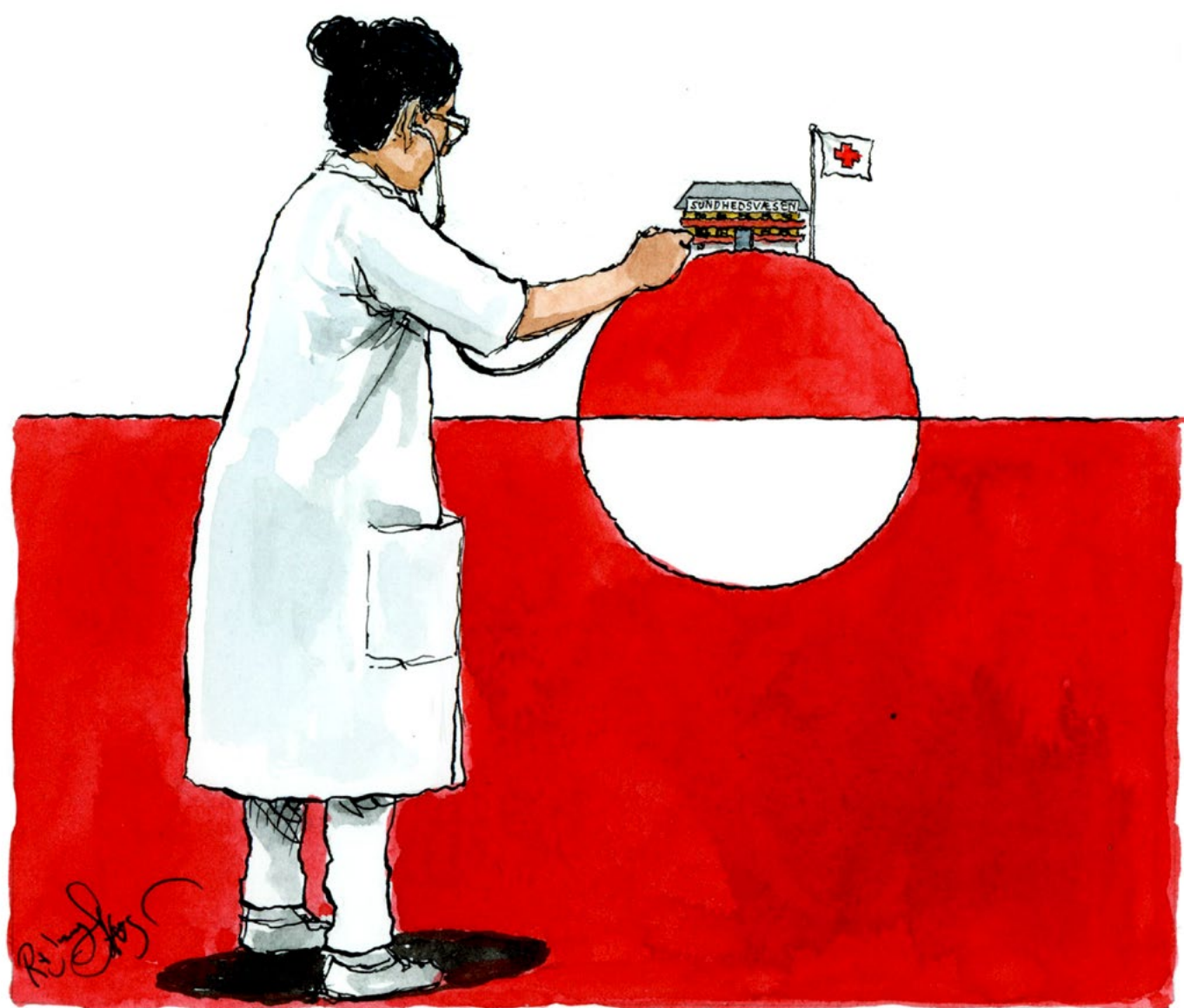


Sundhedsrådets Årsrapport 2025





Sundhedsrådets Årsrapport 2025

Oktober 2025

Sundhedsrådets formandskab:
Kjeld Møller Pedersen (forperson),
Henning Bundgaard,
Inuuti Fleischer,
Ingelise Olesen,
Ulla M. Wewer.

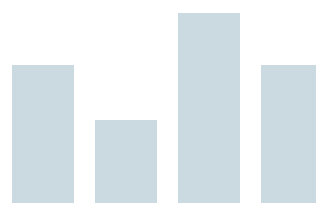
Forsideillustration: Rasmus Sand Høyer

Tryk: N Offset

Layout: Ivalu Risager

Indholdsfortegnelse

Anbefalinger og resumé	4
Recommendations and summary	6
Forord og indledning	8
Hvordan har udviklingen i sundhedsvæsenet været?	10
Borgernes vurdering af sundhedsvæsenet	10
Klager og erstatning	12
De ansattes vurdering	13
Arbejdspladsvurdering	13
Synspunkter på udviklingen	14
Resultat fra gruppeinterview	15
Resultater fra individuelle interviews	16
Politikerne	18
Økonomi	18
Bedre økonomistyring og budgettering	21
Forebyggelse	22
Status og fremdrift for 2023-Sundhedsforliget	23
Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale	25
Personaleøkonomien er udfordret	25
Udenlandsk arbejdskraft	28
Ændring af uddannelsen af speciallæger: Placering af noget af den i Kalaallit Nunaat	29
Videreuddannelse for sygeplejersker	30
Rotationsstillinger	30
Rekruttering og fastholdelse: DIH som universitetshospital	31
Hvor meget af den specialiserede behandling kan finde sted i Kalaallit Nunaat?	33
Befolkningsgrundlag og specialiseret behandling	33
Eksempel: hjemtagning af våd AMD	34
Kræftpakker	36
Udviklingen i digitale muligheder: EPJ og telemedicin	37
Elektronisk patientjournal, EPJ	37
Status	38
Telemedicin	39
Status	41



Anbefalinger og resumé

1. Der bør etableres en tilbagevendende, repræsentativ kortlægning af borgernes erfaring med deres møde med og brug af sundhedsvæsenet, i form af en spørgeskemaundersøgelse, suppleret med et mindre antal kvalitative interviews. (p. 10 ff.)
2. Der bør laves en uvildig analyse af, om sundhedsvæsenets samlede finansiering fremadrettet er robust nok, og om budgetstyringen, kapacitetsudnyttelsen og prioriteringen kan forbedres. (p. 18 ff.)
3. Det bør indføres flere forsøg med rotationsordninger for sundhedspersonale med danske partnerafdelinger, svarende til skitsen i Sundhedsrådets årsrapport. (p. 30)
4. At der, i forbindelse med udarbejdelsen af en udviklings- og investeringsplan for røntgen/MR/CT og ultralyd, indgås en gensidigt forpligtende partnerskabsaftale med et dansk hospital. (p. 39)
5. For patienter med komplekse sygdomsbilleder anbefales det, at etablere/videreudvikle tværfaglige, multidisciplinære onlinekonferencer (MDT-møder), med deltagelse af specialister fra DIH og danske eksperter med særligt kendskab til grønlandske forhold.
6. Vedholdende dialog med Sundhedsstyrelsen om placering af dele eller elementer af speciallægeuddannelser i Kalaallit Nunaat. (p. 29)
7. Dialog med de danske regioner om, at koble sig på de danske uddannelser til sygeplejespecialist. (p. 30)
8. En ubetinget forbedring af HR-service – især at få kontrakter på plads før ansættelse, og hurtigere løsning af lønfejl. (p. 25 ff. og p. 47)
9. Hurtigt få skabt klinisk ejerskab og markant involvering ved projektet om elektronisk patient journal. (p. 37 ff.)
10. Accelerere udrulningen af Pusa-teleløsningen og ressourcer til dialogen med borgerne. (p. 39 ff.)

Sundhedsvæsenet kan anskues ud fra tre synsvinkler: Borgernes, de ansattes og politikernes, som tilsammen tegner et billede af sundhedsvæsenets situation.

Hvad borgerne siger og mener om sundhedsvæsenet bliver belyst ud fra ufuldstændige data, som dog er de bedst foreliggende – en svaghed, der bør afhjælpes. Der uddeles både ris og ros.

En god oplevelse af arbejdspladsen er én af forudsætningerne for et godt fungerende sundhedsvæsen. Sundhedspersonalets vurdering af sundhedsvæsenet som arbejdsplads baserer sig på den senest foreliggende APV- arbejdsplads-vurdering – fra 2025, som er tilfredsstillende, efterfulgt af 18 interviews med medarbejder, patientforeninger og administrative medarbejdere. De er blevet spurgt om sundhedsvæsenet er blevet bedre, ringere eller er uændret de sidste 1-2 år, om styrker og svagheder sundhedsvæsenet har og om deres oplevelse af patienternes tilfredshed med behandling og service. Situationen i de sidste 1-2 år opfattes overvejende som uændret eller forværret, men dog med lyspunkter, bl.a. den stigende

brug af telemedicinske løsninger. Én af styrkerne ved sundhedsvæsenet er enhedsorganiseringen med almen praksis og sygehus i én organisation, og den største svaghed er den kroniske personalemangel. Flere nævner behovet for at få de mange gode historier frem, i stedet for kritik på Facebook der stammer fra enkelttilfælde – ofte i et meget direkte sprog.

Politikerne er ansvarlige for de overordnede rammer for sundhedsvæsenet. Sundhedsrådet ser på økonomien og, hvordan det går med at implementere det nyskabende 2023-Sundhedsforlig, som opfølgning på Sundhedskommissionens betænkning. Af Sundhedsforligets 46 indsattpunkter er der allerede gennemført flere, med et forbedret sundhedsvæsen til følge. I et presset sundhedsvæsen er det lykkedes at igangsætte eller afslutte 18 af de 26 1-3-årige indsatser og 6 af de 14 indsatser med et 5-årigt perspektiv.

Økonomien er presset med betydelige budgetoverskridelser. Der er tilført flere midler hvert år, men de rækker alligevel ikke, og senest har den danske stat ekstraordinært givet 140 mio. kr. fordelt over fire år til grønlandske patienters behandling i Danmark. Økonomien er især presset af stigende udgifter til medicin, stigende vikarudgifter og øget behandlingsaktivitet. Det bør undersøges om budgetstyringen kan forbedres samt om finansieringen er tilstrækkelig. Sundhedsvæsenet er den største driftsudgift for Landskassen og konkurrerer prioriteringsmæssigt med de andre dele af den offentlige sektor.

Forebyggelsesafsnittet drejer sig om anbefalinger til en ny alkoholpolitik, som Sundhedsrådet tidligere har udtalt sig positivt om.

Akilleshælen i Kalaallit Nunaats sundhedsvæsen er den kroniske personalemangel og alt for mange vikarer, som er i landet under 6 måneder. Forskellige forslag til afhjælpning bliver diskuteret, bl.a. rotationsstillinger med danske partnerskabsafdelinger, udenlandsk arbejdskraft, at give Dronning Ingrid's Hospital status som universitetshospital og uddannelsesmæssige initiativer. Mange forbedringsmuligheder i sundhedsvæsenet afhænger af rekruttering og fastholdelse af ansatte, men der findes desværre ikke snupagsløsninger.

Rapporten indeholder også en nærmere analyse af, hvor specialiseret Det Grønlandske Sundhedsvæsen kan være og dermed afhængigheden af at sende patienter til behandling i Danmark. Hovedbudskabet er, at med et befolkningsgrundlag som det grønlandske, er der grænser for den indenlandske specialisering og derfor et vedvarende behandlingsbehov i Danmark, men der er gode eksempler på vellykkede delhjemtagninger af behandling.

Der slutes med spørgsmålet om fortsat digitalisering af sundhedsvæsenet. Der er to hovedprojekter: Indførelse af et nyt elektronisk patientjournalssystem, fordi det eksisterende skal udfases, da vedligehold og udvikling fra moderselskabet ophører. Det er vigtigt med et system afpasset efter grønlandske behov, som nok vil pege på, at et system, som bruges af danske regioner, næppe er en optimal løsning. Det andet projekt er telemedicin, som allerede er godt i gang, men med fordel kan intensiveres yderligere – både patient-behandler- muligheden, hvor der nu findes en velfungerende app til smartphones, som bruges i stigende grad og behandler-behandlermuligheden, fx at læger på kysthospitalerne kan få bistand fra lægerne på Dronning Ingrid's Hospital – eller hos kollegaer på Rigshospitalet, når et MR-billede fra den nye MR-scanner på Dronning Ingrid's Hospital skal tolkes.

Derudover indledes rapporten med Sundhedsrådets anbefalinger.

Recommendations and summary

1. A recurring, representative survey of citizens' experiences with their encounter with, and use of, the healthcare system should be established in the form of a questionnaire, supplemented by a small number of qualitative interviews. (p. 10 ff.)
2. An analysis should be made of whether the overall financing of the healthcare system in the future is robust enough, whether budget management can be improved, and prioritization options. (p. 18 ff.)
3. More trials of rotation schemes for healthcare personnel with Danish partner departments should be introduced, corresponding to the outline in the Health Council's annual report. (p. 30)
4. That, in connection with the preparation of a development and investment plan for X-ray/MRI/CT and ultrasound, a mutually binding partnership agreement be entered into with a Danish hospital. (p. 39)
5. For patients with complex disease pictures, it is recommended to establish/further develop interdisciplinary, multidisciplinary online conferences (MDT meetings) with the participation of specialists from DIH and Danish experts with special knowledge of Greenlandic conditions.
6. Ongoing dialogue with the Danish Health Authority on the placement of parts or elements of specialist medical education in Greenland. (p. 29)
7. Dialogue with the Danish regions on linking to the Danish education for nursing specialists. (p. 30)
8. An unconditional improvement of HR services – especially getting contracts in place before employment, and faster resolution of salary errors. (p. 25 ff. and p. 47)
9. Quickly create clinical ownership and significant involvement in the project on electronic patient records. (p. 37 ff.)
10. Accelerate the rollout of the Pusa telesolution and resources for the dialogue with citizens. (p. 39 ff.)

The healthcare system can be viewed from three perspectives: those of the citizens, the employees, and the politicians, which together paint a picture of the healthcare system's situation.

What citizens say and think about the healthcare system is illuminated by incomplete data, which, however, is the best available – a weakness that should be addressed. Both criticism and praise are given.

A good experience in the workplace is one of the prerequisites for a well-functioning healthcare system. The staff's assessment of the healthcare system as a workplace is based on the most recent workplace assessment (APV) from 2025, which is satisfactory, followed by 18 interviews with employees, patient associations, and administrative staff. They have been asked about their assessment of whether the healthcare system has improved, worsened, or remained unchanged in the last 1-2 years, what strengths and weaknesses the healthcare system has, and their experience of patient satisfaction with treatment and service. The situation over the last 1-2 years is predominantly perceived as unchanged or

worsened, but there are glimmers of hope, including the increasing use of telemedicine solutions. One of the strengths of the healthcare system is the unitary organization with general practice and hospitals in one organization, while the weakness is the chronic staff shortage. Several mentions the need for bringing out the many good stories, instead of criticism on Facebook stemming from individual cases – often in a very direct tone.

Politicians are responsible for the overall framework for the health service. The Health Council is looking at the economy and how implementation of the innovative 2023 Health Agreement, as a follow-up to the Health Commission's report, is going. Of the Health Agreement's 46 action points, several have already been implemented, resulting in an improved health service. In a pressured health service, it has been possible to initiate or complete 18 of the 26 1-3-year initiatives and 6 of the 14 initiatives with a 5-year perspective.

The finances are under pressure with significant budget overruns. More funds have been added each year, but they are still not enough, and most recently The Danish state has given an extraordinary 140 million DKK over four years for the treatment of Greenlandic patients in Denmark. The finances are particularly pressured by rising costs for medicine, rising temporary staff costs and increased treatment activity. It should be assessed whether budget management can be improved and whether financing is sufficient. The health service is the largest operating expense for the country's economy and competes, in terms of priorities, with the other parts of the public sector.

The prevention section deals with the recommendations for a new alcohol policy, which the Health Council has previously expressed a positive opinion on.

The Achilles' heel of Greenland's healthcare system is the chronic staff shortage and far too many temporary workers who are in the country for less than six months. Various proposals for alleviation are being discussed, including rotation positions with Danish partnership departments, foreign labor, granting Queen Ingrid's Hospital status as a university hospital, and educational initiatives. Many improvement opportunities in the healthcare system depend on recruiting and retaining employees, but unfortunately, there are no quick fixes.

The report also includes a closer analysis of how specialized the Greenlandic healthcare system can be and thus the dependence on sending patients to Denmark for treatment. The main message is that with a population base like Greenland's, there are limits to domestic specialization and therefore a persistent need for treatment in Denmark, however there are good examples of successful partial repatriation of treatments.

It concludes with the question of continued digitization of the healthcare system. There are two main projects: the introduction of a new electronic patient record system, because the existing one is to be phased out as maintenance and development from the parent company will cease. It is important to have a system tailored to Greenlandic needs, which indicates that a system used by Danish regions is unlikely to be an optimal solution. The second project is telemedicine, which is already well underway but could benefit from further intensification – both the patient-practitioner interaction, where there is now a well-functioning app for smartphones, which is increasingly used and the practitioner-practitioner option, e.g. that doctors at the coastal hospitals can get assistance from doctors at Queen Ingrid's Hospital – or from colleagues at Rigshospitalet (the National Hospital of Denmark), when an MRI image from the new MRI scanner at Queen Ingrid's Hospital needs to be interpreted.

In addition, the report begins with the recommendations of the Health Council.

Forord og indledning

"Det Grønlandske Sundhedsvæsen er historisk presset". Sådan indledte Sundhedskommisjonen sin betænkning fra maj 2023. Sætningen er desværre fortsat aktuel. Sundhedsrådet håber med denne første årsrapport og fremtidige rapporter at kaste lys over sundhedsvæsenets situation i dag samt udfordringer og potentialer. Årsrapporten er lang, men vi håber, at de mange sider giver et nuanceret og konstruktivt billede af dagens grønlandske sundhedsvæsen.

Sundhedsrådet skal udarbejde en årlig uafhængig rapport om relevante aktuelle forhold i Sundhedsvæsenet, folkesundheden generelt samt samspillet mellem Sundhedsvæsenet og tilstødende sektorer. Rapporten skal fungere som et uafhængigt bidrag til at styrke beslutningsgrundlaget og retningen for de sundhedspolitiske beslutninger, men rapporten vil også kunne anbefale nye tiltag i Sundhedsvæsenet, der kan gøre det mere robust og styrke den sundhedsfaglige udvikling, inkl. samarbejdet med Danmark.

Dette er Sundhedsrådets første årsrapport, som er opdelt i fire dele.

I *første del* ser vi på det grønlandske sundhedsvæsen og spørger overordnet om der er sket forbedringer i løbet af 2024 og første halvdel af 2025. Vi vil fremhæve gode og mindre gode sider af udviklingen.

