

AF CHRISTINA VISKUM LYTKEN LARSEN

Sundhedsvæsenet, forebyggelse og sundhedsforskning i Grønland



Christina Viskum Lytken Larsen, seniorrådgiver og leder af Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed. Adjungeret seniorforsker ved Grønlands Center for Sundhedsforskning, Ilisimatusarfik. Christina Viskum Lytken

Larsen er uddannet sociolog fra Københavns Universitet (2006) med en ph.d.-grad i folkesundhedsvidenskab fra Syddansk Universitet (2014). Hun har boet og arbejdet i Grønland med sin familie siden 2006. Christina VLL er leder af Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed med ansvaret for Befolkningsundersøgelsen i Grønland og forskningsbaseret myndighedsbetjening af Departementet for Sundhed samt Departementet for Sociale Anliggender og Justitsområdet (Selvstyret). Hendes forskning har især fokus på social ulighed i sundhed, mental sundhed, selvmordsforebyggelse, sundhedsfremme og interventioner samt trivsel blandt børn og familier i Arktis. Fra 2018-19 var Christina VLL en del af Fulbright Arctic Initiative II, og fra 2020 er hun udpeget til at deltage i The Lancet Commission on Arctic Health. Christina VLL er optaget af at etablere gode partnerskaber på tværs mellem forskning og praksis for at skabe et mere dynamisk samspil mellem forskere og borgere, der i højere grad medtager lokale perspektiver, når forskningsspørgsmål og forskningsprojekter skal udvikles og defineres. Siden 2015 har Christina VLL været formand for The Circumpolar Health Research Network.

RESUMÉ

Grønlands geografi og bosætningsmønster stiller nogle helt særlige betingelser og udfordringer, når borgernes adgang til sundhedsydelse skal sikres. Sundhedsvæsenet i Grønland er organiseret i fem sundhedsregioner sammenfaldende med landets fem kommuner. Regionssygehusene udgør den centrale hospitalstjeneste i den enkelte region. De fem sundhedsregioner blev etableret på baggrund af en sundhedsreform, som trådte i kraft 1. januar 2011. Mens det var lykkedes af gennemføre regionaliseringen af sundhedsvæsenet og en sammenlægning af en række fagområder, så konkluderede en evaluering af reformen, at det i mindre grad var lykkedes at sætte patienten i centrum.

Siden 2007 har den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i Grønland været defineret i folkesundhedsprogrammerne Inuuneritta I og II. På baggrund af evalueringer af både det første og det andet folkesundhedsprogram stod det dog klart, at det ikke var nok, at de nationale folkesundhedsprogrammer identificerede de store

udfordringer og kom med forslag til mål og indsatser. I stedet skal der bruges tid på dialog omkring handling og prioriteringer på tværs af departementerne, sundhedsvæsenet og kommunerne. Det lægges der nu op til igennem etableringen af en række nye tværsektorielle tiltag og det nye folkesundhedsprogram Inuuneritta III.

Med etableringen af Grønlands Center for Sundhedsforskning (GCHR) ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab på Grønlands Universitet i 2008, er den grønlandske sundhedsforskning i stigende grad forankret i Grønland. Dette er helt afgørende for forskningens relevans og bæredygtighed i forhold til det grønlandske samfund. Desuden indgår Grønland i en række internationale netværk og samarbejdsgrupper, hvor der arbejdes med sundhedsforskning på tværs af de arktiske områder.

Organisering af sundhedsvæsenet i Grønland

Indledning

Grønlands geografi og bosætningsmønster stiller nogle helt særlige betingelser og udfordringer, når borgernes adgang til sundhedsydelser skal sikres. Denne opgave løftes af sundhedsvæsenet i Grønland hver dag. I Grønland koster sundhedsydelser mindre per indbygger (23,279 DKK (8.7% af GDP)) sammenlignet med Danmark (36,831 DKK (10.6% af GDP)) (1) og f.eks. Canada (5,777 CAD (10.4% af GDP)) (2), som også er en arktisk stat. Dette til trods for en lav befolkningkoncentration og store sundhedsmæssige udfordringer. Grønlands befolkning er spredt ud på 80 bosteder, der alle er isoleret fra hinanden og kun kan tilgås via fly og helikopter og om sommeren til dels også via båd og skib.

