



Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010

Departementet for Sundhed

EM 2010/PN sagsnr. 2010 - 034099



Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010
Departementet for Sundhed

1. Forord

Naalakkersuisut tilslutter sig WHO's definition af sundhed som en tilstand af "komplet fysisk, psykisk og social velbefindende og ikke bare fravær af sygdom og svagelighed".

Sundhedsreformen er den største reform i sundhedsvæsenets historie.

Sundhedsreformen handler om at styrke den primære sundhedstjeneste, som har til formål at sikre helhedsorienterede sundhedsydelser så tæt på borgeren som muligt. Sundhedsvæsenet står overfor en række udfordringer, herunder rekrutteringsvanskeligheder, demografiske ændringer og et ændret sygdomsbillede med flere livsstilsrelaterede sygdomme. Udfordringer, som alle presser sundhedsvæsenets økonomi og befolkningsforventninger til, hvad sundhedsvæsenet kan levere af ydelser. For at imødekomme disse udfordringer skal sundhedsvæsenet satse endnu mere på at effektivisere, indrette sundhedsvæsenet på en hensigtsmæssig måde og gøre en væsentlig indsats for at holde folk raske og forebygge sygdomsudvikling og indlæggelser i det specialiserede sundhedsvæsen.

Naalakkersuisut er af den klare overbevisning, at sundhedsreformen, med dens styrkelse af den primære sundhedstjeneste tæt på borgeren, er en forudsætning for, at sundhedsvæsenet også i fremtiden kan levere en tidssvarende service indenfor den økonomisk fastsatte ramme.

Sundhedsreformen skal imødegå sundhedsvæsenets udfordringer og bidrage til, at sundhedsvæsenet også i fremtiden vil kunne leve op til sine forpligtelser.

Målet med denne redegørelse er at beskrive rammerne for den forestående sundhedsreform.

November 2010
Agathe Fontain
Medlem af Naalakkersuisut for Sundhed

2. Indholdsfortegnelse

1. Forord	2
2. Indholdsfortegnelse	3
3. Indledning	4
4. Lovgivning på Sundhedsområdet:	4
4.1. Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser	4
4.2. Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation	4
5. Sundhedsvæsenets udfordringer og muligheder	5
6. Sundhedsvæsenets nuværende struktur og organisering.....	6
7. Sundhedsreformen	6
8. Reform af sundhedsvæsenets organisation	7
8.1. Sundhedsvæsenets fremtidige organisering på kysten	7
8.2. Sundhedsvæsenets fremtidige organisering på D.I.H.	7
8.3. Sundhedsvæsenets samlede fremtidige organisering.....	8
8.4. Ledelsesstrukturen i sundhedsvæsenets fremtidige organisationsstruktur	9
8.4.1. Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse	9
8.4.2. Regionsledelserne på kysten	9
8.4.3. Områdeledelserne på D.I.H.....	10
8.5. Behandlingssteder	10
8.5.1. Dronning Ingrid's Hospital	10
8.5.2. Regionssygehus/Regionssundhedscenter.....	10
8.5.3. Sundhedscenter	11
8.5.4. 1-lægedistrikter/sundhedscentre og distrikter/sundhedscentre med lægelige rekrutteringsproblemer	11
8.5.5. Fødesteder	11
8.5.6. Sygeplejestationer og bygdekonsultationer	12
8.6. Sundhedsvæsenets medarbejdere	12
8.6.1. Læger i regionerne	12
8.6.2. Sygeplejersker ansat ved sundhedscentrene/behandlersygeplejersker.....	12
8.6.3. Sundhedsassistenter og sundhedsmedhjælpere i regionerne.....	12
8.6.4. Sundheds- og hjemmesygeplejen i regionerne.....	13
8.6.5. Jordemødre i regionerne	13
8.6.6. Andre ansatte, der får nye opgaver i regionerne.....	13
8.7. Tværfagligt samarbejde	13
8.8. Rekruttering og fastholdelse af personale i regionerne	13
8.9. Økonomi og økonomistyring	14
økonomistyring	14
9. Uddannelsesinitiativer.....	15
9.1. Læger	15
9.2. Sygeplejersker.....	15
9.3. Jordemødre	15
9.4. Sundhedsassistenter	16
9.5. Portørredderuddannelse	16
9.6. Sundhedsarbejderuddannelsen	16
10. Telemedicin	16
11. Arbejdet frem mod et regions- og områdeopdelt sundhedsvæsen	18
11.1. Erfaringer fra de nuværende pilotregioner og områder	18

3. Indledning

Sundhedsreformen træder i kraft 1. januar 2011, hvor landet inddeles i fem sundhedsregioner. For at skabe det bedst mulige grundlag for reformen, blev der den 1. januar 2010 oprettet to pilotregioner. Pilotregionernes erfaringer skal indgå i det videre arbejde med reformen.

Sundhedsvæsenet står over for en række udfordringer. En væsentlig udfordring er rekruttering og fastholdelse af det nødvendige personale. I adskillige år har sundhedsvæsenet haft svært ved at rekruttere personale til langtidsansættelser på de mindre kystsystehuse.

På Efterårssamlingen 2003 blev der fremsat spørgsmål om, hvorvidt sundhedsvæsenets distriktsinddeling var passende i forhold til landets geografi, når det var svært at rekruttere personale til faste stillinger.

I 2004 godkendte og igangsatte Landsstyret et større udredningsarbejde med henblik på at komme med forslag til en ny organisering af sundhedsvæsenet. Der blev udarbejdet en redegørelse, som blev fremlagt for Landstinget på Forårssamlingen i 2007. I redegørelsen blev det fremhævet, hvilke administrative, økonomiske, sundhedsfaglige og administrative udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor. I redegørelsen blev det foreslået, at landet blev inddelt i et antal enheder (regioner) med regionscentre placeret i de fremtidige vækstcentre i Grønland. På baggrund af redegørelsen og debatten i Landstinget igangsatte Landsstyret arbejdet med reformen af sundhedsvæsenet.

Naalakkersuisut er af den klare overbevisning, at Sundhedsreformen er nødvendig og en forudsætning for, at sundhedsvæsenet også i fremtiden kan levere en tidssvarende service indenfor den økonomisk fastsatte ramme. Sundhedsreformen skal imødegå sundhedsvæsenets udfordringer og bidrage til, at sundhedsvæsenet også fremover vil kunne leve op til sine forpligtelser.

4. Lovgivning på Sundhedsområdet:

4.1. Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser

Beskriver sundhedsvæsenets vigtigste opgaver som værende:

- at fremme befolkningens sundhed,
- at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande,
- at undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme og sygdomslignende tilstande.

Sundhedsvæsenet skal i tilrettelæggelsen af arbejdet tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted.

4.2. Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation¹

§ 1. Landsstyret leder, tilrettelægger og fører tilsyn med sundhedsvæsenets virksomhed.

§ 4 Landet inddeles i sundhedsdistrikter

Stk. 3 Landsstyret fastsætter regler for sundhedsdistrikternes inddeling, opbygning og funktion samt for Dronning Ingrid's Hospital.

Ved Efterårssamlingen 2010 fremsættes et forslag til Inatsisartutlov om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer. Loven forventes at træde i kraft den 1. januar 2011. Samtidig vil Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation ophæves.

Implementeringen af Sundhedsreformen kræver ikke en lovændring, idet kompetencen til at inddele landet i sundhedsdistrikter eller sundhedsregioner ligger hos Naalakkersuisut.

¹ Sideløbende med udarbejdelse af Redegørelse om Sundhedsreformen 2010, er der udarbejdet et lovforslag til Inatsisartutlov om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer, der skal ophæve denne.

Af lovforslagets § 6, stk. 1 vil det fremgå, at landet fremover inddeles i sundhedsenheder. Med betegnelsen sundhedsenheder ønskes det præciseret, at Naalakkersuisut kan fastsætte regler om sundhedsvæsenets inddeling i enheder uafhængigt af, om der er tale om en inddeling i sundhedsdistrikter, sundhedsregioner eller lignende.

Lovforslagets § 6, stk. 1 skal ses i sammenhæng med § 6, stk. 3, hvori det fremgår, at Naalakkersuisut fastsætter regler for sundhedsenhedernes inddeling, opbygning og funktion samt for Dronning Ingrid's Hospital.

5. Sundhedsvæsenets udfordringer og muligheder

Sundhedsvæsenets nuværende struktur blev dannet i 1928 og tog udgangspunkt i den tids behov og muligheder.

I dag står sundhedsvæsenet over for en række administrative, økonomiske og sundhedsfaglige udfordringer:

Sundhedsvæsenet har gennem mange år været præget af betydelige rekrutteringsproblemer, og rekrutteringsarbejdet er blevet stadig vanskeligere, især på de mindre steder. Personalsituationen er traditionelt ekstra vanskelig i en række af de mindre byer og bygderne på kysten. Som eksempel kan nævnes lægesituationen i 2009, hvor kun 9 af de 16 chefdistriktslægestillinger var besat med den samme fastansatte læge gennem hele året. For de øvrige distrikter – primært de mindre distrikter – blev chefdistriktslægestillingen dækket af korttidsansatte og vikarer, fordelt på ikke mindre end 40 personer. For distriktslægestillingerne er situationen endnu mere alvorlig.

Manglen på kvalificeret personale medfører, at produktivitet, kontinuitet og kvalitet påvirkes i en negativ og økonomisk u hensigtsmæssig retning.

Med den nuværende struktur i sundhedsvæsenet er der en væsentlig risiko for en uholdbar fremtid for både personale og befolkning. Erfaringer viser, at større enheder med stærke faglige miljøer har nemmere ved at rekruttere det nødvendige personale.

Befolkningens bosætningsmønster og levemåde har ændret sig markant. Befolkningen flytter fra de mindre bosteder til de større byer. Den tiltagende urbanisering kombineret med befolkningens øgede viden om behandlingsmuligheder betyder ændrede krav til sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet må tilpasse sig denne samfundsudvikling for at kunne levere de specialiserede og borgernære tilbud, der efterspørges indenfor en realistisk økonomisk ramme.

Deloitte peger i deres rapport, Grønlands Sundhedsvæsen – udfordringer for fremtiden (2010), på, at de stigende forventninger indenfor nuværende begrænsede realvækst kræver en flerstrengt indsats, indeholdende:

- En skarp prioritering og afbalancering mellem kvalitet og tilgængelighed, herunder reduceret geografisk spredning af nogle tilbud.
- Ændret arbejdsdeling mellem personalegrupper i sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenet og andre offentlige institutioner i de mindre bysamfund.

Befolkningens sygdomsmønster har ændret sig. Vi bliver ældre og livsstilsbetingede sygdomme som Type 2 diabetes, kræft og hjerte-, karsygdomme er i vækst. Det er nødvendigt, at sundhedsvæsenet tilpasser sig de nye behov og opprioriterer sundhedsfremme og forebyggelse samtidig med, at sundhedsvæsenet fortsat har fokus på undersøgelse, behandling, pleje og rådgivning.

Sammenfattende kan sundhedsvæsenets udfordringer og muligheder beskrives i ikke prioriteret rækkefølge, ved følgende punkter:

- Det er blevet vanskeligere at rekruttere og fastholde personale.
- Infrastrukturen er blevet forbedret (fly/helikopter).
- Befolkningens bosætningsmønster har ændret sig.
- Befolkningen bliver ældre.
- Øget pres på sundhedsudgifterne.
- Der er øgede forventninger og krav til behandling.

- Medicinske teknologier har gjort det muligt at behandle flere sygdomme.
- Ændret levevis har betydet flere livsstilssygdomme (hjerter-/karsygdomme, kræft, diabetes).
- Udviklingen af IT og telemedicin har gjort afstanden til sundhedsfaglig ekspertise kortere.

