

SUNDHEDSKOMMISSIONENS BETÆNKNING

MAJ 2023

VORES SUNDHEDSVÆSEN – VORES FÆLLES ANSVAR



REGION AVANNA:

ILULISSAT
UUMMANNAQ
UPERNAVIK
KULLORSUAQ
TASIUSAQ

REGION DISKO:

AASIAAT
QEERTARSUAQ
QASIGIANNGUIT

REGION QEQQA:

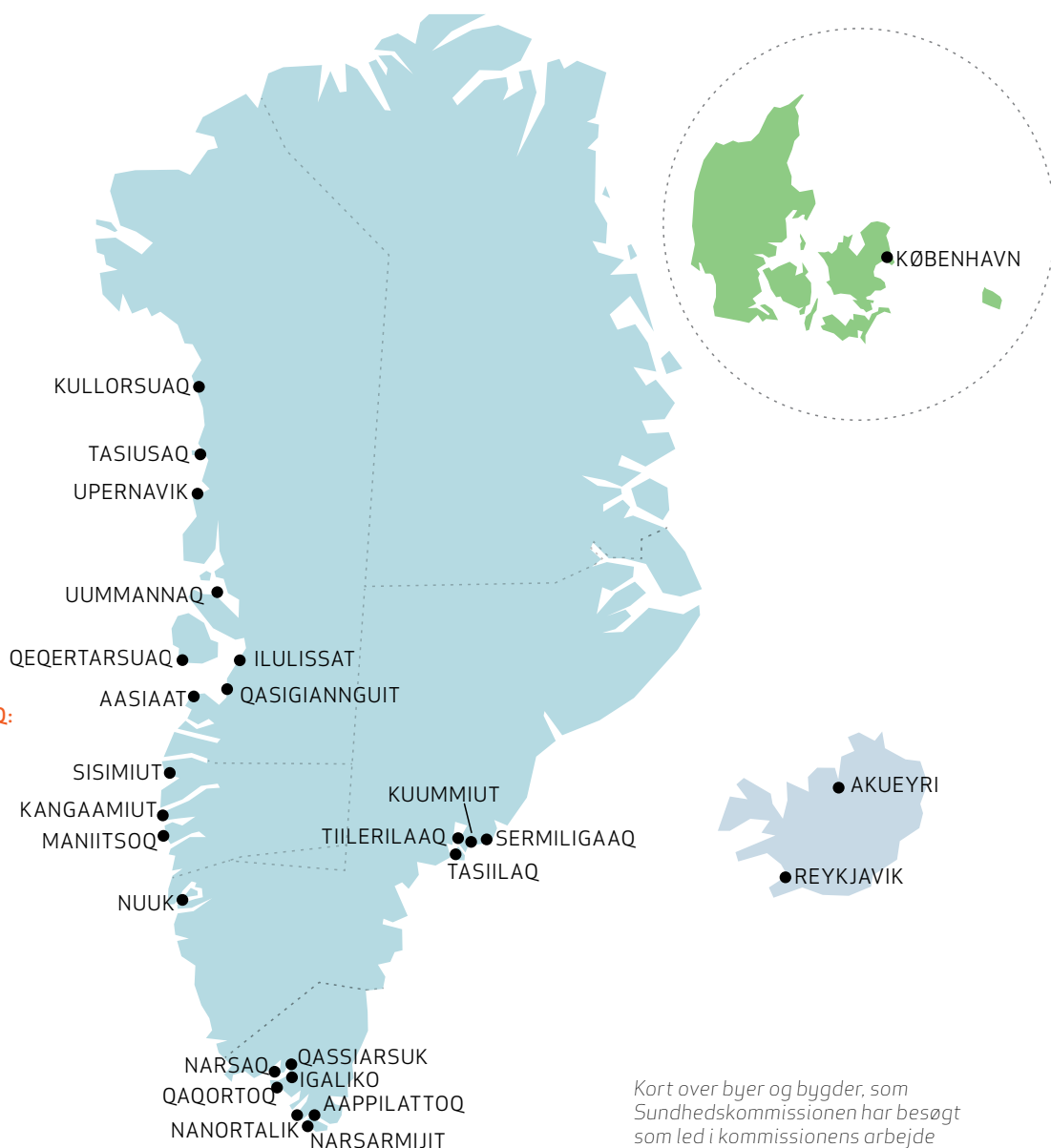
SISIMIUT
MANIITSOQ
KANGAAMIUT

REGION SERMERSOOQ:

NUUK
TASIILAQ
SERMILIGAAQ
KUUMMIUT
TIILERILAAQ

REGION KUJATAA:

QAQORTOQ
NARSAQ
NANORTALIK
QASSIARSUK
AAPPIATTOQ
NARSARMIJIT
IGALIKO



Sundhedskommissionens betænkning
Maj 2023

Vores sundhedsvæsen – vores fælles ansvar

Sundhedskommissionen 2023

1. udgave

Ilusilersuisoq | Layout: irisager.gl

Asseq | Foto: Lasse Nymand Petersen

VORES SUNDHEDSVÆSEN – VORES FÆLLES ANSVAR

Indhold

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

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

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

8.10 Finansiering af uddannelses- og kompetenceudviklingstiltag	129
8.10.1 Kursusfonden	129
8.10.2 Kompetenceudviklingskurser på arbejdsmarkedsområdet (PKU)	130
8.10.3 Kursusvirksomhed under uddannelsesområdet	130
8.10.4 Nationale sundheds- og uddannelsesindsatser	130
8.10.5 Videreuddannelsespuljen og overenskomstfastsatte videreuddannelsesmidler	130
8.10.6 Udfordring i finansiering: Fragmenteringen i midlerne hindrer sammenhængende kompetencestrategier og -planer	131
8.11 Kollegiepladser	131
8.12 Opsamling på udfordringer vedr. uddannelse og kompetenceudvikling på sundhedsområdet	132
8.13 Perspektiveringer	132
8.14 anbefalinger:	133

