

# Afhængighedsbehandling i Grønland

Behandlerperspektiver på det nationale  
behandlingstilbud Allorfik

Sofie Emma Rubin  
Nanna Lund Hansen  
Birthe Eriksen  
Elisabeth Fleischer Henriksen  
Tenna Jensen  
Kamilla Nørtoft



## **Afhængighedsbehandling i Grønland**

Behandlerperspektiv på det nationale behandlingstilbud Allorfik

Sofie Emma Rubin, Nanna Lund Hansen, Birthe Eriksen, Elisabeth Fleischer Henriksen, Tenna Jensen, Kamilla Nørtoft

Internt review: Naja Carina Steenholdt

Grønlandsk oversættelse: Else Jensen

Copyright © 2023

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-617-6

Statens Institut for Folkesundhed

Stu­diestræde 6

1455 København K

[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Rapporten kan downloades fra [www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

# Forord

I 2016 åbnede Allorfik, Videncenter om afhængighedsbehandling, og der findes nu 5 Allorfik behandlingscentre i Grønland, hvor folk med afhængighed af alkohol, hash eller pengespil kan blive behandlet, mens de bliver i eget hjem og i vante rammer.

Denne rapport fokuserer på erfaringer og refleksioner fra Allorfiks behandlere og berører temaer som mødet mellem behandler og borger, erfaringer og værktøjer i behandlingen samt efterbehandling. Desuden sættes resultaterne af undersøgelsen i relation til erfaringer med afhængighedsbehandling blandt andre oprindelige befolkninger rundt omkring i verden, primært i Arktis og Nordamerika.

Rapporten oplister på baggrund af undersøgelsen en række opmærksomhedspunkter, der peger på strukturelle forhold, som kan være barrierer for behandling, behandleres ønsker til, hvad Allorfik skal kunne tilbyde, samt mulige nye perspektiver på behandlingen i fremtiden i form af en opmærksomhed på traditioner og kulturel identitet hos borgere i behandling.

Tak til alle, som har bidraget til undersøgelsen.

God læselyst.

Christina Viskum Lytken Larsen

Morten Hulvej Rod

# Indhold

<b>1 Baggrund</b> .....	<b>8</b>
1.1 Allorfik som behandlingstilbud.....	8
1.2 Flere problemer på én gang .....	10
1.3 Rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger .....	10
<b>2 Metode</b> .....	<b>13</b>
<b>3 Målgruppe og årsager til at opsøge Allorfik</b> .....	<b>15</b>
<b>4 Mødet med borgeren</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Behandling</b> .....	<b>19</b>
5.1 Behandlingsforløbet.....	19
5.2 Motivation hos borgeren.....	20
5.3 Risiko for tilbagefald undervejs i behandlingen .....	22
5.4 Fokus på følelser og identifikation af underliggende problemer .....	24
5.5 Happinesskort.....	25
5.6 Kærlighedsbrusebad.....	26
5.7 Udlån af ord.....	26
5.8 Aktiviteter uden for samtalerummet.....	27
5.9 Fokus på børn og unge borgere i behandling.....	28
5.10 Frygt for stigmatisering ved behandling .....	29
<b>6 Efterbehandling og efterforløbsplaner</b> .....	<b>31</b>
6.1 Efterbehandling .....	31
6.2 Efterforløbsplaner.....	33
<b>7 Udviklingspotentiale</b> .....	<b>34</b>
7.1 Behandling rettet mod unge .....	34
7.2 Faglig udvikling og supervision .....	35
7.3 Aktiviteter for borgerne .....	36
7.4 Kendskab til Allorfik.....	37
7.5 Samarbejde mellem Allorfik og eksterne aktører .....	37
7.6 Allorfik som flerfagligt behandlingscenter for enkeltpersoner og familier .....	38
<b>8 Diskussion</b> .....	<b>40</b>

8.1 MI og KAT som bærende metoder i afhængighedsbehandling .....	40
8.2 Historiske og intergenerationelle traumer.....	41
8.3 Unge – en særlig målgruppe .....	42
8.4 Lokalsamfundsaktiviteter uden rusmidler .....	43
8.5 Kollektiv og holistisk indsats .....	43
<b>9 Opmærksomhedspunkter .....</b>	<b>45</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>47</b>

# Sammenfatning

Center for Folkesundhed i Grønland har i perioden 2022 til 2023 gennemført en kvalitativ interviewundersøgelse om afhængighedsbehandling i det nationale behandlingstilbud Allorfik i Grønland. Undersøgelsen er et delstudie, som fokuserer på behandleres perspektiver.

**Kapitel 1** beskriver baggrunden for undersøgelsen og giver en introduktion til behandlingstilbuddet Allorfik. Herudover gives et overblik over nøgletemaer i den internationale litteratur om afhængighedsbehandling blandt oprindelige befolkning, og til sidst beskrives rapportens formål og rammer.

**Kapitel 2** redegør for metoden bag den kvalitative interviewundersøgelse, herunder begrundelse for valg af analyseprogrammet Nvivo til sortering, strukturering og analyse af data, samt de forskellige trin i de- og rekontekstualiseringen af data. En beskrivelse af og begrundelse for den kollaborative tilgang anvendt i analysen er også beskrevet i dette kapitel.

**Kapitel 3** præsenterer resultatet af interviewundersøgelsen med fokus på *målgruppe* og *årsager til at opsøge Allorfik*. Behandlerne og gruppelederne beskriver målgruppen, der behandles i Allorfik, som en bred og varieret målgruppe. Nogle af borgerne har uddannelse, fast arbejde og mange ressourcer, mens andre står uden for arbejdsmarkedet, ikke har videregående uddannelse og kæmper med mange forskellige problemer i hverdagen. Mange af borgerne har på tværs af socio-økonomiske karakteristika oplevet traumatiserende vilkår og situationer i barndommen. Nogle borgere henvender sig til Allorfik, fordi de er blevet henvist af for eksempel kommunen eller deres arbejdsplads. Andre henvender sig efter eget ønske og initiativ.

**Kapitel 4** præsenterer resultatet af interviewundersøgelsen med fokus på behandlernes *møde med borgeren*. Behandlerne og gruppeledere reflekterer over, hvordan de møder borgeren, og hvilken betydning det har for borgeren og behandlingsforløbet. Det beskriver det som afgørende for det videre behandlingsforløb, at borgeren hurtigt føler sig tryk ved behandleren, og at de får skabt en tillidsfuld relation. Behandlerne lægger desuden vægt på at møde borgeren på en ligeværdig måde, og de bestræber sig på ikke at være dømmende over for borgeren og dennes forskellige valg.

**Kapitel 5** præsenterer resultatet af interviewundersøgelsen med fokus på *behandling*. Følgende temaer bliver beskrevet: *behandlingsforløbet, motivation hos borgeren, risiko for tilbagefald undervejs i behandlingen, fokus på følelser og identifikation af underliggende problemer, happinesskort, kærlighedsbrusebad, udlån af ord, aktiviteter uden for samtalerummet, fokus på unge borgere i behandling og frygt for stigmatisering ved behandling*. Overordnet set foregår behandlingen i Allorfikcentre gennem metoderne Motiverende Samtale (MI) og Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). Herudover beskrives andre specifikke værktøjer, som behandlerne gør brug af i de individuelt tilpassede behandlingsforløb.

**Kapitel 6** præsenterer resultatet af interviewundersøgelsen med fokus på *efterbehandling og efterforløbsplaner*. Efterbehandlingen er tiden efter, at borgeren har gennemført et mindst 10 uger langt behandlingsforløb. Her tilbydes borgeren telefonisk opfølgning efter 4 uger og igen efter 3, 6 og 12 mdr. Efterbehandlingen kan bestå af individuelle samtaler og gruppeforløb og foregår enten over telefon eller som samtaler i Allorfik. Samtalerne har fokus på tilbagefaldsforebyggelse. Interviewundersøgelsen viser, at det er svært at få borgere til at deltage i efterbehandlingen. Efterforløbsplanen er et dokument, der beskriver, hvad der skal ske, efter at borgeren er udskrevet

fra behandling. Kommunen har det formelle ansvar for at lave efterforløbsplaner for borgere, der har været i afhængighedsbehandling. Behandlerne oplever det tværsektorielle samarbejde med kommunen som udfordrende.

**Kapitel 7** præsenterer resultatet af interviewundersøgelsen med fokus på *udviklingspotentialer*. Her præsenteres behandlernes og gruppelederens forslag og idéer til, hvordan Allorfiks tilbud kan udvikles. Der er fokus på følgende temaer: *behandling rettet mod unge, faglig udvikling og supervision, aktiviteter for borgerne, kendskab til Allorfik, samarbejde mellem Allorfik og eksterne aktører* samt *Allorfik som flerfagligt behandlingscenter for enkeltpersoner og familier*. Behandlernes forslag peger i mange retninger, og nogle er umiddelbart mere implementerbare end andre.

**Kapitel 8** udgør diskussionen og indeholder følgende temaer: *MI og KAT som bærende metoder i afhængighedsbehandling, historiske og intergenerationelle traumer, unge – en særlig målgruppe, lokalsamfundsaktiviteter uden rusmidler samt kollektiv holistisk indsats*. I afhængighedsbehandlingen af oprindelige befolkninger er der ikke et tydeligt svar på, hvad der virker. Resultaterne fra denne interviewundersøgelse viser, at Allorfiks behandlere har gode erfaringer med ambulante behandling i en grønlandsk kontekst, men pointerer samtidig vigtigheden af at behandle borgerne så tæt på deres hjem som muligt. Mens forskningslitteraturen på området har en væsentlig opmærksomhed på kulturel identitet og behandlingsindsatser, er dette ikke umiddelbart i særligt fokus hos Allorfik.

**Kapitel 9** er en række opmærksomhedspunkter udviklet på baggrund af behandlernes erfaringer og input samt den eksisterende litteratur på området. Opmærksomhedspunkterne handler om følgende temaer: *målgrupper, metoder og redskaber, aktiviteter for borgere uden for behandlingssituationer, bredere behandlingsfokus samt samarbejde med eksterne sektorer*.

# 1 Baggrund

Brug og afhængighed af rusmidler kan have en række alvorlige sundhedsmæssige og personlige konsekvenser for brugeren og vedkommendes pårørende. Derfor er behandlingen af afhængigheden afgørende for at kunne mindske omfanget af de negative konsekvenser ([www.sum.dk](http://www.sum.dk)). Et rusmiddelproblem kan påvirke brugerens omgivelser og kan gå hårdt ud over forholdet til både partner, familie, venner og lokalsamfund og kan for eksempel resultere i skilsmisse, et dårligt forhold til egne børn, fyring fra jobbet, eller at man ikke kan passe sin skole ([www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)).

Befolkningsundersøgelsen fra 2018 viser, at 42% af voksne i Grønland har et muligt alkoholproblem, mens 17% af mænd og 9% af kvinder i alderen 15-59 år har et regelmæssigt forbrug af hash. Generelt set har flere mænd (43%) end kvinder (38%) et muligt alkoholproblem. Dog findes den højeste forekomst blandt de yngste kvinder i alderen 15-24 år, hvoraf 56% har et muligt alkoholproblem. Den laveste forekomst findes blandt de ældste kvinder på 60 år eller ældre, blandt hvem forekomsten er 23%. Med undtagelse af den yngste aldersgruppe er der en større andel af mænd med et muligt alkoholproblem på tværs af aldersgrupperne (Larsen CVL et al., 2019).

Andelen af borgere med hjemmeboende børn og et muligt alkoholproblem er 39%. Undersøgelser af de sundhedsmæssige konsekvenser af belastninger i barndommen har vist et tydeligt sammenfald mellem belastende forhold i barndommen og forekomsten af selvmordstanker senere i livet (Pedersen & Bjerregaard, 2011; VIVE, 2021). Det samme ses i Befolkningsundersøgelsen fra 2018. Blandt andet er der sammenhæng mellem opvækst med alkoholproblemer i hjemmet og seksuelle overgreb, ligesom vold forekommer oftere i hjem, hvor der også er problemer med alkohol (Larsen CVL et al., 2019).

I alt svarede 7% af deltagerne i Befolkningsundersøgelsen fra 2018, at de på et tidspunkt i livet havde været i behandling for et misbrug af alkohol, hash eller pengespil (Larsen CVL et al., 2019).

Et tværsnitsstudie fra Grønland med data fra 2.189 personer over 18 år blev gennemført fra 2005 til 2010. Her blev problemer med spil, spilleadfærd og traumatiske barndomsoplevelser målt gennem en spørgeskemaundersøgelse. 16% af mændene og 10% af kvinderne i undersøgelsen havde i løbet af deres liv haft problemer med pengespil. Generelt var andelen af personer med spilleproblemer højere i byerne (19%) sammenlignet med hovedstaden Nuuk (11%) og bygderne (12%). Livslange problemer med spil var associeret med social transition, alkoholproblemer i barndomshjemmet og seksuelle overgreb i barndommen (Larsen CVL et al., 2012).

## 1.1 Allorfik som behandlingstilbud

Allorfik – Videntcenter om afhængighed udbyder et gratis nationalt tilbud i Grønland om behandling af borgere med afhængighed af alkohol, hash og pengespil. Allorfik er en enhed under Departementet for Sundhed og blev oprettet på baggrund af *Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*, som beskriver et integreret og forskningsbaseret behandlingstilbud for alkohol- og hashmisbrug samt ludomani (Naalakkersuisut., 2015). I den nationale plan fremgår det,



at behandlingsindsatsen er organiseret ud fra en "stepped care model", hvor udgangspunktet er, at den mest virkningsfulde behandling altid er den, der er mindst indgribende, og ligeledes er den, der gives så tæt på borgerens hjem som muligt. Modellen bygger på:

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

Forud for oprettelsen af Allorfik blev Naalakkersuisut i 2013 pålagt at udarbejde en analyse af behovet for rusmiddelbehandling og en analyse af de samfundsmæssige gevinster ved at indføre et vederlagsfrit rusmiddelbehandlingstilbud. Analysen viser, at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe problemer med rusmidler i Grønland. Ligeledes er der store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt mulighed for at bryde negativ social arv og mindske ulighed i sundhed (Allorfik, 2022; Naalakkersuisut, 2014).

Allorfik blev oprettet d. 1. januar 2016, og ansvaret for behandlingen overgik hermed fra Sundhedsvæsenet til Allorfik. I 2016 og 2017 blev der etableret behandlingscentre i Qaqortoq, Nuuk og Sisimiut, og i 2018 blev centrene i Aasiaat og Ilulissat etableret (Allorfik, 2022). Desuden fik rusmiddelbehandlingen i 2019 egen lovgivning "*Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed*" ("*Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed,*" 2019).

Allorfik varetager konkrete opgaver over for Allorfikcentrene og den samlede behandlingsindsats og varetager samtidig koordinerende og kvalitetssikrende funktioner. Eksempler på kerneopgaver er:

- Varetagelse af Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) og de øvrige databaser; Visitationsdatabasen og Behandlingsdatabasen
- Overvåge og evaluere indsatsen, herunder hvem der bliver henvist, behandlet og efterbehandlet
- Være øverste organ for tværsektoriel koordinering og samarbejde
- Sikre at behandlingen i Allorfikcentrene sker ud fra nyeste viden og "best practise"
- Udarbejde samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling (Allorfik, 2019)

Behandlingen foregår ved ambulant fremmøde 1-5 gange om ugen i en periode på mindst 10 uger (Allorfik, 2021). For den del af befolkningen, der har bopæl uden for byer med et Allorfikcenter, tilbydes behandling i samarbejde med en privat udbyder – pt. Katsorsaavik Nuuk. Her består behandlingen af Minnesota/CENAPS-metoden som dagbehandling 5 timer dagligt i 6-8 uger (Allorfik, 2021). Det betyder, at borgeren rejser fra sit hjemsted og er i Nuuk, mens behandlingen foregår. Fælles for begge behandlingstilbud er, at borgerne tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb, og der tilbydes også pårørendebehandling.

Den seneste af Allorfiks årsrapporter (Allorfik, 2022) viser, at alkohol fortsat er den hyppigste afhængighed, der søges behandling for. Således havde 622 borgere ud af de 948 borgere, der i 2021 blev færdigvisiteret til behandling, et alkoholproblem svarende til et storforbrug, et skadeligt forbrug eller en stærk afhængighed. 234 borgere havde problemer med hash svarende til et potentielt problem eller svær afhængighed, og 82 borgere havde et spilproblem eller spilafhængighed. Derudover ses en tendens til, at flere borgere har problemer med flere rusmidler samtidigt. Denne tendens gjaldt også i 2020 (ibid.).