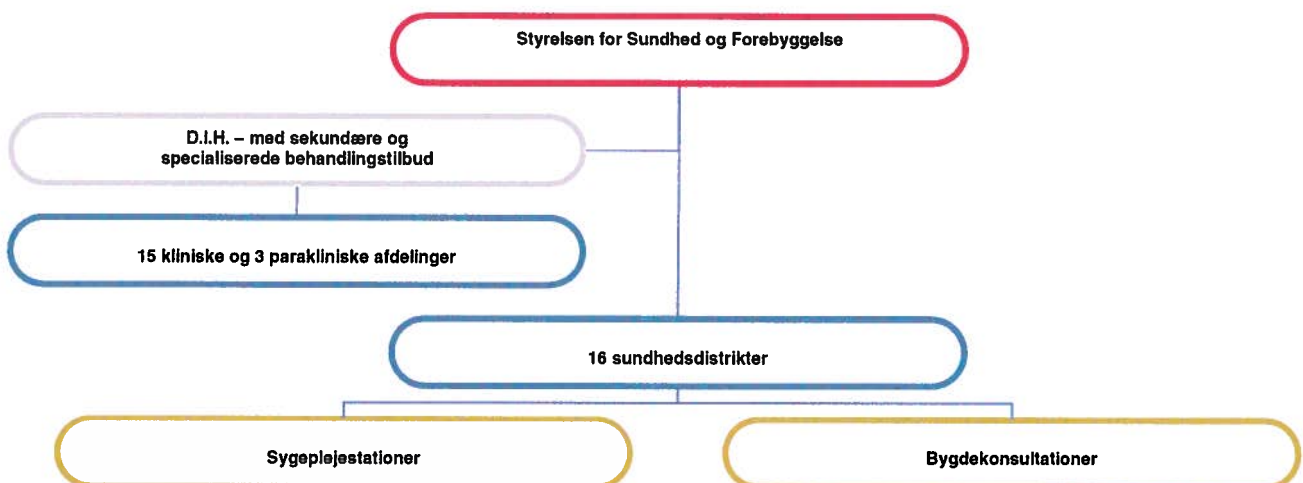
6. Sundhedsvæsenets nuværende struktur og organisering

Ved siden af Landshospitalet i Nuuk – Dronning Ingrid's Hospital (D.I.H.) har sundhedsvæsenet frem til nu været opdelt i 16 distrikter, som har haft ansvaret for den primære sundhedsbetjening af byer og bygder samt for visse sekundære sundhedsopgaver. Hvert af de 16 sundhedsdistrikt består af et sygehus/sundhedscenter og en række mindre behandlingssteder.

Sundhedsdistrikterne ledes af en chefdistriktslæge, en ledende sygeplejerske og en driftsleder. Distrikterne har meget forskellig størrelse fra en normering på 11 læger i det største og til kun 1 i de mindste distrikter. De 16 ledelser refererer til Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse og, som det fremgår af fig. 6.1. refererer disse enkeltvis til Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

D.I.H. fungerer som lokalsygehus for Nuuk og er samtidig landshospital. På D.I.H. er der 15 kliniske afdelinger og 3 parakliniske afdelinger, alle med egen ledelse, som ligeledes refererer til Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

Fig. 6.1. Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet



Note: Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse har ligeledes ansvaret for Tandplejen, som ikke berøres af Sundhedsreformen.

7. Sundhedsreformen

Formålet med Sundhedsreformen er at tilpasse sundhedsvæsenet til den samfundsmæssige udvikling.

Formålet er desuden at bidrage til et mere effektivt sundhedsvæsen, hvor det er muligt at tiltrække og fastholde det nødvendige personale, og hvor ressourcerne udnyttes bedre – ”mere sundhed for pengene”.

Sundhedsreformen omfatter:

- En samling af ledelse og administration på færre personer via oprettelse af fem regionsledelser på kysten og 4 områdeledelser på D.I.H. således, at flere ressourcer kommer ud i det kliniske arbejde.
- Udnyttelse og optimering af sundhedsvæsenets økonomiske og personalemæssige ressourcer.
- Stærkere og mere attraktive faglige miljøer.
- Fokusering på sundhedsvæsenets kerneydelse, dvs. det lokale tilbud om udredning, behandling og pleje samt i stigende grad forebyggelse og sundhedsfremme.

- Fokusering på det sammenhængende patientforløb.
- Sikring af en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted.
- Øget brug af telemedicin.
- Sikring af øget og ensartet kvalitet og patientsikkerhed i behandlingen af alle borgere.
- Uddannelse, opkvalificering og vejledning af personalet til at udføre arbejdet bedst muligt og forberede personalet på at varetage fremtidige opgaver.

Omdrejningspunktet for sundhedsreformen bliver følgende tre hovedområder:

1. Reform af sundhedsvæsenets organisation
2. Uddannelse
3. Telemedicin.

8. Reform af sundhedsvæsenets organisation

Udgangspunktet, for at reformere sundhedsvæsenets organisation, er at skabe mere robusthed samt forbedringer i forhold til rekruttering, ledelse, styring og faglighed. I den forbindelse anses det for vigtigt, at såvel den primære og den sekundære del af sundhedsvæsenet inddrages i processen, dvs. både kystens sygehuse og D.I.H.

8.1. Sundhedsvæsenets fremtidige organisering på kysten

Med Sundhedsreformen ændres den nuværende distriktsinddeling fra 16 sundhedsdistrikter til 5 sundhedsregioner. Udgangspunktet for den fremtidige opdeling har været den eksisterende kommunale grænsedragning, idet det som udgangspunkt er vurderet som en fordel med fælles grænsedragning. Undtaget er Qaasuitsup Kommunia, som deles i to regioner for at tage hensyn til de geografiske og transportmæssige udfordringer i området. Af tabel 8.1. og figur 8.1. fremgår det, hvordan denne opdeling er planlagt.

Tabel 8.1. De nye sundhedsregioner

Sundhedsregion	Regionssygehus/Regions-sundhedscenter	Sundhedscentre	Sygeplejestationer/bygdekonsultationer
Avannaa	Ilulissat	Qaanaaq Upernavik Uummanaaq	Saqqaaq, Qeqertaaq, Ilimanaq, Oqaatsut, Ikerasak, Illorsuit, Niaqornat, Nuugaatsiaq, Qaarsut, Saattut, Ukkusissat, Kullorsuaq, Aappilattoq, Kangersuatsiaq, Nuussuaq, Tasiusaaq, Upernavik Kujalleq, Nutaarmiut, Naajaat, Innaarsuit, Moriusaaq, Savissivik, Siorapaluk, Qeqertat
Disko	Aasiaat	Qasigiannugit Qeqertarsuaq	Akunnaaq, Kitsissuarsuit, Attu, Kangaatsiaq, Niaqornaarsuk, Ikerasaarsuk, Iginriarfik, Ikamiut, Kangerluk
Qeqqa	Sisimiut	Maniitsoq	Kangerlussuaq, Sarfannguit, Itilleq, Kangaamiut, Atammik, Napasooq
Sermersooq	Nuuk	Paamiut Tasiilaq Ittoqqortoormiit	Qeqertarsuatsiaat, Kapisillit, Arsuk, Kulusuk, Kuummiut, Sermiligaaq, Tiniteqilaaq, Isortoq
Kujataa	Qaqortoq	Narsaaq Nanortalik	Alluitsup Paa, Tasiusaaq, Narsarmiut, Aappilattoq, Ammassivik, Qassimiut, Saarloq, Eqalugaarsuit, Narsarsuaq, Qassiarsuk, Igaliku

8.2. Sundhedsvæsenets fremtidige organisering på D.I.H.

Den nuværende afdelingsstruktur med 15 kliniske afdelinger og 3 parakliniske afdelinger ændres således, at der i fremtiden vil blive etableret 4 områder.

De nye områder får ligeledes ansvaret for en række tværgående kliniske og servicemæssige funktioner som fx røntgenområdet. Af tabel 8.2. og figur 8.1. fremgår det, hvordan denne opdeling er planlagt.

Tabel 8.2. De nye områder

Område	Afdelinger	Kliniske og servicemæssige funktioner
Medicinsk	Medicinsk afdeling M1 og M2, Medicinsk Dagafsnit og Medicinsk Ambulatorium	Laboratoriet, Røntgenafdelingen samt Fysio- og Ergoterapi
Kirurgisk	Kirurgisk Ambulatorium, Kirurgisk afdeling K1, (ortopædkirurgi), K2 (parenchymkirurgi og Øre-Næse-Hals), K3 (gynækologi og obstetrik) og Patient- og daghospitalet	
Psykiatrisk	Psykiatrisk afdeling A1 og distriktpsychiatrien	
Akut	Anæstesiaafdelingen, Operationsafdelingen, Intensivafdelingen og Kirurgisk dagafsnit/skadestue	

Note: Indtil Akutcenteret bliver indviet ultimo 2011/primo 2012 vil D.I.H. alene bestå af tre områder, og afdelingerne placeret i Akutområdet vil tilhøre kirurgisk område.

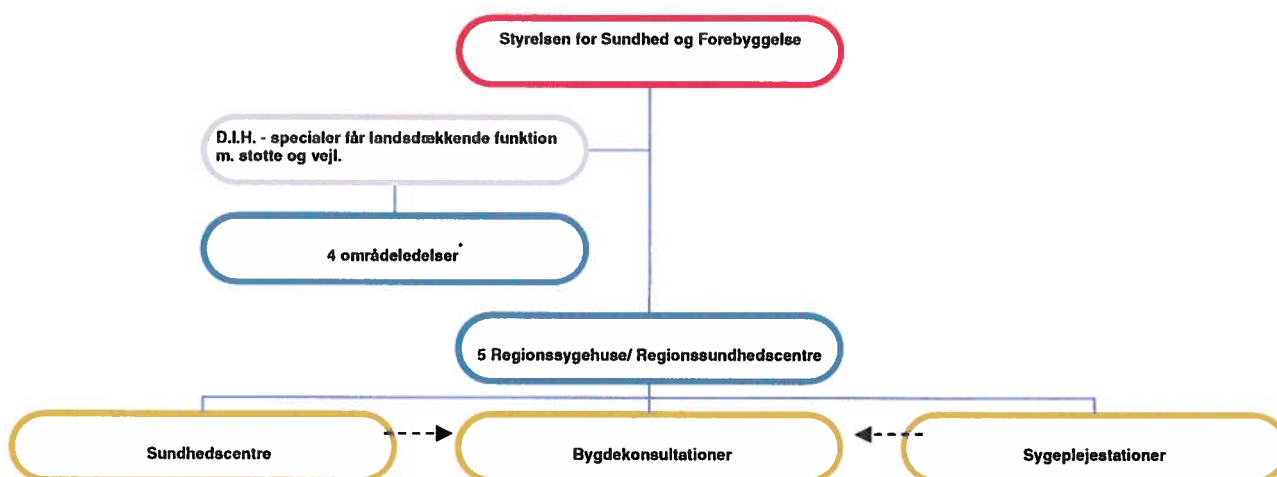
Denne områdedannelse skal medvirke til et tæt og formaliseret samarbejde på tværs af de enkelte afdelinger indenfor og mellem områderne samt skabe dynamik og synergi til gavn for patienterne.

8.3. Sundhedsvæsenets samlede fremtidige organisering

Sundhedsreformen medfører tre væsentlige ændringer (se fig. 8.1.):

- At antallet af ledelser udenfor D.I.H. reduceres til 5 kommende regionsledelser, hvorved 11 nuværende chefdistriktslæger i det væsentlige fritages for administrative byrder og dermed får øget tid til klinisk arbejde.
- At antallet af ledelser på D.I.H., der refererer til Sundhedsledelsen, reduceres fra 15 (+3) til 4.
- At specialerne på D.I.H. får landsdækkende funktion. Specialerne skal i samarbejde med regionsledelserne sikre og beskrive sammenhængende patientforløb for dermed at skabe en bedre og ensartet kvalitet til gavn for patientsikkerheden.

Fig. 8.1. Organisering af sundhedsvæsenet efter Sundhedsreformen



Områderne er Medicinsk område, Kirurgisk område og Psykiatrisk område. Med ibrugtagningen af det nye akutcenter i 2012 vil det fjerde område - akutområdet - blive etableret. Det grønlandske Patienthjem er også et område under Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, men berøres ikke af Sundhedsreformen.

Med etableringen af de nye regioner og områder sikres forbedrede muligheder for at kunne løse nogle af de mange sundhedsmæssige udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor.

8.4. Ledelsesstrukturen i sundhedsvæsenets fremtidige organisationsstruktur

8.4.1. Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse

Sundhedsledelsen vil bestå af:

- En styrelseschef
- En cheflæge
- En chefsygeplejerske
- En cheftandlæge²

Sundhedsledelsen får det overordnede økonomiske, driftsmæssige og faglige ansvar for hele landet.

Sundhedsledelsen skal fremover kun have kontakt med fem regionsledelser og 4 områdeledelser og ikke som nu med 16 distriktsledelser og 18 afdelingsledelser (15 afdelinger og 3 parakliniske afdelinger). Hensigten er at give Sundhedsledelsen bedre mulighed for at støtte op om de enkelte ledelser og yde støtte i forbindelse med planlægning af og opfølgning på sundhedsydelse, økonomi mm.

8.4.2. Regionsledelserne på kysten

Regionsledelserne er et ligeværdigt lederteam, bestående af:

- En ledende regionslæge
- En ledende regionssygeplejerske

Regionsledelserne vil i den nye struktur være nøglepersoner og får det overordnede økonomiske, driftsmæssige og faglige ansvar for alle sundhedsvæsenets opgaver i hele regionen (fraset tandområdet). Det forhold at regionsledelserne bliver vagtfri vil kunne styrke fokus på ledelse og styring i regionerne.

Regionsledelsen bistås i sit daglige arbejde af en regionsdriftsleder, som har til opgave at varetage den daglige drift af serviceområderne (køkken, rengøring, vaskeri og portørtjeneste).

Regionsledelsen refererer direkte til Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

² På sigt vil tandområdet blive et selvstændigt område på lige fod med regionerne. Indtil denne organisationsændring træder i kraft vil cheftandlægen være en naturlig del af Sundhedsledelsen.

