

Sundhedsvæsenet i Grønland

– befolkningens brug, tilfredshed og ønsker



DIKE

Ulla Christensen
Peter Bjerregaard
Tine Curtis

DIKEs Grønlandsskrifter nr. 5

Sundhedsvæsenet i Grønland

- befolkningens brug, tilfredshed og ønsker

Ulla Christensen
Peter Bjerregaard
Tine Curtis

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi
Svanemøllevej 25
2100 København Ø

Landsstyreområdet for
Sundhed, Miljø og Forskning
Box 1160, 3900 Nuuk

Sundhedsvæsenet i Grønland
- befolkningens brug, tilfredshed og ønsker

Ulla Christensen, Peter Bjerregaard, Tine Curtis.

Copyright © DIKE, København 1996

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Rapporten kan fås ved henvendelse til:

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE)
Svanemøllevej 25, 2100 København Ø
Telefon 31 20 77 77 - Telefax 31 20 80 10

Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning
Box 1160, 3900 Nuuk
Telefon 2 30 00 lokal 4295 - Telefax 2 55 05

Tryk: Gentofte Tryk

Omslag: Frank Senderovitz

ISBN: 87-89662-77-6

Forord

Den grønlandske sundhedsprofil er en stor undersøgelse, der blev påbegyndt i 1992 som et samarbejde mellem Grønlands Hjemmestyre og Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE). Undersøgelsens formål er at beskrive og analysere helbred, levevilkår og livsstil i Grønland. Den har resulteret i megen ny viden, som nu bliver præsenteret for et fagligt publikum i en serie temarapporter.

Et så stort projekt som sundhedsprofilen har ikke kunnet gennemføres uden støtte fra mange sider. En baggrundsgruppe med deltagelse fra Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning, Embedslægeinstitutionen i Grønland, Direktoratet for Sociale Anliggender og Arbejdsmarked, Grønlands Statistik og Ilisimatusarfik har deltaget i diskussioner af undersøgelsens tilrettelæggelse. En mindre gruppe personer har været involveret i det praktiske arbejde med dataindsamlingen: Louise Mattaq Kristiansen, Kunuunnguaq Olsen, Tine Pars, Christian Roepstorff, Frank Senderovitz og Karo Thomsen. Mariane Petersen og Jørgen Fleischer har oversat og tilbageoversat spørgeskemaerne. Mette Madsen og Niels Kr. Rasmussen har sikret det faglige bagland. Endelig har alle interviewerne ydet et stort arbejde, og en særlig tak skal rettes til de mange mennesker i Grønland, der har ofret deres tid på at lade sig interviewe. Manuskriptet er skrevet af overassistent Susanne Brenaa.

Sundhedsprofilen er finansieret af Karen Elise Jensens Fond og gennemført af DIKE, Afdeling for Grønlandsforskning, for Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning. Der har været tale om et tæt samarbejde, men det videnskabelige ansvar for resultaterne og konklusionerne ligger helt og holdent hos DIKE.

Finn Kamper-Jørgensen
direktør
DIKE

Torben Cordtz
direktør
Direktoratet for Sundhed,
Miljø og Forskning

Indholdsfortegnelse

	side
Forord	3
Resumé	7
1. Introduktion	9
1.1 Sundhedsvæsenet	9
1.2 Problemområder	11
1.3 Om undersøgelsen	13
1.4 Sammenfatning	19
2. Befolkningens brug af sundhedsvæsenet	21
2.1 Kontakter inden for de sidste 3 måneder	21
2.2 Kommunikation	29
2.3 Forskelle mellem by og bygd	31
2.4 Sammenfatning	31
3. Befolkningens tilfredshed med sundhedsvæsenet	33
3.1 Tilfredshed med sundhedsvæsenet	33
3.2 Konkret utilfredshed	38
3.3 Klager	43
3.4 Sammenfatning	43
4. Befolkningens ønsker og forslag	45
4.1 Hvor er det bedst at føde?	45
4.2 Generelle forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet ..	48
4.3 Specifikke forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet ..	49
4.4 Sammenfatning	55
5. Nogle udfordringer for sundhedsvæsenet	57
5.1 Sundhedsvæsenets tilbud	58
5.2 Adgang til og brug af sundhedsvæsenet	59
5.3 Udbygning af sundhedsvæsenet	60
5.4 Kerneydelsen	61
5.5 Periferiydelser	62
5.6 Forskningsmæssig opfølgning	63
5.7 Sammenfatning	64

Litteratur	65
Bilag 1. Årsager til utilfredshed med kontakt med sundheds- væsenet og forslag til forbedringer af sundheds- væsenet	67
Bilag 2. Rapporter om sundhedsvæsenet i Grønland 1979-1991	81

Resumé

Rapporten er den anden temarapport fra projektet Sundhedsprofil for Grønland. I kapitel 1 beskrives indledningsvis sundhedsvæsenets struktur og efterfølgende undersøgelsens materiale og metode. Sundhedsvæsenet i Grønland er centralt styret, det er énstrengt (excl. Nuuk), ydelserne er vederlagsfri, og en stor del af det sundhedsfaglige personale er tilkaldt arbejdskraft. Mulighederne for at rekruttere sundhedsfagligt personale sætter begrænsninger for sundhedsvæsenets ydelser. Den store andel af tilkaldte indebærer, at kommunikationen mellem patient og behandler ofte foregår via tolk, ligesom det er vanskeligt at fastholde kontinuiteten. Sundhedsprofilens dataindsamling er gennemført i 1993-94 ved interview og selvudfyldelse af spørgeskema. Resultaterne publiceres i en række temarapporter. Der er indsamlet oplysninger fra alle 17 byer og fra 21 udvalgte bygder. I alt er der gennemført interview med 1728 voksne personer fra en stikprøve på 3025 (57%). Det lykkedes ikke for interviewererne at kontakte alle i stikprøven, og det er sandsynligt, at svarprocenten blandt dem, der er forsøgt kontaktet, er omkring 70%. Der er ikke noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning. Befolkningens gruppering efter køn, alder, befolkningsgruppe (grønlændere og danskere) og geografisk region præsenteres.

Kapitel 2 handler om befolkningens kontakt med sundhedsvæsenet. Over halvdelen af befolkningen havde kontakt med sundhedsvæsenet inden for 3 måneder. Kontakt med sundhedsvæsenet varierer med køn, befolkningsgruppe, geografisk region, selvvalgt helbred og tilstedeværelsen af langvarig sygdom. Som helhed havde 1/3 af befolkningen kontakt med en læge og 13% med en tandlæge inden for 3 måneder, men befolkningen i byerne havde næsten dobbelt så hyppigt kontakt som bygdebefolkningen. For halvdelen af den grønlandske befolknings vedkommende foregår kommunikation med lægen via tolk. Næsten halvdelen af dem, der bruger tolk, mener, at der ofte eller nu og da er sprogproblemer mellem dem og lægen.

