



Jens NapátôK'
Naleraq, Inatsisartut

Besvarelse af § 37 spørgsmål nr. 154/2026

Dato: 15-09-2026
Sags nr: 2026 - 14400
Akt nr: 26721508

Kære Jens NapátôK'

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

Du har i henhold til § 37, stk. 1 i Forretningsordenen for Inatsisartut fremsat spørgsmål til Naalakkersuisut. Jeg takker for spørgsmålene, som er henvist til min besvarelse. Spørgsmålene gengives og besvares nedenfor.

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

1. Hvilke konkrete forpligtelser følger efter Naalakkersuisuts vurdering af den gældende sundhedslovgivning og øvrige gældende regler med hensyn til at sikre borgere i bygder og yderdistrikter adgang til grundlæggende sundhedsydelser, herunder lægeundersøgelser, sygepleje, tandpleje og sundhedsfremmende rådgivning?

Svar:

Naalakkersuisut kan oplyse, at de overordnede forpligtelser for sundhedsvæsenet følger af Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v.

Det fremgår af forordningens § 1, at sundhedsvæsenets vigtigste opgaver er at fremme befolkningens sundhed, forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande samt at undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme og sygdomslignende tilstande. Endvidere fremgår det at sundhedsvæsenet ved tilrettelæggelsen af sit arbejde skal tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset borgernes bosted.

Naalakkersuisut vurderer på den baggrund, at lovgivningen forpligter sundhedsvæsenet til at organisere og tilrettelægge sundhedsindsatsen med henblik på, at borgere i hele landet så vidt muligt har en ligelig adgang til de grundlæggende sundhedsydelser uanset bosted. Lovgivningen fastsætter ikke nærmere krav til den organisatoriske model for, hvordan de enkelte sundhedsydelser skal leveres til bosteder af varierende størrelse.

Den konkrete tilrettelæggelse af sundhedstilbuddene beror på en samlet sundhedsfaglig og driftsmæssig vurdering inden for lovgivningens rammer. Der kan blandt andet indgå hensyn til geografi, bosætningsmønster, patientgrundlag, transportmuligheder, vejrlig, rekrutteringssituationen og de tilgængelige ressourcer. Adgangen til sundhedsydelser kan derfor sikres gennem forskellige løsninger, herunder lokale sundhedsmedarbejdere, sygeplejestationer, bygdekonsultationer, ambulante besøg, telemedicinske løsninger samt visitering til regionale eller centrale behandlingssteder, når dette er sundhedsfagligt relevant.

For så vidt angår lægeundersøgelser, sygepleje og sundhedsfremmende indsatser følger disse ydelser blandt andet af landstingsforordningens § 14, hvorefter personer med ret til ydelser efter forordningen, i den udstrækning forholdene tillader det, har ret til blandt andet forebyggende helbredsundersøgelser, lægebehandling og sundhedspleje. Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med forordningens formål og princippet om ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted.

For så vidt angår tandpleje følger de nærmere rettigheder af landstingsforordningens § 15 og Hjemmestyrets bekendtgørelse om tandpleje. Bekendtgørelsen fastslår, at der ved tilrettelæggelsen af tandplejen skal tilstræbes en ligelig adgang til tandplejens ydelser uanset bosted. Bekendtgørelsen angiver endvidere, at børn og unge skal prioriteres, hvis kapaciteten eller de økonomiske rammer ikke gør det muligt at tilbyde et systematisk tandplejetilbud til hele befolkningen.

Naalakkersuisut vurderer samlet, at den gældende sundhedslovgivning både fastlægger de grundlæggende sundhedsydelser, som borgerne har ret til, og de overordnede rammer for, hvordan sundhedsvæsenet skal tilrettelægges, men dog samtidig tillader de nødvendige tilpasninger som omstændighederne nødvendiggør. Inden for disse rammer skal sundhedsvæsenet tilrettelægges med henblik på at tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted, samtidig med at den konkrete organisering sker på baggrund af sundhedsfaglige vurderinger og de praktiske forhold, der gør sig gældende i de enkelte dele af landet.

