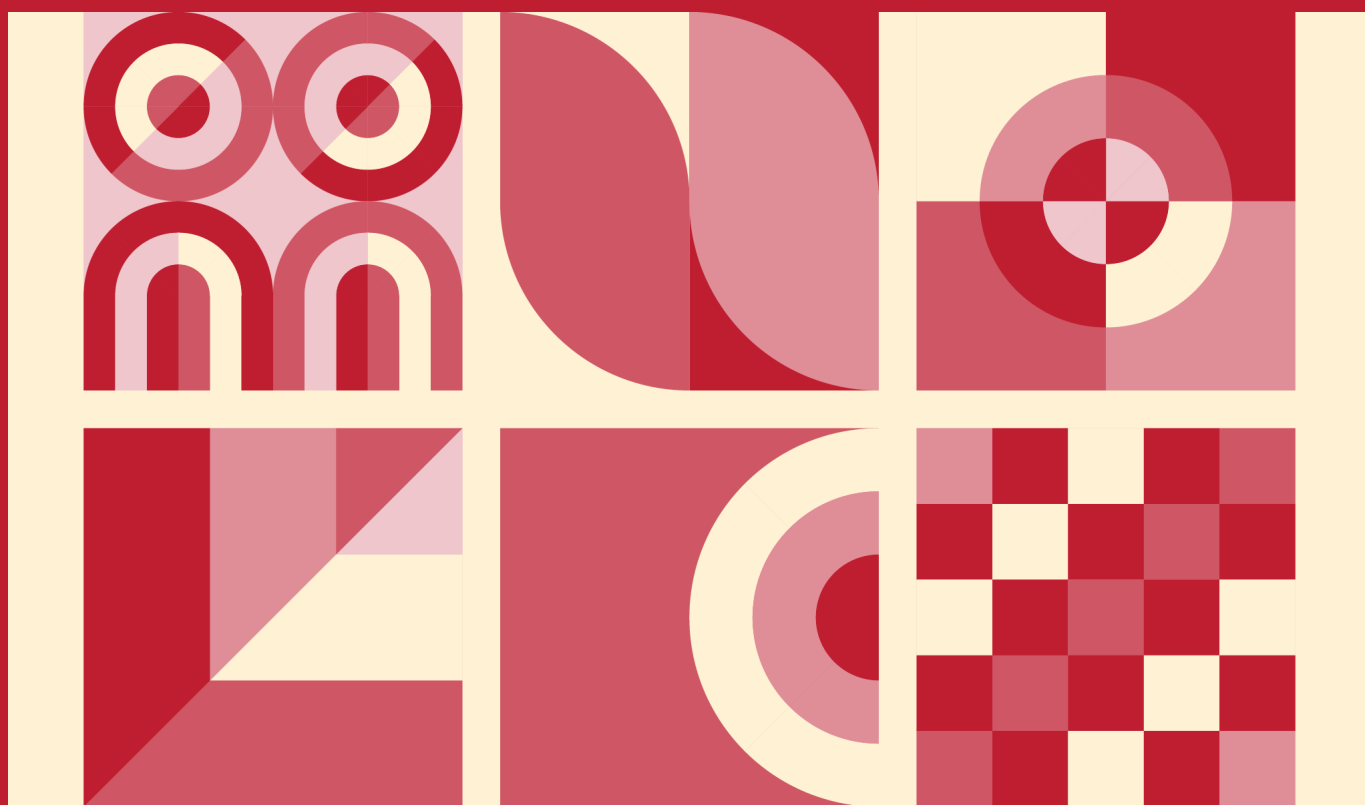


# Psykiatri i Grønland

Primære udfordringer og bud på løsninger



*Psykiatri i Grønland*  
*– Primære udfordringer og bud på løsninger*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-353-6

Projekt: 302565

Finansiering: Departementet for Sundhed, Grønland

**VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



## Forord

I Grønland er der en stigende efterspørgsel efter psykiatrisk udredning og behandling. Samtidig er både sundhedsvæsenet og kommunale tilbud til borgere med psykiske lidelser præget af manglende kapacitet og personaleressourcer.

Denne undersøgelse er en forlængelse af de udfordringer og anbefalinger, som i 2023 blev beskrevet i en betænkning fra en nedsat Sundhedskommission. Ud over at beskrive eksisterende oplevede udfordringer har undersøgelsen også haft til formål at beskrive en række mulige løsninger på de oplevede udfordringer.

VIVE ønsker at takke de interviewpersoner, som har indgået i undersøgelsen og fortalt om deres perspektiv på udfordringer og løsninger i det psykiatriske felt i Grønland. Desuden tak til de to eksterne reviewere, som har bidraget med kommentarer til en tidligere version af rapporten.

Rapportens målgrupper er politikere, ledere og administration knyttet til det grønlandske sundhedsvæsen og kommuner.

Analysen er rekvireret og finansieret af Departementet for Sundhed/Naalakkersuisut i Grønland.

*Sanne Schioldann Haase*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
Afrapportering	10
1 Indledning	11
1.1 Formål	12
1.2 Læsevejledning	12
2 Organisering, kapacitet og fysiske rammer	15
2.1 Psykiatrisk Område	15
2.2 Psykiatri i sundhedsregionerne	21
2.3 Tilbud til retspsykiatriske patienter	22
2.4 Socialstyrelsens specialiserede døgntilbud, Sungiusarfik Aaqa	23
2.5 Kommunale tilbud	24
3 Oplevede udfordringer	27
3.1 Psykiatrisk Områdes perspektiv	27
3.2 Sundhedsregionernes perspektiv	30
3.3 Det kommunale perspektiv	31
3.4 Udfordringer relateret til retspsykiatriske patienter	34
4 Løsningsforslag	37
4.1 Tværgående samarbejde	39
4.2 Personaleressourcer og kompetenceudvikling	40
4.3 Organisering og tilbud	43
5 Konklusion	47
Dokumentation	49
6 Metode	50
6.1 Interviews med aktører på det psykiatriske felt	50
6.2 Faktuelt overblik over aktuelle tilbud	52
6.3 Litteraturgennemgang	55
Litteratur	56

# Hovedresultater

Psykiatrien i Grønland udgør en vigtig, men udfordret del af sundhedsvæsenet. Det er bl.a. beskrevet, hvordan området er udfordret af kapacitets- og personaleudfordringer, lang ventetid på udredning og behandling, udfordringer i det tværsektorielle samarbejde mellem fx den specialiserede psykiatri og det kommunale socialområde samt manglende udslusnings- og rehabiliteringstilbud, hvilket bl.a. medvirker til, at færdigbehandlede patienter unødigt optager sengepladser.

## Aktører på det psykiatriske felt i Grønland

**Psykiatrisk Område:** varetager specialiseret behandling af borgere med de sværeste psykiske lidelser, både ambulante tilbud og sengeafsnit.

**Sundhedsregionerne:** varetager udredning og henvisning af borgere med mistanke om psykiske lidelser, opfølgning på medicinsk behandling for ikke-indlæggelseskrævende patienter og akutte indlæggelser.

**Kommunerne:** varetager borgere med psykiske lidelser, som har behov for bostøtte eller forskellige former for botilbud.

**Socialstyrelsen:** driver et døgntilbud jf. Inatsisartutlov om støtte til personer med handicap.

**Kriminalforsorgen:** varetager tilsyn med behandlingsdømte borgere, som befinder sig i både Grønland og Danmark.

**Afdeling R3/Aarhus Universitetshospital:** driver en retspsykiatrisk afdeling for grønlandske borgere.

Formålet med undersøgelsen er at beskrive de største udfordringer og behov på det psykiatriske område samt pege på løsningsforslag, der kan arbejdes videre med i en kommende udviklingsplan for det psykiatriske område. Konkret søges svar på følgende delspørgsmål:

- Hvad er de primære udfordringer relateret til de enkelte aktørers opgavevaretagelse, herunder i den specialiserede psykiatri, kommuner og blandt andre involverede aktører?
- Hvilke relevante forbedringsforslag relateret til de identificerede udfordringer kan identificeres?

De væsentligste fund i denne undersøgelse fremgår i det følgende.

### **Manglen på specialiserede kompetencer udfordrer i alle sektorer**

Undersøgelsen viser, hvordan alle sektorer er udfordret af mangel på personale og/eller tilstrækkeligt specialiserede kompetencer blandt flere personalegrupper.

I Psykiatrisk Område er det særligt manglen på speciallæger, som er en udfordring. På daglig basis udfordrer det ledelsen for Psykiatrisk Område, som bruger meget tid på at få vagtplanerne til at hænge sammen og efterspørger mere tid til faglig og strategisk ledelse. Derudover udfordrer det muligheden for at opbygge et stabilt fagligt niveau. Blandt andre faggrupper er det ikke lige så udfordrende at skaffe relevant arbejdskraft, men meget af personalet i Psykiatrisk Område er ansat på korttidskontrakter, og der er således løbende udskiftning af personale og behov for løbende introduktion af nyt personale.

I relation til kommunernes tilbud til borgere med psykiatriske lidelser er der også udfordringer med stor personaleudskiftning, samtidig med at en stor del af personalet er ufaglært. Der er udtalt mangel på specialiseret viden om håndteringen af borgere med psykiske lidelser, hvilket opleves som udfordrende både i kommunerne selv og i Psykiatrisk Område. Den hyppige personaleudskiftning tilskrives bl.a., at det føles utrygt at arbejde på det psykiatriske felt uden forudsætninger herfor. Der er desuden en oplevelse af, at personalet i kommunerne ikke i tilstrækkelig grad er i stand til at forebygge sygdomsprogression hos de borgere, som bliver udskrevet fra Psykiatrisk Område.

Kriminalforsorgen efterspørger mere specialiserede kompetencer i sundhedsregionerne, hvor den distriktpsychiatriske funktion varetages af en udpeget psykiatrisk nøgleperson – ofte en sygeplejerske eller sundhedsassistent uden specielle psykiatriske kompetencer og med mange andre ansvarsområder. Desuden opleves en udtalt mangel på en fast retspsykiater.

### **Kapacitet udfordrer flowet mellem sektorer**

En anden primær udfordring er, at der i alle sektorer beskrives mangel på kapacitet i de eksisterende tilbud. Det gælder både Psykiatrisk Område, kommunale botilbud, Socialstyrelsens botilbud og afdeling R3/Aarhus Universitetshospital. Konsekvensen er bl.a., at nogle borgere er indlagt meget længe i Psykiatrisk Område og afdeling R3/Aarhus Universitetshospital og dermed tager pladsen for andre med behov for indlæggelse. Kommunerne beretter også om utilstrækkelig kapacitet i de eksisterende botilbud, som betyder, at de ikke kan tilbyde relevante botilbud til borgere, der skal udskrives fra Psykiatrisk Område, i det tempo, som forventes herfra. Til borgere, der udskrives, og borgere

på venteliste må der sættes andre midlertidige og knap så optimale tiltag i værk, fx bostøtte.

### **Behov for forventningsafstemning og klarhed om arbejdsdeling**

Undersøgelsen peger også på, at der er uklare aftaler mellem Psykiatrisk Område, sundhedsregionerne og kommunerne om arbejdsgange og koordinering vedrørende udredning af børn med symptomer på psykisk mistrivsel.

Der er generelt også behov for en tydelig afklaring af, hvilke patientgrupper der skal varetages i Psykiatrisk Område, og hvilke borgere som må varetages i sundhedsregionerne og i kommunerne, og om nogle udredningsforløb kan varetages af andre faggrupper end psykiaterne.

### **Løsningsforslag**

Undersøgelsen giver anledning til at fremhæve en række løsningsforslag knyttet til hver af de ovenfor nævnte udfordringer. Disse løsningsforslag fremgår i nedenstående tabel. Her er tale om løsningsforslag, hvoraf nogle vil kunne realiseres på relativt kort sigt og andre på længere sigt. Det fremgår desuden, at løsningsforslag ikke bare skal findes inden for Psykiatrisk Område eller sundhedsvæsenet i bredere forstand, men at der også er behov for at se på kommunernes rolle på det psykiatriske felt og udviklingsmuligheder her samt uddannelsesstedernes mulighed for at bidrage til den specialiserede viden i kommunerne.

Denne undersøgelse og de foreslåede løsninger skal ses som et oplæg til videre politisk og faglig debat om udviklingen af det psykiatriske felt i Grønland. Løsningsforslagene er opsummeret i tabellen nedenfor.

## Identificerede løsningsforslag

<b>Tværgående samarbejde</b>	<p>Udarbejdelse af klare opgave- og ansvarsbeskrivelser i forhold til de involverede aktørers målgrupper, opgaver og indbyrdes samarbejde.</p> <p>Aftaler om patientforløb og opgavefordeling i udredningsforløb, herunder muligheden for udredning af borgere med mistanke om udvalgte diagnoser på mindre specialiseret niveau.</p>
<b>Personaleressourcer og kompetenceudvikling</b>	<p>Fast tilknytning til dansk psykiatrisk afdeling med henblik på fast sparring til både ledelse og personale i Psykiatrisk Område.</p> <p>Løbende uddannelse knyttet til botilbud.</p> <p>Fokus på specialområdet på pædagoguddannelsen.</p> <p>Styrket fagligt miljø med fokus på fastholdelse af psykiatere.</p>
<b>Organisering og tilbud</b>	<p>Flere pladser på kommunale botilbud/Socialstyrelsens botilbud.</p> <p>Udvidelse af pladser i afdeling R3/Aarhus Universitetshospital for retspsykiatriske patienter.</p> <p>Tilbud med mulighed for tæt samarbejde mellem sundhedsvæsen og botilbud eller mellem almene plejehjem og plejehjem for ældre borgere med psykiatriske lidelser.</p> <p>Flere tilbud rettet mod børn og unge, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En distriktspsykiatri i alle byer, der har ansvaret for unge borgere med psykiske problemstillinger, som kan være opmærksom på symptomer og bidrage til at undgå forværring af sygdom.</li><li>- Kombinerede skole-/dagtilbud og behandlingstilbud til børn og unge med bestemte diagnoser.</li><li>- Psykoedukation til børn og deres familier.</li></ul> <p>Bedre muligheder for at dele information i forbindelse med telemedicin.</p>



## Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er en primært kvalitativ undersøgelse baseret på 15 interviews med i alt 19 aktører i det grønlandske sundhedsvæsen, kommuner og tilgrænsende sektorer, som er i berøring med borgere med psykiatriske lidelser eller symptomer.

Der er desuden gjort brug af forskellige kilder til at skabe et faktuel overblik over de eksisterende tilbud på det psykiatriske felt i Grønland, herunder skriftlige beskrivelser indhentet fra de grønlandske kommuner af aktuelle tilbud, kapacitet, bemanning, målgruppe og oplevede udfordringer. Desuden er der gjort brug af deskriptive aktivitetsdata for det Psykiatriske Område.

Endelig er der søgt litteratur, der beskriver konkrete tiltag i sammenlignelige lande, der har udviklet løsninger på sammenlignelige udfordringer og behov som i Grønland med henblik på at supplere interviewpersonernes egne forslag til løsninger.

