

Tine Aagaard og Lene Seibæk

Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010

En interviewundersøgelse



ILISIMATUSARFIK Grønlands Universitet
Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab



Tine Aagaard
Sygeplejerske, ph.d.
Grønlands Center for Sundhedsforskning
Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab
Ilisimatusarfik/Grønlands Universitet

Lene Seibæk
Sygeplejerske, MHH, ph.d., professor
Grønlands Center for Sundhedsforskning
Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab
Ilisimatusarfik/Grønlands Universitet



Forord

Sundhedsreformen 2010 blev i sin tid gennemført på baggrund af den samfundsmæssige udvikling ift. sygdomsmønster, bosætningsmønster, udfordringer med at rekruttere og fastholde sundhedspersonale m.m. Formålet var at styrke den primære sundhedstjeneste mhp. at holde folk raske og forebygge sygdom og indlæggelser i sekundær sundhedstjeneste, at sikre lige adgang for alle, og at effektivisere og indrette sundhedsvæsenets organisation hensigtsmæssigt ift. dette formål gennem en regionalisering.

I forlængelse af en tidligere undersøgelse af den ledelsesmæssige oplevelse af organiseringen af sundhedsvæsenet efter den fulde implementering af regionaliseringsdelen, og en undersøgelse af borgernes perspektiver på sundhedsvæsenet som det fungerer efter regionaliseringen, har Sundhedskommissionen ønsket en undersøgelse af frontmedarbejdernes oplevelser og erfaringer.

I dialog med ledere i sundhedsvæsenet og kommunerne er udført en interviewundersøgelse hvor frontmedarbejdere fra begge sektorer, fra alle regioner samt to kommuner er blevet interviewet. Interviewene har taget udgangspunkt i otte fokusområder i reformen. Undersøgelsen er udført af medarbejdere ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab ved Ilisimatusarfik. Undersøgelsen er godkendt af Det videnskabetiske Udvalg for Grønland samt accepteret af regionsledelserne.

I denne rapport beskrives og analyseres interviewpersonernes perspektiver, og væsentlige temaer og pointer diskuteres mhp. udviklingsmuligheder og anbefalinger til justeringer og forbedringer af reformens effekter. Det er vores håb at politikere og ledere finder inspiration i disse input fra de medarbejdere som har den tætte kontakt til patienter og borgere i hverdagen.

Tak til interviewdeltagerne for værdifulde input og til ledere i sundhedsvæsenet og kommunerne som har været behjælpelige med at skabe kontakt til interviewdeltagerne og givet dem tid til at deltage i interviewene.

Forfatterne

November 2021

Indhold

Forord.....	3
Resume.....	6
Sundhedskommissionens opdrag	7
Formålet med undersøgelsen.....	7
Frontpersonalets perspektiver – hvad kan vi lære?.....	7
Design, metoder, materiale	8
Politiske, organisatoriske og lokale rammer for sundhedspraksis	9
Lovgrundlag og sundhedsreform.....	9
Sundhedsvæsenets organisering efter sundhedsreformen	10
Lokale forskelle	11
Evaluering af Sundhedsreformen 2010	17
Frontpersonalets oplevelser og erfaringer: resultater.....	18
Regionalisering.....	19
Brug af telemedicin	21
Rekruttering og fastholdelse.....	23
Uddannelse og kompetenceudvikling	24
Samarbejdet med kommunerne	26
Forebyggelse og sundhedsfremme	28
Opsummering af resultater	29
Diskussion af udviklingsmuligheder.....	30
Fastholdelse af medarbejdere	31
Et meningsfuldt arbejde.....	31
Betydningen af kompetenceudvikling for fastholdelse	32
Muligheder for øget brug af telemedicin	33
Normeringer.....	34
Fastholdelse af både fastboende medarbejdere og vikarer	34
Vægt på fagligheden ved rekruttering af vikarer.....	35
Forbedret samarbejde med kommunerne gennem fælles læring.....	35
Ledelse og personalepleje	38
Dialog med befolkningen	40
Overordnede anbefalinger.....	41
Afsluttende bemærkninger.....	43

Referencer43
Bilag 146
Bilag 249
Bilag 350

Resume

Denne undersøgelse af frontmedarbejdernes perspektiver på praksis i sundhedsvæsenet er foretaget i forlængelse af undersøgelser af ledelsesperspektivet på sundhedsreformens effekter på organiseringen af sundhedsvæsenet efter reformen samt på borgernes perspektiver på sundhedsvæsenet.

Undersøgelsens formål er at afdække frontmedarbejdernes perspektiver på forandringer af praksis som følge af reformen og komme med input til hvordan reformens tiltag kan ændres og forbedres således at hensigterne med reformen i højere grad end nu kan indfries. I rapporten peger medarbejderne på muligheder og barrierer for at gennemføre reformens formål bl.a. ift. at styrke den primære sundhedstjeneste, at styrke befolkningens lige adgang til sundhedsydelse gennem telemedicin og dialog med borgerne, at fremme rekruttering og fastholdelse af personalet og at forbedre det tværsektorielle samarbejde med kommunerne.

Ud fra en analyse og diskussion af medarbejderinterviewene gives fire overordnede anbefalinger til forbedringer af sundhedspraksis på sundhedsreformens fokusområder:

1. Som forudsætning for at øge arbejdstilfredsheden og fastholde personalet anbefales det at det fastboende personales ressourcer anerkendes og videreudvikles. I lyset af udviklingen af sygdomsmønstret i befolkningen vil kortuddannet personale desuden kunne påtage sig et stigende antal opgaver ifm. forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Det kræver *en samlet strategi for kompetenceudvikling* af personalet i sundhedsvæsenet.
2. Det tilrådes at udarbejde *en samlet personalepolitik for hele sundhedsvæsenet*, der både har planer for hvordan personalesituationen løses på kort sigt, og hvordan der på langt sigt opbygges en stabil stab af fastboende, veluddannede medarbejdere. Dette indebærer den i punkt 1 omtalte strategi for kompetenceudvikling af personalet samt *en strategi for lederudvikling* ud fra fælles mål og værdier for sundhedsvæsenets udvikling.
3. Det anbefales at fremme et fokus på tværsektorielle patientforløb gennem *fælles kompetenceudvikling af personalet i sundhedsvæsenet og kommunerne*. Formålet er at opkvalificere det kommunale personales sundhedsfaglige kompetencer, at øge sundhedspersonalets indsigt i muligheder for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering samt at styrke samarbejdsrelationerne.
4. Der ligger store muligheder for forbedret effektivitet og kvalitet i sundhedsindsatserne og arbejdsglæde for medarbejderne i en bedre dialog med befolkningen. Stigningen i antallet af kronisk syge og ældre kalder i højere grad på samtaler om sundhedsudfordringer og i mindre grad på sygdomsbehandling. Det anbefales at *opprioritere borgerinddragelse og dialog med befolkningen som sundhedsindsatser*. Som et led heri anbefales det at *aktivere telemedicin i hele sundhedsvæsenet samt fremskynde implementeringen af nyt telemedicinsk udstyr*.

Derudover beskrives en lang række konkrete redskaber til at styrke sundhedsreformens fokusområder.

Sundhedskommissionens opdrag

Som et led i en samlet evaluering af Sundhedsreformen 2010 har Sundhedskommissionen ønsket en undersøgelse af frontpersonalets oplevelser og erfaringer med praksis i sundhedsvæsenet, specielt vedrørende de forhold som reformen sigter på at styrke og forbedre¹. Der ønskes også erfaringer fra medarbejdere som har arbejdet i sundhedsvæsenet både før og efter reformen. Formålet er at afdække konkrete udfordringer og handlemuligheder i det daglige arbejde i forhold til patienterne/borgerne.

Formålet med undersøgelsen

Det overordnede sigte med undersøgelsen er at bidrage med indsigt i hvordan overordnede struktureringer af sundhedsvæsenet og konkrete arbejdsbetingelser forskellige steder i sundhedsvæsenet skaber både udfordringer og muligheder i forebyggelse, sundhedsfremme, behandling, pleje, omsorg og rehabilitering i forhold til patienterne/borgerne. Undersøgelsen har fokus på ressourcer og udviklingspotentialer og vil kunne give input til forbedringer af de nuværende strukturelle og organisatoriske rammer.

Frontpersonalets perspektiver – hvad kan vi lære?

Frontpersonalet i sundhedsvæsenet er det personale der har den direkte daglige kontakt med brugerne, dvs. patienterne og borgerne. Det er plejepersonale, læger, terapeuter, tandplejere, apotekere, portørreddere osv.² I det daglige arbejde forvalter frontpersonalet de rammer som politisk og organisatorisk er sat op for at kunne gennemføre formålet med sundhedspraksis, at sundhedsfremme og forebygge, behandle og pleje patienter/borgere. I dagligdagen samarbejder fagpersoner og faggrupper med hinanden om at udmønte formålet med den samfundsmæssige praksis som sundhedsvæsenet er. Det gør de under både fælles institutionelle betingelser og forskellige lokale betingelser.

Når der her tales om frontpersonalets *perspektiver* og ikke kun oplevelser og erfaringer, så er der fokus på at alle deltagere i sundhedspraksis – patienter/borgere, frontmedarbejdere, ledere og planlæggere – arbejder sammen om det samme formål, men med forskellige opgaver og placeringer i praksis og derfor også forskellig viden om praksis. At søge viden om frontmedarbejdernes perspektiver er derfor en mulighed for at skabe en viden, som ikke nødvendigvis er synlig for ledere og planlæggere – men som kan have stor betydning for hvordan praksis kan tilrettelægges og gennemføres på en måde der opfylder formålet i forhold til patienterne/borgerne. Indsigten i de udfordringer frontpersonalet møder, og hvordan de håndterer dem, kan pege på både mulighedsskabende og problematiske måder sundhedsvæsenet er struktureret og organiseret på.

I denne undersøgelse peger de interviewede medarbejdere bl.a. på udfordringer, som de har problemer med at håndtere. Hvis udfordringerne analyseres i deres sammenhæng, så ligger der megen konstruktiv viden som kan bruges til at forbedre praksis. Denne tilgang adskiller sig fra at

¹ Der er tidligere foretaget en evaluering af reformen ud fra ledelsesperspektivet og en undersøgelse af brugernes perspektiver på sundhedsvæsenet; begge undersøgelser er udført af Center for Folkesundhed i Grønland (Ingemann og Larsen, 2018; Olesen m.fl., 2020).

² Frontpersonalet i denne undersøgelse begrænser sig til plejepersonale, læge og tandplejere.

betrakte medarbejderes påpegnings af udfordringer som fx 'brok' eller 'modstand mod forandring'. De interviewede peger også på forhold som fungerer godt, og som øger deres muligheder for at håndtere deres praksis. Også sådanne forhold kan pege på mere generelle forbedringsmuligheder.

Pointen er at vi kan *lære* af frontmedarbejdernes oplevelser og erfaringer, både de gode og de dårlige. Denne læring kan indgå i udviklingen af strukturelle og organisatoriske forbedringer, som derved bliver konkret forankret i den daglige praksis og derfor kan have et realistisk potentiale til at virke. Det er det som denne undersøgelse bidrager til.

Design, metoder, materiale

Undersøgelsen var designet som en interviewundersøgelse med ca. 20 individuelle interviews med sundhedsmedarbejdere inden for behandling, pleje og omsorg, fulgt op af et eller to fokusgruppeinterviews.

Informanterne er fundet i sundhedsregionerne og ældreplejen i kommunerne. Mange af informanterne var foreslået af Sundhedsledelsen ud fra et kendskab til medarbejdernes arbejds erfaringer. Det var imidlertid ikke muligt ad denne vej at skaffe nok informanter. I de regioner hvor der savnedes informanter, kontaktedes regionssygeplejersken, afdelingssygeplejersken i sundhedscenteret eller, for ældreplejens vedkommende, lederen af ældreområdet i kommunen, som velvilligt hjalp med at finde medarbejdere der var interesserede i at deltage. Hvad angår tandplejen, så var en sygeplejerske, som var tidligere tandplejer, behjælpelig med at skaffe kontakt til to tandplejere.

Datagrundlaget udgøres af 20 individuelle kvalitative interviews med sundhedsmedarbejdere i bygder, på sundhedscentre og regionssygehuse, distriktspsykiatrien, tandplejen, ældreplejen og Det grønlandske Patienthjem (DGP) i København³. Informanterne består af 7 sundhedsassistenter, 1 sundhedshjælper og 1 bygdearbejder, 8 sygeplejersker, 1 læge og 2 tandplejere. De har fra 2 til 50 års erfaring i sundhedsvæsenet/ældreplejen, med et gennemsnit på 18 år.

Informanterne i sundhedsvæsenet fordeler sig på alle fem regionssygehuse/regionssundhedscenter (DIS), 5 sundhedscentre (fordelt på 4 regioner) og 1 bygd. 4 af informanterne på sundhedscentrene/regionssygehuse er bygdeansvarlige; de afholder bygdekonsultationer via skype på sundhedscenteret eller regionssygehuset og er tilsammen i kontakt med 25-30 bygder dagligt. Desuden aflægges de jævnligt bygderne besøg. Forholdene i bygderne er derfor repræsenteret ud over den ene bygdearbejder som er interviewet.

Forud for interviewet modtog informanterne info-materiale på grønlandsk/dansk om projektets formål og interviewets forløb og underskrev en samtykkeerklæring som sikrede dem anonymitet og datasikkerhed. De individuelle interviews blev foretaget ud fra en fælles interviewguide (se bilag 1) og varede fra ½ til 1 ½ time med et gennemsnit på godt 1 time. Interviewguiden tog udgangspunkt i Redegørelse for Sundhedsreformen 2010 (Departementet for Sundhed, 2010). Interviewene gennemførtes af ansatte ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab og andre grønlandsk-sprogede sygeplejersker med forskningskompetencer eller efteruddannelse i interviewmetode.

³ Tandplejen, DGP og ældreplejen er ikke direkte berørt af sundhedsreformen. Ældreplejen er en integreret del af projektets analyse pga. betydningen for tværsektorielt samarbejde. Interviewene i tandplejen og DGP har givet mange vigtige inputs som ikke er medtaget i analysen pga. projektets fokus på sundhedsreformen; der henvises til sammendrag af disse interviews i bilag 2 og 3.

Interviewene blev lydoptaget og transskriberet ordret. 12 af interviewene foregik efter informanternes ønske på grønlandsk; disse interviews er transskriberet og oversat til dansk af grønlandsk-sprogede studentermedhjælpere. Datamaterialet er blevet udvekslet og opbevares i henhold til Ilisimatusarfiks regler herfor.

Materialet fra de individuelle interviews blev i første omgang analyseret ved at samle medarbejdernes oplevelser og erfaringer inden for de forskellige områder som sundhedsreformen er designet til at styrke. Den oprindelige plan var at analysen af de individuelle interviews skulle valideres og de fremanalyserede temaer videreudvikles gennem et fokusgruppeinterview. I september 2021 blev der arrangeret et virtuelt fokusgruppeinterview med deltagelse af fem tidligere interviewede. Ideen med at samle tidligere interviewede var at bygge videre på de refleksioner som informanterne havde gjort sig i de individuelle interviews. Formålet med fokusgruppeinterviewet var at udveksle erfaringer på tværs af regioner og sektorer og drøfte udviklingsmuligheder. I sidste øjeblik var fire af de fem deltagere dog nødt til at melde fra, én pga. akut sygdom, én pga. en akut opstået personalesituation og to pga. internetproblemer. Interviewet gennemførtes med den sidste deltager, som undtagelsesvist ikke havde været interviewet tidligere (pga. sygdom). Af tidsmæssige årsager var det ikke muligt at arrangere et nyt fokusgruppeinterview.

Efterfølgende er materialet fra de individuelle interviews videreanalyseret tematisk ad modum Kvale og Brinkmann gennem udvikling af meningsindhold, afklaring af informanternes egne forståelser samt tilføjelse af nye perspektiver, bl.a. i form af andre undersøgelser og forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Desuden er de overordnede politiske og organisatoriske rammer og de mere lokale betingelser i sundhedsvæsenet beskrevet som baggrund for informanternes oplevelser og handlemuligheder.

Politiske, organisatoriske og lokale rammer for sundhedspraksis

Lovgrundlag og sundhedsreform

Sundhedsvæsenets vigtigste opgaver er iflg. Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser at fremme befolkningens sundhed, at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande samt at undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme og sygdomslignende tilstande. Sundhedsvæsenet skal i tilrettelæggelsen af arbejdet tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted (lovgivning.gl).

I 2010 indledtes en reform af sundhedsvæsenet mhp. at tilpasse det den samfundsmæssige udvikling ift. sygdomsmønster, bosætningsmønster, udfordringer med at rekruttere og fastholde personale m.m. Sundhedsvæsenets struktur havde indtil da været uforandret siden 1928. Formålet med Sundhedsreformen 2010 er at:

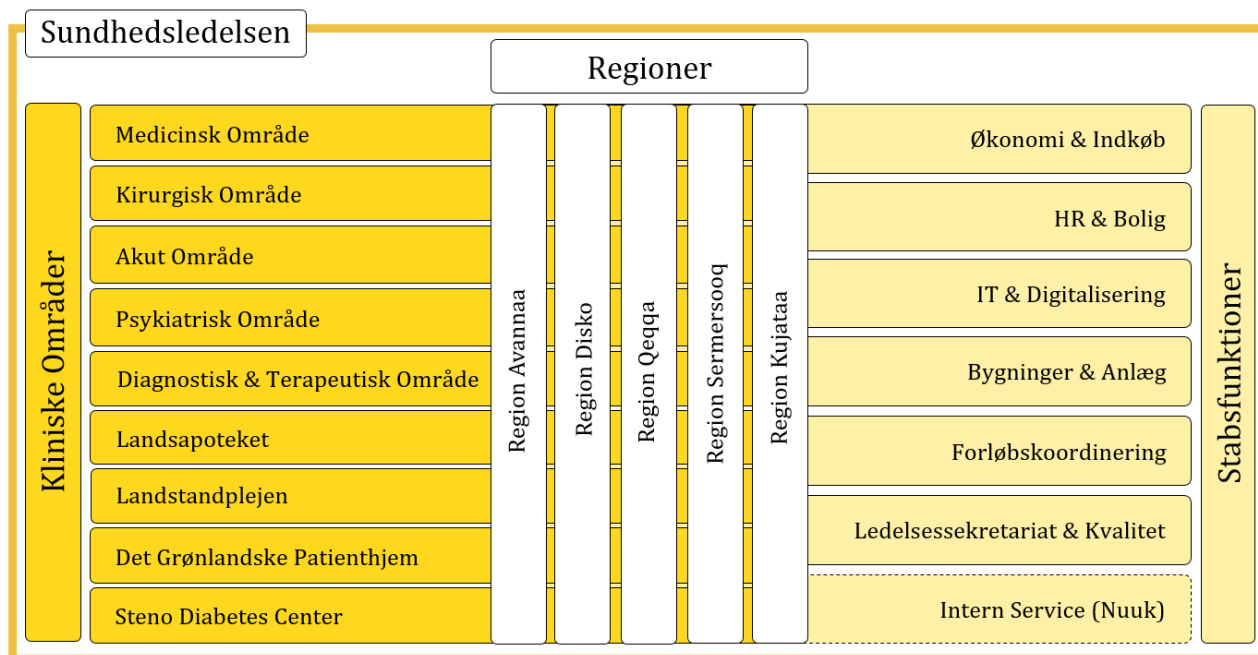
- Styrke den primære sundhedstjeneste mhp. at sikre helhedsorienterede ydelser så tæt på borgeren som muligt.
- Holde folk raske og forebygge sygdom og indlæggelser i sekundær sundhedstjeneste.
- Effektivisere og indrette SHV på en hensigtsmæssig måde gennem:
 - Regionalisering. Koncentration af specialiseret personale på regionssygehusene med udgående funktioner.
 - Rekruttering og fastholdelse af personale.

