

Institut for Administration - Ilisimatusarfik Kandidatuddannelsen

Speciale

Rekruttering af sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen

**Opgaveløser: Julie Præst Wilche
Vejleder: Pia Vedel Ankersen
Dato: December 2008**

Indholdsfortegnelse

Liste over figurer:	3
Liste over tabeller:	4
Kapitel 1 Indledning	6
1.1. Afgrænsning og problemformulering	7
1.2. Specialets metode og teorivalg	10
Kapitel 2 Bureaukrati og Kommunitarisme i Grønland	14
2.1. Den bureaukratiske organisation.....	16
2.1.1. Den bureaukratiske organisations fordele.....	18
2.2.2. Den bureaukratiske organisations ulemper	19
2.2. Danisering	20
2.3. Kommunitarisme.....	21
2.3.1. Kommunitarismens fordele.....	23
2.3.2. Kommunitarismens ulemper	24
2.4. Grønlandisering.....	24
2.5. Diskussion af fremtidens udfordringer i spændingsfeltet mellem bureaukrati og kommunitarisme i Grønland.	26
2.6. Sammenfatning: Bureaukrati og kommunitarisme i Grønland.....	29
Kapitel 3 Mangfoldighedsledelse som løsningsmodel	31
3.1. Mangfoldighedsledelse	31
3.1.1. Fordele ved mangfoldighedsledelse.....	33
3.1.2. Ulemper ved mangfoldighedsledelse	34
3.2. Diskussion af mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi i Grønland.....	34
3.3. Sammenfatning: Mangfoldighedsledelse som løsningsmodel.....	37
Kapitel 4. Samfundsmæssige baggrundsfaktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker	39
4.1. Den demografiske udvikling.....	40
4.2. Sygdoms og sundhedsproblematikker i Grønland	42
4.3. Det grønlandske arbejdsmarked.....	43
4.3.1. Den grønlandske arbejdsmarkedslovgivning	43
4.3.2. Arbejdsstyrken	45
4.3.3. Den førte arbejdsmarkedspolitik frem mod 2008	47
4.3.4. Overenskomster indenfor sundhedsområdet.....	48
4.4. Fra Hjemmestyre til Selvstyre.....	48
4.5. Sammenfatning: Samfundsmæssige baggrundsfaktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker.....	49

Kapitel 5 - Organisatoriske baggrundsfaktorer, som kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker	51
5.1. Organiseringen af det Grønlandske sundhedsvæsen.....	51
5.2. Visioner og udviklingstiltag indenfor sundhedsvæsenet.	53
5.2.1. Den økonomiske ramme for det grønlandske sundhedsvæsen	55
5.3. Ansættelsesformer indenfor sygeplejen	56
5.3.1. Fastansat.....	57
5.3.2. Vikaransat på hjemmestyreoverenskomst.....	57
5.3.3. Vikaransat gennem vikarbureau.....	58
5.4. Kortlægning af arbejdskraftsituationen indenfor sygeplejen i det grønlandske sundhedsvæsen	58
5.4. Uddannelsesstrukturen indenfor sundhedsvæsenet i Grønland	65
5.5. Sammenfatning: Organisatoriske baggrundsfaktorer, som kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker.....	67

Kapitel 6 - Individuelle baggrundsfaktorer, som kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker	69
6.1. Design af den kvantitative undersøgelse.....	69
6.1.1. Udvalgelse af data.....	70
6.1.2. Indsamling af data – spørgeskemaundersøgelsen på DIH	71
6.1.3. Indsamling af data – den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse	71
6.1.4. Bearbejdning, analyse og tolkning af data	72
6.2. Resultaterne.....	73
6.2.1. Arbejdsrelaterede forhold	74
6.2.2. Information og kommunikation	82
6.2.3. Socialt relaterede forhold	87
6.3. Sammenfatning: Individuelle baggrundsfaktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker.....	94

Kapitel 7 – Diskussion og analyse af de problemer og udfordringer det grønlandske sundhedsvæsen står overfor anno 2008	96
---	-----------

Kapitel 8 - Konklusion.....	105
------------------------------------	------------

Litteraturliste:	108
-------------------------------	------------

Bilagsliste	114
--------------------------	------------

Liste over figurer:

Figur 1: Arbejdskrafttyper i Grønland	44
Figur 2: Den potentielle arbejdskrafts udvikling for perioden 1977 – 2007 og med en prognose frem til 2016.....	46
Figur 3: Organisationsoversigt for sundhedsvæsenet gældende frem til 2008.	52
Figur 4: Model over fremtidens organisering af sundhedsvæsenet.	54
Figur 5: Hovedområder for de kvalitative undersøgelser	74
Figur 6: Aktuel ansættelsesform hos respondenterne på DIH	74
Figur 7: Ansættelsesformer af interesse blandt respondenterne i Danmark.	76
Figur 8: Informationskanalernes betydning for den enkelte	86
Figur 9: Oplevelse af boligforhold.....	88

Liste over tabeller:

Tabel 1. Den grønlandske befolknings alderssammensætning i perioden 1986 – 20161	41
Tabel 2. Lønudgifter i lægedistrikterne set i forhold til sundhedsvæsenets samlede driftsudgifter for perioden 1993 – 20061, udtrykt i løbende priser	55
Tabel 3. Samlede udgifter til vikarbureauerne set i forhold til sundhedsvæsenets samlede driftsudgifter.....	56
Tabel 4 Forholdet mellem normerede og besatte sygeplejestillinger udtrykt i årsværker	59
Tabel 5. Fordelingen af ansatte sygeplejersker mellem forskellige ansættelsesformer udtrykt i årsværker	59
Tabel 6. Forholdet mellem normerede og besatte stillinger på D.I.H. på baggrund af afdelingsoversigter udarbejdet af sygeplejeledelsen.....	61
Tabel 7. Forholdet mellem normerede og besatte stillinger på DIH på baggrund af sygeplejeledelsens personaleoversigter.....	61
Tabel 8. Fordelingen af ansatte sygeplejersker mellem forskellige ansættelsesformer på DIH ud fra afdelingsopgørelser udarbejdet af sygeplejeledelsen	62
Tabel 9. Fordelingen af ansatte sygeplejersker mellem forskellige ansættelsesformer på DIH ud fra sygeplejeledelsens personaleoversigter.....	63
Tabel 10. Forbrug af vikarbureauansatte sygeplejersker på DIH.....	63
Tabel 11. Fordeling af de ansatte sygeplejersker i forhold til ansættelsesform på DIH ud fra sygeplejeledelsens afdelingsopgørelser, angivet i pct.....	64
Tabel 12. Den procentvise fordeling af de ansatte sygeplejersker ¹ i forhold til ansættelsesform på DIH ud fra sygeplejeledelsens personaleopgørelser	64
Tabel 13. Den procentvise fordeling af årsværker mellem sygeplejersker ansat i det Grønlandske sundhedsvæsen.....	65
Tabel 14. Planlagt ansættelseslængde	75
Tabel 15. Realistisk ansættelseslængde.....	76
Tabel 16. Sammenhæng mellem uddannelsesår og ansættelsesform, angivet i pct.	77
Tabel 17 Ansættelsernes fordeling på uddannelsesår, angivet i pct.....	78
Tabel 18. Sammenhæng mellem uddannelsesår og alder.....	78
Tabel 19. Sammenhæng mellem uddannelsesår og ansættelsesform, angivet i pct.	79
Tabel 20 Sammenhæng mellem ansættelsesform af interesse og aktuelt kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen, angivet i pct.	80
Tabel 21. Faktorer med indflydelse på ansættelseslængde	80
Tabel 22 Begrundelser for at tage til Grønland for at arbejde.....	81
Tabel 23 Faktorer der kan virke hæmmende på rekruttering af flere fastansatte sygeplejersker.....	81

Tabel 24. Sammenhæng mellem hvor viden om det grønlandske sundhedsvæsen er erhvervet fra og ansættelsesform, angivet i pct.	83
Tabel 25. Tabel der viser hvorfra respondenterne på DIH har erhvervet deres viden om det grønlandske sundhedsvæsen, angivet i pct.	83
Tabel 26. Ændringer i forhold til allerede kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen, i pct.	84
Tabel 27. Sammenhæng mellem vurdering af arbejdsgivers information og hvorfra man ellers har erhvervet sig viden om det grønlandske sundhedsvæsen, angivet i pct.	85
Tabel 28 Sammenhæng mellem det lovede kontra det faktisk oplevede og hvordan de vurderer boligforholdene, angivet i pct.	85
Tabel 29. Sammenhæng mellem alder og oplevede boligforhold.	88
Tabel 30. Sammenhæng mellem alder og oplyste boligforhold.	89
Tabel 31. Sammenhæng mellem alder og oplevede boligforhold set i forhold til forventningerne, angivet i pct.	90
Tabel 32. Oplevede boligforhold set i forhold til forventninger, angivet i pct.	90
Tabel 33. Sammenhæng mellem alder og rekrutteringsfremmende initiativer på boligområdet, angivet i pct.	90
Tabel 34. Sammenhæng mellem alder og kendskabet til det grønlandske sundhedsvæsen, angiver i pct.	91
Tabel 35. Sammenhæng mellem respondenter kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen og deres syn på rekrutteringsfremmende initiativer indenfor boligområdet, angivet i pct.	91
Tabel 36. Sammenhæng mellem alder og kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse, angivet i pct.	92
Tabel 37. Sammenhæng mellem kendskabet til det grønlandske sundhedsvæsen og om man vurderer at initiativer på boligområdet vil kunne fremme rekrutteringen, angivet i pct.	92
Tabel 38. Oplevede boligforhold set i forhold til lovede boligforhold, angivet i pct.	93
Tabel 39. Oplevede boligforhold set i forhold til det lovede og forventninger, angivet i pct.	93

Kapitel 1 Indledning

Inspirationen til dette speciale om rekruttering af sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen, har jeg fået gennem min lange ansættelse som sygeplejerske i det grønlandske sundhedsvæsen. I de snart 9 år jeg har arbejdet som sygeplejerske i Grønland, har jeg set, hvordan problemerne med at rekruttere sygeplejersker er tiltaget. I 2000 var det typiske billede på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk¹(DIH), at der var en del fastansatte sygeplejersker, suppleret med vikarer ansat på hjemmestyreoverenskomst. Enkelte afdelinger gjorde i meget begrænset omfang brug af vikarsygeplejersker fra danske vikarbureauer. Langsomt er billedet vendt og nu er billedet sådan, at der findes rigtigt mange vikarer primært ansat via vikarbureau, medens antallet af fastansatte, er faldende.

At problemstillingen ikke kun beror på personlige oplevelser, men også opleves som problemer i det politiske og administrative system fremgår af årsrapporterne fra 2001 – 2007, som er udgivet af Direktoratet for Sundhed². Her omtales det grønlandske sundhedsvæsens rekrutteringsproblemer indenfor bl.a. sygeplejen og mulige løsningsforslag. Et fælles kendetegn for disse rapporter og dagligdagen er, at mange af problemstillingerne behandles ud fra gisninger om hvordan tingene ser ud, at opgørelsesmetoderne er forskellige, manglende tilbundsgående analyser og en manglende opfølgning på allerede igangsatte initiativer. Parallelt med dette, stiger den generelle efterspørgsel på sygeplejersker i de lande hvorfra Grønland rekrutterer. Resultatet er nu at, det grønlandske sundhedsvæsen ikke kun står med et problem, der kan tilskrives den geografiske placering og mangel på grønlandsk uddannede sygeplejersker, men også med et problem af mere global karakter.

Sundhedsvæsenets problemer har også haft interesse for Det Økonomiske Råd vedrørende Grønlands økonomis interesse, fordi det er af en sådan karakter at det vil påvirke det omgivende samfund. Christen Sørensen formand for det rådgivende udvalg vedrørende grønlands økonomi, udtalte blandt andet, at arbejdskraftmanglen har alvorlige konsekvenser for det samlede sundhedsvæsen både menneskeligt og økonomisk (Sermitsiaq, 2002: 13). Christen Sørensens betragtninger blev til reel virkelighed da kulminationen på sundhedsvæsenets trængsler blev fremført på forsiden af en af Grønlands aviser Sermitsiaq, fredag d. 5. september 2008. Her stod: ”SANA bløder”. Overskriften henleder til den aktuelle situation på Dronning Ingrid's Hospital³ i Nuuk, hvor budgetterne med den nuværende udvikling ville ende med et minus på 8 – 9 mio. kr. alene på kontoen til vikarbureauesygeplejersker. Denne forventede udvikling har betydet, at

¹ Grønlands Landshospital

² Nu departementet for Familie og Sundhed

³ I folkemunde kaldes DIH for SANA, fordi det i gamle dage blev brugt som TuberkoluseSANatorium.

sundhedsledelsen har igangsat en række akutte spareplaner, der betød et stop for brugen af vikarbureausygeplejersker resten af 2008. Dette stop betyder samtidigt, at der med det tilbageværende antal sygeplejersker ansat i det grønlandske sundhedsvæsen er nødvendigt reducere antallet af sengepladser. Situationens udvikling er nu blevet af stor samfundsmæssig interesse, fordi konsekvenserne rammer bredt og fordi velfærdssamfundets eksistens kan være truet.

Jeg har med andre ord oplevet, at emnet for mit speciale er blevet mere aktuelt i løbet af specialeforløbet. Målet med dette speciale er at komme lidt nærmere en reel viden om problemernes indhold og løsninger på hvordan situationen kan afhjælpes. Løsningerne bygger på en systematisk og veldokumenteret viden indsamlet fra problemfeltet.

1.1. Afgrænsning og problemformulering

Den globale mangelsituation, der er opstået indenfor sygeplejerskeområdet har betydet, at der er opstået en helt naturlig konkurrencesituation mellem potentielle arbejdsgivere på globalt plan, herunder det grønlandske sundhedsvæsen og sygeplejerskerne. Denne konkurrencesituation har bevirket, at sygeplejerskerne i stigende omfang er begyndt at søge over i private vikarbureauer, der tilbyder betydelig højere løn. Konsekvensen af denne situation er blevet, at det grønlandske sundhedsvæsen pludselig står med betydeligt højere lønudgifter end budgetteret. Den situation, som det grønlandske sundhedsvæsen nu står i er meget kritisk og rummer mange problemstillinger. Situationen kræver, at der ses på initiativer og mulige løsningsmodeller, der kan afhjælpe problemerne med at rekruttere hjemmestyreansatte sygeplejersker. Professor John P Kotter⁴, beskriver denne problematik i bogen ”The heart of change”. Organisationer, der oplever sådanne ”brændende platforme” - dvs. problemer, som er erkendt af alle i organisationen og som er af en sådan karakter at det kræver en løsning – skal arbejde strategisk for at løse op for situationen (Kotter, 2002: 15). Den situation som det grønlandske sundhedsvæsen står overfor lægger med andre ord op til, at der fra højeste sted i sundhedsvæsenet arbejdes strategisk med fremtidens personaleplanlægning.

Dette speciale skulle gerne munde ud i nogle anbefalinger til hvordan dette strategiske arbejde kunne se ud. Dog vil forslag til løsninger til, hvordan det grønlandske sundhedsvæsen kan gribe deres rekrutteringsproblemer an, kræver et mere omfattende arbejde. Dette vil kræve aspekter lige fra det helt nære som arbejdsmiljø, jobindhold og overenskomster og til inddragelse af den generelle samfundsmæssige udvikling ikke kun i Grønland men også fra andre lande, der kæmper

⁴ Harvard Buisiness School i USA

med lignende flaskehalsproblemer. Derudover kræver det en erkendelse af, at nogle løsninger er kortsigtede, medens dem, der virkelig skal ændre på forholdene, er af mere langsigtet karakter.

Et udgangspunkt, som jeg finder meget interessant, er den igangværende grønlandiseringsproces, der foregår i Grønland - specielt fra politisk side. Der er nemlig et udbredt ønske om, at den offentlige sektor skal "grønlandiseres", sådan at strukturerne i samfundet i højere grad tilpasses den gældende samfundsmæssige, politiske og økonomiske situation i landet. I dag er det grønlandske sundhedsvæsen, som så mange andre offentlige institutioner, organiseret bureaukratisk i Webers forstand. Denne "danske" måde at organisere sig på med standardiserede kompetenceområder opleves som omkostningstung og ufleksibel i forhold til Grønlands relative lille befolkningsantal. Det er samtidig en organisationsform, som kan gøre landet "afhængig" af folk med uddannelser, der specielt er rettede mod de standardiserede strukturer, som fx indenfor sygeplejerskeområdet. Dette forhold beskrives af forskeren Ivar Jonson, som bl.a. har forsket i Grønland og i grønlandske forhold, som institutionaliseret racisme (Jonson, 1999: 116). Begrebet institutionaliseret racisme refererer til det faktum, at institutionerne er organiseret af mennesker med referencer til netop en bestemt organisationsform. Konsekvensen af dette bliver, at der udelukkende rekrutteres ud fra denne reference. Bestemte og formelle kompetencer bliver med andre ord overvurderet på bekostning af den lokale befolknings "know how". Ofte betyder dette, at der rekrutteres arbejdskraft fra Danmark, og den "know how", der gang på gang opbygges, tabes når personen forlader arbejdspladsen. Et skisma der vil kunne reduceres ved i højere grad at gøre brug af folk med tilknytning til landet.

Medens de grønlandske politikere taler om "grønlandisering" af arbejdsmarkedet så taler danske og europæiske politikere om, hvordan man sikre, at flest mulige i den arbejdsdygtige alder inkluderes i arbejdsmarkedet. Dette gøres for at undgå de truende flaskehalsproblemer, der allerede findes indenfor flere brancher. Den demografiske udvikling i Danmark har gjort, at både de ældre – "det grå guld"- og indbyggere med anden etnisk baggrund er blevet meget vigtige grupper at få integreret i arbejdsmarkedet. Dette til trods for at de uddannelsesmæssige kompetencer ikke altid passer specifikt på behovene eller at kvalifikationer er de rette (Hildebrandt, 2003, 48 – 59). Udfordringen bliver at integrere mangfoldighederne, ud fra hensyntagen faglige professioner, uddannelse, kompetencer og global efterspørgsel, med det formål at bruge arbejdskraftreserverne så optimalt som muligt. Således at der ligeledes satses på muligheder for intern rekruttering frem for primært at rekruttere eksternt. De flaskehalsproblemer, som det grønlandske sundhedsvæsen oplever, kan få den betydning, at det i fremtiden bliver nødvendigt, at indstille sig på en mere

sammensat arbejdsstyrke. Problemerne med at skaffe sygeplejersker kan betyde, at en af strategierne i forbindelse med personaleplanlægningen bliver at tænke anderledes og bredere i forhold til uddannelse og erfaring. Jo flere grupper det er muligt at rekruttere fra jo større er potentiallet af egnede kandidater.

Umiddelbart så lyder tankerne bag ”grønlandisering” og mangfoldighedsledelse som to vidt forskellige ting, men der er dog meget i disse begreber, som supplerer hinanden og som kunne være en interessant tilgang til løsningsmodeller for sundhedsvæsenets. På den anden side er det ligeledes muligt at findes fællestræk mellem de bureaukratiske modeller og mangfoldighedsledelse som bidrager med andre vinkler for løsningsmodellerne.

Ovenstående fører frem til specialets to første problemstillinger, nemlig:

”En kortlægning af rekrutteringsproblemetets omfang indenfor sygeplejerskeområdet på Dronning Ingrid’s Hospital”

og

”Hvilke muligheder og problemer vil der være forbundet med tankerne om grønlandisering og professionelt bureaukrati i forsøget på at løse rekrutteringsproblemerne indenfor sygeplejen i Grønland?”

Disse to problemstillinger fører frem til en tredje problemstilling:

”Vil tankerne bag mangfoldighedsledelse kunne bruges som udgangspunkt for en løsning af de rekrutteringsproblemer det grønlandske sundhedsvæsen står over for? ? Og i givet fald hvordan vil et sådant arbejde skulle iværksættes?”

At foretage store organisatoriske ændringer, som ovenstående lægger op til, kræver langsigtede løsninger. Samtidig er det nødvendigt også at se på muligheder for mere kortsigtede løsninger, der kan være med til at dæmme op på de massive problemer, som er indenfor sygeplejeområdet specielt på DIH. For at kunne dæmme op for den pt. fastlåste situation er det nødvendigt med en indsigt i, hvilke tanker sygeplejersker, der er ansat i det grønlandske sundhedsvæsen, gør sig om det at lade sig rekruttere til det grønlandske sundhedsvæsen. Det er ligeledes nødvendigt at få en fornemmelse for hvilke prioriteringer og overvejelser potentielle sygeplejersker bosat i Danmark gør sig, hvis de skal lade sig rekruttere til at arbejde i Grønland.

Dette fører frem til specialets fjerde problemstilling, nemlig:

”Er det muligt at pege på nogle kortsigtede initiativer, som kan igangsættes for at løse rekrutteringsproblemerne af hjemmestyreansatte indenfor sygeplejerskeområde?”

Ovenstående problemstillinger syntes ligeledes at være interessante ud fra den synsvinkel, at det er nødvendigt at give et mere nuanceret billede af problemerne end de almindelige antagelser på

området. Den typiske årsags-/ virkningsforklaring er, at sygeplejerskerne får for lidt i løn og derfor lader sig vikarbureauansætte. Denne forklaring bruges ofte fx under den netop afsluttede overenskomstforhandling i Danmark⁵ mellem Dansk sygeplejeråd, Kommuner og Regioner. Denne forklaring kan naturligvis også være passende i Grønland og løsningen på kort og lang sigt vil være at hæve lønnen men forklaringen kan også være at en løsning vil være en kombination af højere løn, ændrede organisationsformer og ændrede arbejds måder.

Konklusionen på de fire problemstillinger skulle samlet set åbne op for nye måder at se de muligheder og udfordringer, der er i forhold til fremtidens personaleplanlægning indenfor sygeplejerskeområdet i Grønland. Målet er, at der i højere grad bliver taget udgangspunkt dokumenterede ønsker og forventninger om en højere grad af forankring i samfundet og den virkelighed som udspiller sig her i landet, ikke kun blandt de ansatte og potentielt ansatte, men også i de herskende ønsker blandt politikere og befolkning. Alt dette med henblik på at øge andelen af hjemmestyreansatte sygeplejersker.

1.2. Specialets metode og teorivalg

Jeg vil i dette speciale starte med at beskrive den teoretiske ramme for specialet, således at det er tydeligt, i hvilken kontekst problemstillingerne skal ses. Den måde arbejdsgangene i det offentlige er organiseret på, har gennem de seneste 10 år ofte været til debat i Grønland. Fra nogle grønlandske politikere side tales der om, at den offentlige sektor er blevet for dansk og at der er opstået et behov for at gøre den mere grønlandsk, for på sigt blive mere uafhængig af tilkaldt arbejdskraft. Det at den offentlige sektor er blevet for dansk henviser til, at hele strukturen og organiseringen af den offentlige sektor er en kopi af den måde hvorpå arbejdsgange struktureres og organiseres i Danmark. Det forhold at det offentlige er en kopi af dansk måde at organisere og strukturere sig på kaldes, at der er sket en danisering af det offentlige i Grønland (Tobiassen, 1998: 165). Ønsket om at få en højere grad af forankring i Grønland og grønlandske vilkår udtrykker et ønske om at gøre op med denne danisering frem for at grønlandisere forvaltningen. For at kunne forstå baggrunden og forskellen mellem begreberne *danisering* og *grønlandisering* er det vigtigt, at begreberne defineres og beskrives ud fra den litteratur, der findes om emnet.

Den teoretiske rammes udgangspunkt vil derfor være den tyske sociolog Max Webers tanker om den bureaukratiske organisation, som idealtyp. Webers teori viser på en stereotyp måde hvordan offentlige institutioner bør organiseres, herunder de grønlandske, samtidig med, at den i

⁵ Forhandlingerne blev afsluttet sent på forår 2008

kombination med de øvrige valgte teorier og faktiske problemstillinger, kan være med til at kaste lys over, hvor problemerne og udfordringerne for det grønlandske sundhedsvæsen ligger.

Da modpolen til danisering og Webers stereotype beskrivelse af måder at organisere sig på er grønlandisering, vil en beskrivelse og definerings af sidstnævnte også være nødvendig. Af mange opfattes begrebet grønlandisering som svaret på, hvordan man gør sig fri af den måde hvorpå man indtil nu har været styret af liberal tankegang samt danske regler og normer. Selve ordet grønlandisering er et begreb der er specifikt for Grønland, men mange af tankerne bag er beskrevet af kommunitaristerne. For at give begrebet grønlandisering mere dybde vil det teoretisk blive forklaret og understøttet af tankerne bag kommunitarisme.

Med disse modpoler danisering og grønlandisering og i en erkendelse af at Grønland er et bikulturelt samfund med store rekrutteringsproblemer indenfor sundhedsvæsenet, er det nødvendigt at se på muligheden for at slå bro mellem disse to yderligheder. Den danske måde at organisere og løse arbejdsopgaverne på kan ikke længere dækkes med fagfolk, der har de kvalifikationer som efterspørges. Da der samtidig ikke er tilstrækkeligt med uddannede grønlændere indenfor sundhedsområdet, er det nødvendigt at åbne for andre måder at organisere arbejdet på, således at de gode træk fra begge sider sikres tilgodeset bedst muligt i bestræbelserne på at sikre en optimal rekruttering til det grønlandske sundhedsvæsen.

Rekrutterings- og flaskehalsproblemer, som dem der findes indenfor det grønlandske sundhedsvæsen, er ikke kun et fænomen, der afgrænses udelukkende til Grønland. Rekrutterings- og flaskehalsproblemer er velkendt i både USA og flere Europæiske lande (Hildebrandt, 2003: 24). Denne mangel eller udsigt til mangel på arbejdskraft har betydet, at disse lande har igangsat en række initiativer på organisations- og ledelsesplan, hvis mål er at imødekomme disse problemer. Et af disse initiativer kaldes *mangfoldighedsledelse*. Mangfoldighedsledelse er et ledelsesbegreb, der blev introduceret i 1980'erne og som forsøger at tage højde for, at vi lever i et multikulturelt samfund, hvor alle har et potentiale, som kan udnyttes uanset etnisk oprindelse, uddannelsesmæssig baggrund, stillingsniveau mm. Målet er at man i højere grad bliver bedre til at inkludere landenes minoritetsgrupper i arbejdsmarkedet. Denne mere nuancerede måde at se på den potentielle arbejdskraft betyder samtidig, at gruppen hvorfra der kan rekrutteres, øges.

Et brobyggeri mellem danisering og grønlandisering, kunne tage udgangspunkt i tankerne bag mangfoldighedsledelse, således at der på den ene side tages højde for de professionelle krav, der stilles til sundhedsvæsenet samtidig med at der på den anden side sikres en højere grad af forankring i det grønlandske samfund og dermed afhængighed af udefrakommende arbejdskraft.

Hensigten med mangfoldighedsledelse er at forøge den potentielle arbejdskraft, netop et ønske som både politikere og sundhedsvæsen har for fremtidens grønlandske sundhedsvæsen.

For at kunne finde kortsigtede og langsigtede løsninger, indenfor den valgte teoretiske kontekst er det nødvendigt med baggrundsviden indenfor følgende områder:

1. Samfundsmæssige baggrundsfaktorer, der bl.a. beskriver den demografiske udvikling i Grønland og i det grønlandske arbejdsmarked.
2. Organisatoriske baggrundsfaktorer der bl.a. beskriver og giver viden om sundhedsvæsenets nuværende organisationsopbygning, om den økonomiske ramme og måden hvorpå medarbejdere ansattes
3. Individuelle baggrundsfaktorer, der giver viden om, hvad der præcist, der har betydning for den enkelte i forhold til at lade sig ansætte som sygeplejerske i Grønland.

Indsamlingen af de tre ovennævnte baggrundsfaktorer vil komme til at bestå af flere elementer:

- En dataindsamlingsdel, bestående af:
 1. Statistiske data til brug for et demografisk billede af Grønland nu og i fremtiden.
 2. En række dataoplysninger dels fra sundhedsvæsenets personale og økonomiafdeling og dels fra sygeplejeledelsen i sundhedsvæsenet. Dette er materiale, der omhandler forskellige personale og økonomiske opgørelser.
 3. Beskrivelse af politiske initiativer med relevans for emnet; herunder arbejdsmarkedspolitik og arbejdet hen mod selvstyre.
 4. Allerede eksisterende organisationsudviklingsinitiativer indenfor det grønlandske sundhedsvæsen.
- En spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker der har ladet sig rekruttere som sygeplejersker til Grønland. Disse interview omhandler bevæggrunde, overvejelser, forventninger og bekymringer til det at søge job som sygeplejerske i Grønland.
- En internetbaseret spørgeskemaundersøgelse⁶ blandt sygeplejersker i Danmark. Denne undersøgelses formål er at undersøge hvilke overvejelser danske sygeplejersker gør sig om muligheden for, at tage arbejde i Grønland.

⁶ www.askpeople.dk, har udviklet en model, som er brugt for denne undersøgelsesdel.

Det ideelle ville have været to sideløbende spørgeskemaundersøgelser, en foretaget på DIH og en foretaget blandt sygeplejersker ansat på kystsygehusene. Sidstnævnte var dog umulig, da det ikke var muligt at indhente oplysninger som var nødvendige for et korrekt udført undersøgelsesforløb.

Dette empiriske materiale vil blive udbygget og suppleret med eksisterende litteratur, der kan sikre materialet den rette dybde. Samles denne viden indenfor den teoretiske kontekst vil det være muligt via grundigt analysearbejde at identificere problemerne og deres placering i forhold til baggrundsfaktorerne. Dette udgangspunkt vil derefter gøre det muligt at give begrundede bud på hvilke muligheder, udfordringer og planer samfundet og i særdeleshed sundhedsvæsenet står overfor, når de i fremtiden skal rekruttere sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen.

Kapitel 2 Bureaucrati og Kommunitarisme i Grønland

Med grundlovsændringen den 5. maj 1953 ophørte Grønland med at være en dansk koloni og blev herefter fuldt integreret og ligeberettiget med resten af det danske rige (Tobiassen, 1995: 1). I tiden herefter iværksatte man fra dansk side en politik, hvis formål var at fremme det grønlandske samfund, så Grønland kunne komme på højde med det øvrige danske samfund. Den valgte måde var ofte at kopiere den danske måde at gøre tingene på. Der blev indført hierarkisk arbejdsdeling, hvor de uddannelsesmæssige kompetencer blev afgørende for den enkeltes placering, både i arbejdshierakiet, men også i hverdagens almindelige arbejdsdeling. Regler, love og bestemmelser vedtaget i Danmark blev styrende for udviklingen. Mange, især grønlændere, opfattede denne politik som et forsøg på fordanske det grønlandske samfund, hvorfor denne politik ofte omtales som en daniseringspolitik. Denne daniseringspolitik bestod blandt andet i at opbygge et administrativt system i Grønland (Tobiassen, 1998: 165), der svarede til det bureaukratiske, som allerede var kendt fra Danmark.

Trods kendskabet til at det kun var en ganske lille del af den grønlandske befolkning, der i 1953, var i besiddelse af en formel uddannelse samt, at landet kun bestod af ca. 50.000 indbyggere fordelt på 2.166.086 kvadratkilometer (Grønlands Statistik, 2004: 57), blev systemet indført. Dette betød, at man indførte et forvaltningssystem, der ikke passede til det grønlandske folks uddannelsesniveau, antallet af indbyggere og til landets store geografiske udbredelse.

Med indførsel af Hjemmestyret i 1979 var ønsket fra de grønlandske politikere, at der skulle gøres op med denne daniseringspolitik og som samfundet havde oplevet efter 1953. Dette skulle bl.a. ske ved en løbende overtagelse af ansvarsområder fra den danske stat. Hjemtagelse af disse områder kom til at forløbe hurtigere end oprindeligt planlagt (Tobiassen, 1998: 172). Dette betød, at man fra grønlandsk side ikke havde forberedt en anden organisationsform end den allerede eksisterende og daniserede. Da man samtidig overtog det eksisterende personale på de forskellige områder (Tobiassen, 1998: 165), havde det den konsekvens at de bureaukratiske og forvaltningsmæssige principper helt automatisk fulgte med. Holdningen var dog, at der fremadrettet skulle arbejdes for en grønlandisering af den offentlige forvaltning (Tobiassen, 1998: 165). Idet daniseringens konsekvenser var, at den almindelige grønlænder var udelukket fra at deltage og dermed nemt kunne opfatte sig selv som fremmed i forhold til den udvikling landet gennemgik efter 1953.

Hjemmestyrets overordnede grønlandiseringspolitik blev udformet i forbindelse med Hjemmestyrets indførelse. De daværende grønlandske politikere havde visioner for fremtidens Grønland (Tobiassen, 1995: 61). Disse var:

- At overtage forskellige sagsområder fra den danske stat.
- At uddanne og kvalificere grønlændere til at overtage stillinger som de tilkaldte besidder.
- At oprette en række grønlandske uddannelsessteder i landet.
- At sørge for at det grønlandske sprog bruges i så mange sammenhænge som muligt.
- At bevare det nuværende antal af bygder.

Disse visioner danner efterfølgende baggrund for Hjemmestyrets overordnede grønlandiseringspolitik som indeholder fire dimensioner⁷ (Tobiassen, 1995: 54, 1998:166)

1. Den administrative – økonomiske dimension omhandlende interne grønlandske anliggender og hjemtagelse af sagsområder fra den danske stat.
2. Den personalepolitiske dimension omhandlende målsætningen om at uddanne og opkvalificere den grønlandske arbejdsstyrke til selv at varetage jobfunktioner, der tidligere har været besat med tilkaldte.
3. En uddannelsespolitisk dimension omhandlende ønsket om oprettelse af flere uddannelsesinstitutioner i landet.
4. En kulturel dimension indeholdende to underpunkter:
 - At det grønlandske sprog bruges i flest mulige sammenhænge.
 - At antallet af bygder bevares på det nuværende niveau.

Begrebet grønlandisering dækker med andre ord både over noget kulturelt, men også strukturelt (Tobiasen, 1998: 166 – 170). Det kulturelle kobles på sproget og den grønlandske geografi, medens administration, økonomi, personalepolitik og uddannelse er af mere strukturel art.

Ønsket om grønlandisering gennem strukturelle og kulturelle initiativer udtrykker et klart ønske om selv at kunne præge landets fremtidige udvikling. Ønsket udspringer af et behov for at bevare og styrke den kulturelle arv og sproget, således at det igen bliver grønlandske værdier, der bliver styrende i forhold til landets udvikling. Det at lade de sociale og kulturelle fællesskaber være styrende for et samfunds udvikling ses ligeledes i et samfund styret af ideerne om kommunitarisme.

⁷ Susanne Tobiassens beskriver i sin første tekst (1995) om grønlandiseringspolitikken hvordan der er fem dimensioner. Da den 4. og 5. dimension kaldes for henholdsvis en kulturel dimension a og en kulturel dimension b så vælges det at disse lægges ind under samme dimension.

For at kunne give begrebet grønlandisering mere dybde og knytte de ønsker der findes sammen med strømninger fra andre samfund, vil det derfor være naturligt at inddrage begrebet kommunitarisme.

I forhold til dette speciales problemstillinger er det specielt den strukturelle grønlandisering som er interessant, fordi rekrutteringsproblematikken er af personalepolitisk karakter. For at kunne forstå ønsket om denne strukturelle grønlandisering er det nødvendigt at se på hvilke strukturelle ting i daniseringspolitikken, som ikke er hensigtsmæssige set ud fra et grønlandsk synspunkt. De strukturelle ting som daniseringspolitikken bygger på er, som tidligere nævnt, arbejdsdeling i forhold til placering i hierarkiet og i forhold til de daglige arbejdsopgaver samt på love, regler m.m. - med andre ord et bureaukratisk system. Den tyske sociolog Max Weber har beskrevet et sådant bureaukratis opbygning som en overordnet og universel model. I praksis vil modellen dog altid være præget af/ tilpasset de forhold hvorunder den skal fungere, hvorfor det er nødvendigt både at se på teorien i sin tænkte form og hvordan den udfolder sig i grønlandsk sammenhæng som danisering.

En sådan identifikation af begreberne, den bureaukratiske organisation, danisering, kommunitarisme og grønlandisering vil gøre det muligt rent teoretisk at beskrive de udfordringer, som samfundet står overfor i forsøget på at løse rekrutteringsproblemerne indenfor sygeplejen i Grønland.

2.1. Den bureaukratiske organisation

Bureaukrati bliver ofte forbundet med noget negativt, hvilket ikke var intentionen. Historisk set er det en administrationsform, som gør op med tidligere tiders udpegning af medlemmer eller personale ud fra personlige eller subjektive præferencer. Bureaukratiets indførsel har den konsekvens, at det ikke længere er nok blot at lade folk, der har ens tillid til styre sagsgangene, ligesom det heller ikke er den enkeltes økonomiske formåen eller tilhørsforhold til bestemte grupper, der kan være bestemmende for karrieren. Den herskende klasses mulighed for at begunstige sig selv, venner og familie forsvinder. Med andre ord betyder dette, at der sker et brud med tidligere tiders udbredte brug af nepotisme i forbindelse med besættelsen af vigtige embeder og jobs. I stedet sikrede bureaukratiet ved dets indførsel, en ensartet, lige og regelstyret administration (Weber, 1991: 196), hvor der ikke kan tages hensyn til personlige eller subjektive interesser. En sådan ensartet, lige og regelstyret administration stiller samtidig krav til hvordan bureaukratiske organisationer er opbygget. Dette sker via klare beskrivelser, love og regler, der er gældende indenfor en hierarkisk organisation med klare magt- og autoritetssystemer. Den bureaukratiske organisation får sin styrke på baggrund af målet om ensartet, lige og regelstyret administration,

fordi der herigennem sikres, at eventuelle økonomiske og sociale forskelle mellem organisations medlemmer udviskes. Alle får lige muligheder i den bureaukratiske organisation. Dette er en udvikling, der skal ses som en konsekvens af den øgede kompleksitet, som staterne oplevede indenfor administrationen. En kompleksitet der nødvendiggjorde mere ensartet regler for, hvordan arbejdet skulle udføres således, at organisationen i højere grad var i stand til at udnytte ressourcerne optimalt.

Weber beskriver den bureaukratiske organisation som idealmodellen. Denne beskrivelse af den bureaukratiske organisation og tilgang til at beskrive den bureaukratiske organisation er meget bred, idet Weber inddrager såvel samfundsmæssige som historiske perspektiver (Weber, 1998: 196-252). Grundlaget og udgangspunktet for den bureaukratiske organisation er staten og pengeøkonomien (Weber, 1991: 204, Weber 2003: 71).

Bureaukratiets kendetegn er:

En hierarkisk arbejdsdeling, som betyder, at der er et helt fast system af over- og underordnede, og hvor det klart fremgår hvem der er over- og underordnet indenfor de tilknyttede arbejdsområder (Weber, 2003: 64). Dette system af givne over- og underordnede betyder samtidig, at der er klare regler for hvem der har hvilke bemyndigelser. Avancement indenfor hierarkiet sker nedefra og op (Jacobsen, 2002, 105) og den position hvor den enkelte vælger at stoppe sit avancement ved, bibeholdes normalt for livstid (Weber, 1991: 203). Dette system af givne over- og underordnede betyder samtidig at højere placerede i hierarkiet fører tilsyn og udstikker rammerne for de lavere placerede (Weber, 2003: 63). Konsekvensen af dette betyder, at magten i sådanne hierarkiske organisationer udgår fra toppen og udøves som topstyring ned gennem organisationen mellem lagene af under- og overordnede.

En organisation, der er baseret på nedskrevne regler, love og kontrakter og hvor magten udøves i overensstemmelse hermed, er legitim (Weber, 2003: 61). Denne legitimitet opnås fordi magten udøves ud fra alment gældende og nedskrevne forpligtelser. Det at organisationen udelukkende baserer sit virke på regler, love og kontrakter betyder, at organisationen er meget formaliseret samtidig med at det er helt nødvendigt for organisationen, at den er i besiddelse af et embedsapparat, der kan udfærdige og fortolke reglerne, lovene og kontrakterne (Weber, 1991: 196).

En klar arbejdsdeling vertikalt som horisontalt. Denne arbejdsdeling bygger på faste kompetenceområder fastlagt bl.a. via regler og love (Weber, 1991: 196, Weber, 2003: 63). Det betyder, at der til hvert job hører nogle klart definerede opgaver, som forventes varetaget af personer med uddannelsesmæssige kvalifikationer svarende til opgavens karakter. På denne måde sikres, at opgaverne afvikles på en regelmæssig og kontinuerlig måde med de dertil svarende rettigheder. Ansatte som via uddannelsesmæssige kvalifikationer har opnået ansættelse indenfor en sådan hierarkisk opbygget organisation har nogle fordele, fordi de er nemmere at placere i hierarkiet på baggrund af deres klart beskrevne kompetencer.

Matchet mellem opgavens art og medarbejderens kvalifikationer skulle gerne medføre, at arbejdet udføres regelmæssigt ud fra givne regler, love og bestemmelser.

Bureaukratiet skal med andre ord opfattes som en permanent struktur, hvor en anerkendt pengeøkonomi, uddannelse og formelle kompetencer er fundamentet for opbygningen (Weber, 1991: 208). Kun en fuldt anerkendt pengeøkonomi vil kunne fungere som udgangspunkt for den honorering som bureaukratiet og dets hierarkiske struktur lægger op til, fordi det kræver, at uddannelse, kompetencer og placering i hierarkiet kan aflønnes efter de til enhver tid gældende satser. Uddannelse og kompetencer spiller den anden centrale rolle, fordi det alene er på baggrund af disse objektive kriterier, at den hierarkiske opbygning og arbejdsdelingen finder sted. Mere subjektive parametre som familiær tilknytning, etnicitet og kendskab til de rette personer har ingen betydning i et rendyrket bureaukрати.

Disse bureaukratiske kendetegn er ifølge Weber det bedste middel til at fremme administrativ effektivitet. Han hævder, at bureaukratiet bliver mere effektivt jo højere grad tænkning og adfærd kan regelstyres og helt udgå at forholde sig til faktorer som køn, alder, etnicitet og familiære forhold. På den måde minimeres brugen af personlig skøn, følelser, holdninger og andre uberegnelige faktorer.

Ovenstående kendetegn ved den bureaukratiske organisation beskrevet ved Weber har både fordele og ulemper, som altid er vigtige at have med i ens betragtninger af organisationens evne til at honorere forskellige krav.

2.1.1. Den bureaukratiske organisations fordele

Den bureaukratiske organisations store udbredelse skyldes, at den i en række tilfælde har nogle stærke sider, som vil kunne påvirke organisationer og administrationen af disse i en positiv retning.

For det første har nedskrevne regler, love og kontrakter den betydning, at organiseringen af arbejdsopgaver styrkes på en måde, så den enkelte medarbejder nøjagtig ved hvad der forventes i en given situation. Resultatet bliver, at arbejdsopgaven kan gennemføres præcist, hurtigt og uden spild af materiel eller arbejdstid (Weber, 1991: 214, Weber, 2003: 81). Samtidig hermed vil organisationen være sikret kontinuitet i forhold til de enkelte jobfunktioner fordi de enkeltvis og samlet udføres efter forskrifterne og ikke ud fra personlige og individuelle hensyn. For det andet sikres den bureaukratiske organisationsform ikke kun præcision og ressourcemæssig optimering, men også at komplicerede opgaver vil blive løst billigere end under andre organisationsformer (Weber, 1991: 214, Weber, 2003: 81). Som et resultat af at alle arbejdsopgaver er nøje beskrevet bliver det muligt, at opnå en omkostningsreduktion - selv ved komplicerede arbejdsopgaver. Dette medfører, at det ikke bliver nødvendigt at nedsætte grupper, undersøgelser m.m. i forbindelse med en specifik opgaveløsning. Alle i organisationen kender deres funktion og opgave og har samtidig en specialviden indenfor et specifikt område, hvilket medfører, at de rigtige løsninger og beslutninger træffes i hvert enkelt tilfælde. En tredje vigtig fordel ved bureaukratiet er, at det i fuldt udviklet form udviser de indbyrdes kræfter (Weber, 1991: 228). Dette sker som et resultat af den hierarkiske arbejdsdeling og den klare arbejdsdeling såvel vertikalt som horisontalt. På trods af at den enkelte medarbejder bliver indplaceret efter uddannelse og erhvervede kompetencer, så er den ene medarbejders værdi ikke højere end en andens i forhold til en bestemt opgave. Alle er nødvendige for opgavens udførsel, hvilket betyder, at der i situationen ikke skeles til rangsmæssig indplacering. Sidst men ikke mindst er det bureaukратиets styrke, at det er objektive kriterier som kvalifikationer og uddannelsesmæssige kompetencer, der er bestemmende for den enkeltes indplacering i organisationen. Derved kan der ikke herske tvivl om, om der har været tale om nepotisme med det formål at begunstige sig selv, venner eller familie.

Sammenfattende kan det siges, at fordelene ved den bureaukratiske organisation opstår hvor arbejdsopgaverne og udfordringerne er kendte og ligger indenfor nogle overordnede rammer.

2.2.2. Den bureaukratiske organisations ulemper

Den bureaukratiske organisation har også en række ulemper, som er tæt forbundet med dens kendetegn (2.1. Den bureaukratiske organisation). En bureaukratisk organisation, der er hierarkisk opdelt og som baserer sig på regler, love og kontrakter, kan hurtig blive rigid og vanskelig at ændre. En helt naturlig konsekvens er, at dette afspejler sig i medarbejdernes adfærd. De vil få en rigid adfærd med den konsekvens at det kan blive et mål i sig selv at følge reglerne uden skelen til

alternativer. En helt klar ulempe ved en sådan adfærd vil være, at de ansatte ikke får mulighed for at agere hensigtsmæssigt i uforudsete situationer, fordi deres mulighed for fleksibilitet og hurtig omstilling/ tilpasning hæmmes. En anden ulempe kan være at den bureaukratiske organisation med dens centralisering af beslutningskompetencerne og standardisering af opgaveløsningerne kan komme til at passivisere og demotivere de ansatte, fordi de på grund af den bureaukratiske opbygning ikke får mulighed for at tage initiativer og arbejde kreativt. En tredje ulempe tager udgangspunkt i den formaliserede måde at arbejde på. Den høje grad af formalisering kan komme til at betyde at organisationen ikke i tilstrækkeligt omfang får udnyttet de kompetencer og viden, der findes i organisationen og som kunne være relevant i et samlet billede. Problemet får en særlig betydning indenfor områder, hvor der fx er personalemæssige flaskehalsproblemer og hvor organisationens ressourcer og potentiale samtidig ikke udnyttes i tilstrækkelig grad. I sådanne flaskehalssituationer ville det være oplagt at arbejde på tværs i organisationen, sådan at organisationens personalemæssige ressourcer blev udnyttet optimalt. Denne løsning er ikke en mulighed i en rendyrket bureaukratisk organisation, fordi dette kræver et kompromis med den bureaukratiske opbygning samt vil betyde et opgør med de formelle uddannelsesmæssige krav, hvilket er en implicit del af tankerne bag den bureaukratiske organisation. Sidst men ikke mindst kan medlemmer i den bureaukratiske organisation, som er i besiddelse af en ekspertviden, hurtigt komme til at sidde på en dominerende position, fordi de hurtigt kan komme til at indtage en position, som gør dem uundværlige for organisationens eksistens. Dette kan forstærkes i de tilfælde hvor eksperterne holder på deres viden og intentioner (Weber, 1991, 233).

2.2. Danisering

Den danisering/ bureaukratisering af det offentlige, der fandt sted efter grundlovsændringen i 1953, betød at organisationen og administrationen af landet skete ud fra en dansk kontekst. Udgangspunktet var Danmark og gældende dansk måde at organisere sig på, hvilket samtidig betød, at der helt naturligt opstod et ulige forhold mellem danskere og grønlandere. Den danske embedsmand havde de uddannelsesmæssige kvalifikationer og var rig på begreber indenfor områder, der havde sin forankring i et dansk verdensbillede. Grønlanderne derimod blev opfattet som svage, fordi vedkommende ikke var i besiddelse af de samme kvalifikationer. Dette ulige forhold mellem danskerne og grønlanderne med hensyn til uddannelsesmæssige kvalifikationer betød at arbejdsdelingen blev skæv i det bureaukratiske hierarki.