Sundhedsregioner

Sundhedsvæsenet i Grønland er organiseret i fem sundhedsregioner sammenfaldende med landets fem kommuner. De fem regioner er Region Avannaá med regionspsygehus

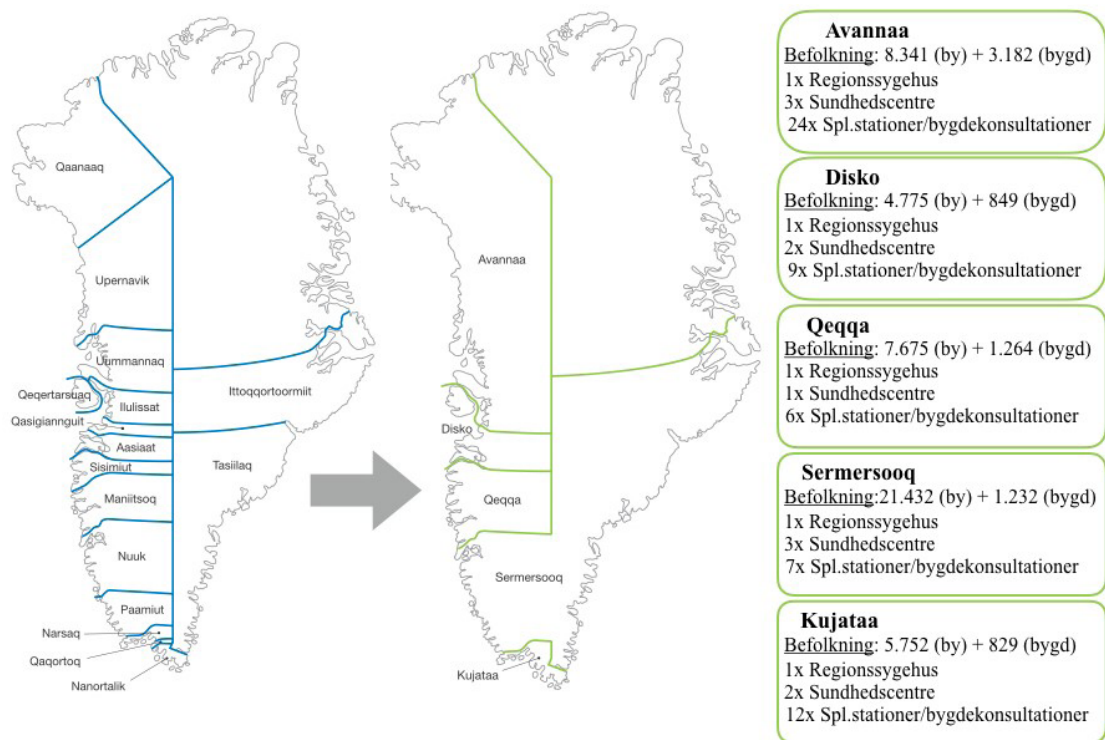
i Ilulissat, Region Disko med regionspsygehus i Aasiaat, Region Qeqqa med regionspsygehus i Sisimiut, Region Kujataa med regionspsygehus i Qaqortoq og endelig Region Sermersooq med Dronning Ingrid's Sygehus i Nuuk som regionspsygehus samt sygehuset i Taasiilaq, der i praksis opretholder et beredskab svarende til et regionspsygehus, da afstanden mellem øst- og vestkysten vanskeliggør evakuering af borgere fra østkysten til Nuuk. En oversigt over regionaliseringen fra 16 sundhedsdistrikter til fem sundhedsregioner fremgår af figur 1.

Regionspsygehusene udgør den centrale hospitalstjeneste i den enkelte region. Herudover findes der større og mindre sundhedscentre, sygeplejerskestationer og bygdekonsultationer. I det følgende gives en kort introduktion til sundhedsvæsenets forskellige typer af institutioner (3, 4).

De større sundhedscentre er døgnbemandede og findes i de øvrige byer i regionen, hvor befolkningsgrundlaget er over 1.200 indbyggere. Personalet på de større sundhedscentre omfatter læger, sygeplejersker, sundhedsassistenter/hjælper og portører. Specialiserede fagpersoner besøger de større sundhedscentre efter behov. Der er ligeledes døgnambulanceberedskab.

