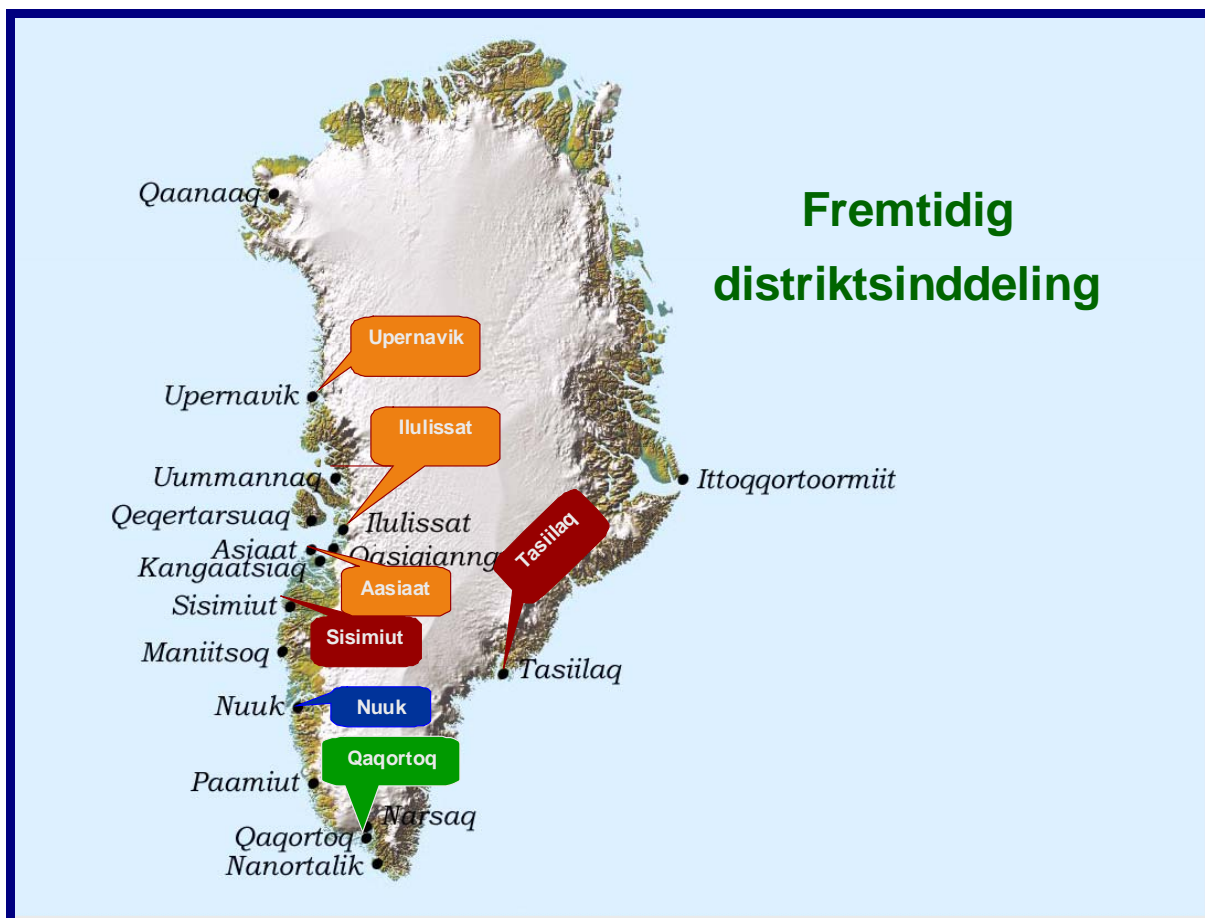


REDEGØRELSE VEDRØRENDE FORSLAG TIL REFORM AF SUNDHEDSVÆSENETS STRUKTUR



1. KORT RESUMÉ	3
2. CENTRALE PROBLEMSTILLINGER OG BEHOVET FOR EN REFORM.....	5
3. ANALYSE AF DET NUVÆRENDE SUNDHEDSVÆSEN PÅ KYSTEN.....	8
4. KRAV TIL ET REFORMFORSLAG	11
5. FORSLAG TIL EN MODEL FOR EN REFORM AF SUNDHEDSVÆSENET PÅ KYSTEN	11
6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF DEN FORESLÅEDE MODEL TIL EN REFORM.....	16
7. UDDANNELSE AF SUNDHEDSPERSONALE	18
8. FREMTIDIG ARBEJDSDELING	18
9. TVÆRSEKTORIELT OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE	19
10. MODELLER FOR BORGERINDDRAGELSE I SUNDHEDSVÆSENET	20
11. ÆNDRET FREMTIDIG PRIORITERING.....	20
12. DEN VIDERE PROCES	22

1. KORT RESUMÉ

Sundhedsvæsenet har i adskillige år haft svært ved at rekruttere personale til langtidsansættelser på de mindre kystsygehuse. Dette har medført, at Sundhedsvæsenet har været nødsaget til at ansætte personale i kortere vikariater, og rekrutteringsarbejdet er blevet vanskeligere indenfor alle relevante faggrupper. Det må forventes, at visse geografiske områder og visse fagområder vil være totalt umulige at forsyne med personale i fremtiden.

Det skiftende personale er til gene for borgerne, og er en stor økonomisk belastning for sundhedsvæsenet, idet vikarer er dyrere i drift end fastansatte, og det faste personale får ekstra arbejde, når de skal sætte skiftende personale ind i forholdene på det enkelte sygehus.

På efterårssamlingen 2003 blev der fremsat spørgsmål om, hvorvidt Sundhedsvæsenets distriktsinddeling var passende i forhold til landets geografi, når det var svært at rekruttere personale til faste stillinger.

På den baggrund godkendte og igangsatte Landsstyret, at Direktoratet for Sundhed i 2004 skulle påbegynde et større udredningsarbejde med henblik på at komme med forslag til en ny struktur i Sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets ledelse ønsker en reform, der kan modvirke effekten af de omstændigheder, som vi ikke er herre over. Omstændigheder, der helt overvejende skyldes en mangel på sundhedsuddannet personale både i Grønland og i de skandinaviske lande. Det forslag, som sundhedsvæsenets ledelse vil fremsætte, er en reformmodel, som indebærer en ændring af nogle af de nuværende sygehuses bemanning, af arbejdsmetoder og af den nuværende sundhedsdistriktsopdeling.

Den nuværende sundhedsdistriktsinddeling har bestået i mere end 50 år og er baseret på tidligere tiders begrænsede muligheder for transport, samt de daværende teknologiske og behandlingsmæssige muligheder. Reformmodellen skal udnytte de nye teknologiske muligheder og den samfundsmæssige udvikling, og forholder sig dermed på en både nutidig og fremadrettet måde til befolkningens og det sundhedsfaglige personales ønsker og krav – og forventes dermed at forhindre ellers uundgåelige forringelser for hele samfundet.

Forslaget anviser en model, hvor visse personalegrupper (læger, anæstesisygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere, fysioterapeuter og diætister) samles på 7 sygehuse, som bliver kystens fremtidige vækstcentre. Det er lettere at skaffe fastansat personale til større enheder med et afbalanceret fagligt miljø. De mindre nuværende enheder vil fortsat blive betjent og forsøgt udfyldt med fastansat personale, så længe dette er muligt.

Herved kan antallet af sundhedsdistrikter reduceres fra 16 til 7, men indenfor de færre distrikter er alle nuværende behandlingssteder bevarede, således at befolkningen vil opleve en uændret adgang til sundhedsvæsenet. Anvendelse af telemedicin i større omfang end hidtil vil sikre opretholdelsen af den faglige kontakt internt i distrikterne, mellem distrikterne samt mellem distrikterne og Dronning Ingrid's Hospital. Udbygget og anvendt rigtigt vil telemedicin kunne danne 'bro' over de 'huller', der måtte opstå i den eksisterende struktur grundet den forventede voldsomme stigning i personalemangel visse steder. Udvikling af nye uddannelsesstilbud, især til det fastboende personale er et andet vigtigt område, der på grund af reformen og den forventede vækst i livsstilssygdomme, skal give disse personalegrupper nye kompetencer.

De større enheder vil give bedre muligheder end i dag for faglig dialog hos sundhedspersonalet. Fagfællesskab og kompetencer vil styrkes, hvorved kvaliteten af ydelser sikres på et mere positivt

og stabilt niveau. Fagligheden styrkes ligeledes gennem flere initiativer til kompetencegivende uddannelse af sundhedspersonalet, og der vil blive oprettet flere stillinger, som er målrettede de sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter.

Denne redegørelse lægger mere op til en diskussion af de enkelte elementer, der kan indgå i en ny struktur, end den egentlig fremkommer med et endeligt forslag. Det endelige forslag tænkes udarbejdet efter den principielle diskussion i Landsstyre og på Landsting.

