

SUNDHEDSKOMMISSIONENS BETÆNKNING

MAJ 2023

# VORES SUNDHEDSVÆESEN – VORES FÆLLES ANSVAR



**REGION AVANNAA:**

ILULISSAT  
UUMMANNAQ  
UPERNAVIK  
KULLORSUAQ  
TASIUSAQ

**REGION DISKO:**

AASIAAT  
QEQERTARSUAQ  
QASIGIANGUIT

**REGION QEQQA:**

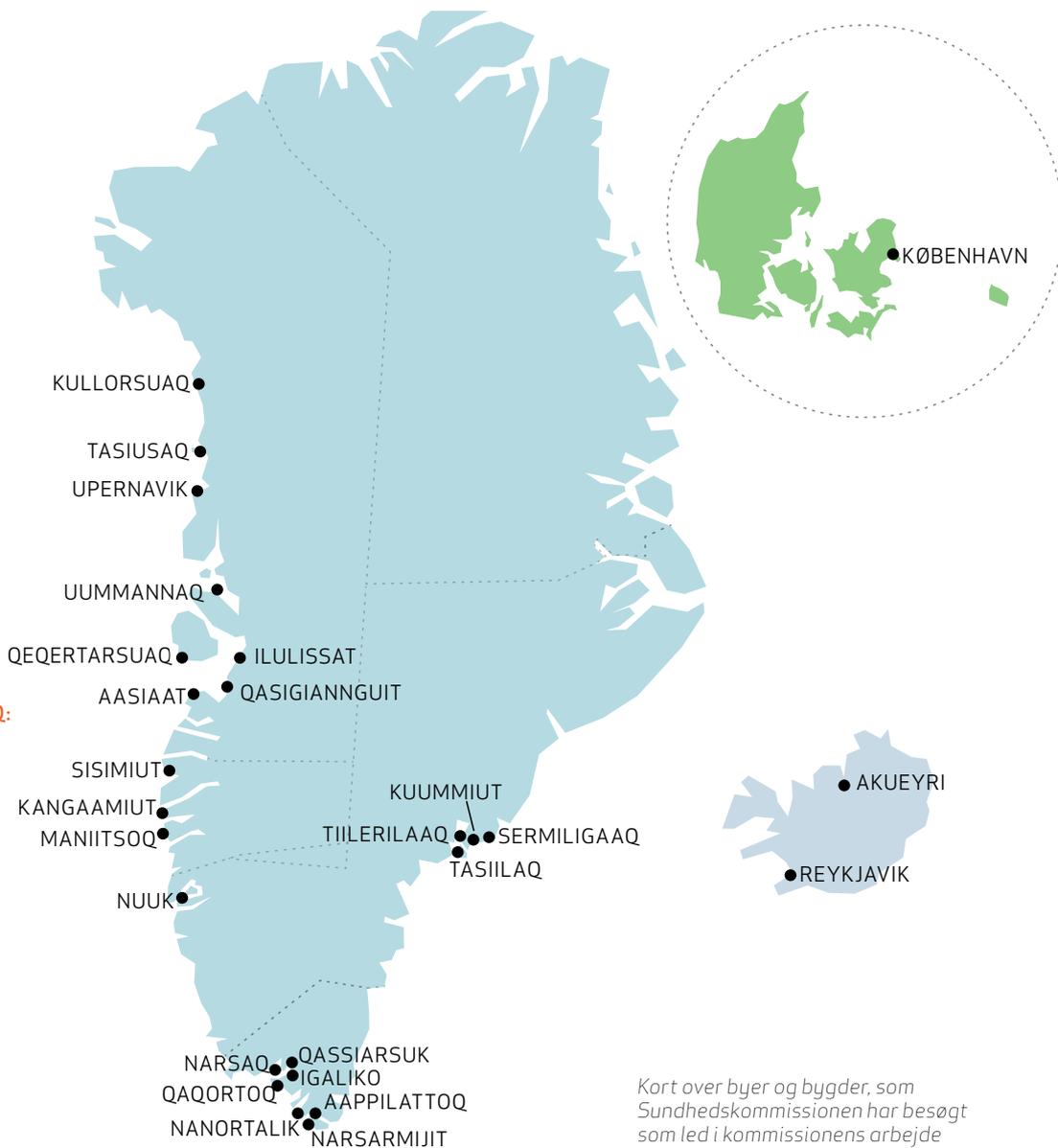
SISIMIUT  
MANIITSOQ  
KANGAAMIUT

**REGION SERMERSOOQ:**

NUUK  
TASIILAQ  
SERMILIGAAQ  
KUUMMIUT  
TIILERILAAQ

**REGION KUJATAA:**

QAQORTOQ  
NARSAQ  
NANORTALIK  
QASSIARSUK  
AAPPILATTOQ  
NARSARMIJIT  
IGALIKO



**Sundhedskommissionens betænkning  
Maj 2023**

**Vores sundhedsvæsen - vores fælles ansvar**

Sundhedskommissionen 2023

1. udgave

Ilusilersuisoq | Layout: [irisager.gl](http://irisager.gl)

Asseq | Foto: Lasse Nymand Petersen

# VORES SUNDHEDSVÆSEN - VORES FÆLLES ANSVAR

# Indhold

<b>Kapitel 1. Forord</b> .....	<b>14</b>
<b>Kapitel 2. Sammenfatning</b> .....	<b>15</b>
2.1 Sundhedskommissionen og kommissorium .....	15
2.2 Arbejdsform .....	15
2.3 Overordnede principper for arbejdet og anbefalinger .....	15
2.4 Hovedbudskaber .....	17
2.5 Sammenfatning af kapitlerne og anbefalingerne .....	18
2.5.1 Sundhedstilstand, ulighed i sundhed og selvmord .....	18
2.5.2 Det grønlandske sundhedsvæsen, somatik, psykiatri, Landstandplejen og telemedicin.....	18
2.5.3 Psykiatri .....	20
2.5.4 Landstandplejen.....	20
2.5.5 Telemedicin.....	21
2.5.6 Data.....	21
2.5.7 Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.....	22
2.5.8 Rekruttering, fastholdelse og uddannelse.....	23
2.5.9 Rehabilitering, sundhedsfremme, forebyggelse og brugerinddragelse .....	24
2.5.9.1 Rehabilitering.....	24
2.5.9.2 Sundhedsfremme og forebyggelse.....	25
2.5.9.3 Brugerinddragelse.....	26
2.5.10 Økonomi .....	27
2.5.11 Et sundhedsråd .....	28
<b>Kapitel 3. Grundlag og principper for kommissionens arbejde</b> .....	<b>29</b>
3.1 Et fælles ansvar for sundhed .....	30
3.2 Armslængdeprincippet .....	31
3.3 Dagens sundhedsvæsen .....	31
<b>Kapitel 4. Befolkningssundhed, ulighed i sundhed, sygdomsmønstre, og befolkningsudvikling</b> ...	<b>33</b>
4.1 Sundhed drejer sig om livskvalitet - ikke bare helbred .....	33
4.1.1 Sundhedstilstand.....	35
4.1.2 Middellevetid.....	35
4.1.3 Social ulighed i sundhed .....	36
4.1.3.1 Udvalgte tal om social ulighed i sundhed.....	37
4.1.3.2 Hvordan kan den sociale ulighed i sundhed reduceres .....	40
4.1.3.3 Opsamling på social ulighed i sundhed .....	40
4.2 Dødsårsager .....	41
4.3 Sygdomsmønstre .....	42
4.3.1 Livsstilsrelaterede sygdomme.....	42
4.3.2 Kræftsygdomme .....	42
4.3.3 Tandsygdomme .....	42
4.3.4 Psykisk sygdom .....	43
4.3.5 Selvmord .....	43
4.3.6 Folkesundhed.....	44
4.3.7 Seksuel sundhed.....	45
4.4 Befolkningsudviklingens betydning for sundhedsområdet .....	46
4.4.1 Større ældreandel .....	48
4.4.2 Bosætningsmønstre.....	48
4.4.3 Forventet pres på blandt andet alderdomshjemmene .....	50
4.5 Anbefalinger .....	50

<b>Kapitel 5. Sundhedssektoren i Grønland</b>	<b>51</b>
5.1 Den øverste ledelse	51
5.1.1 Styrelsen for Sundhed	53
5.1.2 Allorfik	53
5.2 Sundhedsreformen 2011	54
5.2.1 Evaluering af sundhedsreformen	55
5.2.2 Regionerne i dag	56
5.2.3 Organisationsplanen	58
5.2.4 Kliniske områder	58
5.2.5 Steno Diabetes Center Grønland	60
5.2.6 Specialistbesøg og sundhedsenheder	61
5.2.6.1 Bygdekonsultationer uden en "Pipaluk"	65
5.2.6.2 Bygdekonsultationer med en "Pipaluk"	65
5.2.6.3 Bygdesundhedsstationer	65
5.2.6.4 Mindre sundhedscentre	66
5.2.6.5 Større sundhedscentre	67
5.2.6.6 Regionssygehuse (og Tasiilaq sundhedscenter)	67
5.2.6.7 Funktionsansvarlige ansatte i sundhedsvæsenet med landsdækkende funktionsansvar	68
5.2.6.8 Tandpleje	68
5.3 Forebyggelse og sundhedsfremme	69
5.4 Visitationsnævnet	69
5.5 Behandling i udlandet og Det Grønlandske Patienthjem	70
5.6 Patientevakueringer og transport	70
5.6.1 Overordnede principper for patienttransport i Det Grønlandske Sundhedsvæsen	70
5.7 Telemedicinsk infrastruktur i sundhedsvæsenet	73
5.8 Økonomien i sundhedsvæsenet	73
5.9 Beredskabsplan	75
5.10 Et robust sundhedsvæsen?	76
5.11 Perspektiver: Kvalitet og ledelse	78
5.12 Anbefalinger	79
<b>Kapitel 6. Det somatiske sundhedsvæsen</b>	<b>80</b>
6.1 Behandling	80
6.1.1 Tandklinikker	81
6.1.2 Sengeafdeling med indlæggelse	81
6.1.3 Akutbetjening	83
6.1.4 Belægningsstal og ambulante kontakter	83
6.1.4.1 Indlæggelser	84
6.1.4.2 Gennemsnitlige antal indlæggelsesdage	87
6.1.4.3 Belægningsprocent	89
6.1.4.4 Ambulante kontakter	89
6.1.5 Behandling i Danmark og Island	91
6.1.6 Fødsler	92
6.1.7 Strategiske handleplaner	94
6.2 Specialistrejser (ydelse leveret ved specialistbesøg)	97
6.3 Medicin/lægemidler	98
6.3.1 Organisering og finansiering af lægemidler	99
6.3.2 Regulering af lægemidler	99
6.3.3 Forbruget af lægemidler	99
6.4 Ventelister	100
6.5 Opmærksomhedspunkter og centrale udfordringer	101
6.6 Anbefalinger	102

<b>Kapitel 7. Styrker, svagheder, muligheder og trusler .....</b>	<b>103</b>
7.1 Baggrund.....	103
7.2 Hovedkonklusioner .....	104
7.3 Afsluttende bemærkninger .....	108
<b>Kapitel 8. Uddannelse og kompetenceudvikling.....</b>	<b>109</b>
8.1 Behovsbeskrivelse for uddannelsesområdet .....	110
8.1.1 Særlige behov i forhold til enkelte faggrupper .....	110
8.1.1.1 Kompetenceudvikling og efteruddannelse af tolke i sundhedsvæsenet.....	110
8.1.1.2 Uddannelse og kompetenceudvikling i Landstandplejen.....	111
8.1.1.3 Kompetenceudvikling inden for ældre-, socialpsykiatri- og handicapområderne.....	112
8.1.1.4 Udviklingsprojekt i Kommuneqarfik Sermersooq.....	112
8.1.2 Konkurrence om rekruttering til de grundlæggende sundhedsuddannelser.....	113
8.1.3 16-25-åriges uddannelsesvalg.....	113
8.2 Gennemgang af uddannelsesområdet for de grundlæggende sundhedsuddannelser .....	114
8.2.1 Gennemgang af ansøgere, optag og gennemførelse for de grundlæggende sundhedsuddannelser .....	114
8.2.2 Sundhedshjælperuddannelsen.....	116
8.2.3 Sundhedsassistentuddannelsen.....	116
8.2.4 Sundhedsarbejderuddannelsen.....	117
8.3 Rekruttering, praktikpladser og frafald i de grundlæggende sundhedsuddannelser .....	117
8.3.1 Rekruttering.....	117
8.3.2 Praktikpladser .....	117
8.3.3 Praktikvejledere.....	117
8.3.4 Frafald.....	118
8.3.5 Fastholdelse af eleverne ved PI.....	118
8.3.6 Opsamling på udfordringer i de grundlæggende sundhedsuddannelser .....	119
8.3.7 Perspektivering set fra de studerendes og uddannelsesansvarlige medarbejders synsvinkel.....	119
8.4 Rekruttering, praktikpladser og frafald i sygeplejerskeuddannelsen .....	119
8.4.1 Rekruttering.....	120
8.4.2 Praktikpladser .....	120
8.4.3 Frafald.....	120
8.4.4 Fastholdelse af studerende på sygeplejerskeuddannelsen .....	121
8.4.5 Opsamling på udfordringer i sygeplejerskeuddannelsen.....	121
8.4.6 Simulationsbaseret undervisning som led i at afhjælpe praktikpladssituationen .....	121
8.5 Rekruttering og frafald i uddannelse af læger i Danmark og tilbagevenden til Grønland .....	121
8.5.1 Rekruttering.....	122
8.5.2 Frafald og fastholdelse .....	122
8.5.3 Tilbagevenden til Grønland efter endt uddannelse.....	122
8.5.4 Opsamling på udfordringer i uddannelsen af læger .....	123
8.6 Øvrige sundhedsuddannelser i Danmark .....	123
8.7 Projekt ved Ilisimatusarfik til en langsigtet løsning på rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedscentrene .....	124
8.8 Kompetenceudvikling i praksis - målrettet forskellige personalegrupper .....	125
8.8.1 Uformel kompetenceudvikling og faglig udvikling.....	125
8.8.2 Udviklingsbehov i sundhedsvæsenet .....	125
8.8.3 Udviklingsbehov i kommunerne.....	126
8.8.4 Opsamling på udfordringer vedrørende kompetenceudvikling i praksis.....	126
8.9 Brug af IT i uddannelse og kompetenceudvikling.....	126
8.9.1 Status for brug af IT.....	126
8.9.2 Generelle udfordringer og flaskehalse i fjernundervisning.....	127
8.9.3 Fjernundervisning i de grundlæggende sundhedsuddannelser .....	127
8.9.4 Fjernundervisning på sygeplejerskeuddannelsen.....	128
8.9.4.1 Fjernstudier i sygeplejerskeuddannelsen i Island.....	128
8.9.5 Opsamling på udfordringer og perspektiver i forhold til fjernundervisning .....	129

8.10 Finansiering af uddannelses- og kompetenceudviklingstiltag .....	129
8.10.1 Kursusfonden.....	129
8.10.2 Kompetenceudviklingskurser på arbejdsmarkedsområdet (PKU).....	130
8.10.3 Kursusvirksomhed under uddannelsesområdet .....	130
8.10.4 Nationale sundheds- og uddannelsesindsatser .....	130
8.10.5 Videreuddannelsespuljen og overenskomstfastsatte videreuddannelsesmidler.....	130
8.10.6 Udfordring i finansiering: Fragmenteringen i midlerne hindrer sammenhængende kompetencestrategier og -planer.....	131
8.11 Kollegiepladser .....	131
8.12 Opsamling på udfordringer vedr. uddannelse og kompetenceudvikling på sundhedsområdet .....	132
8.13 Perspektiveringer .....	132
8.14 anbefalinger: .....	133
<b>Kapitel 9. Rekruttering og fastholdelse.....</b>	<b>134</b>
9.1 Bemandingen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen .....	135
9.2 Brug af vikarer i sundhedsvæsenet .....	140
9.2.1. Fastholdelse af vikarer .....	142
9.2.2 Fastholdelse af grønlandsk personale .....	142
9.3 Den nuværende rekrutterings- og fastholdelsesstrategi .....	143
9.4 Rekrutteringsenheden .....	143
9.5 Mangel på uddannet sundhedspersonale i landet .....	144
9.6 Indsatsområder .....	144
9.6.1 Boliger og boligstandarder .....	144
9.6.2 Personaleadministration.....	145
9.6.3 Flerkulturel læring og forståelse .....	146
9.6.4 Rekrutteringsenhed i Danmark .....	146
9.6.5 Partnerskab og rotation med danske sygehuse .....	146
9.6.6 Kompetenceudvikling, karriereplanlægning, og rekruttering af ledere .....	147
9.6.7 Rejsebrev og informationsmateriale .....	147
9.6.8 Branding og rekruttering over sociale medier .....	147
9.6.9 Præ- og on-boarding-pakke.....	148
9.6.10 Vikarer via vikarbureau og korttidsansatte .....	148
9.6.11 Økonomiske incitamenter .....	148
9.6.12 Det tværsektorielle samarbejde.....	149
9.6.13 Udenlandsk arbejdskraft .....	149
9.6.13.1 Island .....	149
9.6.13.2 Grønland.....	150
9.6.13.3 Fremtidige muligheder.....	151
9.7 En helhedsorienteret ramme for rekrutterings- og fastholdelsesarbejdet .....	151
9.8 Aldersprofil .....	153
9.9 Perspektiveringer.....	153
9.10 anbefalinger.....	154

<b>Kapitel 10. Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne</b> .....	<b>155</b>
10.1 Opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.....	156
10.2 Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne om Tidlig Indsats.....	156
10.2.1 Udfordringer i samarbejdet om Tidlig indsats.....	157
10.2.2 Styrkelse af samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.....	157
10.2.3 Evaluering af Tidlig Indsats.....	158
10.2.4 Opsamling på udfordringer i forhold til samarbejdet om Tidlig Indsats.....	160
10.3 Forebyggende helbredsundersøgelse og sundhedspleje.....	160
10.3.1 Det tværsektorielle program Meeqqat 0-18.....	160
10.3.1.1 Udfordringer.....	161
10.3.1.2 Styrkelse af samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.....	161
10.4 Samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet på ældreområdet.....	162
10.4.1 Ny ældrestrategi.....	162
10.4.1.1 Reform af servicen til ældre.....	162
10.4.1.2 Opkvalificering af plejepersonalet.....	163
10.4.1.3 Demens.....	163
10.4.1.4 Lovgivning.....	164
10.4.1.5 Opsamling på ny ældrestrategi.....	164
10.4.2 Diskussion af ældrestrategien.....	164
10.4.2.1 Servicen til ældre.....	165
10.4.2.2 Uddannelse af medarbejdere.....	165
10.4.2.3 Demens.....	165
10.4.2.4 Lovgivning og rammer.....	166
10.4.2.5 Ny ældrestrategi og styrkelse af samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.....	166
10.4.3 Samarbejde i hjemmeplejen.....	166
10.4.4 Samarbejde om kompetenceudvikling i ældreplejen.....	167
10.4.5 Genoptræning/vedligeholdelsestræning.....	168
10.4.6 Opsamling på behov i styrkelsen af samarbejdet i ældreplejen mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.....	168
10.5 Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne om socialpsykiatri.....	168
10.5.1 Børne- og ungepsykiatrien.....	169
10.5.2 Voksne med psykiske lidelser.....	169
10.5.3 Socialpsykiatrien.....	169
10.5.4 Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og socialpsykiatrien.....	170
10.5.4.1 Mangel på faguddannet personale.....	170
10.5.4.2 Botilbud.....	170
10.5.4.3 Manglende diagnose som barriere for indsatser.....	171
10.5.4.4 Hjemløse.....	171
10.5.5 Forslag til tiltag i samarbejdet.....	173
10.5.6 Opsamling på behov i styrkelsen af samarbejdet i socialpsykiatrien mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.....	173
10.6 Handicapområdet.....	174
10.7 Hjælpemidler.....	174
10.7.1 Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.....	174
10.8 Anlægsområdet.....	175
10.9 Samarbejdsaftaler mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.....	175
10.10 Ledelse af samarbejde mellem sektorerne.....	176
10.10.1 Overvejelser om et regionalt ledelsesforum.....	176
10.10.2 Sundhedsvæsenets overvejelser om optimering af det fremtidige samarbejde med kommunerne.....	177
10.11 Perspektivering.....	177
10.11 Anbefalinger.....	178

<b>Kapitel 11. Sundhedsfremme og forebyggelse .....</b>	<b>179</b>
11.1 Hvad er sundhedsfremme og forebyggelse .....	179
11.1.1 Definition af sundhedsfremme og forebyggelse .....	179
11.2 Lovgivning .....	180
11.3 Omdrejningspunkter for den nuværende indsats .....	181
11.4 Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta III .....	182
11.5 Organisering og ansvarsfordeling .....	183
11.5.1 Sundhedsfremme og forebyggelse i et vadested mellem Inuuneritta II og III .....	184
11.5.2 Forebyggelsesområdet vokser, midlerne følger ikke med .....	184
11.5.3 Styrelsen af det forebyggende arbejde .....	185
11.6 Sundhedsfremme og forebyggelse i Paarisa .....	185
11.7 Sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne .....	186
11.8 Sundhedsfremme og forebyggelse i sundhedsvæsenet .....	187
11.9 Udfordringer i organisering og ansvarsfordeling .....	187
11.10 Opsamling på udfordringer i organisering og ansvarsfordeling .....	188
11.11 Hittidige mål for forebyggelsesindsatser: KRAM - kost, rygning, alkohol, motion .....	189
11.11.1 Kost, motion og overvægt .....	189
11.11.1.1 Eksempler på igangværende indsatser .....	190
11.11.1.2 Positive udviklinger .....	190
11.11.1.3 Udfordringer .....	190
11.11.2 Tobak, alkohol og andre rusmidler .....	191
11.11.2.1 Lovgivning om tobak og alkohol .....	191
11.11.2.2 Rygning .....	192
11.11.2.3 Udfordringer i forebyggelsen af tobaksforbrug .....	194
11.11.2.4 Alkohol og hash .....	194
11.11.2.5 Udfordringer i rusmiddelforebyggelsen .....	197
11.12 Seksuel og reproduktiv sundhed .....	198
11.12.1 Smitsomme sygdomme .....	198
11.12.1.1 Gonorré og klamydia .....	198
11.12.1.2 Syfilis .....	199
11.12.1.3 HIV .....	200
11.12.1.4 Tuberkulose .....	200
11.12.2 Svangerskabsafbrydelse .....	200
11.12.3 Unges seksuelle erfaringer .....	201
11.12.4 Konsekvenser af seksuel og reproduktiv usundhed .....	202
11.12.5 Indsatser .....	202
11.12.6 Udfordringer vedrørende organiseringen af forebyggelse omkring seksuel sundhed .....	203
11.13 Indsatser for KRAM og seksuel sundhed under Inuuneritta III .....	203
11.14 Screeningsprogrammer i sundhedsvæsenet .....	203
11.15 Opsamling på udfordringer i sundhedsfremme og forebyggelse .....	204
11.15.1 Organisering og ansvarsfordeling i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde .....	204
11.15.2 KRAM-faktorerne og seksuel sundhed .....	205
11.16 Perspektiveringer .....	205
11.17 anbefalinger .....	206

<b>Kapitel 12. Rehabilitering</b> .....	<b>207</b>
12.1 Hvad er rehabilitering? .....	207
12.2 Borgere med behov for rehabilitering .....	208
12.2.1 Patient- og medarbejderperspektivet .....	208
12.3 Lovgivning .....	209
12.4 Organisering og ansvarsfordeling .....	210
12.5 Sundhedsvæsenet og rehabilitering .....	211
12.6 Kommunerne og rehabilitering .....	213
12.7 Handicapcenteret Pissassarfik .....	214
12.8 Majoriaq-centre .....	215
12.9 Borgere med handicap .....	216
12.10 Telemedicinsk rehabilitering/genoptræning .....	216
12.11 Centrale budskaber i Forslag til National Rehabiliteringsstrategi 2017 .....	217
12.12 Perspektiveringer .....	218
12.13 Anbefalinger .....	218
 <b>Kapitel 13. Selvmord og selvmordsforebyggelse</b> .....	 <b>219</b>
13.1 Forekomst .....	219
13.1.1 Forskydning i forekomsten blandt mænd og kvinder .....	221
13.2 Selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøg .....	222
13.3 Sociale forholds betydning som forudsætning for selvmordsadfærd .....	223
13.4 Risikofaktorer for selvmordsadfærd .....	223
13.4.1 Belastende opvækstvilkår, mental sundhed og selvmordstanker .....	224
13.4.2 Sociale vilkår .....	226
13.5 Selvmordsforebyggelse .....	226
13.5.1 National Strategi for Selvmordsforebyggelse 2013-2019 .....	226
13.5.2 Selvmordsforebyggelse i sundhedsvæsenet .....	227
13.5.3 Selvmordsforebyggelse på samfundsplan .....	228
13.5.4 Aktuelle forebyggende tiltag i regi af Paarisa, kommunerne og Ilisimatusarfik .....	229
13.6 Evaluering af forebyggende tiltag .....	230
13.7 Unges egne perspektiver på trivsel og selvmordsforebyggelse .....	231
13.7.1 To interviewundersøgelser om unges trivsel i Paamiut .....	231
13.7.2 Qamani – De unges stemmer i selvmordsforebyggelsen anno 2022 .....	232
13.7.2.1 Resultater og anbefalinger i Qamani .....	232
13.7.2.2 Inddragelse af Qamani i den kommende selvmordsstrategi .....	236
13.8 Opsamling på selvmord og selvmordsforebyggelse .....	236
13.8.1 Udfordringer .....	236
13.8.2 Tiltag og input af relevans for selvmordsforebyggelse .....	236
13.9 Perspektiveringer .....	238
13.10 Anbefalinger .....	238
 <b>Kapitel 14. Psykiatri</b> .....	 <b>239</b>
14.1 Indledning .....	239
14.2 Organisering, opgavedeling, bemanding og fysiske rammer .....	240
14.3 Overordnede data og forhold .....	241
14.3.1 Nuværende fysiske rammer .....	242
14.3.2 Opbygningen af Psykiatrisk Område og de forskellige enheders funktioner .....	243
14.3.3 Børne- og ungdomspsykiatrien – opgaver og fokuspunkter .....	244
14.4 Særligt om telepsykiatri .....	245
14.5 Socialpsykiatrien – kommunale indsatser rettet mod udsatte voksne med psykiske lidelser .....	246
14.6 Problemstillinger med dobbeltdiagnosticerede .....	248
14.7 Sundhedsvæsenets behandlingstilbud til retspsykiatriske patienter .....	249
14.7.1 Opmærksomhedspunkter .....	251

14.8 Erfaringer fra håndtering af det psykiatriske område i Island .....	251
14.9 Perspektiveringer .....	254
14.10 Anbefalinger .....	256
<b>Kapitel 15. Telemedicin .....</b>	<b>257</b>
15.1 Pipaluk .....	257
15.2 Telemedicinsk strategi 2021/22 .....	258
15.3 Video-konsultation via app .....	259
15.4 Status på den telemedicinske indsats .....	260
15.5 Vigtige forudsætninger .....	261
15.6 Perspektiveringer .....	262
15.7 Anbefalinger .....	262
<b>Kapitel 16. Landstandplejen .....</b>	<b>263</b>
16.1 Grundlag for Landstandplejen .....	263
16.2 Strategier for tandsundhed .....	264
16.3 Behandlingstilbud .....	265
16.3.1 Indsatsområder .....	266
16.3.2 Private tandlægetilbud .....	266
16.3.3 Uddannelse og kompetenceudvikling i Landstandplejen .....	266
16.4 Perspektiveringer .....	266
16.5 SWOT-analyse for Landstandplejen .....	267
16.6 Anbefalinger .....	269
<b>Kapitel 17. Brugerinddragelse .....</b>	<b>270</b>
17.1 Hvad er brugerinddragelse .....	270
17.2 Grønland: Fra 'kundevenlighed' til borger- og patientinddragelse .....	271
17.3 Undersøgelser af brugerperspektiver .....	271
17.4 "Hverdagsliv med sygdom – patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland" .....	272
17.4.1 Metode .....	272
17.4.2 Overvejelser over kulturforståelse .....	272
17.4.3 Resultater .....	272
17.4.4 Studiets forslag til indsatser .....	273
17.5 "Palliation til grønlandske kræftpatienter i Grønland og Danmark" .....	274
17.5.1 Metode .....	274
17.5.2 Resultater .....	274
17.5.3 Studiets forslag til indsatser .....	274
17.6 "Patientinvolvering i grønlandsk hospitalspraksis" .....	274
17.6.1 Metode .....	274
17.6.2 Resultater .....	274
17.6.3 Konklusioner .....	275
17.7 "Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen" .....	275
17.7.1 Metode .....	276
17.7.2 Kulturforståelse og værdier .....	276
17.7.3 Resultater af interviewundersøgelsen .....	276
17.7.4 Undersøgelsens forslag til indsatser .....	278
17.8 Professionelle perspektiver på patient- og borgerinddragelse .....	278
17.8.1 "Sundhedsprofessionelle perspektiver på patientinddragelse" .....	278
17.8.2 "Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010" .....	279
17.9 Opsamling på resultater af brugerundersøgelserne .....	280
17.9.1 Dialog og kommunikation .....	280
17.9.2 Dialog og ansvar .....	281
17.10 Udfordringer i brugerinddragelse .....	282

17.11 Patient- og pårørendeforeninger .....	282
17.11.1 Sugisaq.....	283
17.11.2 Neriuffiit Kattuffiat - Kræftens Bekæmpelse.....	283
17.11.3 Tilioq.....	285
17.11.4 Peqatigiiffik Uummatit/Foreningen Hjerteliv.....	286
17.11.5 MAPI - Meeqqat Angajoqqaallu Peqqinnissatigut Ikinngutaat.....	286
17.11.6 MIO.....	286
17.11.7 Perspektivering vedr. patientforeninger.....	286
17.12 Opsamling på kapitlet .....	286
17.13 Perspektiveringer .....	287
17.14 anbefalinger .....	288
<b>Kapitel 18. Et mere datadrevet og gennemsigtigt sundhedsvæsen.....</b>	<b>289</b>
18.1 Cosmic.....	289
18.1.1 Muligheder for en eventuel overbygning på Cosmic.....	290
18.2 Cosmics fremtid.....	291
18.3 Befolkningsundersøgelserne .....	291
18.4 Datasamarbejde mellem Grønlands Statistik og Landslægeembedet.....	291
18.5 Datasamarbejde mellem Grønlands Statistik og sundhedsvæsenet .....	292
18.6 Perspektiveringer .....	292
18.7 anbefalinger.....	293
<b>Kapitel 19. Økonomiske forhold .....</b>	<b>294</b>
19.1 Udviklingen i de samlede sundhedsudgifter .....	295
19.2 De samlede sundhedsudgifter opdelt på hovedposter .....	299
19.2.1 Er der økonomisk forskel mellem regionerne.....	300
19.3 Aktivitetsudviklingen .....	300
19.4 Drivkræfterne bag udviklingen i sundhedsudgifterne .....	300
19.5 Kommunernes sundhedsudgifter .....	303
19.6 Regulering af sundhedsvæsenets bevillinger efter demografi .....	303
19.7 Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne .....	305
19.8 Sundhedsvæsenet og beskæftigelsen .....	306
19.9 Anlægsønsker og -behov .....	308
19.10 Økonomiske og administrative konsekvenser af Sundhedskommissionens anbefalinger .....	309
19.11 Foreløbige konklusioner, perspektiver og anbefalinger .....	309
19.12 anbefalinger .....	310
Appendix A - Sundhedsudgifter 2014-2020.....	311
<b>Kapitel 20. Diskussion og anbefalinger .....</b>	<b>312</b>
20.1 ANBEFALINGER.....	313
20.1.1 Brugerinddragelse .....	313
20.1.2 Styrket rekrutteringsindsats.....	314
20.1.3 Øget andel af fastboende sundhedspersonale og bedre fastholdelse.....	314
20.1.4 Bedre arbejdsdeling og udnyttelse af den sundhedsfaglige kapacitet.....	315
20.1.5 Bedre rammer og styringsgrundlag.....	315
20.2 Uddybning af Sundhedskommissionens anbefaling om etablering af et fast, uafhængigt sundhedsråd .....	316
20.3 Uddybning af Sundhedskommissionens anbefaling om løbende målinger af patienternes erfaring med sundhedsvæsenet .....	317

# BILAG

BILAG 1. Kommissorium for Sundhedskommissionen .....	318
BILAG 2. Oversigt over Sundhedskommissionens medlemmer, politiske følgegruppe, tilforordnede og sekretariat .....	322
BILAG 3. Sundhedskommissionens samlede anbefalinger .....	324
BILAG 4. Forkortelses- og ordforklaring til Sundhedskommissionens betænkning .....	331
BILAG 5. Baggrundsnotater til Sundhedskommissionens arbejde .....	335
BILAG 6. Liste over figurer og tabeller i Sundhedskommissionens betænkning .....	336
BILAG 7. Mindretalsudtalelser .....	341
BILAG 8. Litteraturliste .....	343

## Kapitel 1. Forord

Det grønlandske sundhedsvæsen er historisk presset: Personalemangel og alt for mange korttidsansatte kombineret med et stigende antal ældre borgere med kroniske sygdomme og befolkningens stigende forventninger og efterspørgsler. Hertil kommer snævre økonomiske rammer. Det lidt dramatiske udtryk 'en brændende platform' er ikke en urimelig betegnelse for situationen på en række felter.

Sundhedskommissionen har undersøgt styrker og svagheder i det grønlandske sundhedsvæsen. Der er tale om en omfattende rapport, der med afsæt i kommissoriet for Sundhedskommissionens arbejde, belyser væsentlige dele ved sundhedsvæsenet.

Der er godt 100 anbefalinger i betænkningen vedrørende stort set alle dele af sundhedsvæsenet, snitflader mellem sundhedsvæsenet og tilgrænsende sektorer samt en række strukturelle forhold af betydning for sundhedstilstand og udviklingen heri. Mange af anbefalingerne kræver hurtig politisk handling, hvis ikke sundhedsvæsenet skal komme i krise. Dette gælder især hele spørgsmålet om rekruttering og fastholdelse. Antallet af korttidsansatte er alt for stort i forhold til fastansatte, hvilket i sagens natur belaster de fastansatte, samtidig med at det kan gå ud over kvaliteten af sundhedsydelse.

Man kan næsten tabe pusten, når man ser de mange anbefalinger. De kan selvsagt ikke alle igangsættes samtidig. Det er vigtigt at understrege, at ingen af anbefalingerne har karakter af 'det kunne være rart, hvis...'. De har alle karakter af, at de er nødvendige; ikke lige nødvendige her og nu, men de vil alle kunne forbedre sundhedsvæsenet.

De mange anbefalinger er selvsagt udtryk for et forbedringspotentiale, men det betyder ikke, at det grønlandske sundhedsvæsen kun har svagheder. Personalet yder en ros værdig indsats under ofte pressede betingelser. Det er en vedvarende udfordring at drive et sundhedsvæsen med meget lange afstande og spredt bosætning med mange små steder, der skal serviceres.

Sundhedskommissionen har været hæmmet af datamangel på stort set alle områder. Derfor bør der være særlig opmærksomhed på anbefalingerne om et datadrevet og gennemsigtigt sundhedsvæsen.

Sundhedskommissionens arbejde har ikke bare fundet sted ved skrivebordet og i mødelokalerne. Undervejs i arbejdet har medlemmer aflagt besøg på ca. 30 lokaliteter spredt over hele Grønland for at tale med ansatte og borgere samt besigtige faciliteterne. Vi er blevet godt modtaget. Der har været afholdt 14 borgermøder rundt i landet med svingende fremmøde. Der har også været et udbytterigt besøg i Island og Danmark. Tak til både borgere og medarbejdere for værdifulde input.

Sundhedskommissionen takker også for godt samarbejde med Departementet for Sundhed, Sundhedsledelsen og Landslægen samt de øvrige tilforordnede. I en travl hverdag har alle haft tid til at levere materiale og holde oplæg på kommissionens møder. Også tak til sekretariatet i Departementet for Sundhed og Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed. Medlemmerne af arbejdsgrupperne om Rekruttering og Fastholdelse samt Uddannelse og Kompetenceudvikling takkes ligeledes for indsatsen.

Nuuk, 14. april 2023

*Ulrik Blidorf*

Formand for Sundhedskommissionen

## Kapitel 2. Sammenfatning

### 2.1 Sundhedskommissionen og kommissorium

Sundhedskommissionen blev nedsat i forbindelse med finanslovsforhandlingerne 2020 og består af 10 medlemmer. Landslægen og Sundhedsledelsen blev tilforordnede sammen med blandt andre departementschefen for Departementet for Sundhed.

Kommissionens medlemmer og tilforordnede blev udpeget i løbet af sommeren 2020, ligesom der blev tilknyttet en politisk følgegruppe til kommissionens arbejde. En oversigt over medlemmer af kommissionen, tilforordnede, sekretariat samt den politiske følgegruppe findes i bilag 2.

Ifølge Sundhedskommissionens kommissorium har kommissionen til formål at udarbejde anbefalinger til tilpasninger og forbedringer af sundhedssystemet, herunder sundhedsvæsenets struktur som helhed, rekruttering og fastholdelse af personale, uddannelse og kompetenceudvikling, samarbejde med kommunerne samt samarbejde med Danmark og udlandet. Kommissoriet findes i bilag 1. Sundhedskommissionens anbefalinger skal udgøre Inatsisartuts politiske grundlag for en sundhedsreform, som skal sikre rammerne for fremtidens sundhedsbetjening. Kommissionens anbefalinger skal tage udgangspunkt i en tværsektoriel prioritering og det eksisterende økonomiske råderum.

Med forsinkelse på grund af den ekstraordinære situation i forbindelse med Covid-19-pandemien holdt kommissionen sit først møde d. 26.-27. september 2020. Naalakkersuisoq for Sundhed bød velkommen ved første mødedag d. 26. september, hvor kommissionens medlemmer og tilforordnede deltog, mens kun kommissionens medlemmer og sekretariat deltog i mødet d. 27. september. På mødet d. 26. september blev det vedtaget, at Sundhedsledelsen skulle være tilforordnet.

### 2.2 Arbejdsform

Kommissionen har afholdt i alt 14 møder a 5-6 timers varighed og tre todagesmøder. Ved hvert af møderne har der været en drøftelse af 1-2 emner baseret på i forvejen udarbejdede notater samt ét eller flere oplæg, 20-30 i alt<sup>1</sup>. På denne måde har kommissionen gradvist gennemgået centrale problemstillinger for sundhedsvæsenet. Der blev nedsat to arbejdsgrupper for henholdsvis uddannelse og kompetenceudvikling samt rekruttering og fastholdelse. Endelig har kommissionen fået udført en interviewundersøgelse af medarbejder-perspektiver i regionerne på udfordringer og muligheder i sundhedsarbejdet.

Sundhedskommissionens arbejde har ikke bare fundet sted ved skrivebordet og i mødelokalerne. Undervejs i arbejdet har nogle af medlemmerne aflagt besøg på ca. 30 lokaliteter spredt over hele Grønland for at tale med ansatte og borgere og besigtige faciliteterne. Sundhedskommissionen er blevet godt modtaget. Der har været afholdt 14 borgermøder i hele Grønland med svingende fremmøde. Der har også været et udbytterigt besøg i Island og Danmark.

### 2.3 Overordnede principper for arbejdet og anbefalinger

Sundhedsvæsenet i Grønland er presset. I takt med en øget velstand og levestandard i samfundet, øges befolkningens ønsker, efterspørgsler og forventninger til sundhedsvæsenets ydelser. Den demografiske udvikling medfører i de kommende årtier flere ældre og færre i den erhvervsaktive alder. Både i dag og i fremtiden vil økonomien være presset.

<sup>1</sup> Notaterne kan findes på <https://naalakkersuisut.gl/>

Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale foregår i hård konkurrence med andre lande, mens der er for få, der dimitterer fra Grønlands egne sundhedsuddannelser, og for få uddannet i Danmark vender tilbage i forhold til at imødekomme behovene i sundhedsvæsenet både i dag og på længere sigt. De geografiske forhold og befolkningssammensætningen kombineret med den øgede specialisering af behandlinger i sundhedsvæsenet medfører både et udgiftspres og et øget behov for kompetent arbejdskraft i forhold til at kunne servicere befolkningen på sundheds- og plejeområdet i de kommende 10-15 år.

Der gælder tre grundvilkår for at drive det grønlandske sundhedsvæsen:

- En geografi med lange afstande og spredt bosætning med mange små steder, der skal kunne serviceres
- Flersprogethed, hvor sundhedsvæsenets interne kommunikationsprog ofte foregår på dansk på grund af nødvendig rekruttering af specialiseret personale, mens befolkningen i sagens natur også har krav på at kunne blive betjent på grønlandsk
- Personalemangel og konstant behov for rekruttering af kvalificeret arbejdskraft udefra har i årevis været sundhedsvæsenets største udfordring

For at sundhedsvæsenet i fremtiden kan levere den rigtige ydelse på det rigtige tidspunkt og på det rigtige sted til gavn for den enkelte og samfundet, skal der træffes en række valg og prioriteringer, som sikrer sundhedsvæsenet de nødvendige rammer for at yde den service og behandling, som befolkningen ønsker og forventer.

I denne betænkning kommer Sundhedskommissionen med en række anbefalinger, som kan danne grundlaget for en optimering af sundhedsvæsenets eksisterende organisering samt sætte pejlemærker for fremtidige forbedringer. Sundhedskommissionen er opmærksom på, at sundhedsvæsenets tilbud er begrænset af geografiske forhold, befolkningsgrundlaget, der sætter grænser for specialiseringen, og de politisk fastlagte økonomiske rammer.

Der findes ingen simple tiltag, som kan løse ovenstående problemstillinger i et snuptag. Drøftelser om fremtidens sundhedsvæsen skal være forankret i virkelighedens omstændigheder og ikke baseret på ønsketænkning.

Ved at imødekomme udfordringerne på en fremsynet og konstruktiv måde, er der mulighed for at finde løsninger, som fremtidens sundhedsvæsen kan bygge på. Innovativ tænkning, ny sundhedsteknologi, øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, (efter)uddannelse af personale, opdaterede samarbejdsaftaler med udlandet og bedre rekrutteringsmuligheder er nogle enkelte eksempler på områder, som indeholder potentiale til at løfte presset fra sundhedsvæsenet og sikre, at sundhedspersonalet kan tilbyde patienter og pårørende gode og sikre rammer.

Befolkningsgrundlaget i Grønland gør, at man ikke har eller kan forvente at få et sundhedsvæsen, som selv kan varetage alle specialiserede behandlinger. Der vil altid være behov for at tilbyde behandling i udlandet, herunder særligt i Danmark. Samtidig vil de resterende specialiserede behandlinger være centreret på landshospitalet i Nuuk. Derfor er specialister i almen medicin helt centrale i opretholdelsen af sundhedsvæsenets ydelser i de fem sundhedsregioner. Gode patientforløb fra patientens første kontakt med sundhedsvæsenet til specialiseret henvisning, efterfulgt af diagnosticering, behandling og opfølgning skal fungere uden unødigt ventetid i et system, hvor der i mange tilfælde er store fysiske afstande mellem patient og behandler.

I et skattefinansieret sundhedsvæsen afhænger de økonomiske rammer af de overordnede politiske prioriteringer. Sundhedssektoren må derfor være tydelig i kommunikationen med borgere og parlamentarikere om den service, som kan leveres inden for den givne økonomiske ramme. Samtidig må de ansvarlige politikere prioritere og dermed tilføre systemet de nødvendige midler, hvis sundhedsvæsenet skal kunne leve op til de stadigt stigende forventninger og efterspørgsler. På grund af det finansieringsmæssige krydspres bestående af en aldrende befolkning og øgede forventninger til sundhedsvæsenets ydelser, er det et vilkår for sundhedspersonalet at arbejde løbende for optimering af arbejdsgange og ressourceanvendelse.

Fundamentet for en hensigtsmæssig overordnet styring af sundhedsvæsenet er efter kommissionens opfattelse, at den finder sted på grundlag af stringente, velovervejede principper, som er vedtaget politisk og

gerne nedfældet i en samlet sundhedslov. Dette er det politiske grundlag for det grønlandske sundhedsvæsen.

Derimod skal den løbende daglige styring og drift generelt ikke være resultatet af kortsigtede politiske beslutninger, ligesom involvering i den løbende drift ikke er et politisk spørgsmål. Kun ved at følge denne spilleregulering kan det sikres, at udviklingen og den løbende drift får den retning, som er i overensstemmelse med de politisk fastsatte rammer og betingelser.

Betænkningen rummer mere end 100 anbefalinger, som dels findes efter de enkelte kapitler, dels findes i bilag 3. Anbefalingerne er samlet karakteriseret ved nedenstående punkter, som naturligvis ikke alle gælder for hver enkelt anbefaling:

- Anbefalinger skal have en stærk faglig forankring.
- Anbefalingerne skal føre til et samlet set bedre og robust sundhedsvæsen.
- Anbefalingerne skal i relevant omfang sikre, at borgerne kan tage medansvar for eget helbred og inddrager dem i behandlingsbeslutninger.
- Anbefalingerne vil nødvendigvis undertiden række ud over sundhedsvæsenets egne rammer og dermed kunne stille krav til indsats i andre sektorer for at få den ønskede sundhedsmæssige effekt i forhold til befolkningen.
- Anbefalingerne skal være en blanding af kort- og langsigtede forslag.
- Anbefalingerne skal både være økonomisk forsvarlige og realistisk gennemførlige personalemæssigt og ikke tage udgangspunkt i, hvad der ideelt set ville være ønskeligt, hvis disse begrænsninger ikke fandtes.
- Anbefalingerne skal tage udgangspunkt i at sikre den ønskede behandlingsmulighed for befolkningen, ikke i at der nødvendigvis er en given bemanning på stedet.
- Anbefalingerne skal tage udgangspunkt i, at sundhedsvæsenet møder borgeren, hvor denne befinder sig geografisk, kulturelt og sprogligt.
- Anbefalingerne skal kunne implementeres i praksis, men undertiden kræve lovmæssige ændringer og brug af behandlingstilbud uden for Grønland, hvor dette er mest hensigtsmæssigt ud fra en sundhedsfaglig og -økonomisk vurdering.
- Anbefalingerne skal bygge på, at der bliver større gennemslagskraft mellem de økonomiske rammer for sundhedsvæsenet, de overordnede sundhedspolitiske ønsker og den forventede effekt af indsatsen på området.

Kun de vigtigste anbefalinger omtales i denne sammenfatning.

## 2.4 Hovedbudskaber

- Sundhedsvæsenet er meget presset på alle fronter: Personale, økonomi, faglig udvikling, ressourceudnyttelse osv. Dette pres vil tage til som følge af de kommende demografiske ændringer, og der vil være behov øget fokus på prioritering i opgaveløsningen.
- Rekruttering og fastholdelse er allerede i dag en brændende platform, hvor øjeblikkelig handling er essentiel, ligesom der er behov for en permanent øget opmærksomhed og afledte initiativer med henblik på at udnytte den sundhedsfaglige kapacitet bedst muligt.
- Udarbejdelse af sammenhængende uddannelsesstrategier, der afspejler det strukturelle behov på sundhedsområdet, er påtrængende.
- Øget samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne vil være til gensidig fordel, men hæmmes af uklare ansvarsfordeling på en række punkter, herunder forebyggelse og sundhedsfremme, ældreområdet, rehabilitering samt på det psykiatriske område.
- Der er et betydeligt investeringsbehov, herunder til såvel bygninger som et nyt system for patientjournaler

- Arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling er næsten ikke-eksisterende og bør gradvist opbygges startende med en repræsentativ undersøgelse af patienterfaringer med sundhedsvæsenet.
- Data er en stor mangelvare, men er en forudsætning for et mere datadrevet og gennemsigtigt sundhedsvæsen
- Der ligger et stort potentiale for effektive og sammenhængende sundhedsindsatser gennem inddragelse af brugere og frontmedarbejdere i praksis.
- Tilgængeligheden til DIS bør forbedres
- Der bør igangsættes et strategiarbejde for de kliniske specialer.

## 2.5 Sammenfatning af kapitlerne og anbefalingerne

### 2.5.1 Sundhedstilstand, ulighed i sundhed og selvmord

Middellevetiden i Grønland har været stigende de seneste to årtier med en stigning på ca. fire år for kvinder og fem år for mænd, så den nu er 73 år for kvinder og 69 år for mænd. Igennem årene har kræft været den vigtigste dødsårsag efterfulgt af hjertesygdomme. Selvmord er den tredjestørste dødsårsag og er den dødsårsag, der giver det største antal tabte leveår. Samfundsudviklingen har ført til en markant stigning i forekomsten af diabetes, KOL og andre livsstilsrelaterede sygdomme. Udviklingen i folkesundhed viser et blandet billede. Den seneste befolkningsundersøgelse viste en forbedring på fem områder i forhold til tidligere undersøgelser, fem områder viste en forværring, mens seks områder var uforandrede. Det er værd at bemærke, at andelen, der vurderer eget helbred som "godt" eller "virkeligt godt" faldt fra 2005-2010 til 2018-undersøgelsen, mens andelen der oplevede god livskvalitet faldt i 2018 sammenlignet med 2014, men ligger højere end i 2005-2010. Den sociale ulighed i sundhed er stigende og udgør et problem for folkesundheden. Antallet af syfilis-tilfælde er stigende, og det samme gælder det høje antal af svangerskabsafbrydelser i alle relevante aldersgrupper. Den aldrende befolkning vil medføre en stigning i sundhedsudgifterne for både kommunerne og sundhedsvæsenet. Det er vanskeligt at vurdere, hvor stor stigningen vil blive.

Selvmodsraten i Grønland er én af de højeste i verden. Selvmord blandt mænd er faldende, men stigende blandt kvinder. Selvmord forekommer især i ungdomsgruppen (15-34 år). Årsagerne til selvmord er komplekse – men omfatter blandt andet samfundsforhold (ulige muligheder), dårlig trivsel, alkoholmisbrug, seksuelt misbrug, tab af identitet/generationstraumer og manglende fremtidsmuligheder knyttet til geografisk lokation. Selvmordsforebyggende indsatser er spredt ud over departementer og kommuner og dækker ikke alle relevante grupper. Selvmordsforebyggelse er et fælles ansvar på tværs af sektorer.

Det foreslås at koordinere de selvmordsforebyggende indsatser, f.eks. gennem årlige status- og opsamlingsmøder med de involverede interessenter, skabe klarhed om henvendelsesmuligheder i tilfælde af selvmordstanker og skabe flere trivselsfremmende tilbud til børn og unge i hele landet. Andre anbefalinger lyder på at udbrede viden om mental sundhed og skabe mere åbenhed i samfundet i forhold til at kunne tale om problemer med mistro og selvmord.

Sundhedskommissionen anbefaler at følge den stigende sociale ulighed i sundhed nøje og overveje, hvordan de sundhedsprofessionelle kan bidrage til at mindske den.

### 2.5.2 Det grønlandske sundhedsvæsen, somatik, psykiatri, Landstandplejen og telemedicin

Den nuværende regionale struktur i Grønlands sundhedsvæsen går tilbage til sundhedsreformen fra 2011, som først var fuldt implementeret i 2014. De daværende 16 sundhedsdistrikter blev til fem sundhedsregioner. Konstruktionen med ledende regionslæger har vist sig at være sårbar. For tiden er tre af stillingerne ubesatte og meget vanskelige at genbesætte. Derfor foreslås det, at de ledende regionslæger aflastes for administrative opgaver, blandt andet af personalemæssig karakter. Det bør også overvejes at genindføre central styring af de landsdækkende funktioner som varetages af ledere med et fagspecifikt ansvar inden

for deres fagområde, som f.eks. at laboratorieområdet varetages af den ledende bioanalytiker, og at medicin varetages af Landsapoteket. Etableringen af Steno Diabetes Centret har tilført økonomiske midler men også delt de almenmedicinske funktioner. Det foreslås derfor, at der igangsættes en analyse af Steno Diabetes Centers betydning for det almenmedicinske arbejde, herunder kronikerområdet.

Det er altid vigtigt at fjerne overflødig administrativt arbejde og bureaukrati, men administrative funktioner er på den anden side forudsætningen for et velfungerende sundhedsvæsen. Derfor foreslås, at bemanningen i Departementet for Sundhed øges for at styrke det strategiske arbejde og den politiske betjening af parlamentarikerne. Det foreslås ligeledes, at den økonomiske ramme for støttefunktioner og administration i Det Grønlandske Sundhedsvæsen øges for at undgå at administrative opgaver løses af kliniske medarbejdere.

Overordnet drejer kvalitet sig om graden af målopfyldelse. Det kan dreje sig om alt fra forekomst af komplikationer ved operation til tryksår og ventetider. Der skelnes normalt mellem tre kvalitetsdimensioner: Fagprofessionel/klinisk kvalitet, patientoplevelse kvalitet og organisatorisk kvalitet. Kvalitetsarbejdet har været forsømt – nærmest ikke eksisterende på en række felter. Derfor er det naturligt at styrke kvalitetsarbejdet, uden at det medfører øget bureaukrati. Det foreslås at starte med at gennemføre en national repræsentativ undersøgelse af patienterfaringer i det grønlandske sundhedsvæsen suppleret med fokusgrupper som forudsætning for at brugerens erfaringer med service og behandling kan inddrages. De kunne gentages hvert andet år.

En række af love og bekendtgørelser udstikker rammerne for det grønlandske sundhedsvæsen. Væsentlige dele af den grønlandske sundhedslovgivning er imidlertid på en række områder utidssvarende. I praksis betyder det, at borgernes og sundhedsvæsenets ansattes rettigheder og retssikkerhed ikke altid tilgodeses. Mange forhold i sundhedsvæsenet er reguleret af regelsæt, som ikke svarer til nutiden eller slet ikke medtager forhold, som i dag er af væsentlig betydning. Uanset at det vil være et omfattende arbejde og kræve betydelig juridisk ekspertise, forslår sundhedskommissionen at igangsætte et mere langsigtet arbejde med henblik på at få udarbejdet en samlet grønlandsk sundhedslov.

Sundhedskommissionen har ikke i detaljer set på den kliniske organisering på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) og arbejdsdelingen mellem DIH og Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS), f.eks. med hensyn til ansvaret for skadestuen, og kan derfor ikke vurdere om driften begge steder følger god praksis for moderne hospitalsdrift baseret på en datadrevet tilgang. Sundhedskommissionen har dog noteret betydelige tilgængelighedsproblemer på DIS. For eksempel fungerer den nuværende telefonordning ikke optimalt og har op til 100 daglige ubesvarede opkald. Derfor foreslås det at igangsættes en analyse af arbejdsgange m.m., herunder placering af ansvaret for skadestuen i Nuuk med henblik på at forbedre tilgængeligheden og kvaliteten.

Der synes at være et fravær af faglige strategier for de fleste specialeområder på DIH – strategier som udstikker retningen for den faglige udvikling og ambitionsniveau. Det er derfor naturligt, at der igangsættes et systematisk strategiarbejde for de lægelige specialeområder med inddragelse af ekstern lægefaglig bistand eller sparring, således at der udstikkes retning og mål for udviklingen i Grønland og etablering af et løbende samarbejde med et dansk hospital.

Det er en løbende udfordring at bemane fødestederne med et kirurgisk og anæstesi-beredskab for at kunne bistå ved kejsersnit, ligesom den kirurgiske bemanning sjældent har den almenmedicinske erfaring, der er behov for. Hertil kommer, at godt 71% af alle fødsler i dag allerede foregår i Nuuk. Næstflest fødsler foregår i Ilulissat med 8%. Der laves kun få kejsersnit uden for Nuuk, der har speciallæger. Uden for Nuuk er der kun tale om akutte kejsersnit. I 2019 var der 70 akutte kejsersnit, hvoraf 62 foregik i Nuuk. Derfor foreslås det at reducere antallet af fødesteder til tre og på sigt to.

Sundhedskommissionen foreslår også at tilpasse antallet af senge på regionssygehusene og sundhedscentre. Der er en lav belægningsprocent i forhold til den sengekapacitet, der er på de enkelte steder. De frigjorte arealer kan bruges til andre formål.

### 2.5.3 Psykiatri

Psykiatriske sygdomme er i dag et af de tunge sygdomsområder på linje med kræft og livstilssygdomme. Det psykiatriske felt indeholder store udfordringer, som kræver en langsigtet og målrettet indsats og et velfungerende tværfagligt samarbejde.

Det psykiatriske felt er kendetegnet ved at være et komplekst område med mange interesser. Det er samtidig vanskeligt at navigere i for sårbare og syge patienter. Dette forhold gør sig også tit gældende for de pårørende. Problemstillingen bliver ikke mindre af, at mange i befolkningen generelt mangler kendskab til mental mistrivsel og psykiatriske sygdomme – og forskellen herpå.

Sammenhængende varetagelse af opgaver på feltet fordrer samarbejde og koordination på tværs af hele sundhedsvæsenets felt samt i forhold til kommunerne og hele det sociale område.

Psykiatrien er meget presset med store udfordringer til følge i forhold til rekruttering specielt af psykiatere. Psykiatrien har meget begrænsede ressourcer til opgavevaretagelsen, hvilket bevirker stigende ventetider på vurderinger i forhold til medicin og behandlingsopfølgning. Situationen er, at psykiatrien for nuværende kun har kapacitet på lægeområdet til at tage sig af det uafviselige, hvilket indebærer et behov for en meget skarp prioritering. Der er i dag patienter, som er færdigbehandlede, men hvor der ikke er en kommune, der vil eller kan påtage sig betalingsforpligtigelsen på grund af usikkerhed herom. Dette indebærer, at det ikke er muligt at få patienten udskrevet til et bo/opholdssted.

De fysiske rammer for psykiatrien på DIH har længe været for små og u hensigtsmæssigt indrettede. Der blandes forskellige patientgrupper, der burde holdes adskilte, blandt andet børn og andre sårbare patienter. Det presser arbejdsmiljøet og øger antallet af situationer med vold og trusler mod personalet og giver utryghed for andre patientgrupper. Derudover er der store kapacitetsproblemer på den retspsykiatriske afdeling i Skejby. Der er et stigende antal patienter, som får dom til behandling, og samtidig venter patienterne ofte meget lang tid på at få afsagt dom i deres sager. Sundhedskommissionen har ikke haft mulighed for at forholde sig til psykiatrisk behandling for de indsatte/tilbageholdte på anstalterne. Det bør overvejes at få dette belyst.

Overordnet er det prioriteringsmæssigt vigtigt at have opmærksomheden rettet mod at imødegå de massive problemer, som psykiatrien står med, både hvad angår personalesituationen og bredere set med hensyn til ressourcer til området. Det anbefales, at kapaciteten ved det planlagte psykiatrihus ved DIH udvides fra 16 til 20 pladser, og at der er særlig fokus på at skabe en bedre indretning til gavn for forskellige patientgruppers behov. Det er vigtigt, at der er de nødvendige tilbud til patienter udskrevet fra den psykiatriske afdeling, og at samspillet med kommunernes socialpsykiatri fungerer godt. Det er i det hele taget vigtigt at sætte målrettet ind på at løse udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde om psykiatrien, herunder også i forhold til samspillet med det somatiske område og misbrugsbehandlingsområdet.

### 2.5.4 Landstandplejen

Den systematiske indsats på tandområdet er rettet mod børn og unge op til 21 år, hvilket gradvist øges til 25 år i 2026. Tandsundheden blandt børn er tilfredsstillende, og det forventes, at den forbedres blandt de unge. Der er ikke et systematisk tilbud for den voksne del af befolkningen, men den enkelte skal selv henvende sig til tandklinikkerne ved ønske om eftersyn eller (akut) behandling. Tilgængeligheden til dette tilbud er stærkt geografisk varierende afhængig af bemanningen. Tandsundheden i den voksne befolkning kendes ikke.

Det er vigtigt ikke at se tandplejen i isolation fra resten af sundhedsvæsenet. Sundhed og sygdom i mund og tænder har afgørende betydning for resten af kroppen. Derfor skal man se tandplejen som en integreret del af sundhedsvæsenet og øge samarbejdet på tværs.

Det anbefales, at voksentandplejen (+22-årige) udbygges over en periode på 5-10 år, og at der etableres et tilbud for bøjlebehandling uden for Nuuk for børn i 5. klasse over en 5-10-årig periode. Det anbefales ligeledes, at der oprettes rejsehold af tandplejersonale.

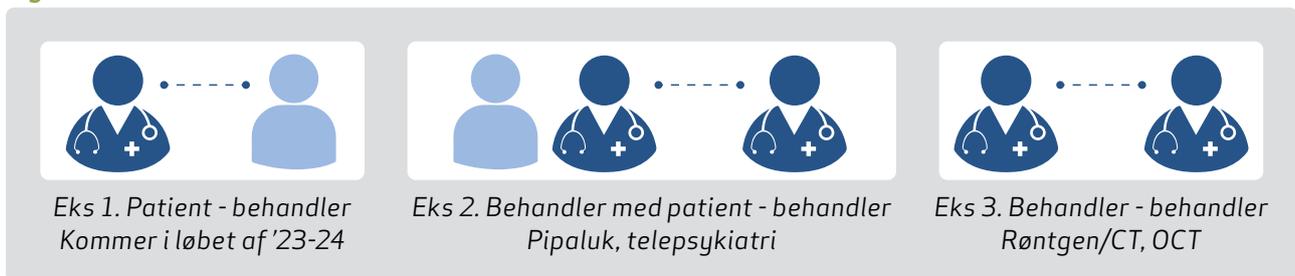
## 2.5.5 Telemedicin

Lange afstande, en geografisk spredt befolkning, personalemangel og et velfungerende internet med 5G under udrulning er gode forudsætninger for (øget) brug af telemedicin, som gør sundhedstilbud uafhængig af tid og sted. På nuværende tidspunkt bruges telemedicin i stor udstrækning i Grønland, men potentialet udnyttes ikke fuldt ud og bør styrkes. Det sker med implementeringen af den telemedicinske strategi med udstrakt brug af mobiltelefoner med en app, så borgere kan kontakte sundhedsvæsenet direkte.

Pipaluk – en telemedicinsk enhed hentet fra Alaska – blev taget i brug i Grønland i 2008, men er nu under udfasning. Pipaluk er en computer med adgang til internettet som ved hjælp af opkoblede undersøgelsesapparater kan sende kliniske undersøgelsesresultater til sygehuset. De samme og nogle supplerende undersøgelser kan foretages med det nye udstyr. Udstyret er lettere at lære at betjene og vedligeholde i forhold til Pipaluk og kan derfor være et vigtigt redskab i forhold til et fagligt løft i de mindre sundhedsenheder.

Nedenstående figur viser bredden af telemedicin. Hidtil har der i Grønland mest været tale om eksemplerne 2 og 3, mens situation 1 vil blive udrullet i 2023-2024.

Figur 2.1: Tre telemedicinske situationer



Det anbefales, at arbejdet med udbredelse af telemedicinske løsninger på alle områder intensiveres og indtænkes organisatorisk og integreres i arbejds gange og kompetencer. Det er vigtigt, at der i befolkningen og blandt sundhedsprofessionelle skabes forståelse for muligheder og begrænsninger.

Der kan med fordel skabes klarhed over antallet af grønlandsktalende sundhedsprofessionelle uden for Grønland, som kan inddrages i den telemedicinske løsning.

## 2.5.6 Data

Et af mærketallene i sundhedsvæsenet er ventelisteopgørelse: Hvor mange venter og hvor længe? Derfor er det naturligt at udarbejde løbende, tidsaktuelle og tilgængelige opgørelse af ventelister til kirurgisk og medicinsk behandling.

Tilgængelige data om næsten alt er en mangelvare i sundhedsvæsenet. Sundhedskommissionen er igen og igen stødt på enten datamangel eller meget langsommelig tilvejebringelse af relevante data om sundhedsvæsenet. Lettilgængelige, veldefinerede og tidstro data er en forudsætning for at lede et sundhedsvæsen – såvel politisk som for ledelseslagene i sundhedsvæsenet. I modsat fald leder man ofte i blinde. Fremadrettet skal datasituationen forbedres markant, blandt andet for at understøtte den løbende drift og for skabe bedre oversigt, klarhed og sammenhæng mellem de overordnede politiske ønsker for prioriteringen af opgaveløsningen i sundhedsvæsenet og de økonomiske rammer derfor. Indsamlede data – lige fra patientdata over økonomidata til data fra befolkningsundersøgelserne – bliver langt fra brugt i tilstrækkeligt omfang i dagens sundhedsvæsen. Sundhedskommissionen anbefaler, at der snarest laves en dataoverbygning på den elektroniske patientjournal Cosmic med oversigtsdata til ledelsesbrug, at data fra befolkningsundersøgelserne bør være tilgængelige i en database eller via Grønlands Statistik, og at man intensiverer samarbejdet mellem Grønlands Statistik, Landslægeembedet og sundhedsvæsenet, så adgangen til sundhedsdata gøres tilgængelig for en bred offentlighed.

Cosmic skal udskiftes, fordi serviceaftalen ophører. Den elektroniske patientjournal er både et vigtigt arbejdsredskab for de sundhedsprofessionelle og en central datakilde for ledelsesinformation. Derfor bør

forberedelsen til valg og implementering af et nyt system igangsættes snarest. Sundhedskommissionens anbefaling er, at der ved valget af efterfølgeren til Cosmic inddrages en bred kreds af sundhedsprofessionelle og ikke alene IT-professionelle. Der vil blive tale om en samlet investering på 75-100 mio. til licenser, udvidelse af serverkapacitet, moderne arbejdsstationer og oplæring af personalet i det nye system.

### 2.5.7 Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

Et godt og bedre samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommuner er først og fremmest afgørende for borgere, hvis behov strækker sig over flere sektorer. Samarbejde mellem kommuner og sundhedsvæsenet har betydning for mange forskellige grupper af borgere, især borgere i en udsat position og ældre borgere, der modtager hjælp fra kommunen og behandling i sundhedsvæsenet. Sundhedskommissionen har især set på Tidlig Indsats, sundhedsplejen og ældreområdet (den nye ældrestrategi). Samarbejdet om rehabilitering og socialpsykiatri tages op i særskilte kapitler om henholdsvis rehabilitering og (social)psykiatri.

Et øget samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne vil komme borgere og patienter til gavn i form af mere sammenhængende forløb, hvad enten det gælder et sygdomsforløb, familier i mistrivsel, behov for ekstra støtte i forbindelse med en graviditet m.m. Hertil kommer, at der kan være ressourcemæssige gevinster ved at samtænke både faglige kompetencer og fysiske faciliteter i kommunerne og sundhedsvæsenet, f.eks. fælles kompetenceudvikling samt alderdomshjem og regionspsykiatriske/sundhedscentre i samme bygningsmæssige rammer.

Betingelserne for et samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet i de forskellige kommuner og regioner er meget forskellige, ligesom der internt i kommunerne er varierende betingelser og muligheder herfor. Dette er typisk afhængigt af det stedlige befolknings- og rekrutteringsunderlag. Der kan således ikke forventes en bestemt samarbejdsmodel mellem sundhedsvæsenet og kommunerne, som vil være optimal alle steder.

Mulighederne for et øget samarbejde er påpeget i en række centrale økonomiske analyser på sundhedsområdet. Senest er det i *Udgiftsanalysen* fra 2019 foreslået, at der udarbejdes opfølgende analyser af muligheder for samarbejde med kommunerne specielt med hensyn til ressourceoptimering. Her tænkes der blandt andet på muligheder inden for samdrift af faciliteter (vaskeri, køkken, indkøb af sygeplejeartikler osv.) og sundhedspersonale, som kan pege på mulige effektiviseringstiltag.

Generelt er der en uklar ansvarsfordeling på en række områder og for en dels vedkommende baseret på personafhængige aftaler. Der er behov for klarhed over, hvilke ydelser der er sundhedsfaglige og dermed underlagt sundhedsvæsenet.

Et notat fra Departementet for Sundhed, Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet samt Departementet for Finanser fra april 2021 peger på, at en styrkelse af samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet om Tidlig Indsats har afgørende betydning for adgangen til og brugen af sundhedsydelser blandt de yngste borgere og deres familier, som er i en udsat position.

Regelgrundlaget er ikke klart og tydeligt med hensyn til at fordele ansvaret for opgaverne i Tidlig Indsats mellem kommunerne og sundhedsvæsenet, ligesom der ikke er en tilstrækkelig tydelig tværsektoriel ledelse af samarbejdet. Hertil kommer, at der ikke er tilstrækkelig fælles forståelse blandt medarbejderne i de to sektorer for familiernes behov og relevante løsninger.

Der er behov for, at sundhedsvæsenet gennemfører de forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedsplejetilbud, der er fastsat i loven. Derudover er der behov for at etablere tilstrækkelige sundhedsfaglige og sociale foranstaltninger i et samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommune, når dette vurderes nødvendigt.

Hvis den perinatale omsorg bliver prioriteret og i praksis løftet af både sundhedsvæsenet og kommunerne, vil der menneskeligt og samfundsøkonomisk kunne være et stort langsigtet potentiale for forbedringer.

Den nye ældrestrategi sætter gode rammer for samarbejdet mellem kommune og sundhedsvæsenet, hvis strategien føres ud i livet.

Sundhedskommissionen foreslår, at der udarbejdes overordnede fællesoffentlige aftaler om, hvad sundhedsvæsenet og kommunerne som minimum skal kunne levere ind i samarbejdet på alle områder, blandt andet socialpsykiatrien, ældreområdet og Tidlig Indsats, og at der skabes lovgivnings- eller cirkulæremæssig afklaring vedrørende ansvar på en række felter, blandt andet udlevering af hjælpemidler, og i det hele taget hvad der er sundhedsvæsenets opgaver. Fælles kompetenceudvikling mellem sundhedsvæsenet og kommunerne kan være et middel til bedre samarbejde. Et øget samarbejde og en optimering af arbejdsdelingen mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen vil være til gensidig fordel. Det vil også fremme samarbejdet og den gensidige forståelse, at der er læseadgang til Cosmic – den elektroniske patientjournal i sundhedsvæsenet – på alderdomshjemmene for godkendt personale.

Sundhedskommissionen finder, at der bør oprettes et fælles koordinerende samarbejdsorgan for kommunerne og sundhedsvæsenet, fordi mange udfordringer er ens på tværs af kommunerne.

### 2.5.8 Rekruttering, fastholdelse og uddannelse

Det Grønlandske Sundhedsvæsen står overfor to vedvarende udfordringer, nemlig rekruttering og fastholdelse. Problemer på disse to områder har store konsekvenser for sundhedsvæsenets funktionsevne. Et bedre fungerende sundhedsvæsen har blandt andet som forudsætning, at rekruttering og fastholdelse bliver bedre. Hvis man skal kunne tilbyde patienter og pårørende kvalitet og kontinuitet i udredning, pleje og behandling, er det vigtigt at kunne tiltrække og fastholde dygtige og engagerede sundhedsprofessionelle. I modsat fald vil det true sundhedsvæsenets stabilitet.

Sundhedsvæsenet har i dag bemanning på lidt under 70 steder i landet. Sundhedsvæsenet har en meget stor personaleudskiftning. Der er i alt ansat knap 1.640 månedslønnede, hvoraf ca. 950 er fastansatte. Til trods herfor var der i 2022 ca. 1500 nye ansættelser omfattende både fastansættelser, korttidsansættelser og specialistræjsende. Den store personaleudskiftning er forbundet med et stort administrativt arbejde og påvirker produktiviteten, blandt andet fordi de fastansatte bærer en betydelig opgave med introduktion og oplæring.

I løbet af det seneste halvandet år har sundhedsvæsenet skiftet næsten halvdelen af det øverste ledelseslag i organisationen. I foråret 2023 var der 9 ubesatte lederstillinger, og 7 ledere med en anciennitet på mindre end et år. Hvis sundhedsvæsenets forsøg på fastholdelse skal lykkes, forudsætter det et stabilt ledelseslag, der kan sikre introduktion af personale, faglig udvikling af og sparring med medarbejdere, integrering af det kontinuerlige flow af korttidsansatte, og ikke mindst et godt arbejdsmiljø. Sundhedsvæsenet oplever, at det oftere og oftere er nødvendigt med et eller flere genopslag for at besætte lederstillingerne, og trods organisationens størrelse er det stærkt begrænset med interne ansøgere.

Udfordringen med fastholdelse kan illustreres klart ved at se på ansatte i 2010, og hvor stor en andel der var tilbage i 2020. Blandt fastansatte læger i 2010 var der i 2020 30% tilbage. Det tilsvarende tal for fastansatte sygeplejersker var ca. 25%. Det illustrerer udfordringen med at få en stabil kerne af læger og sygeplejersker.

Grønland er langt fra at kunne forsyne sig selv med grønlandske læger og sygeplejersker og andre med specialiserede uddannelser. Læge-, tandlæge- og terapeutuddannelserne findes ikke i Grønland, men landet har egne institutioner, der uddanner sygeplejersker og personale med grundlæggende sundhedsuddannelser. Dette er en vigtig ressource at bygge videre på, men der uddannes i dag langt fra nok til at være selvforsynende i disse faggrupper, selv om der gøres en stor indsats på området. Der er blandt andet behov for at indrette de grundlæggende sundhedsuddannelser, så de bliver attraktive som ungdomsuddannelser, og der er behov for flere praktikpladser. Mange medarbejdere på sundhedsområdet er ufaglærte, og der er et stort potentiale i at styrke efteruddannelse af denne gruppe. Et vigtigt aspekt er, at de ufaglærte ofte er grønlandsksprogede.

For sygeplejerskesituationen gælder det, at andelen af fastansatte sygeplejersker er faldet fra 2014 til 2022. Dog er andelen af grønlandsk uddannede sygeplejersker i 2022 steget til 32% fra omkring 25%. Andelen af sygeplejersker ansat under et år i afdelingerne er steget i regionerne og uændret på DIH, men da andelen ligger tæt på eller over 50%, vidner det om betydelig personaleomsætning.

I 2014 var der i alt 116 grønlandsk uddannede sygeplejersker. I 2022 var tallet 200. I 2022 arbejdede 47% af dem i sundhedsvæsenet mod 59% i 2014. Dette er en bekymrende udvikling og rejser en række spørgsmål. Hvorfor er andelen faldet? Hvor søger sygeplejerskerne hen i stedet? Og hvordan gør man flere interesseret i at blive ansat i sundhedsvæsenet? Til det sidste skal anføres at medarbejdere i sundhedsvæsenet giver udtryk for et behov for at forbedre sundhedsvæsenets omdømme i befolkningen.

Korttidsansatte speciallæger på sundhedsenheder uden for Nuuk har en uforholdsmæssig høj gennemsnitssalder og er svære at erstatte.

Der skal sættes ind over en bred front med hensyn til rekruttering og fastholdelse; fra at forsøge at få grønlandske studerende i Danmark til at vende tilbage over såkaldte on-boarding pakker til at tiltrække sundhedspersonale fra tredjelande.

Det er vigtigt at satse på udenlandsk arbejdskraft, blandt andet fra tredjelande og udarbejde en handleplan, der både håndterer spørgsmålet om at sikre en hurtig autorisation af fagligt kompetent personale såvel som sprogproblematikken og integrationen i forhold til eventuelt engelsktalende personale. Erfaringer fra Island er positive. En vigtig forudsætning er, at der laves en samlet autorisationslov for samtlige autorisationsområder.

Det skal være mere attraktivt for alle personalekategorier at være og forblive ansat i sundhedsvæsenet, blandt andet gennem muligheder for at bidrage til udvikling af praksis, inddragende personaleledelse og et godt arbejdsmiljø. Det er endvidere vigtigt, at Sundhedsledelsen får et større lokalt ledelsesrum i forbindelse med løn- og ansættelsesvilkår. Rammerne er i dag snærende i forhold til Økonomi- og Personalestyrelsen (ASA) i Selvstyret. På det praktiske niveau er det vigtigt med hurtigere og korrekt sagsbehandling i personaleadministrationen. Det er et stort irritationsmoment, at ansættelsesbreve ikke foreligger ved starten af ansættelsen, og at det tager for lang tid at få rettet fejl i lønsedlerne.

En god modtagelse uden for mange uløste problemer er vigtig for nyansatte. Der er forskellige faktorer, der påvirker den gode modtagelse, både i afdelingen og i samfundet. For at styrke dette, bør man sigte mod at skabe mulighed for f.eks. opskrivning til børnepasning forud for ankomst til Grønland, beskæftigelsesmulighed for partner, skole/uddannelsesmuligheder osv. Erfaringen er, at summen af småproblemer ofte giver nye medarbejdere et dårligt indtryk. Det er vigtigt, at der sikres en 'god første måned', som kan skabe grobund for gode historier. Dette kendes som en on-boarding-pakke. Det er altid vigtigt at forventningsafstemme i forbindelse med en ansættelse. Medarbejdere som forventer og kræver et land, der afspejler sig Danmark, bør ikke søge ansættelse, da det er helt andre forhold, ressourcer og muligheder, der findes i Grønland. Der kan blandt andet laves bedre screeningsprocedurer i forbindelse med ansættelser.

Sundhedsvæsenets vigtige og velfungerende rekrutteringsenhed bør styrkes, herunder brugen af LinkedIn rekrutteringsmodul uanset en ret høj pris og sociale platforme i øvrigt.

## 2.5.9 Rehabilitering, sundhedsfremme, forebyggelse og brugerinddragelse

### 2.5.9.1 Rehabilitering

Rehabilitering dækker over en række indsatser til borgere, der har eller er i risiko for at miste dele af deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne. Formålet med rehabilitering er at hjælpe borgeren til en hverdag, der er så selvstændig og meningsfuld som muligt. Rehabilitering kan både omfatte behandling af forskellig art, fysisk træning, psykosociale indsatser, støttende og kompenserende indsatser og indsatser rettet mod uddannelse og beskæftigelse. Det sidste ses der dog stort set bort fra i nærværende sammenhæng. Mangel på rehabiliterende indsatser kan mindske effekten af dyr hospitalsbehandling.

Rehabilitering tilbydes typisk i forbindelse med bestemte behandlinger, f.eks. udskiftning af hofte- og knæled, efter en blodprop eller blødning i hjernen. Det kan også være et tilbud til en række kronikergrupper, f.eks. patienter med KOL og kræft, ligesom det også tilbydes ældregrupper, hvor det ofte omtales som vedligeholdelsestræning. Indhold og karakter afhænger af sygdommens og funktionstilstandenes karakter og patienternes situation.

Det er svært at fastslå, hvor mange borgere der har behov for en rehabiliterende indsats, da der kun findes meget begrænset forskning og data, der specifikt handler om rehabiliteringspatienter i Grønland. Der er

dog en stor gruppe borgere, hvorom man ved, at rehabilitering ofte er nødvendig. Det drejer sig blandt andet om borgere med hjerte-kar-sygdomme, muskel- og knoglesygdomme og apopleksi.

Det har hidtil været opfattelsen, at det var sundhedsvæsenets opgave at yde genoptræning til højst muligt niveau og kommunens opgave at tilbyde vedligeholdelsestræning. Det er imidlertid ikke klart beskrevet i lovgivningen, og ansvaret er således ikke entydigt placeret.

Et af de få steder, hvor området bliver berørt, er i Landstingsforordningen om sundhedsvæsenets ydelser m.v. § 14. Her er det angivet, hvilke ydelser sundhedsvæsenet tilbyder, herunder fysiurgisk behandling, der finder sted i tilknytning til læge- eller sygehusbehandling. Der er behov for en klar lovgivning om retten til rehabilitering og om fordeling af ansvaret for rehabilitering mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

Der er gjort opmærksom på, at mange kommunale og det nationale rehabiliteringstilbud er bestemt af budgetter frem for behov. Der er derfor også ofte forskel på tilbud på tværs af kommunerne. Desuden anerkender kommunerne ikke altid lægernes beslutninger om, at patienter er færdigbehandlede, uanset at det alene er en lægelig afgørelse. Nogle kommuner udarbejder deres egne ydelseskataloger/kvalitetsstandarder, som bliver besluttet af kommunalbestyrelsen. Fra sundhedsvæsenets side gives der udtryk for et behov for at finde løsninger fremfor at strides om, hvem der skal tage sig af de konkrete patienter.

Sundhedskommissionen anbefaler, at der lovgives om ansvarsfordelingen mellem kommuner og sundhedsvæsenet, og at der lovgives om retten til rehabilitering. Kommissionen finder det også vigtigt, at der satses mere på telebaseret rehabilitering, og at der udvikles et passende rehabiliteringstilbud i Det Grønlandske Patienthjem. Det anbefales også, at arbejdet med en rehabiliteringsstrategi færdiggøres og finansieres. Endeligt også, at der arbejdes med muligheden for hverdagsrehabilitering.

### 2.5.9.2 Sundhedsfremme og forebyggelse

Der lægges ofte noget forskelligt i begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelse er en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker. Eksempler på forebyggelse er tandpleje, sundhedspleje, vaccinationer og screening. Ved sundhedsfremme fokuseres der på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for fokus på sygdomsrisici. Eksempler på sundhedsfremme er kulturelle og meningsfulde fritidstilbud i lokalsamfundet, adgang til motion på arbejdspladsen, forældre-forberedelse, adgang til trygge og inspirerende væresteder for unge og ændring af livsstil.

Forebyggelse og sundhedsfremme indeholder elementer af hinanden. Begreberne er udtryk for forskellige strategier for at opnå sundhed.

Siden 2007 har Naalakkersuisut udstukket principper og retningslinjer for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde gennem folkesundhedsprogrammer. De to første, Inuuneritta (2007-12) og Inuuneritta II (2013-19), havde overvejende fokus på kost, rygning, alkohol og motion – de såkaldte KRAM-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). Det første program havde dog også fokus på områder som seksuelle overgreb, selvmord, ældre samt børn og unge.

Inuuneritta III (2020-2030) har børns sundhed og trivsel som omdrejningspunkt. Foruden fysisk og mental sundhed i dagligdagens fællesskaber er der fokus på samarbejdet mellem sektorerne og på levevilkår med henblik på at mindske ulighed i sundhed. En væsentlig forskel fra de tidligere programmer er, at fokus er på beskyttende faktorer frem for risikofaktorer, hvilket indgår som værdigrundlag for hele strategien. Det repræsenterer et begyndende skift i håndtering af samfundsmæssige sundhedsproblemer i den arktiske region fra næsten udelukkende at bygge på problemløsningsmodeller til at bygge på samfundets modstandsdydgtighed og ressourcer. Denne forståelse trænger imidlertid kun langsomt igennem.

Det var hensigten at nedsætte en administrativ styregruppe for Inuuneritta III bestående af departementscheferne fra social-, uddannelses- og sundhedsområdet, som skulle mødes ca. en gang om måneden for at koordinere og sikre fremdrift fra nationalt hold. Ifølge Paarisa og Socialstyrelsen eksisterer der i skrivende stund (januar 2023) imidlertid ikke en aktiv styregruppe. Desuden er kommunerne ikke i repræsenteret i styregruppen.

Med oprettelsen af Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) i 2020 blev det muligt at sætte endnu større fokus på forebyggelsen af livsstilssygdomme herunder specifikt diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdomme. Det vides endnu ikke, hvilke langsigtede konsekvenser det vil få for den generelle forebyggelse af livsstilssygdomme. SDCG har overtaget livsstilsambulatoriernes økonomiske bevillinger.

Investeringer i sundhedsfremme og forebyggelse fremhæves ofte som et redskab til at reducere sundhedsudgifterne i sundhedsvæsenet i fremtiden. Det skal understreges, at der i udgangspunktet er tale om en langsigtet gevinst, mens der på kort sigt må forventes at kunne være behov for samlet set øgede sundhedsudgifter, hvis man satser på forebyggelse og sundhedsfremme.

Helt overordnet er ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme fordelt mellem flere aktører: Paarisa (under Socialstyrelsen), sundhedsvæsenet (Styrelsen for Sundhed/Steno Diabetes Center Grønland), kommunerne og Grønlands Politi. Grønlands Politi spiller en væsentlig rolle, fordi de igennem mange år har haft et strategisk fokus på forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn og opsøgende arbejde blandt børnefamilier. Politiet er desuden en nøgleaktør i håndteringen af selvmordstanker/trusler og i selvmordsforebyggelsen.

Det er vigtigt at skabe overblik over økonomien og effekter af indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme for at kunne prioritere indsatser på et oplyst grundlag og for at kunne tage stilling til budgetter på området. Begge dele er i dag stort set fraværende.

Sundhedskommissionen anbefaler at optimere organiseringen af arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på mere fokuserede og sammenhængende indsatser og for at fremme en klarere ansvarsfordeling. Det er endvidere vigtigt med øget inddragelse af kommunerne i forberedelse af strategier og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme, ligesom kommunerne får større faglig støtte til at udvikle det forebyggende arbejde.

Det anbefales at etablere en reelt overordnet styring af Inuuneritta III, som også involverer repræsentanter fra kommunerne og sundhedsvæsenet, og at der kommer en fornyet satsning på KRAM-faktorerne i det forebyggende arbejde for at påvirke livsstil. Det er vigtigt med strukturel forebyggelse forstået som de daglige rammer for vores livsførelse, herunder vedvarende fokus på betydningen af lovgivning om alkohol, tobak og euforiserende stoffer. Endelig bør man styrke seksualoplysning gennem ung-til-ung-indsatser, og styrke at seksuel sundhed kan debatteres i det offentlige rum.

### 2.5.9.3 Brugerinddragelse

Patientinddragelse i sundhedsvæsenet drejer sig overvejende om 'fælles beslutningstagning'. Patientinddragelse betyder således, at patienten har eller får viden om behandlingsforløbet, mulige konsekvenser, valg og fravalg, som en forudsætning for informeret inddragelse. På denne måde antages det, at patienten er bedre rustet til at sparre med det sundhedsfaglige personale ud fra patientens viden om egen krop, livskvalitet og præferencer. Patientinddragelse vil være forskellig afhængig af sygdom, varighed af forløb og graden af inddragelse af pårørende.

Brugerinddragelse omfatter befolkningen mere bredt. Her er brugeren den almene borger, der har mulighed for at gøre brug af sundhedsvæsenets ydelser.

I den danske sundhedslov har patienter ret til at blive medinddraget, og det fremgår, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens samtykke, og at patienten skal sikres ret til information om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger.

I den grønlandske landstingsforordning nr. 6 af 31. maj 2001 om patienters retsstilling fastslås de samme rettigheder vedrørende informeret samtykke og information, men der er ikke lovgivet om retten til inddragelse i egen behandling.

I 2002 kom den første *Nationale Strategi for sundhedsvæsenet*, hvor der blandt andet tales om opprioritering af sundhedsfremme og forebyggelse, krav til borgerne om eget ansvar for sundhed, sammenhængende patientforløb og tværsektorielt samarbejde. Borgerperspektivet omtales kort som: "Kundevenlighed –

profilen udadtil påvirker kundetilfredshed og dermed også trivsel på arbejdspladsen". Tilfredse borgere ses således som medvirkende til en god og effektiv arbejdsplads.

Siden 2010'erne er fokus på brugerinddragelse forstærket, både i strategier, forskning og praksis. Både *Kræftplanen 2013*, *Sundhedsstrategien 2014-17* og *Forslag til en National Rehabiliteringsstrategi 2017* fremhæver brugerinddragelse som en forudsætning for effektivitet og kvalitet i indsatserne, ligesom dialog med borgere og patienter indgår i sundhedsvæsenets vision og værdier. Eksempelvis hedder det i *Sundhedsstrategien 2014-17*, at borgeren skal være i centrum og opleve et sammenhængende sundhedsvæsen med høj kvalitet af service og tryghed uanset bosted. Borgeren skal desuden involveres aktivt i sit eget patientforløb og opleve et sundhedsvæsen med højt informationsniveau, hvor det altid er muligt at få oplysninger om indhold i planlagte udrednings- og behandlingsforløb. Derudover skal borgeren opleve at blive imødekommet af sundhedsvæsenet og opleve en professionalitet inden for service, udredning og behandling.

Strategier på sundhedsområdet henter blandt andet inspiration fra danske strategier og tilpasses grønlandske forhold. Hvad angår implementering i praksis, så er brugerinddragelse i Grønland et praksisområde, hvor der endnu ikke er faste rammer og retningslinjer, ligesom karakter og omfang af brugerinddragelse heller ikke kendes. En undersøgelse af brugernes oplevelse af sundhedsvæsenet i hele landet viser, at en imødekomende og inddragende tilgang har potentiale til at øge brugernes muligheder for at tage et medansvar for deres liv og helbred.

Sundhedskommissionen anbefaler at lave en ny lov om patienters rettigheder til erstatning af 2001-loven, og at sundhedspersonalets kompetencer vedrørende brugerinddragelse styrkes, herunder forståelse for kulturforskelle. Det er vigtigt, at der sikres professionel tolkebistand ved mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle – mange nuancer i den mundtlige kommunikation går tabt uden god tolkning. Et andet vigtigt forhold er at udvikle en kultur i sundhedsenhederne for inddragelse af brugerne og deres pårørende i deres forløb.

Sundhedskommissionen foreslår, at der oprettes et dialogforum om patientinddragelse for repræsentanter for henholdsvis brugerne og de sundhedsprofessionelle og at der oprettes en digital platform for sundhedsinformation. Denne platform vil samtidig kunne tjene som et patientforum.

### 2.5.10 Økonomi

De samlede sundhedsudgifter har været jævnt stigende i mange år: I gennemsnit 2% per år, når der er korriigeret for inflation. Som procentdel af de samlede offentlige udgifter udgjorde sundhedsudgifterne i 2021 14,3% sammenlignet med 11,7% i 2003. Sundhedsudgifterne er den største samlede post i det offentlige budget.

De største syv poster i sundhedsbudgettet dækker omkring 85% af de samlede udgifter: Regionerne og DIH tegnede sig for ca. 57%, behandling i udlandet beløb sig til knap 10%, patientrejser og evakuering var på knap 7%.

Sundhedsvæsenets samlede bevillinger er blevet reguleret efter demografi siden 2012, men fordelingen deraf mellem regionerne er ikke tilsvarende reguleret efter befolkningsudviklingen i den enkelte region.

Den fremtidige vækst i sundhedsudgifterne kan opdeles i et demografisk bidrag og et resterende bidrag, som dels skyldes en større efterspørgsel som følge af øget økonomisk velstand, og dels skyldes et større udbud af sundhedsydelser, da teknologien og lægevidenskaben gør det muligt at behandle stadig flere sygdomme. Begge forhold – demografien og øget velstand – vil presse sundhedsudgifterne i vejret. Det præcise omfang fremadrettet er svært at beregne, men skønnes at svare til en yderligere 0,5 til 1% af bruttonationalproduktet – svarende til 100-200 mio. kroner. Fremadrettet vil der samtidig være et betydeligt investeringsbehov.

Sundhedsvæsenet er imidlertid ikke kun en udgift, men spiller en ofte overset positiv rolle for samfundsøkonomien. Helbredet påvirker både arbejdsevnen og varigheden af tiden i arbejdsstyrken. Det er åbenbart, at her spiller sundhedsvæsenets en vigtig rolle og bidrager positivt til samfundsøkonomien.

Sundhedskommissionen anbefaler, at der laves en 10-årig investeringsplan for DIH og at anlægsbudgettet til psykiatribygning inkl. børnepsykiatri øges i forhold til det nuværende budget. Indførelse og implementering af et nyt EPJ-system (erstatning for Cosmic) skønnes at ville beløbe sig til 75-100 mio. kr. til nyt software, licenser, opgradering af serverkapacitet, moderne arbejdsstationer og oplæring i det nye system.

Sundhedskommissionen finder, at der bør igangsættes en analyse af, om finansieringen af sundhedsvæsenet er tilstrækkelig i lyset af forventninger, efterspørgsler og den sundhedsfaglige udvikling. Kommissionen peger også på, at der bør sikres en regional balanceret fordeling af de økonomiske midler, der kompenserer for den geografiske udvikling.

De skønnede merudgifter i medfør af Sundhedskommissionen forventes at ligge på 10-20 mio. kr. årligt, når de er fuldt indfaset.

### 2.5.11 Et sundhedsråd

Det er vigtigt med en løbende vurdering af udviklingen i sundhedsvæsenet for at kunne følge om strategier og anbefalinger bliver implementeret samt pege på forbedringer og nye muligheder. Med andre ord en temperaturmåling af, hvordan sundhedsvæsenet har det. For at sikre troværdige og fagprofessionelle analyser skal en uafhængig part – et sundhedsråd – udarbejde dem.

Sundhedsrådet kan bestå af et formandskab på fem personer med tilsammen gode kompetencer indenfor drift af og strategier for sundhedsvæsenet, viden om epidemiologi, kvalitet, folkesundhed, regulering af sundhedsområdet, økonomiske forhold samt medarbejder- og brugerforhold. Landslægen er født medlem af Sundhedsrådet. De øvrige medlemmer udpeges af Naalakkersuisoq for Sundhed/Naalakkersuisut, der også udpeger formanden. Formandskabet skal være ansvarlig for at udarbejde en årlig rapport om tilstanden i sundhedsvæsenet.

Ud over formandskabet består Sundhedsrådet af op til 10 medlemmer fra interesseorganisationer, patientorganisationer, kommuner, Naalakkersuisuts administration og forskningsinstitutioner. De skal blandt andet diskutere den årlige rapport fra formandskabet, som dog er ansvarlig for den endelige udgave.

## Kapitel 3.

# Grundlag og principper for kommissionens arbejde

Sundhedsvæsenet i Grønland er presset. I takt med en øget velstand og levestandard i samfundet, øges befolkningens ønsker og forventninger til sundhedsvæsenets ydelser. Den demografiske udvikling medfører i de kommende årtier flere ældre og færre i den erhvervsaktive alder. Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale foregår i hård konkurrence med andre lande, mens der er for få, som dimitterer fra Grønlands egne sundhedsuddannelser – og for få uddannet i Danmark vender tilbage i forhold til at imødekomme behovene i sundhedsvæsenet både i dag og på længere sigt. De geografiske forhold og befolkningssammensætningen kombineret med den øgede specialisering af behandlinger i sundhedsvæsenet medfører både et udgiftspres og et øget behov for kompetent arbejdskraft i forhold til at kunne servicere befolkningen på sundheds- og plejeområdet i de kommende 10-15 år.

Sundhedssektoren i Grønland er underlagt en række grundvilkår, som udfordrer og besværliggør mulighederne for udvikling og effektivisering sammenlignet med eksempelvis sundhedsvæsenet i Danmark. Det er derfor vigtigt, at Det Grønlandske Sundhedsvæsen i højere grad lykkes med at tilpasse sig disse vilkår og minimere ulemperne ved dem. Eksempler på tre helt centrale grundvilkår er følgende:

- En geografi med lange afstande og spredt bosætning med mange små steder, der skal kunne serviceres.
- Flersprogethed, hvor sundhedsvæsenets interne kommunikationssprog ofte foregår på dansk grundet nødvendig rekruttering af specialiseret personale, mens befolkningen i sagens natur også har krav på at kunne blive betjent på grønlandsk. Personalemangel og et konstant behov for rekruttering af kvalificeret arbejdskraft udefra har i årevis været sundhedsvæsenets største udfordring.

Sundhedskommissionen har i sit arbejdet blandt andet haft fokus på at bidrage med anbefalinger til løsninger på disse centrale grundvilkår, som man ikke grundlæggende kan ændre, men bør forholde sig til.

Herunder har sundhedsvæsenet mulighed for i fremtiden at indrette sig på måder, hvor:

- geografiske barrierer mindskes – eksempelvis inden for telemedicin og bedre samarbejde med kommunerne om patientforløb,
- der er stor opmærksomhed på at sikre god kommunikation mellem sundhedspersonale og patient for at opnå optimal og sikker behandling. Ved at prioritere god tolkning og bruger-inddragelse højt kan misforståelser og utilfredshed med sundhedsvæsenet mindskes
- der er fornyet fokus på og prioritering af bedre rammer for rekruttering, mulighederne for mere grønlandsk uddannet personale og opmærksomhed på virkemidler for øget fastholdelse.

For at sundhedsvæsenet i fremtiden vil kunne levere den rigtige ydelse på det rigtige tidspunkt og på det rigtige sted til gavn for den enkelte og samfundet, skal der træffes en række valg og prioriteringer, som sikrer sundhedsvæsenet de nødvendige rammer til at yde den service og behandling, som befolkningen ønsker og forventer. I denne betænkning kommer Sundhedskommissionen med en række anbefalinger, som kan danne grundlaget for en optimering af sundhedsvæsenets eksisterende organisering samt sætte pejlemærker for fremtidige forbedringer. Sundhedskommissionen er opmærksom på, at sundhedsvæsenets tilbud er begrænset af geografiske forhold, befolkningsgrundlaget, der sætter grænser for specialiseringen samt de politisk fastlagte økonomiske rammer.

Der findes ingen simple tiltag, som kan løse ovenstående problemstillinger i et snuptag. Drøftelser om fremtidens sundhedsvæsen må være forankret i virkelighedens omstændigheder og ikke være baseret på ønsketænkning.

Ved at imødekomme udfordringerne på en fremsynet og konstruktiv måde, er der mulighed for at finde løsninger, som fremtidens sundhedsvæsen kan bygge på. Innovativ tænkning, ny sundhedsteknologi, øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, opdaterede samarbejdsaftaler med udlandet og bedre rekrutte-

ringsmuligheder er nogle enkelte eksempler på områder, som indeholder potentiale til at løfte presset fra sundhedsvæsenet og sikre, at sundhedspersonalet kan tilbyde patienter og pårørende gode og sikre rammer.

### 3.1 Et fælles ansvar for sundhed

Befolkningens sundhed kan ikke varetages og fremmes af sundhedsvæsenet alene. I et sundt samfund er det afgørende, at befolkningen tager ansvar for egen sundhed. Fra livsstil til hensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenets ydelser. Sundhedsvæsenet skal møde patienterne, der hvor de er, og inddrage borgerne i beslutninger om egen sundhed og behandling for at understøtte fælles forståelse og forventninger mellem patienten og sundhedspersonalet.

En effektiv politik for forebyggelse og sundhedsfremme forudsætter også en aktiv og målrettet tværfaglig indsats blandt størstedelen af samfundets sektorer. Eksempelvis forudsætter et sundt indeklima, at boliger og arbejdspladser bygges og renoveres med dette for øje. Kontrol med fødevarer sikrer sunde og rene madvarer. Uddannelse og læren om kost og motion bidrager til forebyggelse af livsstilssygdomme. Et velfungerende socialvæsen understøtter sunde familier og vilkår for børns opvækst. Eksemplerne er talrige og understreger, at sundhed er et fælles anliggende for alle dele af samfundet.

Efter behandling i sundhedsvæsenet overgår en række patienter til forløb i kommunalt regi. Det kan eksempelvis være den ældre borger, som efter en bækkenoperation skal tilbage på plejehjem, eller den unge psykiatriske borger, som har et særligt botilbud. I disse sager er et velfungerende samarbejde med klar ansvarsfordeling mellem sundhedsvæsen og kommune afgørende for, at borgeren får den rette hjælp på det rette tidspunkt. Kommunerne bør også medtænke sundhed ved byplanlægningen og i udformningen af byrummet.

#### Sundhedsvæsenets mission, vision og værdier

I Landstingsforordningen om sundhedsvæsenets ydelser fra 1997, defineres sundhedsvæsenets *mission*, vigtigste opgave og grundlæggende formål som værende "at fremme befolkningens sundhed, at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande samt at undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme og sygdomslignende tilstande. I tilrettelæggelsen af sit arbejde skal sundhedsvæsenet tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted"<sup>2</sup>. Der lægges her både vægt på opgaver traditionelt forbundet med sundhedsvæsenet såsom undersøgelser og behandling, men også opgaver som i dag i høj grad varetages i samarbejde med andre myndigheder såsom forebyggelse og pleje af sygdomsforløb. Det understreges også, at alle borgere i hele landet skal have lige adgang til sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets *vision* er et pejlemærke for de principper, der skal understøtte og udvikle arbejdet i sundhedsvæsenet. Visionen for sundhedsvæsenet er at "være et ansvarligt og udviklende sundhedsvæsen i samspil med borgere, klienter, patienter og øvrige aktører, ikke mindst politikere og andre sektorer.", der samtidig skal bruge de ressourcer, der er til rådighed på bedst mulige måde. Visionen indebærer blandt andet:

- Fokus på inddragelse af borgeren i forebyggelse og behandling og medtænke de frivillige organisationer og erhvervslivet
- Fremme forståelsen for egenomsorg
- Anvende nyeste viden og teknologiske ressourcer for at nå ud til flest mulige

Sundhedsvæsenet definerer derudover omsorg, tillid, respekt og faglighed som sine fire kerneværdier, som organiseringen af sundhedsvæsenet skal understøtte.

<sup>2</sup> Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997.

## 3.2 Armslængdeprincippet

Fundamentet for en hensigtsmæssig overordnet styring af sundhedsvæsenet er efter Sundhedskommissionens opfattelse, at den finder sted på grundlag af stringente, velovervejede principper, som er vedtaget politisk og gerne nedfældet i en samlet sundhedslov. Dette er det politiske grundlag for det grønlandske sundhedsvæsen.

Derimod skal den løbende daglige styring og drift generelt ikke være resultatet af kortsigtede politiske beslutninger, ligesom involvering i den løbende drift ikke er et politisk spørgsmål. Kun ved at følge denne spilleregulering kan det sikres, at udviklingen og den løbende drift får den retning, som er i overensstemmelse med de politisk fastsatte rammer og betingelser.

## 3.3 Dagens sundhedsvæsen

Det moderne sundhedsvæsen stiller store krav på tværs af organisationen i forhold til effektiv og situationsbestemt ledelse, målrettet specialisering, situationsbestemt patientinddragelse, udviklingsorienteret faglighed og meget mere. Et nutidigt og velfungerende sundhedsvæsen er derfor aldrig statisk. Der skal løbende foretages tilpasninger og udvikling for at imødekomme dels stigende forventninger og efterspørgsler, dels håndtering af ændrede rammer og forudsætninger i forhold til løsning af sundhedsvæsenets opgaver.

Befolkningsgrundlaget i Grønland gør, at man ikke har eller kan forvente at få et sundhedsvæsen, som selv kan varetage alle specialiserede behandlinger. Der vil altid være behov for at tilbyde behandling i udlandet, herunder særligt i Danmark. Samtidig vil de resterende specialiserede behandlinger være centreret på landshospitalet i Nuuk. Derfor er specialister i almen medicin helt centrale i opretholdelsen af sundhedsvæsenets ydelser i de fem sundhedsregioner. Gode patientforløb fra patientens første kontakt med sundhedsvæsenet til specialiseret henvisning, efterfulgt af diagnosticering, behandling og opfølgning skal kunne fungere uden unødigt ventetid i dette system, hvor der i mange tilfælde er store fysiske afstande mellem patient og behandler.

I et skattefinansieret sundhedsvæsen afhænger de økonomiske rammer af de overordnede politiske prioriteringer. Sundhedssektoren må derfor være tydelig i kommunikationen til borgere og parlamentarikere om den service, som kan leveres inden for den givne økonomiske ramme. Samtidig må de ansvarlige politikere prioritere og dermed tilføre systemet de nødvendige midler, hvis sundhedsvæsenet skal kunne leve op til de stadigt stigende forventninger. På grund af det finansieringsmæssige krydspres bestående af en aldrende befolkning og øgede forventninger til sundhedsvæsenets ydelser, er det et vilkår for sundhedspersonalet at arbejde løbende for optimering af arbejds gange og ressourceanvendelse.

Den rigtige forebyggende og behandlende ydelse er en konstant afvejning mellem patientens behov, geografiske afstand, behandlingsmuligheder og de samfundsøkonomiske rammer. Der er store omkostninger forbundet med transport af patienter fra deres hjemsted til behandlende sygehus/sundhedscenter – både økonomisk for sundhedsvæsenet men også personligt for patienter, som må rejse væk fra vante omgivelser, familie og arbejde for at modtage behandling. Sundhedsydelser bør derfor gives så tidligt som muligt og så tæt på patientens eget miljø som økonomisk og personale- og kompetencemæssigt muligt og forsvarligt. I tilfælde hvor patienttransport til et større sygehus er nødvendig, må sundhedsvæsenet uden unødigt forsinkelse arrangere dette, således at derved tilrettelæggelsen og udførelsen af arbejdet tilstræbes lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser for befolkningen uanset bosted.

Sundhedsvæsenet skal sigte mod at sikre, at alle borgere har direkte adgang til en sundhedsprofessionel døgnet rundt, eksempelvis via telefon eller telemedicin. Telemedicinske løsninger sigter derfor mod en øget lighed i adgang til sundhedsydelser for alle borgere i landet uanset bosted og bedre udnyttelse af kapacitet og personalemæssige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Sundhedsreformen af 2010 har skabt dagens rammer for det grønlandske sundhedsvæsen. Ambitionen med reformen var at styrke den primære sundhedstjeneste tæt på borgerne i et helhedsorienteret perspektiv og at opnå en mere hensigtsmæssig planlægningsramme for opgaveløsningen som middel til at

imødekomme de centrale udfordringer i forhold til demografi, befolknings sundhed, uddannelsesniveau, rekrutteringsvanskeligheder m.m. Sundhedskommissionens anbefalinger retter sig blandt andet mod disse udfordringer, som reformen sigtede mod at takle i sin tid, og som stadig forudsætter nye tilpasninger og prioriteringer. Kommissionens anbefalinger skal således både holdes op imod gældende lovgivning på sundhedsområdet, de økonomiske rammer og de politiske principper i beskrivelsen og analysen af kommissionens fokusområder.

Samlet set har Sundhedskommissionen med afsæt heri arbejdet ud fra nedenstående principper og sigtelinjer, der således også er lagt til grund i afvejningen af forskellige hensyn i forbindelse med konklusioner, perspektivering og anbefalinger i betænkningens kapitler og forslag til prioriteringer. Anbefalingerne er karakteriseret ved nedenstående punkter, som gælder på tværs af anbefalingerne:

- Anbefalinger skal have en stærk faglig forankring
- Anbefalingerne skal føre til et samlet set bedre og robust sundhedsvæsen
- Anbefalingerne skal i relevant omfang sikre, at borgerne kan tage medansvar for eget helbred og inddrager dem i behandlingsbeslutninger
- Anbefalingerne vil nødvendigvis undertiden række ud over sundhedsvæsenets egne rammer og dermed kunne stille krav til indsatser i andre sektorer for at få den ønskede sundhedsmæssige effekt i forhold til befolkningen
- Anbefalingerne skal være en blanding af kort- og langsigtede forslag
- Anbefalingerne skal både være økonomisk forsvarlige og realistisk gennemførlige personalemæssigt og ikke tage udgangspunkt i, hvad der ideelt set ville være ønskeligt, hvis disse begrænsninger ikke fandtes.
- Anbefalingerne skal tage udgangspunkt i at sikre den ønskede behandlingsmulighed for befolkningen – ikke i at der nødvendigvis er en given bemanding på stedet
- Anbefalingerne skal tage udgangspunkt i, at sundhedsvæsenet møder borgeren, hvor denne befinder sig geografisk, kulturelt og sprogligt.
- Anbefalingerne skal kunne implementeres i praksis, men undertiden kræve lovmæssige ændringer og brug af behandlingstilbud uden for Grønland, hvor dette er mest hensigtsmæssigt ud fra en sundhedsfaglig og -økonomisk vurdering.
- Anbefalingerne skal bygge på, at der bliver større gennemsigtighed mellem de økonomiske rammer for sundhedsvæsenet, de overordnede sundhedspolitiske ønsker og den forventede effekt af indsatsen på området

## Kapitel 4.

# Befolkningssundhed, ulighed i sundhed, sygdomsmønstre, og befolkningsudvikling

Hovedpunkter i kapitlet:

- Sundhed drejer sig om livskvalitet – ikke bare helbred
- Befolkningens selv vurderede helbred er blevet dårligere siden 1993, men var stagnerende i 2018
- Indikatorerne for folkesundheden viste i fem tilfælde forbedring af folkesundheden fra befolkningsundersøgelsen i 2005-2010 til 2018; fem tilfælde viste en forværring og seks tilfælde var stort set uændrede
- Middellevetiden i Grønland har været stigende de seneste to årtier med en stigning på ca. fire år for kvinder og fem år for mænd og er nu nået op på 73 år for kvinder og 69 år for mænd
- Graden af ulighed i sundhed er stigende
- Igennem årene har kræft været den hyppigste dødsårsag efterfulgt af hjertesygdomme. Selvmord er den tredjestørste dødsårsag og koster flest leveår. Ulykker fylder også meget.
- Samfundsudviklingen vil fortsat føre til en markant stigning i forekomsten af diabetes, KOL og andre livsstilsrelaterede sygdomme
- Antallet af svangerskabsafbrydelser er meget højt i alle relevante aldersgrupper
- Der er en bekymrende udvikling i antal syfilis-tilfælde og øvrige kønssygdomme
- Den aldrende befolkning vil medføre en stigning i sundhedsudgifterne og behovet for personale for både kommunerne og sundhedsvæsenet. Det er vanskeligt at vurdere, hvor stor stigningen vil blive

### 4.1 Sundhed drejer sig om livskvalitet - ikke bare helbred

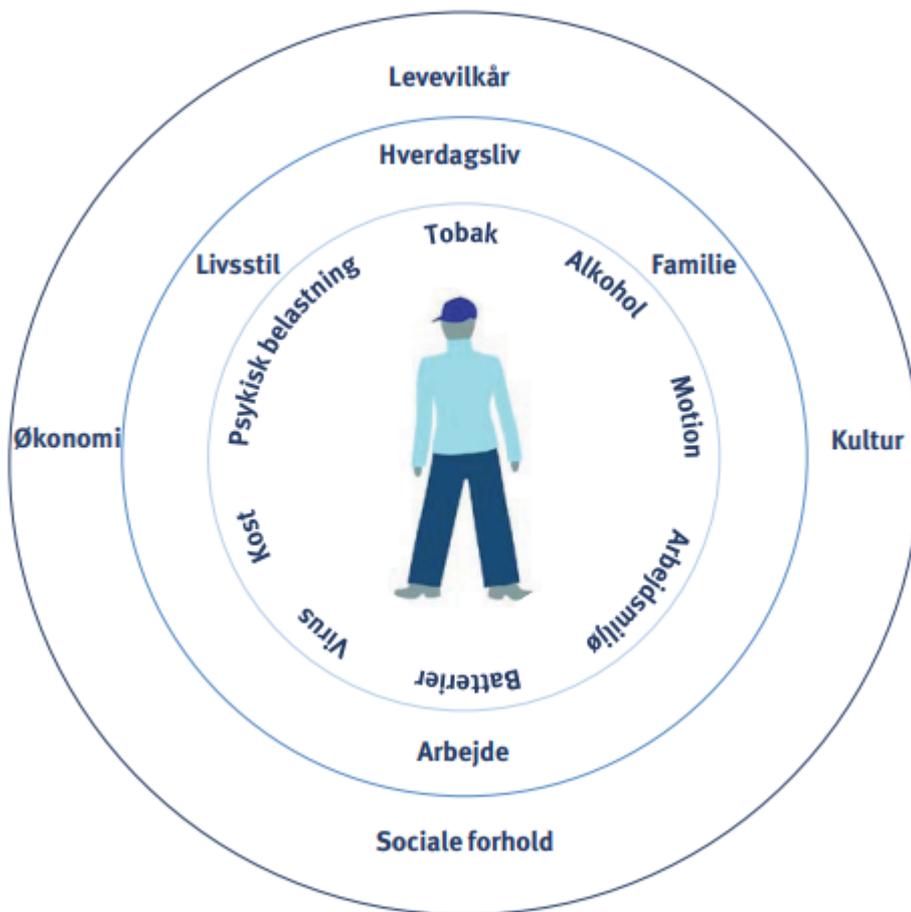
Sundhed drejer sig i bred forstand om vores velbefindende – fysisk, mentalt og socialt. Denne forståelse af sundhed går tilbage til WHO's 1948-definition: *Sundhed er et fuldstændigt stadium af fysisk, mentalt og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svækkelse.*

Det understreger, at sundhed er mere og andet end fravær af sygdom, som dog også nævnes. Derfor taler man om det positive sundhedsbegreb: *Sundhed er et positivt begreb, der understreger sociale og personlige ressourcer, såvel som fysisk kapacitet.* WHO siger også, at sundhed er *en ressource i hverdagen, ikke målsætningen i livet.*

Nogle indvendinger mod WHO's sundhedsbegreb går på, at en så omfattende forståelse rummer risikoen for at gøre mangler i livskvalitet til sygdomme, som sundhedsvæsenet skal tage sig af, i stedet for at betragte dem som vilkår og udfordringer for et sundt liv med personlige udfordringer.

Der er ingen tvivl om, at sundhed er forbundet med velfærd, trivsel og livskvalitet. Derfor går man normalt ud fra, at sociale, økonomiske og kulturelle forhold i samfundet har betydning for menneskers sundhed og opfattelse af helbred. Dette er illustreret i figur 4.1.

**Figur 4.1: Sundhed i social sammenhæng.**



### Model for sundhed og sygelighed i en social sammenhæng.

I midten af figuren findes det enkelte menneske, som genetisk og gennem sin opvækst er udstyret med egenskaber, der påvirker helbredet.

Man kan tale om personens konstitution, det vil sige sårbarhed og evne til at mestre belastninger.

- I den inderste cirkel omkring personen findes en række faktorer, der direkte påvirker helbredet, f.eks. tobak, alkohol, kost og psykiske belastninger.
- Næste cirkel viser hverdagslivet, det vil sige personens arbejdsliv, bolig, familieform, sociale netværk, interesser og vaner.
- Den yderste cirkel repræsenterer de samfundsbetingede levevilkår eller rammerne for personens muligheder i samfundet.

Det er alle disse elementer, der omgiver os i vores dagligdag, der er bestemmende for, i hvilket omfang vi udsættes for direkte sygdomsfremkaldende faktorer.

Nogle af de otte elementer, der indgår i modellen, som for eksempel samfundets kultur og økonomi har vi som enkeltpersoner ikke så stor indflydelse på, mens andre elementer som for eksempel vores forbrug af tobak og alkohol i højere grad er et personligt valg. Modellen viser derfor, at borgeres sundhed både påvirkes af samfundsmæssige faktorer, men også at borgeren selv har mulighed for at påvirke egen sundhed gennem sine handlinger.

Ved forståelse af sundhed lægger nogle større fokus på, at mennesker og befolkningsgrupper lever forskellige liv med forskellige livsbetingelser og værdier og derfor også har forskellige opfattelser af sundhed

og et godt liv. Dette indfanges ikke umiddelbart i figuren, hvor sundhed overvejende forstås som helbred, hvor der umiddelbart forekommer at være hovedfokus på individuelle handlemuligheder. Den yderste cirkel peger dog i betydelig grad på samfundsbestemte forhold.

### 4.1.1 Sundhedstilstand

Mens det er let at måle sygelighed, er det mere udfordrende at måle sundhed.

I spørgeskemaundersøgelser er det almindeligt at bede respondenter vurdere deres helbred. Der er ingen hjælpetekst til at indkredse, hvad der forstås ved helbred. Besvarelsen er med andre ord afhængig af den enkelte persons forståelse af helbred.

Selvurderet helbred er ét af de mål, der har vundet almen udbredelse i den videnskabelige verden. Begrebet har den fordel, at sundhed ikke bliver gjort identisk med fravær af sygdom. Man kan dog indvende, at i og med at respondenterne bedes om at forholde sig til helbred, ikke sundhed, så er der en fare for at sundhed sættes lig med helbred.

I de indtil nu fem gennemførte landsdækkende befolkningsundersøgelser har man spurgt:

Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?

- Fremragende
- Vældig godt
- Godt
- Mindre godt
- Dårligt

Resultatet fremgår af tabel 4.1.

**Tabel 4.1: Udviklingen i selvvurderet helbred og livskvalitet.**

Indikatorer for folkesundheden i Grønland	1993	1999	2005	2014	2018
Andel, der vurderer eget helbred som "godt" eller "virkeligt godt" (%)	77,4	67,0	64,4	59,2	59,6
Andel med god livskvalitet (%)	-	-	83,8	88,2	89,3

Kilde: Befolkningsundersøgelsen 2018

Det er bemærkelsesværdigt, at befolkningens selvvurderede helbred er blevet dårligere siden 1993. Det var dog stagnerende i 2018.

I 2005 begyndte man at måle livskvalitet baseret på en række spørgsmål fra en engelsk metode (kaldet *Warwich-Edinburgh mental well being scale*), hvor livskvalitet beregnes som et indeks ud fra 14 spørgsmål. Udviklingen fra 2005 til 2018 har været positiv, jf. tabel 4.1.

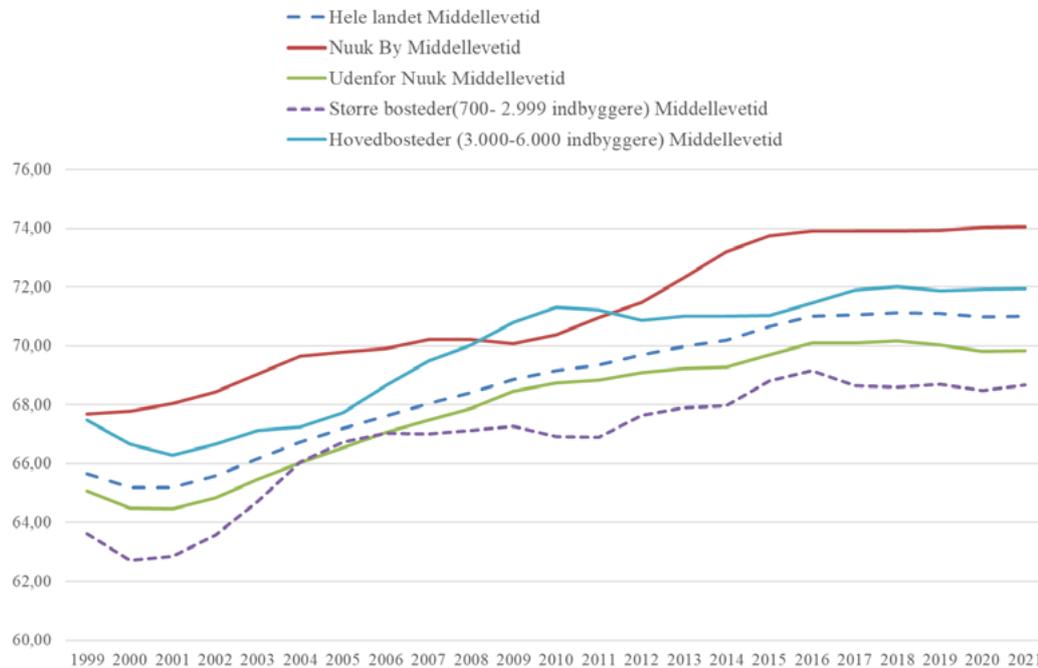
### 4.1.2 Middellevetid

Udviklingen i middellevetid påvirkes af en blanding af levekår, livsstil, livsførelse og forståelsen af et godt liv. Hertil kommer sundhedsvæsenets indsats kombineret med blandt andet udviklingen i spædbørnedødeligheden samt selvmords- og ulykkehypigheden. Med andre ord mange af de forhold, der fremgår af figur 4.1.

Middellevetiden i Grønland har været stigende de seneste to årtier med en stigning på ca. 4 år for kvinder og 5 år for mænd (figur 4.2) og er nu nået op på 73 år for kvinder og 69 år for mænd. Medvirkende har været faldet i mødre- og spædbørnsdødeligheden ligesom dødsfald som følge af smitsomme sygdomme (specielt tuberkulose) er faldet meget. Den stadigt meget høje selvmordsrate i Grønland påvirker i betydelig grad middellevetiden i negativ retning for både kvinder og mænd.

Figur 4.2 viser, at der er betydelige geografiske forskelle i middellevetiden, som er højest i Nuuk og lavest i større bosteder. Der er ikke umiddelbart en klar forklaring på udfladningen fra ca. 2014. Der findes ikke data for bosteder med under 700 indbyggere.

**Figur 4.2: Udviklingen i middellevetid 1999 – 2021, hele landet og udvalgte geografiske områder**



Kilde: Grønlands Statistik, Statistikbanken, tabel BEXBBDTB

### 4.1.3 Social ulighed i sundhed<sup>3</sup>

Social ulighed i sundhed opstår, når de sociale forskelle i samfundet afspejler sig i helbredsforhold. Den danske Sundhedsstyrelse definerer social ulighed i sundhed således: *Social ulighed i sundhed er betegnelsen for det faktum, at sundhed er systematisk skævt fordelt i samfundet. Det betyder, at social position har betydning for borgernes levestandard og sundhed, somatiske og psykiske sygdomme samt for middellevetiden*<sup>4</sup>.

Som det fremgår af dette afsnit er social ulighed i sundhed en væsentlig faktor i det grønlandske samfund. Af en rapport fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF), *Social ulighed i sundhed i Grønland* fra marts 2023, fremgår det, at den sociale ulighed i sundhed har været jævnt stigende siden den første befolkningsundersøgelse i 1993. I dag er der så stor forskel på lav og høj socioøkonomisk position blandt befolkningen at det er en udfordring for folkesundheden. De store sociale forskelle er især knyttet til bosted, uddannelse og arbejde. Social ulighed i sundhed viser sig blandt andet ved dårlig mental sundhed (selvmordstanker, depression m.m.) samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, blandt andet rygning, blandt dem med lav socioøkonomisk position. Dog viser rapporten at svær overvægt, i modsætning til i Europa og Nordamerika, har langt størst udbredelse blandt dem med høj socioøkonomisk position.

Graden af social ulighed i sundhed er ifølge Inuuneritta III (Folkesundhedsgrammet 2020-30) en af de udvalgte indikatorer for folkesundheden.

<sup>3</sup> Hovedkilde: Bjerregaard, P et al: Social ulighed i sundhed. Temarapport fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023

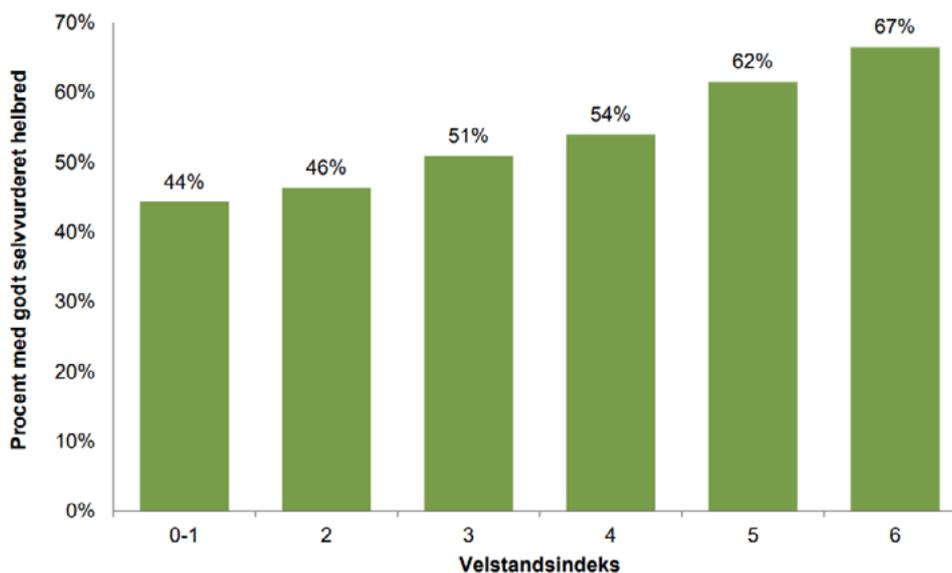
<sup>4</sup> <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed-2021>

#### 4.1.3.1 Udvalgte tal om social ulighed i sundhed

Ulighed i sundhed og helbred kan måles ved at sammenligne forskellige socialgrupper i tabelform eller i søjlediagrammer. Hvis man går statistisk til værks, bruges det såkaldte koncentrationsindeks, der med et enkelt tal viser, hvor skævt helbred eller faktorer af betydning for helbredet er fordelt i befolkningen. Et negativt tal viser, at der er ulighed. I grønlandsk sammenhæng skal man være særlig opmærksom på, at de store afstande og sproglige udfordringer er ulighedsskabende. Socialgruppe/social position i samfundet måles blandt andet ved uddannelse og velstandsindexet.

Selv vurderet helbred varierer mellem socioøkonomiske grupper. I figur 4.3 er selv vurderet helbred opdelt efter det såkaldte velstandsindexet. Velstandsindexet er beregnet som summen af ejerskab over 6 forbrugsgoder (Video/DVD, computer, mikrobølgeovn, vaskemaskine, opvaskemaskine og internet), men da der er meget få husstande med 0 og 1 forbrugsgoder, er de slået sammen, således at der er seks velfærdsgrupper. Nedenstående figur viser at med stigende velstand vurderes eget helbred bedre.

**Figur 4.3: Social ulighed for selv vurderet helbred. Justeret for alder og køn.**



Kilde: Befolkningsundersøgelsen 2018

Der er også betydelig social ulighed vedrørende rygning og rusdrikning, se tabel 4.2 nedenfor.

Graden af ulighed i rusdrikning og rygning er beregnet ud fra koncentrationsindexet og viser: Social ulighed i rusdrikning har et koncentrationsindeks på -0,16 i befolkningsundersøgelsen 2018 og peger på stor og stigende social ulighed. Koncentrationsindexet for social ulighed i rygning er 0,14 og udfordringen er også her, at der er tale om stor og stigende social ulighed.

**Tabel 4.2: Stigende ulighed for rusdrikning rygning**

Indikatorer for folkesundheden i Grønland	B93	B99	B2005	B2014	B 2018
Social ulighed i rusdrikning (koncentrationsindeks)	-0,13	-0,11	-0,12	-0,14	-0,16
Social ulighed i rygning (koncentrationsindeks)	-0,04	-0,09	-0,09	-0,11	-0,14

Kilde: Befolkningsundersøgelserne 1993, 1999, 2005, 2014 og 2018

Ved de detaljerede ulighedsanalyser i tabel 4.3 nedenfor er forskelle på grund af alder, køn og etnicitet fjernet ad statistisk vej, det vil sige at forskellene i tabellen ikke kan skyldes disse tre forhold. Der viser sig tre forskellige mønstre. Bemærk, at forskelle, som har sammenhæng med uddannelse er markeret med \*.

For de fleste helbredsvariable er der statistisk signifikant ulighed i sundhed med den største sygdomsbyrde for deltagere med lavest uddannelse og lavest velstandsindex. For andre variable var der ingen signifikante forskelle, f.eks. for diabetes, mens for nogle enkelte helbredsvariable var sygdomsbyrden størst for de højest uddannede og deltagere med højeste velstandsindex, f.eks. overvægt.

Størst social ulighed sås for psykiske gener, svær overvægt, selvmordstanker/forsøg, muligt skadeligt alkoholforbrug og daglig rygning (numerisk værdi af koncentrationsindex -0,14-0,16), mens der ikke var social ulighed for forhøjet blodtryk og diabetes.

I de fleste tilfælde fulgtes uligheden i forekomsten af helbredsvariablen målt ved uddannelse og velstandsindex ad, idet koncentrationsindexet dog gennemgående var større for velstandsindex (ikke vist i tabellen). For psykiske gener er der stor social ulighed, når velstandsindexet bliver brugt som mål for social position, mens der overraskende ikke er signifikant forskel, når uddannelse bliver anvendt som mål for social position.

**Tabel 4.3: Social ulighed for helbredsvariable**

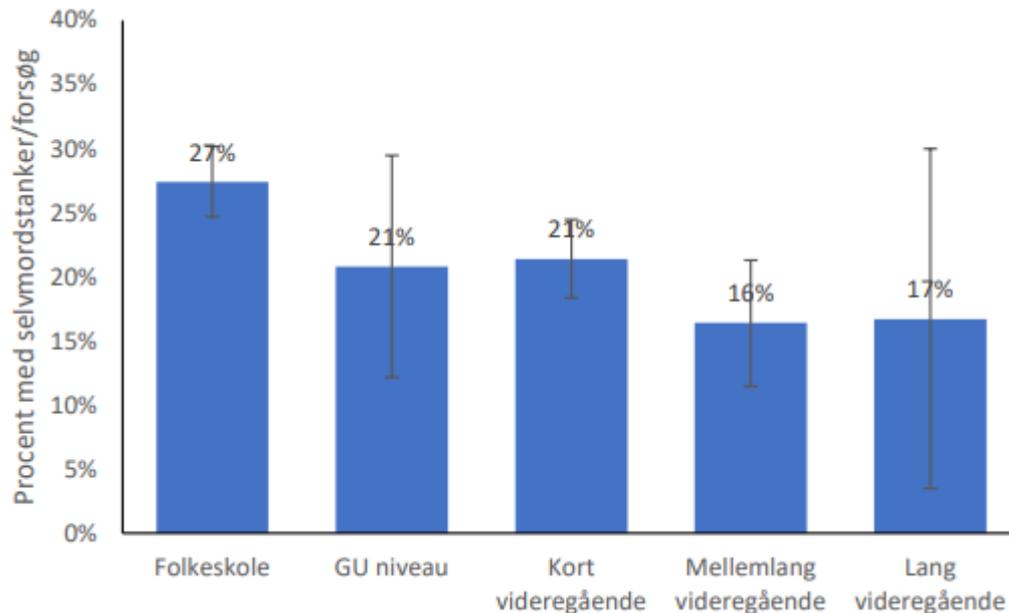
Lavt velstandsindex hænger sammen med dårligt helbred		Uddannelse * p<0,05
Ængstelse, depression	-0,16	
Selvmordstanker	-0,14	*
Muligt skadeligt alkoholforbrug	-0,14	*
Daglig rygning	-0,14	*
Selvvurderet fysisk inaktiv	-0,11	*
Dårligt selvvurderet helbred	-0,10	*
Muskelgener	-0,09	
Usundt kostmønster	-0,07	*
<b>Ingen forskel:</b>		
Forhøjet blodtryk	0,01	
Diabetes eller prædiabetes	0,02	
<b>Høj velstandsindex hænger sammen m. dårligt helbred</b>		
LDL-kolesterol >= 3.5	0,09	*
Overvægt (BMI 30+)	0,15	*

Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland.

Effekten af alder, køn og etnicitet er elimineret ved beregningen af koncentrationsindexet. Velstandsindex og uddannelse er markører for social position.

I et selvudfyldt spørgeskema blev der stillet spørgsmål om selvmordstanker og selvmordsforsøg. Svarene er kombineret til analysevariablen "haft selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg nogensinde", hvilket 24% svarede bekræftende på med stor aldersvariation, som der dog er korrigeret for i figur 4.4. Figur 4.4 viser i modsætning til resultaterne for psykiske gener ovenfor, at forekomsten af selvmordstanker/-forsøg aftog med stigende social position uanset om denne blev målt ved uddannelse (eller velstandsindex, som ikke vises her).

**Figur 4.4: Forekomst af selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg nogensinde efter uddannelse. Justeret for alder, køn og etnicitet; 95% sikkerhedsgrænser (de lodrette streger)**

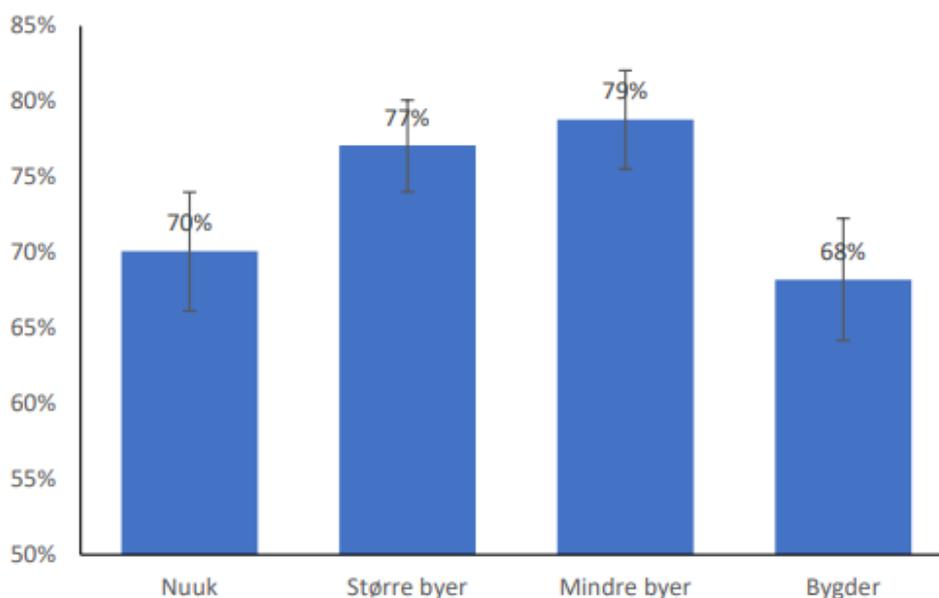


Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Uddannelse er som nævnt en indikator på social position. Man skal utvivlsomt være forsigtig med at tro, at et generelt højere uddannelsesniveau i samfundet vil nedbringe uligheden, fordi der forsat vil være et uddannelseshierarki.

Lægekontakt det seneste år i forhold til 2018 havde sammenhæng med alder og køn, men hverken med etnicitet, uddannelse eller velstandsindex. Figur 4.5 viser, at andelen af deltagere i befolkningsundersøgelsen 2018 med lægekontakt steg med aftagende størrelse på bopælsbyen, men var lavere i bygderne end i byerne.

**Figur 4.5: Deltagere med lægekontakt inden for det seneste år. Justeret for alder, køn og etnicitet. (Større byer > 2500)**



Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

#### 4.1.3.2 Hvordan kan den sociale ulighed i sundhed reduceres

Kendskab til hvordan social ulighed i sundhed opstår er en forudsætning for at kunne forsøge at mindske den, men der er tale om komplicerede sammenhænge, der ikke går i dybden med her. Sundhedsstyrelsen i Danmark peger på 12 determinanter<sup>5</sup>, som har betydning for ulige muligheder for at opnå et sundt liv.

- I. **Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred**
  1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
  2. Skolegang – uafsluttet skolegang
  3. Segregering og socialt nærmiljø
- II. **Sygdomsårsager som påvirkes af social position:**
  4. Indkomst – fattigdom
  5. Langvarig arbejdsløshed
  6. Social udsathed
  7. Fysisk miljø – partikler og ulykker
  8. Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
  9. Sundhedsadfærd
  10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne
- III. **Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser**
  11. Sundhedsvæsenets rolle
  12. Det ekskluderende arbejdsmarked

Sundhedsstyrelsen<sup>6</sup> har i en rapport fra 2020 gennemgået den eksisterende viden om forsøgene på at reducere den sociale ulighed svarende til de 12 ovenstående punkter og har i 2022 set på én af de 12 determinanter, nemlig sundhedsvæsenets rolle<sup>7</sup>. Rapporten peger på, at det er vigtigt at møde patienterne forskelligt, hvis man i sundhedsvæsenet skal gøre sit til at reducere ulighed i sundhed. Sundhedsvæsenet skal differentiere kravene, så alle kan følge behandlingsforløb, og det tværfaglige samarbejde skal styrkes. Inddragelsen af patienterne skal styrkes såvel i udviklingen af sundhedsvæsenet som i det konkrete møde. Sundhedsvæsenet/-personalet skal forstå, at mennesker har forskellige sundhedskompetencer og forskellige livsbetingelser og derfor har behov for forskellig slags sundhedsinformation, og nogle har brug for mere hjælp til koordination i patientforløbet end andre. I grønlandsk sammenhæng udgør sproglige og kulturelle forskelle mellem patienter/pårørende og sundhedspersonale en særlig udfordring, som dog også ses i Danmark f.eks. mellem patienter/pårørende af anden etnisk herkomst og dansk sundhedspersonale. Eksempelvis dokumenterer forskning i patientperspektiver i Grønland at patienter, som ikke taler dansk, og som ikke kender hospitalskulturen på DIH i Nuuk, eller patienter, som ikke har pårørende til at tale deres sag, bliver overset af personalet og har mange uopfyldte behov.

#### 4.1.3.3 Opsamling på social ulighed i sundhed

Når man ser på resultaterne i dette afsnit, må det sammenfattende konstateres, at der er betydelig social ulighed i sundhed i Grønland. Det er vigtigt at notere, at forskelle der skyldes alder, køn og etnicitet er elimineret ved hovedparten af beregningerne. Forfatterne til temarapporten om social ulighed i sundhed i Grønland mener, at det i sidste ende er en slags forlængelse af den sociale ulighed, der som forskelle i f.eks. boligforhold og købekraft gennemsyrrer samfundet og noterer, at en forudsætning for at vende udviklingen er at udvikle helhedsorienterede strategier, der både arbejder med at fremme ligheden i samfundet gene-

<sup>5</sup> Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel. I: Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011

<sup>6</sup> Sundhedsstyrelsen: Indsatser mod ulighed i sundhed, København 2020

<sup>7</sup> Sundhedsstyrelsen: Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang, København 2022.

relt gennem adgang til uddannelse og velfærd samt gennem forebyggelse og sundhedsfremmende tiltag der modvirker ulighed allerede fra den tidlige barndom. Det er en vigtig pointe, at den geografiske ulighed, der er knyttet til adgangen til sundhedsydelser og den generelle velfærd, er af stor betydning.

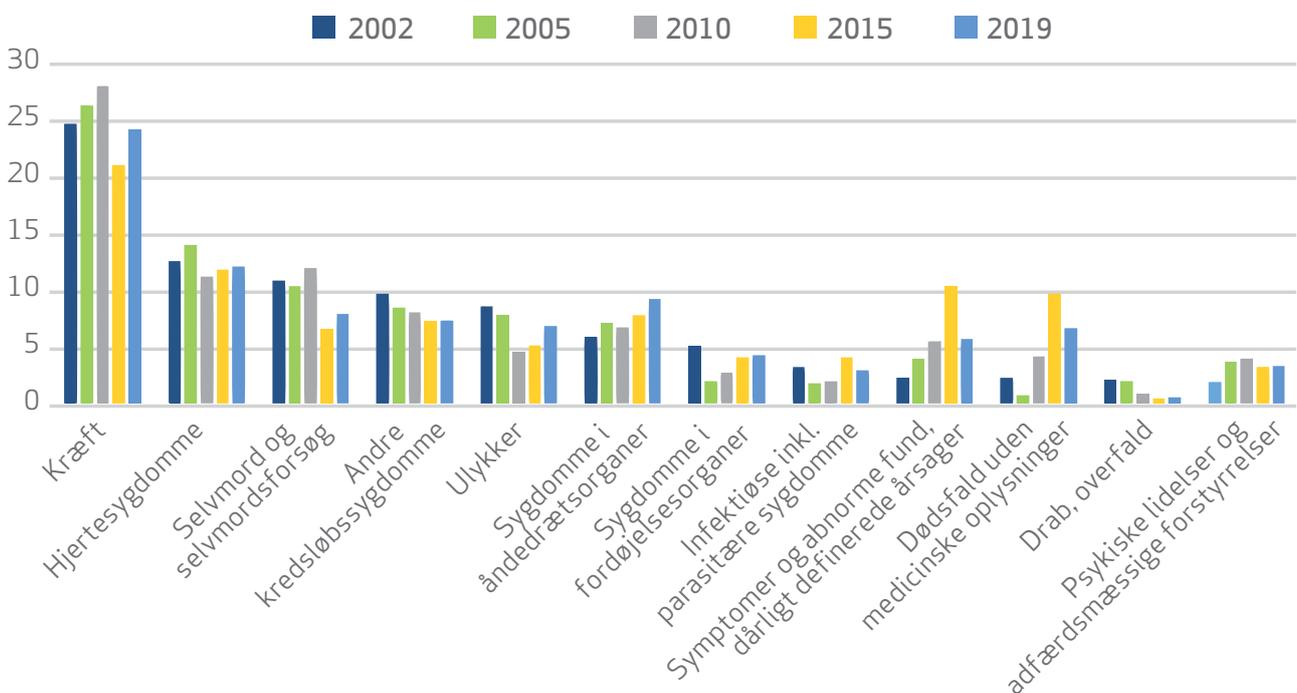
En anden vigtig pointe er, at der er muligheder for at imødegå den sociale ulighed inden for sundhedsvæsenets rammer. Gennem personalets indsigt i individuelle brugeres liv med sociale og medicinske udfordringer bliver det muligt at yde den særlige, faglige indsats, der er behov for, og som vil stille dårligere stillede brugere mere lige med ressourcestærke brugere. Dette kræver sundhedspersonalets sproglige og kulturelle forståelse for brugernes livsomstændigheder.

## 4.2 Dødsårsager

Landslægeembedet modtager dødsattester vedrørende dødsfald i Grønland, som løbende registreres og kvalitetssikres. Dødsattesterne sendes efterfølgende til Sundhedsdatastyrelsen, som foretager kodning af dødsårsagerne, samt til registrering i dødsårsagsregistret. Det er lægen, der udfylder dødsattesten og foretager dødsanmeldelsen. Lægen skal især tage stilling til den tilgrundliggende dødsårsag, som er den vigtigste statistisk-epidemiologiske oplysning. I en ældre artikel fra Ugeskrift for Læger, sættes der spørgsmål ved reproducerbarheden af dødsårsag på dødsattesterne. På den anden side er det ikke vilkårligt og i nogle tilfælde er der ikke tvivl, f.eks. ved dødsulykker og selvmord. I Figur 4.6 ses de tolv vigtigste dødsårsager for perioden 2002-2019 - svarende til 90-93% af alle dødsfald. Der er årligt mellem 400-500 dødsfald.

Igennem alle årene har kræft været den hyppigste dødsårsag efterfulgt af hjertesygdomme. Det er bemærkelsesværdigt, at selvmord er den tredjestørste dødsårsag, ligesom ulykker også fylder meget (henholdsvis 8% og 6,9% i 2019). Dette er et særligt kendetegn ved de grønlandske dødsårsager. I Danmark udgør selvmord 1,1% og ulykker, inkl. motorkøretøjer, 2,8% i 2019. Drab udgjorde 0,6% af de danske dødsårsager - ca. det samme som i Grønland.

**Figur 4.6: Udviklingen i de 12 hyppigste dødsårsager.**



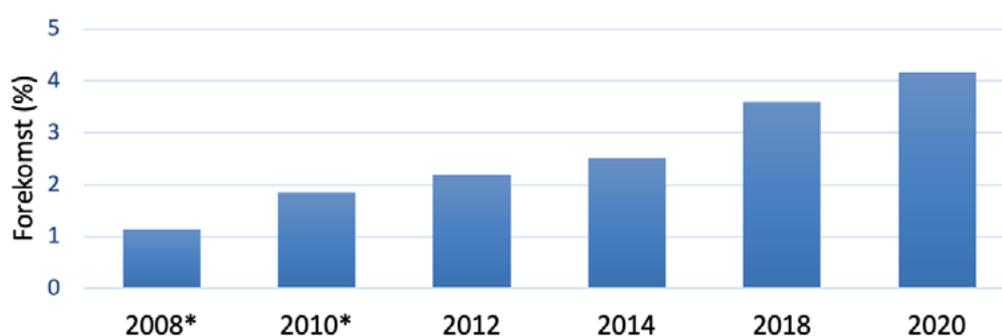
## 4.3 Sygdomsmønstre

### 4.3.1 Livsstilsrelaterede sygdomme

Samfundsudviklingen har ført til en markant stigning i forekomsten af diabetes, KOL og andre livsstilsrelaterede sygdomme. Dette lægger et stigende pres på sundhedsvæsenet. Med etablering af Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) er der sat en organisatorisk og økonomisk ramme op for i et vist omfang at håndtere dette problem. Det indebærer blandt andet et formaliseret og målrettet samarbejde mellem SDCG og kommunerne om forebyggelse, tidlig opsporing og behandling.

SDCG vurderede i 2019, at forekomsten af diabetes vil blive ved med at stige med ca. 100 personer om året, jf. figur 4.7.

**Figur 4.7: Forekomsten af diagnosticeret diabetes blandt voksne 20-79 år**



\* Forekomsten udregnet i 2008 og 2010 inkluderer også patienter over 79 år

Kilde: SDCG.

### 4.3.2 Kræftsygdomme

Kræftsygdomme udgør et andet væsentligt fokusområde, der må prioriteres og adresseres på forskellig vis. Kræftsygdomme er samlet set den hyppigste dødsårsag og har forud herfor betydelige konsekvenser for den enkelte og dennes pårørende. *Evaluering af Kræftplan 2013*, som er udgivet af SDU i 2020 (Svarta & Larsen, 2020), indeholder en beskrivelse af behov på området.

Der er stor variation i varigheden af udredningen for kræft, og der er konstateret væsentlige mangler i udredningsfasen. Dette står i vejen for et effektivt diagnostisk forløb. Mulige årsager til de lange udredningsintervaller er for lav kapacitet i systemet til at håndtere de mange henvisninger, forskellige opfattelser af hvilke udredningsveje og/eller henvisningskriterier der findes, manglende information om udredningsveje, uklarheder i forhold til udredningsproceduren, muligvis stor udskiftning af personale og logistiske udfordringer samt kompetencer hos det frontpersonale, der møder patienterne. Som følge heraf er der et behov for at fremme en effektiv og velorganiseret udredningsprocedure, der samtidig styrker samarbejdet mellem forskellige enheder i sundhedsvæsenet og et sammenhængende forløb for patienten (ibid.).

### 4.3.3 Tandsygdomme

Forekomsten af behandlingskrævende tandsygdomme er massiv i den voksne befolkning, men omfanget kan i dag kun beskrives indirekte ved at notere:

- at den voksne del af befolkningen har meget vanskeligt ved at få en konsultationstid i de større byer
- at tandplejepersonalet står over for et stort pres fra befolkningen i forhold til symptombehandling, som er svært at imødekomme med de eksisterende ressourcer
- at omfanget af behandlingskrævende tandsygdomme ligeledes er massive i byggerne

Siden 2008 har der været og er stadig en målrettet og tilpasset systematisk cariesstrategi for børn med gode resultater, jf. kapitel 6. Strategien er nu udvidet op til 21. år fra 2022 i Landstandplejen.

Der findes ingen tandsundhedsundersøgelser på befolkningsniveau i Grønland. Fokus på folketandsundhed synes noget fraværende. På trods af gode resultater af cariesstrategien for børn er sygdomsbilledet og egenomsorgen blandt de unge og de voksne sådan, at der er et stort udækket behandlingsbehov og et stort pres på tandplejen.

Men der ses også flere og flere yngre såvel som ældre plejepatienter med naturlige tænder, samt almindelige borgere med livstilsygdomme/en række almindelige medicinske sygdomme, som kan være medvirkende til gingivitis (tandkødsbetændelse) og parodontitis (tidl. parodontose) hvilket omvendt interagerer og har indflydelse på andre somatiske lidelser.

Tandsundhed har således tæt sammenhæng med resten af kroppens sundhed. Der ses derfor et behov for øget fokus på tandsundheden som en integreret del af folkesundheden, og der er herunder brug for en folketandsundhedsundersøgelse for at kunne sætte ind med forebyggelse og sundhedsfremme og minimere behandlingsbehovet.

Det er en vedvarende udfordring at få de unge, der ikke længere er dækket af børne- og ungdomstandplejen, til at fortsætte med regelmæssig tandpleje.

#### 4.3.4 Psykisk sygdom

Der er i dag omkring 1.400 personer, som er diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse, hvilket svarer til ca. 2,4% af befolkningen. Registreringen og opgørelser af forskellige diagnoser på det psykiatriske område er dog mangelfulde, og det er derfor ikke muligt at få det fulde overblik over diagnoser på området på nuværende tidspunkt. Psykiatrien behandles særskilt i kapitel 14.

En vellykket indsats over for personer med en psykiatrisk diagnose kræver et tæt samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet, og dette er et helt centralt emne, når forbedringer inden for psykiatrien skal diskuteres. Dette samarbejde er afgørende for at kunne skabe mere sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser samt for den tidlige forebyggelse blandt især børn og unge i en udsat position.

Helt generelt for alle områder i psykiatrien gælder det, at man mangler faglært personale flere steder, både på sygehusene og i kommunerne. Denne mangel på personale har naturligvis betydning for arbejdspresset de enkelte steder.

Det er desuden et landsdækkende problem, at der er for lang ventetid på både udredning og behandling i psykiatrien. Socialvæsenet/kommunerne oplever især, at det er vanskeligt at få foretaget psykologfaglig udredning i unge-sager. Samtidig er der gode erfaringer med telepsykiatrien, som måske kan medvirke til at afhjælpe de lange ventetider.

Personer med dobbeltdiagnoser udgør et vigtigt opmærksomhedspunkt. Patienter med psykiatriske diagnoser har ofte brug for hjælp og støtte fra flere aktører, herunder sundhedsvæsenet, Allorfik og kommunen. Dette samarbejde er vanskeligt, da det kræver koordinering og forventningsafstemning i forhold til de forskellige aktørers tilbud til borgeren.

#### 4.3.5 Selvmord

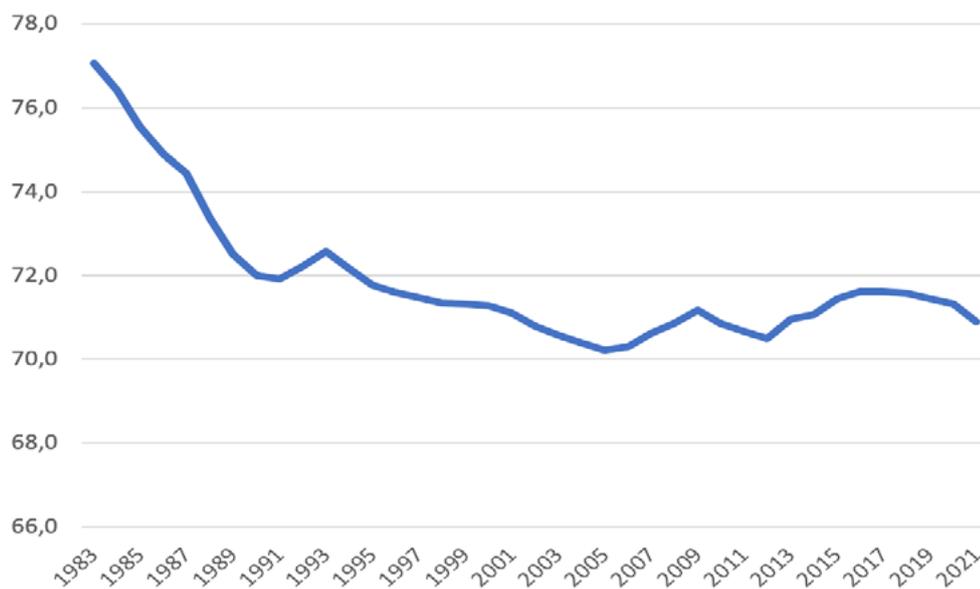
Forekomsten af selvmord i Grønland er blandt de højeste i verden og stort set uændret igennem de sidste 40 år. Selvmord er den tredjehyppigste dødsårsag. Kapitel 13 i denne betænkning indeholder en større samlet beskrivelse af problematikken om selvmord og selvmordsforebyggelse.

Figur 4.8 viser udviklingen i antal selvmord per 100.000 indbyggere. Frem til 2006 var der en faldende tendens. Derefter stagnation og svag stigning. I Danmark var der i 2021 10,8 selvmord per 100.000 indbyggere, mens tallet for Grønland var 70,9 - næsten syv gange højere.

Ifølge Landslægen forekom der i 2018, som var ret gennemsnitlig, 45 selvmord med en kraftig overvægt af mænd. Næsten en tredjedel af alle var under 20 år. Hertil kommer selvmordsforsøg; politiet registrerer år-

ligt over 800 sager om selvmordsforsøg og trusler om selvmord. Der er gennem årene iværksat mange initiativer på området, men uden den store effekt, jf. figur 4.7.

**Figur 4.8: Antal selvmord per 100.000 indbyggere 1983 - 2018**



Kilde: Grønlands Statistik og Landlægeembedet

To ud af tre af dem, der begår selvmord, har ikke haft kontakt med sundhedsvæsenet forud for selvmordet, og forudgående psykisk sygdom er ikke dominerende i denne gruppe (Hansen og Noahsen, 2020, s. 42-43).

Velkendte risikofaktorer for selvmord er belastninger i opvæksten såsom alkoholproblemer, vold og seksuelle overgreb. Konsekvenser af modernisering og kolonialisering er andre vigtige årsager, der også er velkendte blandt andre befolkningsgrupper i Arktis.

Forebyggelse af selvmord kræver langvarige tværgående indsatser, hvor også sundhedsvæsenet spiller en rolle. Dette gælder ikke mindst frontpersonalet, der er i berøring med selvmordstruede borgere, og som typisk samarbejder med vagtberedskab hos de sociale myndigheder i kommunerne samt politiet.

#### 4.3.6 Folkesundhed

Som en del af Inuuneritta II blev der i 2014 etableret 38 indikatorer for folkesundheden i Grønland. Af disse er 19 baseret på Befolkningsundersøgelserne og de resterende på de løbende undersøgelser af skolebørns helbred (HBSC), Grønlands Statistik mv.

Grønland har siden 2007 arbejdet med at forbedre folkesundheden igennem de nationale folkesundhedsprogrammer Inuuneritta I, II og III. I de første to programmer var der især fokus på risikofaktorer for livsstilssygdomme, de såkaldte KRAM-faktorer. Det vil sige kost, rygning, alkohol og motion. Befolkningsundersøgelserne i Grønland har dog påvist, at det fortsat er over halvdelen af den voksne befolkning, der ryger dagligt, ligesom forekomsten af svær overvægt er fordoblet siden den første befolkningsundersøgelse i Grønland i 1993.

Den seneste befolkningsundersøgelse er fra 2018. Den viste sammenfattende følgende:

Fem af indikatorerne viser en forbedring af folkesundheden fra undersøgelsen i 2005-2010 til 2018:

- En fortsat reduktion i procenten af dagligrygere
- En stigning i procenten af hjem med rygebegrænsning
- Flere der spiser grøntsager dagligt

- Et fald i andelen, som oplever fødevareusikkerhed (kun målt siden 2014)
- Bedre boligforhold

Fem indikatorer viser en forværring af folkesundheden:

- Et fald i andelen med godt selv vurderet helbred
- En øget social ulighed (målt på daglig rygning)
- En stigende andel svært overvægtige (dog næsten uændret fra 2014 til 2018)
- Færre der spiser fisk
- Flere, der drikker saft og sodavand

Seks indikatorer har stort set ikke ændret sig i perioden:

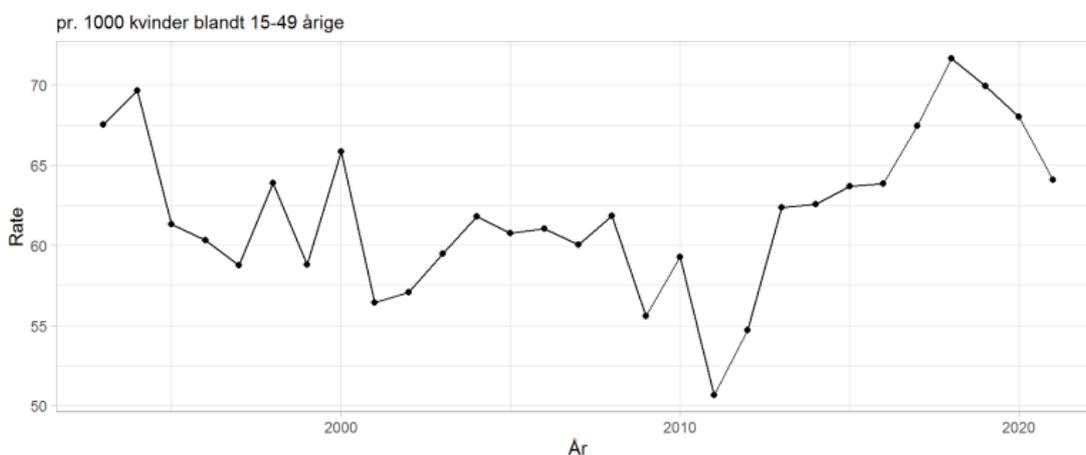
- Livskvalitet blandt ældre
- Fysisk aktivitet
- Forbrug af frugt
- Forbrug af havpattedyr viser en svagt faldende tendens
- For seksuelle overgreb inden det fyldte 18 år blandt unge (18-29-årige) er der tale om et fald, som dog hverken er statistisk sikkert eller viser en klar tendens
- For selvmordsforsøg det seneste år blandt unge (18-29-årige) er der tale om et fald, der dog hverken er statistisk sikkert eller viser en klar tendens

#### 4.3.7. Seksuel sundhed<sup>8</sup>

Selv om alderen for førstegangsfødende er lavere end i mange andre lande, er antallet af teenagegraviditeter ikke specielt højt. I 2018 var omkring 8% af mødrene teenagere. Antallet af svangerskabsafbrydelser er derimod meget højt i alle aldersgrupper. Blandt teenagere i Grønland blev der udført 91 svangerskabsafbrydelser pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen 15-19 år, hvilket er langt over niveauet fra andre lande med valide statistikker. Der har været en let stigende tendens efter indførelse af medicinske aborter for nogle år siden.

Figur 4.9 viser udviklingen i antal provokerede aborter for en lang tidsperiode. Selv om antallet i 2021 (842) var højere end antallet af levendefødte, er antallet af svangerskabsafbrydelser nedadgående for tredje år i træk. Til sammenligning kan nævnes, at der i Danmark i 1975 i gennemsnit blev foretaget knap 24 provokerede aborter pr. 1000 kvinder i alderen 15-49 år, hvilket i 2018 var faldet til 11.

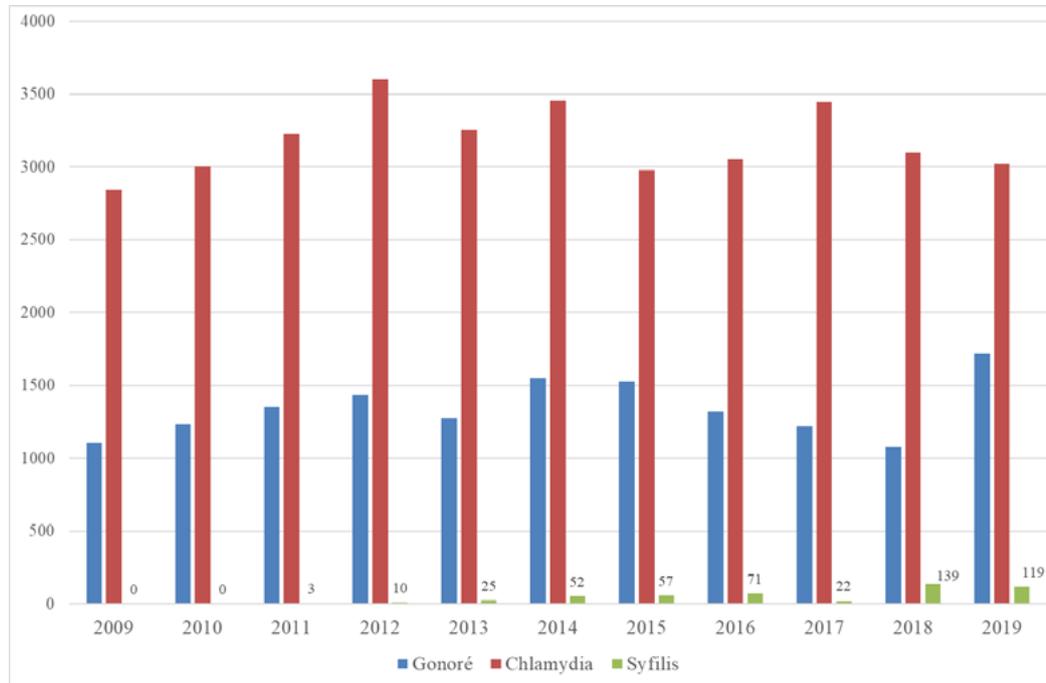
**Figur 4.9: Udviklingen i svangerskabsafbrydelse 1993-2021**



<sup>8</sup> I betydelig grad baseret på Noahsen og Hansen Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020, Ugeskrift for Læger, 8. juni 2020

Udviklingen i smitsomme kønssygdomme fremgår af figur 4.10. Der er en bekymrende udvikling i antal syfilis-tilfælde.

