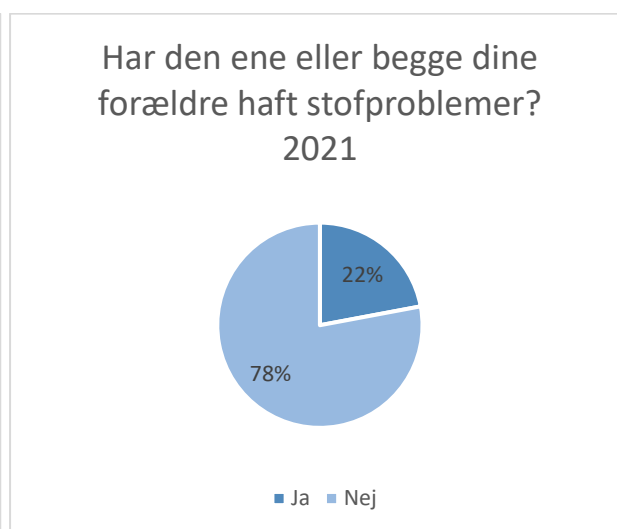
Figur 5.11 Forhold i hjemmet under opvæksten (N = 559)

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

Figur 5.11 viser, at 45 % af borgere i behandling angav stabile forhold i hjemmet under opvæksten, 36 % angav ustabile forhold og 19 % angav, at forholdene var kaotiske. Det er således en stor andel af behandlede borgere, der ikke har vokset op under stabile vilkår i barndomshjemmet.



Figur 5.12 N = 541



Figur 5.13 N = 539



Figur 5.14 N = 558



Figur 5.15 N = 558



Figur 5.16 N = 558



Figur 5.17 N = 558

Af Figurerne 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 70 % af behandlede borgere angav i 2021, at mindst én af deres forældre har haft et alkoholproblem, mens 22 % angav, at mindst én af deres forældre har haft et stofproblem (Figur 5.12 og 5.13).

For rusmiddelproblemer hos deres bedsteforældre angav 42 % 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 55 % af borgere i behandling angav, at mindst én af deres søskende har haft et alkoholproblem, mens 41 % angav, at mindst én af deres søskende har haft et stofproblem (Figur 5.16 og Figur 5.17).

6. Årets tema: Gennemførelse og oplevede effekter 6 måneder efter afsluttet behandling

Som skrevet i kapitel 1 følges borgerne så vidt det er muligt 3, 6 og 12 måneder efter endt behandling. I dette kapitel er der særligt fokus på borgernes gennemførelse af behandlingen og hvordan borgerne har det 6 måneder efter afsluttet behandling. Det er første gang, borgernes opfattelse af effekten af behandling bliver afrapporteret og analyserne er derfor meget overordnede. Mere dybtgående analyser vil skulle udføres senere.

Først i dette kapitel fremlægges forskelle på status 6 måneder efter behandling mellem borgere, der har gennemført behandlingen eller ikke har gennemført. At gennemføre er defineret som at have modtaget mindst 6 ugers behandling.

Sidst i kapitlet sættes fokus på status ved behandlingsstart og 6 måneder efter endt behandling på en række områder sat i relation til om de har gennemført eller ikke gennemført behandlingen. Der ses på de områder, der i forskningslitteraturen er fundet at have positiv sammenhæng med at have været i rusmiddelbehandling og som den nationale behandlingsdatabase måler på ved behandlingsstart og efter behandlingen.

De faktorer, der indgår i analysen er borgerens egen vurdering af graden af bekymring/alvorlighed i forhold til problemer vedrørende:

- kriminalitet
- arbejde
- sociale relationer
- alkohol, hash og pengespil

samt borgerens egen vurdering af ændringer i forhold til:

- selvmordstanker og –forsøg
- livskvalitet/ trivsel
- psykisk helbredstilstand

Den selvvaluerede status sammenlignes ved behandlingsstart og 6 måneder efter afsluttet behandling afhængig af, om behandlingen blev gennemført eller ikke blev gennemført. Effekterne er overvejende opgjort ud fra, om der på området er sket en stigning eller et fald i graden af bekymring/alvorlighed af oplevede problemer.

Der suppleres med en analyse af gruppen af gennemførte, som kigger på, hvorvidt borgere der oplever stigning eller fald, samtidig oplever et tilbagefald til rusmiddel- og spilproblemer eller ej 6 måneder efter afsluttet behandling. *Tilbagefald er defineret som at have oplevet problemer med alkoholproblemer, hashproblemer, problemer med andre stoffer eller spilproblemer en eller flere dage inden for de sidste 30 dage.*

I kapitlet bruges data på områderne fra startinterviewet og interview 6 måneder efter afsluttet behandling fra Den Nationale Rusmiddeldatabase, KN-ASI for 2017-21. I alt indeholder databasen informationer om 3224 behandlingsforløb, men det er kun en mindre andel, der har været interviewet både ved behandlingsstart og 6 måneder efter behandling. Antallet (N) under hvert af områderne angiver, hvor mange der har svaret på hvert på spørgsmålene inden for hvert område.

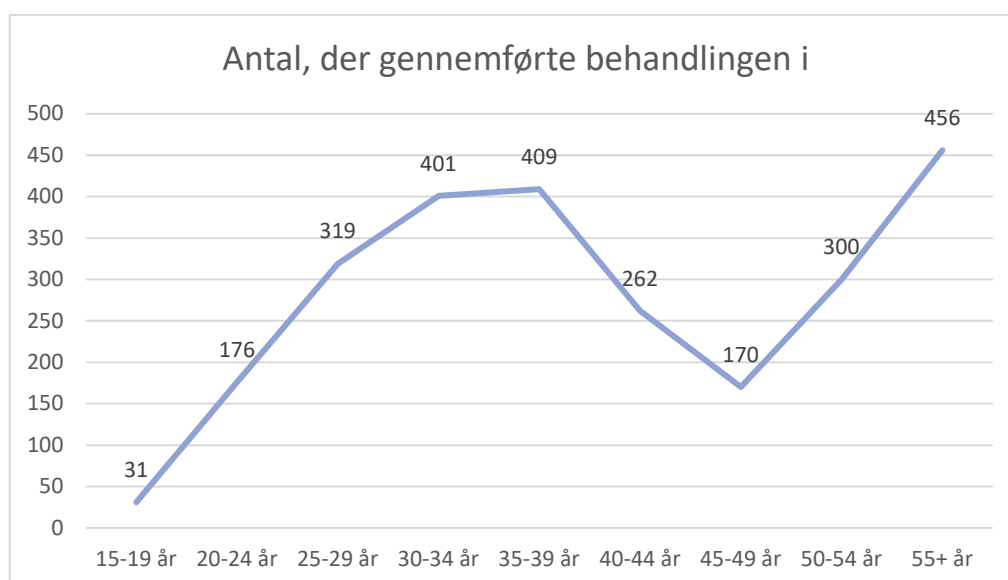
Gennemførte behandlinger

Alder og køn i forhold til gennemførelse

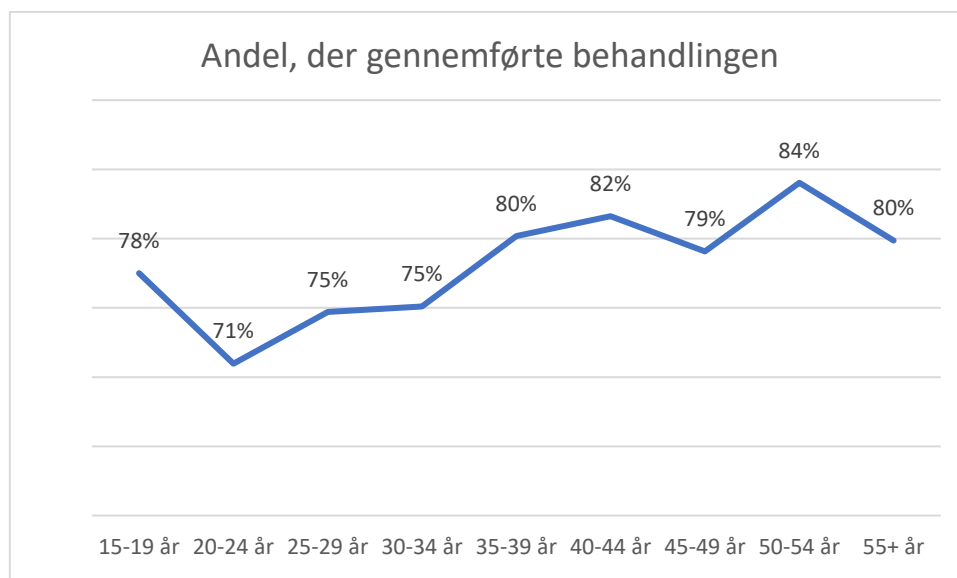
Figur 6.1 viser, at antallet af borgere der gennemfører et behandlingsforløb, var størst i aldersgrupperne 30-34-årige, 35-39-årige og 55+-årige. Det laveste antal gennemførte behandlingsforløb var hos de 15-19-årige, 20-24-årige og 45-49-årige.

Figur 6.2 viser, at andelen af borgere der gennemfører behandlingen, var størst hos de fem ældste aldersgrupper, hvor hhv. 80%, 82%, 79%, 84% og 80% gennemfører behandlingen. Aldersgruppen hvor andelen af gennemførte behandlinger er lavest var hos de 20-24-årige, hvor 71% gennemførte.

Ved en test for om der er forskel på at gennemføre behandlingen mellem de forskellige aldersgrupper, fås en statistisk sikker forskel (p -værdi = 0,001). Der er således fundet en sikker sammenhæng for, at gennemførelse af et behandlingsforløb hænger sammen med alder.

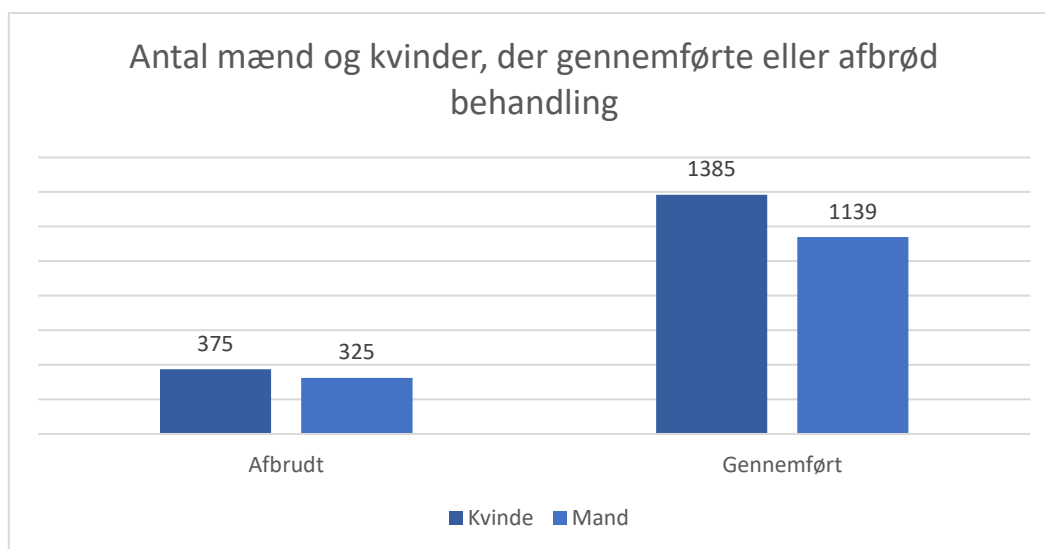


Figur 6.1 Antal af borgere der har gennemført eller afbrudt deres behandling fordelt på 5-års alderskategorier 2017-21 (N = 3223. 15-19-årige (N=40), 20-24-årige (N=248), 25-29-årige (N=427), 30-34-årige (N=534), 35-39-årige (N=510), 40-44-årige (N=321), 45-49-årige (215), 50-54-årige (N=357), 55+-årige (N=571).