Dette har medført at der er danskere, der via deres uddannelsesmæssige kvalifikationer, vil besætte bureaukratiets højeste stillinger medens grønlanderne uden de samme

uddannelsesmæssige kvalifikationer er placeret længere nede. En sådan hierarkisk opbygget organisation, med topstyring af danske embedsmænd, forstærkes naturligvis det hegemoniske forhold mellem danskere og grønlændere. Det magtforhold, der opstår med et sådant hegemonisk forhold, beskrives at den norske sociolog Steinar Bråten med et begreb, der hedder modelmagt (Goldschmidt, 1987: 211). Dette begreb beskriver det hegemoniske forhold mellem en modelsvag og en modelstærk. Den modelstærke, her udtrykt ved den danske embedsmand, er rig på begreber indenfor områder forankret udefra et bestemt verdensbillede, medens grønlænderen er den modelsvage, når det gælder ting indenfor samme område. Det problematiske er, at det som oftest er den svage, som skal tilegne sig den stærkes modeller, hvorfor afhængighedsforholdet hurtigt forstærkes. Dette ulige forhold mellem repræsentationen af danskere og grønlændere i det offentlige system, grundet manglen på formelle uddannelsesmæssige kvalifikationer hos sidstnævnte, betyder at danskerne er blevet dem, der kommer til at disponere over det bureaukratiske magtapparat. Ivar Jonson kalder dette, at der opstår institutionaliseret racisme indenfor bl.a. det offentlige (Jonson, 1999: 116).

Denne danske og meget hierarkiske organisationsform byggende på principperne fra Webers bureaukratiske organisationsform med klar arbejdsdeling, regler, love, kontrakter mm bliver i et land med så få indbyggere og så forskelligartede forhold som Grønland hurtigt forholdsmæssigt omfattende, hvilket skyldes at antallet af opgaver er det samme som i et større land og derfor ikke i tilstrækkelig grad afspejler befolkningens størrelse. Samtidig vil denne organisationsform opfattes som rigid, da den ikke har en indbygget mulighed for fleksibilitet, som i nogen situationer kan være påkrævet grundet befolkningens og landets størrelse. Da disse bureaukratiske organisationers styrke, herunder sundhedsvæsenet, samtidig er baseret på rationelle regler, love og kontrakter vil de helt naturligt opfattes som værende i et modsætningsforhold til de traditioner, som den almindelige grønlænder identificerer sig med. Med andre ord ligger den bureaukratiske organisationsforms problemer i Grønland i spændingsfeltet mellem organisationsformens fordele og ulemper.

2.3. Kommunitarisme

Tankerne bag kommunitarisme stammer tilbage fra oplysningstiden (Kymlika, 2002: 208). Kommunitarisme⁸, som den beskrives i dag, bygger på et fællesskab, som findes i familier og lokalsamfund. Første del af ordet (på engelsk) ”community” refererer til individernes og de politiske systemers afhængighed af såvel lokalsamfundets traditioner som kulturelle og sociale fællesskaber (Kymlika, 2002: 209). Kommunitaristernes forsøg på at begrænse fællesskabet til kun

⁸ Det engelske ord for samme begreb er kommunitarisme.

at omfatte det nære samfund, må derfor opfattes som et opgør mod eksisterende forhold. (Mulhall, m.fl., 1996: 10-33, 158-159, Kymlika, 2002: 217-218).

Kommunitaristerne går ind for sociale fællesskaber. De er derfor ikke enige i, at samfundet og organisationer skal ses som bestående af et antal individuelle individer, der er placeret ud fra rationelle betragtninger om arbejdsdeling, som Webers bureaukratiske model lægger op til. Kommunitaristerne ser samfundet som et fællesskab, hvor individerne præger hinanden gennem en fælles kulturel og social kontekst.

Ønsket om en fælles kulturel og social kontekst betyder samtidig, at den bureaukratiske model baseret på nedskrevne regler, love og kontrakter ikke anses som hensigtsmæssig. Bureaukratiets krav om, at regler, love og kontrakter skal sikre alle samme behandling gør det nemlig svært for kommunitaristerne at beskytte det fællesskab, der for dem er så centralt. Denne fælles kulturelle og sociale kontekst opfatter kommunitaristerne som så vigtig, at den nødvendigvis må omgærdes med respekt og om nødvendigt beskyttes. Dette kunne fx være at beskytte undertrykte og truede gruppeidentiteter gennem positiv særbehandling (Kymlika, 2002: 252) ud fra den betragtning, at det er det offentliges rolle at beskytte individers rettigheder og give dem mulighed for et godt liv (Kymlika, 2002: 217-218). Særbehandlingen skal styrke fællesskabet og prisen for denne særbehandling bliver, at de, der står udenfor fællesskabet, ikke får samme behandling som dem der er en del af fællesskabet. Fællesskabet legitimerer på den måde brugen af nepotisme ved at begunstige sig selv til fordel for individer udenfor fællesskabet.

Den bureaukratiske model er baseret på nogle universelle og multikulturelle principper, som betyder, at den ikke tager hensyn til kulturspecifikke forhold. Det at kommunitaristerne ikke opfatter alle som lige og medlemmer i en multikulturel verden betyder, at deres holdning til udefrakommende, der ønsker optagelse i fællesskabet, er påvirket. Den udefrakommende skal være parat til at deltage i fællesskabet og ikke kun se det som et middel til at opnå egne mål. En deltagelse i fællesskabet bliver derfor betinget af et ønske om at indgå i fællesskabet og dets kultur, traditioner og institutionelle rammer. Mener fællesskabet ikke, at den enkeltes ønsker er reelle forholder de sig også ret til at afvise vedkommende fra fællesskabet.

Kommunitarismens politik tager således udgangspunkt i tre forhold:

- Fællesskabet kan intervenere på det kulturelle område for at fremme bestemte kulturformer.
- Personlige holdninger skabes på baggrund af fællesskabets overvejelser.

- Det er vigtigt at fællesskabets institutioner nyder udbredt legitimitet blandt fællesskabets medlemmer.

For kommunitaristerne er fællesskabet altså en afgørende faktor og den eksisterer i form af fælles sociale praksisser, kulturelle traditioner og fælles social forståelse (Mulhall, 1996: 208-209). Blandt kommunitaristerne er der med andre ord en generel bekymring for, at den liberale samfundsmodel og dens med dens sekularisering og individualisme er skyld i, at mange mennesker oplever det moderne samfund som koldt og uden mulighed for at skabe de vigtige fællesskaber. Fællesskabet kan styrkes ved at gennemføre politikker, der i højere grad fremmer fællesskabet frem for individet.

2.3.1. Kommunitarismens fordele

For kommunitaristerne er nøglebegrebet *fællesskabet*, et nøglebegreb. Et nøglebegreb, hvormed der også følger nogle fordele og styrker. En af fordelene ved fællesskaber i en kommunitaristisk kontekst er, at der er tale om selvhjulpne fællesskaber, hvor alle medlemmer yder, kæmper og arbejder for fællesskabet. Heri ligger implicit, at alle fællesskabets medlemmer yder ud fra evne i den fælles kamp for fællesskabet. Selvhjulpnehed vægtes højt, hvilket betyder, at fællesskabet ikke nødvendigvis ønsker hjælp udefra, men accepterer de givne forhold og handler herudfra. Ønsket om at styrke fællesskabet medfører, at det er nødvendigt favorisere og beskytte egne medlemmers interesser (Kymlika, 2002: 252). Dette har den konsekvens, at kommunitaristerne ikke nødvendigvis tillægger uddannelsesmæssige kvalifikationer den samme vægt som bureaukratiet gør. Det kan tale for fællesskabets interesse at lade en fra fællesskabet besætte en given stilling selvom stillingen kunne have været besat med en udefrakommende med de rette kvalifikationer. Udgangspunktet er hvad der tjener fællesskabet bedst. Den afledte effekt heraf må nødvendigvis være, at arbejdsopgaver og funktioner tildeles ud fra mindre rigide rammer og regelsæt end tilfældet er i bureaukratiske organisationer.

En anden fordel ved det kommunitaristiske samfund og opgøret med individualiseringen, som er skabt på baggrund af rationelle betragtninger, er arbejdsdeling. Det enkelte individ betragtes med andre ord ikke som en brik med en speciel funktion i et nøje planlagt samfund, men opfattes som et medlem med en social forpligtigelse. Dette betyder, at ingen bliver ladet alene og ingen får mulighed for at gå enegang. Fællesskabet bliver derfor nødt til at indrette sig sådan, at der er plads til alle fællesskabets medlemmer uanset uddannelsesniveau, formelle kompetencer, køn og alder. Det kan ses som en styrke, at kultur og traditioner i så høj grad inddrages som tilfældet er, fordi fællesskabet derved nemt kan definere og identificere sig selv. Et eksempel på dette er sproget. Et fællesskab

med et bestemt sprog vil ved hjælp af sproget kunne definere sig som gruppe overfor omverden, ligesom sproget kan bruges som identifikation i forhold til hvilket fællesskab man tilhører. Et andet eksempel er religion. Medlemmerne får på den måde en gruppeidentitet som i højere grad gør dem i stand til at ”beskytte” sig mod udefrakommende og uønskede ting, hvilket gør, at minoriteterne via et tilhørsforhold til et fællesskab kan beskytte sig fra majoriteten i det omgivende samfund.

2.3.2. Kommunitarismens ulemper

Anskues kommunitarismen ud fra det faktum, at vi lever i en globaliseret verden, må kommunitarismen opfattes som antiglobal, da den tillader og legitimerer, at mindre fællesskaber og samfund får positiv særbehandling i forsøget på at holde udefrakommende uden forankring i samfundet, kulturen og traditionerne på afstand. Dette gøres ved hjælp af forskelsbehandling.

En anden uheldig konsekvens af kommunitarismen er at den accepterer brugen af nepotisme, så længe formålet er at beskytte fællesskabet. Der er altså ikke noget forkert i at forhindre en velkvalificeret udefrakommende i at få en stilling og i stedet ansætte en af fællesskabets medlemmer, selv om sidstnævnte ikke er i besiddelse af de samme kvalifikationer, idet målet er at beskytte kulturelle værdier og traditioner. Slutteligt betyder opdelingen i, om man befinder sig indenfor eller udenfor fællesskabet, at der nemt kan opstå konflikter af etnisk karakter, fordi begreberne traditioner, kultur og sociale træk ofte forbindes med en etnisk gruppe. Når en gruppe slutter sig sammen og beskytter egne interesser, vil der kunne opstå nationalistiske undertoner, som kan virke stødende på fællesskaber med andre etniske tilhørsforhold.

2.4. Grønlandisering

I den offentlige debat i Grønland i dag er ordet *grønlandisering* et ofte brugt ord. Ordet bruges i mange sammenhænge og om flere forskellige forhold (Ankersen, 2008a: 99 – 103). Et område, der har været specielt i fokus når der tales om grønlandisering, er i forbindelse med rekruttering af arbejdskraft til stillinger, som ikke kan besættes med tilstrækkeligt kvalificeret grønlandsk arbejdskraft. Dette illustreres meget fint i en avisartikel, hvor Landsstyreformand Hans Enoksen udtaler: ”Vi har brugt masser af penge på at tilkalde arbejdskraft udefra. Nu skal vi grønlandisere for enhver pris. Koste hvad det vil.” (Sermitsiaq, 2007). For at forstå hvad Hans Enoksen og andre, som deltager i grønlandiseringsdebatten, mener, er det vigtigt at huske på grønlandiseringspolitikens fire dimensioner (Kapitel 2 Bureaucrati og Kommunitarisme). Disse omhandler, overordnet set, vigtigheden af at bevare den kulturelle grønlandske arv og at det grønlandske sprog skal anerkendes som landets hovedsprog (Tobiassen, 1995: 52). Tanker, som er

meget identiske med kernen i kommunitarismen og som er valgt, at skulle videreføres indenfor områder af mere politisk, administrativ og personalemæssig karakter (Tobiassen, 1998: 165 – 169).

Hvis begrebet grønlandisering overordnet set skal betragtes er det opstået som en kritik eller et opgør med det eksisterende i erkendelse af, at det, der kendetegner Grønland, dets traditioner og kultur, ikke i tilstrækkelig grad er at finde i samfundet og den måde landet er blevet organiseret og administreret på.

Ønsket om selv at varetage opgaver af internt grønlandske anliggender og hjemtagelse af sagsområder fra den danske stat skal sammen med ønsket om, at det grønlandske sprog bruges i flest mulige sammenhænge og bevarelse af bygderne, ses som et ønske om at styrke fællesskabet (Grønland). Dette sker på densamme måde som kommunitaristerne er fortalere for. Inddragelse af den sproglige dimension betyder, at fællesskabet på mange måder er at identificere sig med dem, der behersker det grønlandske sprog, medens de, der ikke behersker samme sprog, nemt kan defineres som værende udenfor og kun inkluderes, når de har viser sig parate til at lære sproget.

Ønsket om at oprette uddannelsespladser, uddanne og kvalificere grønlændere til at overtage stillinger, som tilkaldte besidder, viser, at man anerkender nogle af bureaukratiets spilleregler, som middel til at nå målet nemlig et styrket fællesskab. Anerkendelsen af de bureaukratiske spilleregler viser ligeledes ved, at der i denne dimensions udformning ikke bliver talt om særbehandling som en mulig løsningsmodel. Det vil sige, at et medlem af fællesskabet kun overtager den tilkaldes arbejde efter erhvervelse af kvalifikationer og ikke alene på baggrund af et medlemskab i fællesskabet. Der hvor grønlandiseringspolitikken lægger direkte op til positiv særbehandling er, når der tales om, at det er helt specifik gruppe, der skal opkvalificeres, nemlig den grønlandske arbejdsstyrke. En sådan positiv særbehandling behøver derfor ikke at blive opfattet som noget negativt, så længe det er for at styrke og udvikle fællesskabet, såfremt at ”fællesskabet Grønland” betyder personer med tilknytning til landet. Hentyder det derimod til en bestemt etnisk gruppe, reduceres fællesskabet til at blive af etnisk karakter. Den direkte konsekvens bliver hurtigt, at særbehandlingen vil opleves negativt af dem, der udelukkes fra denne gruppe, men som føler tæt tilknytning til Grønland.

Dimensionen der ønsker, at der skal oprettes et større antal uddannelsespladser i Grønland, viser også, at der er en tæt sammenhæng mellem tankerne bag kommunitarismen og grønlandisering. Det øget antal uddannelsespladser er ligeledes en måde at opnå større grad af selvforsyning, således at det grønlandske samfund og fællesskab styrkes og gøres mere uafhængigt af omverdenen.

Ligheden mellem kommunitaristerne og de tanker, der blev gjort i forbindelse med hjemmestyreløven, er altså, at der lægges vægt på, at for at fællesskabet skal kunne fungere er det

nødvendigt med respekt og beskyttelse. Dette kunne fx være at beskytte undertrykte og truede gruppeidentiteter gennem positiv særbehandling (Kymlika, 2002: 252) ud fra den betragtning, at det er det offentliges rolle at beskytte individets rettigheder, give dem muligheden for et godt liv (Kymlika, 2002: 217-218), styrke fællesskabet og opnå en høj grad af uafhængighed i forhold til fællesskabets omgivelser.

2.5. Diskussion af fremtidens udfordringer i spændingsfeltet mellem bureaukrati og kommunitarisme i Grønland.

Det er svært at sige om den proces, der fandt sted efter 1953 og som havde til formål at opbygge et administrativt apparat i Grønland, så landet kunne komme på højde med det øvrige danske samfund, er lykkedes. Sikkert er det dog at der blandt befolkningen og politikere opstod et ønske om, at fokus skulle lægges på helt andre ting, herunder en større forankring i samfundet, således at den kulturelle arv og sproget i højere grad blev medinddraget i de strukturelle løsninger. Denne diskussion af hvor fremtidens udfordringer ligger, vil tage sit udgangspunkt i den bureaukratiske organisations ulemper.

En bureaukratisk organisation, der er hierarkisk opbygget og som baserer sig på regler, love og kontrakter, kan hurtigt blive rigtigt og vanskeligt at ændre. Dette kan i store organisationer være forbundet med stordriftsfordele samtidig med, at det er muligt at opnå omkostningsreduktioner, fordi de klare retningslinjer sikrer, at arbejdsopgaver udføres præcist og uden spild af materiel og arbejdstid. I en grønlandsk sammenhæng vil dette i mange tilfælde være uhensigtsmæssigt i forhold til landets størrelse og befolkningstal. Det vil ikke være muligt at udnytte systemerne optimalt, fordi der helt automatisk vil gå længere tid mellem opgaverne og fordi det ikke er muligt i forhold til en bureaukratisk arbejdsdeling at udfylde ledig arbejdstid ved at påtage sig andre opgaver i organisationen. Såfremt dette alligevel gøres, vil der opstå problemer med de klart definerede arbejds- og kommunikationsveje, som er kendetegnende for den bureaukratiske organisation. Dette forhold betyder samtidig, at en organisationsform, som den bureaukratiske, i så lille et samfund som det grønlandske, vil afskære organisationen fra fuldt ud at udnytte de kompetencer, der kan være i organisationen. Den afledte effekt bliver helt automatisk et ressourcespild. Dette ressourcespild vil virke som et paradoks i forhold til de nuværende personalemæssige flaskehalsproblemer som Grønland oplever.

I en rendyrket bureaukratisk organisation vil det ikke være muligt at gå på kompromis med de uddannelsesmæssige krav, som er forbundet med de enkelte stillinger i organisationen. I et land med høj uddannelsesfrekvens på alle niveauer vil dette muligvis være relevant, men i et samfund

som det grønlandske har en sådan organisationsform store konsekvenser, fordi en meget lille del af befolkningen har en kompetencegivende uddannelse. Skøn går på at kun 5 pct. af befolkningen har en højere videregående uddannelse, medens 75 pct. ikke har andre uddannelsesmæssige kvalifikationer end gennemført folkeskole (Sørensen, 2007: 6). En fastholdelse af sådanne specifikke uddannelsesmæssige krav vil helt naturligt betyde, at store dele af befolkningen afskæres fra at deltage samtidig med, at det bliver nødvendigt med tilkaldt personale (fortrinsvist Danmark). Med denne danisering af bureaukratiske organisationer, som sundhedsvæsenet er et eksempel på, er det afledte resultat, at en stor gruppe af den grønlandske befolkning marginaliseres. Når det personale, der skal tilkaldes, bliver en global mangelvare som indenfor sygeplejerskeområdet syntes de rigide uddannelsesmæssige krav endog mere problemfyldte.

Alene det, at den bureaukratiske organisations opbygning bygger på en arbejdsdeling, der tager udgangspunkt i formelle uddannelsesmæssige kvalifikationer, vil betyde at den overvejende del af de ansatte i den offentlige forvaltning nødvendigvis måtte være danskere. Danskerne bliver de modelstærke, hvorudfra de bureaukratiske spilleregler helt naturligt vil udgå fra. De modelsvage bliver den store og marginaliserede gruppe af grønlændere, som ikke har de rette uddannelsesmæssige kvalifikationer og kompetencer. Fakta er, at frem til nu har den offentlige sektor været præget af en overvægt af danskere i de ledende positioner (Christiansen og Togeby, 2003: 84). Dette skyldes sandsynligvis det fakta, at når først bureaukritiseringen er implementeret fuldt ud, så bliver den svær at bryde med (Weber, 2003: 95).

Den bekymring og erkendelse som de grønlandske initiativtagere bag hjemmestyreløven havde, gik meget på ovenstående problemstillinger og hvordan der kunne grønlandiseres i organisationerne. En grønlandisering, hvor indsatsområderne skulle være en højere grad af integrering af grønlandsk kultur, traditioner og måder at tænke på, styrke gruppeidentiteten og via specielle indsatser fx uddannelse og fokus herpå sikre at der opstår et ligeværdigt fællesskab i samfundet. I forhold til rekruttering af arbejdskraft, bl.a. indenfor sundhedsvæsenet, indeholder Tobiassens beskrivelse af grønlandisering en betragtning, som er vigtige at have med - både i forhold til intern men også ekstern rekruttering af sundhedspersonale - nemlig at erstatte de mange danskere med grønlændere, der via opkvalificering og uddannelse får de efterspurgte kvalifikationer (1998:166, 1995: 61). I denne dimension kan der gemme sig flere forhold. På den ene side vises, at der fra politisk side er vilje til at yde en enorm uddannelsesmæssig opkvalificering, således at den grønlandske befolkning opnår de kvalifikationer som den bureaukratiske organisation tilsiger. Medens det på den anden side også være et udtryk for, at det accepteres, at nogle opgaver kræver

specielle kompetencer, men at man i forsøget på at opnå en højere grad af forankring i samfundet er villig til at gå på kompromis med nogle af bureaukratiets mere rigide uddannelsesmæssige krav.

Er det det sidste forhold, der er gældende, kan ses som en realistisk måde at styrke det ”grønlandske fællesskab”, der er blevet underlagt daniseringen. Er det derimod begge forhold, der hentydes til, kan de overordnet set forstås som henholdsvis en langsigtet og en kortsigtet løsning på hvordan grønlandiseringens udfoldelse. Uanset hvordan det forholder sig er det vigtig, at være opmærksom på en væsentlig ting i forbindelse med denne betragtning, hvilket er, at der indenfor reelt bestemte områder og arbejdsopgaver kan ligge lovmæssige krav om uddannelsesmæssige kvalifikationer, der betyder, at denne opkvalificering og efteruddannelse skal være af en helt speciel karakter.

En styrkelse af det ”grønlandske fællesskab” ved at erstatte danskere med grønlændere sikrer samtidig, at den sociale og kulturelle arv sikres, sådan som det ses i kommunitaristiske samfund. I sådanne samfund beskytter fællesskabet individernes interesser, ved at give dem muligheder for et godt liv og sikre en fair distribution af rettigheder og ressourcer sådan, at folk får mulighed for at udvikle sig indenfor fællesskabet. Problemerne kan opstå når denne beskyttelse og særbehandling sker på bekostning af andre grupper. Disse andre grupper vil komme til at stå udenfor fællesskabet som en marginaliseret gruppe. Samtidig vil fællesskabet opleve problemer, hvis det skal indgå i mere globale sammenhænge. Et eksempel på dette kan være sproget. For kommunitaristerne er det helt legitimt at barrikadere sig i et mindre fællesskab ved, som, i Grønland, at bruge sprogkriteriet til at definere fællesskabet og verdenen udenfor.

Grønlandiseringsdebatten i dagens Grønland drejer sig i høj grad om sproget, sikkert fordi det i høj grad er et nemt parameter at identificere det at være grønlænder, at tilhøre kulturen og de traditioner, der findes her. Problemerne er dog:

- At begrebet grønlandisering henviser til flere forhold, hvoraf sproget kun udgør et underpunkt i Grønlandiseringens fire dimensioner (Kapitel 2 Bureaukrati og Kommunitarisme).
- At der i definitionen på det at være grønlænder findes mere end sprog.

Denne måde at adskille dem fra os på medfører splittelse i forhold til, hvem hører til hvilken gruppe, og skaber nationalistiske undertoner, som opdeler og marginaliserer store dele af befolkningen frem for at samle Grønland i et fællesskab.

Begreberne danisering og grønlandisering kan som beskrevet i deres mest ekstreme former kan resultere i, at store grupper i samfundet marginaliseres. En konsekvens, der næppe ikke har været intentionen, da begreberne blev introduceret. I forhold til de store rekrutteringsproblemer, herunder

rekruttering til det grønlandske sundhedsvæsen, som dette samfund står overfor, vil det være yderst uheldigt uanset hvilken af de to yderpunkter der vælges.

Den nuværende ”danske” måde at organisere arbejdet i sundhedsvæsenet på har vist store og voksende problemer med at rekruttere sygeplejersker, danske som grønlandske. En grønlandisering med fokus på sproglige kvalifikationer vil ej heller løse de nuværende problemer, måske snarere forstærke dem, da allerede ansatte og veletablerede sygeplejersker (evt. med familie) vil komme til at føle sig så meget udenfor fællesskabet, hvilket kan medføre at de vælger at forlade Grønland og dermed det grønlandske sundhedsvæsen.

En mulig løsning må være at undgå, at grupper, og dermed potentiel arbejdskraft indenfor sundhedsvæsenet, marginaliseres. Det helt naturlige mål må derfor være at skabe en situation, hvor flest mulige inkluderes. Løsningen kan helt naturligt findes midt mellem yderpunkterne: Daniseringen og Grønlandiseringen, og hermed være ud fra en accept af, at fællesskabet er bikulturelt. De forskellige kulturer og traditioner, der inddrages i fællesskabet, skal accepteres og integreres i fremtidige løsningsmodeller, hvilket selvfølgelig skal tilpasses grønlandske forhold. For, som henholdsvis Kymlica og Inuit Ataqatigiit ungdom skriver/ udtaler: ” A society is just if it acts in accordance with the shared understandings of its members, as embodied in its characteristic practices and institutions” (Kymlica, 2002: 211) og “Det er vigtigt at understrege at der er brug for alle borgere i landet” (Sermitsiaq, 2008c). Uanset hvordan den endelige løsningsmodel ser ud, vil den stille store krav til ledelsen ad denne proces og til ledelsen af en fremtidig organisation.

En anden vigtig ting er, at jo mindre fællesskabet er, jo svære er det at klare sig i den globale konkurrence, som i forvejen er hård, specielt hvad angår sygeplejersker. I andre samfund, hvor det har været nødvendigt at sikre, at flest mulige blev inkluderet i arbejdsmarkedet, er begrebet og ledelsesformen *mangfoldighedsledelse* blevet brugt som model for at øge arbejdsstyrken. Ledelsesformen har udgangspunkt i at inkludere flest mulige uanset etnisk og uddannelsesmæssig baggrund og ud fra en accept af, at verden er multikulturel og at der er brug for alle. Mange af de tanker, der ligger bag mangfoldighedsledelse, vil kunne inspirere og skabe baggrund for en løsningsmodel, der kan reducere nogle af de store rekrutteringsproblemer som sundhedsvæsenet står med.

2.6. Sammenfatning: Bureaukrati og kommunitarisme i Grønland

I dette kapitel har jeg beskrevet begreberne, den bureaukratiske organisation, danisering, kommunitarisme og grønlandisering, rent teoretisk, for til sidst at diskutere hvordan de vil se ud i en situation med rekrutteringsproblemer.

Den bureaukratiske organisation har, som beskrevet af Weber, nogle universelle træk omkring organisering, arbejdsdeling og at arbejdet skal udføres efter bestemte forskrifter. Som beskrevet kan dette have nogle fordele af økonomisk og kvalitetsmæssig art, ligesom det indenfor bestemte professioner sikrer, at de lovmæssige krav til uddannelseskompetence og arbejdsopgaver sikres. Når så en sådan bureaukratisk organisation bliver mere specifik og overføres til et land som Grønland, kan der, som det fremgår i diskussionsafsnittet, opstå nogle uhensigtsmæssigheder. Med bureaukratiets indførelse i Grønland opstod der bl.a. nogle krav til uddannelsesmæssige kompetencer. Da disse i stor udstrækning ikke er til stede, vil stillingerne blive besat med personale, der har disse. Da dette som oftest er danskere vil indførelsen af en bureaukratisk organisationsform opfattes som danisering. Ud over denne marginalisering af grønlændere, fremhæves det også, at daniseringen og den bureaukratiske organisation er medvirkende årsag til, at der opbygges et stort og rigtigt system, der ikke kan håndtere den fleksibilitet, som er så nødvendig i et land med så stor geografisk udbredelse og med så få indbyggere.

Med Hjemmestyrets indførelse blev der startet en ny proces. Denne proces som skulle gøre op med daniseringspolitikken og i stedet grønlandisere samfundet, så den kulturelle arv og sproget i højere grad blev medinddraget i de strukturelle løsninger. For at kunne forstå nogle af de bevæggrunde der lå til grund for ønsket om grønlandisering blev begrebet kommunitarisme inddraget. Kommunitaristerne søger at beskytte fællesskabet og den fælles kulturelle og sociale arv på forskellige måder. En af de måder dette kan gøres er ved at yde positiv særbehandling til fællesskabets medlemmer. Grønlandiseringens ønske om at styrke den fælles kulturelle arv og sproget kan derfor ses som et lignende forsøg på at beskytte det grønlandske fællesskab. Dette kan, som tidligere beskrevet, være helt legalt, men problemerne opstår når problemerne bliver af mere global karakter og når afgrænsningen af fællesskabet bliver draget ud fra sproglige kriterier, som udelukker en del af befolkningen, som ellers føler sig som værende en del af fællesskabet. Grønlandiseringens konsekvenser, som beskrevet i dette kapitel, er at det på lige fod med daniseringen vil resultere i, at en stor del af befolkningen marginaliseres.

Med denne sammenfatning er det helt åbenlyst, at fremtidens udfordringer for samfundet i forsøget på at løse de rekrutteringsmæssige problemer, der findes indenfor sygeplejen og som er af global karakter ligger i at finde en måde, hvorpå alle potentielle medarbejdere bringes i spil. Der er ikke plads eller økonomi til at udelukke marginaliserede grupper, uanset om de er opstået på baggrund af daniseringen eller grønlandiseringen.

Kapitel 3 Mangfoldighedsledelse som løsningsmodel

Rekrutterings- og flaskehalsproblemer er ikke kun et grønlandsk fænomen, men er velkendt i både USA og Europa. Disse lande har igangsat en række initiativer på organisations- og ledelsesplan, som skulle sikre en bedre integrering af marginaliserede grupper i arbejdsstyrken, for på den måde at øge arbejdskraftudbuddet. Et af disse initiativer har været mangfoldighedsledelse.

Tankegangen bag mangfoldighedsledelse stammer tilbage fra 1980'erne. Det er en ledelsesform, der tager udgangspunkt i individuelle menneskelige ressourcer og betragter dem alle som et aktiv. Denne tænkemåde bliver samtidig et opgør med de bestræbelser, der har været i mange offentlige og private virksomheder, på at gøre medarbejdernes arbejdsmæssige bidrag og adfærd ensartede, uden skelen til hvad den enkelte ellers havde af kompetencer (Hildebrandt, 2003: 119).

Udviklingen af begrebet mangfoldighedsledelse har, som nævnt, baggrund i de samfundsmæssige forandringer som de vestlige lande har stået overfor. Befolkningssammensætningen vil de fleste steder ændres således, at gruppen af ældre øges betydelig, hvilket bevirker at arbejdsstyrken reduceres tilsvarende. Samtidig vil andelen af folk med anden etnisk baggrund øges, sådan at de kommer til at udgøre en stadig større andel af arbejdsstyrken (Hildebrandt, 2003; 53). Virksomhederne og den offentlige sektor kommer til at mærke denne udvikling ved, at der vil komme en øget konkurrence om kvalificerede medarbejdere. Det afgørende for om aktiviteterne på arbejdsmarkedet kan opretholdes er, at organisationerne forstår at holde på deres medarbejdere og udvide ansættelsesgrundlaget ved bl.a. at rekruttere medarbejdere med andre kvalifikationer og kompetencer end dem som vanligvist forbindes med jobbene.

I kapitel 2 blev det fremhævet, at en af fremtidens udfordringer er at bringe alle potentielle medarbejdere i spil og undgå, at grupper udelukkes fra at deltage. Her kunne mangfoldighedsledelse være et muligt redskab. For at afklare dette vil denne ledelsesform først blive beskrevet generelt, hvorefter den vil blive analyseret i en grønlandsk kontekst med henblik på at vurdere dens kvaliteter.

3.1. Mangfoldighedsledelse

Når talen falder på mangfoldighedsledelse er intentionen, at der gennem ledelsesformen udvikles en inkluderende organisation, hvor alle medarbejdernes forskelligheder inddrages, værdsættes og nyttiggøres (Jacobs, 2001: 6). Denne ledelsesforms succes afhænger af om det lykkes at få medarbejderne til at opfatte mangfoldigheden. Det vil sige forskelle og uligheder mellem mennesker i form af primære og sekundære forskelle (Jacobs, 2001: 62), som en ressource, der kan komme organisationen til gavn. De primære forskelle er dem vi har med fra fødslen, som køn, alder

og etnicitet, medens de sekundære kan ændre sig i takt med den enkeltes livscyklus. Eksempler på sekundære forskelle er uddannelse, erhvervs erfaring og sprog. Forskellene i dimensionerne gør, at organisationen skal se sine medarbejdere som forskellige og dermed også som individer, der har forskellige behov, forudsætninger og kompetencer, som organisationen kan drage nytte af (Thomas, 1999: 14). Der hvor den enkelte mangler forudsætninger og/ eller kompetencer sætter ledelsen ind med individuelle og målrettede initiativer, der sikrer, at der kompenseres for dette, således at den ønskede opgave kan blive varetaget på bedste vis.

Mangfoldighedsledelse kan på flere punkter ses både som et opgør med den bureaukratiske måde at se arbejdsmarkedet opdelt på, som Webers model lægger op til, men også en afstandstagen til kommunitarismens forsøg på at beskytte sig i et fællesskab ved at holde andre grupper ude fra deltagelse. En måde at anskue dette på er, at fokus er flyttet fra fagfunktioner og opdeling mellem grupper til i højere grad at være fokuseret på organisationens opgaver og løsningen af disse. Dette er helt essentielt og nødvendigt, for at kunne udnytte de personalemæssige ressourcer bedre. Dette fokusskift har den betydning, at organisationens faggrupper og medlemmer organiseres i forhold til de aktuelle opgaver og ikke i forhold til status i hierarkiet. Forsøget på at gøre op med både bureaukratisk og kommunitaristisk tankegang kan ses ved at der er et ønske om at fag og specialer skal bevares, men at dette skal ske i forhold til de opgaver der skal løses. Tanken er altså hverken at ligestille organisationens medlemmer eller at udelukke nogen fra at deltage, men at sikre, at alle får mulighed for faglig udvikling. Denne faglige udviklings udgangspunkt er opgaven. En tredje måde hvorpå dette opgør kan ses er, at kompetencebegrebet bliver opfattet bredt. Faglige kompetencer er helt nødvendige, men for at samarbejdet mellem de forskellige kompetencer skal kunne fungere, er det vigtigt at være i besiddelse af sociale kompetencer. Med dette menes, at det ikke er tilstrækkeligt at opstille tingene i hierarkier, som love, regler og formel arbejdsdeling. For at tingene skal kunne fungere, når arbejdet bliver opgaveorienteret, er det nødvendigt også at se på interaktionen mellem medarbejderne. Et fjerde sted hvor denne anderledes måde at tænke på, set i forhold til den bureaukratiske organisation er, at der ikke arbejdes med, at bestemte funktioner hører til et bestemt sted. For at opnå en høj succesrate, er det vigtigt, at organisationen kender og udnytter medarbejdernes kompetencer, uanset hvor i organisationen behovet måtte opstå. Dette kræver en større åbenhed i de enkelte jobs end der kendes fra den bureaukratiske organisation. Slutteligt vil kommunikationen dermed helt naturligt være mere uformel, fordi viden og vidensdeling finder sted i mere uformelle rammer.

De steder, hvor begrebet mangfoldighed og mangfoldighedsledelse bruges, er ofte i forbindelse med etnisk ligestilling og integration. Foreningen Nydanskere sammen med integrationsministeriet, har beskrevet, hvordan mangfoldigheden kan gøres til hverdagspraksis med det formål at skabe bedre integration (2007). Dermed skabes et inkluderende begreb, hvor der implicit ligger en accept af forskellige identiteter og forskelligheder, svarende til tankerne bag multikulturalismen, hvor det er vigtigt at arbejde for beskyttelse af udsatte grupper og minoriteters måde at leve på (Kymlika, 2002: 337).

Mangfoldighedsledelsens mål er, at organisationer i højere grad bliver bedre til at udnytte arbejdsmarkedets potentiale ved at forene minoriteter og majoriteter i udførslen af specifikke arbejdsopgaver. Minoritetsgruppen inkluderer ofte indvandrere, deres efterkommere, nydanskere, de uuddannede, seniorerne og de handicappede, medens majoritetsgruppen ofte forbindes med den del af befolkningen, der har en uddannelse, som er i den arbejdsdygtige alder og som tilhører gældende nationalitet. Hvis ideerne bag skal lykkes er det vigtigt, at alle kompetencer betragtes som positive og lige nyttige for organisationen, hvilket stiller store krav til ledelsen og dens måde udfolde og udvikle medarbejdernes kompetencer på (Hildebrandt, 2003: 83 – 84, 115 – 116, Jacobs, 2001: 48, 117). Målet er, ifølge litteraturen, ikke at skabe ligestilling mellem minoriteten og majoriteten, men at hindre, at der opstår barrierer, som påvirker medarbejdernes udfoldelsesmuligheder indenfor det specifikke kompetenceområde de behersker. Det handler med andre ord ikke om at behandle alle ens, men om at behandle folk tilpas forskelligt til, at alle får de samme muligheder.

3.1.1. Fordele ved mangfoldighedsledelse

Virksomheder og organisationer er begyndt at tænke i mangfoldigheder og mangfoldighedsledelse, fordi der implicit ligger en række fordele, der viser sig ved en række forhold:

- Mangfoldighedsledelse arbejder bevidst med at inkludere marginaliserede grupper, hvilket medfører, at rekrutteringsgrundlaget øges mærkbart. I stedet for udelukkende at fokusere på, at hierarkiets funktionsområder skal besættes med medarbejdere, der har de tilhørende kvalifikationer, tænkes der mere bredt og i opgaver. Dette betyder, at det i langt højere grad bliver muligt at udnytte de mange potentialer, som arbejdsmarkedet byder på.
- Mangfoldighedsledelse kan ved det øgede rekrutteringsgrundlag samtidig afhjælpe manglen på arbejdskraft, hvilket medfører, at organisationen bliver bedre rustet til at møde den stigende faggrænseoverskridende arbejdsdeling. En mere differentieret arbejdsstyrke betyder samtidig at sårbarheden overfor demografiske konjunktursvingninger i arbejdsstyrken reduceres.

- I mangfoldighedsledelse lægges der op til, at ledelsen kan udnytte det bredere rekrutteringsgrundlag, hvilket bevirker, at der vil komme flere kompetencer i spil og at adgangen til talenter dermed øges. Ledelsen vil på den baggrund sikre økonomiske fordele, som vil gavne bundlinjen. I takt med at flaskehalsproblemet reduceres, vil lønpresset naturligt blive reduceret tilsvarende.
- Mangfoldighedsledelse vil være et godt instrument til at vise social ansvarlighed på. Organisationerne måde at arbejde på, herunder rummelighed og indslusningen af minoritetsgrupper, der ellers tidligere ville have været udelukket fra arbejdsmarkedet, viser denne social ansvarlighed. Samtidig vil organisationer, som er åbne overfor at lade deres medarbejdere udfolde forskellige kompetencer, også opleve en højere grad af loyalitet, engagement, lavere sygefravær og færre opsigelser.

3.1.2. Ulemper ved mangfoldighedsledelse

Indførelse af mangfoldighedsledelse bevirker, at det bliver nødvendigt at se på begrebets ulemper, som primært drejer sig om to forhold, nemlig:

- Brugen af mangfoldighedsledelse vil blive et opgør med lighedstanken, idet den tillader positiv særbehandling. Denne positive særbehandling er helt essentiel for at kunne øge organisationernes rekrutteringsgrundlag, hvilket skyldes, at organisationerne bliver nødt til at iværksætte specielle initiativer i forhold til arbejdsmarkedets minoritetsgrupper, således at de får den uddannelse og de kompetencer, som gør dem i stand til at varetage opgaver i organisationen.
- Investeringer i atypisk rekruttering og individuel udvikling medfører et øget ressourceforbrug. Organisationer der ledes ud fra tankerne om mangfoldighedsledelse vil ikke kunne udnytte tidligere funktions og arbejdsbeskrivelser, fordi de hele tiden ændres i forhold til organisationens opgaver og medlemmer.

3.2. Diskussion af mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi i Grønland.

Mangfoldighedsledelse er en ledelsesform, som er udviklet i lande, hvor der har været brug for at øge arbejdskraftudbuddet. Da forhold i to lande aldrig er ens, vil der altid være forhold, som skal justeres, tilpasses eller rettes opmærksomhed på, når konteksten ændres. Dette gælder ligeledes når mangfoldighedsledelsens muligheder og kvaliteter i Grønland skal diskuteres.

Mangfoldighedsledelse i sin tænkte form har til formål at øge arbejdsstyrken ved at arbejde målrettet arbejde på at inkludere marginaliserede minoritetsgrupper på arbejdsmarkedet. Grupper som ikke tidligere har haft denne mulighed grundet manglende kompetencer på det sekundære plan. Disse marginaliserede minoritetsgrupper kan opfattes som en konsekvens af det samfund de er en del af.

I Grønland, hvor det har været den bureaukratiske organisationsform, som har været dominerende siden 1953, er der, som tidligere beskrevet, ligeledes opstået marginaliserede grupper. Disse står uden mulighed for deltagelse grundet forhold såsom manglende uddannelsesmæssige kompetencer. Mangfoldighedsledelsens tanker og formål er meget aktuelle i forhold til de rekrutteringsproblemer Grønland pt. står med og i forhold til den store gruppe, der er udelukket fra deltagelse grundet manglende uddannelsesmæssige kompetencer. Forskellen på Grønland og de lande, hvor mangfoldighedsledelse praktiseres, er, at det i Grønland ikke er minoritetsgruppen, der i højere grad skal inkluderes, men en majoritetsgruppe.

For at gøre mangfoldighedsledelse relevant i grønlandske sammenhænge, skal ledelsesformen opfattes omvendt af, hvad det er udviklet til for at have relevans i dette speciale. Ledelsesstrategien er nemlig at sikre, at majoriteten i Grønland, dvs. den grønlandske befolkning og folk med tilknytning til landet, i højere grad end nu inkluderes i den organisationskultur, som findes indenfor bl.a. sundhedsvæsenet. Dette kan gøres og organiseres ved at bruge mangfoldighedsledelse, som den oprindeligt er tænkt. Det skal være en organisationskultur, der har det kendetegn at være opbygget efter majoritetsgruppens forbillede, uddannelsesniveau, referencer og geografiske forhold. Det vil både være grønlandisering i ordets bredeste forstand og et samfundsgode, hvis majoriteten bliver inddraget på en værdig måde, med respekt for traditioner, kultur og sociale forhold.

Hvis mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi skal benyttes til at løse nogle af de rekrutterings- og flaskehalsproblemer, der findes i dagens Grønland, kræver det, at den minoritet, som sidder med modelmagten er villige til og kan se mulighederne i at gøre op med den bureaukratiske organisationsform. Herunder med dens rigide holdning til jobmæssige kompetencer, arbejdsopgaver og arbejdsgange. I organisationer hvor standardisering og tilpasning er normen er det ikke altid sandsynligt at der udfoldes ret meget mangfoldighed. Mangfoldighedsledelse kræver villighed til at tænke bredt, fleksibelt og i opgaver og samtidig acceptere at magtrelationerne påvirkes og at erhvervede privilegier trues. Hvis dette accepteres vil der opstå en tilgang i rekrutteringsgrundlaget, som i procent vil overstige og åbne op for betydeligt flere muligheder sammenlignet med lande, hvor ledelsesformen blev udviklet til at fungere. Årsagen er, som tidligere

nævnt, at den marginaliserede gruppe samtidig udgør majoriteten i landet. Når denne gruppe bliver inkluderet vil størstedelen dog stå uden anden uddannelse end folkeskolen (Sørensen, 2007: 6). Dette betyder, at mangfoldighedsledelse ikke kan stå alene, hvis den ønskede virkning skal ske. Det bliver derfor nødvendigt at supplere med uddannelse og opkvalificering, som passer til de opgaver der skal løses.

Uddannelse og opkvalificering af den del af befolkningen der ikke har de rette kvalifikationer til bestemte jobfunktioner på arbejdsmarkedet, betyder samtidig, at nogle af de tanker, der findes i grønlandiseringens dimensioner (Kapitel 2 Bureaucrati og Kommunitarisme i Grønland), vil blive en nødvendig forudsætning for mangfoldighedsledelsens succes.

Et brud med den bureaukratiske organisationsform til fordel for en fleksibel og opgaveorienteret ledelsesform vil samtidig betyde, at der er mulighed for i højere grad at tilpasse organisationens størrelse, således denne i højere grad bliver i overensstemmelse med landets størrelse og indbyggertal. Jobfunktioner kan således samles på tværs/ langs i organisationen. Dette bevirker, at medarbejdere med en længerevarende uddannelse udelukkende skal varetage opgaver svarende til de uddannelsesmæssige kompetencer. En frasortering af det arbejde, der kan varetages af personer med lavere uddannelsesmæssige kompetencer, vil betyde, at den højtuddannede får frigivet tid som kan udfyldes med arbejde fra andre funktioner i organisationen. Det arbejde, der placeres hos andre medarbejdere, er dermed tilpasset disses uddannelsesmæssige kompetencer. En sådan optimal udnyttelse af medarbejdernes mangfoldigheder burde samtidig reducere behovet for højt uddannede/ specialister således, at behovet for at rekruttere udefra reduceres parallelt.

Hvad skal der så til for at brugen af mangfoldighedsledelse kan blive en succes? Det er vigtigt at indstille sig på, at en større integrering af den majoritet, som ikke for nuværende er en attraktiv del af arbejdsstyrken, er en opgave af langsigtet karakter. Dette er dog værd at arbejde for, da en større intern rekruttering vil kunne reducere Grønlands afhængighed af eksternt arbejdskraft.

Det langsigtede arbejde vil komme til at dreje sig om mulighederne for, at man i højere grad får indsluset og opkvalificeret grønlandske medarbejdere til at varetage specifikke arbejdsopgaver bl.a. i sundhedsvæsenet. Desuden hvordan der i højere grad bliver lagt op til, at der arbejdes med fleksible løsninger med udgangspunkt i opgaverne, frem for de nuværende og meget bureaukratiske personaleløsninger. Målet skal gerne være en højere grad af forankring i det grønlandske samfund både med hensyn til hvordan opgaverne struktureres på og hvordan de i større grad besættes med personale, der har relation til Grønland. For at dette langsigtede arbejde kan fungere er det dog fortsat nødvendigt, at det er attraktivt for udefrakommende at være ansat i Grønland.

Denne fortsatte afhængighed af udefrakommende kræver samtidig, at der på kort sigt skal arbejdes med at optimere de forhold, der er afgørende for at uddannede lader sig rekruttere til Grønland. Ydermere er det vigtigt at huske at minoriteten, de højt uddannede arbejdskraft og dem med specielle professioner, uanset etnisk oprindelse er vigtige brikker for den langsigtede løsnings succes. Mangfoldighedsledelse, med den deraf større inddragelse af den grønlandske befolkning, kræver nemlig, at disse skal være der til at forestå oplæring og uddannelse af den del af arbejdsstyrken, som ønskes integreret. Udfordringen bliver derfor at sikre, at samfundsmæssige, organisatoriske og individuelle forhold optimeres, således at realiseringen af mangfoldighedsledelse sikres.

Den fleksibilitet, som mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi byder på kan bruges til at gøre op med den bureaukratiske organisations ulemper og i stedet optimere brugen af personale sideløbende med, at den sikrer den grønlandisering der er så efterspurgt i både befolkningen og politisk. Med mangfoldighedsledelse vil der helt automatisk komme fokus på to dimensioner i grønlandiseringspolitikken: den personalepolitiske og den uddannelsespolitiske. En større deltagelse af den herboende befolkning vil som afledt effekt helt automatisk betyde, at organisationerne vil opleve, at flere vil benytte sig af det grønlandske sprog i arbejdssammenhænge.

Overordnet for dette arbejde er det dog vigtigt, at der i et sådant udviklingsforløb tages udgangspunkt i, at alle løsninger skal respektere forskelligheder, uanset om man kommer fra Danmark og udgør minoritetsgruppen eller man kommer fra Grønland og tilhører majoritetsgruppen. Udgangspunktet er et samfundet er bikulturelt samfund og at man er indbyrdes afhængig.