# > Afrapportering

# 1 Indledning

Det psykiatriske område i Grønland udgør – som i mange andre lande – en vigtig, men udfordret del af sundhedsvæsenet. I Grønland er 1.400 borgere registreret som havende en psykiatrisk diagnose (Sundhedskommissionen, 2023), hvilket svarer til ca. 25 pr. 1.000 borgere. Disse borgere skal håndteres inden for en relativt begrænset kapacitet både i det grønlandske sundhedsvæsen og kommunale tilbud. Det sætter både sundhedsvæsenet – herunder Psykiatrisk Område, som varetager udredning og behandling af borgere med psykiske lidelser – og de øvrige aktører, som bidrager til udredning, behandling og rehabilitering af patienter med psykiske lidelser, under pres.

I 2020 blev der nedsat en Sundhedskommission, der i en afsluttende betænkning (Sundhedskommissionen, 2023) beskriver eksisterende forudsætninger for opgaveløsningen på det psykiatriske felt i Grønland samt grundlæggende udfordringer og desuden bidrager med en række anbefalinger til områdets udvikling. I denne betænkning fremhæves følgende udfordringer:

- At der er stor efterspørgsel efter behandlingstilbud i Psykiatrisk Område samtidig med et stort udækket behov.
- At området er præget af rekrutteringsudfordringer, særligt hvad angår speciallæger i psykiatri, og heraf følgende begrænsede ressourcer til opgavevaretagelsen og lange ventetider.
- At de begrænsede ressourcer på lægesiden desuden betyder, at de kun kan tage sig af de uafviselige patienter, og heraf følger et behov for skarp prioritering.
- At der er i nogle tilfælde er udfordringer med at få kommunerne til at påtage sig betalingsforpligtelsen, og det udfordrer muligheden for at få patienter udkrevet til kommunale tilbud (fx bosteder eller bokollektiver).
- At de fysiske rammer i Psykiatrisk Område er for små og uhensigtsmæssigt indrettet, hvilket bl.a. har konsekvenser for arbejdsmiljøet.
- At der ligeledes er kapacitetsudfordringer på den retspsykiatriske afdeling R3 på Aarhus Universitetshospital i Danmark, hvor grønlandske borgere med en retspsykiatrisk dom indlægges.
- Uklarhed om betalingsansvaret for patienter, der får afsagt en dansk behandlingsdom, og for hvem det kommunale ansvar overgår til en dansk kommune.

(Sundhedskommissionen, 2023, s. 239)

I samme betænkning fra Sundhedskommissionen efterspørges helt overordnet "... en klar og langsigtet politisk plan med tilhørende finansiering for, hvad man vil med det psykiatriske felt herunder både ift. borgere med mental mistrivsel og borgere med en psykiatrisk diagnose" (Sundhedskommissionen, 2023, s. 254). Departementet for Sundhed har derfor igangsat et arbejde med en udviklingsplan for det psykiatriske område, og denne undersøgelse skal give input til denne udviklingsplan ved at beskrive den nuværende opgavevaretagelse på det psykiatriske områder, herunder de største udfordringer samt mulige løsninger i form af organisatoriske tilpasninger. Hensigten er at kvalificere grundlaget for at udarbejde en endelig udviklingsplan for Departement for Sundhed og landets politikere.

## 1.1 Formål

Formålet med undersøgelsen er at beskrive de største udfordringer og behov på det psykiatriske område samt pege på løsningsforslag, der kan arbejdes videre med i en kommende udviklingsplan for det psykiatriske område.

Konkret søges svar på følgende delspørgsmål:

- Hvad er de primære udfordringer relateret til de enkelte aktørers opgavevaretagelse, herunder i den specialiserede psykiatri, i kommuner og blandt andre involverede aktører?
- Hvilke relevante forbedringsforslag relateret til de identificerede udfordringer kan identificeres?

## 1.2 Læsevejledning

Rapporten skal læses som en forlængelse af Sundhedskommissionens betænkning (Sundhedskommissionen, 2023) og beskriver de primære udfordringer på det psykiatriske område. Denne undersøgelse identificerer mange af de samme udfordringer, som allerede er beskrevet i Sundhedskommissionens betænkning og andre steder, men supplerer ved at beskrive løsningsforslag, der konkret knytter sig til de identificerede udfordringer.

Sammenlignet med Sundhedskommissionens betænkning er der her mindre fokus på personalestatistikker og statistikker over indlæggelser og genindlæggelser og mere fokus på arbejdsgange, samarbejdsrelationer og organisatoriske behov og udfordringer identificeret af de væsentligste aktører på det psykiatriske felt.

Rapporten er struktureret som følger:

- I kapitel 2 gives et overblik over aktører på det psykiatriske felt i Grønland, deres primære ansvarsområder, tilbud, kapacitet og personaleresourcer.
- I kapitel 3 udpeges de primære udfordringer, som er blevet beskrevet i interviews med aktører i sundhedsvæsenet, kommuner m.m.
- I kapitel 4 præsenteres en række løsningsforslag, som er blevet fremhævet af de interviewede aktører, suppleret med indsigter fra tilgængelig litteratur på området.
- Udfordringer og løsningsforslag opsummeres til sidst i undersøgelsens konklusion i kapitel 5.

Undersøgelsens metode er kort beskrevet i boks 1.1. Undersøgelsens metode er beskrevet mere detaljeret i kapitel 6.

## **Boks 1.1    Data og metode**

Undersøgelsen er baseret på følgende datakilder, som beskrives nedenfor.

### **Kontekstbeskrivelse via tilgængelige data**

Der er foretaget en afsøgning af tilgængelige data og øvrig information, som kan beskrive eksisterende tilbud i Psykiatrisk Område og kommunerne.

### **Udfordringer og løsningsforslag via interviews med involverede aktører**

Der er gennemført 15 interviews med 19 aktører involveret i varetagelsen af borgere med psykiatriske lidelser og udfordringer. Her er udvalgt aktører, som repræsenterer Psykiatrisk Område, sundhedsvæsenet generelt og forskellige typer af tilbud til borgere med psykiske lidelser, fx i kommunerne, og som kan bidrage med viden om hhv. børne- og voksenområdet.

### **Supplerende løsningsforslag via litteratur**

Med henblik på at supplere interviewpersonernes egne forslag til løsninger på de udpegede udfordringer er der desuden søgt forskningsbaseret viden om virksomme tiltag i samfund, der minder om Grønland. Der blev kun i begrænset omfang fundet litteratur, der kunne bidrage til dette formål, hvorfor denne del af undersøgelsen fylder ganske lidt.

### **Afgrænsning**

Der er ikke foretaget en afgrænsning i forhold til særlige diagnoser eller patientgrupper. De aktører, der er udvalgt til interviews, repræsenterer dog typer af indsatser med fokus på borgere med psykiske lidelser og udfordringer i en grad, hvor de har brug for hjælp og støtte fra offentlige aktører.

Der har desuden været fokus på at belyse organisering, arbejdsgange og samarbejde på det psykiatriske felt. Der er ikke foretaget selvstændige nye analyser af aktivitets- og driftsdata.

## 2 Organisering, kapacitet og fysiske rammer

I dette kapitel gives et overblik over de grundlæggende rammer for den psykiatriske indsats i Grønland. Der gives et overblik over de primære aktører på området, deres aktuelle tilbud, bemanning, målgrupper og fysiske rammer. Desuden gives et deskriptivt overblik over antallet af indlæggelser og senge-dage i Psykiatrisk Område.

Formålet med dette kapitel er at skabe overblik over de aktuelle tilbud og dermed give en ramme for de udfordringer og løsningsforslag, som fremlægges i kapitel 3 og 4. Kapitlet er baseret på indsamlet viden om organisering og aktuelle tilbud via interviews, skriftlige beskrivelser af den aktuelle organisering, aktivitetsdata vedr. Psykiatrisk Område samt skriftlige tilbagemeldinger fra fem kommuner.

### 2.1 Psykiatrisk Område

Sundhedsvæsenets tilbud dækker både Psykiatrisk Område og de indsatser, som varetages af det regionale sundhedsvæsen på regionssygehuse.

#### Afsnit og organisering

Den specialiserede psykiatriske behandling varetages af Psykiatrisk Område beliggende på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk og inkluderer et sengesnit med 12 senge (afdeling A1), psykiatrisk ambulatorium og distriktpsychiatri:

- **Afdeling A1 (i det følgende: A1)** er et åbent, akut modtageafsnit med ansvar for patienter fra hele Grønland i alle aldersgrupper, herunder også retspsykiatriske patienter. Patienter indlægges til udredning, behandling og stabilisering.
- **Psykiatrisk ambulatorium** varetager udredning, behandling og opfølgning på behandling og kontrol. Langt de fleste patienter knyttet til Psykiatrisk Område er knyttet til ambulatoriet. Fra psykiatrisk ambulatorium går der desuden ugentlig stuegang på Socialstyrelsens døgntilbud, Sungiusarfik Aaqa (se afsnit 2.4).

- **Distriktpsychiatrien (Nuuk)/Ikaarsaarfik** tager sig af borgere, som er bosat i Nuuk, med svære psykiske lidelser. Herunder hører medicinadministration, samtaler, hjemmebesøg, psykoedukation og behandlingsopfølgning.

Desuden rummer Psykiatrisk Område psykiatrisk terapi, som er et rehabiliterende tilbud til både indlagte og ambulante patienter. Målet er at fastholde, forbedre eller generhverve evnen til at udføre hverdagsaktiviteter samt forbedre patienter og pårørendes forståelse for egen sygdom og behandling (Sundhedskommissionen, 2023).

### **Målgruppe**

Psykiatrisk Område varetager borgere med de sværeste psykiske lidelser, herunder skizofreni eller anden psykotisk lidelse og bipolare lidelser samt borgere med misbrug og selvmordsforsøg. De retspsykiatriske patienter, der afventer relevant bosted, fx på Sungiusarfik Aaqa (se afsnit 2.4), optager også sengene i A1 og ofte i meget lange perioder, og områdeledelsen for Psykiatrisk Område beskriver, hvordan der oftest er overbelægning på sengeafdelingen. Der er derfor brug for daglig prioritering af, hvem der er dårligst, og hvem der kan udskrives, også selvom der ikke er etableret opfølgende tilbud i kommunerne eller andre steder. Det beskrives i flere interviews og også i Sundhedskommissionens betænkning (Sundhedskommissionen, 2023), at der i de seneste år er opstået et stigende pres på udredning af voksne borgere for fx ADHD. Det er en ny gruppe patienter, som skal håndteres i ambulatoriet, og det er aktuelt en ledelsesmæssig opgave at få organiseret og prioriteret denne opgave på en måde, så det ikke går ud over de patientgrupper, som er mindre opsøgende.

### **Personale og kompetencer**

Psykiatrisk Område er præget af personalemangel og hyppig personaleudskiftning, hvilket i interviewene eksempelvis er beskrevet på følgende måder:

- Ingen fastansatte læger ud over den ledende overlæge i afdelingen
- Syv nye læger, to nye psykologer og udskiftning af en større gruppe af plejepersonalet inden for en enkelt måned
- Halvdelen af personalegruppen i A1 er korttidsansatte
- To faste sygeplejerske ud af 10-12 stillinger.

I denne undersøgelse er der ikke indhentet nye data om personaleudskiftning, men ovenstående beskrivelser af personalesituationen på interviewtidspunktet spejler den situation, som også er beskrevet i Sundhedskommissionens betænkning fra 2023 (Sundhedskommissionen, 2023):



- 28-42 lægeansættelser pr. år
- 5 nye psykologer i 2022
- 2-4 nye sygeplejersker hver 4. måned
- Kortidsansatte vikarer blandt især læger, sygeplejersker og psykologer.

Der er desuden udfordringer med at tiltrække og fastholde psykiatere både på voksenområdet og børne- og ungeområdet. Der er en samarbejdsaftale med Region Hovedstadens børne- og ungdomspsykiatri, som ifølge områdeledelsen for Psykiatrisk Område primært består af ugentlig sparring, og som sender børne- og ungepsykiatere til Grønland et par gange om året med henblik på udredning af børn på kysterne.

### 2.1.1 Deskriptivt overblik over nøgletal på Psykiatrisk Område

I dette afsnit vil vi give et overblik over tilgængelige nøgletal for det psykiatriske område med udgangspunkt i eksisterende skriftlige opgørelser suppleret med nøgletal fra 2022<sup>1</sup>.

Ifølge opgørelser fra 2022 har ca. 1.400 grønlandske borgere en psykiatrisk diagnose, hvoraf ca. 1.225 patienter er i et aktivt forløb i Psykiatrisk Område (Sundhedskommissionen, 2023), dvs. indlagt, i et ambulante forløb eller følges af distriktspsykiatrien. Ca. 100 patienter er retspsykiatriske patienter med en dom, hvoraf nogle er indlagt på Afdeling R3, Aarhus Universitetshospital (se afsnit 2.3), nogle på A1, og nogle befinder sig på forskellige bosteder og indgår dermed i ambulante forløb.

#### Indlæggelser og genindlæggelser

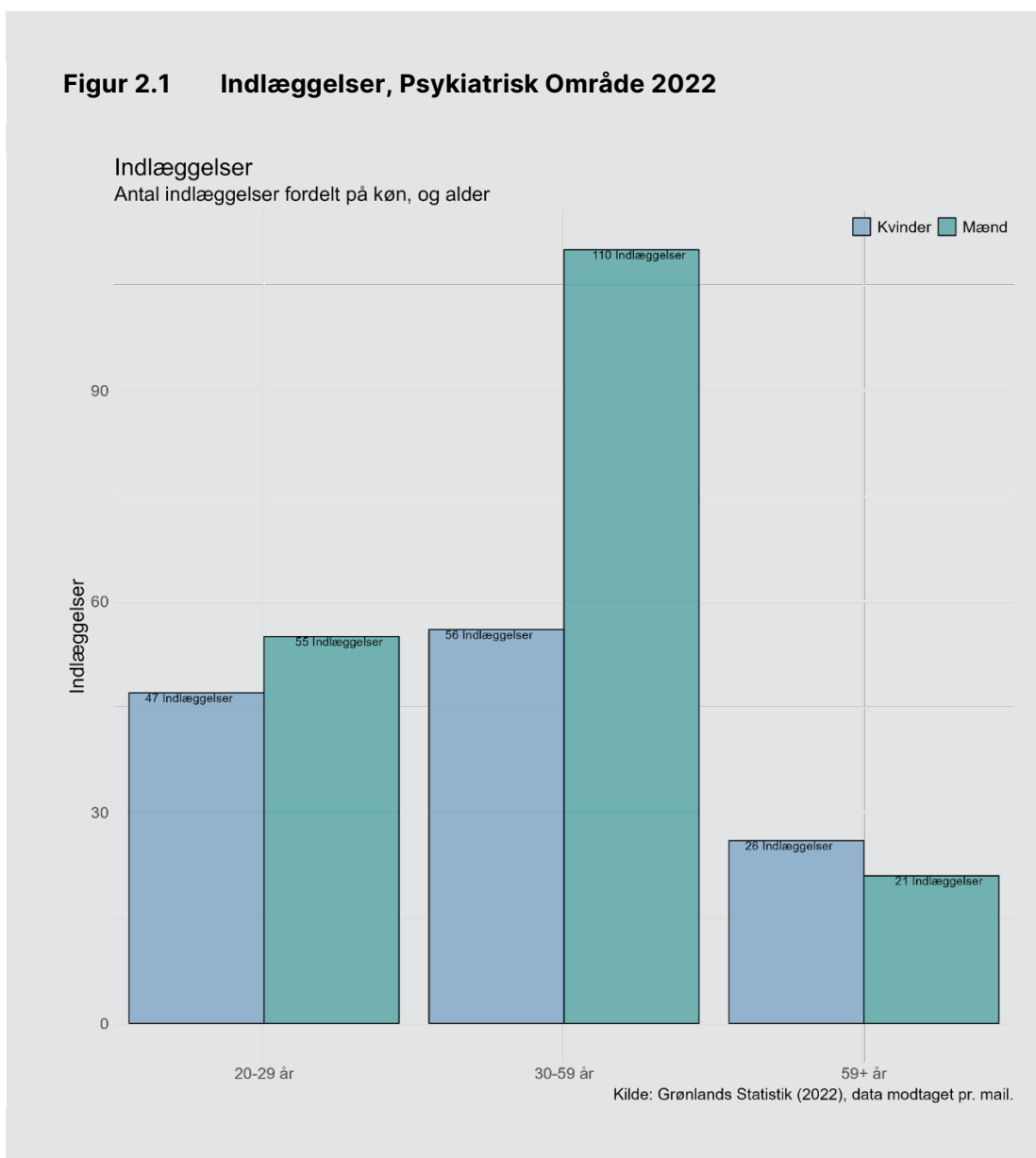
Tidligere opgørelser viser en vækst i antallet af indlæggelser i Psykiatrisk Område fra 247 indlæggelser i 2017 til 342 antal indlæggelser i 2021. I 2022 ses dog et lille fald til 315 indlæggelser for borgere over 20 år i gennemsnit, hvoraf 59 er genindlæggelser svarende til 20 % af indlæggelserne.