I *anden del* følger vi op på Sundhedsforliget 2023, som indeholder centrale pejlemærker for udviklingen det grønlandske sundhedsvæsen.

I *tredje del*, som er tematisk. Sundhedsrådet har blandt flere mulige emner valgt at fokusere på følgende tre områder:

- Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale, herunder behovet for systematisk workforce- og uddannelsesplanlægning
- Graden af specialisering/specialeråd i sundhedsvæsenet og samarbejdet med det danske sundhedsvæsen, herunder erfaringer med hjemtagning af behandlingsområder
- Udviklingen af digitale muligheder, herunder nyt elektronisk patientjournal -system (EPJ), og telemedicin

Derudover indeholder rapporten en del der omhandler anbefalinger. Den del fremgår i starten af rapporten, i afsnittet Anbefalinger og resumé

Appendiks indeholder en lang række supplerende afsnit og statistik

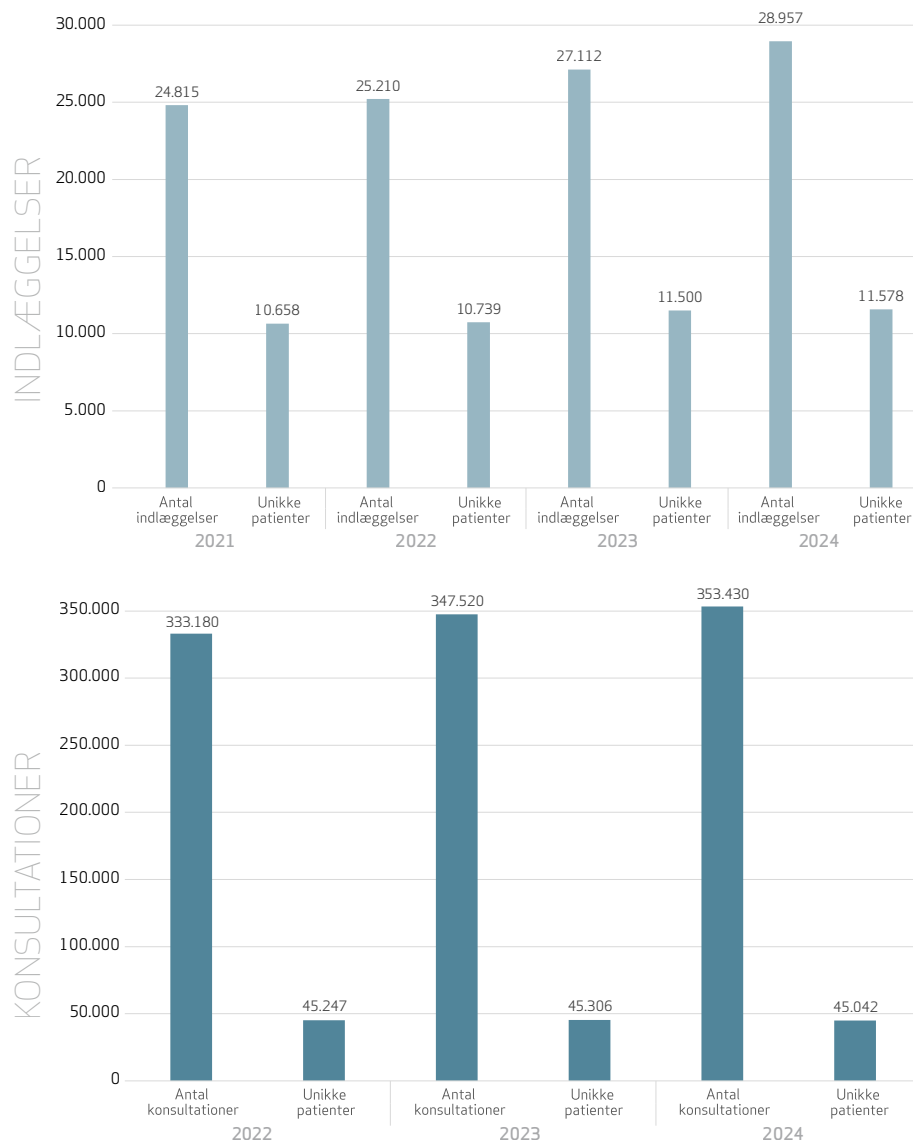
Det Grønlandske Sundhedsvæsen er specielt med modsætningsfyldte udfordringer. Landet dækker et kæmpestort geografisk område – 2.700 km nord-syd, 1.000 km øst-vest - beboet af 56.000 mennesker, der modtager forskellige behandlinger fra 56 sundhedsstationer og bygdekonsultationer. Derudover er der 11 sundhedscentre, fire regionssygehuse og et landshospital i Nuuk, Dronning Ingrid's Hospital (DIH). Der er ansat godt 1.600 personer i sundhedsvæsenet, hvoraf ca. 900 er fastansatte. Der er en tendens mod stadig kortere vikaransættelser. Sundhedsvæsenet er landets største arbejdsgiver og udgør 50% af Landskassens driftsudgifter på knap 3,5 mia. kr.

Transportforholdene er udfordrende. Omkring 7% af sundhedsbudgettet på ca. 1,7 mia. kr. går til patienttransport/evakueringer, som koster fra 25.000 til 500.000 kr. per evakuering.

Rekruttering og fastholdelse er en vedvarende udfordring. Fx har personalemangel ført til midlertidig lukning af to af de fem fødesteder. Mere specialiserede behandlinger foregår på Rigshospitalet, og betalingen herfor udgør ca. 20% af sundhedsbudgettet, hvortil kommer 5% til Det Grønlandske Patienthjem i København.

Grønlandernes brug af sundhedsvæsenet fremgår af figur 1, hvor der skelnes mellem antal brugere (unikke enkeltpersoner) og det samlede antal indlæggelser og konsultationer. Antal indlæggelser og indlagte, incl. ophold på Det Grønlandske Patienthjem, har været stigende. Der har været en stigning i antallet af ambulante kontakter, medens antallet af unikke patienter har været svagt faldende.

Figur 1: Antal indlæggelser og antal konsultationer, hele Kalaallit Nunaat



Kilde: Aktivitetsopgørelse Det Grønlandske Sundhedsvæsen 2021-2024

Udover denne behandlingsaktivitet i Kalaallit Nunaat blev der i 2024 behandlet 1.318 personer i Region Hovedstaden, primært på Rigshospitalet, samt 16 personer på Retspsykiatrisk Sengeafsnit R3 på Skejby Universitetshospital, Region Midtjylland.

Vi starter med at forsøge at tage temperaturen på dette facetterede sundhedsvæsen ved at spørge om, hvordan udviklingen af været de sidste 1-2 år.

Hvordan har udviklingen i sundhedsvæsenet været?

Alle interesserer sig for sundhedsvæsenet – hele livet igennem. Sundhedsvæsenet kan ansues ud fra tre synsvinkler: Patienternes, de ansattes og politikernes. I det følgende gøres der ikke lige meget ud af de tre perspektiver og noget er henvist til appendiks.

I løbet af et år er omkring 80-85% af alle grønlandere i kontakt med sundhedsvæsenet, og medregner vi pårørende, endnu flere. Personalet interesserer sig i sagens natur for sundhedsvæsenets tilstand i almindelighed – både som ansatte og som dem, der skal hjælpe patienterne. Politikerne lægger de overordnede rammer for sundhedsvæsenet, bevilger penge til driften og udviklingen af sundhedsvæsenet, og følger nøje udviklingen i sundhedsvæsenet.

Derfor skal der være data og informationer om, hvordan det går i og med sundhedsvæsenet. Data er desværre langt fra til stede i relevant omfang. Derfor har Sundhedsrådet måttet stykke data sammen fra forskellige kilder, som dog ikke tilsammen giver et tilfredsstillende indtryk af Det Grønlandske Sundhedsvæsen, men er udtryk for det muliges kunst og et håb om, at data med tiden bliver bedre. Det er bemærkelsesværdigt, at der så godt som ikke findes offentlig tilgængelig information om behandlingskvalitet.

Borgernes vurdering af sundhedsvæsenet

I Kalaallit Nunaat laver man endnu ikke systematiske og løbende målinger af brugerens oplevelse af kontakten med og brugen af sundhedsvæsenet. Derfor må der stykkes et billede sammen fra andre kilder.

Da der ikke findes andre eller nyere data om borgernes perspektiv på det grønlandske sundhedsvæsen, har vi i Sundhedsrådet valgt at kigge på borgernes opslag om sundhedsvæsenet på Facebook, som bruges flittigt i Kalaallit Nunaat. Det gøres velvidende, at de utvivlsomt ikke er repræsentative for den grønlandske befolkning og, at den sproglige form ofte er meget direkte og undertiden inddrager navngivne ansatte i sundhedsvæsenet. Det er imidlertid et af de fora, som giver stemme til nogle borgeres vurdering og oplevelse af sundhedsvæsenet og understreger samtidig behovet for andre muligheder for at give borgere og brugere en stemme. En mulighed ville være at følge Sundhedskommissionens anbefaling: At der foretages løbende opsamling på brugerperspektiver ved hjælp af spørgeskemaer og kvalitative metoder.

Ét af sundhedsrådets medlemmer, har nærstuderet nogle af disse opslag og har valgt at medtage nedenstående fora/grupper: 'politikkikkut oqalliffik - Politisk diskussionsrum' (16.000 medlemmer oprettet for 12 år siden), 'Politikkut oqallittarfik Sermersooq' (2.100 medlemmer, oprettet i 2007), 'Politikkikkut lsummersoqatigiiffik - Politisk Forum for Grønland & Danmark' (1.600 medlemmer oprettet i 2015) og 'OQALLIFFIK: kalaallisuinnaq' (1.100 medlemmer, oprettet 2021). Den ene gruppe henvender sig primært for Facebook-brugere i Kommuneqarfik Sermersooq.

Nogle af temaerne er sammenfattet i tabel 1.

Tabel 1: Temaer diskuteret i nogle Facebook fora med eksempler

Ventetider på operation
"Peqqinnissaqarfik hajjaa! Qaammaterpassuit suliaritinnissamut utaqquvunga" (angut)
"Jeg har ventet flere måneder på en operation, Sundhedsvæsenet hajjaa!" (mand)
Ønske om at sundhedsvæsenet skal tilbage til- og varetages af Danmark
"Peqqinnissaqarfik Danmarkimut utertinneqarili!" (angut)
"Sundhedsvæsenet tilbage til Danmark!" (mand)
Opslag af privat karakter, der vedrører egne oplevelser med sundhedsvæsenet
"Annerusumik misissorneqanngilanga iisartakkanik tunineqaannarpunga" (arnaq)
"Jeg blev ikke undersøgt yderligere, jeg fik bare tabletter" (arnaq)
Fødselsrejser
"Nunaqarfinniit juumooqanngitsuniit erniartorlutik aallartartut nersoaakka ilannguatic qimallutit ullorpassuit. Ataataasoq ilaatinneqarsinnaanngitsoq" (arnaq)
"Jeg tænker ofte på de gravide, der skal rejse for at føde, som bor i bygder uden jordemoder, som må forlade deres familier i mange dage" (kvinde)
Behandling og efterbehandling af kræft
"Kræfteqarninni suliaritereermermi misissorneqarnissamik itigartitaaneq" (angut)
"Jeg fik afslag på efterfølgende kontrolundersøgelser efter operation for kræft" (mand)
Manglende tillid mellem patient og sundhedsvæsenet
"Inuit ilaat nunaqarfimmiit illoqarfimmut nakorsiartariaqarsimasut nakorsap illoqarfimmi upperinngimmagit - nammineq akiliilluni" (angut)
"Borgere der har følt sig nødsaget til tage til læge fra bygden til byen på egen regning fordi lægen ikke troede på patienten" (mand)

Der er også tilfredse og taknemmelige borgere:

Taknemmelighed efter indlæggelse på det lokale sygehus
"Angerlarpunga peqqinnissaqarfik [illoqarfik] qujanaq sullilluarneqarama" (arnaq)
"Jeg er kommet godt hjem, tak til [by] sygehus fordi I ydet god behandling" (kvinde)
Tilfredshed og taknemmelighed efter en undersøgelse på Dronning Ingrid's Hospital
"Misissortilluarpunga, peqqinnissaqarfik qujanaq" (angut)
"Jeg blev undersøgt grundigt, tak til sundhedsvæsenet" (mand)

Kilde: Facebook

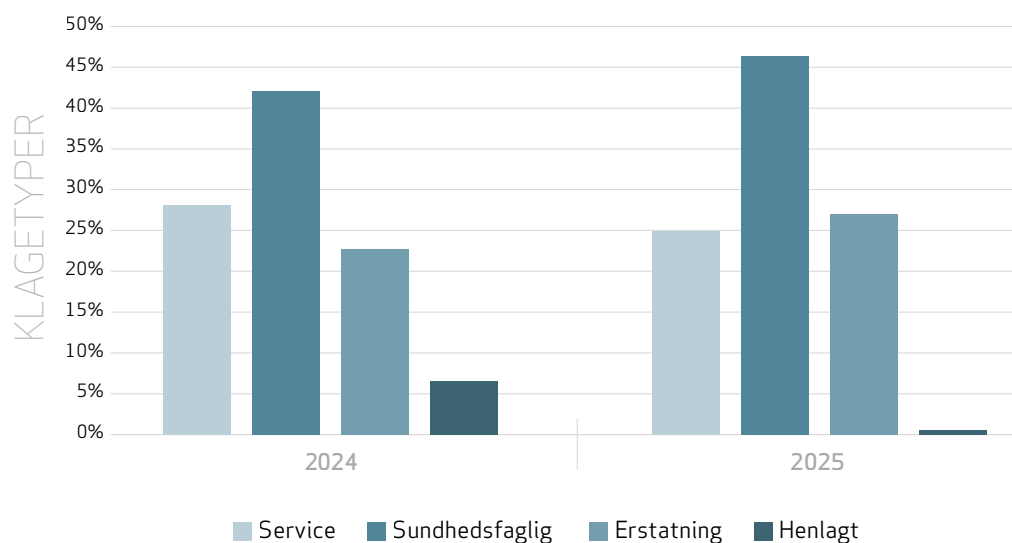
Klager og erstatning

Klager drejer sig ofte om behandlingen i sundhedsvæsenet. De kan med forsigtighed tolkes som udtryk for individuel utilfredshed.

Den 14. februar 2025 trådte Inatsisartutlov om patienters klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i kraft (Klage- og erstatningsloven). Set fra et patientperspektiv var det et fremskridt. Loven giver patienter bedre muligheder for at klage og/eller få erstatning, hvis man oplever fejl eller skader i forbindelse med sin behandling i sundhedsvæsenet. Loven gælder for offentlige behandlingssteder og i visse tilfælde også for private behandlingssteder og sikrer, at patienternes rettigheder bliver taget alvorligt. Loven lovfæster rettigheder, procedurer og frister for henholdsvis klager og erstatningsanmodninger.

Der blev i 2024 indgivet 213 klager til Landslægeembedet. 21 klager fra 2024 er blevet henlagt pga. manglende svar fra klager på anmodninger om præcisering, fuldmagt mm. 34 klager var rene service- eller erstatningsklager, som blev oversendt til hhv. Sundhedsledelsen eller Departementet for Sundhed til videre sagsbehandling. I alt blev 27 sundhedsfaglige klager i løbet af 2024 oversendt til afgørelse ved Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i Danmark, hvor 12 af disse blev afgjort i løbet af året, mens 15 endnu ventede på afgørelse fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i Danmark. Landslægeembedet har i løbet af året færdigbehandlet 82 klagesager.

Figur 2: Klagetyper, 2024 og forløbne del af 2025



Kilde: Landslægeembedet

Udgifterne til erstatningerne er stigende. I finansloven for 2025 regner man med 8,7 mio. kr.

De ansattes vurdering

Arbejdspladsvurdering

I Kalaallit Nunaat laves der en arbejdspladsvurdering, APV, hvert tredje år. Alle virksomheder med ansatte skal lave en skriftlig arbejdspladsvurdering, og medarbejderne inddrages igennem sikkerhedsorganisationen. Således også i sundhedsvæsenet.

I en APV vurderer man arbejdsmiljøet på en arbejdsplads ved at se på fysiske, psykiske og sociale forhold. En APV ser på medarbejdernes arbejdsbetingelser i bred forstand, ikke på patientbehandling og service, men det er en vigtig forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen. APV'en laves af en ekstern part.

Den seneste APV fra Det Grønlandske Sundhedsvæsen er fra 2025. Man så på de forhold, der skaber arbejdsglæde og engagement: Arbejdspladsens omdømme, arbejdsforhold, jobindhold, løn og ansættelsesforhold, læring og udvikling samt ledelse. Forholdene i sundhedsvæsenet sammenlignes med en række andre grønlandske virksomheder. 964 medarbejder ud af 1384 deltog - svarende til en svarprocent på 70% - og de svarede på 36 spørgsmål om de nævnte forhold. Resultaterne er tilfredsstillende vurderet ud fra besvarelsesmønstrene. Nogle af vurderingerne omtales nedenfor.