3.3. Sammenfatning: Mangfoldighedsledelse som løsningsmodel

For at vurdere mangfoldighedsledelse som muligt redskab til at løse nogle af de rekrutteringsproblemer Grønland står med, har jeg i dette kapitel set på ledelsesstrategien mangfoldighedsledelse, som et universelt begreb. Det er en ledelsesform, som arbejder med at inkludere marginaliserede grupper med et øget rekrutteringsgrundlag til følge. En sådan optimering af landes egne arbejdsstyrker vil samtidig betyde at disse bliver bedre rustet til den stadig øget globale arbejdsdeling, der finder sted. Overordnet set er disse universelle tanker yderst vedkommende for Grønland.

Vigtigt er det dog at huske, som det også fremgår i diskussionsafsnittet, at denne ledelsesstrategi ikke kan overføres til Grønland direkte. Der er nogle forhold som opmærksomheden skal rettes på. I sin oprindelige form var mangfoldighedsledelse tænkt som en måde at integrere de marginaliserede

minoriteter i arbejdsstyrken. Formålet var at imødekomme nogle af arbejdsmarkedets flaskehalsproblemer. I Grønland findes de samme flaskehalsproblemer, men til forskel fra andre lande udgør den marginaliserede del af den potentielle arbejdsstyrke en majoritet i Grønland. Hvis det er muligt at opnå den samme succes i Grønland med mangfoldighedsledelse som tilfældet har været i udlandet så må denne ledelsesstrategi anses for at være yderst anvendelig idet den gruppe, der vil komme til at udgøre fremtidens rekrutteringsgrundlag, vil forøges markant.

Denne ledelsesstrategi vil, som det fremgår af diskussionen, automatisk medføre andre ting. Det vil betyde et opgør med den bureaukratiske tankegang, fordi fokus flyttes fra rigide regler, love og funktionsbeskrivelser til fleksible og opgaveorienterede organisationer. Den anden afledte effekt af den større inddragelse af befolkningen bliver en helt naturlig grønlandisering, da fokus bliver på den personalepolitiske og uddannelsespolitiske dimension.

Samlet set må det derfor siges at mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi vil være et meget relevant udgangspunkt for at løse nogle af de rekrutteringsmæssige udfordringer Grønland står overfor.

Kapitel 4. Samfundsmæssige baggrundsfaktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker

De to teoriafsnit, kapitel 2 og 3, har behandlet teorier med relevans for dette speciales problemstillinger. Denne behandling har været generel og har haft fokus på rekrutteringsproblemer generelt og muligheder for at løse disse. En fyldestgørende besvarelse af specialets problemstillinger betinger, at blikket rettes mere specifikt på forhold af relevans for rekruttering af sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen. En sådan fyldestgørende besvarelse af disse problemstillinger forudsætter en beskrivelse af samfundsmæssige, organisatoriske og individuelle forhold, som alle kan have indflydelse herpå. I dette kapitel vil de samfundsmæssige faktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker, blive behandlet.

En af de faktorer, der er vigtig er den demografiske udvikling og prognoserne for befolkningsudviklingen. Væsentlige ændringer på dette område kan bevirke, at de rekrutteringsproblemer, der findes nu, hurtigt kan antage helt andre dimensioner. En anden væsentlig faktor, er det aktuelle sygdoms og sundhedsbillede, og de prognoser, der er for fremtiden. Det kan være, at væsentlige ændringer, med hensyn til begge faktorer, vil komme til at betyde, at efterspørgslen på sundhedsydelse ændrer karakter, i en sådan grad, så det kan blive aktuelt med en mulighed for kompetenceglidning mellem forskellige faggrupper. En tredje faktor, der også er vigtig, er den førte arbejdsmarkedspolitik og Hjemmestyrets overordnede politik på dette område. Er der en holdning og politik på dette område, som bidrager positivt til sundhedsvæsenets rekrutteringsarbejde eller er det en politik, der primært tilgodeser andre samfundserhverv? Rekrutteringsproblemerne kan skyldes, at den førte politik primært tilgodeser væksterhvervene og at der ikke er opmærksomhed på eventuelle negative effekter for det offentlige, men også andre forklaringer kan være interessante og relevante at undersøge nærmere. Slutteligt kunne de ønske, der er i det grønlandske samfund om selvstyre, få betydning for fremtidens muligheder og udfordringer med hensyn til rekruttering af sygeplejersker.

Dette kapitel vil blive afsluttet med en kort sammenfatning. Samme fremgangsmåde vil blive brugt i de efterfølgende kapitler omhandlende organisatoriske og individuelle forhold. Selve diskussionen og analysen af disse forhold i forhold til teorien og problemstillingerne vil ske når alle tre forhold er blevet belyst. Dette vil give den bedste sammenhæng, da oplysningerne fra de tre kapitler vil have stor indflydelse på hinanden, hvorfor det vil være u hensigtsmæssigt at adskille tingene i forhold til bearbejdningen af dette speciales problemstillinger.

4.1. Den demografiske udvikling

En beskrivelse af den demografiske udvikling i Grønland betyder, at det er nødvendigt at vurdere sammenhængen mellem befolkningens størrelse og sammensætning over en given tidsperiode. Befolkningens udvikling/ befolkningstallet (B) afhænger af fire bevægelser: Antallet af levende fødte (F), antallet af døde (D), indvandrede (I) og udvandrede (U).

Udgangspunktet er et givent tidspunkt t_0 , udviklingen i de demografiske komponenter i en given periode $[t_0, t_1]$ med udgangspunkt i t_0 og den heraf resulterende befolkningsstørrelse og sammensætning i t_1 (Sørensen, 2000: 15). Befolkningsudviklingen i perioden $[t_0, t_1]$ kan derfor beskrives som: $B_1 - B_0 = F_1 - D_1 + I_1 - U_1$ (Sørensen, 2000: 61), hvor:

- $B_1 - B_0 =$ Befolkningsvæksten
- $F_1 - D_1 =$ Den naturlige befolkningsvækst
- $I_1 - U_1 =$ Nettoindvandringen

En sådan befolkningsprognose kan udnyttes intensivt som planlægningsredskab i den offentlige sektor, herunder det grønlandske sundhedsvæsen, når fremtidens personalebehov skal vurderes.

Den efterspørgsel sundhedsvæsenet oplever på deres ydelser, varierer systematisk med befolkningens aldersfordeling. En befolkning med mange unge i den fertile alder vil, i forhold til sundhedsvæsenet, typisk efterspørge ydelser som sundhedspleje, svangerskabsforebyggelse samt behandling i forbindelse arbejdsulykker. En befolkning, hvor der er en overvægt af ældre vil derimod være kendetegnet af en højere frekvens af hjertekarsygdomme, aldersrelateret diabetes, kræft end en befolkning med lav gennemsnitsalder, med deraf ændrede krav til behov for sundhedsydelser. Ydelser til disse områder er mere ressourcekrævende rent økonomisk og stiller samtidig krav til flere personalemæssige ressourcer herunder sygeplejersker.

Grønlands Statistik udgiver årbøger indeholdende tal og prognoser for befolkningens alderssammensætning i landet. Denne beskrivelse vises grafisk ved hjælp af en befolkningspyramide, som giver en samlet beskrivelse af: $B_1 - B_0 = F_1 - D_1 + I_1 - U_1$ opdelt i alders og kønssegmenter. Da det ikke har været muligt at finde de præcise tal bag disse befolkningspyramider vil befolkningens udvikling/ befolkningstallet (B) bygge på en manuel aflæsning af disse befolkningspyramider. Ud fra disse befolkningspyramider, som har en tidshorisont på 15 år, er der udarbejdet en tabel (tabel 1), der viser, hvordan udviklingen har været de seneste 20 år og hvordan de kommende 10 år forventes at udvikle sig. Tabellen er bygget op omkring intervaller på 10 år, dog tilføjet året 1993. Årsagen til at sidstnævnte var relevant at medtage er, at det var det år som publikationsmæssigt lå tættest på det år, hvor sundhedsvæsenet

blev hjemtaget. Ved at inddrage dette år kan ændringer i aldersfordelingen og hvad man kan forvente sig af fremtiden bedre beskrives.

Tabel 1. Den grønlandske befolknings alderssammensætning i perioden 1986 – 2016

Alder \ År	0 -14 år	15 – 24 år	25 – 39 år	40 – 59 år	Over 60 år
1986	13 175	12 250	14 475	10 600	2980
1993	14 950	7750	14 750	11 650	3875
1996	15 600	6900	17 000	12 350	4270
2006	14 225	8650	12 200	16 650	5900
2016	13 350	8975	11 975	17 250	7725

Kilde: Grønlands statistiske årbog 1992/ 93 side 61, Grønlands statistiske årbog 1996 side 57 og Grønlands statistiske årbog 2007, side 81.

Tabellen bygger på cirkatal, som er fremkommet vha. manuel aflæsning ud af befolkningspyramider for de respektive tiår. Årsagen til at året 1993 er, medtaget er at det er det år der udgivelsesmæssigt kommer tættest på året 1992, hvor sundhedsvæsenet blev hjemtaget.

¹ Tallene for året 2016 bygger på en prognose udarbejdet af Grønlands Statistik

Overordnet kan det ses af tabel 1, at der er sket en synlig reduktion i antallet af yngre (0-39årige) i befolkningen, mens antallet af folk over 40 år er steget betydeligt i perioden 1986-2006. Denne udvikling forventes at fortsætte frem mod 2016, såfremt prognoserne udvikler sig som antaget af Grønlands Statistik.

Ved en lidt mere detaljeret gennemgang af hvad der er sket med sundhedsvæsenets befolkningsgrundlag efter, at hjemmestyret overtog ansvaret for sundhedsvæsenet ($t_0 = 1993$) og frem til 2006 (t_1), kan det ses, at: gruppen af 0-14årige er faldet med 5 pct. medens gruppen af 15-24årige og gruppen af 25-39årige er henholdsvis faldet og steget med 17 og 12 pct. For de ældste grupper, nemlig gruppen af 40-59årige og gruppen af ældre over 60 år, er steget med 43-52 pct.

Der er altså siden hjemtagelsen sket en ændring med hensyn til befolkningsgrundlagets alderssammensætning. En ændring der har været størst for den ældre del af befolkningen og en ændring, der samtidig kan betyde en ændret efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser med heraf større pres på de mere udgiftstunge sundhedsydelser.

Af tabel 1 ses det ligeledes, at grupperne under 60 år i perioden 2006-2016 ikke vil påvirkes af de store ændringer, mens der for gruppen personer over 60 år vil ske en stigning på lidt over 30 pct. Sammenholdes dette med prognoserne i den seneste rapport fra det rådgivende udvalg vedrørende Grønlands økonomi, som viser en fordobling i antallet af ældre over de næste 25-30 år, må der forventes et øget pres i fremtiden. Dette naturligvis kun hvis prognoserne i tabel 1 holder. Heraf må det afledes, at behovet for sundhedsydelser alene på baggrund af den ændrede aldersfordeling vil stige i årene fremover. En afledt effekt af dette er, at det nuværende behov for sygeplejersker og andet sundhedspersonale vil forøges fremover.

4.2. Sygdoms og sundhedsproblematikker i Grønland

I Grønland er der gennem årene lavet flere sundhedsprofiler og befolkningsundersøgelser med henblik på at kunne kortlægge befolkningen og de sygdoms- og sundhedsproblematikker, som er gældende for Grønland. Generelt for disse undersøgelser er nogle generelle sundhedsproblematikker, som vil få betydning for fremtidens sundhedsvæsen og udfordringerne her. De tre mest markante er sukkersyge, fedme og rygning.

I 60'erne var sukkersyge et forholdsvist ukendt fænomen i Grønland, men dette billede har ændret sig (Jeppesen, 2008: 95). I 1999 viste en befolkningsundersøgelse, at sukkersyge steg med alderen og var 20 pct. højere end i Danmark. Dette betyder, at sukkersygepatienter relateret til aldersstigning er oftere forekommende i Grønland end i Danmark (Bjerregaard, 2004:101). Nyere forskning bekræfter denne udvikling (Jeppesen, 2008: 95). Den naturlige konsekvens vil være at efterspørgslen på sundhedsydelse vil stige, fordi sukkersyge giver en række følgesygdomme, der kan være behandlingsmæssigt og økonomisk krævende. Som eksempler kan nævnes hjerte/ kar sygdomme, nyresygdomme og øjensygdomme.

Befolkningsundersøgelserne viser samtidig at antallet af overvægtige stiger i Grønland (Bjerregaard, 2004: 58), og er et stigende problem med alderen (Bjerregaard, 2004:103). De seneste undersøgelser viser, at problemet nu er så omfattende, at hele 24 pct. af befolkningen kan karakteriseres som svært overvægtige, medens 40 pct. er moderat overvægtige (Larsen m.fl. 2008: 124). Årsagerne til denne situation er sandsynligvis ændrede kostvaner og manglende fysisk aktivitet, hvilket er som en følge af øget import af fødevarer udefra og omstillingen fra den fysisk krævende fangertradition til mere traditionelt lønarbejde. At være overvægtig betyder, som ved sukkersyge, at der er en forøget risiko for en række følgesygdomme, herunder sukkersyge og hjertekarsygdomme, der igen kan have den konsekvens, at sundhedsvæsenet vil opleve et stigende pres på ydelser refererende hertil.

Gentagne undersøgelser af den grønlandske befolkning viser, at rygning udgør et stort problem for befolkningens sundhedstilstand. I 1993 var 80 pct. af den voksne befolkning rygere medens tallet i dag er faldet til ca. 65 pct. (Pedersen, 2008: 129-131; Bjerregaard, 2008: 129-133). Tobaksrygningens følgevirkninger er bl.a. kræft, hvoraf lungekræft tegner sig for en stor del, hjertekarsygdomme og kroniske lungelidelser. Da følgevirkningerne af rygning ofte debuterer mange år efter rygestart, må dette sygdomsbillede forventes påvirket, idet andelen af ældre forventes at stige (se tabel 1).

Samlet kan det derfor konkluderes at sukkersyge, fedme og rygning alle vil resultere i, at fremtidens sundhedsvæsen vil opleve et øget antal af lægekontakter, reduceret livskvalitet, øget antal følgesygdomme og risiko for tidlig død. Dette alene grundet disse tre sygdoms- og sundhedsproblematikker. Dette vil set i sammenhæng med den befolkningsprognose for fremtiden, påvirke efterspørgslen, indholdet af sundhedsydelse og behovet for sygeplejersker og andet sundhedspersonale, som vil betyde afledte virkninger på udgifterne til sundhedsvæsenet.

4.3. Det grønlandske arbejdsmarked.

Det grønlandske og danske arbejdsmarked er på mange måder tæt forbundet både gennem de store kulturelle bånd mellem landene og fordi mange Grønlændere tager deres uddannelse i Danmark samt fordi der konstant finder en bevægelse sted mellem de to arbejdsmarkeder af personer, der tager ansættelse enten i Danmark eller i Grønland. For at kunne forstå det der gør Grønland anderledes på en række områder, er det vigtigt at få dette afklaret og beskrevet disse. Dette skal gøres inden analysen af, hvilke muligheder og udfordringer det grønlandske sundhedsvæsen står overfor i arbejdet med at rekruttere sygeplejersker til lange ansættelsesforhold. Dette er fx følgende forhold: Arbejdsstyrkens størrelse og dermed det grundlag der findes for at rekruttere flere sygeplejersker internt, den grønlandske arbejdsmarkedslovgivning der er med til at regulere tilgangen af arbejdskraft udefra, den førte arbejdsmarkedspolitik samt de overordnede arbejdsmarkeds-mæssige forhold såsom overenskomster.

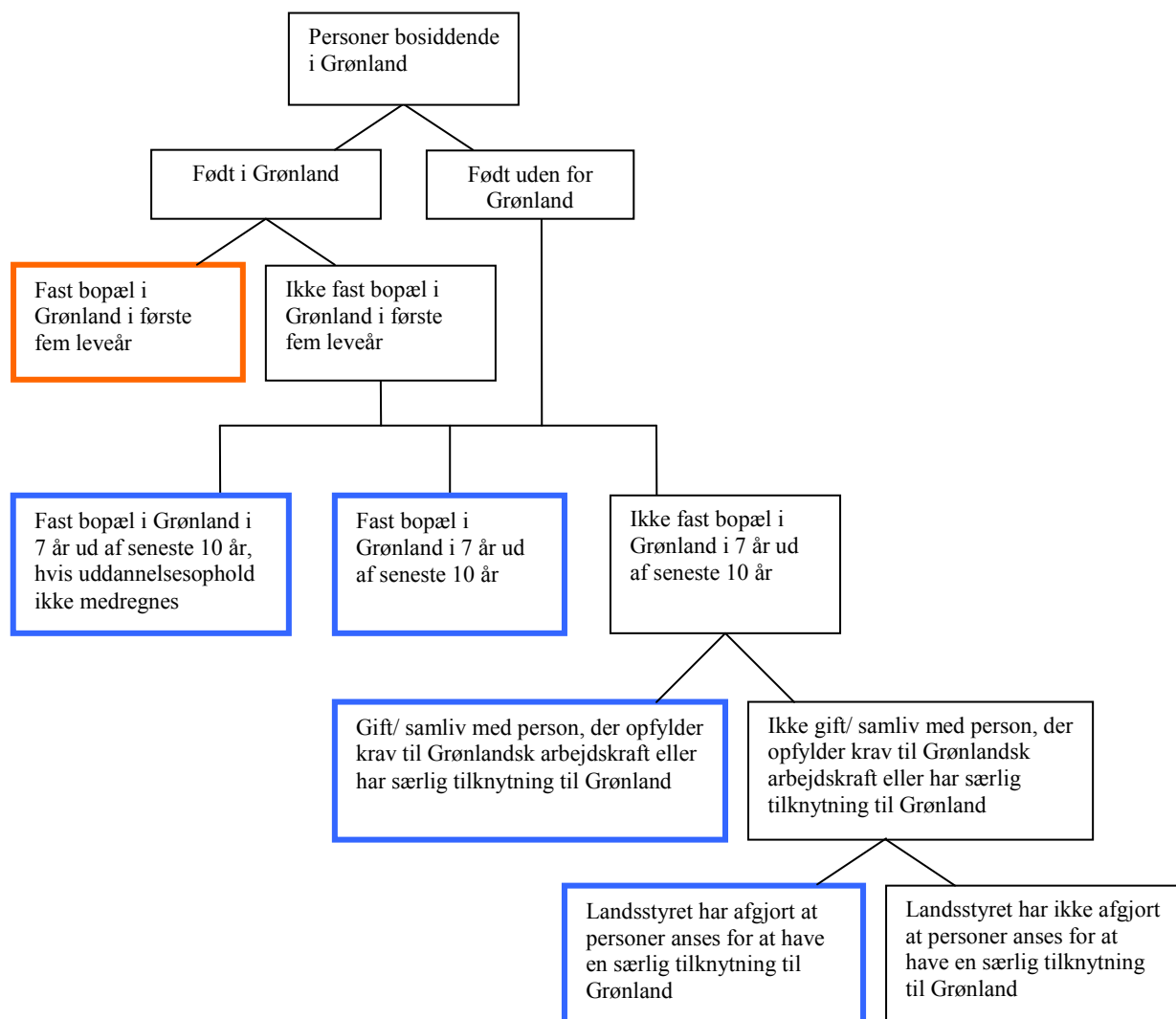
4.3.1. Den grønlandske arbejdsmarkedslovgivning

Grønland har via Landstingslov nr. 27 af 30. oktober 1992 vedtaget en arbejdsmarkedslovgivning, hvis formål er at sikre en regulering af arbejdskraftstilgangen til Grønland. Dens vigtigste formål er sikre at den herboende arbejdskraft førstes til stillinger, hvor det skønnes at være tilstrækkeligt kvalificeret arbejdskraft i Grønland. Bag ved denne lovgivning er der begreber, som er vigtige at få konkretiseret, fordi der igennem arbejdsmarkedslovgivningen sker en underopdeling af den samlede arbejdsstyrke i forskellige arbejdskrafttyper.

Den første og største arbejdskrafttype, der arbejdes med, er den del af arbejdsstyrken, der kaldes ”grønlandsk arbejdskraft”. For at indgå i denne, skal man være bosiddende i Grønland, være født i Grønland og have haft bopæl i landet de første fem år af ens liv. Den anden arbejdskrafttype kaldes ”personer med særlig tilknytning til Grønland”. Personer under denne betegnelse kan både være født i og udenfor Grønland. Her er udgangspunktet enten længden af ens ophold i Grønland, om man er samlevende eller gift med en der opfylder kravene eller om Landsstyret har afgjort, at

man har en særlig tilknytning til landet. Den tredje og sidste arbejdskraftstype er ”personer uden særlig tilknytning til Grønland” og inkluderer, de der ikke tilhører de to ovennævnte typer. Denne underopdeling af arbejdskraften i ”grønlandsk arbejdskraft”, ”personer med særlig tilknytning til Grønland” og ”personer uden særlig tilknytning til Grønland” er skitseret i figur 1.

Figur 1: Arbejdskrafttyper i Grønland



Grønlandsk arbejdskraft
 Personer med særlig tilknytning til Grønland
 Personer uden særlig tilknytning til Grønland

Kilde: Udarbejdet på baggrund af bilag 1 i Redegørelse vedrørende arbejdskraftens sammensætning og beskæftigelsespolitikken i Grønlands Hjemmestyre, 21 oktober, 1997

Af loven fremgår det, at personer med særlig tilknytning til Grønland lovgivningsmæssigt er sidestillet med Grønlandsk arbejdskraft. Den grønlandske arbejdskrafts forsteret til arbejde sikres

ved, at arbejdsgiveren skal indhente tilladelse til ansættelser af udefrakommende arbejdskraft samt at denne kun udstedes såfremt, der ikke har været lokale ansøgere med de efterspurgte kvalifikationer.

Der er dog stillingskategorier, der ikke er omfattet af landstingslov nr. 27 af 30. oktober 1992 om regulering af arbejdskrafttilgangen i Grønland. Dette gælder bl.a. for sygeplejersker og for sundhedsassistenter (Grønlands Hjemmestyre, 1998b: 37), hvorimod loven er gældende for sundhedsmedhjælpere.

Både i Landsstyrets vision for fremtiden (Grønlands Hjemmestyre, 2000: 39) og i Selvstyrekommissionens betænkning (Grønlands Hjemmestyre, 2003: 73) erkendes det, at så længe den herboende arbejdskraft ikke har de efterspurgte kvalifikationer vil der også i fremtiden være behov for udefrakommende arbejdskraft. Denne erkendelse får Selvstyrekommissionen til at anbefale, at loven om regulering af arbejdskrafttilgangen helt afskaffes, således at fremtidens arbejde mod en mere selv bærende økonomi og en større integration i en globaliseret verden ikke bremses af restriktiv lovgivning.

4.3.2. Arbejdsstyrken

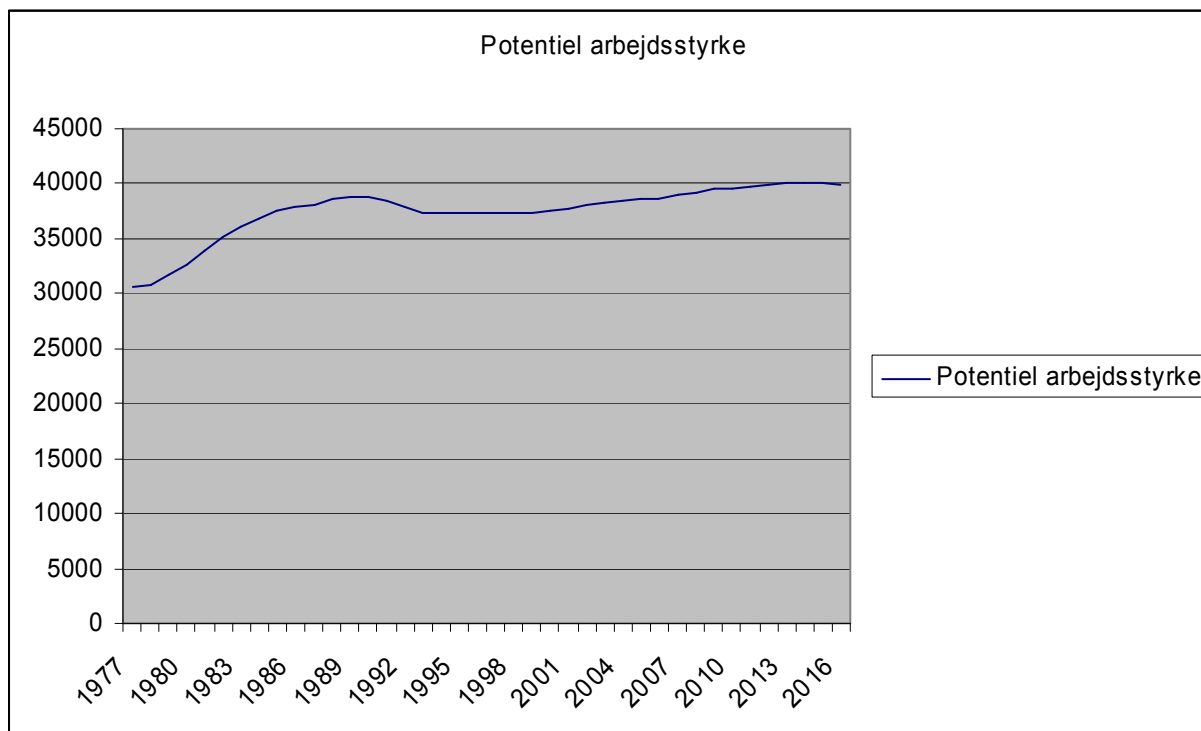
Arbejdsstyrken kan enten betegnes som den *potentielle* eller som den *faktiske*. Potentiel arbejdsstyrke inkluderer alle i den arbejdsdygtige alder (15-62 år), der ikke er tilkendt pension, medens den reelle arbejdskraft er personer i aldersgruppen 15-62 år, som reelt er til rådighed. Det interessante er, at begge typer opdelinger kan give værdifulde oplysninger i arbejdet med fremtidens rekruttering af sygeplejersker eller andet sundhedsfagligt personale, som på sigt kan udfylde de rekrutteringsmæssige problemer der findes i dagens grønlandske sundhedsvæsen.

Den potentielle arbejdsstyrke anno 2008 omfatter alle personer mellem 15 og 62 år⁹ (Grønlands Statistik, 2007: 330). Den potentielle arbejdsstyrkes udvikling kan ændre karakter som følge af demografiske forhold. Den førte arbejdsmarkedspolitik vil have meget begrænsede muligheder for at påvirke sådanne forhold. En måde kunne dog være at tilskynde kvinder til at føde flere børn via gunstige orlovs- og pasningsordninger. Dette er dog tiltag med meget langvarige effekter.

Hvordan den potentielle arbejdskraft har udviklet sig siden 1977 og hvordan den med de nuværende prognoser for befolkningen forventes at komme til at se ud kan aflæses på figur 2.

⁹ Før 2000 var det mellem 15 og 59 år grundet en pensionsalder på 60 år, men for sammenligningens skyld så arbejdes der i dette speciale med aldersgruppen 15 – 62 år opgaven igennem.

Figur 2: Den potentielle arbejdskrafts udvikling for perioden 1977 – 2007 og med en prognose frem til 2016



Kilde: www.stat.gl statistikbanken indeholdende befolkningsopgørelse for perioden 1977 – 2007 og befolkningsprognosen for 2006-2016.

Grafen viser, hvor mange 15-62årige der findes i Grønland og som udgør den potentielle arbejdskraft. Pensionsalderen var for 2000 60 år, men for at kunne sammenligne tallene er der til denne figur valgt at bruge den samme aldersopdeling hele vejen igennem, nemlig 15-62 år.

Af figur 2 ses det, at frem til 2013 vil den potentielle arbejdsstyrke stige til lige omkring 40 000 personer, for herefter gradvist at falde. I den seneste rapport fra det rådgivende udvalg vedrørende Grønlands økonomi og deres prognose konkluderes det, at der indenfor de næste 25- 30 år vil ske en fordobling i antallet af ældre i forhold til nu. Dette vil naturligvis betyde, at kurven for den potentielle arbejdsstyrke vil falde tilsvarende. Det er ikke udelukkende dem, som indgår i figur 2, der kan betegnes som potentielle for det grønlandske arbejdsmarked. For at finde ud af, hvorfra man kan rekrutterer arbejdskraft, er det nødvendigt at se på den faktiske arbejdskraft.

Den faktiske arbejdsstyrke beskriver, hvor mange der reelt er til rådighed på arbejdsmarkedet (Grønlands Hjemmestyre, 1998a, 22). Dette betyder, at bl.a. førtidspensionister, unge under uddannelse samt kvinder og mænd på barselsorlov ikke medregnes i arbejdsstyrken, fordi de reelt ikke er til rådighed på arbejdsmarkedet. Sådanne tal vil være muligt at trække ud af de offentlige registre. Det sværeste i beregningen af den faktiske arbejdsstyrke er, at en relativ stor gruppe lever som fangere uden nogen former for støtte fra det offentlige. Dette betyder, at der findes en gruppe, af ukendt størrelse, som tilhører arbejdsstyrken, men som reelt ikke er til rådighed. Sådanne

statistiske forhold gør, at der ikke findes præcise tal for størrelsen af den faktiske arbejdsstyrke i Grønland.

Udviklingen, som er vist i figur 2, giver et fingerpeg om fremtiden. Den direkte konsekvens af en faldende potentiel arbejdsstyrke betyder nemlig, at beskatningsgrundlaget helt naturligt vil falde. Hvis dette færre antal personer skal opretholde de nuværende skatteindtægter, kan det blive nødvendigt at øge skatterne. Hvis sundhedsvæsenet får øget behov for midler, som skal skattefinansieres, hvilket diskussionen i afsnit 4.2. kan tyde på, vil det bevirke, at enten skal skatten hæves yderligere, så det svarer til det øgede behov, eller også skal midlerne findes på andre måder bl.a. via nedjusteringer af ydelser og ydelsesniveauet.

4.3.3. Den førte arbejdsmarkedspolitik frem mod 2008

Overordnet indeholder beskrivelsen af den gældende arbejdsmarkedspolitik i Grønland en fremstilling af hvilke forskellige politiske tiltag, der er igangsat for at styre og forbedre vilkårene på det grønlandske arbejdsmarked. For over 10 år siden blev der i en redegørelse om arbejdskraftens sammensætning og beskæftigelsespolitik (Grønlands Hjemmestyre, 1997: 11) beskrevet hvad arbejdsmarkedspolitikken i Grønland skulle sikre, nemlig:

- Den grønlandske arbejdskraft skal udnyttes optimalt.
- Personer uden tilknytning til Grønland skal kun benyttes i det omfang, hvor den grønlandske arbejdskraft ikke opfylder de kvalifikationsmæssige krav der er til stillingen.
- Personer uden tilknytning til Grønland og som tager arbejde i Grønland skal registreres sådan, at det er muligt at tilrettelægge en indsats så specifik, at den kan komme til at kompensere for de aktuelle mangler.
- Løn og ansættelsesvilkår skal være så attraktive, at det tilskynder den grønlandske arbejdskraft til at erhverve sig de nødvendige kvalifikationer.

På det grønlandske arbejdsmarked var det i 2000 sådan, at den overvejende del af arbejdsstyrken var ikke-faglærte (Grønlands Hjemmestyre, 2000: 36). I slutningen af 2005 var dette forhold, at 2/3 af arbejdsstyrken havde en kompetencegivende uddannelse (Grønlands Hjemmestyre, 2005: 2) og at 80 pct. af de arbejdsløse var ikke-faglærte.

Siden er der igangsat en række initiativer, der skal sikre, at der vil blive ydet en speciel indsats rettet mod sektorer, der skal bære den fremtidige vækst i samfundet eller hvor efterspørgslen på specialiseret arbejdskraft er stor, både indenfor det offentlige og indenfor det private arbejdsmarked. Denne specialindsats har primært været rettet mod efteruddannelse, kompetenceudvikling og formelle uddannelser.

Målet for denne indsats har været at mindske afstanden mellem arbejdskraftbehovet og de kvalifikationer den grønlandske arbejdskraft er i besiddelse af, således at det i højere omfang end nu bliver muligt at benytte sig af opgaveglidning, så noget af den højt uddannet arbejdskraft, der kommer udefra, kan erstattes med grønlandsk arbejdskraft. Til dette har der været afsat ekstraordinære midler på den nuværende og de kommende finanslove således, at de permanente udgifter til uddannelsesområdet er øget med 170 mio. frem mod 2012 (Grønlands Hjemmestyre, 2005: 3). Indenfor sundhedsområder, har det betydet, at der er igangsat omfattende uddannelsesaktiviteter indenfor alle områdets faggrupper (Grønlands Hjemmestyre, 2005: 43).

4.3.4. Overenskomster indenfor sundhedsområdet

Hovedparten af de sygeplejersker, ansat som sygeplejersker i Grønland, er organiseret i de grønlandske sygeplejerskers fagforening, også kaldet Peqqinnissaq Kattuffiat (PK). PK har sammen med andre sundhedsfaglige grupper, sundhedsassistenterne bioanalytikere, fysioterapeuter og økonomaer, sluttet sig sammen i et Sundhedskartel kaldet Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit (PPK).

Dette sundhedskartels primære opgave er at repræsentere arbejdstagerne i forbindelse med overenskomstforhandlingerne med det offentlige. Disse finder pt. sted hver tredje år og for sundhedskartellets vedkommende vil næste overenskomstforhandling finde sted i foråret 2009. Ved de seneste overenskomstforhandlinger har en del af fokus været rettet mod de rekrutterings- og fastholdelsesproblematikker, som findes indenfor området.

Overordnet gælder det for de overenskomstforhandlinger, der føres mellem arbejdsgiver og modtager, at de tager udgangspunkt i en økonomisk ramme udstukket af landsstyremedlemmet for finanser. En ramme som afspejler den lønudvikling, der fra politisk side er ønsket. Samtidig afspejler rammerne også de ønsker, som er fra den øverste ledelse i sundhedsvæsenet. Ønsker som afspejler de indsatsområder, der vægtes højt for den kommende overenskomstperiode.

Arbejdstagersiden tager i forhandlingssituationen afsæt i de ønsker medlemmerne har og derudfra vælges de specielle fokusområder.

For begge parter gælder det, at der også skeles til hvilke overenskomster, der er gældende i Danmark og hvilke løn- og arbejdsmæssige vilkår der vægtes og belønnes. Dette er nødvendigt, fordi det primært er herfra det grønlandske sundhedsvæsen rekrutterer deres arbejdskraft.

4.4. Fra Hjemmestyre til Selvstyre

Hjemmestyret, som vi kender det i dag, blev til på baggrund af en løbende dialog mellem Grønland og Danmark. Udviklingen tog rigtig fart i forbindelse med den seneste grundlovsændring i 1951,

hvor Grønland fik status som et amt på lige fod med andre amter i Danmark. I den forbindelse blev Grønland opdelt i kommuner og der blev oprettet et landsråd, der dog kun fik overdraget meget begrænsede opgaver af den danske stat og regering (Grønlands Hjemmestyre, 2008b: 2). I begyndelsen af 1973 blev på baggrund af et ønske fra Grønlands side nedsat et hjemmestyreudvalg (Grønlands Hjemmestyre, 2008a:9), hvis opgave var at undersøge mulighederne for, indenfor grundlovens rammer, at etablere et egentligt Hjemmestyre for Grønland (Grønlands Hjemmestyre, 2008b:2). Hjemmestyreudvalget afleverede deres arbejde i 1975 og efter en yderligere bearbejdning af dette oplæg vedtog først folketinget og senere den grønlandske befolkning, at Grønland skulle have Hjemmestyre.

Med vedtagelsen af Hjemmestyre blev det muligt for Grønland at overtage den lovgivende og udøvende magt omkring forhold, der kunne betragtes som anliggender for Hjemmestyret. Denne overtagelse af sagsområder startede ved Hjemmestyrets indførelse og sluttede med hjemtagelsen af sundhedsvæsenet i 1992.

I 2000 nedsatte det daværende Landsstyre en grønlandsk selvstyrekommission, der fik til opgave at undersøge hvordan Grønlands stilling indenfor grundlovens rammer kunne revideres (Grønlands Hjemmestyre, 2008a:10-11, Grønlands Hjemmestyre, 2008b: 2). Denne grønlandske kommission afleverede deres betænkning i 2003 og indstillede til, at det opstartede arbejde i Grønland skulle videreføres i fællesskab med danske politikere (Grønlands Hjemmestyre, 2008b: 3).

Det fælles grønlandske samarbejde startede i 2004, hvor kommissoriet for det videre arbejde blev underskrevet. Et arbejde der blev markeret afsluttet ved en festlig højtidelighed i Grønlands Kulturhus i Nuuk d. 6. maj 2008. Indholdet i dette arbejde vil sammen med folkeafstemningen, der d. 25 november 2008 accepterede indholdet og dermed overgangen til Selvstyre, betyde at Grønland får mulighed for at overtage yderligere sagsområder end de nuværende. Med denne større selvbestemmelse følger der et større økonomisk ansvar (Hjemmestyre, 2008a: 47-62). Dette medfører, at Grønland selv skal finansiere de områder, som et kommende selvstyrende Grønland hjemtager. Dette skyldes, at det nuværende bloktilskud fastfryses og at Grønland selv skal finde finansieringskilder for fremtidens hjemtagelser, nye ressortområder og andre uforudsete udviklingstendenser i landets udvikling.

4.5. Sammenfatning: Samfundsmæssige baggrundsfaktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker

I dette kapitel er der beskrevet hvordan en række samfundsmæssige forhold kan få betydning for fremtidens rekruttering af sygeplejersker.

Den demografiske udvikling viser, at befolkningssammensætningen har ændret sig markant siden sundhedsvæsenet blev hjemtaget, sådan at antallet af helt unge er svagt faldende, medens antallet af personer over 40 år er forøget med mellem 40 og 50 pct. Denne udvikling forventes at fortsætte frem mod 2016 og konsekvensen af dette ses i den potentielle arbejdsstyrke. Gruppen hvorfra der skal rekrutteres er nemlig faldende. ”Brugergruppen” af sundhedsvæsenets ydelser er derimod stigende med heraf øget behov for sundhedspersonale. Sidstnævnte udvikling bliver forstærket af, at Grønland, som nævnt, kan se frem til en række sygdomsmæssige følger af stigende forekomst af fedme, sukkersyge samt rygningens konsekvenser efter et årelangt overforbrug.

Det grønlandske arbejdsmarked er opbygget således, at der med landstingslov nr. 27 af 30. oktober 1992 tages specielt hensyn til den grønlandske arbejdskraft, inden der rekrutteres udefra. Dette gælder dog ikke for sygeplejersker og sundhedsassistenter, der begge er faggrupper, der er undtaget af reglen. Medfølgende familie kan derimod sagtens være omfattet af denne landstingslov, hvis overordnede mål er at regulere arbejdskraftstilgangen til Grønland.

Ud over at der via lovgivning er forsøgt at reducere arbejdskraftstilgangen til visse områder og erhverv, har lovgivningen også gjort det muligt at målrette uddannelses- og arbejdsmarkedsindsatsen i sektorer, der ligesom sundhedsvæsenet i fremtiden vil opleve stigende efterspørgsel. Målet er, at det gøres nemmere at udnytte den begrænsede arbejdsstyrke, som er til rådighed. En af måderne hvorpå dette skal koordineres er, som beskrevet i dette kapitel, gennem registrering af tilkaldte, således at der skabes et grundlag, hvorudfra det bliver muligt at igangsætte initiativer. Den gældende arbejdsmarkedspolitik har, som det ses af kapitel 4, indbygget flere forhold, der kan være væsentlige at have med i det fremtidige arbejde med rekruttering af sygeplejersker til sundhedsvæsenet. Intentionen i arbejdsmarkedspolitikken er samtidig, at løn og ansættelsesvilkår skal være så attraktive, at det fordrer den grønlandske arbejdskraft til at lade sig uddanne indenfor de områder, hvor der ofte rekrutteres arbejdskraft udefra. Denne intention i arbejdsmarkedspolitikken bør afspejles i de forhandlingsudspil og de økonomiske rammer, som udstikkes af Landsstyremedlemmet for finanser i forbindelse med tidligere og fremtidige overenskomstforhandlinger med PK og PPK. Med et fremtidigt Selvstyre vil disse økonomiske rammer og gældende arbejdsmarkedspolitik kunne påvirkes af hjemtagelse af nye ressortområder og uforudsete udviklinger på allerede hjemtagne områder, da det offentliges derved selv skal afholde alle udgifter til nuværende og nye områder hjemtaget fra Danmark.

Kapitel 5 - Organisatoriske baggrundsfaktorer, som kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker

En analyse af de muligheder og udfordringer sundhedsvæsenet står overfor i forsøget på at bemandle mange ubesatte (og derfor vikarbesatte) sygeplejerskestillinger kræver indsigt i samfundsmæssige og individuelle forhold samt indsigt i de organisatoriske forhold, som er gældende for sundhedsvæsenet. Herunder hvordan sundhedsvæsenet organiserer sig, hvordan den økonomiske ramme for sundhedsvæsenet benyttes, hvordan problemerne ser ud i forbindelse med ansættelsesformer indenfor sygeplejen og slutteligt hvordan er de uddannelsesmæssige forhold er.

5.1. Organiseringen af det Grønlandske sundhedsvæsen

Det grønlandske sundhedsvæsen var indtil 1/1 1992 politisk og økonomisk ledet fra Danmark. Herefter overtog Grønlands Hjemmestyre ansvaret for sundhedsvæsenet (Stensgaard, 1998:15). I forbindelse med overdragelsen af dette sagsområde blev der oprettet et landsstyreområde, der skulle administrere området og bloktilskuddet fra Danmark (tabel 2). Overdragelsen af sundhedsvæsenet til Grønlands Hjemmestyre betød samtidigt, at området nu lovgives af Landstinget (Grønlands Statistik, 1996: 353). Siden denne hjemtagelse har problemerne med rekruttering af sundhedsfagligt personale, som tidligere omtalt, været stigende.

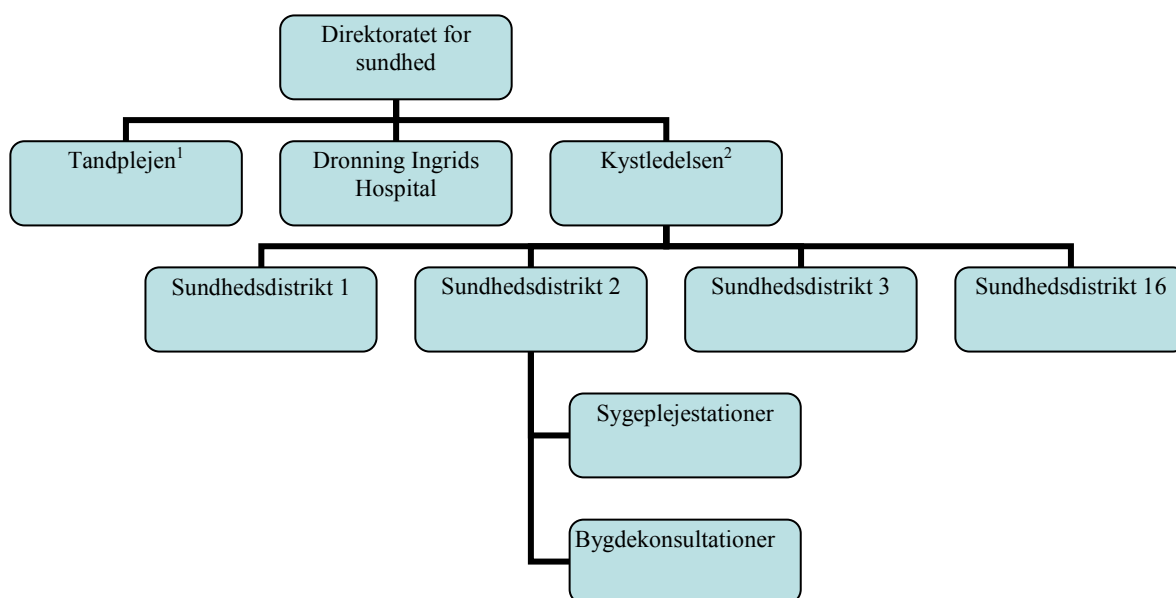
Det grønlandske sundhedsvæsens nuværende måde at organisere sig på er mere end 50 år gammel og er derfor opbygget ud fra tidligere tiders begrænsede muligheder for transport og de daværende teknologiske og behandlingsmæssige muligheder (Direktoratet for Sundhed, 2007b). De begrænsede transportmuligheder mellem byerne og teknologiske muligheder, som telefon og anden informationsteknologi, betød, at det var nødvendigt at placere sygehuse i alle større byer.

Resultatet var 17 sygehuse i 16 sundhedsdistrikter. Umiddelbart kan dette lyde af meget, men tages landets størrelse i betragtning er der langt fra den placering, som kendes fra lande vi normalt sammenligner os med. Dette har to væsentlige forklaringer: Afstanden, befolkningsstørrelsen og transportmulighederne. Afstanden fra det nordligste til det sydligste punkt er 2670 km, mens afstanden fra øst siden til vestsiden af landet er 1050 km (Grønlands Statistik, 2007:63). Med et så stort areal og en befolkning på kun 56 648 personer (pr. 2008) betyder dette, at sygehusenes optageområde bygger på ganske små befolkningskoncentrationer. Landets sygehuse er placeret steder, hvor der bor mellem 529 personer og 15 047 personer (Grønlands Statistik, 2007: 93-95). Placeringen har sikret alle en rimelig mulighed for sundhedsfaglig hjælp, hvis behovet skulle opstå. Siden 60'erne har over halvdelen af befolkningen boet i byerne, hvilket må have været en vigtig begrundelse for, at sygehusene netop er placeret som de er.

Sygehusene har været bemanded og udstyret således, at det har været muligt at håndtere de fleste situationer i lokalområdet. Begrundelserne herfor var både de i perioder specielle vejrforhold, som kombineret med dårlige transportmuligheder mellem byerne kunne betyde, at lægefaglig assistance kunne have lange udsigter. I situationer, hvor sundhedsdistrikternes ydelser ikke var tilstrækkelige, blev patienterne overført til Dronning Ingrid's Hospital (herefter D.I.H.) i Nuuk, fordi det udover at være lokalsygehus også fungerer som landshospitalet.

Rent organisatorisk har sundhedsydelserne været organiseret som vist i fig. 3.

Figur 3: Organisationsoversigt for sundhedsvæsenet gældende frem til 2008.



Kilde: Direktoratet for Sundhed (2001: 6)

Organisationsdiagrammet er en forenklet udformning foretaget på baggrund af indholdet i redegørelse, udgivet af Direktoratet for Sundhed (2007). Det skal bemærkes, at ikke alle sundhedsdistrikter er illustreret på figuren.

¹ Hertil skal bemærkes, at Kystledelsen er en relativ ny enhed i organisationen. Fra 1/1 1992 – 31/12 2000 var ledelsen af sundhedsdistrikterne en del af direktoratets opgave. Fra 2001 oprettes Kystledelsen som en selvstændig enhed under Direktoratet for Sundhed

² Kystledelsen og Tandplejen er i dette organisationsdiagram opdelt i to, for at gøre sundhedsopdelingen mere overskuelig og fordi det interessante for denne opgave er sygeplejerskegruppen, som ved denne opdelingsmåde bliver mere synlig.