**Figur 4.10: Udviklingen i smitsomme kønssygdomme**

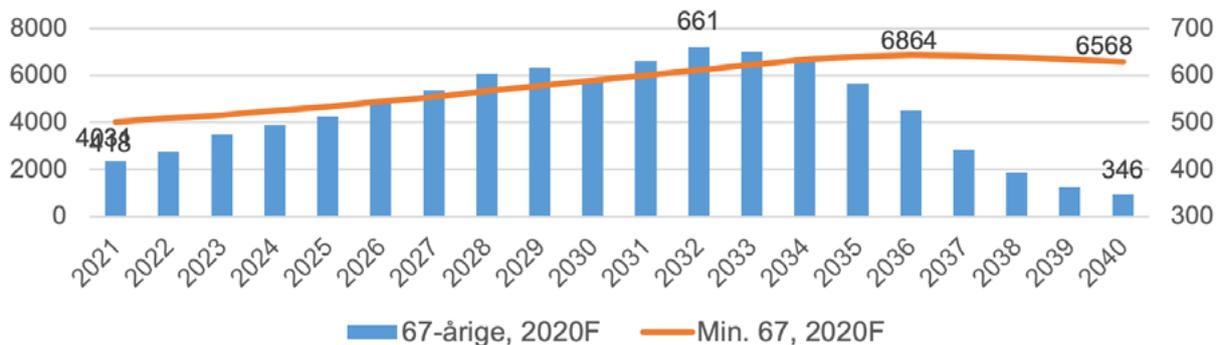


Kilde: Grønlands Statistik, Statistikbanken, tabel SUDLSKS1

#### 4.4. Befolkningsudviklingens betydning for sundhedsområdet

Nedenstående fremskrivning i figur 4.11 af ældre på henholdsvis 67 år og i aldersgruppen over 67 år frem mod 2040 viser en betydelig stigning i denne aldersgruppe i de kommende 10-15 år.

**Figur 4.11: Fremskrivning af forventet antal ældre på henholdsvis 67 år og samlet antal over 67 år frem mod 2040**



Kilde: Grønlands Statistik

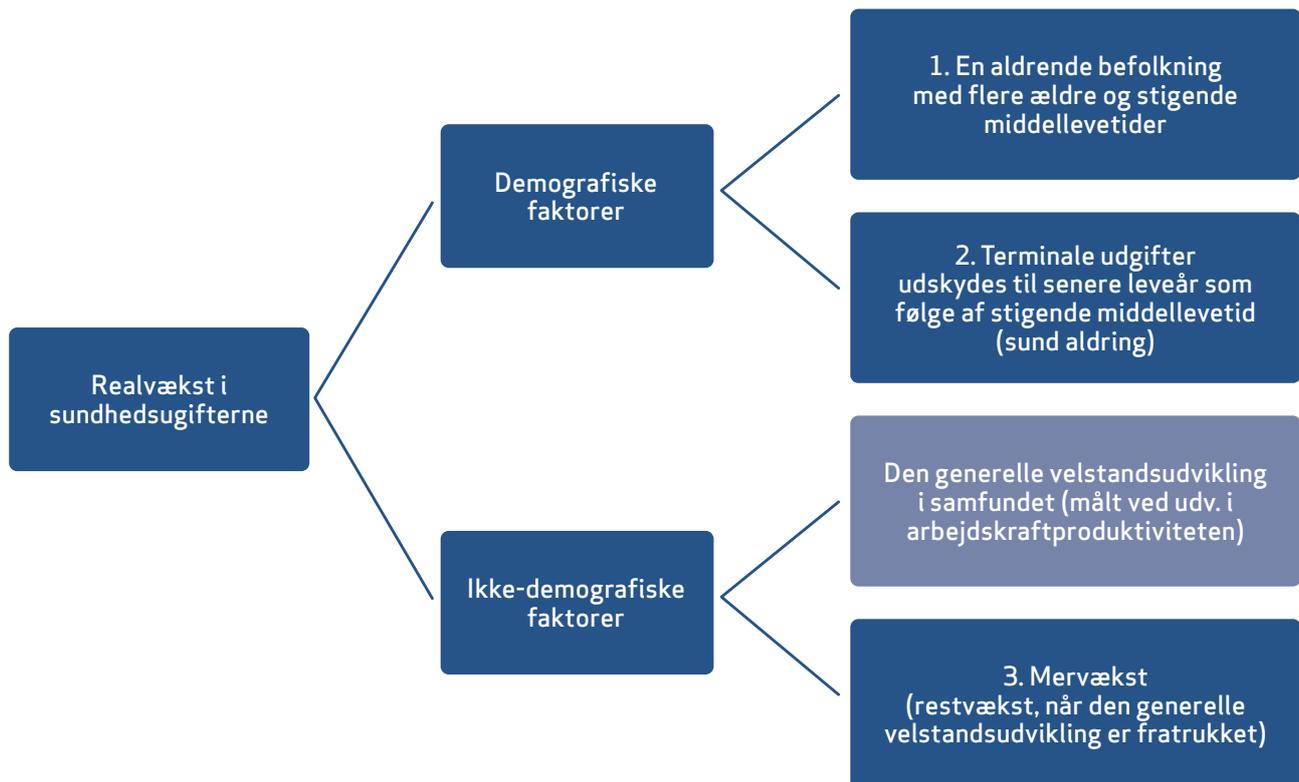
Helt overordnet vil Sundhedskommissionen gøre opmærksom på nedenstående forhold af central betydning for krav til de fremtidige rammer for sundhedsvæsenet:

- En aldrende befolkning vil medføre en stigning i sundhedsudgifterne for både kommunerne og sundhedsvæsenet. Det er vanskeligt at vurdere, hvor stor stigningen vil blive.
- Sundhedsudgifterne udvikler sig forskelligt afhængigt af, om der sker en såkaldt "sund aldring" eller ej

- Sundhedsvæsenet står over for et dobbeltsidet finansieringsproblem betinget af større forventninger til sundhedsydelser i befolkningen som en konsekvens af øget velstand samt som følge af den demografiske udvikling

Befolkningsudviklingen og bosætningsmønsteret er på mange måder helt afgørende for, hvad sundhedsvæsenet skal kunne leve op til. Sundhedsudgifterne stiger med alderen – og har vi en aldrende befolkning, vil det presse ikke blot økonomien, men også den måde ydelserne skal leveres på. Hvis man samtidig ser et faldende antal beboere i de mindre bebyggelser øges udfordringerne yderligere. Dette forhold er beskrevet overordnet i nedenstående og i figur 4.12 samt i udbygget form i baggrundsnotatet "Befolkningsudviklingens betydning for sundhedsområdet" (SOKU-notat nr. 6).

**Figur 4.12: Forhold der påvirker realvæksten i sundhedsudgifterne**



Note: Boksen omkring den generelle velstandsudvikling i samfundet er vist i en lysere farve, da der korrigeres for denne i scenariefremskrivningerne af sundhedsudgifterne, men den generelle velstandsudvikling er en del af realvæksten i sundhedsudgifterne.

Figur 4.12 viser således nogle grundlæggende sammenhænge for udviklingen i sundhedsudgifterne, hvor den demografiske udvikling spiller en betydelig rolle.

Overordnet stiger sundhedsudgifterne med alderen. Derfor er det et væsentligt vilkår for fremtidens sundhedsvæsen, at der vil være en stigende andel af ældre borgere og færre yngre borgere, der kan bidrage til at afholde udgifterne. Det er samtidigt vanskeligt at vurdere præcis hvor meget sundhedsudgifterne vil stige. I finansloven foretages der dog hvert år en demografisk korrektion i bevillingerne.

Særligt tre sociodemografiske forhold forventes således at øge sundhedsudgifterne i de kommende år:

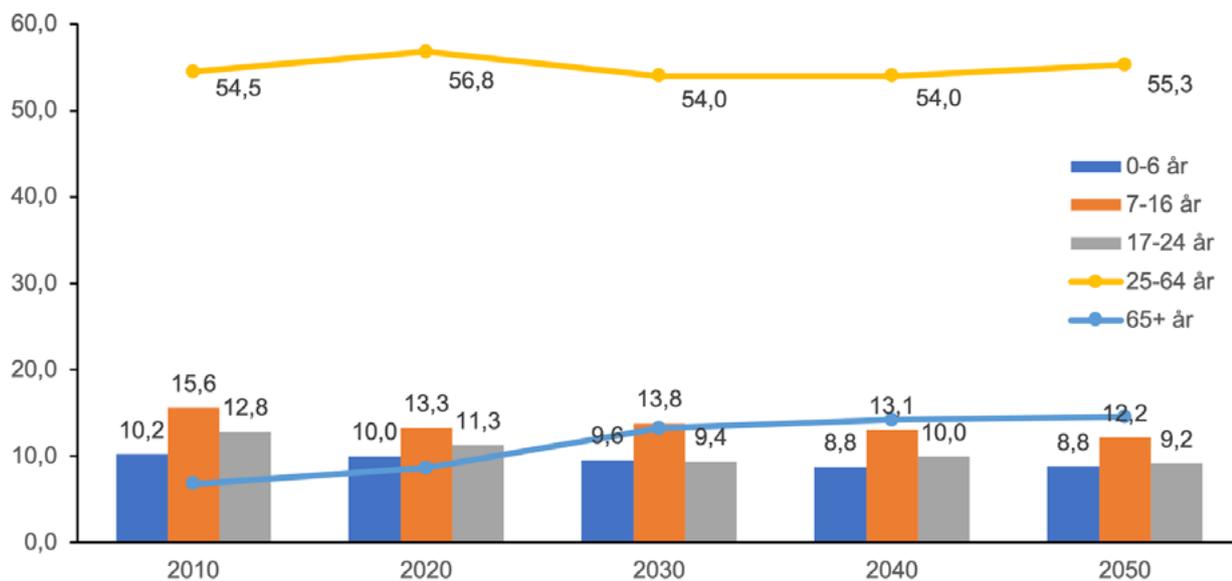
1. En større andel af ældre som følge af de store fødselsår gange fra starten af 1960'erne
2. En stigende middellevetid
3. En øget velstand i befolkningen, som medfører højere forventninger til sundhedsudgifter

Betydningen af de tre forhold for sundhedsvæsenets opgaver i fremtiden og dermed for Sundhedskommissionens arbejde er nærmere beskrevet nedenfor.

#### 4.4.1. Større ældreandel

Den demografiske udvikling frem mod 2050 fremgår af figur 4.13. Grønlands Statistik advarer om at usikkerheden på befolkningsfremskrivningerne er markant højere end på tilsvarende beregninger fra f.eks. Danmark på grund af befolkningens størrelse – og jo mindre undergrupper, jo større usikkerhed.

**Figur 4.13: Procentvis fordeling af befolkningen i aldersklasser 2010-2050**



Kilde: Data fra <https://bank.stat.gl/pxweb/da/Greenland/>

Af figur 4.13 ser man tydeligt, at den procentvise del af befolkningen over 65 år stiger markant frem mod 2050 og ser man alene på perioden 2010-2030 øges andelen fra 6,8 til 13,2%. Det har åbenbare økonomiske konsekvenser – ikke blot i sundhedsvæsenet men også (og måske især) i socialsektoren. Der må herunder forventes pres på alderdomshjemmene i de kommende år.

#### 4.4.2 Bosætningsmønstre

Den 1. januar 2021 boede der 56.421 personer i Grønland. Dette tal forventes at være stort set uændret i 2030 til 54.451, men reduceret til 48.392 i 2050. Der fødes i disse år omkring 850 børn årligt, mens der dør omkring 550. Fødselsoverskuddet på ca. 300 personer burde medføre en stigende befolkning, men da der udvandrer omkring 350 personer flere end der indvandrer hvert år, falder befolkningens samlede størrelse. Dette forstærkes i de kommende år af, at de store fødselsårgange fra starten af 1960'erne nu er oppe i alderen, og dermed har en højere naturlig dødelighed. I de kommende 10 år, vil der også være færre kvinder i de fødedygtige aldre, og derfor vil det årlige antal fødte også falde (Grønlands Statistik, 2020a). Udviklingen i befolkningen vil ligeledes medføre, at gruppen af erhvervsaktive borgere bliver reduceret væsentligt i løbet af de næste 30 år.

Når udviklingen i bosætningsmønsteret opgøres i procent frem til år 2030, ses de mindre bosteders faldende andel af befolkningen tydeligt. Kun hovedstaden og de største byer har i de senere år oplevet stigende folketal. Dette ses i tabel 4.4. I år 2030 forventes 62,5% af befolkningen at bo i større byer med mere end 3.000 indbyggere og kun 6,2% i mindre bygder med under 200 indbyggere.

**Tabel 4.4: Befolkningens fordeling på størrelse af bosted, procentfordeling for perioden 2010-2030.**

Bostedets størrelse angivet ved antal indbyggere	2010	2020	2030
< 200	9,3	6,7	6,2
200-699	9,6	8,6	8,6
700- 2.999	24,8	22,8	22,8
3.000-6.000	28,9	29,2	29,5
> 6.000	27,4	32,7	33,0
I alt	100	100	100
<b>Indbyggere i Grønland i alt</b>	<b>56.452</b>	<b>56.080</b>	<b>54.707</b>

Kilde: Udtræk og beregninger fra Statistikbanken (Grønlands Statistik). Regionale befolkningsfremskrivninger 2020 [BEDP20REG]

Der er generelt meget stor usikkerhed forbundet med rent demografiske fremskrivninger af små befolkninger<sup>9</sup>. Dette er i endnu højere grad tilfældet for resultater vedrørende administrative inddelinger af landet som kommuner, distrikter og lokaliteter. Desuden skal det pointeres, at bevægelsen mellem byer samt mellem bygd og by er under afgørende indflydelse af den politik, der føres i landet.

Fordelt på kommuner, og dermed også sundhedsregioner, ser den forventede udvikling i befolkningen således ud (tabel 4.5).

**Tabel 4.5: Befolkningsfremskrivninger til 2030, fordelt på kommuner**

	2010	2020	2021	2024	2027	2030
<b>I alt</b>	<b>56.452</b>	<b>56.081</b>	<b>56.059</b>	<b>55.856</b>	<b>55.419</b>	<b>54.795</b>
Kommune Kujalleq	7.589	6.439	6.362	6.170	6.006	5.873
Kommuneqarfik Sermersooq	21.232	23.123	23.137	23.071	22.836	22.523
Qeqqata Kommunia	9.677	9.378	9.387	9.291	9.346	9.261
Kommune Qeqertalik	6.776	6.340	6.366	6.388	6.378	6.324
Avannaata Kommunia	10.973	10.725	10.730	10.757	10.775	10.741
Udenfor kommunerne	205	75	77	75	79	82

Kilde: Grønlands Statistik, se tal i Statistikbanken (<http://bank.stat.gl/bedp20reg>).

I 2030 forventes 41% af befolkningen at bo i Kommuneqarfik Sermersooq. Som det fremgik af tabel 4.4 ovenfor, består dette tal især af tilflytning til Nuuk, som i sig selv udgør ca. 33% af befolkningen i 2021.

<sup>9</sup> Grønlands Statistik pointerer selv, at der ved befolkningsfremskrivninger ikke er tale om almindelig statistik, men resultatet af modelberegninger, som tager udgangspunkt i seneste befolkningsopgørelse og de foregående 10 års erfaringer. Dette kombineres med alternative forventninger til fremtidig udvikling i de demografiske komponenter: fertilitet, dødelighed og vandringer. Usikkerheden er betydelig pga. befolkningens størrelse, særlig for de detaljerede beregningsresultater. På langt sigt (+10 år) kan resultaterne betragtes som tekniske effektberegninger, der gradvis vil afspejle de opstillede forudsæt (Grønlands Statistik, 2020a).

### 4.4.3 Forventet pres på blandt andet alderdomshjemmene

I et oplæg fra Landslægen (fremlagt på Sundhedskommissionens møde den 10. februar 2021) er den aldrende befolkning beskrevet som en af de største udfordringer for kommunerne og sundhedsvæsenet både nu og fremadrettet.

Tendensen viser nemlig, at de ældre på alderdomshjemmene i højere grad end tidligere får medicin, modtager genoptræning og har andre omfattende behov for hjælp, som bidrager til at øge sundhedsudgifterne.

Fremtidens behov forventes at være karakteriseret af:

- Større krav til sundhedsfaglig ekspertise på alderdomshjemmene
- Øget behov for sundhedsfaglig bistand døgnet rundt i egen bolig (døgnpleje)
- Øget behov for specialister til behandling og genoptræning (fysioterapeuter, ergoterapeuter, demens-specialister)

## 4.5 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At udviklingen i uligheden i sundhed følges tæt og der sættes ind, hvor sundhedsvæsenet, evt. i samarbejde med andre sektorer, kan bidrage til at mindske uligheden
2. At der i sundhedsvæsenet sættes fokus på personalets muligheder for at imødegå social ulighed i sundhed, og at der etableres rammer herfor

## Kapitel 5. Sundhedssektoren i Grønland

Hovedpunkter i kapitlet:

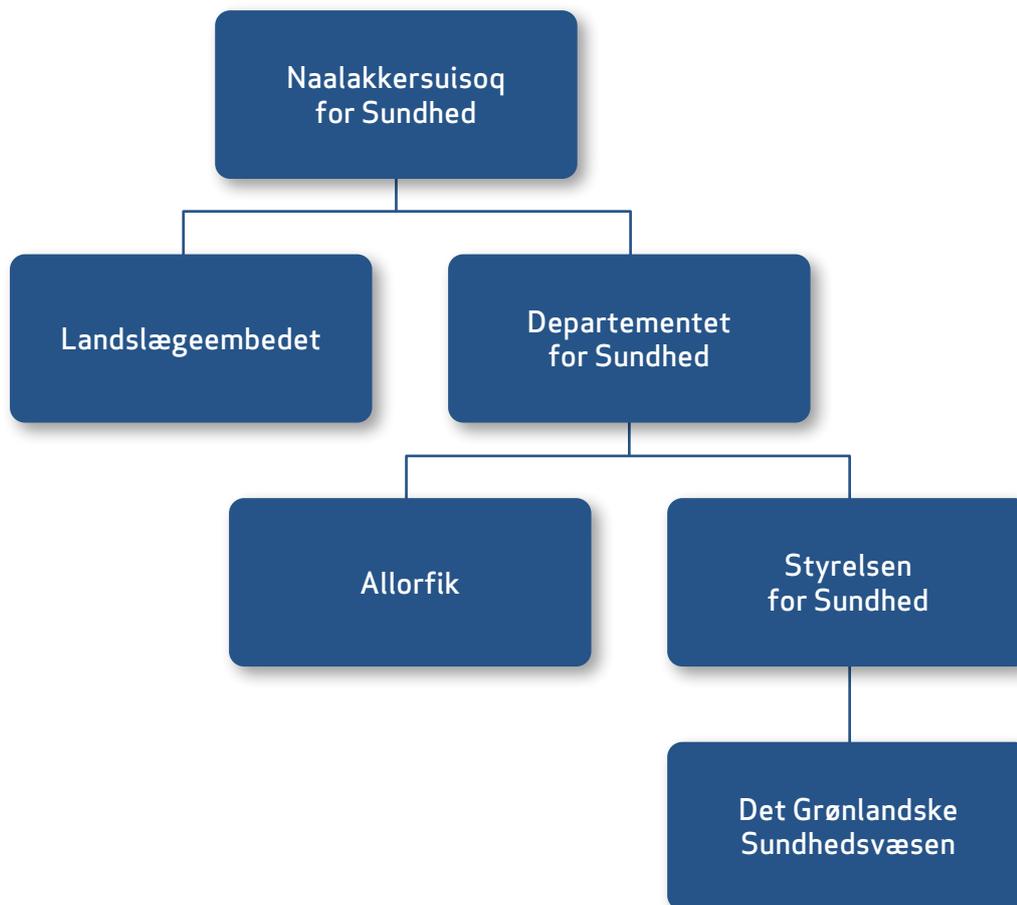
- Departementet for Sundhed har en relativ beskedent bemanding til at varetage den overordnede administrative sundhedspolitiske planlægning og politiske betjening
- Den organisatoriske opdeling med Departementet for Sundhed, Styrelsen for Sundhed og Sundhedsledelsen er ikke umiddelbart logisk
- Den organisatoriske placeringen af Allorfik er usædvanlig (en driftsenhed direkte under departementet)
- Regionsstrukturen er sårbar på grund af stor og antageligt varige bemandingsproblemer på lederposter
- Ydelseskataloget for sundhedsvæsenet afspejler ufuldstændigt situationen i dag
- Det er svært at sikre faglige miljøer på de mindre sundhedsenheder
- Det er uklart, hvad oprettelsen af Steno Diabetes Center Grønland har betydet for sundhedsvæsenet blandt andet for det almen medicinske arbejde og fokus på tre specifikke kroniske lidelser
- Det er uklart hvad etableringen af Steno Diabetes Center Grønland betyder for sundhedsvæsenet (eks. finansiering, overordnet styring)
- Udnyttelsen af de personalemæssige og økonomiske ressourcer i forhold til opgaveløsningen og dermed borgerbetjeningen forekommer ikke optimeret samlet set, hvilket lægger yderligere pres på sundhedsvæsenets opgaveløsning
- Der synes ikke at være et sammenhængende og systematisk program for lederudvikling, der tager hånd om sundhedsvæsenets centrale udfordringer og mål
- Kvalitetsarbejdet bør styrkes
- Lovgrundlaget på sundhedsområdet virker ikke sammenhængende eller opdateret

Dette kapitel fungerer primært til at beskrive den nuværende struktur i sundhedssektoren. Sundhedsreformen fra 2011 analyseres relativt grundigt, fordi sundhedssektorens nuværende struktur i høj grad er et resultat af denne reform. Den i 2017 gennemførte evaluering af reformen gennemgås og suppleres med en omtale af situationen i dag. Kapitler har også til formål at give en samlet organisatorisk oversigt over sundhedsvæsenet. En række af punkterne i nærværende kapitel uddybes i andre kapitler. Derfor er behandlingen sjældent udtømmende, men primært kort og oversigtlig.

### 5.1 Den øverste ledelse

Departementet for Sundhed, Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik (PN), udgør den øverste ledelse af sundhedsområdet, figur 5.1. Det er Departementet for Sundheds opgave at sikre Naalakkersuisut et solidt beslutningsgrundlag i udviklingen af sundhedsområdet. Landslægeembedet er en uafhængig enhed under Naalakkersuisut og refererer direkte til Naalakkersuisoq for Sundhed. Derved understreges uafhængigheden mellem Landslægeembedet, Departementet for Sundhed og Styrelsen for Sundhed. Landslægeembedets overordnede opgave er at overvåge sundhedstilstanden, føre tilsyn med al sundhedsfaglig virksomhed, både enkeltpersoner og institutioner samt følge udviklingen i forhold, der har betydning for befolkningens sundhed.

**Figur 5.1: Øverste ledelse af sundhedssektoren.**



Departementet for Sundhed har det overordnede ansvar for tilrettelæggelse og administration af Det Grønlandske Sundhedsvæsen i henhold til Inatsisartutlov nr. 27 af 18. november 2010 om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer. Departementet for Sundhed varetager planlægning, udvikling, lovgivning, budgetlægning og kontrol, internationale relationer og sagsbehandling af erstatningssager. Den daglige drift af sundhedsvæsenet varetages af Styrelsen for Sundhed. sundhedsvæsenets økonomiafdeling varetager sundhedsvæsenets driftsøkonomi i dialog på overordnet niveau med Departementet for Sundhed. Departementet for Bolig og Infrastruktur har ansvaret for sundhedsvæsenets anlægsopgaver som løses i dialog med Departementet for Sundhed.

Departementet for Sundhed er i dag normeret til 12 medarbejdere og tre chefer, hvilket fordeler sig på tre afdelinger; *Ledelsessekretariatet*, *Råd og Jura* og *Strategi og Planlægning*. Sammenlignet med andre departementer er det tale om en beskedent bemanning.

#### **Ledelsessekretariatet**

Ledelsessekretariatets fire medarbejdere tager sig af tolkeopgaver, betjening af departementschefen og Naalakkersuisoq, indkøb til afdelingen, rekruttering inkl. stillingsopslag, billetbestilling, klargøring af materiale til Inatsisartut, lønninger og bogføring.

#### **Råd og Jura**

Afdelingen for Råd og Jura er normeret til tre jurister og én afdelingschef. Afdelingens arbejdsopgaver indebærer blandt andet lovgivningsarbejde på sundhedsområdet, sagsbehandling af spørgsmål fra Inatsisartut og juridisk rådgivning af Naalakkersuisoq. Afdelingen har i de senere år været underbemandet pga. rekrutteringsudfordringer. Dette medfører en naturlig prioritering af de afventende opgaver.

## Strategi og planlægning

Afdelingen Strategi og Planlægning er på nuværende tidspunkt normeret til 8 medarbejdere bestående af afdelingschef, økonom, koordinator, sundhedsfaglige konsulenter og AC-fuldmægtige. Afdelingen varetager den sundhedsfaglige rådgivning af Naalakkersuisoq, udarbejdelse af analyser, pressemeddelelser, høringsvar, besvarelse af borgerhenvendelser, redegørelser, overordnede strategier samt monitorering og evaluering af disse. Derudover varetager afdelingen sekretariatsbetjeningen af en række råd og udvalg, sagsbehandling af spørgsmål fra Inatsisartut samt deltagelse i nationale og internationale faglige råd og udvalg. Dertil kommer opgaver vedr. finanslovsproces, udarbejdelse af oplæg om sundhedsvæsenets økonomi, budgetopfølgninger og økonomistyring.

Departementet for Sundhed har tidligere haft faste læge- og sygeplejefaglige konsulenter ansat. For nuværende er bemanningen af sundhedsfaglige konsulenter i departementet mere blandet og består i højere grad af samfundsfaglige. Dette har medført et øget samarbejde med Landslægeembedet vedrørende sundheds- og lægefaglige spørgsmål.

Der er kun ansat en enkelt økonom i departementet, men trods flere stillingsopslag har det ikke været muligt at rekruttere en yderligere økonom. Med ændringen af det totale og strategiske økonomiske ansvar står departementet svagt på økonomiområdet, hvilket vanskeliggør Naalakkersuisos muligheder for at sætte sine styrings- og handlingsmæssige interesser igennem i forhold til sundhedsvæsenet på det økonomiske og investeringsmæssige område.

### 5.1.1 Styrelsen for Sundhed

Styrelsen for Sundhed er en underliggende selvstændig enhed til Departementet for Sundhed, som departementet har det overordnede styrelses- og ledelsesansvar over. Sundhedsledelsen er sundhedsvæsenets øverste ledelse og består af direktøren, chefsygeplejersken og cheflægen, som formelt er ansat i Styrelsen for Sundhed. Direktøren referer til departementschefen i Departementet for Sundhed. Cheflægen og Chefsygeplejersken refererer til Direktøren. I Styrelsen for Sundhed er ansat en stor del af sundhedsvæsenets administrative medarbejdere (ca. 20 personer) og visse stabsledere. Stabslederne ansat i Styrelsen for Sundhed er alle dels ledere for medarbejdere ansat i Styrelsen for Sundhed og dels ledere for medarbejdere ansat i sundhedsvæsenet. Sundhedsledelsen udgør samlet den øverste ledelse for i alt ca. 1600 medarbejdere, hvoraf 98% formelt er ansat i sundhedsvæsenet. Alle de kliniske områdeledelser, regionsledelser og stabsledelser refererer direkte til Sundhedsledelsen.

Styrelsen for Sundhed varetager stabsopgaver, der langt overvejende er understøttende for og retter sig mod egentlige driftsopgaver i sundhedsvæsenet. I en række tilfælde er blandt andet stabsledere, f.eks. for IT & Digitalisering, ansat i Styrelsen for Sundhed, mens medarbejderne er ansat i sundhedsvæsenet, jf. også figur 5.3, hvilket umiddelbart kan forekomme uklart rent organisatorisk.

Sundhedsvæsenet har fordelt opgaverne således, at ansatte i de kliniske områder hovedsagligt løser patientrettede opgaver, og understøttes af administrativt personale fra Ledelsessekretariatet & HR i forbindelse med udarbejdelse af materiale til dialogmøder, udvalg, arbejdsgrupper etc.

Ifølge 'Evalueringsrapport af Sundhedsreformen' fra 2017 har der både været gode erfaringer og udfordringer i samarbejdet mellem Departementet for Sundhed og sundhedsvæsenet. En af udfordringerne har ifølge evalueringen været, at der i perioder har manglet sundhedsfagligt personale i departementet, så departementet har været nødsaget til at videregive politiske opgaver til sundhedsvæsenet. Den manglende sundhedsfaglige ekspertise i departementet har dermed øget belastningen på sundhedsvæsenet, der har måttet påtage sig opgaver, som normalt hører under departementets betjening af det politiske niveau. Samtidig konkluderer evalueringen dog, at der på det ledelsesmæssige niveau generelt var et positivt samarbejde og i årene efter sundhedsreformen.

### 5.1.2 Allorfik

Allorfik, Videncenter om Afhængighed, er en enhed under Departementet for Sundhed, som varetager en driftsopgave i form af det nationale tilbud om gratis behandling til voksne med afhængighed af rusmidler og spil. Allorfik er ansvarlig for visitation til forskellige former for behandling for afhængighed i Allorfiks

centre i Ilulissat, Qaqortoq, Aasiaat, Sisimiut og Nuuk, samt i Katsorsaavik Nuuk eller lokalt efter kommunernes ønske. Dertil er Allorfik ansvarlig for efterbehandling, pårørendebehandling, rådgivning ved problemer med rusmidler og spil, samt monitorering og evaluering af indsatserne. Allorfik indgår i henhold til 'National plan for fremtidens misbrugsbehandling' samarbejdsaftaler med de enkelte kommuner vedrørende behandling af afhængighed. Derudover har Allorfik en samarbejdsaftale med sundhedsvæsenet vedrørende borgere, der foruden problemer relateret til afhængighed har diagnoser, som kan hæmme gennemførelsen af et behandlingsforløb.

Det er lidt usædvanligt, at der under et departement ligger driftsopgaver som Allorfiks. Årsagen til denne konstruktion og dermed forbundne fordele og ulemper fremstår uklart. Strukturen er ikke blevet evalueret efter oprettelsen. Én af de mulige fordele er, at man fra Allorfiks side har en "direkte linje" til departementet. Én af ulemperne er, at det besværliggør samarbejdet med sundhedsvæsenet i forhold til visitationer, medicinering, bygningsmasse, overenskomster m.m. Det er ikke utænkeligt, at der kunne være flere fordele ved at have Allorfik organiseret i sundhedsvæsenet.

## 5.2 Sundhedsreformen 2011

Den nuværende regionale struktur i sundhedsvæsenet er et resultat af sundhedsreformen af 1. januar 2011, som først blev fuldt implementeret i 2014. Reformen medførte, at de daværende 16 sundhedsdistrikter blev til fem sundhedsregioner (se figur 5.2).

Formålet med reformen var, at sundhedsvæsenets struktur skulle tilpasses den samfundsmæssige udvikling i forhold til sygdomsmønster, bosætningsmønster, udfordringer med rekruttering og fastholdelse af personale m.m. Desuden var formålet at bidrage til et mere effektivt sundhedsvæsen med bedre mulighed for at tiltrække og fastholde det nødvendige personale, og hvor ressourcerne kunne udnyttes bedre.

Sundhedsreformen omfattede:

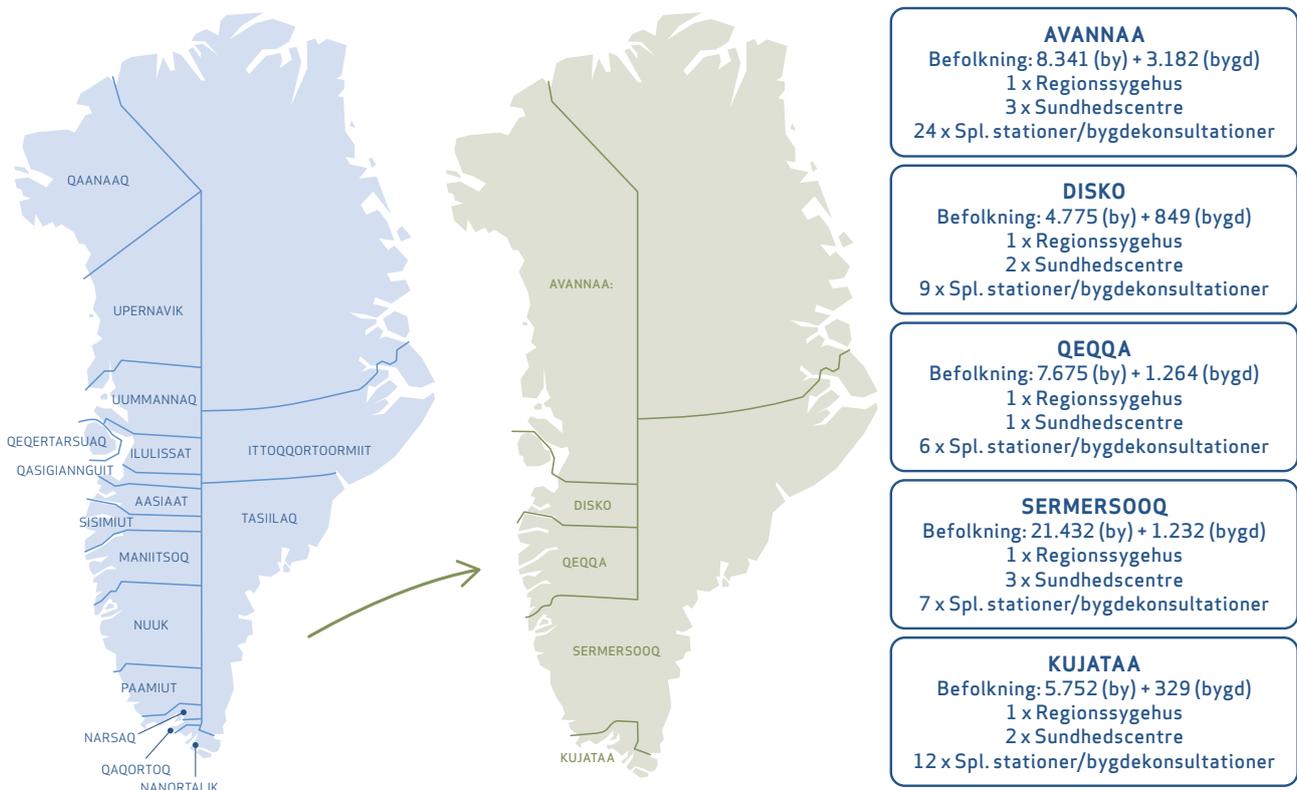
1. En samling af ledelse og administration på færre personer via oprettelse af fem regionsledelser på kysten og fire områdeledelser på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) således, at flere ressourcer kommer ud i det kliniske arbejde
2. Udnyttelse og optimering af sundhedsvæsenets økonomiske og personalemæssige ressourcer
3. Stærkere og mere attraktive faglige miljøer
4. Fokusering på sundhedsvæsenets kerneydelse, det vil sige det lokale tilbud om udredning, behandling og pleje samt i stigende grad forebyggelse og sundhedsfremme
5. Fokusering på det sammenhængende patientforløb
6. Sikring af en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted
7. Øget brug af telemedicin
8. Sikring af øget og ensartet kvalitet og patientsikkerhed i behandlingen af alle borgere
9. Uddannelse, opkvalificering og vejledning af personalet til at udføre arbejdet bedst muligt og forberede personalet på at varetage fremtidige opgaver

Det er svært præcist at afgøre i hvilket omfang de nævnte punkter er blevet mere eller mindre implementeret i praksis.

Reformens hovedområder var, udover omstrukturering, fokus på uddannelse, rekruttering og fastholdelse af personale, opkvalificering og vejledning af personale, samt øget brug af telemedicin.

Der har siden omorganiseringen været løbende udvikling af opgavefordelingen i sundhedsvæsenet.

**Figur 5.2: Oversigt over sundhedsregioner, befolkning og sygehuse, sundhedscentre og bygdekonsultationer efter regionaliseringen**



Fra 16 sundhedsdistrikter til fem sundhedsregioner. Kilde: Ingemann & Larsen 2018.

### 5.2.1 Evaluering af sundhedsreformen

Evalueringen af sundhedsreformen fra 2017 gav en status på den ledelsesmæssige oplevelse af organiseringen af sundhedsvæsenet efter den fulde implementering af regionaliseringen. Evalueringen var baseret på dokumentgennemgang og 22 kvalitative interviews med område-, regions- og sundhedsledelserne samt enkelte medarbejdere med erfaring fra før og efter reformen. Det skal understreges, at der er sket meget i sundhedsvæsenet siden 2017, og derfor svarer konklusionerne i evalueringen ikke nødvendigvis til situationen i dag.

Det er svært at udlede årsag-virkning ud fra evalueringen bortset fra, at der har været tale om en omfattende strukturændring, og at syv sygehuse blev omklassificeret til større sundhedscentre. Et andet resultat af reformen var udgivelsen af *Katalog over sundhedsfaglige ydelser i Regionerne*, i ('Ydelseskataloget'). Ydelseskataloget lister 12 sundhedsydelser, som borgere har ret til og beskriver, hvad hver sundhedsenhed fra bygdekonsultation til regionssygehus skal yde og udføre, samt vagtbetjening m.m. Kataloget er en konkretisering af de ydelser og forskellige former for service til borgeren, som reformen har muliggjort. I evalueringen anføres, at kataloget og de ydelser, der beskrives i kataloget, kan betragtes som et resultat af sundhedsreformen. En del af evalueringen støtter sig på beskrivelsen i Ydelseskataloget.

Fire af de tidligere sygehuse fik i medfør af reformen status af mindre sundhedscentre (Ittoqqortoormiit, Qasigiannuguit, Qeqertarsuaq og Qaanaaq). Det har vist sig ikke at være muligt at have døgnbemanding med sundhedsfagligt personale på de mindre sundhedscentre. Frem for at døgnbemande de mindre centre med ufaglært personale er der indført en telefonisk vagtordning, hvor borgere uden for åbningstiden kan kontakte større sundhedscentre eller regionssygehuset.

Evalueringen fokuserer en del på fødselsbetjeningen. Som et led i reformen blev det fremover regionssygehuse, der varetager regionens fødsler og den perinatale omsorg. Indtil 2014 var sundhedscentre i Uummannaq og Maniitsoq også godkendte fødesteder, men dette er ikke længere tilfældet. Tasiilaq funge-

rer fortsat som fødested, selv om det ikke er et regionssygehus. I regionerne gav man også udtryk for, at det er en stor udfordring at opretholde det lokale fødeberedskab. Samtidig blev det understreget fra regionernes og Tasiilaqs side, at det er helt afgørende, man fortsat kan varetage fødsler relativt lokalt. Udsagnet blev dog ikke uddybet.

Det var en naturlig konsekvens af regionaliseringen, at der i sundhedsvæsenet skulle foretages flere rejser. Dels i form af patienter, der flyttes til regionssygehusene fra de mindre steder. Og dels i form af det sundhedsfaglige personales betjening af byer og bygder jævnfør forskellige forpligtelser i Ydelseskataloget. Denne udvikling afspejles da også i en stigning i udgifter til både patientrejser og tjenesterejser i perioden 2012-2016. Patientrejserne steg 20%, mens tjenesterejserne steg med 75%.

Ifølge 2017-evalueringen følte regionsledelserne, at de er selvkørende og har formået at løfte den ledelsesmæssige opgave i regionen. På tværs af regionerne er lederne i kontakt med hinanden, når der er behov for støtte og hjælp, men dette er oftest personafhængigt. Regionernes oplevelser i forhold til ledelse og regionalisering har været varierende på grund af forskelligheden i de udfordringer, de har stået eller står med, eksempelvis størrelsen af regionen. I nogle regioner har man erkendt, at det ikke er muligt at centralisere den daglige ledelse. Dette har ført til, at nogle regionsledere har uddelegeret opgaver som rekruttering og andre administrative opgaver til den daglige ledelse i sundhedscentre.

De sygeplejefaglige regionsledelser har været meget stabile sammenlignet med de lægefaglige. I tre ud af de fem regioner har det været den samme regionssygeplejerske under hele perioden (2012-2017), og i de øvrige to regioner er der tale om en enkelt udskiftning. Alle regionerne, undtaget Sermersooq, har oplevet udskiftning af regionslæger inden for de sidste fem år. Især region Disko, hvor der har været seks forskellige ledende regionslæger ansat i perioden fra 2012-2017.

Evalueringen pegede overordnet dels på udfordringer med reorganiseringen, dels på gode og dårlige erfaringer med at takle udfordringerne, men også på udfordringer, der er vedholdende, komplekse og svære at overkomme. De primære udfordringer beskrevet var samarbejde og kommunikation på tværs af ledelser og sundhedsenheder, inkl. kommuner hvor faglige og kulturelle forskelligheder kan være udløsende. Ledernes perspektiv og tilfredshed er ikke undersøgt siden 2017, og det er derfor ikke muligt at følge op på, om disse udfordringer er vedvarende.

På trods af udfordringerne pegede undersøgelsen på den anden side også på en generel oplevelse af, at organiseringen var kommet på plads, og at medarbejdere havde vænnet sig til den nye struktur og samarbejdet på tværs. Sammenlignet med den tidligere organisering, hvor sundhedscentre var isoleret fra hinanden, og hvor der nogle steder havde været en form for ressourcespild, så var der med den nye organisering en oplevelse af, at sundhedsenhederne i regionerne nu var blevet mere gennemskuelige, ensrettet og opdateret i forhold til forbrug af ressourcer, udstyr og behandlingstilbud, hvilket Ydelseskataloget eksempelvis har bidraget til.

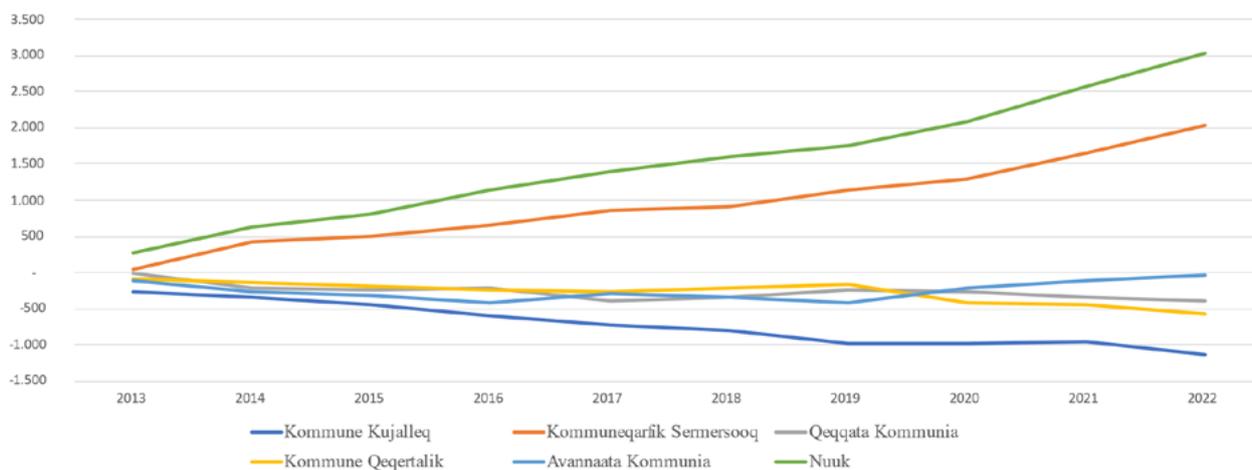
En undersøgelse fra 2021 af medarbejderperspektiver på praksis i dagligdagen i sundhedsvæsenet efter sundhedsreformen viser, at kommunikationen på tværs af enheder opleves som forbedret med mere effektive patientforløb til følge, at lægebetjeningen af byggerne fungerer, og at telemedicin nogle steder fungerer rigtig godt, men ikke alle steder. Der peges også på, at især sundhedscentre oplever svækkede faglige miljøer, personalenedskæringer, personaleflugt og et stigende antal korttidsansættelser. Der opleves ikke en styrkelse af kompetenceudvikling.

### 5.2.2 Regionerne i dag

Sundhedskommissionen var inviteret med til et ledelsesseminar i sundhedsvæsenet primo november 2022. Her var der blandt andet et indlæg fra ledelsen i Region Sermersooq og et fælles indlæg fra de fire øvrige regioner. Tre af regionerne var på daværende tidspunkt uden ledende regionslæge, hvilket selvsagt belaster Sundhedsledelsen og sundhedsvæsenet. I Region Sermersooq var det en bekymring, at flere af de kollegaer, der er villige til at påtage sig ansvar og ledelse (både formelt og uformelt), forsvinder. Pres og frustration gør, at der bliver taget kortsigtede beslutninger. Der blev fremlagt dokumentation for, at ressourcetilvæksten via finansloven mellem regionerne er meget forskellig og ikke afspejler ændringer i befolkningens størrelse og alderssammensætningen (se figur 5.3). Heraf fremgår, at Region Sermersooq (især Nuuk)

står som taber. Hvis Region Sermersooq siden 2012 havde haft samme vækst som de øvrige fire regioner, skulle budgettet for regionen i 2023 have været 22 mio. kr. højere. På den anden side skal man være opmærksom på, at regionen modtager services fra DIH, herunder laboratoriedelser og røntgen, ligesom Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS), ikke kan sammenlignes direkte med et regionsygehus, når det drejer sig om ressourcer i forhold til befolkningstallet. Det centrale er, at der muligvis er tale om en skævvridning af ressourcefordelingen. Det præcise omfang kræver en nærmere analyse.

**Figur 5.3: Befolkningsudviklingen**



Det blev på ledelsesseminaret også noteret, at alt det regionerne forventes at skulle kunne i forhold til ydelseskataloget i dag ikke hænger sammen med den øgede specialisering. Regionsledelserne gav udtryk for, at de i høj grad har brug for generalister, samt at sikring af faglige miljøer og arbejdsmiljø på små sundhedsenheder er svært. Hertil kommer udfordringer med rekruttering til mindre sundhedsenheder, hvor personalet kan have en oplevelse af aldrig at have fri, fordi der ikke er andet personale. Det bemærkes desuden, at manglende kapacitet på DIH forsinket udredning og behandling.

Følgende overvejelser blev drøftet vedrørende en mere optimal arbejdsdeling og struktur i regionerne i fremtiden: Satsning på det, regionerne er bedst til: *Almen medicin*

- Samling af kirurgiske kompetencer i Nuuk og på et regionsygehus, f.eks. i Ilulissat
- Samling og styrkelse af specialiserede kompetencer i Nuuk, som kan understøtte regionerne telemedicinsk og på specialistbesøg
- Overflytning af flere akutte patienter til DIH
- Færre indlagte i regionerne
- Delestillinger med kommunerne og mere formelt samarbejde med kommunerne generelt
- Telemedicin og øget digitalisering

Følgende aktuelle udfordringer blev drøftet:

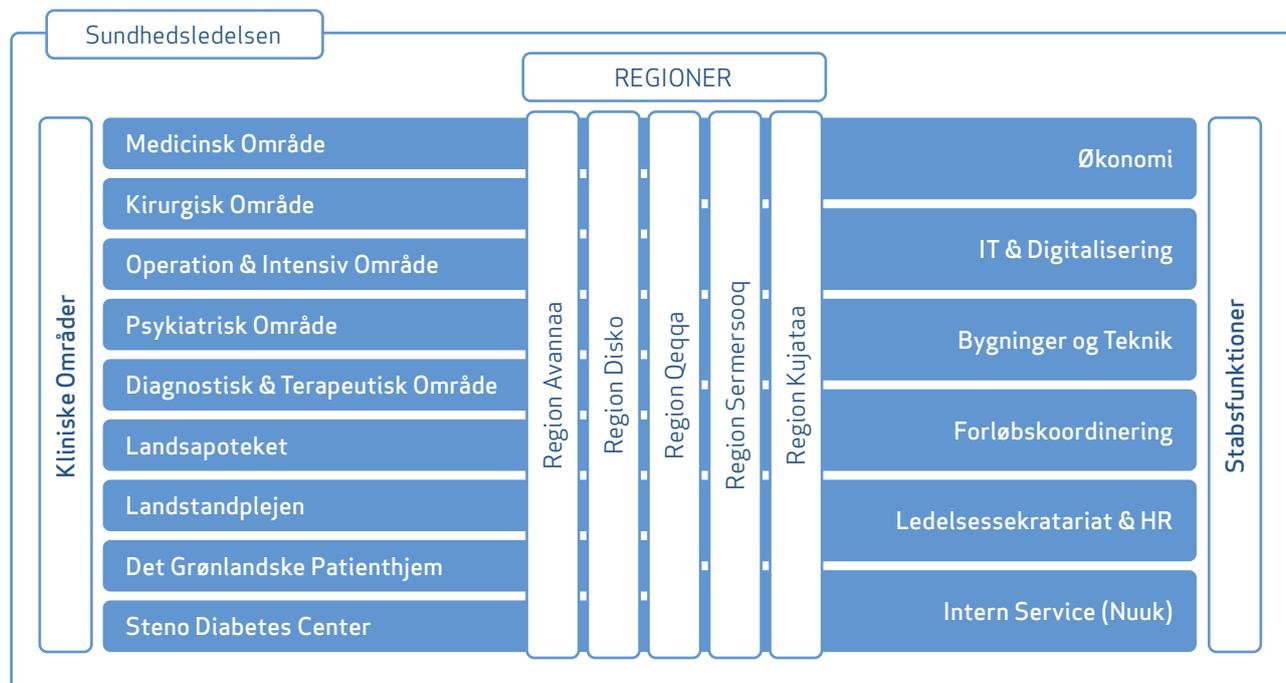
- Fastholdelse og rekruttering af alle faggrupper – ikke kun læger og sygeplejersker, men også tolke, sekretærer, portører, sundhedsassistenter m.m. er en vedvarende og stor udfordring
- Store afstande til uddannelserne er en barriere for udviklingen af medarbejdernes kompetencer
- Mangel på uddannet dobbeltsproget personale
- Uoverensstemmelse mellem muligheden for kreativ opgaveglidning- og flytning samt overenskomst- og lønsystemet

### 5.2.3 Organisationsplanen

'Organisationsplanen for Det Grønlandske Sundhedsvæsen' giver en grundig beskrivelse af den overordnede struktur i sundhedsvæsenet på baggrund af organisationsdiagrammet i figur 5.4.

Sundhedsvæsenet er opdelt i ni kliniske områder (vist til venstre i figuren), fem sundhedsregioner (vist midt i figuren) og syv stabsfunktioner (vist til højre i figuren)

**Figur 5.4: Overordnet organisationsdiagram for sundhedsvæsenet.**



### 5.2.4 Kliniske områder

Den nuværende afdelingsstruktur for de kliniske områder er illustreret i tabel 5.1. Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) er et relativt nyt klinisk område i sundhedsvæsenet på lige fod med de andre kliniske områder.

**Tabel 5.1: Oversigt over kliniske områder på DIH, inkl. afdelinger, funktion og samlet antal ansatte, jf. Organisationsplanen 2020.**

Område	Afdelinger	Funktion	Ansatte
Medicinsk område, DIH	M1	Infektionssygdomme, onkologiske og inflammatoriske sygdomme.	Ca. 77
	M2	Pædiatri, nefrologi og kardiologi.	
	Medicinsk Ambulatorium	Udredning, kontrol og ambulante behandlinger og undersøgelser, herunder blandt andet tuberkulose og kemoterapi.	
Kirurgisk område, DIH	K1	Ortopædkirurgi (brækkede arme og ben) og øre-, næse- og hals sygdomme.	Ca. 109
	K2	Parenkymkirurgi (mave-/tarmsygdomme) og urinvejssygdomme.	
	K3	Gynækologi/obstetrik (kvindesygdomme, gravide og barslende kvinder).	
	Kirurgisk ambulatorium	Forundersøgelse, kontrol og efterbehandling inden for en række områder.	
	Fødeafdeling*	Fødsler, fødselsforberedelse, graviditets- og barselskontrol.	
Operation og Intensiv område, DIH	Intensiv Terapi (ITA)	Behandling, observation og pleje af patienter med akutte og livstruende sygdomme.	Ca. 68
	Intermediær Monitorering (IMA)	Observationsafdeling for medicinske og kardiologiske patienter med monoorgansvigt.	
	Anæstesi**	Anæstesi til operationer, samt opvågningsafsnittet til patienter før og efter operation.	
	Operation	Operationssygepleje ved operationer på DIH samt ved specialistrejser i hele landet.	
Psykiatrisk område, DIH	A1	Åbent akut modtagersengeafsnit, der yder behandling og rehabiliterende forløb.	Ca. 55
	Psykiatrisk Ambulatorium	Udredning, behandling og opfølgning af psykiatrisk sygdom (ambulant eller telepsykiatri) og patientkoordinering.	
	Distrikt-psykiatrien (Ikaarsarfik)	Medicinadministration, samtaler, hjemmebesøg, kontakt psykoedukation og behandlingsopfølgning af patienter med alvorlig psykiatrisk lidelse.	
Diagnostisk og terapeutisk område, DIH	Røntgen a	Radiologiske undersøgelser (røntgen, CT, MR, UL og mammografi).	Ca. 44
	Terapi	Vurdering, behandling, genoptræning og rådgivning af patienter, som i forbindelse med sygdom har fået et funktionstab.	
	Central-laboratorium a	Biokemiske og immunologiske analyser, herunder blandt andet blodprøvetagning, optagelse af elektrokardiogrammer og klinisk biokemi.	
Landsapoteket, DIH	-	Drift af landsapoteket i Nuuk og medicinbestilling a.	Ca. 9
Landstandplejen	16 distrikter	Forebyggelse og behandling inden for tandområdet for alle aldersgrupper, men med primært fokus på børn og unge under 20 år. Se nærmere beskrivelse i Sundhedskommissionens Notat 4.	Ca. 130
Det Grønlandske Patienthjem	Plejen	Medicinudlevering, sårskifte, sonde, dialyse, samtale og sundhedsfaglig rådgivning.	Ca. 60
	Patientkoordinering og administration	Rejsekoordinering til og fra Danmark, koordinering af patientflow, bemanning af receptionen, vicevært opgaver	
	Køkken	Forsyning af patienter og pårørende med daglige måltider og mellemmåltider.	
	Rengøring	Rengøring samt vaskeri.	
Steno Diabetes Center, DIH	-	Behandling af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.	12 + 5***

Afdelingen superviserer regionssygehuse og sundhedscentre i hele landet ifm. afdelingens funktion.

\* Der varetages fødsler fra Maniitsoq og Region Sermersooq (dog ikke Tasilaq og bygger), samt risikogravide fra hele landet.

\*\* Afdelingen varetager evakueringsydelse fra hele landet, for at transportere kritisk syge patienter til og fra Dronning Ingrid's Hospital (DIH), samt Danmark og Island.

\*\*\* 5 livsstilsmedarbejdere ansat i regionerne

### 5.2.5 Steno Diabetes Center Grønland

Steno Diabetes Center Grønland (SDCG), Inuunerissaavik, blev etableret på baggrund af en bevilling fra Novo Nordisk Fonden. Finansieringsmodellen dækker de samlede omkostninger for SDCG fra 1. juli 2020 til 30. juli 2030 fordelt på 1) drifts- og udviklingsomkostninger (estimeret til 28 mio. kr. årligt) og 2) byggeriomkostninger (aktuelt ikke offentliggjort).

SDCG er blevet etableret som et klinisk område i sundhedsvæsenet (figur 5.3), men har samtidig en selvstændig bestyrelse. Bestyrelsen består af otte medlemmer, hovedsageligt fra sundhedsvæsenet (herunder direktøren, cheflægen, ledelsesrepræsentant fra regionspsygehusene uden for Nuuk samt ledelsesrepræsentant fra områderne på DIH), departementschef for Departementet for Sundhed, departementschef for Departementet for Børn, Unge og Familier, repræsentant udpeget af Center for Sundhedsforskning ved Ilisimatusarfik og repræsentant fra Novo Nordisk Fonden. Bestyrelsen fastlægger den overordnede strategi for SDCG og skal bidrage til centrets udvikling. Centret drives af sundhedsvæsenet og følger dets udmeldinger, aftaler og retningslinjer. Samtidig understøtter organiseringen en selvstændig enhed og centerledelsen refererer både til Sundhedsledelsen og SDCG's bestyrelse. SDCG har ikke egne stabsfunktioner, da det er et kliniske område, som de andre områder.

Af drejebogen for SDCG fremgår det, at der er tale om en styrkelse af sundhedsindsatsen målrettet livsstilsambulatoriernes patientgruppe, og patienter i hele landet kan få gavn af centrets tilbud. Målgruppen for centrets indsatser er således patienter med alle former for diabetes og visse andre livsstilsrelaterede sygdomme (eks. hjerte-kar-sygdomme og KOL) eller borgere med høj risiko for at få sygdommene grundet svær overvægt, dårlig mund- og tandsundhed, rygning, højt kolesteroltal eller genetisk disposition for diabetes og/eller hjerte-kar-sygdom. Dertil kommer en satsning på telemedicin, som er nærmere beskrevet i afsnit 5.3 om SDCG's telemedicinske strategi.

Etableringen af SDCG repræsenterer en ny måde at udvikle og tilføre ressourcer til Det Grønlandske Sundhedsvæsen på, som ikke tidligere er set i samme omfang. Dermed melder sig også behovet for en række overvejelser om, hvad det betyder for udviklingen af sundhedsområdet og sundhedsvæsenet overordnet set, at der som følge af en konkret fondsbevilling dels investeres massivt i behandling af livsstilssygdomme (herunder diabetes) versus andre områder i sundhedsvæsenet. Og dels, at man etablerer et center, der både er en del af sundhedsvæsenet og dermed underlagt Sundhedsledelsen, men samtidigt refererer til en selvstændig bestyrelse, der har til ansvar af udstikke den overordnede strategi for centret. Det må formodes, at det er overvejelser, som allerede er blevet gjort og afklaret i forbindelse med det forarbejde, der lå forud for accepten af fondsbevillingen fra Novo Nordisk Fonden og i forbindelse med udarbejdelse af drejebogen.

Det er ligeledes relevant for det første at overveje, om behovet for ekstra personale til SDCG påvirker rekrutteringsmulighederne til andre dele af sundhedsvæsenet. For det andet hvorvidt en opprioritering af SDCG på sigt vil være på bekostning af prioriteringer andre steder i sundhedsvæsenet. Særligt efter 2030, når SDCG skal finansieres som en del af sundhedsvæsenet på finansloven, da finansieringen indtil 2030 foretages gennem en fondsbevilling. En eventuel forlængelse eller udfasning af samarbejdet og bevillingen vil blive vurderet på baggrund af en samlet evaluering i 2030. Herefter kan aftalen forlænges med fire år ad gangen, hvis aftalen ikke forlænges, så vil Selvstyret modtage en 2-årig udfasningsbevilling.

Som det fremgår af ovenstående, kan etableringen af Steno Diabetes Center Grønland både vurderes at skabe nye muligheder for en styrkelse af indsatsen mod livstilssygdomme samt forebyggelsesområdet, men samtidig også udfordringer for fremtidens sundhedsvæsen.

Afslutningsvist kan det bemærkes, at de fysiske rammer om centret bliver en ny bygning i Nuuk, der skal ligge tæt på DIH, samtidig med, at den er fysisk adskilt fra hospitalet. Opførelse, indretning og vedligeholdelse af bygningen er bevilliget af Novo Nordisk Fonden indtil juli 2030. Driftsudgifterne til den nye bygning afholdes af sundhedsvæsenet fra bygningen står færdig, da driftsudgifterne ikke er en del af fondsbevillingen. Departementet for Bolig og Infrastruktur er byggherre og bygningen ejes af Selvstyret. Planmæssigt står bygningen klar til indflytning i medio 2024.

## 5.2.6 Specialistbesøg og sundhedsenheder

De følgende beskrivelser tager udgangspunkt i Det Grønlandske Sundhedsvæsens ydelseskatalog fra 2015, der giver en oversigt over, hvilke ydelser man har ret til at modtage og hvilken type sundhedsopgave, der er tale om. Det har ikke været muligt systematisk at kortlægge, hvorvidt indholdet i ydelseskataloget stemmer overens med de sundhedsydelser, som borgerne aktuelt modtager. Den flerårige Covid-19-pandemi har uden tvivl haft indflydelse på situationen, ligesom der kan være en lang række aktuelle forhold og årsager til, at de ydelser, der beskrives i kataloget, ikke nødvendigvis stemmer overens med borgernes reelle adgang til sundhedsydelser, hvor de bor. Beskrivelserne i ydelseskataloget giver f.eks. ikke indblik i, hvordan personalemangel og rekrutteringsudfordringer aktuelt influerer på det sundhedsvæsen, som borgerne møder lokalt<sup>10</sup>. I 2020 udkom ”Eksisterende faciliteter og funktioner i Det Grønlandske Sundhedsvæsen”, hvis formål var at beskrive faciliteter og funktioner i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som de reelt var per oktober 2020. Det har ikke været muligt at afstemme dette med Ydelseskataloget, der som nævnt er udgangspunktet.

I henhold til sundhedsvæsenets ydelseskatalog fra 2015 har personer tilmeldt folkeregistret med bopæl i Grønland ret til en række ydelser. Det er alt fra forebyggende helbredsundersøgelser til lægebehandling, indlæggelse og ophold i sundhedsvæsenets institutioner, tandbehandling inkl. forebyggende tandpleje, op-søgende sundhedstjeneste, sundhedspleje, sygepleje, receptpligtig medicin, vaccination, hjælpemidler, fy-siurgisk behandling og attester.

Ydelser leveret i regionerne ved specialistbesøg fra Nuuk er fastlagt i overensstemmelse med den såkaldte Masterplan. Baggrunden for specialistbesøg er, at flest mulige patienter bliver undersøgt og behandlet så tæt ved deres bopæl som muligt. Specialistrejserne tilrettelægges og dimensioneres i henhold til patientlister inden for de enkelte specialer, der er genereret gennem henvisning og visitation indtil tre måneder før specialistbesøget. Det bestræbes, at besøgene forudgås af telemedicinske konsultationer med specialisterne for at kvalificere besøgene og sikre den optimale udnyttelse af de ressourcer, der afsættes til besøget. Besøgene kan helt eller delvist erstattes af telemedicinske konsultationer. Besøg fra regionshospita-lerne til bygdekonsultationer og mindre sundhedscentre gennemføres i den udstrækning, det er logistisk og infrastrukturelt hensigtsmæssigt.

Sundhedsvæsenets ydelser bliver på forskellig vis udbudt i hele landet og indholdet af ydelserne kan variere i praksis, eksempelvis grundet bemandingsudfordringer etc. Nogle ydelser tilbydes på alle enheder. Eksempelvis fremgår det af Ydelseskataloget, at livsstilsambulatorium med monitorering af kronisk syge patienter skal foregå ved alle enheder. Betjeningen kan dels foregå ved hjælp af lokalt personale, dels ved hjælp af rejsehold eller ved telemedicinsk kontakt.

I sundhedsregionerne findes forskellige kategorier af institutioner, der som hovedregel er baseret på indbyggertal i de enkelte lokaliteter i regionerne, tabel 5.2. Af de i alt 71 enheder er 51 lokaliseret i bygdesamfund med tilsammen 15% af befolkningen. Der er 40 bygdesundhedsstationer og 11 bygdekonsultationer, jf. tabel 5.2. I 2020 var der normeret 69 stillinger til disse enheder. I de store bygder, er der nogle steder en sygeplejerske ansat. Enkelte andre bygder har sundhedsassistenter med en ca. 3-årig uddannelse ansat eller sundhedshjælpere med ca. 1-års uddannelse ansat. Lidt flere har en kort uddannelse som sundhedsarbejder på ca. 22 uger. Men over halvdelen af alle bygdesundhedsmedarbejdere har ingen sundhedsfaglig uddannelsesbaggrund (54%) (Departementet for Sundhed, 2020b).

<sup>10</sup> Interviewundersøgelserne *Brugernes oplevelser af det grønlandske sundhedsvæsen* (Olesen m.fl., 2020) og *Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010* (Aagaard og Seibæk, 2022) bidrager til indblik i disse udfordringer.

**Tabel 5.2: Oversigt over enheder efter befolkningsgrundlag. Indsat fra Ydelseskataloget 2015.**

Enheder	Befolkningsgrundlag	Antal
Regionssygehus	I regionens største by	5
Større sundhedscenter <sup>11</sup>	>1200 indbyggere	15
Mindre sundhedscenter	500-1200 indbyggere	
Bygdesundhedsstation	200-500 indbyggere	40
Bygdekonsultation med Pipaluk <sup>12</sup>	50-200 indbyggere	11
Bygdekonsultation uden Pipaluk	<50 indbyggere	
<b>Sundhedsenheder i alt</b>		<b>71</b>

Indbyggertallene i tabel 5.3 skal ses i lyset af befolkningsudviklingen, der for perioden 2012 til 2021 fremgår af tabel 5.5, som dog ikke er 100% sammenfaldende med tabel 5.2, men alligevel giver et klart billede.

Mønsteret her er tydeligt: kun Nuuk vokser, mens de øvrige bosteder har faldende befolkningstal. Mest markant er udviklingen for større, middelstore og mindre bosteder, hvor de mindre bosteder har oplevet et fald på 25% og de to øvrige kategorier på omkring 8%. Det rejser i sagens natur et overordnet spørgsmål om den sundhedsmæssige betjening af de forskellige typer af bosteder.

<sup>11</sup> Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) i Nuuk er en del af Dronning Ingrid's Hospital (DIH) og hører under Region Sermersooq

<sup>12</sup> Det telemedicinske udstyr i bygderne kaldes Pipaluk. Pipaluk er under udfasning. I stedet benyttes primært Teams og der er andre løsninger under udarbejdelse i regi af Steno Diabetes Center (SDCG)  
 Tabel 5.3 viser sundhedsenhederne og bagvedliggende befolkningstal per 1. januar 2021. Indbyggertallet fremgår af parenteser efter stednavne. Det fremgår, at indbyggertallet for bygdekonsultationer (med Pipaluk) ligger mellem 52 og 259 indbyggere, mens indbyggertallet for bygdekonsultationer (uden Pipaluk) ligger mellem 11 og 42 indbyggere.

**Tabel 5.3: Lokalisering og indbyggertal for sundhedsenhederne.**

DIH	Sundheds-region	Regions-sygehus	Sundheds-center	Bygdesundheds-station	Bygd under 50 indbyggere
Landsdækkende	Avannaa	Ilulissat 4.710	Qaanaaq 619	Saqqaq 151	Oqaatsut 33
			Upernavik 1.076	Ilimanaq 52	Qeqertat 26
			Kullorsuaq 437	Qeqertaq 113	Siorapaluk 41
			Ummannaq 1.428	Savissivik 72	Naajaat 41
				Nuussuaq 191	Niaqornat 36
				Nutaarmiut 58	
				Tasiusaq UPE 259	
				Innaarsuit 159	
				Aappilattoq 161	
				Kangersuatsiaq 140	
				Upernavik Kujalleq 207	
				Saattut 238	
				Ukkusissat 151	
				Ikerasak 252	
		Qaarsut 167			
	Disko	Aasiaat 3.035	Kangaatsiaq 534	Akunnaaq 64	Kangerluk 11
			Qasigiannugit 1.071	Attu 207	
			Qeqertarsuaq 838	Iginniarfik 74	
				Ikamiut 78	
				Ikerasaarsuk 98	
				Kitsissuarsuit 60	
Qeqqa	Sisimiut 5.622	Kangerlussuaq 463	Itilleq 73		
		Maniitsoq 2.486	Sarfannguaq 91		
		Kangaamiut 302	Attammik 184		
			Napasog 84		
Sermersooq	Nuuk 18.800	Tasiilaq 1.916	Qeqertarsuatsiaat 181	Kapisillit 42	
		Paamiut 1.247	Kulusuk 216		
		Ittoqqortoormiit 361	Kuummiut 254		
			Tiniteqilaaq 93		
			Isertoq 58		
			Sermiligaaq 210		
Kujataa	Qaqortoq 3.008	Narsaq 1.320	Narsarsuaq 170	Ammassivik 46	
		Nanortalik 1.129	Alluitsup Paa 169	Igaliku 31	
			Aappilattoq 105	Saarloq 24	
			Sarfannugit 87	Qassimiut 14	
			Arsuk 86		
			Eqalugaarsuit 81		
			Narsarmijit 74		
			Qassiarsuk 70		
			Tasiusaq 50		

Befolkningstal opgjort per 1. januar 2022.

**Tabel 5.4: Antal normerede medarbejdere (årsværk) fordelt på regionsygehuse og sundhedscentre baseret på fremmødeplaner 2021.**

Region	Sygehus/ Sundhedscenter	Læger	Syge- plejersker*	Sundheds- assistenter	Jorde- mødre	Fysio-/ ergoterapeuter
<b>Avannaa</b> 10.726 indbyggere***	Regionsygehus:					
	Ilulissat (75)**	7,5	17	6	3,5	2,5
	Sundhedscentre:					
	Uummannaq (40)	2	4,5	5		
	Upernavik (40)	2	3,5	6		
	Qaanaaq (17)	1	1,25	3		
<b>Disko</b> 6.340 indbyggere	Regionsygehus:					
	Asiaat (70)	5,5	16,5	11	1,5	3
	Sundhedscentre:					
	Kangaatsiaq (5)	-	-	-		
	Qeqertarsuaq (16)	1	2	1		
	Qasigiannqut (14)	1	2	1,5		
<b>Qeqqa</b> 9.378 indbyggere	Regionsygehus:					
	Sisimiut (73)	5,5	16	19	1	2,5
	Sundhedscentre:					
	Maniitsoq (55)	2,25	10,5	10		1
<b>Sermersooq</b> 23.123 indbyggere (heraf 18.800 i Nuuk)	Regionsundscentre:					
	Nuuk (55)	14	32	6		
	Sundhedscentre:					
	Paamiut (22)	0	4	2		
	Tasiilaq	3,5	10	6	2	1
	Ittoqqortoormiit (5)	0	2	1		
<b>Kujataa</b> 6.413 indbyggere	Regionsygehus:					
	Qaqortoq (60)	4,5	13,5	9,5	2	
	Sundhedscentre:					
	Narsaq (26)	1,2	4	6		
	Nanortalik (19)	1,2	3	4		

Kilde: Tine Aagaard og Lene Seibæk 'Medarbejderperspektiver ...', 2021

Der er tale om normerede stillinger, ikke nødvendigvis besatte stillinger, og der er tale om årsværk, ikke personer. 'Normerede stillinger' er ikke helt retvisende, idet hver regionsledelse administrerer en sum penge, som de i princippet frit kan disponere over i forhold til opgaveløsningen. Om der ansættes læger, sygeplejerske eller sundhedsassistenter er ledelsens ansvar at bestemme. Fremmødeplaner er et budgetværktøj

\* Tallene for sygeplejersker er inklusive sundhedsplejersker, så det kan ikke ses ud af tabellen hvor der er ansat sundhedsplejersker.

\*\* Tallene i parentes angiver ca. antal ansatte.

\*\*\* Indbyggertallene er opgjort i 2020. Kilder: Kommunernes hjemmesider henholdsvis stat.gl

**Tabel 5.5: Befolkningsudvikling 2012 - 2021**

	2012	2016	2021	% ændring 2012-2021
<b>I alt</b>	<b>56.749</b>	<b>55.847</b>	<b>56.421</b>	<b>-0,6</b>
Hovedstad	16.181	17.316	18.800	16,2
Hovedbosteder	16.642	16.212	16.404	-1,4
Større bosteder: 700 - 3.000	13.739	13.081	12.623	-8,1
Bosteder: 200 - 699	5.492	5.206	5.002	-8,9
Mindre bosteder: 50 -199	4.235	3.512	3.171	-25,1
Mindste bosteder: < 50	266	395	353	32,7
Andre lokaliteter	194	125	68	-64,9

Kilde: Grønlands Statistik - <https://stat.gl/dialog/main.asp?lang=da&sc=BE&version=202101>

### 5.2.6.1 Bygdekonsultationer uden en "Pipaluk"

Bygdekonsultationer uden telemedicinsk udstyr er bemandede med en medarbejder, der normalt er ansat 12-30 timer ugentligt. Det tilstræbes, at medarbejdere og faste afløsere i bygdekonsultationer har gennemgået en uddannelse som bygdesundhedsarbejder, der indebærer et certifikatkursus til akutkasse for ikke-faglærte portører og bygdesundhedsarbejdere. 2-4 gange om året får bygden tjenstlige besøg af specialiserede fagpersoner (læge, sygeplejerske, sundhedsplejerske, sundhedsassistent) fra nærmeste sundhedscenter eller regionssygehuset.

### 5.2.6.2 Bygdekonsultationer med en "Pipaluk"

I bygdekonsultationer med en telemedicinsk enhed tilbydes indlæggelse indtil transport til sundhedscenter kan gennemføres. Der er således mulighed for stabilisering, men ikke reel indlæggelse. Pipaluk er ved denne betæknings udarbejdelse dog under udfasning, jf. kapitel 15 om telemedicin. Den nye telemedicinske løsning bliver udrullet fra 2022 til 2024. Anvendelsen af Pipaluk i bygdekonsultationer er stærkt svingende. Der er bygdebesøg i masterplanen, som er specialistbesøg. Regionssygehuse og sundhedscenter besøger bygder. Terminsbestemmelse udføres på regionssygehuset eller ved bygdebesøg, og perinatal omsorg tilbydes ved bygdebesøg eller via telemedicinsk konsultation af jordemoder eller læger. Sundhedspleje, det sundheds- og socialfaglige program Tidlig Indsats for gravide familier samt børneundersøgelser tilbydes ved bygdebesøg eller via telemedicinsk konsultation af sundhedsplejerske eller jordemoder. Palliation tilbydes i samspil med regionssygehuset, men ikke under indlæggelse. Distriktspsykiatri foregår telemedicinsk. Lægemedelhåndtering varetages af andet fagpersonale understøttet af farmakonom med regionsfunktion. Fysioterapi kan foregå ved andre faggrupper telemedicinsk superviseret.

Der varetages ikke operationer, røntgen, laboratorievirksomhed, ambulancetjeneste, somatisk hjemme-sygepleje eller fødsler. Der er ej heller forebyggelsesudvalg i regi af bygdekonsultationer.

Bygdekonsultation med telemedicinsk udstyr er bemandede med en medarbejder, der normalt er ansat 30-40 timer ugentligt. Bygdesundhedsarbejderne skal kunne betjene det telemedicinske udstyr, men dette er i praksis ikke tilfældet alle steder. Det tilstræbes, at medarbejdere og faste afløsere i bygdekonsultationen har gennemgået en uddannelse som bygdesundhedsarbejder, der indebærer et certifikatkursus til akutkasse for ikke-faglærte portører og bygdesundhedsarbejdere.

### 5.2.6.3 Bygdesundhedsstationer

På bygdesundhedsstationerne tilbydes indlæggelse indtil transport til sundhedscenter kan gennemføres. Der er således mulighed for stabilisering, men ikke reel indlæggelse. Ambulante sygepleje- og lægeundersøgelser kan ske via det telemedicinske udstyr eller ved bygdebesøg. Specialistbesøg sker kun, hvis logistik og infrastruktur gør det hensigtsmæssigt. Alternativt kan specialistbesøg foregå via det telemedicinske udstyr. Terminsbestemmelse udføres på regionssygehuset eller ved bygdebesøg, og perinatal omsorg tilbydes ved bygdebesøg eller via telemedicinsk konsultation af jordemoder eller læger. Sundhedspleje, Tidlig Indsats og børneundersøgelser tilbydes ved bygdebesøg eller via telemedicinsk konsultation af sund-

hedsplejerske eller jordemoder. Palliation tilbydes i samspil med regionssygehuset, men ikke under indlæggelse. Distriktspsykiatri foregår telemedicinsk. Lægemiddelhåndtering varetages af andet fagpersonale understøttet af farmakonom med regionsfunktion. Fysioterapi kan foregå ved andre faggrupper telemedicinsk superviseret. Laboratorievirksomhed forefindes i begrænset omfang.

Der varetages ikke operationer, røntgen, ambulancetjeneste, somatisk hjemmesygepleje eller fødsler. Der er ej heller forebyggelsesudvalg i regi af sundhedsstationer.

Bygdesundhedsstationer er bemandede med enten en sygeplejerske eller sundhedsassistent og/eller bygdesundhedsarbejder. Typisk er stationen bemandede inden for normal arbejdstid kl. 8.00-16.00 i hverdage, og ved behov for akut hjælp uden for arbejdstid henvises til gældende vagtordninger.

Sygeplejersker og sundhedsassistenter skal gennemgå individuel målrettet introduktion og oplæring på regionssygehuset eller sundhedscenter. Bygdesundhedsarbejderne og deres faste ferieafløbere skal have gennemgået certifikatkursus til akuttaske for ikke-faglærte portører og bygdesundhedsarbejdere. Sundhedsledelsen har orienteret Sundhedskommissionen (marts 2022), at rigtig mange bygdesundhedsarbejdere ikke ønsker at tage kurset og er ufaglærte jf. Departementet for Sundheds undersøgelse af området. Både af en rapport om bygdemedarbejders motivation for at uddanne sig (Center for Folkesundhed, 2020), af undersøgelsen af medarbejderperspektiver nævnt tidligere i kapitlet og af Sundhedskommissionens rejser rundt i landet fremgår det dog, at mange ufaglærte bygdemedarbejdere er motiverede for at uddanne sig, men at en vigtig barriere er at skulle forlade børn og de hjemlige pligter i bygden. Flere efterlyste at kunne tage uddannelsen som fjernstudium. Alle medarbejdere skal beherske brugen af det telemedicinske udstyr. 4-8 gange årligt får bygden tjenstlige besøg af specialiserede fagpersoner fra sundhedscenter eller regionssygehus Forinden besøgene foretages telemedicinsk gennemgang af patienterne.

#### 5.2.6.4 Mindre sundhedscentre

På de mindre sundhedscentre tilbydes indlæggelse på sengeafdeling, men i et begrænset omfang. Der udbydes ambulante lægekonsultationer dimensioneret efter befolkningsgrundlaget, og disse kan foregå via det telemedicinske udstyr efter behov. Ambulante sygeplejekonsultationer udbydes i hverdage dimensioneret efter befolkningsgrundlag og sygdomsmønster. Specialistbesøg foretages primært af de medicinske specialer, og disse kan også foregå telemedicinsk. Planlagte operationer kan ske ved specialistbesøg, og derudover i den udstrækning de nødvendige kompetencer og ressourcer er tilgængelige. Terminsbestemmelse udføres af en fødselsassistent på regionssygehuset eller med telemedicinsk overvågning fra regionssygehuset. Perinatal omsorg tilbydes ved besøg eller telemedicinsk konsultation af jordemoder eller læge. Sundhedspleje og Tidlig Indsats tilbydes ved besøg eller via telemedicinsk konsultation af sundhedsplejerske eller jordemoder. Børneundersøgelser og røntgen tilbydes på de mindre sundhedscentre. Palliation tilbydes i samspil med regionssygehuset. Somatisk hjemmesygepleje varetages af sygeplejerske eller sundhedsassistent. Distriktspsykiatri foregår telemedicinsk. Lægemiddelhåndtering varetages af andet fagpersonale understøttet af farmakonom med regionsfunktion. Fysioterapi kan foregå ved besøg af fysioterapeut eller ved andre faggrupper telemedicinsk superviseret.

Laboratorievirksomhed forefindes, og der er også ambulancetjeneste, men ikke døgnberedskab.

Der varetages ikke fødsler på de mindre sundhedscentre.

De mindre sundhedscentre er bemandede med sygeplejerske og sundhedsassistent, samt sundhedshjælper. Langt de fleste større sundhedscentre bemandes også af en læge. Typisk er centret bemandede inden for normal arbejdstid kl. 8.00-16.00 i hverdage, og ved behov for akut hjælp uden for arbejdstid henvises til gældende vagtordninger. 2-4 gange årligt kommer der tjenstlige besøg af specialiserede fagpersoner fra regionssygehuset, som forudgår af telemedicinsk gennemgang af patienterne. Nogle af de tjenstlige besøg kan i en vis udtrækning erstattes af telemedicinske konsultationer.

Sygeplejersker/sundhedsassistenter og sundhedshjælper skal sikres kompetenceudvikling gennem individuel målrettet introduktion og oplæring på regionssygehuset eller ved deltagelse på kurser og uddannelse for at tilegne sig de nødvendige kompetencer for det selvstændige arbejde på sundhedscentret. Portører skal have gennemgået uddannelse som portørreder og have certifikatkursus til akuttaske. Fagpersonalet skal beherske brugen af det telemedicinske udstyr.

### 5.2.6.5 Større sundhedscentre

På de større sundhedscentre er der sengeafdelinger med mulighed for indlæggelse af patienter i forbindelse med planlagt behandling/undersøgelse. Der udbydes ambulante læge- og sygeplejekonsultationer alle hverdage inden for normal arbejdstid dimensioneret efter befolkningsgrundlaget og sygdomsmønstre. Der er specialistbesøg, hvor der kan foretages planlagte operationer med forudgående telemedicinsk gennemgang af patienterne og i den udstrækning de nødvendige kompetencer og ressourcer er tilgængelige. Perinatal omsorg tilbydes på sundhedscentret af læge og/eller jordemoder/fødselsassistent. Terminsbestemmelse tilbydes også, evt. ved besøg af fagpersonale fra regionspsygehus. Sundhedspleje tilbydes som minimum ved sundhedsassistent eller sundhedsplejeassistent, superviseret af sundhedsplejerske. Tidlig Indsats tilbydes som minimum ved en sundhedsplejeassistent eller superviseret af jordemoder/sundhedsplejerske. Børneundersøgelser og røntgen tilbydes på de større sundhedscentre. Palliation tilbydes i nødvendigt omfang. Somatisk hjemmesygepleje varetages af sygeplejerske eller sundhedsassistent. Distriktspsykiatri foregår via hjemmesygepleje af sundhedsassistent/psykiatriassistent og tilbydes også telemedicinsk. Lægemiddelhåndtering varetages af andet fagpersonale understøttet af farmakonom med regionsfunktion. Fysioterapi kan foregå ved besøg af fysioterapeut eller ved andre faggrupper telemedicinsk superviseret. Laboratorievirksomhed forefindes, og der er også ambulancetjeneste. Der er forebyggelsesudvalg i det omfang, det er etableret af kommunen.

Fødsler kan foregå ved enkelte sundhedscentre såfremt de lever op til faglige krav for varetagelse af normale fødsler, jf. notat fra Departementet for Sundhed: (Orientering: Håndtering af kirurgisk beredskab ved et fødested, februar 2019) Det er en ledelsesmæssig beslutning, hvorvidt fødslerne fortsat kan foregå på sundhedscentrene. Fødsler tilbydes aktuelt kun på sundhedscentret i Tasiilaq med aktivt tilvalg fra de fødende selv.

De større sundhedscentre er bemandede med læger med speciallægeuddannelse (almen medicinsk eller anden relevant, og ofte vikarer) eller dokumenterede kompetence på samme niveau. Om muligt skal lægerne beherske fagområdet Grønlandsk Medicin. Desuden bemandedes større sundhedscentre med sygeplejersker, sundhedsassistenter, portører o. lign. svarende til de funktioner, der er tilgængelige, så som sundhedspleje, hjemmesygepleje og medicinudlevering mv. Sundhedscentrene er døgnbemandede, og uden for almindelig arbejdstid kan borgerne henvende sig direkte til sundhedscentrene, hvis de har behov for akut hjælp. Sundhedscentrene får tjenstlige besøg af andre mere specialiserede fagpersoner fra det pågældende regionspsygehus i nødvendigt omfang (f.eks. jordemoder, sundhedsplejerske, farmakonom, fysioterapeut). Besøgene forudgås af telemedicinsk gennemgang af patienterne med fagpersonerne. Nogle af besøgene kan i en vis udtrækning erstattes af telemedicinske konsultationer.

Det fremgår af ydelseskataloget, at al personale uddannes målrettet gennem introduktion, oplæring og deltager i kompetenceudvikling gennem kurser og uddannelse. Portørerne skal have gennemgået uddannelse som portørreder og have certifikatkursus til akuttaske. Alle medarbejdere skal desuden beherske brugen af det telemedicinske udstyr. Det har i forbindelse med udarbejdelsen af dette notat ikke været muligt at finde dokumentation for, om den beskrevne oplæring og kompetenceudvikling fungerer efter hensigten. Det er derfor uklart, om alle medarbejdere opnår at kunne beherske det telemedicinske udstyr og rent faktisk gør det i praksis på de større sundhedscentre. Undersøgelsen af medarbejderperspektiver indikerer dog, at der er udfordringer med at give de bygdeansvarlige i sundhedscentrene tid til at oplære bygdepersonalet i brugen af udstyret, og adskillige informanter beretter om bygdepersonale, som ikke behersker telemedicin.

### 5.2.6.6 Regionssygehuse (og Tasiilaq sundhedscenter)

På regionssygehuse er der sengeafdelinger med mulighed for indlæggelse af patienter i forbindelse med akut og planlagt behandling/undersøgelse. Der udbydes ambulante læge- og sygeplejekonsultationer alle hverdage inden for normal arbejdstid dimensioneret efter befolkningsgrundlaget og sygdomsmønstre. Der er specialistbesøg, hvor der kan foretages planlagte operationer med forudgående telemedicinsk gennemgang af patienterne, og i den udstrækning de nødvendige kompetencer og ressourcer er tilgængelige. Perinatal omsorg tilbydes af læge og jordemoder/fødselsassistent. Sundhedspleje tilbydes ved sundhedsplejerske med regionsfunktion. Der udføres også terminsbestemmelser, røntgenundersøgelser, Tidlig Indsats og børneundersøgelser på regionssygehuse. Palliation tilbydes i nødvendigt omfang. Somatisk hjemme-

sygepleje varetages af sygeplejerske eller sundhedsassistent. Distriktpsychiatri foregår ved psykiatrisk hjemmesygeplejerske eller psykiatriassistent og tilbydes også telemedicinsk. Lægemedelhåndtering varetages af farmakonom med regionsfunktion. Der tilbydes fysioterapeutisk behandling ved fysioterapeut med regional funktion. Laboratorievirksomhed foregår ved bioanalytiker, og der er også ambulancetjeneste og forebyggelsesudvalg.

Fødsler i regionerne med forventet normal graviditets- og fødselsforløb foregår på regionspsygehuse (undtagen Aasiaat) og Tasiilaq Sundhedscenter. De gravide skal rejse til regionspsygehuset ca. 3 uger før termin. Fødsel med risiko for komplikationer foregår på DIH. Det Grønlandske Sundhedsvæsen har aktuelt fem fødesteder: Landshospitalet Dronning Ingrid's Hospital, Regionspsygehuset i Ilulissat, Regionspsygehuset Sisi miut, Sundhedscentret i Tasiilaq og Regionspsygehuset Qaqortoq. Regionspsygehuset i Aasiaat har været midlertidigt lukket som fødested siden 1. juni 2019, hvilket skyldes, at det ikke var muligt at opretholde det nødvendige fødselsberedskab. Qaqortoq har ligeledes ad flere omgange været lukket som fødested det seneste år grundet manglende bemanning til fødselsberedskabet

Regionspsygehuse er bemanded med læger, sygeplejersker, sundhedsassistenter, sundhedsplejersker, jordemødre, somatisk- og psykiatrisk hjemmesygepleje, fysioterapeuter, bioanalytiker, portører mv. og et antal medhjælper/sundhedshjælper. Regionspsygehuse er døgnbemandede. Uden for almindelig arbejdstid kan borgerne henvende sig telefonisk direkte til regionspsygehuset, hvis borgerne har behov for akut hjælp.

#### 5.2.6.7 Funktionsansvarlige ansatte i sundhedsvæsenet med landsdækkende funktionsansvar<sup>13</sup>

Fastansatte i sundhedsvæsenet kan efter indstilling fra Sundhedsledelsen varetage en funktion med landsdækkende ansvar for et specificeret fagområde eller tilsvarende mod honorering for dette. Dette gælder flere faggrupper som læger, sygeplejersker, jordemødre og bioanalytikere.

Det er i udgangspunktet fagpersoner, som varetager specialfunktioner inden for eget fagområde og speciale.

Fagområder varetages også af faste læger fra andre specialer, således at regionslæger (almen medicinere) i DIS varetager landsdækkende funktionsansvar inden for øjenspeciale, dermatologi o. lign. Dette kan være positivt for rekruttering og fastholdelse.

Dette har dog betydning for, om man kan reducere den resurse, som mangler i den speciallægefunktion, hvor den funktionsansvarlige egentlig er ansat. Såfremt landsdækkende funktionsansvar kan ske inden for eget speciale, reduceres dette speciale ikke væsentligt. Der er mangel på speciallæger i almen medicin (regionslæger), i Grønland.

Såfremt der ikke er funktionsområder i et givent speciale og derved en lønskævvridning for fastansatte speciallæger kan dette være negativt for rekruttering og fastholdelse.

Såfremt den funktionsansvarlige ikke er speciallæge i det pågældende fagområde kræver det tæt samarbejde med en speciallæge uden for Grønland som konsulent for dette landsdækkende område, såfremt man skal sikre standarder og fagligt niveau holdes.

På nuværende tidspunkt har alle kliniske speciallæger uden ledelsesfunktion i DIS et landsdækkende funktionsfagområde, som kan betyde, at DIS har en hel speciallægestilling mindre til sin egentlige kerneopgave med almen medicinsk betjening for Nuuks borgere. Man har svært ved at rekruttere og fastholde speciallæger og uddanne de speciallæger man ønsker sig. Ofte må speciallæger i væsentlige dele af arbejdstiden varetage sundhedsopgaver uden for eget speciale. Sundhedsvæsenet har store udfordringer med rekruttering og fastholdelse af speciallæger. Ressourcetilstanden er derfor endnu mere udtalt, når speciallæger sættes til opgaver, som ligger uden for deres speciale.

#### 5.2.6.8 Tandpleje

Landstandplejen ledes af cheftandlægen. Ordningen er nærmere beskrevet i kapitel 16, men oversigtligt er Landstandplejens målsætning:

<sup>13</sup> Afsnittet er baseret på oplysninger fra Nicolai Hardenberg Larsen, speciallæge ved DIS

- Et systematisk tandplejetilbud til børn og unge.
- At alle børn i den undervisningspligtige alder har ret til gratis regelmæssig tandbehandling.
- At unge over den undervisningspligtige alder tilbydes gratis regelmæssig tandbehandling indtil de fylder 20 år, At personer, der pga. helbredsmæssige årsager ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud tilbydes vederlagsfri og regelmæssig omsorgstandpleje.
- At alle andre befolkningsgrupper tilbydes gratis tandbehandling i det omfang distriktets ressourcer rækker hertil.

I overensstemmelse med bekendtgørelsen ydes der ikke systematisk voksentandpleje, der strukturelt/ressourcemæssigt overstiger Landstandplejens nuværende kapacitet.

I 2019 blev et projekt om omorganisering af Landstandplejen igangsat. Formålet er at omorganisere tandområdet fra nuværende 16 distrikter til 5 regioner med 5 ledende regionstandlæger i lighed med det resterende sundhedsvæsen. Arbejdet med regionalisering af Landstandplejen er ved denne betænkningens udarbejdelse sat i bero.

### 5.3. Forebyggelse og sundhedsfremme

Dette emne behandles særskilt i kapitel 11. Sundhedskommissionen finder grundlæggende, at organiseringen af forebyggelsesindsatser og sundhedsfremme forekommer usammenhængende og fragmenterede.

### 5.4 Visitationsnævnet

Visitationsnævnet har en række opgaver inden for de af Selvstyret fastlagte rammer, jf. bekendtgørelse nr. 31 af 1. december 2006 om sundhedsvæsenets Visitationsnævn. En ny bekendtgørelse for Visitationsnævnet er under udarbejdelse.

Nævnet har konkret til opgave at:

- Prioritere patientbehandlingen under hensyntagen til de politiske beslutninger.
- Udarbejde og vedligeholde retningslinjerne vedrørende visitation i og fra Grønland.
- Følge forbruget af behandlingsinstitutioner uden for Grønland.
- Overvåge den overordnede planlægning og gennemførelsen af speciallægebetjeningen.
- Behandle konkrete sager af principiel karakter om henvisning til undersøgelse og behandling uden for det sundhedsdistrikt, hvor en person har ophold.

Visitationsnævnet består af direktøren for sundhedsvæsenet, cheflægen, chefsygeplejerskende ledende overlæger ved DIH, en ledende regionslæge udpeget af Styrelsen for Sundhed, samt departementschefen for Departementet for Sundhed eller en repræsentant for Departementet for Sundhed udpeget af departementschefen. Cheflægen er formand for Visitationsnævnet.

Visitationsnævnet træffer afgørelse ved simpelt stemmeflertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

Visitationsnævnet spiller en helt afgørende rolle for den enkelte patients muligheder for behandling uden for og i Grønland, men langt fra alle forløb diskuteres i Visitationsnævnet. Der er normalt tale om særtilfælde, der tages op i Visitationsnævnet. Det er derfor vigtigt at interessere sig for de drøftelser og beslutninger, som finder sted i visitationsnævnet. Herunder de valg og fravalg, der nødvendigvis må træffes.

Møderne i visitationsnævnet er ikke offentlige. Af årsberetningen for Sundhedsvæsenets Visitationsnævn 2020 fremgår det, at der er blevet behandlet i alt 12 sager i løbet af året. I 2020 blev der truffet beslutninger om syv konkrete sager (enkeltstående sager som ikke er præcedensskabende) og fem generelle sager (af generel interesse med særlige forhold, som kan få fremadrettet betydning). For hver sag beskrives

sagsfremstillingen, behandlingen, økonomisk ressourcetræk og den endelige beslutning, samt begrundelsen for beslutningen.

## 5.5 Behandling i udlandet og Det Grønlandske Patienthjem

Sundhedsvæsenet i Grønland er afhængigt af, at en række behandlinger kan foretages i udlandet (herunder langt overvejende i Danmark), fordi den lægelige specialisering sætter grænser for tilbuddene i Grønland. En række talmæssige oplysninger og vurderinger af udlandsbehandlinger findes i kapitel 6 (6.1.5) om det somatiske sundhedsvæsen.

Patienter kan visiteres til sundhedsbehandling i udlandet, når det er behandling som Det Grønlandske Sundhedsvæsen tilbyder, men ikke selv kan varetage. Patienterne bliver typisk henvist fra Dronning Ingrid's Hospital. Nye behandlinger samt undersøgelser og behandlinger af principiel karakter kræver, at Visitationsnævnet tager stilling hertil. Patienterne sendes som udgangspunkt til behandling i Region Hovedstaden i Danmark. Derudover findes der samarbejdsaftaler med Island og med Region Midtjylland som de primære udenlandske samarbejdspartnere.

Det Grønlandske Patienthjem (DGP) er et midlertidigt opholdssted for patienter med bopæl i Grønland, som er til behandling eller undersøgelse i Danmark. DGP ligger i København og er bygningsmæssigt forbundet med Det Færøske Patienthotel. Dets primære opgave er at indkvartere og hjælpe patienter og pårørende fra Grønland før og efter hospitalsindlæggelse eller ambulat undersøgelse i Danmark. DGP er en døgnbemandet institution med plejefaglig bistand. Det Grønlandske Patienthjem beskrives nærmere i kapitel 12 om rehabilitering.

Udover plejemæssige funktioner, varetages socialrådgivning, patient-/rejsekoordinering samt tolkning for patienter og pårørende på DGP.

## 5.6. Patientevakueringer og transport

Landets bosætningsmønster og den deraf følgende logistik er et grundvilkår for økonomien for sundhedsbetjeningen. Dertil kommer den stigende specialisering som medfører krav til særlige kompetencer og udstyr til at udføre en lang række behandlinger, som ikke kan etableres i regionerne. Det betyder, at flere patienter i fremtiden vil skulle transporteres til specialiseret behandling. De logistiske udfordringer vil således også i fremtiden lægge et stort pres på sundhedsudgifterne. Åbningen af nye lufthavne vil næppe ændre dette.

Det Grønlandske Sundhedsvæsens samlede udgifter til patientrejser udgør ca. 8% af sundhedsvæsenets samlede bevilling, jf. Tabel 5.6

Transport af patienter med ambulance er ikke berørt i dette afsnit.

### 5.6.1 Overordnede principper for patienttransport i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet tilbyder patienttransport i henhold til Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser §§ 19, 20 og 21, hvor det fremgår, at borgere har ret til gratis lægeordineret transport til den rette behandlingsinstitution i eller uden for landet. I praksis betyder det, at sundhedsvæsenet afholder rejseomkostninger til patienter, som indkaldes til undersøgelse eller behandling uden for deres hjemby/bygd. Patienterne indkaldes til undersøgelse og behandling uden for hjembyen/bygden, hvis det vurderes, at undersøgelsen/behandlingen ikke kan foretages lokalt. Der tilbydes som udgangspunkt ikke transport i forbindelse med tandbehandling.

Transport af patienter fra hjem eller opholdssted frem til sundhedsenhed kan foregå på forskellige måder alt afhængig af transportmidlet til rådighed, patientens destination, patientens tilstand m.v.

Sundhedsvæsenet har derfor forskellige former for rejser og transporter af patienter, som kan foregå med båd, helikopter og fly. I dette kapitel skelnes der mellem fire former, som beskrives nærmere i nedenstående afsnit:

1. *Planlagt transport mellem patientens hjem og en sundhedsenhed uden for patientens hjemby/bygd enten i Grønland eller i Danmark med almindeligt transport-rutenet.*
  - a. **Planlagt transport af patienter inden for regionerne:**  
Patienter undersøges eller behandles i egen region, hvis det lokale sundhedscenter/sygehus kan varetage opgaven eller i forbindelse med specialistbesøg, hvor specialister rejser fra enten DIH eller Danmark til regionssygehuset og ser patienter fra hele den pågældende region.
  - b. **Transport af patienter til elektiv undersøgelse eller behandling på DIH i Nuuk:**  
Dronning Ingrid's Hospital varetager en række specialiserede undersøgelser og behandlinger, som regionssygehuse ikke kan. I tilfælde af elektive (planlagte) undersøgelser eller behandlinger på DIH transporteres patienterne fra deres hjemby/bygd til Nuuk.
  - c. **Transport af patienter til Rigshospitalet:**  
Når patienter skal til planlagt undersøgelse eller behandling på Rigshospitalet, skal der forinden være givet kaution af sundhedsvæsenet. Det vil sige, at sundhedsvæsenet har givet tilsagn til at betale for den givne undersøgelse eller behandling.
2. *Særlige overflytninger af patienter mellem to sundhedsenheder i Grønland eller til en sundhedsenhed i Danmark.*
  - a. **Særlige patientoverflytninger:**  
Nogle overflytninger af patienter fra en sundhedsenhed til en anden kan ikke foregå med det almindelige transport-rutenet af hensyn til patientens tilstand. Disse foretager derfor ved chartring af fly, helikopter og/eller båd. Særlige patientoverflytninger adskiller sig fra evakueringer ved, at der kan gå længere tid end 24 timer, før overflytningen foretages, samt at der foretages en konkret vurdering af behovet for ledsagelse. Der kan forekomme både faglig og ikke-faglig ledsagelse.
3. *Evakuering af patienter fra en sundhedsenhed i Grønland til en anden sundhedsenhed i enten Grønland, Danmark eller Island.*
  - a. **Evakuering af patienter:**  
En evakuering defineres her som en akut patientoverflytning imellem to sundhedsenheder inden for 24 timer. En evakuering igangsættes på baggrund af lægefaglig beslutning, hvis der er fare for liv og/eller førlighed for patienten. Der foretages evakueringer internt i regionerne, mellem regionerne og DIH samt mellem DIH og Rigshospitalet. I sjældnere tilfælde evakueres patienter til Island. Der benyttes chartrede transportmidler (fly, helikopter og/eller båd). Der følger altid en faglig ledsager med patienten ved evakueringer.  
Der pågår et arbejde i sundhedsvæsenet for at implementere en mere entydig definition af evakueringsbegrebet for at forbedre datamaterialet for ressourceforbruget forbundet hertil.
4. *SAR/MEDEVAC-operationer fra kendt position uden for helårsbeboede områder*
  - a. **SAR/MEDEVAC:**  
Ved SAR (Search And Rescue) og MEDEVAC (Medical Evacuation) indsætter Politiet og/eller Arktisk Kommando personel og tekniske hjælpemidler af enhver art, herunder luftfartøjer, skibe og kommunikationsudstyr, for at lokalisere og redde nødstedte til lands, til søs og i luften. Den pågældende patient transporteres herefter til en sundhedsenhed.  
Det Grønlandske Sundhedsvæsen og Politiet har i en årrække drøftet ansvars- og opgavefordeling ved SAR-operationer for nødstedte med en sundhedsfaglig problemstilling på kendt position uden for helårsbeboet område. De to parter er ikke nået til enighed om ansvaret for denne type SAR-operationer. Denne problematik forekommer til stadighed hyppigere, idet flere og flere benytter sig af satellittelefoner og GPS-udstyr og dermed teknisk set befinder sig på kendt position. Det Grønlandske Sundhedsvæsen har hverken erfaring, kompetencer, udstyr eller transportmiddel til at kunne løse opgaven med at redde og hente folk udenfor helårsbeboelse. Derfor varetages opgaven i praksis af Politiet og Arktisk Kommando, som vedholder, at betalingsforpligtigelsen påligger sund-

hedsvæsenet.

Det Grønlandske Sundhedsvæsen ønsker, at Politiet varetager opgaven med at lokalisere og redde personer på land udenfor helårsbeboelse – uanset om personen befinder sig på kendt eller ukendt position og uanset personens sundhedsmæssige problemstillinger. Det Grønlandske Sundhedsvæsen vil påtage sig at yde telemedicinsk lægeråd på speciallægeniveau i forbindelse med SAR-operationer og beredskabssituationer.

## Ledsagelse af patienter

### **Faglig ledsagelse:**

Patienter, som har brug for sundhedsfaglig hjælp under deres rejse, ledsages af en faglig ledsager. Der er altid faglig ledsagelse ved evakueringer. Ved almindelige patienttransporter er der faglig ledsagelse ved behov. En faglig ledsager kan være en læge, sygeplejerske, sundhedsassistent m.v. alt efter behovet og mulighederne.

### **Ikke faglig-ledsagelse:**

Sundhedsvæsenet tilbyder og betaler for ikke-faglig ledsagelse for pårørende i en række tilfælde, hvor patienten eksempelvis er i en akut og livstruende tilstand, er under 15 år eller har født tvillinger. Der kan også tilbydes ikke-faglig ledelse ved konkret lægelig vurdering.

### **Muligheder for forbedringer**

Der er potentiale for forbedringer i forbindelse med transport af patienter, hvilket både kan lette arbejdsgange i sundhedsvæsenet, spare patienter og pårørende for at rejse uden for deres hjemby samt mindske udgifterne til transport. Se følgende forslag:

1. At øge brugen af telemedicin, herunder videokonsultationer, hvilket kan medvirke til at færre patienter indkaldes til DIH og regionssygehuse
2. At benytte E-boks til indkaldelser og screeningstilbud, hvilket vil lette administrative arbejdsgange og sikre dokumentation
3. At forbedre aftale med Air Greenland for sundhedsvæsenet - eks. særlige kostpriser på billetter
4. At indgå aftale med Politiet om ansvarsfordeling ved SAR/MEDEVAC-operationer, så sundhedsvæsenet ikke har ansvar eller betalingsforpligtigelse ved beredskabssituationer på kendt position uden for helårsbeboede områder.

### **Udgifter forbundet med patienttransporter med fly, båd eller helikopter**

Det Grønlandske Sundhedsvæsens samlede udgifter til patientrejser udgør ca. 8% af sundhedsvæsenets samlede bevilling.

Nedenstående tabel er en opgørelse over forbruget forbundet med patienttransporter med fly, helikopter og båd imellem patientens hjem/en sundhedsenhed til en anden sundhed i enten Grønland, Danmark eller Island. Posten til ophold er udgifter til hotelovernatning til patienter, som bor uden for sundhedsvæsenets patienthoteller eller Det Grønlandske Patienthjem. Det skyldes pladskapacitet på patienthotellerne og Det Grønlandske Patienthjem.

**Tabel 5.6: Udgifter til patienttransport m.m.**

Udgifter til transport af patienter og evakueringer (1.000 kr.)	R2019	R2020	R2021	R2022
<b>Til Danmark</b>				
Rejser, patienter	22.091	17.405	20.346	22.024
Ledsagerrejse, faglig	634	448	433	716
Ledsagerrejse, ikke-faglig	179	53	123	111
Ophold, Patienter	498	723	598	535
<b>I alt</b>	<b>23.402</b>	<b>18.629</b>	<b>21.500</b>	<b>23.386</b>

<b>Til DIH</b>				
Rejser, patienter	53.158	52.415	53.663	59.035
Ledsagerrejse, faglig	717	433	547	540
Ledsagerrejse, ikke-faglig	1020	868	898	697
Ophold, Patienter	1.675	1.685	2.907	2.652
<b>I alt</b>	<b>56.570</b>	<b>55.401</b>	<b>58.015</b>	<b>62.924</b>

<b>I Regionerne</b>				
Rejser, patienter	8.624	9.649	4.877	3.873
Ledsagerrejse, faglig	205	0	13	1
Ledsagerrejse, ikke-faglig	7	28	60	11
Ophold, Patienter	640	1.108	2.357	1.523
<b>I alt</b>	<b>9.476</b>	<b>10.785</b>	<b>7.307</b>	<b>5.408</b>

Patientevakueringer	39.572	40.128	41.689	41.099
---------------------	--------	--------	--------	--------

Udgifter til transport af patienter og evakueringer i alt	119.544	114.158	128.511	132.817
---	---------	---------	---------	---------

Procent af sundhedsvæsenets samlede budget	8,1%	7,7%	8,6%	8,8%
--	------	------	------	------

Kilde: Økonomi, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, d. 14.04.2023.

## 5.7 Telemedicinsk infrastruktur i sundhedsvæsenet

Formålet med sundhedsreformen i 2011 var at tilbyde borgerne den bedst mulige sundhedsbetjening tættest muligt på borgernes eget hjem. Telemedicin spiller en væsentlig rolle i dette udviklingsarbejde især i et land som Grønland, hvor afstandene er store og altid kræver transport via enten fly, helikopter eller båd, hvis behandlingen ikke kan finde sted, hvor patienten bor. Telemedicin behandles særskilt i kapitel 15.

## 5.8 Økonomien i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenets økonomi behandles særskilt i kapitel 19. Afsnittet her er alene tænkt som en oversigt over de økonomiske tendenser på sundhedsområdet<sup>14</sup>.

De samlede sundhedsudgifter har været jævnt stigende i mange år, hvilket fremgår af figur 5.4. I faste priser, det vil sige korrigeret for inflation, er udgifterne steget med i gennemsnit 23 mio. kr. om året svarende til ca. 2% i årlig vækst. Den stiplede linje i figuren viser den gennemsnitlige udvikling. Sammenholder man det med befolkningsudviklingen var sundhedsudgifterne per indbygger i 1994 på ca. 19.000 kr. sammenlignet med ca. 29.000 kr. i 2021.

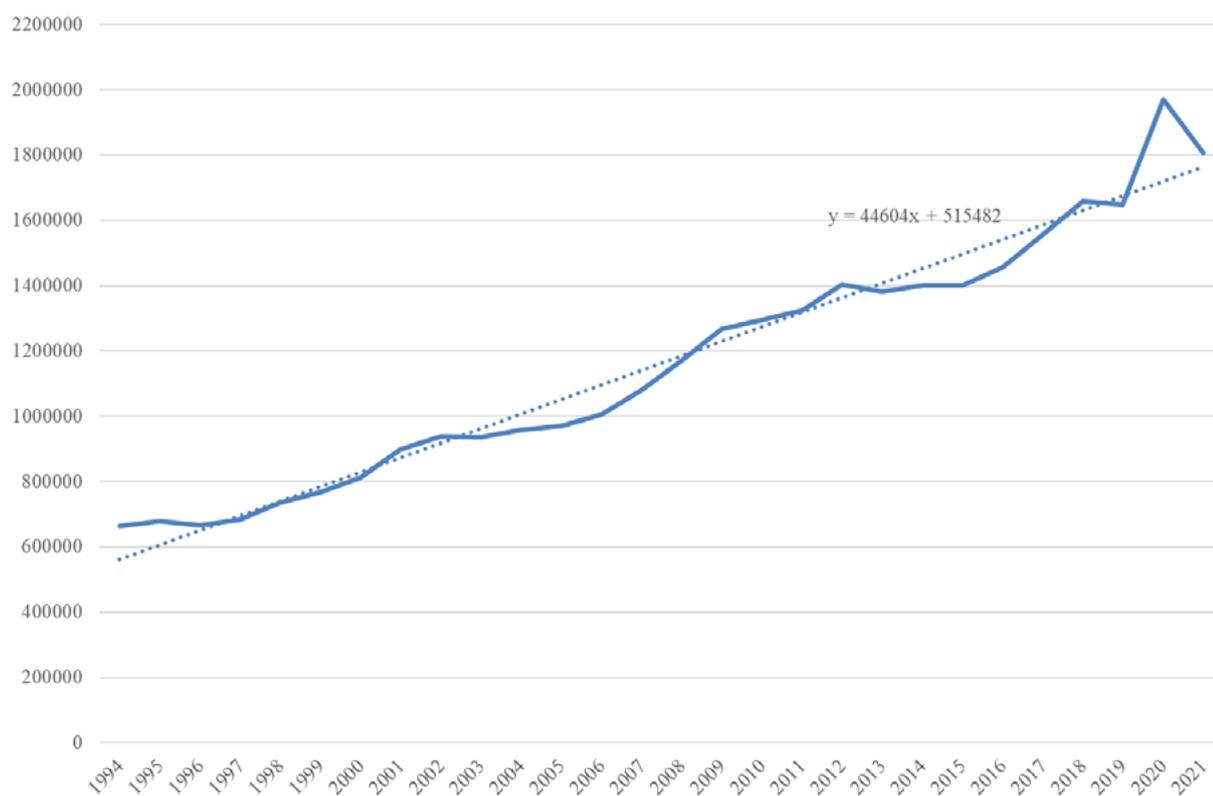
<sup>14</sup> SOKU-notat nr. 9, indeholder detaljer om økonomien

Der har naturligvis været variationer i udviklingen hen over årene. Det skyldes bl.a., at sundhedsudgifterne i et skattefinansieret sundhedsvæsen i et vist omfang afhænger af de økonomiske konjunkturer og politiske prioriteringer som led i de årlige vedtagelser af finansloven, herunder særlige ønsker og prioriteringer på sundhedsområdet.

Der finder med ganske få undtagelser ikke brugerbetaling sted i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, hvilket er meget særegent sammenlignet med andre lande. Det betyder, at de offentlige sundhedsudgifter stort set er lig de samlede sundhedsudgifter i Grønland. I Danmark udgør brugerbetaling omkring 18% af de samlede sundhedsudgifter, grundet brugerbetaling for blandt andet medicin og voksentandpleje. Hertil kommer, at der i Grønland ikke er private sygehuse.

Opgørelsen af de samlede sundhedsudgifter omfatter ikke kommunernes sundhedsudgifter. Opgørelsen omfatter heller ikke sundhedsudgifter relateret til private udbydere af sundhedsydelser. Private sundhedsydelser til patienter i Grønland vil typisk finde sted i Danmark gennemprivatfinansierede sundhedsforsikringer, som tegnes af arbejdsgivere eller individuelt. Omfanget af private sundhedsforsikringer i Grønland kendes ikke.

**Figur 5.5: De samlede sundhedsudgifter 1994-2021 i faste 2019-priser, 1000 kr.**



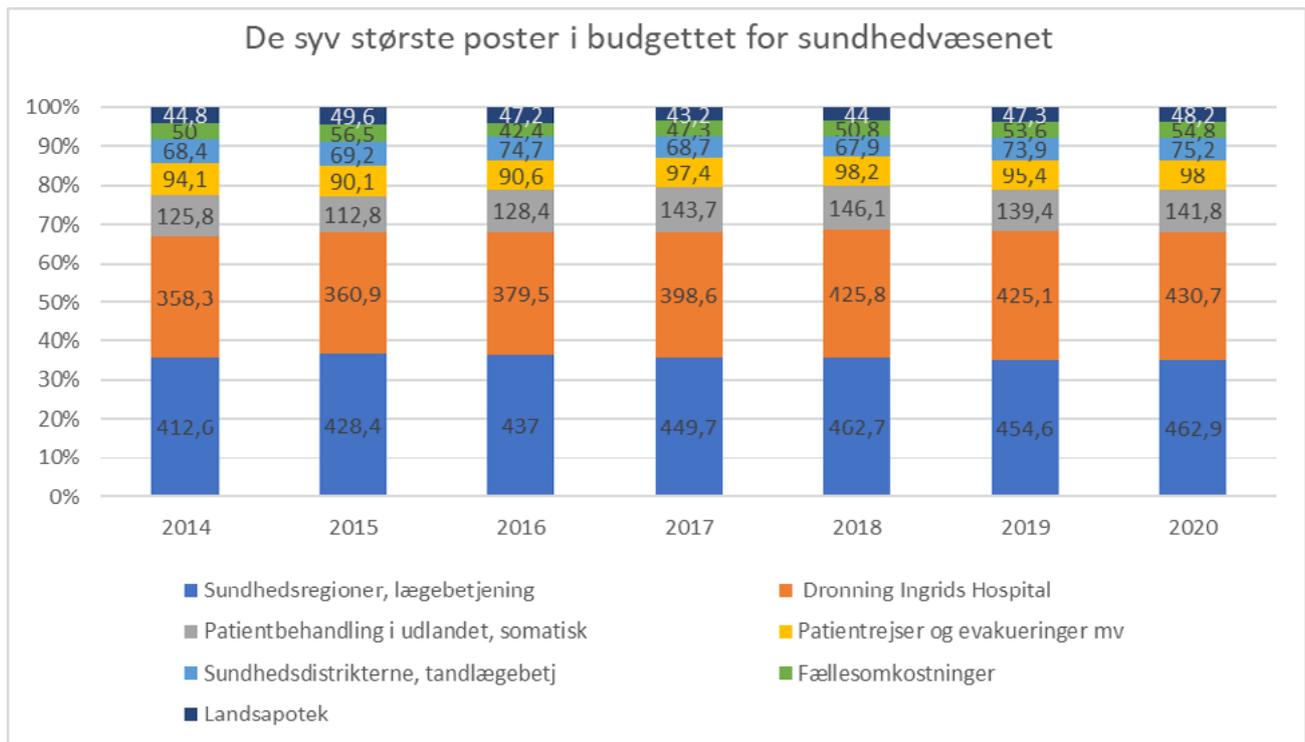
Kilde: Grønlands Statistik, Statistikbanken, tabel OFDFUNK

I finansloven er sundhedsvæsenets budget opdelt på 18 poster. De største syv poster dækker omkring 85% af de samlede udgifter. De fremgår af figur 5.5, hvor de absolutte beløb er indsat i søjlerne og den procentvise fordeling fremgår af den lodrette akse. Det skal dog bemærkes, at 2020-tallene ikke omfatter de ekstraordinære udgifter til Covid-19.

Figur 5.5 viser, at omkring 57% af budgettet går til sundhedsregionerne og Dronning Ingrid's Hospital.

9-10% går til somatisk behandling i udlandet. Dette skal dog ses i sammenhæng med udgifterne til Det Grønlandske Patienthjem i København, som udgør ca. 2,2% af sundhedsvæsenets budget. Patientrejser og evakueringer optager 7-8% af det samlede budget.

Figur 5.6: De syv største poster på sundhedsbudgettet



## 5.9 Beredskabsplan

Covid-19-pandemien viste behovet for og værdien af en beredskabsplan. En beredskabsplan dækker imidlertid over flere andre hændelser: større ulykker, ekstremt vejr, epidemier, terror og naturkatastrofer. Væksten i arktisk krydstogtskibsturisme og hændelser i denne forbindelse er et eksempel på en mulig større ulykke.

Sundhedssektorens samlede beredskabsplan er udarbejdet med afsæt i den danske sundhedsstyrelses vejledning<sup>15</sup> om planlægning af sundhedsberedskab, *Beredskabsplan for Grønland*<sup>15</sup> og *Risikobillede for Grønland*. Planen læner sig således op ad kendte begreber og strukturer, samt tager afsæt i de rammer og forhold der er specifikt gældende for Grønland<sup>16</sup>.

Planen dækker Selvstyrets sundhedssektor, som hører ressortmæssigt under Naalakkersuisoq for Sundhed og inkluderer Departementet for Sundhed, Landslægeembedet og Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Sundhedssektorens beredskabsplan berører kun i begrænset omfang de kommunale sundhedsydelser.

Formålet med beredskabsplanen er at beskrive, hvordan beredskabshændelser koordineres og håndteres i Selvstyrets sundhedssektor.

Planen skal anvendes som retningsgivende redskab i beredskabsplanlægningen inden for sundhedssektoren. Målet er, at beredskabsplanen sikrer, at der inden for hele Selvstyrets sundhedssektor leveres en koordineret, sammenhængende og effektiv beredskabsindsats ved beredskabshændelser.

Ansvaret for koordineringen af en opdateret beredskabsplan for Sundhedssektoren ligger hos Departementet for Sundhed.

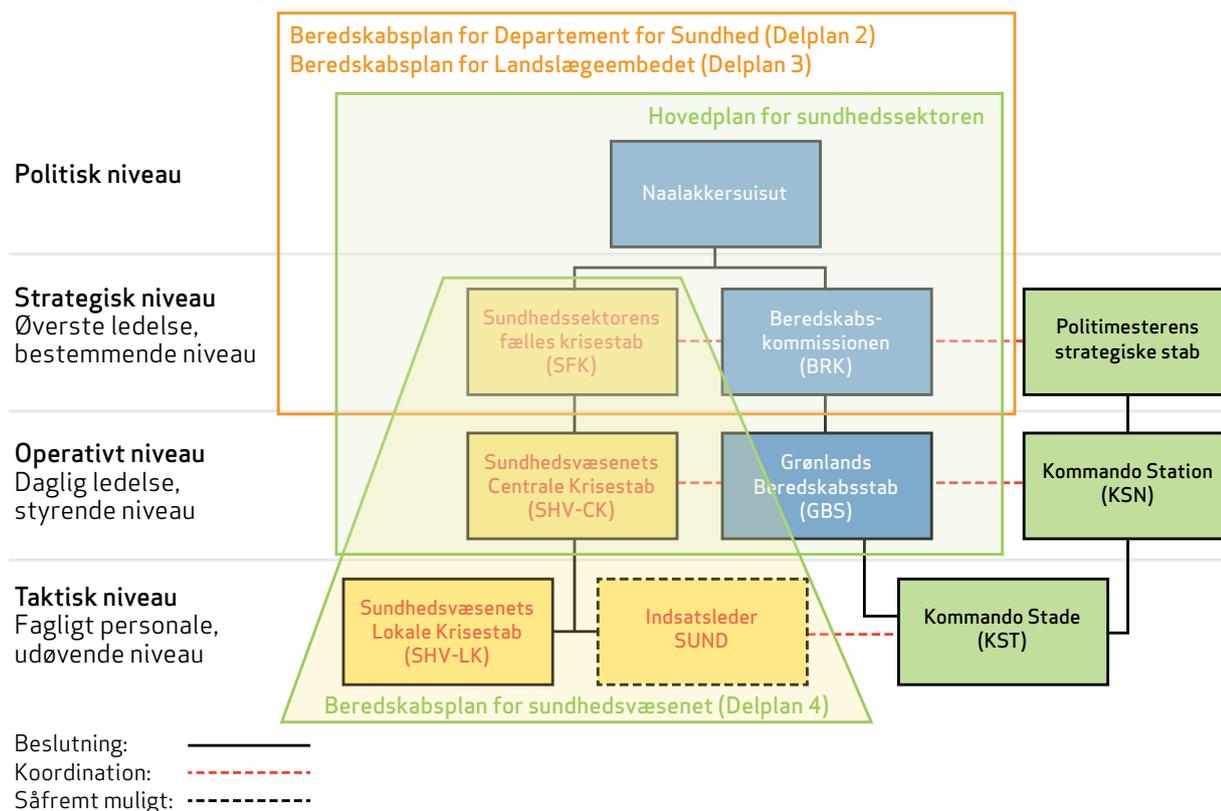
<sup>15</sup> <https://www.sst.dk/da/viden/beredskab/sundhedsberedskabet/vejledning-til-kommuner-og-regioner>  
<https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Departementer/Forskning-Miljoe/Miljoe-og-beredskabsafd/Beredskab/Beredskab-og-krisestyring>

<sup>16</sup> Fremstillingen her er baseret på Sundhedssektorens beredskabsplan - Hovedplan for det samlede beredskab i Selvstyrets sundhedssektor - opdateret december 2020 - ver 03

Departementet for Sundhed, Landslægeembedet og sundhedsvæsenet har på de forskellige niveauer hver især ansvar for at sikre, at opgaverne under sundhedssektorens beredskab løses. Ledelserne skal sikre et samlet robust og fleksibelt beredskab, som også fungerer når de daglige ressourcer og rutiner ikke længe er tilstrækkelige. Der skal være klarhed over prioritering af opgaver samt ansvarsområder i krisestyringen, og der skal være transparens i deltagelse i forskellige stabe og fora på såvel lokalt plan som for hele Grønland.

Beredskabsplanen gennemgås ikke i detaljer her. Strukturen fremgår af figur 5.7

**Figur 5.7: Oversigt over overordnede mødefora og stabe i Sundhedssektorens beredskabsplan sat i relation til de generelle beredskabsstabe og mødefora for Grønland, herunder også de tilsvarende beredskabsstabe og mødefora i politisektoren.**



## 5.10 Et robust sundhedsvæsen?

Det er i krisesituationer, at et sundhedsvæsen skal vise, om det kan modstå voldsomt og stort pres på den sædvanlige behandlings- og plejekapacitet. Det er svært at sige noget definitivt om det grønlandske sundhedsvæsens robusthed. Hvis der havde været gennemført en evaluering af forløbet af Covid-19-pandemien set ud fra sundhedsvæsenets perspektiv, ville man have haft et fingerpeg, men en sådan evaluering findes ikke. I en præsentation for Ph.D-studerende<sup>17</sup> er der dog opsamlet en række relevante observationer, både om hvordan beredskabet fungerede, og hvor presset sundhedsvæsenet var.

Under Covid-19-forløbet viste det sig, at epidemiloven og den deri hjemlede Epidemikommission var forældet. Der var ikke den rette bemanding i Epidemikommissionen, som hurtigt blev lukket. Man oprettede i stedet den Strategiske Corona Stab, som bestod af folk, der havde afgørende ledelsesmæssig styrke og rådede over ressourcer i Selvstyret, og som bestod af centrale departementschefer, Landslægen og Politiet i Grønland. Denne gruppe har afholdt ca. 130 møder og har været Naalakkersuisuts rådgiver under hele

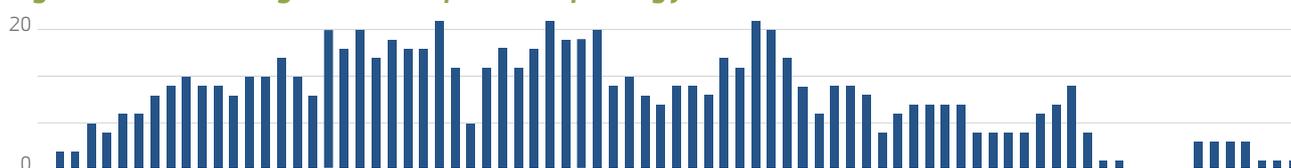
<sup>17</sup> Paneeraq Noahsen og Henrik L Hansen: Looking back – highlights from the Greenland strategy during the Pandemic, 28. September 2022 suppleret med interview med Henrik L Hansen i Polarfronten – Polarforskning i Perspektiv d. 4. april 2023.

Covid-19-forløbet. Sundhedsledelsen indgik ikke i denne stab, da der med meget kort varsel var brug for hurtig opbygning af kapacitet og evne til at handle i praksis på situationen. Det var i stedet Departementet for Sundhed og Landslægeembedet, der skulle repræsentere sundhedsvæsenet.

Den første testfacilitet i Nuuk blev placeret på Dronning Ingrid's Hospital, men på det tidspunkt var det meget svært at få rådgivning nogen steder fra, eksempelvis om håndtering af coronavirus i laboratoriet. Man endte med at indrette et særligt rum på hospitalet, og man entrerede i første omgang med et dansk-færøsk firma, Amplexa, hvilket fungerede. Senere bistod amerikanske myndigheder med at skaffe testudstyr.

I Grønland var det ikke manglen på respiratorer, der spillede en betydelig rolle i modsætning til Danmark. Det, der fyldte noget, var antallet af indlagte, fordi de krævede isolation. Er der eksempelvis 15 indlagte på én dag, jf. nedenstående figur, er det meget krævende. Det ville sygehusene mandskabsmæssigt ikke kunne have håndteret i længere tid. I Danmark kunne man hente folk ind fra andre områder end sundhedsvæsenet og bruge dem til at teste og vaccinere. I Grønland måtte man bruge kernemedarbejdere fra sundhedsvæsenet på at vaccinere.

**Figur 5.8: Antal indlagte Covid-19 patienter per dag januar-marts 2022**



Sundhedsvæsenet klarede udfordringen, men måtte skubbe andet til side og var presset. Man får en fornemmelse heraf ud fra tabel 5.7. Ændringerne i sundhedsvæsenets aktiviteter under Covid-19-pandemien var overraskende beskedne i Grønland opgjort som procent, mens indlæggelserne i Danmark faldt markant - utvivlsomt i kølvandet af de markante rejserestriktioner.

**Tabel 5.7: Ændring i sygehusaktiviteten i forbindelse med Covid-19**

	2017-2019	2020-2021		
	Gennemsnit	Gennemsnit	Ændring	Ændring (%)
Indlagte, hele Grønland	27.422	26.506	-916	-0,03
Indlagte, fødeafdeling DIS	1.080	959	-121	-0,11
Operation, hele Grønland	4.498	4.271	-227	-0,05
Røntgen-undersøgelser	27.352	25.802	-1570	-0,06
Røntgenundersøgelse, thorax	7.579	6.673	-906	-0,12
PCR-test for tuberkulose	2.791	1.968	-823	-0,3
Laboratorie tests (ekskl. Covid-19)	2.492.771	2.511.769	18.998	+ 0,8%
Indlagte i Danmark	1.549	1.326	223	14,4

Kilde: Ph.D.-præsentation og supplerende data vedrørende indlæggelser i Danmark

Grønland slap efter Landslægens vurdering forholdsvis nådigt igennem Covid-19-pandemien. Målt på økonomien, dødeligheden og et sundhedsvæsen, der holdt til det, kan man godt tillade sig at sige, at det kunne være gået værre. Ikke mindst med de ekstreme logistiske udfordringer, som sundhedsvæsenet oplevede. Der var få af de alvorligt syge, der døde, og der var ingen overdødelighed. Samfundet fungerede, og skoler og uddannelser var åbne. På den anden side er det spørgsmålet om sundhedsvæsenet var tilstrækkeligt gearet til at være proaktive og på alle felter var tilstrækkeligt. Det er vanskeligt at vurdere hvilken læring, der har været i sundhedsvæsenet baseret på Covid-19-erfaringerne.

Sundhedskommissionen har således ikke haft adgang til en efterfølgende systematisk evaluering af håndteringen af og erfaringerne fra Covid-19-forløbet, der opstod uden varsel og trak på store personalemæssige og økonomiske ressourcer fra mange myndigheder og organisationer, herunder fra sundhedsområdet, kommunerne samt ansvarlige i forhold til beredskabs- og logistikopgaver.

En uafhængig evaluering af forløbet med det sigte at kunne håndtere lignende situationer i fremtiden, herunder organisatorisk og ressourcemæssigt vil kunne bidrage til, at samfundet kan stå bedre rustet næste gang en tilsvarende situation måtte opstå. Dette forudsætter dog, at en sådan evaluering følges op af de fornødne prioriteringer og eventuelle organisatoriske tilpasninger.

## 5.11 Perspektiver: Kvalitet og ledelse

I et moderne sundhedsvæsen står bedre kvalitet og kvalitetsudvikling højt på dagsordenen. På punktet om kvalitetsudvikling halter Det Grønlandske Sundhedsvæsen dog bagefter.

Overordnet drejer kvalitet sig om graden af målopfyldelse på forskellige områder. Det kan dreje sig om alt fra nedbringelse af komplikationer ved operation, mindske tilfælde af tryksår eller hurtigere afvikling af ventelister. Øget kvalitet kan medføre forbedringer til gavn for hele sundhedsvæsenet. Kvalitets- og forbedringsarbejde kan udføres på mange måder, men er ofte kendetegnet ved at fokusere på målbare faktorer og strukturerede processer for øget målopfyldelse.

Der skelnes normalt mellem tre kvalitetsdimensioner: Fagprofessionel/klinisk kvalitet, patientoplevet kvalitet og organisatorisk kvalitet. Kvalitetsudvikling er et samlebegreb for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet og dækker over aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Interessen for kvalitet kommer til udtryk på mange måder. Lige fra kliniske kvalitetsdatabaser med oplysning om behandling og komplikationer ved en række diagnoser over rapportering af utilsigtede hændelser og undersøgelse af patientoplevet kvalitet. Det kræver overskud og ressourcer at løfte kvalitetsarbejdet, men hvis man starter gradvist, vil der i løbet af få år kunne opbygges en mindre kvalitetsorganisation tilpasset grønlandske forhold uden unødvendigt bureaukrati.

Kvalitetsarbejdet kunne starte med at gennemføre en national repræsentativ undersøgelse af patienterfaringer i det grønlandske sundhedsvæsen baseret på telefoninterviews. Man kunne starte med en undersøgelse hvert andet år og sigte mod en årlig undersøgelse. Med en sådan undersøgelse kan man underbygge, at debatter om kvaliteten i sundhedsvæsenet får et bedre grundlag end debatindlæg om enkeltstager på sociale medier. Kvalitetsarbejdet kan eksempelvis også fokusere på nedbringelse af utilsigtede hændelser.

En utilsigtet hændelse er en begivenhed, som medfører skade eller risiko for skade hos patienten. Hændelsen er utilsigtet, fordi de sundhedspersoner, der er involveret, naturligvis ikke har til hensigt at skade andre. Utilsigtede hændelser kan ske, hvis der f.eks. er mangler i sikkerhedssystemer, problemer med teknisk udstyr og apparatur, uhensigtsmæssige forhold i tilrettelæggelse af arbejdet, fejlmedicinering, misforståelser eller tab af information.

Når der er udfordringer i et sundhedsvæsen, lyder et tilbagevendende råd: Bedre ledelse. Det er ikke en universalløsning, og en række udfordring kan ikke løses ved bedre ledelse eller bedre ledelsesvilkår og organisationsstruktur, men det er alligevel vigtigt at se på ledelsessituationen, fordi god ledelse kan gøre en forskel.

Ledelse handler om at sætte retning og skabe resultater sammen med andre. Retningen sætter man med medarbejderne for at skabe ejerskab til retning og mål. Der er variationer i, hvordan ledelse kan og skal praktiseres. Ledelse er en kompetence, der kan læres og udvikles. Talentet kan være forskelligt og engagementet ligeså. En væsentlig del af ledelsesopgaven er personaleledelse og arbejdstilrettelæggelse, som kan tillæres via erfaring og kurser.

Ledelsesmæssigt er den største udfordring i det grønlandske sundhedsvæsen den hyppige udskiftning, som gør det vanskeligt både at skabe retning, stabilitet og erfaring. Hertil kommer, at mange ledere ikke har lang ledelsesanciennitet- og erfaring. Mange ledere har under 2-3 år ledelseserfaring og kastes ofte ud i ledelsesopgaver uden at have de fornødne forudsætninger, herunder grundlæggende ledelseskurser.

Per april 2023 er en række overordnede ledelsesstillinger ubesatte, blandt andet cheflæge, landsapoteker, tre ledende regionslæger og to ledende regionssygeplejersker. I tillæg er der hyppige skift på en lang ræk-

ke stillinger i de underliggende ledelseslag, herunder afdelingssygeplejersker. Ledelsesmæssig stabilitet er én af de vigtigste forudsætninger for et sundhedsvæsen i udvikling.

Ledelsesmæssigt bør der sættes på medarbejdere, som kan forventes at blive i Grønland i længere tid. Bedst vil det være, at flere grønlandske medarbejdere i højere grad går ledelsesvejen, da de som udgangspunkt besidder nogle sproglige og kulturelle kompetencer, som kan komme sundhedsvæsenet til gavn. Der skal sikres gode ledelsesvilkår, hvor ledelsesopgaverne ikke drukner i unødigt administration. På alle ledelsesniveauer skal der tilbydes ledelseskurser og ledelsesudvikling – på mellemliderniveauet med særlig vægt på (empatisk) personaleledelse og arbejdstilrettelæggelse.

De tre grundvilkår for at drive det grønlandske sundhedsvæsen, jf. kapitel 3, giver særlige ledelsesmæssige udfordringer og vigtige afledte ledelsesmæssige opgaver:

- De geografiske afstande kræver gode evner til distanceledelse med fokus på samarbejde og uddelegering samt sikring af relevant systemunderstøttelse med hensyn til strategisk brug af telemedicin og adgang til relevant ledelsesinformation
- Flersprogetheden og andre kulturforudsætninger kræver en rummelig ledelsesstil med fælles forståelse for håndteringen heraf samt respekt for forskellighed
- Personalemangel og stor personaleomsætning kræver evner til at skabe et godt arbejdsmiljø og forståelse for rekruttering og fastholdelse samt indretning af hensigtsmæssige on-boardingforløb og introduktion af nye medarbejdere

## 5.12 Anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At bemanningen i Departementet for Sundhed øges for at styrke det strategiske arbejde og politiske betjening
2. At den økonomiske ramme for støttefunktioner og administration i Det Grønlandske Sundhedsvæsen øges for at undgå at administrative opgaver løses af kliniske medarbejdere
3. At de driftsrettede opgaver i Styrelsen for Sundhed integreres i sundhedsvæsenet – således, at Det Grønlandske Sundhedsvæsen gøres til én tydelig og klar driftsorganisation. De rent juridisk definerede styrelsesopgaver isoleres i Styrelsen for Sundhed
4. At de ledende regionslæger aflastes for administrative opgaver, blandt andet HR-relaterede opgaver
5. At det overvejes af genindføre den centrale styring af blandt andet apoteks- og laboratorieområdet fra før regionsreformen
6. At der igangsættes en analyse af Steno Diabetes Centrets betydning for det almen medicinske arbejde, herunder kronikerområdet
7. At der udarbejdes en ny udgave af Ydelseskataloget, der samtidig bør skifte navn og holdes løbende opdateret
8. At Allorfik bør være en driftsenhed i sundhedsvæsenet med selvstændigt budget for at sikre en tættere forbindelse mellem parterne<sup>18</sup>
9. At der gennemføres en uafhængig evaluering af Covid-19-forløbet med henblik på at drage erfaringer derfra til brug for at forberede håndtere lignende situationer i fremtiden.
10. At kvalitetsarbejdet og lederudvikling styrkes
11. At der indledes et arbejde med at udvikle en samlet sundhedslov

<sup>18</sup> Medlem af Sundhedskommissionen Tine Pars har indgivet en mindretalsudtalelse på baggrund af denne anbefaling, som hun ikke bakker op om.

## Kapitel 6.

# Det somatiske sundhedsvæsen

Hovedpunkter i kapitlet:

- Kapitlet er primært en beskrivelse af de forskellige funktioner i sundhedsvæsenet
- Der er en relativt lav udnyttelse af sengekapaciteten på regionssygehuse og sundhedscentre (lav belægning af sengene). Det rejser spørgsmålet om, hvad den ubenyttede kapacitet bruges til.
- Forbedret samspil og optimering af arbejdsdeling mellem plejehjem og regionssygehuse/sundhedscentre. Langt de fleste fødsler i landet foregår i Nuuk i dag. Nogle regionssygehuse har svært at opretholde bemanningen til et kirurgisk beredskab for at kunne fungere som fødesteder. Med begrænsede specialiseringsmuligheder er der fremover fortsat behov for mange behandlinger uden for Grønland, (i praksis) i Danmark
- Lavt forbrug af lægemidler sammenlignet med øvrige Norden – gælder også sundhedsydelser i øvrigt
- Ventelister er enten utilgængelige eller svære at opdatere
- Der synes at være et fravær af faglige strategier for de fleste lægespecialeområder – strategier som udstikker retningen for en faglig udvikling og ambition
- Tilgængeligheden til primære sundhedsydelser i Nuuk (Dronning Ingrid Sundhedscenter, DIS) er utilfredsstillende. Den nuværende telefonordning fungerer ikke med op til 100 daglige opkald, der ikke besvares
- Sundhedskommissionen har ikke i detaljer set på den kliniske organisering på Dronning Ingrid Hospital (DIH) og arbejdsdelingen mellem DIH og DIS, herunder ansvaret for skadestuen. Sundhedskommissionen kan derfor ikke vurdere, om driften på begge steder følger god praksis for moderne hospitalsdrift blandt andet baseret på en datadrevet tilgang

### 6.1 Behandling<sup>19</sup>

I dette kapitel gennemgås det somatiske sundhedsvæsen, det vil sige den del af sundhedsvæsenet, som drejer sig om kroppen i modsætning til sindet, psykiatrien. Psykiatrien behandles særskilt i kapitel 14. Hvor det er muligt, er udviklingen belyst med data fra det elektroniske patientjournalssystem (EPJ-system), Cosmic. I det følgende opridses kort, hvilke ydelser der tilbydes borgerne, som det fremgår af sundhedsvæsenets *Ydelseskatalog* fra 2015. Det er dog ikke muligt for Sundhedskommissionen at vurdere, om *Ydelseskatalogets* beskrivelse svarer til praksis.

<sup>19</sup> En betydelig del af det følgende er baseret på *Katalog over sundhedsfaglige ydelser i Regionerne* fra 2015 ('Ydelseskataloget'). Dette kapitel skal læses i sammenhæng med kapitel 5 om det grønlandske sundhedsvæsen og kapitel 14 om psykiatrien.

Personer tilmeldt folkeregistret med bopæl i Grønland har ret til en række ydelser:

- Forebyggende helbredsundersøgelser
- Lægebehandling, herunder evt. speciallægebehandling
- Indlæggelse og ophold i sundhedsvæsenets institutioner, herunder omsorg for gravide og fødende
- Tandbehandling i sundhedsvæsenets/tandplejens institutioner, herunder forebyggende tandpleje<sup>20</sup>
- Opsøgende sundhedstjeneste
- Sundhedspleje
- Sygepleje i sundhedsvæsenets institutioner eller i hjemmet
- Receptpligtig medicin, herunder ikke receptpligtig medicin efter nærmere regler fastsat af Naalakkersuisut
- Vaccination mod visse sygdomme
- Hjælpemidler, der erstatter eller korrigerer defekte eller manglende legemsdele
- Fysiurgisk behandling, der finder sted i tilknytning til ambulans behandling eller indlæggelse i sundhedsvæsenets institutioner
- Attester, efter nærmere regler fastsat af Naalakkersuisut

For at fremme den lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser har alle personer med folkeregisteradresse og fast bopæl i landet ret til transport, når den er lægeordineret, fra byer eller bygder eller andet sted med helårsbeboelse til regionssygehuset eller sundhedscentret i byen, til Dronning Ingrid's Hospital og til en behandlingsinstitution udenfor landet.

### 6.1.1 Tandklinikker

Den systematiske indsats på tandområdet er rettet mod børn og unge op til 21 år, der gradvist øges til 26 år i de kommende år. For den voksne del af befolkningen eksisterer der ikke et systematisk tilbud, men den enkelte kan selv henvende sig til tandklinikkerne ved ønske om eftersyn eller behandling. Der er dog typisk tale om akutbehandling.

Landstandplejen gennemgås i kapitel 16.

### 6.1.2 Sengeafdeling med indlæggelse

Der er mulighed for indlæggelse på Dronning Ingrid's Hospital, alle regionssygehuse (inkl. Tasiilaq sundhedscenter), en række sundhedscentre samt patienthoteller. På de mindre sundhedscentre er der begrænset mulighed for indlæggelse. På sygeplejestationer i bygderne er stabiliserende indlæggelse muligt, indtil transport til sygehus/sundhedscenter gennemføres. Omfanget heraf kendes ikke, og som det beskrives senere i kapitlet, er der ikke registreret nogle tilfælde af dette.

---

<sup>20</sup> Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 15 af 13. september 2006 om tandpleje

**Tabel 6.1: Lokationer for indlæggelser 2017-2021**

Sundhedsregion Avannaá		Sengetal	Ca. antal ansatte
	Regionspsygehus Ilulissat	23	75
	Patienthotel, Ilulissat	23	
	Patienthotel, Qaanaaq	4	
	Patienthotel, Upernavik	28	
	Sundhedscenter Qaanaaq	5	17
	Sundhedscenter Upernavik	15	40
	Sundhedscenter Uummanaq	21	40
Sundhedsregion Disko			
	Regionspsygehus Aasiaat	21	70
	Patienthotel, Aasiaat	28	
	Sundhedscenter Qasigiannuit	5	14
	Sundhedscenter Qeqertarsuaq	4	16
Sundhedsregion Kujataa			
	Regionspsygehus Qaqortoq	21	60
	Patienthotel, Qaqortoq	12	
	Sundhedscenter Nanortalik	15	19
	Sundhedscenter Narsaq	12	24
	Sygeplejestation Narsarsuaq	1	
Sundhedsregion Qeqqa			
	Regionspsygehus Sisimiut	21	73
	Patienthotel Sisimiut	5	
	Patienthotel Maniitsoq	5	
	Sundhedscenter Maniitsoq	18	55
	Sygeplejestation Kangerlussuaq		
Sundhedsregion Sermersooq			
	Dronning Ingrid's Hospital (DIH)	149	
	Patienthotel, DIH	85	
	Dronning Ingrid's Sundhedscenter		
	Sundhedscenter Paamiut	10	22
	Sundhedscenter Ittoqqortoormiit	3	5
	Sundhedscenter Tasiilaq	19	52
	Patienthotel Tasiilaq	4	
DIS	Alle afdelinger, stabe m.m.	115	575
	Det Grønlandske Patienthotel	72	60

Note: Sengetallene er baseret et udtræk fra Cosmic per januar 2023 og er sammenlignet med notat om Oversigt faciliteter og funktioner i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og Eksisterende faciliteter og funktioner i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Der er ikke store forskelle mellem udtrækket fra Cosmic og notaterne - typisk plus/minus 2-4 senge. Det reelt til rådighedværende antal senge afhænger af bemandingssituationen. Det hedder i notatet, at opgørelserne bygger på informationer fra de enkelte regionsledelser, som er blevet opfordret til at beskrive det dengang aktuelle billede i regionerne (2020).

Ifølge Ydelseskataloget kan borgere i Nuuk indlægges akut til undersøgelse og behandling på en af specialafdelingerne på Dronning Ingrid's Hospital og har dermed adgang til specialistbetjening ved enhver indlæggelse.

På regionspsygehuse og større sundhedscentre kan der ske såvel akutte som planlagte indlæggelser. Behandlingerne kan konfereres med speciallæger på Dronning Ingrid's Hospital eller i Danmark. Derudover kan patienter indlægges til fortsat behandling og rehabilitering på vej tilbage fra en behandling på Dronning Ingrid's Hospital eller i Danmark.

På et mindre sundhedscenter kan man indlægges akut og få behandling med henblik på en udskrivelse eller stabilisering før transport til regionssygehus eller Dronning Ingrid's Hospital. Indlæggelsesvarigheden vil være i størrelsesordenen 24-72 timer. Indlæggelser af længere varighed end 72 timer skal konfereres med regionssygehuset. Ifølge Ydelseskataloget kan der på sygeplejestationer og i bygderne ikke tilbydes indlæggelse, men kun stabilisering.

### 6.1.3 Akutbetjening

Regionssygehuse og større sundhedscentre har døgnvagt, og befolkningen har adgang hele døgnet. Flere sundhedscentre henviser dog til regionssygehuset efter et bestemt klokkeslæt. Kontakten skal, medmindre der er tale om en akut livstruende situation, forudgå af en telefonisk kontakt til sundhedsvæsenet. I byer med mindre sundhedscentre og i bygder er der uden for normal arbejdstid telefonisk kontakt til regionssygehuset eller et større sundhedscenter.

Hvis der opstår akutte tilfælde, kan personalet på regionssygehuset ud fra et fagligt skøn foretage opkald til personalet i de mindre sundhedscentre eller sundhedspersonalet i bygderne, hvorfra opkaldet er foretaget og bede personalet om at tilse den akutte patient. Der foreligger ikke data om, i hvilken grad denne mulighed benyttes.

Personalet i bygderne har ikke formaliseret (rådigheds-)vagt. Akutbetjening af patienter i både dag- og vagttid kan foregå ved telefonisk rådgivning, telemedicinsk rådgivning eller ved fremmøde på sundhedsenheden. Rådgivningen kan gives af læge eller andet sundhedsfagligt personale alt efter indholdet.

Det fremgår af sundhedsvæsenets visitationsretningslinjer på hvilket kompetenceniveau vurdering, rådgivning og behandling skal ske. Større bygdekonsultationer, sygeplejestationer og mindre sundhedscentre har en akutseng (evt. flere på de mindre sundhedscentre), hvor sundhedspersonalet har mulighed for at stabilisere en patient frem til overflytning til større sundhedscenter/regionssygehus/Dronning Ingrid's Hospital.

Der er ved regionssygehuse og større sundhedscentre et døgnambulanceberedskab med en portørredder i vagt på sundhedsenheden. Der kan ved behov tilkaldes yderligere ambulancepersonale i forbindelse med særlige præhospitale indsatser eller særlige transportopgaver. Der foreligger retningslinjer for kategorisering af udrykningskørsel i regionerne.

Ved mindre sundhedscentre er der bemanning af ambulancetjenesten i dagarbejdstiden kl. 8-16, mens der i vagttiden kan tilkaldes ambulance efter behov. Der er ikke ambulancebetjening i ltoqqortoormiit.

### 6.1.4 Belægningstal og ambulante kontakter

Der er blevet trukket data fra Cosmic - det elektroniske patientjournalssystem<sup>21</sup> - om indlæggelser, senge-dage og ambulante kontakter for blandt andet at belyse udviklingen over en kortere årrække. Tallene for Tasiilaq stammer dog fra landspatientregisteret. Der foreligger data for perioden 2017-2021, således, at man kan spore udviklingstendenser. Ved læsningen skal man erindre, at årene 2020-2021 var stærkt præget af Covid-19-pandemien. I opgørelsen tælles antallet af indlæggelser, ikke antallet af unikke CPR-numre. Der er opgørelser for såvel patienter som pårørende/ledsagere.

Der har kun været få konkrete aftaler med sundhedsvæsenet om udlevering af aktivitetsdata til eksterne parter, eksempelvis til forskning og politisk servicering. Disse data er blevet udleveret med stærke forbehold knyttet til reproducerbarheden, det vil sige om et udtræk kan gentages med samme resultat. Fordelingen på tidsforbrug i EPP-kontoret til datatræk er, at der bruges 5-10% af tiden på at levere data til forskning, 10-20% af tiden på data til besvarelse af politiske spørgsmål, mens 70-85% af tidsforbruget går til at understøtte de kliniske funktioner i sundhedsvæsenet.

<sup>21</sup> Tallene i de følgende tabeller og figurer stammer fra to notater: 1) SHV - dataudtræk i sundhedsvæsenet, 9. september 2022 og 2) Rettelser til tidligere aktivitetsopgørelse af 05-09-2022 - NSKO 24-01-2023

Den begrænsede adgang for eksterne interessenter skyldes i høj grad, at sundhedsvæsenet endnu ikke har fået implementeret en entydig strategi for at sikre reproducerbare og veldokumenterede dataudtræk på aktivitet. I et notat fra Sundhedsledelsen noteres det, at kvaliteten af den registrerede data på mange områder er høj og afspejler den aktuelle aktivitet retvisende. Derfor er grundlaget for en mere systematisk struktur på data til eksterne interessenter nu stærkere end det nogensinde har været.

Data-leverancerne til Sundhedskommissionen har nødvendiggjort en nøjere gennemgang og opdatering af de ældre strukturer og definitioner i Cosmic. Dette sikrer, at nuværende og fremtidige dataudtræk på aktivitetsdata er reproducerbare. Hertil kommer, at dette arbejde samtidig støtter op om en fælles intern og ekstern forståelse af den aktuelle aktivitet, og den centrale rolle som den spiller for ledelse i sundhedsvæsenet. Datamæssigt har der indtil nu i et vist omfang været ledet i blinde, fordi Cosmic ikke har været gearret til at levere ledelsesorienteret data. Det er derfor nødvendigt at understrege, at tallene i de efterfølgende tabeller og tal er forbundet med en vis usikkerhed, hvilket understreger de dataproblemer som beskrives i kapitel 18 om et datadrevet sundhedsvæsen.

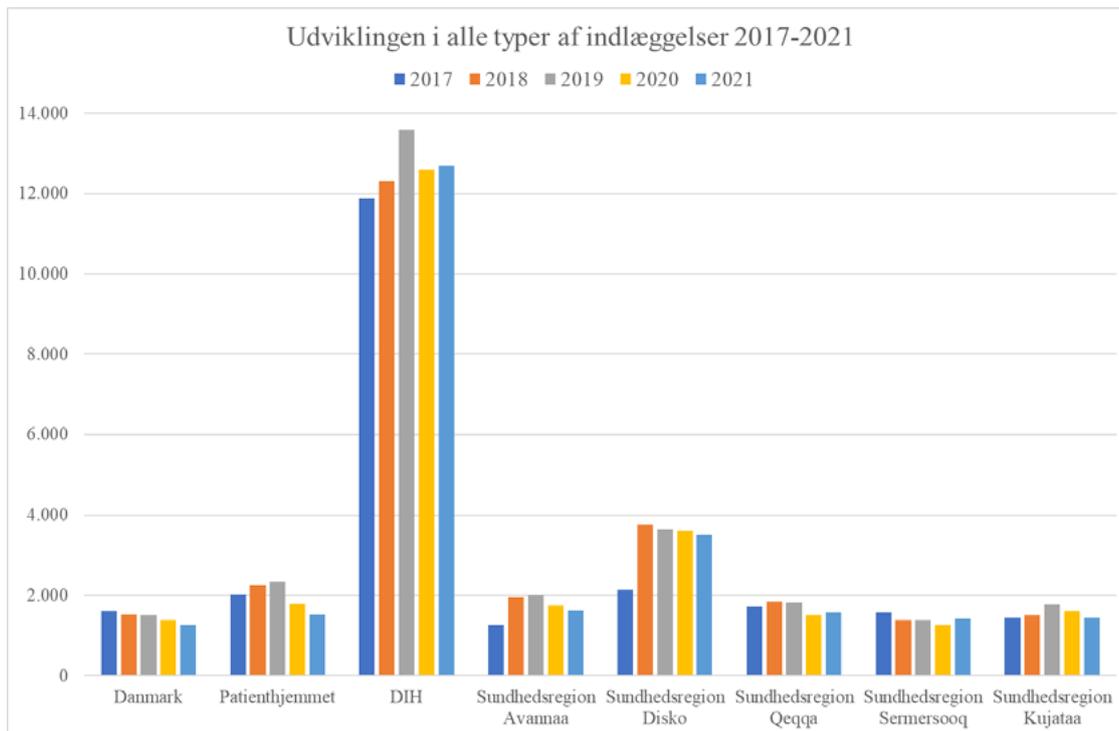
Det grønlandske sundhedsvæsen skiller sig ud fra mange andre sundhedsvæsener ved blandt andet at have relativt mange patienthoteller og relativt mange medindlagte pårørende. Begge dele hænger delvist sammen med store geografiske afstande. I de statistiske opgørelser er der relativt mange indlæggelser på patienthotellerne sammenlignet med sygehusene. Det er uklart hvorfor. Er der tale om fortsat pleje og behandling efter udskrivning fra sygehusophold, som gør det berettiget at tale om indlæggelser på patienthotellerne? Hovedforklaringen er snarere, at der er tale om patienter i transit, patienter fra bygderne indkaldt til almindelig lægetid, eller patienter som flyttes ud af afdelingen, mens de venter på, at kommunen overtager varetagelsen af patienten. Der foregår sjældent reel behandling på patienthotellerne, men der udføres selvfølgelig nødvendig pleje i en vis udstrækning (såsom skift af plaster, hjælp til medicin el.lign.).

For patienthotellerne angives relativt høje patienttal. Eksempelviser der på patienthotellet i Ilulissat næsten lige så mange patienter som på regionssygehuset. For at tale om indlagte patienter på patienthotellerne må man antage, at der som minimum ydes visse plejeydelser, jf. ovenfor, medmindre der er tale om gennemrejsende til f.eks. Nuuk eller Danmark. Gravide fra områder uden fødselsbetjening er ofte til stede to måneder før termin og regnes tilsyneladende som værende indlagte.

#### 6.1.4.1 Indlæggelser

Antallet af indlæggelser siger noget om aktiviteten på sygehusene, men uden supplerende data om antal senge og sengedage, kan man ikke sige noget om ressourcudnyttelsen og kapacitet.

Nedenfor præsenteres tal for indlæggelser i Danmark og for DIH, regionssygehuse, sundhedscentre og for patienthoteller, men der startes med et samlet overblik for indlæggelser på regionsniveau 2017-2021. Der er forskel på alvorlighed af indlæggelser disse steder. Alvorlighed og behov for specialiseret behandling kan dog ikke data-dokumenteres.

**Figur 6.1: Udvikling i antal indlæggelser uanset indlæggelsestype.**

Figur 6.1 viser, at antallet af indlæggelser på DIH er støt stigende, ligesom indlæggelser i Danmark har været støt faldende. Årsagen er muligvis hjemtagelse af visse behandlinger fra Danmark. Indlæggelser opgjort på regionsniveau viser stagnation eller fald.

Udviklingen i det samlede antal indlæggelser fremgår af tabel 6.2

**Tabel 6.2: Udviklingen i samlet antal indlægger på tværs af indlæggelsessteder, inkl. patienthotel**

	2017	2018	2019	2020	2021
Samlet antal indlæggelser jf. Cosmic	24.763	27.916	29.586	26.727	26.285
Tasiilaq Sygehus, jf. landpatientregisteret	1194	1074	1082	953	1086

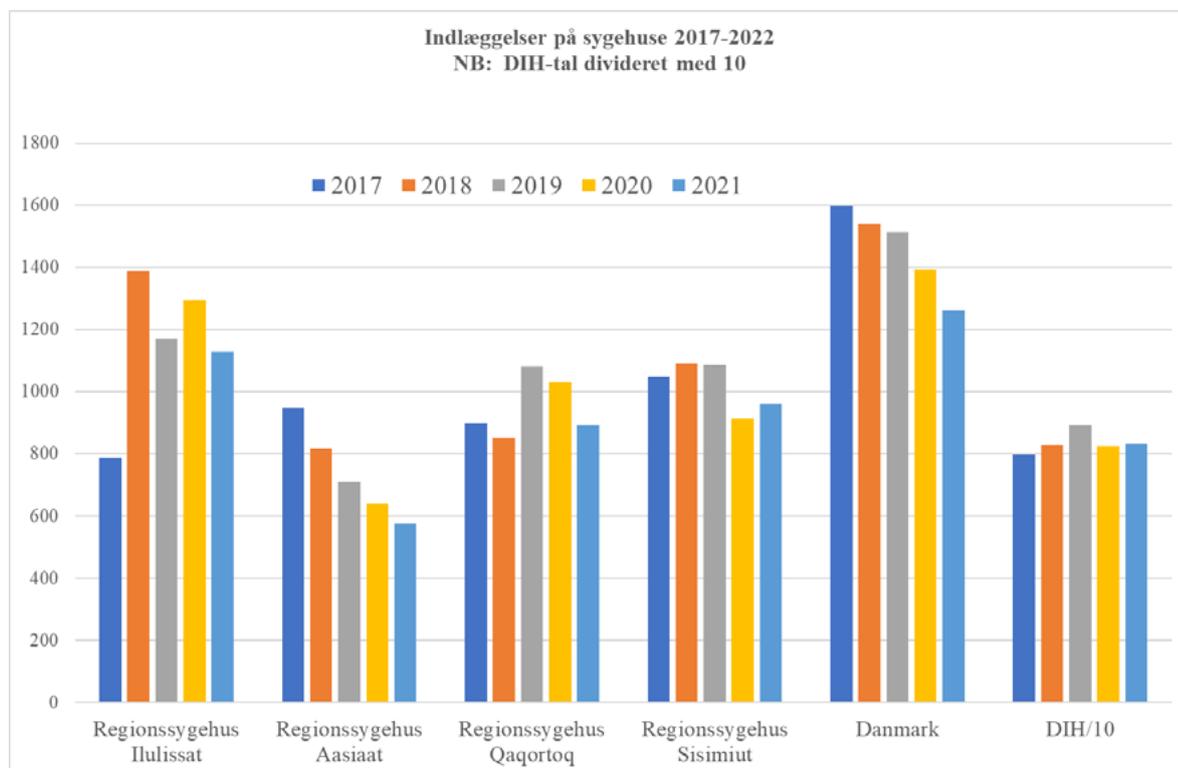
Tabel 6.2 viser en markant stigning i indlæggelser før pandemien og et fald til under 2018-niveauet i 2020 og 2021, der var meget påvirket af Covid-19-pandemien. Det skal bemærkes, at der opgørelsesmæssigt medregnes overflytninger mellem afdelinger. Det vil sige, at der i modsætning til tidligere medtælles alle overflytninger mellem afdelinger som enkelte indlæggelser. Dette øger indlæggelsestallet, ligesom det brede indlæggelsesbegreb, hvor patienthoteller også er medtaget, også skal medtænkes.

I tabel 6.3 er indlæggelserne opgjort på indlæggelsessted. Det fremgår, at indlæggelser på sygehuse dominerer, og frem til 2019 var antallet stigende. Indlæggelserne på DIH dominerer og udgør ca. 60% af indlæggelserne på tværs af 2017-2021. I forhold til indbyggertallet i Grønland er der i gennemsnit tale om ca. 400 indlæggelser per 1000 indbyggere. Dette er højt sammenlignet med Danmark, hvor tallet i 2021 var på 82. En mulig forklaring kan være, at man i Grønland i modsætning til Danmark får mindre kommunale indsats, f. eks. i forbindelse med udskrivning og de geografiske afstande. En anden mulighed er, at mere behandling i Danmark foregår ambulært, det vil sige uden indlæggelse.

