

**Forebyggende og sundhedsfremmende arbejde  
i Kalaallit Nunaat 1996-2007**

**af Bodil Karlshøj Poulsen**

**MPH uppsats  
Nordic School of Public Health, 2010**



## Indholdsfortegnelse

1. Introduktion .....	5
2. Baggrund .....	6
2.1 Samfundsmæssig kontekst.....	6
2.2 Kultur, værdier og sundhedssyn .....	7
2.3 Folkesundhed i en arktisk ramme.....	8
2.4 Folkesundhed i Kalaallit Nunaat .....	9
2.5 Administrationen .....	9
2.6 Paarisa.....	10
2.7 Forebyggelseskonsulenter i kommunerne .....	11
3. Teoretisk ramme .....	13
3.1 Det åbne sundhedsbegreb .....	13
3.2 Folkesundhedsbegrebet .....	14
3.3 Centrale begreber i tværsektorielt samarbejde og partnerskaber.....	15
3.4 Samarbejde i et management perspektiv .....	16
3.5 Definitioner.....	18
4. Problemformulering og formål.....	19
4.1 Problemformulering og perspektivering.....	19
4.2 Formål.....	19
4.3 Forskningsspørgsmål .....	19
5. Metode .....	20
5.1 Design.....	20
5.2 Dataindsamling.....	20
5.3 Analyse .....	21
5.4 Forfatterens for-forståelse .....	22
5.5 Validitet .....	23
5.6 Ethiske overvejelser.....	23
6. Resultater .....	25
6.1 Politiske målsætninger 1995 - 2007 .....	25
6.2 De overordnede beslutningsprocesser .....	26
6.3 Organisering af samarbejdet mellem centralt og lokalt niveau .....	34
6.4 Uddannelse for forebyggelseskonsulenter 2006-2007 .....	40
7. Opsummering og diskussion .....	43
7.1. Metode diskussion .....	43
7.2. Resultat diskussion .....	43
8. Konklusion .....	48
9. Anbefalinger .....	48
9. Tak.....	49
10. Referencer.....	50
Bilagsfortegnelse .....	53



## 1. Introduktion

Formålet med denne afhandling er at samle og analysere indhentede erfaringer fra arbejdet med organiseringen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Kalaallit Nunaat (Grønland) i perioden 1996 til 2007.

Det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde har haft stor politisk bevågenhed siden Hjemmestyret hjemtog sundhedsområdet fra den danske stat i 1992. Hjemmestyret har i årene 1996 – 2007 sammen med kommunerne opbygget en unik organisation med tydelige ansvarsfordelinger mellem centralt og lokalt niveau på det forebyggende og sundhedsfremmende område. Afhandlingen dokumenterer og analyserer arbejdets organisering samt de stærke og svage sider ved ordningen, som den var før Kommunalreformen i 2009. Den samlede afhandling vil blive givet til kommunerne til inspiration for det videre arbejde.

Som leder af Paarisa, Center for Folkesundhed i Kalaallit Nunaat, siden 1996 har jeg været meget optaget af WHO's Ottawa Charter og af hvorledes Paarisa med respekt for charter-teksten *"Sundhed skabes af mennesker inden for de rammer, hvor de til daglig lærer, arbejder, leger og elsker. Sundhed skabes ved at yde omsorg for sig selv og andre, ved at kunne tage beslutninger og være herre over sine livsvilkår og ved at sikre, at det samfund, man lever i, skaber betingelser, som giver alle mulighed for at opnå sundhed"* kunne medvirke til, at *"sundheden fremmes gennem en konkret og effektiv indsats i lokal-miljøet, hvor man prioriterer, tager beslutninger, planlægger og gennemfører strategier for at opnå en bedre sundhedstilstand"* (citater oversat af forfatteren) (1).

Bangkok Charteret fra 2005 var en øjenåbner i forhold til at konkretisere strategierne for det lokale sundhedsfremmende arbejde. I chartret fremhæves, med respekt for Ottawa Chartret, at sundhedsfremme er hjørnesteinen, mens partnerskab er redskabet (1, 2).

## 2. Baggrund

### 2.1 Samfundsmæssig kontekst

Kalaallit Nunaat er verdens største ø, med en befolkning på knap 57.000 indbyggere. 85 % af øen er stadig dækket af Indlandsisen – men den globale opvarmning smelter isen i et hidtil uset tempo. 20 % af befolkningen bor i hovedstaden Nuuk, og resten er fordelt på 16 mindre byer og ca. 60 bygder (Figur 1).



Figur 1. Kalaallit Nunaat (Grønland)

Landet har siden 2. Verdenskrig gennemgået en rivende udvikling. Fra kolonistatus til selvstyre og fra at være et isoleret samfund, der primært ernærede sig ved fangst, til et moderne samfund og en del af den globaliserede verden. Kalaallit Nunaat opnåede selvstyre d. 21. juni 2009. Dette efter 30 år med hjemmestyre, som fulgte 200 år som dansk koloni. Samtidig med indførelse af selvstyre anerkendtes grønlandere som et folk, set i et folkeretsligt perspektiv, og sproget grønlandsk indførtes som landets officielle sprog. I hjemmestyreårene havde grønlandsk og dansk været ligeværdige sprog.

Klimaet er arktisk, men med store forskelle mellem nord og syd, øst og vest. Der er 2.670 km fra nord til syd, og øen er 1.050 km bred på det bredeste sted. Næsten sammenfaldende med Polarkredsen ligger grænserne for vinterens mørketid og sommerens midnatssol. I Qaanaaq varer mørketiden fra midten af oktober frem til midten af februar og midnatssolen fra midten af april til slutningen af august. Fiskeriet har siden midten af 1960'erne været landets bærende erhverv. I de senere år har der været stigende interesse for råstofudvinding, og en række udenlandske selskaber har koncessioner på undersøgelse efter olie og mineraler.

## 2.2 Kultur, værdier og sundhedssyn

Grønlandsk kultur og sprog er bevaret og har udviklet sig på trods af massiv påvirkning udefra gennem de 200 år, hvor landet havde status som koloni. Den danske politik frem til 2. verdenskrig var at isolere grønlænderne, mens der i 1950'erne og 60'erne blev lagt stor vægt på at oplære grønlændere til at opføre sig som danske. Dansk havde en fremtrædende plads i undervisningen i folkeskolen, og grønlandske børn blev sendt til plejefamilier og på skoleophold i Danmark af kortere eller længere varighed (3). Ved Hjemmestyrets indførelse i 1979 skiftede sprogpolitikken i folkeskolen, hvilket medførte, at dansk-undervisningen blev nedtonet. Først i 2002 vedtog Inatsisartut (Landstinget) en folkeskolelov, der udelukkende var udviklet i Grønland. Atuarfitsialak, ”den gode skole”, vægter kultur og sprog højt og hviler på det oprindelige arktiske holistiske livssyn (4).

Grønlændere ser et menneske som en sammensætning af lyset (sjælens energi), ånden (kroppens kraft og styrke) og navnet (identiteten). Ordet ”sila” betyder både universet, vejret og forstanden og er udtryk for energier. Sila udtrykker verden og vejret omkring os, samtidig med at ordets betydning går indad mod vor forstand og intellekt (5). Sundhed optræder både på dansk og grønlandsk som et normativt og værdiladet begreb. Sundhed oversættes til ”Peqqinneq”, som dog har et bredere, mere holistisk indhold. Peqqinneq betyder, direkte oversat, at være et menneske som er raskt og friskt, et menneske hvor sjæl, følelser og forstand samt kropsfunktionerne er på rette plads. Hvis der er ubalance, er du syg, ”napparsimavoq” og går på sygehuset, ”napparsimavik”.

First Nations i Canada har en tilsvarende holistisk opfattelse af mennesket og verden omkring det. Sundhedsopfattelsen er synliggjort i læren om The Medicine Wheel, som er en fysisk manifestation af åndelig energi. The Medicine Wheel samler alle elementernes kræfter og visualiserer Ånden, Selvet og Naturen (6).

Kolonitiden ligger imidlertid ikke langt tilbage, og holdningen, at grønlændere skal oplæres og retledes ud fra europæisk viden og tankegang, ses stadig. En del, som oftest danske, sundhedsprofessionelle arbejder ud fra egne, primært biomedicinske baggrunde. Dette kan skabe misforståelser i mødet med patienterne, fordi begrebet ”Peqqinneq” bygger på forestillingen om det gode liv og således ikke er relateret til en biomedicinsk forståelse. Et sundhedsbegreb der inkluderer lyset, ånderne og den grønlandske identitet opfylder i højere grad dannelsesidealene. En tidligere centerleder på Peqqissaanermik Ilinniarfik (Center for Sundhedsuddannelser) har udtalt: ”Den fremmedgørelse, som fulgte med kolonitiden, satte befolkningens egne værdier og eget ansvar på stand by” (7).

I 1994 blev der oprettet en grønlandsk sygeplejerskeuddannelse, men på såvel Landshospitalet som på sygehusene i distrikterne er en stor del af personalet fortsat dansk. I kommunerne er der overvejende ansat lokale faguddannede, således er alle forebyggelseskonsulenterne (se side 11) etniske grønlændere. Dansk og grønlandsk kultur, menneskesyn og sundhedsopfattelse er som nævnt væsensforskellige, men der arbejdes målrettet på at bygge bro over kulturkløften og at skabe et fælles sprog og værdisæt (8).

### 2.3 Folkesundhed i en arktisk ramme

Jordkloden set i perspektiv fra Nordpolen (Figur 2) viser de arktiske lande, som deler klimatiske, geologiske og til dels kulturelle og erhvervsmæssige forhold. Bosætningen er spredt, natur og klima har ekstrem stor betydning for levemuligheder.



Figur 2. Jordkloden set med Nordpolen som centrum

De arktiske områder er hovedsagelig beboet af inuit, som er et oprindeligt folk. Inuit har sluttet sig sammen i Inuit Circumpolar Council (ICC) og fastslår i sit charter: *“That we, the Inuit, are an indigenous people, with a unique ancestry, culture and homeland”* (9). ICC arbejder for udvikling på bæredygtigt grundlag med respekt for, at forfædrene har beboet disse egne i tusinder af år, har overlevet under hårde klimatiske forhold og levet af landets ressourcer. Der er tæt samarbejde inden for forskning og uddannelse omkring folkesundhed, hvor en række ekspertgrupper er nedsat på tværs af landegrænserne. Cirkumpolar sundhed sættes på dagsorden indenfor rammen af International Congress of Circumpolar Health ([www.circumpolarhealth.org](http://www.circumpolarhealth.org)). Paarisa har gennem årene haft samarbejde med ICC's grønlandske afdeling og har deltaget i konferencer arrangeret af International Congress of Circumpolar Health.



## 2.4 Folkesundhed i Kalaallit Nunaat

I Kalaallit Nunaat må folkesundheden i dag også ses i lyset af de store samfundsomvæltninger siden begyndelsen af det 20. århundrede. Hyppigste dødsårsager i perioden 1924 – 1933 var tuberkulose og akutte luftvejsinfektioner, suppleret med mange ulykker. Peter Bjerregaard karakteriserer folkesundheden anno 2005 med ordene: ” *faldende spædbarnsdødelighed, faldende antal rygere og mange fysisk aktive børn og unge, men også en høj dødelighed blandt børn og unge, især af selvmord og ulykker, misbrugsproblemer, mange uønskede graviditeter, høj dødelighed af tobaksrelaterede sygdomme og stigende forekomst af overvægt og type 2-diabetes*” (10). Den hurtige samfundsudvikling, især siden 1950’erne, har fået skylden for de mange psykosociale sundhedsproblemer, som i dag blandt andet viser sig ved høj forekomst af selvmord og omsorgssvigt.

Landets første folkesundhedsprogram blev opbygget i en demokratisk proces og i tæt dialog med borgerne. I forbindelse med udformning af folkesundhedsprogrammet lagde Naalakkersuisut (regeringen) vægt på respekten for landets kultur og traditioner samt på, at såvel fysisk som psykisk sundhed skulle prioriteres. Det åbne sundhedsbegreb (se side 13) har inspireret til såvel lovgivning som i argumentationen over for samarbejdspartnere ved implementeringen af det organiserede forebyggelsesarbejde.

Inatsisartut vedtog i 2007 et folkesundhedsprogram gældende 2007–2012, heri lægges stor vægt på lokal involvering og partnerskabsopbygning (11). Folkesundhedsprogrammet har fået navnet Inuuneritta, som kort oversat betyder ”lad os få et bedre liv”.

## 2.5 Administrationen

Nuuk er hovedstad og sædet for Inatsisartut, Naalakkersuisut og centraladministrationen. Frem til 31. december 2008 var Kalaallit Nunaat opdelt i 17 kommuner. Disse havde selvstændig status med kommunalbestyrelse og administration. Fra 1. januar 2009 er en kommunalreform indført, som har medført, at der i dag kun er fire kommuner. En kommune havde selvstændig kommunalbestyrelse og administration ledet af en kommunaldirektør. Kommunen havde selvforvaltning inden for bl.a. skolevæsen og det sociale område.

Denne afhandling dækker perioden fra 1996 til 2007, hvor kommunerne overtog det fulde økonomiske ansvar for forebyggelsesområdet. Betegnelsen ’kommune’ er her ensbetydende med de tidligere kommuner frem til januar 2009. I tilfælde, hvor de nye kommuner beskrives, vil det være med betegnelsen ’storkommuner’ eller med navn: Qaasuitsup Kommunia, Qeqqata Kommunia, Kommuneqarfik Sermersooq og Qujalleq Kommunia.

I 2008 reorganiseredes Hjemmestyrets centraladministration. Der blev oprettet et departement for hvert landsstyreområde og alle ikke-departementale opgaver blev udskilt til en række styrelser. I perioden for denne afhandling var Sundhedsdirektoratet

øverste myndighed for sundhedsvæsenet og derfor også for sundhedsfremme og forebyggelse.

## 2.6 Paarisa

Hjemmestyret overtog ansvaret for sundhedsvæsenet i 1992. I dag er Departementet for Sundhed landets øverste myndighed på sundhedsområdet. Under departementet ligger Sundheds- og Forebyggelsesstyrelsen, hvor Paarisa er en afdeling, samt Sundhedsledelsen, der leder Landshospitalet, sundhedsdistrikter og tandklinikker. Direkte oversat til dansk betyder Paarisa ”Lad os passe på hverandre”.

I 1996 besluttede Naalakkersuisut at intensivere indsatsen inden for forebyggelse (12). Organisatorisk var opgaven for administrationen at opbygge en bæredygtig organisation, således at denne beslutning kunne implementeres i hele landet. Paarisa blev oprettet som det landsdækkende center for fremme af folkesundheden. Opgaven var at udvikle praktisk programvirksomhed til de af Landsstyret vedtagne sundhedspolitiske målsætninger inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Der arbejdes sundhedsfremmende, dvs. at vægten lægges på, hvad der holder folk raske, på deres ressourcer og handlemuligheder og på at understøtte den enkeltes mulighed for at træffe sunde valg (13).

Paarisa varetager den sundhedsfremmende og forebyggende indsats gennem oplysning og rådgivning, via partnerskabsaftaler og økonomisk tilskud til lokale projekter samt ved koordinering af centrale og tværsektorielle sundhedsfremmende aktiviteter (13). Forebyggelse og sundhedsfremme er lokalt forankret dels i sundhedsvæsenets primærtjeneste og dels i kommunerne. ”Projekt Forebyggelses-konsulent”, som havde til formål at få ansat en forebyggelseskonsulent i hver kommune, blev igangsat samtidig med oprettelsen af Paarisa. Centralt og lokalt niveau blev forbundet gennem skriftlige aftaler mellem Sundhedsdirektoratet og hver enkelt kommune.

2003 – 2006 gennemførtes et treårigt forskningsbaseret udviklingsarbejde ”Værdier i sundhedsarbejdet i Grønland” i samarbejde mellem Danmarks Pædagogiske Universitet, Peqqissaanermik Ilinniartfik, Direktoratet for Sundhed og Paarisa. Udviklingsarbejdet var en direkte følge af Landsstyrets politiske målsætninger på området (afsnit 6.1). Skulle disse målsætninger, som fordrede en sundhedsfremmende tilgang, indfries, måtte nye veje udvikles i sundhedsarbejdet.