Figur 6.2 Andel af borgere der har gennemført deres behandling fordelt på 5-års alderskategorier 2017-21 (N = 3223) 15-19-årige (N=40), 20-24-årige (N=248), 25-29-årige (N=427), 30-34-årige (N=534), 35-39-årige (N=510), 40-44-årige (N=321), 45-49-årige (215), 50-54-årige (N=357), 55+-årige (N=571)

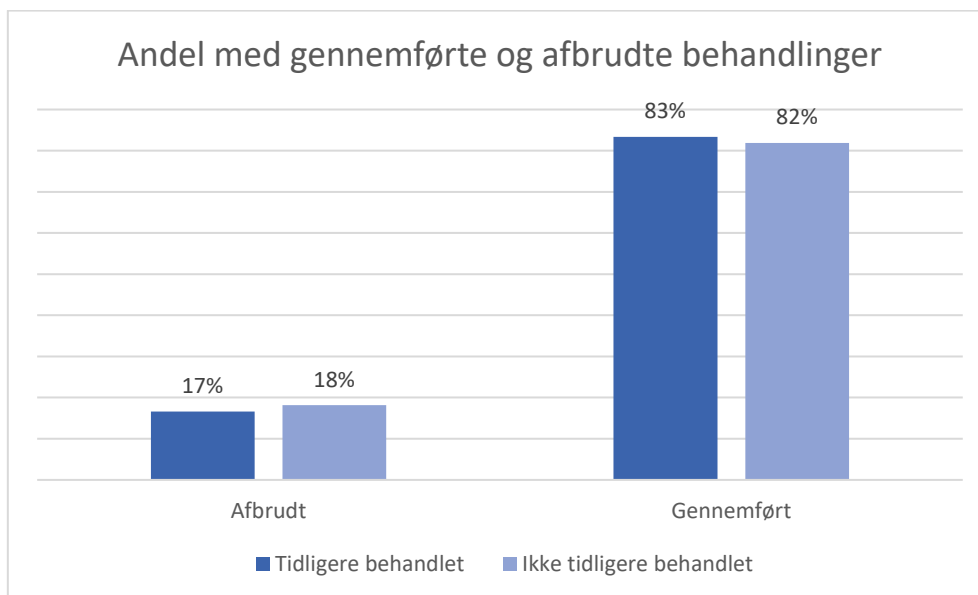
Mens kapitel 3 (Figur 3.3) viser, at flere kvinder bliver færdigvisiteret, så viser nedenstående Figur 6.3, at kvinder både har haft flere afbrudte og gennemførte forløb sammenlignet med mænd, men ved en statistisk test er der ingen forskel på andelen af hhv. mænd og kvinder, der gennemfører et behandlingsforløb (p-værdi = 0,54). Det betyder derfor, at gennemførelse af et behandlingsforløb ikke har sammenhæng med personens køn.



Figur 6.3 Antal af mænd og kvinder fordelt på gennemført og afbrudt behandling 2017-21 (N = 3224)

Tidligere behandlet i forhold til gennemførelse

Figur 6.4 viser, at andelen af borgere der gennemfører behandlingen, er stort set ens for dem, der tidligere har været behandlet og dem, der ikke tidligere har været behandlet. En test for forskellen viser da også, at der ikke er en statistisk sammenhæng mellem at gennemføre behandlingen og tidligere at have været i behandling (p-værdi = 0,4).



Figur 6.4 Andel gennemførte og afbrudte behandlinger i forhold til om borgeren tidligere har været i behandling i 2017-21 (N=1757)

Oplevede effekter efter afsluttet behandling

Siden 2017 har man fulgt borgere, der har været i rusmiddelbehandling, op 6 måneder efter endt behandling. Det har gjort det muligt at sammenligne status ved behandlingsstart med status 6 måneder efter endt behandling. Det er dog ikke muligt at konkludere noget om, hvorvidt eventuelle forskelle alene skyldes behandlingen, da behandlingen ikke er det eneste, der er sket i borgerens liv i perioden. Vi ved, at det sværeste typisk ikke er at være i behandling, men at vende tilbage til dagligdagen og de udfordringer der kan være her.

I forskningslitteraturen har man fundet, at behandling, ud over at have sammenhæng med forbruget af rusmidler, også har en positiv sammenhæng med ændringer inden for blandt andet kriminalitet, sociale relationer, mental sundhed, selvmordstanker og -forsøg, trivsel og problemer relateret til arbejde. Disse områder er alle sammen emner, der spørges til ved behandlingsstart og 6 måneder efter afsluttet behandling og danner basis for analyserne i dette kapitel.

Analyserne er lavet ud fra data i KN-ASI spørgeskemaet fra indskrivning og 6 måneder efter afsluttet behandling, hvor spørgsmål der omhandler borgerens egen vurdering af status for de enkelte områder. Vurderingen af rusmiddelforbrug, kriminalitets- og arbejdsproblemer samt sociale relationer er sket ud fra borgerens egen oplevelse af, hvor bekymret eller hvor alvorligt denne opfatter problemet på en skala fra 0 til 4. Borgeren svarer 0, hvis de ikke oplever bekymring eller alvorlighed i forhold til problemet og svarene fra

1-4 er udtryk for en stigende grad af bekymring eller alvorlighed, hvor svaret 4 er, hvis borgeren oplever at være meget bekymret eller opfatter problemet som meget alvorligt.

Effekterne er opgjort som borgerens opfattelse af et fald/ en stigning/ eller en uændret bekymring eller alvorlighed. Et fald udtrykker, at borgeren oplever problemet mindre bekymrende eller alvorligt 6 måneder efter afsluttet behandling sammenlignet med ved indskrivning og forstås som en positiv effekt af behandlingen. Derimod er en stigning udtryk for, at problemet vurderes mere bekymrende eller alvorligt 6 måneder efter endt behandling. Uændret er et udtryk for, at borgeren har vurderet samme bekymring eller alvorlighed af problemet ved indskrivning og 6 måneder efter endt behandling.

Under hver figur vises antallet af borgere (N), der har besvaret spørgsmålene under hvert område. Tallet N svarer til alle borgere, altså både de som har gennemført og ikke gennemført deres behandlingsforløb samt haft tilbagefald og ikke haft tilbagefald. I figurerne vises kun tallene for borgere der har gennemførte behandlingsforløb samt borgere, der ikke har haft tilbagefald. De statistiske test undersøger ændring ved behandlingsstart og 6 måneder efter endt behandling og om der er forskel på gennemførte og ikke gennemførte samt haft tilbagefald og ikke haft tilbagefald.

Alkohol

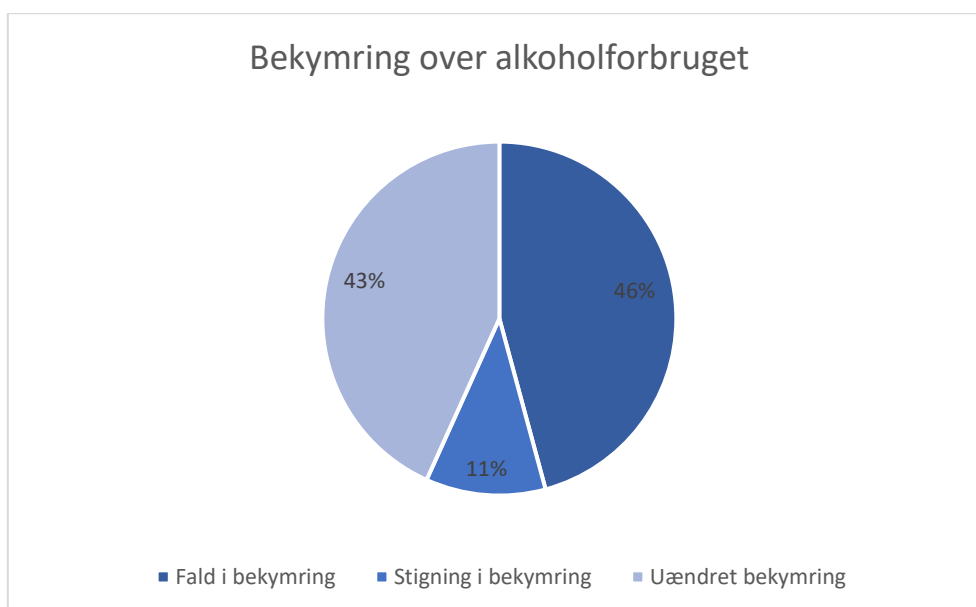
Ved behandlingsstart vurderer borgerne i gennemsnit at have haft et forbrug af alkohol i 5 dage ud af de sidste 30 dage (Tabel 6.1). Samme mønster ses i kapitel 3 (Figur 3.6), hvor det hyppigste forbrug er at drikke 2-4 gange om måneden (28 %) eller 2-3 gange om ugen (24 %), mens 13 % aldrig drikker alkohol. Det angivne forbrug afspejler et mønster af rusdrikkeri, hvor de fleste drikker rigtig meget pr gang, mens de færreste drikker hver dag. Et halvt år efter afsluttet behandling vurderer borgerne, at de i gennemsnit har indtaget alkohol 2,5 dage ud af de sidste 30 dage. Det gennemsnitlige antal dage med forbrug af alkohol er således halveret fra behandlingsstart til 6 måneder efter endt behandling (Tabel 6.1).

For borgere der gennemfører behandlingen, er det gennemsnitlige antal dage med alkoholforbrug 2,3 dage, hvorimod det for borgere der ikke gennemfører, er 2,9 dage 6 måneder efter afsluttet behandling. Det tyder altså på, at forbruget af alkohol mindskes yderligere for borgere, der gennemfører deres behandling sammenlignet med de, som ikke gør. Uanset behandlingsstatus har det at komme i behandling en positiv effekt på alkoholforbruget 6 måneder efter endt behandling (Tabel 6.1).

Alkoholforbrug, antal dage de sidste 30 dage	<i>Gennemsnitligt antal dage med alkoholforbrug</i>
Ved behandlingsstart	<i>5,0 dage</i>
6 måneder efter endt behandling, alle	<i>2,5 dage</i>
6 måneder efter endt behandling, gennemførte	<i>2,3 dage</i>
6 måneder efter endt behandling, ikke gennemførte	<i>2,9 dage</i>

Tabel 6.1 Antal gennemsnitlige dage med alkoholforbrug ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21

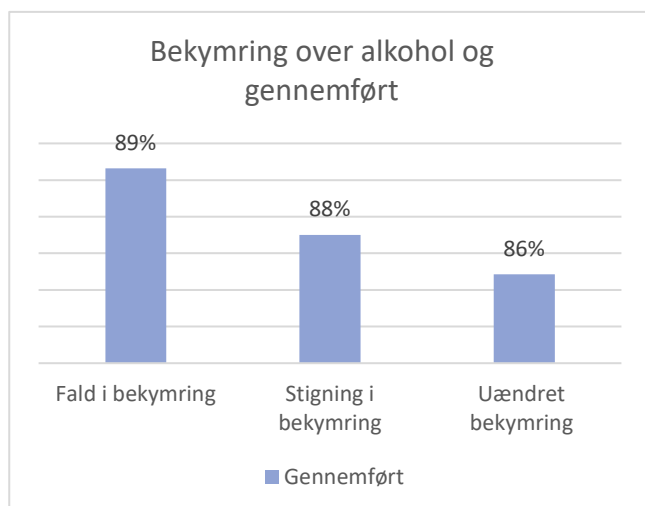
Figur 6.5 viser ændringen i borgernes bekymring relateret til alkoholproblemer opgjort som fald, stigning og uændret. 46% af borgerne var mindre bekymrede i forhold til deres alkoholproblemer 6 måneder efter afsluttet behandling, mens 43 % var uændret bekymrede og 11 % var mere bekymrede.