- Bedre udnyttelse af personalemæssige og økonomiske ressourcer.
 - Fokus på sammenhængende patientforløb, også tværsektorielt.
 - Mere lige adgang til SHV uanset bosted.
 - Øget brug af telemedicin.
 - Uddannelse, opkvalificering og vejledning af personale
- (Departementet for Sundhed, 2010).

Sundhedsvæsenets organisering efter sundhedsreformen

Figur 1. Organisationsdiagram over sundhedsvæsenet. Kilde: Det grønlandske Sundhedsvæsen, Organisationsplan 2020.

Det Grønlandske Sundhedsvæsen



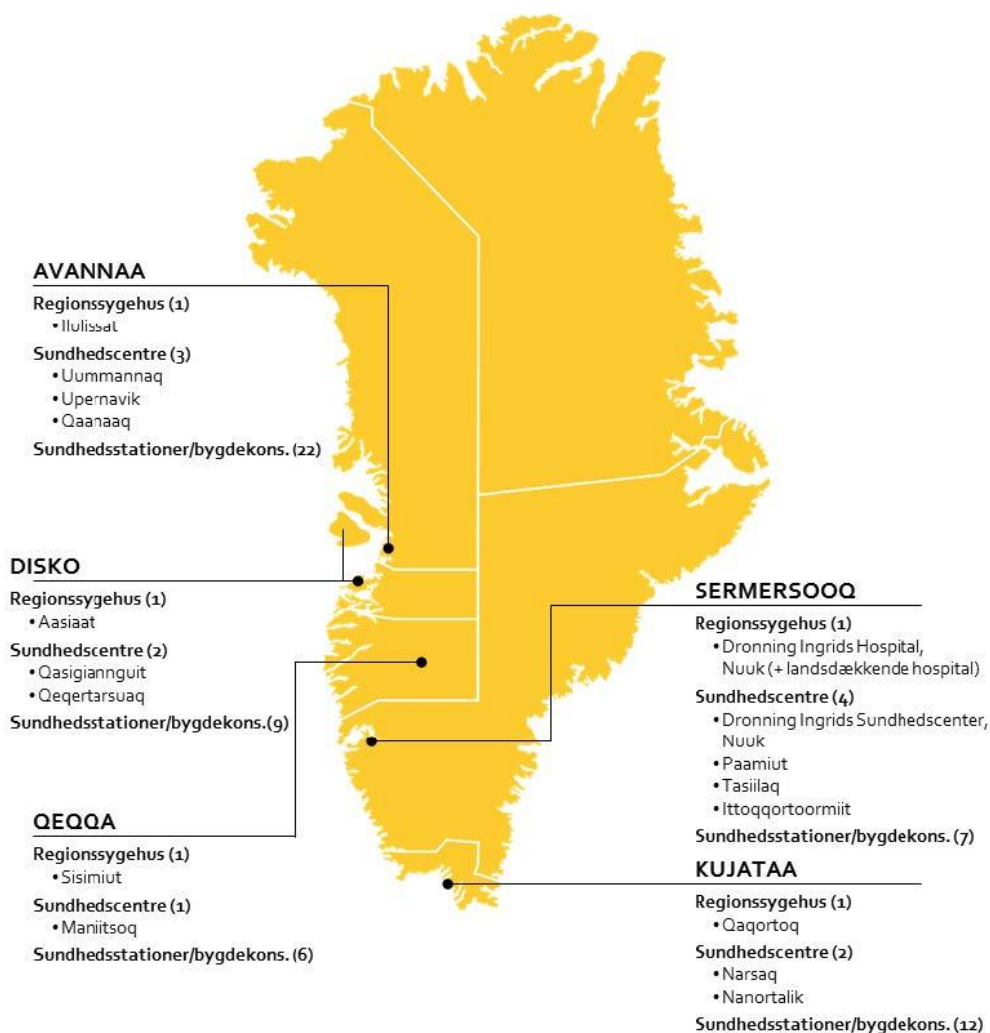
Sundhedsvæsenets organisering efter reformen ses af figur 1 og 2. Hver region har i hovedbyen et regionssygehus som er bemanded med læger, sygeplejersker, terapeuter, sundhedsplejerske, jordemoder, psykiatrisk/somatisk hjemmesygeplejerske samt sundhedsassistenter og -hjælpere. Sundhedscentre i de mindre byer råder over læger og sygeplejersker - i mindre omfang og afhængigt af sundhedscenterets størrelse og rekrutteringsmulighederne lokalt - samt sundhedsassistenter og -hjælpere⁴. Der er døgnbemanning på sygehuse og de større sundhedscentre. Bygderne betjenes af bygdekonsultationer, de fleste bemanded med kortuddannet eller ufaglært personale (for en nærmere beskrivelse af uddannelsesniveaut i bygderne, se Ingemann m.fl., 2020). De mindre sundhedscentre og bygdekonsultationerne har åbent i dagtimerne, udenfor åbningstid henvises til vagtberedskabet på de større sundhedscentre eller regionssygehuset. Specialister fra regionssygehuset tager jævnligt på behandlingsrejser til sundhedscentre og bygderne, og bygderne får fast lægebesøg fra sundhedscenteret ca. fire gange årligt. Der er daglig kontakt mellem

⁴ Her er medtaget det personale som er involveret i den direkte behandling og pleje af patienterne/borgerne.

bygderne og sundhedscentre/regionssygehuse via telemedicinske konsultationer (Katalog over sundhedsfaglige ydelser i regionerne, 2015).

Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk er landsdækkende hospital. De kliniske afdelinger er samlet i fire områder, medicinsk-, kirurgisk-, psykiatrisk- og akutområderne, med hver sin ledelse. Områdeledelserne har landsdækkende funktion og yder vejledning, støtte og supervision inden for deres respektive faglige specialeområder til personalet på kysten (Departementet for Sundhed, 2010).

Figur 2: Inddelingen af Grønland i fem sundhedsregioner med angivelse af regionssygehuse, sundhedscentre og bygdekonsultationer. Regionerne følger kommuneopdelingen. Sundhedsvæsenet er til stede på 74 matrikler og har ca. 1600 ansatte. Kilde: Det grønlandske Sundhedsvæsen, Organisationsplan 2020.



Lokale forskelle

Der er store lokale forskelle på regionerne. For det første er den geografiske udstrækning, og dermed adgangen til byer og bygder, meget forskellig. I region Sermersooq, som samtidig er verdens største kommune, er der mere end 1400 km fra Nuuk til den fjerneste by Ittoqqortoormiit på østkysten og 680 km til Tasiilaq. I region Avannaq er der knap 1100

km fra regionsbyen Ilulissat til Qaanaaq. Der er ikke daglige flyforbindelser. I region Qeqqa derimod er der kun 174 km mellem regionens byer Sisimiut og Maniitsoq, og der er flere daglige flyafgange mellem de to byer. Både i region Disko og region Kujataa, som er de mindste regioner, er der knap 70 km mellem regionsbyen og den længst væk beliggende by. Her er der kun helikopterforbindelser og skib mellem byer og bygder.

Også inden for regionsgrænserne kan der være store forskelle. I Uummannaq distrikt i region Avannaa, med fem bygder og godt 2200 indbyggere, ligger fire bygder inden for en radius af 45 km fra Uummannaq by, den fjerneste ligger 80 km derfra. I dette distrikt bor 37 % af befolkningen i bygderne. I Upernavik distrikt, ligeledes region Avannaa, med ni bygder og godt 2700 indbyggere ligger den fjerneste bygd 300 km fra Upernavik by, de andre fra 20 til 150 km derfra. I dette distrikt bor 60 % af befolkningen i bygderne. Det betyder at der i Upernavik bruges mere tid og flere ressourcer på betjening af borgerne i bygderne. De to sundhedscentre har ifølge sundhedsvæsenets organisationsplan 2020 det samme antal ansatte (se figur 3).

Det er meget forskelligt hvor mange bygder sygehusene og sundhedscentre skal betjene, fra 21 bygder i Avannaa til 6 bygder i Qeqqa. Ligeledes er der forskel på hvor mange mindre byer der er i en region, fx tre i Avannaa og én i Qeqqa. Flere og mindre enheder kræver forholdsvis større bemanning, hvor man de større steder har 'stordriftsfordele'. Det kan være en del af forklaringen på at der til næsten det samme antal indbyggere i de to regioner er hhv. 242 ansatte i Avannaa og 129 i Qeqqa (se figur 3).

Det forholdsvis lave antal ansatte i region Sermersooq skyldes at Dr. Ingrid's Hospital, foruden at fungere som landshospital, også er regionshospital for indbyggerne i Nuuk. Det vil sige at det personale der skal betjene indlagte patienter, ikke tæller med i sundhedscenterets ansatte.

Figur 3. Oversigt over sygehuse, sundhedscentre og bygdekonsultationer inkl. antal ansatte.

Region	Sygehus/sundhedscenter	Bygdekonsultationer	Ansatte
Avannaa 10.726 indbyggere	Regionssygehus: Ilulissat (75) Sundhedscentre: Uummannaq (40) Upernavik (40) Qaanaq (17)	21	242
Disko 6.340 indbyggere	Regionssygehus: Aasiaat (70) Sundhedscentre: Kangaatsiaq (5) Qeqertarsuaq (16) Qasigiannuit (14)	13	120

Qeqqa	Regionssygehus: Sisimiut (73)		
9.378 indbyggere	Sundhedscenter: Maniitsoq (55)	6	129
Sermersooq	Regionssundhedscenter: DIS (55)		
23.123 indbyggere	Sundhedscentre: Paamiut (22) Tasiilaq (52) Ittoqqortoormiit (5)	7	144
Kujataa	Regionssygehus: Qaqortoq (60)		
6.413 indbyggere	Sundhedscentre: Narsaq (26) Nanortalik (19)	12	118

Tallene i parentes angiver ca. antal ansatte. Kilde: Det grønlandske Sundhedsvæsen, Organisationsplan 2020. Tallene stemmer ikke helt overens med tallene på kortet i figur 2, dette kan skyldes nedlæggelse af bygder eller ændring i bygders status til byer eller omvendt. Da kortet ikke er dateret er det valgt at fastholde tallene fra Organisationsplan 2020 her.

Omfanget af personale i regionerne baserer sig på indbyggertal og befolkningens sammensætning. Fordelingen af personalet på sygehuse og sundhedscentre er delvist op til regionsledelsen og er også påvirket af traditioner for bemanning før reformen, muligheder for rekruttering, geografisk placering, regler for minimumsbemanning m.m.

Hvis vi ser på fordelingen af uddannet sundhedspersonale på sygehuse og sundhedscentre, så kan der være væsentlige forskelle. En sammenligning af Uummannaq sundhedscenter med Tasiilaq sundhedscenter viser følgende:

Uummannaq distrikt har knap 2300 indbyggere hvoraf ca. 1450 bor i Uummannaq by og 850 i bygderne; sundhedscenteret har 40 ansatte, heraf 2 læger, 4,5 sygeplejersker og 5 sundhedsassistenter (se figur 4). Sundhedsplejersken, jordemoderen og terapeuten er flyttet til regionssygehuset i Ilulissat ifm. regionaliseringen.

Til sammenligning har Tasiilaq distrikt ca. 3000 indbyggere hvoraf de knap 2000 bor i Tasiilaq by og ca. 1000 i de fem tilhørende bygder. På Tasiilaq sundhedscenter er der ansat 55, heraf 3,5 læger, 10 sygeplejersker (heraf 1 sundhedsplejerske), 6 sundhedsassistenter, 2 jordemødre og 1 terapeut.

Forholdet mellem de to distrikters indbyggertal er ca. 4:3 (Tasiilaq 4, Uummannaq 3). Det vil sige at der er forholdsvis flere læger og sygeplejersker i Tasiilaq end i Uummannaq (læger 7:4, sygeplejersker 2:1). Desuden har sundhedscenteret i Tasiilaq også bevaret sine specialister trods regionaliseringens princip om at koncentrere det specialiserede personale på regionssygehusene.

Dette kan have at gøre med Nuuks store indbyggertal og region Sermersooqs særlige status som husende landshospitalet; således er sundhedscenteret i Nuuk i forvejen velforsynet med specialister og har let adgang til specialisterne på DIH og har dermed 'råd' til at bevare specialisterne i Tasiilaq sundhedscenter, som jo er afsidesliggende og vanskeligt tilgængeligt. Dette særlige forhold ser ikke ud til at gælde for regionens to andre sundhedscentre, Paamiut og Ittoqqortoormiit, hvilket kan hænge sammen med rekrutteringsvanskeligheder, og for Paamiuts vedkommende desuden at byen er forholdsvis let at komme til fra Nuuk.

Figur 4. Antal medarbejdere fordelt på regionssygehuse og sundhedscentre.

Region	Sygehus/sundhedscenter	Læger	Spl.*	Sundhedsass.	Jordemoder	Fys/ergo
Avanna 10.726 indbyggere***	Regionssygehus: Ilulissat (75)**	7,5	17	6	3,5	2,5
	Sundhedscentre:					
	Uummannaq (40)	2	4,5	5		
	Upernavik (40)	2	3,5	6		
	Qaanaq (17)	1	1,25	3		
Disko 6.340 indbyggere	Regionssygehus: Aasiaat (70)	5,5	16,5	11	1,5	3
	Sundhedscentre:					
	Kangaatsiaq (5)	-	-	-		
	Qeqertarsuaq (16)	1	2	1		
	Qasigiannuguit (14)	1	2	1,5		
Qeqqa 9.378 indbyggere	Regionssygehus: Sisimiut (73)	5,5	16	19	1	2,5
	Sundhedscenter: Maniitsoq (55)	2,25	10,5	10		1
Sermersooq 23.123 indbyggere (heraf Nuuk: 18.000)	Regionssundhedscenter: Nuuk (55)	14	32	6		
	Sundhedscentre:					
	Paamiut (22)	0	4	2		
	Tasiilaq (52)	3,5	10	6	2	1
	Ittoqqortoormiit (5)	0	2	1		
Kujataa 6.413 indbyggere	Regionssygehus: Qaqortoq (60)	4,5	13,5	9,5	2	3
	Sundhedscentre:					
	Narsaq (26)	1,2	4	6		
	Nanortalik (19)	1,2	3	4		

--	--	--	--	--	--	--

Tallene for ansatte inden for de forskellige personalekategorier er taget fra sundhedsvæsenets fremmødeplaner 2021. De er således udtryk for normerede stillinger, ikke nødvendigvis besatte stillinger, og der er tale om årsværk, ikke personer. Decimalerne er rundet op eller ned til nærmeste hele eller halve tal. Undtaget er de små enheder hvor der nogle steder er kvarte årsværk.

* Tallene for sygeplejersker er inklusive sundhedsplejersker, så det kan ikke ses ud af tabellen hvor der er ansat sundhedsplejersker.

** Tallene i parentes angiver ca. antal ansatte.

*** Indbyggertallene er opgjort i 2020. Kilder: Kommunernes hjemmesider hhv. stat.gl

Ud fra sundhedsvæsenets fremmødeplaner 2021 er der forskel på lægebetjeningen i regionerne.

Læger pr. indbygger:

Avannaq: 1 læge pr. 858 indbyggere

Disko: 1 læge pr. 845 indb.

Qeqqa: 1 læge pr. 1210 indb.

Sermersooq: 1 læge pr. 1321 indb.

Kujataa: 1 læge pr. 916 indb.

Der er ligeledes forskel på forbruget af vikarer i de forskellige enheder. Eksempelvis er i Uummannaq 3 ud af 4,5 sygeplejersker, heriblandt afdelingssygeplejersken, vikarer der kommer for 3-6 måneder ad gangen; mens der i Tasiilaq er procentvis færre vikarer blandt sygeplejersker, og flere af vikarerne vender periodevis tilbage, hvilket letter introduktionsbyrden og betyder at vikarerne har kendskab til kulturen og sundhedsvæsenets organisering.

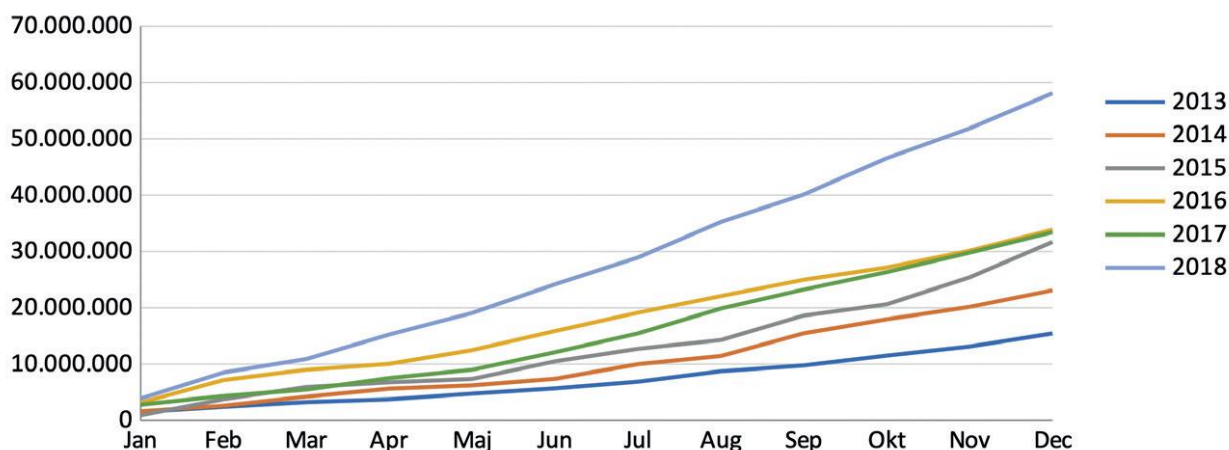
Når der her tales om vikarer, så dækker det både over korttidsansatte i det grønlandske sundhedsvæsen, såkaldte 'selvstyrevikarer', og vikarer der er ansat i et dansk vikarbureau, 'bureauvikarer'. Der bliver indgået omkring 1000 nye kontrakter om året (oplæg for Sundhedskommissionen om Grønlands sundhedsvæsen v/Sundhedsledelsen, september 2020). Disse omfatter vikaransættelser fra få uger op til 1 ½ år. I oktober 2021 var den gennemsnitlige ansættelsestid for vikarer i 2021 1–1 ½ måned.

