

# Sundhedsreformen

Regionalisering af sundhedsvæsenet i Grønland.  
*Konsekvenser for organisationen, de ansatte og  
borgerne i Grønland*

## Forord

*En reform er en tilpasning af forholdene. Og for at kunne udføre den opgave skal man kende forholdene, ikke fra et kontor, men i praksis. En reform er en løbende proces, ikke et mål i sig selv. Kun lokalt forankrede[ medarbejdere] kan udføre relevante forandringer (citater: ledende regionslæge, sundhedsregion Qeqqa Ove Rosing Olsen<sup>1</sup>).*

Reformen af det grønlandske sundhedsvæsen er en nødvendig fornyelse, der skal tilpasse sundhedsvæsenet til de udfordringer sundhedsvæsenet står over for lokalt så vel som centralt. I dag presses vi af mangel på arbejdskraft, en skæv og uhensigtsmæssig fordeling af ressourcer, utilstrækkelig og uens tilgængelighed, ligesom vi ofte oplever at borgernes og de politiske ønsker, ikke altid kan i møde kommes. .

Generelt kan det siges om strukturen og driften af det grønlandske sundhedsvæsen, at denne adskiller sig væsentligt fra andre landes sundhedsvæsener. Der bor i Grønland ca. 56.500 indbyggere. Grønland er geografisk et meget stort land – ca. 50 gange større end Danmark. I henhold til landstingsforordningen har alle krav på lige adgang til sundhedsvæsenet. Der er derfor forholdsvis mange små sygehuse med akut beredskab og betydelige udgifter til transport, da infrastrukturen i Grønland ligeledes er anderledes end i de fleste lande.

Fokus i forbindelse med sundhedsreformen er bl.a. på en styrkelse af kerneydelsen, dvs. ydelser i den primære sundhedstjeneste, som især vedrører diagnosticering og visitering af patienter samt forebyggelse og sundhedsfremme. Dette fokus vurderes for overordentlig vigtigt, da middelevetiden i Grønland er forholdsvis lav i forhold til personer fra lande i den vestlige verden.

Hensigten med sundhedsreformen er at sikre borgernes sundhed – og at sundhedsvæsenet fortsat kan yde borgerne den bedst mulige sundhedsfaglige betjening under de givne grønlandske forhold. Udgangspunktet for reformen er, at betjeningen tilbydes og ydes så tæt på den enkelte borger som muligt; dette ved bl.a. at sikre en uddannelse for personalet i bygder og yderdistrikter, øget tilgængelighed af højt specialiseret arbejdskraft i regionerne, en minimumsstandard for bygdebetjening, samt øget brug af telemedicin, der gør vejen til specialisterne kortere.

I forbindelse med Sundhedsreformen er det vigtigt, at det sundhedsfaglige personale i Grønland, herunder regionerne, selv er med til at udarbejde lokale vejledninger, komme med konstruktive forslag til opgavevaretagelse, og afprøve de ideer, som Sundhedsledelsen fremfører. Sundhedsreformen er således et igangværende projekt, der kræver et stort engagement af alle involverede. Dvs. borgerne, klinikerne, politikerne og øvrige interessenter

Sundhedsledelsen, 31.marts 2010

---

<sup>1</sup> Interview med chefdistriktslæge Ove Rosing Olsen, Sisimiut. [http://www.lkf.gl/nak\\_201/interv.htm](http://www.lkf.gl/nak_201/interv.htm)

## Indledning

En reform af det grønlandske sundhedsvæsen er ikke en ny tanke. Allerede i 2003 ønskede det daværende Landsting, at der blev udarbejdet et grundlag for en bred politisk debat om sundhedsdistrikternes fremtidige inddeling. Siden da er der udarbejdet flere rapporter og redegørelser, der peger på nødvendigheden af, at sundhedsvæsenets struktur skal fornyes. I 2007 blev en redegørelse, angående forslag til reform af sundhedsvæsenets struktur, fremlagt i Inatsisartut, og efterfølgende debatteret af politikerne.

### Informationsboks 1 Formål med Sundhedsreformen

Det overordnede formål med Sundhedsreformen er at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor de enkelte regioner leverer et, så vidt muligt, ensartet og højt kvalitets- og serviceniveau til borgerne. Reformen skal sikre, at der skabes en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser i byer og bygder, og at der bliver skabt mere sundhed inden for den givne økonomiske ramme.

I efteråret 2009 blev de nyeste tanker og ideer om iværksættelsen af en reform af det grønlandske sundhedsvæsen sendt til høring hos forskellige interessenter i det grønlandske samfund. Høringssvarene pegede på forskellige holdninger. Nogle gav udtryk for stor bekymring, mens andre bakkede op om nødvendigheden af en reform. Ligeledes pegede nogle høringssvar på en usikkerhed om hensigten med Sundhedsreformen – og en usikkerhed om hvilke konkrete ændringer personalet i sundhedsvæsenet og borgerne ville opleve i hverdagen som følge af reformen.

