

Midtvejsevaluering af Inuuneritta II

Gennemført i 2017

Midtvejsevaluering af Inuuneritta II

Gennemført i 2017

Christine Ingemann

Christina Viskum Lytken Larsen

Copyright © 2017

Center for Folkesundhed i Grønland,

Statens Institut for Folkesundhed,

Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-407-3

Statens Institut for Folkesundhed

Stuðiestræde 6

1455 København K

www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra

www.si-folkesundhed.dk

Forord

Denne rapport er en midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta II. Formålet med rapporten er at give konstruktive input, mens det stadig er muligt at justere og tilpasse programmet. Ved udgangen af 2016 havde alle 4 programområder i Inuuneritta II haft hvert deres indsatsår, og alle områder bør derfor ifølge planen være overgået til drift. Det derfor et oplagt tidspunkt at gøre status på implementeringen af programmet fra 2013-2016, det vil sige de første 4 år af programmets levetid på i alt 7 år.

Der er tale om en procesevaluering, der fokuserer på, hvordan det er gået med at føre programmet ud i praksis. Midtvejsevalueringen handler derfor ikke som sådan om, hvorvidt færre ryger eller om flere er fysisk aktive. Den handler om, hvordan man kommer fra en politisk vedtaget strategi til igangsættelse af konkrete forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i kommunerne, selvstyret, sundhedsvæsenet, med flere. Og hvilke forhold der fremmer eller hæmmer denne proces.

Det spiller uden tvivl en afgørende rolle, at rammerne for det forebyggende arbejde har ændret sig siden det første folkesundhedsprogram blev indført i 2007. Paarisa er blevet integreret i Departementet for Sundhed og en større kommunalreform i 2009 medførte en omorganisering af forebyggelseskonsulenterne, så de i dag udelukkende er ansat i kommunerne mod tidligere at være delt mellem Paarisa og kommunerne. I dag har to ud af fire eksisterende kommuner en selvstændig organisering af det forebyggende arbejde med en fagchef og en eller flere koordinatore. De strukturelle forudsætningerne for at implementere Inuuneritta II har derfor været gode og der er grund til at kigge til de kommuner, der har prioriteret det forebyggende arbejde ved hjælp af en omorganisering. Forholdene i den nyoprettede kommune pr. 1. januar 2018 kender vi af gode grunde ikke endnu.

Vi håber denne evaluering kan medvirke til at fremhæve de gode eksempler og de faktorer, som lader til at fremme implementeringen og sætte fokus på nogle af de forhindringer, der skal overkommes for at nå i mål.

Venlig hilsen



Christina Viskum Lytken Larsen, Seniorrådgiver
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

1. Sammenfatning og anbefalinger	4
2. Baggrund og fokus	7
3. Om implementeringsteori	8
4. Materiale og metode	9
5. Fra Inuuneritta I til II	12
6. Organisering af det forebyggende arbejde	14
6.1 Selvstyrets organisering	14
6.2 Kommunernes organisering	16
6.3 Kompetencer og samarbejdspartnere	18
7. Indsatser inden for de fire temaområder	20
8. Fremmende og udfordrende faktorer i implementeringen	21
8.1 Medarbejdere	21
8.2 Målgruppe	22
8.3 Ledelse	22
8.4 Organisationsadfærd	24
8.5 Fokus	26
8.6 Ressourcer	27
9. Afsluttende workshop og det Centrale forebyggelsesudvalg	30
9.1 "Hvis alle har ansvaret, så er der ingen der har ansvaret."	30
9.2 Tværfagligt samarbejde på alle niveauer	31
9.3 Handlingsstærke CFU møder	31
10. Litteratur	32
Bilag 1. Naalakkersuisut budget 2017 for forebyggelse	
Bilag 2. Uddannelse & faglig baggrund	
Bilag 3. Indsatser i temaområder	
Bilag 4. Evaluering af handleplaner	
Bilag 5. Forløbsoversigt af Inuuneritta II	

1. Sammenfatning og anbefalinger

I dette afsnit præsenteres de endelige anbefalinger, som er lavet på baggrund af evalueringens resultater, feedback modtaget fra forskellige nøgleaktører samt diskussioner under den afsluttende workshop i Departementet for Sundhed med nogle enkelte deltagere fra sundhedsvæsenet. Anbefalingerne peger på justeringer, som har til formål at fremme implementeringen af Inuuneritta II inden for programmets resterende periode frem til udgangen af 2019.

Helt overordnet set viser evalueringen, at medarbejdere på forebyggelsesområdet på både det centrale og det lokale niveau er meget motiverede og engagerede i deres opgaver. Denne motivation har i høj grad været fremmende for implementeringen af folkesundhedsprogrammet. Samtidig er der dog en række forhold, som har udfordret implementeringen. I det nedenstående er resultaterne fra midtvejsevalueringen omsat til anbefalinger i håbet om at overkomme disse udfordringer i den resterende tidsramme for programmet.

#1 Tydelig ledelse og prioritering af målsætninger og dertilhørende indsatser

Implementeringen af Inuuneritta II på det centrale niveau har indtil nu været præget af uklarhed i prioriteringen af forskellige mål og indsatser under programmet. Det anbefales derfor, at prioriteringer af mål og indsatser under de 4 temaer fremover defineres meget tydeligt af ledelsen i Departementet for Sundhed i samråd med det Centrale Forebyggelsesudvalg, for at skabe de bedste rammer for de sundhedsfaglige konsulenters arbejde med programmet og sam-

arbejdet med andre departementer og niveauer. Det er ikke muligt at nå det hele i løbet af programmets sidste to år, så det skal være helt tydeligt, hvad man vælger at fokusere på i 2018-2019.

#2 Konkretisering af relevante indsatser med klar kobling til målsætninger

Målsætninger og forslag til indsatser i programmet er defineret på et meget overordnet niveau. Det anbefales derfor, at man i arbejdet med programmet omsætter de overordnede mål til meget konkrete handlingsforslag, med tydelig angivelse af, hvorfor en given indsats sættes i gang, hvad indsatsen forventes af medføre af forandring og hvad det ønskede mål for forandringen er. Det kan fx være en reduktion i antallet af daglige rygere fra 57% til 40% eller en holdningsændring blandt børn og unge overfor rusmidler. Det skal være helt tydeligt, hvilken målsætning i programmet en given indsats er koblet til og det anbefales, at der arbejdes ud fra evidensbaseret viden omkring hvilke indsatser, der virker på et givent område. Ligesom det er nødvendigt at dokumentere og måle på effekten af en given indsats undervejs, for at udbygge erfaringsgrundlaget i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejdet.

#3 Klar ansvarsfordeling og bred forankring af alle målsætninger og indsatser

Ansvar for de enkelte målsætninger og de dertil koblede indsatser er ikke entydigt defineret. Folkesundhedsprogrammet har indtil nu primært været implementeret som et anliggende for Departementet for Sundhed. Trods en intern forventning om, at stort set alle departementer har en andel i programmet, er denne forventning overordnet set ikke blev omsat til tværdepartemental forankring af konkrete projekter. En systematisk koordinering med sundhedsvæsenet og kommunerne omkring indsatser koblet til de specifikke målsætninger er heller ikke tilstede.

Det anbefales derfor, at Departementet for Sundhed i arbejdet med programmet tydeliggør opfattelsen af eget ansvar i forhold til hver enkelt målsætning. Dernæst anbefales det, at man for de prioriterede målsætninger under de fire temaer, sikrer en bred dialog og forankring hos relevante samarbejdspartnere, som skal inddrages, når målsætninger skal omsættes til konkrete indsatser, planlægges og udføres. Det Centrale forebyggelsesudvalg skal inddrages for at muliggøre den brede forankring.

Det anbefales især at man fremover etablerer en målrettet dialog med kommunerne og sundhedsvæsenet omkring, hvordan man i fællesskab når Inuuneritta II's målsætninger gennem en koordineret indsats på alle niveauer.

Det anbefales ligeledes at den brede forankring også kommer til udtryk i den interne organisering, således at de sundhedsfaglige konsulenter i højere grad arbejder sammen om at koordinere indsatser inden for Inuuneritta II's fire temaer. Praksis indtil nu har været præget af adskillelse mellem områderne. Et større fokus på målgrupper fremfor temaer i det daglige arbejde vil fremme denne koordinering.

#4 Målrettet organisering af forebyggelse i kommunerne kan udbredes

På det kommunale niveau er der siden det første folkesundhedsprogram blevet etableret egentlige afdelinger for forebyggelse i 2 ud af 4 kommuner. Der er kommet flere ledelseslag ind over forebyggelseskonsulenterne i form af koordinators og fagchefer og det er tydeligt, at den organisatoriske prioritering af forebyggelsen udgør en fremmende faktor i forhold til at arbejde med Inuuneritta II. Det anbefales derfor, at man kommunerne imellem bygger på hinandens gode erfaringer med at løfte forebyggelsesopgaven gennem målrettet organisering.

#5 Styrkelse af lokal kapacitet gennem udvikling af de lokale forebyggelsesudvalg

Opfattelserne og erfaringerne med de lokale forebyggelsesudvalg varierer meget og rigtig mange steder opleves det som svært at etablere og fastholde udvalgene. Udvalget udgør potentielt set en meget vigtig lokal ressource og meget forebyggelse og sundhedsfremme er nødt til at foregå helt tæt på borgerne og på lokale præmisser. Derfor er netop den lokale kapacitet på området afgørende.

På denne baggrund anbefales det, at der igangsættes et egentligt udviklingsarbejde med henblik på at styrke de lokale forebyggelsesudvalg og udvikle deres handlekompetencer og dermed også få større indsigt i deres arbejde. Det Centrale forebyggelsesudvalg vil være et godt forum at forankre et sådant udviklingsarbejde i på det centrale niveau. Tilsvarende skal kommunerne være ligeværdige partnere i udviklingsarbejdet på det regionale niveau.

#6 Relancering af Det Centrale forebyggelsesudvalg

Det tværsektorielle samarbejde er afgørende for, at Inuuneritta II's målsætninger bliver ført ud i livet. Det anbefales derfor at gennemføre en relancering og egentlig implementering af Det Centrale Forebyggelsesudvalg. En sådan relancering kan bygge på:

- En tilbagevendende, handlingsorienteret dagsorden for CFUs møder med fokus på konkrete målsætninger i Inuuneritta II samt medlemmernes bidrag i forhold til en given målsætning.
- En målsætning om at skabe sammenhæng i det forebyggende arbejde på centralt, kommunalt og lokalt niveau.
- En koordineret indsats for at styrke det tværfaglige samarbejde på det kommunale niveau.
- En koordineret indsats for at styrke kompetencerne hos de lokale forebyggelsesudvalg.

Herudover anbefales det, at Det Centrale Forebyggelsesudvalg fremover også skal inkludere repræsentanter fra Sundhedsvæsenet og kommunerne.

#7 Et højt fagligt niveau i det forebyggende arbejde

Uddannelsesbaggrunden for forebyggelseskonsulenter og fagchefer er meget forskelligartet og få har en sundhedsfaglig baggrund. Slet ingen har en uddannelse i folkesundhedsvidenskab, som er den uddannelsesgrad, der især beskæftiger sig med evidensbaseret sundhedsfremme og forebyggelse.

For at sikre et gennemgribende kompetenceløft på forebyggelsesområdet i alle sektorer anbefales det, at Departementet for Sundhed arbejder for at få etableret en uddannelse i folkesundhedsvidenskab ved Grønlands Universitet med fokus på kommunal sundhed og sundhedsfremmende interventioner. Dermed vil et rekrutteringsgrundlag for forebyggelseskonsulenter og fagchefer med solid viden inden for sundhedsfremme og forebyggelse blive etableret, og også kunne tilføre medarbejdere med disse kompetencer til både social-, uddannelses- og sundhedssektoren med fokus på tværsektoriel forankring af forebyggelse fremover.

#8 På vej mod Inuuneritta III

På baggrund af de seneste års udfordringer med at implementere og forankre Inuuneritta II anbefales det, at der arbejdes videre med de overordnede linjer i det nuværende program frem for at skrive et nyt. De fire temaer i programmet bygger fortsat på solid forskning omkring de store folkesundhedsudfordringer i befolkningen og er relevante.

For at muliggøre implementering af Inuuneritta på tværs af niveauer og sektorer, skal der i stedet for at skrive et nyt program, bruges tid på at diskutere de eksisterende temaer inkl. selv-mordsforebyggelse og de nødvendige prioriteringer på tværs af departementerne, med sundhedsvæsenet og med kommunerne. Herunder

hvordan man ønsker at fordele og koordinere den patientrettede og den borgerrettede forebyggelse. Dette kunne eksempelvis gøres på et fælles seminar med den nødvendige beslutningskompetence repræsenteret fra alle parter.

På det helt lavpraktiske plan kan det bemærkes, at Inuuneritta er et begreb, der samler parterne på tværs i højere grad end betegnelsen folkesundhedsprogram, som leder opmærksomheden hen på sundhed og dermed væk fra de andre sektors ansvar og relevans.

2. Baggrund og fokus

Departementet for sundhed har uddelegeret midtvejsevalueringen af Inuuneritta II til Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Midtvejsevalueringen er blevet gennemført efter, at hvert af indsatsårene for programmets fire temaer har fundet sted. Formålet med evalueringen er at skabe overblik over organiseringen af det forebyggende arbejde og implementeringsprocessen. Der er specifikt blevet skabt oversigter over forebyggelsesarbejdets organisering på de strukturelle niveauer (centralt, kommunalt, lokalt) og medarbejdernes faglige baggrund. Disse oversigter og andre data er indsamlet gennem forskellige kvalitative metoder, der har ledt til en identificering af fremmende og udfordrende faktorer for implementeringen af folkesundhedsprogrammet. Alle indsatsområder i Inuuneritta II er blevet inkluderet og beskrevet i evalueringen. Indsatsområdet 'Tidlig indsats' er dog ikke inkluderet, da indsatsområdet er et integreret indsatsområde i sundhedsvæsenet, som selvstændigt bliver evalueret i andet regi. 'Selvmordsforebyggelse' indgår som en komponent i evalueringen, fordi den i 2013 blev flyttet fra Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse til Departementet for Sundhed. Befolkningsundersøgelsen blandt voksne og HBSC Greenland blandt skolebørn danner baggrund for statusopgørelser for de folkesundhedsindikatorer som man har valgt at følge i relation til Inuuneritta II. Disse blevet foretaget i 2014 ved folkesundhedsprogrammets start og af rapporteret i 'Hvordan går det?' (Bjerregaard, Niclasen, Frederiksen, & Aidt, 2015; Naalakkersuisut, 2012). Denne monitorering vil blive foretaget igen som en slutmåling i 2018 ved afslutningen af folkesundhedsprogrammet. Herved midtvejsevaluering har undersøgt følgende spørgsmål:

Hvilke faktorer har fremmet implementeringsprocessen i perioden 2013 - 2016?

