

Psykisk arbejdsmiljø i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

En kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af det fastansatte sundhedspersonales psykiske arbejdsmiljø på tværs af Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Specialeafhandling af: Sille Wedege Nielsen

Studie: Afdeling for Arktisk

Samfundsvidenskab og Økonomi

Vejleder: Bonnie Jensen

Antal anslag: 161.644

Antal anslag (med mellemrum): 187.578

Afleveringsdato: 25. marts 2024



Abstract

In line with the developments within the Greenlandic healthcare system, it is evident that the expectations of the population regarding healthcare services, coupled with the actual available resources and the specific geographic and demographic conditions of Greenland, pose significant challenges to the system. This is further compounded by the reported shortage of healthcare professionals, not only in Nordic and Arctic countries but also across the entire EU. This ongoing challenge represents a substantial issue for the Greenlandic healthcare system. There is a trend towards more frequent hiring of short-term substitutes, and turnover among healthcare personnel is significant. Therefore, the purpose of this thesis is to investigate the overall psychosocial work environment for permanent healthcare staff across the Greenlandic healthcare system and identify the challenges they face in their work life. This is done with the aim of identifying interventions and initiatives within the psychosocial work environment that can improve the situation.

Using a philosophical hermeneutic perspective, where the researcher actively incorporates their own horizon of understanding, the methodological design for this thesis is based on a method triangulation. This includes both quantitative questionnaire surveys with 33 respondents from various departments and locations within the Greenlandic healthcare system, as well as qualitative interviews with six permanent healthcare personnel.

The analysis is divided into two parts, with each section focusing on different empirical findings. The first part primarily focuses on the results of the quantitative COPSOQ-II survey which illuminates the general psychosocial work environment in the Greenlandic healthcare system and compares it with an equal survey done among Danish wage earners. The results show that permanent healthcare personnel experience significant influence in their job tasks and a high degree of development opportunities in the workplace compared to Danish wage earners. However, they experience a low degree of recognition from the management and a significantly higher level of work-related stress every day. The second part of the analysis identifies and analyzes the most significant challenges in the psychosocial work environment as perceived by permanent healthcare personnel. These include recruitment, understaffing, retention, and social support. These identified dimensions and challenges, which stand out particularly in the overall study, are continuously illuminated and analyzed by incorporating Karasek and Theorell's conceptual framework, COPSOQ-II's own theoretical foundation, and elements from development psychology and work

environment research to demonstrate their interconnectedness from a structural and consequence-oriented perspective.

These identified challenges are discussed in a broader Arctic context, where the efforts of the Icelandic healthcare system in addressing similar challenges of understaffing, including the integration of foreign healthcare personnel, are examined. While the structure of the Icelandic healthcare system closely resembles that of Greenland, there are notable differences, as the sub-area related to foreign healthcare personnel is still not under Greenlandic jurisdiction and remains within the Danish responsibility. Nevertheless, the Greenlandic healthcare system could benefit from drawing inspiration from the Icelandic healthcare system and develop a comprehensive onboarding program. Such a program would encompass both formal and social elements aimed at quickly anchoring newly hired healthcare personnel within the Greenlandic healthcare system, fostering the groundwork for professional communities that extend beyond the workplace. This approach would not only attract new employees who experience rapid integration into both the workplace and Greenlandic society but also contribute to the retention of permanent healthcare personnel, as the turnover of staff and the utilization of temporary substitutes decrease.

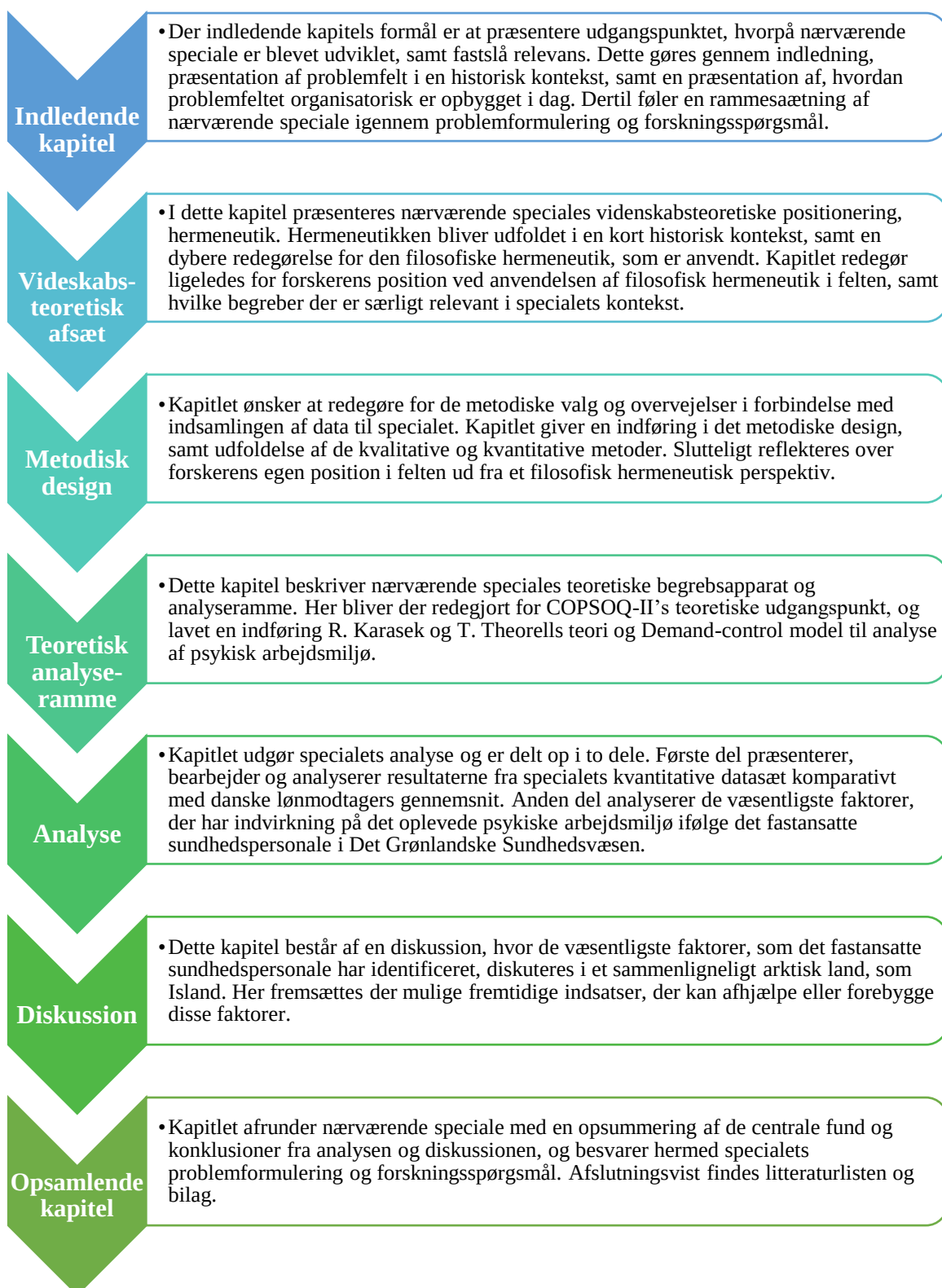
The findings of the thesis present some general discoveries and challenges that would be particularly relevant to further investigate in order to create the best framework for addressing the challenges of understaffing and retention. Further research, potentially as part of a recruitment plan within the Greenlandic healthcare system, is deemed capable of offering specific short-term solutions as well as long-term proposals for structural changes that can make a difference in the field over time.

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	2
Læsevejledning	6
Indledning.....	7
Problemformulering	8
Forskningsspørgsmål.....	8
Præsentation af problemfelt.....	9
Historisk blik på Det Grønlandske Sundhedsvæsen.....	9
Præsentation af Det Grønlandske Sundhedsvæsens organisatoriske opbygning i dag.....	12
Videnskabsteoretisk afsæt	14
Hermeneutik	14
Metodehermeneutik.....	15
Filosofisk hermeneutik	16
Den hermeneutiske cirkel	17
Forståelseshorisont	19
Horisontsammensmeltning	20
Metodisk design.....	21
Kvalitativt semistrukturerede interviews.....	21
Interviewguide	22
Valg af informanter til kvalitative interviews	22
Aktiv lytning.....	23
Etiske overvejelser i kvalitative interviews	24
Tematisering af emner i kvalitative interviews	25
Kvantitativt spørgeskema	25
Valg af informanter til COPSOQ-II	26
Efterbehandling af datamateriale fra COPSOQ-II	27
Forskerens forståelseshorisont og position i felten	27
Teoretisk analyseramme	28
COPSOQ	29
COPSOQs historie.....	29
COPSOQ-II.....	31
Demand-Control model.....	36

Demand-control-support model.....	37
Stress.....	42
Analyse	43
Generelle fund fra COPSOQ-II blandt fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen komparativt med danske lønmodtagere	43
Indflydelse og udviklingsmuligheder i arbejdet	45
Meningsfuldhed i arbejdet og belønning	48
Stress og følelsesmæssigt belastende situationer blandt det fastansatte sundhedspersonale	54
Delkonklusion	60
Væsentligste udfordringer i det psykiske arbejdsmiljø i Det Grønlandske Sundhedsvæsen ifølge det fastansatte sundhedspersonale	60
Rekruttering og underbemanding	61
Social støtte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.....	65
Delkonklusion	70
Diskussion	71
Underbemanding	71
Anbefalinger som følge af specialets undersøgelse	75
Delkonklusion	77
Konklusion.....	78
Litteraturliste	81
Bilag.....	87
Bilag 1 – Interviewguide til kvalitative interviews	87
Bilag 2 - COPSOQ-II spørgeskema	89

Læsevejledning



Indledning

Nærværende speciale er afslutningen på mit kandidatstudie i Samfundsvidenskab ved Ilisimatusarfik. Specialet tager afsæt i min vedvarende interesse for medarbejdertrivsel og psykisk arbejdsmiljø på arbejdspladsen, og hvordan dette har en cyklisk indvirkning på organisationer, der har samfundskritiske opgaver. Kandidatstudiet i Samfundsvidenskab bidrager sine studerende med viden indenfor kvalitative og kvantitative metoder, teoretiske begrebsapparater indenfor sociologi, jura og politologi i særligt grønlandske, og arktiske kontekster. Med denne viden er det muligt empirisk at udfolde, analysere, diskutere og vurdere komplekse problemstillinger i et kritikrefleksivt samfundsperspektiv (Ilisimatusarfik, 2015). Til daglig arbejder jeg i Departementet for Sundhed, hvor Sundhedskommissionen i 2023 udgav sin betænkning, der udmønter sig i over 100 anbefalinger på hele sundhedsområdet, hvor en del af disse anbefalinger adresserer den store mangel på sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og fastholdelse af medarbejdere (Sundhedskommissionen, 2023). Sundhedskommissionens betænkning skabte således den indledende ramme for, at jeg kunne undersøge, hvordan de teorier og metoder, jeg har lært under mit studie i Samfundsvidenskab, fungerer i praksis i en stor offentlig organisation som Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Min interesse for Det Grønlandske Sundhedsvæsen og undren i forbindelse med udmøntningen af nærværende speciale har i høj grad båret præg af, hvordan det fastansatte sundhedspersonale oplever Det Grønlandske Sundhedsvæsen som arbejdsplads, hvordan den massive underbemanding og hurtige udskiftning af personale opleves af dem, der er fastansatte, herboende og blivende i organisationen. Formålet med nærværende speciale er således at give et teoretisk fundereret perspektiv på, hvordan psykisk arbejdsmiljø opleves og hvilke udfordringer, der identificeres af det fastansatte sundhedspersonale. Hertil fandt jeg det interessant at undersøge, hvilke konsekvenser disse udfordringer har for Det Grønlandske Sundhedsvæsen som organisation og arbejdsplads, og i sidste ende det grønlandske samfund. Foruden ovenstående findes det også interessant at undersøge, hvordan et andet arktisk sundhedsvæsen har løst samme udfordringer, for at kunne give forslag til, hvordan disse udfordringer kan forebygges og løses fremadrettet.

Problemformulering

Dette har ledt mig frem til følgende problemformulering:

”Hvilke udfordringer oplever det fastansatte sundhedspersonale i det generelle psykiske arbejdsmiljø på tværs af Det Grønlandske Sundhedsvæsen? Og hvordan håndteres disse udfordringer i et sammenligneligt arktisk land som Island?”

For at kunne svare på ovenstående problemformulering er der udarbejdet fem forskningsspørgsmål, som skal hjælpe mig med at holde den røde tråd gennem undersøgelsen og sikre, at der kan svare på nærværende speciales problemformulering

Forskningsspørgsmål

- Hvordan ser det generelle psykiske arbejdsmiljø ud, ud fra spørgeskemaundersøgelsen COPSOQ-II, blandt fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen komparativt sammenholdt med danske lønmodtageres?
- Hvilke andre psykosociale faktorer er relevante at belyse fra nærværende speciales kvantitative og kvalitative datasæt?
- Hvad peger det fastansatte sundhedspersonale selv på, som værende de største udfordringer i det psykiske arbejdsmiljø i Det Grønlandske Sundhedsvæsen?
- Hvordan håndterer et sammenligneligt arktisk land som Island disse udfordringer?
- Hvordan kan man forebygge og afhjælpe disse udfordringer fremadrettet i Det Grønlandske Sundhedsvæsen?

Præsentation af problemfelt

I følgende kapitel vil nærværende speciales problemfelt blive udfoldet, først i en historisk kontekstualisering og senere i kapitlet den organisatoriske form, som Det Grønlandske Sundhedsvæsen har i dag.

Historisk blik på Det Grønlandske Sundhedsvæsen

I det følgende afsnit vil Det Grønlandske Sundhedsvæsen blive beskrevet i et historisk perspektiv. Dette synes nødvendigt, da det grønlandske samfund, og herunder Det Grønlandske Sundhedsvæsen har været igennem en gennemgribende udvikling siden kolonitiden.

Der findes en del historisk materiale vedrørende opbygningen og selve funktionen af Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Igennem de 200 år fra Hans Egedes ankomst til Nuuk-området i år 1721 og herved koloniseringen af Grønland bestod beskrivelserne af sundhedstilstande- og forhold primært af kolonibestyrernes indberetninger, rejsebeskrivelser og dagsbogsnotater (Bjerregaard, 2016, 144). I begyndelsen af 1900-tallet øgedes de litterære kilder til beskrivelse af det dengang Grønlandske Lægevæsen, da sygdommen tuberkulose kom til Grønland. Skribenter af disse kilder, der findes relevant at nævne her, er Thomas Krabbe og Alfred Bertelsen m.fl. Krabbe nedskrev en oversigt over Det Grønlandske Lægevæsens historie, og Bertelsen var pennefører på en række værker ang. sundhedsforhold i kolonitiden i Grønland (Dansk Biografisk Leksikon, 2011).

Da Anden verdenskrig brød ud og Danmark blev besat i 1940 blev alt kommunikation mellem Grønland og Danmark afbrudt. Dette begrundes med, at to landsfogeder Eske Brun og Aksel Svane søgte at bevare Grønland som dansk og forsøge at forhindre, at udefrakommende skulle skabe nød i befolkningen (Sørensen, 2020).

Efter Anden Verdenskrig nedsatte Danmarks statsminister Hans Hedtoft Grønlandskommissionen, der bestod af 16 medlemmer, hvoraf fem medlemmer var grønlandske. Kommissionen hovedopgave var at undersøge og komme med forslag til at løse de udfordringer, som Grønland stod overfor, heriblandt kan nævnes: uddannelsesområdet, sundhedsområdet og boligområdet (Olsen, 2005, 198). Grønlandskommissionens forslag udmøntede sig således i en betænkning fra 1950, også kendt som G50 betænkningen. G50 blev udgivet i 6 bind, hvoraf bind 4 omhandler

sundhedsforhold, boligbyggeri og sociale forhold. I forbindelse med arbejdet til denne gennemførte Sundhedsstyrelsen, som en del af Grønlandskommissionen, en ekspedition til Grønland, som indeholdt en kortlægning af Det Grønlandske Sundhedsvæsen (Bjerregaard, 2016, 144).

Tuberkulosesmitten var stadig stigende, hvorfor der skulle ske en reorganisering og modernisering af Det Grønlandske Sundhedsvæsen. De 16 sygehuse i Grønland blev moderniseret og fik udvidet sengekapaciteten. I hele Grønland skulle sengekapaciteten udvides fra 342 til 762 pladser, antallet af læger skulle øges fra 14 til 26 og antallet af sygeplejersker fra 22 til 37. Der blev ligeledes opført et stort centralsanatorium i Nuuk (Grønlandskommissionen, 1964, 45). Generelt forekom der en forbedring af den fysiske sundhed blandt befolkningen, børnedødeligheden og tuberkulosedødsfald faldt betydeligt (Olsen, 2005, 58). Landslægeembedet blev ligeledes oprettet i 1950, og har bl.a. til formål via medicinalstatistik at følge sundhedstilstanden i Grønland (Bjerregaard, 2016, 147). Landslægeembedet er stadig i funktion i dag.

Grønlandskommissionen påbegyndte endnu en betænkning i 1960, G60 udgivet i 1964, som generelt indeholdte de samme tiltag som G50, dog skulle der udvikles en ny administrationsform og en ny struktur for samfundet. Denne skulle lægge den politiske retning for Grønland de næste i år, og om muligt skabe større centralisering, som kendt fra Danmark (Gulløv, 2017, 332).

Betænkningens udviklingsmål på sundhedsområdet handlede i højere grad om, at yderligere forbedre sundhedsplejen, modernisering af sygehuse, skabe bedre boligforhold for yderligere at nedbringe tuberkulose tilfælde, samt udvide tandplejen (Grønlandskommissionen, 1964, 37/45-46).

Dette speciale anerkender de indvirkninger på den psykiske sundhed, som daniseringen af Grønland har haft på befolkningen som følge af G50 og G60. Specialet ønsker at afgrænse sig fra at gå yderligere ind i disse, om end meget eksisterende, konsekvenser og fokusere udelukkende på specialets problemfelt.

I 1970'erne begyndte grønlandske politikere at drøfte retten til selvbestemmelse i eget land, hvor der blev oprettet en grønlandsk Hjemmestyrekommission, der diskuterede hjemmestyreordningen frem til, at Hjemmestyret blev indgået ved lov i 1979. Loven om Grønlands Hjemmestyre understreger, at:

”Grønland udgør et særligt folkesamfund inde for det danske rige. Det Grønlandske Hjemmestyre varetager inden for rigsenhedens rammer grønlandske anliggender efter regler i denne lov” (Hjemmestyreloven, 1978, §1)

Formålet med Hjemmestyret var bl.a. at skabe et mere grønlandsk Grønland, en grønlandisering af samfundet, hvor Grønland kunne blive mere selvstændigt og styre eget samfund i overensstemmelse med bevare og styrke kulturel arv og sprog (Tobiassen, 1998, 166-177).

Grønland har løbende i perioden 1979-2009 hjemtager flere områder fra den danske stat, heriblandt sundhedsområdet i 1992 (Statsministeriet, 2023). Fra 1992 har grønlandske politikere haft ansvaret og den direkte indflydelse på den overordnede økonomiske prioritering i landet, herunder Det Grønlandske Sundhedsvæsens budget, som fastlægges politisk via finansloven (Christensen et. al., 1996, 9). I forbindelse med hjemtagelsen af Sundhedsvæsenet blev lande inddelt i 17 lægedistrikter, hvis opgave ifølge Landstingsforordning nr. 15. af 6. november 1997 var:

”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.

Stk. 2. I tilrettelæggelsen af sit arbejde skal sundhedsvæsenet tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted” (Grønlands Hjemmestyre, 1997).

I årene efter hjemtagelsen af Sundsvæsenet fokuserede man på at etablere fungerende regionssygehuse med ambulatorium, fødestuer, skadestuer, sengeafdelinger, operationsstuer, røntgenrum mm., samt tandklinikker og større og mindre sundhedscentre- og stationer i byggerne (Christensen et. al., 1996, 9-10).

I år 2000 nedsatte Landsstyret en grønlandsk selvstyrekommission, som et skridt i retning af, at Grønland kunne opnå selvstyre. Selvstyrekommissionen afleverede i 2003 sin betænkning, hvori de anbefalede det videre arbejde mod et selvstyre i Grønland. Dette førte til en folkeafstemning i 2008 omkring indførelsen af Selvstyre i Grønland (Statsministeriet, 2008).

I 2011 trådte en sundhedsreform i kraft, der nu delte landet i fem sundhedsregioner, som vi kender fra i dag. Nogle af grundene til, at man valgte at iværksætte sundhedsreformen, var bl.a. det forekom vanskeligt at rekruttere og fastholde personale, infrastrukturen i Grønland var blevet forbedret, og befolknings krav og forventninger til behandling var vokset (Larsen, 2019, 2017).

I forbindelse med finanslovsforhandlingerne i 2020, blev Sundhedskommissionen nedsat. Sundhedskommissionen havde til formål at udarbejde anbefalinger til tilpasninger forbedringer af

sundhedssystemet, sundhedsvæsenets struktur, rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, uddannelse og kompetenceudvikling, samarbejde med kommuner og udlandet.

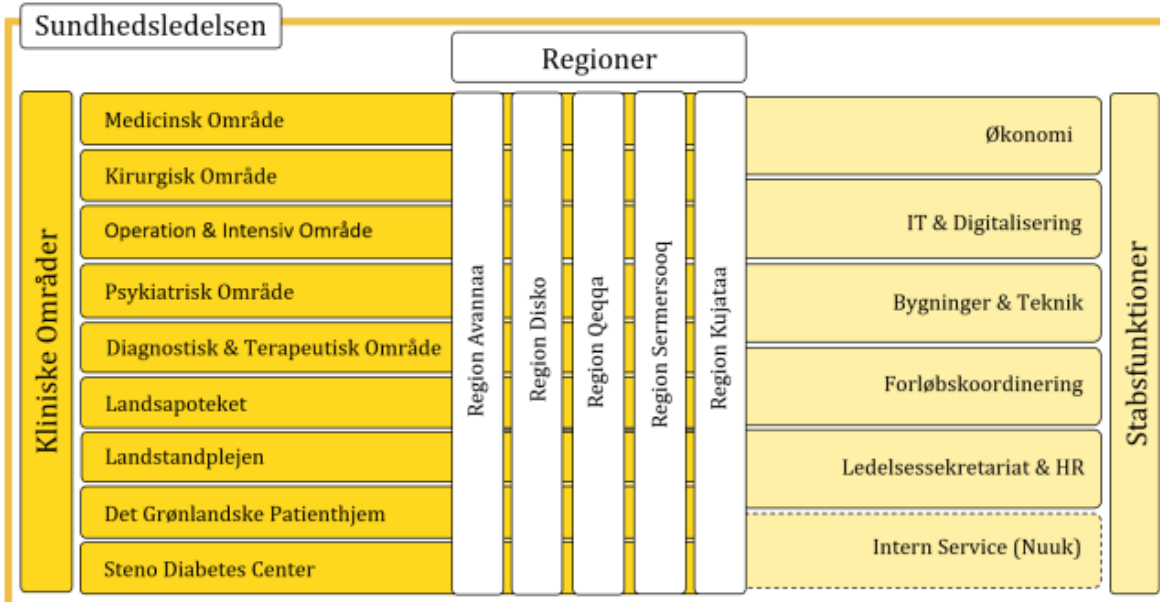
Sundhedskommissionen betænkning udkom i 2023, og rummer mere end 100 anbefalinger for Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som inkluderer tiltag på både kort og lang sigt (Sundhedskommissionen, 2023, 16-18). I november 2023 blev alle partierne i Inatsisartut, på nær Demokraatit, enige om et bredt sundhedsforlig, som skal bringe dele af Sundhedskommissionens anbefalinger fra tiltag til virkelighed over de næste fire år som start (Sermitsiaq, 2023).

Præsentation af Det Grønlandske Sundhedsvæsenes organisatoriske opbygning i dag

I det følgende afsnit vil nærværende speciale kort beskrive organisationsopbygningen af Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som det ser ud i dag. Ledelsesniveauet og de fem sundhedsregioner vil blive beskrevet kort, og skal anses som en kort indføring i specialets organisatoriske problemfelt.

Det Grønlandske Sundhedsvæsen er i dag organiseret således, at det er inddelt i kliniske områder, fem sundhedsregioner og syv stabsfunktioner (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2022). Figuren nedenfor illustrerer organisationsopbygningen:

Det Grønlandske Sundhedsvæsen



Figur 1: Illustrere den organisatoriske opbygning af Det Grønlandske Sundhedsvæsen (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2022)

Ledelseslagene i Det Grønlandske Sundhedsvæsen kan forklares på tre niveauer

- Niveau 1: Sundhedsledelsen er den øverste ledelse, og er samlet og fælles.
- Niveau 2: Områdeledere, regionsledere og stabsledere, som refererer direkte til Sundhedsledelsen.
- Niveau 3: Afdelingsledere, overlæger, afdelingssygeplejersker, regionsledere, ledende bioanalytikere, ledende terapeuter, ledende radiografer, driftsledere mm., som refererer til den samlede og fælles ledelse af den pågældende kliniske område/stab/region (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2022).

Derudover er Det Grønlandske Sundhedsvæsen opdelt i fem sundhedsregioner, henholdsvis:

- Avannaa
- Disko
- Qeqqa
- Sermersooq
- Kujataa

Sundhedsregionen har ansvaret for at levere omfattende primær sundhedspleje til befolkningen i området. Ledelsen af sundhedsregionerne varetages af Regionsledelsen, som består af en ledende regionslæge og en ledende regionssygeplejerske (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2022).

Hver sundhedsregion er udstyret med et regionssygehus i den største by, samt en række sundhedscentre, sundhedsstationer og bygdekonsultationer i tilknyttede byer og bygder. Regionssygehuset er udstyret med faciliteter og personale til at kunne tilbyde behandling og diagnosticering gennem ambulatorier, sengeafsnit, akutmodtagelse, hjemmesygepleje, sundhedspleje, livsstilsværksteder, laboratorier, røntgenfaciliteter og distriktpsykiatri.

Sundhedscentrene, sundhedsstationerne og bygdekonsultationerne varierer i deres faciliteter og personalekapaciteter (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2022).

Det Grønlandske Sundhedsvæsen har i dag ca. 1600 ansatte, som betjener i alt 56.696 mennesker i Grønland på hele kysten (Grønlands Statistik, 2023). Det Grønlandske Sundhedsvæsen er efter grønlandske forhold en meget stor organisation. I internationale sammenhænge er det dog et meget lille sundhedsvæsen. Til sammenligning var der i første kvartal af 2022 ansat 116.000 fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark (Sundhedsministeriet, 2022). På Dronning Ingrid's Hospital er der ca. 600 personer ansat, hvor der på Rigshospitalet er 12.000 ansatte

(Sundhedsledelsen, 2023) og på det islandske Landspítali er der ca. 3700 ansatte (Landspítali, 2022, 4).

Det Grønlandske Sundhedsvæsen er, i Grønland, en meget stor organisation med mange afdelinger, funktioner og medarbejdere. På trods af, at der højst sandsynligt kan argumenteres for, at Det Grønlandske Sundhedsvæsen består af en masse små organisationskulturer eller subkulturer, som er både geografisk og funktionsbestemt, vælger nærværende speciale at anskue hele Det Grønlandske Sundhedsvæsen som én overordnet organisationskultur. Dette gøres, da det er specialets hypotese at fremvise, at problematikken med et svingende psykisk arbejdsmiljø for det fastansatte sundhedspersonale, eksisterer i hele Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Det er således også specialets intention ud fra empiriindsamling at analysere og pege på én eller flere udfordringer på tværs af Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som kan have en indvirkning på, hvordan det psykiske arbejdsmiljø opleves uanfægtet om det fastansatte personale sidder i byer, bygder, store eller små afdelinger.

Videnskabsteoretisk afsæt

I følgende kapitel gives et kort oprids historisk oprids af hermeneutikken, og de forskellige prominente forskere indenfor de forskellige retninger indenfor hermeneutikken. Derefter præsenteres nærværende speciales videnskabsteoretiske og ontologiske afsæt, tilgang og refleksioner om anvendelsen i praksis.

Hermeneutik

Der findes mange forskellige retninger indenfor hermeneutikken: traditionel, metodisk, filosofisk og kritisk hermeneutik (Højberg, 2013, 289), hvoraf to retninger synes relevante at udfolde i forbindelse med nærværende speciale.

Hermeneutik stammer fra græsk og betyder “at fortolke” eller “at oversætte” og blev oprindeligt brugt til som metode til at fortolke og udlægge teologiske og juridiske tekster (Katzenelson et. al. 2016). Hermeneutikken har sin oprindelse tilbage i antikken, hvor Platon (ca. 427-348 f.Kr.) udfoldede sine idéer omkring erkendelse, og dialog som vejen dertil (Gulddal & Møller, 1999, 12).