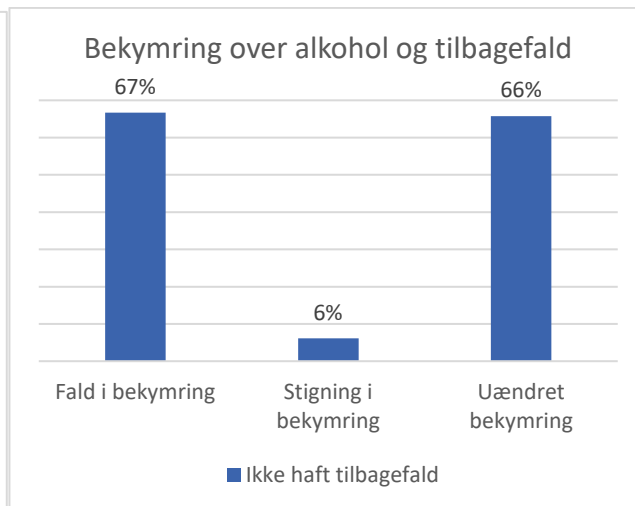
Figur 6.5. Andelen af borgere, der har oplevet fald og stigning eller uændret tilstand i graden af selvvurderede alkoholproblemer seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 511).

Figur 6.6 viser borgernes ændring i bekymring relateret til deres alkoholproblemer fordelt efter, hvorvidt de har gennemført eller afbrudt deres behandlingsforløb. Ud af de borgere hvis bekymring over deres alkoholproblem er faldet havde 89 % gennemført deres behandling, mens af de borgere som er mere bekymrede havde 88 % gennemført deres behandlingsforløb og for dem med uændret bekymring havde 86 % gennemført. Ved en test for forskellen mellem grupperne fås ikke en statistisk sikker forskel (p-værdi = 0,6). *Selvvurderet bekymring relateret til alkoholproblemer 6 måneder efter afsluttet behandling kan ikke forklares ud fra om behandling gennemføres eller ej.*

Når vi ser på sammenhængen mellem ændring i bekymring og tilbagefald til rusmiddel- og spilproblemer 6 måneder efter afsluttet behandling for borgere med gennemførte behandlingsforløb (Figur 6.7) ses, at for dem, hvis bekymring er faldet, havde 67 % ikke haft tilbagefald, mens for dem med øget bekymring havde kun 6 % ikke haft tilbagefald. For dem med uændret bekymring havde 66 % ikke haft tilbagefald. En test for sammenhængen mellem bekymring for alkoholforbruget og tilbagefald viser en stærk statistisk forskel (p-værdi = <0,001). Det betyder, at *graden af bekymring for alkoholproblemer 6 måneder efter afsluttet behandling hos borgere med gennemførte behandlingsforløb har en stærk statistisk sammenhæng med at have tilbagefald af forbruget.*



Figur 6.6. Andelen af borgere, der har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selv vurderede alkoholproblemer fordelt på gennemført og afbrudt behandling seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 511).



Figur 6.7. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selv vurderede alkoholproblemer fordelt på tilbagefald, seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=446).

Hash

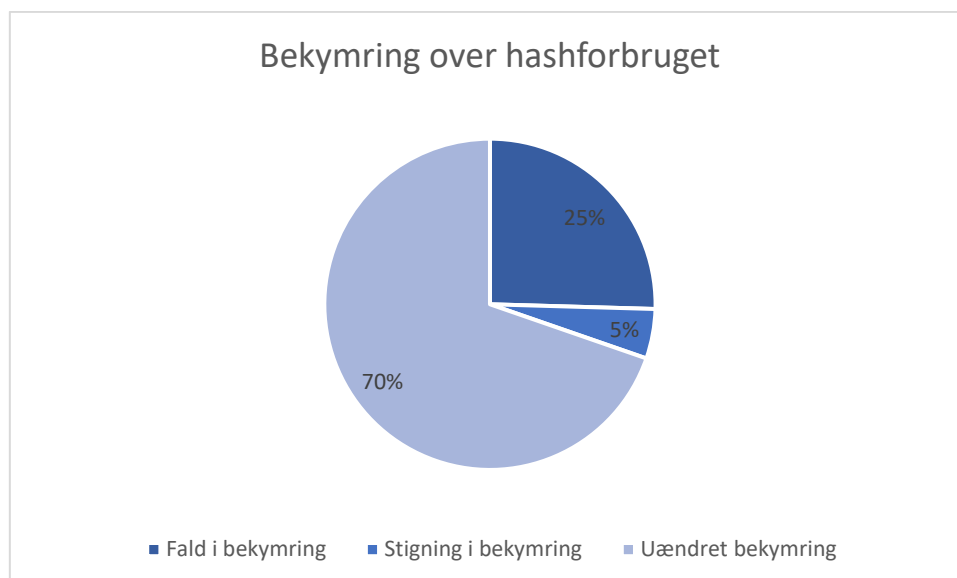
Ved behandlingsstart vurderer borgerne, at de har et gennemsnitligt hashforbrug svarende til 6,1 dage ud af den sidste måned. Et halvt år efter vurderer borgerne dette forbrug til at svare til 1,9 dage. 6 måneder efter afsluttet behandling er borgernes forbrug af hash i gennemsnit faldet med 4,2 dage.

For borgere der gennemfører behandlingen, er det gennemsnitlige antal dage med hashforbrug 1,7 dage, hvorimod det for borgere, der ikke gennemfører, er 2,2 dage 6 måneder efter afsluttet behandling. Det tyder på, at forbruget af hash ligesom med alkohol mindskes yderligere for borgere, der gennemfører deres behandling sammenlignet med de, som ikke gør.

Hashforbrug, antal dage de sidste 30 dage	Gennemsnitligt antal dage med hashforbrug
Ved behandlingsstart	6,1 dage
6 måneder efter endt behandling, alle	1,9 dage
6 måneder efter endt behandling, gennemførte	1,7 dage
6 måneder efter endt behandling, ikke gennemførte	2,2 dage

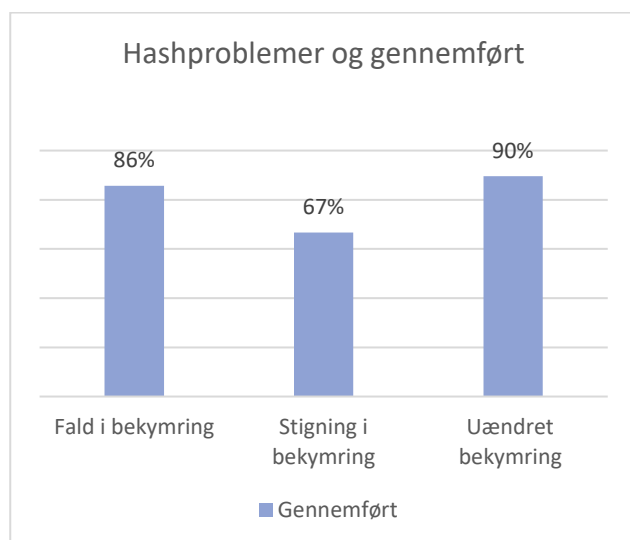
Tabel 6.2 Antal gennemsnitlige dage med hashforbrug ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21

Figur 6.8 viser, at 25% af borgerne er mindre bekymrede i forhold til deres hashproblemer 6 måneder efter afsluttet behandling, mens 70 % havde samme bekymring og 5 % var mere bekymrede, sammenlignet med deres bekymring ved behandlingsstart.

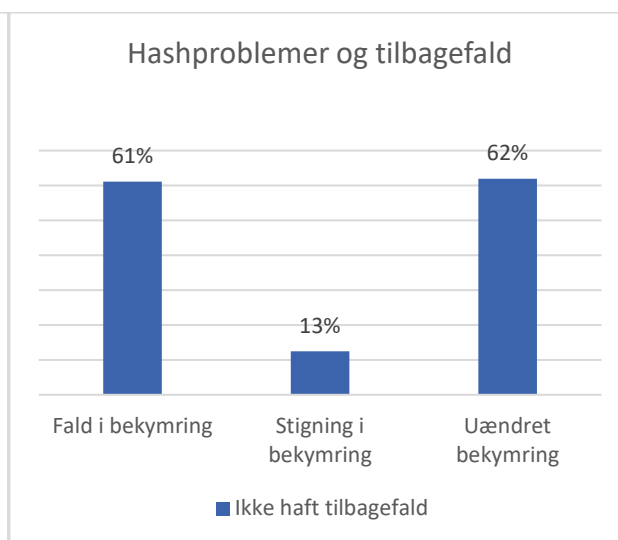


Figur 6.8. Andelen af borgere, der har oplevet fald og stigning eller uændret tilstand i graden af selvvaluerede hashproblemer seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 495).

Af borgere der oplever et fald i deres bekymring, havde 86 % gennemført deres behandling, mens det gjaldt 67 % af borgere, der oplever en stigning i deres bekymring og 90 % af dem, der er uændret bekymrede (Figur 6.9). Ved en test for sammenhængen mellem bekymring og at have gennemført behandlingen fandtes en meget sikker statistisk forskel (p -værdi = 0,004). *En ændring i bekymring for hashproblemer 6 måneder efter afsluttet behandling har derfor sammenhæng med om borgeren har gennemført sit behandlingsforløb eller ej.*



Figur 6.9. Andelen af borgere, der har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede hashproblemer fordelt på gennemført og afbrudt behandling seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=459)



Figur 6.10. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede hashproblemer fordelt på tilbagefald, seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=431).

I Figur 6.10 ses, at af borgere, der til trods for at have gennemført behandlingsforløbet, alligevel oplever en stigning i deres bekymring relateret til hashproblemer, havde 88 % haft et tilbagefald til rusmidler eller spilproblemer. Kun 61 % af dem med et fald i deres bekymring og 63 % af dem, der er har samme bekymring har haft et tilbagefald. En test for sammenhængen mellem bekymring for hashproblemer og at have haft tilbagefald viser en statistisk sikker forskel (p -værdi = $<0,001$), hvilket betyder, at *ændring i graden af bekymring for hashproblemer for borgere med gennemførte behandlingsforløb afhænger af, hvorvidt man har haft tilbagefald eller ej.*

Spil

På nuværende tidspunkt er der ikke tilstrækkelig data på borgere, der har svaret på spørgsmål angående spilproblemer 6 måneder efter endt behandling, da spilproblemer er det færrest borgere søger behandling for. Det har derfor ikke har været muligt at lave analyser på dette område.

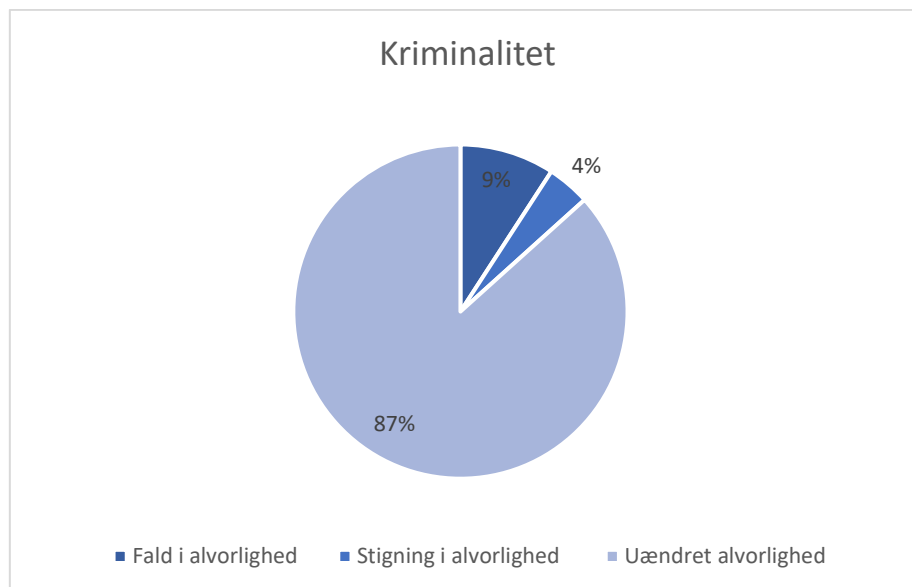
Kriminalitet

Ved behandlingsstart svarede 25 % af borgerne, at de i deres liv havde modtaget en dom. De blev både ved behandlingsstart og 6 måneder efter endt behandling spurgt, om de oplevede aktuelle problemer med kriminalitet og hvor alvorlige de vurderede disse. Ved behandlingsstart oplever 11,8 % af borgerne at have haft kriminalitetsproblemer, denne andel falder til 5 % et halvt år efter afsluttet behandling. Overordnet viser tabellen, at behandlingen har en positiv effekt på andelen af borgere med kriminalitetsproblemer.