Hvilke faktorer har udfordret implementeringsprocessen i perioden 2013 - 2016?

Hvordan kan vi bruge erfaringer fra første periode til at fremme implementeringsprocessen og realisere de opstillede mål for Inuuneritta II i perioden 2017 - 2019?

3. Om implementeringsteori

Organisationer er forskellige hvad angår kultur og struktur. Forskellige forhold, som er tæt forbundet med organisationens mange aspekter og led, har indflydelse på om implementeringen af en ny indsats lykkes eller ej. I litteraturen findes et bredt omfang af implementeringsteorier og i denne midtvejsevaluering har vi valgt at tage udgangspunkt i to overordnede teorier, som er tilpasset undersøgelsens formål.

Greenhalgh et al. (2004) har i en sammenfatning beskrevet faktorer, der kan have indflydelse på implementeringsprocessen af programmer (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Deres omfangsrige sammenfatning af faktorer har udgjort rammen for analysen af de indsamlede data for at indfange så mange fremmende og udfordrende faktorer som muligt. Herefter er de identificerede faktorer blevet indarbejdet i Curtis model 'Implementeringscirklen' (Curtis, 2015). Modellen indkredser de væsentligste faktorer i en implementeringsproces og kan hjælpe med at vurdere organisationens implementeringskapacitet, når man står overfor at skulle starte et nyt tiltag op (Curtis, 2015). En oversigt over Curtis model er givet i figur 1. Modellens seks aspekter bliver yderligere beskrevet i kapitel 8.



Figur 1 Implementeringscirklen gengivet efter Curtis 2015.

4. Materiale og metode

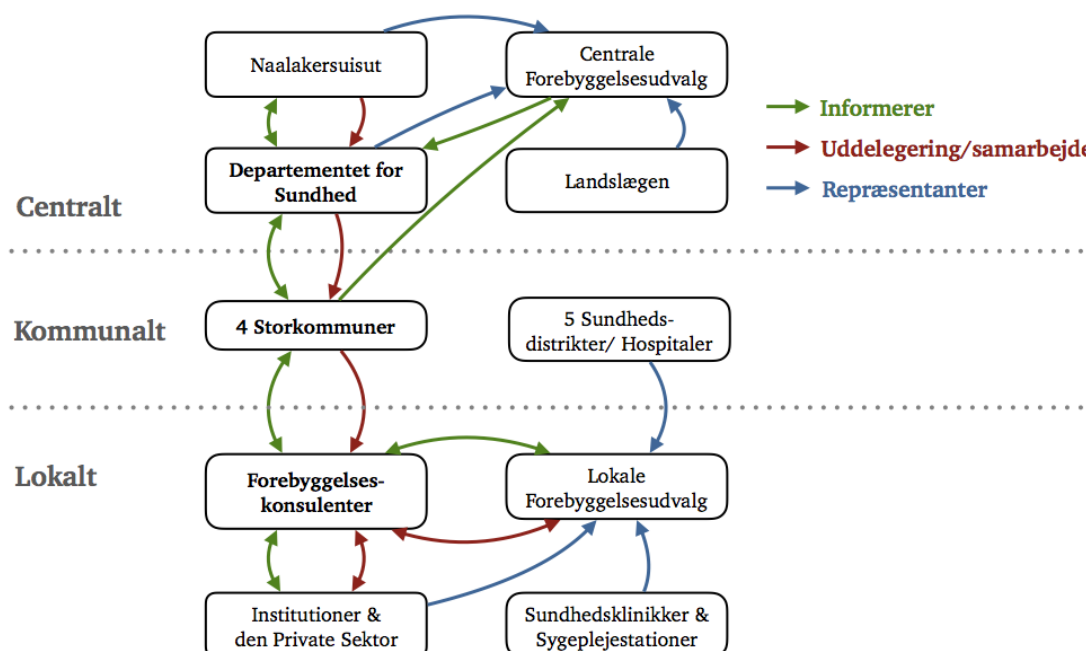
Til grund for denne rapport er forskellige kvalitative metoder blevet anvendt (se figur 3). Data er blevet analyseret ud fra teorier om implementering, som er nævnt i kapitel 3. Oversigterne over den strukturelle organisering og indsatser inden for forebyggelsesarbejdet er baseret på disse data og analyser.

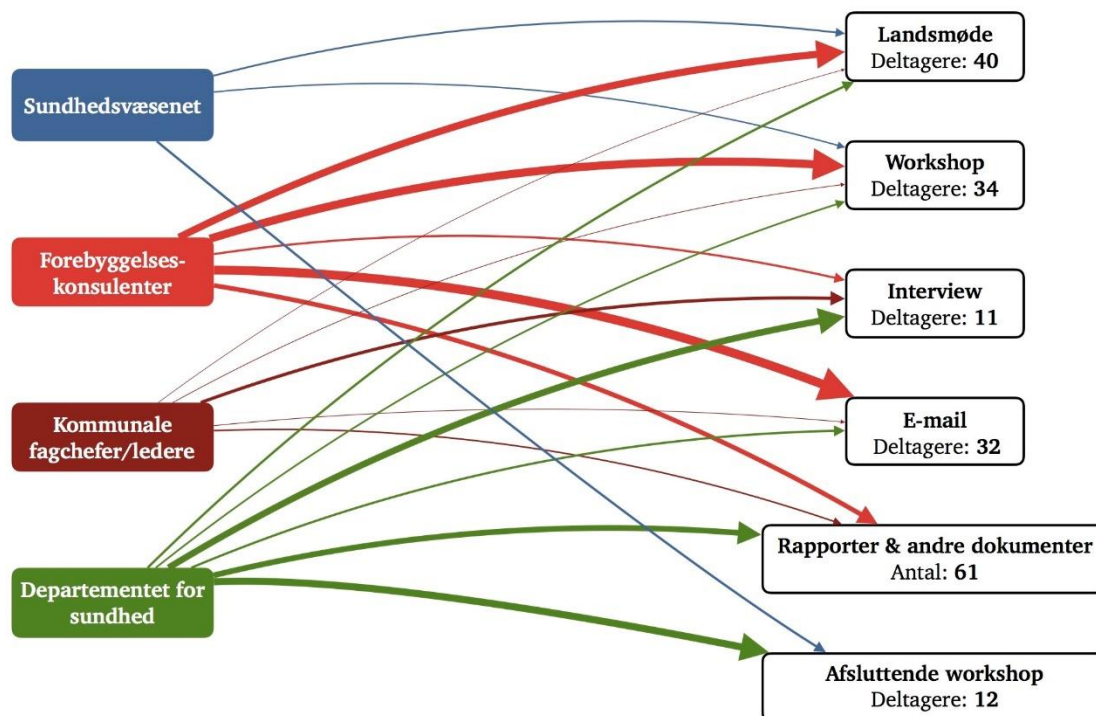
For at udvikle bæredygtige anbefalinger, som kan fremme implementeringsprocessen fremover, er en såkaldt transdisciplinær tilgang blevet anvendt i evalueringen. En transdisciplinær tilgang betyder, at nøglepersoner (både akademiske og ikke-akademiske) fra de forskellige strukturelle niveauer inden for Inuuneritta II ikke kun er passive deltagere i midtvejsevalueringen, men også aktivt involveret. Under den gennemførte workshop med forebyggelseskonsulenterne er deltagerne aktivt blevet involveret ved at bidrage til analysen af resultater. Lignende metode blev anvendt i et afsluttende seminar med Departementet for Sundhed og repræsentanter fra Livsstilsambulatoriet og Projekt MANU. Dermed udformes anbefalinger og handlingsforslag i samarbejde med centrale og kommunale aktører, hvilket forhåbentlig skaber et grundlag for, at der arbejdes videre med disse.

Forud for dataindsamling blev der foretaget en identificering af nøglepersoner. Dette har ført til et overblik over den overordnede organisering af forebyggelsesarbejdet i Grønland (figur 2). De forskellige farvede pile i figur 2 giver en idé om aktørernes relationer og kommunikationsretningen. Aktører fra Departementet for Sundhed, kommunen og forebyggelseskonsulenter har været de centrale nøglepersoner i denne midtvejsevaluering. Sundhedsvæsenet er et fast medlem af de lokale forebyggelsesudvalg (LFU), men er ikke blevet involveret i undersøgelsen direkte. LFUs funktion er blevet analyseret på basis af indsamlede dokumenter og frembragte data fra for eksempel interviews. Det centrale forebyggelses udvalg (CFU) er inkluderet i undersøgelsen gennem analyse af dagsordner og referater af afholdte møder.

Som en del af dataindsamlingen, deltog forskerne i forebyggelseskonsulenternes landsmøde 2017 i Nuuk. Hovedtemaet under landsmødet var 'Udviklende samarbejde og kommunikation'. Observationer og samtaler under landsmødet har genereret relevant data til midtvejsevalueringen.

Figur 2 Forebyggelsesarbejdet i Grønland





Figur 3 Overblik over deltagere i evalueringen

Som sidste element af landsmødet, fik forskerne muligheden for at afholde en workshop. I denne workshop blev der arbejdet i mindre grupper og i plenum med forskellige relevante aspekter for Inuuneritta II's implementeringsproces:

- Hvilken viden er initiativer og aktiviteter baseret på?
- Hvad opleves som de store sundhedsmæssige udfordringer i det forebyggende arbejde?
- Hvilke projekter er lykkedes godt og hvorfor?
- Hvordan forstås Inuuneritta II's mål og hvem skal gøre hvad?

Der er blevet foretaget interviews med repræsentanter fra de forskellige strukturelle niveauer, fra kommuner og sundhedsfaglige konsulenter på de forskellige programområder. Formålet med disse interviews var at få en større generel indsigt i medarbejdernes opfattelser og erfaringer med forebyggelsesarbejdet.

Desuden skulle interviewene afdække medarbejdernes erfaringer specifikt i forhold til Inuuneritta II, samt samarbejde internt og på tværs af organisationerne.

Yderligere har vi været i kontakt med næsten alle forebyggelseskonsulenter, kommunale fagchefer og ledere og sundhedsfaglige konsulenter gennem e-mail, for at indsamle supplerende oplysninger og dokumenter. Dokumenter der er blevet indsamlet og analyseret involverer: årsrapporter, kvartalsevalueringer/-rapporter, årsplaner, kommunale politikker og strategier, handleplaner, dagsordner og referater. Som afsluttende element af denne midtvejsevaluering blev der afholdt en to-dages workshop med Departementet for Sundhed samt nøgleaktører fra Livsstilsambulatoriet og Projekt MANU. I denne workshop blev midtvejsevalueringens resultater præsenteret og ud fra disse blev der indledt mindre diskussionsgrupper med fokus på, hvordan resultaterne af evalueringen kan omsættes til anbefalinger og handlinger.

I figur 3 er der givet en oversigt over dataindsamlingen. Til venstre ses de forskellige centrale aktører, pilene viser hvilke metoder aktørerne har været inddraget ved hjælp af. Tykkelsen af pilene indikerer hvor mange, der har givet input ved de forskellige metoder. For eksempel deltog størstedelen af forebyggelseskonsulenterne i landsmødet og den dertil

5. Fra Inuunerittia I til II

Inuunerittia II (2012-2019) er en adapteret version af første folkesundhedsprogram Inuunerittia (2007-2012). I overgangen fra første til andet program, har man forsøgt at vedtage og inkludere de anbefalinger, der fremkom af Inuunerittias midtvejsevaluering i 2011 (Larsen, Dahl-Petersen, Kamper-Jørgensen, Dalentoft, &

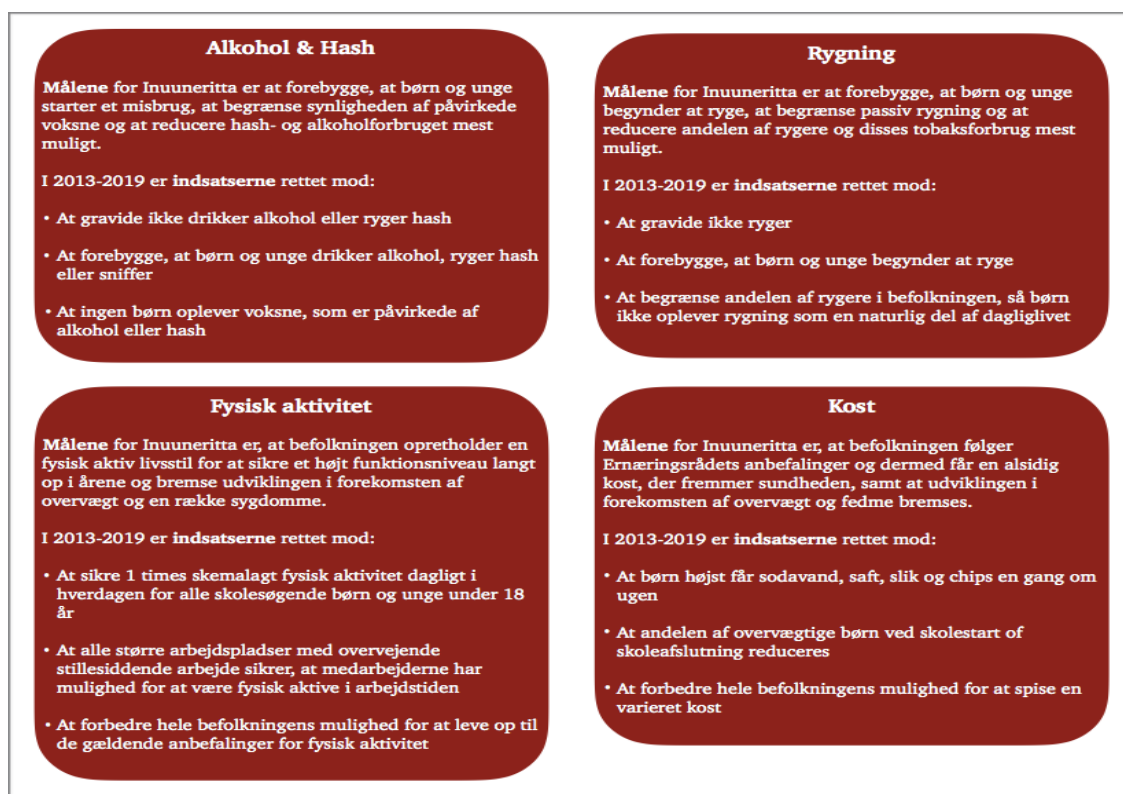
Pars, 2011).

I herværende midtvejsevaluering (2017) af Inuunerittia II er fokus på implementeringsprocessen, hvilket kan relateres til mange af de anbefalinger lavet i midtvejsevaluering fra 2011. I nedenstående tabel 1 gives der et overblik over de tidligere anbefalinger, og hvordan de er forsøgt inkluderet i Inuunerittia II. Efterfølgende præsenteres Inuunerittia II's mål inden for programmets fire temaer.