Kapitel 9. Rekruttering og fastholdelse

9.1 Bemandingen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen	135
9.2 Brug af vikarer i sundhedsvæsenet	140
9.2.1. Fastholdelse af vikarer	142
9.2.2 Fastholdelse af grønlandsk personale	142
9.3 Den nuværende rekrutterings- og fastholdelsesstrategi	143
9.4 Rekrutteringsenheden	143
9.5 Mangel på uddannet sundhedspersonale i landet	144
9.6 Indsatsområder	144
9.6.1 Boliger og boligstandarde	144
9.6.2 Personaleadministration	145
9.6.3 Flerkulturel læring og forståelse	146
9.6.4 Rekrutteringsenhed i Danmark	146
9.6.5 Partnerskab og rotation med danske sygehuse	146
9.6.6 Kompetenceudvikling, karriereplanlægning, og rekruttering af ledere	147
9.6.7 Rejsebreve og informationsmateriale	147
9.6.8 Branding og rekruttering over sociale medier	147
9.6.9 Præ- og on-boarding-pakke	148
9.6.10 Vikarer via vikarbureau og korttidsansatte	148
9.6.11 Økonomiske incitamenter	148
9.6.12 Det tværsektorielle samarbejde	149
9.6.13 Udenlandsk arbejdskraft	149
9.6.13.1 Island	149
9.6.13.2 Grønland	150
9.6.13.3 Fremtidige muligheder	151
9.7 En helhedsorienteret ramme for rekrutterings- og fastholdelsesarbejdet	151
9.8 Aldersprofil	153
9.9 Perspektiveringer	153
9.10 anbefalinger	154

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

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

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

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

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

BILAG

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

Kapitel 1. Forord

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

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

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

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

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

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

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

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

Nuuk, 14. april 2023

Ulrik Blidorf

Formand for Sundhedskommissionen

Kapitel 2. Sammenfatning

2.1 Sundhedskommissionen og kommissorium

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

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

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

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

2.2 Arbejdsform

Kommissionen har afholdt i alt 14 møder a 5-6 timers varighed og tre todagesmøder. Ved hvert af møderne har der været en drøftelse af 1-2 emner baseret på i forvejen udarbejdede notater samt ét eller flere oplæg, 20-30 i alt¹. På denne måde har kommissionen gradvist gennemgået centrale problemstillinger for sundhedsvæsenet. Der blev nedsat to arbejdsgrupper for henholdsvis uddannelse og kompetenceudvikling samt rekruttering og fastholdelse. Endelig har kommissionen fået udført en interviewundersøgelse af medarbejder-perspektiver i regionerne på udfordringer og muligheder i sundhedsarbejdet.

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

2.3 Overordnede principper for arbejdet og anbefalinger

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

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

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

Der gælder tre grundvilkår for at drive det grønlandske sundhedsvæsen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kun de vigtigste anbefalinger omtales i denne sammenfatning.

2.4 Hovedbudskaber

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

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

2.5 Sammenfatning af kapitlerne og anbefalingerne

2.5.1 Sundhedstilstand, ulighed i sundhed og selvmord

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.3 Psykiatri

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

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

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

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

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

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

2.5.4 Landstandplejen

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

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

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

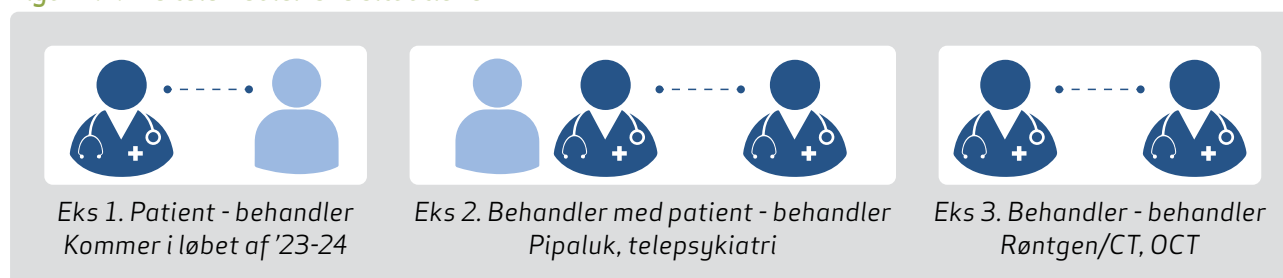
2.5.5 Telemedicin

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

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

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

Figur 2.1: Tre telemedicinske situationer



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

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

2.5.6 Data

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

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

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

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

2.5.7 Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.8 Rekruttering, fastholdelse og uddannelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.9 Rehabilitering, sundhedsfremme, forebyggelse og brugerinddragelse

2.5.9.1 Rehabilitering

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.9.2 Sundhedsfremme og forebyggelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.9.3 Brugerinddragelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.10 Økonomi

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.11 Et sundhedsråd

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

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

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

Kapitel 3.

Grundlag og principper for kommissionens arbejde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Et fælles ansvar for sundhed

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

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

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

Sundhedsvæsenets mission, vision og værdier

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

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

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

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

² Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997.

3.2 Armslængdeprincippet

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

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

3.3 Dagens sundhedsvæsen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 4.

Befolkningssundhed, ulighed i sundhed, sygdomsmønstre, og befolkningsudvikling

Hovedpunkter i kapitlet:

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

4.1 Sundhed drejer sig om livskvalitet - ikke bare helbred

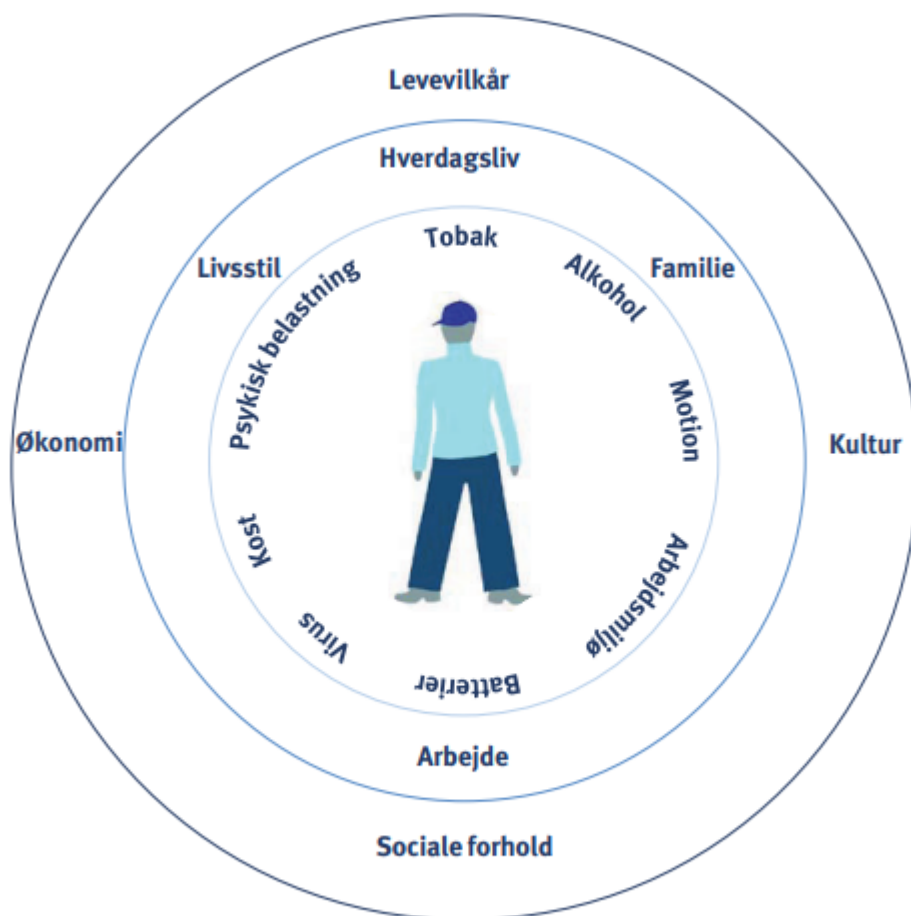
Sundhed drejer sig i bred forstand om vores velbefindende – fysisk, mentalt og socialt. Denne forståelse af sundhed går tilbage til WHO's 1948-definition: *Sundhed er et fuldstændigt stadium af fysisk, mentalt og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svækkelse.*

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

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

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

Figur 4.1: Sundhed i social sammenhæng.



Model for sundhed og sygelighed i en social sammenhæng.

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

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

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

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

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

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

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

4.1.1 Sundhedstilstand

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

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

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

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

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

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

Resultatet fremgår af tabel 4.1.

Tabel 4.1: Udviklingen i selvvurderet helbred og livskvalitet.