I kapitel 3 analyseres befolkningens generelle tilfredshed med sundhedsvæsenet samt utilfredshed med en specifik kontakt med sundhedsvæsenet. I byerne er der størst tilfredshed med de forhold i sundhedsvæsenet, som har betydning for kerneydelsen (personalets faglige dygtighed og muligheden for at blive undersøgt af en læge ved sygdom) og mindst tilfredshed med ventetiden i venteværelset. Tilfredsheden med sundhedsvæsenet er noget mindre i bygderne, hvor der er mindst tilfredshed med den primære kontakt (muligheden for at blive undersøgt af en sundhedsmedhjælper og dennes faglige dygtighed). Mænd er oftere tilfredse end kvinder, ligesom en større andel af de ældre end de yngre er tilfredse. Befolkningen i Østgrønland har en tydeligt mere positiv holdning til sundhedsvæsenet end i resten af landet. De ældres og bygdebefolkningens ringere adgang til tandplejen kommer til udtryk i deres begrænsede tilfredshed med adgangen til undersøgelse af en tandlæge ved akutte tandproblemer. Til gengæld er der såvel i byerne som i bygderne stor tilfredshed med personalets faglige dygtighed og opførsel.

Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser afhænger af samspillet mellem sundhedspersonalet (faglige dygtighed og opførsel), patienterne samt de fysiske rammer og det udstyr, der er til rådighed. Undersøgelsen har afdækket, at der blandt patienterne er utilfredshed med en række forhold i dette samspil. Over 1/4 af dem, som har haft kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder, var utilfredse med kontakten såvel i byerne som i bygderne. Der var størst utilfredshed blandt dem, som havde haft en lægekontakt. Over halvdelen angav forhold vedrørende personalets faglige dygtighed eller opførsel som årsag til deres utilfredshed. Kun 22% af de utilfredse tilkendegav deres utilfredshed overfor personalet, og kun 2 personer klagede skriftligt. Medens de interviewede ved tilkendegivelse af deres holdning til sundhedsvæsenet generelt var mest tilfredse med de forhold, som har betydning for kerneydelsen, var personalets manglende faglige dygtighed og opførsel de hyppigst nævnte årsager til utilfredshed i forbindelse med en konkret kontakt med sundhedsvæsenet.

Befolkningens ønsker og forslag til sundhedsvæsenet er i kapitel 4 belyst ad tre veje. For det første kan det konstateres, at der ikke er overensstemmelse mellem sundhedsvæsenets målsætning om, at alle fødsler skal foregå på sygehus (hvilket er tilfældet for 97% af fødslerne idag) og befolkningens ønsker om fødested, idet 15% ønsker, at normale fødsler kan foregå hjemme eller på en sygeplejestation. Dernæst viser undersøgelsen, at blandt seks mulige forslag til forbedring af sundhedsvæsenet finder flest det meget vigtigt (72%), at der sker en udbygning af de enkelte sygehuse, således at nogle patienter kan behandles der i stedet for i Nuuk. Endelig udgør forskellige forslag til udbygning af sundhedsvæsenet en betydelig del af de interviewedes egne forslag til forbedring af sundhedsvæsenet, men der peges tillige på en række forhold, som ikke fordrer ressourcetilførsel, blandt andet forhold omkring personalets opførsel over for patienterne.

Endelig anføres der i kapitel 5 nogle udfordringer til såvel politikerne som det administrative og sundhedsfaglige personale på grundlag af undersøgelsen af befolkningens brug af, tilfredshed med og ønsker til sundhedsvæsenet:

1. Der er behov for en politisk stillingtagen til hvilke behandlingstilbud, det grønlandske samfund skal stille til rådighed for befolkningen, og politikerne må medvirke til en afstemning af befolkningens ønsker og behov med de til rådighed værende ressourcer.
2. Der må ske en stillingtagen til serviceniveauet i bygderne.
3. Der bør skabes grundlag for større personalekontinuitet.
4. Der er behov for rutinemæssig evaluering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.
5. Der bør iværksættes initiativer til at forbedre kommunikationen, de fysiske rammer og ventetiden.
6. Der er behov for sundhedstjenesteforskning til belysning af samspillet mellem patienterne, sundhedsvæsenets personale og de fysiske rammer for sundhedsvæsenets aktivitet.

1. Introduktion

1.1 Sundhedsvæsenet

Strukturen og driften af sundhedsvæsenet i Grønland adskiller sig på en række væsentlige punkter fra sundhedsvæsenet i andre lande, herunder Danmark. Forskellene er betinget af dels geografiske og klimatiske forhold, dels historiske og traditionsbestemte omstændigheder. Sundhedsvæsenet skal betjene en befolkning på ca. 55.000, som bor spredt over et meget stort geografisk område. Der er derfor mange institutioner med beredskab samt betydelige udgifter til transport. Befolkningen er relativt ung, hvilket alt andet lige må forventes at indebære en lavere forekomst af sygdomme og et sygdomsmønster forskelligt fra lande med en større andel af ældre som f.eks. Danmark. Hertil kommer, at ca. 13% af befolkningen er tilkaldt arbejdskraft (evt. med familie), som typisk er yngre og tilhører en høj socialgruppe, med en forventet lav forekomst af sygdomme.

Det er karakteristisk for sundhedsvæsenet,

- at det er centralt styret
- at det er énstregen (excl. Nuuk),
- at ydelserne er vederlagsfrie
- at en stor del af personalet med en sundhedsfaglig uddannelse er tilkaldte, således at kommunikationen mellem patient og behandler ofte skal foregå via tolk.

De økonomiske rammer for sundhedsvæsenets virke fastlægges politisk via finansloven, som vedtages i Landstingets efterårssamling i oktober hvert år. Den overordnede administrative styring af sundhedsvæsenet varetages af Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning. Sundhedsvæsenet er inddelt i 17 sundhedsdistrikter, svarende til den kommunale inddeling. I hvert distrikt findes et sygehus, som er centrum for alle sundhedsvæsenets aktiviteter i distriktet. Sygehusene har ambulatorium, skadestue, fødestue, sengeafdeling, operationsstue, røntgenrum, laboratorium mv. I alle distrikter findes ligeledes en eller flere tandklinikker, som typisk er placeret på sygehuset eller skolen. I bygder med over 300 indbyggere er der etableret sygeplejestation med konsultationsrum og 2-3 sengepladser. Stationen ledes af en sygeplejerske, som under chefdistriktslægens tilsyn varetager den primære sundhedsmæssige betjening af bygdebefolkningen. I alle øvrige bygder med mere end 70 indbyggere er normeret en stilling som sundhedsmedhjælper, og

der er indrettet konsultationsrum, ofte i tilknytning til sundhedsmedhjælperens bolig. I bygder med under 70 indbyggere er der sædvanligvis ansat en ufaglært medicindepotforvalter, der administrerer udlevering af medicin efter ordination fra distriktslægen. Samtlige bygder besøges med jævne mellemrum af personale fra distriktsygehusene, herunder personale fra tandplejen. Ved bygdebesøgene udføres børneundersøgelser og vaccinationer samt almindelige konsultationer.

I Nuuk er den primære sundhedstjeneste adskilt fra sygehusfunktionen, idet denne varetages af Dronning Ingrid's Hospital (DIH), som tillige fungerer som central-sygehus for hele Grønland. DIH har 130 sengepladser fordelt på medicinsk, kirurgisk og psykiatrisk afdeling. Der er ansat overlæger, som dækker følgende specialer: Psykiatri, intern medicin, ortopædisk kirurgi, gynækologi/obstetrik, kirurgisk gastroenterologi (mave-tarm sygdomme), dermatologi (hud- og kønssygdomme), oftalmologi (øjenlidelser), otologi (øre-næse-hals lidelser), anæstesiologi og røntgendiagnostik. Endvidere er der fra 1995 ansat en hospitalstandlæge. Herudover råder DIH blandt andet over en veludstyret ergoterapi og en fysioterapi med træningsbassin. Det påhviler overlægerne samt den ledende laborant, hospitalstandlægen, den ledende ergoterapeut og den ledende fysioterapeut at foretage regelmæssige konsulentrejser til de øvrige sundhedsdistrikter med henblik på at tilse patienter og vejlede sundhedspersonalet i distrikterne. I tilknytning til DIH findes en selvstændig lægeklinik, der forestår den primære sundhedsbetjening af befolkningen i Nuuk, herunder skadestuebehandling samt betjening af bygderne i Nuuk sundhedsdistrikt.

