

# Evaluering af **Grønlands Sundhedsreform**

Oplevede og målbare effekter 2017

Evaluering af Grønlands Sundhedsreform  
Oplevede og målbare effekter 2017

Christine Ingemann & Christina Viskum Lytken Larsen

Copyright © 2018  
Center for Folkesundhed i Grønland,  
Statens Institut for Folkesundhed,  
SDU

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,  
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,  
anmelder, citerer eller henviser til nærværende  
publikation, bedes sendt til  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-408-0

Statens Institut for Folkesundhed  
Studivstræde 6  
1455 København K  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Rapporten kan downloades fra  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

# Forord

## Evaluering af Sundhedsre- formen 2010

Regionaliseringen (Sundhedsreformen) af det grønlandske sundhedsvæsen blev iværksat 1. januar 2011 oven på en forudgående pilotperiode. Den nye struktur har således haft godt syv år til at lande, og Departementet for Sundhed har i 2017 ønsket en evaluering af, hvordan det er gået med at implementere reformen.

Departementet for Sundhed har uddelegeret evalueringen af Sundhedsreformen 2010 til Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Det har været en spændende opgave at undersøge en så gennemgribende omorganisering af et system, der om noget har betydning for borgernes sundhed. Adgang til sundhedsvæsenet er en helt grundlæggende udfordring i mange arktiske samfund, og også det grønlandske. Med en så spredt bosætning over mange kvadratkilometer med skiftende vejrforhold er det ikke bare et spørgsmål om bekvemmelighed, men ofte et spørgsmål om liv eller død.

Formålet med denne evaluering af Sundhedsreformen er at gøre status på den ledelsesmæssige oplevelse af organiseringen af sundhedsvæsenet efter den fulde implementering af regionaliseringen. Dette er gjort dels gennem dokumentanalyse af en stor mængde rapporter, notater og oversigter fra Sundhedsledelsen, og dels gennem 17 kvalitative interviews med repræsentanter fra regions-, område- og sundhedsledelse, der har været med til at gennemføre regionaliseringen, samt med enkelte medarbejdere fra forskellige sektorer og regioner med erfaring fra før og efter reformen.

Vi håber, at evalueringen kan bidrage konstruktivt til fremtidige diskussioner om det grønlandske sundhedsvæsen, som i tiltagende grad handler om at få et mere nært sundhedsvæsen, hvor borgeren er i centrum.

God læselyst.



Christina Viskum Lytken Larsen  
Seniorrådgiver  
Center for Folkesundhed i Grønland  
Statens Institut for Folkesundhed

# Indhold

Sammenfatning .....	4	7. Status på reformens 9 delmål .....	39
Anbefalinger.....	5	8. Referencer .....	41
1. Baggrund.....	7	9. Bilag: Dokumenter inkluderet i analysen.....	42
1.1 Sundhedsreformen	7		
1.2 Mål og opbygning af rapporten	8		
2. Befolkningsudviklingen .....	11		
3. Metoder .....	13		
4. Befolkningens adgang til sundhedsydelser efter reformen .....	14		
4.1 Bygdekonsultationer	14		
4.2 Sygeplejestationer	15		
4.3 Sundhedscentre	15		
4.4 Regionssygehuse	19		
4.5 Brug af vikarer	22		
5. Teoretisk forståelsesramme: Sundhedsvæsenets byggesten ifølge WHO .....	23		
6. Gode erfaringer og udfordringer i sundhedsvæsenet efter reformen .....	25		
6.1 Lederskab	25		
6.2 Finansieringssystem	28		
6.3 Sundhedspersonale	29		
6.4 Medicinske produkter, vacciner & teknologier	32		
6.5 Sundhedsinformation	36		
6.6 Serviceydelser	37		

# Sammenfatning

Regionaliseringen af sundhedsvæsenet blev påbegyndt i 2010 med to pilotregioner (Disko og Qeqqa) og to pilotområder på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) (medicinsk og psykiatrisk). Herefter blev den øvrige organisering implementeret i perioden 2011 til og med 2013. Fuld ledelsesmæssig bemanning på alle niveauer blev opnået i løbet af 2014 og foråret 2015.

Herværende evaluering har fundet frem til både gode erfaringer med at takle udfordringer i forbindelse med reorganiseringen af sundhedsvæsenet, men også udfordringer, der er vedholdende, komplekse og svære at overkomme. Primært omhandler udfordringerne samarbejde og kommunikation på tværs af ledelser og sundhedsenheder, hvor faglige og kulturelle forskelligheder kan være udløsende.

Interviewdeltagerne giver udtryk for, at implementeringen af Sundhedsreformen har været krævende, men generelt opleves det, at organiseringen er kommet på plads, og at medarbejdere nu har vænnet sig til den nye struktur og samarbejdet på tværs. Samtidig er det selvfølgelig en kontinuerlig proces, og mange udfordringer består stadig. Den nye organisering og ledelse "kan mærkes", og en deltager giver udtryk for, at det er blevet et "mere samlet sundhedsvæsen" i forhold til før.

Sammenlignet med den tidligere organisering, hvor sundhedscentre var isoleret fra hinanden, og hvor der nogle steder har været en form for ressourcespild, så er sundhedsenhederne i regionerne nu blevet mere gennemskuelige, ensrettet og opdateret i forhold til forbrug af ressourcer, udstyr og behandlingstilbud; dette har for eksempel Ydelseskataloget medført. Der er dog også sundhedscentre, som føler sig drænet for ressourcer og stillinger på grund

af de nedskæringer, reformen har medført på de mindre sundhedscentre.

Selvom det opleves, som om at nye struktur og organisering helt overordnet har haft en generel positiv effekt, så findes der stadig mange udfordringer, uklarheder og mål, som trods en forventning herom, endnu ikke er blevet løftet som følge af Sundhedsreformen. Det gælder især rekruttering af personale og et stigende antal henvisninger fra kysten til DIH, som muligvis kunnet have være forebygget eller undgået gennem flere længerevarende ansættelser.

Nogle steder opleves det, at de fysiske rammer og økonomien ikke er fulgt med regionaliseringen. For eksempel er der kommet nyt telemedicinsk udstyr, som anses som en positiv modernisering, men de fysiske rammer på sygehuset begrænser brugen af den nye teknologi, ligesom oplæringen og betjeningen af udstyret kræver yderligere sundhedsfaglige mandetimer, som i forvejen er en generel mangelvare.

Regionaliseringen har især haft en positiv effekt på ledelsesmøderne og det kollegiale sammenhold mellem ledere på tværs af regioner og områder, da der nu er færre ledere til stede ved møder og konferencer.

På næste side fremkommer vi med en række anbefalinger på baggrund af de input, vi har fået i evalueringens kvalitative interviews. Disse anbefalinger er fremadrettede og handler til dels om, hvad der kan gøre regionaliseringen endnu bedre, men også mere generelle tanker omkring den nuværende situation, som de ledelser, der står med ansvaret lige nu, ser på som muligheder og udfordringer for at skabe et bedre sundhedsvæsen i Grønland.

# Anbefalinger

Det essentielle formål med Sundhedsreformen fra 2010 var en regionalisering, som er gennemført som planlagt. Dog skal nye arbejds-gange, opgavefordelinger og samarbejdsrutiner videreudvikles i den nye struktur, herunder fokus på det sammenhængende patientforløb og samarbejdet med kommunerne omkring det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med patienten i fokus. Baseret på evalueringens resultater og overordnede konklusioner gives følgende anbefalinger.

## #1 Forbedring af det sammenhængende patientforløb

Det sammenhængende patientforløb kan optimeres ved at øge samarbejde og kommunikation på tværs af ledelser og faglighed og gennem øget patientinddragelse. For at opnå denne forbedring anbefales det:

1. at områdeledelserne klarlægger deres snitflader med de andre områder og i fællesskab etablerer samarbejde med fokus på at optimere patientforløbet, undgå spild af ressourcer og øge fagligheden i behandlingen.
2. at samarbejdet mellem områder- og regionsledelser øges for at højne fagligheden i regionerne, mindske overflytninger og eventuelt opstarte behandlingen inden overflytning.
3. at det fortsat prioriteres højt at få ansat en overlæge på det telemedicinske område, som kan grundlægge en gatekeeper-funktion på DIH med fokus på brug af telemedicin på bedst mulige måde for at sikre det bedste forløb for patienten og undgå unødige overflytninger.
4. at undersøge patientens perspektiv på og oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen, dets organisering og de ydelser, patienten modtager.

## #2 Samarbejde med kommunerne

De oplevede udfordringer i samarbejdet med kommunerne skal konkretiseres og tages op i et dialogbaseret forum mellem sundhedsvæsenet og kommuner. Målet med dette skal være at etablere en gensidig forståelse og finde konkrete måder at samarbejde på i fremtiden med borgeren/patienten i centrum.

## #3 Rekruttering

Rekruttering er fortsat en udfordring. Det anbefales derfor, at der fortsat er fokus på at udvikle rekrutterings- og fastholdelsesmetoder baseret på erfaringer fra både Grønland og i andre arktiske regioner. En stigende mængde international litteratur, projekter og tiltag forholder sig til disse udfordringer i en arktisk kontekst, hvor man skal arbejde i *remote areas*, i afsides beliggende områder.

## #4 Telemedicin

Erfaringer med telemedicin varierer på tværs af regioner og mellem forskellige områder. For at opnå et bedre vidensgrundlag for den fremtidige planlægning, anbefales det, at man fortsat evaluerer erfaringerne systematisk på tværs af regioner og områder, og, hvor det er muligt, bidrager til forskningen på området.

Øget brug af telemedicin forudsætter desuden viden og kompetencer blandt medarbejderne på alle niveauer. Hvis sundhedsvæsenet fremover skal baseres endnu mere på telemedicinsk behandling og konsultation, skal der systematisk uddannelse ind på alle niveauer, fremfor kun blandt udvalgte nøglepersoner. Det anbefales derfor at oprette og udvikle et obligatorisk telemedicinsk modul på alle sundhedsfaglige uddannelser i Grønland. Dette modul kan så tilbydes som kursusforløb til udefrakommende personale og fast personale, som har behov for opkvalificering inden for telemedicin.

## #5 Fortsat kompetenceudvikling og central support i relation til nye opgaver i regionerne

Regionssygehusene har fortsat behov for opdatering i forhold til deres mange nye ansvarsområder i form af kompetencer, centralisering af opgaver samt optimering af de fysiske rammer. Der er gode eksempler på, at en styrket supportfunktion på eksempelvis det regnskabsmæssige område skaber bedre sammenhæng i planlægning og koordinering mellem det centrale og det regionale niveau.

En mulighed er at opgradere stillingen som driftschef i regionerne, sådan at denne bliver ligestillet med regionssygeplejersken og regionslægen i ledelsen og dermed afspejler Sundhedsledelsens sammensætning, hvor styrelseschefen, chefsygeplejersken og cheflægen opererer på samme niveau.

## #6 Sammenhængende ledelse

Strategi- og visionsmøder mellem Sundhedsledelsen, de regionale ledelser og områdeledelserne bør prioriteres fremadrettet for at sikre en fælles forståelse i arbejdet for at udvikle sundhedsvæsenet til at håndtere fremtidens udfordringer. Der er varierende opfattelser af de aftaler, som indtil nu er blevet lavet mellem det centrale og det regionale niveau, tidligere kaldet dialogaftaler. Det anbefales derfor, at man arbejder mere målrettet med at opnå en fælles forståelse for, hvilke mål og visioner der arbejdes på inden for en given periode, sådan at det løbende er muligt at følge op på og drøfte fremgangen i arbejdet med disse.

## #7 Uddannelse

Der er fortsat behov for adgang til specialiseret uddannelse for samtlige personalegrupper for at kunne løse nye opgaver knyttet til regionaliseringen. Det anbefales, at uddannelsesområdet følges tæt for at sikre, at omfanget af gennemførte specialiseringer matcher behovet på de meget forskelligartede større og mindre

sundhedscentre så vel som sygeplejestationer og regionssygehuse.

Udfordringer inden for uddannelses- og kursusområdet kan eventuelt overkommes ved at udvikle flere e-learningkurser.

# 1. Baggrund

Sundhedsvæsenets organisering blev grundlagt i 1928 og var tilpasset til behovene og mulighederne på daværende tidspunkt.

Tidligere var Grønland opdelt i 16 sundhedsdistrikter som groft set fulgte de dengang 18 kommuner. Hvert sundhedsdistrikt havde et lille sygehus eller sundhedscenter med en til fem distriktslæger. Her blev der tilbudt primær og akut pleje, og sundhedscentre/sygehuse havde operationsstue, røntgenudstyr, fødeafdeling, laboratorie, osv.

Patienter med komplicerede akut og ikke-akutte sygdomme blev refereret til at se specialister enten på DIH eller i Danmark, hvis vejret tillod en overflytning af patienten. Ellers måtte distriktslæger være forberedt på at kunne foretage komplicerede akutte operationer.

I 2004 godkendte og igangsatte Landsstyret et større udredningsarbejde med henblik på at komme med forslag til en ny organisering af sundhedsvæsenet. Dette blev besluttet og igangsat på baggrund af de administrative, økonomiske og sundhedsfaglige udfordringer, sundhedsvæsenet stod over for på dette tidspunkt. Herunder:

- Det er vanskeligt at rekruttere og fastholde personale.
- Infrastrukturen er blevet forbedret og byder på nye muligheder.
- Befolkningens bosætningsmønster har ændret sig markant siden 1928.
- Befolkningen bliver ældre.
- Der er kommet et øget pres på sundhedsudgifterne.
- Forventningerne og krav til behandling vokser.
- Medicinske teknologier har gjort det muligt at behandle flere sygdomme.

- Ændringer i befolkningens levevis har betydet flere livsstilssygdomme.
- Udviklingen af telemedicin har potentielt set gjort afstanden til sundhedsfaglig ekspertise kortere.

I 2006 nedsatte Direktoratet for Sundhed en række arbejdsgrupper for at forberede indholdet i reformen. Disse omfattede emnerne:

1. Overenskomster, autorisationer, kompetenceområder og kompetenceudvikling af personalet.
2. Perinatal omsorg i distrikterne.
3. Distriktsbetjening uden for sygehuse.
4. Telemedicin.
5. Konsekvenser i relation til kommunerne og DIH.
6. Ledelse og administration i de nye distrikter.

I 2007 blev udviklingen af en reform af sundhedsvæsenet igangsat. Naalakkersuisut anså Sundhedsreformen for nødvendig og som en forudsætning for, at sundhedsvæsenet i fremtiden kan levere tidssvarende service (inden for den økonomisk fastsatte ramme) og leve op til sine forpligtelser.

Reformen skulle tilpasses den organisatoriske struktur til den nye kommunale struktur. De givne ressourcer skulle udnyttes bedst muligt. Kvaliteten af det udførte sundhedsarbejde skulle højnes igennem regionale løsninger, og måden at drive sundhedsvæsen på skulle i det hele taget videreudvikles, således at man tog højde for de fremtidige udfordringer. Styrkerne i de enkelte distrikter skulle i højere grad udnyttes til det fælles bedste, og personalegrundlaget skulle stabiliseres (jf. Projektbeskrivelse fra Region Qeqqata, 2009).

## 1.1 Sundhedsreformen

Sundhedsreformen trådte i kræft 1. januar 2011 efter en forudgående pilotperiode, hvor der var samlet erfaringer fra både region Disko og region Qeqqa.



“Formålet med Sundhedsreformen var at tilpasse sundhedsvæsenet til den samfundsmæssige udvikling. Yderligere var formålet at bidrage til et mere effektivt sundhedsvæsen, hvor det er muligt at tiltrække og fastholde det nødvendige personale, og hvor ressourcerne udnyttes bedre - ‘mere sundhed for pengene’.” (jf. Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010)

Sundhedsreformen har haft til formål at opnå ”mere sundhed for pengene” gennem følgende tiltag (jf. Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010, s. 6):

- En samling af ledelse og administration på færre personer via oprettelse af fem regionsledelser på kysten og fire områdeledelser på DIH, således at flere ressourcer kommer ud i det kliniske arbejde.
- Udnyttelse og optimering af sundhedsvæsenets økonomiske og personalemæssige ressourcer.
- Stærkere og mere attraktive faglige miljøer.
- Fokusering på sundhedsvæsenets kerneydelser, det vil sige det lokale tilbud om udredning, behandling og pleje samt i stigende grad forebyggelse og sundhedsfremme.
- Fokusering på det sammenhængende patientforløb.
- Sikring af en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted.
- Øget brug af telemedicin.
- Sikring af øget og ensartet kvalitet og patientsikkerhed i behandlingen af alle borgere.
- Uddannelse, opkvalificering og vejledning af personalet til at udføre arbejdet bedst muligt og forberede personalet på at varetage fremtidige opgaver.

Omdrejningspunkterne for Sundhedsreformen har været:

[Reform af sundhedsvæsenets organisation og etablering af 5 sundhedsregioner](#)

[Uddannelse](#)

[Telemedicin](#)

Figur 1 (s. 9) giver et overblik over regionaliseringen af sundhedsvæsenet fra 16 sundhedsdistrikter til fem sundhedsregioner. Yderligere vises regionernes sygehuse og sundhedscentre samt fordeling af regionens befolkning i byer og bygder (Sundhedsledelsen, 2015; Vahl & Kleemann, 2017).

Befolkningsantallet i sundhedsregionerne varierer fra 5.624 indbyggere i region Disko til 22.664 i region Sermersooq. Næsten halvdelen af alle bygder i Grønland er inden for regionen Avannaa, som dermed også råder over et stort antal sygeplejestationer og bygdekonsultationer (i alt 25).

I figur 2 (s. 10) vises den nye ledelsesstruktur efter reformen. Her er interaktionerne mellem ledelser og sundhedsvæsenets enheder visuelt præsenteret.