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

Kilde: Befolkningsundersøgelsen 2018

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

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

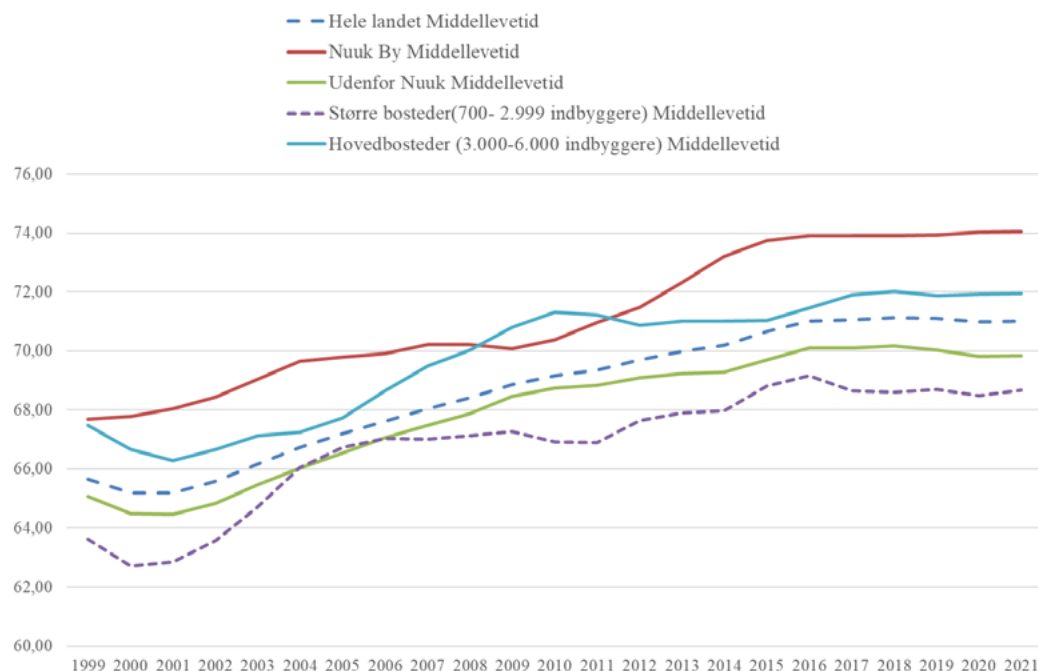
4.1.2 Middellevetid

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

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

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

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



Kilde: Grønlands Statistik, Statistikbanken, tabel BEXBBDTB

4.1.3 Social ulighed i sundhed³

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

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

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

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

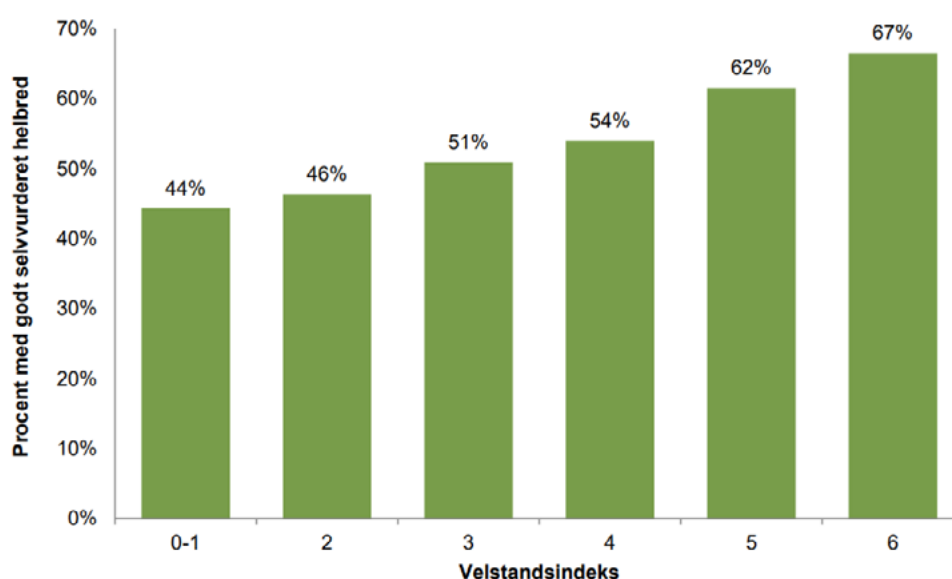
⁴ <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed-2021>

4.1.3.1 Udvalgte tal om social ulighed i sundhed

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

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

Figur 4.3: Social ulighed for selvvrurderet helbred. Justeret for alder og køn.



Kilde: Befolkningsundersøgelsen 2018

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

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

Tabel 4.2: Stigende ulighed for rusdrikning rygning

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

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

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

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

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

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

Tabel 4.3: Social ulighed for helbredsvariable

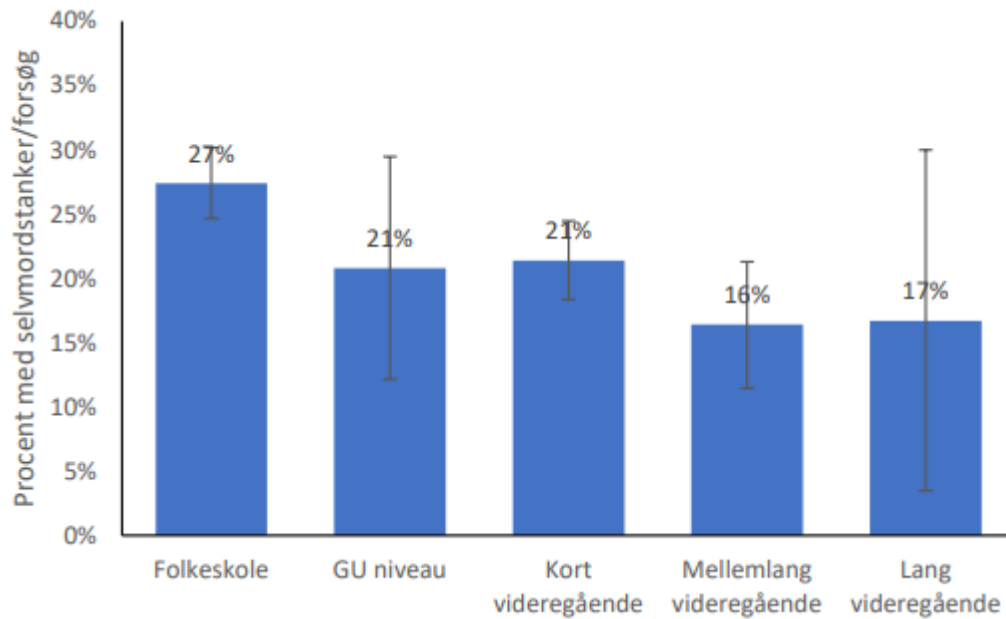
Lavt velstandsindeks hænger sammen med dårligt helbred		Uddannelse * p<0,05
Ængstelse, depression	-0,16	
Selvmodstanker	-0,14	*
Muligt skadeligt alkoholforbrug	-0,14	*
Daglig rygning	-0,14	*
Selvvurderet fysisk inaktiv	-0,11	*
Dårligt selvvurderet helbred	-0,10	*
Muskelgener	-0,09	
Usundt kostmønster	-0,07	*
Ingen forskel:		
Forhøjet blodtryk	0,01	
Diabetes eller prædiabetes	0,02	
Høj velstandsindeks hænger sammen m. dårligt helbred		
LDL-kolesterol >= 3,5	0,09	*
Overvægt (BMI 30+)	0,15	*

Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland.

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

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

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

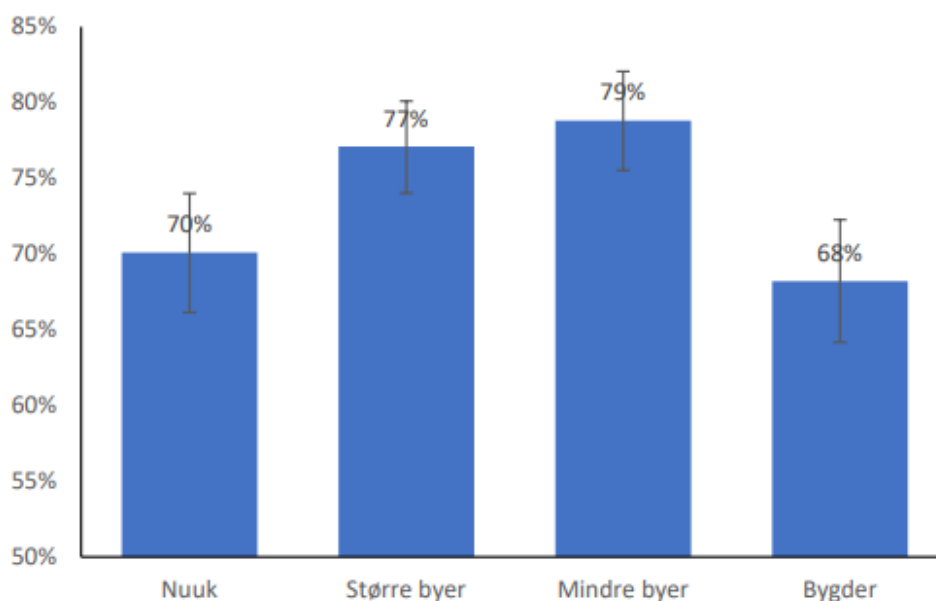


Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

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

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

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



Kilde: Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

4.1.3.2 Hvordan kan den sociale ulighed i sundhed reduceres

Kendskab til hvordan social ulighed i sundhed opstår er en forudsætning for at kunne forsøge at mindske den, men der er tale om komplicerede sammenhænge, der ikke går i dybden med her. Sundhedsstyrelsen i Danmark peger på 12 determinanter⁵, som har betydning for ulige muligheder for at opnå et sundt liv.

I. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred

1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
2. Skolegang – uafsluttet skolegang
3. Segregering og socialt nærmiljø

II. Sygdomsårsager som påvirkes af social position:

4. Indkomst – fattigdom
5. Langvarig arbejdsløshed
6. Social udsathed
7. Fysisk miljø – partikler og ulykker
8. Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
9. Sundhedsadfærd
10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne

III. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser

11. Sundhedsvæsenets rolle
12. Det ekskluderende arbejdsmarked

Sundhedsstyrelsen⁶ har i en rapport fra 2020 gennemgået den eksisterende viden om forsøgene på at reducere den sociale ulighed svarende til de 12 ovenstående punkter og har i 2022 set på én af de 12 determinanter, nemlig sundhedsvæsenets rolle⁷. Rapporten peger på, at det er vigtigt at møde patienterne forskelligt, hvis man i sundhedsvæsenet skal gøre sit til at reducere ulighed i sundhed. Sundhedsvæsenet skal differentiere kravene, så alle kan følge behandlingsforløb, og det tværfaglige samarbejde skal styrkes. Inddragelsen af patienterne skal styrkes såvel i udviklingen af sundhedsvæsenet som i det konkrete møde. Sundhedsvæsenet/-personalet skal forstå, at mennesker har forskellige sundhedskompetencer og forskellige livsbetingelser og derfor har behov for forskellig slags sundhedsinformation, og nogle har brug for mere hjælp til koordination i patientforløbet end andre. I grønlandsk sammenhæng udgør sproglige og kulturelle forskelle mellem patienter/pårørende og sundhedspersonale en særlig udfordring, som dog også ses i Danmark f.eks. mellem patienter/pårørende af anden etnisk herkomst og dansk sundhedspersonale. Eksempelvis dokumenterer forskning i patientperspektiver i Grønland at patienter, som ikke taler dansk, og som ikke kender hospitalskulturen på DIH i Nuuk, eller patienter, som ikke har pårørende til at tale deres sag, bliver overset af personalet og har mange uopfyldte behov.

4.1.3.3 Opsamling på social ulighed i sundhed

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

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

⁶ Sundhedsstyrelsen: Indsatser mod ulighed i sundhed, København 2020

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

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

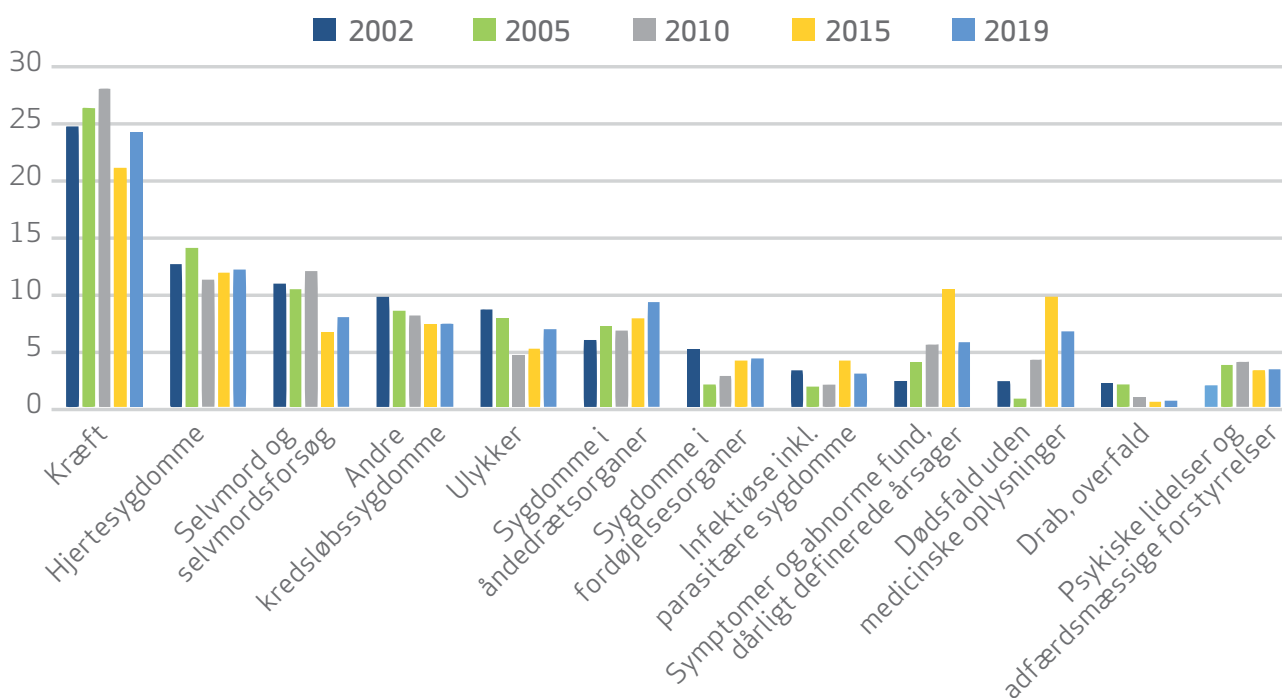
En anden vigtig pointe er, at der er muligheder for at imødegå den sociale ulighed inden for sundhedsvæsenets rammer. Gennem personalets indsigt i individuelle brugeres liv med sociale og medicinske udfordringer bliver det muligt at yde den særlige, faglige indsats, der er behov for, og som vil stille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

4.2 Dødsårsager

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

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

Figur 4.6: Udviklingen i de 12 hyppigste dødsårsager.