Det overordnede mål for udviklingsarbejdet var health promotion: at fremme befolkningens muligheder for at håndtere eget liv. Et delmål var udvikling af rammer for befolkningens læring og personlige udvikling i en sund retning. Redskaberne var at arbejde med værdier som grundlaget for forebyggelse og sundhedsfremme. Metoden var at gennemføre sundhedspædagogisk kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle, som dels var ansat i Paarisa, dels i Nuuk Kommune og dels ved sundhedsvæsenet. For sikring af forankring og formidling blev udviklingsarbejdet dokumenteret i en bog ”Værdier og sundhedspædagogik – udvikling af forebyggelse og sundhedsfremme i Grønland” (7). I forordet skriver sundhedsdirektoratets direktør, ”*det er et ønske at*

*projektdeltagernes erfaringer og resultater må sætte sig spor i sundhedsarbejdet, ... spor som andre sundheds-professionelle kan lade sig inspirere af og følge op på”.*

## **2.7 Forebyggelseskonsulenter i kommunerne**

I 1996 havde Det forebyggelsespolitiske Råd en drøftelse om styrkelse af det lokale forebyggende arbejde (14). Her stod det klart, at hvis ”Projekt Forebyggelseskonsulent” skulle blive en succes, måtte der ansættes lokale personer i disse stillinger. Lige så klart var, at der ikke fandtes tilstrækkelig uddannede inden for dette felt. Socialdirektoratet havde i 1991 uddannet én person fra hver kommune inden for forebyggelse af primært alkoholmisbrug, men hovedparten af disse var i 1996 ansat andre steder (15). Valget stod derfor mellem at uddanne personer eller at ansætte personer med anden uddannelse og efterfølgende at opkvalificere disse. Den sidste model blev valgt (16).

Oplæring i forebyggelse og sundhedsfremme blev primært forestået af Paarisa’s konsulenter, hvor modellen ’peer-education’ blev valgt af både praktiske og økonomiske årsager (17). Dette første stadie kom til at vare ni år, idet der først blev bevilget midler til en egentlig uddannelse af forebyggelseskonsulenter i 2006 (18). Uddannelsen for forebyggelseskonsulenter i 2006 – 2007 er analyseret i afsnit 6.4.

Fra 1997 til 2006 afholdt Paarisa årligt møde for forebyggelseskonsulenterne med enten indbygget kursus eller deltagelse i en konference (Tabel 1, side 12). Kurserne har omhandlet: projektstyring, evaluering, brug af elektroniske medier, sagsbehandling, økonomistyring, netværksopbygning, udformning af handleplaner, sundhedspædagogik og metoder, etik samt faglige kurser inden for alkohol og rusmidler, rygning, seksuelt misbrug af børn. Forebyggelseskonsulenterne deltog i 1999 i en konference om seksuelt misbrug af børn, arrangeret af Paarisa og i Nordisk Rusmiddelkonference, begge afholdt i Nuuk. I 2006 i en temadag om projektet ”Værdier i sundhedsarbejdet” i Nuuk (7), samt i Nordisk Rusmiddelkonference i Kangerlussuaq.

”Projekt Forebyggelseskonsulent” har modtaget et fast årligt beløb gennem Finansloven. I tilfælde af, at stillinger i kortere eller længere tid havde været vakante, blev det overskydende beløb anvendt til afholdelse af regionale møder. Under disse blev muligheden for sidemandsoplæring udnyttet, og erfarne forebyggelseskonsulenter oplærte sammen med en konsulent fra Paarisa den eller de nyansatte. De regionale møder tog udgangspunkt i de for regionen aktuelt største udfordringer, og var derfor meget forskellige. Paarisa’s konsulent, med særlige konsulentopgaver for regionen, deltog i de fleste regionale møder.

Tabel 1. Opkvalificeringen af forebyggelseskonsulenter arrangeret af PAARISA 1997-2008

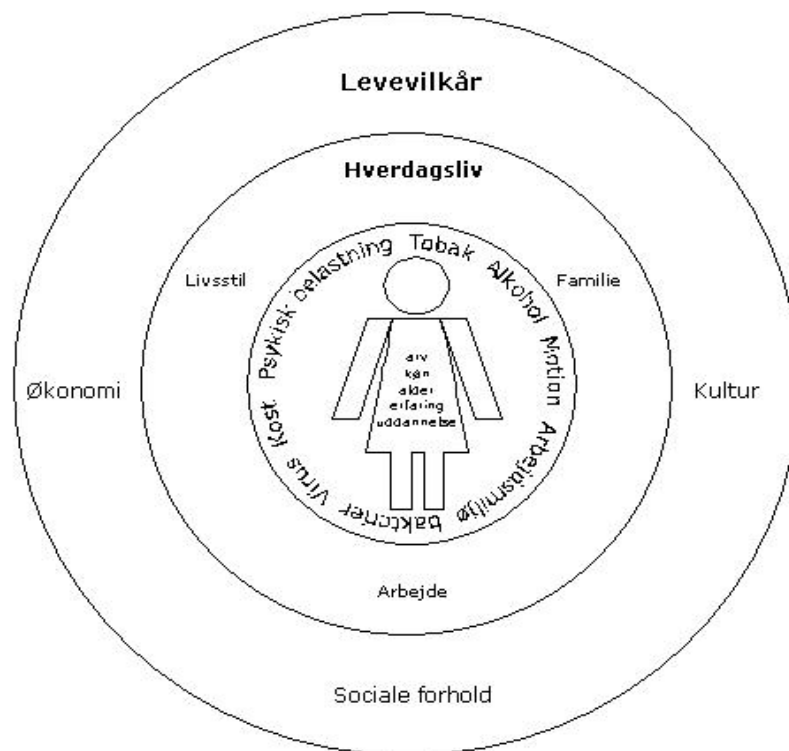
År	Sted	Formål/Tema
1997	Sisimiut	Projektplanlægning. Rapportskrivning. Evaluering af projekter. Mediebrug i dagligdagen. Konfliktløsning. Varetagelse af projekter i bygderne.
1998	Nuuk	Træning i systematisk sagsarbejde og formidling. Input om metoder i forebyggende arbejde. Indsigt i egne styrker og svagheder. Intro til viden om tab og traume.
1999	Nuuk	Konference om seksuel misbrug af børn
1999	Nuuk	Opkvalificering, udvikling, udveksling af erfaring og metoder på forebyggelsesområdet. Simple teknikker til praktisk brug for mission, vision og aktion, der udspringer af faktiske forhold i lokalsamfundet – inkl. feltarbejde
1999	Nuuk	15. Nordiske rusmiddel konference
2000	Sisimiut	Handlingsplaner, målsætninger, segmentering og formidling. Fagligt: Alkohol, Tobak, Rusmidler
2001	Qaqortoq	Kommunernes driftsøkonomi. Arbejdsmetoder i forebyggelse af rusmidler. Etik i forebyggelsesarbejdet.
2002	Nuuk	Sundhedspædagogiske kompetencer. Problemorienteret arbejde. Den sundhedsfremmende skole. Netværk og tværfaglige samarbejder
2003	Intet fælles	
2004	Nuuk	Regionsdelt med 1 fællesdag Nordregion: sundhedspædagogik Syd- og Midtregion: Konsulentrollen. Unge. Brugergrupper. Normdannelse
2005	Nuuk	Cafémetoden Workshops ud fra egne indsatser
2006	Nuuk Kangerlussuaq	Uddannelse Modul I og II Nordisk Rusmiddelkonference
2007	Nuuk	Uddannelse Modul III og IV

### 3. Teoretisk ramme

#### 3.1 Det åbne sundhedsbegreb

Sundhed blev af Verdenssundhedsorganisationen WHO i 1948 defineret som *en tilstand af komplet fysisk, psykisk og socialt velbefindende, og ikke bare fravær af sygdom og svagelighed* (egen oversættelse) (19). Denne definition kan ses som en understregning af, at sundhed har psykiske og sociale aspekter foruden de umiddelbare fysiske og dermed som et første skridt på vejen frem mod Ottawa Chartret og målrettet fokus på folkesundhed. Ottawa Chartret bygger videre på definitionen fra 1948 og ser sundhed som en tilstand, der gør det muligt at leve et socialt og økonomisk produktivt liv (1). Sundhed bliver derved ikke et mål i sig selv, men et middel til at opnå målet.

Sundhed opfattes i denne afhandling som en vedvarende proces, der er et positivt resultat af samspillet mellem genetiske faktorer, personlige ressourcer og risikofaktorer, individets netværk samt faktorer i omgivelserne, og politikker lokalt, nationalt og globalt. Sundhed set i social sammenhæng er illustreret af Dahlgren og Whitehead (20), som vist i Figur 3.



Figur 3. Model for sundhed i social sammenhæng

Retten til sundhed er en fundamental menneskeret (21). De allerfleste lande har opbygget et sundhedsvæsen, hvor syge behandles. Der er dog globalt en stigende

erkendelse af, at vi ikke kan behandle os til sundhed. Sundhedsfremmetanken vinder derfor politisk indpas i takt med at Ottawa Chartret implementeres og sundhedsfremme bliver set som en strategi til at højne sundhed og livskvalitet (1). Sundhedsfremme fordrer politisk vilje og sektoroverskridende samarbejde, men også en klar ansvarsfordeling, struktur og ledelse (22). Land efter land indser og synliggør dette med Folkesundhedsprogrammer.

Sundhedsfremme - Health Promotion – er ikke et nyt begreb. Allerede de græske filosoffer påviste tæt sammenhæng mellem kroppen, forstanden og sjælen. Forebyggelse vandt frem i begyndelsen af 20. århundrede, hvor forståelsen for hygiejne slog igennem (23). Professionel sundhedsfremme kom på den internationale arena i 1986 med Ottawa Chartret, hvor Canada var førende land (1).

Chartrets fem strategier og dets definition af forebyggelse som ”den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand” har haft så stor betydning for udformning af praksis og sundhedspolitikker i hele den vestlige verden, at der kan tales om en før-orientering med fokusering på sygdomme og risikofaktorer og en efter-orientering med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb med et salutogent perspektiv (24).

### 3.2 Folkesundhedsbegrebet

Folkesundheden omhandler sundheden på populationsniveau eller hos grupper af individer. Acheson definerer folkesundhed som ”*videnskaben og kunsten at forebygge sygdom, forlænge liv og fremme sundheden gennem organiserede anstrengelser i samfundet*” (egen oversættelse) (25).

Ved arbejdet med ”organisering af anstrengelserne” for forbedring af folkesundheden må der bygges på den enkeltes kompetencer. Det forebyggende arbejde bygger på det personlige møde med individer eller grupper af individer. For sikring af succes anbefaler Tones & Tilford en model, hvor ”sundhed” sættes i centrum og vises afhængig af såvel individuel empowerment som direkte indflydelse fra nærsamfundets sociale, økonomiske og miljø forhold (26). Omkransende den nære arena er samfundets sundhedspolitik og empowerment, samt uddannelser i sundhed og et sundhedsvæsen, der er orienteret mod sundhedsfremme.

Antonovsky introducerer en salutogen model som en teori til fremme af folkesundhed (27). Heri indgår begrebet Sense of Coherence (SOC), der er sammensat af tre begreber: meningsfuldhed, begribelighed og håndterbarhed. Antonovsky fremhæver, at kun et menneske, som føler sammenhæng i tilværelsen, er i stand til at mestre livets udfordringer. Et menneske med en stærk SOC vil forstå meningen med en udfordring og tro på egne ressourcer til at mestre den. Antonovsky anbefaler, at der fokuseres på sundhed frem for på risiko og på at se hele mennesket: ”a salutogenic orientation, then, as the basis for health promotion, directs both research and action efforts to encompass *all* persons, where ever they are in the continuum, and to focus on salutary factors” (27).

### 3.3 Centrale begreber i tværsektorielt samarbejde og partnerskaber

Folkesundheden kan ikke løftes af sundhedsvæsenet alene, dét understreges allerede i Ottawa Chartret (1). Beagelhole fremhæver tilsvarende, at der er behov for sikring af rammerne for de praktikere, der arbejder på lokalt niveau (28).

Mange forskellige organisationer er involveret i folkesundhed. Disse kommer ikke kun fra sundhedssektoren men også fra andre samfundssektorer. En af de store udfordringer er, at bringe alle disse organisationer fra forskellige sektorer sammen i fælles stræben efter højnelse af folkesundheden (29). Ottawa Chartret fremhæver, at der er stort behov for intersektorielt samarbejde for sundhedsfremme (1). Dette samarbejde beskrives i litteraturen med termer som, lokale sundhedsfremme-partnerskaber, sunde alliancer eller en ”socioøkonomisk tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme”. Højnelse af folkesundheden nødvendiggør samspil mellem en række sektorer og fordrer både nedbrydning af grænser og af den traditionelle hierarkiske opbygning af organisationer. *”I folkesundhedens tværsektorielle felt er der en funktionel forskel på roller og opgaver inden for sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, medicinsk behandling, rehabilitering osv.”*, skriver Axelsson & Axelsson (egen oversættelse) (29).

Der er også strukturelle forskelle på organisationernes håndtering af arbejdet med sundhedsfremme. Involverede parter er naturligvis sundhedssektoren, men også andre offentlige sektorer så som uddannelsessektoren, socialforvaltninger, miljøbeskyttelsen, arbejdsmarkedet, politiet og det kriminalpræventive område er aktører. Frivillige organisationer og private virksomheder er ligeledes ofte involveret i arbejdet med fremme af folkesundheden. Alle disse organisationer har forskellige formelle strukturer og forskellige organisationskulturer (29). Ifølge Axelsson & Axelsson er der *”gennem de seneste 15 år, i lighed med andre velfærdsområder, sket en stigende specialisering og professionalisering af roller og opgaver inden for public health. Dette har medført en øget funktionel differentiering som også har medført en øget strukturel differentiering mellem organisationer, der arbejder med folkesundhed”* (egen oversættelse) (29). Stigende differentiering medfører stigende behov for integrering i folkesundhedsfeltet. I modsat fald kan der opstå fragmentering af ansvar mellem de forskellige organisationer. Denne øgede specialisering og professionalisering fordrer klare og veldefinerede rammer for samarbejdet på tværs af de implicerede organisationer. Ikke mindst er en fælles vision og et fælles mål nødvendigt

Interorganisatorisk samarbejde eller partnerskaber, skal opbygges omkring klare aftaler om fordeling af ledelse, magt og ressourcer. Vigtigt er også at være opmærksom på tidsfaktoren: opbygning af partnerskaber er en proces, der tager tid. Axelsson & Axelsson angiver med reference til Godfrey *”Structures can be changed by political fiat, but values change much more slowly”* (30). Skal et partnerskab bestå, er det vigtigt at undgå overbureaukratisering og at skabe enkelhed og klarhed i partnerskabets formalia. I litteratur om netværk konstateres, at tillid mellem parterne er et helt afgørende integrerende element. Child og Faulkner definerer tillid som en parts villighed til at indgå i en relation med en anden part i troen på, at den andens handling vil være fordelagtig for den pågældende, uden at der gives garanti (31).

### 3.4 Samarbejde i et management perspektiv

Samarbejde beskrives i managementlitteratur også med betegnelsen integration, at føre sammen (29). Tværsektorielt samarbejde opstår ikke af sig selv. Det fordrer en fælles vision, som kan være et politisk udmeldt mål, og det fordrer accept og støtte fra topledelse. Personer, der skal udføre et tværsektorielt projekt eller en opgave, skal være vidende om visionen, have et klart mandat og være rustede til opgaven. Axelsson & Axelsson har udviklet en model (Tabel 2), der er velegnet til at forklare sammenhæng mellem vertikal og horisontal grad af integration (29). Forfatterne henviser til Lawrence & Lorsch, der skriver at *“en lav grad af integration kan opnås gennem vertikal integration, mens højere grader af integration kræver mere horisontal integration”*(egen oversættelse) (32).

Vertikal integration sker mellem forskellige hierarkiske niveauer i organisationen mens horisontal integration sker mellem enheder på samme hierarkiske niveau. I denne afhandling anvendes modellen (Tabel 2) også til at vurdere samarbejde mellem flere organisationer, dersom der findes en formel samarbejdsaftale eller et lovkrav om samarbejde. Det kan her dreje sig om samarbejde mellem centralt og lokalt niveau, for eksempel når kommuner samarbejder med Selvstyret i faste udvalg og arbejdsgrupper med givet kommissorium. Axelsson & Axelsson fremhæver, at *“når det gælder intersektorielt samvirke findes der ikke noget fælles hierarki for de samvirkende organisationer, hvilket gør det vanskeligt at fremme vertikal integration”* (egen oversættelse) (29). Dette betyder i praksis, at ledelsesansvaret skal være placeret.

Tabel 2. Integration and collaboration in public health (29).