### Informationsboks 2 Informationsmaterialets formål

Formålet med dette materiale er at informere om de væsentligste ændringer, som reformen af det grønlandske sundhedsvæsen vil medføre. Materialet er skrevet for at tydeliggøre, hvordan Sundhedsreformens overordnede mål kan nås.

Informationsmaterialet skal give især ansatte i sundhedsvæsenet, men til dels også borgerne i Grønland såvel som øvrige interessenter, mulighed for at blive bekendt med reformens overordnede konsekvenser for hhv. organiseringen af sundhedsvæsenet, sundhedsvæsenets ansatte og borgerne i Grønland.

## Behovet for en sundhedsreform i Grønland

Sundhedsvæsenet står i dag over for andre udfordringer, end da sundhedsvæsenets nuværende struktur blev dannet i 1928. Disse udfordringer vedrører både den sundhedsfaglige ekspertise, øgede udgifter til behandling, såvel som de organisatoriske og administrative udfordringer, der er ved at administrere sygehusdriften i 16 distrikter.

Meget har ændret sig gennem tiderne.

- medicinske teknologier har gjort det muligt at behandle flere sygdomme
- ændret levevis betyder flere livsstilssygdomme (hjerte-/kar, kræft, diabetes)
- forbedret infrastruktur (fly/helikopter)
- udviklingen af IT og telemedicin har gjort afstanden til sundhedsfaglig ekspertise kortere
- den demografiske udvikling; mange flytter fra bygderne/mindre byer til de større byer (vækstcentre)
- befolkningen bliver ældre
- Befolkningens og politikernes øgede forventninger og krav til behandling.

Hensigten med Sundhedsreformen er at sikre, at sundhedsvæsenet kan yde borgerne den bedst mulige sundhedsfaglige betjening.

Udgangspunktet er, at betjeningen tilbydes og ydes så tæt på den enkelte borger som muligt. Der vil desuden ske en opprioritering af de forebyggende og sundhedsfremmende tiltag til borgerne. Dette vedrører fx forebyggende helbredsundersøgelse af kvinder (graviditet, screening for kræft), fødselshjælp, vejledning om prævention og sex, forebyggende helbredsundersøgelse af børn, børnesundhedspleje og børnevaccination.

### **Informationsboks 3. Fakta om sundhedstilstanden i Grønland**

Middellevetiden for nyfødte er for mænd er i dag ca. 64,7 år og for kvinder 70,6 år. Til sammenligning er middellevetiden i Danmark 76,3 for mænd og 80,7 for kvinder.

Der er to væsentlige årsager til den kortere levetid for personer født i Grønland. Grønland har fortsat en relativ høj dødelighed blandt spædbørn og fortsat en høj dødelighed som følge af ulykker og selvmord. Dødeligheden blandt spædbørn var i 2007 15,2 døde pr. 1000 levendefødte børn. I Danmark er spædbarnsdødeligheden til sammenligning ca. 4,8.

I Grønland er der endvidere mange overvægtige. Antallet af overvægtige var i 1999-2001 ca. 50 pct. både for mænd og kvinder, og heraf var hhv. 16 pct. overvægtige og 22 pct. svært overvægtigt. Overvægt har stor indflydelse på forekomsten af livsstilssygdomme som diabetes, som netop er i stærk stigning i Grønland

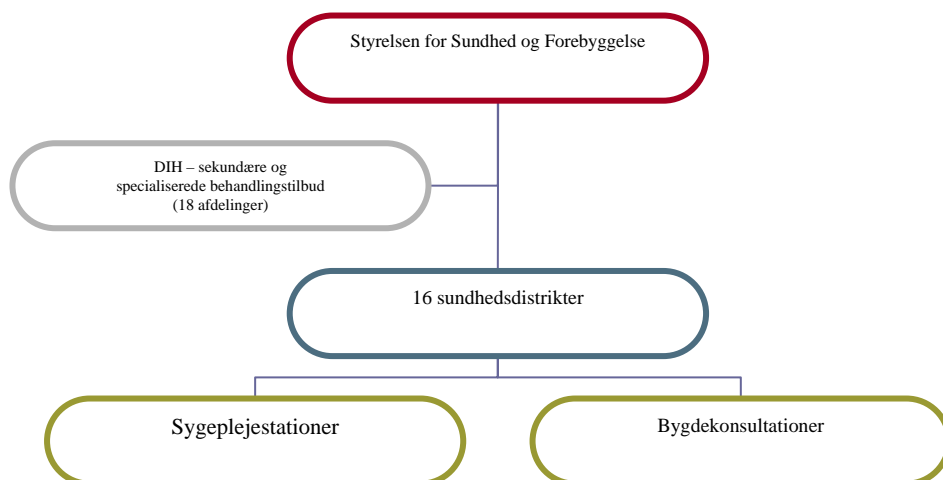
Nøgleordene for Sundhedsreformen er:

- Regionalisering af ledelse: ledelse og administration på færre hænder
- Bedre styring af sundhedsvæsnets økonomi og optimal ressourceudnyttelse
- Mere lige adgang til sundhedsvæsnets uanset bosted (by eller bygd)
- Kvalitet og patientsikkerhed
- Fokus på kerneydelsen, dvs. ydelser i den primære sundhedstjeneste (forebyggelse og sundhedsfremme)
- Sammenhængende patientforløb, dvs. koordineret samarbejde på tværs af specialer og sektorer fra indkaldelse til udskrivelse. Patientens behandlingsforløb sættes i fokus.
- Opkvalificering og supervision af personale

## **Fra distrikter til regioner**

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse har i dag det overordnede ledelsesmæssige ansvar for 16 sundhedsdistrikter. Dette er en stor administrativ opgave.

**Figur 1. Den nuværende organisering af det grønlandske sundhedsvæsen**



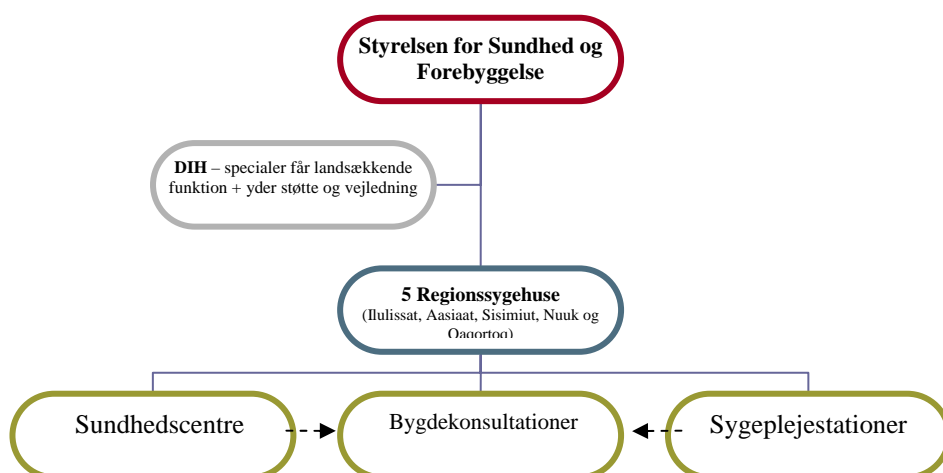
Note: Styrelsen har ligeledes ansvaret for distrikternes tandklinikker. Disse berøres dog ikke af sundhedsreformen.

Sundhedsreformen ændrer de nuværende 16 sundhedsdistrikter til fem sundhedsregioner. De fem sundhedsregioner følger kommunegrænserne med undtagelse af nordkommunen, som deles i to regioner.

Denne ændring betyder bl.a., at de nuværende 16 distriktsledelser bliver reduceret til fem regionsledelser. Hermed fritages 11 chefdistriktslæger for administrativt arbejde. Dette er med til at sikre en mere optimal ressourceudnyttelse, hvor lægernes mulighed for klinisk arbejde forbedres.

I fremtiden skal Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse kun have kontakt med fem regionsledelser og regionsdriftsledere. Dette betyder, at Sundhedsledelsen får bedre mulighed for at støtte op om den enkelte regionsledelse og yde støtte i forbindelse med planlægning af og opfølgning på regionens økonomi.

**Figur 2. Den fremtidige organisering af det grønlandske sundhedsvæsen**



Note: Bygdekonsultationerne kan i dagligdagen støttes af regionens sygehus, sundhedscentre og sygeplejestationer

I hver af de fem nye sundhedsregioner vil der være ét regionssygehus samt et eller flere sundhedscentre, sygeplejestationer og bygdekonsultationer. Regionssygehuset vil i dagligdagen yde støtte til regionens sundhedscentre, sygeplejestationer og bygdekonsultationer.

En del af de ledelsesmæssige, økonomiske og administrative opgaver skal samles hos de kommende regionsledelser. Bl.a. får regionsledelsen ansvaret for økonomien i hele sundhedsregionen herunder regionssygehuset, sundhedscentre, sygeplejestationer og bygdekonsultationer.

Et nyt redskab til økonomistyringen i regionerne er udarbejdelsen af fremmødeplaner. Her kan regionsledelsen sammenholde sundhedsregionens personale med den anvendte lønsum, og få et bedre overblik over hvad der økonomisk er til rådighed ved eksempelvis nyansættelser.

Når regionens økonomi samles i ét budget, betyder det øget økonomisk fleksibilitet. Regionsledelsen kan bedre danne sig et overblik og vurdere, hvor der er behov for tiltag – fx ved ansættelse af nyt personale i regionen eller stordriftsfordele ved bestilling af depotvarer og medicin.