## 1.2 Mål og opbygning af rapporten

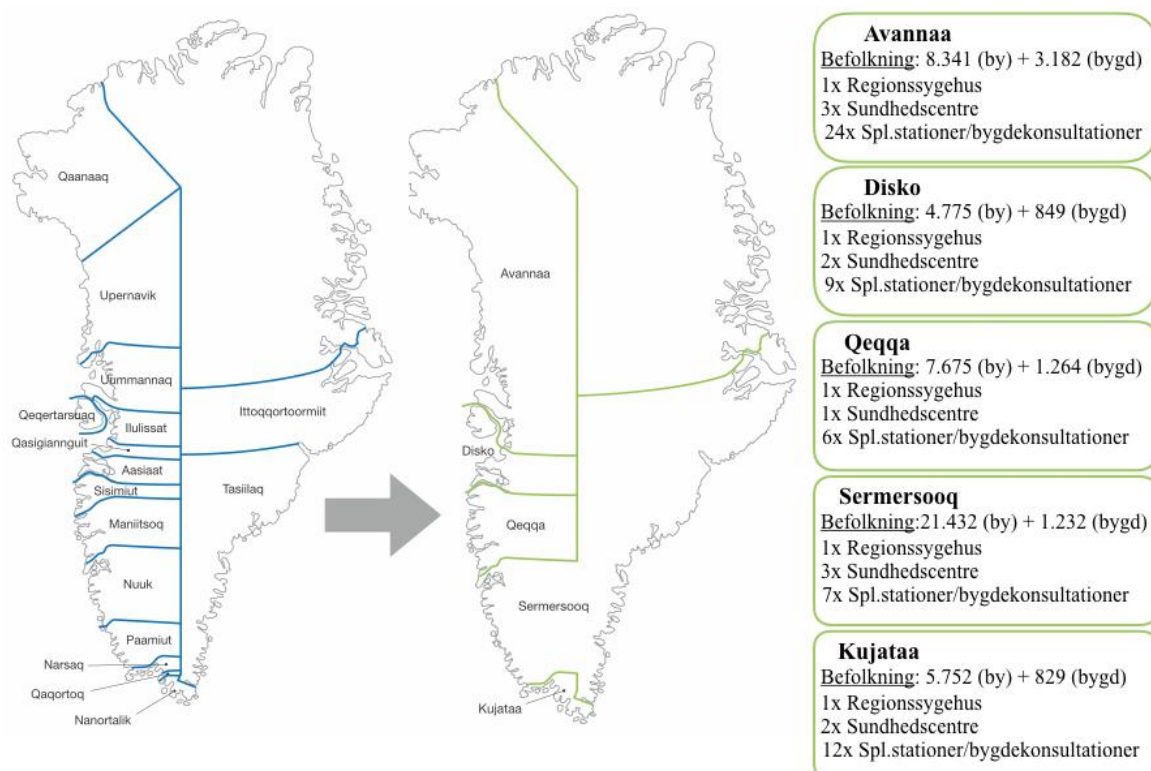
Departementet for Sundhed har uddelegeret evalueringen af Sundhedsreformen 2010 til Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Formålet med denne evaluering af Sundhedsreformen er at gøre status på organiseringen af sundhedsvæsenet efter den fulde implementering af regionaliseringen, som reformen indebærer.

Evalueringen tager dels udgangspunkt i de nye ledelses oplevelser af regionaliseringen på godt og ondt for derigennem at besvare, hvorvidt reformen har ført et mere effektivt sundhedsvæsen med sig? Herunder regionaliseringens betydning for det faglige miljø, ledelse og administration, økonomistyring og det sammenhængende patientforløb. Hertil kommer en række analyser af målbare effekter, der har til formål at supplere de kvalitative udsagn med reelle tal for fastholdelse og rekruttering af forskellige personalegrupper, ydelser til borgerne samt omfanget af patientklager.

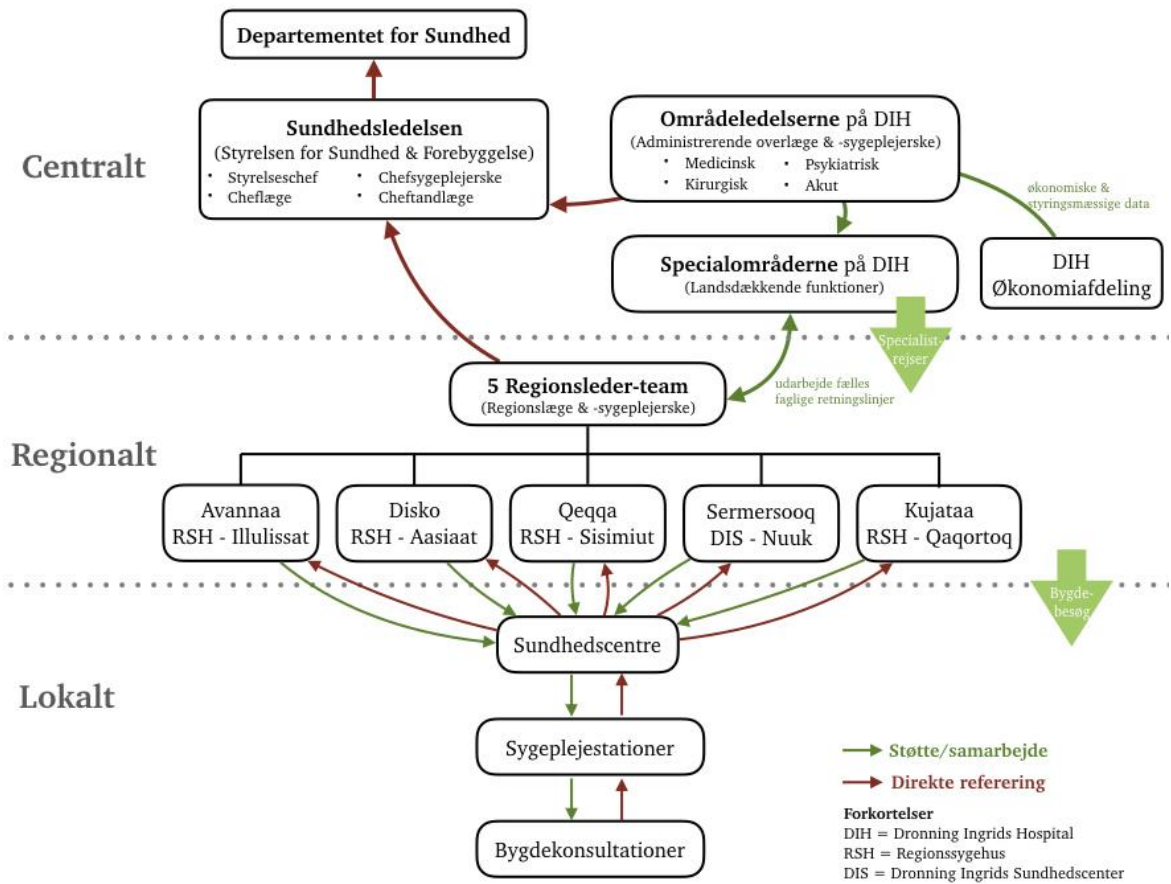
Yderligere inddrages også uddannelsesområdet med henblik på at afdække, om de ønskede kompetencer/uddannelser til at løfte reformen er blevet udbudt og den nødvendige opkvalificering gennemført.

Tidsmæssigt omhandler evalueringen perioden 2010-2016. Årene 2010-2013 betragtes som implementeringsperioden for reformen, og årene 2014-2016 betragtes som en periode, hvor regionaliseringen og de deraf afledte forandringer forventes at være trådt i kraft på landsplan. De to perioder vil i rapporten blive omtalt som før og efter reformen.

Figur 1. Fra 16 sundhedsdistrikter til 5 sundhedsregioner



Figur 2. Organisering af ledelser efter Sundhedsreformen



## 2. Befolkningsudviklingen

Udviklingen i befolkningens levevis er en af de udfordringer, som ligger til grund for den gennemførte Sundhedsreform. Dette afsnit opsummerer relevant statistik fra Grønlands Statistik vedrørende befolkningsvækst, levealder, fertilitet, spædbarnsdødelighed og migration (Vahl & Kleemann, 2017; Statistisk Årbog 2017). I tabel 1 og figur 3 er der givet et overblik over befolkningens udvikling i 2010 til 2017 i tal. På syv år kan det ikke umiddelbart forventes at kunne observere store forandringer i dødelighed og middellevetid. Det kan dog ses, at befolkningstallet og migrationen er stabil. Netto-indvandringen er negativ og fordoblet, således at flere folk i perioden er flyttet væk fra Grønland end folk er flyttet til Grønland.

Det ser også ud, som om middellevetiden er steget med et par år for både mænd og kvinder. Historisk set er den forventede levealder steget med ca. 10 år siden slutningen af 70'erne, men ligger stadig noget lavere sammenlignet med personer fra lande i den vestlige verden.

Grønlands Statistiks fremskrivninger viser, at der i 2040 vil bo omkring 3.000 færre i Grønland end i dag. Til gengæld vil den ældste del af befolkningen på 67+ år være fordoblet på den tid, hvilket jo er af væsentlig betydning for sundhedsvæsenet.

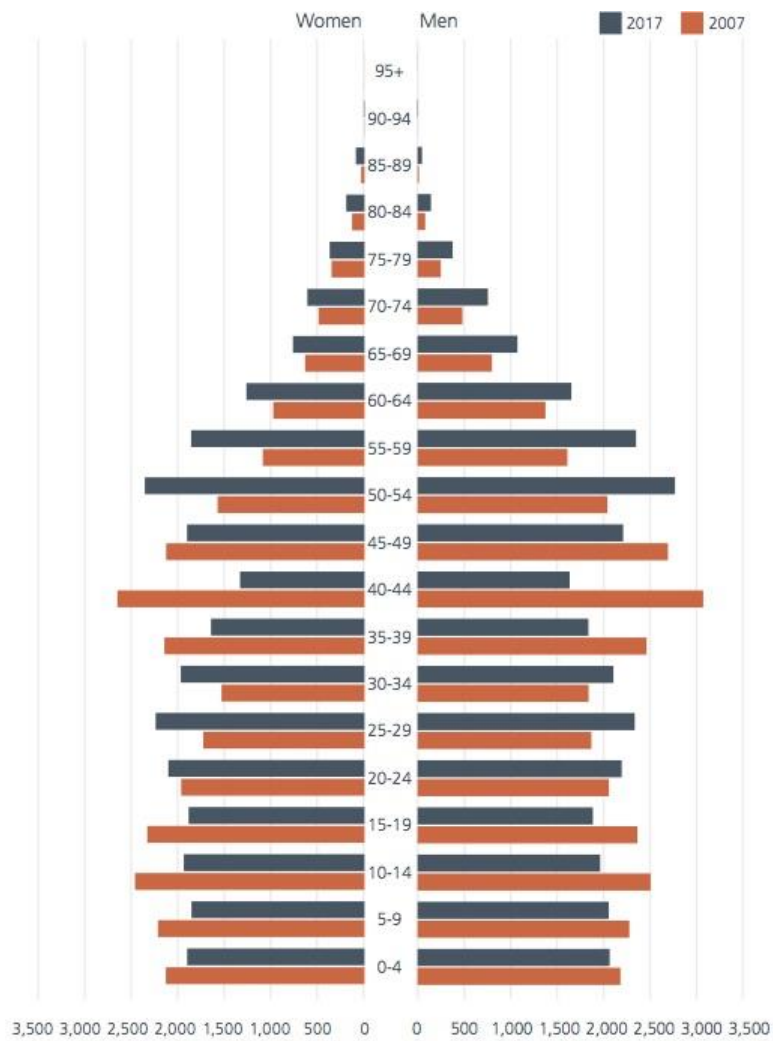
Figur 3 viser befolkningens udvikling efter aldersgrupper, hvor man kan se, at befolkningen bliver ældre, men at antallet af unge er faldet siden 2007. Dette skyldes den faldende fertilitetsrate og flere unge, der flytter til udlandet. Det er blandt andet erfaringen fra praksis, at færre helt unge bliver forældre i dag sammenlignet med tidligere grundet den målrettede forebyggelsesindsats omkring teenagegraviditeter.

Tabel 1. Befolkningsudviklingen 2010-2017. Tal fra Grønlands Statistik.

		2010	2017
<b>Befolkning</b>	Total	56.452	55.860
	i byer	*	48.248
	i bygder	*	7.356
<b>Befolknings-tilvækst</b>		*	0,02 %
<b>Forventet levealder</b> Tal for levealder, fertilitet og spædbarnsdødelighed er fra 2010 og 2015	Kvinder	72,8	74,12
	Mænd	67,8	69,65
<b>Total fertilitetsrate</b>	Per kvinde i alderen 15-49 år	*	2,01
<b>Spædbarnsdødelighed, total</b>	Dødsfald per 1.000 levendefødte	*	14
<b>Migration</b>	Net immigration	-160	-312
	Immigration total	2.491	2.451
	Emigration, total	2.651	2.763
<b>Intern migration</b>	Fra bygd til by	1.325	1.264
	Mellem byer	4.553	4.926

\* Ingen data tilgængelige

Figur 3. Befolkningen efter aldersgruppe



Source: <http://bank.stat.gl/BEEST5>

## 3. Metoder

I denne evaluering er der blevet foretaget en indledende dokumentanalyse af rapporter, notater, oversigter m.m. udleveret og tilsendt af Sundhedsledelsen. En oversigt af disse dokumenter kan findes i bilag 9. Evalueringsrapporten bygger herudover primært på 22 kvalitative interviews med repræsentanter fra regions-, område- og sundhedsledelse samt med enkelte medarbejdere fra forskellige sektorer og regioner med erfaring fra før og efter reformen. Repræsentanter fra Sundhedsledelsen og PN gav input til og godkendte den udformede interviewguide, som bestod af syv temaer:

Sundhedsreformens implementering og effekt

Det faglige miljø og tilbud af videreuddannelse/kurser

Sundhedsreformens indflydelse på patientforløbet

Brugen af telemedicin

Samarbejdet med og mellem de forskellige ledelses enheder/niveauer

Samarbejdet med kommunen

Arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse

Forud for interviewene fik deltagerne tilsendt en samtykkeerklæring samt temaerne i interviewguiden. De kvalitative interviews blev foretaget over telefon/Skype for business af enten Christina Viskum Lytken Larsen eller Christine Ingemann. Interviewene har varet mellem 30 minutter op til 1,5 timer. De fleste interviews er

blevet optaget og derefter transskriberet og anonymiseret af Charlotte Hansen. Under de få interviews, der ikke er blevet optaget på bånd, er der blevet taget udførlige noter. Disse transskriptioner og noter blev herefter kodet i analyseprogrammet NVivo på baggrund af WHO's model samt temaer, der opstod ved gennemgang af interviews. Data opbevares på et krypteret drev ved Statens Institut for Folkesundhed.

## 4. Befolkningens adgang til sundheds-ydelser efter reformen

I 2015 udkom *Katalog over sundhedsfaglige ydelser i Regionerne*, i daglig tale kaldet *Ydelseskataloget*. Ydelseskataloget lister 12 ydelser op, som en borger har ret til. Det beskriver relativt præcis, hvad hver enhed fra bygdekonsultation til regionssygehus skal yde og udføre, samt vagtbetjening m.m. Kataloget er en konkretisering af de ydelser og forskellige former for service til borgeren, som reformen har muliggjort. Dermed kan kataloget og de ydelser, der beskrives i kataloget, betragtes som et resultat af Sundhedsreformen. I dette afsnit bliver ydelserne i de forskellige sundhedsenheder beskrevet sammen med en oversigt over, hvorvidt disse ydelser bliver opfyldt i de forskellige regioner.

Statusoversigterne er blevet udregnet fra ansættelsesoversigter fra de sidste tre år, 2014 til 2016.

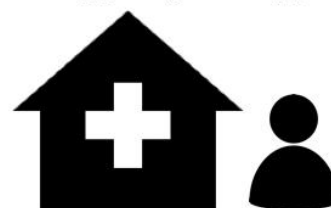
Der skelnes i Ydelseskataloget mellem fire forskellige typer af sundhedsvæsenets institutioner i de enkelte byer og bygder, nemlig bygdekonsultationer, sygeplejestationer, sundhedscentre og regionssygehuse. Disse undersøges nærmere i dette kapitel.

### 4.1 Bygdekonsultationer

Et helt grundlæggende element i Sundhedsreformen handler om adgang til sundhedsvæsenet. I takt med, at regionaliseringen skaber større fysisk afstand mellem bygder og de centrale regionssygehuse, er den telemedicinske

udvikling altafgørende. I bygder med 50-200 indbyggere skal der derfor være en telemedicinsk enhed (Pipaluk).

#### Bygdekonsultation uden telemedicinsk enhed (Pipaluk) Befolkningsgrundlag < 50 indbyggere



- 1x Sundhedsarbejder
  - Tilstræbes at have taget sundhedsarbejderuddannelsen
  - Skal have taget certifikatkursus til akuttaske
- 12-30 timer ugentlig ansættelse
- 2-4 gange/år tjenstlig besøg af specialiserede fagpersoner
- 1x Akutseng til stabilisering

Evalueringen viser, at der er telemedicinske enheder i alle bygder med et indbyggertal på 50 eller derover. Det gælder i alle fem regioner.