Ser man på borgere der gennemfører behandlingen, er andelen med aktuelle kriminalitetsproblemer 3,5 %, hvorimod for borgere, der ikke gennemfører behandlingsforløbet, er andelen 6,9 % 6 måneder efter afsluttet behandling. Dét at gennemføre behandlingen tyder derfor på, at være en ekstra gevinst for borgere med kriminalitetsproblemer, sammenlignet med de som ikke gennemfører.

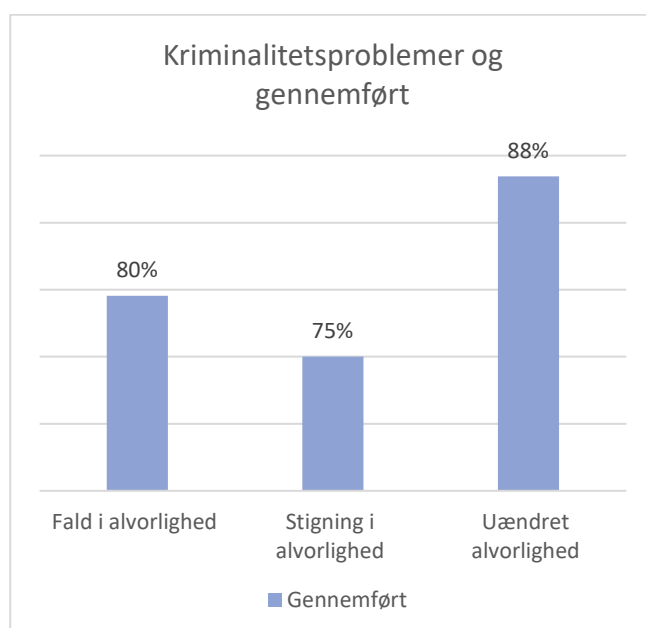
Problemer med kriminalitet	<i>Andel med aktuelle kriminalitetsproblemer</i>
Ved behandlingsstart	11,8 %
6 måneder efter endt behandling, alle	5,0 %
6 måneder efter endt behandling, gennemførte	3,5 %
6 måneder efter endt behandling, ikke gennemførte	6,9 %

Tabel 6.3 Andel med aktuelle kriminalitetsproblemer ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21

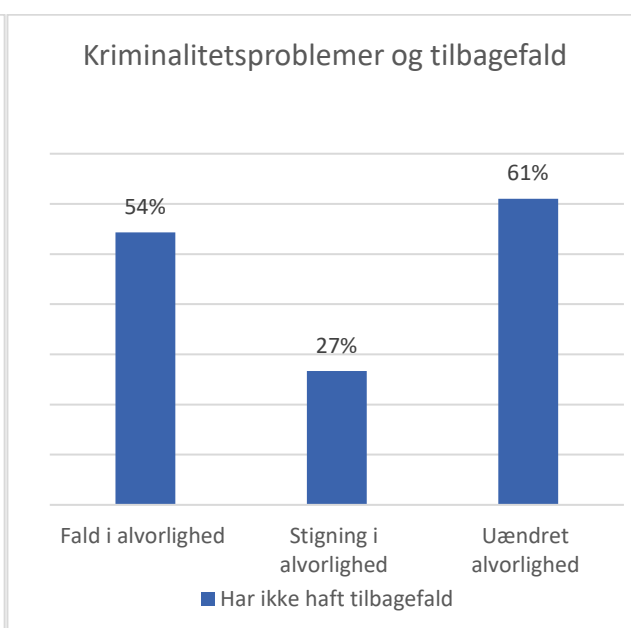


Figur 6.11. Andelen af borgere, der har oplevet fald og stigning eller uændret tilstand i graden af selvvaluerede kriminalitetsproblemer seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 408)

Figur 6.11 viser, at 9 % af borgerne (44 borgere) oplevede mindre alvorlige kriminalitetsproblemer 6 måneder efter afsluttet behandling, mens 4 % (20 borgere) vurderede deres kriminalitetsproblemer som mere alvorlige. De øvrige 87 % (416 borgere) oplevede, at deres kriminalitetsproblemer havde samme grad af alvorlighed 6 måneder efter endt behandling som ved behandlingsstart. Da retssystemets behandling tager tid, kan aktuelle problemer med kriminalitet 6 måneder efter endt behandling både skyldes ny kriminalitet eller de retslige eller andre konsekvenser af tidligere kriminalitet.



Figur 6.12. Andelen af borgere, der har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede kriminalitetsproblemer fordelt på gennemført og afbrudt behandling seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 480)



Figur 6.13. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede kriminalitetsproblemer fordelt på tilbagefald, seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=417)

Ud af de borgere, der vurderer deres problemer med kriminalitet til at være faldet, havde 80 % gennemført behandlingen, mens det gjaldt 75 % af dem, der oplever mere alvorlige problemer og 89 % af dem med uændret opfattelse af alvorlighed (Figur 6.12). Ved en statistisk test findes ingen forskel på at opleve fald, stigning eller uændret tilstand i graden af selvvaluerede kriminalitetsproblemer i forhold til, om behandlingen var gennemført eller afbrudt (p -værdi = 0,7). *Det er derfor ikke fundet statistisk belæg for, at kriminalitetsproblemer afhænger af, hvorvidt behandlingsforløbet er gennemført eller afbrudt, men som ovenfor anført kan aktuelle kriminalitetsproblemer skyldes andre faktorer end ny kriminalitet.*

Figur 6.13 viser, at kun 27 % af borgere, der til trods for et gennemført behandlingsforløb, vurderer deres kriminalitetsproblemer til at være steget 6 måneder efter endt behandling, ikke havde haft tilbagefald i rusmidler eller spilproblemer, mens dette gjaldt for 54 % af dem der vurderer fald i aktuelle problemer og 61 % af dem, der vurderer uændrede aktuelle kriminalitetsproblemer. En test for sammenhængen mellem tilbagefald og ændring i aktuelle kriminalitetsproblemer viser en statistisk sikker forskel (p -værdi = 0,02), hvilket betyder, at *en ændring i selvvaluerede i kriminalitetsproblemer har sammenhæng med hvorvidt borgeren har oplevet et tilbagefald.*

Vurdering af arbejdsmæssige problemer

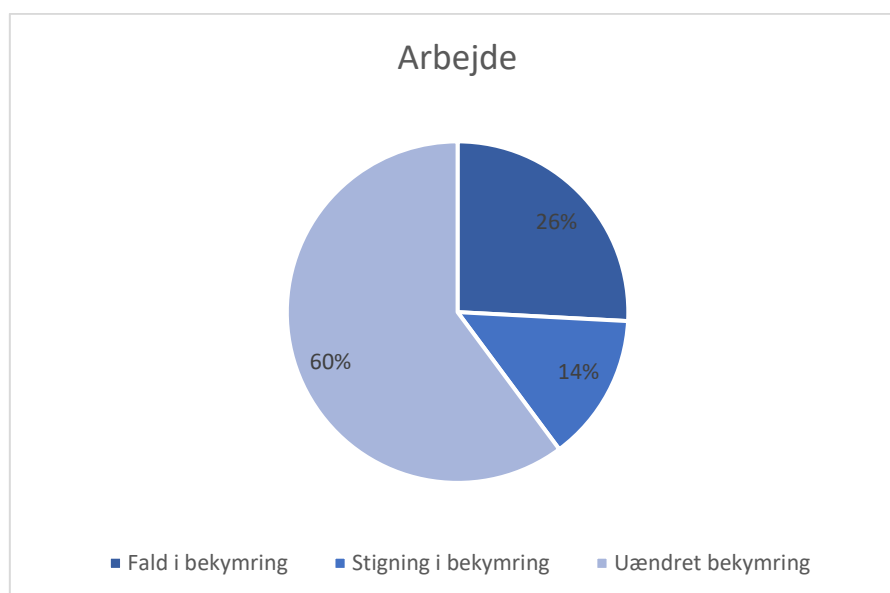
Ved behandlingsstart havde 84 % tilknytning til arbejdsmarkedet enten på fuldtid, deltid eller lejlighedsvis. Ud af disse borgere oplevede 28,9 % ved behandlingens start at have været besværet eller bekymret over arbejdsmæssige problemer inden for de sidste 30 dage. Et halvt år efter endt behandling oplevede kun 20 % at have været bekymret over arbejdsmæssige problemer inden for de sidste 30 dage. Borgerne svarer her på sin egen vurdering af arbejdsmæssige problemer, der både kan være eventuelle problemer med at få et arbejde og problemer på arbejdet (Tabel 6.4).

Ser man på borgere der gennemfører behandlingen, var andelen med aktuelle arbejdsproblemer 6 måneder efter behandlingen 17,7 %, hvorimod for borgere, der ikke gennemfører behandlingsforløbet var andelen 25 % (Tabel 6.4). Ligesom for kriminalitetsproblemer tyder det på, at det at gennemføre behandlingen har en ekstra gevinst for borgere med arbejdsmæssige problemer sammenlignet med borgere, der afbryder deres forløb.

Aktuelle problemer med arbejde	<i>Andel med aktuelle arbejdsmæssige problemer inden for de sidste 30 dage</i>
Ved behandlingsstart	28,9 %
6 måneder efter endt behandling, alle	20,0 %
6 måneder efter endt behandling, gennemførte	17,7 %
6 måneder efter endt behandling, ikke gennemførte	25,0 %

Tabel 6.4 Andel med aktuelle arbejdsmæssige problemer ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21

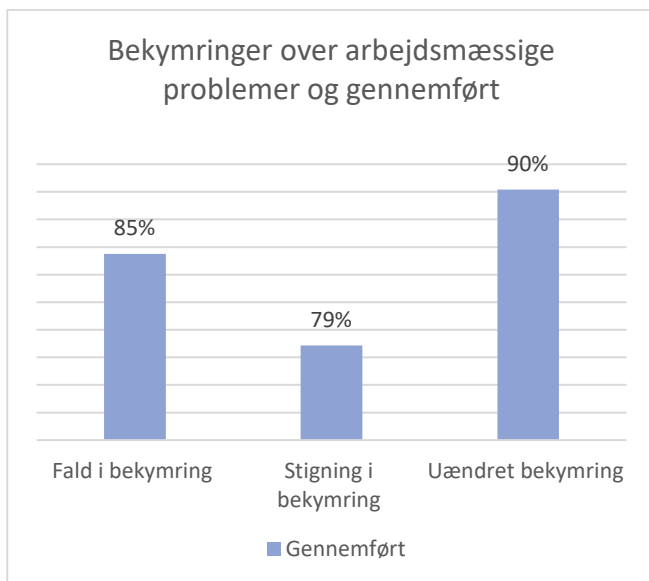
Figur 6.14 viser, at 60 % (305 personer) oplevede samme grad af arbejdsproblemer 6 måneder efter endt behandling som ved behandlingsstart, mens 26 % (131 personer) oplevede et fald i selvvaluerede arbejdsproblemer og 14 % (71 personer) oplevede, at deres selvvaluerede arbejdsmæssige problemer var steget.