#### **Informationsboks 4. Pilotregioner og de kommende sundhedsregioner**

For at skabe det bedste mulige udgangspunkt for Sundhedsreformen, gennemføres et pilotprojekt i 2010. Fem distrikter er udvalgt til at indgå i pilotprojektet som en del af to pilotsundhedsregioner. Der er tale om Sundhedsregion Disko (Aasiaat-Kangaatsiaq, Qeqertarsuaq, Qasigiannnguit) og Sundhedsregion Qeqqa (Sisimiut og Maniitsoq).

De to pilotregioner skal arbejde med de ideer for regionsdannelse, som styregruppen bag Sundhedsreformen har gjort sig, via input fra de foregående års arbejde samt diskussioner med medarbejdere i sundhedsvæsenet. På baggrund af de erhvervede erfaringer i pilotprojektet bliver der skrevet en rapport, som skal bruges i forbindelse med implementeringen af Sundhedsreformen i de tre øvrige regioner.

De organisatoriske og personalemæssige ændringer, der bliver en følge af Sundhedsreformen, vil ske løbende. I en overgangsperiode, der afhænger af lokale forhold, vil vagtplaner, personalekompetencer mv. blive tilpasset de regionale behov via omprioritering af personale i forhold til budget og lokale behov.

Navnene på de fem sundhedsregioner er:

- **Sundhedsregion Avannaa:** Ilulissat: Ummannaq, Upernavik og Qaanaaq
- **Sundhedsregion Disko:** Aasiaat: Qeqertarsuaq, Qasigiannnguit og Kangaatsiaq (PILOTREGION)
- **Sundhedsregion Qeqqa,** Sisimiut: Maniitsoq (PILOTREGION)
- **Sundhedsregion Sermersooq,** Nuuk: Paamiut/(Ivittuut), Tasiilaq og Ittoqqortoormiit
- **Sundhedsregion Kujataa,** Qaqortoq: Nanortalik og Narsaq

I Sundhedsregion Avannaa og Sundhedsregion Sermersooq vil den geografiske afstand mellem regionssygehuset og sundhedscentre, byens størrelse samt antallet af bygder i lokalområdet endvidere kunne få indflydelse på personaleplanlægningen på den enkelte enhed i regionen. Det kan fx betyde, at et sundhedscenter har en sygeplejerske mere end et tilsvarende sundhedscenter i en region, hvor regionssygehuset ligger tættere på.

## Informationsboks 5. Ansvarsfordeling i regionen

### **Regionsledelsen**

- består af den ledende regionslæge og den ledende regionspsygeplejerske.
- refererer til Sundhedsledelsen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.
- har det overordnede økonomiske, driftsmæssige og faglige ansvar for sundhedsvæsenets opgaver i regionen.
- har det overordnede ansvar for serviceområderne; køkken, rengøring, vaskeri og portørtjeneste, som i dagligdagen ledes af regionsdriftslederen.

### **Regionsdriftslederen**

- har til opgave at varetage den daglige drift og økonomi (controllerfunktion) for hele regionen.
- har i dagligdagen et ansvarsområde som før reformen, men nu med ansvar for driftsledelsen i hele regionen.
- har det daglige ansvar for serviceområderne; køkken, rengøring, vaskeri og portørtjeneste.
- refererer til Regionsledelsen og har jævnlig kontakt med Styrelsens økonomiafdeling i forbindelse med de daglige økonomiske forhold. Overordnede økonomiske spørgsmål må dog først behandles efter forudgående afklaring med Regionsledelsen.

### **Sundhedscentre**

- har et selvstændigt ansvar overfor Regionsledelsen med hensyn til den daglige drift og enhedens økonomi.
- skal ikke længere være i direkte kontakt med Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Kontakt med Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse sker via regionsledelsen.

Områdeledelserne samt specialeområderne på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) har en landsdækkende funktion og skal give vejledning, støtte og supervision inden for deres respektive specialeområde til personalet på kysten. Alle specialeområder, inklusive de støttende (røntgen og laboratorium) skal udarbejde standarder og faglige retningslinjer på deres område, som skal efterleves i regionerne, for derved at skabe en ensartet kvalitet i hele landet.

De lokale ressourcer inddrages så vidt muligt i behandlingen af patienterne i forbindelse med specialisterne fra DIHs kystrejser. Sammen med de kurser, der udbydes på DIH til medarbejderne på kysten, er brugen af de lokale ressourcer ved specialistrejser medvirkende til, at det lokale personale vedligeholder deres kompetencer. På den måde sikres en højere faglig kvalitet blandt kystens medarbejdere.