### 1.2 Flere problemer på én gang

Generelt dokumenterer Allorfiks årsrapporter, at mange borgere i rusmiddelbehandling har mere end ét problem. Ud over deres eget rusmiddelproblem er de ofte opvokset i hjem, hvor familiemedlemmer har eller har haft problemer med rusmidler eller psykisk sygdom, og de er ofte opvokset i hjem, de selv angiver som værende kaotiske (Allorfik, 2018, 2019, 2020a, 2021, 2022). Den seneste årsrapport (Allorfik, 2022) viser desuden, at borgere med rusmiddelproblemer har forskellige problemer relateret til deres helbred. 25% af de behandlede borgere angav at have været i behandling på grund af psykiske problemer, og 23% angav at have været behandlet for fysiske helbredsproblemer. Dog viser rapporten, at de borgere, der har gennemført et behandlingsforløb, i højere grad oplever, at deres livskvalitet og trivsel er steget 6 måneder efter endt behandling sammenlignet med livskvaliteten/trivslen ved behandlingsstart. Samme positive effekt af behandlingen ses også i forhold til alvorlige selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Rapporten viser også, at 25% af de behandlede borgere ved behandlingsstart svarede, at de i løbet af deres liv havde modtaget en dom i retssystemet. Knap 12% af borgerne angav at have kriminalitetsproblemer ved behandlingsstart, og denne andel faldt til 5% et halvt år efter afsluttet behandling. Behandlingen ser således ud til at have en positiv effekt for borgere med kriminalitetsproblemer (Allorfik, 2022).

I forhold til uddannelse viser den seneste årsrapport, at 59% af de behandlede borgere (N=577) ingen uddannelse havde efter folkeskolen, 36% havde en erhvervsuddannelse, og 5% havde en videregående uddannelse. En del borgere i behandling er uden for arbejdsmarkedet (13%). Disse borgere er enten hjemmegående, pensionister, studerende, arbejdsløse eller modtagere af sociale ydelser. 87% af de behandlede borgere har tilknytning til arbejdsmarkedet enten som lønmodtagere (80%) eller som selvstændige (7%) (Allorfik, 2022).

Selvom mange borgere oplever en positiv effekt af behandlingen, har en del med rusmiddelproblemer behov for at komme i behandling flere gange. Omkring halvdelen (51%) af de behandlede borgere i Allorfik i 2021 har således tidligere været i behandling én eller flere gange (Allorfik, 2022).

### 1.3 Rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger

I inuitforståelser af universet er det enkelte menneske ikke i centrum. Personen er blot en enhed i en verden af magtfulde kræfter, som søger sundhed gennem opnåelse af den bedste balance blandt kræfter i verden omkring personen (Kirmayer et al., 2011). Novins et al. (2011) argumenterer for, at det er afgørende for udviklingen af rusmiddelbehandling at inkludere lokalsamfundsværdier i klinisk praksis samt at producere evidens for effekterne. Mange kulturelle interventioner i rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger er designet til at foregå i en

specifik kulturel kontekst og indeholder ofte komponenter som spiritualitet, kulturel identitet m.m. Deltagelse i disse traditionelle og kulturelle aktiviteter fremhæves som vigtige i behandling af afhængighed (Saboo, 2023), og det tyder ifølge Rowan et al. (2014) på, at kulturbaserede interventioner forbedrer klienters funktionsniveau på en holistisk måde og reducerer brug af rusmidler i de fleste tilfælde (Saboo, 2023).

Et litteraturstudie fra 2017 (Andersen et al., 2017) undersøgte, hvilken behandling der bør tilbydes oprindelige folk, der har problemer med alkohol (alcohol use disorder). Det fremgår ikke tydeligt, hvilke oprindelige befolkningsgrupper der indgår i studiet, men søgeordene inkluderer: *Inuit, aborigine, Australian aborigine, native American, Indian og South American*. Studiet peger på, at fællesskabsdrevne tilgange, korte interventioner, kulturelle traditioner og healingmetoder, native identity, sundhedsoplysning, involvering af lokale i behandlingen, ambulante behandling og naltrexone som medicinsk behandling er de vigtigste elementer i forebyggelse og behandling af mennesker med alkoholproblemer og baggrund i oprindelige befolkningsgrupper. Litteraturstudiet fandt desuden, at konventionel vestlig behandling, som for mild alkoholaafhængighed indbefatter kognitiv adfærdsterapi (KAT) og miljøbaseret terapi med fokus på alkoholrelaterede problemer, socialt netværk og hjælp til selvhjælp i støttegrupper, ikke tyder på at være effektiv i behandlingen af mennesker med oprindelig befolkningsbaggrund. De argumenterer for, at der i konventionel vestlig behandling mangler forståelse for den specifikke kultur og syn på helbredelse. Studiet konkluderer, at der mangler forskning af høj kvalitet på området, og at der især mangler viden om skræddersyet behandling af alkoholproblemer til oprindelige befolkningsgrupper (Andersen et al., 2017). Et nyere randomiseret kontrolleret studie, som sammenligner standardbehandling med Motiverende Samtale og lokalsamfundsbaseeret til rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger i Nordamerika, har fundet, at der ingen signifikant forskel var i effekten af de to behandlingstilgange (Venner et al. 2021). Deres resultater kan således ikke bakke op om Andersen og kollegaers konklusion om, at standardbehandling ikke tyder på at være effektiv blandt oprindelige befolkninger (Andersen et al. 2017). Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er ikke velundersøgt som behandlingsmetode blandt oprindelige befolkninger, men den Motiverende Samtale (MI) har i flere studier vist sig at være effektiv (Andersen et al., 2017; D'Abbs et al., 2013; Komro et al., 2017; Venner et al., 2021).

Et litteraturstudie fra 2019 undersøgte, hvilke faktorer der har betydning for tilbagefald. Studiet konkluderer, at self-efficacy – individets tro på egne evner – faktorer relateret til meningen med livet samt spiritualitet er beskyttende faktorer i relation til tilbagefald (Slidrecht W et al., 2019). Meget behandling af alkoholaafhængighed foregår ambulante, men det ikke vides, om dette har den bedste effekt (Andersen et al., 2017). Et studie af Campbell et al. (2015) undersøgte en webbaseret tjeneste (TES) til brug i rusmiddelbehandling for Native Americans og Alaska Natives. Metoden blev vurderet til at være brugbar, men ville med fordel kunne tilpasses til den lokale kultur for at forbedre modtagelsen af tjenesten (Campbell et al., 2015).

I relation til rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger påpeger litteraturen ofte kollektive, historiske og intergenerationelle traumer som en vigtig faktor. Sammenlignet med andre befolkningsgrupper oplever denne gruppe den største forekomst af seksuel og fysisk misbrug og forsømmelse (BigFoot, 2007; Saboo, 2023), hvilket senere i livet kan medføre reaktioner som depression, angst, selvmordstanker, tab af kulturel identitet m.m. (Brave Heart, 2003). Anvendelsen af rusmidler kan blive en måde at tackle disse traumer på (Gone, 2009; Saboo, 2023).

Der ses blandt oprindelige befolkninger et anderledes drikkemønster end i vestlige majoritetsbefolkninger (Andersen et al., 2017). Problematisk brug af alkohol ses ofte blandt meget unge mennesker, og i nogle lokalsamfund er druk en social norm (Matamonasa-Bennett, 2017). Et studie af Kulis & Brown (2011) undersøgte unge menneskers strategier til at afvise rusmidler og fandt, at American Native unge i modsætning til undersøgelsens majoritetsunge, prioriteres forskellige strategier fra passive og nonverbale strategier som for eksempel at foregive brug af rusmidlet (Kulis & Brown, 2012).

I afhængighedsbehandlingen af Native Americans, Alaska Natives og Australske Aboriginals, går fokus på kulturel identitet og historisk arv igen (Andersen et al., 2017). Vigtige elementer, som har betydning for at komme videre efter en problematisk afhængighed, er hjælp fra Elders<sup>1</sup> og genopbygning af individers individuelle og kulturelle identitet. I nogle lokalsamfund fremhæves tidligere alkoholafhængige som rollemodeller, der tager ansvar for kulturens overlevelse (Matamonasa-Bennett, 2017).

Forebyggelse af problematisk rusmiddelbrug i lokalsamfund bestående af oplysende aktiviteter og promovning af fornøjelige alkoholfri aktiviteter kan modvirke kedsomhed og styrke empowerment (Jainullabudeen et al., 2015; Komro et al., 2017). Flere studier med fokus på lokalsamfund i afhængighedsbehandling viser desuden, at en oplevelse af lokalt fællesskab og tilhørsforhold er effektive strategier i forhold til at opnå empowerment (Etz et al., 2012; Whitesell et al., 2012; WHO, 2006).

## **Formål**

Formålet med denne rapport er at undersøge erfaringer fra behandlingen af borgere med problemer med alkohol, hash og pengespil blandt behandlere og gruppeledere fra Allorfik. Som beskrevet ovenfor tager Allorfiks behandlingsmetoder udgangspunkt i individet frem for i den specifikke kulturelle kontekst. Det fremgår af andre studier af rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger, at der er forskellige erfaringer med, hvad der virker bedst i relation til inddragelse af lokal og kulturspecifik kontekst. Vi vil derfor diskutere vores undersøgelse af erfaringer blandt Allorfiks behandlere i relation til førnævnte studier.

Denne undersøgelse er udarbejdet i 2022 og 2023 og er planlagt og gennemført i et samarbejde mellem Allorfik og Center for Folkesundhed i Grønland, Syddansk Universitet. Center for Folkesundhed i Grønland leder projektet og står for studiets afvikling, fremdrift og afrapportering af resultaterne.

I rapporten beskrives først undersøgelsens metoder i forbindelse med generering og analyse af data. Herefter fremlægges resultaterne i en struktur, der følger borgerens vej gennem behandlingen med fokus på grunde til at gå i behandling, mødet mellem borger og behandler, selve behandlingen, efterbehandling og efterforløb. Herefter diskuteres resultaterne i relation til andre studier af afhængighedsbehandling blandt oprindelige befolkninger, og en række opmærksomhedspunkter tegnes op.

---

<sup>1</sup> I en Nordamerikansk kontekst er ældre mennesker, som rådgivere og sparringspartnere på forskellige områder en institution med en særlig status og respekt fra lokalsamfundet. Dette markeres i tekst ved at skrive Elders med stort begyndelsesbogstav.

## 2 Metode

Resultaterne i denne rapport er baseret på individuelle semistrukturerede interviews med 10 behandlere samt 6 gruppeledere fra Allorfiks behandlingscentre i Ilulissat, Sisimiut, Qaqortoq, Aasiaat og Nuuk. Undersøgelsen belyser derfor kun behandlingen fra et behandlerperspektiv. Et studie af brugerperspektivet er igangsat og forventes at være klar i starten af 2024. Interviewene er blevet udført af dobbeltsprogede videnskabelige assistenter eller studentermedhjælpere i perioden forår 2022 til forår 2023. Interviewene er gennemført på den interviewedes foretrukne sprog. Alle informanter har modtaget information om projektet og har underskrevet samtykkeerklæring. Interviewene er blevet lydoptaget, transskriberet og tematisk kodet i programmet Nvivo. Alt interviewmateriale anvendt i rapporten er anonymiseret. Projektet er anmeldt til og godkendt af Videnskabsetisk Udvalg i Grønland.

Interviewene fulgte interviewguides udarbejdet af projektgruppens forskere. Der er anvendt forskellige interviewguides til behandlere og gruppeledere. Dog er det kun enkelte spørgsmål, der adskiller de to interviewguides fra hinanden. Interviewene fokuserer på behandling – herunder faglige og personlige kompetencer i arbejdet, aktiviteter i behandlingen, håb for borgerens behandlingsforløb, reaktioner på endt behandling, hverdagen under og efter et behandlingsforløb, succeskriterier for behandlingen, efterforløbsplan m.m. I interviewguiden til gruppelederne er der desuden spørgsmål relateret til ledelse – herunder motivationen for at være leder samt værdier i arbejdet. Begge interviewguides tager udgangspunkt i Allorfiks metoder og tilrettelæggelse af behandling.

Interviewene giver indsigt i behandlere og gruppelederes erfaringer i arbejdet med borgere, der er i et rusmiddelbehandlingsforløb ved Allorfik. Fordelen ved individuelle interviews er, at de er særligt velegnede til eksplorative studier, til at skabe indsigt i den enkeltes livsverden og erfaringer samt i, hvordan den enkelte tænker, taler og argumenterer i forhold til specifikke problemstillinger (Brinkmann & Tanggaard, 2010).

Citaterne i rapportens resultatafsnit er ikke markeret med, om det er en behandler eller en gruppeleder, som har udtalt sig. De direkte oversatte citater er bearbejdet til dansk talesprog.

### Analyse

Analyseprogrammet NVivo blev anvendt til at sortere og strukturere data, hvilket har givet et overblik over den genererede empiri. Programmet gør det muligt at kode tekststykker under temaer (dekontekstualisering), hvorefter datamaterialet sammensættes på ny igen, f.eks. på baggrund af nogle overordnede kategorier (rekontekstualisering) (Kvale & Brinkmann, 2015).

De- og rekontekstualiseringen er sket trinvist gennem fem trin:

**Trin 1** bestod i at læse det transskriberede materiale igennem og derved få et overblik over og en forståelse for interviewene som helhed.

**Trin 2** bestod i at organisere datamaterialet, så meningsbærende enheder blev identificeret og kategoriseret. Her var der fortsat opmærksomhed på ikke at tilføje mening til teksten.

**Trin 3** bestod i at gennemgå de meningsbærende enheder på baggrund af de identificerede kategorier samt vurdere, hvorvidt nogle af disse kunne slås sammen. På baggrund af de identificerede meningsbærende enheder blev overordnede temaer/koder bestemt (se tabel 1).

**Trin 4** bestod i en udvælgelse af eksemplariske citater for forståelsen af behandlingen i Allorfik. Disse citater blev bundet sammen til en deskriptiv tekst, som afspejler behandlingsforløb fra start til slut.

**Trin 5** bestod i en vurdering og diskussion af interviewundersøgelsens resultater i forhold til andre undersøgelser af afhængighedsbehandling blandt oprindelige befolkninger.

Samarbejde i kodningsprocessen kan hjælpe til systematik, klarhed og gennemsigtighed i analysen og sikre troværdighed og konsistens i kodningen (Cornish et al., 2013). I den kvalitative analyse af interviewmaterialet er de fire første trin blevet gennemgået i fællesskab af to af rapportens forfattere for at kunne diskutere potentielle modstridende forståelser og fortolkninger, for til sidst at komme frem til en fælles forståelse. En tredje forfatter har været med i trin 2-5. Således er analysen foregået som en kollaborativ proces, hvilket har styrket perspektiver og fortolkninger i analysen og har givet mulighed for at få nye idéer undervejs gennem hinandens forskellige perspektiver.

**Tabel 1. Oversigt over koder**

Primærkoder	Sekundærkoder
Behandlerbaggrund	
Behandlingsstruktur	Efterforløbsplan Forebyggelse Tilbagevendende/gengangere
Borgerbaggrund	
Borgerudfordringer	Relationer
Debriefing	
Det bedste ved arbejdet	
Efterbehandling	Behandler Borger
Holistisk tilgang	Årsager til forbrug
Hvad virker	
Allorfik vs. andre behandlingsmuligheder	
Motivation i behandling	
Mødet med borgeren	Allorfik som livline Fordomme Forestillinger om Allorfik
Tilpasning af værktøjer	
Transition til endt behandling	
Udfordringer ved arbejdet	
Udvikling af Allorfik	
Værdier	

# 3 Målgruppe og årsager til at opsøge Allorfik

I indledningen er forskellige socioøkonomiske markører for borgerne i Allorfik beskrevet. Vi har dog også spurgt behandlere og gruppeledere om, hvem der henvender sig til Allorfik. De fleste svarer, at det er borgere fra alle samfundslag, som er i afhængighedsbehandling. Det kan være borgere, som er ansat i høje stillinger og har mange ressourcer, men det kan lige så vel være folk, som står uden for arbejdsmarkedet og har få ressourcer.

*Det gør alle! Det kan lige fra være ledere og alle mulige i offentlige eller private institutioner, det kan være hjemløse, som sover på sofaen rundt omkring, folk på herberget eller kassedamen fra Brugsen.*

Én af de interviewede kommer dog med et eksempel på en gruppe, der ikke henvender sig til Allorfik på trods af et højt alkoholforbrug:

*Det gør alle simpelthen – altså dem, der ikke kommer, er de danske håndværkere, som ellers drikker rigtig meget.*

De borgere, der henvender sig til Allorfik, kan både være brugere og pårørende til rusmiddelbrugere.

*Dem, der kommer til Allorfik er meget forskellige. De kan være embedsmænd, de kan have en høj stilling, eller også kan de være arbejdsløse eller hjemløse. Jeg plejer at sige, at det er meget bredt. Det kan være hvem som helst. Det kan være familiemedlemmer til rusmiddelbrugere. Vi arbejder også med pårørende.*

Én behandler nævner, at det kan være hårdt, hvis man for eksempel har et barn, en forælder eller en samlever, der er rusmiddelbruger. Derfor tilbydes der ikke kun behandling til borgere med et rusmiddelforbrug, men også til pårørende til en rusmiddelbruger. Mange pårørende har det svært og er i tvivl om, hvad de skal gøre. Som pårørende kan man få undervisning sammen med andre pårørende i Allorfik, eller man kan få et individuelt tilbud. Der undervises i, hvad afhængighed er, og hvordan den påvirker hele familien. Deltagerne får mulighed for at tale om de svære følelser, man oplever, når man er pårørende til én, der har en afhængighed. Deltagerne får også øvelser og gruppearbejde (Allorfik, 2020c).