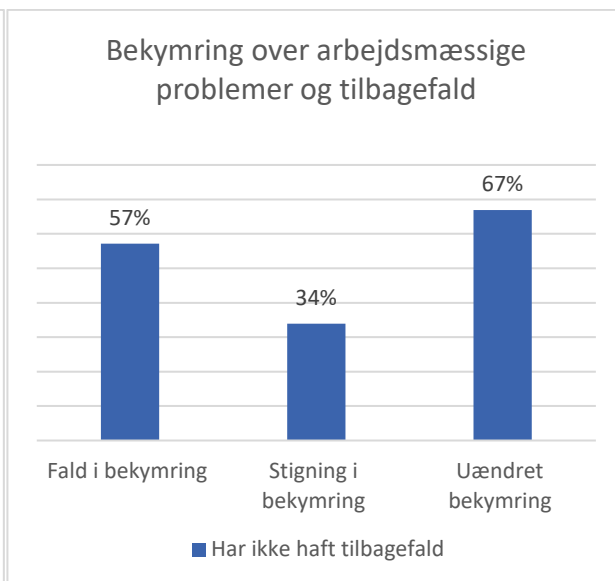
Figur 6.14. Andelen af borgere, der har oplevet fald og stigning eller uændret tilstand i graden af arbejdsproblemer seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 507)

Ud af de i alt 25 %, der oplever mindre bekymring i forhold til arbejdsproblemer de sidste 30 dage, havde 86 % gennemført deres behandling, mens for dem, hvis bekymring er steget, havde 79 % gennemført og for dem med uændret bekymring havde 90 % gennemført (Figur 6.15). Ved en test for sammenhængen mellem at have gennemført og graden af bekymring i forhold til arbejdsmæssige problemer findes en statistisk sikker sammenhæng (p -værdi = 0,03). *Der er således fundet en sikker statistisk sammenhæng mellem at have gennemført behandlingsforløbet og bekymring i forhold til arbejdsmæssige problemer.*

Af de borgere, der har gennemført deres behandling men udtrykker stigning i bekymring i forhold til aktuelle arbejdsproblemer, havde 34 % ikke haft tilbagefald, mens det gjaldt for 57 % af dem med et fald i bekymring og 67 % af dem med uændret bekymring (Figur 6.16). En test for sammenhængen mellem tilbagefald og ændring i bekymring for arbejdsmæssige problemer viser en statistisk sikker sammenhæng (p -værdi = 0,001). *Ændring i arbejdsmæssige problemer inden for de sidste 30 dage har således sammenhæng med at have haft et tilbagefald af rusmiddelproblemet.*



Figur 6.15. Andelen af borgere, der har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede arbejdsproblemer fordelt på gennemført og afbrudt behandling efter seks måneders endt behandling i perioden 2017-21 (N= 507)



Figur 6.16. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede arbejdsproblemer fordelt på tilbagefald, seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=440)

Sociale relationer

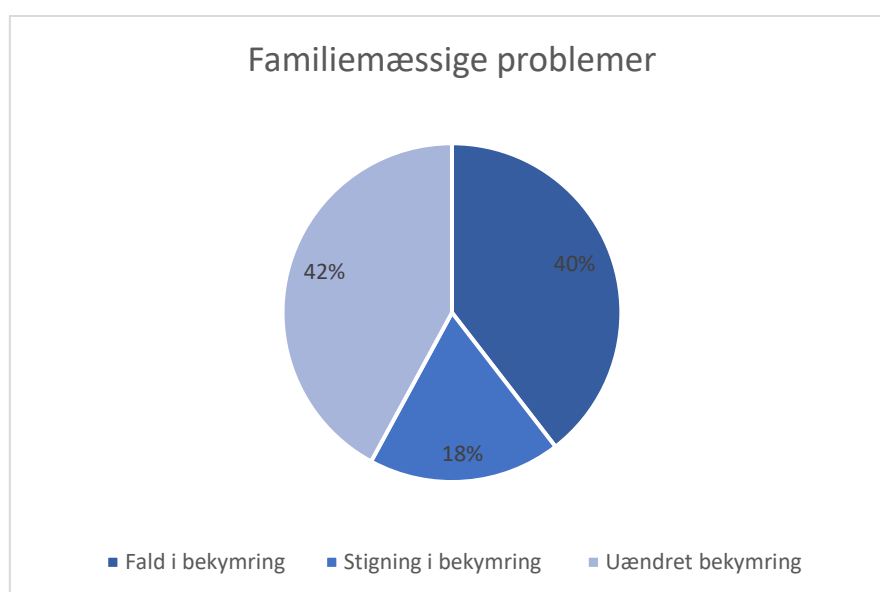
Rusmiddelproblemer slider på relationer til familie og til andre nærtstående og behandling er i forskning fundet, at være særligt gældende for gruppen af borgere i rusmiddelbehandling. Det er derfor relevant at undersøge om rusmiddelbehandling har sammenhæng med at få ændrede og forhåbentlig bedre relationer til familie og andre vigtige personer i borgernes liv. I undersøgelsen spørges til om borgeren oplever problemer eller konflikter i forhold til familiemedlemmer og i forhold til andre personer, som fx kolleger og naboer.

Familiemæssige relationer

Ved behandlingens start oplevede 45,8 % af borgerne bekymring over familiemæssige problemer inden for de sidste 30 dage, men 6 måneder efter afsluttet behandling oplevede kun 29 % bekymring over familiemæssige problemer inden for de sidste 30 dage. Ser man på borgere, der gennemfører behandlingen er andelen med aktuelle familiemæssige problemer 25 %, hvorimod for borgere, der ikke gennemfører behandlingsforløbet er andelen 34 %. Overordnet viser tabellen, at behandlingen i sig selv har en positiv effekt på andelen af borgere med familiemæssige problemer.

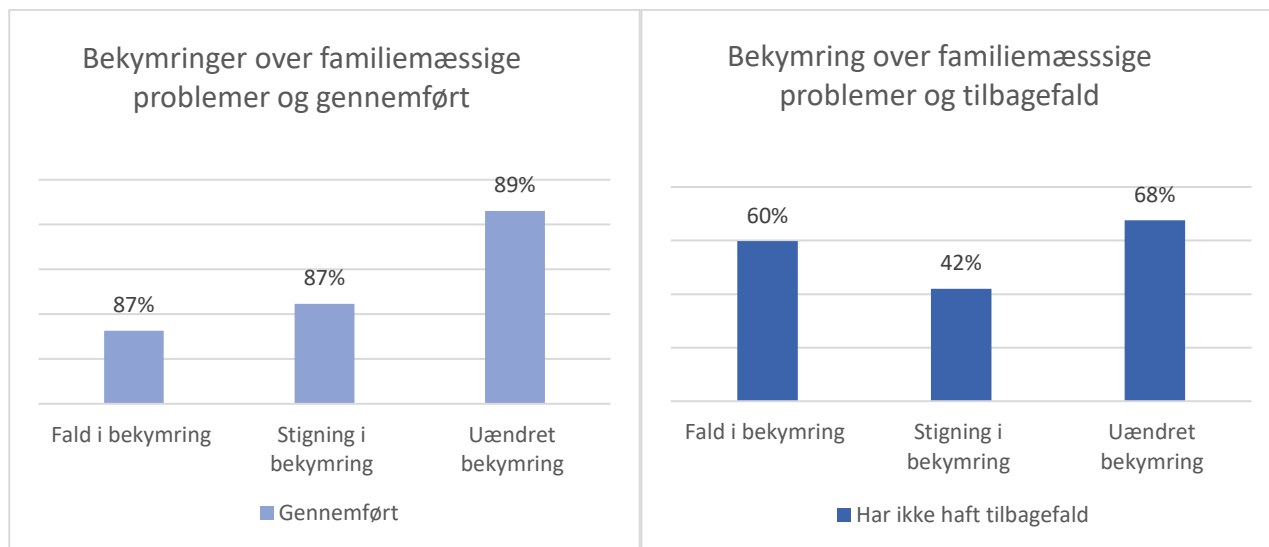
Aktuelle problemer med familie	<i>Andel med aktuelle familiemæssige problemer inden for de sidste 30 dage</i>
Ved behandlingsstart	45,8 %
6 måneder efter endt behandling, alle	29,0 %
6 måneder efter endt behandling, gennemførte	25,0 %
6 måneder efter endt behandling, ikke gennemførte	34,0 %

Tabel 6.5 Andel med aktuelle familiemæssige problemer ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21



Figur 6.17. Andelen af borgere, der har oplevet fald og stigning eller uændret tilstand i graden af familieproblemer seks måneder efter endt behandling efter i perioden 2017-21 (N= 511)

Figur 6.17 viser, at mange oplever ændringer i deres familiemæssige problemer fra behandlingsstart og til 6 måneder efter endt behandling. Således oplevede 42 % (215 borgere) uændrede familiemæssige problemer. I alt oplevede 40 % (202 personer) et fald i graden af familieproblemer 6 måneder efter endt behandling, mens 18 % (94 personer) oplevede en stigning i graden familieproblemer.



Figur 6.18. Andelen af borgere, der har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvalgte familieproblemer fordelt på gennemført og afbrudt behandling seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 511)

Figur 6.19. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvalgte familieproblemer fordelt på tilbagefald, seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=443)

Figur 6.18 viser, at af de borgere, der oplever et fald i graden af familieproblemer, havde 87 % (175 borgere) gennemført deres behandling, mens af dem, der oplever en stigning eller uændrede familiemæssige problemer havde hhv. 87 % og 89 % gennemført deres behandling. Ved et test for sammenhængen mellem at have oplevet ændring i familieproblemer og at have gennemført eller afbrudt behandlingsforløbet ses ingen statistisk forskel mellem grupperne (p -værdi= 0,69). *Trods den store andel, der oplevede positiv forskel i familierelationerne, så har dette ikke sammenhæng med hvorvidt man har gennemført behandlingen eller ej.*

De borgere, der har gennemført deres behandling, men som samtidig udtrykker øget grad af bekymring i forhold til deres familiemæssige problemer, er i nogen grad dem, der oplever et tilbagefald i rusmiddelforbrug. Således havde 60 % af dem, der angiver et fald i bekymring for familiemæssige problemer ikke haft tilbagefald, mens det gjaldt 42 % af dem, hvis bekymring er steget og 68 % af dem med uændret bekymring. En test for sammenhængen mellem ændring i bekymring for familiemæssige problemer og tilbagefald viser en statistisk sikker sammenhæng (p -værdi < 0,001), hvilket betyder, at *ændring i familiemæssige problemer for borgere med gennemførte behandlingsforløb har sammenhæng med om de har haft tilbagefald eller ej.*

Problemer med andre personer

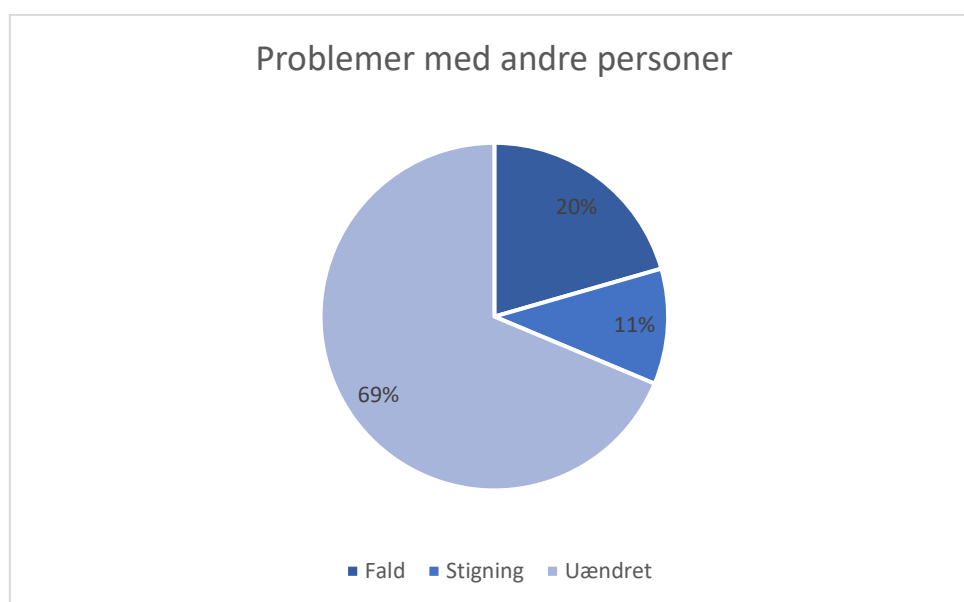
Ved behandlingens start angav 23,5 % af borgerne at opleve problemer med andre personer herunder kolleger, venner osv. 6 måneder efter afsluttet behandling angav 14,2 % at opleve problemer med andre.