8.4.3. Områdeledelserne på D.I.H.

Områdeledelserne er et ligeværdigt lederteam, bestående af:

- En administrerende overlæge
- En oversygeplejerske

Områdeledelserne får det overordnede økonomiske, driftsmæssige og faglige ansvar for alle afdelinger og specialer i området.

Områdeledelserne bistås i deres daglige arbejde med økonomiske og styringsmæssige data fra økonomiafdelingen på selve D.I.H.

Områdeledelserne refererer direkte til Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

Områdeledelserne samt specialeområderne på Dronning Ingrid's Hospital (D.I.H.) får en landsdækkende funktion og skal give vejledning, støtte og supervision inden for deres respektive faglige specialeområde til personalet på kysten.

8.5. Behandlingssteder

I hver af de fem sundhedsregioner er der ét regionssygehus/regionssundhedscenter samt et eller flere sundhedscentre, sygeplejestationer og bygdekonsultationer. Regionssygehuset/regionssundhedscenteret yder vejledning og støtte til behandlingsstederne i regionen.

Dronning Ingrid's Hospital (D.I.H.) fungerer som lokalsygehus for Nuuk og er samtidig landshospital.

8.5.1. Dronning Ingrid's Hospital

Dronning Ingrid's Hospital er landshospital og vil fortsat varetage den specialiserede behandling.

Specialeområderne på D.I.H. får landsdækkende funktion, hvilket betyder:

- At alle specialeområder skal - i et samarbejde med regionssygehusene/regionssundhedscentre - udarbejde fælles faglige retningslinjer, der skal sikre en ensartet kvalitet i hele landet og styrke det sammenhængende patientforløb og patientsikkerheden.
- At alle specialeområderne skal yde vejledning og støtte til personalet på kysten.

Specialeområderne på D.I.H. skal, under hensyntagen til faglig kvalitet og økonomi, i stigende grad udføre udadrettede aktiviteter på kysten i form af specialistrejser. En sådan udadgående aktivitet skal sikre patienternes behandling tæt på eget hjem.

8.5.2. Regionssygehus/Regionssundhedscenter

Regionssygehuset/Regionssundhedscenteret har det overordnede ansvar for planlægning og udførelse af sundhedsfaglige opgaver i regionen.

Den faglige ekspertise vil på sigt blive samlet på regionssygehuset/regionssundhedscenteret, som står for udviklingen af det sundhedsfaglige tilbud i regionen. Målet med denne samling af læger og andre personalegrupper er at skabe stærkere faglige miljøer og dermed rekrutteringsmuligheder, hvormed der skabes bedre muligheder for at styrke sundhedsbetjeningen i de mindre byer og bygder.

Regionssygehuset/ regionssundhedscenteret yder faglig støtte og supervision til de øvrige sundhedsfaglige behandlingssteder i regionen, herunder faglig støtte til sygdomsdiagnostik, akut beredskab, behandling, pleje og forebyggelse.

På regionssygehuset/ regionssundhedscenteret findes generalister, dvs. læger, der har en bred uddannelse og ekspertise, herunder kirurgisk erfaring, der kan håndtere visse akutte situationer, der kræver kirurgiske indgreb, som for eksempel kejsersnit og blindtarmsoperation.

Regionssygehuset/ regionssundhedscenteret vil med tiden komme til at råde over personale inden for særlige fagområder, som har en tilsynsførende, superviserende og rådgivende funktion for hele regionen. Det gælder blandt andet: jordemødre, sundhedsplejersker, fysioterapeuter, diætister og bioanalytikere.

8.5.3. Sundhedscentre

Sundhedscentre opretholder alle det nuværende niveau for udstyr. Derfor kan undersøgelse og behandling finde sted lokalt i samme omfang som hidtil, når der er personale til at betjene udstyret.

Sundhedscenteret varetager en række opgaver i forbindelse med behandling, pleje, forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedscenterets udrednings- og behandlingstilbud vil afhænge af antallet af læger og andre sundhedspersoner, tilknyttet centeret.

Ved besættelse af lægestillinger tilknyttet sundhedscentre vil der fremover, for at sikre kontinuitet, så vidt overhovedet muligt, tilstræbes en sammenhængende ansættelsesperiode på tre måneder. Hvis dette ikke kan lade sig gøre, vil sundhedscenterets lægefaglige betjening ske via regionssygehuset.

Personale fra regionssygehuset/regionssundhedscenteret foretager regelmæssige besøg med henblik på konsultationer, mindre operationer, forebyggende undersøgelser, rådgivning og supervision. Antallet af besøg fra regionssygehuset afhænger af sundhedscenterets bemanning og lokale behov.

Behovet for lokal sundhedsfaglig ledelse afklares efter drøftelser mellem sundhedscenter, regionssygehus/regionssundhedscenter og Sundhedsledelse.

8.5.4. 1-lægedistrikter/sundhedscentre og distrikter/sundhedscentre med lægelige rekrutteringsproblemer

Lægebetjeningen i 1-lægedistrikter/sundhedscentre og distrikter/sundhedscentre med lægelige rekrutteringsproblemer er langt fra optimal, såfremt lægestillingerne, som nu, kun kan besættes med kortvarige, spredte vikariater med deraf følgende mangel på kontinuitet. Befolkningsstørrelsen i 1 lægedistrikter/sundhedscentre er flere steder for nedadgående og på niveau med flere steder, som i dag er betjent fra sygehuse i andre byer.

Med Sundhedsreformen er ønsket at skabe et samlet og bedre sundhedstilbud end det nuværende for disse bysamfund.

I takt med at der opstår vakante stillinger i sådanne bysamfund, vil lægestillingerne kunne blive omalokeret til regionssygehuset/regionssundhedscenteret, som herefter bliver ansvarlige for lægebetjeningen i den pågældende by.

Lægebetjeningen skal herefter ske ved lokale lægebesøg fra regionssygehuset/regionssundhedscenteret, patienttransport til regionssygehuset/regionssundhedscenteret eller Nuuk, udbygget teled medicinsk kommunikation og styrkelse af lokale kompetencer, bl.a. i form af en ny type uddannelse indenfor sygeplejen - behandlersygeplejersker, en stilling hvor sygeplejersken får øgede kompetencer i forhold til at arbejde under bemyndigelse af ledende regionslæge.

8.5.5. Fødesteder

Sundhedsvæsenet indførte i 2002 landsdækkende retningslinjer på fødselsområdet, som beskriver hvilke krav, der stilles for at være fødested. Kravene er, at:

- der skal være en uddannet fødselssagkyndig person på fødestedet,
- der skal kunne ydes akut hjælp til den fødende kvinde og det ufødte barn, fx i form af kejsersnit,
- alle forventede komplicerede fødsler skal foregå på D.I.H., hvor der er speciallæger (obstetriker, pædiater og anæstesiolog) til stede hele døgnet, så barn og moder sikres de bedste behandlingsmæssige muligheder.

Ovenstående betyder, at der på alle tider af døgnet skal være en fødselssagkyndig, en læge, der kan foretage kejsersnit, samt personale, der kan bedøve og assistere til operation, til rådighed for, at stedet kan være fødested. Disse krav er fortsat gældende efter Sundhedsreformen, hvilket betyder, at bebyggelser som lægefagligt betjenes af læger fra regionssygehuset/regionssundhedscenteret ikke kan betragtes som fødested.

8.5.6. Sygeplejestationer og bygdekonsultationer

Sygeplejestationer og bygdekonsultationer varetager en række opgaver i forbindelse med behandling, forebyggelse og sundhedsfremme.

Personale fra regionssygehuset/regionssundhedscenteret eller sundhedscentret aflægger regelmæssige besøg med henblik på konsultationer, forebyggende undersøgelser, rådgivning og supervision. Personale ved sygeplejestationer og bygdekonsultationer vil som udgangspunkt referere fagligt til den ledende sygeplejerske ved det lokale sundhedscenter og administrativt til regionsledelsen. Behovet for en anden opdeling vil løbende blive vurderet.

Sygeplejestationer og bygdekonsultationer har medicinsk udstyr til hjælp til diagnostik og behandling efter vejledning, svarende til personalets kompetence.

8.6. Sundhedsvæsenets medarbejdere

Personalet er sundhedsvæsenets vigtigste ressource og får den store opgave med implementeringen af reformen og den praktiske gennemførelse. De fleste ansatte i sundhedsvæsenet vil ikke opleve de store forandringer i deres dagligdag, når reformen er trådt i kraft. Nedenfor nævnes de medarbejdergrupper, som kan få nye opgaver, efter at reformen er trådt i kraft.

De ansatte i sundhedsvæsenet vil fremover blive ansat i en region eller et område. Dette vil betyde en markant smidiggørelse af personaleplanlægningen. Samtidig vil det være en fordel for de ansatte, at de indgår i stærkere faglige miljøer, hvor de kan trække på flere faglige ressourcer til gavn for patienterne.

Telemedicinudstyret PIPALUK bliver et vigtigt arbejdsredskab for medarbejderne, både når det gælder undersøgelse og behandling af patienter, men også i kommunikationen mellem de ansatte i regionen og mellem regionerne og områderne på D.I.H.

8.6.1. Læger i regionerne

Læger ansættes som regionslæger. Lægerne vil blive tilbudt en stilling på regionssygehuset/regionssundhedscenteret eller på et sundhedscenter i regionen. Læger der ansættes i 1-lægedistrikter/sundhedscentre vil ikke få vagtforpligtelser. Vagtfunktionen i disse distrikter/sundhedscentre vil blive varetaget fra regionssygehuset/regionssundhedscenteret eller regionens sundhedscentre med mere end 1 læge.

Ud over det daglige arbejde på ansættelsesstedet skal lægerne, efter aftale med den ledende regionslæge, kunne foretage rejser i regionen. Under disse rejser skal lægerne tilse patienter og instruere og vejlede det lokale personale.

Hvis der ikke er ansat en læge ved et sundhedscenter, vil lægerne på regionssygehuset/regionssundhedscenteret overtage lægebetjeningen på sundhedscentrene. Lægebetjeningen vil finde sted som besøg i lighed med bygdebesøg.

8.6.2. Sygeplejersker ansat ved sundhedscentrene/behandlersygeplejersker

Sygeplejersker vil i tiltagende omfang være visitatorer og selvstændigt iværksætte behandlinger efter bemyndigelse fra den ledende regionslæge og i henhold til de fælles faglige retningslinjer.

Sygeplejerskerne vil ligeledes forestå pleje af indlagte patienter på sundhedscentre efter lægefaglige vejledninger og ordination.

8.6.3. Sundhedsassistenter og sundhedsmedhjælpere i regionerne

Sundhedsassistenter og sundhedsmedhjælpere vil fortsat varetage selvstændige funktioner efter bemyndigelse fra den ledende regionslæge, og i henhold til de fælles faglige retningslinjer indenfor behandling, sygepleje, veneria, omsorg for gravide, tolkning, forebyggelse og sundhedsfremme, såvel ved dagtjeneste som ved vagtarbejde. Funktionerne søges dog styrket gennem en række uddannelsesmæssige tiltag.

8.6.4. Sundheds- og hjemmesygeplejen i regionerne

Der søges oprettet yderligere sundhedsplejerskestillinger som led i en opprioritering af indsatsen på børn/unge. Samtidig vil uddannelsen af sundhedsassistenter i sundhedsplejen blive intensiveret, således at kompetenceniveauet for alle faggrupper indenfor området styrkes. Stilling som sundhedsplejerske vil medføre en del rejseaktivitet til bygder og til sundhedscentre, hvor der ikke er en uddannet sundhedsplejerske ansat.

Stillinger for somatisk og psykiatrisk hjemmesygepleje vil gradvist kunne blive udbygget i takt med den forventede ændring i den demografiske sammensætning i regionerne.

8.6.5. Jordemødre i regionerne

Så vidt det er muligt, skal regionssygehuse/regionssundhedscentre råde over to jordemødre, så fødesteder ikke er uden jordemoder, når en jordemoder er på besøg hos regionens øvrige behandlingssteder, har ferie, sygefravær eller andet.

Jordemoderstillinger ved sundhedscentre, der benyttes som fødesteder i dag, vil fremover kun blive genbesat, hvis der samtidig er det øvrige personale ansat, som er nødvendigt, hvis der eksempelvis skal foretages et akut kejsersnit.

Både jordemødre og sundhedsplejersker skal være tovholdere på samarbejdsprojekter mellem kommune og sundhedsvæsen vedrørende tidlig indsats overfor gravide og deres familier samt forebyggelse af uønskede graviditeter hos såvel unge som voksne.