Der kan være forskellige årsager til, at borgere henvender sig til Allorfik. Nogle kan være henvist fra kommunen eller andre offentlige instanser, og andre kan henvende sig personligt på eget initiativ.

*Borgerne er meget forskellige. Det kan være nogen, som er henvist af kommunen, eller gravide, som er henvist af Tidlig Indsats. Når de er rusmiddelbrugere, ønsker de så vidt muligt at komme sammen med deres samlever, hvis de begge er brugere. Her kommer også unge, der går på gymnasium. Det er meget forskelligt. Der er en lille del af borgerne her, der er velfungerende og uddannede. Det er oftest dem, der bliver hurtigt færdige, fordi de blot lige har brug for nogle redskaber. Det er ikke socialt udsatte, socialt udfordrede eller folk uden uddannelse. Sidstnævnte er der er flest af.*

*De vil have hjælp, det er virkelig, "jeg har brug for hjælp". Vi er faktisk også... vi oplever også at folk kommer og siger, "jeg har ikke nogle rusmiddelproblemer, men jeg har rigtig meget brug at snakke med nogen". Ja, men det er ikke her, men det er jo svært at afvise folk.*

I nedenstående citat fortæller en behandler om de forskellige årsager til, at folk henvender sig til Allorfik, og at personens motivation for at være i behandling i høj grad afhænger af, om personen er blevet henvist eller har henvendt sig på eget initiativ. Det bliver også beskrevet, at Allorfik bliver positivt omtalt, og at det positive omdømme ofte er årsagen til, at folk henvender sig. I andre tilfælde kan henvendelsen ske, fordi det er den eneste mulighed, borgeren har for at tale med nogen.

*Nogle hører, at behandlingen her er meget god: "Vedkommende fortalte, at Allorfik er meget godt", "Vedkommende sagde til mig, at hvis jeg ikke vil henvende mig til Allorfik, så vil vedkommende slæbe mig hertil". Det kan være familiemedlemmer, venner eller kolleger, som anbefaler Allorfik. Eller de kan være henvist fra arbejdspladsen eller gymnasiet. Borgerne fra Aasiaat opmuntrer deres venner og familie ud fra det, de har hørt: "Du får det at se, du vil ikke fortryde, det er rigtig godt".*

Én behandler beskriver, hvordan det positive omdømme kan sprede sig på bestemte arbejdspladser og medføre, at der i en periode kommer mange fra samme arbejdsplads:

*"Jeg er der, det er meget godt, bla bla bla." Så begynder folk at komme derfra for eksempel taxachauffører. Så kommer her taxachauffører i en bestemt periode.*

Det tyder på, at det at være i behandling ved Allorfik tidligere har været forbundet med noget skamfuldt, og at det har været noget, man har holdt for sig selv, hvorimod det begynder at blive mere normalt, at man fortæller ærligt om sit rusmiddelforbrug.

Flere behandlere nævner, at størstedelen af de borgere, der henvender sig til Allorfik, har problemer med rusmidler og ønsker en form for forandring i deres liv. De beskriver også, at der kan være borgere, der henvender sig uden af have problemer med rusmidler, men at de blot ønsker at have en samtale eller ønsker hjælp til personlig udvikling.

*Vi oplever også nogle, som kommer og ønsker personlig udvikling. Det sker dog sjældent, at der kommer borgere, som ikke bruger rusmidler, men som kommer bare for at få en samtale.*

Karakteristisk for de borgere, der henvender sig til Allorfik, er også, at der er mange, der har oplevet vanskeligheder og har traumer fra deres barndom.

*Der er flere borgere, der har haft vanskeligheder i deres barndom. Dem, som har fået traumer, og som bare har videreført levemåden fra barndomserfaringerne. Selvfølgelig er der også nogle, som fungerer godt, og de er de letteste at behandle. Men der er flest, som har haft ubehagelige og traumatiske oplevelser i deres barndom.*



# 4 Mødet med borgeren

Når behandlerne og gruppelederne i undersøgelsen er blevet spurgt om, hvad der er vigtigt for dem i mødet med borgeren, har de alle tanker og refleksioner om den måde, de møder borgeren på, og hvilken betydning det har for borgeren og dennes behandlingsforløb. De fleste har fokus på at få skabt god kontakt med borgeren fra begyndelsen. Relationen mellem behandler og borger skal være baseret på tryghed og tillid. Tilliden indbefatter også en fortrolighed om det, der bliver talt om i behandlingsforløbet.

*Det vigtigste er, at man får en kontakt og får vedkommende til at føle sig velkommen. Man skal være tillidsvækkende: "Du er i trygge hænder", og man skal få borgerne til at føle, at de er i et safe space. De skal kunne føle, at det handler om dem. De skal føle, at de er velkomne.*

*Når jeg starter, er det meget vigtigt for mig, at vi har gensidig tillid til hinanden, og at jeg er pålidelig for dem. Vi fremhæver hele tiden, at det, der bliver snakket om, forbliver i samtalerummet. De skal ikke være bange for, at de kan høre det, de har fortalt om, andre steder.*

*Det er vigtigt, at man møder dem, at de føler sig forstået, og at man er imødekommende og ikke er dømmende, at man er omsorgsfuld, at de mærker, at der er et menneske, der virkelig vil dem det godt. For hvis man møder sådan et menneske, har man sgu også lyst til at komme igen.*

Andre har fokus på, hvordan forforståelse kan have en betydning i mødet med borgeren. De fleste steder i Grønland er der stor sandsynlighed for, at behandleren på den ene eller anden måde har kendskab til de borgere, der er i behandling i Allorfik. Dette kan for både behandleren og borgeren medføre flere etiske dilemmaer. En behandler fortæller, hvordan vedkommende forholder sig til dette:

*Man skal være nulstillet. Nogle gange kommer der nogen, som vores bekendte kender, og for mig er det vigtigt, at man ikke skal have fordomme. Hvis vi behandlere ikke er nulstillet, kan vores samarbejde med borgerne gå skævt. Så kan kommunikationen blive anderledes.*

Én behandler fortæller, at den initierende kontakt og den positive relation til borgeren har betydning for, om borgeren kommer igen efter første møde. At få skabt en god relation til borgeren hurtigt påvirker således borgerens lyst til at komme igen og øger sandsynligheden for, at borgeren fortsætter i behandling:

*Kontakten er vigtig for, at borgerne kommer igen efter første, anden, tredje samtale eller bliver ved med at synes, at det er værdifuldt at komme. Det er vigtigt for, at borgerne kan mærke, at vi her i huset vil dem det bedste, og vi vil hjælpe dem.*

Hvis der ikke er fuld tillid mellem borger og behandler, kan borgeren lyve om sit rusmiddelforbrug, fordi vedkommende tror, at behandleren forventer, at vedkommende i behandling reducerer sit forbrug eller stopper helt. Dette beskrives som værende en barriere for, at behandlingen virker.

*Vi håber jo det bedste for borgeren, men hvis de har drukket i weekenden, så forstår vi også godt, at det er sket, og det er okay. Så prøver vi noget andet næste gang. Men borgeren kan have dårlig samvittighed over det: "Nu har vi haft samtaler i tre uger, og det gik lige så godt – og så faldt jeg i". Hvis vedkommende så lyver om det fremadrettet, fordi vedkommende tror, at vi i Allorfik har en forventning om, at de stopper eller reducerer forbruget, så er det bare svært at lave en behandling, der virker.*

I et andet interview beskrives det også, at tillid er en vigtig faktor, og at det kan være svært at hjælpe borgeren og få skabt en god relation, hvis borgeren ikke er ærlig over for behandleren om sit rusmiddelforbrug:

*Det er svært, når borgernes samarbejdsvilje er lille. Jeg oplever det ikke hos 'mine', men vi kan komme ud for nogle, der drikker sig fulde hele tiden eller stadigvæk ryger hash, selvom de er under behandling, og at de lyver om det. Her begynder man at kunne se, at de ikke er ærlige mod sig selv og ikke har viljen til at gøre noget ved afhængigheden.*

Det beskrives som essentielt for, at borgeren opnår effekt af behandlingen at skabe et rum, hvor borgeren føler sig tryk til at kunne åbne op for svære og følsomme samtaler. Desuden beskriver flere, at det trygge behandlingsrum skaber et godt fundament for åbenhed og for samarbejdet mellem behandler og borger i forløbet. Flere beskriver desuden, at det er vigtigt at møde borgeren i øjenhøjde og uden at pege fingre ad vedkommende:

*Vi skaber en alliance, så borgerne føler sig trygge og føler, at det ikke er et farligt sted. Man kan mærke, at det kan fylde meget for borgerne at blive peget på. Jeg prøver så vidt muligt at understrege, at påpegnings ikke bliver brugt her, at det er vigtigt at samarbejde med hinanden, samt at vedkommende selv skal beslutte, om vedkommende vil bruge eller ikke vil bruge de redskaber, som vedkommende har fået. Nogle føler sig ikke parate efter at være startet i behandling. Hvis vedkommende kommer til at føle det på et tidspunkt, så har vedkommende lov til at sige det. Hvis vedkommende føler, at vi ikke har en alliance, og at vedkommende har svært ved at forstå det, så skal vedkommende sige det, så jeg kan sige det videre til mine kolleger.*

Flere fortæller desuden, at forholdet mellem behandleren og borgeren skal være ligeværdigt:

*Vi mødes som ligeværdige mennesker. Ingen af os er lavere eller højere end den anden.*

# 5 Behandling

Behandlingen i Allorfikcentrene foregår primært gennem metoderne Motiverende Samtale (MI) og Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). MI er en evidensbaseret samtalemethode, der styrker den indre motivation til forandring. Den professionelle anvender empatiske samtaleteknikker til at styre samtalen, så hovedpersonen får et trygt rum til selv at tale om – og få overblik over – sine egne tanker og idéer i forhold til en potentiel forandring. MI blev først beskrevet i starten af 80'erne af den amerikanske psykolog William Miller og blev oprindeligt udviklet inden for misbrugsområdet som en metode til at motivere mennesker til at gå i behandling uden brug af overtalelse (Haren & Foss). MI er en interviewmetode med 'egen værktøjskasse', der fokuserer på motivation, og som bruges i mange forskellige behandlingsforløb og i store dele af verden (Miller & Rose, 2009). Metoden tager udgangspunkt i individet og tilpasses således individuelt i hvert behandlingsforløb. I behandlingen indgår også andre specifikke værktøjer, som den enkelte behandler gør brug af sammen med borgeren i behandling, og forskellige typer af aktiviteter uden for samtalerummet kan ligeledes indgå. KAT er en behandlingstilgang, som dækker over forskellige elementer – herunder eksempelvis MI, psykoedukation og læring af strategier relateret til at handle hensigtsmæssigt i risikosituationer. I KAT bliver negative eller ikkegivende tanker og adfærd undersøgt, og den gensidige påvirkning mellem tanker, følelser og kropsfornemmelser tillægges en central betydning for adfærden (McHugh et al., 2011).

## 5.1 Behandlingsforløbet

Det ti uger lange behandlingsforløb er beskrevet, så hver enkelt behandler ved, hvad der skal ske til hver eneste samtale, hvordan borgeren oprettes i journal- og registreringssystemet, hvornår partnere og/eller familie skal inviteres med ind i behandlingen osv. Helt overordnet ser forløbet således ud:

Uge 1	Forsamtaler og visitationssamtaler
Uge 2	Motivationssamtaler
Uge 3	KN-ASI, målformulering og samarbejdsaftale
Uge 4	Planlægning ud fra Happiness-kort og første valgte emne
Uge 5	Andet emne og trepartssamtale m. kommune/arbejdsgiver/lignende
Uge 6	6-ugers KN-ASI og emne 3 og 4
Uge 7	Parsamtale og emne 5

Uge 8	Familiesamtale og emne 6
Uge 9	Parsamtale og emne 7
Uge 10	Afslutningssamtale og beredskabsplan

Selvom hele forløbet er beskrevet i den overordnede behandlingsplan, skal der laves en individuel behandlingsplan for hver enkelt borger i behandling hos Allorfik. Individuel tilpasning er afgørende for, at behandlingen har en chance for at være en succes. Alle behandlere følger den overordnede plan, men det er lidt forskelligt, hvor detaljeret den bliver fulgt. En behandler forklarer således:

*Jeg er begyndt at følge det nye behandlingsforløb til punkt og prikke. Jeg fik pludselig tid til det, og så kunne jeg f.eks. udvikle vores værktøjer og finde ud af, om de er egnede, og hvilke evner jeg har. Jeg kan tage kommunikationsmetoden som eksempel. Den er jeg specielt interesseret i. Hvis vores værktøjer og evner er egnede for borgerne, så udvikler vi dem. Sådan er min arbejdsmetode. Metoderne må tilpasses til borgerne, så vi ikke giver dem nogle helt uegnede ting.*

En anden behandler forklarer, hvordan hver eneste behandlingsforløb individualiseres efter den borger, der er i behandling:

*Vi har vores behandlingsplan og vej at gå. Nogle gange følger man den fra ende til anden, og andre gange kommer der nogle ting, som borgerne har brug for at snakke om undervejs.*

## 5.2 Motivation hos borgeren

Med udgangspunkt i hver enkelt borgers situation og ønsker skal behandler og borger sammen nå omkring specifikke emner og faser på nogenlunde fastsatte tidspunkter i forløbet. Der arbejdes hele tiden med borgerens motivation, og behandleren forsøger at lytte og forstå borgerens perspektiver på vedkommendes afhængighed og livssituation i det hele taget og at hjælpe borgeren med at træffe valg og handle på baggrund af motivation. Borgerens motivation for forandring er således en grundpille i behandlingen, og derfor er behandlerne også meget optaget af netop dette i interviewene. En behandler forklarer, hvor vigtig motivation hos borgeren er:

*Når man har en stor vilje til forandring, er det en lettelse. Når man herinde (peger på brystet) har besluttet: "Jeg vil ikke være rusmiddelbruger mere". Det er dem, som har det sådan, der tager de letteste skridt i behandlingen.*

Flere behandlere beskriver i interviewene, hvordan der er forskel på indre og ydre motivation. Forskellen ligger blandt andet i, hvilke årsager der ligger til grund for, at borgeren har opsøgt behandling hos Allorfik:

*Nogle gange kan man næsten opgive på borgerens vegne, men vi oplever det sjældent. Borgeren kommer til en situation, hvor vedkommende må ændre noget og henvender sig derfor her. Dem, som kommer fra deres arbejdsplads eller blev sendt af deres samlever – deres motivation kan have en tendens til at falde.*

*Når man er blevet henvist fra socialforvaltningen, så kan de føle, at de er ved at blive til en fiasko, fordi de selv ikke har ønsket det. Og dem, der kommer på baggrund af deres egen fri vilje, de er også meget anderledes.*

*Vi kigger jo meget på, om der er indre eller ydre motivation, og mange er faktisk ydre motiveret. Der er nogen, som har sendt dem. Kommunen eller samleveren eller nogen andre: "Min kæreste går fra mig, hvis jeg ikke kan holde op med at ryge hash". Den er jo meget klassisk. Men nogen er jo også der, hvor de vil leve et andet liv. Og det er dem, der er nemmest at have med at gøre. "Jeg vil ikke det her mere. Jeg kan godt se, det ikke er godt for mig". Dem, der er sværest, er faktisk dem, der er sendt af lægen, som siger: "Hvis du ikke holder op med at drikke, så dør du". De er fandme svære, fordi de har ikke noget liv uden alkohol. Du kan jo se på lungeafdelingen, at dem, der har lungekræft, de ryger stadigvæk. De er fandens afhængige af det lort. Altså virkelig afhængige.*

Flere behandlere lægger vægt på, hvordan borgeren har det indeni, hvilket ikke altid er samme holdning og følelse, som borgeren udtrykker verbalt. Når borgere kommer til Allorfik, fordi andre mener, at det er en god idé, uden at de selv er klar til store forandringer, kan det have en negativ indvirkning på motivationen og sandsynligheden for at gennemføre behandlingen og komme ud af afhængigheden. Det fremgår af nedenstående citater, at denne oplevelse er almindelig blandt behandlerne:

*Selvom borgerne har haft et langt forløb, så plejer det at mislykkes her, hvis de ikke har besluttet det helt herinde (peger på brystet) og virkelig føler den beslutning. Jeg tror, at det afgørende er, om det virkelig er en følelse og ikke blot er noget, de siger.*

*Jeg oplevede en ældre, som har været her flere gange, fordi vedkommendes nære familie har krævet det, og der skete nøjagtig det samme hver gang: "Endelig føler jeg mig måske klar til det." Det er meget vigtigt, at man kommer af sin egen fri vilje.*

*De fleste er meget dedikerede – Allorfik er et sted, hvor de vil opnå noget, og hvor de henvender sig for at ændre på noget. Dem, der bliver henvist hertil, er anderledes – deres motivation er ydre motivation. At det ikke er deres indre motivation, er mærkbart.*

Flere behandlere fortæller i interviewene, hvad de gør, når de skal arbejde med borgeren omkring opnåelse af indre motivation, hvis den ikke er til stede i høj grad:

*Hvis borgeren er blevet henvist af sin arbejdsplads, spørger vi: "Hvorfor har din arbejdsgiver henvist dig? Hvad er der sket?". Det kommer vi lidt ind på, og så fortæller vi, at det er borgeren selv, der skal afgøre, om vedkommende vil i behandling. Lige her stiger motivationen hos borgeren en anelse. Det har været en fordel for borgeren, som kan se, at der er flere ulemper ved at være rusmiddelbruger. Så begynder vedkommende at forestille sig at stoppe eller mindske forbruget, og her bliver borgeren mere motiveret for at lave en ændring – det er lige præcis den indre motivation, vi prøver at trække frem hos borgeren.*

*Når vi kan høre, at de er meget ydre motiveret, stiller vi nogle spørgsmål, som prøver at pejle dem i retning af den indre motivation. Kender vi til, hvilke værktøjer vi kan bruge for og få ham eller hende presset mod den indre? Det er det, vi ved, der virker.*

*I starten af behandlingen er der meget motivationssnak, og hvis de får et slip eller tænker: "Aaah – vil jeg nu egentlig det her?" eller "Måske er det ikke så vigtigt for mig, så jeg stopper". Så kan man gå tilbage og snakke om: "Okay, hvad er det så for noget – kunne vi snakke om, (hvordan det startede, red.)?" Så kan man godt bruge det undervejs, hvis man kan mærke, at de ikke er helt lige så opsatte på, at der skal ske noget.*

I nogle tilfælde, hvor borgerens motivation ikke er særlig stærk, kan behandleren forsøge at påvirke motivationen ved at fokusere på borgerens ressourcer frem for begrænsninger og på den måde vise, at behandleren ser potentiale i borgeren til at kunne lave en forandring.