Overordnet viser tabellen, at behandlingen i sig selv har en positiv effekt på andelen af borgere, der oplever problemer med andre. Ser man på borgere der gennemfører behandlingen, er andelen med problemer med andre 13,1 %, hvorimod for borgere, der ikke gennemfører behandlingsforløbet er andelen 15,6 %.

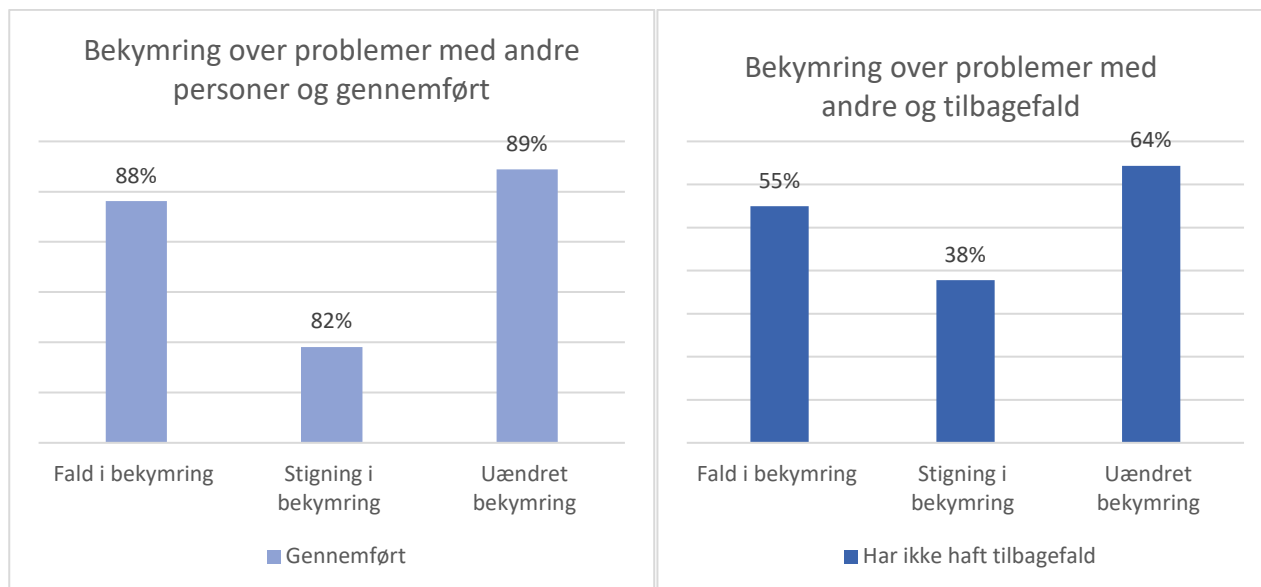
Bekymring i forhold til problemer med andre personer	<i>Andel med aktuelle problemer med andre inden for de sidste 30 dage</i>
Ved behandlingsstart	23,5 %
6 måneder efter endt behandling, alle	14,2 %
6 måneder efter endt behandling, gennemførte	13,1 %
6 måneder efter endt behandling, ikke gennemførte	15,6 %

Tabel 6.6 Andel med aktuelle problemer med andre ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21

Over to tredjedele (69 %, 351 personer) rapporterede 6 måneder efter endt behandling, at deres bekymring i forhold til problemer med andre personer var uændrede fra behandlingsstart, mens 20 % (105 personer) oplevede et fald i bekymring og 11 % (55 borgere) oplevede en stigning i graden af bekymring i forhold til problemer med andre (Figur 6.20).



Figur 6.20. Andelen af borgere, der har oplevet fald og stigning eller uændret tilstand i graden af problemer med andre seks måneder efter endt behandling efter i perioden 2017-21 (N= 511)



Figur 6.21. Andelen af borgere, der har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede problemer med andre fordelt på gennemført og afbrudt behandling seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N= 511)

Figur 6.22. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i selvvaluerede problemer med andre fordelt på tilbagefald, seks måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=444)

Af dem, der oplever et fald i graden af problemer med andre, havde 88 % gennemført deres behandling, mens det gjaldt for 82 % af dem, der oplever en stigning og for 89 % af dem med uændret vurdering (Figur 6.21). Som for familiemæssige problemer findes med en statistisk test ingen sammenhæng mellem ændring i selvvaluerede problemer fra behandlingsstart til 6 måneder efter endt behandling i forhold til om borgerne havde gennemført behandlingen eller ej (p -værdi = 0,3).

Figur 6.22 viser, at de borgere der har gennemført deres behandling, men som samtidig udtrykker øget grad af bekymring i forhold til problemer med andre, i overvejende grad er dem der oplever et tilbagefald i rusmiddelforbrug, idet kun 38 % ikke havde haft tilbagefald, mens det gjaldt for 55 % af dem, hvis bekymring er faldet og 64 % af dem, hvis bekymring er uændret. En test viser en statistisk sikker sammenhæng med ændring i bekymring og tilbagefald (p -værdi = 0,002), hvilket betyder, at for borgere med gennemførte behandlingsforløb har en ændring problemer med andre personer i de sidste 30 dage sammenhæng med, hvorvidt der har været tilbagefald eller ej.

Psykisk helbred og trivsel

Trivsel

WHO-5 er et internationalt brugt spørgeskema på 5 spørgsmål, der forskningsmæssigt er fundet velegnet til at vurdere borgerens 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 er tilføjet til spørgsmålene i KN-ASI spørgeskemaet i 2019, hvorfor der ikke er så mange borgere, der har besvaret spørgsmålene.

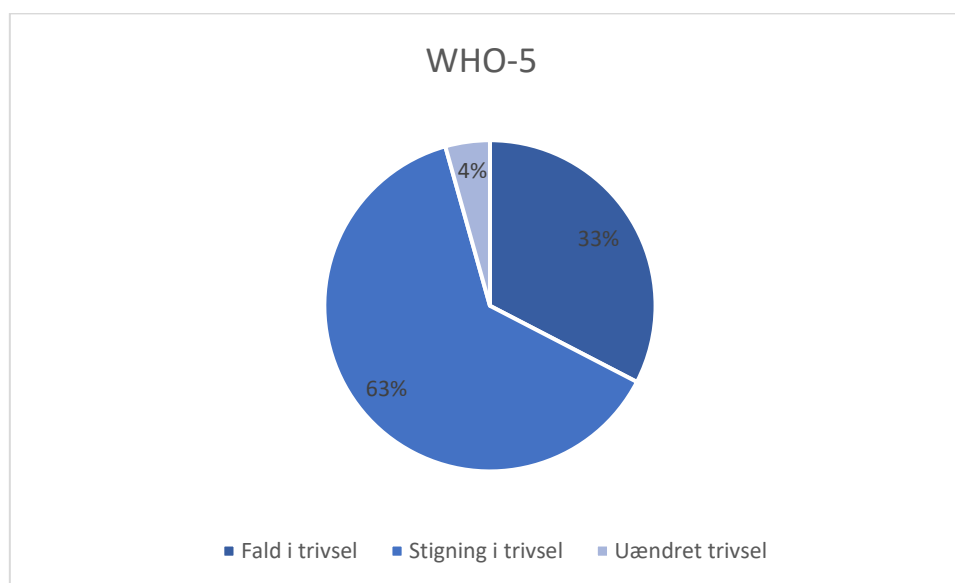
Når borgerne starter i behandling har de i gennemsnit en WHO-5-score på 55 point. Et halvt år efter de har afsluttet deres behandling har borgeren i gennemsnit en score på 66,8 point. Borgere i behandling forbedrer således i gennemsnit deres livskvalitet/ trivsel med 11,8 point på WHO-5-scoren 6 måneder efter endt behandling.

Overordnet viser tabellen, at behandlingen i sig selv har en positiv effekt på borgernes trivsel, da scoren i gennemsnit stiger med 11,8 point. Ser man på borgere der gennemfører behandlingen er gennemsnittet for WHO-5 scoren 70,5, hvorimod for borgere, der ikke gennemfører behandlingsforløbet er scoren 63,6.

Gennemsnit i WHO-5 score	Gennemsnit i WHO-5 score
Ved behandlingsstart	55,0
6 måneder efter endt behandling, alle	66,8
6 måneder efter endt behandling, gennemførte	70,5
6 måneder efter endt behandling, ikke gennemførte	63,6

Tabel 6.7 Den gennemsnitlige WHO-5 score ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21

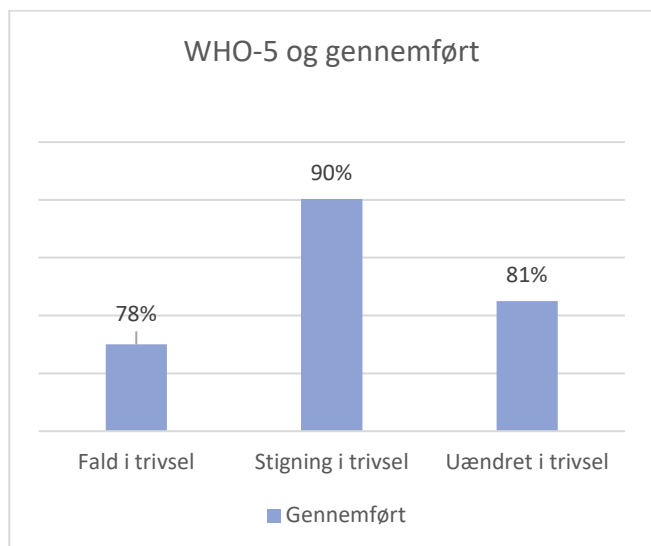
Blandt borgere i behandling oplevede 96 % en ændring i selv vurderet livskvalitet/ trivsel 6 måneder efter endt behandling i forhold til ved starten af behandlingen (Figur 6.23). Heraf oplevede 63 % en stigning i deres livskvalitet/ trivsel og 33 % rapporterede, at deres livskvalitet var faldet, mens den var uændret for 4 %.