Truslerne imod den eksisterende struktur er:

- Mange og små distrikter
- Kritisk truende personalemangel, især i små enheder
- Kritisk stram økonomi, der yderligere undergraves af nødvendigheden af vikaranvendelse
- Den demografiske udvikling som medfører stor stigning i antal sengedage
- Livsstilssygdommene der truer med at kunne vælte sundhedsvæsenet inden for en årrække

Elementerne, der kan indgå i en ny struktur er:

- 7 vækstcentre, og dermed 7 sundhedsdistrikter
- Lettere tiltrækning af personale til distriktssygehusene
- Opretholdelse af eksisterende faciliteter på distriktssygehusene så længe personale-situationen tillader
- Opgave og ansvarsglidning samtidig med reform af uddannelserne
- Visse behandlinger vil fremover kunne foregå lokalt i distrikterne - frem for at patienterne skal overflyttes til DIH (som hidtil eneste sted med visse specialer)
- Nedtrapning af anvendelsen af vikarbureauer
- Opbygning af et effektivt telemedicin system

Den nye struktur skal kunne hamle op med og glidende overtage, der hvor den eksisterende struktur trues med sammenbrud.

2. CENTRALE PROBLEMSTILLINGER OG BEHOVET FOR EN REFORM

Der er en tiltagende mangel på visse grupper af sundhedsfagligt personale i lande, hvorfra en stor del af arbejdskraften til de grønlandske sundhedsdistrikter rekrutteres. Derfor bliver vore problemer med at ansætte og fastholde personale i sundhedsvæsenet også større og større, og ligesom i andre lande med tyndtbefolkede yderområder må vi konstatere, at det er der problemet er mest mærkbart.

Det betyder, at det især for sygehusene i distrikterne er svært at prioritere, planlægge og gennemføre deres indsats udover fra dag til dag, hvorved langsigtede, sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter må nedprioriteres. Det betyder også, at når en langt overvejende del af de vikarer (specielt læger) der ansættes, kun vil lade sig ansætte i få måneder, og at vi i nogle tilfælde tvinges til at ansætte det meget dyrere personale fra vikarbureau, så har vi et sundhedsvæsen, som nok kan leve op til et akut beredskab på kysten, men som hverken får råd til eller har tilstrækkelige muligheder for at levere den hverdagsydelse, som der er så stort behov for i befolkningen.

For patienterne betyder det, at de sundhedsmæssige ydelser de modtager, er af svingende kvalitet. For det faste personale betyder hverdagen en ekstra belastning, der i det lange løb virker opslidende og demotiverende for fortsat ansættelse. Sundhedsvæsenets ledelse finder, at denne situation er uacceptabel og kan risikere både i det korte og det lange tidsperspektiv at blive helt uholdbar i forhold til befolkningens behov og de politiske målsætninger for sundhedsvæsenets opgaveløsning, hvis ikke der gribes ind.

Personalemangel

På baggrund af den personalemæssige situation for distriktslægerne i 2003 blev det ved Landstingets efterårssamling i 2003 besluttet at lade sundhedsvæsenet vurdere, om det nuværende antal sundhedsdistrikter, med deres størrelse og placering, fortsat kunne anses for at være optimal.

Det er indlysende, at et rekrutteringsproblem til faste stillinger vil få flere mærkbare konsekvenser. For eksempel bliver det vanskeligt at prioritere den daglige indsats. Flere steder kan derfor kun de mest påtrængende opgaver varetages, mens den fremadrettede, rehabiliterende, forebyggende og sundhedsfremmende indsats forsømmes.

En anden konsekvens er, at både sundhedsvæsenets personale og patienterne oplever en svingende faglig kvalitet og manglende kontinuitet i den måde, ydelserne bliver leveret på. Dette giver utryghed for begge parter.

Medens personalesituationen på Lægeklinikken i Nuuk har været acceptabel (sammenlignet med situationen ude i distrikterne), har sundhedsvæsenet i flere år i stigende grad haft svært ved at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale til sundhedsdistrikterne. Eksempelvis er andelen af fastansatte distriktslæger over de sidste 10 år faldet fra, at hver anden læge var fastansat til et niveau, hvor knap hver tredje stilling er fast besat.

Det tiltagende personalemæssige rekrutteringsproblem i sundhedssektoren rammer dog ikke kun lægerne, men også tandlæger, sygeplejersker og andet specialiseret personale. Denne redegørelse vil derfor fokusere på sundhedsvæsenet på kysten, dvs. udenfor Nuuk, men også på bevarelse af sammenhænge og helhed i sundhedsvæsenet.

Rekrutteringsproblemer

Sundhedsvæsenet har i adskillige år haft svært ved at rekruttere personale til langtidsansættelser i de mindre distriktssygehuse. Dette har medført, at sundhedsvæsenet har været nødsaget til at ansætte personale i kortere vikariater, og rekrutteringsarbejdet bliver stadig vanskeligere indenfor alle relevante faggrupper. Det forventes, at sundhedsvæsenet om 4-6 år ikke længere vil være i stand til at besætte vakante stillinger med vikarer, hvorfor det må imødeses, at der med den nuværende struktur i sundhedsvæsenet er en væsentlig risiko for en meget uholdbar situation i visse geografiske områder.

Under debatten til Finanslovsforslag 2004 og 2005 blev det gentagne gang fremhævet, at en rekonstruktion af sundhedsvæsenet kunne blive nødvendig for at sikre rekruttering af fast personale og modvirke det stigende økonomiske pres, som blandt andet korte vikariater giver.

Det er desuden gentagne gange blevet krævet fra Landstinget, at sundhedsvæsenet skulle nedsætte brugen af vikar-bureau vikarer. Dette har altid været sundhedsvæsenets højeste prioritet, og opdraget er derfor nøje blevet fulgt. Om end det i de senere år har haft en vis succes, er der igen store vanskeligheder med at tiltrække personale til fastansættelse eller ansættelse som vikarer på overenskomstlignende vilkår. Uligheden i løn for samme arbejde mellem overenskomstansatte og vikarbureau ansatte er så stor, at flere og flere vælger at tilbyde deres arbejdskraft via vikarbureau. Tvungen brug af vikarbureau personale, for at kunne opretholde bestemt funktioner, indebærer en åbenbar risiko for udhuling af vore samlede lønmidler, hvilket nødvendiggør en personalereduktion resulterende i stigende utilfredshed hos det faste og det kort-tids overenskomstansatte personale.

Alle de nordiske lande har rekrutteringsproblemer i tyndtbefolkede yderområder. Samtidig kan det konstateres, at den generelle mangel på specialuddannet sundhedsfagligt personale i Danmark er ekstra mærkbar i Grønland i disse år, og desværre må det forventes, at denne situation vil forværres i de kommende 5-10 år.

Flere livsstilssygdomme og øget pres på økonomien

Samtidig er sundhedsvæsenet under stort pres pga. markant stigende omkostninger, specielt mht. medicin, behandling af patienter i udlandet og patienttransport. Presset forøges væsentligt af de tiltagende livsstilssygdomme og den stigende levealder.

Udviklingen i den demografiske sammensætning medfører, at sundhedsvæsenet i fremtiden vil have behov for løbende nettobevillingsforhøjelser, såfremt der ikke skal ske aktivitetsreduktioner. Dertil kommer stigningen i livsstilssygdomme, den teknologiske udvikling, flere sygdomme kan behandles, og endelig befolkningens generelle stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse osv.

Kort-tids ansatte læger kan ikke løse problemerne på samme fremadrettede måde som fastansatte. Konsekvenser er bl.a.:

- At bygdebesøgene aflægges, men ikke gennemføres regelmæssigt,
- At forebyggelsen nedprioriteres,
- En ustabil kontrol af tuberkulose, og
- En varieret håndtering af sundhedsfaglige retningslinier og administrative procedurer.

Det er meget vanskeligt at opfylde borgernes behov for de basale sundhedsydelser, med læger der udskiftes hver eller hver 3. måned.

Behovet for en reform

Det er derfor klart, at det netop nu er relevant at analysere sundhedsvæsenets struktur og opbygge en ny, der bedre vil være i stand til at håndtere de væsentlige problemer, som vi véd, er på vej. Arbejdsgrupper, bestående af repræsentanter fra Direktoratet for Sundhed, Dronning Ingrid's Hospital, personale ansat i sundhedsdistrikterne og i Kystledelsen har derfor haft til opgave at undersøge den bestående struktur.

En ny struktur må og skal bygge på:

1. Skabelse af færre, større og bredere enheder langs kysten, der er store nok til at indeholde attraktive faglige miljøer. Dermed vil man kunne tiltrække og fastholde mere personale.
2. Opbygning af et moderne, effektivt telemedicin system der kan benyttes som 'bro' på steder, hvor der ikke kan skaffes/ikke er højtuddannet personale.
3. Ændring af uddannelsesstrukturen, således at sundhedspersonalet kan opkvalificeres, hvorved opgaveglidning mellem faggrupper muliggøres. Noget tilsvarende kan gøres indenfor tandplejen.

Konsekvensen ved ikke at gennemføre en reform er yderligere skred i økonomien, tiltagende problemer med rekruttering og fastholdelse, mærkbar personalemangel, forringelser i serviceniveauet mv..