Fælles for alle de forskellige retninger indenfor hermeneutikken er, at de centrer sig omkring hvordan dialogen eller forståelsen mellem den der fortolker, og det der fortolkes, udspiller og udmønter sig. Den cykliske forståelsesproces mellem den der fortolker og genstanden, der fortolkes kan samles i det videnskabsteoretiske greb, der kaldes den hermeneutiske cirkel, som der vil blive udfoldet yderligere senere i dette kapitel.

Metodehermeneutik

Når der tales om moderne hermeneutik henvises der typisk til teologen og filosofen Friedrich Schleiermacher (1768-1834), som forklarer hermeneutikken gennem en bred definition, som en “forståelse af fremmed tale” (Schleiermacher, 1999, 50). Her breder Schleiermacher hermeneutikken ud fra at være et redskab til tekstfortolkning fra antikken, til at være en egentlig fortolkningsfilosofi.

Ifølge Schleiermacher opstår fortolkningsarbejdet i alt, hvad vi foretager os, når vi søger at forstå andres mening i samtale og tekst, og derfor går hermeneutikken fra at være begrænset til specialisterne, til at være allemandseje (Schleiermacher, 1999, 50-52). Den hermeneutiske cirkel, altså den cykliske forståelses proces mellem genstand og fortolker, anses altså for et grundvilkår i den menneskelige erkendelse, da det er en forudsætning for forståelse af helheden, at man forstår enkelte dele og omvendt.

En anden forsker, der har givet sit bidrag til metodehermeneutikken, er Wilhelm Dilthey (1833-1911), der stræbte efter at udvikle en selvstændig erkendelsesteori til at forklare åndsverdenen. Dilthey argumenterede for at anvendelsen af naturvidenskabelige metoder var utilstrækkelige til at beskrive åndsverdenen. Dilthey byggede videre på Schleiermachers tanker om, at åndsverdenen fokuserer på menneskabte fænomener, som ikke er fremmede, men kræver evnen til indlevelse og en dybdegående forståelse af konteksten for at kunne fortolkes. Han stiller åndsverdenen dualistisk op mod naturvidenskaben, der beskæftiger sig med livløse og døde objekter, der observeres, beskrives og forklares (Højberg, 2007, 313). Dilthey beskæftiger sig også med den hermeneutiske cirkel, men udviklede denne til at inkludere hele åndsverdenen. Ifølge Dilthey bliver enkeltdele først meningsfulde, når de ses i kraft af de sammenhænge de indgår i (Højberg, 2007, 22-28).

I forbindelse med nærværende speciale er det relevant at nævne metodehermeneutikken, da denne er benyttet i min tilgang af problemfeltet. Der bliver her skabt en cyklisk proces mellem forskeren

og informanten, da jeg skaber mig en forståelse af problemfeltet ud fra informanternes udsagn og deres kontekst.

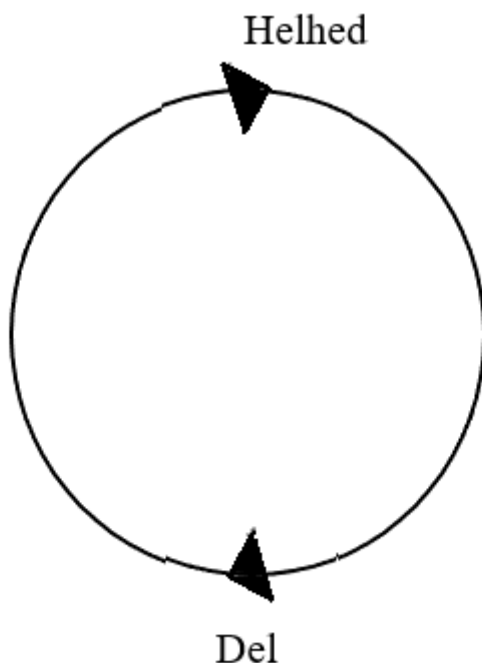
Filosofisk hermeneutik

Den filosofiske hermeneutik trækker tråde tilbage til fænomenologien, da Edmund Husserl (1859-1938), underviste Martin Heidegger (1889-1976), som grundlagde den filosofiske hermeneutik i 1927. Fænomenologien og den filosofiske hermeneutik deler altså mange elementer i forhold til fortolkning og forståelse, men har forskellige tilgange til disse. Heidegger benytter et begreb, han kalder ”tilværen”, som beskriver menneskets eksistens i verdenen. Han argumenterer for, at menneskets eksistens ikke er til før noget andet, men den kan ikke anskues isoleret. Eksistensen eller tilværen er altid indlejret i verdenen omkring den. Heidegger anskuer forståelse som et grundvilkår for at være i verden, ikke blot som et værktøj, men som en integreret del af menneskets evne til at orientere sig i forhold til omverdenen (Højbjerg, 2007, 28). Den forståelse, som et individ har, er præget af den verden, som individet er en del af, men den er ikke begrænset af den verden. Forståelsen kan udvides, i kraft af individets karakter, der kan omforme eller modificere de bindinger til den verden, den er født ind i. I denne fortolkning af hermeneutikken ændres den hermeneutiske cirkel fra at være en metode til at forstå en genstand, til at være en integreret del af fortolkeren selv (Højbjerg, 2007, 28-32). I forbindelse med udarbejdelsen af nærværende speciale, så betyder dette, at jeg som forsker, ikke kan distancere eller sætte mig udenfor mit undersøgte problemfelt, men at jeg selv indgår som en del af problemfeltet.

Hans-Georg Gadamer (1900-2002), som modtog undervisning af Heidegger, videreudviklede og systematiserede den filosofiske hermeneutik i en sådan grad, at han typisk er den filosof, der forbindes med den filosofiske hermeneutik. Gadamers hensigt var ligeledes at tage et opgør med de naturvidenskabelige metodegreb og logik, som grundlag for humanistisk videnskab (Gadamer, 2007, 10-11). Dette speciale vil primært tage udgangspunkt i Gadamers filosofiske hermeneutik, hvorfor hans metodiske og teoretiske begreber: den hermeneutiske cirkel, fordomme og forforståelse, forståelseshorisont og horisontsammensmeltning vil blive udfoldet i nedenstående afsnit (Gadamer, 1999, 158-159).

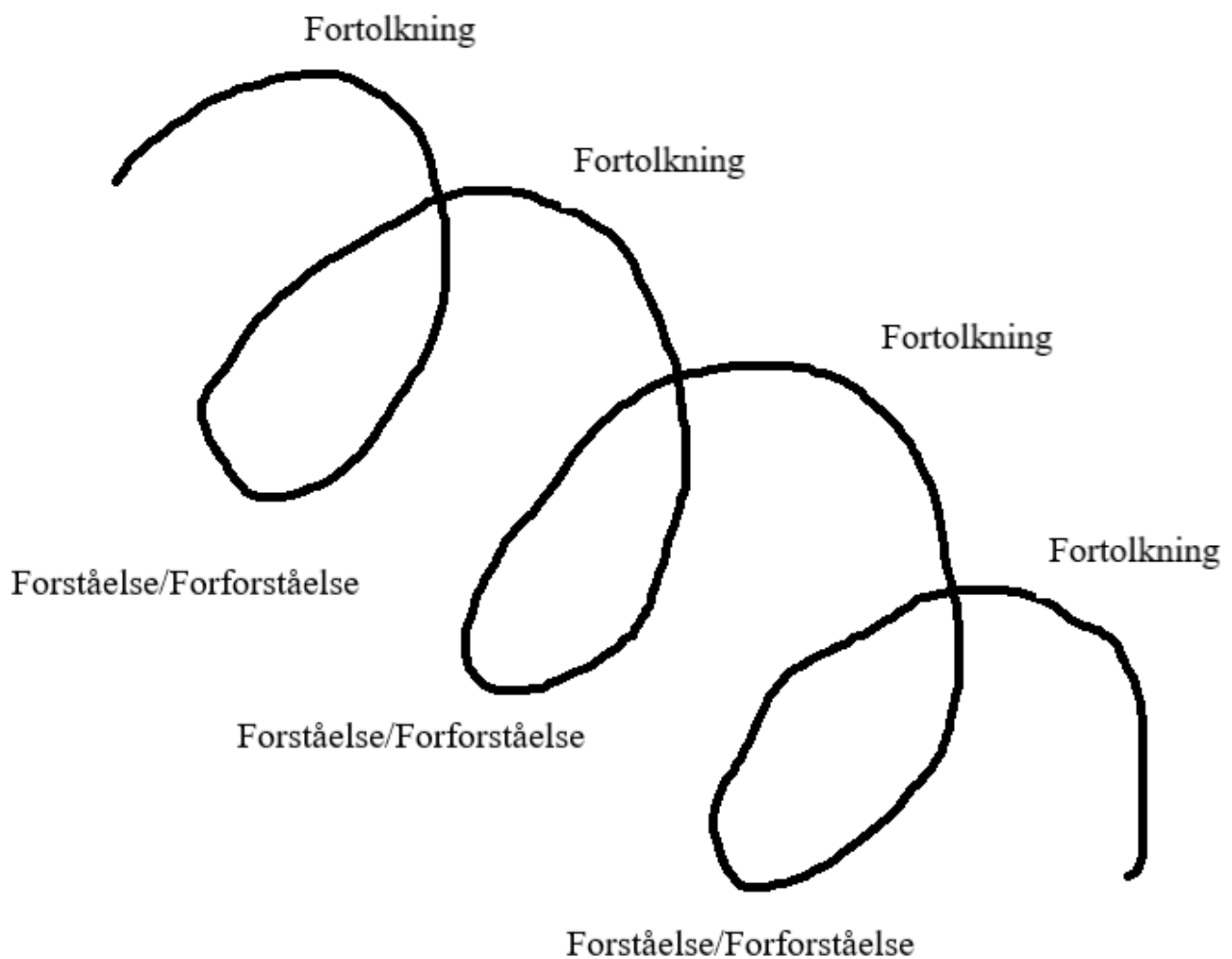
Den hermeneutiske cirkel

Den hermeneutiske cirkel er, som tidligere nævnt, en cyklisk proces, som finder sted mellem del og helhed. Del og helhed skal ikke ses som stationær, men som konstant i en vekselvirkning, der varierer i relation til hinanden.



Figur 2: Cyklisk proces mellem del og helhed. Illustreret med inspiration fra Ebdrup 2012

Gadamers filosofiske hermeneutik adskiller sig fra andre tilgange til hermeneutikken ved at integrere fortolkeren, i nærværendes speciales tilfælde forskeren, som en aktiv deltager i selve meningsdannelsen. Ifølge Gadamer er det ikke muligt som forsker, eller menneske i det hele taget, at tolke en tekst/samtale/oplevelse uafhængigt af den begrebsverden, hvori fortolkeren er forankret og forstår verden. Han mener, der er en række forudsætninger, bevidst og ubevidst, der former tolkningen af en tekst/samtale/oplevelse (Gadamer, 2007, 294-296). Disse forudsætninger begrebsliggør Gadamer ved at kalde dem "forforståelse". Dette begreb indikerer, at vores nuværende forståelse altid bygger på en tidligere forståelse, og at den tidligere forståelse bygger på en endnu tidligere forståelse (Højbjerg, 2013, 301). På nedenstående figur er forholdet mellem forforståelsen/forståelse og fortolkning illustreret.



Figur 3: Forhold mellem forforståelse og fortolkning. Illustreret med inspiration fra Ebdrup 2012.

Ifølge Gadamer er den hermeneutiske cirkel et ontologisk greb, altså en måde at være til i verden på, og afgrænser sig derfor ikke blot til at være et metodisk greb. Her adskiller den sig særligt fra Diltheys metodiske hermeneutik, der arbejder ud fra et epistemologisk greb, der bruger fortolkningen som en metode til selve erkendelsen, og hvor fortolkeren ikke er en del af den relation, der er mellem objekt og subjekt, men står udenfor processen (Højbjerg, 2013, 293).

Ifølge Gadamers filosofiske hermeneutik, så skabes meningen mellem fortolker og det der fortolkes, om dette være et objekt eller en samtalepartner. Derfor bør man altid betragte en sådan interaktion med et blik for, at fortolkeren forstår interaktionen gennem sin egen linse, der består af kontekst og situation. På denne måde formes vores forståelse af verden ud fra en forståelseshorisont, som bliver aktiveret og udfordret i mødet med objektet (Gadamer, 2007, 276-277). I praksis betyder dette, at

jeg som forsker, altid bringer min forståelseshorisont med mig, i form af viden og mangel på samme, og dette vil uundgåeligt påvirke min tilgang til empiriindsamlingen og datasæt, og til selve specialet. Dette betyder også, at den cirkulære bevægelse i den hermeneutiske cirkel ifølge Gadamer, ikke begrænses til kun at bevæge sig fra fortolkeren til objektet. Denne vender tilbage til fortolkeren igen, hvorfra den igen fører til en ny forforståelse og dette foregår altså cirkulært og dynamisk, derfor er den hermeneutiske cirkel valgt at illustreret som en spiral mellem forståelse/forforståelse og fortolkning, se figur 3 ovenfor. Spiralen har derfor hverken en start eller en ende, da man kan blive ved med at fortolke indtil man som forsker konstaterer, at der er opnået en tilfredsstillende forståelse for et felt til at besvare sine forskningsspørgsmål. Det er dog vigtigt at pointere, at processen med at fortolke og opnå ny viden ville kunne fortsætte og er fra et filosofisk hermeneutisk perspektiv altid uafsluttet, da emnet aldrig vil kunne udtømmes fuldstændig (Gadamer, 1999, 170). Dette betyder således også, at nærværende speciale og empiriindsamlingen kunne se anderledes ud, hvis undersøgelsen fortsatte yderligere.

Forståelseshorisont

Forståelseshorisonten består ifølge Gadamer af fordomme og forforståelse. Fordomme skal i denne kontekst ikke opfattes i en negativ betydning. Gadamer beskriver fordomme således:

”I sig selv betyder fordomme en dom, som fældes før den endegyldige efterprøvelse af alle de momenter, der er bestemmende for sagen” (Gadamer, 1999: 131).

Fordomme er altså af den betydning, at vi aldrig kan fralægge os dem eller vores forforståelse, da de er styrende for det arbejde vi yder, og kan anses som en forudsætning for enhver anden forståelse (Gadamer, 2007, 258).

Forståelseshorisonten består af personlige erfaringer, den historiske og kulturelle kontekst, sprog, og en samlet tidslighed bestående af fortid, nutid og fremtid. Forståelseshorisonten er indlejret i hvert individ, og er et meningsgivende system, der sætter rammen for, hvordan vi oplever verden og skaber mening af ting (Højbjerg, 2013, 303).

Vi skal derfor bruge vores fordomme og forforståelser, altså vores forståelseshorisont, aktivt i det undersøgende arbejde, og gør dem synlige for os selv, sætte dem i spil i forhold til det der undersøges.

Horisontsammensmeltning

Gadamer har ligeledes et begreb, som beskriver mødet mellem et fænomen og fortolkeren forståelseshorisont. Han kalder det horisontsammensmeltning, og begrebsliggør den proces, der forekommer, når man med sin viden og tidligere erfaringer bliver konfronteret med det fænomen, man undersøger historie. Horisontsammensmeltningen betyder, at man bliver i stand til forstå og begribe dét, den anden kommunikerer. Dette betyder ikke nødvendigvis en enighed eller sammensmeltning med fænomenet, men at man skaber mening. Gadamer siger:

“Samtalen er en proces, hvorigennem man kommer til forståelse. Det hører således med til enhver ægte samtale, at man kommer den anden i møde, virkelig lader hans synspunkter gælde, og for så vidt sætter sig ind i den anden. (..) Vi henfører altså ikke hans mening til ham, men til vores egen mening og opfattelse” (Gadamer, 2007, 365).

Når man er åben i mødet med det fænomen, der ønskes undersøgt, tillader man at få sin egen forståelse af verden provokeret og herved udvide sin horisont, altså åbne muligheden for, at verden kan se anderledes ud fra et andet perspektiv, og kan herefter revurdere sine egne fordomme (Gadamer, 2007, 341-343/ Højbjerg, 2013, 303). Det betyder således ikke, at man overtager den andens forståelseshorisont, men at man, som illustreret på fig. 3 i tidligere afsnit omkring den hermeneutiske cirkel, har fået ny viden, som man kan afvise, eller tage med videre til næste forståelse.

I forbindelse med udarbejdelsen af dette speciale, er det derfor vigtigt at have for øje, at der foregår filosofisk hermeneutiske processer på flere niveauer. Forskningen, teorierne mm. er lavet af forskere, som også har haft et sæt fordomme og en forståelseshorisont, som er betinget af:

”Sprog, personlige erfaringer, tidslighed i form af fortid, fremtid og nutid samt at den historiske og kulturelle kontekst, den enkelte er indlejret i” (Højbjerg, 2013, 302-303).

Dette har således haft en direkte indvirkning på, hvordan de har tolket deres empiriske materiale til udarbejdelsen af forskning og teorier.

Dette gælder ligeledes for mig selv, som forsker til nærværende speciale. Mine egne fordomme, forforståelse og forståelseshorisont blive uddybet i et afsnit for sig længere nede i det metodiske design.

Metodisk design

I dette kapitel af nærværende speciale vil jeg udfolde de metodiske overvejelser, som jeg har gjort mig i forbindelse med indsamlingen af det empiriske materiale, som nærværende speciale bygger på. Hensigten med dette kapitel er at skabe transparens i det empiriske materiale, så der ikke på noget tidspunkt er tvivl om, hvordan konklusionerne i dette speciale er blevet draget og fremkommet. Indledningsvist vil jeg redegøre for mine overordnede overvejelser i forbindelse med valg af metode inden indsamlingen af empirisk materiale påbegyndtes. Herefter redegøres og præsenteres forskerens, altså min egen, forståelseshorisont i feltet og hvordan jeg løbende har forholdt mig i det metodiske undersøgelsesarbejde. Følgende vil der kunne findes en beskrivelse af de overvejelser, jeg har gjort mig omkring valg af informanter og interviewenes forløb. Dertil vil der være en redegørelse for det kvantitative metodiske design, dertil overvejelser og udfordringer ved informantgruppen til denne. Afslutningsvis beskrives tematiseringsprocessen for efterbehandlingen af de kvalitative interviews, samt efterbehandlingen af det kvantitative materiale fra spørgeskemaundersøgelsen

Kvalitativt semistrukturerede interviews

For at kunne besvare specialets problemformulering, er der foretaget seks interviews med forskellige individer, med forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, i forskellige afdelinger i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og med forskellige stillinger både med og uden lederansvar. Specialets problemformulering og problemfelt har været grundlæggende styrende for min erkendelsesinteresse og de metodiske valg, jeg har truffet løbende. Med en problemformulering, der i høj grad fokuserer på hvert individs egne oplevelser af fænomenet psykisk arbejdsmiljø, valgte jeg at benytte mig af semistrukturerede kvalitative interviews. Denne metode er særligt egnet, når forskeren ønsker at belyse beskrivelser af subjektive opfattelser med henblik på at analysere oplevelserne og det beskrevne (Bryman & Bell 2011, 467).

Det kvalitative semistrukturerede interview er en deskriptiv metode, som søger at informanterne beskriver sine oplevelser og følelser, og opmuntrer til at nuancere dette. En af de afgørende grunde til benyttelsen af semistrukturerede interviews i nærværende speciale, er tilgangens styrke i at tilbyde en vis fleksibilitet i interviewene. På trods af, at der forud for interviewene var opstillede tematikker og spørgsmål, der sikrer den røde tråd i interviewsituationen, efterlader metoden stort

rum til at forfølge andre og nye emner, som synes interessante for hver enkelt informant (Kvale og Brinkmann 2014, 52). Antallet af informanter er samlet set seks personer, hvilket er valgt ud fra specialets hensigt om at lave nedslag i det psykiske arbejdsmiljø på tværs af samme organisation. Ved at specialets informantgruppe antalsmæssigt er holdt lav, giver det specialet en mulighed for en mere dybdegående fortolkning og analyse af den indsamlede empiri (Tanggaard & Brinkmann, 2010, 32). Det er dog vigtigt at pointere, at hvis informantgruppen havde været højere, kunne dette muligvis have bragt andre perspektiver på psykisk arbejdsmiljø i spil.

Interviewguide

I forbindelse med udarbejdelsen af dataindsamlingens interviewguide, havde jeg via mine forskningsspørgsmål og mit valg om at bruge R. Karasek og T. Theorells Job-Demand-Control model omkring psykisk arbejdsmiljø, opstillet en række tematikker, som jeg ønskede at spørge ud fra. Valg af teori vil blive uddybet yderligere i kapitlet omhandlende teori. Interviewguiden blev opbygget semistruktureret, så der var stor mulighed for at forfølge andre emner, spørge informanten på en anden måde end først tiltænkt, og gå mere i dybden med dele af tematikkerne, som synes relevant for nærværende speciale (Kvale, 1999, 129). Nogle af tematikkerne indenfor psykisk arbejdsmiljø kan opleves sårbare for informanterne, hvorfor det var meget vigtigt for mig at have den frihed, som en semistruktureret interviewguide giver, til at kunne omformulere og skifte stemning i interviewet alt afhængigt af informantens respons på spørgsmålene. Interviewsituationen skulle føles som et trygt og fortroligt rum, derfor skulle interviewguiden afspejle dette. Interviewguiden kan findes i bilag 1.

Valg af informanter til kvalitative interviews

I forbindelse med udvælgelsen af informanter var det vigtigt for mig, at specialets undersøgelsesfelt bestod af nedslag på forskellige afdelinger i en stor organisation. De seks informanter er derfor udvalgt på baggrund af, hvilke afdelinger de har deres daglige virke, således at disse differentierer. Deres uddannelsesbaggrunde er således også forskellige, da det ikke er specialets hensigt at give en komparativ analyse af forskellige fastansattes oplevelse af psykisk arbejdsmiljø på én enkelt afdeling på Dronning Ingrid's Hospital, men nærmere et nedslag på tilstanden af psykisk arbejdsmiljø på tværs af hele Det Grønlandske Sundhedsvæsen som organisation. Derfor svinger informanternes ansættelser i længde, og hvorvidt de har ledelsesansvar, da specialet netop ønsker at

belyse generelle udfordringer i psykiske arbejdsmiljø. Det synes dog vigtigt i undersøgelsesprocessen, at informanterne var fastansatte, så disse repræsenterer en form for "blivende" organisationskultur, når der undersøges det oplevede psykiske arbejdsmiljø. Informanternes alder og personstatus differentierer, og specialet ønsker at afgrænse sig fra disse faktorer, og deres indvirkning, da nærværende speciale kun fokuserer på det oplevede psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Det anerkendes dog, at faktorer i informanternes privatliv kan have en indvirkning på deres overordnede oplevede psykiske velbefindende på arbejdspladsen. Alle informanter til nærværende speciale er anonymiserede.

Aktiv lytning

Under de kvalitative interviews blev aktiv lytning praktiseret som en metodisk tilgang. Ifølge Rogers & Farson kan en interviewer, der praktiserer aktiv lytning, skabe en atmosfære, hvor informanten føler sig forstået og tryk, hvilket øger sandsynligheden for, at informanten åbner op om sine meninger og holdninger. Dette fremmer en dybere udforskning og forståelse af informanternes oplevelser samt muliggør en åbenhed, hvor de er villige til at dele deres tanker og følelser om specifikke emner (Rogers & Farson, 1957, 1).

Under interviews blev narrativer og svar aktivt gentaget for at sikre både forståelse fra interviewerens side og for at styrke informanternes følelse af at blive hørt og forstået (Rogers & Farson, 1957, 2). En afgørende del af aktiv lytning er også opmærksomhed på det nonverbale sprog, herunder pauser, betoning af ord, ansigtsudtryk og kropssprog, da dette kan bidrage til en dybere forståelse af informantens oplevelser (Rogers & Farson, 1957, 2). Dette blev nøje observeret og integreret i analysen, hvor det syntes relevant.

Rogers og Farson understreger, at aktiv lytning udvikles gennem praksis og over tid (Rogers & Farson, 1957, 5-7), hvilket indikerer, at der altid er mulighed for at forbedre ens interviewerpraksis. Det er derfor væsentligt at erkende muligheden for, at en mere erfaren interviewer kunne have indsamlet anderledes data.

Det kan forekomme svært at lægge egne synspunkter til side under interviewene, og lytte til informanternes subjektive oplevelser af problemfeltet uden at tillægge det ens egen mening i processen (Rogers & Farson, 1957, 8). Derfor har det givet god mening at benytte sig af den

filosofiske hermeneutik, hvor forskerens forståelseshorisont løbende laver en sammensmeltning og forskeres position tydeliggøres i undersøgelsesprocessen.

Etiske overvejelser i kvalitative interviews

I samfundsvidenskabelige undersøgelser er det afgørende at følge etiske principper, da de udgør fundamentale retningslinjer for at opnå velunderbyggede forskningsresultater. Disse principper omfatter vigtige aspekter som fortrolighed, samtykke, anonymitet og situationsfornemmelse. Bryman har kategoriseret de etiske principper i fire hovedområder: For det første indebærer det, at forskeren forstår nødvendigheden af ikke at forvolde skade på de personer, der bidrager med information. For det andet indebærer det, at forskeren skal sikre, at der er opnået korrekt tilladelse til at gennemføre undersøgelsen via fx anonymitet. For det tredje indebærer det, at forskeren skal respektere informantens personlige grænser og ikke overskride dem. Endelig indebærer det, at forskeren ikke må vildlede informanten under interviewet (Bryman, 2012:135). Disse etiske overvejelser er afgørende for at sikre integriteten og pålideligheden af samfundsvidenskabelig forskning.

Brymans principper er blevet benyttet aktivt i empiriindsamlingen. Det har været særligt vigtigt for mig at sikre anonymiteten for informanterne i de kvalitative interviews, da mange af tematikkerne og spørgsmålene har opfordret informanterne til at kunne udtrykke sig frit, og i lige nogle tilfælde kritisk overfor deres arbejdsgiver. I forbindelse med at sikre personlige grænser og ikke overskride dem, har det været udfordrende for mig, som forsker. Nærværende speciale omhandler psykisk arbejdsmiljø, og særligt to af informanterne, var meget påvirkede af stress og ubehagelige oplevelser i deres arbejde, hvilket gjorde dem særligt sårbare, og udgjorde en risiko for, at jeg som forsker gik for langt, og informanterne fik givet nogle udsagn, de i bakspejlet ikke var komfortable med. For at forebygge dette, blev informanter skriftligt informeret forud for interviewene, at deres bidrag altid kunne trækkes tilbage og slettes fra transskriberingen, såfremt de fortrød udsagnet eller deltagelsen i interviewet. Dette blev alle informanter ligeledes informeret mundtligt om inden interviewene blev påbegyndt. For at forebygge, at informanterne havde en reaktion på interviewene, som på nogle måder fik dem til at føle, at de var blevet forvoldt psykisk skade af interviewene, har jeg afsluttet hvert interview med en debriefing, hvor der blev spurgt ind til deres psykisk velbefindende efter interviewet. Dertil var jeg i skriftlig kontakt med alle informanter efter en uges tid, hvor jeg igen spurgte ind til deres psykiske velbefindende efter interviewet, og mindede dem

om muligheden for at trække udsagn og bidrag til nærværende speciales undersøgelse tilbage, såfremt de fortrød. Ingen af informanterne har valgt at benytte sig af dette.

Tematisering af emner i kvalitative interviews

Efterbehandlingen af de seks kvalitative interviews har bestået i en grunding gennemlytning af hvert interview, hvor der er foretaget en form for kodning, eller tematisering. Interviewene er altså blevet brudt ned i mindre dele ud fra de tematikker jævnt før det teoretiske begrebsapparat, som var opstillet i interviewguiden forud for interviewets gennemførelse. Denne form for tematisering muliggør, at der kan dannes et overblik over store mængder af data. Omvendt kan der opstå fejlkilder i form af mistet indhold og betydning af emner i efterbehandlingsprocessen (Aarhus Universitet, 2024). Hvert udført interview var omkring en time til halvanden time langt, hvorfor det selvfølgelig ikke har været muligt at inkludere alle emner, som blev berørt i løbet af interviewene i specialets analyse. I og med, det var semistrukturerede interviews bevægede nogle af interviewene sig også udover de forud bestemte tematikker. Dette gav mulighed for, at informanterne selv præsenterede temaer, som viste sig at være interessante at forfølge videre i nærværende speciale. Andre detours i interviewene er således vurderet ikke-relevante og valgt fra i kodningsprocessen.

Kvantitativt spørgeskema

I forbindelse med undersøgelsen af nærværende speciales problemfelt har jeg benyttet mig af Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II). Dette spørgeskema er et værktøj, som benyttes til at måle og vurdere det psykiske arbejdsmiljø. Det dækker bl.a. over jobkrav, støtte, kontrol og organisatorisk retfærdighed. COPSOQ-II er udviklet af forskere der arbejder indenfor Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og findes i forskellige udgaver alt efter behovet af undersøgelsen. Til empiriindsamlingen til nærværende speciale har jeg valgt at benytte mig af den korte udgave af spørgeskemaet, der består af 40 spørgsmål, og som typisk anvendes i virksomheder, som et led af en APV til at kortlægge det psykiske arbejdsmiljø (Kristensen, et. al., 2006). Det kvantitative spørgeskemas hensigt er således at opnå viden om psykisk arbejdsmiljø og skabe en form for generaliserbarhed, da denne undersøgelse kan gentages, og også har mulighed for at udføres med større målgruppe (Aarhus Universitet, 2024).