#### Bygdekonsultation med telemedicinsk enhed (Pipaluk) Befolkningsgrundlag 50 - 200 indbyggere



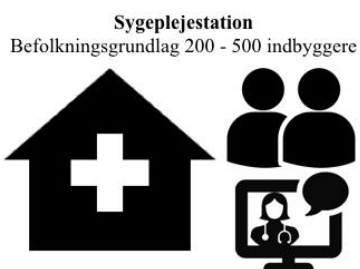
- 1x Sundhedsarbejder
  - Tilstræbes at have taget sundhedsarbejderuddannelsen
  - Skal have taget certifikatkursus til akuttaske
- 30-40 timer ugentlig ansættelse
- 3-4 gange/år tjenstlig besøg af specialiserede fagpersoner, forudgås af en telemedicinsk gennemgang af patienterne
- mulighed for daglig kontakt med specialiserede fagpersoner via Pipaluk
- 1x Akutseng til stabilisering

Bygdekonsultationer i bygder med færre end 50 indbyggere betjenes af en enkelt sundhedsarbejder, som typisk er ansat 12-30 timer. Der er en enkelt akutseng til stabilisering, og to til fire gange om året er der besøg fra specialiserede fagpersoner. I de større bygder har konsultationen herudover så en Pipaluk, der bruges til at gennemgå patienterne forud for specialistbesøg (3-4 gange om året). Denne giver ligeledes mulighed for daglig kontakt med fagpersoner.

## 4.2 Sygeplejestationer

Bygder og mindre byer med 200-500 indbyggere har en sygeplejestation bemandet med en sygeplejerske eller en sundhedsassistent. Herudover er der en sundhedsassistent eller sundhedsarbejder tilknyttet, og stationen er bemandet i dagstiden.

Der er en akutseng til stabilisering og specialistbesøg 4-8 gange om året. Også her bruges Pipaluk til forundersøgelser af patienten inden specialistbesøget, ligesom den gør det muligt at have daglig kontakt med specialiserede fagpersoner.



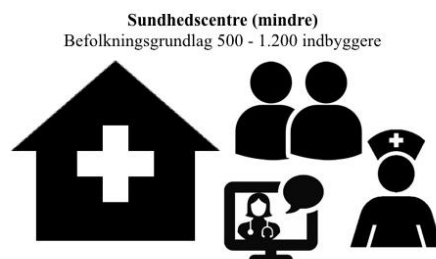
- 1x Sygeplejerske eller sundhedsassistent
  - Skal gennem individuel målrettet introduktion og oplæring på regionssygehus
  - Deltage i kurser og uddannelse på PI, f.eks. akut sygepleje
- 1x Sundhedsassistent eller sundhedsarbejder
  - Skal have taget certifikatkursus til akuttaske
- Bemandet inden for normal arbejdstid (08-16 i hverdagene)
- 4-8 gange/år tjenstlig besøg af specialiserede fagpersoner, forudgås af en telemedicinsk gennemgang af patienterne
- mulighed for daglig kontakt med specialiserede fagpersoner via Pipaluk
- 1x Akutseng til stabilisering

## 4.3 Sundhedscentre

### Mindre sundhedscentre

Fire tidligere sygehuse har nu status af mindre sundhedscentre (Statusrapport 2014, s. 5): Ittoqortoormiit (region Sermersooq), Qasigiannqut (region Disko), Qeqertarsuaq (region Disko) og Qaanaaq (region Avannaq). Det har vist sig ikke at være muligt at have døgnbemanding med sundhedsfagligt personale på de mindre sundhedscentre (Statusrapport 2014, s. 6). Fremfor at døgnbemande de mindre centre med ufaglært personale er der indført en vagtordning (telefon), hvor borgere uden for åbningstiden kan

kontakte større sundhedscentre eller regionssygehus. Denne ordning sikrer borgernes adgang til læge- og sygeplejefaglig rådgivning, selv om det er uden for det lokale sundhedscenters åbningstid.



- 1x Sygeplejerske og 1x Sundhedsassistent og 1x Sundhedshjælper
  - Skal gennem individuel målrettet introduktion og oplæring på regionssygehus
  - Deltage i kurser og uddannelse på PI, f.eks. akut sygepleje
- Portører
  - Skal have taget kursus i portørredder og certifikatkursus til akuttaske
- Bemandet inden for normal arbejdstid (08-16 i hverdagene)
- 2-4 gange/år tjenstlig besøg af specialiserede fagpersoner, forudgås af en telemedicinsk gennemgang af patienterne
- Udvidet **lægebetjening** gennem rotationsordning, hvor der kommer lægebesøg fra regionssygehuset hver måned (tilpasses løbende til lokalbefolkningens behov)
- En eller flere akutsenge til stabilisering

Som det fremgår af figur 4 (s. 17), har lægeansættelserne gennem de sidste syv år på de fire mindre sundhedscentre i gennemsnit været i mindre end tre måneder. Der er lokale udsving, men helt overordnet er der ikke forskel på før og efter reformen. Det er da heller ikke en målsætning for de mindre sundhedscentre, at lægerne skal være ansatte mindst tre måneder i modsætning til på de større sundhedscentre. Derimod skal lægebemandingen forsøges dækket gennem en rotationsordning.

### Intern rotationsordning for læger

Ifølge Ydelseskataloget overgår mindre sundhedscentre med tiden fra at have fast lægebemanding til at have udvidet lægebetjening. Det vil sige, at lægen det meste af tiden vil være på regionssygehuset, men gennem rotationsordning udgående fra regionssygehuset komme på lægebesøg hver måned. Rotationsordningen er beskrevet i Ydelseskataloget og gælder også i forhold til lægebetjening af de større sundhedscentre (Ydelseskataloget s. 5).



I region Kujataa anvendes en sådan rotationsordning. På nuværende tidspunkt er der ansat en læge i Narsaq og en læge i Nanortalik. Disse læger bliver løbende assisteret fra regionsygehuset i Qaqortoq.

I region Sermersooq har man forsøgt sig med rotationsordning i Paamiut (større sundhedscenter), hvor tre læger fra Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) på skift dækkede opgaven. På nuværende tidspunkt arbejder ingen af de tre læger dog længere i Grønland. Så modellen forudsætter naturligt, at der er bemanning på regionsygehuset.

I region Qeqqa har der på nuværende tidspunkt været en fast læge igennem et år i Maniitsoq. Indtil da har der været skiftende læger, dog med flere faste gengangere. Den oprindelige tanke i reformen var, at lægebemanningen i Maniitsoq skulle dækkes af læger fra regionsygehuset i Sisimiut. I praksis har dette dog ikke kunnet lade sig gøre, da ingen af de fastansatte læger i Sisimiut har noget ønske om at rejse udenbys med faste intervaller.

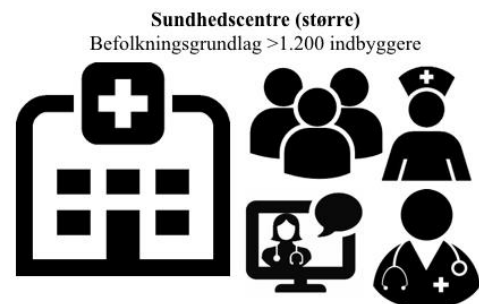
I region Avannaa er der fortsat læger på sundhedscentre i Upernavik, Uummannaq og Qaanaaq, hvilket er et politisk krav. Der er dog ikke fastansatte læger på nuværende tidspunkt. Mange læger er der kun en til to måneder ad gangen, og selvom en del vender tilbage, er der ikke tale om en egentlig rotationsordning.

Det opleves som en generel udfordring ved modellen udvidet lægebetjening, at det er svært at definere, hvem der har det faglige ansvar, når

der ikke er en fast læge på stedet. Formelt har regionsledelsen det faglige ansvar, men det kan være en udfordring i praksis, fordi den ansvarshavende læge reelt er meget langt væk fra situationen.

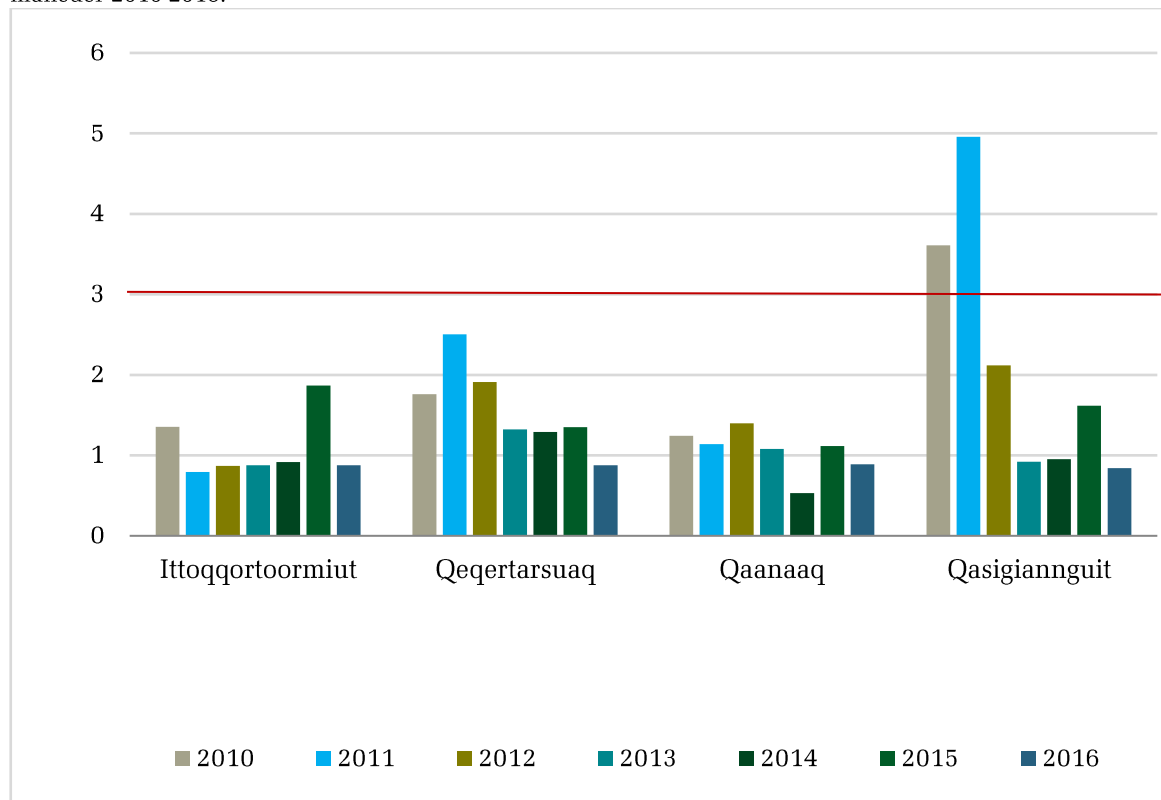
### Større sundhedscentre

Syv tidligere sygehuse har nu status af større sundhedscentre (Statusrapport 2014, s. 5): Uummannaq (region Avannaa), Upernavik (region Avannaa), Maniitsoq (region Disko), Paamiut (region Sermersooq), Tasiilaq (region Sermersooq), Narsaq (region Kujataa) og Nanortalik (region Kujataa).

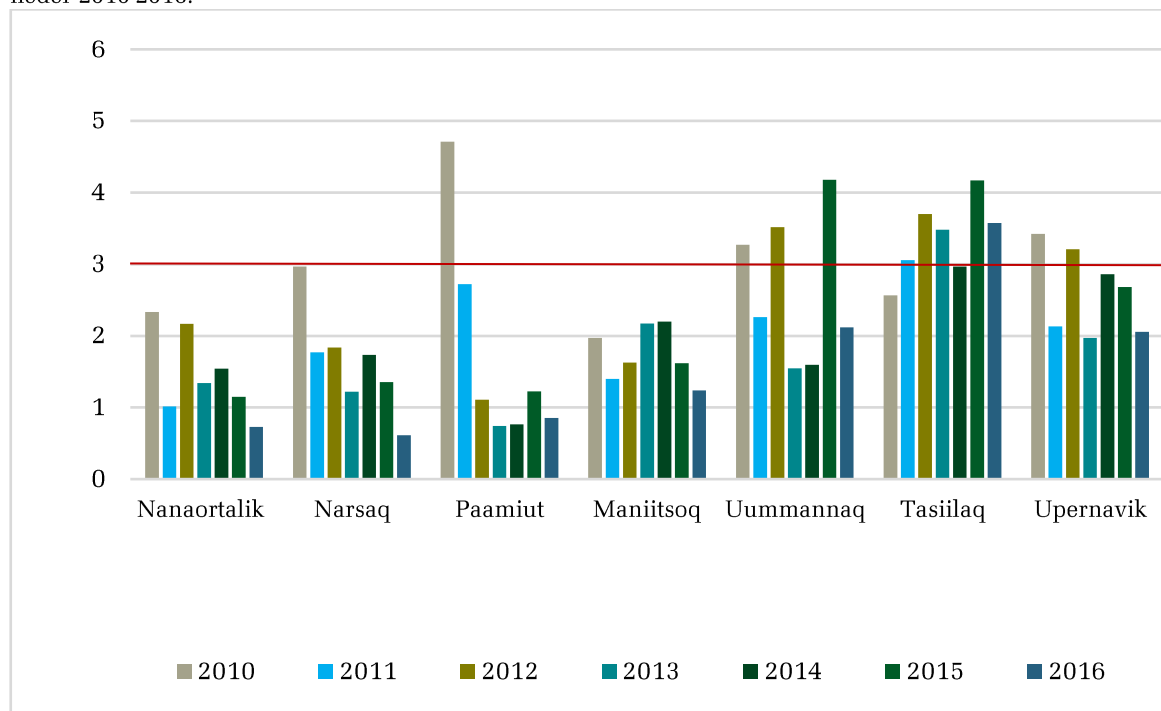


- Læger
  - almen medicinsk speciallægeuddannelse og andet relevant
  - hvis muligt diplom i Grønlandsk Medicin
  - Bemanning af læger sker ved fastansættelse eller vikaransættelse på min. 3 måneder eller rotationsordning fra regionsygehuset
- Sygeplejersker, sundhedsassistenter o.lign.
  - Deltage i kurser og uddannelse på PI, f.eks. akut sygepleje
- Portører
  - Skal have taget kursus i portørreder og certifikatkursus til akuttaske
- Døgnbemandet
- Når nødvendigt tjenstlig besøg af specialiserede fagpersoner, forudgås af en telemedicinsk gennemgang af patienterne
- Døgnambulanceberedskab

Figur 4. Gennemsnitlig ansættelsestid for **læger på mindre sundhedscentre** ekskl. vikarsættelser. Angivet i måneder 2010-2016.



Figur 5. Gennemsnitlig ansættelse for **læger på større sundhedscentre** ekskl. vikarsættelser. Angivet i måneder 2010-2016.

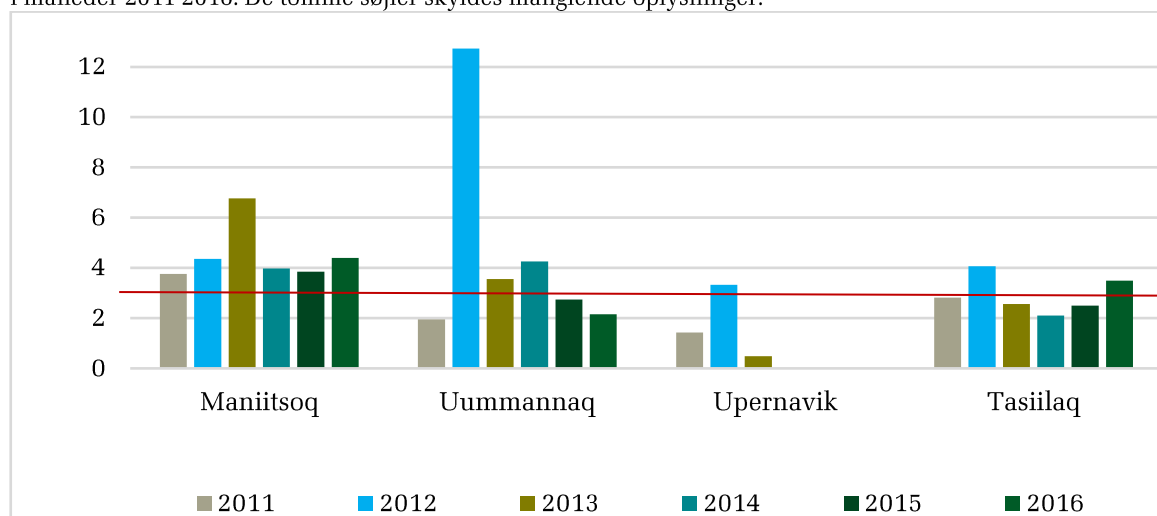


Af figur 5 fremgår det, at den gennemsnitlige ansættelsestid for lægerne kun inden for enkelte år har en varighed på de ønskede tre måneder. Dette gælder både før og efter reformen. Med Tasiilaq som positiv undtagelse når de større sundhedscentre kun i nogle enkelte år op på de ønskede tre måneders ansættelse i gennemsnit for lægerne.