Kilde: Grønlands Statistik

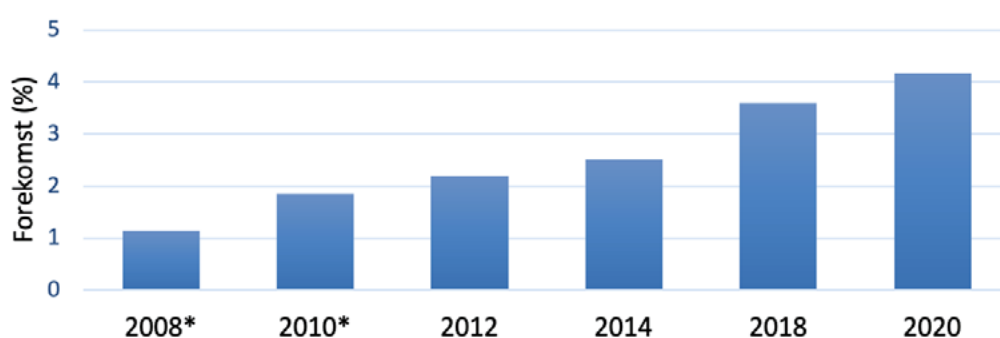
4.3 Sygdomsmønstre

4.3.1 Livsstilsrelaterede sygdomme

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

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

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



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

Kilde: SDCG.

4.3.2 Kræftsygdomme

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

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

4.3.3 Tandsygdomme

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

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

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

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

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

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

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

4.3.4 Psykisk sygdom

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

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

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

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

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

4.3.5 Selvmord

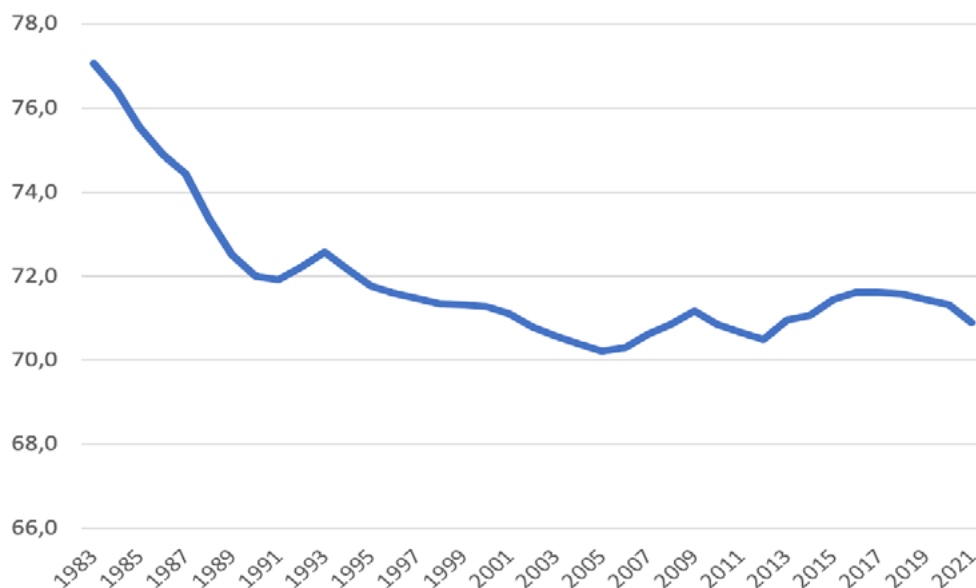
Forekomsten af selvmord i Grønland er blandt de højeste i verden og stort set uændret igennem de sidste 40 år. Selvmord er den tredjehyppigste dødsårsag. Kapitel 13 i denne betænkning indeholder en større samlet beskrivelse af problematikken om selvmord og selvmordsforebyggelse.

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

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

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

Figur 4.8: Antal selvmord per 100.000 indbyggere 1983 – 2018



Kilde: Grønlands Statistik og Landlægeembedet

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

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

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

4.3.6 Folkesundhed

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

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

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

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

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

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

Fem indikatorer viser en forværring af folkesundheden:

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

Seks indikatorer har stort set ikke ændret sig i perioden:

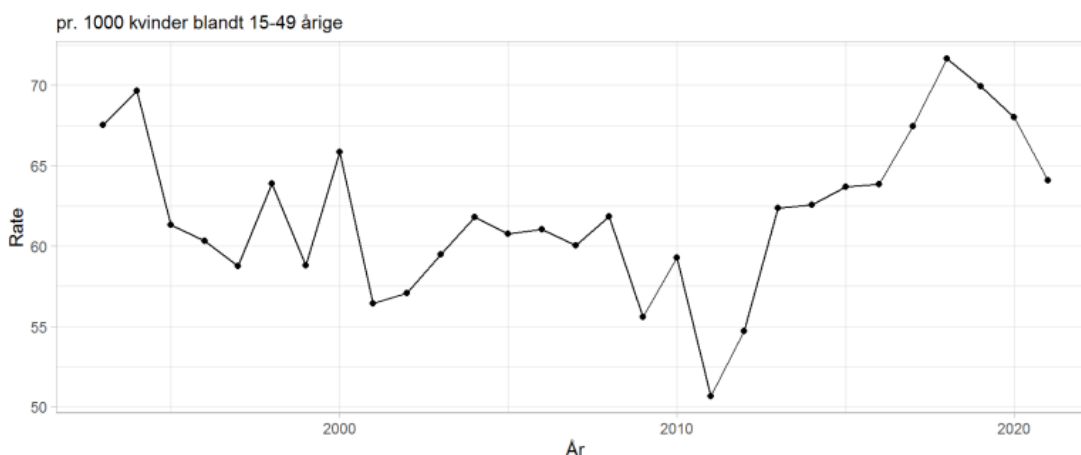
- Livskvalitet blandt ældre
- Fysisk aktivitet
- Forbrug af frugt
- Forbrug af havpattedyr viser en svagt faldende tendens
- For seksuelle overgreb inden det fyldte 18 år blandt unge (18-29-årige) er der tale om et fald, som dog hverken er statistisk sikkert eller viser en klar tendens
- For selvmordsforsøg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