*Jeg tænker også nogle gange, at jeg lige i glimt finder en kæmpe ressource i dem, og få dem tydeliggjort. Få det der power frem. Jeg er også meget entusiastisk og levende når jeg har samtaler. Jeg skal jo ikke sidde og bare bla bla bla... altså du skal virkelig også være "yes, det her det kan du, jeg kan se, at det har du lyst til" ikke.*

### 5.3 Risiko for tilbagefald undervejs i behandlingen

I Allorfik kommer borgerne til ambulantly behandling for deres afhængighed i det mindst 10 uger lange forløb. Dette betyder, at de under hele forløbet forbliver i deres almindelige hverdagsrammer. Der er derfor ikke tale om, at borgerne for en stund forlader den hverdag eller omgangskreds, som de plejede at have. Visse fællesskaber og omgangskredse kan for nogle være en udfordring at være en del af, fordi der i disse sammenhænge ofte er alkohol eller hash involveret. Det er langt fra alle grupper, som bakker lige meget op i forhold til, at borgeren er i gang med et afhængighedsbehandlingsforløb. Flere behandlere fortæller om, hvorfor det kan være svært for borgerne at holde sig væk fra rusmidler, og hvordan det er en udfordring at blive en del af fællesskaber, der ikke har rusmidler som omdrejningspunkt:

*Omgivelserne kan være svære at slippe. Det kan være, at det er i slutningen af en måned, at det at holde sig fra rusmidler mislykkes. Det ser ud til, at det er blevet til en kultur i nogle kredse: "Nu er det fredag, nu skal der drikkes. Måned er slut, der er koncert, vi skal drikke". Hvis man ikke har lært at sætte en grænse, kan man have tendens til at falde i igen – særligt på lønningdage, og når omgivelserne trækker meget.*

*Langt de fleste familier støtter deres kære i at lave en forandring. Der sker også nogle gange, at familien også har forbrug af rusmidler og på en eller anden måde bliver konfronteret med deres egne dæmoner. Så kan borgeren opleve nærmest at blive drillet af familien med at være stoppet med at drikke eller at ryge. Men langt de fleste bliver mødt i deres stop og bliver forstået af deres familie.*

En gruppeleder fortæller i interviewet om, at der er stor forskel på tilbagefaldsrisikoen alt efter, om behandlingen er foregået ambulantly eller i en anden by end borgerens lokalsamfund:

*Jeg kan forestille mig, at det vil hjælpe mest, at man ikke rejser fra sit lokalsamfund for at være i behandling. Dette er vigtigt for os her. Forandringen sker, uden at borgeren rejser fra sit daglige liv og hjem. Flere bliver brugere igen, efter de kommer hjem fra en udenbys behandling.*

En anden grupeleder fortæller, hvordan nogle borgere stopper behandlingen, men senere vender tilbage til behandlingstilbuddet:

*Efter tre og seks måneder vi ringer rundt til dem, der er stoppet, for at høre, hvorfor de er stoppet med at komme. Dem, der kan sige tingene ærligt, takker vi for deres ærlighed og siger: "Du har altid mulighed for at henvende dig igen". Når de får det at vide, kommer nogle tilbage og vil begynde igen. Disse tre-måneders- og seks-månedersopfølgninger gør meget stor gavn i forhold til at få dem, der er stoppet, tilbage igen. Jeg har oplevet nogle, som har fortalt, hvorfor de stoppede, startede igen og fuldførte.*

Flere af de interviewede behandlere og grupeledere oplever, at det kan være særligt svært for de unge borgere i behandling at have en plads i deres vante fællesskaber, hvis de ikke vil bruge rusmidler:

*Nogle borgere fortæller, at det kun er for at drikke sammen, at man er sammen i deres omgangskreds. Det er måden at være sammen på. Nogle siger, at de har fortalt vennekredsen, at de for eksempel godt kunne tænke sig at stoppe eller skære ned. Andre har rigtig svært ved at sige det højt til gruppen. Måske særligt blandt unge kan reaktionen være: "Hvorfor skal du ikke drikke mere? Du er kedelig. Så skal du bare ligge derhjemme." Måske kan det at stikke ud fra gruppen godt være svært.*

*Jeg oplever faktisk særligt for de unge, at det er svært for dem at være i det fællesskab, de har været i tidligere. Når der for eksempel er én, der ikke ryger mere, bliver de andre også konfronteret med det: "Måske burde jeg også stoppe." Så gør de næsten alt, hvad de kan, for at hive vedkommende ind i cirklen igen. Det er svært for de unge at finde et nyt fællesskab.*

Det kan føles meget ensomt at være stoppet med at bruge rusmidler, hvis de fællesskaber, man er en del af, stadig har et forbrug. Behandlerne sætter sig i borgernes sted og fortæller i interviewene om, hvordan borgere i behandling kan have det i sådanne situationer:

*Nogle gange lærer borgerne her, at de kan være blandt andre mennesker uden for eksempel at drikke. For nogle borgere kan det være en udfordring og føles ensomt: "Hvordan kan jeg være blandt de andre, når jeg ikke drikker?"*

*Vennerne savner borgeren i behandling og siger: "Hvad laver du? Vi er samlet og drikker, kom herover." "Nej, jeg er holdt på med at drikke." "Kom nu, du får bare en enkelt." Det har jeg oplevet mange gange. Borgeren prøver virkelig at være stærk.*

Flere behandlere nævner specifikt tidspunktet midtvejs i behandlingen som et tidspunkt, hvor borgerne forholder sig til netop ensomhed i forhold til fællesskaber omkring brug af rusmidler:

*I starten kan det nok være en udfordring at prøve at flytte sig fra dem, man er sammen med. Rusmidler er i omgivelserne, og man føler en stor ensomhed. Dette kan fylde meget hos borgerne, når de starter i behandling. Det kan være hårdt for mange, men omkring midtvejs har flere en anden oplevelse: "Nå, så slemt er det heller ikke".*

*Fællesskaber kan også være en udfordring midtvejs: "Jeg er stadigvæk så ensom."*

#### 5.4 Fokus på følelser og identifikation af underliggende problemer

Med til KAT hører at hjælpe borgeren til at blive opmærksom på sine følelser og sine reaktionsmønstre, for efterfølgende at være i stand til at gøre noget andet end det, vedkommende plejer at gøre. En behandler giver et eksempel på, hvordan dette kan foregå i en behandlingssamtale:

*Man kan stoppe op og sige: "Okay, du havde denne her tanke, og så gjorde du det her. Hvad kunne alternativet være? Vi kan brainstorme sammen – hvad kunne det andet være?" Vi fokuserer på at kunne stoppe op, hvis der er noget, man er træt af, og tænke på: "Hvad har jeg egentlig af muligheder herfra?"*

En anden behandler forklarer, hvordan erfaringer, følelser og reaktioner hænger sammen hos det enkelte menneske, og at man som behandler skal hjælpe borgeren til selv at blive opmærksom på denne sammenhæng:

*Vi kan snakke om tanker; hvordan påvirker vores tanker vores krop? Hvordan påvirker vores levemåde i dag? Hvordan påvirker vores omgivelser? Hvis man har været igennem så meget, så er der hos mange et stort traume, der bliver til vrede. Folk reagerer på forskellige måder for eksempel med kæmpestore vredesudbrud, at spille komikere hjemme eller være så dygtige som muligt for at undgå, at der sker noget forfærdeligt. Vi kan hjælpe folk med at forstå: "Ok, derfor bliver mine følelser ved med at gå helt op, det kan være, at jeg er flygtet for at undgå, at der sker noget slemt, og for at redde mig selv." Man skal kunne se følelser og reaktioner for at kunne gøre noget ved dem. Det gør ondt at kigge indad og at opleve smerter uden at flygte til alkoholen og hashen som smertestillende.*

Nogle behandlere inddrager sig selv som eksempler i behandlingssamtaler:

*Jeg kan bruge mig selv: "Jeg kan godt forstå dig, for jeg har selv været der." "Man kan godt komme over det ved at gøre sådan og sådan, det er muligt." Jeg synes ikke, at vi behøver at være så påpasselige med at dele, hvor vi selv har været. Jeg ved, at mange behandlere selv har været til behandling, eller også kan man se, at de har problemer, og som ser ud til at have brug for en behandling.*

En behandler fortæller, at der er stor forskel på borgernes forudsætninger for at indgå i en samtale med fokus på tanker og følelser. Dem, der har sværest ved det, skal først lære netop det:



*Dem, som ikke har fået redskaber, mens de var børn, og som har prøvet at overleve en hård traumatiserende barndom uden at tale om tingene, kan vi ikke arbejde med, hvis de ikke forstår, hvad vi taler om. Så må vi starte derfra med at hjælpe dem til at identificere deres tanker og følelser og prøve at mærke sig selv. Det kan være skræmmende for dem og gå meget langsomt. Derfor har jeg nogle gange brug for lidt mere tid til de her borgere. De skal have tid til at udvikle de her egenskaber.*

Det kan være svært at vurdere, hvornår borgeren har behov for en psykoterapeutisk udredning, og hvornår behandlingen kan foregå i Allorfik. En behandler fortæller om dette dilemma og udfordringen i, at der ofte ikke er ressourcer nok til at få udredt de unge, som faktisk har brug for det:

*Vi havde mange unge, som faktisk burde udredes inden for psykiatrien, men det sker ikke. Og så sidder vi med dem, og vi er ikke godt nok uddannet til det. Og skal heller ikke, vi skal jo ikke være psykiatere eller psykiatrisk sygeplejerske. Vi skulle jo have et samarbejde med psykiatriske fagfolk.*

### 5.5 Happinesskort

Et afgørende element i behandlingen er at sikre borgeren autonomi over sit liv og sit behandlingsforløb. Ligesom borgeren selv skal være motiveret for at komme i behandling for sin afhængighed, er det også af største vigtighed, at borgeren selv bestemmer sig for at blive i behandlingen og har indflydelse på, hvilke emner der skal tales om i behandlingen. Til dette bruges de såkaldte happinesskort, som er et antal kort med forskellige ord på samt et kort uden ord, hvorpå vedkommende har mulighed for selv at skrive noget. Borgeren bliver præsenteret for happinesskortene, når behandlingen har været i gang i ca. tre uger (Allorfik, 2020b). Borgeren vælger de kort/emner, som vedkommende gerne vil fokusere på, og lægger i samarbejde med behandleren en plan for resten af behandlingsforløbet. Således fungerer brugen af happinesskortene som en ramme, inden for hvilken borgeren kan udøve sin autonomi over forløbet:

*Det, at man med vores happinesskort selv kan bestemme, hvordan behandlingen skal foregå, hvad man skal snakke om – det ser ud til at være et stort succeskriterie. Det er med til at understrege autonomien: "Når du kommer herover, skal vi snakke om dette her". Følelsen af, at man har en samtale ud fra egne behov, er måske en stor del af, at det lykkes.*

Ud over at understrege og rammesætte borgerens autonomi i behandlingen kan brugen af happinesskort også hjælpe behandleren til at støtte borgeren i at arbejde mod sine mål:

*Happinesskort er en stor hjælp at bruge under en behandling. De kan hjælpe borgerne til at sætte sig nogle mål og få dem til at tænke tilbage. Kortene får borgerne et skridt videre og får dem til at lave målsætninger: "Hvordan kan du mon nå det? Har du erfaringer med det?"*

*Midtvejs i forandringsprocessen siger vi til borgerne, at de nu kommer til at beskæftige sig med hele livet rundt ved hjælp af happinesskort. På kortene er der overskrifter for hele livet; familieliv, aldring, hverdagslivet, der er mange ting. Mange tror, at det, de har oplevet under deres opvækst, er skyld i deres druk. For at komme lidt væk fra*

oplevelserne og acceptere dem og få styrke, plejer de at vælge nogle overskrifter, der passer til deres oplevelser. Jeg tror, at de har udfordringer med disse emner, men på en god måde.

## 5.6 Kærlighedsbrusebad

Et såkaldt kærlighedsbrusebad er et værktøj, som flere af de interviewede behandlere har benyttet i behandlingen af specifikke borgere. Ifølge behandlerne er formålet, at borgeren skal føle sig værdsat og komme over negative forestillinger om sig selv. Kærlighedsbrusebadet er ikke indskrevet i behandlingsforløbsbeskrivelser, men det er et redskab, som behandlere kan benytte, hvis de vurderer, at det vil have en gavnlig effekt på borgeren. Flere af de interviewede fortæller om dette redskab, og hvordan de bruger det:

*På psykoterapeutuddannelsen har vi lært om "Kærlighedsbrusebad". Vi bliver givet nogle negative budskaber i barndommen – i skolen, hos vores forældre – og disse sætter sig helt fast. Under en behandlingssamtale med en borger kunne jeg mærke, at vedkommende havde brug for et kærlighedsbrusebad. Herefter så jeg ikke vedkommende igen i et stykke tid. Da vi mødtes igen, spurgte jeg, hvordan vedkommende havde det: "Jeg gjorde store fremskridt. Min familie og mine kolleger kan også se det, og jeg får at vide, at mit ansigt ser frisk ud. Min samlever kan også mærke det. Jeg har det dejligt." Jeg kunne se, hvor meget det havde hjulpet, og vedkommendes motivation blev helt forhøjet.*

*Jeg gav en borger et lille kærlighedsbrusebad. Jeg skrev ord op på tavlen, som vedkommende ønskede at høre om sig selv. "Hvad vil du høre?" "Hvad vil du høre af positivt – ikke negativ?" Der var måske fem ord, som vedkommende kom med. Jeg gav disse ord til borgeren, mens jeg gik rundt om vedkommende, som sad på en stol, indtil vedkommende havde fået nok. Det gjorde stor gavn for vedkommende.*

## 5.7 Udlån af ord

I samtalerummet er det ikke alle borgere, som har det lige nemt i forhold til at sætte ord på deres tanker, oplevelser, følelser og drømme for fremtiden. Da behandlingen i høj grad bygger på samtale, er dét at formulere sig dog noget, som fylder meget i alle behandlingsforløb. Et af de greb, behandlere kan benytte, hvis en borger har svært ved at finde ord til at udtrykke sig, er at 'låne' vedkommende ord. De 'udlånte' ord kan både vække genkendelse hos borgeren eller det modsatte. Uanset reaktionen hos borgeren kan det at 'udlåne' ord give behandleren en pejling af, hvilken retning en samtale skal tage. En behandler forklarer, hvad det vil sige:

*Der er nogle, som ryster på skuldrene og siger: "Det ved jeg ik." Vi arbejder med at låne dem ord. For eksempel kan man sige: "Nogle af de andre borgerne, vi har haft her, fortæller, at de har oplevet x og y. Andre oplever noget andet. Kan du genkende noget af det?" Så kan de få en idé om, at der er andre, der også har haft de her følelser og oplevelser og tanker. Så er de ikke alene. Så kan de prøve at trække nogle af ordene ud og sige: "det er faktisk den følelse, jeg sidder med." Nogle bliver meget overvældede af det, og andre bliver lettede og næsten glade. Der er også nogle, som siger: "Sådan har jeg det slet ikke". Så skal man gå lidt i en anden retning.*

At behandleren kan sætte sig i borgerens sted og hjælpe med at sætte ord på de svære følelser og tanker, når borgeren ikke selv kan, viser sig at være en stor hjælp og en lettelse for borgeren.