De mindre sundhedscentre findes i byer med 500-1.200 indbyggere og er bemandet inden for normal arbejdstid, dvs. kl. 8-16 i hverdage. De mindre sundhedscentre bemandes af en sygeplejerske, en sundhedsassistent og en sundhedsmedhjælper. Der er ikke fast lægebemanding på de mindre sundhedscentre. I stedet er der såkaldt udvidet lægebetjening. Det betyder i praksis, at der er lægebesøg fra regionspsygehuset en gang om måneden. Dog med mulighed for at tilpasse lægebetjeningen efter lokale behov. De mindre sundhedscentre modtager specialistbesøg to til fire gange om året. Der er ligeledes mulighed for at stabilisere akutte patienter med henblik på evakuering.

I de større bygder med 200-500 indbyggere er der **sygeplejestationer**, som er



Figur 1. Fra 16 sundhedsdistrikter til fem sundhedsregioner (kilde: Ingemann & Larsen, 2018 (3)).

bemandet af en sygeplejerske og/eller en sundhedsassistent og en sundhedsarbejder. Stationen er åben inden for normal arbejdstid, dvs. kl. 8-16 i hverdage. Via den telemedicinske løsning Pipaluk (beskrives under telemedicin nedenfor) er det muligt at konsultere specialiserede fagpersoner dagligt. Desuden modtager sygeplejestationen specialistbesøg fire til otte gange om året.

I de mindre bygder findes der **bygdekonsultationer**. Konsultationen bemandes af en sundhedsarbejder. Der er hverken læge eller sygeplejerske tilstede i konsultationen, men stort set alle bygdekonsultationer har mulighed for at konsultere det sundhedsfaglige personale på daglig basis ved hjælp af den telemedicinske løsning Pipaluk.

Antallet af borgere, som den enkelte sundhedsregion servicerer, varierer noget.

Region Sermersooq har med sine ca. 23.000 indbyggere den største borgergruppe at levere sundhedsydelser til. Til sammenligning bor der ca. 6.000 borgere i hhv. Region Disko og Kujataa. Ud over antallet af borgere i den enkelte region, adskiller regionerne sig også væsentligt, hvad angår antallet af bygder, de servicerer. Region Avannaa er den region, der har flest bygder tilknyttet. Der er samlet set 24 sygeplejestationer og bygdekonsultationer i regionen. I de øvrige regioner ligger dette antal på mellem 6-12. Der er således store forskelle knyttet til den sundhedsopgave, som sundhedsvæsenet skal levere, afhængigt af bosætningsmønstret inden for den enkelte sundhedsregion. Lægemidler udleveret i sundhedsvæsenet på baggrund af ordination er gratis for borgerne.

Sundhedsreformen – fra 17 distrikter til fem regioner

Organisering i fem sundhedsregioner blev indført med sundhedsreformen og trådte i kraft i 2011 (5). Indtil da havde sundhedsvæsenet været organiseret i 16 sundhedsdistrikter. En struktur, der blev grundlagt i 1928 og ikke havde været ændret siden. Hvert sundhedsdistrikt havde en til fem distriktslæger og kunne tilbyde primær og akut pleje. Der var både operationsstue, røntgenudstyr, fødeafdeling og laboratorium (3).

Reformen skulle føre til ”mere sundhed for pengene”, og årsagerne til reformen i 2011 var flere: 1) Det var vanskeligt at rekruttere og fastholde personale, 2) Infrastrukturen var forbedret og medførte nye muligheder, 3) Bosætningsmønsteret havde ændret sig markant siden 1928, og størstedelen af befolkningen boede nu i de større byer, 4) Den gennemsnitlige levetid var blevet længere, 5) Presset på sundhedsudgifterne var øget, 6) Befolkningens krav og forventninger til behandling var vokset, 7) Medicinske teknologier havde gjort det muligt at behandle flere sygdomme, 8) Ændringer i befolkningens livsstil havde ført flere livsstilssygdomme med sig, 9) Udviklingen af telemedicin havde potentielt set gjort afstanden til sundhedsfaglig ekspertise kortere (5).

