



Aqqaluaq B. Egede
Medlem af Inatsisartut, Inuit Ataqatigiit

13-07-2020
Sags nr. 2020 - 11214
Akt nr. 14116873

Besvarelse af §37 spørgsmål om Sundhedsvæsenet 103/2020

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

Email: pn@nanog.gl
www.naalakkersuisut.gl

Kære Aqqaluaq B. Egede

Tak for dine spørgsmål vedr. Sundhedsvæsenet, som du har stillet i henhold til Inatsisartuts forretningsorden. Nedenstående vil spørgsmålene samt besvarelse af disse blive præsenteret.

Du har i henhold til § 37 stk. 1 i Forretningsordenen for Inatsisartut fremsat følgende spørgsmål til Naalakkersuisut. Dine spørgsmål er henvist til min besvarelse.

- 1. Vil Naalakkersuisut sikre at forbedre lægebemandingerne i byer uden for hovedbyerne Narsaq, Nanortalik, Paamiut, Maniitsoq, Ittoqqortoormiit, Qasigiannuguit, Qeqertarsuaq, Upernavik og Uummannaq m.v., i stedet for besparelser?**

Naalakkersuisut har ikke foretaget besparelser på lægebemandingen. Rekruttering og fastholdelse af fagpersonale med rette kompetencer er svært udfordret i hele norden.

Mangel på sundhedsfagligt personale har i en længere årrække været et stort problem i vores land. Ikke kun for læger men også for øvrige sundhedsfaglige grupper, herunder sygeplejersker, sundhedsassistenter, bygdesundhedsarbejdere, tandlæger, klinikassistenter og tandplejere m.v.

Der arbejdes løbende på at sikre den sundhedsfaglige bemanning, også på lægesiden. Blandt andet igennem udviklingen af IT-løsninger, således at der kan sikres et fortsat højt kvalitetsniveau i den sundhedsfaglige betjening, i de steder hvor det kan være vanskeligt at rekruttere til. Der arbejdes ligeledes på at etablere flere rotationsordninger med danske hospitaler, hvilket skal afhjælpe rekrutteringsudfordringerne særligt på sygeplejerske og lægesiden.

Jeg ser samtidigt frem til at Sundhedskommissionen kommer i gang med sit arbejde. Rekruttering og fastholdelse af personale samt samarbejde med Danmark og udlandet er nogle af emnerne der skal belyses. Anbefalingerne derfra skal udgøre Inatsisartuts politiske grundlag for en sundhedsreform.

2. Kan Naalakkersuisut bekræfte at man arbejder for, at man i de førnævnte byer vil forbedre akutberedskabet i form af narkose- og behandlingsteams i sundhedsvæsenet?

Der arbejdes ikke på at udvide vagtberedskabet til at omfatte anæstesisygeplejersker i de førnævnte sundhedscentre.

3. Da man forud for reformarbejdet for sundhedsvæsenet nedlagde lægenormeringer i byer og flyttede lægenormeringerne til regionshovedstæderne, hvor lægebehandling og akutberedskab bliver foretaget, hvor meget har man brugt på patienttransport i årene 2008 - 2019?

Nedenstående tabel viser Sundhedsvæsenets udgifter til patienttransporter i regnskabsårene 2009 – 2019. Patienttransporter dækker over alle patientrejser internt i Grønland og til/fra Danmark. Tallene dækker derimod ikke evakueringer.

Regnskabsår	Mio. kr.
2009	5.856
2010	6.089
2011	5.360
2012	6.389
2013	6.378
2014	7.530
2015	9.709
2016	9.546
2017	8.802
2018	9.354
2019	8.926

4. Hvordan vil Naalakkersuisut øge akutberedskabet og den borgernære behandling i samfundet?

Sundhedsvæsenet har ikke planer om at øge vagtberedskaberne. Det er uklart hvad der mere præcist menes med "borgernære behandlinger i samfundet". Sundhedscentrene varetager allerede i dag forebyggende borgernære sundhedsydelse som for eksempel børneundersøgelser, livsstilskontroller, vaccinationer, svangre omsorg osv.

5. Såfremt læger ønsker ansættelse i mindre byer, såsom Narsaq; vil Naalakkersuisut give mulighed for lægebemanding?

Sundhedsvæsenet tager konkret stilling til den enkelte læges kompetencer, faglighed og erfaring. Hvis lægen matcher en ledig stilling ansættes vedkommende. Der ansættes fortsat læger i Sundhedscentre, der er for eksempel en fastansat læge i Narsaq.