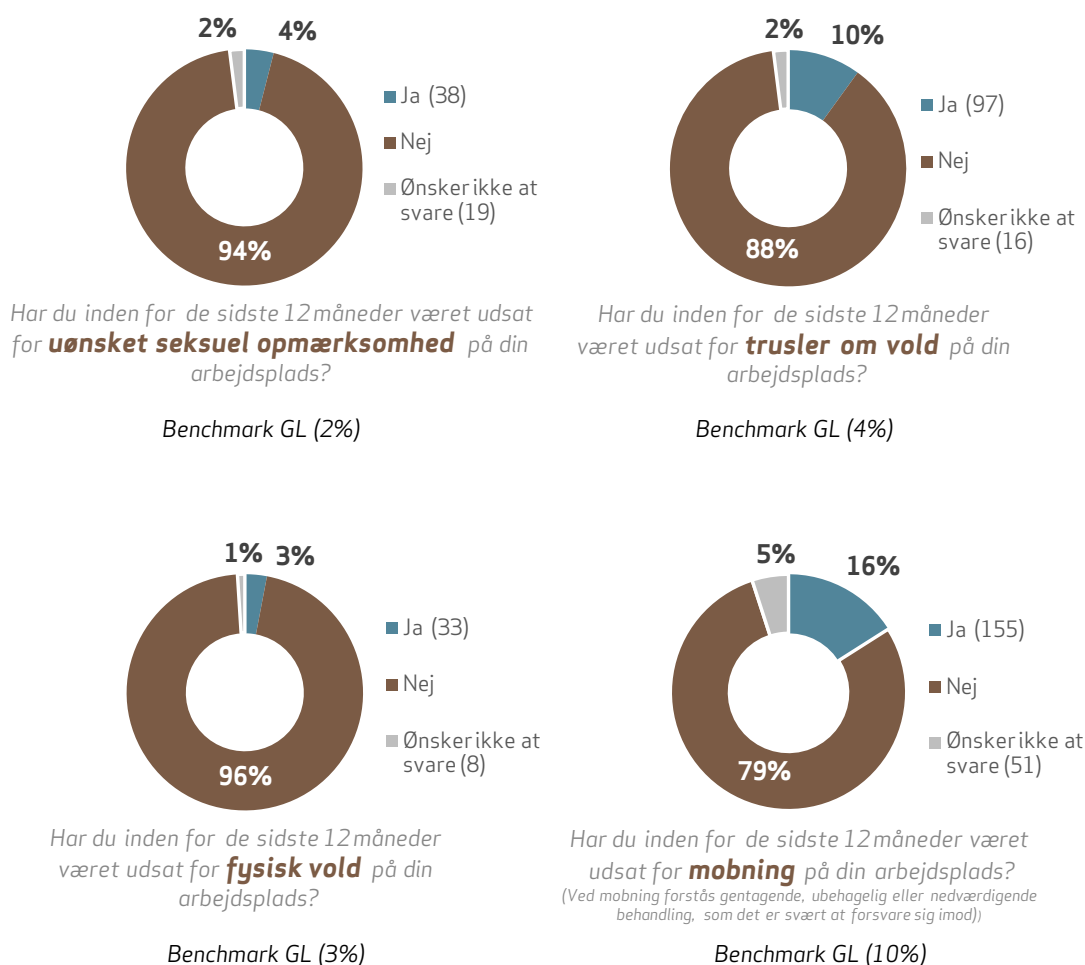
Arbejdsglæden er høj vurderet ud fra bl.a. motivation. 81% svarede, at de følte sig motiverede i deres arbejde og 78% så altid frem til at gå på arbejde. Der var ingen markante forskelle på tværs af køn, alder og anciennitet. Arbejdsglæden er især påvirket af jobindhold og samarbejde - henholdsvis 81 og 78%, medens - og bekymrende - kun 68% og 69% så virksomhedens omdømme og arbejdsforhold som motiverende drivkræfter.

Omdømme er vurderet ud fra tre spørgsmål: 'Det Grønlandske Sundhedsvæsen har et godt image', 'Jeg er stolt af at kunne fortælle andre, hvor jeg er ansat' og 'Andre opfatter Det Grønlandske Sundhedsvæsen som et godt sted at være ansat'. Kun 56% svarede bekræftende, at 'Det Grønlandske Sundhedsvæsen har et godt image'. Undersøgelsen giver ikke mulighed for en dybere forståelse af svaret, fx om det er opfattelsen i den almindelige befolkning eller billedet af sundhedsvæsenet som arbejdsplads, det drejer sig om. 79% svarede 'Jeg er stolt af at kunne fortælle andre, hvor jeg er ansat', hvilket kunne tyde på, at det ikke er den sidste tolkning, der gælder.

Loyalitet og tilknytning til arbejdspladsen er høj og vurderes bl.a. ud fra spørgsmål som 'Jeg udviser begejstring for Det Grønlandske Sundhedsvæsen og mine arbejdsopgaver', som 81% svarede bekræftende på. Den samme procentdel svarede, at 'Jeg vil anbefale andre at søge job hos Det Grønlandske Sundhedsvæsen'.

Vurderingen af den øverste ledelse ligger lavt og er en smule lavere end i virksomhederne der sammenlignes med. Her det især spørgsmålet om kommunikation, som scorer lavt: 'Direktionen kommunikerer tydeligt virksomhedens strategi og mål'. Billedet af nærmeste ledere er bedre og på niveau med de virksomheder der sammenlignes med.

Nogle psykiske dimensioner er sammenfattet i fire cirkeldiagrammer

Figur 3: Psykiske dimensioner i sundhedsvæsenets APV

Kilde: APV 2025 - Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Synspunkter på udviklingen

En række nøglepersoner fra læge- og sygeplejerskesiden og uden for sundhedsvæsenet er blevet interviewet om deres syn på udviklingen i sundhedsvæsenet, i alt 12 individuelle interviews. Heriblandt var repræsentanter fra to patientforeninger: Sugisaq (Patientforening for sindslidende og pårørende) og Neriuffik (Kræftens Bekæmpelse). Dertil har der været et gruppeinterview med ledende overlæger og oversygeplejersker fra DIH og regionerne. Sundhedsrådets formandskab deltog i dette Teams-interview.

Der er ikke tale om et repræsentativt udsnit, men de interviewede er udvalgt ud fra en betragtning om, at de har fingeren på pulsen. De blev stillet en håndfuld ret simple spørgsmål af typen: 1. Alt i alt: Er situationen i sundhedsvæsenet i dag bedre, ringere eller uændret end for 1-2 år siden set fra dit faglige synspunkt og kendskab til området? Og 2. Hvad er bedre, uændret eller ringere i dag end for 1-2 år siden (gerne mere end ét svar) hvortil kommer en vurdering af styrker og svagheder ved sundhedsvæsenet. Ingen steder i det følgende bliver der taget stilling til udsagnene, der således tages for pålydende.

Resultat fra gruppeinterview

Seks deltagere i ledende stillinger: Fire læger og to sygeplejersker med mangeårige ansættelser i sundhedsvæsenet. Fremstillingen bruger stort set deltagernes sproglige udtryk, dvs. uden væsentlig redigering.

Er status og udvikling i sundhedsvæsenet ringere, bedre eller uændret over de seneste 1-2 år?

Vurderingen af rekruttering og fastholdelse var overvejende negativ, men også med enkelte positive indslag: 'Rekruttering af speciallæger i almen medicin til DIS er forbedret de sidste 2 år', men rekruttering til billeddiagnostik og psykiatri er svært. De faglige kompetencer for dem, der ansættes i specialistfunktioner, har været faldende de seneste 1,5-2 år. Oplever at dem, der ansættes, er 'i kanten af specialet'.

Rekrutteringssituationen for sygeplejersker er blevet ringere, særligt for specialfunktioner som intensivsygeplejersker.

Kommuner

Gruppens vurdering af de kommunale muligheder bar præg af udfordringer set fra sundhedsvæsenets side: 'Kommunerne kan ikke løfte opgaven med observationer på dem der ikke omfattes af psykiatriens tilbud' og 'I almen medicin er det børn, der mistrives, der fylder i hverdagen'. 'Der er en social dimension her i Kalaallit Nunaat og manglende tilbud i det kommunale' hvortil kommer forsinkede udskrivning fra sygehusene på grund af mangel på relevante kommunale tilbud.

Solstråler

Det fungerer godt med lægeservice fra Nuuk, særligt når det er svært at få læger ude i periferien, fx. succes med central telefonvisitation, som skåner personale i Ittoqqortoormiit og Paamiut ved at visitation udføres af sundhedsfaglige i Nuuk. At have læge på distancen - altså telemedicinsk bistand - er en succes. Et konkret eksempel på hvor der virkelig er succes med det, er stuegang på distancen. Puisa [telemedicinsk app for patienter] er en kæmpe succes. Man fornemmer en øget forståelse for, at der ikke behøver være læger alle steder, men at funktionen kan dækkes på anden vis.

Behandlinger af elektive [planlagte] kirurgiske patienter, som hjælpes af danske specialister, der kommer op i kortere perioder, fungerer godt. Trods logistiske udfordringer lykkes det at behandle mange. Det betyder samtidig en del patienter til Nuuk, som udfordrer afdelingen på sengepladser.

Det lykkes med god udnyttelse af "superspecialister" som kommer i perioder, eller som benyttes på afstand i en form for "speciallægeambulatorie" til fx journalgennemgang. De kommer måske ikke til Uummannaq, men det ville også være forkert brug af tiden.

Det lykkes med faglige tiltag, fx at udvikle på palliationsområdet, på trods af mangel på personale. Personaleudskiftning gør udviklingen langsom, men det lykkes alligevel.

Tilfredshed

Med forbehold for at der er tale om personalets vurdering af patienttilfredshed, så opleves der en tilfredshed fra patienterne i det daglige, men debatten på Facebook og til kaffemik er præget af utilfredshed.

På kysten er logistik en kilde til utilfredshed, fx manglende muligheder for at få ledsager med til sygehuset.

I Dronning Ingrid's Sundhedscenter, DIS, sætter man streger, når patienterne siger tak og forundres over, hvor mange det er.

Sundhedsvæsenet har en formidlingsudfordring. Det, der er godt, bliver ikke formidlet.

Tilfredshed afhænger af forventningerne. Oplever generelt at patienter accepterer og tolererer utrolig meget, som man ikke ville tolerere i et andet system.

Patienter henvender sig gang på gang til sundhedsvæsenet uden at komme igennem nåleøjet. Det medvirker en berettiget utilfredshed.

Observationspunkter

Vil gerne have højnet behandlingsaktiviteten på andre sygdomsområder end kræft, fx lungeemfysem [er ofte en del af KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)].

Ift. fødesteder er der manglende politisk forståelse for hvad det kræver at være et fødested i normal international standard. Det kræver mere end at have en kirurg og anæstesiologi-sygeplejerske ansat.

De økonomiske rammer nødvendiggør prioritering af indsatsen, herunder af behandlinger i Danmark.

Resultater fra individuelle interviews

Der er blevet gennemført 12 interviews i perioden 23. juni 2025 til 25. juli 2025. Alle interviews foregik telefonisk og varede mellem 15 og 25 minutter, og data blev tekstmæssigt indtastet i SurveyXact. Interviewene blev foretaget og sammenfattet af medarbejdere fra Center for Folkesundhed i Grønland. Sammenfatningen er brugt nedenfor. Blandt informanterne var der en udmærket villighed til at deltage. De havde arbejdet i eller med sundhedsområdet mellem 1,5 og 37 år. Informanterne dækkede bredt: Faglige organisationer, patientorganisationer, administration og ansatte læger og sygeplejersker.

Er situationen i sundhedsvæsenet bedre, ringere eller uændret end for 1 år siden set fra et fagligt udgangspunkt?

Informanterne gav udtryk for, at situationen i sundhedsvæsenet enten er uændret eller ringere end for 1 år siden. Der var ingen, der tilkendegav, at situationen overordnet set er bedre.

En informant mente, at Det Grønlandske Sundhedsvæsen ikke har gennemgået samme udvikling som de øvrige nordiske lande, hvilket har medført markante forskelle i behandlingstilbudene. Flere noterede, at det udfordrer sundhedssektoren, at samarbejdet mellem social- og sundhedsvæsenet er mangelfuldt.

I flere interviews bemærkede informanterne, hvordan telemedicinske løsninger åbner op for nye muligheder, idet patienter uden for Nuuk kan tilses af speciallæger på DIH. Derudover nævnte en informant, at der i dag er forbedrede tilbud til patienter med kroniske lidelser som diabetes, KOL og overvægt. Denne udvikling skyldes i høj grad etableringen af Steno Diabetes Center.

De største styrker ved Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Overordnet falder deres svar inden for tre områder:

1. Organiseringen af sundhedsvæsenet som én enhed, dvs. at primær og sekundærsektoren hænger sammen, fx Dronning Ingrid's Sundhedscenter og Dronning Ingrid's Hospital og at kysthospitalerne varetager begge funktioner.
2. Når først patienterne er kommet ind i sundhedsvæsenet og er blevet henvist til en afdeling, så er det flere informanternes indtryk, at patienter synes, at de modtager en god behandling. Der er et godt samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle og der følges op på tingene. I den forbindelse nævnes det som en styrke, at medicin er gratis i Kalaallit Nunaat, fordi det er med til at øge lighed i sundhed. Derudover bliver medarbejderne beskrevet af informanterne som dygtige generalister, der er "verdensmestre" i at håndtere det generelle og navigere i alt fra myggestik til kræftbehandling.
3. Det påpeges, at man i Det Grønlandske Sundhedsvæsen generelt er god til at tiltrække dygtige medarbejdere. En anden informant bemærkede, at medarbejderne i Det Grønlandske Sundhedsvæsen har et stort ansvar for deres egne kompetencer ift. hvad de kan og ikke kan, men samtidigt får de som sundhedsprofessionelle et stort og spændende arbejdsområde. Det blev også beskrevet som et meget meningsfuldt arbejde, hvor man kommer tæt på patienterne.

De største udfordringer ved Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Udfordringerne falder overordnet set inden for fire punkter:

1. Ledelsesmæssige udfordringer som handler om, at der er utilstrækkelig organisatorisk og ledelsesmæssig kapacitet, samt at det kan være vanskeligt at rekruttere nye ledere, fordi det kræver, at de er i Kalaallit Nunaat mere permanent.
2. Manglende digitaliseringsstrategi: Ét er, at der mangler en digitaliseringsstrategi, men dette kræver også en strategisk modenhed. Informanten italesatte, at øget digitalisering f.eks. stiller store krav til persondatasikkerhed.
3. Personalemæssige udfordringer drejer sig grundlæggende om den kroniske personalemangel.
4. Patientens store ansvar for egen behandling: En informant kommenterede på betydningen af manglende personale til patientens behandling. Det blev nævnt, hvordan manglende ressourcer lægger et stort ansvar på patienten.

Indtrykket af borgernes vurdering af den behandling og service, de får i dag i forhold til for 1-2 år siden

Halvdelen af de adspurgte informanter mente, at borgernes opfattelse af sundhedsvæsenet er uændret sammenlignet med for 1 år siden. Én enkelt mente, at det er bedre, mens tre vurderede af borgernes opfattelse er dårligere end for 1 år siden.

Det blev nævnt, at borgernes vurdering af behandlingen og servicen i sundhedsvæsenet er drevet af enkeltsager set ud fra en tidshorisont på 1 år. Det faktum, at der ses flere klager, er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at sundhedsvæsenet leverer en ringere behandling eller service. Det kan også være et udtryk for, at borgerne har højere forventninger. En informant nævnte, at sundhedsvæsenet har for mange dårlige sager, og at det også er disse, der særligt bliver fremhævet i pressen. Generelt mangler de gode historier.

Politikerne

En kort gennemgang af de politiske systemer, herunder 14 §37 spørgsmål og punkter fra efterårssamlingen 2024 viser, at der politisk primært har været fokus på somatisk og psykiatrisk patientbehandling, både for børn og voksne, efteruddannelse af sundhedspersonale, hash og alkohol, korttidsansat sundhedspersonale (læger, sygeplejersker, jordemødre mv.) og forhold for sundhedsfagfolk, herunder sprogtillæg.

Nedenfor er der et særligt afsnit med status for og vurdering af sundhedsforliget fra 2023.

Økonomi

Det er nødvendigt at bruge en del plads på dette emne, fordi sundhedsudgifterne er Landskassens største driftsmæssige udgiftspost og, at stigningen heri presser Landskassens i forvejen anstrengte økonomi. Hertil kommer det underforståede selvfølgelige: Økonomien er én af forudsætningerne for at sundhedsvæsenet fungerer - og en holdbar økonomi gør, at det fungerer bedre i hverdagen, og at der kan udarbejdes langsigtede planer for udviklingen. Politikerne fastlægger, hvor meget der skal afsættes til sundhedsvæsenet i forbindelse med de årlige forhandlinger om finansloven.

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

Taget under ét har finanslovene for 2024 og 2025 tilført sundhedsvæsenet flere midler. I 2023 var der en budgetoverskridelse på 26 mio. kr. og året efter var overskridelsen på 29 mio. kr. Efter første halvdel af 2025 forventes der en overskridelse på ca. 65 mio. kr., og der er igangsat sparetiltag. Tilsammen er overskridelserne en indikation på, at sundhedsvæsenet har en anspændt økonomi.

Den danske stats ekstraordinære tilskud på 140 mio. kr. fordeles over fire år a 35 mio. kr. i perioden 2025-2028, der afsættes til en sundhedspulje som administreres i Kalaallit Nunaat med henblik på at understøtte grønlandske patienters behandling i Danmark. Der er tale om en midlertidig foranstaltning, som ideelt set kan bidrage til at frigøre ressourcer i Det Grønlandske Sundhedsvæsen til at iværksætte andre vigtige tiltag. Det statslige tilskud er samtidig endnu en illustration af sundhedsvæsenets anstrengte økonomi.

Det er vigtigt, at tilskuddet fra den danske stat ikke fører til bevillingsmæssig tilbageholdenhed fra Landskassen.

Flere forhold forklarer budgetoverskridelserne: Ud over øget aktivitet såvel inden- som udenlands er der øget brug af vikarbureau/korttidsansatte og øgede medicinudgifter, der giver stadig større udfordringer. I et nyligt analysenotat fra Sundhedsledelsen forslås at

fremskrive medicinbudgettet med minimum 15% årligt på basis af en ekstrapolation af udviklingen de seneste 5 år. I notatet noteres, at det hænger sammen med øget kvalitet af behandlingen af en lang række sygdomme på grund af underdiagnostik og underbehandling. Fx er kvaliteten af diabetesbehandlingen øget gennem de sidste 5 år, ligesom det har været nødvendigt at købe flere hotelpladser i København til supplement af Det Grønlandske Patienthjem, hvilket dog er finansieret af statspengene.

Budgetstyring i Det Grønlandske Sundhedsvæsen er en udfordring, fordi en række budgetposter umiddelbart er vanskelige at styre, især personalesidens vikarudgifter, fordi huller i vagtplanerne skal dækkes - ofte med dyre korttidsansatte vikarer, som ud over lønnen også skal have flybillet betalt og får tilskud til huslejen. Heroverfor står, at en række udfordringer, herunder at besparelser på patientbehandlingen i Danmark, i sagens natur vil gå ud over patienterne, som dog ikke bør forhindre en kritisk gennemgang af henvisningerne til behandling i Danmark. Det samme gælder patientevakueringer. Disse forhold gør det vanskeligt med markante opbremsninger i budgetåret og mere langsigtede løsninger med fx flere fastansatte fremfor vikarer er vanskeliggjort af den almindelige rekrutterings- og fastholdelsessituation.

Medicin

Medicin udgør 5% af de samlede sundhedsudgifter, hvilket er lavt sammenlignet med andre lande.

Der har været betydelige overskridelse på medicinbudgettet. Her er det bemærkelsesværdigt, at udgifterne til diabetesmedicin/vægttabsmedicin (Ozempic) nærmest er eksploderet:

Tabel 2: Udgifter til Ozempic 2021-2024¹

	2021	2022	2023	2024
Ozempic (Diabetes) (antal DKr/år)	2.718.000	5.349.000	6.777.000	11.644.000

Kilde: Økonominotat fra Sundhedsledelsen

I Danmark har Medicintilskudsnævnet vurderet, at andre typer diabetesmedicin, især generisk, kan være et rationelt førstevalg i mange tilfælde, og at Ozempic bør tildeles medicintilskud på et mere individuelt grundlag. Dette skyldes bl.a., at der er kommet nye lægemidler på markedet, og at Ozempic er dyrere end nogle af de alternative behandlinger. Dette har medført stigende forbrug af Ozempic, som patienter måske også efterspørger for at reducere overvægt. I Danmark er der eksempler på, at det er blevet ordineret til patienter uden diabetes.