Omdrejningspunkterne for reformen var især sundhedsvæsenets organisation og etablering af fem sundhedsregioner, uddannelse og telemedicin (5).

Implementeringen af sundhedsreformen fra 2011 blev evalueret i 2017. Overordnet set konkluderedes det i evalueringen, at det var lykkedes at gennemføre den gennemgribende regionalisering af sundhedsvæsenet ved at etablere de fem sundhedsregioner, der hver havde fået en regional ledelse. Den regionale ledelse bestod af en ledende regionslæge og en ledende regionssygeplejerske. Stillingen som ledende regionslæge er en kombination af

klinisk og administrativt arbejde, mens den ledende regionssygeplejerskes stilling som udgangspunkt udelukkende er administrativ.

Desuden blev der med sundhedsreformen etableret en centraliseret ledelse med læge og sygeplejerske inden for hvert af de enkelte specialområder: medicin, akutområdet, psykiatri og kirurgisk. Denne del var ifølge evalueringen også lykkedes trods udfordringer med skiftende personale i de ledende stillinger på psykiatri- og akutområdet.

Overordnet set pegede evalueringen dog på, at sundhedsreformens mål om i højere grad at sætte patienten i centrum og skabe et mere borgernært sundhedsvæsen i mindre grad havde været i fokus. Evalueringen pegede derfor på vigtigheden af, at undersøge borgernes perspektiv på adgang til og oplevelsen af sundhedsvæsenet i Grønland (3). En sådan undersøgelse blev gennemført i 2019 af Statens Institut for Folkesundhed og forventes publiceret i starten af 2020.

Fødsler

Med sundhedsreformen blev det også besluttet, at fødsler skal foregå på regions- sygehusene og ikke lokalt. Det kræver et særligt beredskab at være fødested, og der er store udfordringer forbundet med at fastholde fødsler selv på regions- sygehusene set ud fra de perinatale retningslinjer. Det anses dog som vigtigt fra regions- sygehusenes side, at man fortsat kan opretholde fødselsberedskabet, så kvinder kan føde i deres egen region. Set ud fra et kulturelt perspektiv er mange borgere kedede af, at man ikke kan føde i deres hjemby eller bygd, da fødsler er en begivenhed som i høj grad samler familien i Grønland og bringer glæde med sig i lokalsamfundet. Der er frit sygehusvalg for den enkelte kvinde, som kan vælge at føde på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, i stedet for på regions- sygehuset (3).

Telemedicin

Øget brug af telemedicin i det grønlandske sundhedsvæsen var som beskrevet et af målene med sundhedsreformen. Pipaluk er navnet på det telemedicinske udstyr, som findes i bygderne (4).

Alle fagområder og sundhedsregioner anvender telemedicin, men det er forskelligt, i hvor høj grad det bruges. Pipaluk anvendes især i regioner med mange bygder, men den bliver brugt i hele landet. Et andet redskab inden for telemedicin er Skype for Business, som bruges i stigende grad som en del af den kliniske praksis. Det er dog stadig nødvendigt at bruge telefon og fax de steder, hvor internettet er for ustabil og forbindelsen for dårlig (3).

Landslægeembedet

Landslægeembedet (dengang Embedslægen) blev etableret i 1996 nogle år efter, at Grønland hjemtog sundhedsområdet. Overgangen fra Embedslæge til Landslægeembedet skete med virkning fra 2004, hvor det ligeledes blev besluttet af Landsstyreformanden, at Landslægeembedet skulle overføres fra Landsstyreformandens ansvarsområde til Landsstyreområdet for Sundhed. Siden 2004 har Landslægen dermed haft direkte reference til Naalakkersuisoq (Landsstyremedlem) for Sundhed på linje med departementschefer. Denne konstruktion er vigtig for at sikre uafhængighed mellem Landslægeembedet og det sundhedsvæsen, som landslægen har til opgave at føre tilsyn med (6).

Landslægeembedet yder sundhedsfaglig rådgivning og anden bistand til Landsstyret og andre myndigheder i sundhedsfaglige spørgsmål. Det er Landslægens opgave at pege på mangler og foreslå forbedringer i landets sundhedsmæssige foranstaltninger. Dette gøres på baggrund af tilsynsrejser, hvor der føres tilsyn med både sundhedspersonale såvel som institutioner. Det er ligeledes Landslægen, der udsteder grønlandsk autorisation til sygeplejersker (7).