Ansættelsesperioderne er blevet kortere gennem årene, måske fordi vikarerne ofte skal have orlov fra et job i sundhedsvæsenet i Danmark, hvor presset er stigende. En del af vikarerne er gengangere⁵.

⁵ Kilde til oplysningerne i dette afsnit (når ikke andet er angivet): Konsulent i Personaleadministrationen Marie Louise Chemnitz Egede.

Figur 5. Forbruget af bureauvikarer i sundhedsvæsenet 2013-2018 (Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, 2019).

Total vikar forbrug (2013 - 2018)



I 2019 faldt forbruget af vikarer fra vikarbureauer til 36,6 millioner kroner fra 51,3 millioner kroner i 2018. Dette hang ifølge daværende Naalakkersuisoq for Sundhed, Martha Abelsen, sammen med at rekrutteringsindsatsen rykkede fra Nuuk til Danmark og derved kom i tættere kontakt med potentielle medarbejdere (KNR.gl, 2020). Man kunne altså forvente at antallet af selvstyrevikarer ville stige tilsvarende. Dette var dog ikke tilfældet, se figur 6.

Figur 6. Forbrug af selvstyrevikarer i regionerne i 2018-20.

Antal af Antal	Udbetalingsår			Hovedtotal
	2018	2019	2020	
Overenskomstgruppe				
Bioanalytikere - vikarer		79	41	35
Ergoteapeuter - vikarer		9	5	5
Fysioterapeuter - vikarer		12	5	6
Jordemødre - vikarer		72	58	50
LÆGER - Vikarer		374	386	370
Sundhedsass. - vikarer		112	57	61
Sygeplejersker - vikarer		900	543	595
Tandlæger - vikarer		77	53	56
Økonomaass. - vikarer		1	1	1
Hovedtotal		1636	1149	1179

Forbruget af selvstyrevikarer faldt med næsten 1/3 fra 2018 til 2019 og steg en anelse fra 2019 til 2020. Sammenholdt med det store fald i forbruget af bureauvikarer må man antage at tallene dækker over en del ubesatte stillinger. Det skal pointeres at tallene dækker ansættelser, ikke fuldtidsstillinger.

Kilde: Personaleadministrationen, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

Flowet af selvstyrevikarer i regionerne ser ud til at være nogenlunde det samme ift. det samlede antal ansatte i regionerne (se figur 7). Hertil kommer et antal bureauvikarer. Ansættelserne kan være af forskellig varighed og kan være besat af den samme vikar flere gange.

Figur 7. Vikarflow ift. totale antal ansatte.

Region	Ansatte i regionerne	Selvstyrevikar-ansættelser i 2020
Avannaa	242	166
Disko	120	113
Qeqqa	129	102
Sermersooq	144	111
Kujataa	118	121
Total	753	613

Kilde: Personaleadministrationen, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

Hvad angår den faglige sundhedsbetjening af befolkningen, så er der lokale forskelle i og med medarbejderne har forskellige uddannelser og kompetencer. De steder hvor der er problemer med at rekruttere uddannet personale, risikerer servicen til borgerne at forringes selv om der gøres meget for at forsøge at kompensere for manglerne, eksempelvis ved periodevis at sende personale fra regionsbyen til byerne. Men der er også eksempler på at specialkompetencer hos lokalt personale kan medføre en særlig service til borgerne i området, fx samtalerapi til småbørnsforældre der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, eller særlige indsatser ift. palliativ pleje til døende.

Evaluering af Sundhedsreformen 2010

I 2017 gennemførte Center for Folkesundhed i Grønland en evaluering af sundhedsreformen fra ledelsesperspektivet. Overordnet konkluderer evalueringen at de interviewede, efter en krævende overgangsfase, oplever sundhedsvæsenet som mere velorganiseret og sammenhængende, og at *"sundhedsenhederne i regionerne nu [er] blevet mere gennemskuelige, ensrettede og opdateret i forhold til forbrug af ressourcer, udstyr og behandlingstilbud [...]. Der er dog også sundhedscentre der føler sig drænet for ressourcer og stillinger pga. de nedskæringer reformen har medført på de mindre sundhedscentre"* (Ingemann og Larsen, 2018, side 4). En generel udfordring er rekruttering og fastholdelse af personale. En anden udfordring er brugen af telemedicinsk udstyr pga. mangelfulde fysiske rammer og manglende kompetencer blandt personalet til

at betjene udstyret. Generelt er der udfordringer i samarbejde og kommunikation på tværs af ledelser og sundhedsenheder, hvor faglige og kulturelle forskelligheder kan være udløsende.

Evalueringen anbefaler at der sættes ind i forhold til: sammenhæng i ledelse og patientforløb, rekruttering og fastholdelse af personale, erfaringsopsamling, kompetenceudvikling og efteruddannelse samt samarbejdet med kommunerne (Ingemann og Larsen, 2018).

I 2020 gennemførtes en kvalitativ interviewundersøgelse af borgernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen (som det fungerer efter reformen). Formålet var at få et indblik i hvordan adgangen til sundhedsvæsenet opleves, og hvad brugerne oplever som vigtigt i mødet med sundhedsvæsenet, mhp. en langsigtet strategi for brugerinddragelse og brugerevaluering. Undersøgelsen opsummerer resultaterne som følger:

”Interviewundersøgelsen peger på dialog og information som de helt centrale temaer i forhold til både positive og negative oplevelser i sundhedsvæsenet. [...] dialog og information [er] ofte knyttet til sproglige udfordringer, adgang til sundhedsvæsenet, manglende involvering og oplevelse af medansvar for og mistillid til sundhedsvæsenet. Brugere føler sig overordnet set ikke godt nok informeret om, hvilke muligheder og begrænsninger, der er i de ydelser, der kan tilbydes, der hvor de bor. Der er ikke altid overensstemmelse mellem brugernes forventninger og den ydelse, der tilbydes lokalt. Undersøgelsen viser dog samtidig, at mange brugere først og fremmest er taknemmelige for deres sundhedsvæsen og har forståelse for, at det ikke er muligt at tilbyde alle sundhedsydelser i deres lokale sundhedsvæsen. Blandt brugerne er der et udtalt ønske om at kunne tale grønlandsk i mødet med sundhedsvæsenet, men i lige så høj grad et ønske om at blive mødt med en forståelse, tålmodighed og venlighed. Derudover udtrykkes ønske om at medvirke til at skabe et større fællesskab brugere og sundhedsvæsenet imellem” (Olesen m.fl., 2020).

Frontpersonalets oplevelser og erfaringer: resultater

Som tidligere beskrevet er informanterne i undersøgelsen blevet spurgt ind til oplevelser og erfaringer på de områder som sundhedsreformen skal styrke og forbedre. Informanterne har selv sagt været placeret forskellige steder i praksis og haft forskellige opgaver, derfor har alle ikke haft lige stor indsigt i alle områder.

Helt overordnet kan man sige at undersøgelsen tyder på at i et medarbejderperspektiv har reformen effektiviseret nogle arbejdsgange og fremmet brugen af telemedicin således at betjeningen af borgerne i bygderne og bygdepersonalets kommunikation med sundhedscentre og regionssygehuse mange steder er væsentligt forbedret. Men det ser også ud til at reformens hensigt om at lette rekrutteringen ved at skabe attraktive faglige miljøer på regionsygehuse og betjene sundhedscentre derfra, ikke altid virker efter hensigten. Nogle konsekvenser heraf ser ud til at være et besværliggjort tværfagligt samarbejde og vedvarende problemer med fastholdelse af det fastboende personale (og i øvrigt også af vikarer). Der er dog lokale forskelle hvilket der kommer nærmere ind på i analysen.

Hvad angår sundhedsfremme og forebyggelse, så ser det ud til at livsstilsambulatorierne mange steder fungerer rigtig godt, måske især i regionsbyerne. Sundhedsfremme og forebyggelse ser ud til at have sværere vilkår i sundhedscentre og bygderne, i hvert fald varierer indsatsen lokalt, og det er delvist op til det lokale personale og deres kompetencer om indsatsen bliver ført ud i livet.

Sundhedsplejerskers og jordemødres indsatser i byer og bygder ser ud til at variere efter at de er blevet flyttet ind på regionssygehusene.

I det følgende analyseres medarbejdernes oplevelser og erfaringer tematisk i forhold til reformens fokusområder: Regionalisering, brug af telemedicin, rekruttering og fastholdelse, uddannelse og kompetenceudvikling, samarbejdet med kommunerne samt forebyggelse og sundhedsfremme (jf. interviewguiden, bilag 1). I analysen er der fokus på både udviklingsmuligheder og udfordringer. Efterfølgende trækkes nogle mere overordnede temaer ud af materialet og diskuteres med henblik på at styrke et fokus på muligheder for at videreudvikle de eksisterende rammer. Det skal pointeres at da interviewene var styret tematisk af reformens fokusområder, kan der være aspekter af informanternes oplevelser og erfaringer som ikke er belyst, eksempelvis omkring lønforhold.

Regionalisering

Udgangspunktet for at reformere sundhedsvæsenets organisation var at skabe mere robusthed samt forbedringer i forhold til rekruttering, ledelse, styring og faglighed. Regionaliseringen indebar en sammenlægning af 16 sundhedsdistrikter til fem regioner som følger kommuneinddelingen (Departementet for Sundhed, 2010).

Regionsbyerne huser regionssygehusene som har det overordnede ansvar for sundhedsfaglige opgaver i regionen og råder over regionens faglige ekspertise der servicerer sundhedscentre og bygder.

I de små byer er de tidligere sygehuse blevet til sundhedscentre; ifølge redegørelsen for sundhedsreformen skulle sundhedscentrene bevare deres udstyr og kunne opretholde niveauet af behandling, under forudsætning af at der var kvalificeret personale til stede (ibid.). Dette kunne dog forudses ikke nødvendigvis at blive tilfældet da planen også var at samle det specialiserede personale på regionssygehuset.

Bygdekonsultationerne skulle betjenes af specialiseret personale fra sundhedscentre og regionssygehuse gennem besøg, rådgivning og supervision, og diagnostik og behandling skulle udføres i overensstemmelse med bygdemedarbejderens kompetencer.

Ifølge undersøgelsen er kommunikationen mellem de forskellige sundhedsenheder inden for regionerne forbedret ifm. reformen. Desuden ser det ud til at det alle steder fungerer med lægebesøg i bygderne ca. hver 3. måned. Informanterne giver udtryk for at det har forbedret betjeningen af borgerne (der vendes tilbage til dette ifm. telemedicin). Specialistbesøg af jordemoder, sundhedsplejerske, terapeuter osv. varierer; nogle steder er medarbejderne tilfredse, andre steder opleves det at bygderne bliver sprunget over når der er specialistbesøg fra regionssygehuset i sundhedscenteret.

Sundhedscentrene synes at være pressede af regionaliseringen. Mange steder opleves det at omrokingen af personale til regionssygehusene har pålagt de tilbageværende i sundhedscentrene mere arbejde. Nogle oplever at personalenormeringerne er skåret ned ifm. regionaliseringen.

En informant fortæller at før regionaliseringen var det meste personale fast, medarbejderne var generelt tilfredse, og sundhedscenteret var en eftertragtet arbejdsplads. Efter regionaliseringen er meget personale flyttet, og informanten er den eneste sygeplejerske der er tilbage fra tiden før regionaliseringen. Stillingerne bliver besat med vikarer, og det er selvforstærkende fordi

arbejdsvilkårene er så hårde at de færreste kan holde til at være fastansat. Der er skåret ned på sygeplejerskenormeringen, specialisterne kommer ikke i tilstrækkeligt omfang til sundhedscenteret, og det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde nedprioriteres.

En informant i et andet sundhedscenter fortæller at før reformen var sundhedscenteret bemanded med højere uddannet personale. Hun mangler den faglige udvikling der var forbundet med at være sammen med andre faggrupper/højere uddannede; specialistbesøgene kan ikke erstatte den daglige omgang med hinanden. Efter reformen oplever hun desuden at lederne er langt væk: *"Man kan godt føle sig glemt og uden støtte fra kollegerne på regionssygehuset"*.

Dette gælder også et tredje sundhedscenter hvor ledelsen sidder i regionsbyen. Informanten her, som er sundhedsassistent, siger at plejepersonalet mangler ledelsesmæssig opbakning til de mange tunge opgaver de står med fordi ledelsen befinder sig i regionsbyen. I dette sundhedscenter er der ingen læge efter regionaliseringen, mod én før, og der er ingen fastansatte sygeplejersker, heller ikke afdelingssygeplejerske. Regionen søger at løse det ved at sende kvalificeret personale til sundhedscenteret i perioder.

I et fjerde sundhedscenter beretter afdelingssygeplejersken at alle fire sygeplejersker i sengeafdelingen er vikarer der bliver i tre eller seks måneder. Det pålægger det faste personale et stort arbejde med introduktion, tolkning m.m. hvilket afholder de fastboende fra at lade sig fastansætte. Det betyder også at arbejdet kommer til at handle om at *"lukke huller"* i stedet for at der er *"tid til at udvikle på arbejdsgangene"*. Situationen betyder også at vikarerne ikke ønsker at vende tilbage, og der er jævnligt ubesatte stillinger.

En informant i et femte sundhedscenter oplever derimod en god og nogenlunde stabil personalesituation. Her er flere af lægerne og en stor del af plejepersonalet faste, og vikarerne er for fleres, både lægers, andre specialisters og sygeplejerskers, vedkommende nogle der vender tilbage med faste intervaller, *"og på den måde har de allerede kendskab til stedet og har ikke brug for oplæring"*. I disse tilfælde er der ofte heller ikke brug for tolkning hvilket ellers opleves belastende. Informanten siger: *"Jeg synes vi står stærkt pga. de mange faste personaler"* og fremhæver at det nok er en medvirkende årsag til at medarbejderne har lyst til at blive på arbejdspladsen, fordi en fast stab af medarbejdere disponerer for et godt samarbejde.

På tre af de fire regionssygehuse der indgår i undersøgelsen, opleves det at omrokering af personale har givet dem på regionssygehuset mere at lave fordi personalet de små steder henvender sig mere til regionssygehuset. Det burde ikke være et problem i og med at der nu skulle være mere personale på regionssygehuse. Men fx lægerne skal dække ubesatte stillinger på sundhedscentrene, så nogle er væk fra regionssygehuset i perioder. Der er også jævnligt ubesatte stillinger på regionssygehuse og et stigende antal vikarer. På den måde er det ikke nødvendigvis blevet mere attraktivt at blive ansat på regionssygehuse, og der opleves problemer med at rekruttere fastansat personale. I den forbindelse peges der tilbagevendende på at det er begrænset hvad korttidsansatte vikarer kan yde. De har nok at gøre med nu-og-her-opgaver - men det er arbejdet med opfølgning på patientforløb der er tungt og tidskrævende. Der peges også i mange interviews på den store betydning det har for betjeningen af borgerne at personalet er kendt med landets sprog og kultur og sundhedsvæsenets indretning. En informant med 30 års erfaring fra sundhedsvæsenet oplever desuden at introduktion og oplæring af vikarer var mere grundig før i tiden, det mærkes at det er mere overfladisk nu.

En positiv ting, som alle der kommer ind på det i interviewene, nævner, er at gravide i risikogrupper nu kan føde på regionssygehuset. Det opleves nemlig som en belastning at skulle assistere ved en fødsel hvis der ikke er et nødberedskab ved hånden i tilfælde af at noget skulle gå galt.

Brug af telemedicin

Sundhedsreformens fokus på øget brug af telemedicin kan ses som et redskab til reformens hensigter om at styrke den primære sundhedstjeneste mhp. at sikre helhedsorienterede ydelser så tæt på borgeren som muligt, om bedre udnyttelse af personalemæssige og økonomiske ressourcer samt om mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser.

Siden begyndelsen af 00'erne har der været eksperimenteret med telemedicin i Grønland. I perioden 2008-2010 blev der efter politisk beslutning installeret telemedicinsk udstyr på alle lokaliteter med mere end 50 indbyggere. Udstyret blev navngivet 'Pipaluk' (figur 8), som er et grønlandsk pigenavn og betyder 'den omsorgsfulde'. Målet var at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne, herunder bedre visitering, færre undersøgelser, hurtigere diagnostik og behandling, kortere ventetid samt færre patienttransporter. Med telemedicin forventede man at kvaliteten i behandlingen blev øget ligesom telemedicin kunne medvirke til større lighed i adgangen til sundhedsvæsenet, især for borgerne i yderområderne. I opstarten blev udstyret ikke brugt i den udstrækning det var tiltænkt; erfaringerne viste at en succesfuld implementering og drift er afhængig af tilstedeværelsen af engagerede og motiverede medarbejdere der støttes af ledelsen på alle niveauer. Dette blev der arbejdet på i de efterfølgende år, bl.a. med oplæring af personale, og brugen af telemedicin er langsomt øget (Højgaard, 2016).

Figur 8. Pipaluk: Blodtryk, puls, saturation, spirometri, EKG, otoskopi, stetoskopi, digitalt kamera, teksbehandling og skype.



Nærværende undersøgelse viser at det er forskelligt hvor meget Pipaluk bliver brugt i de forskellige sundhedsenheder. De steder hvor telemedicin fungerer, giver personalet udtryk for at det er et uundværligt redskab i hverdagen.

På sundhedscentre og regionssygehuse er der ansat personale til at servicere bygderne via telemedicin. Dette personale har modtaget undervisning og oplæring i brugen af Pipaluk, og hensigten er at de skal oplære personalet i bygderne (hvis de ikke allerede har kompetencerne med fra en eventuel bygdarbejderuddannelse). Dette gennemføres mange steder; andre steder er det opgivet, hvilket er til stor frustration for det bygdeansvarlige personale som havde store forventninger til mulighederne i telemedicin. Der er også det forhold at personalet i bygderne skifter og nyttilkomne ikke nødvendigvis har færdigheder til at betjene det telemedicinske udstyr. En informant peger på at når det er politisk besluttet at indføre telemedicin i alle bygder med over 50 indbyggere, så bør der være større fokus på at oplære bygded medarbejderne i brugen af udstyret.

Der hvor det fungerer, oplever personalet at telemedicin har forbedret servicen i bygderne. Det er en stor fordel at fagpersonalet og patienten kan se hinanden og kommunikere direkte. Fagpersonalet kan lave kliniske observationer, og mange simple undersøgelser kan gennemføres vha. Pipaluk. Det sparer mange patientrejser til sundhedscenteret eller sygehuset.