*Altså det er jo det, rigtig mange siger, det er så dejligt at komme her, selvom det er alvorlige samtaler, virkeligt alvorlige samtaler. Og tingene bliver sagt meget tydeligt og direkte. Så bare det at blive mødt og forstået... der var en mand, der sagde til mig "Hvordan kan du vide, hvordan jeg nøjagtig har det?". Han kunne ikke selv sætte ord på det, men jeg kunne sætte ord på, hvordan han havde det. Og blive forstået på den måde af et andet menneske, at blive set og forstået nøjagtigt, hvordan man har det, det er virkelig, virkelig hjælpsomt.*

## 5.8 Aktiviteter uden for samtalerummet

Nogle af borgerne i behandling har brug for, at behandlingen ikke kun foregår som samtaler med behandleren. Mange behandlere og gruppeledere laver derfor forskellige andre aktiviteter med borgerne. En af de interviewede giver eksempler på, hvad sådanne aktiviteter kan være, og forklarer, at behandlingen i høj grad afhænger af borgerens præferencer og ønsker:

*Jeg skal på hjemmebesøg kl. 10.30. Hvis vedkommende for eksempel ikke kan komme ud, og vi ikke har noget at lave her, så er café, walk'n'talk samt fitness en mulighed. Og hvis borgerne for eksempel skriver digte, kan vi også tage udgangspunkt i deres digte og deres kunnen.*

Én af de aktiviteter, der ofte bliver refereret til af behandlerne og gruppelederne, er fitness eller gymnastik:

*Jeg har lagt mærke til, at det er ret svært at få startet noget op. Men jeg bemærker, at fælles gymnastik har en stor indflydelse. Når man laver gymnastik sammen, er der to faktorer, som jeg har bemærket; borgerne får endorfiner, som de får det godt af, og de bliver presset lidt. Det har jeg først lært for nyligt. Når man presser dem lidt, kommer de ud af deres skal. Selvværd og selvtillid hjælper meget her: "Det er fint, super, kom nu", den der anerkendelse: "Du kan godt, wow", mens man laver gymnastik sammen."*

*I fitnessgruppen har vi nogle kvinder med. Det kører superfedt. Det her med at stoppe med rusmidler gør, at de føler sig stærke, og det giver virkelig et drive. Jeg synes, de udvikler sig helt vildt.*

Flere af de interviewede behandlere og gruppeledere nævner gåture som en god måde at skabe kontakt til borgerne. En af dem forklarer, hvad der kan ske på sådan en tur:

*Borgerne bliver ofte mere åbne under en gåtur. Det er som om, at muren mellem os bliver mindre, mens vi går en tur. Borgerne bliver mere menneskelige. (Samtalerne bliver) en mellemting mellem hyggesnak og egentlig samtale. Et eksempel er en borger, som fortalte om sin familie, og hvad vedkommende har oplevet som barn, og om hvordan vedkommende har det i dag. Vedkommende kunne pludselig se en sammenhæng i, hvorfor vedkommende gør som vedkommende gør. I hyggesnakken sænkede hun paraderne. Andre er lidt mere varsomme med at åbne sig.*

En behandler fortæller om fokus på familieaktiviteter med forskelligt indhold:

*Vi har haft familieaktiviteter, for eksempel med at lave pandekager, fælles aktiviteter som familie, tegning.*

I Allorfikcentre holdes behandlere også forskellige oplæg, hvilket dog vanskeliggjordes i perioder med COVID-19-relaterede nedlukninger. Mødestabiliteten blandt medarbejderne påvirker også mødestabiliteten hos borgerne, hvilket afspejler sig i gennemførelsesprocenten. En af de interviewede forklarer:

*Vi havde en periode, hvor vi havde en gennemførelsesprocent på omkring 66. Måske havde vi fokuseret for meget på alliance og MI. Under coronaen havde vi ikke så mange oplæg, og her har vi haft færre. Afholdelse af oplæg er også med til succeserne. Når vi har oplæg, kommer der flest mennesker. Men under coronaen havde borgerne ikke så meget lyst til at komme, og når vi er ustabile, bliver de også ustabile. Og hvis vi ikke skal være ustabile her, så er trivsel her på arbejdspladsen også meget vigtig.*

### 5.9 Fokus på børn og unge borgere i behandling

Nogle af de interviewede behandlere og gruppeledere har stort fokus på børn og unge borgere i behandling. De har oplevet, at det ikke er de samme tiltag, som virker bedst for børn, unge og voksne. En af de interviewede fortæller, at vedkommende har hentet meget inspiration fra det danske U-turn program:

*Vi har lige haft supervision med U-turn fra København. De taler rigtig meget om aktiviteter, og jeg tror, de aktiviteter kan en masse ting. Nogle af de unge, der har været i de aktivitetsgrupper, fortæller, at en fisketur, bål, snobrødsbagning osv. på en eller anden måde løsner lidt op i samtalen. Det gør, at de unge løsner op og måske ikke oplever det som så farligt at sige: "Jeg har sgu haft en træls dag, og jeg har virkelig meget lyst til at ryge en joint lige nu." Under aktiviteterne kan de fornemme, at vi også er mennesker. Vi kan også godt tåne frem eller sætte os selv i spil, og vi vil dem gerne. Vi tror på, at de kan. Men aktiviteterne kan ikke stå alene. Behandling skal køre samtidigt. Jeg tror, aktiviteterne kan inspirere til sjove ting at lave uden rusmidler, og de unge kan skabe relationer internt, uden at vi behøver at blive trukket med ind. Hvis de oplever trangene til rusmidler, kan de måske skrive til Benjamin eller Aksel eller hvem, det nu måtte være, og sige: "Skal vi lave noget?"*

En anden interviewet behandler beskriver, at det kan være svært at få en god kontakt til de unge borgere i Allorfik, men at aktiviteter er godt til denne målgruppe:

*Vi skal være lidt bedre til de unge. Det giver mindre effekt for unge med samtaler, men det hjælper, når man laver andre aktiviteter, imens man taler. Og så hjælper det at være på lige fod med de unge.*

Aktiviteterne kan være forskellige, men hensigten er den samme – at lave noget andet sammen med borgerne, som ikke involverer at sidde over for hinanden og snakke.

*Nu har jeg jo lavet meget forskelligt med de unge, der laver vi jo også alle mulige forskellige aktiviteter, boldspil, gåture, vandreture, spise sammen, og lave mad sammen har vi gjort rigtig meget med de unge.*

I nogle tilfælde, hvor behandleren vurderer, at en familie med børn vil have gavn af at komme til behandling sammen, kan det være en fordel at inddrage børnene direkte i samtalen – både for at få børnene til at sætte ord på, hvordan de har det i familiedynamikken, men i lige så høj grad for at forældrene forstår, hvordan deres eventuelle problemer med afhængighed kan påvirke børnene negativt. En behandler beskriver, hvordan en samtale med børn kan se ud:

*Jeg sad med nogle børn, her for nylig, på fem og seks år, hvor vi snakkede om, hvad der ikke var rart for dem. Når far og mor skændes. "Okay når far og mor skændes, så er det ikke rart for jer, hvad er det, der ikke er rart?" "Fordi de råber så højt". "Hvad sker der så med dig?" "Jeg bliver bange". Så har jeg nogle bøger, hvor der sidder sådan et lille barn nede i et hjørne, og man kan se, at forældrene står og råber og skriger, og "Er det sådan, du sidder og har det, du føler dig virkelig alene og ensom og bange".*

*Jeg kan faktisk sidde en hel samtale, hvor børnene intet siger, jeg spørger dem heller aldrig om noget, fordi det skal man ikke, børn bliver ængstelige, når man begynder at stille dem spørgsmål, de skal heller ikke udlevere nogen som helst. Det er mig, der sætter ord på, og jeg kan se på dem, at de sidder bare og nikker. Og så bruger jeg tegninger. Og så kan vi snakke om det i tredjeperson, "Ej, prøv at se ham, der sidder, han ser ked ud af det, hvordan tænker du, han har det?", så kan de godt selv sætte ord på det, så er det ikke dem, det handler om. Men forældrene forstår det jo godt – at det faktisk er dem, det handler om.*

På samme måde som voksne kan have svært ved at sætte ord på svære følelser, kan børn have gavn af at få hjælp til at identificere de svære følelser, der kan opstå i en familie, hvor den ene eller begge forældre måske har et afhængighedsproblem. En behandler, som ofte bruger familiebehandling, og som har rigtig god erfaring med det, fortæller, hvordan hun ved hjælp af forskellige aktiviteter og samtaleværktøjer arbejder med familien på en anderledes måde end blot at sidde rundt om et bord og samtale. Dette gør hun blandt andet, fordi mange af de familier, der kommer i familiebehandling, ofte har haft dårlige oplevelser i mødet med myndigheder, hvilket hun ikke vil gentage.

*I familiebehandlingen laver jeg mad sammen med dem en gang imellem og spiser sammen med dem. Det at tale sammen, mens man laver noget, er bedre end at sidde over for hinanden. I familiebehandlingen laver jeg faktisk også dukketeater. Vi har nogle hånddukker, som jeg spiller med: "Ej, min ven er ked af det i dag, fordi hans far drikker, og det er ikke rart at være der. Kan vi hjælpe ham, kan vi gøre noget?". Jeg bruger det til at sætte ord på netop det der med at fjerne det lidt fra dem selv, men det handler stadig om deres situation på en eller anden måde.*

#### 5.10 Frygt for stigmatisering ved behandling

I små lokalsamfund genkender de fleste borgere hinanden, og flere behandlere beskriver dette som en barriere for behandlingen. At gå tur med behandleren eller blot gå i retning af behandlingscenteret kan for nogle borgere være en stor udfordring i forbindelse med at opsøge hjælp. Borgerens egen skam og frygt for stigmatisering kan derfor være en barriere i forhold til at komme i behandling i det hele taget og i forhold til, hvilke aktiviteter behandlingen kan indeholde:

*Walk & Talk bliver ikke brugt så meget. Det kommer an på den borger, man arbejder med. Byen er lille, og alle kan se det, hvilket kan gøre borgeren flov: "De kommer til at*

*se, at jeg er i behandling.” Det er også en barriere, at snakken går fra den yderste del af byen til den anden.*

*Det er et meget stort tabu. Alting bliver hemmeligholdt, og jeg ved ikke, hvorfor nogle af dem, vi behandler, i nogle tilfælde kan se det som noget skammelig. Nogle løber nærmest, når de skal til Allorfik fra boligblokkene, fordi de skammer sig så meget over det. Måske har vi som samfund ikke lært så meget om det og ser behandling som noget, man ikke må snakke om, selvom det at søge hjælp er det bedste i sig selv. Der er en meget stor lukkethed omkring al snak om alkohol eller hash.*

# 6 Efterbehandling og efterforløbsplaner

Når det mindst 10 uger lange behandlingsforløb er slut, tilbydes borgeren telefonisk opfølgning efter 4 uger. Desuden bliver borgeren kontaktet efter 3, 6 og 12 måneder for at følge op. Herudover skal der laves en efterforløbsplan, som kommunerne har det formelle ansvar for.

Samtalerne i efterbehandlingsforløbet har fokus på tilbagefaldsforebyggelse. Efterbehandlingen består af ugentlige gruppesamtaler og individuelle samtaler hver anden uge (Allorfik, 2020b). Det individuelle tilbud tager udgangspunkt i de mål, borgeren satte sig under behandlingen, og starter cirka 14 dage efter den sidste samtale i behandlingsforløbet. Samtalerne foregår enten over telefon eller som samtaler i Allorfik. Gruppesamtalerne foregår sammen med andre, som også har været i behandling, og består af samtaler og mindfulnessøvelser. Forskellige emner tages op alt efter deltagernes behov og præferencer. Hvert gruppemøde varer cirka to timer (Allorfik, 2020c).

Efterforløbsplanen er et dokument, der beskriver, hvad der skal ske, efter at borgeren er udskrevet fra behandlingen i Allorfik. Planen er en del af det tværsektorielle samarbejde omkring borgere i behandling. Denne er vigtig, fordi den beskriver, hvad der skal ske, og hvilken hjælp borgeren skal have, når behandlingen er afsluttet. Planen danner også udgangspunkt for en trepartssamtale under borgerens behandlingsforløb. Når borgeren bliver henvist til behandling gennem sin sagsbehandler i kommunen, eller ved selv at henvende sig ved Allorfik, er det kommunens sagsbehandler, der har ansvaret for at udarbejde en efterforløbsplan. I loven om behandling af personer med afhængighed i Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 står der i § 14, at Allorfik tilrettelægger behandlingstilbuddet i samarbejde med den enkelte borger på baggrund af en konkret vurdering af dennes behov. I samme § stk. 6 står der, at hjemkommunen skal udarbejde efterforløbsplan for de tiltag, der skal iværksættes efter behandlingens afslutning (Allorfik).

## 6.1 Efterbehandling

Når behandlerne og gruppelederne bliver spurgt ind til, hvordan efterbehandlingsforløbet fungerer, svarer størstedelen, at det er svært at få borgerne til at deltage i efterbehandlingsforløbet, hvilket både gælder for gruppeforløbene samt de individuelle forløb, der tilbydes.

*Jeg har ikke så meget erfaring med efterbehandlinger. Det er svært at få dem til at komme til efterbehandlinger. Det er bare en mulighed at komme, som borgeren selv skal tage stilling til. Vi kan måske gøre det endnu mere attraktivt ved at gøre det synligt. Det ser ud til, at borgerne ikke har den store interesse for det. Der kommer nogen, men kun få.*

*Vi har haft svært ved at starte efterbehandling, men det ser ud til at fungere for dem, det kører godt for. Når de ved, at der kommer nogle andre, så ser jeg det som vellykket at kunne dele med andre og ikke være alene. Det, der kan ses som lettere mislykket, er for eksempel, når de har sagt nej tak til en efterbehandling. Så kan det blive sværere at få fat på dem igen. Vi lærer også, hvordan vi skal fremlægge tilbuddet om efterbehandling. Hvordan skal vi formidle det? Hvad er det, de får ud af en efterbehandling?*

Ovenstående udsagn omkring efterbehandling vidner om en manglende interesse fra borgerne i at deltage, når deres behandlingsforløb er afsluttet. I begge beskrivelser kommer det frem, at formidlingen af efterbehandlingen kan forbedres – eventuelt ved at gøre det mere attraktivt og

synligt over for borgeren samt beskrive, hvad de får ud af at deltage. En anden behandler pointerer, at efterbehandlingen ikke lykkes særligt godt, og at årstiden og tidspunktet på dagen kan have indflydelse på den manglende interesse fra borgerne. Om sommeren er folk på ferie i naturen, og på det tidspunkt efterbehandlingen foregår, har folk måske ikke fået fri fra arbejde endnu.

En anden af de interviewede bekræfter, at tidspunktet for efterbehandling kan være årsagen til den manglende interesse. Dog beskriver vedkommende, at borgeren i højere grad er interesseret, når behandleren ringer op og taler om efterbehandlingen, frem for at borgeren skal møde fysisk op.

*Det er meget sjældent, at der kommer folk om tirsdagen kl. 15.30. Det kan skyldes, at det ligger i arbejdstiden, og nogle er vist ikke meget for at skulle forlade deres arbejdsplads, når de har gjort det i en længere periode. Men når vi ringer til nogen, som selv har ønsket en opringning som efterbehandling, er de glade for det.*

En anden af de interviewede har gode erfaringer med efterbehandlingen:

*Det har fungeret meget godt. Vi tager jo emner op, som er vigtige for borgerne, og som forskningen viser er vigtigt i forhold til at forebygge, at man starter med rusmidler igen.*

Behandlere og gruppeledere oplever ofte at få en positiv reaktion fra borgerne, når de afslutter deres behandlingsforløb:

*Når borgerne er færdige med behandlingen, kan man selvfølgelig se deres glæde, stolthed og taknemmelighed for at have fået muligheden. De plejer at sige, at når de kommer herind, kan de mærke varme og føler sig velkomne. Det er de meget glade for, og de er taknemmelige over, at de til enhver tid kan henvende sig her igen, også selv om de er færdigbehandlet.*

*Vi har nogle borgere, som har det godt. Vi har nogen, som kommer igennem og har fået det meget bedre. Vi har nogle, som bliver meget glade, og som virkelig går et bedre liv i møde uden det her rusmiddelforbrug. Dermed ikke sagt, at de aldrig falder i igen, for det er der ikke nogen garanti for, men det her med, at de bliver gladere og får det bedre og er rusmiddelsfri – i hvert fald en periode – det må være en form for succes.*

Selvom mange borgere generelt har en positiv oplevelse med behandlingsforløbet, og er lettede og taknemmelige efter at have afsluttet deres forløb, kan der dukke mange tanker og følelser efterfølgende.

