

Sundhedsvæsenet i bygderne

Nogle principielle synspunkter

af Esther Balle

Artiklen bygger i det store og hele på et foredrag holdt i maj 1976 på Nordiska Hälsovårdhögskolan i Göteborg.

Overalt i verden kan man spore en voksende forståelse for nødvendigheden af at bringe sundhedsvæsenets ydelser ud til *hele* befolkningen, til bybefolkning såvel som til landbefolkning, til rige såvel som til fattige. Man erkender det urimelige i, at sundhedsvæsenets ressourcer nogle steder spildes på bagateller, mens børn og voksne andre steder dør eller bliver invalideret af sygdomme, der kunne forebygges eller helbredes ved en forholdsvis lille indsats fra sundhedsvæsenets side.

I Grønland er der tradition for, at sundhedsvæsenet har en repræsentant på alle beboede pladser. En lang række fødselshjælpersker har gennem årene gjort en dygtig indsats i bygderne, og mange har været markante personligheder, der satte deres præg på de små samfund, de levede i. I løbet af de sidste 10–15 år er der tilmed bygget sygeplejestationer i otte af de større bygder. På disse er der foruden en fødselshjælper ansat en sygeplejerske.

De grønlandske bygder får således en betjening, der er langt bedre end den, der ydes i de fleste andre landes yder-

distrikter; men man må i sandhedens interesse erkende, at resultaterne ikke svarer til den meget betydelige indsats, der gøres. Dette skyldes nok i første række, at man i velment iver efter at give grønlænderne nøjagtig den samme sundhedsservice som i Danmark har glemt at regne med de „særlige grønlandske forhold“. Disse kendes sikkert af alle dette tidsskrifts læsere, når jeg i det følgende alligevel vil nævne nogle af dem, er det fordi jeg ønsker at belyse den indflydelse, de har på sundhedsvæsenet i bygderne.

De særlige grønlandske forhold set i relation til sundhedsvæsenet

Geografiske forhold og spredt befolkning

Set fra sundhedsvæsenets side er problemet ikke så meget, at Grønland ligger så langt mod nord og har et koldt klima med alt, hvad det indebærer – nej, det væsentlige problem er, at Grønland har en forholdsvis lille befolkning, spredt over et stort areal. Mange bygder ligger langt fra den nærmeste by, og nogle er

i flere af årets måneder afskåret fra kontakt med omverdenen.

Erhvervsmuligheder

Erhvervsmulighederne i bygderne er få, og selvom arbejdsløsheden ikke er så stor som i byerne, er den en belastning både for den enkelte og for samfundet. Arbejdsløshedens demoraliserende virkninger ses især blandt bygdens ungdom.

Kulturinvasionen

Selvom bygdesamfundene nok er mere harmoniske end bysamfundene, fordi der har været større mulighed for at værne om værdierne i den oprindelige grønlandske kultur, ser vi også her de velkendte resultater af kultusammenstødet: alkoholisme, selvmord, neuroser, veneriske sygdomme, vold og opløsning af familielivet – forhold, der alle kan skyldes mangel på socialt velbefindende.

Sprogbarrieren

Selvom der i mange år er blevet undervist i dansk i de større bygdeskoler, er der kun ganske få, der er tosprogede. Det er derfor næsten umuligt for udsendte at yde en sundhedsoplysende virksomhed, hvis de ikke kan kommunikere med befolkningen på grønlandsk.

Disse er blot nogle af de forhold, vi må have in mente, når vi drøfter fremtidens sundhedsvæsen i bygderne. Problemerne – eller opgaverne, som jeg foretrækker at kalde dem – er mange. I det følgende skal jeg forsøge at drøfte nogle af dem under tre hovedpunkter:

1. At planlægge, så man får et rimeligt forhold mellem sundhedsvæsenets ydelser og udgifter.

2. At skaffe kvalificeret personale, der vil blive længe nok til at yde en virkelig indsats.
3. At give de forskellige personalegrupper den uddannelse eller ekstrauddannelse, der er nødvendig, for at de kan løse opgaverne.

1. Planlægning

Selv i de rige og tætbefolkede lande er der grænser for, hvor store udgifter til sundhedsvæsenet samfundet kan bære. Det er derfor nødvendigt selv i disse lande at prioritere opgaverne; i områder med spredte befolkninger er behovet for at prioritere endnu større. Det kan være en vanskelig opgave, og den må altid løses i nært samarbejde med politikerne. I denne forbindelse må vi huske på, at investeringer på andre områder kan vise sig også at have en gavnlig indflydelse på sundhedstilstanden, det gælder for eksempel forbedringer i erhvervsmuligheder, skolevæsen og boliger.