Telemedicin betyder også at der bliver taget hånd om borgernes henvendelser hurtigt. Når borgerne ikke skal vente i månedsvi, så har de ikke behov for at henvende sig gentagne gange. De telemedicinske konsultationer nedbringer desuden ventelisterne til specialistbesøgene (læger, speciallæger, sundhedsplejersker, terapeuter m.fl.), og det betyder at specialisterne har bedre tid til at tage sig af den enkelte borger når de er på bygdebesøg. Flere af informanterne fremhæver at når medarbejderne har tid til at lytte og anerkender borgernes problemer – ud over den fysiske skade de henvender sig med – så har de ikke brug for at henvende sig igen og igen. De steder hvor Pipaluk bliver brugt konsekvent, siger medarbejderne at borgerne er glade for telemedicin.

Pipaluk bliver brugt til diverse kliniske undersøgelser, men derudover bruges den til meget andet, fx fysioterapi via skype, samtaler mellem patienter og specialister, bl.a. psykolog og psykiater, og sparring personalet indbyrdes.

I forhold til formålet med at indføre telemedicin i et land med en lille og spredt bosat befolkning, så må man sige at de steder hvor det fungerer, der lever det op til formålet. Men det sker ikke uden forhindringer.

Flere blandt bygdepersonalet i byerne fremhæver at det hviler på personalet i byerne at insistere på brugen af telemedicin. Det er gennem den daglige brug af udstyret at det læres og holdes ved lige. Der er altid fast personale i byerne, de må stå for oplæringen af skiftende personale i bygderne. Personalet i bygderne er ikke altid motiverede eller er 'berøringsangste' overfor udstyret. En bygdeansvarlig sygeplejerske peger på at udstyret slet ikke er så svært at lære at betjene og giver eksempler på hvordan hun har oplært personale som ellers er fremmed over for IT.

Det nævnes af flere informanter at det kræver ledelsesmæssig opbakning at bruge tid på bygdekonsultationer og på oplæring af bygdepersonalet i at bruge Pipaluk. På en af sundhedsenhederne blev brugen af Pipaluk opgivet pga. mangel på tid til begge dele. Bygdekonsultationerne foregår nu via telefon og i nogle tilfælde skype. Det betyder at patienter må til regionssygehuset for at få lavet undersøgelser som ellers kunne foretages via Pipaluk.

En anden ting som nævnes af alle der bruger Pipaluk, er at det er et stort problem at udstyret er så gammelt at der ikke kan skaffes reservedele. Nogle steder må visse undersøgelser opgives fordi det pågældende udstyr ikke virker. Informanterne er generelt meget tilfredse med udstyret, men har nogle supplerende ønsker til Pipaluks afløser: lettere apparatur (Pipaluk er tung at arbejde med),

hurtig levering af reservedele, apparatur til måling af CRP (kunne spare penicillin) og til måling af væsketal. Og så pointerer de at der er akut behov for nyt udstyr, det kan ikke vente flere år med en afløser for Pipaluk.

Rekruttering og fastholdelse

Grønland kan pga. befolkningens størrelse ikke uddanne nok specialiseret personale til sundhedsvæsenet. Uddannelser til læge, jordemoder, fysio- og ergoterapeut m.fl. findes ikke i Grønland, og der bliver uddannet mindre end 10 sygeplejersker om året. Sundhedsvæsenet vil således altid være afhængigt af udefrakommende specialister.

Gennem de senere år har der været et stigende forbrug af vikarer. Samtidig bliver det vanskeligere at rekruttere vikarer udefra. Ifølge en udgiftsanalyse fra 2019 er der flere årsager hertil: 1. Læger, sygeplejersker osv. bliver mere og mere specialiserede i Danmark og andre lande og har ikke de generalistkompetencer der er brug for i Grønland, 2. voksende mangel på sundhedspersonale i Danmark og andre lande, og 3. at der ikke uddannes tilstrækkeligt lokalt sundhedspersonale som bliver i Grønland (Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, 2019).

Et af sundhedsreformens formål er at skabe attraktive faglige miljøer med tryghed i et kollegialt fællesskab ved at samle specialiseret fagpersonale på regionssygehusene med udgående funktioner. Det siges i redegørelsen for sundhedsreformen at dette sker på baggrund af erfaringer med at det er lettere at rekruttere personale i længerevarende stillinger til de større sygehuse (Departementet for Sundhed, 2010).

Sundhedsreformen har placeret ansvaret for koordinering af rekruttering og fastlæggelse af en fælles strategi for rekruttering og fastholdelse af personale centralt (Sundhedsledelsen i Nuuk). Der er udarbejdet en rekrutteringsstrategi for sundhedsvæsenet i 2019. Heri hedder det bl.a. at *”alle personalegrupper, hvad enten de er fastansatte, i rotationsordning eller korttidsansatte, på forskellig vis oplever en faglig og personlig udvikling. Det er, og skal være, berigende at arbejde i Sundhedsvæsenet. Det er en ledelsesopgave at tilgodese forskellige ansættelseskategorier og faggrupper, at Sundhedsvæsenet kontinuerligt udvikles, og at de ansatte er motiverede og trives”* (Det grønlandske Sundhedsvæsen, 2019).

Et af problemerne med vikarforbruget er at sundhedsvæsenet ikke uddanner nok fastboende personale. Men ifølge denne undersøgelse ligger der måske et potentiale i at tilrettelægge nogle rammer der gør det mere attraktivt for fastboende at blive i deres jobs, sådan som der også udtrykkes hensigter om i rekrutteringsstrategien.

De fleste informanter i undersøgelsen oplever sig pressede af et stigende antal arbejdsopgaver, et stigende antal korttidsansatte og periodevis ubesatte stillinger⁶. Mange steder siger det faste personale op, og stillingerne bliver besat med vikarer. Det er en ond cirkel fordi jo flere vikarer der er, jo mindre attraktivt er arbejdsstedet. En informant i et sundhedscenter siger at det er svært at opretholde et familieliv pga. arbejdsforholdene. Hun har kendskab til to fastboende sygeplejersker som helt har forladt faget pga. arbejdsvilkårene. En informant i et andet sundhedscenter siger at

⁶ Det skal pointeres at det stigende arbejdspress kan have mange årsager, fx øget forekomst af kroniske sygdomme og øget udbud af behandlinger, og ikke kun kan tilskrives omorganiseringer og øget vikardækning af stillinger frem for fastboende fastansatte.

flere sygeplejersker i byen vælger at arbejde i ældreplejen eller andre steder i kommunen for at undgå overarbejde og vagter på alle tider af døgnet.

Flere informanter peger på at fastboende personale forbedrer kommunikationen, sikrer kontinuiteten, sparer tid til oplæring af nyt personale og sparer penge til overarbejde når der er ubesatte stillinger. Informanterne peger på forskellige forudsætninger der skal være til stede for at fastholde personalet: Faglig udvikling og kurser nævnes af stort set alle, desuden at man føler sig værdsat, at der er fast personale, at der er mindre overarbejde og rådighedsvagter, og at medarbejderne inddrages i beslutninger vedr. arbejdet. Flere informanter giver udtryk for at det skal være sjovt at gå på arbejde. Det bliver det hvis man er personaler nok, hvis man har mulighed for faglig udvikling, hvis man har viden og overskud til at give patienterne en god behandling, og hvis der er tid til at være fleksibel og kreativ i arbejdet. Hvis arbejdspladsen får et ry for at disse forhold er gode, så kan det desuden tiltrække fastboende personale.

Mange informanter har input til hvordan rekruttering af vikarer kan forbedres gennem forventningsafstemning mellem arbejdsstedet og de udefrakommende vikarer. Flere lægger vægt på at nye medarbejdere skal have et realistisk billede af hvad de kommer op til, ikke bare lokkes med naturoplevelser og fritidsaktiviteter. Én mener desuden at det kunne virke motiverende for danske vikarer hvis der blev lagt vægt på at de kan lære noget ift. det danske sundhedsvæsen ved at få erfaringer fra det grønlandske samfund og sundhedsvæsen. Hun mener også at vikarer skal gøres opmærksomme på at *”de kan gøre en forskel i det samfund de kommer til, ikke bare selv få én på opleveren”*. Én fremhæver at der er mange muligheder for initiativer i det grønlandske sundhedsvæsen, som der ikke er i det danske; hun ville ønske at de udefrakommende kunne se det og udnytte mulighederne til gavn for patienterne. Endelig er der flere som peger på det uhensigtsmæssige i at rekruttering foregår centralt; der kunne med fordel være ansættelsessamtaler med medarbejderne på det arbejdssted vikaren ansættes til. I øvrigt foreslår nogle informanter at annoncere efter vikarer i de grønlandske medier – der kunne være fastboende sundhedspersonale som kunne være interesseret i kortere ansættelser.

I forhold til reformens rekrutterings- og fastholdelsesstrategi om at skabe større fagligt attraktive enheder, som så skal betjene de små enheder ved jævnlige besøg, kan man sige at set fra frontpersonalets perspektiver har den strategi overvejende øje for rekruttering af specialiseret personale. Men lige så stort behov er der for at kunne rekruttere plejepersonale, både på sygehusene og i de mindre sundhedsenheder. Dette personale er dem der er tættest på patienterne, så deres sproglige og kulturelle kompetencer er særligt vigtige. Derfor, og pga. de mange udfordringer med korttidsansættelse af udefrakommende, efterlyser informanterne flere fastboende kollegaer, og de har mange input til hvordan de både kan rekrutteres og fastholdes. Man må desuden formode at mere fastboende plejepersonale på regionssygehusene også vil kunne bidrage til at skabe et attraktivt miljø for specialiseret personale dér.

Uddannelse og kompetenceudvikling

Ifølge intentionerne med sundhedsreformen er uddannelse, opkvalificering og vejledning af personalet en af forudsætningerne for at effektivisere og indrette sundhedsvæsenet på en hensigtsmæssig måde (Departementet for Sundhed, 2010). I redegørelsen for sundhedsreformen hedder det at *”den ændrede struktur medfører et behov for videreuddannelse og opkvalificering af*

sundhedsvæsenets personale” (ibid., s. 15). Der er oprettet grund- og overbygningsuddannelser for de fleste personalekategorier, rettet mod de nye behov.

Reformens fokus på kompetenceudvikling er i overensstemmelse med medarbejdernes oplevelser af betydningen af oplæring, kurser og faglig udvikling i det daglige arbejde i denne undersøgelse.

Mange fortæller med tilfredshed om hvordan de er blevet klædt på til arbejdet i bygden eller på sundhedscenteret gennem oplæring på regionssygehuset; nogle steder er der faste halvårslige eller årlige kurser for bygdepersonalet.

Andre fortæller om kurser hvor medarbejderne på tværs af sundhedsenheder i en region bliver samlet til kurser hvor de dels får faglige input, dels får mulighed for at udveksle erfaringer og lære om hinandens forskellige arbejdsbetingelser; fx har medarbejdere i byerne ofte udbytte af at få indsigt i forholdene i de bygder de samarbejder med.

Atter andre fortæller om skypemøder, hvor den bygdeansvarlige sygeplejerske på sundhedscenteret eller regionssygehuset samler bygdemedarbejderne med henblik på at drøfte udfordringer i det daglige arbejde, hvor bygdemedarbejderne ofte står alene med udfordringerne; sådanne møder er både fagligt kvalificerende og en mulighed for kollegial sparring og støtte.

Flere af de interviewede sundhedsassistenter har taget et overbygningsmodul på sundhedsassistentuddannelsen, fx i sundhedspleje eller røntgen. Disse assistenters specialkompetencer synes at blive brugt godt og effektivt og at give assistenterne stor tilfredshed med deres arbejde. Der nævnes ikke noget om lægers og sygeplejerskers eventuelle overbygningsuddannelser ifm. reformen.

Informanterne beretter dog også om udfordringer.

Det er en stor udfordring for mange kortuddannede at de pga. personalesituationen ofte må påtage sig opgaver som er på kanten af deres kompetencer. I og med at vikarsygeplejersker ofte koncentrerer sig om specialiserede kliniske opgaver ift. patienterne, påtager kortuddannede sig desuden ofte opgaver af ledende og administrativ karakter, opgaver som de heller ikke altid føler sig rustet til. Disse medarbejdere efterlyser efteruddannelse, kurser, oplæring og ledelsesmæssig opbakning hertil.

Som der også er peget på i afsnittet om regionalisering, har koncentrationen af højere uddannede på regionssygehusene svækket den faglige sparring på sundhedscentrene og dermed også i bygderne. Desuden giver flere udtryk for at de oplever at udbuddet af kurser er blevet mindre ifm. regionaliseringen. Generelt oplever informanterne mangel på erfaringsudveksling og refleksion, både internt og på tværs af arbejdssteder.

En informant i et sundhedscenter siger: *”Jeg kan godt føle at vi ikke bliver udviklet, og hvis man ikke udvikler sig, men arbejder hele tiden, kan motivationen for at arbejde dale. Og hvis man ikke snakker om arbejdsrelaterede oplevelser, kan man følelsesmæssigt være fyldt til randen, og hvis følelserne fylder for meget, kan lysten til arbejdet blive lille”*. Denne informant peger på at sundhedsarbejde ikke kun handler om undersøgelser og behandling. Medarbejderne møder mange menneskelige problemer og forventninger om at kunne hjælpe – men de føler sig ofte dårligt rustet til det hvilket kan være belastende og demotiverende.

En anden informant kalder muligheden for at mødes med kolleger på tværs af landet for en *”belønning”*. Det kan forstås på den måde at når man knokler med arbejdet i hverdagen, så har man

også brug for fagligt input og kollegialt samvær, på en anden lokalitet og i andre omgivelser end der hvor det daglige slid foregår.

Alle informanterne efterlyser faglig udvikling. Ønsket om mere faglig udvikling går både på kurser om ny viden om sygdom og behandling, fx diabetes og KOL, og færdigheder i at bruge nyt udstyr; men også på muligheden for at erfaringsudveksle på tværs af sundhedsenheder og for fælles at reflektere over udfordringer i arbejdet.

En informant i et sundhedscenter siger at de ufaglærte i bygderne gerne vil tage uddannelse, men at det er svært at tage væk fra forpligtelserne i bygden. Hun opfordrer til at gøre fjernundervisning mulig. Dette kan ses i lyset af et politisk ønske om at alle bygdesundhedsarbejdere skal have en relevant uddannelse (om bygdemedarbejdernes uddannelsesniveau, se Ingemann m.fl., 2020).

En medarbejder i distriktpsychiatrien siger der er et stort behov for efteruddannelse i psykiatrien fordi større forståelse for psykiske sygdomme ruste personalet til en mere professionel tilgang til patienternes problemer.

Endelig efterspørger informanterne at ledelsen bakker op om uddannelse og kompetenceudvikling. Uden ledelsesopbakning slår medarbejdernes egne tiltag ikke nødvendigvis til, eller det bliver tilfældigt om der sker kompetenceudvikling alt efter personalesituationen, arbejdspresset osv. Informanterne efterspørger både prioritering og planlægning af kompetenceudvikling.

Foruden at ruste personalet til opgaverne kan kompetenceudvikling kobles til rekrutterings- og fastholdelsesstrategiens hensigter om at skabe attraktive arbejdspladser gennem personlig og faglig udvikling, og strategiens pointering af at det er et ledelsesansvar at skabe rammer for fastholdelse.

Samarbejdet med kommunerne

Et af fokusområderne i sundhedsreformen er sammenhængende patientforløb. Dette kræver ofte tværsektorielt samarbejde med kommunerne omkring bl.a. ældrepleje og distriktpsychiatri. Disse områder er ikke direkte berørt af sundhedsreformen, men samarbejdet *”vil som hidtil være højt prioriteret af sundhedsvæsenet”* som det hedder i redegørelsen om sundhedsreformen (Departementet for Sundhed, 2010, s. 13).

Det er forskelligt hvordan informanterne oplever samarbejdet med kommunerne alt efter hvilken funktion de selv har i praksis. En sygeplejerske i et sundhedscenter siger det mest er lægerne og hjemmesygeplejerskerne der har samarbejde med kommunen, men at det er hendes indtryk at samarbejdet er udfordrende. En assistent i et andet sundhedscenter omtaler kun kommunen ifm. sundhedsplejerskens og jordemoderens deltagelse i Tidlig Indsats. I den forbindelse peger en informant i et tredje sundhedscenter på at de kommunale sagsbehandlere ofte ikke har en relevant uddannelse inden for socialområdet og derfor har svært ved at holde en professionel distance i sager om børn, hvilket kan skabe konflikter i samarbejdet. Samme informant siger at den elektroniske kommunikation med kommunen fungerer dårligt fordi de kommunale medarbejdere ikke svarer på henvendelser. Hun mener desuden at sygdom blandt sagsbehandlere trækker sagsbehandlingen i langdrag. En informant på et regionssygehus siger at de kommunale medarbejdere ikke har ressourcer eller kompetencer til at løse deres sociale opgaver ift. patienterne, hvorfor de 'lister' dem over på sundhedsvæsenet, som så ikke har tid til at løse *sin* kerneopgave. Andre peger på lignende ansvarsforskydninger mellem ældreplejen og sundhedsvæsenet.

Flere oplever at deres eget personlige samarbejde med kommunen er godt; i den forbindelse peger flere på at samarbejdsrelationer er meget personafhængige. Én fremhæver de gode resultater for patienterne og arbejdsglæden hos personalet når samarbejdet på tværs af kommune og sundhedsvæsen om rehabilitering⁷ lykkes. I den forbindelse fremhæver hun at der også er dygtige medarbejdere i kommunen.

Hvad angår ældreplejen specifikt, så oplever ansatte både i sundhedsvæsenet og i ældreplejen at der er udfordringer.

En generel anke fra begge sider er at personalet i ældreplejen har for lidt eller ingen uddannelse. Det betyder bl.a. at personale fra sundhedscenteret må dosere medicin til de ældre på alderdomshjem. Personalet i ældreplejen må selv klare de fleste sygeplejeopgaver, de bliver nogle steder oplært af personale i sundhedsvæsenet, nogle gange assisteret af en medarbejder fra sundhedsvæsenet. Flere peger på at der er mangel på hjemmesygeplejersker (i et sundhedscenter er stillingen nedlagt). En forstander på et alderdomshjem, som er sygeplejerske, siger der bliver drevet rovdrift på dem i ældreplejen, der har en sygeplejefaglig uddannelse, det giver bl.a. meget overarbejde. Også andre er inde på at ældreplejen mangler sundhedsfaglig bistand⁸, heriblandt terapeuter. Generelt efterlyses efteruddannelse og kompetenceudvikling i ældreplejen som en måde at takle udfordringerne på.

Flere i ældreplejen er inde på at man i de to sektorer taler forbi hinanden fordi der hersker forskellige kulturer i sundhedsvæsenet og ældreplejen. Flere informanter i ældreplejen oplever at der er et uheldigt ældresyn i sundhedsvæsenet; som én siger: *"Gamle er nogen der bare skal dø"*. Dette kan måske delvist forklare hvorfor medarbejderne i ældreplejen ofte oplever vanskeligheder med at få personalet i sundhedsvæsenet til at tage gamles helbredstilstand alvorligt og tage imod dem til indlæggelse på sygehuset/sundhedscenteret.