Øverst i organisationen er selve direktoratet, som varetager den overordnede styring af sundhedsområdet og betjening af Landsstyremedlemmet for sundhed. Herunder er der den primære sundhedstjeneste og den sekundære sundhedstjeneste placeret. Den primære sundhedstjeneste består af en samlet ledelse¹⁰, der varetager det sundhedsfaglige arbejde på kystsygehusene og det offentlige tandlægesystem. Da det er førstnævnte, der er dette speciales fokus vil det være mest

¹⁰ Hertil skal bemærkes at Kystledelsen er en relativ ny enhed i organisationen. Fra 1/1 1992 – 31/12 2000, var ledelsen af sundhedsdistrikterne en del af direktoratets opgave. Fra 2001 oprettes Kystledelsen som en selvstændig enhed under Direktoratet for Sundhed (Direktoratet for Sundhed, 2000; 6)

overskueligt og hensigtsmæssigt at opdele denne ledelse i to, nemlig kystledelsen og tandplejen. Under Kystledelsen er de 16 sundhedsdistrikter placeret (ikke alle er aftegnet på figuren), som igen har et antal sygeplejestationer og bygdekonsultationer under sig. Den sekundære sundhedstjeneste er repræsenteret ved DIH.

5.2. Visioner og udviklingstiltag indenfor sundhedsvæsenet.

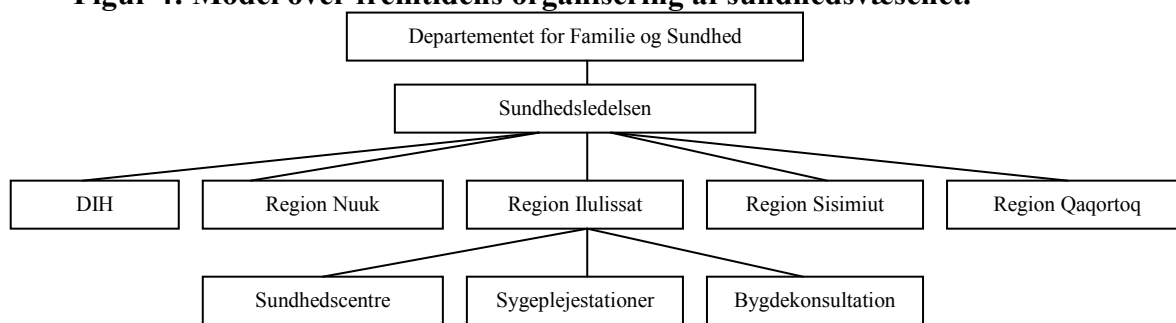
I 2004 blev der iværksat arbejde med henblik på at reformere sundhedsvæsenets struktur og måder at organisere arbejdsgangene på. Udgangspunktet var, at der i højere grad skulle arbejdes med sundhedsvæsenets mission og vision. Missionen er: ” *Sundhedsvæsenets vigtigste opgaver er at fremme befolkningens sundhed, at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande, samt at undersøge, behandle og pleje personer med sygdomme og sygdomslignende tilstande*” (Direktoratet for Sundhed, 2002:2). Arbejdet skal tilstræbe, at borgernes adgang er lige uanset bosted. Visionen udtrykker et ønske om et sammenhængende sundhedsvæsen, med høj kvalitet i ydelserne og at ydelserne ydes under hensyntagen til givne ressourcer og rammer (Direktoratet for Sundhed, 2002: 2). En anden begrundelse er et internt ønske i sundhedsvæsenet om dels at komme de store rekrutteringsvanskeligheder i sundhedsvæsenet til livs, og dels at skabe optimal udnyttelse af begrænsede økonomiske ressourcer. Slutteligt skulle arbejdet kunne honorere et eksternt krav til organisationen om øget service og flere ydelser for borgerne samt et behov for teknologiske udvikling, der matcher udviklingen i de lande sundhedsvæsenet samarbejds mæssigt er afhængig af.

Resultatet af dette arbejde var et forslag til strukturændringer, som blev fremlagt på Landstingets forårssamling i 2007. Dette forslag blev samtidigt præsenteret på sundhedsvæsenets ledelseskonference i Nuuk d. 5 og 6. september 2007. Hvordan den endelige struktur skal udformes, er fortsat til debat og det seneste oplæg til strukturreformen i det grønlandske sundhedsvæsen udkom i første halvdel af 2008 (Departementet for Familie og Sundhed, 2008). Af denne fremgår det, at de nuværende lægestillinger og 280 sygeplejerskestillinger bibeholdes. Derudover er målet at skabe attraktive faglige miljøer med base i et af de fire regionssygehuse. I takt med at sundhedsuddannelserne (specielt medicin- og sygeplejerskeuddannelsen) bliver mere og mere specialiserede, er det ikke længere attraktivt for folk at lade sig rekruttere til steder, hvor der forventes bredt funderede sundhedspersoner. Større faglige fællesskaber, besat med fagpersonale, som kan supplere hinanden, vil ud fra udenlandske erfaringer (Direktoratet for Sundhed, 2007) have en højere grad af tiltrækningskraft i forhold til sundhedsfagligt personale. Som supplement hertil ønskes der opbygget et telemedicinsk system, der kan benyttes på steder, hvor det ikke er muligt at skaffe det nødvendige personale. Tanken er at avanceret telemedicinsk udstyr skal placeres i

bygdekonsultationer, sundhedsstationer og på sundhedscentrene, hvor det skal betjenes af lokalt oplært personale. Disse skal via direkte supervision af læger fra nærmeste regionsygehus kunne diagnosticere og sikre korrekt behandling af lokalbefolkningen i de tyndt beboede områder. Endeligt fremgår det, at der skal ske en reformering af uddannelsesstrukturen, således det i højere grad bliver muligt at opkvalificere sundhedspersonalet (Departementet for Familie og Sundhed, 2008, 2).

Sideløbende med reformarbejdet, i forhold til sundhedsvæsenets struktur, har der foregået andre tiltag på det offentlige område. Dels med kommunalreformen og dels med en organisationsforenkling af hjemmestyreorganisationen. Disse to tiltag er forsøgt implementeret i det seneste udkast til strukturændringer i sundhedsvæsenet (Departementet for Familie og Sundhed, 2008; 4), således at et overordnet organisationsdiagram for fremtidens sundhedsvæsen skal se ud, som afbildet i fig. 4.

Figur 4: Model over fremtidens organisering af sundhedsvæsenet.



Kilde: Departementet for Familie og Sundhed (2008: 4)

Dette er en overordnet model. Under hver region hører et antal sundhedscentre, sygeplejestationer og bygdekonsultationer.

Denne organisationsstruktur er lavet med henblik på at tage kampen op med de rekrutteringsvanskeligheder, som over årene er blevet en større og større udfordring i hverdagen.

Tanken bag denne organisationsstruktur er, at regionshospitalet vil danne rammen om nogle attraktive faglige miljøer. Miljøer, der vil virke rekrutteringsfremmende for sundhedspersonale generelt og samtidig virke mere tiltrækkende på personale med specielle kvalifikationer end de nuværende små sundhedsdistrikter. Dette centralt placerede sundhedspersonale skal betjene de tilhørende centre, stationer og konsultationer i det omfang der ikke findes de rette kvalifikationer der. Det vil fortsat være nødvendigt at benytte sig af landshospitalet i Nuuk, hvis der er tale om specielle ydelser, som ikke kan honoreres i regionerne eller fagligt er forsvarligt at placere der.

5.2.1. Den økonomiske ramme for det grønlandske sundhedsvæsen

For at få en fornemmelse af hvor stort et økonomisk problem rekrutteringsvanskelighederne udgør, er det nødvendigt at skabe sig et overordnet overblik over sundhedsvæsenets udgifter. Grønlands Statistik har materiale på dette område helt tilbage til før sundhedsvæsenet blev hjemtaget. Problemer med dette talmateriale er, at der har været et databrud grundet ændrede opgørelsesmetoder i hjemtagelsesåret 1992. Derfor har det ikke været muligt at få en oversigt over hele den periode, hvor sundhedsvæsenet har været administreret af Hjemmestyret. Året 1993 kan findes i Grønlands Statistiske Årbog for året 1997 (Grønlands Statistik, 1997; 362), medens tallene herefter er tilgængelige i Grønlands Statistikbank (www.stat.gl). Det interessante er at undersøge muligheden for at se på de samlede lønudgifter til de forskellige personalegrupper.

I tabel 2 vises de koncentrerede lønudgifterne i forhold til de udgifter, der er til personale i lægedistrikterne alene, dvs. områderne som har patientkontakt.

Tabel 2. Lønudgifter i lægedistrikterne set i forhold til sundhedsvæsenets samlede driftsudgifter for perioden 1993 – 20061, udtrykt i løbende priser

År	Samlede driftsudgifter i sundhedsvæsenet, i mio. kr.	Løn til personale i distrikterne I mio.kr.	Lønnens andel af den samlede drift, i pct.
1993	536 ²	249	46
1994	608	259	43
1995	622	269	43
1996	610	266	44
1997	27	274	44
1998	678	294	43
1999	713	300	42
2000	792	323	41
2001	843	337	40
2002	863	346	40
2003	865	373	43
2004	897	398	44
2005	912	412	45
2006	944	417	44
2007	987 ³		
2008	1039 ⁴		

Kilde: Grønlands Statistiske årbøger årgange: 1992/93, 1996, 1997, 2004, 2007 og informationer fra www.stat.gl under statistikbank, statistikbanken, offentlige finanser.

¹ Året 1992, hvor sundhedsvæsenet blev hjemtaget er ikke medtaget grundet ændringer i opgørelsesmetoderne. Ændringer, der ifølge Grønlandsstatistik ikke gør tallet egnet til sammenligning med de efterfølgende år.

² Dette tal fra Grønlands Statistiks 1997 årbog kan være forbundet med nogen usikkerhed. Tallene for de efterfølgende år er lavere sammenlignet med tallene for de samme områder i Grønlands Statistiks databank. Sidstnævnte opfattes som den mest retvisende.

³ Der er ikke udkommet tal fra Grønlands Statistik, hvorfor tallet stammer fra den vedtagne finanslov for 2007.

⁴ Her er det det budgetterede tal fra finansloven 2008, der er anvendt.

Samlet kan det siges, at lønnens andel, i forhold til de samlede driftsudgifter i sundhedsvæsenet, har haft små udsving, sådan at lønnens andel i sundhedsdistrikterne har ligget på 40 – 46 pct. Til trods for de stigende rekrutteringsproblemer med deraf følgende behov for at bruge dyre vikarløsninger for at dække ubesatte/ vakante stillinger, har lønandelen ikke kommet til at udgøre en større procentdel af de samlede driftsudgifter.

Ved at sammenligne den udvikling, der har været i lønudgifterne til sygeplejersker specifikt, kan de samlede lønudgifter til sygeplejersker ligeledes sammenlignet med sundhedsvæsenets samlede driftsudgifter for derfor at se om der også her er tale om konstante forhold eller om der har været stigninger på baggrund af de eksploderende udgifter til vikarbureauerne. Da det ikke har været muligt at fremskaffe disse tal, benyttes tal for sundhedsvæsenets samlede udgifter til vikarbureauerne. Som det fremgår af tabel 3, hvor de samlede udgifter til vikarbureauerne ses i forhold til sundhedsvæsenets samlede udgifter, så fordobles disse i perioden 2005-2008, hvilket må siges, at være meget set i forhold til den lille gruppe det alligevel drejer sig om (tabel 5). Dette viser at den lille gruppe af vikarbureausygeplejersker koster 4 pct. af sundhedsvæsenets samlede driftsudgifter.

Tabel 3. Samlede udgifter til vikarbureauerne set i forhold til sundhedsvæsenets samlede driftsudgifter

År	Samlede driftsudgifter i sundhedsvæsenet I mio. kr.	Samlede udgifter til vikarbureauer I mio.kr	Lønnens pct. vise andel af de samlede udgifter
2005	912	19	2,1
2006	944	25	2,6
2007	987 ¹	31	3,1
2008	1039 ²	43 ³	4,1

Kilde: www.stat.gl under statistikbank, statistikbanken, offentlige finanser og ikke offentliggjorte arbejdsrapporter fra sundhedsvæsenets økonomi og planlægningsafdeling.

Årsagen til at denne tabel viser de samlede udgifter til vikarbureauerne og ikke kun lønudgifterne til sygeplejersker med denne ansættelsesform er at det er de samlede udgifter som er målet for forandringer.

¹ Da Grønlands Statistiks tal for dette område ikke er udkommet endnu stammer tallene fra den vedtagne finanslov for 2007 (s.298)

² Budgetterede tal fra finansloven 2008, der anvendes

³ Et skønnet tal, der bygger på det nuværende forbrug pr. 1/7 2008

Såfremt det været muligt at fremskaffe tallene for de samlede lønudgifter, kunne det have været muligt at se hvor meget det har påvirket de lønudgifterne til de hjemmestyreansatte sygeplejersker og om andelen hertil er faldet tilsvarende den stigning, der ses af tabel 3.

5.3. Ansættelsesformer indenfor sygeplejen

Når talen falder på sygeplejemangel, rekrutteringsproblemer og vikarbureausygeplejersker er det vigtigt at kende til de forskellige ansættelsesformer, som oftest benyttes i Grønland. Indenfor det

talmateriale, der har været tilgængeligt, er der tale om tre forskellige ansættelsesformer på sygeplejerskeområdet:

1. Fastansat.
2. Vikaransat på hjemmestyreoverenskomst.
3. Vikaransat gennem vikarbureau.

5.3.1. Fastansat

Ansættelsesformen *fastansat* gælder for alle sygeplejersker i sundhedsvæsenet som er ansat i tidsbegrænsede stillinger. Det, der adskiller denne ansættelsesform fra de øvrige, er, at der følger bestemte overenskomstbestemte rettigheder med ansættelsen¹¹. Ved ansættelsesstart hører der fri tiltrædelsesrejse for den ansatte, familie og bohave, og efter 3 års ansættelse oppebæres en fri fratrædelsesrejse for den ansatte, familien og bohave. Der er ligeledes mulighed for at søge om feriefrirejse for den ansatte og dennes medfølgende familie. Denne ret opnås efter 2 års ansættelse og herefter hvert 2. år. Slutlønnen som almindelig sygeplejerske vil være på 21.635 kr. pr. måned. (uden tillæg) Herudover bliver der ydet et anciennitetsbestemt rekrutterings- og fastholdelsestillæg, som efter 1-4 år udgør 1.900 kr. Efter 5-8 år vokser dette til 2.800 kr. og til 3.200 kr. ved en anciennitet på over 9 år. Fastansatte sygeplejersker optjener tre ekstra feriedage i forhold til andre, således at de i alt har 28 feriedage/ år. Med en fast stilling hører også muligheden for at få en personalebolig, hvilket er et tilbud mange benytter. Grundet stor boligmangel i flere af Grønlands store byer er det ofte problematisk at fremskaffe en fast bolig til ansættelsestidspunktet. Indtil da anvises en vakantbolig, hvortil der ikke opkræves husleje. Huslejen til den faste personalebolig følger gældende regler. Til ansatte, der ikke ønsker at medbringe indbo, er der mulighed for, at få boligen møbleret mod betaling (200 kr. for en 3 værelses lejlighed).

5.3.2. Vikaransat på hjemmestyreoverenskomst

En vikaransættelse på hjemmestyreoverenskomst indebærer, at den ansatte har krav på en fri til- og fratrædelsesrejse og max. 100 kg. betalt fragt ved ansættelser over 3 måneders varighed (Grønlands Landsstyre, 2006: 22-23). Denne personalegruppe har ikke de samme overenskomstmæssigt bestemte goder som den fastansatte. Dette betyder, at vikaransatte sygeplejersker kan se frem til en slutløn på 21.635 kr./ måned (uden tillæg). Disse sygeplejersker får anvist bolig fra ansættelsesstart hvortil de skal betale husleje efter gældende regler.

⁹ Disse kan findes på følgende link:

http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement_for_finanser/Oekonomi_og_personalestyrelsen/Overenskomster_og_aftaler/Overenskomster_-_Isumaqatigiissutit/~media/5F6CACF729E24DBA8441738E1EE82704.ashx

5.3.3. Vikaransat gennem vikarbureau

For en sygeplejerske, der er vikaransat gennem vikarbureau, betyder det at sygeplejerskens egentlige arbejdsgiver er et vikarbureau i Danmark, som formidler af kontakten til sundhedsvæsenet i Grønland. Vikarbureausygeplejerskens løn er fastsat via en indgået overenskomst mellem Dansk Sygeplejeråd og det respektive vikarbureau¹². Med en ansættelse i det grønlandske sundhedsvæsen får den enkelte sygeplejerske betalt ud- og hjemrejsen og får fri bolig stillet til rådighed. Den boligtype denne personalegruppe tilbydes er uspecificeret, hvilket betyder, at det kan være alt fra en villalejlighed med havudsigt og god plads til familiebesøg og til et værelse i en lejlighed med tre andre sygeplejersker, hvortil der ikke er mulighed for at have besøgende. Disse vikarbureausygeplejersker har en månedsløn på 32.315 kr./ måned (uden tillæg). Derudover oppebærer de et udstationeringstillæg på 125kr./ dag i hele ansættelsesperioden.

Det grønlandske sundhedsvæsen indgår kontrakt med de vikarbureauer de vælger at samarbejde med. I Grønland er det det danske vikarbureau ActivCare, som er primærformidler. Denne status er opnået gennem økonomiske og overenskomstmæssige forhandlinger med sundhedsvæsenet, der har sikret sundhedsvæsenet den mest konkurrencedygtige pris og ActivCare en sikker kunde. I disse aftaler fastsættes den pris som det grønlandske sundhedsvæsen reelt skal betale dvs. prisen for ydelsen + formidling og administration. Når der tales om omkostninger til vikarer er det ofte sidstnævnte tal der benyttes, medens der i en diskussion om hvilken ansættelsesform er mest attraktiv henvises til den førstnævnte overenskomst mellem vikarbureau og Dansk Sygeplejeråd.

Udgangspunktet er, at alle der er interesserede i fastansættelse tilbydes job, forudsat at der er ledige indenfor ansøgerens interessefelt. Sygeplejersker, der søger om ansættelse for en kortere periode på hjemmestyreoverenskomst, ansættes i det omfang de ledige job og ansøgerønsker matcher. Da ovenstående som regel ikke er nok til at besætte alle ledige stillinger, opslås et antal stillinger ledige overfor vikarbureauet. Vikarbureauet prøver derefter at matche sundhedsvæsenets ønsker med krav om specifikke kvalifikationer med de vikarer de har i deres vikarkartotek. Interesserede vikarer bliver herefter meldt til de respektive afdelinger, som så tager stilling til henvendelsen.

5.4. Kortlægning af arbejdskraftsituationen indenfor sygeplejen i det grønlandske sundhedsvæsen

For at kunne kortlægge arbejdskraftsituationen indenfor sygeplejeområdet er det nødvendigt først at gennemgå det materiale, der findes på området for derefter at lave sammenligninger.

¹² <http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/848/ActivCare.pdf>

En gennemgang af årsrapporterne for årene 2000 – 2006¹³ udgivet af Direktoratet for Sundhed viser et gennemgående mønster nemlig, at der indenfor sygeplejen er rekrutteringsvanskeligheder og at problemet er voksende. Det er dog ikke muligt, at fremkomme med et præcist billede af, hvordan arbejdskraft situationen ser ud og hvordan den har udviklet sig siden 2000. Årsagerne til dette er, at der ikke er nogen kontinuitet i brugen af metode til at belyse personalesituationen indenfor sundhedsområdet. Et år er sundhedsvæsenet samlet under é, medens der andre steder snakkes om hvor stor en procent del af stillingerne der er besat på henholdsvis kysten og DIH og hvor stor en procent del af disse der er vikaransatte, andre steder igen berøres kun antallet af vakantstillinger i vakance og i en enkelt af rapporterne er problemet slet ikke berørt.

I Grønlands Statistik (2007) findes der en samlet opgørelse over hvordan årsværker for forskellige stillingskategorier er fordelt mellem forskellige ansættelsesformer, herunder vakante stillinger. Tabel 4 viser fordelingen for sygeplejersker.

Tabel 4 Forholdet mellem normerede og besatte sygeplejestillinger udtrykt i årsværker

År	Besatte sygeplejerskestillinger I alt	Vakante sygeplejerskestillinger I alt	Normerede sygeplejerskestillinger I alt
2004	256,99	40,51	297,5
2005	279,00	12,32	291,32
2006	239,11	40,44	279,55

Kilde: Grønlands Statistiske Årbog 2007

Tabel 4 viser, at der i perioden 2004 til 2006 er sket en nednormering på knapt 18 sygeplejerskestillinger og at der til trods herfor fortsat er omkring 40 ubesatte stillinger. For de stillinger, som er besat med sygeplejersker, viser tabel 5 fordelingen mellem de forskellige ansættelsesformer.

Tabel 5. Fordelingen af ansatte sygeplejersker mellem forskellige ansættelsesformer udtrykt i årsværker

År	Fastansatte sygeplejersker	Korttidsansatte sygeplejersker	Vikarbureauansatte sygeplejersker	Besatte sygeplejerskestillinger I alt
2004	195,46	47,26	14,27	256,99
2005	191,64	69,05	18,30	279,00
2006	147,60	59,20	32,31	239,11

Kilde: Grønlands Statistiske Årbog 2007

I tabellen kan det ses, hvordan antallet af fastansatte i perioden 2004 til 2006 falder med knapt 48 sygeplejersker, medens andelen af sygeplejersker i kortere ansættelsesperioder (korttids- og vikarbureauansatte) i samme periode stiger fra knapt 62 til 92.

¹³ Årsrapporten for 2007 er endnu ikke udkommet (pr.1/12-2008).

Sammenholdes tallene fra tabel 5, med tal, stillet til rådighed af sundhedsvæsenets økonomi- og planlægningsafdeling, ses det, at sundhedsvæsenet arbejder med andre tal, hvad angår antallet af årsværker til vikarbureauansatte i sundhedsvæsenet for 2006. I deres rapporter fremgår det, at der bruges 37 årsværker, mens tallet i tabel 5 er 32,31. Dette er en difference på 4,69. Denne forskel kan forklares med, at Grønlands Statistik medregner alle sygeplejerskestillinger, hvorimod personale- og økonomiafdelingen udelukkende inkluderer sygeplejersker ansat i lægedistrikterne og ikke ansatte i fx centraladministrationen. Der er en stor usikkerhed i tabel 5, idet der ikke er nogen definition eller forklaring på begrebet korttidsansættelse. Der skelnes ikke mellem sygeplejersker, der lader sig ansætte for en begrænset periode og ansatte, der afbryder deres ansættelse før der er gået tre år.

For at få et mere præcist svar på dette spørgsmål er det interessant at undersøge hvilke tal sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen arbejder med. Til dette har det været muligt at få DIH's årlige personaleopgørelser og afdelingsoversigter. Det har ikke været muligt at få lignende informationer fra kystens sygehuse, hvilket ville have gjort billedet mere komplet.

Opgørelserne fra DIH indeholder informationer om hvornår nye medarbejdere er ansat, rejst og om de er ansatte er vikarbureauansatte eller ansatte via hjemmestyreoverenskomst. For at opdele den sidste gruppe ud i fastansatte og vikarer, er det nødvendigt at definere hvad der forstås ved vikar. Overenskomsten er som tidligere nævnt, således at det er mest fordelagtigt at lade sig fastansætte også selv om man kun regner med, at skulle være i det Grønlandske Sundhedsvæsen for en kortere periode (5.3. Ansættelsesformer indenfor sygeplejen) I dette speciale har jeg valgt, at sætte grænsen ved 1 år. Et valg der er truffet med baggrund i spørgsmålene fra den kvantitative undersøgelse, hvor respondenterne angiver hvor længe de planlægger at være ansat. Sidste svarmulighed er >1 år, hvilket betyder, at de ikke har haft mulighed for at angive en ansættelseslængde svarende til de 3 år, som er kravet for at få fri fratrædelsesrejse. Dette medfører, at alle sygeplejersker med ansættelse under et år i det efterfølgende vil blive betraget som vikarer.

Det talmateriale er bearbejdet således, at der pr 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober for årene 2004-2007 er foretaget en optælling af alt personale ansat på DIH på de givne tidspunkter. Herudfra er disse derefter opdelt i vikarbureauansatte, korttidsansatte (< 1 år) og fastansatte. Resultaterne af optællingerne pr. 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober blev efterfølgende sammen og delt med fire. På den måde fremkom gennemsnitlige tal for de pågældende år.

Det første interessante er at se på antallet af normerede sygeplejerske stillinger på DIH, som vist i tabel 6.

Tabel 6. Forholdet mellem normerede og besatte stillinger på D.I.H. på baggrund af afdelingsoversigter udarbejdet af sygeplejeledelsen

År	Besatte sygeplejerskestillinger i alt	Vakante sygeplejerskestillinger i alt	Normerede sygeplejerskestillinger i alt
2004	105,4	20,1	125,5
2005	111,7	18,8	130,5
2006	114,7	15,8	130,5
2007	111,1	23,5	134,5

Kilde: Ikke offentligt publicerede afdelingsoversigter udgivet af sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen. Disse tal er fremkommet via en manuel optælling af besatte stillinger ud fra afdelingsoversigterne. Bearbejdningen er foregået således, at der pr. 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober er foretaget en optælling af alt personale ansat på DIH på de givne tidspunkter. Herudfra er disse så opdelt i vikarbureauansatte, korttidsansatte (< 1 år) og fastansatte. Resultaterne af optællingerne pr. 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober lægges efterfølgende sammen og deles med fire. Tallene er derfor gennemsnitstal for de pågældende år.

Tabel 6 ses det, hvordan antallet af normerede sygeplejerskestillinger er steget fra 125,5 til 134,5 i perioden 2004-2007 samtidig med, at antallet af besatte sygeplejerskestillinger er steget knapt så meget. Antallet af sygeplejerskestillinger i vakance er med udsving samlet steget med lidt over 3 stillinger til 23,5. Disse udviklingstendenser viser ikke umiddelbart mærkbare ændringer for perioden 2004-2007. Det samme forhold gør sig gældende i tabel 7, hvor sygeplejeledelsens oversigter over besatte stillinger set i forhold til normerede stillinger i samme periode analyseres. Her er stigningen i antallet af normerede stillinger i perioden 5, medens antallet af vakante stillinger ligger uændret på 9-10. Hertil skal dog bemærkes, at jordmødrene er inkluderet, fordi oversigten har valgt at se dem som en samlet gruppe.

Tabel 7. Forholdet mellem normerede og besatte stillinger på DIH på baggrund af sygeplejeledelsens personaleoversigter

År	Besatte sygeplejerskestillinger ¹ I alt	Vakance Sygeplejerskestillinger ¹ I alt	Normerede sygeplejerskestillinger ¹ I alt
2004	119,4	9,1	128,5
2005	143,0	(9,5)	133,5
2006	123,2	10,3	133,5
2007	122,1	10,4	133,5

Kilde: Ikke offentligt publicerede oversigter fra sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen.
¹Disse normeringer indeholder også jordmødre. Dette har været nødvendigt, fordi oversigterne ikke udspecificerer de to faggrupper hver for sig. Dette betyder, at der er nogen usikkerhed forbundet med disse tal

Tallene i tabel 6 og 7 viser, at langt fra alle de normerede stillinger er besatte. Derimod er der uenighed om hvor stort problemet er. I tabel 6 og 7 er normeringerne stort set samstemmende til trods for, at jordemødrene kun er inkluderet i tabel 7. Hvis jordemødrene mangler at blive medregnet i tabel 7 under normerede sygeplejersker, men er medregnet under feltet besatte

sygeplejerskestillinger, så kan det forklare forskellen. Hvis det ikke er tilfældet kan forskellen bl.a. være opstået på baggrund af forskellige måder at foretage registreringer på i sygeplejeledelsen, men andre årsager er også mulige.

De stillinger, som er ubesatte, dækkes ind enten ved, at sygeplejerskerne arbejder over, at der reduceres i produktiviteten eller at sygeplejerskerne lade andre faggrupper overtage jobopgaver. Sidstnævnte er ofte en mulighed der bruges, hvilket kan ses af sygeplejerskeledelsens årlige oversigter, hvoraf det fremgår at det samlede antal normerede stillinger i plejen (sygeplejersker, assistenter og ufaglærte) er besatte, dog ikke nødvendigvis er af den faggruppe hvor normeringen ligger. For de sygeplejerskebesatte stillinger er fordelingen mellem de forskellige ansættelsesformer vist i tabel 8.

Tabel 8. Fordelingen af ansatte sygeplejersker mellem forskellige ansættelsesformer på DIH ud fra afdelingsopgørelser udarbejdet af sygeplejeledelsen

År	Fastansatte Sygeplejersker i alt	Korttidsansatte Sygeplejersker i alt	Vikarbureauansatte Sygeplejersker i alt	Besatte sygeplejerskestilling er i alt
2004	61,7	27,4	16,3	105,4
2005	65,3	28,9	17,5	111,7
2006	57,5	32,8	24,5	114,7
2007	53,7	27,4	30,0	111,1

Kilde: Ikke offentligt publicerede afdelingsoversigter udgivet af sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen..

Disse tal er fremkommet via en manuel optælling af besatte stillinger ud fra afdelingsoversigterne. Bearbejdningen er foregået således, at der pr 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober er foretaget en optælling af alt personale ansat på DIH på de givne tidspunkter. Herudfra er disse så opdelt i vikarbureauansatte, korttidsansatte (< 1 år) og fastansatte. Resultaterne af optællingerne pr. 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober er efterfølgende lagt sammen og delt med fire. På den måde fremkommer der nogle gennemsnitlige tal for de pågældende år.

Af tabel 8 fremgår det, at antallet af korttidsansatte sygeplejersker i perioden 2004 til 2007 ligger uændret på 27,4, dog med udsving. Antallet af fastansatte i samme periode er derimod faldet med 8. Dette fald sammenholdt med den opnormering, som fremgik af tabel 7, har betydet, at der i perioden har været nødvendigt at øge antallet af vikarbureauansatte sygeplejersker. Denne øgning har været på 13,7 stilling.

Fordelingen af ansættelserne med sygeplejeledelsens anden opgørelsesmetode og med den forudsætning, at begrebet *vikarer* dækker alle med mindre end 1 års ansættelse, viser et andet billede, som skildret i tabel 9.

Tabel 9. Fordelingen af ansatte sygeplejersker mellem forskellige ansættelsesformer på DIH ud fra sygeplejeledelsens personaleoversigter

År	Fastansatte Sygeplejersker ¹ i alt	Korttidsansatte Sygeplejersker ¹ i alt	Vikarbureauansatte Sygeplejersker ¹ i alt	Besatte sygeplejerskestillinger ¹ i alt
2004	79,1	23,5	16,8	119,4
2005	98,0	28,7	16,3	143,0
2006	73,2	30,5	19,5	123,2
2007	72,0	23,9	26,1	122,1

Kilde: Ikke offentligt publicerede personaleoversigter udgivet af sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen

¹Denne gruppe indeholder også gruppen af jordmødre. Dette har været nødvendigt fordi oversigterne ikke udspecificerer de to faggrupper hver for sig. Dette medfører nogen usikkerhed forbundet med de viste tal. Definitionen på dette kan være at korttidsansatte er ikke oplyst.

Året 2005 udskiller sig mærkbart fra de andre år, fordi antallet af besatte sygeplejerskestillinger og fastansatte er bemærkelsesværdigt højere sammenlignet med de andre år. De andre år er derimod er så godt som identiske. Antallet af korttidsansatte er uændret over perioden 2004-2007, medens der samlet sker et lille fald i antallet af fastansatte. Dette fald sammenholdt med det faktum, at antallet af normerede stillinger, ifølge tabel 8, steg med 5 stillinger, har også betydet, at antallet af vikarbureauansatte sygeplejersker er steget. Det interessante ved tallene i tabellerne 8 og 9 er specielt den store forskel mellem antallet af fastansatte. En forskel, som kan bunde i forskellige opgørelsesmetoder og defineringer af, hvad der opfattes som fastansættelse og korttidsansættelse. I opgørelsen overantal korttidsansatte og vikarbureauansatte er der god overensstemmelse. Det interessante er, at sammenligne disse tal med dem udgivet af økonomi og planlægningsafdelingen, som tabel 10 viser.

Tabel 10. Forbrug af vikarbureauansatte sygeplejersker på DIH.

DIH	2006		2007		2008	
	Mio. kroner	Årsværk	Mio. kroner	Årsværk	Mio. kroner	Årsværk
	17,650	26,1	27,107	37,9	38 ¹	53,4 ²

Kilde: Ikke publicerede oversigter udleveret af sundhedsvæsenets økonomi og planlægningsafdelingen.

¹Dette tal er en prognose for året 2008, fremkommet på baggrund af det faktiske forbrug pr. 1/7 2008. Dette tal er ganget med to, som udtryk for årsforbruget.

²Et ca. tal fremkommet på baggrund af udgiftsprognosen og kostprisen pr. årsværk i 2007.

Ved den manuelle optælling af antallet af ansatte indenfor de forskellige stillingskategorier viste, at der i 2006 og 2007 var ansat henholdsvis 24,5 og 30,0 vikarbureauansatte sygeplejersker (tabel 8), medens der i sygeplejeledelsens opgørelse var ansat henholdsvis 19,5 og 26,1 vikarbureauansatte sygeplejersker de samme to år (tabel 9). Den manglende overensstemmelse med tallene i tabel 10 kan skyldes, at disse tal er udtrykt i antal årsværker, som vikarbureauansatte sygeplejerskerne har arbejdet på DIH. Dette må betyde, at sygeplejerskerne arbejder mere end normeringen, hvis de kan komme op på dette højere antal årsværk. Denne udvikling kan være en nødvendig konsekvens af de vakante stillinger, som fremstilles i tabel 6 og 7.

Via den manuelle optælling af personaleoversigterne fra DIH er det også muligt at undersøge fordelingen af ansættelserne. Hvis det overarbejde som tabel 8 og 10 antyder, er gældende alene for vikarbureausygeplejerskers vedkommende (forskellen mellem antallet af ansatte og årsværksforbruget) og de mange vakante stillinger sammenholdes med de procentvise forskydningerne mellem de forskellige ansættelsesformer (tabel 11), så findes måske en af forklaringerne på de mange frustrationer som findes blandt de tilbageværende faste sygeplejersker på DIH.

Tabel 11. Fordeling af de ansatte sygeplejersker i forhold til ansættelsesform på DIH ud fra sygeplejeledelsens afdelingsopgørelser, angivet i pct.

År	Fastansatte	Korttidsansatte	Vikarbureauansatte	I alt
2004	59	26	15	100
2005	58	26	16	100
2006	50	29	21	100
2007	48	25	27	100

Kilde: Ikke offentligt publicerede afdelingsoversigter udgivet af sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen.

Disse tal er fremkommet via en manuel optælling af besatte stillinger ud fra afdelingsoversigterne. Bearbejdningen er foregået således, at der pr 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober er foretaget en optælling af alt personale ansat på DIH på de givne tidspunkter. Herudfra er disse så opdelt i vikarbureauansatte, korttidsansatte (< 1 år) og fastansatte. Resultaterne af optællingerne pr. 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober er efterfølgende lagt sammen og delt med fire. På den måde er fremkommet gennemsnitlige tal for de pågældende år.

Af tabel 11 ses det, at der i årene 2004-2007 er sket en stigning i antallet af sygeplejersker ansat i kortere ansættelsesforhold, underforstået korttidsansatte og vikarbureauansatte, med 11 pct. Dette betyder, at DIH fra i 2004 at have haft en 60/ 40 fordeling mellem fastansatte og korttidsansatte, i 2007 er nået et punkt, hvor antallet af vikarer overstiger antallet af fastansatte. En lignende gennemgang af den anden opgørelsesform fra sygeplejeledelsen viser, som det fremgår af tabel 12, et knapt så dystert billede.

Tabel 12. Den procentvise fordeling af de ansatte sygeplejersker¹ i forhold til ansættelsesform på DIH ud fra sygeplejeledelsens personaleopgørelser

År	Fastansatte	Korttidsansatte	Vikarbureauansatte	I alt
2004	66	20	14	100
2005	69	20	11	100
2006	59	25	16	100
2007	59	20	21	100

Kilde: Ikke offentligt publicerede personaleoversigter udgivet af sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen.

¹I denne gruppe er også indeholdt gruppen af jordmødre. Dette har været nødvendigt fordi oversigterne ikke udspecificerer de to faggrupper hver for sig. Dette betyder, at der er nogen usikkerhed forbundet med nedenstående tal. Definitionen på korttidsansættelse er ikke oplyst.

Af ovenstående tabel bemærkes det, at DIH havde en fordeling på 75/ 25 mellem fastansatte og korttidsansatte sygeplejersker i 2004, medens fordelingen i 2007 var 60/ 40. Tendenserne er ens for

de to tabeller og viser en udvikling mod flere ansættelser af kortere perioder på bekostning af de længere ansættelser.

Bruges man derimod tallene fra tabel 5, der er gældende for hele sundhedsvæsenet og er udgivet af Grønlands Statistik, så ser situationen ud som i tabel 13.

Tabel 13. Den procentvise fordeling af årsværker mellem sygeplejersker ansat i det Grønlandske sundhedsvæsen

År	Fastansatte	Korttidsansatte	Vikarbureauansatte	I alt
2004	76	18	6	100
2005	69	25	7	100
2006	62	25	13	100

Kilde: Grønlands Statistiske Årbog 2007

Udviklingen, der ses i tabel 3, stemmer godt overens med den udvikling der ses af tabel 11 og 12. Det er dog vigtigt at bemærke, at kystens sygehuse, ifølge informationer fra sundhedsvæsenets økonomi og planlægningsafdeling, ikke i særligt stort omfang benytter sig af vikarbureausygeplejersker, hvorfor denne relativt store procentvise forskel mellem tabellerne 11/ 12 og 13. Udtrykt i årsværker for hele sundhedsvæsenet viser tabel 13, at der på bare 2 år er tale om en stigning i antallet af korttidsvikarer (korttidsansatte og vikarbureauansatte) på 14 pct. Ydermere viser forskellen mellem tabellerne 11 – 13, sammenholdt med videnen om, at hovedparten af de vikarbureauansatte er ansat på DIH, hvor belastet situationen er der.

En forstander på et af de store kystsygehuse har oplyst, at de pr. 1/5 2008 havde 7 stillinger i vakance (personlig kommunikation, Inuuti Fleicher, 2008). Stillinger som de selv dækker ind og rationalisere sig ud af uden brug af vikarer. Disse benyttes først, når det faste personale skal afholde ferie. På trods af at kystsygehuse umiddelbart ikke er så belastet af korttidsansættelser så oplever de også hvordan manglen på sygeplejersker påvirker hverdagen.

5.4. Uddannelsesstrukturen indenfor sundhedsvæsenet i Grønland

Det grønlandske sundhedsvæsen eksistens bygger ikke alene på nødvendigheden af rekruttering af sygeplejersker udefra. Der uddannes også sygeplejersker i Grønland og dermed kan problemstillingen bredes ud til også at tale om rekruttering indenfor landets grænser.

Den grønlandske sygeplejerskole Peqqissaanermik Ilinniarfik (P.I.) blev indviet den 10. oktober 1993, og det første hold sygeplejestuderende påbegyndte uddannelsen den 1. januar 1994. Før denne tid rejste grønlændere, der ønskede at uddanne sig til sygeplejersker, til Danmark for at tage uddannelsen. I Grønland blev der indtil 1995 alene uddannet sundhedsmedhjælper. Sundhedsmedhjælperuddannelsen var en 3- årig grønlandsk sundhedsuddannelse. Sundhedsmedhjælperne har/ havde et selvstændigt ansvar indenfor de områder, som de er uddannet

til at varetage. I dag arbejder de i et vist omfang på lige fod med sygeplejersker. Specielt på kystsygehusene var dette en vigtig gruppe, fordi de havde fået en uddannelse, som gav dem specielle kompetencer til at varetage områder som: fødsler, venerologi¹⁴ og røntgen. Derudover var de som oftest tosprogede (grønlandsk/ dansk) og de blev længere i deres ansættelser til forskel fra mange af sygeplejerskerne.

I overgangsperioden mellem oprettelsen af sygeplejerskeuddannelsen og afviklingen af sundhedsmedhjælperuddannelsen blev sundhedsmedhjælperne i en overgangsperiode tilbudt en 2-årig merituddannelse, hvor de kunne få en uddannelse, på niveau med de nordiske sygeplejerskeuddannelser og som samtidig gav dem ret til grønlandsk/ dansk autorisation som sygeplejerske.

Sygeplejerskeuddannelsen studiet har siden sin start optaget mellem 12 og 18 studerende pr år, svarende til ca. 10 % af en studenterårgang. Den eneste måde hvorpå man kan kvalificeres sig til optagelse på sygeplejerskeuddannelsen er via en gymnasialuddannelse. Dette kan gøres enten ved det fulde gymnasiale uddannelsesforløb eller et, e1-årigt specialforløb. Sidstnævnte er oprettet for at kvalificere personer med fx har en erhvervsmæssig baggrund til at opfylde optagelseskravene på en af de mellemlange videregående uddannelser der findes i Grønland. Siden sygeplejerskeuddannelsen startede i Grønland, er der uddannet ca. 70 sygeplejersker, svarende til ca. 6 nyuddannede om året¹⁵.

Relativt hurtigt blev det dog klart, at grundet de højere optagelseskrav kunne sygeplejerskeuddannelsen ikke tiltrække så mange som den gamle sundhedsmedhjælperuddannelse. Konsekvensen var, at man kom til at mangle en mellemgruppe indenfor plejen, og specielt opstod der en mangel på uddannede til bl.a. fødselsområdet. I erkendelse heraf og med Danmark som forbillede blev der i efteråret 2000 i Grønland oprettet to uddannelser: En for sundhedshjælper og en for sundhedsassistenter. Disse to uddannelser er forbundet således, at ved en gennemført sundhedshjælperuddannelse, er der mulighed for at gå videre med en sundhedsassistentuddannelse.

I uddannelsen til sundhedsassistent er der ikke indlagt specielle moduler, som gør den uddannede klar til at varetage områder som fødsler og røntgen. Dette er kompetencer, som i kølvandet på afskaffelsen af sundhedsmedhjælperuddannelsen, skal rekrutteres udefra. I erkendelse heraf har Landsstyret lavet en uddannelsesplan, der skal være med til at kompensere for manglen på højt specialiseret arbejdskraft. Dette er gjort, ved at oprette et antal specialiseringsforløb indenfor røntgenområdet, fødselsområdet og indenfor venerologi i samarbejde med PI.

¹⁴ Kønssygdomme og smitteopsporing

¹⁵ Uddannelsen startede i 1994 og 1. hold blev uddannet i 1996.

Sundhedsuddannelserne, fraset selve sygeplejestudiet, er med andre ord bygget op om princippet om modulopbygning og trinvis kompetencestigning. Denne form for sammenhængende uddannelsesløsning er, af blandt andet Det Rådgivende Udvalg vedrørende Grønlands økonomi (2001), blevet foreslået, som en god mulighed for at sikre ufaglærte og specielt voksne mulighed for at opnå en uddannelse.

5.5. Sammenfatning: Organisatoriske baggrundsfaktorer, som kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker

I dette kapitel ses der på sundhedsvæsenets organisering og på hvordan den økonomiske ramme herfor bruges. Derudover ses der på de forskellige ansættelsesformer indenfor sygeplejen, således at der er muligt at komme med en sammenfattende beskrivelse af hele området og den udvikling, der har været i brugen af de forskellige stillingstyper. Slutteligt er de uddannelsesmæssige forhold beskrevet, sådan at der er skabt en baggrund for i kapitel 7 at diskutere eventuelle udfordringer på bl.a. dette område.

Med hjemtagelsen af sundhedsvæsenet overtog Grønlands Hjemmestyre et sundhedsvæsen, hvis organisering afspejlede tidligere tiders begrænsede mulighed for transport, teknologi og behandlingsmæssige muligheder. En organisering der har sikret at de fleste situationer er blevet håndteret lokalt. Begyndende rekrutteringsproblemer og større krav til ydelserne har betydet at der er udarbejdet en ny organisering af fremtidens sundhedsvæsen i Grønland. Denne organiserings udgangspunkt er et Grønland, som det ser ud i dag. Dette ses ved, at dens udgangspunkt er aktuelle grønlandske forhold såsom geografi, generelle teknologiske landvindinger og rekrutteringsproblemer specielt i forhold til faguddannet personale.

En gennemgang af sundhedsvæsenets driftsudgifter viste at lønningernes andel har holdt sig på et rimeligt konstant niveau siden hjemtagelsen i 1992. En mere specifik gennemgang viste, at udgifterne til vikarbureauernes andel var fordoblet gennem en 4 årig periode, hvilket må siges, at være meget i forhold til den lille gruppe, der er tale om (tabel 5). Samtidig bekræfter denne stigning også, at disse udgifter nu anses som en alvorlig trussel for sundhedsvæsenets samlede budget i og med, at der går 4 pct. til aflønning af en meget lille personalegruppe.

Det grønlandske sundhedsvæsen opererer med tre ansættelsesformer nemlig: fastansat, korttidsansat og vikarbureauansat. Det er nemt at adskille de to første fra den sidste, medens der ikke findes en definition af hvad der reelt forstås med henholdsvis fastansat og korttidsansat. Det er derfor ikke muligt at fastslå om opdelingen foretaget ud fra ordlyden af ansættelsepapiret eller om

det er den reelle ansættelseslængde, der tæller. De beskrevne ansættelsesformer viser, at fordelene ved fastansættelse og herigennem mulighed for højt rekrutteringstillæg, gratis bolig i ventetiden på fast bolig og muligheden for billigt at kunne få en møbleret bolig, så bohavet ikke nødvendigvis skal medtages gør, at der ikke skal en særlig lang ansættelsesperiode til før en fastansættelse er at foretrække. Dette sammenholdt med det faktum, at der ikke er konsensus mellem hvordan personalesituationen ellers dokumenteres i statistikker og arbejdspapirer gør det svært at komme med et præcist og detaljeret billede af sygeplejerskeområdet. Det er dog muligt at fastslå at det er svært at besætte alle stillinger med sygeplejersker samt at andelen af vikarer stiger med heraf følgende konsekvens, at udgifterne til vikarbureauerne er steget med 20 mio. på bare 2 år.

Uddannelsesstrukturen indenfor sundhedsvæsenet i Grønland er opbygget som det anbefales i flere rapporter, herunder en rapport udgivet af det økonomiske råd vedrørende Grønlands økonomi (2001). Dette betyder, at sundhedsuddannelserne er modulopbygget med mulighed for trinvis kompetencestigning. Skulle systemet have været fuldt udbygget skulle sygeplejerskeuddannelsen være den sidste direkte overbygning. Dette er for nuværende ikke muligt uden en Gymnasial uddannelse, hvilket betyder, at sundhedsassistenter, der ønsker den sidste overbygning, er nødt til at tage en sideuddannelse (1-årig GU-uddannelse) inden dette er muligt.

Kapitel 6 - Individuelle baggrundsfaktorer, som kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker

I dette kapitel behandles de individuelle baggrundsfaktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker, som behandles. Som omtalt i Kapitel 4 skal der både arbejdes med kortsigtede og langsigtede planer for rekruttering af arbejdskraft til sundhedsvæsenet. Uanset hvilken af disse der aktuelt arbejdes med, så er det vigtigt at viden om hvilke bevæggrunde sygeplejersker har for at lade sig rekruttere til det grønlandske sundhedsvæsen.

Til at afdække flest mulige bevæggrunde fra flest mulige sider ville det ideelle være en undersøgelse indeholdende både en kvalitativ og en kvantitativ del. Denne kombination af kvalitative og kvantitative undersøgelsesmetoder, som kaldes for en metodetriangulering, har flere fordele (Kvale, 1997: 238):

- Metodens validitet testes.
- Analyseresultaterne styrkes.
- Afvigelser kan resultere i ny viden omkring hvad der får folk til at lade sig rekruttere til et job i det grønlandske sundhedsvæsen.
- Resultaterne giver mere helhed og bliver mere nuancerede i deres belysning.

Til trods for fordelene ved at benytte både kvantitativ og kvalitativ metode, har jeg i dette speciale valgt alene at have fokus på den kvantitative del, der som tidligere nævnt opdeles i to (henvisning). Dette valg er truffet ud fra hensyntagen til dette speciales omfang.