På nær i aldersgruppen 59+ år indlægges der flere mænd end kvinder (se figur 2.1). Forskellen er udtalt i aldersgruppen 30-59 år, hvor der forekommer dobbelt så mange indlæggelser blandt mænd. Blandt unge i alderen 20-29 år er kønsforskellen mindre udtalt. Samme mønster gentager sig i forhold til genindlæggelser, hvor der blandt mænd i alle aldersgrupper, på nær 59+ år, ses flere

---

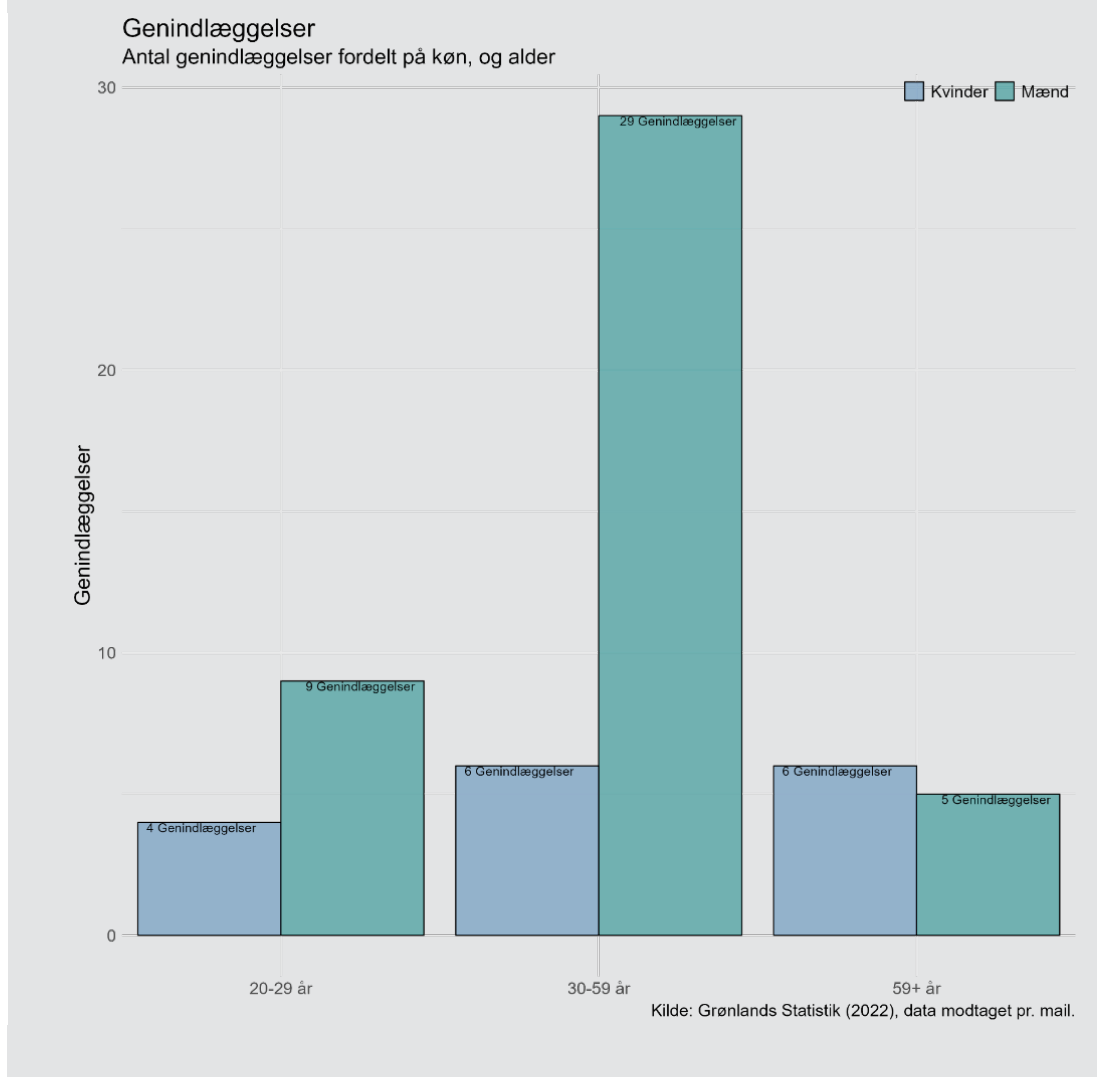
<sup>1</sup> Data er blevet leveret af Grønlands Statistik i aggregeret form og inkluderer aldersfordeling i 10-årsintervaller, kønsfordeling, indlæggelser, genindlæggelser og sengedage

genindlæggelser blandt mænd end blandt kvinder (se figur 2.2). Det skal bemærkes, at der her præsenteres absolutte tal, der ikke siger noget om, hvorvidt disse tal også afspejler sig i den relative fordeling på befolkningsniveau.



Kilde: VIVE på baggrund af aggregerede data leveret af Grønlands Statistik, 2023.

**Figur 2.2 Genindlæggelser, Psykiatrisk Område 2022**



Kilde: VIVE på baggrund af aggregerede data leveret af Grønlands Statistik, 2023.

Der foreligger ingen data omkring fordelingen af indlæggelser på forskellige diagnoser. Her kan vi kun forholde os til områdeledelsens beskrivelser af de primære patientgrupper knyttet til Psykiatrisk Område, dvs. skizofreni eller anden psykotisk lidelse og bipolare lidelser samt borgere med misbrug og selvmordsforsøg (se afsnit 2.1).

### Sengedage

For alle aldersgrupper, på nær i aldersgruppen 59+ år, har mændene flest sengedage (data ikke vist). Dette afspejler sig også i den gennemsnitlige indlæggelsestid, hvor der her også er en udtalt køns- og aldersforskel (data ikke

vist). Mænd med en diagnose, der kræver indlæggelse, har over 3 ugers sengedage i gennemsnit, mens det for kvinder er omkring 1 uge i gennemsnit. Det er ikke muligt at belyse, hvorvidt sengedagene afspejler fx diagnoseforskelle eller andre forhold.

### Ambulante kontakter

Der har været 11.637 ambulante kontakter i Psykiatrisk Område i 2022 (se tabel 2.1). Heraf er 1.103 ambulante kontakter for børn og unge. Dette er et fald sammenlignet med årene 2020-2021, men fortsat flere samlede kontakter end i årene 2017-2019. For børn og unge er antallet af ambulante kontakter i ambulatoriet på Dronning Ingrid's Hospital i 2022 svarende til niveauet i 2017. Til gengæld ses en stigning for ambulante kontakter for børn og unge i sundhedsregionerne i alle år på nær 2020. For voksne drives faldet af ambulante kontakter både af kontakter i ambulatoriet på Dronning Ingrid's Hospital og i regionerne – dog svarer antallet af ambulante kontakter i ambulatoriet på Dronning Ingrid's Hospital til niveauet i 2020.

**Tabel 2.1 Ambulante kontakter, Psykiatrisk område og regionerne 2017-2022**

		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ambulant aktivitet, total		9.041	10.348	9.690	12.731	13.823	11.637
Ambulant aktivitet, børn og unge	Total	1.103	1.476	1.467	2.328	1.396	1.103
	Dronning Ingrid's Hospital	1.081	1.436	1.412	2.147	1.326	1.003
	Regioner	22	40	55	181	70	100
Ambulant aktivitet, voksne	Total	7.938	8.872	8.223	10.403	12.427	10.534
	Dronning Ingrid's Hospital	7.877	8.718	7.862	9.716	11.296	9.811
	Regioner	61	154	361	687	1.131	723

Kilde: Sundhedskommissionen (2023) og aggregerede data leveret af Grønlands Statistik for 2022-data.

Det generelle fald i ambulante kontakter harmonerer ikke umiddelbart med den generelle oplevelse i de gennemførte interviews af, at der opleves en øget efterspørgsel efter bl.a. udredning på det psykiatriske felt. Faldet kan dække over udsving i tilgængelige lægerressourcer, eller hvor mange kontakter hver enkelt patient tilbydes. Denne undersøgelse kan dog ikke bidrage med konkrete forklaringer på dette fald.

## 2.2 Psykiatri i sundhedsregionerne

Det psykiatriske tilbud uden for Nuuk er forankret i sundhedsregionerne.

### Målgruppe

Ifølge en regionslæge ser de her hele spektret af borgere med psykiske lidelser, dvs. alt fra forældre, der henvender sig med bekymring for deres barns mentale udvikling, til angst og depression til patienter med psykotiske lidelser. I sundhedsregionerne foretages der udredning og henvisning af borgere med psykiske lidelser, og dertil kommer varetagelsen af allerede diagnosticerede borgere, herunder opfølgning på den medicinske behandling. Endelig har regionssygehusene og sundhedscentrene mulighed for at indlægge borgere med psykiatriske lidelser i den akutte fase, hvorefter det skal vurderes, om de skal viderehenvises til A1.

### Personale og kompetencer

Den distriktskykiatriske funktion uden for Nuuk for borgere med svære psykiatriske lidelser, som ikke er indlagt, skal varetages af en udpeget psykiatrisk nøgleperson. Denne nøgleperson skal bl.a. have en opsøgende rolle i forhold til de tilknyttede borgere og sikre, at de følger deres behandling, og være med til at vurdere, om der skal justeres i behandlingen. I flere interviews fremgår det dog, at udpegelsen af psykiatriske nøglepersoner ikke fungerer optimalt. Ofte er denne funktion uddelegeret til en sygeplejerske eller sundhedsassistent uden psykiatriske kompetencer og med mange andre ansvarsområder. En regionslæge beskrev dog, at den opsøgende rolle i forhold til borgere, som ikke dukker op til medicinudlevering, i områder med relativt lille indbyggertal ikke nødvendigvis kræver en udpeget nøgleperson. Her udnytter man bl.a., hvis der er en løbende kontakt med patient og sygehus, til at følge op på patientens tilstand og behov for justering i den medicinske behandling.

Fra Psykiatrisk Område sendes der årligt psykiatere til sundhedsregionerne med henblik på udredning og behandlingsopfølgning. Der er desuden mulighed for at gøre brug af forskellige telemedicinske tilbud fra Psykiatrisk Område, herunder fx udredende samtaler, akutte vurderinger og behandlingsopfølgning samt telekonferencer om indlagte patienter og patienter, der skal udskrives fra A1. Sidstnævnte involverer også pårørende, kommunen og evt. Kriminalforsorgen.

## 2.3 Tilbud til retspsykiatriske patienter

Retspsykiatriske patienter håndteres ambulantly i Psykiatrisk Område, og ved dom til indlæggelse i lukket psykiatrisk afdeling indlægges patienter i Danmark. Det grønlandske sundhedsvæsen har et samarbejde med Region Midtjylland i Danmark, som driver en retspsykiatrisk afdeling med 16 sengepladser – Afdeling R3 - for grønlandske borgere med dom til anbringelse. Patienter henvises af Psykiatrisk Område og omfatter følgende (Sundhedskommissionen, 2023):

- Retspsykiatriske patienter med dom til anbringelse (A-dom) og behandling (B-dom)
- Borgere med forvaringsdomme, som under afsoning udvikler psykiatriske lidelser
- Patienter i surrogat varetægtsfængsling med henblik på mentalobservation
- Patienter, der overflyttes på farlighedsindikation.

Afdeling R3 skal således både kunne rumme borgere, der er indlagt på ubestemt tid pga. deres dom, og borgere, som skal have plads akut, fordi de udvikler psykiatrisk sygdom under forvaring og derfor har krav på psykiatrisk behandling. Ifølge oversygeplejersken fra afdeling R3 var det ved interviewtidspunktet 4 ud af de 16 pladser, som var optaget på ubestemt tid, og der var 4-5 borgere på venteliste til en plads, hvoraf nogle befandt sig på afdeling A1, nogle på anstalten i Grønland og nogle på almindelige psykiatriske afdelinger i Danmark.

For behandlingsdømte skal der ved udskrivelse lægges en plan for, hvad der skal ske efter udskrivelse. Det kan være indlæggelse på A1 eller et botilbud, fx Socialstyrelsens specialiserede døgntilbud, Sungiusarfik Aaqa (se afsnit 2.4), et kommunalt botilbud i Grønland eller et kommunalt botilbud i Danmark. Eftersom der også er begrænset plads og ventelister til disse tilbud, er der ifølge den ledende oversygeplejerske fra afdeling R3 lange indlæggelsesforløb også for de behandlingsdømte borgere, fordi der ikke er fundet et relevant tilbud til dem.

Afdeling R3 er bemandede med dansk personale eller grønlandsk personale bosat i Danmark. Psykiatrisk Område og Afdeling R3 afholder løbende videokonferencer med fokus på at gennemgå indlagte patienter.

Ud over Afdeling R3, Psykiatrisk Område og diverse botilbud er Kriminalforsorgen også involveret i de retspsykiatriske patienters forløb. Kriminalforsorgen har tilsynet med de (grønlandsk) dømte borgere, som både befinder sig i Grønland

og Danmark, herunder at behandlingsplanen, evt. misbrugsbehandling og øvrige betingelser i dommen bliver fulgt. Kriminalforsorgen har både medarbejdere, som befinder sig fast eller rejser til forskellige steder på kysten.

## **2.4 Socialstyrelsens specialiserede døgntilbud, Sungiusarfik Aaqa**

Socialstyrelsen driver et døgntilbud, Sungiusarfik Aaqa, jf. Inatsisartutlov om støtte til personer med handicap, normeret til 30 borgere med skizofreni. Ifølge Sungiusarfik Aaqa's forstander har beboerne – ud over skizofreni – også misbrug, autisme og udviklingshæmning. Heraf er ca. halvdelen behandlingsdømte patienter, som er tilknyttet Kriminalforsorgen. Sungiusarfik Aaqa består af fem afdelinger, herunder et beskyttet værksted.