Ét lokalområde i undersøgelsen skiller sig ud. I denne kommune har der gennem de sidste 2-3 år kørt et projekt med fokus på rekruttering og fastholdelse i ældreplejen, bl.a. gennem kompetenceudvikling af både ledere og medarbejdere. I dette lokalområde er der et godt samarbejde mellem personalet i de to sektorer. Her opleves det at beboere fra alderdomshjemmet bliver prioriteret på sygehuset og har nem adgang til at blive indlagt. Der er også et godt samarbejde via mail og telefon.

Informanten fortæller at i denne enhed er der ikke mangel på personale i ældreplejen, og medarbejderne er stabile. Når nogen forlader jobbet, er det fordi de flytter til en anden by eller går på pension. Samarbejdet internt i ældreplejen er også godt. Ud af 20 plejemedarbejdere er kun to uddannede sundhedsassistenter, den ene er lederen, resten er ufaglærte; men det omtales ikke som et problem. I kraft af det omtalte projekt må man formode at medarbejderne modtager oplæring og kurser. Som led i projektet har lederen desuden været på lederudviklingskurser, og medarbejderne giver udtryk for at det har haft en positiv afsmitning på det daglige arbejde i ældreplejen.

⁷ Det skal pointeres at rehabilitering omfatter alle indsatser for opfølgning på indlæggelse, ikke kun fysisk genoptræning.

⁸ I den forbindelse skal det nævnes at i socialpsykiatrien peges der på at mangel på sundhedsfaglig bistand til beboerne på bostederne medfører mange genindlæggelser på sygehus.

I forhold til reformens mål om at prioritere sundhedsvæsenets samarbejde med kommunerne så ser det ud til at der er flere problematikker i spil: dels er de uddannelsesmæssige ressourcer i de to sektorer meget forskellige, hvor sundhedsvæsenet mener at kommunerne skubber ansvaret for deres egne opgaver over på sundhedsvæsenet fordi de ikke er i stand til selv at løse dem; dels hersker der forskellige kulturer i de to sektorer. Succes'en af samarbejdet kan komme til at afhænge af personlige relationer. De gode resultater af et projekt i ældreplejen i en kommune kunne tyde på at der er brug for indsatser på et strategisk plan for at fremme det tværsektorielle samarbejde (mere herom i diskussionsafsnittet).

Forebyggelse og sundhedsfremme

I redegørelsen for sundhedsreformen beskrives regionssygehusets opgave som overordnet ansvarlig for sundhedstilbuddene i regionen med fokus på diagnostik, akut beredskab, behandling, pleje og forebyggelse samt faglig støtte og supervision til personalet i byer og bygder. Sundhedscenteret skal efter reformen varetage en række opgaver i forbindelse med behandling, pleje, forebyggelse og sundhedsfremme, ligesom bygdepersonalet skal varetage samme slags opgaver alt efter kompetencer (Departementet for Sundhed, 2010). I formålet for sundhedsreformen anføres det at der skal fokuseres *"på sundhedsvæsenets kerneydelse, dvs. det lokale tilbud om udredning, behandling og pleje samt i stigende grad forebyggelse og sundhedsfremme"* (ibid., s. 6, forf.'s understregning). Desuden er det et overordnet formål med reformen at holde folk raske og forebygge sygdom og indlæggelser i sekundær sundhedstjeneste.

I og med at sundhedscentre har færre behandlende medarbejdere end tidligere, må man gå ud fra at sundhedscentre (og bygderne i det omfang der er personale til det) har en vigtig rolle ift. det øgede fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, som reformen varslede (jf. at navnet er skiftet fra sygehus til *sundhedscenter*).

Det er dog ikke entydigt hvad der forstås ved forebyggelse og sundhedsfremme. De fleste informanter relaterer det direkte til etablerede indsatser som livsstilsambulatoriet og sundhedsplejerskers og jordemødres indsatser. Her fremgår det af mange af interviewene at livsstilsindsatser ifm. kronisk sygdom er indført, sat i system og forbedret gennem de sidste 8-10 år. Flere giver desuden eksempler på at faste lokale sygeplejersker som tovholdere ift. kronisk syge sikrer en kontinuerlig og sammenhængende indsats, også i forhold til de mange skiftende vikarlæger. Der er også flere informanter der beretter om systematisk opsøgende arbejde i byer og bygder ift. gravide og nybagte forældre.

Flere informanter fortæller at de laver opsøgende arbejde i byer og bygder og arrangerer sundhedsoplysning. Én har samtaler med de ældre i bygden for at afdække om de har behov for hjælp fra sundhedsvæsenet eller ældreplejen. Én fortæller hvordan hun har arrangeret sundhedsoplysning i bygden som et orienteringsløb for beboerne i stedet for at holde foredrag. Denne informant, som er bygdeansvarlig i sundhedscenteret, arrangerer også rejser til bygderne hvor hun i samarbejde med socialarbejdere og politiet informerer befolkningen om seksuelle overgreb og seksuel sundhed. De beskrevne indsatser sker dog for det meste på medarbejdernes eget initiativ, og flere peger på at sundhedsfremme og forebyggelse ofte må vige ift. pleje og behandling. Dette forstærkes af situationen med mange vikarer, som løser opgaver ift. pleje og behandling, men som oftest ikke har forudsætningerne for at lave sundhedsfremme og forebyggelse

i Grønland. Flere informanter i sundhedscentre anfører at manglen på personale eller besættelsen af stillinger med vikarer gør det svært at holde fast i at gennemføre indsatser som livsstilsambulatoriet eller opsøgende arbejde og sundhedsoplysning. I de sundhedscentre som er hårdt ramt af personalemangel og/eller mange vikarbesatte stillinger, mener informanterne ikke der foregår noget på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Adspurgte herom siger en sygeplejerske: *”Det har vi meget lidt af – man kan godt sige at det har vi ikke”*. Her menes der sundhedsfremme og forebyggelse i form af opsøgende arbejde og sundhedsoplysning. Det er noget som mange informanter fremhæver at der er brug for – befolkningen har brug for viden om fx sundhed og livsstil, samt forebyggelse af selvmord og seksuelle overgreb. Flere peger på at mere viden, også om sundhedsvæsenets tilbud og funktionsmåde, ville kunne skabe tryghed i befolkningen de steder hvor der ikke er akutberedskab.

Ift. sundhedsreformen, så lader det til at regionaliseringen i sig selv nogle steder har forringet, eller i hvert fald ikke forstærket fokus på forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på sundhedscentrene og i byggerne. Som en informant i et sundhedscenter siger: *”Jeg havde ellers glædet mig til at nu bliver vi sundhedscenter, og ikke et sygehus, nu skal vi have en masse sundhedsfremmende arbejde også – men det er ikke rigtig blevet sådan”*. Der synes at være en modsætning mellem reformens formål om at styrke sundhedsfremme og forebyggelse og så at flytte sundhedsplejersker og jordemødre fra sundhedscentrene til regionerne. Flytning af personale har understøttet centraliseringen, men man har ikke på tilsvarende vis understøttet forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet decentralt. Her er det flere steder op til det lokale personale, som dog ofte er presset af opgaver med pleje og behandling. Der efterlyses ledelsesmæssig opbakning til at insistere på et fokus på sundhedsfremme og forebyggelse.

Opsummering af resultater

Ud fra det interviewede frontpersonales perspektiv er hensigterne med regionaliseringen ikke helt nået i mål hvad angår rekruttering, ledelse, styring og faglighed. Der er ikke på alle regionssygehuse skabt de fagligt stærke miljøer som skulle tiltrække fastansat personale, tværtimod opleves det at antallet af vikarer er stigende på flere regionssygehuse. Sundhedscentrene oplever et svækket fagligt miljø og ligeledes et stigende antal vikaransættelser. Fra frontpersonalets perspektiv opleves ledelsen ikke som styrket, men flere steder svækket. Fagligt ser lægebetjeningen af byggerne ud til at være forbedret mange steder.

Udbredelsen af telemedicin er svingende. Men der hvor telemedicin fungerer oplever frontpersonalet at den primære sundhedstjeneste er styrket i byggerne, og at borgerne i byggerne får en betjening der er mere lige med den betjening der kan tilbydes i byerne ift. undersøgelser, behandling og ventetider, samtidig med at flere ydelser foregår tæt på borgeren. Der er udfordringer ift. forældet udstyr og manglende oplæring af bygdepersonale i at betjene udstyret.

En af ideerne med sundhedsreformen er at blive i stand til at tiltrække medarbejdere ved at skabe større enheder som er fagligt interessante og giver tryghed gennem kollegial støtte. Denne strategi kan siges at overse betydningen af fastboende plejepersonale, også på de mindre sundhedsenheder; plejepersonalet peger bl.a. på faglig udvikling, anerkendende og inddragende ledelse og mindre arbejdspress som forudsætninger for at rekruttere og fastholde fastboende personale.

Sundhedsreformen lægger vægt på personalets udvikling af deres kompetencer til at løse opgaverne. Undersøgelsen viser at kompetenceudvikling skaber resultater ift. patienterne/borgerne og arbejdstilfredshed og motivation hos personalet; og at mangel på kompetenceudvikling og fælles faglig refleksion skaber problemer med at løse opgaverne og frustration blandt personalet. Der efterlyses ledelse af kompetenceudvikling hvilket er i overensstemmelse med sundhedsvæsenets strategi på fastholdelsesområdet.

Hvad angår samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne så er der udfordringer ift. forskelle i kompetencer og arbejdskultur og menneskesyn. Tværsektorielt samarbejde er en vedvarende udfordring og har ikke noget specifikt med sundhedsreformen at gøre, men nævnes som en forudsætning for sundhedsvæsenets sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. At få samarbejdet til at fungere tilfredsstillende kræver strategisk stillingtagen på et højere ledelsesplan, det kan ikke overlades til frontpersonalet alene at løse problemerne.

Sundhedsfremme og forebyggelse har gennem en del år være indbygget i sundhedsvæsenets strukturer gennem indsatser ift. børnefamilier, livsstil m.m. med deltagelse af bestemte faggrupper. Ifølge sundhedsreformen skal fokuset på sundhedsfremme og forebyggelse opprioriteres mhp. at opfylde et vigtig formål med reformen, nemlig at lette presset på den sekundære sundhedstjeneste. Regionaliseringen synes i nogen grad at modarbejde dette formål. Individuelle indsatser blandt frontpersonalet peger på muligheder for opsøgende arbejde og sundhedsoplysning, men de skal bakkes op ledelsesmæssigt.

Diskussion af udviklingsmuligheder

Sundhedsvæsenet i Grønland er unikt. Befolkningen på 56.000 er spredt i ca. 75 byer og bygder over 2 mio. km² – alligevel er sundhedsvæsenet til stede i et eller andet omfang på alle beboede steder (selvom der periodevis kan være ubesatte stillinger i nogle bygder). Alle steder har befolkningen mulighed for at komme i kontakt med sundhedsvæsenet døgnet rundt.

Sundhedsvæsenet inkluderer foruden forebyggelse, diagnosticering, behandling og pleje også almen lægepraksis, hjemmesygepleje og tandpleje og –behandling. Alle ydelser i sundhedsvæsenet inklusive medicin og tandlægeydelser er gratis.

Sundhedsvæsenet som organisation er lille (ca. 1600 stillinger), og der er kort vej fra øverste ledelse til medarbejdere i byer og bygder. Brugen af teknologi er langt fremme; telemedicin indførtes allerede i 00'erne og er under stadig udbygning, og siden 2015 har hele landet været dækket af en fælles elektronisk patientjournal.

Udfordringerne for sundhedsvæsenet er velkendte: Mangel på fastboende, uddannet personale og en udvikling i sygdomsmønsteret hen mod et stigende antal ældre samt kronisk syge bl.a. som følge af livsstil. Siden 00'erne har der været gjort en stigende indsats ift. livsstil gennem livsstilsambulatorier ved sygehuse og sundhedscentre; senest er der i 2020 etableret en filial af Steno Diabetescenter i Nuuk med planer om en øget indsats over for livsstilssygdomme samt et øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme.

Den omfattende omorganisering af sundhedsvæsenet med sundhedsreformen 2010 har ifølge Center for Folkesundhed i Grønland's evaluering i 2017 betydet at sundhedsenhederne i regionerne nu er blevet mere gennemskuelige, ensrettede og opdaterede ift. forbrug af ressourcer, udstyr og behandlingstilbud. Evalueringen peger på forbedringsmuligheder ift. rekruttering og fastholdelse,

sammenhæng i ledelse og patientforløb på tværs af sundhedsenheder, bedre samarbejde med kommunerne samt kompetenceudvikling af medarbejderne (Ingemann og Larsen, 2018). Disse forbedringsmuligheder stemmer meget godt overens med hvad informanterne i nærværende undersøgelse har peget på. Indsigten i medarbejderperspektiver har desuden peget konkret på hvordan indsatser på disse områder kan udvikles. Dette skal diskuteres i det følgende.

Fastholdelse af medarbejdere

Det ser ud til at være en udfordring at holde på det fastboende personale pga. den store gennemstrømning af vikarer fordi det giver de fastansatte en større arbejdsbyrde. Det ender med at blive en ond cirkel med øget arbejdsbyrde i form af introduktion af vikarer, ledelsesopgaver og opfølgning og andet arbejde ift. patienterne som vikarerne ikke kan påtage sig, øget vagtbyrde og overarbejde samt mindre eller ingen tid til forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser. På den måde bliver medarbejderne tappet for ressourcer; der er brug for at finde bæredygtige måder at bruge medarbejderne på, hvor deres ressourcer bliver brugt konstruktivt og deres arbejdsglæde dermed bliver fremmet. I det følgende gennemgås faktorer af betydning for fastholdelse af medarbejderne.

Et meningsfuldt arbejde

Medarbejderne oplever i deres daglige arbejde at der er et stort behov i befolkningen for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering; dette skal prioriteres hvis medarbejderne skal kunne fastholde det meningsfulde i deres arbejde.

Forebyggelse og sundhedsfremme varetages bl.a. af jordemødre og sundhedsplejersker; i og med disse personalegrupper de fleste steder er flyttet fra sundhedscentrene til regionssygehusene, er forebyggelse og sundhedsfremme ift. børnefamilier forringet i nogle sundhedscentre og bygder fordi det udgående arbejde fra regionssygehuset ikke prioriteres. Dette er noget der mærkes også af de medarbejdere som ikke har noget specifikt med indsatserne at gøre. Undersøgelsen peger på at der ligger et potentiale i at opprioritere den telemedicinske kontakt mellem specialisterne på regionssygehuset, personalet på sundhedscenteret og i bygden og hvis muligt direkte med borgerne. De gode erfaringer med fysioterapi og samtaler mellem specialister og patienter via skype ville kunne overføres til forebyggelses- og sundhedsområdet (der hvor det ikke allerede sker).

En anden etableret indsats ift. forebyggelse og sundhedsfremme er livsstilsambulatorierne. Det fremgår ikke klart af undersøgelsen hvordan livsstilsrådgivning foregår på forskellige sundhedsenheder, men indtrykket er at den foregår i selvstændige livsstilsambulatorier på regionssygehusene, mens den de mindre steder skal integreres i den almindelige ambulatoriefunktion. De steder hvor der er deciderede livsstilsambulatorier synes indsatsen at være højt prioriteret og kvalificeret. De mindre steder synes indsatserne at være svingende og afhængige af det pågældende steds arbejdspress og prioriteringer. Undersøgelsen viser at selv om medarbejderne ikke er direkte involveret i livsstilsarbejde, så mærker de konsekvenserne for borgerne af manglende indsatser, hvilket opleves demotiverende af medarbejderne. Undersøgelsen peger dermed på et behov de mindre steder for ledelse og prioritering af livsstilsarbejde.

Et tredje aspekt af sundhedsfremme og forebyggelse som der peges på i undersøgelsen, er generelt opsøgende og oplysende arbejde. De steder hvor medarbejderne udfører denne form for

sundhedsfremme og forebyggelse, opleves det som en stor tilfredsstillelse fordi det forekommer meningsfuldt og nødvendigt for befolkningen. Andre steder forekommer den slags indsatser ikke. Undersøgelsen indikerer derfor at opsøgende og oplysende sundhedsarbejde kunne være en del af en overordnet strategi i stedet for som nu at være op til medarbejdernes eget initiativ. Det ser nemlig ud til at det kan være svært for den enkelte at prioritere i en praksis der i forvejen er presset og derfor kræver opmærksomhed på mere akutte opgaver.

Hvad rehabilitering angår, så fremgår det at indsatser under indlæggelse ofte ikke følges op efter udskrivelse. Dette kan opleves frustrerende af medarbejderne. Rehabilitering er endnu ikke prioriteret økonomisk fra centralt hold. Men der foreligger et forslag til en strategi på området fra 2017 (Departementet for Sundhed, 2017). Denne strategi rummer mange forslag til tiltag som ville kunne iværksættes uden økonomiske omkostninger, fx gennem et bedre samarbejde med kommunerne og gennem inddragelse af patienter og pårørende (vedr. inddragelse, se Mougaard-Frederiksen & Seibæk, 2021; Seibæk, 2021). Undersøgelsen peger dermed på at en rehabiliterende indsats til gavn for borgerne i tilgift vil kunne medvirke til en oplevelse af meningsfuldhed i sundhedsarbejdet.

Generelt kan man sige at relevansen af indsatser ift. befolkningens behov har en tæt sammenhæng med medarbejdernes oplevelse af meningsfuldhed i deres arbejde. En opprioritering af forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering vil derfor kunne medvirke til fastholdelse af personalet.

Betydningen af kompetenceudvikling for fastholdelse

Kompetenceudvikling er en vigtig betingelse for fastholdelse af det fastboende personale. I og med ekspertisen ikke er lige ved hånden de små steder, så er der et øget behov for oplæring, kurser og faglig sparring. Hvis ikke man er klædt fagligt på til at løse sine opgaver, og hvis man ikke har mulighed for at diskutere udfordringer i arbejdet, også menneskelige og følelsesmæssige, med kollegaerne, så kan man miste motivationen til arbejdet. Omvendt viser undersøgelsen at kompetenceudvikling øger muligheden for at beherske sine funktioner og giver arbejdsglæde. Desuden viser undersøgelsen at den faglige og personlige udveksling mellem den telemedicinansvarlige på sygehuset/sundhedscenteret og personalet i bygderne har stor betydning for bygdepersonalet, fordi de står alene med arbejdet i bygden. Der ligger derfor et stort udviklingspotentiale i at opprioritere kompetenceudvikling. Kurser kan sigte på at give personalet øget indsigt i behandlinger og beherskelse af udstyr. Nok så vigtigt for medarbejdernes motivation er det at kompetencer udvikles i forhold til lokalområdets behov. Undersøgelsen peger på betydningen af at personalet i en region samles til kurser hvor der både undervises og også erfaringsudveksles og diskuteres fælles og forskellige muligheder og udfordringer i forhold til befolkningens behov for indsatser. Denne tilgang til kompetenceudvikling understøttes af arktisk forskning om rekruttering og fastholdelse af personale i tyndtbefolkede områder. De muligheder forskningen peger på er bl.a.: at det der læres, er relevant ift. at kunne betjene befolkningen i det pågældende område - en betjening som kræver en bred vifte af færdigheder - at personalet de små steder bryder isolationen ved at socialisere og lære sammen med kollegaer, og at det på denne måde bliver lettere at rekruttere faste medarbejdere fra lokalområdet (Abelsen m.fl., 2009).

