
Årsrapport 2025

April 2026



Foto: Kathrine Kruse

Ársrapport 2025

Allorfik, Videntcenter om Afhængighed
Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse

Publikationsår: 2026

Udarbejdet af:

Símun Niclasen & Birgit Niclasen

Allorfik, Videntcenter om Afhængighed
Niels Hammekenip Aqqutaa 41
3900 Nuuk

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

Rapporten refereres: Niclasen S. & Niclasen, B. Allorfik, Ársrapport 2025. Nuuk: Allorfik, Videntcenter om Afhængighed, 2025: 1-38

Rapporten kan downloades fra allorfik.gl

Indholdsfortegnelse

RESUME	4
Visitationsdata 2025	5
Behandlingsdata i 2025	5
Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2025	5
Årets tema: Psykiske symptomer ved behandlingsstart	5
1. OM ALLORFIK OG BEHANDLINGSTILBUDET FOR BORGERE MED RUSMIDDEL-PROBLEMER OG PENGESPIL	7
Allorfik, Videncenter om Afhængighed	8
Behandlingstilbudet	9
2. AKTIVITETER UNDER ALLORFIK, VIDENCENTER OM AFHÆNGIGHED I 2025	11
Overvågning af visitation og behandling	11
Uddannelsesindsatsen	12
Informationsindsatsen	12
Udbuddet i 2024 og 2025	13
Medicinsk alkoholbehandling	13
Behandlingstilbud til børn og unge	13
Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling	13
3. VISITATIONSDATA 2025	14
Fordeling af visiterede på kommuner	14
Problemer med alkohol ved visitation	14
Problemer med hash ved visitation	15
Problemer med pengespil ved visitation	16
 Psykisk helbred og trivsel	17
Trivsel	17
Trivsel fordelt på køn	18
4. BEHANDLINGSDATA 2024	19
Behandlinger i 2017-2025	19
Behandlede i 2012-2025	19
Kønsfordeling	20
Behandlingssted 2025	21
Behandlingsstatus	22
Behandlingsstatus fordelt på køn	22
Behandlingsstatus fordelt på alder	23
5. DEN NATIONALE RUSMIDDELBEHANDLINGSDATABASE (KN-ASI) 2024	24
Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling	24
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse	26
Helbredsforhold	27
Behandlede med børn under 18 år	27
Forholdene i barndomshjemmet	28
Oplevet fysisk, psykisk og seksuelt misbrug som barn	31
6. PSYKISKE SYMPTOMER HOS BORGERE I RUSMIDDELBEHANDLING	33
Fælles risikofaktorer for både at udvikle psykisk sygdom og rusmiddelproblemer	33
Psykiske symptomer hos borgere ved start af rusmiddelbehandling	34
7. PLANLAGTE INDSATSER UNDER ALLORFIK I 2026	38

Resume

Allorfik er 1. januar flyttet fra at høre under Departementet for Sundhed til at være en del af sundhedsvæsenet og er dermed nu under Styrelsen for Sundhed. Allorfik varetager det nationale tilbud om behandling af afhængighed af alkohol, hash og pengespil. Oprettelsen af Allorfik har baggrund i ”*Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*”¹ fra 2015, der beskriver et gratis nationalt tilbud til borgere med rusmiddel- og spilproblemer. Allorfik blev oprettet 1. januar 2016, hvor ansvaret for behandlingen overgik fra sundhedsvæsenet til Allorfik. Allorfik består af en overordnet enhed Allorfik, Videncenter om Afhængighed, som i perioden 2016-2018 har oprettet et behandlingscenter i hver af de fem kommuner. I 2019 fik rusmiddelbehandlingen egen lovgivning ”*Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed*”².

Alt i alt sker behandlingen dels lokalt i Allorfikcentre og dels gennem en privat udbyder.

For de 62 % af befolkningen, der bor i en by med et Allorfikcenter, sker behandlingen i hht lovgivningen som udgangspunkt her p.g.a nærhedsprincippet. I Allorfikcentre består behandlingsmetoder af Motiverende Samtale (MI) og Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er oftest ambulat med fremmøde 1-5 gange om ugen i alt ca. 20 gange. Andre behandlingsmodeller fx gruppebehandling, par og familiebehandling bruges også.

De 38 % af den voksne befolkning, der har bopæl uden for byer med et Allorfikcenter, tilbydes behandling i samarbejde med den private udbyder, p.t. Katsorsaavik Nuuk, som også i 2025 udførte 2 forløb årligt i alle byer undtagen i Qaanaaq, Ittoqqortoormiit og Kangatsiaq, hvor det er 1 forløb, og som kan tilbyde behandling i Nuuk under indkvartering. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden som dagbehandling á 5 timer dagligt i 6-8 uger.

Herudover tilbydes behandling over telefon eller videokonsultation fra Allorfikcentre.

Efter behandlingen tilbydes et efterbehandlingsforløb, der er fælles for alle behandlingstilbud. Herudover tilbydes pårørendebehandling. Lokalt til 2 pårørende per behandlet. I Allorfikcentre tilbydes pårørendebehandling også til pårørende, selvom den pårørende ikke har et familiemedlem i behandling.

Overvågning af visitation og behandling

Et bedre tilbud kræver bedre data - om henvisninger, behandling og den enkelte borgers baggrund. Et af videncentrets vigtigste opgaver har været at forbedre den nationale overvågning. Dette sker overordnet gennem tre databaser, der samlet kaldes Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase:

- Visitationsdatabasen
- Behandlingsdatabasen
- Den Nationale Rusmiddeldatabase, KN-ASI

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

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

Visitationsdata 2025

I 2025 overgik Allorfik til et nyt visitationssystem gennem Sullissivik. På grund af denne overgang har ikke alle behandlede udfyldt visitationsskemaet. I 2025 er derfor kun visitationsdata på 440 borgere. Problemer med alkohol ved henvisningen vurderes med en AUDIT-score. I havde 30 % visiterede ikke et alkoholproblem, mens 13 % alene havde et stort forbrug, 8 % havde et skadeligt forbrug og 50 % havde afhængighed (Figur 3.3). Vurderingen af problemer med hash og andre stoffer blev foretaget med spørgeskemaet DUDIT. I 2025 havde 44 % af mænd og 29 % af kvinder en DUDIT-score svarende til et stofproblem eller afhængighed (Figur 3.5 og 3.7). Problemer med pengespil: Af alle visiterede havde 12 % en egentlig spilafhængighed og 2% et problemspil (3.8).

Behandlingsdata i 2025

Siden de første Allorfikcentre åbnede har antallet af afsluttede behandlinger været stigende indtil 2022, hvorefter antallet er faldet. I 2025 blev afsluttet 663 behandlinger blandt 606 borgere. Dette dækker over både gennemførte og afbrudte behandlinger. Antallet af behandlinger er således uændret fra 2024, men lavere end i årene 2019-2021 (Figur 4.1). Det har været et stort ønske fra kommunerne, at behandlingen så vidt muligt skal foregå lokalt. Samlet blev 83 % af borgerne behandlet lokalt i 2025 (Figur 4.3). I alt gennemførte 60 % behandlingen, mens 24 % afbrød, og 16 % fortsat er i behandling (Figur 4.4). Andelen, der gennemfører behandlingen er opgjort som i 2024, hvor 54% gennemførte behandlingen.

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) 2025

Kun 54 % af borgere med et alkoholproblem og 61 % af borgere med et hashproblem kommer i behandling indenfor 5 år efter, at problemet er opstået, mens det er mellem 8 og 15 %, der har haft problemet i 20 år eller mere (Figur 5.1 og 5.2). I alt 54 % af de behandlede har været behandlet tidligere (Figur 5.3). Mange i behandling har en kort skoleuddannelse, og et flertal (60 %) har ingen uddannelse ud over folkeskolen (Figur 5.4 og 5.5). I alt har 84 % tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (77 %) eller som selvstændige (7 %) (Figur 5.6). Mange borgere i behandling har hjemmeboende børn under 18 år. I alt havde 46 % ingen hjemmeboende børn under 18 år, 34 % havde 1-2 hjemmeboende børn og 13 % 3 eller flere hjemmeboende børn, mens 7 % uoplyst (Figur 5.9). En stor del af de behandlede er vokset op under utrygge forhold i barndomshjemmet (Figur 5.10), ligesom et stort flertal har forældre, søskende og/eller bedsteforældre med rusmiddelproblemer (Figur 5.11-17). Herudover har en stor andel oplevet fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug som børn. Således havde kun 22 % ikke oplevet et af disse tre misbrug som børn, mens 22 % havde oplevet et misbrug, 27 % to misbrug og 29 % alle tre typer af misbrug.

Årets tema: Psykiske symptomer ved behandlingsstart

Komorbiditet eller samtidig forekomst af et rusmiddelproblem og psykisk sygdom er meget almindeligt. Så almindeligt, at en overvægt af mennesker med psykiske lidelser også har eller har haft et rusmiddelproblem på et tidspunkt i deres liv. Der er en række fælles risikofaktorer for at udvikle psykisk sygdom og udvikle rusmiddelproblemer. De hyppigste er kronisk stress og at have oplevet traumer og negative barndomsoplevelser (Adverse Childhood Experiences, ACE).

Efter 2. verdenskrig oplevede Grønland meget hurtige samfundsændringer, hvilket medførte store ændringer også i befolkningens sygdomsmønster. En vigtig ændring var øgning af selvmord og af psykisk sygdom. En medvirkende og forstærkende årsag til dette var også frigivelsen af alkohol i 1953, det vil sige stort set samtidig med at samfundsændringerne rigtig tog fart.

I denne opgørelse omkring psykiske symptomer indgår de 2.474 borgere, der fik deres første registrerede behandling i 2017–2024. Af disse havde i alt 51 % én eller flere psykiske symptomer (depression, panikangst, koncentrationsproblemer, hallucinationer, aggressiv adfærd) i mindst 14 dage i den sidste måned inden behandlingsstart. Panikangst med 32 % og depression med 27 % var de hyppigst rapporterede symptomer og mens 22 % havde et symptom havde 1 % alle fem symptomer.

Flere kvinder end mænd rapporterede psykiske symptomer, ligesom det blev fundet, at dem, der havde psykiske symptomer ved behandlingsstart, i højere grad også er socialt udfordrede. Det er vigtigt at have forståelse for, at tidlig debut af samtidig psykiatrisk lidelse og rusmiddelproblemer har sammenhæng med en dårlig prognose for begge lidelser. Selvom der således er viden om vigtigheden af en integreret behandlingsindsats for patienter med samtidig psykiatrisk lidelse og rusmiddelproblemer, så er der i dag begrænsede ressourcer til at varetage denne opgave.

Planlagte indsatser i 2026

Disse fremgår i oversigtsform i kapitel 7.

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

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

Analysen *"Misbrugsbehandling, behov og samfundsmæssige gevinster"*³, som Naalakkersuisut fremlagde ved FM 2014, fokuserer på de væsentligste problemområder, som var og fortsat er: alkohol, hash og pengespil, selvom nye områder nu begynder at trænge sig på. Der redegøres i rapporten for, hvilke personer der har et rusmiddelproblem, problemets konsekvenser, behovet for behandling og de samfundsmæssige konsekvenser af misbrug og afhængighed. Sammenfattende viste analysen, at der er store gevinster ved en målrettet indsats, der kan nedbringe problemer med rusmidler i Grønland. Der er både store samfundsmæssige gevinstpotentialer og individuelle potentialer i form af vundne leveår, forbedring af helbredsstatus og livskvalitet samt mulighed for at bryde negativ sociale arv og mindske ulighed i sundhed.

"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling", der blev fremlagt på FM 2015, beskriver et integreret og forskningsbaseret behandlingstilbud for problemer med alkohol, hash og pengespil. Målet er, at problemerne identificeres tidligst muligt, og at borgeren og de pårørende hurtigt får hjælp. Planen redegjorde for de daværende indsatser inden for forebyggelse og behandling af rusmiddel- og spilproblemer. Planen lagde desuden op til udarbejdelse af lovgivning på afhængighedsområdet. Denne kom i 2019. Ifølge planen er samfundets ønske for behandlingsindsatsen:

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

1. januar 2016 overgik rusmiddelbehandlingen fra sundhedsvæsenet til Allorfik, som blev oprettet som en del af Departementet for Sundhed. Allorfik varetager det nationale tilbud om behandling af afhængighed af rusmidler og pengespil. Tilbuddet i Allorfik har baggrund i *"Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling"*. I henhold til planen skulle etableres et gratis nationalt tilbud med en bredere vifte af forskellige behandlingsindsatser end tidligere, hvor tilbuddet samtidigt kan gives så tæt på borgerens hjem som muligt. Herudover skal behandlingsindsatsen være sammenhængende med indsatser, der skal afhjælpe sociale og sundhedsmæssige behov hos de behandlede. Dette skal sikres gennem aftaler mellem Allorfik og hhv. kommunerne og sundhedsvæsenet vedrørende samarbejdet omkring borgerne og at samarbejdet dækker de væsentligste snitflader mellem indsatser i de forskellige sektorer. Herunder skal alle borgere i

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

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

”Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling” udgør det evidensbaserede grundlag for behandlingen i Allorfikcentre og den nyeste udvikling på rusmiddel- og spilområdet følges i Videncenter om Afhængighed. Der har ikke været grund til at ændre på de basale metoder brugt i Allorfikcentre, men mindfulness i forebyggelsen af tilbagefald er forsøgt etableret, ligesom der i 2018 og igen i 2022 har været overbygning af behandleruddannelsen i behandling af par og familier, som fra 2023 indgik som en fast del af uddannelsen til rusmiddelbehandler. I 2024 har alle behandlere været på uddannelse i behandling af traumer og i 2025 har et fokus været sorg.

I den nationale plan fremgår, at behandlingsindsatsen, som for anden sundhedsbehandling, er organiseret ud fra en ”stepped care model” (en trinvis model), hvor den behandling, der skal gives, er den mindst indgribende som forventes at virke, og så skal den gives så tæt på borgerens hjem som muligt.

Den trinvis model bygger på:

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

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

Allorfik, Videncenter om Afhængighed

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

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

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

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

På www.sullissivik.gl og www.allorfik.gl findes oplysninger om, hvordan man kommer i behandling. Al visitation sker digitalt. Fra 1. september 2025 kan borgerne selv visitere sig til behandling gennem Sullissivik.gl. Alle borgere uanset bosted også selv henvende sig til Allorfik per mail eller telefon med ønske om behandling. Uden for byer med et Allorfikcenter vil det stadig frem til midten af 2025 normalt sagsbehandleren, der henviser til behandling eller borgeren henvender sig selv ved at kontakte Allorfik; mens borgere i byer med Allorfikcentre oftest henvender sig direkte i centrene.

Behandlingstilbuddet

Bosætningsmønstret og ønsket om at sikre bredde i tilbuddet gør, at behandlingsindsatsen nu sker efter flere forskellige metoder og indeholder både et dagtilbud og et ambulant tilbud. Behandlingen i Allorfikcentre sker ud fra MI og Kognitiv adfærdsterapi (KAT). Behandlingen er p.t. ambulant med fremmøde til ca. 20 behandlingssamtaler. Herudover tilbydes pårørendebehandling. Andre behandlingsmodeller udvikles løbende så der nu i de fleste centre tilbydes par- og familiebehandling samt gruppeforløb til forældre til børn med rusmiddelproblemer og gruppetilbud til unge.