1 Der har beklageligvis været en fejl i de data Sundhedsrådet har modtaget, som sidenhen er berigtiget. Sundhedsvæsenets udgifter til Ozempic i 2024 har været som følger:

	2021	2022	2023	2024
Ozempic (Diabetes) (antal DKr/år)	2.718.213	5.349.082	6.776.808	7.865.034
Ozempic (Diabetes) ekstra regning for 2023 pga. restordre				1.696.147

Der er således fortsat en stigning i forbruget af Ozempic, men en markant mindre stigning end oprindeligt oplyst.

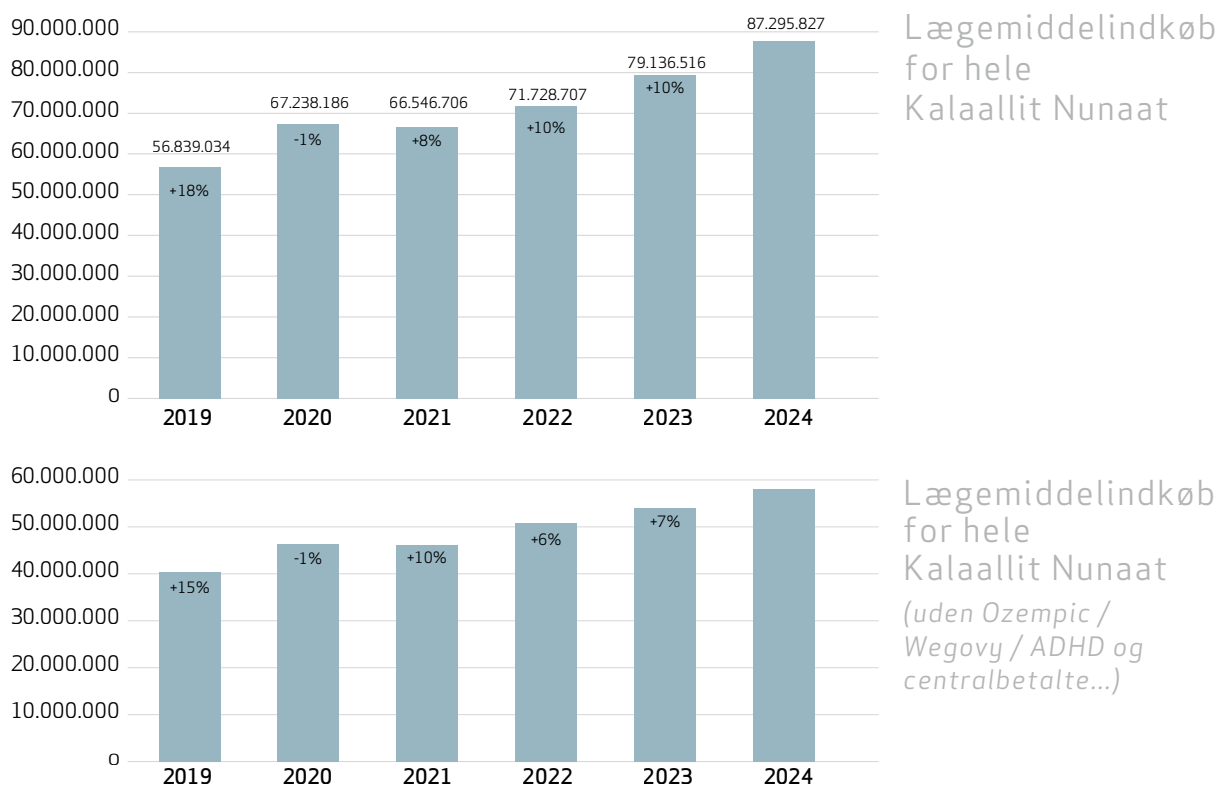
Man ser også, at der i Kalaallit Nunaat ordineres gratis fedmemedicin, Wegovy, til patienter der opfylder et sæt kriterier. Der er fuld brugerbetaling for Wegovy i Danmark. I 2023 og 2024 var udgifterne hertil hhv.: 586.000 og 968.000 kr.

På et række områder kunne man med fordel lægge sig op ad relevante anbefalinger fra det danske Medicintilskudsnævn. I Kalaallit Nunaat er man dog nu også gået bort fra at ordinere Ozempic som førstevalg.

Lægemiddelkomiteen med 7-11 medlemmer har en central rolle. Den skal godkende alle lægemidler som indgår i Rekommandationsbogen. Det er uklart, hvad grundlaget for beslutningerne er, men det må formodes, at man skeler til det danske Medicinråd og Medicintilskudsnævnet samt vurderinger i Sundhedsstyrelsens nyhedsbrev Rationel Farmakoterapi. I det omfang dette ikke er tilfældet, bør praksis ændres. Nogle af de nye lægemidler, bl.a. Advanced therapy medicinal products, ATMP (gen, celle og vævsterapier) koster mange millioner per patient, og det er langt fra sikkert, at der findes grønlandske patienter med dette behov, men skulle det blive tilfældet, vil det ubetinget være nødvendigt at se på Medicinrådets afgørelser i sådanne sager.

Følgende figurer fra det tidligere nævnte analysenotat illustrerer udfordringerne på medicinområdet. I figurens venstre side ses den dokumenterede udvikling i lægemiddelindkøb, som bortset fra et enkelt år (corona) viser markante stigningsprocenter. Korrigerer man for hurtigt stigende udgifter til Ozempic/Wegovy/ADHD og centralt betalte indkøb, er der fortsat betydelige stigningsprocenter. Centralt betalte lægemidler udgør cirka 20% af det samlede budget. De er ikke som andre lægemiddeludgifter blevet fordelt på institutioner/afdelinger og inkludere HIV, Biologiske (TNF), Cytostatika og børnevacciner. Priser/forbrug på HIV, Biologiske (TNF) og Cytostatika er meget varierende og kostbare.

Figur 4: Udviklingen i lægemiddelindkøb



Kilde: Notat om 'Lægemiddelindkøb fra 2019'

Bedre økonomistyring og budgettering

De vedvarende budgetoverskridelser rejser spørgsmålet, om sundhedsvæsenet er 'underfinansieret'. Det er der ikke et klart svar på, hverken for Kalaallit Nunaat eller andre lande, men det drejer sig i udgangspunktet om, om der er overensstemmelse mellem sundhedsvæsenets opgaver og dertil hørende finansiering. Såvel opgaver som finansiering er fastlagt politisk, og finansieringen afhænger af den politiske prioritering mellem de forskellige dele af den offentlige sektor.

En anden tilgang til spørgsmålet er at lave en sammenligning mellem Danmark/andre lande og Kalaallit Nunaat. I appendiks er der lavet en grov beregning af udgifterne per indbygger i hhv. Kalaallit Nunaat og Danmark og procent af bruttonationalproduktet, der bruges på sundhedsvæsenet. Konklusionen ud fra disse beregninger er, at der ikke kan drages holdbare konklusioner, fordi sammenligningerne er behæftet med for mange udfordringer.

Det er vigtigt at understrege, at sundhedsvæsenet ikke kun er 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 sundhedsvæsenet en rolle og bidrager positivt til samfundsøkonomien. Der er i detaljer redegjort herfor i Sundhedskommissionens Betænkning.

For at skabe en fælles forståelse af de økonomiske udfordrings karakter og omfang i Det Grønlandske Sundhedsvæsen kan det overvejes at igangsætte en analyse foretaget af en ekstern part med den fornødne viden om Kalaallit Nunaat og Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

I en sådan undersøgelse kunne også indgå en vurdering af den i flere år annoncerede sektor-anlægsplan for sundhedsvæsenet og en kommende mere generel investeringsplan for sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets bygningsmasse er af ældre dato, og der er et betydeligt og bekymrende vedligeholdelsesefterslæb. Aktiviteten i 2024 har været høj, og der er oparbejdet et merforbrug på vedligeholdelseskontoen på 13 mio. kr. i 2024. Dette merforbrug blev overført til FL2025. Dermed er der igangsat færre vedligeholdelsesprojekter i 2025. Samtidig kan det noteres, at renovering/nybyggeri til Steno Diabetes Center er afsluttet og giver forskellige bygningsmæssige standarder i forhold til DIH.

En ny MR-scanner til DIH (opstart nov. 2024) var planlagt, og fondsfinansieringen var meget velkommen, da den gamle var forældet, men det kostede uventet 14 mio. kr. i ombygning. De oprindelige afsatte 4 mio. slog ikke til, fordi der blev inddraget flere ikke-planlagte men relevante ombygninger. Udskiftning af det øvrige billeddiagnostiske udstyr i Kalaallit Nunaat er også nødvendigt for at stille korrekte diagnoser og dermed kunne iværksætte den nødvendige behandling.

Til ovenstående kom en anlægsreserve på 100 mio. kr. til et nyt EPJ-system, der omtales senere.

Forebyggelse

Ved udgangen af 2024 blev anbefalinger til en flerårig evidensbaseret alkoholpolitik sendt i høring. Inatsisartut havde besluttet, at Naalakkersuisut skulle fremlægge anbefalinger, der ville gøre en reel forskel for børn, unge og familier.

Anbefalingerne var resultatet af et tæt samarbejde med Center for Folkesundhed i Grønland og WHO/Europe og inddrog en bred kreds af interessenter.

Målet med anbefalingerne er ikke at afskaffe individets ret og frihed til at købe og indtage alkohol, men derimod at sikre den opvoksende generations ret og frihed til ikke at blive skadet af voksnes brug af alkohol. Anbefalingerne har fokus på tiltag, der kan sikre, at børn ikke vokser op i en familie med rusmiddelproblemer og på, hvordan man kan bryde den sociale arv. Målet med anbefalingerne er at beskytte børn ved at forebygge rusdrikning.

Alkohol påvirker også andre sektorer end sundhedsvæsenet, og en langsigtet alkoholpolitik vil kunne bidrage væsentligt til at nå målene i følgende strategier og handlingsplaner:

- Inuuneritta III - Naalakkersuisuts strategi for samarbejdet om det gode børneliv
- QAMANI - Strategi for forebyggelse af selvmord
- Handlingsplan mod vold i nære relationer
- Bedre forebyggelse, færre anbringelser: Handlingsplan for det forebyggende arbejde i familier.

Allorfiks årsrapport for 2024 viser bl.a., at følgende gjorde sig gældende for borgere i behandling i 2024:

- Alkohol er fortsat det hyppigste rusmiddel- og spilproblem, der søges behandling for
- 36% af dem med et alkoholproblem har også et hashproblem
- 64% af dem med et hashproblem har også et alkoholproblem
- 35% af dem med et spilproblem har også et hashproblem
- 67% af dem med et spilproblem har også et alkoholproblem.

Allorfik visiterede i 2024 806 borgere til behandling.

Allorfik har usædvanligt gode data i forhold til, hvad man ser i sundhedssektoren, som Allorfik (igen) blev en del af i 2024. Allorfik laver også undersøgelse af brugertilfredshed. På denne måde er Allorfik et datamæssigt forbillede.

Alkohol anbefalingerne nåede ud i offentlig høring men den efterfølgende politiske stillingtagen blev afbrudt af valget.

Sundhedsrådet var blandt høringsparterne og afgav en positiv udtalelse og noterede, at det er vigtigt at satse på og styrke den strukturelle forebyggelse gennem strukturelle tiltag og lovgivning, og den foreslåede alkoholpolitik er et vigtigt skridt i denne retning.

Status og fremdrift for 2023-Sundhedsforliget

Den politiske reaktion på sundhedskommissionens betækning fra maj måned 2023 var hurtig og resolut. I november måned samme år blev der indgået et bredt politisk forlig, der er den politiske rammeaftale for arbejdet med en styrkelse af sundhedsområdet i de kommende år.

Der var politisk forståelse for, at implementering af sundhedsforliget ville kræve flere ressourcer. Som en del af forliget blev der i finansloven for 2024 afsat en ekstra bevilling på i alt 114,5 mio. kr. fordelt over fire år til styrkelse af sundhedsvæsenet.

Tabel 3: Økonomisk ramme for sundhedsforliget 2023

Økonomisk ramme for sundhedsforliget	2024	2025	2026	2027	2024-2027
I alt (mio. kr.)	35,0	29,5	29,5	20,5	114,5

Kilde: Finanslov 2024

Nedenfor er der et oversigtligt resume af, hvor langt man er kommet med implementeringen af 2023-sundhedsforliget. I appendiks er der en mere detaljeret oversigt.

Sundhedsforliget fra november 2023 var en vigtig, hurtig og perspektivrig opfølgning på Sundhedskommissionens Betækning med ikke mindre end 117 anbefalinger.

I Sundhedsforliget indgik 43 indsatser med forskellige tidshorisonter: 26 indenfor 1-3 år, 13 indenfor 5 år og 4 indenfor 10 år. Dette er ambitiøst og udfordrende i et presset sundhedsvæsen, men det er lykkedes at igangsætte eller afslutte 18 af de 26 1-3-årige projekter og 6 af de 5-årige projekter.

I Sundhedsdepartementet blev der nedsat et projektsekretariatet, der har været fuldt bemandedt siden 1. december 2024 med tre projektledere og en programchef. Projektsekretariatet står ikke for ledelse af alle projekter. Der er et særskilt projekt om kræftpakker og det såkaldte fase -2strukturarbejde, som tidligere landslæge Henrik Hansen har hovedansvaret for.

Fase 2-strukturarbejdet er en efterfølger til fase 1-strukturarbejdet, som pr. 1/1-25 nedlagde Styrelsen for Sundhed, lagde Allorfik under sundhedsvæsenet samt udvidede sundhedsledelsen fra tre personer til en direktion på fem (tilføjelse af økonomidirektør + opdeling af chefsygeplejerske i to til hhv. DIH og Kysten). På denne måde tog fase 1 fat på den meget overordnede struktur for sundhedsvæsenet.

Fase 2-strukturarbejdet går mere i dybden med tre temaer: 1) Intern organisering af DIH, herunder de landsdækkende ansvarsområder, udlandsbehandling og DGP, 2) Organisering af sundhedsregionernes opgaver og ansvarsområder, 3) Samarbejde og opgave- og ansvarsfordeling mellem SHV og kommunerne.

Meget af implementeringsarbejdet foregår i samarbejde med sundhedsvæsenet, som imidlertid er presset på driften og ikke har mange ekstra ressourcer til udviklingsopgaver. Dette bør der rettes op på med en ressource i sundhedsvæsenet, der er dedikeret sådanne opgaver.

På andre felter skal der samarbejdes med andre departementer og partnere, som ikke altid tillægger arbejdet samme prioritet som Sundhedsdepartementet.

Det kunne overvejes at fordele projekterskab på andre parter end projektsekretariatet med periodevis opfølgning af fremdrift af sådanne projekter. Erfaring siger, at projekterskab er motiverende for de involverede og giver større fremdrift.

Sundhedsrådet har modtaget en statusopgørelse fra projektsekretariatet og noterer bl.a. følgende resultater i forhold de 26 1-3-årige initiativer:

- Styrkelse af sundhedsvæsenets rekrutteringsenhed i København.
- Oprettelse af projektsekretariat til understøttelse og implementering af indsatsen omkring udenlandsk arbejdskraft
- Første udkast af en redegørelse om fordele og ulemper ved privat praksis
- Etablere et Sundhedsråd
- Sikre tidssvarende kræftbehandling ved at gøre forsøgsordning fra 2023 permanent
- Styrke finansieringen af medicinsk og kirurgisk afdeling til ansættelse af flere speciallæger på Dronning Ingrid's Hospital (herunder til understøttelse af lægerne i regionerne med telemedicinsk enhed)
- Etablering af team til telemedicinsk lægedækning i lægesvage eller lægetomme bosteder
- Forbedret lægebemanding på Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS)

I appendiks findes en detaljeret oversigt. Projektsekretariatet udarbejder løbende status-redegørelse til forligspartierne og Naalakkersuisoq for Sundhed og Personer med Handicap.

Det samlede indtryk er, at der er rimelig fremdrift i forhold til de 1-3 årige initiativer. Der er som nævnt igangsat aktivitet i forhold til 18 af de 26 1-3-årige indsats og taget hul på 6 af de 5-årige indsatser. Hos nogle parter er der et ønske om hurtigere fremdrift, som dog ofte vil hæmmes af bemandsituationen i almindelighed.

I koalitionsaftalen for det nye Naalakkersuisut fremgår det, at "Sundhedsforliget fra 2023 skal udvides i samarbejde med forligskredsen". Naalakkersuisut præsenterer i koalitionsaftalen en række indsatser på sundhedsområdet, som skal prioriteres i valgperioden. Arbejdet med det udvidede sundhedsforlig er undervejs og søges ifølge Sundhedsrådets oplysninger afsluttet inden udgangen af 2025.

Det er vigtigt at undgå at iværksætte for mange initiativer for at undgå projekttræthed og overbelastning og at undgå at være overambitiøs og ende med projekter, der hos nogle måske anses for ønsketænkning. Forslag, der sigter mod at forbedre sundhedsvæsenets grundlæggende svagheder, er helt centrale, fx rekruttering og fastholdelse, uddannelse, bedre HR-service - alt sammen noget som er forudsætninger for fx forslag om serviceudvidelser og øvrige forbedringer. Hellere have få afsluttede succeser end mange ufærdiggjorte eller for langstrakte projekter.

Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale

Det Grønlandske Sundhedsvæsen er afhængig af, at der løbende kan rekrutteres og fastholdes medarbejdere. Rekruttering og fastholdelse er en udfordring for stort set alle personalegrupper, men især læger og sygeplejersker. Spørgsmålet er, om rekrutteringsproblemer er blevet den nye normal.

På mange måder er Sundhedskommissionens beskrivelse af situationen i maj måned 2023 desværre fortsat gældende (se appendiks), hvortil er kommet lønspørgsmålet med manglende overenskomst i Kalaallit Nunaat for sygeplejersker og den danske regerings særlige tillæg i Danmark. En intensivsygeplejerske med 8 års anciennitet går ca. kr. 8.000 ned i løn per måned ved at tage til Kalaallit Nunaat.

Det er et fortsat irritationsmoment, at mange ikke har en kontrakt, når de kommer til Kalaallit Nunaat med uklarhed om betingelser og forudsætninger. Boligmulighederne er en fortsat udfordring, inkl. delejligheder.

Personaleøkonomien er udfordret

Nedenstående kategorier af personaleudgifter er steget med 60% fra 2020 til 2024. Selvom stigningen var højest i corona-årene er stigningen fortsat i 2023 og 2024, men mest for vikarudgifter.