		Horisontal integration	
		÷	+
<b>Vertikal Integration</b>	+	Co-ordination Samordning	Co-operation Samvirke
	÷	Contracting Kontraktstyring	Collaborating Samarbejde

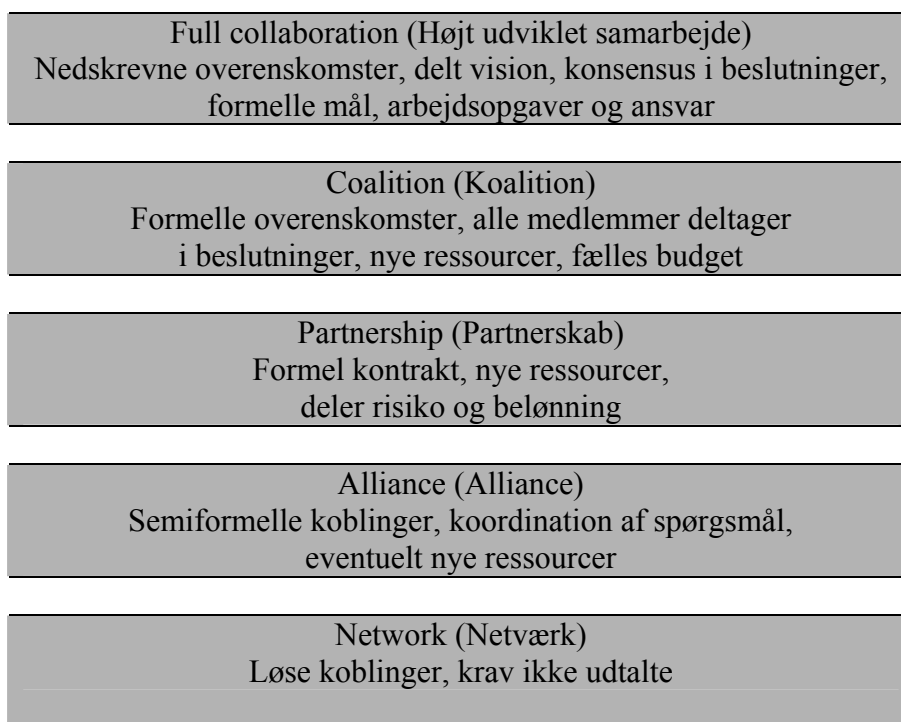
Modellen består af følgende elementer:

- **Kontraktstyring** har lav grad af både vertikal og horisontal integration. Dette laveste niveau er nærmest ikke-integration, mens den integration, som eventuelt finder sted, sker via kontrakt.
- **Samordning** har høj grad af vertikal integration med lav horisontal integration. Integration gennem samordning findes i hierarkiske organisationer hvor beslutningen om integrering tages på højt niveau og implementeres på et lavere niveau.



- **Samarbejde** kendetegnes af høj horisontal integration med lav vertikal integration. Det betyder, at hovedparten af integration er udrettet ved frivillige aftaler og gensidig tilpasning mellem de involverede organisationer. Denne type af integration findes i netværk og bygger på fælles vilje til at arbejde sammen gennem intensive kontakter og kommunikation.
- **Samvirke** er en kompleks integrationsform som kendetegnes af både høj vertikal og horisontal integration. Denne integrationsform er sædvanligvis baseret på hierarkisk ledelse, men kombineret med frivillige aftaler og 'gensidig tilpasning' mellem de involverede organisationer. Dette betyder at beslutninger taget i den hierarkiske ledelse er tilstrækkelig bred til også at give plads til mere uformelle kontakter og kommunikation mellem forskellige organisationer.

Nutbeam & Harris har opstillet en anden model for samarbejde mellem forskellige organisationer (Figur 4), hvor samarbejdet ses som et kontinuum mellem netværk, alliancer, partnerskab, koalitioner og højt struktureret samarbejde (33). Inden et formelt samarbejde igangsættes, er det nødvendigt at reflektere over, hvilken form for samarbejde eller grad af integration der stræbes efter. Når organisationer samarbejder, bliver arbejdet mere komplekst. Modellen indgik i analysen i denne afhandling som en "checkliste", når det skulle afklares, på hvilket organisatorisk niveau et tværsektorielt samarbejde befandt sig.



Figur 4. Måder som organisationer kan samarbejde på (33).

### 3.5 Definitioner

Afhandlingen bygger på nedenstående definitioner:

- Forebyggelse er én eller flere aktiviteter, der forhindrer udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer, vold, seksuelle overgreb eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden (34).
- Sundhedsfremme er aktiviteter, rammer og processer, der fremmer den enkeltes sundhed og dermed folkesundheden (34).
- Evaluering defineres som en systematisk retrospektiv vurdering af gennemførelse, præsentation og udfald af offentlig virksomhed, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlingssituationer (34).
- Tværfagligt samarbejde defineres som sociale former af interorganisatorisk aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning – mellem enheder fra legalt separate organisationer som udgør ikke-hierarkiske systemer (35).
- Partnerskab som anbefales af WHO i Bangkok Chartret. Defineres her som et formaliseret samarbejde mellem to eller flere ligeværdige parter (2).

## **4. Problemformulering og formål**

### **4.1 Problemformulering og perspektivering**

Organiseringen af det lokale forebyggende arbejde i Kalaallit Nunaat med en centralt støttet forebyggelseskonsulentordning er på mange måder unik. Dette gælder såvel organisering og strukturering af opgavefordelingen som den nyudviklede uddannelse målrettet til de ansatte forebyggelseskonsulenter. En analyse af det forebyggende arbejde i Grønland vil derfor dels kunne optimere det hjemlige forebyggende og sundhedsfremmende arbejde og dels inspirere udlandet. Her tænkes ikke mindst på andre arktiske områder, hvor bosættelsen ligeledes er spredt, som i selvstyreområderne Nunavut og Nunavik samt inuitbefolkningen i Nunatavut og Inuvialuit-regionen i Canada, Inuit og First Nations i Canada og Alaska, men også tyndt befolkede områder andre steder i Norden. Samtidig er det vigtigt at få beskrevet og analyseret organiseringen i 1996 – 2007 for at sikre, at den opnåede viden bevares – også efter kommunesammenlægningerne.

### **4.2 Formål**

At analysere baggrunden for og organiseringen af det lokale forebyggende arbejde i Kalaallit Nunaat i årene 1996 – 2007, hvor Paarisa var ansvarlig for implementeringen af forebyggelseskonsulentordningen. Analysen gennemføres for at sikre overførsel af opnået erfaring og viden til de nye storkommuner. Afhandlingen vil primært fokusere på den organisatoriske opbygning, på det tværsektorielle samarbejde og på den nyudviklede uddannelse af forebyggelseskonsulenterne.

### **4.3 Forsknings spørgsmål**

Afhandlingens struktur kan konkretiseres via følgende forsknings spørgsmål:

- Hvilke ændringer er sket i organiseringen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i perioden og hvorfor?
- Blev målet med Forebyggelseskonsulentordningen, herunder med uddannelsen, opnået?
- Er den lokale virkelighed i overensstemmelse med de centralt udmeldte krav og forventninger?
- Hvorledes fungerede det tværsektorielle samarbejde?
- Kunne de teoretiske fordele med partnerskaber i det sundhedsfremmende arbejde overføres til virkeligheden?

## 5. Metode

### 5.1 Design

Analyse af historien er essentiel for opnåelse af indsigt i samfundet og forståelse af relationer mellem begivenheder. I historiske analysemetoder er kvalitative narrativer inkluderet (36). Kvalitativ forskning handler ikke om at kvantificere objektive data, men om at tolke meningsfulde relationer. Dermed står den i modsætning til den kvantitative forskning, der netop har kvantificerbarheden som sit formål. Den kvalitative forskning kan give et alternativt syn på social viden, mening, virkelighed og sandhed (36).

Den kvalitative tilgang placerer undersøgelsesfeltet inden for det hermeneutiske og forståelsesorienterede paradigme, som har fokus på de enkelte dele i forhold til den helhed, de indgår i (37). Hensigten er at komme dybere ind i en forståelse af det fænomen, man undersøger. I forlængelse af dette paradigme er case study design valgt som den metodiske ramme omkring analysen af organiseringen af det centrale og lokale forebyggende arbejde i Kalaallit Nunaat.

Ifølge Bowling er et retrospektivt, deskriptivt og eksplorativt casestudie en værdifuld metode til studier af komplekse sociale sammenhænge og brugbar til at generere hypoteser (17). Metoden anses derfor at kunne give konkret viden om et afgrænset område. Case studie er en forskningsmetode, som fokuserer på den enkelte case, dens omgivelser, dynamik og kompleksitet (17). Derved undersøges organiseringen af det forebyggende arbejde i relation til det omgivende samfund, det foregår i.

Helt konkret er der anvendt dokumentanalyse for at undersøge den samfundsmæssige og offentlige kontekst for organiseringen. Dokumentanalysen er foretaget med baggrund i Bowling, der skriver at ” *analyse af historie og politik er essentiel, når der skal opnås indsigt i samfundet og begivenhedernes sammenhæng*” (egen oversættelse) (17). Ligeledes inddrages viden opnået gennem samtaler og interviews samt et litteraturstudie.

Det empiriske grundlag for case studiet består således af følgende fire delelementer:

1. Oplysninger fra tilgængelige officielle dokumenter
2. Erfaringer indsamlet under et mini-seminar for forebyggelseskonsulenterne
3. Interviews med udvalgte nøglepersoner
4. Litteraturstudie

### 5.2 Dataindsamling

#### 5.2.1 Officielle dokumenter

Inkluderet blev officielle dokumenter så som lovgivningstekster, landstingsbeslutninger, landstingsdebatter og landsstyreoplæg. Som dokumenter er ligeledes anvendt møde-referater, interne evalueringer, års-indrapporeringer fra kommuner samt informations-

breve. Ekskluderet blev dokumenter omhandlende sundhedstilstanden generelt, epidemiologiske og demografiske ændringer og områdespecifikke indsatsområder som rygning, alkohol, kost etc.

#### 5.2.2 Miniseminar i Nuuk 2007

Formålet med miniseminaret var at opsamle deltagernes erfaringer og fremkomme med anbefalinger til det sammenhængende forebyggelses- og sundhedsfremmende arbejde i henholdsvis byer, bygder og kommuner, samt at fremkomme med anbefalinger til fremtidigt tværsektorielt samarbejde. Deltagere var samtlige landets forebyggelseskonsulenter, Paarisa's konsulenter samt medlemmer af Følgegruppen for Forebyggelseskonsulenter. Referatet fra miniseminaret blev udsendt til samtlige deltagere og efterfølgende overgivet til KANUKOKA (De grønlandske kommuners landsforening) (38). Referatet indgår i analysen på lige fod med ovenfor nævnte dokumenter.

#### 5.2.3 Kvalitative interviews

Et begrænset antal semistrukturerede kvalitative interviews blev udført med udvalgte nøglepersoner, der selv var eller havde arbejdet sammen med eller tæt på forebyggelseskonsulenterne (36). Variation blev opnået ved at udvælge informanter fra flere kommuner og interviewpersoner med både lang og mellemlang erfaring inden for området. Interviewpersonerne var desuden udvalgt, således at både centralt og lokalt niveau repræsenteredes. Interviewguiden er vedlagt som Bilag 1. Interviewene var oprindelig planlagt til gennemførelse primo 2008, men blev først gennemført i 2009. Antallet blev begrænset til fire interviews, da der ikke fremkom væsentligt nyt i forhold til de analyserede dokumenter, blandt andet fordi de interviewede allerede havde afgivet deres meninger og anbefalinger under miniseminaret i 2007. Alle interviews blev optaget på bånd og efterfølgende transskriberet af forfatteren.

#### 5.2.4 Litteraturstudie

Et litteraturstudie blev gennemført med henblik på at analysere partnerskaber som et redskab til at højne folkesundheden. Formålet var at undersøge og analysere om, og i givet fald hvorledes, partnerskaber kunne organiseres, således at anbefalingerne i Bangkok Chartret kunne efterleves i Kalaallit Nunaat (2). Litteraturstudiet gav således en teoretisk ramme for organiseringen af forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på centralt og lokalt niveau. Der blev søgt i databaserne PubMed, Cinahl, Social Services Abstracts for årene 2003 – 2008 samt i Nordiska högskolan för folkhälsovetenskaps biblioteks artikelsamling efter udgivelser i 2007 – 2008 omkring management. Der blev søgt efter artikler, som rummede en kombination af nøgleordene public health, partnership\*, organization, multidisciplinary og management.

### 5.3 Analyse

Dokumenter og interviews er analyseret ved hjælp af narrativ indholdsanalyse med fokus på lederskab, struktur og organisering af det lokale forebyggende og sundhedsfremmende arbejde (39). Kvale skriver, at narrativ strukturering indebærer, at en tekst

organiseres tidsligt og socialt for at afsløre sin mening og at de narrative strukturer i litteratur/dokumenter kan udnyttes til at spejle og analysere de fortællestrukturer som interview-personerne benytter sig af (36). I afhandlingen søges klarlagt, om den lokale virkelighed, som fremkom under interviewene og via analysen af indberetningerne fra kommunerne, er i overensstemmelse med de centralt udmeldte krav og forventninger. De fleste dokumenter som indgik i analysen forefindes såvel elektronisk som i papirform. Om muligt er papirudgave med underskrifter foretrukket. Forarbejdet til mini-seminaret er gennemgået i elektronisk form, mens referat fra Følgegruppen og den afsluttende opsamling foreligger i papirform.

Under de kvalitative interviews kom informanterne vidt omkring. Til denne analyse er udelukkende inddraget, hvad der blev betragtet som relevant i forhold til besvarelse af forskningsspørgsmålene, dvs. synspunkter omkring organisering, ledelse og tværfagligt samarbejde før, nu og i fremtiden, samt omkring uddannelsen af forebyggelseskonsulenterne. Resultater belyses primært via citater.

Litteraturstudiet blev anvendt til triangulering af resultaterne fra interviews og dokumentanalysen. Triangulering forklares af Elsass som, at man hos navigatører og landmålere kan bestemme en position nøjagtigt, hvis man måler fra flere positioner (39). I forskningssammenhæng er princippet det samme, idet man anvender flere metoder eller inddrager flere forskere i bestræbelserne på en præcis indkredsning af det problem, der undersøges. For eksempel taler man om metodetriangulering, hvis både observationer og interviews peger på den samme konklusion (39).

#### **5.4 Forfatterens for-forståelse**

Som fagperson og forsker er man, ifølge det hermeneutiske paradigme, præget af sin for-forståelse. Denne består af personlige og professionelle erfaringer; forestillinger om, hvordan tingene er, og hvad der skal undersøges; den enkeltes motiver for og kvalifikationer til at undersøge feltet; samt de perspektiver og interesser vi har (37). I det følgende gøres rede for forfatterens forståelse for organiseringen af forebyggende arbejde for dermed at klargøre de underliggende opfattelser, som har indflydelse på tilgangen til den aktuelle undersøgelse.

Jeg har været leder af Paarisa i hele perioden fra 1996 til i dag og har i perioden skrevet en del af de politiske oplæg, som der refereres til, har besøgt samtlige kommuner og deltaget i hovedparten af møderne for forebyggelseskonsulenterne inkl. udformningen af deres uddannelse. Jeg har selvfølgelig overvejet, om dette kunne udgøre et problem i forhold til undersøgelsens resultater, men vurderer, at dette ikke vil være en bias; primært fordi lederskabet for forebyggelseskonsulenterne formelt ophørte ved udgangen af 2007.

Som leder af Paarisa har mine overordnede visioner været at bringe ejerskab for egen og familiens sundhed tilbage til borgerne, samt at arbejde for udligning af social ulighed i sundhed. Det har gennem årene været mig magtpåliggende at gå forrest i oplysnings-

arbejdet omkring nedbrydelse de fordomme, der eksisterer i Danmark og udlandet omkring Kalaallit Nunaat, som et land der er tilbagestående og udelukkende præget af alkoholmisbrug og omsorgssvigt. Min tilgang til sundhedsfremmearbejdet er præget af Ottawa Chartret, som jeg løbende reflekterer over og stadig vender tilbage til, når beslutninger skal tages (1). Både Ottawa og det opfølgende Bangkok Charter fremhæver med stor tydelighed, at en befolknings sundhed ikke er en sag for sundhedsvæsenet alene, men må ses i sammenhæng med en række andre faktorer. Desuden understreges, at 'sundhed for alle' ikke blot den enkeltes ansvar, men et fælles samfundsansvar (2).

## **5.5 Validitet**

Et studies validitet afhænger af forskerens hæderlighed og evner, altså af hendes karakter, moralske integritet og faglige kompetence. Kvale anfører, at analysen er en balance mellem at lade teksten tale og hvad forskeren lægger til fra sit perspektiv – og at bias derfor er uundgåelige og kritisk selvrefleksion essentiel (36).

Validering af resultaterne er søgt sikret ved at sammenligne analyseresultater fra de enkelte delstudier, dvs. ved triangulering (39). Fordi afhandlingen desuden er en form for selvevaluering følger principperne for evalueringen anbefalinger fra Peter Dahler-Larsen for sikring af neutralitet og redelighed ved blandt andet at sammenholde de valgte dokumenter med udsagn fremkommet under møder og ved interviews (40).

Kvale betegner begreberne realibilitet, validitet og generaliserbarhed som videnskabens hellige treenighed (36). Trianguleringen sikrer validiteten, realibiliteten er sikret ved udvælgelse af dokumenter samt ved objektiv overvågning af dokumentation for interviews. Formålet med denne afhandling er at sikre overførsel af erfaring og viden. I kvalitativ forskning anvendes termen overførbarhed, mens kvantitativ forskning taler om generaliserbarhed. I det afsluttende afsnit er generaliserede resultater fra analysen anvendt til en række anbefalinger.