I figur 4 på næste side gives der en kort oversigt over de fire indsatsområder i Inuunerittia II, samt de tre opstillede målsætninger for hvert område.

Tabel 1 Anbefalinger og vedtagelser fra Inuunerittia I til Inuunerittia II

	Anbefalinger Midtvejsevaluering 2011	Vedtagelse i Inuunerittia II
1	Inuunerittia bør overgå fra et projektorienteret program til et drift baseret program med sikre driftsmidler på finansloven fra 2013.	Inuunerittia II har skemalagt programområdernes forberedelse, indsats og drift for hele programperioden, og hvert område er sikret driftsmidler gennem finansloven.
2	Der bør sikres et overordnet formål med folkesundhedsprogrammet.	Hovedformålet med Inuunerittia II er at reducere forekomst af sygdom og lidelse og at medvirke til at skabe de nødvendige rammer for et godt liv.
3	Programområder skal reduceres, gøres overskuelige og give mulighed for national og lokal prioritering.	Programområderne er blevet reduceret fra 9 til 4 områder: Alkohol & Hash, Rygning, Fysisk aktivitet, og Kost.
4	Forankring på højeste politiske niveau.	Nedsættelse af det Centrale Forebyggelsesudvalg.
5	Bindende folkesundhedsaftaler, hvor ansvaret for en indsats er bundet op på aktører på forskellige niveauer.	Folkesundhedsaftaler introduceres i Inuunerittia II, men disse er ikke bindende.
6	Omstrukturering af ansvaret for folkesundhedsprogrammet.	Ansvaret og opgaverne for forskellige aktører er kun kort nævnt uden yderligere udførlig beskrivelse.
7	Bedre samordning af borgerrettet og patientrettet forebyggelse.	Sundhedsvæsenets opgaver er beskrevet indenfor de forskellige programområder.
8	Uddannelse af personale.	Indgår ikke i Inuunerittia II.
9	Sundhedsinformationssystem og folkesundhedsindikatorer.	Befolkningsundersøgelsen og HBSC Greenland gennemføres hvert 4. år med en fast bevilling på finansloven. Folkesundhedsindikatorer er inkluderet og beskrevet i programmet.
10	Opbygning af evalueringskompetence på folkesundhedsområdet.	Formålet og behovet er beskrevet, men ikke konkretiseret på forskellige niveauer.



Figur 4 Inuunerittas mål og fokus for indsatser

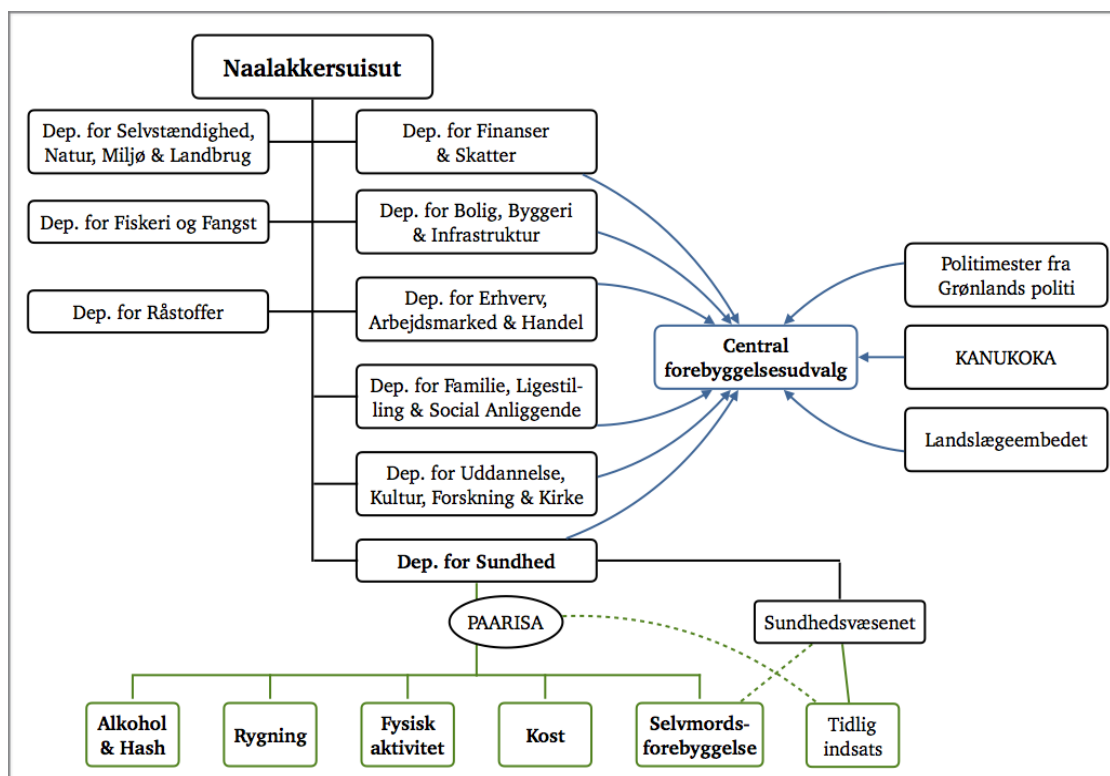
6. Organisering af det forebyggende arbejde

I dette kapitel præsenteres oversigter over organiseringen af forebyggelsesarbejdet i Selvstyret og i de fire kommuner.

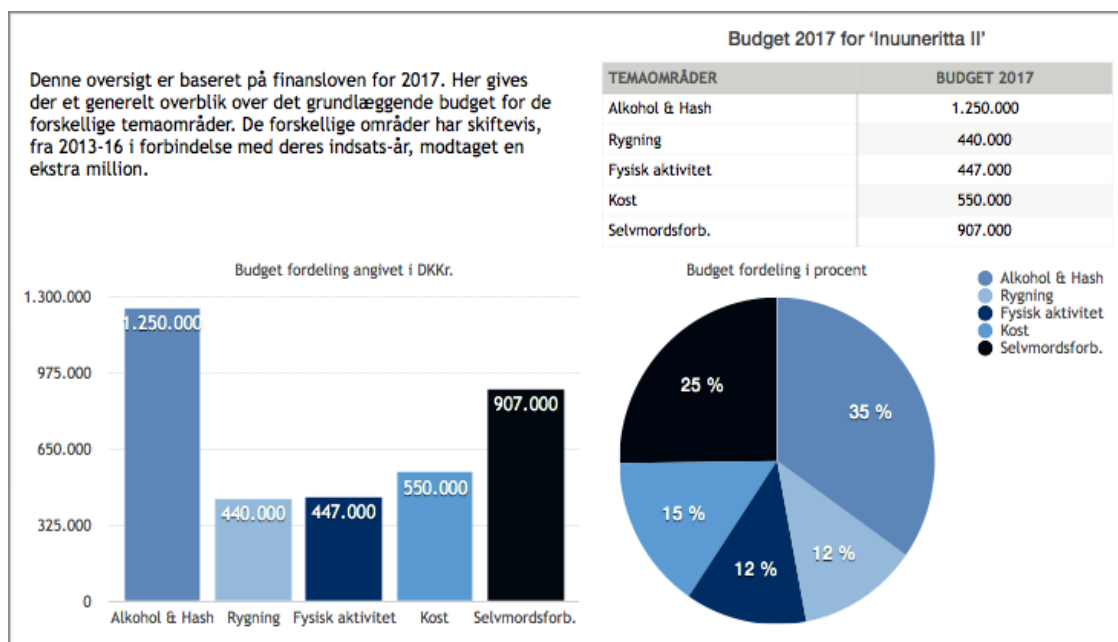
6.1 Selvstyrets organisering

Figur 5 giver et overblik over Naalakkersuisuts organisering i starten af 2017, samt hvilke departementer og afdelinger, der er repræsenteret i det centrale forebyggelsesudvalg. Arbejdet med Inuuneritta II's fire temaområder er sammen med selvmordsforebyggelsen placeret i Departementet for Sundhed.

Når det tages i betragtning hvor pengene for de forskellige indsatsområder kommer fra (figur 6) (se også bilag 1), så er 'Tidlig indsats' ikke længere inkluderet i Inuunerittas budget. Indtil 2017 var Tidlig Indsats forankret i Styrelse for Sundhed og Forebyggelse, med budget under Inuuneritta. Det er fra 2017 placeret under misbrugsbehandlingsbudgettet i forbindelse med etableringen af Allorfik, idet mange deltagere i Tidlig Indsats har misbrugsproblemer inde på livet (Naalakkersuisut, 2017). Til gengæld har man etableret forældreforberedelsesprogrammet MANU i Styrelsen, som dog ikke er en del af Inuuneritta II.



Figur 5 Selvstyret og det Centrale forebyggelsesudvalg



Figur 6 Inuunerittas budget 2017

6.1.1 Det centrale forebyggelsesudvalg

Det centrale forebyggelsesudvalg (CFU) er beskrevet som ansvarlig for den overordnede koordinering af indsatser under Inuuneritta II i programmet. På basis af løbende evalueringer tilvejebragt fra det centrale, kommunale og lokale niveau skal behovet for justeringer i folkesundhedsprogrammet vurderes. Yderligere, skal udvalget sikre, at der er dialog og sammenhæng mellem nationale og lokale indsatser, internt såvel som på tværs af sektorer/niveauer.

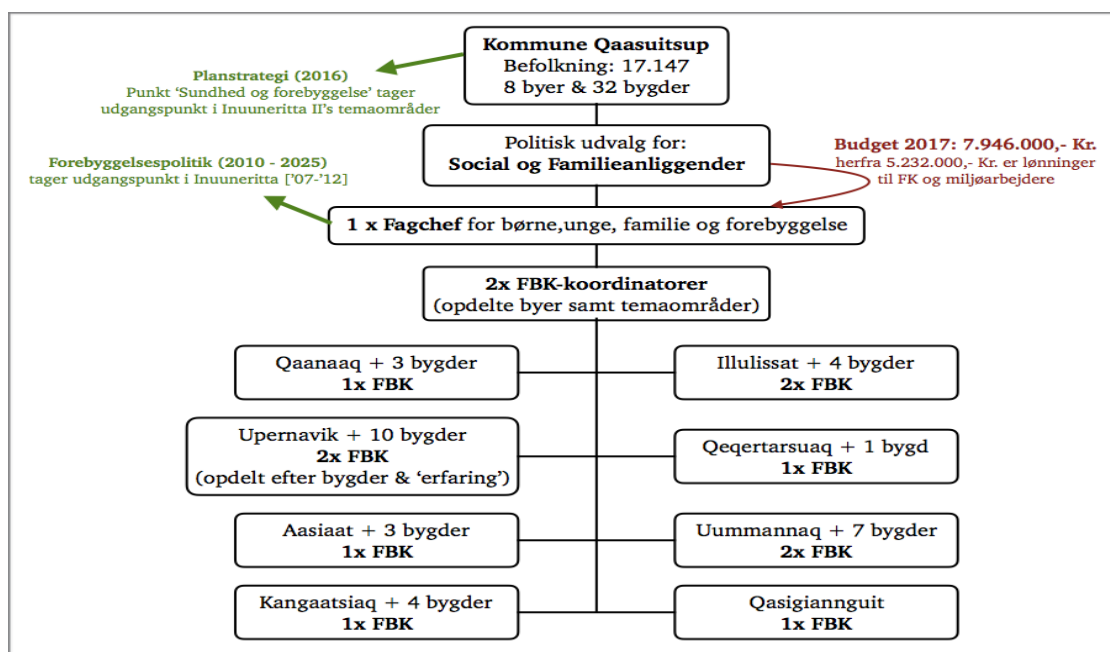
CFU skal aflevere en årlig status om Inuuneritta II's forløb til Naalakkersuisut.

Ved hjælp af dagsordner og referater fra CFU møderne har vi kunnet få et overblik over funktionen, effektiviteten og fokus for CFU. Siden nedsættelse af CFU er der blevet afholdt møder næsten to gange hvert år. Evalueringen viser at bortset fra Departementet for Sundhed, har der ikke været fuld repræsentation af medlemmer ved møderne og ingen kontinuitet i de repræsenterende personer, der deltager i møderne. Det er en udfordring, at der konstant er nye repræsentanter til møderne, som ikke kender til Inuuneritta II samt CFU's konkrete formål. Mødet starter ofte med introduktion af tilstedevæ-

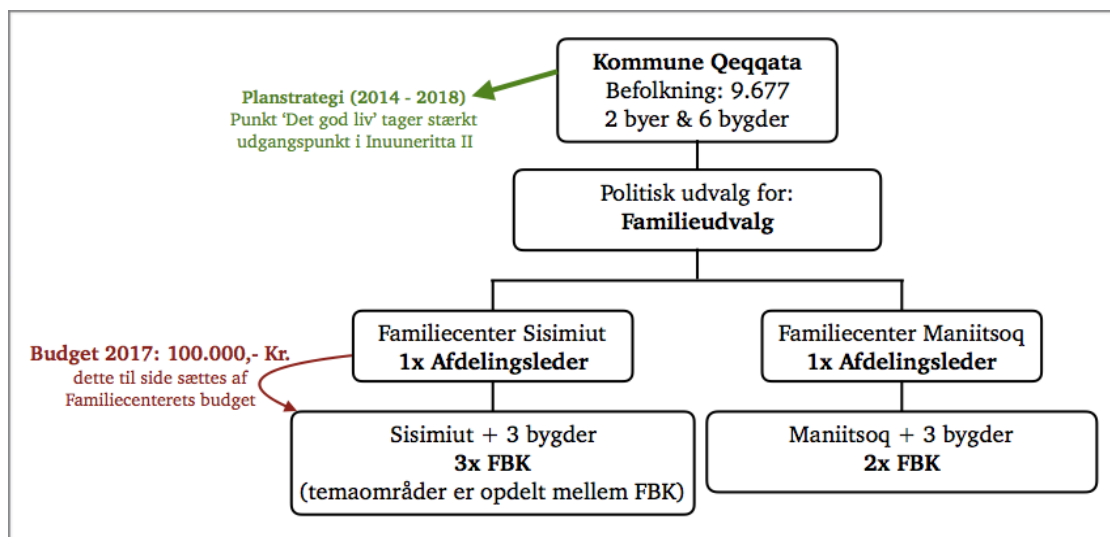
rende og nogle af diskussionerne omhandler afklaring vedrørende hvordan forebyggelsesarbejdet organisatorisk foregår. Yderligere udfordrer den manglende repræsentation fra de forskellige departementer/afdelinger det tværfaglige samarbejde og ekspertise. Til møderne har der også været relevante oplæg, så som 'Status på folkesundheden' og 'Implementering og samarbejde på tværs'. Dog har oplæggene sandsynligvis ikke haft den ønskede effekt når de tilstedeværende ikke deltager i de efterfølgende møder. I forhold til indsatsområderne i Inuuneritta II er der oftest blevet talt om misbrugsbehandling og hash til møderne (rygning har slet ikke været på dagsordenen). Yderligere får CFU ikke tilsendt tilstrækkeligt materiale fra de lokale forebyggelsesudvalg (LFU), hvilket gør, at CFU ikke kan forholde sig til arbejdet af de lokale forebyggelsesudvalg. Fra data fremgår det også, at CFU medlemmerne formentlig ikke tager informationerne fra møderne videre til deres departement og ikke anvender dem i forhold til deres fokusområder.