Tabel 4: Personaleomkostninger 2020-2024

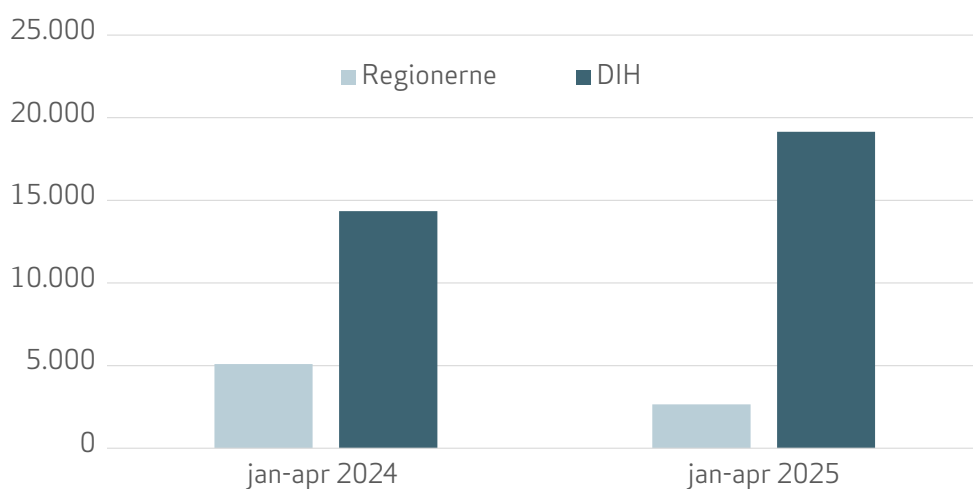
Udvalgte personaleomkostninger					
Regnskab	2020	2021	2022	2023	2024
Timeløn	52.493	55.606	59.302	61.839	65.689
Merarbejde	24.298	26.812	27.819	28.825	29.810
Vikarudgifter	22.300	24.994	42.410	64.743	72.002
Rekruttering og fratrædelse	33.235	38.699	39.697	41.759	41.924
Øvrige personaleomkostninger	19.021	22.710	22.580	27.712	32.934
Ialt	151.347	168.821	191.808	224.878	242.359

Kilde: Notat fra Sundhedsledelsen

Figur 5 viser, at denne udvikling er fortsat i 2025 og viser en klar tendens til kortere ansættelser blandt tilkaldt arbejdskraft

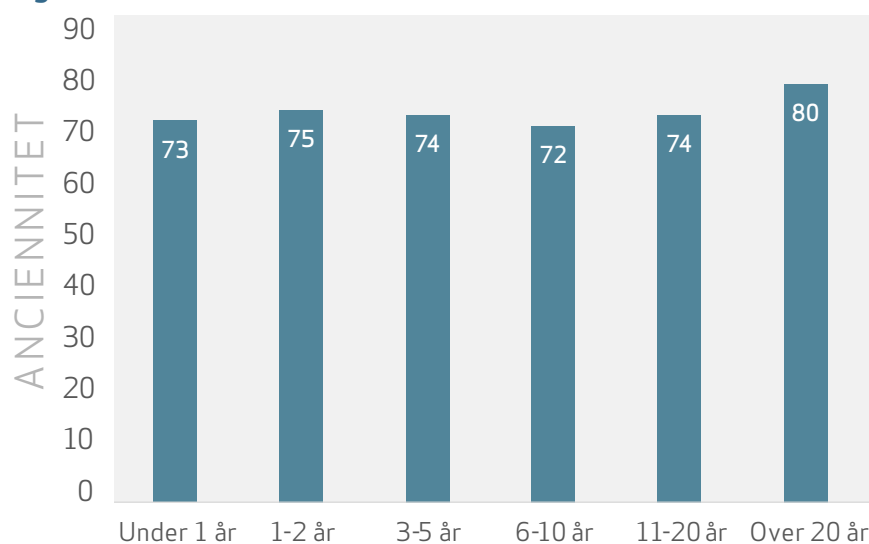
Figur 5: Udviklingen i udgifterne til vikarbureauer

Udgifter til vikarbureau de første 4 måneder i 2024 og 2025



Kilde: Tina Amondsens præsentation på GØR-seminar i maj 2025.

Det er desværre lettere at få økonomiske oplysninger om personalesituationen end fx oplysninger om personaleomsætning, varighed af ansættelse osv., hvilket er meget beklageligt, fordi økonomioplysninger skal suppleres med sådanne oplysninger for at give mening. Fx stammer nedenstående figur med anciennitetsoplysninger fra den nyligt gennemførte APV, som viser en meget stor andel af ansatte med under ét års anciennitet.

Figur 6: Ansattes anciennitet

Kilde: APV 2025 - Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Figur 6 og nedenstående tabeller illustrerer udfordringen med de mange korttidsansatte, men viser ikke konsekvenserne i form af manglende kontinuitet, udfordringer med mere langsigtet personaleudvikling og den resulterende nedsatte produktivitet på grund af tid, der skal bruges på at støtte vikarerne.

Tabel 5 viser oplysninger om aktive ansættelser opdelt på fastansatte og vikarer, opgjort per juni 2025, som kan være præget af den begyndende sommerferieafvikling.

Tabel 5: Fordeling af aktive ansættelse på faste og vikarer per juni 2025

	Læger	Sygeplejerske	Jordemoder	Fys/Ergo	Radio-graf	Sundhedsplejerske	Bio-analytiker
I alt	133	322	28	33	8	9	23
Heraf faste	82	208	16	25	6	3	15
Heraf vikarer	51	85	11	8	2	6	8
Heraf timelønnede		29	1				
Vikar pct	38%	26%	39%	24%	25%	67%	35%

Kilde: Bearbejdning af data fra den centrale HR-funktion

Af tabel 5 fremgår vikarprocenter af samtlige aktive ansættelser på mellem 24 og 67%. For sygeplejerskers vedkommende forklares den lave vikarprocent med relativt mange grønlandsk uddannede sygeplejersker, der er fastansatte. En 'vikar' er ensbetydende med kortvarig ansættelse. Varigheden af ansættelserne for læger fremgår af tabel 6, men det er gennemsnit. Der er ansættelser på 8-15 dage.

Tabel 6: Varighed af vikaransættelser for læger, gennemsnit 2020-2024

Vikaransættelser	Yngre/reservelæger	Special-/overlæger
Antal nyansættelser*	351	1.445
Gennemsnitligt antal sammenhængende måneder pr. ansættelse**	3,8	2,5
Gennemsnitligt antal ansættelser pr. person	1,21	2,04

*Nyansættelse er defineret ved at der har været 2 eller mere forudgående måneder uden aktivitet, eller at personen ikke havde aktivitet i januar 2020.

**Varighed af ansættelse er defineret ved sammenhængende antal måneder hvor der er registreret aktivitet.

Kilde: Bearbejdning af data fra den centrale HR-funktion

Den tilsvarende analyse for jordemødre og fysio- og ergoterapeuter viser noget længere ansættelsesperiode. Henholdsvis 4,8 og 6,2 måneder og gennemsnitlig antal ansættelser per person på hhv. 1,1 og 1,6.

Tabel 6 viser meget korte ansættelser, der dog i et vist omfang opvejes af, at der er flere, som har været i Kalaallit Nunaat i flere runder. Uanset dette er der alligevel tale om 'svingdørs-ansættelser'.

Omfanget af vikaransættelser belaster selvsagt HR-funktionen med mange ansættelseskontrakter, som undertiden udsendes sent. Det vides ikke præcist, hvordan vikarerne rekrutteres. De skal i udgangspunktet gå igennem rekrutteringsenheden i København, men i presede situationer dispenseres der.

Tabel 7 viser, at fastansatte heller ikke i gennemsnit bliver i lang tid. Sammen med de korttidsansatte viser tabellerne 5-7, at vedvarende udfordring vedr. de sundhedsprofessionelle er, at begge grupper bliver for kort tid til at kunne skabe varig stabilitet og kontinuitet.

Tabel 7: Varighed af fastansættelser

Fastansættelser	Jordemødre	Fysio- og ergoterapeuter	Yngre/reservelæger	Special-/overlæger
Antal nyansættelser*	31	40	140	76
Gennemsnitligt antal sammenhængende måneder pr. ansættelse**	22,13	21,99	17,04	27,38

*Nyansættelse er defineret ved at der har været 2 eller mere forudgående måneder uden aktivitet, eller at personen ikke havde aktivitet i januar 2020.

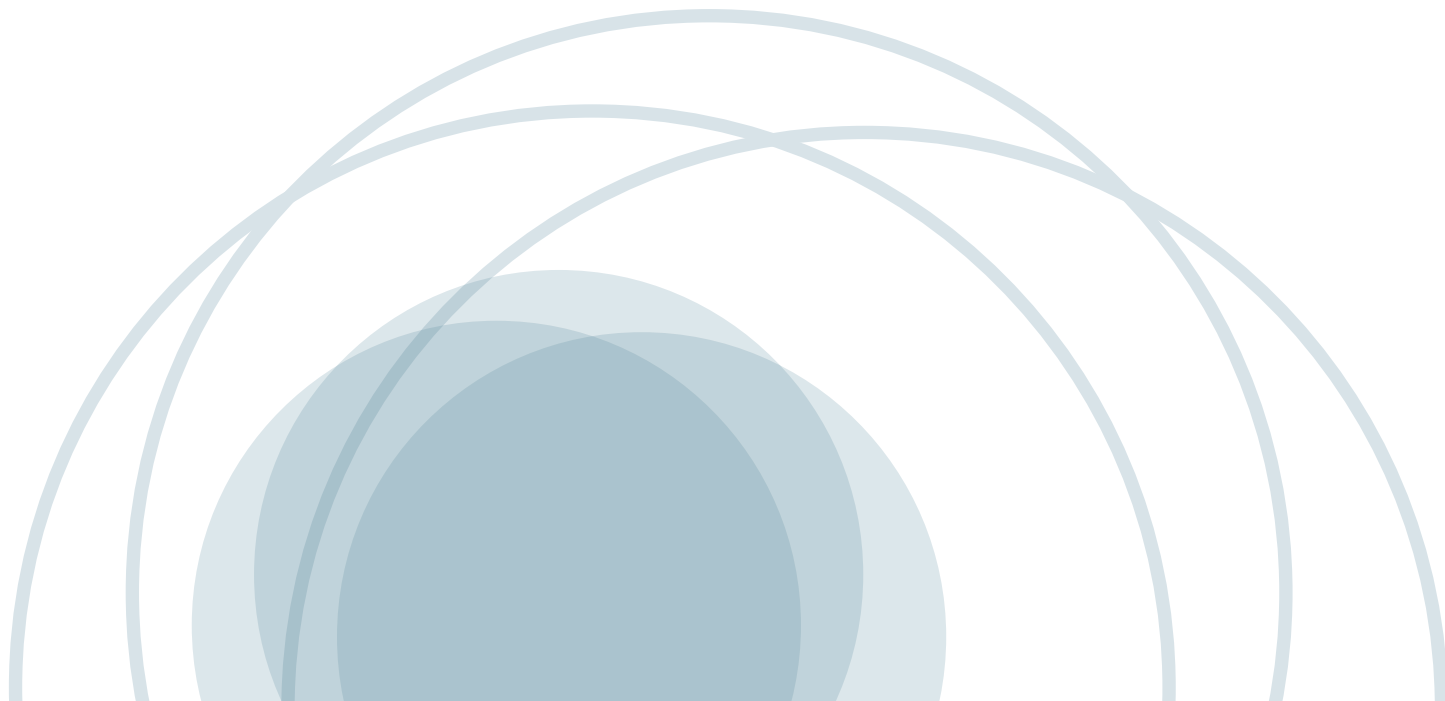
**Varighed af ansættelse er defineret ved sammenhængende antal måneder hvor der er registreret aktivitet.

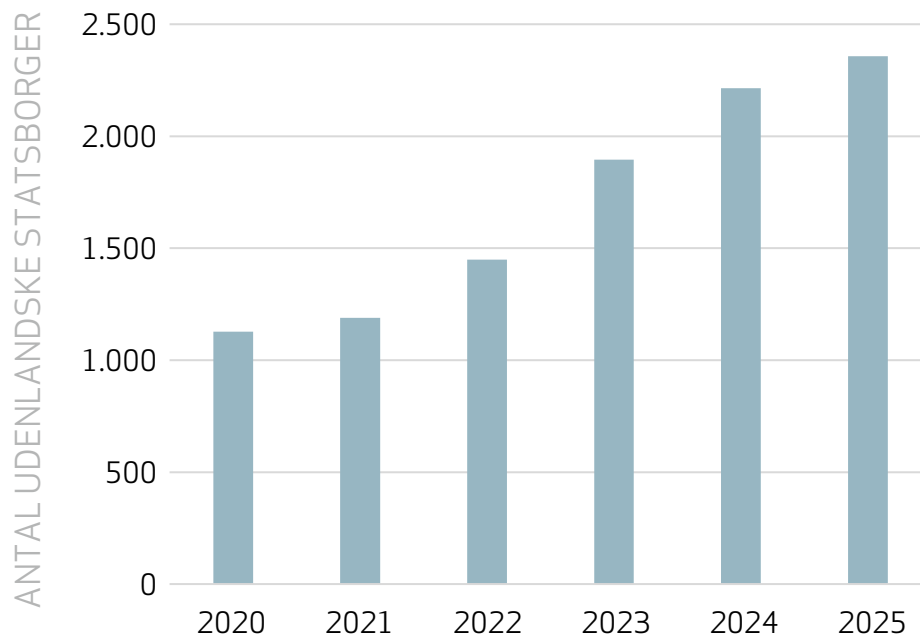
Kilde: Bearbejdning af data fra den centrale HR-funktion

Udenlandsk arbejdskraft

Fra politisk side betones vigtigheden af udenlandsk arbejdskraft, og der er i Departementet for Sundhed og Personer med Handicap blevet indledt et samarbejde med WHO, som dog ikke umiddelbart besidder ekspertise i arktiske sundhedsvæsen. Fremdriften i arbejdet er ikke markant, men der er blevet afholdt to workshops med WHO, som bl.a. indebar en detaljeret afdækning af barrierer for international rekruttering, støttefunktioner til integration, fastholdelse af udenlandske sundhedsprofessionelle samt tværsektorielle drøftelser og styrkelse af sundhedsuddannelserne. Der sigtes mod et pilotprojekt i 2026. Udfordringen er at undgå for megen proces og levere flere resultater.

Der er i de senere år kommet mange udlændinge til Kalaallit Nunaat, som har fundet beskæftigelse, se figur 7. Der kan dog ikke umiddelbart drages paralleller til sundhedsområdet. I forhold til sundhedsvæsenet skal man være opmærksom på, at der er et sprogkrav, enten grønlandsk eller dansk, fordi engelsk ikke er arbejdsproget i sundhedsvæsenet. Den yngre generation er blevet bedre til engelsk, men det gælder ikke forældre/bedsteforældre-generationen, som bruger sundhedsvæsenet mest. Hertil kommer udfordringer ift. autorisationskrav for en række af sundhedsprofessionerne. Der er ikke tvivl om, at man med fordel kan se på erfaringerne i Island, som er omtalt i Sundhedskommissionens Betænkning.



Figur 7: Udviklingen i udenlandske statsborgere

Kilde: GØR-seminar, maj 2025

Sundhedskommissionens anbefalinger om udenlandsk arbejdskraft står fortsat ved magt. Det er vigtigt at understrege, at udenlandsk arbejdskraft ikke på kort sigt mærkbart kan ændre rekrutteringssituationen i Kalaallit Nunaat. Nedenfor ses på nogle forslag, der i almindelighed potentielt kan forbedre rekrutteringssituationen på sigt.

Ændring af uddannelsen af speciallæger: Placering af noget af den i Kalaallit Nunaat

Dette forslag kræver en del ændringer i den danske uddannelse af speciallæger, men må ikke hindre, at emnet tages op med henblik på fremtidige ændringer.

Det Grønlandske Sundhedsvæsen tilbyder i dag i samarbejde med Region Syddanmark hoveduddannelsesforløb i almen medicin. Man kan gennemføre både KBU (klinisk basisuddannelse, som er krævet for lægeautorisation (ret til selvstændigt virke)), introduktionsuddannelse (ét-årigt hvor man introduceres til en mulig specialistuddannelse) og hoveduddannelse (helt overvejende i almen medicin), som er den egentlige specialistuddannelse, der normalt varer ca. 5 år. Hoveduddannelsen er opdelt i flere faser/blokke og foregår på forskellige hospitaler og afdelinger.

Man kunne ønske sig, at når blokkene til hoveduddannelsen sættes sammen af videreuddannelses-udvalgene i Danmark, skulle det i fremtiden anføres, hvilke elementer, der er placeret i Kalaallit Nunaat - og hvor, hvornår og hvor længe. Ansøgerne til introduktionsuddannelse og senere til hoveduddannelsen kan så vælge stillingerne eller blokkene med ophold i Kalaallit Nunaat.

Det kunne fx være i intern medicin (som har 8 'underspecialer'), psykiatri, abdominal-kirurgi (bløddelskirurgi) og ortopædkirurgi. Man kunne sigte mod hele tiden at have to læger i uddannelse i hvert speciale.

Grundtænkningen er, at læger under sådanne ansættelser i Kalaallit Nunaat vil kunne opnå en lang række af de kompetencer som speciallægeuddannelsen kræver, de vil kunne udgøre en stabil og vigtig del af den efterspurgt arbejdskraft og endelig vil de (delvist) grønlandsk uddannede speciallæger nok med større sandsynlighed forblive i Kalaallit Nunaat. Erfaringerne fra Danmark med en lægeuddannelse i Aalborg er, at det har hjulpet markant på den nordjyske lægerekruttering.

Forslaget kræver, at man går i dialog med Sundhedsstyrelsen og, at muligheden og kapaciteten for supervision på de relevante afdelinger er til stede.

Videreuddannelse for sygeplejersker

Som led i en målrettet indsats for at styrke sygeplejen indleder Det Grønlandske Sundhedsvæsen, Ilisimatusarfik og SDU nu et samarbejde om at sikre videreuddannelse af sygeplejersker i Kalaallit Nunaat. Samarbejdet betyder, at sygeplejerskerne bliver i Kalaallit Nunaat og arbejder som sygeplejersker sideløbende med deres uddannelse på SDU. Der er tale om en erhvervskandidat-uddannelse i avanceret klinisk sygepleje, APN, der varer fire år som deltidsstudium. De studerende arbejder gennemsnitligt tre dage om ugen og har to studiedage. Undervisningen leveres online fra SDU i samarbejde med Ilisimatusarfik. Det har tidligere været et problem, at sygeplejersker har måttet forlade Kalaallit Nunaat for at dygtiggøre sig, og nogle af dem ender med ikke at komme tilbage. Ifølge det oplyste har 15 personer tilmeldt sig uddannelsen, der starter i efteråret 2025. Det er vigtigt, at disse sygeplejersker vender tilbage til den kliniske sygepleje.