4.3.7. Seksuel sundhed⁸

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

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

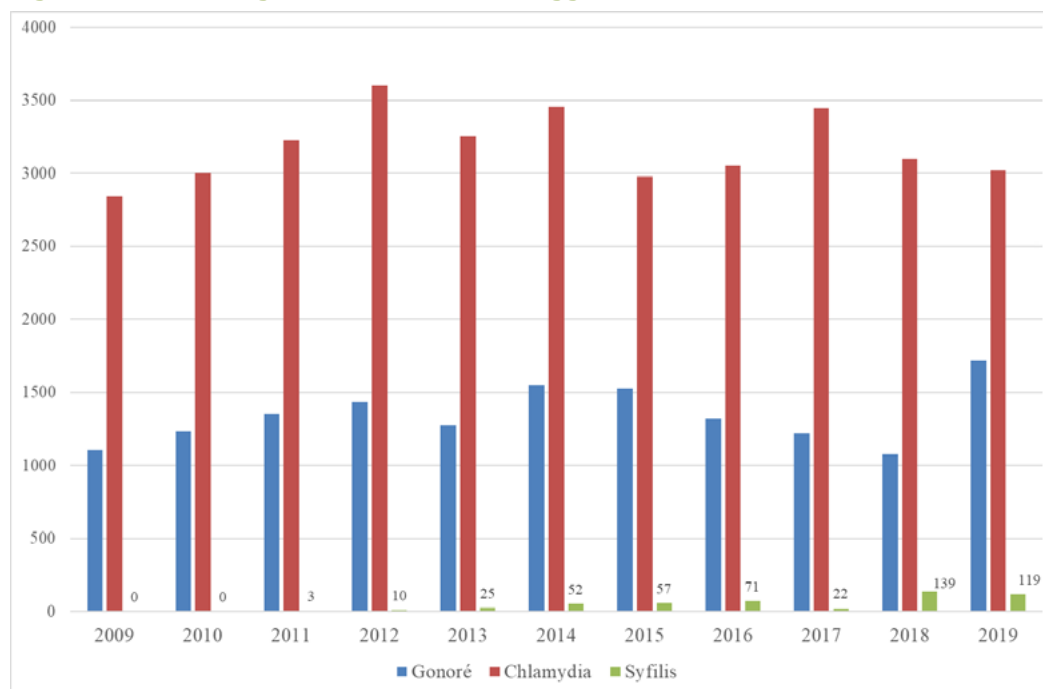
Figur 4.9: Udviklingen i svangerskabsafbrydelse 1993-2021