Udover konsulentrejser foretaget fra DIH besøger specialister fra Danmark - overvejende fra Rigshospitalet - sundhedsdistrikterne. Det drejer sig især om specialister inden for øre-næse-halssygdomme, audiologi (hørelidelser), øjensygdomme, børnesygdomme og ortopædisk kirurgi.

Patienter med behov for mere vidtgående undersøgelse og behandling, end der kan tilbydes i Grønland, henvises til sygehuse i Danmark, overvejende Rigshospitalet i København. Psykiatriske patienter henvises til amtssygehusene i Vordingborg og Nykøbing Sjælland.

Tandplejen

Tandplejen prioriterer systematisk forebyggelse og behandling af småbørn og skolebørn højt - herunder i et begrænset omfang tandregulering. Desuden tilbydes

voksne almindelig tandbehandling omfattende især tandfyldning, protesebehandling og kirurgisk behandling.

Lægemiddelforsyningen

Reglerne for håndtering af lægemidler i Grønland muliggør, at sundhedsvæsenet kan købe præparater hjem i store pakninger og herefter pakke om, således at patienten får præcist det antal tabletter med sig, der skal anvendes til behandlingen. Lægemiddelkomiteen, som blev oprettet i 1981, har udfærdiget et rekommandationskatalog med et anbefalet basissortiment for rutinebehandling. Medicin, der er ordineret af en læge, udleveres gratis fra distriktssygehusene, sygeplejestationerne eller medicindepoterne. I perioden 1980-1990 er forbruget af lægemidler (målt i faste priser) næsten firdoblet (Damsgaard 1991). Alligevel udgjorde udgiften til lægemidler i 1990 kun knap 5% af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet (mod 11% i Danmark) (Grønlands Statistiske Kontor 1991 & MEFA 1993). I DIKES befolkningsundersøgelser angav 37% af de interviewede i Grønland og 49% i Danmark, at de havde taget medicin inden for de sidste 14 dage (Bjerregaard et al 1995).

1.2 Problemområder

Hjemmestyret overtog i 1992 sundhedsvæsenet fra den danske stat. Overtagelsen indebærer blandt andet, at de grønlandske politikere herefter har fastlagt budgetrammen for sundhedsvæsenet og således har haft direkte indflydelse på den overordnede prioritering af sundhedsvæsenets indsats, samt at sundhedsvæsenet har skullet konkurrere med de øvrige offentligt finansierede samfundsopgaver om de begrænsede ressourcer.

Det er imidlertid ikke kun pengene, som sætter rammer for, hvilke ydelser sundhedsvæsenet kan tilbyde. Befolkningens begrænsede størrelse og den store geografiske spredning indebærer blandt andet, at sjældent forekommende sygdomme (f.eks. nyresvigt) og sygdomme, hvis behandling fordrer specielt udstyr (f.eks. strålebehandling af kræftsygdomme), af lægefaglige årsager ikke kan behandles i Grønland. Omfanget og spektret af ydelser, som sundhedsvæsenet tilbyder i Grønland, revideres imidlertid løbende under hensyn til udviklingen i sygdomsmønstret og i den medicinske teknologi samt ikke mindst under hensyn til mulighederne for at rekruttere sundhedsfagligt personale til at varetage de forskellige funktioner. Øjenkirurgi og kæbekirurgi er eksempler på ydelser, som for relativt

nyligt er flyttet fra overvejende at foregå i Danmark til at kunne gennemføres på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

Både på landsplan og lokalt sætter mulighederne for at rekruttere sundhedsfagligt personale begrænsninger for sundhedsvæsenets ydelser. Selvom der er normeret lægestillinger i alle kommuner og sundhedsmedhjælper- eller sygeplejerskestillinger i alle de store bygder, er det ikke sikkert, at stillingerne kan besættes. Det grønlandske sundhedsvæsen er afhængigt af, at der kan rekrutteres et tilstrækkeligt antal læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, tandlæger mv. fra Danmark. Den store andel af tilkaldte i sundhedsvæsenets centrale funktioner indebærer, at hovedparten af kommunikationen mellem patienter og behandlere må foregå via tolk, samt at det kan være vanskeligt at fastholde kontinuiteten i arbejdet, fordi mange tilkaldte er vikarer eller rejser igen efter 2-3 år.

Sundhedsvæsenet er blandt de offentlige serviceområder, som befolkningen hyppigst kommer i kontakt med. Det årlige antal indlæggelser og ambulante besøg hos læger, sundhedsmedhjælpere, sundhedsplejersker, fysioterapeuter, tandplejen mv. svarer til, at landets ca. 55.000 indbyggere i gennemsnit er i kontakt med sundhedsvæsenet fire gange om året (Sundhedsforvaltningen 1988).

Sundhedsvæsenets ydelser tilvejebringes gennem et samspil mellem patienterne, personalet samt de fysiske rammer og det udstyr, som er til rådighed. Kvaliteten af ydelserne afhænger af, hvor godt samspillet mellem disse faktorer fungerer. I mange lande - og også i Grønland - er der i de seneste år kommet politiske udmeldinger om nødvendigheden af mere og bedre dialog mellem de offentlige institutioner og borgerne. Befolkningen har via stemmesedlen og via deres efterspørgsel en vis indflydelse på sundhedsvæsenets virke, og de indberetninger og registreringer, der i dag finder sted inden for sundhedsvæsenet, kan i et vist omfang anvendes til at beskrive sygdomsforekomsten i befolkningen. Men befolkningens egen opfattelse af deres helbred har vi ikke megen eksakt viden om, ligesom det skorter på viden om, i hvilket omfang befolkningen er tilfreds med sundhedsvæsenet, og hvilke forhold inden for sundhedsvæsenet befolkningen eventuelt er utilfreds med.

I 1993-94 gennemførtes den landsdækkende interviewundersøgelse Sundhedsprofil for Grønland, der blandt andet havde til formål at belyse disse forhold.

1.3 Om undersøgelsen

I forbindelse med Hjemmestyrets overtagelse af sundhedsvæsenet fra den danske stat fandt man det væsentligt at spørge befolkningen i Grønland om deres egen opfattelse af deres helbred og af det sundhedsvæsen, som skal betjene dem. Initiativet til undersøgelsen blev taget i forbindelse med Nuna Med '91, den første konference om grønlandsmedicin, afholdt i Nuuk. Undersøgelsen, Sundhedsprofil for Grønland, er gennemført af Afdeling for Grønlandsforskning på Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) i samarbejde med Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning. Hjemmestyret har bedt DIKE om at gennemføre undersøgelsen og har skaffet støtte fra et privat fond, men DIKE har haft det videnskabelige ansvar og har haft helt frie hænder til at indsamle og vurdere oplysningerne.