Den del af befolkningen, der ikke er bosiddende ved et lokalt Allorfikcenter serviceres af den private udbyder Katsorsaavik Nuuk. Behandlingen i Katsorsaavik Nuuk sker efter Minnesota/CENAPS-metoden som dagbehandling á 5 timer dagligt i 6-8 uger. Behandlingen uden for Allorfikcentre sker både i Nuuk – oftest for beboere fra bygderne - og lokalt gennem 2 årligt udbudte lokalforløb i alle byer dog kun 1 forløb i Qaanaaq, Ittoqqortoormiit og Kangaatsiaq for op til 11 borgere pr. lokalforløb. I Tasiilaq tilbydes 2 årlige forløb for op til 22 borgere. Lokalbehandlinger, der ikke har været benyttet af de enkelte byer tilbydes andre byer eller større bygder. Borgere, der ikke har mulighed for at komme på lokalforløb, tilbydes behandling i Nuuk under indkvartering. Katsorsaavik Nuuk vandt alle 17 udbud ved sidste udbudsrunde. Der er et nyt udbud i 2025 med start 1. april 2026.

Efter behandlingen tilbydes et 26-ugers efterbehandlingsforløb i gruppe, der er fælles for alle behandlingstilbud eller i Allorfikcentre et tilbud med 7 individuelle samtaler over 6 måneder. I både Allorfikcentre, og ved lokalbehandling tilbydes pårørendebehandling. Ud over det etablerede tilbud til pårørende visiteres fra 2018 også pårørende til borgere med rusmiddelproblemer, der ikke er i behandling.

Behandlingstilbuddet ved problemer med pengespil adskiller sig en smule fra tilbuddet ved rusmiddelafhængighed. I Allorfik tilbydes et særligt ambulant tilbud til borgere med problemer med pengespil, mens behandlingen ved lokalbehandlinger eller i Katsorsaavik Nuuk sker sammen med borgere med rusmiddelproblemer. Allorfik har derudover et samarbejde med Center for Ludomani i Odense, hvortil borgere nu også kan blive behandlet på grønlandsk. Dette foregår som et internetbaseret forløb.

Allorfik har i 2021 etableret et samarbejde med Det Grønlandske Patienthjem i København om behandling over Skype, der videreføres i hjembyen efter udskrivningen.

1. januar 2025 blev Allorfik en del af det grønlandske sundhedsvæsen. Dette har betydet, at samarbejdet omkring gravide familier, der har et rusmiddelproblem eller er berørt af rusmiddelproblem har fået et mærkbart løft. Det gælder specielt samarbejdet med jordemødre og sundhedsplejen.

2. Aktiviteter under Allorfik, Videncenter om Afhængighed i 2025

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

Overvågning af visitation og behandling

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

En af Videncentrets vigtigste opgaver er således at udføre den nationale overvågning af henvisninger og behandlinger.

Den nationale overvågning sker overordnet gennem tre databaser. De tre databaser kaldes samlet Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase (NRB). De tre databaser er:

- Visitationsdatabasen (henvisninger)
- Behandlingsdatabasen (behandlinger)
- Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) (kortlægning af livsområder og opfølgning på kortlægning)

Visitationsdatabasen blev etableret i 2016. Denne indeholder oplysninger om alle, der er henvist til behandling. I visitationsskemaet indgår de WHO-udviklede spørgeskemaer AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) og fra 2018 DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) samt et spørgeskema om spilafhængighed og fra midten af 2018 livskvalitetsmålet WHO-5. Med disse fire instrumenter er det muligt, allerede når borgerne henvender sig om behandling at vurdere sværhedsgraden af deres rusmiddel- eller spilproblem og om de eventuelt skal nærmere undersøges for en depression eller en stresstilstand.

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

Den Nationale Rusmiddeldatabase (KN-ASI) er en systematisk kortlægning af borgerens eventuelle problemer relateret til rusmiddelbruget på syv dimensioner: Fysisk helbred, arbejde og økonomi, kriminalitet, alkohol, andre stoffer og medicin, familiære og sociale forhold samt psykisk helbred. Denne er etableret i 2018. Herudover følges borgerne med en mindre udgave af KN-ASI 6 uger inde i behandlingsforløbet, ved afslutning og igen 3, 6 og 12 måneder efter behandlingsafslutningen.

Det er Videncentrets ønske, at data fra Allorfiks databaser også bruges i forskningsøjemed. I 2019 blev den første forskningsartikel, baseret på data fra Allorfiks databaser, publiceret. I 2020 blev yderligere 1 forskningsartikler publiceret og yderligere 1 i 2021. Den første er om AUDIT instrumentet og den anden om særlige forhold hos hjemløse i behandling. I 2024 er publiceret en evaluering af Implementeringen af Allorfik i form af en ph.d.-afhandling, Denne er beskrevet kort i kapitel 6 i Allorfiks årsrapport for 2023. I 2025 er blevet lavet en artikel om samfundets økonomiske gevinst ved at yde gratis rusmiddelbehandling. Effekten er

positiv. Artiklen er nu under publicering. Forskningsindsatsen i Allorfik er skilt fra driften og er under Center for Rusmiddelforskning i Grønland en del af Center for Sundhedsforskning i Grønland under Ilisimatusarfik.

Uddannelsesindsatsen

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

1. Nøglepersonuddannelsen omkring rusmidler og spil
2. Rusmiddelbehandleruddannelsen

Uddannelserne foregår i samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniarfik. Uddannelserne er baseret på den danske sundhedsstyrelses basisuddannelse for alkoholbehandlere modificeret efter grønlandske forhold og tilføjet undervisning omkring behandling af problemer med hash og pengespil, par og familier og behandling af unge.

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

Uddannelsen er i 2022 blevet godkendt som en akademiuddannelse. Selve uddannelsesplanen er godkendt af Departementet for Uddannelse, men den vil skulle prioriteres økonomisk før den kan startes.

Nøglepersonuddannelsen har siden 2016 de fleste år været gennemført forår og efterår, men blev i 2022 kun gennemført en gang og dette er også planen fremover. I 2019 blev et specielt forløb i Qaqortoq lavet efter lokalt ønske. Behandleruddannelsen har været gennemført som et uddannelsesforløb årligt frem til 2020 og har i 2021 og 2022 været forstyrret af Covid-19 epidemien. Fra 2024 foregår behandleruddannelsen kun i lige år.

I 2025 blev udarbejdet den første basisbog om Motiverende Samtale udgivet på både dansk og grønlandsk. Bogen bruges i behandleruddannelsen, men kan også frit downloades fra Allorfiks hjemmeside

Informationsindsatsen

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

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

mellem kl. 9-15 og en hjemmeside www.allorfik.gl med blandt andet selvtests, oplysninger om behandlings-tilbuddet og om de lokale behandlingscentre. Ud over hjemmesiden laves løbende reklamer i KNR omkring Allorfik. De enkelte Allorfikcentre og Katsorsaavik Nuuk har egne Facebooksider.

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

Udbuddet i 2024 og 2025

Der blev udsendt et udbud om rusmiddelbehandling som dagbehandling i 2023 med i alt 17 deludbud. Med baggrund i for få tilbud blev dagbehandlingen genudbudt og vil blive det igen i 2025, da der ikke kom bud i 2024. Indtil det nye udbud træder i kraft 1. april 2026 fortsættes den lokale behandling som hidtil.

Medicinsk alkoholbehandling

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

Behandlingstilbud til børn og unge

Allorfik blev i 2018 af Departementet for Sundhed bedt om at udarbejde en plan for et særligt behandlings-tilbud til børn og unge. Planen blev omdelt til Inatsisartut ved FM 2019. Baggrunden er, at Inatsisartut ved FM 2017 behandlede punkt 185: *"Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalakkersuisut pålægges senest EM2018 at udarbejde en plan for særlige behandlingstilbud for børn og unge brugere af hash under 18 år"*. Planen dækker specielt aldersgruppen 15-24 år og er nu implementeret for behandlingsdelen.

Allorfik havde i 2022 og 2023 et rejsehold, der var i Qaanaaq og i Tasiilaq og fik gennemført behandling af unge opvokset med rusmidler i Tasiilaq og par- og familiebehandling og rusmiddelforebyggelse i folkeskolen i Qaanaaq. I 2023 var rejseholdet i Tasiilaq. Der har ikke været efterspørgsel efter rejsehold i 2024 og 2025.

Samarbejdsaftaler med kommuner, forskningscentre og interesseorganisationer inden for rusmiddelbehandling

For at sikre det tværfaglige samarbejde udarbejdes samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og Allorfik. Der er lavet samarbejdsaftaler med alle kommuner men disse skal for de flestes fornys i 2026. I 2023 er lavet en ny samarbejdsaftale med sundhedsvæsenet med særligt fokus på borgere med både psykisk sygdom og et rusmiddelproblem. Da Allorfik fra 1. januar 2025 er en del af det grønlandske sundhedsvæsen vil alle samarbejdsaftaler skulle opdateres.

Allorfik har et tæt samarbejde med Center for Ludomani i Odense omkring behandlingen af personer med problemer med pengespil. I 2023 blev det til 2 forløb i Odense for 7 borgere på det første forløb og 6 borgere på det andet forløb. Borgerne blev ledsaget af to behandlere fra Allorfik, der fik mulighed for at lære mere om behandlingen af ludomani. Efter udbud af ydelsen er i 2025 etableres et direkte samarbejde med Center for ludomani med en grønlandsksproget behandler betalt af Allorfik.

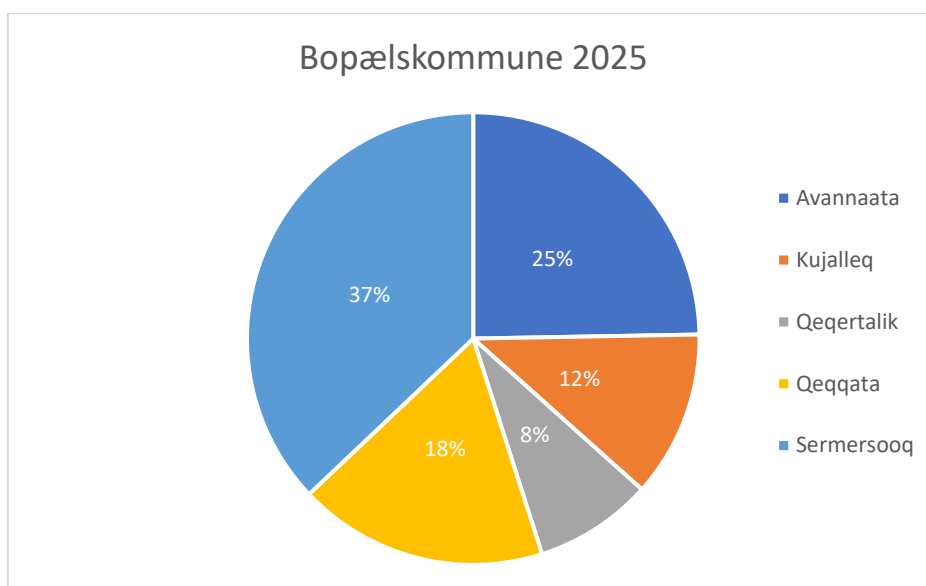
Allorfik har ligeledes et tæt samarbejde med U-turn, som er Københavns Kommunes behandlingstilbud til børn og unge med rusmiddelproblemer. Herudover har Allorfik samarbejde med Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed under Syddansk Universitet og Grønlands Universitet.

3. Visitationsdata 2025

Vi har ikke fuldt overblik over antallet af færdigvisiterede i 2025. På grund af overgang til et andet visitations-IT-system har 440, det vil sige lidt færre end 2 af 3 af de forventede har fået udfyldt skemaet ved visitation. Vi har derfor valgt kun at bruge visitationsdata fra 2025 til at se på bopælskommune og graden af problemer med rusmidler og spilafhængighed samt trivsel ved visitationen.

Fordeling af visiterede på kommuner

Af Figur 3.1 fremgår det, at flest borgere er bosiddende i Kommuneqarfik Sermersooq (37 %), mens færrest er fra Kommune Qeqertalik (8 %). Det er som fordelingen i 2024. Der er i figuren ikke taget højde for kommunernes størrelse og befolkningstal.



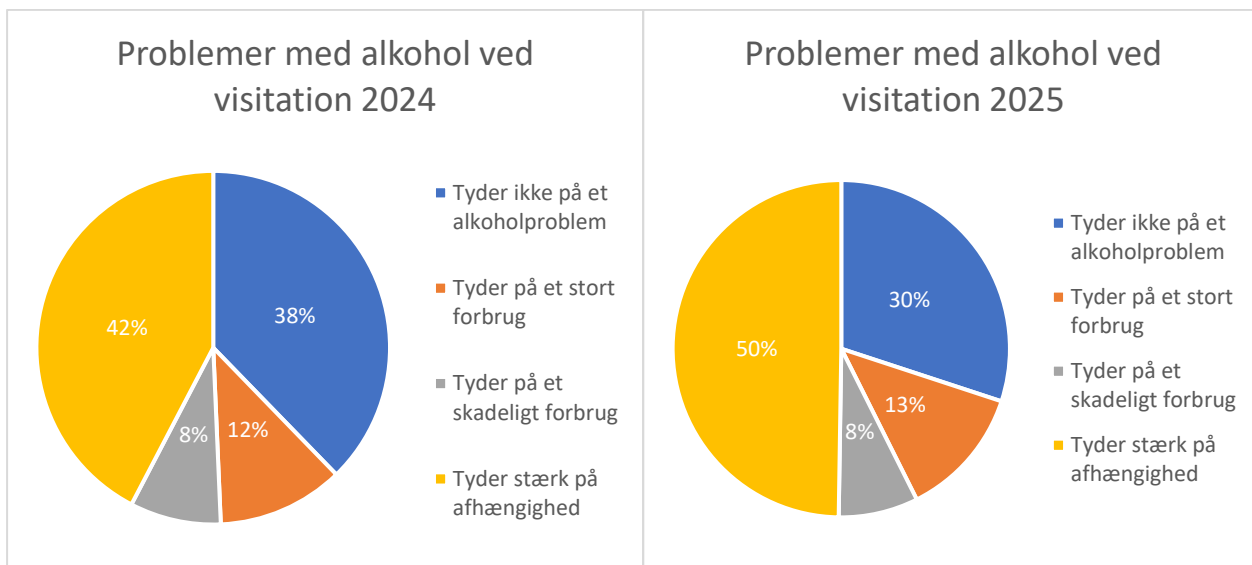
Figur 3.1 Andel færdigvisiterede fordelt på bopælskommune (N=429)

Denne fordeling afspejler udelukkende antal henvendelser om behandling og har ikke nødvendigvis sammenhæng med andelen af borgere med rusmiddelproblemer.

Problemer med alkohol ved visitation

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

Figur 3.2 og 3.3 viser alkoholproblemets sværhedsgrad blandt borgerne ved visitation i 2025 sammenlignet med 2024. I 2025 har 50% af borgerne et alkoholforbrug, der tyder stærkt på afhængighed. Det er en stigning i forhold til 2024, hvor andelen er 42%. Derudover har 8 % et skadeligt forbrug og 13% et stort forbrug. 30% har ikke et alkoholproblem, hvilket er et tydeligt fald på procentpoint i forhold til 2024. Borgere, der i 2025 har svaret "Aldrig" på spørgsmålet: "Hvor tit drikker du alkohol?", blev som i 2022-24 inkluderet i gruppen uden alkoholproblem.