6.2 Kommunernes organisering

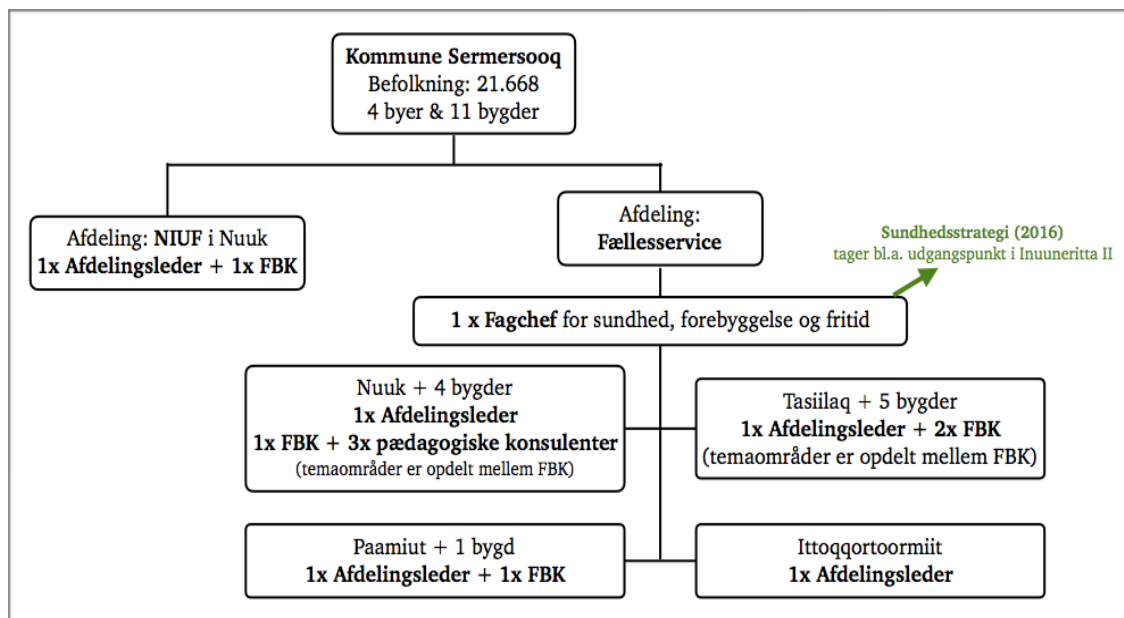
I de fire nedenstående figurer (figurer 7-10) er organisering af forebyggelses-arbejdet i de fire kommuner gengivet. I nogen oversigter mangler der informationer, på grund af problemer med at indhente disse.



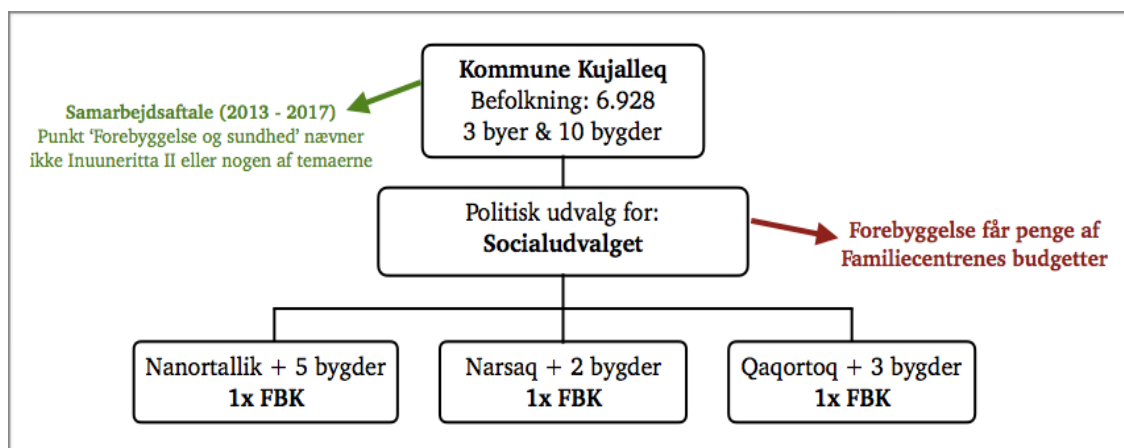
Figur 7 QAASUITSUP KOMMUNE



Figur 8 QEQQATA KOMMUNE



Figur 9 SERMERSSOOQ KOMMUNE



Figur 10 KUJALLEQ KOMMUNE

6.2.1 Lokale forebyggelsesudvalg

I loven om forebyggelse (§5) står skrevet, at hver by skal have nedsat et lokalt forebyggelsesudvalg (LFU). Det er LFU's opgave at styrke det lokale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

Medlemmer af LFU består oftest af repræsentanter fra skolevæsenet, sundhedsvæsenet, tandplejen, socialvæsenet, politiet, kriminalforsoget og forebyggelseskonsulenter.

Midtvejsevalueringen viser, at der findes mange udfordringer med de lokale forebyggelsesudvalg i de forskellige kommuner og byer.

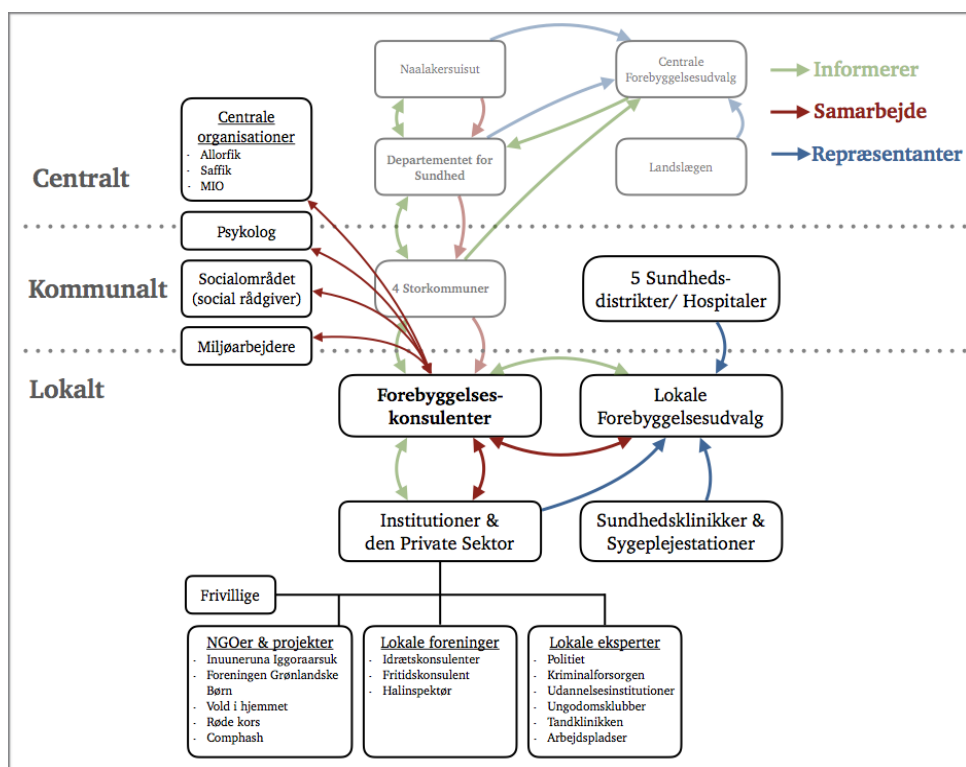
Disse udfordringer indebærer fravær af medlemmer ved møder (især/oftest sundhedsvæsenet), udfordrende samarbejdsrelationer og uklarheder i ansvarsfordeling. Der er også gode eksempler på velfungerende LFU, hvor for eksempel forebyggelseskonsulenten har fungeret som en koordinator for indsatser og aktiviteter i byerne, som bliver udført af de forskellige LFU-medlemmer. Af andre forebyggelseskonsulenter bliver det fremhævet, at de får deres ekspertviden fra LFU, som de blandt andet bruger til at udvikle relevante indsatser. Desuden samarbejder de med udvalget om at udvikle en årsplan for forebyggelse.

Opfattelserne og erfaringerne med de lokale forebyggelsesudvalg varierer meget. De lokale forebyggelsesudvalgte er ikke blevet interviewet som en del af denne evaluering, så det er vurderingen fra forebyggelseskonsulenterne, der danner grundlag for disse konklusioner. På baggrund af det meget varierede billede af både udfordrende og fremmende faktorer, anbefales det, at der igangsættes et egentligt udviklingsarbejde med henblik på at støtte de lokale forebyggelsesudvalg og udvikle deres handlingskompetencer og dermed også få større indvirke i deres arbejde. Udvalget udgør potentielt set en meget vigtig lokal ressource og meget forebyggelse og sundhedsfremme er nødt til at foregå på lokale præmisser.

Derfor er netop den lokale kapacitet på området afgørende. Det Centrale forebyggelsesudvalg ville været et godt forum at forankre et sådant udviklingsarbejde i på det centrale niveau. Tilsvarende skal kommunerne være ligeværdige partnere i udviklingsarbejdet på det regionale niveau.

6.3 Kompetencer og samarbejdspartnere

I dette afsnit gives der et generelt overblik over forebyggelseskonsulenternes og deres fagchefer eller lederes faglige baggrund. Desuden vil der indgå et overblik over, hvilke lokale samarbejdspartnere forebyggelseskonsulenterne bruger og har til rådighed i forbindelse med deres arbejde.



Figur 11 Forebyggelseskonsulenternes samarbejdspartnere

6.3.1 Faglig baggrund & deltagelse i kurser

Mangel på værktøjer og faglig udvikling har været nogle af de gennemgående temaer, der kom op på landsmødet og ved samtaler og interviews. Når forebyggelseskonsulenternes uddannelsesbaggrund og deltagelse i kurser betragtes (bilag 2), kan det ses, at disse varierer meget fra konsulent til konsulent. Flertallet har en kortvarig uddannelse inden for socialområdet, sundhedsområdet eller som for eksempel kontorassistent. Der er også stor variation i, hvor mange kurser en forebyggelseskonsulent har deltaget i og det kan variere fra at have deltaget i ingen eller ét kursus til at have deltaget i ti kurser. Kun få af de nævnte kurser har omhandlet Inuuneritta II's indsatsområder set i forhold til antallet kurser vedrørende socialområdet. Den store tilslutning til kurser vedrørende socialområdet kan skyldes, at forebyggelseskonsulenterne flere steder organisatorisk er placeret under socialområdet. Det er dog vigtigt at nævne, at deltagelse i kurser på socialområdet kan være meget gavnlige og give redskaber til forebyggelseskonsulenter, dog er disse kurser oftest rettet mod behandling og ikke forebyggelse og sundhedsfremme. Se bilag 2 for flere uddybende informationer.

6.3.2 Forebyggelseskonsulenternes samarbejdspartner

I nedenstående figur 11 præsenteres samarbejdspartnere nævnt af forebyggelseskonsulenter, samt samarbejdspartnerens organisatoriske placering. De hyppigst forekommende samarbejdspartnere er lokale eksperter og foreninger.

7. Indsatser inden for de fire temaområder

Indsatser inden for de forskellige temaområder i Inuuneritta II bliver udviklet og igangsat både fra departementet alene eller med samarbejdspartnere, og fra forebyggelseskonsulenter selv eller sammen med lokale samarbejdspartnere. De sundhedsfaglige konsulenter i Departementet for sundhed arbejder ud fra Inuuneritta II's fire temaområder. Hvert område har en ansvarlig konsulent, som står for udvikling af handleplaner og strukturel forebyggelse såsom lovgivning, servicekontrakter og sundhedsaftaler. Disse opgaver udføres i samarbejde med kollegaer, andre departementer, kommuner og andre centrale organisationer. Forebyggelseskonsulenternes opgaver varierer afhængigt af deres arbejdsplads. Der udvikles dog årsplaner om indsatser og aktiviteter i kommunen enten i samarbejde med deres leder eller med deres lokale forebyggelsesudvalg. Mængden og indholdet af indsatserne varierer meget mellem kommuner såvel som mellem byer og forebyggelseskonsulenter. Dette kan skyldes mange faktorer. På den ene side har den lokalpolitiske dagsorden indflydelse på dette, på den anden side kan det afhænge af forebyggelseskonsulentens arbejdsomgivelser, for eksempel:

Hvilken afdeling man tilhører,

Hvilken faglig viden og redskaber man har til rådighed,

Hvordan samarbejdet med lokale eksperter og foreninger er.

Forebyggende indsatser kan differentieres mellem strukturel og individrettet forebyggelse. Den individrettede forebyggelse omhandler forebyggende tiltag rettet mod enkeltindivider (f.eks. behandlingstilbud) eller med målet at den enkelte vælger at handle anderledes gennem for eksempel oplysninger. Strukturel forebyggelse har til formål at gøre sunde valg mere nærliggende (f.eks. afgifter på cigaretter) og reducere sundhedsrisici (f.eks. miljøforbedringer). Yderligere skelnes der mellem to forskellige strategier; højrisiko- og populationsstrategier. Højrisikostrategier retter sig mod en person eller gruppe af personer i høj risiko, et eksempel på denne strategi er rygestopstilbud for gravide. Hvorved populationsstrategier retter sig mod hele befolkningen fx oplysningskampanjer. (Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014)

Flertallet af indsatser både centralt og kommunalt/lokalt er karakteriseret af at være individrettet forebyggelse, der både retter sig mod højrisikogrupper og befolkningen generelt. Næsten alle strukturelle indsatser omhandler påbud eller forbud i form af lovgivning, her kan rygelovgivningen for eksempel nævnes. Ved de individuelle indsatser anvendes der derimod pædagogiske og psykologiske virkemidler. Som eksempler herpå kan nævnes: oplysningskampanjer, undervisning, informationsmateriale, konkurrencer og selvhjælpsgrupper. Formålet med disse oplysende virkemidler er oftest, at borgerne skal have et frit valg baseret på en høj grad af information om konsekvenserne af deres valg (Vallgård et al., 2014). En mere detaljeret oversigt kan findes under bilag 3. I bilag 4 kan der desuden findes et resumé over indsatser beskrevet i de forskellige handleplaner og hvorvidt disse er blevet igangsat og udført.