8.6.6. Andre ansatte, der får nye opgaver i regionerne

Ansatte på regionssygehuset/regionssundhedscenteret med særlige funktioner, eksempelvis farmakonomer, bioanalytikere, fysioterapeuter, diætister og sundhedsassistenter med kompetencer indenfor specialiserede fagområder (veneria, sundhedspleje, audiologi og røntgenundersøgelser), skal, i det omfang deres kompetencer ikke findes på regionens sundhedscentre, rejse til regionens sundhedscentre for at føre tilsyn og give råd og vejledning til det lokale personale. Antallet af rejser afhænger af behovet i den enkelte region. Der arbejdes ud fra faglige retningslinjer som er fælles for regionerne. Disse skal sikre en øget og ensartet kvalitet i patientbehandlingen.

8.7. Tværfagligt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde med skole, sociale myndigheder, teknisk forvaltning, skolepsykologer, politi og forebyggelseskonsulenter vil, som hidtil, være højt prioriteret af sundhedsvæsenet.

Samarbejdet med kommunerne omkring ældreomsorg, hjemmesygepleje, distriktpsychiatri, kriseterapi, omsorg for fysisk og psykisk handicappede samt hjælpemidler, vil ikke blive berørt af Sundhedsreformen. sundhedsreformen.

Kommunen tilbydes desuden samarbejde omkring vaskerifunktioner, produktion af varm mad til plejehjemsbeboere og udbringning til udvalgte borgere fra regionssygehuse og sundhedscentre – i det omfang kommunerne ønsker det. I nogle byer vil det dog være relevant, at sundhedsvæsenet køber ydelser hos kommunen.

8.8. Rekruttering og fastholdelse af personale i regionerne

Erfaringerne viser, at det er lettere at rekruttere personale til de større sygehuse i længerevarende stillinger. Dette kan skyldes, at personalegruppen er større, og at medarbejderne dermed har flere kollegaer at støtte sig til i vanskelige situationer. På den baggrund er det nødvendigt at skabe større enheder, hvis sundhedsvæsenet fremover skal kunne rekruttere det nødvendige sundhedspersonale. De fem sundhedsregioner udgør et relativt stort befolkningsgrundlag og vurderes derfor at være fagligt interessante for alle personalegrupper. Det er nødvendigt, at rekrutterings- og fastholdelsessituationen forbedres for at kunne tilbyde de sundhedsfaglige ydelser, befolkningen efterspørger, og, som sundhedsvæsenet ønsker og har behov for.

Sundhedsledelsen står for den centrale koordinering af rekrutteringen. Det betyder deltagelse i rekrutteringsmesser, markedsføring overfor potentielle ansøgere til sundhedsvæsenet generelt, annoncering af stillinger samt fastlæggelse af fælles strategi for rekruttering og fastholdelse.

Regionerne skal sørge for styring af bevillinger/lønsum i forhold til opslåede stillinger og sikre en faglig beskrivelse af den opslåede stilling. Ved personaleproblemer kan regionsledelsen kontakte Sundhedsledelsens personaleafdeling for rådgivning.

8.9. Økonomi og økonomistyring

økonomistyring

Det samlede budget for alle regioner og områder fastsættes med vedtagelse af Finansloven i Inatsisartut. Udgangspunktet for budgetlægningen i regionerne er således Finanslovens bevillinger og det foregående års budget.

De nye regioner vil ikke få bevilliget ekstra penge. Der vil ske en sammenlægning af økonomien fra de tidligere distrikter – og en lokal tilpasning af den økonomiske ramme på baggrund af sundhedsmæssige, demografiske og geografiske forhold og udviklingstendenser, som bl.a. fremgår af fig. 7.4. Dette betyder, at de enkelte budgetter i højere grad kommer til at bygge på aktuelle, faktuelle forhold - herunder befolkningsgrundlag, antal bygger mm. - og ikke på tidligere tids historik.

Tabel 8.3. Regionerne i tal.

Befolkningstal (by/ bygd)	
Sundhedsregion Kujataa	6.374/ 1.381
Sundhedsregion Sermersooq	19.215/ 1.639
Sundhedsregion Qeqqa	8.169/ 1.458
Sundhedsregion Disko	5.610/ 1.042
Sundhedsregion Avannaa	7.750/ 3.465
Bevillinger pr. indbygger	
Sundhedsregion Kujataa	8.256 kr.
Sundhedsregion Sermersooq	3.669 kr.
Sundhedsregion Qeqqa	6.886 kr.
Sundhedsregion Disko	8.756 kr.
Sundhedsregion Avannaa	8.004 kr.
Indbyggere pr. læge	
Sundhedsregion Kujataa	1.388 personer
Sundhedsregion Sermersooq	1.222 personer
Sundhedsregion Qeqqa	1.562 personer
Sundhedsregion Disko	953 personer
Sundhedsregion Avannaa	1.001 personer
Indbyggere pr. sengeplads	
Sundhedsregion Kujataa	218 personer
Sundhedsregion Sermersooq	577 personer
Sundhedsregion Qeqqa	312 personer
Sundhedsregion Disko	167 personer
Sundhedsregion Avannaa	172 personer

Note: Sundhedsregion Sermersooq afviger fra de øvrige regioner. D.I.H. er landshospital og er derfor ikke med i opgørelsen.

De regionale enheder på kysten bliver større end de nuværende distrikter, og områderne på D.I.H. vil blive større end de nuværende afdelinger. Dette medfører større økonomisk råderum og ansvar, end distrikterne og afdelingerne oplever i dag.

De kommende regionsledelser og områdeledelser vil få det overordnede økonomiske ansvar, hvilket betyder, at de ikke kun får ansvaret for budgetplanlægningen, men også forpligtelsen til at skride ind overfor et begyndende merforbrug.

Denne sammenlægning af økonomien i regioner/områder vil sikre:

1. En større økonomisk fleksibilitet i sundhedsvæsenet, end med de nuværende sundhedsdistrikter.
2. En øget og ensartet kvalitet i sundhedsregionerne.
3. En mere sammenhængende udvikling i sundhedsvæsenet.

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse foretager budgetopfølgning hver måned. Sundhedsledelsen og regionsledelsen er herefter i dialog om eventuelle udfordringer. Hvis der eksempelvis er et merforbrug, som kræver en besparelse, skal regionsledelsen beskrive de sundhedsfaglige og økonomiske konsekvenser af deres besparelsesforslag. Det er regionsledelsens ansvar at gennemføre nødvendige tiltag.

9. Uddannelsesinitiativer

Den ændrede struktur medfører et behov for videreuddannelse og opkvalificering af sundhedsvæsenets personale. Overvejelser herom beskrives nærmere nedenfor for de enkelte faggrupper. Læger og sygeplejersker har som udgangspunkt de samme opgaver efter implementeringen af Sundhedsreformen. Den ændrede struktur medfører dog et behov for videreuddannelse og opkvalificering - af visse funktioner som akut sygepleje, tuberkulose og diabetesbehandling - der kan styrke de faglige kompetencer på de enkelte behandlingssteder i regionen.

9.1. Læger

De faglige kompetencer, som er særligt relevante for arbejdet som læge på kysten, kan erhverves gennem Diplomuddannelsen i grønlandsk medicin. Uddannelsen skal ses som et supplement til den speciallægeuddannelse i almen medicin, som er kravet for ansættelse som regionslæge.

Diplomuddannelsen i grønlandsk medicin er en kort og målrettet uddannelse, der supplerer lægeuddannelsen, klinisk og administrativt, på de områder, hvor lægegerning i arktiske områder stiller specielle krav til viden og færdigheder. Uddannelsen foregår dels i Grønland, dels i udlandet, og varer i 1 til 2 år.

9.2. Sygeplejersker

Sygeplejerskerne i sundhedscentrene vil blive stillet overfor nye opgaver, som ligger udover de opgaver, der normalt kræves af en sygeplejerske. Disse nye opgaver stiller øgede krav om kompetencer og nødvendiggør et formaliseret videreuddannelsesforløb på fx diplomniveau, som kan give sygeplejerskerne de nødvendige kompetencer i forhold til bl.a. akutte opgaver, visitering, diagnosticering, behandling samt til sundhedspleje og forebyggelse.

Idet mange sygeplejersker i de lande, hvorfra Det Grønlandske Sundhedsvæsen rekrutterer arbejdskraft fra, lægger stor vægt på videreuddannelse og muligheder, vil en overbygningsuddannelse med fokus på grønlandske problemstillinger, ligeledes kunne forventes at være et rekrutteringsfremmende initiativ.

Med en sådan uddannelse vil sygeplejersken være i stand til bl.a. at:

- udrede sygehistorier og forestå fysiske legemsundersøgelser,
- modtage, stabilisere og klargøre den akutte eller ustabile patient til overflytning til videre behandling,
- iværksætte sundhedsfremmende og forebyggende initiativer i forhold til den enkelte og befolkningen,
- kunne varetage visitation, diagnosticering og behandling af patienterne i samråd med lægen på regionssygehuset/regionssundhedscenteret,
- overvåge, pleje og behandle patienter med kroniske sygdomme.

9.3. Jordemødre

I fremtiden vil det være hensigtsmæssigt at arbejde hen mod en autorisationsgivende jordemoderfaglig overbygning på sygeplejerskeuddannelsen, for på den måde at give nogle medarbejdere mulighed for at varetage to funktionsområder – jordemoderens og sygeplejerskens. Et sådant uddannelsesstilbud vil kunne styrke sundhedsvæsenets ydelser generelt og kunne medvirke til at optimere den perinatale omsorg. Det vil ydermere kunne forventes at være et rekrutteringsfremmende initiativ.

9.4. Sundhedsassistenter

Der er blevet udarbejdet en række specialiseringsmoduler for sundhedsassistenter omhandlende røntgen, sundhedspleje, psykiatri, veneria, audiologi samt graviditet og fødsel. Formålet er at øge specifikke kompetencer inden for ét bestemt fagområde. Desuden er der tilbud om opkvalificeringskurser, såsom kurser inden for akut sygepleje, TB og diabetes m.fl..

9.5. Portørredderuddannelse

Der er i 2008 opstartet en ny portørredderuddannelse med en varighed på 22 uger. Til nu er der uddannet et hold om året. Tidligere har der været udbudt kursusforløb i 3 moduler. Portørredderuddannelsen omfatter ambulancetjeneste, patienttransport, præhospitalsbehandling, affaldshåndtering, hygiejne mv.

9.6. Sundhedsarbejderuddannelsen

Sundhedsarbejderuddannelsen er en ny uddannelse for personale i bygderne og yderdistrikterne. Der er bl.a. indbygget arktisk førstehjælp samt praktisk anvendelse af telemedicin i uddannelsen.

Færdiguddannede sundhedsarbejdere kan arbejde i både bygdekonsultationer, sygeplejestationer og på mindre sundhedscentre. Første hold startede i august 2010. Uddannelsen varer i 22 uger.

10. Telemedicin

Formålet med sundhedsreformen er at tilbyde borgerne den bedst mulige sundhedsbetjening tættest muligt på borgernes eget hjem. Sundhedsreformen ville ikke kunne gennemføres uden moderne teknologi, som er en forudsætning for at opnå denne målsætning.

At det i dag er muligt at gennemføre en reform af strukturen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen hænger tæt sammen med den udvikling, der er sket indenfor det telemedicinske område³ og de tiltag, der er sket på IT-området.

Sundhedsvæsenet bruger mange forskellige former for IT, og nogle af IT-redskaberne er helt centrale for Sundhedsreformens gennemførelse.

Der findes i dag flere elektroniske systemer, som benyttes til kommunikation mellem sundhedsprofessionelle på kysten og mellem personale på kysten og D.I.H. Her kan nævnes:

- Den elektroniske patientjournal (EPJ), Æskulap. Æskulap blev i slutningen af 2007 implementeret på alle kystsygehusene og lægeklinikken i Nuuk, og giver det behandlende personale i den primære sektor mulighed for at kunne åbne og læse patientens journal efter indhentning af patientens samtykke, eller i livstruende situationer uden samtykke, uanset hvor patienten befinder sig i Grønland. Denne adgang giver ligeledes mulighed for at følge de aftalte ordinationer på patienter, der befinder sig i en af regionens bygder eller mindre byer.
- Patienthenvisningssystemet (PHS), som lægerne på kysten benytter ved henvisning af patienter til speciallægeundersøgelser og behandling.
- Fælles laboratoriesystem til kommunikation mellem de enkelte enheder og laboratoriet på D.I.H.
- Digital røntgen der sikrer, at røntgenbilleder tages i digitalt format, og at billederne kan gemmes digitalt frem for i fysisk form. Digitaliseringen af røntgenområdet sikrer samtidig, at sundhedspersonalet kan sende og se de digitale billeder via internettet, sådan at specialuddannede radiologer ved D.I.H. hurtigt og nemt kan se og vurdere en patients røntgenbilleder, uanset hvor i landet billedet er taget.

Et af de vigtigste IT-redskaber i relation til Sundhedsreformen er telemedicinudstyret PIPALUK. Indførelsen af PIPALUK i hele landet skal sikre, at borgere - der bor et sted, hvor der ikke er en læge - har mulighed for at få en lægefaglig vurdering af en undersøgelse, foretaget uden lægelig tilstedeværelse. PIPALUK skal medvirke til at skabe en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser for borgerne,

³ Telemedicin som begreb dækker over følgende: PIPALUK, videokonferenceudstyr, Elektronisk Patientjournal (EPJ), telefon og fax

og give sundhedspersonalet på de mindre steder sikkerhed for, at de til enhver tid kan rådføre sig med en læge om givne undersøgelsesfund.