2. Vurderer Naalakkersuisut, at disse forpligtelser i dag opfyldes fuldt ud i samtlige bygder og yderdistrikter?

Svar:

Som beskrevet i svaret på spørgsmål 1, beror tilrettelæggelse af sundhedstilbuddene på en samlet sundhedsfaglig og driftsmæssig vurdering inden for lovgivningens rammer og den samlede driftsbevilling. Sundhedsvæsenets tilbud i de enkelte lokalsamfund tager udgangspunkt i det gældende ydelseskatalog¹, som er politisk godkendt. Omfanget af sundhedsydelserne fastlægges bl.a. ud fra befolkningsgrundlaget.

Jf. ydelseskataloget findes der i bygder sundhedsstation eller telemedicinsk enhed bemandet med bygdesundhedsmedarbejder. Derudover er der betjening fra regionshospitalet og af specialister. Denne betjening kan være telemedicinsk, ved tilrejsende personale eller ved ledsaget eller uledsaget patientrejse. Der laves i hvert tilfælde en konkret vurdering af den mest hensigtsmæssige fremgang ud fra borgerens tilstand og behov sammenholdt med de logistiske muligheder.

Eksempler på ikke-akutte tilbud, hvor sundhedsvæsenet rejser til bygder og yderområder inkluderer, men er ikke begrænset til, tandlægebesøg med fokus på børn og unges behov først, lægebesøg mhp. vaccination af børn og specialistrejser hvor speciallægehold rejser til regionsbyer for at foretage undersøgelser og behandling.

Ved brug af telemedicinske løsninger, tilrejsende personale og patientrejser sikres det, at alle borgere har adgang til tidssvarende og sikker behandling, uanset bosted.

¹ <https://peqqik.gl/Emner/Patientinformation/Ydelser-i-SHV>

Der er steder hvor der er særlige udfordringer med infrastrukturen at tage hensyn til, og tilbuddet derfor må tilpasses. Det mest udtalte eksempel er Tasiilaq Sundhedscenter, som er tilpasset de særlige vejrmæssige udfordringer. Derfor er sundhedscentret tilrettelagt med tilbud som i andre tilfælde varetages på regionshospitaller.

For at sikre, at sundhedsvæsenets tilbud til borgere opfylder kravene i lovgivningen, fører Landslægeembedet tilsyn med både sundhedsvæsenet og de øvrige sundhedsydelser, herunder forebyggelsestiltag. Landslægeembedet følger løbende organiseringen af sundhedsvæsenets tilbud, og har dertil en rådgivende funktion, hvor både Naalakkersuisut og sundhedsvæsenet kan opsøge eller modtage forslag til forbedringer af de aktuelle tilbud.

Naalakkersuisut vurderer ud fra dette, at de juridiske forpligtelserne er opfyldt indenfor de givne rammer og med tilpasning til de lokale behov og muligheder. Dog er det i praksis vedvarende vanskeligt at levere tidssvarende sundhedsydelser fysisk tæt på borgerne, særligt med hensyn til bemandingsudfordringer, hvorfor telemedicinske løsninger anvendes for at sikre det sundhedsfaglige tilbud, uanset bosted.

a. Hvis ja, hvilke konkrete servicemål, besøgsplaner eller andre kriterier bygger vurderingen på?

Servicemålene, herunder mål for tandlæge- og specialistbesøg, er beskrevet i det gældende katalog over sundhedsfaglige ydelser i regionerne (Ydelseskataloget). Ydelseskataloget blev vedtaget i 2015 og udgør fortsat grundlaget for den lokale sundhedsbetjening i regionerne.