*Det næste delmål, man har sat, er måske at overskue, hvordan man kan bringe familien sammen eller måske opnå en bedre relation til sine børn. Det kan også være at arbejde videre med sig selv efter at være stoppet med at drikke og skulle til at genfinde sig selv: "Hvem er jeg så?" "Hvad er det – hvad er jeg så ikke?" "Hvilke venner har jeg nu, og hvad skal jeg lave i min fritid?" Det med at genfinde sig selv, tror jeg, er rigtig udfordrende for rigtig mange borgere.*



Ud over tilvænningen til en ny hverdag uden rusmidler kan flere borgere have det svært, når de skal afslutte deres behandling, fordi de for første gang har oplevet at blive lyttet til og forstået af en anden person.

*De fleste er faktisk kede af det. De vil gerne fortsætte. Men det er også det der med, at jeg kan noget omkring relation og empati og mentalisering, det der med at de aldrig nogensinde har mødt et menneske, de kunne snakke sådan med. De har aldrig nogensinde mødt et menneske, som har hørt dem eller lyttet til dem, og selvfølgelig vil de ikke af med det.*

## 6.2 Efterforløbsplaner

Når behandlerne og grupelederne bliver spurgt ind til, hvordan efterforløbsplanen fungerer for borgeren, beskriver flere, at det tværsektorielle samarbejde med kommunen omkring efterforløbsplaner kan være udfordrende:

*Det fungerer ikke. Jeg får ikke nogen efterforløbsplan af kommunen, medmindre jeg virkelig virkelig, virkelig trykker dem på maven og spørger efter den mange gange. Det er nogle gange kun, hvis borgeren skal til Katsorsaavik og skal bruge en efterforløbsplan, før vi kan sende dem af sted. Ellers så bliver efterforløbsplanerne simpelthen ikke lavet – det gør det ikke.*

Behandleren uddyber yderligere, at manglende ressourcer i kommunen kan være årsagen til, at samarbejdet om efterforløbsplanerne ikke fungerer.

En anden af de interviewede beskriver ligeledes udfordringer med efterforløbsplanerne, og at der ofte ikke bliver fulgt op på disse, efter at de er blevet lavet:

*Det fungerer ikke sådan efter hensigten, tænker jeg. Når borgerne er færdigbehandlede, og sagsbehandlerne arbejder med sagen, så ser man dem ikke så meget mere. Når der er lavet en efterforløbsplan efter endt behandling, bliver der ikke fulgt så meget op. Og fra vores side, vi kigger heller ikke så meget på det, når de er færdige. Vi burde måske kigge mere på det.*

# 7 Udviklingspotentiale

Behandlere og gruppeledere har mange forslag til, hvordan Allorfiks tilbud kan udvikles. Besvarelserne spænder fra konkrete forslag i det visuelle materiale, der bliver anvendt i behandlingen, til organisatoriske og arbejdsmæssige forslag.

Én af behandlerne giver konkrete forslag til at udvikle materialet, som bliver anvendt i behandlingen. Vedkommende ønsker at ændre det visuelle udtryk for de fysiske materialer på grønlandsk, som allerede er i brug i Allorfikcentrene:

*Vi mangler materialer, som er farverige og med tydelige billeder. Det kan for eksempel være håndgribelige kort, som er farverige, med gode skrifttyper. Sådan nogle vil jeg gerne kunne vise. Vi har nogle, som har fået lidt farver, og som både er på grønlandsk og dansk. Vi prøver selv at lave nogle og bruger tid på det, men jeg forestiller mig nogle gode hjælpemidler, som kan holde i lang tid.*

## 7.1 Behandling rettet mod unge

Flere behandlere nævner U-turn, som er et behandlingstilbud i København til unge med rusmiddelproblemer. Flere behandlere har besøgt U-turn og drømmer om at kunne arbejde på samme måde i Allorfik. U-turn er et anonymt og uforpligtende behandlings- og rådgivningstilbud til unge under 25 år (U-turn). Tilbuddet består af samtaleforløb, gruppetilbud, dagtilbud og forældretilbud. U-turns metoder er funderet i systematiske, narrative og løsningsorienterede tilgange m.m. og er fleksible og feedbackorienterede. Blandt andet er et af U-turns budskaber, at "Rusmidler er én del af unges liv – ikke hele deres liv" (Sciuto & Gjaldbæk, 2018). En af de interviewede Allorfikbehandlere fortæller:

*Vi vil meget gerne indføre U-turns metode for de unge, der ryger hash. Det er meget kærkomment, og vi har planer om at gøre det.*

En anden af de interviewede udtrykker ligeledes behovet for at anvende U-turns tilgang i behandlingen af unge brugere og fokuserer på vigtigheden af at tilpasse metoden til de lokale forhold:

*Men altså, hvis jeg tillader mig at drømme om alting, så er det, at vores arbejde for de unge bliver tilpasset til herboende unge. For eksempel at det lykkedes at lave et U-turn lignende arbejde. P.t er det meget nyt i forhold til børn og unge.*

Endnu en behandler nævner U-turn i sin besvarelse og pointerer, at meningsfulde aktiviteter som en del af behandlingen har store fordele og viser, at behandlerne engagerer sig i brugerne. Blandt andet kan aktiviteterne understøtte en mere uformel og ærlig kommunikation mellem brugerne og mellem brugerne og behandlerne. At ændre rammerne for behandlingen fra den mere formelle

samtale-session til at være i naturen med andre ligesindede ser ud til at være meningsfuldt for brugerne.

## 7.2 Faglig udvikling og supervision

Generelt beskriver behandlerne og grupelederne, at det kollegiale fællesskab i Allorfik er godt, og at de ofte bruger hinanden som sparringspartnere omkring både faglige og personlige forhold. Ofte bliver det drøftet i fællesskab, hvad der kan gøres bedre, og hvilke områder der kan udvikles. Her kommer det ofte på tale, at en stor del af behandlerne føler, at de mangler konkrete redskaber til at kunne behandle personer, der har oplevet seksuelle overgreb eller har andre traumer. Nogle udtrykker ønske om at blive videreuddannet inden for parterapi og sexologi for at få flere redskaber til at kunne imødekomme de behov, de møder hos brugerne.

*Allorfiks behandling er jo baseret på kognitiv terapi og motivationsinterview, og man kan mærke, at nogle mennesker har brug for en narrativ tilgang. Hvordan kan vi udvikle behandling i retning af det narrative. Det vil også være godt at komme mere i dybden med for eksempel traumer, som får borgere til at flygte til rusmiddelbrug. Her kan man ønske sig at kunne hente flere professionelle redskaber. Jeg ved, at en af mine kolleger uddanner sig til psykoterapeut, og de har en del om traumer, parterapi samt seksuel krænkelse. Personligt har jeg en stor interesse i at uddanne mig inden for sexologi, fordi jeg kan se, at vi også kan have brug for det her, fordi der er mange seksuelle overgreb og krænkelse i Grønland. Og måske har op mod 80% af borgerne, der kommer her, oplevet det.*

*Nogle borgere mangler lidt seksualundervisning. Nogle kan have problemer med deres sexliv i deres samliv, fordi de har oplevet seksuelle krænkelse. Vi kommer ikke rigtigt ind på det. Måske kunne vi få en efteruddannelse som seksualunderviser.*

*Hvis Allorfik skal udvikles, bør vi også specialisere os i de udfordringer, som der er flest af blandt borgerne. Det er jo det, vi plejer at lave. Man kan sagtens komme ind på det med at have en dårlig barndom, men at blive seksuel krænket... hvad er status på det? Det ville være brugbart, hvis vi kunne få en lettere plan, hvor man ikke behøver at uddybe det helt, men har nogle redskaber på det område.*

En anden behandler pointerer vigtigheden af kompetenceudvikling, herunder udvikling af behandleruddannelsen således, at behandlerne generelt har flere redskaber at bruge i behandlingen.

*Heldigvis udvikler man p.t behandleruddannelsen. Jeg synes ikke, at behandleruddannelsen er nok. Hvis jeg ikke havde været på psykoterapeutuddannelsen, ville mine værktøjer have været færre.*

En behandler nævner, at det har haft stor betydning for arbejdsmiljøet at få sparring hos en fagperson omkring de udfordringer, vedkommende oplever som behandler. Dette har tidligere været en mulighed, og ønsket om at få det genindført kommer til udtryk i nedenstående citat:

*Som socialarbejder er det meget vigtigt at kunne få personlig supervision, eller supervision som en gruppe. Hver eller hver anden måned har vi tidligere haft gruppesupervision, men den er blevet fjernet. Det kan være meget hårdt at have samtaler med mennesker, hvor man hører mange ting. Selvfølgelig kan vi bruge vores kollegaer, men vores kollegaer har også disse samtaler, og derfor er det nødvendigt og vigtigt med en samtale med en uddannet psykolog eller psykoterapeut eller lignende. Vi holder supervision omkring andre ting som teoretiske metoder. Arbejdsgangen er god, og den bliver hele tiden udviklet, men vi har også som personale brug for det.*

### 7.3 Aktiviteter for borgerne

Flere behandlere nævner behovet for at have et aktivitetstilbud, hvor borgere kan mødes og lave forskellige aktiviteter sammen. Én behandler nævner, at der er behov for et fysisk samlingssted for voksne, der har været i behandling, og som mangler et sted at være og møde ligesindede, uden at alkohol er samlingspunktet:

*Jeg tror, at nogle af de borgere, som kommer igennem, og som når deres mål, siger: "Hold da op – jeg har brug for, at der er nogle voksentilbud om aktivitet." Der var en borger, der spurgte: "Er der ikke nogen A-grupper her i byen eller andet? Vi er flere i samme båd, som sidder og keder os fredag eller lørdag aften, og som ikke går ud og drikker øl og fester. Det kunne være godt bare at hygge sig og være sammen socialt i en eller anden konstellation." Det efterlyser de.*

En af de interviewede nævner ønsket om et fysisk samlingssted uden alkohol. Her er målgruppen ikke kun voksne, men både børn, unge, voksne og ældre:

*Der er brug for et sted, hvor der er åbent for alle; børn, unge, voksne, ældre, og hvor alkohol ikke er indblandet – men som er et sted, hvor der er forskellige kampagner og aktiviteter, der er godt for et menneske.*

Flere behandlere giver konkrete eksempler på aktiviteter, de forestiller sig vil give mening for borgerne efter endt behandling.

*Der var en mand, som arrangerede folkedans i forsamlingshuset i byen. Arrangementet var alkoholfrit, og det var enormt populært.*

*Vi taler om, hvordan vi kan lave nogle aktiviteter for folk, der har afsluttet behandlingen. Vi snakker lige nu om, hvorvidt vi skal prøve at lave noget med fællesspisning en gang om måneden for dem alle. Det skal ikke være som AA-møder, men måske noget lignende – måske en fælles gåtur eller fællesspisning en gang om måneden. Borgerne mangler det der med at danne relationer med andre, som ikke bruger rusmidler. Vi gjorde det faktisk på et tidspunkt, hvor vi gik en tur med 4 i efterbehandling. Vi lavede mad sammen bagefter, og det var virkelig godt. De syntes, det var så hyggeligt.*

Når der skal laves aktiviteter for borgere, der har været i behandling for et afhængighedsproblem, er det vigtigt at være opmærksom på, at aktiviteten ikke skaber incitament for en ny afhængighed.

*Det er svært i hvert fald. Det er rigtig svært. Men så kan man jo prøve at tænke ud (af boksen, red.), og så lave nogle aktiviteter i byen, nogen koncerter, nogle alkoholfri aktiviteter. Jeg har også haft fat Blå Kors, de laver ikke andet end bingo, banko altså, som jo også er afhængighedsskabende, på en eller anden måde.*

#### 7.4 Kendskab til Allorfik

I flere af interviewene nævnes det, at det er vigtigt at udbrede kendskabet til behandlingstilbuddene i Allorfik og reklamere for Allorfik gennem positive brugerperspektiver:

*Det er snart 5 år siden, at Allorfik startede. Jeg har lagt mærke til, at borgerne generelt har for lidt viden om Allorfik. Jeg vil gerne opnå, at vi præsenterer Allorfik på en mere åben og klar måde.*

En behandler har et konkret forslag til, hvordan viden om Allorfik kan udbredes på en positiv måde gennem tv-indslag. Nedenstående citat fortæller en historie om en borger, der har haft succes med sit behandlingsforløb og ser sin historie som relevant som reklame for Allorfik:

*Jeg har mødt én, der har været behandlet og ser sig selv som meget egnet til at komme frem med sin historie. Vedkommende har oplevet, hvor meget behandlingen har hjulpet. Vedkommende havde inden henvendelsen til Allorfik overvejet at begå selvmord. Vedkommende oplevede at blive taget godt imod, mens vedkommende var helt på bunden i sit liv. Nu har vedkommende opnået noget. Dét at kunne finde en vej og at blive rusmiddelbruger på baggrund af de vilkår, man har (er vigtigt). Man kan få nogen i et tv-indslag til at forklare, hvad man skal være opmærksom på, når man prøver at komme væk fra sit rusmiddelforbrug. Det kunne jeg godt tænke mig.*

#### 7.5 Samarbejde mellem Allorfik og eksterne aktører

Det tværfaglige samarbejde mellem Allorfik, de enkelte kommuner og andre aktører er vigtigt for at sikre en helhedsorienteret indsats for borgeren. Vi har tidligere nævnt samarbejdet omkring udarbejdelse af efterforløbsplaner, som har stor betydning for borgeren og for, om brobygningen fra behandlingsindsatsen til et nyt liv uden rusmidler går som planlagt. Nogle behandlere forsøger også at samarbejde med andre aktører for at hjælpe borgerne med problemer omkring basale vilkår som for eksempel bolig og økonomi. I nedenstående citat bliver nogle af udfordringerne omkring samarbejdet med eksterne aktører nævnt.

*At samarbejde med storkommunen skal vi også have som mål, således at befolkningens liv bliver forbedret. Storkommunen er stor, og det, ved vi, er et problem her i Nuuk. "Hvem skal vi henvise her til Nuuk?" "Hvem har behov for behandling?" En gruppe af borgere har usikre forhold; intet arbejde, er ved at miste deres bolig osv. Vi prøver med al vores støtte, for eksempel ved at kontakte og holde møde med INI A/S (et boligselskab) og økonomirådgivere: "Hvad kan I gøre for borgerne?" "Sådan kan vi støtte".*

En behandler udtrykker bekymring for og frustration over de unge, som af forskellige årsager ikke får tildelt den behandling, de har brug for, på grund af udfordringer i det tværsektorielle arbejde, og som medfører, at de til tider ikke får nok mad og oplever ensomhed.

*Altså det er jo den tunge gruppe, vi ikke kan hjælpe. Vi har netop de unge, som måske er personlighedsforstyrret og aldrig bliver diagnosticeret, og vi ikke kan få det tværfaglige samarbejde til at fungere. Altså den der følelse af, at vi ikke kan hjælpe dem. Det er sgu svært. Vi startede en ungegruppe. De sultede, og vi købte mad til dem ind imellem. Det var virkelig svært at se på. Det var også svært at se på, hvor ensomme de var. Allorfik blev et sted, hvor de vidste, de kunne få en skål havregryn, så vi havde dem næsten hver dag. Det er heller ikke i orden. Når man oplever sådan en vrede, er det svært at mødes med kommunen og være samarbejdsvillig og sød og rar.*

#### 7.6 Allorfik som flerfagligt behandlingscenter for enkeltpersoner og familier

Flere medarbejdere ønsker sig videreuddannelse inden for sexologi og psykoterapi. Flere fortæller også i interviewene, at de forestiller sig et Allorfik med flere behandlings- og rådgivningsmuligheder. For eksempel nævnes ønsket om at tilføje andre faggrupper til Allorfikmedarbejderstaben:

*Forskellige kompetencer skal prioriteres. Det skal ikke være ensartet. For eksempel er jeg sygeplejerske. Der er nogle, som har en baggrund som lærer eller socialrådgiver. Vi skal værne om disse kompetencer og forskellige synspunkter. Det ville være godt med andre kompetencer som for eksempel sexologer, og at der er sammenhæng mellem disse fagligheder, så det går op i en højere enhed.*

En anden behandler mener, at der mangler psykologfaglighed i behandlerteamet:

*Vi mærker en mangel på en intern psykolog, som er lige til at få fat i. Vi er trætte af at opsøge psykologer for borgerne. Det mangler så meget.*

Ønsket om at kunne udbrede behandlingstilbuddet og optimere indsatsen flere steder lokalt og med et bredere fokus, kommer til udtryk hos flere behandlere:

*Hvis det stod til mig, skulle vi kunne komme rundt og lave lokal behandling flere steder. Vi kunne tage til Qaanaaq og lave familiebehandling i en periode. Så kunne vi måske have fire familier i behandling. Jeg synes, det er skævvridning, at det kun er borgerne i Ilulissat, som har mulighed for at få fysisk behandling, mens resten af nordkommunen ikke har. Jeg tænker, at vi skal lave mere familiebehandling, og jeg tænker, at vi skal ud lokalt og lave det.*

*Jeg drømmer om, at vi for eksempel kunne tage til Qaanaaq i en begrænset periode og lave familiebehandling med flere familier, i stedet for at vi sender én familie til Ilulissat. Så kunne vi komme og arbejde rigtig meget i den periode, hvor vi er afsted. Det kan man, når man ved, det er begrænset periode – tage rigtig mange i behandling og gøre det intensivt.*

En anden behandler ønsker også at udvide behandlingstilbuddet til at omfatte en mere helhedsorienteret behandlingsindsats, hvor hele familien i højere grad inddrages i behandlingen:

*Dét, Allorfik kunne udvikle sig på, er at give borgerne flere tilbud. For eksempel har vi familiesamtaler et par gange og parsamtaler to til tre gange i løbet af et behandlingsforløb. Men mulighed for tilbud for behandling af familier som helhed og tilbud til par som helhed mangler. Det kunne være det næste, der tilbydes hos Allorfik.*

# 8 Diskussion

Spørgsmålet om, hvad der virker i afhængighedsbehandling blandt oprindelige befolkninger, har ikke et entydigt svar. Ifølge Andersen et al. (2017) foregår det meste behandling af alkoholafhængighed ambulantly, men viden om ambulantly behandling til oprindelige befolkningsgrupper er ikke undersøgt grundigt nok til at vide, om det har bedst effekt. Eftersom mange lokalsamfund med oprindelige folk er små og afsidesliggende med dårlig adgang til behandling, hvor borgeren tages ud af sin hverdag og flytter ind på behandlingsstedet, foreslår forfatterne dog, at det er muligt, at ambulantly behandling er både nødvendig, passende og økonomisk mulig.