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

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

Figur 4.10: Udviklingen i smitsomme kønssygdomme

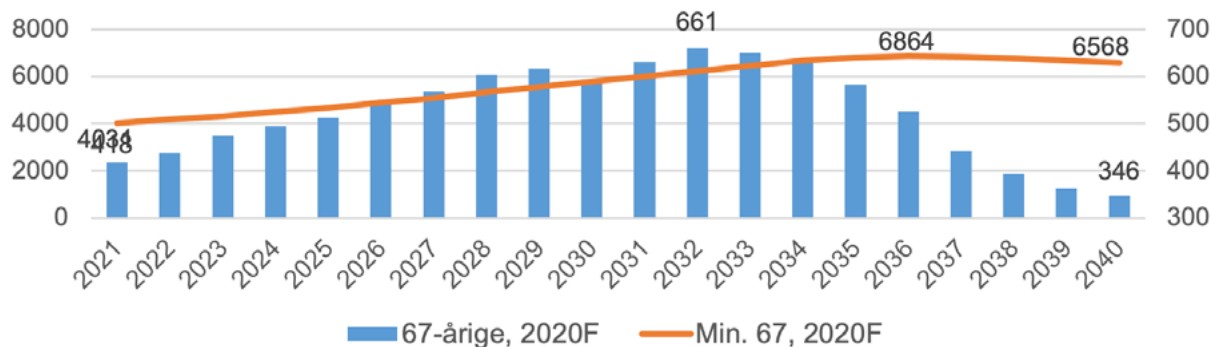


Kilde: Grønlands Statistik, Statistikbanken, tabel SUDLSKS1

4.4. Befolkningsudviklingens betydning for sundhedsområdet

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

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



Kilde: Grønlands Statistik

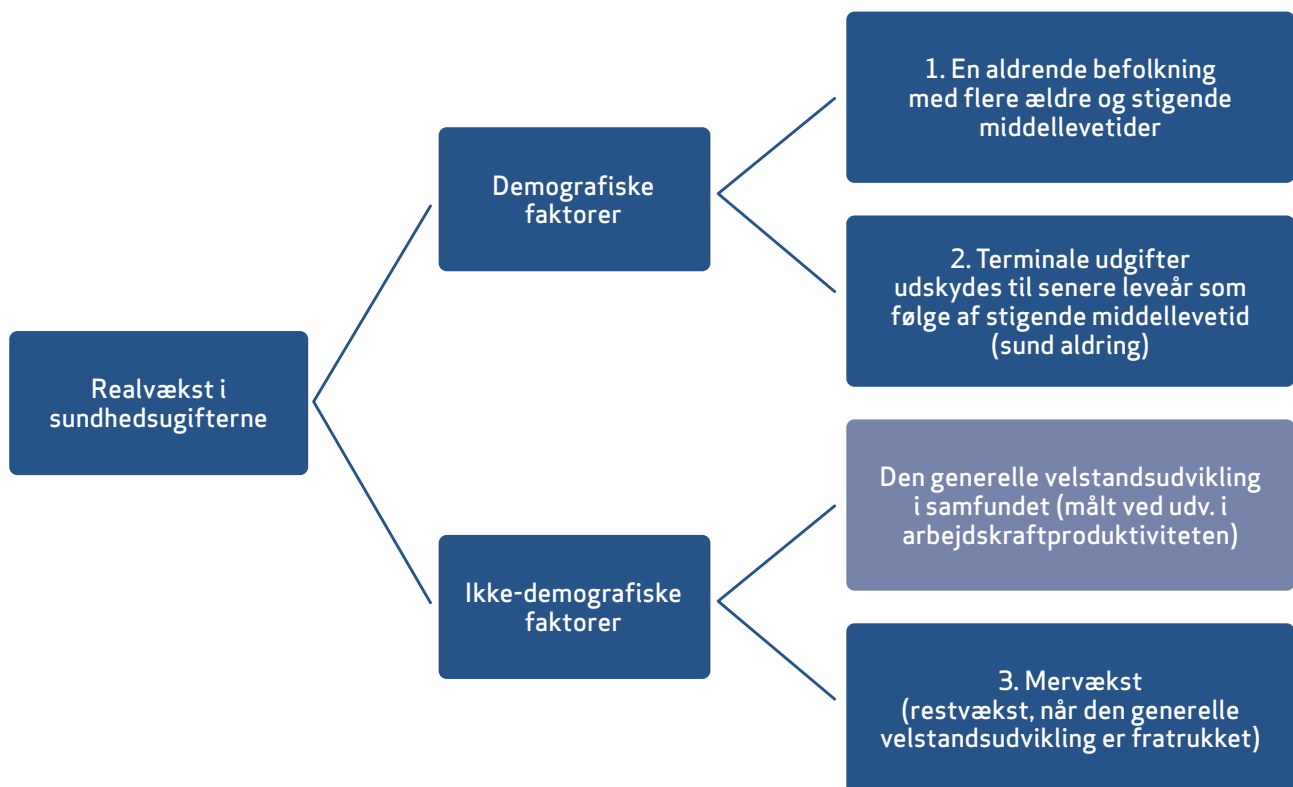
Helt overordnet vil Sundhedskommissionen gøre opmærksom på nedenstående forhold af central betydning for krav til de fremtidige rammer for sundhedsvæsenet:

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

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

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

Figur 4.12: Forhold der påvirker realvæksten i sundhedsudgifterne



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

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

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

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

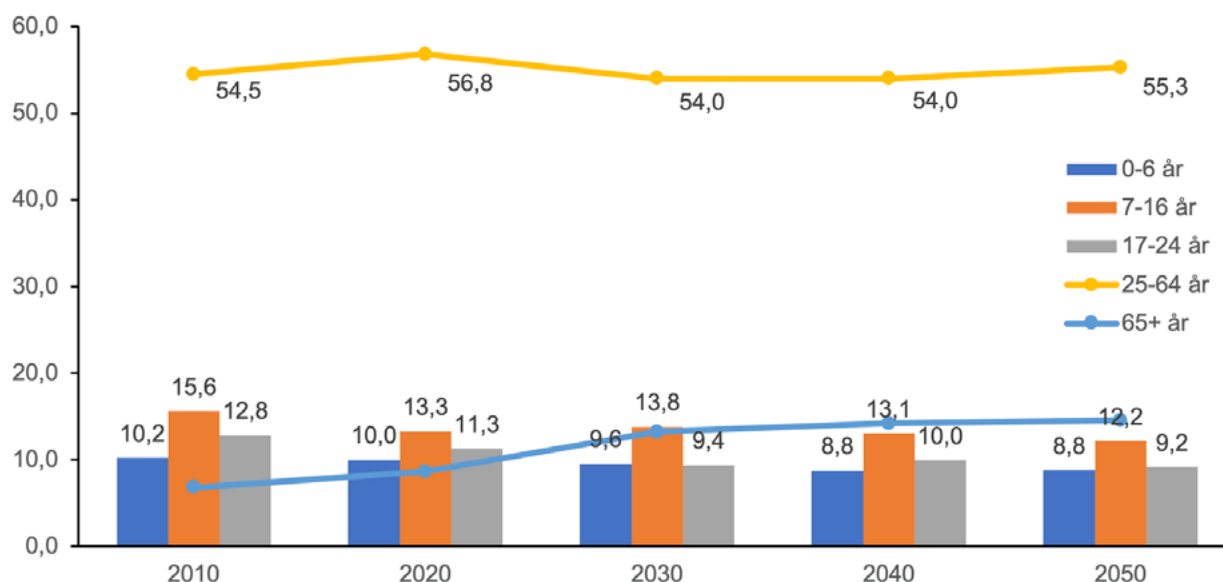
1. En større andel af ældre som følge af de store fødselsår gange fra starten af 1960'erne
2. En stigende middellevetid
3. En øget velstand i befolkningen, som medfører højere forventninger til sundhedsudgifter

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

4.4.1. Større ældreandel

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

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



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

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

4.4.2 Bosætningsmønstre

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

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

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

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

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

Der er generelt meget stor usikkerhed forbundet med rent demografiske fremskrivninger af små befolkninger⁹. Dette er i endnu højere grad tilfældet for resultater vedrørende administrative inddelinger af landet som kommuner, distrikter og lokaliteter. Desuden skal det pointeres, at bevægelsen mellem byer samt mellem bygd og by er under afgørende indflydelse af den politik, der føres i landet.

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

Tabel 4.5: Befolkningsfremskrivninger til 2030, fordelt på kommuner

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

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

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

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

4.4.3 Forventet pres på blandt andet alderdomshjemmene

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

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

Fremtidens behov forventes at være karakteriseret af:

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

4.5 anbefalinger

Sundhedskommissionen anbefaler:

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