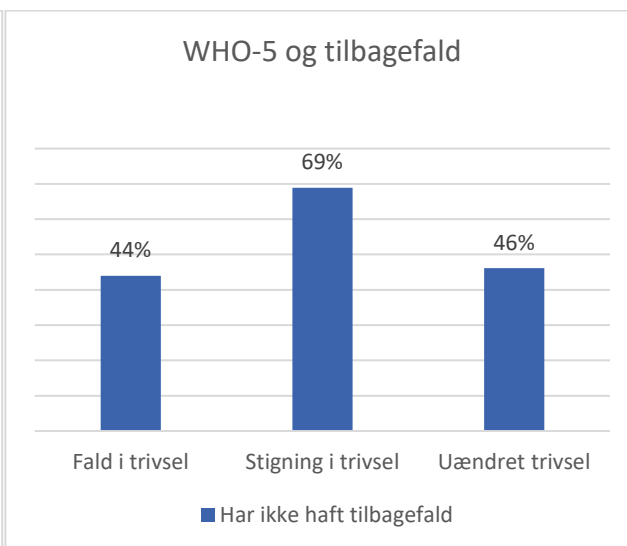
Figur 6.23. Andelen af borgere der oplever en stigning, et fald eller en uændret livskvalitets/ trivsels-score (WHO-5) 6 måneder efter endt behandling 2017-21 (N=368)

Borgere, der har gennemført et behandlingsforløb, oplever i højere grad, at deres livskvalitet/ trivsel er steget 6 måneder efter endt behandling sammenlignet med livskvalitet behandlingsstart (Figur 6.24). Af de borgere, der oplever en stigning i deres livskvalitet, havde 90 % af dem gennemført behandlingen, mens det gjaldt for 78 % af dem, der oplever fald i livskvalitet, og 81 % af dem, der angiver uændret livskvalitet 6 måneder efter endt behandling. Ved et statistisk test om sammenhængen mellem borgernes ændring i livskvalitet/ trivsel 6 måneder efter endt behandling og gennemførelse af behandlingsforløb, ses en sikker statistisk sammenhæng

(p-værdien = 0,005). Det at have gennemført behandlingen har således alt andet lige sammenhæng med øget livskvaliteten 6 måneder efter endt behandling – og måske længere - i forhold til ved behandlingsstart.



Figur 6.24 Andelen af borgere der oplever en stigning, et fald eller en uændret livskvalitet/ trivsel 6 måneder efter endt behandling, fordelt på gennemført og afbrudt behandlingsforløb 2017-21 (N=368)



Figur 6.25. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i livskvalitet/ trivsel fordelt på tilbagefald, 6 måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=310)

Af de borgere der har gennemført deres behandling, men samtidig oplever forringet livskvalitet/ trivsel, har kun 44 % ikke haft tilbagefald i rusmiddelforbrug, mens 69 % af dem, hvis livskvalitet er steget, og 54 % af dem med uændret livskvalitet, ikke havde haft tilbagefald. En test for forskellen mellem grupperne viser en statistisk sikker forskel mellem ændring i livskvalitet og tilbagefald (p-værdi = <0,001), hvilket betyder, at ændring i livskvalitet/ trivsel for borgere med gennemførte behandlingsforløb har en stærk sammenhæng med, hvorvidt personen har haft tilbagefald eller ej.

Psykiske helbredsproblemer

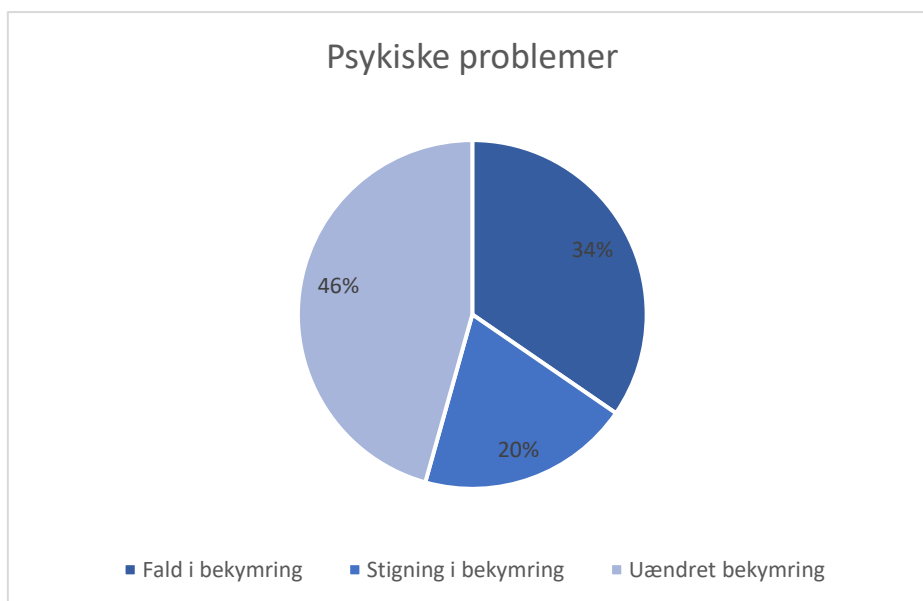
Der er forskningsmæssigt fundet en klar sammenhæng mellem rusmiddelproblemer og dårligere psykisk helbred og egentlig psykisk sygdom. Det gælder fx sygdomme som angst, depression, men også sværere psykiske lidelser som psykoser. Derfor spørges i KN-ASI interviewet både ved start og 6 måneder efter endt behandling til en tydelig periode i de sidste 30 dage med oplevet svær depression, svær angst/ panik, forståelses- eller koncentrationsproblemer, hallucinationer, aggressiv/voldelig adfærd, alvorlige selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Tabellen neden for viser, at behandlingen tyder på at have en positiv effekt på det psykiske helbred, særligt for svær angst/panik, forståelses- eller koncentrationsproblemer, aggressiv/voldelig adfærd, alvorlige selvmordstanker og selvmordsforsøg 6 måneder efter afsluttet behandling. Tabellen viser også, at borgere med svær depression og hallucinationer ikke oplever betydelige forandringer 6 måneder efter afsluttet behandling. Både depression og sygdomme med hallucinationer er ofte langvarige eller for nogle sygdomme kroniske, hvilket kan være med til at forklare, hvorfor behandling ikke – alt andet lige - har positiv effekt på antal dage med problemet de sidste 30 dage.

Andel der har oplevet en periode med problemet inden for de sidste 30 dage		
	Ved behandlingsstart	6 mdr. efter afsluttet behandling
Svær depression	29,3 %	29,7 %
Svær angst/ panik	31 %	26,4 %
Forståelses- eller koncentrationsproblemer	20,8 %	15,4 %
Hallucinationer	6,7 %	6,5 %
Aggressiv/voldelig adfærd	16,7 %	8,2 %
Alvorlige selvmordstanker	23,1 %	13,4 %
Selvmodsforsøg	7,7 %	4,8 %

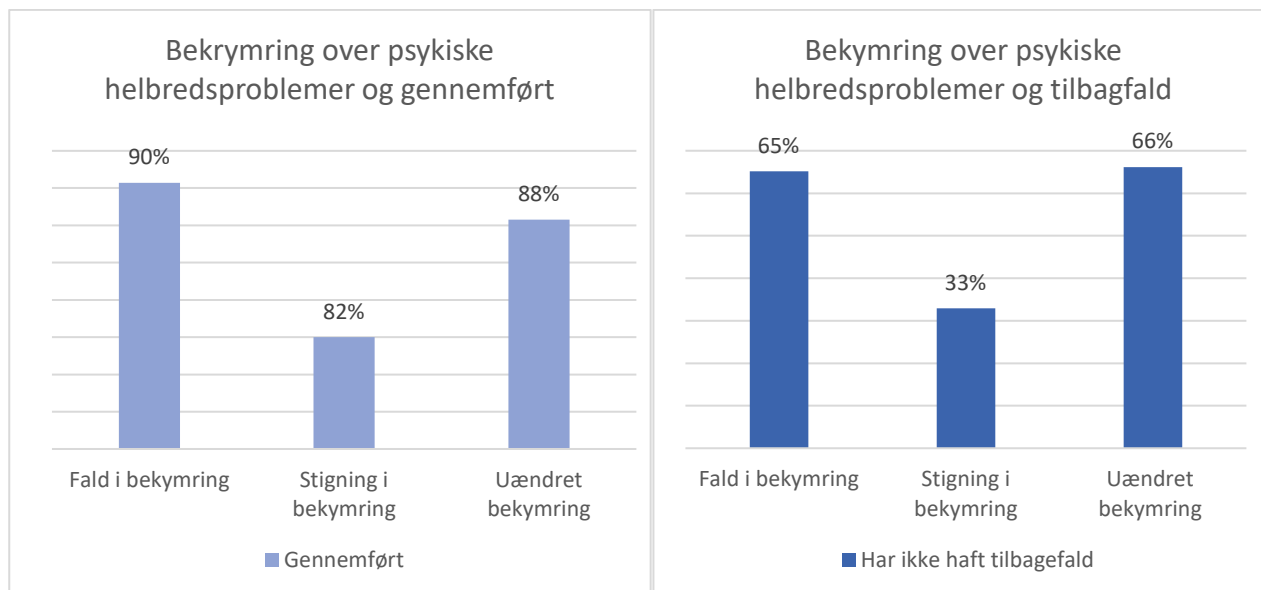
Tabel 6.8 Andel med svær depression, svær angst/panik, forståelses- eller koncentrationsproblemer, hallucinationer, aggressiv/voldelig adfærd, alvorlige selvmordstanker og selvmordsforsøg ved behandlingsstart, 6 måneder efter behandling for alle og fordelt på gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb i perioden 2017-21.

I nedenstående dækker fald, stigning eller uændret tilstand i psykiske helbredsproblemer over borgernes besvarelse af spørgsmålet "Hvor bekymret eller besværet har du været af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer i de sidste 30 dage?" ved behandlingsstart og 6 måneder efter afsluttet behandling. Spørgsmålet refererer til ovenstående psykiske tilstande..



Figur 6.26. Andelen af borgere, der har oplevet fald og stigning eller uændret tilstand i graden af psykiske helbredsproblemer seks måneder efter endt behandling efter i perioden 2017-21 (N= 506)

Figur 6.26 viser, at blandt borgere i behandling oplevede 34 % et fald i graden af bekymring for psykiske helbredsproblemer 6 måneder efter endt behandling sammenlignet med bekymring ved behandlingsstart, mens 20 % oplevede en stigning og 46 % oplevede uændrede bekymring i forhold til problemer.



Figur 6.27 Andelen af borgere der oplever en stigning, et fald eller en uændret tilstand i graden af psykiske helbredsproblemer, 6 måneder efter endt behandling, fordelt på gennemført og afbrudt behandlingsforløb 2017-21 (N=506)

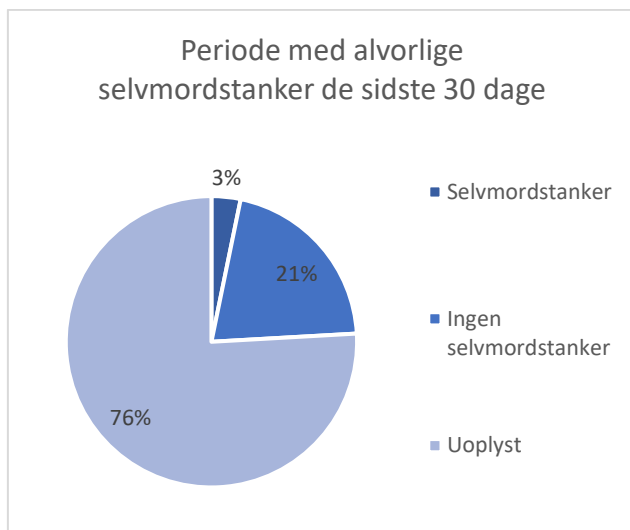
Figur 6.28. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen, som har oplevet fald, stigning eller uændret tilstand i graden af psykiske helbredsproblemer, fordelt på tilbagefald, 6 måneder efter endt behandling i perioden 2017-21 (N=438)

Af de, der oplever et fald i bekymring for psykiske helbredsproblemer havde 90 % gennemført deres behandling, mens det gjaldt 82 % af dem, der oplever en stigning og 88 % af dem, der angiver uændret bekymring for psykiske helbredsproblemer (Figur 6.27). Ved et test for sammenhæng mellem en tydelig periode med psykiske symptomer de sidste 30 dage og at gennemføre behandlingen findes ingen statistisk sikker forskel mellem ændring i selvvurderede psykiske helbredsproblemer fra behandlingsstart til 6 måneder efter endt behandling i forhold til om borgerne havde gennemført behandlingen eller ej (p -værdi= 0,12).