8. Fremmende og udfordrende faktorer i implementeringen

I dette afsnit bliver de fremmende og udfordrende faktorer i implementeringsprocessen inden for de tre strukturelle niveauer i Curtis' model, præsenteret. Curtis ser organisationens implementeringskapacitet ud fra seks aspekter: medarbejdere, målgruppe, ledelse, organisationsadfærd, fokus og ressourcer.

Under evalueringen stod det klart, at alle departementets sundhedskonsulenter og kommunens forebyggelseskonsulenter er meget engagerede og højt motiverede for deres arbejde. Denne motivation kan omsættes til implementering og det viser sig, at der både er faktorer, der medvirker til dette og faktorer der ikke gør. Disse forhold vil blive uddybet nedenfor. Til sidst i dette kapitel gives en oversigt over de fremmende og udfordrende faktorer, der er identificeret i midtvejsevalueringen (se tabel 2).

8.1 Medarbejdere

Med medarbejdere forstås alle aktører som bidrager til implementeringen af Inuuneritta II, som også kan ses i ovenstående figur 1. Medarbejdernes kompetencer, viden og motivation er essentielle for en succesfuld implementering af folkesundhedsprogrammet. Curtis (2015) beskriver at:

“Det fremmer implementeringskapaciteten, hvis medarbejderne har de fornødne kompetencer og praksisviden, og hvis de samtidig er engagerede, motiverede og åbne for forbedringsmuligheder. Det er

vigtigt, at kommunen er opmærksom på at definere klare roller og ansvar for de medarbejdere, der skal bidrage til implementeringen.”



På det centrale niveau viser midtvejsevalueringen, at de sundhedsfaglige konsulenter er klædt på til de temaområder, de varetager gennem deres uddannelsesbaggrund og/eller faglige videreuddannelse. På tidspunktet for evalueringen, havde alle nuværende sundhedsfaglige konsulenter tidligere arbejdet i en kommunal stilling, hvilket giver en større forståelse for det kommunale arbejde. Dette ses som gode forudsætninger for medarbejdernes arbejde på det centrale niveau, hvilket også kan være med til at fremme implementeringen. Der ses dog også barrierer i deres arbejde som udfordrer den gode implementeringsproces.

I opstarten som ny sundhedsfaglig konsulent er det tidskrævende at opnå den fornødne baggrundsviden og historik på området. Selvom der er adgang til rapporter og erfarne kollegers viden, tager det meget tid og der savnes i den forbindelse en overlevering af arbejdsopgaver for derved at opnå en fyldestgørende baggrundsviden. Denne problematik kan føre til at medarbejdere ikke føler ejerskab for de overdragede projekter og at opstarten af arbejdet bliver forsinket. Manglen på historik skyldes også den store medarbejderudskiftning og en meget individualiseret arbejdskultur, hvor der kun er begrænset overlap mellem konsulenternes arbejde trods den gensidige relevans.

På det kommunale og lokale niveau har det også fremgået klart, at medarbejderne er motiverede og at de tager deres ansvar i forhold til Inuuneritta II alvorligt. Dog kan arbejdet med forebyggelse være svært for de kommunale ledere og fagchefer, da ingen ledere på evalueringstidspunktet havde en uddannelse indenfor sundhed eller forebyggelse. Alle ledere har dog videreuddannet sig indenfor ledelse (bilag 2). Denne mangel på specialiseret viden inden for området kan føre til interessekonflikter og misforståelse af arbejdsopgaver mellem lederne og forebyggelseskonsulenterne, da ledernes fokus kan være mere behandlende end forebyggende og omvendt.

Som tidligere beskrevet (punkt 6.3.1) har forebyggelseskonsulenter forskellige faglige baggrunde og generelt er deres uddannelsesniveau meget varierende. Dette fører til, at mange kan føle, at opgaven er uoverskuelig og ansvaret for tungt, mens andre føler det er nemt at finde informationer til initiativer. Dette er en af grunnerne til at Inuuneritta II kun sporadisk er blevet implementeret i de forskellige byer i Grønland. Der er en stor efterspørgsel på værktøjer, kurser og uddannelse fra forebyggelseskonsulenternes side. Imidlertid har forebyggelseskonsulenterne brugt alle de vidensressourcer de har til rådighed, såsom tilsendt materiale fra Departementet for Sundhed, peqqik.gl, lokale NGO'er og eksperter. Tilgængeligheden til disse vidensressourcer afhænger af det tværfaglige samarbejde (se punkt 8.4). Under landsmødet har forebyggelseskonsulenter selv taget initiativ til at oprette en facebookgruppe til faglig og erfaringsudveksling på tværs af kommunerne. Denne gruppe har til formål at øge samarbejdet og formidlingen af succeser i forhold til forebyggelsesinitiativer.

8.2 Målgruppe

Målgruppen, som er borgerne i Grønland, er ikke blevet inddraget i midtvejsevalueringen, selvom de også er en udgørende faktor i forhold til hvordan forebyggelsesinitiativerne bliver taget imod af målgruppen og dermed bestemmer succes af Inuuneritta II.



På trods af dette, har evalueringen vist, at forebyggelseskonsulenterne er i kontakt med borgerne og indhenter en del af deres viden herfra. Borgerne bliver inddraget i arbejdet med Inuuneritta II ved muligheden for at kunne deltage som frivillige eller være rollemodel for andre. Forebyggelseskonsulenterne ser stort potentiale i sådanne projekter. På baggrund af dette har Sermersooq kommune for eksempel lanceret en hjemmeside (sunngifik.gl), hvor frivillige kan finde inspiration og melde sig til arrangementer. Mange forebyggelseskonsulenter oplever dog også, at der er en manglende tilslutning til borgermøderne i byerne. Forebyggelseskonsulenterne efterlyser redskaber til at inddrage borgerne yderligere og gøre borgerne mere bevidste om deres ansvar for egen sundhed. De mangler viden og inspiration til sådanne borgerrettede indsatser. Deltagere i evalueringen har også understreget, at det er svært at gå i dialog med borgerne, når det kommer til visse tabubelagte temaer, såsom selvmord og seksuelle overgreb.

8.3 Ledelse

Blandt interviewdeltagerne var der enighed om, at ansvaret for implementeringen af Inuuneritta II ligger hos alle, både centralt, kommunalt og lokalt, og i samarbejdet med hinanden. Sundhedsfaglige konsulenter ser sig selv ansvarlige for hvert deres temaområde, men beskriver sig selv som afhængige af forebyggelseskonsulenterne, hvilket understreger vigtighe-

den af en god dialog og samarbejde med kommunerne for at det lykkedes. Dog udfordrer medarbejdernes oplevelse af en manglende ledelse af Inuuneritta II en stor del af implementeringsprocessen. Curtis beskriver at:

“Ledelsen er kulturbærere og kan fremme implementeringen blandt medarbejderne ved at alle ledelseslag er med til at skabe fælles **mening**, klare **mål** og **opfølgning** gennem processen. En af ledelsens vigtigste opgaver er at sørge for, at medarbejderne har den nødvendige viden og kan se det meningsfulde i at implementere indsatsen. Medarbejdernes nærmeste leder har en nøglerolle i at **understøtte** og **hjælpe** implementeringen på vej i dagligdagen. Det handler om tydeligt at kommunikere og understøtte de mange fordele, der er ved at arbejde sundhedsfremmende samt at vise forståelse for, at forandringen kan virke omfattende for nogle medarbejdere, men også fastholde, at forbedring af praksis er vigtig.” (Curtis, 2015)

Under Inuuneritta II's periode har der været en relativ hyppig udskiftning af ledere, hvilket har haft stor indflydelse på implementeringen af programmet. Især på det centrale niveau, men det har også præget processen i resten af organisationen. Flere har derfor manglet retning i deres arbejde, men på den anden side har den skiftende ledelse også haft en fremmende effekt for nogen, som udnyttede friheden konstruktivt til at lave projekter, der opfattedes som mere relevante og nyttige i forhold til deres faglige synspunkt.

Hvert temaområde i Inuuneritta (rygning, alkohol/hash, kost, fysisk aktivitet) har som udgangspunkt en handleplan eller strategi (se bilag 3 + 4). Handleplanerne har generelt til formål at give et overblik over de eksisterende og planlagte initiativer på nationalt plan. De eksisterende handleplaner leverer typisk en oversigt over behovet for forebyggelse, de nationale mål samt tilsvarende målrettede initiativer. Nogen af deltagerne har dog også stillet spørgsmål ved nyttigheden af og målgruppen for

handleplanen, som kræver meget tid at udvikle. En sundhedsfaglig konsulent beskrev det som et udgangspunkt for samarbejde på tværs af de strukturelle niveauer. Handleplanerne indeholder ikke som sådan konkrete forslag og vejledninger til forebyggelseskonsulenterne, som bliver efterspurgt af mange.

Forebyggelseskonsulenter giver udtryk for, at de tager udgangspunkt i Inuuneritta II i forhold til at se, hvad det nationale fokus er. Dog er selve Inuuneritta II programmet blevet kritiseret for at være for problembeskrivende, kun at indeholde pæne ord, og mangle forslag til tilgang eller specifikke handlinger for forebyggelseskonsulenter. Med andre ord er det tydeligt, at der skal gøres noget, men meget uklar, hvad forebyggelseskonsulenten i den enkelte by eller bygd rent faktisk skal gøre. Som beskrevet



tidligere, er en af forebyggelseskonsulenternes styrker, at de udnytter de ressourcer, der er til rådighed, for at udføre det forebyggende arbejde. Forebyggelseskonsulenter udarbejder lokale årsplaner enten i samarbejde med lokale forebyggelsesudvalg eller med deres lokale leder. Disse bliver dog nærmest aldrig tilsendt de sundhedsfaglige konsulenter eller til det Centrale forebyggelsesudvalg, hvilket kan hæmme koordineringen af indsatser og dermed ledelsens strukturering af samarbejdet om initiativerne. Midtvejsevalueringen viser, at lokale årsplaner ikke er blevet brugt til koordinering af det forebyggende arbejde. Et stort antal af deltagere har givet udtryk for at savne det 'gamle' PAARISA, der bliver omtalt som tidligere at

have været det koordinerende og administrative organ for forebyggelsesarbejdet i Grønland.

Som nævnt ovenfor, så kan det, for nogle forebyggelseskonsulenter, være forvirrende at have en leder som har et mere behandlende fokus, hvilket gør arbejdet tungere, fordi forebyggelseskonsulenten står alene med opgaven. Forebyggelseskonsulenter har givet udtryk for at mangle støtte og supervision fra såvel den kommunale som den centrale ledelse. Ikke kun i form af faglig støtte, men også psykisk. Forebyggelseskonsulenterne er en del af det frontpersonale, som står i direkte kontakt med borgere i krise. Oftest får forebyggelseskonsulenter først mulighed for at bearbejde disse oplevelser under for eksempel seminarer med kollegaer, hvor der bliver talt om erfaringer i plenum.

8.4 Organisationsadfærd

Samarbejdet internt og på tværs af den strukturelle organisation udgør organisationsadfærd. Her kan fraværet af tværsektorielt samarbejde på centralt niveau hæmme implementeringsprocessen, hvorimod samarbejdet i nogle LFU har fremmet samarbejdet og har støttet forebyggelseskonsulentens arbejde. Curtis beskriver hvilke faktorer i organisationsadfærd, der har indflydelse på implementeringskapaciteten:

“Tillid og åbenhed for at samarbejde på tværs i organisationen og strukturer, der understøtter dette, fremmer, at indsatsen bliver gennemført. Formelle og uformelle netværk på tværs af organisationen kan være en hjælp i implementeringsprocessen. I en kommune med mange beslutningsled er det ofte vanskeligere at implementere indsatser. Det skyldes, at antallet af beslutningsled har stor betydning for, hvor hurtige og effektive indsatser kan sættes i værk og løbende tilpasses. Den organisation/enhed, som medarbejderne arbejder i, skal være i stand til at understøtte medarbejdere, fx ved at tilføre ny vi-

den og efter et endt kompetenceudviklingsforløb, at de nye rutiner bliver indarbejdet i hverdagen. Man kan tale om organisationens sociale kapital, som handler om tillid, tryghed og en stærk fællesskabsfølelse i organisationen.” (Curtis, 2015)



Det centrale forebyggelsesudvalg (CFU) er ansvarlig for koordinering af det tværsektorielle samarbejde på alle strukturelle niveauer. Etableringen af CFU er ikke lykkedes på grund af manglende implementeringskapacitet, som også kan beskrives ud fra modellen af Curtis. CFU er en indsats i sig selv, som skal gennemgå en implementeringsproces. Der har manglet politisk ledelse og ressourcemæssig opbakning for at opnå en forståelse og motivation for udvalgets formål og arbejde. Der er for eksempel ikke blevet tilsidesat økonomiske ressourcer og politisk er det ikke blevet fastlagt at forebyggelse skal prioriteres på tværs af departementer og forvaltninger, og at et tværfagligt samarbejde skal finde sted. Repræsentanterne ved CFU-møderne har dog modtaget relevante oplæg omkring folkesundhed og samarbejde under implementering. Yderligere, kan det bemærkes at sundhedsledelsen ikke er medlem af det centrale forebyggelsesudvalg og kommunerne er kun repræsenteret helt overordnet ved KANUKOKA. Sammenfattende kan der siges at mødeforholdet i CFU er uklart og at der er en manglende kobling i praksis til opdraget fra Inuuneritta II.

Som udgangspunkt bliver det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde på det centrale niveau beskrevet som ikke eksisterende af interviewdeltagerne. I de fleste eksempler, der omhandler tværfagligt samarbejde er uddannelsesdepartementet blevet nævnt som samarbejdspartner. De sundhedsfaglige konsulenter har dog oplevet en mangel på fællesskabsfølelse og fælles ansvar under samarbejdet. En deltager gjorde også opmærksom på, at det fraværende tværfaglige samarbejde ikke kun skyldes mangel af prioritering hos andre departementer, men at det også skyldes, at Departementet for Sundhed ej heller har beskæftiget sig nok med dette. Det kan være svært at løfte det tværfaglige samarbejde, når der ikke er kendskab til hinandens opgaver og fokusområder. Forebyggelse er ikke et område, der bliver prioriteret i det daglige på grund af politiske hasteopgaver og en kort tidshorisont for projekter. Dette ses af ovennævnte eksempler, men også ved møder mellem sundhedsledelsen og Departementet for Sundhed, hvor forebyggelse ikke har stået på dagsordenen.

Internt i Departementet for Sundhed samarbejder sundhedsfaglige konsulenter tæt med kollegaer. Den hyppige udskiftning af medarbejdere under Inuuneritta II har dog udløst brud i arbejdet og gjort, at der på flere temaområder er forsinkelser. Dette har hæmmet og forsinket implementeringsprocessen.