## Informationsboks 6. Budget og økonomi i de nye regioner

Det samlede budget for alle regioner vedtages af Inatsisartut. Udgangspunktet for budgetlægningen i regionerne er derfor finanslovens bevillinger og det foregående års budget. De nye regioner vil ikke umiddelbart få bevilliget ekstra penge. I stedet sker der en sammenlægning af økonomien fra de tidligere distrikter – og en lokal tilpasning af den økonomiske ramme på baggrund af sundhedsmæssige, demografiske og geografiske forhold og udviklingstendenser.

De regionale enheder får et større økonomisk råderum og ansvar, end distrikterne oplever i dag. Samtidig planlægges det, at flere økonomiske beslutninger decentraliseres til regionerne.

De administrative opgaver i regionerne bliver dog ikke flere end i dag, men de samles på færre hænder. Det betyder en større lokalt forankret ekspertise og bedre muligheder for samarbejde med Sundhedsledelsen

**Tabel 1. Personale og adgang til de enkelte sundhedsenheder i regionen**

|  | Regionssygehus  | Sundhedscentre  | Sygeplejestationer  | Bygdekonsultation     |
|--|---|---|---|-----------------------|
| Type ansat personale i regionen i fremtiden            | Alle funktioner med specialiserede og tværgående funktioner vil være repræsenteret. Det drejer sig fx om læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, sundhedsplejersker, jordemødre, diætister, farmakonomer mv.  | På sundhedscentre med tre eller færre læger vil der være færre ansatte med specialiseret baggrund (fx fysioterapeut eller sundhedsplejerske) end på regionssygehuset – især hvis sundhedscentret ikke er et fødested.<br><br>På sundhedscentre med en (til to) læger kan der ske en omrokering i nuværende stillinger for specialiseret personale. Ligeledes vil antallet af ansatte ufaglærte være afhængigt af hvorvidt et sundhedscenter er åbent for indlæggelse uden tidsbegrænsning | Betjenes primært af sygeplejersker, sundhedsassistenter   | Bygdesundhedsarbejder |
| Sundhedsenhedens kompetence                            | Regionssygehuse og sundhedscentre har det tekniske udstyr og personale (fast/besøgende) til at håndtere det primære sundhedsvæsens opgaver. Der kan også udføres ukomplicerede men indlæggelseskrævende opgaver. Endelig kan der udføres få andre specialiserede opgaver, som falder ind under det sekundære sundhedsvæsens mere specialiserede arbejdsområde – dvs. sygehusundersøgelse, visse operationer samt behandling.<br><i>Note: Det primære sundhedsvæsen er karakteriseret ved geografisk nærhed, åben adgang for borgerne, uselekeret klientel og relativt lav specialisering. I modsætning hertil har det sekundære sundhedsvæsen en regional placering, normalt kun adgang efter henvisning, et selekeret klientel, som er henvist fra den primære sektor, og en høj specialiseringsgrad. I Grønland vedrører den sekundære sektor især DIH. Regionssygehuse og sundhedscentre varetager dog også visse sekundære opgaver i dagligdagen.</i> |   | Sundhedspersonalet kan rådgive, behandle/give medicin og opskrive til konsultation hos læge ved dennes besøg i bygden – som hidtil. Patienter med behov for yderligere undersøgelse eller behandling på sundhedscentre eller sygehus kan blive visiteret til dette.<br><br>Sundhedspersonale, som visiterer patienter til behandling hos læge vil i stigende grad kunne benytte telemedicin såsom Pipaluk i deres arbejde.<br>Sundhedspersonalet kan desuden få vejledning af det mere specialiserede personale via telemedicin, hvilket betyder at behandlingen sker på et fagligt bedre grundlag. Pipaluk findes dog kun i bygder med mere end 50 indbyggere. |                       |
| Ambulant henvendelse i vagttiden (16-8 og weekenderne) | Har akut modtagelse.  | På alle sundhedscentre findes en dørtelefon for patientopkald til vagtpersonalet.   | Patienthenvendelser til regionernes sundhedsvæsen udenfor dagarbejdstiden sker fortrinsvis telefonisk til nærmeste sundhedscenter eller til regionssygehuset<br><br>Fra bygder kan telefonopkald til nærmeste regionssygehus eller sundhedscenter foretages af bygdesundhedsarbejderen i dagtiden. Efter kl. 16 kan patienten selv henvende sig pr. telefon.  |                       |
| Akut evakuering  | Regionslæger kan efter aftale med ledende regionslæge/sygeplejerske iværksætte akutte evakueringer i regionen. Akutte evakueringer fra regionen sker efter aftale med speciale ansvarlig overlæge på DIH.   |   |   |                       |
| Indlæggelse  | Tidsbegrænset   | Patienter skal så vidt muligt udskrives eller overflyttes til regionssygehuset inden for 24 timer. Afhængigt af størrelsen på det enkelte sundhedscenter samt de faglige kompetencer, der er til stede, kan patienter forblive indlagt i længere tid end 24 timer.  |   |                       |

## Betydning af den ændrede organisering for de ansatte i sundhedsvæsenet

Sundhedsreformen vil medføre forandringer af det grønlandske sundhedsvæsen. De fleste ansatte vil dog ikke opleve store ændringer i deres daglige virke som ansat ved sundhedsvæsenet i Grønland.