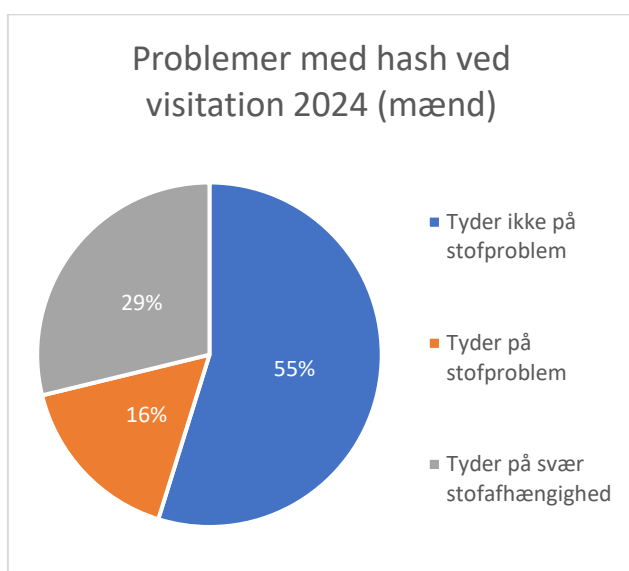
Figur 3.2 Alkoholproblemets sværhedsgrad blandt færdigvisiterede i 2024 (N=803)

Figur 3.3 Alkoholproblemets sværhedsgrad blandt færdigvisiterede i 2025 (N=406)

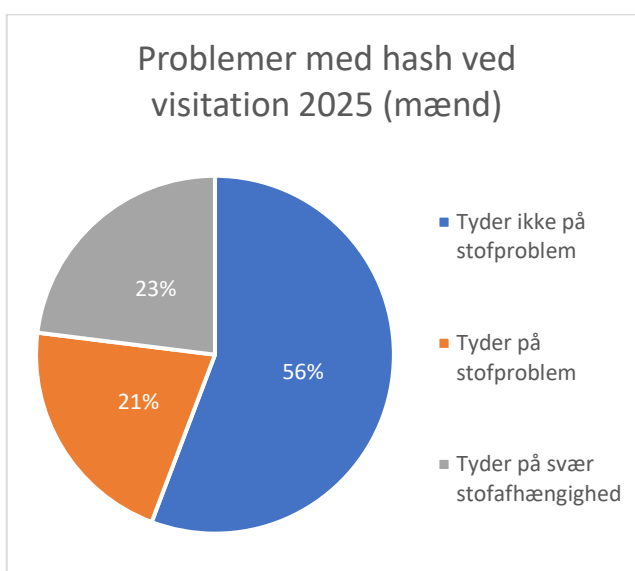
Problemer med hash ved visitation

Fra 2018 til 2024 er graden af hashproblemer blevet vurderet ud fra spørgsmålet: "Hvor ofte har du røget hash sidste år?". Det spørgsmål er desværre ikke med i år p.g.a problemer med visitationsdata.

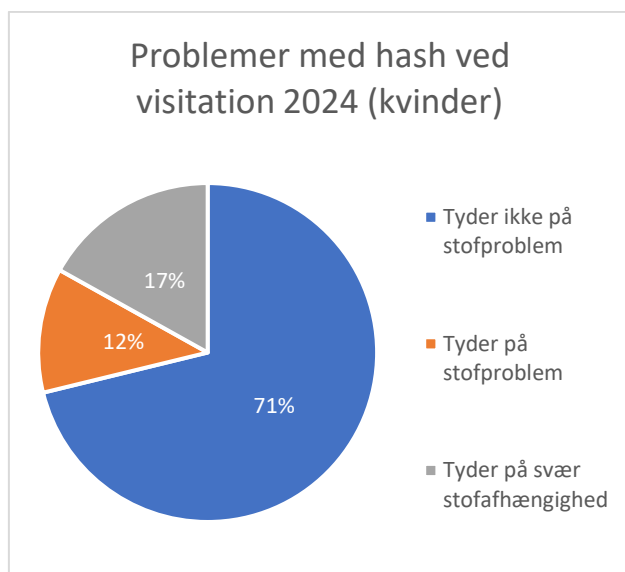
I sidste del af 2017 blev DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) indført. DUDIT er et spørgeskema med 11 spørgsmål, der ligesom AUDIT giver en samlet score for graden af problemer med hash og andre stoffer eller egentlig afhængighed. DUDIT findes som selvtest på www.allorfik.gl.



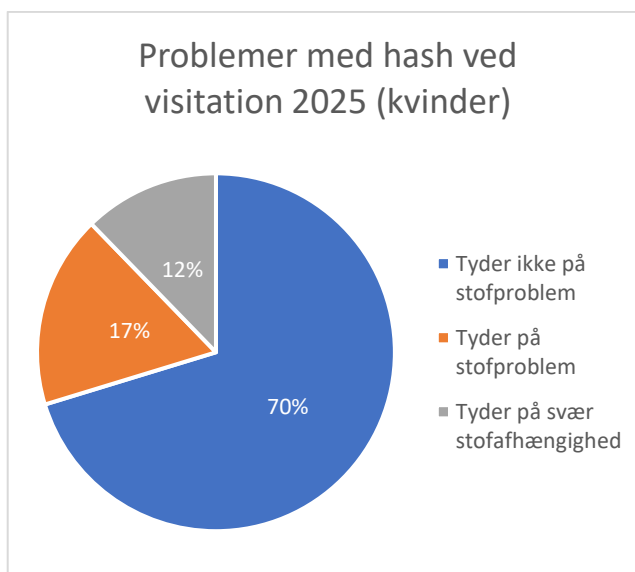
Figur 3.4 Andel færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2024



Figur 3.5 Andel færdigvisiterede mænd med hashproblemer i 2025 (N=182)



Figur 3.6 Andel færdigvisiterede kvinder med hash-problemer i 2024



Figur 3.7 Andel færdigvisiterede kvinder med hash-problemer i 2025 (N=212)

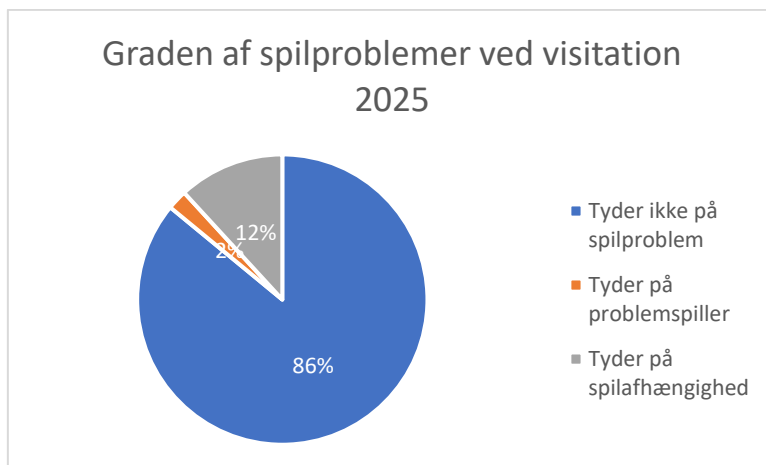
Figur 3.6 og 3.7 viser DUDIT-scenen fordelt på køn for årene 2024 og 2025. DUDIT-scenen er opdelt efter køn, fordi grænsen for, hvornår testen indikerer et stofproblem, er lavere for kvinder end for mænd. I 2025 som i 2024 har en højere andel af mænd end kvinde, der er visiteret til behandling. et problemer med hash. Befolkningsundersøgelsen fra 2018 viser ligeledes, at flere mænd, særligt unge mænd, ryger mere hash. I 2025 ses en tydelig forskel i udviklingen mellem mænd og kvinder i forhold til DUDIT-scenen. Blandt kvinder, der har svaret på spørgsmålene om stoffer, er andelen, der ikke har et stofproblem 70 % mod 71% i 2024 og 65 % i 2023 til 71 %, mens 17% svarer i kategorien "Tyder på stofproblem" og 12% af svar tyder på svær afhængighed. For mænd er den samlede andel i 2025 med et stofproblem eller en stofafhængighed 44 % uændret fra 2024 hvor den var 45 % i 2024. Andelen af mænd med svær afhængighed er faldet til 23 % mod 29 % i 2024.

Problemer med pengespil ved visitation

Spilproblemer er den form for afhængighed, som færrest borgere henvises til behandling for. Spilproblemer vurderes dels ud fra spørgsmålet: "Spiller du om penge?", og dels ud fra en test med 10 spørgsmål omhandlende pengespil. Selve testen findes som selvtest på Allorfiks hjemmeside, www.allorfik.gl.

Det er desværre ikke muligt for 2025 og vurdere om andelen af borgere i behandling, der har spilproblemer, er steget, igen p.g.a problemer med vores visitationssystem, men som det fremgår af Allorfiks årsrapport fra 2024 har andelen været svagt stigende mellem fra 20% 2020 til 26 % i 2024.

Ud fra udviklingen i udlandet kan det forventes at vi også i Grønland vil se en stigning i pengespil og dermed en stigning i spilproblemer i befolkningen, som det for eksempel også er set i Europa, særligt i form af internetspil blandt yngre aldersgrupper.



Figur 3.8. Graden af spilproblemer blandt alle færdigvisiterede borgere (N=406)

I Figur 3.8 ses viser den procentvise fordeling af spilproblemer baseret på testen for pengespil i 2025. I modsætning til tidligere år angiver figuren andelen blandt alle visiterede og ikke kun blandt dem, der har svaret "Ja" til at spille om penge. Denne ændring skyldes også problemer med vores visitationsdata i 2025. Som det ses af figuren, er det 12 % af alle visiterede, der svarer svarende til at de er problemspillere og 2 %, der er spilafhængige.

Psykisk helbred og trivsel

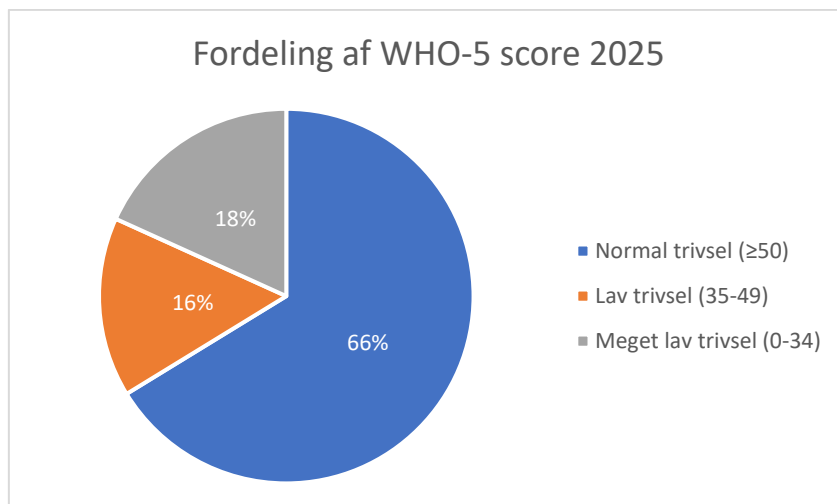
Trivsel

WHO-5 er et internationalt anvendt spørgeskema med 5 spørgsmål, der er fundet velegnet til at vurdere borgerens livskvalitet eller trivsel. Spørgsmålene giver en samlet score fra 0 (dårligst mulig livskvalitet/trivsel) til 100 point (bedst mulig livskvalitet/trivsel). Der findes i øjeblikket ingen data for, hvordan den grønlandske befolkning som helhed vurderer deres livskvalitet ud fra WHO-5, men i de nordiske lande ligger den gennemsnitlige score på omkring 70 ud af 100.

WHO-5 kategoriserer scoren således:

- 50 point eller derover indikerer normal livskvalitet.
- 35-49 point kan tyde på en stresstilstand eller en mindre depression.
- 0-34 point kan indikere en sværere stresstilstand eller en svær depressiv tilstand og bør føre til vurdering i sundhedsvæsenet.

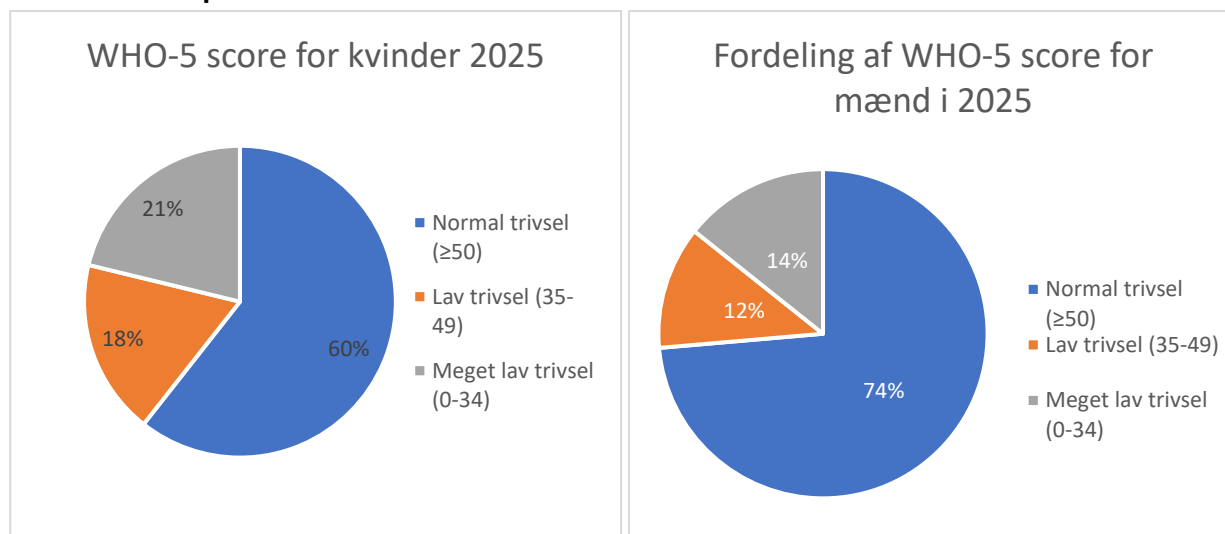
Borgerne i rusmiddelbehandling besvarer WHO-5 som en del af visitationen. De borgere, der blev visiteret i 2025, har i gennemsnit en WHO-5-score på 61 point. Dette er som i 2024 hvor gennemsnittet var 60, hvilket er højere end gennemsnittet på 55 point i perioden 2019 til 2021. Årsagen til denne udvikling kendes ikke.



Figur 3.19 Fordeling af WHO-5-score blandt færdigvisiterede borgere i 2025 (N=406)

Af Figur 3.19 ses det, at 66 % af visiterede borgere i 2025 har en WHO-5-score svarende til *Normal trivsel* (≥50). 16 % har en WHO-5-score svarende til *Lav trivsel* (35-49), mens 18 % har en WHO-5-score svarende til *Meget lav trivsel* (0-34).