På grund af de store fysiske afstande her i Grønland, valgte jeg at digitalisere COPSOQ-II, som oprindeligt er fra 2004 og i papirform. Jeg benyttede mig af Google Analyse til indsamlingen, hvor det er muligt både at kigge på svarene individuelt og samlet. Derudover har Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø en vejledning til, hvordan svarene i COPSOQ-II skal behandles, som jeg vil benytte mig af i analysen (Kristensen et. al, 2006). Det er muligt at se hele spørgeskemaet i bilag 2.

Grunden til at jeg valgte at benytte mig af COPSOQ-II var, at Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø i 2006 havde lavet samme undersøgelse af psykisk arbejdsmiljø blandt 3517 lønmodtager i Danmark på tværs af brancher. Dette fandt jeg interessant for at belyse mine egne fund i COPSOQ-II blandt fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen komparativt med denne tidligere undersøgelse.

Specialets intention var oprindeligt, at spørgeskemaet kun skulle udfyldes af de informanter, som der også deltog i semistrukturerede interviews. Under min empiriindsamling blev jeg dog nysgerrig på, om de udfordringer som informanterne oplevede, var mere universelle, og om det var nogle, der gik igen på tværs af hele Det Grønlandske Sundhedsvæsen og ikke blot på tværs Dronning Ingrid's Hospital. Derfor ændrede jeg problemfeltet i løbet af de første par uger fra kun at inkludere Dronning Ingrid's Hospital til at være hele Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Valg af informanter til COPSOQ-II

Der er ikke sket en egentlig udvælgelse af informanter til udfyldelse af det kvantitative spørgeskema COPSOQ-II. Da spørgeskemaet var blevet digitaliseret, var hensigten at sende det ud til hovedmails på regionssygehusene. Dette viste sig dog art være meget vanskeligt, da mailadresserne ikke var at finde online. Derfor valgte jeg at benytte mig af www.gjob.gl, som er Det Grønlandske Sundhedsvæsens jobportal. Her gennemgik jeg alle stillingsopslag og fandt en masse mailadresser på medarbejdere, der var placeret forskellige steder i landet, både i bygder og byer. Herefter forfattede jeg en mail, hvor jeg bad fastansat sundhedspersonale udfylde mit COPSOQ-II skema, og videresende til kollegaer. Dette resulterede i 33 svar fra fastansat sundhedspersonale i hele landet. Dertil endte jeg også med at få en informant mere til et kvalitativt interview til nærværende speciale, da vedkommende kontaktede mig for at deltage.

Det er vigtigt at reflektere over, at både det kvantitative spørgeskema og den tilhørende mail, jeg sendte ud, blev sendt på dansk. Jeg har ikke haft mulighed eller midler til at udbyde begge dele på grønlandsk. Dette var en lang diskussionsproces med mig selv, da dette potentielt udelukker en gruppe af fastansatte sundhedspersonaler, som ville have givet en del flere informanter i dataindsamlingen. Samtidig er Det Grønlandske Sundhedsvæsen dobbeltsproget, dansk og grønlandsk, hvorfor jeg valgte kun at udbyde spørgeskemaet på dansk. Det anerkendes dog, at empiriindsamlingen kunne have set anderledes ud såfremt denne blev udbudt på grønlandsk.

Efterbehandling af datamateriale fra COPSOQ-II

Ved efterbehandlingen af datamaterialet fra COPSOQ-II benyttede jeg mig af Google Analyses funktioner til at trække dataet og illustrerer dette i visuelle grafer og statistikker. Dertil har Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø udviklet et pointsystem til udregning af de forskellige dimensioner spørgsmålene i COPSOQ-II. For hver dimension kan man udregne sin undersøgelses gennemsnit, og sammenholde dette med danske lønmodtageres gennemsnit. Efter udregning af alle dimensionerne, der optræder i COPSOQ-II har jeg udarbejdet en tabel og figur, der visuelt giver et overblik over alle dimensionerne komparativt mellem gennemsnittet af det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og danske lønmodtageres svar (Kristensen et. al. 2006).

Forskerens forståelseshorisont og position i felten

Ifølge Gadamer er det vigtigt, at forskeren sætter sine egne fordomme og forforståelse i spil, når et emne undersøges. Jeg kan ikke sætte mig udover min egen forforståelse, hvorfor det er vigtigt at belyse den fra start, da denne former, hvordan jeg forfatter nærværende speciale, hvilke elementer, jeg vælger at analysere og hvad jeg ender med at konkludere, da disse er styrende for, hvad jeg mener er interessant i dette problemfelt (Højbjerg, 2013, 302-303). Min forståelseshorisont fremsætter derfor med den hensigt at skabe transparens i specialet.

I mit daglige virke arbejder jeg som specialkonsulent i Departement for Sundhed i Naalakkersuisut. Dette betyder, at jeg som forsker, ikke er fuldstændig udenforstående fra det problemfelt, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som nærværende speciale forsøger undersøgt. Jeg er dog ikke direkte

impliceret i felten, har ikke min daglige gang sammen med informanterne, men har en forudindtaget indsigt i felten på et strukturelt og politisk plan, som uden tvivl har haft en betydning for, hvordan jeg oplever felten. Denne indsigt gør sig også gældende i form af adgang til interne baggrundsdokumenter omhandlende Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som ikke er offentligt tilgængelige, hvorfor dele af litteraturhenvisningerne kan udleveres med anonymitet til læseren om nødvendigt. Det er vigtigt som forsker at være opmærksom på sin egen forudindtagethed, og forsøge at bryde med denne forforståelse, så jeg ikke uforbeholdent accepterer dele af organisationskulturen, og problemfeltets selvfølgeligheder i den empiriske dataindsamling, og i analysen af denne.

Løbende gennem processen med at skrive nærværende speciale har jeg bestræbt mig på overvejende at arbejde problemorienteret og have en abduktiv tilgang til min empiriske undersøgelse. Jeg har derfor skiftet mellem at anskue problemfeltet, indsamle empiri og benytte mit teoretiske begrebsapparat og så anskue problemfeltet igen i en cyklisk proces i konstruktionsarbejdet (Egholm 2014, 176), som også er kendetegnet ved den hermeneutiske spiral. Denne har jeg brugt løbende igennem processen, når jeg har læst noget særligt spændende litteratur, eller efter udførte interviews mm. der har ført til en horisontsammensmeltning og forårsaget en ny forforståelse. Dette har også ført til, at elementer i nærværende speciales problemfelt løbende har skiftet fokus, da nogle af mine hypoteser omkring det psykiske arbejdsmiljø blev afkræftet, nye elementer fra datamaterialet syntes mere relevante og spændende og informanterne fremsatte nye temaer, der virkede mere presserende i deres oplevede psykiske arbejdsmiljø. Jeg har derfor løbende været nødt til at korrigere problemfeltet efter fordomme, forståelseshorisont og nye horisontsammensmeltninger i processen.

Teoretisk analyseramme

I dette kapitel af nærværende speciale vil jeg udfolde de teorier, som nærværende speciale ønsker at benytte i analysen. Hensigten med dette kapitel er at give et dybdegående indblik i de teorier, som synes relevant for specialets problemfelt. I kapitlet om metode har jeg uddybet den metodiske del af COPSOQ-II, hvor jeg indledningsvist i dette kapitel vil redegøre for den teoretiske del. Dertil vil jeg udfolde, hvad psykisk arbejdsmiljø er og hvordan dette defineres og skal forstås i nærværende speciale.

COPSOQ

Som kort beskrevet i den metodiske indføring i Copenhagen Psychosocial Questionnaire, blev metoden udviklet i 1997-2000 af Tage S. Kristensen og Vilhelm Borg, mens de forskede for Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (COPSOQ, 2023). Jeg vil i dette afsnit udfolde COPSOQs historie, udvikling og give en indføring i COPSOQ-II's teorigrundlag.

COPSOQs historie

COPSOQ-spørgeskemaet er konstrueret i overensstemmelse med visse videnskabelige principper. Det første princip indebærer, at spørgeskemaet skal være forankret i teori uden at være snævert bundet til en enkelt teoretisk tilgang (Kristensen et al., 2005, 439). Et andet afgørende princip er spørgeskemaets emnedækning, der stræber efter at eliminere eventuelle huller eller mangler i undersøgelsen, hvorfor spørgeskemaet er meget bredt. COPSOQ-spørgeskemaet er altså ikke bundet op på én enkelt teoretisk tilgang, men er blevet influeret af forskellige teorier inden for organisationspsykologi, sundhed, andre modeller indenfor arbejdsmiljø, samfundsvidenskab mm. De syv modeller op, som har haft indflydelse på udviklingen af COPSOQ (Pejtersen et. al, 2010, 9 listes op herunder):

- The Job-Demand-Control model af Robert Karasek og Tores Theorell
- The Michigan organizational stress model af Daniel Katz, Robert Kahn, John French og Robert Caplan
- The job characteristics model af Greg R. Oldham og J. Richard Hackman
- The sociotechnical approach af Eric Trist og Ken Bamforth
- The effort–reward imbalance model af Johannes Siegrist
- The action-theoretical approach af Talcott Parson
- The vitamin model af Peter Warr

Disse syv teorier skal ikke anses som modsætninger, men nærmere som teorier, der kan supplere hinanden. For mange af teoriernes vedkommende, så overlapper de, og størstedelen af de centrale begreber i COPSOQ indgår og udspringer fra disse teorier. Der er dog særligt én teori, som dominerer i COPSOQ, og dette er Karasek og Theorells Job-demand-control model, hvorfor denne

teori ønskes udfoldet senere hen i dette kapitel. Denne teori kan anskues som værende kernen i COPSOQ, hvor koblingen mellem kontrol og krav er dynamisk, og hvor en lav grad af kontrol over sit arbejdsliv kan føre til job strain (stressrelateret belastning), mens høje krav og kontrol fører til et aktivt tilfredsstillende arbejdsliv. Parameteret krav er også til stede i COPSOQ, hvor kravdimensionen er baseret og differentieret på en kravskala, der består af: kognitive krav, følelsesmæssige krav, kvantitative krav, sensoriske krav og krav om at skjule følelser (Kristensen et al., 2005, 440). De psykosociale forhold i arbejdslivet vægtes derfor højere end de fysiske og materielle forhold.

Arbejdsindhold og arbejdsorganisering bliver i COPSOQ belyst på en skala af: udviklingsmuligheder, indflydelse på eget arbejde, mening i arbejdet, grad af frihed og involvering i arbejdspladsen (Kristensen et. al. 2005, 440). Disse begreber figurerer også i Karasek og Theorells teori, men vil blive uddybet i det særskilte afsnit.

Ledelse og relationer i arbejdslivet fylder ligeledes meget, hvor det vurderes på en skala af: rolleklarhed, ledelseskvalitet, forudsigelighed, feedback, rollekonflikter, social støtte i arbejdet og sociale relationer og fællesskab. Her differentierer COPSOQ fra Karasek og Theorells teori, der lægger hovedvægten på arbejdet og dets udførelse, hvor COPSOQ i højere grad vægter sociale relationer, der er knyttet til arbejdslivet (Kristensen et. al. 2005, 440-441).

COPSOQ har derudover skalaer til at vurdere utrygheden i arbejdslivet, tilfredshed med arbejdet, mental helbred, vitalitet, og generelt selv vurderet helbred. I forhold til vurdering af stress har COPSOQ en skala af: somatiske stresssymptomer, kognitive stresssymptomer og adfærdsmæssige stresssymptomer (Pejtersen et. al, 2010, 9-11). Hvordan nærværende speciale anskuer stress udfoldes længere nede i kapitlet.

Som tidligere beskrevet i metodeafsnittet er COPSOQ udviklet i tre udgaver: et langt, et mellemlangt og et kort, som har tre forskellige målgrupper. Fælles for alle tre er de ovenstående parametre. Forskellen ligger i, hvor uddybende og spørgsmålene er på hvert emne, og hvor mange spørgsmål, der forefindes.

COPSOQ-II

COPSOQ gennemgik en revision omkring år 2010, hvor COPSOQ-II blev udviklet. I COPSOQ-II er det kun 57% af de oprindelige spørgsmål, som er taget med i undersøgelsen. COPSOQ-II, det korte spørgeskema, består af 23 spørgsmål fordelt på psykosociale dimensioner, og består typisk af 2 spørgsmål til hver dimension, på nær de sidste fire spørgsmål, som omhandler krænkende adfærd, vold og mobning. Alle ændringerne fra COPSOQ til COPSOQ-II er lavet på baggrund af en stor analyse fra Arbejds miljøinstituttet og de løbende tilbagemeldinger, som forskerne har modtaget af brugerne af det korte skema (Kristensen et. al, 2006, 2). COPSOQ og COPSOQ-II er tilgængeligt i dag på mere end 25 sprog, og bliver benyttet både i forskning, og som et praktisk værktøj i virksomheder verden over (COPSOQ Network, 2023/Pejtersen et. al, 2010, 9). COPSOQ bliver i dag benyttet som standard teori til undersøgelse af psykosocialt arbejdsmiljø i bl.a. Spanien og Tyskland (Pejtersen et. al, 2010, 9).

Psykosociale dimensioner i COPSOQ-II

Første dimension i COPSOQ-II omhandler kvantitative krav. Kristensen beskriver det som arbejdsmængde og arbejdspress, altså hvor meget en medarbejder skal nå i sit arbejde. Spørgsmålene centrer sig omkring et muligt misforhold mellem den tid, der er til rådighed for en medarbejder til tilfredsstillende at løse en arbejdsopgave kontra arbejdsopgavernes omfang. Kontinuerlige høje kvantitative forventninger på arbejdspladsen kan føre til stress. Individuel kontrol over arbejdsprocessen samt adgang til tilstrækkelige ressourcer for at imødekomme disse forventninger kan fungere som beskyttelsesfaktorer. Derudover kan klare og entydige krav fremme arbejdsmæssig trivsel ved at give medarbejderne en klar forståelse af forventningerne og præstationsmålene (Kristensen et. al, 2006, 3).

Anden dimension undersøger arbejdstempo, som forskerne har valgt at skille fra dimensionen omkring kvantitative krav. Dette skyldes, at visse beskæftigelsesområder vægter et højt tempo, hvilket kan have differentierede påvirkninger på medarbejderne sammenlignet med blot store arbejdsmængder og mange tidsfrister. Begrebet "højt tempo" eller arbejdsintensivering har historisk været knyttet til fag, der traditionelt har involveret samlebandsarbejde og tidsstudier. På nuværende tidspunkt ses denne tendens også i nye brancher såsom hospitalsarbejde, hjemmehjælp,

posttjenester og forskellige servicefag. Højt tempo kan resultere i stress samt forskellige fysiske symptomer, herunder hovedpine og smerter i skuldre og nakke (Kristensen et. al., 2006, 3).

Tredje dimension i COPSOQ-II omhandler følelsesmæssige krav. Arbejde, der indebærer interaktion med mennesker, giver typisk anledning til følelsesmæssige krav, især når det involverer individer med komplekse problemer, voldelig adfærd eller situationer med begrænsede løsningsmuligheder. Disse høje følelsesmæssige krav udgør ofte en integreret del af arbejdet med mennesker. Derfor er det afgørende, at medarbejderne besidder passende færdigheder til at håndtere disse følelsesmæssige udfordringer. Derudover er det vigtigt, at der er etableret støttestrukturer fra både ledelse og kolleger for at bistå medarbejderne, når de står over for vanskeligheder med at håndtere disse krav (Kristensen et. al., 2006, 3-4).

Fjerde dimension beskæftiger sig med arbejdets organisering og indhold. Begrebet indflydelse på arbejdet refererer til den enkelte medarbejders arbejdssituation. Det omhandler ikke indflydelse gennem samarbejdsudvalg eller lignende organer, som typisk er til stede på arbejdspladsen. Indflydelse i COPSOQ-II vedrører fx indretningen af arbejdspladsen, pauser, arbejdskolleger, arbejdsopgavers organisering samt valget af arbejdsredskaber i arbejdet. Indflydelse udgør en væsentlig dimension i det psykiske arbejdsmiljø, især når der samtidig er høje krav i arbejdet (Kristensen et. al., 4).

Femte dimension omhandler de oplevede udviklingsmuligheder for medarbejderen. Arbejdsopgaver, der præsenterer udfordrende krav, der ligger en smule over den ansattes aktuelle kapacitet, betegnes ofte som udviklende. Denne form for arbejde kan fremme personlig vækst og kompetenceudvikling hos medarbejderen, såfremt de ligger indenfor medarbejderens nærmeste udviklingszone, for her at benytte et læringsteoretisk og psykologisk begreb fra Lev Vygotsky (1934) (Vygotsky, 1978, 32-35). Mangel på tilstrækkelige udviklingsmuligheder kan resultere i apati, følelse af hjælpeløshed og passivitet hos medarbejderne (Kristensen et. al., 6).

Sjette dimension centrer sig om meningen i arbejdet. Et meningsfuldt arbejde indebærer formål og sammenhæng. Formålet angår arbejdets eller produktets forbindelse til overordnede værdier, såsom at helbrede sygdomme eller producere gavnlige produkter. Sammenhæng drejer sig om at kunne se, hvordan ens egen indsats bidrager til virksomhedens overordnede produkt eller mål. Når man oplever arbejdet som meningsfuldt, er man som medarbejder ofte mere engageret i sine

arbejdsopgaver. Mangel på meningsfuldhed kan bidrage til nedsat trivsel og skabe stress (Kristensen et. al., 6).

Syvende dimension omhandler medarbejdernes involvering i arbejdspladsen. Dimensionen handler om den samlede virksomhed, og ikke om jobbet, faget eller gruppen, som medarbejderen er en del af. Hvis en medarbejder har en lav involvering i den samlede virksomhed, kan det give sig til udtryk i en lav produktivitet, højt fravær fra arbejdspladsen og høj personaleomsætning (Kristensen et. al., 7).

Ottende dimension i COPSQ-II omhandler forudsigelighed i forbindelse med ledelse og samarbejde. Forudsigelighed i arbejdsmiljøet indebærer at reducere mængden af usikkerhed og uvished. Dette opnås ved at give medarbejderne relevante og passende informationer på rette tidspunkt. At formidle relevante oplysninger udgør en væsentlig opgave for ledelsen. Det handler ikke nødvendigvis om at forudsige hverdagens detaljer, men snarere om at etablere overordnede rammer og retningslinjer. Lav forudsigelighed kan ifølge Kristensen og Borg udgøre en betydelig stressfaktor (Kristensen et. al., 2006, 7).

Niende dimension beskæftiger sig med medarbejderens belønning i arbejdet. Medarbejdere kan blive anerkendt og belønnet på forskellige måder for deres arbejdsindsats. Nogle af de primære former for anerkendelse omfatter løn, muligheder for karriereudvikling og daglig anerkendelse for udført godt arbejde. Anerkendelse udgør en central dimension inden for det psykiske arbejdsmiljø, da det handler om opfattelsen af retfærdighed. Når medarbejdere ikke føler, at de bliver belønnet tilstrækkeligt for deres indsats, kan det føre til en reduktion i deres engagement og produktivitet på arbejdspladsen. Dette kan resultere i mindre engagerede og produktive medarbejdere for virksomheden. Mangel på passende belønning kan desuden udgøre en kilde til stress for medarbejderne (Kristensen et. al., 2006, 8).

Tiende dimension omhandler rolleklarhed. Rolleklarhed kan oversættes til, et spørgsmål om at vide, hvad arbejdet går ud på, og hvem der gør hvad. Manglende rolleklarhed kan være en kilde til forvirring, stress og gnidninger mellem kollegaer og ledelse (Kristensen et. al., 2006, 8).

Ellevte dimension beskæftiger sig med ledelseskvalitet. Ledelseskvalitet skal forstås, som medarbejderens oplevelse af den nærmeste leders kvaliteter som leder. Ledelseskvalitet kan have stor indvirkning på det psykosociale arbejdsmiljø (Kristensen et. al., 2006, 9).

Tolvte dimension i COPSOQ-II omhandler social støtte fra overordnede. Social støtte fra den nærmeste overordnede omhandler den assistance, feedback og vilje til at lytte, som den nærmeste leder kan tilbyde. Vigtige aspekter ved denne støtte er timingen af den tilbudte støtte, altså kommer støtten på det rette tidspunkt, og formen af støtten, altså er den tilbudte støtte passende. At give råd eller hjælp uden anmodning fra medarbejderen eller uden, at der er et behov for det, kan potentielt være mindre gavnligt end slet ingen støtte (Kristensen et. al., 2006, 9).

Trettende dimension beskæftiger sig med medarbejderens tilfredshed med arbejdet. Medarbejdernes tilfredshed med deres arbejde udgør en betydningsfuld dimension, dog skal det bemærkes, at en høj tilfredshed ikke nødvendigvis udelukker tilstedeværelsen af adskillige problemer. Den samlede tilfredshed reflekterer en overordnet vurdering, hvor alle positive og negative aspekter tages i betragtning (Kristensen et. al., 2006, 10).

Fjortende dimension omhandler konflikter mellem arbejdsliv og privatliv. Der fokuseres særligt på medarbejderens fysiske og psykiske overskud og tid. Konflikter mellem arbejdsliv og privatliv kan have negative konsekvenser for både arbejdspladsen, medarbejderen og dennes familie (Kristensen et. al., 2006, 11).

Femtende dimension undersøger tillid mellem ledelse og medarbejder. Tillid udgør et centralt element i forståelsen af arbejdspladskultur. Tillid er i sin essens knyttet til den gensidige tro på hinanden i det daglige samarbejde. Desuden indebærer tillid muligheden for at udtrykke holdninger og følelser uden frygt for negative reaktioner. I kontrast hertil står kontrolsystemer og overvågning, der repræsenterer det modsatte af tillid (Kristensen et. al., 2006, 11).

Sekstende dimension beskæftiger sig med retfærdighed. Værdien af retfærdighed er central både på arbejdspladsen og i samfundet generelt. Retfærdighed omhandler både processen og resultatet af beslutninger. Dette indebærer både den måde, hvorved beslutninger træffes, og de resulterende konsekvenser. Hvis medarbejderne ikke oplever retfærdig behandling, kan det have omfattende negative konsekvenser både for virksomheden og de ansatte (Kristensen et. al., 2006, 12).

Syttende dimension omhandler medarbejderens selvvaluerede helbred. Selvvalueret helbred refererer til individets egen subjektive opfattelse af sin samlede fysiske tilstand. Det har vist sig, at denne subjektive vurdering er stærkt korreleret med faktorer som fravær, tidlig pensionering, hyppig brug af sundhedsvæsenet og samlet dødelighed. Generelt set er selvvalueret helbred bedre

til at forudsige disse faktorer end lægediagnosticerede sygdomme. Hvis medarbejderne generelt rapporterer om dårligt selv vurderet helbred, kan det være relevant at undersøge årsagerne hertil på arbejdspladsen (Kristensen et. al., 2006, 12).

Attende dimension undersøger følelsen af udbrændthed. Denne dimension vedrører omfanget af fysisk og mental træthed eller udmattelse blandt medarbejderne. Udbrændthed forekommer ofte i tilfælde af ekstremt høje arbejdskrav, uklare forventninger og roller, hyppige konflikter samt en mangel på social støtte (Petjersen et. al, 2010, 11-17). En betydelig grad af udbrændthed er forbundet med øget fravær, tendenser til at forlade arbejdspladsen, søvnforstyrrelser og øget risiko for hjertesygdomme (Kristensen et. al., 2006, 13).

Nittende dimension omhandler stress. Stress karakteriseres ofte som en kombination af spænding og manglende lyst eller trivsel (Petjersen et. al, 2010, 11-17). Kortvarig stress kan være gavnligt og tilskynde til øget præstation i perioder, hvor der kræves lidt mere end sædvanligt. Til gengæld kan et højt stressniveau over længere tid være skadeligt for livskvaliteten, arbejdsydelsen og helbredet generelt. Langvarig stress kan forøge risikoen for sygdomme såsom hjerteproblemer, depression, mave-tarmsygdomme og lidelser i muskler og led. Et overordnet højt stressniveau på en arbejdsplads kan være relateret til arbejdsforholdene (Kristensen et. al., 2006, 13).

Tyvende, enogtyvende, toogtyvende og afslutningsvist treogtyvende dimension beskæftiger sig med krænkende adfærd, sexchikane, trusler om vold, fysisk vold og mobning. Dimensionen omhandlende krænkende adfærd inkluderer direkte berøring, men også mine direkte handlinger som fx billeder, emails, hentydninger, vittigheder mm. Trusler om vold og fysisk vold fra patienter, kolleger, ledere mm. på arbejdspladsen, og sidste dimension omhandlende mobning, betegnes som at en medarbejder gentagne gange bliver udsat for nedværdigende eller ubehagelig behandling, som forefindes svært at forsvare sig imod. Mobning kan komme både fra kolleger, patienter/klienter/kunder, ledere mm. (Kristensen et. al., 2006, 14-16).

COPSOQ-II som værktøj

Kristensen og Borg understreger i deres vejledning til brugen af COPSOQ-II, at denne kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø på en arbejdsplads ikke kan stå alene og ikke har nogen konkret mening i sig selv. Denne skal følges op af handling på de områder, der har behov for forbedringerne

ifølge medarbejderne. De har ligeledes lavet et forslag til, hvordan man som arbejdsplads kan tage skridt mod at implementere forbedringer i det psykiske arbejdsmiljø (Kristensen et. al., 2006, 17). Disse afgrænser nærværende speciale sig fra at redegøre yderligere for, da dette ligger udenfor specialets problemfelt og er en opgave, der ligger i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, såfremt de ønsker at gøre noget anderledes. Dog ønskes resultaterne fra denne COPSQ-II undersøgelse at blive holdt sammen med kvalitative interviews med hensigten at nuancere nogle af de elementer, der udfolder sig i resultaterne fra COPSQ-II blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Demand-Control model

Som tidligere beskrevet benytter nærværende speciale COPSQ-II til at give et indblik i, hvordan det psykiske arbejdsmiljø opleves af fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. COPSQ-II er foruden en række andre arbejdsmiljøteorier baseret på Robert Karasek og Tores Theorells teori omhandlende Job-Demand-Control. Job-Demand-Control modellen er udviklet i starten af 1970'erne af Karasek og den oprindelige intention med modellen var at illustrere, hvordan organisering af arbejde har en indvirkning på en medarbejders kreativitet både på arbejdspladsen, men også i privatlivet. Senere blev modellen videreudviklet i samarbejde med Tores Theorell (Agervold, 1998, 42). Demand-control modellen, der beskriver sammenhængen mellem krav og kontrol, påviste, at begrænset kontrol over sit arbejde kan føre til en reduceret evne til kreativitet, læring og viden hos den enkelte medarbejder. De konsekvenser, der opstod på arbejdspladsen som følge af denne manglende kreativitet, omfattede en passivitet hos den enkelte medarbejder, der også viste sig i deres fritiden, samt en øget forekomst af stress og fysiske sygdomme. Herved opstod der et nyt mål i forsøget på at demonstrere de sociale omkostninger ved de allerede eksisterende organisationsformer og samtidig identificere positive arbejdsmiljøfaktorer, der kunne imødegå disse omkostninger (Karasek, 1979, 299). I empiriske undersøgelser er Demand-control modellen hovedsageligt blevet studeret i relation til hjerte-kar-sygdomme. De fleste undersøgelser har bekræftet Karaseks påstand om, at der eksisterer en sammenhæng mellem høje krav og lav kontrol i arbejdet og forekomsten af sygdomme (Agervold, 1999, 42).