Dette kapitel vil blive afsluttet med en kort sammenfatning af hvilke baggrundsfaktorer, der er vigtige at tage højde for i fremtidens arbejde med at rekruttere sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen. Denne sammenfatning vil sammen med sammenfatningerne i kapitel 4 og 5 og teorikapitlerne 2 og 3 danne baggrund for en sammenfattende diskussion og analyse i kapitel 7.

6.1. Design af den kvantitative undersøgelse

Designet af den kvantitative undersøgelse følger de seks trin beskrevet af Ottar Hellevik, nemlig problemstilling, udvælgelse, indsamling, bearbejdning, analyse og tolkning af data (Hellevik, 2002: 34-41).

For at den kvantitative undersøgelse kan belyse emnet rekruttering fra flest mulige sider er der valgt to vinkler:

- Hvad får sygeplejersker til at lade sig rekruttere til et job i det grønlandske sundhedsvæsen?
- Hvad lægger sygeplejerskerne vægt på eller har med i deres overvejelser forud for denne beslutning?

En optimal besvarelse af disse to vinkler kræver, at der skal designes to spørgeskemaer. Et rettet til sygeplejersker, der indenfor en afgrænset periode (1/2-15/4-2008), er blevet ansat i det grønlandske sundhedsvæsen og et rettet til sygeplejersker eller kommende sygeplejersker i Danmark. I Danmark findes der, ifølge sygeplejerskernes fagforening (DSR), 70.000 organiserede sygeplejersker, så for sidstnævntes gruppes vedkommende er der tale om en stor gruppe for hvem det dog gælder, at ikke alle er potentielle sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen. Det mest oplagte ville være, hvis undersøgelsen kunne foretages blandt sygeplejersker, der på en eller anden måde har vist interesse for Grønland. Samtidig kunne det også være interessant at høre hvad sygeplejersker uden sådanne overvejelser tænker samt sygeplejerskestuderende på sidste semester af uddannelsen, fordi grupperne hver især kan have meget forskellige overvejelser, der enten gør dem nemme at rekruttere eller som vanskeliggør processen.

6.1.1. Udvælgelse af data.

For at sikre validiteten, dvs. måles der det man tror der måles? (Kvale, 1997, 233), er det vigtigt, inden undersøgelsens start, at gøre klart, hvilke variabler/ data der ønskes for at kunne belyse de to spørgsmål omtalt i afsnit 6.1.

En sådan begrebsafklaring er nødvendig inden udformningen af spørgeskemaerne, da det senere skal danne grundlag for en klassificering af det indkomne materiale. De data/ variabler som ønskes i denne undersøgelse, tager udgangspunkt i forskningsspørgsmålene i interviewguide 1 (bilag 1). Forinden den kvantitative del er spørgsmålene testet på en mindre gruppe, for at sikre, at de fungerer efter hensigten og måler det ønskede. Der er nemlig vigtigt at huske, at oplægget ikke kan ændres, når først undersøgelsen er startet. Såfremt dette alligevel gøres vil informationerne fra undersøgelsen ikke være sammenlignelige og derfor svære at bruge i en kvantitativ databearbejdning. Da gruppen, der opfyldte kravene til deltagelse (ansættelse i perioden 1/2-15/4-2008) var relativ lille, foregik testen på 8 sygeplejersker, hvis ansættelse startede før det valgte skæringstidspunkt for undersøgelsen. På baggrund af denne test blev spørgeskemaet udformet som vist i bilag 2. Denne test dannede ligeledes udgangspunktet for udformningen af det spørgeskema, som sygeplejersker eller kommende sygeplejersker i Danmark skulle besvare (bilag 3).

En spørgeskemaundersøgelse, der skal besvares via internettet, stiller store krav til udformningen. Med nutidens brug af computer og internet var håbet, at det skulle virke lige så nemt at besvare og returnere et almindeligt spørgeskema. Fordele ved denne undersøgelse er som for almindelige postspørgeskemaer: billigt, nemt at administrere, uden interviewereffekt og god tid for respondenterne til at svare (Andersen, 2002: 214).

6.1.2. Indsamling af data – spørgeskemaundersøgelsen på DIH

For at de indsamlede data bliver så repræsentative (Hellevik, 2002: 34-37) som muligt, er det vigtigt, at undersøgelsen omfatter et højt antal respondenter.

Undersøgelsen af, hvad der får sygeplejersker til at lade sig rekruttere til et job i det grønlandske sundhedsvæsen foregik blandt alle sygeplejersker, uanset ansættelsesform, ansat indenfor de sidste to en halv måned (perioden 1/2-15/4-2008) og som på undersøgelsestidspunktet fortsat er ansat. Udgangspunktet for at vælge sygeplejersker ansat indenfor kort tid var, at de ville have deres bevæggrunde for at lade sig ansætte i frisk erindring og på den måde være mere objektive og uden forudindtagne meninger set i forhold til sygeplejersker, der har været ansat i længere tid. For at gøre undersøgelsen mest mulig repræsentativ og samtidig få muligheden for at undersøge hvad der afgør valg af ansættelsesform blev spørgeskemaet givet til alle nyansatte, uanset om de var fastansatte, korttidsansatte på hjemmestyreoverenskomst eller vikarbureauansat.

Spørgeskemaerne inklusiv en frankeret svarkuvert blev pakket i konvolutter og sendt til de sygeplejersker, der opfyldte kriterierne. Navneoplysningerne var indhentet fra sygeplejeledelsens personaleoversigter. I den endelige undersøgelse blev udsendt 47 spørgeskemaer, heraf blev et returneret, da modtageren allerede var rejst, og 37 returneret i udfyldt stand. Dette gav en svarprocent på 80, hvilket må betegnes som yderst tilfredsstillende. Dog skal det bemærkes at de statistiske bearbejdningsresultater rent statistisk vil komme til at bygge på et spinkelt grundlag grundet kun 37 svar.

6.1.3. Indsamling af data – den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse

Undersøgelsen af hvilke bevæggrunde der er forud for en eventuel ansættelse i Grønland, foregik blandt sygeplejersker og kommende sygeplejersker i Danmark. Målgruppen var både sygeplejersker, der på en eller anden måde har vist interesse for at arbejde i Grønland samt tilfældigt udvalgte sygeplejersker, hvor deres overvejelser ikke var kendte. Førstnævnte gruppe anses umiddelbart for at være rekrutteringsgrundlaget og repræsentere sygeplejersker, der muligvis allerede har haft ansættelse i Grønland, sygeplejersker der har deltaget i Sundhedsvæsenets informationsmøder i Danmark eller interesserede, som har henvendt sig til sundhedsvæsenet for at få uforpligtende oplysninger om arbejde i Grønland. I gruppen med tilfældigt udvalgte sygeplejersker er deres eventuelle kontakt med det grønlandske sundhedsvæsen ukendt.

Denne undersøgelse blev mere indviklet, fordi der i undersøgelsesperioden var strejke blandt sygeplejersker i Danmark. Konsekvensen af denne strejke blev at mange af dem, som fik en henvendelse i denne periode, ikke havde åbnet deres arbejdsmail.

Målgruppe 1: De sygeplejersker, der havde vist interesse for at arbejde som sygeplejerske i Grønland blev kontaktet via mailadresser som tidligere ansatte havde givet da de forlod arbejdet samt via en tilmeldingsliste fra fire informationsmøder afholdt i Danmark efteråret 2007. Informationsmøderne omhandlede det at arbejde som sygeplejerske på operationsafdelingen, anæstesiaafdelingen og intensivafdelingen på DIH. Alle blev kontaktet direkte pr. mail og fik tilsendt et informationsbrev om undersøgelsen samt et link til spørgeskemaundersøgelsen (bilag 4)¹⁶.

Målgruppe 2: Tilfældigt udvalgte sygeplejersker som blev udvalgt via kontakter i det danske sundhedsvæsen. Der blev i første omgang udvalgt 6 sygeplejersker, hvoraf 5 var ansat i forskellige afdelinger og med geografisk forskellige placering i Danmark, medens den sidste var sygeplejelære tilknyttet et hold 7. semester studerende. Disse blev bedt om at videresende brevet til nogle helt tilfældige sygeplejersker i deres nærhed, medens sygeplejelæren videredistribuerede brevet videre til sine studerende. Brevet med oplysninger om undersøgelsen og linket til undersøgelsen blev derved udsendt ud til et ukendt antal informanter, hvorfor det ikke er muligt at sige noget om svarprocenten.

Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker og kommende sygeplejersker i Danmark blev foretaget blandt en blandet gruppe bestående af tilfældigt udvalgte sygeplejersker samt en gruppe, der tidligere har haft et ansættelsesforhold i Grønland. Da besvarelsene er anonyme er det desværre ikke muligt at vise fordelingen mellem grupperne. Det kunne have været interessant at sammenligne de forskellige gruppers svar.

Der var 99, der deltog i selve den internetbaserede undersøgelse. Det at undersøgelsen bl.a. foregår blandt en gruppe helt tilfældigt udvalgte fremgår af svarene på spørgsmål 22, 25 og 28. Her var det muligt at svare ”ja”, ”nej” og ”ved ikke” og hvor ”ved ikke” andelen er på mellem 57 og 75 pct. hvilket viser, at de ikke kender til forholdene. Det at respondenternes viden er begrænset i forhold til en række spørgsmål betyder dog ikke, at respondenternes informationer er uanvendelige. De giver svar på og fortæller om andet værdifuldt, herunder deres umiddelbare reaktion. På den måde muligt at få en viden om hvad sundhedsvæsenet er oppe imod af forudindtagethed, fordomme mm., som kan bruges i forsøget på at få flere hjemmestyreansatte sygeplejersker.

6.1.4. Bearbejdning, analyse og tolkning af data

Det åbenlyse problem i det nuværende grønlandske sundhedsvæsen er rekrutteringsproblemerne med heraf stor vækst i brugen af vikarbureau-sygeplejersker. Denne vækst har som tidligere

¹⁶ Spørgeskemaet er ikke længere tilgængeligt på nettet hvorfor det er at finde i bilag 5.

beskrevet flere konsekvenser, men især det økonomiske aspekt og manglen på kontinuitet er nogle af de væsentligste. Det interessante er at finde bagvedliggende årsager til denne vækst. Herunder om der er forhold, som kan forklare denne udvikling og er det noget som kan ændres med det formål at ændre på den nuværende udvikling, sådan at sundhedsvæsenet på kort og lang sigt bliver bedre til at rekruttere sygeplejersker udefra.

Første fase i databehandlingen bestod af datakodning, hvis formål var at klargøre de indkomne data til indtastning i SPSS. I de tilfælde, hvor der var mulighed for kodning i intervallskalaer, blev dette gjort, fordi det muliggør senere sammenligninger mellem flere intervallskalaer. Alle de data fra de to undersøgelser blev efterfølgende analyseret på flere måder, primært via fordelingsbeskrivelser og krydstabuleringer. Sidstnævnte testes samtidig for statistisk signifikans, gammakoefficienter, Parsons correlationsværdi og Parsons correlationsværdi².

I dette speciale er signifikansniveauer sat til 5 pct. eller $p < 0,05$. Dette bevirker, at der maksimalt må være 5 pct. sandsynlighed for falsk svar. Jo lavere signifikansniveau jo mindre er sandsynligheden for at tage fejl og desto vanskeligere bliver det at bekræfte den alternative hypotese. I de enkelte tilfælde, hvor der er afvigelse fra dette forhold, er der anmærkninger om dette.

Gammakoefficienten er en rangkorrelation, dvs. en korrelations koefficient, som måler styrken af en negativ eller positiv sammenhæng. Gammakoefficienten forudsætter, at der er tale om variabler på en ordinalskala¹⁷ (Nielsen m.fl. 2008: 290 – 292).

Med (Pearsons correlationsværdi)² er det muligt at vurdere, hvor stor del af variabelen, der kan forklares med de forklarende variabler.

Efter bearbejdningen af indsamlede data startede selve analysearbejdet, hvor sammenhænge, frekvenser og korrelationer blev beregnet. Ud fra disse resultater er tolkningen derefter foretaget. Herunder forsøger at besvare om der er nogle specielle faktorer, der er hyppigt forekommende hos de adspurgte, om der er nogle typiske årsagsforklaringer til at de vælger at lade sig rekruttere og hvilke overvejelser der gøres inden rekrutteringen?

6.2. Resultaterne.

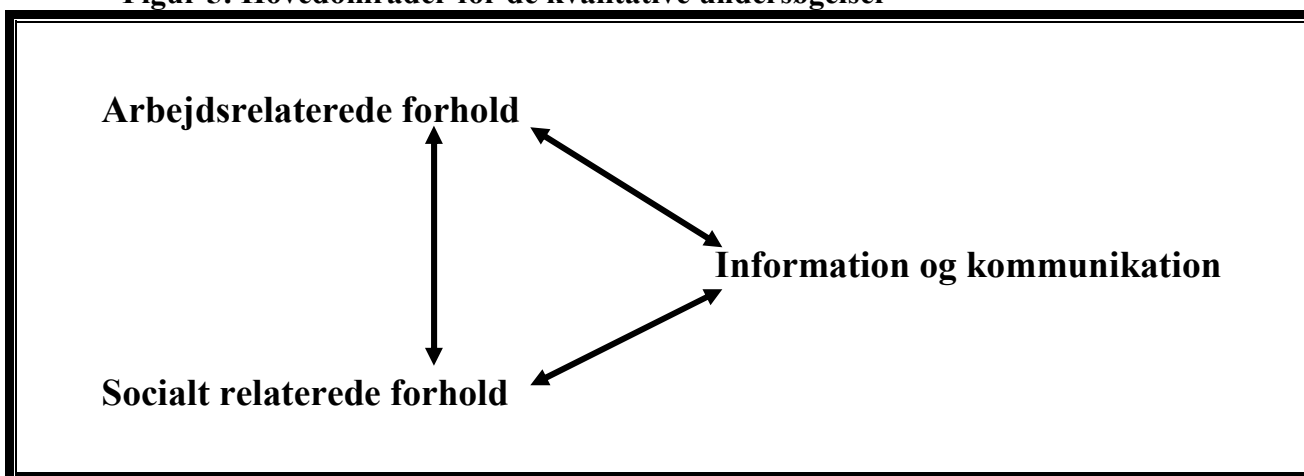
De to kvantitative undersøgelser har frembragt en stor mængde informationer, som skal systematiseres for at kunne give de nødvendige informationer til at kunne ændre den nuværende udvikling. Denne systematisering kan enten ske ved at se på sammenhænge mellem enkeltpørgsmålene og for derefter at undersøge hvor sammenhængen er stor udtrykt i

¹⁷ De mulige udfald er rangordnede

gammakoefficient eller Parsons r. En anden måde hvorpå der kan systematiseres er ved at se på hvilke problemområder svarene henviser til. I dette speciale er sidstnævnte metode benyttet fordi der ved første metode vil være en del sammenhænge, der ikke vil være relevante for analyse til trods for, at der er en sammenhæng..

Overordnet set samler besvarelserne sig om tre hovedområder: Et er arbejdsrelateret, det andet er relateret til sociale forhold, som bolig og fritid, medens det tredje område omhandler information og kommunikation (figur 5). Samtidig viser besvarelserne, at der mellem de tre hovedområder er en tæt interaktion.

Figur 5: Hovedområder for de kvalitative undersøgelser



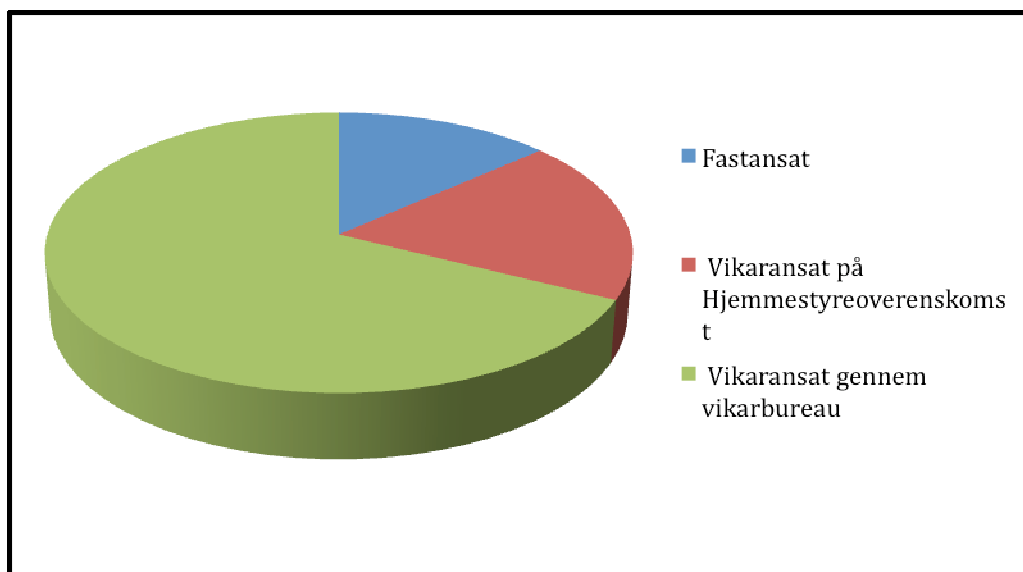
De mest fremtrædende hovedområder i undersøgelserne er forbundet med dobbeltpile, for at vise den interaktion, der foregår mellem områderne indbyrdes.

6.2.1. Arbejdsrelaterede forhold

I forhold til de arbejdsrelaterede forhold i de to undersøgelser er det vigtigt at få identificeret hvilke grupper dvs. ansættelsesformer der tales om og udseende af disse.

Resultaterne af ansættelsesform hos respondenterne fra DIH undersøgelsen er ansat er afbildet i figur 6. Dette viser med al tydelighed en fordeling, der ikke kan være tilfredsstillende, såfremt ønsket er flere fastansatte sygeplejersker. En 1/3 er ansat via hjemmestyreoverenskomster, medens 2/3 er ansat via vikarbureau. Samtidig viser figuren, at 85 pct. er vikarer.

Figur 6: Aktuel ansættelsesform hos respondenterne på DIH



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen på DIH. n = 37

Dette billede af ansættelsesformer på DIH viser og bekræfter den generelle opfattelse, at der er en stor procentdel vikarer, der er ansat via vikarbureau samt at meget få lader sig fastansætte.

For at kunne danne et billede af sygeplejerskegruppens sammensætning er det nødvendigt at sammenholde ovennævnte parameter med andre parametre. Et parameter som fx hvor lang tid de enkelte har planlagt at være ansat interessant, kan være med til at danne baggrund for et mere præcist billede. Derudover kan det samtidig være med til at belyse den problemstilling, som er berørt i afsnittet om ansættelseslængder (5.5. Sammenfatning: Organisatoriske baggrundsfaktorer, som kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker), nemlig det forhold, at der er skjult en række vikaransættelser i begrebet fastansat. Dette kan lade sig gøre, fordi den seneste overenskomst mellem Hjemmestyret og sygeplejerskernes fagforening PK gør det attraktivt at lade sig fastansætte til trods for, at der kun planlægges med en kortere ansættelsesperiode. Sygeplejerskers svar på hvor lang tid de har planlagt ansættelseslængden at være fremgår af tabel 14.

Tabel 14. Planlagt ansættelseslængde

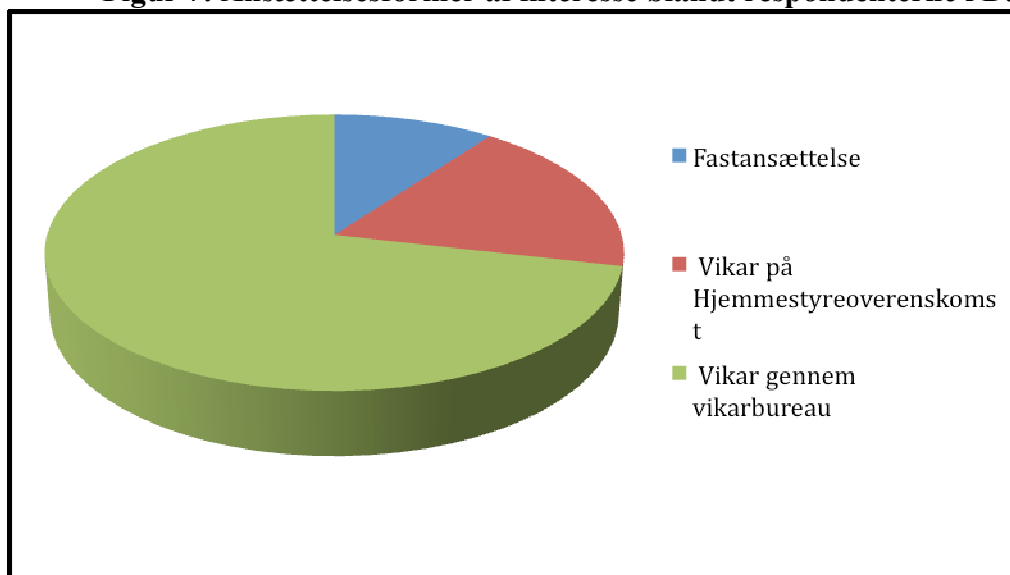
Ansættelseslængde	n	Procent
0 – 1 måned	1	3
1 – 2 måneder	5	13
2 – 6 måneder	26	70
6 – 12 måneder	4	11
Mere end 12 måneder	1	3
I alt	37	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Af tabel 14 ses det, at 70 pct. af respondenterne fra DIH undersøgelsen har planlagt en ansættelseslængde på mellem 2 og 6 måneder, 13,5 pct. har planlagt en længere ansættelse (heraf 1 person i længere end 1 år), medens 16,2 pct. planlægger en ansættelse på under 2 måneder.

Respondenterne i den netbaserede spørgeskemaundersøgelse svarede på spørgsmål om, hvilken ansættelsesform der vil være af størst interesse¹⁸, og hvilken ansættelseslængde der vil være mest realistisk for den enkelte. Svarene på disse fremgår af figur 7 og tabel 15.

Figur 7: Ansættelsesformer af interesse blandt respondenterne i Danmark.



Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt sygeplejersker i Danmark. n= 98

Tabel 15. Realistisk ansættelseslængde

Ansættelseslængde	N	Procent
0 – 1 måned	23	23
1 – 2 måneder	22	22
2 – 6 måneder	34	35
6 – 12 måneder	17	17
Mere end 12 måneder	3	3
I alt	99	100

Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt sygeplejersker i Danmark.

Til trods for at respondenterne ikke havde forberedt sig på spørgsmålet om hvilken ansættelsesform der ville være relevant for dem, og derfor ikke havde de rette forudsætninger for at svare objektivt på spørgsmålet, så var besvarelsene (figur 7), samstemmende med svarene fra spørgeskemaundersøgelsen på DIH. Det ses nemlig, at lidt under 1/3 vil lade sig ansætte på en hjemmestyreoverenskomst, medens lidt over 2/3 ville lade sig ansætte via et vikarbureau. I forhold

¹⁸Da den netbaserede spørgeskemaundersøgelse er sendt til sygeplejersker som for de færrestes vedkommende ikke har sat sig ind i de løn og overenskomstmæssige spørgsmål der er i forhold til de enkelte ansættelsesformer vil besvarelsene resultere i et impulsivt svar.

til ansættelseslængden, som ses det af tabel 15, tegner der sig et billede ret lig billede blandt respondenterne på DIH. Her ses det at hovedparten (80 pct.) ønsker en ansættelseslængde på under et halvt år, mens kun 20 pct. ønsker at være ansat i længere tid: heraf kun 3 personer i mere end 12 måneder.

Sammenholdes oplysningerne om ansættelsesformer og ønskede ansættelseslængder fra de to undersøgelser peger de i samme retning, nemlig; mange vikaransættelser, hvoraf flertallet er via vikarbureau, korte ansættelsesforhold, hvoraf hovedparten er under 6 måneder og at meget få er interesserede i ansættelser over 12 måneder.

Hvad er det så der gør, at sygeplejerskerne primært er interesserede i korte ansættelsesforhold, hvad får dem til at vælge ansættelse gennem vikarbureau og hvad skal der til for at få flere gjort interesserede i længere ansættelsesforhold. I første omgang vil være helt centralt at identificere om det er muligt at fordele respondenterne i dem, der lader sig ansætte på henholdsvis hjemmestyreoverenskomst og dem på vikarbureauoverenskomst, ud fra hvilke arbejdsrelaterede forhold respondenterne har valgt eller vil vælge og begrundelserne herfor. En sådan karakteristik af, hvad der kendetegner disse grupper vil indirekte frembringe viden om, hvilke faktorer, der er betydningsfulde for de to grupper og dermed også et fingerpeg om, hvor der skal ændres for at vende den nuværende udvikling.

I spørgeskemaundersøgelsen, foretaget blandt allerede ansatte sygeplejersker, blev der spurgt til ansættelsesforhold (fastansatte, vikarer på hjemmestyreoverenskomst eller ansat via vikarbureau). Det interessante i denne sammenhæng er, om det er muligt at sige noget om de første to grupper kontra den sidste. Statistisk viser undersøgelsen, som det fremgår af tabel 16, at der er en negativ sammenhæng mellem hvilket år respondenterne er uddannet i og dennes ansættelsesform. Sammenhængen er således, at nyuddannede oftere er ansat på hjemmestyreoverenskomst end sygeplejersker der har været uddannede længere tid.

Tabel 16. Sammenhæng mellem uddannelsesår og ansættelsesform, angivet i pct.

Uddannelsesår	Hvordan er du ansat?	
	Hjemmestyreansat	Vikarbureau
1961 - 1970	10	0
1971 - 1980	0	24
1981 - 1990	10	16
1991 - 2000	20	32
2001 - 2008	60	28
I alt	100 pct.	100 pct.

Kilde Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma=-0,535, Pearson's værdi=-0,297, (Pearson's værdi)² = 9 pct og p <0,083. n=35

Sammenhængen er dog ikke stærkere end at $p < 0,08$, hvilket betyder, at der kun er 92 pct. sandsynlighed for, at det opnåede resultat ikke er udtryk for en tilfældighed. Dette er en lidt lavere sandsynlighed end det der normalt kræves for samfundsvidenskabeligt arbejde (6.1.4. Bearbejdning, analyse og tolkning af data). En (Pearson's værdi)² på 9 pct. Fortæller, at kun 9 pct. af variablen kan forklares med de anvendte variabler; uddannelsesår og ansættelsesform.

Betragtes grupperne under et (tabel 17), er det det samme billede, som gør sig gældende nemlig at det er de senest uddannede som primært vælger at lade sig ansætte som sygeplejersker i det grønlandske sundhedsvæsen.

Tabel 17 Ansættelsernes fordeling på uddannelsesår, angivet i pct.

Uddannelsesår	I alt
1961 – 1970	3
1971 – 1980	17
1981 – 1990	14
1991 – 2000	29
2001 – 2008	37
I alt	100 pct.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH. n = 35

Det interessante er efterfølgende at undersøge, hvilke andre variabler der kan spille ind. Idet det er de senest uddannede, der fortrinsvist lader sig rekruttere, er det nærliggende at tro, at respondenternes alder kunne være en relevant parameter. En sammenligning af uddannelsesår og alder viser, som det fremgår at tabel 18, at der er en meget stærk sammenhæng mellem disse parametre. Ved en krydstabulering mellem uddannelsesår og ansættelsesform, hvor der kontrolleres og korrigeres for alder og manglende besvarelser, fås en Pearson's værdi på -0,403 og mens $p < 0,018$ (bilag 5). Der er altså en signifikant sammenhæng mellem alder og med uddannelsesår og ansættelsesform, hvilket betyder, at alder kan bruges som parameter for hvordan de enkelte lader sig ansætte.

Tabel 18. Sammenhæng mellem uddannelsesår og alder

Uddannelsesår	Alder			
	< 30 år	30 – 40 år	40 – 50 år	> 50 år
1961 - 1970	0	0	0	1
1971 – 1980	0	0	0	6
1981 – 1990	0	0	4	1
1991 – 2000	0	8	1	1
2001 - 2008	8	2	3	0
I alt	8	10	8	9

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma = -0,751, Pearson's værdi = -0,863, (Pearson's værdi)² = 74 pct., $p < 0,0005$, n = 35

Samme sammenhæng kan ikke findes i den netbaserede spørgeskemaundersøgelse (bilag 6), hvilket kan skyldes den måde spørgsmålet er udformet på. Der spørges til hvilken ansættelsesform der vil være af størst interesse. Da det er kendt at vikarbureausygeplejersker tjener betydeligt mere end almindelig overenskomstansatte vil dette faktum kunne få nogen til at svare vikarbureausygeplejerske uden hensyntagen til om dette er en reel mulighed. Derfor må det konkluderes, at det mest faktiske billede fås ved at se på de sygeplejersker, der er ansat på DIH. Dette billede viser, at det specielt er de unge, der lader sig ansætte på hjemmestyreoverenskomst, medens det er de mere erfarne sygeplejersker der vælger ansættelse via vikarbureau.

En anden faktor, som adskiller de hjemmestyreansatte fra de vikarbureauansatte, er længden af den periode de planlægger at være ansat. Som det ses af tabel 19 er, at der er en signifikant sammenhæng, hvor dem, der planlægger at være her længst, er hjemmestyreansatte (vikarer og fastansatte), mens ansatte via vikarbureau generelt planlægger at være ansat for en kortere periode.

Tabel 19. Sammenhæng mellem uddannelsesår og ansættelsesform, angivet i pct.

Hvor lang tid har du planlagt at være ansat?	Hvordan er du ansat?	
	Hjemmestyreansat	Vikarbureau
0 – 1 måned	0	4
1 – 2 måneder	0	20
2 – 6 måneder	58,3	76
6 – 12 måneder	33,3	0
Mere end 12 måneder	8,4	0
I alt	100 pct.	100 pct.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

De hjemmestyreansatte inkludere både vikarer og fastansatte.

Gamma= -1,000, Pearson's værdi = -0,539, (Pearson's værdi)² = 29 pct. og p<0,001. n=35

En krydstabulering mellem planlagt ansættelseslængde og ansættelsesform, og kontrolleret og korrigeret for alder og manglende besvarelser, viser, at den statistiske sammenhæng er svag (bilag 8). Samles grupperne under ét fremkommer det resultat, som ses af tabel 14.

Det interessante i den netbaserede spørgeskemaundersøgelse og som fremgår af tabel 20 er, hvilken ansættelsesform respondenterne mener, ville være den mest aktuelle for dem sammenholdt det med deres kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen. Resultatet herved modsat af det forventede. Her er det dem, der mener, at en hjemmestyreansættelse vil være det mest aktuelt, der også angiver at have største kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen.

Tabel 20 Sammenhæng mellem ansættelsesform af interesse og aktuelt kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen, angivet i pct.

Ansættelsesform	Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen			
	Under middel	Middel	Over middel	I alt
Hjemmestyreansættelse	36	46	18	100
Vikarbureauansættelse	51	39	10	100

Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt sygeplejersker i Danmark.

Gamma = -0,338, Pearson's værdi = 0,289, (Pearson's værdi)² = 8 pct. p<0,004. n = 98

Med den viden som de kvantitative undersøgelser har frembragt betyder dette, at det kan antages, at det er de yngste, der ønsker ansættelse via vikarbureau, medens de ældre respondenter ønsker en hjemmestyreansættelse. De ældre sygeplejersker har nemlig den umiddelbare mening, at en hjemmestyreansættelse vil være det mest aktuelle for dem. Årsagen til at de faktisk vælger at lade sig ansætte anderledes som det fremgår af undersøgelsen foretaget på DIH, kan måske findes i besvarelserne på spørgsmålet: *"Hvis du skulle pege på den faktor som vil have den største indflydelse på din ansættelseslængde, hvilken af følgende vil det så være?"* og *"hvis du skulle pege på yderligere en faktor hvilken skulle det så være?"*.

Disse besvarelser er samlet under ét i tabel 21, Her viser det sig at 38 pct. Svarer, at økonomi og ønsket om at beholde boligen i Danmark har betydning for den valgte ansættelseslængde. Dette betyder, at en stor gruppe har økonomiske incitament for at vælge en ansættelsesform, der afviger fra det de ideelt ville foretrække. Et ønske om et kortere ophold i Grønland grundet job og familie og boligen i Danmark, kræver en god indtægt der kan dække de faktiske udgifter til dobbelt husførelse.

Tabel 21. Faktorer med indflydelse på ansættelseslængde

Udsagn	n	Pct.
Mit job i Danmark	45	23
Ønsker at beholde bolig i Danmark	44	22
Kontakten med familie og venner	33	17
Økonomi	32	16
Andet	19	12
Mine børns skolegang	21	11
I alt	195	100

Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt sygeplejersker i Danmark.

Respondenterne i den netbaserede spørgeskemaundersøgelse blevet spurgt om følgende to spørgsmål: *"Hvis du skulle pege på den faktor som vil have den største indflydelse på din ansættelseslængde, hvilken af følgende vil det så være?"* og *"Hvis du skulle pege på yderligere en faktor hvilken skulle det så være?"*. Svarene fra de to spørgsmål er lagt sammen for at få et samlet billede. n =98

Denne faktor er utrolig vigtig og skal medtages i det videre arbejde. Samtidig bestyrkes dette forhold af udsagnene fra spørgsmål nummer 11 i spørgeskemaundersøgelsen på DIH (bilag 2). Her

skulle respondenterne svare på hvilken begrundelse, der var den vigtigste for dem, da de valgte at tage arbejde i Grønland (tabel 22).

Tabel 22 Begrundelser for at tage til Grønland for at arbejde

Udsagn	n	Pct.
Muligheden for at arbejde i en anden kultur	23	31
Muligheden for at opleve naturen	21	27
Muligheden for at prøve nye udfordringer	13	18
Muligheden for andre faglige udfordringer end dem jeg havde til daglig	8	11
Muligheden for at tjene flere penge	5	7
Mulighed for et mindre stressende arbejde	2	3
Andet	2	3
I alt	74	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Respondenternes i DIH spørgeskemaundersøgelse svar på spørgsmålet: ”Der kan være mange begrundelser for at sygeplejersker tager til Grønland for at arbejde. På nedenstående liste er opremset nogle muligheder. Hvilke to af disse havde størst betydning for dig? n=37

Af svarene fremgår det, at det ikke er det økonomiske aspekt, der er det afgørende, men derimod lysten til at opleve og arbejde en anden kultur. Sammenholdes dette med de forrige oplysninger kan dette tolkes sådan, at det ikke er sygeplejerskernes ønske at tjene på opholdet, men måske blot et forsøg på at få den hjemlige økonomi til at hænge sammen, der er bestemmende for valget af ansættelsesform. Dette bestyrkes af tabel 23, der viser, at hele 34 pct. af respondenterne mener, at lønniveauet i Grønland er den hæmmende faktor på rekrutteringen af sygeplejersker til Grønland.

Tabel 23 Faktorer der kan virke hæmmende på rekruttering af flere fastansatte sygeplejersker.

Udsagn	n	Pct.
Lønniveauet for sygeplejersker i Grønland.	25	34
Utilfredsstillende boligforhold	14	19
Familiær tilknytning til Danmark	13	17
Generel mangel på sygeplejersker	11	15
Mangel på faglige udfordringer	5	7
Utilfredsstillende arbejdsforhold	3	4
Andet	3	4
I alt	74	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Respondenternes i DIH spørgeskemaundersøgelse svar på spørgsmålet: ”Hvilke to faktorer tror du er mest hæmmende i forhold til det at rekrutter flere fastansatte sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen?” n=37

I gennemgangen af de arbejdsrelaterede forhold er det meget vigtigt at tage det kliniske arbejde med i betragtningerne af hvordan rekrutteringen og specielt rekrutteringen af flere hjemmestyreansatte kan fremmes, herunder om det grønlandske sundhedsvæsen i sig selv er attraktivt nok eller om noget kan forbedres. Sygeplejersker har krav til løn, bolig mm men har derudover også krav og forventninger til det kliniske arbejde. Fx om der er mulighed for at erhverve sig nye kompetencer, udvikle sin faglighed mm. For at undersøge dette forhold blev respondenterne på DIH spurgt om

spørgsmålet ”Hvilke initiativer indenfor klinikken kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen?”. Svarene på dette spørgsmål blev efterfølgende samlet og meningskondenseret (bilag 8), sådan at det blev muligt at se på hvilke områder de mener, der skal iværksættes initiativer. Af de 32 pct. der svarede på spørgsmålet peger hovedparten på, at plejen og plejeformerne skal gøres mere tidssvarende, udtrykt ved følgende udtalelser: ” Det kunne være rart og mere effektivt med tildelt patientpleje frem for gruppepleje der er dybt gammeldags og svært ineffektivt....”, en anden siger ”At det ikke er på Grønland som det var i DK for 20 år siden” og ”Afskaffelse af gammeldags papir, kardex/ journaler og medicin administrations systemer”

Sygeplejerskerne, der tager til Grønland, har med andre ord forventninger til det faglige niveau, men ser også med kritiske øjne på, hvad der tilbydes fagligt.

6.2.2. Information og kommunikation

Et andet stort område, som dukker op i forbindelse med bearbejdningen af materialet fra de to kvantitative undersøgelser, er området information og kommunikation. I denne sammenhæng er det både information og kommunikation generelt men også i forhold til arbejds- og socialt relaterede spørgsmål.

Af spørgeskemaerne, der er returneret fra respondenterne på DIH, er det også muligt at undersøge hvorfra de hjemmestyreansatte (vikarer og fastansatte) og vikarbureausygeplejerskerne har deres viden. Dette gøres ved at se på ansættelsesform i forhold til en rekodning af, hvorfra man har sin viden om det grønlandske sundhedsvæsen. Denne rekodning betyder, at udsagnene; ”Fra andre der har været ansat i det grønlandske sundhedsvæsen” og ”Fra tidligere ansættelser” samles under primærkilde, mens svarmulighederne: ”Fra medierne”, ”Fra informationsmøder i Danmark afholdt af det grønlandske sundhedsvæsen” og ”Fra andet sted” samles under medier og informationsmøder. Afbildet i tabel 24 fremgår det tydeligt, at der er en signifikant statistisk sammenhæng mellem ansættelsesform og hvorfra den ansatte sygeplejerske har erhvervet sin viden med en gamma på -0,933, en Pearson på -0,588 og $p < 0,0005$. Det viser at vikarerne primært får deres viden fra primærkilder, medens de hjemmestyreansatte i langt højere grad gør brug af medier og de informationsmøder, som det grønlandske sundhedsvæsen jævnligt afholder i Danmark. Denne sammenhæng øges i øvrigt, når der korrigeres for alder (bilag 9).

Tabel 24. Sammenhæng mellem hvor viden om det grønlandske sundhedsvæsen er erhvervet fra og ansættelsesform, angivet i pct.

Hvorfra har du erhvervet din viden om det grønlandske sundhedsvæsen?	Hvordan er du ansat?	
	Hjemmestyreansat	Vikarbureauansat
Primærkilde	45	96
Medier og informationsmøder	55	4
I alt	100 pct.	100 pct.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma= -0,933, Pearson's værdi =-0,588, (Pearson's værdi)² = 35 pct. og p < 0,0005. n=36

Samles grupperne fra tabel 19 på samme måde, som ovenstående viser dette at den viden respondenterne fra DIH har om det grønlandske sundhedsvæsen er, som tidligere beskrevet, i høj grad fra primærkilder. Det ses nemlig, at 81 pct. har fået viden fra andre der har været ansat i sundhedsvæsenet eller fra tidligere ansættelser¹⁹, medens 19 pct. angiver, at deres information stammer fra medier eller informationsmøder afholdt af det grønlandske sundhedsvæsen i Danmark (se tabel 25).

Tabel 25. Tabel der viser hvorfra respondenterne på DIH har erhvervet deres viden om det grønlandske sundhedsvæsen, angivet i pct.

Hvorfra har du erhvervet din viden om det grønlandske sundhedsvæsen?	I alt
Primærkilde	81
Medier og informationsmøder	19
I alt	100 pct.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH

Primærkilde angiver at man selv tidligere har været ansat eller at man har talt med tidligere ansatte. n = 36

Erkendelse af disse oplysninger stiller store krav til sundhedsvæsenet. Idet ansatte sygeplejersker i høj grad fungerer som reklame for andre, hvilket øger vigtigheden af hvordan sundhedsvæsenet ”opleves” af de ansatte. At 19 pct. har deres information fra medier og informationsmøder viser samtidig, at det er en informationsmåde, som bliver benyttet og at primært dem der lader sig fastansætte benytter sig af disse informationskanaler. Dette må derfor betragtes som et yderst vigtigt redskab, hvor der kan bruges ressourcer på videreudvikling.

Sammenholdes disse resultater med udtalelserne fra sygeplejerskerne i den netbaserede undersøgelse, der siger, at informationsdag afholdt i Danmark, god kommunikation med den fremtidige leder og skriftligt materiale om den fremtidige arbejdsplads var af afgørende betydning og af størst betydning for potentielle ansøgere (bilag 10), så må det siges, at såfremt det sker før ansættelsesstart, er det vigtigste for den enkelte. Derfor har sundhedsvæsenets image og evne til at fange og kommunikere altså stor betydning.

¹⁹ Af disse 80 pct. så siger 58 pct. at det er fra andre der har været ansat medens 22 pct. tidligere har været ansat.

I undersøgelsen på DIH blev respondenterne spurgt om deres kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse, og her viser resultaterne at ca. 33 pct. Angiver, at deres kendskab var under middel, medens ca. 56 pct. angav at være i besiddelse af et middelstort kendskab (bilag 11). Det kan formodes, at denne mangel på viden kan være kombineret med individuelle forventninger og forestillinger. Dette viser sig ved at lave en sammenligning mellem kendskabet til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelsen. Resultaterne viser at de der havde et middel/under middel kendskab havde ændret deres opfattelse, medens mange af dem, der ikke angiver at have ændret opfattelse generelt vurderede sundhedsvæsenet højere inden ansættelsen (tabel 26). Af både bilag 11 og tabel 26 er der meget der tyder på at bedre information vil kunne forbedre grundlaget for rekrutteringen.

Tabel 26. Ændringer i forhold til allerede kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen, i pct.

Har du ændret din opfattelse?	Hvordan var dit kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelsen?			
	Under middel	Middel	Over middel	I alt
Ja	47	47	6	100
Nej	23	64	13	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Tabellen viser sammenhæng mellem respondenternes kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse, målt på en skala fra 1-6 og om de har ændret deres vurdering. I denne tabel er vurdering 1-2 sat til under middel, 3-4 er sat som middel og 5-6 svarer til over middel.

Gamma = 0,486, Pearson's værdi = 0,338, Pearson's værdi² = 11pct, p<0,04. n = 37

Desuden viser den netbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker i Danmark, at knapt 47 pct. angav deres kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen som værende under middel (bilag 12), hvilket også må betragtes som en generel informationsudfordring med det formål øge deres lyst til at lade sig rekruttere til Grønland.

For at undersøge om denne information mellem kommende ansatte og primærkilder er vigtig, er der set på sammenhængen mellem hvorfra respondenterne har deres viden og så deres vurdering af informationen fra nuværende arbejdsgiver. Dette giver en signifikant statistisk sammenhæng som vist i tabel 27.

Tabel 27. Sammenhæng mellem vurdering af arbejdsgivers information og hvorfra man ellers har erhvervet sig viden om det grønlandske sundhedsvæsen, angivet i pct.

Hvordan vurderer du den information du har fået fra din nuværende arbejdsgiver?	Hvorfra har du erhvervet din viden om det grønlandske sundhedsvæsen?		
	Primærsted	Medier og informationsmøder	I alt
Under middel	89	11	100
Middel	90	10	100
Over middel	33	67	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Tabellen viser sammenhængen mellem hvordan respondenterne i DIH undersøgelsen, vurderer arbejdsgivers information målt på en skala fra 1-6 og hvorfra de har erhvervet deres viden om det grønlandske sundhedsvæsen. I denne tabel er vurdering 1-2 sat til under middel, 3-4 er sat som middel og 5-6 svarer til over middel.

Gamma = 0,621, Pearson's værdi = 0,439, (Pearson's værdi)² = 19 pct. p<0,007. n = 36

Sammenholdes dette med sammenhængen mellem de to spørgsmål: ”Stemmer de oplysninger du fik overens med det du oplevede?” og ”Hvordan oplever du dine boligforhold?” viser det at også her er en stor sammenhæng. Som det ses i tabel 28 så er sammenhængen den, at de, som siger, at tingene ikke levede op til det lovede, er samtidig dem, der er utilfredse med boligforholdene. På den anden side er de, der er tilfredse med boligforholdene også er dem, der oplever den mindste divergens mellem det lovede og det faktisk oplevede.

Tabel 28 Sammenhæng mellem det lovede kontra det faktisk oplevede og hvordan de vurderer boligforholdene, angivet i pct.

Vurdering af boligforholdene	Sammenhæng mellem det lovede kontra det oplevede			
	Ja	Ved ikke	Nej	I alt
Under middel	42	16	42	100
Middel	91	0	9	100
Over middel	84	8	8	100

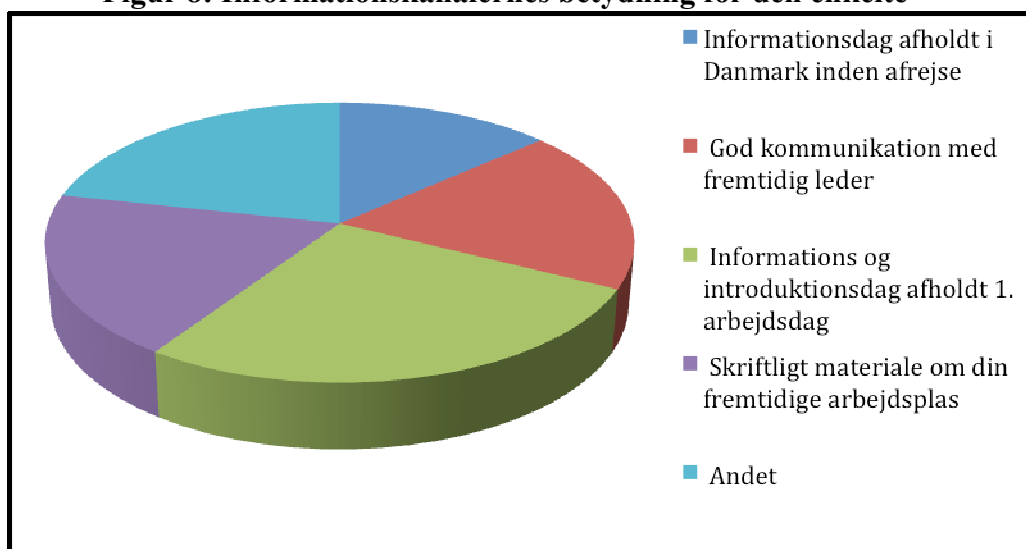
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Tabellen viser sammenhængen mellem hvordan respondenterne, ansat på DIH, ser sammenhæng mellem oplysninger før ansættelsen og det oplevede og hvordan de vurderer boligforholdene.

Gamma = -0,531, Pearson's værdi = -0,375, (Pearson's værdi)² = 14pct. p < 0,024. n = 36

En mere specifik undersøgelse af hvilken form for introduktion der havde den største betydning for den enkelte medarbejder, giver en ligelig fordeling mellem de forskellige former som anvendes i dag (fig. 8)

Figur 8: Informationskanalernes betydning for den enkelte



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH. n = 36

Ud fra respondenternes besvarelser er det vigtigt at bemærke, at fig. 8 ikke kan stå alene. Den skal sammenholdes med, at næsten 50 pct. af respondenterne i DIH undersøgelsen til spørgsmål nummer 15 (bilag 13), angav, at de kunne have ønsket sig forbedringer i forhold til den oplevede introduktion. Forbedringsforslagene var mange, men en meningskondensering (bilag 14) af udsagnene viste at omhandlende fire forhold:

- At der sættes tid af til introduktion.
- Bred information om afdelingen, sygehuset og landet både før og efter jobstart.
- Orientering til afdelingen om kommende kolleger.
- Åbne op for mere kommunikation inden jobstart.