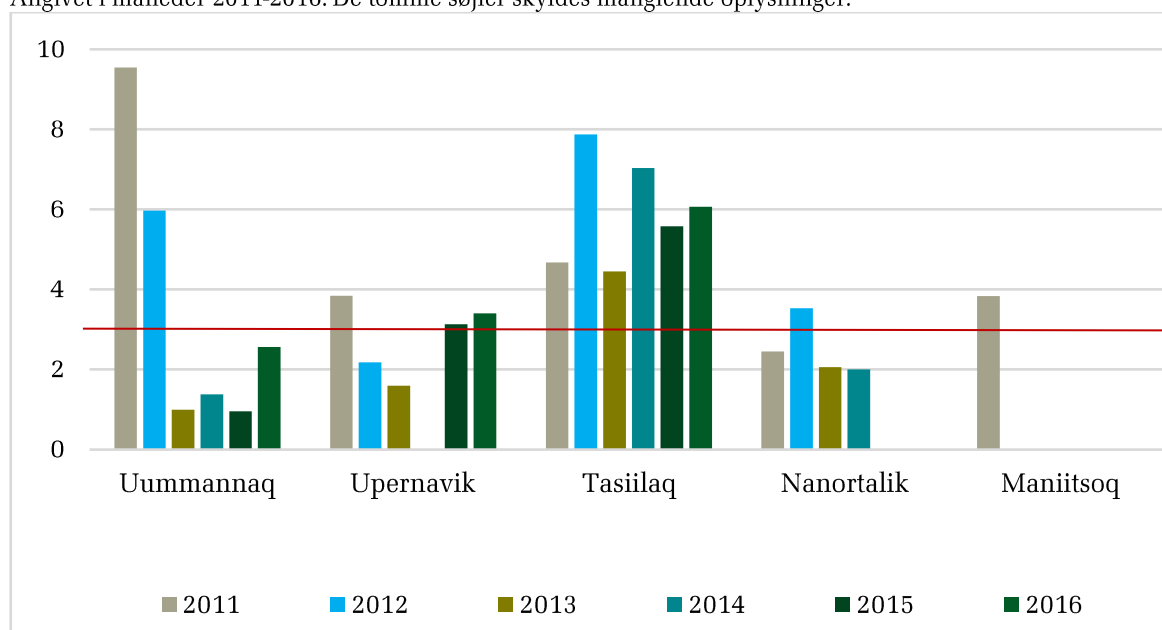
Der er tale om et gennemsnit, og derfor dækker tallene over både længere og kortere ansættelser, end de viste antal måneder. Af figur 6 og 7

fremgår det, hvor længe henholdsvis jordemødre og sundhedsplejersker har været ansat på de større sundhedscentre i perioden 2010-2017. Der er ikke på samme måde opstillet en ambition om tre måneders ansættelser for disse personalegrupper, men det fremgår af figur 6, at den gennemsnitlige ansættelse for jordemødre ligger mellem 2-4 måneder både før og efter reformen, med enkelte undtagelser et enkelt år i Maniitsoq og i Uummannaq. Der er ikke noget entydigt mønster før og efter reformen.

Figur 6. Gennemsnitlig ansættelse for **jordemødre på større sundhedscentre** ekskl. vikaransættelser. Angivet i måneder 2011-2016. De tomme søjler skyldes manglende oplysninger.



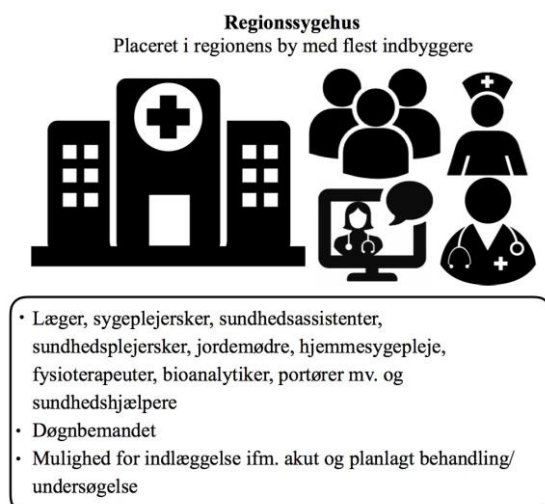
Figur 7. Gennemsnitlig ansættelse for **sundhedsplejersker på større sundhedscentre** ekskl. vikaransættelser. Angivet i måneder 2011-2016. De tomme søjler skyldes manglende oplysninger.



Af figur 7 fremgår det, at den gennemsnitlige ansættelse for sundhedsplejersker varierer noget fra sted til sted. Tasiilaq har de længste gennemsnitlige ansættelser i perioden fra 2011-2016, mens gennemsnittet i eksempelvis Uummannaq varierer fra under 1 til godt 10 måneder fra år til år. Der er ikke noget entydigt mønster før og efter reformen.

## 4.4 Regionssygehuse

Med reformen er der etableret 5 regionsygehuse i henholdsvis Sisimiut, Qaqortoq, Ilulissat, Aasiaat samt Nuuk, hvor Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) er regionalt center for region Sermersooq. Men i praksis har Tasiilaq Sygehus også en status som regionsygehus, men det er ikke officielt. På regionsygehuse skal der være både læger, sygeplejersker, sundhedsassistenter, sundhedsplejersker, jordemødre, hjemmesygeplejersker, fysioterapeuter, bioanalytikere, portører og sundhedshjælpere. Der er døgnbemanding, og der skal være mulighed for indlæggelse både i forbindelse med akutte og planlagte behandlinger.



Som et led i reformen er det fremover regionsygehuse, som varetager regionens fødsler og den perinatale omsorg (Ydelseskataloget s. 7). Indtil 2014 var Uummannaq og Maniitsoq også godkendte fødesteder, men dette er ikke længere tilfældet. Tasiilaq fungerer fortsat som fødested, selv om det ikke er et regionsygehus,

men derudover er det ikke planen, at man skal kunne føde andre steder end kun regionsygehuse. Tværtimod gives der i Ydelseskataloget udtryk for, at det er en udfordring at opretholde de regionale fødesteder på grund af udfordringer i rekrutteringen. I Ydelseskataloget opstilles følgende krav til fødestederne:

At sygehuset er bemandet med én eller flere læger, der behersker at behandle uventede komplikationer, der kan opstå i forbindelse med den normale fødsel.

(Hvis muligt) skal lægerne desuden beherske fagområdet Arktisk Medicin.

At være bemandet med personale, der behersker anæsthesigivning til de akutte patienter, herunder ifm. akut kejsersnit.

Laboratoriefunktionen skal rumme blodbanksfunktion, eller der skal være et minimum beredskab af blod til transfusion.

Er dette beredskab ikke til stede, skal fødslerne i stedet flyttes til nærmeste regionsygehus eller Dronning Ingrid's Hospital. Herudover har den enkelte kvinde i forbindelse med fødsler *frit valg* i forhold til, om hun vil føde på sit eget regionsygehus eller i Nuuk, selv om der ikke nødvendigvis er en medicinsk begrundelse for at gøre det.

I regionerne giver man også udtryk for, at det er en stor udfordring at opretholde det lokale fødeberedskab. Samtidig understreges det fra regionernes og Tasiilaqs side, at det er helt afgørende, man fortsat kan varetage fødsler relativt lokalt.

Evalueringen viser, at det ved udgangen af 2017 stadig kunne lade sig gøre at opretholde fødeberedskabet i alle regioner og Tasiilaq. Der er dog i høj grad tale om et øjebliksbillede, som kan ændre sig.

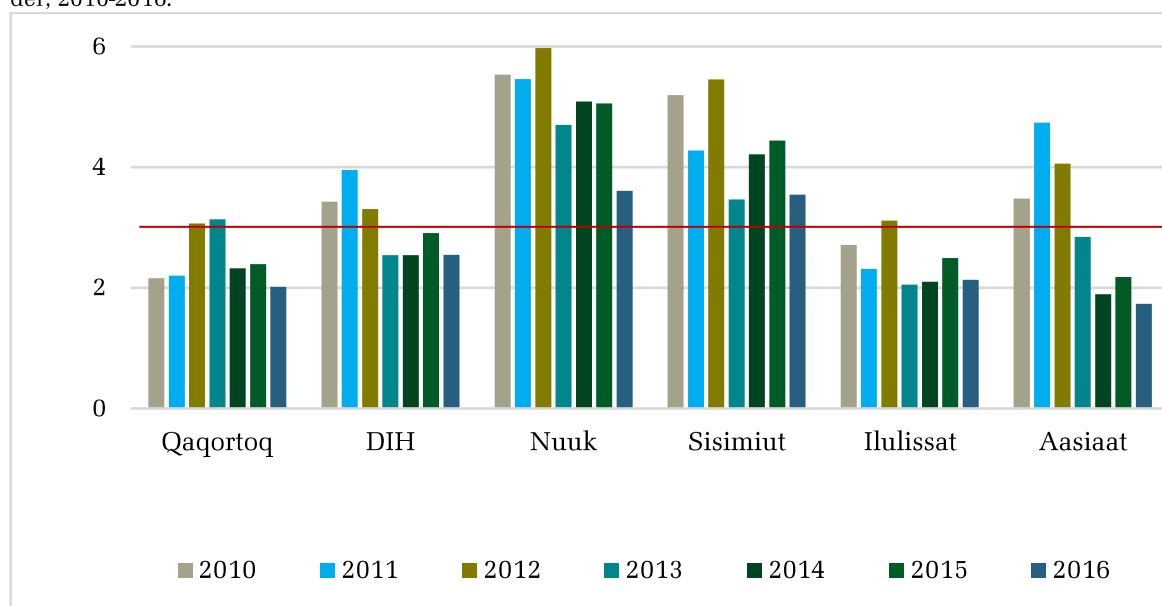
De store udfordringer er knyttet til, når de faste læger med kirurgisk erfaring er bortrejst enten

på ferie eller weekend. Så skal der tilkaldes vikarer med samme faglige ressourcer for at dække dem ind. Lægerne kan tilkaldes på alle tidspunkter, også uden for deres vagt.

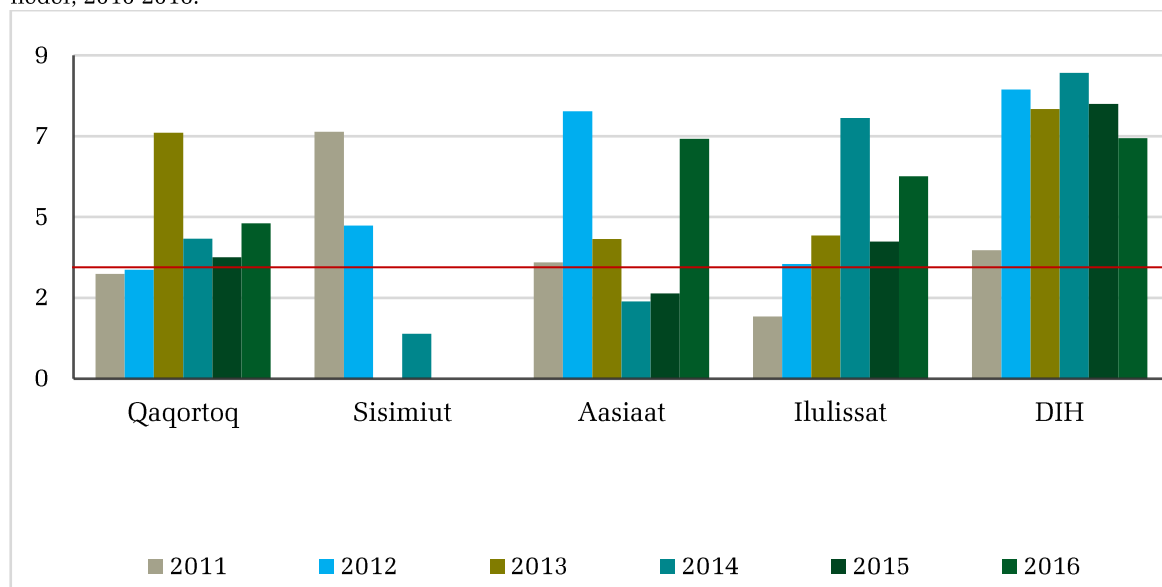
For anæstesisygeplejerskerne er udfordringen den samme. Ofte er der kun en enkelt anæstesisygeplejerske. Denne kan reelt altid tilkaldes, selv om personen ikke er vagthavende.

Det opleves af flere regioner som en udfordring og et stort arbejde at planlægge og opretholde beredskabet. Samtidig gives der dog også udtryk for, at det er vigtigt at have kapacitet til at håndtere fødsler på de regionale sygehuse og Tasiilaq. Især Tasiilaq understreger livsnødvendigheden af at kunne bevare status som fødested. Især i vintertiden er der lange perioder på flere uger, hvor transport til og fra Østgrønland er umuligt på grund af klimatiske forhold.

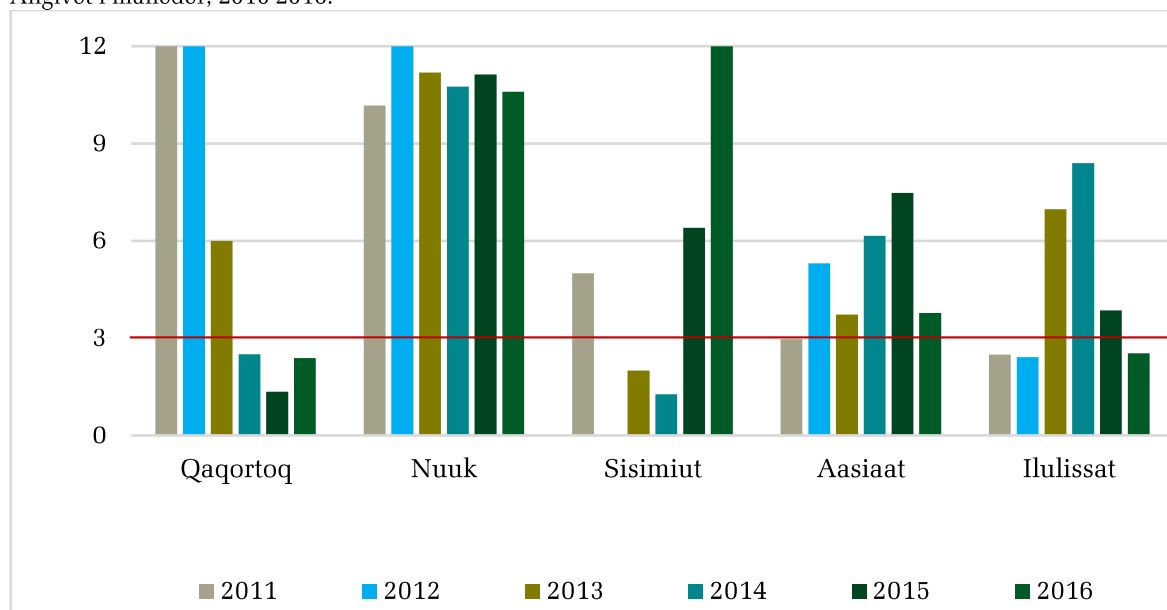
Figur 8. Gennemsnitlig ansættelsestid for **læger på regionssygehuse** ekskl. vikaransættelser. Angivet i måneder, 2010-2016.



Figur 9. Gennemsnitlig ansættelse for **jordemødre på regionssygehuse** ekskl. vikaransættelser. Angivet i måneder, 2010-2016.



Figur 10. Gennemsnitlig ansættelse for **sundhedsplejersker på regionssygehusene** ekskl. vikariansættelser. Angivet i måneder, 2010-2016.



Af figur 8 fremgår den gennemsnitlige ansættelsesperiode for læger på regionssygehusene. Vikariansættelser er ikke medregnet i gennemsnittet (se ansættelsesformer tabel 6, s. 29). Kun gennemsnittet i Nuuk (DIS) og i Sisimiut kommer over de tre måneder, og generelt er det her, de længste gennemsnitlige ansættelsesperioder forekommer. Kun et enkelt år, nemlig 2012, når gennemsnittet i Nuuk op på seks måneder, hvilket er det højeste gennemsnit blandt de fem regionssygehuse. Der er ikke noget entydigt billede på forskelle i ansættelsestiden før og efter reformen for lægerne. Figur 9 viser den gennemsnitlige ansættelsesperiode for jordemødre. Her skiller DIH sig ikke overraskende ud, men ellers er billedet noget varierende fra år til år, og der er ikke noget entydigt billede af, at reformen har ført til ændringer i jordemødrenes ansættelser. Det samme gælder sundhedsplejerskerne (figur 10), hvor det igen er Nuuk, der skiller sig ud. Sundhedsplejerskerne er den gruppe, der har de længste gennemsnitlige ansættelser sammenlignet med både læger og jordemødre. Der er dog heller ikke i denne gruppe tegn på, at reformen har ført hverken længere eller kortere ansættelser med sig, når vi ser på gennemsnittet. I forbindelse med planlagte specialrejser er de tilknyttede specialister typisk kun ansat til få ugers arbejde og indgår derfor ikke i denne opgørelse.

#### Udvikling i patientrejser og tjenesterejser

Det er en naturlig konsekvens af regionaliseringen, at der kommer flere rejser. Dels i form af patienter, der flyttes til regionssygehusene fra de mindre steder. Og dels i form af det sundhedsfaglige personales betjening af byer og bygder jævnfør forskellige forpligtelser i Ydelseskataloget. Denne udvikling afspejles da også i en stigning i udgifter til både patientrejser og tjenesterejser i perioden 2012-2016.

I tabel 2 nedenfor vises en oversigt over udviklingen i forbruget på patientrejser internt i regionerne. Det vil sige patienter, der er flyttet internt i regionerne for at modtage behandling. Derudover ses, at omkostninger til tjenesterejser ligeledes har været stigende. Dette skyldes primært flere rejser internt i regionerne.

Den generelle tilbagemelding fra både områdeledelser og regionsledelserne er, at antallet af besøg i bygder og byer i regionen tilpasses behovene. Specifikt på det psykiatriske område gives der dog udtryk for, at man laver færre bygdebesøg på grund af god brug af telepsykiatrien. Der er stadig steder, hvor lokalt personale ønsker bygdebesøg på grund af muligheden for faglig udveksling, hvilket man så forsøger at imødekomme.

Tabel 2. Udviklingen i udgifter til patientrejser samt tjenesterejser primært internt i regionerne.

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Patientrejser</b>	7.945.291	7.729.927	8.092.551	9.709.078	9.546.408
<b>Tjenesterejser</b>	1.448.150	1.498.543	2.000.535	2.247.337	2.571.992

Tabel 3. Udgifter til brug af vikarer i sundhedsvæsenet.