Forventede virkninger ved en reform

- **Opbygning af sygehuse i 7 sundhedsdistrikter** – Hvert af de nye distrikter vil have et distriktssygehus med en række sundhedscentre, sygeplejestationer og bygdekonsultationer under sin administration. På denne måde bibeholdes alle nuværende behandlingssteder.
- **Styrkelse af det faglige miljø** – En sammenlægning af distrikter vil medføre en koncentring af både større og bedre ledelsesmæssig og faglig kompetence, en opkvalificering af den primære sundhedstjeneste som almen medicin, sundhedspleje, hjemmesygepleje, distriktpsykiatri m.m. og en mere kvalificeret sygehusbehandling lokalt. Det vil give langt større mulighed for at samle funktioner som laboratorievirksomhed, fysioterapi, småkirurgi, normale fødsler og medføre bedre mulighed for efter- og videreuddannelse af personalet. Samtidig vil bemanningen blive mindre sårbar for vakancer.
- **Forbedring af bolig og infrastruktur** – Et vigtigt element i hele den nye strukturs udvikling er hensynet til infrastrukturen. Der er behov for at skabe de rette attraktive rammer for de ansattes familier, boligstandarder, skole og pasningsordninger, således at dette ikke er en hindring for at tiltrække personer med de rette kompetencer til de kommende distrikter.
- **Udbygning af telemedicinsk teknologi** – En udbygning af de telemedicinske faciliteter er en betingelse for udviklingen af en ny struktur i sundhedsvæsenet. Ved hjælp af Telemedicin vil sundhedsvæsenet kunne sikre borgerne lige adgang til sundhedsydelse, og imødekomme ønsker om at behandle mange akutte og kroniske sygdomstilfælde lokalt og kompetent, ligesom borgerne vil kunne tilbydes specialiseret behandling, når de har behov for det. Telemedicin vil kunne medvirke til en bedre udnyttelse af ressourcerne, tilbyde beslutningsstøtte til sundhedspersonale, og understøtte netværksdannelse mellem fagpersoner i og udenfor Grønland.
- **Øget rekrutteringsindsats** – På kortere sigt gøres der betydelige indsatser for at tiltrække personale. Sundhedsvæsenet har repræsentanter på relevante sundhedsfaglige job

messer og kongresser, og har dertil udviklet interessante oplæg. Kampagnen 'NextJobGreenland.gl' er lanceret, og medvirker til at synliggøre Grønland i fagtidsskrifter og dagspresse. Kampagnen har skabt betydelig interesse, men endnu ingen mærkbare gevinster. Det er vigtigt at understrege, at en sådan branding af sundhedsvæsenet tager tid, før man kan vurdere, om den har givet resultat.

- **Mindre brug af vikarbureau personale** – Hvis midlerne der kan og må anvendes til vikarbureau personale over en årrække bevidst nedtrappes, vil der ganske givet opstå store problemer på visse specialeområder. Til gengæld vil Grønlands ry for at være mere attraktiv som ansat gennem et vikarbureau frem for på almindelige overenskomst vilkår forsvinde. Det vil derfor med tiden blive lettere at ansætte på overenskomstilignende vilkår. Dog vil særlige specialer fortsat være tvunget at anvende de 'dyre' vikarer, for at kunne opretholde disse kompetencer i Grønland.

Kommunesammenlægningen

Vor kommunale struktur er også under overvejelse i disse år. I betænkningen vedrørende Kommunalreformen er fremsat et overordnet forslag om en opdeling af landet i fire nye kommuner. Forslaget går under navnet *Model A*. Denne model er lagt til grund for det forslag til en reformmodel for sundhedsvæsenet, der som en konsekvens vil have en ny distriktsinddeling. Det afgørende for sundhedsvæsenets distriktsinddeling er, at nye kommunegrænser ikke må dele et kommende sundhedsdistrikt. Derimod vil det ikke være et problem at have to sundhedsdistrikter indenfor én kommune.

Det er vigtigt, at en strukturændring i Sundhedsvæsenet skal gå hånd i hånd med kommunernes strukturændring, idet begge strukturændringer har samme overordnede mål, nemlig et kvalitetsløft i borgerbetjeningen. Sekundært har Sundhedsvæsenets strukturændring til formål at sikre tiltrækningen og fastholdelsen af relevant personale fra både ind- og udland, samt at få mere sundhed for pengene samtidig med at kunne styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

3 ANALYSE AF DET NUVÆRENDE SUNDHEDSVÆSEN PÅ KYSTEN

Primo 2004 nedsatte Sundhedsvæsenets ledelse en arbejdsgruppe til at analysere den forventede befolkningsmæssige udvikling og sundhedsvæsenets funktion i distrikterne, de sundhedsfaglige og personalemæssige forhold ved en ændret distriktsinddeling samt de økonomiske konsekvenser af et forslag til en ny model for sundhedsvæsenets struktur og arbejdsmetode.

Analyserne blev gennemført i perioden 2004-2005. Det blev dokumenteret, at der var en dårlig bemanningssituation i næsten alle bygder og på et flertal af distriktssygehuse, som de seneste år havde krævet en tilpasning til en stadig ringere rekrutterings- og fastholdelsessituation. Sundhedsvæsenet havde kun kunnet afhjælpe problemet ved at ansætte vikarer, oftest i kortvarige ansættelser, ligesom det havde været nødvendigt at lade faglært arbejdskraft erstatte med ufaglært arbejdskraft.

Problemerne var størst i yderområderne, hvor antallet af fast besatte stillinger var lavest, opgaverne store, og hvor fritiden ofte måtte bruges til arbejdsopgaver.

Personalesituationen

Som led i undersøgelsen blev der lavet en opgørelse over personalesituationen i distrikterne (undtagen på Lægeklinikken i Nuuk). Som det fremgår af tabel 3.1: "Antal stillinger i 2002 – og antal fastansatte de efterfølgende år" har antallet af fastansatte for næsten alle de nævnte personalegrupper (på nær sygeplejersker, bioanalytikere og farmaceuter) været langsomt faldende. Den samlede %-andel af fastansatte indenfor de nævnte kategorier er d. 1.1.2007: 43%.

Tabel 3.1

Antal stillinger i 2002 - og antal fastansatte de følgende år (i Grønland – udenfor Nuuk)						%-andel 1.1.2007
	2002	1.1.2003	15.5.2005	15.5.2006	1.1.2007	
Læger	41	17	16	14	13	32
Tandlæger	25	16	9	6	6	24
Sygeplejersker	118	68	79	64	69	58
Sundhedsplejersker	13	5	9	4	3	23
Jordemødre	11	1	5	4	3	27
Bioanalytikere	15	7	6	6	7	47
Farmaceuter	2	2	1	2	2	100
Farmakonomer	6	2	6	5	4	67
Fysioterapeuter	7	3	5	4	3	43
I alt stillinger	238					
Antal fastansatte		104	120	95	97	
Gennemsnit %:						43

For nogle stillingskategorier (læger, jordemødre og fysioterapeuter) har det været muligt at finde erstatning (korttidsansatte) til alle ledige stillinger. For tandlæger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, bioanalytikere og farmakonomer gælder det, at der desværre har været og er ubesatte stillinger.

Analysen viste, at i de 58 bygder, hvor der i 2004 boede i alt ca. 9.000 personer, havde det kun været muligt at besætte ledige stillinger i 12 af bygderne med personale med en længerevarende sundhedsuddannelse.

Der redegøres også for årsager til rekrutteringsproblemer til faste stillinger, som bl.a. beror på lønforhold, arbejdstider, vagtbyrde og vagtmængder, manglende frirejser, problemer med udnyttelse af efteruddannelses tilbud, ledelsesproblemer og boligforhold.

I det nuværende system giver en korttidsansættelse bedre mulighed for frirejser end en fastansættelse, hvilket er u hensigtsmæssigt, når man ønsker at fastholde personalet i længere tid

I de følgende afsnit fokuseres på områder, der er særligt centrale for sundhedsvæsenets drift og opgaveløsning i distrikterne.

Henvendelser

I 2001 var der mindst fem kontakter pr. indbygger til sundhedsvæsenets distrikter. Denne kontakthypighed er mindre end i f.eks. Danmark, men det lave tal kan formentlig forklares ved underreportering i sundhedsvæsenets aktivitetsregistrering. Telefonkonsultation benyttes meget lidt. En høj andel af konsultationerne finder sted uden for normal arbejdstid.

Det vil fremover blive nødvendigt at benytte alternative former for konsultationer, f.eks. telefonkonsultationer og e-mailkonsultationer i langt større omfang end nu, ligesom befolkningens henvendelsesmønster må ændres, så henvendelser efter normal arbejdstid kan reduceres.