Kommunikationen og samarbejdet med kommuner og lokale institutioner indebærer mange barrierer. Selvom sundhedsfaglige konsulenter ikke ønsker at indtage rollen som 'den der trækker forebyggelseskonsulenter noget over hovedet', så føler de også det er svært at motivere dem til et samarbejde omkring indsatser. Dette skyldes formentlig kommunernes manglende ressourcer på flere instanser. I nogen tilfælde er der også sket tillidsbrud mellem organisationerne, som gør samarbejdet vanskeligt. Der har dog også været mange gode eksempler på samarbejde mellem sundhedsfaglige konsulenter og forebyggelseskonsulenter. Sundhedsfaglige konsulenter beskriver følgende gode forudsætninger for kommunikation:

- Når et fysisk møde har fundet sted,
- Når de sundhedsfaglige konsulenter har besøgt og oplevet forebyggelseskonsulenternes fysiske arbejdsplads,
- Når forebyggelseskonsulenter har muligheden for at tale grønlandsk med den sundhedsfaglige konsulent,
- Når samarbejdspartnerne møder hinanden med respekt og forståelse for hinandens arbejde,
Når forventninger tilpasses til samarbejdssituationen.

Samtidig med at dette er afgørende faktorer, så afhænger samarbejdet også af den enkelte forebyggelseskonsulents engagement. Forebyggelseskonsulenter kan dog også være usikre omkring, hvem de skal henvende sig til. Sproget har været en barriere for nogen sundhedsfaglige konsulenter, dette har medført, at grønlandsktalende konsulenter i nogle tilfælde har fungeret som bindeled for opstarten af samarbejdet.

I en af kommunerne bliver samarbejdet mellem byerne fremmet ved at forebyggelseskonsulenter med 'ny' ekspertviden besøger deres kollegaer i andre byer for at dele og udveksle deres viden.

Effektiviteten af de lokale forebyggelsesudvalg varierer mellem byerne. Den tværfaglige videns udveksling mellem medlemmerne i udvalget kan give forebyggelseskonsulenterne den eftersøgte viden de mangler. Yderligere bliver ansvaret for forebyggelsesarbejdet delt mellem medlemmerne sådan at forebyggelseskonsulenten ikke står alene med opgaven. Dog eksisterer der også LFU, hvor medlemmer ikke opfylder deres ansvar i forhold til loven, især sundhedsvæsenets fravær i LFU møder rundt omkring i landet stod tydeligt frem under dataindsamlingen.

8.5 Fokus

Fælles enighed om hvad forebyggelsesarbejdets fokus er og hvordan målene i Inuuneritta skal opnås er vigtigt for en succesfuld implementering. Hvis handleplanerne bliver sendt i høring hos nøgleaktører kan dette fremme processen, dog kan den politiske indflydelse på forebyggelsesarbejdet udfordre den mere langsigtede proces.

“Det kan være afgørende for implementeringen, at der er **fokus på indsatsen politisk, blandt borgere og i lokale medier.** Mange kommuner har udarbejdet sundhedspolitikker eller strategier for at sikre politisk fokus og opfølgning. Sundhedspolitikker, der går på tværs af kommunens forvaltningsområder og inddrager lokale samarbejdspartnere, kan medvirke til at skabe opmærksomhed på indsatsen og fremme fælles initiativer til gavn for borgernes sundhed og trivsel. For at tænke sundhedsfremme ind i forvaltningsområdernes drift vil der være behov for at **identificere fælles mål og muligheder for samarbejde.** Ofte kan lovgivninger og forvaltningsområdernes politik- og satsningsområder være et godt udgangspunkt for dette. Sommetider kan mediemæssig omtale, borgermøder og tilsvarende bevågenhed styrke fokus på området.” (Curtis, 2015)

De kommunale sundhedspolitikker tager til en hvis grad udgangspunkt i Inuuneritta, hvilket imødekommer medarbejdernes behov for, at der er klare målsætninger. Dog udfordrer det, at målsætningerne og faciliteringen af et tværfagligt samarbejde ikke er blevet fastlagt gennem lovgivning på det højeste politiske niveau. Udviklede handleplaner bliver sendt i høring hos kommuner, sundhedsledelsen og Selvstyret inden offentliggørelse, hvilket fremmer implementeringen da dette sikrer at alle berørte medarbejdere kan få indflydelse på handleplanens indhold. Helt grundlæggende er det dog en udfordring, at de prioriterede temaer og indsatser vedtages og igangsættes fra centralt hold uden



at gå i dialog med det kommunale niveau, sundhedsvæsenet og andre relevante aktører for et givent område. Når der først ligger en

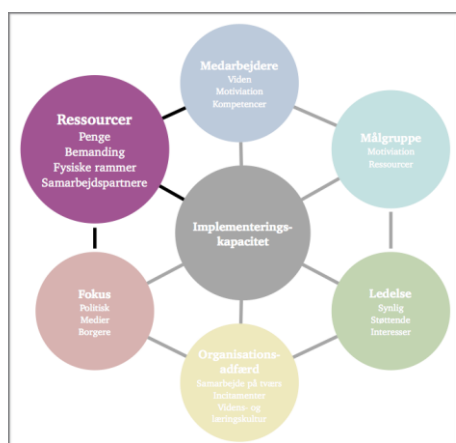
handleplan er det svært at være med til at udvikle indholdet og dermed også svært at få medejerskab. Der er eksempler på samarbejdsaftaler, hensigtserklæringer og sundhedsaftaler på tværs af organisationer. Sundhedsaftalerne tyder dog ikke på at være effektive, da deltagerne i aftalerne ikke drages til ansvar og brud på aftalen har ingen konsekvenser for parterne.

Lokale medier har i nogle tilfælde vist sig at have indflydelse på for eksempel prioritering af selvmordsforebyggelse. I forbindelse med den tidligere beskrevne efterspørgsel på at genetablere PAARISA for bedre koordinering, ligger også et ønske om at placere forebyggelse længere væk fra det politiske miljø. Således ville forebyggelsesområdet ikke i lige så høj grad være præget af Naalakkersuisuts præferencer og indsatserne ville kunne gøres mere langsigtede. Nogen sundhedsfaglige konsulenter gav også udtryk for, at der er skævheder i forventningerne til arbejdssituationen mellem konsulenter og politikere. Dette skyldes oftest, at den politiske dagsorden er mere kortsigtet end den sundhedsfremmende indsats.

8.6 Ressourcer

På det centrale niveau har de økonomiske ressourcer været tilstrækkelige for at fremme implementeringsprocessen, hvor der dog på det kommunale og lokale niveau er opstået udfordringer.

“Det er nødvendigt at de økonomiske rammer er **tilstrækkelige** til at understøtte ambitionerne. Der skal sikres en relevant faglig **bemanding**, økonomi, fysiske rammer og teknologi, der kan understøtte arbejdet. Det er nødvendigt at sikre **udviklingskraft** til opgaven. Ofte har mindre kommuner færre personaleressourcer til rådighed og må trække på ressourcer fra andre forvaltningsområder. I alle forebyggelsespakkerne nævnes samarbejdspartnere, der kan hjælpe kommunerne med implementeringen af de anbefalede indsatser.” (Curtis, 2015)



Centralt er Inuuneritta II's indsatsår blevet fulgt og generelt er der en fornemmelse for at alle temaområder er blevet prioriteret i forhold til indsats-årene uden at andre områder har lidt under dette. Økonomisk er alkohol & hash og selvmordsforebyggelse de to højest prioriterede områder, hvilket i følge deltagerne skyldes de mange andre problemstillinger der følger med disse områder. Hvert temaområde på det centrale niveau er kun bemandet med en enkelt sundhedsfaglig konsulent. Selvom de sundhedsfaglige konsulenter er fagligt rustede, så er

dette en meget sårbar situation for forebyggelsesarbejdet, når for eksempel en konsulent bliver nødt til at sygemelde sig og området derved ikke længere bliver løftet. Konsulenterne for fysisk aktivitet og kost har i en længere periode haft et tæt samarbejde omkring nogle projekter, dette har udmøntet sig i god faglig sparring og et vellykket projekt. Andre konsulenter giver udtryk for at savne en kollega på deres område. Ikke kun for at kunne supplere hinanden, men også få at have mulighed for at udføre alle opgaver inden for området. F.eks. opleves det som en udfordring, både at skulle udvikle, gennemføre og evaluere en indsats. Og evalueringsdelen bliver sjældent tænkt med pga. manglende kompetencer, men også hvad der rent praktisk kan lade sig gøre inden for den enkelte konsulents arbejdstid. Evalueringer af nationale indsatser er kun blevet foretaget i mindre grad for nogen af indsatserne, og de sundhedsfaglige konsulenter oplever de mangler viden og rutine til at udføre evalueringer. Disse forhold resulterer ofte i en nedprioritering af evalueringsopgaven. I mange tilfælde har praktikanter lavet evalueringer, hvilket har været højt værdsat af konsulenterne. De sundhedsfaglige konsulenter er bevidste om vigtigheden af evalueringer, og efterspørger derfor en ekstra medarbejder til at have ansvaret for dette område samt udvikling af egne kompetencer og redskaber.

Det tyder på at forebyggelseskonsulenter forsøger at evaluere deres indsatser gennem deres kvartals- eller årsrapporter, som dog er mere beskrivende end reflekterende. I nogen situationer kommer det til udtryk, at der har været nogle frustrationer omkring disse rapporter. Forebyggelseskonsulenter bruger meget tid på at udarbejde disse, dog modtager de ingen tilbagemelding fra hverken kommunalt eller centralt niveau om deres udførte arbejde. Samtidig med, at en forebyggelseskonsulent i mange tilfælde står alene for at løfte Inuuneritta II lokalt, så er der også mange andre opgaver forebyggelseskonsulenten har på dagsordenen og ansvar for. Dette resulterer i, at forebyggelseskonsulenter arbejder meget bredt og i nogle tilfælde overfladisk inden for de fire temaer, for at nå omkring så mange arbejdsopgaver som muligt.

Forebyggelseskonsulenterne forsøger konstant at tilpasse deres arbejdsopgaver til den lokale kontekst. Under landsmødet blev der givet udtryk for uklarheder omkring økonomi og budgetter for forebyggelsesarbejdet kommunalt og centralt. Forebyggelseskonsulenternes budgetter afhænger af de penge, deres leder vælger at tilsidesætte til arbejdet. Dette budget er meget begrænset og ikke tilstrækkeligt (se figurer i kapitel 6.2). Forebyggelseskonsulenterne har i et begrænset omfang mulighed for at søge økonomisk støtte på centralt niveau eller gennem andre sponsorer. Dette kræver dog yderligere tid og kan fjerne fokus fra det egentlige borgerrettede arbejde.

	Fremmer	Udfordrer
Medarbejdere Viden Motivation Kompetencer	<u>Centralt:</u> - høj motivation for arbejdet - relevant faglig baggrund - kommunal erfaring - indhentelse af viden fra erfarne kollegaer, empirien, rapporter & handleplaner <u>Kommunalt:</u> - Uddannelse i ledelse <u>Lokalt:</u> - høj motivation for arbejdet - udnytter tilstedeværende videns-ressourcer	<u>Centralt:</u> - mangel på historik pga. medarbejder udskiftning - mangler viden/erfaring med evaluering - føler ansvar og opgaver er for tunge <u>Kommunalt:</u> - ledelsen har ingen uddannelse indenfor sundhed eller forebyggelse <u>Lokalt:</u> - varierende faglig baggrund - lav grad af uddannelsesniveau - føler ansvar og opgaver er for tunge
Målgruppe Motivation Ressourcer	- borgerne inddrages gennem at være frivillige & rollemodeller	- mangel på frivillige, svært at motivere - oplevelse af, at det er svært at motivere borgere til at tage ansvar for egen sundhed - oplever manglende tilslutning til borgermøder
Ledelse Synlig Støttende Interesser	<u>Generelt:</u> - blandt SK, fagchefer/ledere og FK er der enighed om at alle tre niveauer har ansvar for Inuuneritta II's implementering <u>Centralt:</u> - frihed til at implementere relevante projekter ud fra eget fagligt synspunkt - udvikler handleplaner <u>Lokalt:</u> - udarbejder årsplaner	<u>Generelt:</u> - skiftende ledelse - mangel på koordinering af det forebyggende arbejde på tværs <u>Centralt:</u> - manglende retningsangivelse fra ledelsen - giver tilbud om initiativer, men ikke konkrete værktøjer - lokale årsplaner er ikke blevet brugt til koordinering af det forebyggende arbejde <u>Lokalt:</u> - sender ikke lokale årsplaner til centralt niveau - FBK mangler støtte & supervision
Organisationsadfærd Samarb. på tværs Incitamenter Videns- og læringskultur	<u>Centralt:</u> - nedsættelsen af CFU <u>Lokalt:</u> - samarbejdsopsøgende forebyggelseskonsulenter - LFU giver ekspertviden til forebyggelseskonsulenterne - forebyggelseskonsulenterne deler ansvaret for deres arbejde med LFU medlemmer	<u>Generelt:</u> - forebyggelse er ikke et prioriteret tema på tværs af departementer og forvaltninger - hyppig udskiftning af medarbejdere <u>Centralt:</u> - uklart mødeforhold i CFU; manglende kobling til opdrag fra Inuuneritta II - repræsentation af CFU medlemmer er mangelfuldt og få gengangere ved møderne - manglende politisk prioritering af det tværsektorielle samarbejde (CFU) <u>Lokalt:</u> - LFU medlemmer opfylder ikke deres pligt ift. lovgivningen
Fokus Politisk Medier Borgere	<u>Centralt:</u> - handleplaner sendes i høring - udvikling af sundhedsaftaler <u>Kommunalt:</u> - fleste sundhedspolitikker tager udgangspunkt i Inuuneritta	<u>Centralt:</u> - forebyggelse er ikke prioriteret på højeste politiske niveau - sundhedsaftaler har ingen konsekvenser - forebyggelse er for tæt på det politiske
Ressourcer Penge Bemanding Fysiske rammer Samarb. partnere	<u>Centralt:</u> - følger indsatsår for indsatsområderne <u>Lokalt:</u> - forsøger at nå omkring så mange områder som muligt	<u>Centralt:</u> - mangler tid og viden til at lave evalueringer - sårbar bemanding <u>Lokalt:</u> - mange FBK står alene med at løfte alt forebyggelsesarbejde i en by - mangel på viden til at udføre evaluering - begrænset økonomi til rådighed

Tabel 2 Fremmende og udfordrende faktorer

9. Afsluttende workshop og møde i det Centrale forebyggelsesudvalg

Resultaterne fra denne midtvejsevaluering dannede i september 2017 baggrund for to dages workshop. Her deltog 12 medarbejdere og ledere fra Departementet for Sundhed samt tre aktører fra sundhedsvæsenet. På den første dag af denne workshop blev resultaterne fremlagt, hvor deltagere fik mulighed for at stille uddybende spørgsmål eller kommentere det fremlagte. Her opstod der indledende diskussioner omkring organiseringen af det forebyggende arbejde, sundhedsvæsenets rolle i Inuuneritta II og udfordringerne med ledelse og koordinering på centralt og kommunalt niveau samt på tværs af disse. Disse indledende diskussioner blev samlet op og konkretiseret i løbet af workshopens anden dag. I dette kapitel er hovedudsagn og konklusioner fra workshoppen beskrevet.