	2009	2010	2011	2012
<b>DIH Læger</b>	24.756.479	2.176.027	411.876	794.305
<b>DIH Øvrige</b>	6.640.876	11.440.754	7.525.299	4.407.606
<b>Kysten Læger</b>	10.510.933	11.746.875	19.822.638	9.528.631
<b>Kysten Øvrige</b>	4.535.156	1.672.451	830.931	650.770
<b>I alt</b>	<b>46.443.444</b>	<b>27.036.107</b>	<b>28.590.744</b>	<b>15.381.312</b>
	2013	2014	2015	2016
<b>DIH Læger</b>	2.074.275	2.160.813	1.825.107	2.035.043
<b>DIH Øvrige</b>	5.840.276	7.881.900	12.400.192	17.554.100
<b>Kysten Læger</b>	2.117.160	10.567.892	12.269.333	7.653.270
<b>Kysten Øvrige</b>	5.404.285	3.226.729	5.543.685	6.660.467
<b>I alt</b>	<b>15.435.996</b>	<b>23.837.334</b>	<b>32.038.317</b>	<b>33.902.880</b>

## 4.5 Brug af vikarer

Det er overordnet set lykkedes at nedbringe udgifterne til vikarer i sundhedsvæsenet. Der er dog store udsving fra år til år og dermed ikke noget entydigt billede af tiden før og efter reformen (se tabel 3). Fra 2009 til 2013 er udgifterne således nedbragt fra godt 46 mio. til godt 15 mio., mens udgifterne igen er steget frem til 2016 og mere end fordoblet til godt 33 mio. kr. Med til forståelsen hører dog, at vikarbureauforbruget i 2008 var ca. 70 mio. kr. Det var således ultimo 2008, at man gik aktivt ind for at stoppe forbruget af vikarer. Herefter har dette forbrug været væsentligt mindre og varieret fra ca. 15 mio. kr. til ca. 46 mio. kr. Det er indtrykket, at en del vikarer vender tilbage, og dermed er der ikke udelukkende tale om nye ansigter

for befolkningen, når de møder sundhedsvæsenet. For at dokumentere, hvorvidt det rent faktisk forholder sig sådan, er det dog nødvendigt at kigge nærmere på de specifikke vikarkontrakter, hvilket ikke har været muligt inden for denne evaluerings omfang.

Gennem de kvalitative interviews er det kommet til udtryk, at brug af vikarer dels er knyttet til stedets karakter og sværhedsgraden ved at rekruttere de forskellige sygehuse og sundhedscentre. Men ligeledes, at det afhænger af den enkelte ledelse, hvor meget der trækkes på vikarer.

## 5. Teoretisk forståelsesramme: Sundhedsvæsenets 6 byggesten ifølge WHO

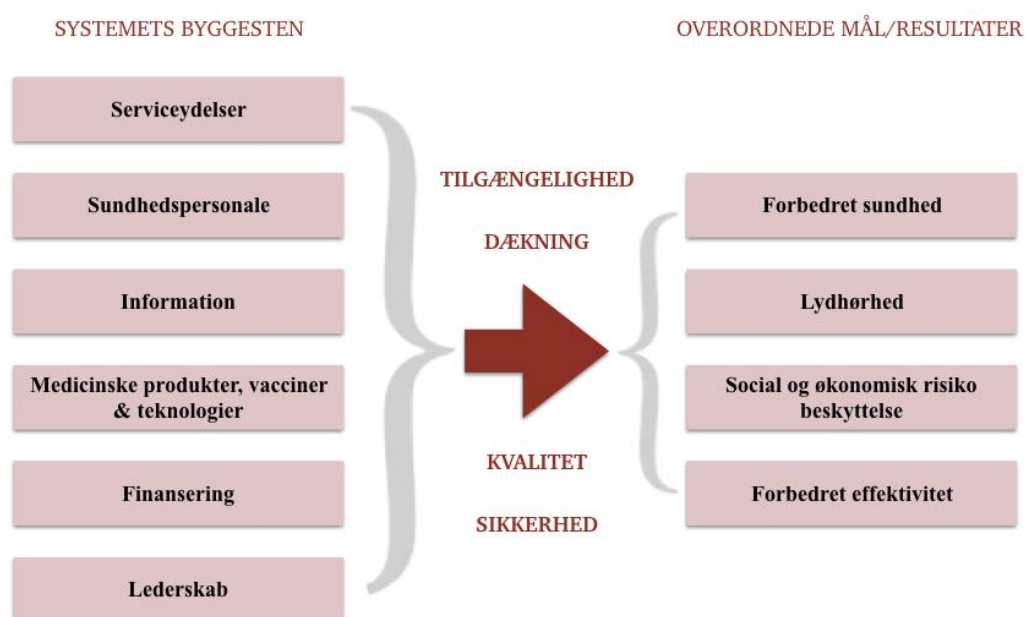
Som tidligere beskrevet blev der forud for evalueringen og interviewundersøgelsen opstillet syv temaer på baggrund af Sundhedsreformen i dialog med Sundhedsledelsen og Departementet for Sundhed. I analysen af resultaterne er der blevet anvendt en evidensbaseret teoretisk forståelsesramme, som beskriver sundhedsvæsenets elementer og kompleksitet. Denne ramme er brugt til at organisere og kategorisere de udsagn og input, vi har fået hovedsageligt gennem interviews med forskellige repræsentanter fra ledelserne og dels gennem dokumenter og supplerende e-mailkorrespondance med nøglepersoner i sundhedsvæsenet.

Den anvendte teoretiske forståelsesramme er defineret af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og beskrives i detaljer nedenfor. Ved at beskrive erfaringer med regionaliseringen og den nuværende organisering af det grønlandske sundhedsvæsen ud fra en international teoretisk forståelsesramme kan disse erfaringer og evalueringens resultater bedre sammenlignes med erfaringer fra andre lande. Her er særligt de arktiske regioner relevante, da de står med mange af de samme udfordringer omkring rekruttering og et spredt bosætningsmønster med begrænset adgang til sundhed for store dele af befolkningerne.

### Sundhedsvæsenets 6 byggesten

WHO's teoretiske forståelsesramme for sundhedsvæsenets grundelementer er her oversat fra engelsk, men hedder oprindeligt: *The Health System's 6 Building Blocks* (WHO, 2007). De seks byggesten er Serviceydelser; Sundhedspersonale; Information; Medicinske produkter, vacciner & teknologier; Finansiering og Lederskab. I modellen kobles de seks byggesten til de overordnede mål, som WHO opstiller for et sundhedsvæsen.

Figur 11. Sundhedsvæsenets 6 byggesten ifølge WHO





De fire overordnede mål for et sundhedsvæsen er ifølge WHO; 1) Forbedret sundhed, 2) Lydhørhed, 3) Social og økonomisk risikobeskyttelse og 4) Forbedret effektivitet. Disse mål nås gennem tilgængelighed, dækning, kvalitet og sikkerhed, se figur 11 ovenfor (WHO, 2007). Figur og beskrivelser er oversat direkte fra WHO.

Ifølge WHO omfatter sundhedsvæsenet alle organisationer, aktører og aktiviteter, hvis primære formål er at fremme, genoprette eller vedligeholde sundhed (WHO, 2007). I herværende evaluering har vi dog kun fokuseret på sundhedsvæsenet i en mere snæver forstand, i og med regionaliseringen udelukkende har omfattet en omorganisering af hospitaler og sundhedscentre og for eksempel ikke Tandplejen, Departementet for Sundhed eller Landslægen, som også arbejder for at fremme befolkningens sundhed. Nedenfor beskrives sundhedsvæsenets seks byggesten enkeltvis.

### Serviceydelser

Gode serviceydelser i sundhedsvæsenet leverer effektive, sikre, personlige og ikke-personlige sundhedstiltag af høj kvalitet til dem, der har brug for dem, når og hvor det er nødvendigt, med minimalt spild af ressourcer.

### Sundhedspersonale

Velfungerende sundhedspersonale arbejder på måder, der er lydhør, retfærdig og effektiv for at opnå de bedst mulige sundhedsmæssige resultater under de givne ressourcer og omstændigheder. Det handler for eksempel om, at omfanget af sundhedspersonale er tilstrækkeligt og at personalesammensætningen er meningsfuld, ligesom personalet bør være retfærdigt fordelt, kompetent, lydhør og produktivt.

### Information

Et velfungerende sundhedsinformationssystem sikrer produktion, analyse, formidling og brug af pålidelig og rettidig information om sundhedsdeterminanter, sundhedssystemets ydeevne og sundhedsstatus.

### Medicinske produkter, vacciner & teknologier

Et velfungerende sundhedsvæsen sikrer retfærdig tilgængelighed til essentielle medicinske produkter, vacciner og teknologier af garanteret kvalitet, sikkerhed, effektivitet og omkostningseffektivitet samt en videnskabeligt forsvarlig og omkostningseffektiv anvendelse.

### Finansiering

Et godt sundhedsfinansieringssystem giver tilstrækkelige midler til sundhed på en måde, der sikrer, at folk kan bruge den nødvendige service, og at de er beskyttet imod økonomisk katastrofe eller forarmelse forbundet med at skulle betale for disse.

### Lederskab

Lederskab indebærer en sikring af, at strategiske politiske rammer eksisterer, og at disse er kombineret med effektivt tilsyn, koalitionsbygning, tilvejebringelse af fornødne regler og incitamenter, opmærksomhed på systemdesign og ansvarlighed.

# 6. Gode erfaringer og udfordringer i sundhedsvæsenet efter reformen

I dette kapitel beskrives både gode erfaringer med at takle udfordringer, der er opstået under reorganiseringen af sundhedsvæsenet, men også udfordringer, der er vedholdende, komplekse og svære at overkomme, som de opleves på forskellige ledelsesniveauer.

Der er således især tale om oplevede effekter af Sundhedsreformen, der bygger på de 22 kvalitative interviews, vi har gennemført som en del af evalueringen. I analysen suppleres interviewene med relevante dokumenter fra den indledende dokumentanalyse. Resultaterne er struktureret efter WHO's teoretiske ramme om sundhedsvæsenets seks byggesten, dog i en anden rækkefølge.

## 6.1 Lederskab

Lederskab indebærer en sikring af, at strategiske politiske rammer eksisterer, og at disse er kombineret med effektivt tilsyn, koalitionsbygning, tilvejebringelse af fornødne regler og incitament, opmærksomhed på systemdesign og ansvarlighed. (WHO, 2007)

Fuld ledelsesmæssig bemanning på alle niveauer blev opnået i løbet af 2014 og foråret 2015 (jf. Deloitte 2015).

Hovedelementet i Sundhedsreformen har været regionalisering af sundhedsvæsenet samt dannelse af nye ledelser. Deloitte-rapporten

(2015) beskriver, at udskiftning og vanskeligheder med besætning af ledelsesstillinger på alle tre niveauer (sundheds-, område-, regionsledelse) har medført, at implementeringsprocessen generelt har varet længere end planlagt. Ledelserne er enige om, at den nye og mindre ledelsesstruktur har medført, at beslutninger tages hurtigere og mere effektivt. Der er også blevet skabt et mere kollegialt fællesskab, idet de forskellige ledelser kender navnene på hinanden og kan kontakte hinanden ved behov for støtte eller samarbejde. "Nu kender vi hinanden" (regionsleder 1).

Reformen har haft fokus på at samle ledelsen, men ud over dette er selve målet ikke blevet understøttet fra starten. Ifølge Sundhedsreformen har regions- og områdedelserne fået det overordnede økonomiske, driftsmæssige og faglige ansvar for deres region eller område, hvor regionsledelsen bistås af en regionsdriftsleder og områdedelsen med økonomisk og styringsmæssige data fra økonomiafdelingen. Først omkring 2015 er der sat udvikling i gang i forhold til administration og uddannelser for lederne (også beskrevet i Deloitte (2015)). Interviewene viser, at de forskellige ledere har følt sig støttet i at udvikle sig som ledere gennem konferencer, kurser og uddannelser. Selvom område- og regionsledelser oplever generelt at få god støtte af Sundhedsledelsen, så er papir og administrativt arbejde tidskrævende og fylder for meget i hverdagen. Der er blandede oplevelser i forbindelse med støtte af administrative opgaver; nogen har haft kompetente kontoransatte, andre har uddelegeret opgaver inden for deres område eller region, og andre har klaret sig med at søge hjælp hos økonomichefen. Den psykiatriske områdedelse har fået ansat en AC-medarbejder for at mindske lederens administrative opgaver. Det er meningen, at de andre områder også skal få en AC-medarbejder, dog tvivler nogle interviewdeltagere på, om det er muligt at rekruttere AC-medarbejdere til regionsledelserne på baggrund af tidligere erfaringer.

Mængden af det administrative arbejde afhænger af områdets eller regionens størrelse, hvilket fører til, at implementeringen af nye organisatoriske rutiner de forskellige steder går langsommere eller hurtigere. Nogle ledende sygeplejersker giver også udtryk for, at de savner støtte og sparring med deres kollega, den ledende læge. Det antydes og antages, at i de fleste tilfælde tager ledende læger sig hovedsageligt af rekrutteringsopgaver, og de resterende administrative opgaver falder på den ledende sygeplejerske. Med dannelsen af den nye ledelsesstruktur blev der besluttet, at ledende over- og regionsygeplejersker fortsat skal arbejde 100 procent som ledere, hvorimod ledende overlæger skal arbejde 60/40 (klinisk/ledelse) og regionslæger 50/50 (klinisk/ledelse). For sygeplejerskerne var det en fortsættelse af praksis, i og med forstandere og oversygeplejersker også tidligere har arbejdet 100 procent som ledere. For lægerne var det nyt, at der blev afsat tid til ledelse og administration. Denne ordning blev besluttet på det grundlag, at det var for dyrt at have en fuldtidslæge ansat kun til ledelsesmæssige opgaver, samt at det kliniske arbejde er afgørende for, at en læge kan vedligeholde sin autorisation og faglige viden/erfaring. Det opleves, at der er et behov for, at ledende læger tager sig mere af sit ledelsesmæssige ansvar og bliver yderligere understøttet i deres ledelseskompetencer: "Der skal skabes mere plads til, at ledere kan være ledere" (regionsledelse 2).

### Sundhedsledelsen

Op indtil 2013 har der været stor udskiftning af ledere i Sundhedsledelsen, men efter 2013 har den været stabil op indtil nu (2017), hvor to ledere er blevet udskiftet. Den tidligere store udskiftning af ledere er også blevet nævnt og bemærket af både område- og regionsledelser. Ultimo 2016/primo 2017 er der blevet opstartet en ny mødestruktur, hvor der nu holdes monofaglige møder hver anden måned, tværfaglige møder hver tredje måned og fysiske møder to gange om året i form af ledelseskonferencer. Da denne mødestruktur stadig er relativt ny, har nogle deltagere ikke kunnet udtale sig om-

kring, hvor gavnligt den er, men den nye mødestruktur efterkommer dog alle deltagernes behov for at have flere møder, end der hidtil har været: "det går den rigtige vej" (regionsleder 1). Interviewdeltagere giver udtryk for, at de dog savner den fremadrettede sparring og diskussion med Sundhedsledelsen om, hvad strategien skal være, hvad vil man prioritere, og hvad er en god udvikling i det kommende år. I nogen tilfælde opleves det, at der er langt fra Sundhedsledelsens forståelse til de forhold, den regionale ledelse skal tage stilling til. Nogle deltagere er usikre på, om hvilken vej Sundhedsledelsen vil gå, og om de er enige med det, der bliver foretaget. Det beskrives også, at der indtil videre har været fokus på telemedicin og økonomistyring, mens for eksempel patientens oplevelse og sikkerhed ikke er blevet diskuteret. Den tidligere ledelse har anvendt redskabet *dialogaftaler*, som generelt er blevet opfattet af de andre ledelser som et umiddelbart godt redskab til at afklare forventninger og fremadrettede prioriteringer. "Det kan sagtens være et nyttigt redskab, hvis det bliver brugt rigtigt." (regionsleder 2)

Vedrørende samarbejdet med Departementet for Sundhed har der været både gode erfaringer og udfordringer. En af udfordringer har været, at der i lang tid har manglet sundhedsfaglig uddannet personale i Departementet, hvilket har medført, at mange politiske opgaver, som kræver faglig ekspertise, er blevet videregivet til Sundhedsledelsen. På det ledelsesmæssige niveau opleves der at være et generelt positivt samarbejde.

### Områdeledelserne

På kirurgisk og medicinsk område har der været en stabil og konstant ansættelse af både overlæge og -sygeplejerske. Psykiatrisk og akut område har haft to til tre forskellige ledere, dog skal der bemærkes, at akutområdet først er blevet etableret som et selvstændigt område i 2015. Se mere i tabel 4.

Tabel 4. Udskiftning af områdeledere (2012-2017)

Område	Antal ledende læger	Antal ledende sygeplejersker
Akut	3	2
Kirurgisk	1	1
Medicinsk	1	1
Psykiatrisk	3	3

Generelt beskriver områdeledelserne sig som selvkørende, og at de er i tæt kontakt med Sundhedsledelsen. Samarbejdet mellem områderne varierer, da ledelsesstrukturerne er forskellige, og nogle områder oplever at have et mere naturligt samarbejde end med andre. Nogle interviewdeltagere giver udtryk for vigtigheden af, at samarbejdet også fastholdes i områdeledelsernes møder for at optimere deres forskellige snitflader med hinanden. Fra interviewene fremgår, at disse snitflader ofte kan give udfordringer. ”De snitflader vi nu har kan give lidt problemer.” (områdeleder 1)

Samarbejdet mellem områder og regioner opleves i udgangspunktet som godt, men ikke omfattende. Nogle har et bedre samarbejde end andre, hvilket eksempelvis kan skyldes udskiftningen af ledere. Men både regions- og områdeledelser kan mærke, at deres arbejds kontekster er forskellige; regionerne er generalister og områderne specialister. På trods af dette støtter ledelserne hinanden, og en positiv sparring finder sted. ”Jeg ved, hvem jeg skal ringe til, når jeg skal have hjælp” (regionsleder 3). Nogle deltagere har givet forslag til, hvordan samarbejdet mellem disse to sektorer kunne forbedres: Det kunne for eksempel være møder uden Sundhedsledelsens tilstedeværelse samt udvikling af faste mødestrukturer (dagsorden og ramme for møderne) for at sikre det faglige indhold af mødet. Det er dog vigtigt at understrege, at de forskellige områder er i tæt kontakt med nogle regioner i forbindelse med arbejdsgruppe eller patientforløbsmøder.