Desuden har læge, DrPH Birgit V. Niclasen fra Departementet for Sundhed i Nuuk bidraget til studiet ved at overvåge realibilitet og objektivitet i analysen af såvel dokumenter som interviews.

## **5.6 Etiske overvejelser**

Fordi der i undersøgelsen udelukkende er anvendt offentligt tilgængelige dokumenter og gennemført interviews med professionelle var en etisk godkendelse af studiet gennem Kommissionen for Videnskabelige Undersøgelser i Grønland, der indtil 2008 stod for den videnskabsetiske godkendelse af sundhedsvidenskabelige projekter i Kalaallit Nunaat, ikke nødvendig.

I WHO's vejledning angående forskning med oprindelige befolkninger understreges, at forskning inddragende oprindelige folk skal være baseret på samarbejde; være organiseret, designet og udført på en måde, der tager hensyn til kulturelle forskelle; være baseret på gensidig respekt; og medføre fordele for begge parter (41). Det blev for interviewpersonerne gjort klart, at de ikke ville blive refereret under navn, men med stillingsbetegnelse og ansvarsområde. Interviewpersoner blev ligeledes informeret om, at resultaterne ville blive publiceret.



## 6. Resultater

Analysen er opbygget som en historisk gennemgang af de beslutningsprocesser, der har medført oprettelse af Paarisa samt ansættelse af lokale forebyggelseskonsulenter og oprettelse af forebyggelsesudvalg i alle kommuner. Analysen er opdelt i tre afsnit: gennemgang af beslutningsprocesser, gennemgang af samarbejde mellem centralt og lokalt niveau og endelig en beskrivelse af uddannelsen af forebyggelseskonsulenter.

### 6.1 Politiske målsætninger 1995 - 2007

Landsstyrets politiske målsætninger har været overordnet styrende for tilrettelæggelsen og organiseringen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Ottawa Chartret som også Kalaallit Nunaat har ratificeret, har været overordnet rettesnor og inspiration for sundhedspolitikken (1). Landsstyrets specifikke målsætninger i årene 1995 til 2007 angiver stigende krav om, at sundhedsarbejdet ikke alene skal være forebyggende, men at sundhedsfremmetanken og styrkelsen af den enkeltes og familiens handlekompetence skal synliggøres og fremmes (Figur 4). Dette fremgik også af en redegørelse om Paarisa fra 1998: *"Forebyggelse skal ske på landets og befolkningens præmisser, der skal ikke forebygges for borgerne, men alle skal sikres adgang til viden og oplysning, således at den enkelte selv kan tage ansvaret for eget liv og helbred"* (16).

**1995–1999** blev der anvendt værdier, begreber og formuleringer som *"misbrug skal væsentligt formindskes"*; *"egenomsorgen styrkes"*; *"omsorg højnes"*; *"kønssygdom-me begrænses"*; *"selvmord forebygges"*.

**1999–2003** skulle *"det forebyggende arbejde fortsat styrkes og udvikles; koordinering mellem centralt og lokalt arbejde styrkes og udvikles; livstilssygdomme bekæmpes; borgerens ansvar for egen sundhed og familiens ansvar synliggøres; børns ret til opvækst i tryghed og harmoni sikres; omsorg prioriteres; kønssygdomme bekæmpes; selvmord forebygges"*.

**2003–2007** blev sundhedsarbejdet prioriteret og beskrevet med følgende terminologier: *"aktiv deltagelse og sundhedsfremmende dialoger med borgerne; handlekompetencen i familierne styrkes; sunde valg ud fra egen indsigt; engagement, visioner og handlekraft; selvmord forebygges gennem initiativer, der fremmer børns og unges trivsel, livsmod og konflikthåndtering; sundhedspædagogiske indsatser til fremme af børns og unges rettigheder, trivsel og livsmod"*.

Figur 4. Landsstyrets politiske målsætninger 1995 – 2007 (7).

## 6.2 De overordnede beslutningsprocesser

Målsætningen har været at sikre forebyggende og sundhedsfremmende arbejde forankret såvel centralt, som regionalt og lokalt.

### 6.2.1 Beslutningsprocesser 1979 – 1995

Kalaallit Nunaat opnåede Hjemmestyre i 1979, men sundhedsområdet blev dog ikke overdraget på daværende tidspunkt. I 1985 tog Hjemmestyret sammen med daværende grønlandsminister initiativ til oprettelsen af et forebyggelsesråd i Grønland. Dette fik navnet ”Forebyggelsesrådet PAARISA” (16). I de efterfølgende år arbejdede Forebyggelsesrådet PAARISA målbevidst med sundhedsoplysning og forebyggelses-kampagner. Med Hjemmestyrets overtagelse af sundhedsvæsenet den 1. januar 1992 blev Direktoratet for Sundhed og Forskning oprettet med bl.a. en særskilt afdeling for forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelsesrådet PAARISA blev nedlagt og erstattet af Det forebyggelsespolitiske Råd, der var sammensat af en repræsentant fra hvert af sundhedsdistrikternes sundhedsnævn (42).

KANUKOKA udarbejdede i 1989 i samarbejde med Socialdirektoratets alkoholsekretariat et 2-årigt uddannelsesforløb for allerede ansatte i kommunerne, der herefter kunne fungere som forebyggelseskonsulenter. 16 kommuner tilmeldte sig ”Projekt Uddannelse af lokale forebyggelseskonsulenter i grønlandske kommuner”, som blev gennemført i 1989-91. Formålet var at uddanne personer til at forestå oplysning om og forebyggelse af alkohol- og narkotikamisbrug i de grønlandske lokalsamfund (15). Kommunerne var på daværende tidspunkt ikke parate til at afsætte midler til oprettelse af nye stillinger, og kun to personer, der deltog i dette uddannelsesforløb, fik efterfølgende ansættelse som forebyggelseskonsulent i henholdsvis Sisimiut og Nuuk kommuner.

I 1992, umiddelbart efter at Hjemmestyret havde overtaget ansvaret for sundhedsvæsenet fra Danmark, besluttedes at gennemføre en landsdækkende undersøgelse af folkesundheden og den grønlandske sundhedsprofil. Undersøgelsen gav oplysninger om en lang række faktorer af betydning for folkesundheden: demografiske og sociale forhold, uddannelse, bolig, familiestruktur, opvækstforhold, livsstil, helbred og sygelighed samt om brug af og tilfredshed med sundhedsvæsenet. Undersøgelsen viste med al ønskelig tydelighed, at de såkaldte livsstilssygdomme nu også var særdeles udbredte i Grønland. De første rapporter med resultaterne fra Sundhedsprofilundersøgelsen kom i 1995 og bestyrkede Naalakkersuisut i ønsket om en mere synlig og bedre koordineret forebyggelsesindsats (43). Efter valget i 1995 drøftede det nye Naalakkersuisut sine specifikke politiske målsætninger indenfor sundhedsområdet, herunder muligheden for at styrke den forebyggende indsats. Naalakkersuisut noterede sig et stigende og mere markant behov for en målrettet forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne.

## 6.2.2 Beslutningsprocesser 1995 - 2001

*"Jeg vil give det personlige ansvar for sundheden tilbage til borgerne"*, sagde landstyremedlemmet for Sundhed og Miljø i efteråret 1996 (44).

I marts 1996 anbefalede Det Forebyggelsespolitiske Råd til Naalakkersuisut, at indsatsen indenfor forebyggelse skulle intensiveres (16). Rådet anbefalede, at der i kommunerne skulle ansættes en forebyggelseskonsulent til tværfagligt at koordinere og igangsætte den lokale forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Rådet anførte, at baggrunden for forslaget var, at man burde prioritere den forebyggende indsats for områderne: omsorgssvagede børn, misbrugsproblematikken og sundheden i byggerne.

En tværdirektoral arbejdsgruppe med repræsentanter fra Sundhedsdirektoratet, Socialdirektoratet og Uddannelsesdirektoratet udformede efterfølgende beslutningsoplæg til Naalakkersuisut om et selvstændigt forebyggelseskontor, fortsat kaldet Paarisa, der kunne varetage den koordinerende funktion (45). Igangsætning i 1997 blev sikret ved tillægsbevilling, og fra 1998 var Paarisa optaget i Finansloven med selvstændig hovedkonto. Af hovedkontoens tekst fremgår, at en del af bevillingen skal anvendes til "Projekt Forebyggelseskonsulent" (46). Landsstyret lagde til grund for sin beslutning vægt på, at kontorets funktioner ikke skulle være en gentagelse af Forebyggelsesrådet PAARISA. Man valgte dog igen navnet Paarisa, da det for befolkningen var ensbetydende med forebyggelse.

Projekt Forebyggelseskonsulenter blev udviklet i samarbejde mellem Direktoratet for Sundhed ved Paarisa og KANUKOKA. Projektet blev forankret i Paarisa, men løbende udviklet med sparring fra en til projektet nedsat følgegruppe med repræsentanter for KANUKOKA, Socialdirektoratet og Uddannelsesdirektoratet (47). Projektet blev igangsat i 1997, i første omgang som et forsøgsprojekt målrettet igangsætning af forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i en række kommuner, som meldte interesse herfor. Formålet med forsøgsprojektet var at indhente erfaringsgrundlag, der kunne danne grundlag for den fremtidige planlægning. Det endelige mål var ansættelse af forebyggelseskonsulenter i samtlige kommuner. Forsøgsordningen finansieredes ved, at Hjemmestyret gennem Paarisa ydede tilskud til kommunal ansættelse af forebyggelseskonsulenter, afhængigt af den enkelte kommunes behov. Det var aftalt med KANUKOKA, at ordningen efter 1997 skulle medfinansieres af kommunerne (48). Fra 1998 blev der indgået aftale om, at Paarisa refunderede halvdelen af lønudgifterne til en forebyggelseskonsulent i hver kommune. Fra 1997 indebar ordningen endvidere, at Direktoratet for Sundhed gav forebyggelseskonsulenter samt, i kommuner uden forebyggelseskonsulent, en relevant fagperson, tilbud om årlige kurser inden for forebyggelse og sundhedsfremme.

I februar 1997 kontaktede Direktoratet for Sundhed og Forskning samtlige kommuners socialforvaltninger og indbød interesserede kommuner til at deltage i Projekt Forebyggelseskonsulenter (48). Fem kommuner meldte sig som interesserede og ordningen søsattes 1. august 1997. De fem kommuner var Paamiut, Ittoqqortoormiit, Avanersuaq, Upernavik og Aasiaat. Derudover deltog to ud af fem kommuner, som allerede havde forebyggelseskonsulent ansat forud for projektets opstart, Sisimiut og

Narsaq, i projektet. Kommunerne Nuuk, Maniitsoq og Qaqortoq havde på daværende tidspunkt allerede og uden tilskud fra Hjemmestyret ansat forebyggelseskonsulenter. Fra 1. januar 1998 deltog alle ovennævnte kommuner på lige vilkår i projektet, mens de resterende kommuner tilsluttede sig i årene derefter.

Ved Inatsisartut's Vintermøde 1998 blev "Redegørelse om Paarisa" fremlagt af landsstyremedlemmet for sundhed og forskning (16). Hun lagde i sin forelæggelse vægt på, at formål og organisation for det nyoprettede Paarisakontor nu blev præsenteret for Inatsisartut, og at der indeholdt i redegørelsen både var en samlet oversigt over de centrale forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter og en beskrivelse af Projekt Forebyggelseskonsulent. Landsstyremedlemmet stillede i udsigt, at der til Efterårsmødet 1998 ville blive fremlagt forslag til revideret struktur for sundhedsnævne (42).

Styrelsesloven for sundhedsvæsenet fra 1992 var stort set en kopi af den danske (42). I alle distrikter var nedsat et sundhedsnævn, som havde chefdistriktslægen som formand og hvor kommunalbestyrelsen havde en repræsentant. Sundhedsnævne udformede årligt en sundhedsplan, som blev tilsendt direktoratet, og nævne havde også hver en repræsentant i Det forebyggelsespolitiske Råd. Sundhedsplanerne var særdeles tidkrævende at udforme, og chefdistriktslægerne anførte, at de sad alene med opgaven og spurgte direkte, hvad de lokale sundhedsplaner blev anvendt til. Svaret var, at de stort set ikke blev anvendt til planlægning af sundhedsfremmeaktiviteter, fordi datagrundlaget bag dem var utilstrækkeligt.

I 1998-99 arbejdede Direktoratet for Sundhed på udformningen af en landstingsforordning om sundhedsvæsenet, som var tilpasset distriktsinddelingen, og skulle sikre det forebyggende arbejde lokalt. En nyskabelse i forhold til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde var de lokale forebyggelsesudvalg, som med vedtagelse af lovforslaget skulle indføres som afløsning af distrikternes sundhedsnævn. Målet med lokale forebyggelsesudvalg var at styrke den lokale indflydelse på og ansvar for borgernes sundhedstilstand gennem et forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Lovændringen sigtede både på en udbygning og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og på en forenkling af dette, idet personsammensætningen i det lokale forebyggelsesudvalg var sammenfaldende med SSPK-samarbejdet (Social, Skole, Politi og Kriminalforsorg), som var etableret i en række kommuner. Det lokale forebyggelsesudvalg skulle derimod ikke erstatte kommunens Tværfaglige Udvalg, hvor personsager blev behandlet.

Forslag til den ny forordning om sundhedsvæsenets styrelse og organisation og dertil hørende bekendtgørelse om lokale forebyggelsesudvalg blev sendt i høring i forsommeren 1999. KANUKOKA's høringssvar var afvisende; man fandt, at Naalakkersuisut greb ind i den kommunale selvforvaltning. Afvisningen var også begrundet i, at forebyggelsesudvalget udelukkende var sammensat af administratorer og uden kommunalpolitisk repræsentation. Desuden ville kommunerne, som ansættende myndighed inden for skole- og socialområdet, ikke acceptere at Naalakkersuisut skulle lovgive om, hvem der skulle være medlem af forebyggelsesudvalgene. Et møde mellem landstyremedlemmet for Sundhed og KANUKOKA's formand endte uden resultat, og Naalakkersuisut valgte efterfølgende at fremlægge forordningen for Landstinget på

trods af manglende konsensus (49). Forordningen blev vedtaget, og i maj 2000 udsendtes Landstingsforordning om sundhedsvæsenets styrelse. I maj 2001 udsendtes Bekendtgørelse om lokale forebyggelsesudvalg (50).

Ved udgangen af 2000 var der således opbygget en struktur med Paarisa som et selvstændigt kontor i Sundhedsdirektoratet, der varetog de centrale opgaver, samt lokale forebyggelsesudvalg, der varetog sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver på kommunalt niveau. Femten af landets 17 kommuner havde indgået aftale om deltagelse i "Projekt Forebyggelseskonsulent". Oprettelsen af Paarisa og nedlæggelse af sundhedsnævnene havde overflødiggjort Det Forebyggelsespolitiske Råd, som blev nedlagt i 2000.

### 6.2.3 Beslutningsprocesser 2001 - 2005

Følgegruppen Forebyggelseskonsulent besluttede i 2001 at anmode Paarisa om at udarbejde en evaluering af projektet. I 2002 udarbejdede to eksterne konsulenter en evalueringsrapport baseret på spørgeskema- og interviewundersøgelse (51). Rapporten, som blev udsendt i 2003, indeholdt samtidig en beskrivelse af, hvilke tiltag Paarisa havde taget for at imødekomme nogle af de, under evalueringen, rejste kritikpunkter.

De væsentligste kritikpunkter var, at

- knap halvdelen af forebyggelseskonsulenterne havde en funktionsbeskrivelse
- arbejdet i byggerne kun var formaliseret i Nuuk, Maniitsoq og Sisimiut
- forebyggelseskonsulenterne følte sig ensomme i arbejdet
- der savnedes både en egentlig uddannelse og målrettede kurser
- kun en fjerdedel af kommunerne havde en egentlig politik på området

Flere kommunale ledere havde peget på muligheden for, at Paarisa kunne påtage sig det fulde lederskab for forebyggelseskonsulenterne. Kommunerne havde ansættelseskompetencen og dermed ledelsesretten, mens Paarisa "blot" refunderede halvdelen af lønsummen. Ved gennemgang af evalueringen blev den organisatoriske opbygning drøftet, og Følgegruppen konstaterede, at Paarisa hverken havde ressourcerne til at varetage den daglige ledelse af forebyggelseskonsulenter i samtlige landets kommuner eller det fornødne lokalkendskab til at kunne udforme lokale handle- og strategiplaner. Derimod fremhævedes, at Paarisa havde den faglige og pædagogiske ekspertise til at vejlede såvel forebyggelseskonsulenterne som deres chefer.