Trivsel fordelt på køn



Figur 3.20 og Figur 3.21 Fordeling af WHO-score for færdigvisiterede kvinder (N=224) og mænd (N=182) i 2025

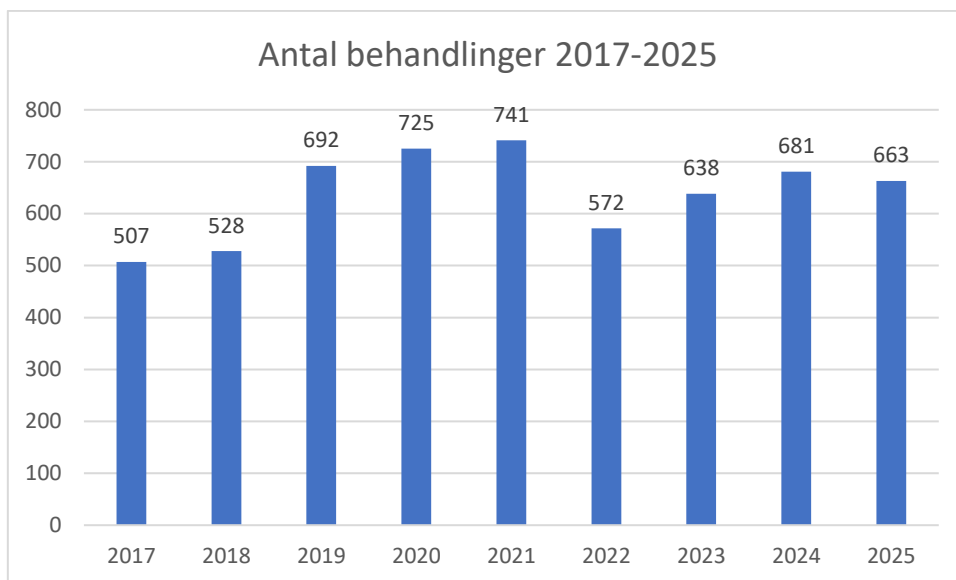
Af Figur 3.20 og 3.21 ses det, at henholdsvis 60 % af kvinderne og 72 % af mændene har en WHO-5-score i området for *Normal trivsel* (50 point eller derover). Omvendt har 18 % af kvinderne og 12 % af mændene en score under 50 point, svarende til en lav trivsel, mens 21% af kvinder og 14% af mænd har en *Meget lav trivsel*.

Overordnet har kvinder ved visitationen til behandling således en lavere WHO-5-score end mænd i 2025 (Figur 3.20 og Figur 3.21). Dette mønster er også set i tidligere år. Gennemsnitligt ligger WHO-5-scoren for kvinder på 57 point, mens den for mænd er 65 point. Gennemsnittet for begge køn er dermed i normalområdet d.v.s. 50 point eller over. At kvinder scorer lavere end mænd er også fundet i andre lande.

4. Behandlingsdata 2024

Behandlinger i 2017-2025

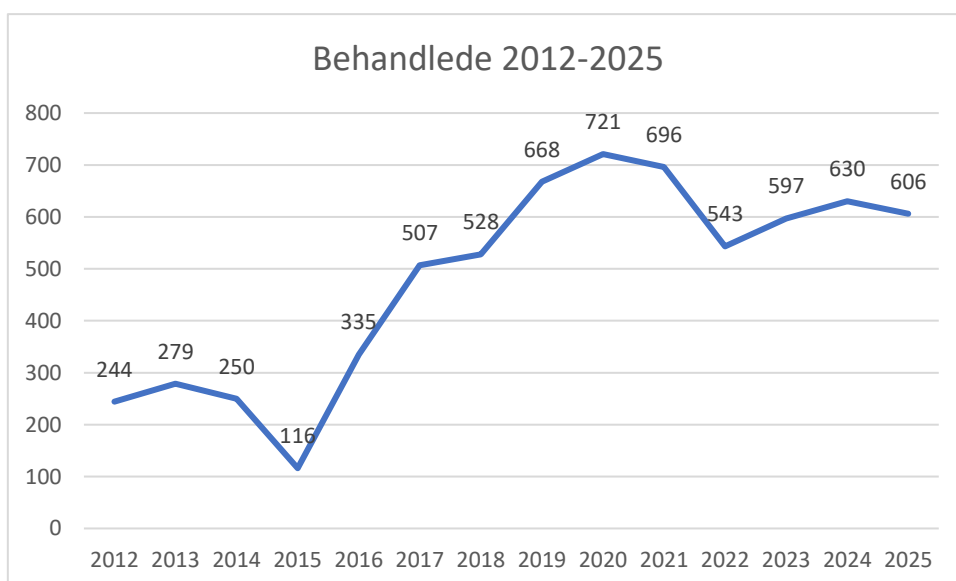
I 2025 er afsluttet 663 behandlinger på 606 borgere. Afsluttede behandlingsforløb dækker gennemførte og afbrudte behandlingsforløb. Derudover er der 104 igangværende behandlingsforløb.



Figur 4.1 Antal afsluttede behandlinger i årene 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 og 2025 (N=5747)

Figur 4.1 viser antallet af afsluttede behandlingsforløb fordelt på år siden 2017. I alt er der registreret 5.747 afsluttede behandlingsforløb. Figuren illustrerer, at antallet af afsluttede behandlingsforløb i 2025 på linje med antallet, der blev behandlet i 2024, men at antallet fortsat ikke når op på niveauet fra 2019-2021.

Behandlede i 2012-2025

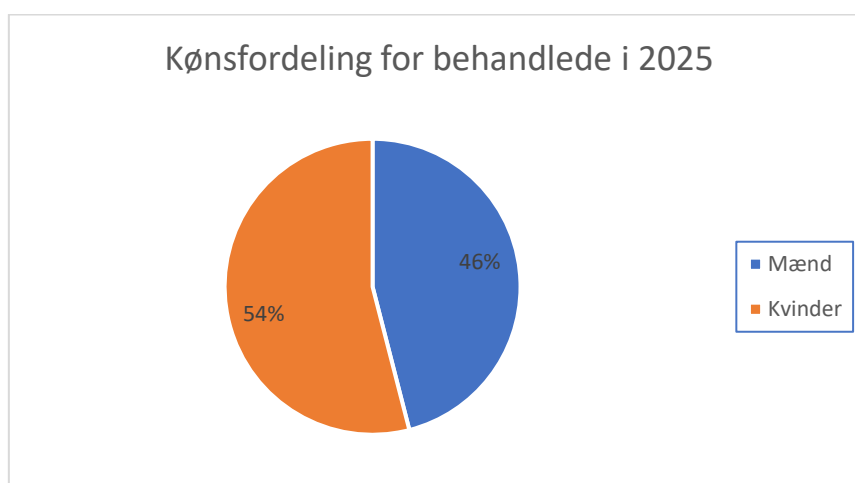


Figur 4.2 Antal behandlede borgere i årene 2012-2025 (N=6720)

Det samlede antal behandlede borgere med et afsluttet behandlingsforløb fra 2012 til 2025 fremgår af Figur 4.2. Samlet er 6.720 borgere blevet behandlet i denne årrække. For årene 2012-2015 er både klienter i den daværende aftale med sundhedsvæsenet og egenbetalere inkluderet. Antallet af behandlinger og antallet af behandlede borgere adskiller sig, da nogle borgere kan have haft to eller flere behandlingsforløb.

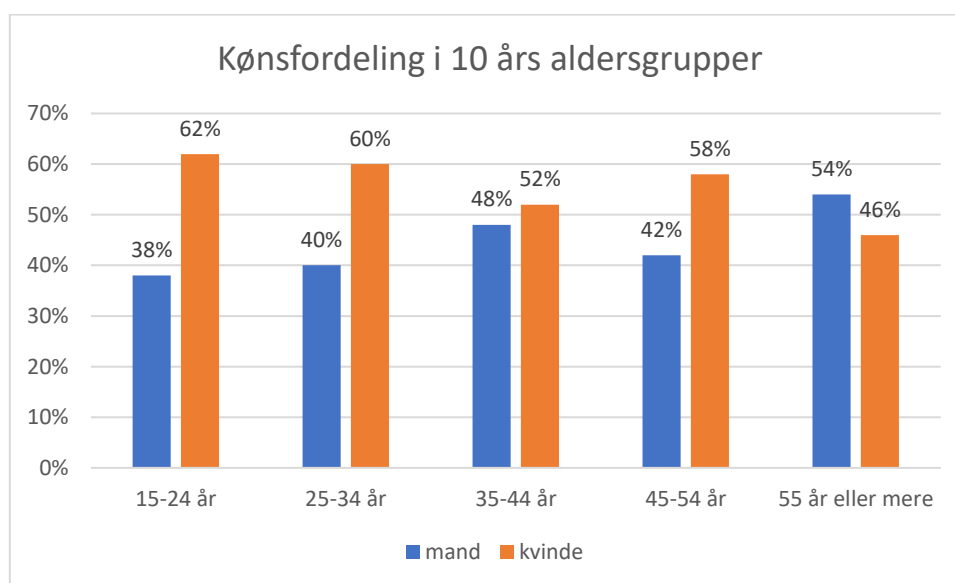
Kønsfordeling

Kønsfordelingen, illustreret i Figur 4.3, viser, at flere kvinder (54 %) end mænd (46 %) blev visiteret til behandling i 2025. Det har været et gennemgående fund alle årene, at der behandles flere kvinder end mænd. Overvægten af kvinder i behandling er usædvanlig i en international kontekst, da mænd i de fleste lande udgør ca. 2/3 af dem, der er i behandling.



Figur 4.3 Andel behandlede fordelt på køn (N=663)

Kønsforskellen opdelt på 10-års aldersgrupper viser kun beskedne variationer. I de tre yngste aldersgrupper er der lidt flere kvinder, mens der i de to ældste aldersgrupper er omtrent tilsvarende flere mænd.



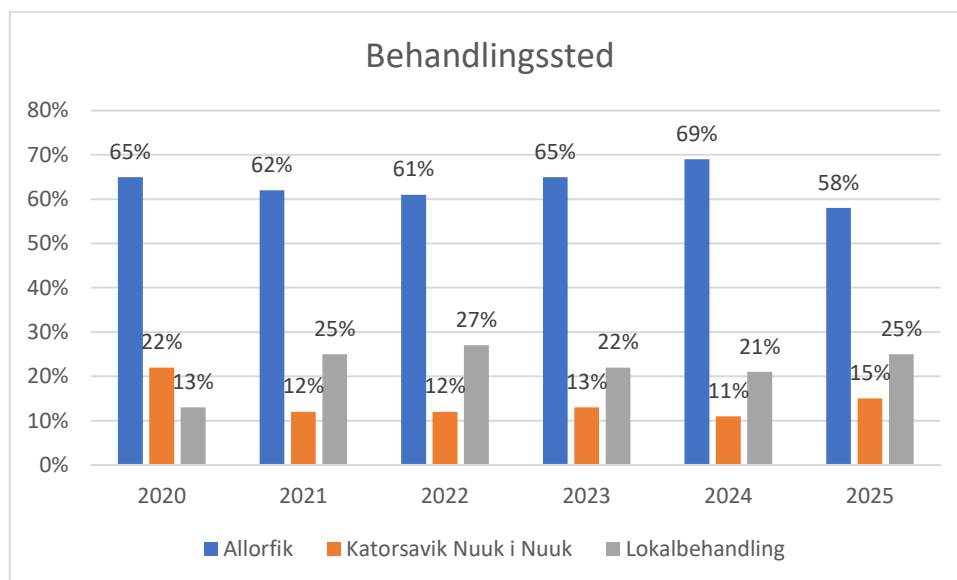
Figur 4.4 Behandlede fordelt på køn og 10-års alderskategorier i procent (N=663)

Behandlingssted 2025

Som beskrevet i kapitel 1 er det et ønske fra kommunerne, at behandlingen kan tilbydes lokalt. Andelen af behandlinger fordelt på de forskellige behandlingssteder har ændret sig over årene fra 2020 til 2024 (Figur 4.3).

Det svære ved at fastholde en livsstil uden rusmidler og/eller spil er ikke at være i behandling, men at vende tilbage til den samme dagligdag og de samme forhold, man forlod. Kommunernes ønske om, at behandlingen skal foregå lokalt, giver derfor god mening. Det indgår som et visitationskriterium i loven om behandling af afhængighed, at behandlingen, så vidt det er muligt, skal tilbydes så tæt på borgerens hjem som muligt. Det er der flere grunde til:

- Borgeren kan prøve sin nye viden og sin nye livsstil af i sin dagligdag, mens behandlingen foregår.
- Det giver mulighed for en samtidig styrkelse af øvrige indsatser omkring borgeren.
- Det skaber bedre mulighed for samtidig behandling af pårørende.



Figur 4.3 Andelen af afsluttede behandlinger fordelt på behandlingssted i årene 2020 – 2025
2020 (N=872), 2021 (N=741), 2022 (N=545), 2023 (N=638), 2024 (N=673) og 2025 (N=663)

Andelen af borgere i central behandling i Nuuk faldt markant fra 22 % i 2020 til 12 % i 2021 og har siden ligget relativt stabilt indtil i 2025, hvor andelen i behandling i Allorfik er faldet fra 69% i 2024 til 58% i 2025. I 2025 modtog kun 15 % central behandling, så i alt blev 85 % af borgerne behandlet lokalt - enten i et Allorfikcenter eller via lokalbehandling i egen by eller bygd. Siden 2021 er lokalbehandling blevet tilbudt to gange årligt i alle byer uden et Allorfikcenter, undtagen Qaanaaq, Ittoqqortoormiit og Kangaatsiaq, hvor det tilbydes én gang årligt. Tasiilaq har en særlig ordning med flere årlige forløb for op til 22 borgere per forløb. Det er også muligt for kommunerne at få lokalbehandling i bygderne, hvis mindst 6 borgere ønsker det. Planlagte, men ikke afviklede, lokalbehandlinger forsøges desuden udnyttet i andre byer eller bygder. Herudover tilbyder Allorfikcentrene behandling over telefon eller internettet for borgere, der ønsker dette.

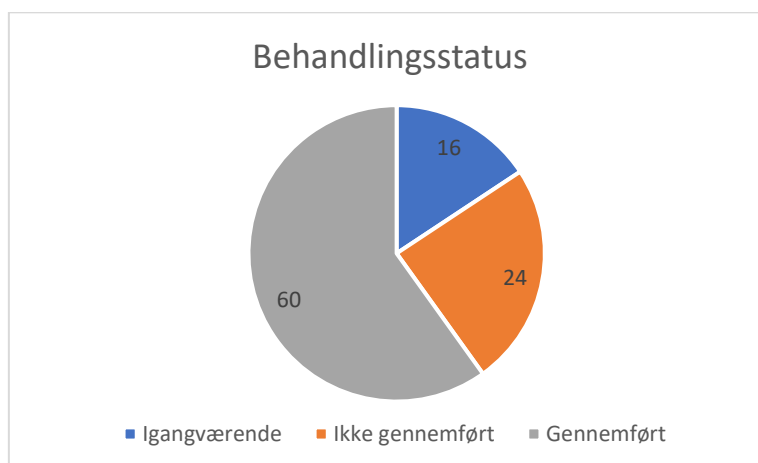
Behandlingsstatus

Gennemførte behandlinger defineres i 2025 som behandlingsforløb, hvor borgeren gennemførte mindst 6 ugers behandling. Det er som i 2024.

I 2025 er 60 % af behandlingsforløbene registreret som gennemført, 24 % som afbrudt og 16 % som igangværende (Figur 4.6). Sammenlignet med 2024, hvor samme opgørelsesmetode blev brugt som i år, er andelen den gennemfører lidt højere. Dengang var 54 % af forløbene gennemført.