### **Målgruppe**

Sungiusarfik Aaqa's målgruppe består af voksne med skizofrenidiagnose, hvoraf halvdelen af beboerne har dobbeltdiagnose.

Kommunen træffer afgørelse om anbringelse af en borger, hvorefter Socialstyrelsen visiterer borgeren til døgntilbud såsom Sungiusarfik Aaqa. Visitationen sker i dialog med døgntilbuddet. Forstanderen og andet relevant personale inddrages i vurderingen af, om borgerens behov kan imødekommes på døgntilbuddet.

Nogle beboere har boet på Sungiusarfik Aaqa i mange år, da borgerens behov kan være omfangsrigt, hvilket bevirker, at hjemkommunen er udfordret med hensyn til at tilbyde et relevant tilbud. Nogle borgere er derfor bosiddende i Sungiusarfik Aaqa i mange år, og nogle er, ifølge forstanderen, vurderet til at skulle bo der resten af deres levetid, hvilket yderligere begrænser muligheden for nye borgere for at få en plads på botilbuddet. Det betyder, at der også er en venteliste over borgere, som er henvist til Sungiusarfik Aaqa fra andre steder – fx fra A1 eller afdeling R3. På interviewtidspunktet var der fem ansøgere til en plads på Sungiusarfik Aaqa, som der ikke kunne findes plads til. Der foretages i praksis en vurdering hver 6. måned af, om beboerne på Sungiusarfik Aaqa har nået fastsatte mål, som betyder, at de kan vende tilbage til kommunerne. Jf. Inatsisartutlov om støtte til personer med handicap skal døgntilbuddet udarbejde en udviklingsplan på baggrund af den handleplan, som kommunen har udarbejdet. Hertil skal der årligt udarbejdes en statusrapport.

De borgere, som kommunerne visiterer, kan være borgere, som er indlagt på A1 eller R3. Hvis der ikke er plads i Sungiusarfik Aaqa, skal kommunen finde et egnet tilbud til borgeren i mellemtiden.

Nogle borgere afvises dog også, fordi deres samlede tilstand ikke vurderes at være kompatibel med botilbuddets fysiske rammer og øvrige beboere. I forhold til fysiske rammer nævntes specifikt, at kørestolsbrugere ikke kan komme ind gennem dørene, og at der deles faciliteter, fx toiletter og køkkener, som gør Sungiusarfik Aaqa uegnet som døgntilbud for nogle borgere.

### **Personale og kompetencer**

Sungiusarfik Aaqa bemannes af ca. 100 medarbejdere inklusive vikarer. Ifølge forstanderen har en del medarbejdere arbejdet i Sungiusarfik Aaqa i mange år, men der er hyppig udskiftning blandt en mindre andel af medarbejderne og dermed også jævnlige vakante stillinger. Ca. 80 % af medarbejderne er ufaglærte, og de resterende medarbejdere er pædagoger, sundhedsassistenter og socialrådgivere.

## **2.5 Kommunale tilbud**

Jf. § 49 i Inatsisartutlov om støtte til personer med handicap (Nalunaarutit, 2019) skal kommunerne sikre, at personer med handicap, der tilbydes bolig i et bokollektiv, en beskyttet boenhed eller et døgntilbud, skal tilbydes ophold på et botilbud i Grønland. Hvis personens behov ikke kan imødekommes i Grønland, og alle muligheder for passende støtte i Grønland er udtømt, skal der undtagelsesvis med forudgående godkendelse fra Naalakkersuisut (Den grønlandske regering) tilbydes ophold på et botilbud uden for Grønland. Dette gælder både for børn og voksne.

### **Tilbud og målgrupper**

VIVE har bedt alle fem grønlandske kommuner om at sende information om deres tilbud til voksne borgere med psykiske lidelser. De fem kommuner er blevet bedt om at give deres besvarelser i fritekst og er ikke gået til besvarelsen på helt samme måde. Nogle kommuner vendte tilbage med en samlet besvarelse, og fra andre kommuner modtog VIVE besvarelse decentralt fra de enkelte tilbud. Det er således ikke sikkert, at disse tilbagemeldinger udgør en præcis opgørelse over de aktuelle tilbud, og i denne rapport fremlægges derfor ikke specifikke antal botilbud, antal beboere, målgruppe m.m.

Der er for de fleste kommuners vedkommende tale om relativt små enheder med op til ca. seks beboere, spredt over flere byer i kommunerne. Sermersooq Kommune huser de største boenheder med op til 21 beboere. Målgruppen for disse tilbud ser ikke ud til at være snævert defineret af bestemte psykiatriske diagnoser eller øvrige handicap, men der tegner sig dog alligevel et billede af, at borgere, der lider af skizofreni, eller borgere med samtidig psykisk sygdom



og misbrug går igen i beskrivelserne af, hvem der aktuelt bor på disse botilbud. Det modsvares af opgørelser over, hvilke borgere der har modtaget støtte efter Inatsisartutloven (Nalunaarutit, 2019) om støtte til personer med handicap, tidligere hjælp efter landstingsforordningen om hjælp til personer med vidtgående handicap. I disse opgørelser (Departementet for Sociale Anliggender, 2020; Sundhedskommissionen, 2023) fremgår psykotiske lidelser (herunder skizofreni) også blandt de hyppigste lidelser, der er tildelt støtteperson eller botilbud.

Ud over at bede kommunerne beskrive de aktuelle botilbud samt målgrupper for disse tilbud efterspurgte VIVE også vurderinger af, hvorvidt de aktuelle botilbud opfyldte det aktuelle behov. Det går igen i flere kommuner, at der er borgere på venteliste til eksisterende botilbud, som betyder, at borgere enten ikke får den nødvendige hjælp eller ikke kan komme hjem til deres hjemegn som ønsket, samt at det forsinket flowet fra de mere specialiserede tilbud i psykiatrien (fx Socialstyrelsens døgntilbud Sungiusarfik Aaaq og A1), hvor pladserne også er begrænsede (se uddrag af skriftlige tilbagemeldinger fra tre kommunerne nedenfor).

### Uddrag fra skriftlige tilbagemeldinger fra tre kommuner

*To personer venter på en plads for at komme hjem til deres egen by. [De] har behov for at være i en døgnbemandet boenhed med tilsyn og hjælp for at sikre et socialt og udviklende liv. En person er også indstillet til afhjælpning for specialiseret psykisk sygdom, hvilket vedkommende også venter på.*

*22-28 personer ville kunne have gavn af botilbud, men får det ikke pga. manglende pladser. (...) Mindst tre borgere har behov for hjemtagelse fra en døgninstitution til eget hjemsted.*

*Helt overordnet kan man sige, (...), at vi er udfordret i kapaciteten, bl.a. også fordi andre systemer er udfordrede på kapaciteten. Borgere, der fx burde være i Socialstyrelsens tilbud, er der ikke pladser til, hvorfor de borgere er i vores tilbud, som så til gengæld tager pladserne fra andre borgere.*

## **Personale og kompetencer**

I Grønland er en stor del af personalet, der arbejder i de kommunale tilbud, ufaglærte. Det gælder især på botilbuddene. På flere botilbud udgør ufaglærte mindst halvdelen af personalet, mens de uddannede medarbejdere primært består af pædagoger, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. I de kommunale tilbud står man over for betydelige udfordringer med at tiltrække kvalificeret personale, og denne udfordring er vedvarende på grund af den konstante høje personaleudskiftning. Den konstante personaleudskiftning forhindrer etableringen af et varigt og tilstrækkeligt kompetenceniveau.

Kommunerne har ikke givet præcise tilbagemeldinger på personalemangel og udskiftning, men fra én kommune fremhæves det, at der er personaleskift næsten hver uge, og at særligt de ufaglærte medarbejdere siger op med dags varsel pga. manglende viden og ressourcer til at klare arbejdet. På denne baggrund kan det ikke konkluderes, at det samme gør sig gældende i andre kommuner, men interviews med kommunale fagchefer og samarbejdspartnere til kommunerne giver samme indtryk af, at der er høj personaleudskiftning i de kommunale tilbud til borgere med psykisk sygdom.

# 3 Oplevede udfordringer

I dette kapitel beskriver vi de udfordringer, som er blevet fremhævet i de gennemførte interviews. Kapitlet er struktureret i fire dele, som belyser hhv. Psykiatrisk Områdes perspektiv, sundhedsregionernes perspektiv og kommunernes perspektiv samt til sidst udfordringer relateret til det retspsykiatriske område.

Kapitlet er baseret på de gennemførte interviews med aktører fra det grønlandske sundhedsvæsen, kommuner og det retspsykiatriske område.

## 3.1 Psykiatrisk Områdes perspektiv

### 3.1.1 Personalemangel og -udskiftning

Som der allerede er redegjort for i afsnit 2.1 og i Sundhedskommissionens betænkning (2023), er Psykiatrisk Område præget af stor personaleudskiftning. Speciallæger i psykiatri er typisk ansat i kortere perioder fra 1 uge til 1 måned, og yngre læger er typisk ansat i perioder på 3-6 måneder<sup>2</sup>. Heraf er nogen i gang med deres speciallægeuddannelse, nogen har gennemført Klinisk Basisuddannelse (KBU), og nogen er helt nyuddannede, dvs. yngre læger med alt fra ingen til lidt psykiatrierfaring. I det der ikke er etableret et stabilt "mellemlag" af speciallæger, er mulighederne for supervision begrænsede for de yngre læger, hvilket gør det svært at fastholde dem i længere tid.

I interviewene blev udfordringen med at skaffe fastansatte læger beskrevet som relativt permanent og uden udsigt til forbedring i den nærmeste fremtid. Det handler bl.a. om, at der også i Danmark er mangel på psykiatere, hvilket har en tydelig afsmittende effekt i Grønland. Dette gælder ikke mindst læger specialiseret i børne- og ungepsykiatri. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område beskrev, hvordan de oplever en vis forskningsinteresse fra danske læger (og andre faggrupper), men som desværre ikke manifesterer sig i en tilsvarende lyst til at arbejde i det psykiatriske felt i Grønland. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område beskrev desuden, at det er besluttet, at læger, som ønsker at gennemføre forskningsprojekter, skal mødes med krav om at indgå i det kliniske arbejde i Psykiatrisk Område. Dette bl.a. fordi det er tidskrævende at trække relevante forskningsdata, men også i håb om, at det kan være en ud af flere tiltag, der kan tiltrække flere læger.

---

<sup>2</sup> Det skal bemærkes, at der tilbydes andre typer af ansættelser end dem, der beskrives som de mest typiske.

Ud over læger er der i Psykiatrisk Område også ansat sygeplejersker, sundhedsassistenter, socialrådgivere, fysioterapeuter, psykologer m.fl. Samme billede gør sig gældende blandt det øvrige personale som blandt lægerne, dog med flere fastansættelser, men stadig meget personaleudskiftning.

I nogle stillingskategorier – herunder læger, sygeplejersker og psykologer – er man helt eller delvist afhængig af dansk arbejdskraft. Meget af områdeledelsens tid går derfor med at søge, motivere og lave aftaler med fx læger, som kan fylde vagtplanen ud. Noget af dette personale er gengangere og kender rammen for arbejdet i den grønlandske psykiatri og afdelingens arbejdsgange og kræver begrænset introduktion. Personale, som aldrig har arbejdet i Grønland før, har brug for introduktion til arbejdsgange m.m., hvilket også trækker store vekslers på områdeledelsens tid. Områdeledelsens tid til både faglig og strategisk ledelse er derfor under massivt pres pga. de mange kræfter, der bruges på planlægning på kort sigt.

### **3.1.2 Kompetencer og fagligt miljø i Psykiatrisk Område**

Samtlige interviews gennemført i forbindelse med denne undersøgelse peger på, at der mangler tilstrækkeligt specialiserede kompetencer i det psykiatriske felt som helhed. I Psykiatrisk Område opleves manglen på specialiserede kompetencer bl.a. i relation til ovennævnte mangel på speciallæger i psykiatri samt personaleudskiftning. Det handler imidlertid ikke kun om psykiatrifaglig specialisering, men også om muligheden for at opbygge erfaring med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen og det grønlandske samfund. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område beskrev bl.a., hvordan læger, der er vant til at arbejde i en dansk kontekst, mangler indsigt i de muligheder, der er for hjælp og støtte til patienter efter udskrivelse i en grønlandsk kontekst. En oplevelse, som aktører i Kriminalforsorgen også genkendte.

Områdeledelsen for Psykiatrisk Område beskrev, hvordan danske læger kan have svært ved at finde sig til rette i de rammer for behandling, de møder i Psykiatrisk Område. Sengeafdelingens begrænsede størrelse betyder bl.a., at patienter i mange tilfælde udskrives tidligere, end man ville gøre i en dansk psykiatrisk afdeling, og i nogle tilfælde også til usikre og uafklarede forhold, hvor kommunal hjælp og støtte endnu ikke er sat i værk. Der foregår altså et møde mellem forskellige faglige tilgange, præget af forskellige kontekstuelle forhold, og som bliver fremhævet som et af de forhold, der bidrager til, at det er svært at holde på psykiatere i afdelingen.

For alle faggrupper gælder det desuden, at det personale, der kommer fra Danmark, typisk har en eller anden form for specialisering inden for det psykiatriske felt. Når de kommer til Grønland, er de nødt til at arbejde ud over deres

egen specialisering, herunder både med børn, voksen og retspsykiatriske patienter. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område beskrev eksempelvis danske sygeplejersker som meget kompetente, men at det for dem og andre faggrupper, der kommer med en specialiseret faglighed, kan være en udfordring at skulle dække et bredere område, end man er vant til.

### **3.1.3 Fysiske rammer**

Psykiatrisk Områdes nuværende fysiske rammer er i flere sammenhænge blevet beskrevet som uhensigtsmæssige: nedslidt, for småt og med begrænsede muligheder for at skærme nogle typer af patienter, fx børn og unge samt retspsykiatriske patienter (Ombudsmanden for Inatsisartut, 2017, 2023; Sundhedskommissionen, 2023). A1 skal eksempelvis rumme alle patientkategorier, hvilket bl.a. beskrives som udfordrende i relation til indlæggelse af patienter under 18 år. Patienter under 18 år er under normale omstændigheder indlagt i børneafsnittet i medicinsk område med fast psykiatrisk vagt. Hvis der til gengæld opstår udfordringer, som ikke kan håndteres i børneafsnittet i medicinsk område, bliver patienter under 18 år flyttet til den skærmede enhed i A1. I de tilfælde fjernes evt. voksne patienter i den skærmede enhed, og selvom det er en situation, der sjældent opstår, er det både ressourcekrævende og logistisk udfordrende, når det sker. Der er en ny psykiatribygning på tegnebrættet, som bl.a. vil muliggøre en udvidelse af sengekapaciteten. Der er dog lange udsigter til, denne bygning står klar. Samtidig er der ikke en forventning, hverken fra områdeledelsen, sundhedsledelsen eller Landslægen, om at det ekstra antal senge vil reducere presset på sengekapaciteten mærkbart, idet det fortsat vil være en lille afdeling, hvor kun de sygeste borgere kan være indlagt.