En omfattende arbejdsopgave ved Landslægeembedet er arbejdet med klager, der stiger i antal fra år til år. Enhver bruger af sundhedsvæsenet kan indlevere en klage enten online eller skriftligt. Klagesystemet er opdelt i klager over den sundhedsfaglige virksomhed (Landslægen), klager over service og leverancer (Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse), og ansøgninger om erstatninger (Departementet for Sundhed). Landslægeembedet foretager den forberedende sagsbehandling af sundhedsfaglige patientklager for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Landslægeembedets øvrige opgaver omfatter overvågning af sundhedstilstanden via medicinalstatistik, udsendelse af meddelelser om forekomsten af smitsomme sygdomme samt en årlig redegørelse om institutionens virke. Landslægen deltager også i tilrettelæggelsen af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats på befolkningsniveau (7).

I starten af 2020 lanceres en ny sundhedsstrategi, der sætter rammen for udvikling og prioritering på sundhedsområdet i de kommende år.

Organiseringen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Grønland

*Folkesundhedsprogrammer**Inuuneritta I og II*

Grønlands første folkesundhedsprogram blev iværksat i perioden 2007-2012 (8). Programmet fik navnet Inuuneritta, der kan oversættes til "lad os få et godt liv" (Grønlands Hjemmestyre, 2007). Inuuneritta I indeholdt i alt ni programområder: 1) Alkohol og hash, 2) Vold, voldtægter og seksuelle overgreb, 3) Selvmord, 4) Kost og fysisk aktivitet, 5) Sexliv, 6) Rygning, 7) Børn og unge, 8) Ældre samt 9) Tandplejen. For hvert af de ni områder var der defineret en række strategier og mål.

Programmet blev evalueret (8), og på den baggrund blev det besluttet, at det efterfølgende folkesundhedsprogram, "Inuuneritta

Tabel 1. Indsatsområder og mål for Inuuneritta II 2013-2019.

| Indsatsområde | Mål for området |
|------------------|--|
| Alkohol og hash | <ul style="list-style-type: none"> • Forebygge at børn og unge starter et misbrug • At begrænse synligheden af påvirkede voksne • At reducere hash- og alkoholforbruget mest muligt |
| Rygning | <ul style="list-style-type: none"> • At forebygge at børn begynder at ryge • At begrænse passiv rygning • At reducere andelen af rygere og disses tobaksforbrug mest muligt |
| Fysisk aktivitet | <ul style="list-style-type: none"> • At befolkningen opretholder en fysisk aktiv livsstil for at sikre et højt funktionsniveau langt op i årene • At bremse udviklingen i forekomsten af overvægt og en række sygdomme |
| Kost | <ul style="list-style-type: none"> • At befolkningen følger Ernæringsrådets anbefalinger og dermed får en alsidig kost, der fremmer sundheden • At udviklingen i forekomsten af overvægt og fedme bremses |

II” skulle fokusere på fire store områder, nemlig 1) Alkohol og hash, 2) Rygning, 3) Fysisk aktivitet, og 4) Kost. Inuuneritta II blev igangsat i 2013 og skulle videreføre grundelementerne fra det første program til og med år 2019 (9). Ud fra hvert af de fire indsatsområder blev der defineret en række mål, som fremgår af tabel 1. Børn, unge og familier blev defineret som særlige målgrupper i programmet, ligesom social ulighed i sundhed var et gennemgående tema.

Indsatsområderne var i både det første og det andet folkesundhedsprogram defineret ud fra de udfordringer i folkesundheden, som Befolkningsundersøgelsen i Grønland havde identificeret. Befolkningsundersøgelserne har siden 1993 medvirket til at monitorere sundhedstilstanden gennem landsdækkende undersøgelser med fokus på sundhed og levevilkår baseret på både indsamling af data ved spørgeskema samt blodprøver og en række kliniske mål. Med Befolkningsundersøgelsen i 2014 blev der lavet en mere systematisk kobling mellem undersøgelserne og et sæt af 35 indikatorer for folkesundheden, som Departementet for Sundhed besluttede skulle følges (10). Ud over Befolkningsundersøgelsen medvirker Skolebørnsundersøgelsen (11) til monitoreringen sammen med en række relevante registre på sundhedsområdet.