Gennemførelsen afhænger i høj grad af, om borgeren udelukkende har et rusmiddelproblem, eller også har problemer på andre områder, eksempelvis omkring bolig, økonomi, arbejde eller personlige problemer med rødder i opvæksten, som borgeren fortsat kæmper med. For behandling kan ikke stå alene.

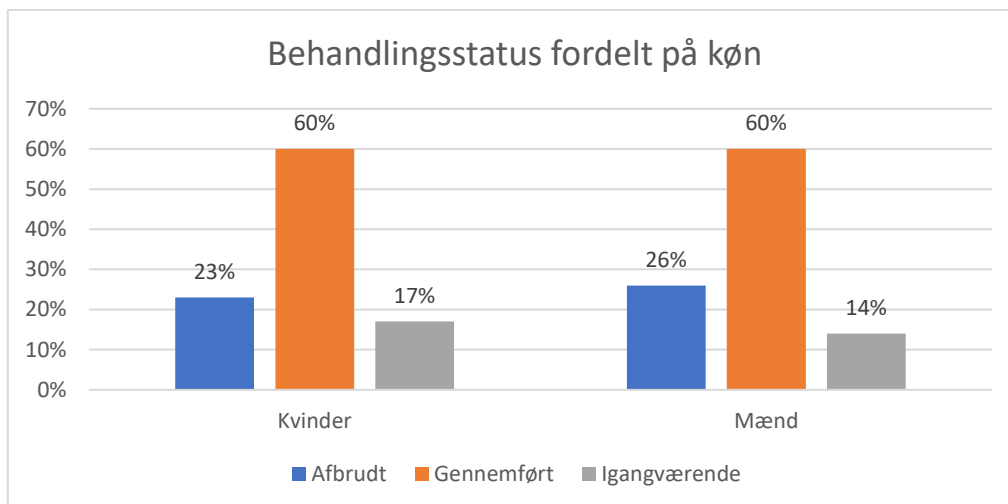
”Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed” stiller store krav til det samarbejde, der skal foregå mellem rusmiddelbehandlingen, kommunerne og sundhedsvæsenet. Kommunerne er således forpligtet til at udarbejde en efterforløbsplan for de sociale, arbejdsmæssige og øvrige indsatser, som skal følges sideløbende med behandlingsforløbet. Det har dog vist sig vanskeligt at få dette samarbejde til at fungere i praksis. Som dokumenteret i Allorfiks årsrapport for 2022 er det kun få borgere, der får udarbejdet den lovpligtige kommunale efterbehandlingsplan.



Figur 4.6 Behandlingsstatus (N=663)

Behandlingsstatus fordelt på køn

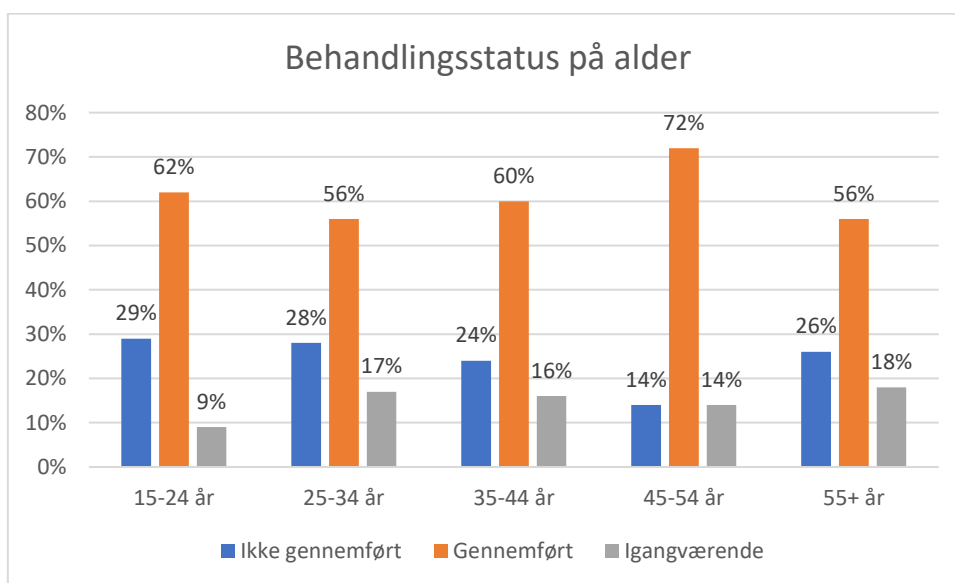
Figur 4.5 viser, hvordan behandlingsstatus fordeler sig blandt mænd og kvinder i 2025. Det ses, så gennemfører samme andel af mænd (60 %) og kvinder (60%) behandlingen i 2025. I 2019, 2020, 2022 og 2023 gennemførte en større andel af kvinder end mænd behandlingen, mens billedet er omvendt i 2021 og 2024, hvor andelen af gennemførte behandlingsforløb er højest blandt mænd. Derudover ses, at en lidt større andel kvinder (17 %) er registreret som igangværende sammenlignet med mænd (14 %), mens mænd i lidt højere grad har afbrudt behandlingsforløbet.



Figur 4.7 Behandlingsstatus fordelt på køn (kvinder N=361 og mænd N=302)

Behandlingsstatus fordelt på alder

Figur 4.8 viser for 2025, hvor stor en andel inden for hver aldersgruppe der gennemførte, afbrød eller fortsat er i gang med deres behandlingsforløb.



Figur 4.8 Behandlingsstatus fordelt på alder (N=663)

I 2025 havde de 45-54-årige den højeste andel af gennemførte behandlingsforløb (72%) og den laveste andel afbrudte (14%).

Gennemførselsandelen er lavest blandt de 25-34-årige (56%) og hos borgere over 55 år (56%), hvor andelen af afbrudte samtidig er blandt de højeste (henholdsvis 28% og 26%). Andelen af igangværende behandlingsforløb er lavest for de 15-24-årige (9%), men er forholdsvis ens på tværs af de øvrige aldersgrupper, med en variation mellem 14 og 18%.

5. Den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase (KN-ASI) 2024

Det var et stort ønske i forbindelse med Allorfiks opstart, at der blev etableret en mulighed for at overvåge resultatet af rusmiddelbehandlinger. Det sker gennem den Nationale Rusmiddelbehandlingsdatabase, der består af tre dele: databasen over visiterede, behandlingsdatabasen samt KN-ASI-databasen. Alle, der behandler borgere med rusmiddelproblemer for Selvstyret, skal indrapportere til KN-ASI-databasen. KN-ASI-databasen er baseret på spørgeskemaet Addiction Severity Index, som er tilpasset grønlandske forhold. Indrapporteringen bør ske for alle, der blev indskrevet til behandling, mens pårørendeforløb og korte samtaleforløb ikke registreres.

Siden 2017 har det været muligt at indrapportere til KN-ASI på både grønlandsk og dansk, og databasen blev samtidig udvidet. Før 2017 blev der kun foretaget registrering ved behandlingsstart og afsluttet behandling. Fra 2017 er der indført registrering af status ved afsluttet behandling samt status 6 måneder efter endt behandling foretaget af behandlingsinstitutionen. I slutningen af 2018 er der indført status efter 6 ugers behandling.

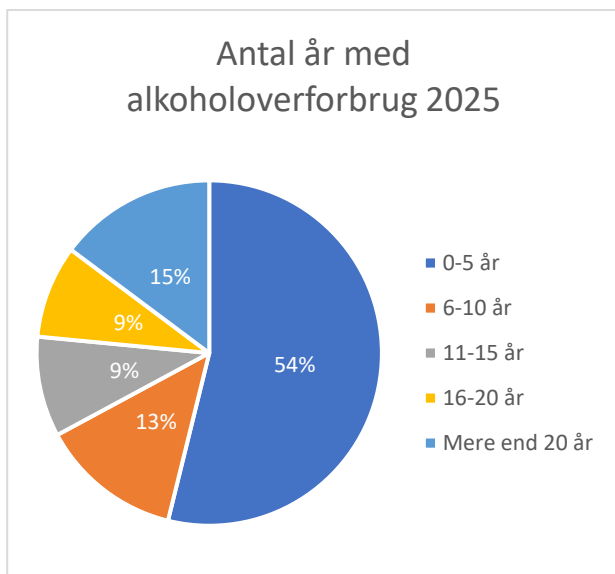
I 2019 kom der med *"Inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed"* indført krav om, at kommunerne også indrapporterer til databasen efter 3 og 12 måneder. Det har været svært at implementere. Fra 2020 begyndte Allorfik selv at sikre indrapportering til databasen 3 og 12 måneder efter endt behandling, mens behandlingsstedet fortsat står for indrapportering efter 6 måneder - fordi disse data er så vigtige for os. Samlet skal data give mulighed for at vurdere, om borgeren har haft mulighed for at fastholde behandlingsresultatet efter endt behandling.

I 2025 er der foretaget startinterview til Den Nationale Rusmiddeldatabase for 463 borgere, svarende til 70 % af alle behandlingsforløb hos Allorfik det år. Til sammenligning er antallet 422 i 2020, 577 i 2021, 448 i 2022, 473 i 2023 og 463 i 2024. Interviewet gennemføres i Allorfikcentre typisk lidt inde i behandlingsforløbet, da det kræver en god relation mellem borger og behandler. Fuldstændigheden af data er derfor en balance mellem det rigtige tidspunkt for interview og ønsket om at inkludere så mange borgere som muligt.

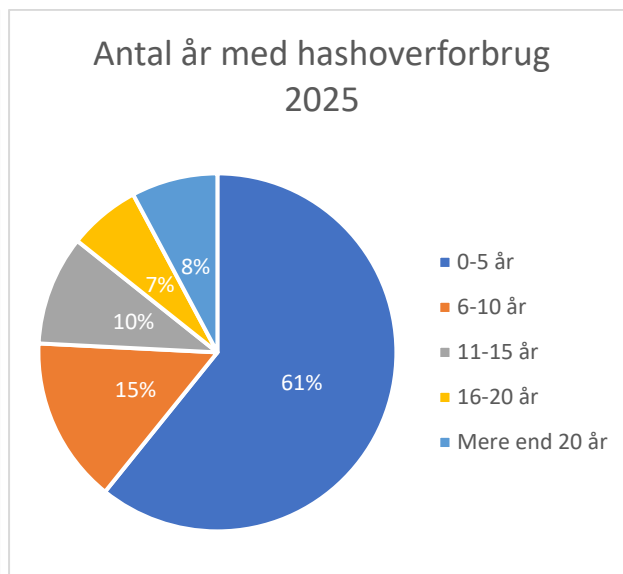
Varighed af alkohol- og hashproblemer og behov for genbehandling

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

Af Figur 5.1 og Figur 5.2 fremgår det, at størstedelen af behandlede borgere i 2025 har haft et alkohol- eller hashoverforbrug i 0-5 år. I alt begynder 54 % af de behandlede borgere med et alkoholoverforbrug og 61 % af de behandlede borgere med et hashoverforbrug behandling inden for 5 år efter, at problemet er opstået. Men der er fortsat mange, der har problemer i en længere årrække, idet 15 % af de behandlede borgere i 2025 har haft et alkoholoverforbrug i 6-10 år, mens 15 % har haft et hashforbrug i samme periode. Mellem 9 og 10 % af de behandlede borgere har haft et rusmiddelproblem i henholdsvis 11-15 eller 16-20 år. 15 % af de behandlede borgere har haft et alkoholoverforbrug i mere end 20 år, mens 8 % har haft et hashoverforbrug i mere end 20 år.

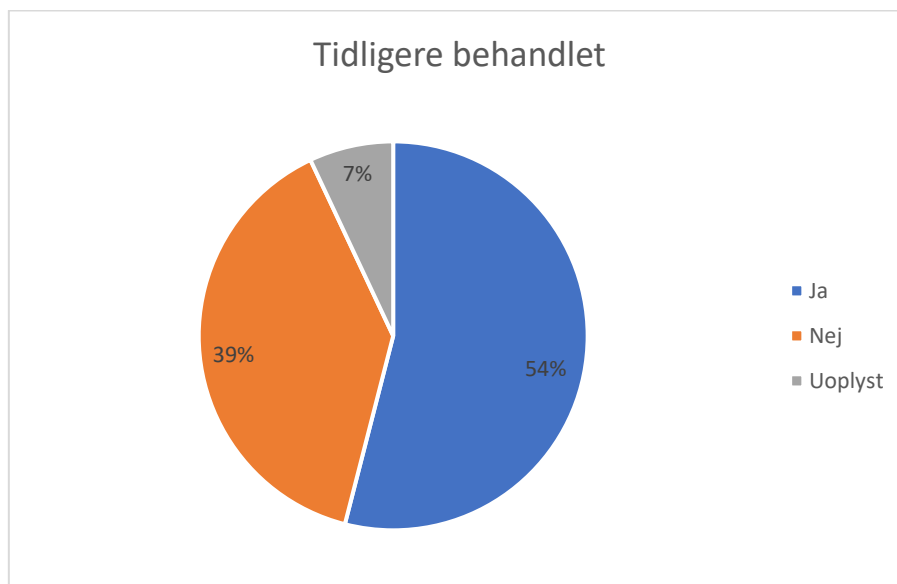


Figur 5.1 Antal år med alkoholoverforbrug (N= 427)



Figur 5.2 Antal år med hashoverforbrug (N=293)

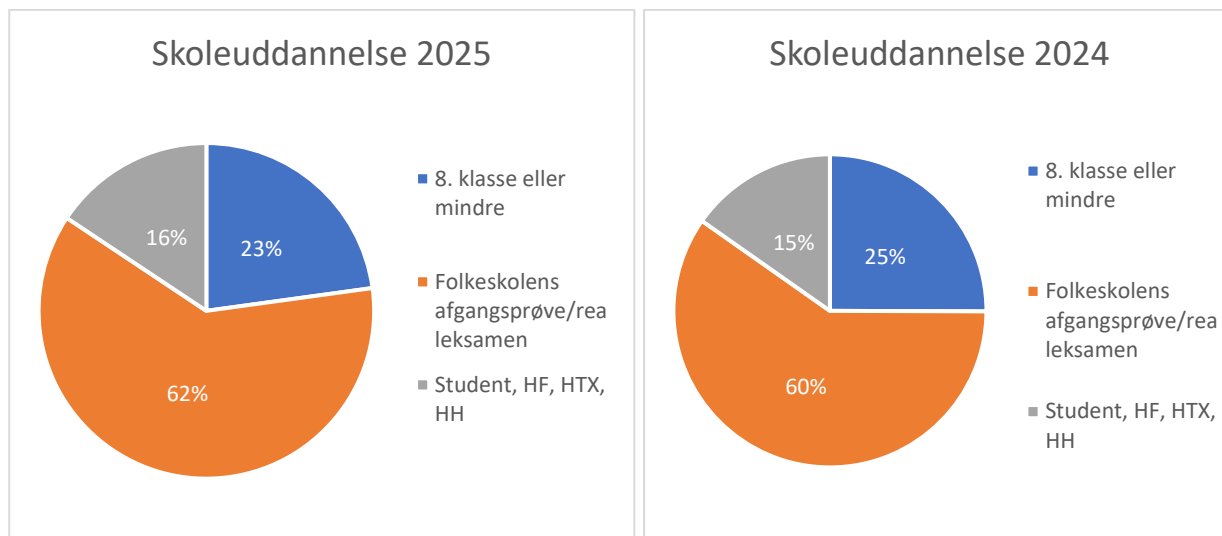
Behandling nytter, men mange borgere med rusmiddelproblemer har behov for at blive behandlet flere gange. Behandlingseffekten for afhængighedssygdomme er grundlæggende fundet at være på niveau med øvrige livsstilssygdomme som f.eks. rygning og overvægt. Det ser dog ud til, at andelen af borgere, der genbehandles, stiger lidt. 2023 er det første år, hvor over halvdelen af borgerne i behandling tidligere har modtaget behandling. Som det fremgår af Figur 5.3, er dette igen tilfældet i 2025, hvor 54 % har været i behandling før, og 39 % ikke tidligere har modtaget behandling, mens status for 7 % er uoplyst.