Følgegruppen konkluderede derfor, at bevarelse af status quo omkring byrde og opgavefordeling var anbefalelsesværdig. Dette dog under forudsætning af, at den rejste kritik af såvel kommuner som Hjemmestyre blev imødekommet, og at anbefalingerne fra evalueringsrapport blev givet skyldigt hensyn. Evalueringsrapporten fremhævede, at hvis de gældende specifikke landspolitiske målsætninger i praksis skulle opnås, var der behov for en fortsat målrettet indsats samt tilførsel af ressourcer til området. Undersøgelsen havde således afdækket et behov for udvikling af metoder til arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne.

Resultater af evalueringen, som blev udsendt til samtlige kommuner i efteråret 2003, var en række ændringer i organisationsstrukturen. Konkret blev det udmeldt at:

- forebyggelseskonsulentordningen skulle være permanent
- landet blev opdelt i fire regioner, hvor en konsulent i Paarisa blev direkte bindeled som ”konsulent for konsulenterne”
- konsulenten fra Paarisa og konsulenterne i regionen skulle afholde månedlige telefonmøder og at konsulenten skulle besøge ”sin” region minimum hvert andet år og altid ved nyansættelser
- ressourcer blev øremærket til opkvalificering af forebyggelseskonsulenterne i Nordregionen
- Paarisa udsendte en ramme for stillings- og funktions-beskrivelse indeholdende de overordnede opgaver
- samtlige aftaler mellem Direktoratet for Sundhed og kommunerne blev revideret

I december 2003 opsagde Paarisa alle aftaler med kommunerne og udsendte nye, gældende fra 1. januar 2004. I de nye aftaler var opgavefordelingen mellem Paarisa og kommunen præciseret. Det fremgik, at Paarisa forbeholdt sig ret til at afvise lønrefusion, dersom kommunen nyansatte en ikke-fagligt kvalificeret person som forebyggelseskonsulent. Det var dog understreget, at kommunerne ville bibeholde løntilskud for allerede ansatte. Af aftalen fremgik, at forebyggelseskonsulentens stillings- og funktionsbeskrivelse skulle udformes i samarbejde mellem kommunen og Paarisa.

Evalueringsrapporten pegede på, at en række af anbefalingerne fremsat over for kommuner og Hjemmestyre med fordel kunne drøftes i Det lokale Forebyggelsesudvalg. Det blev derfor besluttet, at Paarisa’s konsulenter, under tjenesterejser, skulle afholde møder med De lokale Forebyggelsesudvalg og herunder indsamle viden om eventuelt behov for opstramning af bekendtgørelsen eller for yderligere vejledning om denne.

Flere kommuner havde under evalueringen tilbagemeldt, at sundhedsvæsenet var tilbageholdende med at indgå aktivt i det forebyggende arbejde. KANUKOKA’s konsulent for området udtalte i 2009: *”Kommunerne følte sig ladt i stikken. Det var deres ansvar at køre forebyggelsesarbejdet videre, så det der med forpligtende arbejde, det skal præciseres; det med medansvar er vigtigt at huske, når der laves love eller bekendtgørelser”*.

Paarisa drøftede desuden sundhedsvæsenets manglende engagement med Kystledelsen, der var øverste myndighed for landets sundhedsdistrikter. Kystledelsen udsendte i maj 2004 et brev til samtlige sundhedsdistrikter, hvor betydningen af forebyggelsesudvalgenes funktion blev understreget. I brevet orienterede Kystledelsen distriktsledelserne om, at man fremover ville mødes med forebyggelsesudvalgene, når dette var muligt, f.eks. under tjenesterejser (52).

I Følgegruppen Forebyggelseskonsulent rejste KANUKOKA’s repræsentant i foråret 2004 spørgsmålet om, hvorvidt Paarisa fortsat skulle administrere ”kommunernes penge” og have ret til at afvise tilskud, hvis kommunen ansatte en forebyggelses-

konsulent uden accept fra Paarisa. Paarisa fastholdt, med henvisning til Finansloven, at Inatsisartut, ved opstart af Projekt Forebyggelseskonsulent, havde besluttet, at tilskudsmidler blev uddelt via hovedkonto til Paarisa's drift. I december 2004 henvendte KANUKOKA sig derefter til Sundhedsdirektoratet med forslag fra landets socialchefer om overførsel af ovenfor nævnte midler til bloktilskud frem for som direkte løntilskud til den enkelte kommune. På vegne af Sundhedsdirektoratet svarede Paarisa, at aftalerne med kommunerne var reviderede i januar 2003 efter evaluering og enighed i Følgegruppen. Af svaret fremgik, at "Direktoratet er ikke sindet at overføre midlerne til bloktilskud eller ændre på det forhold, at tilskud til løn er betinget af, at de i aftalen anførte krav til begge parter opfyldes" (53).

Efter valget til Inatsisartut i 2003 blev der udformet nye politiske målsætninger for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Politisk blev det vurderet, at det ikke længere var nok at helbrede og forebygge sygdomme, men at borgernes evne, vilje og muligheder for at leve et sundt liv måtte fremmes. Direktoratet for Sundhed indledte herefter et tre års samarbejde med Danmarks Pædagogiske Universitet med henblik på iværksættelse af et forskningsbaseret udviklingsarbejde, som skulle udforske, beskrive og styrke de sundhedspædagogiske kompetencer og redskaber for sundhedsprofessionelle i forbindelse med at sundhedsarbejdet skulle søge nye veje. Paarisa's konsulenter indgik sammen med to forebyggelseskonsulenter fra Nuuk Kommune i dette arbejde. De konkrete sundhedsfremmende initiativer, der blev inddraget herfra i projektet var en beskrivelse af et sundhedspædagogisk udviklingsprojekt i Nordregionen, en præsentation af Paarisa i et sundhedsfremme-perspektiv og en beskrivelse af et projekt om sundhed i folkeskolerne i Nuuk (7).

#### **6.2.4 Beslutningsprocesser 2005 - 2007**

KANUKOKA gentog i 2005 anmodningen om overførsel af midler målrettet løntilskud til det generelle bloktilskud. Anmodningen var afsendt fra KANUKOKA's formand til landsstyremedlemmet for Familie og Sundhed. Landsstyremedlemmet afviste (54) og henviste i sit svar til brev fra december 2004.

Landsstyremedlemmet for Sundhed markerede i efteråret 2004, at hun fandt at sammensætningen af de lokale forebyggelsesudvalg for snæver (55). Hun savnede både repræsentanter fra kommunalbestyrelsen og fra lokale foreninger. Landsstyremedlemmets ønske blev støttet fra flere sider. KANUKOKA's konsulent for området udtalte i 2009 herom: "*Med politisk deltagelse følger politisk commitment og lettere adgang til ressourcer*". Arbejdet med tilretning af bekendtgørelsen om lokale forebyggelsesudvalg blev dog ikke prioriteret i Sundhedsdirektoratet og bekendtgørelsen fungerede uændret ved udgangen af 2007 (50).

Landsstyret besluttede i 2005 at prioritere uddannelsesområdet og afsatte i Finanslovsforslag 2006 betydelige ressourcer hertil (18). Paarisa søgte midler til gennemførelse af den længe ønskede uddannelse for forebyggelseskonsulenterne fra en nyoprettet kompetenceudviklingspulje.

Et stort arbejde med udformning af en kommunalreform var igangsat i 2004 og i januar 2005 forelå Redegørelse fra Strukturudvalget, hvor den mest indgribende ændring var forslag om sammenslutning af landets 17 kommuner til fire storkommuner. Herudover var der en lang række forslag om overdragelse af opgaver fra Hjemmestyre til kommunerne. På det forebyggende område blev det anbefalet at overføre Paarisa til kommunalt regi, men dette forslag blev dog aldrig realiseret. Landsstyremedlemmet for Sundhed og Miljø opsummerede i 2005 sin opfattelse af samarbejdet i et brev til KANUKOKA: *”Strukturudvalget peger i sin redegørelse på, at en decentralisering af den offentlige sektor, hvor opgaverne løses så tæt på borgerne som muligt, giver mulighed for at tilpasse prioritering og opgaveløsning til lokale forhold... Det unikke samarbejde, der findes omkring forebyggelseskonsulenterne, er for mig at se netop et eksempel på samarbejde, decentralisering, konstruktiv dialog og faglig erfaringsudveksling mellem det kommunale niveau og Hjemmestyret”*(54).

Ved Inatsisartut’s efterårsmøde i 2006 stillede partiet Siumuts landstingsgruppe spørgsmål til Naalakkersuisut om, hvorvidt det agtede at tage initiativ til at lade kommunerne overtage Paarisa’s opgaver. Landsstyremedlemmet for Sundhed og Miljø svarede, at Naalakkersuisut ikke var indstillet på en decentralisering af hele Paarisa, men var åben for en drøftelse med KANUKOKA om overdragelse af de opgaver, der vedrørte de kommunale forebyggelseskonsulenter (56).

Landsstyremedlemmet for Sundhed uddybede i 2005 i en kronik i Sermitsiaq de politiske målsætninger for 2003 – 2007 inden for sundhedsfremme og forebyggelse (57). Hun fremførte, at det var nødvendigt at medtænke befolkningens værdier, hvis man skulle opnå det langsigtede mål: at befolkningen selv skulle kunne tage ansvar for egen og samfundets sundhed: *” .. en vigtig proces er sat i gang med at gå ned i substansen for at undersøge og afdække de værdier, der bør være bærende i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, ... vi må vise ydmyghed over for processerne i forhold til mål og ønsker om forandring”*.

Arbejdet med udformning af et egentligt Folkesundhedsprogram blev igangsat i 2005. Landsstyremedlemmet for Sundhed havde krævet, at udformningen skulle ske i en demokratisk proces med bl.a. møder på arbejdspladser og borgermøder. Paarisa deltog i styregruppen og samtlige arbejdsgrupper, mens forebyggelseskonsulenterne primært blev inddraget i den koordinerende opgave.

Forebyggelseskonsulenterne var samlet i Nuuk i november 2007 i forbindelse med uddannelsens fjerde modul. I samråd med Følgegruppen Forebyggelseskonsulent havde Paarisa arrangeret et miniseminar over to dage (38). Hensigten med seminaret var at inddrage forebyggelseskonsulenterne aktivt i den kommunale forandringsproces for at sikre, at deres erfaring og viden om de sundhedsmæssige, sociale, kriminalpræventive og skolemæssige forhold ville indgå i de fremtidige beslutningsprocesser. De konkrete mål for seminaret var at fremkomme med anbefalinger til et sammenhængende forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde for byer og bygder i de enkelte kommuner, samt anbefalinger for det fremtidige tværsektorielle samarbejde.



Lederen af Paarisa sagde i sin velkomst: *"I forebyggelseskonsulenter repræsenterer sammen med Paarisa en unik fond af erfaring og viden om de sundhedsmæssige, sociale, kriminalpræventive og skolemæssige forhold i landet. I forebyggelseskonsulenter er uddannet til at varetage den overordnede koordinerende rolle i kommunen omkring forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. Det er nu, I har mulighed for at bringe jeres erfaringer og viden i spil"*. KANUKOKA's souschef udtalte: *"Forebyggelse er ikke med i de kommende arbejdsgrupper forud for kommunesammenlægningen. Dette skyldes, at vi betragter området som overført pr. 1. januar 2008, hvor midler overføres og kommunerne påtager sig det fulde ansvar for forebyggelseskonsulenterne."* På seminaret sagde lederen af Kriminalforsorgen: *"Vi har kommunesammenlægninger på vej. Men selv med sammenlægninger, er der ingen tvivl om at hver kommune lokalt har behov for målrettet forebyggelsesarbejde, der er tilpasset til dem selv. Men der vil nok være behov for, at man har et kraftcenter, hvor man opbygger viden og materiale, som alle i storkommunen kan drage nytte af."*

Forebyggelseskonsulenterne fremkom med nedenstående anbefalinger omkring et sammenhængende forebyggelses- og sundhedsfremmende arbejde og det fremtidige tværsektorielle samarbejde i forbindelse med oprettelsen af de nye storkommuner 2009. Anbefalingerne blev overdraget KANUKOKA i december 2007 (58):

- For den kommende Qaasuitsup Kommunia blev det anbefalet at fastholde samarbejdet i Avanna Pitsak (Nordregionen). Dette med opbygning af et center for Inuuneritta, hvortil skulle tilknyttes sygeplejerske/sundhedsassistent, psykolog, forebyggelseskonsulent, socialrådgiver og en idrætslærer. Man ønskede konsulentbistand fra Politiet, Sundhedsvæsen, Skolen, Socialforvaltningen, Kriminalforsorgen, Tandklinikken og Paarisa. Nuværende ordning med forebyggelseskonsulenter i alle byer blev foreslået fastholdt.
- For de kommende Qeqqata Kommunia og Kommune Qujalleq blev det foreslået, at supplere lokale forebyggelsesudvalg med en repræsentant fra kommunalbestyrelsen og kommunens psykolog, samt at der blev oprettet sundhedsfremme- og forebyggelsesudvalg i alle bygder og sikret midler til forebyggelsesarbejdet i bygderne.
- For den kommende Kommuneqarfik Sermersooq blev der lagt vægt på, at udvalgene skulle sammensættes med henblik på at fremme sundheden samt på forebyggelse og indsats mod kriminalitet, samt at målsætninger og initiativer skulle fastlægges ud fra lokale forhold. Betydningen af tværfagligt samarbejde med sundhedsvæsen, socialvæsen, skoler, fritidsklubber, foreninger, politiet og Kriminalforsorgen, blev fremhævet. Nøgleordene var en tydelig politik, øremærkning af penge til initiativer og sundhedspædagogik.

Målet var ansættelse af en forebyggelseskonsulent i alle kommuner. I 2007 havde samtlige kommuner haft skriftlig aftale med Paarisa, og alle Kommuner på Vestkysten havde, bortset fra perioder med vakance, haft en konsulent ansat. På Østkysten meldte Tasiilaq sig allerede i 1990'erne ud af ordningen, idet kommunen prioriterede behandling frem for forebyggelse. De to yderdistrikter Qaanaaq og Ittoqqortoormiit har i flere sammenhængende perioder ikke haft forebyggelseskonsulenter ansat, da det har været vanskeligt at rekruttere egnede personer.

To bygder i Maniitsoq Kommune havde forebyggelseskonsulent ansat på halv tid. Under miniseminaret blev konkluderet, at det også fremover var nødvendigt med en forebyggelseskonsulent og/eller tovholder på det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i alle byer og bygder.

I Finanslov 2008 var løntilskud til kommunernes forebyggelseskonsulenter indarbejdet i det kommunale bloktilskud. Samtlige aftaler mellem Direktoratet for Sundhed og kommunerne blev som konsekvens heraf opsagte.



Figur 5. Milepæle i arbejdet med opbygning af Paarisa og organisering af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde

### 6.3 Organisering af samarbejdet mellem centralt og lokalt niveau

Den politiske målsætning fra 1999 ”*Det forebyggende arbejde skal fortsat styrkes og udvikles såvel centralt som regionalt og lokalt*”, blev søgt opfyldt ved ansættelse af forebyggelseskonsulenter lokalt. Landstingsforordningen fra 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation medførte desuden, at der skulle etableres lokale forebyggelsesudvalg (59).

### 6.3.1 Organiseringen 1996 - 2002

I forbindelse med etablering af Paarisa i 1996 blev nedsat en tværdirektoral koordineringsgruppe med repræsentanter fra Paarisa, Direktoratet for Sociale Anliggender og Arbejdsmarked, samt Direktoratet for Kultur, Uddannelse, Forskning og Kirke. 'Den tværdirektorale koordineringsgruppe' havde til opgave at sikre koordinering og kontinuitet samt den mest hensigtsmæssige anvendelse af de menneskelige og økonomiske ressourcer. Gruppen fungerede indtil 2003, hvor uddannelsesdirektoratet trak sig ud grundet tidspress og opgaverne blev overtaget af Følgegruppen for Projekt Forebyggelseskonsulent (47).

Følgegruppen for Projekt Forebyggelseskonsulent var oprettet 1. august 1997 med repræsentanter fra Direktoratet for Sociale Anliggender og Arbejdsmarked, Direktoratet for Kultur, Uddannelse, Forskning og Kirke, Indenrigskontoret og Paarisa. Gruppens opgave var at sikre styrkelse af og udvikling i forebyggelsesarbejdet. I sommeren 2000 blev følgegruppen udvidet med repræsentanter for Kriminalforsorgen og Politimesterembedet. Udvidelse havde til formål at give den centrale tværsektorielle gruppe samme sammensætning som de lokale forebyggelsesudvalg.