9.1 "Hvis alle har ansvaret, så er der ingen der har ansvaret."

For rigtig mange af Inuuneritta II's mål er det ikke nødvendigvis oplagt, at Departementet for Sundhed (PN) skal levere indsatsen (alene), men nærmere sikre overblikket, koordineringen og rammerne for, at relevante aktører, som kan byde ind med viden og ressourcer i forhold til en bestemt indsats, bliver involveret og får et medansvar fra starten af. Ved indledende tværfaglige møder kan der for eksempel tages udgangspunkt i 'implementeringscirklen' (jf. kapitel 8 ovenfor), for at sikre at alle aspekter af hvordan et mål kan nås gennem forskellige indsatser så vidt muligt bliver medtænkt fra starten.

Undervejs i workshoppen arbejdede deltagerne med at konkretisere relevante aktører og handlinger i forhold til de enkelte delmål under hvert af de 4 indsatsområder. Dette blev gjort på baggrund af følgende spørgsmål:

Hvad kan PN byde ind med i den konkrete indsats? [medtænk alle kompetencer i PN (sundhedsfaglige konsulenter, juridisk afdeling, økonomi og ledelse)]

Hvem skal ellers være med? (Fx jordemødre, politiet)

Hvem har ansvaret?

Hvilke aftaler er allerede på plads?

På baggrund af disse diskussioner blev det meget tydeligt, at de sundhedsfaglige konsulenter har brug for at arbejde tættere sammen og på tværs af deres temaområder, for at forebygge mange af de udfordringer evalueringen har beskrevet vedr. manglende kobling mellem relevante tiltag og det enkelte områdes sårbarhed i forhold til udskiftning af og sygemeldinger blandt personalet.

Som et led i diskussionerne opstod også idéen om et mere målgruppeorienteret perspektiv, hvor der blev talt om at tage udgangspunkt i fx børn og unge, og så samle de mange mål, som vedrører børn og unge i en koordineret indsats. Dette står i kontrast til den nuværende struktur, hvor den sundhedsfaglige konsulent med ansvar for fx rygning, arbejder med at forebygge rygning blandt børn og unge, uden nødvendigvis at koordinere det med indsatser sat i værk af den sundhedsfaglige konsulent på alkoholområdet, der arbejder med indsatser for at forebygge at børn og unge ryger hash og drikker alkohol. For eksempel sidder flere uafhængigt af hinanden og planlægger indsatser i forhold til skolen. Sådanne indsatser målrettet skolen udgør en oplagt mulighed for at øge koordinering med fokus på målgruppen børn og unge. Øvelsen viste også, at det var svært for deltagerne entydigt at pege på, hvem der skulle have ansvaret for en konkret målsætning. De sundhedsfaglige konsulenter i Departementet for

Sundhed er vandt til at se sig selv som ansvarlige for alle tiltag på deres temaområde og har indtil nu i mindre grad etableret samarbejde på tværs omkring de igangsatte indsatser. Der var således enighed om, at de fleste mål under temaområderne skulle konkretiseres, hvad angår konkret handling, målgruppe, aktører, ansvarsfordeling og mere specifikt, hvad en given indsats forventes at medføre af forandringer og hvordan. Et vigtigt første skridt er at sørge for, at alle relevante parter sidder omkring bordet, når indsatsen skal konkretiseres og ansvaret placeres og at relevant og opdateret viden omkring mulig evidens på området er tilstede. Dette initiativ ligger naturligt i Departementet for Sundhed.

9.2 Tværfagligt samarbejde på alle niveauer

Som et led i workshopen blev deltagerne bedt om at diskutere organiseringen af det forbyggende arbejde i Grønland og komme med forslag til alternative løsninger, som evt. ville kunne indarbejdes i den resterende løbetid for folkesundhedsprogrammet og fremtidige programmer.

Der var bred enighed om, at der er behov for et fungerende bredt tværfagligt samarbejde på det centrale niveau, som træffer ledelsesmæssige beslutninger og fastlægger konkrete prioriteringer for det forebyggende arbejde. Dette forum findes i princippet i form af det Centrale forebyggelsesudvalg, selv om udvalget endnu ikke har sikret denne koordinering under Inuuneritta II. Herunder blev det så foreslået at danne tilsvarende kommunale tværfaglige fora eller arbejdsgrupper, hvor der på tværs af fagligheder og sektorer udvikles konkrete indsatser.

Under disse drøftelser blev det ligeledes diskuteret, at det vil være relevant at tage udgangspunkt i målgrupper fremfor temaer, når det næste folkesundhedsprogram skal laves.

Yderligere var en vigtig pointe for alle deltagere i workshopen, at det næste folkesundhedsprogram skal udvikles i partnerskab mellem forskellige sektorer og niveauer, for at sikre ejerskab fra start til slut hos alle aktører.

9.3 Handlingsstærke CFU møder

Efter workshopen, blev der afholdt et møde med det Centrale forebyggelses udvalg, CFU. Her blev midtvejsevalueringens konklusioner og workshoppens resultater fremlagt. Herunder status på CFU's virke og funktion op til nu. I fællesskab blev det besluttet, at CFU skal være mere konkret og handlingsorienteret i sine møder. Som et første skridt på vejen blev det aftalt, at de enkelte medlemmer af CFU på først kommende møde forholder sig til sammenhængen mellem Inuuneritta II og indsatser/strategier i egen organisation og hvordan medlemmer af CFU kan medvirke til at realisere målene i Inuuneritta II. Dette ligger godt i tråd med evalueringens anbefaling om at relancere CFU som overordnet ansvarlig for den tværfaglige forankring og implementeringen af Inuuneritta II.

På mødet blev det desuden drøftet at etablere et nyt ledelsesniveau i hver kommune, nemlig et regionalt, tværfagligt ledelses forum bestående af skoledirektøren, socialdirektøren, den ledende regionslæge og den ledende regionssygeplejerske. Der var enighed om, at et sådan forum potentielt set ville sikre bedre koordinering og kommunikation mellem det centrale niveau og det kommunale niveau så vel som det lokale niveau, hvor forebyggelsesudvalgene agerer.

10. Litteratur

Bjerregaard, P., Niclasen, B. V., Frederiksen, N., & Aidt, E. C. (2015). *Hvordan går det? - Folkesundhed i Grønland 2014*.

Curtis, T. (2015). Implementeringscirkel. Retrieved from <http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Sundhed/Center-for-Forebyggelse-i-praksis/implementering/implementeringscirklen/>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.

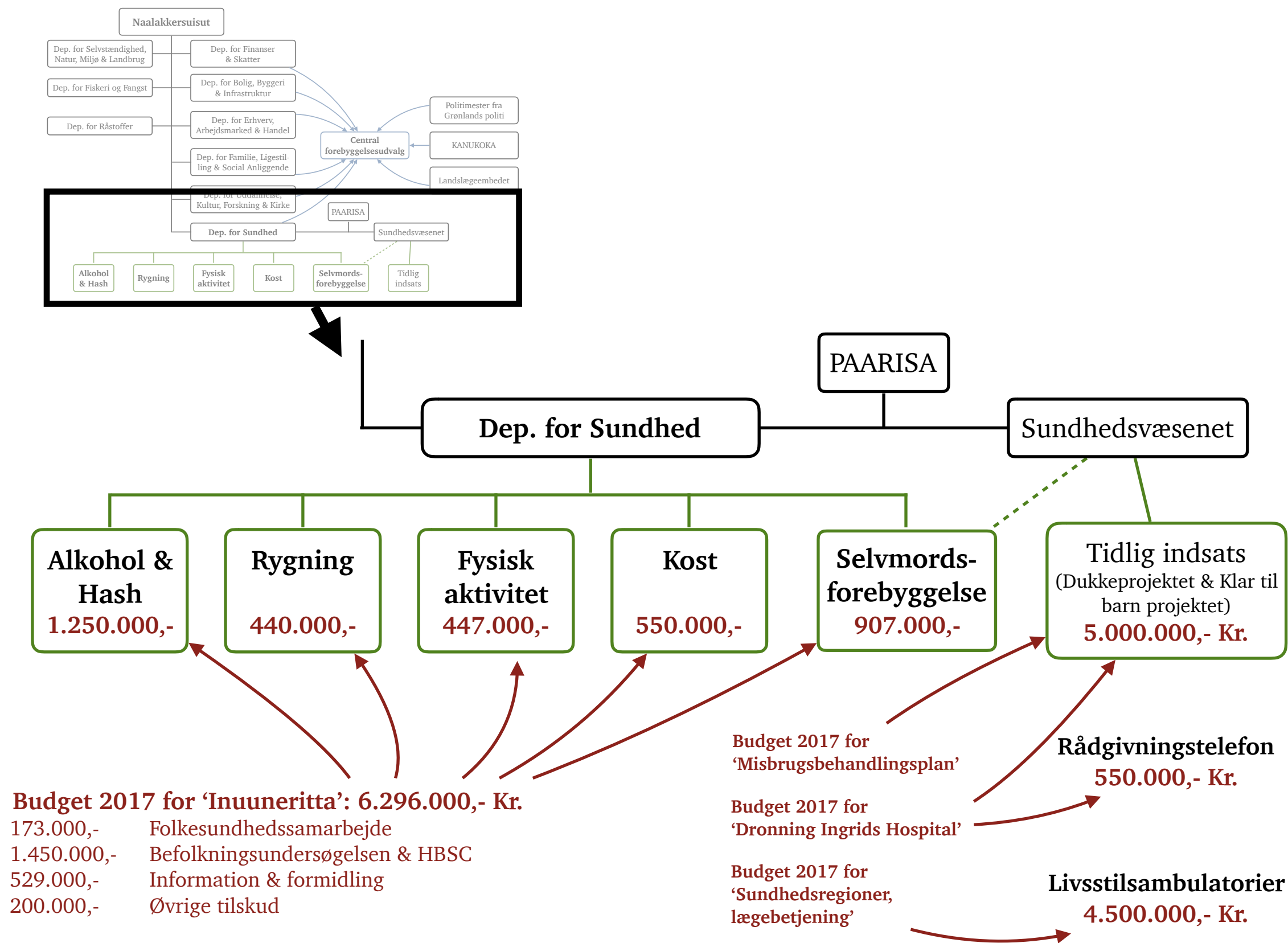
Larsen, C. V. L., Dahl-Petersen, I. K., Kamper-Jørgensen, F., Dalentoft, L., & Pars, T. (2011). Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta.

Naalakkersuisut. (2012). Inuuneritta II - Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019. Nuuk.

Naalakkersuisut. (2017). *Finanslov for 2017*. Retrieved from <http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Attached%20Files/Finans/DK/Finanslov/2017/FL2017%20DK.pdf>.

Vallgård, S. K., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). Sygdomsforebyggelse.

Bilag 1. Naalakkersuisuts budget 2017 for forebyggelse



Bilag 2. Uddannelse & faglig baggrund

2.1 Fagchef & leder

Kommune	Uddannelse	Kursus/workshop
Qaasuitsup	Social rådgiver	- grundlæggende lederuddannelse - efteruddannelse omkring børn og unge - supervisor
Qeqqata	Social rådgiver (indenfor familierapi)	<i>ingen data</i>
Sermersooq	Politibetjent	- ledelsesakademiet <i>mangler yderligere data</i>
Kujalleq	<i>ingen data</i>	<i>ingen data</i>

2.2 Forebyggelseskonsulenter

Kommune	Uddannelse	Kursus/workshop
Qaasuitsup	<u>Mellemlang uddannelse:</u> - Socialrådgiver uddannelse (2) - Reservepolitibetjent <u>Korte erhvervsuddannelser:</u> - Uddannelsesvejledere i Piareersarfiit - Social & sundhedshjælper (2) - Elektriker/elektronik mekaniker (2) - Klinisk assistent (tandklinik) - HK assistent - Rådgivningsassistent - TNI - Socialmedhjælper	- Forebyggelseskonsulent uddannelse (2) - FK-Landsmøde (10) <u>Inuuneritta II tema områder:</u> - Rygestopskursus for unge (3) - Sårbarhed & modstandskraft - Livslinjen (selvmordsforebyggelse) - Folkesundhed i Grønland <u>Social område temaer:</u> - Udsatte børn & unge - Seksuel overgreb børn & unge - Voldudsatte kvinder & børn - De usynlige børn - Vold i hjemmet - sagsbehandlerkursus for børn & unge og i social området (modul 1, 2 & 3) - Seksualundervisning <u>Andet:</u> - 7 grundlæggende forvaltningsprincipper (2) - Drama & bevægelse - Norden Seminar i Ilulissat (senfølger området) - Erfaring med forskellige sportsgrene - Alternativ projektstyring & teambuilding - Ledertalent - Personaljura - Lederuddannelse - Kursus med Lis Mona Steensgaard Jensen - Respekt for omgivelserne - Service ambassadør - ingen kurser

Kommune	Uddannelse	Kursus/workshop
Qeqqata	<u>Korte erhvervsuddannelser:</u> - Fiskeindustriassistent - Sundhedsassistent - Rådgivningsassistent - Socialmedhjælper - HK assistent	- Forebyggelseskonsulent uddannelse - FK-Landsmøde (4) - Forebyggelseskonsulenter workshops <u>Inuuneritta II tema områder:</u> - Selvmordsforebyggelse <u>Social område temaer:</u> - Seksuelle overgreb mod børn & unge <u>Andet:</u> - Alternativ projektstyring & teambuilding - Personlig udvikling - Samtale - Netværksmødet
Sermersooq	<u>Mellemlang uddannelse:</u> - Lærer (3) - Pædagogik professionsbachelor <u>Korte erhvervsuddannelser:</u> - Kredsdommer - Socialmedhjælper (2) - HK assistent (2) - TNI - Advokatssekretær - Instruktør i Psykisk Førstehjælp - Kropsorienteret Psykoterapeut - Livredder & første hjælp	- Forebyggelseskonsulent uddannelse - FK-Landsmøde (10) <u>Inuuneritta II tema områder:</u> - Comphash - Robusthed - Immimut (selvmordsforebyggelse) <u>Social område temaer:</u> - Kammagiitta (fri for mobberi) (2) <u>Andet:</u> - projekt ledelse kursus & workshop (teater) - ingen kurser (2)
Kujalleq	<u>Korte erhvervsuddannelser:</u> - Butik og kontor assistent	- Forebyggelseskonsulent uddannelse <u>Inuuneritta II tema områder:</u> - Kursus om rusmiddel misbrug <u>Social område temaer:</u> - Kursus om seksuel misbrug