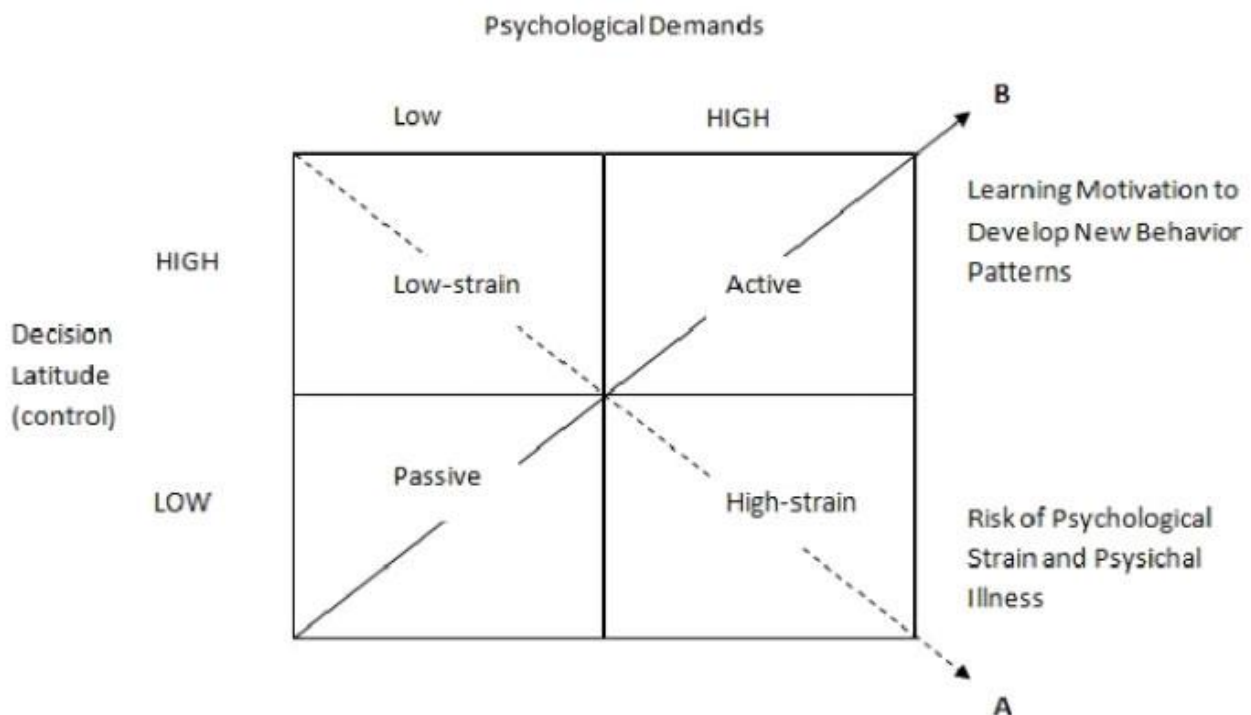
Karasek og Theorells Demand-control model anses som én af de mest indflydelsesrige modeller, når der tales om psykosociale arbejdsmiljøteorier, stress og sundhed, da teorien i højere grad fokuserer

på konteksten end individet, hvor tidligere stress-teorier centrerer omkring akut-stress (fx naturkatastrofer). De former for stressorer, som medarbejdere er udsat for på arbejdspladsen, er mindre end akut stressorer, men de er mulige at forandre og er konstante. Ifølge Karasek og Theorell er det således konteksten, altså arbejdets organisering og miljø, der skal forstås som hovedelementet i arbejdsrelateret stress. Dertil understreger Karasek og Theorell, at det ikke er selve arbejdets indhold, som skaber problemer for medarbejdere, men måden at arbejdet er organiseret på i organisationen (Karasek & Theorell, 1990, 6-9).

Nærværende speciale omhandler ikke som sådan arbejdsrelateret stress, om end dette ville være både relevant og spændende forskningsprojekt. Dog giver Karasek og Theorells teori et godt indblik i, hvilke faktorer, der kan have indvirkning på, at en medarbejder i sidste ende, kan ende med at få en stressrelateret reaktion. Derfor vil der i det følgende afsnit blive redegjort for Demand-control modellen, hvor de særligt relevante dimensioner af modellen, vil blive uddybet yderligere.

Demand-control-support model

Karasek og Theorells model kombinerer control/decision latitude (vil herfra blive omtalt som kontrol og beslutningsråderum), og psykologiske krav. Psykologiske krav skal her forstås som deadlines, tidspres, leverancer osv. Kontrol og beslutningsråderum består af en medarbejders evner og en medarbejders autonomi til at træffe beslutninger, fx i forbindelse med organiseringen af sit arbejde. Derudover kategoriserer Karasek og Theorell fire typer af jobs, som er kendetegnet ved: aktivitet, belastning, afslapning og passivitet (Karasek & Theorell, 1990, 31). Se modellen nedenfor.



Figur 4: Demand-control model (Karasek & Theorell, 1990, 32).

Det belastende job (illustreret nederst i højre hjørne i figur 4) defineres ved, at medarbejderen har en lav grad af kontrol og beslutningsråderum over sit arbejde, og høje psykologiske krav. Hvis en medarbejder oplever at blive pålagt flere arbejdsopgaver samtidig med at have et lavt beslutningsråderum over sit arbejde, kan dette føre til psykologiske belastninger, og i værste fald på sigt resultere i stressrelaterede reaktioner og sygdomme (Karasek & Theorell, 1990, 34).

Det aktive job (illustreret øverst i højre hjørne i figur 4) defineres ifølge Karasek og Theorell ved, at medarbejderen har en høj grad af beslutningsråderum over sit arbejde, og oplever høje psykologiske krav. De høje psykologiske krav forudsætter ifølge Karasek og Theorell, også høje præstationsevner. De psykologiske krav i denne kategori opleves dog ikke som belastende, men nærmere udviklende for medarbejderen. Medarbejdere i kategorien aktive jobs forventes ofte at have høj produktivitet, høj læringskurve og at være i udvikling (Karasek & Theorell, 1990, 35). Ifølge Karasek og Thoerell trives medarbejdere typisk i denne form for jobs (Karasek, 1979, 303).

Det afslappende job (illustreret øverst i venstre hjørne i figur 4) defineres ved, at medarbejderen har høj grad af beslutningsråderum og lave psykologiske krav til sit arbejde. Medarbejdere, der besidder disse jobs rammes ifølge Karasek og Theorell typisk ikke af psykiske belastninger, da de har mulighed for at løse sine opgaver optimalt (Karasek & Theorell, 1990, 36). Stressniveauet i arbejdet

er lavt, men en konsekvens ved de lave psykologiske krav, kan være, at medarbejdere med denne type job ikke føler, at de bliver udviklede (Karasek, 1979, 290).

De passive job (illustreret nederst i venstre hjørne i figur 4), som er den sidste jobkategori i Karasek og Theorells model defineres ved, at medarbejdere har lavt beslutningsråderum og lave psykologiske krav. Her kan medarbejdere miste motivationen og produktiviteten for arbejdet, som konsekvens af det lave beslutningsråderum og de lave psykologiske krav (Karasek & Theorell, 1990, 38). Medarbejdere med passive jobs, er typisk passive på grund af sine manglende muligheder for at udvikle deres evner og opkvalificere sig, og deres mangel på udfordringer i jobbet (Karasek, 1979, 302).

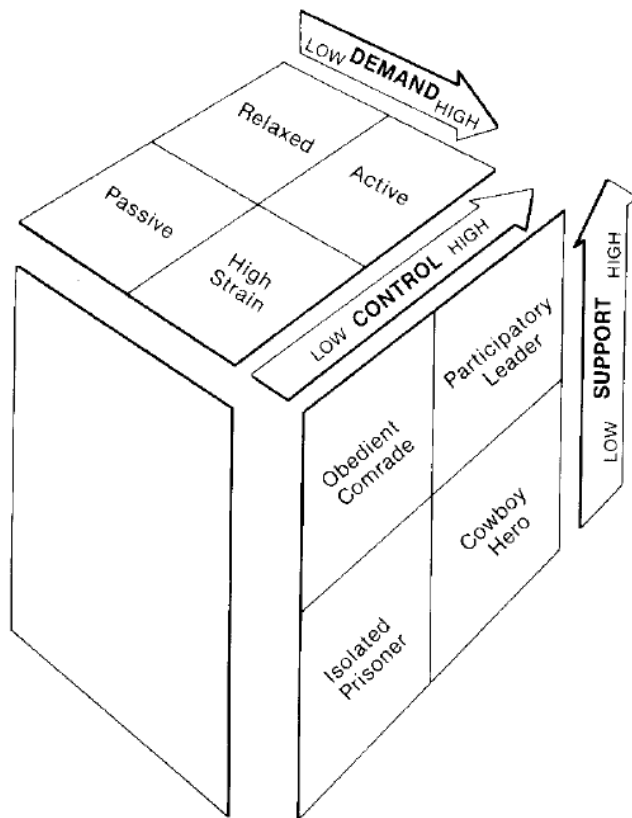
I Demand-control modellen ses der ligeledes to diagonale linje; aktivitetsdiagonalen (B-diagonalen) og belastningsdiagonalen (A-diagonalen). B-diagonalen går op mod højre i figuren, og illustrerer en stigende motivation for udvikling og læring. A-diagonalen, der går ned mod højre, illustrerer den stigende risiko for stressrelaterede belastningsreaktioner, hvor øget psykologisk belastning kan føre til udbrændthed. Disse diagonaler i modellen skal hjælpe med at identificere, hvordan medarbejdere kan imødekomme forskellige ændringer i deres arbejdsmiljø, hvor rammerne enten fremmer positiv udvikling og læring, eller består af mentalt belastende vilkår (Karasek & Theorell, 1990, 35-36).

Kort opsummeret kan det udledes af modellen, at jobs med høje psykologiske krav kan fremme motivationen, udviklingen og læringen, såfremt medarbejderen også har et højt beslutningsråderum. Modsat er der stor risiko for, at medarbejdere, der oplever, at de psykologiske krav stiger samtidig med at deres beslutningsråderum aftager, udvikler psykisk og fysisk stress på sig (Agervold, 1998, 144).

Karasek og Theorells Demand-control model har dog ofte været udsat for kritik, som anskuer modellen som værende for simpel i sin tilgang til at forstå medarbejderes stress på arbejdspladsen. Karasek og Theorells argumentation for denne problematik er, at Demand-control modellen ville blive for kompleks, hvis modellen skulle udtømme alle variabler, der kan have en indvirkning på psykosocialt arbejdsmiljø. Modellen skal ifølge Karasek og Theorell fungere, som et grundlag for at begynde en dialog omkring forandringer i organisationer. For at imødekomme dele af kritikken, har Karasek og Theorell dog udviklet deres Demand-control model med en ekstra dimension, som omhandler social støtte (Karasek & Theorell, 1990, 69), der skal kunne vise hvordan sociale relationer indvirker på medarbejderes beslutningsråderum (Pedersen, 1992). Social støtte

kategoriseres i modellen som alt hjælpsom interaktion, både på arbejdspladsen og udenfor arbejdspladsen (Karasek & Theorell, 1990, 69). I nærværende speciale vil hovedfokus dog være på den sociale støtte, der kan komme fra ledere og kollegaer, da specialet omhandler psykisk arbejdsmiljø. Dog omfatter den sociale dimension både uformel en-til-en kommunikation, der kan være mellem kollegaer, og til interaktioner, som fungerer på de strukturelle niveauer i en organisation (Pedersen, 1992). Karasek og Theorell adskiller den sociale støtte i to kategorier: socio-emotionel støtte og instrumentel social støtte. Socio-emotionel støtte antages at være en buffer for psykologiske belastninger en medarbejder kan opleve på en arbejdsplads. Den måles i graden af emotionel og social tillid mellem medarbejdere indbyrdes, ledere og andre ansatte (Karasek & Theorell, 1990, 70). Den instrumentelle sociale støtte omhandler i højere grad om ekstra ressourcer, og hjælp fra kollegaer og ledere til den enkeltes arbejdsopgaver (Karasek & Theorell, 1990, 71). De sociale relationer og aspekter i denne dimension er med til at påvirke medarbejderes identitetsfølelse, når den enkelte medarbejder føler værdsættelse for at bidrage til arbejdsmæssige- og kollegiale velbefindende og mål (Karasek & Theorell, 1990, 71).

Demand-control modellen hedder derfor efter inklusionen af den sociale dimension: Demand-Control-Support modellen. Som det kan ses i nedenstående figur, er social støtte tilføjet til Karasek og Theorells oprindelige Demand-control model.



Figur 5: 3D model af Demand-control-support modellen, der viser elementer af det psykosociale arbejdsmiljø (Karasek & Theorell, 1990, 70).

Udover de oprindelige kategorier, er der tilføjet fire forskellige arbejdstyper, som har sammenhæng med beslutningsråderummet og social støtte. De fire typer af medarbejdere er: den lydige kammerat, den isolerede fange, den deltagende leder og cowboyhelten.

Den lydige kammerat beskriver de jobtyper, hvor medarbejdere oplever et højt niveau af social støtte, men dertil også et lavt beslutningsråderum. Dette betyder, at der typisk forekommer store sociale ressourcer og forpligtelser, men at medarbejdere ikke har handlefriheden. Eksempler på disse former for jobs kan være postbude, leveringsservice, servicemedarbejdere mm. (Karsek & Theorell, 1990, 74)

Den isolerede fange beskriver de jobtyper, hvor medarbejdere har et lavt beslutningsråderum, men arbejder isoleret og har derfor lav grad af social støtte. Eksempler på dette kan være lagerarbejde, samlebånd mm. hvor medarbejderen tit arbejder alene (Karasek, 1990, 74).

Cowboyhelten beskriver de jobtyper, hvor medarbejdere oplever et stort beslutningsråderum, men arbejder isoleret. Eksempler på dette kan være advokater, arkitekter, kunstner osv. (Karasek & Theorell, 1990, 74).

Den deltagende leder behøver ikke nødvendigvis være en del af den organisatoriske ledelse. Dette beskriver i højere grad medarbejdere, der har en høj grad af social støtte, samtidig med et stort beslutningsråderum. Medarbejderne har stor mulighed for at have indflydelse på fælles beslutninger på arbejdspladsen. Eksempler på dette kan være forskere, terapeuter, NGO'er, undervisere osv. (Karasek & Theorell, 1990, 74).

I lyset heraf synes det, at Karasek og Theorell, ved integrering af den sociale dimension, operationaliserer to betingelser for medarbejderen og vedkommendes handlemuligheder. Medarbejderens handlemuligheder synes på den ene side at være underlagt dets beskæftigelse i relation til omfanget af pålagte krav og niveauet af beslutningsråderummet for at imødekomme disse krav. På den anden side synes individets handlemuligheder at være betinget af dets position i kollektivet, herunder graden af etablering og stabilitet i dette kollektiv.

Stress

Fænomenet stress kan være en uhåndterbar størrelse, der kan være svær at beskrive, da denne dækker over en række fysiske og psykiske symptomer (Graversgård, 2011, 29-32). Nærværende speciale vil ikke gå dybere ind i stress som sygdom, men vil afgrænse sig til at redegøre for stress og stressrelaterede reaktioner som konsekvens af et presset arbejdsmiljø ud fra Karasek og Theorells forståelse.

Karasek og Theorells forståelse af stress udspringer af samspillet mellem individet og arbejdsmiljøet, hvilket er afgørende for en række reaktioner (Agervold, 1998, 155). I modsætning til andre teorier om stress lægger Karasek og Theorells stressbegreb særlig vægt på arbejdsmiljøet og de strukturelle forhold, og der er derfor mindre fokus på individuelle omstændigheder og håndteringsstrategier. Karasek og Theorell påpeger dog, at en del af stressforekomsterne kan være relateret til individuelle forskelle, men at løsningen ikke primært ligger hos individet, men derimod hos arbejdspladserne (Karasek & Theorell, 1990, 90-95).

Analyse

I dette kapitel af nærværende speciale vil jeg præsentere mit samlede datasæt af empiri fra den kvantitative COPSOQ-II undersøgelse, og de seks kvalitative interviews. Første del af analysen vil primært beskæftige sig med COPSOQ-II blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen komparativt sammenholdt med danske lønmodtageres gennemsnit. Her belyses det generelle psykiske arbejdsmiljø, hvor enkelte dimensioner udfoldes og analyseres ud fra specialets teoretiske begrebsapparat. Anden del af analysen fokuserer primært på de kvalitative interviews, hvor de væsentligste udfordringer i det psykiske arbejdsmiljø i Det Grønlandske Sundhedsvæsen analyseres og hvor mulige indsatser til forebyggelse præsenteres. Efter hvert analyseafsnit findes et opsamlende afsnit.

Generelle fund fra COPSOQ-II blandt fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen komparativt med danske lønmodtagere

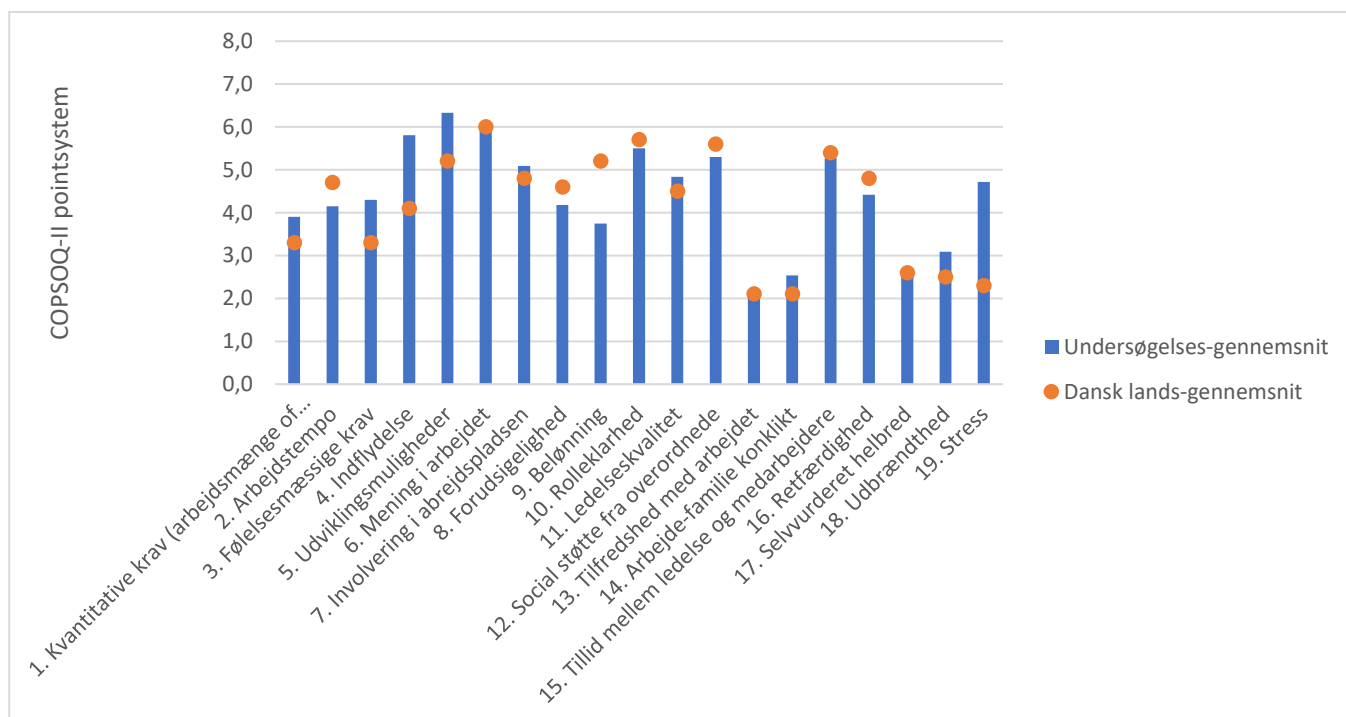
I dette afsnit vil der blive redegjort for resultaterne fra det elektroniske spørgeskema COPSOQ-II. Datasættet bygger på svar fra 33 informanter, der identificerer sig som værende fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Der vil først og fremmest blive redegjort for resultaterne fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse, COPSOQ-II, samt komparativt at sammenholde datasættet, med resultater af samme spørgeskemaundersøgelse lavet blandt 3517 danske lønmodtagere fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (Kristensen et. al., 2006). Med en hensigt at nuancere resultaterne fra COPSOQ-II drages de udførte kvalitative interviews ind løbende gennem dette afsnit.

Nærværende speciale afgrænser sig for at redegøre for alle dimensioner i COPSOQ-II foretaget blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, da det vurderes kun at være interessant at udvælge de specifikke dimensioner, hvor resultaterne fra undersøgelsen divergerer med det danske landsgennemsnit og gå i dybden med dem i dette afsnit af analysen. Dog ønskes det kort at vise resultaterne af hele datasættet fra nærværende undersøgelse sammenholdt med de danske lønmodtageres gennemsnit for at skabe transparens i empirien. Nedenfor ses tabel 1, som efter COPSOQ-IIs vejledning, har illustreret det udregnede undersøgelsesgennemsnittet komparativt holdt op mod det danske landsgennemsnit.

	Undersøgelses- gennemsnit	Dansk landsgennemsnit	Undersøgelsen i forhold til det danske landsgennemsnit
1. Kvantitative krav (arbejds-mængde af arbejds-pres)	3,9	3,3	Lidt højere end gennemsnittet
2. Arbejdstempo	4,2	4,7	Lidt lavere end gennemsnittet
3. Følelsesmæssige krav	4,3	3,3	Lidt højere end gennemsnittet
4. Indflydelse	5,8	4,1	Meget højere end gennemsnittet
5. Udviklingsmuligheder	6,3	5,2	Meget højere end gennemsnittet
6. Mening i arbejdet	6,1	6	Lidt højere end gennemsnittet
7. Involvering i arbejdspladsen	5,1	4,8	Lidt højere end gennemsnittet
8. Forudsigelighed	4,2	4,6	Lidt lavere end gennemsnittet
9. Belønning	3,8	5,2	Meget lavere end gennemsnittet
10. Rolleklarhed	5,5	5,7	Lidt lavere end gennemsnittet
11. Ledelseskvalitet	4,8	4,5	Lidt højere end gennemsnittet
12. Social støtte fra overordnede	5,3	5,6	Lidt lavere end gennemsnittet
13. Tilfredshed med arbejdet	2,2	2,1	Lidt højere end gennemsnittet
14. Arbejde-familie konflikt	2,5	2,1	Lidt højere end gennemsnittet
15. Tillid mellem ledelse og medarbejdere	5,3	5,4	Lidt lavere end gennemsnittet
16. Retfærdighed	4,4	4,8	Lidt lavere end gennemsnittet
17. Selvvurderet helbred	2,6	2,6	Samme gennemsnit som for lønmodtagere i Danmark
18. Udbrændthed	3,1	2,5	Lidt højere end gennemsnittet
19. Stress	4,7	2,3	Meget højere end gennemsnittet

Tabel 1: viser nærværende speciales kvantitative datasæt komparativt sammenhold med danske lønmodtagers gennemsnit.

Som det kan ses på tabellen, læner resultaterne blandt fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen sig en del op af de danske lønmodtagers gennemsnit. I følgende figur kan en visualisering af resultaterne fordelt på dimensionerne give et bedre billede af divergensen fra undersøgelsen blandt de danske lønmodtagere.



Figur 6: illustrerer nærværendes speciales kvantitative datasæt komparativt sammenholdt med danske lønmodtageres gennemsnit.

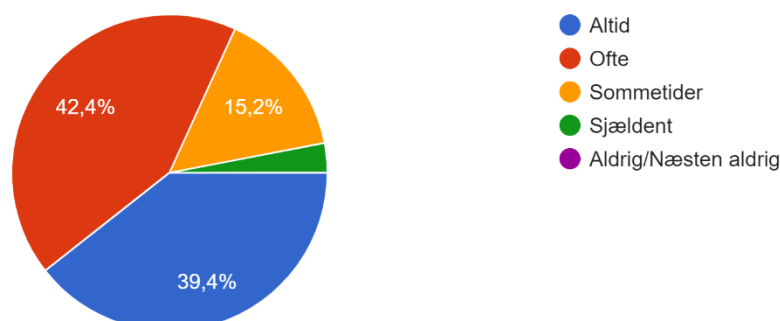
Resultaterne lægger sig enten lidt lavere eller lidt lavere end den danske undersøgelse, dog divergerer den i højere grad på fire dimensioner: indflydelse, udviklingsmuligheder, belønning og stress. Disse anskuede relevante dimensioner for nærværende speciale vil blive analyseret med uddrag fra de kvalitative interviews i et nedenstående afsnit.

Indflydelse og udviklingsmuligheder i arbejdet

COPSOQ-II's dimension, der omhandler indflydelse på hver enkeltes arbejde, dækker bl.a. over arbejdsopgavers organisering, pauser, samarbejdspartnere og lignende (Kristensen et. al., 2006, 4). Informanterne scorer meget højere end gennemsnittet for de danske lønmodtagere, hvilket kan betyde, at det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen oplever, at de har en høj grad af autonomi i deres arbejdsopgaver og beslutninger herom.

4A. Har du stor indflydelse på beslutninger om dit arbejde?

33 svar



Figur 7: illustrerer procentvis i hvilken grad, de adspurgte fastansatte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen oplever indflydelse på sit arbejde.

Der kan være mange grunde til at svarene fra det fastansatte sundhedspersonale divergerer fra de danske lønmodtageres. En af informanter fra de kvalitative interviews beskriver indflydelse på sit arbejde således:

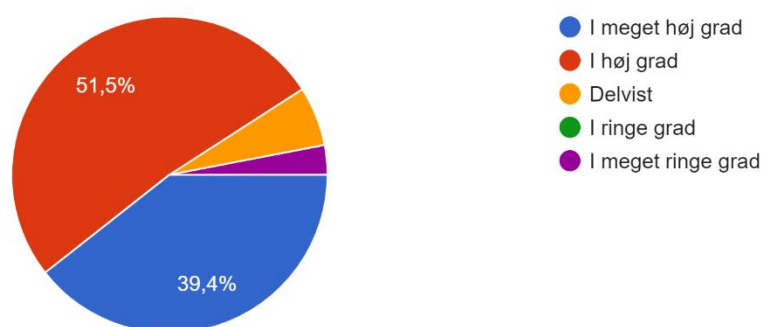
”Vores dage er rimelige uforudsigelige og det er ikke altid, man kan få lov eller der er tid til at spørge nogen. Så prøver man sig frem. (..) Tit laver jeg småting, som en mere erfaren sygeplejerske eller læge ville have gjort i DK, men fordi der ikke er nogen her, så får jeg lov. Det er fedt, men også ret skræmmende. (..) der er jo ikke noget alternativ, eller jo, at gøre ingenting, men det er jo heller ikke rigtig en mulighed, vel?” (Informant 1, 20.02, transskribering kan udleveres efter aftale)

Informanten oplever at have stor indflydelse på arbejdsopgaver og beslutninger i sit arbejde til hverdag, fordi arbejdsopgaverne og de patienter, der kommer ind i Det Grønlandske Sundhedsvæsen ikke kan forudses, hvorfor arbejdsmængden eller typen af opgaver ikke kan forudses. Der er altså ikke en direkte kontrol over hvilke opgaver der kommer ind, men en generel oplevelse af at have en stor indflydelse på beslutningerne omkring arbejdet, som godt kan opleves som en stor grad af beslutningsråderum, og derfor kontrol over arbejdsopgaver jævnfør Karasek og Theorell. Ifølge Karasek og Theorells Demand-control model oplever medarbejdere med aktive jobs, altså en høj grad af beslutningsråderum og høje psykologiske krav, stor trivsel, da deres arbejde er forbundet med en høj læringskurve, og at være konstant i udvikling (Karasek, 1979, 303/Karasek & Theorell, 1990, 35).

Dette afspejles også direkte i resultaterne fra COPSOQ-II undersøgelsen, når der spørges ind til det fastansatte sundhedspersonales oplevelse af deres udviklingsmuligheder på arbejdspladsen.

5A. Har du mulighed for at lære noget nyt gennem dit arbejde?

33 svar



Figur 8: illustrerer procentvis i hvilken grad, det adspurgte fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen oplever muligheden for at lære noget nyt gennem deres arbejde.

39,4 % af informanterne i nærværende undersøgelse mener, de i meget høj grad har mulighed for at lære noget nyt, og 51,5 % mener i høj grad, de har mulighed for at lære noget nyt på deres arbejdsplads, hvilket er meget højere end danske lønmodtageres gennemsnit. Dette falder i god tråd med informantens udtalelse ovenfor, da fastansat sundhedspersonale kan finde sig selv i situationer på arbejdspladsen, hvor de er nødt til at prøve sig frem, når der ikke er et alternativ, enten i form af en anden fagfælle eller leder, da de har et ansvar overfor patienter. Der kan her forekomme en stor læringskurve, som kan give medarbejdere en følelse af at være i stor udvikling (Karasek, 1979, 303).