Allorfiks udgangspunkt er, at det er godt for borgerne i behandling ikke at blive revet ud af deres hverdag, mens de er i behandling. Derfor er der også flere behandlere, som foreslår, at Allorfik i perioder kunne sende behandlere til byer uden behandlingscenter, så indbyggerne der også kunne få glæde af et ambulantly behandlingstilbud. Som det er nu, må borgere fra bygder og mindre byer rejse til Nuuk og blive behandlet hos Katsorsaavik.

Et studie af Campbell et al. (2015) har undersøgt en webbaseret tjeneste (TES) til rusmiddelbehandling for Native Americans og Alaska Natives. TES blev vurderet til at være brugbart, men vil med fordel kunne tilpasses til Native America og Alaska Native kultur for at forbedre modtagelsen af tjenesten (Campbell et al., 2015). I den grønlandske kontekst arbejdes der i forvejen mange steder med telemedicin, så det er muligt, at webbaserede løsninger på et tidspunkt i fremtiden kan tages i brug i forbindelse med afhængighedsbehandling også.

## 8.1 MI og KAT som bærende metoder i afhængighedsbehandling

I Allorfik er de primære metoder MI og KAT, og mange behandlere henter inspiration fra blandt andet psykoterapi og fra et specifikt behandlingstilbud til unge i København (U-turn). Et studie af rusmiddelbehandling til Native Americans og Alaska Natives har sammenlignet en kombination af MI og lokalsamfundsbaseret behandling med standardbehandling til majoritetsbefolkninger. Studiet viste ingen signifikant forskel på effekten af de to behandlingsformer. Der blev observeret en reduktion i rusmiddelforbruget hos grupper uafhængigt af, hvilken af de to behandlingstilgange de havde modtaget (Venner et al., 2021).

KAT er ikke velundersøgt som behandlingsmetode blandt oprindelige befolkninger, men MI har i flere studier vist sig at være effektiv (Andersen et al., 2017; D'Abbs et al., 2013; Komro et al., 2017; Venner et al., 2021). Flere studier har undersøgt brugen af lokalt justerede vurderingsværktøjer som eksempelvis AUDIT-C og ASI-score (Jainullabudeen et al., 2015; Lee et al., 2013; Matamonasa-Bennett, 2017; Venner et al., 2015). KAT kan bruges til både ambulantly behandling og behandling, hvor borgere for en tid forlader deres hverdag og indlægges eller indskrives på et behandlingssted. Metoden kan hjælpe borgere med at identificere negative tankemønstre, tanker og adfærd, som ser ud til at spille en rolle i forhold til borgerens afhængighed (Hardey, 2023). I terapien hjælpes borgeren med at ændre de negative tanker til mere positive tanker og til at identificere triggere, der leder til rusmiddelbrug (Wilmhurst, 2017). Familiebaserede tilgange inden for KAT støtter positive tilpasninger i familiodynamikker for at støtte behandlingsprocessen for den eller de afhængige (Hardey, 2023; Saboo, 2023).



Interviewene med Allorfiks behandlere viser, at de med udgangspunkt i MI forsøger at være åbne og undersøgende, mens de gør sig umage med ikke at være dømmende. Med denne tilgang arbejder de på at finde frem til borgernes indre motivation for at stoppe eller reducere deres rusmiddelbrug eller spilafhængighed. Behandlerne gør sig overvejelser om, hvordan de kan skabe og fastholde en tryk og tillidsfuld kontakt til borgerne med det formål, at borgerne får mest muligt ud af behandlingen.

Det skinner også igennem i interviewene, at behandlerne bruger KAT, når de støtter borgerne i at få øje på deres egne tanke- og adfærdsmønstre og på, hvordan borgerne kan forandre disse mønstre og reagere mere konstruktivt på udfordringer og specifikke situationer og dermed komme ud af deres afhængighed. Det fremgår, at der er stor forskel på, om borgerne har nemt ved at tilegne sig færdigheder i forhold til disse refleksioner, eller om de først skal lære at være opmærksomme på sig selv, fordi de aldrig har været det før.

Behandlerne i Allorfik giver dog udtryk for at have brug for flere forskellige redskaber til brug i behandlingen. Mange vil gerne videreudanne sig inden for eksempelvis psykoterapi, og flere ønsker bedre muligheder for at tilbyde familiebehandling.

## 8.2 Historiske og intergenerationelle traumer

Litteraturen om rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger behandler ofte kollektive, historiske og intergenerationelle traumer som en vigtig faktor. Mange American Native unge oplever barske og traumatiserende situationer og vilkår i barndommen og den tidlige ungdom (BigFoot, 2007). Sammenlignet med andre befolkningsgrupper oplever denne gruppe den største forekomst af seksuel og fysisk misbrug og forsømmelse, hvilket medfører mange anbringelser uden for hjemmet. Hertil kommer høje rater for rusmiddelafhængighed, PTSD, depression, selvmordsadfærd og andre mentale helbredsproblemer. Samme gruppe har lav gennemførelsesrate for både grundskole og videre uddannelse (BigFoot, 2007; Saboo, 2023).

Historiske traumereaktioner på blandt andet koloniserings- og afkoloniseringsprocesser kan inkludere depression, angst, selvmordstanker, lavt selvværd, problemer med at forstå og udtrykke følelser, vrede, voldelig adfærd, rusmiddelbrug og tab af kulturel identitet (Brave Heart, 2003). Blandt mange Native Americans er rusmiddelbrug en almindelig måde at tackle disse reaktioner på (Gone, 2009; Saboo, 2023). Mange kulturelle interventioner i rusmiddelbehandling adresserer historiske og intergenerationelle traumer som vigtige facetter af heling og fremme af kulturel identitet, eftersom disse faktorer kan bidrage til øget risiko for rusmiddelafhængighed (Kaliszewski, 2022). Intergenerationelle traumer forstås som videregivelsen af internaliserede ubearbejdede traumer fra en generation til den næste som resultat af mangelfuldt forældreskab eller mangel på ressourcer og støtte (BigFoot, 2007; Saboo, 2023).

Det er sandsynligt, at nogle af de samme mekanismer forekommer i Grønland, hvor en stor del af befolkningen har et problematisk rusmiddelforbrug, og mange børn vokser op i hjem med alkoholproblemer, vold og/eller seksuelle overgreb og forsømmelse. Samtidig har Grønland en af de højeste selvmordsrater i verden, og det er især unge, som forsøger og lykkes med at begå selvmord. Således kommer mange af borgerne i Allorfiks behandlingstilbud med lignende oplevelser fra barndommen, og nogle behandlere nævner, at rusmiddelbrug hos borgere blandt andet sker som en reaktion på sådanne traumer.

I interviewene fortæller flere af behandlerne om de traumer, borgerne bærer rundt på, og ligesom blandt Native Americans (jf. Gone 2009) er brugen af rusmidler en måde at dulme smerterne på (Gone, 2009). Mange flygter fra det, der er så svært at bære, ved at selvmedicinere med alkohol

og hash. Behandlerne beskriver, hvordan de blandt andet bruger KAT til at styrke borgernes selvværd ved at ændre negative tanker og adfærdsmønstre til positive og ved at hjælpe borgerne til at forstå, at deres tanker og reaktioner i mange tilfælde bunder i de traumatiserende oplevelser og vilkår, de har været udsat for tidligt i deres liv. Behandlerne beskriver, at mange af borgerne i behandling kommer fra det, de kalder 'kaotiske' hjem, og befolkningsundersøgelserne viser, at ustabile familie- og opvækstforhold har været udbredt i hele landet i de sidste 40-50 år (Larsen CVL et al., 2019). Af samme grund ønsker nogle af behandlerne, at det var muligt at tilbyde behandling for eksempelvis seksuelle traumer i Allorfikregi.

### 8.3 Unge – en særlig målgruppe

Ifølge Andersen et al. (2017) er der i mange lokalsamfund med oprindelige befolkninger et andet drikkemønster, end det ses i vestlige majoritetsbefolkninger. Blandt unge i disse lokalsamfund sker problematisk brug af alkohol ofte blandt meget unge mennesker, og i nogle lokalsamfund er druk en social norm (Matamonasa-Bennett, 2017).

Et studie af Kulis & Brown (2011) undersøgte unge menneskers strategier til at afvise rusmidler. De fandt, at American Native unge i modsætning til undersøgelsens majoritetsunge typisk ikke identificerede REAL strategier (refuse, explain, avoid, leave) som den bedste måde at tackle tilbud om rusmidler. De prioriterede i stedet forskellige strategier fra passive og nonverbale strategier, som at stå over eller at foregive brug af rusmidlet, til målrettede og konfronterende strategier, som at ødelægge rusmidlet og stille spørgsmål til det passende i tilbuddet. Disse strategier tillod de unge at blive i deres sociale settings og er muligvis også vigtige af kulturelle årsager såvel som spejlinger af de sociale kontekster, i hvilke de oplever at blive tilbudt rusmidler (Kulis & Brown, 2012).

Allorfiks behandlere fortæller i interviewene, at de fleste borgere oplever udfordringer i forbindelse med sociale fællesskaber centreret om alkohol eller hash, men at det er særligt svært og ensomt for unge. Der er tilsyneladende en udbredt tendens til gruppepres angående rusmiddelbrug, og de unge borgere i behandling mangler andre typer af fællesskaber samtidig med, at de kæmper med at definere sig selv på ny uden rusmidlerne.

Forskningslitteraturen beskriver, at mange kulturbaserede interventioner i rusmiddelbehandling rettet mod unge i oprindelige befolkningsgrupper består af uddannelsesprogrammer, fritidsaktiviteter og specifikke kulturelle kommunikationsformer som talking circles (i en nordamerikansk kontekst) (Hawkins et al., 2004; Lowe et al., 2012; Saboo, 2023). Desuden beskrives det, at støttende miljøer og stærke relationer til ældre og andre omsorgsgivere i den oprindelige kultur kan have mange positive effekter for unge med afhængighedsproblemer (Hardey, 2023). Mange steder kan unge have svært ved at skabe disse forbindelser til deres traditionelle communities, så det er vigtigt, at professionelle, stammemedlemmer, ledere og healere samarbejder om behandlingen for at give den bedst mulige omsorg til den unge i behandling (Saboo, 2023).

I Allorfik er der ikke et stort fokus på grønlandsk kultur og traditioner. Samfundet er på mange måder organiseret efter dansk model. Det betyder, at der er en streng opdeling af ansvarsområder mellem forskellige organisationer og institutioner, og det kan være svært at iværksætte meget helhedsorienterede behandlingsløsninger, selvom flere af de interviewede behandlere ønsker sig netop dette. Med hensyn til forskellige elementer i behandlingen af særligt unge borgere er

behandlerne i undersøgelsen enige om, at der er brug for andre supplerende aktiviteter end samtaler. Mange af behandlerne er således meget opmærksomme på, hvordan de kan være i god kontakt med de unge borgere gennem aktiviteter alene med dem og i grupper, og de har mange ideer til aktiviteter, de ønsker sig som elementer i behandlingen.

#### 8.4 Lokalsamfundsaktiviteter uden rusmidler

I studier om afhængighedsbehandling blandt Native Americans, Alaska Natives og Australian Aborigines går fokus på kulturel identitet og historisk arv igen (Andersen et al., 2017). Sådanne studier rapporterer blandt andet, at hjælp fra elders og genopbygning af individers identitet som tilhørende en bestemt oprindelig befolkningsgruppe er et vigtigt element i at komme videre efter en problematisk afhængighed. I nogle lokalsamfund fremhæves tidligere alkoholafhængige som rollemodeller, der har arbejdet med deres kulturelle arv og identitet og nu tager ansvar for kulturens overlevelse (Matamonsa-Bennett, 2017). Blandt ældre Alaska Natives har deltagelse i kulturelle arrangementer og roller som undervisere i kulturelle værdier vist sig at være motiverende i forhold til at afholde sig fra at drikke alkohol, fordi sidstnævnte var en barriere i forhold til at kunne udfylde denne rolle (Lewis & Allen, 2017).

Forebyggelse af problematisk rusmiddelbrug i lokalsamfund bestående af oplysende aktiviteter og promovning af fornøjelige alkoholfri aktiviteter kan modvirke kedsomhed og styrke empowerment (Jainullabudeen et al., 2015; Komro et al., 2017). Flere studier med fokus på lokalsamfund i afhængighedsbehandling viser, at strategier med fokus på lokal forbundethed og oplevelse af lokalt fællesskab og tilhørsforhold er effektive strategier i forhold til at opnå empowerment (Etz et al., 2012; Whitesell et al., 2012; WHO, 2006).

Behandlerne i Allorfik har som nævnt ikke fokus på en særlig grønlandsk identitet hos borgerne, men de er meget bevidste om det store tab af tilhørsforhold, som borgerne oplever, hvis de ikke længere kan være en del af deres omgangskreds på samme måde som tidligere, fordi de er i gang med at reducere eller stoppe deres rusmiddelforbrug. Borgerne oplever ifølge behandlerne en ensomhed og et identitetstab, og de ved ikke, hvilke fællesskaber uden rusmidler de kan blive en del af. Det er baggrunden for, at flere af behandlerne i interviewene giver udtryk for, at de ønsker at kunne tilbyde fælles aktiviteter for borgere i behandling eller efter endt behandling. Det foreslås også at have et fysisk mødested, hvor der både kan foregå fælles aktiviteter som dans, sang, spil osv., men også arrangementer af mere oplysende karakter med borgeroplysning og aktiviteter relateret til det gode og sunde liv.

Flere behandlere har selv været afhængige af rusmidler og har derfor egne erfaringer at trække på i forhold til at sætte sig i borgernes sted. Mange borgere i behandling er dog skamfulde over deres situation og vil nødig sættes i forbindelse med afhængighed. Hvis flere tidligere afhængige står frem og bliver fremhævet som gode rollemodeller, kan det være, at det vil opleves mindre skamfuldt at gå i behandling.

#### 8.5 Kollektiv og holistisk indsats

Ifølge Kirmayer et al. (2011) er det enkelte menneske ikke centrum i inuitforståelser af universet. Dette står i modsætning til de antropocentriske begreber, som er almindelige i vestlige traditioner og verdensopfattelser. Personen i inuitfilosofi er blot en enhed i en verden af magtfulde kræfter. Inuit søger sundhed gennem opnåelse af den bedste balance blandt kræfter i verden omkring personen (Kirmayer et al., 2011). Dette afspejles også i den grønlandsk udviklede model 'Vores Sundhed' (Olesen & Larsen, 2023). Her er overbevisningen, at menneskers liv, sundhed og velvære er påvirket af forskellige sociale og kulturelle determinanter såsom opvækstvilkår,

uddannelse, boligforhold, arbejde og adgang til sundhedsvæsen. I tillæg hertil fremhæves særligt fællesskab, familie og relationer, natur, kalaalimerngit (traditionel grønlandsk mad) og fokus på helheden af krop, sjæl og ånd som determinanter for det gode liv (Naalakkersuisut., 2020; Ottendahl et al., 2021). I mange oprindelige befolkningers traditioner er healing en cirkulær og holistisk proces, som handler om at blive og være forbundet til familie, slægt, lokalsamfund og at finde balancen mellem sin fysiske, mentale og spirituelle identitet, omgivelser og ånde verdenen (Allen et al., 2011; Hodge et al., 2009; Moghaddam & Momper, 2011; Saboo, 2023).