Det er så let at sige: „De mennesker, der bor i bygderne, skal have den samme service, som man kan få i byerne“ eller: „Denne eller hin installation kan være livsreddende, den må ikke mangle i nogen bygd.“ Men skal vi være realistiske, må vi indrømme, at en sådan ligestilling, hvor ønskelig den end forekommer, er en utopi. Svaret på disse udtalelser må være: „Intet sted i verden kan vi fjerne risikoen ved at leve, der vil altid være risici ved at leve i en bygd, som ikke findes i en by, og omvendt.“ På den anden side ligger det i sagens natur, at en forsvarlig betjening af bygderne nødvendigvis må blive forholdsvis dyr, fordi



Sygeplejestationen i Kangâtsiaq.

Fot.: Esther Balle.

udnyttelsesgraden af den service, der tilbydes, altid vil være ringe.

Der findes ingen fiks og færdig opskrift på, hvordan man bedst planlægger sundhedsvæsenet i yderdistrikterne, men jeg kunne tænke mig at komme med følgende tre forslag:

1) En bedre udnyttelse af personalet

For det første må vi her i langt større grad gøre brug af den gruppe, der tidligere hed fødselshjælpersker og nu hedder sundhedshjælpere. Mange af de opgaver, der i dag udføres af sygeplejersker, kunne udføres af disse hjemmehørende, forudsat at de fik en grunduddannelse, der tog sigte på at løse disse opgaver. På dette felt kan vi lære meget

af andre lande med spredte befolkninger. Men det kræver en bred ryg, for der vil altid være velmenende perfektionistiske læger og sygeplejersker, der indignet vil fortælle os, at det er ganske uforsvarligt at lade en fødselshjælper udføre denne eller hin opgave – „det har da altid været en sygeplejeopgave, og pigen dér kan jo ikke engang tale dansk“, – og det kræver takt at fortælle en udsendt, at hvis det er uforsvarligt eller u-lasig-gørligt, så kan årsagen måske findes hos den udsendte selv. – Måske han/hun ikke er dygtig nok til at undervise, eller måske han/hun har lige så mangelfulde sprogkunderskaber som den hjemmehørende.

En bedre udnyttelse af fødselshjæl-

perske/sundhedshjælper-gruppen vil også muliggøre en bedre udnyttelse af sygeplejerskerne. Den nuværende ordning med en „stationssygeplejerske“ – ja, det er desværre den officielle titel – til at varetage sygeplejen i bygder med 2 til 6 hundrede indbyggere er et udslag af længst forsvundne tiders planlægning, i de år da sparsommelighed var et uartigt ord. Skal der i fremtidens Grønland være berettigelse for at ansætte sygeplejersker i bygderne, må deres arbejdskraft udnyttes også til sundhedsplejearbejdet ikke alene i den bygd, hvor de selv bor, men også i de omliggende bygder. Derudover kunne sygeplejerskens arbejdskraft med fordel udnyttes til at føre tilsyn med arbejdet i de omliggende bygder, til at rådgive, opmuntre og undervise de fødselshjælpersker, der sidder alene i deres bygder. Men også dette forudsætter selvfølgelig en uddannelse, der tager sigte på netop disse opgaver.

2) *Lægge hovedvægten på de profylaktiske og præventive opgaver*

Man kan ikke åbne et tidsskrift for læger eller sygeplejersker uden at støde på disse tanker. Kort og klart har formanden for Den alm. danske lægeforening, professor Francis Zachariae, formuleret det: „Vort sundhedsvæsen må omlægges fra næsten udelukkende sygdomsorienteret forsorg for en mindre del af befolkningen til en sundhedsorienteret omsorg for hele befolkningen.“ Vi erkender vel alle rigtigheden af denne målsætning, men må nok indrømme, at det ofte går, som professor Sixten Haraldson, rektor på Hälsovårdhögskolan i Göteborg, har observeret og beskrevet

i sin rapport om sundhedsvæsenet i Grønland: „If doctors are responsible for curative work, preventive work and environmental sanitation, they will concentrate on the first item, have a lukewarm interest in the second, and completely neglect the third.“ Det samme kunne selvfølgelig siges om sygeplejersker. Grunden er vel blandt andet den, at vore uddannelser har kvalificeret os til de kurative og plejemæssige opgaver, mens vi er fortvivlende dårligt udrustet til at løse de øvrige opgaver.