6. Hvor mange personer fra mindre steder er døde under patienttransport til regionshovedstæderne?

Sundhedsvæsenet kan ikke opgøre, hvor mange som dør under fly- og skibstransport, da patienter ikke erklæres døde under rejse, men når de tilses og erklæres død af en læge.

7. Hvor mange personer er døde som følge af, at der ikke finder akutbehandling sted i de mindre byer?

Der er konstateret forskel imellem den grønlandske og danske version af spørgsmålene. For begge spørgsmål gælder følgende svar: Generelt gælder det for alle sundhedscentre, at personalet kan foretage akut nødbehandling og stabilisering af akutte patienter. Personalet kan få rådgivning af læger fra Dronning Ingrid's Hospital (DIH). Hvis det vurderes nødvendigt, sendes et evakueringshold fra DIH. De store afstande betyder, at avanceret hjælp kan være 2 - 12 timer undervejs alt efter vejrforhold og afstand.

8. Mener Naalakkersuisut at man har haft besparelsesgevinster ved at lægestillingerne i de mindre byer er nedlagt? Hvis ja; dokumentation udbedes.

Der er fortsat læger i langt de fleste sundhedscentre, men rekrutteringen er vanskelig.

I forbindelse med regionaliseringen af Sundhedsvæsenet blev enkelte lægestillinger i Sundhedscentre overført til regionssygehuse eks. Kangaatsiaq til Aasiaat. Der var dog ikke tale om besparelser, da stillingerne ikke blev nedlagt.

9. Vil Naalakkersuisut modsige mig, hvis jeg siger, at de besparelser som følge af nedlæggelsen af lægenormeringer på mange steder har afstedkommet merudgifter til patienttransport?

Regionaliseringen af Sundhedsvæsenet har medførte en stigning i patientrejser, da flere specialiserede sundhedsydelse blev flyttet til regionssygehuse og DIH, idet det er svært at opretholde disse tilbud de små steder. Udgifterne til patientrejser vil formodentligt fortsætte med at stige, idet læger i dag er mere specialiserede end tidligere. Det betyder, at mange undersøgelser og behandlinger alene tilbydes på DIH eller i Danmark, udført af speciallæger. Derudover har Sundhedsvæsenet løbende udvidet sit behandlingstilbud og dermed antallet af patienter som transporteres til behandling.

10. Hvorfor arbejder Naalakkersuisut ikke for, at der etableres bedre borgernære behandlinger i de små steder samt akutbehandlinger, akutte operationer af akutte patienter?

Sundhedsvæsenet har store rekrutteringsudfordringer på alt sundhedsfagligt personale, herunder anæsthesisygeplejersker, læger med kirurgiske kompetencer, bioanalytikere m.v., som er nødvendige for at kunne tilbyde akutte operationer. Det er allerede i dag en udfordring at rekruttere dette personale til regionssygehusene og til tider også på DIH, og det er mere udfordrende at rekruttere til sundhedscentrene. Det vil heller ikke være muligt inden for den nuværende økonomiske ramme, da det vil kræve store økonomiske omkostninger til personale, vedligehold til udstyr og kompetencer samt faciliteter m.v.

Højt specialiseret personale såsom anæsthesisygeplejersker er derudover svære at rekruttere pga. det lille patientgrundlag i regionerne. Det begrænsede patientgrundlag betyder, at anæsthesisygeplejerskerne ikke kan vedligeholde deres kompetencer. Det er i forvejen et problem på regionssygehusene i dag, da anæsthesisygeplejerskerne en stor del af tiden arbejder som almindelige sygeplejersker på sengeafdelingerne. Dette er ikke attraktivt for anæsthesisygeplejerskerne, da de ikke kan udvikle sig fagligt og ikke kan arbejde med det speciale, de har valgt at uddanne sig til. Mange små steder er udfordringen at med det lille patientgrundlag (lille befolkning), er svært at fastholde deres faglige hånddelag samt kompetencer. For at anæsthesisygeplejersker skal kunne beholde deres kompetencer, er det en nødvendighed med fastholdelse af rutiner af arbejdsopgaver.

Inussiarnersumik inuulluaqqusillunga

Med venlig hilsen



Anna Wangenheim