### Regionsledelserne

De sygeplejefaglige regionsledelser har været meget stabile sammenlignet med de lægefaglige. I tre ud af de fem regioner har det været

den samme regionssygeplejerske under hele perioden (2012-2017), og i de øvrige to regioner er der tale om en enkelt udskiftning. Alle regionerne, undtagen Sermersooq, har oplevet udskiftning af regionslæger inden for de sidste fem år. Især region Disko, hvor der har været seks forskellige ledende regionslæger ansat i perioden fra 2012-2017.

Tabel 5. Udskiftning af regionsledere (2012-2017)

Region	Antal ledende læger	Antal ledende sygeplejersker
Avannaa	5	1
Disko	6	2
Qeqqa	2	1
Sermersooq	1	2
Kujataa	3	1

Regionsledelserne føler generelt, at de er selvkørende og har formået at løfte den ledelsesmæssige opgave i regionen. På tværs af regionerne er lederne i kontakt med hinanden, når der er behov for støtte og hjælp, men dette er oftest personafhængigt. Regionernes oplevelser i forhold til ledelse og regionalisering har været varierende på grund af forskelligheden i de udfordringer, de har stået eller står med, for eksempel størrelsen af regionen.

Sundhedsledelsen besøger hver region én gang om året i halvanden til to dage, hvor der afholdes møder baseret på en meget lang og relativ fast dagsorden for at sikre, at alle aspekter gennemgås. Udfordringen er dog at komme igennem og i dybden med alle tingene, som i hver region skal forstås og løses ud fra den enkelte regions kontekst. Dette er en udfordring, der ses fra begge parter side.

I nogen regioner har man erkendt, at det ikke er muligt at centralisere den daglige ledelse, hvilket har ført til, at nogle regionsledere har uddelegeret opgaver som rekruttering og andre administrative opgaver til den daglige ledelse i sundhedscenteret. Det fremgår af de få interviewdeltagere fra sundhedscentre, at de er glade for og i god kontakt med deres regionsledelse. Fra ledelsen opleves det dog, at det er

nemmere at etablere og opretholde den gode kontakt i mindre end større regioner, da den fysiske afstand er mere overskuelig i de mindre regioner.

## 6.2 Finansieringssystem

Et godt sundhedsfinansieringssystem giver tilstrækkelige midler til sundhed på en måde, der sikrer, at folk kan bruge den nødvendige service, og at de er beskyttet mod økonomisk katastrofe eller forarmelse forbundet med at skulle betale for disse. (WHO, 2007)

*Status på økonomiområdet - opbygning og styring* (Deloitte 2015) beskriver tydeligt, at: "En succesfuld implementering af Sundhedsreformen forudsætter, at den nødvendige økonomiske stabilitet er til stede. Område- og regionsledelser skal sikres den nødvendige administrative opbakning". Som tidligere nævnt har et af fokusområderne for Sundhedsledelsen på det seneste været økonomistyringens udvikling, og dens rolle i område- og regionsledelsen har stået på den faste dagsorden i de forskellige møder. Optimering af sundhedsvæsenets økonomiske ressourcer har også været en af Sundhedsreformens delmål.

I forbindelse med implementeringen af Sundhedsreformen satte sundhedsvæsenets Økonomi og Plan-afdeling en ekstra indsats i gang, som skulle højne regionernes daglige økonomiske styring til et tilfredsstillende niveau. Den daglige økonomiske styring i regionerne er afgørende for, at ressourcer effektivt udnyttes. Dette afhænger dog også af de kompetencer og redskaber, der stilles til rådighed for medarbejderne i de forskellige sundhedsenheder.

Under denne ekstra indsats fik regionerne tilknyttet en nøgleperson i Økonomi og Plan, som har superviseret fra Nuuk samt rejst ud til enkelte sundhedsenheder for at lave sidemandsoplæring. Der har været fokus på sidemandsop-

læring i både systemer og processer, udarbejdelse af opgave/funktionsbeskrivelser, simple værktøjer til afstemninger m.m.

Økonomi og Plan oplevede en stor imødekommenthed fra regionerne, da de administrative medarbejdere havde behov for faglig sparring. En evaluering af denne indsats har dog vist, at de iværksatte tiltag kun i nogen grad har bidraget til en højnelse af niveauet for den økonomiske styring i sundhedsregionerne. De iværksatte tiltag har haft varierende effekt på grund af de forskelligartede kompetencer i de enkelte regioner. Der er fortsat behov for støtte og opbakning fra det centrale niveau. En alternativ model, der er blevet nævnt af en interviewdel-tager, er at styrke den regionale økonomistyring gennem medarbejdere, som er ansat centralt. Dette forslag er blevet præsenteret som en mulig løsning på, at det er svært at rekruttere medarbejdere med de rette kompetencer til økonomistyring regionalt. Dette er dog endnu ikke blevet afprøvet, og det forsøges fortsat at rekruttere lokalt for at styrke den regionale ledelse af sundhedsvæsenet.

Medio 2018 bliver der indført et nyt økonomistyringssystem, som skal medvirke til effektivisering af økonomistyringen. Processen med at sikre implementering af de styringsværktøjer, som skal anvendes i regionerne, samt en generel opkvalificering af det administrative personale, er i gang gennem følgende indsatser:

- Opkvalificering af regionsdriftsledere og øvrigt administrativt personale
- Ensretning af stillingsnormeringer
- Tilgængelighed af relevant data
- Udarbejdelse af manualer og retningslinjer.

Lægemedler udleveret på sygehuse og på baggrund af ordination er fortsat gratis for patienter, som beskrevet i Ydelseskataloget. I 2006 blev lægemiddelfunktionen centraliseret i Landsapoteket på DIH, som står til rådighed for faglig sparring til kystsygehuse. Sundhedsregionerne er selvstændige i forhold til lægemiddelforsyninger med landsapotekerens godkendelse og rekvirerer i særlige tilfælde lægemedler fra Landsapoteket (jf. Finanslov 2016,

34.12.05). Lægemedlerne er fortsat finansieret via det offentlige budget uden brugerbetaling, og dette har ikke ændret sig med Sundhedsreformen. Landsapoteket monitorerer medicinforbruget af sundhedsvæsenet i henhold til forbrugsregistreringen (jf. Finanslov 2016, 34.12.05).

Overordnet set er der ikke blevet observeret nogle besparelser siden regionaliseringen, men det er muligvis også for tidligt at konkludere på dette på nuværende tidspunkt. Mere præcist kan man se, at flere penge bliver brugt på at rejse ud og overflytte patienter, da det ikke er muligt at tilbyde den professionelle hjælp i yderområderne. Udgifter og årsager til evakueringer følges tæt i sundhedsvæsenet, og området er undersøgt grundigt i 2015 i en intern rapport.

## 6.3 Sundhedspersonale

Velfungerende sundhedspersonale arbejder på måder, der er lydhør, retfærdig og effektiv for at opnå de bedst mulige sundhedsmæssige resultater under de givne ressourcer og omstændigheder. Det handler for eksempel om, at omfanget af sundhedspersonale er tilstrækkeligt, og at personalesammensætningen er meningsfuld, ligesom personalet bør være retfærdigt fordelt, kompetent, lydhør og produktiv. (WHO, 2007)

Et af Sundhedsreformens tre omdrejningspunkter er uddannelse, som blev beskrevet at skulle blive styrket gennem bedre faglige miljøer samt videreuddannelser gennem kurser og diplomuddannelser. Disse aspekter og Sundhedsreformen generelt skulle medføre en forbedring af rekruttering og fastholdelse af sundhedsfagligt personale. Nedenfor beskrives først de input, vi har fået omkring rekruttering og fastholdelse fra de kvalitative interviews, og herefter ledelsernes input vedrørende kurser og uddannelsesstilbud.

### Rekruttering og fastholdelse

Alle interviewdeltagere er enige om, at forbedring i rekruttering og fastholdelse ikke er blevet løftet med Sundhedsreformen. Deltagere forklarer, at dette kan skyldes, at rekrutteringen altid vil afhænge af arbejdsmarkedssituationen i Danmark, og at rekrutteringsmetoderne ikke er blevet udviklet de sidste mange år. Regionaliseringen har dog forenklet rekrutteringsmulighederne til en hvis grad. Tidligere har et sygehus stået meget alene med rekrutteringen af nyt personale til et lille område og lille tilbud. Nu rekrutterer færre ledere til større områder og tilbud med et bredere netværk til rådighed. En interviewdeltager pointerer dog, at det generelt set ikke vil være muligt at fastansatte læger i de mindre steder, da det vil hæmme deres nødvendige faglige udvikling.

Ud over brug af vikarer kan ledere sørge for dækning for manglende fastansat personale i sundhedsenheder gennem interne og eksterne rotationsordninger. De forskellige ansættelsesformer inden for det grønlandske sundhedsvæsen er præsenteret i tabel 6. Det illustrerer den fleksibilitet, som er nødvendig for at kunne håndtere meget forskelligartede udfordringer og behov mellem forskellige regioner og fra by til by.

Tabel 6. Ansættelsesformer i sundhedsvæsenet

Ansættelse	Tidsperiode for ansættelse	Lønnet efter
Fastansættelse	på ubestemt tid	overenskomst
Korttidsansættelse	under 1 år fx 3 mdr.	overenskomst
Almindelig vikar	under 1 år fx 3 mdr.	overenskomst
Vikar	på kort tid	vikarbureau
Rotationsordning internt*	ofte fastansat	overenskomst
Rotationsordning eksternt**	2-3 mdr.	overenskomst

\*Ved en intern rotationsordning sender regionen for eksempel en læge fra DIS til Paamiut, imens ansættelsesstedet forbliver DIS.

\*\*Ved en eksternt rotationsordning indgår for eksempel Aalborg Sygehus en aftale med intensiv på DIH om at dække en stilling fast i to år med mindst to mdr. ansættelse ad gangen.

I alle ansættelsesformer, der fremgår af tabel 6, betaler det grønlandske sundhedsvæsen flyrejse og stiller en bolig til rådighed efter gældende regler.

I 2016 er der blevet ansat en rekrutteringskonsulent i Danmark, som indtil videre har besøgt nogle få sygehuse og regioner i Grønland. Blandt nogle deltagere er der forhåbninger om, at dette vil understøtte rekrutteringen positivt, og de nuværende erfaringer med rekrutteringskonsulentens arbejde er meget positive. Yderligere har afdelingen for HR og rekruttering deltaget i forskellige karriere- og rekrutteringsmesser gennem de seneste år. Tilbage i 2012 deltog HR-afdelingen i EU-projektet *Recruit & Retain*, to år senere blev der dog overordnet konkluderet, at Grønland ikke fik nok ud af dette samarbejde og indgår derfor ikke længere i udviklingsarbejdet.

Det er vigtigt for rekruttering og fastholdelse, at område- og regionsledelser planlægger personaledekning fremadrettet fremfor at køre på drift. Det er stadig svært at bemane yderområderne, hvor uddannet grønlandsk personale også er svært at rekruttere på grund af mangel på sociale tilbud og de samfundsmæssige situationer. ”Men fastholdelsen af kompetent personale er jo ikke kun sundhedsvæsenets opgave at løse, [...] det er samarbejdet på tværs der skal løfte dette i fællesskab” (regionsleder 3). Der er dog en bred enighed mellem interviewdeltagerne om, at en god og konstant ledelse kan fastholde personale. Yderligere er det vigtigt, at de grønlandske lønninger er konkurrencedygtige i forhold til Danmark, og at det sundhedsfaglige personale har mulighed for faglig videreudvikling. Nogle interviewdeltagere nævner, at de savner udvikling og støtte til at bekæmpe sygefravær af personale, hvilket opleves at være en økonomisk belastning for sygehuse.

### Uddannelse og kurser

I forbindelse med reformen blev en række helt konkrete uddannelsesmuligheder etableret. Det var først og fremmest uddannelsen som sundhedsarbejder, der er målrettet opgaverne knyttet til arbejdet i bygde- og sygeplejestationer

ud fra de nye ansvarsområder beskrevet i Ydelseskataloget. Herudover gjaldt det diplomuddannelsen for læger i Arktisk Medicin målrettet opgaverne på de større og mindre sundhedscentre og diplomuddannelsen i Arktisk Sygepleje tilpasset de nye ansvarsområder og opgaveglidning fra læger til sygeplejersker på de større og mindre sundhedscentre.

Status på den lægefaglige diplomuddannelse ved udgangen af 2017 er, at syv har gennemført uddannelsen og to er lige ved at være færdige.

Videreuddannelse af det sygeplejefaglige personale i arktisk sygepleje er kun blevet gennemført i sin fulde længde en enkelt gang. Her gennemførte fire sygeplejersker uddannelsen, og tre sygeplejersker gennemførte nogle af modulerne. Det har været udbudt flere gange, men der har ikke været ansøgere nok. Derfor udbydes det nu modulvist og er fleksibelt over for sundhedsvæsenets behov. Universitetet kan således lave de moduler sundhedsvæsenet ønsker og bygge det sammen. Ved udgangen af 2017 er modul 1 *Teori og Metode* sat i gang og afsluttet efter planen til foråret med i alt 11 deltagere. Klinisk vejlederuddannelse kan bygges ind i diplomuddannelsen, og det modul kører hvert år med 10-12 deltagere. Uddannelse af flere arktiske og behandlersygeplejersker er afgørende for at løfte kvaliteten i behandlingen efter regionalisering.

Sundhedsarbejderuddannelsen, som varer 22 uger, er velbesøgt og finder sted én gang om året. Udfordringen er dog, at nogle sundhedsarbejdere fravælger uddannelsen, da det forståeligt nok ikke er muligt for dem at efterlade ægtefælle og børn i bygderne i seks måneder. Yderligere opleves det at mange færdiguddannede sundhedsarbejdere fravælger at tage tilbage til bygderne, da den nyerehvervede uddannelse har givet dem mulighed for at søge stillinger i byen.

Indtil for et til to år siden har der været et bredt tilbud på kurser og seminarer til det sundhedsfaglige personale både i udvalg og antal muligheder for at komme afsted. Dette skyldes, at der

var et stort budget til rådighed i kursusfonden og dermed fri mulighed for at søge om penge til rigtig mange uddannelsesformål. Siden 2017 er budgettet i kursusfonden dog reduceret, og det er derfor blevet besluttet at sætte nye retningslinjer for, hvor ofte og til hvilke kurser (indland/udland) man kan få støtte til. Denne forandring har ført til større og mindre frustrationer mellem ledelser og personale. En del af disse misforståelser og frustrationer opleves knyttet til manglende kommunikation omkring den nye situation fra fondens og Sundhedsledelsens side til medarbejderne i sundhedsvæsenet.

Ud over at budgettet er blevet begrænset, har nogle interviewdeltagere givet udtryk for, at de ville ønske, de havde mere indflydelse på prioriteringerne af tilbud på kurser gennem for eksempel et fagligt kursusudvalg med relevante nøglepersoner. Som det er nu, kan medarbejdere indstille og ønske kurser. Nøglepersoner for de forskellige faggrupper indgår ligeledes i udvalget og kan dermed fremføre ønsker og behov fra de forskellige sundhedsfaglige grupper.

Nogle beskriver adgangen til kursustilbuddet og opdateringen af tilbud på intranettet som forsinket og besværlig. En deltager forslår, at det ville være relevant at tilbyde kurser på regionsniveau, anvende mere Skype- og/eller online-baserede kurser, samt tilbyde flere kortvarige kurser, sådan at de ansatte ikke er væk fra regionen i en lang periode, og så man dermed kan sende flere medarbejdere på videreuddannelse.

#### Det faglige miljø og samarbejdet på tværs

Alle interviewdeltagere føler, at det faglige miljø er blevet løftet i regionerne. Nogle regionsledere beskriver, at det er blevet nemmere at sparre med hinanden: "Nu kan vi drøfte ting sammen, hvorimod før var man i sin egen lille verden" (regionsleder 4). Sundhedscentrenes ledere savner dog den faglige sparring, de tidligere fik gennem ledelseskonerferencerne. Samtidig opleves det også, at det kan være svært at opretholde det faglige niveau på de mindre

sundhedscentre, hvor eksempelvis den lægefaglige bemanning er skåret ned, eller hvor personaleudskiftningen er høj. Regionerne har fundet forskellige løsninger på dette, for eksempel ved at holde fast i faglige møder internt i regionen, ved at udpege faglige nøglepersoner, som personalet i regionen kan henvende sig til gennem Skype for business, eller ved at tilbyde medarbejdere studieture til regionspsygehuset. Det foreslås også af en deltager, at man burde skabe en ramme for, at ledere besøger hinandens arbejdspladser både regioner og områder for at øge forståelsen for hinandens arbejde. I nogle regioner er samarbejdet på tværs mere kontinuerligt end i andre, hvilket skyldes forskelle i behov, travlhed og kulturer internt i regionerne.