Omvendt beskriver en informant fra de kvalitative interviews, hvordan vedkommendes arbejdsopgaver ændrede sig drastisk, da vedkommendes afdeling fik ny ledelse. Vedkommende udtaler:

”Jeg har ikke opgaver, hvor der er et drive og hvor jeg kan vokse med opgaven. Jeg kan ikke få lov at udvikle mig. (..) Det dræner mig for energi. Jeg har ingen indflydelse på hvilke opgaver jeg har. Det havde jeg i høj grad før. (..) det skyldes en anden ledelse. (..) min tidligere ledelse havde stort fokus på tværfagligheden. (..) Det

gør, at det er nu, jeg kører sur i det.” (Informant 3, 35.01, transskribering kan udleveres efter aftale)

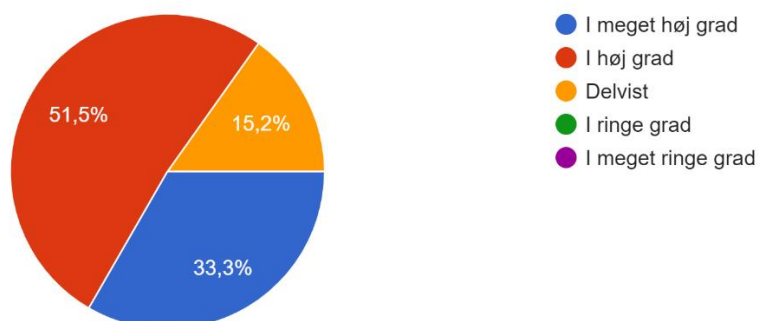
Vedkommende er gået fra at have en hverdag i det Karasek og Theorell kategoriserer, som et aktivt job med stor indflydelse på egne opgaver og muligheder for at udvikle sig til at have et passivt job. Det passive job opleves af informanten som demotiverende og som en hæmsko for faglig udvikling, som et resultat af ledelsens indsnævring af informantens beslutningsråderrum (Karasek & Theorell, 1990, 38/Karsaek, 1979, 302). Der er altså sket en ændring i de psykologiske krav til arbejdet, da informanten oplever tidligere, under en anden ledelse at have haft tværfaglige opgaver, der gav vedkommende en følelse af at have drive og at kunne vokse med opgaven. Informantens tidligere opgaver har altså ligger indenfor vedkommendes nærmeste udviklingszone, som giver en følelse af motivation, mestring og kompetenceudvikling ifølge Vygotsky (Vygotsky, 1978, 32-35). Omvendt så oplever informanten ligeledes, at de nye opgaver, vedkommende skal løse, har vedkommende ikke har noget særlig indflydelse eller kontrol over, dræner vedkommende for energi, hæmmer trivsel og vedkommende ”kører sur i det”. Vedkommende befinder sig altså i det Vygotsky kategoriserer, som den aktuelle udviklingszone, eller sin komfortzone. Dette giver en rutinepræget hverdag, hvor vedkommendes færdigheder og kompetencer gentages om og om igen, og der ikke forekommer nogle former for udvikling for informanten. Det bliver ifølge Karasek og Theorell derfor til et passivt job, som står i kontrast til de tidligere arbejdsopgaver, som havde udviklende og tværfaglig karakter (Karasek, 1979, 302-303).

Meningsfuldhed i arbejdet og belønning

Størstedelen af informanterne til nærværende speciales COPSQ-II har funktioner inden for sundhedsvæsenet er af væsentlig karakter, hvor sundhedspersonalet i et eller andet omfang er direkte impliceret i at helbrede mennesker, der er i nød, eller har problemer (Kristensen et. al., 2006, 6). Dette kan give de adspurgte information en oplevelse af, at de oplever deres arbejde som meningsfuldt og at de yder en vigtig arbejdsindsats. Når der kigges på dette speciales resultater på de to spørgsmål, som omhandler meningsfuldhed, er det også det billede resultaterne tegner.

6A. Er dine arbejdsopgaver meningsfulde?

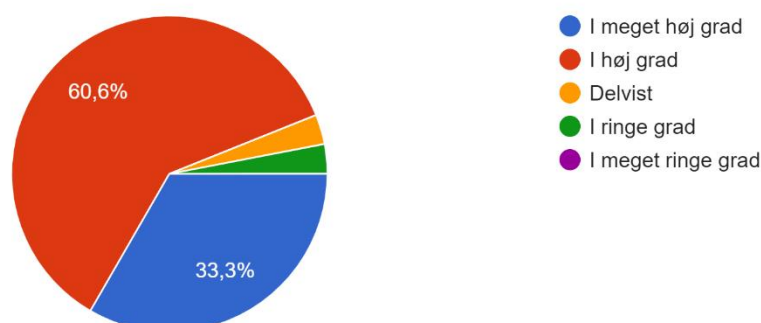
33 svar



Figur 9: illustrerer procentvis i hvilken grad, det adspurgte fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen oplever sine arbejdsopgaver meningsfulde.

6B. Føler du, at du yder en vigtig arbejdsindsats?

33 svar



Figur 10: illustrerer procentvis i hvilken grad, det adspurgte fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen føler, at de yder en vigtig arbejdsindsats.

Ud af de 33 fastansatte sundhedspersonale mener 51,5%, at deres arbejdsopgaver er meningsfulde, og 33,3% mener, at deres arbejdsopgaver i meget høj grad er meningsfulde. Dertil oplever 60,6%, at de i høj grad yder en vigtig arbejdsindsats, og 33,3% mener, de i meget høj grad yder en vigtig arbejdsindsats. Dog ligger disse resultater kun lidt højere end de danske lønmodtageres resultater, hvilket skabte en undren for forskeren, da jeg oprindeligt havde en hypotese om, at medarbejdere i sundhedssektoren oplevede større meningsfuldhed i sit job grundet deres jobfunktion. Dette er også

COPSOQ-II's egen påstand, at personer med funktioner indenfor sundhedsfaget føler en større meningsfuldhed i arbejdet, fordi de er implicitte i menneskers helbredelse (Kristensen et. al., 2006,6). Jeg var således nødt til at justere fokuset i nærværende speciale, da min forforståelse og hypotese omkring højere oplevet meningsfuldhed blandt mine informanter sammenholdt med de danske lønmodtagere, viste sig ikke at holde stik. Ifølge Gadamer har jeg således gennem min interaktion med objektet, resultaterne af COPSOQ-II undersøgelsen og efterfølgende undersøgelse af litteratur, fået udfordret og aktiveret min egen forståelseshorisont. Da resultaterne differentierede fra mine fordomme, har jeg har en horisontsammensmeltning, som har præget den fortsatte proces af nærværende speciale (Gadamer, 2007, 276-277).

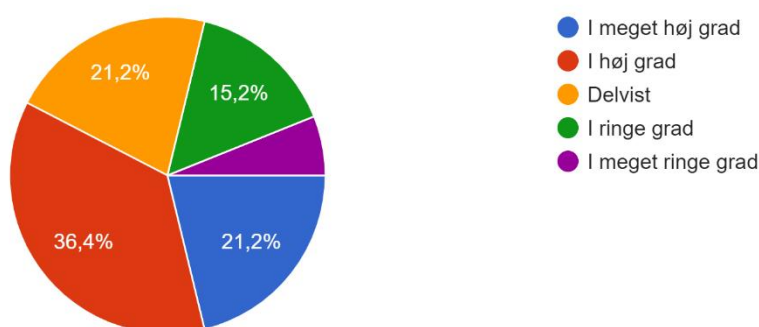
Dog er resultaterne på spørgsmålene omhandlende meningsfuldhed ikke lave blandt det fastansatte sundhedspersonale. Meningsfuldhed i arbejdet har stor indvirkning på, at medarbejdere oplever høj trivsel og livskvalitet, som også er forbundet med at have et godt helbred. Ifølge sociolog Aron Antonovsky (1994) er det helt centralt for mennesket, for at kunne mestre livet, at føle en oplevelse af sammenhæng. Oplevelse af sammenhæng-begrebet er delt op i tre underbegreber: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, hvor nærværende speciale kun vil benytte meningsfuldhedsbegrebet. Antonovsky mener, at delagtighed er en af katalysatorerne til, hvorvidt et individ oplever meningsfuldhed. Så for at kunne opleve meningsfuldhed, motivation og en følelse af sammenhæng i sit arbejdsliv, er det nødvendigt at have indflydelse på sine arbejdsopgaver. Hvis vi vender tilbage til det tidligere citat **på s. 46-47 fra informant 3**, så taler den direkte ind i Antonovskys teori omkring oplevelse af sammenhæng, da vedkommende beskriver, hvordan motivationen i arbejdet falder, jo højere grad vedkommende ikke har indflydelse på arbejdsopgaverne, hvilket fører til dårligere trivsel på arbejdet (Antonovsky, 2003).

Antonovsky teori om sammenhæng er en del af et paradigmeskift, hvor der i højere grad lægges vægt på en salutogenetisk tilgang til mental sundhed med sundhedsfremme i fokus i stedet for den oprindelige patogenetiske tilgang, hvor sygdom og behandling er i hovedfokus. Antonovsky er kun én af mange forskere, der har forsket i sammenhængen mellem indflydelse og meningsfuld i sammenhæng med trivsel, i dette tilfælde på arbejdspladsen, fælles for dem er, at øget personlig empowerment giver større trivsel. Andre begreber der figurerer side om side med Antonovskys begreber er bl.a. coping, compassion, self-efficacy mm. Andre forskere, der beskæftiger sig med salutogenese og et sundhedsfremmende perspektiv, kan der nævnes Mittelmark og Bauer, Santini et. al, Kronborg et. al. og Koushede og Donovan (Prinds et. al. 2023, 109-110).

Hvis vi sammenholder resultaterne fra nærværende undersøgelse, hvor informanterne mener, at de i høj grad udfører en vigtig arbejdsindsats med resultaterne på spørgsmålene angående belønning af ledelsen, så afbilleder nærværende speciales COPSOQ-II undersøgelse, at informanterne er meget spredt, når de bliver spurgt ind til om deres arbejde bliver anerkendt og påskønnet af ledelsen.

9A. Bliver dit arbejde anerkendt og påskønnet af ledelsen?

33 svar



Figur 11: illustrerer procentvis i hvilken grad, det adspurgte fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen føler, at deres arbejde bliver anerkendt og påskønnet af ledelsen.

Sammenholdt med de danske lønmodtageres gennemsnit, så lægger denne undersøgelses fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen meget lavere end gennemsnittet, se tabel 1.

Medarbejdere kan blive anerkendt og belønnet på forskellige måder for deres arbejdsindsats. Nogle af de primære former for anerkendelse omfatter løn, muligheder for karriereudvikling og daglig anerkendelse for udført godt arbejde. Anerkendelse udgør en central dimension inden for det psykiske arbejdsmiljø, da det handler om opfattelsen af retfærdighed. Når medarbejdere ikke føler, at de bliver belønnet tilstrækkeligt for deres indsats, kan det føre til en reduktion i deres engagement og produktivitet på arbejdspladsen. En af informationer beskriver det således, når der bliver spurgt ind til anerkendelse fra ledelse:

”Jeg har tit siddet med en følelse af, at der ikke er overskud fra min nærmeste leder til at se, hvad er det egentlig, der foregår på gulvet. Det er frustrerende at sidde som medarbejder på gulvet og holde motivationen oppe, når man ikke bliver set for de gode ting, man gør og hvor hårdt man arbejder (..) det er også hårdt at være ildsjæl og skulle holde alle andres motivation også. (..) jeg tror ikke, det er med vilje de

[ledelsen] ikke anerkender os. De virker bare til at have enormt travlt med deres eget". (Informant 1, 25.05, transskribering kan udleveres efter aftale)

Vedkommende beskriver, at det er svært at holde motivationen oppe på ikke blot sig selv, men også for sine kollegaer, når det føles som om ledelsen ikke magter at anerkende sine medarbejdere. Vedkommende henviser her til daglig anerkendelse for udført godt arbejde, og ikke materielle goder. Desirée Stocker et. al. har forsket i anerkendelse fra lederes indvirkning på medarbejderes overordnede velbefindende. Ifølge Stocker er der en direkte forbindelse mellem anerkendelse fra ledelse til medarbejderes oplevelse af højere glæde (Stocker et al. 2014), og at ros fra flere kilder, fx ledelse og kollegaer imellem, indikerer en positiv indvirkning på restitution fra stressende krav på arbejdspladsen, søvnproblemer, generel jobtilfredshed (Stocker et. al. 2018). Det giver altså god mening, at informanten oplever, at det er frustrerende, at anerkendelsen for det daglige arbejde udebliver fra ledelsen. Informanten understreger dog, at vedkommende ikke mener, at den manglende anerkendelse ikke er et udtryk for ond vilje, men blot at ledelsen kun har øje for egne krav og opgaver.

Et studie fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø lavet blandt mere end 55.000 lønmodtagere i Danmark viser, at ledelsens formåen for at bl.a. at kunne anerkende sine medarbejdere, har en direkte indvirkning på, at medarbejdere føler sig tæt knyttet til sin arbejdsplads og omvendt, at hvis ledelsesadfærden ikke understøtter de positive psykosociale arbejdsmiljøfaktorer, så ses der en sammenhæng med højere sygefravær og flere langtidssygemeldinger (Sørensen et. al. 2023). Uanfægtet hvilket grundlag ledelsen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen har til ikke at anerkende deres medarbejdere, så har det en indvirkning på trivslen blandt det fastansatte sundhedspersonale på tværs af Det Grønlandske Sundhedsvæsen, hvilket kunne tyde på, at der muligvis også opleves pres på mellemlederne fra den overordnede ledelse. Resultaterne fra COPSQ-II blandt det fastansatte personale, viser i hvert fald, at de mener, de yder en vigtig arbejdsindsats, men at deres arbejde ikke opleves at blive anerkendt af ledelsen i høj nok grad. Manglende belønning på arbejdspladsen kan resultere i mindre engagerede og produktive medarbejdere ifølge COPSQ-II's teoretiske udgangspunkt. Mangel på modtagelse af passende belønning kan desuden udgøre en kilde til stress for medarbejderne (Kristensen et. al., 2006, 8).

Alt fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen er ansat på overenskomst, hvorfor det kan være svært for ledelsen at vise sin anerkendelse gennem øget løn og tillæg indenfor

stillingsbetegnelse og løntrin (Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit, 2018). I forbindelse med at vise anerkendelse for sine medarbejdere gennem karriereudvikling, har Det Grønlandske Sundhedsvæsen en aftale med Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit (PPK), der er en sammenslutning af syv sundhedsfaglige fagforeninger, hvor PPK-ansatte kan ansøge om midler til årligt at få et fagrelevant kursus/temadag/uddannelse (Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit, 2022). Det Grønlandske Sundhedsvæsen har altså muligheder for at tilbyde sine medarbejdere anerkendelse, eller omvendt kan det diskuteres, om det i virkeligheden er medarbejderne, der kan søge anerkendelse, ved at få godkendelse til at deltage i et karriereudviklende kursus via egen ansøgning til Kursusfonden. Dette kræver, at man har nogle medarbejdere, som kan se egen værdi og tør at ansøge om de kurser, de virkelig gerne vil have, og som de mener, de har behov for. Allerede her stiller det yderligere høje krav til proaktive medarbejdere. Hvis man har siddet i afdelinger i Det Grønlandske Sundhedsvæsen i nogle år, hvor man ikke oplevet særlig anerkendelse fra sin ledelse, kan det muligvis virke intimiderende at ansøge om et kursus. Dertil skal det tilføjes, at den nærmeste ledelse skal godkende medarbejderes ansøgning. Så der er en risiko for, at medarbejderes ansøgning bliver afvist. En af informanterne havde denne oplevelse med en leder og en ansøgning til Kursusfonden:

”(..) Så skal man ansøge og ens leder skal så skrive en argumentation for, hvorfor man skal på det her kursus, som vedlægger ansøgningen. (..) han skrev så en modsatrettet argumentation, hvor han pillede mig fuldstændig fra hinanden. Hvis jeg sendte den, ville jeg ikke få kurset. Jeg bad ham ændre det. Så skiftede han én linje og endte med at sende den direkte til Sundhedsledelsen og ikke Kursusfonden (..) jeg nåede ikke at se den, og han sendte hele vores mailkorrespondancen med, hvor han nedgjorde mig, så den øverste ledelse kunne se det” (Informant 6, 24.05, transskribering kan udleveres efter aftale).

Informantens citat her illustrerer meget godt, hvordan et tiltag som anses som at være et karriereudviklende gode på en arbejdsplads, forudsætter at der er en god og tryk relation til den nærmeste ledelse og der er en forventning om, at ledelsen ser samme potentiale, som man kan se i sig selv. Ovenstående citat er et enestående tilfælde fra datasættet, men det viser, at medarbejderne kan ende i en meget sårbar situation, hvis ikke der forekommer nogle støttende rammer til udvikling på arbejdspladsen med en leder, der kender sine medarbejdere, og ved hvordan de skal udfordres, så de trygt kan rykke sig fra deres komfortzone, over i deres nærmeste udviklingszone (Vygotsky, 1978, 32-35). Det er ikke nødvendigvis nok, at der bliver tilbudt strukturelt organiserede tiltag til

anerkendelse gennem kompetenceudvikling. Medarbejdere har brug for en tryk, støttende og udviklingsfremmende ledelse for at kunne benytte de strukturelle tiltag, der bliver tilbudt på arbejdspladsen.

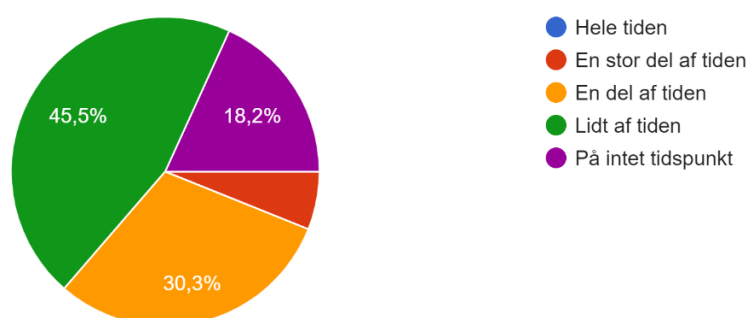
Den billigste, letteste og mest bæredygtige måde at anerkende sine medarbejdere på ville være at give dem ros og verbal anerkendelse i hverdagen. Anerkendelse er som sådan ikke inkluderet i Karasek og Theorells klassiske Demand-Control model (Semmer et. al., 2019). Men baseret på Stockers teori og forskningen omkring anerkendelse på arbejdspladsen, der tidligere blev nævnt i dette afsnit, ville det være en investering i sine medarbejdere at prioritere denne verbale anerkendelse i hverdagen, da det kan øge trivslen, tilknytningen til arbejdspladsen og have en positiv indvirkning på stressende krav på arbejdspladsen (Kristensen et. al., 2006, 8/Stockers et. al. 2018). Dertil kan det også skabe mulighed for, at medarbejdere kan benytte sig af de strukturelle tiltag for udvikling og trivsel, som bliver udbudt på arbejdspladsen, fordi de har fagligt selvværd og en ledelse, der anerkender deres evner i hverdagen.

Stress og følelsesmæssigt belastende situationer blandt det fastansatte sundhedspersonale

I gennemgang af datasættet fra COPSOQ-II blandt fastansat sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen er der særligt én kategori, stress, hvor informanterne scorer meget højt, sammenholdt med gennemsnittet for de danske lønmodtagere. Som beskrevet i det teoretiske afsæt for nærværende speciale forklares stress ud fra Karasek og Theorells definition, som er inkluderet i Demand-Control modellen, hvor stress ansues som et "arbejdsgiver-problem". Stress skal løses gennem forbedring af arbejdsmiljø og de strukturelle forhold snarere end i privatsfæren af medarbejdere, der oplever stress, hvorom der kan være individuelle faktorer, der spiller ind (Karasek & Theorell, 1990, 90-95).

19A. Hvor tit har du været stresset?

33 svar



Figur 12: illustrerer procentvis i hvor tit det adspurgte fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen føler, at de er stressede.

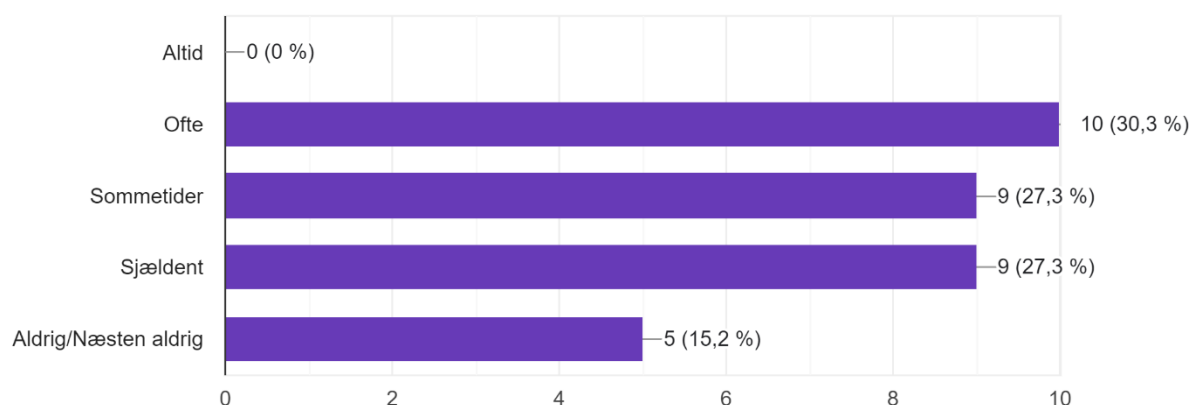
Når der kigges på ovenstående figur, der illustrerer svarene fra nærværende speciales COPSOQ-II undersøgelse, er der 45,5 % af det fastansatte sundhedspersonale, der føler sig stresset lidt af tiden. Kortvarigt stress er naturligt, og indtræffer tit i perioder på arbejdspladsen, hvor der er spidsbelastninger, og det kræver en øget præstation, hvorved stressen virker gavnligt (Kristensen et. al., 2006, 13). Dertil viser undersøgelsen, at 30,3 % føler sig stressede en del af tiden, og 6,1 % føler sig hele tiden stressede. Et højt stressniveau over længere tid kan være reducere livskvaliteten, arbejdsydelsen og det generelle helbred. Langvarig stress kan således også føre til alvorligere sygdomme, som depression, kognitive vanskeligheder, hjerteproblemer mm. (Kristensen et. al., 2006, 13). På trods af, at informanterne i nærværende undersøgelse scorer højere end de danske lønmodtageres gennemsnit, når de spørges ind til stress, henviser størstedelen af de angivne svar til kortvarig stress, og der er ingen informanter i det kvantitative datasæt, der har angivet, at de hele tiden er stressede. Dog kan det stadig anses som problematisk, at stressniveauet forekommer højt. I og med at alle informanter er sundhedspersonale, har de således også en hverdag, hvor størstedelen har direkte kontakt med patienter, som i en vis grad er sårbare. Dette kræver en følelsesmæssig rummelighed og robusthed af medarbejdere, og kan i nogle tilfælde føre det, der kaldes omsorgstræthed. Begrebet omsorgstræthed (compassion fatigue) bliver blandt andet benyttet af sundhedsforskere Fiona Cocker og Nerida Joss, der beskriver det som en reaktion på overvældende og konstant stress i omsorgsarbejdet (Cocker & Joss, 2016). Omsorgstræthed kan forekomme i enhver relation, hvor der udvises empati, som der typisk ses i forholdet mellem et sundhedspersonale og en patient (Pehlivan, 2017). Empati anses som en afgørende faktor for

udviklingen af omsorgstræthed, idet sundhedsprofessionelle skal have evnen til ikke blot at opfatte, men også forstå, hvad deres patienter gennemgår, samt at kunne kommunikere forståelsen af denne oplevelse (Cocker & Joss, 2016). Så selve dét at være ansat som sundhedspersonale med de høje psykologiske krav, der forekommer i arbejdet, kan i sig selv være med til at skabe en følelsesmæssig belastning for sundhedspersonalet.

Dette afspejler sig også i de resultaterne fra COPSOQ-II undersøgelsen, der beskæftiger sig med de følelsesmæssige krav i arbejdet, hvor det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen også scorer højere end de danske lønmodtagere. Se nedenstående figur.

3A. Bringer dit arbejde dig i følelsesmæssigt belastende situationer?

33 svar



Figur 13: illustrer procentvis svarfordelingen blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Det er i disse resultater, det bliver tydeligt, at en COPSOQ-II undersøgelse ikke kan stå alene, da undersøgelsen kun giver et overfladisk indblik i en eventuel problematik (Kristensen et. al., 2006, 17). En følelsesmæssigt belastende situation kan dække over mange forskellige situationer med mange forskellige aktører. Det kan være mellem kollegaer, ledelse, med patienter etc. Der kan derfor ikke konkluderes i hvilke former for situationer det fastansatte sundhedspersonale oplever følelsesmæssigt belastende situationer, bare at 30,3 % af informanterne oplever det. Når informanterne i de kvalitative interviews spørges ind til dette, giver de indikatorer på, hvad der kan opleves som følelsesmæssigt belastende situationer og hvordan det spiller sammen med andre psykosociale faktorer.

” (...) det har katastrofale konsekvenser, hvis ikke vi når de forskellige deadlines, da vi har så koordinerende en indsats til hele kysten. Så ja. Jeg arbejder mere end 40 timer for at nå mine deadlines” (Informant 5, 45.05, transskribering kan udleveres efter aftale)

Her giver Informant 5 udtryk for, at vedkommendes jobkrav er så høje, at vedkommende arbejder mere end sine overenskomstbestemte 40 timer for at nå dem, da konsekvenserne ved ikke at overholde deadlines har væsentlige konsekvenser for patienter i hele Grønland. Dette kan også hænge sammen med graden af de oplevede meningsfuldhed i arbejdet. Der synes at tegne sig en tendens om en stigende grad af tilsidesættelse af eget ve og vel i forbindelse med sine arbejdsopgaver, jo mere arbejdet opleves meningsfuldt af informanterne. En anden informant uddyber:

”Der er i princippet ikke plads til, at jeg har en dårlig dag på mit job og laver fejl. Jeg kan ende med at være ansvarlig for om et menneske lever eller dør (...) jeg elsker mit job fordi jeg gør en forskel, men det er hårde vilkår, hvis ikke jeg har det godt. Det er stressende og kan være svært i perioder.” (Informant 6, 30.03, transskribering kan udleveres efter aftale)

I ovenstående citat fra Informant 6 fremhæves det, at i arbejdet prioriteres ansvarlighed og pligtopfyldelse over egne individuelle behov, hvilket skyldes det høje niveau af krav i forbindelse med udførelsen af sundhedsfaglige opgaver, der har stor indvirkning på andre individer. Den meningsfuldhed, der associeres med arbejdet, indikerer, at det fastansatte sundhedspersonale sætter sig selv under yderligere pres grundet pligtopfyldelse og oplevet meningsfuldhed i jobbet, hvilket potentielt kan føre medarbejderne ind i følelsesmæssigt udfordrende og belastende situationer.

Informanterne til de kvalitative interviews er en blandet informantgruppe, der både sidder i stillinger med ledelsesansvar og uden. Der er dog ikke én i informantgruppen, som ikke har oplevet en stressreaktion under deres ansættelse i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

”(...) nogle gange, så har vi så mange indlagte patienter, at vi ikke har tid til ambulante patienter og så kommer der jo lang venteliste. Det sker, når vi ikke er ret mange på arbejdspladsen, når vi er mange ude at rejse, er syge, har sagt op og så ved jeg folk bliver pressede. Det kan jeg se ved de sygemelder sig, de kommer ind til mig og udtrykker, at de føler sig stressede. (...) det stresser dem yderligere, når venteliste

stiger. Det er et stressmoment.” (Informant 2, 05.03, transskribering kan udleveres efter aftale)

Informant 2 beskriver, hvordan øget arbejdspress og en stigende venteliste inden for Det Grønlandske Sundhedsvæsen udløser en eskalerende stressrespons blandt medarbejderne. Dette resulterer i sygemeldinger blandt personalet på grund af stress, hvilket yderligere forøger belastningen på de tilbageværende medarbejdere, der skal håndtere både deres egne opgaver samt den stigende venteliste. Der opstår således en selvforstærkende stressrespons, når arbejdskravene stiger, samtidig med at kontrollen over ventelisten og behandlingskapaciteten formindskes. Ifølge Karasek og Theorell er det netop, når kravene i arbejdet stiger, og kontrollen over arbejdet falder, at der opstår det, de kategoriserer som belastende jobs, som giver øget risiko for fald i trivsel og udviklingen af stressreaktioner (Karasek & Theorell, 1990, 34). En anden informant beskriver samme problematik på vedkommendes afdeling:

”Selvom vi i perioder er underbemandede, så løber vi bare stærkere, meget stærkere og når de ting, som vi er normerede til. (...) vi skærer ikke ned på arbejdsopgaverne. Der er samme mængde opgaver, der skal løses.” (Informant 3, 30.33, transskribering kan udleveres efter aftale)

Her sker ligeledes en stigning i jobkravene til medarbejderne, men et fald i kontrol over deres situation og arbejdsopgaver. Når der spørges ind til, hvordan stressen påvirker informanterne, bliver der udtalt:

”Fx har jeg min arbejdsmail på telefonen. Det betyder jeg er tilgængelig hele tiden. Og så ender jeg med at svare på mails fra ledelsen kl. 22 om aftenen. Det er en balancegang. Jeg mødes jo også med mange af mine kollegaer privat, så tit taler vi arbejde. Det er svært. Jeg har også haft nætter, hvor jeg ikke har sovet så godt, fordi der er noget på arbejdet, der fylder.” (Informant 1, 47.01, transskribering kan udleveres efter aftale)

I ovenstående citat giver Informant 1 udtryk for, at det kan være svært at lægge ansvaret, når man går ud ad hospitalsdørene og ind i privatsfæren, grundet det forholdsvis lille samfund, hvor arbejdsliv og privatliv ofte blandes sammen og der ikke forekommer skarpe grænser. En undersøgelse lavet af Rotheiler et. al. fandt, at der var en direkte sammenhæng mellem uklare

grænseflader mellem privatliv og arbejdsliv, og forstyrrelser i afslapningsevnen, når medarbejdere kommer hjem (Cox, Griffiths & Eusebio, 2000). Informanten beskriver netop dette i citatet, hvor vedkommende har uklare grænseflader mellem sit arbejdsliv og privatliv, og det i vedkommendes tilfælde fører til forstyrrelser i søvn, som er en kendt stressreaktion. Der kan her argumenteres for, at Karasek og Theorells kontrolbegreb udvides fra arbejdspladsen, til at omhandle kontrol i arbejdet, til også at handle om kontrol over arbejdet, herunder evnen til at sætte grænser for arbejdets betydning, også udenfor arbejdet (Limborg, 2002, 168).