Dette problem løses ikke, før alle uddannelser indenfor sundhedsvæsenet ændres – og ændres radikalt. Jeg har dog et enkelt forslag, der ikke vil være så vanskeligt at efterfølge: Lad være med at give os for mange sengepladser ude på sygeplejestationerne. Sagen er nemlig den, at vi sygeplejersker elsker at have patienter, specielt børn, liggende i fine rene hvide hospitalssenge. Her er vi på hjemmebane: I løbet af nul komma fem forvandler vi en miseriespræget, snotnæset, lille patient til en lækker af sundhed struttende unge. Mens barnet er indlagt, kan vi med god samvittighed lade sundhedsplejearbejdet hvile, for patientens tarv kommer jo først – ikke sandt? Det er tilmed et taknemmeligt arbejde. Den forslidte mor er glad for at få passet bare et af sine utallige børn, og hun noterer sig med beundring den forandring, der sker med barnet under sygeplejerskens kyndige pleje. Det er en fryd at få en så håndfast opgave, en opgave man magter at løse – ja, på kort sigt. På langt sigt er familiens problemer jo ikke løst. De løses ikke med en hospitalsseng. Svaret på barnets problemer hedder:

antikonception, bedre bolig og hygiejne, bedre erhvervsmuligheder; men disse vanskelige opgaver kan vi så dejligt slippe for at arbejde på, hvis vi blot får tilstrækkelig mange hospitalssenge.

At problemerne med at få opgaverne prioriteret rigtigt ikke er noget særegent for Grønland fremgår tydeligt af følgende citat: „Sundhedsvæsenets ydelser bliver i reglen falbudt som madretterne i en cafeteria: her er de, de der ønsker dem kan tage for sig. Vanskeligheden er, at mange der har behov for ydelserne ikke kommer efter dem, og mange der ikke har behov kommer.“¹

¹ John Bryant: Health and the Developing World. Cornell University Press, Itchaca and London, 1969, side 319.

3) Gode kommunikations- og transportmidler

Forudsætningen for, at de to første forslag kan realiseres, er, at man har gode kommunikations- og transportmuligheder mellem bygderne og den nærmeste by. Personalet i bygderne må til enhver tid kunne kontakte den vagthavende læge på sygehuset, og de patienter, der har behov for indlæggelse, må hurtigt kunne transporteres til sygehuset. Derfor må telefon og en eller anden form for flyveforbindelse prioriteres højt.

2. Rekruttering af kvalificeret personale – sikring af kontinuiteten

Hjemmehørende personale til bygderne

Ingen steder er behovet for hjemmehørende personale så stort som i bygderne, og intet sted er det så svært at skaffe. Som bryant udtrykker det: „Der er in-

gen, der er bedre egnet til at hjælpe sine landsmænd end den hjemmehørende. Der er ingen, for hvem det er vanskeligere.“²

² John Bryant: Health and the Developing World. Cornell University Press, Itchaca and London, 1969, side 66.

Der findes ingen patentløsning på dette dilemma, men måske en analyse af de faktorer, der ligger til grund for de hjemmehørendes vægning ved at søge ansættelse i en bygd, kan give nogle fingerpeg:

- 1) Hverken sygeplejersker eller sundhedsmedhjælpere bliver i deres grunduddannelse kvalificeret til, eller motiveret for, at arbejde i en bygd.
- 2) Det er vanskeligt for piger fra bygderne at møde adgangsbetingelserne til sundhedsmedhjælperuddannelsen. Skal det lykkes, må de tilbringe mange år på institutioner i byen. De bliver i løbet af disse år fremmedgjort for bygdemiljøet.
- 3) Både sygeplejersken og sundhedsmedhjælperen får under sin uddannelse smag for bylivet, men uddannelsen er ikke bred nok til, at de får deres egne kulturelle ressourcer at trække på under en senere ansættelse i en bygd.
- 4) For den hjemmehørende er der ikke, som for den udsendte, noget spændende ved at lære et bygdesamfund at kende på nært hold, for hende er det at blive sat tilbage til det miljø, hun møjsommeligt har kæmpet sig ud af.
- 5) Da den hjemmehørende i reglen vil identificere sig med befolkningen, er

det vanskeligt for hende at se objektivt på problemerne. Hendes horisont er blevet langt større end bygdebefolkningens, men ikke stor nok til at se problemerne i deres rette perspektiv. Resultatet bliver let en følelse af håbløshed og bitterhed.

- 6) I de bygder, hvor der er ansat en sygeplejerske, reduceres sundhedsmedhjælperne ofte til tolk for denne i stedet for at få lov at udnytte sin egen uddannelse.
- 7) Kendskabet til arbejdet i en bygd er ringe, og der er en tendens til at nedvurdere det. Mange ser på ansættelse i en bygd som en forvisning i stedet for som en krævende men spændende udfordring.

Hvordan sikrer vi kontinuiteten?