### **3.1.4 Patientforløb og samarbejde på tværs af sektorer**

Det er tidligere beskrevet, hvordan A1 for det første udgør en enhed med et begrænset antal senge og for det andet, at disse senge bl.a. optages af patienter, der venter på relevante botilbud enten i Sungiusarfik Aaqa eller i kommunerne. Begrænsninger i, hvad fx kommunerne kan tilbyde de sværest psykisk syge, udfordrer således også Psykiatrisk Område i den forstand, at der ikke kan skabes tilstrækkeligt flow i forhold til udskrivelse af patienter og dermed muligheden for at skabe plads til andre med behov for indlæggelse. Kommunerne har betalingsansvaret for patienter, som er vurderet udskrivningsparate, men det fungerer tilsyneladende ikke som tilstrækkeligt incitament for at hjemtage patienten til deres egne tilbud – bl.a. fordi der også er pres på kapaciteten her (jf. afsnit 2.5 og 3.3.1).

Psykiatrisk Områdes samarbejde med de forskellige kommunale tilbud om konkrete patienter udfordres også af manglen på tilstrækkelige kompetencer i

tilknytning hertil. Der er en oplevelse af, at de behandlingsplaner, som er lagt af personale i Psykiatrisk Område, ikke gribes tilstrækkelig kvalificeret af personalet i fx botilbud og bokollektiver, som modtager borgere efter indlæggelse på A1. Psykiatrisk Område har som nævnt kun kapacitet til at varetage de mest syge patienter og er afhængige af, at sygdomsprogression undgås eller begrænses i videst muligt omfang, og her spiller kommunerne en vigtig rolle. Derfor efterspørger områdeledelsen for Psykiatrisk Område mere løbende ud-dannelse af det personale, som arbejder i de kommunale tilbud.

## 3.2 Sundhedsregionernes perspektiv

I interviews med regionslæger fremgår to primære udfordringer, der begge knytter sig til udredning på børne- og ungeområdet. Den ene udfordring knytter sig til de manglende muligheder for at få børn udredt inden for en rimelig tidshorisont. Som beskrevet er der generelt mangel på børne- og ungepsykiatere, og reelt kun mulighed for et fysisk fremmøde fra en børne- og ungepsykiater en gang årligt på kysterne. Det opleves dels som urimeligt, at børn i alvorlig mistrivsel skal vente så længe på udredning og dermed potentiel relevant hjælp, dels som en dårlig prioritering i et forebyggelsesperspektiv, hvor mistrivsel kan vokse sig stort både hos børn og deres familier.

Den anden udfordring knytter sig til uklarhed om arbejdsgange og koordinering mellem Psykiatrisk Område, kommunerne og sundhedsregionerne i relation til mistanke om psykiatriske lidelser. Sundhedsregionerne – og kommunerne (se afsnit 3.3.3) – oplever, at henvisninger til Psykiatrisk Område tilbagevises med henvisning til, at der mangler en vurdering fra en psykolog fx i MISI (pædagogisk-psykologisk rådgivning). Ifølge områdeledelsen fra Psykiatrisk Område er det ikke et krav, at denne vurdering foretages af en psykolog, men der er fra Psykiatrisk Områdes side et behov for en afklaring af, om barnets mistrivsel skyldes sociale forhold, og af de tiltag, der allerede er forsøgt afprøvet. Repræsentanter for MISI forklarer dog i interviews, at de for det første ikke opfatter det som deres opgave at udarbejde undersøgelser for Psykiatrisk Område, og for det andet er det en arbejdsgang, som forlænger udredningsprocessen endnu mere.

Mulighederne for at følge op på patienter, som allerede er i et forløb i Psykiatrisk Område, opleves som en opgave, der kan håndteres i sundhedsregionerne. De telemedicinske løsninger fremhæves som nogenlunde velfungerende, selvom der kan være udfordringer med fremmøde fra alle inviterede parter samt sproglige udfordringer. Det er således primært ovennævnte udfordringer med udredning af børn og unge med alvorlig psykisk mistrivsel, der efterspørges løs-

ninger på. Det er vigtigt at bemærke, at denne undersøgelse kun inkluderer interviews med to regionslæger. Der kan således være andre udfordringer, der gør sig gældende i andre regioner end dem, der er beskrevet her.

### **3.3 Det kommunale perspektiv**

Det er det grønlandske sundhedsvæsenet, som varetager den psykiatriske behandlingsindsats, mens det ifølge handicaploven (Nalunaarutit, 2022) er kommunernes ansvar at udarbejde tiltag samt handleplaner for borgere med psykiske lidelser. Disse tiltag skal sikre, at de berørte borgere får den nødvendige støtte og relevante tilbud såsom ophold på botilbud, støtte i hjemmet og tilknytning til støttepersoner, alt afhængigt af individuelle behov og ressourcer. En generel observation blandt kommunerne er, at der er en udbredt bevidsthed om dette ansvar og vilje til at leve op til det. Kommunerne anser det som en væsentlig opgave at være klar til at modtage borgere, der udskrives fra Psykiatrisk Område, og samtidig forebygge, at borgere bliver behandlings- eller indlæggelseskrævende. Dette inkluderer at arbejde aktivt på at forhindre forværring af deres tilstand og støtte dem i at opnå en grad af selvstændighed, eventuelt med den nødvendige støtte.

På trods af denne bevidsthed og vilje står kommunerne over for en række udfordringer, som påvirker kommunernes evne til at levere den optimale støtte til borgere med psykiske lidelser. De primære udfordringer omfatter manglende kompetencer og ressourcer, mangel på tilbud og utilstrækkelige fysiske rammer. Desuden er der udfordringer i forhold til samarbejdet mellem Psykiatrisk Område og regionspsygehuse og sundhedscentre. Disse udfordringer vil blive uddybet nærmere i de følgende afsnit.

#### **3.3.1 Tilbud og fysiske rammer**

Kommunerne står generelt over for udfordringer med manglende tilbud til borgere med psykiske lidelser, herunder botilbud. En betydelig udfordring er den hyppige mangel på pladser i kommunernes botilbud, hvilket resulterer i ventelister. Dette fører til situationer, hvor borgere, der er blevet visiteret til relevant botilbud i deres hjemkommune efter deres behandling i sundhedsvæsenet, ikke kan tilbydes en plads i et bokollektiv eller en beskyttet boenhed på grund af den begrænsede kapacitet.

En anden betydelig udfordring vedrørende botilbud, som påvirker kommunernes evne til at levere optimal støtte til deres borgere med psykiske lidelser, er de uhensigtsmæssige fysiske rammer på bokollektiver og boenheder. Mange af botilbuddene er slidte og trænger til modernisering. Beboernes værelser er

ofte små med delte toiletforhold. Desuden kan de fysiske rammer i botilbudene skabe utryghed blandt medarbejderne, da smalle gange vanskeliggør en hurtig flugt i tilfælde af nødsituationer.

Omfanget af tilbud, som kommunerne har til børn og unge, der er psykisk sårbare eller har psykiske lidelser, afhænger af den enkelte kommune. Interviews med kommunale aktører tyder på, at der på tværs af kommunerne er mangel på tilbud til børn og unge. En tidligere rapport, som VIVE har lavet om børn og unges adgang til psykisk hjælp i Grønland, påpeger, at tilbud til børn og unge har stort fokus på tilbud målrettet børn og unge i risiko for psykisk mistrivsel, herunder tilbud til at opspore de børn og unge, der er i psykisk mistrivsel. Der er i mindre grad tilbud til de børn og unge, som allerede er i psykisk mistrivsel (Hansen, 2021).

Over hele landet er der familiecentre, som tilbyder børn og unge og deres familier hjælp til omsorgsmæssige og opdragelsesmæssige udfordringer. Mange af børnene og de unge, der er i familiecenteret, har ofte psykiske lidelser og udfordringer. Men familiecentrene arbejder ikke specifikt med deres psykiske lidelser, men tager sig af rådgivningsdelen og omsorg til familien. De interviewede aktører knyttet til familiecentre efterspurgte muligheden for at få Psykiatrisk Område tættere og hurtige ind over i tilfælde, hvor barnets/den unges psykiske lidelser udvikler sig.

På skoleområdet er der specialklasser, men som flere informanter påpeger, er specialklasserne sammensat uhensigtsmæssigt, hvor man både kan have elever med autisme, som har brug for at blive skærmet og have en fast struktur og elever med ADHD, som har helt andre behov. Derudover mangler der inden for skolefritidsområdet også tilbud til børn og unge med psykiske lidelser, hvilket også kan få konsekvenser for forældrenes arbejdsliv.

### **3.3.2 Kompetencer**

Flere interviewpersoner fremhæver, at en væsentlig kommunal udfordring er, at medarbejdere i de kommunale tilbud mangler specialiserede kompetencer. Det betyder bl.a., at de kan have svært ved at håndtere visse borgere med psykiske lidelser og mangler kompetencer til at vurdere, hvad den bedste form for støtte er for den enkelte borger. På baggrund af manglende kompetencer er de kommunale medarbejdere ofte ret afhængige af anvisninger og vejledning fra Psykiatrisk Område eller læger i Regionssygehuse eller sundhedscentre i forhold til konkrete borgeres behov, og hvordan de bedst hjælper dem. En kommunal fagchef fremhæver bl.a., hvordan behovet for at kunne trække på specialistviden stiger, når de grundlæggende kompetencer i kommunerne



mangler. Det er bl.a. forklaringen på, at der fra kommunernes side er efterspørgsel efter mere vejledning fra Psykiatrisk Område vedrørende specifikke borgere, så de bedre kan navigere i deres arbejde.

Selvom det ifølge flere interviewpersoner ikke er en forudsætning for kommunerne, at borgere skal have en psykiatrisk diagnose for at kunne modtage støtte, påpeger flere af de interviewede kommunale aktører stadigvæk, at diagnoser kan være med til at give en indikation af behovene. Derfor har man somme tider etableret en praksis, hvor man afventer, at borgere får stillet deres diagnose, så kommunen får en bedre forståelse af, hvad borgeren reelt har behov for. Det stiller derfor store krav til, at den diagnose, der stilles, er foretaget på et tilstrækkeligt grundlag, hvilket set fra et kommunalt perspektiv ikke altid er tilfældet. I interviewene blev der fremhævet konkrete eksempler på diagnoser, som ifølge kommunen var stillet på et for spinkelt grundlag, og som kunne have ført til en fejlagtig håndtering af de pågældende borgere. Der er naturligvis her udtryk for en oplevelse og vurdering foretaget af en kommunal aktør, som ikke har hverken ansvar for eller faglige kompetencer til at foretage udredning og diagnostik.

### **3.3.3 Samarbejde på tværs af sektorer**

Der er på regionssygehusene og sundhedscentrene mange skiftende læger, og der kan være svingende kompetencer og viden om det psykiatriske felt. Ifølge områdeledelsen for Psykiatrisk Område er der retningslinjer for henvisninger til Psykiatrisk Område, men i interviewene med flere aktører i kommunerne blev det fremhævet, at det kan være meget forskelligt, hvordan de forskellige læger håndterer det, når en borger med psykiske udfordringer henvender sig. En medarbejder fra et familiecenter påpeger, at især læger med manglende specialviden inden for psykiatrien kan have svært ved at opdage graden af sygdomsalvor hos en borger, og der for familiecentrene opstår en stor opgave med at overbevise lægerne om deres bekymring.

I andre interviews nævnes desuden, at dialogen mellem regionssygehusene/sundhedscentrene og kommunen om konkrete borgere kan forbedres. Kommunale aktører adresserer derfor et behov for en fælles forståelse af borgeres udfordringer og udarbejdelse af en fælles plan, som er realistisk, og som alle parter kan bakke op om. Endelig fremhæver nogle interviewpersoner, at det er problematisk, at de ikke har kendskab til sundhedsvæsenets aktiviteter, og særligt hvornår der kommer en psykiater næste gang, og hvem fra regionssygehusene der er psykiatriansvarlig. Som beskrevet i afsnit 3.3.2 er kommunerne ikke afhængige af en diagnose for at kunne igangsætte relevante tiltag, men er ofte alligevel afhængige af sparring fra Psykiatrisk Område og den forståelse af borgeres behov, der kan følge med en diagnose. Nogle kommunale aktører vurderer også, at de kunne have gavn af at kunne forberede sig på,

hvornår der kommer en psykiater næste gang, i tilrettelæggelsen af deres arbejds gange.

Fra kommunens perspektiv fremkommer der en række udfordringer i samarbejdet med Psykiatrisk Område. Bl.a. påpeger flere kommunale aktører vanskeligheder med at etablere kontakt til Psykiatrisk Område, både med henblik på rådgivning om konkrete borgere og med hensyn til at etablere et mere generelt samarbejde. De samme kommunale aktører oplever, at samarbejdet ofte kan være på Psykiatrisk Områdes præmisser. Fx påpeger de kommunale aktører, at Psykiatrisk Område ofte først henvender sig, når en borger er klar til at blive udskrevet, og der skal foretages en overdragelse til kommunen for at finde den rette kommunale løsning til borgeren. De påpeger, at udskrivninger fra hospital til kommune ofte sker pludseligt, hvilket gør det vanskeligt for kommunerne at planlægge og iværksætte en passende løsning for borgeren. Dette kan være særligt udfordrende, når en borger har behov for at blive placeret i et botilbud, men alle egnede botilbud er optagede, og når de bliver inviteret til netværksmøder med dags varsel.

Desuden beskrives det, hvordan der går lang tid mellem lokale besøg af psykiatere, at det oftest er en ny psykiater hver gang, og at kommunen sjældent ved, hvornår der kommer en psykiater på besøg. Det udfordrer både muligheden for at etablere et samarbejde med Psykiatrisk Område og for kommunens egen planlægning.

## **3.4 Udfordringer relateret til retspsykiatriske patienter**

På det retspsykiatriske område præsenteres også en række udfordringer, hvoraf nogle ligner udfordringerne på det øvrige område. Dette kapitel er baseret på interviews med repræsentanter fra psykiatrisk område, sundhedsledelsen, Landslægen, personale på R3/Aarhus Universitetshospital og Kriminalforsorgen.

### **3.4.1 Kapacitets- og flaskehalsproblematikker**

Som det er beskrevet i tidligere afsnit, er det retspsykiatriske område også udfordret af kapacitets- og flaskehalsproblematikker. Både i R3 og A1 er der begrænset sengekapacitet, og det samme gælder de botilbud, som skal modtage retspsykiatriske patienter efter udskrivelse. Der er dog ofte tale om lange indlæggelser, bl.a. for patienter med A-domme, hvor der ofte ikke er afsagt en længstetid for dommen. Retten vurderer, bl.a. med udgangspunkt i en psykiatrifaglig udtalelse, om en patient er klar til udskrivelse efter 3 år og siden

hvert 2. år. I praksis hjemtager A1 nogle patienter, før de er klar til udskrivelse, for til gengæld at kunne sende patienter med større behov for en lukket indlæggelse til R3. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område beskriver, hvordan det både påvirker miljøet i A1 at skulle rumme meget syge og potentielt farlige patienter og muligheden for at kunne tilbyde indlæggelse for andre patientgrupper end de retspsykiatriske patienter. Det gælder for både A1 og R3, at de ofte længerevarende forløb for retspsykiatriske patienter efterlader en meget lille fleksibel kapacitet, som kan bruges til borgere med akut behov for indlæggelse. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område peger desuden på, at varetægtsfængslede i surrogat, dvs. de patienter, som skal mentalundersøges, er en gruppe, som forventes at stige i antal og derfor yderligere vil optage de tilgængelige pladser.