De stressreaktioner, som informanterne oplever har altså signifikant indflydelse på deres privatlivet og har, ifølge informanterne, en indvirkning på deres adfærdsmønstre i deres privatliv. En af informanter til nærværende speciale beskriver indvirkningen af en stressreaktion på vedkommendes privatliv i nedenstående citat:

"Mine forældre har sagt, jeg skal sygemelde mig med stress, det provokerer mig. (...) jeg er bange for, at hvis jeg bliver sygemeldt med stress og skal anerkende det, så er jeg bange for, at andre kan se, at jeg ikke kan tage vare på mig selv. (...) jeg føler mig mindre værd. Det er en kamp at forbinde mine værdier indeni med, at jeg kunne blive stresset. (...) jeg kan ikke acceptere, hvor jeg er, fordi jeg vil ikke være her. (...) " (Informant 3, 55.01, transskribering kan udleveres efter aftale)

Adskillelige studier indenfor erhvervpsykologi har påvist, at medarbejdere over tid kan internalisere standarder for højpræstationer, som er tæt forbundet med egenskaber som vedkommende finder ønskværdige fx at være egnet, højtpræsterende og pålidelig i sit arbejde. Når medarbejdere oplever ikke at kunne leve op til disse internaliserede standarder for deres arbejde, så kan det have en direkte indvirkning på deres selvværd, og rækker derfor urimeligt langt ind i privatlivet. Vedkommende med en stressreaktion skal leve med følelserne af skyld og skam, da de internaliserede standarder og egenskaber, som de normalt identificerer sig med, ikke længere stemmer overens med deres oplevede virkelighed og det, de på nuværende tidspunkter magter arbejdsmæssigt (Semmer et. al., 2019). Informant 3 beskriver udmærket den diskrepans vedkommende oplever, når de internaliserede værdier ikke stemmer overens med evner og overskud i jobbet, og hvordan det skaber et konfliktfyldt indre, der slår skår i selvværdet, når man bliver udsat for langvarig stress.

Delkonklusion

Dette afsnit har præsenteret resultaterne fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse baseret på COPSOQ-II blandt det fastansatte personale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og sammenlignet dem med danske lønmodtageres gennemsnit. Gennem et hermeneutisk perspektiv og inddragelse af de kvalitative interviews er dimensioner som indflydelse, udviklingsmuligheder, meningsfuldhed i arbejdet og belønning blevet belyst. Resultaterne indikerer en høj grad af oplevet indflydelse på arbejdsopgaver og udviklingsmuligheder blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Undersøgelsen viser dog også divergenser i belønning og anerkendelse fra ledelsen. Den mangel på anerkendelse, der observeres, kan have negativ indvirkning på medarbejdernes trivsel og engagement på arbejdspladsen. Ved at integrere de kvalitative interviews har afsnittet præsenteret et dybere indblik i det fastansatte sundhedspersonales oplevelser og perspektiver, hvilket understreger vigtigheden af at forstå kontekstuelle faktorer og individuelle erfaringer. Ledelsen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen bør overveje tiltag til at øge anerkendelse og belønning for medarbejdernes indsats for at styrke trivsel og engagement og herigennem forbedre det psykiske arbejdsmiljø blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Implementering af sådanne tiltag kræver fokus på en kultur med anerkendelse og belønning på arbejdspladsen samt en vedvarende og ærlig dialog om arbejdsmiljøet mellem ledelse på alle niveauer og medarbejdere for at sikre optimale betingelser for sundhedspersonalet. Analysen af COPSOQ-II datasættet belyser desuden et betydeligt højt stressniveau blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen sammenlignet med danske lønmodtagere. Denne stress kan tilskrives en række faktorer, herunder de høje følelsesmæssige krav og arbejdspress, der opleves i sundhedsarbejdet. Denne stress kan føre til omsorgstræthed og vedvarende stressreaktioner blandt sundhedspersonalet, og i værste fald ende med at true både det fastansatte sundhedspersonales trivsel, men også den kvalitet, hvorved sundhedstjenesterne i det grønlandske samfund kan leveres fremadrettet.

Væsentligste udfordringer i det psykiske arbejdsmiljø i Det Grønlandske Sundhedsvæsen ifølge det fastansatte sundhedspersonale

I forbindelse med udførelsen af de kvalitative interviews blev de seks informanter bedt om at pege på de væsentligste udfordringer i det psykiske arbejdsmiljø, de oplever i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som fastansat sundhedspersonale. I dette afsnit af analyse vil disse udfordringer

blive præsenteret, dernæst vil disse blive analyseret ud fra Sundhedskommissionens anbefalinger og relevante teorier.

Rekruttering og underbemanding

Når de seks fastansatte sundhedspersonaler, som agerer informanter til nærværende speciale, bliver spurgt ind til de væsentligste udfordringer i det psykiske arbejdsmiljø, er det de samme udfordringer, der går igen: rekruttering, underbemanding, fastholdelse og social støtte.

Udfordringerne hænger tæt sammen, og er ikke en ny problematik for Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Ikke desto mindre, er det stadig de problematikker, som fylder mest for det fastansatte sundhedspersonale i deres dagligdag.

Informanterne beskriver underbemanding således i nedenstående citater:

"Vi gået fra at være 8 fastansatte sygeplejersker, til 1 fastansat og resten vikarer (..)"
(Informant 1, 3.01, transskribering kan udleveres efter aftale)

Og:

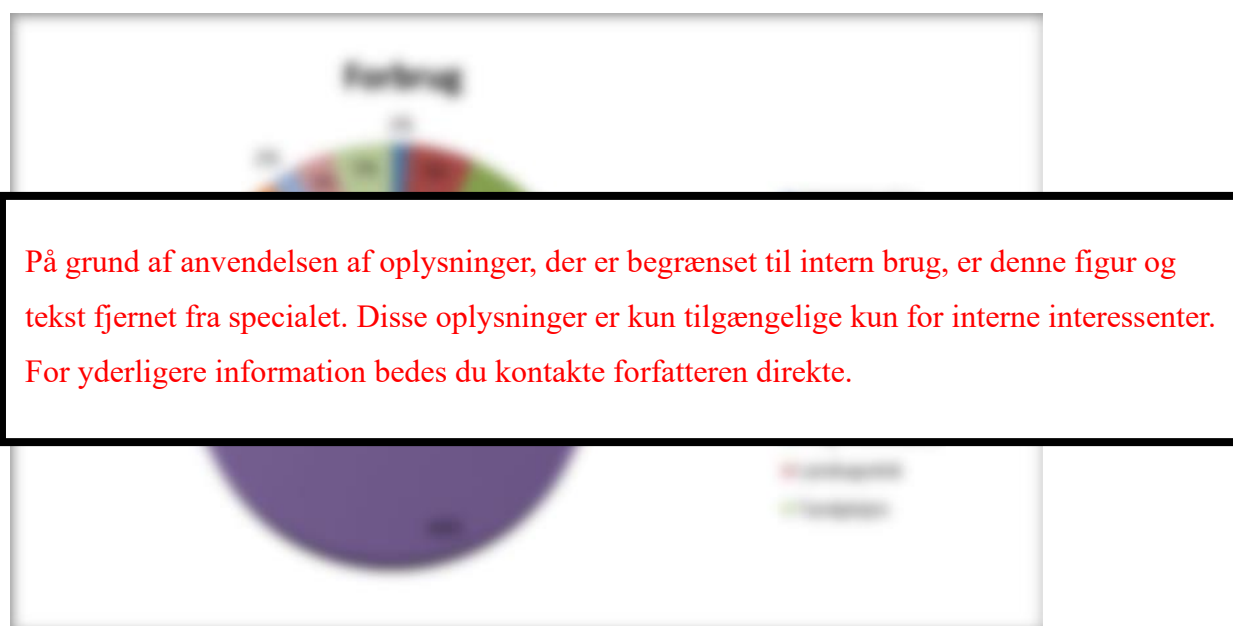
"Der er kommet mere og mere udskiftning. Nu hedder ansættelserne 3 måneder osv. Hvor de før hed et halvt år, et år, og vi har kun et par stykker, udover mig, der har været her over 5 år. Det er primært fra Danmark vi rekrutterer fra. Vi har kun én med grønlandsk baggrund. (..)" (Informant 3, 20.33, transskribering kan udleveres efter aftale)

Og:

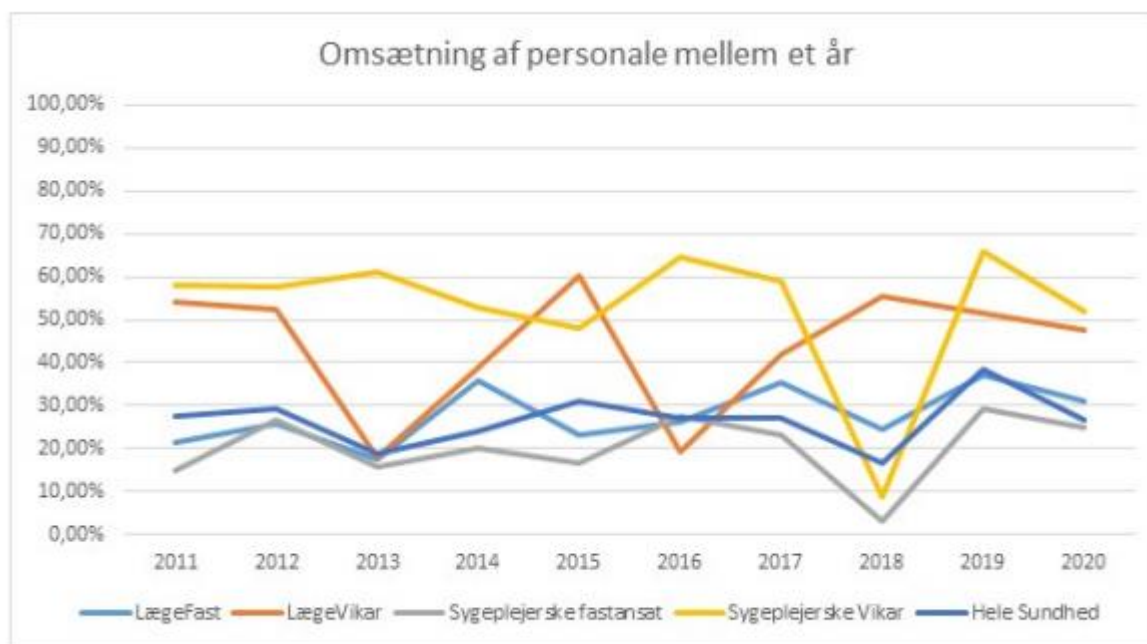
"Vikarer fra bureau har meget korte vikariater, helt ned til 2 uger. Der går meget tid på at sætte nye folk ind i de samme ting, igen og igen. Det fylder meget på personalemøderne og de fastansatte er træt af, at det er et vilkår, at vikariaterne kører sådan og man skal sætte folk ind i nye ting" (informant 6, 9.01, transskribering kan udleveres efter behov)

Det, det fastansatte sundhedspersonale oplever taler direkte ind i ét af de områder, som Sundhedskommissionen behandlede i deres betænkning fra 2023. Det Grønlandske Sundhedsvæsen bærer i særdeleshed præg af, at der er mangel på uddannet sundhedspersonale på alle niveauer af

Sundhedsvæsenet. Ifølge Sundhedskommissionen er det ikke muligt at drive Det Grønlandske Sundhedsvæsen uden brug af arbejdskraft fra andre lande, om det så er vikarer fra vikarbureau, selvstyrevikarer på overenskomst, eller fastansatte rekrutteret fra Danmark (Sundhedskommissionen, 2023, 141). På finansloven 2024 råder Det Grønlandske Sundhedsvæsen over 1.644.304.00 kr., som skal dække hele deres ansvarsområde (Grønlands Selvstyre, 2023, 338). Nedenfor kan ses en figur, hvordan forbruget af midlerne fordeles i Det Grønlandske Sundhedsvæsens økonomi:



Følgende tabel illustrerer omsætningen af personale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen på årsbasis i perioden 2010-2020. Omsætningen af sundhedspersonale på årsbasis, på nær lægevikarer, var på sit højeste i 2019, hvor Det Grønlandske Sundhedsvæsen omsatte næsten 40 % af sit samlede personale. Omsætningen af medarbejdere er langsomt faldende i 2020, men Sundhedskommissionen slår i deres betænkning fra 2023 fast, at situationen anses som kritisk, da Det Grønlandske Sundhedsvæsen ikke formår at rekruttere fastansatte sundhedspersonaler, og at de mange korttidsansættelser belaster de fastansatte (Sundhedskommissionen, 2023, 134).



Figur 14: illustrerer omsætningen af personale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen på årsbasis i perioden 2010-2020 (Sundhedskommissionen, 2023, 140).

Denne form for belastning for det fastansatte sundhedspersonale tildeler et fastansat personale med allerede høje psykologiske krav, i form af følelsesmæssige belastninger i arbejdet, yderligere pres i hverdagen. Der forekommer det Karasek og Theorell kalder en brat stigning i de forventninger til, hvad et fastansat personale skal løfte af arbejdsopgaver i hverdagen, tidspres og deadlines, der skal overholdes. Samtidig sker der en nedgang i det fastansatte sundhedspersonales beslutningsråderum, da der grundet tidspres, på grund af underbemandingen i hele Det Grønlandske Sundhedsvæsen, fører til en nedgang i autonomien over organiseringen af sit arbejde for medarbejderne (Karasek & Theorell, 1990, 32-34). Dette skift i krav og kontrol kan for medarbejdere betyde, at de går fra at have et aktivt job, som Karasek og Theorell betegner det, hvor de motiveres af udfordringerne, til at have et belastende job, de i princippet ikke selv har valgt. I det belastende job, hvor de psykologiske krav forekommer for høje, og de samtidig har lavt beslutningsråderum og i sidste ende kan føre til stressrelaterede reaktioner (Karasek, 1979, 302/Karasek & Theorell, 1990, 35-36). Stressreaktioner kan føre til sygdommeldinger, som igen kan føre til yderligere underbemanding, som kan føre til et fastansat sundhedspersonale, der ikke formår at løfte flere arbejdsopgaver (FOA, 2023).

Underbemanding i sig selv er kritisk, da medarbejdere skal løbe hurtigere, men dette kan også føre til en u hensigtsmæssig opgaveglidning, så sundhedspersonalets arbejdsopgaver til daglig ligger ud over deres faglighed, og udover hvad der burde kunne forventes fra arbejdsgiver, at de løfter

(Rasmussen, 2009). Samtidig skaber det et pres på andre medarbejdere i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, da det ikke er en mulighed, at arbejdsopgaverne ikke bliver løftet. Arbejdsopgaverne vil så blive løftet af nogle andre, som igen skaber en opgaveglidning. Den stigende grad af krav i arbejdet, og den opgaveglidning, der sker som følge heraf, kan også resultere i, at de nye tilførte arbejdsopgaver ligger så langt fra medarbejdernes nærmeste udviklingszone, således, at de opholder sig i det som Vygotsky definerer som ”utryghedszonen”. Utryghedszonen betegner opgaver, der ikke endnu mestres, og som ligger udenfor den nærmeste udviklingszone. Hvis medarbejdere efterlades i utryghedszonen for længe, kan det resultere i modløshed, fiasko-følelser og kan udgøre endnu en risiko for, at medarbejderne udvikler stressrelaterede belastninger (Vygotsky, 1978, 86-88). Det kan således også have en indvirkning på den enkelte medarbejders identitetsfølelse, da opholdet i utryghedszonen kan medføre, at medarbejdere kan føle, at de ikke bidrager nok til arbejds-mæssige- og kollegiale mål i afdelingerne. Det fastansatte sundhedspersonale formår altså hverken at yde eller modtage det, Karasek og Theorell kalder socio-emotional- og instrumentel social støtte på arbejdspladsen. En af informanterne uddyber sin oplevelse af rekruttering og opgaveglidning i nedenstående citat:

”Det kræver pisse meget at rekruttere. Vi bliver ikke tilbudt at bruge rekrutteringsbureauet [Det Grønlandske Sundhedsvæsens rekrutteringsafdeling]. Det er faktisk en af mine allerstørste arbejdsopgaver. (..) det er et enormt stort arbejde. (..) Jeg synes HR og rekruttering er mega spændende, hvis det var mit job. Men der er jo en hel drift og personale, der skal køre.” (Informant 4, 29.03, transskribering kan udleveres efter aftale)

Her beskriver informanten, at rekruttering er en af vedkommendes største arbejdsopgaver, og at det tager meget af vedkommendes arbejdstid. Arbejdstid, som bør være brugt på at opretholde en drift, tage sig af sit personale og få sin afdeling til at køre. Underbemanding og rekruttering bliver altså nødsaget til at blive opprioriteret over andre opgaver, som f.eks. trivsel for medarbejdere, fordi informanten ikke får den ifølge Karasek og Theorell instrumentelle sociale støtte, som i dette tilfælde betegner hjælp fra kollegaer i rekrutteringsenheden (Karasek & Theorell, 1990, 71).

Ifølge Sundhedskommissionen var der i 2023 1600 ansatte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, hvoraf 900 er fastansatte. Samtidig har man ca. 1500 nye ansættelser om året (Sundhedskommissionen, 2023, 234). Det er svært at rekruttere nye medarbejdere til Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Selv i det øverste ledelseslag, hvor der er 32 stillinger, var der i start

2023 ni ubesatte stillinger, og syv ledere, der havde anciennitet på under et år (Sundhedskommissionen, 2023, 235). En af informanterne beskriver rekrutteringsudfordringerne således:

”Er vi pressede på bemanning og medarbejderne er ved at gå ned med flaget, så er vi nødt til at hyre rat og kravl ind. Jeg ville ønske, jeg altid kunne følge min mavefornemmelse. (...) Men det er ikke en luksus man altid har heroppe [Grønland]. Når jeg har hyret rart og kravl ind, så giver det stort set altid bagslag på et tidspunkt. (...) heldigvis, hvis en fastansættelse ikke er så god, så ved man at folk i gennemsnit er her et års tid. Det er en uofficiel tommelfingerregel. De fleste kommer og er sådan, jeg bliver her i et halvt eller helt år og så skal jeg videre med mit liv. (Informant 4, 28.44, transskribering kan udleveres efter aftale)

Informanten beskriver det, som at hyrer rat og kravl ind, i et desperat forsøg på at stoppe underbemanningen i sin afdeling, men at denne copingstrategi også giver potentielt bagslag, hvis den nyansatte ikke passer ind i medarbejdergruppen, som yderligere kan belaste det psykosociale arbejdsmiljø for de fastansatte. Samtidig indrammer udtalelsen problematikken meget præcis, da forventningen til, at nye ansatte medarbejdere bliver i Grønland er ikkeeksisterende, og at erfaring har vist, at nye medarbejdere max bliver i Det Grønlandske Sundhedsvæsen et år. Dette leder os til næste problematik, der opstår for det fastansatte sundhedspersonale, når Det Grønlandske Sundhedsvæsen omsætter 1500 nye medarbejdere om året.

Social støtte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

En anden faktor, som informanterne fra de kvalitative interviews udpeger, som være en af de væsentligste i forbindelse med deres psykiske arbejdsmiljø, er social støtte.

En informant beskriver den psykiske belastning, vedkommende oplever i forbindelse med stor udskiftning af medarbejdere og de konsekvenser, det kan have i nedenstående citat:

”Nu har vi lige haft et stort opbrud, hvor rigtig mange er rejst. Så er der kommet en masse nye, og det stiller jo store krav til det faste personale, fordi det tager rigtig meget af ens energi at forklare, fortælle, være på, og møde nye mennesker. Så det er ikke fordi det altid er det nemt at få vikarer. Det er faktisk sindssygt hårdt arbejde

fordi det kræver så meget af det faste personale.” (Informant 6, 7.10, transskribering kan udleveres efter aftale)

Social støtte kategoriseres i Karasek og Theorells model, som alt fra hjælpsom interaktion på arbejdspladsen, tillid til kollegaer og ledelse til tilføjelse af ekstra ressourcer (Karasek & Theorell, 1990, 69). Informanten ovenfor forklarer, hvordan det øgede antal af nye kollegaer kræver, at det fastansatte udviser udpræget socio-emotionel støtte for nye medarbejdere. Med en hverdag, hvor der konstant er nye kollegaer at forholde sig til, kan dette virke overbelastende for det fastansatte personale, da de udover at skulle varetage deres arbejdsopgaver, også har et øget krav til at skulle hjælpe nye kollegaer ordentligt i gang med deres arbejde, og for mange, en helt ny tilværelse i Grønland, da størstedelen af nye medarbejdere bliver rekrutteret fra Danmark (Sundhedskommissionen, 2023, 142). En informant beskriver det i nedenstående citat:

”Udskiftning af personale er mega psykisk belastende for alle (..) Folk shuffler rundt imellem afdelingerne, fordi det er hårdt at være den der sidder tilbage.” (Informant 4, 37.05, transskribering kan udleveres efter aftale)

Den store udskiftning af personale har altså den u hensigtsmæssige virkning, at det fastansatte personale foruden at blive psykisk belastet, også selv skifter afdelinger internt i Det Grønlandske Sundhedsvæsen ifølge informanten, da man ikke formår at fastholde dem. Dette kan indikere, at der i de forskellige afdelinger i Det Grønlandske Sundhedsvæsen ikke når at blive opbygget disse to former for social støtte for det fastansatte sundhedspersonale, som ifølge Karasek og Theorell, både er med til at højne deres psykiske arbejdsmiljø til hverdag, men også er med til at fastholde dem. I en undersøgelse fra 2020 udarbejdet af Videnscenter for God Arbejdslyst i samarbejde med Krifa og Kantar Gallup, angiver over 50% af deres 3324 informanter, at kollegaerne er den afgørende årsag til, at de forbliver i deres nuværende job (Videnscenter for God Arbejdslyst, 2020, 16). Kollegaer eller mangel på samme har altså stor indflydelse på om en medarbejder vælger at blive i et job. En af informanterne angiver, at vedkommende mener, at deres afdeling er særlig i forhold til at byde de mange nye kollegaer velkommen, og at det i høj grad skyldes, at de har en helt klar protokol, når de får nye kollegaer:

”Vi har vores egen onboardingstrategi, helt lavpraktisk. Vi henter dem i lufthavnen, viser dem hvor de skal bo, hvor de kan handle, hvor de kan få internet og hvor de skal arbejde. Så bliver de taget imod med fælles morgenmad og lærer deres kollegaer at

kende. Så arrangerer vi en fredagsøl til dem, der gør den slags. Jeg tror, vi er en afdeling er, der laver rigtig mange ting sammen. (...)det gode ved, at vi får så mange nye er, at folk laver helt vildt mange ting sammen udenfor arbejdet. Folk er gode til at invitere hinanden med og hver gang, der kommer en ny, er folk meget OBS på, at vedkommende skal integreres i gruppen. (...) Vi har ikke andre jo, så vi er gode til at være der for hinanden. (...) Vi har mentorordninger, så de har nogle at gå til (...)
(Informant 3, 47.00, transskribering kan udleveres efter aftale)

Denne afdeling som informanten er en del af, har altså selv skabt en onboardingstrategi, som de benytter sig af, når der kommer nye medarbejdere. Nye medarbejdere får lov til at blive en del af et fællesskab, når de starter i afdelingen. Et fællesskab som ikke kun afgrænser sig til arbejdspladsen, men også rækker ud i privatlivet, så nye medarbejdere får en god start i Grønland, og hurtigt får opbygget sociale relationer. Ifølge Mette Apollo Rasmusen og Poul Bitsch Olsen igangværende pilotprojekt, der undersøger arbejdsfællesskabers betydning for organisering i Grønland, skal arbejdsfællesskaber ansues som:

”Det arbejder og lederkollektiv som udgør sociale sammenhænge omkring medarbejdere, og som gør, at de mere involverede indgår i en mere intensiv sammenhæng, end de sammenhænge de indgår i udenfor organisationen” (Rasmussen & Olsen, 2023, 4).

I deres pilotprojekt undersøger de bl.a. arbejdsfællesskaber i driften i Royal Greenland, hvor de har i deres forskning bl.a., har fundet, at medarbejderne føler, at fællesskabet og det sociale samvær har en stor indvirkning på, om medarbejdere har lyst til at blive i organisationen. Medarbejdere får altså skabt involverende og tætte relationer, som udspringer af tilknytningen til organisationen. Ifølge Rasmussen og Olsen synes disse relationer at fremme trivslen og den organisatoriske sammenhæng (Rasmussen & Olsen, 2023, 6). Et arbejdsfællesskab kan dog kun være så stærkt, som den enkeltes engagement i fællesskabet. Rasmussen og Olsens fund indikerer, at der er forskel på, hvad tilrejsende vikarer og fastansatte herboendes behov er for at indgå i et arbejdsfællesskab. Der er altså en differentiering i, hvordan forskellige typer af medarbejdere definerer det arbejdsfællesskab de skal indgå i (Rasmussen & Olsen, 2023, 8). Arbejdsfællesskaber kan bestå af mange forskellige elementer, som både er formaliseret af ledelsen, og andre sociale tiltag, der er dynamiske og løbende bliver defineret af medarbejdere. Eksempler på elementer til at styrke arbejdsfællesskaber formaliseret af ledelsen kan være: fleksible mødetider, onboarding, mentorordninger, bolig osv.

Dynamiske sociale elementer kan være sejlture i fjorden, kaffemik, fælles motion, forskellige sociale arrangementer osv. som alt sammen udspringer af tilknytningen til organisationen (Rasmussen & Olsen, 2023, 9-10). Når informanten i det tidligere citat beskriver, hvorfor sin afdeling er særlig god til at tage imod nyt personale, om det er fastansat eller ej, så inddrager vedkommende en blanding af de formelle og sociale elementer som Rasmussen og Olsen beskriver. Deres afdeling har altså skabt et arbejdsfællesskab, der resulterer i, at medarbejderne er glade for at være ansat i deres afdeling.

”Vi er enormt gode til at tage hånd om hinanden, og vi gør noget ekstra for hinanden. Jeg ved godt, det er svært på de andre afdelinger, når man har nye medarbejdere hver tredje uge. Men jeg tror virkelig det ville gøre noget for, at folk faktisk har lyst til at blive her og fastholde folk. Det er det, der gør det særligt at være på vores afdeling”.
(Informant 3, 49.03, transskribering kan udleveres efter aftale)

Informanten peger her på, hvor svært det kan opleves at etablere og udføre dette arbejdsfællesskab, når der er stor udskiftning af fast personale. Denne problematik fandt Rasmussen og Olsen også i sit pilotprojekt, hvor deres informanter beskriver problematikken som en ond cirkel, hvor der ikke er nok tid til at introducere nye medarbejdere, og det så resulterer i, at medarbejdere forlader arbejdspladsen hurtigt igen (Rasmussen og Olsen, 2023, 11). De resterende informanter peger også på denne problematik, som en barriere i hverdagen, og identificerer dele af arbejdsfællesskaberne som et led i at fastholde medarbejdere:

”Det ville være ideelt, hvis man kunne være et makkerpar, mentorordning, det ville være den bedste måde at udruste folk på. (..) Når vi ikke har så mange fastansatte, så er vi udfordrede på det. Vi kan knap nok få folk til vores andre stillinger. (..) Det vil skabe nogle mere selvstændige, velfunderede og bedre kollegaer i fremtiden. Så det er noget af det, som vi håber bliver bedre. (..)” (Informant 1, 59.08, transskribering af interview kan udleveres efter aftale).

Fastholdelse er også et af de elementer Sundhedskommissionen lister op som værende én af Det Grønlandske Sundhedsvæsens største udfordringer (Sundhedskommissionen, 2023, 142-144). Problematikken har dog været aktuel i mange år, hvor den konstant har indgået i forskellige strategier, handleplaner mm. På nuværende tidspunkt arbejder Det Grønlandske Sundhedsvæsen efter en ”2019-strategi”, hvor udvikling og fastholdelse er én af seks strategiske mål. Senest er

problematikken en del af Sundhedskommissionens anbefalinger som forventes realiseret over en, ifølge det nye sundhedsforlig, periode på max 10 år (Sundhedskommissionen, 2023, 143). Anbefalingerne fra Sundhedskommissionen indebærer bl.a. mulighed for opskrivning til børnepasning forud for ankomst i Grønland, en forventningsafstemning i forbindelse med ansættelse, opdatering og brug af velkomst-manualer og YouTube-velkomstvideoer (Sundhedskommissionen, 2023, 148). Disse anbefalinger skal ses som en del af en større indsats på hele sundhedsområdet i Grønland, som er ambitiøs og består af mere end 100 anbefalinger på tværs af området. Alle tiltag som skal hjælpe til fastholdelse i Det Grønlandske Sundhedsvæsen er kærkomment, da området i Det Grønlandske Sundhedsvæsen er kritisk. Hvis man skal følge det fastansatte sundhedspersonales forslag til forbedringer i forhold til rekruttering og fastholdelse, ville det give mening at skrue mere på de knapper, der forekommer internt i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og først og fremmest fokusere på det fastansatte sundhedspersonales trivsel og fastholdelse for at forebygge personaleflugt til andre afdelinger og organisationer.