Indlæggelser

Ud fra oplysninger i Landspatientregistret kan det konstateres:

- at mindst 1/3 af samtlige indlæggelser (ca. 10.000/år) på distriktssygehusene tilhører den kategori af lidelser, hvor forebyggelsesinitiativer har betydning. Disse indlæggelser drejer sig om ulykker, forgiftninger, alkoholmisbrug, rygning og uønskede graviditeter. Det kan f.eks. oplyses, at der i år 2004 blev foretaget 905 legale, provokerede aborter, mens antallet af fødsler var på 884.

- at der i 2004 blev foretaget 50 akutte operationer i maveregionen på distriktssygehuse. Disse indgreb blev foretaget af distriktslæger, ansat ved de større sygehuse. De specialister i almen medicin, som vi har mest brug for er ikke specialister i almen kirurgi, hvilket bl.a. betyder, at mange læger er utrygge ved at søge ansættelse på de mindre sygehuse, hvor der kan opstå behov for en akut kirurgisk indsats. Fra samtlige distrikter blev der i samme periode evakueret 67 akutte kirurgiske mavetilfælde.

Fødsler

Antallet af fødsler uden tilstedeværelse af en autoriseret jordemoder er klart faldende. I 2004 var der 62 (7% af alle fødsler).

Ca. halvdelen af de sundhedsmedhjælpere, der i dag deltager i fødselshjælpen, må forventes at ophøre pga. alder indenfor de kommende 10 år. Der er således behov for en ekstraordinær uddannelses- og rekrutteringsindsats på dette område.

Sengekapacitet

Sengekapaciteten på de mindre sygehuse overstiger generelt set de daglige behov med ca. 50%, hvorfor en ændret udnyttelse af sengestuer til konsultationslokaler, patientskoler, grupperum mv. er mulig.

Evakueringer

Der blev i 2004 foretaget 98 evakueringer i distrikterne og 190 evakueringer fra distrikterne. En øget anvendelse af telemedicin forventes sammen med nye behandlingsmuligheder at kunne modvirke det evt. øgede behov for akutte evakueringer, som en reform af sundhedsvæsenet med centralisering af lægekræfter på større distriktssygehuse kunne medføre. Som eksempel herpå kan nævnes, at sundhedspersonalet i Alaskas godt 200 bygder med i alt ca. 60.000 indbyggere tager sig af ½ mio. henvendelser om året. 85% af disse klares af det tilstedeværende bygdepersonale - bl.a. ved brug af telemedicinsk udstyr - mens de resterende må evakueres til det nærmeste hospital mhp. vurdering.

Personaleforhold

Analysen bekræfter, at det sundhedsuddannede personales funktioner og uddannelse er rettet imod almene medicinske problemstillinger og i mindre grad tilstande, der skal behandles under indlæggelse.

Medicinsk teknologi

Der findes videokonferenceudstyr på alle distriktssygehuse, men kun i to bygder (Qeqertarsuaat og Kangaamiut). En gennemførelse af reformforslaget forudsætter telemedicinudstyr inklusive videokonferenceudstyr i alle bygder og på alle øvrige behandlingssteder således, at sundhedspersonalet i bygderne til enhver tid kan få en telemedicinsk konsultation med en læge eller sygeplejerske på det nærmeste distriktssygehus – og således - at sundhedspersonalet på alle øvrige behandlingssteder har mulighed for at spørge en specialist på Dronning Ingrid's Hospital til råds.

Samtlige distriktssygehuse har røntgenudstyr. Otte distrikter mangler specialuddannet røntgenpersonale, og det er påkrævet med en uddannelsesindsats på dette område.

Samtlige distriktssygehuse har veludstyrede laboratorier, som kan bidrage til en hurtig diagnose, når de er bemandede med bioanalytikere. Halvdelen af distrikterne har ubesatte bioanalytikerstillinger. Der er behov for en centralisering af de bioanalytiske laboratorier og uddannelse af plejepersonale i udførelse af simple analyser, blodprøvetagning og forsendelse.

4 KRAV TIL ET REFORMFORSLAG

Analysen af det nuværende sundhedsvæsen peger på en række områder, hvor der er behov for forandring. Udfra en samlet vurdering af den nuværende situation kan der identificeres en række krav til den ønskede effekt af et reformforslag:

- Andelen af fast- og langtidsansatte skal øges, så kvaliteten og kontinuiteten i patientydelserne kan opretholdes i højere grad end nu. Dette opnås via en styrkelse af det faglige miljø for alle personalegrupper.
- Forebyggelses- og sundhedsfremmeaktiviteter skal opprioriteres for at kunne sætte massivt ind imod livsstilssygdommene samt omsorgen for gravide, børn, unge og den voksende gruppe af ældre.
- Sundhedsbetjeningen (inklusive den akutte) overfor befolkningen skal opretholdes på minimum det nuværende niveau.

5 FORSLAG TIL EN MODEL FOR EN REFORM AF SUNDHEDSVÆSENETS DISTRIKTER

Fremtidig distriktsinddeling

Landstinget har spurgt sundhedsvæsenet, hvorvidt den nuværende distriktsinddeling fortsat kan anses som værende passende, og hertil må svaret blive et nej.

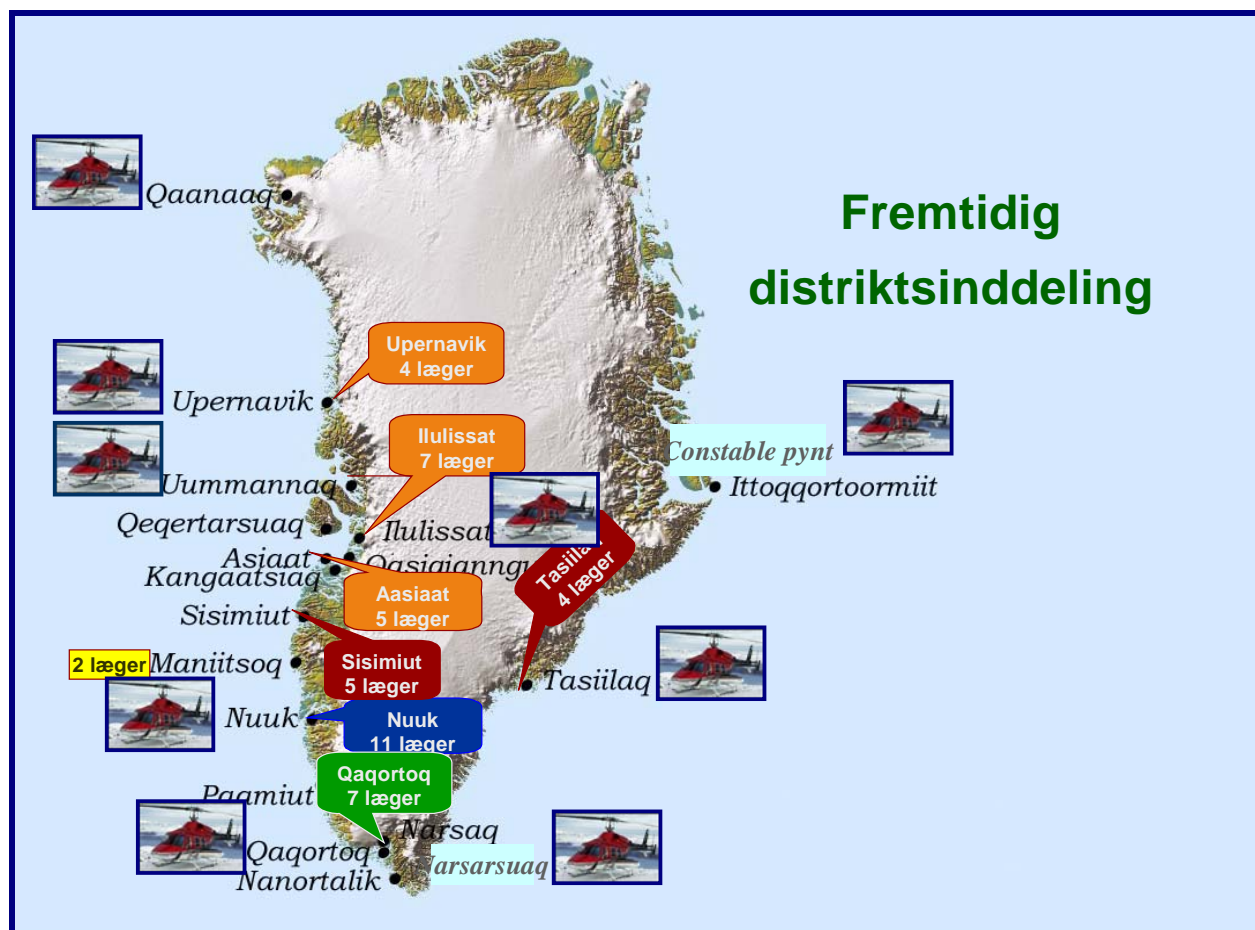
Sundhedsvæsenets ledelse finder klare indikationer for, at der er behov for forandringer, der som en konsekvens bl.a. vil få, at de nuværende 16 sundhedsdistrikter reduceres til syv.

Den foreslåede distriktsinddeling fremgår af fig. 5.1, hvor også et foreslået minimum antal læger ved distriktssygehuse (vækstcentre) og i Maniitsoq – samt nuværende placering af helikoptere er angivet.