Denne rapport er den anden i en serie temarapporter, der hver behandler et af den grønlandske sundhedsprofils emneområder. De øvrige temarapporter handler om:

- Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland
- Somatisk (legemlig) sygdom og psykisk helbred
- Børns helbred
- Vold
- Metodologiske aspekter.

De data, der indgår i den grønlandske sundhedsprofil, stammer fra interview, hvor interviewere udspørger enkeltpersoner efter et struktureret spørgeskema (hovedskemaet), interview af mødre om deres 0-12 årige børn efter et struktureret spørgeskema (børneskemaet) og et selvudfyldt spørgeskema med spørgsmål om emner, der forventedes at være for sensitive til at lade en interviewer spørge direkte (selvudfyldt skema). De tre spørgeskemaer er udarbejdet specielt til sundhedsprofilen og indeholder dels spørgsmål fra en tilsvarende undersøgelse i Danmark og fra to tilsvarende undersøgelser i arktisk Canada, dels nye spørgsmål udarbejdet til den grønlandske sundhedsprofil.

Stikprøven af personer til interview er udtrukket af Grønlands Statistik fra befolkningsregisteret over alle personer med bopæl i Grønland. Undersøgelsen omfatter principielt hele Grønland, men af praktiske og økonomiske årsager er der foretaget nogle begrænsninger. I første omgang er Ivittuut kommune og områder uden for kommunalinddelingen valgt fra. Alle øvrige byer indgår i undersøgelsen. I anden omgang er fangstpladser, fåreholdersteder, stationer og bygder med mindre end 50 indbyggere valgt fra. Tre bygder, der ikke er klassificeret i sektorplanen for bygdernes udvikling, er heller ikke medtaget. Af de resterende 49 bygder er 24

udvalgt tilfældigt. Materialet omfatter oplysninger fra samtlige 17 byer og 21 af de 24 bygder, altså 38/41 (93%) af de udvalgte byer og bygder (tabel 1.1). Den oprindelige stikprøve var på 3137 personer, men på grund af dødsfald og fraflytning i interviewperioden er stikprøven reduceret til 3025.

Oversigt over emnerne i den grønlandske sundhedsprofil.

Hovedskema

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Baggrund | Alder, køn, familieforhold, bopæl, fødested og opvækst, uddannelse og erhverv. |
| 2. Helbredsstatus | Generelt helbred, sygdom, gener, behandling og medicinbrug sidste 14 dage, langvarig sygdom, funktionsevne (hjælpemidler, syn, hørelse, tyggeevne), højde og vægt. |
| 3. Brug af sundhedsvæsenet | Kontakt sidste 3 måneder, utilfredshed, klager, tilfredshed med konkrete forhold, kommunikation og tolkning, ønsker vedrørende fødsler, forslag til forbedringer. |
| 4. Livsstil og adfærd | Sprogfærdighed og -brug (grønlandsk, dansk, engelsk), rejser, fangst, religion, samfundsændringer, prioriteringer af levevilkår, socialt netværk, fysisk aktivitet, fritidsulykker, forebyggelse af ulykker, rygevaner, kostvaner, ejendele, forebyggelse af sygdom, sundhedsmål. |
| 5. Levevilkår | Arbejde, bolig. |
| 6. Spørgsmål til kvinder | Fødsler, amning. |

Selvudfyldt skema

Psykisk tilstand, selvmordsforsøg, vold og seksuel vold, alkoholvaner, hashvaner, seksualliv, graviditet og kvindesygdomme.

Børneskema

Sygdom og symptomer sidste 14 dage, ørelidelser, dagligdag, pasning, trivsel i skolen.

De udfyldte skemaer blev sendt til Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning, hvor svarene på de åbne spørgsmål blev skrevet rent og oversat til dansk, og svar på en række halvåbne spørgsmål fra de grønlandske skemaer oversat til dansk. En dobbeltsproget lægesekretær gennemgik oversættelserne af sygdomsbetegnelser.

Tabel 1.1 Byer og bygder, der indgår i den grønlandske sundhedsprofil 1993-94. *) markerer bygder, hvor der ikke er interviewet.

Nanortalik	Qeqertarsuaq
Aappillattoq	Ilulissat
Alluitsup Paa	Qeqertaq *)
Qaqortoq	Saqqaq
Saarloq *)	Uummannaq
Narsaq	Niaqornat
Paamiut	Ukussissat
Nuuk	Illorsuit
Qeqertarsuatsiaat	Nugaatsiaq
Kapisillit	Upernavik
Maniitsoq	Upernavik Kujalleq
Napasoq	Tasiusaq
Sisimiut	Kullorsuaq
Sarfannguit	Qaanaaq
Kangaatsiaq	Savissivik
Attu	Ammassalik
Ikerasaarsuk *)	Isortoq
Niaqornaarsuk	Kulusuk
Aasiaat	Sermiligaaq
Akunnaaq	Ittoqqortoormiit
Qasigiannguit	

Skemaerne blev herefter sendt til DIKE, hvor de blev kodet i henhold til en kode-nøgle, hvilket vil sige, at der blev sat talkoder på en del af spørgsmålene. De kodede skemaer blev sendt til et professionelt indtastningsbureau, der foretog dobbelt indtastning af materialet.

Er materialet repræsentativt for den grønlandske befolkning?

Det er en almindelig epidemiologisk fremgangsmåde at udtale sig om en hel befolkning på grundlag af forholdene i en stikprøve, men er det i det aktuelle tilfælde rimeligt at tro, at de 1728 udfyldte spørgeskemaer, som indgår i materialet, beskriver hele den voksne grønlandske befolkning på mere end 38.000 personer? En forudsætning for dette er, at den udtrukne stikprøve svarer til et gennemsnit af befolkningen. En anden forudsætning er, at de personer fra stikprøven, som er interviewet, ikke adskiller sig på væsentlige punkter fra den samlede stikprøve.

Den samlede svarprocent for sundhedsprofilen er 57,1%, idet der er opnået interview med 1728 personer fra en revideret stikprøve på 3025. Der er for få erfarin-

ger med tilsvarende undersøgelser fra arktiske egne til at vurdere, om denne svarprocent er lav, acceptabel eller høj. Der er dog flere forhold, der tyder på at en betragtelig del af de ikke-interviewede aldrig er forsøgt kontaktet af interviewerne, og den reelle svarprocent er sandsynligvis omkring 70%.

Undersøgelsens metode og en analyse af bortfaldet er nærmere gennemgået i rapporten "Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland". Sammenfattende kan man med rimelighed konkludere,

- at en væsentlig del af det store bortfald skyldes, at interviewerne ikke har overkommet at kontakte alle personerne i stikprøven.
- at bortfaldet er skævt med hensyn til køn, alder, fødested, bopæl og erhverv, men at dette kun spiller en mindre rolle for resultaternes almene gyldighed.
- at de ikke-interviewede personer i stikprøven føler sig mindre raske end de interviewede, men lidt sjældnere har været i nylig kontakt med sundhedsvæsenet.

Alt i alt er der ikke noget der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning.

Analyse og statistiske metoder

Spørgeskemaerne er kodet manuelt og inddateret dobbelt. Datamaterialet er oparbejdet i statistikprogrammet SAS og herefter importeret i SPSS/Windows v. 6.1, hvor analyserne er foretaget. Værdier, der faldt uden for de forventede, er kontrolleret i spørgeskemaerne, og der er foretaget logisk kontrol af værdier på tværs af variable.