Eftersom sengekapaciteten både i A1 og på R3 er begrænset, er muligheden for at frigive pladser via udskrivelse et stort behov. Fra R3 kan patienter udskrives til A1 eller til et bosted, og fra A1 kan patienter udskrives med en koordinationsplan udarbejdet i samarbejde med patientens hjemkommune, Kriminalforsorgen og Psykiatrisk Område. Heri kan indgå en beskrivelse af, at patienten skal bo på et egnet bosted. Som tidligere beskrevet er der dog kapacitetsudfordringer på både kommunale bosteder og døgntilbuddet Sungiusarfik Aaqa, som yderligere bidrager til, at der opstår flaskehalse i det samlede flow mellem tilgængelige behandlings- og botilbud.

### **3.4.2 Opgaver uden ekstra ressourcer**

Selvom der ikke findes en retspsykiatrisk afdeling i Grønland, og der ikke er afsat særlige ressourcer til dette område, er der alligevel en række opgaver knyttet til håndteringen af retspsykiatriske patienter – ud over at de optager pladser i både A1 og R3.

For behandlingsdømte borgere vil en indlæggelse typisk starte med en indlæggelse på en lukket afdeling, dvs. en indlæggelse på R3. Herefter kan den behandlingsansvarlige overlæge og Kriminalforsorgen beslutte at flytte patienten til en åben afdeling, hvilket for grønlandske borgere betyder en indlæggelse på A1, hvorefter behandlingsansvaret overgår til Psykiatrisk Område. Her optager de retspsykiatriske patienter for det første en sengeplads (se afsnit 3.4.1), men trækker også på de i forvejen sparsomme personaleressourcer i afdelingen. Psykiatrisk Område har også behandlingsansvaret for behandlingsdømte borgere efter udskrivelse, hvor de følges i distriktspsykiatrien. Der er således fortsat en række opgaver knyttet til retspsykiatriske patienter, selvom der i Grønland ikke eksisterer et selvstændigt retspsykiatrisk speciale. Derfor tilbydes der også de samme behandlingsforløb til retspsykiatriske pati-

enter som til de øvrige patienter, på trods af at det er en krævende patientgruppe med særlige behov for resocialisering og behov for at forebygge tilbagefald, der kan føre til ny kriminalitet.

Det retspsykiatriske område beskrives desuden som administrativt tungt. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område vurderer bl.a., at der i Psykiatrisk Område udføres ca. 100 retslige udtalelser pr. år, ud over den almindelige psykiatriske behandling. Det trækker på de tilgængelige lægeressourcer, som ikke er normeret til opgaver på det retspsykiatriske område. Derudover knytter der sig til denne patientgruppe en løbende forhandling med Kriminalforsorgen om, hvorvidt patienter med dom skal indlægges i henhold til de vilkår, der indgår i dommen – fx hvis misbrugsbehandling eller behandlingsplanen ikke følges. Ifølge områdeledelsen for Psykiatrisk Område er dommene ikke altid afsagt under hensyntagen til, hvad der kan lade sig gøre i den grønlandsk kontekst, og da bliver det en forhandling mellem den behandlingsansvarlige psykiater og Kriminalforsorgen om, hvorvidt en indlæggelse overhovedet kan lade sig gøre.

### **3.4.3 Samarbejde om borgere i Danmark**

En tredje udfordring, som fremhæves i interviewene i relation til de retspsykiatriske patienter, er en række juridiske uklarheder i forhold til behandlingsansvaret for patienter med en B-dom, som er bosat på et botilbud i en dansk kommune. Hvis en grønlandsk kommune vurderer, at de ikke kan tilbyde et egnet botilbud, kan det være nødvendigt at finde et egnet tilbud i Danmark. I de tilfælde flyttes tilsynet med dommen til Kriminalforsorgen i Danmark, men behandlingsansvaret forbliver grønlandsk<sup>3</sup>. Det er således Psykiatrisk Områdes ansvar at holde øje med og foretage justeringer i behandlingen, og også om patienten skal genindlægges. Det er selvsagt vanskeligt at føre tilsyn med en borger, der bor i et andet land, og indlæggelse vanskeliggøres af, at der er tale om to forskellige lovgrundlag, hvor det ikke er muligt at træffe beslutning om indlæggelse i Danmark ud fra en dom afsagt i Grønland.

Endelig kan der opstå udfordringer, hvis en patient med en grønlandsk dom begår ny kriminalitet i Danmark og får en dansk behandlingsdom. I de tilfælde kan der opstå tvivl om, hvorvidt det kommunale ansvar og dermed betalingsforpligtelsen også flyttes til Danmark.

Uklarhed om både behandlings- og betalingsansvar beskrives i flere interviews og i forskning på området (Lauritsen & Rømer, 2023) som en problematik med store menneskelige konsekvenser og som en problematik, der udfordrer de involverede aktører i at hjælpe de pågældende borgere.

---

<sup>3</sup> Det samme gør sig gældende, hvis en borger med B-dom vælger at bosætte sig i Danmark.

## 4 Løsningsforslag

I dette kapitel lister vi de forskellige bud på løsninger, som fremgik af interviewmaterialet suppleret med indsigter fra udvalgt litteratur. Listen over løsninger skal ses som mulige delelementer i en samlet indsats for at styrke indsatsen for borgere med psykiske lidelser i Grønland, og som retter sig mod alle dele af samfundet – ikke kun i Psykiatrisk Område og det øvrige sundhedsvæsen. Der er ikke tale om en prioriteret liste over løsningsforslag, men en oversigt over de løsningsforslag, som fremgår af interviews, med fokus på at adressere de udfordringer, som er frembragt i interviewene.

De præsenterede løsningsforslag kan ses som en forlængelse af de anbefalinger, som Sundhedsstrukturkommissionen bidrog med i betænkningen fra 2023, se boks 4.1. Siden denne betænkning blev udgivet, er der afsat midler til opførelsen af en ny psykiatribygning ved Dronning Ingrid's Hospital, som giver mulighed for en udvidelse af sengekapaciteten (jf. anbefaling 2, boks 4.1). Dette forventes at skabe bedre rammer for adskillelsen af forskellige grupper af indlagte patienter (jf. anbefaling 2, boks 4.1), herunder at etablere et særskilt børneafsnit (jf. anbefaling 9, boks 4.1). Disse forhold berøres derfor ikke i de følgende løsningsforslag, hvor der til gengæld er fokus på tværgående samarbejde, personaleressourcer og kompetencer, organisering og tilbud og oplysningsindsatser i samfundet.

#### **Boks 4.1 Sundhedskommissionens anbefalinger i relation til udviklingen af det psykiatriske felt i Grønland**

##### **Sundhedskommissionen anbefaler:**

1. At der overordnet prioriteringsmæssigt bliver særlig opmærksomhed på at imødegå de massive problemer, som psykiatrien står med, både hvad angår personalesituationen og bredere set med hensyn til ressourcer til området.
2. At kapaciteten ved det planlagte psykiatrihus ved Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk udvides fra 16 til 20 pladser, og at der er særlig fokus på at skabe en bedre indretning til gavn for forskellige patientgruppers behov.
3. At ansvaret klargøres vedrørende patienter, der får afsagt en dansk behandlingsdom, som medfører, at ansvaret og tilsynet med dommen overgår til den danske kriminalforsorg. Patienterne må ikke efterlades i et tomrum.
4. At der er vedvarende fokus på personalesituationen – både rekruttering af specialiseret personale og kompetenceudvikling af kortuddannet/ufaglært personale lokalt.
5. At der er de nødvendige tilbud til patienter udskrevet fra den psykiatriske afdeling og et godt samspil med kommunernes socialpsykiatri.
6. At der sættes målrettet ind på at løse udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde om psykiatrien, herunder også i forhold til samspillet med det somatiske område og misbrugsbehandlingsområdet.
7. At undersøge, om (autoriserede) psykologer ansat i psykiatrien kan få tilladelse til at stille udvalgte faglige diagnoser og udskrive medicin efter godkendt supplerende uddannelse.
8. At skabe et øget fokus på udsatte børn/unge/familier med henblik på at forebygge lange ventetider i det psykiatriske system for børn og unge med risiko for egentlig psykisk sygdom.
9. At etablere en selvstændig børnepsykiatrisk afdeling.

(Sundhedskommissionen, 2023, s. 256)

## 4.1 Tværgående samarbejde

I forlængelse af udfordringen med begrænset kapacitet på Psykiatrisk Område fremhæver flere informanter et behov for en faglig og politisk diskussion af, hvilke patientgrupper der primært skal prioriteres her og i andre sektorer.

### Afgrænsning af arbejdsopgaver og ansvar

Der er et behov for en principiel diskussion af, hvilke borgere med psykiske lidelser der skal varetages i Psykiatrisk Område, og hvilke der skal varetages i kommunerne. Hvad angår sengeafdelingen, peger interviewene på, at de nuværende 12 senge kan rumme de uafviselige patienter, dvs.:

- Patienter med svære psykotiske tilstande
- Patienter, som vurderes at være til fare for sig selv eller andre.

Samtidig med at det beskrives som helt afgørende, at borgere – herunder børn – med alvorlige psykiatriske udfordringer ikke skal vente på udredning i halve til hele år, presser nye patientgrupper på for udredning. I lyset af den aktuelle mangel på psykiatere er der således et helt aktuelt behov for også at forventningsafstemme, hvilke patientgrupper som skal loves udredning og behandling i den ambulante del af Psykiatrisk Område.

Der er ikke bare tale om en løsning til gavn for Psykiatrisk Område. Forskning i tværsektorielt samarbejde viser, at mangel på tydelige opgavebeskrivelser og forskellige forståelser af, hvor borgere hører til i forskellige stadier af et udrednings- og behandlingsforløb, fører til dårligt samarbejde mellem involverede aktører og usammenhængende forløb for borgerne, som i bedste fald ender på en venteliste og i værste fald mellem sektorer, hvor ingen oplever at have ansvaret for den pågældende borger (Buch et al., 2018; Buch & Johansen, 2022). Det handler om forventningsafstemning mellem Psykiatrisk Område og de nærmeste samarbejdspartnere og en forventningsafstemning i resten af samfundet, i forhold til hvad man realistisk kan forvente af Psykiatrisk Område.

For det personale, som arbejder i Psykiatrisk Område i korterevarende perioder, er det en fordel at kende de faglige rammer, som de skal arbejde under. Det går igen i flere interviews, at der er behov for forventningsafstemning i forhold til særligt det personale, som kommer til Grønland for første gang for at arbejde i Psykiatrisk Område, og som skal vide, hvilke patientgrupper de vil møde. Der er her tale om et af flere elementer af faglig ledelse, som både indebærer en tydelighed omkring de organisatoriske og styringsmæssige rammer og en tydelighed om de faglige standarder inden for denne ramme (Hauge et al., 2022). Områdeledelsen for Psykiatrisk Område påpeger selv, at der er

behov for en bedre on-boarding-strategi for nye medarbejdere og en tydelig beskrivelse af patientgruppen, behandlingstilgang samt rollefordeling og handlemuligheder i forhold til henvisning til og samarbejde med andre relevante aktører.

### **Arbejdsdeling på tværs af sektorer**

I tilknytning til ovenstående afgrænsning foreslår nogle af interviewpersonerne, at nogle udredningsopgaver flyttes til andre faggrupper, fx psykologer, end de højest specialiserede personalegrupper, som også er dem, der er størst mangel på. Det nævnes især i relation til børne-/ungeområdet, hvor manglen på børne-/ungepsykiatere fører til meget lange ventetider for udredning. Her skal det dog bemærkes, at psykologer ansat i Psykiatrisk Område allerede er en væsentlig del af udredningen af børn og unge, bl.a. i forberedelse og planlægning af de årlige besøg af børne- og ungepsykiatere på kysterne. Samtidig efterspørger aktører i både kommuner og sundhedsregioner, at arbejdsgangene for henvisning og udredning bliver tydeliggjort, så man undgår afviste henvisninger og andre omveje i udredningsforløbene. Der er bl.a. uenighed om MISIs rolle i udredning af børn og unge.

## **4.2 Personaleressourcer og kompetenceudvikling**

Der er bred enighed blandt interviewpersonerne om behovet for at tilføre det psykiatriske felt flere psykiatrifaglige kompetencer. Fire løsningsforslag kan identificeres i interviewene.

### **Et mere stabilt fagligt miljø i Psykiatrisk Område**

Behovet for speciallæger i psykiatri er som allerede beskrevet en udfordring både i Psykiatrisk Område, i forhold til vagtplanlægning, løbende personaleudskiftning og løbende behov for introduktion af nyt personale, og i kommunerne, som efterspørger bedre muligheder for sparring og rådgivning. Derfor er der også en generel efterspørgsel efter fast tilknyttede psykiatere, som dels har den nødvendige specialiserede viden om psykiatriske diagnoser og psykiatrisk behandling, og som over tid også kan lære det grønlandske samfund og kultur at kende. Det er samtidig også tydeligt, at ingen vurderer det realistisk, at der kan fastansættes psykiatere nu og i de kommende år. Skiftende korttidsansættelser og tilrejsende konsulenter er et vilkår, som man må forholde sig til nu og formentlig langt ud i fremtiden.

Relateret til ønsket om kontinuitet giver nogle af de interviewede aktører udtryk for, at der kan være en fordel i, at Psykiatrisk Område knyttes til en dansk psykiatrisk afdeling. Ikke fordi denne type konstruktion forventes at medføre



tilførsel af psykiatere til Psykiatrisk Område, og dermed en mere fast tilknyttet gruppe af psykiatere (personkontinuitet), men fordi man da kan etablere en mere kontinuerlig relation til et fagligt miljø, som netop ikke er personbåret, men båret af en fast organisatorisk relation. Denne tilknytning forventes at kunne bidrage til beskrivelse af faglige standarder, opgave- og ansvarsafgrænsning på det psykiatriske felt som helhed og til løbende sparring fra danske psykiatere til ledelse og personale i Psykiatrisk Område. Dette forslag skal dog fortsat ses i lyset af forventningen om stor personaleudskiftning på Psykiatrisk Område, hvorfor det naturligvis også må overvejes, om denne konstruktion reelt vil sikre faglig kontinuitet eller i højere grad kan bidrage med løbende sparring for områdeledelsen i Psykiatrisk Område og skiftende personale.

Det fremgår desuden af interviewene, at der ikke er fuldstændig enighed om, hvor selvstændigt Psykiatrisk Område og det grønlandske sundhedsvæsen bør og kan være. Et synspunkt var, at målsætningen bør være, at der etableres et selvstændigt fagligt miljø, og der derfor skal arbejdes intensivt med arbejdsmiljø, faglig ledelse og bedre fysiske rammer, som kan øge mulighederne for, at danske psykiatere eller psykiatere med andre nationaliteter finder det attraktivt at blive og arbejde i Grønland mere permanent. Et andet synspunkt er, at det ikke er et realistisk scenarie, at Psykiatrisk Område kan fungere som en fuldstændig selvstændig enhed, og at et samarbejde med en dansk psykiatrisk afdeling bør etableres. Der er desuden en model, som allerede findes i den form, som er etableret i relation til R3/Aarhus Universitetshospital, og som også har været etableret tidligere på det almenpsykiatriske område.