Dertil er sundhedsvæsenets masterplan lagt til grund. Masterplanen er en oversigt over alle årets specialistrejser, hvor specialistteams bestående af bl.a. læger og sygeplejersker rejser rundt i landet og foretager både udredning og behandling lokalt. Specialistrejserne gennemføres både af specialister fra Danmark og fra Landshospitalet, Dronning Ingrid's Hospital.

b. Hvis nej, hvilke sundhedsydelser eller geografiske områder opfylder efter Naalakkersuisuts vurdering ikke det forudsatte serviceniveau?

Ikke relevant.

3. Hvor mange bygder og yderdistrikter har inden for de seneste 12 måneder ikke modtaget fysisk besøg af henholdsvis læge, sygeplejerske og tandlæge eller tandplejer? Naalakkersuisut bedes, i det omfang oplysningerne foreligger centralt, oplyse hvilke bosteder det drejer sig om.

Svar:

Sundhedsvæsenet oplyser, at alle bygdekonsultationer og stationer i sundhedsregionerne Avannaa, Disko, Kujataa, Sermersooq og Qeqqa har haft besøg inden for de seneste 12 måneder, enten af en sygeplejerske eller en læge.

Det bemærkes, at bygdeturene ofte er tværfagligt sammensat. Ud over læger og sygeplejersker kan der således deltage andre sundhedsfaglige medarbejdere, f.eks. sundhedsplejersker, farmakonomer og andre relevante faggrupper.

Derudover oplyser sundhedsvæsenet, at følgende bygder og yderdistrikter ikke har modtaget fysisk besøg af en tandlæge eller tandplejer inden for de seneste 12 måneder:

Kulusuk, Kuummiut, Sermiligaaq, Isortoq, Itilleq, Sarfannguit, Kangaamiut, Ikerasak, Qaarsut, Saattut, Ukkusissat, Niaqornat, Aappilattoq, Innaarsuit, Kangarsuatsiaq, Naajaat og Qeqertat.

Dog betyder manglende fysisk besøg inden for den angivne periode ikke nødvendigvis at der ikke har været kontakt med borgerne. Rådgivning, visitation og koordinering kan være sket i samarbejde med det lokale sundhedsvæsen.

Landstandplejen arbejder løbende på at sikre regelmæssige besøg i alle bosteder i takt med, at de personalemæssige og logistiske rammer muliggør dette. For flere af de ovennævnte bygder og yderdistrikter er der planlagt besøg i sidste halvdel af 2026.

4. Hvilke eksisterende ordninger anvender sundhedsvæsenet til regelmæssigt at betjene bygder og yderdistrikter gennem udgående, mobile eller tværfaglige sundhedsindsatser? Naalakkersuisut bedes oplyse ordningernes geografiske dækning, bemanning, besøgsfrekvens og årlige udgifter.

Svar:

Sundhedsvæsenet har, jf. besvarelsen af spørgsmål 3, opfyldt sin forpligtelse til fysisk tilstedeværelse i bygder og yderdistrikter gennem udgående indsatser med læger og sygeplejersker i overensstemmelse med ydelseskataloget.

Derudover foregår sundhedsbetjeningen imellem de fysiske besøg via telemedicinske konsultationer. Bygdekonsultationerne bemandes så vidt muligt med bygdesundhedsmedarbejder for at sikre kontakten mellem patienten og de læger eller sygeplejersker, der dagligt er tilknyttet sundhedsvæsenets større enheder.

Omkostninger til ovenstående afholdes inden for Sundhedsvæsenet eksisterende budgetdrift. I 2024 er der afholdt udgifter til drift af bygdestationer for ca. 26 mio. kr. og 25 mio. kr. i 2025, hvoraf størstedelen af udgifterne er til personale.

Landstandplejen har udgående tandpleje til bygder og yderdistrikter så vidt der muligt med den aktuelle bemanning. Formålet er at sikre, at børn og unge i hele Grønland så vidt muligt tilbydes de samme forebyggende og behandlende tandplejeydelser. Ved besøgene anvendes mobilt tandudstyr, som gør det muligt at gennemføre undersøgelser, forebyggende indsatser og udvalgte behandlinger lokalt.