Som noget nyt ansættes alle medarbejdere i en region med tjeneste på enten regionssygehuset eller på et af de lokale behandlingssteder i stedet for som tidligere at være ansat lokalt ved eksempelvis et sundhedscenter.

Når økonomien samles, bliver det desuden lettere at vurdere, hvilke muligheder der er for at ansætte yderligere sundhedsfagligt personale. Samtidig er der visse stillingstyper på regionssygehusene og nogle sundhedscentre, som vil blive prioriteret højt (fx jordemødre, fysioterapeuter, diætister, sundhedsplejersker mv.) mens eksempelvis ufaglærte medhjælpere med tiden bør omkonverteres til faglærte medarbejdere.

### Informationsboks 7. Sundhedsfaglige fokusområder

#### **Sundhedsplejen**

- der søges omprioriterede midler til yderligere sundhedsplejerskestillinger, som led i en opprioritering af indsatsen på området for sundhedspleje af børn og unge
- uddannelsen af sundhedsassistenter i sundhedspleje bliver intensiveret
- stilling som sundhedsplejersker kan medføre rejseaktivitet til behandlingssteder, hvor der ikke er en uddannet sundhedsplejerske ansat

#### **Hjemmesygeplejen**

- både den somatiske og psykiatriske hjemmesygepleje bliver gradvist udbygget i takt med den forventede ændring i den demografiske sammensætning i regionerne og i områder med særlige behov (folk bliver ældre og flere flytter fra bygd til by).

#### **Jordemoderstillinger**

- søges dubleret ved regionssygehusene, så fødesteder ikke er uden en jordemoder, når en jordemoder er på besøg hos regionens øvrige behandlingssteder.
- ved sundhedscentre, der benyttes som fødesteder i dag, vil stillinger fremover kun blive genbesat, hvis der også er personale, som kan håndtere akutte behandlingskrævende situationer såsom kejsersnit,
- jordemødre og sundhedsplejersker skal være tovholdere på samarbejdsprojekter mellem kommune og sundhedsvæsen vedrørende tidlig indsats overfor gravide og deres familier.

De stillinger, der generelt prioriteres højt, er bl.a. stillinger som jordemoder, sundhedsplejerske, narkosesygeplejerske, fysioterapeut, bioanalytiker, farmakonom samt sundhedsmedhjælper og sundhedsassistent med kompetencer indenfor specialiserede fagområder (venerea, omsorg for gravide, sundhedspleje og røntgenundersøgelse). Ved konvertering af stillinger, opsigelse eller naturlig afgang af ufaglærte, eller i forbindelse med en ledig sygeplejerskestilling/assistentstilling vil sundhedsvæsenet fremover søge at få diætister ansat på samtlige regionssygehuse.

Regionssygehuset vil råde over specialiseret personale, der tager sig af den primære sundhedsbetjening. Alle ansatte med særlige funktioner (dvs. jordemoder, sundhedsplejerske, fysioterapeut, diætist, bioanalytiker mv.) forventes oftere, og med større regelmæssighed at skulle rejse til regionens sundhedscentre for at føre tilsyn med varetagelsen af deres særlige ansvarsområder. Hvor ofte dette drejer sig om, afhænger af behovet i den enkelte region. Derudover

skal de give råd og vejledning til det lokale, men ofte mindre specialiserede personale. Råd og vejledning gives på baggrund af nedskrevne retningslinjer. Vejledende kliniske retningslinjer vil være med til at øge og ensarte kvaliteten af den behandling, sundhedsvæsenet giver borgerne i Grønland. Vejledningerne skrives af de forskellige specialer på DIH og vil i pilotperioden løbende blive lagt på [www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl), hvor også allerede eksisterende vejledninger kan findes.

## **Rekruttering og fastholdelse af specialiseret personale**

Erfaringerne viser, at det er lettere at rekruttere personale til de større sygehuse i længerevarende stillinger. Dette kan skyldes at personalegruppen er større, og at medarbejderne dermed har flere kollegaer at støtte sig til i vanskelige situationer. På den baggrund er det nødvendigt at skabe større enheder, hvis sundhedsvæsenet fremover skal kunne rekruttere det nødvendige sundhedspersonale. De fem sundhedsregioner udgør et relativt stort befolkningsgrundlag og vurderes derfor at være fagligt interessante for alle personalegrupper. Det er nødvendigt, at rekrutterings- og fastholdelsessituationen forbedres for at kunne tilbyde de sundhedsfaglige ydelser, som sundhedsvæsenet ønsker og har behov for.