Med indførslen af PIPALUK som en del af Sundhedsreformen vil der blive opbygget en organisering omkring brugen af telemedicin. Denne organisering omfatter bl.a.:

- At der skal være en telemedicinansvarlig på hvert regionssygehus/regionssundhedscenter.
- At der udarbejdes procedurer og procesbeskrivelser for brugen af PIPALUK gældende for alle niveauer i sundhedsvæsenets organisation.

Med Pipaluk kan det sundhedsfaglige personale i yderområderne få lettere adgang til rådgivning og støtte, hvilket giver et kvalitetsløft i den behandling, der ydes i nærområderne.

Samtlige byer samt bygder med mere end 50 indbyggere har i dag installeret en PIPALUK.

Fig. 10.1. PIPALUK



PIPALUK til undersøgelse af patienterne

PIPALUK skal være det daglige arbejdsredskab for eksempelvis den lokale bygdesundhedsmedarbejder og kan bruges på følgende måde: Bygdesundhedsmedarbejderen undersøger en patient i bygden ved hjælp af PIPALUK. Resultaterne fra undersøgelsen sendes til den bygdeansvarlige læge på regionssygehuset via internetforbindelse på PIPALUK. Når resultaterne af undersøgelsen er blevet vurderet, giver/sender den bygdeansvarlige læge besked tilbage til bygdesundhedsmedarbejderen enten via telefon eller via PIPALUK med oplysninger om, hvilken behandling patienten skal have.

Med PIPALUK kan der altså laves mere omfattende undersøgelser af patienterne lokalt. Det betyder, at patienterne ikke i så høj grad behøver at forlade deres bosted for at få stillet en diagnose og modtage behandling.

Det er også muligt for specialister, på eksempelvis D.I.H., at vurdere og følge patienter lokalt, hvis behovet opstår.

Med løbende overvågning er der også bedre chancer for at opdage sygdomme på et tidligere tidspunkt. Det betyder, at patienter kan komme i behandling tidligere, og dermed er deres chance for at blive helt raske større. PIPALUK er derved med til at øge kvaliteten af behandlingen på små behandlingssteder samtidig med, at adgangen til sundhedsvæsenets ydelser på de mindre bosteder forbedres.

Sundhedsvæsenet har i dag svært ved at skaffe medarbejdere til yderområderne. PIPALUK kan gøre det mere attraktivt at arbejde i yderområderne ved at give mere støtte til medarbejderne, der ellers er alene i kontakten med patienterne. Frem for at stå alene med en sag, kan medarbejderne nu videre- sende flere reelle data om deres patienter til de ansvarlige læger på de større behandlingssteder.

11. Arbejdet frem mod et regions- og områdeopdelt sundhedsvæsen

Sundhedsreformen er den største reform i sundhedsvæsenets historie. For at sikre den bedst mulige forandringsproces gennemføres i år 2010 et pilotprojekt med deltagelse af to pilotregioner og to pilotområder. Pilotstedernes erfaringer skal bruges i det videre arbejde.

I perioden fra den 1. januar 2010 til den 31. december 2010 indgår:

- Sundhedsdistrikterne Aasiaat, Kangaatsiaq, Qasigiannuguit og Qeqertarsuaq i Sundhedsregionen Disko.
- Sundhedsdistrikterne Maniitsoq og Sisimiut indgår i samme periode i Sundhedsregionen Qeqqa.
- Psykiatrisk afdeling A1 og distriktspsykiatrien i Psykiatrisk Område.
- Medicinsk afdeling M1 og M2, Medicinsk dagafsnit, Medicinsk Ambulatorium, Røntgenafdelingen og Laboratoriet i Medicinsk Område.

Efter pilotprojekternes afslutning ved udgangen af 2010 træder Sundhedsreformen i kraft. I første omgang er det primært den administrative opdeling i større enheder og økonomitilpasning, der vil være det første synlige tegn.

Det er pilotregionernes foreløbige vurdering, at sundhedsdistrikterne har gavn af at blive slået sammen til en større funktionel enhed. Sammenlægningen findes at skabe et bedre overblik over sundhedsvæsenets forskellige behandlingssteder, både for så vidt angår personaleressourcer, sundhedstilstand i lokalområdet og det samlede økonomiske råderum. Der vil ske en løbende tilpasning, og Sundhedsreformen vil kunne betragtes som fuldt implementeret i foråret 2013.

11.1. Erfaringer fra de nuværende pilotregioner og områder

Pilotregionernes erfaringer viser, at de faglige ressourcer i de tidligere sundhedsdistrikter er ulige fordelt. Eksempelvis har nogle behandlingssteder mange patienter pr. læge, mens andre steder har væsentligt færre patienter pr. læge. Ved at tilpasse personaleforbruget til opgaven mener pilotregionerne, at de sundhedsfaglige ressourcer kan udnyttes bedre end i dag. Derved skabes også en mere ensartet sundhedsbetjening i sundhedsregionen og i Grønland som helhed.

Pilotregionerne oplever, at det nogle steder er sværere at rekruttere personale til end andre. Et ensartet kvalitetsniveau og et optimeret fagligt miljø forventes at gøre det mere interessant for personale, også at arbejde på de behandlingssteder i sundhedsregionen, der er mindre populære arbejdspladser.

Det er pilotregionernes erfaring, at telemedicin letter udfordringerne med infrastrukturen i sundhedsregionerne, samt sikrer at sundhedsbetjeningen når ud til alle byer og bygder i det omfang, det er muligt (bygder med mere end 50 indbyggere). Telemedicin anses for at være afgørende for sundhedsregionernes muligheder for at løse opgaverne i sundhedsvæsenet. Pilotregionernes forventninger til telemedicin er derfor store.

Det er en forudsætning for, at sundhedsregionerne kan fungere optimalt, at sikre, at bevillingerne og forbruget følges ad, og at der skabes et økonomisk råderum til udvikling. Pilotregionerne har i første omgang sikret dette ved at gennemgå pilotregionens ydelser med henblik på at finde rationaliseringsgevinster. Pilotregionernes næste skridt er at reducere og rationalisere eksempelvis lagerbeholdninger af medicin og depotvarer, samt at se på muligheder for udlicitering af ikke-sundhedskerneopgaver.

Den sundhedsfaglige kvalitet udenfor regionssygehusene/regionssundhedscentre sikres bl.a. gennem systematisering af:

- besøgsrejser udført af læger, jordemødre, fysioterapeuter, diætister, bioanalytikere og farmakonomer,
- brugen af telemedicin, elektroniske patientjournaler mv.,
- servicen til bygdekonsultationer/sygeplejestationer i bygder og yderdistrikter,
- uddannelsesaktiviteter overfor alle sundhedsfaglige personalegrupper.

Et vigtigt element vil være den fortsatte udvikling med opgaveglidning fra læger til sygeplejersker. De forebyggende og sundhedsfremmende opgaver vil blive varetaget af al sundhedspersonalet, men især af personale, der er tilknyttet omsorgen for gravide, børn og unge samt ældre.

Bilagsfortegnelse:

1. Følgrebrev til høring
2. Høringssvar fra KANUKOKA
3. Høringssvar fra Kommune Kujalleq
4. Høringssvar fra Kommuneqarfik Sermersooq
5. Høringssvar fra Qeqqata Kommunia
6. Høringssvar fra Qaasuitsup Kommunia
7. Høringssvar fra Landslægeembedet
8. Høringssvar fra Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse



Til

Høring vedrørende Redegørelse om sundhedsreformen

Hermed foreligger Redegørelse om Sundhedsreformen som omdeles til Inatsisartut i forbindelse med efterårssamlingen 2010.

Departementet for Sundhed vil bede alle høringsparter om at fremsende et hørings svar til (PN@nanoq.gl) **senest den 26. oktober 2010 kl. 12.**

21. september 2010
Sagsnr. 2010-034099
Dok. Nr. 460332

Postboks 1160
Tlf: 34 50 00
Fax: 32 55 05
3900 Nuuk

Email: pn@nanoq.gl
www.nanoq.gl

Redegørelsen om sundhedsreformen sendes i høring blandt følgende parter:

- Departementet for Finanser
- Departementet for Sociale Anliggender
- Departementet for Indenrigsanliggender
- Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
- Paarisa
- Landslægen
- KANUKOKA
- Lægekredsforeningen
- Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit
- SIK
- AK
- Sugisaq – Foreningen for Sindslidende og deres pårørende
- Neriuffiit Kattuffiat – Kræftens Bekæmpelse
- Napparsimasut Kattuffiat – patientforeningen Grønland
- NNN 2008

Med venlig hilsen

Julie Præst Wilche

Toqq/direkte 346625

jprw@nanoq.gl



Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik
Departementet for Sundhed
Box 1160
3900 Nuuk

Ulloq/Dato: 26.10.2010
J. nr.: 48.00

Høringssvar vedrørende Redegørelse om sundhedsreformen

KANUKOKA har fra Departementet for Sundhed modtaget høring vedrørende ovennævnte. Forslaget har været til høring i kommunerne. KANUKOKA har modtaget bemærkninger fra Qeqqata Kommunia samt Kommuneqarfik Sermersooq, som vedlægges særskilt.

Bemærkninger

KANUKOKA og kommunerne har i forbindelse med høringssvar i december 2009 vedrørende fase i strukturreformen i sundhedsvæsenet støttet formålet med strukturreformen, som påtænkes opnået ved bl.a. at skabe større enheder med større og mere entydig ansvar fagligt, økonomisk og ledelsesmæssigt. Reformarbejdet støttes, hvor det fortsatte arbejde med regionaliseringen fortsat ønskes i tæt samarbejde med kommunerne, således at de får indflydelse i den igangværende reform.

Det er glædeligt, at der med sundhedsreformen ændres den nuværende distriktsinddeling fra 16 sundhedsdistrikter til 5 sundhedsregioner, så der bl.a. skabes stærkere og mere attraktive faglige miljøer, så det forhåbentlig bliver mere attraktivt fremover at søge job indenfor sundhedsområdet. Det er ligeledes glædeligt, at der planlægges uddannelse, opkvalificering og vejledning af personalet til at udføre arbejdet bedst muligt.

Det er forståeligt, at Qaasuitsup Kommunia er delt i to regioner for at tage hensyn til de geografiske og transportmæssige udfordringer i området. Det er ligeså forståeligt, at Kommuneqarfik Sermersooq fastholder tidligere fremsatte ønsker om todeling af kommunen under henvisning til den geografiske størrelse, på tværs af indlandsisen og de meget spredt beliggende bosteder. Kommuneqarfik Sermersooq henviser videre til de specielle vilkår i de østgrønlandske bosteder, som formentlig er en af begrundelserne for Naalakkersuisuts samarbejdsaftale med universitetshospitalet i Reykjavik om sundhedsbetjening. Kommuneqarfik Sermersooq anmoder derfor Naalakkersuisut om at gentænke muligheden for en todeling af regionen. Kommuneqarfik Sermersooq gør ligeledes opmærksom på, at DIH's dobbeltfunktion som lokalsygehus og landshospital i nogle tilfælde går ud over borgere i Nuuk, der serviceres anderledes i forhold til resten af landet.

KANUKOKA og kommunerne er vidende om, at der i nogle bosteder endog kan være meget vanskeligt at rekruttere uddannet personale. Det er derfor ekstra glædeligt, at det første hold allerede i august 2010 er igangsat i uddannelsen som sundhedsarbejder, den nye uddannelse for personale i by og bygder. Henset til jordemodermanglen, er det ligeledes meget positivt, at der er planer om at arbejde hen imod en autorisationsgivende jordemoderfaglig overbygning på sygeplejerskeuddannelsen, der generelt vil medvirke til at styrke området. Andre specialiseringskurser og uddannelser vil medvirke til bedre betjening af borgerne samt sikring af øget og en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, uanset bosted. At der nu er installeret telemedicinudstyr i samtlige byer og bygder med mere end 50 indbyggere vil ligeledes højne betjeningen af borgere, der ikke ligesom i byerne har mulighed for at gå til læge og få en undersøgelse.

Det er betryggende, at det tværfaglige samarbejde med bl.a. sociale myndigheder, forebyggelseskonsulenter m.fl. som hidtil vil være højt prioriteret af sundhedsvæsenet. Tværfagligt samarbejde i forhold til hjælp til børn og børnefamilier er især vigtigt. Der findes dog en række opgaver, specielt i grænseområdet mellem sundhedssektoren og primært den sociale sektor, hvor ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsen og kommune ikke er klart defineret. Det gælder f.eks. patientledsagelse og ligtransport. Der er behov for klare aftaler mellem sundhedsvæsen og kommuner om, hvordan et konkret samarbejde skal se ud i sådanne sager.