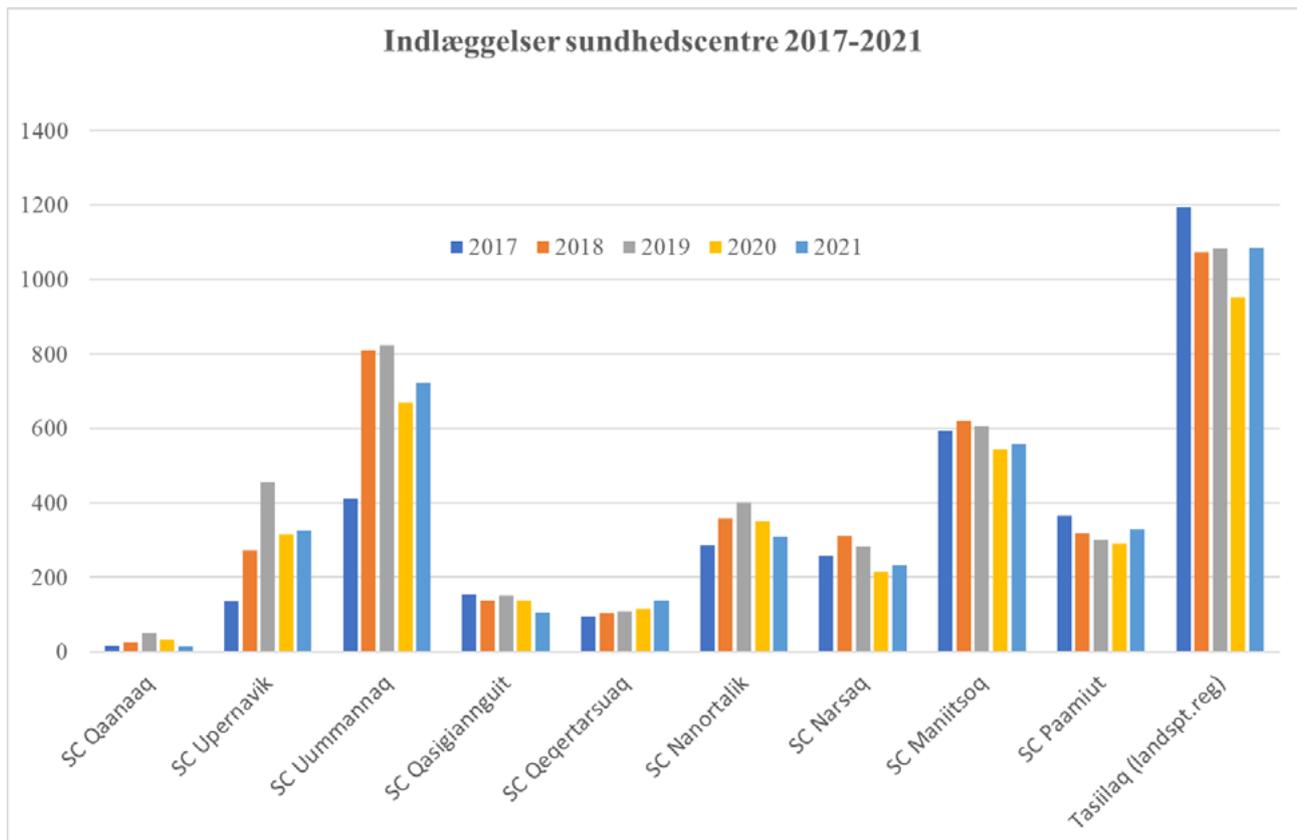
**Tabel 6.3: Indlæggelser fordelt på indlæggelsessted**

Indlæggelser	2017	2018	2019	2020	2021
Sygehuse, inkl. DK	13.251	13.961	14.460	13.511	13.145
Sundhedscentre	3.509	4.036	4.271	3.642	3.829
Patienthoteller	6.984	8.583	9.338	8.349	8.045
<b>I alt</b>	<b>23.744</b>	<b>26.580</b>	<b>28.069</b>	<b>25.502</b>	<b>25.019</b>

Figur 6.2 viser en oversigt over indlæggelser på forskellige sygehuse. Det fremgår, at antallet af indlæggelser i forbindelse med behandling i Danmark har været faldende over perioden. Det samme gælder for regionssygehuset i Aasiaat. For de øvrige sygehuse er der ikke en klar trend.

**Figur 6.2: Sygehusindlæggelser 2017-2021**

Indlæggelser på sundhedscentre fremgår af figur 6.3. Der skal tages forbehold for, at det ikke fremgår at tilgængelige data, om tallene for Tasiilaq medtager medindlagte pårørende. Data for sundhedscentret i Ittoqqortoormiit er udeladt på grund af meget få indlæggelser.

**Figur 6.3: Indlæggelser på sundhedscentre**

#### 6.1.4.2 Gennemsnitlige antal indlæggelsesdage

Den gennemsnitlige liggetid beregnes ved at dividere antal sengedage registreret i Cosmic med antal indlæggelser. Den gennemsnitlig liggetid signalerer alene, hvor længe patienterne ligger i sengene - ikke om det er for længe eller for kort. Når man ser udviklingen over flere år, ser man normalt et fald på grund af ændret behandlingspraksis eller overgang til ambulante behandling i stedet for stationær behandling.

Tabel 6.4 viser den gennemsnitlige liggetid for patienter i Danmark, DIH og regionspsygehusene.

**Tabel 6.4: Gennemsnitlig liggetid 2017 - 2021 for sygehuse**

Gnsn. indlæggelsesdage	2017	2018	2019	2020	2021
Danmark (behandling i DK)	6,7	8,1	7,7	9,1	8,9
DIH	4,8	5,2	5,7	5,1	4,2
Regionspsygehus Ilulissat	2,9	2,8	2,5	2,6	2,4
Regionspsygehus Aasiaat	3,4	4,2	3,7	3,4	4,4
Regionspsygehus Qaqortoq	2,9	3,8	2,8	3,1	2,7
Regionspsygehus Sisimiut	3,6	2,9	2,9	2,6	2,8

Der er ikke noget éntydigt mønster i 2017-2019 eller i 2020-2021 under Covid-19-pandemien. Dog er liggetiden i Danmark steget i sidstnævnte periode sammenlignet med tiden før.

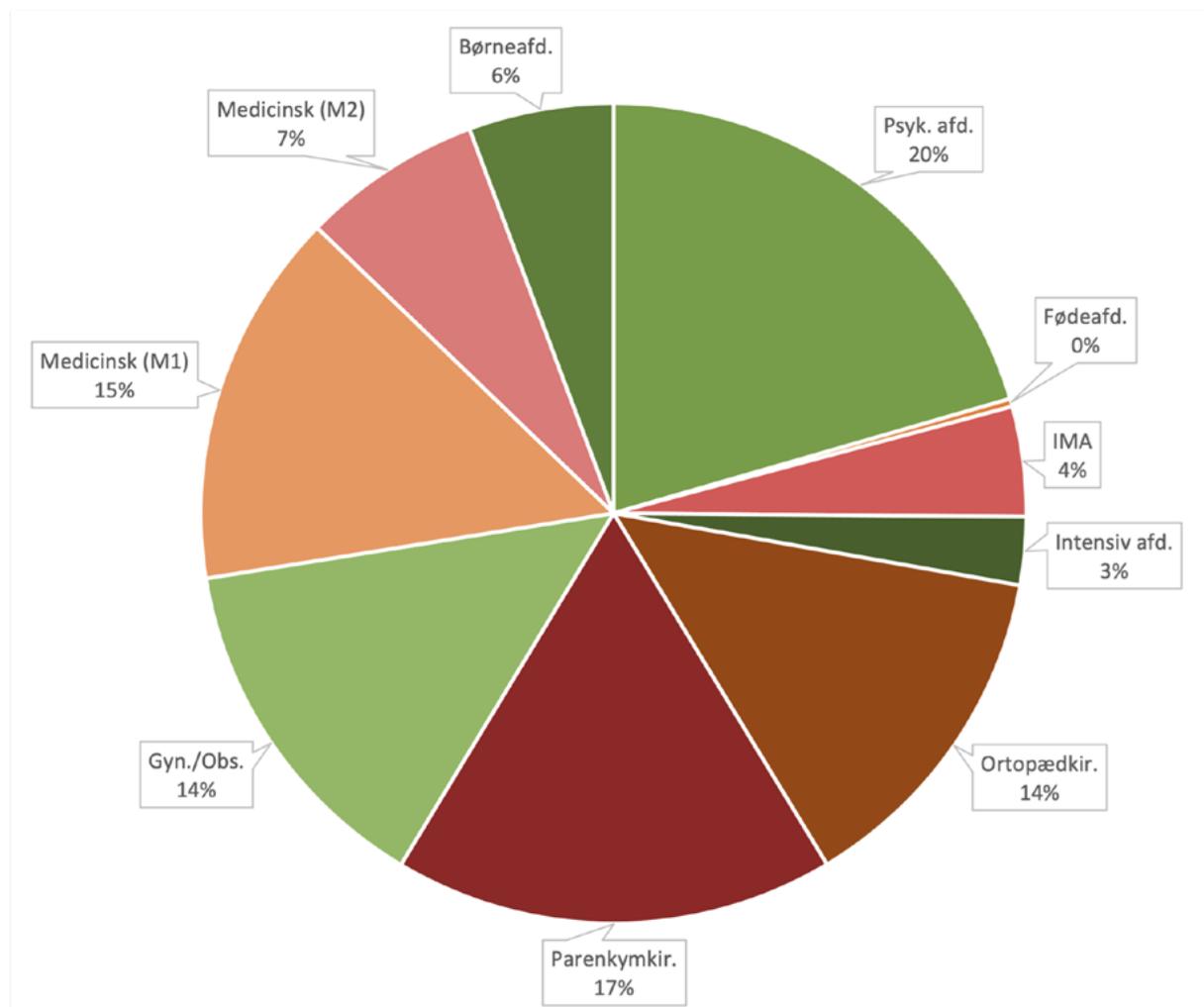
Der ses en klar forskel i liggetiden mellem indlæggelsesstederne. Ikke overraskende er den længst for de to mest specialiserede steder sammenlignet med regionspsygehusene.

Selv om man skal være meget forsigtig med sammenligninger med Danmark, blandt andet på baggrund af en markant anden geografi, og fordi danske sygehuse kan forvente, at kommunerne i højere grad kan tage mod udskrevne patienter, så var den gennemsnitlige indlæggelsestid for somatiske patienter på godt tre dage i 2017 og er i 2021 under tre dage.

**Tabel 6.5: Gennemsnitlig liggetid 2017-2021 for sundhedscentre**

Sundhedscentre	2017	2018	2019	2020	2021
SC Qaanaaq	0,8	1,0	0,9	3,8	7,3
SC Upernavik	6,3	5,1	4,1	3,5	3,7
SC Uummannaq	4,0	3,4	3,0	3,3	2,7
SC Qasigiannuguit	2,5	3,2	2,5	2,7	2,9
SC Qeqertarsuaq	4,5	5,3	4,5	5,6	3,8
SC Nanortalik	4,5	3,3	4,7	4,6	6,5
SC Narsaq	3,7	2,8	3,7	5,0	3,5
SC Maniitsoq	3,3	3,2	3,4	3,8	3,6
SC Ittoqqortoormiit	0,0	0,0	1,5	3,4	2,5
SC Paamiut	2,9	2,2	2,9	3,1	2,2
SC Tasiilaq	4,3	4,2	3,4	4,2	3,6

I figur 6.4 er sengedagene på DIH fordelt på afdelinger. Psykiatrisk afdeling står for ca. 20% af det samlede antal sengedage. Det hænger blandt andet sammen med generelt længere indlæggelsesforløb i psykiatrien.

**Figur 6.4: Andel indlæggessengedage efter afdeling på DIH (2021)**

Note: Registreret i Cosmic. Afrundede hele procenter.

### 6.1.4.3 Belægningsprocent

Belægningsprocenten beregnes normalt ved på et givet tidspunkt at sammenholde antallet af senge til rådighed på den enkelte sundhedsenhed med antallet af indlæggelser. I Danmark beregnes dette på dagsbasis. Dette er dog ikke muligt for det grønlandske sundhedsvæsen ud fra de foreliggende data. I stedet kan der laves en meget grov beregning ved at se på det årlige antal indlæggelser og antallet af senge til rådighed i løbet af et år. Beregningerne er alene foretaget for at få en pejling af kapacitetsudnyttelsen.

Sengetallene for regionshospitalerne fremgår af tabel 6.1 og indlæggelser på regionshospitalerne fremgår af tallene bag figur 6.2. Der er ikke medregnet indlagte pårørende, idet der mangler information om, hvorvidt de indlægges på sygehuset eller på patienthotellet. Det er imidlertid en udfordring præcist at afgøre antallet af senge og sengedage til rådighed i løbet af et år. Der skal tages højde for flere forhold, herunder bemandsituationen og planlagt lukning (eks. pga. ferie eller helligdage). Dette foreligger der ikke præcis viden om. Kapacitetsudnyttelsen er et nøgletal, og der bør derfor snarest laves mere underbyggede beregninger. Ifølge foreløbige beregninger for regionssygehusenes kapacitetsudnyttelse (med antagelse om 250-300 årlige "åbningsdage" på sengeafdelinger) ligger mellem 10 til 20%. Meget peger imidlertid på, at det er bemandsituationen på regionssygehusene, som er afgørende for antallet af senge, der reelt kan benyttes. Med andre ord står en række senge ofte ubenyttede hen på regionssygehusene (og visse sundhedscentre), fordi der ikke er sundhedspersonale nok til at håndtere et øget antal indlagte. Eksempelvis er antallet af sengepladser i Ilulissat 22. Men den generelle personalesituation tillader kun 3-5 indlagte på samme tid. Resten af sengene står derfor ubrugte hen, hvilket bidrager til en lavere kapacitetsudnyttelse.

Belægningsprocenten er et udtryk for kapacitetsudnyttelse og dermed også udnyttelse af ressourcer. Mange 'almindelige' sygehusvæsener benytter en tommelfingerregel om en kapacitetsudnyttelse på omkring 85% for at sikre plads til akutte patienter.

### 6.1.4.4 Ambulante kontakter

En kontaktregistrering i sundhedsvæsenet af typen ambulante dækker over alle kontakter med eller uden patientkontakt, herunder også telefon- eller videokontakt, som udføres i forbindelse med patientens behandling og som ikke kræver indlæggelse. I en opgørelse fra Sundhedsledelsen, som dette afsnit baseres på, skelnes dog ikke mellem kontakttyper.

For de medicinske og kirurgiske specialer benyttes ambulante kontakter blandt andet til at planlægge specialistbesøg i regionerne. I kontaktopgørelsen skelnes der mellem, hvor i landet kontakten er udført på trods af, at den overordnet ansvarlige enhed hører under Dronning Ingrid's Hospital. Eksempelvis var der i 2021 5.919 ambulante kontakter inden for ortopædkirurgi, hvoraf 611 blev henført til regionerne, herunder blandt andet til planlægning af specialistbesøg på uden for DIH.

Uden for Nuuk har nogle af de ambulante kontakter karakter af f.eks. konsultation hos en alment praktiserende læge, mens sådanne kontakter i Nuuk registreres under Dronning Ingrid's Sundhedscenter.

Hver borger havde i gennemsnit mellem 8 og 10 ambulante kontakter i årene 2017-2021 på baggrund af oplysningerne i tabel 6.6. I 2018 var der ca. 86.000 kontakter til Dronning Ingrid's Sundhedscenter. Regnes indbyggertallet i Nuuk i 2018 til 18.000, havde hver indbygger således ca. 4,8 kontakter. Dette er lavere end det gennemsnitlige antal kontakter til almen lægepraksis i Danmark.

**Tabel 6.6: Samlet antal ambulante kontakter til Det Grønlandske Sundhedsvæsen 2017-2021**

Alle ambulante kontakter	2017	2018	2019	2020	2021
Dronning Ingrid's Hospital	77.974	83.971	85.664	90.077	96.528
Region Avannaa	33.337	57.651	74.795	83.179	88.578
Region Disko	48.866	51.065	50.747	49.976	70.267
Region Sermersooq	95.130	96.059	94.703	101.722	16.5916
Region Kujataa	35.357	50.252	50.379	48.683	52.359
Danmark/Udland	8.875	12.234	15.004	14.101	14.255
DIS Nuuk				55.799	150.159*
Dronning Ingrid's Sundhedscenter	84.462	86.326	82.441	31.077	
Steno Diabetes Center Grønland				2.547	8.893*
Landstandplejen	69.196	71.303	71.048	68.877	74.239
I alt	453.197	508.861	524.781	546.038	562.142

\*Ambulante kontakter og konsultationer er for Dronning Ingrid's Sundhedscenter og Steno Diabetes Center Grønland for 2021 opgjort på baggrund af notater oprettet i forbindelse med konsultation og trækkes ikke længere på baggrund af kontaktheregistreringen. Den store ændring i antallet skyldes ændret registreringspraksis.

Tabel 6.7 viser de ambulante kontakter for sygehusene. Stigningen i 2020 og 2021 for DIHs, Ilulissats og Sisimiuts vedkommende kan muligvis delvist tilskrives situationen med Covid-19.

**Tabel 6.7: Ambulante kontakter til sygehusene**

Ambulante kontakter	2017	2018	2019	2020	2021
DIH	77.974	83.971	85.664	90.077	96.528
Regionssygehus Ilulissat	26.160	44.910	48.144	55.556	61.880
Regionssygehus Aasiaat	31.393	34.427	34.477	35.083	48.621
Regionssygehus Qaqortoq	19.887	26.490	26.847	25.313	26.671
Regionssygehus Sisimiut	43.863	44.564	47.064	43.110	56.055
Danmark/Udland	8.875	12.234	15.004	14.101	14.255

**Tabel 6.8: Ambulante kontakter til sundhedscentrene**

Ambulante kontakter	2017	2018	2019	2020	2021
SC Qaanaaq	1.321	4.709	5.407	6.208	5.961
SC Upernavik	1.647	1.402	13.303	13.046	11.123
SC Uummanaq	4.209	6.630	7.941	8.369	9.614
SC Qasigiannuguit	11.538	10.598	10.058	9.268	13.114
SC Qeqertarsuaq	5.935	6.040	6.212	5.625	8.532
SC Nanortalik	8.106	10.478	11.187	11.313	11.245
SC Narsaq	7.364	13.284	12.345	12.057	14.443
SC Ittoqqortoormiit		7	2.595	3.717	4.675
SC Paamiut	10.649	9.693	9.632	11.122	11.053
SC Tasiilaq	19	33	34	7	21
I alt	50.788	62.874	78.714	80.732	89.781

\*Tallene for Tasiilaq er utvivlsomt undervurderet i betydelig grad, men dataudtrækket fra landspatientregisteret er ikke blevet foretaget for ambulante kontakter.

Tilgængeligheden for patienter til DIS er ikke tilfredsstillende. I efteråret 2021 skiftede DIS telefonsystem for bedre at kunne imødekomme henvendelser fra borgere. Tidligere benyttede DIS et system, hvor patienterne var i telefonkø, indtil lægen havde tid til at svare, hvilket kunne tage op til flere timer. Ved ud-

fasningen af denne model modtog DIS ca. 200 daglige opkald. Regionsledelsen var bekendt med, at en række patienter opgav at sidde i kø grundet den lange ventetid. Systemet mødte kritik, og regionsledelsen valgte derfor at skifte til et andet telefonsystem.

I det nye system svarer ufaglærte telefonen og sætter patienten på en liste til opringning senere på dagen. Lægerne ringer herefter tilbage til så mange patienter som muligt. Efter få måneder med det nye system var antallet af daglige opkald imidlertid steget til omkring 300. Det har medført gennem flere måneder, at op til 100 patienter om dagen ikke er blevet ringet tilbage til af DIS. Den afgørende udfordring er, at den nuværende begrænsede lægebemanding forhindrer, at alle borgere på listen kan blive ringet op. Ultimo 2022 blev der tilført til mere personale til at håndtere telefonerne i DIS. Det er regionsledelsens vurdering, at der på trods af de ekstra midler fortsat langt fra vil kunne tilbydes en tilfredsstillende service til borgerne i Nuuk.

### 6.1.5 Behandling i Danmark og Island

De mere specialiserede undersøgelser og behandlinger foregår på sygehuse i Danmark, almindeligvis på Rigshospitalet og Gentofte Hospital. Udviklingen for behandlinger i 2017-2021 fremgår af tabel 6.9, som viser, at mens antal indlæggelser er faldet svagt i 2017-2019, så var der tale om et markant fald i årene under Covid-19-pandemien. Det samme gælder for patienter og ledsagere på Det Grønlandske Patienthjem. Behandling i Island forekommer normalt kun i nødstilfælde, men har tidligere omfattet flere andre tilfælde.

På den anden side steg de ambulante kontakter markant med en vis stagnation i årene under Covid-19-pandemien. For at kunne forklare dette, skal der bruges data om kontaktformer, som ikke foreligger i det anvendte datatudtræk.

**Tabel 6.9: Nøgletal for aktiviteten i Danmark 2017 - 2021**

Oversigt	2017	2018	2019	2020	2021
Hospitalsindlæggelser	1596	1540	1512	1391	1261
Gennemsnitlig liggetid, indlæggelser	6,7	8,1	7,7	9,1	8,9
Ambulante kontroller	8.875	12.234	15.004	14.101	14.255
Det Grønlandske Patienthjem, ledsagere, indlæggelser	689	716	650	425	405
Det Grønlandske Patienthjem, patienter, indlæggelser	2.022	2.254	2.335	1.782	1.524
Ledsagere, gennemsnitlig liggetid	9,3	11,3	17,2	14,3	12,3
Patienter, gennemsnitlig liggetid	10,4	12,3	13,2	13,6	28,8

Tabellen viser også, at ledsagerandel har været stigende. I 2017 havde noget under en tredjedel af patienterne en pårørende med, mens denne andel i 2021 var steget til noget over en tredjedel.

I en analyse fra 2019 fandt man, at følgende sygdomstyper blev behandlet i Danmark af de afregnede patientforløb.

1. Kræftlidelser · Strålebehandling · Kemoterapi · Antistofbehandling · Svampebehandling
2. Urinvejslidelser · Operationer ved infektioner · Operationer på nyre og bækken
3. Hjertesygdomme · Bypassoperationer · Hjerteklapoperationer
4. Karlidelser · Karkirurgi
5. Ortopædkirurgi · Rekonstruktioner
6. Andre sygdomstyper · Nyresygdomme · Organsvigt · Børn med fødselsvægt under 1000 gram.

Nævnte analyse inddeler patientforløbene i to kategorier baseret på udgifterne til forløbet. Denne inddeling er lavet, da der er stor forskel på kompleksiteten og omkostningerne forbundet med de sundhedsydelser, som patienterne i de forskellige forløb modtager.

De dyre forløb omfatter ca. 30% af alle patienterne (634), mens udgifterne til forløbene udgør ca. 85% (165.874.947 kr.) af de samlede udgifter til sundhedsydelser på Rigshospitalet i 2017 og 2018. Dermed er

gennemsnitsudgiften for forløbene i denne kategori 261.632 kr. Det har derfor været særlig relevant at se på indholdet af sundhedsydelserne, da der i mange tilfælde er tale om meget omkostningstunge sundhedsydelser. De billigere forløb omfatter ca. 70% af alle patienterne (1264), men udgifterne til forløbene udgør kun ca. 15% (30.418.195 kr.) af de samlede udgifter til sundhedsydelser på Rigshospitalet i 2017 og 2018. Dermed er gennemsnitsudgiften for forløbene i denne kategori 24.065 kr. Det er derfor særlig relevant at analysere årsagen til, at disse patienter henvises til sundhedsydelser i Danmark, idet der er tale om et stort antal patienter, der hvert år er nødsaget til at rejse og opholde sig i Danmark. Denne gruppe har derfor samlet set store udgifter til rejser, da langt hovedparten har været i Danmark. I en række tilfælde er udgifterne til rejser større end udgifterne til selve sundhedsydelserne. Selv om de direkte omkostninger til sundhedsydelserne er begrænsede, så er de alligevel af interesse på grund af de afledte omkostninger.

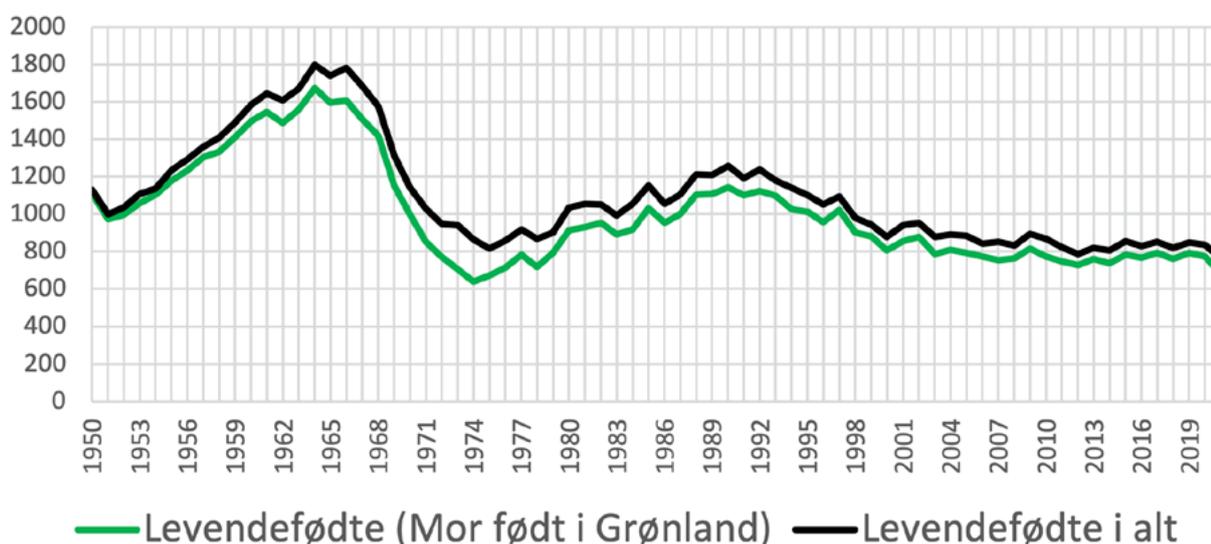
Den foreliggende analyse viser, at de udredninger og behandlinger, der udføres i udlandet, ligger inden for, hvad der må tilbydes, hvis befolkningen skal have et tidssvarende tilbud på sundhedsområdet. Udviklingen på det medicinske område samt befolkningens forventninger og efterspørgsel til at få et tidssvarende behandlingstilbud gør, at der fremover må forventes at komme en stigende efterspørgsel. Analysen viser endvidere, at der er meget begrænsede muligheder for at flytte behandlingstilbuddene til Grønland. Den største barriere er befolkningsgrundlaget, idet ca. 56.000 personer er alt for lidt til at kunne etablere udredning og behandling på specialiseret og højt specialiseret niveau. Det vil hverken økonomisk eller fagligt set være forsvarligt. Analysen viser samtidig, at der formentlig vil kunne flyttes et mindre antal forløb, hvis den telemedicinske funktion udbygges til i større grad at foregå som et direkte samarbejde mellem Rigshospitalet og patienter i Grønland. Der vil formentlig kunne opnås nogle mindre besparelser på udgifterne til rejser. Endvidere vil en optimeret koordinering af planlagte behandlinger kunne medføre, at en mindre del muligvis vil kunne samles og udføres i Grønland. Dette vil dog samtidig medføre øgede udgifter og kapacitetsudfordringer på patienthotellet ved DIH.

### 6.1.6 Fødsler

Alle fødsler bliver indberettet til Landslægeembedet, ved at jordemoderen efter fødslen sender en fødselsanmeldelse. Den elektroniske patientjournal Cosmic er implementeret i hele landet, ekskl. Tasiilaq, hvorfor det er blevet muligt at trække forskellige data direkte fra journalerne. Opgørelsen for 2019, som bruges her, er baseret på data hovedsageligt fra den elektroniske patientjournal.

Udviklingen har oplevet store udsving fra 1950 til midt i 1970'erne. Siden 1990 kan der observeres en svag men konstant faldende tendens i fødselstallet, jf. figur 6.5. Det markante fald i 10-året 1966-1975 hænger muligvis sammen med spiralkampagnen i disse år. Der er nu nedsat en uvildig gruppe, der skal se på spiralkampagnen.

Figur 6.5: Antal levendefødte i Grønland, 1950-2021



Ved perinatal dødelighed forstås dødfødte samt dødsfald inden udgangen af den første leveuge. Den perinatale dødelighed i Grønland i 2019 var 15 (5 dødfødte og 10 døde inden for den første uge efter fødslen).

Der er én afdeling med speciallæger i fødsler (Nuuk) og tre enheder med kirurgisk fødselsberedskab (Ilulissat, Sisimiut og Tasiilaq). To enheder har aktuelt per december 2022 ikke kirurgisk fødselsberedskab, henholdsvis Aasiaat og Qaqortoq. En række tabeller nedenfor belyser en række forhold omkring fødsler, som er relevante i forhold til spørgsmålet om antal fødesteder.

Af tabel 6.10 fremgår, at 71% af alle fødsler i landet finder sted i Nuuk. I 2018 foregik 66% af fødslerne i Nuuk.

**Tabel 6.10: Hvor føder de gravide?**

Fødested	Antal fødende med bopæl i samme by som fødestedet	Antal fødende med bopæl i anden by/bygd end fødestedet	Samlet antal fødsler
Nuuk	257	348	605 (71%)
Ilulissat	30	38	68 (8%)
Sisimiut	47	3	50 (6%)
Qaqortoq	22	20	42 (5%)
Tasiilaq	28	8	36 (4%)
Aasiaat	16	9	25 (3%)
Øvrige sundhedscentre	11	3	14 (2%)
Bygder	5	0	5 (0.6%)
Udland	0	4	4 (0.5%)
<b>Samlet</b>	<b>416 (49%)</b>	<b>433 (51%)</b>	<b>849 (100%)</b>

Af de 71% af alle fødsler i landet, som foregik på Dronning Ingrid's Hospital, kom 42% af de fødende fra Nuuk, mens resten kom fra andre bosteder i landet (348), tabel 6.12. I Ilulissat, hvor 8% af de samlede fødsler foregik, kom over halvdelen af fødende ligeledes fra ender bosteder i landet (44% fra Ilulissat, 56% fra andre steder).

Ca. 29% af fødende bosiddende uden for Nuuk var i 2019 visiteret til at føde i Nuuk, da de er vurderet til at have en øget risiko for komplikationer ved fødslen.

Der er også fødende uden særlig risiko for komplikationer, som rejser til en anden by end deres bopæl for at føde. I 2019 rejste 18% (152) af de fødende uden særlig risiko fra en bygd eller by for at føde på DIH eller et regionshospital, tabel 6.13. Af de rejsende kom 31 fra bygder.

Udførelse af kejsersnit ved fødsler kræver et kirurgisk fødselsberedskab på sygehuset. Der skal ikke nødvendigvis være en obstetriske speciallæge (fødselslæge) ansat, men kan eksempelvis være en specialist i almen medicin med supplerende uddannelser. Det fremgår af tabel 6.11, er der kun laves få kejsersnit uden for Nuuk. Uden for Nuuk er der kun tale om akutte kejsersnit.

**Tabel 6.11: Kejsersnit fordelt på fødesteder 2019**

	Planlagt kejsersnit	Akut kejsersnit
Dronning Ingrid's Hospital	26	62
Regionssygehus Aasiaat	0	2
Regionssygehus Ilulissat	0	2
Regionssygehus Sisimiut	0	2
Regionssygehus Qaqortoq	0	1
Sundhedscenter	0	1
<b>I alt</b>	<b>26</b>	<b>70</b>

Note: Navnet på 'Sundhedscenter' fremgår ikke af kilden: Landslægeembedet 2020

**Tabel 6.12: Visiterede fødsler til Nuuk**

Samlet antal fødende visiteret til fødsel i Nuuk (både fødende med og uden øget risiko for komplikationer)	
Bopæl uden for Nuuk	348
- Maniitsoq	50
- Paamiut	19
- Aasiaat	35
Visiteret til at føde i Nuuk med øget risiko for komplikationer	244

**Tabel 6.13: Fødende uden særlig risiko som rejste til andet fødested, 2019**

Rejst til Ilulissat, Sisimiut, Qaqortoq, Tasiilaq og Aasiaat	78
Rejst fra Maniitsoq til Nuuk	36
Rejst fra Paamiut til Nuuk	13
Rejst fra Aasiaat til Nuuk	25
Samlet	152

I lyset af ovenstående kan der summarisk overvejes flere løsningsmodeller ifølge en præsentation fra Landslægen i 2022:

- Centralisering til tre fødesteder, evt. to på længere sigt
- Nuværende model med et kirurgisk beredskab, evt. med bedre forhold for familier
- Jordemoder-ledede fødesteder
- Ændring af visitations-kriterier

### 6.1.7 Strategiske handleplaner

Tabel 6.14 viser en oversigt over strategiske handleplaner på forskellige sygdoms- og sundhedsområder. Oversigten er udarbejdet med udgangspunkt i offentligt tilgængelige handleplaner og strategier via sundhedsvæsenets hjemmeside ([www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl)). Som det ses af tabellen, er nogle handleplaner evaluerede og har været genstand for opfølgning, mens andre handleplaner ikke er blevet evalueret. For nogle handleplaner er det uklart, om de er blevet vedtaget eller er forblevet på forslagsniveauet. For de handleplaner, der ikke er evalueret, er det uklart, i hvilket omfang planerne er implementeret i praksis, og om de muligvis har været genstand for administrativ ikke-offentliggjort opfølgning. Det kan med fordel undersøges nærmere, i hvilket omfang planerne har været fulgt op administrativt. Det skal bemærkes, at tabellen også indeholder planer for forebyggelsesområdet, blandt andet alkohol og misbrug, som er diskuteret i kapitel 11 om forebyggelse.

Det har ikke været muligt umiddelbart at identificere strategiplaner for udvikling af de kliniske specialer på DIH.

**Tabel 6.14: Overblik over strategiske planer på forskellige sundhedsområder de seneste 10 år.**

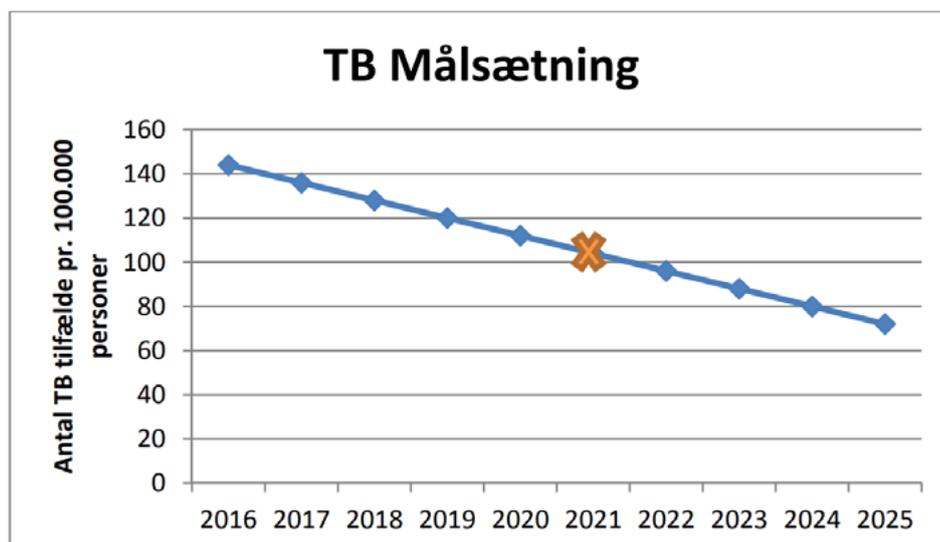
	Handleplan	År	Evaluering
Kræft	Forslag til kræftplan 2013	Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2013	Evalueret i 2020
Tuberkulose	National TB strategi 2017-2021	Departementet for Sundhed, 2017	Evaluering undervejs
Diabetes	En styrket diabetes- og livsstilsindsats i Grønland. Etablering af Steno Diabetes Center Grønland - Inuunerissaavik (SDCG)	Novo Nordisk Fonden og Naalakkersuisut, 2020	Fuld slutevaluering planlagt til at foregå i 2029
Demens	Forslag til demensplan 2013	Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2013	Ikke evalueret
Rehabilitering	Forslag til en National Rehabiliteringsstrategi 2017	Departementet for Sundhed, 2017	Ikke evalueret (og heller ikke vedtaget)
Selv mord	National strategi for selvmordsforebyggelse i Grønland 2013-2019	Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2013	Ikke evalueret
Misbrug	Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling	Departementet for Sundhed, 2015	Igangværende
	Plan for tilbud til børn og unge, der har problemer med rusmidler- og pengespil	Departementet for Sundhed, 2019	Ikke evalueret

Forslag til kræftplan 2013 havde et tredelt formål, der omfattede at 1) styrke forebyggelse, tidlig diagnostik, patientforløb, rehabilitering, palliation og samarbejdet omkring patienten, 2) sikre kræftbehandling ud fra tilpassede internationale anbefalinger, specielt om antal operationer per kirurg, og 3) sikre medicinsk kræftbehandling i Grønland, når det er muligt.

Der blev planlagt en evaluering af målopfyldelsen for de enkelte indsatser efter hver af de tre perioder, som kræftplanens indsatser blev opdelt efter. Der er dog kun udført én evaluering af kræftplanen, som blev udgivet i 2020. Evalueringen omfattede udvalgte delmål i kræftplanen, da der ikke forelå det nødvendige datagrundlag for at evaluere hele planen, og et sådan datagrundlag måtte derfor oparbejdes.

Evalueringen fokuserede især på delmålet vedrørende hurtig diagnose. Evalueringen viste lange udredningsintervaller, som kan have negative konsekvenser for borgeren. Længden af de diagnostiske intervaller bidrog mest til den samlede varighed af kræftforløbet. Evalueringen dokumenterede således, at delmålet om at sikre hurtig diagnostik ikke var fuldt implementeret og opnået.

National tuberkulose strategi 2017-2021 havde til som målsætning at halvere forekomsten af tuberkulose-tilfælde (TB) inden år 2025 (svarende til 72 tilfælde pr. 100.000 personer) og at udrydde TB inden 2050 (højest ét tilfælde af aktiv TB pr. 1.000.000 personer). Et delmål er, at i 2020 skulle incidensen være på omkring 110 tilfælde pr. 100.000 personer (figur 6.6).

**Figur 6.6: Målsætning for antal nye TB-tilfælde, jf. TB-strategien.**

Strategien udløb i 2021 og der har ikke været foretaget en skriftlig evaluering af strategien endnu. Dog udgiver Landslægeembedet fortløbende sundhedsfaglige notater på en række områder, blandt andet smittsomme sygdomme, herunder også TB. Derigennem monitoreres løbende udviklingen i TB, og senest i 2020 er der udgivet et notat vedrørende dette. Tallene er baseret på anmeldelser fra sundhedsvæsenet samt data fra Statens Serum Institut. Medvirkende til den fortsat høje TB-forekomst kan være sen diagnostik af smittsomme TB-tilfælde, hvor de syge når at smitte andre, inden de kommer i behandling. Årsager til sen diagnostik kan være periodevis begrænset kapacitet til sikring af smitteopsporing og koordination af indsatser. Der blev i 2020 konstateret 77 nye tilfælde af TB i Grønland, svarende til 137 nye TB-tilfælde pr. 100.000 personer. Det er flere tilfælde, end strategien foreskriver for at nå målsætningen for 2025.

Visionen i *En styrket diabetes og livsstilsindsats* er at forbedre almen sundhed og livskvalitet for alle med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme og bidrage til en sammenhængende diabetes og livsstilsindsats tæt på borgeren. De overordnede mål er patientcentreret, forskningsbaseret sammenhængende behandling på højt fagligt niveau, internationalt og arktisk funderet forsknings- og uddannelsesmiljø, patienter med kompetencer til håndtering af egen sundhed og sygdom, indsatser af høj faglig kvalitet inden for den ansattes faglige rammer og kompetencer samt et stærkt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. I drejebogen for en styrket diabetes og livsstilsindsats indgår det, at der foretages en opfølgning på SDCG's milepæle i 2023, 2026 og 2029. I 2029 planlægges en slutevaluering. Ved hver evaluering gives status for aktiviteter og indsatsområder, og der lægges en plan for aktiviteter og indsatser den kommende periode.

*Forslag til demensplan 2013* havde til formål at skabe synlighed og gennemsikkelighed på demensområdet for de involverede, samt at sikre kvalitetsudvikling til gavn for demensramte og deres pårørende.

Demensplanen har syv indsatsområder, der omfatter sundhedsvæsenet, det kommunale regi, den tværfaglige indsats, pårørende-samarbejdet, uddannelsesmæssige tiltag, kvalitetssikring og udvikling inden for demensområdet, samt forebyggelse og information.

Der har ikke været en direkte evaluering af Demensplanen. Dog konkluderer rapporten *Kvalitativ viden om demensområdet i relation til Demensplan 2013: fokus på indsatsområderne 2, 3, 4 og 7*, at der er sket en udvikling på alle de medtagne indsatsområder, men at man ikke er nået helt i mål med indsatsområderne (Nørtoft and Jensen, 2020). Rapporten er ikke en evaluering af Demensplanen, men giver opdateret viden om forskellige befolkningsgruppers subjektive oplevelse med det kommunale demensområde.

Rapporten *Ældre menneskers liv og helbred i Grønland* berører også demensområdet (Nørtoft et al., 2019) og finder, at der mangler viden blandt personale og pårørende om demenssygdomme og deres konsekvenser. Der mangler også demenskoordinatorer, som både pårørende og personale kan kontakte. En central demensvidensbank og sparringspartner ville kunne oplyse, informere, sparre og ikke mindst holde overblik over, hvilke ressourcer de enkelte kommuner har til rådighed angående demens. Vedrørende diagnosticering i sundhedsvæsenet finder rapporten, at det varierer en del, hvordan og i hvilket omfang mennesker med demens bliver diagnosticeret. Der eksisterer ingen demenstest, der er valideret i arktiske befolkninger.

*Forslag til en National Rehabiliteringsstrategi 2017* havde til formål at give en overordnet skitse for den ønskede udvikling på rehabiliteringsområdet. Det beskrives i strategien, at implementeringen vil kræve betydelig ressourceindsats til sundhedsvæsenet og kommunerne om end det ikke konkretiseres nærmere.

Forslaget til strategien havde fire indsatsområder, der omfatter en holistisk, helhedsorienteret tilgang, lovrevision, et nationalt rehabiliteringsteam og organisering af rehabiliteringsforløb ud fra borgerens behov. Der har ikke været en direkte evaluering af Rehabiliteringsstrategien. Rehabilitering er gennemgået i kapitel 12, hvor det også fremgår, at planen ikke blev implementeret på grund af ressourcemangel.

*National strategi for selvmordsforebyggelse 2013-2019* havde til formål at få en bedre koordinering af det tværsektorielle og tværprofessionelle samarbejde, som gjorde det muligt at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg, styrke forebyggelsen af selvmord, fremme viden om mental sundhed og selvmordsforebyggelse i samfundet samt sikre systematisk registrering af risikogrupper og risikoadfærd.

Strategien konstaterede, at der mangler data og forskningsresultater om selvmordsforebyggelse i Grønland. Selvmordsforebyggelsesstrategien har ikke været direkte evalueret. De komponenter, der er beskrevet

vet i strategien, arbejdes der videre med i udarbejdelsen af en ny strategi på området. For uddybende viden om selvmordsforekomst og selvmordsforebyggelse henvises til kapitel 11. En ny strategi på området forventes godkendt i 2023.

## 6.2 Specialistrejser (ydelser leveret ved specialistbesøg)

Der foretages årligt en række undersøgelser og behandlinger på sundhedsenheder rundt om i landet i tidsbegrænsede periode. Dette foregår ved, at et team af specialister fra DIH eller Danmark besøger sundhedsenhederne for at udføre bestemte sundhedstilbud, som normalt ikke tilbydes på den pågældende enhed. På den måde behøver patienterne ikke at rejse til Nuuk eller Danmark.

Baggrunden for specialistbesøg er, at flest mulige patienter bliver undersøgt og behandlet så tæt ved deres bopæl, som muligt. Specialistrejserne tilrettelægges og dimensioneres i henhold til patientlister inden for de enkelte specialer, der er genereret gennem henvisning og visitation indtil tre måneder før specialistbesøget.

Det bestræbes, at besøgene forudgås af telemedicinske konsultationer med specialisterne for at kvalificere besøgene og sikre den optimale udnyttelse af de ressourcer, der afsættes til besøget. Besøg til bygdekonsultationer og mindre sundhedscentre gennemføres i den udstrækning, det er logistisk og infrastrukturrelt hensigtsmæssigt.

Brugen af telemedicin indebærer desuden, at pårørende gives mulighed for at deltage i konsultationerne.

Der foretages speciallægeundersøgelser 1-2 gange årligt inden for øjenlidelser, hudsygdomme, medicin, psykiatri, neurologi, pædiatri, øre-næse-halssygdomme, gynækologi, mave-tarm kirurgi, plastikkirurgi, ortopædi og børneortopædi ved større sundhedscentre og regionssygehuse. Byerne besøges derudover af audiologer, optikere, bandagister og håndskomagere. De kirurgiske specialer på DIH, herunder øjenlæger, opererer på regionssygehuse og eventuelt større sundhedscentre 1-2 gange årligt.

Specialistrejser ses desuden af tabel 6.15 for perioden 2019-2021. Tabellen viser, antal ambulante behandlinger foretaget på DIH samt antal ambulante behandlinger i regionerne.

**Tabel 6.15: Ambulante specialist-kontakter - 2017 - 2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Audiologi (speciale)	6	131	180	306	359
DIH	3	37	129	96	134
Regioner	3	94	51	210	225
Ortopædkirurgi (speciale)	5.597	6.910	6.952	6.123	5.919
DIH	5.299	6.610	6.428	5.486	5.308
Regioner	298	300	524	637	611
Gynækologi (speciale)	5.116	4.988	4.454	4.065	4.458
DIH	4.959	4.656	4.250	3.717	4.190
Regioner	157	332	204	348	268
Øjenspeciale (Oftalmologi)	3.147	2.952	2.958	2.655	2.681
DIH	1.548	1.570	2.213	2.085	1.914
Regioner	1.599	1.382	745	570	767
Øre-Næse-Hals - Otologi (speciale)	3.202	3.436	3.728	3.249	3.117
DIH	2.871	2.863	2.990	2.468	2.525
Regioner	331	572	735	781	592

Note: For de medicinske og kirurgiske specialer benyttes ambulante kontakter til at planlægge specialistbesøg, hvorfor der i ovenstående tabel er skelnet mellem hvor i landet at selve kontakten er udført på trods af at den overordnede ansvarlige enhed hører under DIH.

## 6.3 Medicin/lægemidler<sup>22</sup>

Lægemiddelområdet reguleres af en række forskellige lovgivninger. Lægemidler reguleres blandt andet af *Landstingsforordning af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v.*, *Landstingsforordning nr. 16 af 20. november 2005 om ændring af Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v.* og *Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 5 af 15. februar 2006 kapitel 4 om ydelser og brugerbetaling*, samt *Landstingsforordning nr. 1 af 12. maj 2005*.

Lovlige lægemidler må kun indføres gennem Landsapoteket i sundhedsvæsenet. Et lægemiddel er lovligt, når Naalakkersuisut efter indstilling fra Lægemiddelkomiteen har optaget lægemidlet på en af de følgende lægemiddellister: 1) ordinations- og indberetningspligtige lægemidler (liste A), 2) Ordinationspligtige lægemidler (liste B) eller 3) Håndkøbsmedicin (liste H).

Landets basissortiment fastlægges af Lægemiddelkomiteen og offentliggøres årligt. De valgte lægemidler er udvalgt ved balanceret vægtning af nedenstående kriterier:

- Kvalitet og effekt
- Færrest mulige skift
- Økonomi
- Genkendelige navne og brugervenlighed
- Lang holdbarhed

Det tilstræbes at begrænse antallet af synonym- og analoge skift fra år til år, så vidt det er muligt under hensyntagen til de årlige lægemiddellicitationer. Baggrunden for dette er ønsket om at begrænse ændringer i den fælles elektroniske patientjournal, samt hensyn til patientsikkerhed og compliance.

Lægemiddelkomiteen afholder mindst fire årlige møder, jf. bekendtgørelsen om Lægemiddelkomiteen fra 2005. Komiteen består af 7-11 medlemmer, der udpeges af Naalakkersuisut og skal være ansatte inden for sundhedsvæsenet. Formanden er cheflægen. I udvælgelsen af medlemmer tilstræbes det, at medlemmerne tilsammen har indsigt i lægelige, sygeplejefaglige, farmakologiske, administrative og økonomiske forhold i sundhedsvæsenet

Indførslen af den fælles elektroniske patientjournal, Cosmic, har betydet, at alle enheder følger det rekommanderede basissortiment. Landsapoteket vedligeholder og opdaterer det tilgængelige basissortiment i Cosmic. Således er det kun disse lægemidler, som er mulige at ordinere uden videre. Det kræver meget væsentlige faglige argumenter at ordinere og anvende andre lægemidler. Et fagligt væsentligt og velbegrundet ønske om at afvige, skal forelægges ledende overlæge eller ledende regionslæge.

Basislægemidlerne dækker det sortiment, som benyttes i primærsektoren (svarende til almen lægepraksis).

Basissortimentet udgøres i 2022/23 af 633 varenumre. På regionspsygehuse og sundhedscentre er basissortimentet med få ekstra lægemidler til rådighed.

Sortiment på Landsapoteket i Nuuk er 1350 varenumre, idet et større antal særlige lægemidler er tilgængelige for specialerne, der behandler f.eks. HIV, cancer, TB, psykiatriske lidelser, øjne og til specialernes daglige drift i ambulatorier, operationsstuer etc. Omkring 350 borgere i landet får særlig medicin, som kun kan fås efter specialist godkendelse

Sundhedsvæsenet udleverer ordinerede lægemidler gratis. Ambulante patienter skal dog som udgangspunkt selv indkøbe håndkøbsmedicin. Der må højst udleveres medicin til tre måneders forbrug ad gangen. Håndkøbsmedicin udleveres kun gratis fra sundhedsvæsenets institutioner i den udstrækning, at de er lægeordinerede. Håndkøbsmedicin sælges ikke fra sundhedsvæsenets institutioner.

<sup>22</sup> Afsnittet støtter sig til et notat fra Sundhedsledelsen om Lægemidler i Grønland dateret 24. oktober 2022

### 6.3.1 Organisering og finansiering af lægemidler

Landsapoteket fungerer både som primært apotek for Nuuks borgere og som sygehusapotek for Dronning Ingrid's Hospital. Landsapoteket udgør en selvstændig enhed under sundhedsvæsenet, og Landsapotekeren referer direkte til Sundhedsledelsen. Landsapoteket er det eneste sted i sundhedsvæsenet, der har farmaceuter ansat. Derfor fungerer apoteket også som en faglig hotline for sundhedsenhederne i regionerne. Landsapoteket ledes af Landsapotekeren, som har en landsdækkende funktion i forhold til faglig rådgivning og sikring af overholdelse af den grønlandske lægemiddellovgivning.

Grønland har siden 1992 haft en indkøbsaftale med Region Hovedstadens Apotek, som samarbejder med Amgros, regionernes engrosselskab for indkøb af sygehuslægemidler. Aftalen indebærer, at Region Hovedstadens Apotek leverer al sygehus- og praksissektormedicin til Grønland. I sammenlignelige lande som Danmark og Norge er det kun de sygehus specifikke lægemidler, som indkøbes via Amgros og den norske pendant. Grønland har altså en fordel i indkøbsprocessen, idet alle landets lægemidler er gratis for borgeren. Såfremt sundhedsvæsenet ville tage penge for lægemidler til borgerne i primærsektor, ville indkøbsmuligheden via Amgros ikke kunne anvendes.

Det samlede lægemiddelindkøb ligger de seneste år på ca. 65 mio. kr., svarende til en udgift til lægemidler på ca. 1200 kr. per borger. Der indkøbes endvidere vacciner for ca. 3 mio. kr. Medicinudgifterne udgør 3-4% af de samlede sundhedsudgifter, hvilket ikke blot er markant under niveauet i Danmark (17%), men også markant under næsten alle andre sammenlignelige lande.

I 2008 var udgifterne til lægemidler 907 kr. pr. borger i Grønland, mens det tilsvarende beløb for Danmark var 3637 kr. per borger. Årstallet 2008 er desværre det seneste år, hvor det har været muligt at lave sådan en sammenligning.

Årsagen til det mindre forbrug ligger dels i indkøbsmuligheden sammen med sygehusapotekerne, og dels i en stram styring af sortiment og rutiner i Landsapoteket. Ved Landsapotekets halvårlige besøg på sundhedsenheder uden farmaceuter eller farmakonome gennemgås og bestilles lageret til det kommende halve år. Såfremt der er lægemidler på hylden som ikke anvendes mere, eller hvis rutiner er ændret, så omfordelles lægemidlerne til andre enheder, så det kan brugs op inden udløb.

### 6.3.2 Regulering af lægemidler

Lægemiddelreguleringen varetages formelt af Lægemiddelkomiteen. I tillæg hertil har Visitationsnævnet en indirekte reguleringsrolle, idet nævnet beslutter, hvilke diagnoser, der skal udbydes behandling til (Højgaard et al., 2017). Lægemiddelkomiteen skal godkende alle lægemidler, samt ændringer af lægemidler. Lægemiddelkomiteen udgiver hvert år *Rekommandationsbogen*, der beskriver basissortimentet af lægemidler i sundhedsvæsenet. Landsapoteket foretager det praktiske arbejde omkring udarbejdelsen, mens det er lægemiddelkomiteen, der godkender og udgiver *Rekommandationsbogen*. I udarbejdelsen læner Landsapoteket sig op ad anbefalinger fra Institut for Rationel Farmakoterapi ved Sundhedsstyrelsen i Danmark. Lægerne skal i udgangspunktet følge *Rekommandationsbogen*, medmindre der er væsentlige sundhedsfaglige argumenter for et andet valg. *Rekommandationsbogen* er således ikke bindende for lægerne, men har status af en retningslinje. Hvis den enkelte læge ønsker at ordinere et præparat, der ikke indgår i *Rekommandationsbogen*, skal vedkommende bede sin nærmeste leder om lov.

### 6.3.3 Forbruget af lægemidler

En international vedtaget måde at opgøre mængden af lægemidler hedder DDD – dagligt definerede doser. DDD er en statistisk måleenhed, der gør det muligt at sammenligne forbruget af forskellige lægemidler. Den er fastsat for de enkelte lægemiddelstoffer og svarer ikke nødvendigvis til en daglig dosering. De udarbejdes af verdenssundhedsorganisationen WHO.

I tabel 6.16 og 6.17 ses forbruget for diabetiske og biologiske lægemidler, blandt andet til behandling af gigt. Der sammenlignes med nordiske lande. Det fremgår, at forbruget i Grønland ikke blot er markant mindre end i Danmark, men at det ligger lavest blandt de sammenlignede lande. Island er det land i Norden, der

ligger næstlavest i forbruget af disse lægemidler. Der ses den samme tendens ved langt de fleste andre grupper af medicin.

**Tabel 6.16: Forbruget af diabetiske lægemidler, DDD**

DDD	Danmark	Færøerne	Grønland	Finland	Åland	Island	Norge	Sverige
A10/diabetes behandling								
2016	55.5	62.7	21.5	92.3	57.0	48.2	53.0	60.4
2017	56.5	62.1	21.7	91.7	58.9	49.5	55.4	62.4
2018	57.9	64.2	23.9	95.8	60.7	50.0	56.2	64.9
2019	58.8	64.7	20,3	99.9	..	50.4	58.2	67.8
2020	62.0	66.5	26,2	101.8	..	52.8	59.6	70.1

Det anføres i et notat fra Sundhedsledelsen, at én af årsagerne til et mindre forbrug i DDD givetvis skyldes muligheden for at dele pakninger, så borgerne kun får det antal tabletter eller lignende, som lægen ordinerer. I andre lande er det et lovkrav, at der gives hele pakninger. Da det ikke er muligt at standardisere al behandlingen, vil nævnte krav resultere i, at der skal være flere pakningstørrelser på lager, og borgeren vil få udleveret flere tabletter m.m., end der er behov for til en given behandling. Resultatet er spild hos borgeren, behov for ekstra lagerplads og eventuelt større spild på apotekerne, da det er sværere at lagerstyre et større antal varenumre. En supplerende forklaring kunne være, at diagnostisk praksis i Grønland afviger fra de øvrige lande.

**Tabel 6.17: Forbrug af biologiske lægemidler, DDD**

DDD	Danmark	Færøerne	Grønland	Finland	Åland	Island	Norge	Sverige
L04AB/biologiske lægemidler, blandt andet til gigtbekæmpelse								
2016	3.1	4.7	2.8	2.7	4.3	4.8	4.6	3.0
2017	3.3	5.2	2.7	2.8	3.8	5.5	5.0	3.3
2018	3.5	5.1	3.1	3.4	4.3	6.5	5.4	3.5
2019	4.0	5.0	3,0	3.9	..	6.9	6.0	3.9
2020	4.2	5.7	2,9	4.2	..	7.3	6.6	4.2

## 6.4 Ventelister

Der er en mangel på tilgængelige data vedrørende de aktuelle ventelister og ventetider på sygehusbehandling. Der er derfor store mørketal for ventelister, og der kan kun gisnes om antallet af ventende og længden på ventetiderne. Sundhedsvæsenet kan trække data for ventelister på en lang række områder, men der er usikre begrebsdefinitioner og en række udfordringer med data. Udfordringerne hænger sammen med det nuværende elektroniske patientjournalssystem Cosmic, som på en lang række områder ikke ved implementeringen var sat op til at kunne levere detaljerede ventelistedata. De nuværende ventelister er ikke fuldt validerede og kan derfor indeholde personer, som eksempelvis allerede er blevet tilset, fremgår flere gange på samme liste eller er flyttet fra landet. En grundig manuel gennemgang af alle ventelister er nødvendig for at sikre helt korrekte tal og dermed bedre estimater for patienternes ventetider. Det skal også afklares hvorvidt en patient, der er visiteret til at skulle ses ved et kommende specialistbesøg og nu "venter" på specialistbesøget om tre uger, er på venteliste.

Et udredningsarbejde vedrørende ovenstående er igangsat ultimo 2022.

Angående knæ- og hofteoperationer viser dokumentation fra Departementet for Sundhed, at der pr. 1. september 2022 på Ortopædkirurgisk Afdeling er patienter, der venter på kunstig hofte og knæoperation. På Dronning Ingrid's Hospital er der 410 patienter, der venter på knæoperation og 45 patienter, der venter på hofteoperation. I resten af landet er der seks patienter, der venter på knæoperation og ingen der venter

på hofteoperation. Det vides ikke, hvor længe de ventende patienter har ventet. Der er ikke udført sådanne operationer på DIH i 2021 på grund af udfordringer på bemandsituationen.

Departementet for Sundhed har arbejdet med forslag til nedbringelse af ventelisterne, hvilket dog har ovenstående afklaring som et vigtigt bagtæppe. Der findes mange forskellige bud på, hvorledes ventelister kan nedbringes.

En måde at nedbringe ventelister er at oprette hele planlagte strukturerede patientforløb på et hospital i Danmark, Island eller andet land. En mulighed er, at hele forløbet indtænkes, så patienten først kommer retur til Grønland, når den nødvendige genoptræning er overstået. Alternativt kan patienten få genoptræningen i Nuuk eller en anden større by efter operation udenlands. Dette vil dog kræve en del koordinering af genoptræningen og sikring af personaleressourcer til at løfte denne opgave i hjemkommunen.

Et alternativ er at oprette et udenlandsk specialist-rejsehold, som kommer til Nuuk for at operere i enkelte uger ad gangen over en længere periode for at øge antallet af ugentlige operationer i de pågældende perioder. Det vil kræve et særligt set-up - inklusiv et øget antal sengepladser, mere personale og øgede ressourcer til koordinering med mere. Der kan evt. benyttes et hotel til nogle patienter, som sundhedsvæsenet kan bemande i en given periode.

Ansættelse af en eller flere kirurgiske speciallæger, som skal foretage et ekstra antal operationer pr. uge. Alene med denne model estimeres det dog at ville tage flere år at nedbringe ventelisterne betragteligt. Rekruttering af kirurgiske speciallæger er ligeledes en stor udfordring.

Det er dog vigtigt med en opmærksomhed på, at en nærmere beskrivelse af konkrete forslag til nedsættelse af ventelister kræver lang forberedelsestid og grundig gennemarbejdning. Der vil også være behov for en økonomisk vurdering i forhold til nedbringelse af ventelister til f.eks. højst én måned. Derudover er der betydelige udfordringer med rekruttering af nødvendigt personale og sengekapacitet til operationer. Departementet for Sundhed bemærker, at forslagene endnu ikke er tilstrækkeligt gennemarbejdet eller drøftet på tværs af involverede afdelinger i sundhedsvæsenet.

## 6.5 Opmærksomhedspunkter og centrale udfordringer

- Sammenlignet med andre nordiske lande bruges der færre sundhedsydelser og medicin i Grønland. På det foreliggende grundlag kan det ikke afgøres, om der er tale om et decideret underforbrug
- Fødeområdet byder på mange udfordringer. Antallet af fødesteder er truet
- Der er et påtrængende behov for adgang til relevant ledelsesinformation i sundhedsvæsenet og herunder afledte problemstillinger i forhold til opgørelse af ventelister og mulighed for eventuelt at opstille realistiske, politiske behandlingsgarantier
  - Der bør laves en 'overbygning' til Cosmic samt økonomi- og HR-systemerne, der kan udtrække ledelsesinformation, f.eks. Qlik-systemet, som bruges i Island, jf. kapitel 18.
- Overvejelser om muligheder for bedre udnyttelse af personalemæssige ressourcer i forhold til akutbehandling. Kapacitet i forhold til befolkningsudvikling - geografiske forskelle. Rejsehold & telemedicin
- Erfaringerne med strategiske handleplaner peger på, at flere af dem ikke føres ud i livet og at man sjældent evaluerer dem. Det behøver at være videnskabelige evalueringer - administrativ opfølgning kan i mange tilfælde være stilstrækkeligt. En række strategiske planer bør genbesøges med henblik på opdatering m.m.

## 6.6 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der laves en analyse af kapacitetsudnyttelsen af sengene på regionshospitalerne og sundhedscentre
2. At der sker en tilpasning af sengetallet på regionssygehusene, eller at det undersøges om sengene eventuelt kan udnyttes i et samarbejde med kommunerne, eller om lokalerne kan udnyttes til f.eks. at huse Landstandplejen
3. At der udarbejdes løbende, tidsaktuelle og tilgængelige opgørelse af ventelister til kirurgisk og medicinsk behandling
4. At antallet af fødesteder reduceres til tre – og på længere sigt to<sup>23</sup>
5. At der igangsættes et systematisk strategiarbejde for de lægelige specialeområder med inddragelse af ekstern lægefaglige bistand, således at der udstikkes retning og mål for udviklingen i Grønland samt etablering af et løbende samarbejde med et dansk hospital
6. At der igangsættes en analyse af arbejdsgange m.m. på Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk med henblik på at forbedre tilgængeligheden og kvaliteten
7. At der igangsættes en analyse af muligheden for en lægevagtsordning i Nuuk og hvor hensigtsmæssigt i øvrigt, for at forbedre kvaliteten af lægefaglig betjening uden for almindelig åbningstid
8. At der laves en analyse af udnyttelsen af de personalemæssige (og økonomiske) ressourcer i forhold til opgaveløsningen i regionerne

---

<sup>23</sup> 2. næstformand Tine Aagaard har indgivet en mindretalsudtalelse på baggrund af denne anbefaling, som hun ikke bakker op om.

# Kapitel 7.

## Styrker, svagheder, muligheder og trusler

### 7.1 Baggrund

Som en del af forarbejdet til sin betænkning har Sundhedskommissionen fået udarbejdet en såkaldt SWOT-analyse. SWOT er en forkortelse af Strengths, Weaknesses, Opportunities og Threats, så der er tale om en analyse af styrker, svagheder, muligheder og trusler.

SWOT-analysen er en enkel og effektiv metode til at skabe et indblik i, hvordan sundhedsvæsenet fungerer set fra de deltageres perspektiv, der har været inddraget i forarbejdet til SWOT-analysen.

SWOT-analysen sætter fokus på både interne og eksterne forhold i sundhedsvæsenet. Strengths og Weaknesses (styrker og svagheder) er de interne forhold, og Opportunities og Threats (muligheder og trusler/barrierer) er de eksterne forhold. Denne skelnen er vigtig og må ikke sammenblandes.

En styrke kunne eksempelvis være, at sundhedsydelser er gratis for brugerne, en svaghed kunne være de mange kortvarige ansættelser. En mulighed kunne være en ændring af autorisationsloven eller det stigende uddannelsesniveau i befolkningen og en trussel kunne være økonomisk nedgang i landets økonomi.

Konkret gennemførte Sundhedskommissionen en workshop i august 2022 med ca. 40 personer fra forskellige interessenter med tilknytning til sundhedsvæsenet, herunder sundhedsprofessionelle fra sundhedsvæsenet og kommunerne, uddannelsesinstitutioner, repræsentanter fra patientforeninger, m.fl. Workshopen blev dels gennemført med fysisk tilstedeværelse i Nuuk og dels med virtuel deltagelse.

Deltagerne havde således forskellige ligeværdige perspektiver på og vurderinger af sundhedsvæsenet. Typisk ser brugere ofte anderledes på sundhedsvæsenet end sundhedsprofessionelle – og blandt de sundhedsprofessionelle vil der være forskelle afhængig af fagprofessionel baggrund, erfaring og geografisk placering.

Deltagerne fik udleveret farvede 'post-it' sedler, hvorpå de skrev korte stikord, som blev klæbet op på en stor plakat. Sedlerne blev ordnet efter tema og præsenteret for de øvrige deltagere. Der blev startet med svagheder og styrker. Workshopen strakte sig over godt to timer. Der var ikke tid til at tage fat på løsningsmuligheder i forhold til SWOT-komponenterne.

Analysen bringer på den måde relativt hurtigt relevant information op baseret på deltagernes viden og vurderinger. SWOT-analyse er dermed et supplement til en mere omfattende skriftlig analyse i betænkningen. Vurderinger herfra indgår direkte i beskrivelsen i nærværende kapitel i betænkningen, ligesom de indgår til brug for perspektivering i forbindelse med beskrivelsen i andre kapitler.

Den sproglige form i dette kapitel afviger fra de øvrige kapitler i betænkningen. Der bruges primært med afsæt i de korte formuleringer, som fremgik af de farvede post-it-sedler. Der er kun foretaget minimal sproglig bearbejdning. Derfor kan udsagnene fremstå lidt telegramagtige, ligesom der på trods af en tematisering undertiden forekommer lidt springende emner. Der vil være udsagn, hvor nogle læsere vil være uenige eller mener, at det ikke er faktisk korrekt. Det vil være imod tænkningen bag en SWOT-analyse at redigere/bortredigere sådanne udsagn. Endelig skal det noteres, at synspunkterne i kapitlet ikke er Sundhedskommissionens omend en række af de rejste problemstillinger bliver behandlet i en række af betænkningens kapitler.

## 7.2 Hovedkonklusioner

I nedenstående gengives hovedkonklusionerne i kortform af deltagernes vurderinger fra workshoppen af henholdsvis styrker, svagheder, muligheder og trusler, idet der i sagens natur ikke nødvendigvis har været en fælles opfattelse heraf fra alle deltageres side. De er søgt tematiseret med enkelte uddybende kommentarer tilknyttet.

### Styrker

Det grønlandske sundhedsvæsen har mange styrker, hvor de mest centrale er oplistet i ikke-prioriteret rækkefølge nedenfor.

#### **Struktur og ressourceudnyttelse**

Der er stor bevidsthed i organisationen og samfundet om, at sundhedsvæsenets opgave er meget vigtig med deraf følgende stor bevågenhed om opgaveløsningen.

Ingen brugerbetaling og et generelt højt niveau i sundhedsbetjeningen, hvor man får meget for de afsatte ressourcer og har historisk vist sig at være i stand til god håndtering af væsentlige folkesygdomme.

Sundhedsvæsenet har en relativ stærk decentral funktion og formår under vanskelige forhold gennem et højt logstikniveau og godt samarbejde at binde lokale sundhedscentre med sygehuse og udnytte ekspertviden på tværs af hele landet og samtidig have etableret et velfungerende samarbejde med det danske sundhedsvæsen.

Stor fleksibilitet, hvor både personale og system løfter mange opgaver overalt med mange gode samarbejdspartnere og hvor der generelt ikke er overgangsproblemer i forhold til en privat almen sektor.

Grundlæggende fungerer sundhedsområdet ud fra et armslængdeprincip i det daglige med en ansvarlig cheflæge og en uafhængig landslæge.

#### Personale og organisering

Stor hjælpsomhed mellem fagprofessionelle, hvor man generelt er både meget løsnings- og handlingsorienterede og drager nytte af korte beslutningsgange og et stort kendskab til hinanden for så vidt angår de faste i organisationen.

Den store teamånd og fraværet af skarpe faggrænser giver et godt sammenhold og samarbejde på kryds og tværs med fokus på at passe godt på borgerne, også på små steder med sparsomt personale.

De mange grønlandsktalende medarbejdere er afgørende for opgaveløsningen og for at skabe et godt socialt miljø, også i forhold til patientinddragelsen.

Mange ildsjæle og en stabil kerne af fastboende medarbejdere, herunder mange ufaglærte medarbejdere præsterer godt decentralt.

Fælles retningslinjer i forhold til opgaveløsningen og fokus på at være meget inkluderende i forhold til nye ansatte i organisationen.

Mange gode klinikere og stort fokus på at sikre et godt uddannelsesmiljø i forhold til yngre læger og på uddannelse og kompetenceudvikling i det hele taget.

Få ressourcer har gjort, at der generelt er en god ressourceudnyttelse i tilrettelæggelsen af opgaverne såvel internt som i forhold til gode samarbejdspartnere, hvor man har megen goodwill og gode kontakter, der er af stor værdi.

Bruger så vidt muligt lokale råvarer til måltider, der er af stor betydning for rigtig mange patienters brugeroplevelser.

#### **Telemedicin og teknologi**

Højt teknologisk niveau i sundhedsvæsenet samlet set og med brug af fælles laboratoriestyr samt en fælles elektronisk patientjournal (EPJ), der giver gennemsigtighed og muliggør brug af e-recept.

Systemisk indkaldelse i Tandplejen fra 0-21 år og tandsundhed registreres systematisk i denne gruppe (OCR). I tandplejen arbejdes blandt andet ud fra en national cariesstrategi for perioden 2019-2024 og der er generelt et relativt højt teknologisk niveau i tandplejen.

Sundhedsvæsenet har mangeårig klinisk erfaring med brug af telemedicin, der gør det muligt at nå ud til alle, og hvor der nu generelt er nyt telemedicinsk udstyr på vej.

## **Svagheder**

Sundhedsvæsenet har tilsvarende nogle svagheder, jf. nedenstående tematiserede opstilling.

### **Rekruttering og fastholdelsen - personale og udskiftning**

Sundhedsvæsenet er belastet af stor personaleudskiftning, mange korttidsansættelser og korte vikarier. Dette hænger blandt andet sammen med, at sundhedsvæsenet har store rekrutteringsproblemer. Det er vanskeligt at konkurrere på lønnen, og man er meget afhængig af at kunne rekruttere fra andre lande. Rekrutteringsproblemerne hænger endvidere sammen med mangel på velegnede personaleboliger til højtuddannede.

Samtidig er der udfordringer med at fastholde de sundhedsfaglige medarbejdere.

Derved bliver der mangel på arbejdskraft som læger og sygeplejersker, en belastning på det fastansatte personale og en koncentration af institutionel viden på relativt få. Det giver sig blandt andet udtryk i et relativt højt sygefravær og et behov for at trække på uforholdsmæssigt meget ufaglært personale.

### **Økonomi, styring og sammenhæng**

Der er generelt mangel på ressourcer i sundhedsvæsenet. Stram økonomi betyder blandt andet, at de ydelser, der i praksis kan leveres, ikke lever op til borgernes ønsker. Dette misforhold resulterer samtidig i en negativ omtale, der slider på sundhedspersonalet og lægger tryk på politikerne.

Der mangler en klar vision og strategi for sundhedsvæsenet samt en klar retning og synlige værdier på, hvor man vil hen.

Sundhedsvæsenets ledelse og administration er spinkel. Dette er problematisk, da mange ledelsesopgaver er kendetegnet ved en høj kompleksitet.

Masser af hierarki og søjletænkning i sundhedsvæsenet, der leder til suboptimering og ikke altid har udgangspunkt i, hvad der er optimalt i et patientperspektiv.

Der er samtidigt spørgsmålet, om man styrer ressourcerne derhen, hvor behovene er størst, og om større satsninger er på bekostning af noget andet. Der er i sundhedsvæsenet steder, hvor der er et misforhold mellem kapaciteten i forhold til behovet for produktion.

Udnyttelsen af knappe ressourcer vanskeliggøres af en række forhold. Herunder mangel på viden om indsatsers effekt samt akut opgaveløsning på bekostning af fokus på almen medicin. Hertil kommer, at personalet måske må bruge uforholdsmæssigt mange ressourcer på administrative opgaver fremfor på omsorg af patienterne.

Hertil kommer, at sundhedsvæsenet har store logistiske udfordringer pga. geografien. Der er en vanskelig og dyr logistik og en decentral ledelse, som kan gøre det vanskeligt at skabe en optimal sammenhæng på tværs. Der opleves samtidig en mangel på opbakning til personale på bygdekonsultationer, hvor det sundhedsfaglige niveau typisk er lavt.

### **Samarbejde med andre**

Sundhedsvæsenet opleves udefra som en silo, der gerne søger et samarbejde, men kun på egne præmisser.

Der efterlyses et bedre samarbejde med kommunerne og der er en mangel på viden om, hvad kommunerne løfter. Herunder er den samlede organisering af forebyggelsesområdet uoverskueligt og ikke sammenhængende.

For lidt samarbejde med andre lande end Danmark.

### **Bygninger, udstyr og indretning**

Sundhedsvæsenets kapitalapparat (bygninger, udstyr, systemer) er generelt nedslidt. Dronning Ingrid's Hospitals indretning er meget søjleopdelte og ikke optimalt i forhold til et patientperspektiv.

Der er mangel på kapacitet i forhold til behandling, og der er ikke muligt at bruge teknologi optimalt. Det forhold, at udstyret repareres centralt, giver logistikudfordringer.

Telemedicinsk udstyr (Pipaluk) er forældet.

Der er forældede kontorfaciliteter, der belaster arbejdsmiljøet og samtidig mangel på arbejdsstationer på kontorer.

### **Udfordrede fagområder**

Store mangler i psykiatrien, herunder i forhold til moderne behandlingsmuligheder samt behandling af psykisk syge og udsatte børn. Mangel på koordination i forhold til selvmordsforebyggelse, hvor man i sager må sende folk videre for hurtigt af ressourcemæssige årsager.

Alkoholmisbrug er en psykisk sygdom, men håndteres ikke som sådan – og ses ikke integreret i en kommende psykiatrisk handlingsplan. Folkesygdomme som alkoholisme er ikke løst i dag, og det er ikke en opgave, som sundhedsvæsenet alene har ansvaret for at løfte.

Forskelsbehandling i forhold til behandlingen af handicappede, herunder er der en mangel på afhjælpning af tale- og hørefekter i behandlingssystemet.

Samarbejde mellem tandplejen og resten af sundhedsvæsenet er ikke optimal, idet tandplejen ikke opleves som en integreret del af sundhedsvæsenet. Systemmæssigt er der ikke en optimal understøttelse af tandplejen. Cosmic er således ikke en tandlægejournal.

Voksentandplejen synes utilstrækkelig, og med hovedfokus på akutbehandling.

### **Forholdet til patienterne**

Ny læge hver gang man skal til konsultation og lange ventelister på mange behandlinger.

Sproget meget væsentligt i dialogen mellem patient og behandler. Ingen tolkebistand på tilstrækkeligt højt fagligt niveau samt kulturforskelle blandt personale og mellem borgere og personale.

Utilstrækkelig patientinddragelse og behov for at styrke relationskompetencer i organisationen og hos den enkelte. Sundhedsvæsenet er godt, hvis man formår at komme ind, men kan være vanskeligt at trænge ind i, hvis man ikke er ressourcestærk.

Sundhedsvæsenet er ikke god til at formidle og har generelt ikke en aktiv kommunikationspolitik, der blandt andet kan fremme egenomsorg og herunder formidle de gode historier. Samtidig belastes sundhedsvæsenet meget af mange patientudeblivelser.

For lidt fokus på, at der påhviler de ansatte et stort ansvar ude i de små distrikter og udfordringerne med uens bemanning – og behovet for forventningsafstemning i forhold til patienterne og samfundet under ét.

## **Muligheder**

Sundhedsvæsenet står samtidig med nogle positive muligheder, jf. nedenstående.

### **Større ressourcegrundlag og bedre udnyttelse heraf**

Gryende forståelse for, at sundhedsvæsenet er under pres ressourcemæssigt.

Nye lufthavne og øget brug af ambulancefly kan give bedre og billigere logistik.

**Teknologisk udvikling**

Den store teknologiske udvikling på sundhedsområdet giver nye muligheder, hvis der afsættes midler til investeringer deri. Generelt er digitalisering vejen frem. Brug eksempelvis apps og hent inspiration fra andre lande. Digitalisering kan også anvendes i forhold til rekrutteringsudfordringer.

**Personalerelaterede forhold, herunder uddannelse og kompetenceudvikling samt rekruttering**

Mere uddannelse og øget samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniarfik (PI) for at styrke fundamentet for sundhedsvæsenet.

Særligt fokus på at imødegå problemet med mangel på praktikpladser gennem investering i en målrettet indsats. Vigtigt også at sikre, at grønlandske uddannelser er kompatible med udenlandske.

Bedre muligheder for videreuddannelse i Grønland kan potentielt øge fastholdelsen af personale.

Muligheder for at andre faggrupper tænkes ind i sundhedsvæsenet til fremtidige stillinger, som eventuelt kunne bidrage til at afhjælpe sygeplejerskemanglen.

Gennemgang af autorisationslovgivningen i forhold til at kunne rekruttere fagpersonale, idet det i dag er svært at rekruttere personale fra andre lande end Norden.

Mulighed for deltid bør fremmes.

**Forbedring af samarbejder med andre**

Skabelse af bedre overblik over samarbejdsrelationer, ansvar og roller, herunder i forhold til selvmordsforebyggelses- og alkoholområdet. Klar og hensigtsmæssig afgrænsning mellem sundhedsvæsenet og kommunerne på blandt andet ældreområdet.

Muligheder for at outsource ikke-sundhedsfaglige opgaver, som rejsebureau, vandprøver for Nukissiorfiit, mv.

Opsøge andre måder at få bistand fra såvel Danmark som Island på.

**Forebyggelse og tidlige, opsporende indsatser**

Forebyggelse kan indtænkes systematisk i grundskolen og på sigt bidrage en generelt øget sundhedstilstand.

Det gradvist stigende uddannelsesniveau i samfundet vil give sig udtryk i den samlede sundhedstilstand, der overordnet set er positiv.

Fokus på, at måske 20% af familierne har et behov for at komme ind under "tidlig behandling", som vil kunne noget af tage trykket af senere behandlingsbehov.

**Trusler**

Sundhedsvæsenet står tilsvarende over for nogle trusler, jf. nedenstående.

**Demografisk udvikling, pres på holdbarhed i den offentlige økonomi og generel samfundsudvikling**

Aldrende befolkning indebærer et øget ressourcebehov og behov for at opprioritere specialområder, eksempelvis demensbehandling.

Øgede krav til effektivisering og prioritering som følge af stigende pres på den offentlige økonomi samt risiko for øget udvandring og tab af kompetencer, hvis holdbarhedsproblemet ikke løses.

Turismeerhvervet står over for at vokse, hvilket vil give flere patienter til sundhedsvæsenet, der belaster såvel økonomisk som administrativt.

Tilsvarende ses et behov for at inddrage sundhedsvæsenet i forhold til etablering af eventuelle industrielle storskalaprojekter.

Voksende økonomisk ulighed i samfundet giver sociale ubalancer i forhold til blandt andet adgang til sundhed, hvilket kan medføre et øget antal nye private behandlingstilbud i og uden for Grønland, samt øget brug af private sundhedsforsikringer.

#### **Politisk styring og herunder stigende detailstyring**

Mangel på tydelighed fra politisk side i forhold til, hvad vores sundhedsvæsen skal kunne tilbyde og afstemning af ressourcer i forhold til dette. Øget politisk detailstyring og ønsker om at blande sig i prioriteringer ud fra enkeltsager.

#### **Generel udvikling på sundhedsområdet**

Øget specialisering på sundhedsområdet på globalt plan vanskeliggør mulighederne for at tiltrække almene medicinere.

Læger har mistet anseelse i befolkningen, og folk søger andre steder hen – til ikke-anerkendte behandlere. Faldende tillid i befolkningen vil også gøre det vanskeligere at fastholde og rekruttere.

Øget kamp om talenter i samfundet i takt med ændringer i befolkningssammensætningen rammer fødekæden på uddannelsessiden ind mod sundhedsområdet.

#### **Infrastruktur – transport**

Mindre beflyvning mellem byerne uden for Nuuk som følge af anlæggelsen af nye atlantlufthavne i Ilulissat og Nuuk kan resultere i vanskeligere og dyrere logistik.

## **7.3 Afsluttende bemærkninger**

SWOT-analysens punkter kommer fra deltagere, som på forskellig vis har et godt kendskab til og berøring med sundhedsvæsenet. Det er et godt input, som er holdt kort og hverken kan eller skal stå alene. Hovedparten af punkterne i SWOT-analysen vil således dukke op i efterfølgende kapitler og blive analyseret i detaljer, f.eks. rekruttering, uddannelse, investeringer m.m. I de efterfølgende kapitler vil der også være vigtige punkter i det samlede billede, som enten ikke er berørt eller kun omtales perifert i SWOT-analysen, f.eks. struktur, samarbejde med kommunerne, rehabilitering m.m.

## Kapitel 8.

# Uddannelse og kompetenceudvikling

En strategi for uddannelse og kompetenceudvikling rejser især følgende to spørgsmål:

- Hvilke behov er der i sundhedsvæsenet for personale i dag og fremadrettet set i lyset af befolkningsudviklingen?
- Hvilke kompetencer skal personalet derfor besidde?

Som det fremgår af kapitel 4, er der udfordringer i forhold til ældrepleje, tandsundhed, kroniske tilstande, rehabilitering, misbrug og selvmord, forebyggelse og sundhedsfremme. Derfor er der et afledt behov for uddannelse og kompetenceudvikling på disse områder for at kunne forstærke allerede igangværende indsats i praksis. Personalemangel i almindelighed peger i samme retning.

Af kapitel 9 fremgår det, at sundhedsvæsenet er langt fra at kunne forsyne sig selv med grønlandske læger, sygeplejersker og andre med specialiserede sundhedsfaglige uddannelser. Dette påvirker rekrutteringssituationen negativt og dermed besværliggøres opgaveløsningen i sundhedsvæsenet.

Læge-, tandlæge- og terapeutuddannelserne findes ikke i Grønland, men landet har egne institutioner, der uddanner sygeplejersker og personale til grundlæggende sundhedsuddannelser. Dette er en vigtig ressource at bygge videre på, men der uddannes langt fra nok til at være selvforsynende i disse faggrupper, selv om der gøres en stor indsats på området. Læger, tandlæger og terapeuter bliver typisk uddannet i Danmark.

I det følgende beskrives den aktuelle situation på uddannelsesområdet, og der peges på specifikke behov inden for de forskellige uddannelser og inden for kompetenceudvikling generelt.

Hovedpunkter i kapitlet:

- Der uddannes for få fastboende til at dække behovet for sundhedsfaglig arbejdskraft i sundhedsvæsenet, og der er ikke udarbejdet en sammenhængende uddannelsesplanlægning for sundhedsvæsenets nuværende og fremtidige behov. Der savnes herunder strategier og behovsstyrede planer for sundhedsuddannelser og kapacitet
- For mange med vigtige sundhedsfaglige kompetencer, der uddannes i Danmark, vender ikke tilbage til Grønland
- Rekruttering til og fastholdelse i sundhedsuddannelserne hæmmes af flaskehalse i uddannelses-systemet, herunder især manglende praktikpladser og for få kollegiepladser
- Frafaldet i sundhedsuddannelserne er stort
- Der findes mange initiativer med henblik på kompetenceudvikling, men ikke sammenhængende og langsigtet planlægning rettet mod sundhedsvæsenets behov
- Der gøres for lidt ved efter- og videreuddannelse. Der er behov for en strategi for efteruddannelse af kortuddannede og ufaglært personale på de mindre sundhedsenheder, herunder muligheder for online efteruddannelse
- Realkompetencevurdering kan være et vigtigt redskab i forhold til en mere systematisk kompetenceudviklingsindsats rettet mod især de mange ufaglærte i sundhedsvæsenet

## 8.1 Behovsbeskrivelse for uddannelsesområdet

### 8.1.1 Særlige behov i forhold til enkelte faggrupper

#### 8.1.1.1 Kompetenceudvikling og efteruddannelse af tolke i sundhedsvæsenet

Sundhedssektoren er grundlæggende særdeles afhængig af tilkaldt arbejdskraft. Da en stor del af disse ansatte kun er dansktalende, er det ikke muligt at føre en samtale på grønlandsk. Dermed er mange behandlere afskåret fra at tale direkte med en meget stor del af patienterne. Spørgsmålet om håndtering af den deraf afledte oversættelsesproblematik via tolk er af stor betydning for muligheden for både at give og modtage den rette behandling samt selve brugeroplevelsen for patienterne.

Dette er naturligvis en kendt udfordring i sundhedsvæsenet, som søges håndteret i praksis ved blandt andet at stille tolke til rådighed samt skabe opmærksomhed om håndtering af sproglige barrierer i hverdagen.

Opgaven med at uddanne/efteruddanne tolke har historisk ligget i regi af PI, Peqqissaanermik Ilinniarfik, som udbyder forskellige sundhedsuddannelser. PI havde oprindeligt en modulopbygget tolkeuddannelse bestående af tre moduler med fokus på sundhedsfaglig tolkning. Tolkeuddannelsen er sidenhen i 2012 blevet etableret som en bacheloruddannelse ved Ilisimatusarfik, Bachelor i Oversættelse og Tolkning. Uddannelsen indeholder et kursus i dialogtolkning i sundhedsvæsenet (af 64 timers varighed) og et kursus af samme omfang i oversættelse af sundhedsfaglige tekster mellem grønlandsk og dansk (Ilisimatusarfik, 2016). Der er indlagt et praktikforløb på et halvt år i bacheloruddannelsen, men indtil videre har der kun været højest en håndfuld studerende i praktik i sundhedsvæsenet. Dette kan skyldes, at der ikke er ret mange tolkestuderende på uddannelsen ad gangen, og at de studerende i højere grad søger mod de store offentlige administrationer (uden at der dog findes undersøgelser af dette). Hvis tolkestuderende ønsker en praktikplads i sundhedsvæsenet, vil det imidlertid være muligt at finde et egnet praktiksted med en uddannet tolk som vejleder. Ilisimatusarfik optager normalt maks. 20 studerende om året.

Sundhedsvæsenet har et behov for at efteruddanne og kompetenceudvikle sine tolke. Ud af 63 fungerende tolke i sundhedsvæsenet (april 2021) har kun 8 en tolkeuddannelse, mens mange af de resterende er ufaglærte. Der er således behov og potentiale for efteruddannelse på et ikke-akademisk niveau.

I efteråret 2022 er efteruddannelse af tolke i sundhedsvæsenet genoptaget ved PI. Uddannelsen blev gennemført i 2 moduler og blev meget positivt evalueret af deltagerne. Alle 9 deltagere, som havde baggrund i sundhedsvæsenet, gennemførte uddannelsen.

Midlerne til uddannelsen kommer dels fra AMA-midler<sup>24</sup> for faglærte med en anden uddannelsesmæssig baggrund som f.eks. kontoruddannet, dels fra PKU-midler<sup>25</sup> for ufaglærte. Der bliver lavet resultatkontrakter hvert tredje år.

Det er planen fremover at tilbyde uddannelsen årligt (hvert andet år for faglærte og hvert andet år for ufaglærte). Midlerne skal søges fra gang til gang, men da der er et løbende behov for (efter)uddannelse af tolke, taler meget for sikring af faste årlige bevillinger.

Nedenstående afsnit om uddannelse og kompetenceudvikling i Landstandplejen indeholder også overvejelser om og forslag til, hvordan tolkeopgaven på dette område kan udvikles.

<sup>24</sup> AMA står for Arbejdsgivernes Arbejdsmarkedsafgift og er et tilskud til kurser på erhvervsuddannelsesområdet der retter sig mod både faglærte og ufaglærte.

<sup>25</sup> PKU står for Projekt Kompetenceudvikling for Ufaglærte og gives som navnet siger til uddannelse af ufaglærte.

### 8.1.1.2 Uddannelse og kompetenceudvikling i Landstandplejen

Landstandplejen har som mål at afholde kursus for alle personalegrupper hvert år. Tandlæger har via overenskomsten mulighed for at søge kursusmidler årligt i Tandlægernes Kursuspulje. Resterende personale, som ikke er dækket af overenskomstbestemte kursuspuljer, kan søge midler via Særlig Kursuspulje.

Derudover afholder Landstandplejen temadage distriktstvis efter behov og økonomi. I Nuuk hvor ca. 45 medarbejdere er beskæftiget fordelt på tre klinikenheder, har der været afholdt adskillige temadage gennem årene med eksterne konsulenter. Temaer har f.eks. været bedre service for borgerne, optimering af patientflow og arbejdsmiljø i klinikken. I distrikterne afholder chefdistriktstandlægerne temadage og fagmøder om faglig servicering af borgerne i distrikterne og efter ønske fra medarbejderne. Desuden afholder cheftandlægen temamøder på sine årlige rejser rundt i distrikterne.

Landstandplejen har i Cariesstrategi 2019-2024 beskrevet sine fokusområder og mål for de kommende års arbejde. Cariesstrategien rummer ikke en strategi for kompetenceudvikling af personalet. Men i strategien over for borgerne, der retter sig særligt mod børn og unge, er der vægt på forebyggelse. Udeblivelser er et stort problem som tager mange ressourcer fra forebyggelse og behandling. Der kan tænkes at være behov for løbende kompetenceudvikling inden for forebyggelse og evt. udvikling af pædagogiske kompetencer ifm. udeblivelser.

Foruden tandlæger er der ansat kigutigissaasut (KIG)<sup>26</sup>, klinikassistenter (KA) og medhjælper i tandplejen. I 2021 blev 10 KIG'er færdiguddannet. Alle blev tilbudt job i Landstandplejen, men nogle ønskede ikke at rejse til en anden by, og enkelte fik job på private klinikker. Ultimo 2022 var 6 af de 10 uddannede fra 2021 fastansat i Landstandplejen. Det er en generel udfordring at få nyuddannede KIG'er til at søge stillinger i yderområder.

I december 2021 er det opgjort, at fire distrikter mangler KIG'er og to distrikter mangler klinikassistenter. Ifølge cheftandlægen dækkes KIG-stillingerne dels af tandlægerne og dels af dygtige KA'er. Ultimo 2022 var alle 14 færdiguddannede KA'er fra september 2022 (ud af 16 påbegyndte) fastansat i tandplejen i forskellige distrikter. Erfaringsmæssigt bliver KA'er ansat i det distrikt hvor de har været i praktik under uddannelsen.

PI udbyder KIG-uddannelsen og KA-uddannelsen. Adgangskravene til de to uddannelser er henholdsvis gennemført gymnasial uddannelse (GUX) eller gennemført KA-uddannelse for KIG-uddannelsen, mens folkeskolens afgangsprøve er adgangsgivende til KA-uddannelsen. Desuden kræves det at eleven har en praktikplads før uddannelsens start.

Uddannelserne udbydes i dag kun på skift, efter aftale mellem PI og cheftandlægen i Grønland, grundet mangel på praktikpladser/praktikvejledere inden for området. Begge uddannelser er 2-årige, hvilket betyder, at hver uddannelse i praksis kun udbydes hvert fjerde år på nuværende tidspunkt. Det er imidlertid udbuddet af praktikpladser, som er afgørende for, hvor ofte uddannelserne udbydes, snarere end antallet af ansøgere til uddannelserne. Grundet intervallet på fire år mellem udbydelsen af uddannelserne er der frafald af personer, som ellers er interesserede i uddannelsen. Der vil derfor eventuelt kunne ske en forøgelse af uddannelsesaktiviteten, hvis de nødvendige forudsætninger herfor tilvejebringes. Dette vil være ønskeligt set ud fra personalebehovene på tandområdet.

Der er i dag modsat tidligere ikke tolke i tandplejen. KIG'er og KA'er forventes derfor at tolke for tandlægerne, som for de flestes vedkommende ikke er grønlandsktalende, uden at have de rette kompetencer til det.

Det er et åbent spørgsmål, hvad det har af betydning for kvaliteten, når der anvendes ufaglærte tolke. Det er vigtigt, at man sørger for et passende højt fagligt kompetenceniveau i denne vigtige oversættelsesopgave mellem patient og behandler. Dette problem er ikke begrænset til tandområdet i sundhedsvæsenet, men af mere generel karakter og behandles derfor på mere overordnet niveau i kapitel 17.

Fagbøgerne på tandområdet er på dansk, og på uddannelserne undervises der ikke i mundhule-relevante benævnelser på grønlandsk.

<sup>26</sup> Kigutigissaasut er tandplejere der er uddannet ved den grønlandske tandplejeruddannelse.

Den enkelte medarbejder klarer sig ved hjælp af egne erfaringer og med hjælp fra kolleger i klinikken. Der findes en ordliste for tandplejen med fagudtryk på grønlandsk, dansk og latin, som blev udarbejdet sidst i 1980'erne af forskellige personalegrupper i tandplejen. Listen er dog aldrig blevet en fast del af arbejdet, og mange ved ikke at den findes. Den er genfremsendt til samtlige distrikter i 2022.

Af ovennævnte grunde kan den sundhedsfaglige formidling være af svingende kvalitet og forståelighed for borgeren alt efter steder og personer. Det forebyggende arbejde er højt prioriteret, og KIG'er og KA'er er de faggrupper, som har den direkte kontakt med borgerne og formidlingen mellem ikke-grønlandsktalende tandlæger og grønlandsktalende borgere. Det er derfor af største vigtighed for forebyggelsesindsatsen, at disse faggrupper er i stand til at tolke på et fagligt forsvarligt niveau. Korrekt og forståelig tolkning vil givevis også have en positiv indflydelse på den store udeblivelsesprocent, som er et overvældende problem i tandplejen i hele landet. Konkret kan det derfor være relevant at undervise i tolkning under i klinikassistentuddannelsen samt undervise i mundhule-relevante benævnelser på grønlandsk i både KA- og KIG-uddannelsen.

For at nedbringe forekomsten af tandsygdomme og forbedre forståelsen af forebyggelse, og derved også nedbringe antallet af udeblivelser, er der behov for kompetenceudvikling i tolkning mellem dansk og grønlandsk – og omvendt. Da mange faglige begreber ifm. tandpleje kun findes på dansk, kan meget risikere at gå tabt under tolkningen. Selvom patienterne forstår dansk, er der ofte et behov for tolkning. Der kan også være behov for, at den tidligere omtalte efteruddannelse af tolke i sundhedsvæsenet skal tilbyde et modul for ansatte i tandplejen.

Der er desuden behov for kompetencer til at kommunikere med eksterne samarbejdspartnere såsom ældreplejen og socialpsykiatrien.

### 8.1.1.3 Kompetenceudvikling inden for ældre-, socialpsykiatri- og handicapområderne

Sundhedsvæsenet har et tæt samarbejde med kommunerne om forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering på blandt andet ældre-, psykiatri- og handicapområdet.

Uddannelsesniveaue i kommunerne er generelt relativt lavt, hvad angår sundhedsfaglige kompetencer. I 2019 var ca. 60% af de ansatte på henholdsvis ældre- og handicapområdet således ufaglærte (rapport om personaleressourcer på det sociale område, Epinion, 2019).

Uddannelsesniveaue betyder, at opgaverne ikke altid løses på det ønskede faglige niveau. Desuden kan det gå ud over sammenhængen i indsatserne og resultere i, at der må ske i øvrigt unødvendige genindlæggelser af ældre, psykisk syge og handicappede fra plejehjem og bosteder m.m. Problematikken er ikke analyseret nærmere i forskningen, men har blandt andet været fremført i flere sammenhænge under Sundhedskommissionens rejser rundt i landet. Indtrykket herfra er således, at det vil være ønskeligt med både sundhedsfaglig kompetenceudvikling af det kommunale personale, og styrkelse af begge sektorer kompetencer til at samarbejde om opgaveløsningen målrettet borgerne.

Der har med succes været gennemført uddannelse af flere hold ufaglærte medarbejdere fra ældreplejen i hele landet, hvor de ufaglærte blev realkompetencevurderet (RKV) i samarbejde med PI og gennemførte sundhedshjælperuddannelsen med merit. Stort set alle påbegyndte på uddannelsen gennemfører.

### 8.1.1.4 Udviklingsprojekt i Kommuneqarfik Sermersooq

I ældreplejen i Kommuneqarfik Sermersooq, det vil sige plejehjem, alderdomshjem og hjemmeplejen, har der i de seneste år været gennemført et udviklingsprojekt, som blandt andet indebærer efteruddannelse og kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere, herunder RKV. Der er ikke foretaget en decideret evaluering af projektet, men tal fra hjemmeplejen i Nuuk viser, at antallet af faglærte medarbejdere er steget fra 40% i 2019 til 80% i 2020. Samtidig faldt sygefraværet til det halve og antallet af udeblivelser til en femtedel. Effekten kan dog ikke vides med sikkerhed kun at hænge sammen med efteruddannelse og kompetenceudvikling, da der samtidig også blev gjort indsatser i forhold til fælles diskussion af værdigrundlag mellem ledere og medarbejdere, personalepleje m.m.

Stigningen skyldes både, at ufaglærte ansatte tager uddannelse, og at hjemmeplejen er blevet bedre til at tiltrække faglært personale. Generelt bliver det faglige niveau højet gennem systematisk kompetenceud-

vikling i den daglige praksis. Ligeledes bliver der afholdt kurser i personlig udvikling (tage ansvar for eget liv, tage ansvar i arbejdet) to dage hver måned, hvilket iflg. den nu tidligere fagchef for området, der har været en central drivkraft i udviklingsprojektet, har bidraget til den gode udvikling.

Lignende tal for aldersdoms-/plejehjemmene foreligger ikke, og der er ikke nyere tal for udviklingen i hjemmehjælpen i Nuuk. Ifølge den tidligere fagchef for området blev udviklingen sat tilbage i forbindelse med Covid-19. Desuden har der været udskiftning af ledere og tomme lederstillinger i perioden. Ledere er afgørende for fastholdelse af personale og som tovholdere i planlægning og opfølgning. Mangel på ledere bremser udviklingen.

Kulturen for kompetenceudvikling og værdierne, der er blevet opbygget i ældreplejen, har dog ifølge fagchefen sat sig blivende aftryk og vil fortsætte fremadrettet. Der er desuden fortsat en del faglærte, der søger RKV-forløbene ved PI, bakket op af deres arbejdsplads i ældreplejen.

### 8.1.2 Konkurrence om rekruttering til de grundlæggende sundhedsuddannelser

Sundhedsuddannelserne er i konkurrence med andre fagområder i forhold til at tiltrække og fastholde unge og andre aldersgrupper i uddannelses- og kompetenceudviklingsforløb. Størrelsen på ungdomsårgangene er faldet siden 2021 og forventes grundet befolkningsudviklingen fortsat at falde – fra 7700 i 2021 til 5300 i 2040.

Gennemsnitsalderen på elever, som begynder på en grundlæggende sundhedsuddannelse ved Peqqissaa-nermik Ilinniarfik (PI), er ca. 24 år. De grundlæggende sundhedsuddannelser kræver folkeskolens afgangsprøve; kun sundhedsassistentuddannelsen og kigutigissaasut/tandplejer-uddannelsen kræver GU, men kun hvis ikke man i forvejen har gennemført henholdsvis sundhedshjælperuddannelsen eller KA-uddannelsen. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt de grundlæggende sundhedsuddannelser er tilrettelagt, så de er et reelt uddannelsesvalg for gruppen af unge, som afslutter folkeskolen/efter-skoleophold, se næste afsnit

### 8.1.3 16-25-åriges uddannelsesvalg

Erhvervsuddannelserne, herunder de grundlæggende sundhedsuddannelser ved PI, er et uddannelsesvalg, som for mange unge først realiseres fra de er 19 år og opefter. F.eks. var 43% af de 16-årige i 2019 uden for uddannelse og beskæftigelse.

Hvis denne tendens skal vendes, således at erhvervsuddannelser bliver attraktive som ungdomsuddannelser, så bør man overveje at tilrettelægge erhvervsuddannelser på en måde, der tager højde for, at unge ofte har minimalt kendskab til arbejdslivet, og at de som led i uddannelsesforløbet klædes på til at møde arbejdslivet.

Dette kunne i de grundlæggende sundhedsuddannelser gøres ved at indføre grundforløb, hvor der arbejdes med de unges sociale og almene kompetencer foruden de faglige kompetencer. Dermed kan der udvikles et uddannelsesmiljø, som kan være med til at gøre de grundlæggende sundhedsuddannelser mere attraktive for de unge. Også praktiksteder kan være med til at sikre praktikforløb tilpasset en yngre målgruppe. Sådan en udvikling sker ikke af sig selv, men må skabes og tilrettelægges bevidst.

Kun ca. halvdelen af alle 25-årige har en uddannelse. Dette er en betydelig samfundsmæssig udfordring, og der er derfor et meget stort behov for et større fokus på at etablere fremtidsmuligheder for unge. Samtidig viser tallet, at der findes en potentiel stor befolkningsgruppe til at rekruttere til sundhedsuddannelserne. Men sundhedsområdet skal fremover være forberedt på at håndtere en skærpet konkurrencesituation med andre sektorer. Der er også potentiale i at tiltrække flere mandlige ansøgere<sup>27</sup>. En udfordring i denne forbindelse er det relativt dårlige omdømme i befolkningen, som sundhedsvæsenet angiveligt kæmper med i disse år. Det gælder både massemedier og sociale medier, hvor sundhedsvæsenet hovedsageligt ses fremstillet negativt.

<sup>27</sup> Ifølge Grønlands Statistiks beskæftigelsesstatistik 2020 udgjorde andelen af mænd i beskæftigelse ansat i offentlig forvaltning og service (herunder sundheds- og plejeområdet) 25%, mens kvinders andel tilsvarende lå på 64%. Andelen af kvinder i gang med en erhvervsuddannelse på social- og sundhedsområdet udgjorde i 2020 hele 96%.

## 8.2 Gennemgang af uddannelsesområdet for de grundlæggende sundhedsuddannelser

I Grønland udbydes otte sundhedsuddannelser, jf. tabel 8.1.

**Tabel 8.1: Oversigt over sundhedsuddannelser som udbydes i Grønland**

Uddannelsesinstitution	Uddannelser
Peqqissaanermik Ilinniarfik, PI (Center for Sundhedsuddannelser)	Sundhedsassistent, erhvervsuddannelser (EUD)
	Sundhedshjælper, erhvervsuddannelser (EUD)
	Sundhedsarbejder, erhvervsuddannelser (EUD)
	Støtteperson, erhvervsuddannelser (EUD)
	Portørredder, erhvervsuddannelser (EUD)
	Klinikassistent, erhvervsuddannelser (EUD)
	Kigutigissaasut (grønlandsk tandplejerudd.), erhvervsuddannelser (EUD)
Ilisimatusarfik	Sygeplejerske, professionsbachelor

Ved PI har der været udbudt specialiseringsmoduler af 5 måneders varighed som overbygning på sundhedsassistentuddannelsen, f.eks. inden for sundhedspleje og røntgen. Der arbejdes ikke længere med specialiseringer, men derimod akademiuddannelse i social og sundhedspraksis. Dette finansieres via finanslovtildelte skolespecifikke beløb.

Øvrige videregående sundhedsuddannelser udbydes ikke i Grønland, men tages fortrinsvis i Danmark, jf. tabel 8.2. Antallet af fuldførte uddannelsesforløb i Danmark er beskedent i forhold til behovet for arbejdskraft med denne type uddannelser i sundhedsvæsenet. Derudover vender kun ca. halvdelen af de studerende tilbage til Grønland efter endt uddannelse. For sygeplejerskeuddannelsen uddannes der primært lokalt fremfor i udlandet. I afsnittet om uddannelse af læger er der redegjort nærmere for data om uddannelse af læger i Danmark.

**Tabel 8.2: Oversigt over fuldførte uddannelsesforløb i Danmark år 2010 til 2021**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	I alt
Læge			1	5	3		3	2	3	1	3	1	22
Fysioterapeut		1		5	4	3		3	1			1	17
Ergoterapeut	1	1	2				1						5
Sygeplejerske	1	1	2	1			1	2	1	2	4	3	18
Bioanalytiker	5		1	1	1							1	9
Biomedicin												1	1
Jordemoder		1	2	2		1	1	4	2	2	1		16
<b>I alt pr. år</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>88</b>

Kilde: Grønlands Statistik

I samme periode er der uddannet 7 grønlandske tandlæger. Heraf vendte 6 tilbage til Grønland efter endt uddannelse. Pr. 1. februar 2023 er tre af disse fastansat i Landstandplejen. Året før var 5 af de i perioden uddannede tandlæger ansat i Landstandplejen, men 2 er flyttet til Danmark, angiveligt på grund af arbejdspresset i Grønland. Endelig har den sidste af de 7 tandlæger etableret privat praksis i Nuuk.

### 8.2.1 Gennemgang af ansøgere, optag og gennemførelse for de grundlæggende sundhedsuddannelser

Hvis vi ser på, hvor mange ansøgere de lokale sundhedsuddannelser får, er der flere forhold som springer i øjnene. Jf. tabel 8.3 får især sundhedshjælperuddannelsen relativt mange ansøgere hvert år. Når der er taget højde screenet for optagelseskrav, ændrer tallene sig dog for mange af uddannelserne.

**Tabel 8.3: Oversigt over antal ansøgere til sundhedsuddannelserne i Grønland 2013 - 2021**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	I alt
Klinikassistent, EUD	16	4	13	6	17	8	0	24	-	88
Kigutigissaasut, EUD	0	4	13	5	0	2	26	2	-	52
Sundhedsarbejder, EUD	9	13	8	12	15	13	13	6	-	89
Sundhedshjælper, EUD	114	153	139	152	151	128	149	106	-	1092
Sundhedsassistent, EUD	36	62	76	76	87	39	76	64	-	516
Sygeplejerske, prof.bach.	-	-	-	51	37	33	21	23	-	165
Støtteperson, EUD	-	-	-	33	24	23	45	29	-	154
I alt ansøgere til sundhedsuddannelser pr. år	175	236	249	335	331	246	330	254		

Kilde: IT-reg., et registreringssystem som anvendes af Majoriaq, og som bruges til uddannelsessøgning.

Note: Hvorvidt der i ansøgningsprocessen er taget højde for om alle ansøgere lever op til de formelle adgangskrav m.m. er usikkert, men uddannelsesinstitutionerne gennemgår i optagelsesprocessen ansøgerne i forhold til optagelseskrav.

De største sundhedsuddannelser er sundhedsassistent- og sundhedshjælperuddannelserne, jf. tabel 8.4.

**Tabel 8.4: Oversigt over antal påbegyndte inden for sundhedsuddannelserne i perioden fra 2013-2021 pr. uddannelse pr. år**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	I alt
Klinikassistent, EUD	8	0	0	0	11	0	8	13	-	40
Kigutigissaasut EUD	0	0	9	0	0	0	12	0	-	21
Sundhedsarbejder, EUD	5	6	0	6	0	10	6	0	-	33
Sundhedshjælper, EUD	40	34	39	40	34	33	32	33	-	285
Sundhedsassistent, EUD	23	16	18	23	24	19	17	18	-	158
Sygeplejerske, prof.bach.	15	15	14	15	15	15	11	11	18	129
Støtteperson, EUD	0	0	0	0	0	6	3	2	-	11
I alt påbegyndte uddannelsesforløb pr. år	91	71	80	84	84	83	89	11		

Kilde: Grønlands Statistik

Der optages mellem 32 og 40 elever årligt på sundhedshjælperuddannelsen. Kun ca. halvdelen færdiggør uddannelsen. Sammenlignes tallene med de faktisk fuldførte forløb, er antallet af de færdiguddannede omtrent halveret, jf. tabel 8.5.

**Tabel 8.5: Oversigt over antallet af færdiguddannede inden for sundhedsuddannelserne i perioden fra 2013-2020 pr. uddannelse pr. år**

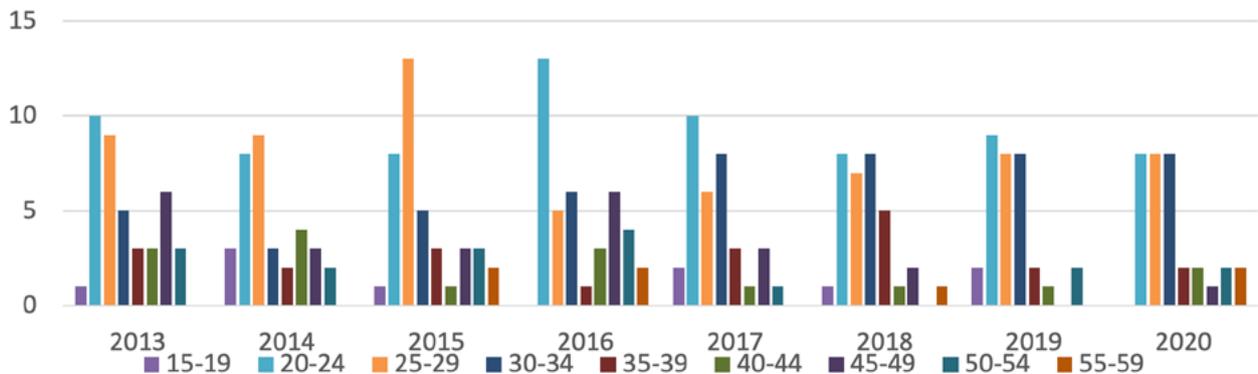
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	I alt
Klinikassistent, EUD	2	7	0	0	0	0	8	0	17
Kigutigissaasut/, EUD	4	1	1	0	6	0	0	0	12
Sundhedsarbejder, EUD	4	6	0	6	0	9	1	3	29
Sundhedshjælper, EUD	20	22	22	25	25	24	13	12	163
Sundhedsassistent, EUD	12	18	10	10	11	10	16	10	97
Sygeplejerske, prof.bach.	10	14	10	7	10	8	12	6	77
Støtteperson, EUD	0	0	0	0	0	6	3	2	11
I alt færdiguddannede sundhedspersonaler pr. år	52	68	43	48	52	57	53	33	

Kilde: Grønlands Statistik

Som tabel 8.5 viser, producerer sundhedshjælperuddannelsen flest uddannede sundhedspersonaler.

## 8.2.2 Sundhedshjælperuddannelsen

**Figur 8.1: Påbegyndte på sundhedshjælperuddannelsen fordelt på alder i perioden 2013-2020**

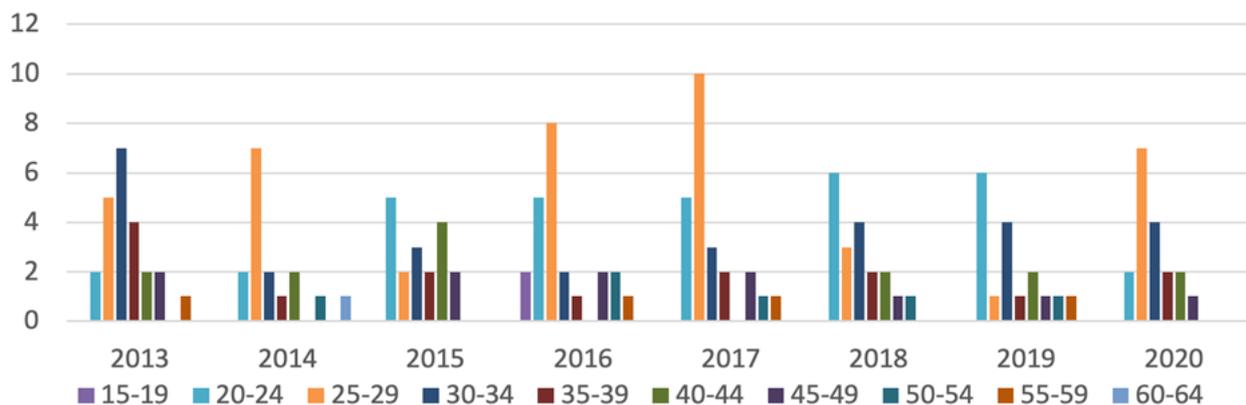


Kilde: Grønlands Statistik

Sundhedshjælperuddannelsen har en varighed på 1 år og 3 måneder, opdelt mellem 32 ugers teoriophold og 26 ugers praktikophold. Adgangskravet er folkeskolens afgangseksamen. Sundhedshjælperen yder praktisk bistand og udfører grundlæggende plejeopgaver hos ældre, syge og handicappede mennesker i eget hjem og på alderdoms- eller plejehjem. Der optages to gange årligt til uddannelsen, og de optagne på uddannelserne er stort set kun kvinder, typisk i alderen 20-30 år, hvilket betyder, at eleverne ofte har stiftet familie og har fået børn. Dette har betydning for den studerendes mulighed for at få en kollegiebolig, da udbuddet af familiekollegier er begrænset. Hertil kommer udfordringer med pasningsmuligheder m.m., hvilket er en gennemgående tematik for stort set alle sundhedsuddannelserne på erhvervsuddannelsesområdet.

## 8.2.3 Sundhedsassistentuddannelsen

**Figur 8.2: Påbegyndte på sundhedsassistentuddannelsen fordelt på alder i perioden 2013-2020**



Kilde: Grønlands Statistik

Sundhedsassistentuddannelsens varighed er 2 år og 10 måneder. Adgangskravet er GU eller bestået sundhedshjælperuddannelse. Uddannelsens formål er at uddanne personale til det primære og sekundære sundhedsvæsen. Sundhedsassistenten er ansat som medicinalperson under landslægeinstitutionens tilsyn. Sundhedsassistenten har således fagligt, juridisk og etisk ansvar i planlægningen og udførelsen af arbejdet samt er forpligtet til selv at vurdere egen kompetence og i givet fald sætte grænser for sit faglige virke.

I figur 8.2 ses det for sundhedsassistentuddannelsen, at eleven typisk er mellem 25 og 29 år, når uddannelsen påbegyndes.

## 8.2.4 Sundhedsarbejderuddannelsen

Sundhedsarbejderuddannelsen er en lille, men vigtig uddannelse rettet mod sundhedspersonale i bygder på i alt 5 måneder. Optagelseskravet er folkeskolens afgangsprøve samt tilsagn om praktikplads. En sundhedsarbejder arbejder i bygdekonsultationer og sygeplejestationer og løser sundhedsfremmende og forebyggende opgaver i samarbejde med befolkningen i bygden. Desuden varetager sundhedsarbejderen grundlæggende præhospital behandling i bygden samt andre patientopgaver i samarbejde med anden en sundhedsfaglig person, som har det overordnede ansvar for patienten.

## 8.3 Rekruttering, praktikpladser og frafald i de grundlæggende sundhedsuddannelser

### 8.3.1 Rekruttering

Der findes ikke baggrundsdata for de studerende på de grundlæggende sundhedsuddannelser. Hvis man indsamlede sådanne data fra centralt hold, ville det være lettere at iværksætte målrettede tiltag for rekruttering. Der er dog en stærk formodning om, at optagne på uddannelserne typisk har arbejdet som ufaglærte inden for sundhedsområdet. Tilsvarende formodes det, at mange opstarter uddannelsen efter at have fået børn. Aldersfordelingen for optagne elever på sundhedshjælperuddannelsen (figur 8.1) viser, at uddannelsen i mindre grad fungerer som en ungdomsuddannelse, på trods af at den reelt er en grunduddannelse hvor adgangskravet er folkeskolens afgangsprøve.

PI arbejder tæt sammen med sundhedsvæsenet for at uddanne ufaglært sundhedspersonale i bygder, men det er ofte svært på grund af de ansattes sociale og familiemæssige forpligtelser, som kan være langt fra uddannelsesstedet. Af eksterne udfordringer med rekruttering nævner PI, at der politisk er beskedent fokus på erhvervsuddannelser rettet mod det offentlige arbejdsmarked.

### 8.3.2 Praktikpladser

Optaget på uddannelserne er baseret på antallet af praktikpladser, selv om uddannelserne reelt er normeret til at kunne optage flere elever. Derfor udgør praktikpladserne en flaskehals. Dette gælder især for sundhedshjælper- og sundhedsassistentuddannelsen.

PI indgår samarbejdsaftaler for de enkelte sundhedsuddannelser om sikring af praktikpladser inden for både den primære og sekundære sektor. Dette besværliggøres blandt andet af, at der mangler formaliserede samarbejdsaftaler mellem uddannelsesstedet og praktikstedet samt formaliserede ansøgningsprocedurer. Det opleves som meget tidskrævende for uddannelsesstedet at skaffe praktikpladser på grund af uklar ansvarsfordeling mellem uddannelsesstedet og praktikstederne. Desuden er der eksempler på, at elever har måttet tage orlov på grund af manglende praktikpladser. Behovet for praktikpladser skal dækkes af DIH/DIS, regionerne og kommunerne, og behovet fornys hver gang et nyt hold starter.

### 8.3.3 Praktikvejledere

For at praktikstederne skal kunne tilbyde praktikpladser, skal de have faglært personale til at varetage vejledningen af eleverne. PI uddanner vejledere til de grundlæggende sundhedsuddannelser. For alle uddannelserne gælder dog, at mangel på vejledere kan være årsag til, at en praktikplads ikke kan benyttes.

Herudover er sundhedsuddannelserne afhængige af, at der er nok bredde og aktivitet i forhold til arbejdsopgaverne til at stederne kan fungere som praktiksteder.

### 8.3.4 Frafald

Et fællestræk for sundhedsuddannelserne er, at der er et højt frafald undervejs i uddannelsesforløbene.

En EU-undersøgelse fra 2015 peger på, at frafald blandt grønlandske unge sjældent skyldes enkelte årsager eller begivenheder, men snarere en kæde af årsager, som over en længere periode kulminerer i, at unge vælger at stoppe deres uddannelse.

Årsager til frafald på erhvervsuddannelserne er personlige, institutionelle, systemiske og samfundsmæssige. Mange er opvokset med vold, alkohol, seksuelt misbrug, afbrudte folkeskoleforløb, forældrenes skilsmisser, dårlige boligforhold m.m. Mange mangler rollemodeller i familien og omgangskredsen, samtidig med at mange elever er afhængige af familiens støtte for at gennemføre uddannelsen (EU-rapport om fastholdelse i erhvervsuddannelser i Grønland 2019).

Det følger heraf, at der ud over en egentlig studievejledning også er problemstillinger, der mere retter sig mod sociale og mentale behov hos en del af de studerende. Sådanne behov lander i dag hos studievejlederen, som derfor belastes arbejdsmæssigt, uden måske at have forudsætningerne for at dække de studerendes behov. Der er dog adgang for studerende til et landsdækkende tilbud psykologisk og social rådgivning og terapiforløb i regi af Center for National Vejledning. Denne har ifølge Sundhedskommissionens oplysninger generelt en stor søgning, især af kvindelige studerende.

PI har ikke detaljerede data på frafald fra uddannelserne, men erfaringen er generelt, at de fleste falder fra på den første del af uddannelsen.

På PI udføres der en årlig elevtrivselsundersøgelse, hvor svarprocenten i 2020 var på 75%. Her blev eleverne adspurgt om frafald, og hvad de vigtigste årsager var til at de overvejede at stoppe uddannelsen. Her er manglende praktikplads (32%), familien og savn (22%), fravær fra familie og børn (18%), boligudfordringer (18%) og faglige udfordringer (23%) de vigtigste årsager til overvejelse af frafald.

### 8.3.5 Fastholdelse af eleverne ved PI

Som tidligere nævnt er det ofte en kæde af årsager, der fører til frafald i uddannelserne. Der iværksættes imidlertid ofte løsninger, som har fokus på enkelte faktorer frem for at håndtere kompleksiteten. En VI-VE-undersøgelse af udfordringer i uddannelsessektoren ser det som en forudsætning for at øge gennemførelsesprocenten, at der tages hensyn til elevernes sociale baggrund (VIVE, 2020).

På PI har man gode erfaringer med realkompetencevurderingsforløb hvor ufaglærte med lang praksiserfaring, f.eks. fra ældreplejen, kommer på efteruddannelse.

Realkompetencevurdering blev iværksat som pilotprojekt på PI for ufaglærte i ældreplejen i 2017. Eleverne på disse forløb er som regel 'modne' personer med motivation for efteruddannelse. Forløbene har næste 100% gennemførelse. Resultatet af det første forløb blev, at 13 ud af 14 deltagere afsluttede pilotprojektet inden for 10 måneder som faglærte sundhedshjælpere. Efterfølgende realkompetencevurderingsforløb har haft lignende succes.

Der er desuden gode erfaringer med at yde 'nursing' af eleverne i forhold til deres personlige problemer. F.eks. havde et bestemt hold, som fik intensiv 'nursing', 100% gennemførelse. Både realkompetencevurdering og 'nursing' er personaletungt, men betaler sig i forhold til gennemførelsesprocent.

De tiltag, som PI nu (2022) har i forhold til at fastholde elever i uddannelserne ('nursing') er:

1. Kontaktlærer gennem hele uddannelsen både under teori- og praktikuddannelsen
2. En samtale med optagne elever inden uddannelsesstart med henblik på at afklare, om eleverne har forholdt sig til både faglige og personlige problemstillinger i forbindelse med at starte på uddannelse, og om uddannelsen er den rette for dem
3. En trepartssamtale nogle måneder efter uddannelsesstart mellem elev, studievejleder og kontaktlærer med henblik på at følge op på, hvordan eleven har det, og om uddannelsen lever op til forventningerne
4. Motion i uddannelsen, hvor der f.eks. afholdes fodboldkonkurrence og stafetløb

Der er blevet foretaget tre elevtrivselsundersøgelser. Den sidste er afsluttet i december 2021.

### 8.3.6 Opsamling på udfordringer i de grundlæggende sundhedsuddannelser

Ovenstående afsnit beskriver en række udfordringer forbundet med uddannelse af et tilstrækkeligt antal sundhedsprofessionelle gennem de grundlæggende sundhedsuddannelser. Nedenfor gengives nogle af hovedpunkterne.

1. Rekruttering: Unge under 20 søger i mindre grad sundhedshjælperuddannelsen. Rekruttering af eksterne ansøgere (uden for sundhedsvæsenet) er begrænset. Svært at rekruttere i bygderne.
2. Praktikpladser er en alvorlig flaskehals for uddannelse af sundhedspersonale, blandt andet pga. uklarhed om ansvarsfordelingen mellem skolen og praktikstederne og mangel på faglært personale i praktikken.
3. Frafald. Frafald skyldes personlige problemer, manglende praktikpladser, manglende kollegiepladser og faglige udfordringer.

### 8.3.7 Perspektiveringer set fra de studerendes og uddannelsesansvarlige medarbejderes synsvinkel

Dette afsnit og de kommende afsnit om perspektiveringer i sygeplejerskeuddannelsen og lægeuddannelsen bygger blandt andet på input fra en workshop om uddannelse og kompetenceudvikling på sundhedsområdet afholdt af Sundhedskommissionen i oktober 2022. Der fremkom her en række forslag om at:

- Påvirke den dårlige medieomtale af sundhedsvæsenet – bidrage med flere gode historier.
- Reklamere for sundhedsfagene og -uddannelserne i folkeskolerne, gymnasierne/ungdomsuddannelserne og generelt i samfundet (tv, sociale medier m.m.).
- Opprioritere indsatsen for at forøge antallet af praktikpladser, blandt andet gennem mere formaliseret samarbejde mellem PI og praktikstederne.
- Øge antallet af kollegiepladser og institutionspladser.
- Styrke uddannelsen af praktikvejledere.
- Ruste undervisere og praktikvejledere til at støtte elever med personlige problemer.
- Løn under uddannelsen.

Desuden satte selve afviklingen af workshoppen fokus på et behov for et fælles forum for samarbejde på tværs af uddannelsesinstitutionerne, sundhedsvæsenet og kommunerne. Dette kunne eksempelvis etableres gennem årlige fælles seminarer.

## 8.4 Rekruttering, praktikpladser og frafald i sygeplejerskeuddannelsen

Sygeplejerskeuddannelsen er en 4-årig professionsbacheloruddannelse ved llisimatusarifik. Uddannelsen er som de andre sundhedsuddannelser praktisk-teoretisk. Sygeplejersker arbejder tværfagligt inden for sundhedsfremme, forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering i både primær og sekundær sektor.

Der optages i gennemsnit 14-15 studerende én gang om året (129 i perioden 2013-2021, jf. tabel 8.4). Den faktiske produktion af uddannede sygeplejersker ligger i gennemsnit på ca. 8 om året med et relativt stort udsving fra år til år (77 i alt i perioden 2013-2020, jf. også tabel 8.5). Grundet mangel på praktikpladser har der gennem nogle år kun været optaget mellem 14 og 15 studerende årligt. Gennemførelsesprocenten svinger fra 53% til 79%. Endvidere har der i 2019 og 2020 været et fald i kvalificerede ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen, hvor kun 11 ansøgere påbegyndte. Denne tendens vendte i 2021 og 2022, hvor der blev optaget 18 studerende begge år.

### 8.4.1 Rekruttering

I forhold til rekruttering til sygeplejerskeuddannelsen har rekrutteringsenheden i Ledelsessekretariat & HR i sundhedsvæsenet igangsat forskellige indsatser, herunder "Tidlig rekruttering" med henblik på at oplyse om og tiltrække unge til de sundhedsfaglige uddannelser, med særligt fokus på afgangselever fra folkeskoler og relevante ungdomsuddannelser. Ønsket er at udvide indsatsen fra nuværende deltagelse i den Grønlandske Jobmesse og Karrieremesse på Ilisimatusarfik til at:

- Holde oplæg for afgangselever i folkeskolerne i Grønland
- Holde oplæg på gymnasierne i Grønland
- Etablering af mentorordning for elever
- "Sygeplejerske for en dag". Praktikdag i sundhedsvæsenet.

I 2021 har uddannelseskaravanen genoptaget afholdelse af uddannelsesmesse i de fire gymnasiebyer i regi af Center for National Vejledning.

### 8.4.2 Praktikpladser

Praktikpladser er sammen med adgang til kollegiepladser og studieboliger den store flaskehals i forhold til at kunne udvide optaget af studerende. Dette er ellers en realistisk mulighed, da der er langt flere kvalificerede ansøgere, end der er studiepladser. Manglen på praktikpladser skyldes blandt andet mangel på kliniske vejledere, og at mange sundhedsenheder ikke kan tilbyde læringsmuligheder på et tilstrækkeligt fagligt niveau både på grund af patientgrundlaget og de tilstedeværende faggrupper.

Ved Institut for Sundhed og Natur gennemføres årligt Klinisk Vejleder-uddannelse af 8 ugers varighed. Der uddannes ikke vejledere nok til at dække behovet. Uddannelsen til klinisk vejleder er i øjeblikket ved at blive omlagt, således at den kræver mindre fysisk tilstedeværelse i Nuuk, hvilket kan afholde nogle fra at tage uddannelsen.

### 8.4.3 Frafald

Ligesom på PI er årsager til frafald i sygeplejerskeuddannelsen (tabel 8.6) blandt andet mangel på kollegieboliger. Det oplyses fra studiet at tre studerende i 2020 afbrød uddannelsen på grund af mangel på kollegiebolig. Mange sygeplejestuderende stifter familie under uddannelsen og får problemer med en familieegnet kollegiebolig samt institutionsplads.

Desuden er de sygeplejestuderende, i lighed med eleverne på PI, udfordret på trivsel. Undersøgelser viser, at 86% af grønlandske studerende angiver, at de har været udsat for traumatiske oplevelser, hvoraf en del har PTSD (Marcussen, 2022). Det betyder, at sygeplejestuderende kan have vanskeligheder med at yde omsorg for patienter, og dette kan medvirke til frafald fra uddannelsen.

**Tabel 8.6: Oversigt over studerende på sygeplejestudiet 2018-2021**

Årgang	2018	2019	2020	2021
Optaget	15	12	13	19
Frafald	6	3	3	0
Går om	6	1	2	0
Tilflytter	4	1	1	0
Antal studerende på studiet per februar 2022 på den pågældende årgang	7	9	9	19

Kilde: Institut for Sundhed og Natur, 2022. Der findes ikke data, hvorvidt antallet af optagne svarer til antallet af opstartede studerende. Der er således heller ikke fuld overensstemmelse med de tilsvarende tal i tabel 8.4, der bygger på data fra Grønlands Statistiks statistikbank. Databasen er under opbygning ved Ilisimatusarfik.

#### 8.4.4 Fastholdelse af studerende på sygeplejerskeuddannelsen

Sygeplejerskeuddannelsen har igangsat to undersøgelser, der skal afdække henholdsvis muligheder for at udvide og styrke uddannelsen i praksis og for at styrke de studerendes trivsel. Formålet er at øge optaget af sygeplejestuderende og mindske frafaldet i uddannelsen. Hertil er der behov for dels at støtte de studerende, som oplever mistrivsel som følge af social baggrund og udfordringer med dobbelt kultur og sprog under uddannelsen, dels at skabe flere praktikpladser.

Målet med de kommende tiltag ved studiet er at uddanne og fastholde minimum 10 sygeplejerskestuderende mere årligt i uddannelsen med henblik på at reducere manglen på fastboende sygeplejersker med ca. 50% i løbet af ca. 10 år.

#### 8.4.5 Opsamling på udfordringer i sygeplejerskeuddannelsen

1. Praktikpladser: Skyldes ligesom i de grundlæggende sundhedsuddannelser delvist uklarhed om ansvarsfordelingen mellem uddannelsesstedet og praktikstederne, delvist mangel på læringsmuligheder og mangel på kliniske vejledere.
2. Frafall: Som i de grundlæggende sundhedsuddannelser skyldes frafall blandt andet personlige problemer, manglende praktikpladser og manglende kollegiepladser.

#### 8.4.6 Simulationsbaseret undervisning som led i at afhjælpe praktikpladssituationen

Der er i forhold til alle sundhedsuddannelserne ønske og planer om etablering af et såkaldt praksishus.

Sundhedsuddannelserne ved PI, i sundhedsvæsenet og ved Institut for Sundhed og Natur benytter i dag simulationsbaseret undervisning. De har alle et ønske om at udvide brugen af simulationsbaseret undervisning som led i at afhjælpe praktikpladssituationen samt at fastholde og udvikle færdigheder. De nuværende fysiske rammer er ikke tilstrækkelige i forhold til disse behov.

Med et praksishus i Nuuk kan længden af elevers og studerendes praktikophold forkortes, og nogle praktikforløb kan fuldstændig erstattes af simulationsbaseret undervisning, idet elever og studerende kan opnå en væsentlig basisviden via undervisningen. Samtidig vil elever og studerende være endnu bedre forberedte, når de skal ud i praktik. Derved kan skolerne uddanne flere i fremtiden og være med til at fremtidssikre bemanningen inden for en række sundhedsfaglige faggrupper i både sundhedsvæsenet og kommunerne.

Parterne har i fællesskab udarbejdet et notat om *"Forslag til fælles praksishus i Nuuk"*. Notatet rummer et forslag til etablering af et sådant praksishus.

PI har en vision om at indføre simulationsbaseret undervisning på alle sundhedsuddannelser, og i den forbindelse også at udvikle et fælles grundforløb med henblik på at kunne øge uddannelsesproduktionen. Uddannelserne rummer 100–150 elever årligt fordelt på 7 uddannelser.

### 8.5 Rekruttering og frafall i uddannelse af læger i Danmark og tilbagevenden til Grønland

Medicinstudiet findes ikke i Grønland, og studerende må derfor uddanne sig i udlandet. For langt størstedelens vedkommende vil det foregå i Danmark.

I perioden 2003–2020 påbegyndte 128 grønlandske studerende medicinstudiet i Danmark, og i samme periode blev der færdiguddannet 33 læger, svarende til ca. 1,5 færdiguddannede pr. år. Erfaringsmæssigt kommer ikke alle de færdiguddannede læger tilbage til Grønland efter endt uddannelse. Der er således en meget stor ubalance mellem behovet for lægelig arbejdskraft i sundhedsvæsenet, antallet af færdiguddannede læger og den efterfølgende rekruttering heraf.

Aktuelt (efterår 2022) er der 16 grønlandske medicinstuderende under uddannelse i Danmark.

### 8.5.1 Rekruttering

Det er ikke lykkedes at skaffe information om eksisterende tiltag til rekruttering til medicinstudiet, udover at der regelmæssigt er læger til stede på gymnasiet i Nuuk, når der er uddannelsesdage. Medicinstuderende har desuden selv taget initiativ til at fortælle om at studere medicin i Danmark på gymnasier rundt om i Grønland.

### 8.5.2 Frafald og fastholdelse

Der findes ikke statistikker som belyser frafald i forhold til specifikke videregående uddannelser, ej heller findes der statistikker, som belyser spørgsmålet vedrørende frafaldstidspunkt.

En mangeårig studievejleder ved Det Grønlandske Hus i Aarhus peger blandt andet på hjemve, og vanskeligheder med omstilling til en anderledes kultur, miljø, sprog og samfund som årsager til frafald. Derudover kan et indforstået akademisk studiemiljø på universitetet med angst og en stærk konkurrencementalitet have en negativ indflydelse. De studerende kan opleve, at læring foregår anderledes end de er vant til og at uddannelsens pensum ikke omhandler grønlandske forhold. Manglende faglige færdigheder, danskeres fordomme om grønlændere og traumer fra barndommen nævnes også som mulige årsager til frafald. Senest har der været mediedækning af, at mange grønlandske studerende ikke ønsker at deltage i en herskende druk-kultur på danske uddannelsesinstitutioner som en måde at blive inkluderet i fællesskabet på.

Ifølge en særordning kan ansøgere fra Grønland med et gennemsnit på mindst 6,0 i den adgangsgivende eksamen optages på bacheloruddannelser med en højere adgangskvotient. Studerende peger på, at det kan have en negativ effekt, at man kan komme ind på særordning, der ikke kræver høje karakterer. Det kan have den potentielle negative effekt, at de studerende slapper mere af i gymnasiet, hvilket gør efterfølgende uddannelser sværere at gennemføre.

De grønlandske huse i Danmark findes i Aalborg, Aarhus, Odense og København. Det er en af de grønlandske huses opgaver at støtte og prøve at fastholde de studerende i uddannelsen. Husene får midler fra Selvstyret til at udføre dette arbejde. De grønlandske huses tilbud til de studerende er ikke ens. Husene tilbyder i varierende grad studiemæssig og personlig vejledning, sociale og kulturelle arrangementer, kurser og mentorordninger m.m.

Derudover giver Selvstyret gennem Bekendtgørelsen om Uddannelsesstøtte mulighed for at yde forskellige former for støtte, f.eks. til faglig ekstraundervisning, nødvendig danskundervisning og undervisning i andre sprog samt psykologhjælp.

### 8.5.3 Tilbagevenden til Grønland efter endt uddannelse

Der føres ikke statistik over andelen af færdiguddannede læger, som vender tilbage til Grønland. Ifølge vejlederen fra Det Grønlandske Hus i Aarhus vender ca. to ud af tre tilbage.

Der er ikke undersøgelser, der belyser færdiguddannede lægers grunde til ikke at vende tilbage til Grønland. Samme studievejleder siger dog om valg af land efter endt uddannelse, at tilhørsforhold til Grønland har meget stor betydning. Det samme har personlige forhold som f.eks. ægtefællens jobsituation samt egne børns igangværende skoleforløb i Danmark, som ikke ønskes afbrudt. Derimod vurderes job- og efteruddannelsesmuligheder samt muligheder for bolig og institutionspladser i Grønland ikke have overvejende stor betydning for, om de færdiguddannede vender tilbage, ifølge vejlederen.

En anden forklaring kan være specialisering efter endt uddannelse, som ikke giver beskæftigelsesmuligheder i Grønland, f.eks. i neurokirurgi.

Hos lægerne på Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk planlægges en mentorordning for de studerende for at få dem tilbage til Grønland efter endt uddannelse. Aktuelt uddeler Grønlands Lægeforening et legat på 25.000 kr., som medicinstuderende fra Grønland eller med tilknytning til Grønland kan søge i forbindelse med udgifter til en medicinsk konference, der afholdes i Nuuk hvert tredje år med henblik på at øge de studerendes engagement i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Studievejlederen fra Det Grønlandske Hus i Aarhus beretter om et godt, men svingende samarbejde med Det Grønlandske Sundhedsvæsen med henblik på eventuelle karriereplaner for nyuddannede læger. Desuden peges der på, at besøg af Naalakkersuisoq for Sundhed og andre myndighedspersoner er populære begivenheder blandt de studerende, netop med henblik på at bevare kontakten til Grønland.

#### 8.5.4 Opsamling på udfordringer i uddannelsen af læger

1. Rekruttering: Der rekrutteres alt for få til uddannelsen i medicin. Der reklameres tilsyneladende ikke meget for uddannelsen. Der kan endvidere være et potentiale i en øget indsats om at gøre flere interesserede på GU-uddannelser direkte uddannelsesparate i forhold til optag på medicinstudiet, blandt andet gennem besøg af grønlandske medicinstuderende.
2. Frafald: Der er mange faglige, kulturelle og praktiske barrierer for at gennemføre studiet i Danmark.
3. Tilbagevenden til Grønland: Højest to ud af tre af de færdiguddannede læger vender tilbage til Grønland. Tilknytning til Grønland i løbet af uddannelsen i Danmark er af stor betydning for, om man efterfølgende vender tilbage til Grønland.

### 8.6 Øvrige sundhedsuddannelser i Danmark

Mange andre sundhedsuddannelser kan som lægeuddannelsen kun tages i udlandet. I oktober 2022 var følgende antal studerende på sundhedsområdet i gang med en uddannelse i Danmark (tabel 8.7):

**Tabel 8.7: Igangværende på diverse sundhedsfaglige uddannelse i Danmark i 2022**

Uddannelse	Antal under uddannelse
Farmaceut	1
Tandlæge	2
Psykomotorisk terapeut	1
Bioanalytiker	2
Ergoterapeut	2
Fysioterapeut	9
Jordemoder	4
Tandklinikassistent	2
SOSU-hjælper	2
SOSU-assistent	9
Lægeseekretær	1
Psykolog	13
Kiropraktor	0
Klinisk diætist	0
Radiograf	0
Sundhedsplejerske	0
Farmakonom	0
Fodterapeut	0
Tandplejer	0
Tandtekniker*	1

\* Status for tandtekniker gælder for 2021.

## 8.7 Projekt ved Ilisimatusarfik til en langsigtet løsning på rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedscentrene

Ved Institut for Sundhed og Natur på Ilisimatusarfik har man i 2022 udviklet et projekt med langsigtede perspektiver på rekruttering og fastholdelse. Der arbejdes i øjeblikket med at søge fondsfinansiering til projektet.

Sundhedscentrene i regionerne er en vigtig del af det primære sundhedsvæsen. Det er iflg. projektdeltagere fra sundhedsvæsenet en robust organisation besat med mange sundhedsprofessionelle. Projektet er i første omgang rettet mod sundhedscentrene.

Gennem en målrettet indsats er målet at få en markant bedre bemanding af sygeplejersker i sundhedsvæsenet. Samtidig skal der sættes mål for videreuddannelse af sygeplejersker til at lede at ansvar i det lokale sundhedscenter i højere grad ligger hos det faste lokale personale end hos tilkaldte vikarer, blandt andet læger.

Et langsigtet mål med projektet er at øge dækningen af sygeplejerskestillinger i sundhedsvæsenet, så grønlandsksprogede sygeplejersker udgør 50%<sup>28</sup> i løbet af 8-10 år. Det er en øgning i dækning af ca. 50 sygeplejerskestillinger i forhold til den nuværende normering. Med en forstærket indsats på sygeplejerskeuddannelsen med henblik på fastholdelse og med etableringen af efteruddannelse for sygeplejersker, anser instituttet dette som realistisk.

I projektet planlægges et 5-årigt lektorat, der skal arbejde med mental sundhed som fag på tværs af lærer-, socialrådgiver- og sygeplejerskeuddannelsen. Dette vil senere blandt andet kunne lette det tværfaglige samarbejde mellem sektorerne lokalt på dette område.

Projektet spiller sammen med to allerede igangværende projekter ved instituttet, som har til formål dels at undersøge mental sundhed som barriere for at de studerende gennemfører uddannelsen, dels at forbedre samarbejdet med klinisk praksis med henblik på at skabe flere praktikpladser til sygeplejestuderende. Begge disse projekter forventes at øge produktionen af færdige sygeplejersker.

En anden del af det planlagte projekt er, at der ved Institut for Sundhed og Natur i samarbejde med et dansk universitet oprettes en 4-årig erhvervskandidatuddannelse for sygeplejersker i det grønlandske sundhedsvæsen. En kandidatuddannelse er normalt en toårig uddannelse, men vil blive tilrettelagt som et fireårigt deltidsforløb, mens de studerende arbejder ved siden af studierne. Formålet er at opbygge kvalifikationer og kompetencer i alle regionerne og på DIH.

Man kan herunder forestille sig, at sundhedsvæsenet kan udpege lokale sygeplejersker til uddannelsen. Disse vil få forpligtigelser på arbejdspladsen og kan få en betydelig rolle for blandt andet sygeplejestuderende, hvilket vil være understøttende for de projekter, der igangsættes ved instituttet om at uddanne flere sygeplejersker.

Denne mulighed forudsætter, at sundhedsvæsenet vil deltage ved at udpege nogle af deres ansatte til at videreuddanne sig med løn. Projektet er blevet forelagt Sundhedsledelsen og regionsledelserne i januar 2023 og blev positivt modtaget.

Det er et interessant projekt, som i sagens natur endnu ikke er afprøvet. Hvis det gennemføres, er det vigtigt, at der planlægges en evaluering fra begyndelsen af.

I afsnit 8.4.4 og 8.4.5 blev der redegjort for frafald på sygeplejerskeuddannelsen. Der var tre hovedårsager: manglende praktikpladser, manglende kollegieplads og trivselsproblemer. Projektets satsning på mental sundhed kan derfor have betydning for det samlede frafaldsbillede.

Akademisering af sygeplejerskeuddannelsen med en kandidatgrad kan utvivlsomt virke tiltrækkende på nogle. På den anden side viser en del erfaring fra Danmark, at sygeplejersker med kandidatgrad i klinisk

<sup>28</sup> Aktuelt (januar 2023) er der 95 sygeplejersker uddannet i Grønland ansat i sundhedsvæsenet, hvoraf næsten alle taler grønlandsk. Endvidere er der enkelte grønlandske sygeplejersker ansat, som er uddannet i Danmark. Så alt i alt er ca. 1/3 af de 300 sygeplejerskestillinger i sundhedsvæsenet besat med grønlandsksprogede og/eller grønlandsk uddannede sygeplejersker.

sygepleje (cand.cur.) forlader den basale kliniske sygepleje til fordel for f.eks. forskning, kvalitetsarbejde og ledelse.

En lignende bekymring er udtrykt her i landet. Kun ca. halvdelen af de grønlandsk uddannende sygeplejersker er ifølge undersøgelser beskæftigede i sundhedsvæsenet. En nærmere analyse af grundene til, at mange sygeplejersker forlader klinisk praksis kunne være relevant.

## 8.8 Kompetenceudvikling i praksis - målrettet forskellige personalegrupper

### 8.8.1 Uformel kompetenceudvikling og faglig udvikling

I sundhedspraksis skelnes der ofte mellem formel og uformel kompetenceudvikling. Formel kompetenceudvikling kan beskrives som udbuddet af kurser ved PI ud over de faste uddannelser. Uformel kompetenceudvikling kan beskrives som f.eks. sidemandsoplæring, følgeskab, supervision, intern undervisning af specialister fra Danmark eller af vikarer med særlige kompetencer, udveksling til andre sundhedsenheder med henblik på oplæring m.m. Begge former for kompetenceudvikling sigter mod, at medarbejderne tilegner sig kompetencer til at løse specifikke opgaver.

Faglig udvikling knytter sig også til refleksion. I praksis bruger medarbejdere ofte deres viden spontant og uden bevidste overvejelser, det der populært kaldes 'tavs viden'. Det kan være tilstrækkeligt i forhold til at udføre rutinemæssige opgaver. Men sundhedsmedarbejdere vil hele tiden møde uventede situationer, som det er nødvendigt at reflektere over for at kunne handle.

Viden fra undervisning og oplæring kan bruges i rutinemæssige handlinger, men uventede situationer kræver ydermere bevidst refleksion med henblik på at finde nye handlemuligheder. Derfor rummer fælles refleksion over opgaverne i sundhedspraksis muligheder for at udvikle de faglige indsatser, så de er tilpasset situationen og den enkelte patient/borger. Denne form for faglig udvikling anerkendes ikke altid som kompetenceudvikling. Men den kan være en vigtig forudsætning for, at især kortuddannede og ufaglærte medarbejdere kan tilegne sig kompetencer til (i samarbejde med kolleger med længere uddannelse) at håndtere komplekse patientsituationer, som de ikke er formelt uddannet til at varetage.

### 8.8.2 Udviklingsbehov i sundhedsvæsenet

Kompetenceudviklende kurser udbydes ved PI og Institut for Sundhed og Natur. Så vidt vides foreligger der ingen GAP-analyser mellem de fremtidige behov og uddannelsesudbud- og produktion på baggrund af opgørelser over omfang i forhold til behov.

Umiddelbart foreligger der ikke beskrivelser af faglig udvikling i sundhedsenhederne. Det vides dog, at der afholdes fælles refleksion arrangeret af studerende på deres praktiksteder, og at der nogle steder arrangeres sygeplejefaglig supervision, men omfanget kendes ikke. Desuden foregår der dagligt udveksling mellem f.eks. personalet i byer og bygder, hvor der blandt andet reflekteres over udfordringer i arbejdet. Nogle steder er sådanne møder sat i system.

Undersøgelsen af medarbejderperspektiver peger dog på et behov for kompetenceudvikling og faglig udvikling lokalt. Undersøgelsen tyder på, at dette ofte nedprioriteres, dels grundet tidspres, dels fordi der mangler ledelsesmæssig opbakning hertil.

Inden for de sidste år er der i Kirurgisk Område på DIH sat gang i systematisk kompetenceudvikling af alle faggrupper (som på DIH ikke omfatter ufaglærte), blandt andet med ansættelse af en uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, etablering af et simulationsrum og ugentlige læringssessioner.

Uddannelsesniveaue i regionerne på kysten må antages at være lavere end på DIH, blandt andet er der ansat forholdsvis mange ufaglærte og kortuddannede, og behovet for kompetenceudvikling derfor større. Det må dog pointeres at ufaglærte og kortuddannedes indsatser mange steder er en af forudsætningerne for, at sundhedsområdet overhovedet fungerer. Denne anerkendelse fremgik blandt andet på Sundhedskommissionens rejser til en række byer og bygder i landet. Her gav borgere på borgermøder udtryk for, at de ønskede kompetenceudvikling af de ufaglærte, fordi det er af stor værdi, at de er fastboende og grøn-

landsksprogede. Udviklingsmuligheder for dette personale kan både løfte det faglige niveau i sundhedsindsatserne og bidrage til en uundværlig fastholdelse af fastboende personale.

Der kan synes behov for en samlet strategi for kompetenceudvikling i hele sundhedsvæsenet, så kompetenceudvikling ikke (kun) er afhængig af den til enhver tid herskende personalsituation lokalt. Det indebærer blandt andet en fælles forståelse af, hvad faglig udvikling i det daglige arbejde er, således at fælles refleksion bliver anerkendt som kompetenceudvikling.

### 8.8.3 Udviklingsbehov i kommunerne

En rapport fra Epinion om uddannelsessammensætningen i den sociale sektor i kommunerne viser at mere end halvdelen af medarbejderne i ældreplejen og på handicapområdet er ufaglærte (ca. 60%).

Rapporten fremhæver, at medarbejdere i hjemmeplejen, på plejehjemmene og i socialpsykiatrien mangler grundlæggende færdigheder til at håndtere problemstillinger i arbejdet. Ud over grundlæggende kompetencer er der også et behov for specialiserede kompetencer. På handicapområdet er der særligt behov for sundhedsassistenter/-hjælpere og støttepersoner med speciale inden for psykiatrien og håndtering af borgere med psykiske lidelser og handicap. I ældreplejen er der behov for specialiserede kompetencer på demensområdet, hjemmehjælpsområdet og i forhold til genoptræning. Der er også behov for uddannet personale, som har plejekompetencer i forhold til borgere, der har fået en hjerneblødning eller blodprop.

Epinion har ligeledes udarbejdet en fremskrivningsmodel, der tager højde for den demografiske udvikling. Udviklingen indebærer, at antallet af færdiguddannede inden for sundhedsområdet kun vil stige marginalt, selv når fremskrivningen baseres på en forudsætning om, at andelen af unge, som tager en sundhedsuddannelse, stiger med 50%.

Det fremgår af ovenstående, at der også fremover vil være mangel på personale med sundhedsfaglige kompetencer i primærsektoren. Det peger på et behov for at øge produktionen af uddannet personale med de rette kompetencer. I betragtning af tidshorizonten for at få uddannet personale nok, ses også et behov for løbende kompetenceudvikling (uformel kompetenceudvikling og faglig udvikling) af det ufaglærte og kortuddannede personale.

### 8.8.4 Opsamling på udfordringer vedrørende kompetenceudvikling i praksis

- Mange ufaglærte og kortuddannede i regionerne i sundhedsvæsenet og på sundhedsområdet i kommunerne.
- Stort tidspres og mangel på ledelse af kompetenceudvikling.
- Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne vanskeliggøres af manglen på sundhedsfaglige kompetencer i den kommunale sektor, men også af en gensidig mangel på færdigheder til tværsektorielt samarbejde.
- Der mangler en overordnet, langsigtet strategi for kompetenceudvikling i sundhedsvæsenet og for samarbejdet med den kommunale sektor herom.

## 8.9 Brug af IT i uddannelse og kompetenceudvikling

### 8.9.1 Status for brug af IT

Styrket brug af IT i uddannelserne har været forsøgt udviklet i uddannelsessektoren gennem en del år. På folkeskoleområdet blev der udarbejdet en strategi for "Den digitale folkeskole", og på gymnasieområdet er der udviklet e-GUX, en gymnasieuddannelse, der udelukkende fungerer gennem fjernundervisning. Det første hold studenter dimitterede i 2021.

## 8.9.2 Generelle udfordringer og flaskehalse i fjernundervisning

I 2016 blev der nedsat en arbejdsgruppe under Departementet for Uddannelse, Kultur, Idræt og Kirke, der havde til formål at fremsætte forslag til, hvordan e-læring kan indgå som en integreret del af undervisningen i uddannelsessystemet. En af rapportens konklusioner er, at foruden de færdigheder som traditionel undervisning kræver af både undervisere og elever, så stiller e-læring også krav om nye didaktiske kompetencer hos underviserne og tekniske færdigheder hos både undervisere og elever. Dertil kommer, at tekniken skal fungere smidigt og let i alle situationer.

Rapporten fremhæver, at udvikling af e-læring/fjernundervisning i uddannelserne kræver udvikling af især underviserens og elevens IT-kompetencer, at uddannelsesinstitutioner har en kompetent IT-afdeling, der løbende kan servicere og støtte brugen af systemet med IT-support, samt at internettet er stabilt nok til at gennemføre undervisning via konferencesystem.

En undersøgelse ved PI/SPS (Socialpædagogisk Seminarium) finder det samme og konkluderer endvidere, at fjernuddannelse skal planlægges som *blended learning*<sup>29</sup> med periodevis fysisk tilstedeværelse. Dette vurderes dog ikke nødvendigt for elever/studerende med længere uddannelsesbaggrund og mere udviklede IT-kompetencer.

Samme rapporter dokumenterer et udtalt behov for kurser, uformel kompetenceudvikling og faglig udvikling, blandt andet ved hjælp af e-læring. Dette læringsbehov er omtalt i tidligere afsnit, specifikke behov i forbindelse med e-læring er omtalt i dette afsnit ovenfor.

Rapporten fra arbejdsgruppen under Departementet for Uddannelse viser desuden, at der er et behov for at få flere praktiske erfaringer med fjernundervisning via gennemtænkte projekter.

## 8.9.3 Fjernundervisning i de grundlæggende sundhedsuddannelser

PI har i en redegørelse til Departementet for Uddannelse m.m. delt deres erfaringer med e-læring i deres uddannelser, som fik et boost i forbindelse med Covid-19-nedlukningen. I det følgende resumeres erfaringer, muligheder og udfordringer i de forskellige uddannelser set fra underviserens vinkel.

De fleste undervisere mener, at kun få fag egner sig til fjernundervisning på PI's uddannelser. Underviserne fremhæver, at undervisningen har en egen praktisk karakter, hvor eleverne også øver de praktiske færdigheder ved teorigennemgang. Det øger elevernes teoriforståelse, når teoretisk undervisning efterfølges af træning i demo-stuen<sup>30</sup>, når de selv bruger hænderne og har samtaler herom (simulationsbaseret undervisning). Sundhedsuddannelser er praktiske, sociale og relationelle, og teori skal afprøves i praksis under observation af en underviser med henblik på at øge læringsudbyttet hos eleverne. Hvis man udbyder uddannelserne som fjernundervisning vil denne type af didaktiske metoder i stedet skulle henlægges til praktikstederne eller elevernes eventuelle arbejdspladser. Sundhedskommissionen har ikke haft adgang til undersøgelser om, hvad de studerende har af opfattelser og vurderinger om anvendelse af fjernundervisning i de grundlæggende sundhedsuddannelser. Viden herom vil ellers være relevant for at kunne tilrettelægge hensigtsmæssige forløb.

Det nævnes også, at underviserne ved PI skal være rustet til at give kvalificeret fjernundervisning for at bibeholde elevernes motivation og engagement, som kan være i fare for at forsvinde, fordi eleverne måske kan komme til at savne undervisere og klassekammerater at sparre med.

Omvendt kan udviklingen af fjernundervisning som *blended learning* være et alternativ til at fastholde de elever, som lider afsavn til familie og hjemsted under uddannelsesophold i Nuuk, eller som afstår fra overhovedet at tage på uddannelse af samme grund.

<sup>29</sup> *Blended Learning* er et begreb der anvendes inden for uddannelsesverdenen. Det betegner typisk kombinationen af e-learning og tilstedeværelseskurser, f.eks. ved PI. Det kan dog også være kombinationer af f.eks. selvstudier, E-learning og gruppediskussioner på internettet.

<sup>30</sup> Demo-stue, eller demonstrationsstue, er et lokale på uddannelsesstedet, der er indrettet som en sengestue på et sygehus med alt tilhørende udstyr, således at eleverne og de studerende kan øve sig i deres fag før de kommer ud i praksis.

At kunne tage uddannelse som fjernstudium efterlyses af mange, blandt andet af ufaglærte sundhedsarbejdere, det fremgår både af rapporten fra Sundhedskommissionens kystrejse og undersøgelsen af medarbejderperspektiver.

Fjernundervisning kræver planlægning og forberedelse af både elever og undervisere. Det kræver naturligvis IT-kompetencer af elever og undervisere, og nogle undervisere foreslår, at Majoriaq på kysten samarbejder med PI om kompetenceløft ved manglende IT-kompetencer hos eleverne.

Et altoverskyggende problem er manglende adgang til computere og internetforbindelse. De fleste elever mangler internetforbindelse i det omfang, der kræves til fjernundervisning. Mange har ikke råd til et flatrate-abonnement ved siden af de faste udgifter. Ligeledes er der mange elever, der ikke har en computer. En anden barriere for fjernundervisning er elevernes (og til dels undervisernes) kompetencer til at bruge de tekniske hjælpemidler.

#### 8.9.4 Fjernundervisning på sygeplejerskeuddannelsen

Der er stor mangel på grønlandsksprogede sygeplejersker. Deres indsats og kompetencer i forhold til lokal kendskab, sprog, kultur, kontinuitet m.m. kan ikke erstattes af udefrakommende vikarsygeplejersker. Med den nuværende produktion vil der ikke kunne uddannes tilstrækkeligt med sygeplejersker til at dække alle stillingerne i sundhedsvæsenet (se dog afsnit 8.7 vedr. projekt om strategisk løsning herpå). Der er flere ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen, end der er kapacitet til at optage. Det vides ikke, hvordan ansøgerne er fordelt på lokaliteter, men bosættelse uden for Nuuk kunne måske pege på et behov for fjernuddannelse. Erfaringer fra Island viser at sygeplejersker der er uddannet lokalt gennem fjernuddannelse, for størstedelens vedkommende forbliver i deres lokalområde efter endt uddannelse. I Grønland er erfaringen at sygeplejersker fra andre egne af Grønland ofte bliver i Nuuk efter endt uddannelse.

Som beskrevet er optaget på den nuværende sygeplejerskeuddannelse begrænset af antallet af praktikpladser i sundhedsvæsenet. Det er også en udfordring, der skal tages stilling til ifm. en evt. etablering af et fjernstudium. Et igangværende projekt ved sygeplejestudiet har til formål at skaffe flere praktikpladser.

Erfaringer fra Island, Nordnorge og Canada, hvor uddannelsen udbydes som fjernstudium, viser, at det skaffer flere sygeplejersker til yderområderne, hvis studerende fra yderområderne ikke behøver at tage til de større byer i flere år for at studere.

##### 8.9.4.1 Fjernstudier i sygeplejerskeuddannelsen i Island

Under sit besøg i Island i efteråret 2022 besøgte Sundhedskommissionen hospitalet i Akureyri (ca. 18.000 indbyggere), som har et omfattende samarbejde med universitetet i Akureyri om uddannelse af sygeplejersker.

Under besøget blev kommissionens medlemmer orienteret om, hvorledes sygeplejestudiet på universitetet har succes med fjernundervisning af studerende fra den nordlige del af Island. Kun indlæring af de praktiske færdigheder kræver tilstedeværelse i Akureyri, hvilket giver stor fleksibilitet. En væsentlig effekt har været, at mange af disse studerende forblev i lokalområdet, hvilket også fremgår af en forskningsartikel<sup>31</sup>. Universitetet i Akureyri har været pioner på fjernundervisningsområdet siden 1990'erne og startede fjernundervisning for sygeplejestuderende sidst i halvfemserne<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> Bjarnason, T. og Edvardsson, I. R. (2017). University pathways of urban and rural migration in Iceland. *Journal of Rural Studies*, 54, 244-254. doi:10.1016/j.jrurstud.2017.07.001

<sup>32</sup> I External Assessment of: University of Akureyri Faculty of Health Sciences, Nursing Department University of Iceland Faculty of Nursing fra 2001 redegøres der for erfaringer m.m.