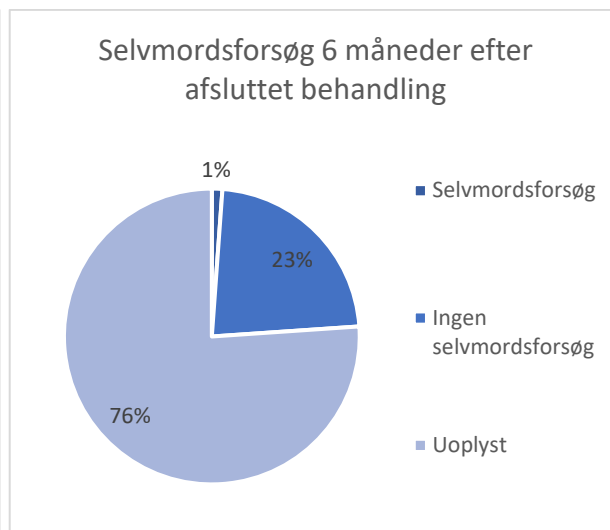
Figur 6.28 viser, at Af de borgere, der har gennemført deres behandling men samtidig udtrykker øget grad af bekymring i forhold til psykiske helbredsproblemer havde 33 % ikke oplevet tilbagefald i rusmiddelforbrug, mens det gjaldt 67 % af dem, hvis bekymring er faldet og 66 % af dem, der er uændret bekymrede. En test for forskellen viser en statistisk sikker forskel (p -værdi <0,001), hvilket betyder, at en ændring i graden af selvvurderede psykiske helbredsproblemer inden for den sidste måned, for borgere med gennemførte behandlingsforløb, har stærk sammenhæng med om, hvorvidt personen har haft tilbagefald eller ej.

Selvordstanker

I alt 771 borgere (24 %) ud af 3224 mulige har valgt at svare på eller er blevet spurgt om selvmordsforsøg og 777 (24 %) har svaret på selvmordstanker både ved start af behandlingen og 6 måneder efter behandlingen, mens området for de øvrige er uoplyst. Nedenstående figurer viser andelen med periode med alvorlige selvmordstanker eller selvmordsforsøg de sidste 30 dage 6 måneder efter afsluttet behandling.

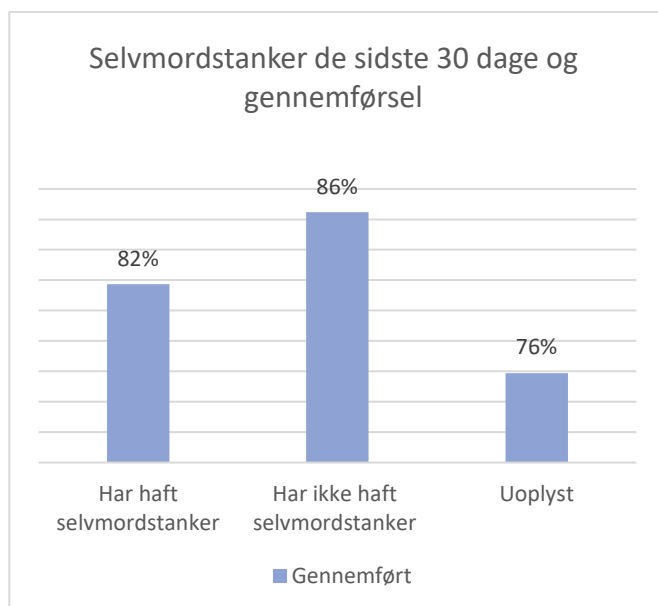


Figur 6.29. Andel borgere med selvmordstanker 6 måneder efter endt behandlingsforløb 2017-21 (N = 777)

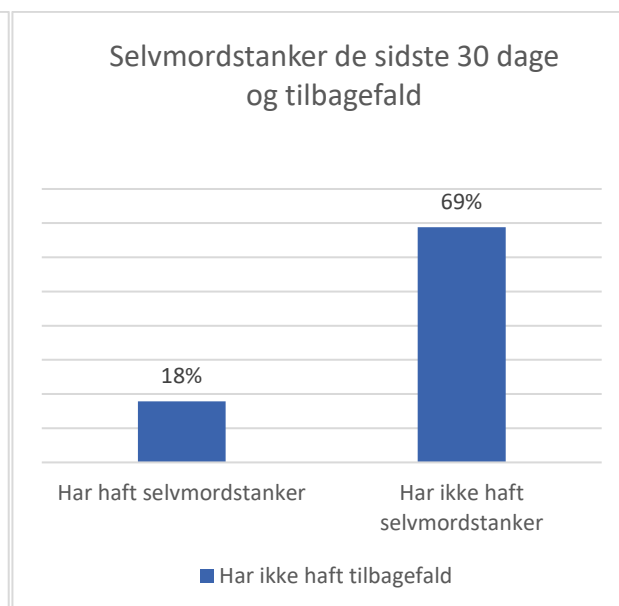


Figur 6.30. Andel borgere med selvmordstanker 6 måneder efter endt behandlingsforløb 2017-21 (N = 771)

Figur 6.29 og 6.30 viser, at 3 % (104 personer) af de behandlede borgere havde selvmordstanker og 1 % (37 personer) forsøgt at begå selvmord.



Figur 6.31. Andelen af borgere, der har selvmordstanker, 6 måneder efter endt behandling, fordelt på gennemført og afbrudt behandlingsforløb 2017-21 (N=777)

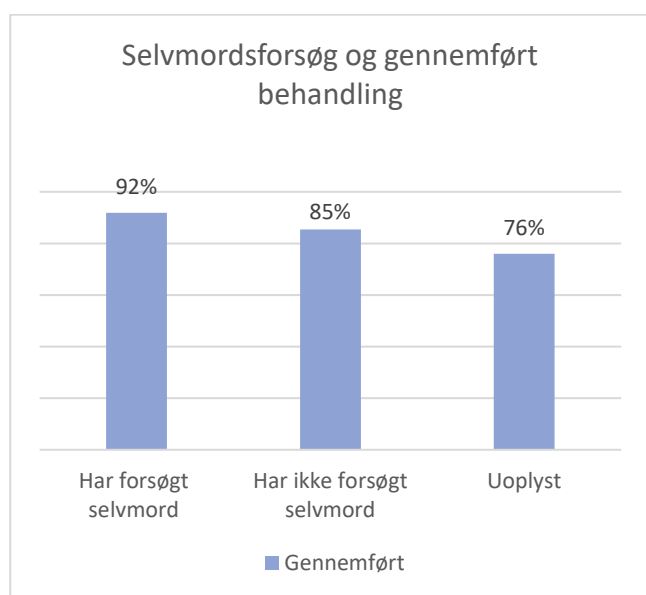


Figur 6.32. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen og har angivet selvmordstanker, fordelt på tilbagefald, 6 måneder efter endt behandlingsforløb 2017-21 (N=655)

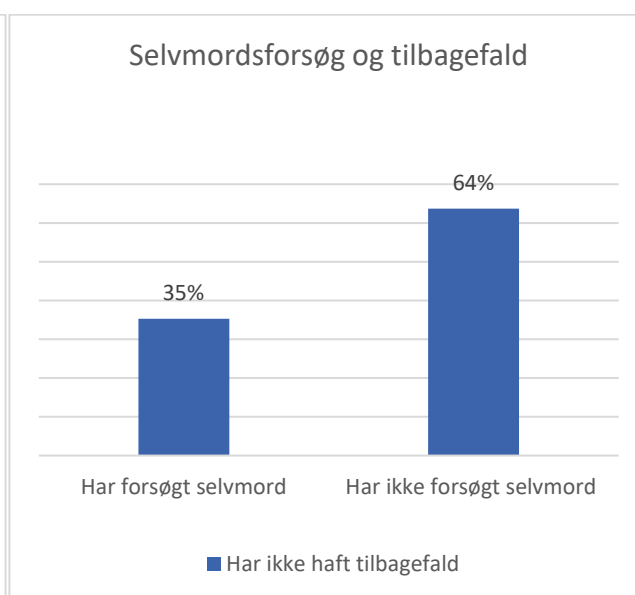
Af de borgere som har selvmordstanker 6 måneder efter afsluttet behandling, havde 82 % gennemført deres behandling, mens 87 % af borgere, der ikke har selvmordstanker, har gennemført deres behandling (Figur 6.31). En test for forskel mellem grupperne viser ikke statistisk sammenhæng mellem at have gennemført og selvmordstanker (p -værdi = 0,2).

Kigger man derimod på borgere, der har gennemført deres behandlingsforløb, viser Figur 6.32, at 18 % af borgere med selvmordstanker ikke har haft et tilbagefald indtil 6 måneder efter endt behandlingen, mens 69 % uden tilbagefald til rusmidler eller spil har haft periode med alvorlige selvmordstanker de sidste 30 dage. En statistisk test for forskel mellem grupperne viser en sikker forskel (p -værdi $<0,001$). *Det betyder, at selvmordstanker 6 måneder efter afsluttet behandling, for borgere, der har gennemført deres behandling, har en stærk sammenhæng med tilbagefald til rusmidler.*

Selvordsforsøg



Figur 6.33. Andelen af borgere, der har forsøgt at begå selvmord fra behandlingsstart og til 6 måneder efter endt behandling, fordelt på gennemført og afbrudt behandlingsforløb 2017-21 (N=771)



Figur 6.34. Andelen af borgere, der har gennemført behandlingen og har forsøgt at begå selvmord, fordelt på tilbagefald, 6 måneder efter endt behandlingsforløb 2017-21 (N=651)

I alt 92 % af de borgere, der har forsøgt selvmord 6 måneder efter afsluttet behandling, havde gennemført deres behandling, mens det gjaldt 85 % af dem, der har gennemført deres behandling (Figur 6.33). *En statistisk test viser dog at, der ingen sikker statistisk forskel er på andelen der har forsøgt selvmord fra behandlingsstart til 6 måneder efter afsluttet behandling, i forhold til om behandlingen blev gennemført (p -værdi = 0,3).*

Figur 6.34 viser sammenhængen mellem selvmordsforsøg og tilbagefald til rusmidler 6 måneder efter afsluttet behandling for borgere, der har gennemført deres behandling. For borgere der har forsøgt selvmord havde 35 % ikke har haft tilbagefald. Den omvendte tendens gør sig gældende for borgere der ikke har forsøgt selvmord, her havde 64 % ikke haft tilbagefald. Ved en test for sammenhæng mellem at have forsøgt selvmord og tilbagefald findes en statistisk sikker forskel (p -værdi $=<0,001$). *Selvordsforsøg 6 måneder efter endt behandling hænger derfor nøje sammen med om eventuelt tilbagefald, for borgere der har gennemført et behandlingsforløb.*

7. Planlagte indsatser under Allorfik i 2022

I 2022 vil de vigtigste indsatser ligge omkring:

- Fortsætte implementering af behandlingstilbuddet til unge
- Videreudvikling af behandlingstilbuddet for voksne
- Ændre efterbehandlingstilbuddet
- 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 (udsat fra 2021 p.g.a coronaepidemien).
- 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 og få godkendt en grønlandsk rusmiddelbehandleruddannelse.
- Starte tilbud til forældre til børn med rusmiddelproblemer i Allorfikcentrene (udsat fra 2021 p.g.a coronaepidemien)
- Starte tilbud til unge opvokset med rusmiddelproblemer i Allorfikcentrene (udsat fra 2021 p.g.a coronaepidemien)
- Styrke behandling af par og familier.
- Gennemføre halvårslige brugertilfredshedsundersøgelser (udsat fra 2021 p.g.a coronaepidemien)

Indsatser, der fortsætter i 2022:

- Tilbyde forebyggelsesprojektet PAS / IKA på begge sprog til skolers ældste klasse og til andre uddannelsesinstitutioner.
- 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, og at bankerne yder finansiell rådgivning til personer i behandling for problemer med pengespil.
- Øge brug af nyere medicinsk behandling ved problemer med alkohol.