Forskningen peger også på at for at kunne rekruttere lokalt personale er det nødvendigt at støtte lokale i at gennemføre en uddannelse (ibid.). Ifølge nærværende undersøgelse er det for bygdepersonalets vedkommende en udfordring at forlade familien og andre forpligtelser for at tage på uddannelse i Nuuk. Her ligger der et potentiale i at etablere bygdearbejderuddannelsen som en fjernuddannelse, hvilket også understøttes af en nylig kvalitativ undersøgelse af bygdepersonalets uddannelsesniveau (Ingemann m.fl., 2020).

Reformen har fokus på rekruttering og fastholdelse af specialister på regionssygehusene, som så skal betjene sundhedscentre gennem udgående funktioner. Dette kan være fuldstændig relevant og fornuftigt i et lille, spredt sundhedsvæsen. Men dette specialist-orienterede fokus kan dog komme til at skygge for betydningen af det kortere uddannede personales indsats. En informant i undersøgelsen, som var læge på et regionssygehus, pegede på at fastboende, grønlandssprogede sygeplejersker i ambulatoriet faktisk var de bedst egnede til at være tovholdere på kronisk syge patienters forløb (en patientgruppe som er i stærk vækst). At sygeplejerskerne skulle rådføre sig med skiftende udefrakommende vikarlæger var af mindre betydning, sagde informanten, så længe sygeplejerskerne var gennemgående personer for patienterne. Succes'en med denne ordning kunne tyde på at en større satsning på det fastboende personale vil kunne betale sig i et sundhedsvæsen hvor der i al fremtid vil være behov for udefrakommende specialister. Fastboende sygeplejersker er dog en mangelvare mange steder, men også sundhedsassistenter, sundhedshjælpere og bygdearbejdere vil kunne påtage sig centrale opgaver ifm. kronisk syge, hvis de får efteruddannelse og løbende kompetenceudvikling og har mulighed for jævnlig sparring med deres sygeplejefaglige kolleger og specialisterne. At give kortere uddannet personale kompetencer til at kunne varetage sådanne opgaver vil være en kilde til arbejdstilfredshed og kan disponere for at medarbejderne bliver i jobbet. Dette understøttes af de informanter i nærværende undersøgelse, som har fået efteruddannelse, og hvis efteruddannelse bruges konstruktivt på arbejdspladsen.

Muligheder for øget brug af telemedicin

Telemedicin er et uundværligt redskab og bliver jo også brugt i vid udstrækning mange steder. Men andre steder mangler telemedicin forankring i det daglige arbejde hvilket er utilfredsstillende for medarbejderne. De oplever ulemperne for patienterne som må foretage unødvendige rejser, og som ikke får den kontakt til sundhedspersonalet, som telemedicin ellers giver mulighed for. Her peger undersøgelsen på betydningen af de bygdeansvarlige på sygehuse og sundhedscentre; de har en nøglerolle i oplæringen og vedligeholdelsen af færdigheder til at håndtere udstyret hos bygdepersonalet. Det kræver dels nogle pædagogiske kompetencer af de bygdeansvarlige, som de muligvis ikke er oplært i; dels kræver det tid og er således afhængigt af ledelsens prioritering og opbakning. Ifølge undersøgelsen har nogle af de bygdeansvarlige succes med at oplære de sommetider 'teknologiforskrækkede' medarbejdere i bygderne. Et led i oplæringen af de bygdeansvarlige til deres pædagogiske opgave kunne derfor være fælles kurser for de bygdeansvarlige hvor de bl.a. kunne udveksle sådanne erfaringer og lære af hinanden.

Et andet forhold, som mange lægger vægt på i undersøgelsen, er at det telemedicinske udstyr er forældet og mangelfuldt, og at det haster med at få det udskiftet hvis telemedicin skal opretholdes. Ifølge Michael Lynge Pedersen, lægefaglig centerleder af Steno Diabetescenter Grønland, er der udviklet et udstyr som afløser for Pipaluk, som opfylder mange af medarbejdernes ønsker til

opdateret udstyr, og hvor der er lagt vægt på at det er nemt at betjene. Udrulningen af udstyret begynder nu (2022) og planlægges at være fuldt implementeret i 2024⁹.

Undersøgelsen peger på at hvis der ledelsesmæssigt prioriteres tid til udvikling af telemedicin, både kompetencemæssigt og udstyrmæssigt, sådan som medarbejdernes oplevelser peger på et behov for og ønske om, så vil det øge medarbejdernes muligheder for at betjene befolkningen og dermed øge arbejdstilfredsheden og motivationen til at blive i jobbet.

Normeringer

En anden ting der skal fremhæves ifm. fastholdelse af medarbejdere, er den nednormering af specialister, heriblandt sygeplejersker, som nogle sundhedscentre har oplevet ifm. regionaliseringen. Det arbejdspress som opleves, kan muligvis afhjælpes ved at vikarer erstattes af fastansat personale; men det kunne også nogle steder tages op til fornyet revision om normeringerne passer til arbejdsbyrden. Ifølge undersøgelsen er det sundhedscenter, der er bedst normeret og har bevaret specialisterne efter regionaliseringen, også det center der fungerer bedst ift. medarbejdernes oplevelse af deres arbejdsforhold og dermed i sidste ende deres tilbøjelighed til at blive i jobbet (og vikarernes tilbøjelighed til at vende tilbage). Der kan være mange andre forhold der spiller ind, fx lokalbefolkningens forventninger og behov, kvaliteten og stabiliteten af centerets ledelse og brugen af telemedicin; men betydningen af normeringer og fordelingen af personale mellem hhv. regionssygehus og sundhedscentre bør tages op til overvejelse.

Fastholdelse af både fastboende medarbejdere og vikarer

Hvis det lykkes at forbedre arbejdsforholdene for det fastboende personale, at prioritere arbejdsopgaverne, at øge brugen af telemedicin og styrke kompetenceudvikling, og hvis det herigennem også bliver lettere at rekruttere mere fastboende personale og skruer ned for vikarforbruget – så er det muligt at en stab af fastboende, fagligt kompetente 'basismedarbejdere' også vil kunne have en fastholdende effekt på de udefrakommende korttidsansatte specialister. For udefrakommende specialister har det betydning for deres lyst til at lade sig ansætte i det grønlandske sundhedsvæsen, at de kan føle sig trygge ved at det lokale personale har kontrol med situationen og er fagligt kompetente. Hvis det faste personale er bevidste om deres kompetencer, og om hvornår der er behov for at inddrage specialister, så må man formode at det er lettere og mere trygt for vikarer at udfylde deres funktion.

Opsummerende kan man sige at en indsats for fastholdelse af personale på de ovenfor nævnte områder sandsynligvis vil kunne øge antallet af fastansatte, fastboende medarbejdere og samtidig forbedre forholdene for vikarerne på måder der kan få dem til at tage længere vikariater, vende tilbage til arbejdsstederne og for norges vedkommende evt. lade sig fastansætte¹⁰.

⁹ Michael Lyng Pedersen på et møde med Sundhedskommissionen 16. december 2021.

¹⁰ Disse resultater vedrørende fastholdelse af medarbejderne understøttes af et møde mellem ni repræsentanter for PPK og Sundhedskommissionen i december 2021. Repræsentanterne fremlagde en række forhold som de mener stiller sig i vejen for fastholdelse: Mangel på faglig udvikling, mangel på kompetent ledelse med visioner for fremtiden, alt for stor vagtbelastning mange steder på kysten, mangel på introduktion til nye medarbejdere og manglende inddragelse af medarbejderne i planlægning og strategisk udvikling; desuden nævntes mangel på kvalificeret håndtering af ansættelseskontrakter, løn m.m.

Det skal siges at situationen for bygdarbejdere adskiller sig væsentligt fra situationen for medarbejderne på sundhedscentre og sygehuse. Det ligger uden for denne undersøgelses rammer at gå nærmere ind i problematikken.

Vægt på fagligheden ved rekruttering af vikarer

Centralt bliver der arbejdet med rekruttering, og der er allerede gode resultater ift. at rekruttere gennem mere direkte kommunikation med potentielle vikarer fra Danmark. Dette kan yderligere forbedres. I det følgende gennemgås hvordan.

Som nævnt foregår ansættelsen af vikarer centralt. Her peger undersøgelsen på at der ligger muligheder i at afstemme vikarenes forventninger til arbejdet gennem bedre kommunikation med det konkrete arbejdssted vha. ansættelsessamtaler. Her kan vikarerne få et mere realistisk billede af hvad de kommer op til. Desuden bør ansættelsessamtaler have mere fokus på hvordan vikarer kan bidrage til udviklingen af servicen ift. borgerne og ikke så meget på muligheder for fritidsaktiviteter. Det er måske en undervurdering af vikarer at de skal 'lokkes' til Grønland med naturoplevelser og lignende. Der kunne lægges mere vægt på vikarenes faglige bidrag og udbytte. Fagligt er der nemlig mange muligheder for initiativer i det grønlandske sundhedsvæsen, som der måske ikke er i Danmark hvor sundhedsvæsenet er mere specialiseret og derfor underlagt flere procedurer og retningslinjer. Ligeledes kan vikarerne have udbytte af at lære om andre måder at lave sundhedsarbejde på; der er fx gode muligheder for at udvikle generalistkompetencer, bl.a. med fokus på en helhedsorienteret tilgang til patienterne.

Informanterne i en undersøgelse af vikarers oplevelse af deres ansættelse i det grønlandske sundhedsvæsen pegede alle på det gode samarbejde med de lokale medarbejdere (Aljjakly, 2020). Dog ved vi fra nærværende og andre undersøgelser (fx Mougard-Frederiksen og Aagaard, 2020) at de lokale medarbejdere også oplever samarbejdet med vikarer som en belastning pga. meget ekstraarbejde. En ansættelsessamtale med det konkrete arbejdssted kunne bl.a. have fokus på hvordan samarbejdet etableres således at alles ressourcer udnyttes bedst muligt.

Endelig peges der i undersøgelsen på muligheden for at rekruttere grønlandske vikarer gennem grønlandske medier.

Forbedret samarbejde med kommunerne gennem fælles læring

Undersøgelsen fra medarbejderperspektivet peger generelt på især to udfordringer i samarbejdet: manglende kompetencer hos personalet i kommunerne samt kulturforskelle mellem de to sektorer. På Sundhedskommissionens møde i februar 2021 var samarbejdet med kommunerne på dagsordenen. Der var indlæg fra fagchefen for Handicap og Socialpsykiatri i Kommuneqarfik Sermersooq samt fra landslægen og repræsentanter for DIH og DIS. Alle parter havde nogle pointer som denne undersøgelses resultater skal diskuteres op imod.

Alle pegede samstemmende på udfordringerne med uligheden i de sundhedsfaglige kompetencer i hhv. sundhedsvæsenet og kommunerne. Der blev desuden peget på vanskeligheder med at etablere et samarbejde; fra kommunens side fremhævedes manglende viden om kommunens tilbud i

sundhedsvæsenet, fra sundhedsvæsenets side pegedes der på vanskeligheder med at finde vej i kommunens organisation¹¹.

Fra landslægens side blev der udtrykt en forventning om at de sundhedsfaglige opgaver i ældreplejen og på bostederne for handicappede og psykisk syge vil øges, og at kompetenceniveauet hos det kommunale personale ikke vil blive hævet tilstrækkeligt i de kommende år. Spørgsmålet blev derfor stillet om ansvaret for de sundhedsfaglige opgaver skal flyttes til sundhedsvæsenet, evt. om alle sundhedsfaglige specialister skal samles i sundhedsvæsenet og servicere hele befolkningen. Repræsentanterne for DIH/DIS opfordrede derimod til øget brug af samarbejdsaftaler mellem sundhedsvæsenet og kommunerne som et målsættende og forpligtende arbejdsredskab til et forbedret samarbejde, et redskab de havde gode erfaringer med. Ligeledes gik fagchefen fra kommunen ind for en forbedring af samarbejdet. Hun var især optaget af kompetenceudvikling på tværs af sektorerne samt kommunikation. Det er netop disse to områder som medarbejderne i undersøgelsen sætter fokus på, derfor gengives fagchefens forslag til forbedringer her:

- Undervisning/oplæring på tværs af sundhedsvæsenet og den pågældende kommune.
- Temadage på tværs.
- Muligheder for sidemandsoplæring, både til faglærte og ufaglærte medarbejdere, hvor medarbejderne fra enten sundhedsvæsenet eller kommunen kan komme i praktik og blive oplært i at udføre specifikke opgaver.
- Fortsat muligheder for at uddanne hjemmehjælpspersonale igennem Realkompetence-vurdering ved PI (Center for Sundhedsuddannelser).
- Muligheder for at også ufaglært personale kan tilmelde sig forskellige kurser på PI, som er relevante for deres arbejde – ansatte i hjemmehjælpen, på plejehjem, i støttekorps og kommunale botilbud.
- Tværfaglige samarbejds møder spredes mere ud til hele landet – eventuelt online samarbejds møder.
- Vigtigt at begge parter får informeret nye medarbejdere om indgåede samarbejdsaftaler og procedurer for at sikre den gode service til borgerne

(gengivet efter powerpoint-oplæg på Sundhedskommissionens møde 10. februar 2021).

Herudover påpegede fagchefen at personalet i sundhedsvæsenet ved for lidt om hvad kommunerne kan tilbyde, og hvad de ikke kan tilbyde.

Nærværende undersøgelse sætter fokus på et vellykket projekt i ældreplejen, som bl.a. har forbedret samarbejdet mellem ældreplejen og sundhedsvæsenet. Her synes det at være af afgørende betydning at projektet har fokus på kompetenceudvikling af medarbejderne, personalepleje samt på ledernes kompetencer. En nærmere undersøgelse af projektet viser at pejlemærkerne er kommunens ældrestrategi og en fælles fastlæggelse mellem ledere og medarbejdere af et værdigrundlag for arbejdet (Notat om udviklingsprojekt i ældreplejen, 2021). Fokus er samarbejdet omkring borgerne med hvad det indebærer af kompetenceudvikling og personlig udvikling, samarbejde på tværs af faggrupper, fleksibilitet og inddragelse af medarbejderne i arbejdsplanlægningen m.m. Som

¹¹ To af oplæggene handlede om samarbejdet specifikt mellem sundhedsvæsenet og Kommuneqarfik Sermersooq. Men Sundhedskommissionens kystrejse i juni 2021 har peget på lignende vanskeligheder i de andre kommuner (Rejserapport, 2021).

grundlag og forudsætning for at udviklingen kan gennemføres, er lederudvikling og samarbejdet mellem lederne højt prioriteret. Projektet har bl.a. ført til et højnet fagligt niveau, øget ansvarlighed og arbejdsglæde hos medarbejderne, nedsat sygefravær og tilfredse brugere. Desuden er det blevet meget nemmere at rekruttere nye faglærte medarbejdere, og ufaglærte medarbejdere er begyndt at tage uddannelse (ibid.).

I nærværende undersøgelse peges der på at der i denne kommune er et godt samarbejde mellem ældreplejen og sundhedsvæsenet, og der tales ikke om forskellige ældresyn eller kulturforskelle. I lyset af beskrivelsen af projektet kan man gøre sig nogle antagelser om grundene hertil: I og med at de kommunale medarbejdere udvikler deres sundhedsfaglige kompetencer, så har de ikke så meget brug for sundhedsvæsenets indsatser ift. fx medicindosering, sårpleje m.m. Dette kan frigive tid i sundhedsvæsenet og på den måde måske medvirke til en mere positiv indstilling til ældreplejen. Der er muligvis slet ikke tale om forskellige ældresyn og forskellige arbejdskulturer i hhv. sundhedsvæsenet og kommunerne, men simpelthen om at de to sektorer er afhængige af at arbejde sammen om sundhedsfaglige opgaver, og at kommunen her mangler tilstrækkelige sundhedsfaglige kompetencer. Samtidig kan man sige at de kommunale medarbejdere ofte har en viden om borgerne som sundhedsvæsenet mangler, fx ift. forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Hvilke vilkår har borgerne for at håndtere deres liv med sygdom i hverdagen, hvilke muligheder er der i lokalsamfundet osv.? Denne viden er det dog måske ikke helt så tydeligt for medarbejderne i sundhedsvæsenet at de har brug for. I en sundhedspraksis hvor diagnosticering, behandling og pleje er i centrum, risikerer viden om patienternes liv i hverdagen ikke at blive tillagt værdi og efterspurgt. Men hvis sådanne former for viden bliver udvekslet mellem sektorerne, så kan der åbnes op for at personalet i sundhedsvæsenet får øje på usete muligheder. Det kan erfaringer fra Danmark illustrere:

I Danmark har man gennem de sidste ca. 10 år haft fokus på samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne gennem fælles læring og kompetenceudvikling, under ét kaldet Fælles Skolebænk. Ifm. et projekt blev otte sygeplejersker fra sygehuset og hjemmeplejen i en kommune udvekslet mellem de to sektorer i to uger. Under udvekslingen fulgte sygeplejerskerne en kollega fra den modsatte sektor i det daglige arbejde med særligt fokus på samarbejde og kommunikative processer. I den efterfølgende evaluering gennem et gruppeinterview med de deltagende sygeplejersker var der enighed om at udvekslingen havde haft stor betydning for deltagerne. De havde fået større indsigt i hinandens arbejdsvilkår og i forhold af betydning for samarbejdet og kvaliteten af plejen. De kommunale sygeplejersker fortalte at de ofte havde følt at samarbejdet ikke var ligeværdigt på grund af sygehus-sygeplejerskernes dybe specialistviden. Men udvekslingen bidrog til at sygeplejerskerne blev bevidste om at der i begge sektorer findes vigtig viden og mange forskellige kompetencer. At mærke modsatte sektors rammer og arbejdsvilkår på egen krop havde ifølge sygeplejerskerne øget forståelsen og respekten for hinandens arbejde og givet anledning til at kvalificere sygeplejen i egen praksis. En anden konklusion gik på at udvekslingen ifølge deltagerne havde bidraget til viden om nye tværsektorielle samarbejds-muligheder, og til forståelsen af hvordan de enkelte ydelser afhænger af hinanden og ikke kan stå

alene hvis patientforløbet skal hænge sammen og være af kvalitet (Tousig m.fl., 2020)¹². De samme erfaringer ville kunne gøres i en grønlandsk kontekst med inddragelse af også kortuddannede medarbejdere: en større forståelse og respekt for hinandens arbejdsopgaver, og for at begge sektorer rummer vigtig viden af betydning for patienter og borgeres muligheder for at håndtere et sygdomsforløb med både forebyggelse, behandling, rehabilitering og sundhedsfremme. Mange af fagchefens forslag til samarbejde mellem sundhedsvæsenet og Kommuneqarfik Sermersooq rummer netop sådanne potentialer.