## 8.9.5 Opsamling på udfordringer og perspektiver i forhold til fjernundervisning

Centrale udfordringer i forhold til øget brug af mulighederne i fjernundervisning:

- Adgang til computere og internet for elever og studerende
- Institutionel support
- Stabilt internet
- Undervisernes didaktiske kompetencer og IT-tekniske færdigheder
- Praktisk læring kræver fysisk tilstedeværelse i samspil med underviser

Disse udfordringer findes der allerede delvist løsninger på. Internettet bliver stadig mere tilgængeligt og stabilt i hele landet, og de IT-tekniske færdigheder hos unge udvikler sig i takt hermed. Fjernundervisning kan arrangeres som *blended learning* med periodevise skoleophold.

Der er samtidig mange perspektiver for brugen af fjernstudier og e-læring i Grønland. I betragtning af geografi og infrastruktur er det oplagt at udvikle brugen af IT. Det kan betyde et fagligt løft af de mange fastboende medarbejdere i sundhedsvæsenet, at flere stillinger bliver besat med uddannet personale, og at der bliver uddannet flere fastboende til erstatning for vikaransættelser.

At holde fokus på dette perspektiv kræver ledelse af udvikling af fjernundervisning og e-læring på alle niveauer. Det betyder, at udvikling og implementering af IT i uddannelser og kompetenceudvikling skal indarbejdes i en overordnet strategi for uddannelser og kompetenceudvikling i praksis. Det indebærer udvikling af lokale ledere, ikke nødvendigvis i brugen af IT, men i ledelse af brugen af IT. Så lederudvikling må være en høj prioritering i en samlet strategi (hvilket også konkluderes i evalueringen af brug af IT i folkeskolen og gymnasiet).

## 8.10 Finansiering af uddannelses- og kompetenceudviklingstiltag

Formel kompetenceudvikling finansieres i dag via følgende:

1. Kursusfond (PPK<sup>33</sup>)
2. Kurser på Peqqissaanermik Ilinniarfik (PI)
  - a. Kompetenceudviklingskurser (hovedkonto 31.07.02).
  - b. Kursusvirksomhed (hovedkonto 40.91.03.)
3. Særlig Kursuspuljer
  - a. Nationale sundheds- og uddannelsesindsatser (hovedkonto 34.12.02.)
  - b. Videreuddannelsespuljen (hovedkonto 34.01.01. Departementet for Sundhed).

I det følgende uddybes punkterne.

### 8.10.1 Kursusfonden

Medlemmer af PPK kan søge Kursusfonden til forskellige kurser efter 1 års ansættelse. Sundhedsvæsenet kan søge Kursusfonden om fælles kurser/temadage.

<sup>33</sup> PPK står for Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit (Det Grønlandske Sundhedskartel).

### 8.10.2 Kompetenceudviklingskurser på arbejdsmarkedsområdet (PKU)

Der er en samlet ramme på årligt 24,2 mio. kr. til PKU-kurser på erhvervsuddannelsesområdet.

Den enkelte brancheskole indgår en kontrakt med Naalakkersuisut. Kontrakten forpligter til at kurserne rettes mod arbejdsmarkedets behov, skal afholdes lokalt så vidt muligt, skal være meritgivende og skal sigte mod kursisternes beskæftigelse efterfølgende, blandt andet gennem realkompetencevurdering.

Det er muligt at give flerårige tilsagn til brancheskoler og andre udbydere.

Kompetenceløft fra ufaglært til faglært inden for pleje og omsorg er allerede implementeret med succes. Der er årligt 18 deltagere i et RKV/PKU-forløb på PI.

Opkvalificeringen af ufaglært personale på sundhedsområdet er et samarbejde på tværs af Departementet for Uddannelse, Kultur og Kirke, som finansierer taxameterpenge til uddannelsen, og Departementet for Sociale Anliggender, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender finansierer kursusgodtgørelse, rejse og opholdsudgifter via PKU-midler. Det er et politisk ønske at udvide indsatsen med realkompetenceforløb i forbindelse med kompetenceudviklingskurser.

### 8.10.3 Kursusvirksomhed under uddannelsesområdet

Der er en ramme på årligt 15,2 mio. kr. til kurser via hovedkonto 40.91.03. Kursusvirksomhed. Kursusafdelingen i Centeret for Sundhedsuddannelser har herigennem således fået ca. 0,33 mio. kr. i 2022. Der er tale om tilskud til kurser med erhvervsuddannelsesindhold samt grundlæggende erhvervsuddannelser. Bevillingerne er normalt 1-årige, men der er nu mulighed for flerårige tilsagn.

Endelig gives der PKU-midler (for faglærte) og kursusmidler (for ufaglærte) til opkvalificering af sundhedsarbejdere, portører og serviceområdet (køkken, rengøring mv.) via hovedkonto 31.07.02. Kompetenceudviklingskurser. Den samlede bevilling var på 24,6 mio. kr. i 2022. Heraf fik PI 3,9 mio. kr. til PKU-kurser i 2022.

### 8.10.4 Nationale sundheds- og uddannelsesindsatser

Der ses ikke udarbejdet en samlet national plan for kompetenceudvikling og uddannelse på sundhedsområdet. Der foreligger derfor heller ikke en samlet vurdering af, hvad de nuværende forskellige indsatser vil kunne bidrage med i forhold til at imødegå såvel de nuværende som fremtidige behov på området. Dette er problematisk, henset sundhedsområdets store samfundsmæssige betydning.

### 8.10.5 Videreuddannelsespuljen og overenskomstfastsatte videreuddannelsesmidler

Videreuddannelsespuljen er forankret i Departementet for Sundhed (beløb på FFL 2022: 2,1 mio. kr. i forbindelse med videre- og specialuddannelse). Puljen deles mellem Institut for Sundhed og Natur, PI og sundhedsvæsenet.

Videreuddannelsespuljen yder økonomisk støtte til videreuddannelse til håndtering af øgede og ændrede krav på arbejdspladsen inden for eget fagområde i takt med udviklingen på det samfunds-, sundheds-, ledelses- og uddannelsesmæssige samt teknologiske område. Det drejer sig om følgende faggrupper: sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere og økonomaer.

Lægerne har gennem aftale og overenskomst med Selvstyret adgang til uddannelses- og kompetenceudvikling via lægernes personlige uddannelsesfond samt en efteruddannelses- og videreuddannelsesfond. Tilsvarende har tandlægerne adgang til midler via en fælles uddannelsesfond. Efteruddannelse og uddannelsesfonden varetages af Efteruddannelsesudvalget, der består af repræsentanter fra Lægekredsforeningen og Styrelsen for Sundhed.

### 8.10.6 Udfordring i finansiering: Fragmenteringen i midlerne hindrer sammenhængende kompetencestrategier og -planer

Midlerne til uddannelse og kompetenceudvikling i sundhedsvæsenet er således spredt ud på forskellige kontoer, der forvaltes af forskellige instanser med hver deres specifikke formål. Det gør det vanskeligt dels at lave langtidsplanlægning for de enkelte uddannelser, dels at udarbejde en samlet strategi for uddannelse og kompetenceudvikling på sundhedsområdet.

## 8.11 Kollegiepladser

Det er velkendt, at der er begrænset kollegiekapacitet i hele Grønland. I sektorplan for kollegier fra 2019 (som er under opdatering) henvises der til, at der i 2016 var en kollegiekapacitet på ca. 2.497 pladser i de 7 uddannelsesbyer, hvor en behovsanalyse fra 2019 konkluderer, at der er et samlet behov for udbygningen af kollegiekapaciteten på 1.069 nye pladser i hele Grønland inden for de kommende 10 år.

Behovet for flere kollegieenheder skyldes følgende faktorer:

- Flere uddanner sig
- Utidssvarende kollegiemasse
- Store udgifter til leje af boliger til brug som (midlertidig) kollegiekapacitet

Som konsekvens af den utilstrækkelige kollegiekapacitet er kollegieadministrationen nødt til at leje private og offentlige lejeboliger, som primært benyttes til studerende med familier eller kollektive boformer. I 2021 var der således afsat 13,5 mio. kr. til leje af yderligere kollegieboliger, og denne pulje var opbrugt 1. juli 2021. Hvert år gives der afslag til ca. 90-120 uddannelsessøgende, der har søgt om kollegiebolig på grund af den begrænsede kollegiekapacitet.

Langt størstedelen af den samlede kollegiekapacitet består af 1-rums-kollegier (ca. 80%), mens 2-rums-kollegier svarer til omkring 14% af den samlede masse. 3-5-rums kollegier udgør de resterende 6%.

Der bygges nye kollegier i fase 1 af kollegiesektorplanen, men samtidig tages gamle kollegiebygninger ud af dri forhold til

I sektorplanen på kollegieområdet fremhæves det, at der er behov for nye kollegietyper, der er tilpasset de studerendes behov. Det gælder for eksempel kollektive kollegier, som giver rammer for, at de studerende får et fællesskab og derved bedre muligheder for at gennemføre studierne. Samt kollegier henvendt til studerende med børn.

Der er i alt ca. 3000 studerende på ungdoms- og videregående uddannelser i Grønland Heraf er 61% kvinder (baseret på opgørelser i årene 2018-20). Som det tidligere er beskrevet, er størstedelen af de elever, som påbegynder en sundhedsuddannelse, kvinder i aldersgruppen 24-29 år. Gennemsnitsalderen for førstegangsfødende er 24,5 år, og ved andet barn er gennemsnitsalderen 27,5 år. Mange elever vil altså allerede have stiftet familie eller gøre det i løbet af uddannelsen. Den nuværende kollegiekapacitet tilpasset familier er stærkt begrænset, og eksempelvis forekommer det ofte, at der bor en familie med to voksne og tre børn i et kollegieværelse på 30 m<sup>2</sup>. I nogle uddannelsesbyer er behovet for kollegier ikke et udtryk for manglende samlet antal kollegiepladser, men snarere mangel på større enheder til elever/studerende med familier.

Manglende kollegiepladser er således en meget alvorlig flaskehals for, at studerende starter på en uddannelse, og er også en vigtig faktor for frafald fra uddannelserne.

Der indsamles ikke data på de ansøgere, der modtager afslag på kollegiepladser, herunder hvilke uddannelser de har søgt. Der kendes kun selve antallet af ansøgere, der får afslag.

På Sundhedskommissionens møde i december 2022 gjorde medlemmer opmærksom på, at prisen for en kollegiebolig er væsentlig lavere end for en almen bolig eller privat bolig. Derfor kan der være et incitament til at beholde sin kollegiebolig så længe som muligt.

Man kunne derfor overveje at indarbejde et indtægtsloft i kriterierne for at få tildelt en kollegiebolig.

## 8.12 Opsamling på udfordringer vedr. uddannelse og kompetenceudvikling på sundhedsområdet

- Der uddannes for få fastboende til at dække behovet for personale i sundhedsvæsenet, og der finder ikke en sammenhængende uddannelsesplanlægning sted rettet mod sundhedsvæsenets nuværende og fremtidige behov.
- Der satses for ensidigt på at rekruttere til de grundlæggende sundhedsuddannelser blandt ufaglærte, der i forvejen arbejder i sundhedsvæsenet og kommunerne. Der er behov for at rekruttere blandt de unge bredt i samfundet og at indrette uddannelserne herefter.
- For mange med vigtige sundhedsfaglige kompetencer for sundhedsvæsenet, der er uddannet i Danmark, vender ikke tilbage til Grønland. Der er behov for indsatser i forhold til at fastholde tilknytningen til sundhedsvæsenet i Grønland under uddannelsen i Danmark. Herunder savner de medicinstuderende adgang til flere klinikophold i Grønland under uddannelsen og at denne mulighed ikke kun er forbeholdt medicinstuderende fra Aarhus Universitet.  
Der efterlyses samtidig, at man indretter sine indsatser på at få flere tilbage til landet. Der kan være forskellige grunde til ikke at komme hjem efter endt uddannelse i Danmark.
- Rekruttering til og fastholdelse i sundhedsuddannelserne hæmmes af flaskehalse i uddannelsessystemet, herunder især manglende praktikpladser og for få kollegiepladser.
- Frafaldet i uddannelserne er stort. Der er behov for at tage hånd om det faktum, at mange elever og studerende har personlige barrierer i forhold til at gennemføre en uddannelse.
- Der gøres for lidt ved efter- og videreuddannelse. Der mangler en overordnet strategi herfor.

## 8.13 Perspektiveringer

Sundhedsvæsenets behov for kompetent arbejdskraft kan i dag langt fra dækkes af uddannede fra Grønland med den nuværende uddannelsesadfærd. Dette er særligt gældende for de mere specialiserede uddannelser.

De demografiske ændringer i de kommende 10-15 år vil i sig selv forstærke behovet for uddannet arbejdskraft i sundhedsvæsenet.

Følgeligt vil der fortsat være et stort behov for at kunne rekruttere og fastholde arbejdskraft udefra til sundhedsvæsenet. Det må i høj grad være en central national opgave at øge produktionen på sundhedsuddannelserne her i landet og produktionen af specialister på uddannelserne i Danmark. Derudover bør kompetenceudviklingsindsatsen øges for de ansatte i sundhedsvæsenet og tilgrænsende områder i kommunerne.

En sådan indsats kan ses som en langsigtet investering i at forbedre borgerservicen og sundhedsniveauet i landet. Den vil kræve et øget planlægnings samarbejde mellem sundheds- og uddannelsessektoren og relevante institutioner på området og mellem Selvstyret og kommunerne. Som led i dette vil der også blive behov for større anlægsinvesteringer i forhold til kollegie- og uddannelsesbygninger for at understøtte indsatsen.

Der er på nuværende tidspunkt mange uddannelses- og kompetenceudviklingsaktiviteter i og omkring sundhedsområdet med mange aktører og kilder til finansiering af disse aktiviteter. Ressourcerne kunne antageligt udnyttes bedre gennem en større samordning af initiativerne.

Arbejdet i Sundhedskommissionen med uddannelse og kompetenceudvikling har vist, at der er en sådan fælles interesse, men også at et sammenhængende planlægnings samarbejde ikke sker af sig selv. Der synes således heller ikke at være en overordnet strategi og plan for uddannelse og kompetenceudvikling på sundhedsområdet, selv om dette er et vitalt område.

En workshop afholdt af Sundhedskommissionen med en række forskellige interessenter på aftager- og udbydssiden om uddannelse og kompetenceudvikling påviste således også et behov for at etablere et fælles forum for fremover at fremme konkrete samarbejder. Dette på tværs af uddannelsesinstitutionerne, sund-

hedsvæsenet og kommunerne. Konkret kunne et sådant samarbejde eksempelvis bidrage til at formulere behovsanalyser, at udveksle erfaringer og viden om metoder, at udarbejde forslag til aktivitetsplaner samt at afholde fælles årlige seminarer på området.

## 8.14 anbefalinger:

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der bør udarbejdes en sammenhængende uddannelsesplanlægning rettet mod sundhedsvæsenets nuværende og fremtidige behov i et samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniarfik (PI) og sundhedsvæsenet, herunder en strategi for at tiltrække og uddanne unge til sundhedsrettede uddannelser i og uden for landet efter 10. kl./efterskole og efter de gymnasiale uddannelser (inkl. Ilisimatusarfik i forhold til sygeplejestudiet og tolkeuddannelsen)
2. At der udarbejdes en strategi for faglig udvikling på alle typer af sundhedsenheder
3. At øge en virkelighedsnær skolepraktik/simulationsbaseret undervisning herunder ved etablering af en dedikeret fysisk kapacitet dertil (praksishus)
4. At øge antallet af praktikpladser og praktikvejledere med ansvar for minimum to praktikanter ad gangen
5. At øge antallet af kollegiepladser
6. At der i højere grad sættes fokus på trivsel og studieparathed under de respektive sundhedsuddannelser
7. At potentialet for fjernundervisning udnyttes både i grunduddannelserne samt i efter- og videreuddannelsen, herunder efteruddannelse af kortuddannet/ufaglært personale i de mindre sundhedsenheder
8. At øge brugen af realkompetenceudvikling for ufaglærte og kortuddannede medarbejdere samt øget samarbejde med kommunerne om kompetenceudvikling
9. At der sikres bedre introduktion til studielivet i Danmark for medicin- og tandlægestuderende m.fl. Introduktionskursus som bro mellem gymnasiet og universitetet, herunder oplysning om kulturforskelle organiseret i et samarbejde med De Grønlandske Huse i Danmark

## Kapitel 9. Rekruttering og fastholdelse

Hovedpunkter i kapitlet:

- Rekruttering og fastholdelse er en vedvarende og antageligt voksende udfordring og er i øjeblikket kritisk
- Der er ingen simple eller kortsigtede løsninger på disse udfordringer, men behov for en vifte af tiltag på forskellige områder med gradvis effekt
- Der er i øjeblikket ansat ca. 1.600 i sundhedsvæsenet, hvoraf ca. 900 er fastansatte. Der ca. 1.500 nye ansættelser årligt
- De mange korttidsansatte belaster de fastsatte
- Udgifter til eksterne vikarbureauer har været faldende, men har på grund af vikarsituation været stigende i 2021 og 2022
- Rekrutteringsenheden i København er vigtig til ekstern rekruttering
- Det er vigtigt at forsøge at fastholde grønlandsk uddannet personale. Ca. halvdelen af grønlandsk uddannede sygeplejersker er ikke i sundhedsvæsenet i dag
- Det er vigtigt at få uddannede grønlændere i Danmark til at vende tilbage til Grønland – det gør for få
- Der er bekymrende få fastansatte speciallæger i den primære sundhedstjeneste og alderen blandt korttidsansatte speciallæger er høj
- Det er vigtigt at satse på udenlandsk arbejdskraft og udarbejde en handleplan, der både håndterer spørgsmålet om at sikre en hurtig autorisation af fagligt kompetent personale samt sprogproblematikken og integrationen i forhold til eventuelt engelsktalende personale
- Personaleadministrationen skal forbedres og Sundhedsledelsen bør have større lokalt ledelsesrum i forbindelse med løn- og ansættelsesvilkår.
- Der kan sættes ind på en bred front: on-boarding forløb, herunder børnepasning, boliger og boligstandard, økonomiske incitament, flerkulturel læring og forståelse, tilbud om kompetenceudvikling, branding og rekruttering over de sociale medier

To af de største og vedvarende udfordringer, som Det Grønlandske Sundhedsvæsen står over for er rekruttering og fastholdelse<sup>34</sup>. Problemer på disse to områder har store konsekvenser for sundhedsvæsenets funktionsevne. Et bedre fungerende sundhedsvæsen har blandt andet som en helt afgørende forudsætning, at rekruttering og fastholdelse bliver bedre. Hvis man skal kunne tilbyde patienter og pårørende kvalitet og kontinuitet i udredning, pleje og behandling, er det vigtigt at kunne tiltrække og fastholde dygtige og engagerede sundhedsansatte, der kender sundhedsvæsenet. På den anden side truer rekrutterings- og fastholdelsesproblemerne sundhedsvæsenets stabilitet. Per januar 2023 er situationen relativt kritisk, fordi der er mangel på (især) læger og sygeplejersker i Danmark, som smitter direkte af på sundhedsvæsenet i Grønlands rekrutteringsmuligheder.

Der er udbredt mangel på uddannet sundhedspersonale, især læger og sygeplejersker, som medfører store udgifter til korttidsansættelser og vikarbureauer. Det er en vedvarende udfordring for sundhedsvæsenet at tiltrække og fastholde sundhedspersonale. Det gælder på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

<sup>34</sup> Kapitlet er baseret på SOKU-notat nr. 2: Notat om udfordringer og løsninger vedrørende rekruttering, fastholdelse og uddannelse på sundhedsområdet fra november 2020, rapport fra arbejdsgruppen vedr. rekruttering og fastholdelse, maj 2022; samt Sundhedskommissionens studietur til Island november 2022. Hertil kommer flere notater fra Sundhedsledelsen, blandt andet notat om *Fastholdelse og rekruttering af ledere i Det Grønlandske Sundhedsvæsen* fra januar 2023 og *Konkrete problematikker om ansættelses- og lønvilkår*, januar 2023. Der vil altid være interesse for helt aktuelle data på området. Det har imidlertid ikke altid været muligt at skaffe uden betydeligt merarbejde. I det omfang, at der fremgår tal indtil år 2020, kan det grundlæggende antages, at situationen i 2021 og 2022 ikke er blevet bedre.

De store udfordringer med rekruttering af sundhedspersonale i Grønland, såvel som andre lande, hænger også sammen med, at der generelt foregår en øget specialisering blandt læger, at der er mangel på uddannet sundhedspersonale, samt at der er konkurrence om personaleressourcer og ikke mindst geografiske udfordringer.

## 9.1 Bemandingen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Det Grønlandske Sundhedsvæsen har bemanding i omkring 70 steder med følgende omtrentlige antal ansatte

- Der er aktuelt ca. 128 kliniske lægestillinger, hvoraf ca. 30 er fastansatte.
- Der er ca. 300 sygeplejerskestillinger med ca. 200 fastansatte.
- Der er ca. 30 tandlæger, hvoraf 16 er fastansatte.
- Der er ca. 100 bioanalytikere/ergoterapeuter/fysioterapeuter og jordemødre.
- Der er ca. 173 sundhedsassistenter og ca. 44 sundhedshjælpere.

Fastansatte er her defineret som ansættelser med kontrakt længere end 12 måneder.

**Tabel 9.1: Ansættelsesformer i sundhedsvæsenet**

Ansættelse	Tidsperiode for ansættelse	Lønnet efter
Fastansættelse	På ubestemt tid/ kontrakt længere end 12 måneder	Overenskomst
Korttidsansættelse	Under 1 år, f.eks. 3 mdr.	Overenskomst
Almindelig vikar	Under 1 år, f.eks. 3 mdr.	Overenskomst
Vikar	På kort tid	Vikarbureau
Rotationsordning internt*	Ofte fastansat	Overenskomst
Rotationsordning eksternt**	2-3 mdr.	Overenskomst

\* Ved en intern rotationsordning arbejder en læge eksempelvis på en anden sundhedsenhed i regionen i en periode, mens det formelle ansættelsessted forbliver på lægens oprindelige arbejdsplads.

\*\* Ved en eksternt rotationsordning indgår eksempelvis et dansk sygehus en aftale med Det Grønlandske Sundhedsvæsen om at dække en stilling fast i en periode (eks. to år) med et antal måneders ansættelse ad gangen (eks. 2-3 måneder).

Sundhedsvæsenet har en meget høj frekvens af personaleudskiftning. Der er i alt ansat knap 1.600 månedslønnede, hvoraf ca. 950 er fastansatte. Til trods for dette blev der i 2019 foretaget ca. 1.400 ansættelser (omfatter fastansættelser, korttidsansættelser og specialistræjsende), hvilket ikke omfatter time-lønnede, projektansættelser og eksterne konsulenter. I 2022 var dette tal steget til ca. 1.500. Den betydelige personaleudskiftning er forbundet med et stort administrativt arbejde, hvilket påvirker produktiviteten, fordi de fastansatte blandt andet bærer en betydelig opgave med introduktion og oplæring.

Ansættelserne omfatter korttidsansættelser fra få uger op til 1,5 år. I oktober 2021 var den gennemsnitlige ansættelsestid for korttidsansættelser 1-1,5 måned.

I løbet af det seneste halvandet år har sundhedsvæsenet udskiftet næsten halvdelen af det øverste ledelseslag i organisationen. Der er i alt 32 stillinger i sundhedsvæsenets øverste ledelseskreds. Per foråret 2023 er der ni ubesatte lederstillinger og syv ledere med en anciennitet på mindre end et år.

Hvis sundhedsvæsenets fastholdelsesopgaver skal lykkes, forudsætter det, at man har et stabilt ledelseslag, der kan sikre introduktion af personale, faglig udvikling af og sparring med medarbejdere, integrering af det kontinuerlige flow af korttidsansatte, og ikke mindst et godt arbejdsmiljø. Dertil kommer naturligvis alle driftsopgaverne.

Sundhedsvæsenet oplever, at det oftere og oftere er nødvendigt med et eller flere genopslag for at besætte lederstillingerne, og trods organisationens størrelse er det stærkt begrænset med interne ansøgere.

Et nyt notat fra et rekrutteringsfirma vedr. mislykket rekruttering af ledende regionslæger illustrerer de store udfordringer. Firmaet havde talt med mere end 55 læger, herunder repræsentanter fra Forskningsenhederne for Almen Medicin, PLO, DSAM, Foreningen af pensionerede speciallæger, læger der aktuelt har deres praksis til salg samt en række praksiskoordinatorer og uddannelseskoordinatorer.

Kandidater med konkret erfaring fra Grønland nævner, at det kan opleves som administrativt besværligt at arbejde som læge i Grønland. Nogle angav som begrundelse for manglende interesse, at som følge af den generelle mangel på læger i Grønland, falder for meget af det lægepraktiske arbejde tilbage på den ledende regionslæge, hvilket efterlader for lille et fokus på det administrative og ledelsesmæssige i stillingen, som kan være betragtelig.

Ansættelsesperioderne er blevet kortere gennem årene, måske fordi korttidsansatte vikarer ofte skal have orlov fra et job i sundhedsvæsenet i Danmark, hvor presset er stigende. En del af vikarerne er gengangere.

Tabel 9.2 viser, hvor svært det er at danne sig et billede af antallet af ansatte i sundhedsvæsenet. Kun hvis man vælger en opgørelse på en konkret dato, får man et præcist billede. Når man opgør for f.eks. et år som Grønlands Statistik gør, beregner man antal fuldtidsansatte ved at lægge deltidsansættelser sammen til en heltidsstilling, mens man med antal ansatte får et billede antal enkeltpersoner, der har været ansat i løbet af et år uanset hvor længe de har været ansat.

Tabel 9.2 viser, at antallet af fuldtidsansatte har været kraftigt stigende.

**Tabel 9.2: Antal fuldtidsbeskæftigede, FTE, og ansatte efter overenskomstområde i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2015 og 2021.**

	2015		2021	
	Fuldtidsbeskæftigede	Ansatte	Fuldtidsbeskæftigede	Ansatte
33 SIK Sundhedshjælper mv.	164	264	244	379
36 SIK Sundhedsområde mv.	579	789	667	915
45 Læger og psykologer	144	325	191	472
46 Tandlæger	34	50	31	56
54 HK/PPK Funktionærer, sundhedsområde	11	12	1	1
58 Bioanalytikere, ergoterap., fysioterap., jordemødre, økonomaass.	104	170	141	202
59 Sundhedsassistent, sygeplejersker	573	900	679	1104
71 Lægeseekretærelever, merit-sundhedsass., andre elever mv.	15	25	29	44
<b>I alt</b>	<b>1.623</b>	<b>2.535</b>	<b>1.983</b>	<b>3.173</b>

Kilde: Grønlands Statistik, tabel OFXOA6

**Lægebemandingen**, ekskl. DIH, fremgår af tabel 9.3. Den viser en betydelig vikardækning for speciallæger, og at der kun er faste speciallæger få steder. Knap to ud af tre læger er "yngre læger", det vil sige læger uden speciallægeautorisation. De yngre læger, inkl. DIH havde i gennemsnit 4,1 års anciennitet. Aldersmæssigt ligger vikarerne for speciallæger højt. Gennemsnitsalderen er 68,1 år og to tredjedele er ældre end 67 år. Tre ud af de fire vikarer på 75 år og ældre har fået dispensation for den danske 75-års regel.

Tabel 9.3: Lægedækningen ultimo januar 2023, ekskl. DIH

Region	Sundhedscenter/-station	Faste speciallæger	Lægespecialer	Speciallægevikarer	Lægespecialer	Yngre læger	Samlet antal læger
Avannaá	Qaanaaq Sundhedscenter	0		1	Kirurgi	0 (0%)	1
	Upernavik Sundhedscenter	0		1	Almen	2 (66%)	3
	Uummannaq Sundhedscenter	0		1	Almen	1 (50%)	2
	Regionssygehus Ilulissat	0		1	Almen	6 (86%)	7
Disko	Qasigiannuguit Sundhedscenter	0		1	Gynækologi	0	1
	Qeqertarsuaq Sundhedscenter	0		1	Almen	0	1
	Regionssygehus Aasiaat	0		2	Almen	3 (60%)	5
Qeqqa	Maniitsoq Sundhedscenter	0		1	Pædiatri	1 (50%)	2
	Regionssygehus Sisimiut	2	2 Almen	2	Almen	2 (33%)	6
Sermer-sooq	Tasiilaq Sundhedscenter	1	1 Kirurgi	0	-	2 (67%)	3
	Paamiut Sundhedscenter	0		0	-	0	0
	Ittoqqortoormiit Sundhedscenter	0	Urologi	1	Urologi	0	1
	Steno Diabetes Center	3	2 Almen, 1 Endo	0	-	1 (25%)	4
	Dronning Ingridis Sundhedscenter	7	7 Almen	0	-	18 (72%)	25
Kujataa	Narsaq Sundhedscenter	0		1	Almen	0	1
	Nanortalik Sundhedscenter	0		1	Almen	0	1
	Regionssygehus Qaqortoq	0		1	Kirurgi	3 (75%)	4
		13		15		39 (58%)	67

Kilde: Opgørelse fra Landslægen, februar 2023

Lægedækningen på DIH fremgår af tabel 9.4. Her er der også et betydeligt antal speciallægevikarer, mens brugen af yngre læger er relativt mindre end i den primære sundhedstjeneste.

Aldersprofilen for læger fremgår af afsnit 9.8.

**Tabel 9.4: Lægedækningen på DIH ultimo januar 2023**

Lægedækning på Landshospitalet (DIH)						
Enhed på Landshospitalet	Faste speciallæger*	Lægespecialer	Speciallægevikarer	Lægespecialer	Yngre læger	Samlet antal læger
Medicinsk område	7	Almen medicin (3), infektionsmedicin (11), cardiologi (2), neurologi (1).	3	Padiatri (2), nefrologi (1).	10	20
Kirurgisk område	5	Kirurgi (3), Ortopædkirurgi (1), Gyn-obs (1)	6	Kirurgi (2), Ortopædkirurgi (2), ØNH (1), Gyn-obs (1).	11	22
Anæstesi/Intensiv	1	Anæstesiologi (1)	4	Anæstesiologi (4)	0	5
Psykiatrisk område	2	ungdomspsykiatri (1)*	2	Psykiatri (2)	7	11
Røntgen	1	Diagnostisk radiologi (1)*	2	Diagnostisk radiologi (2)	0	3
<b>Samlet</b>	<b>16</b>		<b>17</b>		<b>28</b>	<b>61</b>

\* Faste speciallæger: Inkluderer 2 speciallæger, som ikke er fast i Grønland samt en overlage, som er deltidsansat og primært arbejder fra Danmark. Der indgår således i alt 12 faste speciallæger i den daglige dri forhold til fire af de faste speciallæger arbejder i et andet speciale end det, de er speciallæger i.

Kilde: Opgørelse fra Landslægen, februar 2023

Med 128 kliniske læger i Grønland er der ca. 226 læger per 100.000 indbyggere. I Danmark er det tilsvarende tal ca. 403 læger per 100.000 indbyggere.

**Sygeplejerskesituationen** fremgår af tabel 9.4A. I sundhedsvæsenet der pr. seneste opgørelse i marts 2023 306 sygeplejersker ansat. Der er ikke tal om, hvor mange der er deltidsansatte.

**Tabel 9.4A: Det samlede antal sygeplejersker i Grønland**

Sundhedsvæsenet	306	Inkl. administrative opgaver i sundhedsvæsenet
Uddannelsesinstitutioner	Ca. 13	Peqqissaanermik Ilinniarfik: 10 Ilisimatusarfik: 3 (usikkert)
Centraladministrationen	Ca. 6	PN, NUN: 3 Paarisa, andet: Ca. 3
Kommunerne	Ikke opgjort	

Kilde: Landslægen: Sygeplejerske-ressourcer i sundhedsvæsenet -en tværsnitsundersøgelse marts 2023. Ekskl. sygeplejersker ansat via vikarbureau.

I afsnit 9.2.2. ses der særskilt på grønlandsk uddannede sygeplejersker.

Opgjort pr. 100.000 indbygger er der i det grønlandske sundhedsvæsen 5,93 sygeplejersker sammenlignet med 5,90 i Danmark. I kilden er det dog ikke klart om f.eks. kommunalt ansatte sygeplejersker i Danmark er medregnet.

Godt halvdelen af sygeplejerskerne i sundhedsvæsenet er ansat på DIH, tabel 9.4B, og 19% er ansat i regionsbyerne.

**Tabel 9.4B: Hvor arbejder sygeplejerskerne**

	Antal	Procent
Landshospitalet, DIH	163	53.3%
Administration, DIH	10	3.3%
Primærsektor, Nuuk	38	12.4%
Primærsektor, regionsbyer	57	18.6%
Primærsektor, andre byer	38	12.4%
<b>Samlet</b>	<b>306</b>	<b>100%</b>

Kilde: Landslægen: Sygeplejerske-ressourcer i sundhedsvæsenet -en tværsnitsundersøgelse marts 2023

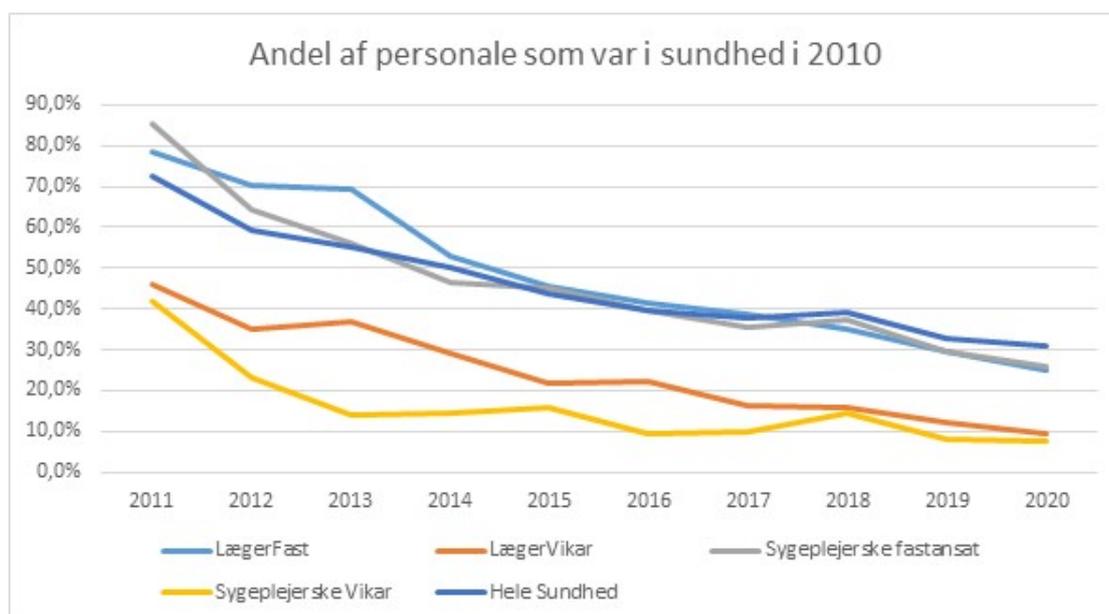
Godt en tredjedel er vikaransatte, tabel 9.4C. Knap halvdelen af de vikaransatte er over 50 år sammenlignet med ca. en tredjedel blandt de fastansatte i samme aldersgrupper. Andelen af 20-29-årige blandt vikarerne er 27% sammenholdt med 11% blandt de fastansatte.

**Tabel 9.4C: Ansættelsesstatus, ekskl. vikarbureau-ansatte**

	Antal	Varigt ansatte	Vikarer	Andel vikarer
Landshospitalet, DIH	163	107	56	34.4%
Administration, DIH	10	10	0	0.0%
Primærsektor, Nuuk	38	33	5	13.2%
Primærsektor, regionsbyer	57	28	29	50.9%
Primærsektor, andre byer	38	18	20	52.6%
<b>Samlet</b>	<b>306</b>	<b>196</b>	<b>110</b>	<b>35.9%</b>

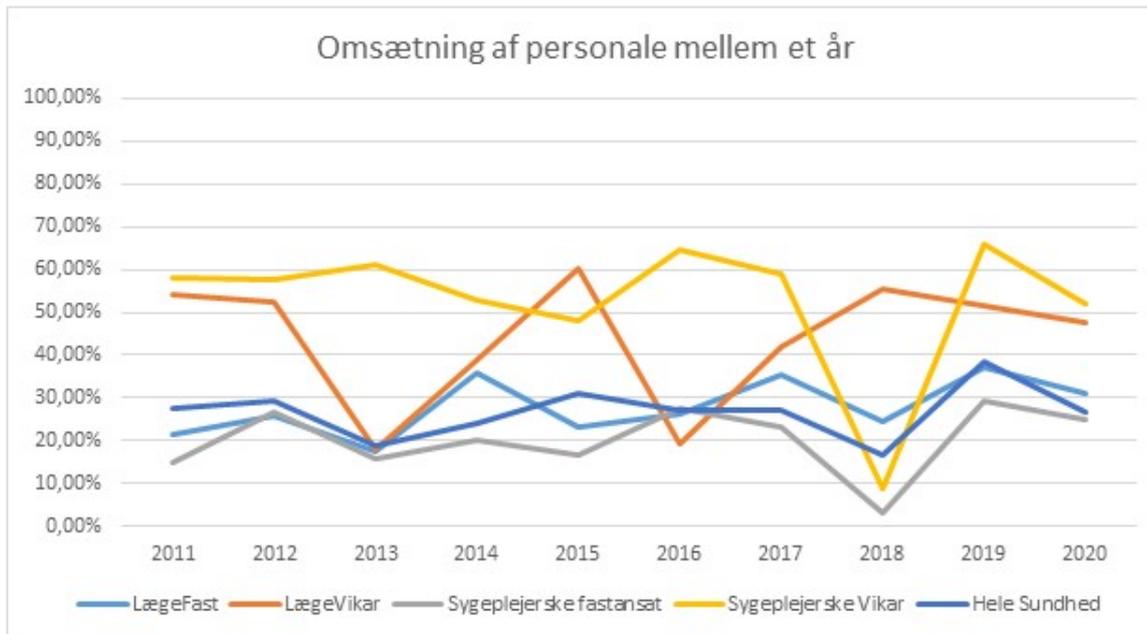
Kilde: Landslægen: Sygeplejerske-ressourcer i sundhedsvæsenet -en tværsnitsundersøgelse marts 2023

Udfordringen med fastholdelse illustreres klart i figur 9.1. Figuren viser andelen af sundhedspersonale ansat i 2010, som fortsat var ansat i de efterfølgende år. Blandt fastansatte læger i 2010 var der i 2020 30% tilbage. Det tilsvarende tal for fastansatte sygeplejersker var ca. 25%. Det illustrerer udfordringen med at få en stabil kerne af læger og sygeplejersker.

**Figur 9.1: Fastholdelse af læger og sygeplejersker (fastansatte og vikarer) over perioden 2010-2020**

Figur 9.2 peger på, at der er en betydelig personaleomsætning mellem de enkelte år. Fra 2010 til 2011 flyttede således 20% af de fastansatte læger og 15% af de fastansatte sygeplejersker. De tilsvarende tal for 2019-2020 er henholdsvis 26 og 27%. Over perioden ses der betydelige udsving mellem årene.

**Figur 9.2: Omsætning af personale i løbet af et år for 2010 - 2020**



## 9.2 Brug af vikarer i sundhedsvæsenet

Udfordringen med rekruttering og fastholdelse gør det nødvendigt at bruge vikarer for at sikre service og sundhed til borgerne. Når der her tales om vikarer, dækker det både over korttidsansatte i det grønlandske sundhedsvæsen, såkaldte 'selvstyre vikarer', og vikarer der er ansat i et dansk vikarbureau, 'bureau vikarer'. Der bliver indgået omkring 1000 nye vikarkontrakter om året.

**Tabel 9.5: Forbrug af selvstyre vikarer i regionerne i 2019-20**

Antal	Udbetalingsår			
	2018	2019	2020	I alt 2018 - 2020
Overenskomstgruppe				
Bioanalytikere - vikarer	79	41	35	155
Ergoterapeuter - vikarer	9	5	5	19
Fysioterapeuter - vikarer	12	5	6	23
Jordemødre - vikarer	72	58	50	180
Læger - vikarer	374	386	370	1130
Sundhedsassistenter - vikarer	112	57	61	230
Sygeplejersker - vikarer	900	543	595	2038
Tandlæger - vikarer	77	53	56	186
Økonomaassistenter - vikarer	1	1	1	3
<b>I alt</b>	<b>1636</b>	<b>1149</b>	<b>1179</b>	<b>3964</b>

Kilde: Tabel 6 i Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010, som trak på oplysninger fra Personleadministrationen, Styrelsen for Sundhed.

Det er ikke muligt endnu at drive sundhedsvæsenet uden brug af medarbejdere udefra. Stor udskiftning af personale og dermed vikarer belaster de fastansatte, da der gang på gang skal bruges tid på oplæring og vejledning om lokale forhold m.m. Tabel 9.6 viser forholdet mellem ansatte i regionerne og selvstyrevikarer (det vil sige ekskl. bureauansatte vikarer) i 2020.

**Tabel 9.6: Vikarflow i forhold til totale ansatte i 2020**

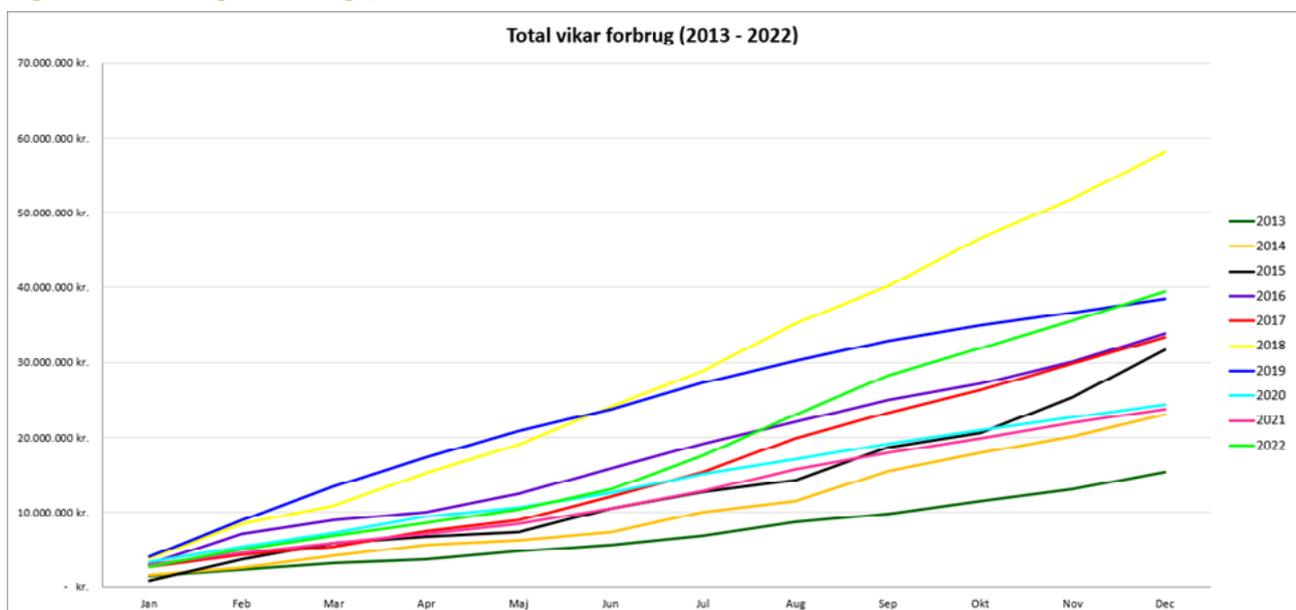
Region	Fastansatte i regionerne	Selvstyrevikaransættelser i 2020
Avannaa	242	166
Disko	120	113
Qeqqa	129	102
Sermersooq	144	111
Kujataa	118	121
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>613</b>

Kilde: Tabel 7 i *Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010*, som trak på oplysninger fra Personaleadministrationen, Styrelsen for Sundhed.

Ved hver anmodning om vikarbureauansættelser sikres det, at andre muligheder er forsøgt – herunder flytning af opgaver til andre faggrupper, ændring af sammensætning af vagtlag, lån af personale andet steds fra mv.

Figur 9.3 viser udgifterne til bureauvikarer

**Figur 9.3: Oversigt over udgifter til vikarbureauer 2013-2022.**



Kilde: Styrelsen for Sundhed (2023).

I 2019 faldt forbruget af vikarer fra vikarbureauer til 36,6 millioner kroner fra 58 millioner kroner i 2018. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at rekrutteringsenheden rykkede fra Nuuk til Danmark, og derved kom i tættere kontakt med potentielle medarbejdere. Man kunne altså forvente at antallet af selvstyrevikarer ville stige tilsvarende. Dette var dog ikke tilfældet, jf. tabel 9.2. Den kritiske personalesituation i 2022 fik dog vikarudgifterne til at stige markant til 40 mio. kr. – det højeste i fire år.

Lønudgifter udgør ca. 70% af omkostningerne til den direkte drift og 55% af alle udgifter i sundhedsvæsenet. Udgifter til vikarbureauer udgør ca. 5% af de samlede lønudgifter.

### 9.2.1. Fastholdelse af vikarer

Tilbagevendende vikarer er en fordel for afdelingerne, da de kender afdelingen, arbejdsgangene og procedurerne. Derfor er det væsentligt at kigge på mulighederne for at fastholde vikarer generelt og tilbagevendende vikarer.

Korttidsansatte (selvstyrevikarer) giver udtryk for, at det er vigtigt:

- At man som korttidsansat oplever at blive vel modtaget og introduceret til arbejdet, som også skal udgøre en mulighed for faglig udvikling af nye kompetencer. Her kan vigtigheden af en grundig og struktureret introduktion nævnes. Det er væsentligt at have blik for, at netop dette ønske overlapper med de fastansatte sygeplejerskers ønske, for at skabe en bedre dynamik mellem fastansatte og korttidsansatte.
- For at undgå dårlige oplevelser er det vigtigt at sikre større forståelse for de særlige geografiske, kulturelle og sproglige forhold, som går sig gældende i Grønland i forhold til i Danmark, inden man starter arbejde. At kunne besøge familie i hjemlandet, ligesom der skal være fleksibilitet til at modtage besøg, fordi mange er langt væk hjemmefra. For nogle er det udfordrende, at det ikke altid er muligt at tage familien med pga. boligforhold, skoleforhold eller muligheder for den medrejsende familie generelt.

### 9.2.2 Fastholdelse af grønlandsk personale

I kapitel 8 blev det vist, at der uddannes for få grønlandere til at dække behovet i sundhedsvæsenet, og at for mange grønlandere uddannet i Danmark ikke vender tilbage til Grønland. Det rejser selvsagt spørgsmålet om, hvad der kan gøres. Nogle muligheder blev nævnt i kapitel 8.

Tabel 9.7 viser den samlede sygeplejerskesituation i 2014 og 2022.

**Tabel 9.7: Sygeplejerskesituation 2014 og 2022<sup>35</sup>**

	2014	2014	2022	2022
	Regioner	DIH	Regioner	DIH
Normerede sygeplejestillinger			139	166
Antal ansatte sygeplejersker (normering)	116	114	133 (96%)	165 (99%)
Sygeplejersker ansat ≤ 1 år i afdelingen	49 (42%)	65 (57%)	68 (47%)	92 (56%)
Uddannet i Grønland	30 (26%)	27 (24%)	43 (32%)	52 (32%)
Fastansatte	83 (72%)	78 (68%)	73 (55%)	106 (64%)

Tabellen viser tre interessant ting: For det første at andelen af fastansatte sygeplejersker er faldet fra 2014 til 2022. For det andet at andelen af grønlandsk uddannede sygeplejersker i 2022 var steget til 32% fra omkring 25%. For det tredje at andelen af sygeplejersker ansat under et år i afdelingerne er steget i regionerne, mens det er uændret på DIH., Begge steder er andelen omkring 50%, hvilket vidner om betydelig personaleomsætning.

I 2014 var der i alt 116 grønlandsk uddannede sygeplejersker (i alt fra 1996 og frem). I 2022 var tallet 200. Det betyder, at i 2022 arbejdede 47% af dem i sundhedsvæsenet mod 59% i 2014. Dette er en bekymrende udvikling og rejser en række spørgsmål. Hvorfor er andelen faldet? Hvor søger sygeplejerskerne hen i stedet? Og hvordan gør man flere interesseret i at blive ansat i sundhedsvæsenet?

Svaret på første spørgsmål kender vi ikke, men det kan givetvis skyldes bedre løn- og arbejdsvilkår andre steder. Vedrørende andet spørgsmål, så søger sygeplejerskerne ikke i udpræget grad mod kommunerne. Ifølge Grønlands Statistik er antal sygeplejersker og sundhedsassistenter i kommunerne kun steget med 17 ansatte i perioden. Med andre ord har sygeplejerskerne tilsyneladende forladt sundhedssektoren. Med

<sup>35</sup> Ledende oversygeplejerske Anne Birgitte Jensen, Medicinsk Område, har undersøgt, hvilke sygeplejersker der er ansat i det grønlandske sundhedsvæsen og undersøgt fastansatte sygeplejersker fra 2014 og frem til 2022. Resultaterne er fremlagt på NUNAMED-konferencen om grønlandsk medicin, oktober 2022

forbehold for udrejse til Danmark og eventuelle dødsfald er der rundt regnet 100 grønlandsk uddannede sygeplejersker, som ikke er beskæftigede i sundhedsvæsenet.

Hvad skal der til at for at få nogle dem til at søge tilbage? Det ville givetvis være muligt at spore samtlige grønlandsk uddannede sygeplejersker og via spørgeskema få oplysninger om, hvorfor de har valgt ikke at blive ansat i sundhedsvæsenet.

I perioden 2010-2021 er der gennemført 88 uddannelsesforløb i Danmark hvoraf 22 er blevet uddannet til læger, 18 til sygeplejersker, 17 til fysioterapeuter og 16 til jordemødre (tabel 8.2, kapitel 8).

Der er ingen præcis viden om hvor mange, der vender tilbage til Grønland efter endt uddannelse. En del bliver dog i Danmark af familie- og karriereårsager, jf. kapitel 8. Meget peger på, at løbende kontakt med de studerende i løbet af studietiden, tilbud om sommerjobs i Grønland med betalt rejse og mentorordninger er nogle af måderne at forsøge at få dem til at vende tilbage til Grønland. Det er afgørende, at dette sættes i system. Dette kunne evt. ske gennem studievejlederne ved de fire grønlandske huse i Danmark, som kunne etablere kontakt til mentorer i Grønland og kunne formidle tilbud om sommerjobs. Samtidig skal organisationerne i Grønland sørge for at udbyde sommerjobs m.m.

### 9.3 Den nuværende rekrutterings- og fastholdelsesstrategi

Der har løbende været opmærksomhed på rekrutterings- og fastholdelses-spørgsmålet, senest med en strategi fra 2019.

I 2019-strategien er der seks strategiske fokusområder

- At bo i Grønland - rammevilkår der ikke kan påvirkes alene af sundhedsvæsenet
- Tiltrækning af medarbejdere - synliggøre gode historier
- Effektiv og omkostningsbevidst rekruttering - fremfor dyre vikarbureauer
- Udvikling og fastholdelse - en attraktiv arbejdsplads for alle ansatte
- Uddannelsesinstitutioner - fra folkeskole til universitet
- Udenlandsk arbejdskraft - undersøge markedet og få afdækket mulighederne

Under at bo i Grønland noteres blandt andet, at

- Boligmarkedet er en stor udfordring. Særligt i Nuuk mangler sundhedsvæsenet boliger, og pga. boligstandarden er det ofte svært at fastholde sundhedspersonale. Det er ofte afgørende for rekruttering og fastholdelse.
- Mulighed for børnepasning er en vigtig faktor i tiltrækning og fastholdelse af sundhedspersonale.
- Sundhedsvæsenet er udfordret på konkurrence fra andre lande med højere lønninger og vikarbureauer, der overbyder sundhedsvæsenet.
- Arbejdstiden i Grønland på 40 timer ugentligt er højere end i eksempelvis i Danmark med en 37 timers arbejdsuge.

Den særlige rekrutteringsenhed, jf. nedenfor, arbejder gennem flere målrettede indsatser på flere områder. Rekrutteringsenheden er fysisk forankret i lokaler i Grønlands Repræsentation i København.

### 9.4 Rekrutteringsenheden

Rekrutteringsenheden, der blev oprettet i 2016 og i dag har tre ansatte, er organiseret under sundhedsvæsenets stabsfunktion for Ledelsessekretariat & HR. Enheden etablerer samarbejdsaftaler med danske hospitaler, deltager i messeaktiviteter, annoncerer i fagblade og på sociale medier samt afholder rekrutteringsarrangementer i Norden. Enheden er central i rekrutteringsbestræbelserne og har en multifaceteret tilgang til rekruttering. Målene er at sikre længere ansættelsesforhold for korttidsansatte, rekruttere flere fastansatte samt nedbringe forbruget af vikarbureauer.

Enheden har succes med at bruge LinkedIn Recruiter, der er et rekrutteringsværktøj på det erhvervsorienterede sociale medie LinkedIn. Værktøjet er relativt dyrt (ca. 90.000 kr./årligt), men har ifølge rekrutteringsenheden selv været nyttigt, hvorfor antallet af brugerlicenser er udvidet fra en til to. Sundhedsvæsenet egen jobportal "Gjob.dk" er en succes målt ud fra statistikker. Rekrutteringsenheden har haft gode erfaringer med at inkludere rejsebrevne fra tidligere ansatte i sundhedsvæsenet i velkomstmaterialet til nye medarbejdere. Rejsebrevne indeholder fortællinger om ansattes oplevelser i Grønland og i sundhedsvæsenet, hvilket medvirker til, at de gode historier på nærværende vis bliver fortalt videre af til nye ansatte. Dette opleves på mange måder som en af de mest effektive former for reklame. Rekrutteringsenheden gør også rejsebrevne tilgængelige på de sociale medier.

Enheden lægger et stort arbejde i samarbejdsaftaler med regionerne i Danmark. På nuværende tidspunkt er der formelt samarbejde med Region Hovedstaden og Region Sjælland om personalerotation, og der er dialog med andre regioner. Der sigtes mod at indgå forpligtende rotationsordninger, der dækker en hel stilling i en periode på et til to år. Der arbejdes efter grønlandske overenskomster. Ordningen med arbejdsudlejning, hvor der arbejdes efter danske overenskomster, ligger for nuværende stille, fordi ordningen problematiseres af PPK.

Aftalen med Region Hovedstaden blev fornyet medio 2022. Hovedfokus i samarbejdsaftalen var fortsat udvikling af det gode patientforløb for grønlandske patienter, der sendes til behandling i Danmark. Derudover fokuserede aftalen om rekruttering af sundhedspersonale. Rekruttering er dog også en udfordring, der fylder i hverdagen i Region Hovedstaden.

En del af virkeligheden er, at ukendt antal udenom HR og rekrutteringssystemet, gennem netværk og andre uofficielle kanaler. Med en parallel til hussalg hvor man har skuffesalg, er der også skufferekruttering. Det er i øvrigt en ansættelsesform, der kendes fra det almindelige arbejdsmarked.

## 9.5 Mangel på uddannet sundhedspersonale i landet

Der uddannes ikke tilstrækkeligt lokalt sundhedspersonale, som bliver i Grønland. Behovet for sundhedspersonale er langt større end antallet af grønlandske studerende, der gennemfører en sundhedsfaglig uddannelse. Misforholdet er særligt stort for læger, tandlæger og lignende uddannelser. Denne problemstilling belyses detaljeret i kapitel 8 om uddannelse og kompetenceudvikling.

## 9.6 Indsatsområder

Arbejdsgruppen for rekruttering og fastholdelse har udarbejdet et katalog over indsatsområder, der præsenteres nedenfor. Der er ikke tale om mirakelløsninger men områder, hvor der er bred enighed om, at en øget indsats vil gøre en forskel.

En række af forslagene kræver samarbejde og velvilje med andre parter, blandt andet kommunerne og andre departementer, fordi sundhedsvæsenet ikke har kontrol over mange af de betydende faktorer, f.eks. opskrivning til børnehaver forud for ankomst til Grønland samt hele ideen om en 'on-boarding-pakke'.

### 9.6.1 Boliger og boligstandarder

Undersøgelser og dialoger med sundhedsfagligt personale peger på, at et centralt problem for rekruttering og fastholdelse er boliger og boligstandarder. Boligområdet er komplekst og præget af mange interesser. Derfor har Sundhedskommissionen opstillet en række punkter, hvor der kan sættes ind.

Om end lidt usædvanligt, så er bolig i høj grad et arbejdsgiveransvar i sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at boligforholdene er en kilde til utilfredshed. Uagtet, at boligspørgsmålet ikke bare drejer sig om sundhedsvæsenet, vil en opgradering af boligstandarden gøre det mere attraktivt at søge beskæftigelse i Grønland og fastholde allerede ansatte. Der er dog forskel på boligsituationen i Nuuk og resten af landet. I Nuuk er boligstandarden og antal boliger et betydeligt problem. I resten af landet drejer det sig primært om boligstandarden.

For sundhedsvæsenet er muligheden for særskilt at kunne anvise "egne" boliger til personalet et meget vigtigt instrument ved rekruttering og bør således fastholdes. Sundhedsvæsenet finder det således ikke hensigtsmæssigt at indgå i den samlede Selvstyre-boligpulje. I Nuuk gælder særligt, at de fleste af de boliger sundhedsvæsenet kan anvise til, bør være tæt på Dronning Ingrid's Hospital.

Den kunstigt lave husleje har forhindret løbende vedligehold og dermed boligstandarden. På den anden side vil en højere husleje måske skræmme potentielle medarbejdere. Dette er et dilemma.

Baseret på analyse af boligsituationen i Nuuk konkluderer arbejdsgruppen at:

- Sundhedsvæsenet har tilkendegivet, at muligheden for også i fremtiden særskilt at kunne anvise til egne boliger ønskes fastholdt, da det anses som et vigtigt instrument i rekrutteringen.
- Sundhedsvæsenet opfordres til at evaluere boligtildelingsprincipperne, herunder at bringe principperne i bedre overensstemmelse med den øvrige centraladministration. Idet den aktuelle boligadministration er indrettet på en måde, som ubegrundet øger forsyningspresset på sundhedsvæsenet, jf. adgang og gentildeling.
- Sundhedsvæsenet opfordres til at skille sig af med de boliger, som vides ikke at opfylde de ansattes forventninger. Dette giver sig til udtryk i boligernes generelle tilstand og antallet af klager. Klageadministration indebærer et unødigt ressourcetræk for sundhedsvæsenet.
- Sundhedsvæsenet opfordres til (i samarbejde med øvrige relevante interessenter) at udpege en projektkoordination for opførelsen af de personaleboliger, som er planlagt på finanslovskonto 20.11.70. Byggeprojektet kan konstateres ikke at have udviklet sig siden midlernes afsætning i Finanslov 2020.
- Sundhedsvæsenet opfordres til at iværksætte en udgiftsanalyse. Dette både med henblik på at afdække muligheden for et øget incitament til egen boligforsyning og en ændret sammensætning af boligpuljen, således at de ansatte fremadrettet placeres i de boliger, som indebærer de færreste udgifter for sundhedsvæsenet.
- Sundhedsvæsenet opfordres til at iværksætte en vedligeholdelsesanalyse. Idet vedligeholdelsespligten er delt, men måske ikke fuldt ud forstået. Sundhedsvæsenets mulighed for selv at udbedre boligernes tilstand bør afdækkes og realiseres i det omfang, som det ikke er tilfældet i dag.

Selvstyrets boliger håndteres til dels af Selvstyrets ejendomsselskab Illuut A/S, der i forhold til sundhedsvæsenet står som udlejer af en række personaleboliger og har ansvaret for vedligehold. Sundhedsvæsenet forsøger aktuelt at få Departementet for Boliger og Infrastruktur samt Illuut til at bygge flere boliger i Nuuk, hvor sundhedsvæsenet kan få anvisningsret. Det er nødvendigt med økonomisk støtte for at kunne realisere dette.

## 9.6.2 Personaleadministration

Ifølge udsagn fra tillidsrepræsentanter i forbindelse med et møde med Sundhedskommissionen halter personaleadministrationen en del med meget sen fremsendelse af ansættelsesbreve med angivelse af arbejdsopgaver m.m. Rettelse af fejl i lønsedler også er langsommelig. Fortællingerne går ligeledes på, at det ofte er mange små personale- og ansættelsesmæssige uoverensstemmelser, der til sidst bliver for belastende for den enkelte ansatte, hvilket skaber stor irritation og frustration.

Det ville være en mulighed at styrke personaleadministrationen ved at:

- Personaleadministrationen forbedres ved rettidig udsendelse af ansættelsesbreve og hurtig rettelse af fejl i lønsedler.
- Der skal udarbejdes let forståelige manualer for, hvordan nye tilflyttere skal registrere deres skat suppleret med video. Dette opleves som en frustration for mange tilflyttere, da de ellers oplever at komme til at betale både dansk og grønlandsk skat. Der skal laves letforståelige manualer om, hvordan nye ansatte kan udfylde timeseddel evt. suppleret med video, som man modtager inden ankomst til Grønland.

Disse initiativer betyder, at plejepersonalet kan fokusere på deres arbejde med patienterne, og ikke skal bruge for meget tid på det administrative.

På det mere generelle plan oplever Sundhedsledelsen store problemer med at få gennemført rimeligt balancerede forslag til lønregulering eller fleksible ansættelsesformer. Mod- og medspilleren er her Økonomi- og Personalestyrelsen (ASA), som har det endelige ord i sådanne sager. Der bruges megen ledelsesmæssig energi i sundhedsvæsenet på sådanne sager, der langt fra altid ender til medarbejdernes fordel, endsige sundhedsvæsenets fordel. Sundhedsledelsen oplever, at det ledelsesmæssige rum vedrørende løn- og ansættelsesformer er meget snævert. Efter dens opfattelse synes der ikke at være den ønskede forståelse for og indblik i sundhedsvæsenets alvorlige problemstillinger i Økonomi- og Personalestyrelsen i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale.

Det skal imidlertid erkendes, at Økonomi- og Personalestyrelsen har et overordnet ansvar for, at der ikke opstår blandt andet lønglidning og for mange individualiserede ansættelsesformer. Økonomi- og Personalestyrelsen administrerer blandt andet i henhold til Cirkulære om Stillingskontrol af 30. december 2020. Sundhedsledelsen mener, at dette cirkulære svækker mulighed for løbende at tilpasse organiseringen sammen med ledelseskredsen, da enhver ændring i organiseringen ifølge cirkulæret i yderste konsekvens skal godkendes af overenskomstafdelingen.

Sundhedsledelsen har udarbejdet et forslag til nyt cirkulære om ansættelser i Styrelsen for Sundhed og Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som er baseret på en uddelegering af nogle af Økonomi- og Personalestyrelsens beføjelser. Der forhandles aktuelt herom (februar 2023).

I sundhedsvæsenets ledelseskreds bruges således uforholdsmæssigt mange ressourcer på bemandingsopgaven. Det er vigtigt, at der skabes reelt ledelsesrum i sundhedsvæsenet uden unødigt forsinkende administrative kampe og barrierer for ansættelse af det nødvendige personale med den af ledelsen vurderede mest relevante kandidat. Det foreslåede cirkulære vil utvivlsomt kunne skabe et større ledelsesmæssigt rum, uden at Økonomi- og Personalestyrelsen mister den overordnede styring og indblik i administrationen af området.

### 9.6.3 Flerkulturel læring og forståelse

Kulturforståelse er vigtig og relevant både i rekrutterings- og fastholdelsesprocessen. Nyankomne kan have svært ved at forstå, hvilken kultur der er i Grønland til forskel fra Danmark. Det lokale personale oplever ligeledes at have det svært med at trives i en afdeling, der ikke afspejler ens værdier og kultur. Derfor ville det utvivlsomt være nyttigt, at:

- Sundhedsvæsenet samarbejder med Centraladministrationen om introkursus for nyansatte, som strækker sig over flere dage, med henblik på at dele er relevant for ansatte i sundhedsvæsenet. Derudover at der arbejdes på kurser i Danmark for personer, der skal arbejde i Grønland, evt. med mulighed for onlinedeltagelse.
- Der udarbejdes videoer for korttidsansatte om, hvordan det er at bo og arbejde i Grønland. Videoerne forventes set før ankomst og kan evt. suppleres med en lille vejledende test. Alternativt/supplerende kunne der udvikles et e-learningkursus, som tages før ankomst til Grønland.

### 9.6.4 Rekrutteringsenhed i Danmark

Som beskrevet i afsnit 9.4 er der inden for de sidste par år oprettet en rekrutteringsenhed i Danmark, som har gode erfaringer med at rekruttere personale fra Danmark til Grønland.

Derfor bør det overvejes at:

- Styrke enheden yderligere. Rekrutteringsenheden også har fokus på rekruttering af nyuddannede grønlandere. Eksempelvis ved samarbejde mellem de grønlandske huse og sundhedsvæsenet, samt oprettelse af sommer-/vinterjobs, hvor studerende kan komme hjem og arbejde, og på den måde få en stærkere relation til arbejdsmarkedet og samfundet.

### 9.6.5 Partnerskab og rotation med danske sygehuse

Som nævnt i afsnit 9.4 findes der allerede på nuværende tidspunkt i nogen grad partnerskaber og rotationsordninger med danske regioner. Det ville være hensigtsmæssigt forstærke denne indsats ved at gøre

det til en tovejs-ordning således, at ansatte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen også kommer til Danmark med henblik på kompetenceudvikling.

Som en del af lægernes specialuddannelse i almen medicin, foretages et ophold i Danmark. Et øget samarbejde med uddannelsen således, at danske speciallæge-studerende kan tage til Grønland, vil give de studerende mulighed for en bred og givende erhvervs erfaring.

### 9.6.6 Kompetenceudvikling, karriereplanlægning, og rekruttering af ledere

I Aagaards og Seibæks interviewundersøgelse (2021) blandt frontmedarbejdere hedder det, at alle informanterne efterlyser faglig udvikling. Derfor ville det være nyttigt, at:

- Styrke den faglig udvikling i form af kurser og ny viden om sygdom og behandling, f.eks. diabetes og KOL, samt færdigheder i at bruge nyt udstyr. Derudover også muligheden for at erfaringsudveksle på tværs af sundhedsenheder og for i fællesskab at reflektere over udfordringer i arbejdet.
- Drage nytte af centraladministrationens projekt, hvor personalet kan tage forskellige kurser inden for fag, de finder relevante. På sigt kunne det være en ide, at kurser/moduler som løbende tages, kan registreres som ECTS-point som gradvist giver en diplomuddannelse.
- Øge synligheden og anvendelsen af de relativt mange puljer, som er tilgængelig for personalet i sundhedsvæsenet for videre- og efteruddannelse samt støtte interesserede ved ansøgning.
- Vikarer eller andet personale, der kommer udefra med forskellige specialiteter, giver lektioner inden for deres felt og dermed kan være med til at løfte området. På denne måde skabes der gensidig vidensdeling og kompetenceudvikling.
- I højere grad benytte onlineundervisning for at de lokale kan specialisere sig, uden behov for at flytte til andre byer i Grønland eller Danmark.
- Styrke mulighederne for at tage en lederuddannelse for de personer, der har været ansat i sundhedsvæsenet i mere end 3 år og som ønsker at gå ledelsesvejen.
- Tilbyde ledelsesmæssige redskabskurser, der giver brugbare værktøjer i hverdagen – f.eks. god vagtplanlægning samt forbedret uddelegering og koordinering af arbejdsopgaver.

### 9.6.7 Rejsebreve og informationsmateriale

Flere undersøgelser viser, at det er et stort problem, at udefrakommende ikke har forståelse for at sundhedsvæsenet i Grønland ikke er som i Danmark, hvad angår struktur og behandlingstilbud m.m. Derudover er introduktion til afdelinger og arbejdet en mangel. Derfor er værd at overveje, at:

- Udarbejde små film, som præsenterer de forskellige afdelinger i sundhedsvæsenet for at skabe en fælles forståelsesramme og forventningsafstemning.
- Udarbejde små film, som præsenterer de forskellige byer og bygder i Grønland. Herunder hvad der er af muligheder uden for arbejdet, så det bliver nemmere at skabe et netværk i lokalsamfundet
- Udarbejde videoer og links, der beskriver forskellige organisationer/foreninger, som man kan blive en del af, herunder idræt, kultur og andre frivillige organisationer.

### 9.6.8 Branding og rekruttering over sociale medier

Der er en oplevelse af, at der i traditionelle medier og på de sociale medier kun fremhæves dårlige oplevelser med sundhedsvæsenet. Det kan have en skræmmende effekt eller give en følelse af, at man ikke gør det godt nok som sundhedsfagligt personale.

Det Grønlandske Sundhedsvæsen løfter mange forskelligartede opgaver. Ud fra de til rådighed værende ressourcer i sundhedsvæsenet, gøres der generelt et godt arbejde. Derfor er det vigtigt at bruge sociale medier til at fremhæve de gode historier. Arbejdspladsen og de lokale muligheder, herunder blandt andet fritidsmuligheder, skal promoveres gennem de forskellige sociale medier.

### 9.6.9 Præ- og on-boarding-pakke

Der er forskellige faktorer, der påvirker den gode modtagelse, både i sundhedsvæsenet og i samfundet. For at styrke dette, bør man sigte mod at:

- Skabe mulighed for f.eks. opskrivning til børnepasning forud for ankomst til Grønland, beskæftigelsesmulighed for partner, skole/uddannelsesmuligheder. Erfaringen er, at summen af småproblemer ofte giver nye medarbejdere et dårligt indtryk. Det er vigtigt, at nye medarbejdere sikres en god begyndelse, som kan skabe grobund for gode historier.
- Sikre forventningsafstemning i forbindelse med ansættelse. Medarbejdere som forventer og kræver et land, der afspejler Danmark, bør ikke søge ansættelse, da det er helt andre forhold, ressourcer og muligheder i Grønland. Der kan blandt andet laves bedre screeningsprocedurer i forbindelse med ansættelser.
- Allerede eksisterende velkomst-manualer i sundhedsvæsenet bør opdateres og bruges mere end det er tilfældet i dag.
- Lave YouTube-velkomstvideo tilpasset afdelingen og den geografiske lokation. t opdateres samt tages i brug.

### 9.6.10 Vikarer via vikarbureau og korttidsansatte

Ledelsen fravælger i dag ofte ansættelser på under tre måneder. Korttidsansættelser under tre måneder bruges kun ved huller i vagtplanerne, som absolut skal udfyldes. Tidligere var det mere almindeligt at ansætte sundhedspersonale i op til en uge ad gangen gennem vikarbureauer. Dette ses stort set ikke mere, og der er fremgang i ansættelsesvarigheden i sundhedsvæsenet, med undtagelse af anæstesi og intensivsygeplejersker.

Ikke alle stillinger egner sig til fastansættelser. Mange steder vil en speciallæge ikke kunne bruge sin tid indenfor eget område.

Derudover er der tilbagevendende vikarer, som er meget betydningsfulde for afdelingerne, da de kender afdelingerne, men som ikke ønsker at bosætte sig i Grønland. Disse vikarers muligheder for at have ordninger, der understøtter tilbagevenden, bør styrkes. Det kan eksempelvis være at have en fast bolig at vende tilbage til.

Sundhedskommissionens møde med tillidsrepræsentanterne samt Aagaard og Seibæks interviewundersøgelse om medarbejderperspektiver har vist, at hverdagslivet efter arbejde er vigtigt. Medarbejderne/informanterne fortæller, at det vil være en hjælp og aflastning, hvis regionssygehusene besvarer henvendelser uden for dagvagt. De fortæller ligeledes, at der på nuværende tidspunkt opleves, at arbejdsplanlægningen ikke overholder hviletider, hvilket påvirker hverdagslivet negativt.

### 9.6.11 Økonomiske incitamenter

Det virker oplagt at bruge yderligere økonomiske incitamenter i form af fastholdelses- og tilbagevendenbonusser. Lige nu er der et fast beløb for fastansatte, men man kunne eksempelvis øge dette beløb for hvert 3. år, som personen har været ansat.

Der kunne eksempelvis også indføres en bonus efter mindst ét års sammenhængende ansættelse, ligesom korttidsansatte vikarer med mindst 2-3 måneders ansættelse kan få en bonus, hvis de vender tilbage som korttidsansat vikar inden for 1-2 år. Bonus-ordningen kan potentielt målrettes personer med nøglekompetencer, som er ansvarlige for et givent område. De økonomiske incitamenter skal gælde for alt sundhedsfagligt personale.

Forbedring af de økonomiske incitamenter for dem der er i klinikken. Lige nu er der større incitamenter for dem der sidder i det administrative arbejde.

Forbedring af brugen af fleksibilitet i overenskomster, hvor f.eks. enlige mødre har mulighed for at blive ansat på 30 timer. Under møder og samtaler angives det, at denne ordning sjældent bruges, da der er mangel på arbejdskraft.

For ledere, der rekrutteres uden for Grønland, kan en åremålsansættelse på fire år være attraktiv. Det skyldes, at en del ledere kommer med et kortere tidsperspektiv for øje, og det økonomiske incitament kan være med til at gøre stillingen mere attraktiv. Åremålsbeløbet udbetales evt. som en fastholdelsesbonus.

### 9.6.12 Det tværsektorielle samarbejde

Man er på nuværende tidspunkt i dele af landet begyndt at oprette delestillinger mellem sundhedsvæsenet og kommunen med fysioterapi. Dette kunne man i højere grad begynde at gøre flere steder, f.eks. delestillinger for sygeplejerske i ældreplejen, således at man kunne sikre sygeplejerskernes mulighed for at have sparring, hvilket på nuværende tidspunkt opleves som en udfordring i de områder man står meget alene som sygeplejerske i ældreplejen.

### 9.6.13 Udenlandsk arbejdskraft

Ved spørgsmålet om udenlandsk arbejdskraft kan man med fordel skele til Island, omend man dog ikke uden videre kan kopiere den islandske ordning på grund af lovmæssige og administrative forhold.

I det omfang at øget brug af udenlandsk arbejdskraft er én af løsningerne på rekruttering skal den sproglige dimension medtænkes. I givet fald skal man mindst forstå dansk på et rimeligt niveau og ideelt både grønlandsk og dansk. Det vil ikke være tilstrækkeligt alene at kunne tale engelsk. Alene tolkning fra engelsk til grønlandsk og vice versa vil være en udfordring set i lyset af tolkesituationen, blandt andet at der vil være tre sprog og ret få tolke kan alle tre sprog. Hertil kommer, at spørgsmålet om autorisation og kapaciteten hos Landslægeembedet til at udstede autorisationer også spiller ind, jf. også afsnit 9.6.13.2.

#### 9.6.13.1 Island

Island har gode erfaringer med udenlandsk arbejdskraft. Under Sundhedskommissionens studiebesøg i Island i november 2022 blev Landslægeembedet og Landspitali i Reykjavík besøgt. Landslægeembedet står for godkendelse af autorisationer, og på Landspitali har man et omfattende indslusningsprogram for udenlandske sygeplejersker, som overvejende er fra Filippinerne.

I 2021 arbejdede der 243 sygeplejersker af udenlandsk herkomst på Landspitali, hvoraf 93 kom fra Filippinerne og henholdsvis 33 og 30 fra Danmark og Sverige. I løbet af 10 år er antallet af udenlandske sygeplejersker øget fra næste ingenting til ca. 8% af det samlede antal sygeplejersker i Island.

I 2021 modtog Landslægeembedet i alt 73 ansøgninger om autorisationer fra EU-lande, hvoraf 34 kom fra læger og 11 fra sygeplejersker. Der var i alt 68 ansøgninger fra tredjelande, hvoraf 52 kom fra sygeplejersker og 6 fra læger.

Autorisationsmæssigt skelnes mellem ansøgere fra EU og tredjelande. Island er den del af Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde, EØS. EØS-aftalen betyder, at Norge, Island og Lichtenstein er med i EU's indre marked, der tillader fri bevægelighed for varer, kapital, personer og tjenesteydelser. Island er også medunderskriver af Overenskomst om fælles nordisk arbejdsmarked. Grønland er ikke medlem af EØS.

På Island er der 35 regulerede professioner samlet i én lov, Healthcare Practitioners Act No. 34/2012. I Grønland er der ikke en samlet lov men særskilte bekendtgørelser (Landstingsforordninger) og stadig gældende ældre danske forordninger for sygeplejersker, jordemødre, læger, tandlæger, fodterapeuter, kliniske tandteknikere samt fysio- og ergoterapeuter. En række faggrupper, der er autoriserede i Danmark, er ikke lovregulerede i Grønland, f.eks. radiografer og bioanalytikere.

Under besøget på Landspitali blev der orienteret om et 'standardforløb' for filippinske sygeplejersker. De ankommer ofte på et studentervisum, der gør det muligt at følge sprogundervisning på universitetet og at arbejde 40% sideløbende. I Danmark studerende på studentervisum mulighed for 20 timers arbejde om ugen og fuldtid i sommerferien. I Island efterfølges det første år ofte af arbejde på et plejehjem. På denne måde klares kravet om kendskab til islandske regler, hvorefter der kan søges om autorisation.

Det blev oplyst, at den største udfordring - ud over dokumentation for uddannelse - var sprogkravet, hvor man støtter sig til Common European Framework of Reference for Language (CEFR), hvor der findes en 6-point skala: A1 for begyndere og C2 for dem, der mesterer sproget. I Danmark skal al udenlands autorise-

ret sundhedspersonale, som er uddannet uden for Norden, EU, Liechtenstein eller Schweiz bestå en dansk-prøve på niveau 3, som er en mundtlig og skriftlig prøve.

På Landspítali er der et indslusningsforløb for udenlandske sygeplejersker, jf. nedenstående to plancher. Det var Sundhedskommissionens generelle opfattelse, at dette indslusningsprogram er en succes.

## ONBOARDING & RESIDENCY PROGRAM



### ONBOARDING – FIRST WEEKS

- One reception for all new employees
- Icelandic lessons offered for all foreign employees – Level 1 - 5
- Follow up after arrival – registration and first medical
- Application for a medical license / registered nurse – assistance
- Support and counselling
- Paperwork follow up and assistance with renewals of permits and contracts.

### ONBOARDING/ RESIDENCY PROGRAM

- Residency Program for newly hired foreign nurses:
  - 10 days total from October – March
  - Every other Friday

## RESIDENCY PROGRAM FOR FOREIGN NURSES



- Started in 2020
  - Based on research findings, discussions with stakeholders and the residency program for Icelandic nurses
- Dynamic program – changes according to the educational needs of the participants
- Focus
  - Competence: Clinical knowledge and skills
  - Practical issues, health care in Iceland
  - Individual clinical focus
  - Group and individual support and networking
- Diverse educational methods used

### 9.6.13.2 Grønland

I Grønland håndterer Landslægeembedet sager om autorisation, blandt andet autorisation af grønlandsk og dansk uddannede sygeplejersker samt ansøgere fra tredjelande og EU. Som nævnt ovenfor er der ikke en samlet autorisationslov. Et forhold som Landslægeembedet flere gange har gjort opmærksom på.

Landslægeembedet modtager ikke mange ansøgninger om autorisation fra tredjelande. Der blev imidlertid modtaget to ansøgninger i januar 2023.: En midlertidig autorisation til en indisk uddannet læge og en permanent autorisation til en filippinsk uddannet sygeplejerske. Baggrunden for begge eksempler er tankevækkende, dels baggrunden, dels behovet for sund fornuft og konduite kombineret med mangel på et systematisk formelt grundlag.

Om den indiske læge beretter Landslægeembedet, at den pågældende var lægevikar med indisk grunduddannelse, men med svensk autorisation som læge og som speciallæge i gynækologi og obstetrik. Hun havde søgt dansk autorisation, men på grund af lang sagsbehandlingstid i Styrelsen for Patientsikkerhed, STPS, havde det lange udsigter. Af korrespondancen med STPS fremgår blandt andet krav om en komplet oversigt over fag, timetal samt praktik i hendes grunduddannelse for 35-40 år siden. Landslægeembedet rettede i stedet henvendelse til de to svenske myndigheder på området (Socialstyrelsen og Inspektionen för vård och omsorg), som i løbet af få dage sendte relevant materiale. Da hun også har norsk autorisation checkede Landslægen også hos Helsetilsynet. På den baggrund udstedte han en midlertidig autorisation.

Den filippinsk uddannede sygeplejerske havde været Grønland i mere end 10 år, men indtil for nogle år siden arbejdede med ikke-sundhedsfagligt arbejde. Hun havde søgt dansk autorisation og fået godkendt sin filippinske uddannelse, men uden mulighed for at leve op til nogle af de andre krav. Hun har i Grønland gennemgået en formaliseret evalueringsansættelse her. Da denne er blevet godkendt og har bestået en sprogtest, har hun fået autorisation.

### 9.6.13.3 Fremtidige muligheder

Det er utvivlsomt værd at undersøge mulighederne for udenlandsk arbejdskraft nærmere - især asiatiske sygeplejerske, men også udenlandske læger og tandlæger - på baggrund af de islandske erfaringer og det forhold, at der i Grønland i 2022 boede godt 1.000 asiater, hvoraf godt halvdelen stammer fra Filippinerne.

I Danmark blev der i 2018 oprettet the Filipino Nurses Community in Denmark, hvor der er to repræsentanter fra Grønland i bestyrelsen. Udenlandsk arbejdskraft løser ikke manglen på arbejdskraft i det grønlandske sundhedsvæsen, men er utvivlsomt et muligt vigtigt bidrag især til personale, som forventes at blive længere tid.

Som nævnt i afsnittet om Island er der forinden en række forhold, der skal være opfyldt, hvis der satses på flere udenlandske sygeplejersker i Grønland med andet og mere end vikaransættelse.

- Sproguddannelse og tolkning skal kunne håndteres Sikring af et mere robust sagsbehandlingssystem hos Landslægeembedet. Sagsbehandlingen kan være meget tidskrævende.
- Udarbejdelse af en samlet grønlandsk autorisationslovgivning.

Da Grønland ikke er et EØS-land, bør der også ses på muligheden for en standardiseret sagsbehandling af ansøgninger fra EU-lande. I det hele taget er der en række juridiske forhold, der trænger til at blive bedre belyst.

Ud over de nævnte forudsætninger, skal spørgsmålet om boligforhold og on-boarding i bred almindelighed også være på plads, således som det er beskrevet andre steder i dette kapitel. Ligesom oprettelse af evalueringsansættelse med kompetente vejledere også skal være i orden, og involvering af universitetet og sygeplejeskolen er også vigtig. Samlet kræver det en større satsning, samt at der udarbejdes og implementeres en konkret handleplan for rekruttering af udenlandsk arbejdskraft. Dette vil ikke være en simpel opgave, som kan forventes at give markante effekter på de meget kortsigtede rekrutteringsudfordringer, men det er et nødvendigt spor at forfølge for at få løst de strukturelle problemer på området.

## 9.7 En helhedsorienteret ramme for rekrutterings- og fastholdelsesarbejdet

Et internationalt samarbejdsprojekt er fremkommet med følgende forslag til en helhedsorienteret ramme for arbejdet med at rekruttere og fastholde personale i tyndt befolkede områder. På en række felter flugter de med ovenstående indsatsområder.

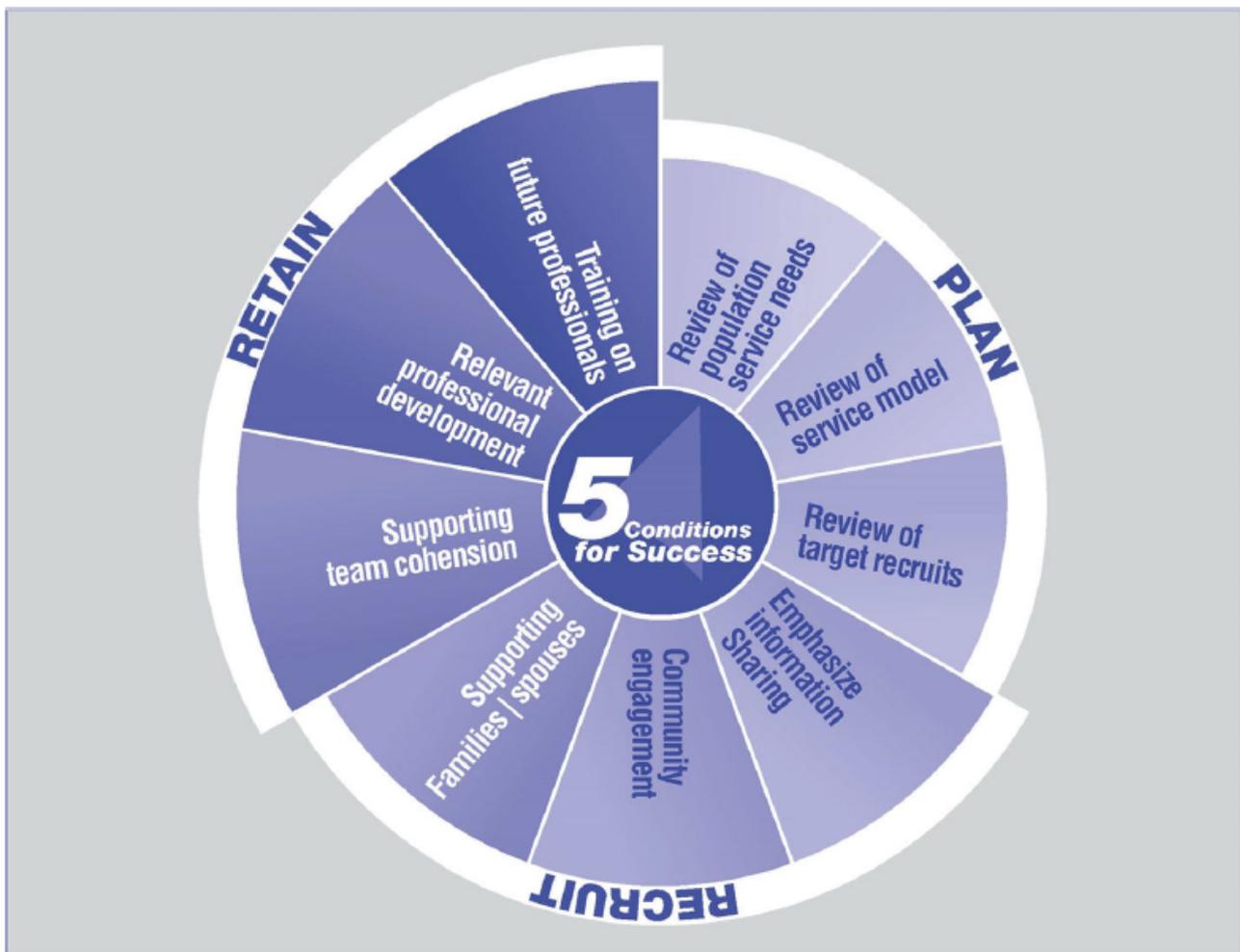
Rammen består af ni nøglestrategier, som er gengivet i figur 9.4 nedenfor. Rammen skal ses som en fleksibel værktøjskasse, hvor man kan implementere udvalgte strategiske elementer afhængig af, hvor meget tid og hvilke ressourcer, der er tilgængelige i det specifikke miljø (Abelsen et al., 2020).

Helt kort, skal det i planlægningen af rekrutteringen nøje medregnes, hvad befolkningens behov er samt præcis hvilke profiler, der er målgruppen for rekrutteringsarbejdet. Som et led i rekrutteringen, er det afgørende, at der er information tilgængelig om både jobbet og muligheder for at leve og bo, dér hvor jobbet er.

Lokalsamfundet skal involveres i rekrutteringen og også involvere sig i nye personer, der kommer til området for at arbejde, for at etablere et fællesskab mellem lokalsamfundet og de nye medarbejdere. Hertil kommer, at man involverer sig i trivlsen hos medrejsende familie og ægtefælle, så de også føler sig velkomne og kan falde til et nyt sted.

I arbejdet med fastholdelsen er det vigtigt, at der er sammenhold og et godt kollegialt fællesskab. Dette skal især understøttes af ledere. Der skal være mulighed for faglig udvikling, og så skal der samtidig arbejdes for at medvirke til at træne og uddanne flere fagfolk lokalt, der kan være med til at fremtidssikre rekrutteringen.

**Figur 9.4: Forslag til en helhedsorienteret ramme for arbejdet med at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale i tyndt befolkede områder.**

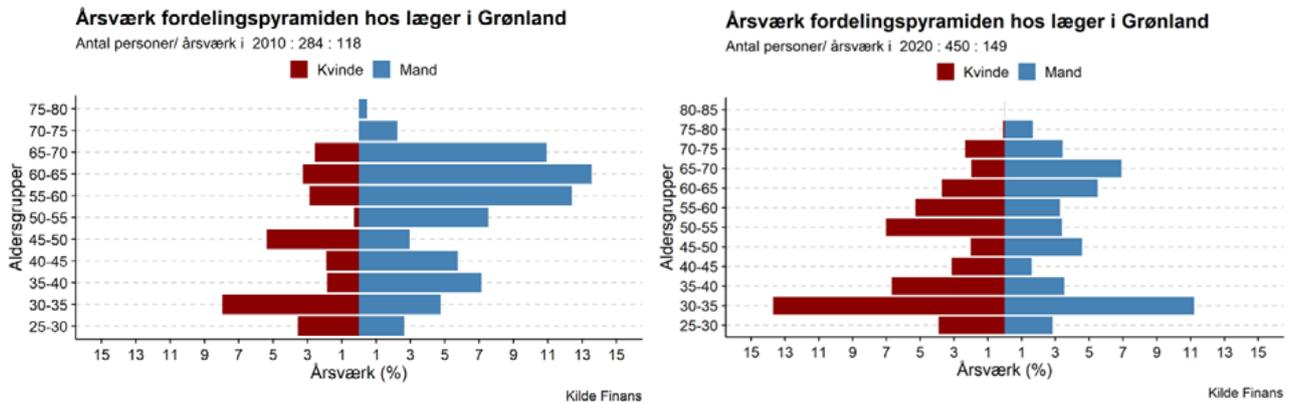


Kilde: Abelsen et al. (2020).

## 9.8 Aldersprofil

Aldersprofilen blandt de ansatte er selvsagt vigtig både i nutiden og fremadrettet. Der er blevet udarbejdet nedenstående aldersprofiler for 2010 og 2020 af Departementet for Finanser og Ligestilling. For nuværende er der kun opgørelser over læger tilgængelig.

**Figur 9.5: Aldersprofil for læger 2010 og 2020**



Det fremgår, at der i tiåret 2010-2020 er sket et generationsskifte i lægegruppen, ligesom kønssammensætningen også har ændret sig. Tallene skal dog tolkes med forsigtighed. I tiåret er antallet af årsværk steget fra 118 til 149, mens antal personer er steget fra 294 til 450, hvilket utvivlsomt er et udtryk for en stigning af vikarer.

## 9.9 Perspektiveringer

Rekruttering og fastholdelse er ubetinget den største brændende platform i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Bedre rekruttering og fastholdelse er af central betydning for stabilitet og udvikling af sundhedsvæsenet. Derfor er det vigtigt, at der handles på de centrale anbefalinger, der fremlægges nedenfor. De må ikke placeres i venteposition.

Det er vigtigt at se på mulighederne for opgaveglidning, hvor dette er muligt samt optimering af arbejdsdeling i øvrigt. Øget brug af telemedicin og en øget centralisering af vagtfunktioner kan også medføre gavnlige effekter. Det bør også overvejes, hvordan de ledende regionslæger kan aflastes for administrative opgaver.

En del af anbefalingerne kan sundhedsvæsenet ikke selv løse. Nogle skal løses i samarbejde med andre. Andre anbefalinger skal alene løses af andre parter. Nogle af ideerne i kapitlet kræver eksempelvis, at Sundhedsledelsen får et større handlingsmæssigt rum vedrørende løn- og ansættelsesvilkår. Et vel-fungerende sundhedsvæsen er vigtigt rent samfundsmæssigt og kræver derfor samlet handling.

## 9.10 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At rekrutteringsenheden styrkes, herunder brugen af LinkedIn og sociale platforme i øvrigt
2. At de studerendes tilknytning til Grønland styrkes under studierne i Danmark med grønlandske mentorer, klinikophold og feriejobs i det grønlandske sundhedsvæsen, tilbud om grønlandsk specialevejleder m.m., og for medicin- og tandlægestuderende aftaler med alle universiteter i Danmark om klinikophold i Grønland
3. At satse på udenlandsk arbejdskraft, blandt andet fra tredjelande, samt udarbejde en handleplan, der både håndterer spørgsmålet om at sikre en hurtig autorisation af fagligt kompetent personale såvel som sprogproblematikken og integrationen i forhold til eventuelt engelsktalende personale
4. At der udarbejdes en samlet autorisationslov for samtlige autorisationsområder, blandt andet som forudsætning for flere sundhedsprofessionelle fra tredjelande og EU
5. At gøre det mere attraktivt for alle personalekategorier at være og forblive ansat i sundhedsvæsenet, blandt andet gennem muligheder for udvikling af faglig praksis og inddragende personaleledelse
6. At sikre hurtigere og korrekt sagsbehandling i personaleadministrationen
7. At Sundhedsledelsen bør have større lokal ledelsesrum i forbindelse med løn- og ansættelsesvilkår
8. At der udvikles on-boarding forløb

## Kapitel 10.

# Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

Der er mange gode grunde til at prioritere et godt samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. I dette kapitel sættes der særligt fokus på denne problemstilling. Først og fremmest er et samarbejde afgørende for de borgere, hvis behov strækker sig over flere sektorer. Samarbejde mellem kommuner og sundhedsvæsenet har betydning for mange forskellige grupper af borgere, især borgere i en udsat position og ældre borgere, der modtager hjælp fra kommunen og behandling i sundhedsvæsenet.

Hovedpunkter i kapitlet:

- Et øget samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne vil komme borgere og patienter til gavn i oplevelsen af et mere sammenhængende forløb, hvad enten det gælder et sygdomsforløb, familier i mistrivsel, behov for ekstra støtte i forbindelse med en graviditet m.m.
- Der kan være ressourcemæssige gevinster ved at samtænke både faglige kompetencer og fysiske faciliteter i kommunerne og sundhedsvæsenet.
- Betingelserne for et samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet i de forskellige kommuner er meget forskellige, ligesom der internt i kommunerne er varierende betingelser og muligheder herfor. Dette er typisk afhængigt af det stedlige befolknings- og rekrutteringsgrundlag. Der kan således ikke forventes en bestemt samarbejdsmodel mellem sundhedsvæsenet og kommunerne, som vil være optimal alle steder. En sådan vil typisk være stedbestemt, ligesom den kan variere over tid.
- Uklar ansvarsfordeling på en række områder og for en dels vedkommende baseret på personafhængige aftaler.
- Der er behov for klarhed over, hvilke ydelser der er sundhedsfaglige og dermed underlagt sundhedsvæsenet

Mulighederne for et øget samarbejde er påpeget i en række centrale økonomiske analyser på sundhedsområdet med relevans for sundhedsvæsenets økonomi fremadrettet. Senest er det i *Udgiftsanalysen* fra 2019<sup>36</sup> foreslået, at der udarbejdes opfølgende analyser af muligheder for samarbejde med kommunerne specielt med hensyn til resourceoptimering. Her tænkes der blandt andet på muligheder inden for samdrift af faciliteter (vaskeri, køkken, indkøb af sygeplejeartikler osv.) og sundhedspersonale, som kan pege på mulige effektiviserings tiltag. Sådanne samarbejder er allerede etableret nogle steder og er på vej andre steder.

Sundhedskommissionen har siden opstarten i 2020 haft dialog med kommunerne gennem rejser i det meste af landet, gennem møder med borgmestrene og repræsentanter for de kommunale ledelser og gennem deltagelse af en repræsentant for kommunerne i kommissionen. De input, som kommissionen har modtaget fra kommunerne vedrørende samarbejdet mellem de to sektorer, er inddraget undervejs i beskrivelsen af områderne for samarbejde, inkl. udfordringer og løsningsmuligheder.

Betingelserne i de forskellige kommuner er meget forskellige, og internt i kommunerne varierer betingelserne også fra større byer til mindre bosteder. Desuden må man nok skelne Nuuk fra resten af landet, fordi særligt Nuuk er mere 'velpolstret' hvad angår organisering, faguddannede medarbejdere m.m. Kapitlet her yder sandsynligvis ikke diversiteten retfærdighed, men forsøger at påpege generelle udfordringer i samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

<sup>36</sup> I medfør af finanslovsaftalen gennemførtes i 2019 udgiftsanalyser på sundhedsområdet. Målet var primært at afdække mulighederne for at frigive ressourcer til borgerrettede sundhedsydelser og at afdække om den tidlige, forebyggende indsats kunne optimeres. Gennemført af Styrelsen for Sundhed.

Endelig skal det fremhæves i forbindelse med kommunernes input, at kommunerne lægger vægt på det gode samarbejde, som de først og fremmest har med sundhedsvæsenet. Når der er vægt på det, der ikke fungerer, er det med henblik på forbedringer og fælles udvikling.

## 10.1 Opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

Det samlede sundhedsområde omfatter både sundhedsvæsenet og kommunale funktioner i forhold til børn og familier, ældre, psykisk syge og handicappede. Opgavedelingen mellem kommunerne og sundhedsvæsenet er vist i figur 10.1.

**Figur 10.1: Opgavedeling mellem kommunerne og sundhedsvæsenet i dag**

Kommunerne	Sundhedsvæsenet
<p><b>Institutioner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plejehjem<sup>37</sup> og ældrekollektiver</li> <li>• Boenheder for borgere med fysiske og psykiske funktions-nedsættelser</li> <li>• Aktivitetstilbud</li> </ul> <p><b>Udadrettede funktioner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmehjælp primært til ældre</li> <li>• Handicapforsorgen</li> <li>• Rehabilitering (fysioterapi mv.), herunder hjælpemidler.</li> </ul>	<p><b>Interne funktioner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udredning og behandling for sygdom</li> <li>• Svangreomsorg og fødsler</li> <li>• Tandlægevirksomhed, inkl. forbyggende tandpleje til børn</li> </ul> <p><b>Udadrettede funktioner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmesygepleje til ældre m.fl.</li> <li>• Sundhedspleje til børn og nye familier</li> <li>• Distriktspsykiatri</li> <li>• Genoptræning (fysioterapi mv.)</li> </ul>

I det følgende gennemgås områderne, og der peges på behov for indsatser samt perspektiver.

## 10.2 Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne om Tidlig Indsats

Samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet i forhold til udsatte gravide og børnefamilier har siden 2010 været formelt organiseret gennem programmet "Tidlig indsats overfor gravide familier", som er udviklet i regi af Paarisa. Det overordnede formål med indsatsen er at forebygge tidligt omsorgssvigt af børn fra graviditet til barnets andet leveår. Det centrale i indsatsen for de gravide familier er det tværfaglige samarbejde mellem henholdsvis sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder, der skal udarbejde handlingsplaner og tilbud til familierne. Dette sker i lokalt oprettede indsatsgrupper bestående af relevante nøglepersoner inden for sundhedsvæsenet og kommunerne (Paarisa, 2010). Da udfordringerne for udsatte familier ofte relaterer sig til rusmiddelmisbrug, er Allorfik en af nøgledeltagerne. Der er dog også kommunale tilbud på området.<sup>38</sup>

Tidlig Indsats blev ved opstart i 2001 forankret i sundhedsvæsenet, men er nu placeret under Paarisa i Socialstyrelsen under Departementet for Børn, Unge og Familier. Tidlig Indsats er blevet evalueret i 2021, se afsnit 10.2.3.

Ved deltagelse i Tidlig Indsats ses den gravide af en sundhedsfaglig person syv gange i løbet af sin graviditet, dog kun i de områder hvor der er kapacitet til det. De hyppige tilsyn øger muligheden for at opspore de gravide/familier, som har eller får behov for at få støtte efter sociallovgivningen. Det tidlige arbejde med forældrekompetencen hos den enkelte familie kan forebygge eller mindske risikoen for en længerevarende og omkostningstung børne-/familiesag senere hen.

<sup>37</sup> For ikke at skabe forvirring bruges i det følgende betegnelsen 'plejehjem' for både alderdomshjem og plejehjem, da det i realiteten er samme institution.

<sup>38</sup> Kommentar fra Kommune Qeqertalik: Der forefindes SPOC forslag om fællesoffentlige terapeutiske tilbud til Naalakkersuisut, også på forsøgsbasis. Der er samtidig evidens for at fædre har en foreløbig motivation for rusmiddelbehandling når der er større livsændringer, som når man skal være far. Qeqertalik er i gang med et "Stærk mand" projekt.

Antallet af gravide familier, der visiteres til programmet "Tidlig Indsats", udgør i gennemsnit 35% af alle gravide familier på landsplan. Den procentvise andel anslås at være væsentligt højere i mindre byer og bygder. Dog er data fra de mindre byer og bygder mangelfuld, eftersom det tværfaglige samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunen ofte ikke er så veletableret og velfungerende som ønskeligt uden for sundhedsregionsbyerne. En rundspørge til landets jordemødre, der primært forestår visiteringen til programmet, viser at stort set ingen familier afslår et tilbud om at deltage i programmet. Familierne er i høj grad motiverede for at få hjælp. Samtidig fremgår det, på baggrund af samtaler med jordemødre og sundhedsplejersker, at man ikke i tilstrækkelig grad har ressourcer til at varetage arbejdet med de udsatte familier.

### 10.2.1 Udfordringer i samarbejdet om Tidlig indsats

Af et notat fra sundhedsvæsenet til Departementet for Sundhed fremføres det, at der i kommunerne er mangelfuld opfølgning på underretninger om udsatte familier, og at handleplaner ikke udarbejdes tidligt nok. Dette opstår ofte i komplekse sager, hvor familierne har flere udfordringer, og der er brug for massiv hjælp, eksempelvis boligudfordringer, misbrug, økonomiske udfordringer m.v. Dette kan relateres til jordemødres og sundhedsplejerskers oplevelse af ressourcemangel i kommunerne, blandt andet mangel på personale med relevant uddannelse, og på personale i det hele taget.

Problematikken er kompleks og har flere sider. Blandt andet peger kommuner på, at deres forslag til Politisk Koordinationsgruppe med deltagelse af de fem borgmestre og Naalakkersuisut om forbedringer i form af tilbud til familierne og i form af mere stabilt fremmøde af sundhedsfaglige personer i indsatsgrupperne ikke følges op som ønskeligt af de relevante myndigheder.

Desuden er manglen på uddannede socialrådgivere ofte påpeget af kommunerne. Her fremføres det at stillingerne er blevet centraliseret i Socialstyrelsen, og derfor bliver den kommunale sagsbehandling ofte varetaget af ufaglærte eller HK'ere. Der har ifølge en kommune tidligere været afsat særlige midler på finansloven til kompetenceløft af sagsbehandlere i komplicerede børnesager. Når samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet ikke fanger de udsatte vordende forældre allerede i graviditeten og sikrer, at der igangsættes de nødvendige forebyggende initiativer, så kan de indsatser som kommunerne på et senere tidspunkt vil skulle etablere, blive langt mere indgribende for barnet og familien samt mere omkostningstunge for samfundet.

Der peges fra kommunal side blandt andet på følgende behov over for kommissionen:

- Handlemuligheder i kommunerne. Fra kommunal side er der foreslået et nationalt kommuneserviceniveau for forebyggelse.
- Uddannede socialrådgivere/sagsbehandlere til at varetage arbejdet med de mest udsatte.
- Formaliserede aftaler om hvad sundhedsvæsenet og kommunerne som minimum skal kunne levere ind i samarbejdet. Kommunerne oplyser, at socialdirektørgruppen er i gang med at indsamle samtlige samarbejdsaftaler for at sammenligne niveauet i kommunerne.
- Lokal ledelsesmæssig opbakning til medlemmer af de lokale tværfaglige indsatsgrupper i form af audit/styregrupper, hvortil svære sager kunne viderebringes.

Tidligere var samarbejdet i Tidlig Indsats legaliseret gennem generelle samtykkeerklæringer. Med den nye persondatalov indført i 2016 er dette ikke længere muligt. Det har skabt et informations- og samarbejdsrum til stor frustration specielt for medarbejderne i Tidlig Indsats. Der efterlyses derfor en vejledning fra Socialstyrelsen om, hvordan man kan forbedre samarbejdet uden at det krænker tavshedspligten og den enkelte borgers rettigheder. Formålet er at genetablere den ramme omkring samarbejdet, som samtykkeerklæringen tidligere udgjorde (Allorfik, 2020). En kommune har foreslået et SPOC (Single Point of Contact), "Qaammaavik".

### 10.2.2 Styrkelse af samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet

Et notat fra Departementet for Sundhed, Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet samt Finansdepartementet fra april 2021 peger på, at en styrkelse af samarbejdet mellem kommu-

nerne og sundhedsvæsenet om Tidlig Indsats har afgørende betydning for adgangen til sundhedsydelse blandt de yngste borgere og deres familier, som er i en udsat position. Det samme gør kommunerne.

Der peges på følgende behov i forhold til en styrkelse af samarbejdet:

- Tidlig etablering af samarbejdet om den enkelte familie, f.eks. gennem Single Point of Contact (SPOC)
- Tage højde for kommunernes forskellige lokale muligheder, blandt andet infrastrukturelle udfordringer og digitale løsninger
- Tydelig fordeling af opgaveansvar på overordnet niveau
- Udnytte de lokale ressourcer bedst muligt på tværs af faggrænser og sektorer, f.eks. gennem delestillinger
- Udvikle et fleksibelt samarbejde, som passer til de lokale forhold
- Et regelgrundlag i bekendtgørelsesform med hjemmel i de respektive lovgivninger
- Tilbud til familierne i andre sektorer, f.eks. bolig og uddannelse

### 10.2.3 Evaluering af Tidlig Indsats

I efteråret 2022 kom en evaluering af Tidlig Indsats foretaget af Center for Folkesundhed i Grønland i foråret 2021 (Olesen, Hansen & Larsen). Her refereres til resultater i forhold til samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. Undervejs refereres desuden til kommuners kommentarer til evalueringen.

I indledningen til anbefalingerne konkluderes det overordnet: *"Evalueringen viser overordnet, at Tidlig Indsats som forebyggende tiltag har mange styrker og opleves som en absolut nødvendig indsats, hvis omsorgssvigt af børn skal forebygges. De sårbare gravide familier har brug for den sammenhængende hjælp, støtte og vejledning, som det tværfaglige team omkring familierne potentielt kan give dem. Der er dog behov for et overordnet lokalt ledelsesmæssigt ansvar, som sikrer, at indsatsen forankres, og at indsatsen styrkes og nytænkes gennem omstrukturering og tilpasning til de lokale forhold i både regionsbyer, mindre byer og bygder"*.

Evalueringen anfører, at ifølge informanterne fungerer det tværfaglige samarbejde i det store og hele i de fleste kommuner og regioner, men med plads til forbedringer. Evalueringen refererer dog også til en evaluering, som blev foretaget af Allorfik i 2017, og som konkluderede at Tidlig Indsats *"ikke kunne forventes at forebygge omsorgssvigt af børn og derfor burde revurderes"* (Evaluering af Tidlig Indsats, side 13). Allorfik gjorde i den forbindelse en indsats for at etablere lokale ledelser af Tidlig Indsats. Men ifølge nærværende evaluering foretaget i 2021 efterspurgte informanterne i alle kommuner/regioner stadig ledelse af indsatsen inklusive ledelse af det tværfaglige samarbejde.

Der er stor variation mellem kommunerne/regionerne og mellem regionsbyer, mindre byer og bygder.

I alle regionsbyer er der i varierende grad tilbud til de sårbare familier.

I de mindre byer varierer Tidlig Indsats fra at være bedre end tilbuddet i regionsbyerne til at være nærmest ikke-eksisterende. Medarbejdernes større kendskab til familierne i de mindre byer kan være både en fordel (kender familierne 'som borgere i deres by') og en ulempe (negative forventninger på grund af viden om andre mislykkede indsatser). Tidlig Indsats i de mindre byer er i højere grad end i regionsbyerne afhængige af sagsbehandlerens kompetencer, stabilitet, engagement og forankring i lokalsamfundet.

Tidlig Indsats eksisterer næsten ikke i bygderne. På regionspsygehusene ser de kun sporadisk gravide fra bygderne og kan derfor sjældent tilbyde Tidlig Indsats til relevante familier. Desuden er der ikke meget at tilbyde i bygderne – bolig, misbrugsbehandling m.m. Nogle medarbejdere oplever at bygdeboere er utilbøjelige til at tage imod tilbuddet og henholder sig til familiens støtte. Desuden anføres den fysiske kontakt med familierne i bygden at være vanskelig at etablere fordi der ikke arrangeres faste bygdeture fra kommunens side. Onlinekontakt er der mange medarbejdere, der ikke har erfaring med, og mange mener ikke, at onlinekontakt er velegnet til familier med problemer.

Ikke overraskende vurderes Tidlig Indsats forskelligt af medarbejderne i de to sektorer.

Det er jordemødre i sundhedsvæsenet, der henviser til Tidlig Indsats, hvorefter socialforvaltningen udarbejder handleplaner og henviser til relevante tilbud, f.eks. bolig, daginstitutionsplads og misbrugsbehandling. Det er dog meget forskelligt i hvilket omfang, der er tilbud at henviser til. Kommunale medarbejdere oplever derfor, at de har den tunge del af arbejdet med Tidlig Indsats. Desuden oplever de, at de står meget alene med ansvaret. Nogle efterlyser supervision. En kommune tilføjer, at den tunge oplevelse af den kommunale opgaveløsning også hænger sammen med kommunernes manglende indflydelse på beslutninger.

Kommunale medarbejdere oplever stor personaleudskiftning i sundhedsvæsenet og oplever sundhedspersonalet som dominerende på tværfaglige møder. Nogle regioner arrangerer ikke tværfaglige møder, hvilket opleves som lukkethed af de kommunale medarbejdere. En kommune kalder lukketheden for 'arrogance' og efterlyser 'en gensidig respekt på baggrund af forskellighederne i spidskompetencer'.

Medarbejdere i kommunerne giver udtryk for, at de ofte har en anden opfattelse af familiernes behov end medarbejderne i sundhedsvæsenet, fordi sundhedsvæsenet tager udgangspunkt i 'danske' procedurer, og at medarbejdere i sundhedsvæsenet (ofte) mangler kulturel forståelse for familiernes kontekst. Kommunale medarbejdere vurderer ofte familiers problemer som mindre alvorlige end sundhedspersonale gør.

Medarbejdere i sundhedsvæsenet oplever, at der er lang sagsbehandlingstid i kommunerne og lang ventetid på behandlingstilbud. Nogle oplever det kommunale system som ufleksibelt i forhold til direkte visitation til et behandlingstilbud, f.eks. familiecenteret. Nogle informanter giver udtryk for, at man i sundhedsvæsenet er mere utilfreds med misbrugsindsatserne end de medarbejdere, der yder indsatserne, er. En kommune gør opmærksom på, at beslutningerne skal igennem de rette politiske godkendelser, inden der kan gøres noget kommunalt, hvilket kan være med til at forklare langsommelig sagsbehandling.

Begge sektorer oplever manglende faglige kompetencer blandt det kommunale personale, og begge sektorer efterlyser ledelse af det tværfaglige samarbejde. Der mangler procedurer og funktionsbeskrivelser af samarbejdet, og lederne ved ofte for lidt om Tidlig Indsats til at kunne vejlede nye medarbejdere.

Der hersker angiveligt forvirring om persondatalovens rækkevidde i forhold til forvaltningen på dette område. Dette resulterer i forringet samarbejde mellem sektorerne og med familierne. Der efterlyses let adgang for medarbejderne til en klar tolkning af lovens bestemmelser og dens betydning for administrationspraksis om udveksling af data i forhold til det daglige arbejde.

Hvad angår kulturel forståelse, så er der tidligere nævnt forskellige opfattelser i sundhedsvæsenet og kommunerne af familiernes situation og behov. Desuden anføres sprogbarrierer som en hindring i det tværfaglige samarbejde, og der efterlyses tolkning. Endelig anføres det fra kommunal side, at det er en 'dansk' metode at henviser familier med problemer til diverse behandlingstilbud, og at der kunne være behov for at bruge naturen i indsatserne, fordi "vi ved at de fleste af os får sjælelig gavn af det når vi har været ude i naturen". Evalueringen peger generelt på et 'sammenstød' mellem forskellige sundhedsopfattelser i henholdsvis kommunerne (hvor de fleste medarbejdere har grønlandsk baggrund og er tæt på brugernes hverdag) og sundhedsvæsenet (hvor mange, der er involveret i Tidlig Indsats, har dansk baggrund og befinder sig længere væk fra brugernes hverdag).

Evalueringen af Tidlig Indsats og kommunernes kommentarer hertil peger på følgende behov

- Lokalt tilpassede tilbud i kommunerne, herunder bygderne og de mindre byer. Kommunerne har foreslået Naalakkersuisut forsøgsordninger i mindre byer, så der kan dannes grundlag for nationale bygdeløsninger
- Ledelse af det tværfaglige/tværspektorielle arbejde
- Klare aftaler om opgavefordeling mellem sektorerne
- Kompetencer til at håndtere persondata i overensstemmelse med loven
- Kompetenceudvikling af det kommunale personale
- Fælles forståelse af familiernes behov og problemer som kulturelt formede
- Fælles forståelse for at sundhedsopfattelser kan være forskellige
- At sikre at evalueringer af tiltag følges op af ændringer i praksis

### 10.2.4 Opsamling på udfordringer i forhold til samarbejdet om Tidlig Indsats

- Regelgrundlaget er ikke klart og tydeligt med hensyn til at fordele ansvaret for opgaverne i Tidlig Indsats mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.
- Ikke tilstrækkelig tydelig tværsektoriel ledelse af samarbejdet.
- Ikke tilstrækkelig fælles forståelser blandt medarbejderne i de to sektorer for familiernes behov og relevante løsninger.
- Større behov for at tage højde for lokale forskelle og udnytte de lokale ressourcer og muligheder, også i andre sektorer.
- Kompetenceudviklingsbehov i forhold til det kommunale personale.
- Behov for øget forståelse for og kompetencer til at håndtere persondata i overensstemmelse med loven.

## 10.3 Forebyggende helbredsundersøgelse og sundhedspleje

### 10.3.1 Det tværsektorielle program Meeqqat 0-18

Sundhedsplejen er organiseret under sundhedsvæsenet, men har samtidig til opgave at bistå kommunalt personale i vuggestue, børnehave og dagpleje med rådgivning og vejledning om almen sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Over for børn i den undervisningspligtige alder skal sundhedsplejen ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med børnene afdække eventuelle almene samt individuelle sundhedsmæssige problemer. En af sundhedsplejens kerneopgaver er at sikre god trivsel blandt børn i alderen 0-18 år i samarbejde med forældre, pædagoger, lærere, læger, sagsbehandlere og andre relevante samarbejdspartnere.

Børn og unge med særlige behov skal indtil undervisningspligtens ophør tilbydes en særlig indsats, herunder målrettet rådgivning, bistand samt eventuelt yderligere undersøgelser ved en distriktslæge eller ved sundhedsplejen. I hjemmestyrets bekendtgørelse om helbredsundersøgelser og sundhedspleje for børn er der fastsat en række minimumskrav i forhold til antallet af helbredsundersøgelser og besøg af sundhedsplejen i den første del af barnets liv.

Sundhedsvæsenet har i dag udfordringer med at leve op til bekendtgørelsen – både i forhold til 0-6-årige, børn med specielle udfordringer og skolesundhedsplejen. Det skyldes primært ressourceknaphed i sundhedsvæsenet, både hvad angår økonomiske og personalemæssige ressourcer. Departementet for Sundhed er i gang med at kortlægge de aktuelle tal for antallet af børn, der får et tilbud, som svarer til bestemmelserne i bekendtgørelsen.

Det tværsektorielle program Meeqqat 0-18 hørte tidligere under Paarisa, men er i 2021 flyttet til en anden afdeling i Socialstyrelsen. Programmet har til formål at sikre, at vigtig information ikke går tabt, når barnet bevæger sig på tværs af sundheds-, social- og uddannelsessektorerne. Programmet har til formål at sikre en systematisk trivselsvurdering af alle børn i alderen 0-18 år samt at sikre, at relevant viden om barnet overleveres f.eks. mellem institutioner, således at den modtagende institution er bedst muligt klædt på til at støtte op om det enkelte barn og dennes familie. Et fælles registreringsystem (TOBI) er p.t. under implementering i en pilotkommune.

Uanset bopælssted skal det være muligt for et barn at blive trivselsvurderet minimum to gang årligt. Den systematiske trivselsvurdering har til formål at sikre, at tegn på mistrivsel bliver opsporet så tidligt som muligt, så det er muligt at hjælpe barnet tilbage i trivsel. Man trivselsvurderer derfor alle børn, og ikke kun dem som man er bekymret for. I programmet arbejdes der aktivt med at fagpersoner, som vurderer børnenes trivsel, får mere viden om udsathed og handlemuligheder forbundet med dette. Dels gennem et fælles fagligt sprog og dels gennem ensrettet systematik samt redskaber til at identificere signaler på børn i (potentielt) udsatte og sårbare positioner. Programmet har stort fokus på forældresamarbejdet, og forældrene bliver set som aktive medspillere i barnets trivsel. Programmet skal understøtte kommunens eksiste-

rende indsatser og tiltag, og spiller ind i eksisterende lovgivning. Der er en bevilling på finansloven til programmet.

### 10.3.1.1 Udfordringer

Manglen på forebyggende helbredsundersøgelser kan medføre, at der ikke sættes fokus på eventuelle udfordringer hos barnet eller familien i en tidlig alder.

Sundhedsplejen har en helt unik rolle, idet de ser alle nybagte familier. Dermed har de også en helt unik mulighed for at identificere tidlige tegn på mistrivsel eller behov for understøttende foranstaltninger. Det er derfor en væsentlig udfordring, at det indtil videre ikke har været muligt at tilbyde det fastlagte antal undersøgelser og besøg. Sundhedsplejen er udfordret af manglen på uddannede sundhedsplejersker flere steder i landet. Her besættes stillingerne af andet relevant personale, men også her oplever sundhedsvæsenet udfordringer med rekruttering og fastholdelse.

Hvis forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedsplejen ikke prioriteres tilstrækkeligt, så kan problemer vokse sig store både hos barnet og i familien inden det eventuelt bliver opfanget af andre myndighedsområder. Det kan have den konsekvens, at det kan blive nødvendigt med mere indgribende foranstaltninger over for barnet og familien på et senere tidspunkt.

Tidligere var sundhedsplejen organiseret som en landsdækkende funktion med en ledende sundhedsplejerske. Den landsdækkende funktion sikrede en national overvågning, således at der ved god dækning ét sted blev allokeret ressourcer til områder med mindre dækning. Med regionaliseringen blev området lagt ud til de enkelte regionsledelser at sikre dækningen, hvilket har gjort området mere sårbart.

### 10.3.1.2 Styrkelse af samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

Der er behov for, at sundhedsvæsenet gennemfører de forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedsplejetilbud, der er fastsat i loven. Derudover er der behov for at etablere tilstrækkelige sundhedsfaglige og sociale foranstaltninger i et samarbejde mellem sundhedsvæsen og kommune, når dette vurderes nødvendigt.

Hvis den perinatale omsorg bliver prioriteret og i praksis løftet af både sundhedsvæsenet og kommunerne, vil der menneskeligt og samfundsøkonomisk kunne være et stort langsigtet potentiale. Potentialet kunne ligge i:

- At der bliver igangsat de nødvendige foranstaltninger af mindre indgribende karakter, således at man eventuelt vil kunne forebygge nogle af de mange dyre foranstaltninger, som kommunerne iværksætter i forhold til børn og deres familier i løbet af opvæksten
- At flere børn kunne være læringsparate, når de kommer i skole, med det mulige resultat at uddannelsesniveaet over tid vil kunne løftes uden mange af de dyre løsninger, som i dag igangsættes på området

Der ses i forlængelse heraf følgende handlemuligheder:

- At de forebyggende helbredsundersøgelser finder sted
- At sundhedsplejen 0-6 og skolesundhedsplejen gennemfører de fastsatte tilbud
- At børn og unge med særlige behov tilbydes en tilpasset indsats, herunder målrettet rådgivning, bistand samt eventuelt yderligere undersøgelser ved en distriktslæge eller ved sundhedsplejen
- At sundhedsvæsenet og kommunerne etablerer et samarbejde om de nødvendige sundhedsfaglige og sociale foranstaltninger
- At brugen af telemedicin øges i forbindelse med forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedspleje

## 10.4 Samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet på ældreområdet

Ifølge Departementet for Sociale Anliggender, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender var der 3930 +67-årige i Grønland i 2020. Dette tal forventes at stige til ca. 6.000 i 2030, en stigning på godt 2000 personer. I dag bor ca. 14% af den ældre befolkning på plejehjem, i ældrekollektiv eller ældrebolig. Der er 18 plejehjem spredt i hele landet.

Kommunerne varetager området for ældreomsorg i form af hjemmehjælp, driften af ældreinstitutioner (plejehjem, aktivitetstilbud) og ældre- og handicapvenlige boliger. Kommunernes opgaver er fastlagt i sociallovgivningen.

### 10.4.1 Ny ældrestrategi

Departementet for Sociale Anliggender, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender har i 2023 udarbejdet en ny ældrestrategi, *Et godt ældreliv – råderum, velfærd og styrkelse af fremtiden. Naalakkersuisuts ældrestrategi*. Repræsentanter for kommunerne og fem departementer har deltaget i udarbejdelsen af forslaget til strategien. Baggrunden er det stigende antal ældre, stigende pres på de offentlige udgifter og et ønske om at styrke velfærden på ældreområdet. Desuden kan sundhedsvæsenet og socialområdet se frem til den offentlige sektors største afgang af personale, som når pensionsalderen inden for de kommende 15 år. Der vil således være størst afgang fra de sektorer, som kommer til at få mest brug for arbejdskraften i den offentlige sektor.

Strategien har fokus på fire områder med tilhørende initiativforslag: 1) Rammer for arbejdet på ældreområdet, 2) øgede incitamentter til at blive længere på arbejdsmarkedet, 3) øget demensfokus samt 4) bedre ældreliv og service. I det følgende opsummeres de aspekter i strategien der har betydning for det tværfaglige samarbejde mellem ældreplejen og sundhedsvæsenet under punkterne: reform af servicen til ældre, opkvalificering af plejepersonalet, demens samt lovgivning. Efterfølgende diskuteres strategiens forslag på disse punkter.

I den følgende gennemgang af strategien inddrages kommentarer fra kommunerne.

#### 10.4.1.1 Reform af servicen til ældre

Strategien indeholder blandt andet forslag til en reform af servicen til ældre. Hvad angår sundhedsservice, så kræver det blandt andet en tydeligere ansvarsfordeling mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. Den uklare ansvarsfordeling skyldes, at der ikke er klare regler for, hvad kommunerne er forpligtet til. Det er eksempelvis uklart, hvornår patienter er færdigbehandlede, og hvorvidt sundhedsvæsenet skal hjælpe med at dosere medicin på plejehjemmene. Andre udfordringer i ældreplejen og sundhedsvæsenet, som f.eks. begrænsede ressourcer og vanskeligheder med at rekruttere uddannet arbejdskraft, bliver forstærket af den til tider uklare ansvarsfordeling mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

Strategien indebærer, at der nedsættes en arbejdsgruppe på tværs af kommunerne og sundhedsvæsenet, som skal komme med anbefalinger til fremtidens service af ældre. Formålet er at *"borgerne får den bedst mulige service, uanset om det er i regi af kommunerne eller sundhedsvæsenet". [...] Det er afgørende, at sektoren vurderes som helhed i forhold til den samfundsmæssige udvikling, herunder behovet for at bruge ressourcer mest effektivt og ikke mindst give borgerne bedst mulig service*.

Endvidere hedder det i ældrestrategien fra Naalakkersuisut, at *"konkret skal det [...] afklares (men ikke nødvendigvis ændres):*

- *Hvorvidt sundhedscentrenes opgaver kan udvides, så de eksempelvis er ansvarlige for den sundhedsfaglige service til borgerne<sup>39</sup>*
- *Hvordan en optimering af ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommuner i henhold til forebyggelsesindsatser og rehabilitering kan tage form*
- *Hvordan der opnås øget samarbejde og koordination*

<sup>39</sup> Som nogle kommuner gør opmærksom på, så er sundhedsvæsenet ansvarlige for sundhedsfaglig service. I samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne er det et spørgsmål om hvordan opgaverne kan delegeres til personale i ældreplejen.

- *Hvordan der opnås øget fokus på sundhedsfaglige vurderinger*
- *Hvordan der skabes et forbedret miljø for at fastholde og rekruttere arbejdskraft*
- *Hvordan mulighederne for efteruddannelse og vidensdeling forbedres*
- *Hvordan regler for ældreinstitutioner moderniseres*
- *Hvordan regler for hjemmehjælp og pleje moderniseres*
- *Visitationer til ældreinstitutioner*
- *Ansvar for demensopsporing, vejledning, behandling mv.”*

#### 10.4.1.2 Opkvalificering af plejepersonalet

Ældreområdet har svært ved at rekruttere og fastholde faglært arbejdskraft. Faglærte medarbejdere bidrager til at sikre og øge kvaliteten af ældreomsorgen, blandt andet ses der færre sundhedsfaglige problemstillinger blandt de ældre ved højere fagligt niveau.

Fravær af faglærte medarbejdere gør ældreplejen mere afhængig af støtte og sparring fra sundhedsvæsenet. Derfor ønsker ældrestrategien større fokus på efteruddannelse. Det foreslås at udbyde RKV-uddannelsen (realkompetencevurdering) til sundhedshjælpere, som delvist fjernstudie og at sænke adgangskravene til uddannelsen. Et højere uddannelsesniveau i ældreplejen kan forventes at forbedre samarbejdet med sundhedsvæsenet om sundhedsfaglig støtte.

#### 10.4.1.3 Demens

Ifølge *Arktisk Aldring* (2019) er demens en sygdom, hvis udbredelse er stigende. Demens diagnosticeres i sundhedsvæsenet, men da det er en langvarig og dyr proces at stille diagnosen, og sundhedsvæsenet mangler faglig kapacitet, er der formodentlig mange flere med demens, end der er diagnosticeret. I Naalakkersuisuts besvarelse af § 37 spørgsmål nr. 82/2021 er der nogle få fakta om antallet af konstaterede demente. Følgende fremgår heraf: "En opgørelse foretaget af sundhedsvæsenet d. 1. marts 2020 viste, at der var 140 personer, der var diagnosticeret med demens." Landslægeembedet er ikke bekendt med særligt gode prognoser på området. Der er i sagens natur en række usikkerheder i den slags prognoser, herunder f. eks. hvilke definitioner der anvendes. Hovedparten af de borgere, der har en plads på et demensafsnit på et grønlandsk alderdomshjem, har ikke gennemgået en nærmere udredning. Departementet for Sundhed og Infrastruktur udgav for 10 år siden, i 2013, *Forslag til demensplan 2013*. I Tabel 2 på side 7 i dette forslag er der en fremskrivning, hvoraf det fremgår, at der forventes at være 593 demente i 2040. Der er dog tale om en relativt gammel vurdering, hvorfor dette tal må tages med nogle forbehold. Landslægeembedet peger over for kommissionen på, at antallet af demente groft beregnet formentlig nogenlunde vil følge udviklingen i antallet af ældre. Antallet af ældre vil som tidligere beskrevet være markant stigende i de kommende 10-15 år, hvilket vil stille krav til både drift og anlæg på ældreområdet, hvis der tilsvarende bliver flere demente, uanset om de stilles en egentlig diagnose i sundhedsvæsenet eller ej. I nogle tilfælde anslår kommunerne selv, at der er tale om demens, baseret på patientens adfærd og funktionsniveau. Men der er generelt mangel på viden om demens i ældreplejen og behov for diagnosticering i sundhedsvæsenet for at sikre borgerne den bedste behandling og pleje<sup>40</sup>.

Diagnosticering i sundhedsvæsenet af alle borgere med symptomer på demens er ikke realistisk, idet det er ressourcekrævende, og måske heller ikke ønskeligt for alle borgere, da det for det meste kræver en scanning i Nuuk. I nogle tilfælde baseres diagnosticeringen derfor primært på patientens adfærd og funktionsniveau. I ældrestrategien fremhæves det, at kommunerne også ofte er gode til at vurdere, hvilke borgere der er demente. Kommunerne har i nogle tilfælde - måske kun i Nuuk - medarbejdere med en demenskoordinatoruddannelse ansat. Disse kan have begrundede formodninger om, at en borger har demens, men de kan ikke udelukke andre årsager på samme måde som sundhedsvæsenet (f.eks. dehydrering og urinvejsinfektion, der kan give nogle af de samme symptomer som demens).

<sup>40</sup> I den forbindelse peger en kommune på at pleje af demente også omfatter at beskytte dem fra at fryse ihjel gennem eventuel magtanvendelse. Der er derfor behov for opdatering af lovgivningen på dette område.

Ældrestrategien foreslår en national demens-kampagne med henblik på at styrke viden og arbejdet med demens i ældreplejen. En sådan kampagne skal i givet fald henvende sig til både fagpersoner og pårørende til demente. Det bemærkes i den forbindelse, at kommunerne jf. handicaplovgivningen har pligt til at oplyse og informere om handicap.

Sundhedskommissionen har under sine rundrejser i landet observeret og på sine møder drøftet nogle af de udfordringer, der kan være i forhold til at kunne sikre en tilfredsstillende servicering af ældre med demens på særligt mindre bosteder. Det er væsentligt med en stigende opmærksomhed på denne problematik, ikke mindst set i lyset af, at antallet af demente må forventes at stige fremover.

#### 10.4.1.4 Lovgivning

Departementet for Sociale Anliggender, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender har igangsat et forarbejde med en eventuel ny ældrelov, der vil skulle følge op på vedtagelsen af ældrestrategien. Kommunerne udtrykker ønske om at deltage i dette arbejde.

I det meget foreløbige forslag til en ældrelov indgår på nuværende tidspunkt ifølge det oplyste følgende punkter:

- Samling af eksisterende love på ældreområdet
- Moderniserede regler for ældreinstitutioner i forhold til indretning og demensafsnit
- Moderniserede regler for hjemmehjælp og pleje
- Klargøre ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne
- Rettigheder i forhold til demenstilbud/-vejledning
- Visitationspraksis
- Tilsyn med plejehjem placeres i Selvstyret
- Ret til ældrekollektiver eller boenheder

#### 10.4.1.5 Opsamling på ny ældrestrategi

Strategiens forslag til løsninger på udfordringer i samarbejdet mellem ældreområdet og sundhedsvæsenet kan kort opsummeres således:

- Afklaring og tydeliggørelse af fordelingen af ansvaret for sundhedsfaglige opgaver i ældreplejen, blandt andet gennem lovgivning. I den forbindelse gør en kommune opmærksom på, at hvis sundhedsvæsenets tilbud ændres, skal kommunerne kompenseres gennem bloktilskud.
- Etablering af arbejdsgruppe på tværs af ældreområdet og sundhedsvæsenet med henblik på anbefalinger til reformering af fremtidens ældreservice, herunder sundhedsfaglig service.
- Forbedret fagligt niveau i ældreplejen gennem realkompetencevurderingsforløb.
- Demenskampagne rettet mod fagpersoner i ældreplejen og pårørende til demente med henblik på at styrke viden om demens, således at der opnås bedre forebyggelse og undgås utilsigtet magtanvendelse af fagpersoner.

### 10.4.2 Diskussion af ældrestrategien

Den nye ældrestrategi forsøger at tage højde for det stigende antal ældre og de faldende skatteindtægter i de kommende år uden at serviceniveauet falder og endda på nogle punkter forbedres. Det vil kræve et styrket samarbejde mellem ældreplejen og sundhedsvæsenet at bevare eller højne niveauet om de opgaver, som de er fælles om. En kommune peger i sit høringssvar vedrørende strategiudkastet på, at set i det lys er det ikke heldigt, at der kun har været én repræsentant for kommunerne med i arbejdsgruppen, mens fem departementer har været repræsenteret. Den uklare ansvarsfordeling mellem sundhedsvæsenet og kommunerne, som kommissionen også er stødt på i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde (se kapitel 11), bliver i strategien beskrevet som følger: *"Der er generel uklarhed om ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. En del af uklarheden skyldes, at der ikke er klare regler for, hvad kommunerne er forpligtet til. Der er blevet påpeget mange problematikker i arbejdet om at servicere ældre. Det*

er eksempelvis uklart, hvornår patienter er færdigbehandlede, hvorvidt sundhedsvæsenet skal hjælpe med at dosere medicin på alderdomshjemmene samt, hvem der er ansvarlige for genoptræning.” Der er fra kommunal side over for kommissionen gjort opmærksom på, at det forekommer i en række tilfælde, at departementerne på grund af deres ressortfordeling kun forholder sig til dele af en problemstilling. Det er fra kommunernes side ønskeligt, at departementerne arbejder tæt sammen blandt andet i forhold til klargøring af snitflader mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

#### 10.4.2.1 Servicen til ældre

Medarbejderne i den kommunale ældrepleje servicerer borgere, der bor i eget hjem og på plejehjem. Opgaven er at støtte de ældre til at få hverdagen til at fungere og have en god livskvalitet.

Servicen indebærer også sundhedsfaglige opgaver. Blandt andet lever mange ældre med kroniske sygdomme, som de får medicinsk behandling for, og antallet er stigende. Det medfører arbejdsopgaver vedrørende håndtering af medicin og komplekse sygeplejefaglige opgaver. Uddannelsesniveaueet i ældreplejen er generelt lavt (se kapitel 9), hvilket øger risikoen for eksempelvis fejlmedicinering.

Det er sundhedsvæsenets ansvar at borgerne får den rette medicinske behandling, men der mangler fælles retningslinjer for, hvordan ansvaret uddelegeres til medarbejdere i ældreplejen.

Ligeledes har sundhedsvæsenet et ansvar i forhold til at afklare, at borgerne får den rette udredning for sygdom og får den rette behandling. I dag er det ofte overladt til personer med begrænsede sundhedsfaglige ressourcer at varetage opgaven, fordi der ikke alle steder er umiddelbar adgang til en læge. Også her mangler der fælles retningslinjer. En kommune udtrykker det på den måde, at sundhedsvæsenet skal afklare sit serviceniveau og derefter afstemme med kommunerne, hvilket serviceniveau der kan forventes.

#### 10.4.2.2 Uddannelse af medarbejdere

I ældrestrategien foreslås det at efteruddanne det eksisterende personale i ældreplejen gennem lettere adgang til RKV-forløb og fjernundervisning.

RKV er en merituddannelse for ufaglærte til sundhedshjælpere. Der er rigtig gode erfaringer med disse forløb, blandt andet har de næsten 100% gennemførelse.

Men strategien kan være mere ambitiøs på dette område, både i forhold til at uddanne helt nye og flere medarbejdere, og i forhold til at gøre det attraktivt og til en mulighed for unge at uddanne sig til jobs i ældreplejen. Problematikken er uddybende behandlet i kapitel 9.

#### 10.4.2.3 Demens

Strategien kommer ikke med forslag til løsning på problemet om diagnosticering af demens. Det forlyder tit fra kommunerne, at de har brug for diagnoser, hvis de skal kunne lave handleplaner for de psykisk syge (herunder demente). Her er sundhedsvæsenet en flaskehals.

Hvis diagnosen, som beskrevet i strategien, alligevel ofte stilles uden brug af scanning, altså af lokalt sundhedspersonale, hvis medarbejdere i kommunen anses for at være gode til at vurdere, om borgere er demente, og når diagnosticering af alle relevante borgere er uden for rækkevidde – så skal man måske sætte spørgsmålstegn ved, om en diagnose i ethvert tilfælde er nødvendig for at komme videre med en handleplan. På den anden side har en diagnose også betydning i forhold til, om de ældre borgere er berettiget til støtte under handicaplovgivningen.

For øvrigt peger en kommune på, at fokus bør udvides til at omfatte gerontopsykiatri (ældre-psykiatri) generelt, fremfor demens alene. Kommunerne oplever – udover mange demente – også flere og flere ældre, der lider af depression, skizofreni og andre psykiske lidelser. Det forstærker kun udfordringerne med diagnosticering.

Under alle omstændigheder er der brug for fælles retningslinjer på området mellem ældreplejen og sundhedsvæsenet. En kommune peger dog på at der er mere brug for afklaring af et serviceniveau i sundhedsvæsenet og en kommunikation af dette.

#### 10.4.2.4 Lovgivning og rammer

Hvad angår samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet, så anbefaler ældrestrategien, at der lovgives om ansvarsfordelingen mellem de to sektorer. Det er et behov som begge sektorer tilbagevendende har peget på over for Sundhedskommissionen. En kommune gav eksempler på sundhedsfaglige opgaver, som det kommunale personale egentlig godt kunne løse, men som alligevel havnede i sundhedsvæsenet på grund af uafklaret ansvarsplacering. Denne kommune mener, at ansvaret tydeligt er placeret hos sundhedsvæsenet, men at det er relevant at drøfte, om opgaver kan løses på et lavere fagligt kompetenceniveau, f.eks. i den kommunale hjemmehjælp. Dertil mener kommunen, at de juridiske og organisatoriske barrierer er store.

Også fordelingen af ansvaret for hjælpemidler bør afklares lovgivningsmæssigt.

I sit høringssvar til ældrestrategien bemærker en kommune, at det er uklart, hvad der er med i henholdsvis lovforslaget og arbejdsgruppen. Kommunen forventer at blive inddraget i det lovforberedende arbejde, herunder arbejdsgruppen. Kommunerne har blandt andet en særlig problematik med magtanvendelse i forbindelse med demente.

Kommunerne har i årevis forsøgt at få læseadgang til sundhedsvæsenets system for elektroniske patientjournaler, Cosmic. På den måde vil bestemte kommunale medarbejdere i ældreplejen kunne se relevante sundhedsmæssige oplysninger om borgere på plejehjem. Det vil lette kommunikationen om borgerne samt en række administrative processer. Der kan være noget juridisk, som ikke er afklaret her. Spørgsmålet bør tages op med henblik på en hurtig afklaring, og efterfølgende i forbindelse med sundhedsvæsenets overgang til nyt EPJ-system/opgradering af Cosmic.

#### 10.4.2.5 Ny ældrestrategi og styrkelse af samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet

Den nye ældrestrategi og den forudgående diskussion heraf med blandt andet kommunerne peger på følgende behov i styrkelsen af samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og ældreplejen om sundhedsfaglige opgaver:

- Lovgrundlag og fælles retningslinjer for en tydelig ansvarsfordeling af de fælles opgaver i servicen til de ældre, vurderinger (demens og andre gerontopsykiatriske tilstande) og hjælpemidler
- Dialog mellem sektorerne om, hvordan servicen til de ældre konkret skal ansvarsfordeles, og hvordan der skal samarbejdes herom
- Rekruttering og fastholdelse af uddannet personale i ældreplejen
- Kompetenceudvikling af eksisterende personale og rekruttering af unge til sundhedsuddannelserne
- Læseadgang til Cosmic

#### 10.4.3 Samarbejde i hjemmeplejen

Det er kommunernes opgave at sørge for hjemmehjælpsordninger, som er bemandet med personale, der kan yde praktisk bistand. Hjemmehjælp ydes til ældre, svagelige, personer med handicap samt i tilfælde af sygdom eller sociale vanskeligheder. Det er en udfordring for kommunerne at leve op til den lovmæssige pligt om hjemmepleje til ældre, fordi hjemmehjælp ikke kan tilbydes i alle bygder. Tilsvarende er sundhedsvæsenet udfordret på at levere hjemmesygepleje på alle lokaliteter.

I dag er hjemmehjælpen organisatorisk adskilt fra hjemmesygeplejen således, at hjemmehjælpen hører under kommunen og hjemmesygeplejen under sundhedsvæsenet. Adskillelsen vanskeliggør kommunikationen og samarbejdet mellem de to sektorer og risikerer at forringe servicen til de ældre.

Et tættere samarbejde mellem hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen vil kunne løfte serviceniveauet, blandt andet gennem mere helhedsorienterede indsatser og gennem gensidig faglig udvikling, blandt andet udvikling af hjemmehjælpernes sundhedsfaglige kompetencer. Situationen er forskellig i kommunerne og fra by til mindre bosteder. Alligevel gives der her et eksempel fra Nuuk, fordi det siger noget generelt om samarbejdet mellem sektorerne.

I hjemmeplejen i Nuuk er den organisatoriske adskillelse bevaret, men hjemmesygeplejerskerne og hjemmehjælperne sidder nu sammen i samme bygning. Ifølge fagchefen for ældreområdet har dette forbedret samarbejdet mærkbart. Dels lærer hjemmehjælperne og sygeplejerskerne hinanden at kende som personer og at 'rumme' hinanden, dels opbygger de en fælles forståelse i arbejdet, og sygeplejerskerne underviser hjemmehjælperne.

Terapeuterne i kommunen hører under handicapområdet, men der afholdes tværfaglige møder med hjemmeplejen ugentligt. Der er et stigende fokus på tværfagligt samarbejde om rehabilitering af de ældre i dagligdagen.

Ifølge fagchefen begynder det så småt at kunne mærkes, at samarbejdet mellem hjemmehjælperne og sygeplejerskerne og de forbedrede faglige kvalifikationer især har to effekter: Dels nedsætter det antallet af ventelistefiguranter til plejehjemmene fordi de ældre kan blive i eget hjem i længere tid (dette også i forbindelse med etableringen af døgnpleje); dels kan hjemmeplejen tage patienter i sundhedsvæsenet tidligere hjem efter en indlæggelse.

Fordele ved samarbejde mellem hjemmehjælperne og hjemmesygeplejen:

- Højet faglighed - flere opgaver kan klares i hjemmeplejen
- Forebygger indlæggelser/genindlæggelser
- Kommunens fysio- og ergoterapeuter inddrages i højere grad i hjemmeplejens daglige arbejde
- Den palliative indsats styrkes
- Bedre kommunikation og mere smidig kontakt til sundhedsvæsenet
- De ældre kan forblive længere tid i eget hjem

#### 10.4.4 Samarbejde om kompetenceudvikling i ældreplejen

Som nævnt ønsker kommunerne ikke, at udfordringerne i forhold til at udføre sundhedsfaglige opgaver i ældreplejen løses ved, at sundhedsvæsenet tager over. Kommunernes forslag til løsninger er blandt andet, at personale i sundhedsvæsenet oplærer personalet i ældreplejen.

Personalet i ældreplejen har brug for oplæring i sundhedsfaglige kompetencer, hvis de sundhedsfaglige opgaver skal delegeres til ældreplejen. Men personalet i ældreplejen har også viden om borgerne, som sundhedsvæsenet har brug for, f.eks. om borgernes muligheder for at klare sig, når de kommer hjem fra en indlæggelse. Denne viden kan have stor betydning for en vellykket overgang fra indlæggelse til livet hjemme og kan blandt andet forhindre genindlæggelser. Begge sektorer har brug for hinanden og kan lære af hinanden.

Fra en kommunes side peges der på følgende muligheder for gensidig kompetenceudvikling:

- Undervisning/oplæring på tværs af sundhedsvæsenet og den pågældende kommune
- Temadage på tværs
- Muligheder for sidemandsoplæring, både til faglærte og ufaglærte medarbejdere, hvor medarbejderne fra enten sundhedsvæsenet eller kommunen kan komme i praktik og blive oplært i at udføre specifikke opgaver
- At tværfaglige samarbejds møder spredes mere ud til hele landet - eventuelt online-samarbejds møder

Undersøgelser i Danmark peger desuden på, at et tættere samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne om kompetenceudvikling forbedrer samarbejdsrelationerne generelt. I et projekt i en dansk kommune, hvor personale i hjemmeplejen og sundhedsvæsenet byttede arbejdsplads et par uger, var resultatet, at begge parter fik større forståelse og respekt for hinandens arbejde, fordi de fik indsigt i muligheder og begrænsninger i modsatte sektor. Udvekslingen bidrog blandt andet til, at sundhedspersonalet blev bevidste om, at der i begge sektorer findes vigtig viden og mange forskellige kompetencer.

### 10.4.5 Genoptræning/vedligeholdelsestræning

Det er den almindelige opfattelse i begge sektorer, at det er sundhedsvæsenets opgave at yde genoptræning til højst mulige niveau og kommunens opgave at tilbyde vedligeholdelsestræning. Det er imidlertid ikke klart beskrevet i lovgivningen, og ansvaret er derfor ikke entydigt placeret. Begge sektorer efterlyser en klar lovgivning herom.

På plejehjem og i dagcentre og aktivitetstilbud tilbydes i varierende omfang vedligeholdelses-træning og hverdagsrehabiliterende træning. I aktivitetstilbuddet er der ikke fast supervision af ergo- og fysioterapeuter. Ikke alle institutioner har en størrelse, der kan bære en fuldtidsansat terapeut, og der kan være problemer med at rekruttere. Nogle steder har man taklet udfordringen ved at ansætte en terapeut i en delestilling mellem det lokale sundhedsvæsen og ældreplejen. Der er erfaringer for, at sådanne ordninger styrker samarbejdet mellem sektorerne og faciliterer mere fleksible tilbud til de ældre, der er tilpasset lokale forhold.

Det er dog en generel udfordring at uddannet arbejdskraft efterspørger faglige fællesskaber og kollegial sparring, men at hverken kommunerne eller sundhedsvæsenet kan tilbyde dette i de mindre bosteder.

### 10.4.6 Opsamling på behov i styrkelsen af samarbejdet i ældreplejen mellem kommunerne og sundhedsvæsenet

- Lovgrundlag og fælles retningslinjer for en tydelig ansvarsfordeling af de fælles opgaver i servicen til de ældre, vurderinger (demens og andre gerontopsykiatriske tilstande) og hjælpemidler
- Dialog mellem sektorerne om, hvordan servicen til de ældre konkret skal ansvarsfordeles, og hvordan der skal samarbejdes herom (nedsættelse af arbejdsgruppe)
- Rekruttering og fastholdelse af uddannet personale i ældreplejen
- Kompetenceudvikling af eksisterende personale og rekruttering af unge til sundhedsuddannelserne
- Kompetenceudvikling på tværs af ældreplejen og sundhedsvæsenet
- Fælles organisering af arbejdet i hjemmeplejen (have til huse samme sted)
- Flere delestillinger
- Læseadgang til Cosmic
- En forventningsafstemning mellem politikere og befolkning om, hvilken service der kan leveres, når uddannet arbejdskraft ikke ønsker at tage længere ophold i lokaliteten

## 10.5 Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne om socialpsykiatri

Der er i dag omkring 1.400 personer, som er diagnosticeret med en psykisk lidelse (ekskl. retspsykiatriske patienter), hvilket svarer til ca. 2,4% af befolkningen. En vellykket indsats over for personer med en psykiatrisk diagnose kræver et tæt samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.

Ifølge loven skal borgere som henvender sig med symptomer, diagnosticeres i sundhedsvæsenet, hvorefter kommunerne skal udarbejde tiltag og handleplaner ud fra disse informationer. Den kommunale indsats består i udfærdigelse af handleplaner i samarbejde med andre relevante parter samt tilbud om ophold på forskellige former for boenheder bemandet med omsorgsfagligt personale (ofte ufaglært). Desuden har kommunen tilbud om støtteindsatser under handicaplovgivningen, f.eks. støtte i eget hjem, støttepersoner og ledsagelse. Under ét kaldes dette for socialpsykiatrien.

Derudover skal sundhedsvæsenet understøtte den patientrettede forebyggende indsats og yde rådgivning til kommunerne. Sundhedsvæsenet står desuden for distriktspsykiatrien, Ikaarsaarfik som har udgående funktion i Nuuk og samarbejder med regionerne. Distriktspsykiatrien arbejder sammen med kommunerne om individuelle patientforløb.

På en ledelseskonference i sundhedsvæsenet i november 2022 blev der fra ledelsen af Psykiatrisk Område givet udtryk for betydningen af det arbejde, der foregår omkring patienterne, når de er hjemme. Hvis ikke behandling følges op i hverdagen, risikerer hospitalsbehandling at falde til jorden. Dette sætter fokus på betydningen af et godt samarbejde mellem hospitalspsykiatrien og distriktspsykiatrien.

Som på andre områder hvor sundhedsvæsenet og kommunerne er afhængige af et tæt samarbejde, meldes der om udfordringer i samarbejdet. Psykiatrien oplever at kommunerne ikke løfter deres del af opgaven med handleplaner og tilbud, og kommunerne giver udtryk for, at de har svært ved at komme i dialog med psykiatrien for råd og vejledning, udredning og indlæggelse. Begge parter er hårdt presset på ressourcer.

### 10.5.1 Børne- og ungepsykiatrien

Ultimo 2018 var der 141 børn i forløb i børne- og ungepsykiatrien og der forventes ca. 125 nye henvisninger pr. år. Sundhedsvæsenet varetager udredning, diagnosticering og behandling og skal derudover understøtte den patientrettede forebyggende indsats og yde rådgivning til kommunerne. For at understøtte tidlige og sammenhængende indsatser arbejdes der i sundhedsvæsenet med f.eks. samtaleforløb efter selvmordsforsøg, Tidlig Indsats og MANU (et forældreforberedende tilbud til alle familier).

I kommunerne er der stigende pres på socialområdet som følge af blandt andet omsorgssvigtede børn og unge. Kommunerne står for at tilrettelægge tidlige og opfølgende indsatser til børn og unge med særlige behov i tæt samarbejde med f.eks. sundhedsplejen, skolevæsenet, MISI, Børne- og familiecentre m.m. Den kommunale indsats til børn og unge med særlige behov er forankret forskelligt fra kommune til kommune. Flere af kommunerne har ikke indsatser i tilstrækkeligt omfang, og der er stor forskel på indholdet og udbredelsen af kommunernes indsatser.

MIO har med afsæt i børn og unges perspektiv beskrevet dels de unges behov for intensiveret psykologhjælp, dels hvordan de unge selv kan være med til at italesætte psykiske problemer og skabe meningsfulde aktiviteter. Der er således værdifuld indsigt herom at hente i MIO's projektrapport fra oktober 2022 om unges anbefalinger til forebyggelse af selvmord, der også rækker ud over selvmordsproblematikken. En nærmere beskrivelse heraf er omtalt i denne betæknings kapitel 13 om selvmord, afsnit 13.7.2 Qamani - de unges stemmer i selvmordsforebyggelsen anno 2022.

### 10.5.2 Voksne med psykiske lidelser

Psykiatriske patienter, der er i kontakt med det psykiatriske system, vil oftest være i behandling for skizofreni eller anden kronisk psykose, mani-depressive tilstande, eventuelt unipolar depression, personlighedsforstyrrelser, adfærdændringer og/eller misbrugsproblematikker. Der er patienter, der alene varetages uden for det psykiatriske system som f.eks. i DIS i Nuuk og i ambulatorierne i sundhedsdistrikterne. Det vil oftest gælde personer med mindre invaliderende sygdom som angst, neurotiske tilstande, lettere depression, tilpasningsreaktioner, reaktioner på tab og traumer eller misbrugs-/afhængighedsproblematikker.

Hos ældre ses både det samme sygdomsspektrum som hos yngre voksne, og problematikker som bliver hyppigere med stigende alder, som konfusionstilstande og demens. Som tilfældet er for børn og unge med psykiske lidelser, er der for de voksne behov for samlede og helhedsorienterede forløb i et samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

### 10.5.3 Socialpsykiatrien

Socialpsykiatri indebærer et fokus på de sociale forholds betydning for psykiske lidelsers opståen, deres udvikling og det samlede behandlingsforløb. Gruppen af udsatte voksne i socialpsykiatrien omfatter også hjemløse og handicappede med psykiatriske diagnoser. Den socialpsykiatriske indsats kan udøves i borgerens hjem, i et kommunalt bokollektiv eller beskyttet boenhed eller i et landsdækkende døgntilbud, afhængigt af tyngden og omfanget af borgerens behov. I nogle tilfælde kan der være tale om anbringelse i Danmark.

For kommunernes vedkommende er det ikke alene socialområdet, som er en vigtig aktør, men også arbejdsmarkedsområdet og uddannelsesområdet er vigtige medspillere. Hvis personer med en psykiatrisk diagnose sikres en hurtig diagnosticering og handleplan, vil mange kunne varetage opgaver på arbejdsmarkedet, ligesom mange (med eller uden støtte) vil kunne tage en uddannelse.

#### 10.5.4 Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og socialpsykiatrien

Psykiatriområdet er komplekst med mange aktører. Det kræver en høj grad af samarbejde at få brugernes forløb til at fungere. Fra kommunernes og sundhedsvæsenets side peges der på udfordringer i samarbejdet.

Presset på kommunerne er stigende på grund af stigningen i antallet af personer med psykiatriske diagnoser og deraf følgende krav om handleplaner. Desuden er der et øget fokus på effektiviseringer i sundhedsvæsenet, hvilket medfører kortere indlæggelser og mere ambulante behandling. Det vil sige, at kommunerne i stigende grad skal kunne håndtere de ofte komplekse patientforløb.

Samtidig er hospitalspsykiatrien ekstremt presset på grund af stigende antal indlæggelser og ambulante forløb, dårlige fysiske rammer for håndtering af patienter med mange forskellige diagnoser, aldre, symptomer og behov, mangel på psykiatere og mange korttidsansættelser blandt personalet m.m. (se kapitel 14 om psykiatrien).

Nogle kommuner peger på, at udfordringer i samarbejdet med hospitalspsykiatrien ofte skyldes misforståelser om omfanget af den kommunale opgave. Kommunen skal have lov hjemmel for at kunne foretage sig noget i en given sag.

Det skal pointeres, at disse problematikker kan udspille sig meget forskelligt i kommunerne, som jo kan være meget forskelligt stillet, hvad angår ressourcer, arbejdspress m.m.

##### 10.5.4.1 Mangel på faguddannet personale

Såvel i sundhedsvæsenet som i socialvæsenet/kommunerne er det en central udfordring at skaffe relevant uddannet personale. Dette er i særlig grad vanskeligt i kommunerne. Samtaler med personale i socialpsykiatrien rundt om i landet har blandt andet peget på, at de ansatte mangler uddannelse og kompetenceudvikling vedrørende psykisk sygdom, pædagogiske metoder i arbejdet med psykisk syge, konflikthåndtering, regler om magtanvendelse m.m. Kommunerne gør et stort arbejde for at kompetenceudvikle deres medarbejdere.

Udover den generelle mangel på faguddannet personale er der et særligt forhold, der gør sig gældende i boenhederne. Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet pegede efter en rundrejse til kommunerne i 2021 på, at Nunatsinni Perorsaasut Kattuffiat (Pædagogernes Fagforening) ser arbejdet i bofællesskaber som pædagogernes område, hvorfor det kan være vanskeligt at ansætte personer med en sundhedsfaglig uddannelse til området. Departementet påpegede, at kommunerne ønsker at gøre op med de snævre fortolkninger af arbejdet i bofællesskaberne, så der kan ansættes personale med de rette kompetencer (på rette overenskomst) i forhold til borgernes behov. Som kommentar hertil peger en kommune på at de mange overenskomster, hvor handicapområdet ikke er beskrevet tilstrækkeligt, gør det svært at gøre arbejdet attraktivt.

##### 10.5.4.2 Botilbud

Socialpsykiatrien tilbyder bokollektiver med begrænset personale, og beskyttede boenheder med døgnbehandling hvor der er tilbud om pædagogiske aktiviteter, både individuelle og i fællesskaber. Desuden findes et landsdækkende døgntilbud til voksne med psykiatriske lidelser, Sungiusarfik Aaqa.

- Fra både kommunernes og sundhedsvæsenets side peges der på, at udbuddet af botilbud ikke svarer til behovet. Også på Sungiusarfik Aaq kan der i perioder mangle pladser. Kommunerne efterspørger et samarbejde med døgninstitutionsområdet i Socialstyrelsen med henblik på vidensdeling og kompetenceudvikling.

Botilbuddene er ikke alle steder tidssvarende, hvilket kan give både personale og beboere u hensigtsmæssige betingelser. Visiteringen til de kommunale boenheder fungerer ifølge nogle kommuner ikke optimalt, hvilket kan afstedkomme, at udviklingshæmmede og psykisk syge bor sammen. Dette påpeges dog af en kommune ikke nødvendigvis at være et problem.

De beskyttede boenheder varierer i størrelse i kommunerne fra 2 til ca. 20 beboere. De små boenheder kan være sårbare personalemæssigt.

Manglen på botilbud medfører i nogle kommuner, at færdigbehandlede patienter, der er visiteret til et botilbud i deres hjemkommune eller til plads på døgninstitution, ikke kan hjemtages, hvilket selvfølgelig er u hensigtsmæssigt, både for patienterne og for sengekapaciteten i sundhedsvæsenet.

Et andet aspekt af problematikken om udskrivelse til et botilbud, som påpeges af en kommune, er, at der er en faldgrube, hvor sundhedsvæsenet antager, at en borger er visiteret til en boenhed og har takket ja, men hvor det i realiteten ikke er tilfældet. Mangel på viden i sundhedsvæsenet om kommunernes tilbud nævnes også i andre forbindelser. Kommunerne selv har en antagelse om, at det blandt andet kan skyldes mangelfuld introduktion af de mange vikarer i sundhedsvæsenet.

#### 10.5.4.3 Manglende diagnose som barriere for indsatser

Det aktuelt store fokus på omsorgssvigt af børn betyder at hospitalspsykiatrien oplever et stort pres i forhold til psykiatrisk udredning og diagnosticering af børn. En konsekvens kan være, at det trækker i langdrag for kommunerne at få det fornødne grundlag for at planlægge den rette indsats til den unge, hvilket kan medføre flere anbringelsesskift og indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Også i forhold til voksne med psykiske lidelser kan diagnosticering trække ud, for nogle kommuners vedkommende især i byggerne og de mindre byer. En kommune peger på, at når borgere mangler en diagnose, kan det være vanskeligt at finde ud af ansvarsfordelingen samt vanskeligt at lave handleplaner. Kommunerne risikerer at tabe borgeren i systemet. En anden kommune bemærker, at diagnosticeringer i nogle tilfælde er mangelfulde og foretaget på for spinkelt grundlag, f.eks. kan der mangle kognitive tests. Desuden sættes der spørgsmålstejn ved, hvad definitionen på et psykisk problem er, og om alle psykiske problemer kræver en diagnose. Dette sidste er også problematiseret i ældrestrategien vedrørende demens.

Med det pres, der er på hospitalspsykiatrien, er det tvivlsomt, om det er realistisk at gennemføre det efterspurgte antal diagnosticeringer (jf. også demens-problematikken).

På et møde i Sundhedskommissionen i december oplyste Landslægen, at en tredjedel af børnene i Region Kujataa og halvdelen af børnene i Tasiilaq har en sag i kommunen. Mange af sagerne ville ikke være endt som behandlingssager hvis ventelisterne i hospitalspsykiatrien ikke var så lange. Børnesager risikerer at blive 'normalen'. Pointen er, at uløste sociale problemer udvikler sig til individuelle psykiske problemer. Landslægen påpegede et behov for en samfundsmæssig stillingtagen hertil.

#### 10.5.4.4 Hjemløse

I Naalakkersuisuts hjemløsestrategi *Alle har ret til et godt liv* fra januar 2023 behandles blandt andet spørgsmål vedrørende hjemløses sundhedsmæssige forhold. Det konstateres herunder, at en stor del hjemløse borgere lider under sundhedsmæssige problemer, ligesom kronisk eller psykisk sygdom kan føre til hjemløshed eller fastholdelse i hjemløshed ved for eksempel at nedsætte arbejdsevnen markant.