Samlet set er KANUKOKA enig i Kommuneqarfik Sermersooq bemærkning om, at kommunen gerne havde set, at sundhedsreformen blev iværksat på baggrund af en grundig evaluering af forsøget med de to pilotregioner. KANUKOKA skal henvise til Kommuneqarfik Sermersooqs vedlagte øvrige og uddybede bemærkninger.

Med venlig hilsen

Kisea Bruun



KOMMUNE KUJALLEQ

POSTBOKS 37 · 3921 Narsaq

Isu­maginninnermut ataatsimiititaliaq

KANUKOKA
Postboks 10
3900 Nuuk

ILLOQ DATO	I. NR. I. NR.	DMITIKOORTONTAQARFIK FORVALTNING	ALL. NR. BREV NR.
22-10-2010	1001279	Isuunik isumaginittuqarfik	1001279

Vedrørende; Bemærkninger til høring om Redegørelse om Sundhedsreformen

Socialudvalget drøftede ovennævnte emne under deres møde den 21/10-2010.

Først skal det meddeles, at vi støtter op om KANUKOKA's bemærkninger, dog vil Kommune Kujalleq særskilt fremkomme med følgende bemærkninger;

Det er ønskeligt at vide, hvordan sundhedsvæsenet agter at sikre fysisk genoptræning, idet bl.a. ergoterapeuter slet ikke er nævnt under personalet, vi bemærker, at fysioterapeuter alene er nævnt. Hvis der opstår hjerneskade sent i alderen, er ergoterapeuter lige så vigtige som fysioterapeuter.

Det bør bemærkes, at vi i øjeblikket ikke har en ergoterapeut ansat på vores sygehus, når henses til, hvor vigtig en ergoterapeut vil være for den fremtid, der venter patienter, der har behov for genoptræning.

Det bør bemærkes, at man under læsningen af redegørelsen mangler at få oplyst, hvor mange flere ansatte, der skal være i regionerne, når nye tiltag skal påbegyndes. Med henvisning til ovenanførte bemærkninger skal det oplyses, at vi på vores lokale sygehus har en fysioterapeut ansat i 30 timer ugentligt. Vi har bemærket, og mener desuden, at det er for lidt med én ansat, når vedkommende også skal servicere og rejse rundt til andre sundhedscentre i regionen.

Med hensyn til punkt 8.5 er det ønskeligt med klare retningslinjer, og ikke mindst mht. ansvarsfordeling mellem sygehuset og kommunen, for færdigbehandlede patienter, der udskrives fra sygehuset.


Her tænkes der på folk, der har haft hjerneblødning, kræft, lider af demens osv. De skal sikres en handleplan, udarbejdet af sygehuset og kommunen i fællesskab, inden patienten udskrives. Ikke mindst skal det være klarlagt, hvordan patienten, der måske har fået et handicap, skal plejes (vejledning).

Der bør til stadighed afholdes kurser for plejepersonalet, der skal håndtere uhelbredelig sygdom, bl.a. af døende patienter, og det skal være obligatorisk med styrkelse af disse ansatte, med bl.a. supervision.

Kommune Kujalleq mener, at der bør arbejdes hen imod oprettelse af hospicer for døende patienter, samt at pårørende skal tage aktiv del i samarbejdet.

Med disse bemærkninger, ønsker vi held og god arbejdslyst.

Kommune Kujalleq
På vegne af Socialudvalget



Ole Møgaard-Mortzfeldt
Ataatsimiititalami siuŕttaaq



Kista P. Isaksen
Isumaginnittoqarfimmi pisortaagallartooq



Ulloq / Dato: 25-10-2010
Brev nr.: 2010-4-01-0791
Journal nr.: 00.03.07/5
Sull. / Sagsbeh.: chgl

KANUKOKA
P. H. Lundsteensvej 2
Postbox 10
3900 Nuuk

Peqqinnissaqarfimmi aaqqissuuseqqinneq pillugu tusarniaassummut akissuteqaat

Kommuneqarfik Sermersuumit peqqinnissaqarfiup aaqqissuussuuteqqinneqarnerani immikkoortup 1-ip naammassinera pillugu nalunaarusiamut tunngatillugu tusarniaassutaasumut akissuteqaataareersoq tamakkiisoq 21. decembari 2009-meersoq innersuussutigalugu peqqinnissaqarfiup aaqqisuuteqqinneqarnera pillugu Nalunaarusiamut tullinnguuttunik makkuninnga kommunimit oqaaseqaateqartoqassaaq.

Peqqinnissaqarfimmik tigussaasumik, siumut sammisumik siunissarlu ungasinnerusoq eqqarsaatigalugu suleqatigiinnissaq Kommuneqarfik Sermersuumit kissaatigineqarpoq, taamaalilluni ingerlaavartumik oqaloqatigiittarnikkut kommunit peqqinnissaqarfiullu aaqqissuuteqqinneqarneranni pitsaanerpaamik sunniuteqatigiinnissaq anguneqassamat.

Peqqinnissaqarfiup nunat immikkoortuinut agguataarneqarnissaani peqqinnissaqarfiup maluinnot avinneqarnissaa siunnersuutigineqarsimangitsoq pakatsilluta paasivarput, soorlu Qaasuitsup Kommuniani taamaaliortoqarniartooq. Peqqissutsimut Naalakkersuisup aamma Kommuneqarfik Sermersuumi Aningaasaqarnermut ataatsimiititap peqqinnissaqarfiup aaqqissuuteqqinneqarnissaa pillugu ataatsimiinneranni tamanna ersarissumik kissaatigalutigu saqqummiupparput – kommunip annertoorujussuunera, Sermersuaq itivillugu inoqarfiillu siamasissorujussuit innersuussutigalugit, naak inoqarfiit Qaasuitsup Kommuniani inoqarfinit ikinnerugaluartut.

Kommunip nunap assingani inissisimanagera malillugu unamminartorujussuarnik suliaasaqartoq qularutissaanngilaq, minnerunngitsumik kommunip killeqarfiata Sermersuaq itiveqqagaa eqqarsaatigalugu. Taamaalilluta siusinnerusukkut kissaatigisatut saqqummiussavut aalajangiusimaannarpavut.

Kommuneqarfik Sermersooq
Postboks 1005
3900 Nuuk
Grønland

GER-nr. 31290937
Bankkonto 6471-1000052
PBS-kreditor nr. 01938681

Tlf. 34 70 00
Fax 32 41 87

post@sermersooq.gl
www.sermersooq.gl

Ammasarfiit

Ataas. - pinga.	10 – 15
Sisamangomeq	12 – 17
Tallimangomeq	10 – 12

Abningstider

Mandag - onsdag	10 – 15
Torsdag	12 – 17
Fredag	10 – 12



KOMMUNEQARFIK SERMERSOOQ

Soorlu Naalackersuisuni aamma Peqqinnissaqarfimmu Naalackersuisoqarfimmi ilisimaneqareersoq Tunumi inoqarfinni innuttaasut immikkut ittunik atugassaqaartitaapput – tamannalumi pissutigalugu Naalackersuisut aamma Reykjavíkimi Universitetshospitalip peqqinnissaqarfimmik sullissinissaa pillugu isumaqatigiissusiorsimapput. Taamaattumik Naalackersuisut inussiarnersumik qinnuigaavut nunap immikkoortuinut marluinnut avitsinissamut periarfissanik eqqarsaatiginneqqeqqullugit.

Kommuneqarfik Sermersuumi peqqinnissaqarfiup nunap immikkoortuinut marluinnut avinneqarnera ersarissunik iluaqutitaqassaaq, tassa nunap immikkoortuinut agguataarinerni Naalackersuisut aaqqissuussaarnernik suliniutaanut allamut malinnippoq: Inuusutissarsiutinik ineriartortitsinerni nunap immikkoortuini ineriartortitsinissani periutsit (RUS).

Nuummi nunap immikkoortuani napparsimmavimmik atuutsitsilernerne Kommuneqarfik Sermersuumi sumiiffiit suliatigut ilisimasaqarluarfiusut "imaarneqariataarsinnaapput". Taamaattumik qanorluunniit pisoqassagaluarpat Tunu eqqarsaatigalugu immikkut ittumik suliniuteqarnissaaq eqqarsaatigineqartariaqarpoq, soorlu assersuutigalugu pilattaasarnissanut tunngasut.

Peqqinnissaqarfimmi nunami immikkoortunut agguataarinermi meeqqat nappaataat tamakkunangalu katsorsaasarnert nukittorsarneqarnersut nakorsatut suliaqartuulluni takujuminaapput. Nassuiaat taamatut paasillugu atuarneqassappat Kommuneqarfik Sermersuumit ajuusaarnerput oqaatigissavarput. Immikkut ittumik ilisimasaqarneq tamanna meeqqanik ilaqtariinillu ikiorsiisarnerp pitsangorsarneqarnissaanik anguniakkanut tunngatillugu suliasarpassuarni immikkut ittunik ilisimasalinnik tamakkuninnga sulisoqartariaqarpoq.

Nassuiaammil arlaleriarluni oqaatigineqarpoq DIH Nuummi najukkami napparsimmaviullunilu nuna tamakkerlugu napparsimmaviusoq. Tamanna imminik eqqumiiginartortaqqanngilaq. Taamatulli marluittut atuuffiuneq Nuummi innuttaasunut tuttarneranik arlalinnik assersuutissartaqartup oqaatiginissaa pinngitsoorneqarsinnaanngilaq. Assersuut tigussaasoq tassaavoq; napparsimasut toqulersut tamakkulu qanigisaasa hospicetut ittunik neqerooruteqarfigineqarneq ajorneranni Nuummi innuttaasut ajortumik inissisimapput, soorlu tamanna Aningaasaqarnermut ataatsimiititatta aamma Peqqissutsimut Naalackersuisup ataatsimiinneranni saqqummiukkipput. Taamatut isornartorsiuinitsinni Naalackersuisup eqqortumik iliornerarpaatigut uppernarsarlugulu neqeroorut tamanna nunatsinni illoqarfippassuarni allani neqeroorutaasartoq.

Taamaattumik taamatut Nuummi innuttaasunut neqerooruteqannginneq qanoq ililluta siumullu sammisumik iluarsinnaaneripput pillugu Peqqinnissaqarfimmu Naalackersuisoqarfimmik aamma Naalackersuisumik oqaloqatiginnerusuppugut! Aamma DIH-p nuna tamakkerlugu napparsimmaviunerata kingunerisaanik Nuummi innuttaasut sumit sullinneqarnissaaq pillugu.

Peqqissutsip pitsaaliuinerullu siuarsarneqarnissaat pillugu assigiinngitsunik suliallit suleqatigiinnerat pingaaruteqartorujussuatut isigaarput. Assigiinngitsunik suliallit suliniuteqarnerisa siunertaqarluartumik pitsannorsarneqarnissaannut piffissanngorpoq. Tamanna eqqarsaatigalugu piaarnerpaamik misissuisoqarnissaanut nutaamillu eqqarsartoqarnissaanut pisariaqartitsisoqarpoq. Taamatut suleqataalluarsinnaavugut. Soorlutaaq juumuut meeqqerisullu suliassa piginnaasaasalu nukittorsarneqarnissaannik suliarnissaq suliassatut isigigipput aamma neriuppugut peqqinnissaqarfimmi atorfinnik amerlassusiliinerni Tunumi inoqarfiit salliutinneqarumaartut.

PIPALUMMIK pitsaanerpaamik atorluannissamik piunasaqaateqartoqassasoq tamatumalu kingorna malinnaatitsisoqassasoq kissaatiginartipparput, tassami PIPALUMMIK pitsaanerpaamik atuinerit peqqinnissaqarfimmi aqqissuusseqqinnerit innuttaasunut iluaqutaanissaannut piunasaqaataammat.

Nunap immikkoortuini marluusuni siullermeerluni nunap immikkoortunngorsaalluni misileraanermit arlaannaanulluunniit attuumassuteqanngitsut inaarutaasumik sukumiilluinnartumillu naliliinerat tunngavigalugu peqqinnissaqarfimmi aqqissuusseqqinneq aallartinneqassaq neriutigigaluarparput. Nunap immikkoortuinut agguataarilluni misileraanermit arlaannaanulluunniit attuumassuteqanngitsunit naliliinerit innuttaasunik tusarniaanermik aamma malitseqartinneqarsinnaapput.

Høringssvar vedr. Redegørelse om sundhedsreformen

I det Kommuneqarfik Sermersooq henviser til sit høringssvar i sin helhed af 21. december 2009 vedr. faseafslutningsrapport 1 om strukturreform af sundhedsvæsenet, skal kommunen fremkomme med følgende supplerende bemærkninger til Redegørelse om sundhedsreformen.

Kommuneqarfik Sermersooq ønsker at indgå i et konstruktivt, fremadrettet og langsigtet samarbejde med Sundhedsvæsenet, således at der via løbende dialog kan opnås den bedst tænkelige synergi mellem kommunalreformen og sundhedsreformen.