”(..) vi må ikke tage folk for givet, slet ikke dem der grønlandssproget og fastboende, da de er så værdifuld en medarbejdergruppe, som vi ikke kan undvære. De skal høres, ses og imødekommes. Det er en kæmpe udfordring på arbejdsmiljøet alle steder, som jeg håber, bliver taget alvorligt. (Informant 1, 65.03, transskribering kan udleveres efter aftale)

Ved at styrke den socio-emotionelle og den instrumentelle sociale støtte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, i form af formelle ledelsesmæssige initiativer som onboarding, mentorordning, introduktion til samfundet mm. og de sociale dynamiske arrangementer, som sluser nye medarbejdere direkte ind i et fællesskab fra ankomst, vil man kunne skabe rammerne for fastholdelse af nye medarbejdere, og øget trivsel i sine afdelinger. En styrkelse af relationerne mellem kollegaer, ledelse og afdelinger vil ifølge Karasek og Theorell den sociale og emotionelle støtte, forebygge og skabe en buffer for psykologiske belastninger, som der ses, at det fastansatte sundhedspersonale udsættes for jævnfør specialets datasæt (Karasek & Theorell, 1990, 70). Ved styrkelsen af den sociale støtte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen har man potentiale til at rykke det fastansatte personale fra at bestå af det Karasek og Theorell kalder isolerede fanger, som har lav grad af social støtte og et lavt beslutningsråderum, til at være deltagende ledere, der har høj grad social støtte og et stort beslutningsråderum, som Karasek og Theorell slår fast, vil give grobund for større trivsel (Karasek & Theorell, 1990, 70-75). Sundhedskommissionens anbefalinger kan bestemt

indgå som et delelement i en rekrutterings- og fastholdelsesstrategi, for der er helt sikkert værdi i at være sikker på, at ens børn har institutionsplads og at kommende medarbejdere kan se en video om deres nye arbejdsplads. Det forekommer bare, at der mangler indsatser på at etablere, styrke og vedligeholde de arbejdsfællesskaber, som nogle steder i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, allerede eksistere. Her kunne man med fordel ryste posen helt, og benytte sig af almene markedsføringsstrategier inspireret af George Silverman, hvor der i stor stil bruges mund til mund markedsføring (Silverman, 2001). anbefalinger fra glade medarbejdere med højt trivselsniveau vil højst sandsynligt virke mere tillokkende på potentielle nye medarbejdere.

Delkonklusion

Anden del af analysen belyser de største udfordringer i forhold til det psykiske arbejdsmiljø ifølge det fastansatte sundhedspersonale. Det fastansatte sundhedspersonale peger særligt på udfordringer vedrørende rekruttering og underbemanding, som havende en betydelig indvirkning på det psykiske arbejdsmiljø. Informanternes udsagn understreger vanskelighederne ved at tiltrække og fastholde kvalificerede ansøgere, og en afmagt og udmattelse i selv at gøre noget ekstra for at skabe de sociale rammer for fastholdelse under de nuværende arbejdsbetingelser. Mangel på fastansat sundhedspersonale medfører en høj grad af vikardækning og midlertidige ansættelser i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, hvilket resulterer i en oplevelse af usikkerhed, instabilitet og kontinuitet på arbejdspladsen for det fastansatte sundhedspersonale. Dertil øger det således også arbejdspresset på det fastansatte sundhedspersonale. Disse udfordringer afspejler det komplekse samspil mellem strukturelle faktorer som økonomi og rekruttering samt individuelle og organisatoriske konsekvenser for det psykiske arbejdsmiljø.

Der er et behov for at prioritere opbygningen og vedligeholdelse af sociale netværk og arbejdsfællesskaber både i afdelinger og på tværs af Det Grønlandske Sundhedsvæsen, som en del af strategien for at rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale. Skabelsen af et stærkt arbejdsfællesskab gennem initiativer såsom onboarding og mentorordninger er vigtige for at integrere nye medarbejdere og styrke trivslen på arbejdspladsen.

Det er afgørende, at ledelsen på alle niveauer i Det Grønlandske Sundhedsvæsen ser på løsninger ud over traditionelle rekrutteringsmetoder for at håndtere de udfordringer, der er forbundet med underbemanding og fastholdelse af sundhedspersonale. Dette kan omfatte initiativer såsom

forbedring af arbejdsforholdene, tilbyde flere former for goder og støtte til karriereudvikling. Disse tiltag vil ikke kun bidrage til at tiltrække og fastholde kvalificeret personale, men også til at skabe et mere bæredygtigt og trivselsfremmende psykisk arbejdsmiljø i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Diskussion

Dette kapitel af nærværende speciale har til hensigt at undersøge de udfordringer som det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen peger på, som væsentligste faktorer i deres oplevede psykiske arbejdsmiljø, og diskutere hvordan disse udfordringer håndteres i anden arktisk kontekst som Island. Det var oprindeligt nærværende speciales intention at lave en komparativ diskussion med både Det Islandske og det Færøske Sundhedsvæsen om de udfordringer det fastansatte sundhedspersonale oplever i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Det har dog ikke været muligt at lokalisere forskning eller datamateriale på Det Færøske Sundhedsvæsen, som anskues som nødvendigt for at kunne lave en saglig diskussion. Derfor vil følgende diskussion kun anvende Det Islandske Sundhedsvæsen som komparativ diskussionsmodpart. Med afsæt i analysefundene og inspiration fra Island vil kapitlet pege på indsatsområder og greb, som kan være forslag til led i at forebygge og afhjælpe de udfordringer, det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen oplever med hensyn til underbemanding, fastholdelse og social støtte.

Underbemanding

Som tidligere anslået i nærværende speciale, er underbemanding i Det Grønlandske Sundhedsvæsen ikke en ny problematik. Denne mangel på sundhedspersonale er en generel problematik, som er present ikke kun i de arktiske og nordiske lande, men i hele EU, hvor en rapport fra EU registrer 18 lande, at de således også mangler sundhedspersonale, især sygeplejersker (Funch & Fahrendorff, 2022). Der har tidligere været forskellige strategier i spil for at afhjælpe underbemandingsproblematikken i Grønland. Senest i 2021 gik den politiske og offentlige debat på at tiltrække sundhedspersonale udenfor EU ind til at bekæmpe den underbemanding, der er opstået i Det Grønlandske Sundhedsvæsen (Sermitsiaq, 2021).

Hvis vi kigger mod vores arktiske naboer i Island, har de ligeledes haft store udfordringer med underbemanding i deres sundhedsvæsen, hvor de i 2002 havde massiv mangel på sygeplejersker og

sundhedspersonale. De oplevede samme udfordring med et presset sundhedspersonale, som var ladet tilbage og der forekom jobskifte til andre sektorer (Leick, 2002). Det Islandske Sundhedsvæsen har i dag seks forskellige sygehuse spredt over Island (Island.is) samt 21 sundhedsstationer med sengepladser (Rosdahl, 2009). I opbygningen af sundhedsvæsenet, er det islandske meget lig det grønlandske med små sundhedscentre spredt ud i hele landet. Det største sygehus er Landspítali, som ligger i Reykjavík, som i alt har ca. 3700 ansatte, hvor den grønlandske pendant er Dronning Ingrid's Hospital med 600 ansatte, og den danske pendant, Rigshospitalet, har 12.000 ansatte (Sundhedsledelsen, 2023). Island har de sidste 10 år arbejdet målrettet med en model for at integrere udenlandsk sundhedspersonale, som tilgodeser både sprog, faglige og kulturelle forskelle, som i 2021 resulterede i, at der var 243 udenlandske sygeplejersker ansat på Landspítali, hvoraf 93 kom fra Filippinerne, mens 33 og 30 kom fra Danmark og Sverige. Det er altså lykket Island at rekruttere og integrere udenlandsk arbejdskraft i deres sundhedsvæsen, hvor de er gået fra at have intet udenlandsk sundhedspersonale til, at 8% af det totale antal sygeplejersker i Island er udenlandske (Sundhedskommissionen, 2023, 149). Landspítali har i samarbejde med den islandske regering udviklet en standardiseret proces for integrationen af udenlandske sygeplejersker. Her ankommer sygeplejersker typisk til Island på et studentervisum, der tillader dem at deltage i sprogundervisning i Island på det lokale universitet, og samtidig arbejde 40% af deres tid. Det første år vil de udenlandske sygeplejersker ofte arbejde på et plejehjem, for at fordre den sproglige og kulturelle integration. Denne praksis opfylder kravene, der er til Island og islandsk i overensstemmelse med de islandske regler, der forekommer i forbindelse med at kunne ansøge om en autorisation (Sundhedskommissionen, 2023, 149). Ved ankomst i Island starter der udviklet et specifikt onboardingprogram, som også inkluderer et residensprogram, der træder i kraft den første uge efter ankomst. Programmerne indeholder bl.a. en velkomstreception, islandsk undervisning, hjælp til ansøgning til autorisation, støtte og coaching, assistance med forskellige tilladelser, et netværk der mødes hver anden uge af udenlandsk arbejdskraft mm. Dertil er der introduktion til Det Islandske Sundhedsvæsen, samt forskellige faglige netværksgrupper til de forskellige retninger, som det udenlandske sundhedspersonale er specialiserede i. Det Islandske Sundhedsvæsen altså allerede fra første dag, sat strukturelle rammer for, at udenlandsk arbejdskraft har instrumentel sociale støtte til rådighed i form af hjælp fra kollegaer, systemer osv. til praktik at komme på plads i et nyt land, søge opholdstilladelse, autorisationer mv. (Karasek & Theorell, 1990, 70). Samtidig lægger de fra ankomst, rammerne for, at den socio-emotionelle støtte i form af netværksgrupper og fællesaktiviteter, der styrker sammenholdet mellem kollegaer og nyankomne (Karasek & Theorell,

1990, 70). Det Islandske Sundhedsvæsen lægger kimen for, at der kan opstå fagligt funderede arbejdsfællesskaber, ikke kun i specifikke afdelinger, men på tværs af hele Sundhedsvæsenet (Rasmussen & Olsen, 2023, 9-10). Fællesskabet og samarbejdet med kollegaerne er en stor del af den islandske fastholdelsesstrategi i sundhedsvæsenet.

Det er klart, at der ikke kan laves en copy-paste løsning med den islandske onboardingmodel til Det Grønlandske Sundhedsvæsen, da der forekommer store forskelle i regler og love, men også i selve systemerne. Der er en række udfordringer for Det Grønlandske Sundhedsvæsen for at ansætte udenlandsk sundhedspersonale. De største barrierer er, at autorisationskravene, som er omfattende både for læger og sygeplejersker. Det er Landslægeembedet i Grønland, der varetager alle opgaver omkring autorisation til sundhedspersonale. Der er pt. fem ansatte ved Landslægeembedet foruden Landslægen selv, som vil skulle vurdere hvorvidt en ansøger til autorisation kan opnå dette. En stigning i ansøgere til autorisation vil derfor også belaste kapaciteten i Landslægeembedet. Autorisationsproceduren differentierer mellem ansøgere fra EU-medlemslande og såkaldte tredjelande. Island er en del af Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EØS). Inden for rammerne af EØS-aftalen er Norge, Island og Liechtenstein integreret i EU's indre marked, hvilket muliggør fri bevægelighed for varer, kapital, personer og tjenesteydelser. Derudover er Island medunderskriver af Overenskomsten om det Fælles Nordiske Arbejdsmarked. Grønland ikke er en del af EØS, og har derfor ikke adgang til samme aftaler omkring fri bevægelighed (Sundhedskommissionen, 2023, 149). Der er dog en aftale med de fællesnordiske lande (Norge, Sverige, Danmark og Finland), hvis uddannelser anerkendes, men som stadig kræver udstedelse af autorisation fra Landslægeembedet (Departement for Sundhed, 2023, 7).

For at udenlandske sygeplejersker kan opnå autorisation, er der yderligere et krav om at have et års praktisk og sproglig erfaring fra et nordisk land, og sprogkvalifikationer, der er svarede til Danskprøve 2, eller sprogkundskaber på tilsvarende niveau i grønlandsk eller fuld beherskelse af en nært beslægtet dialekt som fx inuktitut, som tales i Nunavut, Canada (Departement for Sundhed, 2023, 5-7). Selvom sprogkravet er en stor del af debatten i det islandske samfund, så er størstedelen af den islandske befolkning gode til engelsk, hvorfor alvorligheden af sprogbarrieren bliver nedtonet. Det anbefales dog, at udenlandsk arbejdskraft begynder at lære islandsk forud for ankomsten, hvorfor universitet har udviklet to gratis onlinekurser til dette (Landspítali, 2024). Grønlandsk er én af de sværeste sprog i verden at lære (Kleemann, 2008). Den grønlandske befolkning er ikke i samme grad gode til engelske, om end de er blevet en del bedre. At have

udenlandsk sundhedspersonale, der udelukkende taler engelsk, vil dertil lægge et massivt pres på tolkning, der skal kunne tolke tre sprog: grønlandsk, dansk og engelsk. Formanden for Peqqissasut Kattuffiat udtaler i en artikel til KNR:

”Det her med at forstå hinanden, det er altså rigtig vigtigt. Vi oplever allerede nu, at det er svært med dansk og grønlandsk, og der er nogle udfordringer i det” (Møller, Bill & Kilime, 2023)

En bachelor i tolkning, som udbydes af Ilisimatusarfik, fokuserer midlertidigt primært på to sprog: grønlandsk og dansk. Der er to kurser af hver 5 ECTS-point, der beskæftiger sig med engelsk på hele uddannelsen (Ilisimatusarfik, 2024). Det vil altså kræve en opkvalificering af de allerede eksisterende tolke, hvis fagsproget i Det Grønlandske Sundhedsvæsen således også skal kunne rumme et tilfredsstillende engelsk i hverdagen.

I forbindelse med opholds- og arbejdstilladelse kan der også opstå nogle udfordringer. Området administreres lokalt, men reguleres fra Danmark, da dette område ikke er hjemtaget. Dette betyder i praksis, at når en udenlandsk sundhedsmedarbejder har et ansættelsestilbud i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, så skal vurderingen omkring hvorvidt vedkommende kan opnå opholds- og arbejdstilladelse vurderes i Danmark, i Styrelsen for International Rekruttering og Integration (SIRI). SIRI sender derefter sagen til høring ved Grønlands Selvstyre, Departementet for Sociale Anliggender, Arbejdsmarked og Indenrigsanliggender, som vurderer om løn- og ansættelsesvilkårene er sædvanlige i grønlandske sammenhænge. På baggrund af denne vurdering, udstedes der muligvis en udtalelse om, hvorvidt vedkommende bør opnå en arbejdstilladelse. Der er altså mange interne og eksterne instanser inde over, når udenlandsk sundhedspersonale skal søge opholds- og arbejdstilladelse. Denne praksis har medført betydelige ventetider for udenlandsk arbejdskraft inden for Det Grønlandske Sundhedsvæsen (Departementet for Sundhed, 2023). Island oplever ikke samme problematik, da deres regering selv håndterer opholds- og arbejdstilladelser (Vinnumalastofnun, 2024). Det gør deres sagsbehandling mere smidig og hurtigere, hvilket er positivt, da man gerne vil have interesserede nye medarbejdere i arbejde hurtigst muligt og have dem integreret i samfundet.

Anbefalinger som følge af specialets undersøgelse

Efter nærværende undersøgelse er det oplagt at starte en yderligere diskussion omkring, hvor og hvordan Det Grønlandske Sundhedsvæsen skal sætte ind for at imødekomme de udfordringer, der på nuværende tidspunkt har systemet helt i knæ og i kritisk tilstand. For at imødekomme disse udfordringer belyst i nærværende speciale, er det tydeligt, at der er behov for tiltag på forskellige niveauer, som alle sammen skal være en del af løsningen. I følgende afsnit vil jeg udfolde mine tanker og idéer på baggrund af de udfoldede udfordringer til, hvad der kan gøres for at imødekomme de udfordringer Det Grønlandske Sundhedsvæsen står overfor.

I forbindelse med udfordringerne i rekrutteringen af udenlandsk sundhedspersonale, så kan disse primært løses på højt policy-niveau. Da Grønland stadig er underlagt Danmark, og SIRI, på dette område, ville dette være et oplagt sted at undersøge og analysere, om det vil være givtigt for Grønland at hjemtage dette område, og opruste egen bemanning til at varetage de opgaver, der ligger under området, så Selvstyret har fuld kontrol over autorisation og indlemmelse af udenlandsk arbejdskraft. Dette vil være først og fremmest være dyrt og besværligt i første omgang, men vil kunne give gevinst over en langsigtet periode og som del af en større plan for hjemtagelse af områder. Dette er selvfølgelig ikke noget, der kan gøres fra dag til dag, men en hjemtagelse af området vil kunne være et led i et på sigt mere selvstændigt Grønland, og en større kontrol over, hvad der foregår og skal foregå i de grønlandske systemer.

På uddannelsesområdet kan der også laves strukturelle langsigtede policytiltag for at imødekomme udfordringer. På nuværende tidspunkt er det grønlandske samfund dobbeltsproget grønlandsk og dansk, hvor børn lærer engelsk fra 4. klasse i folkeskolen (Iserasuaat, 2024). I Island oplever de ikke på samme måde udfordringer med sprogbarrierer, da befolkningen er gode til engelsk, og kan i mange tilfælde begå sig på engelsk. Et strukturelt policytiltag, som vil være til gavn for befolkning på flere områder end bare sundhedsområdet, vil være en målrettet indsats på uddannelsesområdet, hvor man arbejder for en forbedring i engelskkundskaber. Dette vil på sigt kunne lette situationen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen på den måde, at de sproglige barrierer langsomt vil nedbrydes, og det muliggør en yderligere indlemmelse af udenlandsk arbejdskraft. En forbedring af engelskkundskaber blandt befolkning vil også tilgodese en række andre områder, bl.a. erhvervslivet,

videreuddannelse, udenrigsanliggender mm. Dette tiltag er heller ikke noget, giver øjeblikkelige resultater, men udgør en vigtig del af en langsigtet strategi.

Et andet område, det kan give mening at fokusere på i forhold til at imødekomme udfordringerne i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, er at ændre narrativet og retorikken, når indlemmelse af udenlandsk sundhedspersonale omtales i medierne. Der er et stort fokus på alle de barrierer og udfordringer, der forekommer i forbindelse med at bruge udenlandsk sundhedspersonale som et led i en løsningsstrategi i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Det er i høj grad også den retorik, der benyttes i de offentlige medier, Sermitsiaq og KNR, men også når Naalakkersuisut udgiver redegørelser omkring dette emne (Møller, Bill & Kilime, 2023/Lindstrøm, 2023, Departementet for Sundhed, 2023). Retorikken er med til at skabe en offentlig stemning og diskurs omkring udenlandsk sundhedspersonale, og kommentarsporene på de forskellige medier afspejler den generelle holdning, at der er rigtig mange barrierer og udfordringer, når der tales om udenlandsk sundhedspersonale. Det er ikke nærværende speciales hensigt at negligere disse udfordringer, dog burde det overvejes, hvad alternativet for Det Grønlandske Sundhedsvæsen er?

Sundhedskommissionen har selv beskrevet, at underbemandingen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen er kritisk (Sundhedskommissionen, 314, 2023) og der er tale om, at krisen kan ende i en permanent krise, hvis ikke udfordringen kommes til livs (Christiansen, 2023). Det er klart, at udenlandsk arbejdskraft ikke alene kunne løfte den underbemanding, der forekommer i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og det ikke er en ideel løsning, men det er Naalakkersuisuts ansvar at forsøge at løse dette. Men for at løse nogle former for udfordringer med alternative løsninger, kan der være et behov for at forberede og præge befolkningen, så de forskellige tiltag og indsatser kan få en konstruktiv start. Her kan Naalakkersuisut starte med at ændre sin egen retorik i alt ekstern kommunikation. Når strukturelle tiltag skal implementeres, kræver det opbakning fra befolkningen.

Der er dog også løsninger, som kan igangsættes allerede nu, og i regi af Det Grønlandske Sundhedsvæsen og Departementet for Sundhed, som forskeren til nærværende speciale er overbevist om, kan gøre en forskel for det fastansatte sundhedspersonale allerede nu. Der kan udvikles et preboardingprogram, som indeholder informationer om arbejdspladsen, lokalområdet, grønlandske gloser mm. Dette kan med fordel være i videoformat. Dertil skal der udvikles en onboardingstrategi, som indeholder tiltag for en ny medarbejder, der starter fra vedkommende, lander på grønlandsk jord. Ved at inkorporerer lavpraktisk hjælp som fx afhentning i lufthavnen, rundvisning i byen, hjælp til at flytte adresse og skattevæsenet, opskrivning til daginstitution og

skole, er jeg overbevist om, at man kan komme meget langt, ved at give nye medarbejder en følelse af velkomst. Dertil skal man lægge grobunden for arbejdsfællesskaber, både i den interne afdeling, men også på tværs af Det Grønlandske Sundhedsvæsen evt. indenfor faggrupper, så nye medarbejdere fra dag et, bliver sluset ind i fællesskaber. Onboardingprogrammet kunne med fordel yderligere indeholde en samarbejdsaftale med en sprogskole, så alle nye medarbejdere har muligheden for at lære at begå sig en smule på grønlandsk i hverdagen. I forbindelse med at iværksætte tiltag på fastholdelsesområdet kunne Det Grønlandske Sundhedsvæsen med fordel sende sine ledere på et lederkursus, der har fokus på anerkendende ledelse, da det primært er det, informanterne til nærværende speciale oplever som en mangelvare. Da lønnen er overenskomstbestemt, kan dette ikke være en fastholdelsesstrategi, hvorfor det bliver meget vigtigere at tilbyde andre goder. Disse kunne fx være mere fleksibilitet i arbejdslivet, deltidsstillinger mm. Dertil vil der være mange elementer fra onboardingprogrammet, som indirekte kommer fastansat sundhedspersonale til gode og som skaber et bedre psykisk arbejdsmiljø. Ved at sætte de rette rammer, der løfter onboardingprocessen og igangsætte grundige indsatser på fastholdelsesområdet, vil Det Grønlandske Sundhedsvæsen højst sandsynligt kunne aflaste en del af det fastansatte sundhedspersonale og forbedre deres psykiske arbejdsmiljø. En følgevirkning ved dette kunne være, at det fastansatte personale, der er tilbage på arbejdspladsen, har det mentale overskud til at inkludere nye medarbejder i deres lokale arbejdsfællesskaber, så der også bliver skabt fastholdelse af nye medarbejdere, om disse så er udenlandske eller ej. En ting er sikkert, og det er, at hvis der ikke bliver gjort noget i Det Grønlandske Sundhedsvæsen snart, så kommer systemet og det grønlandske samfund til at lide under manglen af sundhedspersonale, og dertil en væsentlig nedgang i de sundhedstjenester, der udbydes i Grønland.

Delkonklusion

Dette kapitel har dybdegående undersøgt udfordringerne i det psykiske arbejdsmiljø for det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og sammenlignet disse med erfaringer fra Det Islandske Sundhedsvæsen. Underbemanding er en udfordring, som begge landes sundhedsvæsner står overfor, og strategier til at håndtere denne udfordring er vigtig for at opretholde et velfungerende sundhedsvæsen. Island har med succes implementeret en model til integration af udenlandsk sundhedspersonale, hvilket har bidraget til at afhjælpe underbemandingen. Den islandske onboardingproces, der inkluderer sprogundervisning, kulturel

integration og faglig støtte, har vist sig at være effektiv og kan fungere som inspiration for Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Dog er der betydelige forskelle mellem Det Grønlandske og Det Islandske Sundhedsvæsen, især når det kommer til autorisationskrav og sprogbarrierer. Grønland står overfor udfordringer med at tiltrække og integrere udenlandsk sundhedspersonale på grund af komplekse autorisationsprocedurer og sprogkrav. Derudover er processen for opholds- og arbejdstilladelser mere udfordrende i Grønland sammenlignet med Island, da området med opholds- og arbejdstilladelser på nuværende tidspunkt stadig ikke er hjemtaget.

Det er afgørende for Det Grønlandske Sundhedsvæsen at adressere disse udfordringer. Dette kapitel af peget på en række af nødvendige tiltag, set fra forskerens perspektiv men baseret på nærværende undersøgelse. På politisk niveau bør overvejelser om hjemtagelse området, hvor kontrol over rekruttering af udenlandsk sundhedspersonale undersøges. Derudover er der behov for en langsigtet uddannelsespolitisk strategi for at forbedre befolkningens engelskkundskaber. Ændring af retorikken om brugen af udenlandsk sundhedspersonale er vigtig for at sikre opbakning til alternative løsninger i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. På institutionsniveau er udvikling af preboardingprogrammer og onboardingstrategier afgørende for at forbedre fastholdelse og velkomst af sundhedspersonale. Disse tiltag er afgørende for at afhjælpe den presserende mangel på sundhedspersonale og sikre kvaliteten af sundhedstjenesterne i Grønland på lang sigt. Ved at gøre dette kan man muligvis være en del af at afhjælpe underbemandingen og forbedre det psykiske arbejdsmiljø for det fastansatte sundhedspersonale.

Konklusion

Gennem nærværende speciale er der blevet belyst udviklingen af Det Grønlandske Sundhedsvæsen fra kolonitiden til nutiden, hvilket har haft til hensigt at give indsigt i dets historiske kontekst og organisatoriske struktur. Det Grønlandske Sundhedsvæsen har gennemgået moderniseringer og reorganiseringer siden Anden Verdenskrig og siden implementeringen af Hjemmestyre og senere Selvstyre. Selvom Det Grønlandske Sundhedsvæsen er en af de største organisationer i Grønland, er den forholdsvis lille sammenlignet med vores arktiske og nordiske naboer. Uagtet af størrelsen oplever Det Grønlandske Sundhedsvæsen samme udfordringer. Fokus i dette speciale har derfor været på det psykiske arbejdsmiljø blandt det fastansatte sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Ved metodetrangulering af en kombination af kvantitative og kvalitative metoder

er dimensioner som indflydelse, udviklingsmuligheder, meningsfuldhed i arbejdet og belønning blevet belyst og analyseret. Resultaterne viser en høj grad af indflydelse og udviklingsmuligheder i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, men også divergenser i belønning og anerkendelse fra ledelsen på alle niveauer. Nærværende speciales fund i både det kvantitative og kvalitative datasæt understreger behovet for at prioritere tiltag til at øge anerkendelse og belønning for medarbejdernes indsats samt forbedre det psykiske arbejdsmiljø for at styrke trivsel og engagement blandt det fastansatte sundhedspersonale. Nærværende undersøgelse har afsløret et betydeligt højt stressniveau blandt det fastansatte sundhedspersonale i Grønland sammenlignet med danske lønmodtagere. Denne stress kan tilskrives en række faktorer, herunder høje følelsesmæssige krav og arbejdspress, hvilket kan føre til omsorgstræthed. Der er behov for en holistisk tilgang til at tackle stress og arbejdsmiljøproblemer, der adresserer både strukturelle forhold og individuelle ressourcer og behov hos sundhedspersonalet.

Det fastansatte sundhedspersonale peger selv på vigtigheden i at integrere en mere omfattende onboardingstrategi, som led i at løse rekruttering og fastholdelsesudfordringer, som Det Grønlandske Sundhedsvæsen står overfor på nuværende tidspunkt. Prioritering af opbygningen og vedligeholdelse af sociale netværk og arbejdsfællesskaber, som inkluderer tiltag som onboarding og mentorordninger, er vigtige for at integrere nye medarbejdere og styrke trivslen på arbejdspladsen. Dertil opfordres ledelsen på alle niveauer i Det Grønlandske Sundhedsvæsen at se på løsninger udover de traditionelle metoder til rekruttering for at imødekomme de udfordringer systemet står overfor i forbindelse med underbemandingen. Ifølge det fastansatte sundhedspersonale kan initiativer såsom forbedring af arbejdsforholdene, flere former for goder og støtte til karriereudvikling være med til at tiltrække og fastholde kvalificeret sundhedspersonale, og skabe et mere bæredygtigt og trivselsfremmende psykisk arbejdsmiljø i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Nærværende speciale har undersøgt rekruttering og underbemandingsudfordringer i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og sammenlignet disse med erfaringer fra Det Islandske Sundhedsvæsen. Mens begge systemer står over for underbemandingsproblemer, har Island succesfuldt implementeret en model til integration af udenlandsk sundhedspersonale. På trods af, at de to sundhedsvæsen har betydelige forskelle bl.a. inden for autorisationskrav og sprogbarrierer, kan Det Grønlandske Sundhedsvæsen med fordel indhente inspiration fra det islandske. Dette kan være et led i en retning for Det Grønlandske Sundhedsvæsen, selvom det anerkendes, at der er

betydelige forskelle mellem de to systemer, især når det kommer til autorisationskrav og sprogbarrierer.