Den udgående tandpleje understøttes af et tværfagligt samarbejde med skoler, daginstitutioner og sundhedsvæsenets lokalitet i bygderne. Skolerne bidrager blandt andet til indkaldelse og koordinering af undersøgelser af skolebørn, ligesom der flere steder gennemføres forebyggende indsatser såsom fluoridskylning og tandbørstning i skolen gennem skoleåret. Der er desuden et løbende samarbejde mellem tandklinikkerne og de lokale sundhedshuse ved henvendelser vedrørende tand- og mundsundhed.

Rekruttering af tandlæger og de nødvendige fagkompetencer har været en stigende udfordring igennem mange år, og er det fortsat. Det er derfor vedvarende nødvendigt

med politiske prioriteringer og tiltag, for at borgerne så vidt muligt kan modtage tilbud tæt på deres hjemsted.

De årlige udgifter til bygdebesøg indgår i Landstandplejens samlede driftsudgifter til tandplejen og opgøres ikke særskilt.

5. Kan Naalakkersuisut inden for gældende lovgivning og Naalakkersuisuts administrative kompetence beslutte at styrke den regelmæssige sundhedsbetjening af bygder og yderdistrikter gennem et eller flere mobile og tværfaglige sundhedsteam? Hvis ikke, hvilke lovgivningsmæssige eller bevillingsmæssige ændringer vil være nødvendige?

Svar:

Sundhedsvæsenets organisering og overordnede drift planlægges inden for de rammer, der følger af den gældende sundhedslovgivning, politiske prioriteringer og de bevillinger, der fastsættes på finansloven.

Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v. fastlægger rammerne for sundhedsvæsenets opgaver og for borgernes adgang til sundhedsydelser. Forordningen fastlægger, som nævnt i besvarelsen af spørgsmål 1, ikke en bestemt organisatorisk model for, hvordan sundhedsydelserne skal leveres i de enkelte bosteder.

Der er derfor inden for gældende lovgivning mulighed for at tilrettelægge sundhedsvæsenets indsats gennem forskellige organisatoriske løsninger, herunder eksempelvis mobile og tværfaglige sundhedsteam, såfremt dette vurderes sundhedsfagligt og driftsmæssigt hensigtsmæssigt.

En eventuel styrkelse af den regelmæssige sundhedsbetjening gennem mobile og tværfaglige sundhedsteam skal dog tilrettelægges således, at ændringer i organiseringen ikke medfører en forringelse af det samlede sundhedstilbud. Den konkrete tilrettelæggelse vil derfor bero på en vurdering af blandt andet borgernes behov.

Ved vurderingen af sådanne løsninger indgår også hensynet til en hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Udgifterne til en given indsats skal således stå i et rimeligt forhold til den sundhedsmæssige effekt og de ydelser, der leveres, idet ressourcer anvendt ét sted samtidig kan have betydning for mulighederne for at tilbyde sundhedsydelser til andre borgere.

Mobile og tværfaglige sundhedsteam vil ikke kunne erstatte alle former for sundhedsbetjening idet visse sundhedstilbud forudsætter en større grad af kontinuitet eller mere permanent adgang til bestemte fagpersoner.

Hvis oprettelse af en ny ordning medfører et øget ressourcebehov kan det betyde, at der må afsættes supplerende midler på finansloven.

Naalakkersuisut følger løbende udviklingen i forhold til organiseringen af sundhedsindsatsen, herunder mulighederne for mobile sundhedsløsninger, tværfaglige tilbud og anvendelse af telemedicinsk og telefonisk understøttelse, med henblik på at

sikre en hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer og en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted.

Som et led i udviklingen af sundhedsvæsenet, har Naalakkersuisut igangsat en forvaltningsrevision. Forvaltningsrevisionen skal identificere de væsentligste styrings- og ressourceudnyttelsesmæssige udfordringer og vurdere de vigtigste årsager hertil. Der forventes at blive peget på forbedringsmuligheder til understøttelse af en sundhedsfagligt forsvarlig og økonomisk bæredygtig drift.