Endelig skal der peges på endnu en lære der kan drages af det omtalte udviklingsprojekt i den kommunale ældrepleje: Gode samarbejdsrelationer behøver ikke være op til enkeltpersoner, men kan opbygges som en strategi, ledet af kompetente ledere. Sådant en strategi må bygge på nogle værdimæssige refleksioner over hvem samarbejdet skal gavne (brugerne) og hvordan det kommer dem til gavn. Hvis lederne har kompetencerne og samarbejder med hinanden og medarbejderne om at holde fokus på formål og værdier i arbejdet, så kan en tilsyneladende fastlåst situation vendes. I den omtalte ældrepleje (som har forholdsvis mange ansatte) blev antallet af sygedage halveret på et år; i samme periode faldt antallet af udeblivelser til en femtedel, og antallet af ansatte med en sundhedsfaglig uddannelse steg fra 40 % til 80 %. Disse resultater og projektets initiativer ift. kompetenceudvikling giver tilsammen et godt grundlag for et forbedret samarbejde med sundhedsvæsenet. Desuden kan strategien give inspiration til ledelse i sundhedsvæsenet, hvor personalesituationen kan forekomme uoverskuelig at få vendt.

Som opsamling på samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og kommunerne kan man sige at den største udfordring måske er kompetenceudvikling af de kommunale medarbejdere i sundhedsfaglige opgaver. Samtidig er der et (muligvis uerkendt) behov i sundhedsvæsenet for at kende mere til hvilke opgaver af forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende art der løses i kommunerne, og hvilke muligheder disse repræsenterer i et patientforløb der rummer indsatser fra begge sektorer. Disse forhold taler for en tættere kommunikation mellem sektorerne mhp. at få en større forståelse for hinandens praksis. En mulighed er at etablere rammer for fælles læring og kompetenceudvikling, sådan som fagchefen fra Kommuneqarfik Sermersooq foreslår, og som et årtis erfaring med Fælles Skolebænk i Danmark viser gode resultater af. Det skal tilføjes at Sundhedskommissionens kystrejse viste at der allerede i det små foregår sådanne tiltag rundt omkring i landet (Rejserapport, 2021).

Ledelse og personalepleje

Et emne som der ikke specifikt er spurgt ind til i undersøgelsen, men som træder frem som et væsentligt tema, er ledelse.

Nogle informanter fortæller hvor motiverende det er at få støtte og opbakning fra sin leder. Andre efterlyser ledelsesmæssig støtte til at takle udfordringerne i det daglige arbejde. Mange informanter giver eksplicit udtryk for at de savner ledelsesmæssig opbakning til fx oplæring af bygdepersonalet i brugen af telemedicin, til at sørge for at personalet får kompetenceudvikling og til at gøre noget ved personalesituationen. Medarbejderne efterspørger at ledelsen har en plan for at

¹² Fælles Skolebænk omfatter mange andre tiltag end personaleudveksling, fx fælles temadage, faglige oplæg, kurser m.m. Formålet er at 'blive klogere sammen' og at styrke relationer på tværs af sektorer.

skabe forbedringer og udvikling hvis de ikke selv skal miste motivationen. Nogle informanter antager at ledere først og fremmest prioriterer på baggrund af økonomiske overvejelser.

En roser sin ledelse for at give hende frie hænder til at udvikle en bestemt indsats over for patienterne, men samtidig siger hun: ”*De aner ikke en pind om hvad der foregår herovre [i hendes afdeling]*”. Mellem linjerne siger hun at ledelsen lader være med at blande sig fordi hun gør et godt arbejde, som sparer lederne for problemer og hvis succes smitter af på dem, men at de på den anden side ikke interesserer sig for hvordan hun løser opgaven. Herved går lederne glip af indsigten i udviklingsmuligheder; den måde informanten griber sit arbejde an på rummer nemlig lærings- og udviklingspotentialer der kunne være en stor inspiration for de andre medarbejdere i enheden.

Mange fortæller om egne udviklingsinitiativer på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, som bremses eller nedlægges pga. akutte opgaver. Igangsættelse af udvikling synes at være op til den enkelte medarbejder og er dermed personafhængig og skrøbelig. Når tiltag bremses eller nedlægges er det desuden udtryk for en nedprioritering af forebyggelse og sundhedsfremme fra ledelsens side.

Interviewene i undersøgelsen viser at det er meget forskelligt hvor reflekterede medarbejderne er, og hvor meget de sætter deres eget arbejde i perspektiv og ser det i en større sammenhæng. Det kunne tyde på et relativt lavt niveau af refleksion og sparring med kollegaer i det daglige arbejde. Ikke alle medarbejdere kan forventes at have opdyrket refleksive kompetencer, eller befinder sig et sted hvor de kan udvikles. Der ligger derfor en central ledelsesopgave i at skabe rammer for fælles refleksion og faglig udvikling.

Uden at emnet ledelse er blevet undersøgt specifikt, så er indtrykket at ledere er mest optaget af at få dagligdagen til at hænge sammen rent bemandingsmæssigt og under hensyntagen til budgetter og økonomi (se også Mouggaard-Frederiksen og Aagaard, 2020). Det synes ikke at være en udbredt indstilling blandt ledere at det er en ledelsesopgave at skabe faglig udvikling. Det er derfor presserende at få beskrevet faglig udvikling som en vigtig ledelsesopgave. Der er behov for at lægge en samlet strategi for hvordan der gennem en målrettet personalepolitik efterhånden kan opbygges en stab af fastboende medarbejdere, og at der bliver sat tiltag i værk mhp. at fastholde medarbejderne gennem personalepleje¹³, både de fastboende og vikarerne (som evt. i højere grad kan rekrutteres fra Grønland).

Ifølge undersøgelsen er medarbejdernes forhåbninger til god ledelse: at stillinger besættes med fast personale, at medarbejderne pålægges mindre overarbejde og færre rådighedsvagter, at man som medarbejder føler sig værdsat og bliver inddraget i beslutninger vedrørende arbejdet, og at faglig udvikling og kurser bliver prioriteret. Desuden er der inspiration at hente i hvordan en radikal ændring af en vanskelig personalesituation i ældreplejen er grebet an gennem et samlet strategisk udgangspunkt, lederuddannelse og opbygning af et robust samarbejde mellem lederne.

¹³ Det skal slås fast at med *personalepleje* menes tiltag som forbedrer medarbejdernes muligheder for at udføre deres opgaver ift. borgerne, fx tid, kompetenceudvikling osv. Dette til forskel fra en opfattelse af personalepleje alene som kage til kaffen, gaver til højtider osv. Sådant kan opleves som 'et plaster på såret'. Personalepleje skal omfatte en forbedring af betingelserne for at kunne udføre sit arbejde tilfredsstillende.

Dialog med befolkningen

Et andet tema som er trådt frem i analysen af interviewene, handler om forholdet mellem sundhedsvæsenet og befolkningen. Mange informanter i denne undersøgelse mener at befolkningen mangler oplysning. Der er et behov for oplysning om kroppens anatomi og hvordan den fungerer og om sygdomme og deres behandling.

I nogle tilfælde mener informanterne at befolkningen mangler oplysning om hvad sundhedsvæsenet kan tilbyde og hvad ikke (se også Mouggaard-Frederiksen og Seibæk, 2021). Flere steder berettes der om indførelsen af faste åbningstider i sundhedscentre og bygdekonsultationer, hvor befolkningen før kunne henvende sig døgnet rundt og personalet skulle stå til rådighed. Nu skal borgerne ringe til regionssygehuset uden for åbningstiderne hvilket mange skal vænne sig til og ikke altid er populært; det kan skabe gnidninger mellem sundhedsmedarbejderne og befolkningen. En informant siger det kan være svært at sætte grænser for henvendelser i et lille samfund hvor alle kender alle.

En informant antyder at borgerne er for krævende og henvender sig med irrelevante ting, fx en overfladisk skramme. En anden informant genkender oplevelsen, men lægger vægt på hvad der viser sig hvis man lytter og undersøger folks dybere grunde til at henvende sig. Hun siger at der kan være mange grunde til at folk ikke kan betro sig til nogen i deres netværk og derfor henvender sig til sundhedsvæsenet i stedet. Det kan fx have at gøre med problemer i familien, med spekulationer ifm. sygdom osv. Sådanne problemer vil ofte have indflydelse på de fysiske sundhedsproblemer borgerne i forvejen har; det kunne fx være betydningen af alkoholmisbrug i familien for en patients evne til at håndtere sin diabetes. Det er et anerkendt forhold at sundhed ikke bare handler om fysisk tilstand, men lige så meget om psykisk og socialt befindende (WHO, 1986). Denne informant har erfaring for at når hun imødekommer patienterne og taler med dem om deres problemer, så finder de ofte selv en løsning og har ikke brug for at henvende sig igen; eller hun finder sammen med patienten frem til løsninger som er mere relevante end den første henvendelse lagde op til - fx at tale med patienten om hvordan hun løser problemet med at håndtere sin situation med diabetes i lyset af situationen i hjemmet. Informantens oplevelse er at afvisning af patienterne har den modsatte effekt – det får dem til at komme igen fordi de jo ikke har fået løst deres problem. Dette understøttes af resultater af et udviklingsprojekt i Paamiut, hvor henvendelserne til sundhedsvæsenet faldt da folk i byen begyndte at tale med hinanden om deres problemer (Berliner og Hovgaard, 2020). Man kan sige at den del af sundhedsarbejdet som handler om patienternes/borgernes psykosociale forhold, og som ofte bliver nedprioriteret ift. behandling af fysiske skader, kan det godt 'betale sig' at give større opmærksomhed fordi fysisk tilstand og psykosocial situation hænger sammen. Men medarbejdere skal muligvis overvinde en tilbageholdenhed over for at tale med patienter/borgere om svære problemer. Mange mener det er en psykolog-opgave. Men som førnævnte informant hævder, så handler det først og fremmest om at møde borgerne som medmennesker – og det kan alle lære (se også Schultz, 2020). Det spiller dog også ind at der skal være tid til opgaven.

Et eksempel er brugen af telemedicin. Som tidligere nævnt har telemedicin nogle steder nedbragt ventelisterne til læge- og andre specialistbesøg i bygderne fordi henvendelserne bliver behandlet hurtigere og der derfor er bedre tid til den enkelte konsultation i bygden. På den måde oplever befolkningen en større imødekommenhed fra sundhedsvæsenets side. Dette er dog ikke en automatik der er indbygget i telemedicin. Telemedicin bliver netop *brugt* – og det kan bruges

forskelligt. Den forbedrede kommunikation med patienterne gennem den direkte kontakt via skype og den tid som forhåbentligt bliver frigivet ved at antallet af henvendelser til sundhedsvæsenet daler, kan bruges til at sætte sig mere grundigt ind i patienternes behov i deres individuelle og lokale kontekst – det, viser undersøgelsen, giver gode resultater på den lange bane fordi patienterne føler sig lyttet til og taget alvorligt og dermed får relevant hjælp. Ved at inddrage patienternes/borgernes lokale betingelser, fx betingelser for at kunne blive i bygden trods sygdom eller funktionsnedsættelser, kan telemedicin desuden bidrage til at give patienterne mere lige muligheder for at drage nytte af sundhedsydelser og dermed også på et overordnet plan mere lighed i sundhed.

Et andet aspekt er at hvis man som medarbejder imødekommer borgerne og tager deres problemer alvorligt, så er man også i en position hvor man kan stille krav. Det er klart at det ikke er hensigtsmæssigt at borgerne henvender sig med ting de selv kan klare. Men hvis der skal opbygges en tillid mellem sundhedsvæsenet og borgerne, så skal man have en dialog. Det indebærer at medarbejderne sætter sig ind i borgernes betingelser for at håndtere deres liv som de gør, og herudfra har en dialog med dem om muligheder for at håndtere livet med sygdom på en anden måde.

Der tales meget om tryghed i bygderne – hvordan kommer folk til at føle sig trygge selv om der ikke er et akutberedskab i tilfælde af ulykker eller akut opstået sygdom? På sundhedskommissionens første møde i september 2020 fortalte tidligere departementschef i Sundhedsdepartementet, Tine Pars, at der bliver færre akutte tilfælde (der er dog ingen tal herpå, påpegede hun). I forbindelse med et krav i en bestemt bygd om et sundhedshus reflekterede hun over om bygdarbejderne kan gøre mere ud af at tage samtaler med borgerne mhp. at skabe tryghed og ikke kun gå op i at reparere fysiske skader. Disse refleksioner stemmer godt overens med den tidligere omtalte informants erfaringer. Hvis sundhedspersonalet generelt – ikke kun i bygderne – har en dialog med folk om deres problemer, fx ifm. kronisk sygdom, så oplever de at få støtte til behov som de selv giver udtryk for at de har, og så vil de føle sig mere trygge. Udgangspunktet i fysiske skader, som borgerne kommer til sundhedsvæsenet med, kan være en måde for personalet at få øje på mere komplekse, psykosociale problemer, som kan være sundhedsvæsenet lige så vedkommende som fysiske skader. Og som tidligere beskrevet har relevansen af indsatser ift. befolkningens behov en tæt sammenhæng med medarbejdernes oplevelse af meningsfuldhed i deres arbejde.

Overordnede anbefalinger

Diskussionen rummer en lang række konkrete anbefalinger til forbedringer af sundhedspraksis ud fra analysen af medarbejderperspektiverne. I dette afsnit skal trækkes nogle overordnede anbefalinger og forslag til prioriteringer frem.

For det første: Undersøgelsen har sat fokus på det store potentiale der ligger i fastholdelse af det fastboende personale. Helt grundlæggende kræver fastholdelse en anerkendelse af det fastboende personales ressourcer i form af lokalkendskab, sprog, kultur, kontinuitet m.m. De fastboende medarbejdere udgør det stabile fundament for sundhedsvæsenet, og deres ressourcer kan udnyttes endnu bedre gennem kompetenceudvikling. I og med Grønland næppe vil blive selvforsynende med

sygeplejersker, kan det kortuddannede personale løse mange specialiserede opgaver hvis de får efteruddannelse, kurser og mulighed for systematisk faglig sparring. Mange af disse opgaver løser de allerede nu, men ofte på et mangelfuldt fagligt niveau. Det anbefales at udarbejde en samlet strategi for kompetenceudvikling af det fastboende personale. Indholdet må bygge på befolkningens sundhedstilstand og deraf afledte behov for sundhedsindsatser. Udviklingen i befolkningens sundhedstilstand hen imod flere gamle, flere kronisk syge, høj kræftdødelighed, en meget høj hyppighed af selvmord og en stigende forekomst af psykisk sygdom kræver et større fokus på forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. På disse områder vil kortuddannede fastboende medarbejdere også kunne gøre en værdifuld indsats.

For det andet: Undersøgelsen peger på at medarbejderne efterspørger ledelse på flere niveauer. Fastholdelse af medarbejderne er aktuelt ikke i tilstrækkelig grad et ledelsesfokus; desuden betyder manglen på en samlet strategi for hvordan sundhedsvæsenet indfrier sin opgave, nemlig at forebygge og sundhedsfremme, behandle og pleje borgere og patienter, som udgangspunkt for ledelse, at det bliver den øjeblikkelige situation i den lokale sundhedsenhed med arbejdspress, akutte opgaver osv. der kommer til at sætte dagsordenen. Det anbefales derfor at udarbejde en samlet personalepolitik, der både har planer for hvordan der efterhånden opbygges en stabil stab af fastboende, veluddannede medarbejdere, og for hvordan situationen løses på kort sigt. På langt sigt peger undersøgelsen på behov for en overordnet kompetenceudviklingsstrategi, jf. ovenstående. På kort sigt peger undersøgelsen også på muligheder ('lavthængende frugter'): at lederne i højere grad anerkender deres medarbejders indsats, at de inddrager medarbejderne i planer og beslutninger, at de om muligt gør mere for at skåne personalet for en alt for stor byrde af vagter og overarbejde, og at de støtter op om faglig udvikling ved at give tid til det og efterhånden igangsætter systematisk kompetenceudvikling. Hvis en langsigtet strategi for opbygning af en stabil stab af fastboende, veluddannet personale skal lykkes, så kræver det lederudvikling ud fra fælles mål og værdier for sundhedsvæsenets udvikling. Der kan hentes inspiration i hvordan lederudvikling i et udviklingsprojekt i ældreplejen gribes an.

For det tredje: Forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering håndteres ikke af sundhedsvæsenet alene, men foregår i et samarbejde med den kommunale sektor. Samarbejdet er udfordret af forskellige niveauer af sundhedsfaglige kompetencer og manglende viden om hinandens opgaver og ressourcer hvilket medfører konflikter i samarbejdet. Det anbefales at etablere rammer for fælles kompetenceudvikling hvor personale fra begge sektorer lærer sammen, opbygger relationer, styrker forståelsen for hinandens opgaver og dermed styrker samarbejdet. På den måde kan det ufaglærte og kortuddannede personale i kommunerne udvikle deres sundhedsfaglige kompetencer, og personalet i sundhedsvæsenet kan få et mere nuanceret og konkret perspektiv på deres rolle i forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Det kan anbefales at lave samarbejdsaftaler der rummer sådanne tiltag, måske på nationalt plan så det ikke bliver afhængigt af den enkelte kommune og region om der bliver lavet en samarbejdsaftale. Flere ledere i sundhedsvæsenet giver udtryk for at samarbejdsaftaler er et godt arbejdsredskab.

For det fjerde: Undersøgelsen viser at borgerinddragelse og dialog med befolkningen betaler sig på alle planer: Sundhedsydelse bliver mere effektive, borgerne bliver bedre betjent og mere tilfredse, og som en følge heraf oplever medarbejderne større arbejdsglæde. Det ensidige fokus på sygdom og behandling, som af historiske årsager dominerer sundhedsvæsenet, er tiden ved at løbe

fra, bl.a. pga. sygdomsmønsteret med flere kronisk syge og flere ældre. Det kan anbefales at opprioritere borgerinddragelse og dialog med befolkningen om sundhedsudfordringer, fordi udfordringerne består af meget andet end fysiske skader. Det skal tilføjes at her er telemedicin et uvurderligt redskab i Grønland. Det er påtrængende at få gang i brugen af telemedicinsk udstyr alle steder, og at få implementeret det nye udstyr til erstatning for Pipaluk.

Afsluttende bemærkninger

Planer for udvikling drukner ofte i akutte udfordringer der kræver handling nu og her. Men det er muligt både at handle på nu-og-her opgaver og at have en langsigtet strategi for en forbedring af praksis. Det kræver både fælles refleksion over den aktuelle situation og en prioritering af at skabe fremtidsvisioner og lægge planer for visionernes realisering. Som denne undersøgelse har dokumenteret, kan ledere med fordel alliere sig med deres medarbejdere om dette udviklingsarbejde fordi medarbejderne har viden om hvor 'skoen trykker' i organisationen, og fordi de har viden om befolkningens ønsker og behov gennem den tætte daglige kontakt med patienter og borgere.