Sundhedsledelsen står for den centrale koordinering af rekrutteringen. Det betyder deltagelse i rekrutteringsmesser, markedsføring overfor potentielle ansøgere til sundhedsvæsenet generelt, annoncering af stillinger samt fastlæggelse af fælles strategi for rekruttering og fastholdelse.

Regionerne der skal sørge for styring af bevillinger/lønsum i forhold til opslåede stillinger og sikre en faglig beskrivelse af den opslåede stilling.

### **Informationsboks 8. Sundhedsreformen – fastholdelse af lægestillinger**

Antallet af læger, ansat i sundhedsvæsenet, ændres ikke som følge af Sundhedsreformen. Det betyder blandt andet, at så længe befolkningstallet i et område forbliver stort nok til at understøtte en eller flere lægestillinger, vil der fortsat være læger alle de steder, hvor der i dag er ansat læger. Reformen vil imidlertid medføre, at lægevikarer kun ansættes ved mindre sundhedscentre (med 1-2 lægestillinger), når vikariatets varighed er på mindst tre sammenhængene måneder. Er stillingen ubesat vil den overgå til nærmeste større sundhedscenter eller regionssygehus, som vil varetage den lægelige betjening derfra. Lægevikaransættelse af kortere varighed end tre sammenhængene måneder vil kun finde sted ved regionssygehuse og større sundhedscentre.

På sundhedscentre med kun én lægestilling vil lægen være ansat uden vagtfunction og derfor ikke oppebære vagttillæg, da der sjældent er behov for akut lægevagt i disse stillinger. Vagtberedskabet vil varetages af sygeplejerskerne, der kan kontakte læger ved regionssygehuset ved behov. I yderst akutte tilfælde vil den lokale læge kunne tilkaldes. Her vil lægen blive aflønnet på timebasis.

## **Opkvalificering af de ansatte i sundhedsvæsenet**

Læger og sygeplejersker har som udgangspunkt de samme opgaver efter implementeringen af Sundhedsreformen. Den ændrede struktur medfører dog et behov for videreuddannelse og opkvalificering af visse funktioner så som akut sygepleje, tuberkulose og diabetes, som kan styrke de faglige kompetencer på de enkelte behandlingssteder lokalt i regionen.

Især sygeplejerskerne på sundhedscentrene kan blive stillet overfor nye opgaver. For at klæde sygeplejerskerne på til at varetage disse opgaver, arbejdes der i øjeblikket på en studieordning til uddannelsen som behandlersygeplejerske. Denne uddannelse giver sygeplejerskerne nye kompetencer, hvilket betyder, at de fremover kan:

- udrede sygehistorier og forestå fysisk undersøgelser af patienterne
- modtage, stabilisere og klargøre den akutte eller ustabile patient til overflytning til videre behandling
- varetage visitation, diagnosticering og behandling af patienterne i samråd med lægen på regionsygehuset
- iværksætte sundhedsfremmende og forebyggende initiativer over for borgerne
- overvåge, pleje og behandle patienter med kroniske sygdomme

Det vil ligeledes være hensigtsmæssigt med en autorisationsgivende jordmoderfaglig overbygning på sygeplejerskeuddannelsen. Derved får nogle sygeplejersker mulighed for også at varetage jordmoderens funktionsområder.

Brancheudvalget for de grundlæggende sundhedsuddannelser har endvidere besluttet, at uddannelsesordningen for sundhedsassistenter skal revideres, så akut sygepleje bliver en del af uddannelsen. Derudover er der udarbejdet en række specialiseringsmoduler for sundhedsassistenter, blandt andet røntgen, sundhedspleje, psykiatri, venera, audiologi, graviditets- og fødselsområdet. De enkelte moduler har en varighed på fem til otte måneder, og formålet er at øge specifikke kompetencer inden for ét bestemt fagområde. Desuden er der tilbud om opkvalificeringskurser inden for eksempelvis akut sygepleje, tuberkulose og diabetes.

Der er i 2008 ligeledes opstartet en portørrederuddannelse, som tager 22 uger. Portørrederuddannelsen omfatter ambulancetjeneste, patienttransport, præhospitalsbehandling, affaldshåndtering, hygiejne mv.

Der arbejdes endvidere på at igangsætte en ny sundhedsarbejderuddannelse med indbygget arktisk førstehjælp (fx forfrysninger, drukneulykker). Målgruppen er bygdepersonale og ufaglært personale som arbejder på de mindste sundhedscentre (med 1-2 lægestillinger).

Endelig arbejdes der på, at lægerne skal kunne erhverve faglige kompetencer, som er særligt relevante for arbejdet på kysten, via en diplomuddannelse i arktisk medicin. Uddannelsen skal være kort – et til to år. Desuden eksisterer der allerede et uddannelsesstilbud til yngre læger i Grønland, som fører til en dansk speciallægeanerkendelse i specialiet almenmedicin.