Der er enighed mellem deltagerne om, at DIH har det højeste faglige miljø og kvalitet i behandlingen i Grønland. Dog kan samarbejdet mellem regioner og områder forbedres for at øge den faglige udveksling og sammenhæng i patientforløbene, da områdeledelserne også har det faglige ansvar på landsplan.

#### Samarbejdet med kommunen

Områder og regioner har mange forskellige samarbejdsflader og -fora med kommunen. I hverdagen er disse relateret til specifikke patientforløb og udskrivelser, eller de er projektrelateret som for eksempel Tidlig Indsats. Samarbejdet med kommunen beskrives af de fleste deltagere som "dårligt og tungt". Ofte har kommunerne ikke ressourcerne og kapaciteten til at tage imod patienter i form af for eksempel sygeplejefaglig døgnpleje. Det formås at skyldes de manglende kompetencer i kommunen (f.eks. fysioterapeuter, døgnpleje), det skiftende personale og/eller kommunens fokus og prioritering. Dog nævnes også, at samarbejdet i nogle patientspecifikke sammenhæng eller i mindre udvalg kan være positive, men dette er oftest personafhængigt. En interviewdeltager beskriver, at udfordringen ikke ligger i manglende motivation og vilje hos de lokale kommunemedarbejdere, men at deres kommunale ledelse er fysisk langt væk og dermed bliver det besværligt



at tage beslutninger. Mange samarbejdssnitflader er ikke afklaret og optimeret for at skabe et sammenhængende patientforløb: ”Det dårlige samarbejde går ud over de svageste i samfundet” (områdeleder 2).

## 6.4 Medicinske produkter, vacciner & teknologier

Et velfungerende sundhedsvæsen sikrer retfærdig tilgængelighed til essentielle medicinske produkter, vacciner og teknologier af garanteret kvalitet, sikkerhed, effektivitet og omkostningseffektivitet, samt en videnskabeligt forsvarlig og omkostningseffektiv anvendelse. (WHO, 2007)

Dette afsnit er baseret på det telemedicinske initiativkatalog (2015), Statusrapport fra 2015 og 2016 samt udsagn og informationer fra interviews. Det telemedicinske initiativkatalog er retningsgivende for arbejdet i det telemedicinske team. Teamet består af cheflægen, IT-chefen, de to telemedicinske konsulenter samt projekt- og udviklingskoordinatoren. Siden 2018 er sammensætningen af teamet ændret og hører under afdelingen Peqqik Data.

Målsætninger i det telemedicinske initiativkatalog er:

- Faglig kvalitet og adgang til faglig ekspertise uanset bosted skal sikres gennem videreudvikling og fortsat forbedring af sundhedsteknologiske løsninger.
- Borgeren skal behandles så tæt på sit hjemsted som muligt.
- Sundhedsvæsenet skal sikre bedst mulig service for borgerne inden for de givne rammer.
- Sundhedsteknologiske løsninger skal bruges til at overkomme demografiske, geografiske og infrastrukturelle udfordringer.
- Sundhedsvæsenet skal have fokus på, at flest mulige midler skal gå til forebyggelse og patientbehandling.

- Forskning og monitorering skal bidrage til, at sundhedsvæsenet løbende tilpasser sig skiftende udfordringer.

En af Sundhedsreformens delmål er, at der skal være et øget brug af telemedicin i det grønlandske sundhedsvæsen. Alle områder og regioner anvender telemedicin (TM). Pipaluk anvendes især i regioner med mange bygder (f.eks. Avannaq), men der er eksempler på, at Pipaluk anvendes i hele landet. I andre regioner foretrækker medarbejderne at anvende Skype for business (S4B), og de steder, hvor internettet ikke er stabilt, anvendes telefon og fax.

Det medicinske område anvender primært Pipaluk til EKG'er, og ellers kommunikerer der over S4B. På det kirurgiske område er der ikke behov for Pipaluk, dog anvender nogle medarbejdere det til at fotografere sår i forhold til tele-sårpleje. I psykiatrien er der ingen behov for Pipaluk, her anvendes der udelukkende S4B til konsultationer og samtaler. Endvidere kommunikerer Pipaluks journalsystem ikke med det nye implementerede EPJ-system Cosmic. Det fremgår af interviewene, at Cosmic anses for potentielt at kunne øge kvaliteten i behandling, selvom implementeringen af Cosmic er tidskrævende og udfordrende.

Overordnet set har der i forbindelse med regionaliseringen været fokus på ibrugtagning og nødvendigheden af anvendelse af telemedicin. Der har i mindre grad været fokus på behovet for systematisk evaluering af effekten samt behovet for at forholde sig til *state of the art* inden for det telemedicinske område, således at det opnåede resultat ikke blot er anvendelsen i sig selv, men derimod anvendelse efter højeste standarder og medvirken til at udvikle det telemedicinske område på et højere internationalt/arktisk niveau.

### Telemedicin i regionerne

Det er tilstræbt, at der i hvert sundhedscenter og regionssygehus er ansat en dobbeltsproget sygeplejerske som Pipaluk/bygdesundhedsansvarlig. Siden revideringerne i 2015 er Pipaluk nu på grønlandsk og dansk. Interviewdeltager

informerer, at det dog stadig er problem, at de oprettede journaler i Pipaluk ikke kommunikerer med sygehusets journalsystem. Sundhedsarbejderne i bygderne udfylder et konsultations-spørgeskema hvilket hjælper dem med at indsamle de relevante kliniske informationer og symptomer på patienten. Den ansvarlige modtager informationer fra sundhedsarbejderne i bygderne gennem Pipaluk, og i de fleste tilfælde kan henvendelserne afsluttes af sygeplejersken uden involvering af lægen. Ifølge de telemedicinske rapporter oplever Pipaluk/bygdesundhedsansvarlige, at det kan være svært at få den fornødne tid til arbejdet.

Ligeledes oplever de ifølge TM-rapporten, at de indimellem bliver udfordret af tekniske problemer, som de ikke har de nødvendige kvalifikationer til at håndtere og løse. Til at understøtte deres opgaver og ansvar er der blevet etableret et netværk til at sikre videns- og erfaringsudveksling. Selvom disse møder bliver afholdt hver tredje måned, så prioriteres de ikke. Når den Pipaluk/bygdesundhedsansvarlige i sundhedscenteret er fra værende på grund af eksempelvis ferie, så går dette ud over arbejdsmiljøet blandt de sundhedsansvarlige i bygderne. Bygdepatienter bliver nedprioriteret i forhold til de fysisk fremmødte patienter, og den tilsigtede svartid på 24 timer bliver ikke længere overholdt. Dette fører til frustrationer blandt patienter, som i nogle tilfælde retter denne frustration personligt mod sundhedsarbejderen.

I 2012 blev brugen af Pipaluk evalueret af konsultationsfirmaet COWI. Mange af de udfordringer påpeget dengang observeres stadig i dag. I tabel 7 er COWIs anbefalinger stillet over for denne evaluering observation relateret til Pipaluk.

Tabel 7. Oversigt: COWI-rapports anbefalinger vedr. PIPALUK sat over for herværende observationer.

COWI anbefalinger – centrale indsatser	Observationer fra herværende evaluering
Supportfunktion – Udvikling og styrkelse af supportfunktionen under IT-afdelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oprettelse af netværk til videns- og erfaringsudveksling, dette prioriteres dog ikke af medarbejdere</li> <li>- IT-afdelingen yder support, men indimellem er det ikke muligt at løse problemerne uden at være fysisk tilstede</li> </ul>
Status/monitorering – Årlig status (monitorering) for brug af Pipaluk, status udarbejdes centralt og sendes til regionerne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der er lavet statusrapporter i 2015 og 2016</li> </ul>
Software & EPJ – Udvikling af software på Pipaluk med henblik på at styrke brugervenligheden samt integration med fremtidigt EPJ-system	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udviklet e-learning program til Pipaluk</li> <li>- Pipaluk version 2 udleveret</li> <li>- Opgraderet journalsystem er blevet taget i brug primo 2017 (jf. TM-statusrapport 2016)</li> </ul>
Trænings- & uddannelsesprogram – Plan for et trænings- og uddannelsesprogram for brugere af Pipaluk (herunder især bygdekoordinatorer) samt kvalitetssikring af uddannelsen via test og diplom	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ingen informationer indsamlet i forhold til dette</i></li> </ul>
Integration i relevante uddannelser – Sikre yderligere integration af Pipaluk i de relevante uddannelser og videreuddannelser af bl.a. sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedicin er blevet et undervisningstema på sygeplejeskolen</li> </ul>
COWI anbefalinger – regionale indsatser	Observationer fra denne evaluering
Ledelse & plan – Ledelsesmæssig fokus på implementering og drift af Pipaluk i regionen, herunder udarbejdelse af en samlet plan for implementering og drift af Pipaluk i hver sundhedsregion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ingen specifikke informationer indsamlet i forhold til dette, det er heller ikke blevet nævnt under interviewene.</i></li> </ul>
Udpegning/uddannelse af personale – Udpegning/uddannelse af bygdekoordinatorer (inklusive back up), der er superbrugere, og som betjener Pipaluk på sundhedscentre/regionssygehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvert regionssygehus og sundhedscenter har en Pipaluk-ansvarlig.</li> </ul>
Lokale instrukser & tjeklister til bygdesundhedsarbejdere – Pipaluk indarbejdes i de lokale instrukser for læger og sygeplejersker på sundhedscentre/regionssygehuse om daglig håndtering af Pipaluk-henvendelser fra byderne, og der udarbejdes tjeklister til bygdesundhedsarbejdere om hyppigt forekommende symptomer, tilstande mv.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bygdesundhedsarbejder har adgang til en tjekliste i form af et spørgeskema på Pipaluk, hvilket de kan gennemgå sammen med patienten for at indsamle relevante informationer om symptomer osv.</li> </ul>
Trænings- & uddannelsesprogram – Udarbejdelse og implementering af et trænings- og uddannelsesprogram for bygdesundhedsarbejdere i hver region.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oprettelse af sundhedsarbejderuddannelsen (22 uger), hvor telemedicin indgår som et emne.</li> </ul>

### Telemedicin i områderne

Inden for de seneste år er der blevet implementeret forskellige telemedicinske funktioner og udstyr inden for de forskellige områder. Interviewdeltagere fra områderne oplever de nye telemedicinske enheder generelt som en kvalitetsstigning.

**Telepsykiatrien** opleves af de fleste interviewdeltager som et velfungerende tiltag og beskrives i rapporten som en positiv udvikling i forhold til kvalitet og kontinuitet. Med telepsykiatrien er der nu nem adgang til psykologkonsultationer gennem Skype for business. Psykologerne i regionerne får en hjælp, de ikke har fået før, og behandlerne ved kysten og i Nuuk er i løbende kontakt gennem sparring, opfølgning og udskrivningskonferencer på de forskellige patientforløb. Dette har været en succes, som kan ses i mindre antal genindlæggelser og har øget kvaliteten i behandlingen. Yderligere bliver der foretaget færre specialtrejser, da disse i de fleste tilfælde kan afholdes gennem brug af S4B, hvorimod fysiske besøg kun afholdes, når der er behov for det. Få deltagere er dog skeptiske over for kvaliteten og brugen af telepsykiatrien og finder den fysiske tilstedeværelse af det behandlende personale afgørende for patienten.

**Teledermatologien** beskrives af interviewdeltagere som velfungerende. Her bruges Pipaluk eller en anden form for kamera til at affotografere forandringer i patientens hud. Disse bliver tilsendt med en skriftlig beskrivelse til læger gennem e-mail, eller de lægges op i Cosmic. Det forventes med den kommende øgede brug af Cosmic, at teledermatologi kun vil finde sted gennem dette. Yderligere har teledermatologi sænket behovet for dermatologiske specialistbesøg fra Danmark.

Siden 2015 bliver **øjenundersøgelser** fortaget gennem telemedicin (teleoftalmologi). I forbindelse med dette har regionssygehuse og sundhedscentre fået udleveret en OCT-scanner og undervisning i brugen af scanneren. En inter-

viewdeltager fra regionen beskriver, at teleoftalmologien har forbedret behandlingen på området, samtidig med at man på DIH kan observere et stigende antal af henvisninger sammenlignet med før.

Som nævnt ovenfor er **telesårpleje** også blevet et velfungerende og nyttigt område for patientbehandlingen, som er blevet opstartet i 2017 og dermed stadig under udvikling.

**Teleneurologien** har gjort det muligt, at patienter ses tidligere og oftere end kun én gang om året. I følge TM-rapporten er der blevet ansat en landsdækkende teleneurologisk nøgleperson, som planlægger de teleneurologiske konsultationsdage i samarbejde med regionslæger, en TM-konsulent og nøglepersonerne inden for området.

Teleneurologien, teledermatologien og øjenundersøgelser ved hjælp af telemedicin er nærmere undersøgt i interne undersøgelser ultimo 2017. En af konklusionerne er, at der ikke umiddelbart er besparelser at hente gennem brugen af telemedicin. Til gengæld er der en helt anden mulighed for fleksibilitet i forhold til borgerne, og mange flere kan nås trods lange afstande.

### Udfordringer med telemedicin

Generelt anses det telemedicinske udstyr som en modernisering og generelt en positiv udvikling blandt regionerne, dog er der frustrationer forbundet med implementeringen af dette udstyr. Det opleves af interviewdeltagere, at implementeringen ikke har været gennemtænkt i forhold til de begrænsede fysiske rammer til at rumme udstyret og de begrænsede sundhedsfaglige mandetimer til at varetager flere opgaver. En interviewdeltager beskriver sine frustrationer i forbindelse med det telemedicinske udstyr ved udsagnet, at "det sparer penge, men det løfter ikke umiddelbart og altid kvaliteten" (regionsleder 4).

I TM-rapporten og initiativkataloget gøres der opmærksom på, at samtidig med øgningen af telemedicinen skal arbejds gange på de sundhedsfaglige enheder ændres, og telemedicinske nøglepersoner udpeges. Nogle sundhedsenheder og sygehuse har forskellige nøglepersoner til de telemedicinske enheder, dog mangler der nærmere en grundlæggende forståelse og erfaring med brugen af telemedicin. Ventetider for telemedicinske patienter kan være lange på grund af, at det sundhedsfaglige personale ikke er vant til at anvende telemedicin, og eventuelle tekniske problemer opleves som tidskrævende, hyppige og udfordrende. Dette har i nogle tilfælde ført til, at personalet undgår brugen af telemedicinen.

Det fremgår af rapporter og interviews, at telemedicin internt i Grønland, især mellem DIH og kysten, ikke bliver anvendt tilstrækkeligt. En telemedicinsk overlæge på DIH kan have en afgørende rolle i forhold til at fremme brugen og som gatekeeper i forbindelse med begrænsning og visitering af henvisninger og evakueringer fra kysten til DIH. Det er dog indtil videre ikke lykket at ansætte en læge i denne position. I rapporten *Er der behov for telemedicin mellem regionerne og DIH? – Retrospektiv analyse af patientforløb fra et telemedicinsk perspektiv* konkluderer Malik Møller (2016), at mange af de patienter, som blev indkaldt og evakueret til DIH i 2015, kunne have undgået en tur til Nuuk, da deres behandling kunne have været foretaget lokalt, eller deres forløb kunne være afkortet betragteligt. Hvis disse unødvendige henvisninger mindskes/forebygges, vil både sengepladser og transportomkostninger blive sparet.

I slutningen af 2016 er der blevet nedsat en styregruppe, som skal være med til udviklingen af det telemedicinske ambulatorium, som kan og skal være en løsning for ovennævnte problemstilling. Initiativet er målrettet områderne medicin og kirurgi, og indtil videre er der blevet afholdt tre møder med styregruppen.

## 6.5 Sundhedsinformation

Et velfungerende sundhedsinformations-system sikrer produktion, analyse, formidling og brug af pålidelig og rettidig information om sundhedsdeterminanter, sundhedssystemets ydeevne og sundhedsstatus. (WHO, 2007)

Der er mange forskellige sundhedsinformationssystemer tilgængelige i Grønland, ud fra hvilke informationer kan udtrækkes til beskrivelsen af eksempelvis befolkningens sygdomsudvikling. Dette inkluderer Landspatientregisteret, Cancerregisteret, Dødsårsagsregisteret, registeret om kønssygdomme, samt ud fra patienternes registrerede diagnosekode (ICD-10). Yderligere vil det være muligt at udtrække informationer fra det nye EPJ-system *Cosmic*, som forventes at være fuldt implementeret inden for de kommende år.

Der er allerede nu blandt interviewdeltagere enighed om og store forventninger til, at *Cosmic* allerede har eller kommer til at understøtte patientforløbet. *Cosmic* styrker kommunikationsvejene mellem de forskellige parter i patientens behandling. I forhold til udtrækning af informationer observeres der stadig at være udfordringer i forhold til pålidelighed og brugbarhed. Det er afgørende, at dette snarest udvikles og sikres for at kunne monitorere befolkningens og sundhedsvæsenets udvikling.

Uafhængigt af sundhedsvæsenet foretages der en række undersøgelser, der er med til at understøtte sundhedsinformationssystemet, for eksempel Befolkningsundersøgelsen i Grønland, der primært finansieres af Departementet for Sundhed og det danske Sundhedsministerium.

## 6.6 Serviceydelser

Gode serviceydelser i sundhedsvæsenet leverer effektive, sikre, personlige og ikke-personlige sundhestiltag af høj kvalitet til dem, der har brug for dem, når og hvor det er nødvendigt, med minimalt spild af ressourcer. (WHO, 2007)

Ifølge redegørelsen for Sundhedsreformen omfatter reformen også en fokusering på sundhedsvæsenets kerneydelser og det sammenhængende patientforløb, samt en sikring af en mere lige adgang til og øget og ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet. Et redskab til dette, som beskrevet i reformen, er udvikling og beskrivelse af retningslinjer og patientforløb. Forebyggelse og sundhedsfremme nævnes at skulle i stigende grad være en del af sundhedsvæsenets kerneydelser. I 2015 blev kataloget for sundhedsfaglige ydelser i regionerne (Ydelseskataloget) udgivet, som havde til formål at beskrive, hvilke sundhedsfaglige ydelser de forskellige sundhedsenheder i en region kan tilbyde borgeren. Ydelseskataloget er nærmere beskrevet i kapitel 4.