Referencer

- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., & al., e. 2020. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18:63.
- Aljjakly, M. 2020. *Factors influencing temporary staff's willingness to return or serve longer time in the Greenlandic Healthcare System*. Master Thesis. Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (LIME), Medical Management Centre (MMC). Master's Programme in Health Economics, Policy and Management. Karolinska Institutet, Stockholm. Ikke publiceret.
- Berliner, P. & Hovgaard, G. 2020. *Fællesskaber, trivsel og sundhed*. I Aagaard & Hounsgaard (red.). Menneske – sundhed, samfund og kultur. Aarhus: Klim.
- Departementet for Sundhed. 2010. *Redegørelse om Sundhedsreformen 2010*. Naalakkersuisut/Government of Greenland.
- Departementet for Sundhed. 2017. *Forslag til en national rehabiliteringsstrategi 2017*. Departementet for Sundhed, FM 2017.
- Det grønlandske Sundhedsvæsen. 2019. *Rekrutterings- og fastholdelsesstrategi 2019*.
- Det grønlandske Sundhedsvæsen. 2020. *Organisationsplan, 2020*.
- Højgaard, H. 2016. Telemedicin medvirker til lige adgang til sundhed. *Sygeplejersken*, 2016(2): 77-80.
- Ingemann, C. & Larsen, C. V. L. 2018. *Evaluering af Grønlands Sundhedsreform. Oplevede og målbare effekter 2017*. Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed og SDU.
- Katalog over sundhedsfaglige ydelser i regionerne 2015*. Tilgået 15/11 2021:
<file:///C:/Users/taagaard/Downloads/Ydelseskatalog%20dk%20godkendt%20Naalakkersuisut.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2015. *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- lovgivning.gl. *Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v.*
<http://lovgivning.gl/lov?rid=%7B7030CA46-D861-4582-973D-01ED94FE5EF5%7D>
- Mougaard-Frederiksen, H. & Aagaard, T. 2020. *Rekruttering og fastholdelse i det grønlandske sundhedsvæsen set fra sygeplejerskers perspektiver*. I Aagaard & Hounsgaard (red.). Menneske – sundhed, samfund og kultur. Aarhus: Klim.
- Mougaard-Frederiksen, H. & Seibæk, L. 2021. *Sundhedsprofessionelle perspektiver på patientinddragelse i det grønlandske sundhedsvæsen*. Grønlandsk Kultur- og Samfundsforskning 2020-21. Nuuk: Ilisimatusarfik og Det Grønlandske Selskab.
- Notat om udviklingsprojekt i ældreplejen*. 2021. Sundhedskommissionen, arbejdsgruppe vedr. uddannelse og kompetenceudvikling, 2021. Ikke publiceret.
- Olesen, I., Hansen, N. L., Ingemann, C., Lundblad, A. & Larsen, C. V. L. 2020. *Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Rejserapport 2021*. Rapport om Sundhedskommissionens kystrejse mhp. dialog med befolkningen. Ikke publiceret.

Schultz, Helen. 2020. *Narrativ teori og praksis*. I Aagaard & Hounsgaard (red.). Menneske – sundhed, samfund og kultur. Aarhus: Klim.

Seibæk, L. 2021. Patient involvement in Greenland hospital-care: A qualitative study of the patient perspective. *International Journal of Circumpolar Health*, 80:1, 1971377, DOI: 10.1080/22423982.2021.1971377

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. 2019. *Udgiftsanalyse af sundhedsvæsenet*. Naalakkersuisut/Government of Greenland.

Tousig, C. G., Christiansen, T., Ponikowski, A. & Birkelund, R. 2020. Sygeplejersker samarbejder på tværs. *Fag & Forskning*, (1): 52-57.

WHO. 1986. *Ottawa Charter on Health Promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Bilag 1

Sundhedsvæsenet før og efter sundhedsreformen set fra frontpersonalets perspektiv

Interviewguide

Spørgsmålene er vejledende og skal tilpasses den enkelte informant.

Indledende samtale

Fortæl om dit arbejde: hvor du arbejder, hvilke lokale betingelser der er for sundhedsarbejde, hvad dine opgaver er, samarbejde med kollegaer og andre faggrupper, hvad du sætter pris på ved arbejdet m.m. Fortæl fx om et dagsforløb.

Styrke den primære sundhedstjeneste mhp. at sikre helhedsorienterede ydelser så tæt på borgeren som muligt

- Hvilke erfaringer har du med primær sundhedstjeneste der hvor du er ansat?
- Hvilke forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende opgaver løser personalet? Oplysning og vejledning, udredning, sundhedssamtaler? Formidling til specialister/sundhedscenter/sygehus mhp. behandling? Opfølgning på sygehusbehandling? Kom gerne med eksempler.
- Er der vægt på at sundhedsydelser skal være helhedsorienterede?
- Har du gjort dig tanker om hvorvidt personalet kunne have et større fokus på at støtte patienterne i det daglige i deres lokalområde og dermed forebygge (gen)indlæggelser?
- Er det noget der er fokus på fra ledelsens side?

Regionalisering. Koncentration af specialiseret personale på regionssygehusene med udgående funktioner

- By/bygd: Får I besøg af læger/sundhedsplejerske/ergo-/fysioterapeuter fra regionssygehuset? Hvor ofte? Hvad er formålet med besøgene, hvordan planlægges og forløber de?
- Hvordan fungerer samarbejdet mellem hhv. regionssygehusene og sundhedscentrene/bygdekonsultationerne? Mellem DIH og Rigshospitalet? Hvordan foregår samarbejdet helt konkret? Faglig sparring/undervisning/oplæring. Hvordan foregår det mellem personalet? Er der hierarki? Respekt for hinandens arbejde? Er specialisterne lydhøre over for medarbejderne de små steder?
- Regionssygehuse: Har sundhedsreformen betydet et styrket fagligt miljø? Hvordan/hvordan ikke?
- Har du oplevet andre ændringer efter reformen – gode og mindre gode? Eksempler.
- Har du gjort dig tanker om hvordan sundhedsbetjeningen i din by/bygd kan forbedres, selv om specialisterne nu befinder sig på regionssygehuset? Fx ift. forebyggelse og sundhedsfremme?

Rekruttering og fastholdelse af personale

- Oplever du udskiftning af sundhedspersonalet der hvor du arbejder? Vikaransættelser?
- Hvad betyder personaleudskiftningen for behandling, pleje og sundhedsfremme til patienterne? For arbejdsmiljøet? For organiseringen/samarbejdet? For uddannelse og vedligeholdelse af kompetencer? Kom gerne med eksempler.
- Ift. fastholdelse: Er der tydelige mål og fælles værdier for arbejdet? Føler du dig inddraget i planlægning af arbejds-/vagtplaner? Føler du dine kompetencer bliver brugt på en god måde ift. patienter og pårørende?
- Har du gjort dig tanker om hvad der evt. skulle til for at holde på personalet? Og for at rekruttere personale? Hvad skal der til for at din arbejdsplads er attraktiv? For at I kan tiltrække og fastholde personale?

Bedre udnyttelse af personalemæssige og økonomiske ressourcer

- Oplever du at de personalemæssige ressourcer udnyttes bedre nu end før reformen? Fx mere og bedre brug af telemedicin ift. patienterne, supervision via telemedicin, rotation mellem regionens sundhedsenheder der hvor der mangler personale, brug af læger m.fl. ved bygdebesøg? Hvordan?
- Har du gjort dig tanker om hvorvidt arbejdet kunne organiseres mere effektivt? Foregår der spild af ressourcer, personalemæssigt eller på anden måde økonomisk?
- Har du gjort dig tanker om hvorvidt kortuddannet personale ville kunne oplæres til at varetage sundhedsfremmende og rehabiliterende opgaver som ikke kræver instrumentelle færdigheder, eller som de bare ikke varetager nu? Opgaveglidning?

Fokus på sammenhængende patientforløb, også tværsektorielt

- Hvad gøres der for at skabe sammenhæng i patientforløb? Hvor går det galt, hvor lykkes det, og hvorfor? Har du indtryk af patienter og pårørendes oplevelser af sammenhæng?
- Er der samarbejde mellem SHV og hjemmeplejen/kommunen om støtte til patienterne og deres familier i hverdagen? Hvordan foregår samarbejdet helt konkret? Hvordan kommunikerer der? Hvem yder støtte til hvad? Er der konflikter i samarbejdet mellem sundhedsvæsenets og kommunens medarbejdere?
- Fungerer jordemødre og sundhedsplejersker som tovholdere i samarbejdet mellem SHV og kommunerne?
- Har du gjort dig tanker om hvad der skal til for at få patientforløb til at hænge bedre sammen?

Mere lige adgang til SHV uanset bosted

- Hvordan får patienterne adgang til sundhedsvæsenet der hvor du arbejder? Hvordan foregår det helt praktisk? Hvem kan patienterne kontakte? Hvordan kommer patienternes problemer videre til personale som kan tage sig af problemerne? Hvad fungerer godt, hvad fungerer mindre godt?
- Har du gjort dig tanker om hvorvidt patienter forskelsbehandles ift. at få adgang til SHV? (her tænkes ikke på at der rent praktisk er forskelle i adgangen fx pga. bosætningsmønster og infrastruktur). Kan der være sprog-/kulturforskelle mellem personale og patienter som forringer patienternes muligheder?
- Har du gjort dig tanker om hvordan adgangen til sundhedsvæsenet kan forbedres?

Øget brug af telemedicin

- Bruger personalet telemedicin der hvor du arbejder? Hvordan? Pipaluk, computer, telefon?
- Føler du dig rustet til at bruge udstyret? Har du fået oplæring?
- Hvordan oplever du brugen af telemedicin? Fordele og ulemper? Hvad gør du hvis udstyret går i stykker?
- Hvor meget inddrages patienter og pårørende i telemedicinske konsultationer? Bruges telemedicin mest til undersøgelser/behandling, eller bruges det også til samtaler mellem sundhedspersonalet på sundhedscenteret/sygehuset og patienterne?
- Er der sket ændringer i brugen af telemedicin ifm. Covid 19?
- Hvordan foregår kommunikationen mellem bygd og sundhedscenter der hvor der ikke er Pipaluk?
- Bygd: Bruges telemedicin til kollegial støtte? Mange sundhedsarbejdere i bygderne føler sig alene i arbejdet – er telemedicin en god støtte?
- Har du gjort dig tanker om hvordan brugen af telemedicin kan udvikles?

Uddannelse, opkvalificering og vejledning af personale

- Oplever du at du selv og personalet på dit arbejdssted har de kompetencer der er nødvendige for at kunne give patienterne en god behandling/pleje/rehabilitering/sundhedsfremme? Hvilke, hvilke ikke?
- Hvad betyder det for patienterne og deres familier?
- Er der vægt på faglig udvikling og efteruddannelse på dit arbejdssted? Hvordan foregår det?
- Har du gjort dig tanker om hvordan uddannelse, opkvalificering og vejledning evt. kunne forbedres?
Til yderområderne:
- Har I elever/studerende I praktik på din arbejdsplads? Hvis ja, kommer de tilbage efter endt praktik? Kunne I tænke jer at få praktikanter?
- Bruger I telemedicinsk udstyr til faglig sparring, fælles faglig udvikling, kurser/foredrag?

Spørgsmål til de ca. fem informanter med erfaring fra praksis før sundhedsreformens indførelse – hvert punkt

- Hvordan husker du praksis før reformen?
- Hvordan oplever du forskelle fra før til nu?

Bilag 2

Sammenfatning af interviews med to tandplejere i to byer

med hhv. 19 og 31 års erfaring i tandplejen

Stillingerne i tandplejen er p.t. dækket i de to byer, det ene sted er det dog op og ned, her er de to tandplejere den stabile kerne, det andet sted er den faste stab stabil. Problemet med vikarer er først og fremmest tandlægerne. De kommer for 3-6 måneder ad gangen, og sommetider er stillingen ubesat. Der er så ikke tilbud om behandling til befolkningen i den periode. Mange vikartandlæger er nyuddannede hvilket nedsætter effektiviteten.

Tandplejerne kan foretage forskellige akutte behandlinger som tandfyldning og tandudtrækning under bedøvelse via telefonisk vejledning fra cheftandlægen. I tilfælde med akutte smerter og infektioner henvises til sundhedscenteret. Begge tandplejere kunne ønske sig ½ til 1 tandplejerstilling mere, det ene sted er der skåret ned fra 3 til 2 tandplejere for nogle år siden.

Begge tandplejere melder om et godt samarbejde i klinikken og dygtige medarbejdere. Det ene sted er en klinikassistent oplært i at reparere proteser, det andet sted er det en ufaglært, begge er oplært af tandteknikeren når hun/han er i byen. Den ene tandplejer siger at hun ikke ønsker det ufaglærte personale erstattet af uddannede da de har et rigtig godt samarbejde på stedet, og de ufaglærte har taget kurser.

Begge tandplejere giver udtryk for at være meget glade for deres arbejde. Arbejdet som tandplejer har fokus på forebyggelse, og de kan se resultatet af deres arbejde, især efter cariesstrategien er der sket fremskridt. Befolkningen er glade for deres indsats. Det giver dem arbejdsglæde.

Cariesstrategien har rettet fokus på forældrenes ansvar for børnenes tandsundhed frem for institutionernes.

Tandplejerne deltager i forældremøder på skoler og i børneinstitutionerne, og de giver forældrene information, vejledning og motivation til at passe på deres børns tænder når børnene kommer til kontrol i klinikken. Den ene tandplejer tager også på hjemmebesøg hos børn i risikogruppe mhp. tandbørstning og oplysning til forældrene. Der indgår meget forebyggelse i det daglige arbejde. Den ene tandplejer mener forebyggelse fylder ca. halvdelen af tiden. Bygderne får ikke helt samme betjening som byerne fordi de kun aflægges besøg én gang årligt, så undersøgelser der foregår hyppigere end en gang om året, gennemføres ikke. Det oplysende og forebyggende arbejde skulle dog være det samme. Tandsundheden varierer i byer og bygder, men den er ikke generelt værre i bygderne end i byerne, i nogle bygder er tandsundheden bedre end den er i byen. Når det går forholdsvis godt i bygderne, mener den ene informant, så kan det skyldes at forældrene passer godt på deres børns tænder fordi de selv skal betale transport til byen hvis de får brug for tandlæge.

Noget der kan være medvirkende til forringet tandsundhed er at børn og unge i dag har flere penge mellem hænderne og derfor kan købe slik og sodavand.

Unge indkaldes forskriftsmæssigt indtil de er 20 år, men når de forlader folkeskolen, er der mange der udebliver.

Unge der ikke er under uddannelse er meget svære at indkalde trods en vedholdende indsats.

Voksne fylder meget i klinikken. Dette er på bekostning af tandpleje til børnene. De voksne prioriterer ikke deres tandsundhed og kommer for sent og med mange huller i tænderne. En anden grund til at de voksne fylder meget er at de i dag simpelthen har flere tænder i munden som kan blive behandlingskrævende. Dog er mange i dag bevidste om det kosmetiske ved sunde tænder, og mange der har råd, tager til udlandet til tandbehandling, det er billigere end i Nuuk.

Tandplejerne er på kursus hvert 2. år. Kurserne tilrettelægges efter de behov tandplejerne fremsætter, fx at kunne give bedøvelse. At kunne give bedøvelse betyder bl.a. at flere får rensede tænder, og der spares tid fordi tandplejeren ikke skal vente på tandlægen.

Lønnen i tandplejen er meget lav ift. arbejdstid og ansvar. En del forlader faget og tager en anden uddannelse pga. lønnen. Nogle vælger at blive i Danmark hvis det er der de har taget uddannelsen.

Den ene tandplejer fremhæver at tandsundhed er overset i sundhedsvæsenet og burde være mere synlig.

Tandsundhedens betydning for generel sundhed tales der ikke om, siger hun, og foreslår at der laves pjecer om tandsundhed til befolkningen. Denne tandplejer opsummerer sine vigtigste budskaber i interviewet således:

- Tandplejen har godt udstyr, det eneste der mangler er at kunne tage røntgenbilleder i bygden.
- Der er for få tandplejere og lønnen er for ringe.
- Det går i den rigtige retning med tandsundheden i befolkningen, men det kan blive bedre.
- Voksne fylder rigtig meget i klinikken (fordi de kommer for sent).

Bilag 3

Sammenfatning af interviews med to sygeplejersker på Det grønlandske Patienthjem (DGP)

Arbejdet på DGP består i at 'holde den røde tråd' i patienternes forløb med samtaler om psykosociale problemer og hjælp til praktiske ting. Hvis patienterne har brug for assistance til personlig pleje og ADL skal en pårørende med (betales af sundhedsvæsenet).

Telemedicin: Bruges lidt, men kan udbygges, bl.a. i kommunikationen med hospitalsafdelingerne i Danmark. Der er noget skypekommunikation med kommunerne og Allorfik ifm. patienterne.

Rekruttering: Foreslår tjenesteboliger til grønlandsk personale der kommer ned for at arbejde på DGP, da det er svært at få en bolig i København.

Udfordringer i patienternes overgang fra det grønlandske Sundhedsvæsen til DGP i København:

- Generelt er patienterne ikke godt nok forberedt på hvad de kommer ned til.
- Der er eksempler på at pårørende, der ikke er i stand til at hjælpe, bliver sendt med ned.
- Medicin og medicinlister mangler ofte når patienterne ankommer til DGP. Personalet bruger meget tid på opfølgning på patienternes medicin.
- Ofte er der ikke taget hånd om misbrugsproblemer før patienterne bliver sendt ned.
- Fra sundhedsvæsenets side har man ikke altid informeret patienterne om at de skal ordne sociale anliggender med deres hjemkommune såsom økonomi ifm. husleje, arbejde m.m. inden de rejser.
- Der er ofte ikke taget stilling til om patienterne har gavn af behandlingen i Danmark, fx: er livsforlængelse vigtigere end et palliativt forløb hjemme, tæt på familien? Er det hensigtsmæssigt at demente adskilles fra deres pårørende i månedsvis? Disse samtaler skal tages med patienterne før de bliver sendt til dyr behandling i Danmark.

Når patienterne ikke er godt forberedt, lander problemerne hos DGP.

For at imødegå problemerne har DGP taget følgende initiativer:

- Ansat to patientkoordinatorer som supplement til sundhedsvæsenets koordinering i Grønland.
- Opstartet misbrugsafvænnning i samarbejde med Allorfik via skype.
- Hjælper patienter med at komme i kontakt med deres kommuner via skype mhp. at ordne ting ifm. arbejde, husleje osv.

Desuden er der blevet ansat en fysioterapeut til genoptræning af patienterne under opholdet på DGP.

Det skal også nævnes at DGP har fået bevilget et beløb til indkøb af grønlandsk proviant, jf. Naalakkkersuisuts betoning af betydningen af grønlandsk mad under indlæggelse i udlandet.