## **IT-systemer i det grønlandske sundhedsvæsen**

At det i dag er muligt at gennemføre en reform af strukturen i det grønlandske sundhedsvæsen hænger tæt sammen med den udvikling og de tiltag, der er sket på it-området.

I slutningen af 2007 var den elektroniske patientjournal (EPJ) implementeret på alle kystsygehuse og lægeklinikken i Nuuk. EPJ giver sundhedspersonalet direkte adgang til data for den enkelte patient – eksempelvis tidligere og nuværende sygdomme, blodprøvesvar og røntgenbilleder.

Telemedicin har været brugt i Grønland i flere år, men undergår nu en vigtig udbygning med opstillingen af nyt telemedicinudstyr – kaldet Pipaluk – i alle bosteder med mindst 50 beboere. Denne udbygning forventes afsluttet medio 2010.

**Figur 3 Pipaluk**



Pipaluk består af en computer med adgang til internettet, hvortil der er koblet forskellige apparater. Computeren er let at bruge, og betegnelserne på skærmen er oversat til grønlandsk. Bygdesundhedsmedarbejdere eller sygeplejersker i bygder og på kystsygehuse kan ved hjælp af Pipaluk undersøge deres patienter. Herefter kan de sende undersøgelsens resultater til en sygeplejerske eller læge på det nærmeste sygehus, som derefter kan ordinere behandling.

IT-systemerne herunder Pipaluk og EPJ er med til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, da man hurtigere kan komme i kontakt med øvrige ansatte i sundhedsvæsenet.

For yderligere oplysninger om telemedicin i Grønland, se [www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl).

## **Sundhedsreformens betydning for borgerne i byer og bygder**

Et af de primære formål med Sundhedsreformen er at sikre, at borgerne får mere lige adgang til sundhedsvæsenets behandlingstilbud uanset bosted.

Speciallægerne (fx gynækologer, øre, næse- halslæger mv.) ved DIH og speciallæger fra Danmark har i lang tid foretaget årlige kystrejser for at tilse patienter, ordinere behandling og udføre visse mindre operationer på regionssygehuse og sundhedscentre. Formålene har været at give patienterne den nødvendige behandling lokalt, så de ikke behøver at rejse til DIH eller til udlandet for behandling. Et af målene med Sundhedsreformen er, at endnu flere patienter kan behandles lokalt..

Regionernes størrelse gør, at der vil være flere faglige kompetencer at trække på lokalt. Det vurderes derfor, at sundhedsvæsenet kan give borgerne en fagligt set mere professionel primær behandling lokalt i regionen.

Indførelsen af Pipaluk i bosteder med over 50 indbyggere betyder endvidere, at afstanden til sundhedsfaglig ekspertise bliver kortere for disse bosteder. For bygder med under 50 beboere skal der fortsat anvendes telefon og telefax, når beboerne skal i kontakt med en læge. Derudover vil regionslægerne fortsat aflægge bygdebesøg.

For at sikre en mere ensartet service til bygderne, er det målet at der i hver region skal være en bygdeansvarlig medarbejder. Den bygdeansvarlige medarbejder skal varetage koordinationen af service overfor samtlige bygder i hele regionen, samt sørge for at de enkelte bygder besøges. Den bygdeansvarlige skal i planlægningen af servicetilbuddet tage udgangspunkt i, at bygdebesøg skal foretages regelmæssigt. Derudover skal der i planlægningen tages hensyn til de særlige forhold, som gør sig gældende i de enkelte bygder i en region. Der vil blive udarbejdet standarder for bygdebesøg, som skal sikre, at de sundhedsfaglige bekendtgørelser og vejledninger opfyldes. Som

følge heraf mindskes de lokale forskelle for, hvor ofte bygderne modtager besøg af sundhedsfagligt personale, samt hvilken service bygdeboerne kan forvente.

Det er et af Sundhedsreformens mål, at bygdebefolkningen skal opleve en forbedring med hensyn til besøg, især af det sundhedsfaglige personale med specialiserede funktioner såsom jordemødre og sundhedsplejersker.

## **Information om Sundhedsreformen**

Arbejdet med reformen af sundhedsvæsenet er endnu ikke afsluttet. Da sundhedsreformen kommer til at berøre alle medarbejdere i sundhedsvæsenet og alle borgere i Grønland, vil der løbende blive udarbejdet informationsmateriale om sundhedsreformen.

”Alle offentligt tilgængelige informationer om Sundhedsreformen samles med tiden på [www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl), og alle trykte udgivelser vil kunne downloades herfra. På [www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl) kan du også læse de spørgsmål til reformen, som borgerne og medarbejderne har indsendt via e-mail, og du kan læse svarene.

Hvis du har spørgsmål til reformen, er du meget velkommen til at sende dem via e-mail til adressen: [nutarsaaneq@nanoq.gl](mailto:nutarsaaneq@nanoq.gl).