Noget andet er, at mange tager til Grønland for at få nogle faglige udfordringer, men også en stor del tager til Grønland for at opleve naturen (tabel 22). Fritiden og de muligheder, der på dette område, har også en stor betydning for de ansatte. Dette bekræftes af respondenternes besvarelse på spørgsmål 27: *"Hvordan vægter du de informationer du har fået omkring fritidsmuligheder"*, hvor 60 pct. vægter det som værende over middel, medens kun 13 pct. vægter det under middel (bilag 15). Det at lidt over 51 pct. Svarede, at de ikke fik den information de kunne have ønsket sig (bilag 16), viser det et område, hvor der er plads til forbedringer. Det kan være et godt udarbejdet materiale med informationer om byen og at det er en moderne by, naturoplevelser, tilbud/muligheder, oplevelser generelt, vandreture, forslag til ture, transport, skiskole (langrend/ slalom), webadresser til diverse steder i byen, fitness, restauranter, film osv.²⁰. Et sådant materiale kan

²⁰ Oplysninger der stammer fra svarene på spørgsmål 29

samtidig bruges i det generelle reklamefremstød overfor sygeplejerske, mulighederne og de arbejdsmæssige udfordringer i Grønland.

Samme billede tegner sig i den netbaserede spørgeskemaundersøgelse. Her siger knapt 44 pct. at de lægger stor vægt på informationer omkring fritiden, medens kun 9 pct. Angiver, at det ikke er af så stor betydning (bilag 17). En gennemgang af besvarelserne viser, at der specielt lægges vægt på *”generelle og specifikke informationer om alle typer af fritidsaktiviteter til alle typer og aldersgrupper”* (bilag 18).

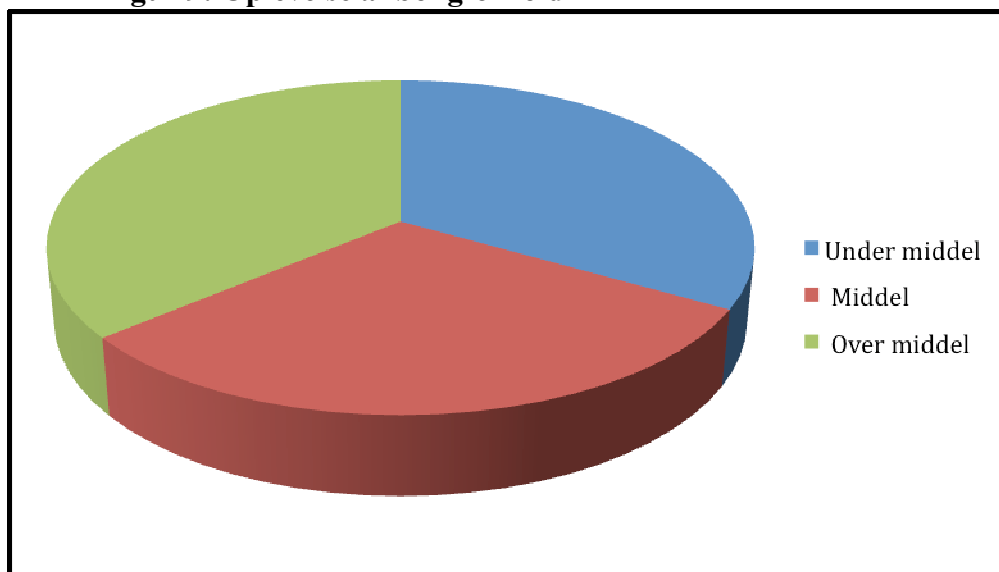
6.2.3. Socialt relaterede forhold

At tale om socialt relaterede forholds betydning for rekrutteringen henviser til de ydre ting i den enkeltes hverdag, som er af betydning for den enkelte. I denne forbindelse drejer det sig specielt om forhold relateret til bolig og fritid.

Boligforholdene er et område, som fylder meget for respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen på DIH. På spørgsmålet om de kunne komme med eksempler på, hvor den information de fik før ansættelsen ikke stemmer overens med det de har oplevet, så drejer hovedparten af besvarelserne om boligforhold (spørgsmål nr. 10). Sammenholdes dette med, at et af de tre forbedringstiltag (bilag 19), der peges på også er boligforholdene, så er problemet ikke til at komme udenom. Nogle af respondenterne beskriver det sådan: *”mere information om bolig”*, medens andre bruger mere stærke vendinger som: *”Information om at man kan risikerer at flytte rundt mange gange i forskellige boliger”*. Informationer af sidstnævnte karakter vil under alle omstændigheder ikke virke rekrutteringsfremmende, så det er nødvendigt at skabe forhold, der sikrer, at risikoen for gentagne flytninger mindskes.

En fornemmelse af problemets omfang fås ved at se hvordan respondenterne vurderer deres nuværende boligforhold. Dette er sket på en skala fra 1-6 hvor 1 er dårlig og 6 er meget godt. En rekodning af disse svar til de tre kategorier under middel, middel og over middel viser (fig. 9), at respondenterne stort set fordeler sig ligeligt mellem de tre muligheder.

Figur 9: Oplevelse af boligforhold



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH

Figuren viser hvordan respondenterne i DIH undersøgelsen vurderer deres boligforhold på en skala fra 1-6, hvor 1 er dårlig og 6 er meget god. I denne figur er 1 og 2 sat lig under middel, 3 og 4 er middel medens 5 og 6 er over middel. n = 36

Med det forhold i baghovedet, at en stor del af informationerne om det grønlandske sundhedsvæsen foregår fra primærkilder (tabel 27), er det ikke optimalt, at en 1/3 finder deres boligforhold over middel. Det burde snarere vække bekymring, at en 1/3 finder deres boligforhold under middel.

Spørgeskemaet til respondenterne på DIH åbner mulighed for en nærmere analyse af hvordan de oplever deres boligforhold, både statistisk og kvalitativt gennem en række citater. I spørgeskemaet bliver respondenterne i DIH undersøgelsen spurgt om de kan beskrive deres boligforhold på en skala fra 1 til 6, hvor 1 er dårlig og 6 er godt. Svarene herpå fremgår af tabel 29, med samme opdeling i under middel, middel og over middel som tidligere. Det fremgår helt klart, at der er en sammenhæng, hvor sygeplejerskerne under 40 år vurderer forholdene som værende under middel/ middel, medens sygeplejerskerne over 40 år primært vurderer middel/ over middel.

Tabel 29. Sammenhæng mellem alder og oplevede boligforhold.

Alder	Hvordan oplever du dine boligforhold?			I alt
	Under middel	Middel	Over Middel	
Under 30 år	38	50	12	100
30 – 40 år	50	30	20	100
40 – 50 år	29	14	57	100
Over 50 år	18	27	55	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Tabellen viser sammenhængen mellem respondenterne i DIH undersøgelsens alder og oplevelser omkring boligforholdene.

Gamma = 0,384, Pearson's værdi = 0,334, (Pearson's værdi)² = 11 pct., p < 0,023. n= 36

Utilfredsheden med boligforholdene får knapt 79 pct. til at sige, at forbedringer på boligområdet vil kunne fremme rekrutteringen (bilag 20). Det specielle ved den gruppe, der ytrer sig om forbedringer

på boligområdet kan fremme rekrutteringen er, at det også er dem, der oplever boligforholdene, som værende under middel (bilag 21). Hele 29 af de 37 respondenter kommer faktisk også med forslag til indholdet af disse forbedringer (bilag 22). En meningskondensering af de indkomne besvarelser viser, at det primært drejer sig om 3 hovedområder:

- At der i delejligheder skal tages nogle generelle hensyn.
- At boligforholdene skal være bedre og med adgang til køkken, bad, tøjvask og internet.
- At DIH får en boligmasse der svarer til behovet og med medarbejderindflydelse.

Som det har tidligere i dette kapitel har været fremme spiller alderen en rolle i forhold til nogle af de undersøgte forhold. I tilknytning til boligområdet er der rent statistisk også en signifikant sammenhæng mellem alder og oplevelsen af at boligforhold ikke passer sammen med det før ansættelsen lovede (Parson's værdi -0,504; $p < 0,002$). Denne sammenhæng er afbildet i tabel 30.

Tabel 30. Sammenhæng mellem alder og oplyste boligforhold

Alder	Stemmer de oplysninger du fik overens med det du har oplevet under din ansættelse?			
	Ja	Ved ikke	Nej	I alt
Under 30 år	13	0	87	100
30 – 40 år	50	10	40	100
40 – 50 år	29	42	29	100
Over 50 år	73	18	9	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma = -0,601, Pearson's værdi = -0,504, $(\text{Pearson's værdi})^2 = 25$ pct., $p < 0,002$. n = 36

Foretages der yderligere en krydstabulering mellem alder og respondenternes oplevelser af boligforholdene i forhold til det lovede, kontrolleret og korrigeret for ansættelsesform og manglende besvarelser viser det, at den statistiske sammenhæng er uændret med en Pearson's værdi på -0,472 og $p < 0,004$. (bilag 23).

Det er altså ikke overensstemmelse mellem det lovede og det aktuelle. Denne uoverensstemmelse kan kontrolleres ved at se på sammenhængen mellem respondenternes (DIH undersøgelsen) forventninger til boligforhold og alder. Denne test viste (tabel 31), at der er en stærk sammenhæng mellem alderen og det at boligforholdene ikke lever op til respondenternes forventninger. De unge mener oftere, at boligforholdene ikke stemmer overens med forventningerne medens de ældre oplever en højere grad af sammenhæng.

Tabel 31. Sammenhæng mellem alder og oplevede boligforhold set i forhold til forventningerne, angivet i pct.

Alder	Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med dine forventninger?			
	Ja	Ved ikke	Nej	I alt
Under 30 år	13	13	74	100
30 – 40 år	40	0	60	100
40 – 50 år	43	14	43	100
Over 50 år	91	0	9	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma = -0,694, Pearson's værdi = -0,549, (Pearson's værdi)² = 30 pct., p < 0,0005. n = 36

For deltagerne i undersøgelsen på DIH vise det sig samtidig, at boligforholdene langt fra lever op til deres forventninger. Dette misforhold mellem forventninger og reelle boligforhold fremgår af svarene vist i tabel 32. Her ses det, at jo dårligere boligforholdene opleves, jo mindre stemmer forholdene overens med forventningerne.

Tabel 32. Oplevede boligforhold set i forhold til forventninger, angivet i pct.

Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med dine forventninger?	Oplevede boligforhold		
	Under middel	Middel	Over middel
Ja	9	47	92
Ved ikke	9	6	0
Nej	82	47	8
I alt	100	100	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma = -0,868, Pearson's værdi = -0,686, (Pearson's værdi)² = 41 pct., p < 0,0005. n = 36

De fleste har, som tidligere beskrevet, deres informationer fra primærkilder eller fra medier og informationsmøder afholdt af sundhedsvæsenet. Når 38 pct. mener at boligforholdene ikke stemmer overens med det lovede (bilag 24), kan det konkluderes, at der i rekrutteringsfasen bliver lovet mere end hvad der i virkeligheden kan leves op til.

Svarene fra den netbaserede spørgeskemaundersøgelse viser andre betragtninger på boligområdet (tabel 33).

Tabel 33. Sammenhæng mellem alder og rekrutteringsfremmende initiativer på boligområdet, angivet i pct.

Alder	Vil der være initiativer indenfor boligområdet, der kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen?			
	Ja	Ved ikke	Nej	I alt
Under 30 år	5	90	5	100
30 – 40 år	33	59	8	100
40 – 50 år	45	55	0	100
Over 50 år	39	61	0	100

Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker i Danmark.

Gamma = -0,385, Pearson's værdi = 0,-269, (Pearson's værdi)² = 8 pct. p < 0,008. n = 96

Af tabel 33 fremgår det, at de yngste respondenter ikke mener, at initiativer indenfor boligområdet, vil kunne virke fremmende for rekrutteringen (5 pct.), medens de ældre mener, at det kan være en fordel at styrke boligområdet (op til 45 pct.).

Som tidligere pointeret er det vigtigt at se på den store andel, der svarer ”ved ikke”. Dette giver et fingerpeg om, at de ikke har de rette forudsætninger for at svare på netop dette spørgsmål, idet de ikke har noget kendskab til de forhold der tilbydes. Dette forhold kan ses af tabel 34, hvor alderen sammenholdes med kendskabet til det grønlandske sundhedsvæsen.

Tabel 34. Sammenhæng mellem alder og kendskabet til det grønlandske sundhedsvæsen, angiver i pct.

Alder	Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen			
	Under middel	Middel	Over middel	I alt
Under 30 år	79	21	0	100
30 – 40 år	44	37	19	100
40 – 50 år	44	39	17	100
Over 50 år	31	59	10	100

Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker i Danmark.

På grund af oprunding til hele tal er tallene i tabellen ikke helt præcise under aldersopdelingen, medens de passer i den sammenlagte række.

Gamma = 0,330, Pearson's værdi = 0,291, (Pearson's værdi)² = 8 pct. p < 0,004. n = 98

De unges kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen er generelt under middel, hvilket kan indikere, også at være gældende for boligområdet. De ældre, der i højere grad har et kendskab, svarer oftere ”ja” til om boligforbedringer kan forbedre rekrutteringen. Ved at foretage en krydstabulering mellem kendskabet til det grønlandske sundhedsvæsen og om respondenterne mener at der vil være initiativer indenfor boligområdet der kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen får vi det resultat, som fremgår af tabel 35. Det viser en signifikant sammenhæng, hvor jo større kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen jo mere mener man også at initiativer indenfor boligområdet vil kunne fremme rekrutteringen.

Tabel 35. Sammenhæng mellem respondenteres kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen og deres syn på rekrutteringsfremmende initiativer indenfor boligområdet, angivet i pct.

Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen	Vil initiativer indenfor boligområdet virke rekrutteringsfremmende?			
	Ja	Ved ikke	Nej	I alt
Under middel	15	83	2	100
Middel	41	56	17	100
Over middel	75	17	8	100

Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker i Danmark.

Gamma=-0,580, Pearson's værdi = 0,-415, (Pearson's værdi)² = 17 pct. p < 0,0005. n= 97

Denne markante forskel mellem de to undersøgelser skyldes efter al sandsynlighed vidensniveauet blandt respondenterne i de to undersøgelser. De unge i undersøgelsen fra DIH har erfaring, medens de unge i den netbaserede undersøgelse udtaler sig ud fra formodninger og ikke ud fra en reel viden.

Andre årsager til, at de unge sygeplejerskers forventninger, i forhold til de ældre sygeplejerskers, ikke passer sammen med deres oplevelser kan, ud over kommunikationsproblemer i rekrutteringssituationen, forklares med en generel dårligere viden og kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen og de gældende forhold. Dette forhold kan ses ved at sammenholde respondenternes alder med deres kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelsen (tabel 36) Forskellen mellem de unge og ældre sygeplejersker fremgår af tabellen.

Tabel 36. Sammenhæng mellem alder og kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse, angivet i pct.

Alder	Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse			
	Under middel	Middel	Over middel	I alt
Under 30 år	50	50	0	100
30 – 40 år	40	40	20	100
40 – 50 år	38	50	12	100
Over 50 år	9	82	9	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma = 0,398, Pearson's værdi = 0,358, (Pearson's værdi)² = 13 pct. p<0,03. n=37

Her fremgår en sammenhæng mellem alder og ens kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse. Sammenhængen betyder, at de yngre ikke kender så meget til det grønlandske sundhedsvæsen som de ældre. Dette er sammenlignet med resultaterne i den netbaserede spørgeskemaundersøgelse, som kan ses i tabel 34.

Det interessante ved den netbaserede spørgeskemaundersøgelse er, at en stor andel ikke ved noget om emnet, hvorfor 63 pct. svarer ”ved ikke” på spørgsmålet om der vil være initiativer indenfor boligområdet, der kunne virke rekrutteringsfremmende (bilag 25). I tabel 37 kan det ses af respondenternes svar, at der en stærk sammenhæng mellem om der er initiativer indenfor boligområdet, der kunne virke rekrutteringsfremmende og om de har et kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen.

Tabel 37. Sammenhæng mellem kendskabet til det grønlandske sundhedsvæsen og om man vurderer at initiativer på boligområdet vil kunne fremme rekrutteringen, angivet i pct.

Vil der være initiativer indenfor boligområdet, der kunne fremme rekrutteringen?	Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen		
	Under middel	Middel	Over middel
Ja	15	41	75
Ved ikke	83	56	17
Nej	2	3	8
I alt	100	100	100

Kilde: Den netbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker i Danmark.

Gamma = -0,573, Pearson's værdi = -0,349, (Pearson's værdi)² = 12 pct., p < 0,0005. n = 97.

Af ovenstående tabel fremgår det, at et faktisk kendskab er nødvendigt for at kunne svare på spørgsmålet. Derudover er det igen en indikation af, hvor vigtigt det er, at sygeplejersker oplever gode forhold. Idet alle dem der af erfaring svarer, at boligforholdene trænger til forbedringer er samtidig dem, der fremover skal ”reklamerer” for sundhedsvæsenet.

Tabellerne 30 - 33 viser tydeligt en generel og signifikant sammenhæng mellem alder og respondenternes oplevelser, forventninger og vurderinger til boligforholdene. Ofte er den bagvedliggende årsag, som tidligere beskrevet, at de ansatte er blevet lovet mere end der har været holdt. Dette fremgår af tabel 38, hvor det sammenlignes om det, der er blevet lovet specifikt på boligområdet også lever op til respondenternes oplevelser. Her ses det at 58 pct. af dem, der vurderede boligforholdene som værende under middel og 55 pct. af dem der vurderede dem, der som værende middel, mener ikke at de givne oplysninger om boligforholdene svarede overens med det faktisk oplevede.

Tabel 38. Oplevede boligforhold set i forhold til lovede boligforhold, angivet i pct.

Stemmer de oplysninger du fik om boligforholdene overens med det faktisk oplevede?	Oplevede boligforhold		
	Under middel	Middel	Over middel
Ja	17	36	77
Ved ikke	25	9	15
Nej	58	55	8
I alt	100	100	100

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma = - 0,636, Pearson's værdi = -0,510, (Pearson's værdi)² = 26 pct., p < 0,001. n = 36

Det der bliver lovet af arbejdsgiver inden ansættelsen er sammen med information fra andre primærkilder og medier/ informationsmøder med til at skabe forventninger til boligforholdene er. Denne sammenhæng ses af tabel 39, som viser at hvis det man er blevet lovet også opleves så er der heller ikke et misforhold mellem de forventninger sygeplejerskerne har.

Tabel 39. Oplevede boligforhold set i forhold til det lovede og forventninger, angivet i pct.

Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med dine forventninger?	Stemmer dine oplevelser af boligforhold overens med det du blev lovet?			
	Ja	Ved ikke	Nej	I alt
Ja	42	5	3	50
Ved ikke	0	3	3	6
Nej	3	8	33	44
I alt	45	16	39	100 pct.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse på DIH.

Gamma = -0,921, Pearson's værdi = 0,782, (Pearson's værdi)² = 61 pct., p < 0,0005. n = 36

Fritidsområdet som er beskrevet i afsnit om information og kommunikation (6.2.2. Information og kommunikation), er endnu en understregning af, hvor stor interaktion der er mellem det arbejdsrelaterede område, informations- og kommunikationsområdet og det socialt relaterede område. Da en meget stor del af de rekrutterede sygeplejersker og de potentielle ansøger vægter naturen og oplevelser højt er det meget nødvendigt, at informationen giver så mange svar og ideer, at det både er troværdigt og vækker lysten til at komme til Grønland for at arbejde.

6.3. Sammenfatning: Individuelle baggrundsfaktorer, der kan påvirke rekrutteringen af sygeplejersker

Målet med kapitel 6 var at dokumentere hvilke individuelle faktorer, der er vigtige at tage højde for i fremtidens arbejde med at rekruttere flere sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen. Det er dog vigtigt at gøre opmærksom på forskellen mellem de to kvantitative undersøgelser og deres anvendelighed i forhold til at kunne komme med faktisk dokumentation omkring specifikke forhold. Den kvantitative undersøgelse på DIH er foretaget på alle ansatte i en 2½ måneders periode, og giver derfor et godt billede af, hvordan tingene faktisk opleves. Den kvantitative undersøgelse blandt tilfældige sygeplejersker i Danmark indeholder tre gange så mange respondenter, men en stor del af respondenterne er karakteriseret af stor mangel på viden om området. Dette ses specielt i de spørgsmål, hvor svarmuligheden er ”ja”, ”ved ikke” og ”nej”. Her er andelen af ”ved ikke”-svar højt i forhold til de andre svarkategorier. Undersøgelsen kan dog udmærket fungere som en kontrol for en del af svarene i DIH undersøgelsen.

Besvarelserne samlede sig om tre hovedområder: arbejdsrelaterede forhold, information og kommunikation samt socialt relaterede forhold. I forhold til de arbejdsrelaterede forhold viser undersøgelsen at få er interesseret i at lade sig fastansætte i Grønland. Hovedparten af de adspurgte var nemlig kun interesseret i en ansættelsesperiode på under 6 måneder. Begrundelserne for ansættelserne var ikke økonomiske, men ønsket om at se og opleve en anden kultur. Vigtigt for de fleste var det dog, at de kunne beholde deres bolig i Danmark, hvorfor økonomien indirekte spiller en rolle. Undersøgelsen af sygeplejersker på DIH viser, at det hovedsagligt er de yngre, der lader sig hjemmestyreansætte og at det samtidig er dem, der lader sig ansætte for de længste perioder. Et faktum, der er interessant at inddrage når der skal iværksættes rekrutteringsinitiativer i fremtiden. Når der snakkes om arbejdsrelaterede forhold pointerer undersøgelsen foretaget på DIH vigtigheden af, at der skal ske en, meget tiltrængt, udvikling af sygeplejen således, at stedet kan forblive et attraktivt arbejdssted.

Derudover ses det, at den informationsudveksling der foregår, sker via primærkilder. Enten har sygeplejerskerne været i Grønland før, ellers så har de rådført sig med andre, der har været her. Dette betyder, at sundhedsvæsenet bør være meget opmærksomme på, hvordan de behandler og lever op til de ansattes forventninger. Samlet set kan det siges, at de unge sygeplejersker ikke føler, at det grønlandske sundhedsvæsen kommunikerer tilfredsstillende i forbindelse med de faktiske forhold, herunder boligforhold, med det resultat, at de unge sygeplejerskers forventninger ikke indfries. Med den viden, som er beskrevet i tabel 20, at en stor procentdel af de sygeplejersker der tager ansættelse i det grønlandske sundhedsvæsen har deres informationer fra primære kilder, kan utilfredshed med forholdene og misforhold mellem det der loves og de reelle forhold på sigt skade rekrutteringen af sygeplejersker på hjemmestyreoverenskomst. Derfor er det vigtigt at pointerer vigtigheden af korrekt og reel information, både i forhold til arbejde, men også fritid- og boligforhold og ikke kun til de unge sygeplejersker, men til alle interesserede sygeplejersker.

En anden vigtig information der kan udtrages af ovenstående gennemgang, er, at med en viden om, at det er de unge sygeplejersker rekrutteringsindsatsen i første omgang skal rettes mod, fordi de lader sig hjemmestyreansætte og har de længste ansættelser, så er det vigtigt, at sundhedsvæsenet kan tilbyde nogle boligmæssige forhold, som virker attraktive på netop denne gruppe. Altså betragteligt bedre end det de tilbydes for nuværende.

Kapitel 7 – Diskussion og analyse af de problemer og udfordringer det grønlandske sundhedsvæsen står overfor anno 2008

Med udgangspunkt i dette speciales teori om bureaukrati, danisering, kommunitarisme, grønlandisering og mangfoldighedsledelse er formålet med dette kapitel at diskutere og analysere de problemer og udfordringer det grønlandske sundhedsvæsen står overfor, når aktuelle samfundsmæssige, organisatoriske og individuelle baggrundsfaktorer medinddrages.

Som det fremgik af kapitel 2, så kan en bureaukratisk organisation, med sine kendetegn om arbejdsdeling og meget regelstyrede måde at arbejde på, være uhensigtsmæssig i et land som Grønland. Dette skyldes at det bl.a. stiller krav om uddannelsesmæssige kompetencer, som kan være svært for mange grønlandere at honorere. Disse manglende uddannelsesmæssige kompetencer betyder, at den bureaukratiske organisation må rekruttere arbejdskraft med de rette kompetencer udefra. Da denne rekruttering ofte foregår fra Danmark, kan det opfattes sådan, at organisationen daniseres uden hensyntagen til det grønlandske samfund, geografiske forhold, kulturel arv og sprog. Hjemmestyrets indførsel startede en proces, hvor der fra politisk side i højere grad blev lagt op til en grønlandisering af samfundet og fællesskabet, med det formål at styrke sproget og den fælles kulturelle arv. Denne grønlandisering skulle bl.a. foregå i fremtidige strukturelle løsninger, sådan at disse ville bære præg af det samfund de skulle fungere i. Uanset om en organisation er præget af danisering eller grønlandisering, vil der være en potentiel risiko for, at potentielle medarbejdere marginaliseres. Ved daniseringen vil det være de uuddannede grønlandere, der marginaliseres, medens en grønlandisering med fokus på sprog vil marginalisere den gruppe af borgere der ikke behersker det grønlandske sprog; herunder dansksproget grønlandsk arbejdskraft. I forhold til det aktuelle flaskehalsproblem indenfor sygeplejen i Grønland er der ikke plads til, at grupper marginaliseres. Alle, der har interesse for området, skal kunne medinddrages i fremtidige løsninger på problemet. For at dette skal kunne blive en succes, er det nødvendigt at gøre brug af ledelsesstrategier og ledelsesværktøjer, som åbner op for denne mulighed.

Mangfoldighedsledelse er beskrevet som en mulighed, fordi den på den ene side lægger op til et brud med mange af bureaukratiets rigide regler og holdninger til jobmæssige kompetencer, arbejdsopgaver og arbejdsgange, som ikke altid er forenelig med den grønlandske geografi, befolkningsstørrelse og uddannelsesniveau. På den anden side arbejder den bevidst med at løse flaskehalsproblemer på arbejdsmarkedet ved at opkvalificere af marginaliserede grupper på arbejdsmarkedet, således at de her kan varetage specifikke arbejdsopgaver. Udgangspunktet er at se på hvilke opgaver der skal løses i organisationen og herudfra målrette initiativerne med

udgangspunkt i den potentielle medarbejder. Med en befolkning, hvor hele 75 pct. af befolkningen ikke har anden skolemæssig baggrund end folkeskolen syntes sidstnævnte måde, at medinddrage en større del af befolkningen, som meget relevant i en grønlandsk sammenhæng. Mangfoldighedsledelse vil med andre ord kunne være med til at øge arbejdsudbuddet indenfor et område med flaskehalsproblemer samtidig med, at det i et vist omfang kan reducere behovet for ekstern rekruttering.

Ud over at imødekomme nogle af de aktuelle rekrutteringsproblemer er denne optimering af organisationen helt nødvendig set i forhold til fremtidens sundhedsmæssige udfordringer, som beskrevet i kapitel 4. Med de mærkbare demografiske ændringer for fremtidens Grønland, pegende mod en alderssammensætning bestående af betydeligt flere ældre og et heraf ændret sygdomsmønster, der yderligere påvirkes af en høj frekvens af sukkersyge, fedme og rygning, vil fremtidens sundhedsvæsen nødvendigvis opleve en ændret efterspørgsel af ydelser. Da det ikke er givet, at de økonomiske midler til sundhedsvæsenet stiger proportionalt hermed er det helt nødvendigt, at fremtidens sundhedsvæsen forstår at tilpasse organisationen til de givne forhold, sådan at der tages højde for fremtidens efterspørgsel, de geografiske og befolkningsmæssige forhold, som er kendetegnende for Grønland samt stadig øget global konkurrence om uddannede sygeplejersker. En anden begivenhed, der også nødvendiggør en optimering af sundhedsvæsenets organisation er Grønlands fremtidige status som land med Selvstyre. Fra d. 21/6 2009, hvor Selvstyret efter planen indføres, fastfryses størrelsen af det grønlandske bloktilskud fra Danmark. Grønland får dermed ikke mulighed for at forhandle flere midler hjem til bl.a. sundhedsvæsenet. Konsekvensen er, at en allerede nu forventet eksplosiv udvikling i det grønlandske sundhedsbudget og et ønske om at hjemtage yderligere behandlingsformer ikke kan finansieres denne vej, men må finansieres via bl.a. optimering af sundhedsvæsenet som organisation.

Det grønlandske sundhedsvæsen er organiseret efter bureaukratiske principper, på flere niveauer. Det vil sige, både i forhold til hvordan den overordnede struktur for sundhedsvæsenet har set ud og tager sig ud nu (figur 3 og 4), samt i forhold til hvordan arbejdet organiseres indenfor hvert af underområderne. På det overordnede niveau er det allerede anerkendt, at den organisationsform, der har eksisteret siden Hjemmestyrets indførelse er for stor, rigid og ikke ideel i en tid med store rekrutteringsproblemer. Konsekvensen af denne erkendelse er, at der allerede er foretaget strukturelle ændringer. Disse ændringer kan ses som et forsøg på at grønlandisere organisationen, således at den er tilpasset de vilkår som er gældende i landet. Dette ses ved, at der på den ene side i højere grad tages højde for landets størrelse og et lille befolkningsgrundlag, medens der på den

anden side effektiviseres så organisationens kompetencer i højere grad udnyttes og ressourcspild undgås. At samle fagpersoner, sygeplejersker som læger, med specialkompetencer i fire regioner, sikrer en større grad af fleksibilitet, fordi de vil kunne bruges i flere sundhedsdistrikter og ikke kun, som tidligere, i et. Denne optimerede udnyttelse af kompetencerne kan samtidig være med til at sikre, at rekrutteringsbehovet af personer med specialkompetencer reduceres, da de nu i højere grad kan bruges/ udnyttes i forhold til deres uddannelsesmæssige kompetencer og ikke som tidligere skulle bruge arbejdstid på opgaver, der kunne have været udført af andre. Denne overordnede organisationsændring, hvor specialfunktioner samles i større enheder kan samtidig ses som en oplagt mulighed for at starte et arbejde på organisationsniveau, hvor der også her skal ses på nye måder at fordele og organisere arbejdet på. Dette er sket i erkendelse af, at det nuværende system ikke kan løse de nuværende rekrutterings- og flaskehalsproblemer indenfor de økonomiske rammer, der er afsat i finansloven. Der er med andre ord allerede skabt et udgangspunkt med ideelle muligheder for at starte indførslen af og arbejdet med mangfoldighedsledelse sådan, at den grønlandske arbejdskraft i højere grad inddrages og udnyttes optimalt. Det er præcist sådan som første punkt i redegørelsen om arbejdskraftens sammensætning og beskæftigelsespolitik allerede i 1997 lagde op til (4.3.3. Den førte arbejdsmarkedspolitik frem mod 2008).

Hvis mangfoldighedsledelse, som strategisk ledelsværktøj, skal fungere optimalt, skal det præge og implementeres i hele sundhedsvæsenets organisation (figur 4). Mangfoldighedsledelsens force er at være opgaveorienteret sådan, at medarbejderne enten kunne arbejde på flere niveauer i organisationen eller arbejde på tværs i organisationen alt afhængig kvalifikationer og af opgavernes art. Hvis organisationen nogle steder arbejder funktionsopdelt og andre steder opgaveorienteret, så vil fordelene ikke være de samme. Derudover skal der være en vilje til at tænke nyt. Dem der arbejder i organisationen skal kunne mærke ”den brændende platform”, sådan at de ser nødvendigheden af nytænkning. Politikerne på den anden side skal skabe rammerne, så denne organisationsstrategi/ ændring bliver mulig. For sidstnævntes vedkommende er der allerede, som beskrevet i Kapitel 4 og 5, foretaget en række initiativer, der støtter op om meget af det mangfoldighedsledelse stiller krav om. Mangfoldighedsledelsens intention om større grad af opgaveglidning og opkvalificering af marginaliserede grupper til at varetage specifikke opgaver indenfor organisationen kræver, at der afsættes midler og igangsættes uddannelsesmæssige initiativer. Begge forhold er faktisk en realitet i Grønland. Gennem ekstraordinære midler afsat på de kommende års finanslove er der igangsat initiativer rettet mod efteruddannelse, kompetenceudvikling og formel uddannelse sådan, at afstanden mellem behov og kvalifikationer i

den grønlandske arbejdsstyrke reduceres af bl.a. opgaveglidning, hvor højt uddannet arbejdskraft erstattes med lokalt arbejdskraft. Derudover er der allerede indenfor sundhedsområdet igangsat specifikke initiativer på området: Disse initiativer kan helt sikkert udvikles og gøres mere målrettede.

Vi ved nu, at sundhedsvæsenet står med et reelt rekrutteringsproblem, der kunne afhjælpes af mangfoldighedsledelse. Desuden at ændringer af de politiske rammer, for at dette kan blive en realitet, allerede er gennemført, så er det vel på sin plads at spørge hvad der så skal til for at det bliver virkelighed?

At indføre mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi i sundhedsvæsenet og det deraf arbejde med opkvalificering af herboende arbejdskraft, skal betragtes som en langsigtet løsning. Herudover vil der også være behov for mere kortsigtede initiativer, der kan imødekomme de aktuelle akutte rekrutterings- og bemandingsproblemer, som der er i sundhedsvæsenet. Uanset hvilken tidshorisont, der arbejdes med er det første skridt at få konstrueret et billede af problemets omfang, sådan at initiativerne kan tilpasses og proportioneres bedst muligt. I gældende arbejdsmarkedslovgivning står der, at personer uden tilknytning til Grønland og som tager arbejde her skal registreres. Derved bliver det muligt at tilrettelægge en specifik indsats, som kan kompensere for de aktuelle mangler. På trods af at der er uddannet så relativt få sygeplejersker fra den grønlandske sygeplejerskole, at hovedparten af sygeplejerskerne fortsat rekrutteres udefra var det ikke nemt at få tal på hvor omfattende rekrutteringsproblemet indenfor sygeplejen er. Disse problemer fremgik af kapitel 5. Det er ikke muligt at komme med eksakte tal på, hvor stort problemet med rekruttering af sygeplejersker reelt er. Dette skyldes at sundhedsvæsenet rent statistisk opererer med flere forskellige opgørelsesmetoder i forhold til, hvordan sygeplejerskerne er ansat. Derudover åbner den seneste overenskomst på sygeplejerskeområdet op for en yderligere besværliggørelse, fordi det ikke længere er økonomisk fornuftigt at lade sig ansætte som korttidsansat, hvorfor dette begrebs betydning gøres uklart og slører billedet i statistikkerne. Gennemgangen af ansættelsesformer indenfor sundhedsvæsenet viste nemlig, at fordelene ved at lade sig fastansætte var store, at selv for et vikariat på få måneder ville en fastansættelse være mere fordelagtig set i forhold til en korttidsansættelse. Dette forhold kan bevirke, at der kan være mange korttidsansatte gemt i puljen af ansatte, der er registreret som fastansatte. Det statistikkerne derimod gør klart er, at der bliver færre fastansatte og at antallet af vikarer specielt på vikarbureauoverenskomst er stigende. Sidstnævnte gruppe i et sådant omfang at det er blevet en økonomisk belastning for sundhedsvæsenet, der senest har medført lukning af afsnit på DIH, hvilket blev gjort for ikke at overskride budgettet yderligere.

Det er nødvendigt at sundhedsvæsenet igangsætter et minutiøst arbejde med at beskrive alle de opgaver, som varetages i organisationen og hvilke uddannelsesmæssige kvalifikationer der kræves, således at kvaliteten og de lovmæssige forhold overholdes²¹. Dette arbejde skal foretages i hver afdeling og i hvert område. Resultatet skal fx indeholde en beskrivelse af, hvem bestiller tøj hjem, hvad kræver det af uddannelsesmæssige kvalifikationer, hvem serverer mad og hvad kræver det af kompetencer, hvem går stuegang og hvad kræver det af forudsætninger osv. Når dette arbejde er tilendebragt er næste fase at se hvilke opgaver, der er af sygeplejemæssig karakter og hvilke der med fordel kunne varetages af sundhedsassistenter eller andre faggrupper. Samtidig bliver det også muligt at identificere de områder, hvor det kan være nødvendigt med uddannelsesmæssige opkvalificering, såfremt opgaven skal varetages af andre faggrupper end de nuværende. Realiteten af et sådant arbejde, med indslusning af flere medarbejdere med tilknytning til landet, har derudover den afledte effekt, at det bliver mere reelt at tale om at ”*Personer uden tilknytning til Grønland kun benyttes i det omfang, hvor den grønlandske arbejdskraft ikke opfylder de kvalifikationsmæssige krav der er til stillingen*” (Grønlands Hjemmestyre, 1997: 11). Alt dette kan med andre ord ses som en måde, at grønlandisere i forbindelse med strukturelle ændringer og løsninger indenfor sundhedsvæsenet. Samtidig vil en sådan gennemgang være med til at skabe et overblik over organisationens ”nøglestillinger”. Ved at kende disse bliver det muligt at organisere de nuværende medarbejdere sådan, at det sikres, at vitale funktioner opretholdes samtidig med, at kontinuiteten indenfor plejen i højere grad sikres uanset rekrutteringsproblemer.

For at igangsætte dette langsigtede arbejde med at opkvalificere og uddanne den potentielle grønlandske arbejdskraft til at varetage opgaver indenfor sundhedsvæsenet kræves forskellige initiativer. Som tidligere beskrevet er rammerne til stede, dog er det ikke ensbetydende med, at det er attraktivt at lade sig ansætte indenfor sundhedsvæsenet. I redegørelsen om arbejdskraftens sammensætning og beskæftigelsespolitikken omtales der ud over de tidligere nævnte områder yderligere et område og der er ”*Løn og ansættelsesvilkår skal være så attraktive at det fordre den grønlandske arbejdskraft til at erhverve sig de nødvendige kvalifikationer*”. I en tid med flaskehalsproblemer indenfor flere områder og en global mangel på visse uddannelsesmæssige kompetencer er det nødvendigt, at der fra politisk side lægges en generel strategi, som afspejler de politiske prioriterede indsatsområder i forbindelse med kommende overenskomstforhandlinger indenfor sundhedsområdet, dvs. både indenfor PK og PPK regi. I forhold til sundhedsvæsenets

²¹ I forhold til sundhedsstyrelsen stilles der krav om bestemte uddannelsesmæssige kvalifikationer ved udførelsen af bestemte opgaver. Et eksempel herpå kan være ifm. blodtransfusion, hvor det enten skal være en læge eller en sygeplejerske der skal foretage denne (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114821>)

forsøg på at løse manglen på sygeplejersker skulle denne strategi gerne indeholde et incitament til at lade sig uddanne indenfor området, og samtidig fastholde den enkelte i jobbet efter endt opkvalificering.

Ud over at give et økonomisk incitament for at få grønlændere uden de nødvendige kvalifikationer til at lade sig uddanne og opkvalificere til at varetage opgaver i sundhedsvæsenet er det også nødvendigt at fokusere på de sygeplejersker, der er ansat i organisationen og at rekruttere sygeplejersker til de opgaveområder, hvor det fortsat er nødvendigt med uddannede sygeplejersker. Dette både i forhold til kortsigtede og langsigtede løsninger, for uanset hvor meget organisationen optimeres vil der altid være en række kerneydelser, som ikke kan uddelegeres til andre faggrupper end sygeplejersker. Derudover vil en opkvalificering af andre faggrupper både teoretisk og praktisk ofte skulle forestås af sygeplejersker for at sikre, at den nuværende kvalitet bevares i fremtiden.

Uanset om det er den kortsigtede eller langsigtede rekruttering af sygeplejersker, der fokuseres på, så er det i en flaskehalssituation vigtigt, at alle forhold, der virker negativt på rekrutteringen af sygeplejersker, minimeres. Et sted hvor der kan være nødvendigt med justeringer fra politisk side, er i forhold til den nuværende arbejdsmarkedslovgivning, der er vedtaget for at sikre en regulering af arbejdskrafttilgangen til Grønland. Det er en lovgivning med reelle muligheder for at virke negativt på rekrutteringen af sygeplejersker. Problemet set med sundhedsvæsenets øjne kunne være, hvis en familie, hvor kvinden er sygeplejerske og manden Falckredder, ønsker at rejse til Grønland for at arbejde. I et sådant tilfælde vil ikke begge kunne få afklaret deres arbejdsmæssige forhold inden ankomsten til Grønland. Kvinden vil, på baggrund Landstingslov nr. 27 af 30. oktober 1992 om sikring af arbejdskrafttilgangen til Grønland, ikke have problemer med at opnå ansættelse, fordi hendes fagområde ikke er omfattet af loven. Manden derimod kan opleve, at det ikke er muligt for ham at opnå ansættelse før de har bopæl i landet idet hans fag er omfattet af loven. Da mange familier har nogle faste udgifter mm. der skal betales vil sådanne usikkerheder omkring fremtidig ansættelse kunne have den konsekvens at Grønland ikke vil være et attraktivt land at søge ansættelse i for en familie, som ellers ville være indstillet på et længerevarende ophold. Ud over at se på loven om regulering af arbejdskrafttilgang til Grønland, som det anbefales fra mange sider, herunder Selvstyrekommissionen, vil det også være nødvendigt med initiativer på organisationsniveau. Initiativer, som kan skabe attraktive og rekrutteringsfremmende forhold inden for sundhedsvæsenets område.

Et sådant udgangspunkt kan tages ud fra den viden, som er frembragt af de to kvalitative undersøgelser omtalt i kapitel 6. Her er det undersøgt, hvad der får sygeplejersker til at lade sig

rekruttere til Grønland, herunder hvad der lægges vægt på før en beslutning om at tage arbejde i Grønland og hvad der lægges vægt på skal være til stede. Overordnet fremgår det af disse undersøgelser, at der vil være en række initiativer i arbejdet med at rekruttere sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen, der kan iværksættes uden at være forbundet med væsentlige udgifter. Dette er forbedret information og mere målrettede rekrutteringskampagner, medens forbedrede boligforhold mm er forbundet med udgifter og investeringer.

For at starte med de initiativer, der kan iværksættes uden de store investeringer, men som kræver planlægning og organisering, er det vigtigt at fastslå fokusgruppen. Desuden hvilke opgaver, i en organisation med mangfoldighedsledelse, der skal løses og hvilke kvalifikationer dette kræver. Undersøgelsen foretaget blandt ansatte på DIH viste, at hvis det er sygeplejersker, der er fokusgruppen, så er det de unge og forholdsvist nyuddannede, som vil være de mest attraktive, fordi disse lader sig hjemmestyreansætte og samtidig er de den gruppe, der er ansat i de længste perioder. Dette betyder, at hvervekampagnerne til denne specifikke gruppe allerede kan starte under deres uddannelse. Hvis det derimod er sygeplejersker med specifikke kvalifikationer så viste undersøgelsen, at medier og informationsmøder benyttes, så det handler om at optimere disse. Undersøgelsen viste samtidig vigtigheden af, at den information, der gives både på informationsmøderne og under ansættelsesforløbet skal forbedres. Der er for mange, der oplever at forholdene ikke lever op til forventningerne. Dette giver skuffelser, der kan påvirke fremtidige ansøgere, idet mange nyansatte får deres information fra primærkilder dvs. tidligere ansatte. Når sundhedsvæsenet har ansat en sygeplejersken er det vigtigt med en god kommunikation med afdelingen inden jobstart, at der sættes tid af til introduktion, at gives information om sygehuset, afdelingen og landet samt med orientering til kolleger om nyansættelser. En sådan fokuseret rekruttering, som er beskrevet ovenfor, med højt og troværdigt informationsniveau og med en attraktivt introduktion ved ansættelsesstart, kan gøres uden store investeringer. Samtidig kan det med den viden, der er blevet frembragt om primærkilders betydning og anvendelse, ydermere have en reklameværdi, der kan virke selvforstærkende.

Uanset informationsniveauet og rekrutteringsindsatsen er det ligeledes vigtigt, at det grønlandske sundhedsvæsen opretholder et højt fagligt niveau, således at det ikke er forbundet med faglig tilbagegang at lade sig ansætte for en længere periode. Udsagnene fra respondenterne er bekymrende såfremt de er udtryk for reelle forhold. En organisationsudvikling og det der følger med mangfoldighedsledelse i form af opgaveorientering frem for funktionsorientering vil helt sikkert også medføre at det bliver nødvendigt at forholde sig til de informations- og

kommunikationssystemer, som er en del af organisationen. Dette kunne også være et område, hvor det er nødvendigt indføre tidssvarende løsninger, der harmonerer med de behov, som mangfoldighedsledelsen kunne stille om dokumentation mm. Alene det at indføre mangfoldighedsledelse på et praksisområde som sundhedsvæsenet, vil med den rette medieeksponering kunne skabe en interesse og nyhedsværdi for det at arbejde som sygeplejerske i Grønland. Netundersøgelsen viste nemlig at anden kultur, nye udfordringer og andre faglige udfordringer end dem de har til dagligt vil have størst betydning såfremt der skulle søges job i Grønland. Sygeplejersker lægger med andre ord vægt på nye udfordringer i arbejdslivet, og dette kunne også være andre måder at organisere sig på, såfremt disse måder adskiller sig fra den bureaukratiske arbejds metode i det danske sundhedsvæsen.

Afslutningsvist så peger undersøgelserne også på nødvendigheden af mere omkostningskrævende investeringer, til sikring af den fortsatte rekruttering af sygeplejersker til Grønland, både i et kortsigtet og i et langsigtet perspektiv. Gennemgående er de nuværende boligforhold alt for dårlige og utidssvarende. Bag meningskondenseringen af spørgsmålet *"Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen?"* (bilag 22), gemmer der sig en række anvisninger på hvorfor og hvad det er der gør at boligforholdene bør forbedres. Sygeplejerskerne ønsker noget så basalt som adgang til køkken, bad, tøjvask og internet. Foruden at de gerne vil have indflydelse på egne boligforhold. Sådanne mere omkostningskrævende investeringer er et politisk anliggende, men dokumentationen af problemets omfang og konsekvenser er en opgave for sundhedsvæsenet som organisation at frembringe og foreligge politikerne således, at det kan indgå i disses overordnede politiske og økonomiske prioriteringer for sundhedsvæsenet og samfundet som helhed.

Denne diskussion og analyse af dette speciales teori, sammenholdt med samfundsmæssige, organisatoriske og individuelle baggrundsfaktorer viser at mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi vil kunne gøre op med daniseringens uhensigtsmæssigheder. Det vil blive muligt at optimere den nuværende organisation, således at de økonomiske rammer udnyttes bedre, at medinddrage en større del af befolkningen, reducere behovet for ekstern rekruttering af sygeplejersker. Alt sammen helt i tråd med hensigterne med strukturel grønlandisering. Fra politisk side er der allerede skabt rammerne for, at denne organisationsudvikling kan blive en realitet. Udfordringen ligger i organisationen og viljen til at løse de nuværende og fremtidige rekrutteringsmæssige problemer med nye ledelsesværktøjer.

Kapitel 8 - Konklusion

Det grønlandske sundhedsvæsen står som det fremgår af dette speciale med en række problemer, som kræver handling. Handlinger, der forudsætter at en rækkeforhold i organisationen belyses. Dette speciales mål var at svare på en række problemstillinger opstillet i afsnit 1.1, nemlig:

1. *"En kortlægning af rekrutteringsproblemet indenfor sygeplejerskeområdet på DIH"*
2. *"Hvilke muligheder og problemer vil der være forbundet med tankerne om grønlandisering og professionelt bureaukrati i forsøget på at løse rekrutteringsproblemerne indenfor sygeplejen i Grønland?"*
3. *"Vil tankerne bag mangfoldighedsledelse kunne bruges som udgangspunkt for en løsning af de rekrutteringsproblemer det grønlandske sundhedsvæsen står over for? Og i givet fald hvordan vil et sådant arbejde skulle iværksættes?"*
4. *"Er det muligt at pege på nogle kortsigtede initiativer, som kan igangsættes for at løse rekrutteringsproblemerne af hjemmestyreansatte indenfor sygeplejerskeområde?"*

I forhold til rekrutteringsproblemet omfang, har det ikke været muligt at komme med en kortlægning af Grønland som helhed. Derimod har det været muligt, med oplysninger fra Grønlands Statistik, sundhedsvæsenets økonomi og planlægningsafdeling, Direktoratet for Sundhed og sygeplejeledelsen i det grønlandske sundhedsvæsen, at undersøge problemets omfang på landshospitalet, DIH. Til trods for at der er udgivet meget materiale på området og det, der er medinddraget i dette speciale må opfattes som komplet, så er resultatet af undersøgelsen, at det ikke har været muligt at komme med præcise tal på problemets omfang. Årsagen til dette er, at der ikke har været konsensus med hensyn til hvordan antallet af normerede og ansatte sygeplejersker registreres, ansættelsesform og antal af vakante stillinger. Blot kan det ud fra det omfattende talmateriale konstateres, at der er blevet færre fastansatte sygeplejersker, flere vikarer, samtidig med at sidstnævnte gruppe i stigende grad er blevet rekrutteret via vikarbureauer.