Bilag 3. Indsatser i temaområder

3.1 Alkohol & Hash

	Centralt		Kommunalt/Lokalt	
	Højrisiko	Population	Højrisiko	Population
Generelt	- Alkohol-handleplan lavet til perioden 2013 - 2019 - Hash-indsatsplan lavet til perioden 2016 - Udvikling af sundhedsaftaler - Inuuneritta Puljen			
Strukturel	<u>Påbud/forbud:</u> - Skærping af sanktioner - Udvikling af lov om misbrugsbehandling	<u>Påbud/forbud:</u> - Revidering af alkohol-lovgivning - Revision af færdselsloven (ikke igang endnu) <u>Sociale indsatser:</u> - Vejledning i udarb. af politik for alkohol, tobak og stoffer til skoler og forældre		<u>Sociale indsatser:</u> - alkohol frie aftener
Individrettet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Nyt tilbud om misbrugsbehandling - Uddannelse af misbrugsnøgle-personer - Misbrugsbehandling <u>Sociale indsatser:</u> - Tidlig indsats over for gravide familier	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Test dig selv ift. alkohol og hash på peqqik.gl - Oprettelse af rådgivningstelefon hos Allorfik - Informationsmateriale om hash, snifning og alkohol - Kampagner: Max4Tassa, Grib muligheden, Omfavn ungdommen, uge 18 - Information på peqqik.gl - Inkludere alkohol info i seksual undervisning (ikke igang endnu)	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Oplysning om tobak, snifning, egne grænser og robusthed til skolebørn - Oplæg om 'fest & hash' i skoler og ungdomsklubber - Misbrugsbehandling - AA møder <u>Påbud/forbud:</u> - Politivagt til forebyggelse af snifning omkring offentlige bygninger	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - foredrag om forebyggelse til børn & unge (i forskellige institutioner) - debataften om hash - Comphash kursus - Kampagner: Gør Maj sund, uge 18, uge 46 - Synliggøre oplysninger om farligheden af og tegn på af snifning <u>Påbud/forbud:</u> - Udbredelse af information om spiritus-lovgivningen - Udbredelse af information om færdselsloven <u>Sociale indsatser:</u> - Overnatningslejr til børn og unge på forældre's løn-dag

3.2 Rygning

	Centralt		Kommunalt/Lokalt	
	Højrisiko	Population	Højrisiko	Population
Generelt	- Strategi lavet til perioden 2012 - 2013 - Handleplan lavet til perioden 2017 - 2019 - Inuuneritta Puljen			
Strukturel	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Indførelse af billedadvarsler <u>Påbud/forbud:</u> - Rygelovgivning			
Individrettet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Forskellige rygestops tilbud (f.eks. Røgfri nu!) - Røgfri klasse konkurrencen <u>Klinisk:</u> - Livsstilscafé	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Information på peqqik.gl - Kampagner: Grib muligheden, Omfavn ungdommen, uge 22 - Informationsmateriale om rygning - RygeRap <u>Social indsats:</u> - Vejledning i udarbejdelse af politik om alkohol, tobak og stoffer til skoler og forældre.	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Rygestopskursus - Oplysning om tobak, snifning, egne grænser og robusthed til skolebørn <u>Klinisk:</u> - Livsstilscafé <u>Påbud/forbud:</u> - Forbud for rygning udenfor offentlige bygninger af mindre årige	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Foredrag/undervisning om forebyggelse til børn & unge (i forskellige institutioner) - Kampagner: Gør Maj sund, uge 22

3.3 Fysisk aktivitet

	Centralt		Kommunalt/Lokalt	
	Højrisiko	Population	Højrisiko	Population
Generelt	- Handleplan lavet til perioden 2015 - 2019 - Inuuneritta Puljen - Idékatalog til fremme af fysisk aktivitet			
Strukturel				
Individrettet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Sundhedsambassadør kurser for arbejdspladser <u>Klinisk:</u> - Livsstilscafé og skridttællere-konkurrence ved LivsstilsGruppen	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Information på peqqik.gl - Kampagner: Grib muligheden, "Take a stand", "Gang i Grønland" - SundhedsApp - Skridttæller konkurrence for mellemtrinet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Tilbud om fritidsundervisning <u>Klinisk:</u> - Livsstilscafé	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Kampagner: Gør Maj sund, 1. Juni (børnedag) - Sundeste by - Foreningernes dag - Idrættens dag - Foredrag om forebyggelse til børn & unge (i forskellige institutioner) - 'Krop & bevægelse' aktiviteter (f.eks. stavgang, løb) - lejerskole og/eller sommeraktiviteter for børn der ikke kan tage på ferie <u>Fysiske indsatser:</u> - Udlejning af cykler

3.4 Kost

	Centralt		Kommunalt/Lokalt	
	Højrisiko	Population	Højrisiko	Population
Generelt	- Handleguide lavet til perioden 2016 - Cariesstrategien - Inuuneritta Puljen			
Strukturel				
Individrettet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Diabetes - livsstilskursus i samarbejde med Inuili (kokkeskolen) <u>Klinisk:</u> - Forebyggende indsatser i sundhedsvæsenet, f.eks. rådgivning ved jordemoder, sundhedsplejerske, livsstilsambulatorium og tandpleje - Livsstilscafé	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Informationsmateriale om sund kost - De 10 kostråd (relanceret) - Sunde Råd 0-3 år - Madskoler for børn (ikke igang endnu) - Fiskeopskrift konkurrencen - Børnekogebog med fiskeretter - Kampagner: Grib muligheden - Marmartut festival - Information på peqqik.gl - Inuuneritta Puljen <u>Social indsats:</u> - Tværfaglig arbejdsgruppe til udvikling af mad- og måltidspolitikker i førskole- og skoleområdet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - 'Sundere livstil' til småbørns familier <u>Klinisk:</u> - Livsstilscafé	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - foredrag om forebyggelse til børn & unge (i forskellige institutioner) - Kampagner: Gør Maj sund - udvikling af kostpolitik i institutioner og skoler - Marmartut festival

3.5 Selvmordsforebyggelse

	Centralt		Kommunalt/Lokalt	
	Højrisiko	Population	Højrisiko	Population
Generelt	- Handleplan lavet til perioden 2013 - 2019			
Strukturel	- Handlingskæder		- Handlingskæder i kommunen	
Individrettet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Kursus i den selvmordsforebyggende samtale ved ASIST + Livslinjen - Informationspjece til efterladte - Imminut-koncept	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Robusthedsprogram - Supervision på arbejdspladser	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Selvhjælpsgrupper og samtaler - Undervisning om selvmordsforebyggelse til unge og deres forældre i skolen <u>Klinisk:</u> - Besøg af psykolog - Imminut kursus	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Kampagne: 10. September - Information til borger gennem folder, plakater og tv-spots

3.6 Andet

	Kommunalt/Lokalt	
	Højrisiko	Population
Strukturel		
Individrettet	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - 'Teenager Power Program' - samtaler og gruppemøder om følelser, forsvarsmekanismer, afhængighed, risici og valg, familie - Foredrag om hærværk - Mobning i skolen	<u>Pædagogisk/psykologisk:</u> - Samtale i stedet for vold - Kroppensudvikling - Kampagner: AIDS day, kvindernes internationale kampdag, international Men's day, uge 6 - seks og seksualitet, uge 49 - fokus på handicappede, 19. Nov. 'vold mod børn og unge' - SexInuk om sund sexliv - udbredelse af plakater - Kursus i 'sundere økonomi' til voksne borger - Kulturnat - Musical sommerskole - 'Egne grænser' - diverse tiltag og håndarbejdsaftener til unge og skolebørn - Oplæg om respekt til skoleelever - Internetportal til frivillige

4. Evaluering af handleplaner

4.1 Alkohol

Indsatser fra 'Handleguide for alkoholområdet i Grønland 2013 - 2019'	Status
Udvikling af lov om misbrugsmehandling	<i>Igangværende</i>
Folkeskolens seksualundervisning udvides	<i>Fremtidig/kommende</i>
Informationskampagner	<i>Udført</i>
Indsatser målrettet unge og voksne fra misbrugsfamilier	<i>/ (ingen info)</i>
Uddannelse af frontpersonale	<i>Igangværende</i>
Revidering af alkohollovgivning	<i>Igangværende</i>
Skærping af sanktioner for salg og udskænkning til mindreårige	<i>Igangværende</i>
Udvikling af alkoholpolitikker	<i>Udført</i>
Kampagne om forældreansvar	<i>Udført ('Omfavn ungdommen')</i>
Udarbejdelse af informations og undervisningsmateriale til skoler	<i>Udført</i>
Udarbejdelse af undervisningsmateriale til forebyggelseskonsulenter	<i>Udført</i>
Kampagne om genstandsgrænser	<i>Udført ('Max4Tassa')</i>
Familier tilbydes misbrugsbehandling	<i>Igangværende</i>
Børn inkluderes i behandlingstilbuddet	<i>/ (ingen info)</i>
"Samtale i stedet for husspektakler"	<i>/ (ingen info)</i>
Handlingsvejledninger	<i>/ (ingen info)</i>
Udvikling af redskab til systematisk opsporing af borgere og patienter med alkoholproblemer	<i>/ (ingen info)</i>
Oprettelse af sundhedsportal	<i>Udført</i>
Rådgivningstelefonens service udvides	<i>/ (ingen info)</i>
Udarbejdelse af sundhedsaftaler	<i>Igangværende</i>

4.2 Hash

Indsatser fra 'National indsatsplan mod hash 2016'	Ansvarlig	Status
Oplysnings- og kampagnematerialer rettet mod gravide	Dep. for sundhed	Udført
Oplysning- og vejledningmateriale til sundhedsfagligt personale	Dep. for sundhed	Udført
Narkotika- og dopingtest ved GM	GIF	/ (ingen info)
Kampagne med GIF	Dep. for sundhed	/ (ingen info)
Implementering af undervisningsmaterialer til folkeskole	Dep. for sundhed + Dep. for uddannelse	Udført
Kampagne målrettet unge mænd (15 - 25 år)	Dep. for sundhed	Fremtidig/kommende (i flg. handleplan)
Bedre tilbud om misbrugsbehandling	Videnscenter for Misbrug	Igangværende
Udvikling af informations- og selvhjælpsmaterialer	Videnscenter for Misbrug	Udført
National markering af international dag mod misbrug af og ulovlig handel med narkotika	Dep. for sundhed + Videnscenter for Misbrug	Udført
Afdækning af misbrug af hashens udbredelse	Dep. for sundhed	Fremtidig/kommende (i flg. handleplan)
Analyse af indholdsstoffer fra beslaglagt hash	Dep. for sundhed + Grønlands Politi	/ (ingen info)
Uddannelse af misbrugsnøglepersoner	Videnscenter for Misbrug	Igangværende
Screeningspraksis til sundhedsvæsenet	Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse + Allorfik	Fremtidig/kommende (i flg. handleplan)
Samle erfaringer fra tidligere indsatser	Dep. for sundhed	Fremtidig/kommende
Lovgivning for misbrugsområdet	Dep. for sundhed	Igangværende
Revision af færdselsloven	Dep. for sundhed + Dep. for B, B og Infrastruktur	Fremtidig/kommende

4.3 Rygning

Indsatser <u>fortaget og udført</u> under Inuuneritta II op til 2016 i følge handleplanen '17-'19	Indsatser fra 'National handleplan for forebyggelse af rygning 2017 - 2019'
Røgfri klasse	Opdatering af eksisterende materialer og online informationer om rygning
Røgfri nu! (SMS-tjeneste)	Informationsfolder til den gravide familie om røgfri graviditet
"Omfavn ungdommen"	Udgivelse og implementering af undervisningsmateriale målrettet børn og unge
"Grib muligheden"	Fold-ud folder målrettet voksne
Røgfri uge 22	Kampagne målrettet børn og unge: 'Cool uden røg'
Pjece "Hvad ved du om rygning?" til børn og unge	Inspirationskatalog vedr. tobak målrettet kommunerne
Rygestopsintruktørkursus	Analyse og kortlægning af de landsdækkende rygestoptilbud
(Tekst og billede) mærkning af tobaksvarer	Puljemidler til lokale rygestopaktiviteter
	Ændring af den grønlandske rygelov

4.4 Fysisk aktivitet

Indsatser fra 'National Handleplan for fysisk aktivitet 2015 - 2019'		Status	Samarbejdspartnere
Information om fysisk aktivitet i skolen		Udført (Idékatalog)	
Vejledning til udformning af en skolepolitik for fysisk aktivitet		/ (ingen info)	
Tilbud om workshop for skoleledere		/ (ingen info)	
Materiale til idrætslærere		Igangværende	GIF
Kampagner:	Aktiv transport	/ (ingen info)	
	Nationale konkurrencer	Skridtæller konkurrence for mellemtrinet: udført som pilotprojekt	
	"Take a stand"	Udført	CSR
	Fysisk aktivitetsuge	/ (ingen info)	
	Oplysningskampagner	Udført	
	"Gang i Grønland"	Relancering udført	
	Radiogymnastik	/ (ingen info)	
Sundhedsambassadør kurser		Udført	GIF og CSR
Kortlægning og vedligeholdelse af information om idrætstilbud online		/ (ingen info)	
Informationsmateriale om fysisk aktivitet		Udført (Idékatalog)	
Opkvalificering af frivillige ledere		/ (ingen info)	
App med træningsøvelser / Sundheds App		Udført	

4.5 Kost

Indsatser fra 'Handleguide til indsatsåret om kost 2016'	Status	Samarbejdspartnere	Vejledende oversigt over indsatser på kostområdet for perioden 2017 - 2019'
Relancering af de 10 kostråd	<i>Udført</i>		
Samarbejde med Brugseni, Pissifik og KNI	<i>Udarbejdet & underskrevet samarbejdsaftale</i>	Brugseni, Pissifik, KNI og Royal Greenland	
Opdateret udgave og genopslag af 'Sunde råd 0-3 år'	<i>Udført</i>		
Børne-Food-Festival	<i>Udført (kun i Sermersooq)</i>		Viderudvikling af konceptet + stillingtagning til årlig gentagelse i Nuuk og/eller udvidelse af konceptet til andre byer og bygder
Madskoler for børn	<i>Fremtidig/kommende</i>		Anbefales at der først bliver lavet et pilotprojekt i Nuuk
Børnekogebog	<i>Igangværende</i>	Dep. for Uddannelse	Vurdering af behovet for et hæfte om kost til førskoleområdet
Kokkekonkurrence på Inuili	<i>Udført</i>		
Tværfaglige arbejdsgrupper til udvikling af mad- og måltidspolitikker i førskole- og skoleområdet	<i>Udført</i>		Udvikling af indsatser der har fokus på sund mad og måltidspolitikker på skoler, fritidshjem, børnehaver og vuggestuer
			Udvikling af mad- og måltidspolitikker til virksomheder (i samarbejde med CSR)

Bilag 5. Forløbsoversigt af Inuuneritta II