Maniitsoq har så stor en befolkning, at det skønnes nødvendigt, at byens sundhedscenter har læger ansat. Ligeledes foreslås der her etableret en særlig funktion med henblik på rehabilitering af patienter med visse fysiske handicaps.

Igen er det vigtigt at bemærke, at der ikke planlægges bevidst at lukke andre funktioner på kysten, men derimod at forsøge dem beholdt bemandede så længe som muligt.

Figur 5.1: Forslag til en fremtidig sundhedsdistriktsinddeling



Af figur 5.1 fremgår, at den foreslåede reformmodel i sin yderste konsekvens anbefaler en samling af lægestillinger på de fremtidige distriktsygehuse/vækstcentre – og i Maniitsoq.

En udsættelse af gennemførelsen af de dele af forslaget, som vedrører strukturen, vil være mulig, så længe sundhedsvæsenet er i stand til at rekruttere personale til de mindre sygehuse og sundhedscentre. Reformforslagets øvrige anbefalinger (indførelse af telemedicin og etablering af kompetencegivende uddannelser) bør derimod iværksættes snarest.

Reformforslaget kan muligvis indebære en mindre reduktion i antallet af lægestillinger, men der er heri ikke taget højde for den fremtidige befolkningsvækst på kysten. I dag er der i alt 40 distriktslægestillinger i sundhedsdistrikterne, som evt. kan reduceres med 6 i forbindelse med den foreslåede model. Analysen peger på muligheden for en samlet reduktion af personalet på 3%.

Det er almindelig anerkendt, at større enheder har en bedre tiltrækningskraft på personale med en sundhedsfaglig uddannelse. Erfaringer fra udlandet (Alaska og Nordnorge) har vist os, at i en tid med mangel på personale med en sundhedsfaglig uddannelse, kan en struktur som den her beskrevne gennemføres og medvirke til at sikre den fortsatte betjening af en spredt befolkning.

Der skal ikke lægges skjul på, at sundhedsvæsenets ledelse ikke som sådan kan stille nogen garanti for, at rekrutteringen bedres ved gennemførelse af samtlige reformforslag. En væsentlig årsag hertil er, at det ikke kun er i Grønland, at sundhedsvæsenet lider under personalemangel.

Danmark og de andre nordiske lande har et tilsvarende problem. Men det må være ledelsens opgave at gennemføre nødvendige ændringer, hvis den personalemæssige situation forværres og et sammenbrud i et område eller i alle sundhedsdistrikter bliver en åbenbar trussel. I en sådan situation vil en centralisering af ressourcer frem for en fortsat spredning af personalet være en sandsynlig udvej.

Den foreslåede model viser vejen til en arbejdssituation, som det sundhedspersonale, vi ønsker at tiltrække til Grønland, vil opfatte som attraktiv – og mere attraktiv end den nuværende. Også den øgede rejseaktivitet vil være et stærkt incitament for fremtidige udefrakommende arbejdstagere i Grønland, som gerne vil rundt og opleve landet.

Den foreslåede model er sundhedsvæsenets mest realistiske bud på, hvordan personale-situationen kan bedres og på hvordan de ulemper, som manglen på uddannet sundhedsfagligt personale medfører, kan afhjælpes.

For at anskueliggøre præcis, hvilke nuværende sundhedsdistrikter sundhedsvæsenets nye distrikter vil omfatte, henvises til nedenstående skema 5.1.

Skema 5.1 sammenligner ligeledes sundhedsvæsenets reformforslag med det kommunale strukturudvalgs Model A.

Skema 5.1: Strukturudvalgets og sundhedsvæsenets reformforslag

Nuværende sundhedsdistrikter	Sundhedsvæsenets Strukturreform	Strukturudvalgets Strukturreform, Model A	Nuværende kommuner
Upernavik, Qaanaaq Ilulissat, Qasigiannuguit, Uummannaq Aasiaat/Kangaatsiaq Qeqertarsuaq,	Upernavik sundhedsdistrikt Ilulissat sundhedsdistrikt Aasiaat sundhedsdistrikt	NORD KOMMUNE	Qaanaaq, Upernavik Uummannaq, Ilulissat, Qasigiannuguit, Qeqertarsuaq, Aasiaat, Kangaatsiaq
Sisimiut, Maniitsoq, Tasiilaq, Ittoqqortoormiit	Sisimiut sundhedsdistrikt	MIDT KOMMUNE	Sisimiut, Maniitsoq, Tasiilaq, Ittoqqortoormiit
Nuuk Paamiut/Ivittuut,	Nuuk sundhedsdistrikt Tasiilaq sundhedsdistrikt	NUUK KOMMUNE	Nuuk Paamiut, Ivittuut,
Qaqortoq, Narsaq, Nanortalik	Qaqortoq sundhedsdistrikt	SYD KOMMUNE	Qaqortoq, Narsaq, Nanortalik

Organisation, administration og ledelse i det enkelte distrikt

I et sundhedsdistrikt vil der fremover kunne være følgende behandlingsenheder:

- Et distriktssygehus med læger
- Sundhedscentre med sygeplejersker
- Sygeplejestationer med sygeplejerske i store bygder dvs. >400 beboere (9) samt i bygder (3) med international lufthavn
- Bygdekonsultationer med faglært eller ufaglært personale

Hovedparten af sundhedsdistrikternes administrative funktioner samles på det distriktssygehus, som er placeret i kommunehovedsædet, hvorved administrationen centraliseres og slankes. Administrationsenhederne tilrettelægger speciallægenes besøg samt personalets og patienternes rejser i distriktet. Derudover varetager administrationen på distriktssygehuset bogholderiet for hele sundhedsdistriktet. Enheden refererer til den stedlige chefdistriktslæge. Chefdistriktslægen udgør, sammen med en sygeplejeforstander og en driftsleder, distriktets ledelse. Denne refererer igen fagligt og administrativt til Kystledelsen.

Alle sundhedsdistrikter vil have ligeværdige sundhedsfaglige funktioner, på nær i Nuuk sundhedsdistrikt, hvor Dronning Ingrid's Hospital fortsat vil varetage den sekundære sundhedstjeneste. I sundhedsdistriktets øvrige byer findes et sundhedscenter.

Begrundelsen for, at nogle nuværende mindre distriktssygehuse i tilfælde af længerevarende personalemangel foreslås omdannede til sundhedscentre uden en lægestilling er, at en samling af lægestillingerne på distriktssygehuse vil fremme det faglige miljø og dermed også rekrutteringen af læger og andet personale. Distriktssygehuse er placeret, hvor befolkningsgrundlaget (antal indbyggere og vækstpotentiale) er størst.

Den sundhedsfaglige kvalitet udenfor distriktssygehuse sikres bl.a. gennem uddannelse af personale, besøgsrejser udført af læger, jordemødre, fysioterapeuter, diætister, bioanalytikere og farmakonomer, øget brug af telemedicin, elektroniske patientjournaler mv. Et vigtigt element vil være den fortsatte udvikling med opgaveglidning fra læger til sygeplejersker. De forebyggende og sundhedsfremmende opgaver vil blive varetaget af al sundhedspersonalet, men især af personale der er tilknyttet omsorgen for gravide, børn og unge samt ældre.

Sygehuse og sundhedscentre opretholder alle det nuværende niveau for udstyr, og derfor kan undersøgelse og behandling finde sted lokalt i samme omfang som hidtil.

Sundhedscentre ledes af en ledende sygeplejerske, som refererer til distriktsledelsen på distriktssygehuset.

Vedrørende Maniitsoq foreslås der, udover faciliteter for daglig ambulant og stationær diagnostik, behandling, pleje og forebyggelse, etableret en særlig sengeafdeling, evt. i den nuværende plejeafdeling. Denne afdeling kan anvendes til at varetage kontrol og rehabilitering af visse alvorligt fysisk handicappede patientgrupper (f.eks. patienter med beskadigelser af rygmarven og akutte følger efter hjerneblødninger). De to læger på Maniitsoq sygehus skal først og fremmest varetage de almene medicinske funktioner, men derudover også samarbejde med speciallæger fra DIH om de indlagte patienter. Denne afdeling tænkes oprettet som en satellitafdeling i DIH's regi, på grund af behandlingernes specialiserede karakter.

Der bør være sygeplejestationer i alle større bygder og i bygder med international lufthavn (undtaget Nerlerit inaat/Constabel pynt).

I bygder med mere end 20 indbyggere vil der være en bygdesundhedsarbejder og en bygdekonsultation. Bygdesundhedsarbejderen er en person, som har lokal forankring. Et væsentligt element i den fremtidige arbejdsform bliver at give bygdesundhedsarbejderen et bedre uddannelsesstilbud end tilfældet er i dag. Erfaringer fra uddannelsesprogrammer for community health aide (bygdesundhedsarbejder) i Alaska vil med stor fordel kunne inddrages i den fremtidige tilrettelæggelse af bygdeuddannelserne.