Tabellerne er som hovedregel baseret på det fulde materiale på 1728 personer. Hvor dette ikke er tilfældet, er det i tabellens overskrift angivet hvilken del af befolkningen, der indgår i tabellen, og hvor mange personer, det drejer sig om. De antal, der er angivet inde i tabellerne, er det effektive antal besvarelser i den pågældende befolkningsgruppe, og ekskluderer altså uoplyste.

Som statistisk test er primært anvendt χ^2 testet. Resultaterne af disse test er ikke anført i teksten, men der er som hovedregel kun beskrevet statistisk sikre forskelle, dvs. forskelle hvor p-værdien ved χ^2 testet er mindre end 0,05. Det vil således kunne forekomme, at mindre procentuelle forskelle beskrives som "ingen forskel". For mere komplekse problemstillinger er der gennemført logistisk regressionsana-

lyse med blandt andet alder og køn som forklarende variable ud over den undersøgte variabel.

Gruppering af befolkningen

I mange af undersøgelsens analyser er befolkningen grupperet efter nogle basale karakteristika: køn, alder, erhvervsgruppe og bopæl samt i grønlandere og danskere. Disse inddelinger er valgt, fordi man fra andre undersøgelser både i Grønland og andre lande ved, at helbred, levevilkår og livsstil er skævt fordelt. At der er forskel på mænd og kvinder samt mellem unge og gamle behøver ikke nærmere forklaring. De fleste undersøgelser viser endvidere, at der er en stærk social gradient i helbred, levevilkår og livsstil, således at ufaglærte arbejdere gennemgående har dårligere helbred, lavere indkomst og flere helbredsskadelige vaner end højere funktionærer. Fra undersøgelser af dødelighed i Grønland ved man, at der er udtalte geografiske forskelle og forskelle mellem by og bygd. Endelig er der for en umiddelbar betragtning så udtalte forskelle i levevilkår og livsstil mellem grønlandere og danskere i Grønland, at det er nærliggende også at forvente helbredsmæssige forskelle.

De benyttede aldersgrupper er 18-24 år (unge), 25-34 år (unge voksne), 35-59 år (voksne) og 60 år og derover (ældre). Erhvervsinddelingen består primært af personer i traditionelle erhverv (fangere, fiskere og fåreholdere), personer med lønarbejde (bortset fra fiskere) og personer uden for erhverv (studerende, arbejdsløse, husmødre, pensionister). Personer med lønarbejde er desuden inddelt efter arbejdsstilling i Funktionærer I-II (højere og middel placerede funktionærer), Funktionærer III (lavere funktionærer), faglærte og ufaglærte arbejdere. Befolkningen er inddelt i otte grupper efter bopæl (tabel 1.2). Denne regionale inddeling er i mange tilfælde at foretrække frem for en inddeling i kommuner og by eller bygd, fordi befolkningen i de fleste kommuner er så lille, at resultaterne ville blive meget usikre.

De otte regioner adskiller sig på mange områder fra hinanden, blandt andet hvad angår sundhedsvæsen, befolkningens gennemsnitlige indtægt, erhvervsstruktur, transportforhold og kulturelle forhold.

Tabel 1.2 Regional inddeling af Grønland med korte regionsnavne i kursiv.

Geografisk område	Byer	Bygder
Nuuk	<i>Nuuk</i>	<i>SV bygder</i>
Syd- og Midtgrønland: Nanortalik, Qaqortoq, Narsaq, Paamiut, Maniitsoq, Sisimiut	<i>SV byer</i>	
Diskobugt og Nordvestgrønland: Kangaatsiaq, Aasi- aat, Qeqertarsuaq, Qasigiannguit, Ilulissat, Uumman- naq, Upernavik	<i>NV byer</i>	<i>NV bygder</i>
Østgrønland	<i>Øst byer</i>	<i>Øst bygder</i>
Avanersuaq	<i>Avanersuaq</i>	

I rapporten er befolkningen i Grønland opdelt i grønlændere og danskere (alle andre). Ved inddelingen i grønlændere og danskere er benyttet interviewpersonens svar på spørgsmålet: "Vil du selv betegne dig som grønlænder eller dansker?" I denne forbindelse er personer, der betegner sig som både grønlandske og danske, rubriceret som grønlændere. Baseret på oplysninger om bopælen er undersøgelsens befolkning yderligere inddelt i grønlændere fra byer, grønlændere fra bygder og danskere (tabel 1.3).

Tabel 1.3 De udspurgte personer fordelt på alder, køn og befolkningsgruppe. Hele Avanersuaq indgår i denne sammenhæng under bygder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

Aldersgruppe:	18-24	25-34	35-59	60+	I alt
Alle befolkningsgrupper					
Mænd	100	244	379	110	833
Kvinder	127	316	347	105	895
I alt	227	560	726	215	1728
Grønlændere: Byer					
Mænd	70	174	238	73	555
Kvinder	96	235	249	83	663
Grønlændere: Bygder					
Mænd	28	49	77	31	185
Kvinder	30	61	66	20	177
Danskere					
Mænd	2	21	64	6	93
Kvinder	1	20	32	2	55

1.4 Sammenfatning

Sundhedsvæsenet i Grønland er centralt styret, det er énstrengt (excl. Nuuk), ydelserne er vederlagsfri, og en stor del af det sundhedsfaglige personale er tilkaldte (fra Danmark). Mulighederne for at rekruttere sundhedsfagligt personale sætter begrænsninger for sundhedsvæsenets ydelser. Den store andel af tilkaldte indebærer, at kommunikationen mellem patient og behandler ofte foregår via tolk, ligesom det er vanskeligt at fastholde kontinuiteten.

Sundhedsprofilens dataindsamling er gennemført i 1993-94 ved interview og selvudfyldelse af spørgeskema. Resultaterne publiceres i en række temarapporter. Der er indsamlet oplysninger fra alle 17 byer og fra 21 udvalgte bygder. I alt er der gennemført interview med 1728 voksne personer fra en stikprøve på 3025 (57%). Det lykkedes ikke for interviewerne at kontakte alle i stikprøven, og det er sandsynligt, at svarprocenten blandt dem, der er forsøgt kontaktet, er omkring 70%. Der er ikke noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning. Befolkningens gruppering efter køn, alder, befolkningsgruppe (grønlandere og danskere) og geografisk region præsenteres.

2. Befolkningens brug af sundhedsvæsenet

De interviewede i undersøgelsen er blevet bedt om at tilkendegive, om de inden for de sidste 3 måneder har været hos sundhedsmedhjælper/sygeplejerske/medicindepotforvalter i bygd, sundhedsmedhjælper/sygeplejerske på sygehus, læge, tandlæge, fysioterapeut, jordemoder, hjemmesygeplejerske, sundhedsplejerske eller andre. Fordelingen af disse kontakter vil i det følgende blive beskrevet i relation til køn, alder, befolkningsgruppe, region, selvurderet helbred og langvarig sygdom.