De valgte strategier i 1997 var at:

- Centrale, regionale og lokale forebyggelsestiltag og koordineringen skulle styrkes og udvikles med samarbejdspartnerne i Hjemmestyrets tværdirektorale koordineringsgruppe
- Centrale, regionale og lokale forebyggelsesarbejder skulle drøftes og udvikles i Følgegruppen for "Projekt Forebyggelseskonsulent" og implementeres gennem oprettelse af lokale udvalg
- Ansættelse af lokale forebyggelseskonsulenter skulle forberedes og udføres

Opgaven med organisering af forebyggelseskonsulentordningen blev varetaget af en konsulent i Paarisa, som efterfølgende varetog den direkte kontakt med konsulenterne omkring de organisatoriske emner. Ansvar for kontakten omkring fagspecifikke indsatsområder påhvilede dog alle i Paarisa. Dette fremgår af stillings- og funktionsbeskrivelsen for samtlige ansatte, hvor der står: "Medarbejderen er ansvarlig for sikring af et bredt fundament, når strategier udformes, ved at relevante tværdirektorale/sektorielle personer inddrages i arbejds- og ad hoc grupper. Medarbejderen skal inddrage og samarbejde med forebyggelseskonsulenterne i kommunerne, interesseorganisationer, græsrodsbevægelser og sundhedsvæsenets institutioner med information, vejledning og praktisk projektbistand" (60).

Ved projektets start i 1997 blev de overordnede arbejdsopgaver for forebyggelseskonsulenterne beskrevet i en af PAARISA indrykket annonce, hvori man søgte konsulenter til Avanersuaq, Ittoqqortoormiit, Upernavik og Paamiut:

- koordinering af en tværfaglig forebyggende indsats i kommunen inkl. bygder
- ansvar for implementering og opfølgning på kommunens forebyggelsespolitik
- medansvarlig for opstilling af en forebyggende aktivitetsplan i kommunen
- koordinering af eksisterende ressourcer

- igangsættelse af konkrete forebyggelsestiltag
- konkret oplysningsarbejde i skoler og institutioner
- samarbejde med foreninger omkring forebyggende aktiviteter
- ansvarlig for evaluering og opfølgning af lokale projekter
- ad hoc tilknytning til sundhedsnævn, fritidsnævn og SSPK-udvalg
- aktiv deltagelse i evaluering af projekt Forebyggelseskonsulent

En egentlig stillings- og funktionsbeskrivelse blev ikke udsendt fra centralt hold. Direktoratet for Sundhed indtog den holdning, at forebyggelseskonsulenterne var lokalt ansat og at deres arbejdsbeskrivelse derfor skulle tage afsæt i kommunens prioriterede opgaver inden for forebyggelse. I spørgeskemaundersøgelsen i 2002 havde en del af forebyggelseskonsulenterne givet udtryk for at de savnede en overordnet funktionsbeskrivelse til deres arbejdsområde (51). Undersøgelsen viste, at 58 % af konsulenterne havde fået en funktionsbeskrivelse, mens 42 % ikke mente, de havde fået en sådan i forbindelse med ansættelsen.

Spørgeskemaundersøgelsen viste samtidig, at forebyggelsesarbejdet blev koordineret forskelligt fra kommune til kommune, alt efter i hvilken forvaltning forebyggelsesafsnittet lå. Koordinationen blev først og fremmest varetaget af forebyggelseskonsulenten, og ikke af forvaltningscheferne i kommunen. I to kommuner var forebyggelsesafsnittet placeret under Kulturforvaltningen, 11 kommuner havde valgt Socialforvaltningen som reference, mens de resterende tre refererede direkte til ledelsen i kommunen.

Evalueringsrapporten fremkom med en række anbefalinger fra forebyggelseskonsulenterne og deres lokale chefer. Efter evalueringen var Følgegruppens overordnede anbefaling, at samtlige forebyggelseskonsulenter skulle sikres ensartede stillings- og funktionsbeskrivelser.

Følgegruppen anbefalede desuden kommunerne at:

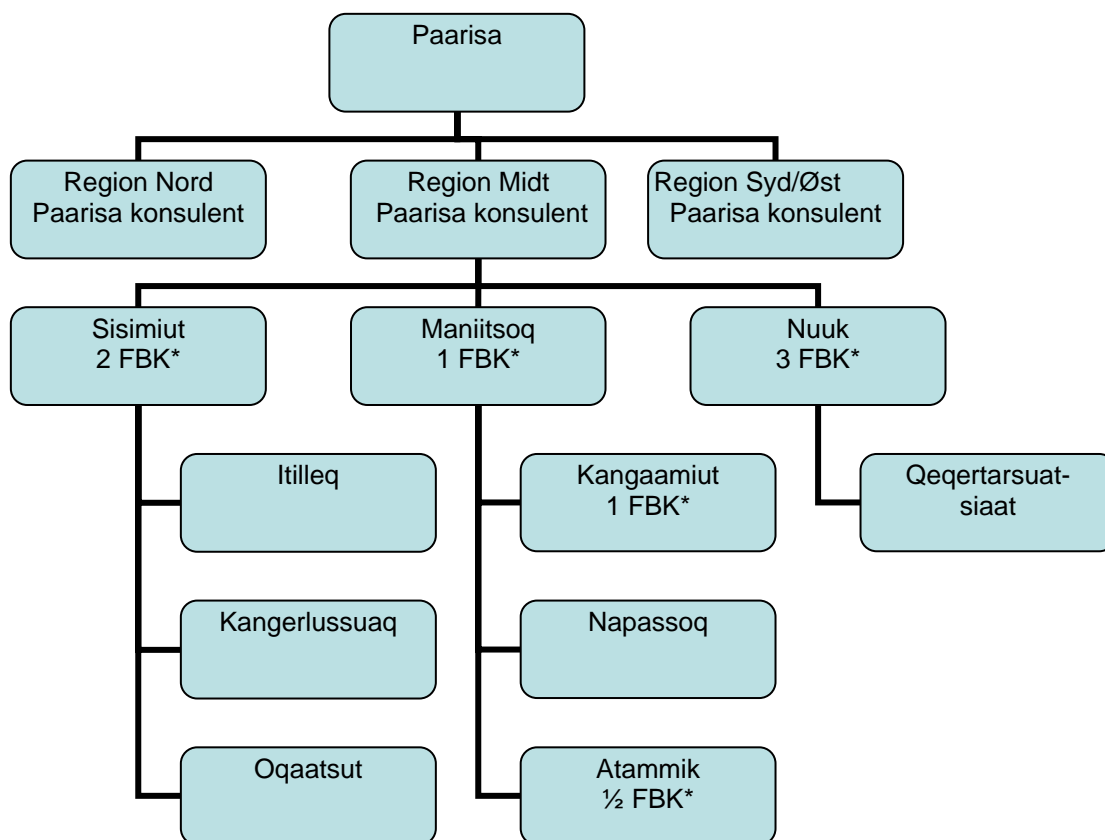
- nedsætte lokale forebyggelsesudvalg
- udforme politikker på det forebyggende og sundhedsfremmende område
- styrke det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i byggerne
- afsætte ressourcer til området

mens Direktoratet for Sundhed/ Paarisa blev anbefalet at:

- forbedre forebyggelseskonsulenternes uddannelse
- præcisere opgaver og ansvarsområder for de lokale forebyggelsesudvalg
- sikre systematisk og regelmæssig kontakt til forebyggelseskonsulenterne
- udarbejde overskueligt informationsmateriale med præcisering af byrde- og opgavefordelingen i Projekt Forebyggelseskonsulent.

### 6.3.2 Organisering 2003 – 2007

På baggrund af forebyggelseskonsulenternes kritik af den manglende opbakning fra Paarisa, blev der fra efteråret 2002 arbejdet på at udvide opfølgning og vejledning. Landet blev opdelt i fire regioner: Nord- Midt- Syd og Østgrønland, men da der kun var en enkelt forebyggelseskonsulent i Østgrønland blev dette hurtigt ændret til tre regioner, som beskrevet i Figur 6. Hver region havde én fast kontaktperson og vejleder i Paarisa. Der blev fortsat afholdt et årligt møde og kursus, regionale samlinger årligt efter behov og - som noget nyt, indført månedlige telefonmøder mellem regionens forebyggelseskonsulenter og Paarisa's konsulent.



Figur 6. Opdelingen i regioner indført i 2003. I figuren vises kun byer og bygder i Region Midt. \* FBK er anvendt som forkortelse for forebyggelseskonsulent.

Paarisa's konsulenter virkede som konsulenter, faglige vejledere og inspiratorer for forebyggelseskonsulenterne. Denne nyorientering blev introduceret ved et kursus i efteråret 2002 omkring sundhedspædagogik og opfulgt af kursus i sundhedspædagogik i det sundhedsfremmende arbejde maj 2003. Gennem tæt samarbejde og vejledning søgte Paarisa således at sikre, at den enkelte konsulent blev rustet til at omsætte landspolitiske målsætninger til lokale handleplaner og aktiviteter i samarbejde med lokalbefolkningen.

Evalueringsrapporten påpegede desuden, at de lokale samarbejdspartnere, primært medlemmerne af De lokale Forebyggelsesudvalg, havde behov for at få tydeliggjort deres opgaver og ansvarsområder i forhold til forebyggelseskonsulentordningen. Paarisa havde en forventning om, at forebyggelseskonsulenternes nærmeste foresatte havde kendskab til de underskrevne aftaler, men dette var dog ikke altid tilfældet og skyldtes primært personudskiftninger samt at aftalerne oftest var underskrevet af kommunaldirektørerne. Fra 2004 udsendte Paarisa derfor årligt et informationsbrev, som var stilet direkte til forebyggelseskonsulentens nærmeste foresatte, hvor man kort redegjorde for de gensidige forpligtigelser.

Af informationsbrevet fremgik, at:

- Paarisa ville give løntilskud svarende til halvdelen af lønsummen; udforme stillings- og funktionsbeskrivelse i samråd med kommunen; afholde alle udgifter i forbindelse med centralt arrangerede kurser for forebyggelseskonsulenter; samt gennemgå ansøgninger og indstille fagligt kvalificerede til ansættelse
- Kommunerne skulle udfærdige handlings- og strategiplan samt budget for området; have ansættelsesmyndighed; og stille kontor og bolig til rådighed

Ved miniseminaret for forebyggelseskonsulenterne i november 2007 informerede Paarisa's afdelingschef om, at der var udformet et udspil til kommunerne for 2008, men at der ikke var lagt rammer omkring samarbejdet efter 1. januar 2009, idet dette ville afhænge af, hvorledes storkommunerne valgte at organisere arbejdet og af de politiske udmeldinger i forbindelse med strukturændringerne (38).

Forebyggelseskonsulenterne anbefalede, at der også fremover skulle være forebyggelseskonsulent i alle byer (dvs. de tidligere kommuner) og at der i hver storkommune skulle være en fagchef, som overordnet koordinerede og sikrede udnyttelse af de forskellige kompetencer ved arbejdsophold hos hinanden. Man ønskede også fremover, at Paarisa skulle varetage den landsdækkende udformning af kampagner samt fungere som videnscenter, ligesom det årlige møde blev foreslået fastholdt.

Uummannaq Kommune meddelte i 2003, at der ikke var økonomi til ansættelse af en heltidsforebyggelseskonsulent og kommunen anmodede Paarisa om at dække udgiften til en ansat i 20 timer ugentligt. Sagen blev drøftet i Følgegruppen, hvor det viste sig, at Kriminalforsorgen manglede en lokalt ansat i netop Uummannaq. Herefter blev indgået en aftale med tre parter; kommunen stod for ansættelse og kontor samt for forebyggelsesudvalget, Kriminalforsorgen aflønnede og disponerede over medarbejderen i 20 timer ugentligt, mens Paarisa dækkede 50 % af lønudgifterne og inddrog forebyggelseskonsulenten på lige fod med alle andre. Ordningen fungerede fortsat ved udgangen af 2007. Modellen blev anbefalet til andre økonomisk svage kommuner, men var ikke ønsket andre steder.

I december 2007 blev samtlige kommuner skriftligt informeret om, at samarbejdsaftalerne var opsagte, og at midler til lønrefusion pr. 1. januar 2008 ville blive overført til bloktilskud. I samme brev blev det understreget, at Paarisa fortsat ville have nær kontakt med forebyggelseskonsulenterne og fortsat ville tilbyde konsulentbesøg for

faglig og sundhedspædagogisk rådgivning samt for sparring omkring organisatoriske forhold (61).

### 6.3.3 Lokale forebyggelsesudvalg

Lokale forebyggelsesudvalg blev indført i 2000 efter pålæg i Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation (49). Samtidig blev de lokale sundhedsnævn nedlagt. I maj 2001 udsendtes bekendtgørelse om lokale forebyggelsesudvalg (50). Hjemmestyrets bekendtgørelse om lokale forebyggelsesudvalg sikrede, at alle kommuner årligt udarbejdede en handlingsplan for det forebyggende og sundhedsfremmende område. Som medlem af udvalget fik forebyggelseskonsulenten tæt kontakt til sine nærmeste samarbejdsparter: Sygehuset, Tandklinikken, Folkeskolen, Politiet, Socialforvaltningen og Kriminalforsorgen.

I evalueringen fra 2002 fremgik, at kommunerne Tasiilaq, Ilulissat, Qeqertarsuaq, Qasigiannguut, Sisimiut, Paamiut, Nanortalik, Narsaq, Aasiaat, Uummannaq og Upernavik havde etableret et lokalt forebyggelsesudvalg, og at udvalgene i opstartfasen øjensynligt fungerede efter hensigten (51). De kommuner, der ikke havde etableret forebyggelsesudvalg, henholdt sig til det i forvejen eksisterende SSPK-samarbejde, bl.a. fordi man oplevede, at SSPK-samarbejdet fungerede godt, og derfor var bekymret for, at det gode samarbejde ville kunne lide skade, hvis man erstattede SSPK med et forebyggelsesudvalg. Enkelte Kommuner mente ikke, de havde modtaget den pågældende bekendtgørelse og havde derfor ikke oprettet udvalget.

Under miniseminaret i november 2007 blev det meddelt, at der var forebyggelsesudvalg i alle kommuner (38). Udvalget i flere kommuner havde dog ligget stille i perioder, hvilket primært skyldes vakante stillinger i socialforvaltningerne, men det var hver gang lykkedes at få udvalgene i gang igen. Flere forebyggelseskonsulenter havde desuden sikret oprettelse af bygdeudvalg, hvor samarbejdet var opbygget med månedlige telefonsmøder og jævnlige besøg.

Naakkersuisut's beslutning i 1999 om, at der ikke skulle være politisk repræsentation i de lokale forebyggelsesudvalg (som der havde været i de tidligere sundhedsnævn), påvirkede samarbejdet mellem KANUKOKA og Sundhedsdirektoratet negativt i de efterfølgende år (50). Forebyggelseskonsulenterne påpegede ligeledes, at det var en uheldig beslutning. De mange negative kommentarer blev udtrykt i en udtalelse fra en tidligere socialchef under interview i 2009: *"Jeg protesterede meget kraftigt, fordi vi følte ikke, at vi blev hørt, (og) fordi det var ret vigtigt – især forebyggelsesområdet, hvor det mange gange er meget svært at overbevise politikerne om, at det altså er nødvendigt at afsætte nogle ordentlige midler for området. Så er det vigtigt at få enkelte politikere med (i udvalget) – ikke at der skal sidde flere fra hvert parti eller – men bare et socialudvalgsmedlem eller en anden (medlem af kommunalbestyrelsen), der bliver repræsentant i forebyggelsesudvalget"*.

I Nuuk var der i en kortere periode et kommunalt Sundheds- og forebyggelsesudvalg. Den tidligere socialdirektør vurderede det som godt med et særskilt politisk udvalg, men

foretrak at forebyggelsesudvalget var sammensat af embedsmænd. Hun udtalte i interview i 2009: *”Vi kom til at tale om rigtig mange aktuelle ting; hvad der rører sig i byen, hvad har politiet haft af sager. Det er jo utrolig mange ting (der vedrører forebyggelse), når man tænker over det”*.

Kommunerne og KANUKOKA har siden 2000 overfor Naalakkersuisut påpeget manglen på politisk repræsentation i De lokale Forebyggelsesudvalg. Dette støttes af Paarisa, som dog også har understreget styrken ved at lokale embedsfolk på beslutningstagerniveau mødes og arbejder tværsektorielt. Under forebyggelseskonsulenternes miniseminar i 2007 var der bred enighed om, at lovgivningen burde kræve forebyggelsesudvalg både i de kommende storkommuner og i alle byer og bygder. I dag beror udvalgenes arbejde i byerne i henhold til bekendtgørelsen på de siddende embedsmænd, mens det i bygderne er overladt til frivillige (50). Koordinering og tværfagligt arbejde vægtes meget højt, og også for de kommende storkommuner blev det anbefalet at fastholde en klar ansvarsfordeling omkring de tværgående opgaver.

Interviews med henholdsvis en forebyggelseskonsulent og en kommunal leder dokumenterede, at de lokale forebyggelsesudvalg spiller en aktiv rolle. Udvalgene har deres faste definerede opgaver, men er derudover garant for tværfaglig videns- og erfaringsudveksling. Udvalgets medlemmer stiller sine faglige ekspertiser til rådighed, f. eks. når der arrangeres borgermøde i forbindelse med alkoholfri uge, sættes fokus på selvmord eller på bekæmpelse af kriminalitet. Nedenstående citater er en illustration heraf:

*”Det lokale forebyggelsesudvalg arbejdede meget godt sammen. Vi arrangerede debataftener, hvor vi alle sad med i panel. Borgerne kunne godt lide dette”* (forebyggelseskonsulent).