Personale ved sygeplejestationer og bygdekonsultationer refererer fagligt til den ledende sygeplejerske ved det lokale sundhedscenter og administrativt til distriktsledelsen.

Telemedicin

Telemedicin benyttes kun i mindre omfang i det grønlandske sundhedsvæsen i dag, og en øget udbygning og større anvendelse forventes ligesom i andre lande, vi kan sammenligne os med - f.eks. Alaska - at få stor strategisk betydning for sundhedsvæsenets muligheder for at varetage sine lands- og landsdelsfunktioner.

Alaska har ligesom Grønland meget svært ved at rekruttere faglært personale til de mindre sygehuse og bygdeklinikker, og det har derfor været nødvendigt, at finde andre måder at sikre borgerne adgang til sundhedsydelser på i yderdistrikterne.

En af løsningerne i Alaska har været at tilpasse sundhedsvæsenets organisation og struktur til disse realiteter. Man har dels centraliseret sundhedsvæsenet i større enheder, som har gjort det muligt at tiltrække faglært personale og specialister, dels decentraliseret sundhedsvæsenet i mindre enheder, hvor det primært er lokalt fastboende med korte og mellemlange sundhedsuddannelser, der er patienternes primære kontakt til sundhedsvæsenet.

Telemedicin anvendes i stort omfang, ligesom der er etableret en række korte, mellemlange og videregående uddannelser, hvoraf flere er unikke for Alaska (f.eks. indenfor tandpleje, forebyggelse, bygdeuddannelser mv.) og målrettet de aktuelle sundhedsforhold.

Sundhedsnettet forbinder landshospital, regionssygehuse, sundhedscentre og bygdeklinikker med hinanden således, at man er i stand til at varetage sundhedsbetjeningen af borgerne på tilfredsstillende vis helt ud i de fjerneste lokalsamfund.

En udbygning af det telemedicinske udstyr omfattende alle behandlingsenheder på kysten og Dronning Ingrid's Hospital er nogle af de vigtigste forudsætninger for en øget anvendelse af Telemedicin i Grønland. Det vil kunne sikre borgerne lige adgang til sundhedsydelser, og imødekomme ønsker om at behandle sygdomme lokalt og kompetent, ligesom borgerne vil kunne tilbydes specialiseret behandling, når de har behov for det.

Telemedicin vil kunne medvirke til en bedre udnyttelse af ressourcerne, tilbyde beslutningsstøtte til sundhedspersonale, og understøtte netværksdannelse mellem fagpersoner i og udenfor Grønland.

Direktoratet for Sundhed har på baggrund af ovenstående nedsat en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en redegørelse for en udvidet anvendelse af telemedicin. Det er herefter hensigten, at udarbejde en strategi- og handleplan for en større udbredelse af telemedicin i sundhedsvæsenet, og inddrage erfaringerne fra Alaska i videst muligt omfang heri.

På indeværende tidspunkt forventes det dog allerede, at der skal investeres i telemedicinsk udstyr og uddannelser over en årrække for at opnå et effektivt telemedicinsk netværk.

Vagtberedskab i distrikterne

Distriktsygehuset vil fremover have et akutberedskab, der fungerer som central telefonvagt for hele distriktet, og have et stående udrykningshold for akut evakuering.

Samtlige henvendelser i distriktet udenfor dagtiden vil skulle ske telefonisk til distrikts- sygehuset. På baggrund af opkaldene kan vagten visitere opkaldene til henholdsvis almindelig arbejdstid og akutmodtagelse ved nærmeste behandlingssted. Erfaringer fra andre lande, herunder Danmark, har vist, at et meget stort antal af de akutte henvendelser kan klares ved telefonisk rådgivning.

Tandplejen

Tandplejen har ikke på samme måde som det øvrige sundhedsvæsen behov for en formel strukturændring. Den nuværende geografiske opdeling i 16 distrikter opfattes fortsat som hensigtsmæssig, og en samling i større enheder har ingen rekrutteringsmæssig, administrativ eller faglig værdi. Der forudses ingen problemer i fastholdelse af tandplejens nuværende distrikter i samspil med de foreslåede syv nye sundhedsdistrikter.

Et sammentræk af uheldige forhold vanskeliggør i disse år tandplejens muligheder for at opfylde de lovmæssige krav om at udvikle og bevare befolkningens tænder, mund og kæber i funktionsdygtig stand gennem hele livet, samt tilrettelægge arbejdet hermed på en sådan måde, at der skabes ligelig adgang til tandplejens ydelser uanset bosted.

En meget fundamental faktor her er de store vanskeligheder med rekruttering af fastansatte tandlæger – vanskeligheder, som ikke adskiller sig fra rekrutteringen af læger og sygeplejersker. Der er derfor fortsat og yderligere iværksat indsatser til forbedring af rekrutteringen, ligesom der arbejdes ud fra en samlet strategi til forbedring af tandplejen, såvel i sig selv som i en integreret proces til gavn for folkesundheden. Alle sådanne bestræbelser har de samme betingelser for at lykkes i den nuværende struktur som i en ændret struktur.

6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF DEN FORESLÅEDE MODEL TIL EN REFORM

En arbejdsgruppe har i 2005 foretaget beregninger af økonomiske konsekvenser, som har været vanskeliggjort af, at der generelt er mangel på datagrundlag i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet arbejder hårdt på at forbedre dokumentationen, og beregningerne er foretaget med følgende forbehold:

- At distriktsændringerne ikke medfører flere patientrejser, udover til gravide.
- At distrikterne planlægger bygdebesøg i uændret omfang.
- At den fremtidige trafikstruktur ikke medfører øgede transportomkostninger indenfor en forudsigelig fremtid.
- At eventuelle yderligere uddannelsesbehov for sundhedspersonalet kan rummes indenfor rammerne af de eksisterende uddannelsesinstitutioner.
- At sygeplejerskerne er i stand til at varetage undersøgelser og behandlinger af patienter de steder, hvor der ikke er fast læge.

Disse forudsætninger er kritiske i den forstand, at hvis de viser sig at være forkerte, kan det have betydelige konsekvenser for økonomien i en ny model. Det forekommer ikke utænkeligt, at nogle forudsætninger kan vise sig uholdbare, men problemet er imidlertid, at det på grundlag af nuværende tilgængelig viden er umuligt at forudsige, i hvilken retning eventuelle ændringer vil gå, hvorfor der i analysen er henvist til blot klart og tydeligt at præcisere hvilke forbehold, det er nødvendigt at tage.

Beregninger foretaget i 2005 af forslaget økonomiske konsekvenser viser, at forslaget formentlig kan indebære en besparelse i direkte lønninger som på mellemlangt sigte, og på grundlag af de aktuelle overenskomstforhold, kan estimeres til ca. kr. 7,4 mio. pr. år, og forøgede dagpengeudgifter på ca. kr. 1,1 mio. pr. år. i forhold til den aktuelle situation.

På det samme grundlag vil reformmodellen medføre øgede udgifter til transport af sundhedspersonale internt i de nye distrikter. Disse udgifter kan forsigtigt estimeres til henholdsvis ca. 1,0 mio. kr. pr. år.

Uanset om der fortsættes efter en ny eller den nuværende model, vil der være øgede udgifter på ca. 600.000 kr. pr. år til uddannelse af sundhedspersonale, da det uanset distriktsinddelingen er nødvendigt at uddanne og videreuddanne de ansatte.

Modellen vil desuden medføre:

- Øgede telekommunikationsudgifter til telemedicinske konsultationer. På grundlag af et forsigtigt estimat af udviklingen i antallet af konsultationer og priser på telekommunikation kan disse merudgifter formentlig anslås til ca. 3,0 mio. pr. år.
- Ekstra udgifter til indkvartering af besøgende sundhedspersonale mellem 0,5 - 2,7 mio. kr.
- Merudgifter til evakueringer vurderes at ville antage omkring ca. 600.000 kr.
- Merudgifter til transport af gravide vurderes at ville antage omkring ca. 2.300.000 kr.

Samlet set vil den foreslåede model til en reform indebære en økonomisk *nettomerdgift*, estimeret til ca. 4,2 mio. kr. Der kan dog forventes en *engangsudgift* på samlet 3,1 mio. kr., inklusive udgifter forbundet med en jobgarantiordning til de ansatte, hvis stillinger flyttes til en anden by/bygd. Der vil ligeledes være en engangsudgift på ca. 25-30 mio. kr. i forbindelse med oprustningen på det telemedicinske område. Herefter forventes der årlige udgifter til reparation og løbende udskiftning af det telemedicinske udstyr svarende til 10% af anskaffelsesudgifterne, d.v.s. 2,5-3 mio. kr.

Derudover kan der forventes yderligere besparelser på især til- og fratrædelsesrejser, hvis forudsætningerne om en forbedret rekrutteringssituation holder stik. Estimerne er imidlertid afhængig af en række kritiske forudsætninger vedrørende især lønudvikling, rekrutteringsforhold og trafikstruktur, samt udgifterne til nye sundhedsuddannelser og en udvidelse af sundhedsvæsenets boligmasse i distriktsbyerne. Det er derfor nødvendigt at tage forbehold for udviklingen på disse områder ved vurderingen af, hvor vidtrækkende konklusioner der kan drages på det foreliggende grundlag.