Det er vanskeligt at skaffe kvalificeret personale til bygderne, men endnu vanskeligere er det at få personalet til at blive længe nok til at yde en virkelig indsats. Hvis man skal gøre sig håb om at skabe kontinuitet i arbejdet, må man sætte ind på mange forskellige fronter:

Sørge for gode arbejdsforhold. Her tænker jeg ikke alene på de ydre rammer, men også på let adgang til overordnede, der kan rådgive og hjælpe med at løse problemerne i det daglige arbejde. I denne sammenhæng er det vigtigt at huske, at de hjemmehørende lettere slutter sig til en person end til en institution. Det såkaldte „ustabile hjemmehørende personale“ er ofte et udtryk for „ustabile arbejdspladser“ med skiftende udsendte i de ledende stillinger.

Gode boliger er lige så vigtige i bygderne som i byerne. Med gode boliger

mener jeg ikke, at boligerne nødvendigvis skal være udstyret med alle moderne bekvemmeligheder. Tværtimod skal man vogte sig mod alt for avancerede installationer, der kræver en ekspertise, som ikke findes i bygderne; til gengæld skal man sørge for, at de få installationer, der findes, fungerer.

Orientering og uddannelse forud for bygdeansættelsen kan hjælpe til at give personalet selvtillid, mens tilbud om efteruddannelse og kurser kan bøde på den faglige isolation. Det ville også være rimeligt at tilbyde længere ferier til det personale, der sidder alene i en bygd og derfor aldrig har egentlige fridage.

Endelig må sygeplejestillingerne i bygderne, i lighed med tilsvarende stillinger i byerne, normeres som tjenestemandstillinger; man kan ikke forvente, at kvalificerede sygeplejersker skal opgive deres tjenestemandsansættelser for at tage et arbejde op i bygderne. Myndighedernes vægring ved at normere tjenestemandstillinger i bygderne virker i sig selv som en nedvurdering af arbejdet; den er et levn fra fortidens sundhedsvæsen, da man vurderede sygeplejestillinger ud fra antallet af sengepladser.

3. Uddannelse af personale

Behovet for extrauddannelse

Som det fremgår af det foregående er arbejdet i bygderne på mange måder mere krævende end i byerne, det er derfor nødvendigt både for sundhedsmedhjælpere og sygeplejersker at gennemgå en eller anden form for extrauddannelse, inden de søger ansættelse i en bygd. Særlig vigtigt er det, at de uddannes til at



Fluorskylning på skolen.

Fot.: Esther Balle.

varetage de sundhedsmæssige opgaver. Ved at sende personale, der kun kan varetage de sygeplejemæssige opgaver, til bygderne, kan man i løbet af kort tid forvandle en stolt og selvhjulpne fangerbefolkning til en befolkning af medicinkrævende hypokondere, der har fået det indtryk, at sundhedsvæsenets hovedopgave er at udlevere lakridshostesaft, magnyl og hæfteplaster på alle døgnets tider. Har man først fået et sådant cafeteria-system indarbejdet, er det vanskeligt at ændre det til et mere helsecentreret system.

Særlige kurser eller praktikperioder

Nogle få steder i verden har man særlige kurser for personale, der skal virke

ude i yderdistrikterne; indtil sådanne kurser oprettes i Grønland, vil det være tilrådeligt at lade nyansat personale få en praktikperiode på en sygeplejestation.

Det er nok også værd at overveje, om der burde tilrettelægges en mellemuddannelse, der tager specielt sigte på arbejdet i bygderne. En sådan uddannelse skulle være multifacetteret, således at der blev givet elementær undervisning indenfor flere forskellige discipliner, f. eks. sundheds- og sygepleje, førstehjælp, familieplanlægning, tandpleje osv. En sådan uddannelse burde gives på grønlandsk, således at eleverne kunne rekrutteres fra bygderne. Hvis den blev opbygget efter modulsystemet, kunne man undgå de mangeårige ophold på



Undervisning i førstehjælp – Judithe øver sig på åndedrætsfantomet.

Fot.: Esther Balle.

skoler i byerne, der uvægerlig fremmedgør eleverne for bygemiljøet.

Konklusion

Det grønlandske sundhedsvæsen er et af de dyreste i verden, vi kan derfor næppe forvente, at der i fremtiden vil blive allokaret ret mange flere midler til betjening af bygderne. De forbedringer, vi ønsker, må derfor hovedsagelig ske ved en bedre udnyttelse af ressourcerne. Vi må tage hensyn til de „særlige grønland-

ske forhold“ og kan lære meget af andre lande med yderdistrikter. Politikerne og befolkningen som helhed må lære at kræve mere på det sundhedsorienterede område og mindre på det cafeterialiggende område. Den tid, der nu bruges til uvæsentlige bagateller, må vi i fremtiden bruge til, i nært samarbejde med andre institutioner, at arbejde på løsningen af væsentlige opgaver som sundhedsoplysning, forbedring af hygiejnen og foranstaltninger, der giver bedre muligheder for det enkelte menneskes trivsel.