### **Opnormering af eksisterende konsulenttydelser**

Et andet løsningsforslag relateret til manglen på speciallæger i psykiatri og i særlig grad børne- og ungespsykiatere handler om at opnormere nogle af de konsulenttydelser, som allerede findes. Eksempelvis var der fra sundhedsregionerne og kommunerne et ønske om en fordobling af besøg fra psykiatere på kysten, selvom der reelt kun er tale om konvertering af årlige besøg til halvårslige besøg. Muligheden for at få tilset og påbegyndt udredning af fx børn med alvorlig mistrosvsel vurderes som et vigtigt, forebyggende tiltag, som kan bidrage til, at den rette hjælp bliver sat i værk i tide, og som dermed måske kan forebygge eller reducere risikoen for alvorlige psykiske lidelser senere i livet.

Det nævnes dog også her, at det er at foretrække, hvis der er en vis personkontinuitet blandt de psykiatere, som har denne funktion. Samme behov beskrives på det retspsykiatriske område, hvor en fast tilknyttet retspsykiater vurderes at kunne gøre en stor forskel for patienter i denne kategori og ikke mindst være med til at tage stilling til, hvornår borgere med behandlingsdomme ikke længere er indlæggelseskrævende og kan overgå til andre tilbud end at optage sengepladser i A1 og R3.

Realiserbarheden af dette forslag om opnormering af konsulenttydelser skal også ses i lyset af de eksisterende rekrutteringsudfordringer, som ikke bare er til stede i Grønland, men også i Danmark. Dette vedrører både muligheden for at rekruttere børne- og ungepsykiatere og rekruttering af psykologer, som spiller en stor rolle i forhold til at planlægge og forberede disse besøg, samt tolke og andre personalegrupper med koordinerende ansvar. Det ændrer dog ikke på, at hyppigere fysisk tilstedeværelse fra psykiatere på børne- og ungeområdet er et udtalt behov både i kommuner og regionssygehuse/sundhedscentre og et tiltag, som antages at kunne bidrage til at forebygge forværring af sygdom hos nogle borgere.

### **Rotationsordning for personale**

Et konkret forslag fra R3 lyder på at etablere en form for rotationsordning, hvor de tilbyder at sende nyansatte sygeplejersker fra R3 til Grønland for at arbejde i Psykiatrisk Område i 1 måned. Det ville være en måde at introducere personalet til det grønlandske sundhedsvæsen og den grønlandske kultur, som de vil kunne bruge i deres daglige arbejde i Danmark. For Psykiatrisk Område vil det være en mulighed for at få den efterspurgte specialiserede arbejdskraft til at indgå i vagtdækningen. R3 tilbyder at afholde lønudgifter, hvis det grønlandske sundhedsvæsen betaler fly, bolig og evt. andre udgifter. Her er det en mindre udfordring, at Psykiatrisk Område foretrækker, at sygeplejersker minimum er ansat 3 måneder ad gangen.

På samme måde lyder et forslag fra R3, at personale knyttet til de forskellige grønlandske botilbud tilbydes muligheden for at være i R3 i en periode og opleve, hvordan patienter håndteres her og få inspiration med hjem. Det kunne være knyttet op på overlevering af patienter, der skal udskrives til grønlandske botilbud, men behøver ikke være det. Som det er nu, sender R3 en medarbejder med, når patienter udskrives til et tilbud i Grønland, men det kunne lige så godt være den anden vej rundt; at grønlandsk personale kom til Danmark for at ledsage en patient hjem og i den forbindelse var på R3 i en periode.

### **Uddannelsesforløb til personale**

I interviewene er det også gennemgående, at der efterspørges løbende uddannelse af det personale, som arbejder med borgere med psykiske lidelser i både kommuner og i Sungiusarfik Aaqa. Flere aktører i kommunerne giver eksempelvis udtryk for et behov for kurser og efteruddannelser rettet mod medarbejdere i berøring med borgere med psykiatriske lidelser. Formålet skulle være, at flere ansatte opnår dybere kompetencer inden for arbejdet med borgere med psykiske lidelser. Vurderingen er, at efteruddannelse med fokus på at bibringe medarbejdere i berøring med borgere med psykiske lidelse en større faglig viden og nogle konkrete redskaber til at kunne udføre deres arbejde vil kunne bidrage til fastholdelsen af personalet.

Områdeledelsen for Psykiatrisk Område arrangerer selv kurser for egne medarbejdere, fx i miljøterapi og konflikthåndtering, og ser fordele i, at den slags kurser udbredes til kommunale medarbejdere også, så de behandlingsplaner, der er lagt i Psykiatrisk Område, kan følges op i kommunerne. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område har helt oplagt ikke mulighed for at lægge ressourcer i at udvikle et kursustilbud til medarbejdere, som er ansat i kommunerne og dermed et andet myndighedsområde. Det er dog en udfordring, som efterspørges på tværs af både sundhedsvæsen og kommuner og som derfor kunne tilrettelægges som et nationalt tiltag med tilførsel af mere administrativt personale, som kan stå for at planlægge, udbyde og koordinere disse kurser. Eftersom det psykiatriske felt er præget af stor personaleudskiftning på stort set alle områder, vil det være optimalt, at disse uddannelsesforløb tilbydes flere gange om året, så det sikres, at nyt personale løbende opnår de relevante kompetencer.

En evaluering fra VIVE om nyuddannede pædagoger fra Socialpædagogisk Seminarium i Ilulissat understreger, at der i specialområdet er stor efterspørgsel på pædagogisk uddannet personale, men også at nyuddannede pædagoger ofte mangler tilstrækkelige faglige kompetencer inden for det specialiserede område (Mortensen et al., 2022). I tråd hermed fremhævede flere interviewpersoner knyttet både til de kommunale tilbud og til Psykiatrisk Område, at løsningen på nogle af de udfordringer, som knytter sig til det psykiatriske felt, også skal løses via uddannelsesstederne.

## 4.3 Organisering og tilbud

I interviewene fremgår også forskellige forslag til nye måder at organisere det psykiatriske felt på, herunder forslag til nye typer af tilbud, udvidelse og modernisering af eksisterende tilbud.

### Flere pladser i Psykiatrisk Område

Der er truffet beslutning om at opføre en ny psykiatribygning med mulighed for at udvide sengekapaciteten og tilbyde bedre og mere tidssvarende rammer. Planerne om en ny psykiatribygning er dog foreløbigt forsinkede, men med en forventning om, at psykiatribygningen kan være klar til ibrugtagning primo 2027. Områdeledelsen for Psykiatrisk Område giver udtryk for, at den nye psykiatribygning, som den nu er tænkt, rummer mange potentialer, men udtrykker også en bekymring for, hvordan nye fysiske rammer kommer til at hænge sammen med den tidligere beskrevne rekrutteringssituation. De større fysiske rammer, der tilmed skal bygges til at skærme visse patientgrupper, kræver, at mere personale er på vagt samtidig for at sikre tilstrækkelig sikkerhed og overblik over de enkelte fysiske enheder i afdelingen. Dermed er der

behov for at udvide personalenormeringen på det psykiatriske område, med en forventning om samme rekrutteringsudfordringer, som gør sig gældende på nuværende tidspunkt.

Fra R3 vurderes det, at en opnormering af de nuværende 16 sengepladser til 17 sengepladser vil kunne være en kortsigtet løsning på de kapacitetsudfordringer, som de oplever. En sengeplads lyder ikke af meget, men vil alligevel ifølge den ledende oversygeplejerske i R3 kunne bidrage til mere fleksibilitet. En ekstra sengeplads i R3 vil dog kræve en ombygning og opnormering af personale, som der skal findes økonomiske ressourcer til.

### **Flere pladser og bedre fysiske rammer i botilbud**

Som løsning på de nuværende udfordringer med kapacitetsudfordringer foreslår nogle interviewpersoner, at der tilføres flere pladser både til kommunale botilbud og til Socialstyrelsens botilbud. Det er som nævnt en udfordring for både kommunerne, A1 og R3, at nogle patienter enten ender med meget lange indlæggelser eller med at blive udskrevet uden en plads på et botilbud, og flere pladser på de eksisterende botilbud fremhæves som en mulig måde at skabe større flow hen over patientforløbene. Desuden fremhæves et behov for, at de nuværende fysiske rammer bygges om, så de i højere grad kan understøtte sikkerheden for både personale og beboere på botilbud.

Endelig fremgik der i interviewene et forslag om at etablere et "mellem-tilbud" med henblik på borgere, som udskrives fra A1, men hvor kommunerne ikke kan nå at iværksætte et relevant tilbud. Der er ikke tale om et egentligt udslusningstilbud, men mere et sted for borgeren at være i en kortere periode, indtil kommunen har fundet en plads på et botilbud eller kan tilbyde bostøtte. Dette forslag skal således ses i relation til kommunernes oplevelse af at skulle reagere meget hurtigt på borgere, der udskrives.

Udfordringen med ovenstående forslag er naturligvis, at det både er dyrt, hvis der skal opføres nye bygninger, og at de eksisterende udfordringer med personaleressourcer og -kompetencer også vil gøre sig gældende i en ny bygningsmasse og nye organisatoriske rammer. Det er interviewpersonerne opmærksomme på, men denne type løsninger fremhæves alligevel som det mest åbenlyse svar på de udfordringer, der knytter sig til den eksisterende kapacitet og fysiske rammer på tværs af sektorer.

### **Fysisk og organisatorisk samling af tilbud**

Som en mulig løsning på udfordringen med personaleressourcer og -kompetencer blev det i nogle interviews foreslået, at den nuværende sektoropdelte struktur for pleje- og botilbud gentænkes på nogle områder. Der henvises

konkret til Paamiut-aftalen, som skitserer en række forslag til, hvordan sundhedsvæsen og kommune kan samarbejde på en tættere og mere forpligtende måde. Afsættet for Paamiut-aftalen<sup>4</sup> var etablering af et nyt plejehjem i forlængelse af sundhedscenteret i Paamiut og dermed en mulighed for at dele faciliteter og personaleressourcer, og for at personale på tværs af de to organisationer kunne spare med hinanden i dagligdagen, i nattevagter og via fælles kursusaktivitet. Aftalen åbner også mulighed for at gå sammen om køkkenfaciliteter, transport m.m. og dermed potentielt høste stordriftsfordele (Kommuneqarfik Sermersooq, 2019). Selvom interviewene ikke pegede på konkrete positive erfaringer hermed, blev det alligevel fremhævet som en model, man også kunne afprøve i relation til det psykiatriske felt, og at man på lignende måde kunne etablere fysiske faciliteter med mulighed for tæt samarbejde mellem sundhedsvæsen og botilbud eller mellem almene plejehjem og plejehjem for ældre borgere med psykiatriske lidelser.

Dette løsningsforslag minder desuden om den psykiatriske afdeling i Island, som Sundhedskommissionen beskriver i deres betænkning, hvor både patienter i en akut fase og patienter med behov for rehabilitering med tilsyneladende succes er samlet i en organisatorisk enhed (Sundhedskommissionen, 2023).

### **Flere tilbud rettet mod børn og unge**

Som det også fremgår af Sundhedskommissionens betænkning, er der relativt få tilbud rettet til børn med psykiske udfordringer (Sundhedskommissionen, 2023). Dette fremhæves også som en mangel i interviewene foretaget i denne undersøgelse. I relation til særlige tilbud målrettet børn fremhæves følgende:

- En distriktpsychiatri i alle byer, der har ansvaret for unge borgere med psykiske problemstillinger, som kan være opmærksom på symptomer og bidrage til at undgå forværring af sygdom.
- Kombinerede skole-/dagtilbud og behandlingstilbud til børn og unge med bestemte diagnoser.

Det fremhæves også som helt afgørende, at der bliver tilbudt psykoedukation til børn, der har fået en diagnose, og til deres forældre. Flere kommunale aktører giver udtryk for, at en diagnose i den nuværende situation kun udløser medicinsk behandling. Hvordan man håndterer diagnosen i hverdagen, og hvad man kan gøre for at undgå forværring mangler. Kommunernes familiecentre og MISI kan rådgive til en vis grænse, men efterspørger bedre opfølgning i form af psykoedukation fra eksperter i psykiatriske diagnoser.

---

<sup>4</sup> Paamiut-aftalen er en aftale, der forpligter ledere fra de respektive sektorer til at afsøge mulighederne for samarbejde, og er altså ikke en konkret beskrivelse af et samarbejde i praksis.

## **Telemedicinske løsninger**

Telemedicinske tilbud på det psykiatriske felt fyldte meget lidt i interviewene, idet de primært blev nævnt som en relevant løsning på de store geografiske afstande, behovet for at kunne koordinere og sparre på tværs af sektorer og tilbud og fraværet af faste psykiatere i Grønland som helhed og især på kysterne. Der blev nævnt forskellige udfordringer med de telemedicinske møder, herunder at det ikke er unormalt, at en af de inviterede parter ikke dukker op, sproglige udfordringer og det faktum, at det virtuelle møde ikke er lige så optimalt som fysiske møder, når patienters mentale tilstand skal vurderes. Som nævnt i afsnit 3.2 vurderes det i sundhedsregionerne at fungere bedst i forhold til behandlingsopfølgning.

I nogle interviews blev det dog påpeget, at det kan være en udfordring, hvis man ikke har adgang til samme informationer om patienten, da der kan gå væsentlig information tabt, fx i overleveringen af en borger fra en sektor til en anden. Dette ses også i andre undersøgelser, hvor det fremhæves som et væsentligt udviklingspotentiale at sikre, at både patienter og involverede fagprofessionelle har adgang til de samme informationer og kan skabe en fælles forståelse af patientens behov og tilstand (Fagerlund et al., 2022; Shang et al., 2021). Telemedicinske løsninger er allerede en væsentlig del af opgaveløsningen på det grønlandske område, men med mulige justeringsmuligheder i forhold til deling af information.

## 5 Konklusion

Denne undersøgelse har haft til formål at beskrive de største udfordringer og behov på det psykiatriske område samt pege på løsningsforslag, der kan arbejdes videre med i en kommende udviklingsplan for det psykiatriske område.

De udfordringer, som beskrives på baggrund af denne undersøgelse, er i store træk ikke nye og allerede beskrevet i forskellige sammenhænge (Center for Folkesundhed i Grønland, 2021; Sundhedskommissionen, 2023). Disse udfordringer knytter sig grundlæggende til personaleressourcer og -kompetencer, til fysiske rammer og kapacitet og til samarbejde og koordinering mellem sektorer. Relateret til sidstnævnte er der et presserende behov for at definere, hvilke patientgrupper som skal varetages i Psykiatrisk Område, i sundhedsregionerne og i kommunerne.