Endvidere konstateres det i redegørelsen, at mange borgere, der rammes af hjemløshed, ofte har meget alvorlige traumer og psykiske udfordringer, som kan skyldes en barndom med svigt. Traumerne og de psykiske udfordringer giver basale problemer, og kan gøre det svært at overskue konsekvenserne af egne handlinger. Det betyder ifølge redegørelsen, at nogle mennesker simpelthen er så traumatiserede af en problematisk barndom eller et voksenliv, at de ikke besidder de sociale og personlige ressourcer til at klare sig under de vilkår, de befinder sig i. Når nogle borgere har så store mentale og helbredsmæssige udfordringer,

kan det være meget svært at overskue at gå til myndighederne for hjælp. Psykiske problemer er i den forbindelse særlig problematiske, idet der i psykiatrien er en meget lille kapacitet, og at der eksisterer få tilbud til traumer generelt.

Der findes ikke meget viden om psykiske problemer hos hjemløse borgere i Grønland, og flere undersøgelser på hjemløseområdet bestilt af Naalakkersuisut har ikke formået at afdække problemstillingen.

Redegørelsen beskriver, at mange udsatte borgere giver udtryk for, at de har psykiske vanskeligheder, og at flere søger tilflugt i eller selvmedicinerer sig med alkohol og hash. Et misbrug er ofte et symptom på forskellige udfordringer såsom traumer fra barndommen eller oplevelser med voldtægt eller lignende. Redegørelsen anfører endvidere, at ubehandlede traumer kan medføre misbrug for at dulme de mentale smerter eller for at glemme de dårlige oplevelser fra fortiden. Misbrugsproblemerne kan være årsagen til, at den enkelte borger er havnet i en hjemløs situation. Der er endvidere stor sandsynlighed for, at tiden i hjemløshed fører til et misbrug. Et alkoholmisbrug eller hashmisbrug kan ligeledes være en stor barriere i forhold til at komme ud af hjemløsheden.

Mange hjemløse lider også af somatiske kroniske sygdomme, f.eks. diabetes, og har behov for behandling og pleje i forbindelse hermed. En dansk rapport om hjemløse påpeger at hjemløse ofte er i en position, hvor de ikke kan drage samme fordel af sundhedsvæsenet som andre befolkningsgrupper. Eksempelvis kan de blive afvist, fordi de er påvirkede af rusmidler, eller de har ikke råd til at købe ordineret medicin. I den forbindelse peger forskerne på, at det danske sundhedsvæsen er designet til idealpatienten, som kender sine krav, rettigheder, systemets organisering og vejene ind i systemet (Diderichsen et al., 2011). Denne ulighed i forhold til adgang til sundhedsvæsenet er relevant at være opmærksom på også i det grønlandske sundhedsvæsen i forbindelse med hjemløseproblematikken. Dette understøttes af en rapport om hjemløshed i Grønland udarbejdet af Socialt Udviklingscenter SUS i 2022.

I en dansk sammenhæng fremhæves det i en publikation fra Sundhedsstyrelsen fra 2022 (SST, 2022) at hjemløse ofte får en dårligere betjening i sundhedsvæsenet, fordi personalet mangler forståelse for hjemløse. De hjemløse oplever derfor ikke at blive taget alvorligt eller at blive diskrimineret på grund af et stofmisbrug, deres udseende eller lignende.

Ligeledes behandles tværsektorielt samarbejde i Sundhedsstyrelsens publikation. Hjemløse har ofte meget forskelligartede behov, både økonomiske, bolig-mæssige, sociale, rusmiddelrelaterede, psykiske og somatiske problemstillinger. Det kræver en høj grad af samarbejde mellem sundhedsvæsenet og andre sektorer. På baggrund af hjemløses ofte komplekse livssituation og behovet for indsatser fra flere sektorer peger interviews med forskere og fagprofessionelle i Sundhedsstyrelsens publikation på, at indsatsen over for socialt udsatte forbedres ved, at den enkelte medarbejder har et indgående kendskab til de forskellige dele af egen organisation, men også i høj grad ved at have et godt kendskab til andre fagområder og sektorer.

Der er således ifølge forskerne og de fagprofessionelle et behov for, at de relevante medarbejdere opnår et øget kendskab til andre arbejdsområder, hvis de skal kunne bidrage til en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for socialt udsatte (SST, 2022). Dette forhold kunne pege på relevansen af fælles kompetenceudvikling mellem sundhedsvæsenet og kommunerne som nævnt tidligere i dette kapitel, fordi medarbejderne i de forskellige sektorer derved vil opnå konkret kendskab til hinandens rammer, muligheder og indsatser.

I rapporten *Hjemløshed i Grønland* hedder det: "Informanter på feltet (informanterne er fagprofessionelle, forf.) peger på, at det indimellem er som om, at ingen vil tage ansvar for problemer og konkrete løsninger. Dermed lander opgaverne i et mellemrum, og løsningerne fungerer ikke. Der berettes f.eks. om, at krisecentre ikke vil tage imod en kvinde, da hun er hjemløs. Og der er en tilsvarende historie om, at en kvinde bliver afvist, fordi hun er psykisk syg. På samme måde er der beretninger om, at hjemløse dukker op på hospitalet, når de er blevet sat ud af deres lejlighed, og at færdigbehandlede ikke kan udskrives efter behandling, fordi de ikke har en bolig. På tværs af de enkelte historier gør det sig gældende, at man måske nok synes, at det er forkert, men at initiativet til at ville tage hånd om det, og forpligte sig selv og andre på at følge tingene til dørs, kun sjældent er til stede."

Og videre: "Mange af interviewpersonerne udtrykker et stort ønske om et øget samarbejde og koordination på området sammen med en erkendelse af, at det ikke fungerer godt nok, som det er i dag. Nogle efterlyser at man i højere grad formår at arbejde i fælles retning, og at en eller anden form for central enhed kunne stå i spidsen for det." (Socialt Udviklingscenter SUS, 2022)

Rapporten citerer desuden en grønlandsk forsker i hjemløshed for følgende: "Det er vanskeligt at få øje på åbne kommunikationskanaler mellem de forskellige sektorer. Der tænkes monofagligt. Støder man f.eks. i sundhedsvæsenet på en patient med sociale problemer, tænker man ikke umiddelbart på at kontakte socialvæsnet. I socialvæsnet oplever man, at der er ensidige forventninger til, at socialvæsnet løser alle sociale problemer. Denne mangel på samarbejde og kommunikation skaber revner i det offentlige system, hvor mennesker uden ressourcer til at råbe op risikerer at falde i." (Arnfjord 2017, s. 148).

Sammenfattende er der et behov for at sundhedsvæsenet og kommunerne i højere grad tager opgaven med hjemløses problemer på sig og arbejder tæt sammen om at finde løsninger. Et afsæt for et forbedret samarbejde kunne være et forum for fælles kompetenceudvikling.

### 10.5.5 Forslag til tiltag i samarbejdet

I et oplæg for Sundhedskommissionen af den ledende overlæge på psykiatrisk område i sundhedsvæsenet i juni 2021 blev der peget på følgende områder af særlig interesse for samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien:

- Forebyggelse af udvikling/forværring af sygdom og forebyggelse af indlæggelser gennem blandt andet udvikling af ambulante tilbud, rehabilitering i hverdagslivet, misbrugsbehandling og suicidalforebyggende tilbud
- En recovery-orienteret tilgang til behandling – at leve som rask med sin psykiske lidelse
- Sikre overgange mellem sektorer
- Uddannelses tiltag der understøtter personalet på alle niveauer og i alle sektorer

Vedrørende det første punkt så peger en kommune på, at der er behov for at konkretisere, hvem der har ansvaret for opgaven, f.eks. Allorfik, kommunerne, distriktspsykiatrien eller hjemmesygeplejen, med henblik på at lette det fremadrettede arbejde. Desuden peges der på, at der mangler inddragelse af Socialstyrelsens opgaver på det socialpsykiatriske område, blandt andet suicidalforebyggelse. Denne problematik er behandlet i kapitel 13 om selvmordsforebyggelse.

Nogle kommuner peger på, at indgåelse af samarbejdsaftaler mellem kommunerne og psykiatrien ville kunne forbedre samarbejdet. En kommune, som angiver at have et fint samarbejde med hospitalspsykiatrien, bemærker at samarbejdsproblemer opstår der, hvor der er ressourcemangel begge steder, f.eks. mangel på pladser i boenheder (i henholdsvis kommunerne og Selvstyret).

Kommunerne ser desuden store fordele i et tættere samarbejde med hospitalspsykiatrien om at være med til at klæde kommunens medarbejdere bedre på til opgaven.

### 10.5.6 Opsamling på behov i styrkelsen af samarbejdet i socialpsykiatrien mellem kommunerne og sundhedsvæsenet

Psykiatrien og socialpsykiatrien er hårdt pressede områder. Et tæt og velfungerende samarbejde mellem hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien er afgørende for at yde relevant og effektiv støtte til psykisk syge.

Forudsætninger for en mulig styrkelse af samarbejdet:

- Øget fokus på rekruttering og fastholdelse af faguddannet personale
- Kompetenceudvikling af personalet i socialpsykiatrien, blandt andet bistået af hospitalspsykiatrien
- Flere botilbud med mulighed for bedre placering af brugere med forskellige behov, og mere kvalificeret visitering til botilbud
- Diagnosticering af psykisk syge som forudsætning for at lave handleplaner i kommunerne

- Forebyggende og rehabiliterende indsatser i hverdagslivet. Styrke at psykisk syge kan leve et normalt liv ('recovery')
- Samarbejdsaftaler om socialpsykiatrien mellem kommunerne og sundhedsvæsenet
- Stillingtagen til og prioritering af forebyggelse af psykisk sygdom især hos børn gennem indsatser på det sociale område

## 10.6 Handicapområdet

Som beskrevet i kapitel 4 er det kommunerne, der varetager handicapforsorgen, herunder alle hjælpeforanstaltninger. Dog varetager Selvstyret ved Socialstyrelsen driften af døgntilbud til personer med handicap. I praksis hænger problematikken på dette område meget sammen med rehabilitering og hjælpemidler.

De fleste personer med et vidtgående handicap bor i egen bolig. 56 personer under 18 år og 349 personer over 18 år bor i egen bolig. At personer under 18 år bor i egen bolig skyldes formentlig, at de bor hjemme hos forældrene. Gruppen over 18 år fordeler sig på flere boligformer: Plejefamilie, ældreinstitution, bofællesskab.

Socialstyrelsen driver det landsdækkende handicapcenter Pissassarfik, som yder råd og vejledning, tilbyder habilitering og rehabilitering, er videnscenter, tilbyder kurser, gennemfører udredning i særligt komplicerede sager samt afgiver udtalelse i sager om ophør af ophold på botilbud. Visitation til Pissassarfik er en kommunal opgave (om Pissassarfik se i øvrigt kapitel 12). En kommune oplever, at Pissassarfik indimellem tilbyder gode kompetenceudviklingsforløb, men at det kan være svært at gennemskue, hvad der ligger til grund for deres valg af tilbud, og at gennemskue tilbuddene som sådan. Dette er ikke yderligere konkretiseret.

Kommunerne er forpligtede til at lave handleplaner for borgere der modtager hjælp inden for rammerne af handicaplovgivningen. Bekendtgørelser og andre redskaber er dog ikke på plads endnu.

En del af borgerne med fysisk handicap har samtidig en psykisk lidelse. I de tilfælde er der de samme udfordringer som beskrevet i afsnittet om psykiatrien.

## 10.7 Hjælpemidler

I forbindelse med sygehusbehandling kan der opstå behov for, at borgeren for en periode eller mere permanent skal have hjælpemidler.

Hvis behovet er direkte relateret til sygehusbehandlingen, vil det som udgangspunkt være en opgave for sundhedsvæsenet, mens det vil være en kommunal opgave, hvis det er relateret til en varig funktionsnedsættelse eller pleje og omsorg i eget hjem.

Sundhedskommissionen har på sine rundrejser og møder konstateret, at der her er et potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse. Dette gælder særligt på mindre bosteder. Kommissionen har oplevet steder med velfungerende samarbejder om udnyttelse af hjælpemidler. Det er oplevelsen, at dette spørgsmål i dag er relativt meget afhængigt af gode samarbejdsrelationer mellem de ansatte, mere end formaliserede samarbejdsrelationer på tværs af organisationer.

### 10.7.1 Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

Det er den almindelige opfattelse, at sundhedsvæsenet skal udlevere hjælpemidler som led i en behandling. Når hjælpemidlet skal kompensere for en varigt nedsat funktion eller anvendes i forbindelse med træning og vedligeholdelse, overgår ansvaret til kommunerne. Der opstår af og til tvivl om, hvem der har ansvaret for at levere hjælpemidler til en borger, blandt andet fordi der er områder, der er lovgivningsmæssigt uklare. Samtidig er det forskelligt fra kommune til kommune, hvordan samarbejdet med sundhedsvæsenet om hjælpemidler foregår.

Departementet for Børn, Unge og Familier og Departementet for Sundhed er derfor i gang med at fastlægge en afgrænsning af, hvilke hjælpemidler, som henholdsvis det sociale område og sundhedsvæsenet har ansvaret for at levere til borgeren. Der bliver arbejdet på at fastlægge rammerne for et bedre samspil mellem kommunerne og sundhedsvæsenet, herunder hvorvidt selve leveringen af hjælpemidlet i visse tilfælde (og mod betaling) med fordel kan leveres af sundhedsvæsenet eller kommunen, selvom ansvaret formelt ligger hos den anden part.

Derudover bliver der arbejdet på en løsning om udlevering af hjælpemidlet i tilfælde, hvor der er uenighed mellem kommune og sundhedsvæsen om ansvaret for leveringen, således at denne uenighed ikke medfører forsinkelse til skade for borgeren. Der er i den forbindelse planer om at fastsætte rammerne for en lille gruppe bestående af medarbejdere fra begge departementer, der træder sammen hvis der opstår uenighed om, hvem der har ansvaret og betalingspligten. Det er samtidig et ønske fra kommunal side at være en del af det samarbejde, der skal afklare den generelle grænsedragning i forhold til betalingsansvar og være delagtiggjort i drøftelser, såfremt der opstår uenighed om ansvar og betalingspligt.

Det kan ikke udelukkes, at den manglende/uklare ansvarsfordeling har den afledte konsekvens, at hjælpemidler som borgeren burde tildeles, ikke bliver tildelt.

## 10.8 Anlægsområdet

For anlægsområdet gælder det, at finansieringen af en række anlægsopgaver er placeret 100% i Selvstyret (sundhedsområdet og nationale handicapinstitutioner) eller kommunerne (ældreinstitutioner og det sociale område). For så vidt angår de sidstnævnte er der i dag muligheder for, at kommunerne kan søge om en medfinansiering på op til 50% inden for rammerne af de årlige finanslovsbevillinger til anlæg på socialområdet.

For de kommunale ansvarsområder gælder det, at for en række områder påhviler det kommunerne selv at finansiere anlægsopgaver tilknyttet disse områder. Selvstyret kan gennem tilskud i dag finansiere op til halvdelen af anlægsudgiften til f.eks. ældreinstitutioner, mens det påhviler kommunen som minimum at finansiere den anden halvdel og den efterfølgende drift af institutionen, herunder ældrekollektiver. Delte anlægsfinansieringsordninger kan i praksis afstedkomme, at parterne venter på hinanden i forhold til ellers relevante anlægsprojekter. Der har derfor været drøftelser om eventuelt at gå bort fra delte finansieringsmodeller på området og således overføre det samlede økonomiske ansvar til kommunerne. Disse drøftelser er ikke tilendebragt.

Kommissionen er blevet gjort opmærksom på mulighederne for at samtænke anlægsplanlægningen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne på blandt andet ældreområdet. Dette er i praksis blandt andet sket i forbindelse med Kommuneqarfik Sermersooqs etablering af et nyt alderdomshjem i Paamiut, hvor der således er opnået stordriftsfordele både med hensyn til bygningsmassen og den efterfølgende drift på tværs af kommunen og sundhedsvæsenet.

## 10.9 Samarbejdsaftaler mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

En overordnet systematisk ramme for samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og de fem kommuner, der hver især har kommunalt selvstyre, er endnu ikke på plads. Siden 2017 er der mellem Departementet for Sundhed og enkelte kommuner blevet udarbejdet samarbejdsaftaler, der formaliserer samarbejdet om konkrete opgaver.

I 2021 havde to ud af landets fem kommuner indgået en eller flere aftaler:

- Det gælder Kommuneqarfik Sermersooq og Avannaata Kommunia
- Sundhedsaftalen mellem Departementet for Sundhed og Kommuneqarfik Sermersooq er fornyet i januar 2022 og skal bygge videre på den tidligere aftale mellem parterne. Kommuneqarfik Sermersooq har desuden forsøgt at indgå mere konkrete aftaler om specifikke samarbejdsområder

- Der foreligger en aftale med Kommune Kujalleq i udkastform, som ikke er færdigforhandlet og underskrevet
- Der foreligger så vidt vides ingen skriftlige, nyere aftaler fra Kommune Qeqertalik eller Qeqqata Kommunua

Gennemgående for aftalerne er, at øget kommunikation mellem kommunerne og sundhedsvæsenet vil give bedre muligheder for en samlet helhedsorienteret omsorg for borgerne. Eksempler på tiltag i regi af sundhedsaftalerne er ifølge oplæg fra medarbejdere i sundhedsvæsenet og kommunerne:

- Fælles brug af bygninger og deling af servicefaciliter, f.eks. køkken og vaskeri
- Fælles brug af personaleressourcer, f.eks. fysio- og ergoterapeuter
- Fælles kurser for ansatte på tværs af sektorer og undervisning af hinanden
- Palliative stuer på plejehjem
- Rammer for samarbejde omkring udsatte borgere

Sundhedspersonale giver udtryk for, at samarbejdsaftaler er et godt redskab til at sætte forpligtende mål. Hvorvidt aftalerne er blevet opfyldt, er ikke dokumenteret for alle aftaler.

Det er klart, at et bedre samarbejde om fælles udnyttelse og deling af ressourcer mellem kommunerne og sundhedsvæsenet har potentiale til at forbedre servicen til befolkningen og samtidig give økonomiske besparelser. Forbedret kommunikation sektorerne imellem, samarbejde om kompetenceudvikling, fælles ressourceudnyttelse m.m. vil kunne styrke mulighederne for at støtte borgerne til at klare sig i eget hjem (inkl. plejehjem), forebygge indlæggelser og spare driftsomkostninger. Det er noget, der ofte er fremhævet som vellykkede tiltag på kommissionens møder med sundhedsvæsenet og kommunerne.

## 10.10 Ledelse af samarbejde mellem sektorerne

### 10.10.1 Overvejelser om et regionalt ledelsesforum

I tilslutning til de nationale folkesundhedsprogrammer, har Departementet for Sundhed og Paarisa siden 2018 arbejdet med at implementere et muligt tværfagligt organ på det øverste regionale ledelsesniveau som en organisatorisk ramme for drøftelser om samarbejdsmuligheder mellem kommuner og sundhedsvæsenet. Dette gælder i forhold til udmøntning af folkesundhedsprogrammernes målsætninger i praksis, men departementet har på et tidspunkt overvejet om denne organisering kunne udvide fokusområdet til at gælde samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne på alle områder inden for sundhedsområdet.

Et regionalt ledelsesforum skulle være et beslutningsdygtigt, tværsektorielt organ, som består af ledere på samme ledelsesniveau. Det skulle have til opgave at prioritere indsatser ud fra lokale visioner og ressourcer og sikre opbakning fra kommunalbestyrelsen.

Det har dog vist sig vanskeligt at etablere regionale ledelsesfora inden for sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Årsagerne hertil kendes ikke. Ifølge flere kommuner og Paarisa har kommuner selv fundet deres måder at organisere ledelse og samarbejde på. I en kommune har man fået et lokalråd med deltagelse af kommunen, sundhedsvæsenet og politiet op at stå.

Der gives dog i flere sammenhænge, blandt andet Tidlig Indsats, udtryk for et behov for overordnet ledelse af samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. Skal der i den forbindelse sættes på en implementeringsstrategi for de regionale ledelsesfora med samarbejdet på hele sundhedsområdet som sit fokus? Eller skal der udvikles nye samarbejdsformer? Eventuelt forskellige konstruktioner ud fra lokale behov og ressourcer?

Der synes således i nogen grad at være et udækket behov for at få etableret mere klare samarbejdsrelationer mellem sundhedsvæsenet og kommunerne på nogle områder.

### 10.10.2 Sundhedsvæsenets overvejelser om optimering af det fremtidige samarbejde med kommunerne

Sundhedskommissionen har modtaget et notat fra Sundhedsledelsen om, hvordan man ser samarbejdsrelationer i dag og mulighederne for at forstærke dette yderligere. Dette er i store træk gengivet i dette afsnit.

Sundhedsvæsenet har således i mange år haft et godt og tæt samarbejde med kommunerne.

Dette samarbejde har tidligere været organiseret gennem det nu nedlagte KANUKOKA (Kalaallit Nunaanni Kommunit Kattuffiannit - De Grønlandske Kommuners Landsforening), som var en sammenslutning af kommunerne med det formål at fremme samarbejdet mellem kommunerne. I KANUKOKA var der fagpersoner ansat, som rådgav kommunerne og som deltog i diverse styregrupper på vegne af kommunerne. Sundhedsvæsenet var også repræsenteret i disse styregrupper. Det betød et organiseret samarbejde med gennemskuelige og ensrettede processer for kommunerne såvel som sundhedsvæsenet.

Efter nedlæggelsen af KANUKOKA i 2018 er samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og de fem forskellige kommuner nu blevet af mere sporadisk karakter. Samarbejdet med de forskellige kommuner opstår nu afhængigt af, hvilket fokus og hvilke konkrete udfordringer de enkelte kommuner har samt ønsker at samarbejde med sundhedsvæsenet om.

Det kan efter sundhedsvæsenets vurdering i mange sammenhænge være relevant for et samarbejde at tage udgangspunkt i enkelte konkrete udfordringer, men med tiden er det blevet tydeligt, at der er behov for øget koordination på tværs. Dette for at undgå, at der eksempelvis indgås relativt enslydende samarbejdsaftaler mellem sundhedsvæsenet og hver af de fem kommuner, når udfordringerne er gældende på tværs af kommunerne. Der efterlyses en mere overordnet retning for og styring af samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet.

Med et muligt, nyt koordinerende samarbejdsorgan for kommunerne (eventuelt rettet mod sundhedsområdet bredt set eller mere generelt) vil man i højere grad end i dag kunne sikre, at læring og gode erfaringer kommer alle parter til gode. Samtidig vil dobbeltarbejde kunne mindskes. Sundhedsvæsenet vurderer, at man således vil kunne sikre, at sundhedsvæsenets samarbejde med kommunerne fordeles mere ligeligt på tværs af kommunerne samt et generelt højere fælles vidensniveau om succesfulde aktiviteter i de enkelte kommuner.

Af emner der med fordel kan drøftes og arbejdes med på tværs af sundhedsvæsenet og kommunerne peges eksempelvis på delestillinger med fysio- og ergoterapeuter. I flere byer deler sundhedsvæsenet og den pågældende kommune bygninger, hvorfor man med fordel kan udarbejde samarbejdsaftaler og opgavefordelinger, som tager udgangspunkt i denne fordelagtige situation. Den nævnte ordning kan eksempelvis udvides med flere stillinger og også delte lederstillinger.

Endvidere peger sundhedsvæsenet på, at man med fordel også kan udarbejde samarbejdsaftaler omhandlende børn og unge, psykisk syge, ældre, samarbejdet omkring udskrivelse af patienter, fællesindkøb af hjælpemidler og meget mere.

Sådanne aftaler vil lette arbejdsgangene i sundhedsvæsenet betragteligt og sikre en bredere udbredelse i landet, hvis aftaler som ovenstående kunne laves med én samarbejdspartner, som repræsenterer alle kommuner, i stedet for, at der skal udarbejdes fem samarbejdsaftaler. Derudover efterlyser sundhedsvæsenet samarbejdsaftaler, som dækker bredt og gør det daglige arbejde mere ensartet på tværs.

## 10.11 Perspektiveringer

Øget fokus på at etablere velfungerende samarbejder på kommunalt og lokalt niveau mellem sundhedsvæsenet og kommunerne vil kunne indebære gevinster i forhold til såvel serviceringen af borgerne som for kommunernes og sundhedsvæsenets opgaveløsning.

Dette kræver i praksis både på overordnet niveau klarere rammer for og en hensigtsmæssig organisering af samarbejdet på nationalt og regionalt niveau og samtidigt en typisk stedbemt arbejdsdeling. Hertil kommer behovet for at sikre den fornødne, faglige kapacitet i forhold til at kunne optimere arbejdsdelingen

og opgaveløsningen. Fælles fora for opkvalificering og læring på tværs af sundhedsvæsenet og kommunerne har potentiale til både at løfte det faglige niveau og forbedre samarbejdsrelationerne.

Uden en god arbejdsdeling og forventningsafstemning parterne imellem risikerer borgerne at opleve, at der ikke rettidigt tages ansvar og kommunikeres omkring dennes overgang fra sundhedsvæsenets til den kommunale opgaveløsning omkring borgeren. Hertil kommer, at et eventuelt utilstrækkeligt modtagerapparat i det sociale system risikerer at gøre det nødvendigt at afvente med udskrivning fra sundhedsvæsenet og således optage begrænset og typisk dyrere senge- og behandlingskapacitet.

Generelt ser kommissionen gode muligheder i og større behov for en mere sammenhængende planlægning og opgaveudførelse mellem kommunerne og sundhedsvæsenet med fokus på dels bedre udnyttelse af den samlede bygningsmasse på området, dels en servicering med afsæt i borgernes behov og en samlet set mere effektiv drift.

I den forbindelse er der således også et behov for at sikre understøttelse heraf via eksempelvis målrettet kompetenceudvikling og systemunderstøttelse, der kan udløse de beskrevne potentialer.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at styrkelse af samarbejdsrelationerne er en proces, der vil strække sig over en årrække både på drifts- og anlægssiden. Med de igangværende demografiske forskydninger med gradvist flere ældre i de kommende 10-15 år, forekommer det desuagtet oplagt at prioritere fra både Selvstyrets og kommunernes side.

Ud over samarbejde mellem organisationer og de ansatte i henholdsvis kommunerne og sundhedsvæsenet er der også et perspektiv i og reelt måske et behov for en øget inddragelse af beboere og pårørende på særligt de mindre bosteder. Dette med henblik på at opnå løft i standarden i opgaveløsningen, idet der sådanne steder i sagens natur vil være begrænset bemandingsmæssig kapacitet hertil.

## 10.11 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der udarbejdes overordnede fællesoffentlige aftaler om, hvad sundhedsvæsenet og kommunerne som minimum skal kunne levere ind i samarbejdet på alle områder, blandt andet socialpsykiatrien, ældreområdet og Tidlig Indsats
2. At der skabes lovgivnings- eller cirkulæremæssig afklaring vedrørende ansvar på en række felter, blandt andet hjælpemidler, jf. anbefalingen i Naalakkersuisuts ældrestrategi, og i det hele taget hvad der er sundhedsvæsenets opgaver
3. At der oprettes et fælles koordinerende samarbejdsorgan for kommunerne og sundhedsvæsenet, fordi mange udfordringer er ens på tværs af kommuner
4. At der foretages fælles kompetenceudvikling mellem sundhedsvæsenet og kommunerne, blandt andet som middel til bedre samarbejde
5. At afklare procedurer for diagnosticering af demens, herunder problemstillingen om CT-scanning på DIH
6. At øge samarbejdet og optimere arbejdsdelingen mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
7. At styrke samarbejdet i socialpsykiatrien mellem hospitalspsykiatrien og kommunerne
8. At afklare personalesammensætningen i socialpsykiatriens boenheder (pædagoger/sundhedsfagligt personale)
9. At sikre en recovery-orienteret tilgang til behandling i socialpsykiatrien
10. At sammentænke anlægsplanlægningen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne på ældreområdet og andre relevante områder
11. At der etableres læseadgang til EPJ-systemet Cosmic på alderdomshjemmene for godkendt personale

# Kapitel 11.

## Sundhedsfremme og forebyggelse

### 11.1 Hvad er sundhedsfremme og forebyggelse

Det er anerkendt viden, at sundhedsmæssige problemer hænger sammen med menneskers sociale baggrund og livsvilkår, og at der eksisterer en betydelig ulighed i sundhed<sup>41</sup>. Ligeledes er der et bredt anerkendt behov for at takle og forebygge problemerne gennem indsatser, der kan mobilisere ressourcer i hverdagslivet. Dette er blandt andet udtrykt i WHO's Ottawa Charter om sundhedsfremme fra 1986, der pegede på sociale forudsætninger for sundhed og behovet for indsatser, der støtter op om den enkeltes og kollektive muligheder for at forbedre sundheden. Dette er samtidig en erkendelse af at en sygdoms- og behandlingsorienteret sundhedsforståelse ikke kan stå alene. Der er således en bred anerkendelse af nødvendigheden af sundhedsfremme og forebyggelse, både i forhold til den enkelte borger og befolkningen som sådan.

Hovedpunkter i kapitlet:

- Der er uklarhed om ansvarsfordelingen for forebyggelse og sundhedsfremme
- Der mangler en overordnet styring af Inuuneritta III som også involverer repræsentanter fra kommunerne
- Organiseringen af og forståelsen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde under Inuuneritta II, som stadig er gældende i de fleste kommuner, fungerer mange steder ikke
- Den nye tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme med vægt på at opbygge modstandskraft i nærmiljøet trænger kun langsomt igennem
- Der mangler indsatser på områderne for kost, rygning, alkohol og motion
- Den vigtigste forebyggelsesindsats mod rusmidler er Tidlig Indsats over for omsorgssvigt og opvækst i et hjem med rusmidler og vold, men der er behov for sammenhængende indsatser
- Seksuelle overgreb på børn og unge håndteres mangelfuldt. Der er behov for indsatser i skolen, lokalsamfundet m.m. med henblik på at bryde tabuet og oplyse om seksuel og reproduktiv sundhed
- Forebyggelsesområdet vokser, men der er ikke klarhed over, hvor mange midler der samlet set anvendes til sundhedsfremme og forebyggelse. Midlerne til nye indsatser følger ikke nødvendigvis altid med til kommunerne

#### 11.1.1 Definition af sundhedsfremme og forebyggelse

Der lægges ofte noget forskelligt i begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsstyrelsen i Danmark definerer **forebyggelse** som *'en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker'*. Eksempler på forebyggelse er tandpleje, sundhedspleje, vaccinationer og screening.

**Sundhedsfremme** defineres ved at der *'fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for på risici [...]'. Sundhedsfremmende indsatser er deltagerorienterede og dialogbaserede og kan være målrettet såvel enkeltpersoner som befolkningsgrupper'*. Eksempler på sundheds-

<sup>41</sup> Et eksempel er, at usunde boliger kan være årsag til sygdom, influenzalignende symptomer og vedvarende træthed. Det viser en større europæisk undersøgelse *Healthy Homes Barometer 2016*, gennemført på tværs af 14 lande, heriblandt Danmark. Der er så vidt vides ikke lavet tilsvarende brede undersøgelser i Grønland. Her i landet er det kendt, at borgere, der har det svært, og lever under forhold, hvor de bor tæt og ikke lever sundt, er mere udsatte for at få tuberkulose end borgere, der bor i store boliger, og som lever sundt.

fremme er kulturelle og meningsfulde fritidstilbud i lokalsamfundet, adgang til motion på arbejdspladsen, forældreforberedelse, adgang til trygge og inspirerende væresteder for unge.

Forebyggelse og sundhedsfremme indeholder elementer af hinanden. Begreberne betegner forskellige **strategier** for at opnå sundhed.

Sundhedsfremme er kendetegnet ved tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og inddragelse af brugere. Det er således en opgave for både selvstyret, sundhedsvæsenet og kommunerne i et samarbejde med civilsamfundet, virksomheder og andre sektorer.

På forebyggelsesområdet skelnes der mellem henholdsvis strukturel, personrettet og generel forebyggelse (som også rummer elementer af sundhedsfremme) (tabel 11.1).

**Tabel 11.1 Begreber om forebyggelse.**

Strukturel forebyggelse	Handler om skabe samfundsmæssige rammer for en sund livsførelse. Eksempler: Lovgivning på alkohol- og tobaksområdet, indretning af skoler og daginstitutioner så de understøtter fysisk aktivitet, eller sundhedspolitikker på daginstitutioner, skoler og arbejdspladser.
Personrettet forebyggelse	Er rettet mod særligt udvalgte målgrupper og har til formål at give individuel rådgivning og vejledning samt tilbud, der understøtter en sund livsstil. Det kan for eksempel være forældrekurser, tilbud om rygestop eller telefonrådgivning.
Generel forebyggelse	Er rettet mod den brede befolkning og har til formål at give befolkningen viden til at kunne træffe sunde valg. Det kan for eksempel være kampagner og informationsmateriale.

## 11.2 Lovgivning

Grønland tilsluttede sig i 1986 WHO's Ottawa Charter og forpligtede sig derved til at implementere sundhedsfremme som strategi til at højne sundhed og trivsel i befolkningen.

I §1 i Inatsisartutforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v. hedder det: *"Sundhedsvæsenets vigtigste opgaver er at fremme befolkningens sundhed, at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande samt at undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme og sygdomslignende tilstande"*.

I samme forordning hedder det blandt andet i §14:

*"Personer med ret til ydelser efter landstingsforordningen har, i den udstrækning forholdene tillader det, ret til:*

1. *Forebyggende helbredsundersøgelse [...]*
4. *Opsøgende sundhedstjeneste*
5. *Sundhedspleje og sygepleje på sygehuset eller i hjemmet"*.

Forebyggelse og sundhedsfremme nævnes i lovgivningen for sundhedsområdet også i relation til de lovpligtige forebyggelsesudvalg (Inatsisartutlov nr. 27 af 18. november 2010). Af §5 fremgår det, at Naalakkersuisut nedsætter lokale forebyggelsesudvalg (LFU) i hver by. Forebyggelsesudvalgene har til opgave at styrke det lokale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Nærmere defineret skal de:

1. Gennem det forebyggende arbejde styrke den lokale indflydelse på og ansvar for kommunens (borgeres) sundhedstilstand
2. Fremme en sammenhængende tilrettelæggelse og prioritering af de forebyggende og sundhedsfremmende opgaver inden for kommunen
3. Udbygge og styrke samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og tilgrænsende sektorer

### 11.3 Omdrejningspunkter for den nuværende indsats

Siden 2007 har Naalakkersuisut udstukket principper og retningslinjer for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde gennem folkesundhedsprogrammer. De to første, *Inuunerittta* (2007-12) og *Inuunerittta II* (2013-19), havde overvejende fokus på kost, rygning, alkohol og motion – de såkaldte KRAM-faktorer. Det første program havde dog også fokus på områder som seksuelle overgreb, selvmord, ældre, børn og unge.

*Inuunerittta III* (2020-2030) har børns sundhed og trivsel som omdrejningspunkt. Foruden fysisk og mental sundhed i dagligdagens fællesskaber er der fokus på samarbejdet mellem sektorerne og på levevilkår med henblik på at mindske ulighed i sundhed. *Inuunerittta III* uddybes i næste afsnit.

Siden Sundhedsreformen 2010 har det været en politisk målsætning at styrke den primære sundhedstjeneste for at holde folk raske og forebygge behandlingskrævende sygdom. I perioden er der blandt andet oprettet livsstilsambulatorier i regionerne.

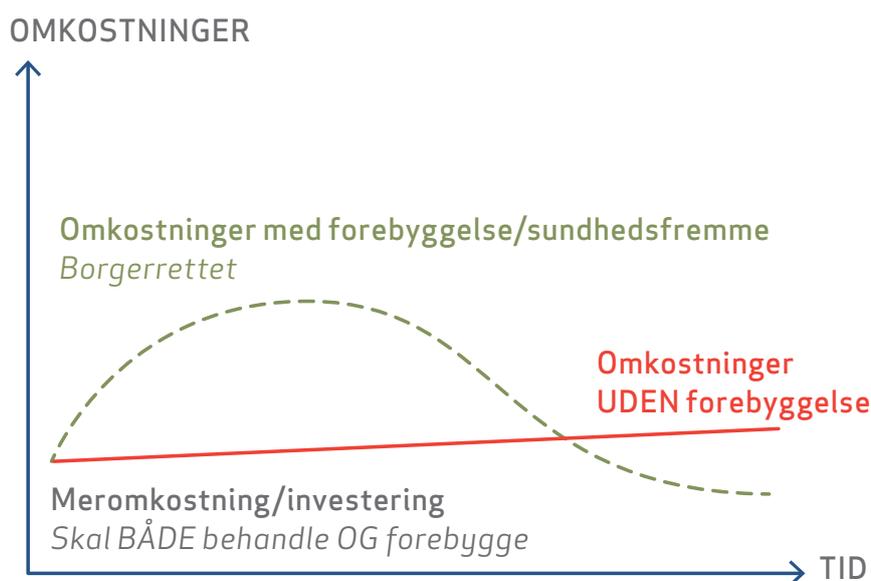
Med oprettelsen af Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) i 2020 blev det muligt at sætte endnu større fokus på forebyggelsen af livsstilssygdomme herunder specifikt: Diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdomme. Det vides ikke, hvilke konsekvenser det får for den generelle forebyggelse af livsstilssygdomme; SDCG har overtaget livsstilsambulatoriernes økonomiske bevillinger.

Investeringer i sundhedsfremme og forebyggelse fremhæves ofte som et redskab til at reducere sundhedsudgifterne i sundhedsvæsenet i fremtiden. Det skal understreges, at der i udgangspunktet er tale om en langsigtet gevinst, mens der på kort sigt må forventes at kunne være behov for samlet set øgede sundhedsudgifter, hvis man satser på forebyggelse og sundhedsfremme.

Som illustreret i figur 11.1 må der behandles som hidtil, samtidig med at indsatsen for sundhedsfremme og forebyggelse øges, hvorefter der på længere sigt kan forventes samlet set mindre sundhedsudgifter.

Der vil dog være sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som ikke nødvendigvis er omkostnings-tunge, men kan være effektfulde. Dette kan både være på det strukturelle plan (tilpasning af giftskatter og opstramning på alkohol- og rygelovgivning), og organisatorisk (f.eks. patient-/borgerinddragelse).

**Figur 11.1** *Gevinst ved basisinvestering i sundhedsfremme og forebyggelse på kort og på lang sigt*



Det har ikke været muligt systematisk at kortlægge de økonomiske eller personalemæssige ressourcer, der anvendes på sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering ud fra eksisterende dokumentation. Det er nødvendigt med en sådan kortlægning for at få et helhedsbillede.

## 11.4 Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta III

Det tredje folkesundhedsprogram Inuuneritta III, Naalakkersuisuts strategi for samarbejde om det gode børneliv 2020-2030, blev lanceret i 2020 og gælder for en 10-årig periode. Det overordnede formål med programmet er at skabe en fælles ramme for helhedsorienterede og tværsektorielle indsatser for det gode børneliv, der bygger på dialog og realiseres gennem partnerskaber. Målsætningen er, at alle børn skal sikres en god og sund start på livet og en høj grad af trivsel og sundhed i barndommen. Målgruppen er alle børn i alderen 0-18 år, deres familier og nære netværk.

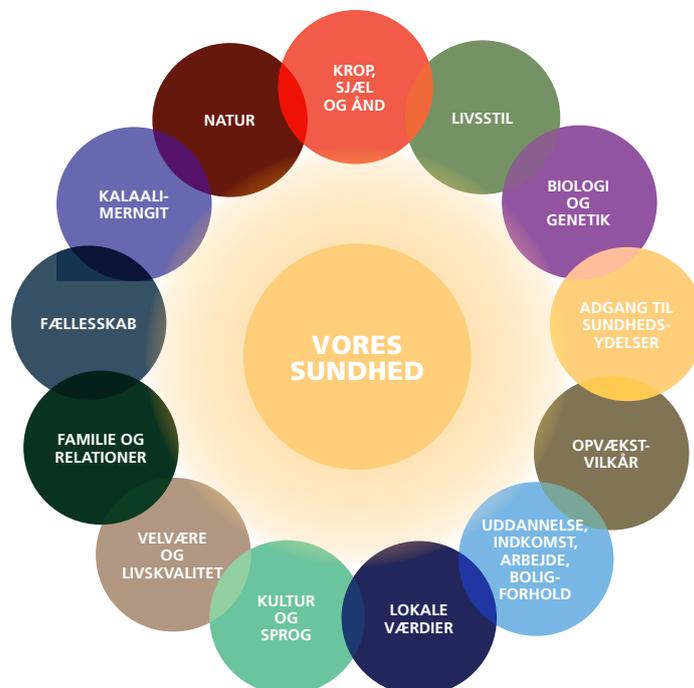
Inuuneritta III fokuserer i højere grad på sundhedsfremme end de tidligere programmer. Fokus er på børn. Programmet fokuserer på rammerne for det gode børneliv og kun indirekte på KRAM-faktorerne<sup>42</sup>, som var grundlæggende for især det andet folkesundhedsprogram og dermed også voksenbefolkningen.

Inuuneritta III har fire pejlemærker, der skal sætte retningen for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde:

1. Mental sundhed
2. En sund start på livet
3. Et sundt og aktivt børneliv
4. Gode opvækstvilkår for alle børn.

Det er op til kommunerne i samarbejde med relevante aktører at tilrettelægge og implementere lokale indsatser. Her lægges der vægt på, at borgerne (herunder børn og ældre) skal inddrages og høres i udviklingen af de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag for at sikre relevans og lokalt ejerskab. Desuden skal tiltag bygge på lokale værdier og styrker og tage udgangspunkt i lokal kapacitet.

**Figur 11.2 Sociale og kulturelle determinanter for sundhed i Grønland. Inuuneritta III**



En væsentlig forskel fra de tidligere programmer er, at fokus er på beskyttende faktorer frem for risikofaktorer, hvilket indgår som værdigrundlag for hele strategien, figur 11.2. Det repræsenterer et begyndende skift i håndtering af samfundsmæssige sundhedsproblemer i den arktiske region fra næsten udelukkende at bygge på problemløsningsmodeller til at bygge på samfundets modstandsdygtighed og ressourcer.

<sup>42</sup> Kost, Rygning, Alkohol, Motion.

## 11.5 Organisering og ansvarsfordeling

Helt overordnet er ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme fordelt mellem flere aktører (se figur 11.3):

- Paarisa (under Socialstyrelsen)
- Sundhedsvæsenet (Styrelsen for Sundhed/Steno Diabetes Center Grønland)
- Kommunerne (der på forskellig vis har indbygget sundhedsfremme og forebyggelse i deres forvaltningsstruktur)
- Grønlands Politi

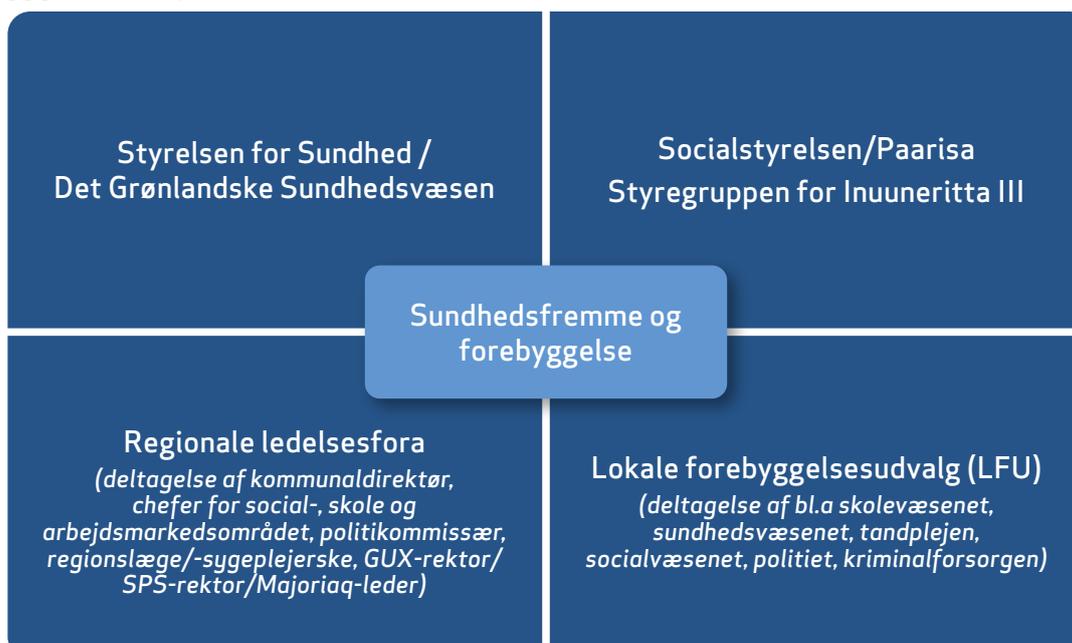
Grønlands Politi spiller en væsentlig rolle, fordi de igennem mange år har haft et strategisk fokus på forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn og opsøgende arbejde blandt børnefamilier. Politiet er desuden en nøgleaktør i håndteringen af selvmordstanker/-trusler og i selvmordsforebyggelsen. Politiet indgår på regionalt niveau i de regionale ledelsesfora og på lokalt niveau i forebyggelsesudvalgene.

Det Grønlandske Kriminalpræventive Råd, PiSiu, arbejder med forebyggelse af kriminalitet. PiSius strategi 2021-2024 tager udgangspunkt i, at der findes mange aktører på det forebyggende område, hvorfor målet er at være en del af en løsning i samarbejdet med andre aktører. Missionen er at skabe en fælles retning i det forebyggende arbejde gennem samarbejde og oplysning af befolkningen og andre aktører på det forebyggende område.

PiSiu koncentrerer sig mest om konkrete projekter og samarbejder. I 2021 gennemførtes f.eks. det voldsforebyggende projekt, TASSA! (Lad være/Stop!) i samarbejde med Foreningen Grønlandske Børn, hvor PiSiu blandt andet bistod med udvikling af undervisningsmateriale til folkeskoleklasser. PiSiu deltager også i arbejdsgrupper i blandt andet Socialstyrelsen samt i et internationalt kriminalpræventivt netværk med de nordiske lande.

Ideelt set var det oprindeligt hensigten, at organiseringen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde skulle se således ud, men det er langt fra tilfældet i dag.

**Figur 11.3: Oversigt over centrale aktører i den intenderede organisering af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.**



**Styrelsen for Sundhed** under Departementet for Sundhed står for driften af sundhedsvæsenet og dermed også sundhedsvæsenets forebyggende indsatser.

Forebyggelsesafdelingen **Paarisa** blev i 2019 flyttet fra Departementet for Sundhed til Socialstyrelsen under Departementet for Børn, Unge og Familier. Formålet var at styrke det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på tværs af sundhedsvæsenet og kommunerne og samarbejdet med lokalsamfundene. Paarisa og Socialstyrelsen samler alt det forebyggende arbejde i kommunerne.

Der skulle nedsættes en administrativ **styregruppe for Inuuneritta III** bestående af departementscheferne fra social-, uddannelses- og sundhedsområdet, som skulle mødes ca. en gang om måneden med henblik på at koordinere og sikre fremdrift fra nationalt hold. Ifølge Paarisa og Socialstyrelsen eksisterer der i skrivende stund (januar 2023) imidlertid ikke en aktiv styregruppe. Det er bemærkelsesværdigt, at der på trods af evalueringens konklusioner ikke er vedtaget og i praksis implementeret en velfungerende organisering på nationalt og lokalt niveau.

I de **regionale ledelsesfora** var det hensigten, at der skulle deltage repræsentanter på ledelsesniveau for alle relevante aktører vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne, det vil sige kommunaldirektør, ledere af social-, skole- og arbejdsmarkedsområderne, det regionale sundhedsvæsen, Majoriaq og politiet. Foraene forsøgtes etableret i 2018-20, men er aldrig fuldført. I stedet angiver Paarisa, at kommunerne etablerer deres egne samarbejdsfora lokalt.

De **lokale forebyggelsesudvalg** (LFU) består eksempelvis af repræsentanter fra skolevæsenet, sundhedsvæsenet, tandplejen, socialvæsenet, politiet, kriminalforsorgen med flere. Udvalgene står for lokale tiltag som f.eks. "Gør Maj Sund" og sundhedsoplysning på skolerne. LFU'erne er angiveligt ophørt mange steder, fordi medlemmerne deltager som en del af deres ansættelse i kommunerne, og der er stor udskiftning blandt personalet. LFU'erne er desuden ofte afhængige af, at forebyggelseskonsulenten påtager sig at koordinere indsatser og aktiviteter i byen og sørger for at inddrage de relevante aktører fra LFU efter behov.

Den ønskede organisering af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde var udsprunget af midtvejsevalueringen af Inuuneritta I, der pegede på manglende ledelse af arbejdet som en væsentlig udfordring for implementeringen af programmets målsætninger.

Som det fremgår af ovenstående, så halter det med at få organiseringen til at fungere, både på nationalt, regionalt og lokalt niveau. Samme oplevelse havde Sundhedskommissionens medlemmer på kommissionens rejser rundt i landet, hvor medarbejdere i både kommunerne og sundhedsvæsenet gav udtryk for enten ikke at kende til det forebyggende arbejde og/eller organiseringen af det, eller ikke at kunne finde adgangsvæje til relevante aktører på området.

### 11.5.1 Sundhedsfremme og forebyggelse i et vadested mellem Inuuneritta II og III

Inuuneritta III er udtryk for en mere helhedsorienteret og sundhedsfremmende tilgang end Inuuneritta II's fokus på individuel forebyggelse i forhold til KRAM-faktorerne.

Inuuneritta III er ved at blive implementeret i Qeqqata Kommunia og delvist i Kommuneqarfik Sermersooq (fordi man her i forvejen har særligt fokus på børn og unge). Her er der usikkerhed om forebyggelseskonsulenternes fremtidige rolle. I resten af landet arbejdes der stadig efter Inuuneritta II og KRAM-strategien – i det omfang det er muligt lokalt. Som nævnt fungerer mange LFU'er ikke eller kun delvist, og både kommunerne og Paarisa lægger vægt på, at forebyggelseskonsulenterne er blevet pålagt mange flere opgaver, end de har kunnet overkomme. Desuden efterlyste nogle kommuner på et møde med Sundhedskommissionen i januar 2023, at de kunne få støtte fra Paarisa til planlægningen af det forebyggende arbejde.

Denne situation, hvor kommunerne har forskelligt fokus, kan være en af forklaringerne på forvirringen om organiseringen af det forebyggende arbejde.

### 11.5.2 Forebyggelsesområdet vokser, midlerne følger ikke med

På et møde mellem Sundhedskommissionen og repræsentanter for Kommuneqarfik Sermersooq blev der givet udtryk for, at Inuuneritta III's fokus på børneliv er godt, men at opgaverne ændrer sig og kræver flere økonomiske midler og efteruddannelse af medarbejderne. Kommunen ønsker en anerkendelse af dette faktum.

Desuden oplever kommunen at Paarisa lægger vægt på at udvikle planer, hvorefter de slipper sagen. Kommunen ønsker, at Paarisa skal lægge mere vægt på at støtte dem i implementering af de udviklede planer. Også andre kommuner har efterlyst støtte fra Paarisa.

Det overordnede indtryk er, at kommunerne generelt bliver pålagt opgaver inden for sundhedsfremme og forebyggelse langt ud over hvad der er ressourcer til i kommunerne. Opgaveløsningen må nødvendigvis blive herefter. Et tættere samarbejde mellem kommunerne og Socialstyrelsen/Paarisa om udvikling af strategier og planer ville kunne gøre disse mere realistiske og lokalt tilpasset.

### 11.5.3 Styrelsen af det forebyggende arbejde

Mange i kommunerne har i løbet af Sundhedskommissionens arbejde givet udtryk for frustration over at blive pålagt opgaver ovenfra uden indflydelse på den strategiske planlægning af sundhedsfremme og forebyggelse. På et møde med Departementet for Børn, Unge og Familier og Paarisa blev det fremført at man ønsker mere dialog med kommunerne, blandt andet for at styrke at kommunerne tager mere ansvar lokalt. Som det fremgår af den hidtidige organisering, har kommunerne netop ikke været inddraget særlig meget i de styrende organer (hvis disse overhovedet har fungeret). I erkendelse heraf ønsker Departementet for Børn, Unge og Familier at gentænke inddragelsen af kommunerne i styrelsen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, f.eks. gennem koordinationsgrupper.

## 11.6 Sundhedsfremme og forebyggelse i Paarisa

Forebyggelsesafdelingen Paarisa beskæftiger sig med sundhedsfremme og primær forebyggelse inden for det sociale og sundhedsfaglige område med fokus på børn og unge. Paarisas funktion er blandt andet at facilitere og understøtte det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i kommunerne. De er sparringspartnere og kan forsyne kommunerne med materiale, yde opbakning lokalt og være i dialog med den øverste ledelse.

Paarisas fokusområder er:

- Implementering af Inuuneritta III - Naalakkersuisuts strategi for samarbejde om det gode børneliv 2020-2030
- Implementering af Killiliisa - Naalakkersuisuts strategi mod seksuelle overgreb 2018-2022. På baggrund af en evaluering af Killiliisa planlægges fremover oplysningskampagner med tabunedbrydende effekt
- Forebyggelse af brugen af rusmidler og fremme af fysisk aktivitet og mental sundhed. Dette gøres ved at understøtte og motivere lokalsamfund i udviklingen og implementeringen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der skaber et godt liv for alle familier
- Selvmordsforebyggelse
- Seksuel sundhed, herunder "Dukkeprojektet"
- Styrkede rammer for den frivillige indsats på børneområdet

Paarisa er inddelt i tre enheder: Team 1) Partnerskaber og koordinering på frivilligområdet, Team 2) Killiliisa, seksuel sundhed, data og selvmordsforebyggelse og Team 3) MANU, Tidlig Indsats og Meeqqat 0-18. Hvert team består af 7-8 medarbejdere og en leder. Meeqqat 0-18, MANU og Tidlig Indsats er angiveligt i efteråret 2022 flyttet fra Paarisa til en anden afdeling i Socialstyrelsen.

Paarisas indsats tager afsæt i det overordnede formål med Inuuneritta III, nemlig at skabe en fælles ramme for helhedsorienterede og tværsektorielle indsatser for det gode børneliv, der bygger på dialog og realiseres gennem partnerskaber. Partnerskabet er baseret på et princip om samskabelse, hvor alle parter bidrager til at nå et fælles mål og sikre en lokalforankret og evidensbaseret indsats. Herved kombineres viden, ressourcer og kompetencer på tværs for at nå målet om at fremme det gode børneliv.

Paarisa har i 2020 som et pilotprojekt indgået et partnerskab med Qeqqata Kommunua og Center for Folkesundhed i Grønland (CFG). Det fælles mål for partnerskabet er at fremme trivsel blandt børn og unge, med

et særligt fokus på at mindske brugen af rusmidler. Partnerskabet kaldes "Qeqqata-modellen". Det næste skridt er at indgå partnerskaber med de andre kommuner. I den forbindelse arbejdes der på at udvikle en ramme eller en form for "pakke", som skal præsenteres for kommunerne. Der foreligger dog endnu ikke dokumentation for effekterne af projektet.

Et andet eksempel på et partnerskab er projektet Ataatsimoorluta Aalasa - 'Sammen om det gode børneliv i idrætten'<sup>43</sup>). Her samarbejder Paarisa med UNICEF Danmarks kontor i Grønland og Grønlands Idrætsforbund (GIF), med støtte fra KNI A/S, Politiet og Center for Folkesundhed i Grønland. Partnerskabet har til formål at fremme etablering af sunde og inkluderende fællesskaber for børn og unge med tryksgivende voksne.

Paarisa står desuden bag hjemmesiden til borgerne, Paarisa.gl, som har til formål at udbrede viden og inspiration til et godt liv samt informere om, hvor man kan søge hjælp og rådgivning.

Det har ikke været muligt at tilvejebringe konkrete effektvurderinger i forhold til de forskellige projekter. Samtidig er det også en observation, at mange sideløbende indsatser fra centralt hold stiller store krav til ressourcegrundlaget i kommunerne, hvis disse skal få den ønskede effekt.

## 11.7 Sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne

Ansvar for at implementere Naalakkersuisuts skiftende folkesundhedsprogrammer lokalt ligger hos kommunerne. Det varierer fra kommune til kommune om forebyggelse og sundhedsfremme er forankret inden for familie- og velfærdsområdet, kultur- og fritidsområdet, eller om der er etableret en egentlig forvaltning for sundhedsfremme og forebyggelse.

Forebyggelseskonsulenterne er de primære aktører, der skal omsætte målsætningerne for indsatserne til praksis, ideelt set i samarbejde med de lokale forebyggelsesudvalg, som angiveligt kun fungerer sporadisk. Der er 1-2 forebyggelseskonsulenter i hver by i Grønland. Deres uddannelsesbaggrunde, erfaringer og kompetencer er meget forskellige. Eksempler på uddannelser er social- og sundhedshjælper, socialrådgiver, tømrer, HK'er, pædagog, lærer og ufaglært.

Forebyggelseskonsulenternes indsats har hidtil koncentreret sig om koordinering af forebyggelsesaktiviteter og informationsformidling med udgangspunkt i KRAM-faktorerne. Med Inuuneritta III er forebyggelseskonsulenternes rolle blevet uklar ifølge Paarisa. Ligeledes ifølge Paarisa er der stor variation i effektiviteten af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde fra by til by og fra kommune til kommune på grund af stor udskiftning i personalet alle steder.

Kommunerne anerkender Inuuneritta IIIs fokus. Men de beretter om, at der kommer mange anbefalinger om tiltag oppefra, og at de har brug for opbakning til at føre dem ud i livet. Desuden er de presset på økonomi på grund af stigende opgavepres. I de større byer er der dog mere overskud, fordi der er mere uddannet personale. De små steder er der kun forebyggelseskonsulenterne (som evt. kommer tilrejsende). Der er brug for flere ressourcer til forebyggelse og sundhedsfremme i det hele taget, men måske især uden for de større byer.

<sup>43</sup> se [https://www.gif.gl/aalasa\\_dk/ataatsimoorluta-aalasa/](https://www.gif.gl/aalasa_dk/ataatsimoorluta-aalasa/)

## 11.8 Sundhedsfremme og forebyggelse i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet varetager forebyggelse og sundhedsfremme målrettet det enkelte individ. Der fokuseres på indsatser, der har til formål at opspore tegn på sygdom, forebygge sygdom samt forebygge forværing af sygdom.

Eksempler på sundhedsvæsenets forebyggende indsatser er:

- Børnevaccinationer
- Svangreomsorg til gravide
- Sundhedspleje, blandt andet årlige børneundersøgelser
- Tandpleje, blandt andet årligt tandeftersyn hos børn til og med 20 år, fluorskylninger hver 14. dag i skolerne, besøg i daginstitutionerne m.v.
- Systematiske screeninger, eks. screening for livmoderhalskræft, hørescreeninger m.v.
- Livsstilsambulatorier, som følger patienter med livsstilssygdomme og laver tidlig opsporing af sygdom, blandt andet test af lungefunktion, måling af blodtryk og blodsukker m.v.
- Individuel vejledning til patienter om forebyggelse af eks. kønssygdomme og uønskede graviditeter
- Udlevering af prævention. Nogle steder afholdes præventionsklinikker med uformel drop-in
- Smitteopsporing i forbindelse med blandt andet HIV, syfilis og tuberkulose
- Forebyggelse under behandling, eks. forebyggelse af liggesår, sikre sund ernæring og hydrering m.v.
- Kontrolforløb efter endt sygdom
- Samarbejde med kommunerne om indsatserne Tidlig Indsats og MANU
- Deltagelse i de lokale forebyggelsesudvalg

Medarbejdere i sundhedsvæsenet giver udtryk for, at almenmedicinere i Nuuk føler sig helt koblet af det forebyggende arbejde på grund af presset af akutte behandlingsopgaver og det ændrede fokus i forebyggelsesarbejdet.

## 11.9 Udfordringer i organisering og ansvarsfordeling

Sundhedsfremme og forebyggelse foregår som beskrevet på flere niveauer i både kommunerne og sundhedsvæsenet. Inuuneritta III udstikker den overordnede politiske kurs, kommunerne skal omsætte målsætningerne til praksis understøttet af Paarisa. Det har generelt været vanskeligt for Sundhedskommissionen at danne sig et overblik over, hvilke aktiviteter der foregår, hvordan de er organiseret, og hvad effekterne af dem er. Møder med kommunerne har tydeliggjort, at Inuuneritta III langt fra er udbredt til hele landet endnu, og at kommunerne derfor har forskelligt fokus i forebyggelsen. Desuden efterlyser flere kommuner støtte fra Paarisa.

Inuuneritta III repræsenterer en anderledes tilgang til sundhedsfremme og forebyggelse end de to tidligere folkesundhedsprogrammer, idet der er fokus på samarbejde og partnerskaber frem for indsatser over for individuel adfærd (se de tidligere eksempler på projekter). Programmet stiller ifølge Paarisa store krav til, at de der skal omsætte Inuuneritta III's målsætninger i praksis, kan omstille sig til denne tankegang. Der er ikke information om, hvordan problematikken ser ud fra kommunernes vinkel, dér hvor Inuuneritta III er ved at blive implementeret.

Omlægningen af Paarisa fra Departementet for Sundhed til Departementet for Børn, Unge og Familier har ifølge Paarisa betydet en større medarbejderstab og et større fokus på udvikling frem for dri forhold til Nogle medarbejdere i sundhedsvæsenet giver udtryk for, at omlægningen har fjernet forebyggelse fra sundhedsvæsenets fokus. Som tidligere beskrevet efterlyser flere kommuner Paarisas støtte til implementering af indsatser.

Der er ikke en aktiv styregruppe for folkesundhedsprogrammet. Hvad konsekvenserne heraf er vides ikke. Forebyggelseskonsulenternes rolle er angiveligt uafklaret. Hvad de helt konkret beskæftiger sig med under det nye folkesundhedsprogram, fremstår ikke klart for Sundhedskommissionen. LFU'erne fungerer kun sporadisk, hvilket må have konsekvenser for omfanget af aktiviteter lokalt. De regionale ledelsesfora fungerer ikke. I den forbindelse luftes fra Paarisas side tanken om, at det kan være mere hensigtsmæssigt at bygge videre på de samarbejdsrelationer, der allerede eksisterer lokalt. Dette foregår allerede i et vist omfang. Socialstyrelsen ønsker at gentænke inddragelsen af kommunerne i styrelsen af forebyggelse og sundhedsfremme.

Medlemmer af Sundhedskommissionen, som jo alle har relation til sundhedsområdet, peger på at så mange forskellige organisationer og institutioner lancerer forskellige temaer inden for sundhedsfremme og forebyggelse, at "der næsten er for mange gode viljer". De små enheder, som skal realisere temaerne, bliver tappet for kræfter i forsøget på at gøre det. Der efterlyses landsdækkende, faste temaer, f.eks. ét eller nogle få om året, og en overordnet koordinering heraf. Umiddelbart skulle det vel være Paarisas og styregruppen for Inuuneritta III's opgave.

Herudover nævner Center for Folkesundhed nogle udfordringer i samarbejdet mellem sundhedsvæsenet, kommunerne og Paarisa i forhold til ansvarsfordeling. Det handler f.eks. om:

- Uklarhed om ansvaret for koordinering, indkøb og betaling af prævention til institutioner og private virksomheder.
- Uklarhed om hvem der skal varetage og betale for kampagnearbejde i forhold til forebyggelse af f.eks. tuberkulose, fnat, kønssygdomme m.v. I forbindelse med ressortændringen og Paarisas adskillelse fra sundhedsvæsenet mistede sundhedsvæsenet midler til kampagnearbejde.
- Generelt mangelfuld dialog om områder som MANU og Tidlig Indsats. Det handler ifølge Paarisa delvist om manglende viden om hinandens arbejde i de to sektorer. Desuden mangler personalet viden om persondataloven. Det betyder, at de ofte ikke tør dele viden om borgerne mellem sig i de to sektorer.

## 11.10 Opsamling på udfordringer i organisering og ansvarsfordeling

- Inuuneritta III's fokus på helhedsorienterede indsatser kræver omstilling af tankegang og praktiske arbejds gange. Der mangler overblik over konsekvenser i praksis i kommunerne samt dokumentation for effekter af den ændrede tilgang.
- I implementeringsfasen har kommunerne forskelligt fokus. Det er et spørgsmål om de kommuner, som endnu ikke praktiserer i overensstemmelse med Inuuneritta III, får den støtte fra Paarisa, som de har behov for.
- Forebyggelseskonsulenternes funktion er i en overgangsfase, og der er uklarhed om deres rolle.
- De lokale forebyggelsesudvalg (LFU) og de regionale ledelsesfora fungerer utilstrækkeligt. Som følge heraf er der muligvis et tomrum i forhold til etablering eller understøttelse af lokale samarbejdsrelationer – og et behov for at omtænke organiseringen.
- Der er samlet set et stort antal sundhedsfremme-/forebyggelsesprojekter i kommunerne og fra centralt hold. Der bruges mange kræfter på koordinering og stort pres på sparsomme ressourcer, særligt mindre steder. Dette bevirker, at effekten heraf påvirkes negativt.
- Der ses et behov for at få sammenhæng/koordination imellem nationale og kommunale strategier og planer for sundhedsfremme og forebyggelse.
- Der opleves en mangel på fælles strategier for sundhedsfremme og forebyggelse på nationalt plan på tværs af sektorer med henblik på at samle kræfterne.
- Samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser er generelt udfordret.

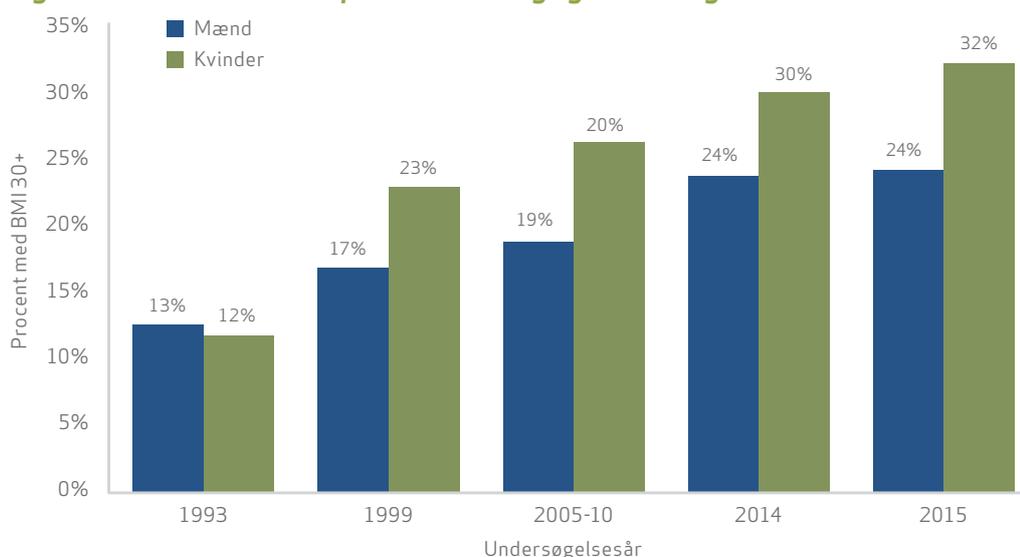
## 11.11 Hittidige mål for forebyggelsesindsatser: KRAM – kost, rygning, alkohol, motion

Som nævnt har Inuuneritta III skiftet fokus væk fra KRAM-faktorerne, som var Inuuneritta II's fokus. I det følgende gennemgås de fire KRAM-områder, og der peges på udfordringer og eksisterende indsatser.

### 11.11.1 Kost, motion og overvægt

I befolkningsundersøgelserne, som er foretaget siden 1993, har forekomsten af svært overvægtige været jævnt stigende, både for mænd og kvinder.

**Figur 11.4. Forekomsten af svært overvægtige mænd og kvinder 1993-2015**



Kilde: Befolkningsundersøgelsen 2018.

Overvægt måles ud fra Bodymass Index (BMI) og taljeomfang<sup>44</sup>. Normalvægtige har et BMI på 18,5-25, overvægtige et BMI på 25-29,9 og svært overvægtige et BMI på 30 og derover. Ud fra BMI-målestokken var 27% af den grønlandske befolkning svært overvægtige i 2018. Der er ingen oplysninger om, hvor mange der var overvægtige.

Befolkningsundersøgelsen 2018 forklarer den voldsomme stigning med store kostændringer i retning af mere energitæt kost i kombination med reduceret fysisk aktivitet i hverdagen. Undersøgelsen påpeger at risikoen for eksempelvis forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og diabetes stiger med stigende BMI.

Undersøgelsen kalder den stigende forekomst af overvægt en epidemi.<sup>45</sup>

Overvægt blev debatteret på et møde i kommissionen hvor følgende blev påpeget:

I de fleste byer er der sportshaller og eventuelt fitnesscentre. I de mindre bosteder er der ikke så mange alternativer til bevægelse i naturen, når vejret er dårligt eller føret uegnet til gå-/løbeture.

Indtaget af slik og sodavand er stort. Begge dele er stadig synligt i butikkerne, slik ofte placeret ved kassen. Dette til trods for at et vigtigt fokusområde i partnerskabet "Sammen om det gode liv" mellem Paarisaa og fødevarebutikkerne er at lette 'det sunde valg' og fremme sunde vaner.

<sup>44</sup> BMI er et mål for vægt i forhold til højde. Taljemål siger noget om fedtfordelingen i organerne, hvilket er særligt skadeligt for helbredet.

<sup>45</sup> Fedme er ikke smitsomt, men er et fænomen, som kan sprede sig blandt andet på grund af samfundsmæssige og livsstils-mæssige forhold, som spreder sig fra et samfundslag til andre og til dels også fra person til person. For eksempel har børn, der er født af fede forældre, større risiko for at blive fede end andre børn, både på grund af biologisk arvelighed og på grund af de spisevaner, som deres forældre ofte vil videreføre til dem (<https://faktalink.dk/titelliste/fedme-i-danmark>).

Tabel 11.2 viser den årlige import af sukker og sirup opgjort i kg i perioden 2015-2021 samt afgiften pr. kg. Mængdemæssigt ligger importen nogenlunde stabilt, og en relativ stor forøgelse af afgiften i 2019 synes ikke have ændret herpå.

**Tabel 11.2: Import af sukker og sirup i perioden 2015-2021 i mængder (kg) og afgift (kr./pr. kg.)**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Afgift pr. kg.	6,00	6,00	6,00	6,00	10,31	10,31	10,31
Kg.	1.131.242	1.282.607	1.200.615	1.262.126	1.312.741	1.164.448	1.222.895

Kilde: Skattestyrelsen. Indførsel af varegruppe 001 Sukker og sirup, 2015-2021

Der har måske i de senere år udviklet sig en kultur omkring kaffemik, hvor udbuddet af mad og kager af og til har nået en karakter, der ikke er befordrende for et sundt madindtag.

Der er mange initiativer til at få folk til at motionere mere. Grønlands Idrætsforbund har et mål om, at Grønland skal være det mest fysisk aktive land i verden i 2030. De arbejder blandt andet med at udbrede gå-fællesskaber i hele landet.

I Nuuk er der blevet anlagt en vandresti af træ langs klippekysten mellem Kolonihavnen og enden af Radiofjeldet, hvorfra man kan fortsætte langs kysten. Der er behov for byplanlægning alle steder, hvor gå-venlige ruter af forskellig sværhedsgrad, god belysning, trapper over vanskeligt terræn m.m. anlægges.

#### 11.11.1.1 Eksempler på igangværende indsatser

- Råd og vejledning om kost og fysisk aktivitet på Paarisas hjemmeside
- Ernærings- og Motionsrådet i Grønland har udviklet 10 kostråd, hvor der fokuseres på den grønlandske kost (ligger blandt andet på Paarisas hjemmeside). Kostrådene handler om at spise de lokale fødevarer, variere kosten og følge årets gang. Samt om at samle fødevarer, tilberede maden og spise den sammen i familien – altså en bæredygtig og sund madkultur
- Gør Maj Sund er startet som et privat initiativ omkring 2008, men lokale forebyggelsesudvalg og forebyggelseskonsulenter er også aktive i at arrangere det
- Årlige food festivals rundt om i landet
- GIFs indsatser for at fremme øget motion i samfundet, herunder fremme af gå-fællesskaber
- Sammen om det gode liv – partnerskab mellem Paarisa og fødevarerbutikkerne

#### 11.11.1.2 Positive udviklinger

- Forskere fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har i januar 2023 offentliggjort resultaterne af en undersøgelse af grønlandske skoleelevers fysiske aktivitet. De viste, at over halvdelen af grønlandske børn og unge lever op til WHO's anbefalinger om at være fysisk aktiv mindst én time om dagen. De er langt mere aktive end danske børn, faktisk er de helt i top blandt verdens mest fysisk aktive børn og unge<sup>46</sup>.

#### 11.11.1.3 Udfordringer

- En madkultur med højt indtag af (importeret) fedt og sukker
- Mange unge ved for lidt om sund mad
- Mange med stillesiddende arbejde
- Mangel på sportsfaciliteter de mindre bosteder
- Importerede fødevarer er i mange tilfælde billigere end landets egne produkter
- Det lykkes tilsyneladende ikke Paarisa at få butikkerne til at gøre det sunde valg lettere

<sup>46</sup> [https://www.sdu.dk/da/sif/nyheder/groenlandske\\_boern\\_er\\_blandt\\_de\\_mest\\_aktive](https://www.sdu.dk/da/sif/nyheder/groenlandske_boern_er_blandt_de_mest_aktive)

## 11.11.2 Tobak, alkohol og andre rusmidler

### 11.11.2.1 Lovgivning om tobak og alkohol

Der er lovgivet om salg af alkohol og tobak samt om afgifter på import heraf, blandt andet ud fra hensyn til behovet for at regulere indtaget heraf ud fra en sundhedsfaglig synsvinkel.

Lovgivningen om alkohol har været genstand for nyere ændringer. Den nugældende hovedlov hedder Inatsisartutlov nr. 35 af 23. november 2017 om alkohol (herefter "alkoholloven") indeholdt en del stramninger i forhold til den tidligere lovgivning på området. Alkoholloven undergik mindre ændringer i både 2019 og 2022 (herunder færre restriktioner i forhold til åbningstider for salg af alkohol i detailbutikkerne, ophævelse af reklameforbud mod alkohol, ophævelse af afskærmning af alkohol i detailbutikkerne præcisering af åbningstid for udskænkning af alkoholholdige drikke).

De grundlæggende principper bag alkohollovgivningen bygger på anbefalinger, som WHO angiver som indsatsområder, særligt anbefalingen om at stramme op i forhold til synlighed og tilgængelighed samt regulering og tilsyn med udskænkingsstederne. Det hedder således konkret i bemærkninger til alkoholloven fra 2017, at loven skal anses som et vigtigt bidrag til den langsigtede strategi om forebyggelse og sundhedsfremme. Det skal dog bemærkes, at det er Departementet for Sundhed, der har ansvaret for tilsyn. Dette kan i praksis meget vanskeligt lade sig gøre, da departementet er placeret i Nuuk og råder over meget sparsomt personale.

Tilsvarende er der lovgivning om indførselsafgifter på både tobaks- og alkoholprodukter, der både har et samfundsøkonomisk- og et forebyggelsessigte. Der er tale om afgifter, der beregnes på baggrund af en fast årlig afgift per importeret enhed (kg/l/antal), som ikke reguleres med eksempelvis forbrugerpristallet. Dette har i praksis betydet, at beskattningen i faste priser er faldet over tid, trods det forhold, at der har været stigninger i afgifterne med ujævne mellemrum, senest i 2019. Den præventive effekt i forhold til køb af tobak og alkohol må derfor forventes at blive udhulet over tid, fordi afgiften ikke pristalsreguleres.

I bemærkningerne til loven, der medførte afgiftsstigninger, hed det blandt andet:

*"Overordnet skal forslaget medvirke til at forbedre borgernes sundhedstilstand og vores sårbare miljø.*

Økonomisk Råd peger i sin årsrapport fra 2019 i et særligt tema om sundhedsområdet i et afsnit om håndteringen af pres på sundhedsudgifter, at der med fordel kan ses på størrelsen af indførselsafgifterne. Rådet konstaterer således:

*"Indførselsafgifterne på cigaretter og tobak er omkring 150 mio. kr. årligt, og der har været faldende i en længere årrække, som følge af mindre forbrug. Afgiftssatserne på tobak er samtidig blev udhulet, da de ikke er fulgt med den generelle prisudvikling i samfundet. Tobaksafgifterne er ikke blevet ændret siden 2007 og tobak er derfor blevet billigere i forhold til en række andre forbrugsvarer i samfundet. Det trækker i den gale retning i forhold til ambitionen om at nedbringe tobaksforbruget. Det skal overvejes, om en generel afgiftsforhøjelse på tobak vil kunne påvirke rygeomfanget mere effektivt end de nuværende indsatser, ikke mindst i retning af færre rygere blandt unge. Prisen på tobaksvarer er allerede i dag høj samtidig med at forbruget er højt. Det peger mod behov for en bred indsats mod rygning, hvor højere afgifter kan være et af flere målrettede initiativer".*

Den nugældende Inatsisartutlov nr. 15 af 26. maj 2010 (herefter "tobaksloven") om forbud mod rygning har således konkret til formål at fremme befolkningens sundhed og forebygge, at personer ufrivilligt udsættes for de skadelige følger af passiv rygning af tobak.

Tobaksloven strammer op på tidligere lovgivning, der har haft til formål at begrænse tobaksrygningens helbreds- og sundhedsskadelige virkninger, der er veldokumenteret gennem videnskabelige undersøgelser.

Den første lovgivning på området kom i 1994, der dels havde fokus på sikring af røgfrie miljøer og mærkning af tobaksvarer. I 1998 skete der en opstramning af reglerne om rygeforbud, og i 2000 skærpedes tobaksloven yderligere. Den nugældende tobakslov fra 2004 skærpede yderligere reglerne vedrørende røgfrie miljøer, herunder præciserede loven rygereglerne i offentlige bygninger.

Der er således sket en stigende opstramning af reglerne i tobaksloven i form af eksempelvis rygerestriktioner i og omkring offentlige bygninger med jævne mellemrum, dog senest for snart 20 år siden. I mange andre lande er der også sket gradvis stramninger på området, også ændringer inden for de sidste 5-10 år, der går noget længere end, hvad der er tilfældet i den grønlandske tobakslov.

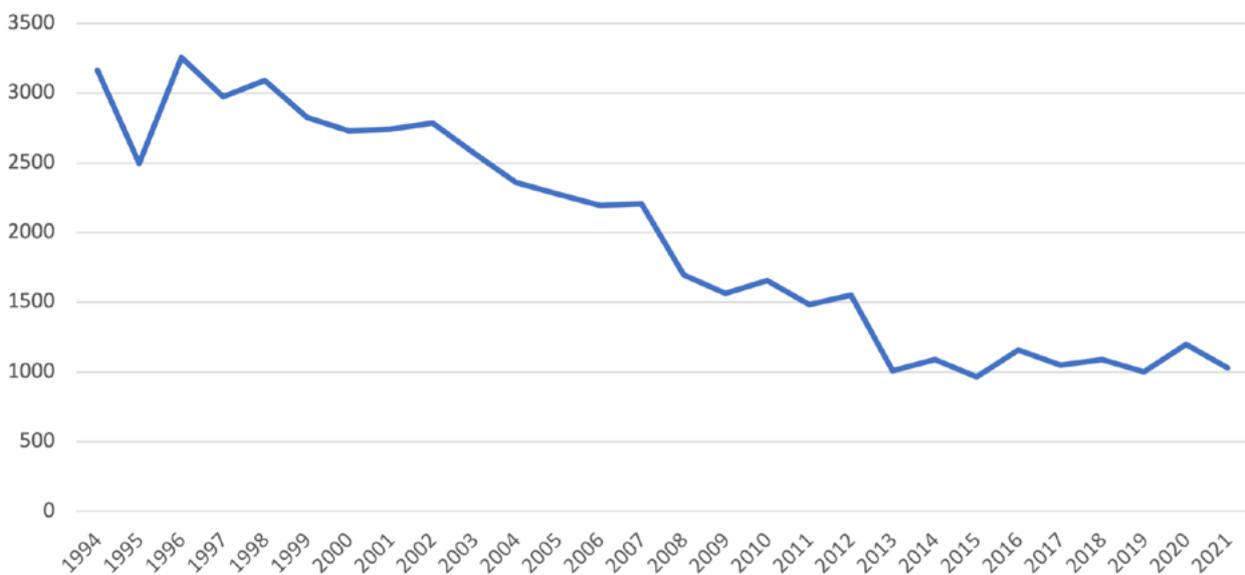
Der ses således et behov for løbende evalueringer omkring tobaks- og alkohollovgevingen både i forhold til køb, salg og anvendelse og omkring indførselsafgifter. Herunder kan man med fordel såvel lade sig inspirere af internationale erfaringer om effekter af forskellige typer reguleringer som løbende sørger for at evaluere på effekten af reguleringen i forhold til forbrug og forbrugsmønstre samt i forhold til forebyggelsesindsatser her i landet. Jævnfør også anførte vurdering fra Allorfik i forhold til mulige tilpasninger af den gældende alkohollov nedenfor i afsnit 11.11.3.

### 11.11.2.2 Rygning

Dette afsnit bygger blandt andet på data fra Befolkningsundersøgelsen 2018 og officielle statistikker.

Figur 11.5 viser et markant fald i cigaretforbruget per borger over 14 år i perioden frem til 2013, hvorefter denne positive udvikling er stoppet. Ses på andre tobaksvarer er der ikke en lignende udvikling, og heller ikke et generelt øget forbrug fra 2013 til 2021, som ellers kunne være en forklaring på, at cigaretforbruget ikke er faldet i perioden. Denne udvikling bør give anledning til sundhedspolitiske overvejelser.

**Figur 11.5. Gram cigaretter pr. person over 14 år i perioden 1994-2021.**

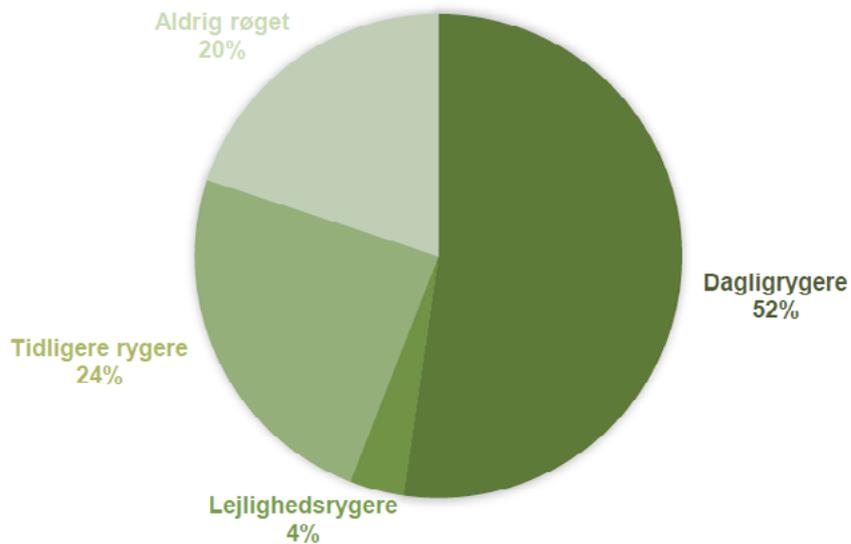


Kilde: Grønlands Statistik

Det er vanskeligt at finde direkte data for sammenligning af tobaksforbruget per borger i Grønland, der umiddelbart kan sammenlignes med det tilsvarende forbrug i andre nordiske lande. De umiddelbart tilgængelige data viser, at forbruget er meget højt her i landet,

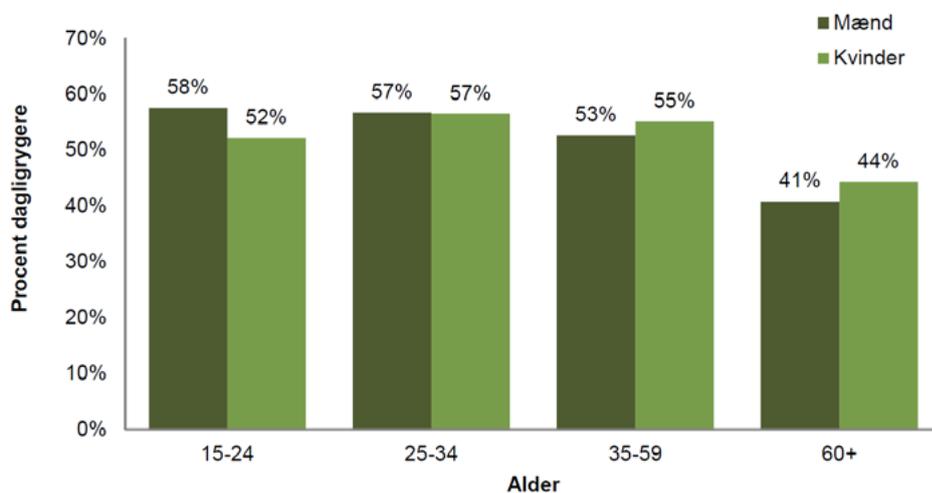
### Dagligrygere

I 2018 var andelen af dagligrygere på landsbasis 52%. Andelen af dagligrygere er faldet gennem de seneste årtier. Tal fra de tidligere befolkningsundersøgelser viser, at andelen af dagligrygere faldt fra 68% i 1993 til 57% i 2014.

**Figur 11.6 Andelen af dagligrygere, lejlighedsrygere, tidligere rygere og personer, der aldrig har røget**

Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=2534.

I Befolkningsundersøgelsen i 2018 var der ligesom i tidligere undersøgelser ingen nævneværdige forskelle mellem mænd og kvinder i andelen af dagligrygere (figur 11.7).

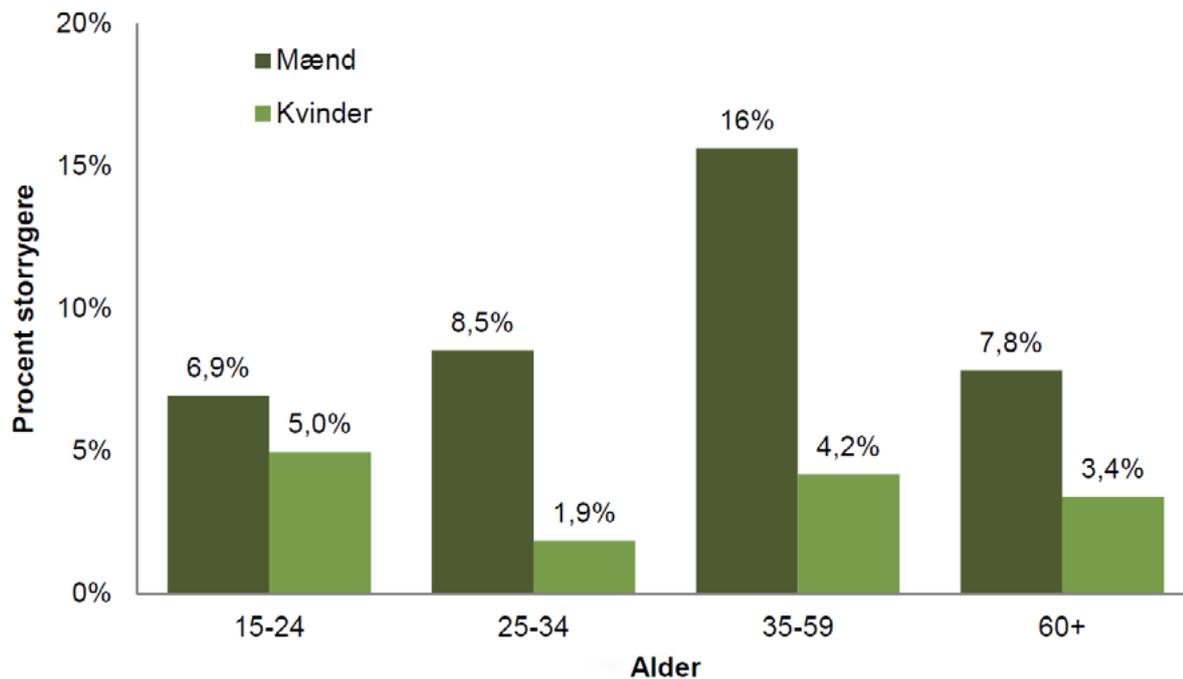
**Figur 11.7 Andelen af dagligrygere opdelt på køn og alder**

Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=2534.

Der var forskel i andelen af dagligrygere mellem aldersgrupperne, men ikke mellem mænd og kvinder. Andelen, der ryger dagligt, var højest i de yngste aldersgrupper.

### Storrygere

Dagligrygere, der ryger mere end 15 cigaretter dagligt, defineres som storrygere. Blandt alle mænd var 11% storrygere mod 3,8% blandt kvinder, hvilket er omtrent det samme som i Befolkningsundersøgelsen 2014. Af figur 11.8 fremgår det, at andelen af storrygere var højest blandt de 35-59-årige mænd (16%).

**Figur 11.8 Andelen af storrygere opdelt på køn og alder**

Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=2534.

### 11.11.2.3 Udfordringer i forebyggelsen af tobaksforbrug

En kortlægning af borgernes adgang til rygestoptilbud i Grønland (både børn og voksne) viste i 2019, at der kun i begrænset omfang er adgang til sådanne tilbud for borgerne. Rygestoptilbud til borgerne var på daværende tidspunkt sporadiske og afhængt af høj grad af enkeltpersoner, samt hvor man bor. Der var altså på daværende tidspunkt ikke tale om et systematisk koordineret udbud af rygestoptilbud, hverken i kommunerne eller i sundhedsvæsenet, hvilket synes problematisk set i lyset af, at mere end halvdelen af den voksne befolkning er dagligrygere.

Der findes meget få indsatser for tobaksafvæning. Nogle kommuner har rygestoprådgivere. Livsstilsambulatorierne i sundhedsvæsenet laver oplysningsarbejde. Nogle jordemødre tilbyder rygestop til gravide ved hjælp af akupunktur. Der er varierende fokus på problematikken og indsatserne er spredt fægtning. Efter Inuuneritta III tager Paarisa ikke nye initiativer på KRAM-området.

### 11.11.2.4 Alkohol og hash

Som tidligere nævnt var der i de to første folkesundhedsprogrammer fokus på KRAM-faktorerne, herunder alkohol og hash. I Inuuneritta I 2007-12 var monitoreringsmål for alkohol at indførsel af ren alkohol per person over 14 år skulle bringes ned under 10 liter årligt, hvilket skete første gang i 2009<sup>47</sup>. I Inuuneritta II 2013-19 var der ikke monitoreringsmål i programmet, men opstillet en række indikatorer, som skulle følges.

I Inuuneritta III hedder det i pejlemærke 4: "Alle børn skal have trygge og gode opvækstvilkår, hvor de beskyttes mod vold og overgreb og ikke skades af rusmidler og tobak". Det sidste kan både forstås som beskyttelse mod de voksnes misbrug, og som forebyggelse af at de selv starter et misbrug. Inuuneritta III opstiller heller ikke monitoreringsmål for rusmidler, men følger de samme indikatorer som Inuuneritta II. De er for alkohol og hash:

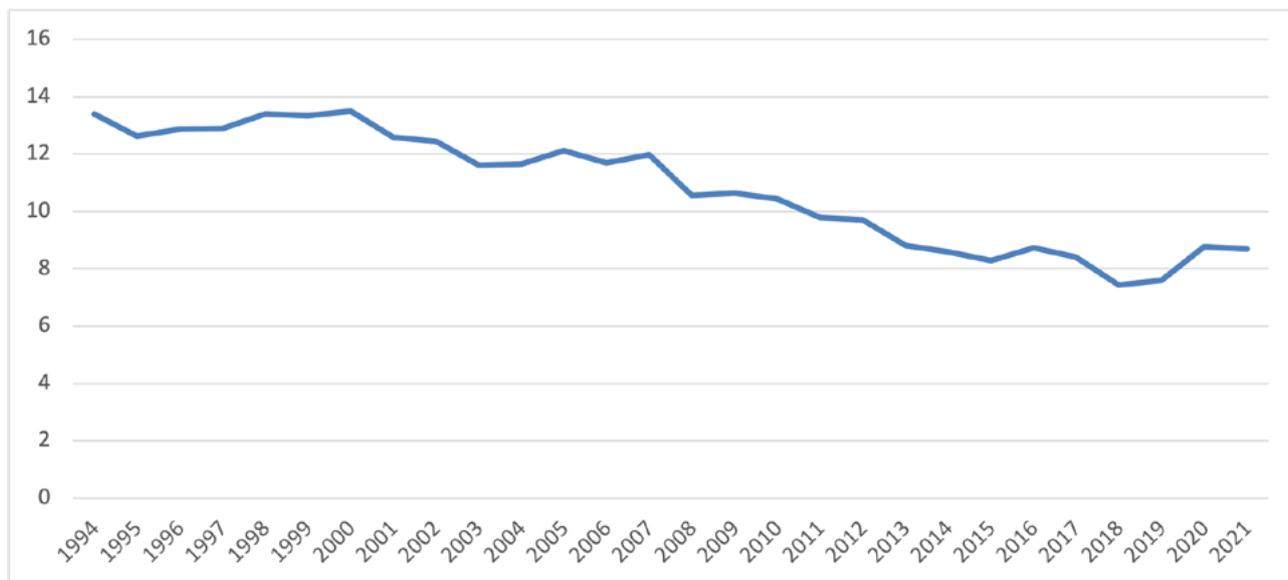
- Import af alkohol per person (15+)
- Rusdrikkere (voksne)

<sup>47</sup> Det skal bemærkes at der er en stor andel af befolkningen som er afholdende, derfor fordeler forbruget sig på færre personer.

- Har været fuld 2 eller flere gange (15-årige)
- Har brugt hash (15-årige)
- Har sniffet (15-årige) Forældre med børn med potentielt skadeligt alkoholforbrug (CAGE positive)

Alkoholforbruget per person fra 14 og op er faldet markant over tid, jf. figur 11.9, men dog med en mindre stigning fra 2019.

**Figur 11.9. Forbrug af alkohol i liter per person over 14 år.**



Kilde: Grønlands Statistik

Det store samlede fald betyder, at dette nu er lavere end det tilsvarende forbrug i Danmark. I nedenstående oversigt (tabel 11.3) er forbruget i 2019 således gengivet for de nordiske lande.

**Tabel 11.3 Forbrug angivet i liter pr. person over 14 år i 2019.**

Denmark	Færøerne	Grønland	Finland	Åland	Island	Norge	Sverige
9,5	6,4	7,6	8,2	6,0	7,4	6,1	7,1

Note: Forbruget er, jf. figur 11.9 steget i Grønland efter 2019. Det lå i 2021 på 8,8 liter per person over 14 år, men faldt så en smule til 8,2 liter per person over 14 år i 2022.

I det følgende (tabel 11.4 – 11.6) angives nogle tal for forbruget af alkohol og hash, fordelingen på alder og køn samt omfanget af et skadeligt forbrug.

**Tabel 11.4 Fordelingen af alkoholforbruget i befolkningen over 15 år vurderet med AUDIT**

Vurdering (AUDIT-score) <sup>48</sup>	Andel af befolkningen
Ikke-skadeligt forbrug	58%
Storforbrug	32%
Skadeligt forbrug	5,9%
Afhængighed	4,7%

Kilde: Larsen et al. (2019)

<sup>48</sup> AUDIT er et internationalt anerkendt WHO-mål til screening af alkoholproblemer på befolkningsniveau.

**Tabel 11.5 Andelen af mænd og kvinder over 15 år, der har et muligt alkoholproblem**

	15-24 år	25-34 år	35-59 år	60 år eller mere
Kvinder	56%	42%	37%	23%
Mænd	48%	52%	43%	33%

Kilde: Larsen et al. (2019)

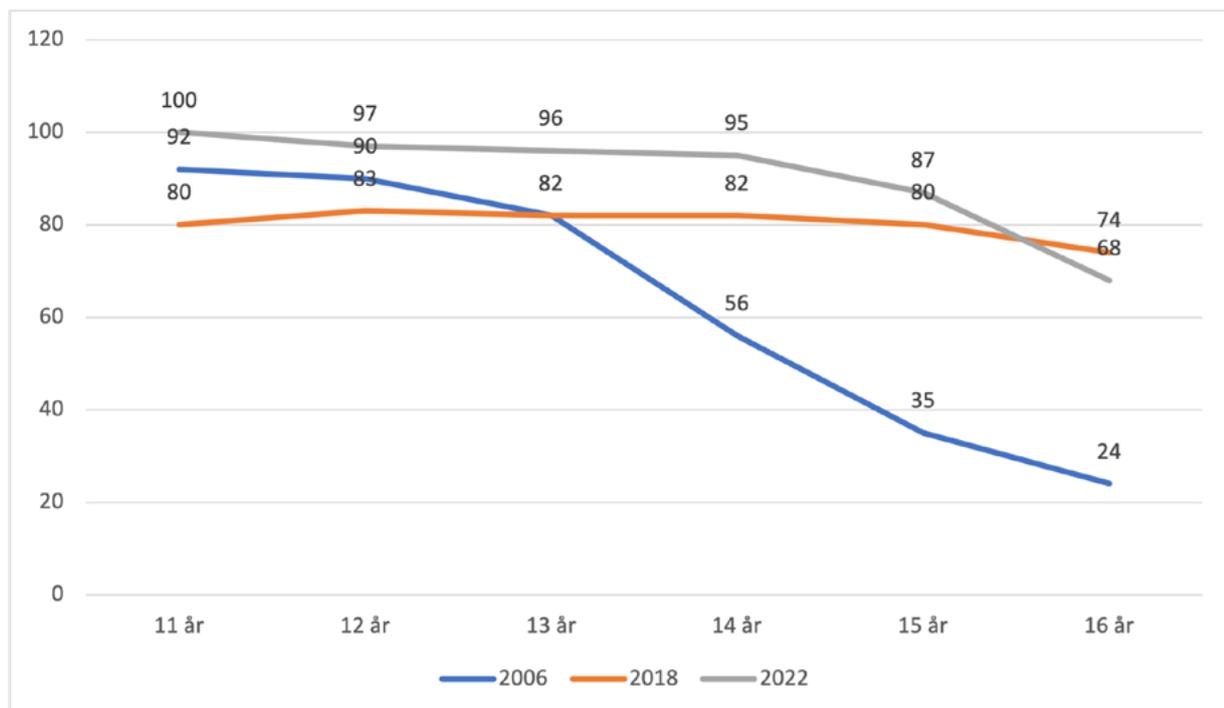
**Tabel 11.6 Fordelingen af deltagere i befolkningsundersøgelsen 2018, som havde angivet et regelmæssigt forbrug af hash (et forbrug en gang om måneden eller mere)**

	15-24 år	25-34 år	35-59 år	60 år eller mere
Kvinder	17%	16%	18%	10%
Mænd	8%	8%	12%	5%

Kilde: Larsen et al. (2019)

### Særligt om børn og unge

Når man ser mere overordnet på rusmiddelforbruget blandt børn og unge, så er andelen der har været fulde mindst én gang faldet, så det er generelt lykkedes at skubbe alderen opefter, ligesom det generelt er færre børn, der har prøvet at ryge hash. Der er dog en lille gruppe, der har røget inden for den sidste måned.

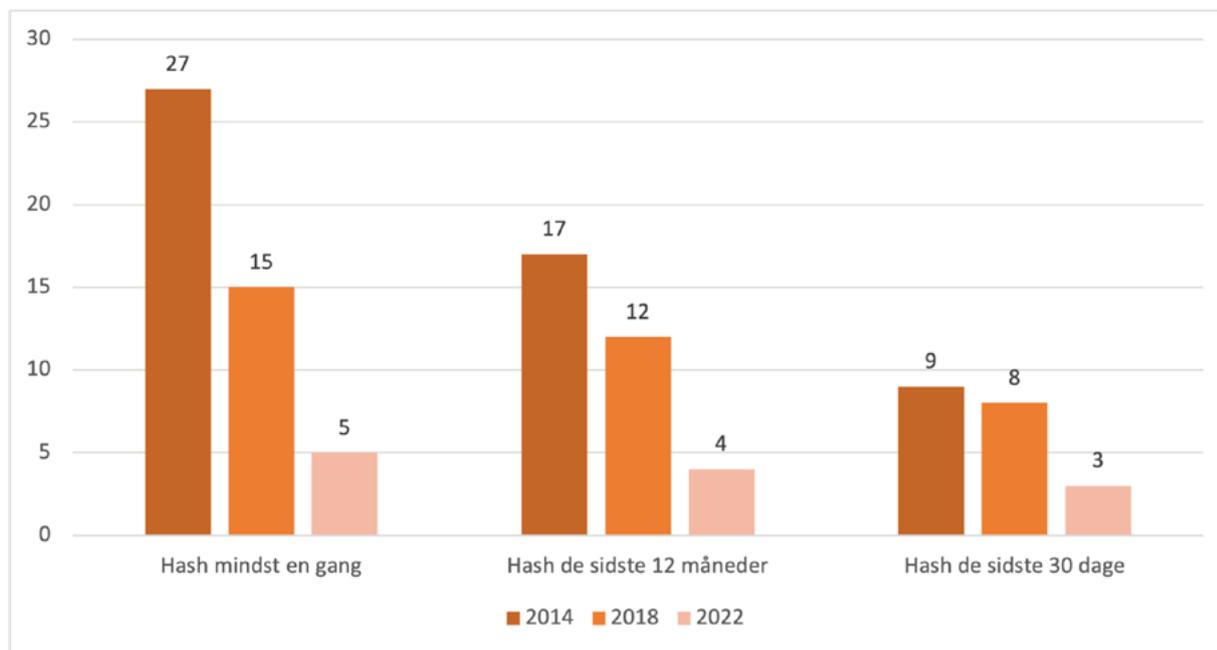
**Figur 11.10 11-16 årige der aldrig har været fulde i 2006, 2018, og 2022**

Kilde: Data fra Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Greenland

**Tabel 11.5 Andel af skoleelever, der har prøvet hash.**

	Alder	Har prøvet hash
Forløber for HBSC 1990	12 - 19	25,6%
Forløber for HBSC 1992	12 - 19	26,2%
HBSC 1994	12 - 17	17,2%
HBSC 1998	12 - 17	16,3%

**Figur 11.11 Andelen af 15-17-årige i 2014 og 2018, der har prøvet hash, røget hash de sidste 12 måneder og har røget hash de sidste 30 dage**



Kilde: Niclasen (2019)

Det skal nævnes, at brug af snus og andre former for røgfri tobak er et opkommende fænomen blandt især børn og unge. Det præcise omfang kendes dog ikke. Kemisk fremstillet snus er ikke omtalt i den nuværende lov. Det vil sige, at det ikke er ulovligt at købe kemisk produceret snus og sælge det til børn. Lovgivning for euforiserende stoffer er ved at blive opdateret.

Personale i tandplejen rapporterer om skader hos børn ved brug af snus, f.eks. synlige skader på slimhinder. Der kan være mange andre medicinske følger af snusbrug. Herunder anses det for sandsynligt, at snus øger risikoen for at udvikle kræft i spiserøret og bugspytkirtlen og muligt, at snus også øger risikoen for kræft i mavesækken og i endetarmen. Snus øger risikoen for forhøjet blodtryk og for fosterskader, når det anvendes af gravide. Der er således god grund til strukturelle indsatser i forhold til at forebygge brugen af disse røgfri produkter. Der er en særlig indførselsafgift på import af snus/skrå og andet røgfri tobak på 300% af fakturaværdien.

Et andet forhold vedrørende børn og unge, der skal nævnes her, er værtshusenes rolle. I Nuuk er der mange beværtninger, og omkring lønningssdag har de næsten døgnåbent. Værtshusene ligger steder, hvor der også er børn, som kan blive skræmt over de berusedes adfærd. Værtshuse overtræder tydeligvis lovgivningen vedrørende servering til synligt berusede.

#### 11.11.2.5 Udfordringer i rusmiddelforebyggelsen

Opfattelsen af den bedste måde at gribe forebyggelsen an på har ændret sig over de tre folkesundhedsprogrammer. Inuuneritta I og II satsede primært på kampagner og udarbejdelse af materiale, i håb om at det blev grebet af de lokale forebyggelsesråd og forebyggelsesenheder i kommunerne. Det viste evalueringen af Inuuneritta II havde været vanskeligt. Inuuneritta III er mere langsigtet og har som vist ovenfor pejlemærker og ikke egentlige mål, som forventes at sættes af de enkelte kommuner. Forebyggelsesindsatsen på rusmiddelområdet er dog ikke en del af de nuværende indsatser.

Ifølge Allorfik<sup>49</sup> er hovedproblemet med rusmiddelforebyggelsen, at den ikke er sammenhængende. Der er behov for forebyggelse på alle niveauer, fra det overordnede strategiske til indsatsen over for den enkelte

<sup>49</sup> Allorfik, Videncenter om Afhængighed, varetager det nationale tilbud om gratis behandling af afhængighed af rusmidler og spil. Allorfik er ansvarlig for visitation til behandling for afhængighed i alle landets kommuner, efterbehandling, pårørendebehandling, rådgivning samt monitorering og evaluering af indsatsen.

borger. Det giver ikke det maksimale udbytte, hvis indsatserne ikke er sammenhængende – også på tværs af kommuner, Selvstyret og organisationer.

Ligeledes ifølge Allorfik er den vigtigste forebyggelsesindsats Tidlig Indsats over for omsorgssvigt og opvækst i et hjem med rusmidler og vold.

Det næstvigtigste er at ændre drikkemønstret, fordi rusdrikning er socialt ødelæggende og ligger bag en stor del af vold og selvmord.

Der er ikke i dag en sammenhængende kæde af forebyggelsesindsatser på alle niveauer, fra befolkningsniveau over risikogrupper til egentlig behandling. Kendetegnende for mange lokale indsatser er, at de er udtryk for spredt fægtning uden evidens og uden efterfølgende evaluering.

Der er behov for både overordnede strukturelle forebyggelsesindsatser på området, blandt andet lovgivning og lokal forebyggelse, f.eks. undervisning og sundhedsfremmende aktiviteter. Noget vil være dækket under Inuuneritta III og andet vil ikke.

Allorfik tilbyder i dag rusmiddelforebyggelse til de ældste folkeskoleklasser og har en del indsatser omkring sekundær forebyggelse f.eks. forældrekurser, kurser for unge opvokset med rusmidler, forældremødemateriale om rusmidler og tilbud om udgående indsats på uddannelsesinstitutioner over folkeskolen.

Endelig skal der peges på en opkommende problematik. Der er allerede i dag i Grønland alle de hårde rusmidler, der findes andre steder i verden (eksempelvis MDMA, kokain, heroin), ikke kun hash. Sundhedsvæsenet mærker allerede nu konsekvenserne de nye stoffer, både i akutmodtagelsen og i psykiatrien. Omfanget kan forventes at stige med de nye atlantlufthavne. Det stiller øgede krav til beredskabet i sundhedsvæsenet.

## 11.12 Seksuel og reproduktiv sundhed

Seksuel og reproduktiv sundhed har ikke været et strategisk fokus siden Inuuneritta I. Der er dog store udfordringer på området, hvilket gennemgås i det følgende.

### 11.12.1 Smitsomme sygdomme

#### 11.12.1.1 Gonorré og klamydia

Forekomsten af gonorré og klamydia er ekstremt høj i Grønland.

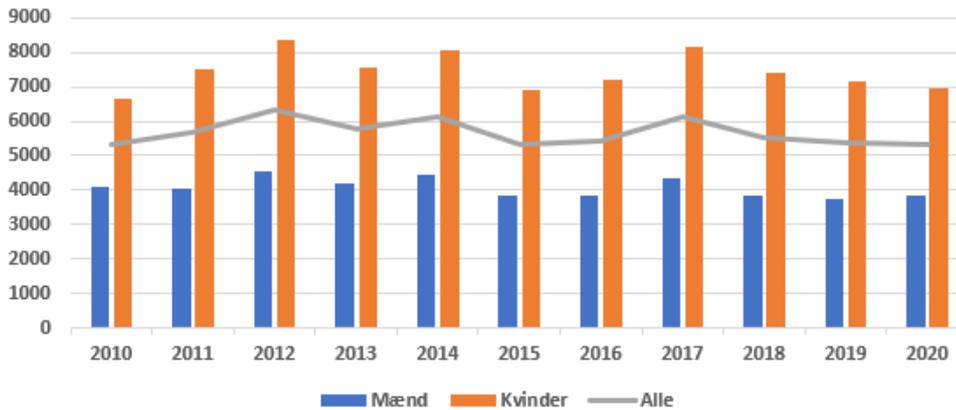
**Figur 11.12: Gonorrétilfælde i Grønland 2009-2020 per 100.000 indbyggere**



Kilde: [www.nun.gl](http://www.nun.gl)

I figur 11.12 ses at incidensen af gonorrétifælde er steget fra 2019 til 2020 til ca. 3500 tilfælde pr. 100.000 indbyggere, hvilket er på det højeste niveau siden 2009. Tallene er ekstremt høje i forhold til Danmark, hvor der var ca. 50 gonorrétifælde per 100.000 indbyggere i hele Danmark i 2020 (i alt ca. 2500 gonoretilfælde). Derudover ses at forekomsten af gonorré var nogenlunde stabil fra 2009 til 2018, hvorefter der ses stejl stigning af gonorrétifælde til 2020.

**Figur 11.13: Klamydiatilfælde i Grønland 2010-2020 per 100.000 indbyggere**



Kilde: [www.nun.gl](http://www.nun.gl)

Figur 11.13 viser, at fra 2017-2020 har der været en let faldende tendens i antallet af klamydiatilfælde. Klamydia forekommer næsten dobbelt så hyppigt blandt kvinder som blandt mænd. Tallene er langt højere set i forhold til Danmark, hvor der var 471 klamydiatilfælde per 100.000 indbyggere blandt mænd og 679 per 100.000 indbyggere blandt kvinder i 2018. Her var tallene i Grønland knap 4000 for mænd og godt 7000 for kvinder.

### 11.12.1.2 Syfilis

Antallet af syfilistilfælde er generelt stigende med lidt variationer hen over årene.

**Figur 11.14: Anmeldte tilfælde af syfilis i Grønland 2014-2020 per 100.000 indbyggere**



Kilde: [www.nun.gl](http://www.nun.gl)

Figur 11.14 viser et fald fra ca. 250 syfilistilfælde per 100.000 indbyggere i 2018 til 220 syfilistilfælde i 2019. Derefter ses en stigning fra 2019 til 2020 til 236 syfilistilfælde per 100.000 indbyggere.

I 2021 blev der i alt indberettet 174 syfilistilfælde, fordelt på 172 personer.

De seneste tal fra Danmark viser 9,3 syfilistilfælde per 100.000 indbyggere i 2018 Danmark. Det vil sige, at forekomsten af syfilis stadig er meget højere i Grønland end i Danmark.

### 11.12.1.3 HIV

I 2020 blev der anmeldt i alt fem personer smittet med HIV (tre mænd og to kvinder), svarende til ni nye HIV-tilfælde per 100.000 indbyggere. Der er ikke modtaget anmeldelser om AIDS i 2020. I 2019 blev der anmeldt otte tilfælde af HIV-smitte, hvilket Landslægeembedet betegner som et ret højt niveau af smitte, som har været konstant gennem mange år. I modsætning til andre lande er HIV i Grønland mest udbredt blandt heteroseksuelle. En ny tendens er, at unge piger ned til 20 år bliver smittet. Set i sammenhæng med det høje antal af seksuelt overførte sygdomme kan risikoen for en HIV-epidemi ikke udelukkes<sup>50</sup>.

### 11.12.1.4 Tuberkulose

Tuberkulose har været i stigning i Grønland fra midten af 1980'erne til 2010. I 2010 toppede tuberkuloseforekomsten med 115 nye tilfælde svarende til ca. 205 tilfælde per 100.000 indbyggere. Forekomsten er nu faldet væsentligt og har i en årrække været mellem 55 og 85 tilfælde om året. Det svarer til godt 100 nye tilfælde per 100.000 indbyggere per år. Denne forekomst er fortsat høj sammenlignet med andre steder i verden. Tuberkulose forekommer i hele Grønland, men er mest udbredt i Syd- og Østgrønland. Tuberkulose optræder langt hyppigere hos personer med væsentlige sociale problemer.

Grønland arbejder både med tuberkuloseforebyggelse og -bekæmpelse og har løbende tilpasset de nationale strategier for at forbedre indsatserne. Både i 2010 og i 2016 havde Grønland besøg af tuberkulose-eksperter fra blandt andet WHO som udarbejdede anbefalinger til indsatsen. Disse anbefalinger blev efterfølgende indarbejdet i de nationale TB-strategier.

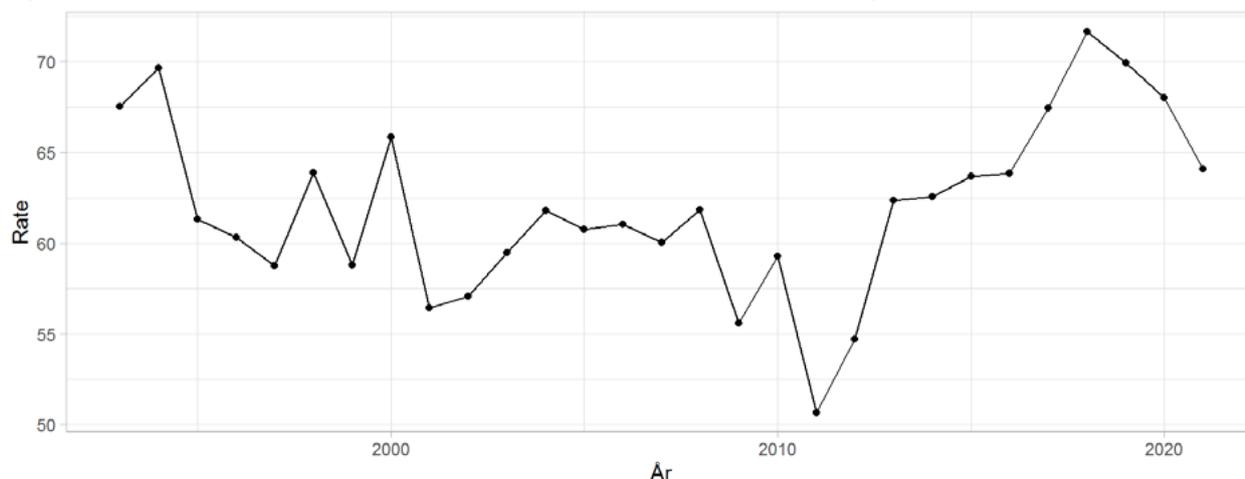
Indsatser:

- Børn vaccineres med BCG-vaccine mod tuberkulose. Vaccinationsdækningen for denne vaccine er høj overalt i Grønland.
- Tuberkulose-bekæmpelsen i Grønland udføres i henhold til National TB strategi 2017-2021. I forlængelse af TB-strategien er TB-vejledningen for sundhedsprofessionelle blevet opdateret med anbefalinger fra TB-eksperter, blandt andet WHO, sundhedsvæsenet og samarbejdspartnere. Der er fokus på, at tuberkulose-bekæmpelsen kræver en indsats fra forskellige dele af samfundet og ikke kun sundhedsvæsenet.
- Tuberkulose-strategien fokuserer på at finde alle med aktiv tuberkulose hurtigst muligt efter sygdomsudbrud. Der tilbydes forebyggende medicinsk behandling til udvalgte grupper af smittede, som ikke har aktiv sygdom.
- Der foretages aktiv smitteopsporing med screening af udvalgte grupper, men der gennemføres ikke længere egentlige befolknings-screeninger.

### 11.12.2 Svangerskabsafbrydelse

Abortraten i Grønland er ca. fem gange så høj som i Danmark. I alt blev der for 2021 indberettet oplysninger om 842 svangerskabsafbrydelser til Landslægeembedet. Selv om dette også i 2021 var højere end antallet af levendefødte, er antallet af svangerskabsafbrydelser nedadgående for tredje år i træk.

<sup>50</sup> Interview med Landslægen i Sermitsiaq, december 2019

**Figur 11.15: Den totale abortrate pr. 1.000 kvinder blandt 15-49-årige**

Kilde: [www.nun.gl](http://www.nun.gl)

I figur 11.15 ses udviklingen i den summariske abortrate siden 1993, hvor antallet af svangerskabsafbrydelser per 1.000 kvinder lå omkring 60. De fleste kvinder der får foretaget abort, er i alderen 16-34 år.

### 11.12.3 Unges seksuelle erfaringer

Ifølge Befolkningsundersøgelsen 2018 er andelen af 18-29-årige, der har været udsat for seksuelle overgreb inden 18-års-alderen på 26%.

En spørgeskemaundersøgelse fra 2015 om unges seksuelle erfaringer<sup>51</sup> viser, at 53% af de unge kvinder og 29% af de unge mænd har deres første seksuelle kontakt, mens de er yngre end 15 år. I alt 21% af de unge kvinder og 4% af de unge mænd angav i undersøgelsen, at de ikke var med til at bestemme, at det skulle ske, den første gang de oplevede seksuelt samvær.

Det bemærkes, at lovgivningen om behovet for samtykke før sex ikke var vedtaget på daværende tidspunkt, og fokus for beskrivelse er således ikke de juridiske aspekter, men betydningen af adfærden i forhold til unges seksuelle erfaringer.

En opfølgende telefonundersøgelse med 90 af de unge viste, at i over halvdelen af de tilfælde hvor den unge ikke selv var med til at bestemme, at der skulle foregå noget seksuelt, var det kæresten der overtalte hende/ham. I de tilfælde, hvor der var tale om seksuelt overgreb af en ikke-jævnaldrende partner, svarede de fleste unge, at det var 'mandlige familiemedlemmer', 'familiens mandlige venner', 'en voksen jeg har lært at kende' og 'andre'. Lige godt halvdelen af de unge i undersøgelsen, som havde været udsat for seksuelt overgreb, svarede ja til at de havde talt med nogen om det, heraf de fleste med en forælder, sjældent skolen eller kommunen. Lige mange kvinder og mænd oplyste dette. I halvdelen af tilfældene havde den person, de havde talt med, sagt at det var forkert, hvad de var blevet udsat for. I resten af tilfældene fik den unge ikke bekræftet, at seksuelt samvær ikke skal opleves på den måde. Det indikerer, at kun hver fjerde af de børn eller unge, der har været udsat for overgreb, får en voksens støtte til egen oplevelse af at have været udsat for et overgreb.

Enkelte havde meldt overgrebet til politiet, andre havde forsøgt at melde overgrebet til politiet, uden at det var lykkedes, og de fleste havde ikke anmeldt overgrebet til politiet. Så selv i de tilfælde, hvor børnene/de unge talte med en voksen om det overgreb, de havde været udsat for, foretoges der i de fleste tilfælde ikke en indsats i forhold til overgrebet eller mod den person, der havde udført overgrebet.

<sup>51</sup> Christensen E, Baviskar S., *Unge i Grønland - med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. København; 2015. Forfatterne gør opmærksom på, at der skal tages forbehold for antallet af informanter (148), og for at det er et følsomt emne i et lille samfund, hvor de unge ofte vil være forsigtige med at give oplysninger som evt. kan udpege den, der har begået overgrebet.

Undersøgelsen viser noget om, hvad der er på spil, når så mange unge er udsat for seksuelle overgreb eller deltager i uønsket seksuelt samvær. Dels kan det være svært at få nogen voksne i tale om det, og hvis det lykkes, er det ikke sikkert, at de unge bliver bekræftet i deres egne oplevelser af overgreb; dels bliver de færreste overgreb meldt til politiet. Undersøgelsen peger blandt andet på betydningen af social kontrol i små samfund.

Der er behov for at kunne tale åbent om disse ting, hvis der skal kunne gøres noget effektivt for at stoppe seksuelle overgreb. Der er behov for at bryde tabuer i skolerne, lokalsamfundene og familierne. Desuden er der behov for viden om seksuel sundhed.

#### 11.12.4 Konsekvenser af seksuel og reproduktiv usundhed

Forskere peger på at alle de ovennævnte problemstillinger vedrørende seksuel og reproduktiv sundhed har biologiske konsekvenser såsom infertilitet, blødningsforstyrrelser og kroniske underlivssmerter samt psykosociale konsekvenser som øget selvmordsrisiko, angsttilstande, depression, forbrug af rusmidler og manglende evne til at gennemføre en uddannelse og fastholde et job (Christensen & Baviskar, 2015; Homøe m.fl., 2015). Det er velkendte konsekvenser, som ikke uddybes her.

#### 11.12.5 Indsatser

Ifølge lovgivningen skal eleverne i folkeskolens ældste klasser have seksualundervisning. I folkeskoleloven fra 2012 nævnes 'personlig udvikling' herunder 'sundhed, social og emotionel læring'.

Siden 2007 har Dukkeprojektet kørt i regi af Paarisa. I Dukkeprojektet får unge udleveret en elektronisk dukke, der kan programmeres til at udtrykke en babys behov. De skal så passe dukken i et, to eller tre døgn. En evaluering af Dukkeprojektet i 2013<sup>52</sup> viste øget refleksion over graviditet og familiedannelse hos de unge, men projektet har ikke påvirket udviklingen i uønskede graviditeter i nævneværdig grad.

På Paarisas hjemmeside gives der råd og vejledning om seksuel sundhed. Desuden henvises til telefonlinjen Tusaannga hvis de unge har brug for at tale med nogen om problemer, som de ikke føler, at de kan løse selv. Det er anonymt og gratis at ringe.

Endelig bliver der udleveret gratis kondomer på sundhedsenhederne.

Fra 2012-2017 kørte der et ung-til-ung-projekt om seksuel sundhed i regi af Paarisa, kaldet SexInuk. Erfaringerne herfra kan være brugbare i fremtidige indsatser. I projektet underviste sygeplejestuderende folkeskoleelever og elever i Piareersarfik i Nuuk og på kysten i kroppens anatomi, seksuelt overførte sygdomme og svangerskabsforebyggelse. Metoderne var lege med fokus på sex og beskyttelse og forskellige former for 'icebreakers' hvor de unge kunne le og have det sjovt sammen. Dette var med til at få eleverne til at slappe af og åbne op for at tale om ting, som de ellers opfatter som tabu.

En evaluering af SexInuk i 2015<sup>53</sup> konkluderede, at der er behov for kommunikation i samfundet om tabu-belagte emner som seksuel sundhed. Vedrørende projektets metode, så konkluderedes det, at undervisningen skal foregå i en blanding af fagsprog og hverdagsprog, og at den uformelle ung-til-ung-tilgang er afgørende, fordi den er ydmyg i forhold til ikke at overskride elevernes grænser og samtidig skaber en tryk-atmosfære, blandt andet ved at skabe en humoristisk stemning. Tilgangen kræver instruktion af underviserne. Undervejs meldte underviserne selv om gode oplevelser med eleverne.

SexInuk ophørte i 2017, fordi det ikke lykkedes at rekruttere nye undervisere. Paarisa er nu (2023) i gang med at etablere et nyt projekt med ung-til-ung undervisning i samarbejde med Sexualisterne<sup>54</sup> i Danmark og ungdomsklubberne i Grønland.

<sup>52</sup> Wistoft, K. & Stovgaard, M. 2013. Evaluering af dukkeprojektet i Grønland. Aarhus Universitet. [https://pure.au.dk/ws/files/53329513/Rapport\\_Evaluering\\_Dukkeprojekt\\_Gr\\_nland.pdf](https://pure.au.dk/ws/files/53329513/Rapport_Evaluering_Dukkeprojekt_Gr_nland.pdf)

<sup>53</sup> Homøe AS, Knudsen AKS, Nielsen SB, Grynnerup AGA. Sexual and reproductive health in Greenland: Evaluation of implementing sexual peer-to-peer education in Greenland (the SexInuk project). *Int J Circumpolar Health*. 2015; 74:1-10.

<sup>54</sup> Sexualisterne er unge formidlere, som holder oplæg om seksualitet og debatterer seksualitet i øjenhøjde med andre unge. Sexualisterne hører under Ungdomsringen som er en paraplyorganisation for fritids- og ungdomsklubber i Danmark. De unge formidlere får supervision og kurser fra Ungdomsringen.

### 11.12.6 Udfordringer vedrørende organiseringen af forebyggelse omkring seksuel sundhed

Et kandidatspeciale fra Aalborg Universitet i 2019 med titlen "Seksuel sundhed i Grønland - Forebyggelse og implementering" peger blandt andet på følgende udfordringer i det forebyggende arbejde under Inuunerittita II:

- Mangel på stabil ledelse
- Manglende økonomiske ressourcer og en ustabil personalesituation med stort fravær
- Sproglige barrierer mellem grønlandsk- og dansktalende sundhedsfaglige konsulenter og forebyggelseskonsulenter
- Ulighed i tilgang til forebyggelse og sundhedstilbud pga. geografi, social arv og manglende uddannelse
- Mangel på uddannede forebyggelseskonsulenter
- Mangel på klare retningslinjer for arbejds- og ansvarsfordelinger i det forebyggende arbejde
- Individorientering trods kun evidens for kortsigtede effekter af individorienterede indsatser
- Manglende monitorering af indsatser og dermed vanskeligt at evaluere på indsatserne

De fleste af disse problemstillinger er velkendte. Individorienteringen er det, man prøver at imødegå med den børnelivs- og partnerskabsorienterede tilgang i Inuunerittita III.

### 11.13 Indsatser for KRAM og seksuel sundhed under Inuunerittita III

Inuunerittita III 2020-2030 har et andet fokus end Inuunerittita II, nemlig samarbejde om det gode børneliv. Det er hensigten, at problemer som seksuel sundhed og øvrige folkesundheds-problematikker skal håndteres gennem indsatser i børns liv, blandt andet familieliv og liv i lokalsamfund. Det er en langsigtet udviklingsstrategi, og der kunne tænkes undervejs at være behov for mere specifikke indsatser i forhold til KRAM og seksuel sundhed. Inuunerittita III er desuden indtil nu kun implementeret i én kommune. I de andre kommuner må man formode, at det forebyggende arbejde stadig er organiseret i forhold til Inuunerittita II, for så vidt det har været organiseret på den måde (se afsnit 11.5). Derfor kan anbefalingerne i ovennævnte speciale muligvis også have en aktualitet, selvom de udspringer af en analyse af situationen under Inuunerittita II (mange af punkterne er velkendte i forvejen).

### 11.14 Screeningsprogrammer i sundhedsvæsenet

Screening er et generelt tilbud til raske befolkningsgrupper om tidlig opsporing. Ifølge WHO er der en række principper, der skal være opfyldt, for at det er meningsfuldt for et samfund at indføre et nationalt screeningsprogram, blandt andet at de økonomiske omkostninger skal være balanceret i forhold til det opnåede sundhedsudbytte.

Ved stillingtagen til indførelse af et screeningsprogram vil en faglig anbefaling indgå - baseret på en videnskabeligt påvist effekt - sammen med praktiske muligheder, politiske ønsker og etiske overvejelser. Etablering af screening forudsætter, at der er et relevant behandlingstilbud.

Sundhedsvæsenet tilbyder et nationalt screeningsprogram for livmoderhalskræft:

- Kvinder mellem 20 og 50 år indkaldes hvert 3. år til screening
- Kvinder mellem 50 og 65 år indkaldes hvert 5. år til screening

Dækningsgraden er forholdsvis stabil hen over årene:

- 2016: 63% af kvinderne tog imod tilbuddet
- 2017: 62% af kvinderne tog imod tilbuddet
- 2018: 60% af kvinderne tog imod tilbuddet
- 2019: 61% af kvinderne tog imod tilbuddet

Der er ikke evalueret på effekten af screeningsprogrammet.

Der er ikke indført screening for brystkræft i Grønland. Patienter som er BRCA-positive, det vil sige særligt disponerede for brystkræft, og patienter som tidligere har haft brystkræft, tilbydes mammografi hvert 2. år.

Screening for tyk- og endetarmskræft har været overvejet. Departementet for Sundhed har tidligere vurderet, at det rent samfundsøkonomisk ikke er fordelagtigt at indføre tarmkræftscreening i forhold til det sundhedsmæssige udbytte. I 2021 og 2022 er der dog afsat henholdsvis 2,8 mio. kr. og 1,8 mio. kr. på hovedkonto 34.11.03 (DIH) til tidlig diagnosticering af tarmkræft i form af henholdsvis endoskopi og koloskopi. Disse midler er imidlertid ikke afsat til screening af raske personer. De er afsat til undersøgelse af personer med symptomer på kræft i tyk- eller endetarmen. Ressourcerne er blandt andet brugt til at etablere mulighed for at gennemføre kikkertundersøgelser af tyk- og endetarmen på udvalgte steder uden for Nuuk. Blandt de undersøgte vil 5-10% rent faktisk forventeligt have en kræftlidelse ifølge Landslægeembedet. Landslægen vurderer fortsat, at der aktuelt ikke er basis for at iværksætte nye screeningstiltag på kræftområdet, da ressourcerne mest hensigtsmæssigt vurderes anvendt på blandt andet at styrke udredningsfasen og andre tiltag beskrevet i Evaluering af "Forslag til Kræftplan 2013".

Spørgsmålet om eventuelle screeningsprogrammer handler ikke udelukkende om økonomiske ressourcer. Aktuelt vurderer Landslægen ikke, at der er et set-up i sundhedsvæsenet, som kan rumme flere kræft-screeningsprogrammer. Dette kan ændre sig hvis f.eks. nogle af de mange screeningsmetoder, der aktuelt er under udvikling, bliver alment tilgængelige.

## 11.15 Opsamling på udfordringer i sundhedsfremme og forebyggelse

### 11.15.1 Organisering og ansvarsfordeling i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde

- Der mangler overordnet styring af Inuuneritta III som også involverer repræsentanter fra kommunerne.
- I implementeringsfasen har kommunerne forskelligt fokus. Nogle af de kommuner, som endnu ikke praktiserer i overensstemmelse med Inuuneritta III, efterlyser støtte fra Paarisa til implementering af indsatser.
- Organiseringen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde under Inuuneritta II, som stadig er gældende i de fleste kommuner, fungerer mange steder ikke.
- Omfanget af indsatser overstiger kommunernes ressourcer og kapacitet.

### 11.15.2 KRAM-faktorerne og seksuel sundhed

- Forekomsten af svær overvægt har et epidemisk omfang. Der er gode indsatser i forhold til kost og motion, som skal styrkes.
- Indsatser mod rygning er få og spredt fægtning. Indsatser skal forstærkes og systematiseres.
- Den vigtigste forebyggelsesindsats mod rusmidler er Tidlig Indsats over for omsorgssvigt og opvækst i et hjem med rusmidler og vold, men der er behov for sammenhængende indsatser (se om Tidlig Indsats i kapitel 10).
- Seksuelle overgreb på børn og unge håndteres mangelfuldt. Der er behov for indsatser i skolen, lokalsamfundet m.m. med henblik på at bryde tabuet og oplyse om seksuel sundhed.
- Forebyggelsesområdet vokser, men midlerne følger ikke med.

### 11.16 Perspektiveringer

- En bedre organisering vil kunne bidrage til mere sammenhængende og fokuserede indsatser i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, herunder er der gode perspektiver i en øget inddragelse af kommunerne i forberedelse af strategier og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme. Departementet for Børn, Unge og Familier og Socialstyrelsen er angiveligt opmærksomme herpå, men dette skal have et politisk gennemslag for at kunne udløse potentialerne på området.
- Manglende eller ikke tilstrækkeligt overblik over økonomien og effekter af indsatsen på området for forebyggelse og sundhedsfremme gør det vanskeligt at prioritere indsatser på et oplyst grundlag og at kunne skære ikke-fungerende indsatser væk, endsiige tage stilling til eventuelle behov for øgede budgetter på området.
- Ovenstående problemstillinger viser et muligt behov for også at revurdere lovgivningen om forebyggelse, blandt andet forebyggelsesudvalg. Det er oplagt, at øget sundhedsfremme og forebyggelse ikke kun er en opgave for det offentlige, men i høj grad både kan og bør bæres af fokus på gode valg og værdier formuleret og fremmet af frivillige organisationer, arbejdspladser og rollemodeller i samfundet.
- Ny lovgivning om psykisk vold kan forventes at komme til at give øget belastning på sundhedsvæsenet, da lovgivningen afstedkommer et øget behov for udredning.

## 11.17 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At optimere organiseringen af arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på mere fokuserede og sammenhængende indsatser og for at fremme en klarere ansvarsfordeling
2. At øge inddragelse af kommunerne i forberedelse af strategier og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme
3. At skabe overblik over økonomien og effekter af indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme for prioritering af indsatser på et oplyst grundlag og for at kunne tage stilling til budgetter på området
4. At sikre en reelt overordnet styring af Inuuneritta III, som også involverer repræsentanter fra kommunerne og sundhedsvæsenet
5. At sikre fornyet satsning på KRAM-faktorerne i det forebyggende arbejdet for at påvirke livsstil
6. At have vedvarende fokus på betydningen af lovgivning om alkohol, tobak og euforiserende stoffer i forhold til forbrug og misbrug heraf
7. At styrke seksualoplysning gennem ung-til-ung-indsatser, og styrke at seksuel sundhed kan debatteres i det offentlige rum
8. At inddrage civilsamfundet og arbejdspladserne i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse
9. At kommunerne får større faglig støtte fra centralt hold og der herunder sikres et samarbejde om relevant efteruddannelse af medarbejderne i forhold til at udvikle det forebyggende arbejde
10. At etablere en fælles kommunikationsplatform for sundhedsfremme og forebyggelsesområdet for alle relevante parter

## Kapitel 12. Rehabilitering

Hovedpunkter i kapitlet:

- Rehabilitering rummer både fysisk træning/hjælpe midler og psykosociale indsatser, og omfatter alle aldersgrupper og mange forskellige diagnoser
- Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem borgere, pårørende og fagfolk, hvor hele borgerens livssituation inddrages, også under indlæggelse i sundhedsvæsenet
- Der mangler procedurer for rehabilitering i sundhedsvæsenet på linje med procedurer for diagnosticering og behandling. Procedurer er f.eks. samtaler med patienterne og arbejds gange i overlevering til kommunerne
- Rehabilitering foregår overvejende i borgerens hverdagsliv og er en vigtig opgave for kommunerne. Der mangler lovgivning for borgernes ret til rehabilitering og for ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne
- Det er en udfordring, at ansvaret for rehabilitering er delt mellem flere departementer og samtlige kommuner
- Ressourcer til rehabilitering er meget forskelligt fordelt lokalt
- Der er behov for at udvikle lokale muligheder for rehabilitering, når man ikke er tæt på ekspertisen
- Færdigbehandlede patienter optager mange sengepladser i sundhedsvæsenet med negative konsekvenser for behandling af akut syge. Det skyldes dog ikke nødvendigvis rehabilitering men også f.eks. manglende hjemmepleje
- Der er behov for et rehabiliteringstilbud for patienter på Det Grønlandske Patienthjem
- Der er gode erfaringer med hverdagsrehabilitering i en kommune, men personalebemandingen har været ustabil. Der er behov for at håndtere denne (generelle) problematik som forudsætning for at udvikle rehabiliteringsområdet.
- Det landsdækkende handicapcenter Pissassarfik er velfungerende, men der er undertiden udfordringer med rekruttering af personale pga. mangel på indkvarteringsmuligheder.
- Telemedicin: Der er gode erfaringer i psykiatrien med det nye udstyr. Det bruges blandt andet til opfølgning på patienternes situation i hverdagen, det vil sige rehabilitering, uden hvilken behandling i sundhedsvæsenet kan blive resultatløs.
- Der er gjort et stort og vigtigt arbejde med at udforme en rehabiliteringsstrategi. Videreudvikling og vedtagelse af strategien afventer lovgivning og økonomisk kortlægning af rehabiliteringsområdet.

### 12.1 Hvad er rehabilitering?

Rehabilitering dækker over en række indsatser til borgere, der har eller er i risiko for at miste dele af deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne. Formålet med rehabilitering er at hjælpe borgeren til en hverdag, der er så selvstændig og meningsfuld som muligt.

Hvidbog for Rehabilitering fra 2004 definerer rehabilitering som:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv."*

*fuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.*

Rehabilitering gælder alle borgere – børn og unge, voksne og ældre. Rehabilitering kan både omfatte behandling af forskellig art, fysisk træning, psykosociale indsatser, støttende og kompenserende indsatser og indsatser rettet mod uddannelse og beskæftigelse. I nærværende sammenhæng ses der stort set bort fra rehabilitering rettet mod uddannelse og beskæftigelse, således at der er fokus på rehabilitering i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Rehabilitering på uddannelses- og beskæftigelsesområdet er vigtigt, men hører hjemme i de respektive sektorer, men omtales dog i forbindelse med afsnit 12.8 om Majoriaq-centrene.

Rehabilitering tilbydes typisk i forbindelse med bestemte behandlinger, f.eks. udskiftning af hofte- og knæled, efter en blodprop eller blødning i hjernen eller er et tilbud til en række kronikergrupper, f.eks. patienter med KOL og kræft, ligesom det også tilbydes ældregrupper og i den forbindelse ofte omtales som vedligeholdelsestræning. Indhold og karakter afhænger af sygdommens og funktionstilstandenes karakter og patienternes situation.

## 12.2 Borgere med behov for rehabilitering

Det er svært at fastslå, hvor mange borgere der har behov for en rehabiliterende indsats, da der kun findes meget begrænset forskning og data, der specifikt handler om rehabiliteringspatienter i Grønland. Der er dog en stor gruppe borgere, hvorom man ved, at rehabilitering ofte er nødvendig. Det drejer sig blandt andet om borgere med hjerte-kar-sygdomme, muskel- og knoglesygdomme og apopleksi, jf. nedenstående tabel.

**Tabel 12.1: Antal indlagte patienter i sygdomsgrupper med særligt behov for rehabilitering**

	Antal patienter i 2015	Antal patienter i 2016
Hjerte-kar-sygdomme	228	226
Muskel- og knoglesygdomme	449	328
Apopleksi	121	82

Kilde: Tabellen er fra Forslag til National Rehabiliteringsstrategi 2017. Nyere data er under udarbejdelse.

Derudover kan borgere med en række andre kroniske sygdomme, blandt andet kræft og psykisk sygdom samt ældre, ofte have gavn af et rehabiliteringstilbud. Rehabilitering vil kunne hjælpe i hvert fald en markant del af de nævnte borgergrupper med at fungere bedre i hverdagen, være mere selvstændige, og eventuelt vende tilbage til arbejdsmarkedet. Sundhedsprofessionelle vurderer, at der i dag kun i et begrænset omfang tilbydes et sammenhængende rehabiliteringsforløb til ovenstående grupper. Eksempelvis oplever nogle kræftpatienter med senfølger efter behandling, at de ikke får et rehabiliteringstilbud, formentlig fordi deres tilstand ikke vurderes som kronisk.

### 12.2.1 Patient- og medarbejderperspektivet

Forskning i kronisk syge patienters daglige livsførelse med sygdom i Grønland har vist, at mange patienter i dagligdagen har ressourcer, blandt andet pårørende, som de bruger aktivt til at håndtere livet med sygdom, men at viden herom inddrages utilstrækkeligt i de professionelle indsatser i sundhedsvæsenet. Det medfører ofte, at dyr hospitalsbehandling ikke følges op efter udskrivelsen, med forværring af sygdommen, tilstødende diagnoser og genindlæggelser til følge.

Dette er der også blevet givet udtryk for på borgermøder med Sundhedskommissionen. Patienter oplever god behandling på sygehusene, også i Danmark, men efter udskrivelsen er der ingen aftaler om, hvem der tager over og følger op på behandlingen. Hvad angår behandling i Danmark, så oplever patienter, at de selv skal kontakte sundhedsvæsenet med henblik på opfølgning efter behandlingen i Danmark. I andre sammen-

hænge giver personale i sundhedsvæsenet udtryk for de samme oplevelser, men også for at de er for få ansatte til at imødekomme behovene.

Et grundlæggende problem er mangelfuld kommunikation om patienters og pårørendes udfordringer i hverdagslivet, både på grund af sprogsvækkigheder og kulturelle forskelligheder mellem patienter og personale, men også fordi sundhedsvæsenet overvejende er sygdoms- og behandlingsorienteret og ikke inddrager den enkeltes forudsætninger og muligheder for at videreføre livet med kronisk sygdom i hverdagen. Dette manglende fokus på hverdagslivet vanskeliggør også samarbejdet med de kommunale instanser, der tager over, når patienterne udskrives.

Inddragelsen af patienternes perspektiver i sundhedsvæsenets praksis rummer i sig selv muligheder for rehabilitering gennem indsigt i individuelle og lokale ressourcer i forhold til at håndtere livet med kronisk sygdom. Der mangler dog i et vist omfang proceduremæssigt fokus på rehabilitering i sundhedsvæsenet og de procedurer for diagnosticering og behandling. En af grundene kan være, at det for personalet er uvant at tænke rehabilitering som støtte til patienternes hele livsførelse, ikke kun fysisk genoptræning. I forbindelse med et brugerinddragelsesprojekt på DIH har man indført systematiske samtaler med nogle patientgrupper om, hvordan de skal klare sig, når de kommer hjem. Sådanne udskrivningssamtaler kan betragtes som et vigtigt led i rehabilitering.

De nævnte indsatser er 'lavteknologiske' i den forstand, at de styrker borgernes egne initiativer og medbestemmelse og dermed samtidig styrker den kulturelle relevans af indsatserne, hvortil kommer værdien af at styrke det tværfaglige samarbejde. Det betyder tilsammen, at indsatserne er økonomisk overkommelige og på langt sigt økonomibesparende, jf. blandt andet anbefalinger i *Kræftplanen 2013* og *Sundhedsstrategien 2014-17*. Så rehabilitering er ikke alene til stor gavn for patienterne, men også en gevinst for samfundsøkonomien. Indsatserne er selvsagt ikke kun relevante for kronisk syge, men også for andre borgere med funktionsnedsættelser, blandt andet handicappede og ældre. Fra medarbejdersiden er der blandt andet foreslået oprettelse af en rehabiliteringsenhed i sundhedsvæsenet.

En interviewundersøgelse af terapeuters, sygeplejerskers og social- og fagcheferes perspektiver på rehabilitering i henholdsvis Nuuk og den daværende Qaasuitsup Kommunia pegede på følgende:

- Den dominerende tilgang til rehabilitering, blandt andet fysisk genoptræning og korrekt medicinering, tager ansvaret og initiativet fra borgerne selv. Tilgangen sætter fokus på mangler frem for ressourcer.
- Motivationen til at være medansvarlig for at få et velfungerende liv, og ressourcerne til det, ligger i folks egen hverdag.
- Kilderne til motivation peger på betydningen af at inddrage den lokale viden med henblik på at udvikle rehabiliterende indsatser sammen med borgerne. Det gælder både viden om borgernes nære sociale sammenhænge og aktiviteter samt mulighederne i lokalsamfundet.
- Vedrørende manglen på uddannet personale, så påpeges et behov for at tage udgangspunkt i de ressourcer der er, og udnytte dem på konstruktive måder, i stedet for kun at fokusere på uddannelsesniveauet som en begrænsning. Der peges på de kortuddannedes/ufaglærtes styrker og ressourcer blandt andet i form af deres lokalkendskab og kendskab til den enkelte borger, og der foreslås faglig sparring og efteruddannelse, lokalt og via telemedicin. Der peges altså på et behov for at anerkende betydningen af det kortuddannede/ufaglærte personales betydning for kronisk syges muligheder for at håndtere livet i hverdagen og dermed et behov for at satse mere på efteruddannelse og faglig udvikling af denne gruppe.

### 12.3 Lovgivning

Det har hidtil været opfattelsen, at det var sundhedsvæsenets opgave at yde genoptræning til højst muligt niveau og kommunens opgave at tilbyde vedligeholdelsestræning. Det er imidlertid ikke klart beskrevet i lovgivningen, og ansvaret er således ikke entydigt placeret.

Et af de få steder, hvor området bliver berørt, er i § 14 i *Landstingsforordningen om sundhedsvæsenets ydelser m.v.* Her er det angivet, hvilke ydelser sundhedsvæsenet tilbyder, herunder fysiurgisk behandling,

der finder sted i tilknytning til læge- eller sygehusbehandling. I *Ydelseskataloget* omtales fysioterapeutisk behandling og ergoterapeutisk behandling, jf. tabel 12.2. Der er behov for en klar lovgivning om retten til rehabilitering og om fordeling af ansvaret for rehabilitering mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

Støtte til personer med handicap kan siges at have overlap til rehabiliteringsområdet. Handicap-loven præciserer i detaljer, hvad støtte til personer med funktionsnedsættelser (= rehabilitering) er. Støtte til personer med handicap er udelukkende et kommunalt anliggende. Formålet med loven er ifølge § 1 at:

1. sikre, at personer med handicap tilbydes rådgivning og støtte for at afhjælpe problemer som følge af et handicap
2. fremme den enkelte persons mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten
3. fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, herunder igennem muligheden for uddannelse, i det omfang det er muligt for den enkelte
4. sikre personer med handicap lige muligheder i samfundet og imødegå diskrimination på grund af handicap og derigennem så vidt muligt sikre fuld og effektiv deltagelse og inklusion i samfundet
5. fremme den enkeltes mulighed for uddannelse og beskæftigelse  
(Inatsisartutlov nr. 13 af 12. juni 2019)

Der er behov for på samme måde at præcisere lovgivningsmæssigt hvad rehabilitering til kronisk syge er med henblik på at udvide spekteret af handlemuligheder for kommunerne ud over blot fysisk genoptræning. Det løser dog ikke udfordringerne med manglende ressourcer i kommunerne, og nok heller ikke med tydeliggørelse af ansvarsfordeling.

## 12.4 Organisering og ansvarsfordeling

I forbindelse med rehabilitering ser sundhedsvæsenet sin rolle inden for rehabilitering som en samarbejdsproces mellem patienten og det sundhedsfaglige personale, hvor hele patientens livssituation inddrages. Den rehabiliterende proces indeholder fysisk træning, indtil patienten har opnået sin maksimale kunnen. Derudover er der dialog med patienten om den nye livssituation. Målet er, at patienten får konkrete strategier til at opbygge en ny hverdag.

Sundhedsvæsenets rehabiliterende indsats forløber, indtil der ikke er yderligere fysiske fremskridt hos patienten. Herefter udskrives patienten. Nogle patienter fortsætter i ambulant behandling. Sundhedsvæsenet har en vigtig rolle i forhold til at sikre god overlevering til kommunerne, så de på baggrund af sundhedsvæsenets beskrivelse af borgerens funktionsniveau kan igangsætte vedligeholdende træning.

Der er generelt et behov for nærmere at få afklaret, i hvilket omfang der foreligger en ret for patienter til at få rehabiliterende genoptræning, og hvem der eventuelt skal tilbyde dette.

På sundhedsvæsenets ledelseskonference i november 2022 blev der givet udtryk for, at så længe patienterne kan forbedre deres funktionsniveau, så er genoptræning sundhedsvæsenets opgave. Først derefter overtager kommunen. Nogle pegede dog på at rehabilitering burde være et hovedansvar for kommunerne så sundhedsvæsenet kan koncentrere sig om de akut syge. Hvis der ikke er et tilstrækkeligt tilbud i kommunerne, kommer patienterne tilbage til sundhedsvæsenet. En af løsningerne kunne være delestillinger mellem sundhedsvæsenet og kommunerne (fysio- og ergoterapeuter). Der er gode erfaringer med delestillinger i flere kommuner/regioner, og de anbefales af praktikere i både sundhedsvæsenet og kommunerne.

På et møde i Sundhedskommissionen blev der fra Departementet for Sundheds side gjort opmærksom på, at mange kommunale rehabiliteringstilbud er bestemt af budgetter frem for behov. Der er derfor også ofte forskel på tilbud på tværs af kommunerne. Desuden anerkender kommunerne ikke altid lægernes beslutninger om, at patienter er færdigbehandlede, uanset at det er en lægelig afgørelse. Nogle kommuner udarbejder deres egne ydelseskataloger/kvalitetsstandarder, som så bliver besluttet af kommunalbestyrelsen. Kommunernes tiltag er udtryk for ressourceangel. Fra sundhedsvæsenets side gives der udtryk for et behov for at finde løsninger fremfor at strides om, hvem der skal tage sig af de konkrete patienter.

## 12.5 Sundhedsvæsenet og rehabilitering

Sundhedsvæsenet beskriver flere forskellige opgaver inden for rehabilitering, som de på nuværende tidspunkt varetager:

### Udlevering af hjælpemidler

Sundhedsvæsenet er ansvarligt for at udlevere hjælpemidler, der afstiver, erstatter eller korrigerer defekte eller manglende legemsdele og som indgår i behandlingen, eksempelvis proteser, specialsyet fodtøj og brystproteser. Derudover udleverer sundhedsvæsenet kropsnære hjælpemidler, hvor hjælpemidlerne indgår som en del af behandlingsindsatsen, eksempelvis medicin, poser og tilgrænsende materiale til dialysepatienter og blodsukkerapparater til diabetikere.

Derudover kan sundhedsvæsenet midlertidigt udlåne hjælpemidler til borgere, som kommunerne ellers har ansvaret for at udlevere, eksempelvis kørestole, rollator m.v.

Der pågår et arbejde i regi af sundhedsvæsenet, Departementet for Sundhed og Departementet for Børn, Unge og Familier om afklaring af betalingsansvaret for forskellige hjælpemidler. Det skyldes uklarhed i forhold til, hvilke hjælpemidler henholdsvis kommunerne og sundhedsvæsenet har ansvar for at udlevere og betale. Det er Det Grønlandske Sundhedsvæsens forståelse, at sundhedsvæsenet skal udlevere hjælpemidler, som led i en behandling. Når hjælpemidlet skal kompensere for en varigt nedsat funktion eller anvendes i forbindelse med optræning og vedligeholdelse, overgår ansvaret til kommunerne.

På sundhedsvæsenets ledelseskonference i november 2022 blev der givet udtryk for, at samarbejdet mellem DIH og Kommuneqarfik Sermersooq om hjælpemidler er godt. I nogle kommuner er der et tæt samarbejde om hjælpemidler gennem delestillinger, f.eks. fysioterapeuter.

Det skal bemærkes at Arbejdsskadestyrelsen også bidrager med hjælpemidler.

### Fysio- og ergoterapi på sygehusene

Der tilbydes fysioterapeutisk behandling på alle regionssygehusene og i varierende omfang ergoterapi (ifølge sundhedsvæsenets fremmødeplaner for 2021). På DIH tilbyder terapien blandt andet at vurdere, behandle, genoptræne og rådgive patienter, som i forbindelse med sygdom har fået et funktionstab.

Den aktuelle aktivitet indenfor ergo- og fysioterapi på DIH fremgår af tabel 12.2. Der er ikke særskilt registreret ambulante ergo- og fysioterapi-aktivitet på regionssygehusene. På regionssygehusene opgives alene et sumtal for ambulante aktivitet. Der er umiddelbart ikke en forklaring på stigningen fra 2020 til 2021.

**Tabel 12.2: Ambulante aktiviteter 2017-2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Ergoterapi, DIH	3101	3009	3542	3917	3875
Fysioterapi, DIH	10626	11261	10415	11998	14004

Kilde: Sundhedsledelsen: Dataudtræk i sundhedsvæsenet, 8. september 2022. På ledelseskonferencen november 2022 blev det oplyst, at der i 2019 var 1078 patienter i ergoterapien og 3692 patienter i fysioterapien. En patient er ikke lig med et cpr-nummer, men en fysisk behandlet person. Det vil sige, at den samme person kan have flere kontakter.

Rehabilitering på det psykiatriske område omtales dels i et senere afsnit, dels i sammenhæng med kapitel 14 om psykiatri. Der er uklart, om psykiatrisk rehabilitering er del af den aktivitet, der fremgår af tabel 12.2.

### Kræftpatienter

Kræft rammer bredt i befolkningen, hvor også yngre personer i den arbejdsdygtige alder bliver ramt. I dette tilfælde kan en vellykket rehabilitering hjælpe med at få kræftpatienter tilbage på arbejdsmarkedet og igen ses som en ressource i samfundet, men dette foregår ikke uden udfordringer.

I Naalakkersuisuts *Forslag til Kræftplan 2013* er kræftpatienters sociale behov og rehabilitering berørt. Her beskrives, at kræftpatienters sociale behov er lige så komplekse og forskelligartede som hos den øvrige befolkning, bare kompliceret af de ekstra behov deres sygdom medfører for dem selv og deres familie. Mange kræftpatienter er i den arbejdsdygtige alder, hvorfor en god rehabilitering og afdækning af de sociale behov ikke kun har stor betydning for den enkelte patient men også for samfundsøkonomien.

Kræftpatienters rehabiliteringsbehov er forskellige. Som tidligere omtalt er det vigtigt at være opmærksom på, at mange kræfttramte bliver behandlet succesfuldt, men får senfølger af selve behandlingen. Mange af disse borgere har således kroniske lidelser og har også brug for rehabilitering.

For mange kan enkle tiltag være med til at forbedre deres rehabilitering. Udfordringerne om rehabilitering viser sig ved, at ansvaret for rehabiliteringen er delt mellem mange departementer og samtlige kommuner. Andre udfordringer kan skyldes manglende muligheder lokalt. Sundhedsvæsenets lokale enheder og kommunerne råder over begrænsede og til dels forskellige praktiske ressourcer og viden. Derfor ses også forskellige muligheder for varetagelsen af rehabiliteringsindsatsen. Andre vigtige aktører inden for rehabilitering, såsom arbejdsgivere, arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer, samt frivillige organisationer, som f.eks. Neriuffik (Kræftens Bekæmpelse), kan have stor betydning (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2013).

En vigtig del af rehabilitering kan også være en egentlig revalidering, hvor målet er tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Vurderinger af revalideringsmuligheder og -behov udføres af kommunerne, mens indsatsen er sikret økonomisk gennem 50% medfinansiering fra Selvstyret.

Det må formodes, at de udfordringer vedrørende rehabilitering, som Kræftplanen udfolder, for størstedelens vedkommende kan overføres til andre grupper af kronisk syge.

### **Det Grønlandske Patienthjem, DGP**

Ved besøg på Det Grønlandske Patienthjem samt på sundhedsvæsenets ledelseskonference i november blev spørgsmålet om rehabilitering af grønlandske patienter på Rigshospitalet og Gentofte Sygehus rejst i forhold til Patienthjemmets rolle. I Danmark forestår kommunerne rehabilitering efter sygehusbehandling, f.eks. efter en hofteudskiftning, og udskrivning efter sygehusbehandling sker i forventning om kommunal rehabilitering. Dette gælder imidlertid ikke for grønlandske patienter, som ofte udskrives 'for tidligt' i den forstand, at der savnes en efterfølgende rehabiliterende indsats. Dette skaber en dilemmafyldt situation for DGP. Patientkoordinatoren på Rigshospitalet forsøger at skabe forståelse for de grønlandske patienters særlige situation. Der har kørt en forsøgsordning med rehabilitering af kræftpatienter på DGP. Hvis der kunne skabes en lokalemæssig løsning, kunne en sådan ordning overvejes. Det er næppe realistisk at satse på rehabilitering i kommunerne efter hjemkomsten fra Danmark. Desuden er hjemtransport en udfordring for en række patienter med behov for rehabilitering.

### **Distriktspsykiatrien**

Distriktspsykiatrien er et tilbud til ikke-indlagte patienter med svære psykiatriske lidelser, der har behov for at komme sig, udvikle sig og skabe eller genoptage en hverdag efter udskrivelse. Funktionen indeholder blandt andet tilbud om psykiatrisk hjemmesygepleje, medicinudlevering i doseringsæsker og administration af depotmedicin. Tilbuddet har et rehabiliterende sigte, idet målet er, at borgeren opnår det maksimale niveau af uafhængighed psykologisk, socialt og fysisk.

### **Psykiatrien**

Det Psykiatriske Område på Dronning Ingrid's Hospital har et tilbud til indlagte og ambulante patienter, Psykiatrisk Terapi. Dette kan blandt andet indeholde ADL-træning (Activities of Daily Living), som fokuserer på hverdagsaktiviteter, eksempelvis indkøb, rengøring, madlavning m.v.

Et studie af skizofreni i Grønland har peget på, at personer med skizofreni har et dokumenteret behov for fysisk og psykosocial rehabilitering; blandt andet er forekomsten af diabetes, overvægt og forhøjet blodtryk høj og den socioøkonomiske status ofte lav (M. L. Pedersen & Jacobsen, 2021). Samme behov er dokumenteret blandt patienter med andre former for psykisk sygdom i Danmark (Psykiatrifonden, 2021). Det er således relevant at være opmærksom på behovet for rehabilitering blandt psykiatriske patienter, herunder

personer med skizofreni. Et tværsektorielt samarbejde på tværs af psykiatrien og det somatiske område er afgørende.

På sundhedsvæsenets ledelseskonference i november 2022 blev der fra psykiatrisk område omtalt mange udfordringer vedrørende rehabilitering til psykiatriske patienter:

- Mange børn og unge får ikke den nødvendige støtte efter afsluttet forløb i psykiatrien
- Der mangler rehabiliterende sengepladser til retspsykiatriske patienter
- Psykiatriske patienter har ikke samme tilbud ude i samfundet, som ikke-psykiatriske patienter, eksempelvis misbrugsbehandling, studenterrådgivning, Killiliisa (krænker-behandling) m.m.
- Stort behov for oplysning til borgerne, syge og pårørende

På den baggrund efterlyste ledelsen af psykiatrisk område:

- Støtte til børn og unge efter afsluttet forløb, blandt andet gennem brobygning til institutioner og kommunen
- Rehabiliterende sengepladser til retspsykiatriske patienter
- Lige adgang til samfundets tilbud for psykiatriske patienter og afstigmatisering af psykisk sygdom
- Oplysning, information, selvhjælps-apps til borgerne, syge og pårørende

## 12.6 Kommunerne og rehabilitering

Der foreligger ikke systematisk information, men nedenstående beskrivelse af arbejdet med hverdagsrehabilitering illustrerer tilgangen i den største kommune, Kommuneqarfik Sermersooq.

### **Projektet "Hverdagsrehabilitering" i Kommuneqarfik Sermersooq**

Beskrivelse af casen er baseret på interview med nøglepersoner i rehabiliteringsteamet i Kommuneqarfik Sermersooqs terapeutteam i 2021 samt kommunale dokumenter i forbindelse med opstarten af projektet. Efter at den fysioterapeut, som stod for implementering af projektet, sagde op, er det mere eller mindre gået i stå. Det omtales alligevel udførligt her for at henlede opmærksomheden på perspektiverne med hverdagsrehabilitering.

Projektet "Hverdagsrehabilitering" blev startet i Nuuk 2016 og blev oprindeligt kaldt "Træning før pleje". Formålet med tilbuddet er, at hjemmehjælpsmodtagere via egne ønsker og motivation samt et tværfagligt fokus på aktiv hjælp frem for passiv pleje bliver mere selvhjulpne og derved får større muligheder for et selvbestemt og meningsfuldt liv. Projektet skal skabe de bedste muligheder for, at borgere – primært på 65 år og opefter – kan fungere i eget hjem, så længe det er muligt. Mange borgere foretrækker at forblive i eget hjem og deres vante omgivelser.