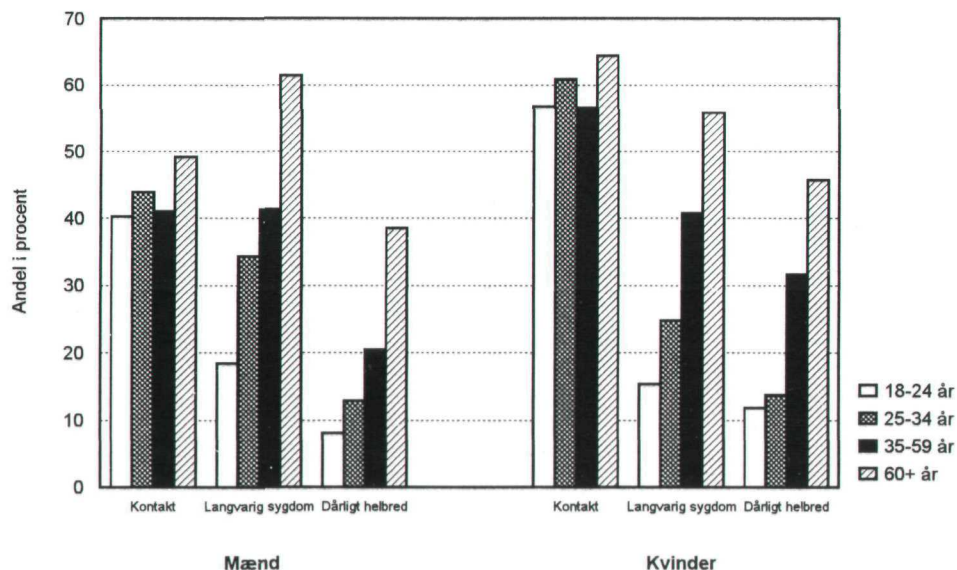
Da en væsentlig del af kommunikationen i sundhedsvæsenet foregår via tolk, er der stillet en række spørgsmål til belysning af, hvor ofte der anvendes tolk og om opfattelser i relation til tolkningen. *Hvilket sprog taler du som regel med lægen, når du er til konsultation? Tror du, at det sommetider sker, at du og lægen ikke forstår hinanden på grund af sproglige problemer? Er det din opfattelse, at lægen er god nok til at bruge tolken? Er det din opfattelse, at tolken er god nok til at forklare, hvad lægen siger til dig, og hvad du siger til lægen?*

2.1 Kontakter inden for de sidste 3 måneder

Over halvdelen af de 1683 interviewede, som besvarede spørgsmålet, havde inden for de sidste 3 måneder haft en eller flere kontakter med sundhedsvæsenet (sygehuset, sundhedspersonale i bygd, tandlæge mv.) på grund af egen sygdom. Kvinder havde i alle aldersgrupper og såvel i by som i bygd oftere end mænd haft kontakt med sundhedsvæsenet. I gennemsnit havde 59% af kvinderne og 43% af mændene haft kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder.

Da helbredet generelt bliver dårligere med alderen, vil det være forventeligt, at andelen af befolkningen, som har kontakt med sundhedsvæsenet, stiger med alderen. Denne forventede sammenhæng mellem alder, helbred og kontakt med sundhedsvæsenet ses kun i et vist omfang, idet andelen i aldersgruppen 35-59 år - blandt såvel mænd som kvinder - med kontakt med sundhedsvæsenet var lavere end i aldersgruppen 25-34 år (figur 2.1). I Danmark, hvor befolkningens kontakter med sundhedsvæsenet er opdelt i sygesikringsydelse (besøg hos praktiserende læge mv.) og sygehusindlæggelse, ses en tilsvarende variation i antal sygesikringsydelse i relation til køn og alder. I alle aldersgrupper gør kvinder hyppigere

Figur 2.1 Andel med kontakt med sundhedsvæsenet, med langvarig sygdom og selv vurderet helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt efter køn og alder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



brug af sygesikringsydelser end mænd, og hos begge køn var de 30-39 årige de flittigste brugere af sygesikringsydelser (Danmarks Statistik 1994).

Andelen af interviewede, som har haft kontakt med sundhedsvæsenet, varierer desuden mellem befolkningsgrupperne. I alle aldersgrupper var en mindre andel af de interviewede i byderne end i byerne i kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder. Forskellen mellem by og bygd var størst for kvindernes vedkommende, og for mændene var forskellen ikke statistisk sikker. Danskere er den befolkningsgruppe, som flittigst bruger sundhedsvæsenet, idet 46% af mændene og 67% af kvinderne havde mindst én kontakt inden for de sidste 3 måneder (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Andel med kontakt med sundhedsvæsenet inden for 3 måneder efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1683, uoplyst = 45.

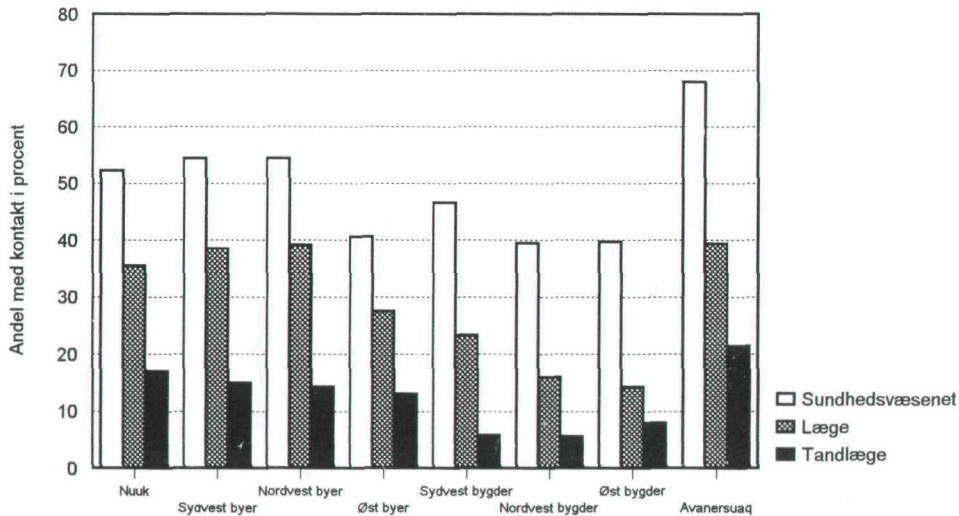
	Grønlændere		Danskere	I alt
	By	Bygd		
	%	%	%	%
Kvinder				
18-24	60,4	46,7	- ¹⁾	56,7
25-34	63,5	45,9	75,0	60,8
35-59	56,9	51,7	62,5	56,5
60+	66,3	55,0	- ¹⁾	64,4
I alt	60,9	49,1	66,7	59,0
Mænd				
18-24	42,9	34,6	- ¹⁾	40,2
25-34	44,6	37,5	52,4	43,9
35-59	41,5	37,3	43,8	41,0
60+	49,3	48,3	- ¹⁾	49,1
I alt	43,6	38,8	45,7	42,8
Alle	53,0	43,8	53,4	51,2

¹⁾ <10 personer i aldersgruppen.

I de vestgrønlandske byer, incl. Nuuk, havde 52-55% af befolkningen kontakt med sundhedsvæsenet inden for 3 måneder. Kun 41% af befolkningen i de østgrønlandske byer havde kontakt, hvilket ligger på niveau med bygdebefolkningens kontakt til sundhedsvæsenet i de tre regioner: sydvest, nordvest og øst (39%-47%) (figur 2.2). I Avanersuaq havde 2/3 af befolkningen kontakt med sundhedsvæsenet.