På baggrund af en midtvejsevaluering af Inuuneritta II blev det dog klart, at det ikke var nok, at de nationale folkesundhedsprogrammer identificerede de store udfordringer og kom med forslag til mål og indsatser (12). Trods en høj grad af motivation blandt mange medarbejdere inden for forebyggelse og sundhedsfremme både i Selvstyret og i kommunerne, havde en manglende tværsektoriel forankring af folkesundhedsprogrammet udfordret implementeringen. Det var tydeligt, at der var meget begrænset samarbejde mellem social-, sundheds- og uddannelsesområdet og mellem det kommuner og Selvstyre. Hvis det skulle lykkes at skabe en forbedring i sundhedstilstanden, blev der indstillet til, at man fremover bruger tid på dialog omkring handling og prioriteringer på tværs af departementerne, sundhedsvæsenet og kommunerne. Herunder hvordan man ønsker at distribuere og koordinere forebyggelsesindsatsen de forskellige aktører i mellem.

Øget tværsektoriel forankring og det nye Paarisa

For at imødekomme behovet for en øget tværsektoriel forankring af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, er især to tiltag afgørende. Dels etableringen af regionale fælles ledelsesfora med deltagelse på

ledelsesniveau fra alle aktører i de fem kommuner. Og dels etableringen af styregruppen for Inuuneritta III bestående af departementscheferne fra social, uddannelse og sundhed. Dermed er muligheden for koordinering og tværsektoriel forankring etableret på højeste ledelsesniveau både regionalt og nationalt, hvilket skaber nogle konstruktive rammer for forebyggelsen fremover.

For at styrke forebyggelsen nationalt har Naalakkersuisut desuden oprettet en tværgående national forebyggelsesenhed på social- og sundhedsområdet, det nye Paarisa, der er placeret i Styrelsen for Forebyggelse og Sociale Forhold. I det nye Paarisa går den sundhedsfremmende og forebyggende indsats på tværs af sundheds- og socialområdet. Styrelsen for Forebyggelse og Sociale Forhold, der blev etableret 1. marts 2019, giver det sundhedsfremmende arbejde en nødvendig tættere kobling til det kommunale niveau.

Inuuneritta III

Inuuneritta III, der har fået overskriften "Rammen om det gode børneliv", lanceres i 2020 og indeholder fem overordnede pejlemærker for det tværsektorielle og sundhedsfremmende arbejde de næste 10 år (indtil 2030). Pejlemærkerne skal danne baggrund for og lægge op til en tæt dialog mellem Paarisa, kommunerne, sundhedsvæsenet og de mange andre aktører, der med stor relevans kan være med til at løfte opgaven med at sikre det gode børneliv. På baggrund af denne dialog afgøres det, hvilke initiativer der skal fortsætte eller igangsættes.

Som en vigtig del af dialogen om pejlemærkerne vil der blive kigget specifikt på, hvordan der allerede arbejdes med børns sundhed og trivsel i de enkelte kommuner for at få afdækket, hvilke lokale forskelle der er mellem forskellige byer og bygder. Det vil også være afgørende at se på, hvor det giver mest mening for den enkelte kommune at starte, og hvor man allerede er godt i gang.

Sundhedsforskning i Grønland

Grønlands Center for Sundhedsforskning

Sundhedsforskningen i Grønland har i mange år været forankret ved danske universiteter og forskningsinstitutioner. Med etableringen af Grønlands Center for Sundhedsforskning (GCHR) ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab på Grønlands Universitet i 2008, er sundhedsforskningen dog i stigende grad forankret i Grønland. Dette er helt afgørende for forskningens relevans og bæredygtighed i forhold til det grønlandske samfund.

Formålet med centeret er at styrke samarbejdet mellem forskere fra andre lande og sundhedspersonale i Grønland, at fremme forskningssamarbejdet inden for Grønland, og for at lette samspillet mellem forskere fra andre lande med det grønlandske samfund. Centeret er aktivt i undervisningen på alle niveauer fra holdundervisningen af sygeplejestuderende til vejledning af ph.d.-studerende. Det er desuden en ambition, at centeret kan huse både dataarkiv og biobank for det forskningsmateriale, der indsamles gennem sundhedsundersøgelser i Grønland på længere sigt (13).