6. Hvilke økonomiske og administrative konsekvenser vurderer Naalakkersuisut, at det vil have at etablere og drive mindst ét mobilt, tværfagligt sundhedsteam bestående af f.eks. læge, sygeplejerske og tandlæge eller tandplejer? Beregningen bedes så vidt muligt opdelt på:

- a. personale,**
- b. transport og ophold,**
- c. medicinsk og tandlægefagligt udstyr,**
- d. medicin og øvrige forbrugsvarer,**
- e. planlægning og administration, og**
- f. forventet antal årlige besøg og omfattede bosteder.**

Svar:

Som nævnt i besvarelsen af spørgsmål 2a er der på nuværende tidspunkt etableret flere sundhedsfaglige specialistteams, som leverer sundhedsydelser lokalt, indenfor deres respektive specialer jf. masterplanen.

Der er rejsende specialistteams indenfor 10 specialeområder, herunder øjenlæger, børnelæger, hjertelæger og personale fra psykiatrisk afdeling. De rejser med tværfaglige hold, f.eks. indenfor børneområdet, hvor også børneortopæder og bandagister besøger de forskellige byer.

Der foretages rejser fra Danmark til Nuuk og til alle regionsbyer og større sundhedscentre. Hvilke teams der rejser til de respektive byer, og hvor ofte, planlægges i tæt kontakt mellem regionsledelserne, den centrale koordineringsenhed og specialisterne. Dette afhænger bl.a. af hvor mange der er visiteret til at blive set eller behandlet, og hvornår på året det er mest forventeligt at rejser kan gennemføres planmæssigt. Der skal foretages sundhedsfaglig visitering og henvisning for at patienten kommer på listen over hvem der skal tilses eller behandles. I 2025 havde byer udenfor Nuuk samlet set besøg af specialisthold i 118 uger, som en del af masterplanen. For at mindske behovet for patientrejser har specialistholdene nogle gange delt besøgene op mellem to nærliggende byer.

For så vidt angår tandområdet er det inddelt i distrikter, og der er tandklinikker i bosteder med over ca. 500 indbyggere. Fra tandklinikkerne rejser tandlæge, tandklinikassistent og evt. kigutigissaasoq, til tilhørende bygder. Det tilstræbes, at alle bygder får besøg mindst én gang årligt, på nær dem med meget få indbyggere. Dette er ikke altid muligt, oftest på grund af personalemangel. I disse tilfælde sker der koordinering mellem tandplejen og lokale aktører, som beskrevet i svaret på spørgsmål 4.

Alle disse ordninger indebærer, at flest mulig patienter bliver undersøgt og behandlet så tæt ved deres bopæl, som det er muligt.

Hvis der derudover skal etableres et tværfagligt team, afhænger de økonomiske og administrative konsekvenser af rammer og ansvarsområder for det team, herunder:

- hvor mange bosteder der skal dækkes, og i hvilket omfang
- hvorvidt personalet skal have vagtforpligtigelser
- hvilke ydelser der skal leveres
- hvilke eksisterende ydelser der erstattes af det nye teams ydelser

Disse forhold vil afgøre, hvor mange det er nødvendigt at ansætte indenfor hver faggruppe for at have en vedvarende drift af et sådant team. Dertil vil det afgøre, i hvilken grad det er nødvendigt at ansætte koordinerende og andet understøttende personale samt indkøbe nødvendigt materiel. Med definering af, hvilke ydelser teamet skal levere, vil det ligeledes være relevant at medregne, hvilke af de eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet, der kan nedlægges med overlevering af hele eller dele af ansvarsområdet til et nyt team.