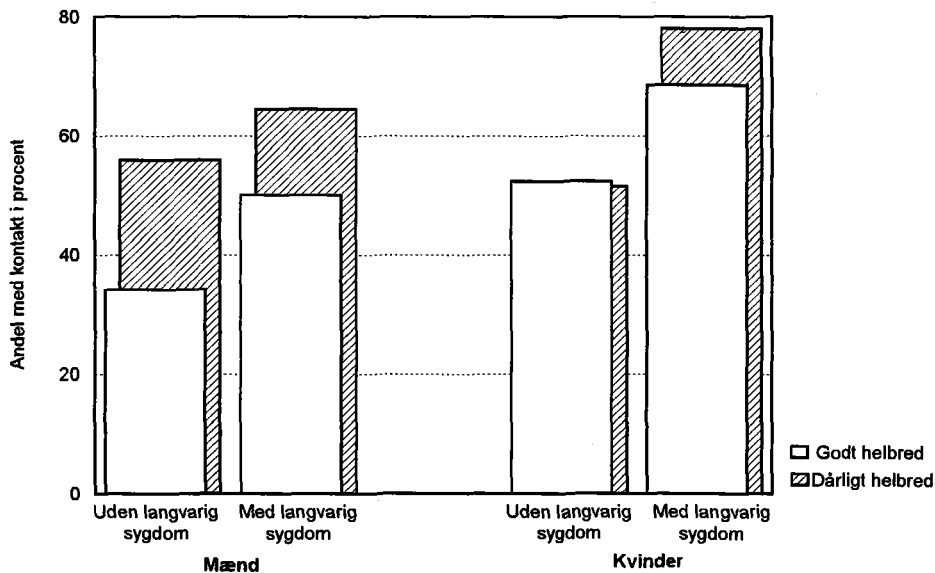
Der var forskel i kontakt med sundhedsvæsenet mellem henholdsvis mænd i erhverv (44%) og arbejdsløse mænd (32%), medens dette ikke var tilfældet for kvinders vedkommende. Kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder varierede betydeligt med hensyn til erhverv, men forskellene kan delvist forklares ved kønsforskelle i erhvervsgrupperne.

Figur 2.2 Andel af befolkningen, der inden for 3 måneder har haft kontakt med sundhedsvæsenet, læge og tandlæge i otte geografiske regioner. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



Endelig er der, som ventet, en meget nær sammenhæng mellem helbred og kontakt med sundhedsvæsenet. I relation til selv vurderet helbred havde 47% af dem, der har det *virkelig godt* eller *godt*, haft kontakt med sundhedsvæsenet, medens 64% af dem, som vurderer deres helbred som *nogenlunde*, og 71% af dem, som har det *dårligt* eller *meget dårligt*, havde haft mindst én kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder. Endvidere havde 63% blandt dem med en langvarig sygdom kun 45% blandt dem uden haft mindst én kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder. Ved mænds kontakter ses der en sammenhæng med både langvarig sygdom og selv vurderet helbred. Blandt kvinder er tilstedeværelsen af en langvarig sygdom imidlertid af større betydning end selv vurderet helbred for, om de har haft kontakt med sundhedsvæsenet (figur 2.3).

Figur 2.3 Andel af mænd og kvinder, der inden for 3 måneder har haft kontakt med sundhedsvæsenet i forhold til langvarig sygdom og selvvrurderet helbred. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



De 861 interviewede, som havde haft kontakt til sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder, angav hvilke personalekategorier, de havde været i kontakt med, men ikke antallet af kontakter med hver personalekategori. Langt hovedparten (75%) havde kun kontakt med én personalekategori, medens 21% havde kontakt med 2 forskellige personalekategorier, og 3% havde kontakt med 3 forskellige personalekategorier inden for de sidste 3 måneder. Kun 11 af de interviewede havde haft kontakt med 4-6 forskellige personalekategorier. Som det fremgår af tabel 2.2, var læger den personalekategori, flest af de interviewede havde haft kontakt med, medens tandlæger var den næsthøypigste kontakt. Over halvdelen af dem, som havde kontakt med sygeplejerskabet på sygehuset, 28% af dem, som var i kontakt med sundhedspersonalet i en bygd, og 40% af dem, som havde kontakt med en tandlæge, havde ligeledes kontakt med en læge.

Tabel 2.2 Kontakt med sundhedsvæsenet inden for en 3-måneders periode. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1683, uoplyst = 45.

Personalekategori	Antal interviewede	Andel af interviewede i (%)
Læge	567	33,7
Tandlæge	227	13,5
Sygeplejepersonale på sygehus	110	6,5
Sundhedspersonale i bygd	97	5,8
Jordemoder	42	2,5
Øvrige	84	5,0
I alt	861 ¹⁾	51,2 ¹⁾

¹⁾ Tallene kan ikke summeres, idet en interviewet kan have haft kontakt med mere end én personalekategori inden for 3 måneder.

Lægekontakter

Omkring 1/3 af de interviewede havde kontakt med en læge inden for de sidste 3 måneder. Kvinders kontakt med sundhedsvæsenet skyldtes i højere grad end for mænds vedkommende en lægekontakt. 63% af de 567 interviewede med lægekontakt var kvinder. Den tidligere beskrevne forskel mellem befolkningsgruppernes brug af sundhedsvæsenet kommer især til udtryk i forbindelse med lægekontakter, idet næsten dobbelt så stor en andel af befolkningen i byerne som i bygderne har haft lægekontakt (tabel 2.3 og figur 2.2).

Ved DIKEs sundheds- og sygelighedsundersøgelse i Danmark i 1994 havde 44% af de interviewede været i kontakt med en læge inden for de sidste 3 måneder, medens det, som nævnt, kun var tilfældet for 34% i Grønland. En aldersstandardiseret sammenligning viser, at kun en mindre del af denne forskel mellem Grønland og Danmark kan forklares ved forskellene i befolkningernes alderssammensætning.

Tabel 2.3 Andel af befolkningen med kontakt med læge inden for 3 måneder efter alder, køn og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1683, uoplyst = 45.

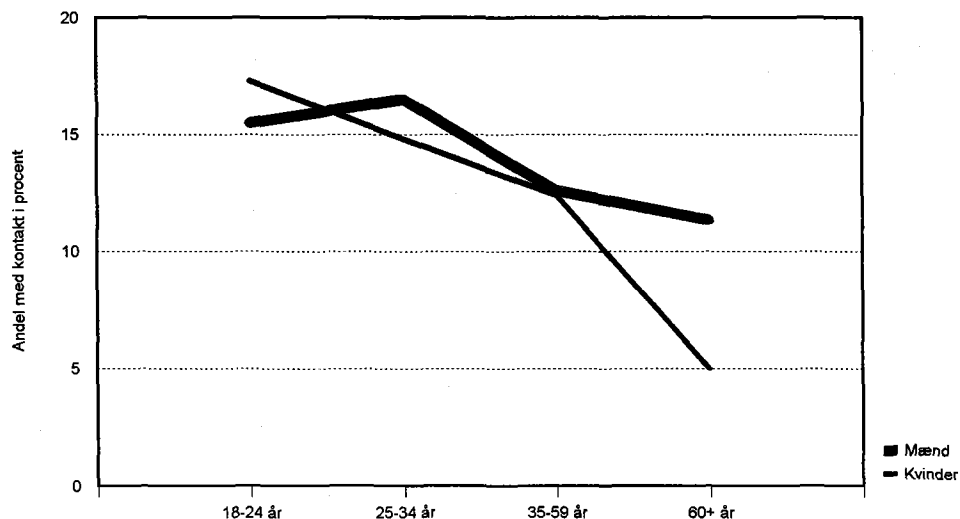
	By %	Bygd %	Danskere %	I alt %
Kvinder				
18-24	36,5	23,3	- ¹⁾	33,1
25-34	47,0	24,6	50,0	42,8
35-59	43,5	25,0	40,6	39,9
60+	55,0	25,0	- ¹⁾	49,5
I alt	45,1	24,6	44,4	41,0
Mænd				
18-24	20,0	19,2	- ¹⁾	19,6
25-34	29,2	12,5	28,6	25,7
35-59	29,1	9,3	21,9	23,9
60+	42,3	31,0	- ¹⁾	38,7
I alt	29,7	15,2	23,9	25,8
Alle	38,0	19,8	31,5	33,7

¹⁾ <10 personer i aldersgruppen i alt.