Centeret har afholdt flere ph.d.-kurser og sommerskoler og har mere end 20 forskere og ph.d.-studerende tilknyttet. Forskningsområder i centeret omfatter blandt andet epidemiologisk forskning, befolkningsundersøgelser, genetik, ætiologi og patogenese, ernæring, sundhedstjenesteforskning, brugerundersøgelser med inddragelse af såvel patient-, pårørende og sundhedsprofessionelles perspektiver som kulturelle og sociologiske perspektiver, kønssygdomme, mellemøretændelse, kræft, graviditet med mere.

I efteråret 2018 vedtog Naalakkersuisut (Landsstyret) og Novo Nordisk Fondens bestyrelse en fælles vision om at styrke diabetes- og livsstilsindsatsen i landet ved at etablere Steno Diabetes Center Grønland. Dette vil få en stor betydning for sundhedsforskningen i Grønland, da et af formålene

er, at den nye indsats skal give et stort løft til forskning i og udvikling af diabetes- og livsstilsindsatsen. Det er tanken, at forskningen ved Steno Diabetes Center Grønland skal knyttes til Grønlands Center for Sundhedsforskning og de eksisterende både nationale og internationale netværk omkring sundhedsforskningen i Grønland, der udgår herfra.

Grønlandsmedicinsk Selskab

En vigtig forening for samarbejdet mellem grønlandske og danske forskere og aktører på sundhedsområdet er Grønlandsmedicinsk Selskab, der har en bestyrelse i Danmark og en lokalafdeling i Nuuk. Grønlandsmedicinsk Selskab blev stiftet i 1997 som videnskabeligt selskab under Dansk Medicinsk Selskab. Selskabet afholder to til tre møder årligt i både Nuuk og København, hvor nye forskningsprojekter og resultater inden for sundhedsforskningen i Grønland sættes på dagsordenen. Selskabet udgiver ligeledes Kvartalets Tal, der formidler indhold fra videnskabelige artikler på en let forståelig måde for at sikre en bred formidling af den sundhedsforskning, der foregår med relevans for befolkningen og fagprofessionelle på sundhedsområdet (14).

Grønlandsmedicinsk Selskab medvirker til, at der opretholdes en god og etisk forskningspraksis inden for sundhedsforskningen. I 2015 udgav Selskabet således "Vejledning om god forskningspraksis i Grønland". Der er ikke tale om en lovpligtig vejledning, men derimod en opfordring til, at forskningen udføres med respekt for befolkningen, det politiske system og sundhedsvæsenet (14). I modsætning til de fleste andre arktiske regioner, med en stor andel oprindelige befolkninger, er der nemlig ingen generelle forskningsetiske retningslinjer for den forskning, der gennemføres i Grønland. Kun på sundhedsområdet findes Videnskabs Etisk Komité, der forholder sig til forskningsprojekternes etiske aspekter (7).

NUNAMED

Siden 1991 har der ca. hvert tredje år været afholdt en grønlandsmedicinsk konference med navnet NUNAMED. NUNAMED arrangeres i fællesskab af Grønlandmedicinsk Selskab, Peqqissaasut Kattuffiat (Grønlands Sygeplejeorganisation), Grønlands Lægekredsforening og Grønlands Center for Sundhedsforskning. Formålet med NUNAMED er, at både grønlandske, danske og i stigende grad udenlandske forskere får mulighed for at præsentere nye forskningsresultater. Dels til hinanden forsker og forsker i mellem. Men i lige så høj grad for fagprofessionelle, der arbejder på sundhedsområdet, eller som har en interesse herfor. De seneste år har der desuden været flere og flere deltagere fra andre fagområder, som social- og uddannelsesområdet, hvilket tydeligt afspejler et øget samarbejde omkring arbejdet med sundhed og forebyggelse på tværs af sektorer og faggrupper. Det er ligeledes en vigtig anledning for de mange forskellige forskningsinstitutioner, der er aktive på området, til at etablere eller vedligeholde samarbejdsrelationerne, således at der sikres en sammenhæng og koordinering af relaterede projekter på området.