Vi konstaterer med en vis skuffelse, at der via regionaliseringen af Sundhedsvæsenet ikke lægges op til en todeling af Kommuneqarfik Sermersooq, således som man vil gøre med Qaasuitsup Kommunia. På et møde mellem Naalakkersuisoq for Sundhed og Økonomiudvalget i Kommuneqarfik Sermersooq om den kommende sundhedsreform fremlagde vi dette som et klart ønske – under henvisning til kommunens kæmpemæssige geografiske størrelse, på tværs af indlandsisen og de meget spredt beliggende bosteder, om end disse i antal er færre end i Qaasuitsup Kommunia.

Der skal ikke herske tvivl om, at kommunens geografi giver store udfordringer, ikke mindst i erindring om, at kommunegrænsen går tværs over indlandsisen. Vi ønsker således at fastholde vore tidligere fremsatte ønsker.



Som det er Naalakkersuisut og Departementet for Sundhed bekendt, er der specielle vilkår i de østgrønlandske bosteder – hvilket vel er en af begrundelserne for Naalakkersuisuts samarbejdsaftale med universitetshospitalet i Reykjavik om sundhedsbetjening. Derfor anmoder vi venligst Naalakkersuisut om at gentænke muligheden for en todeling af regionen.

En deling af Kommuneqarfik Sermersooq i to sundhedsregioner vil endog have den klare fordel, at de kommende sundhedsregioner følger opdelingen af regioner set i forhold til et andet af Naalakkersuisuts strukturelle tiltag: Den regionale udviklingsstrategi vedrørende blandt andet erhvervsudviklingen (RUS).

Ved indførelse af et regionssygehus i Nuuk vil der opstå en risiko for at tømme sårbare områder af Kommuneqarfik Sermersooq for faglig ekspertise. Der kan derfor være behov for under alle omstændigheder at overveje specielle tiltag i forhold til østkysten med hensyn til fx muligheden for kirurgiske indgreb.

På det lægefaglige felt er det svært at se en styrkelse af pædiatrien i den kommende sundhedsregionalisering. Hvis denne måde at læse redegørelsen på er korrekt, vil vi fra Kommuneqarfik Sermersooq udtrykke vores beklagelse. Netop dette speciale er en vigtig og nødvendig ekspertise at kunne trække på i rigtig mange sager vedrørende målsætningen om at opkvalificere hjælpen til børn og børnefamilier.

Det nævnes flere gange i redegørelsen, at DIH både er lokalsygehus for Nuuk og samtidig landshospital. Det er der i og for sig ikke noget underligt i. Vi skal dog ikke undlade at gøre opmærksom på, at der er flere eksempler på, at denne dobbeltfunktion går ud over borgere i Nuuk. Et konkret eksempel er, at Nuuk borgere er ganske dårligt stillede når det drejer sig om behov for et hospicelignende tilbud til døende patienter og deres pårørende, således som vi også fremførte under mødet mellem vores Økonomiudvalg og Naalakkersuisoq for Sundhed. Naalakkersuisoq gav os ret i denne kritik, og bekræftede, at dette tilbud gives på øvrige sygehuse i mange af de øvrige byer i Grønland.

Vi vil derfor gerne i dialog med Naalakkersuisoq og Sundhedsdepartementet om, hvorledes der fremadrettet kan rådes bod på dette manglende tilbud for Nuuk borgerne! Samt i dialog om forhold, hvor borgere i Nuuk serviceres anderledes som følge af, at DIH er landshospital.

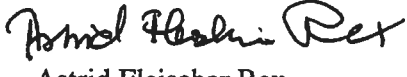
Vi finder det overordentligt vigtigt at styrke det tværfaglige samarbejde på det sundhedsfremmende og forebyggende område. Tiden er inde til at målrette og opgradere den tværfaglige indsats i betydelig grad. Der er behov for et snarligt serviceeftersyn og nytænkning, hvad dette angår. Vi deltager med stor entusiasme i sådan et arbejde. Ligesom vi anser det som en fortsat opgave at styrke jordemødres og sundhedsplejerskers arbejde og kompetencer, og håber at vores østgrønlandske bosteder vil blive tilgodeset i en styrkelse af sundhedsplejerske normeringerne.

Vi finder det ønskeligt, at der stilles krav til en optimal udnyttelse af PIPALUK med opfølgende evaluering, da den optimale brug af PIPALUK er en forudsætning for, at sundhedsreformen kommer borgerne til gode.

Vi havde gerne set, at sundhedsreformen blev iværksat på baggrund af en uvildig, endelig og grundig evaluering af forsøget med de to pilotregioner. En uafhængig evaluering af pilotregionsforsøget kunne endvidere være fulgt op med borgerhøringer.

Inussiarnersumik inuulluaqqusilluta
Kommunalbestyrelse sinnerlugu


Aasi Chemnitz Narup
Borgmesteri


Astrid Fleischer Rex
Velfærdsudvalgsforkvinde





QEQQATA KOMMUNIA

Borgmesteren

Ulloq / Dato 19. oktober 2010
All. nr. / Brev nr. 10-0-00-0138
J. nr.
Sull. / Sagsbeh. p/hk/ lok. 7313

KANUKOKA
P. H. Lundsteensvej 2
3900 Nuuk

Høring vedrørende redegørelsen om sundhedsvæsenets nye struktur

Qeqqata Kommunia har den 28. september 2010 modtaget redegørelse om sundhedsvæsenets nye struktur.

Den 12. oktober 2010 fremsendte KANUKOKA bemærkninger til høringen, og Qeqqata Kommunia tilslutter sig bemærkningerne.

Med venlig hilsen

Hermann Berthelsen
Borgmester

Paneeraq Olsen
Kommunaldirektør

Kommunip allaffia
Kommunekontoret
Postboks 1014
DK-3911 Sisimiut
Grønland

Telefon 70 21 00
Telefax 70 21 77
E-mail qeqqata@qeqqata.gl

Giro Sisimiut 1071408
Giro Maniitsoq 5162807

Grønlandsbanken
6471-2020219

Ammasarfitt: ataa., mar., jall. 10-14,
pingasunngorneq matoqqavoq, kommuunip karsia
kisimi ammassaaq nal. 10-14
Sisamanngorneq 10-17
Åbningstider: man., tirs. fre. 10-14
Onsd. lukket undtagen kassen, som har åbent 10-14
torsdag 10-17



QAASUITSUP KOMMUNIA

SOCIALKONTORET / INUNNIK ISUMAGINNINNERMI ALLAFFIK

RÅDHUSET POSTBOKS 1023 3952 ILULISSAT

Tlf.: (+ 299) 701100 - Fax: (+299) 701177 - E-POST : qaasuitsup@qaasuitsup.gl

Kanukoka
Postboks 10
39 Nuuk

ULLOQ/DATO: 04-11-2010

ALL./BREV NR 2010109 JOUR NR 40.00

REF: MF

Høring vedrørende ”Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010”.

Qaasuitsup kommunia har modtaget til høring ”Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010” (herefter kaldt ”Redegørelsen”) udarbejdet af Departementet for Sundhed med høringsfristen indtil den sidste uge i september 2010. Sideløbende er der i løbet af sommeren 2010 udarbejdet lovforslag til den Inatsisartutlov om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer der skal ophæve den hidtidige Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation. Det nye lovforslag indebærer at:

- 1). Naalakkersuisut bemyndiges til at fastsætte regler for sundhedsfaglige personer, der ikke er autoriseret i Grønland (fx både dansk autoriserede og uden autorisation i Danmark). Bemyndigelsen gælder både sundhedsfaglige personer, der udøver faglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder og i privat regi.
- 2). Naalakkersuisut skal nedsætte et hovedforebyggelsesudvalg i hver af de 4 kommuner, og herudover, at Naalakkersuisut kan nedsætte lokale forebyggelsesudvalg i kommunerne efter behov.
- 3). Landet vil være inddelt i sundhedsenheder (i stedet for sundhedsdistrikter), hvor begrebet ”sundhedsenhed” vil formodentligt både dække den geografiske opdeling i 5 sundhedsregioner (Avannaa, Disko, Qeqqa, Sermersooq og Kujataa) og den angiveligt faglige / metodikbaserede opdeling i 4 områder på D.I.H. i Nuuk (medicinsk, kirurgisk, psykiatrisk og akut).
- 4). Det nyetablere Landslægeembede (i sted for hidtidige Embedslægeembede) vil fra nu af ikke kun føre tilsyn med sundhedsfaglige personer ansatte inden for sundhedsvæsenet, men også med sundhedsfaglige personer og institutioner uden for sundhedsvæsenet samt til at træffe afgørelser i patientklagesager, der ligger uden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed.
- 5). Der bliver indført en udvidet sanktionsbestemmelse der giver mulighed for, at overtrædelse af regler udstedt i medfør af Inatsisartutlov om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer kan sanktioneres med bøde (fx kan sundhedsfaglige personer idømmes bøde for manglende overholdelse af journalføringspligten).

Generel bemærkning til ”Redegørelsen”.

Det første indtryk man danner sig ved læsning af ”Redegørelsen” er at sundhedsreformen vil noget sandsynligt resultere i en bedre service på sundhedsområde i de 5 byer der vil fra 2011 fungere som hovedsteder for de 5 sundhedsregioner. Om reformen vil ligeledes producere gode resultater (i sted for forringelse af service) i de øvrige grønlandske bosteder afhænger sandsynligvis af mange faktorer, herunder især:

- a). af de menneskelige og logistiske problemstillinger i forbindelse med sundhedspersonale i de nye regioners fremtidige rejse-/besøgsaktiviteter og
- b). af lokale sundhedspersonalets faglige kvalifikationer og deres effektivitet i anvendelse af det lokale telemedicinske udstyr.

Man kan forestille sig at beboere i Nuuk, Sisimiut eller Ilulissat vil således have større tilbøjelighed til at byde sundhedsreformen velkommen end fx de mennesker der bor i mindre byer eller bygder og måske allerede nu føler en gang imellem større afstand til serviceydelser og indflydelse pga. harmoniseringsproblemer forbundne med den første periode efter kommunesammenlægningen.

”Redegørelsen” analyserer kun meget overfladisk den nuværende personalenormering i lokale områder og kommer ikke med bud / forslag / diverse alternative modeller for faguddannede personalets fremtidige allokering og arbejdsgange, så man har meget svært ved at danne sig et billede over, hvordan bosteder som fx Upernavik, Innaarsuit, Qaanaaq, Siorapaluk eller Niagornaarsuk er serviceret nu versus hvordan de vil blive serviceret efter reformen. Oplysninger om erfaringer fra de nuværende pilotregioner fylder kun en halv side af teksten og er yderst indholdsfattige. Umiddelbart kan man ikke se, hvad befolkning eller sundhedspersonaler i pilotregionerne synes om eksperimentet og hvilke positive og negative resultater dette har produceret (på den terapeutiske, organisatoriske, menneskelige og økonomiske plan).

Erfaringer fra den for nyligt indførte kommunesammenlægning viser, at kæmpestore administrative ændringer i Grønland tager lang tid, stort arbejde og en del uforventede menneskelige, tekniske og økonomiske udfordringer. Dette kan man også forvente som resultat af sundhedsreformen, så det er måske vigtigt at man træder forsigtigt og med omhu.

Især kan man forvente at centralisering på sundhedsområdet vil på lidt længere sigt bidrage til overflytning af faguddannede personale fra provinsen til regioncentre og efterfølgende hurtigere end forventet affolkning af bygder og yderdistrikter.

”Redegørelsen” burde nævne denne mulighed og oplyse, hvad man ville gøre så eventuel fraflytning af faguddannede og affolkning skete i et langsommere eller mere jævnlig tempo.

Vores bemærkninger til de enkelte punkter i ”Redegørelsen”.

1). Det første afsnit 8.3 (der tilsyneladende er to afsnit med dette nummer) præsenterer ny organisationsstruktur, hvor man understreger, at bygdekonsultationer referer fagligt til sundhedscentre men administrativt til regionssygehuse. I distrikter med mange bygder har bygdekonsultationer i mange år udviklet et tæt og godt samarbejde med de nuværende distriktssygehuse, herunder omkring organisering af arbejdet i bygderne samt forskellige

praktiske problemer og det er svært at forestille sig at regionsygehuse vil være i stand til at overtage disse opgaver i løbet af 1-2 år, simpelthen pga. manglende kendskab til den enkelte bygds udfordringer.

2). I det andet afsnit 8.3 (der tilsyneladende er to afsnit med dette nummer) samt i afsnit 8.4 nævner man udadrettede aktiviteter på kysten, især specialistrejser både fra D.I.H. i Nuuk og regionsygehuse samt rejser af personer med særlige funktioner ansatte i regionsygehuse. Man kan forestille sig, at det vil i det hele taget være meget større rejseaktiviteter efter sundhedsreformen, ligeledes flere patientrejser og sygetransport. Man kan dog ikke se, at der er introduceret nogle nye love, overenskomster, organisatoriske procedurer eller eksterne aftaler (fx med Air Greenland) for at sikre at disse større rejseaktiviteter vil kunne ske i virkeligheden. Det skal især understreges at flere rejseaktiviteter i sundhedsregi kan skabe flere udgifter på det sociale område, fx i forbindelse med bevillinger til ledsagelse af børn eller personer med vidtgående handicap i forbindelse med patientrejser og sygetransport.