Figur 5.3 Andelen af behandlede borgere der tidligere er blevet behandlet for rusmiddel- og spilproblemer (N=460)

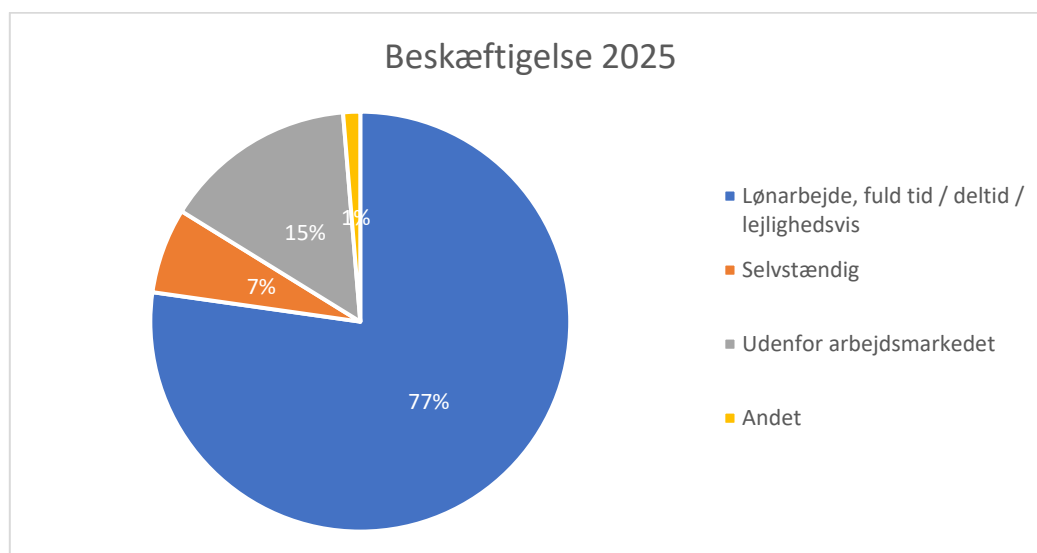
Skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og beskæftigelse

Flere borgere i behandling har en kort skoleuddannelse i forhold til gennemsnittet i befolkningen.



Figur 5.4 Skoleuddannelse (N=460) og Figur 5.5 Videreuddannelse (N=460)
(erhvervsuddannelse dækker over en hjælper-, en assistent- eller en lang erhvervsfaglig uddannelse. Videregående uddannelse dækker over både bachelor- og kandidatuddannelse)

I Figur 5.4 ses, at 23% havde en 8. klasse eller mindre, 62 % af de behandlede borgere har en skoleuddannelse svarende til folkeskolens afgangsprøve eller lavere, mens 16 % har en gymnasial uddannelse eller højere. Af Figur 5.5 fremgår det, at 60 % af de behandlede borgere ikke har en uddannelse efter folkeskolen, 25 % har en erhvervsuddannelse og 15 % har en videregående uddannelse.

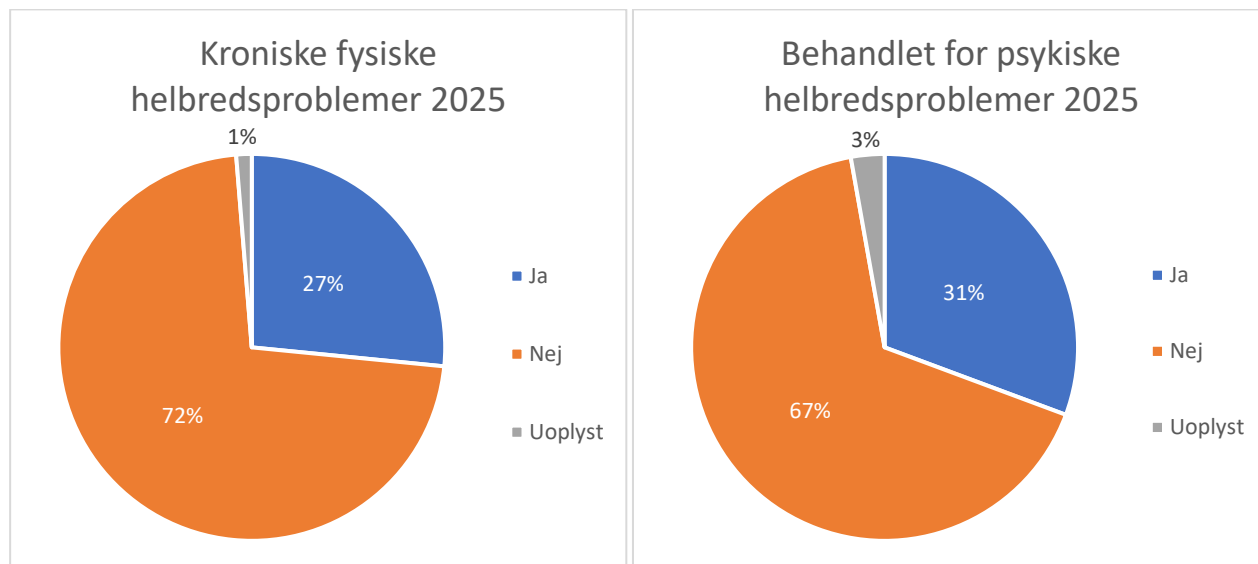


Figur 5.6 Primær beskæftigelse inden for de sidste tre år blandt behandlede (N=457)

En del borgere i behandling er uden for arbejdsmarkedet. Ifølge Figur 5.6 har i alt 84 % af de behandlede borgere tilknytning til arbejdsmarkedet, enten som lønmodtagere (77 %) eller som selvstændige (7 %). Borgere uden for arbejdsmarkedet udgør 15 % af de behandlede. Disse borgere er enten hjemmegående,

pensionister, studerende, arbejdsløse eller modtagere af sociale ydelser. Derudover har 1 % angivet "Andet", som ikke er nærmere specificeret.

Helbredsforhold



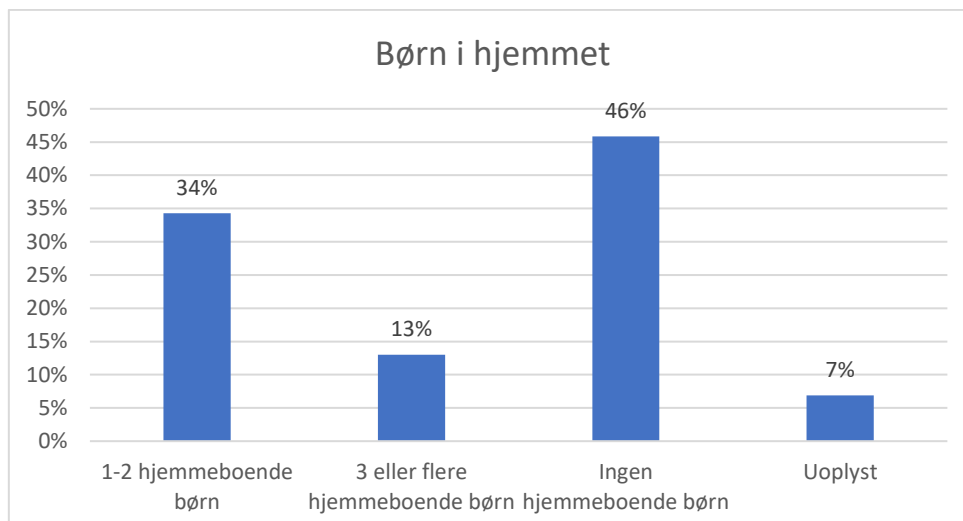
Figur 5.7 og 5.8 Andelen af behandlede borgere med kroniske fysiske- eller psykiske helbredsproblemer (N=493)

Borgere med rusmiddelproblemer har ofte også andre og flere samtidige helbredsproblemer. I alt 27 % af de behandlede borgere angiver, at de har langvarige fysiske helbredsproblemer ud fra spørgsmålet: "Har du kroniske fysiske skader eller sygdomme, som vedvarende påvirker dit liv?" (Figur 5.7).

Af Figur 5.8 fremgår det, at 31 % af de behandlede borgere har været i behandling for psykiske problemer (ambulant eller under indlæggelse).

Behandlede med børn under 18 år

Mange borgere i behandling har børn under 18 år i hjemmet. Der er i 2025 færre borgerne, der ikke har børn i hjemmet sammenlignet med 2024, hvor det var 55%. I alt 32 % angav, at de havde 1-2 hjemmeboende børn og 11 %, at de har 3 eller flere hjemmeboende børn, mens 46 % ingen hjemmeboende børn havde. For de resterende 7 % er information om hjemmeboende børn ikke oplyst.



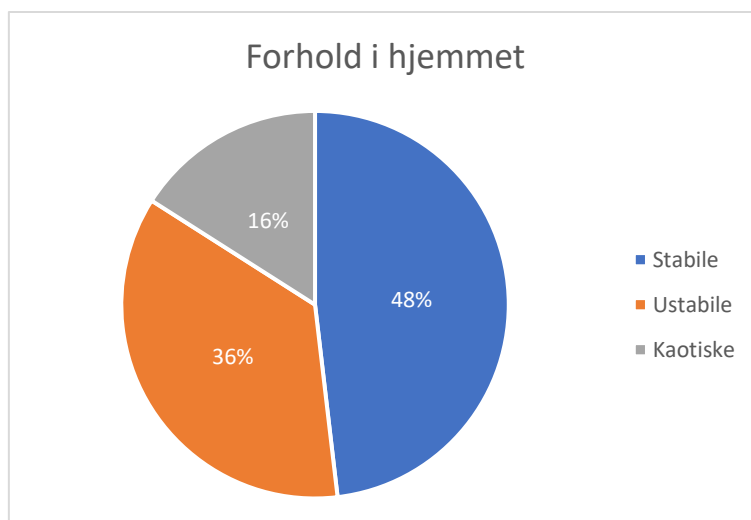
Figur 5.9 Fordelingen af hjemmeboende børn blandt behandlede borgere med børn (N=457)

Forholdene i barndomshjemmet

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

Negative barndomsoplevelser trækker tunge spor ind i voksenlivet og har en stor og velkendt sammenhæng med risikoen for at udvikle et rusmiddelproblem. Sådanne oplevelser er også forbundet med en lang række andre fysiske og psykiske helbredseffekter - for eksempel øget risiko for udvikling af anden psykisk sygdom og hjerte-kar-sygdomme som forhøjet blodtryk og blodpropper.

Der findes omfattende forskning i negative barndomsoplevelser, og nogle af de forhold, der er fundet at have de største følger ind i voksenlivet, er opvækst i et hjem med rusmiddelproblemer, manglende opmærksomhed fra forældrene, opvækst med en psykisk syg forælder samt udsættelse for fysiske, psykiske og seksuelle krænkelser.

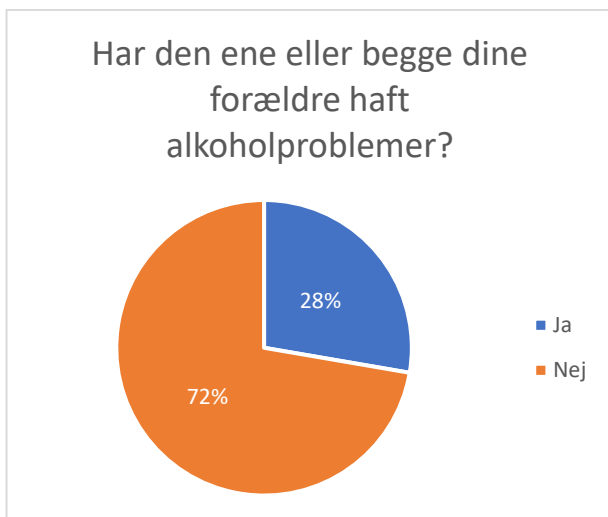


Figur 5.10 Forhold i hjemmet under opvæksten (N=457)

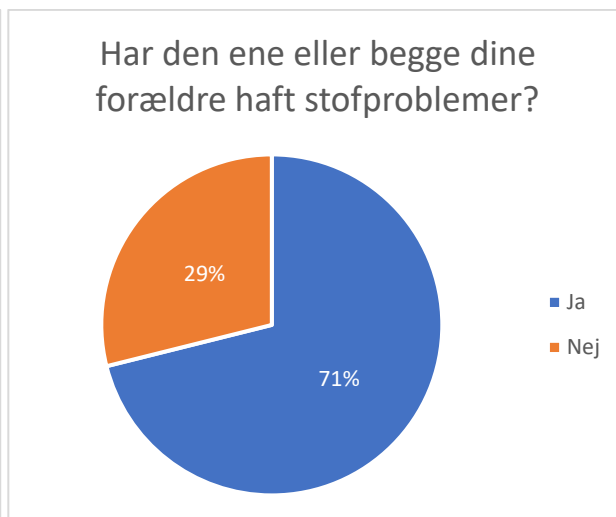
Figur 5.10 viser, at 48 % af borgere i behandling har stabile forhold i hjemmet under opvæksten, 36 % ustabile forhold, mens 16 % angiver, at forholdene var kaotiske. Det er således en stor andel af de behandlede borgere, der ikke er vokset op under stabile vilkår i barndomshjemmet

Af Figurerne 5.11-16 fremgår de behandlede borgeres vurdering af rusmiddelproblemer blandt deres forældre, søskende og bedsteforældre. Det fremgår tydeligt af figurerne, at rusmiddelproblemer ofte er et fælles problem i familierne.

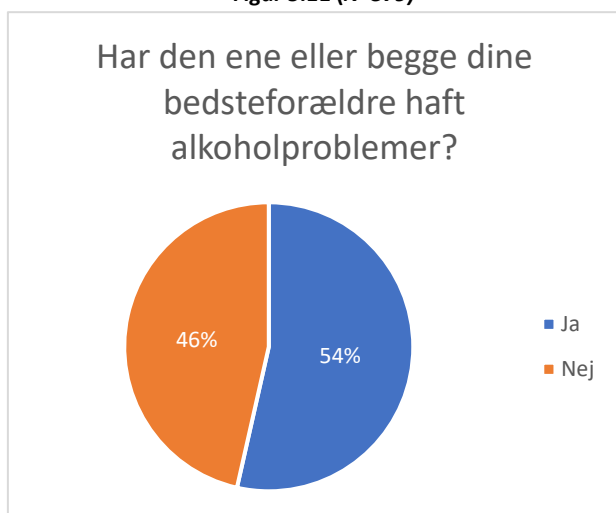
I 2025 angiver 72 % af de behandlede borgere, at mindst én af deres forældre har haft et alkoholproblem, mens 29 % angiver, at mindst én af forældrene har haft et stofproblem (Figur 5.11 og 5.12). For bedsteforældre angiver 46 % af borgerne, at mindst én har haft et alkoholproblem, hvilket er som i 2024, men lavere end i 2023, hvor det var over halvdelen. Andelen med én eller flere bedsteforældre, der har et stofproblem, er fortsat lav og udgør 3 % i 2025 (Figur 5.13 og Figur 5.14). Betydningen af opvæksten fremgår også for andelen af borgere i behandling, der har søskende som har eller har haft rusmiddelproblemer. For søskende har 40% haft et alkoholproblem og 60 % et stofproblem (Figur 5.15 og Figur 5.16).