Internationale netværk i sundhedsforskningen

Det internationale samarbejde inden for sundhedsforskningen er af stor betydning for den grønlandske sundhedsforskning, fordi mange af de problematikker og områder, som sundhedsforskningen i Grønland beskæftiger sig med, er bundet i den arktiske kontekst i form af et sundhedsvæsen og en sundhedsfremmende og forebyggende indsats, der skal dække en lille befolkning spredt ud over store afstande. Samt forhold relateret til levevilkår og livsstil, der er præget af store regionale forskelle og forskelle mellem byer af forskellige størrelser og bygder. Disse forhold findes også i mange andre arktiske egne.

Nuuk, Grønland 5.-7. Oktober 2019



NUNAMED 2019

– en grønlandsmedicinsk konference



10. NUNAMED — BEVÆGELSE I SUNDHED

International Union for Circumpolar Health Især forsknings Samarbejdet inden for "International Union for Circumpolar Health" (IUCH) har formet rammen for samarbejdet på tværs af de arktiske områder med de tilbagevendende konferencer "International Congress on Circumpolar Health" hvert tredje år (15). IUCH består af bestyrelsesformændene fra de nationale medicinske selskaber fra Grønland og Danmark, de nordiske landes sammenslutning, Rusland, Canada og USA samt repræsentanter valgt af unionens medlemmer.

Med etableringen af netværksorganisationen UArctic i 2001 er meget samarbejde i tiltagende grad knyttet til Grønlands Center for Sundhedsforskning deltagelse i UArctic samarbejdet og mere specifikt udvalget "Thematic Network on Health and Well-being in the Arctic". De fleste danske universiteter er også medlemmer af UArctic og kan deltage den vej igennem (16).

The Circumpolar Health Research Network Endelig er der The Circumpolar Health Research Network, der supplerer samarbejdet i de øvrige netværk ved blandt andet at sørge for rejsetilskud til studerende og unge forskere, så de har mulighed for at deltage i de internationale møder omkring arktisk sundhed. Det er ligeledes The Circumpolar Health Research Network, der står for udgivelsen af The International Journal of Circumpolar Health, hvor rigtig meget både kvalitativ og kvantitativ forskning inden for sundhed i hele det cirkumpolare område publiceres (17).

Referencer

1. NOMESCO. *Health Statistics for the Nordic Countries*. In: Committee NM-S, editor. 2017.
2. OECD. *Health expenditure and 2018*. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
3. Ingemann C. & Larsen CVL. *Evaluering af Grønlands Sundhedsreform. Oplevede og målbare effekter 2017*. Statens Institut for Folkesundhed, 2018.
4. Sundhedsledelsen. *Katalog over sundhedsfaglige ydelser i Regionerne - Ydelseskataloget*. Departementet for Sundhed, 2015. www.peqqik.gl
5. Departementet for Sundhed. *Redegørelsen om Sundhedsreformen, 2010*. www.peqqik.gl
6. *Lovgrundlag for Landslægeembedet*: <https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Departementer/Landslaegeembedet/Lovgrundlag>
7. Landslægeembedet. www.nun.gl
8. Larsen CVL., Dahl-Petersen IK., Kamper-Jørgensen F., Dalentoft L. & Pars T. *Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta*, Statens Institut for Folkesundhed, 2011.
9. Departementet for Sundhed. *Inuuneritta II - Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019*, udgivet 2012. www.peqqik.gl
10. Departementet for Sundhed. *Hvordan går det? Folkesundhed i Grønland i 2014*, udgivet 2015. www.peqqik.gl
11. Niclasen B. HBSC Greenland. *Data fra Skolebørnsundersøgelsen 2018*. Statens Institut for Folkesundhed, 2019.
12. Ingemann C. & Larsen CVL. *Midtvejsevaluering af Inuuneritta II*. Statens Institut for Folkesundhed, 2017.
13. Grønlands Center for Sundhedsforskning. <https://da.uni.gl/forskning/groenlands-center-for-sundhedsforskning.aspx>
14. Grønlandsmedicinsk Selskab. <https://gmsnet.dk/>
15. International Union for Circumpolar Health. <https://iuch.net/>
16. <https://www.uarctic.org/>
17. <http://circhnet.org/>