3). I afsnit 8.4 bliver man orienteret om at læger ansatte i "mindre sundhedscentre" vil fra nu af ikke have vagtforpligtelser og at vagtfunktionen vil blive varetaget fra regionsygehuse. "Redegørelsen" definerer ikke nærmere begrebet "mindre sundhedscentre", men kan forestille sig at denne ændring kan have potentielt yderst farlige konsekvenser for mange indbygger i bygder og yderdistrikter og man bør derfor enten overveje at bevare lægevagten eller have meget lang (flerårig) forberedelsesperiode inden den afskaffes, med særlige høringer og oplysninger om nye procedurer, etc.

Med venlig hilsen
P.k.v.

Magga Fencker
Direktør for Social- og
Arbejdsmarkedsområdet



Departementet for Sundhed

Vedr. høring af Redegørelse om sundhedsreformen

Dato: 27. oktober 2010
J.nr.: 2010-039258

Landslægeembedet har modtaget ovennævnte redegørelse om sundhedsreformen i høring, og skal på denne baggrund fremkomme med følgende bemærkninger.

Som det er Departementet for Sundhed bekendt, er Landslægeembedet enig i grundprincipperne i sundhedsreformen, og finder det nødvendigt at der sker en omstrukturering af sundhedsvæsenet hvis vi fremover skal kunne levere sundhedsydelser af høj kvalitet til borgerne i princippet uanset hvor de bor. Jeg anvender med vilje formuleringen "i princippet", da der, specielt i et land som Grønland med en lille befolkning fordelt over et stort areal, uvægerligt vil være forskel, og der findes ikke en ideel struktur for et sundhedsvæsen som vores, hvis det også skal være samfundsøkonomisk realistisk. Vi skal imidlertid gøre hvad vi kan for, at forskellen bliver så lille som muligt.

Flemming Kleist Stenz
Landslæge

Intaleeqqap aqq. 2
Postboks 120
3900 Nuuk
Tlf. (+299) 34 51 92
Dir. tlf. (+299) 34 51 91
Fax (+299) 32 51 30
E-mail: nun@nanoq.gl
www.nanoq.gl

Jeg ser med tilfredshed en udbygning af specialernes landsdækkende funktion og aktivitetsniveau i regionerne. Dette er væsentligt for at skabe et entydigt sundhedsvæsen, hvor specialafdelingen har et medansvar for patienten uanset om patienten befinder sig i en region eller er indlagt på afdelingen på DIH.

Regionaliseringen vil give et bedre fagligt miljø, blot ved at der forefindes flere kolleger, og derved nok også bedre mulighederne for rekruttering. Alt andet lige vil regionerne befolkningsmæssigt stadig være små enheder, der vil kræve folk med en ret bred skoling der inden for lægeuddannelsen ikke uddannes mere. Det vil derfor først være når der findes distriktslæger med arktisk diplomuddannelse, at der vil ske en reel nytilgang. Det kan ikke forventes at danske speciallæger, bortset fra almen praksis, vil søge til Grønland andet end til ansættelser på DIH.

Med tiden vil det for nogen sundhedscentre gælde, at de, i hvert fald i perioder, ikke fysisk har en læge til stede, men serviceres via læger på regionssygehuset. Dette vil kræve at de resterende faggrupper har et højt fagligt niveau, og der er klare kommandoveje og velbeskrevne procedurer for de enkelte faggruppers kompetence.

I reformen indgår at nogle sundhedscentre i vagten skal serviceres af regionssygehuset. Dette kan af mange årsager være et fornuftigt tiltag, men man skal have sig for øje, at kommunikation via tele-systemer kan være vanskelige og næsten altid vil være ringere end hvis den samme lægefaglige person stod ved siden af patienten. Fremtiden må tillige vise i hvilken udstrækning det kan frigøre lægen på sundhedscentret, eller om han på trods af en lægevisitering alligevel vil blive kaldt i vagt tiden. Det må forventes at nogle patienter vil blive flyttet unødigt, og nogen måske senere end ønskeligt.

Der anføres i reformen en definition på et fødested som vil medføre, at gravide i perioder får lang afstand til et fødested. Dette er fagligt velbegrunder af kvalitetshensyn, men vil kunne støde på reaktioner fra de fødende og deres familier. I afsnittet om "Fødesteder" på side 12 anvendes både betegnelsen "en uddannet fødselskyndig person" og "jordemoder" i forbindelse med krav til et fødested. Hvis der menes at der skal være en jordemoder bør kun dette begreb anvendes, da "en uddannet fødselskyndig person" kan udlægges mere bredt.

Jeg mangler i redegørelsen at man forholder sig til regionsstrukturen og dens præmisser i relation til infrastrukturen. Det må formodes at regionsstrukturen giver anledning til et øget behov for patienttransport og vel også evakueringer til regionssygehuset eller DIH. Har departementet en formodning om, at dette vil kunne foretages uden problemer med de nuværende transportmuligheder, eller skal der iværksættes specielle tiltag.

Der bør argumenteres mere fyldestgørende for, at man fra begyndelsen kan skaffe sundhedsfagligt personale med den fornødne baggrund. Lige nu bygger argumentationen på en læge-diplomuddannelse som kun er i en absolut tidlig startfase, og en sygeplejerske-diplomuddannelse som ikke er på plads endnu. For begge diplomuddannelser gælder, at der vil gå en del år før de reelt kommer til at betyde noget i hverdagen i sundhedsvæsenet.

IT-området bør beskrives fremadrettet i stedet for kun historisk. Anskaffelse/udvikling af relevante IT-systemer vil være et væsentligt og nødvendigt redskab for at binde vores sundhedsvæsen sammen. Jeg tænker her på et fælles EPJ-system, et optimalt system for patienthenvisning/patienttransport og som samtidig kan sikre sammenhængende patientforløb, et røntgensystem så alle røntgenbilleder, uanset hvor de er taget, samme dag beskrives af en radiolog (på DIH eller ved indgåelse af aftale med andet hospital), tilstrækkelige muligheder for data-transport så frustrerende nedbrud og lange data-behandlingstider undgås samt at der forefindes velfungerende systemer for ydelsesregistrering her under et velfungerende landspatientregister.

Endelig bør det tværfaglige samarbejde og opgavevaretagelse detaljeres noget mere. Fra Landslægeembedets side kan nævnes samråd vedr. sene aborter samt hele retsmedicinen.

Med venlig hilsen

Flemming Kleist Stenz





Til Departement for Sundhed

Dato: 1.nov.2010

J.nr.:

Ref.: Kurt Nielsen
E-mail: KUNI@peqqik.gl
Tlf.: (+ 299) 34 40 00

Direkte:

Vedr.: Høring af Redegørelsen om Sundhedsreformen

Sundhedsledelsen skal efter en omfattende høring i sundhedsdistrikter og i afdelingerne på Dronnings Ingrid's Hospital sammenfatte følgende bemærkninger vedrørende Redegørelse om sundhedsreformen, 2010.

Styrelsen for Sundhed og
Forebyggelse
Sundhedsledelsen
Postboks 1001
3900 Nuuk
www.peqqik.gl

Overordnet kan sundhedsledelsen tilslutte sig redegørelsen. Der er følgende generelle bemærkninger fra Sundhedsledelsen.

1. Ansættelse af regionsledelser og områdeledelser

Det centrale fokus for sundhedsledelsen er at få den nye ledelsesstruktur på plads. Denne proces er i fuld gang. Der er således opslået stillinger i forbindelse med de ledende regionslæger og regionssygeplejerske i de fem regioner. Regionsdriftslederstillingerne vil blive opslået i løbet af foråret 2011.

Herudover pågår der ansættelse af ledere i de nye områder på Dronning Ingrid's Hospital. Fokus er her i første omgang på det medicinske område og det psykiatriske område.

Ansættelse af regionsledelser og områdeledelser er en vigtig forudsætning for at få implementeret sundhedsreformen. Det forventes at hovedparten af ledelserne kan være ansat pr. 1.januar 2011. Sundhedsledelsen holder ansættelsessamtaler i november/december 2010.

2. Udvikling af regioner og områder

Sammen med de nye ledelser vil sundhedsledelsen udvikle regionerne og områderne. Et vigtigt middel i denne proces vil være indgåelse af dialogaftaler/kontrakter med de nye enheder. Dialogaftalerne vil være forpligtende aftaler mellem sundhedsledelsen og den enkelte enhed om ydelsesstruktur og betjening, serviceniveau, kvalitet, aktivitet, personale og ressourcer. Dialogaftalerne er et kendt redskab fra det danske sundhedsvæsen og de giver klare mål og synlighed.

De første dialogaftaler forventes indgået ultimo 2010 og vil være gældende for 2011. Der er igangsat en proces med områder på Dronnings Ingrid's Hospital for at få udviklet konceptet til Grønlandske forhold. I forhold til regionerne er det centrale fokus at finde en fornuftig balance og et samarbejde mellem regionssygehus/sundhedscenter, sundhedsdistrikter og bygdebetjening.

Tilbagemeldingerne fra distrikterne viser, at der er stor usikkerhed om denne problemstilling - især vedrørende bemandings- og vagtforhold. Det er et centralt element i implementeringen af sundhedsreformen, og det er vigtigt at der er tid og rum for denne proces, så usikkerhed hos befolkningen og personalet kan undgås. Denne proces vil være længerevarende, men det er forventningen, at man når langt i løbet af 2011 og 2012.

3. Sundhedsfremme.

I aftalerne med sundhedsregioner og områder på D.I.H. vil der være et særligt fokus på såvel den patientrettede som den borgerrettede forebyggelse. Sundhedsledelsen finder det særdeles vigtigt, at der arbejdes systematisk med de kroniske patientgrupper, hvor livsstilsambulatorier er et meget vigtigt element i dette arbejde. Herudover fokus på en tidlig indsats i forhold til børn og unges sundhed. Dette arbejde skal ske i den primære såvel som den sekundære sundhedssektor.

4. Bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet

Med reformen vil der blive skabt en bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet. Sundhedsledelsen har fokus på, at der bliver lavet ensartede vejledninger og standarder og at disse er elektronisk tilgængelige.

En vigtig forudsætning for at skabe sammenhæng er velfungerende IT-systemer inden for sundhedsvæsenet, og at de er konsoliderede og driftssikre. Der er velfungerende systemer på laboratorie- og røntgenområdet, og der er behov for, at der i lighed med Færøerne bliver etableret en fælles elektronisk patientjournal, som kan anvendes i hele Grønland, dvs. både på Kystens sundhedsenheder såvel D.I.H. Sundhedsledelsen kan se store perspektiver i at samarbejde med Færøerne og evt. Island om udvikling og brug af et fælles elektronisk patientjournalssystem.

Med Pipaluk er der skabt store muligheder for bygdebetjeningen, såvel som for mulighed for second opinion vurderinger fra eksperter fra D.I. H og Danmark mht. data, der kan sendes via Pipaluk. Implementeringen af Pipaluk kræver en særlig indsats. Dette vedrører i form af uddannelsen af og supporten til superbrugere samt til sikring af en optimal og hensigtsmæssig brug af Pipaluk både i dagligdagen og i ferieperioder. Dette vil være en opgave for både de nye regioner, områdeledelserne og IT-afdelingen på D.I.H.

Det Grønlandske sundhedsvæsen har store logistiske udfordringer, da der skal transporteres patienter og personale over store afstande og til og fra områder, der ofte er vanskeligt tilgængelige. Ligeledes har nogle distrikter oplevet en forværring i infrastrukturen. Reformen giver en ny arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Fra distrikterne påpeges det, at en regionalisering med regionssygehuse og eventuelle sundhedscentre ledet af en sygeplejerske vil betyde flere regionsinterne patienttransporter såvel som flere evakueringer af bårpatienter.

5. Rekruttering og fastholdelse af personale

Der er et stort behov for at få skabt stabilitet og kontinuitet i personalegruppen – især på lægeområdet, hvor distriktslægefunktionen i mange distrikter i dag alene dækkes af korttidsansatte vikarlæger fra Danmark. Der arbejdes med at lave aftaler med læger på danske sygehuse, hvor en gruppe af læger f.eks. kan dække en lægestilling på et regionssygehus eller et sundhedscenter. Der arbejdes også med rekruttere læger internationalt i lighed med hvad man gør i Danmark. En vigtig faktor er her de sproglige udfordringer.

Herudover skal mere præcis styring af regionssygehusenes samlede faglige kompetencer indgå i den forstærkede rekrutteringsindsats.

Med venlig hilsen

Kurt Nielsen
Styrelseschef