Det grønlandske sundhedsvæsen har, i sin nuværende organisationsform med et professionelt bureaukrati, vist sig ikke at kunne løse de nuværende rekrutteringsproblemer. Et professionelt bureaukrati, som det der er opbygget indenfor det grønlandske sundhedsvæsen, indeholde nemlig en række problemer i forhold til sit funktionsområde, Grønland. For det første, så er det opbygget efter principper, der stiller så store krav til de uddannelsesmæssige kvalifikationer. Dette alene betyder, at en stor del af den grønlandske befolkning udelukkes fra at indgå i sundhedsvæsenets potentielle arbejdsstyrke. Derudover så er det en organisationsform, der i sin opbygning hurtig bliver stor og rigid og som derfor ikke kan håndtere den fleksibilitet, der er så nødvendig i et land med så stor geografisk udbredelse og med så få indbyggere som i Grønland. Med en strukturel grønlandisering vil det være muligt at løse op for nogle af de nuværende problemer, fordi der helt automatisk åbnes

op for mere fleksible løsninger tilpasset de specielle grønlandske forhold både geografisk, kulturelt og socialt i stedet for de nuværende meget rigide rammer. Samtidig vil en sådan strukturel grønlandisering lægge op til at den grønlandske befolkning i langt højere grad end nu integreres i løsningerne, noget der må siges at være yderst relevant i en tid med generel global mangel på sundhedspersonale. Det er vigtigt at alle potentielle medarbejdere til sundhedsvæsenet mobiliseres. Problemet med grønlandisering opstår først hvis det bliver forbundet med kulturelle forandringer, med vægt på sproglige kompetencer. Resultatet heraf vil være at mange af de nuværende og potentielle medarbejdere kan risikere at blive udelukket.

En løsningsmodel, der kan være med til at sikre at flest mulige inddrages i løsningen af sundhedsvæsenets rekrutteringsproblemer og som samtidig ligger på linje med nogle af de tanker der ligger i den strukturelle grønlandisering er mangfoldighedsledelse. Mangfoldighedsledelse som ledelsesstrategi vil betyde et opgør med den bureaukratiske tankegang, sådan at fokus flyttes fra rigide regler, love og funktionsbeskrivelser til fleksible og opgaveorienterede organisationer. Samtidig så er en af de overordnede ideer med mangfoldighedsledelse, at den med sit fokus på opgaver har som mål at medinddrage marginaliserede grupper, således at arbejdsudbuddet øges. Med visheden om at mange, med den nuværende organisationsform, er udelukket fra at deltage og at der er et flaskehalsproblem, så må mangfoldighedsledelse som løsningsmodel anses for at være et ideelt valg med henblik på forbedringer af rekrutteringen til sundhedsvæsenet.

Indførelsen af en sådan ledelsesform kræver den nødvendige politiske opbakning, samtidig med at det kræver en ledelse der vil og som tør at gå skridtet fuldt ud. For at mangfoldighedsledelse skal kunne fungere fuldt ud og efter hensigten er det som tidligere nævnt i opgaven nødvendigt at ledelsesformen er gennemgående for hele sundhedsvæsenet som organisation. På det politiske niveau så har de grønlandske politikere via uddannelses og arbejdsmarkedslovgivning allerede gjort det muligt at indføre mangfoldighedsledelse. Udfordringen ligger i selve sundhedsvæsenet som organisation.. Med mangfoldighedsledelse følger, som tidligere nævnt, et fokusskift, således at det i stedet for at være funktioner, der bestemmer hvem der skal ansættes i stedet er opgaverne der er bestemmende. Dette fokusskift nødvendiggør, at alle opgaverne i organisationen med dertilhørende uddannelsesmæssige krav kortlægges, sådan at opgaverne kan omorganiseres fra den nuværende måde og til fremtidens måde at lede arbejdet på. Dette betyder, at lederne skal fordele opgaverne ud fra krav og kompetencer. Der hvor der identificeres kompetence eller uddannelsesmæssige mangler etableres den nødvendige opkvalificering.

Mangfoldighedsledelse er en ledelsesform der skal forberedes inden den implementeres. Af den grund er det også nødvendigt at se på hvilke initiativer sundhedsvæsenet kan igangsætte for på kort sigt at dæmme op for nogle af de rekrutteringsproblemer som er blevet en del af hverdagen. Dette speciales kvantitative undersøgelser peger på en række initiativer, der for de flestes vedkommende kan iværksættes for få midler. Først så er det dog vigtigt at være opmærksom på at undersøgelserne har et samstemmende resultat der indikere at kun meget få ønsker at være ansat for mere end 6 måneder, hvorfor ambitionen måske skal sættes i forhold til dette faktum, sådan at der i første omgang arbejdes med af flytte gruppen af vikarbureauansatte over i gruppen af korttidsansatte på hjemmestyreoverenskomst. Det er nødvendigt at målrette rekrutteringen efter de målgrupper, der ønskes i forhold til de opgaver der skal udføres, samtidig med at lønudgifterne forsøges reduceret og kontinuiteten i plejen opretholdes. Er målet alene at få sygeplejersker uden specialkompetencer bør rekrutteringsindsatsen rettes mod de yngre sygeplejersker fordi det er dem der lader sig hjemmestyreansætte og fordi det samtidig er dem der har de længste ansættelser. Derudover er det helt nødvendigt med en troværdig information, både i forhold til bolig, arbejde og fritid, fordi det viser sig at være af stor betydning for de rekrutterede. Samtidig så har information før ansættelsesstart og en god introduktion stor betydning for hvordan opholdet opleves, hvorfor det også er vigtigt at der afsættes ressourcer hertil. Selv om en god introduktion og information før og efter ansættelsen kræver at der afsættes ressourcer er disse dog minimale set i forhold til den effekt de vil have som reklameværdi for andre potentielle ansøgere. Undersøgelserne viser nemlig, at mange bruger tidligere ansatte til at indhente informationer om forholdene. Derudover så er det vigtigt, at der fra sundhedsvæsenets side sker en markant fokusering på forbedrede boligforhold og en fortsat udvikling af pleje og behandling, da det også har stor betydning for de sygeplejersker man ønsker at rekruttere.

Litteraturliste:

Ankersen, Pia. (2008a). ”Er glasset halvt fyldt eller halvt tomt – grønlandiseringens succes?” s. 99 – 115 i *Grønlandsk kultur og Samfundsforskning 2006 – 07*, Ilisimatusarfik/ Forlaget Atuagkat, Nuuk

Ankersen, Pia (2008b). ”Rekrutteringsstrategier og Problemer i et grønlandiseringsperspektiv” s. 180 – 201 i *Politica*, tidsskrift for politisk videnskab, nr. 2. september 2008, Clementstrykkeriet a/s Århus

Andersen, Ib. (2002). *Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion indenfor samfundsvidenskaberne*, 2.udg. Samfundslitteratur

Bjerregaard, Peter, (2004) *Folkesundhed i Grønland*, INUSSUK, Arktisk forskningsjournal 1, 1. udg. 1.oplag, Århus

Christiansen, Peter Munk og Lise Togeby (2003). ”Grønlands elite” s. 80 – 104 i Gorm Winther (red.), *Demokrati og Magt i Grønland*, Århus: Aarhus Universitetsforlag

Departementet for Familie og Sundhed, (2008), *Sundhedsreform, oplæg til strukturændringer i det grønlandske sundhedsvæsen*

Det rådgivende udvalg vedrørende Grønlands økonomi, (2001), *Den økonomiske udvikling i Grønland*.

Direktoratet for sociale anliggender og arbejdsmarked,(1998), *Orientering om arbejdsmarkedsreformen*.

Direktoratet for Sundhed, (2001), *Grønlands Sundhedsvæsen, årsberetning 2000*, link: <http://www.peqqik.gl/Publikationer/Aarsberetninger/~media/D8C0328B9CCA489AAF5C232F787D135B.ashx>

Direktoratet for Sundhed, (2002), *Sundhedsvæsenets årsberetning 2001*, link: <http://www.peqqik.gl/Publikationer/Aarsberetninger/~media/7CED2AAC124148CE8FF91BFA93F6A54A.ashx>

Direktoratet for Sundhed, (2002), *Sundhedsvæsenets årsberetning 2002*, link: <http://www.peqqik.gl/Publikationer/Aarsberetninger/~media/3E32D607D80046DCBFC0DF52AB1D64A9.ashx>

Direktoratet for Sundhed, (2004), *Sundhedsvæsenets årsberetning 2003*, link: <http://www.peqqik.gl/Publikationer/Aarsberetninger/~media/11D2D1A4961D480289B531997F4E0B75.ashx>

Direktoratet for Sundhed, (2006), *Sundhedsvæsenets årsberetning 2004*, link: <http://www.peqqik.gl/Publikationer/Aarsberetninger/~media/AB5BA65C3704457C8F8D6F398D5BE4B0.ashx>

Direktoratet for Sundhed, (2006), *Sundhedsvæsenets årsberetning 2005*, link: <http://www.peqqik.gl/Publikationer/Aarsberetninger/~media/AB5BA65C3704457C8F8D6F398D5BE4B0.ashx>

Direktoratet for Sundhed, (2007a), *Sundhedsvæsenets årsberetning 2006*, link: http://www.peqqik.gl/Publikationer/Aarsberetninger/~media/DS/PDF%20filer/DS/%C3%85rsberetninger/Aarsberetningen_for_SHV_2006_DK.ashx

Direktoratet for Sundhed, (2007b), *Redegørelse vedrørende forslag til reform af sundhedsvæsenets struktur*

Foreningen Nydanskere i samarbejde med McDonald's, ISS og Integrationsministeriet, (2007), *Manual til kursuskoncept, Ledelse og Mangfoldighed – at gøre mangfoldighed til hverdagspraksis*. Link: http://www.inm.dk/NR/rdonlyres/B73F14C3-3FAB-4F23-A8A0-A74569B2DD0C/0/Ledelse_og_Mangfoldighed_kursusmanual.pdf

Goldschmidt, Ditte Bentzon, (1987). *Danmark – moder eller koloniherre?*, Tidsskrift for kulturhistorie og lokalhistorie, udgivet af Dansk historisk fællesforening, Bind XXXIV, hæfte 3, side 209 – 224

Grønlands Hjemmestyre, (1992). *Landstingslov nr. 27 af 30. oktober*

Grønlands Hjemmestyre, (1997), *Redegørelse vedrørende arbejdskraftens sammensætning og beskæftigelsespolitikken i Grønlands Hjemmestyre*, 21 oktober

Grønlands Hjemmestyre, (1998a), *Arbejdsmarkedspolitisk redegørelse* s. 1 – 108

Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for sociale anliggender, arbejdsmarked og Offentlige arbejder (1998b), *Sammensætningen af den grønlandske arbejdsstyrke, arbejdskraften opdelt i forhold til kriterierne i loven om regulering af arbejdskraftstilgangen til Grønland*, Rapport om arbejdsmarkedsforhold nr. 3

Grønlands Hjemmestyre, (1999). *Landstingsforordning nr. 2 af 31 maj om erhvervsuddannelser og erhvervsuddannelseskurser*

Grønlands Hjemmestyre, (2000), *Landsstyret: En vision for fremtiden, oplæg til strukturpolitisk handlingsplan*.

Grønlands Hjemmestyre, (2001). *Bekendtgørelse nr. 11 af 6. marts om uddannelse til sundhedsassistenter.*

Grønlands Hjemmestyre, (2003), *Betænkning afgivet af selvstyrekommissionen*, Jysk Centraltrykkeri A/S Viby J,

Grønlands Hjemmestyre,(2005), *Landsstyrets forslag til uddannelsesplan*, december, Direktoratet for Kultur, Uddannelse, Forskning og Kirke, Direktoratet for Erhverv, Landbrug og Erhverv, Økonomidirektoratet, 1 - 43.

Grønlands Hjemmestyre, *Finanslov 2007*

Grønlands Hjemmestyre, (2007). *Forslag til finanslov 2008*

Grønlands Hjemmestyre, (2008a), *Grønlandsk – Dansk Selvstyrekommissions betænkning om selvstyre i Grønland*, Grønlandsk – Dansk selvstyrekommission, s. 1 – 19. link: http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Selvstyre/Groenlandsk-dansk_selvstyrekommission/~media/41A7B060F64E4666ABEE7798F0EC0B55.ashx

Grønlands Hjemmestyre, (2008b), *Resumé af Grønlandsk – Dansk Selvstyrekommissions betænkning om selvstyre i Grønland*, Grønlandsk – Dansk selvstyrekommission, link: http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Selvstyre/Groenlandsk-dansk_selvstyrekommission/~media/D77831364B8340949D2CF4C08D170288.ashx

Grønlands Landsstyre, (2006), *Nalunaarutit – Grønlandsk lovsamling C-11, afsnit S, Overenskomst mellem Grønlands Landsstyre og Peqqissaasut Kattuffiat for sygeplejersker og radiografer i Grønland*, link: <http://www.sikkerportal.dk/dsr/upload/7/142/0/PPK%2520Overenskomst%2520for%2520Syg%5B1%5Dpl%2520og%2520Radiografer%25202006%252D2009.pdf>

Grønlands Statistik (92/93), *Statistisk årbog*, Forlaget Atuakkiorfik

Grønlands Statistik (1996), *Statistisk årbog*, Forlaget Atuakkiorfik

Grønlands Statistik (1997), *Statistisk årbog*, Forlaget Atuakkiorfik

Grønlands Statistik (1999), *Statistisk årbog*, Forlaget Atuagkat

Grønlands Statistik (2004), *Statistisk årbog*, Forlaget Atuagkat Aps,

Grønlands Statistik (2007), *Statistisk årbog*, Forlaget Atuagkat Aps

Hellevik, Ottar. (2002), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvidenskab*, 7.udg. Universitetsforlaget, Oslo

Hildebrandt, Søren m.fl. (2003) *Mangfoldighedsledelse – om mangfoldighed i virksomheds og samfundsperspektiv*, Børsens forlag A/S

Jacobs, Benedikte, m.fl. (2001) *Mangfoldighed som virksomhedsstrategi – på vej mod den inkluderende organisation*, Gyldendal

Jacobsen, Dag Ingvar m.fl. (2002). *Hvordan organisationer fungerer, indføring i organisation og ledelse*, Hans Reitzels Forlag, s. 68 – 117

Jeppesen, Charlotte, (2008), *Den traditionelle kost* side 95 – 108 i *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005 – 2007, Levevilkår, livsstil og helbred*, Peter Bjerregaard og Inger Katrine Dahl-Petersen (red), SIF's Grønlandsskrift nr. 18

Jonson, Ivar. (1999), *Develop learning processes and institutionalized racism*, *Ethnic and racial studies*, vol. 22, no. 1, Routledge Journals

Larsen, Henrik Holt, (2006), *Human Ressource Management, Licence to work, arbejdslivets tryllestøv eller håndjern?*, Forlaget Valmuen.

Larsen, Nina Krogh, m.fl. (2008), *Overvægt og fedme* s. 122- 128 i *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005 – 2007, Levevilkår, livsstil og helbred*, Peter Bjerregaard og Inger Katrine Dahl-Petersen (red), SIF's Grønlandsskrift nr. 18

Kotter, John P. (2002). *The heart of change*. Harvard Business School Press

Kvale, Steinar, (1997), *InterView, en introduction til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels forlag, København

Kymlica, Will. (2002). *Contemporary Political Philosophy, an introduction*, Second edition, Oxford University Press, New York. S.208 – 377

Mulhall, Stephen, m.fl. (1996). *Liberals & Communitarians*, Second edition, Blackwell Publishing

Nielsen, Tine og Svend Kreiner, (2008), *SPSS, Introduktion til databehandling og statistisk analyse*, 3. Udgave, Jurist og Økonomforbundets Forlag

Olsen, Henning, (2002), *Kvaler eller Kvaliteter* i *Nordisk Psykologi*, side 145-172

Pallant, Julie, (2005), *SPSS survival manual, a step by step guide to data analysis using SPSS version 12*

Pedersen, Janemaria Mekoline, m.fl. (2008), *Rygning* side 129 – 138 i *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005 – 2007 Levevilkår, livsstil og helbred*, Peter Bjerregaard og Inger Katrine Dahl-Petersen (red), SIF's Grønlandsskrift nr. 18

Peqqissaanermik Ilinniarfik / Center for Sundhedsuddannelser, *forslag til studieordning for uddannelse til Bachelor i sygepleje, bachelor of science in nursing*, 2006

Sermitsiaq, (2002), *Skatten stiger hvis driftsudgifterne ikke holdes i ro*, af Poul Krarup, nr. 11, side 13.

Sermitsiaq, (2007), *Grønlandisering for enhver pris*, af Irene Jepson, webavisen, 14. december, link: <http://sermitsiaq.gl/politik/article24766.ece>

Sermitsiaq, (2008a), S-formandsvalg: *Grønlandisering og selvstyre*, af Inge S Rasmussen, Webavisen 22 januar, link: <http://sermitsiaq.gl/politik/article28595.ece>

Sermitsiaq, (2008b), *Siumut: Endnu mere grønlandisering*, af Maria Simonsen, webavisen link: <http://sermitsiaq.gl/politik/article30206.ece>

Sermitsiaq, (2008c), *Grønlandisering er yt*, webavisen, 21 april, Link: <http://sermitsiaq.gl/politik/article37998.ece>

Sermitsiaq, (2008d), 5. September, årgang 50, nr. 36, Forsiden

Stensgaard, Thomas, (1998), *Grønlands Lægekredsföreningens historie fra: "den vide hvide verden"* red. af Henrik Permin m.fl., Lægekredsföreningen, København, juli 1998, s. 11 – 18

Sørensen, Chresten, (2000), *Demografi, Økonomisk samfundsbeskrivelse*, Systime, 3.udgave

Sørensen, Chresten, (2007), *"Grønlands økonomi – utopi, realiteter og en nordatlantisk sammenligning"*, Samfundsøkonomen, nr. 1 side 5 - 9

Thomas, R Roosevelt (1999), *Building a House for Diversity – How a fable About a Giraf & an Elephant Offers New Strategies for Today's Workforce*, American Management Association.

Tobiassen, Susanne (1995). *"fra danisering til grønlandisering"*, *forventninger og realiteter om grønlandisering. En analyse af Hjemmestyrets grønlandiseringspolitik*. Speciale fra Institut for administration ved Ilisimatusarfik, Grønlands Universitet

Tobiassen, Susanne (1998). "Grønlandiseret forvaltning", s.165 – 189 I Hanne Petersen og Jacob Janussen (red), *Retsforhold og samfund I Grønland*, Nuuk: Naqiterisitisiarfik Atuakat

Weber, Max (1991). *From Max Weber: Essays In Sociology*, H.H. Gerth and C Wright Mills (eds.), with preface by Bryan S. Turner, Cornwall: Routledge. S. 159 – 265

Weber, Max, (2003). *Udvalgte tekster*, bind 2, redigeret af Andersen, Heine m.fl. Hans Reitzels forlag. s. 45 - 171

Links:

- www.askpeople.dk
- <http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/848/ActivCare.pdf>
- www.nanoq.gl
- http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement_for_finanser/Oekonomi_og_personalestyrelsen/Overenskomster_og_aftaler/Overenskomster_-_Isumaqatigiissutit/~media/5F6CACF729E24DBA8441738E1EE82704.ashx
- <http://www.peqqik.gl/Uddannelse/De%20grundl%C3%A6ggende%20sundhedsuddannelser/~media/BD3F13C8668E4E2CB824786BAE45C75C.ashx>
- <http://www.peqqik.gl/Uddannelse/De%20grundl%C3%A6ggende%20sundhedsuddannelser/~media/97D24F2C7BBB477ABA98E6664602455C.ashx>
- http://www.peqqik.gl/upload/studieordning_2006_revideret_07.doc
- <http://sermitsiaq.gl/politik/article30206.ece>
- <http://sermitsiaq.gl/politik/article28595.ece>
- <http://sermitsiaq.gl/politik/article24766.ece>
- www.stat.gl
- <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114821>

Bilagsliste

- Bilag 1: Forskningsspørgsmål til interviewguide
- Bilag 2: Spørgeskema til sygeplejersker ansat på DIH i perioden 1/2 – 15/4 - 2008
- Bilag 3: Spørgeskema til sygeplejersker i Danmark til internetbesvarelse
- Bilag 4: Brev til sygeplejersker i Danmark med informationer om den netbaserede undersøgelse
- Bilag 5: Tabel udarbejdet på baggrund af spørgeskemaerne fra DIH undersøgelsen, indeholdende krydstabulering mellem uddannelsesår og ansættelsesform og som er kontrolleret og korrigeret for alder og manglende besvarelser.
- Bilag 6: Tabel udarbejdet på baggrund af netundersøgelsen indeholdende en krydstabulering mellem uddannelsesår og ansættelsesform og som er kontrolleret for og korrigeret for alder og manglende besvarelse.
- Bilag 7: Tabel udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen på DIH, indeholdende en krydstabulering mellem planlagt ansættelseslængde og ansættelsesform og som er kontrolleret og korrigeret for alder og manglende besvarelse.
- Bilag 8: Meningskondensering af spørgsmålet ”hvilke initiativer indenfor klinikken kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen?”
- Bilag 9: Tabel udarbejdet på baggrund af DIH undersøgelsen indeholdende en krydstabulering mellem hvorfra de har erhvervet deres viden om det grønlandske sundhedsvæsen og hvordan de er ansat, korrigeret og kontrolleret for alder og manglende besvarelser.
- Bilag 10: Beskrivelse af hvad sygeplejersker i Danmark vægter som vigtigt med hensyn til Information
- Bilag 11: Beskrivelse af hvor stort sygeplejerskerne på DIH's kendskab var til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelsesstart.
- Bilag 12: Beskrivelse af hvor stort de undersøgte sygeplejersker i Danmarks kendskab var til det grønlandske sundhedsvæsen.
- Bilag 13: Beskrivelse af om sygeplejerskerne på DIH mener at der kunne ske ændringer i forhold til introduktionen.
- Bilag 14: Meningskondensering af svarene fra DIH undersøgelsen på forbedringsforslag til introduktionen.
- Bilag 15: Beskrivelse af hvordan de adspurgte sygeplejersker på DIH vægter information om fritiden.

- Bilag 16: Beskrivelse af om sygeplejerskerne ansat på DIH føler at de fik den information de kunne ønske sig om fritiden
- Bilag 17: Beskrivelse af hvordan sygeplejersker i Danmark vægter information omkring fritiden
- Bilag 18: Meningskondensering af hvad de adspurgte sygeplejersker i Danmark havde af ønsker i forhold til fritidsområdet og som kunne virke rekrutteringsfremmende.
- Bilag 19: Meningskondensering af spørgsmålet givet til sygeplejersker på DIH: *”stemmer de oplysninger du fik overens med det du har oplevet under din ansættelse? Hvis nej, giv eksempler.”*
- Bilag 20: Beskrivelse af hvordan sygeplejerskerne på DIH svarer på spørgsmålet *”Vil der være initiativer indenfor boligområdet der kunne fremme rekrutteringen af sygeplejersker?”*
- Bilag 21: Sammenhæng mellem ens holdning til om boligforbedringer og vurdering af boligforhold blandt sygeplejersker i DIH undersøgelsen.
- Bilag 22: Meningskondensering af hvilke initiativer sygeplejerskerne i DIH undersøgelsen foreslår i forhold til boligområdet for at fremme rekrutteringen.
- Bilag 23: Tabel udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen foretaget på DIH, indeholdende en krydstabulering mellem alder og om de oplysninger den enkelte fik før ansættelsen svarede til det oplevede, kontrolleret og korrigeret for alder og manglende besvarelse
- Bilag 24: Beskrivelse af om boligforholdene stemmer overens med det lovede blandt sygeplejerskerne i DIH undersøgelsen.
- Bilag 25: Beskrivelse fra den netbaserede spørgeskemaundersøgelse angående om der vil være initiativer indenfor boligområdet som kunne virke rekrutteringsfremmende.

Interviewguide indeholdende forskningsspørgsmål til brug for kvantitative undersøgelser af rekrutteringsspørgsmålet i sundhedsvæsenet.

Forskningsspørgsmål til belysning af:

- Årsager til at sygeplejersker lader sig rekruttere til et job i det grønlandske sundhedsvæsen
- Hvilke forhold sygeplejersker lægger vægt på/ har med i deres overvejelser forud for, at denne beslutning træffes.

1. Kendskab til Grønland generelt
2. Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen
3. Krav til jobbet og udviklingsmuligheder i dette
4. Krav og forventninger i forhold til ansættelse
5. Krav til sundhedsvæsenet som organisation
6. Krav til bolig og fritid

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

Kære

I forbindelse med mit speciale ved institut for administration på Grønlands Universitet Ilisimatusarfik, er jeg ved at undersøge arbejdskraftsituationen indenfor sundhedsområdet.

Til brug for dette har jeg brug for at du vil være behjælpelig med at svare på vedlagte spørgeskema.

Spørgeskemaundersøgelsen har fået Sundhedsledelsens accept og udformet således, at du er sikret fuld anonymitet.

Spørgeskemaet indeholder 30 spørgsmål, som du forventes at kunne besvare på ca. 10 minutter. **Når du har besvaret spørgsmålene bedes du lægge dem i vedlagte kuvert og lægge det som intern post på din afdeling.**

På forhånd tak

Stud.scient adm.
Afdelingssygeplejerske OBS-afdelingen
Julie Præst Wilche

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

Generelle oplysninger:

1. Køn

Mand

Kvinde

2. Alder: _____ år

3. Hvilket år blev du uddannet som sygeplejerske? _____

4. Hvordan er du ansat?

Fastansat

Vikaransat på hjemmestyreoverenskomst

Vikaransat gennem vikarbureau

5. Hvor lang tid har du planlagt at være ansat?

Fra 0 – 1 måned

Fra 1 – 2 måneder

Fra 2 – 6 måneder

Fra 6 måneder – 12 måneder

Mere end 12 måneder

6. Hvis du skal udtrykke dit kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden din nuværende ansættelse på en skala fra 1 – 6, hvor 1 er intet og 6 er meget hvor vil du så placere dig? Sæt **et** kryds.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

1 Intet 2 3 4 5 6 Meget

7. Hvis du har haft en viden om det grønlandske sundhedsvæsen inden du startede, hvorfra har du så erhvervet den?

- Fra andre der har været ansat i sundhedsvæsenet
- Fra medierne (internettet, reklamer, brochurer mm)
- Fra tidligere ansættelser
- Fra informationsmøder i Danmark, afholdt af det grønlandske
- Fra andet sted

8. Hvordan var den information du fik fra din nuværende arbejdsgiver omkring det, at arbejde i Grønland, beskrevet ved hjælp af en skala fra 1 – 6, hvor 1 er dårlig og 6 er meget god, hvor vil du så placere dig? Sæt et kryds.

1 Dårlig	2	3	4	5	6 meget god

9. Stemmer de oplysninger du fik så overens med det du har oplevet under din ansættelse?

- Ja
- Nej
- Ved Ikke

Hvis du svaret **Nej** i spørgsmål, Kan du give eksempler:

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

10. Har du forslag til forbedringer omkring den information man modtager inden ansættelsen?

11. Der kan være mange begrundelser for at sygeplejersker tager til Grønland for at arbejde. På nedenstående liste er opremset nogle muligheder. Hvilke **to** af disse havde størst betydning for dig? Sæt **to** krydser.

- Muligheden for at opleve naturen
- Muligheden for at arbejde i en anden kultur
- Muligheden for at tjene flere penge
- Muligheden for at prøve nye udfordringer
- Muligheden for at se andre måder at organisere sygehusarbejde på
- Muligheden for at følge min samlever som skal starte arbejde i Grønland
- Muligheden for andre faglige udfordringer end dem jeg havde til dagligt
- Muligheden for et mindre stressende arbejde
- Andet

12. Hvilke **to** faktorer tror du er mest hæmmende i forhold til det at rekruttere flere fastansatte sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen? Sæt **to** krydser.

- Løniveauet for sygeplejersker i Grønland
- Utilfredsstillende boligforhold.
- Utilfredsstillende arbejdsforhold.
- Mangel på faglige udfordringer
- Familiær tilknytning til Danmark
- Generel mangel på uddannede sygeplejersker

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

Andet

13. Vil de ovenstående hæmmende faktorer kunne opvejes hvis:

A. De faglige udfordringer var utraditionelle og af en karakter som ikke er mulige at opleve i det Danske sundhedsvæsen

Ja Nej Ved ikke

B. De ansatte under ansættelsen fik en betalt rejse til enten nord eller Sydgrønland

Ja Nej Ved ikke

C. De ansatte fik en årlig feriefrirejse

Ja Nej Ved ikke

D. Andet:

14. Hvilken introduktion til dit arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen, have den største betydning for dig? Sæt et kryds

- Informationsdag afholdt i Danmark inden afrejse
- God kommunikation med din fremtidige leder fx pr. mail
- Informations og introduktionsdag afholdt 1. arbejdsdag.
- Skriftligt materiale om din fremtidige arbejdsplads
- Andet _____

(du må gerne notere hvad)

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

15. Har der været noget du kunne have ønsket bedre i forhold til den introduktion, du har oplevet?

Ja Nej Ved ikke

16. Hvis **Ja** Kan du give eksempler?:

17. Hvilke faglige udfordringer tillagde **du** størst betydning inden din ansættelse? Sæt kun et kryds

- At arbejde som sygeplejerske i en anden kultur
- At arbejde som sygeplejerske på en anden måde end det du kender fra Danmark
- Almene faglige udfordringer
- At opnå kompetencer som senere kan bruges i et andet land
- Andet _____

(du må gerne notere hvad)

18. Hvordan vurderede du det grønlandske sundhedsvæsen inden din ansættelse.

Beskriv det ved hjælp af en skala fra 1 – 6, hvor 1 er dårligt og 6 er meget godt.

Hvor vil du så placere dig? Sæt **et kryds**:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Dårligt	2	3	4	5	6 Meget godt

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

19. Har du ændret din opfattelse?

Ja

Nej

Ved ikke

20. Inden for det Grønlandske sundhedsvæsen arbejdes der med en omlægning af sygeplejen således at den vil komme til at blive mere selvstændigt og indeholde opgaver, der tidligere blev varetaget af læger. Hvordan tror du denne udvikling vil påvirke rekrutteringen af sygeplejersker til Grønland som helhed?

Det vil virke rekrutteringsfremmende

Det vil ikke have betydning for rekrutteringen

Det vil afholde nogen fra at søge job

Ved ikke

21. Vil der være initiativer indenfor klinikken som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

Ja

Nej

Ved ikke

Hvis **Ja** Hvilke?

22. Hvordan oplever du dine boligforhold?

Beskriv det ved hjælp af en skala fra 1 – 6, hvor 1 er dårligt og 6 er meget godt.

Hvor vil du så placere dig? Sæt **et** kryds:

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 Dårligt	2	3	4	5	6 Meget godt

23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?

Ja Nej Ved ikke

24. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med dine forventninger

Ja Nej Ved ikke

25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

Ja Nej Ved ikke

26. Hvis **Ja** Hvordan?

27. Hvordan vægter du information omkring fritidsmuligheder? Beskriv det ved hjælp af en skala fra 1 – 6, hvor 1 betyder underordnet og 6 er meget vigtigt. Hvor vil du så placere dig? Sæt **et** kryds:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

Underordnet

Meget vigtigt

28. Fik du denne information?

Ja

Nej

Ved ikke

29. Vil der være initiativer omkring hvad fritiden kan bruges til som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

Ja

Nej

Ved ikke

30. Hvis **Ja** Hvordan?

Har du andet som du mener, er vigtigt for mig at have med i mit arbejde omkring rekrutteringsmuligheder til det grønlandske sundhedsvæsen så er du velkommen til at gøre brug af nedenstående linjer.

Spørgeskema til sygeplejersker der er startet med at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen i perioden 1/2 – 15/4

Jeg takker meget for din medvirken.

SPØRGESKEMA

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

Generelle oplysninger:

1. Køn

Mand

Kvinde

2. Alder: _____ år

3. Hvilket år blev du uddannet som sygeplejerske? _____

4. Hvilken ansættelsesform vil være af størst interesse for dig, hvis du skulle lade dig rekruttere til en stilling som sygeplejerske i det grønlandske sundhedsvæsen?

Fastansættelse

Vikaransættelse på hjemmestyreoverenskomst

Vikaransættelse gennem vikarbureau

5. Hvilken ansættelseslængde vil være mest realistisk for dig, hvis du skulle til Grønland for at arbejde som sygeplejerske?

Fra 0 – 1 måned

Fra 1 – 2 måneder

Fra 2 – 6 måneder

Fra 6 måneder – 12 måneder

Mere end 12 måneder

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

6. Hvis du skulle pege på den faktor som vil have den største indflydelse på din ansættelseslængde, hvilken af følgende vil det så være?

- Mit job i Danmark, som jeg ikke vil sige op fra men kun søge orlov fra
- Økonomi
- Jeg ønsker at bibeholde min bolig i Danmark
- Det kan blive svært at holde kontakten med familie og venner
- Mine børns skolegang
- Andet

7. Hvis du skulle pege på yderligere en faktor som vil kunne have indflydelse på din ansættelseslængde, hvilken af følgende vil det så være?

- Mit job i Danmark, som jeg ikke vil sige op fra men kun søge orlov fra
- Økonomi
- Jeg ønsker at bibeholde min bolig i Danmark
- Det kan blive svært at holde kontakten med familie og venner
- Mine børns skolegang
- Andet

8. Hvis du skal udtrykke dit kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen på en skala fra 1 – 6, hvor 1 er intet og 6 er meget hvor vil du så placere dig? Sæt et kryds

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Intet	2	3	4	5	6 Meget

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

9. Hvis du har en viden om det grønlandske sundhedsvæsen, hvorfra har du så erhvervet den?

- Fra andre der har været ansat i sundhedsvæsenet
- Fra medierne (internettet, reklamer, brochurer mm)
- Fra tidligere ansættelser
- Fra informationsmøder i Danmark, afholdt af det grønlandske sundhedsvæsen.
- Fra andet sted

10. Der kan være mange begrundelser for at sygeplejersker tager til Grønland for at arbejde. På nedenstående liste er opremset nogle muligheder. Hvilken af disse ville have størst betydning for dig?

- Muligheden for at opleve naturen
- Muligheden for at arbejde i en anden kultur
- Muligheden for at tjene flere penge
- Muligheden for at se andre måder at organisere sygehusarbejde på
- Muligheden for at følge min samlever som skal starte arbejde i Grønland
- Muligheden for andre faglige udfordringer end dem jeg havde til dagligt
- Muligheden for et mindre stressende arbejde
- Andet

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

11. Skulle du pege på yderligere en begrundelse, som kunne få dig til at arbejde som sygeplejerske i Grønland, hvilken af disse ville det så være?

- Muligheden for at opleve naturen
- Muligheden for at arbejde i en anden kultur
- Muligheden for at tjene flere penge
- Muligheden for at se andre måder at organisere sygehusarbejde på
- Muligheden for at følge min samlever som skal starte arbejde i Grønland
- Muligheden for andre faglige udfordringer end dem jeg havde til dagligt
- Muligheden for et mindre stressende arbejde
- Andet

12. Hvilke oplysninger vil for dig være de vigtigste, at være i besiddelse af, inden du ville lade dig ansætte som sygeplejerske i det grønlandske sundhedsvæsen?

- Skatteforhold
- Lønforhold
- Boligforhold
- Institutionsmuligheder for mine børn
- Skolemuligheder for mine børn
- Fritidsmuligheder
- Indkøbsmuligheder

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

- Jobindhold og udviklingsmuligheder
- Andet

13. Hvilken faktor vil du lægge størst vægt på hvis du skulle rekrutteres til en længerevarende ansættelse som sygeplejerske i Grønland? Sæt **et** kryds

- Højere løn end den, der tilbydes i Danmark
- Muligheden for at erhverve faglige kompetencer som ikke er muligt i Danmark
- Muligheden for personlige oplevelser
- Årlig feriefrirejse
- Velfungerende skole og fritidsmuligheder
- Andet

14. Hvilken faktor tror du er mest hæmmende i forhold til det at rekruttere flere fastansatte sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen?

- Lønniveauet for sygeplejersker i Grønland
- Utilfredsstillende boligforhold.
- Utilfredsstillende arbejdsforhold.
- Mangel på faglige udfordringer
- Familiær tilknytning til Danmark

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

- Generel mangel på uddannede sygeplejersker
- Utilfredsstillende skole og institutionsmuligheder for mine børn
- Andet

15. Skulle du pege på yderligere en faktor som du mener er hæmmende i forhold til det at rekrutterer flere fastansatte sygeplejersker til det grønlandske sundhedsvæsen, hvilken af disse ville det så være?

- Lønniveauet for sygeplejersker i Grønland
- Utilfredsstillende boligforhold.
- Utilfredsstillende arbejdsforhold.
- Mangel på faglige udfordringer
- Familiær tilknytning til Danmark
- Generel mangel på uddannede sygeplejersker
- Utilfredsstillende skole og institutionsmuligheder for mine børn
- Andet

16. Hvilken introduktion til det, at arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen, vil have størst betydning for dig? Sæt kun et kryds

- Informationsdag afholdt i Danmark inden afrejse
- God kommunikation med din fremtidige leder fx pr. mail
- Informations og introduktionsdag afholdt 1. arbejdsdag.
- Skriftligt materiale om din fremtidige arbejdsplads
- Andet

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

17. Hvis du skulle pege på den faglige udfordring som kunne få dig til at søge ansættelse som sygeplejerske i det grønlandske sundhedsvæsen, hvilken af nedenstående skulle det så være? Sæt kun et kryds

- At arbejde som sygeplejerske i en anden kultur
- At arbejde som sygeplejerske på en anden måde end det du kender fra Danmark
- At arbejdet giver mig mulighed for faglig udvikling
- At opnå kompetencer som senere kan bruges i andre sammenhænge
- Andet

18. Hvordan vurderer du det grønlandske sundhedsvæsen, beskriv det ved hjælp af en skala fra 1 – 6, hvor 1 er dårligt og 6 er meget godt. Hvor vil du så placere dig? Sæt et kryds:

1	2	3	4	5	6
Dårligt					Meget godt

19. Inden for det Grønlandske sundhedsvæsen arbejdes der med en omlægning af sygeplejen således, at den vil komme til at blive mere selvstændigt og indeholde opgaver, der tidligere blev varetaget af læger. Hvordan tror du denne udvikling vil påvirke rekrutteringen af sygeplejersker til Grønland som helhed?

- Det vil kunne virke rekrutteringsfremmende
- Det vil ikke have betydning for rekrutteringen
- Det vil afholde nogen fra at søge job
- Ved ikke

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

20. Hvordan vil **du** have det med at arbejde mere selvstændigt, end det du kender fra Danmark? Sæt et kryds

Det vil kunne motivere mig til en ansættelse som sygeplejerske i Grønland

Det vil ikke kunne få betydning for mine overvejelser

Det vil være noget, der kunne afskrække mig fra at søge en stilling i Grønland

Ved ikke

21. Vil der være initiativer indenfor klinikken som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

Ja

Nej

Ved ikke

22. Svarede du ja til at der kunne være initiativer indenfor klinikken som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen af sygeplejersker til grønland, kan du så beskrive disse her?

23. Hvis du skulle lade dig fastansætte som sygeplejerske i Grønland, hvilke krav vil du så vægte højest i forhold til boligforhold?

Ingen specielle

Jeg vil bo i nærheden af mit arbejde

Jeg vil bo centralt

Jeg vil bo i rolige omgivelser

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

- Jeg vil bo blandt lokalbefolkningen
- Jeg vil have min faste bolig med det samme
- Jeg vil bo billigt
- Jeg vil ikke bo i socialt belastede områder

24. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

Ja Nej Ved ikke

25. Svarede du ja til at der kunne være initiativer indenfor boligområdet, der kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen af sygeplejersker til Grønland, kan du beskrive disse?

26. Hvordan vægter du information omkring fritidsmuligheder? Beskriv det ved hjælp af en skala fra 1 – 6, hvor 1 betyder underordnet og 6 er meget vigtigt. Hvor vil du så placere dig? Sæt et kryds:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
Underordnet					Meget vigtigt

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

27. Vil der være initiativer omkring hvad fritiden kan bruges til som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

Ja Nej Ved ikke

28. Svarede du ja til at der vil være initiativer indenfor fritidsområdet, der kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen af sygeplejersker til Grønland, kan du beskrive disse?

Jeg takker meget for din medvirken.

Spørgeskema til et udvalgt antal sygeplejersker/ kommende sygeplejersker bosat udenfor Grønland, omhandlende muligheder for at kunne rekruttere dem til det grønlandske sundhedsvæsen.

Kære sygeplejerske

I forbindelse med mit speciale ved institut for administration på Grønlands Universitet Ilisimatusarfik, er jeg ved at undersøge arbejdskraftsituationen indenfor sundhedsområdet.

Til dette har jeg brug for at du vil være behjælpelig med at svare på **28** spørgsmål, der kan være med til at belyse mit problemfelt.

Du finder spørgsmålene på følgende link: <http://www.askpeople.dk/?i3=30d168cc84bdb49> **Vigtigt!** Du skal bruge den svagt markerede piletast til højre for at bladre ned over siden. **Tryk først på indsend besvarelse når du har svaret på alle 28 spørgsmål!**

Undersøgelsen har fået Sundhedsledelsens accept og udformet således, at du er sikret fuld anonymitet.

På forhånd tak

Stud.scient adm.
Afdelingssygeplejerske OBS-afdelingen
Julie Præst Wilche

Tabel udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen på DIH. Tabellen indeholder en krydstabulering mellem uddannelse og ansættelsesform og som er korrigeret og kontrolleret for alder og manglende besvarelser.

Tallene der henvises til i opgaven er fremhævet.

Correlations

Control Variables			3. Hvilket år blev du uddannet som sygeplejerske?	4. Hvordan er du ansat	2. Alder
-none ^a	3. Hvilket år blev du uddannet som sygeplejerske?	Correlation	1,000	-,215	-,863
		Significance (2-tailed)	,215	,000	
		df	0	33	33
	4. Hvordan er du ansat	Correlation	-,215	1,000	,013
		Significance (2-tailed)	,215	,940	
		df	33	0	35
	2. Alder	Correlation	-,863	,013	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,940	
		df	33	35	0
2. Alder	3. Hvilket år blev du uddannet som sygeplejerske?	Correlation	1,000	-,403	
		Significance (2-tailed)		,018	
		df	0	32	
	4. Hvordan er du ansat	Correlation	-,403	1,000	
		Significance (2-tailed)	,018		
		df	32	0	

a. Cells contain zero-order (Pearson) correlations.

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
3. Hvilket år blev du uddannet som sygeplejerske?	1993,63	12,452	35
4. Hvordan er du ansat	2,54,730		37
2. Alder	42,38	13,263	37

Tablet udarbejdet på baggrund af netundersøgelsen foretaget blandt sygeplejersker i Danmark. Tabellen indeholder en krydstabulering mellem uddannelse og ansættelsesform og som er korrigeret og kontrolleret for alder og manglende besvarelser.

Correlations

Control Variables			Årstal_s_4_1	Ansættelsesform5	Alder:_s_3_1
-none ^a	Årstal_s_4_1	Correlation	1,000	,147	-,953
		Significance (2-tailed)	.	,148	,000
		df	0	96	96
Ansættelsesform5	Årstal_s_4_1	Correlation	,147	1,000	-,153
		Significance (2-tailed)	,148	.	,135
		df	96	0	95
Alder:_s_3_1	Årstal_s_4_1	Correlation	-,953	-,153	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,135	.
		df	96	95	0
Alder:_s_3_1	Ansættelsesform5	Correlation	,006	1,000	
		Significance (2-tailed)	,955	.	
		df	0	94	
Alder:_s_3_1	Ansættelsesform5	Correlation	,006	1,000	
		Significance (2-tailed)	,955	.	
		df	94	0	

a. Cells contain zero-order (Pearson) correlations.

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Årstal_s_4_1	1992,41	12,541	99
Ansættelsesform5	2,61	,668	98
Alder:_s_3_1	41,50	11,824	98

Tabel udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen på DIH. Tabellen viser en krydstabulering mellem planlagt ansættelseslængde og ansættelsesform og som er kontrolleret og korrigeret for alder og manglende besvarelse.

De tal der henvises til i teksten er fremhævet.

Correlations

Control Variables			5. Hvor lang tid har du planlagt at være ansat?	4. Hvordan er du ansat	2. Alder
-none ^a	5. Hvor lang tid har du planlagt at være ansat?	Correlation	1,000	-,539	-,050
		Significance (2-tailed)	,001		,770
		df	0	35	35
4. Hvordan er du ansat	4. Hvordan er du ansat	Correlation	-,539	1,000	,212
		Significance (2-tailed)	,001		,208
		df	35	0	35
2. Alder	2. Alder	Correlation	-,050	,212	1,000
		Significance (2-tailed)	,770	,208	.
		df	35	35	0
2. Alder	5. Hvor lang tid har du planlagt at være ansat?	Correlation	1,000	-,542	
		Significance (2-tailed)		,001	
		df	0	34	
4. Hvordan er du ansat	4. Hvordan er du ansat	Correlation	-,542	1,000	
		Significance (2-tailed)	,001	.	
		df	34	0	

a. Cells contain zero-order (Pearson) correlations.

Meningskondensering af spørgsmålet i DIH undersøgelsen ”hvilke initiativer indenfor klinikken kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen?”

	Vil der være initiativer indenfor klinikken som kunne virke fremmende på rekrutteringen?
3	Primærsygepleje
7	Det kunne være rart og mere effektivt med tildelt patientpleje frem for gruppepleje der er dybt gammeldags og svært ineffektivt, syntesikke mine kompetencer bliver udnyttet ved gruppepleje
8	Se på strukturen i plejeformen og stuegangsforløbet
9	Gøre nyansat personale opmærksom på at du også selv må gøre noget = tage ansvar
11	Introduktion af elektronisk patientjournal og indførelse af IT i plejen
	Afskaffelse af gammeldags papir, kardex/ journaler og med. Adm. systemer
	Afskaffelse af ”gammeldags” procedurer
	Afskaffelse af overforbrug af personale på psykiatrisk afdeling
13	Introduktion
15	Mere effektiv sygepleje fx vha. primær sygepleje
	At man udnytter alle vikarers viden fra de forskellige specialer, det ville også højne sygeplejen væsentligt
24	At sygeplejersken må ordinere væske til patienter vurdere om der skal lægges KAD, sende og være mere behandlende
24	At det ikke er på Grønland som det var i DK for 20 år siden – mener rang imellem faggrupperne
	Elektronisk patientjournal
26	Klart definerede krav/kriterier for ansvarsområder specielt der hvor kompetencen er udvidet
31	Personale med kendskab til rutiner
33	Mulighed for at komme ud på kysten og evt. have kortere vikariater (dvs. et par vagter) på et mindre sygehus og s komme tilbage til Nuuk/ DIH
34	Evt udveksling fra flere sygeplejerskoler i DK
	Evt SSA'er i vikarbureauerne

12 af de 37 informanter har besvaret dette spørgsmål svarende til 32%. Flere af informanterne har afgivet flere svar og enkelte af udsagnene indeholder flere informationer hvorfor der kan være flere registreringer pr udsagn.