Figur 5.11 (N=379)



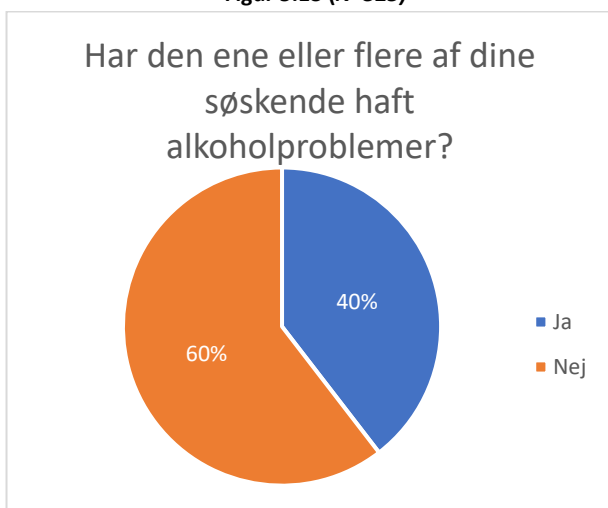
Figur 5.12 (N=353)



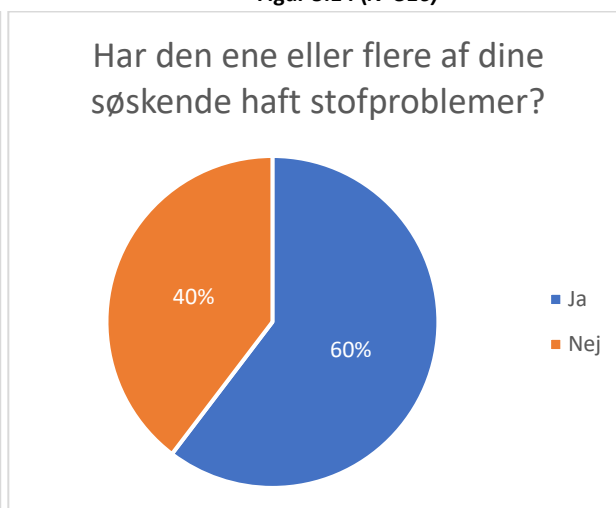
Figur 5.13 (N=325)



Figur 5.14 (N=316)



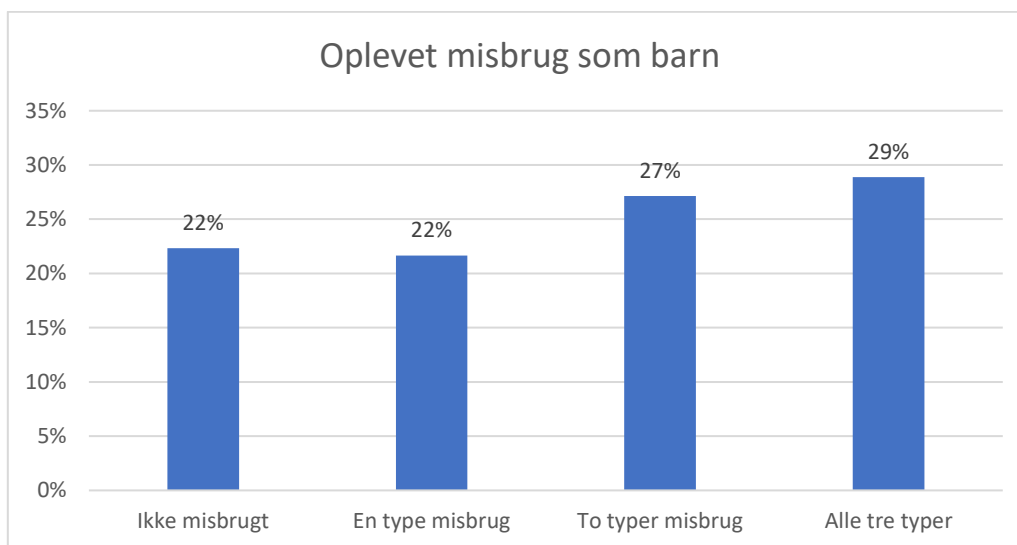
Figur 5.15 (N=402)



Figur 5.16 (N=396)

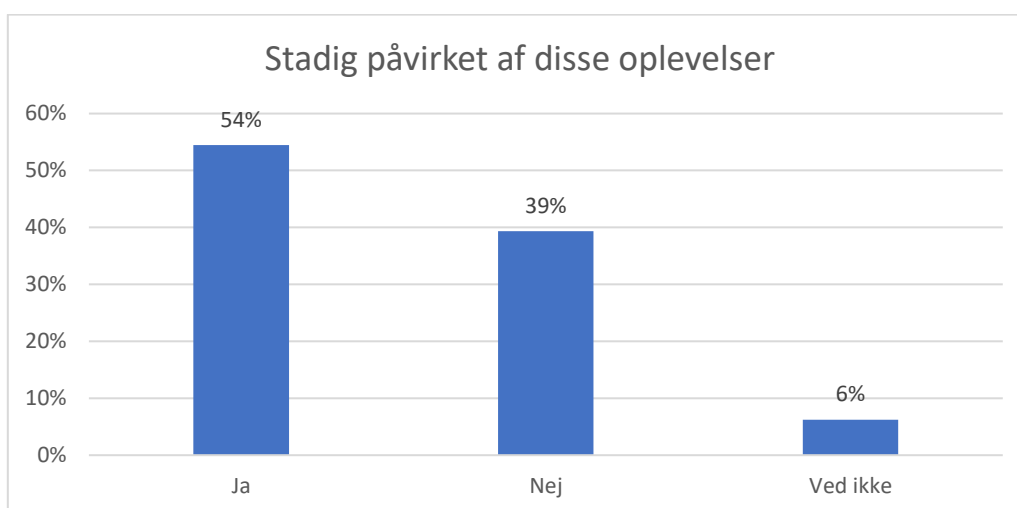
Oplevet fysisk, psykisk og seksuelt misbrug som barn

At have oplevet fysiske, psykiske eller seksuelle krænkelser som barn er blandt de opvækstvilkår, der har de største negative følger ind i voksenlivet. Nedenstående figur viser, hvor stor en andel af borgerne der har svaret, at de har været udsat for en eller flere typer af negative oplevelser eller misbrug fysisk, psykisk eller seksuelt inden de fyldte 18 år.



Figur 5.17 Oplevet fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug som barn (N=457)

Som det fremgår af Figur 5.17, er det kun 22 % af borgerne i behandling i 2025, som ikke har oplevet enten fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug i deres barndom. I alt har 22 % oplevet én type misbrug, 27 % to typer misbrug og 29 % alle typer af misbrug.



Figur 5.18 Andel af borgere, der har oplevet misbrug, som stadig er påvirket af det (N=450)

Borgerne i behandling har ofte også følger af misbrug i barndommen på det tidspunkt, hvor de kommer i behandling. Figur 5.18 viser andelen af borgere, der har oplevet krænkelser, og som angiver, at de stadig er

påvirket af det på behandlingstidspunktet. I alt 54 % oplever fortsat at være påvirket af krænkelserne, mens 39 % ikke er, og 8 % svarer 'ved ikke'.

6. Psykiske symptomer hos borgere i rusmiddelbehandling

Når en person lider af to sygdomme samtidig, taler man om komorbiditet. Komorbiditet eller samtidig forekomst af et rusmiddelproblem og psykisk sygdom er meget almindeligt⁴. Så almindeligt, at en overvægt af mennesker med rusmiddelproblemer også har eller har haft en psykisk lidelse på et tidspunkt i deres liv.

Forskning har dokumenteret komorbiditet mellem rusmiddelproblemer og psykisk sygdom både i kliniske populationer og i den generelle befolkning. I befolkningsundersøgelser i udlandet er fundet, at omkring halvdelen af dem, der får diagnosticeret en psykisk sygdom i løbet af deres liv, også vil opleve en rusmiddelbrugslidelse og omvendt¹. Generelt er fundet, at blandt personer i rusmiddelbehandling er de hyppigste psykiske lidelser depression, angst, ADHD og/eller personlighedsforstyrrelser.

Fælles risikofaktorer for både at udvikle psykisk sygdom og rusmiddelproblemer

Der er en række fælles risikofaktorer, der øger risikoen både for at udvikle psykisk sygdom og udvikle rusmiddelproblemer. De mest hyppige er kronisk stress og at have oplevet traumer og negative barndomsoplevelser (Adverse Childhood Experiences, ACE).

Efter 2. verdenskrig oplevede Grønland meget hurtige samfundsændringer, hvilket medførte store ændringer også i befolkningens sygdomsmønster med f.eks. færre infektionssygdomme og færre skader efter ulykker og flere kroniske sygdomme. En vigtig ændring var øgning af selvmord og af psykisk sygdom. Bjerregaard & Lyng⁵ konkluderede, at de voldsomme samfundsændringerne bør opfattes som risikofaktorer for selvmord og har ført til traumer som kan overføres fra generation til generation – et mønster også set i andre arktiske oprindelige befolkninger. En medvirkende og forstærkende årsag til traumer, selvmord og psykisk sygdom var nok også frigivelsen af alkohol i 1954, det vil sige stort set samtidig med at samfundsændringerne rigtig tog fart.

Negative barndomsoplevelser er fundet hyppigt blandt deltagerne i den nationale befolkningsundersøgelse og blandt borgere i rusmiddelbehandling i Grønland. I den nationale befolkningsundersøgelse i 2018 fandtes blandt unge i alderen 15-34 år, at alkoholproblemer i barndomshjemmet var oplevet af omkring 50 %, mens cirka 30-40 % havde oplevet vold, og omkring 40 % af unge kvinder havde oplevet seksuelle overgreb. I alt havde 63 % oplevet én og 13 % alle tre undersøgte typer af negative barndomsoplevelser. Sammenlignet med mænd rapporterede kvinder i højere grad vold og alkoholproblemer i deres barndomshjem. Der blev også fundet en stærk indre sammenhæng mellem de tre typer af negative barndomsoplevelser, idet unge, der havde oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet, havde 25 gange højere risiko for at have oplevet vold og tre gange højere risiko for at have været udsat for seksuelle overgreb⁶.

I en undersøgelse af borgere i behandling for rusmiddelproblemer i Allorfik fandt man en høj forekomst af syv belastende barndomsoplevelser: alkoholbrug hos forældre, cannabisbrug hos forældre, psykiske problemer hos forældre, ustabile forhold i barndomshjemmet, seksuelle overgreb, følelsesmæssige overgreb og oplevet fysisk vold. Kun 15 % af kvinderne og 30 % af mændene rapporterede, at de ikke havde oplevet no-

⁴ NIDA (2020). *Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research. Updated 2020.*

<https://www.drugabuse.gov/>

⁵ Bjerregaard, P., & Lyng, I. (2006). Suicide--a challenge in modern Greenland. *Arch Suicide Res*, 10(2), 209-220.

<https://doi.org/10.1080/13811110600558265>

⁶ Ottendahl, C. B., Bjerregaard, P., Svartá, D. L., Sørensen, I. K., Olesen, I., Nielsen, M. S., & Larsen, C. V. L. (2021). *Mental sundhed og helbred blandt 15-34-årige i Grønland*. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark.

gen eller kun én belastende barndomsoplevelse, mens 34 % af kvinderne og 21 % af mændene havde oplevet mellem 5 og 7 belastende barndomsoplevelser. At vokse op med forældre med alkoholproblemer var den mest almindelige individuelle ACE og blev rapporteret af 75 % af kvinderne og 63 % af mændene⁷.

Selvmoordsraten i Grønland er blandt verdens højeste og har været næsten uændret i de sidste 40 år⁴. Mens selvmordsraten er uændret, er set en stigning blandt unge, især unge mænd, men i de seneste år også blandt unge kvinder. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 blev fundet, at blandt 18–29-årige havde omkring 10 % haft forsøgt selvmord⁸. Blandt 15–34-årige i befolkningsundersøgelsen havde 38% haft selvmordstanker og næsten 1 af 3 blandt dem, der havde mistet en nær relation til selvmord, havde selv haft et selvmordsforsøg².

Selvmoordsforsøg ses meget ofte sammen med indtagelse af alkohol. Tidligere er fundet, at halvdelen, der kom akut i sundhedsvæsenet på grund af selvmordsforsøg, var tydeligt alkoholpåvirkede.

Psykiske symptomer hos borgere ved start af rusmiddelbehandling

Siden 2017 er alle borgere i rusmiddelbehandling blevet registreret i den nationale rusmiddelbehandlingsdatabase. Data heri inkluderer en større spørgeskema, KN-ASI. I denne opgørelse omkring psykiske symptomer indgår de 2474 borgere, der fik deres første registrerede behandling i 2017–2024.

Borgerne blev spurgt: *"Hvor ofte har du haft en tydelig periode, hvor du har: Oplevet depression af mindst 14 dages varighed; Oplevet svær angst/panik, Oplevet at have forståelses-/koncentrationsproblemer af mindst 14 dages varighed; Oplevet hallucinationer; Haft aggressiv/ voldelig adfærd; Haft alvorlige selvmordstanker; Har forsøgt selvmord"*. Spørgsmålet blev både stillet for "I de sidste 30 dage" og "I hele dit liv". Svarmuligheder var: "ja"/"nej".

Gennemsnitsalderen for deltagerne var 39,6 år. Lidt højere hos mænd end hos kvinder. Flest var i behandling for alkoholproblemer (77 %), mens 40 % havde / havde også problemer med hash og 12 % med pengekspil.

Data blev analyseret i SPSS v29 med en χ^2 -test. Et signifikansniveau på 5 % er brugt. Det vil sige, at når vi skriver, at der er en forskel mellem to tal, så betyder det at risikoen for at denne forskel er et tilfældigt fund er mindre end 5 %.