Novins et al. (2011) argumenterer for, at det er afgørende for udviklingen af rusmiddelbehandlingen at inkludere lokalsamfundsværdier i klinisk praksis samt at producere evidens for effekterne. Herudover bør der være fokus på udvikling af humane og infrastrukturelle ressourcer til at støtte produktionen af denne evidens (Novins et al., 2011). Mange kulturelle interventioner i rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger er designet til at foregå i en specifik kulturel kontekst og indeholder ofte komponenter som spiritualitet, kulturel identitet og heling af historiske og intergenerationelle traumer. Desuden fremhæves deltagelse i traditionelle og kulturelle aktiviteter ofte som vigtige i behandling af afhængighed (Saboo, 2023). En del kulturbaserede interventioner samtænkes med vestlige interventioner og bliver til nye interventioner specifikt udarbejdet til et bestemt lokalsamfund. Ofte indeholder de aktiviteter som dans, sang, trommespil, perlearbejde, syning, naturaktiviteter, fortælletraditioner, sprog, bøn, svedehytter, ceremonielle praksisser, traditionel lære, medicin, mentoring og talking circles (Rowan et al., 2014). Det tyder ifølge Rowan et al. (2014) på, at kulturbaserede interventioner forbedrer klienters funktionsniveau på en holistisk måde og reducerer brug af rusmidler i de fleste tilfælde (Saboo, 2023).

Allorfik har en holistisk tilgang til behandlingen af afhængighed forstået på den måde, at behandlingsforløbet er tilrettelagt omkring forståelse for borgernes samlede livssituation og på de årsager, som ligger til grund for afhængigheden. Behandlingsforløbet er så fleksibelt, at det kan tilpasses til hver enkelt borger, som er med til at sætte dagsordenen i mange af forløbets samtaler. Herudover kan behandlerne lave forskellige aktiviteter med borgerne i løbet af den tid, behandlingen varer. Nogle behandlere forsøger også at hjælpe borgerne med andre forhold i deres liv, som påvirker muligheden for at komme ud af afhængigheden. Det kan for eksempel være i relation til økonomisk rådgivning eller boligforhold. Interviewene peger på, at en del behandlere drømmer om en organisering af afhængighedsbehandling, som giver mulighed for at have en endnu mere holistisk tilgang i behandlingen, end det er tilfældet nu. Med den bølge af særligt unge mennesker med fokus på inuitidentitet, landets historie og kollektive, nedarvede traumer, som får mere opmærksomhed i disse år, er det muligt, at også mere kultur og identitetsbaserede aktiviteter og tilgange vinder frem i behandlingen af afhængighed i Grønland.

# 9 Opmærksomhedspunkter

På baggrund af nærværende undersøgelse fremhæver vi nedenfor seks opmærksomhedspunkter, som kan være værd at forholde sig til i relation til det fortsatte arbejde med afhængighedsbehandling i en grønlandsk kontekst generelt og specifikt i regi af Allorfik.

- **Målgrupper:** Det fremgår tydeligt, at behandlere og gruppeledere er opmærksomme på, at borgere, som er i afhængighedsbehandling i Allorfik, tilhører forskellige målgrupper, som hver især har behov for noget forskelligt i behandlingen. Den ene afgørende måde at definere de to målgrupper på er på baggrund af deres kompetencer i forhold til at indgå i en motiverende samtale og i kognitiv adfærdsterapi. Mens en gruppe kan indgå mere eller mindre direkte i behandlingsforløbet, har den anden gruppe aldrig lært at forholde sig til og sætte ord på egne oplevelser, tanker og følelser. Den anden afgørende kategorisering af målgrupper er struktureret efter køn og alder, idet behandlerne oplever, at der er brug for forskellige tilgange til disse grupper. Behandlere og gruppeledere har forslag til forskellige aktiviteter og tiltag til målgrupperne. Det kan muligvis være en fordel at lave nogle supplerende behandlingsbeskrivelser til de forskellige målgrupper for at sikre størst mulig videndeling og inspiration på tværs af organisationen og de forskellige afdelinger.
- **Metoder og redskaber:** Flere behandlere efterlyser kurser og videreuddannelse med fokus på specifikke værktøjer, der kan bruges i behandlingen. Der er således et stort ønske hos de enkelte behandlere om at udvide værktøjskassen og derigennem have større variationsmuligheder i hver enkelt behandlingssituation.
- **Aktiviteter for borgere uden for behandlingssituationer:** Flere i undersøgelsen peger på, at borgere i og efter behandling mangler et fysisk sted og sociale grupper samt aktiviteter, som ikke inkluderer brug af rusmidler. Det ligger ikke inden for den nuværende lovgivning og Allorfiks ansvarsområde, men behandlerne mener, at den slags tiltag kan være med til at støtte borgere, der er eller har været i behandling, i deres nye situation, hvor de er stoppet med eller har reduceret deres brug af rusmidler.
- **Bredere behandlingsfokus:** Selvom Allorfik er et behandlingstilbud til folk med afhængighed af spil eller rusmidler, har mange behandlere stort fokus på de underliggende årsager til, at borgerne har udviklet en afhængighed. Mange af behandlerne er interesserede i at kunne behandle traumer, som er opstået tidligere i borgernes liv, eller at kunne henvise disse borgere til en behandler i Allorfikregi, som har fokus på dette. På nuværende tidspunkt er det ikke en mulighed, da eksempelvis behandling af seksuelle traumer ikke hører under Allorfiks ansvarsområde. Det er værd at være opmærksom på, at mange af behandlerne kunne ønske sig, at Allorfik blev et behandlings- og rådgivningstilbud med et langt bredere formål end afhængighedsbehandling og for eksempel kunne tilbyde både psykoterapeutisk og sexologisk behandling.
- **Samarbejde med eksterne sektorer:** Allorfiks behandlere oplever ofte vanskeligheder i forhold til at samarbejde med kommuner og boligselskaber omkring borgernes problemer og efterforløbsplaner. Den enkelte behandler kan kun forsøge at holde kommuner op på, at der skal laves efterforløbsplaner, og forsøge at hjælpe borgere med at løse problemstillinger, som ofte på forskellig vis kan relateres til borgernes afhængighedsproblem. Flere behandlere har udtrykt et ønske om, at Allorfik kunne have egne socialrådgivere, der kunne have fokus på denne type af problemstillinger. Denne løsning kan dog ikke umiddelbart løse problemerne, fordi det formelle ansvar for disse opgaver ligger hos kommuner og ikke hos Allorfik.

- **Kulturel identitet og fokus i forbindelse med behandling:** Allorfiks behandlingstilbud tager udgangspunkt i forskellige velkendte metoder fra rusmiddelbehandling med fokus på borgerens ressourcer. Mens forskningslitteraturen om rusmiddelbehandling blandt oprindelige befolkninger i mange tilfælde fokuserer på lokal kultur og traditioner samt på mere kollektive tilgange til behandlingen, er dette ikke noget, som får særskit opmærksomhed i Allorfik, fordi lovgivningen dikterer, at behandlingen skal være baseret på evidensbaserede metoder. Der er i disse år et voksende fokus i samfundet og særligt blandt yngre generationer på kulturel identitet og kulturelle udtryksformer blandt inuit. Det er muligt, at en større opmærksomhed på kollektive behandlingsmetoder og kulturel identitet kan være til gavn for borgere, som søger afhængighedsbehandling hos Allorfik. Denne opmærksomhed kan for eksempel skærpes i kommunale aktiviteter omkring borgere med skadeligt spil- og rusmiddelbrug.

# Litteratur

- Allen, J., Mohatt, G. V., Rasmus, S. M., Two Dogs, R., & Ford, T. (2011). Cultural interventions for American Indian and Alaska Native Youth: The Elluam Tungiinun and Nagi Kicopi programs. *Child Psychology and Mental Health: American Indian and Alaska Native Children and Mental Health: Development, Context, Prevention, and Treatment*, 337-364.
- Allorfik. *Alle borgere i behandling for rusmiddel og spilproblemer skal have lavet en plan for efterbehandlingen.*
- Allorfik. *Samtaletilbud til pårørende til personer, der har problemer med rusmidler.*
- Allorfik. Tilbud om efterbehandling i Allorfik.
- Allorfik. (2018). *Allorfik Annual Report 2016-17.*
- Allorfik. (2019). *Allorfik Annual Report 2018.*
- Allorfik. (2020a). *Allorfik Annual Report 2019.*
- Allorfik. (2020b). Behandlingsforløb i Allorfik.
- Allorfik. (2020c). *Information om rusmiddelbehandling - et gratis behandlingstilbud ved problemer med alkohol, hash og spil.*
- Allorfik. (2021). *Allorfik Annual Report 2020.*
- Allorfik. (2022). *Allorfik Annual Report 2021.*
- Andersen, L., Munk, G. S., Bilberg, R., & Nielsen, S. A. (2017). What treatment should be offered to indigenous people suffering from alcohol use disorder? *Drug and Alcohol Review*.
- BigFoot, D. S. (2007). American Indian youth: Current and historical trauma. *University of Oklahoma Health Sciences Center*. <https://www.researchgate.net/publication/253465013>
- Brave Heart, M. Y. H. (2003). The Historical Trauma Response Among Natives and Its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 7-13. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399988>
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder: en grundbog*. Hans Reitzel.
- Campbell, A. N. C., Turrigiano, E., Moore, M., Miele, G. M., & Rieckmann, T. (2015). Acceptability of a web-based community reinforcement approach for substance use disorders with treatment-seeking American Indians/Alaska Natives. *Community Mental Health Journal*.(51-4), 393-403. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10597-014-9764-1>
- Cornish, F., Gillespie, A., & Zittoun, T. (2013). Collaborative Analysis of Qualitative Data. In *Handbook of qualitative data analysis* (pp. 79-93).
- D'Abbs, P., Togni, S., Rosewarne, C., & Boffa, J. (2013). The Grog Mob: lessons from an evaluation of a multi-disciplinary alcohol intervention for Aboriginal clients. *AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 37(5).
- Etz, K. E., Arroyo, J. A., Crump, A. D., & Rosa, C. L. (2012). Advancing American Indian and Alaska Native substance abuse research: current science and future directions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(5), 372-375.
- Gone, J. P. (2009). A community-based treatment for Native American historical trauma: prospects for evidence-based practice. *J. Consult Clin Psychol.*, 751-762. <https://doi.org/10.1037/a0015390>
- Hardey, S. (2023). *Addiction treatment for teens and adolescents*. American Addiction Centers. Retrieved 23-05-2023 from <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/teens>
- Haren, T., & Foss, H. Den Motiverende Samtale. En introduktion.
- Hawkins, E. H., Marloatt, G. A., & Cummins, L. H. (2004). Preventing Substance Abuse in American Indian and Alaska Native Youth: Promising Strategies for Healthier Communities. *Psychological Bulletin*, 130(2), 304-323. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.304>

- Hodge, D. R., Limp, G. E., & Cross, T. L. (2009). Moving from colonization toward balance and harmony: a Native American perspective on wellness. *Social Work, 54*(3), 211-219.
- Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed, (2019).  
<https://lovgivning.gl/lov?rid=%7BEF1F3690-77F8-4FA9-A585-51A44FB97041%7D>
- Jainullabudeen, A. T., Lively, A., Singleton, M., Shakeshaft, A., & Tsey, K. (2015). The impact of a community-based risky drinking intervention (Beat da Binge) on Indigenous young people. *BMC Public Health*.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2675-4>
- Kaliszewski, M. (2022). *Substance Abuse Statistics for Native Americans*. American Addiction Centers. Retrieved 23-05-2023 from <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/addiction-statistics/native-americans>
- Kirmayer, J. L., Dandeneau, S., Marshall, E., Philips, K. M., & Williamson, J. K. (2011). Rethinking Resilience From Indigenous Perspectives.
- Komro, A. K., Livingston, D. M., Wagenaar, C. A., Kominsky, K. T., & Pettigrew, W. D. (2017). Multilevel Prevention Trial of Alcohol Use Among American Indian and White High School Students in the Cherokee Nation. *American Journal of Public Health; Washington, 107*(3), 453-459.  
<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12122>
- Kulis, S., & Brown, F. E. (2012). PREFERRED DRUG RESISTANCE STRATEGIES OF URBAN AMERICAN INDIAN YOUTH OF THE SOUTHWEST. *Journal of Drug Educ.*
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Larsen CVL, Curtis T, & Bjerregaard, P. (2012). Gambling Behavior and Problem Gambling Reflecting Social Transition and Traumatic Childhood Events Among Greenland Inuit: A Cross-Sectional Study in a Large Indigenous Population Undergoing Rapid Change. *J Gambli stud.*
- Larsen CVL, Hansen CB, Ingemann C, Jørgensen ME, Olesen I, Sørensen IK, Koch A, Backer V, & Bjerregaard P. (2019). *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Levevilkår, livsstil og helbred - oversigt over indikatorer for folkesundheden*.
- Lee, K. S. K., Dawson, A., & Conigrave, K. M. (2013). The role of an Aboriginal women's group in meeting the high needs of clients attending outpatient alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Review, 618-626*. <https://doi.org/10.1111/dar.12068>
- Lewis, J. P., & Allen, J. (2017). Alaska Native Elders in Recovery: Linkages between Indigenous Cultural Generativity and Sobriety to Promote Successful Aging. *Journal of cross-cultural gerontology, 32*(2), 209-222.
- Lowe, J., Liang, H., Riggs, C., Henson, J., & Elder, T. (2012). Community Partnership to Affect Substance Abuse among Native American Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38*:5, 450-455. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694534>
- Matamonasa-Bennett, A. (2017). "The Poison That Ruined the Nation": Native American Men—Alcohol, Identity, and Traditional Healing. *American Journal of Men's Health, 11*(4), 1142-1154.
- McHugh, K. R., Hearon, A. B., & Otto, W. M. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Miller, R. W., & Rose, S. G. (2009). Towards a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol.*  
<https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Moghaddam, J. F., & Momper, S. L. (2011). Integrating spiritual and western treatment modalities in a Native American substance user center: Provider perspectives. *Substance Use & Misuse, 46*(11), 1431-1437. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/10826084.2011.592441>
- Novins, D. K., Aarons, G., A., Conti, S. G., & Dahlke, D. (2011). Use of the evidence base in substance abuse treatment programs for American Indians and Alaska natives: pursuing quality in the crucible of practice and policy. *Implementation Science*.
- Naalakkersuisut. (2014). *Misbrugsbehandling. Behov og samfundsmæssige gevinster*.
- Naalakkersuisut. (2015). *Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*.
- Naalakkersuisut. (2020). *Inuuneritta III*.



- Olesen, I., & Larsen, C. V. L. (2023). "Peqqissuserput": Our framework for community health research based on social and cultural determinants for Inuit health and well-being in Kalaallit Nunaat (submitted til journal).
- Ottendahl, C. B., Bjerregaard, P., Svartá, D. L., & Sørensen, I. K. (2021). *Mental sundhed og helbred blandt 15-34 årige i Grønland*.
- Pedersen, C. P., & Bjerregaard, P. (2011). Det svære ungdomsliv. Unges Trivsel i Grønland 2011. - En undersøgelse om de ældste folkeskoleelever. *SIF's Grønlandstidsskrifter nr. 24*.
- Rowan, M., Poole, N., & Shea, B. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 9:34*.
- Saboo, K. M. (2023). Native American Youth & Substance Abuse Treatment: An Adjustable Intervention for Healing
- Sciuto, S., & Gjaldbæk, A. C. (2018). *Om Unge og Hash*.
- Sliedrecht W, De Waart R, Witkiewitz K, & HG., R. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*.
- U-turn. Københavns kommune. Retrieved 11-05-2023 from <https://uturn.kk.dk/om-os>
- Venner, K. L., Greenfield, B. L., Hagler, K. J., Simmons, J., & Lupee, D. (2015). Pilot outcome results of culturally adapted evidence-based substance use disorder treatment with a Southwest Tribe. *Addictive Behaviors Reports, 21-27*.
- Venner, K. L., Serier, K., Sarafin, R., Greenfield, B. L., Hirschak, K., Smith, J. E., & Witkiewitz, K. (2021). Culturally tailored evidence-based substance use disorder treatments are efficacious with an American Indian southwest tribe: An open-label pilot-feasibility randomized controlled trial. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15191>
- VIVE. (2021). Børn og unges adgang til psykisk hjælp i Grønland.
- Whitesell, N. R., Beals, J., Crow, C. B., & Mitchell, C. M. (2012). Epidemiology and etiology of substance use among American Indians and Alaska Natives: risk, protection, and implications for prevention. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38(5)*, 376-382.
- WHO. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*
- Wilmhurst, L. (2017). *Substance-related disorders. Abnormal child adolescent psychology: A developmental perspective*. Routledge.
- [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk). Misbrug. Psykiatrifondeon. <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/misbrug>
- [www.sum.dk](http://www.sum.dk). Alkohol- og stofmisbrug. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Retrieved May 05 2023 from <https://sum.dk/arbejdsomraader/forebyggelse/alkohol-og-stofmisbrug>