Meningskondensering af spørgsmålet i DIH undersøgelsen ”hvilke initiativer indenfor klinikken kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen?”

Bearbejdning 1

Meningskondensering af ovenstående udsagn får følgende udfald for hvad der kunne forbedres i forhold til introduktionen:

Problem	Emne	Antal
1	Primærsygepleje	II
2	Optimering af plejeformen	IIII
3	Optimering af stuegangen	I
4	At man får større ansvar for eget arbejde	I
5	Indførelse af EPJ og IT i plejen	III
6	Moderne og opdatering af procedurer	I
7	Bedre introduktion	I
8	Bedre kompetenceudnyttelse	I
9	Større ansvar til sygeplejerskerne	I
10	Klart definerede krav mht. ansvar og kompetence	I
11	Mere kendt personale Mulighed for udveksling med kysten	I
12	Andet	III

Bearbejdning II

Også i forhold til det kliniske område er der ting ved den 1. bearbejdning, der ligger tæt op af hinanden og som kan samles under samme kategori. Problem nr. 12, som omhandler andre forhold undlades i bearbejdning II, da det ikke har relevans herfor. Herefter ser resultatet ud som følger:

Problem	Emne	Antal
1	At plejen og plejeformerne blev moderniseret	IIII IIIII I
2	At sygeplejerskerne får større ansvar	II
3	Moderne og opdaterede procedurer indeholdende klare beskrivelser af ansvar og kompetence	II
4	Bedre introduktion	I
5	Mere kendt personale Mulighed for udveksling med kysten	I

Tabellen er udarbejdet på baggrund af DIH undersøgelsen og viser en krydstablering mellem hvorfra de har erhvervet deres viden om det grønlandske sundhedsvæsen og hvordan de er ansat, kontrolleret og korrigeret for alder og manglende besvarelser.

Tallene der henvises til er fremhævet.

Correlations

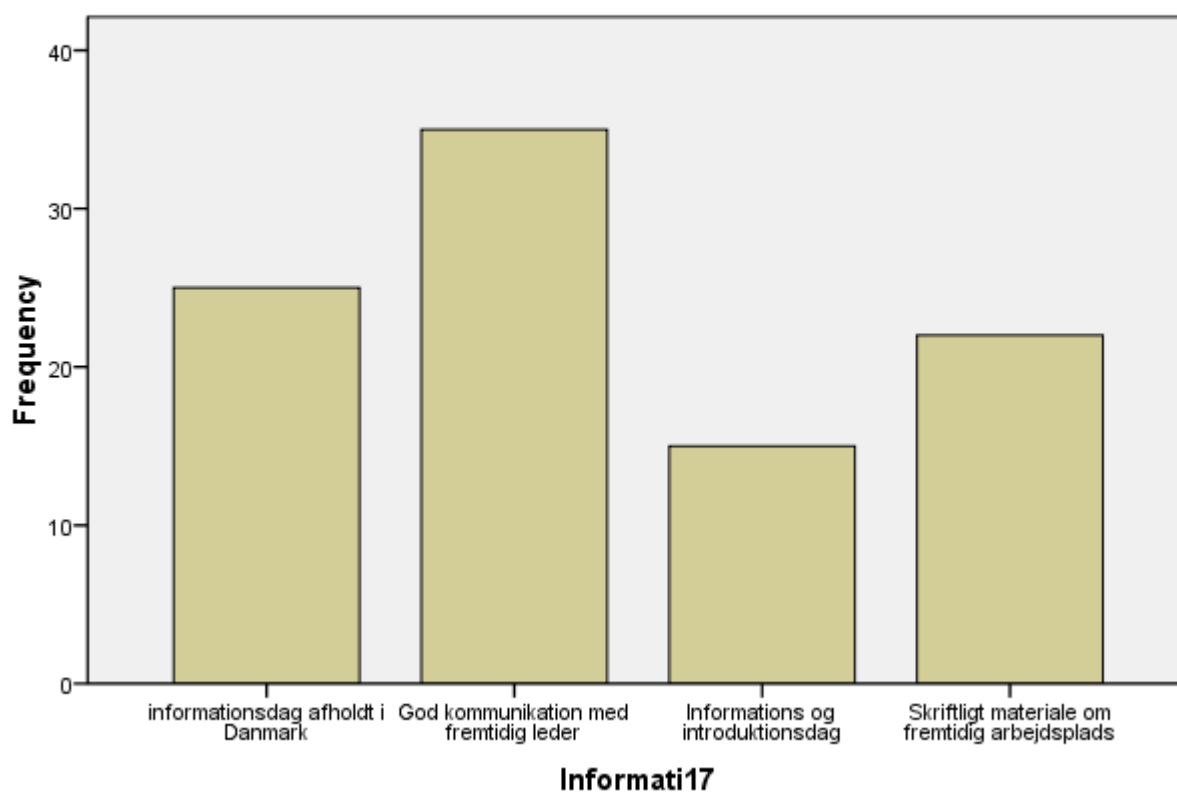
Control Variables			4. Hvordan er du ansat	7 Hvis du har haft en viden om det grønlandske sundhedsvæsen hvorfra har du så fået den?	2. Alder
-none ^a	4. Hvordan er du ansat	Correlation	1,000	-,588	,212
		Significance (2-tailed)	,000		,208
		df	0	34	35
7 Hvis du har haft en viden om det grønlandske sundhedsvæsen hvorfra har du så fået den?		Correlation	-,588	1,000	-,030
		Significance (2-tailed)	,000	,863	
		df	34	0	34
2. Alder		Correlation	,212	-,030	1,000
		Significance (2-tailed)	,208	,863	
		df	35	34	0
2. Alder	4. Hvordan er du ansat	Correlation	1,000	-,596	
		Significance (2-tailed)	,000		
		df	0	33	
7 Hvis du har haft en viden om det grønlandske sundhedsvæsen hvorfra har du så fået den?		Correlation	-,596	1,000	
		Significance (2-tailed)	,000		
		df	33	0	

a. Cells contain zero-order (Pearson) correlations.

Beskrivelse af hvad sygeplejersker i Danmark vægter som vigtigt med hensyn til information.

Informati17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	informationsdag afholdt i Danmark	25	25,3	25,8	25,8
	God kommunikation med fremtidig leder	35	35,4	36,1	61,9
	Informations og introduktionsdag	15	15,2	15,5	77,3
	Skriftligt materiale om fremtidig arbejdsplads	22	22,2	22,7	100,0
	Total	97	98,0	100,0	
Missing	System	2	2,0		
Total		99	100,0		

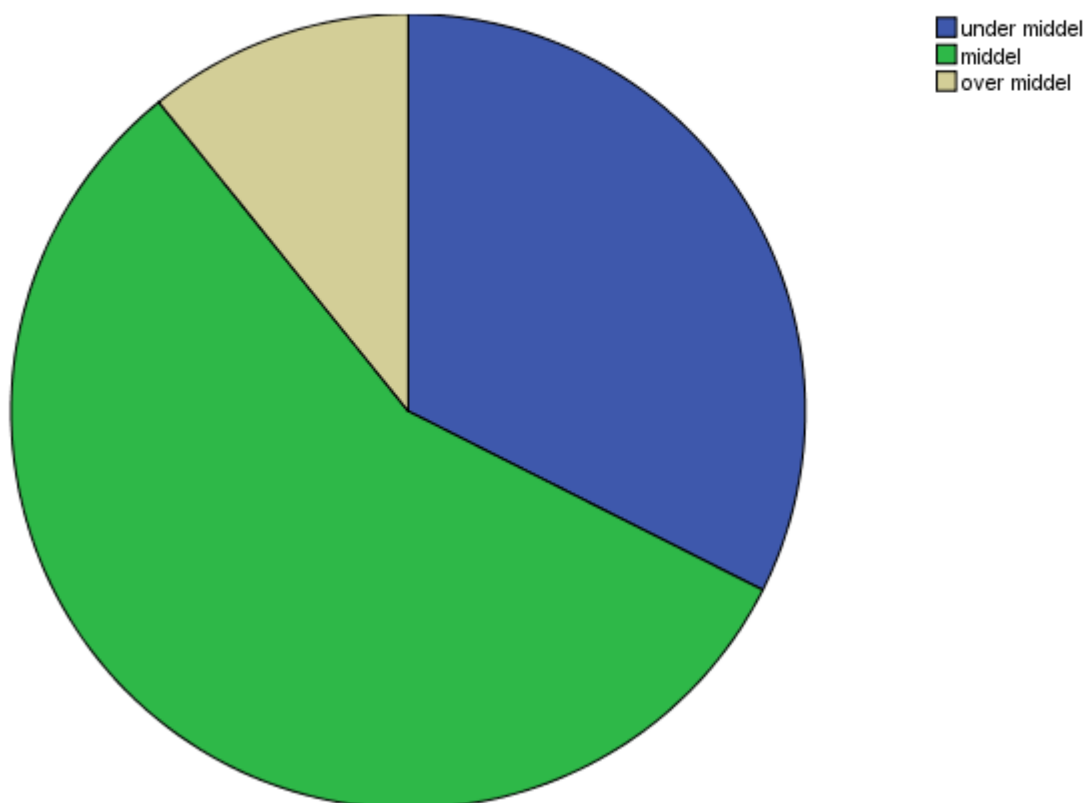
Informati17

Beskrivelse af hvor stort sygeplejerskerne på DIH's kendskab var til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelsesstart.

6. Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	under middel	12	32,4	32,4	32,4
	middel	21	56,8	56,8	89,2
	over middel	4	10,8	10,8	100,0
Total		37	100,0	100,0	

6. Kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen inden ansættelse?

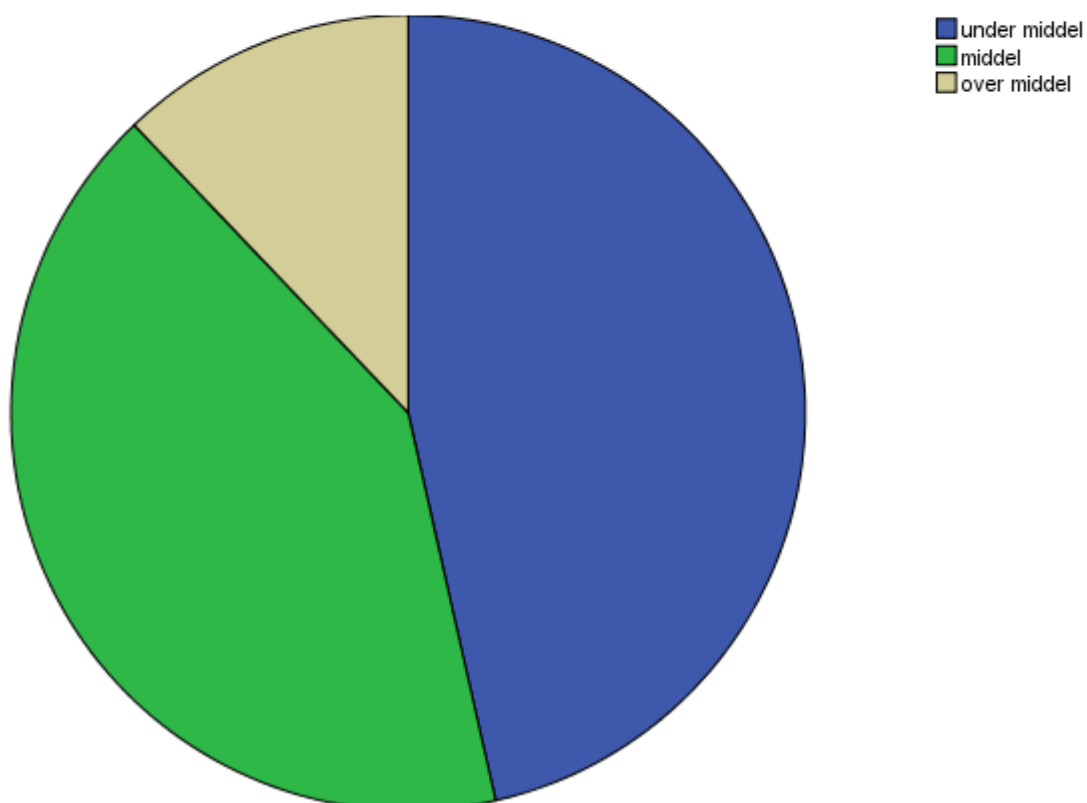


Beskrivelse af hvor stort de undersøgte sygeplejersker i Danmarks kendskab var til det grønlandske sundhedsvæsen.

nykendsk9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	under middel	46	46,5	46,5	46,5
	middel	41	41,4	41,4	87,9
	over middel	12	12,1	12,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

nykendsk9

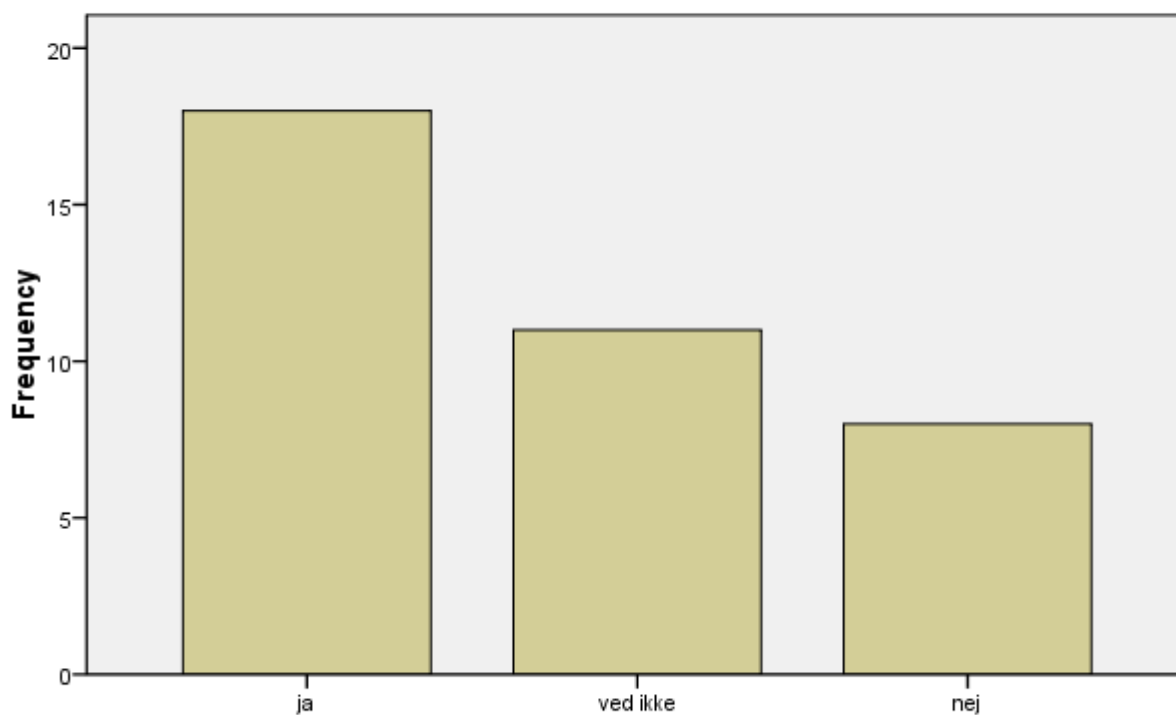


De adspurgte DIH sygeplejerskers beskrivelse af om der kunne ske forbedringer i forhold til introduktionen

15.Har der været noget du kunne have ønsket dig bedre i forhold til den introduktion du har oplevet?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	18	48,6	48,6	48,6
ved ikke	11	29,7	29,7	78,4
nej	8	21,6	21,6	100,0
Total	37	100,0	100,0	

15.Har der været noget du kunne have ønsket dig bedre i forhold til den introduktion du har oplevet?



15.Har der været noget du kunne have ønsket dig bedre i forhold til den introduktion du har oplevet?

Meningskondensering af de adspurgtes forslag til forbedringer af introduktionen.

	Forslag til forbedring af introduktionen
2	Der har ikke været kapacitet til at blive introduceret
3	Hvilken introduktion!!!
	Som minimum: introduktion til ”plejeform”, hvordan dagen er planlagt/struktureret og introduktion til sygeplejekardex og medicinkardex
6	Opdatering af de seneste forandringer
7	Indflydelse på egen vagtplan
	Følgeskab/ makkerskab med en anden kollega i stedet for introduktionsdag der var lidt forvirrende
8	Introduktion til børneafsnittet og hvilke sygdomme og aldersgrupper man kan forvente
11	At der generelt var en introduktion og at den foregår med en anden sygeplejerske
13	At få rettet op på informationen ang. Bolig, specielle regler, telefon og internetforhold, kommende arbejdssted
14	Særdeles dårlig information omkring vagtarbejde og afdelingen
15	Mangelfuld eller ingen introduktion til sygeplejekardex og medicinkardex!, hvilket jeg syntes er noget af det vigtigste for at få alt til at fungere
17	En dag med grønlændernes kultur og vaner, fortalt af en grønlænder
25	Jeg kunne godt have ønsket lidt mere skriftligt materiale tilsendt i DK
28	Bare en eller anden form for intro
31	Kommunikation pr. mail letter mange spørgsmål
33	At følges som ekstra den første dag i aften/ nattevagt
34	Tid til en kort rundvisning på SANA
	Evt. kunne et CV om en selv hænge på opslagstavlen så kunne de se mine kvaliteter og så de ved hvem er det lige der kommer
35	Bad om at få god oplæring, da det er nogen tid siden – fik det sammen med en studerende og en sygeplejerske
37	Jeg havde ingen men det ville have været godt med god kommunikation med den kommende leder, informations og introduktionsdag og skriftligt materiale om den fremtidige arbejdsplads

17 af de 37 informanter har besvaret dette spørgsmål svarende til 46%. Flere af informanterne har afgivet flere svar og enkelte af udsagnene indeholder flere informationer hvorfor der kan være flere registreringer pr udsagn.

Meningskondensering af de adspurgtes forslag til forbedringer af introduktionen.

Bearbejdning 1

Meningskondensering af ovenstående udsagn får følgende udfald for hvad der kunne forbedres i forhold til introduktionen:

Problem	Emne	Antal
1	Der skal sættes tid af til introduktion	IIII II
2	Der skal informeres om plejen i afdelingen	IIII
3	Indflydelse på egen vagtplan	I
4	"følorder" 1. dag, aften og nattevagt	III
5	Bedre information om bolig, telefon og internet	I
6	Introduktion til Grønlandsk kultur	I
7	At der inden ansættelsen blev tilsendt noget informationsmateriale	I
8	Mulighed for at maile med ens kommende arbejdsplads	II
9	Orienterer kommende kolleger om nye ansatte og deres kvalifikationer	I

Bearbejdning II

Hvis vi igen skal se på om der er overlapninger må vi sige at det at få lov til at gå sammen med en kollega de første dage eller vagter og det at der afsættes tid til introduktion kan kobles sammen. Derudover kan en bred information om afdelingen sygehuset og landet både før og efter jobstart inkludere en del af de øvrige problemer.

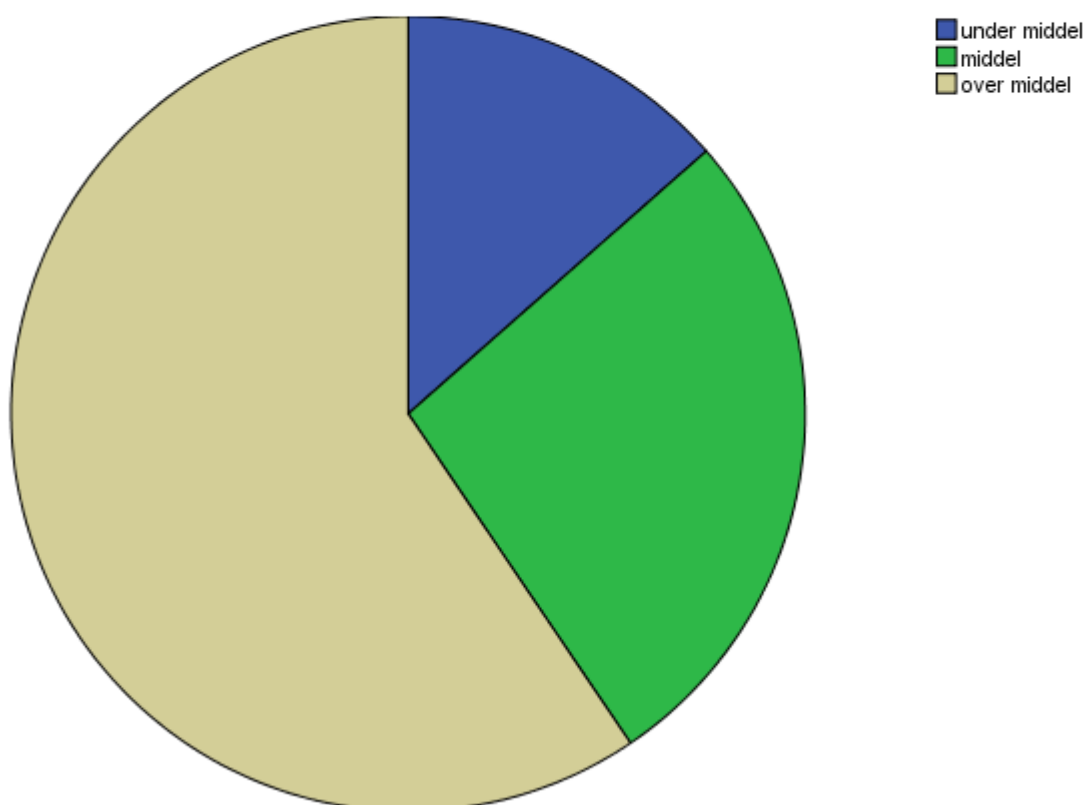
Problem	Emne	Antal
1	At der sættes tid af til introduktion	IIII IIII
2	Bred information om afdelingen sygehuset og landet både før og efter jobstart	IIII III
3	Orienterer afdelingen om kommende kolleger	I
4	Åbne op for mere kommunikation inden jobstart	III

Beskrivelse hvordan de adspurgte sygeplejersker på DIH vægter information om fritiden.

27. Hvordan vægter du de informationer du har fået omkring fritidsmuligheder?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid under middel	5	13,5	13,5	13,5
middel	10	27,0	27,0	40,5
over middel	22	59,5	59,5	100,0
Total	37	100,0	100,0	

27. Hvordan vægter du de informationer du har fået omkring fritidsmuligheder?

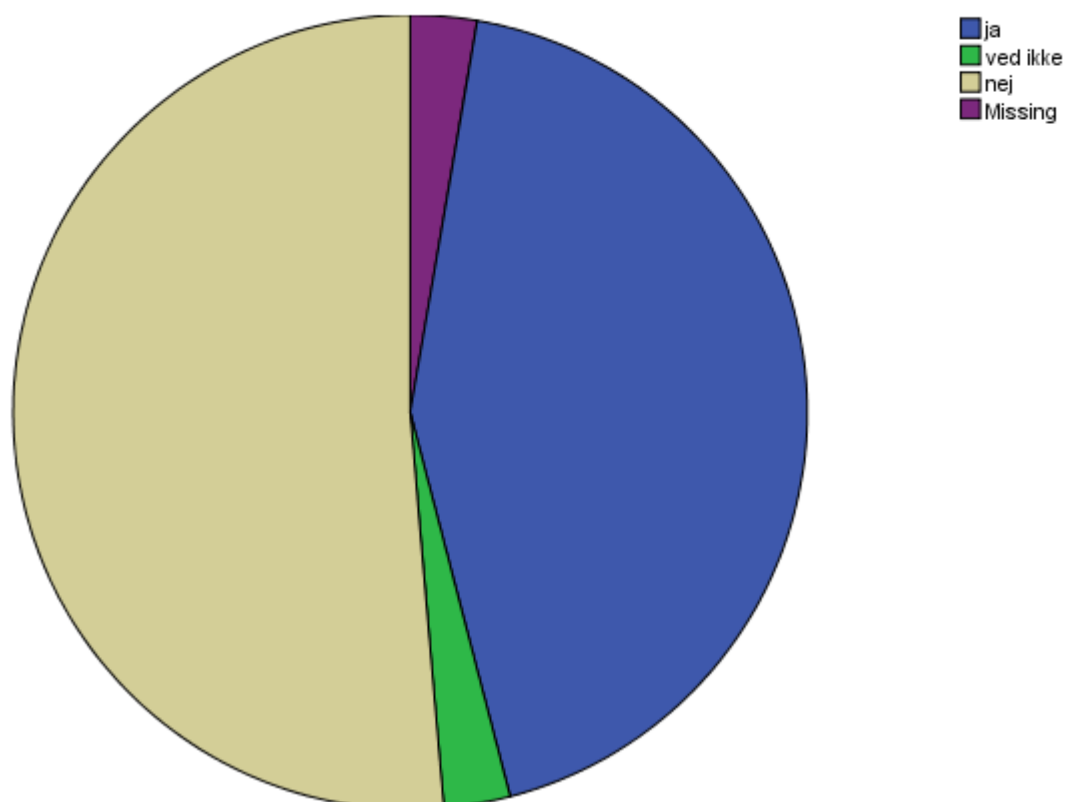


Beskrivelse af om sygeplejerskerne ansat på DIH føler at de fik den information de kunne ønske sig om fritiden

28. Fik du denne information?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	16	43,2	44,4	44,4
	ved ikke	1	2,7	2,8	47,2
	nej	19	51,4	52,8	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Missing	System	1	2,7		
Total		37	100,0		

28. Fik du denne information?

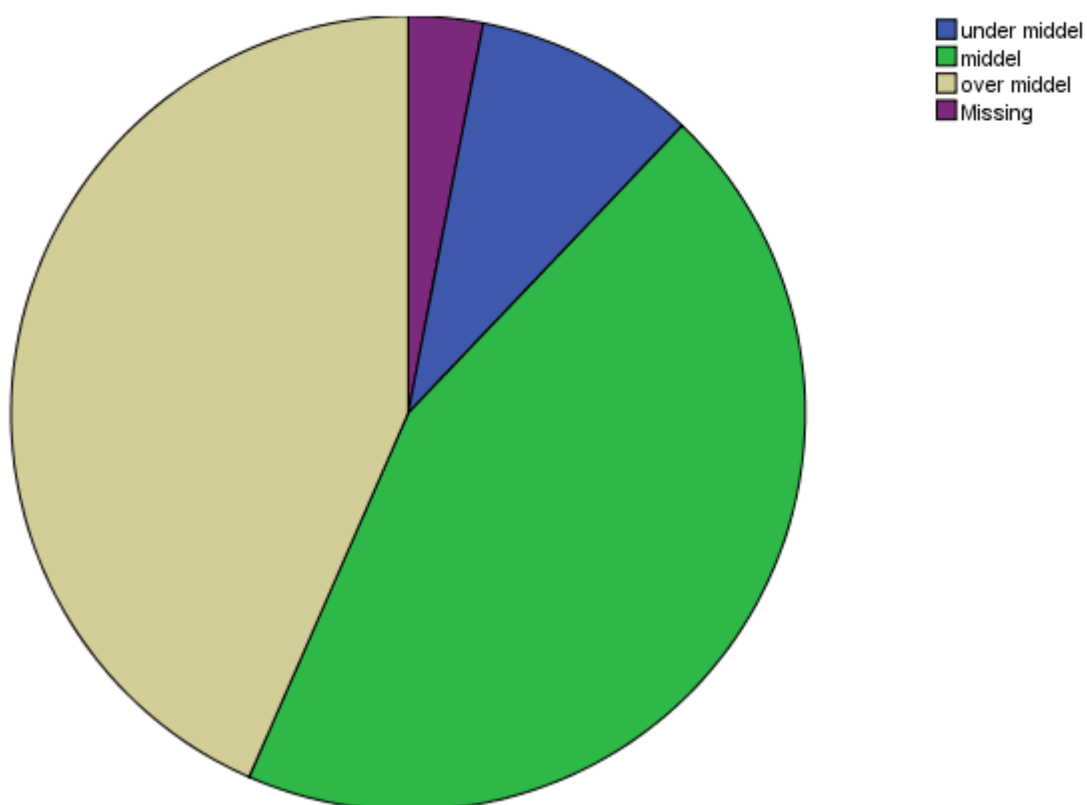


Beskrivelse af hvordan sygeplejersker i Danmark vægter information omkring fritiden

nyinfo27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	under middel	9	9,1	9,4	9,4
	middel	44	44,4	45,8	55,2
	over middel	43	43,4	44,8	100,0
	Total	96	97,0	100,0	
Missing	System	3	3,0		
Total		99	100,0		

nyinfo27



Meningskondensering af hvad de adspurgte sygeplejersker i Danmark havde af ønsker i forhold til fritidsområdet og som kunne virke rekrutteringsfremmende.

Informant nr.	Svar
2	Jeg ved ikke, hvilke initiativer, men tror også det afhænger af, hvilke forhold man har selv. For dem med børn, betyder det måske mindre, for singler nok mere. Tror desuden det afhænger af, hvor lang tids ansættelse man vælger.
3	Hvilke muligheder er der for fritidsaktiviteter?
4	at der var noget med andre danskere eller andre der også arbejder på Grønland
7	specifikke oplysninger om fritidsmuligheder/muligheder for at opleve landet og kulturen ville helt sikkert virke fremmende, at man evt vidste at der var en person i lokalmiljøet som man kunne henvende sig til med ønske og spørgsmål om oplevelser.
14	Jeg er blevet velinformeret af 2 sygeplejersker, som har været og er på stedet
19	Vandreture, sejlture eller andre arrangerede ture
26	fitness muligheder. Ture arangeret for dem der arbejder på sygehuset. Spisning sammen om aftenen - evt. i madklub. Biograf, teater, wellness.
27	Tag godt imod nye kolleger, tag dem med til sociale arrangementer, respekt for hinanden
28	det vil betyde meget for mig at der vil være nogen som kan introducere mig for den grønlandske kultur og natur. nogle som kunne tage mig med på ture på fridagene.
35	Hvis man ikke kender så meget til Grønland og kulturen, vil det være godt at vide hvilke muligheder for fritidsinteresser der findes. Muligheder for sport eller anden social samvær.
45	oplyse hvilke muligheder der er
48	nyansatte bliver introduceret af fastansat
50	mere om muligheder for fritidsaktiviteter
52	fitness center
62	Info om div. fritidsaktiviteter i området.
63	Muligheder for gode fritidsaktiviteter for børn
66	Skriftlig folder om mulighederne det pågældende sted afhængig af årstid, både for børn og voksne. Feks sportshal med diverse idrætsgrene, afmærkede vandreture, ski- og slædeforhold, kulturarrangementer.....
67	fritidsaktiviteter som kan laves med lokalbefolkningen. Fx. skindsyning el. lign.
70	Det er vigtigt at have tilstrækkelig fritid til at kunne pleje sin familie, når familien befinder sig i et andet land med anden kultur
73	vandring, arr udflugter, sociale oplevelser der er økonomisk tilgængelige iforhold til løn samt tiden til oplevelser
78	Mere information om mulighederne
80	Flere arrangementer gennem Matut /personaleforeningen .
87	Nogle naturoplevelser. Sejlture eller vandreture. Jagt eller fisketure
89	beskrive mulighederne for fritidsområdet eks. skimuligheder, mulighed for at prøve andet end i DK
95	Jeg ved ikke hvordan det er p.t., men evt. en rundtur i nærområdet og så god information om seværdigheder ellers og transport dertil...
96	Jeg ved ikke hvilken information om fritidsinteresser der er på nuværende tidspunkt. Men jeg syntes det er vigtigt for integrationen at der er mulighed for at deltage i aktiviteter sammen med grønlænderne. Så at man modtager noget information (måske en b

Meningskondensering af hvad de adspurgte sygeplejersker i Danmark havde af ønsker i forhold til fritidsområdet og som kunne virke rekrutteringsfremmende.

Der er i alt 26 informanter, der har svaret på dette spørgsmål hvilket betyder at der er en svarprocent på 26. Flere af informanterne har afgivet flere svar og enkelte af udsagnene indeholder flere informationer hvorfor der kan være flere registreringer pr udsagn.

Overordnet set så viser ovenstående besvarelser at informanterne har angivet en del andre ting end dem der har med klinikken at gøre. Da alt sammen må betragtes som relevante oplysninger for problemfeltet så vil den videre bearbejdning blive opdelt i to. Først vil der blive foretaget en analyse af de udsagn der direkte har noget med klinikken at gøre. De resterende udsagn vil blive samlet med tiloversblevne udsagn fra spørgsmål 22 og 25 som behandles på samme måde.

Bearbejdning 1.

Meningskondensering af ovenstående udsagn får følgende udfald:

Problem	Emne	Antal
1	Information tilpasset ens ansættelseslængde og civil stand	I
2	Information om generelle muligheder for fritidsaktiviteter for alle aldre	IIII IIII
3	Information om samvær med andre danskere	II
4	Specifikke oplysninger om fritidsmuligheder/muligheder for at opleve landet	IIII
5	En kontaktperson som man kan henvende sig til og introducerer en i forhold til store og små spørgsmål	III
6	Muligheden for vandreture, sejlture og andre arrangerede ture	IIII
7	Fitnessmuligheder, biograf og teatermuligheder	III
8	Information om ture arrangeret for personale ansat på DIH	II
9	Information om vigtigheden af at tage godt imod kolleger og introducerer dem	I
10	Respekt for hinanden	I
11	Fritidsaktiviteter og muligheder for at lave disse med lokalbefolkningen	II
12	Tid til familie og oplevelser	II

Nogle af ovenstående emner hænger meget sammen. Dette udnyttes i den videre bearbejdning.

BearbejdningII

Under nedenstående problemkolonne fremgår det hvilke af problemerne i Bearbejdning I der syntes at passe sammen.

Meningskondensering af hvad de adspurgte sygeplejersker i Danmark havde af ønsker i forhold til fritidsområdet og som kunne virke rekrutteringsfremmende.

Problem	Emne	Antal
1	Information tilpasset ens ansættelseslængde og civil stand	I
2 + 4 + 6 + 7 + 8 + 11	Generelle og specifikke informationer om alle typer af fritidsaktiviteter til alle typer og aldersgrupper	IIII IIII IIII IIII IIII I
3	Information om samvær med andre danskere	II
5	En kontaktperson som man kan henvende sig til og introducerer en i forhold til store og små spørgsmål	III
9 + 10	At være imødekommende og respektfulde overfor kolleger, nye som gamle	II
12	Tid til familie og oplevelser	II

Meningskondensering af spørgsmålet givet til sygeplejersker på DIH: ”stemmer de oplysninger du fik overens med det du har oplevet under din ansættelse? Hvis nej, giv eksempler:”

Informant	Stemmer de oplysninger du fik overens med det du har oplevet under din ansættelse? Hvis nej, giv eksempler:
8	Nej, fx børneafsnittet der har børn fra præmaturer til 15 år
11	Usandsynlig dårlig information vedrørende boligforhold, mange flytninger i mit tilfælde fire flytninger på 22 dage
14	Boligforholdene
	Adgang til internettet
	Løn
20	Informationen var meget mangelfuld ift. Arbejdsforhold, fin introduktion ift det generelle og ift Grønland
	Dårlig information ang. boligforhold
24	Jeg fik en bedre information da jeg kom i afdelingen . Fik ikke noget at vide af vikarbureauet
25	Boligforholdene er meget anderledes end beskrevet
	Boligsituationen og indkvartering er ret kaotisk
34	Ja skulle have været i dagafsnittet med enkelte weekendvagter, har nu arbejdet i dagafsnittet ca 14 dage og nattevagter og aftenvagter i 14 + hver 2. weekend
	Procedurebogen kig i den – ja men den er ikke opdateret siden 2000

7 af de 37 informanter har besvaret dette spørgsmål svarende til 19%. Flere af informanterne har afgivet flere svar og enkelte af udsagnene indeholder flere informationer hvorfor der kan være flere registreringer pr udsagn.

Bearbejdning 1

Meningskondensering af ovenstående udsagn får følgende udfald:

Problem	Emne	Antal
1	Information om afdelingen og arbejdsforhold er mangelfuld	IIII
2	Boligforhold	IIII
3	Internetadgang	I
4	Lønforhold	I
5	Ingen opdaterede vejledninger	I

Meningskondensering af spørgsmålet givet til sygeplejersker på DIH: ”stemmer de oplysninger du fik overens med det du har oplevet under din ansættelse? Hvis nej, giv eksempler:”

Bearbejdning II

Mangel på opdaterede vejledninger må tilskrives arbejdsforholdene, hvorfor denne flyttes herop
Ønsket om internetadgang hænger sammen med de boligforhold man har hvorfor denne flyttes hertil.

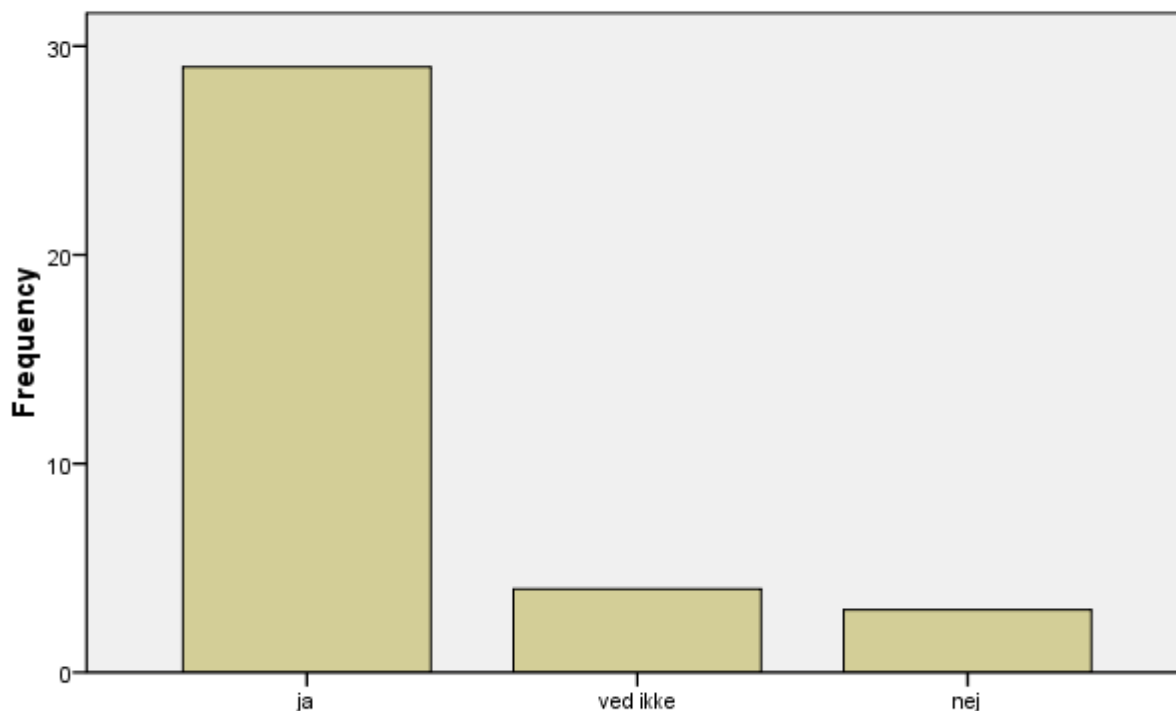
Problem	Emne	Antal
1	Information om afdelingen og arbejdsforhold er mangelfuld	IIII I
2	Boligforhold	IIII I
3	Lønforhold	I

Beskrivelse af hvordan sygeplejerskerne på DIH svarer på spørgsmålet "Vil der være initiativer indenfor boligområdet der kunne fremme rekrutteringen af sygeplejersker?"

25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	29	78,4	80,6	80,6
	ved ikke	4	10,8	11,1	91,7
	nej	3	8,1	8,3	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Missing	System	1	2,7		
Total		37	100,0		

25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?



25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?

Sammenhæng mellem ens holdning til om boligforbedringer og vurdering af boligforhold blandt sygeplejersker i DIH undersøgelsen.

22. Hvordan oplever du dine boligforhold? * 25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen? Crosstabulation

Count		25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?			
		ja	ved ikke	nej	Total
22. Hvordan oplever du dine boligforhold?	under middel	11	1	0	12
	middel	11	0	0	11
	over middel	7	3	3	13
	Total	29	4	3	36

Correlations

	25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen ?	22. Hvordan oplever du dine boligforhold?
25. Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen til det grønlandske sundhedsvæsen?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N 36,000	1,000 ,425** ,010 36
22. Hvordan oplever du dine boligforhold?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N 36	,425** ,010 36,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Meningskondensering af hvilke initiativer sygeplejerskerne i DIH undersøgelsen foreslår i forhold til boligområdet for at fremme rekrutteringen.

	Vil der være initiativer indenfor boligområdet som kunne gøres mere fremmende for rekrutteringen?
1	At man max bor tre sammen
	At man ser på alderssammensætningen
	At placerer sygeplejersker fra samme afdeling sammen kan være en meget dårlig ide.
3	<u>Information</u> om boligsituationen
	Max en flytning under opholdet
5	Billigere (gratis?) internetmuligheder
6	At alle boliger har den standard som den jeg bor i
7	Selvbestemmelse i forhold til hvor man gerne vil bo
8	Egen bolig
10	At man ikke skal flytte 3 gange i løbet af 1 måned
	At der skaffes boliger i mindre støjende miljøer
11	Information om den faktuelle situation der hvor man skal bo
12	Bedre forhold
	Ikke hotelophold
13	Information om hvad der evt. kan ske eks. placering på sømandshjemmet eller andet
	Flytninger måske flere gange
	Kontrol af rengøringsniveauet ved indflytning (meget snavset)
	Kontroller at boligen indeholder det den skal
14	At sygeplejersker blev lovet egen bolig og ikke blev stuvet 5 sammen i en lejlighed beregnet til 4, STRUKTURERING
15	Det er ok ikke at få sin faste bolig med det samme, men det burde være muligt at få en ca. dato for hvornår man ville få den, det ville give en utrolig tryghed
20	Fast bolig fra ansættelsesstart med internet og TV
	Ordentlige boliger
21	Flere små lejligheder til 1 person eller færre antal i samme lejlighed
	Mulighed for familiebesøg/ overnatning i boligen eller til billigere penge end hotelovernatning
22	I mit tilfælde at bo i et roligere område og ikke så ”slumagtigt”
	At der er boliger klar
	At man ikke skal flytte flere gange
23	Boligen gør en forskel om sygeplejersken ville komme igen eller forlænge
24	At der er internetopkobling alle lejligheder hvor man evt giver 200,- pr måned eller at det er gratis. Det er dyrt selv at skulle betale alle omkostninger for 3 måneder
25	Garantere folk en ordentlig bolig der ikke er et rum mindre end lovet
	Ikke omgivet af alkoholikere
	Boligen skal ikke ligge 45 min gang fra sygehuset
	At lejligheden ikke er fuldstændig overrøget så lugten ikke kan forsvinde

Meningskondensering af hvilke initiativer sygeplejerskerne i DIH undersøgelsen foreslår i forhold til boligområdet for at fremme rekrutteringen.

26	Boliger med adgang til køkken (madlavning)
	Faste ikkerygerlejligheder
	Ikke flytte for tit max 1 gang
27	Flere boliger, så man ikke bliver flyttet rundt på.
	At kvaliteten af boligerne er bedre
	At der er mulighed for at lave mad og vaske tøj i alle boliger
28	Egen bolig
29	Meget utilfredsstillende at bo på sømandshjemmet da man som hjemmestyreansat har krav på køkken og bad
30	Fast bolig fra starten
31	Ordning på boligforholdene
	Geografisk placering i forhold til vagtberedskab
	Ikke anbringe personale fra forskellige vagtberedskab i fælles lejlighed med små rum
	Kontrol med lejlighedens indbo og vedligeholdelse
	Mulighed for it-adgang i lejlighed også ved depositum
32	At der er bolig og at man ikke skal bo på hotel i mange dage
33	Jeg bor superfint, med kort til arbejde, kort til byen og udsigt over fjorden. Huset har moderne faciliteter og mine samboer hyggelige. PERFEKT, kommer gerne i nyt vikariat senere
34	Jeg har boet 3 forskellige steder i løbet af 3 måneder og med 8 forskellige personer – en kun i 2 dage
35	At man ikke bliver flyttet så meget rundt
37	Det er meget vigtigt at boligforholdene er meget gode og uden mangler
	Jeg ville klart foretrække at bo alene

29 af de 37 informanter har besvaret dette spørgsmål svarende til 78%. Flere af informanterne, har afgivet flere svar og enkelte af udsagnene indeholder flere informationer, hvorfor der kan være flere registreringer pr udsagn. Umiddelbart indikerer den høje besvarelse på netop dette område, at der kan være forhold, som ikke er optimale.

Bearbejdning 1

Meningskondensering af ovenstående udsagn får følgende udfald for hvad der kunne forbedres i forhold til introduktionen:

Problem	Emne	Antal
1	En grænse for, hvor mange der kan bo sammen	III
2	At der i delelejligheder tages hensyn ¹	IIII IIII
3	At der blev givet bedre information omkring boligforhold og evt. risiko for flytning	III
4	At der sættes et loft over antallet af flytninger	IIII II
5	At der var Internetmuligheder i lejlighederne	IIII
6	At boligstandarden var rimelig og at der er køkken, bad og mulighed for tøjvask	IIII I

¹ Herunder til alderssammensætning, at man ikke kommer fra samme afdeling, ryger/ ikke ryger, vagtberedskab, nærmiljøet, afstand til DIH

Meningskondensering af hvilke initiativer sygeplejerskerne i DIH undersøgelsen foreslår i forhold til boligområdet for at fremme rekrutteringen.

7	At der er selvbestemmelse i forhold til hvor man vil bo	I
8	At der er mulighed for egen bolig	IIII
9	Bedre boligforhold generelt	IIII
10	At hotelophold undgås	III
11	Bedre rengøringsniveau og inventarindhold	III
12	At man som nyansat får en tidshorisont for egen bolig	I
13	At man får fast bolig fra start	II
14	At man har mulighed for familiebesøg	I
15	At der er en bolig ved ankomst	II
16	At der findes ikkerygerlejligheder	II
17	At DIH får en større boligmasse	I

Bearbejdning II

Af ovenstående er det også muligt at finde ting som har samme indhold. Et eksempel kan være, at der skal være en grænse for, hvor mange der bor sammen, at der skal tages et generelt hensyn i delelejligheder og at der skal være ikkerygerlejligheder

Problem	Emne	Antal
1	At der i delelejlighederne skal tages nogle generelle hensyn.	IIII IIII III
2	Bedre boligforhold med mulighed for køkken, bad, tøjvask og internet	IIII IIII IIII III
3	At DIH får en boligmasse der svarer til behovet og med medarbejderindflydelse	IIII IIII III

Tablet udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen foretaget på DIH, indeholdende en krydstabulering mellem alder og om de oplysninger den enkelte fik før ansættelsen svarede til det oplevede, kontrolleret og korrigeret for alder og manglende besvarelse

De til der henvises til er fremhævet.

			Correlations		
Control Variables			23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?	2. Alder	4. Hvordan er du ansat
-none- ^a	23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?	Correlation	1,000	-,504	-,305
		Significance (2-tailed)	,002	,070	
		df	0	34	34
2. Alder	23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?	Correlation	-,504	1,000	,212
		Significance (2-tailed)	,002	,208	
		df	34	0	35
4. Hvordan er du ansat	23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?	Correlation	-,305	,212	1,000
		Significance (2-tailed)	,070	,208	
		df	34	35	0
4. Hvordan er du ansat	23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?	Correlation	1,000	-,472	
		Significance (2-tailed)		,004	
		df	0	33	
2. Alder	23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?	Correlation	-,472	1,000	
		Significance (2-tailed)	,004		
		df	33	0	

a. Cells contain zero-order (Pearson) correlations.

Beskrivelse af om boligforholdene stemmer overens med det lovede blandt sygeplejerskerne i DIH undersøgelsen.**23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	16	43,2	44,4	44,4
	ved ikke	6	16,2	16,7	61,1
	nej	14	37,8	38,9	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Missing	System	1	2,7		
Total		37	100,0		

23. Stemmer dine oplevelser omkring boligforhold overens med det du blev lovet?