Det ville ud over ovenstående være ønskeligt at få undersøgt mulighederne for en grønlandsk model for specialsygepleje. Der findes i dag fire specialuddannelser: Anæstesiologisk sygepleje, intensiv sygepleje, kræftsygepleje og psykiatrisk sygepleje, som varer mellem 1 og 2 år og foregår i Danmark. Kunne man her få lavet en model for Kalaallit Nunaat med online uddannelse koblet på kursusforløbene i Danmark, dog med periodevise kliniske ophold i Danmark? Der ville ikke være tilstrækkeligt mange til at kunne danne hold i Kalaallit Nunaat.

En uddannelse i fx intensiv sygepleje har en varighed på 1½ år, og består af to uddannelsesperioder af ni måneders varighed, der veksler mellem teoretisk undervisning og klinisk uddannelse.

Der findes allerede en diplomuddannelse i arktisk specialsygepleje, som er en videreuddannelse for sygeplejersker. Denne uddannelse fokuserer på sygepleje i arktiske miljøer og er relevant for dem, der ønsker at arbejde i Kalaallit Nunaat eller andre arktiske områder. Uddannelsen udbydes af Ilisimatusarfik.

Rotationsstillinger

For at styrke kontinuiteten i bemandingen med speciallæger på Dronning Ingrid's Hospital (DIH), Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) og regionshospitalerne kunne man overveje at erstatte de nuværende individuelle og kortvarige ansættelser med mere planlagte og faste korttidsansættelser. Det kunne gøres ved at etablere gensidigt forpligtende samarbejdsaftaler om bl.a. rotationsordninger for især læger og sygeplejersker og telemedicinsk dialog mellem Det Grønlandske Sundhedsvæsen og relevante partnerafdelinger i Danmark. Der findes i dag aftaler med Regionshospitalet i Randers og Nordsjællands Hospital.

Hvis det skal lykkes, skal begge parter forpligte ved, at den danske partnerafdeling får en økonomisk kompensation for at have en ekstra normering med udetjeneste i Kalaallit Nunaat og den grønlandske partner ikke laver individuelle vikaraftaler. Der kunne kompenseres med 1-2 mio. kr., der tages fra vikarkontoen, som årligt beløber sig til 72 mio. kr. Der kunne igangsættes 3-4 sådanne ordninger på forsøgsbasis.

Det skal understreges, at sådanne ordninger ikke i sig selv skaber faste ansættelser i Kalaallit Nunaat, som er det grundlæggende behov, men dog hjælper på bemandsingssituationen. Erfaringer fra eksisterende ordninger peger på, at interessen og entusiasmen for Det Grønlandske Sundhedsvæsen aftager relativt hurtigt, hvorfor der hele tiden skal findes nye personer, som vil indgå i disse ordninger, men den foreslåede ordning kunne delvist afhjælpe dette.

Der er en velfungerende samarbejdsaftale mellem A1/DIH og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, som omfatter regelmæssige konferencer og besøg på Kysten. Den kunne udvides med en rotationsordning svarende til det ovenfor skitserede. Ordningen skal omfatte faste, kortvarige ansættelser af speciallæger og/eller læger i hoveduddannelse i børne- og ungdomspsykiatri på A1/DIH. Det anbefales desuden at udvikle en tilsvarende samarbejdsaftale og rotationsordning inden for voksenpsykiatrien svarende til den skitserede model.

Rekruttering og fastholdelse: DIH som universitetshospital

I koalitionsaftalen 2025 så man en mulighed for at tiltrække og fastholde personale, hvis det er muligt at opgradere DIH til et universitetshospital. Denne ide undersøges i dette afsnit.

Dronning Ingrid's Hospital er og vil fortsat være Grønlands landshospital, landets mest specialiserede hospital og vil - særligt som et eventuelt universitetshospital - udgøre hjørnestenen i den fortsatte udvikling og styrkelse af det grønlandske sundhedsvæsen. Det er dog ikke en simpel sag at løfte DIH til et universitetshospital tilpasset grønlandske forhold og muligheder. Det kræver en mangeårig satsning og øgede investeringer og selv da være en usædvanlig konstruktion. Det skal ikke være en mini-kopi af fx de danske universitetshospitaler. Der skal tænkes utraditionelt for at sikre, at betegnelsen universitetshospital får et værdiskabende og reelt indhold. Hvis det lykkes, kunne Dronning Ingrid's Universitetshospital på sigt blive en model for, hvordan små lande kan opbygge et universitetshospital.

Hvad er et universitetshospital i klassisk forstand?

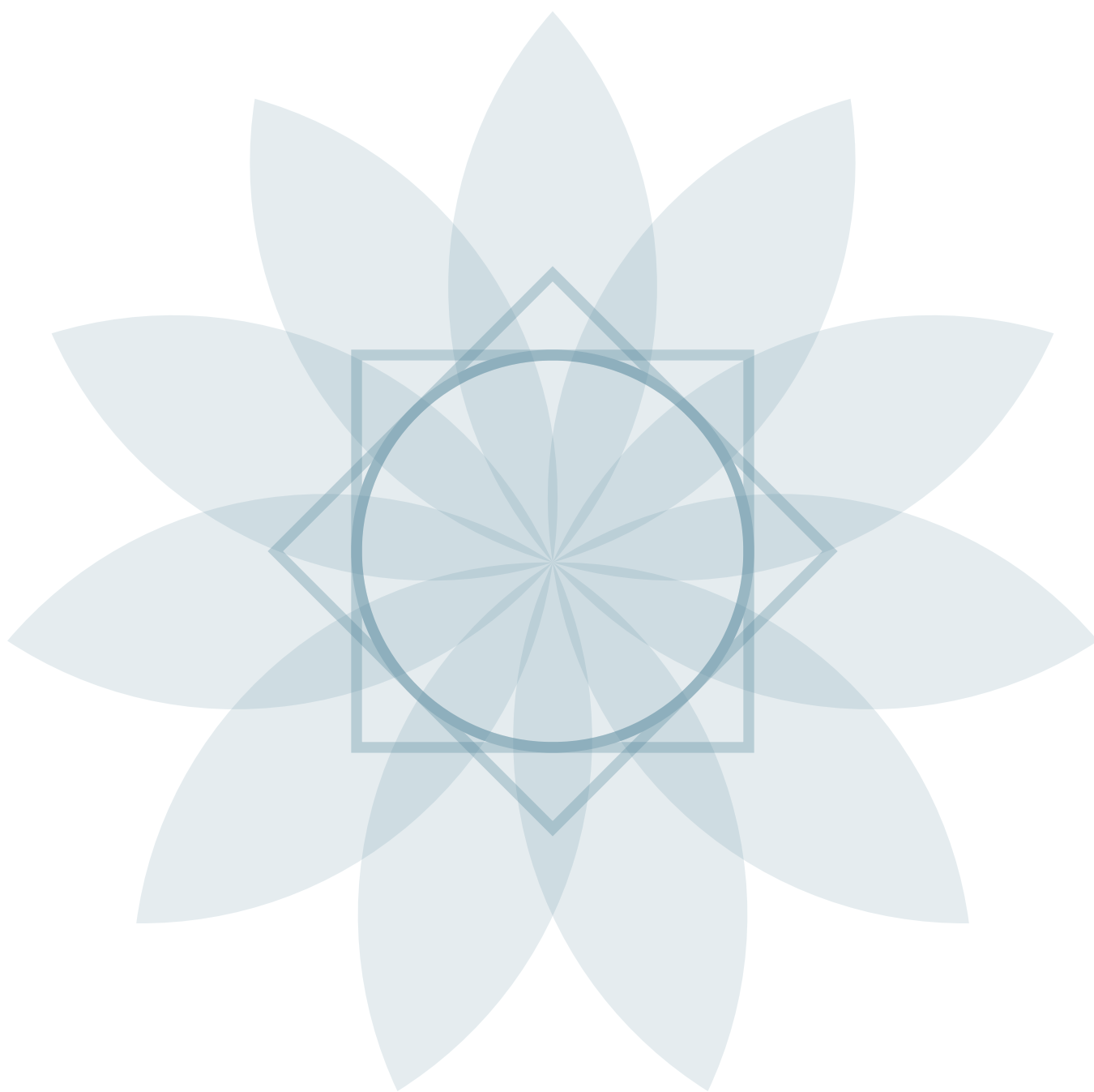
Et universitetshospital er typisk tilknyttet et sundhedsvidenskabeligt fakultet på et universitet. Et universitetshospital udfører og arbejder bl.a. med avanceret behandling på højt specialiseret niveau, forskning og kliniske forsøg og klinisk uddannelse af studerende og læger under uddannelse, speciallægeuddannelse samt videreuddannelse af sundhedspersonale.

Hvad kan et universitetshospital være i et grønlandsk perspektiv - hvilke centrale spørgsmål, forventninger, behov og mål skal overvejes i denne sammenhæng? Dronning Ingrid's Hospital kan ikke på kort sigt blive et universitetshospital i traditionel forstand. Spørgsmålet er, om der med fordel kan udvikles en særlig model for Kalaallit Nunaat uden den høje grad af klinisk specialisering, man normalt forbinder med et universitetshospital.

For at få indblik i, hvilke processer andre steder med relativt små befolkninger og store geografiske områder har gennemgået, kunne man indledningsvis undersøge, hvordan man har gjort fx i Island med 380.000 indbyggere, og da man i sin tid etablerede universitetshospital i Tromsø (samt Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), som Tromsø er en del af).

En model for et grønlandsk universitetshospital bør - ud over det forventelige og nødvendige faglige løft inden for klinik, uddannelse og forskning samt et formelt samarbejde med Ilisimatusarfik og andre institutioner - også omfatte en afklaring af de nye ledelsesmæssige og administrative opgaver og behov for ressourcer samt konkrete investeringsbehov, herunder infrastruktur, i både et kort og et langsigtet perspektiv.

I appendiks 4 findes en supplerende uddybning af tankerne om DIH som universitetshospital.



Hvor meget af den specialiserede behandling kan finde sted i Kalaallit Nunaat?

Der er til stadighed et ønske om, at så megen behandling i sundhedsvæsenet foregår så tæt på hjemmet som muligt. Kun det, der ikke kan klares lokalt skal klares på DIH, og kun det, som ikke kan klares på DIH, skal klares i Danmark. Det er noget patienterne foretrækker, men jo mere specialiseret behandlingen er, jo mere udfordrende bliver det at udføre det lokalt - ikke så meget fordi det kan være svært at tiltrække specialister, men det er krævende at leve op til de krav og forudsætninger, der skal være til stede for at behandlingerne helt eller delvist foregår lokalt eller på DIH. Og sidst men ikke mindst: Er der patienter nok? Det ser vi på i det følgende - ikke for at dæmpe ønskerne om at få mere specialiseret behandling i Kalaallit Nunaat, men for at skabe grundlag for en realistisk diskussion samt en forståelse for, at Kalaallit Nunaat altid vil have et behov for gode samarbejdspartnere uden for Kalaallit Nunaat - især til den meget specialiserede behandling, som foregår på landsdels- og landssygehuse, det man kalder det tertiære niveau.

Befolkningsgrundlag og specialiseret behandling

Hvorfor kan man ikke få transplanteret en nyre på DIH men i stedet skal til Rigshospitalet? Svaret er: Der er ikke nok grønlandske patienter. I Danmark foretages ca. 250 transplantationer årligt i en befolkning på 6 mio. eller 1 per 24.000 indbyggere. Dvs. i Kalaallit Nunaat vil der statistisk set være 2 patienter per år, hvis tallene er overførbare. Kirurgerne skal have den fornødne ekspertise for at resultatet bliver godt nok bortset fra, at der skal være avancerede medicinske og laboratoriemæssige støttefunktioner omkring transplantationer, som DIH ikke har. Befolkningsgrundlag og rutine hos kirurgerne og operationsholdet og den forudgående medicinske udredning og opfølgning er afgørende for, at en behandling kan foregå lokalt.

'Øvelse gør mester' gælder også i hospitalsverdenen. Det betyder kort sagt, at fx en ortopædkirurg helst skal lave mindst 35 og gerne 75 hofteudskiftninger (hoftealloplastik) om året for, at resultaterne bliver gode: Færre infektioner og re-operationer samt ikke mindst bedre funktionsevne (livskvalitet). For knæudskiftninger ligger tallet på et sted mellem 50-100. En generel ortopædkirurg, som ikke har specialiseret sig i et af disse subspecialer, vil ikke kunne udføre disse to operationstyper. I litteraturen taler man om en volumen-resultatrelation (volume-outcome). For et nyretransplantationscenter skal volumen mindst være på 60 transplantationer per år for at resultaterne bliver gode. I Danmark laves de 250 transplantationer fordelt på tre transplantationscentre.

I 2024 blev der i Kalaallit Nunaat udført 62 hofteudskiftninger og 148 knæudskiftninger - lavet af tilrejsende specialister - og i 2024 gjorde man specielt meget ud af knæudskiftninger. I Danmark er der 1 (én) hofteudskiftning per 600 indbygger. Omsat til Kalaallit Nunaat ville der være tale om 96 patienter per år. Det betyder, at der i Kalaallit Nunaat umiddelbart synes at være et befolkningsgrundlag til at kunne beskæftige én fuldtidsspecialist i hoftealloplastik - og dog. Der vil være behov for mindst to, dels for at sikre backup ved sygdom og fagligt makkerskab og udvikling - og så ville man have en overkapacitet.

En kirurg, der er god til hofteudskiftninger, er ikke nødvendigvis også god til knæudskiftninger eller andre former for specialiseret ortopædkirurgi - ja, dette er specialiseringens forbandelse. Derfor ville man nok ikke satse på en lokal løsning for hofteudskiftning.

Hvad gør man så: Enten sendes patienterne til udlandet eller man sammensætter et eksternt operationshold bestående af de nødvendige læger og fx narkosesygeplejersker. Holdet, der har den nødvendige erfaring med de relevante operationstyper, kommer til Dronning Ingrid's Hospital, evt. et af kystsygehusene, hvor de benytter de relevante mere specialiserede operationsstuer og hospitalssenge. Denne model betyder, at behandlingen foregår mere lokalt. Modellen betyder uvægerlig ventetid for patienterne, fordi der jo ikke er nok patienter hele tiden til et team, ligesom organisationen og logistikken med at samle patienterne i Nuuk er (tids)krævende.

Ser vi på operationer for grå stær, kommer der specialister til Kalaallit Nunaat fra Danmark. I en artikel i et dansk dagblad beretter man, hvorledes en tilrejsende overlæge fra Vejle Sygehus på 14 dage sammen med sit team opererede 114 patienter i Qaqortoq, som var blevet udvalgt af Rigshospitalets eksperter til lokal behandling.

Man kan også have dele af en behandling i Kalaallit Nunaat, sådan som man gør ved nogle typer kræft. Et andet kompliceret område er dialysebehandling. Den såkaldte peritonealdialyse (bughindedialyse) kan foregå i Kalaallit Nunaat, mens den mere komplicerede hæmodialyse (bloddialyse) kun udføres i Danmark.

I Danmark har man faglige standarder for fødesteder. Planlægningen i Danmark har som udgangspunkt, at der på hver afdeling mindst skal være 1.500 fødsler per år, og at der skal være en tilknyttet neonatal-afdeling. Dette krav kan i sagens natur ikke opfyldes i Kalaallit Nunaat, hvor der er færre end 1000 fødsler pr år. Yderligere man skal være opmærksom på, at der skal være kirurg og narkosesygeplejerske med erfaring fra området, hvilket ikke altid er opfyldt på kysten.

Ud over de anførte eksempler på behandlinger, som kræver ekstern ekspertise kan også nævnes en lang række andre kirurgiske procedurer - hjerteklap- og bypass operation, operation for visse typer kræft - f.eks. lungekræft, kræft i hjerne og lever, såvel som en række komplicerede diagnostiske procedurer og avancerede medicinske behandlinger.

En række patientforløb håndteres med delvis varetagelse i Kalaallit Nunaat kombineret med delvis varetagelse i Danmark. Det drejer sig fx om at patienter med mistanke om forsnævrede blodkar i hjertet undersøges med CT-skanning på DIH - og dermed er det kun dem der har behov for behandling, der sendes til Danmark. Tilsvarende samarbejder eksisterer for en lang række andre områder, ikke mindst for kræftområdet.

Eksempel: hjemtagning af våd AMD

Det er lærerigt at se på, hvordan en del af behandling af øjensygdomme kan flyttes til Kalaallit Nunaat til fordel for patienterne og økonomien og tilmed bidrager til at flere bliver behandlet.

Øjenområdet i Kalaallit Nunaat er i vid udstrækning baseret på et samarbejde med Rigshospitalet. Det er et samarbejde, der omfatter diagnostik og behandling i Danmark og i forbindelse med specialistrejser i Kalaallit Nunaat.

Øjenpatienter diagnosticeret med våd AMD (Aldersbetingede øjenforandringer) er dog tidligere udelukkende blevet behandlet i Danmark, hvilket har nødvendiggjort rejseaktivitet afhængigt af sygdomsaktivitet og behandlingsrespons.

Patientgruppen er lille, men voksende. I 2019 blev der foretaget 141 behandlinger, stigende til 260 behandlinger i 2021. For patientgruppen gælder, at behandlingerne skal ske hyppigt, at behandlingen tager kort tid og omfatter injektion i øjet, og at rejsetiden forbundet med behandling strækker sig over flere dage.

På grund af et stigende antal patienter, og dermed øgede behandlings-, rejse- og opholdsudgifter, blev der i november 2021 indledt drøftelser om alternative behandlingsmuligheder fra 2023 og fremefter.

Drøftelserne blev indledt mellem regionsledelsen i Region Sermersooq, som specialeansvarlig i SHV, den grønlandsansvarlige overlæge for specialistrejser på Rigshospitalets Øjenafdeling i Glostrup og sundhedsvæsenets Stab for Økonomi og Indkøb om forudsætningerne for at kunne tænke behandlingsmulighederne anderledes.

Da patienterne hidtil er rejst til et behandlingsteam i Danmark, så man på om behandlingsteamet i stedet rejste til patienterne i Kalaallit Nunaat. Her blev Sygeplejestationen i Kangerlussuaq foreslået som behandlingsmæssigt knudepunkt, hvor behandlingerne kunne afvikles mellem behandlingsteamets ankomst den ene dag og afrejse dagen efter. De første patienter modtog behandling i Kangerlussuaq primo december 2022. Med indvielsen af lufthavnen i Nuuk i november 2024 blev aktiviteten flyttet til DIH.

Forud for projektet var forberedelserne mange: Lige fra det organisatoriske ansvar for sygeplejestationen i Kangerlussuaq og tilpasning af sygeplejestationens indretning for at behandlingen kunne udføres i et klinisk foreskrevet miljø. Landsapoteket blev involveret for at sikre de nødvendige lægemiddelleverancer, og Regionssygehuset i Sisimiut skulle som specialeansvarlig i Region Qeqqa været involveret for ændring i praksis omkring patientforløbene. Patienttransporter skulle organiseres osv.