Samlet er det forventningen at de årlige driftsudgifter vil blive forøget med 4,2 mio. kr. efter implementeringen af forslaget til ny struktur.

Udgiftsændringer	
Løn	-7,4 mio. kr.
Dagpenge	1,1 mio. kr.
Ekstra transportudgifter	1,0 mio. kr.
Uddannelse	0,6 mio. kr.
Kommunikationsudgifter	3,0 mio. kr.
Ekstra opholdsudgifter	0,5 mio. kr.
Telemedicinsk udstyr (drift)	2,5 mio. kr.
Ekstra evakueringer	0,6 mio. kr.
Flytning af gravide	2,3 mio. kr.
Merbevillingsbehov	+ 4.2 mio. kr.

7. UDDANNELSE AF SUNDHEDSPERSONALE

Et vigtigt omdrejningspunkt i strukturreformen er en fortsat målrettet kompetenceudvikling af sundhedsvæsenets personale. De ansatte skal ikke blot rustes til at varetage opgaver i relation til sundhedsfremme og forebyggelse af bl.a. livsstilssygdomme, men også nye opgaver i relation til behandling og omsorg for akutte og kronisk syge borgere.

Peqqissaanermik Ilinniarfik har meget stor erfaring med at udbyde sundhedsuddannelser, kurser og efteruddannelser, som til stadighed tilpasses sundhedsvæsenets behov for kvalificeret arbejdskraft. Dertil kommer, at sundhedsvæsenet afsætter betydelige midler til videreuddannelsespuljer, som gør det muligt for sundhedspersonale, at opkvalificere sig gennem specialuddannelser, videreuddannelser mv. i udlandet

En fortsat målrettet opgradering af sundhedspersonalets kvalifikationer forventes ikke blot at kunne opretholde de nuværende sundhedstilbud, men også at kunne forbedre kvaliteten og udbuddet af sundhedsvæsenets ydelser overfor befolkningen i såvel større som mindre byer og bygder.

8. FREMTIDIG ARBEJDSDELING

De fleste personalegrupper vil opleve ændringer i arbejdsmetoden som konsekvens af strukturreformen. De største forandringer er beskrevet herunder, ordnet i personalegrupper.

Distriktslæger

Lægerne har ansættelse på distriktssygehusene. Herfra foretager de regelmæssigt rejser i distriktet, hvor de tilser patienter, som er visiteret til lægekonsultation af en sygeplejerske eller en bygdesundhedsarbejder.

Desuden deltager lægerne i forebyggende undersøgelser og udfører mindre operationer og bedøvelser både på distriktssygehuset og på sundhedscentre under rejser i distriktet.

Lægerne vil have faste konsultationstider, vagtforpligtelser på distriktssygehusene og være til rådighed for daglig telemedicinsk kontakt med distriktets sundhedscentre, sygeplejestationer og bygdekonsultationer.

Sygeplejersker

Hvor der er sygeplejersker ansat, vil disse blive de første, som patienterne har kontakt med. Dette vil være en kendsgerning overalt.

Sygeplejerskerne har allerede nu flere steder overtaget mange af lægernes løbende kontroller af patienter i længerevarende behandling med medicin, bl.a. hvad angår patienter med hjertekredsløbsproblemer, sukkersyge, overvægt og luftvejsproblemer. Denne opgaveglidning fra lægerne til sygeplejerskerne vil gradvist vise sig nødvendig overalt.

Sygeplejerskerne vil ligeledes, ifølge reformforslaget, forestå behandling af indlagte patienter på sundhedscentre efter lægelig ordination.

Som led i strukturreformen bliver det også sygeplejerskens opgave selvstændigt at vurdere, rådgive og behandle visse akutte henvendelser, samt at visitere svære tilfælde til lægekonsultation efter bemyndigelser fra chefdistriktslægerne og på baggrund af faglige retningslinier godkendt af Kystledelsen. Erfaringer fra andre lande har vist, at sygeplejersker kan håndtere ca. 70% af alle

henvendelser uden visitation til lægerne. Forudsætningen er en vis efteruddannelse, oplæring og kliniske vejledninger, hvorved sygeplejerskerne vil kunne varetage behandling for visse lidelser med samme faglige kvalitet som lægerne.

Sygeplejersker ansat ved distriktssygehuse kan ved forfald i en sygeplejerskestilling blive udstationeret ved et sundhedscenter eller en sygeplejestation. Der vil også være mulighed for udveksling mellem sygeplejersker ansat på distriktssygehuse, sundhedscentre og sygeplejestationer.

Sundhedsplejen og hjemmesygeplejen

Der søges oprettet flere sundhedsplejerskestillinger og etableret uddannelsestilbud til de øvrige personalegrupper, der arbejder i sundhedsplejen. Dette skal ses som et led i en opprioritering af indsatsen overfor børn og unge.

Stillinger for somatisk og psykiatrisk hjemmesygepleje vil gradvist blive udbygget overalt i takt med befolkningens stigende gennemsnitsalder og andre eventuelle behov.

Jordemødre

De normale fødsler samles på fødesteder, som i fremtiden vil være distriktssygehusene og DIH. Der søges oprettet yderligere jordemoderstillinger ved distriktssygehusene således, at jordemødre og fødselsassistenter kan gå i minimum 3-skiftet vagt og samtidig have mulighed for rejser i distriktet med henblik på de forebyggende undersøgelser af gravide.

Både jordemødre og sundhedsplejersker skal, ifølge reformforslaget, være tovholdere på samarbejdsprojekter mellem kommune og sundhedsvæsen vedrørende tidlig indsats overfor gravide og deres familier.

Øvrige sundhedspersonale

Der oprettes stillinger i alle distrikter for diætister, fysioterapeuter, bioanalytikere og farmakonomer. Disse stillinger vil blive placeret på distriktssygehusene med pligt til regelmæssigt at rejse rundt i distrikterne.

Bygdesundhedsarbejderne vil også fremover være den centrale person for bygdebeboernes kontakt med sundhedsvæsenet i de fleste bygder.

9. TVÆRSEKTORIELT OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Det tværfaglige samarbejde mellem skole, sociale myndigheder, teknisk forvaltning, skolepsykologer, politi og forebyggelseskonsulenter prioriteres højt.

Kommunerne skal fortsat tilbydes samarbejde omkring ældreomsorg, hjemmesygepleje, distriktspsykiatri, kriseterapi, omsorg for fysisk og psykisk handicappede samt hjælpemidler. Kommunen tilbydes derudover samarbejde omkring vaskerifunktioner, produktion af varm mad til plejehjemsbeboere og udbringning til udvalgte borgere fra distriktssygehuse og sundhedscentre.

Ansvar for vedligeholdelsestræning af personer med følger efter visse varige, invaliderende fysiske handicaps forudsætter en forhandling med kommunerne om opgavens omfang og den dertil nødvendige økonomi, hvis opgaven skal overgå til sundhedsvæsenet.

10. MODELLER FOR BORGERINDDRAGELSE I SUNDHEDSVÆSENET

For at styrke muligheden for en vellykket implementering af den foreslåede reformmodel og for at præcisere, at reformen kommer for borgernes skyld, skal samarbejdet og alliancen mellem borgere og sundhedsvæsen søges styrket.

Borgerne skal gives langt bedre muligheder end tilfældet er i dag, for at kunne følge med i udviklingen indenfor sundhedsvæsenet. Der bør skabes mulighed for borgernes aktive medindflydelse på, hvorledes de landspolitiske målsætninger forankres lokalt, ligesom de bør medinddrages i prioritering af forebyggelsesindsatser, serviceniveau mv.

Sundhedsdirektoratet har som følge heraf nedsat en arbejdsgruppe, som skal udarbejde forslag til mulige modeller for borgerinddragelse i sundhedsvæsenet

11. ÆNDRET FREMTIDIG PRIORITERING

Det forslag, der her er fremlagt, tilstræber en prioritering af den almene medicinske indsats, som er en naturlig konsekvens af de sundhedspolitiske mål og af det arbejde, som befolkningens tiltagende levealder og det ændrede sygdomsmønster nødvendiggør. Denne indsats vil af alle personalekategorier være rettet mod undersøgelse, behandling og rådgivning samt en opprioritering af sundhedsfremme og forebyggelse.

En sådan prioritering vil kræve en personalemæssig forstærkning - specielt indenfor sundhedspleje, hjemme-sygepleje og kostrådgivning. Det er tillagt mindre betydning i forhold til tidligere, at der i de mindre byer med sundhedscentre kan forekomme akutte situationer, hvor der kan være behov for iværksættelse lokalt af mere specialiserede kirurgiske indgreb. Når det tidspunkt opstår, hvor det ikke længere er muligt at opretholde det akutte beredskab lokalt, som fagligt set er en forudsætning for sådanne indgreb, så vil sådanne indgreb skulle foretages på nærmeste vækstcenter.