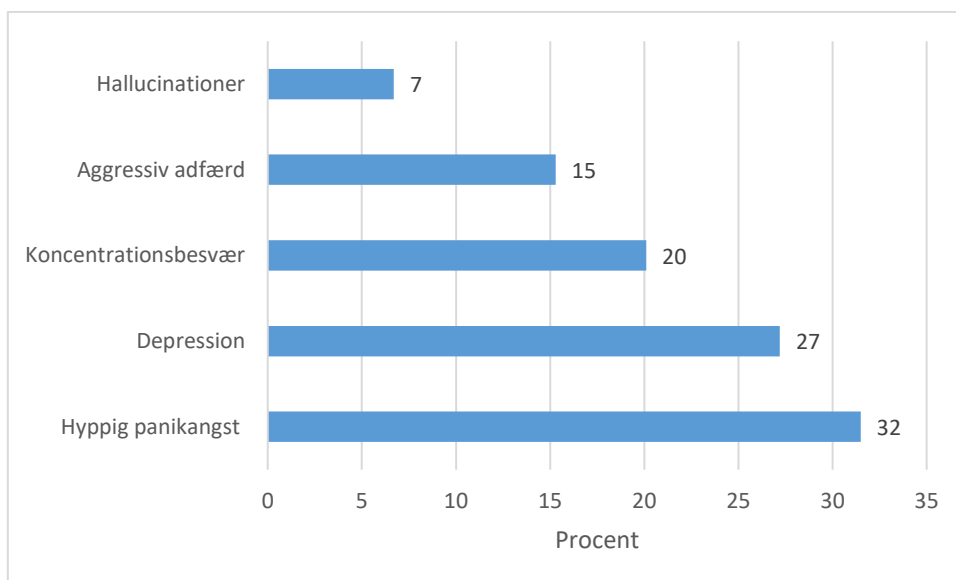
Andel med psykiske symptomer i 14 dage i den sidste måned inden behandlingsstart

I alt 51 % rapporterede én eller flere psykiske symptomer (depression, panikangst, koncentrationsproblemer, hallucinationer, aggressiv adfærd) i mindst 14 dage i den sidste måned inden behandlingsstart. Som det ses i figur 1 var panikangst det hyppigste symptom med 32 % fulgt af depression med 27 %, koncentrationsbesvær med 20 % og aggressiv adfærd med 15 %; mens det sjældnest rapporterede symptom var hallucinationer med 8 % (Figur 1).

I alt havde 22 % af behandlede haft ét symptom, 14 % to, 10 % tre, 4 % fire og 1 % alle fem symptomer.

⁷ Sandgård Poulsen, H., Georgi, R. D., & Niclasen, B. (2025). Prevalence of adverse childhood experiences among individuals in treatment for substance use disorder: are ACE associated differently across type of abuse and quantity of consumption? *Int J Circumpolar Health*, 84(1), 2439122. <https://doi.org/10.1080/22423982.2024.2439122>

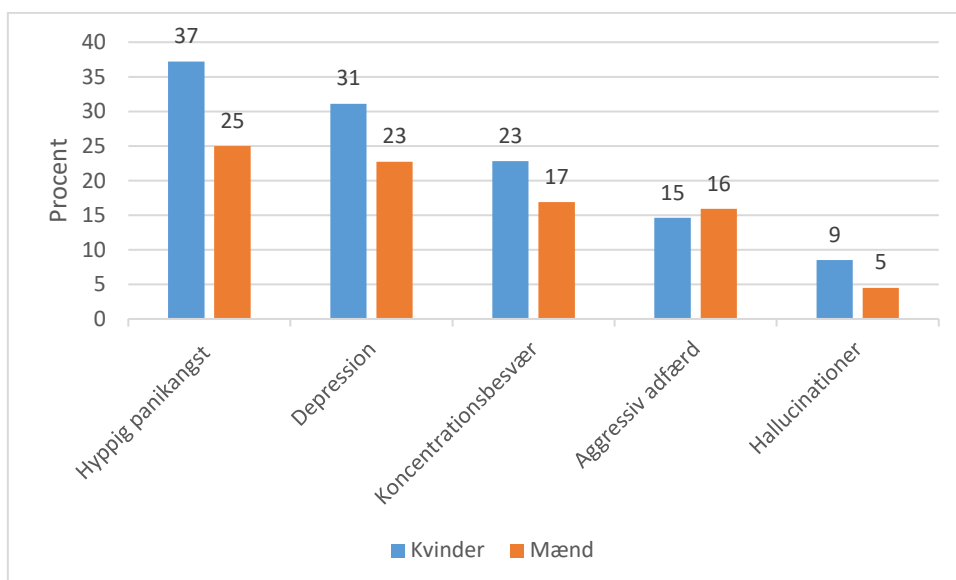
⁸ Larsen, C. V. L., Hansen, C. B., Ingemann, C., Jørgensen, M. E., Olesen, I., Sørensen, I. K., Koch, A., Backer, V., & Bjerregaard, P. (2019). *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Levevilkår, livsstil og helbred*. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark.



Figur 1: Psykiatriske symptomer i mindst 14 dage i sidste måned (Man kan have mere end et psykiatrisk symptom)

Flere kvinder rapporterer psykiske symptomer

Generelt rapporterede flere kvinder at have haft psykiske symptomer op til behandlingsstart. Det gjaldt for alle de adspurgte symptomer bort set fra for aggressiv adfærd, hvor der ikke var forskel mellem andelen.

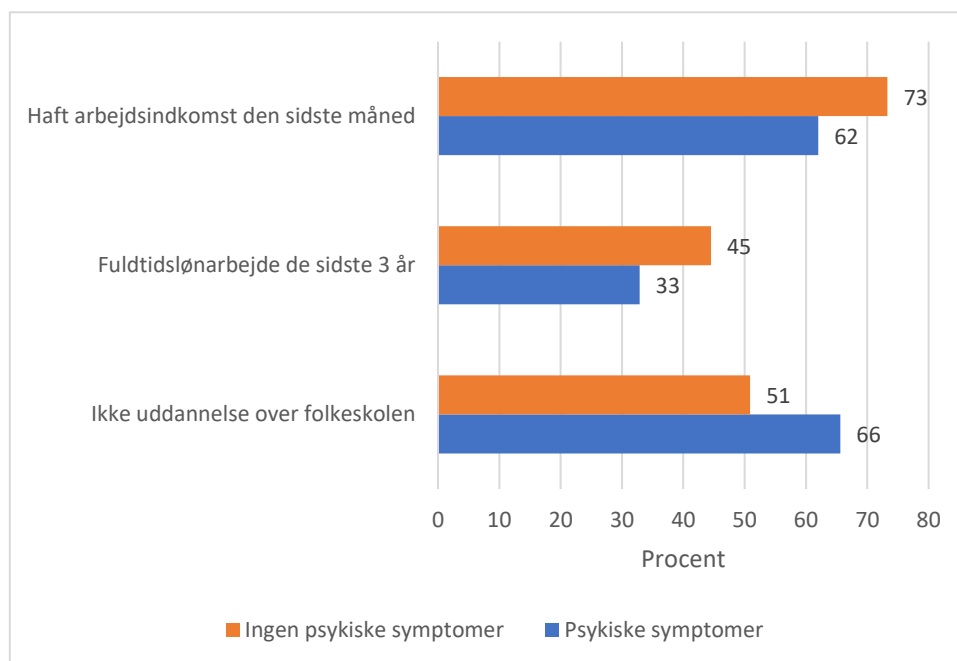


Figur 2: Psykiske symptomer ved start af rusmiddelbehandlingen hos kvinder og mænd

Men på trods af forskellen i andelen af mænd og kvinder der havde psykiske symptomer, var der ikke statistisk forskel mellem kønnene i forhold til at gennemføre behandlingen. Det gjorde 59 % af mændene og 62 % af kvinderne.

Sociale forskelle i psykiske symptomer ved behandlingsstart

Sammenlignet med gruppen, der ikke havde psykiske symptomer op til behandlingen, havde flere unge (18-34-årige) og færre over 55 år psykiske symptomer ved behandlingsstart. Flere uden psykiske symptomer havde opnået en uddannelse efter folkeskolen, havde haft fuldtidslønarbejde de sidste tre år og haft arbejdsindkomst i den sidste måned (Figur 3).



Figur 3: Forskelle i sociale faktorer blandt borgere, der har haft eller ikke har haft psykiske symptomer

Det kan ikke ud fra en undersøgelse som denne konkluderes, om der er en egentlig årsagssammenhæng mellem symptomer og rusmiddelproblemer eller om de psykiske symptomer opstod før eller efter rusmiddelproblemet, men vi kan se at dem, der ud over deres rusmiddelproblem også har psykiske symptomer ved behandlingsstart, i højere grad er socialt udfordrede.

Behandling af psykiske symptomer

Kun en meget lille andel på i alt 128 af de 1170 borgere (11 %), der angav psykiske symptomer op til behandlingsstart, havde været i medicinsk behandling for deres symptomer i den sidste måned. Over hele livet havde 30 % af dem med psykiske symptomer modtaget ambulante behandling i psykiatrien på et eller flere tidspunkter af deres liv, mens 19 % havde været indlagt i psykiatrisk regi på mindst et tidspunkt i livet.

Selvmodstanker og selvmordsforsøg

I alt 24 % af borgerne rapporterede suicidal adfærd, det vil sige havde enten haft alvorlige selvmodstanker eller selvmordsforsøg indenfor de sidste 30 dage inden indlæggelsen. I alt havde 22 % havde haft alvorlige selvmodstanker og 7 % havde forsøgt at begå selvmord. Mens der ikke var forskel mellem kønnene for at have forsøgt at begå selvmord, så havde flere kvinder (25 %) haft alvorlige selvmodstanker mod 19 % af mænd.

Betydningen af at have både psykiatrisk sygdom og et rusmiddelproblem.

I vores spørgeskema indgår ikke spørgsmål til alle psykiske/ psykiske symptomer eller diagnoser fx er personlighedsforstyrrelser og ADHD ikke med. Personlighedsforstyrrelser er ellers fundet at være en hyppig diagnose blandt borgere i rusmiddelbehandling. Vores tal for psykiske symptomer kan derfor undervurdere den faktiske andel af borgere, der mener de har psykiske symptomer ved behandlingsstart. Det må senere større undersøgelser vurdere.

Vi ved heller ikke hvor mange af de borgere i behandling, der angiver at have haft psykiske symptomer, der ville få en psykiatrisk diagnose, hvis de blev set i psykiatrien, for kun få borgere i rusmiddelbehandling har egentlig svær psykisk sygdom som fx skizofreni eller svær depression eller mani, hvilket er de sygdomme, der oftest ses og behandles i psykiatrien, mens mindre alvorlige psykiske lidelser oftest behandles i landets sundhedscentre af ikke specialister.

Generelt diagnosticeres et stigende antal personer med psykiatriske lidelser og et øget fokus på effektivitet i sundhedsvæsenet betyder, at kravene til andre aktører intensiveres. Denne udvikling drives delvist af de psykiatriske patienters øgede sagskompleksitet, kortere indlæggelsesforløb og et skift mod mere ambulante baseret psykiatrisk behandling⁹.

Sundhedsvæsenet rapporterer, at psykiatriske patienter med rusmiddelproblemer udgør en betydelig udfordring—både i forhold til "almindelige" psykiatriske patienter og patienter under forvarings- eller behandlingsdomme på grund af samtidig farlighed og kriminalitet. En stor del af denne kriminalitet skal forstås i lyset af patienternes rusmiddelbrug.

Patienter med kroniske og svære psykiske lidelser, såsom skizofreni, har en betydelig risiko for at udvikle eller fastholde et mønster af rusmiddelproblemer. Et betydeligt antal af de unge patienter, der indlægges i psykiatrien med psykotiske symptomer, har allerede et cannabisbrug ved indlæggelsen¹⁰. Derudover rapporterer sundhedsvæsenet, at det er særligt vanskeligt at sikre behandlingsfastholdelse og god compliance, når der samtidig foreligger en rusmiddellidelse.

Uanset om problemet med en dobbeltdiagnose ses fra psykiatrien eller fra rusmiddelbehandlingen er det nok vigtigt, at have forståelse for, at tidlig debut af samtidig psykiatrisk lidelse og rusmiddelproblemer ser ud til at være en sammenhæng med en dårlig prognose for begge lidelser.

Konsekvenser af ubehandlede eller utilstrækkeligt behandlet komorbiditet kan være dårligere funktions- evne og dårligere fysisk helbred, nedsat social funktion, mere alvorlige symptomer på den ene eller begge lidelser, øget risiko for hjemløshed eller fængsling, invaliditet og en generelt forringet livskvalitet¹¹.

Selvom der således er viden om vigtigheden af en integreret behandlingsindsats for patienter med samtidig psykiatrisk lidelse og rusmiddelproblemer fra både det psykiatriske system og rusmiddel-behandlingen, så er der i dag begrænsede ressourcer til at varetage denne opgave.

⁹ Center for Folkesundhed i Grønland (2021). *Psykiatrien og psykiske lidelser i Grønland*. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark.

¹⁰ VIVE. Psykiatri i Grønland – Primære udfordringer og bud på løsninger Hovedresultater: VIVE 2021.

¹¹ Morisano, D., Babor, T., & Robaina, K. (2017). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: implications for treatment services. *Nordic Stud Alcohol Drugs*, 31(1), 5-25.

7. Planlagte indsatser under Allorfik i 2026

I 2026 vil de vigtigste indsatser ligge omkring:

- Fortsat implementere ludomanibehandlingsforløb på grønlandsk i samarbejde med Center for Ludomani i Odense.
- Øgede udgående aktiviteter i alle Allorfikcentre er fortsat en del af planen for året.
- Fortsat styrke tilbuddet om videosamtaler over borgernes egne telefoner, tablets etc.
- Fortsætte at øge behandlingstilbuddet til unge med grupper for unge opvokset med rusmidler ud over behandlingsgrupper.
- Videreudvikling af behandlingstilbuddet for par og familier.
- Gennemføre en brugertilfredshedsundersøgelse 2 gange årligt.
- Styrke samarbejdet med Tidlig indsats for gravide familier i samarbejde med jordemødre og sundhedsplejen.
- Oprettelse af 2 stillinger som Tidlig Indsatsmedarbejdere, der skal arbejde tæt sammen med jordemødre og sundhedsplejersker om indsatsen
- Styrke henvisning ved at sikre henvisning gennem Sullissivik.
- Øge samarbejdet om rusmiddelproblemer og informationindsatsen i sundhedsvæsenets kliniske afdelinger.

Indsatser, der fortsætter i 2025:

- Fortsat styrke tilbuddet til borgere, der har haft selvmordsforsøg eller selvmordstanker.
- Tilbyde forebyggelsesprojektet PAS / IKA på begge sprog til skolers ældste klasse og til andre uddannelsesinstitutioner udenfor Nuuk.
- Tilbyde en 3 dages mininøglepersonuddannelse på begge sprog til personale på institutioner og i kommuner.
- Fortsætte informationsindsatsen til borgerne mhp. at øge befolkningens viden om behandlingstilbud og at behandling betaler sig økonomisk, socialt, psykisk og fysisk for den enkelte borger.
- Øge viden om behandlingstilbud i institutioner og på arbejdspladser gennem undervisning ude i virksomheder og på institutioner.
- Øge brug af medicinsk behandling ved problemer med alkohol.
- Kvalitetsaudit internt i Allorfikcentre to gange årligt.
- Fortsætte uddannelserne af nøglepersoner og rusmiddelbehandlere. Studieordningen for den grønlandske rusmiddelbehandleruddannelse er godkendt, men kan tidligst implementeres i 2026.
- Styrke datakvaliteten i visitationsdatabasen, behandlingsdatabasen og KN-ASI, herunder at sikre bedre indrapportering af data 3, 6 og 12 måneder efter endt behandling.

Øge andelen af borgere, der henvises direkte fra Sundhedsvæsenet til samtale i Allorfik over Sundhedsvæsenets journalsystem Cosmic.