Rekruttering af behandlingsteamet varetog Rigshospitalets Øjenafdeling i Glostrup. Teamet bestod af én læge og én sygeplejerske med specialeerfaring og med aflønning efter grønlandsk overenskomst. Behandling blev planlagt afviklet månedligt.

Ved samarbejde mellem alle relevante interessenter blev der etableret en model for behandling af våd AMD-patienter i Kalaallit Nunaat, som mere eller mindre består efter flytningen til Nuuk og har vist sig skalerbar i takt med et stigende patienttal.

I 2025 forventes foretaget 360-600 behandlinger fordelt med ca. 30-50 behandlinger pr. måned. Hvor behandling hidtil har været afviklet med behandlingsteamets ankomst den ene dag, og afrejse den næste, afvikles behandling nu over 2 dage med afrejse den tredje dag. Flere patienter får behandling i begge øjne.

For sundhedsvæsenet har modellen betydet en omkostningsreduktion på estimeret 10.000 kr. pr. patient pr. behandling (2021-tal), hovedsageligt begrundet i reducerede rejseomkostninger.

For patienterne har modellen betydet, at de har kortere vej til at modtage behandling. Hovedparten af patientgruppen er bosiddende i Nuuk og vil med begrænset indgriben i privatlivet kunne modtage behandling. For patienter bosiddende uden for Nuuk betyder behandlings-

muligheden i Nuuk, at de i mange tilfælde kan modtage behandling ved ud- og hjemrejse samme dag, og således også oplever en mindre påvirkning af deres privatliv end hidtil, ved behandling i Danmark. Det giver patienterne livskvaliteten tilbage. En anden virkning har været stigende medicinudgifter, fordi der nu behandles flere end når det foregår i København.

Et ubesvaret spørgsmål i forbindelse med det stigende patienttal efter hjemtagning er, om der tidligere har været tale om underbehandling.

Kræftpakker

Kræftpakker har betydet meget for kræftbehandlingen i Danmark og derfor har det selvsagt været et ønske om at indføre dem i Kalaallit Nunaat, men i en grønlandsk version og uden umiddelbar forventning om de samme resultater som i Danmark. Forudsætningerne og betingelserne er forskellige i de to lande. Det er tidskrævende at udvikle en grønlandsk udgave - det gøres ikke med et fingerknips som nedenstående beskrivelse illustrerer.

Sundhedsrådet har haft et Teams-møde med tidligere landslæge Henrik Hansen, som er projektleder.

Arbejdet med udvikling af kræftpakker er en lang proces, hvor der det seneste halve års tid har været et særligt fokus på forbedring af registrering med henblik på monitorering af området. Dette inkluderer både monitorering af ventelister og mistanke om kræftdiagnoser. Formålet er at sikre tidlig diagnose, som er en udfordring i Kalaallit Nunaat. Der er oprettet skabeloner i Cosmic (sundhedsvæsenets elektroniske patientjournal) til det formål. Der er ikke i sig selv noget forbedrende ift. behandling i dette arbejde, men det er en forudsætning for det videre arbejde.

Der arbejdes på hvordan man skal mindske udredningstiden som et vigtigt første skridt. Konkret er der et projekt med test af blod i afføringen. I første omgang vil det kun omfatte Nuuk. Arbejdet består bl.a. i at finde ud af, hvordan processen skal være, herunder registrering og forsendelse til test i København.

Der er en del administrative udfordringer som forhindrer implementering af løsninger, som ellers kunne være oplagte at indføre i samme format som i Danmark. Dette inkluderer fx de førnævnte afføringsprøver, hvor løsningen i Danmark er så digitaliseret, at det er meget omstændeligt at overføre til grønlandske forhold. Ud over registrering og forsendelser er der forhold som GDPR, og sårbare bemandingssituationer, der påvirker processen. Der er steder, hvor ansvaret vil hvile på én eller få personer, og det kan risikere at gå i stå ved fx afholdelse af ferie eller udskiftning.

Som så ofte i Kalaallit Nunaat er der lavpraktiske problemer, der skal løses for at skabe fremdrift. I april 2025 var den forestående udfordring at få implementeret det system, der var blevet lavet med skabeloner i Cosmic i klinikken, så de bruges i praksis. En anden udfordring er, at den person som lavede de skabeloner til Cosmic ikke længere er ansat i sundhedsvæsenet.

Udviklingen i digitale muligheder: EPJ og telemedicin

Elektronisk patientjournal, EPJ

Det Grønlandske Sundhedsvæsens nuværende elektroniske patientjournal-system skal udskiftes senest i 2028, fordi den nuværende leverandør, svenske Cambio, har meddelt, at udvikling og support ophører i december 2028.

2028 kan virke langt ude i fremtiden, men valg og implementering af et EJP-system er en tidkrævende proces, fordi nye rutiner skal læres og fordi mange arbejdsstationer skal udskiftes. Det er et økonomisk og personalemæssigt krævende projekt og er de kommende års største og vigtigste projekt. Der er pt. reserveret 100 mio. kr. til projektet. Valg af EPJ-system har konsekvenser, ikke blot for sundhedsvæsenet anno 2028, men mange år ud i fremtiden - ikke blot for de sundhedsprofessionelle men også for patienter, ledere, politikere og en bredere offentlighed.

Et EPJ-system skal tjene tre hovedformål:

- Et vigtigt og næsten uundværligt arbejdsredskab for de sundhedsprofessionelle i forbindelse med diagnostik og løbende patientbehandling. Data skal let kunne trækkes ud til kvalitetsudvikling og optimering samt danne baggrund for forskning i fx sygdomsmønstre, -forløb og behandlingsresultater
- Ledelsesmæssigt skal data fra systemet skabe statistisk overblik om situationen i sundhedsvæsenet og være en central del af mange nye investeringer (beslutningsgrundlag)
- Levere statistik til Grønlands Statistik.

Overordnet er der behov for en stærk vision og klare overordnede mål for det kommende EPJ-projekt, der kan fungere som ledetråd for arbejdet. Valg af EPJ-system er ikke et IT-projekt, men et sundhedsprofessionelt projekt, medens dele af implementeringen er et IT-projekt, ligesom der også indgår en række IT-spørgsmål ved den sundhedsprofessionelle proces. Med andre ord: Der indgår såvel sundhedsprofessionelle som IT-spørgsmål ved processen, og det er ikke ligegyldigt, hvem der er projektejer.

Det vigtigste ved et nyt landsdækkende EPJ-system er, at det passer til det grønlandske sundhedsvæsen. Et dansk sygehussystem ville utvivlsomt være at skyde gråspurve med kanoner. Et grønlandsk system skal tjene a) samme formål som praktiserende lægers EPJ (DIS), b) det skal tjene sygehusformål (DIH) - medens kystsygehusene ikke har brug for et udbygget sygehussystem, fordi meget af arbejdet på mange måder minder om almen praksis, c) dataudveksling med danske samarbejdspartnere og d) levere data til (forsknings)databaser og til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Endelig skal der også tages hensyn til Det Grønlandske Patienthjemmes særlige behov. Hertil kommer spørgsmålet, om der skal indgå et tandlægesystem, som i det nuværende Cosmic system, ligesom spørgsmålet om et apotekssystem også skal adresseres.

Ser vi bort fra de sidste to punkter, fremgår det, at der kan være modstridende hensyn, hvor beslutningstagerne skal veje forskellige hensyn mod hinanden. Skal hensynet til dataudvekslingen med Rigshospitalet fx pege i retning af det amerikansk prægede Sundhedsportal fra Epic, som implementeringsmæssigt var endog meget krævende, eller skal man i stedet finde en løsning på dataudveksling mellem Sundhedsportalen og et kommende grønlandsk system.

Med fare for at være en floskel er det vigtigt at skelne mellem nice to have og need to have funktionaliteter. Er man ikke benhård på dette felt, risikerer man let at få et uhensigtsmæssigt system. Et system skal naturligvis også være fremtidssikret.

Status

Fællesoffentlig IT (Inussuk-IT) har udarbejdet et statusnotat, som gengives nedenfor. Det kan være svært at skelne mellem, hvad der allerede er igangsat, og hvad der agtes igangsat. Den skitserede tidsplan forekommer optimistisk.

Der er etableret et EPJ-program under Grønlands Fællesoffentlige IT (Inussuk-IT) og der er nedsat en projektorganisation med en strategisk styregruppe med departementschefen for Formandens Departement som formand. Som ansvarlig for at levere de sundhedsfaglige input og beslutninger til programmet er der etableret dels en sundhedsfaglig styregruppe med direktionen for sundhedsvæsenet i spidsen, og dels er der etableret en lang række sundhedsfaglige referencegrupper, der skal sikre viden og forankring ift. sundhedsvæsenet i projekterne.

Anskaffelsesprojektet vil tillige omfatte en anbefaling til leverandørvalg, udbudsform, indkøb, leverance og implementering af EPJ-systemet. Der indledes med en proces, der skal afdække, hvilke mål og gevinster som projektet skal bidrage til at nå for patienter, sundhedsvæsenet og samfundet. Disse anbefalinger samles i en strategi, der skal tiltrædes af begge styregrupper, og som skal anvise dels prioriteringer for den forestående implementering, men også af de kommende års digitaliseringsindsatser i tilknytning til EPJ.

Inussuk-IT arbejder på at få organisationen formaliseret og rustet til arbejdet. Samtidig afsøges markedet for de relevante konsulenter og leverandører, der kan sikre kvalitet og fremdrift i projekterne. Mulighederne for samarbejde med Færøerne, der er i en lignende situation som Kalaallit Nunaat undersøges også. Herunder afdækkes også muligheder for et forstærket og digitaliseret samarbejde med regionerne i Danmark ift. udveksling af patienter og sundhedsdata, så der kan præsenteres en vifte af strategiske muligheder for Ny EPJ.

Der arbejdes bl.a. med mål, der skal sikre samme EPJ i hele Kalaallit Nunaat og som skal understøtte bedre service og patientsikkerhed for sundhedsvæsen og patienter mange år frem.

Strategien skal sikre et fælles fokus og grundlag for løbende videreudvikling af EPJ og digitalisering af sundhedsvæsenet dels under anskaffelse og implementering, og dels ifm. den fortsatte udvikling efter implementering af Ny EPJ. Dette stiller store krav til forankring, samarbejde og ikke mindst forandringsledelse og nye arbejdsgange.

Forankring og involvering sker foruden via et bredt antal referencegrupper i sundhedsvæsenet også via aktiviteter med involvering af ledelsesniveauer og specialister, uddannelse i forandringsledelse og kommunikationsplaner, der skal involvere sundhedsvæsenet bredt, ligesom der i planerne også ligger ideer om, at ressourcer fra fx EPJ-kontoret kan indgå i udviklingsarbejdet i det omfang, hvor det bliver muligt at frigive eller frikøbe ressourcer til formålet (pt. mangler disse ressourcer dog).

Der opereres med en overordnet tidsplan, der skal gøre det muligt at skifte platform i god tid før udløbet af den nuværende aftale. Dette stiller store krav til indsats af sundhedsvæsenet og til etablering af et godt samarbejde på tværs af myndigheder og leverandører. Dette er ikke en udfordring, som må undervurderes i en situation, hvor sundhedsvæsenet er presset på ressourcer og stor personaleomsætning, og hvor en programorganisering uden for sundhedsvæsenet fordrer stort engagement.

Den overordnede tidsplan ser ud som følger:

- 2024-25: Mål, strategi og organisering samt tilknytning af rådgivere
- 2025: Afdækning af krav og forudsætninger og forberedelse af udbud
- 2026: Implementering og uddannelse
- 2027: Realisering af planlagte mål og gevinster
- 2028: Fastlæggelse af nye mål og strategi

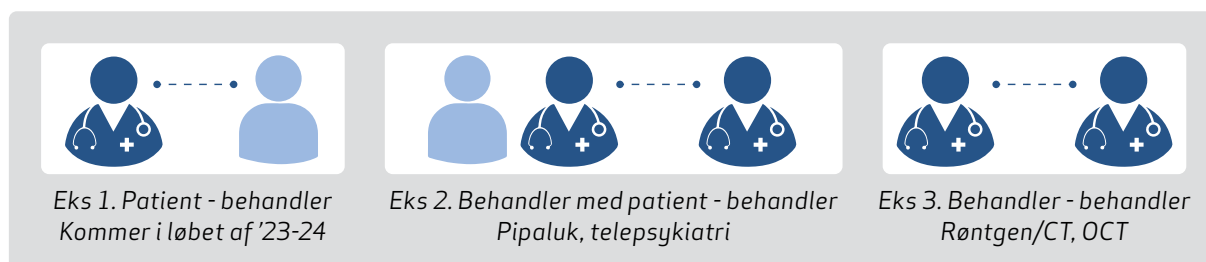
Telemedicin

Lange afstande, en geografisk spredt befolkning, personalemangel, men det velfungerende internet med 5G under udrulning er gode forudsætninger for (øget) brug af telemedicin.

Sundhedskommissionen noterede, at på nuværende tidspunkt bruges telemedicin i stor udstrækning i Kalaallit Nunaat, men potentialet udnyttes ikke fuldt ud og bør styrkes. Med implementeringen af den nye telemedicinske strategi fra 2023 er der imidlertid grobund for indfrielse af en stor del af potentialet.

Nedenstående figur viser bredden af mulighederne for telemedicin. Hidtil er situation 2 (behandler med patient – behandler) og situation 3 (behandler – behandler) blevet benyttet i behandlingssituationer i sundhedsvæsenet i Kalaallit Nunaat. Situation 1, som er en telemedicinsk konsultation direkte mellem patient og behandler er under udrulning. Det er her, der er et betydeligt potentiale.

Figur 8: eksempler på telemedicinske situationer



Kilde: Steno Diabetes Center Grønland: Telemedicinsk indsats, 25. februar 2022.

Den nuværende telemedicinske satsnings-strategi er udviklet i et samarbejde mellem en række af sundhedsvæsenets interessenter, herunder Steno Diabetes Center, de kliniske områder, regionerne og IT-afdelingen. Initiativet tager udgangspunkt i tidligere erfaringer med telemedicin i Kalaallit Nunaat.

Der er tre satsningsområder:

- **Implementering af en app-løsning, som understøtter og muliggør direkte videokonsultationer med borgerne.** Det skal imødekomme det altoverskyggende behov for direkte kommunikation mellem patient og behandler og vil betyde lettere adgang til sundhedsydelser for patienter. Der er valgt en app, VideoKonsultation. 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 persondata-lovgivning. Det er en løsning, som gør det muligt at have sikre og brugervenlige videosamtaler mellem borgere og sundhedspersoner. VideoKonsultation kan tilgås via app (Puisa) eller browser, og har en meget enkel brugerflade.
- **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/NY EPJ.** 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. Det kommende EPJ-system skal kunne spille sammen med telemedicinske løsninger.
- Almindelige røntgenbilleder, MR- og CT-skanninger foretaget i Kalaallit Nunaat kan overføres til DIH eller til fx Rigshospitalet, hvor specialister i radiologi vil kunne foretage beskrivelser af billederne og umiddelbart sende beskrivelsen tilbage til den behandlende læge. Ved behov vil billederne også kunne vurderes af specialister indenfor det relevante speciale med angivelse af forslag til behandling. Denne form for telemedicin vil være en vigtig måde at understøtte den lokale behandling.
- Den nye MR-skanner på DIH betjenes lokalt, men kan også fjernbetjenes fra Rigshospitalet ved behov for mere avanceret lokal diagnostik. Sammen med MR-skanneren har man fået en opdateret teknologisk infrastruktur til håndtering af billeddiagnostik (RIS/PACS system). RIS (Radiology Information System) bruges til at håndtere patientinformation, planlægge og prioritere undersøgelser og administrere radiologiske svar. PACS (Picture Archiving and Communication System) lagrer, fremviser og distribuerer medicinske billeder. Denne digitale platform sikrer integration mellem kliniske behov, forskellige billedmodaliteter og formidling af billedsvar, hvilket er en forudsætning for samarbejde på tværs af regionerne i hele Kalaallit Nunaat. Systemet understøtter diagnostik i realtid, fjernbeskrivelse og beslutningsstøtte via AI.
- De grønlandske erfaringer viser, at det er muligt at levere billeddiagnostik af høj kvalitet decentralt, når de rette teknologiske, organisatoriske og uddannelsesmæssige forudsætninger er til stede. Det Grønlandske Sundhedsvæsen står med en strategisk mulighed for at styrke og fremtidssikre billeddiagnostikken gennem en målrettet investerings- og uddannelsesplan, der aktuelt er under udarbejdelse. Planen omfatter en samlet modernisering af apparaturparken - herunder opgradering af røntgen-, ultralyds- og CT-kapacitet. Centralt i planen kunne være en ny model for adgang til specialiserede radiologiske ydelser, hvor partnerskab med en ekstern røntgenafdeling vil kunne sikre ensartet og kvalificeret diagnostik - tættere på patienten. Med struktureret oplæring og lokal forankring kan sundhedspersonale lokalt uddannes i at udføre konventionel røntgen, lejre patienter til avancerede modaliteter og udføre fokuserede ultralydsundersøgelser.

Status

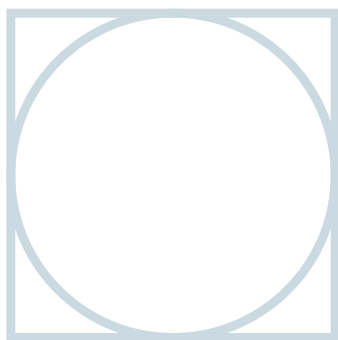
Grundlæggende forfølger man fortsat den trebenede strategi, der er skitseret ovenfor. Der knytter sig dog størst interesse til de direkte video-konsultationer ved hjælp af app'en Puisa. Målsætningen for Steno Diabetes Center er at nå op 1.000 konsultationer i 2025. Jorde-mødrene vil også bruge Puisa, ligesom der har været interesse fra sundhedsplejerskerne.

I DIS er det telemedicinske center kommet godt fra start.

Vurderingen er, at brugen af Puisa har et stort potentiale og udrulningen kan med fordel accelereres.

Udrulningen af lavpraktiske add-on/stand-alone diagnostisk udstyr til alle sundhedsenheder er forløbet planmæssigt og dækker 10 forskellige typer af apparatur - fra spirometer til måling af lungefunktion og en række apparater relateret til diabetes.

Statistisk er videokonsultationer udviklet fra knap 600 i 2022 til godt 1.800 i 2024 og som det fremgik af afsnittet om 'solstråler' bruges det i stigende grad og accepteres af patienter og læger som et vigtigt nyt tilbud.