Ifølge interviewdeltagerens udsagn er det ikke muligt at sige, at der er lige adgang til sundhedsvæsenet i Grønland, men nærmere at behandlingen er blevet mere ensartet ved hjælp af Sundhedsreformen. Det opleves af interviewdeltagerne, at der er øget sammenhæng i patientforløbene, idet patienter visiteres på regionssygehuset, efter de har været indlagt på DIH, og inden de udskrives til eget hjem. Yderligere muliggør det telemedicinske udstyr, at patienter i mange tilfælde kan behandles så tæt på deres bosted som muligt. Overordnet ses, at der mangler en systematisk monitorering af sundhedsvæsenets ydelser, som er beskrevet i Ydelseskataloget.

### Patientforløb og retningslinjer

Udarbejdelsen af patientforløb og retningslinjer er prioriteret forskelligt blandt områderne. For nogle har dette været et hovedfokus, andre har hovedsagelig beskæftiget sig med imple-

menteringen af Cosmic, som også har en indflydelse på det sammenhængende patientforløb. Enkelte interviewdeltagere giver udtryk for at have brug for en udviklingssygeplejerske, da udarbejdelsen af forløb og vejledninger generelt er tidskrævende og en kontinuerlig proces. Vejledninger bliver som udgangspunkt udarbejdet på grundlag af eksisterende vejledninger fra andre lande, hvilke så tilpasses den grønlandske kontekst i forhold til, for eksempel hvad infrastrukturen tillader. Regionerne er gennem arbejdsgrupper involveret i udarbejdelsen af patientforløb.

Nogle regionsledere nævner, at programmet D4 i stigende grad bliver anvendt af det sundhedsfaglige personale, dog er det ikke alle, der har kendskab til dette endnu. De udfordringer, der knytter sig til D4, omhandler instrukserne og vejledningerne som primært er på dansk, og at regioner har beskrevet den samme procedure på forskellig vis. Angående sidstnævnte ønskes det, at man fra det centrale niveau melder ud, hvilken retningslinje/vejledning er gældende på landsplan. Dette vil forbygge, at alle regioner bruger ressourcer på at beskrive den samme procedure. ”Jeg vil ønske at man fra central side sagde hvilken retningslinje der var gældende [...], det er spild af administrativt arbejde, at vi alle sidder og kopierer retningslinjer fra hinanden.” (regionsleder 5)

Af interviewene fremgår det, at vejledninger for patientforløb og retningslinjer er med til at ensarte og synkronisere behandlingen af patienter i hele landet. Nogle deltagere er dog skeptiske over for, om forbedringer i kvaliteten overhovedet kan tilskrives Sundhedsreformen. Forbedring i kvaliteten kan eksempelvis ses ved, at rehabilitering nu er blevet en integreret del i patientforløbet, og at indkaldelser til operationer er blevet observeret til at blive udført med færre fejl. Eksempler på, hvor kvaliteten ikke er blevet øget, er den manglende fastansættelse af jordemødre og sundhedsplejersker, som medfører, at opfølgninger af nye familier ikke er kontinuerlige. Et andet eksempel er den eksisterende fejlhenvisning og -evakuering af patienter til eksempelvis operationer på DIH.

En yderligere udfordring i patientforløbet opleves mellem DIH og DIS. Her er henvisningen til de mange forskellige specialafdelinger fra DIS til DIH ikke gennemskuelig, hvilket går ud over patientens forløb. På grund af dette har man nu igangsat møder mellem DIS og DIH for at forbedre deres snitflader.

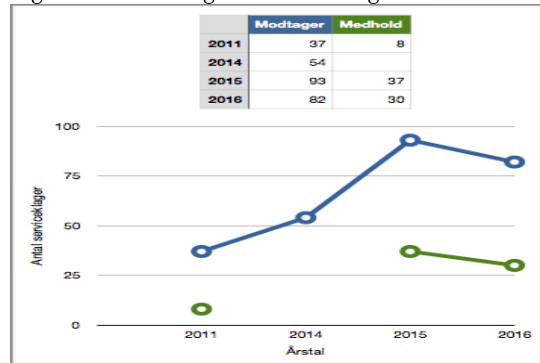
### Serviceklager

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse modtager klager over sundhedsvæsenets service i følge Cirkulære Nr.13 (§7). Serviceklagerne omhandlende behandling bliver videresendt til Landslægeembedet. Disse klager bliver ikke af-rapporteret her, da det ikke har været muligt at få adgang til dem i forbindelse med evalueringen.

I serviceklagerrapporterne bliver klagerens antal og indhold beskrevet. Klager med særlig interesse bliver beskrevet i sammenhæng med de efterfølgende foretagne tiltag. Siden 2011 er antallet af serviceklager steget. Andelen af klager, der har fået medhold, er også steget fra 21 % til omkring de 37 % (se figur 12). De fleste serviceklager bliver modtaget fra region Sermersooq og Avannaq, hvilke også er de to største regioner.

Det er dog ikke muligt at konkludere på disse tal, at serviceklagerne er steget på grund af den nye organisering af sundhedsvæsenet. Størstedelen af klagerne gennem årene omhandler kommunikation mellem sundhedsvæsenets personale og patienter (tabel 8). Øgning i antallet kan skyldes andre faktorer, for eksempel at brugere af sundhedsvæsenet er blevet mere opmærksom på muligheden for at klage. Generelt synes der umiddelbart at være tale om et lille antal klager i forhold til antal patienter, der hvert år behandles af sundhedsvæsenet.

Figur 12. Udviklingen i serviceklager fra 2011-2016



Tabel 8. Indhold i klagerne (kun medhold).

		2011	2015	2016
<b>Sagsbehandlingstid</b>	angivet i dage i gennemsnit	69	183	110
<b>Kommunikation</b>	Information	-	5	5
	Sundhedspersonalets opførelse	1	-	5
	Kommunikation	-	23	2
<b>Ventetid</b>	på indkaldelse	-	1	6
	i venteværelse	-	-	2
<b>Andet</b>	Procedure for bestilling af tid	-	1	4
	Andet	7	7	6
<b>TOTAL</b>		8	37	30

### Forebyggelse og sundhedsfremme

De fleste interviewdeltagere giver udtryk for, at forebyggelse og sundhedsfremme ikke er et hovedfokus for sundhedsvæsenet, fordi man netop varetager den sekundære og tertiære forebyggelse, som handler om de syge med behandling som omdrejningspunkt. Den primære forebyggelse og sundhedsfremme opfattes som et anliggende for kommunerne og Departementet for Sundhed. Evalueringen viser, at der først og fremmest er behov for en mere systematisk dialog med kommunerne og Selvstyret omkring gensidige forventninger i forebyggelsesarbejdet.

Der er flere gode eksempler på forebyggende tiltag inden for sundhedsvæsenet. Medicinsk område uddanner for eksempel rygestopinstruktører; kirurgisk område styrede indtil starten af 2017 *Tidlig Indsats for gravide familier*, som nu er blevet afløst af forældreforberedelse (MANU); og psykiatrisk område har for eksempel udviklet handleplaner med kommunen i forhold til forebyggelse af psykisk sygdom. I regionerne er der fokus på at arrangere livsstilscafeer, Tidlig Indsats for gravide familier, seksualundervisning til unge og deltagelse i (eksisterende) lokale forebyggelsesudvalg.

Evalueringen viser, at disse aktiviteter afhænger af koordineringen lokalt og samarbejdet med den enkelte kommune og understreger behovet for en bredere dialog, hvor der stilles skarpt på opdelingen mellem den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse og ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet, kommunerne og Selvstyret.

# 7. Status på reformens 9 delmål

I dette kapitel sætter vi afslutningsvis evalueringens resultater og konklusioner i relation til de 9 delmål, som er opstillet i Sundhedsreformen.

**Delmål 1:** En samling af ledelse og administration på færre personer via oprettelse af fem regionsledelser på kysten og fire områdeledelser på DIH, således at flere ressourcer kommer ud i det kliniske arbejde.

- De fem regionsledelser og fire områdeledelser er etableret, hvilket har givet en mere beslutningsdygtig ledelse af sundhedsvæsenet. Yderligere opleves der et bedre kollegialt sammenhold inden for regionsledelserne på grund af færre ledere.
- Grundet område- og regionslægerens udfordring med at have nok tid til både klinik og ledelse, vurderes det, at der er behov for at definere deres ledelsesmæssige opgaver på ny og tilpasse dem til den reelle situation.
- Udfordringen med rekrutteringen består, men det opleves ikke som sundhedsvæsenets ansvar alene. Det opleves ikke entydigt, at der er kommet flere ressourcer ud i klinikken. Nogen steder opleves det som en forværring på grund af rekrutteringsvanskelighederne.

**Delmål 2:** Udnyttelse og optimering af sundhedsvæsenets økonomiske og personalemæssige ressourcer.

- Der er etableret en mere ensartet økonomisk styring gennem central støtte, hvor regionalisering af økonomien har reduceret den administrative byrde for de mindre steder og givet regionerne større råderum.

- Det giver en mere fleksibel rekruttering, at regionsledelsen kan rekruttere til hele regionen frem for kun det enkelte hospital. Dette er dog oftest meget personafhængigt i forhold til lederens netværk og fremadrettede planlægning.

**Delmål 3:** Stærkere og mere attraktive faglige miljøer.

- Oplevelserne af, om det faglige miljø er blevet styrket, varierer. Det antydes, at det faglige miljø er blevet styrket i regionssygehuse og på DIH, dog har nedskæringer på sundhedscentre ført til et oplevet lavere fagligt niveau i nogle tilfælde. Der har dog været gode eksempler på, hvordan dette kan løftes ved at sende ansatte på studietur til regionssygehuset eller gennem jævnlig kontakt med kollegaer på tværs af enheder, regioner og områder.
- Kommunikation og erfaringsudveksling inden for og mellem regionerne opleves som velfungerende og tilfredsstillende. På tværs af områderne bliver samarbejde ikke anset som en direkte problematik, dog er ledere enige om, at samarbejdet kan forbedres, hvilket vil gavne patientforløbene. Den største udfordring ses i det begrænsede samarbejde mellem regioner og områder, hvor et øget samarbejde for eksempel vil forebygge patientflytninger til DIH samt øgning af fagligt specialiseret behandling i regionerne (eller ved kysten).

**Delmål 4:** Uddannelse, opkvalificering og vejledning af personalet til at udføre arbejdet bedst muligt og forberede personalet på at varetage fremtidige opgaver.

- Ledere på tværs af regioner og områder er generelt tilfredse med den uddannelsesstøtte, de har fået. Dog er den seneste økonomiske begrænsning af kursufonden blevet bemærket af flere. Denne begrænsning har ført til frustrationer, som kunne have været forebygget med bedre kommunikation fra central ledelse.



- Der opleves fra centralt niveau udfordringer med at afholde kurser og uddannelser på grund af for få tilmeldinger.

**Delmål 5:** Fokusering på sundhedsvæsenets kerneydelser, det vil sige det lokale tilbud om udredning, behandling og pleje samt i stigende grad forebyggelse og sundhedsfremme.

- Udvikling af Ydelseskataloget har tydeliggjort tilgængelige sundhedsydelse for borgerne i regionen. Inden for områderne arbejdes der med retningslinjer og sammenhængende patientforløb, men dette er stadig under udvikling. De seneste år har der været stort fokus på etablering af Cosmic, hvilket opleves at have en potentielt optimerende effekt på patientforløb.
- Udfordringer i samarbejdet med kommunen består oftest i forhold til udskrivelse og videre behandling af patienter. Sundhedsvæsenet er engageret i forebyggelse gennem livsstilscaféer, projekt Tidlig Indsats og til en vis grad de lokale forebyggelsesudvalg. Dog afhænger en del af deres forebyggende arbejde også af kommunen og deres samarbejde med dem.

**Delmål 6:** Øget brug af telemedicin.

- Alle regioner og områder anvender hovedsageligt Skype for business. Pipaluk bliver hovedsageligt kun anvendt i de regioner, hvor der er mange bygder, og her er Pipaluk veletableret og anvendt. Cosmic er internetafhængigt, hvilket er en udfordring i nogle områder i Grønland, dog ses dette som det mest relevante redskab i fremtiden for alle deltagere.
- Oplæring i nye telemedicinske apparater har været fint, men hos nogle har det betydet flere opgaver til det samme antal personale og i forvejen begrænsede fysiske rammer. Der mangler helt overordnet en systematisk evaluering og erfaringsopsamling på området, samt en systematisk uddannelse af al personale.

**Delmål 7:** Fokusering på det sammenhængende patientforløb.

- Medicinsk område har haft fokus på at udvikle og beskrive patientforløb, hvilke er blevet udviklet i arbejdsgrupper, hvor i for eksempel regionsledelser har deltaget.
- Optimering af samarbejdet på tværs af områderne er afgørende for optimeringen af det sammenhængende patientforløb.

**Delmål 8:** Sikring af øget og ensartet kvalitet og patientsikkerhed i behandlingen af alle borgere.

- Patienttilbud/-forløb er blevet mere ensartede på grund af bedre overblik og koordinering inden for regionen og i nogle tilfælde grundet øget brug af telemedicin. Telemedicinske muligheder og overblikket i Ydelseskataloget opleves som forbedringer, men oplevelsen i befolkningen er endnu ikke undersøgt.
- Størstedelen af serviceklagerne gennem årene omhandler kommunikation mellem sundhedsvæsenets personale og patienter. Fordoblingen i antallet af klager fra 2011-2016 kan skyldes forskellige faktorer, for eksempel at brugere af sundhedsvæsenet er blevet mere opmærksom på muligheden for at klage.
- At inddrage patientens perspektiv er essentielt i plejen og behandlingen. Det er derfor vigtigt at sundhedsvæsenet modtager både positiv og negativ kritik fra patienter med formålet at øge kvaliteten i sundhedsvæsenets ydelser. Det anbefales, at patientens perspektiv i højere grad inddrages mere systematisk fremover.

**Delmål 9:** Sikring af en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted.

- Afstand til specialiseret/professionel behandling og lokale åbningstider i sundhedsvæsenet udfordrer fortsat den lige adgang til sundhedsvæsenet, især for bygdeboere. Reformen har hovedsageligt handlet om strukturer og organisering og i mindre grad haft det gode patientforløb i fokus.

## 8. Referencer

De Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.

Deloitte. (2015). *Grønlands sundhedsvæsen – Status og potentialer 2015 (Fase 1)*.

Møller, M. (2016). *Er der behov for telemedicin mellem regionerne og DIH?* Retrospektiv patientanalyse fra et telemedicinsk perspektiv.

Sundhedsledelsen. (2015). *Katalog over sundhedsfaglige ydelser i Regionerne - Ydelseskataloget*. Departementet for Sundhed.

Vahl, B., & Kleemann, N. (2017). *Greenland in Figures 2017*. Statistics Greenland.

World Health Organization. (2007). *Everybody's business—strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*.

## 9. Bilag: Dokumenter inkluderet i analysen

Kategori	Titel	Årstal	Forfatter	Dokument
Oplæg til reformen	Kommisorium for arbejdsgrupper	2006	Direktorat for Sundhed	Kommisorium
	Redegørelse for SHV struktur	2007	Direktorat for Sundhed	Redegørelse
	Brev til distrikterne	2008	Sundhedsledelsen	Brev
	Faseafslutningsrapporter + bilag (12 dokumenter)	2009	Sundhedsledelsen	Rapport + bilag
	Revideret version - Redegørelse for SHV struktur	2009	Direktorat for Sundhed	Redegørelse
	Qeqqata projektbeskrivelse	2009	Ove Rosing Olsen	Beskrivelse
	Grønlands sundhedsvæsen – udfordringer for fremtiden	2010	Deloitte	Rapport
	Sammenskrivning af hørings svar	2010	Sundhedsledelsen	Hørings svar
Reformen	Redegørelse om Sundhedsreformen	2010	PN	Redegørelse
	Infolder om Sundhedsreformen til befolkningen	2010	PN	Flyer
Overordnede dokumenter	Sundhedsstrategien	2014	PN	Strategi
	SHV status af potentialer (fase 1)	2015	Deloitte	Rapport
	Input til evaluering af SR	2013	PN	Notat
	Ydelseskatalog	2015	Sundhedsledelsen	Katalog
Status notater	Status på implementering af SR	2014	Sundhedsledelsen	Rapport
	Status på Nationalstrategier	2014-16	Sundhedsledelsen	PowerPoints
	Status og potentialer - Fase 1	2015	Deloitte	Rapport
	Speciale: Økonomistyring i sundhedsregionerne	2016	Bodil Kjær Andersen	Rapport
	Bemanding af regions- og områdeledelser	2012-17	Økonomi	Notat
	Status notat	2017	Sundhedsledelsen	Notat
Serviceklager	Serviceklager x3	2011, 2015-16	Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse	Notat + rapporter
Telemedicin	Evaluering af Pipaluk	2012	COWI	Rapport
	Telemedicinsk initiativkatalog	2015	???	Katalog
	Status på Telemedicin	2015	???	Notat + rapport
	Er der behov for telemedicin mellem regionerne og DIH? - Retrospektiv analyse af patientforløb fra et telemedicinsk perspektiv	2016	Malik Møller	Rapport
Uddannelse + kurser	Årsrapporter	2014-16	KursusFonden	Rapport