I betragtning af de fundne udfordringer og muligheder er det afgørende for Det Grønlandske Sundhedsvæsen at arbejde hen imod at implementere effektive og helhedsorienterede strategier til at forbedre det psykiske arbejdsmiljø, tackle stress og underbemandingsproblemer samt eventuelt styrke integrationen af udenlandsk sundhedspersonale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen og i samfundet generelt. Dette vil ikke kun gavne sundhedspersonalets trivsel og engagement, men også være en del af en fastholdelsesstrategi til det fastansatte sundhedspersonale. Det kræver dog en åben og ærlig dialog omkring tingenes tilstand fra både medarbejdere og ledelse, og et ønske om at forbedre dette i stedet for at fastholde status quo. Dette vil dog forbedre det psykiske arbejdsmiljø, skabe trivsel og gøre Det Grønlandske Sundhedsvæsen til en mere attraktiv arbejdsplads for nye medarbejdere, og i sidste ende øge kvaliteten af Det Grønlandske Sundhedsvæsen for borgerne

Specialet har afrundingsvist tilbudt anbefalinger til løsninger på forskellige policyniveauer for at imødekomme udfordringerne. Foruden pre- og onboarding for nyt sundhedspersonale, der kan igangsættes her og nu, tilbyder specialet også langsigtede policytiltag som fx en hjemtagelse af området, der varetager udenlandsk arbejdskraft, en omfattende uddannelsesstrategi med fokus på forbedring af engelskkundskaber og en hel generel anbefaling om at ændre retorikken omkring Det Grønlandske Sundhedsvæsen i al ekstern kommunikation, så der kan ske en holdningsændring blandt befolkningen over tid. Der er ingen af de fremsatte løsninger i nærværende speciale, der kan stå alene og det kan heller ikke konkluderes, at disse er de endegyldige løsninger på de udfordringer Det Grønlandske Sundhedsvæsen står overfor. Dog er det vigtigt at understrege på baggrund af nærværende undersøgelse, at ikke at gøre noget ved tingenes tilstand, er ikke en bæredygtig løsning. Så noget skal der ske for at forsøge at løse udfordringerne i Det Grønlandske Sundhedsvæsen uanfægtet om det er lokalt, eller på højt policyniveau. Det Grønlandske Sundhedsvæsen varetager samfundskritiske opgaver, og det kan have samfundskritiske konsekvenser, hvis ikke der bliver gjort noget ved de problematikker, der har eksisteret og været kendt i flere år.

Litteraturliste

- Aarhus Universitet. (2024). *Kvantitativ metode. Og Kodning af kvalitative data*. Aarhus Universitet, Metodeguiden. Lokaliseret den 03. 02 2024 på <https://metodeguiden.au.dk/kvantitativ-metode>
- Agervold, M. (1998). *Det psykosociale arbejdsmiljø*. Aarhus Universitetsforlag.
- Agervold, M. (1999). *Arbejde og Stress: En introduktion til arbejdsmiljøpsykologi*. Systime.
- Antonovsky, A. (2003). *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzel.
- Augustussen, M., Sjøgren, P., Timm, H. & Pedersen, M. (2017). Symptoms and health-related quality of life in patients with advanced cancer - A population-based study in Greenland. *European Journal of Oncology Nursing*, (28), s. 92-97. 10.1111/ecc.12843
- Bjerregaard, P. (2016). Grønland i tal - sundhed. I: Ol. Marquardt (Red.), *Grønland i tal - kilder og cases gennem 300 år* (s. 143-154). Aarhus Universitetsforlag.
- Bro, H. (1993). *Grønland – kilder til en dansk kolonihistorie*. Det Grønlandske Selskab.
- Bryman, A. & Bell, E. (2011). *Business Research Methods* (3. udg.). OXFORD University Press.
- Bryman, Alan (2012): *Social Research Methods*, 4th Edition, Oxford University Press.
- Christensen, U., Bjerregaard, P. & Curtis, T. (1996). *Sundhedsvæsenet i Grønland*. Dike.
- Christensen, M. (2023, 9. 6). Presset grønlandsk sundhedsvæsen kan ende i permanent krise: kæmpe udfordringer med rekruttering og fastholdelse. *Dagens Medicin*.
<https://dagensmedicin.dk/preset-groenlandsk-sundhedsvaesen-kan-ende-i-permanent-krise-kaempe-udfordringer-med-rekruttering-og-fastholdelse/>
- Cocker, F. & Joss, N. (2016, 22. juni). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27338436/>
- COPSOQ International Network. (2023). Welcome to the network for scientific research and risk assessment with the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). *COPSOQ Network*. Lokaliseret den 03. 10 2023 på <https://www.copsoq-network.org/>
- COPSOQ International Network. (2023). *Welcome to the network for scientific research and risk assessment with the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*. COPSOQ Network. Lokaliseret den 03. 10 2023 på <https://www.copsoq-network.org/>
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-González, E. (2000): *Research on Work-related Stress*. European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg

Departementet for Sundhed. (2023): *Redegørelse om muligheder og barrierer for at ansætte udenlandsk sundhedsfaglig personale i Det Grønlandske Sundhedsvæsen* [Redegørelse].

Inatsisartut. Lokaliseret den 11. 12 2023 på

https://ina.gl/media/rg0p01wi/pkt81_em2022_redegoerelse-om-muligheder-og-barrierer-for-at-ansaette-udenlandsk-sundhedsfaglig-personale-i-det-groenlandske-sundhedsvaesen_da.pdf

Det Grønlandske Sundhedsvæsen. (2022). *Organisationsplan*. Det Grønlandkse Sundhedsvæsen. Lokaliseret den 03. 10 2023 på <https://gjob.dk/organisationen/organisationsplan/>

Egholm, L. (2014). *Videnskabsteori – Perspektiver på organisationer og samfund*. Han Reitzels Forlag.

FOA. (2023, 19. 12). Ny undersøgelse af arbejdsmiljøet i Danmark vækker stor bekymring. *Via Ritzau*. <https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/13764676/ny-undersogelse-af-arbejdsmiljoet-i-danmark-vaekker-stor-bekymring?publisherId=13559569&lang=da>

Funch, M. & Fahrenndorff, R. (2022, 25. 10). Danmark i hård konkurrence om udenlandske sygeplejersker. *Kristeligt Dagblad*. <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/danmark-i-haard-konkurrence-om-udenlandske-sygeplejersker>

Gadamer, HH. (2007): *Sandhed og Metode*. (2. udgave). Academia.

Gadamer, HH. (1999): Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip, i Gulddal, J. & Møller, M.: *Hermeneutik – En antologi om forståelse*. Nordisk Forlag A.S.

Grønlands Selvstyre (2023): *Finanslov for 2024*. Grønlands Selvstyre.

Grønlands Statistik. (2023). *Befolkning*. Befolkningstal. Lokaliseret den 25. 11 2023 på <https://stat.gl/dialog/topmain.asp?lang=da&sc=BE>

Ilisimatusarfik. (s.d.). *Oversættelse og tolkning*. Ilisimatusarfik . Lokaliseret den 15. 02 2024 på <https://da.uni.gl/uddannelse/oversaettelse-tolkning/>

Ilisimatusarfik. (2015). *Studieordning, Kandidatuddannelsen Inooqatigiinnik ilisimatusaat Samfundsvidenskab*. Ilisimatusarfik. Lokaliseret den 11. 03 2004 på <https://da.uni.gl/media/cfup43mr/samfundsvidenskab-kandidat.pdf>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2022, 05. 09). *Antallet af ansatte på sygehusene vokse rmed over 10000*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://ism.dk/nyheder/2022/september/antallet-af-ansatte-paa-sygehusene-vokser-med-over-10000>

Iserasuaat (2004): [Fag og undervisning \(iserasuaat.gl\)](https://iserasuaat.gl) [lokaliseret d. 25. marts 2024]

Karasek, R. (1989). Krav – kontrolmodellen: Dens udvikling og status. *Arbejdspsykologisk Bulletin*, (5), s. 16-35.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and Reconstruction of Working Life*. Basic Books.

Katznelson, B., Fatum, L., Kondrup, J., Holtug, N., Jensen, T.H. & Jørgensen, T. (2016). *Hermenutik*. Den store danske. Lokaliseret den 02. 11 2023 på <https://denstoredanske.lex.dk/hermeneutik>

Kleemann, L. (2008, 16. 9). Grønlandsk er det sværeste sprog. *KNR*. <https://knr.gl/da/nyheder/gr%C3%B8nlandsk-er-det-sv%C3%A6reste-sprog>

Kristensen, T. (1995). The demand-control-support model: Methodological challenges for future research. *Stress Medicine*, (11), s. 17-26. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2460110104>

Kristensen, T., Pejtersen, J., Lund, P. & Borg, V. (2006). *Psykisk arbejdsmiljø: Vejledning til brugere af AMI's korte spørgeskema til kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø*. Arbejdsmiljøinstituttet. Lokaliseret den 03. 11 2023 på file:///C:/Users/swni/Downloads/2_3d-ii-vejledning-kort-skema%20(1).pdf

Kristensen, T., Høgh, Asger Nielsen., Borg, V. & Hannerz, H. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, s. 438-449. https://www.researchgate.net/publication/7346426_The_Copenhagen_Psychosocial_Questionnaire_-_A_tool_for_the_assessment_and_improvement_of_the_psychosocial_work_environment

Kvale, S. (1999). *Interview - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.

Landspítali. (2022). *Landspítali - Hospital statistics and accounts 2022*. Landspítali - The National University Hospital of Iceland. Lokaliseret den 15. 02 2023 på file:///C:/Users/swni/Downloads/landspitali-hospital_statistics_and_accounts_2022.pdf

Landspítali. (2024). *Landspítali - The National University Hospital of Iceland*. Landspítali - The National University Hospital of Iceland. Lokaliseret den 22. 02 2024 på <https://www.landspitali.is/default.aspx?pageid=deac0479-05aa-11e8-90f1-005056be0005>

Larsen, C. (2019). Sundhedsvæsenet, forebyggelse og sundhedsforskning i Grønland. *Tidsskriftet i Grønland*, 2016(4), 214-224. <https://www.polarfronten.dk/wp-content/uploads/2020/02/TG-4-2019-s214.pdf>

Leick, C. (s.d.). Ældresektor mangler sygeplejersker, i Sygeplejersken. *Sygeplejersken*, s. 12-13. <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/sygeplejersken-2002-24/aeldresektor-mangler->

sygeplejersker/

Lidegaard, M. (2011, 17. 06). *Alfred Bertelsen*. Dansk Biografisk Leksikon. Lokaliseret den 19. 10 2023 på https://biografiskeksikon.lex.dk/Alfred_Bertelsen

Limborg, H. J. (2002): *Den risikable fleksibilitet: på vej mod et "nyt" arbejdsmiljø*. Roskilde Universitet. [Afhandling]

Løvstrøm, M. (2023, 6. 9). Ny aftale skal lette regler for tilkaldt arbejdskraft i sundhedsvæsenet. *Sermitsiaq*. <https://sermitsiaq.ag/node/246425>

Møller, A., Bill, T. & Kilime, A. (2023, 8. 9). Hvad siger du?" Udenlandsk sundhedspersonale kan give sproglige udfordringer. *KNR*. <https://knr.gl/da/nyheder/hvad-siger-du-udenlandsk-sundhedspersonale-kan-give-sproglige-udfordringer>

Olsen, T. R. (2005). *I skyggen af kajakerne: Grønlands politiske historie 1939-79*. Atuagkat Pedersen, B. (1992). Strukturer, arbejdsfællesskab og individ: ansatser til en integreret teori. *Arbejdspsykologisk Bulletin*, (8), s. 101-131.

Pehlican, T. (2017). Compassion Fatigue: The Known, Unknown. *Journal of Psychiatric Nursing. Journal of Psychiatric Nursing*, (1). <https://doi.org/10.14744/phd.2017.25582>

Pejtersen, J., Kristensen, T., Borg, V. & Bjorner, J. (2010, 02). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, (38), s. 8-24. 10.1177/1403494809349858

Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit . (2022). Retningslinje for ansøgninger til KursusFonden PPK. *Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit* . Lokaliseret den 13. 02 2024 på <https://ppk.gl/wp-content/uploads/2022/12/Retningslinje-for-ansoegninger-til-KursusFonden-PPK-nov-2022.pdf>

Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit. (2018). *Overenskomster og Aftaler*. Peqqinnissaq Pillugu Kattuffiit. Lokaliseret den 13. 02 2023 på https://ppk.gl/?page_id=129

Prinds, C., Hvidtjørn, D., Schrøder, K. & Viftrup, D. (2023). En salutogenetisk tilgang til mental sundhed i forbindelse med fødsel og forældreskab – et eksistentielt perspektiv. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, , (39), s. 104-120.

Rasmussen, J. (2008, 28. 08). Opgaveglidning er ingen idyl. *Dagens Medicin*. <https://dagensmedicin.dk/opgaveglidning-er-ingen-idyl/>

Rasmussen, M.A. & Olsen, P.B. (2023, 30. 10). Arbejdsfællesskabers betydning for organisering i Grønland [(PowerPoint præsentation til seminar om Arbejdsfællesskabers betydning for organisering ved Royal Greenland)]. .

Riis, O. (2001). *Metoder på tværs. Om forudsætningerne for sociologisk metodekombination*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Rogers, C. & Farson, E. (s.d.). Active Listening. *Gordon Training*. Lokaliseret den 19. 10 2023 på http://www.gordontraining.com/wp-content/uploads/ActiveListening_RogersFarson.pdf

Rosdahl, N. (2009, 25. 06). *Island: Sundhedsforhold*. Den Store Danske. Lokaliseret den 02. 03 2024 på https://denstoredanske.lex.dk/Island_-_sundhedsforhold

Semmer, K., Tschan, F., Beehr, T., Elfering, A., Kälin, W. & Meier, L. (2019). stress as Offense to Self: a Promising Approach Comes of Age. *Occupational Health Science*, (3), s. 205-238. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00041-5>

Silvermann, G. (2001). *The secrets of Word-of-mouth Marketing: How to Trigger Exponential Sales Through Runaway Word of Mouth*. AMACON.

Statsministeriet. (2008, 26. 11). *AFR Grønlandsk folkeafstemning om selvstyre*. Statsministeriet. Lokaliseret den 12. 12 2023 på <https://www.stm.dk/presse/pressemeddelelser/afr-groenlandsk-folkeafstemning-om-selvstyre/>

Statsministeriet. (2023). *Oversigt over sagsområder, der er overtaget af Grønlands hjemmestyre (I og II) henholdsvis Grønlands Selvstyre (III)*. Statsministeriet. Lokaliseret den 02. 02 2023 på <https://www.stm.dk/media/12119/gr-oversigt-over-sagsomraader.pdf>

Stocker, D., Jacobshagen, N., Krings, R., Pfister, I.B. & Semmer, N. (2014). Appreciative leadership and employee well-being in everyday working life. *German Journal of Research in Human Resource Management*, (28), s. 73-95. <https://doi.org/10.1688/ZfP-2014-01-Stocker>

Stocker, D., Keller, A., Meier, L., Elfering, A., Pfister, I. B., Jacobshagen, N. & Semmer, N. (2018, November). Appreciation by supervisors buffers the impact of work interruptions on well-being longitudinally. *International Journal of Stress Management*, (4). 10.1037/str0000111

Sundhedsledelsen. (2023). *(Samlet oplæg til Naalakkersuisoq Agathe Fontain 9. oktober 2023, PowerPoint)*. Sundhedsledelsen.

Sørensen, A. (2020). *Grønland*. Danmarkshistorien - Aarhus Universitet. Lokaliseret den 10. 12 2023 på <https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/groenland>

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode'. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (2. udg., s. 29-53). Han Reitzels Forlag.

Thybo, P. (2004). Helbred er, hvordan man har det – Sundhed er, hvordan man ta'r det. *Klinisk Sygepleje*, 2004(3).

Tobiassen, S. (1998). Grønlandiseret forvaltning", i : H. Petersen & J. Janussen (Red.), *Retsforhold og samfund i Grønland* (s. 165-189). Naqiterisitisiarfik Atuagkat.

Veirum, T. (2019, 17. 12). Wangenheim vil have projekt om cubanske læger op ad syltekrukke. *Sermitsiaq*. <https://sermitsiaq.ag/node/233464>

Veirum, T. (2023, 13. 11). Partier indgår sundhedsforlig. *Sermitsiaq*. <https://sermitsiaq.ag/node/247702>

Videnscenter for God Arbejdslyst . (2020). *Kolleger: en vigtig brik i din arbejdslyst*. <file:///C:/Users/swni/Downloads/Kollega-Indeks-2020.pdf>

Vinnumalastofnun. (2024). *General information about work permits*. Vinnumalastofnun. <https://www.vinnumalastofnun.is/en/employer/work-permits/general-information-about-work-permits>

Vygotsky, L. (1997). *Interaction Between Learning and Development* (2. udg.). Oprindeligt: Harvard University Press, genudgivet i W.H. Freeman and Company. (Originalværk udgivet 1978)

Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society - The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Bilag

Bilag 1 – Interviewguide til kvalitative interviews

Emne	Spørgsmål
Introduktion	Kort introduktion til specialets problemfelt. Meget åben tilgang til interviewene – forfølger interesseområder. Anonymisering. Tidsestimat. Mulighed for at trække bidrag tilbage.
Generelle oplevelser	Vil du kort beskrive dine primære arbejdsopgaver og ansvarsområder? Hvordan vil du beskrive dit nuværende arbejdsmiljø?
Job-demand-control model	Hvordan oplever du kravene i dit job? Er der specifikke opgaver eller situationer, der er særligt udfordrende? Hvorfor er de det? Hvordan vurderer du graden af kontrol i dit arbejde? Altså har du kontrol over dine opgaver, eller følger du bare med de opgaver der kommer ind?
Oplevet muligheder for indflydelse og kontrol / autonomi	Hvordan oplever du mulighederne for indflydelse og kontrol i dit arbejde? Hvordan føler du, at du har mulighed for at have indflydelse på beslutningsprocesser i dit arbejde?
Forventninger vs. realitet	Hvordan matcher de forventninger, der er til dit job med de faktiske ressourcer der er og den bemanning I har? Hvordan oplever du forskellen mellem, hvad der forventes og hvad der faktisk er muligt i dit arbejde?
Underbemanding	Hvordan oplever du konsekvenserne af underbemanding i forhold til arbejdspress og krav i din arbejdsdag? Hvordan påvirker underbemanding din evne til at håndtere dine arbejdsopgaver? Er du tilfreds med din egen præstation i dit arbejde, under de arbejdsforhold du har nu? (Ville du ønske du kunne gøre det anderledes, bedre etc.?) Hvordan påvirker underbemanding dit samarbejde med kollegaer, både her på afdelingen, men også resten af organisationen?
Work-life balance	Hvordan balancerer du dit arbejdsliv med privatliv?

	Hvordan har du det, i de perioder, der er stort arbejdspress, når du kommer hjem fra arbejde? (tænker du på det, grubler etc.)
	Hvordan oplever du dit generelle trivselsniveau er, når der stort arbejdspress på jobbet?
Stress og trivsel	I forbindelse med underbemanding på arbejdspladsen, har du på noget tidspunkt følt dig stresset?
	Hvis du har nævnt det for din leder, hvordan er dette så blevet håndteret?
	Føler du din arbejdsplads er interesseret i, at du har et godt psykisk arbejdsmiljø og ikke bliver stresset?
	Er der nogle tilbud eller tiltag, der har til formål at forebygge stress og fremme trivsel for medarbejdere?
Mulige forbedringer til psykisk arbejdsmiljø	Hvordan mener ud arbejdspladsen kan forbedre støtten til medarbejdere i situationer med øget arbejdspress og underbemanding?
	Har du et forslag til hvordan underbemanding kan håndteres mere effektivt på DIH?
Afslutning	Er der andet, du har lyst til at tilføje, som vi ikke er kommet rundt om?

Bilag 2 - COPSQ-II spørgeskema

Speciale i Arktisk Samfundsvidenskab

Velkommen til spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø,

Dette spørgeskema er udviklet af Arbejdsmiljøinstituttet som et redskab til vurdering og kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø.

Dit svar vil bidrage til mit speciale i Arktisk Samfundsvidenskab, hvor jeg undersøger det psykiske arbejdsmiljø blandt fastansatte i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Jeg er meget glad for, at du har lyst til at deltage og hjælpe mig med at kaste lys på dette vigtige område.

Alle besvarelser er helt og aldeles anonyme, så du kan svare trygt i ro og fred.

Mange tak for din hjælp.

De bedste hilsner,
Sille

Billedtitel



Hvilken by/bygd er du fastansat i? Og hvor længe har du været fastansat?

Kort svartekst

De følgende spørgsmål handler om dit psykiske arbejdsmiljø. Sæt et kryds ud for hvert spørgsmål ved det svar, der passer bedst.

Beskrivelse (valgfri)

1A. Kommer du bagud med dit arbejde?

- ☐ Altid
- ☐ Ofte
- ☐ Sommetider
- ☐ Sjældent
- ☐ Aldrig/Næsten aldrig

1B. Har du tid nok til dine arbejdsopgaver?

- ☐ Altid
 - ☐ Ofte
 - ☐ Sommetider
 - ☐ Sjældent
 - ☐ Aldrig/Næsten aldrig
-

2A. Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?

- ☐ Altid
 - ☐ Ofte
 - ☐ Sommetider
 - ☐ Sjældent
 - ☐ Aldrig/Næsten aldrig
-

2B. Er arbejdstempoet højt gennem hele arbejdsdagen?

- ☐ Altid
 - ☐ Ofte
 - ☐ Sommetider
 - ☐ Sjældent
 - ☐ Aldrig/Næsten aldrig
-

3A. Bringer dit arbejde dig i følelsesmæssigt belastende situationer?

- ☐ Altid
 - ☐ Ofte
 - ☐ Sommetider
 - ☐ Sjældent
 - ☐ Aldrig/Næsten aldrig
-

3B. Skal du tage stilling til andre menneskers personlige problemer i dit arbejde?

- ☐ Altid
 - ☐ Ofte
 - ☐ Sommetider
-

4B. Har du indflydelse på mængden af dit arbejde?

- ☐ Altid
 - ☐ Ofte
 - ☐ Sommetider
 - ☐ Sjældent
 - ☐ Aldrig/Næsten aldrig
-

5A. Har du mulighed for at lære noget nyt gennem dit arbejde?

- ☐ I meget høj grad
 - ☐ I høj grad
 - ☐ Delvist
 - ☐ I ringe grad
 - ☐ I meget ringe grad
-

5B. Kræver dit arbejde, at du er initiativrig?

- ☐ I meget høj grad
 - ☐ I høj grad
 - ☐ Delvist
 - ☐ I ringe grad
 - ☐ I meget ringe grad
-

6A. Er dine arbejdsopgaver meningsfulde?

- ☐ I meget høj grad
 - ☐ I høj grad
 - ☐ Delvist
 - ☐ I ringe grad
 - ☐ I meget ringe grad
-

6B. Føler du, at du yder en vigtig arbejdsindsats?

- ☐ I meget høj grad
 - ☐ I høj grad
 - ☐ Delvist
-

7A. Synes du, at din arbejdsplads har stor personlig betydning for dig?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

7B. Ville du anbefale en god ven at søge en stilling på din arbejdsplads?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

8A. Får du på din arbejdsplads information om f.eks. vigtige beslutninger, ændringer og fremtidsplaner i god tid?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

8B. Får du al den information, du behøver for at klare dit arbejde godt?

- ☐ I meget højt grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

9A. Bliver dit arbejde anerkendt og påskønnet af ledelsen?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad

-
- ☐ Delvist
 - ☐ I ringe grad
 - ☐ I meget ringe grad
-

9B. Bliver du behandlet retfærdigt på din arbejdsplads?

- ☐ I meget høj grad
 - ☐ I høj grad
 - ☐ Delvist
 - ☐ I ringe grad
 - ☐ I meget ringe grad
-

10A. Er der klare mål for dit eget arbejde?

- ☐ I meget høj grad
 - ☐ I høj grad
 - ☐ Delvist
 - ☐ I ringe grad
 - ☐ I meget ringe grad
-

10B. Ved du nøjagtigt, hvad der forventes af dig i dit arbejde?

- ☐ I meget høj grad
 - ☐ I høj grad
 - ☐ Delvist
 - ☐ I ringe grad
 - ☐ I meget ringe grad
-

11A. Prioriterer den nærmeste ledelse trivslen på arbejdspladsen højt?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

11B. Er den nærmeste ledelse god til at planlægge arbejdet?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

12A. Hvor ofte er din nærmeste overordnede villig til at lytte til dine problemer med arbejdet?

- ☐ Altid
- ☐ Ofte
- ☐ Sommetider
- ☐ Sjældent
- ☐ Aldrig/Næsten aldrig

12B. Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din nærmeste overordnede?

- ☐ Altid
- ☐ Ofte
- ☐ Sommetider
- ☐ Sjældent
- ☐ Aldrig/Næsten aldrig

13. Angående dit job i almindelighed: Hvor tilfreds er du med dit job som helhed, alt taget i betragtning?

- ☐ Meget tilfreds
- ☐ Tilfreds
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds

De næste to spørgsmål handler om, hvordan dit arbejde påvirker dit privatliv og familieliv

Beskrivelse (valgfri)

14A. Føler du, at dit arbejde tager så meget af din energi, at det går ud over privatlivet?

- ☐ Ja, helt sikkert
- ☐ Ja, til en vis grad
- ☐ Ja, men kun lidt
- ☐ Nej, slet ikke

14B. Føler du, at dit arbejde tager så meget af din tid, at det går ud over privatlivet?

- ☐ Ja, helt sikkert
- ☐ Ja, til en vis grad
- ☐ Ja, men kun lidt
- ☐ Nej, slet ikke

De næste fire spørgsmål handler ikke om dit eget arbejde, men om hele virksomheden, hvor du er ansat.

Beskrivelse (valgfri)

15A. Kan man stole på de udmeldinger, der kommer fra ledelsen?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

15B. Stoler ledelsen på, at medarbejderne gør et godt stykke arbejde?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

16A. Bliver konflikter løst på en retfærdig måde?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad

- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

16B. Bliver arbejdsopgaverne fordelt på en retfærdig måde?

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ Delvist
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad

De følgende fem spørgsmål handler om dit eget helbred og velbefindende. Det er IKKE meningen, at du skal prøve at skelne mellem de symptomer, der skyldes arbejdet, og dem der skyldes andre forhold. Det gælder om at beskrive, hvordan du har det alt i alt. Spørgsmålene handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger:

Beskrivelse (valgfri)

17. Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?

- ☐ Fremragende
- ☐ Vældig godt
- ☐ Godt
- ☐ Mindre godt
- ☐ Dårligt

18A. Hvor tit har du følt dig udkørt?

- ☐ Hele tiden
- ☐ En stor del af tiden
- ☐ En del af tiden
- ☐ Lidt af tiden
- ☐ På intet tidspunkt

18B. Hvor tit har du været følelsesmæssigt udmattet?

- ☐ Hele tiden
- ☐ En stor del af tiden

- ☐ En del af tiden
- ☐ Lidt af tiden
- ☐ På intet tidspunkt

19B. Hvor tit har du været irriteret?

- ☐ Hele tiden
- ☐ En stor del af tiden
- ☐ En del af tiden
- ☐ Lidt af tiden
- ☐ På intet tidspunkt

20. Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for uønsket seksuel opmærksomhed på din arbejdsplads?

- ☐ Ja, dagligt
- ☐ Ja, ugentligt
- ☐ Ja, månedligt
- ☐ Ja, af og til
- ☐ Nej

Hvis ja, fra hvem? (sæt gerne flere krydser)

- ☐ Kollegaer
- ☐ En leder
- ☐ En underordnet
- ☐ Klienter/patienter/kunder

21. Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for trusler om vold på din arbejdsplads?

- ☐ Ja, dagligt
- ☐ Ja, ugentligt
- ☐ Ja, månedligt
- ☐ Nej

Hvis ja, fra hvem? (sæt gerne flere krydser)

- ☐ Kollegaer
- ☐ En leder
- ☐ En underordnet
- ☐ Klienter/patienter/kunder

22. Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for fysisk vold på din arbejdsplads?

- ☐ Ja, dagligt
- ☐ Ja, ugentligt
- ☐ Ja, månedligt
- ☐ Nej

Hvis ja, fra hvem? (sæt gerne flere krydser)

- ☐ Kollegaer
- ☐ En leder
- ☐ En underordnet
- ☐ Klienter/patienter/kunder

23. Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for mobning på din arbejdsplads?

- ☐ Ja, dagligt
- ☐ Ja, ugentligt
- ☐ Ja, månedligt
- ☐ Nej

Ved mobning forstår man, at man gentagne gange bliver udsat for ubehagelig eller nedværdigende behandling, som det er svært at forsvare sig imod.

Beskrivelse (valgfri)

Hvis ja, fra hvem? (sæt gerne flere krydser)

- ☐ Kollegaer
- ☐ En leder
- ☐ En underordnet
- ☐ Klienter/patienter/kunder