Appendiks

Appendiks 1: Sammenligning af sundhedsudgifterne i Kalaallit Nunaat og Danmark

Hvis man skal sammenligne sundhedsudgifterne i Kalaallit Nunaat og Danmark, kan man ikke bruge de officielle opgørelser, som Grønlands Statistik, Danmarks Statistik eller OECD offentliggør. Før en sammenligning bare tilnærmelsesvis kan laves, skal der laves korrektioner, der spejler forskelle i opbygningen af de to sundhedsvæsener. Fx er der brugerbetaling for medicin og voksentandpleje i Danmark - ydelser som er gratis for borgere i Kalaallit Nunaat. Tilsvarende er der forskel på den myndighedsmæssige placering af hjemmesygepleje, sundhedspleje og genoptræning, som i Kalaallit Nunaat er den del af det samlede sundhedsvæsen, men i Danmark er henlagt til kommunerne. De samlede regionale sundhedsudgifter dækker overordnet det samme som Det Grønlandske Sundhedsvæsen, excl. det netop nævnte.

Nedenstående tabel viser de sammenligningskorrigerede danske sundhedsudgifter. De grønlandske sundhedsudgifter på 1,7 mia. indeholder de udgiftsposter, som de regionale sundhedsudgifter er blevet suppleret med.

Tabel 1A: De sammenligningskorrigerede sundhedsudgifter

	Mia kr. 2024	Sundhedsudgifter pr. indbygger
Regionale sundhedsudgifter	157	
Genoptræning/fysioterapi	1,2	
Hjemmesygepleje	7,3	
Kommunal tandpleje	2,7	
Sundhedspleje (skønnet)	1,3	
Brugerbetaling (voksentandpleje, medicin)	13,2	
Sammenligningskorrigerede danske sundhedsudgifter	182,5	
Per indbygger	28,73	30.932
Kalaallit Nunaat	30,36	30.357

Kilde: Den grønlandske finanslov 2025 og Danmarks Statistik, RegK31 og RegR31

Det fremgår, at der er ikke de store forskelle mellem per capita sundhedsudgifterne mellem de to lande i rigsfællesskabet, men hvad der ikke fremgår er, at danskerne utvivlsomt får flere - og nok også mere forskellige ydelser end grønlænderne, fx flere operationer, mere genoptræning og mere hjemmesygepleje. Man behøver her blot at huske på, at 7% af de grønlandske udgiftskroner går til patienttransport/evakueringer. Med andre ord får borgere i Danmark flere ydelser end borgere i Kalaallit Nunaat.

Ved internationale udgiftssammenligninger bruges ofte sundhedsudgifter som procentdel af bruttonationalproduktet. Det er som minimum en forudsætning, at sundhedsudgifterne opgøres nogenlunde sammenligneligt. Dette er forsøgt på en grov måde nedenfor, i tabel 2A.

Tabel 2A: Sundhedsudgifterne, mia. kr. som % af BNP.

	BNP mia. kr.	Sundhedsudgifter, mia.	% af BNP	BNP kr. per indbygger
DK	2.927,0	183,0	6,1	489.322
KAL	20,3	1,7	11,9	362.500

Kilde: Grønlands Statistik og Danmark Statistik, nationalregnskaberne

Spørgsmålet er, om BNP i de to lande er sammenlignelige. Ja - det er de umiddelbart, fordi beregningsmetoderne er de samme, men det kræver kontekst og forståelse for forskellene mellem de to økonomier. Men det øger sammenligneligheder at se på BNP per indbygger.

Ved de grønlandske tal skal man medtænke de store offentlige overførsler.

Appendiks 2. Status for 2023-Sundhedsforliget

Nedenfor er aftaleteksten gengivet ordret og i forlængelse heraf er der med fede typer i telegramstil angivet, hvad der er sket indtil nu for 1-3-årige og 5-årige initiativer per juli 2025. Der er således ikke medtaget den større sammenhæng, hvori tiltaget skal ses. Dette findes i den seneste afrapportering til forligspartierne fra juli 2025.

For enkelheds skyld bruges i det følgende kun udtrykket Departementet for Sundhed og ikke det korrekte Departementet for Sundhed og Personer med Handicap

Tema 1: Sikring af behandling af akut sygdom og tilskadekomst

Inden for 1 - 3 år

- Styrke finansieringen af medicinsk og kirurgisk afdeling til ansættelse af flere speciallæger på Dronning Ingrid's Hospital til understøttelse af lægerne i regionerne (oprettelse af bagvagtsfunktion samt telemedicinsk enhed): **Telemedicinsk enhed er oprettet. Der er opnormeret med en ekstra speciallæge på både medicinsk og kirurgisk område på DIH.**
- Ekstern gennemgang af de lægelige specialeområder med henblik på driftsoptimering: **Dette arbejde tilstræbes igangsat i løbet af 2025.**
- Gentækning af regionernes opgavevaretagelse og lægernes administrative byrde: **Tilpasningen i forhold til opgavevaretagelse og lægernes administrative byrde tilstræbes igangsat i løbet af 2025.**
- Styrke infrastrukturen af patienttransporter: **Air Greenland forventes at implementere en række fordele, som vil komme sundhedsvæsenet til gavn. Sundhedsvæsenet forventer, at der ligger et udkast til en kontrakt vedr. ambulanceflyvning klar i efteråret 2025.**

Inden for 5 år

- Udvide kapacitet på patienthoteller i Nuuk og udvalgte byer i landet med udgangspunkt i en overordnet sektorplan: **Konceptforslaget til indkvartering af patienter samt vikar- og kortidsansatte er udarbejdet og der er søgt midler til implementering gennem finanslov 2026.**

Inden for 10 år

- Modernisering og nye bygninger på Dronning Ingrid's Hospital ud fra prioriteringerne i den overordnede sektorplan for hele Sundhedsvæsenet: **Departementet for Sundhed har påbegyndt det indledende arbejde med udarbejdelse af en anlægsplan over sundhedsvæsenets fremtidige anlægsbehov, incl. behovet for at udvide kapaciteten på udvalgte patienthoteller. Anlægsplanen forventes at udgøre et delelement i en kommende sektorplan for sundhed. Anlægsplanen forventes udarbejdet i løbet af 2025.**

Tema 2: Sikring af almen medicinsk behandling

Inden for 1-3 år

- Forbedret lægebemanding på Dronning Ingrid's Sundhedscenter: **DIS har ansat medicinstuderende til at svare lægetelefonen, hvilket har medført en frigivelse af flere lægetider. DIS har i samme periode ansat flere speciallæger. Det betyder, at DIS har 8 faste speciallæger i den daglige kliniske drift. Samtidigt er der aftaler med yderligere 2 speciallæger, der fastansættes efter sommerferien 2025.**
- Etablering af team til telemedicinsk lægedækning i lægesvage eller lægetomme bosteder: **Telemedicinsk lægedækninger er etableret, som indtil videre er bemanded med en speciallæge på alle hverdage.**

Inden for 5 år

- Udvidet adgang til tandplejen gennem en ny central tandklinik med udgangspunkt i en kommende anlægssektorplan: **Pt. ingen initiativer**
- Udvidet adgang til landsdækkende voksentandpleje gennem øget bemanding: **Pt. ingen initiativer**
- Styrket indsats for færdigbehandlede plejekrævende borgere der skal modtages af hjemkommunerne: **Ingen information**
- Indkøb af udstyr til dermatologisk lysterapi uden for Nuuk: **Ingen information**

Tema 3: Sikring af kræftbehandling

Inden for 1-3 år

- Sikre tidssvarende kræftbehandling ved at gøre forsøgsordning fra 2023 permanent: **Er sket.**
- Afsøge muligheder for at udvide det diagnostiske udstyr i Ilulissat (eksempelvis MR-CT-røntgen-udstyr): **Der forventes i 2025 fremlagt en samlet plan for modernisering af røntgenudstyr i hele landet, samt for MR/CT-scanner i Ilulissat.**
- Udvikling af grønlandske kræftpakker: **Igangsæt og forudsætningerne etableret, jfr. særligt afsnit i årsrapporten.**

Inden for 5 år

- Udvidelse af Det Grønlandske Patienthjem i København: **pt. ingen aktivitet - MEN der er indkøbt hotelpladser**

Tema 4: Sikring af forsvarlig graviditet og fødsel

Inden for 1-3 år

- Opretholde de eksisterende fødesteder i det omfang, at det er muligt: **Ufravigelige krav til patientsikkerheden har vanskeliggjort arbejdet og midlertidige lukninger har derfor været nødvendigt.**
- Styrkelse af den landsdækkende fødselsbetjening på Dronning Ingrid's Hospital: **Det er ikke lykkedes at fastansætte gynækologer/obstetrikere som ønsket. I stedet har sundhedsvæsenet opnormeret med korttidsansatte. Der er derudover fjernansat en gynækologisk konsulent på deltid til at varetage visitationer, retningslinjer mm. Der arbejdes fortsat på at fastansætte yderligere to speciallæger i gynækologi/obstetrik. Der er ansat en ekstra jordemoder på DIH for at imødekomme flere fødsler på fødegangen i Nuuk. Gravide modtager igen kostpenge.**
- Styrkelse af svangreomsorgen i hele landet med fokus på familien og en god start på livet, bl.a. ved styrkelse af bemanningen af jordemødre og sundhedsplejersker: **Der arbejdes med rekruttering og ansættelse af jordemødre og sundhedsplejersker i sundhedsregionerne.**
- Handleplan for rejsende fødende: **Departementet for Sundhed har på baggrund af Inatsisartutbeslutningen FM2023/66 og Sundhedsforlig 2023 udarbejdet et forslag til handleplan, der er baseret på Sundhedskommissionens betænkning og rapporten "Muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv", der blev offentliggjort i 2023.**

Inden for 5 år

- Ledsagerordning til familier, der må rejse for at føde: **Ingen information**

Tema 5: Styrkelse af psykiatrien

Inden for 1-3 år

- Sikre yderligere pladser til lukket psykiatrisk behandling: **Der etableres yderligere en plads på R3, så der fra efteråret 2025 vil være plads til 17 patienter. Der forventes afklaring med Region Hovedstaden om muligheden for køb af 3-5 pladser ultimo 2025.**
- Udarbejdelse af udviklingsplan for den samlede psykiatri i Grønland: **Der arbejdes med et handlingskatalog i samarbejde med relevante parter, hvori prioriterede initiativer er uddybet med økonomiske beregninger, med fokus på implementering. Der forventes snart afklaring på hvilke initiativer, der arbejdes videre med.**
- Implementering af indsatser fra ny strategi for selvmordsforebyggelse i arbejdsgange: **Qamani-strategien for selvmordsforebyggelse fra 2023 er under implementering, men fremdriften i arbejdet er ikke tydelig.**

Inden for 5 år

- Plan for ibrugtagelse af ny psykiatribygning: **Etablering af bygningen er påbegyndt. Anden information foreligger ikke.**

Tema 6: Rekruttering, fastholdelse og uddannelse

Inden for 1-3 år

- Styrkelse af sundhedsvæsenets rekrutteringsenhed: **Sundhedsvæsenets rekrutteringsenhed har fra 2024 fået tilført ekstra 2 mio. kr. årligt til styrkelse af arbejdet med rekruttering og udarbejdelse af kontrakter.**
- Oprettelse af et projektsekretariat til understøttelse og implementering af udenlandsk arbejdskraft: **Der blev i februar 2024 oprettet et projektsekretariat i Departementet for Sundhed, som arbejder målrettet på at gøre indholdet i Sundhedsforliget til virkelighed. Projektsekretariatet har et særligt fokus på arbejdet med understøttelse og implementering af udenlandsk arbejdskraft i sundhedsvæsenet. Der er iværksat et tværsektorielt projektarbejde i samarbejde med WHO på området for rekruttering af udenlandsk arbejdskraft for at drage nytte af WHO's internationale erfaringer og ekspertviden.**
- Udarbejdelse af en sammenhængende uddannelsesplanlægning med inddragelse af aktører på tværs af sektorer: **Departementet for Sundhed har iværksat et tværsektorielt projektarbejde for at sikre en struktureret uddannelsesplanlægning på sundhedsområdet. Der er i første fase særligt fokus på at øge antallet af årlige gennemførte studerende fra sygeplejerskeuddannelsen på Ilisimatusarfik.**

Inden for 5 år

- Forbedrede forhold for sundhedsuddannelser: **Ingen information**
- Etablering af et praksishus til sundhedsuddannelser: **I samarbejde med en ekstern part er der udarbejdet et udkast til byggeprogram for et kommende praksishus, hvor simulationsbaseret undervisning.**

Tema 7: Forebyggelse og sundhedsfremme

Inden for 1-3 år

- Optimere organiseringen af arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på mere fokuserede og sammenhængende indsatser: **Paarisa har igangsat en række forebyggelsesindsatser, men de umiddelbare effekter har endnu ikke vist sig. Styregruppen for Inuuneritta III-strategien ifølge Sundhedsrådets oplysninger været forholdsvis inaktiv i de sidste par år, hvilket ikke er fordrende for et struktureret tværsektorielt samarbejde.**
- Styrke forebyggelsen af seksuelt overførte sygdomme og mange provokerede aborter igennem en tværsektoriel handleplan: **Departementet for Sundhed har primo 2025 påbegyndt et koordinerende arbejde med fokus på forebyggelse af selvmord og seksuelt overførte sygdomme.**

Inden for 5 år

- Øget bredt samarbejde med relevante interessenter nationalt og internationalt for at afdække best practice på forebyggelsesområdet: **Samarbejde med WHO inden for forebyggelse af blandt andet alkohol og tobak.**
- Revidering af lovgivning på de forebyggende områder: **Ingen information**

Tema 8: Sundhedssektorens organisering og anlægsbehov

Inden for 1-3 år

- Igangsætte redegørelse om sundhedsvæsenets organisering, som skal skabe grundlag for beslutning om omorganisering og økonomiske konsekvenser: **Departementet for Sundhed har inddelt projektarbejdet for tilpasning af sundhedssektorens og sundhedsvæsenets organisering i to faser. Der er redegjort herfor ovenfor. Man er kommet langt med arbejdet.**
- Iværksætte redegørelse om fordele og ulemper for understøttelse af privat praksis for klinikere: **Analysen er gennemført i samarbejde med Center for Folkesundhed i Grønland og der foreligger et førsteudkast til rapport.**
- Undersøge om private virksomheder kan understøtte sundhedsvæsenets opgaveløsninger: **En redegørelse er påbegyndt og forventes færdig ultimo 2025.**
- Iværksætte projektarbejde for tilpasning af sundhedsvæsenets organisering og opdatere lovgivning efter anbefalingerne fra projektarbejdet: **Delvist gennemført jfr. andet sted i rapporten.**
- Udarbejdelse af en samlet anlægssektorplan for hele sundhedsvæsenet for de kommende 10 år: **Departementet for Sundhed har påbegyndt det indledende arbejde med udarbejdelse af en anlægs- og investeringsplan over sundhedsvæsenets fremtidige anlægsbehov, herunder behovet for at udvide kapaciteten på patienthoteller. Anlægsplanen forventes at udgøre et delelement i en kommende sektorplan for sundhed. Anlægsplanen forventes udarbejdet i løbet af 2025.**
- Etablere et Sundhedsråd: **Er sket og rådet arbejder som planlagt. Sundhedsrådets første rapport forventes offentliggjort i efteråret 2025, i forbindelse med NUNAMED 2025.**

Inden for 5 år

- Udvikling og indkøb af nyt EPJ-system: **Projektorganisation etableret. Se særskilt afsnit i rapporten.**

Appendiks 3: Sundhedskommissionens sammenfatning af HR-situationen

- Rekruttering og fastholdelse er en vedvarende og antageligt voksende udfordring og var i 2023 kritisk [- og er det fortsat]
- 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 fordi de ikke altid er en 100% aflastning
- Udgifter til eksterne vikarbureauer har været faldende, men har på grund af vikarsituationen været stigende i 2021 og 2022 [og er fortsat i 2023, '24 og '25]
- 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 ift. eventuelt engelsktalende personale
- Personaleadministrationen skal forbedres
- Der kan sættes ind på en bred front: on-boarding forløb, herunder børnepasning, boliger og boligstandard, økonomiske incitamenter, flerkulturel læring og forståelse, tilbud om kompetenceudvikling, branding og rekruttering over de sociale medier.

Appendiks 4: Uddybning vedr. DIH som universitetshospital

Udfordringer og muligheder for et grønlandsk universitetshospital

Der skal som udgangspunkt være en stærk vision for Dronning Ingrid's Hospital som universitetshospital, der kan fungere som pejling for en strategi og plan for de næste 5-10 år, som det må forventes at tage at gøre Dronning Ingrid til et grønlandsk universitetshospital.

Det vil kræve betydelige investeringer på flere områder at gøre Dronning Ingrid's Hospital til et universitetshospital - investeringer, som skal være en ny tilførsel af penge og ressourcer for at det ikke går ud over det øvrige sundhedsvæsen.

Faglig udvikling og uddannelse, rekruttering og fastholdelse

Dronning Ingrid's Hospital som universitetshospital ville kunne styrke den systematiske faglige udvikling og uddannelse af både personale og studerende - i samarbejde med Institut for Sundhed & Natur ved Ilisimatusarfik og andre partnere.

I samarbejde med fx Danmark kunne faste rotationsordninger bidrage til kontinuitet og tilgængelighed af speciallægekompetence samt fremme udvikling og anvendelse af ny viden i diagnostik og behandling.

Det vil være vigtigt at finde ét eller flere områder, hvor Dronning Ingrid's Universitetshospital kunne være en spydspids, hvis ikke internationalt så i det mindste i Skandinavien. En mulighed ville være telemedicin ved at udvikle innovative tilgange og at forske i området. Forskning og udvikling som er efterspurgt i mange sundhedsvæsener.

Et andet eksempel kunne være at accelerere udviklingen af billediagnostikken med større tilgængelighed lokalt, fjernbetjening, digitalisering og AI løsninger. Dette vil gøre det muligt for sundhedspersonalet på Dronning Ingrid's Universitetshospital at forestå det diagnostiske samarbejde med resten af Kalaallit Nunaat og på tværs af landegrænser (ikke mindst Rigshospitalet i Danmark) med høj faglighed i realtid for dermed at sikre patienterne i hele Kalaallit Nunaat den bedst mulige behandling. Innovation og forskning indenfor fjerndiagnostik muliggør også sundhedsforskning udenfor det klassisk lægefaglige.

Forskning, kliniske undersøgelser

Det er vigtigt at de fastansatte læger får tid og mulighed for forske med støtte og vejledning fra erfarne forskere udefra, for på den måde at få opbygget et lokalt forankret forskningsmiljø på hospitalet og Ilisimatusarfik - integreret i den grønlandske hverdag. Man kunne fx forestille sig oprettelse af delestillinger med tid til klinisk forskning for at opbygge vedvarende kliniske, forsknings- og uddannelsesrelationer. Ad åre kan det føre til oprettelse af (få) kliniske lektorater og professorater startende med almen medicin, ligesom en professor i Arktisk billediagnostik med teleradiologi, undervisning i kompetencer, kvalitetssikring etc. kunne være en oplagt mulighed.