*”Det gav på samme tid en slags vidensudveksling. Jeg synes, det er meget meget vigtigt, at man har sådanne tværfaglige fora, hvor man mødes om faste dagsorden-punkter og også udveksler viden og erfaring”* (kommunal leder).

#### **6.4 Uddannelse for forebyggelseskonsulenter 2006-2007**

Forebyggelseskonsulenterne har siden 1997 mødtes med Paarisa én gang årligt, hvor der dels er givet rum for gensidig orientering, information og instruktion fra Paarisa om nye politiske mål og introduktion til nye fagspecifikke kampagner, og dels er givet et kort kursus. Indholdet i disse kurser er beskrevet i Tabel 1 (side 12).

En kommunal leder udtalte under interview i 2009: *”Det var tydeligt, at forebyggelseskonsulenten voksede for hvert årsmøde i Paarisa og specielt ved at indgå i Avanna Pitsak, hvor Paarisa kørte kurser i sundhedspædagogik”*.

Paarisa sikrede desuden oplæring af alle nyansatte. Dette skete ved besøg i byen inden for de første måneder af ansættelsen. Forebyggelseskonsulenten blev her introduceret til sundhedsfremme og sundhedspædagogik som metode. Under besøget blev der også



afholdt møde med forebyggelseskonsulentens nærmeste foresatte samt med de lokale forebyggelsesudvalg.

Forebyggelseskonsulenternes uddannelsesmæssige baggrund var yderst varieret. Nogle havde uddannelse indenfor sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, mens flere ikke havde nogen uddannelse på området. Forud for uddannelsesstarten i 2006 spændte de ansattes uddannelsesmæssige baggrund over social-, sundheds-, handels- og behandlerområdet. I evalueringsrapporten fra 2002 blev det fremhævet, at ”Forebyggelseskonsulenternes arbejde med at forankre sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i lokalsamfundet er en stor udfordring, som kræver kontinuerlig efteruddannelse” (51).

Med baggrund i ovenstående søgte Paarisa midler fra en i Finanslovsforslag 2006 nyoprettet kompetenceudviklingspulje til gennemførelse af den ønskede uddannelse for forebyggelseskonsulenter. Uddannelsens målgruppe var de forebyggelseskonsulenter, der ved uddannelsens start i maj 2006 var ansat som forebyggelseskonsulenter i kommunerne. Formålet var at ruste konsulenterne til at kunne varetage den overordnede koordinerende rolle i kommunen omkring forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. Desuden skulle de sikres en såvel individuel som generel opkvalificering af egne kompetencer samt tidssvarende viden om aktuelle sundhedsproblemer i Grønland og erfaring med prioriterede indsatsområder.

I februar 2006 skrev Paarisa til samtlige kommuner: ”En egentlig uddannelse for forebyggelseskonsulenterne har været et ønske gennem en årrække. Landsstyret har nu imødekommet dette, og midler til uddannelse er indarbejdet i Forslag til Finanslov 2006. Uddannelsen vil blive modulopbygget med 4 moduler og strække sig over to år. Peqqissaanermik Ilinniarfik vil i samarbejde med Paarisa og Følgegruppen for Forebyggelseskonsulenter udforme indholdsbeskrivelse. Det er således med glæde, at vi kan meddele, at der, under forudsætning af Finanslovens vedtagelse, vil blive indbudt til 1. uddannelsesmodul allerede i første halvår af 2006 ” (62).

Fra begyndelsen var fastlagt, at de til undervisningen udvalgte sundhedsproblemer skulle være identiske med Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta’s indsatsområder:

- Alkohol, snifning, rusmidler og vold
- Det sunde seksualliv og sexmisbrug
- Selvmord og rygning
- Kost og bevægelse

Desuden var undervisning i forebyggelse og sundhedsfremme, epidemiologi, etik, projektopbygning og partnerskaber gennemgående i alle moduler.

For at sikre at uddannelsens indhold afspejlede det aktuelle behov, vægtedes medinddragelse af kursisterne i den løbende planlægning og tilrettelæggelse af uddannelsen højt. Et procesorienteret uddannelsesforløb skulle medvirke til, at kursisterne fik opøvet deres skriftlige og mundtlige færdigheder, samt blev trænet i at indarbejde økonomiske beregninger i egne kommende projekter. Ligeledes vægtedes det højt, at kursisterne skulle arbejde både individuelt og i grupper med at tilegne sig stof, indsamle data samt tilrettelægge og afvikle kreativ formidling af sundhedsrelaterede emner. Underviserne fik i opdrag at ”gøre undervisningen konkret, oplevelsesorienteret og sanselig” (63).

Uddannelsens formål og indhold blev præsenteret ved en konference for landets socialchefer og socialudvalgsformænd i september 2006 (63).

Et delmål var at oplære forebyggelseskonsulenterne i udformning af en processtyret projektopbygning. På hvert modul blev der arbejdet med specifikke områder og problemstillinger, der øgedes i kompleksitet fra modul til modul. Fire konsulenter blev udpeget til at deltage i opbygning af mål for Modul I. Under Modul I blev der udformet mål for Modul II i samråd med fire andre konsulenter og så fremdeles. Også mål for den afsluttende prøve blev udformet i en demokratisk proces.

Der blev udstedt modulbevis ved afslutningen af hver af de fire moduler, såfremt kursisten havde deltaget i minimum 90 % af undervisningen. Modulbeviset blev udstedt af Peqqissaanermik Ilinniarfik. Kursisten kunne kun indstille sig til afsluttende prøve, hvis hun havde modulbevis for modul I, II og III. Den afsluttende prøve bestod af en skriftlig gruppeopgave med efterfølgende individuelt mundtligt forsvar. Opgaven tog udgangspunkt i et af de væsentlige sundhedsproblemer, som kendetegner forebyggelseskonsulentens arbejdsområde. Opgaven skulle belyse indsatsen på såvel individ- og familieniveau som på gruppe- og lokalsamfundsniveau, og skulle inddrage teori og praksis fra alle fagområder.

Der blev gennemført evaluering efter hvert modul. Den samlede uddannelse blev internt evalueret af Paarisa og Peqqissaanermik Ilinniarfik og evalueringsrapport afleveret til Landsstyremedlemmet for sundhed i februar 2008, hvorefter den blev udsendt til samtlige kommuner (64). Alle Forebyggelseskonsulenterne udtrykte ved den afsluttende evaluering, at nye metoder, redskaber og teoretisk viden nu blev indarbejdet i deres daglige praksis, og at det indlærte blev formidlet til deres samarbejdspartnere. Alle angav at have erhvervet større teoretisk viden om sundhedsfremmetankegang og afgrænsning af målgrupper, samt at have større viden om sygdomme. Desuden følte de, at de havde fået redskaber til arbejdet med Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta.

På spørgsmålet: "Hvorledes har dit uddannelsesforløb påvirket dit samarbejde med lokale parter?" Svarede en af forebyggelseskonsulenterne *"At min rolle vitterlig er koordinering af forskellige tiltag, og at andre faggrupper må stå for handlingerne"* (64). KANUKOKA's repræsentant i Følgegruppen udtalte under et interview sin tilfredshed med at Paarisa havde taget sig af forebyggelseskonsulenterne i kommunerne og sikret deres løbende efter- og videreuddannelse: *"Det har betydet, at rigtig mange forebyggelseskonsulenter er blevet i arbejdet i mange år. Uddannelsen har medvirket til fastholdelse"*.

## 7. Opsummering og diskussion

### 7.1. Metode diskussion

Formålet med denne afhandling var at analysere baggrunden for og organiseringen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Kalaallit Nunaat i perioden 1996 – 2007.

Den valgte metode (casestudiet) viste sig velegnet til at give konkret viden om det valgte emne (17). Analysen af historiske dokumenter, set i lyset af de gældende målsætninger for området, gav forståelse for relationer mellem de enkelte begivenheder, ligesom citater fra mini-seminaret 2007 og de kvalitative interviews 2009 bidrog til en validering af resultaterne (trianglering) (39).

Gennem studiet blev det tilstræbt at belyse enkelt-elementer fra flere sider, således at både de politiske ønsker, de officielle dokumenter og udsagn fra aktørerne fremkom. Fokus har gennem hele forløbet været på den organisatoriske opbygning, og her har litteraturstudiet bidraget med evidensbaseret viden, der har styrket disse bestræbelser.

I tilgangen til undersøgelsen har forfatteren tilstræbt at være objektiv og har været meget bevidst om egne professionelle erfaringer og forestillinger. Inddragelse af en uvildig person til at overvåge realibilitet og objektivitet i analysen ses ligeledes som en styrke. I og med at alle væsentlige beslutninger desuden er taget på det politiske niveau, skønnes det derfor, at afhandlingens resultater er troværdige og valide.

### 7.2. Resultat diskussion

Afhandlingens struktur var konkretiseret gennem en række forskningsspørgsmål, som kort vil blive opsummeret og diskuteret nedenfor.

#### **• Hvilke ændringer er der sket i organiseringen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i perioden og hvorfor?**

De 57.000 indbyggere i Kalaallit Nunaat boede frem til 2008 i 17 kommuner med lige så mange byer og 60 bygder. Sundhedsdirektoratet forestod information omkring forebyggelse af sygdomme.

Sundhedsvæsenet blev overtaget fra den danske stat i 1992. Efter overtagelsen var i Kalaallit Nunaat debat om forpligtigelserne efter ratificeringen af Ottawa Chartret, hvilket førte til politisk krav om forebyggelse og sundhedsfremme på centralt, regionalt og lokalt niveau (1), (16). Efter indstilling fra Det forebyggelsespolitiske Råd besluttede Naalakkersuisut sig for en oprustning på området (16). I 1996-97 blev opbygget en struktur med et centralt forebyggelseskontor, Paarisa, og kommunale forebyggelsesudvalg samt forebyggelseskonsulenter.

I erkendelse af at sundhedsfremme udvikles i en proces gennemførtes en evaluering af strukturen i 2002 (65). Her blev det påvist, at Forebyggelseskonsulentordningen, som den havde set ud siden 1997, havde en opbygning og indeholdt elementer af dobbeltadministration, som kunne være til frustration og besvær for alle involverede parter. Beaglehole skriver, ”An effective public health workforce is essential for the task of improving health system performance, especially in developing countries. It is also central to the process of building intersectoral activities to ensure that the underlying determinants of population health status are addressed.” (28). Som opfølgning af evalueringen, blev organiseringen af samarbejdet mellem centralt og lokalt niveau revideret i 2003. Dette skete for at lette de administrative sagsgange samt for sikring af sundhedsfaglig og sundhedspædagogisk rådgivning til det kommunale niveau. Byrde- og opgavefordelingen blev fastholdt.

### • **Blev målet med Forebyggelseskonsulentordningen, herunder med uddannelsen opnået?**

Målet var ansættelse af en forebyggelseskonsulent i alle kommuner og at implementere de politiske målsætninger for forebyggelse og sundhedsfremme på regionalt og lokalt niveau. Målet var affødt af et politisk ønske om at efterleve Ottawa Chartret og sætte målrettet ind på højnelse af folkesundheden (1). I perioden 1996 – 2007 har der været ansat forebyggelseskonsulenter i de fleste af kommunerne.

Af evalueringen i 2002 fremgik, at forebyggelseskonsulenternes egen opfattelse af projektforløbet i deres kommuner var positiv (51). De anførte, at de forebyggende aktiviteter langsomt vandt indpas i lokalsamfundene, og at befolkningen blev mere vidende om begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. Samme opfattelse gav forebyggelseskonsulenterne udtryk for under miniseminaret i 2007 omkring arbejdet med at udvikle deres kompetencer inden for sundhedsfremme og sundhedspædagogik (38).

Uddannelsen, som blev afviklet over fire moduler i årene 2006-2007, blev etableret på baggrund af tilbagemeldinger fra evalueringen i 2002, hvor det stod klart at den hidtil gennemførte opkvalificering ikke stod mål med kommunernes forventninger til en forebyggelseskonsulents faglige og pædagogiske formåen (51). Uddannelsen skulle ruste forebyggelseskonsulenterne til at varetage den overordnede koordinering i kommunen. Koordinering er blandt andet af Acheson fremhævet som grundlæggende for folkesundheden (25). I alt 11 forebyggelseskonsulenter kunne indstille sig til den afsluttende prøve, som alle bestod. Evalueringen viste, at alle konsulenterne havde tilegnet sig en sundhedspædagogisk arbejdsmetode (64). Et af uddannelsens delmål var, at forebyggelseskonsulenterne skulle oplæres i udformning af en processtyret projektopbygning. Som følge heraf blev uddannelsen var tilrettelagt i en fortløbende demokratisk proces, der stillede krav til høj grad af deltageransvar (63). Følgegruppen konkluderede, at mål og delmål var opnået (64). Efterfølgende har der været stor interesse for en gentagelse af uddannelsen.

**• Er den lokale virkelighed i overensstemmelse med de centralt udmeldte krav og forventninger?**

Sundhed set i en social sammenhæng er den lokale virkelighed (20). Ottawa Chartret lægger vægt på at sundhed skabes, hvor mennesker bor (1). Levevilkår, kultur, sociale og kulturelle forhold er forskellige mellem store og små kommuner og mellem by og bygd. Fra centralt hold forventedes, at de givne politiske målsætninger, der efter 2003 var præget af sundhedsfremmetankegangen, var kendte og blev søgt efterstræbt. Analysen viser imidlertid, at den lokale virkelighed ofte var præget af en mere traditionel forebyggende tankegang og en tro på, at oplysning gennem kampagner ville ændre borgernes livsstil (64).

Ansættelsesmyndigheden for forebyggelseskonsulenterne lå ved kommunerne, men tilbagemeldinger fra evalueringen i 2002 viste, at det var vanskeligt at tiltrække og fastholde kompetente personer til stillingen (51). Paarisa's beslutning i 2003, at alle ansættelser skulle godkendes centralt, højnede det faglige niveau, men gjorde ansættelsen yderligere kompliceret for kommunerne (66).

Under evalueringen i 2002 efterlyste respondenterne, dvs. forebyggelseskonsulenter og socialchefer, en ensartet funktionsbeskrivelse (51). Dette kunne tyde på, at det kunne være svært at bevare overblikket lokalt i forhold til forebyggelseskonsulenternes meget omfangsrige og varierede opgaver og ansvarsområder.

Evalueringen i 2002 viste ligeledes diskrepans mellem Paarisa's opfattelse af informationsniveau omkring landsdækkende kampagner og kommunernes forventninger hertil (51). Information ved de årlige møder var ikke tilstrækkelig, hvilket førte til en generel oprustning med opbygning af hjemmeside for Paarisa samt et internetbaseret debatforum (7).

**• Hvorledes fungerede det tværsektorielle samarbejde?**

Det lokale forebyggende arbejde blev koordineret i henhold til Hjemmestyrets Bekendtgørelse nr. 18 af 18. maj 2001 om lokale forebyggelsesudvalg (50). Forebyggelsesudvalget havde ikke politisk repræsentation, men var sammensat af ledende embedsmænd i kommunen. S sammensætningen afspejlede et politisk ønske om vertikal integration, hvor der sker en integrering af arbejdet mellem enheder, der arbejder med mennesker, i en kommune (29). De lokale forebyggelsesudvalg arbejdede i langt de fleste byer forbilledligt og udformede årlige handlingsplaner for kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, og sikrede koordinering i samarbejde med forebyggelseskonsulenterne.

Det tog syv år at få etableret forebyggelsesudvalg i alle kommuner. En enkelt kommune (Qaqortoq) valgte at fastholde SSKP-samarbejdet og har således arbejdet med to udvalg. I flere kommuner har forebyggelsesudvalget ligget stille i perioder, primært grundet vakante stillinger i kommunens socialforvaltning. Holdningen til og forståelsen

for at tværfagligt samarbejde er nødvendigt og bør prioriteres, har imidlertid været positiv i alle kommuner (38).

Følgegruppen til først ”Projekt Forebyggelseskonsulent” og fra 2002 til Forebyggelses-konsulentordningen har eksisteret siden 1997 (47), og følgegruppen har fortsat sit samarbejde også efter 2008. Det har været af stor betydning, at gruppen har samarbejdet kontinuerligt og i gensidig tillid gennem alle årene. Samarbejdet kan, med henvisning til Child og Faulkner beskrives som ”en parts villighed til at indgå i en relation med en anden part i troen på, at den andens handling vil være fordelagtig for den pågældende” (31). Under interview udtalte KANUKOKA’s repræsentant i Følgegruppen: ”.. *det er utrolig vigtigt at dokumentere de projekter, der har kørt gennem årene for at kunne dokumentere, hvad der har kunnet fungere, og hvad der har været mindre godt. .. at fastholde nogle instanser i at være fælles om tingene*”.