Det er primært en fysioterapeut og en ergoterapeut, der står for det daglige arbejde i hverdagsrehabilitering. Det foregår på den måde, at den indledende samtale foretages af fysio-/ergoterapeut, mens det i hverdagen er efteruddannede hjemmehjælpere, der står for indsatsen.

Teamet tager desuden også ud til plejehjem eller på sygehuset for at vurdere enkelte borgeres behov for støtte. Det handler om at møde borgerne, hvor de er, og finde en løsning der også passer til deres ønsker. Kultur er desuden vigtigt i arbejdet, og der arbejdes altid ud fra borgerens ønsker. Dette kan også indebære at være i naturen, eller at der skal indgå grønlandske fødevarer som en del af måltiderne. Det er vigtigt, at kulturen bliver respekteret og inkluderet i rehabiliteringen.

I praksis kan alle kontakte terapeutteamet, det kan være pårørende, kommunen eller sygehuset. Terapeutteamet kommer herefter ud til borgerne og arbejder ud fra deres situation. Et forløb med en borger varer typisk 2-12 uger. Når forløbet er ved at være slut, vurderes det af teamet, om man er nået i mål, eller om der kan være behov for at borgeren sættes i kontakt med andre faggrupper. Projektet har fokus på fysiske og kognitive funktionsnedsættelser, men hvis teamet oplever, at der er andre faktorer, som spiller en væsentlig rolle (f.eks. ensomhed), så tager teamet kontakt til andre tilbud.

Det har krævet økonomi, tid og kræfter at få projektet op at køre i Nuuk og har været en faglig og samarbejds­mæssig udfordring.

Der er desuden også nogle faktorer der skal overvejes med hensyn til at udbrede projektet til andre byer og bygder i Kommuneqarfik Sermersooq:

- Der er langt færre borgere i de enkelte bosteder uden for Nuuk. Det betyder, at medarbejderne har at gøre med forskellige aldersgrupper og forskellige problemstillinger af behandlings­mæssig og social­psykiatrisk art, hvoraf rehabilitering kun udgør en del. Selvom hverdagsrehabilitering er ment som en integreret indsats i hjemmehjælpernes daglige arbejde, så kræver det dog et særligt fokus, især i implementeringsfasen.
- Det skal også overvejes, om der er ressourcer i de områder, hvor man ønsker at implementere projektet, da der ofte ikke vil være tid og faglige ressourcer til at opstarte et nyt projekt.

Erfaringerne fra projektet har vist at:

- Borgerne har gavn af metoden. De får muligheden for at være i eget hjem, så længe de kan, med få justeringer, som nogle gange kun handler om at få rykket rundt på nogle ting i hjemmet.
- Det er godt med det tværfaglige samarbejde, hvor blandt andet ufaglærte på plejehjem får oplæring og sparring i, hvordan de skal hjælpe deres borgere bedst.
- Det er en fordel, at alt personalet i rehabiliteringsteamet er fastansatte og uddannede. Der arbejdes derved i en mindre, fast gruppe af kollegaer, hvilket betyder, at man kender hinanden, og man ved hvad der skal laves.
- I tilfælde af personaleskift er der udarbejdet rammer og kvalitetsstandarder for, hvad arbejdet faktisk går ud på for at sikre en god overlevering til nye medarbejdere.
- Udfordringer i udskiftning af personale i blandt andet kommunen. Jævnlig udskiftning betyder, at det er teamet der bærer projektet og hele tiden skal lære nye samarbejdspartnere op. Når der er udskiftning i personalet, kan det være helt nye mennesker uden kendskab til Grønland, hvilket kan gøre arbejdet vanskeligt.
- Det er vigtigt at være synlig, så de andre institutioner ved, hvem teamet er, og hvad de laver. Når der kommer store udskiftninger i personalet f.eks. på plejehjem, bliver teamet hurtigt glemt og bliver ikke kontak­tet i tilstrækkelig grad.
- Det er ikke alle opgaver som f.eks. hjemmeplejen føler sig trygge ved at overtage, da der er en del, som ikke har den uddannelse det kræver for at overtage forskellige arbejdsopgaver. Ved projektets opstart fik hjemmehjælperne, der skulle fungere som hjemmetrænere, kursus i hverdagsrehabilitering.

Ifølge fagchefen for ældreområdet i Kommuneqarfik Sermersooq bør hverdagsrehabilitering have høj prioritet da der stort set kun er positivt at sige om rehabilitering i forhold til brugerne, som det også fremgår af erfaringerne fra terapeutteamet. En væsentlig hindring for at etablere og gennemføre hverdagsrehabilitering er ustabiliteten blandt personale i ældreplejen.

## 12.7 Handicapcenteret Pissassarfik

Pissassarfik er et landsdækkende handicapcenter i Sisimiut under Socialstyrelsen og er finansieret over finansloven med en årlig bevilling på 11,2 mio. kr. Forløb på centeret sker på foranledning af kommunerne ved en visitering. Der er ikke forudsat indtægter.

Centeret tilbyder faglig vejledning, rådgivning, kurser, undervisning og træning i forhold til fysiske, psykiske, tale-sproglige og kognitive handicap. Centeret har 8 pladser, hvor der normalt er tale om ophold á 2-3 ugers varighed, oftest med en ledsagende pårørende. Hertil kommer ambulans behandling. Der henvises fra kommunerne. Opholdet er gratis, mens rejseudgifter normalt skal afholdes af kommunerne.

Tilbuddet er rettet mod personer med handicap - børn og unge såvel som voksne, pårørende til personer med handicap og fagpersoner, som arbejder med området. Der er primært tale om personer med sen-hjerner­skader efter blodprop i hjernen eller hjerneblødning. Man modtager også personer med ADHD.

Pissassarfik samler en række fagspecialer på ét sted, blandt andet ergo- og fysioterapeuter samt pædagoger, og giver dermed mulighed for helhedsorienterede løsninger, vidensudvikling og -deling på tværs af faggrupper.

Formålet med centeret er at forbedre livskvaliteten for borgere med handicap samt forbedre mulighederne for en meningsfuld tilværelse. Man er i tæt dialog med borgeren med henblik på at fastlægge en individuel og realistisk målsætning med inddragelse af pårørende og nærmiljøet i øvrigt.

Det er et grundlæggende princip for Pissassarfik, at et forløb tager udgangspunkt i og implementeres i borgerens hverdag. Når borgeren er hjemme igen, skal vedkommende selv følge op på og vedligeholde træningen og de nye færdigheder, som borgeren eller borgerens barn har opnået. Der laves en træningsplan ved udskrivningen.

Pissassarfik blev besøgt af medlemmer af Sundhedskommissionen i sommeren 2022. Indtrykket var en velfungerende og professionelt drevet institution. Personalet gav dog udtryk for, at der er problemer med at rekruttere personale, fordi der ikke er personaleboliger (vakantboliger) til korttidsansatte. Det vil ofte være vikarer, der kommer for 1-3 måneder ad gangen og derfor har brug for en møbleret lejlighed. Der bruges derfor mange penge på hotelindkvartering.

Et anden problemstilling, der blev rejst på mødet, var at centeret oplever udfordringer med at få kommunerne til at afholde rejseudgifterne i forbindelse med borgernes ophold.

På et senere møde i Sundhedskommissionen blev det påpeget, at de økonomiske forpligtelser er flyttet siden oprettelsen af Pissassarfik. Kommunerne skulle efterhånden overtage finansieringen af centeret, men der er ikke indgået en ny aftale herom, og kommunerne er ikke tilbøjelige til at påtage sig den økonomiske forpligtelse.

## 12.8 Majoriaq-centre

Majoriaq-centrene skal samlet bidrage til, at borgere uden uddannelse eller job bliver uddannelses- og arbejdsmarkedsparete. I nærværende sammenhæng er det især revalideringsindsatsen, der er af interesse.

Inklusion, rummelighed og CSR-indsatser (corporate social responsibility: social ansvarlighed) på arbejdsmarkedet kræver vilje og tålmodighed udover at evne at se det som en investering i arbejdspladsens fremtidige mulighed for at sikre sig arbejdskraft.

En seniormedarbejder med ødelagte knæ har, udover en vellykket operation, behov for fysioterapeutisk eller ergoterapeutisk genoptræning, muligvis også oplæring i andre arbejdsopgaver før vedkommende forhåbentlig igen har generhvervet sin fulde arbejdsevne.

Vellykket rehabilitering kræver derfor, at både sundhedsvæsen, kommunale genoptræningsenheder, arbejdsgivere og Majoriaq spiller sammen om at sikre hver enkelt borger en vellykket tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

VIVE's evaluering af Majoriaqs indsatser fra 2019 siger, at borgere, der gennemfører en revalideringsindsats, efterfølgende kommer i beskæftigelse i forøget omfang.

Der findes dog ingen specifikke data for hvor mange, der kommer i varig, ordinær beskæftigelse efter endt revalidering. I 2021 var 194 personer under revalidering og 59 personer var i fleksjob. De tilsvarende tal for 2020 er 254 under revalidering og 46 i fleksjob.

## 12.9 Borgere med handicap

Personer med handicap er en stor og meget sammensat gruppe, der omfatter personer med både fysiske, psykiske, sensoriske og intellektuelle handicap. For mange medfører et handicap ulige muligheder i samfundet i forhold til personer uden handicap<sup>55</sup>.

Handicappede har ofte brug for rehabiliterende tilbud og behandling i sundhedsvæsenet.

En ny lov om støtte til personer med handicap trådte i kraft 1. januar 2020, og implementeringen er fortsat i gang. Kommunerne varetager handicapforsorgen, herunder alle hjælpeforanstaltninger. Dog varetager Selvstyret ved Socialstyrelsen driften af døgntilbud til personer med handicap.

Det er Departementet for Børn, Unge og Familier, der er ansvarlig for at indsamle oplysningerne fra kommunerne vedrørende handicappede. På baggrund af disse oplysninger udarbejder departementet en samlet statistisk opgørelse over personer med vidtgående handicap. Der findes ikke et samlet register over, hvor mange personer der lever med en funktionsnedsættelse i Grønland, eller hvor mange personer der i forbindelse med deres funktionsnedsættelse møder forhindringer, der betyder, at de lever med et handicap. Der findes dog forskellige undersøgelser og analyser, der kan bidrage til et estimat af, hvor mange personer der lever med et handicap i landet. Tilioq udgav i 2020 i samarbejde med Ilisimatusarfik undersøgelsen *Holdninger til Handicap*. Undersøgelsen var baseret på en spørgeskemaundersøgelse, hvor de adspurgte blev spurgt, om de selv vurderer, at de har et handicap. 18% af de adspurgte svarede ja til, at de har et handicap. Denne definition inkluderer en bred forståelse af handicap, der tager udgangspunkt i personernes egen vurdering af handicap. Det er således en subjektiv definition af handicap. Ifølge Grønlands Statistik boede der 56.081 personer i Grønland i 2020. Det vil sige, at ca. 10.000 borgere i Grønland selv mener, at de har et handicap.

Det selvvurderede handicapbegreb er meget bredt og baserer sig udelukkende på personers egen forståelse af at have et handicap. De 18% som selv har vurderet, at de har et handicap i Ilisimatusarfik og Tilioqs undersøgelse ligger tæt på de internationale estimater af, hvor mange personer, der lever med et handicap. Eksempelvis vurderer World Health Organisation, at 15% af verdensbefolkningen har et handicap. 15% af den grønlandske befolkning er lig med 8.412 personer med handicap.

I Grønland har man indtil 2020 skullet registreres som en person med vidtgående handicap, hvis man søgte om hjælpemidler eller støtte på baggrund af sit handicap. Naalakkersuisut og (det daværende) Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet har udgivet to statistiske opgørelser over antallet af personer registreret med vidtgående handicap i 2018-2019 og i 2016-2017.

Disse opgørelser viser, at der i 2018-19 var 1131 borgere registreret under daværende forordning om vidtgående handicap, og i 2016-2017 var 1542 borger registreret under samme forordning. Dette tal kan forstås som en minimumsangivelse af, hvor mange personer med handicap, der findes i landet, da personer med handicap her kun bliver registreret, hvis personen aktivt har søgt og fået bevilliget støtte af kommunen via daværende forordning.

## 12.10 Telemedicinsk rehabilitering/genoptræning

Der er en række eksempler i Grønland på velafprøvede erfaringer med telemedicin, digitalt understøttet genoptræning og skærmbesøg i hjemmeplejen.

Det kan imidlertid også være relevant at se på erfaringer fra andre sammenlignelige lande.

Norge har siden 2005 implementeret "e-Norge-planen" som har udvidet den digitale lagring af patientdata og udvidet elektronisk interaktion imellem plejeinstitutioner, læger og basispersonale. Dette har forbedret organiseringen og effektiviteten for blandt andet rehabiliteringsindsatsen i yderområder. Rehabilitering i hjemmet er veludbygget i Nordnorge med gode resultater.

<sup>55</sup> I Inatsisartutlov nr. 13 af 12. juni 2019 om støtte til personer med handicap defineres handicap således i § 6 stk. 2: Personer med handicap omfatter personer, der har en varig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre.

Erfaringer fra det nordlige Canada demonstrerer, at det er muligt at bruge telemedicinsk monitorering og rådgivning til at vedligeholde selv en specialiseret indsats i tyndtbefolkede områder.

Som det tidligere er beskrevet, så omfatter rehabilitering meget andet end fysiske indsatser, f.eks. psykosociale indsatser, støttende og kompenserende indsatser og indsatser rettet mod uddannelse og beskæftigelse. Rehabilitering vil ofte dreje sig om samtaler med borgeren om sådanne indsatser med henblik på, at borgeren kommer videre trods funktionsnedsættelser m.m.

På sundhedsvæsenets ledelseskonference fortalte ledelsen af psykiatrisk område at det nye telemedicinske udstyr fra Steno Diabetes Center Grønland er taget i brug med succes, og at det er blevet godt modtaget af brugerne. Det blev fremhævet, at psykiske syge (såvel som andre kronisk syge patienter) skal have støtte i hverdagen – ellers kan det være lige meget med behandling i det specialiserede sundhedsvæsen. Det er telemedicin et uundværligt redskab til.

Telemedicin er et oplagt redskab til samtaler om rehabiliterende indsatser. Hvis det ikke foregår, kan det blandt andet være fordi, at der mangler tydelig lovgivning og strategier for rehabilitering. I det følgende behandles den strategi for rehabilitering som blev udarbejdet i 2016-17, men som ikke er blevet vedtaget af Naalakkersuisut.

## 12.11 Centrale budskaber i Forslag til National Rehabiliteringsstrategi 2017

Forslaget til rehabiliteringsstrategi for Grønland er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for kommunerne, terapien på DIH, medicinsk forskning i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed (SIF), sygeplejen i regionerne samt Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet og Departementet for Sundhed. Det skal bemærkes, at forslaget aldrig er blevet politisk vedtaget eller finansieret. Afsnittet skal derfor alene tjene som inspiration.

Strategiforslaget fremhæver, at loven om rehabilitering lige nu er mangelfuld og uklar, og at der er behov for en fyldestgørende lovrevision på området, inkl. ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. Der kan først skrives en endegyldig rehabiliteringsstrategi efter en lovrevision, som også er en forudsætning for at vurdere økonomien.

Uanset hvordan loven kommer til at se ud, og hvordan det besluttet at fordele ansvaret mellem sundhedsvæsenet og kommunerne, er strategiens overordnede anbefalinger for rehabilitering fortsat relevante, men forudsætter såvel økonomi som personale.

2017-strategiudkastet fremhæver, at rehabilitering er en god investering, både for borgeren og samfundsøkonomisk. Centrale budskaber er:

- En tværgående indsats kræver bedre kommunikation og vidensdeling i sektorovergange på baggrund af en mere helhedsorienteret tilgang til patienterne/borgerne
- Fælles behovsvurdering mellem sundhedsvæsenet og kommunerne ses som værktøj til at sikre, at borgeren er i centrum, og som værende af stor værdi for det tværsektorielle samarbejde
- Støtte til pårørende ses som en central opgave i den samlede tværgående indsats i en erkendelse af, at sygdom og funktionsnedsættelser ikke kun rammer den enkelte, men hele familien

Andre budskaber omhandler:

- Nødvendigheden af en opnormering inden for rehabiliteringsindsatsen, særligt ude i lokalområderne og kommunerne
- Bedre rekruttering og fastholdelse, blandt andet gennem en opprioritering og kvalificering af rehabiliteringsområdet
- En uddannelsesindsats for både ufaglærte og faglærte og på tværs af sundhedsvæsenet og kommunerne samt systematisk inddragelse af rehabilitering i uddannelserne i et tværfagligt perspektiv

## 12.12 Perspektiveringer

- Rehabilitering er en god investering, både for borgernes livskvalitet og samfundsøkonomisk.
- Forslag fra medarbejdere i sundhedsvæsenet om at overdrage al rehabilitering til kommunerne for at frigive plads til akut syge. Dette er dog næppe realistisk på kort sigt i lyset af blandt andet personale-situationen i kommunerne.
- Forslag fra medarbejdere i sundhedsvæsenet om at oprette 'patienthotel'-pladser med terapeutbistand til færdigbehandlede patienter.
- Flere delestillinger mellem sundhedsvæsenet og kommunerne forbedrer samarbejdet.
- Gode erfaringer med forsøg med kommunal hverdagsrehabilitering.
- Nyt telemedicinsk udstyr åbner nye muligheder for samarbejde mellem borgere, pårørende og fagfolk om rehabilitering.

## 12.13 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der lovgives om ansvarsfordelingen mellem kommuner og sundhedsvæsenet
2. At der sættes mere på telebaseret rehabilitering
3. At der udvikles et passende rehabiliteringstilbud i Det Grønlandske Patienthjem
4. At arbejdet med en rehabiliteringsstrategi færdiggøres og finansieres
5. At der lovgives om retten til rehabilitering
6. At der arbejdes med muligheden for hverdagsrehabilitering
7. At uddannelses- og kompetenceudviklingsindsatser integrerer behov, der udspringer af rehabiliteringsstrategien
8. At der arrangeres løbende workshops mellem kommuner og sundhedsvæsenet om rehabilitering
9. At erhvervslivet inddrages i rehabiliteringsindsatsen, når det er relevant

## Kapitel 13.

# Selv mord og selvmordsforebyggelse

Selv mordsraten i Grønland er en af de højeste i verden og har ligget på et stabilt højt niveau de sidste 50 år. Langt de fleste, der begår selvmord, er unge mænd, men andelen af kvinder er stigende. Stort set alle mennesker i Grønland er berørt af selvmord eller selvmordsforsøg i deres nære eller fjernere relationer, og det påvirker hele samfundet.

I sin nytårstale i 2023 udpegede formanden for Naalakkersuisut, Múte B. Egede, selvmord til at være "landets utvivlsomt største udfordring". Med henvisning til Børnetalsmandens rapport om unges egne budskaber om hvordan udfordringerne kan tackles (se sidst i dette kapitel), udtrykte landsstyreformanden håb om at myndighederne og befolkningen vil ændre udviklingen radikalt i samarbejde med de unge.

I sundhedsvæsenet møder personalet mennesker der har forsøgt at begå selvmord, eller som har selvmordstanker. Men også fysiske og psykiske følger af alle de tilstande som kan føre til selvmord, ender ofte i sundhedsvæsenet, f.eks. følger af vold, alkoholskader og psykisk sygdom.

Forebyggelse af selvmord kræver tværgående indsatser mellem sektorer, institutioner og civil- og lokalsamfund. Foruden de menneskelige fordele vil forebyggelse af selvmord nedsætte behovet for behandling i sundhedsvæsenet.

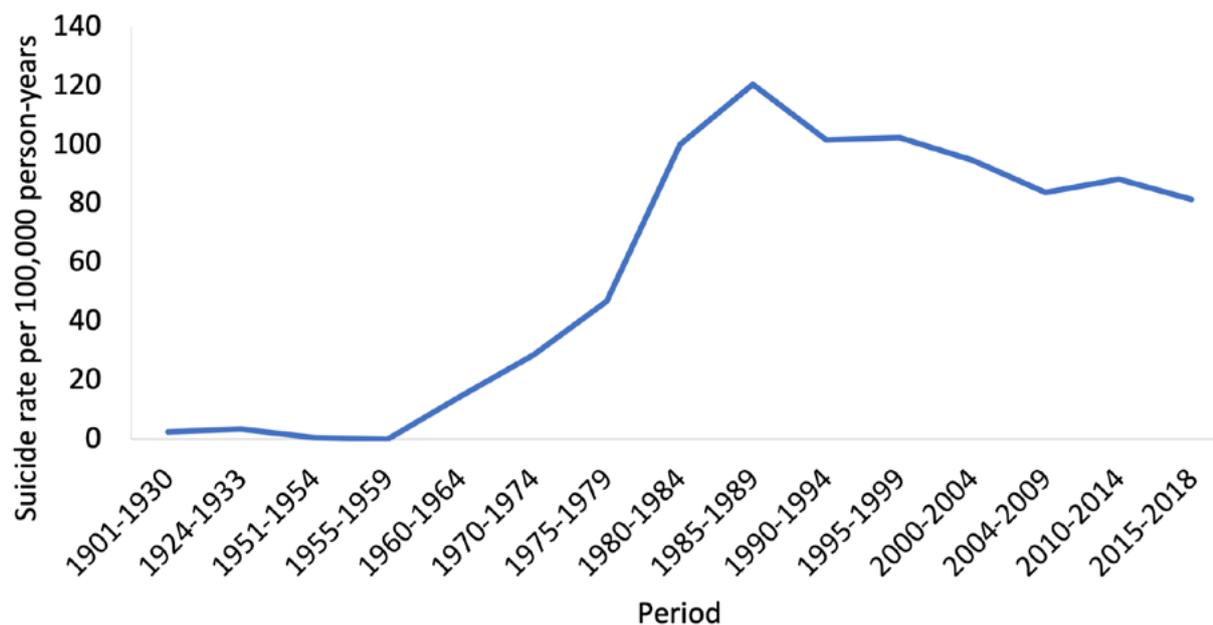
Hovedpointer i kapitlet:

- Selvmordsraten i Grønland er én af de højeste i verden
- Selvmord forekommer især i ungdomsgruppen (15-34 år)
- Selvmord blandt mænd er faldende og stigende blandt kvinder
- Mange af dem, der begår selvmord, er kendt af politiet
- Årsagerne til selvmord er komplekse – men omfatter blandt andet samfundsforhold (ulige muligheder), dårlig trivsel, alkoholmisbrug, seksuelt misbrug, tab af identitet/generationstraumer og manglende fremtidsmuligheder knyttet til geografisk lokation
- Selvmordsforebyggende indsatser er spredt ud over departementer og kommuner og dækker ikke alle relevante grupper
- Selvmordsforebyggelse kan gribes an på mange måder, men styrkelse af netværk i lokalsamfundet, øget trivsel og fremtidsmuligheder for de unge og psykisk hjælp er utvivlsomt tre af vejene
- Selvmordsforebyggelse er en opgave for alle sektorer – langt fra alene for sundhedsvæsenet

### 13.1 Forekomst

Selv mordsraten i Grønland er en af de højeste i verden. Selvmord er den tredjehyppigste dødsårsag i Grønland, kun overgået af kræft og hjertesygdomme. Dermed er selvmord den hyppigste ikke-naturlige dødsårsag. Hvor det i de fleste andre lande primært er ældre der begår selvmord, så er det i Grønland (i lighed med andre arktiske regioner) fortrinsvis unge der begår selvmord. Det er primært de 15-34-årige, der begår selvmord, hvorefter selvmordsraten falder med alderen.

Figur 13.1 viser at selvmordsraten er markant stigende fra 1960'erne og er på sit højeste niveau i slutningen af 1980'erne, hvorefter den er en smule faldende, jf. Seidler, I. K., et al. (2023). Dette fald kan tilskrives et fald i selvmord blandt mænd, mens selvmordsraten er stigende blandt kvinder, figur 13.3.

**Figur 13.1 Selvmordsraten per 100.000 person-år i perioden 1901-2018**

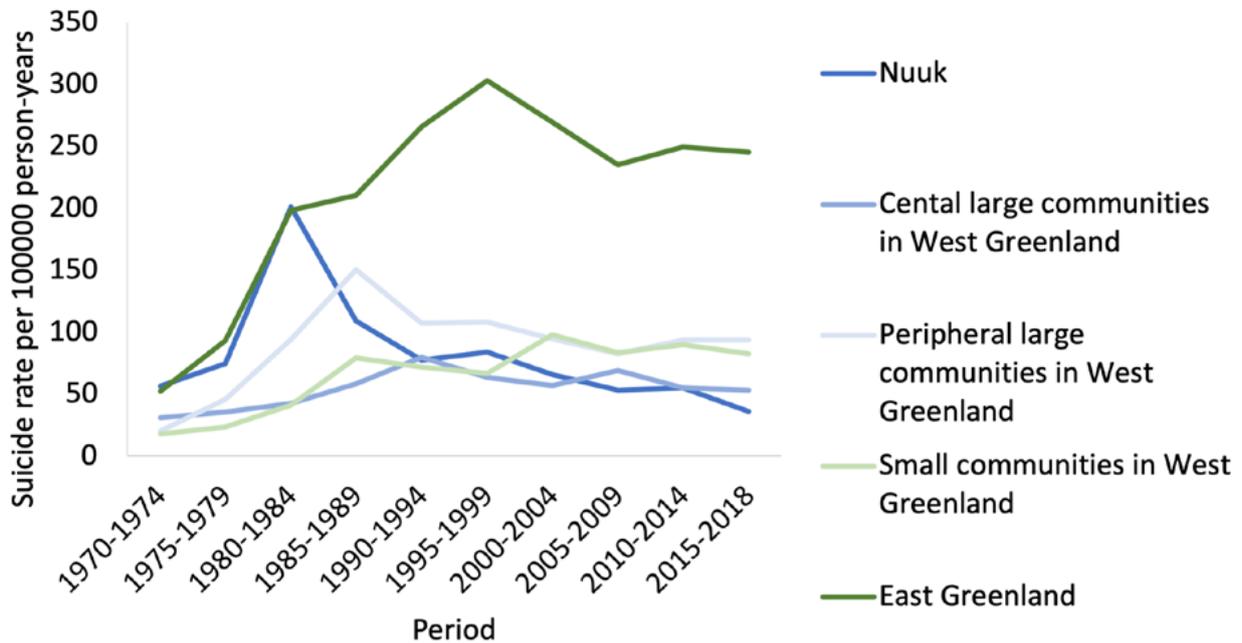
Som supplement til figur 13.1 anfører Politiets årsstatistik 2021, at der i årene 2019-2021 var henholdsvis 45, 41 og 49 selvmord. Dette svarer til henholdsvis 80, 72,7 og 86,8 selvmord pr. 100.000. Det vil sige ca. samme niveau som perioden 2015-2018 i figur 13.1.

I perioden 2011-2018 var der i Grønland 30 selvmord pr. år blandt mænd, hvilket svarer til 100 pr. 100.000 indbyggere. De tilsvarende tal blandt kvinder var henholdsvis 12,6 selvmord p.a. og 48 pr. 100.000 indbyggere. Gennemsnitslevealderen i perioden 2011-2018 var på 70 år, 68 blandt mænd, 72,5 blandt kvinder.

I perioden 2011-2018 var der i Danmark 10,5 selvmord pr. 100.000 indbyggere (15,6 pr. 100.000 mænd og 5,6 pr. 100.000 kvinder). Raten i Grønland er altså næsten 10 gange så høj som i Danmark.

Hvis selvmordsraten havde været den samme i Grønland som i Danmark i perioden 2011-2018, så ville gennemsnitslevealderen have været 3,1 år længere samlet set, altså 73,1 år. For mænd ville gennemsnitslevealderen have været 3,5 år længere, altså 71,5 år, og for kvinder 2,4 år længere, altså 74,9 år. Hvis selvmord helt kunne undgås i Grønland, så kunne levealderen stige yderligere er halvt år til 73,6 år samlet set, det vil sige til 72,1 år for mænd og 75,2 år for kvinder.

**Figur 13.2** Udviklingen i antallet af selvmord i Grønland fra 1970 til 2018



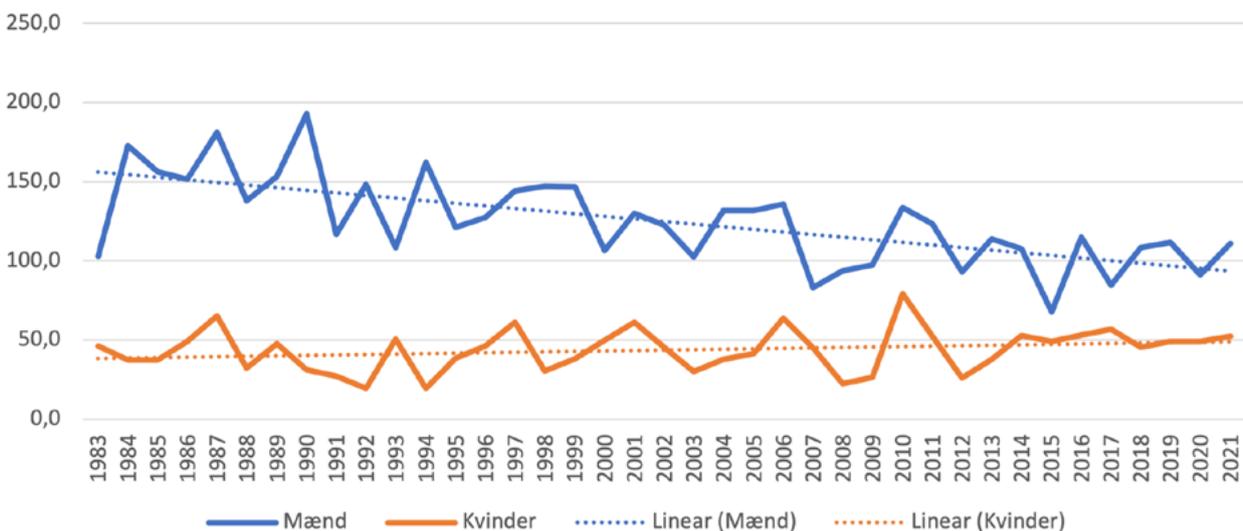
Udviklingen i antallet af selvmord i Grønland fra 1970 til 2018 opdelt på regioner og på byer/bygder i Vestgrønland. Angivet per 100.000 person-år. Der ikke lavet grundige undersøgelser af, hvorfor raten henholdsvis falder/stiger. Generelt set er det små tal, og derfor skal man være varsom med at lægge for meget i de tilsyneladende veldefinerede toppe og knæk på kurverne. Det knæk man ser i Øst/Nord handler sandsynligvis om et lille datagrundlag. Det man skal tage med fra figuren er, at raten ligger stabilt højt i Nord/Øst.

Den høje forekomst af selvmord blandt unge ses også blandt andre oprindelige befolkninger i Arktis. Især Nunavut i det nordlige Canada og Chukotka i det nordlige Rusland oplever tilsvarende høje rater af selvmord blandt unge mennesker. Den høje selvmordsrate knyttes til disse befolkningers indlemmelse i de herskende europæiske samfund i henholdsvis Canada og Rusland.

### 13.1.1 Forskydning i forekomsten blandt mænd og kvinder

Der er som nævnt flere selvmord blandt mænd end blandt kvinder, men antallet blandt kvinder er stigende mens antallet blandt mænd er faldende, se nedenstående figur 13.3.

**Figur 13.3** Selvmord per 100.000 mænd og kvinder



Ifølge en analyse politiet har foretaget af selvmord i 2021 begik 35 mænd og 14 kvinder selvmord (tabel 13.1), og dermed er 71% af de registrerede selvmord i 2021 begået af mænd.

- 57% af mændene (20), var 30 år eller yngre da de begik selvmord.
- 71% af kvinderne (10) var 30 år eller yngre da de begik selvmord.

**Tabel 13.1. Selvmord i 2021, fordeling på køn og alder.**

Køn/ alder	10-20 år	21-30 år	31-40 år	41-50 år	51-60 år	61-70 år	I alt
Mand	10	10	6	4	4	1	35
Kvinde	5	5	0	0	3	1	14
I alt	15	15	6	4	7	2	49

De fleste selvmord blev begået ved strangulation (69%), skydning (14%) eller forgiftning (12%). Ca. 75% af selvmordene blev begået i eget hjem, resten i andres hjem, naturen og andre offentlige steder som havnen (Grønlands Politi, Selvmordsanalyse).

Koloniseringen og de hastige samfundsmæssige forandringer fra midten af 1900-tallet spiller uden tvivl en rolle. Påbegyndelsen af moderniseringen falder sammen med den begyndende stigning i selvmord. Den forcerede udvikling fra 1950'erne kan dog næppe forklare udviklingen fuldt ud, herunder ikke den konstaterede udvikling og forskellene i nyere tid i selvmordsraten pr. 100.000 indbyggere mellem forskellige dele af landet, jf. også figur 13.2.

Endelig skal det nævnes at sammenhængen mellem psykiske lidelser og selvmord kun i meget begrænset omfang er afdækket.

## 13.2 Selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøg

Der er væsentlige køns- og aldersforskelle i forhold til selvmordsadfærd (selvmordstanker, -trusler og -forsøg) i befolkningen. Forekomsten af både selvmordstanker og -forsøg er højere blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper, og højest blandt unge under 25 år.

Ifølge den seneste befolkningsundersøgelse fra 2018 havde næsten en fjerdedel (22%) af kvinder i alderen 15-24 år overvejet selvmord inden for det seneste år. Denne andel var 11% blandt mænd i samme aldersgruppe. For selvmordsforsøg var det især de unge kvinder fra 15-24 år, der havde forsøgt selvmord inden for det seneste år (13%). Blandt de yngste mænd havde 5% forsøgt selvmord.

Grønlands Politi har siden 2014 registreret alle henvendelser til dem vedrørende selvmordstanker, -trusler og -forsøg. Det fremgår af den seneste opgørelse i Årsstatistikken for 2021, at selvmordstrusler har været stigende, mens selvmord og selvmordsforsøg har ligget nogenlunde stabilt siden 2017, se nedenstående tabel.

**Tabel 13.2. Opgørelser af selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstrusler i 2021.**

	2017	2018	2019	2020	2021
Mistænkelige dødsfald/dødfundne	55	65	57	48	66
Selvmord	41	43	45	41	49
Selvmordsforsøg	94	92	79	120	90
Selvmordstrusler	832	823	977	1201	1309

Ifølge politiets selvmordsanalyse var over halvdelen af de personer (55%), der begik selvmord i 2021 kendt i forvejen i Grønlands Politis systemer. En gennemgang af personernes historik viste et tydeligt billede af personer med misbrugsproblemer, kriminell adfærd og som havde været udsat for omfattende omsorgssvigt i barndommen.

- I 16% af tilfældene havde personen tidligere forsøgt selvmord og i 40% af tilfældene havde personen tidligere fremsat selvmordstrusler.
- 28,5% (4) af kvinderne havde været udsat for seksuelle overgreb.
- 6 ud af de 20 mænd (30%) på 30 år eller yngre havde mistet deres fædre.
- 30% af mænd og kvinder på 30 år eller yngre havde mistet et tæt familiemedlem (mor, far eller søskende) til eksempelvis selvmord.

På baggrund af disse tendenser anbefaler politiet, at fokus rettes mod personer, der åbenlyst ytrer selvmordstanker, da de fylder meget i statistikken og er identificerbare.

### 13.3 Sociale forholds betydning som forudsætning for selvmordsadfærd

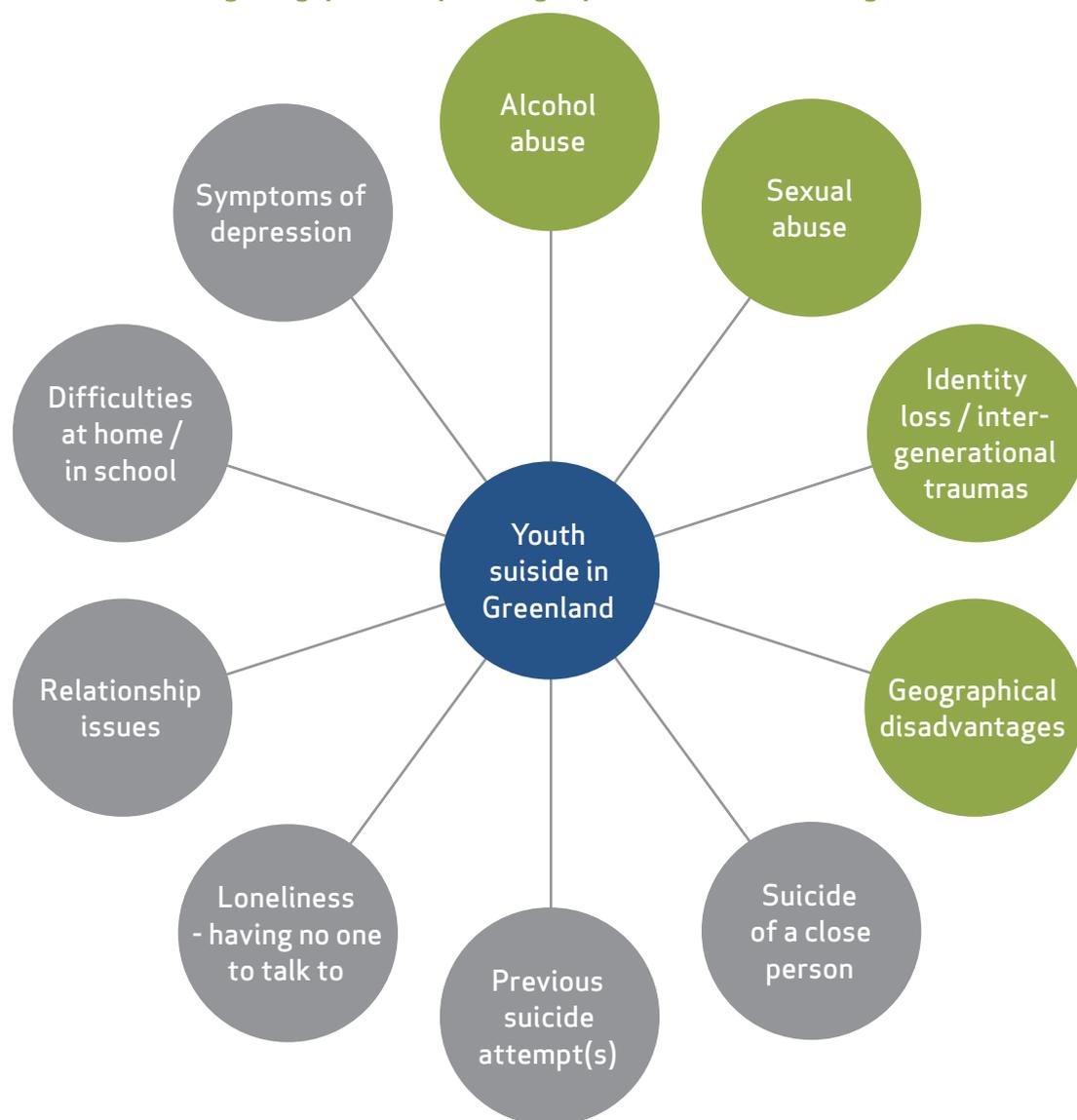
Forskning i både Grønland og andre arktiske regioner peger på betydningen af sociale forhold som forudsætninger for selvmord og selvmordsforsøg, f.eks. lav indkomst, manglende uddannelse og arbejdsløshed. Disse forudsætninger medfører ofte sociale problemer som vold, alkoholmisbrug, seksuelle overgreb, kriminalitet og sindslidelser (Berliner og Sonnicks, 2016). Der er en sammenhæng mellem sociale forhold og selvmordsadfærd på den måde, at jo lavere indkomst- og uddannelsesniveaue er, desto større risiko er der for lav selvtillid, udsathed for vold, selvmordstanker og selvmord (Ahlmark m.fl., 2018; Pedersen & Bjerregaard, 2012).

Det er dog vigtigt at understrege at sociale problemer ikke kun eksisterer i de dårligst stillede familier, men kan forekomme i alle samfundsgrupper.

### 13.4 Risikofaktorer for selvmordsadfærd

I figur 13.4 ses de mest betydningsfulde faktorer for at dø af selvmord, udviklet af Bolliger og Gulis. Ifølge disse forskere er bagvedliggende årsager til selvmord ofte komplekse og multifaktorielle. De grønne faktorer er særligt betydningsfulde for ungdomsselvmord i Grønland og er ifølge forskerne associeret med den koloniale fortid. Disse risikofaktorer er: eksponering for alkoholmisbrug, seksuelle overgreb, tab af identitet eller intergenerationelle traumer samt særlige udfordringer knyttet til den geografiske lokation. Yderligere seks risikofaktorer angives at være: tab af nær relation til selvmord, et eller flere tidligere selvmordsforsøg, ensomhed og følelsen af ikke at have nogen at snakke med, problemer eller konflikter i nære relationer, vanskeligheder hjemme eller i skolen samt symptomer på depression.

**Figur 13.4 De ti mest betydningsfulde eksponeringer for selvmord blandt unge i Grønland.**



Kilde: Bolliger og Gulis (2018)

Under ét kan disse risikofaktorer siges at true den mentale sundhed. I det følgende uddybes nogle centrale risikofaktorer.

### 13.4.1 Belastende opvækstvilkår, mental sundhed og selvmordstanker

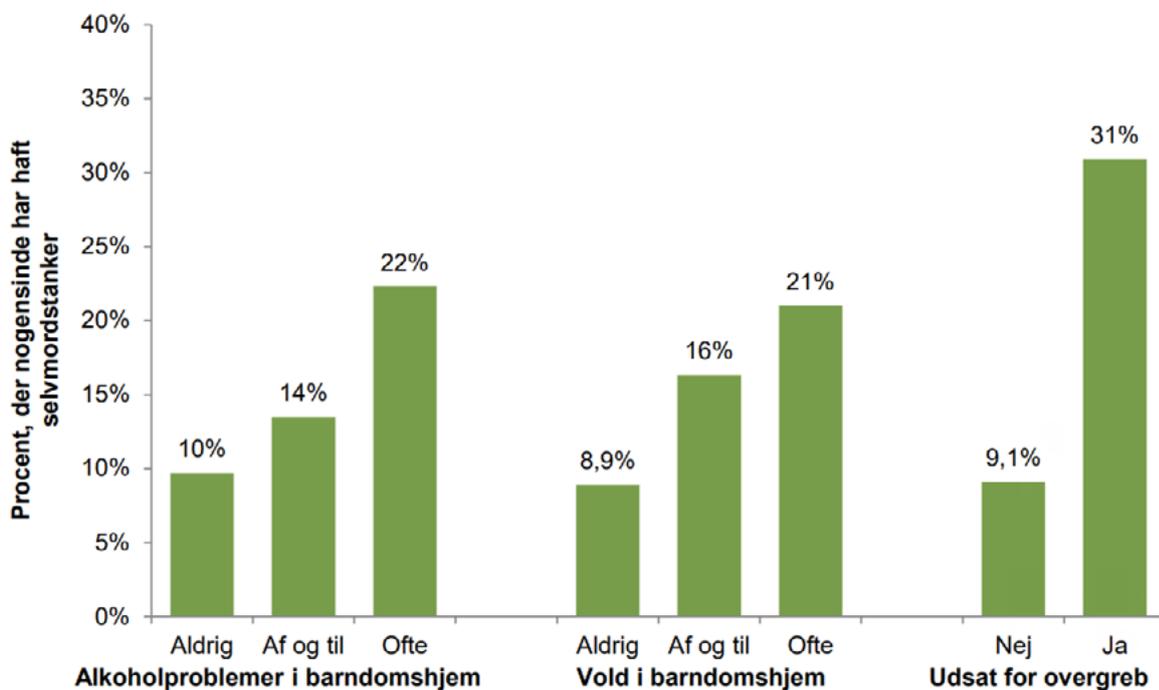
En undersøgelse af grønlandske unges (15-34 år) mentale sundhed viser, at opvækstvilkår er meddefinerende for den mentale sundhed. Særligt de unge, der havde oplevet store belastninger i barndommen i form af alkoholproblemer og vold i barndomshjemmet samt seksuelle overgreb inden 18-årsalderen, oplevede senere i livet en dårlig mental sundhed.

Befolkningsundersøgelsen i Grønland viser i 2018 og 2014, at belastninger i barndommen samt at have mistet nære relationer til selvmord er forbundet med en øget risiko for selvmordstanker og selvmordsforsøg. Omkring 64% af deltagerne i Befolkningsundersøgelsen 2018 havde mistet mindst en nær relation til selvmord. To tredjedele (ca. 60%) af den voksne befolkning har oplevet belastninger i barndommen i form af enten alkoholproblemer, vold og/eller overgreb, mens denne andel var så høj som 81% for voksne født i 1980'erne.

Andelen falder med de yngre generationer, men der er fortsat en stor andel unge, som er vokset op med vold og alkohol i barndomshjemmet, eller som har været udsat for seksuelle overgreb inden de fyldte 18 år. Der er godt en tredjedel (37%) af de yngste årgange (fra 1995 eller senere), der er vokset op med alkoholproblemer i barndomshjemmet af og til eller ofte. Der er 28% af de yngste årgange, der er vokset op med vold i hjemmet af og til eller ofte. Blandt personer født i 1995 eller senere havde 20% været udsat for seksuelle overgreb i barndommen inden de fyldte 18 år. Der er således fortsat mange, som er eksponeret for disse risikofaktorer.

Sammenhængen mellem belastninger i barndommen og senere selvmordstanker ses af figur 13.5. Heraf fremgår det, at selvmordstanker forekommer blandt dobbelt så mange personer, som har oplevet problemer med vold og alkohol i barndomshjemmet eller været udsat for seksuelle overgreb sammenlignet med personer, som ikke har oplevet disse belastninger i barndommen. Desuden har en tredjedel (31%) af dem, der har været udsat for overgreb, haft selvmordstanker på et tidspunkt i livet. Det er således især udsættelse for seksuelle overgreb som barn eller ung, der er forbundet med en høj forekomst af selvmordstanker.

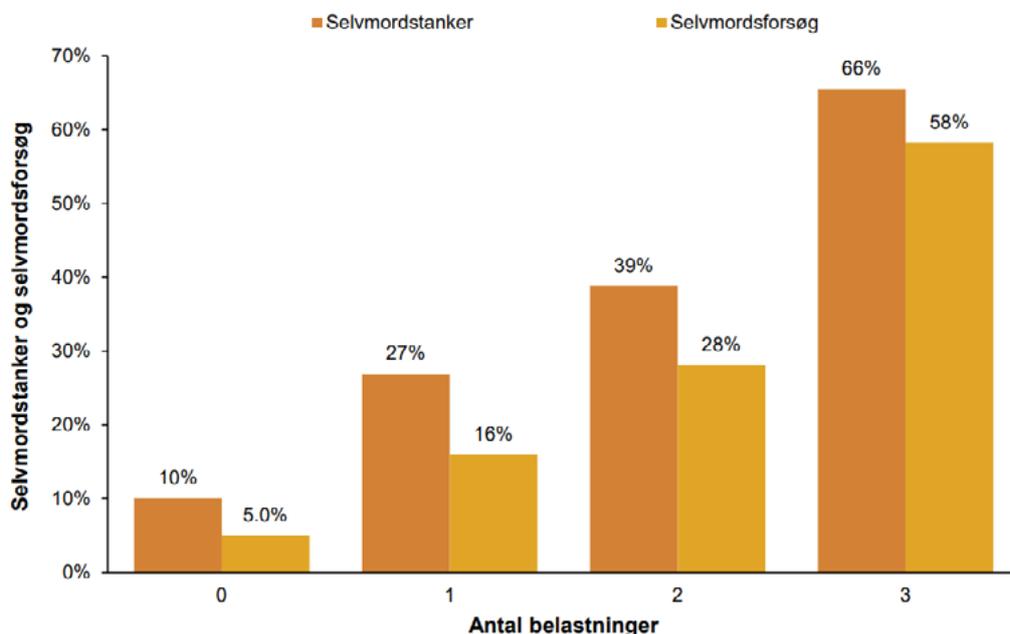
**Figur 13.5 Opvækstforhold og senere forekomst af selvmordstanker.**



Der er et sammenfald mellem de tre belastninger i barndommen som undersøgelsen fokuserer på. Forekomsten af selvmordstanker stiger både med hyppigheden af alkoholproblemer og med forekomsten af overgreb. Blandt personer, der både har oplevet alkoholproblemer ofte i deres barndomshjem, og som også har været udsat for overgreb, har 46% overvejet selvmord på et tidspunkt i livet, i forhold til 10% blandt personer der aldrig har oplevet alkoholproblemer og ikke været udsat for overgreb.

I en undersøgelse af mental sundhed blandt unge i alderen 15-34 år ses en sammenhæng mellem antal af de ovennævnte belastninger i barndommen og forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg, hvilket ses af figur 13.6. Forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg stiger med antallet af belastende forhold under opvæksten. Blandt unge med 0 belastninger var der 5%, der havde haft et selvmordsforsøg, og denne andel steg til 58% blandt unge med 3 belastninger i barndommen. Samme tendens ses for forekomsten af selvmordstanker. Blandt unge med 0 belastninger var der 10%, der havde haft selvmordstanker, hvilket steg til 66% blandt unge, der havde oplevet alle 3 former for belastninger i barndommen.

**Figur 13.6 Selvmordstanker og selvmordsforsøg nogensinde i relation til antal belastninger i barndommen. Deltagere 15-34 år.**



### 13.4.2 Sociale vilkår

Et psykologisk autopsi-studie fra 2013<sup>56</sup>, baseret på syv selvmord i Tasiilaq, fandt blandt andet at de fleste var opvokset i fattigdom og havde oplevet omsorgssvigt, vold, misbrug og evt. flytning til plejefamilier, som også ofte var resourcesvage. Flere havde uddannelse, men de fleste havde haft en ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Ligeledes havde de fleste haft et længerevarende, belastende boligproblem, f.eks. manglende bolig, hyppige skift og mange personer under samme tag. For nogle vedkommende betragtedes boligproblemerne som en af de udløsende faktorer for selvmordet. Denne undersøgelse fandt desuden at de offentlige myndigheder havde tilstrækkelig viden til, at personerne i forvejen kunne kategoriseres som værende i særlig risiko for selvmord. De var kendt i socialvæsenet grundet belastende sociale forhold, der vides at øge selvmordsrisikoen, samt i sundhedsvæsenet grundet tidligere selvmordstrusler eller -forsøg, følger efter vold eller andre alkoholrelaterede kontakter. Viden om og opmærksomhed omkring personer med selvmordstrusler og -forsøg og belastende sociale forhold kan således være relevant i forbindelse med forebyggelse af selvmord, jf. også politiets dokumentation i afsnit 13.2.

Der kendes ikke til lignende undersøgelser i andre egne af Grønland.

## 13.5 Selvmordsforebyggelse

### 13.5.1 National Strategi for Selvmordsforebyggelse 2013-2019

Indtil 2019 tog initiativer til forebyggelse af selvmordsadfærd udgangspunkt i *National Strategi for Selvmordsforebyggelse 2013-2019*. En ny strategi er under udarbejdelse og forventes præsenteret på forårssamlingen i 2023.

<sup>56</sup> Forskerne gennemgik journaler fra sundhedsvæsenet, politirapporter og kommunale sagsakter. De pårørende blev interviewet af den ene forsker. De indsamlede data og den samlede vurdering for hver case blev gennemgået af forskerne, som begge er læger.

Strategien for selvmordsforebyggelse 2013-2019 fokuserede på professionelle indsatser i og på tværs af sundheds-, social- og uddannelsessektorerne, på uddannelse og kurser for fagfolk, på efterladte og familier, på kriseberedskab og handlingskæder for bedre kommunikation mellem sektorerne samt på monitorering af området. Tilgangen var orienteret mod (ekspert)behandling af individer og familier.

Strategien inddrager ikke WHO's anbefalinger, som bygger på at personer med selvmordstanker eller selvmordsadfærd skal opfanges i lokalsamfundet (WHO, 2018). WHO anfører at lokalsamfund kan spille en afgørende rolle i selvmordsforebyggelse og anbefaler myndigheder at tage ansvar for at udvikle og iværksætte omfattende multisektorielle strategier for selvmordsforebyggelse. Forebyggelsesindsatsen kan forbedres gennem samarbejde med lokalsamfundene og ved at inddrage lokalsamfundenes behov, omstændigheder og prioriteringer.

En positiv effekt af strategien for selvmordsforebyggelse 2013-2019 kan ikke umiddelbart aflæses ud fra statistikken for selvmord. Den kommende strategi søger i højere grad at inddrage befolkningen i udarbejdelsen af den og bygge på grønlandske værdier for sundhed og trivsel som de fremgår af Inuuneritta III. Strategiudviklingen har blandt andet været baseret på møder i en arbejdsgruppe på tværs af fagområder, møde med unge GU-elever samt med repræsentanter fra lokalt til centralt niveau. Covid-19-pandemien har angiveligt gjort det svært at gennemføre møder og dialog med borgerne.

Denne mangel på borgerinddragelse kompenseres der for i Børnerettighedsinstitutionen MIO's rapport fra efteråret 2022 om unges perspektiver på selvmord og behov for støtte ved selvmordstanker og selvmordsforsøg og især hvordan selvmord kan forebygges. MIO's rapport er blevet inddraget i udarbejdelsen af den nye strategi. Rapporten omtales nærmere sidst i kapitlet.

### 13.5.2 Selvmordsforebyggelse i sundhedsvæsenet

I National Strategi for Selvmordsforebyggelse 2013-2019 hedder det om selvmordforebyggelse i sundhedsvæsenet:

*"Sundhedsvæsenet er som oftest den sidste instans selvmordstruede eller selvmordsramte er i kontakt med, da sundhedsvæsenet som regel først møder disse personer når de har forsøgt selvmord. Derfor skal selvmordsforebyggelse i sundhedsvæsenet være fokuseret på systematisk registrering af selvmordsforsøg, undgå gentagne selvmordsforsøg samt fokus på støtte til de pårørende og efterladte".*

Sundhedsvæsenet oplyser at have taget følgende skridt på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i forhold til strategien:

- I samarbejde med Grønlands Politi, Paarisa og andre aktører udarbejdet en folder med konkrete råd til fagprofessionelle til forebyggelse af selvmord, inklusive handlingskæder til brug ved både selvmord, selvmordsforsøg og trussel om selvmord. Handlingskæden ligger på sundhedsvæsenets interne platform D4.
- Personer som vurderes at være i akut selvmordsrisiko, selvom personen ikke har forsøgt selvmord, indlægges på psykiatrisk afdeling.
- En person der har forsøgt selvmord, indlægges og får derefter psykiatrisk tilsyn.
- Personer med selvmordstanker tilbydes samtaler til udredning på Dronning Ingrid's Sundhedscenter og rådgives om offentligt tilgængelige muligheder, herunder telefonlinjer og netværk. Evt. tilbydes psykologsamtaler.

Der er ingen beskrivelser af tiltag til håndtering og forebyggelse af selvmordsadfærd i sundhedsvæsenet uden for Nuuk. Ifølge Paarisa er der i et samarbejde mellem politiet, sundhedsvæsenet og kommunerne lavet handlingskæder, som anviser hvor man skal henvende sig i akutte situationer, hvad der skal ske bagefter, og hvilken instans der har ansvar for hvad. Handlingskæderne er blevet etableret i alle kommunerne i perioden 2013-19.

Psykiatrisk Område på DIH har beskrevet deres indsatser på strategiens punkter og gengives kort her:

1. **Det anbefales at begrænse tilgængeligheden af Pamol:** Det oplyses at det ikke kun er det smertestillende middel Pamol, men mange andre tilgængelige medikamenter der bruges til selvmordsforsøg. Psykiatrien opfordrer til at satse mere på oplysning om sikker opbevaring af medicin.
2. **Forbedre overgang mellem indlæggelse og udskrivelse:** Alle patientforløb hvor patienterne har været indlagt, afsluttes med en udskrivningskonference. Alle ambulante behandlingsforløb afsluttes med epikriser, der sendes til det lokale sundhedsvæsen.
3. **Bedre kommunikation mellem sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder omkring personer med gentagne selvmordsforsøg:** I tilfælde af selvmord og selvmordsforsøg underrettes de kommunale myndigheder altid, hvis det drejer sig om et barn under 18 år. I tilfælde af person over 18 år kan der med samtykke tages kontakt til de sociale myndigheder.
4. **Opsøgning (fremfor opfølgning) af udskrevne patienter, der har forsøgt selvmord (både psyk/ikke-psyk) med fokus på overgang fra sundhedsvæsenet til civilt samfund:** I forløbet styrkes patienterne til selv at kunne kontakte myndigheder, organisationer m.m. efter udskrivelse. Så der er ikke tale om opsøgning.
5. **Behandling af selvmordsramte og deres pårørende i sundhedsvæsenet.** Sundhedsvæsenet har gennem år arbejdet med at indføre en evidensbaseret behandlingsmetode i det selvmordsforebyggende arbejde.
6. **Bedre henvendelsesmuligheder for pårørende til selvmordstruede (evt. social tilkaldevagt i civil, så det ikke skaber unødigt opmærksomhed i lokalområdet):** Psykiatrien har ingen opsøgende virksomhed på det sociale område. I tilfælde af selvmord eller selvmordsforsøg i en familie, underrettes krisetema, eller socialvagten fra kommunen tilkaldes. Dette er beskrevet i handlingskæderne.
7. **Beregning af samfundsøkonomiske omkostninger ved den nuværende selvmordstendens (tabt produktivitet etc.):** Psykiatrien har ingen beregninger på dette.

Generelt ønsker man fra Psykiatrisk Område ifm. nye strategier m.m., at parterne i aftalerne (Departementet for Sundhed, Paarisa og Socialstyrelsen) i langt højere grad orienterer om strategierne og drøfter forventninger til implementering med de parter, som skal implementere i praksis.

Derudover peges der på, at der generelt følger for få ressourcer med til at realisere strategierne, så de kommer ud at leve. Eksempelvis har Psykiatrisk Område kun fået én psykologstilling til at kontakte alle personer, der har forsøgt at begå selvmord, så de kan tilbydes et behandlingstilbud senest en måned efter selvmordsforsøget. I praksis er dette ikke nok, og for at leve op til dette krav bruges der flere medarbejdere til at varetage denne opgave. Opgaven presser derfor psykiatriens ressourcer yderligere.

### 13.5.3 Selvmordsforebyggelse på samfundsplan

I et oplæg til Naalakkersuisut fra Departementet for Børn, Unge og Familier i januar 2023 peges der på at tilbud om selvmordsforebyggelse er spredt ud på mange forskellige indsatser under henholdsvis Departementet for Sundhed, Socialstyrelsen, Uddannelsesstyrelsen og kommunerne.

Desuden peges der på at der er mange borgere der har brug for hjælp til psykisk sundhed og trivsel, men som ikke har muligheden. Af årsager hertil nævnes:

- Tilbuddene henvender sig til specifikke grupper (hvorved andre udelukkes).
- Tilbuddene er utilstrækkeligt organiserede/koordinerede.
- Tilbuddene er tilpasset systemet, ikke behovene hos borgerne.
- Der er ingen tilbud i forhold til psykisk mistrivsel, selvmordsadfærd og traumebehandling, særligt mangler der tilbud til børn og unge.
- Generelt er det svært for borgeren at vide, hvor man skal henvende sig.

Departementet uddyber/supplerer risikofaktorer, som er kendte fra befolkningsundersøgelserne, blandt andet vold, seksuelle overgreb og misbrugsproblemer: Manglende adgang til midler/penge, håbløshed, isolation, lokal mistrivsel, overbeboede boliger, mangel på mad og mangel på adgang til serviceydelser.

Som følge heraf peges på følgende indsatsområder:

- Trygge, støttende og stimulerende hjem og andre miljøer som stimulerer social og emotionel udvikling.
- Adgang til hjælp, samtaler og støttegrupper for alle.
- Kendskab til muligheder.
- Tilstrækkelige økonomiske, uddannelsesmæssige, sundhedsmæssige og andre ressourcer, der understøtter og fremmer modstandskraft.

Departementet fremhæver at det ikke er muligt at behandle sig ud af problemerne. Samfundsforhold må ændres med fokus på de voksende ulige vilkår i samfundet.

På det strukturelle plan anbefaler Departementet for Børn, Unge og Familier at tilbuddene i forhold til psykisk trivsel og selvmordsforebyggelse samles under ét fælles offentligt center (blandt andet med et landsdækkende kriseberedskab), familiecentre i kommunerne samt Allorfik, med fokus på lige behandling af alle borgere.

### 13.5.4 Aktuelle forebyggende tiltag i regi af Paarisa, kommunerne og Ilisimatusarfik

I tråd med selvmordsforebyggelsesstrategiens fokus på individet er mange tiltag centreret omkring udannelse af fagpersoner, studievejledning, telefonhjælpelinjer, psykologsamtaler og fokus på familie og pårørende, men der er også andre mere fællesskabsbaserede initiativer. I det følgende behandles nogle af tiltagene.

#### *Uddannelse af fagpersoner med berøring med selvmordstruede*

Som en del af strategien for selvmordsforebyggelse har Paarisa siden 2017 udbudt et kursus i samarbejde med organisationen Livslinjen. Kurset er målrettet fagpersoner som i deres arbejde er i berøring med personer som er selvmordstruede, herunder sundhedsarbejdere, socialarbejdere, lærere, pædagoger og psykologer. På kurset lærer deltagerne hvordan selvmordsadfærd kan spottes, og hvordan en samtale med en selvmordstruet bør udføres samt om korrekt henvisning til myndighederne. Efter afholdelsen af det første Livslinjekursus i Nuuk i 2017 blev det politisk bestemt at tilbyde kurserne i alle kommunerne. Frem til november 2022 har der været afholdt kurser i alle fem kommuner. I alt har op mod 500 grønlandske lokale kursister gennemført kurset, som varer tre dage. Planen er, at de næstkommende kurser i selvmordsforebyggelse for fagpersoner skal afholdes i byggerne.

Desuden er der uddannet instruktører, som selvstændigt kan afholde kurser fremover. For nuværende (2023) er byerne i Kommune Kujalleq og Avannaata Kommunua dækket med instruktører.

Et grønlandsk kandidatspeciale har undersøgt kursusedtagernes erfaringer og viden opnået gennem kurset (afviklet i 2018), og hvad deltagerne finder meningsfuldt i forhold til det forebyggende arbejde. Resultaterne viste at deltagerne oplevede at de i samværet med de andre kursusedtagere fik bearbejdet personlige barrierer for at tale med selvmordstruede, at de fik en dybere forståelse for selvmordstruedes situation, og at de fik værktøjer til at føre lyttende og tillidsskabende samtaler med målgruppen og dermed forbedrede deres muligheder for at bidrage til selvmordsforebyggelse. Specialet konkluderer at fagpersoner, som er centrale i børns og unges liv, har behov for viden, kompetencer og værktøjer til at håndtere selvmordsforebyggelse hos målgruppen (Bloch, 2021). Desuden berettes der om positive reaktioner på at kurserne foregår på grønlandsk og i lokalsamfundene.

#### *Telefonrådgivning*

Tusaannga telefonrådgivning tilbyder anonyme personlige samtale med en rådgiver. Tilbuddet er for alle borgere, som har brug for nogen at tale eller skrive med omkring udfordringer i livet. Tusaannga er et gratis tilbud under Socialstyrelsen. Tusaannga har åbent en stor del af, men ikke hele døgnet.

Studenterrådgivningen under Center for National Vejledning (Aqqut) tilbyder samtaler til studerende med psykoterapeut/psykolog.

### **Psykologsamtaler**

Der er mange flere visiterede børn og unge til psykologsamtaler end der er psykologkapacitet til. Der er ca. 50 psykologer i Grønland. Heraf er ikke alle grønlandssprogede. Psykologerne er beskæftiget ved børne- og familiecentrene, i Studenterrådgivningen, i Socialstyrelsen og som privat praktiserende. De fleste psykologer befinder sig i Nuuk, resten er fordelt på kysten. Det er ikke altid en god løsning at tilkalde psykologer udefra (oftest fra Danmark) pga. manglende sprog- og kulturforståelse.

Børn og unge bliver ældre og skal leve et meningsfuldt voksenliv med selvforsørgelse. Ifm. gennemførelsesprocenten på sundhedsuddannelserne og fremmøde på arbejdspladserne i sundhedsvæsenet og ældreplejen har Sundhedskommissionen erfaret at elever/studerendes og medarbejderes egne personlige problemer og traumer ofte er en stor hindring for at gennemføre en uddannelse og fastholde et arbejde. I betragtning af problemernes omfang er ensidig satsning på psykologbehandling af børn og unge sandsynligvis ikke en realistisk løsning på problemer med mistrivsel.

### **Ungdomskulturhus i Tasiilaq**

I 2021 åbnede kommunen et ungdomskulturhus i Tasiilaq, Igdlo (besøgt af Sundhedskommissionen i august 2022). Huset er en fritidsklub for unge der 'sidder fast i systemet' og har til formål at skabe livsmod og livskvalitet i samarbejde med de unge. Det sker gennem aktiviteter med henblik på at styrke de unges selv-værd og selvtillid, f.eks. at bygge hundeslæder og passe hundene, fangst- og vandreture, kreative aktiviteter på værksted og skriveworkshop, men også at hjælpe i lokalsamfundet, f.eks. som turistguider, stå for indsamling af skrald, hjælpe til ved lokale arrangementer m.m. Der er begyndt at komme henvendelser fra byens erhvervsliv som har brug for ekstra hænder, fordi de har haft gode erfaringer med de unge som har arbejdet indenfor turismen.

Igdlos succes kan ses som værende i tråd med hvad forskning i unges trivsel i Grønland viser: nemlig at unge, der er medskabere af socialt og kulturelt bæredygtige aktiviteter, trives og bidrager positivt til lokalsamfundets udvikling. Dette understøttes af de anbefalinger som de unge kommer med i den omtalte MIO-rapport om unges perspektiver på selvmord og selvmordsforebyggelse (se sidst i kapitlet).

### **Siunissaq**

Siunissaq uagut pigaarput/Fremtiden tilhører os er et social-kulturelt projekt, hvis mål er at styrke selv-værd, livsmod og handlekraft blandt børn og unge mellem 12 og 26 år i Grønland.

Samarbejdet foregår sammen med lokale skoler og uddannelsesinstitutioner og lokale ressourcepersoner samt udefrakommende inspiratorer i workshop-baserede forløb, hvor både kreative og psykosociale redskaber bliver udfoldet. Gennem kunst og dialog opbygges tillid og empati og skabes udvikling, alt sammen noget der giver styrke til at møde de udfordringer som er en uundgåelig del af livet.

Projektet blev fra 2015-2019 udfoldet i 3 byer: Nanortalik, Tasiilaq, Maniitsoq og i samarbejde med 3 kommuner i Grønland. Resultaterne blev vist i Nuuk i form af en udstilling, boglancering og en konference i september 2018.

Projektet er i dag forankret på Grønlands Universitet, Ilisimatusarfik, i Nuuk. Desuden videreføres erfaringerne fra de kreative og community-baserede aktiviteter i andre projekter, blandt andet i form af Den Rejsende Forfatterskole.

## **13.6 Evaluering af forebyggende tiltag**

Der foreligger ingen eller få evalueringer af effekterne af forebyggelsesarbejdet. Det er et spørgsmål, hvordan effekten af forebyggelsestiltag måles, og på hvilke måder det giver mening, da der er tale om langtidsvirkninger, og om at én indsats ikke kan forventes at være den eneste forudsætning for en positiv effekt. Som det er illustreret i kapitlet er bagvedliggende årsager til selvmord komplekse og kan være individuelt forskellige.

Ikke desto mindre er der vigtig viden at hente i igangværende tiltag med henblik på fremtidige indsatser. I trivselsprojektet Paamiut Asasara (PA, se næste afsnit) blev der udviklet områder for monitorering, f.eks. 'socialt netværk', hvor underspørgsmål blandt andet var: 'Hvor ofte har du adgang til en der vil lytte til dig?' og 'Har du bånd til familien uden for husstanden?' og 'Hvor ofte har du adgang til en du kan more dig med?'. Desuden benyttede Paamiut Asasara sig af politiets årsstatistikker for anmeldelser af vold og husspektakler som en indikation på om PA havde indvirkning på trivslen i byen.

Derudover kan forskning i indsatser der fremmer unges trivsel, muligvis give nogle fingerpeg om hvad det kan give mening at satse på i forebyggelsesarbejdet. Derfor refereres her resultaterne af nogle undersøgelser af unges egne perspektiver på trivsel.

## 13.7 Unges egne perspektiver på trivsel og selvmordsforebyggelse

### 13.7.1 To interviewundersøgelser om unges trivsel i Paamiut

Ifm. projektet Paamiut Asasara (2008-2012) gennemførtes i 2009 en kvalitativ undersøgelse af teenagere oplevelse af trivsel i Paamiut (Wattar, Fanous & Berliner, 2012; 2010). 61 unge i alderen 12-24 år deltog i undersøgelsen. Resultaterne viste at de unge oplevede at trives, når de havde adgang til sociale fællesskaber med gensidig støtte og åben kommunikation samt til fritidsaktiviteter. Desuden udtrykte de unge ønsker om rådgivning samt om arbejde og uddannelse lokalt. De unge efterlyste mere synlig ledelse og støtte fra de voksnes side samt mange flere muligheder for selv at få erfaringer med at deltage i samfundet gennem læringsprocesser der kan give handlekompetencer og selvtillid til netop den ønskede deltagelse.

Der er ikke gennemført en samlet evaluering af Paamiut Asasara, men der blev i 2011 udført en stikprøve-spørgeskemaundersøgelse blandt 34 tilfældigt udvalgte borgere vedr. socialt netværk, som kunne sammenlignes med en der var udført før projektets start. Undersøgelsen viste en meget væsentlig øgning i adgangen til social støtte blandt borgerne (Berliner og Hovgaard, 2020, side 75-76).

Der ses derfor ikke umiddelbart en blivende effekt af projektet Paamiut Asasara ti år efter projektets formelle udløb. Det indikerer et behov for et længere evalueringsforløb. I 2013 blev otte unge i Paamiut interviewet om resiliens (modstandskraft). Igennem en tematisk analyse af deres beretninger og refleksioner over dette blev det klart, at resiliens består i:

1. aktivt at opsøge hjælp og at bruge muligheder, der opstår, til at udvikle sig i den retning, som man ønsker
2. at have konkrete fremtidsplaner samt håb
3. at modtage og at give social støtte ved at tale åbent om tingene og have tillid til andre (og sig selv).

De tre punkter for resiliens rummer fire dimensioner:

1. Der er en *tidsmæssig dimension* vedrørende fremtiden - hvilket er troen på, at problemer kan løses, og at man selv kan bidrage til dette.
2. Dette knytter ofte an til en *institutionel og økonomisk dimension*, der handler om muligheder for uddannelse og arbejde.
3. Der er en *social dimension*, der handler om, at man bliver i stand til at overkomme modgang i livet gennem at tale åbent med andre om sorger og problemer med henblik på at finde styrke til at nå sine mål.
4. Der er endvidere en *kvalitativ, værdimæssig dimension*, der består i at bygge på og fremme oplevelser af kærlighed, tillid og ansvarlighed over for hinanden. Det er værdierne, der bygges på og fremmes gennem den sociale dimension, der skaber en oplevelse af meningsfuldhed (Berliner og Hagedorn, 2013).

Fælles for de refererede interviewundersøgelser er, at der fokuseres på ressourcer og udviklingsmuligheder frem for på risikofaktorer. Desuden tager de udgangspunkt i de unges egne ønsker og behov og repræsenterer på den måde en holistisk tankegang og grønlandske sundhedsforståelser.

### 13.7.2 Qamani - De unges stemmer i selvmordsforebyggelsen anno 2022

På Sundhedskommissionens møde d. 16. juni 2022 holdt Børnerettighedsinstitutionen MIOs børnetalsmand, Aviâja Egede Lyng, oplæg om MIOs arbejde med psykisk trivsel og psykisk hjælp til børn og unge. Psykisk trivsel og psykisk hjælp er en vigtig del af selvmordsforebyggelsen. MIO anbefaler, at den psykiske hjælp til børn og unge styrkes gennem lettere adgang. Dertil anbefales, at Selvstyret sikrer et rejsehold til traumebehandling, at kommunerne sikrer at der er lovpligtige opsøgende tilsyn og hjælp, og at Selvstyret i samarbejde med kommunerne sikrer en strategi for den psykiske hjælp. Dertil anbefales psykiatriske skadestuer. MIO fokuserer også på at tabuer omkring psykisk mistrovisel og at søge hjælp skal nedbrydes gennem et fokus på barrierer for at søge hjælp, herunder blandt andet manglende tillid til systemet, social kontrol og uformelle hierarkier.

Efterfølgende (oktober 2022) har MIO udgivet en projektrapport om unges anbefalinger til forebyggelse af selvmord i Grønland. Projektet hedder Qamani ("Inderst inde"). 38 unge som havde haft selvmord inde på livet, fortrinsvis i alderen 18-25 år, deltog i projektet, som forløb fra forår til efterår 2022. Metoden er nærmere beskrevet i rapporten.

Det er værd at lægge mærke til at selvom de unge efterlyser intensiveret psykologhjælp, så er der også mange forslag til hvordan skolen, lokalsamfundet og de selv kan være med til at italesætte problemerne og skabe meningsfulde aktiviteter.

#### 13.7.2.1 Resultater og anbefalinger i Qamani

Der har hidtil været meget lidt fokus på at inddrage den målgruppe, som meget af selvmordsproblematikken handler om: de unge selv. Næsten alle Qamani-deltagere har oplevet at miste et familiemedlem, en ven eller bekendt til selvmord, eller at være nære pårørende til venner med selvmordstanker. I rapporten fortæller de unge om deres historier, om deres sorgproces og behov for hjælp. De unge bærer udover deres sorg over at miste deres nære, også på en skam over ikke at kunne have hjulpet. Motivationen for at deltage i projektet var for alle deltagere, at de havde et ønske om at gøre en forskel ved at deltage.

De unges budskaber og anbefalinger til hvordan selvmordsforebyggelse og psykisk hjælp kan forbedres, er angivet i temaer i nedenstående figur. Efterfølgende uddybes de enkelte temaer.

**Figur 13.7 De unges budskaber opdelt i temaer (Qamani-rapport fra MIO, 2022)**

**De unges budskaber er opdelt i følgende temaer:**

- Psykisk hjælp
- Mistillid til systemet
- Væresteder og aktiviteter for unge som selvmordsforebyggelse
- Snak med os, inddrag os
- Selvværd og selvtillid
- Du er ikke alene
- Snakke om følelser og selvmord: skam og aftabuering
- Selvmord som et samfundsproblem.

#### **Psykisk hjælp**

De unge bruger i høj grad venner, når de er kede af det og har brug for at snakke med nogen. De unges budskaber viser, at det ikke er nødvendigt at have f.eks. uddannelse for at være nærværende, lyttende og omsorgsfuld som ven, familiemedlem eller pårørende.

De unge efterspørger dog flere værktøjer til, hvordan de kan tage de tunge samtaler. Behovet for psykisk hjælp er forskelligt fra ung til ung, og derfor er det vigtigt at tilpasse indsatser, så de rummer så mange unge som i muligt i forhold til hvor de er i deres tanker, følelser og sorg/traumeprocesser.

De vigtigste budskaber:

- Det skal sikres at de der søger hjælp (f.eks. hos Politiet, sygehus, Tusaannga), faktisk får den nødvendige hjælp. Manglende og for langsom psykisk hjælp kan koste liv.
- Hjælpen skal ske hurtigt, og ikke først, når den unge har haft et selvmordsforsøg. Dertil ønskes tilgængelig hurtig hjælp (samtaleforløb) efter oplevelser med selvmord.
- Det skal være nemmere at finde ud af, hvor man kan henvende sig for at få hjælp. Fx kan de sociale medier bruges til at fortælle hvor man kan søge hjælp.
- Tusaannga skal være åben 24/7.
- Mere oplysning og forebyggelse lokalt flere gange om året. Det er ikke nok med en telefonlinje. De unge ønsker samtaler ansigt til ansigt.
- Hjælp til unge som pårørende til nære med selvmordstanker, eller som har mistet til selvmord.
- Værktøjer til hvordan de unge kan snakke med deres venner, der er kede af det eller har selvmordstanker.

### **Mistillid til systemet**

De unge bruger mange kræfter på at søge hjælp, og når det ikke lykkes får de en følelse af at det ikke nytter at søge hjælp. Dette kan resultere i at de unge udelukkende bruger deres venner, selvom de måske har brug for professionel hjælp. Konsekvensen er at de unge mister tilliden til systemet og lukker i.

De vigtigste budskaber:

- Når unge søger hjælp, skal de have hjælp.
- Unge som voksne har brug for flere værktøjer, når unge rækker ud for at få hjælp.
- Hjælpen skal være lettilgængelig. Det skal være klart, hvor man skal henvende sig, hvis man har selvmordstanker.
- Mange unge har ikke tillid til systemet fordi de ikke har fået hjælp da de søgte den. Der er behov for en indsats der kan genskabe tilliden.

### **Væresteder og aktiviteter for unge som selvmordsforebyggende**

Mange unge fortæller, at i mangel af andre aktiviteter og væresteder tyr de til alkohol og stoffer, når de føler sig kede af det. De unge fortæller at manglende aktiviteter uden alkohol og mangel på uddannelsesboliger kan være medvirkende til det høje antal selvmord.

De vigtigste budskaber:

- Der er brug for væresteder for unge, der er åbne om natten, og hvor unge kan være sammen med andre unge uden involvering af alkohol.
- De unge mangler positive oplevelser og aktiviteter. Der mangler aktiviteter som ikke er sport.
- De unge mangler studieboliger. Mange unge må opgive at komme i gang med en uddannelse fordi de mangler et sted at bo.
- Det skal være billigere at leve i Grønland, f.eks. gennem lavere husleje. Mange unge bliver nødt til at blive boende hos deres forældre, da de ikke har råd til de høje huslejer.

### **Snak med os, inddrag os**

De unge har et stort ønske om at blive inddraget i anliggender der vedrører dem. Det skal ske ved en reel inddragelsesproces hvor de unge føler sig hørt. Qamani-projektet har haft til formål at være det første skridt i inddragelsen af de unge.

De vigtigste budskaber:

- De offentlige instanser skal gøre det lettere og mere overskueligt at søge den hjælp de unge har brug for.
- Trivselsundersøgelser på skolerne, der fokuserer på mentalt helbred.
- Ligelig fordeling af tilskudsordninger til yderdistrikter.
- Der er for mange unge der venter på at få psykologhjælp. De unge ønsker at ansættelser af psykologer prioriteres.
- Det skal være lettere for unge at involvere sig i frivilligt lokalt arbejde. Unge vil gerne være med til at gøre en forskel, men oplever, at arbejdsgangene i kommunerne forhindrer dem.
- Arbejdet med forebyggelsesstrategier skal laves om, så processen bliver inddragende og giver ejerskab i befolkningen. Der skal opbygges viden i befolkningen sammen med befolkningen. Dokumenter skal være skrevet på et sprog den almene borger kan forstå, og de skal være synlige. Det er ikke nok at udarbejde strategier.
- Hjælpen til de unge skal tage udgangspunkt i deres behov og ståsted.

### **Selvværd og selvtillid**

Selvværd og selvtillid har stor betydning for unges trivsel. De unge udtrykker, hvor stor værdi alle mennesker har, uanset hvad man har været igennem. Alle mennesker er unikke, hvilket er et budskab, som bør formidles til alle.

De vigtigste budskaber:

- Du har en værdi lige meget, hvem du er, hvad du har udrettet, eller hvad du har gået igennem i din barndom.
- Ved at acceptere hvad man har været igennem, kan man komme igennem svære ting.
- Vi har brug for dig, uanset hvem du er.

### **Du er ikke alene**

De unge gør det klart for alle, at de ikke er alene om at have selvmordstanker. Der er andre der har samme tanker, og det vigtigste er at søge hjælp.

De vigtigste budskaber:

- Vi må snakke mere om årsagerne til selvmord.
- De unge ønsker akut psykisk hjælp, når de har behov for det. Det er ikke nok med Tusaannga.
- Massiv indsats på hjælp til dem, som har behov for det, og med metoder som er tilpasset forskellige behov hos de unge.
- Man skal søge hjælp og ikke sidde alene med sine tanker.

### **Snakke om følelser og selvmord: skam og aftabuivering**

De unge ønsker, at selvmord bliver italesat og aftabuiveret. De ønsker og anbefaler, at bryde normaliseringen omkring selvmord. De mener, at alt for mange sidder alene med deres tanker, og at skam er en stor grund til, at man i sidste ende ikke søger hjælp.

De vigtigste budskaber:

- Der er behov for en indsats for at aftabuisere selvmord og selvmordstanker på et mellem menneskeligt plan. De unge har behov for redskaber til at tale om emnet ansigt til ansigt.
- Man skal ikke skamme sig over sine følelser og tanker. Der er behov for en indsats i forhold til skamfølelser.
- At selvom man er en mand, så er det okay at være åben og snakke ud om sine følelser.
- Der skal fokus på, at alle mennesker er forskellige og kan have forskellige behov for samtale og støtte. Der er unge, der ønsker at snakke, men ikke ved, hvordan de skal starte.
- Man skal tale mere om, hvordan man sætter grænser for børn, og hvordan man kan lære børnene at sætte deres egne grænser.
- Man skal tale mere om følelser, traumer og selvmord i folkeskolerne og familierne.
- Børn og unge har brug for værktøjer til at tale om selvmord og traumer.

### **Selv mord som et samfundsproblem**

De unge er opmærksomme på, at der er mange og komplekse årsager til selvmord. Budskaberne henvender sig ikke kun til det offentlige - men til alle i samfundet.

De vigtigste budskaber:

- Alle har en værdi og har rettigheder til at få hjælp.
- Voksne, unge og børn skal holde op med bagtale, nedgøre og mobbe andre.
- Vejledning i brug af sociale medier og (etiske) retningslinjer hertil.
- Boligmanglen og den høje husleje gør, at unge bliver nødt til at blive boende hos deres forældre.
- Anbringelser af børn udenfor hjemmet bør ske på en bedre måde. Det kan tage lang tid før barnet bliver anbragt. Ligeledes iværksættes der ikke sagsbehandling ud fra barnets behov.
- Vi må som samfund tage et større ansvar når det kommer til selvmord.

Qamani-rapporten er en guldgrube af handlemuligheder både på politisk og kommunalt niveau og på lokal-samfundsniveau. I sit forord til rapporten takker Børnetalsmanden Naalakkersuisoq for Børn, Unge og Familier og Naalakkersuisoq for Sundhed for at ændre processen i arbejdet med den nye strategi for selvmordsforebyggelse ved at inddrage de unges anbefalinger fra rapporten.

Udgangspunktet i de unges egne perspektiver bidrager til noget, som ofte omtales i strategier og hensigts-erklæringer, men som sjældent realiseres: at der ønskes en praksis i Grønland som ikke er en kopi af andre landes praksis, f.eks. inden for sundheds- og socialområdet. Ved at inddrage landets egen befolkning, her de unge, i udformningen af strategier og handleplaner, inddrager man samtidig tankegange, forståelser og kulturelle praksisser, som er specifikke for Grønland - f.eks. en mere helhedsorienteret, fællesskabsbase-ret og inkluderende tilgang. Det øger sandsynligheden for at strategier og handleplaner kan understøtte kulturelt relevante og virkningsfulde løsninger.

En anden pointe i at inddrage de unges egne perspektiver er at de selv har fokus på udviklingsmuligheder. De er optaget af deres fremtidsmuligheder - blandt andet som et værn mod selvmordstanker. Dermed har de også fokus på ressourcer og løsningsmuligheder - en gave til politikere og andre beslutningstagere.

### 13.7.2.2 Inddragelse af Qamani i den kommende selvmordsstrategi

På et møde mellem Sundhedskommissionen, Socialstyrelsen og Paarisa i januar 2023 oplyste Paarisa, at der på baggrund af de unges input vil være fokus på:

1. Mental sundhed
  - Redskaber til italesættelse, skyld og skam.
  - Undervisning om mental sundhed i folkeskolen.
2. Ung-til-Ung
  - Redskaber til samtale blandt unge – kurser, SoMe, kampagner, app.
3. Psykisk førstehjælp
  - De unge har behov for bedre psykisk hjælp og mere viden om selvmord, herunder årsager til selvmord.
4. Henvendelse
  - De unge ønsker at blive "grebet med det samme" når de henvender sig.
  - Væresteder (et trygt sted) for unge som er i en svær situation.

I forbindelse med væresteder, så påpegedes det at udfordringen for kommunerne er, at når børn bliver myndige, så er de overladt til sig selv. Kommunerne oplyser at de intet lovgrundlag har for at kunne hjælpe disse unge mennesker. Hvis de skal kunne tilbyde noget til de 19-20-årige mænd f.eks., så skal der laves lovgivning herom. Derfor er der et stort behov for at få klargjort hvordan dette område kan få et løft.

## 13.8 Opsamling på selvmord og selvmordsforebyggelse

### 13.8.1 Udfordringer

Selvmordsraten i Grønland er en af de højeste i verden. Det er primært unge mænd der begår selvmord, men tallet for unge kvinder er i stigning. Selvmordstanker og antallet af selvmordsforsøg er højere blandt unge kvinder end unge mænd.

Sociale forhold som forudsætninger for selvmordsadfærd er blandt andet lav indkomst, manglende uddannelse, arbejdsløshed og trange boligforhold. Dårlige sociale forhold medfører ofte sociale problemer som misbrug, omsorgssvigt, seksuelle overgreb, lavt selvværd, problemer knyttet til lokalsamfundet, social isolation m.m., som kan lede til selvmordsadfærd. Selvmordsadfærd forekommer dog i alle socialgrupper.

Unge der begår selvmord, er ofte kendt af de sociale myndigheder i forvejen, op til 50%. Denne viden bruges tilsyneladende for lidt.

Selvmordsforebyggende indsatser er spredt ud over departementer og kommuner og dækker ikke alle relevante grupper.

### 13.8.2 Tiltag og input af relevans for selvmordsforebyggelse

National Strategi for Selvmordsforebyggelse 2013-2019 havde fokus på enkeltpersoner og familier. Den kommende strategi ønsker at inddrage borgere og lokalsamfund i forebyggelsen, hvorfor forskellige grupper af brugere er blevet inddraget i udarbejdelsen af den.

Konkrete tiltag:

- Livslinjekurser i regi af Paarisa som uddanner fagprofessionelle i social- og sundhedssektoren samt uddannelsessektoren til at spotte og tale med selvmordstruede. Kurserne er udbredt til alle kommuner.

- Landsdækkende telefonrådgivning (åbent søndag - torsdag 9:00 - 00:00 og fredag - lørdag 09:00 - 04:00)
- Psykologsamtaler - men der er generel mangel på (grønlandssprogede) psykologer.
- Eksempler på projekter for unge med fokus på fællesskab, åben samtale, meningsfulde aktiviteter, opbygning af social kapacitet.

Interviewundersøgelser med unge om trivsel:

- Lidt ældre undersøgelser fra Paamiut viser behov for adgang til sociale fællesskaber med gensidig åbenhed og støtte, aktiviteter hvor de unge kan udtrykke sig, f.eks. kunst, fremtidsperspektiver for uddannelse og arbejde. De unge værdsætter tillid og ansvarlighed over for hinanden.

### **MIOs projekt Qamani:**

De unges stemmer i projektet giver for det først et konkret indblik i hvad det er for problemer mange unge slås med. Det er alle de problemer som vi også hører om i befolkningsundersøgelserne og andre undersøgelser: Misbrug, vold og seksuelle overgreb osv. i hjemmet og lokalsamfundet. Men også om mobning og bagtaleri.

De taler om manglende muligheder for at få hjælp når de har selvmordstanker. Mange ved ikke hvor de skal henvende sig, eller de får ikke den hjælp de har brug for, eller den er for langsommelig, det være sig de sociale myndigheder, politiet, sundhedsvæsenet eller lærerne i skolen. De taler desuden også om at der først kan ydes hjælp når skaden er sket.

De unge lægger vægt på at de ikke kun eller nødvendigvis har brug for professionel hjælp. Mange taler med hinanden, familien eller andre i deres netværk, men de har brug for værktøjer til at tage de tunge samtaler med venner og andre der har selvmordstanker.

Desuden efterlyser de unge aktiviteter i lokalsamfundet. Når de har det svært har de brug for et sted at gå hen, hvor de kan tale med andre og foretage sig nogle positive ting. Der er tilbud om sportsaktiviteter, men der er også brug for andre aktiviteter. Alternativt er der mange der tyr til alkohol og stoffer - hvilket ofte er en udløsende faktor for selvmord. De unge udtrykker et behov for steder at tale med andre i åbenhed omkring deres problemer, så de ikke føler sig alene med dem.

I det hele taget efterlyser de unge en større åbenhed i hele samfundet, også i skolen og blandt de voksne, til at kunne tale om seksuelle overgreb, selvmordstanker og andre tabubelagte emner (se også kapitel 11, afsnittet om seksuel sundhed).

De unge udtrykker, at den hjælp, der gives ofte er besluttet hen over hovedet på dem uden at spørge dem selv, hvad de har brug for. De udtrykker et ønske om at deltage i lokalsamfundet, f.eks. gennem frivilligt arbejde, og at bidrage med deres viden. Hvis de unge bliver inddraget, vil det også kunne understøtte det selvværd, som mange kæmper med.

Indsigten i de unges perspektiver i projektet peger på muligheder for at overkomme manglen på ressourcer i kommunerne og sundhedsvæsenet i form af professionel hjælp. Hvis de unge bliver inddraget i planlægning af selvmordsforebyggelse kan der f.eks. etableres rammer for at de unges ressourcer til at hjælpe hinanden bliver brugt bedre, at voksne i lokalsamfundet, f.eks. skolelærere og socialarbejdere, bliver bedre i stand til at hjælpe og f.eks. tage de tunge samtaler, og at der bliver etableret væresteder hvor de unge kan mødes, tale med hinanden og foretage sig noget konstruktivt.

Når de unge fortæller om manglende imødekommenhed i det offentlige system, kan det blandt andet handle om at det kan være svært for medarbejderne at imødekomme de unge hvis de ikke har nogen tilbud at henvise til.

Qamani inddrager unge fra 18 til 25 år. De tanker, behov og ønsker de giver udtryk for kan tænkes at omfatte andre aldersgrupper også.

## 13.9 Perspektivering

Naalakkersuisut ønsker radikale ændringer i indsatsen over for det stabilt høje antal selvmord gennem de sidste 50-60 år. Dette gennem samarbejde på tværs af sektorer og i samarbejde med de unge. Kapitlet peger på en række samfundsmæssige, organisatoriske og handlingsorienterede perspektiver, der er væsentligt at have for øje i den sammenhæng:

- Behov for at ændre på de voksende ulige vilkår i samfundet – flere lokale muligheder for uddannelse og arbejde, mere lige adgang til serviceforanstaltninger m.m.
- Opmærksomhed på, hvor der kan etableres en hensigtsmæssig organisering af de selvmordsforebyggende indsatser.
- Tydelighed i henvendelsesmuligheder i tilfælde af mistrivsel og selvmordstanker.
- Vigtigheden af øget opfølgning på unge som i forvejen er kendt af politiet/de sociale myndigheder.
- Et grundlæggende princip om at sikre, at tilbuddene dækker alle relevante grupper og er tilgængelige alle steder.

## 13.10 Anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At koordinere de selvmordsforebyggende indsatser, f.eks. gennem årlige status- og opsamlingsmøder med de involverede interessenter
2. At skabe større klarhed om henvendelsesmuligheder i tilfælde af selvmordstanker
3. At sikre opfølgning på unge som i forvejen er kendt af politiet/de sociale myndigheder
4. At etablere flere tilbud i form af støttegrupper og samtaletilbud
5. At etablere flere trivselsfremmende tilbud til børn og unge
6. At sikre rammer for unges samvær med et konstruktivt sigte i forhold til fremtidsmuligheder
7. At sikre at tilbuddene dækker alle relevante grupper og er tilgængelige alle steder
8. At sikre redskaber til samtale blandt de unge selv om følelser i forbindelse med mistrivsel, selvmordstanker og selvmord i nære relationer
9. At sikre støtte til familier i mistrivsel
10. At sikre udbredelse af viden om mental sundhed. Mere åbenhed i samfundet i forhold til at kunne tale om problemer med mistrivsel og selvmord

# Kapitel 14. Psykiatri

## 14.1 Indledning

Psykiatriske sygdomme er i dag et af de tunge sygdomsområder på linje med kræft og livstilssygdomme. Det psykiatriske felt indeholder store udfordringer, som kræver en langsigtet og målrettet indsats og et velfungerende tværfagligt samarbejde.

Det psykiatriske felt er kendetegnet ved at være et komplekst område med mange interesser. Det er samtidig vanskeligt at navigere i for sårbare og syge patienter. Dette forhold gør sig også tit gældende for de pårørende. Problemstillingen bliver ikke mindre af, at mange i befolkningen generelt mangler kendskab til mental mistrivsel og psykiatriske sygdomme - og forskellen herpå. Flere aktører på området oplever angiveligt borgere, der er bange for personer, som har en psykisk diagnose.

Sammenhængende varetagelse af opgaver på feltet fordrer samarbejde og koordination på tværs af hele sundhedsvæsenets felt og i forhold til kommunerne og hele det sociale område.

Hovedpunkter i kapitlet:

- Det er oplevelsen i ledelsen på Psykiatrisk Område, at der er en meget stor efterspørgsel efter behandlingstilbud - og i dag et også stort udækket behov.
- Hertil kommer, at der er igangsat forskellige (relevante) ekstra indsatser på det sociale område i de senere år, som genererer yderligere patientforløb. Det giver dels et meget stort pres på systemet, dels et udtalt behov for at skulle prioritere skarpt.
- Psykiatrien er meget presset, herunder også som følge af store udfordringer i forhold til rekruttering specielt efter psykiatere.
- Psykiatrisk Område har således meget begrænsede ressourcer til opgavevaretagelsen, hvilket bevirker stigende ventetider på vurderinger i forhold til medicin og behandlingsopfølgning.
- Psykiatrisk Område har derfor kun kapacitet på lægeområdet til at tage sig af det uafviselige og indebærer et behov for en meget skarp prioritering.
- Der er i dag patienter, som er færdigbehandlede, men hvor der ikke er en kommune, der vil eller kan påtage sig betalingsforpligtigheden på grund af usikkerhed herom. Dette indebærer, at det ikke er muligt at få patienten udskrevet til et bo/opholdssted.
- De fysiske rammer i Psykiatrisk Område har længe været for små og uhensigtsmæssigt indrettede. Der blandes forskellige patientgrupper, der burde holdes adskilte. Det har også den konsekvens, at Psykiatrisk Område må huse "farlige" patienter. Det presser arbejdsmiljøet og øger antallet af situationer med vold og trusler mod personalet og giver utryghed for andre patientgrupper.
- Derudover er der store kapacitetsproblemer på den retspsykiatriske afdeling i Skejby i Danmark.
- Der er et stigende antal patienter, som får dom til behandling og samtidig afventer patienterne ofte meget lang tid på at få afsagt dom i deres sager.
- Nogle patienter får afsagt en dansk behandlingsdom, som medfører at ansvaret og tilsynet med dommen overgår til den danske kriminalforsorg. Der er uklarhed om betalingsansvaret, når det kommunale ansvar ligeledes overflyttes til en dansk kommune. Det efterlader patienten i et tomrum.

## 14.2 Organisering, opgavedeling, bemanning og fysiske rammer

Sundhedskommissionen har i sit arbejde blandt andet set nærmere på organisering, behandlingstilbud, bemanning og omkring det psykiatriske felt i sundhedsvæsenet.

### **Psykiatrisk Område**

Psykiatrisk Område på DIH rummer sengepladser til 12 indlagte patienter (A1), terapirum til dagpatienter, Psykiatrisk Ambulatorie og Distriktpsychiatrien i Nuuk, Ikaarsarfik. Derudover har sundhedsvæsenet 16 sengepladser på lukket retspsykiatrisk afsnit (R3) på Aarhus Universitetshospital.

Psykiatrisk Område varetager den mere specialiserede del af psykiatrien inden for hele det psykiatriske spektrum. Det vil sige de dele af patientforløbene, der kræver specialiseret udredning og behandling.

Sundhedsregionerne varetager den almene del af psykiatrien. Det vil sige den del af patientforløbene, der ikke nødvendiggør specialiseret udredning og behandling. Til sammenligning varetages den del af almen praksis i Danmark.

Psykiatrisk Område er pt. (primo april 2023) bemannet med:

- Ledende overlæge og ledende oversygeplejerske.
- 1 udviklings og uddannelsessygeplejerske
- 1 afdelingssygeplejerske og 10 sygeplejersker, hvoraf 3 er fastansatte og 1 på barsel. De resterende 7 stillinger dækkes af korttidsansatte af kortere og længere varighed og ansatte i rotationsordninger.
- 7 sundhedsassistenter her af 1 på barsel, 1 pædagog, 1 sundhedshjælper, 1 portør - alle fastansatte samt 2 pædagoger og 2 assistenter i vikariater.
- 1 fysioterapeut, 1 sundhedsassistent og 1 pædagog i Psykiatrisk Terapi alle fastansatte. 1 ergoterapeutstilling vakant (er forsøgt opslået mange gange men ingen ansøgere).
- 3 overlæger i Psykiatri (korttidsansatte gennem vikar-aftale, men nogle er gengangere og der er perioder med vakancer i stillingerne).
- 1 overlæge i Børne- og Ungdomspsykiatri kun delvist besat ca. 6 måneder om året.
- 4 reservelægestillinger (læger i uddannelsesstilling i Almen Medicin)
- 3 stillinger som børne- og ungdomspsykolog (pt. er 3 af stillingerne besat, hvoraf to er fastansatte samt 1 vikar i 2-4 måneder).
- 4 stillinger som voksenpsykolog (pt. er 2 af stillingerne besat med fastansættelser hvoraf 2 stillinger er besat med vikar 2-4-6 måneder).
- 1 lægesekretær, 2 patientkoordinatorer og 2 tolke.
- 2 socialrådgivere, hvoraf den ene udelukkende arbejder i Psykiatrien.
- I Ikaarsarfik er ansat 1 afdelingssygeplejerske, 3 sygeplejersker og 2 assistenter alle besatte med fastansatte.

Bemanningssituationen lider under mange korte ansættelser og lange vakancer i visse stillinger. Dette kan illustreres af tal herom, der blev fremlagt for Sundhedskommissionen i forbindelse med ledelseskonferencen i sundhedsvæsenet i november 2022. Heraf fremgik blandt andet, at der i Psykiatrisk Område typisk var i alt mellem 28 - 42 lægeansættelser om året, havde været ansat 5 nye psykologer i 2022 og i gennemsnit kom 2-4 nye sygeplejersker hver 4. måned. Dette giver i sagens natur en mere ujævn personalsituation, der bidrager til at belaste Psykiatrisk Område yderligere.

Der har været tilknyttet en læge, som hjælper på det retspsykiatriske område nogle timer om måneden. Hertil kommer en speciallæge i psykiatri, som fra Danmark afholder telepsykiatriske konsultationer 1-2 dage om ugen med patienter med ADHD. Begge aftaler er nu udløbet og har ikke kunne fornyes.

Psykiatrien er ret presset på retspsykiatriområdet, idet der årligt er brug for 120-150 udtalelser enten i forbindelse med domme eller vurdering af domme.

Patienterne ses og henvises til Psykiatrisk Område af regionslæger fra sundhedsregionerne.

Udredning, behandling, behandlingsopfølgning og årlige kontroller af patienter varetages under indlæggelse i Psykiatrisk Ambulatorie, ved telepsykiatriske konsultationer eller ved specialistrejser afholdt af Psykiatrisk Område (specialiseret). Der er i øjeblikket stigende ventetid på at blive set hos psykolog og psykiater. Ventetiden er fra 6 måneder og op til mere end 1 år.

Ventetiden på elektive indlæggelse kan være mere end 3-6 måneder.

Derudover håndterer regionslægerne i det lokale sundhedsvæsen en række behandlingstilbud på det psykiatriske felt, eksempelvis medicinsk behandling mod let til middel depression (det almene).

Det er ikke muligt at redegøre for samtlige behandlingstilbud inden for psykiatrien, idet behandlingstilbuddet varierer alt efter patientens behov og sygdomsdiagnose. Tilbuddet kan eksempelvis bestå af medicinsk behandling (hvoraf der er mange typer), elektrochokbehandling, psykiatriske terapisaftaler med en psykolog m.m.

### 14.3 Overordnede data og forhold

Der er i alt konstateret ca. 1400 mennesker i Grønland som har en psykisk sygdom (= en psykiatrisk diagnose). Dette svarer til ca. 2,4% af befolkningen. Dette er et højt tal, som fordrer igangsættelse af initiativer, der skal medvirke til at skabe velegnede rammer for psykisk syge personer.

Tal fra starten af 2022 viser, at der i alt er ca. 1225 patienter med et aktivt forløb i Psykiatrisk Område. Heraf er ca. 100 af dem retspsykiatriske patienter med en dom. Med et aktivt forløb menes patienter, som enten er indlagt, har et ambulante forløb i Psykiatrisk Område, følges i Distriktspsykiatrien i hele landet eller som ses til årlige behandlingskonferencer m.v.

Aktivitetsstal fra Psykiatriske Område viser en stor stigning i antallet af indlæggelser fra 2017 frem mod 2021, jf. tabel 14.1.

**Tabel 14.1: Aktivitetstal i Psykiatrisk Område - indlæggelser på A1 i perioden 2017-2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Antal indlæggelser	247	275	325	343	342
Antal sengedage	4.366	6.946	15.041	11.136	7.212

Kilde: Sundhedsvæsenet

En lignende udvikling ses i forhold til aktivitetstal omkring ambulante kontakter i såvel børn- og ungepsykiatrien som voksenpsykiatrien i samme periode, både på DIH og i regionerne.

**Tabel 14.2: Aktivitetstal i Psykiatrisk Område - ambulante kontakter på i henholdsvis børn- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien på DIH og i regionerne i perioden 2017-2021.**

	2017	2018	2019	2020	2021
Psykiatrisk område, ambulante kontakter	9.041	10.348	9.690	12.731	13.823
Psykiatri, Børn og Unge	1.103	1.476	1.467	2.328	1.396
Psykiatrisk Område	1.081	1.436	1.412	2.147	1.326
Regioner	22	40	55	181	70
Psykiatri, Voksne	7.938	8.872	8.223	10.403	12.427
Psykiatrisk Område	7.877	8.718	7.862	9.716	11.296
Regioner	61	154	361	687	1.131

Kilde: Sundhedsvæsenet

Der ses ikke sket et tilsvarende løft i bemandingsmæssige og økonomiske ressourcer i samme periode til det psykiatriske felt. Dette forhold bidrager til, at Psykiatrisk Område i stigende grad er presset.

### **Forskelligartede behov som ikke alle kan eller skal løftes i Psykiatrisk Område**

Psykiatriske patienter, der er i kontakt med Psykiatrisk Område, vil oftest være i behandling for skizofreni eller anden kronisk psykose, mani-depressive tilstande, eventuelt unipolar depression, personlighedsforstyrrelser, adfærdssændringer eller misbrugsproblematikker. Der er patienter med psykiatriske diagnoser, der alene varetages uden for Psykiatrisk Område i det almen medicinske felt som f.eks. i Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk og i ambulatorierne i regionerne. Det vil oftest gælde personer med mindre invaliderende psykiatrisk sygdom som angst, neurotiske tilstande, lettere depression, tilpasningsreaktioner, reaktioner på tab og traumer eller misbrugs-/afhængighedsproblematikker.

Hos ældre ses både det samme sygdomsspektrum som hos yngre voksne og problematikker, som bliver hyppigere med stigende alder, som konfusionstilstande og demens. For såvel børn og unge med psykiske diagnoser som for de voksne er der behov for samlede og helhedsorienterede forløb.

Psykiatrien er delt op i to lægefaglige specialer.

### **Psykiatri - voksne patienter**

Der er ca. 200 patienter mellem 18 – 25 år med et forløb i Psykiatrisk Område, og ca. 850 patienter over 25 år med et forløb i Psykiatrisk Område.

Her behandles voksne patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske sygdomme kombineret med misbrug. Herunder ligger også retspsykiatri i form af blandt andet behandlingsopfølgning af psykiatriske patienter med dom til behandling, udfærdigelse af erklæringer til brug i retten m.m.

### **Børn**

Der er tilsvarende ca. 175 børn og unge under 18 år med et forløb i Psykiatrisk Område.

Her behandles patienter med psykisk sygdom samt mentale og adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser i alderen 0-18 år.

## **14.3.1 Nuværende fysiske rammer**

I dag råder Psykiatrisk Område over et sengeafsnit med 12 senge (på A1) og et ambulatorium til udredning og behandling. Hertil kommer, at der fra medicinsk afdeling ydes neurologisk støtte til psykiatrisk udredning / scanninger.

Flere patientkategorier er i dag i udgangspunktet i de samme fysiske rammer i Nuuk. Dette gælder således børn og unge, voksne, selvmordstruede samt personfarlige retspsykiatriske patienter.

Det giver problemer med såvel retssikkerhed for almindelige borgere og med arbejdsmiljøet for de ansatte på området.

Nævnte problemer med de fysiske rammer er ikke nye.

Allerede i en redegørelse på det psykiatriske område fra 2010 blev det påpeget, at *"ved dårlige fysiske rammer på psykiatriske afdelinger ses mere vold. Rammerne på psykiatrisk afdeling A1 er ikke tidssvarende"*.

Tilsvarende blev det i Ombudsmandens rapport for Psykiatrisk Område i 2012 udtalt, at *"en væsentlig mangel i den eksisterende psykiatrideling, er muligheden for udgang til det fri. Grønlandere er afhængige af den nære kontakt til naturen for at opnå det gode liv. Derfor er naturen, vinden og vejret en væsentlig del behandlingen af sindet, for denne udsatte del af den grønlandske befolkning. Det er noget man i dag ikke kan tilbyde patienterne i det skærmede afsnit"*.

### **Ny psykiatribygning i Nuuk**

Et meget væsentligt fremtidigt projekt er planerne om opførelse og ibrugtagning af en ny psykiatribygning i Nuuk. Det var forventet, at et byggeprojekt kunne påbegyndes i sommeren 2020. I forberedelsen af et sådant projekt skete en forudgående brugerinddragelse af relevante aktører som led i udarbejdelsen af et såkaldt byggeprogram. Dette indebærer blandt andet en planlagt forøgelse af sengekapaciteten fra 12 til 16 og med bedre faciliteter til udredning og behandling end i dag.

Det oprindelige udbudsmateriale har været færdigt og udbudt i licitation i flere omgange. Den første licitation blev aflyst, da de indkommende tilbud langt fra kunne holdes inden for de afsatte rammer. Et nyt tilrettet og delvist nedskaleret projekt har ligeledes været i udbud, men her kom der ingen bud ind, så sagen er på nuværende tidspunkt under genovervejelse.

Status på dette projekt primo februar 2023 er, at der efter en fornyet dialog med blandt andre Psykiatrisk Område søges udarbejdet et nyt opdateret udbudsmateriale, der tager højde for en mere fremtidssikret løsning i forhold til såvel det stigende pres på kapaciteten som ønskerne til en hensigtsmæssig indretning med afsæt i forskellige patientgruppers behov. Dette vil derfor på sigt resultere i en reel kapacitetsudvidelse.

### **14.3.2 Opbygningen af Psykiatrisk Område og de forskellige enheders funktioner**

Nedenstående er en kort beskrivelse af opbygningen af Psykiatrisk Område og de forskellige enheders funktioner.

#### **Psykiatrisk Ambulatorium**

Psykiatrisk Ambulatorium varetager udredning af ambulante patienter, iværksætter behandling, afvikler behandlingsopfølgninger og kontroller, herunder de årlige behandlingskonferencer. Patienterne ses i ambulatoriet efter behov. Langt de fleste patienter tilknyttet Psykiatrisk Område ses ambulant. Både speciallæger i psykiatri og psykologer indgår i udredningen og behandlingen. For ADHD-patienter er der igangsat et ADHD-ambulatorium, hvor en speciallæge i Psykiatri ser patienter 1-2 gange om ugen via telepsykiatri.

Psykiatrisk Område har også en aftale med bostedet Aaqa, hvor den ledende overlæge i Psykiatrisk Område går ugentlig stuegang.

#### **Indlæggelse på A1**

A1 er en åben, akut modtageafdeling, hvor patienter fra hele landet indlægges til udredning, behandling og stabilisering af sygdom eller tilstand. Patienter med dom til behandling kan indlægges i henhold til dommen. Børn og unge op til det fyldte 17. år kan indlægges til udredning, behandling og stabilisering i psykiatrisk regi, men indlægges fysisk på børneafsnittet på Kirurgisk Område (K4). Børn og unge, som ikke kan samarbejde om indlæggelsen, indlægges på A1.

#### **Psykiatrisk Terapi**

Psykiatrisk terapi er et rehabiliterende tilbud med fokus på generhvervelse, fastholdelse eller forbedring af ADL-aktiviteter (Almindelig Daglig Levevis). Det tilbydes til både indlagte og ambulante patienter og tilrettelægges, så det giver mening for patienten. Målet er, at patienten kan udføre hverdagsaktiviteter såsom egenomsorg, indkøb, madlavning, rengøring m.v. Det kan omfatte fysisk træning, bevægelighedsøvelser, eksponering af angst m.v.

Der er fokus på psykoedukation til patienter og pårørende. Det inddrages både under indlæggelse, ved ambulante behandlingsforløb og i Distriktpsychiatrien, i grupper eller individuelt. Psykoedukation er en terapiform, hvor patienten får bedre forståelse for egen sygdom og behandling. De pårørende inddrages også, så de får større forståelse for sygdomsforløbet og redskaber til at støtte den syge på en god måde.

#### **Distriktpsychiatrien i Nuuk - Ikaarsarfik**

I Ikaarsarfik varetages pleje, kontrol og behandling af hjemmeboende patienter med svære psykiatriske lidelser, fortrinsvist psykose lidelser.

Ca. 170 patienter er tilknyttet lkaarsarfik, hvoraf 35 af dem har en dom til behandling. Mange af patienterne har et kontinuerligt eller lejlighedsvist misbrug.

### **Distriktspsykiatrien udenfor Nuuk og det psykiatriske tilbud i sundhedsregionerne**

Distriktspsykiatrien udenfor Nuuk er et tilbud til ikke-indlagte patienter med svære psykiatriske lidelser, der har behov for at komme sig, udvikle sig og skabe eller genoptage en hverdag efter udskrivelsen. Funktionen indeholder blandt andet tilbud om psykiatrisk hjemmesygepleje, medicinudlevering i doseringsæsker og administration af depotmedicin. Distriktspsykiatriens primære mål er at hjælpe patienten med at følge den ordinerede behandling.

Distriktspsykiatrien udenfor Nuuk er forankret i regionerne, og varetages typisk af en psykiatrisk sygeplejerske, som er ansat på regionssygehuset, og psykiatriske nøglepersoner, som er ansat på sundhedscentrene. Den psykiatriske nøgleperson på et sundhedscenter er som regel en sundhedsassistent eller sygeplejerske, der udfylder en særlig funktion på det psykiatriske område som følge af deres interesse og/eller erfaring og kurser inden for området. Nøglepersonerne varetager funktionen i dele af deres arbejdstid, men indgår også i andre arbejdsopgaver og vagtarbejde.

Det psykiatriske tilbud i sundhedsregionerne består af:

- Distriktspsykiatrien
- Telepsykiatrisk ambulatorium (forankret i Psykiatrisk Område, DIH)
- Årlige specialistbesøg (forankret i Psykiatrisk Område, DIH)
- Indlæggelse på sundhedscenter eller regionssygehus.

### **14.3.3 Børne- og ungdomspsykiatrien – opgaver og fokuspunkter**

Sundhedsvæsenet varetager udredningen, diagnosticeringen og behandling af børn og unge med psykiske lidelser. Ligesom i voksenpsykiatrien kan forløbet bestå af medicinsk behandling, psykiatrisk terapi, samtaler med en børne- og ungepsykiater og/eller en børne- og ungepsykolog m.m.

Børne- og Ungdomspsykiatrien varetager dette, eksempelvis i forhold til opmærksomhedsforstyrrelser, udviklingsforstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser, angsttilstande, skizofreni m.v.

Der eksisterer i dag en samarbejdsaftale med Region Hovedstaden om børne- og ungepsykiatrien

Derudover skal sundhedsvæsenet understøtte den patientrettede forebyggende indsats og til at yde rådgivning til kommunerne. For at understøtte tidlige og sammenhængende indsatser arbejdes der i sundhedsvæsenet med f.eks. samtaleforløb efter selvmordsforsøg, Tidlig indsats og MANU. Særlig MANU og Tidlig Indsats har fokus på at understøtte tværsektorielle og helhedsorienterede forløb.

Derudover tilbydes selvmordsforebyggende forløb til børn og unge, som har tanker om selvmord eller som har forsøgt selvmord, jf. også beskrivelsen i kapitel 13 om selvmord.

Der er stor sammenhæng mellem børn og unge med psykiske sygdomme eller mistanke herom og børn og unge, som har oplevet omsorgssvigt f.eks. via opvækst med misbrug, vold i hjemmet eller seksuelt misbrug. Befolkningsundersøgelserne har igennem årene og senest i 2018 konstateret, at der fortsat er massive udfordringer med misbrug, vold og overgreb mod børn. Det bekræfter, at den brede og ikke mindst tidlige indsats fortsat er vigtig. De hyppigste egentlige børnepsykiatriske sygdomme i dag er således autisme og ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) /opmærksomhedsforstyrrelser evt. egentlig psykose eller neurotiske tilstande med tvangstanker og tvangsadfærd.

Et forløb i Børne- og Ungdomspsykiatrien er sjældent nok i sig selv. Det kræver en holistisk indsats, hvor der efter udredningen igangsættes foranstaltninger, som kan forebygge, at barnet udvikler en varig sindslidelse eller tilstanden forværres. Det kræver ofte en pædagogisk og psykologisk indsats i barnets nærmiljø f.eks. i familien, børnehaven, skolen m.v.

Et sammenhængende forløb for børn og unge forudsætter velfungerende samarbejde mellem sundhedsvæsenet og de respektive kommuner. Dette skal ses i lyset af, at kommunerne oplever et meget stort pres på socialområdet som følge af blandt andet omsorgssvigtede børn og unge.

Kommunerne står for at tilrettelægge tidlige og opfølgende indsatser til børn og unge med særlige behov i tæt samarbejde med f.eks. sundhedsplejen, skolevæsenet, MISI (pædagogisk psykologisk rådgivning), børne- og familiecentre m.m. Den kommunale indsats til børn og unge med særlige behov er forankret forskelligt fra kommune til kommune. Det er et spørgsmål, om alle kommuner har tilstrækkelige indsatser og ressourcer til at løfte i tilstrækkeligt omfang. Der er som minimum stor forskel på indholdet og udbredelsen af kommunernes indsatser. Dette afspejles f.eks. i Tidlig Indsats og Forebyggelsesudvalgenes organisering og kompetencer, som varierer markant fra kommune til kommune, jf. også kapitel 12 om forebyggelse. Det gør det udfordrende at yde ensartet tidlig indsats af høj kvalitet i hele landet og sikre fælles ledelsesmæssig fokus på tværs af sektorer (Departementet for Sundhed, 2020).

Der knytter sig ikke alene udfordringer til kommunernes ressourcer og organisering, men også til det nødvendige samarbejde med familierne til de pågældende børn og unge. Flere steder holder forældre angiveligt deres børn væk fra en udredning og accepterer ikke, hvis deres barn skulle få en diagnose, fordi psykisk sygdom ikke er særlig accepteret det pågældende sted. Der eksisterer ligeledes et manglende kendskab til MISI. Nogle familier er bange for mødes med MISI, fordi de tror at MISI vil fjerne deres barn. De steder hvor borgerne i højere grad accepterer at deres medborgere har en psykisk sygdom, trives begge parter bedre, givet ud fra kommunens egen vurdering (Departementet for Sundhed, 2021a).

### **Opmærksomhedspunkter og fremtidige behov for omstilling**

Børn der er truet på den mentale sundhed og ikke får den hjælp de har brug for, er i øget risiko for at udvikle en psykisk diagnose. Der er set en gradvis stigning i antallet af børn og unge, der henvises til udredning. Dette tal er steget fra 90 i 2014 til 174 i 2022.

Som tidligere beskrevet udgør de nuværende fysiske rammer også et problem, idet der ikke findes særlige senge til børn og unge og forældre. Disse er pt. henvist til at benytte henholdsvis M2 (medicinsk afdeling) og patienthotellet.

Områdeledelsen vurderer desuden, at mange børn og unge ikke får den nødvendige støtte efter afsluttet forløb i psykiatrien og der efterlyses egentlig brobygning til relevante institutioner og hjemkommunen.

Sundhedsvæsenet har aktuelt blandt andet derfor fokus på at skulle kunne håndtere en øget tilgang af patienter og ønske om så vidt muligt at kunne nedbringe ventetider. Dette skal ses i lyset af, at man samtidig opererer med en begrænset bevilling i forhold til udviklingen med et forøget behov.

Ifølge sundhedsvæsenet leder dette pres til et behov for sengepladser med bemandingsmuligheder samt et øget behov for fagligt personale for at kunne løfte disse opgaver. Herunder en fast psykiater, børn- og unge-psykologer, en børn- og ungesygeplejerske samt en socialrådgiver.

## **14.4 Særligt om telepsykiatri**

Psykiatrisk Område på DIH benytter sig i vid udstrækning af telemedicinske konsultationer og har arbejdet med at implementere en række telepsykiatriske arbejds gange. Der er flere fordele herved:

- Det har givet flere borgere adgang til tilbud i psykiatrien.
- Telepsykiatriske tilbud sikrer højere grad af tværsektoriel involvering eksempelvis via tværfaglige udskrivningsmøder, hvor patientens netværk, kommunen, støttepersoner, bosteder m.v. inddrages i behandling og det opfølgende patientforløb.
- Tilbuddet muliggør også, at patienter med en psykiatrisk sygdom uden for Nuuk, kan få mulighed for telepsykiatrisk vurdering og behandling af en psykiater løbende, fremfor at patienten skal vente op til et år på, at der kommer en psykiater på kystbesøg.
- Vurdering af en psykiater og behandlingsopfølgning løbende, mindsker ifølge Psykiatrisk Område risikoen for forværring af tilstanden og behov for indlæggelse.

- Patienter i en akut affekttilstand eller anden akut psykiatrisk tilstand kan også vurderes via telepsykiatri, og der kan iværksættes hurtig vurdering og behandling. Dette kan nedsætte risikoen for en akut indlæggelse i Psykiatrisk Område på DIH.
- Det er Psykiatrisk Områdes oplevelse, at muligheden for en hyppigere behandlingsopfølgning ved speciallæge via telepsykiatri øger kvaliteten af behandlingstilbuddet og medfører mindre risiko for forværring af tilstanden og behov for indlæggelse.

Konkret afholdes ugentlige patientorienterede telepsykiatriske konferencer mellem Psykiatrisk Område og Region Hovedstaden på børne- og ungeområdet. Der afholdes månedlige patientorienterede telepsykiatriske konferencer mellem Psykiatrisk Område og Retspsykiatrisk Afdeling R3 i Region Midtjylland. Desuden afholdes månedlige faglige telepsykiatriske konferencer mellem Psykiatrisk Område og Psykiatrien i Region Midtjylland.

De telepsykiatriske tilbud inden for Psykiatrisk Område omfatter også telepsykiatriske konferencer for alle indlagte patienter uden for Nuuk, herunder netværks- og udskrivningsmøder.

Desuden omfatter de telepsykiatriske tilbud inden for Psykiatrisk Område telepsykiatriske konferencer i ambulatoriet, herunder:

- Indledende og udredende samtaler for ny-henviste patienter.
- Behandlingsopfølgning for patienter, der har et regions- og distriktspsykiatrisk forløb.
- Sub-akutte netværksmøder for retspsykiatriske patienter.
- Patienter der skal følges op efter en indlæggelse og som ikke har et regions- og distriktspsykiatrisk forløb
- Patienter der skal akut vurderes under indlæggelse i regionerne evt. ifm. tvang.
- Patienter i forløb hos psykologer.
- Patienter i børne- og ungdomspsykiatrien.

Selv om telepsykiatriske løsninger således bidrager væsentligt i opgaveløsningen, fjerner det ikke i sig selv det store pres, der er på Psykiatrisk Område fra mange sider.

## 14.5 Socialpsykiatrien – kommunale indsatser rettet mod udsatte voksne med psykiske lidelser

Udsatte voksne omfatter i udgangspunktet flere grupper af borgere, blandt andet hjemløse borgere, borgere med misbrug og borgere med mental mistrivsel som påvirker deres daglige liv. Derudover omfatter udsatte voksne også borgere med psykiske lidelser, som ikke er så syge, at de er indlagt, men alligevel kan have svært ved at klare sig selv og derfor har brug for forskellige former for hjælp og støtte fra det sociale område. En borger med psykiske lidelser / psykiatriske diagnoser kan eksempelvis have brug for at indgå i bofællesskaber med pædagogstøtte.

### Data

Af publikationen "*Personer med vidtgående handicap - statistisk opgørelse over personer med vidtgående handicap*" (Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet, 2020) fremgår følgende:

Publikationen viser, at der i 2019 var i alt 831 borgere med psykiatriske diagnoser, som modtog hjælp efter landstingsforordningen om hjælp til personer med vidtgående handicap (det benyttede handicapbegreb i Grønland er bredt).

Uspecificeret psykisk handicap	28
Mental retardering	258
Organiske psykiske lidelser	12
Misbrug (P03) <sup>57</sup>	12
Udviklingsforstyrrelse	199
Personlighedsforstyrrelse	14
Psykotiske lidelser	286
Andre psykiske lidelser	22

I alt 1397 borgere modtog hjælp efter handicaplovgivningen, hvoraf ca. 60% af borgere med handicap havde psykiatrisk diagnose.

Efter lovgivningen kan hjælp eller støtte jf. handicaplovgivningen omfatte blandt andet følgende:

- Støtteperson (i et antal timer dagligt/ugentligt)
- Bokollektiv (kommunalt botilbud med støtte i dagtimerne)
- Beskyttet boenhed (kommunalt botilbud med støtte hele døgnet)
- Døgninstitution/Døgntilbud (Selvstyre-drevet, med pædagogisk støtte).

Hvilke *former for hjælp* efter handicaplovgivningen de enkelte grupper af borgere med psykiatrisk diagnose er blevet tildelt, fremgår ikke af den omtalte statistiske opgørelse, og kommissionen har ikke kunnet fremfinde data herom.

Det fremgår af finansloven, at der er i alt 148 pladser fordelt på 7 landsdækkende handicapinstitutioner og 3 handicap-satellitter. Målgrupperne for de enkelte institutioner/satellitter er forskellige. Der er ingen data for, hvor mange borgere med psykiatrisk diagnose, som er hjemløse.

Af publikationen "*Statistisk opgørelse over personer med vidtgående handicap*" fra 2017 fremgår blandt andet følgende:

- Personer med vidtgående handicap udgør mellem 2,06% og 3,52% af borgere i de enkelte kommuner
- Psykisk udviklingshæmning, psykisk lidelse – skizofreni, gennemgribende udviklingsforstyrrelse og hjerneskode er de 4 mest udbredte diagnoser blandt personer med handicap.

Kommissionen har ikke kunne fremfinde data om eksempelvis antal værksteder, væresteder, herberg mv. målrettet denne gruppe af borgere.

### **Store udfordringer i forhold til socialpsykiatrien**

Departementet for Sociale Anliggender, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender har over for Sundhedskommissionen påpeget følgende store udfordringer med hensyn til socialpsykiatrien, der typisk løftes i kommunalt regi:

- Der er udbredt mangel på arbejdskraft med kompetencer til at støtte / hjælpe personer med mental mistrivsel og/eller en psykiatrisk diagnose
- Den arbejdskraft som i dag støtter / hjælper personer med mental mistrivsel / psykiatriske diagnoser, har et markant stort behov for kompetenceløft for at kunne matche den enkelte borgers behov
- Der mangler sammenhæng og koordination fra det offentliges side i forhold til den enkelte borger med mental mistrivsel / psykiatriske diagnoser. Der er med udgangspunkt i den enkelte borger således behov for et tættere samarbejde mellem socialvæsenet, sundhedsvæsenet, skolevæsenet, arbejdsmarkedet

<sup>57</sup> P03 er en samlet kategori for en række diagnoser der har med misbrug at gøre (s. 7 i opgørelsen i nævnte publikation). En person i opgørelsen kan godt have flere diagnoser. Misbrug vil formentlig være sekundært til en anden diagnose som har udløst behovet for støtte.

- For udsatte voksne / hjemløse er der et helt særligt behov for et tæt og integreret samarbejde mellem de offentlige instanser – også omfattende boligsektoren.

## 14.6 Problemstillinger med dobbeltdiagnosticerede

Når man taler om dobbeltdiagnosticerede tænkes ofte på borgere med psykose og samtidigt rusmiddelproblem, men der er også andre psykiatriske tilstande, hvor rusmiddelproblemer er hyppige, jf. et oplæg som lederen af Allorfik, Birgit V. Niclasen holdt for Sundhedskommissionen i maj 2021.

I udlandet er anslået, at omkring en tredjedel til halvdelen af borgere i rusmiddelbehandling har en registreret psykiatrisk diagnose. Uden at kunne sætte præcise tal på, er det i Allorfik opfattelsen, at andelen med en registreret diagnose er langt mindre i Grønland. Dette er ikke nødvendigvis et udtryk for, at den faktiske andel med dobbeltdiagnoser er lavere i Grønland, men snarere end sandsynlig manglende registrering på grund af manglende kapacitet til at foretage disse diagnoser.

Til gengæld har en meget høj andel af borgere i rusmiddelbehandling betydelige traumer i bagagen på grund af opvækstforhold og overgreb – og derfor betydende mental mistrivsel. Behovet for psykologbistand sideløbende med behandlingen er derfor stort.

I Grønland vil det foretrukne misbrugsstof hos psykisk syge oftest være hash, men mange vil også være brugere af alkohol og afhængighedsskabende lægeordnede stoffer som f.eks. benzodiazepiner og i sjældnere tilfælde stærke smertestillende præparater. Stofferne bruges ofte til en form for selvmedicinering og en flugt.

Der tilbydes i dag to typer af behandling af rusmidler (hash og alkohol):

- I Allorfikcentrene i Qaqortoq, Nuuk, Sisimiut, Aasiaat og Ilulissat: Motiverende samtale /kognitiv adfærdsterapi ambulant 1-5 gange om ugen i alt 20 behandlinger.
- Lokalbehandling i andre byer op til 2 gange årligt og i Nuuk: Minnesotabehandling 4 timer dagligt i 6 uger i grupper.

Gruppeforløbet er erfaringsmæssigt ikke egnet til borgere med svær psykisk sygdom. Al rusmiddelbehandling er kognitiv behandling, hvilket vil sige at borgeren skal kunne fastholde tanker, fokus samt motivation og kunne have fokus på fordelene ud i fremtiden af at gennemføre behandlingsforløbet så trangen og det opfattede behov for rusmidlerne ikke får overtaget.

Det er også vigtigt, at der kan sættes noget, der opfattes som værd at opnå, i stedet for rusmidlerne. Det er ofte svært hos psykisk syge.

### **Borgere med psykose og samtidigt rusmiddelproblem**

Denne gruppe vil oftest bestå af borgere med en diagnose inden for skizofrenispektret. Rusmiddelforbruget gør behandlingen af den psykiske sygdom vanskeligere og den psykiske sygdom ofte med manglende sygdomsindsigt gør rusmiddelbehandlingen svær.

Selv med et højt funktionsniveau gør rusmiddelproblemet det ekstra svært at bo i egen lejlighed, få økonomien til at hænge sammen, og ofte vil en konsekvens af problemet være udelukkelse fra sociale aktiviteter på grund af utilpassethed og nogle gange vold. Et medfølgende problem kan være kriminalitet, der ofte er gentagen.

Allerede på grund af deres psykose vil disse borgere ofte have brug for støtte fra mange sider f.eks. gennem socialpsykiatrien og det kommunale sociale system. Rusmiddelproblemet gør støttebehovet større.

For nuværende kan borgere med svær psykisk sygdom kun behandles ambulant for misbruget i et Allorfikcenter. Trods individuelt tilpassede behandlinger er forløbene ofte langvarige uden stabilt fremmøde og de fleste gennemfører ikke, og hvis de gør, får de oftest ikke den støtte, der skal til for at fastholde behandlingsresultatet.

Behandlerne ved godt, hvad der virker, nemlig koordinerede forløb, hvor ikke kun sundhedsvæsenet (herunder Psykiatrisk Område) og rusmiddelbehandlingen arbejder sammen, men hvor alle aktører omkring borgeren støtter op herunder kommune og det sociale felt. Det sker ofte ikke i dag.

Der er en aftale med Psykiatrisk Område, at fastansatte speciallæger i Allorfik kan henvise direkte til Psykiatrisk Område, hvis speciallægen i Allorfik vurderer, at borgeren er psykotisk og forpint.

## 14.7 Sundhedsvæsenets behandlingstilbud til retspsykiatriske<sup>58</sup> patienter

Man bliver patient i retspsykiatrien, hvis man har begået kriminalitet, men er vurderet uegnet til straf pga. en psykisk sygdom. I stedet for at afsone i et almindeligt fængsel idømmes gerningsmanden en anbringelsesdom (A-dom) eller en behandlingsdom (B-dom). Dette må ikke forveksles med dom til forvaring, da gerningsmænd, som idømmes forvaring, afsoner i et almindeligt fængsel. Der er dog forvaringsdømte, som under deres afsoning udvikler en psykisk sygdom og derfor får brug for at afvikle deres dom eller dele af dommen på en retspsykiatrisk afdeling.

Retspsykiatriske patienter med en dom til anbringelse på et psykiatrisk hospital har ofte meget lange forløb, da der som regel ikke er en længste tid for dommen. Domme uden længstetid vurderes af Retten efter tre år og herefter hvert andet år<sup>59</sup>. Det betyder, at patienten først kan udskrives, når Retten beslutter det.

Til det psykiatriske felt knytter sig derfor en særlig problemstilling, nemlig varetagelse af behandlingen af patienter med dom til behandling i Psykiatrisk Område på Dronning Ingrid's Hospital.

Der er hverken faciliteter eller personaleresourcer til at indlægge retspsykiatriske patienter med en A-dom på Psykiatrisk Område i Nuuk (A1), som er en åben afdeling med 12 senge, hvor både voksne og børn er indlagt. Sundhedsvæsenet samarbejder derfor med Region Midtjylland i Danmark, som driver afdeling R3 på Aarhus Universitetshospital. Her indlægges retspsykiatriske patienter med en dom til anbringelse på et psykiatrisk hospital (på R3) i Danmark.

Patienterne indgår her i R3's behandlingstilbud, hvor målet er, at patienten får det psykisk bedre og får et meningsfyldt liv uden kriminalitet. Behandlingen består af medicin, samtaler og forskellige aktiviteter såsom motion, musik, madlavning, værkstedsarbejde, undervisning m.m.

Der er således ikke et egentligt retspsykiatrisk behandlingstilbud i Grønland, hverken særlige sengepladser eller et ambulante behandlingstilbud. Retspsykiatriske patienter der er udskrevet fra indlæggelse kan modtage samme behandlingstilbud, som alle øvrige patienter med en kronisk psykiatrisk sygdom og kan i Grønland tilbydes indlæggelse på de 12 eksisterende sengepladser på A1.

R3 er forbeholdt patienter fra Grønland. Samarbejdet bygger på en aftale mellem Psykiatrien i Region Midtjylland og Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som årligt betaler et beløb for 16 sengepladser på R3. Det er Psykiatrisk Område som beslutter hvilke patienter, der skal indlægges på R3. Det er hovedsageligt disse patientgrupper:

1. Retspsykiatriske patienter med en dom til psykiatrisk behandling eller med en dom til anbringelse på et psykiatrisk hospital
2. Borgere med forvaringsdomme, der under fængselsophold udvikler gennemgribende psykiatriske lidelser
3. Patienter i surrogat varetægtsfængsling med henblik på mentalobservation
4. Patienter der overflyttes på farlighedsindikation (tvangstilbageholdelse).

<sup>58</sup> En retspsykiatrisk patient er en person, der har begået kriminalitet, men som på grund af en psykisk lidelse eller mangelfuld mental udvikling har fået en foranstaltningsdom i stedet for en straf med det formål at forebygge ny kriminalitet

<sup>59</sup> Bekendtgørelse af kriminallov for Grønland, udgivet d. 12. september 2017, §157 og §158

## **Behandlingsdom**

En behandlingsdom kaldes også en B-dom og er en dom til psykiatrisk behandling. Det er forskelligt hvilken form for kriminalitet B-dømte har begået, men det er typisk domme som i det almindelige fængselsystem ville vare ca. 4 måneder til 1,5 år, eksempelvis grov blufærdighedskrænkelser. Langt de fleste behandlingsdomme starter med en indlæggelse på en lukket afdeling, det vil sige R3. Ofte vil patienten blive flyttet til indlæggelse på en åben afdeling. Idet R3 ikke har dette foregår denne del af indlæggelsen på A1. Det er den behandlingsansvarlige overlæge, som i samarbejde med Kriminalforsorgen, beslutter, hvornår patienten kan udskrives.

Inden udskrivelsen laver patientens hjemkommune, Kriminalforsorgen og Psykiatrisk Område en koordinationsplan med udgangspunkt i dommen, som beskriver de indsatser, der skal iværksættes, når patienten udskrives. Der kan blandt andet fastsættes vilkår om misbrugsbehandling eller vilkår om, at borgeren skal bo på et egnet bosted. Kriminalforsorgen er ansvarlig for misbrugsbehandlingen, mens kommunerne er ansvarlige for at sikre et egnet boligtilbud, beskæftigelsesindsatser m.v.

Det er meget vanskeligt at opretholde misbrugsbehandlingen, når patienten er udskrevet.

Misbrugsbehandlingen består primært af antabus og samtaler, hvor patienten opfordres til at afholde sig fra misbruget. De fleste retspsykiatriske patienter er mænd og ca. 90% vurderes at have et lejlighedsvist brug eller misbrug af stoffer og/eller alkohol. Det er med til at fastholde dem i dommen. De ender ofte som hjemløse og har derfor meget svært ved at opretholde en struktur i hverdagen og en ramme for et godt liv. De får svært ved at møde til behandling eller samtaler, og dermed overholder de ikke vilkårene i deres dom. Meget få patienter med dom til behandling opnår beskæftigelse, og der er ikke ressourcer i systemet til reelt at tage hånd om og følge op på deres situation.

### **Det psykiatriske behandlingstilbud til retspsykiatriske patienter med en B-dom**

Psykiatrisk Område er ansvarlig for den psykiatriske behandlingsdel i koordinationsplanen. Der er på nuværende tidspunkt ikke ressourcer i Psykiatrisk Område til at tilbyde særlige forløb til retspsykiatriske patienter med en B-dom. Patienterne følges i Distriktspsykiatrien i den by, hvor de bor, og er en del af det almindelige psykiatriske tilbud, som primært består af medicinsk behandling, en årlig behandlingskonference med en speciallæge i psykiatri og lægeopfølgning hos den lokale Regionslæge. I Nuuk kan der også tilbydes et forløb hos en psykolog.

Som et led i at koordinere den retspsykiatriske behandling afholdes retspsykiatrisk fællesmøde hvert kvartal, hvor man drøfter patienter med dom, der er særlige udfordringer med. Her deltager Kriminalforsorgen, Distriktspsykiatrien, den behandlingsansvarlige overlæge, sundhedsvæsenets socialrådgiver, sagsbehandlere i kommunen og bostedets leder og/eller patientens støtteperson. Mødeforummet er kun etableret i Nuuk, da der ikke er ressourcer til at løfte denne opgave i regionerne.

### **B-dømte med vilkår om bo- og opholdssted**

Retspsykiatriske patienter med en B-dom kan få et vilkår i dommen om, at der kan træffes beslutning om et egnet bo- og opholdssted eks. Aaqa i Nuuk. Vilkåret træder i kraft, hvis Kriminalforsorgen i samråd med den behandlingsansvarlige overlæge anser det nødvendigt, eks. hvis patientens tilstand forværres.

På Aaqa er der 36 pladser. Formålet med Aaqa er, at de behandlingsdømte tager ophold der en periode, og derefter udskrives til kommunale boenheder. Kommunerne har dog svært ved at finde pladser til udflytningsklare beboere, der derfor strander i månedsvist eller årevist på Aaqa. Det skaber flaskehalse på både R3 og A1, fordi patienterne ikke kan udskrives til Aaqa.

Idet der er meget få institutioner her i landet, som kan håndtere retspsykiatriske patienter, anbringes en del af patienterne på bosteder i Danmark. Det er kommunerne, Socialstyrelsen og Kriminalforsorgen i Grønland, som er ansvarlige for dette. Når patienter med en grønlandsk dom placeres på bosteder i Danmark er det en udfordring at få flyttet behandlingsansvaret med til Danmark, da de danske regioner sjældent vil påtage sig dette. Det betyder, at patienterne falder imellem to stole, idet Det Grønlandske Sundhedsvæsen ikke har mulighed for at holde øje med behandlingen på bostedet i Danmark. Dertil kommer de

mange udfordringer ift betalingsforpligtigheden i forhold til bostedet mellem kommunen i Grønland og kommunen i Danmark.

Der er forskellige håndtering fra retsvæsenets side af, når en retspsykiatrisk patient med en grønlandsk B-dom begår ny kriminalitet imens de er placeret af grønlandske myndigheder i Danmark eller er på R3. Nogle af patienterne får afsagt en dansk behandlingsdom, som medfører at ansvaret og tilsynet med dommen overgår til det danske Kriminalforsorgen. Der er dog uklarhed om hvorvidt det kommunale ansvar ligeledes overflyttes til en dansk kommune.

Denne uklarhed efterlader patienten i et tomrum, fordi hverken den grønlandske eller danske kommune vil påtage sig ansvaret for borgerens videre forløb eller betalingsforpligtigheden. Der bør være opmærksomhed på, at såfremt ansvaret overgår til den danske kommune, hvor borgeren er anbragt, kan det blive vanskeligere at få anbragt retspsykiatriske patienter i Danmark.

### **Retspsykiatri i tal**

I Grønland var der i oktober 2022 ca. 93 retspsykiatriske patienter med behandlingsdomme. Tallet var i 1. december 2012 tilsvarende på 68, og det har været jævnt stigende de seneste 10 år, jf. Kriminalforsorgens statistik 2021.

På afdeling R3 var der tilsvarende følgende patienter dato:

- A-dom: 6
- Forvaring: 4
- B dom: 3 (kan udskrives når behandlingsansvarlig overlæge finder dem færdigbehandlet)
- Surrogat/mentalobservation: 3 (kan udskrives hvis de findes egnet til straf)
- Farlighed: 1<sup>60</sup>

Blandt patienterne med B-dom er der en patient, som afventer udskrivelse. Patienten er færdigbehandlet, men kan ikke udskrives, fordi der mangler afklaring om patientens boligsituation.

### **14.7.1 Opmærksomhedspunkter**

Målet med en retspsykiatrisk patient er at forebygge kriminalitet, men med de nuværende rammer og tilbud kan dette ud fra en faglig vurdering fra områdeledelsen i Psykiatrisk Område ikke lade sig gøre. Herunder henvises blandt andet til mangel på rehabiliterende sengepladser.

Fokus er aktuelt blandt andet på at forebygge, at flere med psykisk lidelse ender som retspsykiatrisk patient og på tidlig opsporing, men dette arbejde er i praksis vanskeligt at kunne prioritere af især ressource-mæssige årsager.

Desuden påpeger ledelsen af Psykiatrisk Område på, at der er juridiske grænsehindre og juridiske problemstillinger indenfor rigsfællesskabet og, at samarbejdspartnere i Danmark er bekymrede for grønlandske patienter, der er placeret i Danmark og får en dansk behandlingsdom.

Generelt peges på, at der dels er utilstrækkelige bo- og opholdsmuligheder i Grønland, dels ikke egnede rammer for at skabe et meningsfuldt liv for patienterne.

## **14.8 Erfaringer fra håndtering af det psykiatriske område i Island**

Sundhedskommissionen var i november 2022 i Island med henblik på dels at hente inspiration fra organisering og opgavevaretagelse på sundhedsområdet, dels at afsøge eventuelle fremtidige samarbejdsmuligheder.

<sup>60</sup> Indlagt på overbelægning. Det vil sige, at Grønland oktober 2022 optog 17 pladser på R3.

### **Behandling af unge**

Som led i dette besøg var der blandt andet lejlighed til at besøge et psykiatrisk bosted med både dag- og døgnpatienter for unge i aldersgruppen 18-35 år. Bostedet var beliggende midt i et villakvarter i Reykjavik, uden at dette i det daglige gav anledning til problemer med naboerne. Bostedet havde fokus på tidlig intervention. Der var tale om brug af tværfaglige behandlerteams med et stigende antal ansatte.

Højest 12-14 personer med dedikeret case per behandler, afhængigt af tyngden af den enkeltes behov. Dette skete i et åbent miljø og ud fra et koncept, der kaldtes *"nothing about me - without me"*, hvor man arbejdede med et offentligt ugeskema for alle med individuelle ugeplaner.

Sideløbende blev der gjort en særlig målrettet indsats for at understøtte muligheden for at de pågældende kunne sikres en mulig adgang til beskæftigelse.

Endvidere var der stort fokus på løbende kompetenceudvikling af staben på stedet, blandt andet med afsæt i løbende evalueringer. På stedet var det ikke svært at rekruttere personale, og der var hverken mangel på sygeplejersker eller læger.

Der var løbende samarbejde med de pågældendes familier, ligesom personer med døgnophold kunne få mulighed for familieophold i weekender.

Generelt varede ophold på / tilknytning til institutionen typisk i en periode på 4-5 år i gruppen som sådan, dog på omkring 2 år for ældre i gruppen. Dette afhang af fremskridtene for den enkelte.

Man var ikke ubekendt med at håndtere dobbeltdiagnoser eller selvmordstruede patienter. Personalet undervistes således alle i opsporing i forhold til risici, håndtering, forebyggelse mv.

Selvmordstruede kunne ikke bo på dette bosted, så skulle de flyttes til en anden enhed. Man havde ikke haft selvmord på stedet, men haft eksempler på selvskade.

### **Behandling af voksne**

Sundhedskommissionen besøgte ligeledes en psykiatriskafdeling på Landspítali på Hringbraut, som for 11 måneder siden opstartede et nyt projekt, hvor patienter i akutfasen og patienter med behov for rehabilitering blev samlet i en enhed.

Tidligere skulle patienterne gennem 3-4 behandlerteams fra akutfasen til udskrivningsfasen, men nu har de det samme behandlerteam fra akutfasen og rehabiliteringsfasen.

Ved flytningen til enheden fik de ændret lokaleinddelingerne, så patienterne kunne få deres egne værelser. Det var særdeles vigtigt for enheden at de kunne tilbyde privatliv under behandlingen og indlæggelsen. Værelserne blev lavet hjemlige med seng, stole og billeder, hvor de også kunne have mulighed for samtaler med deres psykiater.

Det er udfordrende at have rehabiliteringspatienter og meget syge patienter samlet i en enhed, men det fungerer overraskende godt. Man var på enheden meget stolte over, at der eksempelvis ikke var nogen regler om rygning, besøgstider, kaffetider m.m.

Enheden gør sig også umage med at skabe en forbindelse til patientens pårørende. Det har været med til at skabe tryghed hos de pårørende samt givet mulighed for at informere de pårørende om diagnoser m.m. Med hensyn til fokus på familien, har familier og pårørende umiddelbart udtrykt, at de er glade og tilfredse med behandling og information om diagnoser m.v. Der tilbydes 1 times undervisning for familierne, hvor også søskende, bedsteforældre m.m. kan deltage om disse.

Alle patienter har individuelle handlingsplaner, som den enkelte patient selv er med til at formulere. Der laves planer for ugen, og mål for patienterne. I de 11 måneder enheden har eksisteret, har der ingen voldsepisoder været.

Enheder mangler flere sygeplejersker, så de kompenserer via opgaveglidning, så de ikke laver unødige praktiske/administrative opgaver, som andre faggrupper kan overtage. Der var også sket ændringer i persona-

lesammensætning, her har de i deres behandlingsteam ansat psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker og andre sundhedsfaglige grupper. De er rigtig glade med det blandede faglige team, som komplementerer hinanden godt.

I deres behandlingsmetoder bruges motiverende interviews og supported interviews. Der uddannes i disse uddannelser i hele verdenen.

Patienterne har været tilfredse med den behandling de havde fået. Der har været tilbudt mange forskellige artede fritidsaktiviteter, såsom svømning, køreture m.m. Man prøver at udfylde patienternes behov. Derudover tilbydes der akupunktur og kiropraktor. Personalet reagerer altid med et ja først, når patienterne har givet udtryk for et behov eller et ønske. F.eks. var der en gruppe der ville lave havearbejde, så blev det arrangeret.

I forhold til de forskellige tider, såsom ventetid, behandlingstid m.m., så er behandlingstiden blevet afkortet og ventetiden fjernet.

Patienterne kommer til enheden i den mest akutte fase og kan være selvmordstruende, og behandler teamet møder patienterne, så snart de kan.

Der har siden januar 2022 foretaget et eksperiment om nye metoder, men det har været udfordrende at udføre på baggrund af de ikke optimale faciliteter på Landspitali, som ikke kan understøtte processerne. De har derfor løbende været i gang med at få ombygget lokaler og faciliteter, dels for at opbygge kapacitet og understøtte de nyere behandlingsmetoder. De kommende faciliteter bliver bedre udstyret med plads til indendørs og udendørsaktiviteter.

Patienterne deler toiletter og badeværelser. Der er nu 16 individuelle værelser, men de plejer at have overbelægning. Det har betydet at nogle af de indlagte patienter har måttet dele værelser. Pladsmanglen har presset det sociale samvær og gjort det svært at holde sociale arrangementer.

De anbefaler at man opbygger kapacitet og ansætter flere medarbejdere. Endvidere få etableret bedre fysiske rammer for patienterne, fordi det har vist sig at være udfordrende at udføre, men anbefaler man arbejdere videre på disse ting.

Enhedens erfaringer siden januar 2022 har været gode, og man påtænker at fortsætte med dette arbejde. Der var været behov for mere personale, så de akutte patienter ikke påvirker patienterne som er på enheden med henblik på rehabilitering.

Enheden havde for nyligt startet et nyt program, hvor man kigger på almindelige dagligdagsaktiviteter (ADL) og undersøger hvilke behov patienter har, og forsøger at løse disse, og hvilke ressourcer og belastninger patienterne har. Det har man gjort for at øge livstilfredshed og livskvalitet.

Enheden har både patienter, der både er frivilligt indlagt og tvangsindlagt. Lovgivningen i Island er anderledes fra den danske lovgivning. Den islandske lovgivning er mere diffus. Man kan tolke den på forskellige måder. Den er ikke været tilfredsstillende, og man håber derfor på ændringer.

Der er mangel på psykiatriske sengepladser. De har kalkuleret med, hvor mange senge, der er behov for i hele Island på det psykiatriske område. Der er behov for 130 sengepladser, aktuelt har de omkring 100 sengepladser.

Der bruges ingen fysisk fiksering af patienter i Island. Det blev stoppet for ca. 80 år siden. I forhold til det får de besøg fra andre lande for at se, hvordan det virker. Personalet bliver uddannet i behandling. Alle skal kunne give behandling. Alle skal kunne mestre de kommunikationsmetoder, der bliver brugt i behandlingen. Det kan være at nogle patienter hellere vil tale med køkkenpersonalet, så skal de også være i stand til at behandle.

Det forekommer relevant at overveje at trække på erfaringerne fra blandt andet Island, herunder i forhold til overvejelser om dimensionering, behandlingstilgang og ressourceallokering af psykiatriområdet her i landet.

## 14.9 Perspektivering

Der er i 2021 igangsat et forberedelsesarbejde med henblik på en National handlingsplan for at styrke en sammenhængende indsats for personer med psykisk lidelse eller mistanke om psykisk lidelse. Dette arbejde pågår stadig, og der mangler derfor pt. en klar og langsigtet politisk plan med tilhørende finansiering for, hvad man vil med det psykiatriske feltherunder både ift borgere med mental mistrivsel og borgere med en psykiatrisk diagnose.

### **Generelle udfordringer og tværsektorielle udfordringer**

De basale udfordringer på psykiatri-feltet, der er omtalt i Sundhedskommissionens baggrundsnotat nr. 7 fra 2021 med titlen "Psykiatrien i Grønland", må fortsat siges at være til stede. Flere af disse er måske endda forværret. Det er således nogle helt generelle udfordringer:

- Helt generelt for alle dele af det psykiatriske felt gælder det, at man mangler personale flere steder, både i sundhedsvæsenet og i kommunerne. Dette har naturligvis betydning for arbejdspresset de enkelte steder.
- Det er et nationalt problem, at der er for lang ventetid på både udredning og behandling i Psykiatrisk Område.
- Socialvæsenet/kommunerne oplever stor vanskelighed eller langsommelighed med at kunne foretage indledende psykologfaglig udredning i unge-sager i kommune/socialvæsen. I mange sager skal der foreligge en psykologfaglig udredning i kommunalt/socialvæsens regi, før det er meningsfuldt at regionslægen henviser til Psykiatrisk Område med henblik på en egentlig psykiatrisk udredning. Dette er forsinkende og giver uhensigtsmæssige forløb. Kommunerne oplever, at de ikke har det fornødne grundlag for rette indsats til den unge, hvilket kan medføre flere anbringelsesskift. De ustabile rammer kan være medvirkende til egentlig psykiatrisk sygdom og eventuelt indlæggelse på Psykiatrisk Afdeling (A1).

### **Der er ligeledes fortsat udfordringer i det tværsektorielle samarbejde omkring psykiatrien**

Der eksisterer nogle samarbejdsproblematikker mellem kommunen, socialvæsen og sundhedsvæsenet. Udfordringerne er flerleddet og afhængig af, hvor man befinder sig i landet. Nogle steder peger kommunen på en uklar lovgivning, som gør det svært at agere i forhold til borgeren. Det er både i forhold til børn og unge, samt på voksenområdet (Departementet for Sundhed, 2021a).

Retten til behandling for psykiske sygdomme hører ind under Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v. Sundhedsvæsenet varetager udredningen, diagnosticeringen og behandling af mennesker med psykiske lidelser. Derudover skal sundhedsvæsenet understøtte den patientrettede forebyggende indsats og til at yde rådgivning til kommunerne (Departementet for Sundhed et al., 2021).

Psykiatrisk Område oplever, at kommunerne ikke altid løfter deres del af opgaven, mens kommunerne kan opleve at have meget svært ved at komme i dialog med Psykiatrisk Områden for råd, vejledning, udredning og indlæggelse, når kommunens medarbejdere oplever borgerne som svært forpinte. Det store fokus på omsorgssvigt af børn betyder ligeledes, at Psykiatrisk Område oplever et stort pres i forhold til psykiatrisk udredning og diagnosticering af børn (Departementet for Sundhed et al., 2021).

Flere aktører efterspørger bedre sammenhæng i tilbuddene, herunder MISI (pædagogisk psykologisk rådgivning), kommunerne, sundhedsvæsenet og borgerne (Departementet for Sundhed, 2021a).

### **Forhold omkring udslusning**

Mangel på boliger er en generel udfordring. De borgere som er boligløse, når de skal udskrives fra sundhedsvæsenet risikerer derfor at sidde fast, fordi sundhedsvæsenet ikke ønsker at udskrive borgeren til de samme forhold, som borgeren havde ved indlæggelsen eller start af behandling (Departementet for Sundhed, 2021a).

Blandt andet kan nævnes, at når en person er færdigbehandlet i sundhedsvæsenet og skal visiteres til relevant botilbud i hjemkommunen, kan der være flere barrierer:

- Manglende plads i bokollektiv eller beskyttet boenhed i hjemkommunen
- Manglende tidssvarende bokollektiv eller beskyttet boenhed
- U hensigtsmæssig beboersammensætning i bokollektiv eller beskyttet boenhed, hvis der både bor personer med udviklingshæmning og personer med psykisk sygdom
- Manglende fagpersonale til bokollektiv eller beskyttet boenhed

Det kan også forekomme, at der i perioder mangler plads på det landsdækkende døgntilbud til voksne med psykiatiske sygdomme, Sungiusarfik Aaqa.

Fra sundhedsvæsenets side opleves udfordringer med, at færdigbehandlede patienter ikke altid hjemtages til deres respektive kommuner. Den manglende udskrivelse af færdigbehandlede patienter optager de sparsomme sengepladser i sundhedsvæsenet fra patienter med behov for indlæggelse og pleje i Psykiatrisk Område (Departementet for Sundhed et al., 2021).

Der er således ingen reelle udslusningstilbud fra sundhedsvæsen til kommunen for borgere med psykiatrisk diagnose her i landet. De boenheder, som Sundhedskommissionen har besøgt, er reelt mere at betragte som opbevaringssteder for borgerne. Der synes ikke at være en god struktur og virker meget rodet.

### **Særlige behov i forhold til børn og unge på det psykiatriske felt**

Der synes at være et udækket behov i forhold til opmærksomheden på udsatte børn og unge. Dette ud fra en tese om, at børn og unge med mental mistrivsel, der ikke opdages og håndteres tidligt nok til at få hjælp, øges risikoen for egentlig psykiatrisk sygdom.

### **Problemstillinger i relation til dimensionering og indretning af ny psykiatribygning**

Den kommende psykiatribygning har været i udbud, men det har ikke været muligt at indgå en aftale af forskellige årsager. Men det er måske lidt held i uheld. Med afsæt i erfaringer fra blandt andet Sundhedskommissionens tidligere omtalte rejse til Island synes det relevant at undersøge, om antallet af sengepladser i den planlagte nye psykiatribygning passer til det reelle behov for sengepladser.

I Island er der aktuelt 100 sengepladser til psykiatiske patienter. I Island har de kalkuleret med at deres reelle behov for psykiatiske sengepladser er på 130 senge. Hvis man omregner dette til grønlandske forhold, så ville det svare til ca. 25-30 sengepladser. Det har gjort det relevant at genoverveje indretning af faciliteter og muligheder for udredning og behandling i bygningen.

### **Øgede risici ved en fortsat underprioritering af psykiatriområdet**

Som beskrevet ses et misforhold mellem forventningerne fra befolkning og politikere overfor ressourcetsituation både på personale og økonomisiden til Psykiatrisk Område. Dette presser i stigende grad det psykiatriske felt og tvinger til meget skarpe prioriteringer og dermed risikerer man at skubbe problemer foran sig.

Samtidig er der eksempler på, at personalet lukker sig inde på kontoret, da de er bange for deres klienter. På samfundsplan ses og dermed også i det retlige system flere og flere voldsomheder og drab begået af psykiatiske klienter. Dette kan blandt andet hænge sammen med familier, der er blevet ladt i stikken i generationer med misbrug og omsorgssvigt. Resultatet er ultimativt, at der ikke er nogen empati hos dem og dermed ingen følelse for den skade de gør på deres medmennesker.

### **Den nødvendige skarpe prioritering af ressourcerne på området giver udfordringer andre steder**

Det er af ressourcemæssige grunde helt afgørende for Psykiatrisk Område at have fokus de mest psykisk behandlingskrævende syge og som er meget ressourcekrævende at hjælpe. Denne gruppe henvender sig ikke og har typisk ikke en stor bevågenhed.

Samtidig har mange voksne borgere i samfundet forventning om udredning og behandling af lidelser, som man mener at have som ADHD, autisme og stress. Denne gruppe er modsat førnævnte gruppe meget opsøgende og insisterende og nyder måske større bevågenhed, også politisk.

Det betyder ikke, at disse problematikker ikke er relevante at håndtere samfundsmæssigt, men det er i dag reelt ikke muligt at trække ressourcer ud fra Psykiatrisk Område til at stå for dette.

Der kan derfor også være problemstillinger med utilstrækkeligt med relevante tilbud til voksne med psykiske problemer, herunder tilbud til behandling af eksempelvis pædofili for voksne, som ønsker at blive behandlet.

Tilsvarende kan personer fra i øvrigt velfungerende familier angiveligt opleve at blive afvist som ressourcestærke. Det er dog en forudsætning for, at sundhedsvæsenet iværksætter tilbud med direkte adgang til psykolog, at der sker en forudgående visitation hertil.

### **Dobbeltdiagnoser og problemer med nye stoffer på markedet**

Sundhedsvæsenet og det offentlige behandlingssystem er allerede i dag pressede på behandlingskapacitet i forhold til håndtering af dobbeltdiagnoser.

Hertil kommer, at der i disse år er nye stoffer og dermed nye misbrugsformer på vej ind i landet, og som blandt andet Psykiatrisk Område konfronteres med også at skulle håndtere. Dette gælder stoffer som amfetamin, LSD, MDMA, ritalin, oxycontin. Sundhedsvæsenet er i dag således ikke gearret til denne nye gruppe, og der efterlyses derfor blandt andet oplysningskampagner for at imødekomme et øget forbrug af disse stoffer samt øget dialog med politi og øvrige myndigheder om håndteringen.

## **14.10 Anbefalinger**

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der overordnet prioriteringsmæssigt bliver særlig opmærksomhed på at imødegå de massive problemer, som psykiatrien står med både hvad angår personalesituationen og bredere set med hensyn til ressourcer til området
2. At kapaciteten ved det planlagte psykiatrihus ved Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk udvides fra 16 til 20 pladser, og at der er særlig fokus på at skabe en bedre indretning til gavn for forskellige patientgruppers behov
3. At ansvaret klargøres vedrørende patienter, der får afsagt en dansk behandlingsdom, som medfører, at ansvaret og tilsynet med dommen overgår til den danske kriminalforsorg. Patienterne må ikke efterlades i et tomrum
4. At der er vedvarende fokus på personalesituationen – både rekruttering af specialiseret personale og kompetenceudvikling af kortuddannet/ufaglært personale lokalt
5. At der er de nødvendige tilbud til patienter udskrevet fra den psykiatriske afdeling og et godt samspil med kommunernes socialpsykiatri
6. At der sættes målrettet ind på at løse udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde om psykiatrien, herunder også i forhold til samspillet med det somatiske område og misbrugsbehandlingsområdet
7. At undersøge om (autoriserede) psykologer ansat i psykiatrien kan få tilladelse til at stille udvalgte faglige diagnoser og udskrive medicin efter godkendt supplerende uddannelse<sup>61</sup>
8. At skabe et øget fokus på udsatte børn/unge/familier med henblik på at forebygge lange ventetider i det psykiatriske system for børn og unge med risiko for egentlig psykisk sygdom
9. At etablere en selvstændig børnepsykiatrisk afdeling

<sup>61</sup> Formand for Sundhedskommissionen Ulrik Blidorf har indgivet en mindretalsudtalelse på baggrund af denne anbefaling. I sin udtalelse ønsker han i stedet følgende formulering til anbefaling: *At (autoriserede) psykologer ansat i psykiatrien får tilladelse til at stille udvalgte faglige diagnoser og udskrive medicin efter godkendt supplerende uddannelse.*

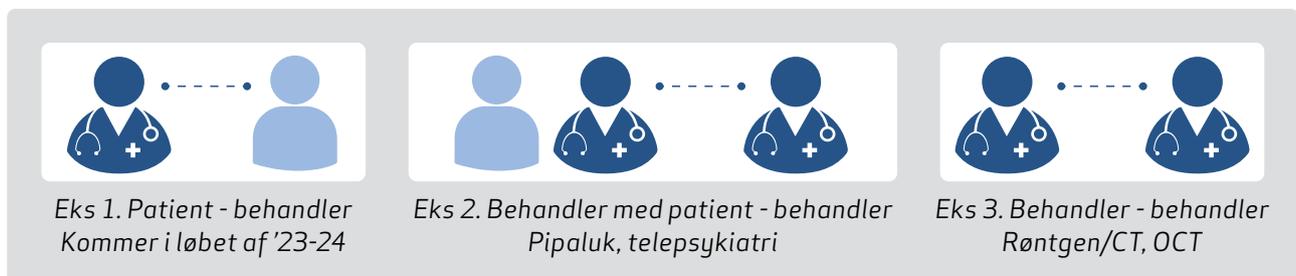
## Kapitel 15. Telemedicin

Lange afstande, en geografisk spredt befolkning, personalemangel og et velfungerende internet med 5G under udrulning er gode forudsætninger for (øget) brug af telemedicin.