En retvisende beregning af, hvad det vil have af økonomiske konsekvenser at etablere et sådant team er ikke muligt at udarbejde inden for rammerne af en § 37 besvarelse jf. § 37, stk. 2, i Forretningsorden for Inatsisartut.

7. Vil en sådan ordning kunne finansieres helt eller delvist gennem omprioritering inden for sundhedsvæsenets eksisterende bevillinger, og vurderer Naalakkersuisut, at tidligere opsporing og behandling vil kunne reducere udgifter til patienttransport, akutte evakueringer eller senere specialiseret behandling? Naalakkersuisut bedes redegøre for beregningsgrundlaget og usikkerheden ved vurderingen.

Svar:

Som det fremgår af svaret til spørgsmål 5, skal udgifterne til en sådan ordning stå i et rimeligt forhold til den sundhedsmæssige effekt og de ydelser, der leveres, idet ressourcer anvendt ét sted samtidig kan have betydning for mulighederne for at tilbyde sundhedsydelser til andre borgere.

I det tilfælde, at etablering og drift af et nyt team kan erstatte eksisterende tilbud uden en forringelse af det tilbud borgeren i sidste ende modtager, vil det således godt kunne ske ved omprioritering af eksisterende bevillinger.

Med resultatet af forvaltningsrevisionen, der aktuelt pågår, vil der forventeligt fremgå en analyse af, hvordan sundhedsvæsenet gennem interne omprioriteringer kan optimere adgangen til sundhed.

Tidligere opsporing og behandling vil i mange tilfælde kunne bidrage til at reducere udgifter til patienttransport, akutte evakueringer og efterfølgende specialiseret behandling. Vurderingen bygger på en faglig antagelse om, at tidligere indsats kan forebygge sygdomsforværring og dermed reducere behovet for ressourcekrævende behandling og behandling senere i sygdomsforløb samt den tilhørende transport. Tidlig opsporing på de mindste bosteder vil i mange tilfælde fortsat kræve patientrejser for at imødekomme behov for nærmere udredning, fx radiologisk udredning på regionssygehus, på landshospitalet eller i Danmark.

Der er ikke på nuværende tidspunkt lavet et selvstændigt beregningsgrundlag for de potentielle økonomiske konsekvenser ved tidligere opsporing, da vidensgrundlaget hertil

er behæftet med betydelig usikkerhed, herunder forsinkede samfundsmæssige effekter af forebyggende indsatser og tidlig opsporing. Det vurderes, at en fuldstændig besvarelse af spørgsmålet vil kræve en større økonomiske analyse, hvilket ikke er muligt at udarbejde inden for rammerne af en § 37 besvarelse jf. § 37, stk. 2, i Forretningsorden for Inatsisartut.

8. Hvilke økonomiske og administrative konsekvenser forventes en sådan ordning at have for henholdsvis kommunerne, det private erhvervsliv og borgerne, herunder eventuelle konsekvenser for borgernes egne rejser, fravær fra arbejde og udgifter i forbindelse med behandling?

Svar:

Der er ikke tidligere lavet undersøgelser, der afdækker de samlede samfundsmæssige økonomiske og administrative konsekvenser forbundet med borgernes rejse til udredning og behandling.

Ligeledes er det ikke tidligere opgjort, hvor mange patientrejser der spares ved de eksisterende specialistrejser, der foretages i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i masterplanen.

De samlede samfundsmæssige konsekvenser for borgere eller erhvervsliv i form af f.eks. tabt arbejdsfortjeneste inkluderer hensyn til regelsæt der reguleres i love på både social-, ældre-, handicap- og uddannelsesområdet og som er påvirket af overenskomstmæssige vilkår. Derfor vurderes det, at en fuldstændig besvarelse af spørgsmålet vil kræve en større samfundsøkonomiske analyse, hvilket ikke er muligt at udarbejde inden for rammerne af en § 37 besvarelse jf. § 37, stk. 2, i Forretningsorden for Inatsisartut.

Med venlig hilsen



Anna Wangenheim