Sættes den opbyggede struktur ind i Axelsson's' model, kan det konkluderes, at der er opnået ”samarbejde”, hvor målet var ”samvirke” (29). Samvirke kendetegnes af høj grad af både vertikal og horisontal integration, hvilket betyder at beslutninger taget i den hierarkiske ledelse er tilstrækkelig brede til også at give plads til mere uformelle kontakter og kommunikation mellem forskellige organisationer. Analysen påviser, at hverdagens samarbejde var afhængigt af formelle aftaler som f.eks. Bekendtgørelsen om samarbejde i forebyggelsesudvalgene og af meget præcise opgave- og stillingsbeskrivelser (51).

#### **• Kunne de teoretiske fordele med partnerskaber i det sundhedsfremmende arbejde overføres til virkeligheden?**

Højnelse af folkesundheden nødvendiggør samspil mellem en række sektorer og fordrer både nedbrydning af grænser og af den traditionelle hierarkiske opbygning af organisationer (29). Ved opbygning af bæredygtige partnerskaber er det helt centralt at have en fælles vision og en erkendelse af, at effektivt partnerskab fordrer stadig fokus på både proces og strategi samt accept af, at partnerskaber bygges på tillid og opbygges med respekt for partnernes ligeværd (33).

Set ud fra den af Nutbeam opstillede model for måder at samarbejde på, rangerer partnerskaber midtvejs mellem det løst sammenknyttede netværk og det højt udviklede samarbejde (33). Samarbejdet mellem den enkelte kommune og Paarisa var struktureret og nedskrevet i en aftale, hvor både ansvarsfordeling og økonomi indgik, men ordet partnerskab blev ikke anvendt. Dette studie viser, at samarbejdet mellem den enkelte kommune og Paarisa kunne være indgået som et partnerskab med en formel kontrakt, der tilføres nye ressourcer, og hvor risiko og belønning deles (61).

Det vides ikke, hvor mange partnerskaber der eksisterer på lokalt plan, men de findes og er indskrevne i de kommunale handlingsplaner. Et eksempel er partnerskaber imod rygning, som er indgået mellem en skoleklasse og Paarisa, et andet eksempel er lokale partnerskaber mod vold og mobning I begge eksempler ses, at man i tillid mellem parterne indgår en aftale, som beskrevet af Child og Faulkner (31).

Bangkok Chartret forpligter til at skabe ”Sundhed for alle” (1, 2). Chartret understreger vigtigheden af en samlet strategisk holdning inden for regeringen, hvor man forpligtiger sig til at samarbejde med samfundet i almindelighed og med den private sektor på tværs af faggrænser. Konkret foreslås at initiere sundhedsfremmende tiltag via partnerskaber, der kan samle om fælles mål og handlinger for at forbedre befolkningens helbred (2). Paarisa har efter 2006, hvor Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta formelt anbefalede partnerskaber, indgået flere sådanne med blandt andre Grønlands Boldunion og det landsdækkende TV.

## 8. Konklusion

Arbejdet med forebyggelse, sundhedsfremme og sundhedspædagogik i Grønland bør være sektoroverskridende og stiller derfor store krav til koordinering og lederskab, ligesom der ved tværsektorielt samarbejde må sikres både vertikal og horisontal integration. Ledelsen må være indstillet på at deltage og støtte, og deltagere i tværsektorielle teams på alle niveauer må være både vidende om visionen, motiverede og rustede til at løfte opgaven. Under opbygning af partnerskab må der desuden tages højde for, at partnerne medbringer forskellige normer og værdier, og at det derfor er vigtigt at finde en fællesnævner - en fælles vision.

Dette studie beskriver følgende erfaringer i forhold til implementeringen af det sundhedsfremmende arbejde i Kalaallit Nunaat 1996-2007:

- at tværsektorielt samarbejde er en nødvendighed
- at projekter skal følges over lang tid
- at der bør være en klar ansvarsfordeling og lederskab
- at aftaler mellem centralt og lokalt niveau skal være tydelige og nedskrevne
- at arbejdet med folkesundhed bør ske i respekt for forskelle i værdier og kultur

## 9. anbefalinger

Efter kommunesammenlægningerne er opgavefordelingen mellem centralt og lokalt niveau ændret på en lang række parametre, herunder omkring organisering af det forebyggende arbejde. Denne afhandling har givet indsigt i og ført frem til nedenstående anbefalinger for det fremtidige arbejde med at fremme folkesundheden i Kalaallit Nunaat:

### 1. Forebyggelsesudvalg/folkesundhedsfora med politisk repræsentation

De positive erfaringer med lokale forebyggelsesudvalg skal fastholdes, men bør fremover have repræsentation fra kommunalbestyrelsen. De nye forebyggelsesudvalg kan med fordel gives et andet navn og oprettes på såvel kommunalt som lokalt plan.

### 2. Centralt udmeldte mål

Landspolitisk udmeldte overordnede mål for det sundhedsfremmende og forebyggende område følger traditionelt en fire-årig valgperiode. Folkesundhedsprogrammer med en længere, f.eks. 6-årig tidshorisont giver bedre tid til implementering på kommunalt og lokalt niveau.

### 3. Kommunale politikker

Kommunerne skal udforme egne politikker for forebyggelse og sundhedsfremme generelt, samt for alle forebyggelige enkeltområder. Det tværsektorielle samarbejde i de lokale forebyggelsesudvalg var på embedsmandsniveau, men under miniseminaret i 2007 blev det af både konsulenterne og KANUKOKA fastslået, at kommunale politikker var et bærende fundament for arbejdet.



#### **4. Forebyggelseskonsulenter**

Det er vigtigt at fastholde forebyggelseskonsulenter i byerne og at supplere med koordinatore i byderne, bl.a. fordi de nye storkommuner er geografisk meget store. Sundhedsfremmende arbejde sker i dialog mellem professionelle og enkeltpersoner eller grupper af mennesker, og erfaringen med opbygning af organiseret samarbejde mellem centralt og lokalt niveau i kommunerne er god. Styrken ved denne model er netop, at sundhedsfremme og forebyggelse ”nåede ud til alle”. Disse positive erfaringer bør fastholdes.

#### **5. Partnerskaber for folkesundhed**

For at højne folkesundheden må der fortsat udvikles redskaber til projektor organiseret, tværsektorielt arbejde – meget gerne organiseret i egentlige partnerskaber.

### **9. Tak**

Tak til vejleder Lene Povlsen, universitetslektor, DrPH. Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap.

## 10. Referencer

1. World Health Organization Regional Office for Europe. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1986.
2. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion: WHO; 2005.
3. Berthelsen C. Hvor meget dansk og hvor meget grønlandsk? Tidsskriftet Grønland 1965.
4. Grønlands Hjemmestyre. Landstingsforordning nr. 8 af 21. maj 2002 om folkeskolen. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre; 2002.
5. Familie- og Forebyggelsesstyrelsen. Familiemagasinet SILA. SILA 2008:2.
6. Health Canada. Population Health Indicators for First Nations in Alberta: Health Canada; 2009.
7. Wistoft K, editor. Værdier i sundhedsarbejdet i Grønland. København: Danmarks Pædagogiske Universitet; 2006.
8. Møller H. Kulturkløft. Fælles sprog og værdisæt. 2007. [www.nunamed.gl](http://www.nunamed.gl)
9. Inuit Circumpolar Council. Charter; 2010. [www.inuitcircumpolar.com](http://www.inuitcircumpolar.com)
10. Bjerregaard P, Curtis C, Jørgensen M. Folkesundhed i Grønland. Epidemiologisk transition og social epidemiologi. Månedsskrift Praktisk Lægegerning 2006:2.
11. Grønlands Hjemmestyre. Inuuneritta - Folkesundhedsprogram, Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012 [Public Health plan 2007-2012]. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre; 2007.
12. Grønlands Hjemmestyre. Finanslov 1997. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre; 1997.
13. PAARISA. Årsplan 2009. [www.paarisa.gl](http://www.paarisa.gl)
14. Direktoratet for Sundhed og Forskning. Sundhedsredegørelsen. Nuuk: Direktoratet for Sundhed og Forskning; 1997.
15. Socialdirektoratet. Misbrugskonsulentuddannelse. Nuuk: Socialdirektoratet; 1992.
16. Direktoratet for Sundhed og Forskning. VM 1998. Redegørelse om PAARISA. Nuuk: Direktoratet for Sundhed og Forskning; 1998.
17. Bowling A. Research Methods in Health. Berkshire: Open University Press; 2002.
18. Grønlands Hjemmestyre. Finanslov 2006. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre; 2006.
19. World Health Organization. Constitution. Geneva: World Health Organization; 1948. [www.un.org](http://www.un.org)
20. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
21. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations; 1948. [www.un.org](http://www.un.org)
22. The International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. European Commission, editor; 1999.
23. Bjerregaard P. Folkesundhed i Grønland [Public Health in Greenland]. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre; 2004. Report No.: 1/2004.
24. Kamper-Jørgensen F, Almind G, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard; 2005.

25. Acheson D. Public Health in England. The report of the committee on inquiry into the future development of public health function. London: Her Majesty's Stationary Office; 1988.
26. Tones K, Tilford S. Health Promotion; effectiveness, efficiency and equity. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd; 2001.
27. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11, No1:11 - 18.
28. Beaglehole R, Bonita R. Public Health at the Crossroads: University of Cambridge; 2004.
29. Axelsson R, Axelsson S. Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 2006; 21:75-88.
30. Godfrey M, Hardy B, Winstow G. Situation in England. In *Integrated Care in Europe: Description and Comparison of Integrated Care in Six EU Countries*, van Raak A, Mur-Veemann I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A (eds): Elsevier: Maarssen; 2003, pp 145 - 167.
31. Faulkner JCD. *Strategies of Co-operation: Managing Alliances, Networks, and Joint Ventures*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
32. Laurence P, Lorsch J. Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly* 1967:1-30.
33. Nutbeam D, Harris E. *Theory in a nutshell: A Guide to Health Promotion Theory*: Australian: McGraw-Hill; 1999.
34. Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed: Sundhedsstyrelsen; 2005.
35. Alter C, Hage J. *Organisation working together*: SAGE; 1993.
36. Kvale S. *Den kvalitative forskningsinterview*. Lund: Studentlitteratur; 1997.
37. Koch L & Wallgård S, editor. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard; 2007.
38. PAARISA. Miniseminar 2007. Direktoratet for Sundhed; 2007.
39. Elsass P. *Håndbog i kulturpsykologi*. København: Gyldendal; 2003.
40. Dahler-Larsen. *Selvevalueringens hvide sejl*: Syddansk Universitetsforlag; 2003.
41. World Health Organization & Centre for Indigenous Peoples Nutrition and Environment. *Indigenous peoples & participatory health research*. Geneva: World Health Organization; 2003.
42. Grønlands Hjemmestyre. Landstingsforordning nr. 7 af 30. oktober 1992. Grønlands Hjemmestyre; 1992.
43. Bjerregaard P. *Mennesker og sundhed i Grønland*; 1995.
44. Poulsen BK. *Dagbogsnotater*; Nuuk; 1996.
45. Grønlands Hjemmestyre. Landsstyrets mødereferat 17. april 1996. Direktoratet for Sundhed og Forskning; 1996.
46. Grønlands Hjemmestyre. *Finanslov 1997*. Grønlands Hjemmestyre; 1997.
47. Direktoratet for Sundhed og Forskning. Følgegruppen Projekt Forebyggelseskonsulent, kommissorium. Direktoratet for Sundhed og Forskning; 1997.
48. PAARISA. Brev til kommuner vedrørende Projekt Forebyggelseskonsulenter, 27. februar 1997. Direktoratet for Sundhed og Forskning; 1997.

49. Direktoratet for Sundhed og Forskning. Referat af møde mellem KANUKOKA's formand og landsstyremedlemmet for Sundhed. Direktoratet for Sundhed og Forskning; 1999.
50. Grønlands Hjemmestyre. Hjemmestyrets Bekendtgørelse nr. 18 af 18. maj 2001 om lokale forebyggelsesudvalg. Grønlands Hjemmestyre; 2001.
51. PAARISA. Rapport om Projekt Forebyggelseskonsulent 1997 - 2002. Direktoratet for Sundhed; 2003.
52. Kystledelsen. Brev om forebyggelsesudvalg. Direktoratet for Sundhed; 2004.
53. PAARISA. Brev til KANUKOKA om forebyggelseskonsulentordningen. Direktoratet for Sundhed; 2004.
54. Direktoratet for Sundhed Brev til formand for KANUKOKA. Direktoratet for Sundhed; 2005.
55. PAARISA. Følgegruppen Forebyggelseskonsulent, mødereferat. Direktoratet for Sundhed; 2004.
56. Direktoratet for Sundhed. EM-06/69, svarnotat. Grønlands Landsting; 2006.
57. Landsstyremedlemmet for Sundhed. Folkesundhed. Sermitsiaq 2005.
58. PAARISA. Anbefalinger fra Miniseminar. Direktoratet for Sundhed; 2007.
59. Grønlands Hjemmestyre. Hjemmestyrets forordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse. Grønlands Hjemmestyre; 2000.
60. PAARISA. Stillings- og funktionsbeskrivelse. Direktoratet for Sundhed; 2004.
61. PAARISA. Brev til samtlige kommuner om samarbejde. Direktoratet for Sundhed; 2007.
62. PAARISA. Brev til samtlige kommuner. Direktoratet for Sundhed; 2006.
63. Poulsen BK. Oplæg ved konference for socialchefer og socialudvalgsmedlemmer. Nuuk; 2006. [www.kanukoka.gl](http://www.kanukoka.gl)
64. Peqqissanermik Ilinniarfik, Paarisa. Uddannelse for forebyggelseskonsulenter 2006 - 2007. Erfaringsopsamling. Direktoratet for Familie og Sundhed; 2008.
65. The International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Brussels: European Commission; 2000.
66. PAARISA. Mødereferat januar 2006 Følgegruppen Forebyggelseskonsulent. Direktoratet for Sundhed; 2006.

## **Bilagsfortegnelse**

Bilag 1: Interviewguide

Bilag 2: Anvendte forkortelser og navne på grønlandsk og dansk

## **Interviewguide**

Hvordan har du oplevet arbejdet i det lokale forebyggelsesudvalg?

- Mener du, der burde være politikere med, eller foretrækker du embedsmandsudvalg?

Hvilke stærke og svage sider vil du fremhæve ved det tværfaglige samarbejde?

Hvorledes oplevede du kontakten til Paarisa?

Uddannelsen af forebyggelseskonsulenter blev gennemført i fire moduler i 2006 – 07.  
Hvad er dit indtryk af udbyttet af uddannelsen?

I årene fra 1997 blev gennemført årlige samlinger mellem Paarisa og forebyggelseskonsulenterne. I forbindelse med samlingen var fagligt eller pædagogisk kursus. Hvad er dit indtryk af disse samlinger?

Fortæl om dit indtryk fra det regionale samarbejde.

- Gav dette kompetenceløft?
- Gav dette faglig udvikling?

Hvilke erfaringer har du med partnerskaber?

- Er der opbygget partnerskaber i din by?
- Kender du til andre partnerskaber?

## Liste over anvendte forkortelser

KANUKOKA (Kalaallit Nunaani Kommuneqarfiit Kattuffiat). De grønlandske kommuners landsforening

ICC (Inuit Circumpolar Council). Sammenslutning af inuit i Alaska, Canada, Tjukotka (Rusland) og Grønland.

## Anvendte navne: grønlandsk/dansk

Atuarfitsialaq / 'Den gode skole', navn på folkeskoleforordning fra 2002

Avanna Pitsak / Forebyggelseskonsulenternes navn på Nordregionen

Inatsisartut / Landstinget

Inuit / oprindeligt folkeslag, der bebor de arktiske områder

Inuuneritta / navn på Folkesundhedsprogram 2007 – 2012

Kalaallit Nunaat / Grønland

Kommune Qujalleq / - 'Sydgrønlands kommune' består af de tidligere kommuner Narsaq, Nanortalik og Qaqortoq

Kommuneqarfik Sermersooq / ' Sermersooq kommune' består af de tidligere kommuner Nuuk, Paamiut, Ivituut, Tasiilaq og Ittoqqortoormiit

Naalakkersuisut / Landsstyret

Paarisa / Center for Folkesundhed

Peqqissaanermik Ilinniarfik / Center for Sundhedsuddannelser

Qaasuitsup Kommunua / 'Nordgrønlands kommune', består af de tidligere kommuner Qaanaaq, Upernavik, Ummannaq, Ilulissat, Aasiaat, Qasigiannuguit, Qeqertarsuaq og Kangaatsiaq

Qeqqata Kommunua / 'Midtgrønlands kommune', består af de tidligere kommuner Maniitsoq og Sisimiut

Siumut / politisk parti, intet dansk navn