På nuværende tidspunkt bruges telemedicin i stor udstrækning i Grønland, men potentialet udnyttes ikke fuldt ud og bør styrkes. Med implementeringen af den nye telemedicinske strategi er der imidlertid grund for indfrielse af en stor del af potentialet, jf. afsnit 5.1.

Figur 15.1 viser bredden af mulighederne for telemedicin. Hidtil har situation 2 (behandler med patient - behandler) og situation 3 (behandler - behandler) blevet benyttet i behandlingssituationer i sundhedsvæsenet i Grønland. Situation 1, som er en telemedicinsk konsultation direkte mellem patient og behandler, vil blive udrullet i 2023-2024. Der har i sundhedsvæsenet hidtil ikke været mulighed for direkte telemedicinsk kontakt mellem behandleren og den enkelte borger/patient i dennes eget hjem.

**Figur 15.1: Tre telemedicinske situationer**



Kilde: Steno Diabetes Center Grønland: Telemedicinsk indsats, 25. februar 2022

Alle sundhedsenheder i byer og bygder benytter telemedicin i varierende form og grad. Eksempelvis benyttes telemedicinske konsultationer inden for specialer som neurologi, reumatologi, onkologi og det psykiatriske område, men kan naturligvis også benyttes til almene lægekonsultationer.

Inden for øjen- og hudområdet bruges muligheden for at overføre billeder til vurdering af øjen- og hudspecialister i Danmark. Aktuelt anvendes OCT-scannings- og fundusfotoudstyr (foto af nethinden) inden for teleoftalmologi (øjnområdet). Disse undersøgelser foretages på ni lokaliteter i landet, mens selve læsningen af billederne foregår på øjenafdelingen på Rigshospitalet og Glostrup Hospital i samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen.

Røntgen og scanningsbilleder vurderes ligeledes via telemedicinsk overlevering til Danmark og udlandet.

### 15.1 Pipaluk

For at sikre en let og ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser og for at støtte det sundhedsfaglige personale i hele landet, blev det telemedicinske system, kaldet Pipaluk, som er udviklet i Alaska taget i brug i 2008. Pipaluk, der hovedsageligt bliver benyttet i bygderne, er nu under udfasning til fordel for en mere moderne og udvidet telemedicinsk løsning. Pipaluk er først og fremmest en computer med adgang til internettet, og hvortil en række undersøgelsesapparater med kabler er forbundet.

Pipaluk kan blandt andet måle forskellige værdier som temperatur, blodtryk og saturation. Det er ligeledes muligt at lave spirometri-tests og tage billeder af diverse kropsdele. Nogle af Pipaluk-computerne indeholder et specielt tandkamera. Herudover er der i Pipaluk integreret et journal- og dokumentationsredskab.

Konsultationsdelen med direkte kontakt til lægen via Pipaluk er efterfølgende blevet erstattet af Skype-konsultation.



På trods af problemer med at skaffe nye reservedele, bruges Pipaluk stadig i stor udstrækning med 9.838 konsultationer på landsbasis i 2019. Pipaluk bruges primært i bygderne, men af forskellige årsager ikke ensartet. De mindste bygdekonsultationer har ikke en Pipaluk. Bygdesundhedsarbejderne undervises i brugen af Pipaluk, og funktionen understøttes centralt fra Nuuk.

Pipaluk var forudgået af en handlingsplan for indførelse, videreudvikling og evaluering af telemedicin i Grønland for årene 1999-2002. Der blev opsat telemedicinske arbejdsstationer i syv af Grønlands daværende 17 sundhedsdistrikter.

I efteråret 2007 bevilligede Landstinget penge til at gennemføre et nyt telemedicinprojekt for perioden

2008-2010. Det politiske opdrag var, at der i løbet af projektperioden skulle anskaffes telemedicinsk udstyr, der kunne sikre en landsdækkende effektiv og velfungerende brug af telemedicin i Grønland, herunder indkøb af Pipaluk. I foråret 2015 blev der udarbejdet et initiativkatalog, der beskriver tre strategiske og seks taktiske initiativer til at styrke og videreudvikle den telemedicinske indsats i det grønlandske sundhedsvæsen over en årrække. Den seneste strategi er fra 2021/2022, jf. afsnit 15.1.

Tusass har i en årrække arbejdet målrettet på at udbrede højhastigheds internetadgang til hele landet. Dette er sket via søkablet, opgradering af radiokæden, samt mere og bedre satellitdækning. I disse år er 5G-netværk under udrulning, hvilket forventes at give væsentligt hurtigere og stabile datahastigheder. Den 1. november 2022 blev 5G udrullet i Sisimiut, og efterfølgende er 5G blevet udrullet i Maniitsoq og Narsaq. Senere i 2023 følger en lang række yderligere byer .

Det er forventeligt at over 72% af befolkningen i løbet af sommeren 2023 vil have adgang til flatrate-internet (ubegrænset forbrug til en fast pris) og højhastighedsinternet, idet der stadig pågår en udrulning heraf, hvor dette er teknisk muligt og økonomisk forsvarligt. Derfor er den grundlæggende forudsætning for en yderligere digitalisering af sundhedsvæsenet til stede. Hertil kommer, at Tusass har fokus på at foretage relevante investeringer med henblik på at forbedre serviceniveauet i områder, der fortsat må betjenes via satellitforbindelser. Det er vigtigt, at der er løbende kontakt mellem de ansvarlige for de telemedicinske løsninger i sundhedsvæsenet og Tusass med henblik på at sikre den nødvendige kapacitet til den telemedicinske aktivitet. Herunder kan der særligt være behov for opmærksomhed på en mulig problemstilling i forhold til at undgå, at hele båndkapaciteten beslaglægges af eksempelvis privat streaming-forbrug eller lignende.

## 15.2 Telemedicinsk strategi 2021/22

I forbindelse med etableringen af Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) var en af centrets afgørende indsatsområder at styrke og udvikle den telemedicinske infrastruktur. Dette for at sikre, at alle borgere får adgang til de indsatser, der udvikles og tilbydes af centret.

For at imødekomme dette fokus- og indsatsområde blev der givet en særbevilling på op til 21 mio. kr. fra Novo Nordisk Fonden til at styrke den telemedicinske indsats i Grønland.

Initiativet, som ikke kaldes en strategi - er udviklet på baggrund af et samarbejde mellem en række af sundhedsvæsenets interessenter, herunder SDCG, de kliniske områder, regionerne og IT-afdelingen. Initiativet tager udgangspunkt i tidligere erfaringer med telemedicin i Grønland.

Den telemedicinske strategi har tre delelementer:

- **Implementering af en app-løsning, som understøtter og muliggør direkte videokonsultationer med borgere.** Det skal imødekomme det altoverskyggende behov for direkte kommunikation mellem patient og behandler og vil betyde lettere adgang til sundhedsydelser for patienter. Disse systemer

er allerede udviklet i Danmark, hvor de valgte app-løsninger lever op til de strenge sikkerhedskrav i forbindelse med persondatalovgivning og kryptering.

- **Indkøb og implementering af add-on diagnostisk udstyr til alle sundhedsenheder.** For at styrke og understøtte øget kvalitet og udbytte af telemedicinske konsultationer, er der behov for samme lavpraktiske 'stand-alone'-udstyr til alle sundhedsenheder.
- **Tilpasning og automatisering af den fælles elektroniske patient journal, Cosmic.** Der vil i forbindelse med en styrket telemedicinsk indsats blive brug for tilpasninger og mulige integrationer i Cosmic og samt fokus på ensartet journalføring og diagnosekodning. Denne ambition er dog neddrolet i lyset af en kommende udskiftning af Cosmic.

Til eksekvering af den telemedicinske indsats vil der i perioden for implementering blive ansat et team bestående af en projektleder, en telemedicinsk sygeplejerske og en tolk, der sammen kan drive og understøtte processen.

Indsatsen vil kræve uddannelse og kompetenceudvikling af personalet i bygder, sundhedscentre, regions-sygehuse og på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) gennem seminarer, sidemandsoplæring og fjernundervisning. Projektlederen og den telemedicinske sygeplejerske vil yde løbende dialog og support af medarbejderne.

### 15.3 Video-konsultation via app

Det mest nyskabende i 2021-strategien er brugen af videokonsultation ved hjælp af en app uden afhængighed af borgerens fremmøde på den lokale sundhedsenhed, hvilket åbner op for mange muligheder. Det vil mindske afhængigheden af møde- og konsultationslokaler og styrke fleksibilitet i planlægningen helt generelt. Tilbud om digitale sundhedsydelser direkte til borgeren vil betyde lettere adgang til sundhedsydelser uanset hvor man befinder sig i landet. Med en direkte kontakt til borgeren i eget hjem bliver der mulighed for løbende patientuddannelse af kronikere, som har brug for støtte til at finde sig til rette med sygdommen. Det vil fremadrettet blive muligt for patienten via en direkte videokonsultation at have kontakt med en læge, speciallæge eller en anden specialiseret sundhedsprofessionel ansat (eksempelvis en jordemoder, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog eller psykiatrisk sygeplejerske) uden at skulle rejse til nærmeste regionssygehus eller DIH.

En arbejdsgruppe har lavet en behovsafdækning for områder og anbefaler på den baggrund indkøb af en video-app-løsning. Her blev de danske regioners valg af videokonsultations-løsninger undersøgt med henblik på at vælge en løsning, som kan versioneres til Grønland. En grønlandsk version af en eksisterende løsning burde således være økonomisk lettere at indkøbe fremfor udvikling af et helt nyt system. Arbejdsgruppen indstillede til Sundhedsledelsen, at der skulle arbejdes videre med appen VideoKonsultation (PUISA).

VideoKonsultation er en videoplatform, der er udviklet i samarbejde med sundhed.dk og Danske Regioner. Løsningen er udviklet, så den opfylder den danske GDPR-lovgivning, der er mere restriktiv end den gældende grønlandske GDPR-lovgivning. Det er en løsning, som gør det muligt at have sikre og brugervenlige video-samtaler mellem borgere og sundhedspersoner. VideoKonsultation kan tilgås via app eller browser, og har en meget enkel brugerflade.

Løsningen gør det muligt for sundhedspersoner at sende et mødelink både på SMS og e-mail. Borgeren kan herefter åbne mødelinket direkte på sin smartphone ved at have installeret appen, eller via browseren på en computer. Borgeren kan både logge på mødet med og uden MitID, hvilket gør løsningen ideel i en grønlandsk kontekst.

Appen vil til at starte med blive implementeret på SDCG som en del af den daglige dri forhold til Dette er foregik i sidste halvår af 2022.

Efter implementering på SDCG og DIH vil der være en erfaringsopsamling omkring første halvår af 2023, som giver mulighed for at justere udrulningen af appen baseret på de nyeste erfaringer. Efterfølgende vil appen blive implementeret regionsvist - først på regionssygehuse, så på sundhedscentre og sidst på bygdesundhedsstationer. Efter implementering i Region Qeqqa, vil der endnu en gang blive samlet op på erfa-

ringerne med henblik på at optimere implementering samt brugen af appen. Udrulning i regionerne vil forløbe i andet kvartal af 2023 til andet kvartal af 2024, hvor relevant personale fra regionssygehuse og sundhedscentre vil blive undervist i appen via Teams samt ved fysisk undervisning i forbindelse med afholdelse af fem regionale livsstilskurser i 2023-2024.

## 15.4 Status på den telemedicinske indsats

Overordnet følges den tidsmæssige plan, der er skitseret ovenfor.

En stor del af arbejdet i 2022 har været opsøgende arbejde og etablering af kontakter til andre dele af sundhedsvæsenet. Endvidere er der lavet en behovsafdækning i forhold til apparatur, medarbejdere, rammer og planlægning i forhold til udsendelse af apparatur samt afholdelse af kurser og undervisning.

Der er blevet udarbejdet og udviklet nye materialer, vejledninger og arbejdsbeskrivelser til brug af de forskellige apparater, nye arbejdsgange i Cosmic, brug af PUISA m.m. Alt materiale produceres på både grønlandsk og dansk.

- PUISA, som er blevet navnet på video-appen, er teknisk set flyttet fra testserver til driftsserver og fungerer i byerne og appen kan downloades gratis. På nuværende tidspunkt (januar 2023) pågår brugertest i nogle bygder, da der visse steder kan være udfordringer med internetforbindelsen. Brugertest er efter planen afsluttet ultimo februar. Når PUISA er klar i byer og bygder til benyttelse, vil det blive meldt ud til offentligheden.
- Implementeringen af PUISA følger den oprindelige plan for den telemedicinske indsats.
- Der er god fremdrift i indkøb og implementering af add-on (tilkobling) diagnostisk udstyr til alle sundhedsenheder i Grønland. Indkøb og implementeringen af udstyr følger den oprindelige plan for den telemedicinske indsats. Dog er evalueringen for EasyOne Air spirometer til lungefunktionsmåling fremrykket, da den er udrullet i hele landet.

Tekstrammen viser status for afprøvning og anskaffelse af telemedicinsk udstyr.

- EasyOne Air spirometer til måling af *lungfunktion* er udsendt til i alle sygehuse og sundhedscentre.
- Biothesiometer, som er relateret til *diabetesbehandling*, er færdig med testfase og er bestilt til alle sygehuse og sundhedscentre.
- iStat Alinity til analyse af *blodprøver* er i test i SDCG og DIH.
- Afinion 2 som bruges til metabolisk kontrol hos *diabetikere* er sendt ud til bygder i Region Disko og Region Avannaa. Metabolik drejer sig omsætning af næringsstoffer i kroppen
- Mindray Saturationsmålere til måling af blodets *iltindhold* er sendt ud til bygder i Region Disko og Region Avannaa.
- HemoCue Hb til måling af *hæmoglobin* er sendt ud til bygder i Region Disko og Region Avannaa.
- EKG, der bruges til måling af mønster for *hjerteslag*, er bestilt til regionssygehusene og er i test på centrallaboratoriet.
- PC, kamera og mikrofon til bygderne er bestilt og ankommer til Nuuk ultimo januar 2023. Efter klargøring i IT-afdelingen, udsendes de til bygderne.

Vedrørende tilpasningen og automatiseringen af den fælles elektroniske patient journal Cosmic, er der sket en ændring i forhold til den ovenfor skitserede oprindelige plan. Grunden hertil er, at sundhedsvæsenet inden for en årrække vil erstatte Cosmic med et nyt elektronisk patientjournalssystem, jf. kapitel 18. Derfor har der i projektet været fokus på at udarbejde løsninger, som ikke kræver integration eller tilpasning til Cosmic, men kan bruges i Cosmic nuværende form. Herunder en ensartet journalføring og registrering af data, der sikrer at implementeringen kan følges tæt, samt udarbejdelse af et bygdenotat, som støtter for bygdearbejderne.

## 15.5 Vigtige forudsætninger

Hvis telemedicin for alvor skal slå igennem, skal en række forudsætninger være eller bringes på plads:

- På teknologisiden er gode internetforbindelser af afgørende betydning. Både hvad angår pris, båndbredde og hastighed – og dermed også et tæt samarbejde med Tusass.
- På borgersiden er den vigtigste forudsætning, at borgerne dels har fysisk adgang til en smartphone eller lignende samt adgang til internet. Dels at borgerne har økonomisk mulighed for at gøre praktisk brug heraf samt har interesse for at tage medansvar for eget helbred. Hertil kommer kendskab til brug af en app, hvor der utvivlsomt vil være generationsforskelle. Det vil også være vigtigt, at borgerne ikke ser videokonsultationer som supplement til fysiske konsultationer, men som en erstatning.
- For sundhedsprofessionelle er den vigtigste forudsætningen viljen til at arbejde fleksibelt, pragmatisk og løsningsorienteret med udgangspunkt i de muligheder og begrænsninger, der ligger i Grønland. Mere konkret skal personalet kunne indarbejde brugen af video i deres daglige arbejdsgange. Hertil kommer behovet for vedvarende ledelsesmæssig opbakning til øget brug af telemedicin og støtte til vedligeholdelse af udstyr.
- Der ligger samtidig et implicit behov for at foretage relevante tilpasninger i arbejdsgange og organisering, hvis potentialerne i øget brug af telemedicinske løsninger skal udløses i forhold til borgere og internt i sundhedsvæsenet.
- Det vil være fordelagtigt i forhold til øget brug af telemedicinske løsninger, der rækker ud over landets eget sundhedsvæsen, at Grønland i fremtiden bringer sig selv i en position, hvor man af EU vil kunne betragtes som sikkert tredjeland i forhold til udveksling af data.

## 15.6 Perspektivering

- Telemedicin bringer de sundhedsmæssige tilbud tættere på borgerne. Med video-appen åbner der sig mange muligheder – men også nogle udfordringer. Eksempelvis sikring af relevant tolkebistand ved brugen af telemedicinske løsninger. Det er samtidig vigtigt at forstå telemedicinens begrænsninger, herunder at den ikke altid kan erstatte fysiske kontakter.
- Overordnet vil man med øget brug af telemedicinske løsninger opleve, at tid- og sted i nogen grad mister betydning. Dette vil for borgeren på sigt, kunne anvendes til at lette adgangen til hurtigere svar på relevante spørgsmål knyttet til undersøgelser og behandling i sundhedsvæsenet.
- Telemedicinske løsninger indebærer bedre udnyttelse af faglig viden og kapacitet i ind- og udland.
- I disse år sker der en markant teknologisk udvikling inden for blandt andet diagnosticering og brug af kunstig intelligens, der vil kunne komme patienter til gavn i takt med, at teknologien modnes, har relevans og kan udrulles, som et led i tilbuddene fra sundhedsvæsenet.
- Dette kommer ikke af sig selv, men kræver en stillingtagen til mulighederne, relevant og målrettet kapacitets- og kompetenceudvikling samt eventuel tilpasning af organisationen til at kunne drage nytte deraf.
- Der må forventes behov for blandt andet passende håndtering af persondata- og sikkerhedsmæssige aspekter i relation dertil.
- En god internet-infrastruktur giver gode muligheder for fjernundervisning til både efteruddannelse og grunduddannelse. Spørgsmålet om fjernundervisning og e-læring behandles detaljeret i kapitel 8 om Uddannelse og Kompetenceudvikling.
- Øget brug af telemedicinske løsninger giver potentiale for, at grønlandssproget sundhedspersonale ansat i Danmark i højere grad kan benyttes og dermed delvist bidrage mere til opgaveløsningen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

## 15.7 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At arbejdet med udbredelse af telemedicinske løsninger på alle områder intensiveres, indtænkes organisatorisk og integreres i arbejds gange samt følges op med sikring af de nødvendige kompetencer til at betjene løsningerne
2. At der i befolkningen og blandt sundhedsprofessionelle skabes forståelse for muligheder og begrænsninger i forhold til brugen af telemedicinske løsninger
3. At behovet for og prioritering af den nødvendige båndbredde løbende aftales med Tusass
4. At skabe klarhed over antallet af grønlandsktalende sundhedsprofessionelle uden for Grønland, som kan inddrages i den telemedicinske løsning

## Kapitel 16. Landstandplejen

Landstandplejens virke er groft set inddelt i to baseret. Den ene del er baseret på en systematisk indsats specifikt rettet mod børn og unge op til 21 år, der gradvist øges til 25 år i 2026, hvor tandplejen er opsøgende. Den anden del er et ikke-systematisk tilbud for den voksne del af befolkningen, hvor den enkelte skal selv henvende sig til tandklinikkerne ved ønske om eftersyn eller (akut) behandling.

Tandklinikkerne er fordelt på 16 distrikter, hvoraf 13 ledes lokalt og tre ledes centralt. Der er et ønske fra Landstandplejen selv om en ny organisering med områdeinddeling i tre områder. Klinikkerne er bemanded med en eller flere tandlæger, tandplejere og tandklinikassistenter samt tandteknikere. Der er omkring 130 stillinger besat i Landstandplejen i alt. Der er 30 tandlæger, hvoraf 16 er fastansatte. De øvrige 14 er beskæftiget gennem vikaransættelse på under et år. Der er 46 klinikassistenter og 16 KIGer (kigutigissaasoq, tandplejere uddannet på PI, se kapitel 8). Der er årlige efteruddannelseskurser for medarbejdergrupperne. Det samlede budget for Landstandplejen er ca. 75 mio. kr., svarende til ca. 5% af de samlede sundhedsudgifter

Hovedpunkter i kapitlet:

- Sundhed og sygdom i mund og tænder har afgørende betydning for resten af kroppen. Derfor er det vigtigt at se tandplejen som en integreret del af sundhedsvæsenet og øge samarbejdet.
- Der er ikke en systematisk voksentandpleje i Landstandplejen. Voksne skal selv henvende sig og bliver (akut) behandlet, hvis der er tid. Hertil kommer, at tilgængeligheden er stærkt geografisk varierende afhængig af personalesituationen.
- Mangler i voksentandplejen har skabt forudsætningen for private tandplejeklinikker i Nuuk, hvilket skaber social og geografisk ulighed.
- Et stigende – men ukendt - antal borgere får ordnet større tandbehandlinger i Østeuropa og Tyrkiet, hvilket skaber problemer, fordi Landstandplejen ikke kan bistå, hvis der efterfølgende tilstøder komplikationer.
- Udeblivelser er et vedvarende problem, som skaber ressourcespild
- Landstandplejen tilbyder forebyggende tandregulering for alle børn i landet. Landstandplejen tilbyder kun tandregulering med bøjle for skolebørn i 5. klasse i Nuuk

### 16.1 Grundlag for Landstandplejen

Det eksisterende lovgrundlag for Landstandplejen fremgår af Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 15 af 13. september 2006 om tandpleje, hvor prioriteringen til fordel for børn og unge er tydeliggjort i § 3: Er der ikke tilstrækkelig kapacitet eller økonomi til at give et systematisk tandplejetilbud til hele befolkningen, skal der lægges vægt på et systematisk tandplejetilbud til børn og unge.

Det hedder i § 4, at alle børn under og i den undervisningspligtige alder har ret til vederlagsfri, regelmæssig tandbehandling.

Det hedder videre, at tandbehandlingen omfatter:

1. Almen forebyggelse, herunder oplysningsvirksomhed.
2. Undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionens udvikling og sundhedstilstand med individuelt fastsatte intervaller.
3. Individuel forebyggelse, herunder oplysning af den enkelte samt forældre.
4. Behandling af sygdomme i tand-, mund- og kæberegionen.

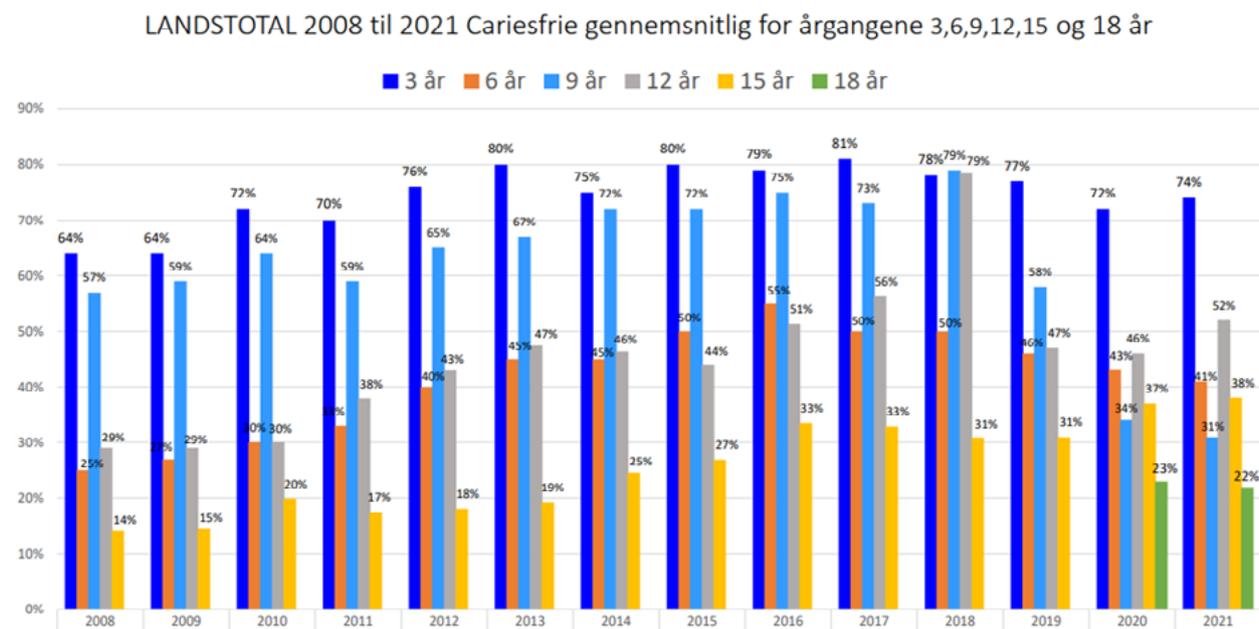
I § 7 siges, at andre befolkningsgrupper tilbydes vederlagsfri tandbehandling i det omfang, at distriktets ressourcer rækker hertil.

## 16.2 Strategier for tandsundhed

Der findes særdeles operative cariesstrategier for 2008-2018 og for 2019- 2024. Strategien har en række mål for udviklingen i tandsundhed. En artikel fra 2020 så på udviklingen og noterede, at cariestilstanden var blevet signifikant forbedret, men ikke alle mål var blevet opfyldt.

I strategien blev det blandt andet fastsat, at man skulle registrere tandsundhed – samlet cariesforekomst – ved systematik brug af ocr-blanketter (optical character recognition) ved registrering af def-s (decayed, filled surfaces). Der er blevet registreret systematisk siden 2008. Derfor er der et godt talmateriale til rådighed for at vurdere udviklingen.

**Figur 16.1: Cariesfrie 2008-2021**

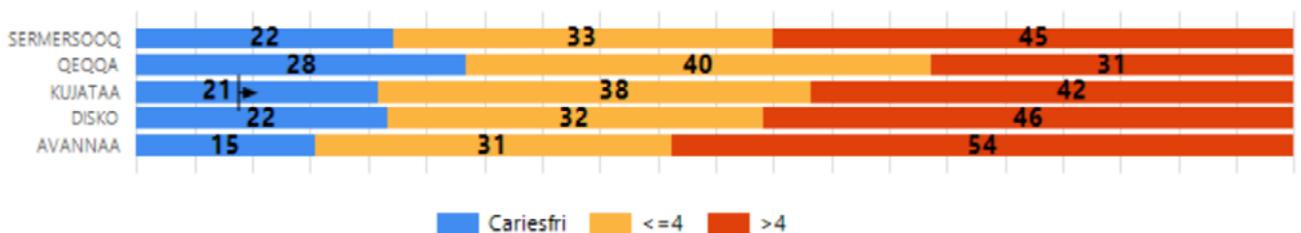


Figur 16.1 viser udviklingen i årene 2008-2021 med klar forbedring af andel af cariesfrie treårige – dog med et mindre fald for 6-12-årige sidst i perioden. Det kan muligvis skyldes, at der for de ni- og tolvårige ikke skeles mellem mælketænder og blivende tænder. Derfor kan man ikke umiddelbart sammenligne fra 2019 og senere med tidligere år. Fra 2019 ændredes individuel forebyggelse til mere gruppe passiv profylakse med obligatorisk fluorskylning hver 14. dag for alle skoleelever på skolerne.

Figuren viser målinger for 18-årige i 2020 og 2021, hvor knap en fjerdedel er cariesfrie. Nedenstående figur 16.2 viser detaljer for 18-årige: Cariesfrie og hvor mange fyldte flader.

**Figur 16.2: Tandsundhed for 18-årige**

Procentuel fordeling af status på caries/fyldte flader fordelt på region for alle 18-årige



Det fremgår af figur 16.2, at der er relativt stor forskel på tandsundheden målt på status på caries/fyldte flader mellem regionerne.

## 16.3 Behandlingstilbud

Tandklinikkerne foretager almindeligt tandeftersyn, behandling af huller (cariesbehandling), rodbehandling, elementær tandregulering (dog bøjletilbud i Nuuk til børn i 5. klasse) samt specialiseret tandlægebehandling og protesebehandling. Endvidere udføres forebyggende arbejde i det omfang, der er behov og ressourcer til det. Herunder besøg på skoler og institutioner, hvor børn, personale og forældre instrueres i tandbørstning og tandhygiejne.

Der er øget opmærksomhed om tandregulering fra politikkerne og borgernes side, som ikke forstår at der ikke kan tilbydes tandregulering. I den forbindelse er det vigtigt, at der informeres hvad tandregulering (bøjlebehandling) og forebyggende tandregulering er. Det vil sige opfølgning på udviklingen i tand og kæber samt et samarbejde med forældre om at undgå tandstillingsfejl blandt andet på grund af langvarig brug af sut. Derudover at undgå caries i mælketænder, som kræver tidlig tandfjernelse og yderligere forværring i allerede eksisterende tandstillingsfejl.

Det er målet, at alle bygder undtagen de allermindste, får mindst et årligt besøg fra den tandklinik, de hører under. Bygdebesøgene foretages af tandlæge og tandklinikassistent, samt eventuelt qKIG. Tandplejen tilbyder ved bygdebesøg almindeligt tandeftersyn og behandling af huller (cariesbehandling). Øvrig tandlægebehandling henvises til tandklinikkerne i byerne (rodbehandling, forebyggende tandreguleringer samt specialiseret tandlægebehandling).

Ved besøg i bygderne indkaldes alle småbørn og skolebørn til undersøgelse og evt. behandling. I det omfang at det er muligt færdigbehandles alle småbørn og skolebørn inden afrejse fra bygden. Er der herudover tid og mulighed for det, tilbydes unge op til ca. 20 år undersøgelse og behandling. Ved behov gives introduktion til tandbørstning og tandpleje til børn og deres forældre. Voksne i bygderne (og evt. unge) henvises til at kontakte det tandlægefaglige personale, når de er på bygdebesøg, hvis de har behov for undersøgelse eller behandling (tandlægen informerer om tidsbestilling mv. ved opslag i bygden).

Kontaktaktiviteten registreres i EPJ-systemet Cosmic. Omfanget i 2017-2021 var:

**Table 16.1: Kontaktaktivitet i Landstandplejen 2017-2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Kontakter, Landstandplejen	69.196	71.303	71.048	68.877	74.239

Landstandplejen indeholder to specialer. Det ene er tandregulering med bøjler, som tilbydes til børn i Nuuk i 5. klasse inden for en række visitationskriterier. I andre distrikter (samt for andre aldersgrupper i Nuuk) tilbydes der forebyggende tandregulering, men ikke bøjlebehandling. Endvidere er der kæbekirurgi på DIH, hvilket kan indebære kirurgisk fjernelse af visdomstænder eller visse infektiøse tilstande. For kæbekirurgiens vedkommende var der ifølge Cosmic følgende ambulante kontakter i perioden 2017-2021:

**Table 16.2: Kontaktaktivitet i kæbekirurgien 2017-2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Kæbekirurgi (Tandspeciale)	133	161	144	224	184

Brugen af Cosmic er ret arbejdsmæssigt tungt og tidkrævende, blandt andet fordi systemet oprindeligt ikke havde en indbygget tandplejelog. Tidsforbruget kan undertiden betyde, at journalen ikke skrives samme dag, som patienten behandles. Hertil kommer, at tandplejen kun har adgang til tandplejeloggerne og oplysninger om patientens lægemidler (e-recept og ordinationslisten), men ikke de øvrige patientoplysninger i systemet.

Foruden den almindelige protesebehandling laves der protesebehandling med digitalt udstyr ved hjælp af 3D-printere baseret på scanning af munden. Det er ikke tilgængeligt på alle klinikker og omfanget af brugen kendes ikke.

### 16.3.1 Indsatsområder

Ved et seminar d. 3. november 2022 fremlagde cheftandlægen en indsatsliste på 7 punkter:

1. Fokus flyttes fra småbørn/skolebørn hen mod ungdomsgruppen (og voksne på sigt)
2. Forbedret proteseservice ved brug af 3-D-printteknologi, der allerede er indført nogle steder. Besparelse af teknikrum i distrikter.
3. Der er behov for en ny tandklinik i Nuuk pga. pladsproblemer i den eksisterende bygning
4. Fortsat opdateringer af udstyr og klinikker (patientstole apparaturpuljen, OTP-røntgen (panorama-røntgen), 3D printer, kirurgiudstyr osv.) patientbehandling/service samt rekruttering af tandlæger
5. Indsats vedrørende rekruttering og fastholdelse
6. Bygdearbejde i 54 bygder er ressourcekrævende
7. Patientudeblivelser forekommer relativt ofte, og der arbejdes med løsninger på at fylde "tomme stole", evt. via brug af overbooking

### 16.3.2 Private tandlægetilbud

I Nuuk er der to private tandlægeklinikker.<sup>62</sup> I den ene klinik er der tre fuldtidsansatte tandlæger og en deltidssansat tandtekniker. Den ene er specialtandlæge tandortodonti. Endvidere er der ansat én tandplejer og seks klinikassistenter. På denne klinik er der 6800 registrerede patienter, hvoraf 4500 har været tilknyttet i fem år, og af disse har 3800 været på klinikken mere end én gang. Nogle af begrundelserne for at patienterne søger betalingstandplejeydelser er, at det er svært at få tid til konsultation i Landstandplejen, samt at Landstandplejen afviser visse ydelser, eksempelvis kosmetisk tandpleje. Nogle nævner også et ønske om at have samme behandler hver gang samt et behov for akut behandling uden for almindelig åbningstid.

### 16.3.3 Uddannelse og kompetenceudvikling i Landstandplejen

Spørgsmålet om uddannelse og kompetenceudvikling for tandområdet er behandlet i betænkningens kapitel 8.

## 16.4 Perspektiveringer

Dårlige tænder er en alvorlig sygdom.<sup>63</sup> Sundhed og sygdom i mund og tænder har afgørende betydning for resten af kroppen. Det er der stigende internationalt fokus på. Men sygdom i tænder er stadigvæk et sted-barn i sundhedsvæsenet, og Landstandplejen er ikke en reel integreret del af sundhedsvæsenet. Man kan opfatte tand- og mundsygdomme som kroniske sygdomme, der på mange områder har samme risikofaktorer som andre sygdomme. Der er videnskabeligt belæg for sammenhæng mellem aggressiv tandkødsbetændelse (parodontose) og dårlig blodglukosekontrol og forværring af blodsukker (HbA1c) hos personer med type 1 og type 2-diabetes og øget forekomst af type 2-diabetes. Hos personer med diabetes og aggressiv parodontitis er der betydelig øget risiko for hjertekarsygdom og diabetisk nyresygdom. Patienter, der får foretaget tandrensning, har færre tilfælde af hjerte- og karsygdomme. Studier viser at en ekstra tandbørstning om dagen giver 9%-point signifikant lavere risiko for kardiovaskulære tilfælde samt at tandrensning en gang om året eller mere giver 14%-point reduktion af risikoen.

På baggrund af ovenstående er det vigtigt, at der etableres et bedre samarbejde mellem tandplejen og det øvrige sundhedsvæsen. Det er naturligt, at cheftandlægen i mange sammenhænge repræsenterer den tandplejefaglige viden i forhold til sundhedsledelsen, men i en række situationer kunne det utvivlsomt tilføre værdi også at inddrage en klinisk arbejdende tandlæge fra daglig klinisk virke i tandplejen, f.eks. en chefdistriktstandlæge.

<sup>62</sup> Omtalen er baseret på en præsentation for kommissionen af tandlæge og klinikejer: Niels Haarbo-Nygaard

<sup>63</sup> Baseret på materiale fra professor Allan Flyvbjerg.

Tandlægerne, der er i tæt kontakt med børn og unge, kunne utvivlsomt med fordel inddrages i det generelle forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Voksentandplejen er i dag at betragte som en 'reststørrelse' i forhold til børne- og ungdomstandplejen. Det vil sige at denne gruppe stilles bagerst i køen for behandling, foruden at de selv skal henvende sig. Dette forhold giver anledning til problemer.

Problemstillingerne vedrørende voksentandpleje er opsamlet i nedenstående punkter:

- Voksne skal selv opsøge tandplejen for undersøgelse og behandling
- Voksne kan kun få en tid til behandling, hvis der er ressourcer dertil.
- Der er stort forskel på tilgængelighed baseret på Geografi
  - a. Manglende tandlæger
  - a. Stort behandlingspres
  - b. Behandlingstilbud: Cariesbehandling bliver afhjulpet med fyldningsterapi, rodbehandlinger, ekstraktioner efter distriktets ressourcer. Genreparationer af gamle fyldning er en af de største daglige behandlinger, og kroner tilbydes ikke. Indtil medio 1990 kunne der tilbydes kroner og broer. Holdbarhed af fyldninger i forhold til kroner er meget mindre. Kirurgisk fjernelse af f.eks. visdomstænder samt akrylproteser og ingen former for specialiserede kirurgi som implantater og lignende
  - c. Bygder – tandplejebehandlinger kræver fysisk tilstedeværelse og kan ikke afhjælpes via telemedicin. Tandplejen befinder sig i de enkelte bygder i en meget tidsbegrænset periode, og tilgængeligheden for voksne borgere er endnu mindre. Behandling i bygderne kræver ofte, at udstyret skal transporteres
  - d. Større byer med større tilflytning af voksne uden forøgelse i antallet af tandlæger
  - e. Uddannelsesbyer med kortere og længere ophold for uddannelsessøgende fra hele landet medfører stor udskiftning af borgere med behandlingsbehov
  - f. Manglende mulighed for at give tid til videre behandling
  - g. Mulighed for kun at tilbyde akut behandling
  - h. Borgere i større byer/ (herunder særligt Nuuk) skal gennem lange telefonkøer for at få tid ved tandplejen. Borgere giver udtryk for, at de ofte ringer forgæves til tandplejen, fordi konsultationstidene bliver fyldt op med det samme og mange afvises hver dag. Det medfører, at de opgiver at ringe igen. Borgere giver udtryk for, at de opgiver, indtil deres smerter er så store, at de er nødt til at søge hjælp. Mange går med ubehandlet caries i længere tid, og behandlingsbehovet bliver større og større. Tandplejen i Nuuk holder lister over antallet af borgere, som ringer forgæves hver dag. Antallet er meget højt til trods for tiltag med dobbeltbookinger, reducere af behandlingstiden og forlængelse af behandlingsdagen
  - i. Tiden til den enkelte patient er blevet mindre pga. tidspresset og øget daglig arbejdspress for behandlerne. Det resulterer i mere stresset personale samt mindre tid og overskud til at kommunikere med patienterne. Kommunikation er vigtig for at formidle den fornødne information samt for at kunne forebygge bedre. Dette er naturligvis utilfredsstillende for alle parter. Forsøget i tandplejen i Nuuk på at inddrage flere voksne patienter går ud over tid til undersøgelse og behandling af skolebørn.

## 16.5 SWOT-analyse for Landstandplejen

Nedenfor er nogle af styrkerne og svaghederne ved Landstandplejen opsamlet punktvis i en 'halv' SWOT-analyse.

## Styrker og svagheder ved Landstandplejen

### Styrker:

- Mindre enheder
- Kender hinanden
- Mere afhængig af hinandens hjælp
- Kender mange i andre distrikter
- Hjælper hinanden med sidemandsoplæring
- Brænder for tandsundheden trods arbejdsbetingelserne
- Hjælper hinanden på tværs af distrikter (fra Serraffik/Grønlandstandplejens årlige fælles konference indtil 2017)
- Ansatte ofte ansat i mange år
- Gode til at finde kompromisløsninger
- Mulighed for efteruddannelse
- Hovedparten af ansatte tandlæger er dansk-sprogede
- Ingen tolkeuddannelse eller kursus for KIG og KA til at tolke mellem tandlæger og patienter. Informationer mellem tandlæger og patienter går tabt.
- Manglende faglig sparring
- Faglighed går ned som ansat tandlæge, da fagligheden i Grønland prioriteres anderledes og meget smalt. Tandlæger fravælger Grønland, når fagligheden ikke prioriteres.
- Forskellig opfattelse af tandlægenes overenskomst vedr. personlig efteruddannelse/fællesuddannelsesfond

### Svagheder:

- Færre og færre tandlæger søger fastansættelse.
- Flere og flere distrikter er uden fast tandlæge
- Arbejdsbyrden og mængden vokser og går udover kvaliteten
- Arbejdsbyrden giver flere og flere ansatte stress
- Fastansatte søger væk pga. arbejdspresset
- Mindre enheder
- Fysisk adskilte og isolerede
- Få grønlandsktalende tandlæger
- Begrænsning i efteruddannelse
- Ingen fælles kurser på tværs af faggrupper
- Ingen fælles efteruddannelsesudvalg for hele tandplejen på kortere og længere sigt/ strategisk
- Cheftandlægen er eneste bindeled og kommunikation mellem tandplejen og Sundhedsledelsen
- Ingen ledelseskonference
- Ingen tandfaglig ekspertise i Departementet for Sundhed til evaluering af ledelse og tandplejens samarbejde med sundhedsvæsenet
- Sundhedsvæsenet og tandplejen har ingen fælles faggrupper – ukendt for hinandens faglighed
- Kendskab og forståelsen for tandplejen for det øvrige sundhedsvæsen formodes at være lille

## 16.6 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At voksentandplejen (+22-årige) udbygges over en periode på 5-10 år
2. At der etableres et tilbud for bøjlebehandling uden for Nuuk for børn i 5. klasse over en 5-10-årig periode
3. At der er et tættere samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, blandt andet gennem fælles kompetenceudvikling
4. At der gøres indsatser i forhold til at nedbringe omfanget af udeblivelser i tandplejen
5. At tolkning bliver en del af i uddannelsen af KIG/KA
6. At oprette rejsehold af tandplejepersonale

## Kapitel 17. Brugerinddragelse

Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet er så småt kommet på dagsordenen i Grønland. Forskning viser at der er store potentialer for både effektivisering af sundhedsindsatser og tilfredshed blandt brugerne gennem en dialog med brugerne om fastlæggelsen af deres behov og udformning af indsatserne. I dette kapitel gennemgås forskning i bruger- og medarbejderperspektiver på praksis i sundhedsvæsenet i Grønland med henblik på at give substans til muligheder og udfordringer i brugerinddragelsen. Der kan således i kapitlet hentes inspiration til konkrete indsatser til forbedring af sundhedsvæsenets ydelser gennem brugerinddragelse.

Hovedpunkter i kapitlet:

1. Der er behov for ny lovgivning
2. Der er behov for kompetenceudvikling af sundhedspersonalet i brugerinddragelse, inkl. inddragelse af de pårørende
3. Brugerinddragelse forudsætter i et vist omfang efteruddannelse af tolke med henblik på både sproglig og kulturel forståelse mellem brugere og medarbejdere
4. Kommunikation på tværs af enheder i sundhedsvæsenet er en forudsætning for forbedret samarbejde om patientforløb og inddragelse af brugerne i forløbene
5. Revision og forenkling af arbejdsgange kan styrke inddragelsen
6. Både brugere og medarbejdere udtrykker behov for information til befolkningen om krop/sundhed/sygdom og sundhedsvæsenets funktion
7. Der er behov for fora hvor brugere og sundhedspersonale kan have en dialog om sundhedsrelaterede emner

### 17.1 Hvad er brugerinddragelse

Inden for de sidste tre-fire årtier er brugerinddragelse i sundhedsvæsenet i Europa sat på dagsordenen. Dette er sket sideløbende med en udvikling i sygdomsmønstret med bedre behandlingsmuligheder og en befolkningsudvikling, hvor andelen af ældre og kronisk syge er i stærk stigning. Der er mange kilder til dette fokus på brugerinddragelse, blandt andet økonomiske overvejelser, patientrettigheder, professionsetiske fordringer samt krav om kvalitetsudvikling.

Brugerinddragelse<sup>64</sup> opfattes og praktiseres meget forskelligt (Europakommissionen, 2012). På et overordnet plan sker inddragelse af patientrepræsentanter f.eks. i formaliserede fora for dialog mellem folkevalgte, myndigheder, sundhedsprofessionelle og brugerrepræsentanter (blandt andet patientforeninger) med henblik på brugerindflydelse på sundhedsvæsenets indretning, fremtidige behandlingstilbud m.m. Det kan også foregå i forbindelse med kroniske sygdomme, hvor patienter uddannes til at forstå og håndtere deres sygdom og behandling i hverdagen gennem patientskoler. I hospitalssammenhæng praktiseres forskellige grader af inddragelse af individuelle patienter i professionel beslutningstagen om deres forløb.

I en dansk sammenhæng praktiseres brugerinddragelse i forbindelse med behandling i sundhedsvæsenet overvejende som 'fælles beslutningstagning'. Brugerinddragelse betyder her, at patienten har eller får viden om behandlingsforløbet, mulige konsekvenser, samt valg og fravalg, der betragtes som en forudsætning for informeret inddragelse. På denne måde antages det, at patienten bliver bedre rustet til at sparre med det sundhedsfaglige personale ud fra patientens viden om egen krop, livskvalitet og præferencer. Brugerinddragelse vil være forskellig afhængig af sygdom, varighed af forløb og graden af inddragelse af pårørende.

<sup>64</sup> Patientinddragelse refererer til borgere med direkte tilknytning til sundhedsvæsenet som patienter, brugerinddragelse omfatter alle, både aktuelle og potentielle brugere.

I den danske sundhedslov har patienter ret til at blive medinddraget, og det fremgår, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens samtykke, og at patienten skal sikres ret til information om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger.

I den grønlandske landstingsforordning nr. 6 af 31. maj 2001 om patienters retsstilling fastslås de samme rettigheder vedrørende informeret samtykke og information, men der er ikke lovgivet om retten til inddragelse i egen behandling.

## 17.2 Grønland: Fra 'kundevenlighed' til borger- og patientinddragelse

Lige siden hjemtagelsen af sundhedsvæsenet til Grønland i 1992 har der været pres på sundhedsudgifterne. I 2002 kom den første Nationale Strategi for sundhedsvæsenet, hvor der beskrives tiltag af betydning for at holde sundhedsudgifterne nede, blandt andet opprioritering af sundhedsfremme og forebyggelse, krav til borgerne om eget ansvar for sundhed, sammenhængende patientforløb og tværsektorielt samarbejde. I denne forbindelse omtales også borgerperspektivet kort som: *"Kundevenlighed – profilen udadtil påvirker kundetilfredshed og dermed også trivsel på arbejdspladsen"* (Direktoratet for Sundhed, 2002). Tilfredse borgere ses således som medvirkende til en god og effektiv arbejdsplads.

Siden 2010'erne er fokus på brugerinddragelse forstærket, både i strategier, forskning og praksis. Både Kræftplan for Grønland 2013, Sundhedsstrategien 2014-17 og Forslag til en National Rehabiliteringsstrategi 2017 fremhæver brugerinddragelse som en forudsætning for effektivitet og kvalitet i indsatserne, ligesom dialog med borgere og patienter indgår i sundhedsvæsenets vision og værdier (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2020). Eksempelvis hedder det i Sundhedsstrategien 2014-17 at *"borgeren skal være i centrum og opleve et sammenhængende sundhedsvæsen med høj kvalitet af service og trykthed uanset bosted. Borgeren skal desuden involveres aktivt i sit eget patientforløb og opleve et sundhedsvæsen med højt informationsniveau, hvor det altid er muligt at få oplysninger om indhold i planlagte udrednings- og behandlingsforløb. Derudover skal borgeren opleve at blive imødekommet af sundhedsvæsenet og opleve en professionalitet inden for service, udredning og behandling"* (Departementet for Sundhed og Infrastruktur, 2014).

Strategier på sundhedsområdet henter blandt andet inspiration fra danske strategier og tilpasses grønlandske forhold. Hvad angår implementering i praksis, så er brugerinddragelse i Grønland et praksisområde, hvor der endnu ikke er faste rammer og retningslinjer, ligesom karakter og omfang af brugerinddragelse heller ikke kendes.

## 17.3 Undersøgelser af brugerperspektiver

Brugen af begreberne om brugerinddragelse i sundhedsstrategierne er forholdsvis overordnet og ukonkret. Dette kan ses som en mulighed for fremadrettet at bestemme indholdet af begreberne ud fra grønlandske betingelser. Dette med henblik på at udvikle sundhedsvæsenet på måder, der er tilpasset lokale samfundsforhold, og som er kulturelt relevante for borgerne og patienterne. Det er ikke hensigten her i kapitlet at diskutere forskellige eksisterende modeller for brugerinddragelse, men at formidle forskning og andre undersøgelser om brugerperspektiver med henblik på indholdsmæssige input til udvikling af brugerinddragelse i sundhedspraksis i Grønland.

Siden 2010 er der gennemført et antal interviewundersøgelser og forskningsprojekter på sundhedsområdet, hvor brugerperspektiver er hovedtemaet eller indgår som tema. Undersøgelserne er gennemført med henblik på at skabe viden om brugernes udfordringer og ressourcer i forhold til at håndtere deres liv med sygdom eller andre sundhedsudfordringer. Dette med henblik på at levere indhold til en brugerinddragende praksis. Brugerperspektivet er ikke det samme som brugerinddragelse, men forskning i brugerperspektiver skaber betydningsfuld viden, som de professionelle ikke nødvendigvis opnår i den daglige omgang med brugerne. Viden om brugerperspektiver er grundlaget for at skabe nogle rammer for individuel brugerinddragelse i daglig praksis i sundhedsvæsenet. Nogle af undersøgelserne beskæftiger sig eksplicit med ind-

dragelse af patienter i hospitalspraksis og med de professionelle perspektiver herpå, hvilket giver yderligere input til udvikling af konkrete rammer for brugerinddragelse.

Grønlandske undersøgelser af brugerperspektiver drejer sig om: kvinders oplevelser af at blive screenet for kræft (Houngaard, 2013), kvinders oplevelser i forbindelse med at skulle føde på et hospital uden for deres egen by eller bygd (Montgomery-Andersen, 2013), patienters daglige livsførelse med sygdom og perspektiver på praksis i sundhedsvæsenet (Aagaard, 2015), kræftpatienters oplevede livskvalitet og erfaringer som pårørende til kræftpatienter (Augustussen, 2018), borgernes oplevelser af sundhedsvæsenet (Olesen m.fl., 2020), patientperspektiver på patientinddragelse (Seibæk, 2021), forældreperspektiver på børns forløb med mellemørebetændelse (Seibæk m.fl., 2022) samt sundhedsprofessionelle perspektiver på henholdsvis patientinddragelse (Mougaard-Frederiksen og Seibæk, 2021) og borgerinddragelse (Aagaard og Seibæk, 2022).

Undersøgelserne giver megen viden om, hvad patienter og borgere ønsker og har behov for, samt gennem hvilke indsatser brugerinddragelse kan forbedre effektivitet og kvalitet i sundhedsydelserne. I det følgende gennemgås metoder, resultater og anbefalinger i seks studier af henholdsvis brugerperspektiver og professionelle perspektiver på brugerinddragelse. Studierne beskrives i kronologisk rækkefølge.

## 17.4 "Hverdagsliv med sygdom – patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland"

Et etnografisk studie gennemført som et ph.d.-projekt 2010-14 (Aagaard, 2015). Formålet var at skabe viden om historiske og kulturelle betingelser og forudsætninger for, at mennesker kan føre et i eget perspektiv meningsfuldt liv med sygdom, og hvordan sundhedsvæsenets indsatser kan være en støtte hertil.

### 17.4.1 Metode

Studiet bygger på kvalitative metoder som feltarbejde, deltagerobservationer på DIH, individuelle interviews med 13 kronisk syge patienter, heraf fem over længere forløb hvor patienter og pårørende også er interviewet i eget hjem i byer og bygder, to fokusgruppeinterviews med patienter i henholdsvis en bygd og en by og endelig 13 interviews med sundhedsprofessionelle, fortrinsvis plejepersonale. De professionelle er interviewet i forbindelse med afdækning af betingelser i hospitalspraksis, ikke om deres perspektiver på patientinddragelse. Studiet tager afsæt i teori om livsformer, hverdagsliv, sygdom og sundhed samt professionelle praksisformer.

### 17.4.2 Overvejelser over kulturforståelse

Studiet bygger på en forståelse af kultur, som handler om den måde, vi håndterer vores livsbetingelser på ud fra vores placering i samfundsproduktionen. Et samfund som f.eks. en nationalstat eller et selvstyreområde ses ikke som monokulturelt, men som bestående af forskellige livsformer med forskellige kulturelle praksisser, f.eks. som fangere/fiskere i en bygd, administratorer i en storby m.m. Livsførelsen inden for forskellige livsformer afføder forskellige interesser og værdier. Disse er selvfølgelig også under indflydelse af national og etnisk kultur. Eksempelvis har befolkningen i Grønland i større eller mindre grad en fælles baggrund i fangersamfundet med dets fællesskabsprægede normer og værdier. Men gennem historien har disse udviklet sig og til dels sammenflettet sig med andre normer og værdier, heriblandt mere vestligt og individualistisk prægede. Denne kulturforståelse bidrager til forståelse af kulturforskelle inden for en afgrænset 'nation' og lægger op til at undersøge sådanne forskelle, blandt andet med henblik på at sundhedsprofessionelle og deres brugere, som ofte vil repræsentere forskellige livsformer, forstår hinanden i stedet for at dømme hinanden ud fra egne værdier. En sådan tilgang til kulturforståelse kan bidrage til professionelle indsatser, som er kultursensitive i forhold til brugernes ønsker og behov.

### 17.4.3 Resultater

I det følgende resumeres kort nogle centrale resultater.

De sygdomsorienterede indsatser, som sundhedspraksis overvejende begrænser sig til at tilbyde, kan ikke i tilstrækkelig grad yde støtte til de problemer, som sygdom og behandling medfører i kronisk syge patienters daglige livsførelse. Det risikerer at medføre yderligere problemer for patienterne og ekstra omkostninger for sundhedsvæsenet.

Kommunikation under indlæggelse begrænser sig oftest til information fra professionel til patient og er yderligere besværliggjort af sprog- og kulturforskelle. Desuden begrænser kommunikationen sig ofte til sygehistorien uden inddragelse af omstændigheder i hverdagslivet. Det er overvejende sygehistorien, der dokumenteres i de professionelle dokumentationsredskaber. Udelukkelsen af hverdagslivet, herunder de pårørende, står ofte i vejen for at skabe sammenhæng i patientforløbene. Pårørende føler sig ofte som en byrde for personalet og vil ikke 'trænge sig på'.

Patienter har meget forskellige forudsætninger og betingelser for at klare livet med sygdom i hverdagen i byer og bygder. Manglende indsigt i individuelle patienters livsvilkår og værdier forringer kvaliteten af indsatser og øger ulighed i sundhed.

Indsigten i hverdagslivet i hjemmet viser, at patienter er meget aktive og kreative i forhold til at få hverdagen med sygdom til at hænge sammen. Men det lykkes ikke altid særlig godt, blandt andet fordi de mangler professionel støtte til rehabilitering.

Indsigten i patienters hverdagsliv i hjemmet og lokalsamfundet viser, at mange henter støtte i forskellige former for fællesskaber omkring kulturelle aktiviteter (f.eks. kunstnerisk udfoldelse og brug af naturen), hvilket kan ses som et uudnyttet potentiale for rehabilitering og sundhedsfremme for kronisk syge.

Patienter og pårørende er gennemgående taknemmelige for den behandling, der tilbydes i sundhedsvæsenet. De har forståelse for, at sundhedsvæsenet i Grønland er dyrt at drive, og at der må ske prioriteringer. Men de efterlyser mere kommunikation. Når de professionelle ikke kender til patienternes dagligliv, kan der ske kostbare misforståelser, f.eks. om opfølgning på behandling eller igangsættelse af tiltag, som patienterne ikke ønsker (hvilket eks. kan lede til overbehandling).

Studiet konkluderer helt overordnet, at der er behov for:

- Forståelser af brugerinddragelse, der kan omfatte patienternes daglige livsførelse. Herunder hvilke konkrete betingelser, værdier og ressourcer det rummer.
- Rammer for kommunikation mellem professionelle og patienter og pårørende, der inddrager hverdagslivet.
- Rammer, der fremmer patienters og pårørendes muligheder for aktive, fælles håndteringer af hverdagslivet med sygdom fremover.

#### 17.4.4 Studiets forslag til indsatser

På baggrund af analyse, diskussioner og konklusioner peger studiet blandt andet på følgende handlemuligheder:

- I kommunikation mellem patienter og professionelle må de professionelle aktivt opsøge viden om patienternes liv og perspektiver, inklusiv de pårørende. Denne viden må dokumenteres på linje med viden om sygdom og behandling. Dette forudsætter, at der afsættes tid hertil.
- Det kortuddannede personale i sundhedscentre og bygdekonsultationer er ofte tættere på patienterne og har større indsigt i patienternes muligheder for at håndtere deres liv med sygdom i hverdagen end personalet på sygehusene. Dette personales viden bør opprioriteres og inddrages i faglig beslutningstagen med henblik på (kronisk syge) patienters livskvalitet.
- Der foreslås kompetenceudvikling lokalt og tværfagligt med henblik på at udvikle kulturelt relevante kompetencer i forhold til patienterne.
- Hvis patienter får medindflydelse på indsatserne ud fra deres egne perspektiver, vil de blive bedre i stand til mere aktivt at håndtere deres liv med sygdom. Det kan forebygge komplikationer og genindlæggelser. Dette er også i tråd med sundhedsstrategiens ønsker om brugernes ansvar for eget liv og egen sundhed.

## 17.5 "Palliation til grønlandske kræftpatienter i Grønland og Danmark"

Studiet er gennemført som et ph.d.-projekt 2014-18 (Augustussen, 2018). Formålet var at skabe forskningsbaseret dokumentation for grønlandske kræftpatienters palliative forløb. Studiet omfatter tre delstudier med hver deres metode. Her refereres delstudie 2, som undersøger patienters og pårørendes oplevelser af palliative indsatser.

### 17.5.1 Metode

Delstudiets metode var spørgeskemaundersøgelse suppleret med et åbent spørgsmål. Formålet var at afdekke pårørendes tilfredshed med pleje og behandling i et forløb med et sygt familiemedlem. 30 pårørende deltog.

### 17.5.2 Resultater

Studiet viste, at de pårørende var mest tilfredse med muligheden for at blive indlagt (66%), og mest utilfredse med den måde hvorpå familien var inddraget i beslutninger om pleje og behandling (71%), samt med den tid det tog at stille en diagnose (70%). Svarene på det åbne spørgsmål viste, at de pårørende havde svært ved at få adgang til information fra de sundhedsprofessionelle. Det gælder informationer om patientens prognose, information om smertehåndtering og undersøgelser, informationer om bivirkninger samt svar fra sundhedspersonalet. Derudover oplevede de pårørende usikkerhed og bekymringer for fremtiden samt manglende hjælp og støtte i deres hjem.

Overordnet viste delstudiet, at pårørende er en vigtig ressource for kræftpatienter i deres behandlings- og palliative forløb, men at de er udfordret på mange områder i forhold til at støtte den syge i forløbet. De oplevede begrænset adgang til formelle ydelser og begrænset eller ingen kontakt med de professionelle i sundhedsvæsenet.

### 17.5.3 Studiets forslag til indsatser

På baggrund af geografiske, sociale og ressourcemæssige forskelle anbefales det at forbedre kommunikationen mellem professionelle på tværs af sundhedsenheder og sektorer og mellem professionelle og patienter og pårørende med henblik på at holde fokus på patienternes livskvalitet. Som en betydningsfuld faktor i kræftpatienters muligheder for at opretholde en livskvalitet trods alvorlig sygdom anbefales stærkt et fokus på bedre information og støtte til de pårørende. Derudover at sundhedsprofessionelle inkluderer de pårørende i pleje og behandling under indlæggelse.

## 17.6 "Patientinvolvering i grønlandsk hospitalspraksis"

Et kvalitativt studie blandt patienter indlagt på DIH, udført ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab (nu Institut for Sundhed og Natur) i 2018-2020 (Seibæk, 2021). Formålet var at udvikle viden om muligheder og barrierer for patientinddragelse i behandling, pleje og omsorg under indlæggelse set fra patienters og medarbejderes perspektiver. Her refereres patient-delen. Medarbejderperspektivet omtales senere.

### 17.6.1 Metode

De anvendte metoder var individuelle, kvalitative forskningsinterviews med 11 patienter, feltobservationer af situationer i patientplejen og interaktioner mellem sundhedsprofessionelle og patienter samt uformelle samtaler med 8 patienter. Data blev analyseret ved hjælp af systematisk tekstkondensering.

### 17.6.2 Resultater

Studiet identificerede faktorer med både positive og negative konsekvenser for patienternes muligheder for at blive involveret.

Studiet viste, at patienter under indlæggelse holder sig tilbage fra at kontakte de professionelle; delvist fordi de har en forventning om, at de professionelle skal kontakte dem, men også fordi nogle finder det svært at acceptere ikke at kunne klare sig selv. Nogle patienter giver udtryk for, at det barske liv i Arktis giver en livsindstilling til, at man ikke har indflydelse på vilkårene, men må tage det som det kommer, således også som patient – de forventer ikke medindflydelse. Desuden peger studiet på en tendens til, at biomedicinsk, professionel viden regnes for mere værdifuld end patienters perspektiver. Involvering opleves af patienter som tillidsskabende.

Sproglig kommunikation kan være svær i en praksis med mange dansksprogede professionelle. Studiet viste, at sprogsvækkigheder har en stærkt negativ effekt på kommunikationen mellem patienter og professionelle. Der mangler grønlandske ord for faglige begreber om sundhed og sygdom, hvilket gør grønlandssprogede patienter mere sårbare og afhængige af en professionel tolk ifølge studiet. Nogle patienter giver dog udtryk for, at sproget ikke nødvendigvis er en forudsætning for at blive inddraget i sit forløb, hvis de professionelle er opmærksomme på kropssprog og andre udtryksformer og i øvrigt har empati og menneskelig forståelse.

Informanter i studiet giver udtryk for, at information i sig selv kan opleves som inddragelse. Men studiet peger også på andre kilder til involvering. Patienterne bringer deres kulturelle baggrund og deres hverdagsliv med sig ind i hospitalskonteksten, foruden deres personlige erfaringer, ressourcer og viden. I interviewene kom det frem at patienter, selv om de virker tilbageholdende, ofte har viden om deres krop og sygdom og meninger om deres behandling og pleje, som de ønsker at dele med de professionelle. De fleste havde ubesvarede spørgsmål og synspunkter, som de ønskede at drøfte med personalet. Studiet fremhæver, at det er et fund i sig selv, at alt dette kom frem i en situation, hvor patienterne blev spurgt til deres egen viden og egne perspektiver. At blive spurgt opleves som inddragelse.

Studiet nævner også betydningen af de pårørende for patienters følelsesmæssige befindende og deres muligheder for restitution og rehabilitering efter udskrivelse. Men de pårørende er ofte fraværende, især når de bor uden for Nuuk, og derfor har de svært ved at følge med i den syges behandling og pleje, og måske har de selv brug for professionel støtte.

### 17.6.3 Konklusioner

Overordnet konkluderer studiet følgende:

- Patienter holder, af forskellige grunde, ofte deres bekymringer for sig selv og får derfor ikke den professionelle støtte de har brug for. Der er behov for, at de sundhedsprofessionelle opsøger patienternes viden og perspektiver. Viden om sygehistorien er ikke nok.
- Patienter vil gerne håndtere deres liv og sygdom mere aktivt, men de har brug for professionel støtte gennem involvering.
- Det er ikke tilstrækkeligt at fokusere på, at patienterne skal have kompetencer til at deltage i deres behandling og pleje. I en sundhedspraksis med ulige magtrelationer mellem professionelle og patienter må sundhedsvæsenet selv udvikle kompetencer til at involvere patienterne i deres pleje og behandling, både på professionelt og organisatorisk plan.

## 17.7 "Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen"

Formålet med undersøgelsen var at give et indblik i, hvordan adgangen til sundhedsvæsenet opleves af borgerne, og hvad der er vigtigt for borgerne når de møder sundhedsvæsenet som brugere. Der er tale om en pilotundersøgelse. Undersøgelsen har fokus på et alment brugerperspektiv frem for udelukkende et patientperspektiv. Undersøgelsen er gennemført af Center for Folkesundhed i Grønland i 2019 (Olesen m.fl., 2020).

### 17.7.1 Metode

Undersøgelsen består af dels brugererfaringer, som de kommer til udtryk i nyhedsmedier, patientklager m.m., dels interviews med brugere (og et mindre antal medarbejdere).

Interviewundersøgelsen består af 23 kvalitative interviews med brugere af forskelligt køn og alder fra tre forskellige byer og nærliggende bygder i Nord-, Midt- og Sydgrønland. Derudover indgår seks interviews med sundhedsprofessionelle fra institutioner med berøring med sundhedsvæsenet. Undersøgelsen er fulgt af en referencegruppe bestående af nøglepersoner i repræsentative stillinger på sundhedsområdet samt patientforeninger.

### 17.7.2 Kulturforståelse og værdier

Undersøgelsen inddrager et kulturbegreb der *'tager udgangspunkt i den grønlandske kulturelle og sociale kontekst'*. Her nævnes: familien og fællesskabet, respekten for hinanden, værdsættelse af naturen og grønlandsk mad. Der beskrives en grønlandsk, holistisk forståelse af sundhed, som bygger på værdier, relationer, omgivelser, kalaalimernit (grønlandsk mad) og erfaringer. Begrebet peqqinneq, som også inddrages, refererer i dets oprindelige betydning til ikke at være herre over ting, tid og sted, men om at acceptere menneskers magtesløshed over for større kræfter end dem selv, for eksempel 'sila' (vejret) og naturen (Wistoft, 2012). En moderne grønlandsk forståelse af sundhed er spaltet mellem en vestlig, biomedicinsk, sygdomsorienteret forståelse og en mere traditionel holistisk forståelse. Sundhedsvæsenet er opbygget efter vestlig model, men befolkningen kan have en anden sundhedsopfattelse end den, der er integreret i systemet.

### 17.7.3 Resultater af interviewundersøgelsen

De temaer som trådte frem i analysen af brugerinterviewene var: dialog og information, adgang byer og bygder, sprog og værdier, medansvar og involvering, manglende tillid.

#### **Dialog og information**

Der er ofte uoverensstemmelse mellem brugernes forventninger og den ydelse, der kan tilbydes. Interviewpersonerne giver udtryk for, at de mangler information herom, og at hvis de var bedre informerede ville, de være mere tilbøjelige til at acceptere niveauet af tilbud. De efterspørger blandt andet information om planer for behandlingsforløb, forventede ventetider og ændringer i telefontider, tidspunkter for specialistbesøg m.m. Brugere forventer, at sundhedsvæsenet selv tager initiativ til information, men må ofte selv opsøge den. Samtidig viser undersøgelsen, at mange brugere har forståelse for, at det formentlig ikke er muligt at tilbyde alle sundhedsydelser i deres lokale sundhedsvæsen. Positive oplevelser forbindes med en venlig, imødekommende og respektfuld kommunikation.

#### **Adgang byer og bygder**

Adgangen til sundhedsvæsenet er et emne, der løbende debatteres blandt befolkningen. Undersøgelsen viser, at adgang til sundhedsvæsenet ikke kun omhandler strukturelle eller geografiske udfordringer, men også at føle sig velkommen og hørt.

For de bosteders vedkommende, som ligger langt fra et sygehus eller sundhedscenter, fortælles om bekymringer vedrørende behandling af akutte skader, både fordi det tilstedeværende personale måske ikke har kompetencer til akutbehandling, og fordi der er lang transport til byen. Nogle oplever problemer med at komme igennem til sundhedscenteret i byen på grund af bureaukratiske arbejdsgange og sproglige misforståelser. Dette er utryghedsskabende. Andre beretter dog om modsatte oplevelser. Brugere fra afsides beliggende bosteder er bevidste om de geografiske forhold og livsvilkår, og de er realistiske i forhold til, hvilke services der er mulige og ikke mulige at yde lokalt.

Generelt oplever nogle brugere at blive afvist uden mulighed for at forklare sig, eller at det er svært at få en læge i tale direkte. Nogle føler, at de ikke bliver taget alvorligt, når de henvender sig. Der berettes også om lange ventetider. Igen er der andre interviewpersoner som har positive oplevelser med de samme emner. Det kunne se ud til at være afhængigt af det enkelte sted.

## Sprog og værdier

I Grønland er grønlandsk, 'Kalaallisut', hovedsproget. Der er tre dialekter: østgrønlandsk, vestgrønlandsk og nordgrønlandsk. Selvrapporterede sprogfærdigheder tyder på, at ca. 70% af befolkningen er grønlandsk-sproget, 15% er dobbeltsproget (grønlandsk og dansk), og 15% er dansksproget (Frederiksen og Olsen, 2017)<sup>65</sup>. Mange fagfolk i sundhedsvæsenet behersker ikke det grønlandske sprog og har behov for tolkebi-stand, når de skal servicere den grønlandsksprogede del af befolkningen.

Brugerne udtrykker generelt et ønske om, at de kan henvende sig på sygehuset på deres eget sprog med henblik på at blive forstået og selv forstå. Brugerne oplever manglende muligheder for tolkebi-stand, og at nogle af tolkene til rådighed ikke er sprogligt kvalificerede nok til opgaven. Der er også oplevelser af, at tolkene ikke oversætter direkte, men selv vurderer, hvad der er vigtigt, og hvad der ikke bør oversættes til den dansksprogede behandler.

De sproglige udfordringer giver mange misforståelser og hænger tæt sammen med udfordringer med dia-log og kommunikation, da sproget er en grundlæggende forudsætning for kommunikation. Hvis brugerne ikke kan udtrykke sig på deres eget sprog, eller hvis deres udsagn tolkes mangelfuldt eller ukorrekt, så bli-ver der en ulige magtfordeling mellem brugere og professionelle.

Kultur og værdier har betydning for den måde, vi opfatter vores sundhed, sygdom og identitet på. Undersø-gelsen peger på, at brugen af naturen, den grønlandske kost, det grønlandske sprog, familien og fællesska-bet er vigtige værdier for borgerne. Desuden opfattes tilbageholdenhed som en dyd og som et udtryk for respekt for andre mennesker. Nogle brugere oplever, at sundhedsvæsenet ikke deler deres værdier, mens andre oplever, at sundhedsvæsenet respekterer og/eller forstår deres værdier.

## Medansvar og involvering

Der har i de seneste år været fokus på, at borgerne har et medansvar i samfundet, herunder i sundhedsvæ-senet. Borgerne forventes at være opsøgende, oplyste og stille krav til pleje og behandling. Dog viser un-dersøgelsen, at mange brugere ikke oplever at have et medansvar. De oplever, at det er svært at tage et an-svar, når man ikke bliver spurgt til, hvad man mener. Medansvar handler for brugerne om dialog og om at skabe en fælles forståelse mellem bruger og sundhedsvæsen.

I tillæg til medansvar betragtes involvering af brugeren i stigende grad som en integreret del af sundheds-væsenet med henblik på at realisere en patientcentreret praksis. Undersøgelsen viser, at mange brugere ikke oplever sig involveret i deres behandling, og at de ikke har en stemme i deres behandlingsforløb. Ud-fordringerne med involvering kan være tæt knyttet til andre temaer som dialog, information, sprog og vær-dier.

Medansvar og involvering er tæt knyttet til hinanden. Der er en generel opfattelse af, at det er svært at på-tage sig et medansvar. Undersøgelsen viser, at der kan være en sammenhæng mellem oplevelsen af mang-lende indflydelse og manglende ansvarsfølelse.

## Manglende tillid

Brugerne i undersøgelsen fortæller om oplevelser med pårørende og historier om andre, der trods gentag-ne henvendelser til sundhedsvæsenet er blevet afvist, ikke taget alvorligt, ikke blevet troet på, eller blot har fået piller og nu er alvorligt syge eller afgået ved døden. Denne oplevelse genkender en interviewet pa-tientvejleder også. Sådanne oplevelser medfører utryghed, der påvirker brugernes tillid til sundhedsvæse-net.

## Sammenfatning af resultater

Dialog og information er for brugerne centralt for en god oplevelse i mødet med sundhedsvæsenet. Dialog er afhængig af overhovedet at få adgang til sundhedsvæsenet, at blive forstået både sprogligt og kulturelt og at blive inviteret til at have medindflydelse på, hvad der skal ske i forbindelse med henvendelsen. Des-uden efterlyses bedre information om muligheder og begrænsninger i ydelser fra sundhedsvæsenet.

<sup>65</sup> Det har ikke været muligt at finde nyere tal. Ved Ilisimatusarfik udføres der i øjeblikket et forskningsprojekt der har til formål at indsamle, analysere og formidle grønlandske dialekter.

Mange brugere er taknemmelige for deres sundhedsvæsen og har forståelse for, at det ikke er muligt at tilbyde alle sundhedsydelser i deres lokale sundhedsvæsen. Større forståelse og imødekommenhed fra sundhedsvæsenets side vil kunne fremme dialog og dermed befolkningens tillid og medansvar for egen sundhed. Brugere ønsker dialog og værdifællesskab med deres sundhedsvæsen.

### 17.7.4 Undersøgelsens forslag til indsatser

På baggrund af interviewundersøgelsen gives følgende forslag til indsatser:

- Oprettelse af et dialogforum for borgere og fagfolk med henblik på at sikre en bredere forståelse blandt alle parter og dermed fremme muligheden for at servicen er relevant og synlig for borgerne.
- Løbende opsamling på brugerperspektiver ved hjælp af spørgeskemaer og kvalitative metoder.
- Fælles drøftelse af værdigrundlag for praksis i sundhedsvæsenet mellem borgere, politikere, patientforeninger m.fl.
- Optimering af tolkning.
- Udvikle peqqik.gl som en platform for brugerinddragelse og som et patientforum. Ideen er at skabe et forum, hvor borgere kan finde information, ressourcer og fællesskaber. Platformen kan desuden være et videnscenter om organiseringen af sundhedsvæsenet og dets processer og om eksisterende ressourcer inden for forskellige emner og behandlingsområder. Endvidere kunne en sådan platform fungere som et udgangspunkt for at udvikle brugerinddragelse via indbyggede feedbackmekanismer.

## 17.8 Professionelle perspektiver på patient- og borgerinddragelse

Endelig skal omtales to undersøgelser der formidler de sundhedsprofessionelles opfattelser af muligheder og barrierer i inddragelsen af patienter og borgere i sundhedsvæsenets indsatser.

### 17.8.1 "Sundhedsprofessionelle perspektiver på patientinddragelse"

Undersøgelsen er et delstudie (Mougaard-Frederiksen og Seibæk, 2021) i det før omtalte større forskningsprojekt om patientinddragelse i sundhedsvæsenet (afsnit 17.6). Data er indsamlet i 2018 med kvalitative metoder som interview, fokusgruppeinterviews og observationer og omfatter 17 medarbejdere fra forskellige personalegrupper, de fleste med direkte patientkontakt.

Resultaterne viste for det første, at sundhedsprofessionelle grundlæggende mener, at patienterne skal inddrages. Ikke alle i undersøgelsen havde dog et klart billede af, hvad patientinddragelse er i praksis. Udfordringer for de professionelle i forhold til at inddrage patienterne refereres nedenstående.

**Organisering og overgange i patientforløb:** Ansvarsfordelingen mellem landshospitalet og de lokale sygehuse og sundhedscentre er ofte utydelig. Ofte er det lokalt personale uden faglig indsigt, der står for information til patienterne om specialiseret behandling på DIH. Dette kan medføre, at patienten rejser til Nuuk uden at være forberedt til undersøgelser og behandling, og også ofte uden at vide hvorfor vedkommende skal til DIH. Patientinddragelse kan understøttes ved at revidere arbejdsgange og forbedre kommunikationen mellem DIH og regionerne.

**De sundhedsprofessionelles opfattelse af patientinddragelse og deres egen rolle:** Der er ikke en fælles forståelse af patientinddragelse, og de sundhedsprofessionelle er usikre på deres egen rolle, blandt andet i forhold til deres professionelle ansvar. Nogle fortalte om egen inddragelsespraksis som det at informere patienten grundigt og svare på spørgsmål.

**Forudsætninger hos patienter og familie for inddragelse:** De sundhedsprofessionelle oplever det som en barriere for inddragelse af patienterne, at de mangler viden om kroppen og om årsagen til deres indlæggelse. Dette skyldes ofte sprogbarrierer, hvor (det ikke-grønlandsksprogede) personale ikke altid sikrer sig, at patienterne forstår informationen ved brug af tolk. Ligeledes mener de professionelle, at patienter generelt ved for lidt om, hvordan sundhedsvæsenet fungerer organisatorisk, hvilket stiller dem svagt i forhold til at kende deres forløb og deres rettigheder. De professionelle oplever patienterne som tålmodige, men

også autoritetstro, hvilket kan betyde, at de ikke sætter spørgsmålstejn ved de professionelles dispositioner og overlader beslutningerne til de professionelle i tillid til, at de nok ved hvad de gør. Hvad angår inddragelse af pårørende, så opleves det svært i forhold til dem, der ikke bor i Nuuk, idet det ses som en forudsætning for at inddrage dem, at de er fysisk til stede på DIH (dette var før Covid-19-pandemien).

Undersøgelsen konkluderer, at forbedringsmuligheder i forhold til patientinddragelse er inden for rækkevidde. De professionelle ønsker det selv, og flere faktorer ligger det lige for at tage fat på (se næste side under 'tiltag iværksat på DIH'). I en endnu ikke publiceret artikel (Seibæk, 2023, i proces), der diskuterer de samlede resultater af projektet, det vil sige både bruger- og professionelle perspektiver, fremhæves følgende forudsætninger for at inddrage patienterne i hospitalspraksis:

- At patienternes viden om egne livsvilkår, muligheder og ønsker efterspørges af de professionelle.
- At udvikling af en fælles forståelse af begrebet patientinddragelse implicerer et professionelt rolleskift fra eksperter til samarbejdspartnere.
- At der udvikles og implementeres nye forenklede arbejdsgange, der er tilpasset de mennesker, der skal behandles. Konkret foreslås det at begynde med at skabe større overblik over behandlingsforløbene og dernæst at forenkle kommandovejene. Desuden anbefales det at styrke dokumentationen i patientjournalerne og styrke koordinerende indsatser i overgangene mellem sundhedsenheder.

I forlængelse af den samlede undersøgelse er følgende tiltag iværksat på DIH:

1. Input fra undersøgelsen er blevet brugt til at revidere udformningen af informationsmateriale til patienterne. Blandt andet er der produceret en tegnefilm, der handler om rejsen og ankomsten til DIH. Undersøgelsen har også understøttet ansættelse af en medarbejder med sygeplejefaglig kompetence i rejsekoordineringen.
2. Afholdelse af temadag om patientinddragelse for alle i Kirurgisk Område på DIH med udarbejdelse af handleplaner. I patientforløb ved hoftealloplastik er liggetiden mere end halveret og tilfredsheden steget, efter at patient og sygeplejerske har haft mulighed for at forberede indlæggelsen og tale om, hvad der er brug for i hjemmet efter udskrivelsen. Helt lavpraktisk er det foregået ved, at en sygeplejerske har ringet til patienterne et par uger før de skulle indlægges og talt med dem om deres almene helbred, boligsituation osv.
3. Træning af personalet i samarbejde med patienterne, blandt andet at få patientens perspektiv frem i indlæggessamtalen.
4. Der er arbejdet med afdelingskulturen, således at det at sætte sig og tale med en patient i højere grad anerkendes som arbejde.

## 17.8.2 "Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010"

Undersøgelsen handler om frontmedarbejderes perspektiver på praksis i sundhedsvæsenet og omfatter kvalitative interviews med 16 sygeplejersker, sundhedsassistenter og -hjælpere, bygdearbejder og læge (Aagaard & Seibæk, 2022).

Undersøgelsen peger i lighed med de andre studier på, at befolkningen mangler information, herunder viden om kroppens fysiologi og sygdomme og deres behandling, og om hvad sundhedsvæsenet kan tilbyde.

Undersøgelsen indikerer, at et ensidigt professionelt fokus på sygdom og behandling ikke er tilstrækkeligt til at yde kvalificerede indsatser. Inddragelse af omstændigheder i den enkelte brugers liv og brugerens eget perspektiv kan sætte de professionelle i stand til at yde relevant støtte. På den måde kan unødige, gentagne henvendelser til sundhedsvæsenet afværges. Brugerinddragelse i brugen af telemedicin kan være et vigtigt redskab til at øge lighed i sundhed. Desuden indikerer undersøgelsen, at imødekommenhed og information kan afværge konflikter, der kan opstå mellem brugere og professionelle, når sundhedsvæsenet indfører organisatoriske ændringer, f.eks. i adgangen til sundhedsvæsenet.

Undersøgelsen anbefaler at opprioritere brugerinddragelse og dialog med befolkningen om sundhedsrelaterede udfordringer i udviklingen af sundhedsvæsenets tilbud. Dialog skaber tillid mellem borgerne og sundhedsvæsenet og giver tryghed for befolkningen.

## 17.9 Opsamling på resultater af brugerundersøgelserne

### 17.9.1 Dialog og kommunikation

Et helt centralt tema, som er fælles for studierne, er dialog og kommunikation mellem brugerne og sundhedsvæsenet/de sundhedsprofessionelle.

Brugere og de professionelle giver udtryk for, at mange grønlandske patienter er tilbageholdende i forhold til at søge information om deres behandlingsforløb eller om hvad sundhedsvæsenet kan tilbyde, og i forhold til at tilkendegive deres egne meninger om deres behandling. Brugerne forventer, at sundhedspersonalet selv tager initiativ til at informere og gå i dialog med dem. Dette sker dog ofte ikke. Der kan være mange grunde hertil. Studierne peger på de store problemer, der ofte er med sproglig forståelse, enten fordi tolke ikke bruges, at tolke kvaliteten er for dårlig, eller at tolkene ikke oversætter brugernes udsagn loyalt.

Et studie indikerer, at manglende kulturforståelse kan få ikke-grønlandssproget personale til at opfatte brugernes tilbageholdenhed som et stationært kulturtræk, f.eks. når de betragter patienterne som autoritetstro uden i øvrigt at spørge ind til deres egen viden og meninger. Studiet afdækker, at patienter trods tilbageholdenhed har meget, som de gerne vil i dialog med de professionelle om.

Nogle af studierne peger på betydningen af, at sundhedsvæsenet er domineret af en biomedicinsk tilgang til viden, hvor patienters viden om deres eget liv ikke vægtes højt, hvorfor det ikke opfattes som relevant at spørge ind til deres viden og perspektiver på behandling og pleje.

Nogle brugere peger på, at kommunikationen med sundhedspersonale er énvejs, fra personale til brugere. Hvis denne énvejs-kommunikation formidler information af relevans for brugeren, er der dog mange, som giver udtryk for, at den kan opleves som inddragelse.

De fleste studier peger på et underskud af information til brugerne, både om krop, sundhed og sygdom, og om hvordan sundhedsvæsenet fungerer og hvad det kan tilbyde. Hvis brugerne havde denne viden, peger flere af studierne på, ville de være bedre i stand til at håndtere deres liv med sygdom mere aktivt. Af et studie fremgår det, at hvis brugerne var bedre informeret om sundhedsvæsenets tilbud, ville de være mere tilbøjelige til at acceptere tilbuddene og deres eventuelle begrænsninger.

Et andet aspekt af dialog er mangel på inddragelse af pårørende i patienters forløb, som flere af studierne peger på. Årsagerne hertil er ikke nærmere undersøgt. Professionelle giver udtryk for, at inddragelse er vanskelig når pårørende ikke kan være fysisk til stede på DIH. Pårørende giver udtryk for at føle sig til besvær. Ikke desto mindre peger flere af studierne på pårørendes store betydning for patienternes muligheder for at håndtere livet med sygdom, og for at patientforløbene hænger sammen på tværs af sundhedsenheder og sektorer.

Endnu et aspekt af dialog er den indsigt, de professionelle gennem samtale kan opnå om patienternes specifikke betingelser for og ressourcer til at håndtere livet med sygdom. Som det fremgår af studierne har brugerne meget forskellige betingelser og muligheder for at opnå og bruge sundhedsvæsenets indsatser. Hvis viden om konkrete muligheder i den enkelte patients hverdagsliv inddrages gennem samtale, kan de professionelle blive bedre i stand til at yde en relevant og effektiv indsats for netop denne patient. Dette peger flere af studierne på kan bidrage til mere lighed i sundhed.

Vedrørende adgang til sundhedsvæsenet så handler den også i høj grad om dialog ifølge flere af studierne. Mange brugere oplever at blive afvist, ikke taget alvorligt eller ikke troet på fordi personalet ikke søger en fælles forståelse for, hvorfor brugerne henvender sig.

Vedrørende rammer for dialog og inddragelse, så peger nogle af studierne på et behov for overblik over patientforløb og bedre koordinering af dem samt forenkede arbejdsgange. Der peges på et behov for bedre kommunikation på tværs af sundhedsenheder med henblik på at informere patienter korrekt om deres forløb. Endelig peges der på, at arbejdsgange kan være bureaukratiske i forhold til at brugere ved første kontakt til sundhedsvæsenet kan komme i kontakt med rette fagperson. Der kan dermed være et behov for afbureaukratisering.

Nogle studier peger på en mangel på forståelse af grønlandsk kultur og værdier, og i forlængelse heraf peger andre studier på et behov for at de sundhedsprofessionelles kompetencer til inddragelse af brugerne og deres (kulturelt formede) livssammenhænge skal udvikles.

### 17.9.2 Dialog og ansvar

Det fremgår af flere studier, at brugerne er taknemmelige for deres sundhedsvæsen, og at de er forstående over for, at indsatser må prioriteres på grund af økonomi, bemanning m.m. Det brugerne ønsker, er imødekommenhed, interesse og medmenneskelig samt sproglig og kulturel forståelse, således at de kan blive inddraget og dermed få medindflydelse på deres behandling. Når man får viden og medindflydelse, bliver man i stand til at tage ansvar for sit liv og/eller sit sygdomsforløb. Det ansvar ønsker brugerne at tage. Et af studierne peger på, at brugerne rent faktisk *tager* ansvar for deres liv og sygdom, men at det ofte ikke lykkes, hvis de professionelle ikke bakker deres anstrengelser op.

Opsamlende kan det siges, at brugere, professionelle, ledere, planlæggere og politikere har samme ønske, nemlig at befolkningen tager ansvar for eget liv og egen sundhed. Lovgivning, organisatoriske rammer og professionelle kompetencer til bedre dialog og inddragelse samt bedre information om krop, sygdom, sundhed og sundhedsvæsenets tilbud og funktionsmåde kan fremme brugernes muligheder for at tage det ansvar. Viden om sundhedsvæsenets tilbud og funktionsmåde kan desuden sætte brugerne bedre i stand til at præcisere, hvad de henvender sig til sundhedsvæsenet om, og dermed bidrage til en bedre kommunikation om relevante og effektive sundhedsindsatser. Der er behov for at udvikle sådanne rammer, kompetencer og formidlingsmetoder.

Her er ikke tale om en universel 'model' for brugerinddragelse, men derimod om nogle gennemgående principper om dialog og samarbejde, som kan tilpasses lokale og individuelle betingelser og forudsætninger. De tiltag i praksis på DIH, som er en konsekvens af det omtalte projekt om patient- og medarbejderperspektiver, kan bruges som inspiration til tiltag andre steder.

## 17.10 Udfordringer i brugerinddragelse

De forhold af betydning for brugerinddragelse, som der indtil nu er peget på i kapitlet, gengives skematisk i nedenstående figur:

**Figur 17.1: Strukturelle og relationelle forhold af betydning for brugerinddragelse**

<p><b>Strukturer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lovgivning</li> <li>• Kompetenceudvikling i brugerinddragelse</li> <li>• Uddannelse/efteruddannelse af tolke- Kommunikation på tværs af enheder i sundhedsvæsenet</li> <li>• Revision og forenkling af arbejdsgange/afbureaukratisering</li> <li>• Information til befolkningen om krop/sundhed/sygdom og sundhedsvæsenets funktion</li> <li>• Dialogforum for repræsentanter for hhv. brugerne og sundhedsvæsenet</li> <li>• Digital platform for brugerinddragelse og som patientforum</li> </ul>
<p><b>Relationer mellem brugerne og de professionelle: de professionelle opgave</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivt opsøge viden om brugernes liv og egne perspektiver, inkl. 'præferencer'</li> <li>• Informere om forløb og muligheder</li> <li>• Informere om krop, sundhed, sygdom, behandling</li> <li>• Sikre sproglig forståelse ved brug af tolk</li> <li>• Inddrage de pårørende</li> <li>• Kommunikere med relevante lokale enheder</li> </ul>

De gennemgåede studier peger på behov for forbedringer på følgende områder:

1. Fælles forståelse blandt de sundhedsprofessionelle af hvad brugerinddragelse er, blandt andet at inddragelse fordrer viden om brugernes hele livssituation og -betingelser, som forudsætning for at kunne yde en indsats der er relevant i brugernes lokale, kulturelle sammenhænge. Viden om sygehistorien er ikke nok.
2. Sproglig og kulturel tolkning. Der er behov for flere og bedre uddannede tolke, men også for at brugernes udsagn oversættes i deres kulturelle kontekst, og loyalt i forhold til brugernes perspektiver.
3. At personalet er opsøgende i forhold til brugernes viden og egne perspektiver med henblik på inddragelse af brugernes ressourcer, blandt andet pårørende og lokale betingelser. Foruden at det kræver en fælles forståelse af, hvad brugerinddragelse er, så er det også en udfordring, at der er stor udskiftning i personalet, således at en oparbejdet praksis for brugerinddragelse, f.eks. i en hospitalsafdeling, let kan forsvinde igen.
4. Information til brugerne om krop, sundhed og sygdom, og om hvordan sundhedsvæsenet fungerer, og hvad det kan tilbyde. Viden sætter brugerne i stand til mere aktivt at tage ansvar og håndtere udfordringer i forhold til sygdom og sundhed.
5. Koordinering af patientforløb og forenkling af arbejdsgange. Der er behov for en tydeliggørelse af ansvarsfordelingen mellem DIH og de lokale sygehuse og sundhedscentre i forhold til at tilrettelægge et sammenhængende forløb for velinformerede patienter.
6. Kommunikation på tværs af enheder om patientforløb. Kommunikation mellem sundhedsenheder er en generel udfordring, som blandt andet kan have sammenhæng med de tidligere nævnte sproglige udfordringer blandt medarbejderne internt i sundhedsvæsenet. Det gælder også elektronisk kommunikation.

## 17.11 Patient- og pårørendeforeninger

Patientforeninger repræsenterer brugerperspektivet over for institutionerne og udgør fora, hvor patienter og deres pårørende kan dele erfaringer og støtte hinanden. Patientforeninger samler viden om de sygdomstilstande, som foreningerne er dannet ud fra og yder støtte og vejledning til medlemmerne. En form

for brugerinddragelse er at inddrage repræsentanter for patientforeninger i en formaliseret dialog med sundhedsvæsenet. Derfor kan et overblik over eksisterende foreninger være nyttigt.

Patientforeningerne i Grønland er i sagens natur små, og arbejdet er oftest frivilligt og ulønnet. Derfor er aktivitetsniveauet svingende. I det følgende gennemgås de foreninger, som det har været muligt at spore.

### 17.11.1 Sugisaq

Sugisaq er navnet på pårørendeforeningen for mennesker med psykiske sygdomme og handicaps. Foreningens formål, vision og opgaver fremgår af figur 17.2.

**Figur 17.2: Formål, vision og arbejdsopgaver, Sugisaq**

#### Formål, vision og arbejdsopgaver

**Stk. 1:** Det er foreningens formål at medvirke til større forståelse og tolerance i samfundet over for de sindslidende og deres pårørende. Sugisaq arbejder for trivsel, forebyggelse og rehabilitering.

**Stk. 2:** Sugisaq's vision er at arbejde for et samfund med respekt for de grundlæggende menneskerettigheder, også for mennesker med psykiske sygdomme og handicaps. Menneskets værdighed og værdi er vigtigere end andre værdier, såsom teknologi og økonomi. Fællesskabet anerkendes som værende et grundlæggende fundament for menneskets fortsatte udvikling.

**Stk. 3:** Sugisaq arbejder for at mennesker med sindslidelse og handicaps samt de pårørende skal kunne udleve deres drømme og realisere et godt liv i samfundet. Sindslidelse er en fælles udfordring for samfundet, mennesker med sindslidelse, pårørende og professionelle. Sugisaq vil arbejde for at samle alle i et fælles arbejde for at realisere visionen. Sugisaq samarbejder med alle, der gerne vil deltage i realiseringen af foreningens formål og vision.

**Stk. 4:** Sugisaq arbejder for forbedring af de sindslidendes sociale vilkår.

**Stk. 5:** Foreningen arbejder for etablering af lokalforeninger. Sugisaq kan samarbejde og blive medlem af andre foreninger og landsdækkende organisationer.

Foreningen blev stiftet i 1996 og har altså eksisteret i 27 år. Den har 20 medlemmer samt ca. 700 følgere af sin Facebook-side. Foreningen råder ikke over økonomiske midler, og alt arbejde er frivilligt. Af aktiviteter kan nævnes:

- Fremstilling af oplysningsmateriale om psykiske sygdomme på grønlandsk/dansk.
- Etablering af et folkeoplysningsprojekt og en interessegruppe for psykisk sygdom med det formål at formidle viden om psykisk sygdom med henblik på at skabe forståelse og tolerance, så pårørende og lokalsamfundet i højere grad kan yde støtte.
- Samarbejde med Landsforeningen SIND i Danmark og Tilioq (handicaptalsmandsinstitutionen) i Grønland.

Sugisaq holder øje med, hvad der sker på psykiatriområdet og stiller kritiske spørgsmål til relevante instanser inden for sundhedssektoren. Sugisaq har desuden et ønske om i højere grad at blive inddraget i et samarbejde med Departementet for Sundhed. Sugisaqs formand Ezekias Therkelsen er tilfornordnet Sundhedskommissionen.

### 17.11.2 Neriuffiit Kattuffiat - Kræftens Bekæmpelse

Hvert år rammes ca. 200 personer af kræft på landsplan i Grønland. Det vil sige, at der i gennemsnit er ca. 3-4 personer, der får konstateret kræft ugentligt<sup>66</sup>.

Neriuffiit Kattuffiat - eller Neriuffik, der er den fælles betegnelse for både landsorganisation og lokalafdelinger - arbejder med kræftramte personer, deres familier og andre pårørende i Grønland og er en søsterorganisation til Kræftens Bekæmpelse i Danmark. Organisationen er frivilligt baseret

<sup>66</sup> Disse tal er beregnet ud fra de ansøgninger om legater, som Neriuffiit Kattuffiat modtager og har godkendt på årlig basis.

og er afhængig af donationer fra private personer samt private og offentlige virksomheder. Der gennemføres årligt landsindsamlinger af millionbeløb, som kører over 2,5 måneders kampagneperioder og afsluttes med direkte transmitteret liveshow via landsdækkende TV.

Neriuffiit Kattuffiat har i dag registreret 15 lokale Neriuffik-foreninger. Landsorganisationen har en hovedbestyrelse på fem repræsentanter fra lokalafdelingerne. De lokale foreninger har 10 underafdelinger som kaldes Neriuffiit Ikinngutai (Neriuffiks Venner). Neriuffiks administration er bemanded med to fuldtidsansatte, som er de eneste aflønnede i organisationen. Én med ansvar for den daglige drift og en medhjælper.

### **Arbejdet i Neriuffik**

Overordnet er Neriuffiks opgaver som følger:

- Støtte og vejledning til kræftpatienter og pårørende
- Øge befolkningens kendskab til kræft gennem oplysningsaktiviteter
- Påvirkning af den offentlige politiske debat til at prioritere forebyggelse og behandling af kræft
- Samarbejde med social- og sundhedsmyndigheder med henblik på, at alle patienter får den bedste sammenhængende behandling og omsorg
- Information om Neriuffiit Kattuffiats arbejde
- Indtægtsgivende aktiviteter

### **Tilbud**

Neriuffik støtter kræftramte og deres pårørende i form af tilbud om gratis samtaler hos frivillige samtale- og rådgivningspersoner. Samtalerne har fokus på den svære tid, som de kræftramte og deres pårørende oplever. Samtalerne tilbydes over hele landet, og i tilfælde af manglende samtale- og rådgivningspersoner i éns by eller bygd, tilvejebringer Neriuffik kontakten til samtale- og rådgivningspersoner i andre byer. Neriuffik har igennem årene fundet, at behovet for krisesamtaler er højt og ikke altid kan tilbydes af psykiatrien i sundhedsvæsenet på grund af et overbebyrdet psykiatrisk område. Derfor har Neriuffik oprettet denne ordning.

Neriuffik tilpasser sig løbende tidens behov med respekt for efterspørgslen og behovet for samtalepersoner i alle afdelinger på landsplan. Der afholdes hvert år kurser for samtalepersoner. Som det er nu (primo 2023) afholdes de ofte i byer med hoteller og konferencelokaler.

Neriuffik producerer trykte materialer på grønlandsk om forskellige kræfttyper og behandlingsformer og muligheder der findes her i landet, således at grønlandssprogede kræftramte samt deres pårørende, på lige fod med dansk og engelsksprogede, kan læse om det på eget sprog.

Disse materialer kræver midler til både oversættelse, produktion og formidling og finansieres via de donationer, som Neriuffik modtager årligt.

### **Særligt projekt i samarbejde med Naalakkersuisut og Kræftens Bekæmpelse i Danmark**

Der blev i 2013 igangsat et arbejde om anskaffelse af et kræftrådgivningscenter (kaldet Livsrum) i samarbejde med Real Dania, Naalakkersuisut (Departementet for Boliger og Infrastruktur samt Departementet for Sundhed) og Kommuneqarfik Sermersooq samt Kræftens Bekæmpelse i Danmark.

Dette samarbejde mellem NGO'er og den offentlige sektor viste sig at være vanskeligt. Neriuffiks bestyrelse besluttede sig derfor på egen hånd og i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse at anskaffe lokaler med de kræftramtes behov som udgangspunkt. Der er skaffet midler via Nordatlantisk Pulje, Kræftens Bekæmpelse, A.P. Møller Fonden og Naalakkersuisut. Med det nye kræftcenter vil samarbejdet mellem Neriuffik, kommunerne og sundhedsvæsenet styrkes.

I dag har Neriuffiit Kattuffiat til huse i mindre, lejede lokaler.

Indsamlede midler der normalt anvendes til leje af konferencelokaler til Neriuffiks mange årlige aktiviteter vil således allokere til driften af kræftcenteret. Målet er at skabe bedre rammer for samarbejdet med det

offentlige vedrørende forebyggelse, diagnosticering, behandling, rehabilitering, palliation m.m. Herved vil projekterne fremadrettet være med til at forbedre den almene sundhed og bidrage til en mere sammenhængende behandling og større livskvalitet for alle kræftpatienter i Grønland.

Midlerne til projektet og arealet er sikret, og man regner med at huset vil være færdigbygget i 2024.

### 17.11.3 Tilioq

Handicaptalsmandsinstitutionen Tilioq er en politisk uafhængig institution under Grønlands Selvstyre og er beliggende i Sisimiut. Tilioqs opgaver er lovbundne og handler om at sikre og fremme personer med handicaps interesser i samfundet med udgangspunkt i FN's handicapkonvention. De overordnede opgaver er blandt andet:

- At rådgive og vejlede personer med handicap og deres pårørende om deres rettigheder og klageadgang
- At rådgive og vejlede offentlige og private institutioner
- At sikre lovgivning og praksis om personer med handicap foregår i henhold til FN's handicapkonvention
- At vurdere forhold for personer med handicap i Grønland
- Indsamle og formidle information om handicaps forhold i Grønland
- At foreslå tiltag der styrker personer med handicaps vilkår
- At samarbejde med de grønlandske handicapforeninger om at sikre og fremme personer med handicaps vilkår

Handicaptalsmanden kan ikke træffe afgørelser i enkeltsager, men kan komme med udtalelser.

Tilioq arbejder for at fremme personer med handicaps vilkår, muligheder og rettigheder. Derfor ønsker Tilioq både at lære af og bidrage til det internationale samarbejde for at fremme disse rettigheder. Tilioq indgår løbende i strategiske samarbejder med organisationer i og udenfor Grønland.

Tilioq angiver at arbejde sammen med følgende patientforeninger:

- Grønlands Handicap-paraplyorganisation, NIIK
- Grønlandsk Forening for Unge med Handicap, KIIP
- Handicapforeningen i Grønland, KNIPK
- Foreningen for Blinde og Svagsynede, ISI
- Døveforeningen i Grønland, KTK
- Forældreforening for Udviklingshæmmede i Grønland, Inooqat
- Foreningen for Sindslidende og deres Pårørende, Sugisaq
- Landsforeningen Autisme Kreds Grønland
- Foreningen Ingerlariaqqiffik
- Gigtforeningen
- ADHD Kalaallit Nunaat.

Det vides ikke om alle disse patientforeninger er aktive (Sugisaq er beskrevet ovenfor). Men alle de nævnte foreninger har som minimum en hjemmeside med kontaktoplysninger.

Tilioq har et løbende videnssamarbejde med Institut for Menneskerettigheder, som er den nationale menneskerettighedsinstitution for Grønland. Tilioq bidrager med organisationens viden om personer med handicaps vilkår og rettigheder til Institutts arbejde, når det findes relevant. Institut for Menneskerettigheder bidrager til Tilioqs arbejde med instituttets ekspertviden om menneskerettigheder.

På hjemmesiden Tilioq.gl findes et udvalg af publikationer under fanerne Videnscenter samt Politik og Kampagner, herunder analyser af borgerhenvendelser, rejserapporter, konventioner, lovstof, rapporter og evalueringer af interesse for handicapområdet.

#### 17.11.4 Peqatigiiffik Uummatit/Foreningen Hjerteliv

Foreningen har en hjemmeside med råd og vejledning samt en Facebook-side. Lokale afdelinger af foreningen arrangerer blandt andet gåture og foredrag, og der er motionsklubber lokalt. Desuden arrangeres indsamlinger.

#### 17.11.5 MAPI - Meeqqat Angajoqqaallu Peqqinnissatigut Ikinngutaat

Foreningens formål er at støtte grønlandske børn til et godt liv, og at skabe netværk i de enkelte byer i Grønland, hvor forældrene kan styrke børnenes ressourcer ved at fremme børnenes livskvalitet.

MAPI foretager løbende landsindsamlinger til "*fordel for velgørehed for længerevarende somatisk syge grønlandske børn*". Midlerne fra indsamlingen skal anvendes til et bedre hverdagsliv og forældrementorordning, bisidder, lejegrupper, sommerlejre, spisemik, bevægelsesgrupper. Støtte til hjælpemidler så som fedtcreme, specielle fødevarer til allergiske børn.

#### 17.11.6 MIO

MIO er ikke en patientforening, men er Grønlands Børnerettighedsinstitution anført af Børnetalsmanden, som repræsenterer - særligt udsatte - børn og unge siden institutionens etablering ved lov i 2012.

MIO arbejder for at udbrede kendskabet til FNs Børnekonvention. Børnekonventionen omsættes til konkrete indsatser, som forbedrer dagligdagen for især udsatte børn og unge.

MIO består af en børnetalsmand og et sekretariat med seks faste medarbejdere. Som en hjælp til børnetalsmanden, er der nedsat et børneråd, der skal bistå børnetalsmanden med at udvikle strategier på børneområdet.

MIO har indtil 2018 fokuseret på at kortlægge børns livsvilkår og muligheder. Den efterfølgende strategi lægger vægt på ansvar og handling på politisk- og befolkningsniveau med henblik på at Grønland lever op til FNs børnekonvention.

MIOs arbejde har blandt andet resulteret i en undersøgelse af unges egne perspektiver på årsager til selvmord og selvmordstanker, og hvordan de mener det kan forebygges (se kapitel 13 afsnit 13.7.2.1 om Qamani).

#### 17.11.7 Perspektivering vedr. patientforeninger

Der er stor forskel på patientforeningernes størrelse, ressourcer og aktivitetsniveau. Det vil variere, hvor megen støtte de kan yde de respektive patientgrupper. Hvad angår patientforeningers indflydelse på sundhedsvæsenets indretning (se indledningen til kapitlet), så er der også forskel på, hvor meget og hvordan der er dialog mellem foreningerne og myndighederne, herunder sundhedsvæsenet. Børnetalsmandsinstitutionen MIO og Handicaptalsmandsinstitutionen er ikke patientforeninger, men institutioner, der er etableret ved lov. De har derfor en anden gennemslagskraft end små, frivillige organisationer.

### 17.12 Opsamling på kapitlet

Det er bredt anerkendt internationalt, at brugerinddragelse i sundhedsvæsenet er en forudsætning for en effektiv organisation, en relevant betjening af befolkningen og tilfredshed blandt brugerne af sundhedsvæsenet. I det grønlandske sundhedsvæsen og i tidligere strategier som Kræftplan for Grønland 2013 og Sundhedsstrategien 2014-17 er der et ønske om brugerinddragelse, men der er ikke lovgivet herom, og der mangler en fælles forståelse af hvad brugerinddragelse indebærer, samt rammer for inddragelsen.

Undersøgelser af brugerperspektiver på egne behov i forbindelse med sundhedsudfordringer og bruger- og medarbejderperspektiver på brugerinddragelse peger på konkrete udfordringer og handlemuligheder.

Centrale udfordringer vedrørende brugerinddragelse:

- Der mangler rammer for brugerinddragelse.
- De professionelle mangler forståelse og viden om betydningen af brugerinddragelse.
- Utilstrækkelig tolkning forringer mulighederne for dialog mellem brugere og sundhedsmedarbejdere.
- Utilstrækkelig kommunikation og uhensigtsmæssige arbejdsgange på tværs af sundhedsenheder hindrer involvering af brugerne i deres forløb.
- Befolkningen mangler viden om krop/sundhed/sygdom og sundhedsvæsenets funktion.

Et gennemgående budskab i undersøgelserne er at inddragelse af brugerne i sundhedsvæsenets praksis er en forudsætning for at de kan få medindflydelse på deres behandling i sundhedsvæsenet og dermed blive bedre i stand til at tage ansvar for deres liv med sygdom.

Som repræsentanter for brugerperspektivet er mange patientforeninger små og afhængige af frivillig arbejdskraft. Det kunne overvejes, om patientforeninger ville have nytte af en fælles organisering i forhold til at blive inddraget i en formel dialog med sundhedsvæsenet.

### 17.13 Perspektiveringer

De store forskelle i livsvilkår for befolkningen og i betingelser i sundhedsvæsenet for sundhedsbetjening lokalt gør det vanskeligt at love standardiserede tilbud fra sundhedsvæsenets side. Det kræver imødekommenhed og velvilje fra både brugernes og de sundhedsprofessionelles side at få tingene til at fungere i det enkelte tilfælde og lokalt.

Fra sundhedsprofessionel side pegedes der på et møde i Sundhedskommissionen på, at brugerne skal tage et medansvar for at bruge sundhedsvæsenets ydelser godt. Som bekendt er der store udfordringer med bemanning af stillinger i sundhedsvæsenet, blandt andet læger og tandlæger. Personalet efterspørger, at brugerne forbereder sig bedre til mødet med de professionelle ved at gøre klart, hvad det er for et problem de henvender sig med, og hvad de har brug for støtte til. Desuden peges der fra professionel side på et stort problem med udeblivelser. Her er behov for at brugerne bidrager til bedre brug af tid og ressourcer ved at tage ansvar for at møde op eller melde afbud. Dette gælder måske især ved konsultationer i sundhedscentrene og på tandklinikkerne, hvor konsultationstiden er meget begrænset.

Behovet for veluddannede tolke i kommunikationen mellem brugere og professionelle er allerede beskrevet. Fra medlemmer af Sundhedskommissionen peges der desuden på, at der også blandt medarbejderne i sundhedsvæsenet internt er kommunikationsudfordringer knyttet til sprog, f.eks. i forhold til fagudtryk, som ikke findes på grønlandsk. Dette gælder eksempelvis i kommunikationen mellem medarbejdere på henholdsvis DIH og de mindre sundhedsenheder rundt om i landet, eller mellem udefrakommende tandlæger og fastboende klinikassistenter. Udfordringer i kommunikationen mellem grønlands sproget og ikke-grønlands sproget personale vil i sidste ende ofte gå ud over kommunikationen med brugerne.

Selvom efteruddannelse af tolke i sundhedsvæsenet er startet op igen (se kapitel 8), så vil behovet for vel-fungerende tolke være en løbende udfordring. I lyset af at behovet for personale i sundhedsvæsenet muligvis i stigende grad vil blive dækket af sundhedspersonale fra andre lande end Danmark, så kan det forudses at kommunikationen i sundhedsvæsenet nogle steder vil foregå på engelsk. Dette vil føje en yderligere dimension til udfordringerne med tolkning.

Det er vigtigt at være opmærksom på den ulige magtfordeling mellem professionelle og brugere. Men hvis sundhedspersonalet 1) viser imødekommenhed og aktivt søger forståelse for brugerens situation, hvis de i øvrigt 2) fortæller brugerne, hvordan sundhedsvæsenet fungerer, og hvad det kan tilbyde, og hvis 3) brugerne forbereder sig bedre til at fremlægge deres ønsker og behov - man kunne kalde det en gensidig forventningsafstemning - så indikerer studierne, at brugerne vil vise forståelse for ydelsernes art og omfang. En bedre dialog mellem sundhedsvæsenet og befolkningen kunne blandt andet tænkes at nedbringe antallet af udeblivelser fra konsultationer og antallet af klager over sundhedsvæsenet.

Desuden peges der i undersøgelserne på, at mange brugere har en tilgang til livet, hvor de ved, at de er underlagt større kræfter i naturen og derfor ikke forventer at kunne kontrollere alt i livet, heller ikke sygdom, og heller ikke ønsker at stille urealistiske krav. Denne livsindstilling skal ikke afstedkomme, at brugerne får en dårligere service; men den kan være et positivt grundlag for en dialog mellem brugere og professionelle,

hvor der med udgangspunkt i en samtale om brugerens aktuelle situation og perspektiv og de lokale betingelser kan findes fælles løsninger. Telemedicin er et velegnet redskab hertil.

Den generelle mangel på viden om krop, sundhed og sygdom, som stort set alle studierne peger på, skal også håndteres. På borgermøder ifm. Sundhedskommissionens kystrejser gav mange borgere udtryk for, at hvis sundhedsvæsenet åbner sig mere udadtil, f.eks. ved jævnligt at afholde sundhedsoplysende arrangementer, så kan det skabe bedre integration mellem borgerne og sundhedsvæsenet.

## 17.14 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der laves en ny lov om patienters rettigheder til erstatning af 2001-loven
2. At sundhedspersonalets kompetencer vedrørende brugerinddragelse styrkes, inkl. forståelse af kulturforskelle
3. At der udvikles en kultur i sundhedsenhederne om inddragelse af brugerne, inkl. pårørende, i deres forløb
4. At der sikres professionel tolkebistand ved mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle
5. At kommunikation på tværs af sundhedsenheder styrkes og arbejdsgange forenkles med henblik på bedre samarbejde om patientforløb mellem sundhedsenhederne og dermed muligheden for at inddrage patienterne i forløbene
6. At brugerinddragelse indgår som fag i sundhedsuddannelserne
7. At sundhedsvæsenet styrker sit forhold til befolkningen gennem dialogmøder og sundhedsoplysning
8. At der oprettes et dialogforum om patientinddragelse for repræsentanter for henholdsvis brugerne og sundhedsvæsenet
9. At der oprettes en digital platform for sundhedsinformation/et patientforum
10. At der foretages løbende opsamling på brugerperspektiver ved hjælp af spørgeskemaer og kvalitative metoder

## Kapitel 18.

# Et mere datadrevet og gennemsigtigt sundhedsvæsen

Sundhedskommissionen er under sit arbejde gentagne gang stødt på enten datamangel eller meget langsomme tilvejebringelse af relevante data om sundhedsvæsenet. Sundhedsdata kan blandt andet bruges til at dokumentere aktiviteten i sundhedsvæsenet. Det kan eksempelvis være oplysninger om antallet af patienter med en bestemt sygdom, belægningen på konkrete sengeafdelinger eller opgørelser over vaccinationsdækning. Lettilgængelige, veldefinerede og tidstro oplysninger som disse er en forudsætning for at lede et moderne sundhedsvæsen - såvel politisk som for ledelseslagene i sundhedsvæsenet. Uden håndfaste og troværdige data leder beslutningstagerne ofte i blinde. Det gælder både indretningen af kliniske arbejdsgange samt strategiske reformer. Fremadrettet skal datasituationen forbedres markant, blandt andet for at understøtte den løbende drift og for skabe bedre oversigt, klarhed og sammenhæng mellem de overordnede politiske ønsker for prioriteringen af opgaveløsningen i sundhedsvæsenet og de økonomiske rammer derfor. Indsamlede data - fra patientdata over økonomidata til data fra befolkningsundersøgelserne - bliver langt fra brugt i tilstrækkeligt omfang i dagens sundhedsvæsen.

Hovedpunkter i kapitlet:

- Det er vanskeligt og langsommeligt at hente brugbar ledelsesinformation fra Cosmic. Der bør snarest laves en dataoverbygning på Cosmic med oversigtsdata til ledelsesbrug
- Data fra befolkningsundersøgelserne bør være tilgængelige i en database eller via Grønlands Statistik
- Potentialerne i samarbejde mellem Grønlands Statistik, Landslægeembedet og sundhedsvæsenet om adgangen til sundhedsdata er ikke fuldt udnyttet

### 18.1 Cosmic

Cosmic fra det svenske firma Cambio er sundhedsvæsenets system for elektroniske patientjournaler. Cosmic indeholder data om de enkelte patientkontakter, behandlinger og undersøgelser i sundhedsvæsenet og er derfor en central datakilde. Systemet blev gradvist indført fra 2013 til 2016. Det bruges alle steder i sundhedsvæsenet, bortset fra i Tasiilaq Sundhedscenter og resten af Østgrønland. Der knytter sig en særlig problemstilling til tandområdets brug af Cosmic. Tandplejen har ikke adgang til patientjournalerne ud over tand-journalnotater. Cosmic er ikke udviklet med henblik på tandområdet og er derfor tung og tidskrævende at anvende i praksis for tandpersonalet.

Cosmic benyttes først og fremmest i det daglige kliniske arbejde med de enkelte patienter, hvor patientjournalen blandt andet viser oplysninger om patientens sygdomshistorik og medicinforbrug. Men Cosmic anvendes også som datakilde til at vise eksempelvis det samlede antal indlæggelser på regionshospitalerne, antal ambulante besøg per år eller sengebelægningen på sygehusene.

Når sådanne data skal tilvejebringes, bliver informationer fra de enkelte patientkontakter lagt sammen, hvilket samtidig sikrer, at data er anonymiserede. Denne slags data kaldes oversigtsdata eller ledelsesinformation. Oversigtsdata er vigtige, når man ledelsesmæssigt og politisk skal danne et overblik over udviklingen og vurdere, hvordan ressourcerne bliver anvendt. Sådanne data er på nuværende tidspunkt stort set ikke tilgængelige i det grønlandske sundhedsvæsen. De første eksempler på dataudtræk fremkom efter anmodning af Sundhedskommissionen og er brugt i kapitel 6. Der er kun én person ansat til at varetage opgaver med dataudtræk fra Cosmic. Disse dataudtræk er primært til forskningsbrug - ikke ledelsesinformation.

### 18.1.1 Muligheder for en eventuel overbygning på Cosmic

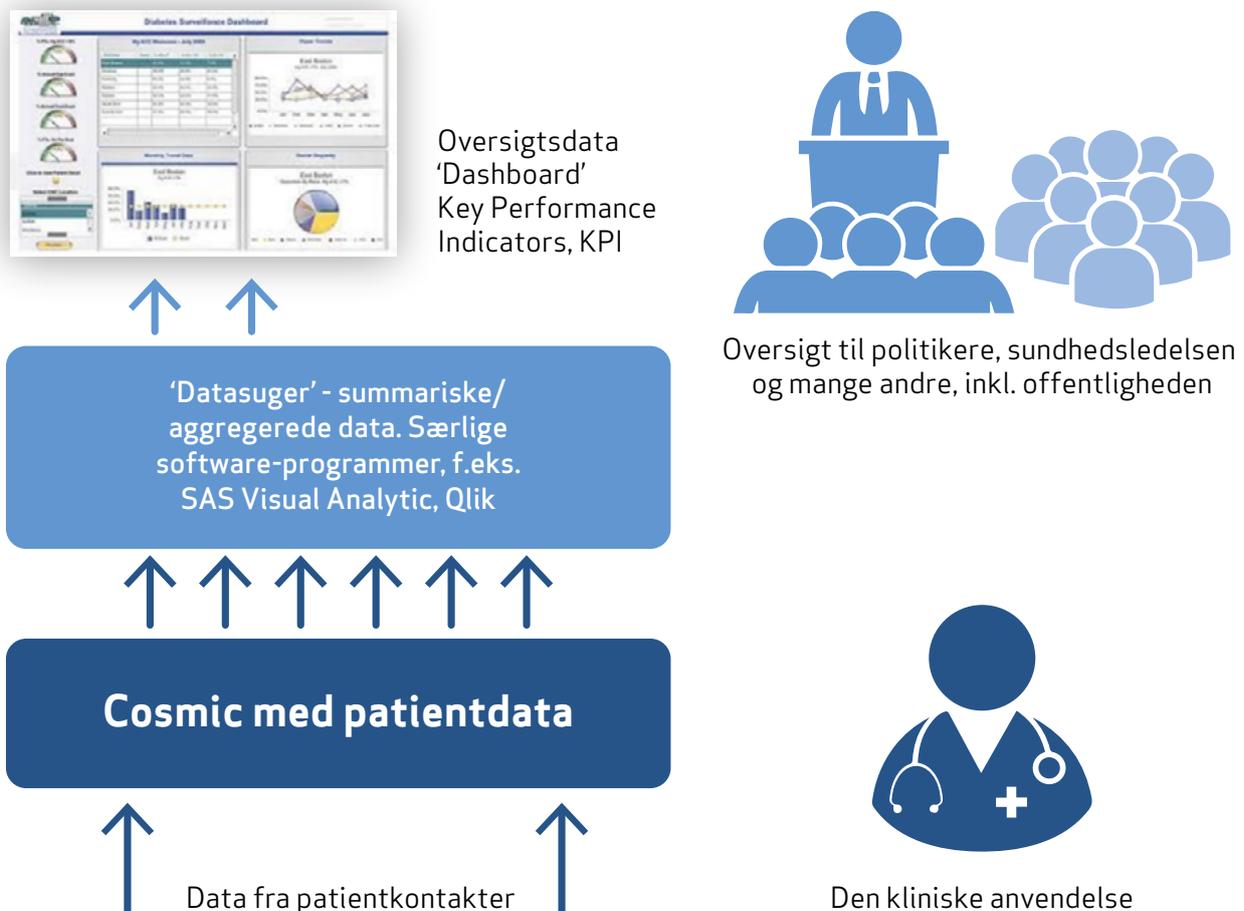
Sundhedskommissionen så under dens besøg i Island i november 2022, hvorledes sådan et overordnet datasystem virker, og som brugerne var tilfredse med. På akutmodtagelsen på Landshospitali (det islandske landshospital) kunne man eksempelvis se antallet af aktuelle patienter i akutmodtagelsen i realtid. Dette kan lade sig gøre, fordi data fra den elektroniske patientjournal kondenseres til at vise nogle enkelte nøgleinformationer, f.eks. patienternes ventetid på behandling. Hertil brugte man et softwaresystem kaldet QLIK, som er meget udbredt i sundhedsvæsenet i Island. Sundhedskommissionen så det også brugt i primærsektoren på Nordisland (i Akureyri). Der findes selvsagt andre software-systemer, f.eks. SAS Visual Analytics, som er ret udbredt i Danmark, der kan stort set det samme.

Oprettelsen af sådan et system vil også gøre det lettere at overføre relevante data om antal patienter, hovedgrupper af diagnoser m.m. til Grønlands Statistik, som via Statistikbanken kan gøre det tilgængeligt for offentligheden, jf. nedenfor.

Den samme tilgang kan bruges for personale- og økonomidata.

Figur 18.1 viser oversigtligt tænkningen bag sådan en dataoverbygning. Det er ikke en urealistisk fremtidsdrøm, men kan iværksættes relativt hurtigt, fordi grundforudsætningen for data i Cosmic er på plads. Det kræver selvsagt klare definitioner af begreber, f.eks. på ventetid og diagnoser, samt programmering i det valgte softwaresystem og ikke mindst valg af relevante nøgletal.

**Figur 18.1. Oversigt over en datamæssig overbygning på Cosmic**



Forklaring til figur 18.1. Øverste til venstre: 'Dashboard' er et visualiseret instrumentbræt, som viser nøgleinformationer i grafer, tabeller m.m., også kaldet 'key performance indicators'.

## 18.2 Cosmics fremtid

Den danske afdeling af firmaet bag Cosmic, som står bag Cosmic i Grønland og har gennemført en lang række tilpasninger, vil i løbet af et par år ophøre med at understøtte Cosmic Grønland. Sundhedsvæsenet skal derfor forberede sig på at finde et nyt EPJ-system. Det er vigtigt, at valg af fremtidens patientjournal-løsninger ikke alene forstås af IT-professionelle, men i meget høj grad inddrager sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenets ledelse. Der er tale om betydelige investeringer, herunder ikke mindst i forhold til implementering, oplæring af brugere og eventuelt afledte ændringer i arbejdsgange og organisering. Hertil kommer sandsynligvis afledte krav til hardware, f.eks. øget serverkapacitet og nye arbejdsstationer. Samlet bliver der sandsynligvis tale om en investering på 75-100 mio. kr.

Der findes en Cosmic2-version i Sverige, som 9 svenske län (amter) bruger. Foreløbige sonderinger i februar 2023 viser dog, at denne version næppe kan bruges i Grønland, fordi det ville svare til implementering af et helt nyt EPJ-system. Derfor må man sandsynligvis rette blikket mod Danmark, hvor de tre vstdanske regioner benytter et danskudviklet system kaldet Systematic Healthcare. Systematic Healthcare er også implementeret i én af de norske regioner og et svensk län. De to østdanske regioner har implementeret Sundhedsplatformen, som er udviklet af det amerikanske firma Epic med kunder i 14 lande. Implementeringen i Region Hovedstaden og Region Sjælland har voldt betydelige problemer.

## 18.3 Befolkningsundersøgelserne

Siden 1993 er der gennemført fem landsdækkende sundhedsundersøgelser, som giver et billede af folkesundheden. De er gennemført af Center for Folkesundhed i Grønland, som hører under Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet med afdeling i København og Nuuk. Undersøgelserne gennemføres hvert 4.-6. år blandt de 15+årige på et mandat fra Grønlands Selvstyre.

Resultaterne publiceres i form af rapporter – senest i Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 – levevilkår, livsstil og helbred, der blev publiceret i 2019. Næste udgave af befolkningsundersøgelsen forventes i løbet af 2023.

Det kunne overvejes at gøre datamaterialet tilgængeligt for en bredere kreds som i Danmark med tallene fra Den Nationale Sundhedsprofil for 2010, 2013, 2017 og 2021<sup>67</sup>. På baggrund af data kan der skabes en lang række selvvalgte tabeller med f.eks. køns- og aldersopdeling. Alternativt kunne der laves en dataaftale med Grønlands Statistik om f.eks. at gøre det tilgængeligt i Statistikbanken.

## 18.4 Datasamarbejde mellem Grønlands Statistik og Landslægeembedet

Der har siden begyndelsen af 1990'erne eksisteret et samarbejde mellem Grønlands Statistik og Landslægeembedet om kvalitetssikring af sundhedsdata<sup>68</sup>. Dette samarbejde blev i 2013 udvidet til blandt andet at omfatte offentliggørelse af sundhedsstatistiske oplysninger gennem Statistikbanken i Grønlands Statistik. I marts 2022 blev der indgået en ny aftale med det formål at udbygge formidling af alle Landslægeembedets sundhedsdata af almen interesse gennem Statistikbanken.

De umiddelbare mål for den nye samarbejdsaftale, ud over videreføring af aktuelle samarbejdsrelationer, at opbygge et selvstændigt grønlandsk fødselsregister og et dødsårsagsregister. Opbygningen af de to registre for årene 2018-2021 er i gang.

Der arbejdes også på at udbygge et system, så forskere får adgang til at koble anonymiserede socioøkonomiske og sundhedsfaglige data. Herved åbnes op for et langt mere vidtgående muligheder for at udnytte de mange data, der rent faktisk er til stede. På denne måde kan der aldrig udleveres personhenførbare data.

<sup>67</sup> <https://www.danskernessundhed.dk/>

<sup>68</sup> Landslægeembedet: Oplæg til Udvidet samarbejde om sundhedsdata, december/januar 2022/23

Det udvidede samarbejde skal ses i lyset af, at Landslægeembedets beskedne størrelse gør, at enheden vanskeligt kan opretholde en højt specialiseret funktion inden for datamonitorering og statistik. De sundhedsstatistiske opgaver er kun en del af opgaverne i enheden og kan let blive sårbar i tilfælde af personaleudskiftning. De data, som Landslægeembedet videregiver i bearbejdet form til Grønlands Statistik kommer alle fra sundhedsvæsenet. Der er tale om indberetningspligtige data og omfatter blandt andet fødsler (fødselsanmeldelser), dødsfald (dødsattester), anmeldelse af smitsomme sygdomme, anmeldelser af kræftsygdomme og svangerskabsafbrydelser. Tidligere tilgik alle data Landslægeembedet i form af blanketanmeldelser på papir, hvorefter data blev manuelt registreret i et IT-system i Landslægeembedet.

I gennem de senere år er der systematisk arbejdet på at lave udtræk fra Cosmic i stedet for de manuelle indberetninger. Dette er sket i et samarbejde mellem Landslægeembedet og sundhedsvæsenets IT-afdeling. Det er lykkedes at digitalisere overførslerne af store dele af data, men nogle områder er vanskelige at få fuldt digitaliseret. Dødsattester er retslige dokumenter og kan ikke umiddelbart digitaliseres. Indberetning af kræfttilfælde foregår ligeledes fortsat manuelt, da der ikke er udviklet de nødvendige digitale systemer på området. Laboratoriedata vedrørende visse smitsomme sygdomme overflyttes rutinemæssigt.

## 18.5 Datasamarbejde mellem Grønlands Statistik og sundhedsvæsenet.

Som anført i afsnittet om Cosmic ovenfor er der i de senere år sket en forbedring af registreringerne i den elektroniske patientjournal. Det drejer sig blandt andet om forbedret registrering af kontakter og indlæggelser samt sikring af, at der kommer diagnosekoder og operationskoder på aktiviteterne. Den forbedrede datakvalitet giver nye muligheder. Derfor bør det eksisterende samarbejde udvides, så de allerede tilgængelige sundhedsdata i Grønlands Statistik suppleres med aktivitetsdata fra sundhedsvæsenet. Det vil sige data om indlæggelser og ambulansaktivitet koblet med diagnose- og operationskoder. Lægemiddelforbrug og data om tandsundhed vil også kunne indgå. Det er åbenbart, at alt dette vil blive lettere, hvis forslaget om en dataoverbygning gennemføres, fordi der vil blive skabt klarhed om definition af relevante begreber.

## 18.6 Perspektiveringer

Pålidelige og lettilgængelige data er en af forudsætningerne for et bedre ledet og mere gennemsigtigt sundhedsvæsen. Det er også vigtigt, at en bredere offentlighed får adgang til data om sundhedsforholdene via Grønland Statistiks Statistikbank.

Uden rimeligt tidstro og pålidelige data er det vanskeligt at styre økonomi og planlægning af aktiviteter i sundhedsvæsenet på det ønskede niveau. Herunder at kunne give svar i forhold til ventelister, samt monitorere om indsatsen giver de ønskede resultater.

Der er imidlertid gode muligheder for at lave en datamæssig overbygning på Cosmic. Dette må ikke forsinkes af planerne om en opdatering eller udskiftning af Cosmic.

Et intensiveret samarbejde mellem Grønlands Statistik, Landslægeembedet og sundhedsvæsenet vil give bedre og lettere adgang til en række data til brug for blandt andet ledelsesinformation, oplysninger til befolkningen om udviklingen på sundhedsområdet samt forskning.

Hvis der samtidig laves en tilsvarende overbygning på økonomi- og personalesystemerne, vil man kunne skabe et bedre overblik og sammenhæng mellem produktion og økonomi med henblik på at fremme øget overordnet målopfyldelse og produktivitet.

## 18.7 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der snarest laves en dataoverbygning på den elektroniske patientjournal Cosmic med oversigtsdata til ledelsesbrug og for HR- og økonomisystemet
2. At data om aktivitet i sundhedsvæsenet og fordeling af diagnoser stilles til rådighed for offentligheden gennem Grønlands Statistik
3. At der ved valget af efterfølgeren til Cosmic inddrages en bred kreds af sundhedsprofessionelle og ikke alene IT-professionelle
4. At der afsættes investeringsmidler til Cosmics efterfølger i størrelsesordenen 75-100 mio. kr.

## Kapitel 19. Økonomiske forhold

### Hovedpunkter:

- De samlede sundhedsudgifter har været jævnt stigende i mange år: I gennemsnit 2% per år (korrigeret for inflation)
- Sundhedsudgifterne kan opdeles i offentligt finansierede og privatfinansierede sundhedsydelser. I Grønland er langt hovedparten af udgifterne finansieret af det offentlige. Omfanget af de privatfinansierede udgifter kendes ikke nøjagtigt, men vurderes at være svagt stigende på grund af udgifterne til privat tandbehandling i og udenfor Grønland samt øget forekomst af private sundhedsforsikringer. I forhold til de samlede sundhedsudgifter er det utvivlsomt et beskedent beløb.
- Som procentdel af de samlede offentlige udgifter udgjorde sundhedsudgifterne i 2021 14,3% sammenlignet med 11,7% i 2003
- Sundhedsudgifternes andel af bruttonationalproduktet har fluktueret en del siden 2003, men var i 2019 knap ét procentpoint lavere end i 2003, svarende til godt 8%.
- De største syv poster i sundhedsbudgettet dækker omkring 85% af de samlede udgifter: Regionerne og DIH tegnede sig for ca. 57 %, behandling i udlandet beløb sig til knap 10%, patientrejser og evakuering var på knap 7%.
- Sundhedsvæsenets samlede bevillinger er blevet reguleret efter demografi siden 2012, men fordelingen deraf mellem regionerne er ikke tilsvarende reguleret efter befolkningsudviklingen i den enkelte region.
- Den fremtidige vækst i sundhedsudgifterne kan opdeles i et demografisk bidrag og et resterende bidrag. Sidstnævnte skyldes dels en større efterspørgsel, som følge af øget økonomisk velstand, og skyldes dels et større udbud af sundhedsydelser, da teknologien og lægevidenskaben gør det muligt at behandle stadig flere sygdomme
- Det findes på nuværende tidspunkt ikke nogen oplysninger om konkrete sundhedsrelaterede udgifter eller indtægter i kommunernes regnskaber
- Fremadrettet er der betydelige investeringsbehov, inkl. en erstatning for den nuværende elektroniske patientjournal Cosmic
- Sundhedsvæsenet er ikke kun en udgift, men spiller en ofte overset positiv rolle for samfundsøkonomien. Helbredet påvirker både arbejdslevnen og varigheden af tiden i arbejdsstyrken. Det er åbenbart, at her spiller sundhedsvæsenets en rolle og bidrager positivt til samfundsøkonomien

Offentlige sundhedsydelser er en central del af velfærdssamfundet. Hovedparten af sundhedsudgifterne betales af det offentlige og finansieres gennem skatter, afgifter og bloktilskud. Øget pres på sundhedsudgifterne vil nødvendigvis betyde besparelser i andre offentlige udgifter, hvis skatter og afgifter ikke skal stige. Derfor har udviklingen i sundhedsudgifterne været i fokus i mange lande herunder også i Grønland.

Dette kapitel giver en oversigt over udviklingen i de grønlandske sundhedsudgifter<sup>69</sup>. I nogle tilfælde ses der på forløbet fra 1994 – kort tid efter at hjemmestyret overtog ansvaret for sundhedsvæsenet – i andre tilfælde stiller datamangel sig i vejen for så lange dataserier. Som det fremgår, mangler der stadig relevante data til belysning af området, jf. kapitel 18. Det gælder blandt andet kommunernes sundhedsrelaterede udgifter, udgifter til forebyggelse og aktivitetstal fra sundhedsvæsenet. Det sidste fremgår dog delvist af kapitel 6.

Kapitlet skal blandt andet ses i sammenhæng med kommissoriet for Sundhedskommissionen, hvor der står, at kommissionens betænkning forudsættes at indeholde beskrivelser af såvel de sundhedsfaglige, de kva-

<sup>69</sup> Der er så vidt muligt forsøgt at medtage de nyeste tilgængelige tal, men det har dog ikke altid været muligt.

litetsmæssige såvel som de økonomiske og administrative forhold. Det hedder også, at kommissionens anbefalinger skal tage udgangspunkt i en tværsektoriel prioritering og det eksisterende økonomiske råderum.

## 19.1 Udviklingen i de samlede sundhedsudgifter

De samlede sundhedsudgifter har været jævnt stigende i mange år, figur 19.1. Den spidse top i 2020/21 skyldes Covid-19-relaterede udgifter. I faste priser, det vil sige korrigeret for inflation, er sundhedsudgifterne steget med i gennemsnit 23 mio. kr. om året svarende til ca. 2% i årlig vækst. Den stiplede linje i figuren viser den gennemsnitlige udvikling. Sammenholder man det med befolkningsudvikling, var sundhedsudgifterne per indbygger i 1994 på ca. 19.000 kr. sammenlignet med godt 29.000 kr. i 2021. Opgjort på aldersklasser varierer udgifterne per indbygger betydeligt med det højeste udgifter i de ældste aldersgrupper, figur 19.2.

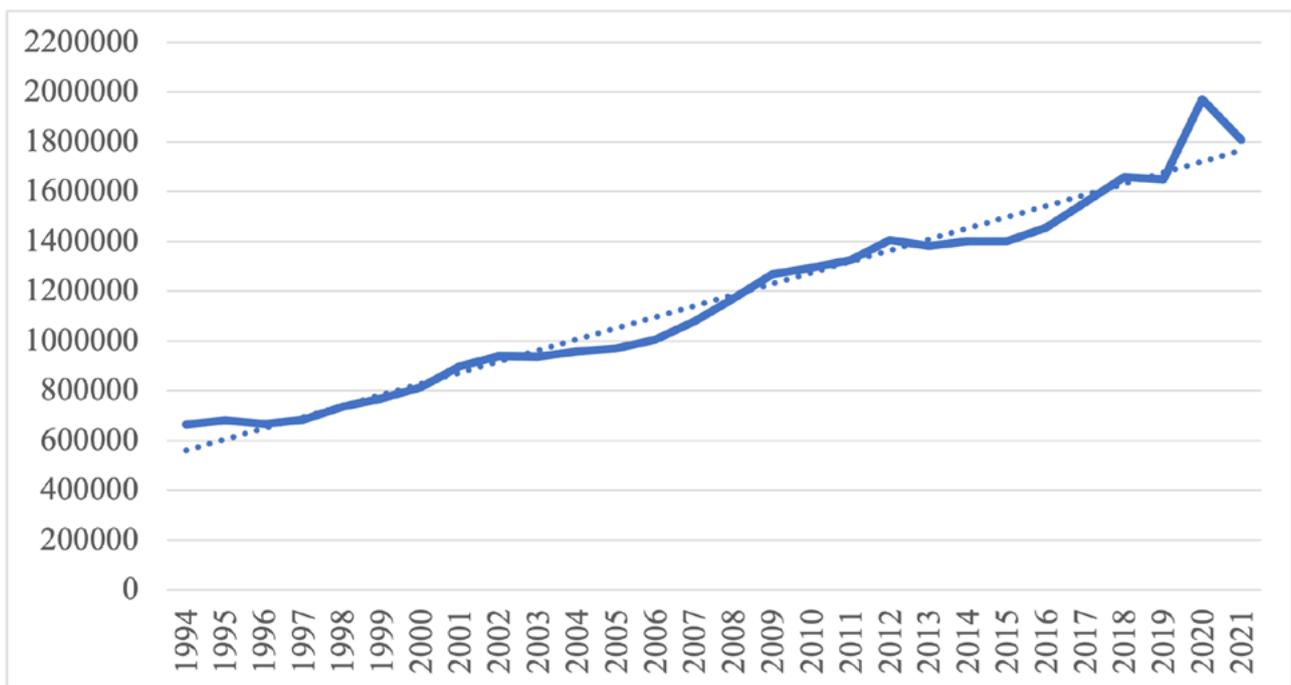
Der har naturligvis været variationer i den faktiske udvikling hen over årene. Det skyldes blandt andet, at sundhedsudgifterne i et skattefinansieret sundhedsvæsen i et vist omfang afhænger af de økonomiske konjunkturer og politiske prioriteringer som led i de årlige vedtagelser af finansloven, herunder særlige ønsker og prioriteringer på sundhedsområdet.

I Det Grønlandske Sundhedsvæsen er der med få undtagelser ikke brugerbetaling, hvilket stort set ikke gælder i andre lande. Det betyder, at de offentlige sundhedsudgifter stort set er lig de samlede sundhedsudgifter i modsætning til f.eks. Danmark, hvor brugerbetaling udgør omkring 18% af de samlede sundhedsudgifter, fordi der er brugerbetaling for blandt andet medicin og voksentandpleje. Hertil kommer, at der i Grønland ikke er private sygehuse.

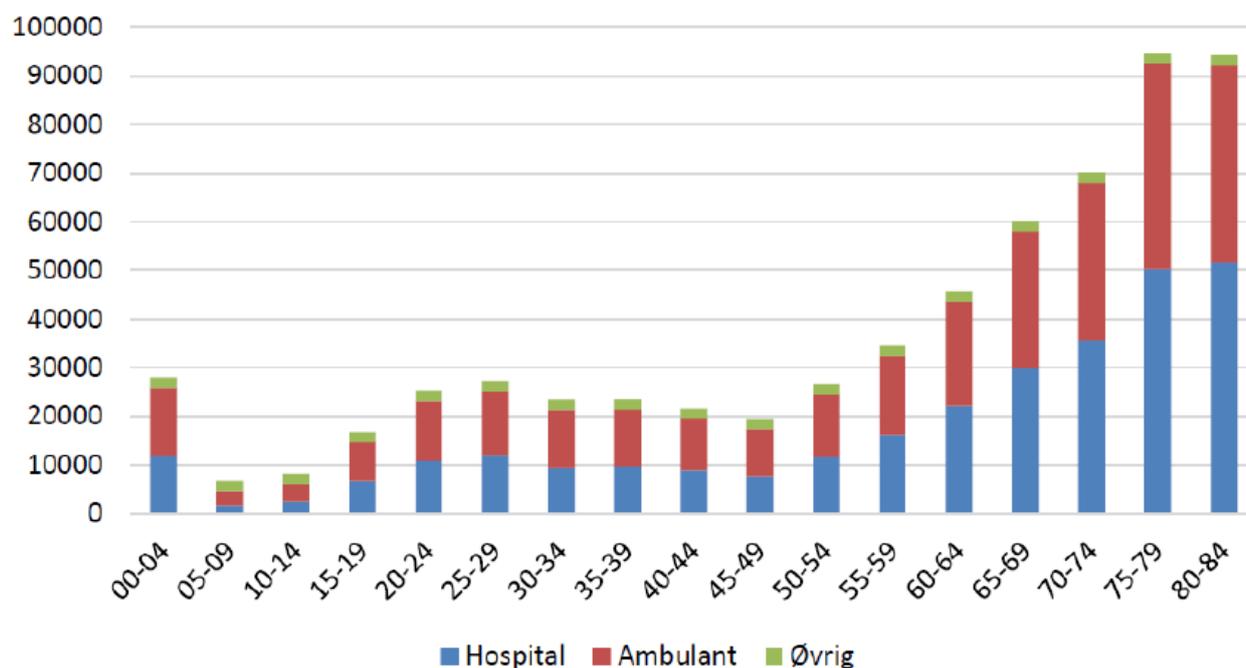
Opgørelsen af de samlede sundhedsudgifter omfatter ikke kommunernes sundhedsudgifter. De omfatter heller ikke sundhedsudgifter, der er privat finansieret via sundhedsforsikringer (relateret til private udbydere af sundhedsydelser - typisk i Danmark) tegnet af arbejdsgivere eller individuelt.

Omfanget heraf kendes ikke.

**Figur 19.1: De samlede sundhedsudgifter 1994-2021 i faste 2019-priser**

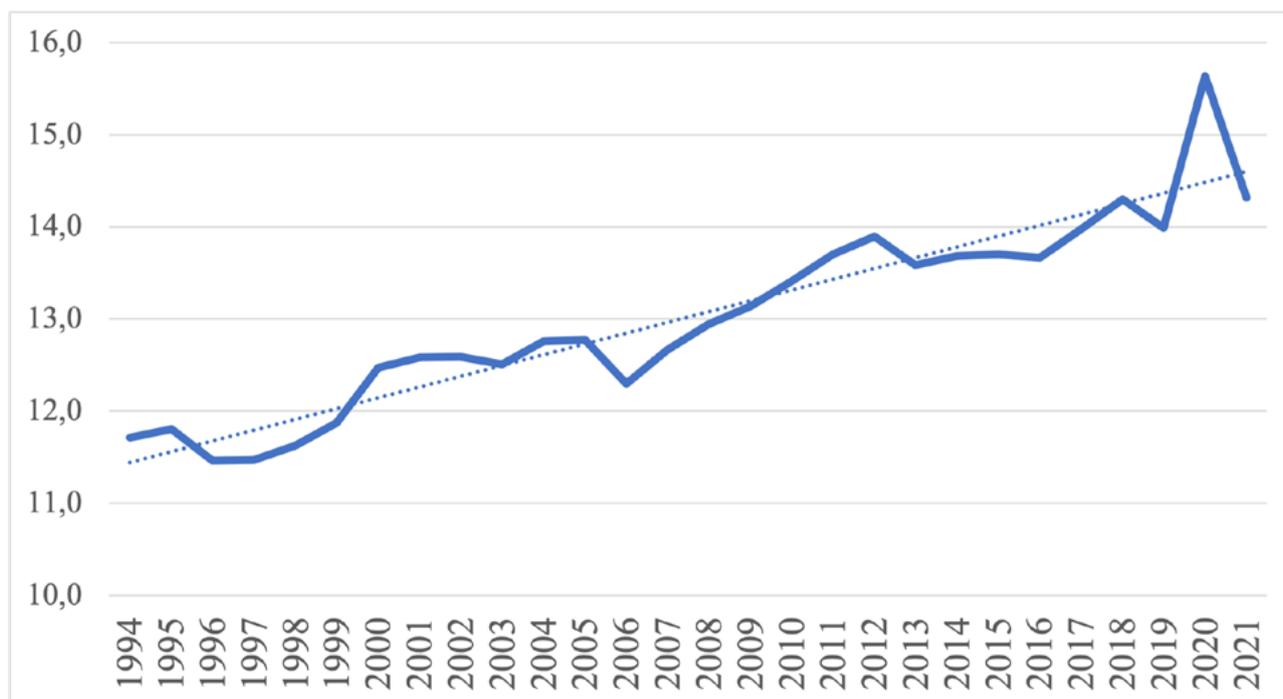


Kilde: Grønlands Statistik, tabel OFXFUNK

**Figur 19.2: Sundhedsudgifter pr. indbygger fordelt på aldersgrupper, 2017**

Kilde: Det økonomiske Råd, 2019-rapporten

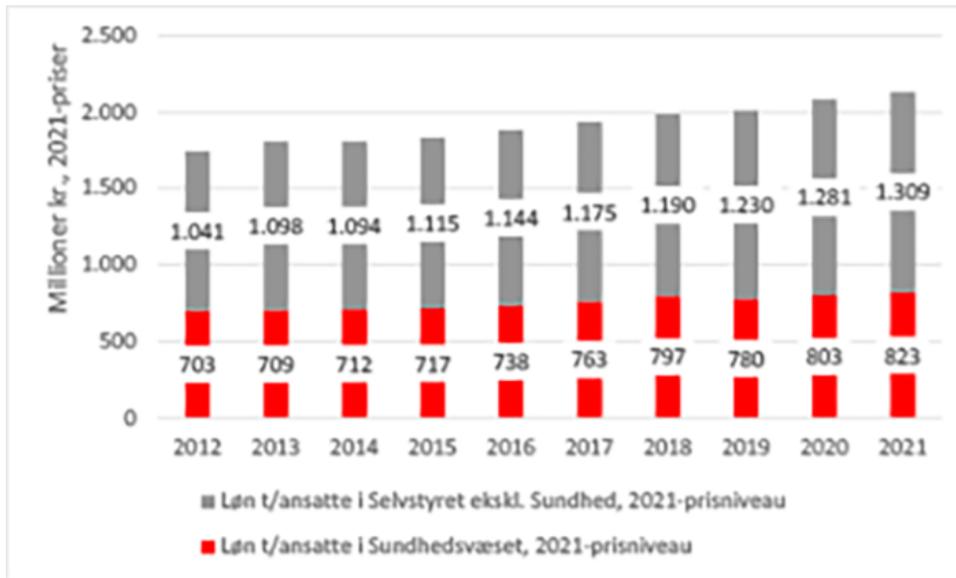
Sundhedsudgifterne er den største udgiftspost i de offentlige udgifter i Grønland. Som procentdel af de samlede offentlige udgifter udgjorde sundhedsudgifterne i 2019 14% sammenlignet med 11,7% i 2003, figur 19.3.

**Figur 19.3: Sundhedsudgifternes procent-andel af de offentlige udgifter 1994-2021**

Kilde: Grønlands Statistik, tabel OFDFUNK

Ses alene på lønudgifternes i sundhedsvæsenet og lønudgifterne til øvrige ansatte i Grønlands Selvstyre fremkommer et lidt andet billede, jf. figur 19.4.

**Figur 19.4: Selvstyrets lønudgifter til ansatte i henholdsvis sundhedsvæsenet og sektorer uden for sundhedsvæsenet i perioden 2012-2021 i 2021-priser**



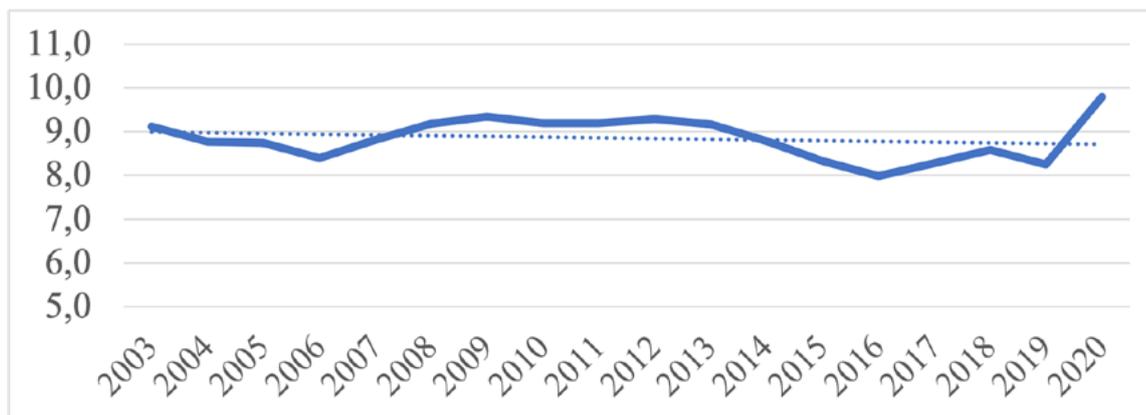
Kilde: Baseret på data fra Grønlands Statistik (tabel OFXKRDS)

Figuren viser en realvækst i sundhedsvæsenets lønudgifter i perioden, men denne stigning er en del lavere end stigningen i lønudgifterne i den øvrige del i Selvstyret. Denne store stigning i sidstnævnte stammer især i markant øgede lønudgifter på det sociale område.

For at sætte sundhedsudgifterne i perspektiv er det normal praksis at sætte dem i forhold til bruttonationalproduktet (BNP), der måler den samlede værdi af produktionen i et land. I figur 19.5 ser man, at denne procentvise andel af BNP har fluktueret en del siden 2003, men i 2019 lå knap ét procentpoint lavere end i 2003, svarende til godt 8 %. Ændringen fra 2019 til 2020 skyldes ekstraordinære Covid-19-relaterede udgifter. Sagt på en anden måde har den procentvise vækst i BNP været højere end for sundhedsudgifterne.

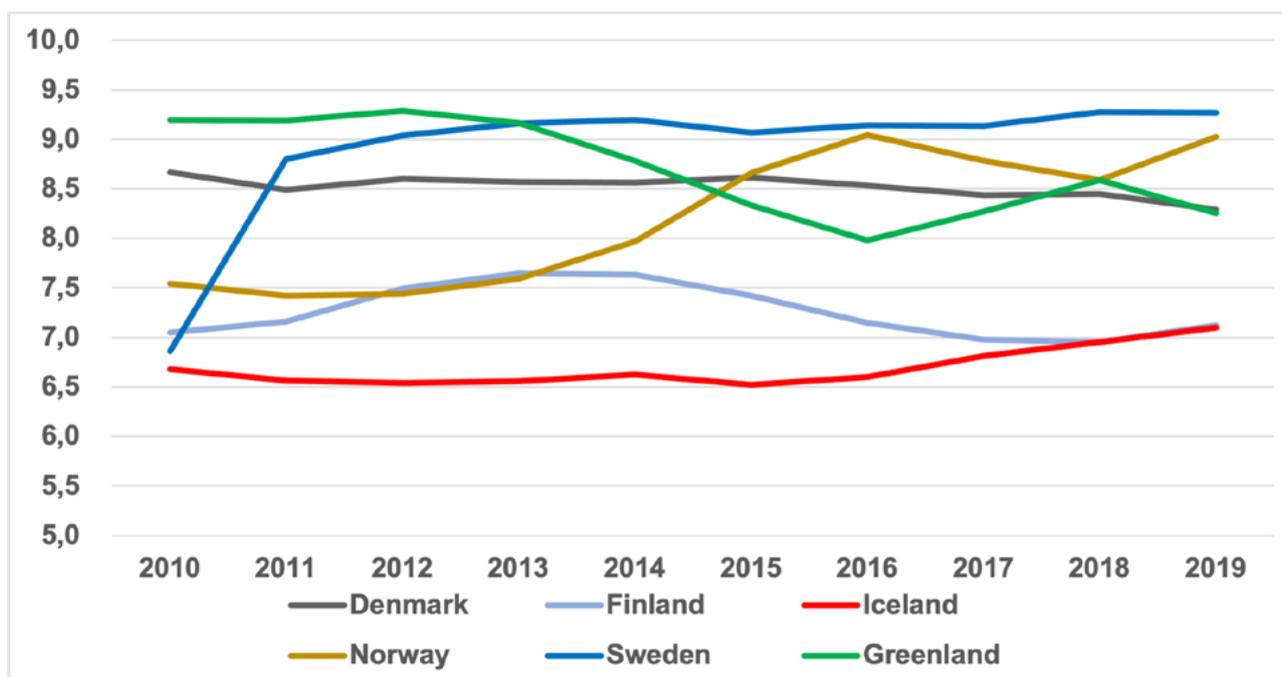
Til sammenligning ligger Island, Danmark, Finland, Norge og Sverige i 2019 noget højere, figur 19.7 når sammenligningen foretages for de samlede udgifter. Grønland lå først i årtusindet over tre af landene. For Danmarks vedkommende har procentandelen været svagt faldende efter finanskrisen i 2008-2010. For alle fire lande ser man den negative betydning af finanskrisen 2008-10.

**Figur 19.5: Sundhedsudgifternes procentvise andel af bruttonationalproduktet, BNP.**



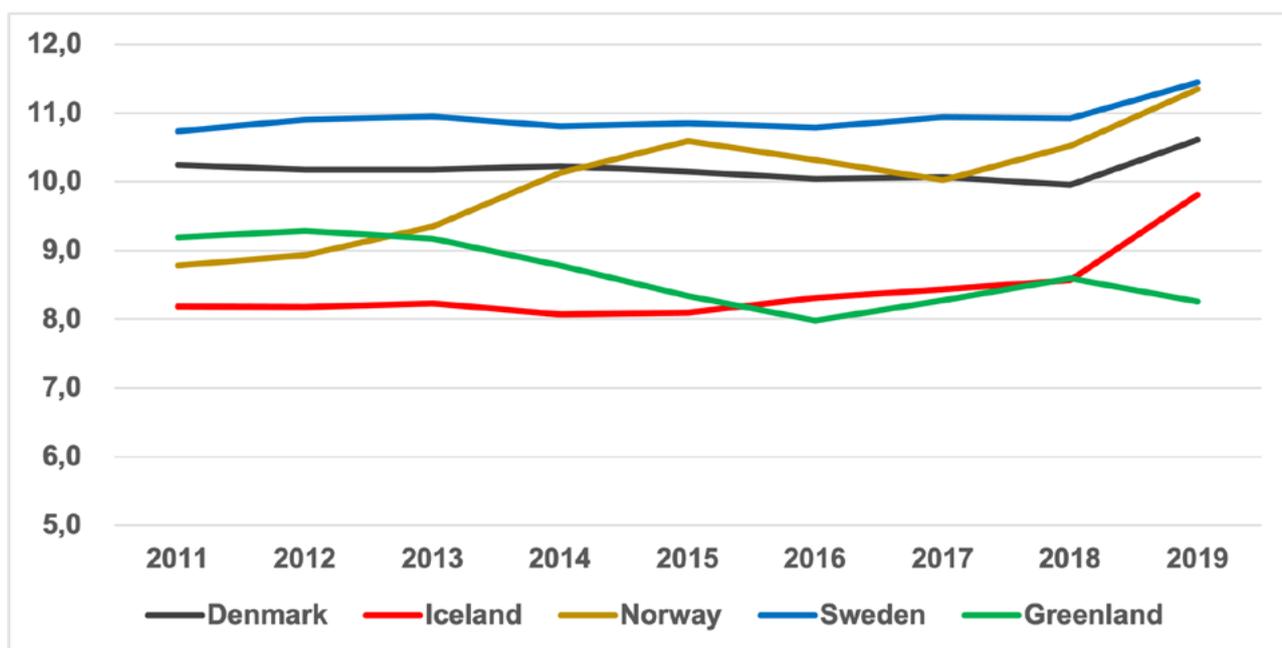
Kilde: Grønlands Statistik, tabellerne NRD10 og OFDFUNK

Figur 19.6: De offentlige sundhedsudgifters procentandel af BNP i de nordiske lande



Kilde: OECD Health Statistics (Government/compulsory schemes)

Figur 19.7: De samlede sundhedsudgifter som procent-andel af BNP i de nordiske lande



Kilde: OECD Health Statistics

Som det ses af figurerne, så er andelen af de offentlige sundhedsudgifter i Grønland sammenlignelig med de andre nordiske lande. Island og Finland har lavere udgifter, mens Sverige og Norge har højere offentlige sundhedsudgifter i forhold til BNP.

Hvis vi kigger på de samlede sundhedsudgifter (både offentlige og private sundhedsudgifter) i forhold til BNP så ligger Grønland i bund. Det skal noteres, at udgifter til sundhedsforsikringer ikke er medregnet i data for Grønland, men det vurderes ikke at have afgørende betydning for sammenligningen.

## 19.2 De samlede sundhedsudgifter opdelt på hovedposter

I finansloven er sundhedsvæsenets budget opdelt på 18 poster, jf. tabel 1 og 2 i dette kapitels appendix. De største syv poster dækker omkring 85% af de samlede udgifter, jf. figur 19.8. Det skal dog bemærkes, at 2020-tallene ikke omfatter de ekstraordinære udgifter til håndteringen af Covid-19.

Ifølge Landskassens regnskab for 2020 blev der på hovedkonto 340105 til ekstraordinære foranstaltninger på baggrund af Covid-19 afholdt udgifter for ca. 315 mio. kr. Langt fra alle disse udgifter relaterer sig dog til selve sundhedsområdet.

Der er i dette beløb blandt andet afholdt udgifter til nødbeflyvningsaftaler med Air Greenland og udbetalt tilskud til Mittarfeqarfiit. Herudover har der været udgifter i forbindelse med smittetestning af borgere i Grønland, driften af Corona-sekretariatet samt værnemidler til sundhedsvæsenet m.m.

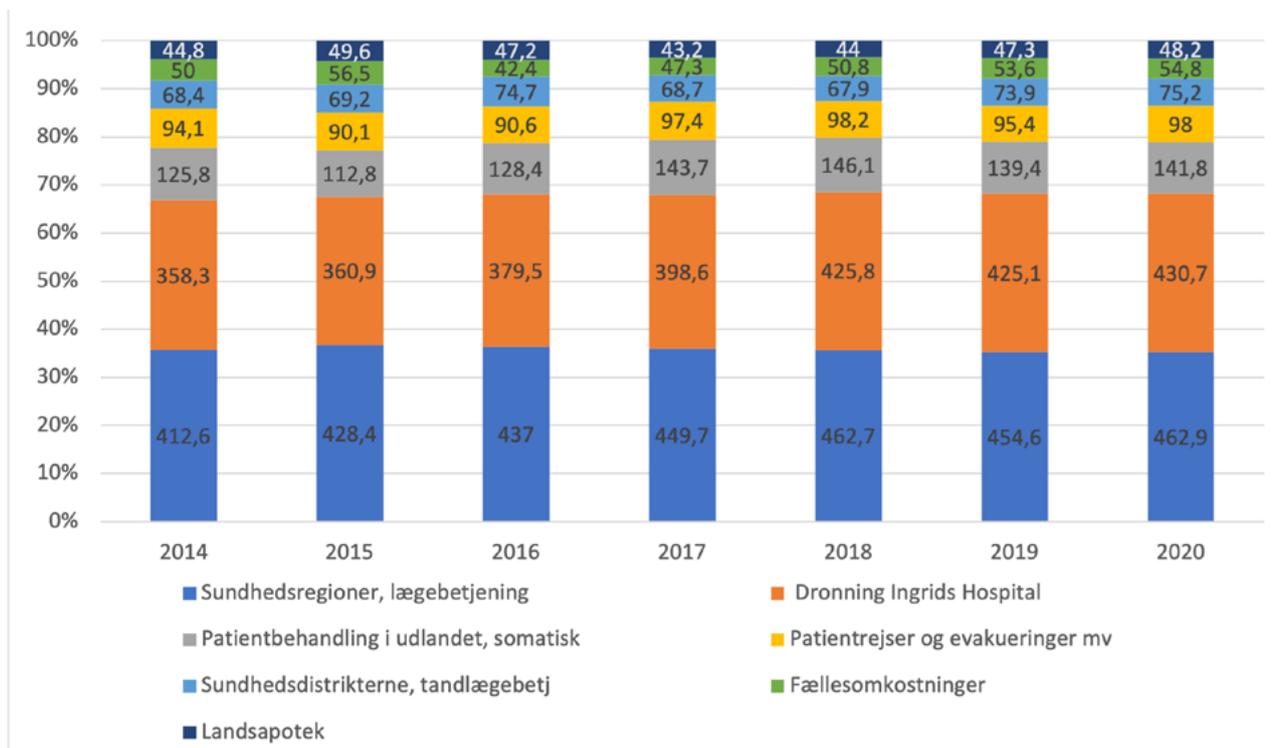
Figur 19.8 viser sammen med tabel 2 i appendix, at omkring 67% af budgettet går til sundhedsregionerne og Dronning Ingrid's Hospital. 9-10% går til somatisk behandling i udlandet. Dette skal dog ses i sammenhæng med udgifterne til Det Grønlandske Patienthjem i København, som udgør ca. 2,2% af sundhedsvæsenets budget. Patientrejser og evakueringer svarer til 6-7% af det samlede budget.