Konsekvenser af reformen for betjeningen af byer og bygder

På distriktssygehuse og sundhedscentre vil befolkningen i uændret omfang kunne modtage undersøgelse og behandlingstilbud af distriktslægerne og de rejsende speciallæger. Samlet set vurderes det dog, at antallet af henvisninger til DIH vil være langsomt stigende i takt med befolkningens stigende gennemsnitlige levealder og heraf følgende behov for ikke-akutte operationer og højteknologiske undersøgelser.

De byer som i dag har et distriktssygehus og dermed en eller flere lægestillinger, vil efter reformens gennemførelse ikke opleve væsentlige ændringer i kontakten til sundhedsvæsenet, men i de byer hvor der er et sundhedscenter vil det være sygeplejersken, der bliver deres kontaktperson til sundhedsvæsenet. Sygeplejersken vil have adgang til at kontakte en læge døgnet rundt pr. telefon, mail eller videokonference, hvilket betyder, at patienterne fortsat kan modtage den hjælp lokalt, som de har behov for. Mere komplicerede tilfælde vil blive visiteret til undersøgelse hos en læge ved dennes regelmæssige besøg. Akutte tilfælde vil få tilbudt akut undersøgelse og behandling, evt. indlæggelse på sundhedscentret og i alvorlige tilfælde vil der blive foretaget evakuering til distriktssygehuset. Forventede normale fødsler vil kunne foregå i enhver by, hvor der er en jordemoder og en læge.

Et flertal af befolkningen i bygderne har kun adgang til læge, sygeplejerske, sundhedsplejerske, jordemoder etc., når disse kommer på besøg i bygden, eller når de selv tager til byen. Sådan har det været i en del år, og der er intet der tyder på, at denne situation vil kunne ændres. Det forventes dog, at der vil blive en bedre kontakt mellem befolkningen i bygderne og

sundhedsvæsenet i det forslag, der præsenteres her. Det foreslår nemlig en central vagtordning for hele distriktet og indførelse af telemedicin i bygderne, hvilket muliggør lægekonsultation pr. videokonference.

Den foreslåede models forventede tiltrækningskraft på personale

For lægernes vedkommende er der overalt i de lande, hvorfra læger rekrutteres til Grønland, en tendens til at lægerne i primærsektoren søger til lægepraksis, hvor der er flere læger, og i sekundærsektoren til større sygehuse, hvor risikoen for faglig isolation er mindst, og muligheden for faglig merit størst.

Ved at etablere større lægegrupper reduceres muligheden for, at læger uden kirurgisk erfaring bliver bragt i situationer, hvor de står alene med et akut kirurgisk tilfælde. Derfor beskriver reformforslaget en model, hvor lægerne samles på distriktssygehuse, hvilket vil styrke det faglige og uddannelsesmæssige miljø. En sådan styrkelse vil også tiltrække læger under uddannelse til at gennemføre deres speciallægeuddannelse i almen medicin i Grønland.

Mht. sygeplejerskerne er der flere forudsætninger for, at denne personalegruppe vil påtage sig en behandlerrolle og træde i stedet for lægen ved en række af patientkontakter:

- At der foreligger tilbud om kvalificerende kurser.
- At sygeplejerskens ansvar og behandleropgaver er klart definerede.
- At der foreligger klare vejledninger for de områder, hvor der er givet behandlingsbemyndigelse.

Derudover er det en betingelse, at muligheden for telemedicinsk kontakt med en læge er let tilgængelig. Alt dette er indarbejdet i reformen.

Det er en forudsætning for jordemødrene, at der kan opnås rimelige vagtordninger, og at den faglige kvalitet hos det øvrige personale, som varetager omsorgen for gravide og fødende kan opfylde kravene til et fødested. Dette indebærer, at der ved alle fødesteder skal være et fungerende laboratorium, et beredskab til udførelse af akut kejsersnit og udstyr til at understøtte livsvigtige funktioner hos den nyfødte. Det indgår i den foreslåede model, at sådanne forhold er etableret ved alle fødesteder.

Det er en kendsgerning, at der er et stort behov for en øget indsats på sundhedspleje området. I forslaget anbefales flere personalemæssige ressourcer til sundhedsplejens område. Denne konstatering og viljen til at opprioritere området, anses for at have afgørende betydning for den fremtidige rekruttering.

Rekruttering af sundhedspersonale

Personalemanglen i sundhedsvæsenet er opstået på trods af, at der er gjort og fortsat gøres en meget stor indsats for at rekruttere og besætte alle ledige stillinger med fastansat personale eller vikarer.

De nordiske lande, hvorfra sundhedsvæsenet rekrutterer læger og øvrigt sundhedspersonale, oplever også alvorlig personalemangel, hvilket får en afsmittende effekt på det grønlandske sundhedsvæsen.

Det må heller ikke glemmes, at selv om nogle læger eller andet sundhedspersonale tiltrækkes af den smukke grønlandske natur, og derfor gerne vil arbejde her, så kan familiemæssige faktorer

som fx ægtefællens jobmuligheder, en passende bolig, problemer med børnepasning, børnenes skolegang, afvikling af bolig i hjemlandet mv. komme på tværs.

Sluttelig skal det erindres, at lønnen for sundhedspersonale med korte eller mellemlange sundhedsuddannelser ikke er så attraktiv sammenlignet med de nordiske lande, at vi kan gøre os forhåbninger om, at rekruttere disse til yderdistrikter og geografisk isolerede områder i Grønland

På kortere sigt gøres der betydelige indsatser for at tiltrække personale. Sundhedsvæsenet har repræsentanter på relevante sundhedsfaglige jobmesser og kongresser, og har dertil udviklet interessante annoncer, oplæg mv. Kampagnen 'NextJobGreenland.gl' er lanceret, og skaber betydelig interesse, men ingen mærkbare gevinster hidtil.

Der er derfor brug for nytænkning bl.a. på økonomistyringssiden, hvor et mere fleksibelt bevillingssystem kunne lade sundhedsvæsenet styre økonomien efter en hovedkonto, som muliggjorde løbende og frie budgetneutrale omrokeringer. En decentral lønstyring er ønskværdig, så sundhedsvæsenet kan få frie hænder til at give tillæg til visse stillinger i yderdistrikter og geografisk isolerede områder.

De ekstraordinære bestræbelser på at besætte stillinger i sundhedsvæsenet vil fortsætte ufortrødent, men der hersker ingen tvivl om, at der på dette område bør tænkes ganske alvorligt i nye baner og mulige løsningsforslag, som kan imødegå den stadigt større personalemangel.

Samfundets oplevelse af en ny struktur og arbejdsform i sundhedsvæsenet

Befolkningen har en berettiget forventning om, at sundhedsvæsenet altid kan nås og kan hjælpe i tilfælde af sygdom eller ulykke og yde rådgivning, når der er behov for det. Denne forventning ønsker sundhedsvæsenet også at kunne imødekomme i fremtiden.

En reform af sundhedsvæsenets ledelse, organisation og opgavefordeling – som gradvist vil vise sig nødvendig – forventes med en øget udbygning og anvendelse af telemedicin, opkvalificering af sundhedspersonale, og vilje til en øget opgaveglidning på tværs af faggrupper ikke at indebære forringelser for de knap 10.000 beboere i byer, som i fremtiden vil være uden en fast læge.

Sundhedsvæsenet må garantere, at det akutte beredskab i et distrikt fortsat er det bedst mulige under hensyntagen til de særlige klimatiske forhold og samtidig sikre, at det personale, der stiller sig til rådighed for sundhedsvæsenets betjening af hele befolkningen, har de nødvendige kvalifikationer og rimelige arbejdsvilkår.

Sundhedsvæsenets ledelse vurderer, at nærværende reformforslag til en ny distriktsinddeling vil kunne imødekomme befolkningens behov for sundhedsmæssige ydelser og samtidig – bedre end i dag – kunne tiltrække personale med sundhedsfaglige uddannelser.

12. DEN VIDERE PROCES

Sundhedsvæsenets ledelse vurderer, at den foreslåede model for en reform er et nødvendigt bud på, hvordan vi kan forbedre mulighederne for at rekruttere, fastholde og udvikle vores personale, således, at sundhedsvæsenet også fremover vil kunne opfylde det omgivende samfunds forventninger og de politiske målsætninger.

Landsstyremedlemmet for Sundhed og Miljø ser frem til at diskutere indholdet af denne redegørelse med Landstingets medlemmer på Forårssamlingen 2007. Et udkast til et eventuelt forslag til ny struktur vil på grund af spørgsmålets store betydning for hele Grønland blive fremsat

på baggrund af de overvejelser og kommentarer, der forventes fra såvel Landsstyre som Landsting. Dette forslag vil derpå gå igennem de sædvanlige høringsrunder, herunder Kanukoka og de lokalpolitiske instanser, sundhedsvæsenets medarbejdere, befolkningen og alle de relevante faglige instanser.