Det har ikke været undersøgelsens opdrag at anbefale specifikke udviklingstiltag, men undersøgelsen fremhæver en række løsningsforslag (se oversigt i tabel 5.1). Heraf vil nogle kunne realiseres på kortere sigt, fx arbejdet med tydelig arbejdsdeling mellem sektorer i udredningsforløb og nogle kapacitetsudvidelser. Andre vil kræve en længere tidshorisont at realisere, fx ændrede fysiske rammer. De fremhævede løsningsforslag er knyttet til hver af de udfordringer, der er beskrevet i kapitel 3, og der ses derfor eksempler på, at en løsning på en udfordring har en negativ påvirkning af andre udfordringer – eksempelvis behovet for øget kapacitet, der vil medføre øget behov for personale med psykiatrifaglige kompetencer. Denne undersøgelse bidrager derfor kun med et oplæg til videre politisk og faglig debat om udviklingen af det psykiatriske felt i Grønland.

Det fremgår desuden, at løsningsforslag ikke bare skal findes inden for Psykiatrisk Område eller sundhedsvæsenet i bredere forstand, men at der også er behov for at se på kommunernes rolle på det psykiatriske felt og udviklingsmulighederne her samt uddannelsesstedernes mulighed for at bidrage til den specialiserede viden i kommunerne.

**Tabel 5.1    Oversigt over løsningsforslag**

<b>Identificerede løsningsforslag</b>	
<b>Tværgående samarbejde</b>	<p>Udarbejdelse af klare opgave og -ansvarsbeskrivelser ift. de involverede aktørers målgrupper, opgaver og indbyrdes samarbejde.</p> <p>Aftaler om patientforløb og opgavefordeling i udredningsforløb, herunder muligheden for udredning af borgere med mistanke om udvalgte diagnoser på mindre specialiseret niveau.</p>
<b>Personaleressourcer og kompetenceudvikling</b>	<p>Fast tilknytning til dansk psykiatrisk afdeling med henblik på fast sparring til både ledelse og personale i Psykiatrisk Område.</p> <p>Løbende uddannelse knyttet til botilbud.</p> <p>Fokus på specialområdet på pædagoguddannelsen.</p> <p>Styrket fagligt miljø med fokus på fastholdelse af psykiatere.</p>
<b>Organisering og tilbud</b>	<p>Flere pladser på kommunale botilbud/Socialstyrelsens botilbud.</p> <p>Udvidelse af pladser i afdeling R3/Aarhus Universitetshospital for retspsykiatriske patienter.</p> <p>Tilbud med mulighed for tæt samarbejde mellem sundhedsvæsen og botilbud eller mellem almene plejehjem og plejehjem for ældre borgere med psykiatriske lidelser.</p> <p>Flere tilbud rettet mod børn og unge, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En distriktpspsykiatri i alle byer, der har ansvaret for unge borgere med psykiske problemstillinger, som kan være opmærksom på symptomer og bidrage til at undgå forværring af sygdom.</li><li>- Kombinerede skole-/dagtilbud og behandlingstilbud til børn og unge med bestemte diagnoser.</li><li>- Psykoedukation til børn og deres familier.</li></ul> <p>Bedre muligheder for at dele information i forbindelse med telemedicin.</p>



# ➤ Dokumentation

## 6 Metode

Undersøgelsen er baseret på tre datakilder: interviews, aktivitetsdata fra sundhedsvæsenet og oversigter over kommunale tilbud til borgere med psykiske lidelser samt litteratur om virksomme tiltag på det psykiatriske felt i andre lande. De tre datakilder beskrives i det følgende.

### 6.1 Interviews med aktører på det psykiatriske felt

Undersøgelsens primære datakilde er interviews med aktører i Psykiatrisk Område og tilgrænsende sektorer. I udvælgelsen blev der lagt vægt på, at der var repræsentation fra eksisterende tilbud til borgere med psykiatriske lidelser eller symptomer på tværs af Psykiatrisk Område, sundhedsregionerne, kommunerne og det retspsykiatriske område. Der blev desuden lagt vægt på, at aktører i kontakt med både børn/unge og voksne var repræsenteret. Listen over relevante interviewpersoner er udarbejdet i samarbejde med Departementet for Sundhed på baggrund af et forslag fra VIVE.

Der blev gennemført 15 interviews (19 interviewpersoner) i alt, se Boks 6.1.

## Boks 6.1 Interviewpersoner

- Sundhedsledelsen
- Landslægen
- Områdeledelsen, Psykiatrisk Område
- To regionslæger
- To kommunale fagchefer
- Tre repræsentanter for MISI og kommunale familiecentre
- To repræsentanter for hhv. Socialstyrelsens døgntilbud Sungiusarfik Aaqa og et kommunalt børnehjem
- To repræsentanter fra Kriminalforsorgen
- Ledende oversygeplejerske Afdeling R3, Aarhus Universitetshospital
- En forsker fra Grønlands Universitet.

Seks af interviewene er gennemført ved fysisk fremmøde i Nuuk. De resterende interviews er gennemført via video eller telefon. I forbindelse med interviewet med områdeledelsen for Psykiatrisk Område blev en af rapportens forfattere også vist rundt i Psykiatrisk Områdes nuværende fysiske faciliteter. Første interviews blev gennemført i december 2023, og sidste interview blev gennemført i marts 2024.

Interviewene blev gennemført med udgangspunkt i en semi-struktureret interviewguide, der tog udgangspunkt i de samme temaer på tværs af aktører og sektorer, men hvor de enkelte spørgsmål var tilpasset den enkelte sektor og aktør. Der blev inden for de enkelte temaer spurgt både til oplevede udfordringer og til interviewpersonernes bud på løsninger og til variation inden for forskellige målgrupper (fx børn/unge, voksne, forskellige diagnoser, forskellige støttebehov). Der er også spurgt ind til foreslåede løsningers realiserbarhed.

Temaer, der indgik i interviewene, fremgår i Boks 6.2 og var udvalgt på baggrund af de udpegede udfordringer og anbefalinger, der fremgår af Sundhedskommissionens anbefalinger for det psykiatriske felt.

## Boks 6.2 Interviewtemaer

- Organisering og aktuelle tilbud
- Typiske arbejdsgange og patientforløb
- Koordinering og samarbejde på tværs af aktører
- Personaleressourcer (faggrupper, rekruttering, personaleudskiftning) og kompetencer
- Fysiske rammer og kapacitet
- Efterspørgsel og behov.

Alle interviews blev optaget på bånd og er udskrevet i referatform af den af forfatterne, der gennemførte interviewet.

I interviewpersonernes beskrivelser af de største udfordringer for det psykiatriske felt fyldte især fysiske rammer og kapacitet, koordinering og samarbejde på tværs af aktører samt personaleressourcer og kompetencer. Det er således disse temaer, der har guidet analysen og fremstillingen af både udfordringer og bud på løsninger. I analysen har der været fokus på, hvordan disse temaer beskrives afhængigt af interviewpersonernes perspektiv, samt hvor der er sammenfald og forskelle. Således er der også i fremlæggelsen af løsningsforslag fokus på at beskrive variation i synspunkter vedrørende konkrete løsningsforslag.

## 6.2 Faktuelt overblik over aktuelle tilbud

Der er afsøgt forskellige kilder til at skabe et faktuel overblik over de eksisterende tilbud på det psykiatriske felt i Grønland ud over den information, som kunne udledes af de gennemførte interviews og skriftlige beskrivelser af den aktuelle organisering (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2022).

## **Deskriptive aktivitetsdata**

Der er indhentet aktuelle data over indlæggelser, genindlæggelser og sengedage i Psykiatrisk Område, som kan supplere de data, som fremgår af Sundhedskommissionens betænkning. Data om indlæggelser og sengedage er blevet leveret af Grønlands Statistik i aggregeret form og inkluderer aldersfordeling i 10-års-intervaller, kønsfordeling, indlæggelser, genindlæggelser og sengedage. Desuden trækkes der på allerede eksisterende kvantitative opgørelser over aktivitet i både sundhedsvæsen og kommuner (Departementet for Sociale Anliggender, 2020; Sundhedskommissionen, 2023). De leverede data er yderligere bearbejdet til fremstilling i denne rapport, idet aldersgruppen 10-19 år er blevet udeladt af analysen grundet et lille datagrundlag. De oprindelige syv aldersfordelinger er desuden lagt sammen til tre: 20-29 år, 30-59 år og 59+ år. Givet at data er kommet i aggregeret form, samt at alle disse grupper tilhører voksenpsykiatrien, er der meget lidt information gået tabt i denne yderligere aggregering. Aggregeringen til de tre fordelinger kan synes arbitrær; det er til gengæld vores opfattelse, at denne fordeling afspejler livets faser, ungdomslivet, voksenlivet og ældrelivet, og deraf et differentieret behov for behandling, hvorfor vi finder denne opdeling relevant. Idet vi ikke har data på individniveau, er det ikke muligt at udføre andet end deskriptive oversigter over køns- og aldersfordelinger. Et centralt spørgsmål, der må gå ubesvaret hen, er eksempelvis, hvorvidt flere sengedage blandt mænd afspejler, at mænd er tilsvarende mere syge end kvinder, eller om de er indlagt med mere behandlingskrævende diagnoser.

## **Skriftlige tilbagemeldinger fra kommuner**

Viden om kommunale tilbud er indsamlet via direkte forespørgsler i de fem grønlandske kommuner. Vi har bedt alle fem grønlandske kommuner om at sende information om de tilbud, de har til borgere med psykiske lidelser, med fokus på kapacitet, bemanning, målgruppe og oplevede udfordringer.

### **Boks 6.3 Spørgsmål stillet til de fem kommuner med henblik på skriftlige tilbagemeldinger**

- Hvilke tilbud har I til borgere med psykiske lidelser/problemstillinger?
- Hvad er tilbuddenes formål og indhold?
- Hvem er målgruppen for tilbuddene (fx aldersgrupper, diagnoser, særlige behov)?
- Er der nogen, der kunne have gavn af tilbuddet, men som ikke får tilbuddet (fx pga. kapacitetsbegrænsninger)?
- Hvor mange borgere kan gøre brug af tilbuddet? Evt.: Hvor mange borgere kunne aktuelt have gavn af tilbuddet, hvis kapaciteten var større?
- Hvordan er personalesammensætningen (faggrupper, kompetencer og antal)?
- Hvem er jeres primære samarbejdspartnere?
- Hvad er jeres primære udfordringer i forhold til at tilbyde relevante ydelser til målgruppen?

Besvarelserne fra de enkelte kommuner fremstår ikke fuldstændigt ens, hvilket er forventeligt, når man beder om fritekstbesvarelser. Desuden har nogle kommuner bidraget med én fælles besvarelse, og andre har bidraget med beskrivelser udarbejdet af flere decentrale enheder i kommunen. Derfor er det ikke muligt at lave et præcist overblik over fx antal tilbud og typer af tilbud. Disse oversigter er derfor anvendt som en ud af flere kilder til at få overblik over aktuelle tilbud, personaleressourcer, kapacitet og udfordringer i tilknytning til kommunernes indsatser for borgere med psykiske lidelser.

## 6.3 Litteraturgennemgang

Med henblik på at supplere interviewpersonernes egne forslag til løsninger på de udfordringer, som blev identificeret i interviewene, er der søgt efter litteratur, der beskriver konkrete tiltag i sammenlignelige lande, der har udviklet løsninger på sammenlignelige udfordringer og behov som i Grønland.

Der er søgt efter litteratur, der beskriver afprøvede tiltag i Norge, Sverige, Finland og Canada (med særskilt fokus på Inuit-befolkningen), med fokus på at udlede effekter eller erfaringer (fx med implementerbarhed), som er søgt afprøvet i områder med et udfordringsbillede og en geografi, som ligner den grønlandske. Der er ikke tale om systematisk litteratursøgning, men en strategisk søgning i relevante tidsskrifter (fx International Journal of Circumpolar Health samt Google Scholar) efter afprøvede tiltag. I interviewene er der også blevet spurgt ind til interviewpersonernes kendskab til relevante tiltag i andre lande, men ingen konkrete tiltag blev udpeget.

Der blev fundet ganske lidt litteratur, som besvarede ovenstående formål, og litteraturen har derfor kun tilføjet minimalt til denne undersøgelse.

# Litteratur

- Buch, M. S., Jensen, M. F., & Brorholt, G. (2018). *Sammenhæng i patientforløb: Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M. S., & Johansen, M. B. (2022). *Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes: Vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Center for Folkesundhed i Grønland. (2021). *Psykiatrien og psykiske lidelser i Grønland*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Departementet for Sociale Anliggender. (2020). *Personer med vidtgående handicap: Statistisk opgørelse over personer med vidtgående handicap*. Departementet for Sociale Anliggender, Familier, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender.
- Det Grønlandske Sundhedsvæsen. (2022). *Organisationsplan: Det Grønlandske Sundhedsvæsen*. Kalaallit Nunaanni Peqqinnissaqarfik.
- Fagerlund, A. J., Kristiansen, E., & Simonsen, R. A. (2022). Experiences from using patient accessible electronic health records - a qualitative study within Sámi mental health patients in Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 81(1), 1–9.
- Hansen, H. (2021). *Børn og unges adgang til psykisk hjælp i Grønland*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Hauge, A. M., Bjørnholt, B., & Bech, M. (2022). *Lægelig ledelse: Inspirationskatalog: Hvordan hospitalerne kan styrke deres lægelige ledelse med OK21*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kommuneqarfik Sermersooq. (2019). *Kommune og sundhedsvæsenet indleder tæt samarbejde*. <https://sermersooq.gl/da/2019/06/kommune-og-sundhedsvaesenet-indleder-taet-samarbejde/>
- Lauritsen, A. N., & Rømer, M. (2023). Fra nedsendt til bortdømt – om Grønlands psykisk syge foranstaltningsdømte i Danmark. *Social Kritik*, 35(168), 29–38.
- Mortensen, N. P., Hansen, H., & Olsen, M. G. (2022). *Evaluering af nyuddannede fra PERORSAANERMIK ILINNIARFIK/Socialpædagogisk seminarium i*



*Ilulissat: Evaluering af matchet mellem lovgivning og forventninger og de nyuddannedes kompetencer.* VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Nalunaarutit. (2019). *L 13 2019. Inatsisartutlov om støtte til personer med handicap.* [https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/2019/l-13-2019?sc\\_lang=da](https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/2019/l-13-2019?sc_lang=da)

Nalunaarutit. (2022). *L-bkg 07 2022. Selvstyrets lovbekendtgørelse af Inatsisartutlov om støtte til personer med handicap.* [https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/2022/l-bkg-07-2022?sc\\_lang=da](https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/2022/l-bkg-07-2022?sc_lang=da)

Ombudsmanden for Inatsisartut. (2017). *Ombudsmandens inspektioner i 2017: OPCAT-inspektionen af Psykiatrisk Afdeling A1 på Dronning Ingrid's Hospital. Endelig rapport.* Ombudsmanden for Inatsisartut.

Ombudsmanden for Inatsisartut. (2023). *Ombudsmandens inspektioner i 2023: OPCAT-inspektionen af Psykiatrisk Afdeling A1, Dronning Ingrid's Hospital Inatsisartut – brev med bilag.* Ombudsmanden for Inatsisartut.

Shang, Z., Arnaert, A., Hindle, Y., Debe, Z., Côté-Leblanc, G., & Saadi, A. (2021). Experiences of psychiatrists and support staff providing tele-mental health services to Indigenous peoples of Northern Quebec. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–9.

Sundhedskommissionen. (2023). *Vores sundhedsvæsen – vores fælles ansvar: Sundhedskommissionens betænkning.* Sundhedskommissionen.

**VIVE**