Udgifterne til landsapoteket og dermed til medicin til hele Grønland udgør omkring 3 %, som i forhold til andre lande er en endog meget lav andel. I den grønlandske lægemiddelregulering skelnes der ikke mellem medicin udleveret i praksis- og hospitalssektoren. Medicin udleveret efter recept eller under indlæggelse er i modsætning til stort alle andre lande gratis og udleveres fra sygehuset/sundhedscentret. Håndkøbsmedicin er den eneste type medicin, der er pålagt brugerbetaling og kan købes i butikker. Der eksisterer således ikke et privat apoteksmarked i Grønland.

Fordelingen på budgetposter er stort set stabil fra 2014-2020.

Budgetposterne afspejler de særlige forhold, som i høj grad sætter rammerne for det grønlandske sundhedsvæsen. De store geografiske afstande og begrænsede specialisering medfører betydelige udgifter til transport og behandling i udlandet.

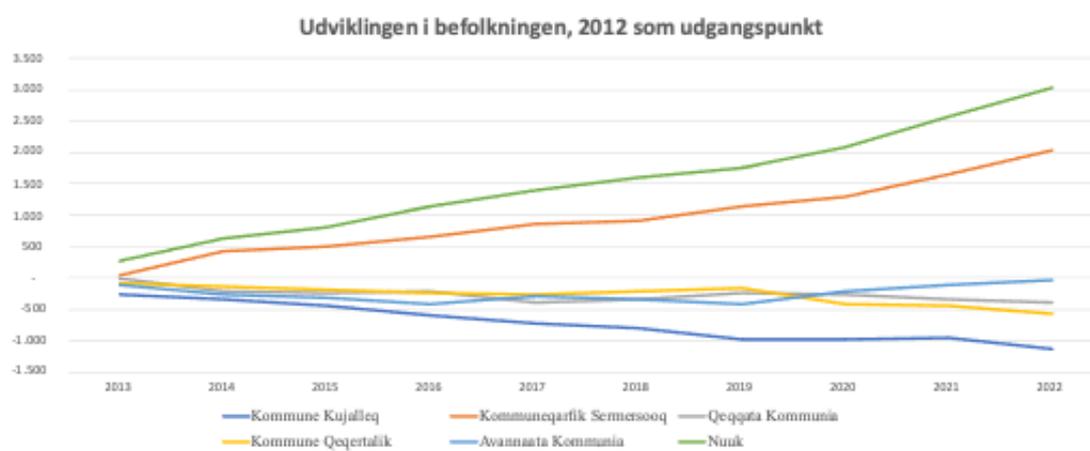
**Figur 19.8: S sammensætningen af sundhedsudgifterne - de syv største poster**



### 19.2.1 Er der økonomisk forskel mellem regionerne

På et ledelsesseminar afholdt af sundhedsvæsenet i november 2023 blev der fremlagt dokumentation for, at ressourcetilvæksten via finansloven mellem regionerne er meget forskellig og ikke afspejler ændringer i befolkningens størrelse og alderssammensætningen, figur 19.9. Heraf fremgår, at Region Sermersooq (især Nuuk) står som taber. Hvis Sermersooq siden 2012 havde haft samme vækst som de øvrige fire regioner skulle budgettet i 2023 have været 22 mio. kr. højere. Man skal på den anden side være opmærksom, at regionen modtager services fra DIH, f.eks. laboratoriydelser og røntgen, ligesom Dronning Ingrid's Sundhedscenter, DIS, ikke kan sammenlignes direkte med et regionssygehus, når det drejer sig om ressourcer i forhold til befolkningstallet. Det centrale er, at der muligvis er tale om en skævvridning af ressourcetildelingen. Det præcise omfang krævet en nærmere analyse.

**Figur 19.9: Befolkningsudviklingen**



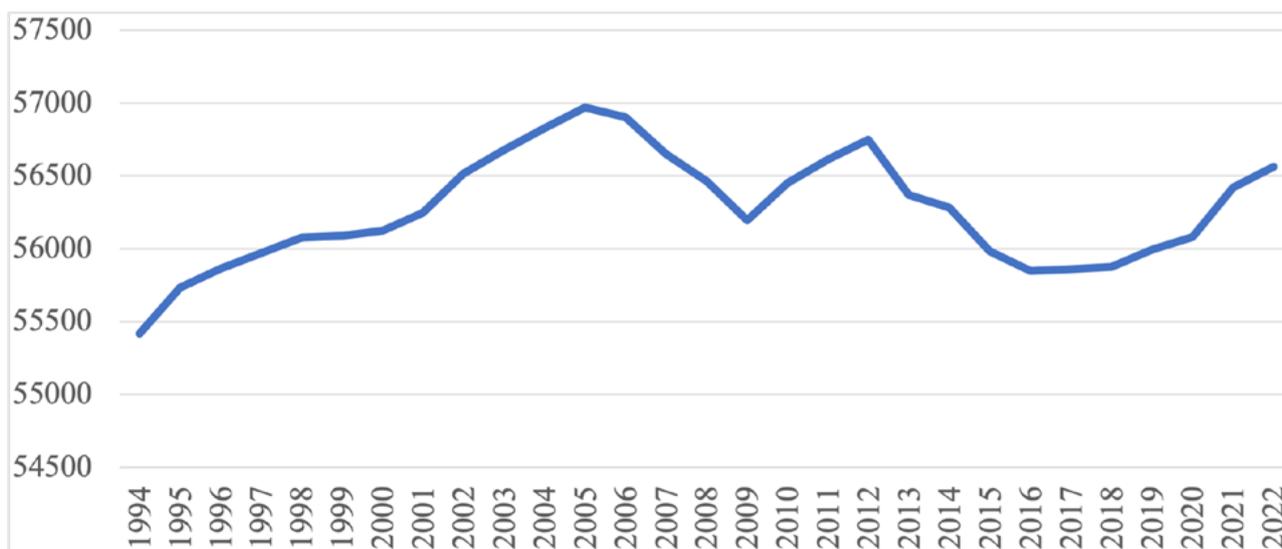
### 19.3 Aktivitetsudviklingen

Data for aktivitetsudviklingen findes på et mere detaljeret niveau for DIH end for regionerne, men der udestår stadig en opgave med indhentning og bearbejdning af data i forhold til det ønskværdige for dette notat. I kapitel 6 er der detaljerede oplysninger om aktiviteten.

Der er i sundhedsvæsenet i alt årligt ca. 17.000 udskrivinger, næsten 87.000 sengedage og 546.000 ambulante kontakter (2020-tal). Der er ikke medregnet tal for patienthotellerne.

### 19.4 Drivkræfterne bag udviklingen i sundhedsudgifterne

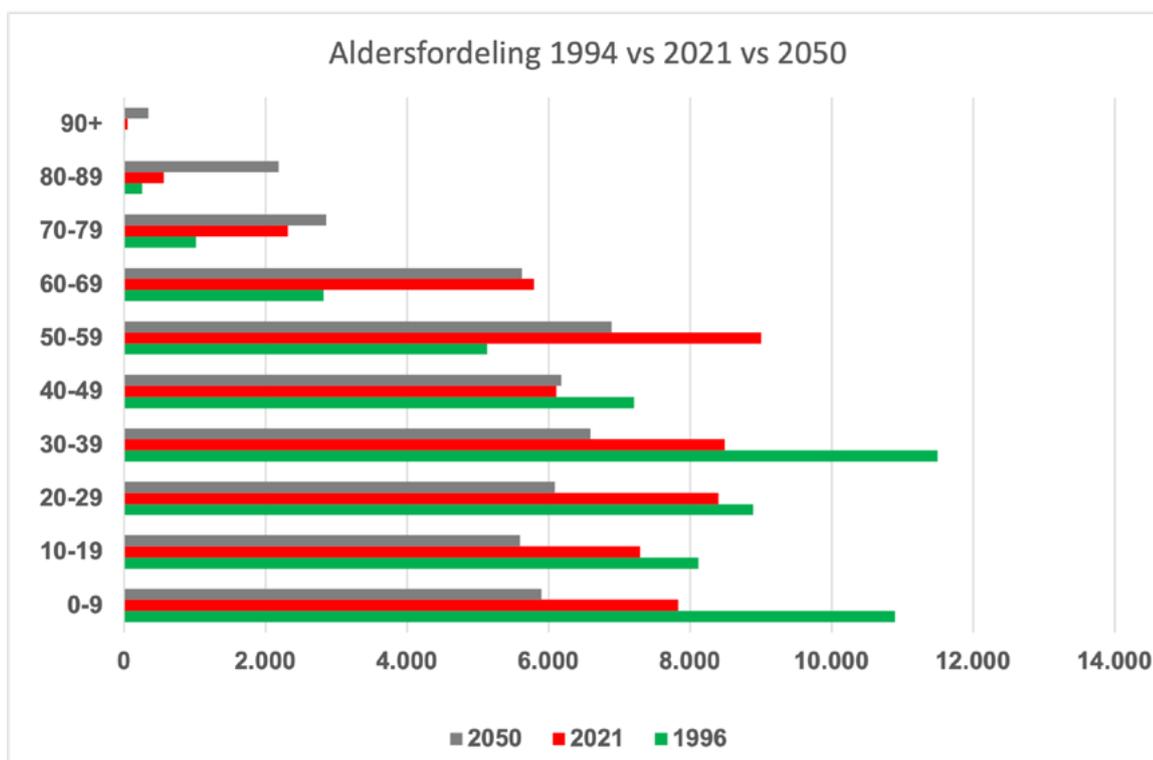
Den demografiske udvikling er normalt én af de væsentligste forklaringer på udviklingen i sundhedsudgifterne. Dels udviklingen i befolkningstallet og dels alderssammensætningen. Befolkningstallet 1994-2022 fremgår af figur 19.10.

**Figur 19.10: Befolkningsudviklingen 1994-2022**

Kilde: Grønlands Statistik, tabel BEDSTA

Jf. figur 19.11 er befolkningsudviklingen kendetegnet ved et voksende antal ældre og et faldende antal unge, hvilket får sundhedsudgifterne til at stige. Det skal bemærkes, at arbejdsstyrken har været faldende.

Den gennemsnitlige levealder i Grønland er steget markant over de sidste 40 år. Mænd bliver i dag gennemsnitligt 68,3 år gamle, mens kvinder bliver 73,0 år. Tallene er påvirkede af en meget høj selvmordsfrekvens samt af relativt mange dødsulykker fortrinsvis blandt den yngre del af befolkningen.

**Figur 19.11: Aldersfordeling i 1994 og 2021 samt fremskrivning for 2050**

Kilde: Grønlands Statistik

Økonomisk Råds rapport fra 2019 påviser, at den årlige vækst i sundhedsudgifterne i Grønland i perioden 2003-2017 i højere grad stammer fra en positiv indkomstudvikling i samfundet end fra den demografiske udvikling.

Det er samtidig ikke indbyggertallet, der har påvirket sundhedsudgifterne, med den stigende gennemsnitsalder, uden at det dog kan kvantificeres præcist.

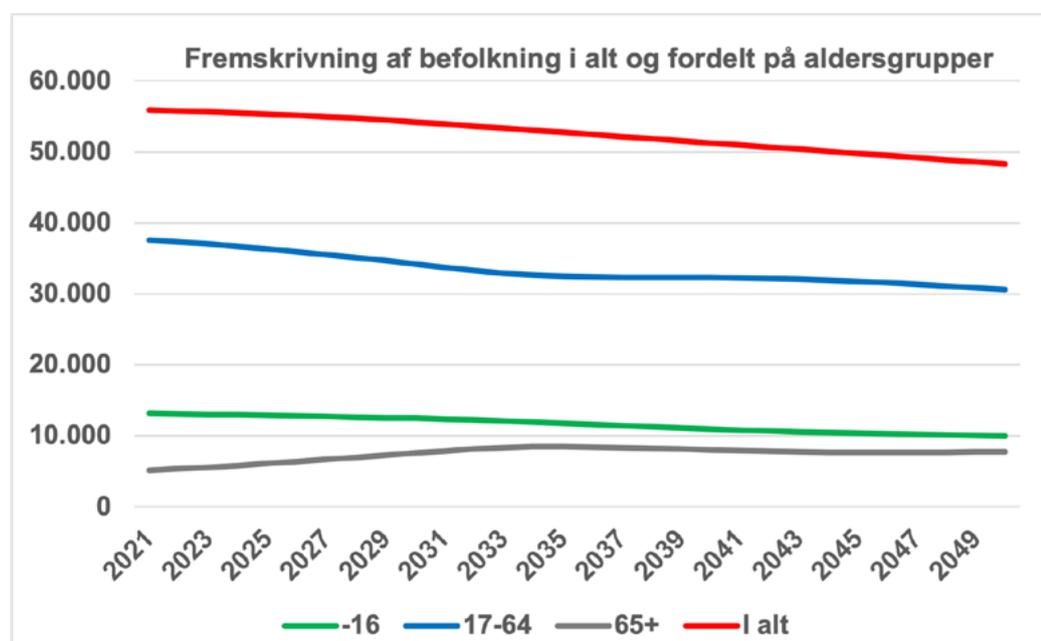
Hovedforklaringen på de stigende sundhedsudgifter per indbygger – fra 19.000 i 1994 til 29.000 i 2019 – skal således findes i stigende velstand (stigende BNP). Grønlands Statistiks tal for BNP per indbygger er steget fra kr. 199.000 i 2003 til 275.000 i 2020 (tal fra tidligere end 2003 har ikke været tilgængelige). Stigende velstand gør det blandt andet muligt at finansiere forbedrede behandlingsmuligheder, der ofte er forbundet med relativt dyre patientforløb.

I forhold til de fremadrettede sundhedsudgifter er det med afsæt i sundhedsudgifterne for forskellige aldersgrupper (jf. figur 19.2) blandt andet relevant at se på forventningen til:

- Fremskrivningen af antallet af borgere i landet i årene frem mod 2050
- Fremskrivningen af borgere i forskellige aldersgrupper i årene frem mod 2050

Begge fremskrivninger fremgår af figur 19.12.

**Figur 19.12: Fremskrivning af befolkningens størrelse i alt og fordelt på aldersgrupper frem mod 2050**



Kilde: Grønlands Statistik

Fremskrivningen viser, der bliver færre mennesker i Grønland, og at disse bliver ældre. Antallet af borgere over 65 år stiger således relativt meget frem mod 2035, mens andelen af borgere i den potentielle arbejdsstyrke mellem 18 og 66 år vil falde frem mod 2050.

Dette får naturligvis betydning for sundhedsvæsenets opgaver og økonomi. Et faldende befolkningstal vil isoleret set betyde færre opgaver, mens den ændrede alderssammensætning vil øge udgifterne, jf. figur 19.9.

Der er en internationalt veldokumenteret sammenhæng mellem en stigende velstand/indkomstniveauet i befolkningen (målt ved BNP) og udgifter til sundhedsydelser. Men billedet for Grønland afviger fra denne internationale tendens. Som det fremgik af figur 19.5, har sundhedsudgifternes andel af BNP været svagt faldende. Dette er et udtryk for, at den offentlige sektors andel af BNP har været faldende i perioden, idet sundhedsudgifternes andel af de offentlige udgifter har været stigende, jf. figur 19.3.

Ifølge Økonomisk Råds 2019-analyse af sundhedsvæsenet kan det være et udtryk for, at spændet mellem de tilgængelige sundhedstilbud og befolkningens ønsker og forventninger øges. I mange andre lande er der

i perioden antageligt sket en forskydning i retning af, at der har været en stigning i den privat finansierede sundhedssektor andel af BNP, som Grønland ikke har tilsvarende.

Det er tænkeligt, at folk her i landet med gode indkomster i højere grad ville prioritere at anvende en del af deres økonomiske råderum til sundhedsydelser, hvis det var lettere, end tilfældet er.

## 19.5 Kommunernes sundhedsudgifter

Det findes på nuværende tidspunkt ikke nogen oplysninger om konkrete sundhedsrelaterede udgifter eller indtægter i kommunernes regnskaber. Derfor kan der ikke findes statistik over kommunernes sundhedsrelaterede udgifter hos Grønlands Statistik.

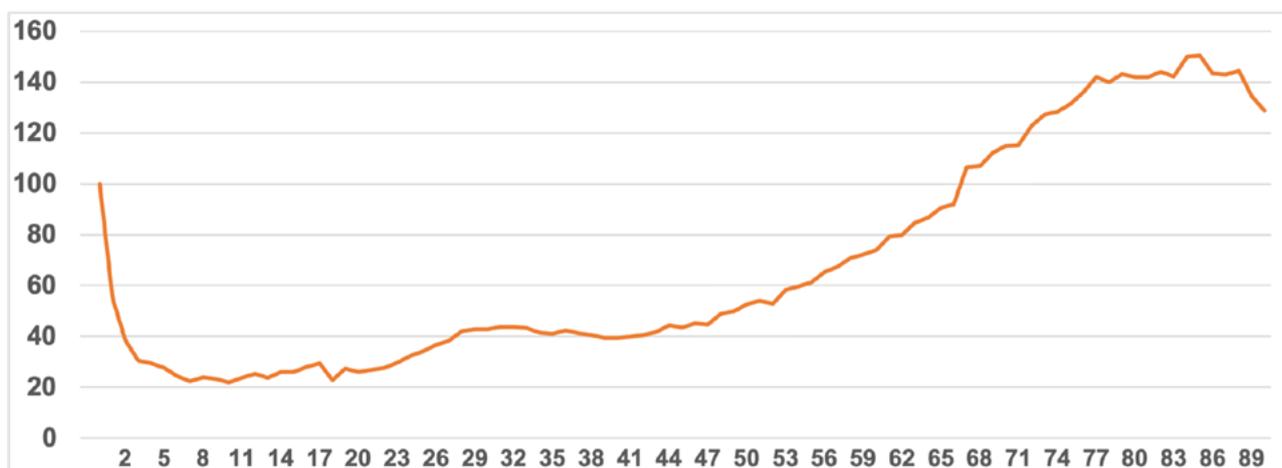
Årsagen til dette er, at sundhedsrelaterede udgifter hos kommunerne er konteret på andre overordnede områder. Det kan eksempelvis være udgifter til plejehold ved sundhedsvæsenet, som afholdes af den kommunale ældrepleje. Denne udgift er imidlertid afholdt under den overordnede udgiftskategori for "alderdom" i kommunernes regnskaber, da ældrepleje i dette tilfælde er det primære formål for kommunen. Andre eksempler på sundhedsrelaterede udgifter hos kommunerne, som falder under det primære formål, er pædagogisk psykologisk rådgivning, der konteres under "skoleområdet". Desuden konteres almen sundhed og forebyggelse under "familie og børn". Alle konkrete udgifter til drift af sundhedssektoren findes således under centraladministrationen.

Hvis der fremadrettet skal kunne dannes et overblik over sundhedsudgifter i Grønland fordelt på Selvstyret og kommuner er der behov for en dialog med kommunerne om at ændre praksis for bogføring af sundhedsudgifter.

## 19.6 Regulering af sundhedsvæsenets bevillinger efter demografi

Sundhedsvæsenets bevillinger er blevet reguleret efter demografi siden finansloven for 2012, hvor der blev taget udgangspunkt i 2011 som basisår. Dermed søges det at sikre, at sundhedsvæsenet alt andet lige kompenseres for udgifter afledt af den demografiske udvikling. Til formålet anvendes det aldersbetingede forbrug af sundhedsydelser i kroner opdelt i de 0-90+ årige, figur 19.12, hvor der tages udgangspunkt i fordelingen heraf for Danmark. Det aldersbetingede forbrug af sundhedsydelser i Danmark er modtaget fra Grønlands Økonomiske Råd. Det antages, at den relative fordeling for dette vil være tilsvarende for Grønland.

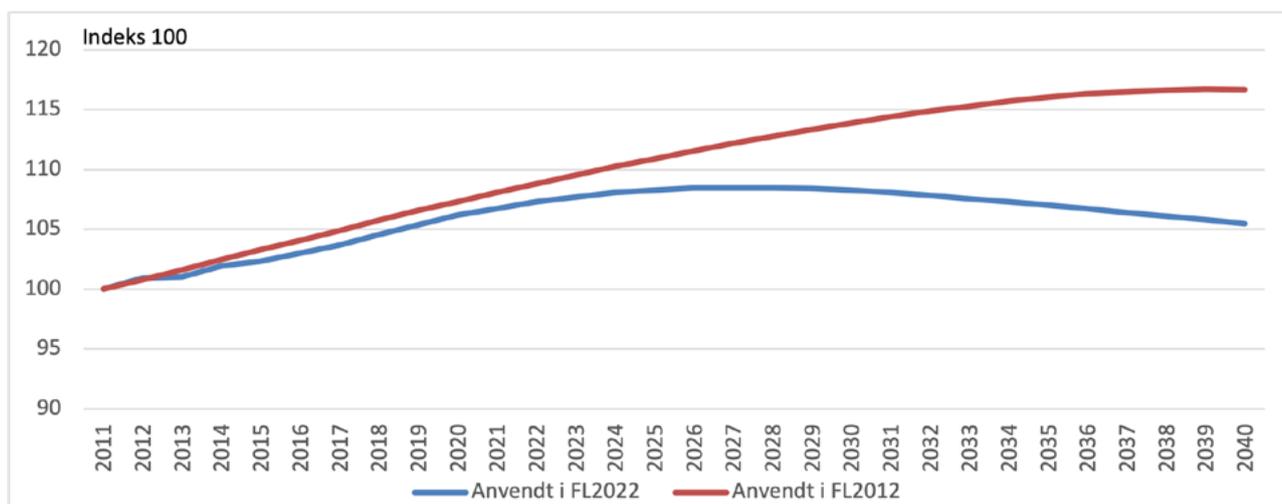
I nedenstående figur 19.12 fremgår det aldersbetingede forbrug af sundhedsydelser, som er anvendt ved fremskrivning af sundhedsudgifterne efter den demografiske udvikling med udgangspunkt i de årlige befolkningsprognoser. Fremskrivningen heraf har været anvendt siden finansloven for 2012.

**Figur 19.13: Det aldersbetingede forbrug af sundhedsydelser (0 år = indeks 100)**

Kilde: Finansdepartementet

Den blå linje i figur 19.14 dækker perioden 2011-2020 og skal betragtes som den faktiske udvikling, da det bygger på befolkningstallet i denne periode.

Det skal bemærkes, at den befolkningsprognosen, som i finansloven for FL2012 lå til grund for den oprindelige indarbejdelse af den demografiske udvikling i sundhedsvæsenets bevillinger var mere optimistisk i forhold til befolkningsfremskrivningen sammenlignet med den faktiske udvikling og fremskrivningen i befolkningsfremskrivningen fra maj 2020, jf. figur 19.14.

**Figur 19.14: Fremskrivning af sundhedsudgifterne efter demografisk udvikling - forskellen mellem FL 2012 og FL 2022**

Kilde: Finansdepartementet

I årene frem mod begyndelsen af 2020'erne er der både i befolkningsprognosen anvendt i finanslov for FL2012 og i den faktiske udvikling en jævnt stigende trend, men i den seneste befolkningsprognose er der udsigt til, at det demografiske træk på sundhedsudgifterne topes omkring 2027, hvorefter det vil udvise en jævn nedgang frem mod 2040. I den gamle befolkningsprognose anvendt i finanslov for FL2012 forventes der er en stigende tendens i fremskrivningen af sundhedsudgifterne frem mod 2040.

Dermed har den faktiske udvikling ikke været så kraftig som forventet, og særligt er der en mere afdæmpet forventning for området til den kommende årrække end tidligere forventet. I befolkningsprognosen anvendt i finanslov for FL2012 forventedes der at være et samlet folketal på 57.110 personer i Grønland i 2040, mens der tilsvarende forventes at være et folketal på 51.394 personer i Grønland i 2040 i befolk-

ningsprognosen fra maj 2020, som anvendes i finanslov for FL2022. Det er et fald på præcis 10% i det forventede folketal i 2040, hvilket også svarer til den relative forskel i 2040 mellem de to linjer i figur 19.12.

Ved udarbejdelsen af et nyt finanslovsforslag foretages fremskrivningen ved at tage udgangspunkt i sundhedsvæsenets bevillinger i budgetoverslagsårene i den seneste finanslov. Bevillingerne i budgetoverslagsårene korrigeres for udviklingen i den seneste befolkningsprognose og der tilføjes et nyt sidste budgetoverslagsår.

Det er udelukkende sundhedsvæsenets aktivitetsbaserede bevillinger, som reguleres efter den demografiske udvikling. Det omfatter i finanslov for FFL2022 bevillingerne for nedenstående hovedkonti.

341101	Patientbehandling i udlandet, somatisk
341102	Patientbehandling i udlandet, psykiatriske
341103	Dronning Ingrid's Hospital
341104	Det Grønlandske Patienthjem
341110	Steno Diabetes Center Grønland
341201	Sundhedsdistrikter, lægebetjening
341203	Fællesudgifter, evakueringer mv
341205	Landsapotek
341206	Fællesomkostninger
341301	Sundhedsdistrikterne, tandlægebetjening

Dermed reguleres alle sundhedsvæsenets bevillinger bortset fra driftsbevillinger til blandt andet administration, bygningsvedligeholdelse og misbrugsbehandling samt lovbundne bevillinger til patienterstatninger og anbringelser efter kriminalloven.

## 19.7 Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne

Den fremtidige vækst i sundhedsudgifterne kan opdeles i et demografisk bidrag og et resterende bidrag, som dels skyldes en større efterspørgsel, som følge af øget økonomisk velstand, og dels skyldes et større udbud af sundhedsydelser, da teknologien og lægevidenskaben gør det muligt at behandle stadig flere sygdomme.

Mange sundhedsanalyser viser en tæt sammenhæng mellem restlevetid og sundhedsudgifter. Sundhedsudgifterne per. person i en given aldersgruppe vil falde, når restlevetiden stiger. Det skyldes, at afholdelsen af udgifter i den sidste del af livet (de såkaldte 'terminaludgifterne') bliver udskudt efterhånden som restlevetiden stiger. Denne effekt bliver ofte betegnet som "sund aldring" og vil dæmpe væksten i sundhedsudgifterne. Der er livlig debat blandt sundhedsøkonomer om, hvor stor denne effekt er. I dette notat tages der udgangspunkt i, hvordan DREAM-gruppen beregner sund aldring.

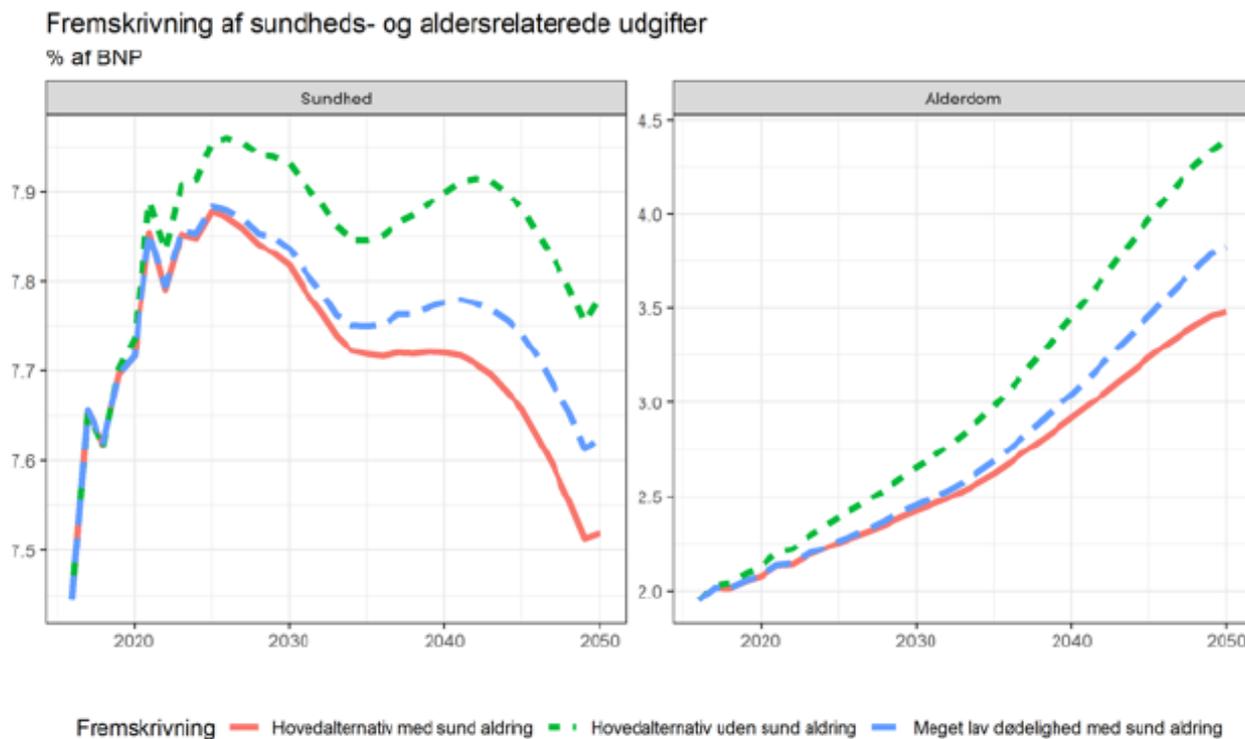
I perioden 2017-2021 har DREAM-gruppen (Danish Research Institute for Economic Analysis and Modeling) i samarbejde med Grønlands Statistik, Økonomisk Råd og Departementet for Finanser udviklet et økonomisk modelsystem, der har til formål at vurdere de fremtidige perspektiver for samfundsøkonomien, herunder den finanspolitiske holdbarhed. DREAM-modellen er blevet genberegnet for Grønland i august måned 2021. Modellen ser på de langsigtede tendenser i økonomien og indarbejder blandt andet befolkningsudviklingen og for sundhedsvæsenets vedkommende også effekten af sund aldring. Det er resultaterne herfra, der benyttes.

I figur 19.15 er der et beregningsalternativ, der hedder, 'meget lav dødelighed med sund aldring'. DREAM-modellen bruger en alternativ befolkningsfremskrivning fra Grønlands Statistik, hvor man

regner med et mere optimistisk fald i dødeligheden end i befolkningsfremskrivningens hovedalternativ. Faldet antages, at være resultatet af en reduktion i selvmordsrelaterede dødsfald, et fald i børnedødeligheden og en forbedring af den generelle sundhedstilstand motiveret af ændret livsstil, herunder ændrede rygevaner.

Betydningen for fremtidens sundhedsudgifter fremgår tydeligt af venstre del af figur 19.15, hvor der måles på den procentdel af BNP, der (under tre forskellige antagelser) vil gå til sundhedsvæsenet. Forskellen mellem beregningen med og uden sund aldring svarer til ca. et halvt procentpoint.

**Figur 19.15: Fremskrivning af sundhedsudgifterne med og uden sundaldring**



Kilde: Grønlands Statistik, langsigtsmodel

Kilde: DREAM-gruppen: Økonomiske fremskrivning for Grønland, august 2021, særkørsel

Ved læsningen af figur 19.15 er det væsentligt at være opmærksom på, at skalaen på y-aksen dækker over under et halvt procentpoint. Faldet i andelen af BNP på sundhedsområdet er i fremskrivningen således ikke så stort, som figuren rent optisk umiddelbart kunne give indtryk af.

Det præcise omfang af de øgede sundhedsudgifter er usikkert, men antages de, jf. figur 19.4 at svare til en stigning på 0,5 til 1% af bruttonationalproduktet svarer det til 100-200 mio. kroner.

## 19.8 Sundhedsvæsenet og beskæftigelsen

Sundhedsvæsenet er ikke kun en udgift, men spiller en ofte overset positiv rolle for samfundsøkonomien. Helbredet påvirker både arbejdsevnen og varigheden af tiden i arbejdsstyrken. Det er åbenbart, at sundhedsvæsenets her spiller en rolle og bidrager positivt til samfundsøkonomien, men ikke på en så synlig måde som sundhedsudgifternes andel af de samlede offentlige udgifter. Det ved de fleste intuitivt, men det overses ofte i den løbende debat om sundhedsudgifterne. Perioder med sygefravær forkortes som følge af behandling, og genoptræning bringer patienterne hurtigere tilbage til dagligdagen og for mange til beskæftigelse. Vi ved bare ikke meget om det præcise omfang.

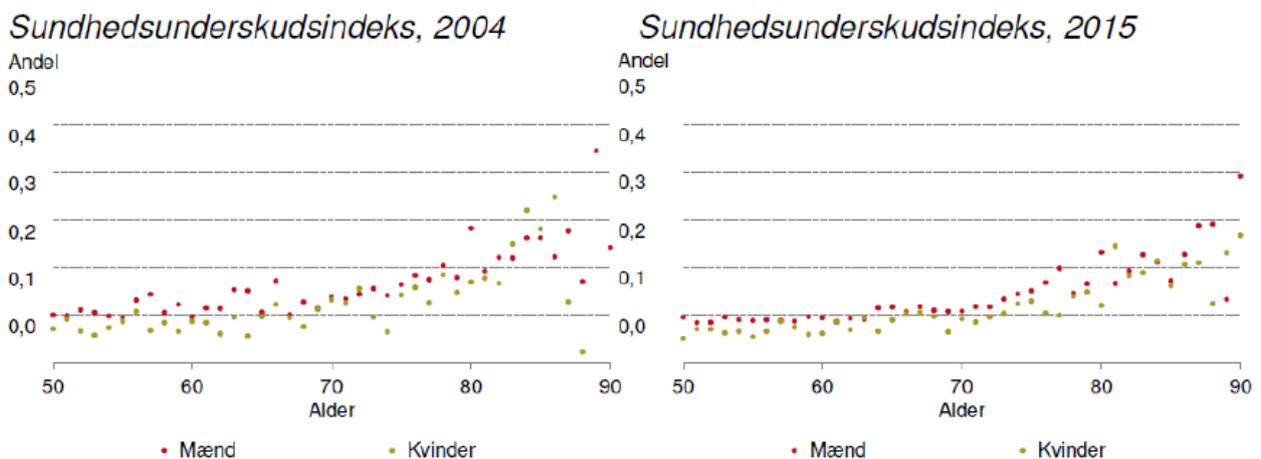
Det danske Økonomiske Råd undersøgte i efterårsrapporten 2021, hvordan ændringer i danskernes helbred påvirker beskæftigelsen. Man beregnede et indeks for sundhedsunderskud baseret på ikke mindre end 42 forskellige variable, som angiver, om eller i hvilken grad en person har specifikke helbredsmangler.

Man brugte de danske data fra den såkaldte SHARE-spørgeskemaundersøgelse for 50+ årige<sup>70</sup>. Sundhedsunderskudsindekset har en værdi mellem 0 og 1, hvor 1 markerer det størst mulige underskud.

Opgjort ved et sundhedsunderskudsindeks forværres danskernes helbred med ca. 3 pct., når der anvendes data fra SHARE. Forværringer i den størrelsesorden findes også i udenlandske undersøgelser, som typisk når frem til forværringer af sundhedsunderskudsindekset på mellem 2 og 5 pct. pr. år. Økonomisk Råds analyser viser også, at der er forskel på aldringsprocessen mellem mænd og kvinder, og at grupper med kortere uddannelse i reglen er karakteriseret ved et mindre godt helbred end grupper med længere uddannelse.

Over tid er sundhedsunderskuddet blevet mindre, som det fremgår af nedenstående figur 19.16 med to opgørelser af sundhedsindekset for henholdsvis 2004 og 2015.

**Figur 19.16: Opgørelse af sundhedsunderskudsindeks i Danmark i 2004 og 2015**



Kilde: Det danske Økonomiske Råd

Beregningerne viser, at et bedre helbred øger ældres beskæftigelse. Det er første gang, at der er estimeret en sammenhæng mellem danskernes helbred – opgjort ved sundhedsunderskudsindekset – og beskæftigelsen. Der findes et stort antal internationale studier, der tilsvarende og ikke overraskende finder, at helbredet har en positiv effekt på sandsynligheden for at være i beskæftigelse.

I analyserne beregner man en helbredsbetingsbetet potentiel beskæftigelsesfrekvens for forskellige aldersgrupper, som sammenlignes med den faktiske udvikling i beskæftigelsen. Forskellen mellem den potentielle og faktiske beskæftigelse benævnes i Økonomisk Råds rapport 'det ubrugte beskæftigelsespotentiale'. Analyserne viser, at det ubrugte beskæftigelsespotentiale for danskere i aldersgruppen 50-70 år er godt 3,5 år i 2019. Det skal forstås således, at danskerne under 70 år i gennemsnit kunne udskyde tilbagetrækningstidspunktet med 3,5 år, hvis tilbagetræknings-beslutningen alene afhang af helbredet. I en fremskrivning frem til 2040 af tilbagetrækningsalderen forudsættes det, at ældre danskere øger beskæftigelsen i takt med, at pensionsalderen hæves. Dermed bliver det ubrugte beskæftigelsespotentiale for danskere under 70 år reduceret til 1,5 år i 2040. De gradvise stigninger i tilbagetrækningsalderen forudsættes derfor gradvist at reducere det ubrugte beskæftigelsespotentiale.

Beregningen af det ubrugte beskæftigelsespotentiale er forbundet med betydelig usikkerhed. Udviklingen i sundhedspotentialet kan dække over betydelige forskelle mellem grupper i arbejdsstyrken, ligesom der er forskelle i kravene til forskellige jobfunktioner. Der kan være grupper på arbejdsmarkedet, hvor forlængelse af arbejdslivet til slutningen af 60'erne vil være en stor udfordring. Tilbagetrækningsalderen om 10-20 år afhænger ikke kun af arbejdstagernes helbredsmæssige forudsætninger og præferencer, men også af arbejdsgivernes indstilling over for de ældre.

<sup>70</sup> SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

På nuværende tidspunkt foreligger der ikke de nødvendige grønlandske data til at gennemføre en lignende analyse for Grønland. Det vil i det videre arbejde være relevant at overveje at identificere relevante indikatorer herfor, herunder med afsæt i den seneste folkesundhedsundersøgelse i Grønland.

## 19.9 Anlægsønsker og -behov

Der foreligger endnu ikke en langsigtet sektorplan for sundhedsområdet, som blandt andet skal bygge på opdaterede tilstandsvurderinger på anlæg og fremadrettede anlægsbehov, holdt op mod indretningen af strukturen i sundhedsvæsenet. Nedenstående er således et uddrag af et foreløbigt udkast til en sektorplan fra maj 2021.

I de kommende år forventes et stigende behov for mere central behandling og dermed behovet for at bygge nye lokaler i Nuuk og regionsbyer. Ved at sikre Nuuk et "nyt" landshospital kan sundhedsvæsenet imødegå presset på sundhedsydelser i Grønland. En stigende del af den specialiserede udredning og behandling foregår centralt i Nuuk.

Helt overordnet er behovet for anlæg de kommende 10 år beskrevet således i nævnte udkast til sektorplan fra 2021 (tabel 19.1):

**Tabel 19.1: Oversigt over fremtidige anlægsbehov**

Prioritet	Anlægsnavn	Formål	Type	Sted	Anlægssum
1	Ny psykiatribygning	Modernisering Psykiatrisk Område	Nybyggeri	Nuuk	129 mio. kr.
2	Etablering af landshospital	Fremtidssikre landshospital, patienthotel	Nybyggeri	Nuuk	489 mio. kr.
3	Steno Diabetes Center	Landsdækkende livsstilscenter	Nybyggeri	Nuuk	0 mio.kr.
4	Centraltandklinik	Effektiviserer og centralisere tandbehandling	Nybyggeri	Nuuk	65 mio. kr.
5	Regionssygehuset i Sisimiut	Nyt operationsafsnit, nyt fødeafsnit og ny sengeafdeling	Nybyggeri	Sisimiut	35 mio. kr.
6	Regionssygehuset i Sisimiut	Modernisering af sengeafsnit	Renovering	Sisimiut	10 mio. kr.
7	Patienthotel Ilulissat	Indkvartering af patienter	Renovering/ Nybyggeri	Ilulissat	27 mio. kr.
8	Patienthotel Qaqortoq	Opsige lejemål og indkvartere patienter	Nybyggeri	Qaqortoq	23 mio. kr.
9	Patienthotel Sisimiut	Opsige lejemål og indkvartere patienter	Nybyggeri	Sisimiut	23 mio. Kr.
<b>I alt</b>					<b>801 mio. kr.</b>

Kilde: Styrelsen for Sundhed

Den samlede økonomi i udkastet til sektorplan for sundhedsområdet udgør 801 mio. kr. inkl. psykiatribygningen. Selve Steno Diabetes Centeret fondsfinansieres. Investeringen i ny psykiatribygning skal forøges. Dels har en licitation vist, at beløbet ikke er tilstrækkeligt, og dels foreslår Sundhedskommissionen, at kapaciteten øges fra 16 til 20 sengepladser.

Det kommende forslag til en sektorplan på sundhedsområdet bør ikke alene have fokus på investeringer i sygehus- og patienthotelbyggeri, men også omfatte beskrivelse af behovet for hospitalsudstyr, herunder apparatur og relevante IT-systemer, jf. også kapitel 15 (Telemedicin) og kapitel 18 (Et mere datadrevet sundhedsvæsen).

I forbindelse med alle projekter skal kommunerne og andre centrale interessenter inddrages, hvor det relevant for at sikre samarbejde fremadrettet. Allerede i dag er der erfaring med samarbejde om plejehjem i eksempelvis Paamiut, hvilket der kan trækkes på fremadrettet.

Indførelse og implementering af et nyt system for elektroniske patientjournaler (erstatning for det nuværende Cosmic) skønnes at ville beløbe sig til 75-100 mio. kr. til nyt software, licenser, opgradering af serverkapacitet, moderne arbejdsstationer og oplæring i det nye system.

## 19.10 Økonomiske og administrative konsekvenser af Sundhedskommissionens anbefalinger

I forlængelse af anbefalingerne er der indsat bemærkninger om lovændringer, administrative ændringer og økonomiske konsekvenser.

En række af Sundhedskommissionens forslag vil medføre behov for lovændringer, f.eks. autorisationslovgivning. Forslaget om at igangsætte et arbejde med at udarbejde en samlet sundhedslov vil desuden blive juridisk krævende.

De samlede driftsøkonomiske konsekvenser kan ikke opgøres med stor nøjagtighed, men alene et skøn over forventet beløbsramme.

Der skal afsættes midler til at gennemføre de foreslåede analyser. Det vil maksimalt kunne beløbe sig til fem millioner kroner, som vil være éngangsudgifter. Der skal ligeledes afsættes driftsmidler til forslaget om et sundhedsråd (ca. 1 mio. kr. om året) og til undersøgelsen af patienterfaringer (ca. 1-2 mio. kr. hvert andet år). Vælger man at følge forslagene vedr. Landstandplejen, vil der over en 5-10-årig periode være behov for at øge bevillingerne med 10-20 mio. kr. afhængig af ambitionsniveauet.

Den datamæssige overbygning til Cosmic m.m. kan beløbe sig til 2-4 mio. kr.

## 19.11 Foreløbige konklusioner, perspektiver og anbefalinger

Fremadrettet er der betydelige investeringsbehov for sundhedssektoren. Derfor er det vigtigt med en prioriteringsdiskussion med afsæt i blandt andet det foreløbige udkast til sektorplan fra maj 2021, overvejelser i forhold til behov om sundhedsvæsenets struktur samt Sundhedskommissionens samlede anbefalinger.

Sundhedsudgifterne er fortsat stigende og udgør en stigende andel af de offentlige udgifter. Denne udvikling vil forsætte og fremadrettet blive en finansieringsmæssig udfordring. Finansieringen er ikke berørt i dette notat.

Befolkningsudviklingen trækker i to retninger: Et faldende befolkningstal og en aldrende befolkning. Meget taler for, at effekten af den aldrende befolkning netto medfører stigende sundhedsudgifter. Som det fremgik af afsnittet om regulering af sundhedsvæsenets bevillinger efter demografi, reguleres der allerede for befolkningsudviklingen, hvilket samtidig er en del af forklaringen på de fortsat stigende sundhedsudgifter – i det mindste siden 2012. Inden for de nuværende økonomiske rammer kan det blive svært at øge serviceniveauet, og det nuværende serviceniveau forudsætter fortsatte effektiviseringer. Spørgsmålet om effektiviseringer berøres ikke i dette kapitel.

## 19.12 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der laves en 10-årig investeringsplan for Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk som led i en samlet anlægssektorplan for sundhedsområdet, der ikke alene har fokus på investeringer i sygehus- og patienthotelbyggeri, men også adresserer behovet for hospitalsudstyr, herunder apparatur og relevante IT-systemer
2. At anlægsbudgettet til ny psykiatribygning inkl. børnepsykiatri øges
3. At der afsættes 75-100 mio. kr. til nyt EPJ-system til erstatning af Cosmic
4. At sikre en regional balanceret fordeling af de økonomiske midler, der kompenserer for den geografiske udvikling
5. At der igangsættes en analyse af, om finansieringen af sundhedsvæsenet er tilstrækkeligt i lyset af forventninger og den sundhedsfaglige udvikling



## Kapitel 20. Diskussion og anbefalinger

Sundhedsvæsenet er generelt presset med hensyn til udfordringer i forhold til bemanning og økonomi. Her til kommer, at der er specifikke områder, hvor presset er særligt udtalt og akut, herunder ikke mindst på det psykiatriske område.

Der er ingen lette og kortsigtede løsninger, der gør det muligt på kort tid at eliminere de store udfordringer vedrørende rekruttering af personale. Grønland er og vil også fremover være afhæng af at importere sundhedsfagligt personale, herunder særligt mere specialiseret arbejdskraft.

Det generelle pres på sundhedsområdet vil overordnet set kun blive større i de kommende år:

- Øget velstand og levestandard i samfundet vil erfaringsmæssigt forøge befolkningens ønsker, forventninger og efterspørgsler til sundhedsvæsenets ydelser.
- Den demografiske udvikling nu og i de kommende 10-15 år indebærer herudover, at sundhedsvæsenet skal kunne behandle betydeligt flere ældre, herunder flere med demens.

Begge dele vil stille krav til at sikre den fornødne bemanning i sundhedsvæsenet og til at udnytte det sundhedsfaglige personale bedst muligt. Dette kan ske gennem optimering af arbejdsgange og organisering internt i sundhedsvæsenet, brug af relevant ny teknologi og systemunderstøttelse samt gennem bedre samarbejde og arbejdsling med andre aktører, herunder ikke mindst kommunerne.

Det er i den forbindelse væsentligt at være opmærksom på, at Grønland er i hård international konkurrence i forhold til muligheden for at rekruttere (og fastholde) sundhedspersonale. Uddannelse af flere til sundhedsområdet internt i Grønland og uden for landet er en langsigtet og klog strategi, der fortjener større opmærksomhed, men der vil til stadighed være behov for en betydelig import af arbejdskraft til sundhedsvæsenet udefra – også på længere sigt.

Samtidig vil det også fremover være et vilkår, at en stor del af den specialiserede behandling vil skulle ske uden for landets grænser for at kunne levere sundhedsydelser af en høj faglig kvalitet, ligesom det eksempelvis er tilfældet i Island og på Færøerne.

Sundhedskommissionens anbefalinger har til formål at håndtere konkrete strukturelle behov, der er tematiseret nedenstående.

### **Strukturelle behov og udfordringer samt udviklingsdrivere bag disse**

#### **1. Personaleudfordringen – udviklingsdrivere:**

- Stor afhængighed af import af og øget konkurrence med andre lande om sundhedsprofessionelle
- Mange vikarer/korttidsansatte giver stor personaleomsætning, ekstra belastning for de fastansatte og administrativt pres på personalefunktionen
- Den demografiske udvikling med flere ældre indebærer et øget personalebehov
- Øget specialisering og nye teknologiske muligheder
- Stigende forventninger fra befolkningen om kvalitet og adgang til nye behandlingsformer

#### **2. Sundhedsbetjening af borgere og opretholdelse af ens behandlingsmuligheder – udviklingsdrivere:**

- Løbende ændringer i bosætningsmønstret – fortsat migration mod større bosteder
- Bedre teknologiske muligheder og brug af telemedicin

#### **3. Sprog- og kulturmødet – udviklingsdrivere:**

- Øget opmærksomhed på sprog- og kulturproblematikken samt stigende krav til at blive betjent i øjenhøjde
- Ændringer i befolkningssammensætningen, herunder flere borgere fra tredjelande
- Øget antal potentielle patienter som følge af øget turismetilstrømning fremover

#### 4. Økonomiske forudsætninger og styringsværktøjer utilstrækkelige fremadrettet

- Stram økonomi og mange af de nuværende ressourcer er bundet op på nødvendig logistik (transport, planlægning af patientrejser m.m.)
- I dag er der alene bevillingsmæssig kompensation i forhold til det såkaldte demografisk træk (flere ældre borgere, hvor udgifterne per borgere i gennemsnit er højere end for yngre aldersgrupper). Der er ikke tilsvarende en systematisk bevillingsmæssig kompensation som følge af øgede krav til sundhedsvæsenets behandlinger som følge af nye teknologiske muligheder og stigende forventningspres fra patienter og politikere
- Sundhedsvæsenet er primært offentligt finansieret, men med en tendens til at flere køber private sundhedsforsikringer. En sådan udvikling vil lede til øget ulighed i sundhed. I bedste fald kan det bidrage til et mindre tryk på sundhedsvæsenet, men også bidrage til nogle udfordringer i forbindelse med eksempelvis rehabilitering af patienter behandlet på privathospitaler i udlandet, når de returnerer til Grønland
- Dårlige styringsværktøjer i forhold til økonomi og HR samt uklarhed over sammenhæng mellem økonomi og produktion - alt sammen på grund af manglende data

## 20.1 ANBEFALINGER

Sundhedskommissionen har ligeledes valgt at tematisere sine anbefalinger, jf. nedenstående. Dette med afsæt i førnævnte drivere samt de i kapitel 3 beskrevne centrale grundvilkår:

- En vidtstrakt geografi med mange små steder, der skal kunne serviceres
- Flersprogethed både internt i sundhedsvæsenet og i forhold til borgerbetjeningen
- Personalemangel og et konstant behov for rekruttering af kvalificeret arbejdskraft udefra

Kommissionens anbefalinger kan således opdeles efter følgende hovedtemaer:

1. Brugerinddragelse
2. Styrket rekrutteringsindsats
3. Øget andel af fastboende sundhedspersonale og bedre fastholdelse
4. Bedre arbejdsdeling og optimeret udnyttelse af den sundhedsfaglige kapacitet
5. Bedre rammer og styringsgrundlag

Hver af disse hovedtemaer for Sundhedskommissionens anbefalinger behandles i nedenstående. Ikke alle anbefalinger er medtaget i dette kapitel. Alle anbefalingerne er imidlertid oplyst i slutningen af de respektive kapitler, som de udspringer af. Desuden er de samlede anbefalinger oplyst i bilag 2.

### 20.1.1 Brugerinddragelse

*Der er behov for øget fokus på og bedre rammer for brugerinddragelse.*

#### Anbefalinger

##### Løbende måling af patienternes erfaringer med sundhedsvæsenets opgavevaretagelse

- Tilbagevendende undersøgelser af patienternes erfaring med sundhedsvæsenet for både at give sundhedsvæsenet en tilbagemelding og inspiration til forbedringer vedrørende patientinddragelse samt give politikerne et mere systematisk grundlag for overvejelser om overordnede prioriteringer

##### Kompetenceudvikling af personalet i individuel brugerinddragelse

- Med henblik på forbedring af indsatsene i forhold til borgerne

##### Konkrete initiativer for at forbedre den organisatoriske brugerinddragelse

- Etablering af fora, hvor brugere og sundhedspersonale har dialog om sundhedsrelaterede emner

**Øget opmærksomhed på og initiativer til at imødegå ulighed i sundhed**

- At udviklingen i uligheden i sundhed følges tæt, og at der sættes ind, hvor sundhedsvæsenet kan bidrage til at mindske uligheden – evt. i samarbejde med andre sektorer
- At sundhedspersonalet tilpasser indsætserne til brugernes sociale og lokale vilkår og muligheder

**Øget fokus på kvalitet i opgavevaretagelsen**

- At kvalitetsarbejdet og lederudvikling styrkes

**20.1.2 Styrket rekrutteringsindsats**

*Den aldrende befolkning vil medføre en stigning i sundhedsudgifterne og behovet for personale for både kommunerne og sundhedsvæsenet. I dag er der mange korttidsansatte og vikarer, som alt andet lige giver et øget pres på resten af systemet i forhold til flere med længerevarende ansættelser. Problemerne herved samt den meget høje gennemsnitsalder blandt lægevikarer i regionerne udgør en udfordring, blandt andet på grund af potentielle fejl, hvilket er et kvalitetsproblem.*

**Anbefalinger****Målrettet indsats for at understøtte rekrutteringsindsatser fra andre lande**

- Øge rekruttering fra tredjelande, herunder en samlet autorisationslov omfattende samtlige autorisationsområder, blandt andet som forudsætning for flere sundhedsprofessionelle fra tredjelande og EU
- Styrkelse af rekrutteringsenheden

**Øget fokus på at rekruttere studerende og færdiguddannede sundhedsprofessionelle i Danmark**

- Målrettede indsats i forhold til at fremme studerendes tilbagekomst efter gennemførelse af sundhedsfaglige uddannelser i Danmark ud fra et helhedsperspektiv
- Brug af blandt andet telemedicinske løsninger for mere målrettet at kunne benytte grønlandske sundhedsprofessionelle bosat i andre lande

**20.1.3 Øget andel af fastboende sundhedspersonale og bedre fastholdelse**

*Rekruttering og fastholdelse er en vedvarende og voksende udfordring og er i øjeblikket kritisk. Der er ingen simple eller kortsigtede løsninger på disse udfordringer, men behov for en vifte af tiltag på forskellige områder med gradvis effekt. Der er i dag ikke et sammenhængende og systematisk program for leder- og personaleudvikling, der tager hånd om sundhedsvæsenets centrale udfordringer og mål.*

**Anbefalinger****Strategisk uddannelse og kompetenceudvikling målrettet sundhedsområdets fremtidige behov**

- At øge en virkelighedsnær skolepraktik, herunder med simulationsbaseret undervisning
- At styrke rekruttering til sundhedsuddannelserne – også blandt de helt unge
- At udarbejde en samlet strategisk plan med afsæt i det fremtidige forventede behov

**Forøgelse af den gennemsnitlige ansættelsesperiode for ansatte i sundhedsvæsenet**

- At styrke fastholdelse af fastboende sundhedspersonale blandt andet ved tilbud om faglig udvikling og inddragende personaleledelse
- Hurtigere og korrekt sagsbehandling i personaleadministrationen for at undgå, at summen af irritationsmomenter ikke fører til arbejdsophør
- Sundhedsledelsen bør have større lokalt ledelsesrum i forbindelse med løn- og ansættelsesvilkår

### 20.1.4 Bedre arbejdsdeling og udnyttelse af den sundhedsfaglige kapacitet

Udnyttelsen af de personalemæssige og økonomiske ressourcer i forhold til opgaveløsningen og dermed borgerbetjeningen forekommer ikke udnyttet optimalt. Det lægger pres på sundhedsvæsenets opgaveløsning. Tilgængeligheden for DIS skal forbedres, og den organisatoriske placering af skadestuen i Nuuk, der i øjeblikket betjenes af DIS, skal overvejes. Hertil kommer mulige behov for organisatoriske tilpasninger internt på DIH og for formulering af kliniske strategier.

#### Anbefalinger

##### Arbejdsdeling der optimerer brugen af fagkompetencer i forhold til borgerbetjeningen

- De ledende regionslæger og eventuelt også ledende regionssygeplejersker skal aflastes for administrativt arbejde – og generelt målrettet opgaveglidning
- Optimering af sundhedsvæsenets organisation og arbejdsdeling i forhold til at udnytte faglige kompetencer bedst muligt. Det kan blandt andet indebære at antallet af fødesteder tilpasses. Mulighederne for bedre udnyttelse af bygnings- og sengekapalet på regionssygehuse og sundhedscentre undersøges
- Særligt fokus på den fremtidige organisering for almen medicin og snitfladerne mellem Steno Diabetes Center og det øvrige område for almen medicin for at sikre en hensigtsmæssig arbejdsdeling
- En sammenhængende organisering af forebyggelse og sundhedsfremme samt generelt større ambitioner på området

##### Brug af nye teknologier til at understøtte behandling og optimering af personaleressourcer

- Systematisk udrulning og forøget brug af telemedicin i sundhedsvæsenet, f.eks. inden for rehabilitering
- Cosmic udrulles og anvendes systematisk i hele landet – og læseadgang for autoriseret personale på alderdomshjem oprettes
- Fokus på at sikre, at der ved valget af efterfølgeren til Cosmic inddrages et tilstrækkeligt antal sundhedsprofessionelle, ligesom der ved valget skal tages hensyn brugervenlighed og til grønlandske behov

##### Tydlig rollefordeling i forhold til snitflader mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

- Formaliserede aftaler om hvad sundhedsvæsenet og kommunerne som minimum skal kunne levere i samarbejdet på alle områder, herunder blandt andet (social)psykiatrien, ældreområdet, Tidlig Indsats og hjælpemidler
- Lovgivnings- eller aftalemæssig afklaring af ansvar på en række felter vedrørende samarbejdet mellem kommunerne og sundhedsvæsenet, jf. også Naalakkersuisuts Ældrestrategi fra 2023
- Oprette fælles koordinerende samarbejdsorgan for kommunerne og sundhedsvæsenet, da udfordringerne er ens på tværs af kommuner

### 20.1.5 Bedre rammer og styringsgrundlag

er under betydeligt pres med hensyn til både personalemæssige og økonomiske ressourcer. Pålidelige og lettilgængelige data er en af forudsætningerne for god ledelse og gennemsigtighed i sundhedsvæsenet.

Armslængdeprincippet er centralt at håndhæve for at opretholde troværdighed om sundhedsvæsenet og sikre en god ressourceudnyttelse samt klar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til den nødvendige prioritering.

## Anbefalinger

### Øget gennemsigthed og klar ledelsesinformation

- Forbedring af adgang til lettilgængelig ledelsesinformation fra både Cosmic og Økonomi- og HR-systemet.

### Styrkelse af det strategiske arbejde og overordnede styring på sundhedsområdet

- At bemanningen i Departementet for Sundhed øges for at styrke strategiarbejdet og den politiske betjening
- At den økonomiske ramme for støttefunktioner og administration i Det Grønlandske Sundhedsvæsen øges, og der herudover udarbejdes en samlet analyse af de økonomiske rammer for det samlede sundhedsvæsen
- At de driftsrettede opgaver i Styrelsen for Sundhed integreres i sundhedsvæsenet – således, at Det Grønlandske Sundhedsvæsen gøres til én tydelig og klar driftsorganisation

### Klar rollefordeling i forhold til overordnet styring af sundhedsområdet og fast uafhængig rådgivning

- Etablering af et uafhængigt sundhedsråd, der får til opgave at foretage løbende vurdering af udviklingen i sundhedsvæsenet for at kunne følge, om strategier og anbefalinger bliver implementeret samt pege på forbedringer og nye muligheder

## 20.2 Uddybning af Sundhedskommissionens anbefaling om etablering af et fast, uafhængigt sundhedsråd

Det er vigtigt med en løbende vurdering af udviklingen i sundhedsvæsenet for at kunne følge, om strategier og anbefalinger bliver implementeret samt pege på forbedringer og nye muligheder. For at sikre troværdige og fagprofessionelle analyser skal en uafhængig part – et sundhedsråd – udarbejde dem.

Sundhedsrådet skal bestå af et formandskab på fem personer med tilsammen gode kompetencer inden for drift af og strategier for sundhedsvæsenet, viden om epidemiologi og kvalitet, folkesundhed, regulering af sundhedsområdet, økonomiske forhold samt medarbejder- og brugerforhold. Landslægen er født medlem af Sundhedsrådet. De øvrige medlemmer udpeges af Naalakkersuisoq for Sundhed/Naalakkersuisut, der også udpeger formanden. Formandskabet udpeges for en treårig periode.

Ud over formandskabet består Sundhedsrådet af op til 10 medlemmer fra interesseorganisationer, patientorganisationer, kommuner, Naalakkersuisuts administration og forskningsinstitutioner. Medlemmer, der repræsenterer organisationer og forskningsinstitutioner, udpeges af de pågældende organisationer. De øvrige medlemmer udpeges af Naalakkersuisut.

Medlemmerne foreslås udpeget for en treårig periode. Rådets medlemmer kan komme med kommentarer til rapporter og andre udgivelser, men det er alene formandskabet, som har ansvaret for udarbejdelse og det endelige indhold.

Sundhedsrådets formandskab skal udarbejde en årlig rapport og kan på eget initiativ komme med 'policy briefinger' eller efter aftale Sundhedsrådet foretage med særanalyser. Sundhedsrådet kan også organisere seminarer om udviklingen i sundhedsvæsenet. Alle analyser skal være offentligt tilgængelige og skrives i et formidlingsvenligt format.

Sundhedsrådet mødes mindst én gang årligt for at drøfte formandskabets rapport, som bør være medlemmerne i hænde senest én måned før mødet.

Sekretariatsfunktionen for rådet foreslås varetaget af Departementet for Sundhed.

Der skal udarbejdes fornøden lovgivning og tilhørende bekendtgørelse for at få klare rammer for Sundhedsrådets opgaver, rolle og status.

### 20.3 Uddybning af Sundhedskommissionens anbefaling om løbende målinger af patienternes erfaring med sundhedsvæsenet

Kvalitet i sundhedsvæsenet omfatter også, hvordan brugerne oplever sundhedsvæsenet i forbindelse med modtagen behandling og pleje. Formålet med undersøgelsen af patienternes erfaring med sundhedsvæsenet er at give sundhedsvæsenet en tilbagemelding og inspiration til forbedringer for patientinddragelse. Formålet er også at være en repræsentativ tilbagemelding til politikerne om befolkningens vurdering af sundhedsvæsenets indsats samt at orientere en bred offentlighed om tilfredsheden med sundhedsvæsenet. På denne måde kan undersøgelsen være med til at bidrage til, at debatten om sundhedsvæsenet ikke kun baseres på enkeltstående patientberetninger.

Undersøgelsen vil indeholde en spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterviews. De to former for viden supplerer hinanden.

Undersøgelsen skal være forskningsbaseret, men er ikke et forskningsprojekt og skal derfor gennemføres og analyseres hurtigt første gang, og herefter én gang om året eller hvert andet år. Undersøgelsen kan eventuelt gennemføres i regi af Sundhedsrådet.

# Bilag 1. Kommissorium for Sundhedskommissionen

## Baggrund

På Inatsisartuts efterårssamling 2019 blev det besluttet under punkt 98, at Naalakkersuisut senest til forårssamlingen 2020 skal fremsætte forslag til kommissorium for en sundhedskommission.

Ved finanslovsforhandlingerne 2020 vedtog koalitionen og støttepartiet, at der skal etableres en sundhedskommission i 2020 og der blev på finansloven afsat 6 mio. kr. over en tre årig periode. Midlerne er fordelt således: 2020: 2 mio. kr., 2021: 3 mio. kr., 2022: 1 mio. kr.

I den nye koalitionsaftale mellem Siumut, Demokraatit og Nunatta Qitornai, som blev indgået den 29. maj 2020, bliver det bestemt at sundhedskommissionen skal fortsætte, hvor der bliver lagt vægt på at:

*"Sundhedskommissionen skal have arbejdsro til at komme med sin betænkning, hvor denne skal danne grundlag for politiske prioriteringer og beslutninger om hvordan sundhedsvæsenet skal organiseres, og hvilken ydelse samt service det grønlandske samfund skal have i fremtiden.<sup>1</sup>"*

Medlemmer af kommissionen udpeges umiddelbart efter finanslovens vedtagelse. Inatsisartuts Familie- og Sundhedsudvalg vil blive orienteret om indholdet i kommissoriet. Naalakkersuisut udarbejder et kommissorium for kommissionens arbejde. Kommissoriet vil bl.a. fastlægge retningslinjer for udpegning af medlemmer af kommissionen, etablering af sekretariat, samt tidsfrister for arbejdets udførelse.

De afsatte midler kan i den forbindelse anvendes såvel til frikøb af administrative ressourcer i relevante departementer m.v. samt til ekstern ekspertbistand.

## Formål med og rammer for sundhedskommissionens arbejde

Kommissionen har til formål at udarbejde anbefalinger til tilpasninger og forbedringer af sundhedssystemet, herunder sundhedsvæsenets struktur som helhed, rekruttering og fastholdelse af personale, samt samarbejde med Danmark og udlandet. Anbefalingerne skal udgøre Inatsisartuts politiske grundlag for en sundhedsreform, som skal sikre rammerne for fremtidens sundhedsbetjening. Kommissionens anbefalinger skal tage udgangspunkt i en tværsektoriel prioritering og det eksisterende økonomiske råderum.

## Opgave og resultat

Kommissionen forventes i sit arbejde at analysere og vurdere hensigtsmæssigheden af en række tiltag, der inden for rammerne af det økonomisk mulige vil være løsningsmuligheder og strategier til opnåelse af følgende punkter, som præsenteres i vilkårlig rækkefølge:

1. Anvende en proaktiv tilgang til den strukturelle udvikling inden for demografi, infrastruktur, bosætningsmønstre, uddannelse, kulturel relevans m.v.
2. Optimering af udnyttelsen af personaleresourcen – herunder anvendelse af relevante IT-systemer m.v.
3. Uddannelsesmæssige og rekrutteringsmæssige tiltag til sikring af tilstrækkelig kapacitet
4. Samspillet mellem sundhedsvæsenet og kommunernes opgaveområde
5. Styrket samarbejde med Danmark, Island, og øvrige lande

<sup>1</sup> <https://naalakkersuisut.gl/-/media/Nanoq/Files/Attached%20Files/Formandens%20Departement/Koalitionsaftale%20mellem%20Siumut%20Demokraatit%20og%20Nunatta%20Qitornai%20af%2029%20maj%202020.pdf>

6. Fuld inddragelse af sundhedsøkonomiske overvejelser
7. En evidensbaseret tilgang og sikring af fornødne data til optimering af ledelsesinformation til gavn for styrelse, departement- og politisk niveau
8. Information til offentligheden om kommissionens arbejde
9. Dialogbaseret tilgang med henblik på at inddrage borger/patientperspektiver med fokus på egenomsorg og medansvar for sundhedsvæsenet
10. Vurdering af optimering af brugen af effektmål i sundhedsvæsenet

Kommissionens betænkning forudsættes at indeholde beskrivelser af såvel de sundhedsfaglige, de kvalitetsmæssige såvel som de økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige og for befolkningen. Det forventes at forskellige usikkerhedselementer i forudsætninger og udfald for kommissionens anbefalinger belyses i relevant omfang. Betænkningen forventes endvidere at indeholde anbefalinger til den eksisterende sektorplan for sundhedsområdet og tilgrænsende sektorer, samt omprioriteringer på sundhedsområdet.

Det forventes at allerede igangværende initiativer i sundhedsvæsenet fortsætter som hidtil, uden forsinkelse som følge af kommissionens arbejde, med mindre at Naalakkersuisut vurderer andet.

## Arbejdsmetode og tidsplan

Kommissionen fastlægger selv sin arbejdsform, men forventes som minimum at gennemføre 4 møder årligt. Der afholdes minimum et fysisk møde årligt. Kommissionen sikrer at flest mulige organisationer som er repræsenteret i sundhedsvæsenet inddrages i kommissionens arbejde.

Kommissionen kan til enhver tid rette spørgsmål vedrørende sundhedsvæsenets aktiviteter. Alle spørgsmål stiles til kommissionens sekretariat som indhenter svar hos Departementet for Sundhed og andre relevante departementer.

## Forslag til overordnet tidsplan

### 2020

Kommissionen arbejder med scenarier for sundhedsvæsenets udvikling i et minimum 10 årigt perspektiv og formulerer visionen for sundhedsvæsenet 2030. De konkrete scenarier forankres i konkrete forudsætninger og data om det økonomiske råderum og den demografiske udvikling. Kommissionen vil kort efter nedsættelse blive præsenteret for det grønlandske sundhedsvæsen ved oplæg fra Departementet for Sundhed, Sundhedsledelsen og Landslægen. Kommissionen forventes endvidere at medtage resultaterne og anbefalingerne fra den i 2019 gennemførte udgiftsanalyse på sundhedsområdet i sit forberedende arbejde. Derudover vil kommissionen modtage relevant materiale, herunder tidligere og igangværende redegørelser, undersøgelser og analyser vedrørende sundhedsområdet.

### 2021

I første halvår præsenteres kommissionens arbejde for relevante interessenter og borgere, med henblik på dialog og input til det videre arbejde. Dette bør tage udgangspunkt i en midtvejsrapport.

I andet halvår tilpasses arbejdet, med forslag til organisering for sundhedsvæsenets ydelser. Rapporten færdiggøres.

### 2022 (1. kvartal)

Præsentation af kommissions arbejde for Naalakkersuisut og Inatsisartut.

## Sundhedskommissionens sammensætning

Sundhedskommissionen består af 10 medlemmer. Naalakkersuisut udpeger formandskabet bestående af 3 uvildige medlemmer med fagligt kendskab til sundhedsområdet. Samt 7 medlemmer udpeget af interesseorganisationer.

Formandskabets medlemmer forudsættes at være uafhængige af foreningsinteresser og lignende. Formandskabets medlemmer forventes hver især og samlet at besidde væsentlig faglig indsigt og erfaring på sundhedsområdet, samt kendskab til det grønlandske samfund.

Formandskabet har til opgave, i samarbejde med sekretariatet, at fremme og kvalificere kommissionens arbejde, og tilsikre at dette udføres i overensstemmelse med kommissoriet.

### **Medlemmer af kommissionens formandskab:**

Naalakkersuisut udpeger følgende medlemmer til formandskabet:

Formand: Ulrik Blidorf, advokat og indehaver af advokatfirmaet Inuit Law. Formand for bestyrelsen for Royal Arctic Line A/S. Medlem af bestyrelsen for Tele Greenland A/S.

Næstformand: Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi og sundhedspolitik, Syddansk Universitet. Bred og mangeårig erfaring med kommissions- og bestyrelsesarbejde, samt rådgivning på politisk niveau inden for sundheds- og sociale forhold.

2. næstformand: Tine Aagaard. Ph.d. i Arktiske Studier – Sundheds- og Samfundsforhold ved Ilisimatusarfik. Cand. Mag. i Psykologi og Uddannelsesstudier. Sygeplejerske. Forskning i rehabilitering og patientinddragelse.

### **Medlemmer indstillet af følgende interessenter:**

Følgende udpeges som følge af indstillinger fra interessenter:

- 1 repræsentant udpeget af kommunerne i fællesskab
- 1 repræsentant udpeget fra KANUNUPE
- 1 repræsentant udpeget af Neriuffik
- 1 repræsentant udpeget fra Grønlands Lægeforening
- 1 repræsentant udpeget fra PPK
- 1 repræsentant udpeget fra SIK
- 1 repræsentant udpeget fra Grønlands Tandlægeforening

### **Følgende enheder deltager som tilforordnede:**

- Departementet for Sundhed
- Formandens Departement
- Departementet for Finanser
- Departementet for Sociale Anliggender og Justitsområdet
- Departementet for Uddannelse, Kultur og Kirke
- Center for Folkesundhed i Grønland
- Landslægeembedet tilforordnes formandskabet

Formandskabet kan efter opgavens karakter herudover tilknytte yderligere tilforordnede fra eksempelvis relevante organisationer og myndigheder m.v.

Indstillingen fra interessentgrupperne sker efter de retningslinjer, der følger af kapitel 3 i Inatsisartutlov nr. 3 af 29. november 2013 om ligestilling af mænd og kvinder. Retningslinjerne henviser til at offentlige kommissioner nedsat af Naalakkersuisut til at forberede fastsættelse af regler eller planlægning af samfundsmæssig betydning, skal være sammensat sådan, at der højst er ét medlem mere af det ene køn end af

det andet. Naalakkersuisut nedsætter således sundhedskommissionen således, at der samlet set er højst et medlem mere af det ene køn.

Interessentgrupper, der indstiller medlemmer til sundhedskommissionen skal foreslå en mand og en kvinde til udpegelse hos Naalakkersuisut. Den person, som ikke udpeges som medlem, vil fungere som stedfortræder.

Hvis indstillingerne af medlemmer til sundhedskommissionen ikke sker i overensstemmelse med bestemmelsen, kan Naalakkersuisut se bort fra den pågældende indstilling, såfremt der foreligger særlige grunde. Interessentgruppen skal i så fald angive en saglig begrundelse til Naalakkersuisut.

Kommunerne har mulighed for at indstille ét medlem i fællesskab. Såfremt kommunerne, i fællesskab, ikke kan blive enige om at indstille et medlem, indstiller hver kommune en mand og en kvinde. Naalakkersuisoq udpeger herefter et medlem ud fra indstillingerne.

Medlemmer af Naalakkersuisut/Inatsisartut kan ikke indstilles til sundhedskommissionen. Ansatte i Departementet for Sundhed, i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse eller Landslægeembedet kan ikke indstilles til sundhedskommissionen.

Nødvendig udskiftning i forbindelse med forfald skal ske efter indstilling fra sundhedskommissionen, og godkendes af Naalakkersuisut på baggrund af en ny indstilling fra den interessentgruppe som oprindeligt indstillede det udtrådte medlem.

## Politisk følgegruppe

Der nedsættes en politisk følgegruppe bestående af medlemmer fra partier repræsenteret i Inatsisartut. Formålet med den politiske følgegruppe er at sikre en tæt kontakt til det politiske niveau.

## Sekretariatsbistand

Departement for Sundhed og Departementet for Finanser varetager kommissionens sekretariatsbetjening, som blandt andet omfatter følgende opgaver:

- Udarbejdelse af interne arbejdsoplysninger, herunder indsamling af data
- Gennemførelse af konsekvensberegninger og scenarie-udarbejdelse
- Tværsektoriel integration af kommissionens arbejde
- Faglig sekretær - udarbejdelse af dagsordener, referater m.v.
- Praktisk sekretariatsbetjening til rejsebestillinger, booking af hotel, rejseafregninger, udbetalinger til honoreringer og til tabt arbejdsfortjeneste

## Bilag 2.

# Oversigt over Sundhedskommissionens medlemmer, politiske følgegruppe, tilforordnede og sekretariat

### **Medlemmer:**

Ulrik Blidorf, formand

Kjeld Møller Pedersen, næstformand

Tine Aagaard, 2. næstformand

Ludvig Larsen, SIK

Inge-Lise Kleist, PPK

Nicolai Hardenberg Larsen, Grønlands Lægeforening

Brita Broberg, Tandlægeforeningen

Aviâja Lyngø, Neriuffik

Tine Pars (siden februar 2023), Kommunerne

Regine Bidstrup (siden juni 2022), KANUNUPE

Arnannguaq Heilmann Christensen (frem til januar 2023), Kommunerne

Jens Kristian Therkelsen (frem til juni 2022), KANUNUPE

### **Politisk følgegruppe:**

Asii Chemnitz Narup og Agathe Fontain (suppleant), Inuit Ataqatigiit

Anna Wangenheim og Nivi Olsen (suppleant), Demokraatit

Gitte Kilime og Inga-Dora G. Markussen, Siumut

Aqqalu Jeremiassen, Atassut

Dorthe Zeeb, Naleraq

**Tilforordnede:**

Henrik Hansen, Landslægeembedet (tilforordnet formandskabet)  
Nike Berthelsen, Departementet for Sundhed  
Aka Olesen, Departementet for Sundhed  
Tina Amondsen, Sundhedsledelsen  
Ella Skifte, Sundhedsledelsen  
Berit Bjerre Handberg, Sundhedsledelsen  
Heidi Lindholm, Departementet for Børn, Unge og Familier  
Kasper Gimsing, Formandens Departement  
Nikolai S. Christensen, Departementet for Finanser og Ligestilling  
Lilian Helberg, Departementet for Uddannelse, Kultur, Idræt og Kirke  
Esekias Therkelsen, Sugisaq  
Christina Viskum Larsen, Center for Folkesundhed i Grønland

**Sekretariatet:**

Lisa Sólrún Christiansen, Departementet for Sundhed  
Susanne Lyngé, Departementet for Sundhed  
Martin Hønge Olsen, Departementet for Sundhed  
Peter Hansen, Departementet for Finanser og Ligestilling

## BILAG 3.

# Sundhedskommissionens samlede anbefalinger

### Kapitel 1 – Sundhedskommissionens kommissorium

Ingen anbefalinger.

### Kapitel 2 – Sammenfatning

Ingen anbefalinger.

### Kapitel 3 – Grundlag og principper for Sundhedskommissionens arbejde

Ingen anbefalinger.

### Kapitel 4 – Sundhed og udviklingen heri

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At udviklingen i uligheden i sundhed følges tæt og der sættes ind, hvor sundhedsvæsenet, evt. i samarbejde med andre sektorer, kan bidrage til at mindske uligheden
2. At der i sundhedsvæsenet sættes fokus på personalets muligheder for at imødegå social ulighed i sundhed, og at der etableres rammer herfor

### Kapitel 5 – Sundhedssektoren i Grønland

Sundhedskommissionen anbefaler:

3. At bemanningen i Departementet for Sundhed øges for at styrke det strategiske arbejde og politiske betjening
4. At den økonomiske ramme for støttefunktioner og administration i Det Grønlandske Sundhedsvæsen øges for at undgå at administrative opgaver løses af kliniske medarbejder
5. At de driftsrettede opgaver i Styrelsen for Sundhed integreres i sundhedsvæsenet – således, at Det Grønlandske Sundhedsvæsen gøres til én tydelig og klar driftsorganisation. De rent juridisk definerede styrelsesopgaver isoleres i Styrelsen for Sundhed
6. At de ledende regionslæger aflastes for administrative opgaver, blandt andet HR-relaterede opgaver
7. At det overvejes af genindføre den centrale styring af blandt andet apoteks- og laboratorieområdet fra før regionsreformen
8. At der igangsættes en analyse af Steno Diabetes Centrets betydning for det almen medicinske arbejde, herunder kronikerområdet
9. At der udarbejdes en ny udgave af Ydelseskataloget, der samtidig bør skifte navn og holdes løbende opdateret

10. At Allorfik bør være en driftsenhed i sundhedsvæsenet med selvstændigt budget for at sikre en tættere forbindelse mellem parterne<sup>1</sup>
11. At kvalitetsarbejdet og lederudvikling styrkes
12. At der indledes et arbejde med at udvikle en samlet sundhedslov

## Kapitel 6 - Det somatiske sundhedsvæsen

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der laves en analyse af kapacitetsudnyttelsen af sengene på regionshospitalerne og sundhedscentre
2. At der sker en tilpasning af sengetallet på regionssygehusene, eller at det undersøges om sengene eventuelt kan udnyttes i et samarbejde med kommunerne, eller om lokalerne kan udnyttes til f.eks. at huse Landstandplejen
3. At der udarbejdes løbende, tidsaktuelle og tilgængelige opgørelse af ventelister til kirurgisk og medicinsk behandling
4. Antallet af fødesteder skal være tre - og på længere sigt to<sup>2</sup>
5. At der igangsættes et systematisk strategiarbejde for de lægelige specialeområder med inddragelse af ekstern lægefaglig bistand, således at der udstikkes retning og mål for udviklingen i Grønland samt etablering af et løbende samarbejde med et dansk hospital
6. At der igangsættes en analyse af arbejdsgange m.m. på Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk med henblik på at forbedre tilgængeligheden og kvaliteten
7. At der igangsættes en analyse af muligheden for en lægevagtsordning i Nuuk og hvor hensigtsmæssigt i øvrigt, for at forbedre kvaliteten af lægefaglig betjening uden for almindelig åbningstid
8. At der laves en analyse af udnyttelsen af de personalemæssige (og økonomiske) ressourcer i forhold til opgaveløsningen i regionerne

## Kapitel 7 - SWOT

Ingen anbefalinger.

## Kapitel 8 - Uddannelse og kompetenceudvikling

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der bør udarbejdes en sammenhængende uddannelsesplanlægning rettet mod sundhedsvæsenets nuværende og fremtidige behov i et samarbejde med Peqqissaanermik Ilinniarfik (PI) og sundhedsvæsenet, herunder en strategi for at tiltrække og uddanne unge til sundhedsrettede uddannelser efter 10. kl./efterskole og efter de gymnasiale uddannelser (inkl. Ilisimatusarfik i forhold til sygeplejestudiet og tolkeuddannelsen)
2. At der udarbejdes en strategi for faglig udvikling på alle typer af sundhedsenheder
3. At øge en virkelighedsnær skolepraktik/simulationsbaseret undervisning herunder ved etablering af en dedikeret fysisk kapacitet dertil (praksishus)

<sup>1</sup> Medlem af Sundhedskommissionen Tine Pars har indgivet en mindretalsudtalelse på baggrund af denne anbefaling, som hun ikke bakker op om.

<sup>2</sup> Næstformand for Sundhedskommissionen Tine Aagaard har indgivet en mindretalsudtalelse på baggrund af denne anbefaling, som hun ikke bakker op om.

4. At øge antallet af praktikpladser og praktikvejledere med ansvar for minimum to praktikanter ad gangen
5. At øge antallet af kollegiepladser
6. At der i højere grad sættes fokus på trivsel og studieparathed under de respektive sundhedsuddannelser
7. At potentialet for fjernundervisning udnyttes både i grunduddannelserne samt i efter- og videreuddannelsen, herunder efteruddannelse af kortuddannet/ufaglært personale i de mindre sundhedsenheder
8. At øge brugen af realkompetenceudvikling for ufaglærte og kortuddannede medarbejdere samt øget samarbejde med kommunerne om kompetenceudvikling
9. At der sikres bedre introduktion til studielivet i Danmark for medicin- og tandlægestuderende m.fl. Introduktionskursus som bro mellem gymnasiet og universitetet, herunder oplysning om kulturforskelle organiseret i et samarbejde med De Grønlandske Huse i Danmark

## Kapitel 9 – Rekruttering og fastholdelse

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At rekrutteringsenheden styrkes, herunder brugen af LinkedIn og sociale platforme i øvrigt
2. At de studerendes tilknytning til Grønland styrkes under studierne i Danmark med grønlandske mentorer, klinikophold og feriejobs i det grønlandske sundhedsvæsen, tilbud om grønlandsk specialevejleder m.m., og for medicin- og tandlægestuderende aftaler med alle universiteter i Danmark om klinikophold i Grønland
3. At satse på udenlandsk arbejdskraft, blandt andet fra tredjelande, samt udarbejde en handleplan, der både håndterer spørgsmålet om at sikre en hurtig autorisation af fagligt kompetent personale såvel som sprogproblematikken og integrationen i forhold til eventuelt engelsktalende personale
4. At der udarbejdes en samlet autorisationslov for samtlige autorisationsområder, blandt andet som forudsætning for flere sundhedsprofessionelle fra tredjelande og EU
5. At gøre det mere attraktivt for alle personalekategorier at være og forblive ansat i sundhedsvæsenet, blandt andet gennem muligheder for udvikling af faglig praksis og inddragende personaleledelse
6. At sikre hurtigere og korrekt sagsbehandling i personaleadministrationen
7. At Sundhedsledelsen bør have større lokal ledelsesrum i forbindelse med løn- og ansættelsesvilkår
8. At der udvikles on-boarding forløb

## Kapitel 10 – Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der udarbejdes overordnede fællesoffentlige aftaler om, hvad sundhedsvæsenet og kommunerne som minimum skal kunne levere ind i samarbejdet på alle områder, blandt andet socialpsykiatrien, ældreområdet og Tidlig Indsats
2. At der skabes lovgivnings- eller cirkulæremæssig afklaring vedrørende ansvar på en række felter, blandt andet hjælpemidler, jf. anbefalingen i Naalakkersuisuts ældrestrategi, og i det hele taget hvad der er sundhedsvæsenets opgaver
3. At der oprettes et fælles koordinerende samarbejdsorgan for kommunerne og sundhedsvæsenet, fordi mange udfordringer er ens på tværs af kommuner
4. At der foretages fælles kompetenceudvikling mellem sundhedsvæsenet og kommunerne, blandt andet som middel til bedre samarbejde

5. At afklare procedurer for diagnosticering af demens, herunder problemstillingen om CT-scanning på DIH
6. At øge samarbejdet og optimere arbejdsdelingen mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
7. At styrke samarbejdet i socialpsykiatrien mellem hospitalspsykiatrien og kommunerne
8. At afklare personalesammensætningen i socialpsykiatriens boenheder (pædagoger/sundhedsfagligt personale)
9. At sikre en recovery-orienteret tilgang til behandling i socialpsykiatrien
10. At sammentænke anlægsplanlægningen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne på ældreområdet og andre relevante områder
11. At der etableres læseadgang til EPJ-systemet Cosmic på alderdomshjemmene for godkendt personale

## Kapitel 11 - Sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At optimere organiseringen af arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på mere fokuserede og sammenhængende indsatser og for at fremme en klarere ansvarsfordeling
2. At øge inddragelse af kommunerne i forberedelse af strategier og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme
3. At skabe overblik over økonomien og effekter af indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme for prioritering af indsatser på et oplyst grundlag og for at kunne tage stilling til budgetter på området
4. At sikre en reelt overordnet styring af Inuuneritta III, som også involverer repræsentanter fra kommunerne og sundhedsvæsenet
5. At sikre fornyet satsning på KRAM-faktorerne i det forebyggende arbejdet for at påvirke livsstil
6. At have vedvarende fokus på betydningen af lovgivning om alkohol, tobak og euforiserende stoffer i forhold forbrug og misbrug heraf
7. At styrke seksualoplysning gennem ung-til-ung-indsatser, og styrke at seksuel sundhed kan debatteres i det offentlige rum
8. At inddrage civilsamfundet og arbejdspladserne i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse
9. At kommunerne får større faglig støtte fra centralt hold og der herunder sikres et samarbejde om relevant efteruddannelse af medarbejderne i forhold til at udvikle det forebyggende arbejde
10. At etablere en fælles kommunikationsplatform for sundhedsfremme og forebyggelsesområdet for alle relevante parter

## Kapitel 12 - Rehabilitering

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der lovgives om ansvarsfordelingen mellem kommuner og sundhedsvæsenet
2. At der satses mere på telebaseret rehabilitering
3. At der udvikles et passende rehabiliteringstilbud i Det Grønlandske Patienthjem
4. At arbejdet med en rehabiliteringsstrategi færdiggøres og finansieres
5. At der lovgives om retten til rehabilitering
6. At der arbejdes med muligheden for hverdagsrehabilitering

7. At uddannelses- og kompetenceudviklingsindsatser integrerer behov, der udspringer af rehabiliteringsstrategien
8. At der arrangeres løbende workshops mellem kommuner og sundhedsvæsenet om rehabilitering
9. At erhvervslivet inddrages i rehabiliteringsindsatsen, når det er relevant

## Kapitel 13 - Selvmord

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At koordinere de selvmordsforebyggende indsatser, f.eks. gennem årlige status- og opsamlingsmøder med de involverede interessenter
2. At skabe større klarhed om henvendelsesmuligheder i tilfælde af selvmordstanker
3. At sikre opfølgning på unge som i forvejen er kendt af politiet/de sociale myndigheder
4. At etablere flere tilbud i form af støttegrupper og samtaletilbud
5. At etablere flere trivselsfremmende tilbud til børn og unge
6. At sikre rammer for unges samvær med et konstruktivt sigte i forhold til fremtidsmuligheder
7. At sikre at tilbuddene dækker alle relevante grupper og er tilgængelige alle steder
8. At sikre redskaber til samtale blandt de unge selv om følelser i forbindelse med mistrivsel, selvmordstanker og selvmord i nære relationer
9. At sikre støtte til familier i mistrivsel
10. At sikre udbredelse af viden om mental sundhed. Mere åbenhed i samfundet i forhold til at kunne tale om problemer med mistrivsel og selvmord

## Kapitel 14 - Psykiatri

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der overordnet prioriteringsmæssigt bliver særlig opmærksomhed på at imødegå de massive problemer, som psykiatrien står med både hvad angår personalesituationen og bredere set med hensyn til ressourcer til området
2. At kapaciteten ved det planlagte psykiatrihus ved Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk udvides fra 16 til 20 pladser, og at der er særlig fokus på at skabe en bedre indretning til gavn for forskellige patientgruppers behov
3. At ansvaret klargøres vedrørende patienter, der får afsagt en dansk behandlingsdom, som medfører, at ansvaret og tilsynet med dommen overgår til den danske kriminalforsorg. Patienterne må ikke efterlades i et tomrum
4. At der er vedvarende fokus på personalesituationen – både rekruttering af specialiseret personale og kompetenceudvikling af kortuddannet/ufaglært personale lokalt
5. At der er de nødvendige tilbud til patienter udskrevet fra den psykiatriske afdeling og et godt samspil med kommunernes socialpsykiatri
6. At der sættes målrettet ind på at løse udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde om psykiatrien, herunder også i forhold til samspillet med det somatiske område og misbrugsbehandlingsområdet

7. At undersøge om (autoriserede) psykologer ansat i psykiatrien kan få tilladelse til at stille udvalgte faglige diagnoser og udskrive medicin efter godkendt supplerende uddannelse<sup>3</sup>
8. At skabe et øget fokus på udsatte børn/unge/familier med henblik på at forebygge lange ventetider i det psykiatriske system for børn og unge med risiko for egentlig psykisk sygdom
9. At etablere en selvstændig børnepsykiatrisk afdeling

## Kapitel 15 - Telemedicin

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At arbejdet med udbredelse af telemedicinske løsninger på alle områder intensiveres og indtænkes organisatorisk og integreres i arbejdsgange samt følges op med sikring af de nødvendige kompetencer til at betjene løsningerne
2. At der i befolkningen og blandt sundhedsprofessionelle skabes forståelse for muligheder og begrænsninger i forhold til brugen af telemedicinske løsninger
3. At behovet for og prioritering af den nødvendige båndbredde løbende aftales med Tusass
4. At skabe klarhed over antallet af grønlandsktalende sundhedsprofessionelle uden for Grønland, som kan inddrages i den telemedicinske løsning

## Kapitel 16 - Landstandplejen

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At voksentandplejen (+22-årige) udbygges over en periode på 5-10 år
2. At der etableres et tilbud for bøjlebehandling uden for Nuuk for børn i 5. klasse over en 5-10-årig periode
3. At der er et tættere samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, blandt andet gennem fælles kompetenceudvikling
4. At der gøres indsatser i forhold til at nedbringe omfanget af udeblivelser i tandplejen
5. At tolkning bliver en del af i uddannelsen af KIG/KA
6. At oprette rejsehold af tandplejepersonale

## Kapitel 17 - Brugerinddragelse

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der laves en ny lov om patienters rettigheder til erstatning af 2001-loven
2. At sundhedspersonalets kompetencer vedrørende brugerinddragelse styrkes, inkl. forståelse af kulturforskelle
3. At der udvikles en kultur i sundhedsenhederne om inddragelse af brugerne, inkl. pårørende, i deres forløb
4. At der sikres professionel tolkebistand ved mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle
5. At kommunikation på tværs af sundhedsenheder styrkes og arbejdsgange forenkles med henblik på bedre samarbejde om patientforløb mellem sundhedsenhederne og dermed muligheden for at inddrage patienterne i forløbene

<sup>3</sup> Formand for Sundhedskommissionen Ulrik Blidorf har indgivet en mindretalsudtalelse på baggrund af denne anbefaling. I sin udtalelse ønsker han i stedet følgende formulering til anbefaling: At (autoriserede) psykologer ansat i psykiatrien får tilladelse til at stille udvalgte faglige diagnoser og udskrive medicin efter godkendt supplerende uddannelse.

6. At brugerinddragelse indgår som fag i sundhedsuddannelserne
7. At sundhedsvæsenet styrker sit forhold til befolkningen gennem dialogmøder og sundhedsoplysning
8. At der oprettes et dialogforum om patientinddragelse for repræsentanter for henholdsvis brugerne og sundhedsvæsenet
9. At der oprettes en digital platform for sundhedsinformation/et patientforum
10. At der foretages løbende opsamling på brugerperspektiver ved hjælp af spørgeskemaer og kvalitative metoder

## Kapitel 18 - Et mere datadreven og gennemsigtigt sundhedsvæsen

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der snarest laves en dataoverbygning på den elektroniske patientjournal Cosmic med oversigtsdata til ledelsesbrug og for HR- og økonomisystemet
2. At data om aktivitet i sundhedsvæsenet og fordeling af diagnoser stilles til rådighed for offentligheden gennem Grønlands Statistik
3. At der ved valget af efterfølgeren til Cosmic inddrages en bred kreds af sundhedsprofessionelle og ikke alene IT-professionelle
4. At der afsættes investeringsmidler til Cosmics efterfølger i størrelsesordenen 75-100 mio. kr.

## Kapitel 19 - Økonomiske forhold

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der laves en 10-årig investeringsplan for Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk som led i en samlet anlægssektorplan for sundhedsområdet, der ikke alene har fokus på investeringer i sygehus- og patienthotelbyggeri, men også adresserer behovet for hospitalsudstyr, herunder apparatur og relevante IT-systemer
2. At anlægsbudget til ny psykiatribygning inkl. børnepsykiatri øges
3. At der afsættes 75-100 mio. kr. til nyt EPJ-system til erstatning af Cosmic
4. At sikre en regional balanceret fordeling af de økonomiske midler, der kompenserer for den geografiske udvikling
5. At der igangsættes en analyse af, om finansieringen af sundhedsvæsenet er tilstrækkeligt i lyset af forventninger og den sundhedsfaglige udvikling

## Øvrige anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

1. At der oprettes et uafhængigt Sundhedsråd, der i en årlig rapport følger og vurderer udviklingen i og af Det Grønlandske Sundhedsvæsen
2. At der udarbejdes en årlig repræsentativ undersøgelse af borgernes/patienternes erfaringer med Det Grønlandske Sundhedsvæsen

## BILAG 4. Forkortelses- og ordforklaring til Sundhedskommissionens betænkning

Forkortelse	Ord	Forklaring
	A1	Åbent akut modtagersengeafsnit på psykiatrisk område på DIH, der yder behandling og rehabiliterende forløb
	A-dom	Anbringelsesdom i retspsykiatrien
	Akureyri	By i det nordlige Island, som bl.a. har et regionssygehus
	Allorfik	Driftsenhed under Departementet for Sundhed som varetager det nationale tilbud om gratis behandling til voksne med afhængighed af rusmidler og spil
	Ambulant	Alle former for behandlinger eller undersøgelser som ikke kræver indlæggelse.
ASA	Aningaasaqarnermut Sulisoqarnermullu Aqutsisoqarfik	Økonomi- og Personalestyrelsen i Selvstyret
AMA	Arbejdsgivernes Arbejdsmarkedsafgift	Tilskud til kurser på erhvervsuddannelsesområdet der retter sig mod både faglærte og ufaglærte
	Armslængdeprincippet	Princip om at politikere afstår fra at detailstyre driften af forskellige offentlige områder
AK	Atorfillit Kattuffiat	Tværfaglig fagforbund der organiserer flere faggrupper på sundhedsområdet (eks. tandplejere og lægesekretærer)
	B-dom	Behandlingsdom i retspsykiatrien
	Befolkningsundersøgelsen	Folkesundhedsundersøgelse blandt befolkningen i Grønland. Den seneste undersøgelse er fra 2018.
	Belægningsprocent	Procentdel af senge på et sengeafsnit, som benyttes i løbet af en given periode. Jo lavere belægningsprocent, jo flere senge står ledige.
	Blended learning	Begreb inden for uddannelsesverdenen der typisk betegner kombinationen af e-learning og tilstedeværelseskurser
BMI	Body Mass Index	Indeks baseret på oplysninger om vægt ift. højde til at vurdere, om en person er under-, normal- eller overvægtig
BNP	Bruttonationalprodukt	Værdien af et lands samlede årlige produktion
	Caries	Fagudtryk for huller i tænderne
CEFR	Common European Framework of Reference for Language	International referenceramme for sproglige færdigheder
	Cosmic	Navnet på den elektroniske patientjournal som for nuværende benyttes i Grønland. IT-systemet Cosmic er udviklet af det svenske firma Cambio.
DDD	Dagligt definerede doser	Statistisk måleenhed der gør det muligt at sammenligne forbruget af forskellige lægemidler.
DREAM	Danish Research Institute for Economic Analysis and Modelling	Modelsystem til vurdering af fremtidige perspektiver for samfundsøkonomien
DSAM	Dansk Selskab for Almen Medicin	Selskab med formål at udvikling af almenmedicinske speciale
	Demo-stue	Demonstrationsstue på et uddannelsessted der er indrettet som en sengestue på et sygehus med tilhørende udstyr, hvor studerende kan øve sig på simulationer af hændelser
GUX	Den gymnasiale uddannelse	Den gymnasiale uddannelse i Grønland
EØS	Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde	Samarbejdsaftale mellem EU, Norge, Island og Liechtenstein for EUs indre marked. Grønland er ikke medlem af EØS.
DGP	Det Grønlandske Patient- hjem	Enhed under sundhedsvæsenet med primær opgave at indkvartere patienter og pårørende fra Grønland ifm. undersøgelse eller behandling i Danmark. Beliggende i København.
VIVE	Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd	Dansk forsknings- og analysecenter med speciale inden for velfærdsområdet
DIH	Dronning Ingrid's Hospital	Grønlands landshospital. Beliggende i Nuuk

DIS	Dronning Ingrid's Sundhedscenter	Den primære sundhedssektor for borgere i Nuuk. Også kendt som Lægeklinikken.
	Elektiv	Elektiv betyder planlagt. Det kan eksempel vis være en elektiv/planlagt behandling i sundhedsvæsenet - i modsætning til en akut behandling.
EPJ	Elektronisk Patientjournal	IT-system og arbejdsredskab i sundhedsvæsenet, som bl.a. indeholder alle patientjournaler
FL	Finanslov	
FFL	Forslag til finanslov	
FM/EM	Forårsmøde / efterårsmøde	Betegnelser for Inatsisartuts to årlige samlinger i hhv. foråret og efteråret
GDPR	General Data Protection Regulation	Databeskyttelsesforordning der har til formål at beskytte personoplysninger
GIF	Grønlands Idrætsforening	
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children	Folkesundhedsundersøgelse blandt børn i skolealderen i Grønland. Den seneste landsdækkende undersøgelse er fra 2018. Også kendt som Skolebørnsundersøgelsen.
	Hovedkonto / finanslovkonto	Bevilling på finansloven, som skal benyttes inden for et bestemt område
	Ikaarsarfik	Distriktspsykiatrien. Varetager bl.a. medicinadministration, hjemmebesøg, psykoedukation og behandlingsopfølgning af patienter med alvorlig psykiatrisk lidelse
	Ilisimatusarfik	Grønlands Universitet beliggende i Nuuk.
	Inatsisartut	Grønlands lovgivende forsamling
	Institut for Sundhed og Natur	Institut på Ilisimatusarfik som foretager sundhedsforskning og bl.a. inkluderer sygeplejerskeuddannelsen, overbygningsuddannelser samt Center for Sundhedsforskning
IMA	Intermediær Afsnit	Afdeling på DIH for patienter med øget behov for observation og behandling, men hvor tilstanden ikke er så kritisk, at der er behov for indlæggelse på Intensiv afdeling
	Inuuneritta (I, II, III)	Grønlands folkesundhedsprogram(mer)
KANUKOKA	Kalaallit Nunaanni Kommunit Kattuffiannit	De Grønlandske Kommuners Landsforening (nedlagt i 2018)
	KANUNUPE	Interesseorganisation for sammenslutningen af de grønlandske bygder
KIG	Kigutigissaasut	Tandplejere uddannet ved den grønlandske tandplejeruddannelse
	Killiliisa	Naalakkersuisuts strategi mod seksuelle overgreb 2018-2022
KA	Klinikassistent	Arbejdsfunktion inden for tandplejen
KRAM	Kost, Rygning, Alkohol, Motion	Helbreds- og livsstilsrelaterede faktorer for folkesundhed
KOL	Kronisk Obstruktiv Lungesygdom	Kronisk sygdom i lungerne der oftest forekommer som følge af tobaksrygning.
	Kysten	Uformel betegnelse af områder i Grønland uden for Nuuk
	Landspítali	Landshospitalet i Island beliggende i Reykjavik
	LinkedIn	Erhvervs- og rekrutteringsorienteret socialt medie
LFU	Lokale forebyggelsesudvalg	Udvalg der står for lokale forebyggelsestiltag
	Majoriaq	Landsdækkende borgernær funktion for jobformidling, uddannelse og arbejde
	MANU	Landsdækkende tilbud om forældreforberedelse
	Masterplanen	Arbejdsredskab i sundhedsvæsenet til planlægning og koordinering af specialtrejser/-besøg
MEDEVAC	Medical Evacuation	Akut evakuering af patienter til en sundhedsenhed
	Meeqqat 0 - 18	Projekt under Socialstyrelsen for trivsel og udvikling blandt børn i alderen 0-18 år
	Middellevetid	Det gennemsnitlige antal år, som en befolkning har udsigt til at leve i
	MIO	Grønlands Børnerettighedsinstitution, som bl.a. beskæftiger Børnetalsmanden
	MISI	Pædagogisk-psykologisk rådgivning i kommunerne
	Neriuffik	Forening for Kræftens Bekæmpelse i Grønland. Også kendt som Neriuffiit Kattuffiat.

NGO	Non-Governmental Organization	Organisation der er økonomisk og organisatorisk uafhængig af en regering
	Nunamed	Konference i Nuuk om medicin og sundhed i Grønland og Arktis. Afholdes hvert tredje år.
NUN	Nunatsinni Nakorsaaneqarfik	Landslægeembedet
	Naalakkersuisut	Grønlands regering
OCR	Optical Character Recognition	Indberetningsblanket i forbindelse med tandbehandling
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling der har til formål at forbedre økonomiske vilkår internationalt
	Palliation	Fagudtryk for lindrende behandling af lidelser og sygdomme
PPK	Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit	Tværfagligt fagforbund der organiserer flere faggrupper på sundhedsområdet (eks. sygeplejersker, jordemødre og fysioterapeuter). Også kendt som Det Grønlandske Sundhedskartel.
PN	Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik	Departementet for Sundhed
PI	Peqqissaanermik Ilinniarfik	Erhvervsfaglig brancheskole som udbyder forskellige sundhedsuddannelser. Beliggende i Nuuk.
PiSiu	Pinerlutsaaliuinermut Siunnersuisoqatigiit	Det Grønlandske Kriminalpræventive Råd
	Pipaluk	Telemedicinsk udstyr i sundhedsvæsenet, der er under udfasning
	Pissassarfik	Det landsdækkende handicapcenter
PLO	Praktiserende Lægers Organisation	Organisation for praktiserende læger i Danmark under Lægeforeningen
PKU	Projekt Kompetenceudvikling for Ufaglærte	Tilskud til kurser af uddannelse af ufaglærte
	PUISA	Ny app til telemedicin
	Paarisa	Selvstyrets enhed for forebyggelse inden for områderne for social og sundhed
	Qamani	Projekt for selvmordsforebyggelse i regi af MIO
	QLIK	Software til udtræk af sundhedsdata til brug i bl.a. ledelsesinformation
	R3	Retspsykiatrisk sengeafsnit på Aarhus Universitetshospital i Skejby i Danmark
RKV	Realkompetencevurdering	Vurdering af en persons reelle kompetencer i forhold til at blive optaget på en bestemt uddannelse
SAR	Search And Rescue	Eftersøgnings- og redningsopgave som iværksættes for eksempelvis nødstedte til havs
	Sektorplan	Overordnet plan for udviklingen af et bestemt område - eksempelvis sundhedsområdet
SPOC	Single point of contact	Koncept med et enkelt kontaktpunkt til det offentlige
SUS	Social Udviklingscenter	Non-profit socialt projekt- og videnshus, der bl.a. har udarbejdet en rapport om hjemløshed i Grønland
SPS	Socialpædagogisk Seminarium	Uddannelsesinstitution for socialpædagogiske professioner i Grønland
	Somatik	Den del af sundhedssektoren som omhandler det legemlige og fysiske - i modsætning til det psykiske/psykiatriske
	Specialistrejser/-besøg	Rejser hvor et team af specialister fra DIH eller Danmark besøger én eller flere sundhedsenheder for at udføre undersøgelser eller behandlinger, som almindeligvis ikke udføres på den pågældende enhed.
SIF	Statens Institut for Folkesundhed	
SDCG	Steno Diabetes Center Grønland	Særskilt klinisk område i sundhedsvæsenet, som fokuserer på livsstilssygdommene KOL, Også kendt som Inuunerissaavik.
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats	Analyseredskab der undersøger en organisations styrker, svagheder, muligheder og trusler
STPS	Styrelsen for Patientsikkerhed	Styrelse som bl.a. fører tilsyn på sundhedsområdet og administrerer autorisationer i Danmark

	Styrelsen for Sundhed	Styrelse underlagt Departementet for Sundhed, der hovedsageligt står for den administrative drift af sundhedsvæsenet. Ikke at forveksle med den danske Sundhedsstyrelse
	Sugisaq	Patient- og pårørende forening med fokus på det psykiatriske område
SIK	Sulinermik Inuussutissarsiuteqartut Kattuffiat	Fagforbund for bl.a. portører og sundhedshjælpere
SUKO	Sundhedskommissionen	Forkortelse for Sundhedskommissionen
SL	Sundhedsledelsen	Sundhedsvæsenets øverste ledelse
	Sundhedsreformen	Reform af sundhedsvæsenet fra 2011 som bl.a. medførte en omstrukturering af de tidligere 16 sundhedsdistrikter til fem sundhedsregioner
SST	Sundhedsstyrelsen	Den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark. Ikke at forveksle med Styrelsen for Sundhed i Grønland
SHV	Sundhedsvæsenet / Det Grønlandske Sundhedsvæsen	
	Sungiusarfik Aaqa	Landsdækkende døgntilbud til voksne med psykiatriske lidelser
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe	Spørgeskemaundersøgelse blandt +50-årige i Europa
SDU	Syddansk Universitet	Dansk universitet som bl.a. gennem Statens Institut for Folkesundhed samarbejder med Ilisimatusarfik
	Teams	Software udviklet af Microsoft til afholdelse af videomøder
	Telemedicin	Udstyr og metoder som ved hjælp af teknologi eksempelvis kan skabe kontakt mellem patient og behandler
	Tidlig Indsats	Landsdækkende tværfaglige social indsats for sårbare gravide familier med fokus på handling så tidligt som muligt i det enkelte barns liv
	Tilioq	Handicaptalsmandsinstitutionen i Grønland
TB	Tuberkulose	Infektionssygdom der i de fleste tilfælde rammer lungerne
	Tusaannga	Telefonlinje for unge med eks. psykiske eller sociale problemer
	Visitationsnævnet	Nævn bestående af ledelsesrepræsentanter og fagfolk som bl.a. tager stilling til konkrete og principielle sager om sundhedsvæsenets behandlingstilbud
	Warwich-Edinburgh mental well-being scale	Indeks til beregning af livskvalitet
WHO	World Health Organization	FN-systemets retningsgivende og koordinerende organ på sundhedsområdet. Også kendt som Verdenssundhedsorganisationen
	Ydelseskataloget	Katalog over sundhedsydelser, som sundhedsvæsenet udbyder på pågældende sundhedsenheder
	Yngre læge	Udtryk for en læge, som ikke er uddannet speciallæge

## BILAG 5. Baggrundsnotater til Sundhedskommissionens arbejde

Nedenstående baggrundsnotater er udarbejdet af Center for Folkesundhed i Grønland under Statens Institut for Folkesundhed som led i Sundhedskommissionens arbejde.

Notaterne kan findes på: [www.naalakkersuisut.gl](http://www.naalakkersuisut.gl)

1. Overblik over rapporter og andre udgivelser til arbejdet i Sundhedskommissionen
2. Notat om udfordringer og løsninger vedrørende rekruttering, fastholdelse og uddannelse på sundhedsområdet
3. Notat om muligheder for samarbejde om fælles opgaveområder i sundhedsvæsenet og kommunerne
4. Notat om tandplejen
5. Notat om status og muligheder for brug af telemedicin
6. Notat om befolkningsudviklingens betydning for sundhedsområdet
7. Notat om psykiatrien og psykiske lidelser
8. Notat om sundhedsvæsenets samarbejde med Danmark og Island
9. Notat om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering
10. Notat om struktur, opgavefordeling, organisation og ledelse i sundhedsvæsenet
11. Notat om forekomsten af selvmordsadfærd og selvmord

## BILAG 6. Liste over figurer og tabeller i Sundhedskommissionens betænkning

### Liste over figurer:

**Figur 2.1:** Tre telemedicinske situationer

**Figur 4.1:** Sundhed i social sammenhæng

**Figur 4.2:** Udviklingen i middellevetid 1999 – 2021, hele landet og udvalgte geografiske områder

**Figur 4.3:** Social ulighed for selvvalgt helbred. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder og køn.

**Figur 4.4:** Forekomst af selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg nogensinde efter uddannelse.

**Figur 4.5:** Deltagere med lægekontakt inden for det seneste år.

**Figur 4.6:** Udviklingen i de 12 hyppigste dødsårsager.

**Figur 4.7:** Forekomsten af diagnosticeret diabetes blandt voksne 20-79 år

**Figur 4.8:** Antal selvmord per 100.000 indbyggere 1983 – 2018

**Figur 4.9:** Udviklingen i svangerskabsafbrydelse 1993-2021

**Figur 4.10:** Udviklingen i smitsomme kønssygdomme

**Figur 4.11:** Fremskrivning af forventet antal ældre på henholdsvis 67 år og samlet antal over 67 år frem mod 2040

**Figur 4.12:** Forhold der påvirker realvæksten i sundhedsudgifterne

**Figur 4.13:** Procentvis fordeling af befolkningen i aldersklasser 2010-2050

**Figur 5.1:** Øverste ledelse af sundhedssektoren

**Figur 5.2:** Oversigt over sundhedsregioner, befolkning og sygehuse, sundhedscentre og bygdekonsultationer efter regionaliseringen

**Figur 5.3:** Befolkningsudviklingen

**Figur 5.4:** Overordnet organisationsdiagram for sundhedsvæsenet

**Figur 5.5:** De samlede sundhedsudgifter 1994-2021 i faste 2019-priser, 1000 kr.

**Figur 5.6:** De syv største poster på sundhedsbudgettet

**Figur 5.7:** Oversigt over overordnede mødefora og stabe i Sundhedssektorens beredskabsplan sat i relation til de generelle beredskabsstabe og mødefora for Grønland, herunder også de tilsvarende beredskabsstabe og mødefora i politisektoren.

**Figur 5.8:** Antal indlagte Covid-19 patienter per dag januar-marts 2022

**Figur 6.1:** Udvikling i antal indlæggelser uanset indlæggelsestype

**Figur 6.2:** Sygehusindlæggelser 2017-2021

**Figur 6.3:** Indlæggelser på sundhedscentre

- Figur 6.4.** Andel indlæggelsessengedage efter afdeling på DIH, 2021
- Figur 6.5:** Antal levendefødte i Grønland, 1950-2021
- Figur 6.6:** Målsætning for antal nye TB-tilfælde, jf. TB-strategien.
- Figur 8.1:** Påbegyndte på sundhedshjælperuddannelsen fordelt på alder i perioden 2013-2020
- Figur 8.2:** Påbegyndte på sundhedsassistentuddannelsen fordelt på alder i perioden 2013-2020
- Figur 9.1:** Fastholdelse af læger og sygeplejersker (fastansatte og vikarer) over perioden 2010-2020
- Figur 9.2:** Omsætning af personale i løbet af et år for 2010-2020
- Figur 9.3:** Oversigt over udgifter til vikarbureauer 2013-2022
- Figur 9.4:** Forslag til en helhedsorienteret ramme for arbejdet med at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale i tyndt befolkede områder
- Figur 9.5:** Aldersprofil for læger 2010 og 2020
- Figur 10.1:** Opgavedeling mellem kommunerne og sundhedsvæsenet i dag
- Figur 11.1:** Gevinst ved basisinvestering i sundhedsfremme og forebyggelse på kort og på lang sigt
- Figur 11.2:** Sociale og kulturelle determinanter for sundhed i Grønland.
- Figur 11.3:** Oversigt over centrale aktører i den intenderede organisering af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde
- Figur 11.4:** Forekomsten af svært overvægtige mænd og kvinder 1993-2015
- Figur 11.5:** Gram cigaretter pr. person over 14 år i perioden 1994-2021
- Figur 11.6:** Andelen af dagligrygere, lejlighedsrygere, tidligere rygere og personer, der aldrig har røget
- Figur 11.7:** Andelen af dagligrygere opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018
- Figur 11.8:** Andelen af storrygere opdelt på køn og alder
- Figur 11.9:** Forbrug af alkohol i liter per person over 14 år
- Figur 11.10:** 11-16-årige der aldrig har været fulde i 2006, 2018, og 2022
- Figur 11.11:** Andelen af 15-17-årige i 2014 og 2018, der har prøvet hash, røget hash de sidste 12 måneder og har røget hash de sidste 30 dage
- Figur 11.12:** Gonorrétilfælde i Grønland 2009-2020 per 100.000 indbyggere
- Figur 11.13:** Klamydiatilfælde i Grønland 2010-2020 per 100.000 indbyggere
- Figur 11.14:** Anmeldte tilfælde af syfilis i Grønland 2014-2020 per 100.000 indbyggere
- Figur 11.15:** Den totale abortrate pr. 1.000 kvinder blandt 15-49-årige
- Figur 13.1:** Selvmordsraten per 100.000 person-år i perioden 1901-2018
- Figur 13.2:** Udviklingen i antallet af selvmord i Grønland fra 1970 til 2018 opdelt på regioner og på byer/bygder i Vestgrønland
- Figur 13.3:** Selvmord per 100.000 mænd og kvinder
- Figur 13.4:** De ti mest betydningsfulde eksponeringer for selvmord blandt unge i Grønland
- Figur 13.5:** Opvækstforhold og senere forekomst af selvmordstanker
- Figur 13.6:** Selvmordstanker og selvmordsforsøg nogensinde i relation til antal belastninger i barndommen

- Figur 13.7:** De unges budskaber opdelt i temaer
- Figur 15.1:** Tre telemedicinske situationer
- Figur 16.1:** Cariesfrie 2008-2021
- Figur 16.2:** Tandsundhed for 18-årige
- Figur 17.1:** Strukturelle og relationelle forhold af betydning for brugerinddragelse
- Figur 17.2:** Formål, vision og arbejdsopgaver for Sugisag
- Figur 18.1:** Oversigt over en datamæssig overbygning på Cosmic
- Figur 19.1:** De samlede sundhedsudgifter 1994-2021 i faste 2019-priser
- Figur 19.2:** Sundhedsudgifter pr. indbygger fordelt på aldersgrupper, 2017
- Figur 19.3:** Sundhedsudgifternes procent-andel af de offentlige udgifter 1994-2021
- Figur 19.4:** Selvstyrets lønudgifter til ansatte i henholdsvis sundhedsvæsenet og sektorer uden for sundhedsvæsenet i perioden 2012-2021 i 2021-priser
- Figur 19.5:** Sundhedsudgifternes procentvise andel af bruttonationalproduktet, BNP
- Figur 19.6:** De offentlige sundhedsudgifters procentandel af BNP i de nordiske lande
- Figur 19.7:** De samlede sundhedsudgifter som procent-andel af BNP i de nordiske lande
- Figur 19.8:** S sammensætningen af sundhedsudgifterne - de syv største poster
- Figur 19.9:** Befolkningsudviklingen
- Figur 19.10:** Befolkningsudviklingen 1994-2022
- Figur 19.11:** Aldersfordeling i 1994 og 2021 samt fremskrivning for 2050
- Figur 19.12:** Fremskrivning af befolkningens størrelse i alt og fordel på aldersgrupper frem mod 2050
- Figur 19.13:** Det aldersbetingede forbrug af sundhedsydelse
- Figur 19.14:** Fremskrivning af sundhedsudgifterne efter demografisk udvikling - forskellen mellem FL 2012 og FL 2022
- Figur 19.15:** Fremskrivning af sundhedsudgifterne med og uden sundaldring
- Figur 19.16:** Opgørelse af sundhedsunderskudsindeks i Danmark i 2004 og 2015

## Liste over tabeller:

**Tabel 4.1:** Udviklingen i selv vurderet helbred og livskvalitet

**Tabel 4.2:** Stigende ulighed for rusdrikning rygning

**Tabel 4.3:** Social ulighed for helbredsvariable. Effekten af alder, køn og etnicitet er elimineret ved beregningen af koncentrationsindekset. Velstandsindeks og uddannelse er markører for social position. Baseret på befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

**Tabel 4.4:** Befolkningens fordeling på størrelse af bosted, procentfordeling for perioden 2010-2030

**Tabel 4.5:** Befolkningsfremskrivninger til 2030, fordelt på kommuner

**Tabel 5.1:** Oversigt over kliniske områder på DIH, inkl. afdelinger, funktion og samlet antal ansatte, jf. Organisationsplanen 2020.

**Tabel 5.2:** Oversigt over enheder efter befolkningsgrundlag. Indsat fra Ydelseskataloget 2015.

**Tabel 5.3:** Oversigt over indbyggertal for sundhedsenhederne

**Tabel 5.4:** Antal normerede medarbejdere (årsværk) fordelt på regionsygehuse og sundhedscentre baseret på fremmødeplaner 2021

**Tabel 5.5:** Befolkningsudvikling 2012-2021

**Tabel 5.6:** Udgifter til patienttransport m.m.

**Tabel 5.7:** Ændring i sygehusaktiviteten i forbindelse med Covid-19

**Tabel 6.1:** Lokationer for indlæggelser 2017-2021

**Tabel 6.2:** Udviklingen i samlet antal indlægger på tværs af indlæggelsessteder, inkl. patienthotel

**Tabel 6.3:** Indlæggelser fordelt på indlæggelsessted

**Tabel 6.4:** Gennemsnitlig liggetid 2017-2021 for sygehuse

**Tabel 6.5:** Gennemsnitlig liggetid 2017-2021 for sundhedscentre

**Tabel 6.6:** Samlet antal ambulante kontakter til Det Grønlandske Sundhedsvæsen 2017-2021

**Tabel 6.7:** Ambulante kontakter til sygehusene

**Tabel 6.8:** Ambulante kontakter til sundhedscentrene

**Tabel 6.9:** Nøgletal for aktiviteten i Danmark 2017-2021

**Tabel 6.10:** Hvor føder de gravide?

**Tabel 6.11:** Kejsersnit fordelt på fødesteder, 2019

**Tabel 6.12:** Visiterede fødsler til Nuuk

**Tabel 6.13:** Fødende uden særlig risiko som rejste til andet fødested, 2019

**Tabel 6.14:** Overblik over strategiske planer på forskellige sundhedsområder de seneste 10 år.

**Tabel 6.15:** Ambulante specialist-kontakter 2017-2021

**Tabel 6.16:** Forbruget af diabetiske lægemidler, DDD

**Tabel 6.17:** Forbrug af biologiske lægemidler, DDD

**Tabel 8.1:** Oversigt over sundhedsuddannelser som udbydes i Grønland

**Tabel 8.2:** Oversigt over fuldførte uddannelsesforløb i Danmark år 2010 til 2021

**Tabel 8.3:** Oversigt over antal ansøgere til sundhedsuddannelserne i Grønland

- Tabel 8.4:** Oversigt over antallet af påbegyndte inden for sundhedsuddannelserne i perioden fra 2013-2021 pr. uddannelse pr. år
- Tabel 8.5:** Oversigt over antallet af færdiguddannede inden for sundhedsuddannelserne i perioden fra 2013-2020 pr. uddannelse pr. år
- Tabel 8.6:** Oversigt over studerende på sygeplejestudiet 2018-2021
- Tabel 8.7:** Igangværende på diverse sundhedsfaglige uddannelse i Danmark i 2022
- Tabel 9.1:** Ansættelsesformer i sundhedsvæsenet
- Tabel 9.2:** Antal fuldtidsbeskæftigede, FTE, og ansatte efter overenskomstområde i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2015 og 2021.
- Tabel 9.3:** Lægedækningen ultimo januar 2023, ekskl. DIH
- Tabel 9.4:** Lægedækningen på DHI ultimo januar 2023
- Tabel 9.4A:** Det samlede antal sygeplejersker i Grønland
- Tabel 9.4B:** Hvor arbejder sygeplejerskerne
- Tabel 9.4C:** Ansættelsesstatus, ekskl. vikarbureau-ansatte
- Tabel 9.5:** Forbrug af selvstyrevikarer i regionerne i 2019-2020
- Tabel 9.6:** Vikarflow i forhold til totale antal ansatte i 2020
- Tabel 9.7:** Sygeplejerskesituation 2014 og 2022
- Tabel 11.1:** Begreber om forebyggelse
- Tabel 11.2:** Import af sukker og sirup i perioden 2015-2021 i mængder (kg) og afgift (kr./pr. kg.)
- Tabel 11.3:** Forbrug angivet i liter pr. person over 14 år i 2019
- Tabel 11.4:** Fordelingen af alkoholforbruget i befolkningen over 15 år vurderet med AUDIT
- Tabel 11.5:** Andelen af mænd og kvinder over 15 år, der har et muligt alkoholproblem
- Tabel 11.6:** Fordelingen af deltagere i befolkningsundersøgelsen 2018, som havde angivet et regelmæssigt forbrug af hash (et forbrug en gang om måneden eller mere)
- Tabel 12.1:** Antal indlagte patienter i sygdomsgrupper med særligt behov for rehabilitering
- Tabel 12.2:** Ambulante aktiviteter for ergoterapi og fysioterapi 2017-2021
- Tabel 13.1:** Selvmord i 2021, fordeling på køn og alder
- Tabel 13.2:** Opgørelser af selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstrusler i 2021
- Tabel 14.1:** Aktivitetstal i Psykiatrisk Område - indlæggelser på A1 i perioden 2017-2021
- Tabel 14.2:** Aktivitetstal i Psykiatrisk Område - ambulante kontakter på i henholdsvis børn- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien på DIH og i regionerne i perioden 2017-2021
- Tabel 16.1:** Kontaktaktivitet i Landstandplejen 2017-2021
- Tabel 16.2:** Kontaktaktivitet i kæbekirurgien 2017-2021
- Tabel 19.1:** Oversigt over fremtidige anlægsbehov
- Tabel A:** Sundhedsudgifterne 2014 - 2020, mio. kr.
- Tabel B:** Sundhedsudgifterne 2014 - 2020, procentfordeling

## BILAG 7. Mindretalsudtalelser

27. marts 2023

### Mindretalsudtalelse vedrørende anbefaling nr. 7 i kapitel 14 om psykologer i psykiatrien

Der er stor mangel på læger i hele Grønland. For at en borger med psykiske problemer kan blive udredt i psykiatrien skal der have været en henvisning fra en læge (lægeklinikken) før der kan igangsættes en psykiatrisk udredning. Når en borger med psykiske problemer ikke kan komme til en læge, vil den pågældende gå rundt i samfundet uden at kunne komme til hjælp. I forbindelse med en mentalundersøgelse i kriminalsager vægter den psykologiske vurdering højt. En autoriseret psykolog bør efter min mening kunne henvise en borger til psykiatrisk udredning, således borgeren med psykiske problemer ikke skal afvente en henvisning fra lægen.

*Ulrik Blidorf*

Formand for Sundhedskommissionen

29. marts 2023

### Mindretalsudtalelse vedrørende anbefaling nr. 8 i kapitel 5 om Allorfik

Allorfik er en driftsenhed der er under stadig udvikling og som alle andre arbejdspladser har stor personaleudskiftning. Der bruges således mange ressourcer på at opbygge organisationen, der som bekendt er spredt med Allorfik institutioner i alle 5 kommuner.

At lægge Allorfik under en afdeling i et i forvejen ekstremt presset sundhedsvæsen også på ledelsesniveau, vil presse ledelserne uhensigtsmæssigt efter min mening, i forhold til den mulige synergigevinst. I stedet skulle man sikre at der sker et løbende ledelsesmæssigt samarbejde.

*Tine Pars*

Kommunaldirektør, Kommune Kujalleq  
Medlem af Sundhedskommissionen

19. april 2023

## Mindretalsudtalelse vedrørende anbefaling nr. 4 i kapitel 6 om fødesteder

Muligheden for at føde i nærheden af sin familie og bopæl er et omdiskuteret emne. De langvarige debatter i offentligheden vidner om betydningen for mange familier af at kunne føde lokalt. Men det er en kompleks problematik som ikke kan løses ved enten at love lokale fødsler eller diktere centralisering af fødsler. Der er mange aspekter at tage i betragtning.

Forudsætningen for sundhedskommissionens anbefaling om at reduceret antallet af fødesteder er at det er umuligt at opretholde et kirurgisk beredskab i alle regioner pga. vanskelighederne med at rekruttere personale. Det er en reel udfordring som kan forudses at blive større i fremtiden.

Forudsætningen for anbefalingen er således også at tilstedeværelsen af et kirurgisk beredskab er nødvendigt for et fødested. Hvorvidt det er nødvendigt med et kirurgisk beredskab i ukomplicerede tilfælde, er der forskellige opfattelser af. De fleste fødsler er ukomplicerede, men problemet er de store afstande hvis der opstår komplikationer.

Dette involverer også medarbejdernes situation. Af undersøgelsen 'Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis efter Sundhedsreformen 2010' fremgår det at mange sundhedsprofessionelle oplever det som en stor belastning at skulle assistere ved fødsler uden et kirurgisk beredskab i baghånden.

Praksis har tilsyneladende været at når fødesteder nedlægges, så nedlægges jordemoderstillinger også. Det vil have negativ indvirkning på svangreomsorgen, som både er en vigtig del af et graviditetsforløb og bidrager til familiernes fremtidige muligheder for at håndtere deres situation. Men det er muligt at opretholde jordemoderberedskabet selv om det ikke er muligt at føde det pågældende sted.

Der er således forskellige perspektiver på problematikken, brugerrelaterede, fagprofessionelle, ledelsesmæssige og administrative; og mange aspekter af problemstillingen, hvoraf der blot er peget på nogle i det ovenstående. Hvis der skal findes tilfredsstillende løsninger som alle kan være enige om, så er det nødvendigt at parterne kommer i dialog med hinanden med fokus på fælles, realistiske løsninger.

Fødestedsproblematikken vil derfor være et oplagt emne for afprøvning af et dialogforum, som foreslået af sundhedskommissionen, hvor relevante repræsentanter for parterne mødes med henblik på en konstruktiv dialog om løsninger. Dette vil også være en måde at belyse problematikken fra alle 'interessenter's vinkler frem for kun en ekspertundersøgelse - som et kvalificeret grundlag for politisk stillingtagen.

*Tine Aagaard*

2. næstformand i Sundhedskommissionen

## BILAG 8. Litteraturliste

1. Ahlmark, Nanna et al. (2018). Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2017. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed.
2. Allorfik 2020. Samlet fremstilling af arbejdet omkring samarbejde mellem kommunerne og rusmiddelbehandlingen (Allorfik) fremsendt til PKG i foråret 2020.
3. Arktisk aldring, 2020. Arktisk Aldring (AgeArc) - livsvilkår, livskvalitet og sundhedsfremme blandt ældre i Grønland.
4. Arnfjord, S. 2017. Hjemløshed i Nuuk - et kritisk sociologisk og planlægningsperspektiv. Grønlandsk Kultur- og Samfundsforskning 2015-17.
5. Arnfjord, S., Jonsson, A. I. H. & Daverkosen, D. 2020. Holdninger til handicap 2020 - En undersøgelse af befolkningens holdninger til personer med handicap i samfundet og på arbejdsmarkedet. Tilioq og Ilisimatusarfik.
6. Augustussen, M. 2018. Palliation til grønlandske kræftpatienter i Grønland og Danmark. Ph.d.-afhandling, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik.
7. Baviskar, S. 2015. Grønlændere i Danmark - en registerbaseret kortlægning. København: SFI - det nationale forskningscenter for velfærd
8. Berliner, P. 2010. Rapport om Projekt Paamiut Asasara: 2010. København: Institut for Læring, DPU. [https://www.dpu.dk/fileadmin/www.dpu.dk/forskning/forskningsprogrammer/diversitetoglaering/forskningsprojekter/paamiutasasara/forskning\\_diversitet-og-laering\\_20101215095448\\_paamiut\\_asasara\\_rapport\\_2010\\_webudgave.pdf](https://www.dpu.dk/fileadmin/www.dpu.dk/forskning/forskningsprogrammer/diversitetoglaering/forskningsprojekter/paamiutasasara/forskning_diversitet-og-laering_20101215095448_paamiut_asasara_rapport_2010_webudgave.pdf)
9. Berliner, P. & Hagedorn, K. 2013. Unges fortællinger om resiliens. Psyke & logos, 34(2), 577-596.
10. Berliner, P. & Sonnicks, M. 2016. Fra lukket til åben dialog: Udviklingsmuligheder for socialt arbejde i Grønland. Uden For Nummer, nr. 33, 2, s. 16-25.
11. Berliner og Hovgaard. 2020. Fællesskaber, trivsel og sundhed. I: Aagaard, T. & Hounsgaard, L. (red.) Menneske - sundhed, samfund og kultur. Aarhus: Klim.
12. Bolliger, L. & Gulis, G. 2018. The tragedy of becoming tired of living: Youth and young adults' suicide in Greenland and Denmark. International Journal of Social Psychiatry, 64, 389-395.
13. Bjerregaard, P. et al.: Social ulighed i sundhed. Temarapport fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.
14. Bloch, A. P. 2021. Kurs i selvmordsforebygning for lokale fagpersoner på Grønland: en kvalitativ studie av utbytte for egen arbeidshverdag. Masteropgave ved folkehelsevitenskap, Fakultetet for landskap og samfunn, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Ikke publiceret.
15. Christensen, E., Baviskar, S. 2015. Unge i Grønland - med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb. København, 2015.
16. Cueva, K., Revels, I. et al. 2018. Culturally-relevant online cancer education modules empower Alaska's community health aides/practitioners to disseminate cancer information and reduce cancer risk. J cancer educ, 33, 1102-1109.
17. Cueva, K., Rink, E. et al. 2021b. Diving below the surface: a framework for arctic health research to support thriving communities. Scandinavian Journal of Public Health, 14034948211007694.
18. Deloitte. 2010. Grønlands sundhedsvæsen - udfordringer for fremtiden. Økonomi- og strukturanalyse af det grønlandske sundhedsvæsen. Grønlands selvstyre - Departementet for Sundhed.
19. Deloitte. 2015. Grønlands sundhedsvæsen - status og potentialer 2015 (fase 1).
20. Deloitte. 2016. Grønlands sundhedsvæsen - fremtidens sundhedsvæsen 2016 (fase 2).

21. Departementet for erhverv, arbejdsmarked og erhvervsuddannelser. 2008. Vejledning om revalidering. Nuuk: Naalakkersuisut.
22. Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet. 2020. Notat vedr. rejse til Ilulissat og Asiaat. Naalakkersuisut.
23. Departementet for Sociale Anliggender, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender. 2023. "Alle har ret til et godt liv". Naalakkersuisuts Hjemløsestrategi.
24. Departementet for Sundhed. 2010. Redegørelse om sundhedsreformen. Naalakkersuisut.
25. Departementet for Sundhed. 2015. Hvordan går det? Folkesundhed i Grønland 2014. In: sundhed, d. F. (ed.). Nuuk.
26. Departementet for Sundhed. 2017. Forslag til en National Rehabiliteringsstrategi 2017. Naalakkersuisut
27. Departementet for Sundhed. 2019. Redegørelse af, hvilke sygdomstyper som medfører, at en patient henvises til sundhedsydelser i Danmark samt muligheden for at nedbringe antallet af patienter, der er nødt til at forlade landet kortvarigt eller på ubestemt tid. Naalakkersuisut.
28. Departementet for Sundhed. 2020. Projektkommissorium for national handlingsplan for at styrke en sammenhængende indsats for personer med psykisk lidelse.
29. Departementet for Sundhed. 2020a. Bekymringsnotat omkring samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og Kommuneqarfik Sermersooq om Tidlig Indsats og børn og unge i psykiatrien. Fremsendt til Kommuneqarfik Sermersooq, 28.2.2020. Nuuk: Naalakkersuisut.
30. Departementet for Sundhed 2020b. Projektkommissorium for national handlingsplan for at styrke en sammenhængende indsats for personer med psykisk lidelse eller mistanke om psykisk lidelse. Udarbejdet i efteråret 2020. Nuuk: Naalakkersuisut.
31. Departementet for sundhed. 2021a. Indtryk fra møder med interessenter- national handlingsplan for psykiatriområdet.
32. Departementet for sundhed. 2021b. Status på opførelsen af en ny psykiatribygning. Naalakkersuisut.
33. Departementet for Sundhed 2022a. Besvarelse af §37 spørgsmål nr. 004/2022. Naalakkersuisut.
34. Departementet for Sundhed 2022b. Notat til sundhedskommissionen om Departementet for Sundheds organisering. Sagsnr. 2019 - 24820. Naalakkersuisut.
35. Departementet for Sundhed og Infrastruktur. 2013. Forslag til kræftplan 2013. Em 2013/24. Nuuk: Naalakkersuisut.
36. Departementet for Sundhed og Infrastruktur. 2013. National strategi for selvmordsforebyggelse i Grønland 2013-2019. Naalakkersuisut.
37. Departementet for Sundhed og Infrastruktur. 2014. Sundhedsstrategien. Naalakkersuisut.
38. Departementet for Sundhed, Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet & Departementet for Finanser. 2021. Bilag 7. Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. Rolle- og ansvarsfordeling, muligheder og udfordringer. Udarbejdet som input til sundhedskommissionens arbejde.
39. Departementet for Uddannelse, Kultur, Idræt og Kirke. 2021. Foreløbigt notat vedr. erfaringer fra udvikling og brug af fjernundervisning i uddannelsessystemet i en Grønlandsk kontekst.
40. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2015. Katalog over sundhedsfaglige ydelser i regionerne.
41. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2019. Rekrutterings- og fastholdelsesstrategi
42. Det grønlandske sundhedsvæsen 2020a. Eksisterende faciliteter og funktioner i det grønlandske sundhedsvæsen.
43. Det grønlandske sundhedsvæsen, 2020b oversigt faciliteter og funktioner i det grønlandske sundhedsvæsen

44. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2020c. Kompetencestrategi for ledere i sundhedsvæsenet.
45. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2020d. Organisationsplan.
46. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2020e. Årsberetning 2020 sundhedsvæsenets visitationsnævn. Ledelsessekretariat & kvalitet.
47. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2021a. Notat til sundhedskommissionens møde d. 13.10.21. Sagsnr. 2021 -14843.
48. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2021b. Notat - input til sundhedskommissionen om dobbeltdiagnoser i psykiatrien.
49. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2021c Notat til sundhedskommissionen vedr. Opbygningen og behandlingstilbuddet i psykiatrien i det grønlandske sundhedsvæsen.
50. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2021d. Vision for kvalitetsudvikling i det grønlandske sundhedsvæsen 2021-2025.
51. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2021e. Sundhedsvæsenets input til notat vedr. samarbejde ml. sundhedsvæsenet og kommunerne.
52. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2021f. Beskrivelse af et forløb i sundhedsvæsenet for et selvmordstruet barn eller ung.
53. Det grønlandske sundhedsvæsen. 2022a. Notat til sundhedskommissionens 8. Møde vedr. Sundhedsvæsenets organisering og ledelsesudvikling. Sagsnr. 2021 - 22110.
54. Det grønlandske sundhedsvæsen 2022b. Notat vedr. Visitationsnævnet. Sagsnr. 2022 - 5320.
55. Direktoratet for Sundhed. 2002. National Strategi for Sundhedsvæsenet 2002. Nuuk: Direktoratet
56. Diderichsen, F., Ingelise Andersen og Celie Manuel. I: Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.
57. Ennova. 2020. Elevtrivsel. Grønland 2020. Perorsaanermik Ilinniarfik. <https://pi.sps.gl/wp-content/uploads/2021/03/Presentation-for-Perorsaanermik-Ilinniarfik-ID-3-da.pdf>
58. European Commission, Directorate-General for Health and Consumers. 2012. Eurobarometer Qualitative Study – Patient Involvement. Aggregate Report. DOI: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/eurobaro\\_patient\\_involvement\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf)
59. Evaldsen, T. 2020. Forebyggelseskonsulenternes meningsfulde arbejde. Kandidatspeciale ved Syddansk Universitet.
60. Felitti, V.J., Anda, R. F. et al 1998. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ace) study. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258.
61. Grønlands Politi. 2020. Årsstatistik 2020 Grønlands Politi. Retrieved from <https://politi.gl/-/media/mediefiler/gl/dokumenter/word/aarsstatistik-2020.pdf?la=da&hash=f65104709ef09858d4f3851d08b251bf8d5d00c0>
62. Grønlands Politi. 2021. Årsstatistik 2021 Grønlands Politi. Retrieved from <https://politi.gl/-/media/mediefiler/gl/dokumenter/aarsstatistik-2021-groenlands-politi.pdf?la=da&hash=05ca4e4221120cea1241f4fadbc15f2006fbb669>
63. Grønlands Politi. 2022. Selvmordsanalyse 2021. 14-3-2022.
64. Grønlands Statistik. 2020b. Regionale befolkningsfremskrivninger 2020-2030.
65. Hansen, H. L. & Noahsen, P. Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020. I Aagaard, T. & Hounsgaard, L. (red.). Menneske – sundhed, samfund og kultur. Aarhus: Klim.
66. Healthy Homes Barometer 2016. VELUX Group. [https://www.researchgate.net/publication/301545879\\_Healthy\\_Homes\\_Barometer\\_2016](https://www.researchgate.net/publication/301545879_Healthy_Homes_Barometer_2016)
67. Hansen, H. L. 2018. Fremtidens sundhedsfaglige udfordringer for kommunerne og sundhedsvæsenet. Oplæg præsenteret i Ilulissat 2018.

68. Hansen, H. L. 2021. Sundhedsfaglige udfordringer det næste årti - og sundhedsvæsenets muligheder for at håndtere dem. Oplæg på Sundhedskommissionens møde d. 16. december. Landslægeembedet.
69. Hansen, H. L. 2022. Samfundets sundhedsudfordringer - og sundhedsvæsenets muligheder for at bidrage til at løse dem.
70. Hansen, I. L. S., Jensen, F. S., & Fløtten, T. 2020. Trøbbel i grenseflaten samordnet innsats for utsatte barn og unge.
71. Healey, G., Tagalik, S. & Galloway, T. 2015. Atii! Let's do it! Healthy living interventions for Inuit children, youth and families in Nunavut. Nunavut.
72. Heilmann, A. & Aagaard, T. 2021. Notat vedr. udvikling af medarbejderkompetencer og fastholdelse i ældreplejen i Kommuneqarfik Sermersooq. Sundhedskommissionen, Arbejdsgruppe for Uddannelse og Kompetenceudvikling.
73. Holt, H., Thuesen, F. & Casier, F. 2019. Evaluering af Majoriaq-centrenes arbejdsmarkedsindsats. VIVE - Viden til Velfærd.
74. Homøe, A.-S., Knudsen, A.-K. S., Nielsen, S. B. & Grynnerup, A. G.-A. 2015. Sexual and reproductive health in Greenland: Evaluation of implementing sexual peer-to-peer education in Greenland (the SexInuk project). *Int J Circumpolar Health* 2015, 74: 27941 - <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v74.27941>
75. Hounsgaard, L., Augustussen, M. m. fl. 2013. Women's perspectives on illness when being screened for cervical cancer. *International Journal of Circumpolar Health*, aug. 5/72.
76. Højgaard, H. 2016. Telemedicin medvirker til lige adgang til sundhed. *Sygeplejersken*, 2016, (2); 77-80.
77. Ilisimatusarfik. 2016. Studieordning. Bacheloruddannelsen i oversættelse og tolkning. <https://www.uni.gl/media/1519526/oversaettelse-og-tolkning-2016.pdf>
78. Inatsisartutlov nr. 27 af 18. november 2010 om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer.
79. Inatsisartutlov nr. 15 af 26. maj 2010 om forbud mod rygning.
80. Inatsisartutlov nr. 35 af 23. november 2017 om alkohol.
81. Inatsisartutlov nr. 13 af 12. juni 2019 om støtte til personer med handicap.
82. Ingemann, C. & Larsen, C. V. L. 2017. Midtvejsevaluering af Inuuneritta II. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
83. Ingemann, C. & Larsen, C. V. L. 2018. Evaluering af sundhedsreformen - oplevede og målbare effekter 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
84. Ingemann, C. & Larsen, C. V. L. 2019. Kortlægning af rygestoptilbud. Undersøgelse af borgernes adgang til rygestop i kommuner og sundhedsvæsenet i Grønland.
85. Inuuneritta. 2007. Folkesundhedsprogram. Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012.
86. Inuuneritta II. 2013. Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019.
87. Inuuneritta III. 2020. Naalakkersuisuts strategi for samarbejdet om det gode børneliv 2020-2030. Nuuk: Departementet for Sociale anliggender, Familier og Justitsområdet, Departementet for Uddannelse, Kultur og Kirke, Departementet for Sundhed.
88. Iversen, A. K. & Kjellberg, J. 2018. Flere ældre og nye behandlinger - hvad kommer det til at koste? VIVE, København.
89. Jensen AB 2022. Opfølgende undersøgelse af fastansatte sygeplejersker i det grønlandske sundhedsvæsen. Resultaterne er fremlagt på Nunamed-konferencen, oktober 2022.
90. Juuso, P. 2020. The connection to nature as an aid to recovery in the circumpolar north. In: Aagaard, T. & Hounsgaard, L. (eds.) *Menneske: sundhed, samfund og kultur*. Ilisimatusarfik.

91. Ekstrand, K. R. & Ninoska Abreu-Placeres. 2020. The impact of a national caries strategy in Greenland 10 years after implementation. A failure or a success? *International Journal of Circumpolar Health*, vol 79, 2020.
92. Kommuneqarfik Sermersooq. 2016. Ældrepolitik - Et værdigt og aktivt liv. Ældrepolitikken 2016-2026.
93. Kommuneqarfik Sermersooq. 2021. Bemærkninger vedrørende notat om samarbejde mellem sundhedsvæsenet og kommunerne. Forvaltning for Velfærd og Arbejdsmarked. Kommuneqarfik Sermersooq.
94. Kristensen, S. & Sørensen, S. E. 2015. Undersøgelse af frafald og fastholdelse i de grønlandske erhvervsuddannelser. EU-kommissionen, juni 2015.
95. Kristjansson, A., Mann, M., et al. 2019. Development and guiding principles of the Icelandic model for preventing adolescent substance use. *Health promotion practice*, 21, 62-69.
96. Landslægeembedet. 2020. Dødsårsager i Grønland 2016 og 2017. Sagsnr. 2019 - 23428. Naalakkersuisut.
97. Landslægeembedet. 2021. Besvarelse af § 37 spørgsmål nr. 82/2021. [https://ina.gl/documents/para3637/2021/svar/082\\_2021\\_demens\\_PANOL\\_svar.pdf](https://ina.gl/documents/para3637/2021/svar/082_2021_demens_PANOL_svar.pdf)
98. Landslægeembedets 2020 notat om fødsler i Grønland, 2019
99. Landslægeembedet 2022/23: oplæg til udvidet samarbejde om sundhedsdata
100. Landslæge Henrik L. Hansen/nunatsinni nakorsaaneq, 2018. Oplæg: Siunissami ilinniagaqas-suseq tunngavigalugu peqqinnissakkut sullissinermi kommunit peqqin
101. Landstandlægeembedet. 2008. Cariesstrategien 2008-2018.
102. Landstingsforordning nr. 15 á 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser. <https://lovgivning.gl/lov?rid=%7B7030CA46-D861-4582-973D-01ED94FE5EF5%7D>
103. Landstingsforordning nr. 6 af 31. maj 2001 om patienters retsstilling. <https://lovgivning.gl/lov?rid=%7B8C9355D7-E4DA-4A94-8DA9-B4F5B76A5D36%7D>
104. Larsen, C., Hansen, C. et al 2019. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 - levevilkår, livsstil og helbred. SIFs grønlandsskrifter. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
105. Lentz, P. S., Olesen, A. F. & Hansen, M. H. 2019. Seksuel sundhed i Grønland - Forebyggelse og implementering. Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab. Aalborg Universitet.
106. Lindholm, J., & Pleisner, J. J. 2012. Psykologisk autopsistudie af de 7 selvmord i Tasiilaq i 2011. *Nakorsanut*, 38, 22-23.
107. Lyngé, I. 2000. Psykiske lidelser i det grønlandske samfund. S.l.: s.n.
108. Lyngé, I., Munk-Jørgensen, P., Pedersen, A. L., Mulvad, G., & Bjerregaard, P. 2003. Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen.
109. Manu - til gravide og for forældre med børn op til 4 år. <https://manu.gl/da/>
110. Montgomery-Andersen, R. 2013. Faces of Childbirth: The Culture of Birth and the Health of the Greenlandic Perinatal Family. Ph.d.-afhandling. Medical and Health Sciences, Nordic School of Public Health NHV.
111. Marcussen m.fl. 2022. Forskning om studerendes og nyuddannede sygeplejerskers trivsel, uddannelse og arbejdsliv. *Nakorsanut*, nr. 2.
112. Mougård-Frederiksen, H., Seibæk, L.: Sundhedsprofessionelle perspektiver på patientinddragelse i det grønlandske sundhedsvæsen. *Grønlandsk Kultur- og Samfundsforskning*. Ilisimatusarfik og Det Grønlandske Selskab.
113. Naalakkersuisuts ældrestrategi: Et godt ældreliv - råderum, velfærd og styrkelse af fremtiden.

114. Niclasen, B. & Poulsen, B. K. 2020. Rusmidler i en grønlandsk sammenhæng – historie, forebyggelse og behandling. In: Aagaard, T. Hounsgaard, L. (eds.) Menneske - sundhed, samfund og kultur. Aarhus: Klim.
115. Noahsen, P., & Hansen, H. L. 2020. Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020. Ugeskrift for Læger 182. Statusartikel.
116. Nørtoft, K. & Jensen, T. 2020. Kvalitativ viden om demensområdet i relation til Demensplan 2013. Københavns Universitet: Arktisk Aldring.
117. Nørtoft, K., Bjerregaard, P. et al. 2019. SIFs grønlandsskrifter nr. 31: Ældre menneskers liv og helbred i Grønland. En rapport fra forsknings- og udviklingsprojektet Arktisk Aldring (AgeArc) København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
118. Naalakkersuisut. 2020. En styrket diabetes- og livsstilsindsats i Grønland. Drejebog for etablering af Steno Diabetes Center Grønland - Inuunerissavik. Naalakkersuisut & Novo Nordisk Fonden.
119. Olesen, I., Ingemann, C., Lundblad, A. & Larsen, C.V. L. 2020. Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen - en pilotundersøgelse. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
120. Olesen, I., Hansen, N. L. & Larsen, C. V. L. 2022. Evaluering af "Tidlig indsats over for gravide familier" 2021. Statens Institut for Folkesundhed.
121. Ombudsmanden. 2021. Inspektionsrapporter 2021. <https://www.ombudsmand.gl/inspektionsrapporter/2021>
122. Omran, A. R. 2005. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. The Milbank Quarterly, 83, 731-757.
123. Ottendahl, C. B., Bjerregaard, P. et al. 2021. Mental sundhed og helbred blandt 15-34-årige i Grønland. Betydningen af opvækstvilkår, beskyttende faktorer og risikofaktorer.
124. Paarisa. 2020. CSR-Greenland, Center for Folkesundhed i Grønland 2020. Sunde arbejdspladser - erfaringer fra et tre-årigt pilotprojekt.
125. Paarisa. 2010. Tidlig indsats over for gravide familier. Midtvejsevaluering og status 2010. Naalakkersuisut.
126. Noahsen, P. og Hansen, H. L. 2022. Looking back – highlights from the Greenland strategy during the pandemic, 28. September 2022.
127. Pedersen, M. L. & Jacobsen, A. S. 2021. Schizophrenia in Greenland. Dan med j, 68.
128. Pedersen, P. V. 2019. Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.
129. Pedersen, K.M., Olsen, F. & Pedersen, L. V. 2019. Fra siloledelse til klyngeledelse i sundhedsvæsenet. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, nr. 1.
130. Peqqik. 2021. Handlingskæder. <https://www.peqqik.gl/da-dk/footerpages/til-fagpersoner/selvmondsforebyggelse>
131. Peqqissaanermik Ilinniarfik. 2021. Redegørelse til Sundhedskommissionen vedr. fjernundervisning.
132. Psykiatrifonden. 2021. Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark.
133. Qamani – Unges anbefalinger til forebyggelse af selvmord i Grønland. MIO 2022.
134. Redvers, J. 2020. "The land is a healer": perspectives on land-based healing from Indigenous practitioners in northern Canada. International journal of indigenous health, 15, 90-107.
135. Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCenteret. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark.
136. Rolle- og ansvarsfordeling, muligheder og udfordringer. Oplæg præsenteret af Kirsten Olesen, Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet, på kommissionsmødet i februar 2021.

137. Seibæk, L. 2021. Patient involvement in Greenland hospital-care: A qualitative study of the patient perspective. *International Journal of Circumpolar Health*. <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1971377>
138. Seibæk, L., Ejsing, M. N., Jensen, C. J., Marcussen, J., Homøe, P. 2022. Børn med mellemørebetændelse - forældreperspektiver på behandlingsforløbet (peer-reviewed abstrakt). *Nunamed*, 2022.
139. Seibæk, L. 2022. Patientinddragelse i det grønlandske hospitalsvæsen - fra vision til praksis. *Grønlandsk Kultur- og Samfundsforskning*. Ilisimatusarfik og Det Grønlandske Selskab. I proces.
140. Seidler, I. K., et al. (2023). "Time trends and geographical patterns in suicide among Greenland Inuit." *BMC Psychiatry* 23(1): 187.
141. Sermersooq.gl. Sådan fik hjemmehjælpen flere faglærte og færre sygedage. <https://sermersooq.gl/da/2020/08/saadan-fik-hjemmehjaelpen-flere-faglaerte-og-faerre-sygedage/>
142. Sermitsiaq. 2022. Sundhedsvæsen foran barske uger: alle løber hurtigere. <https://sermitsiaq.ag/sundhedsvaesen-foran-barske-ugerloeber-hurtigere>
143. Sermitsiaq. 2022. Ældretalsmand: kommuner skal sikre nok arbejdskraft i alderdomshjemmene. <https://sermitsiaq.ag/node/236835>
144. Sermitsiaq/ag. 2021. 54 kursister klar til at forebygge selvmord. 10. december.
145. Sundhedsvæsenet. 2022. Dataudtræk i sundhedsvæsenet, 9. september 2022
146. Sundhedsvæsenet. 2023. Rettelser til tidligere aktivitetsopgørelse af 05-09-2022 - nsko 24-01-2023
147. Skatte- og Velfærdscommissionen. 2011. Vores velstand og velfærd - kræver handling nu. Skatte- og Velfærdscommissionens betænkning, Marts 2011.
148. Skifte, E. & Handberg, B. 2021. Fremtidssikring af sundhedsvæsenets fysiske enheder. Oplæg på sundhedskommissionens møde d. 15. december. Det grønlandske sundhedsvæsen.
149. Social- og indenrigsministeriet og Naalakkarsuisut. 2020. Grønlandsk-dansk tværgående arbejde for en styrket indsats for udsatte børn og unge i Grønland. Endelig rapport, sommer 2020.
150. Socialstyrelsen. 2021. Sammen skaber vi det gode liv [https://socialstyrelsen.gl/nyheder/2021/11/sammen\\_skaber\\_vi\\_det\\_gode\\_liv?sc\\_lang=da](https://socialstyrelsen.gl/nyheder/2021/11/sammen_skaber_vi_det_gode_liv?sc_lang=da)
151. Socialstyrelsen. Om socialstyrelsen: Paarisa. [https://socialstyrelsen.gl/6\\_om\\_styrelsen/paarisa?sc\\_lang=da](https://socialstyrelsen.gl/6_om_styrelsen/paarisa?sc_lang=da)
152. Steno Diabetes Center Grønland. 2021. Telemedicinsk indsats - Steno Diabetes Center Grønland.
153. Steno. 2021. Steno diabetes center Grønland. Om Steno Diabetes Center Grønland <https://steno.dk/centre/steno-diabetes-center-groenland/>
154. Strategi for PiSiu 2021-2024. Det grønlandske kriminalpræventive Råd. <https://dkr.dk/Media/637569160642567496/PiSiu%20-%20Strategi%202021-2024.pdf>
155. Styrelsen for sundhed og forebyggelse. 2019. Sulisu med-aftale for det grønlandske sundhedsvæsen Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk.
156. Styrelsen for sundhed og forebyggelse. 2020. Udgiftsanalyse af sundhedsvæsenet. Endnu ikke offentliggjort. Nuuk: Naalakkarsuisut.
157. SuKo notat 1. 2020. Overblik over rapporter og andre udgivelser til arbejdet i Sundhedskommissionen, Center for Folkesundhed i Grønland
158. SuKo notat 2. 2020. Notat om udfordringer og løsninger vedrørende rekruttering, fastholdelse og uddannelse på sundhedsområdet, Center for Folkesundhed i Grønland
159. SuKo notat 3. 2021. Muligheder for samarbejde omkring fælles opgaveområder i sundhedsvæsenet og kommunerne, Center for Folkesundhed i Grønland.
160. SuKo notat 4. 2021. Notat om Tandplejen, Center for Folkesundhed i Grønland.

161. SuKo notat 5. 2021. Status og muligheder for brug af Telemedicin, Center for Folkesundhed i Grønland.
162. SuKo notat 6. 2021. Befolkningsudviklingens betydning for sundhedsområdet, Center for Folkesundhed i Grønland
163. SuKo notat 7. 2021. Psykiatrien og psykiske lidelser i Grønland, Center for Folkesundhed i Grønland.
164. SuKo notat 9. 2021. Forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering, Center for Folkesundhed i Grønland
165. SuKo notat 10. 2022. Struktur, opgavefordeling, organisation og ledelse i Sundhedsvæsenet, Center for Folkesundhed i Grønland
166. SuKo notat 11. 2022. Forekomsten af selvmordsadfærd og selvmord, , Center for Folkesundhed i Grønland.
167. SuKo notat. 2022. Kort notat om Drab og ulykker, Center for Folkesundhed i Grønland
168. Sundhedskommissionen. 2021a. Referat fra møde i sundhedskommissionen d. 15. december 2021.
169. Sundhedskommissionen. 2021b. Rejserapport.
170. Sundhedsledelsen. 2020. Sundhedssektorens beredskabsplan – hovedplan for det samlede beredskab i selvstyrets sundhedssektor – opdateret december 2020 – ver. 03.
171. Sundhedsledelsen. 2022. Notat om lægemidler i Grønland dateret 24. oktober 2022.
172. Sundhedsledelsen. 2023. Fastholdelse og rekruttering af ledere i det grønlandske sundhedsvæsen fra januar 2023 og konkrete problematikker om ansættelses-og lønvilkår, januar 2023.
173. Sundhedsstyrelsen. 2005. Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København.
174. Sundhedsstyrelsen. 2020: Indsatser mod ulighed i sundhed, København
175. Sundhedsstyrelsen. 2021 <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed> 2021
176. Sundhedsstyrelsen. 2022a: Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang, København.
177. Sundhedsstyrelsen. 2022b. Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere. [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/Sundhedsindsatser-maalrettet-socialt-udsatte-borgere.ashx?sc\\_lang=da&hash=9FB2E3422502F9B124CA22560AFFDC56](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/Sundhedsindsatser-maalrettet-socialt-udsatte-borgere.ashx?sc_lang=da&hash=9FB2E3422502F9B124CA22560AFFDC56)
178. SUS Socialt Udviklingscenter. Hjemløshed i Grønland. 2022. <https://www.sus.dk/product/hjemloeshed-i-groenland/>
179. Svartá, D. L. & Larsen, C. V. L. 2020. Evaluering af kræftplan 2013. Status på kræftområdet i Grønland. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
180. Tousig, C. G., Christiansen, T., Ponikowski, A. & Birkelund, R. 2020. Sygeplejersker samarbejder på tværs. Fag & Forskning, (1): 52-57.
181. Ulrik, A.-M. 2015. Et arbejdsliv der giver mening. [www.dagensgronland.dk](http://www.dagensgronland.dk)
182. Vallgård, S. 2005. Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, 2.
183. VIVE. 2020. Analyse af udfordringer i uddannelsessektoren i Grønland – en forundersøgelse til analyse af finansieringssiden. VIVE – det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/analyse-af-udfordringer-i-uddannelsessektoren-i-groenland-15171/>
184. Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. Refleksion i praksis: skriftserie. Aarhus universitet.
185. Wattar, L., Fanous, S. & Berliner, P. 2012. Challenges of youth participation in participatory action research: Methodological considerations of the Paamiut Youth Voice research project. International Journal of Action Research, vol. 8, nr. 2.

186. WHO 2018. Preventing suicide: a community engagement toolkit. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
187. WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. file:///C:/Users/Bruger/Downloads/1986-OttawaCharterEN2.pdf
188. Wilken, U. 2023. Et haltende sundhedssystem. Polarfronten – polarforskning i perspektiv d. 4. april 2023. Interview med H. L. Hansen.
189. Wistoft, K. & Stovgaard, M. 2013. Evaluering af dukkeprojektet i Grønland. Aarhus Universitet. [https://pure.au.dk/ws/files/53329513/Rapport\\_Evaluering\\_Dukkeprojekt\\_Gr\\_nland.pdf](https://pure.au.dk/ws/files/53329513/Rapport_Evaluering_Dukkeprojekt_Gr_nland.pdf)
190. World Health Organization. 2018. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva.
191. Young, T. K., & Bjerregaard, P. 2008. Health transitions in arctic populations. University of Toronto Press.
192. Økonomisk Råd. 2019. Nunatta aningaasaqarnera - Grønlands økonomi.
193. Aagaard, T., Seibæk, L. 2022. Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010.
194. Aagaard, 2015. Hverdagsliv med sygdom - patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland. Arktisk Forskningsjournal, 1. Naalakkersuisut.
195. Aagaard, T. 2021. Notat om Fælles Skolebænk. Sundhedskommissionen, Arbejdsgruppe for Uddannelse og Kompetenceudvikling.