Kontakter med tandplejen

Tandlæger er den personalekategori, som de interviewede næsthyppigst var i kontakt med. De personer, som var i kontakt med en tandlæge, adskiller sig imidlertid fra den generelle karakteristik af personer, som havde kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder. 14% af de interviewede havde været i kontakt med en tandlæge inden for de sidste 3 måneder, og andelen med kontakt var stort set den samme blandt mænd og kvinder. Andelen med kontakt falder med alderen, men knap så meget for mændenes som for kvindernes vedkommende. Henholdsvis 16% og 17% af de unge mænd og kvinder havde kontakt med tandplejen, mens dette kun var tilfældet for henholdsvis 11% og 5% af de ældre mænd og kvinder (figur 2.4).

Figur 2.4 Kontakt med tandlæge inden for 3 måneder efter køn og alder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



Forskellen mellem befolkningsgrupperne svarer til forskellen ved lægekontakter, idet dobbelt så stor en andel af grønlændere i byer som i bygder havde kontakt med tandplejen (henholdsvis 14% og 7%). Især blandt de unge er der stor forskel, idet 21% af de unge grønlændere i byerne havde kontakt med tandplejen, medens det kun var tilfældet for 4% af de unge i bygderne (tabel 2.4). Danskerne i Grønland tager tilsyneladende deres tandplejevaner med sig til Grønland, idet 25% havde kontakt til tandplejen inden for de sidste 3 måneder. Ifølge DIKEs undersøgelse i Danmark havde 37% haft kontakt med tandlæge inden for de sidste 3 måneder (Kjøller et al 1995).

Der er ikke forskel mellem byerne respektive mellem bygderne i de tre regioner på andelen af befolkningen, som havde kontakt med en tandlæge (figur 2.2).

Tabel 2.4 Andel af befolkningen med kontakt med tandlæge inden for 3 måneder efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1683, uoplyst = 45.

	By %	Bygd %	Danskere %	I alt %
Kvinder				
18-24	21,9	3,3	- ¹⁾	17,3
25-34	16,5	8,2	15,0	14,8
35-59	10,5	8,3	34,4	12,4
60+	3,8	10,0	- ¹⁾	5,0
I alt	13,5	7,3	25,9	13,1
Mænd				
18-24	20,0	3,8	- ¹⁾	15,5
25-34	16,1	10,4	33,3	16,5
35-59	12,8	5,3	20,3	12,6
60+	11,3	6,9	- ¹⁾	11,3
I alt	14,5	6,7	23,9	13,9
Alle	14,0	7,2	24,7	13,5

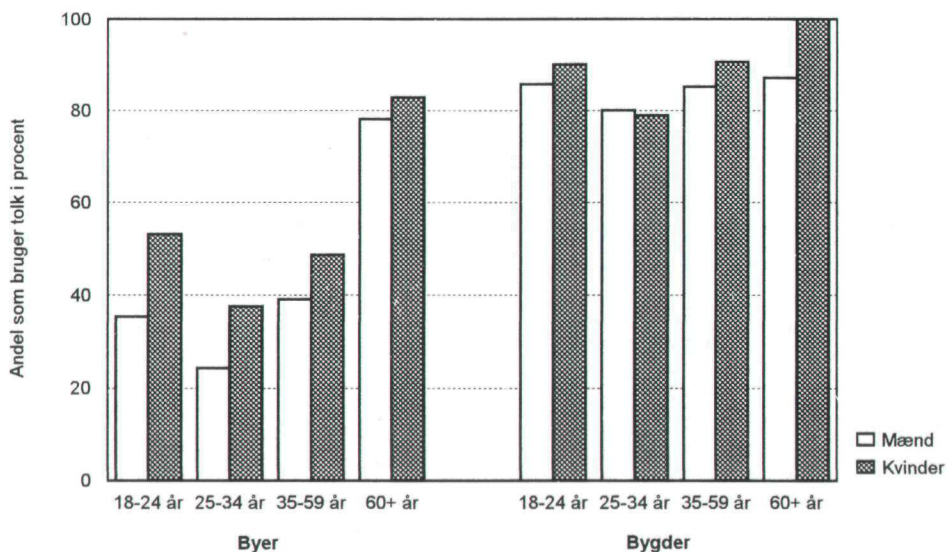
¹⁾ <10 personer i aldersgruppen i alt.

2.2 Kommunikation

Udveksling af oplysninger mellem patient og læge er en forudsætning for, dels at lægen får de informationer, som er nødvendige for at stille en diagnose, dels at patienten får information om sin sygdom og behandling samt ikke mindst forstår den givne information. Hovedparten af lægerne forstår og taler ikke grønlandsk. Blandt den grønlandske befolkning taler 42% vanskeligt eller slet ikke dansk. I bygderne taler 74% af mændene og 75% af kvinderne kun vanskeligt eller slet ikke dansk, medens det er tilfældet for henholdsvis 28% af mændene og 36% af kvinderne i byerne.

Halvdelen af den grønlandske befolkning kommunikerer via tolk med deres læge. Brug af tolk ved lægekontakter varierer imidlertid betydeligt med køn, alder, befolkningsgruppe og bopæl. Næsten dobbelt så stor en andel af de interviewede i bygderne som i byerne bruger tolk ved lægekontakt (86% mod 45%) (figur 2.5). Medens der ikke er den store forskel i brug af tolk mellem bygderne, er der betydelig forskel mellem byerne. I Nuuk anvender 30% tolk ved lægebesøg, medens henholdsvis 42%, 53% og 56% af befolkningen i de sydvestgrønlandske, østgrøn-

Figur 2.5 Brug af tolk ved lægekonsultation efter køn, alder og bopæl. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.



landske og nordvestgrønlandske byer kommunikerer med lægen via tolk. I bygderne er der ikke forskel mellem mænds og kvinders brug af tolk, medens kvinderne i byerne hyppigere end mænd bruger tolk ved lægekontakt. Brug af tolk i byerne varierer ligeledes betydeligt med alderen (figur 2.5).

Blandt dem, som bruger tolk ved lægekontakt, mener 21%, at der ofte sker misforståelser, medens 25% tror, at der er sprogproblemer nu og da. Endvidere er 18% af dem, som bruger tolk ved kommunikation med læge, af den opfattelse, at lægen ikke er god til at bruge tolken, og 26% har den opfattelse, at tolken ikke er god til at forklare, såvel hvad lægen siger, som det patienten siger til lægen.

Disse resultater supplerer en interviewundersøgelse af patienter og behandlere i Nuuk, Illulisat, Maniitsoq og Sisimiut i 1990 vedrørende informationsudveksling og patienttilfredshed (Elsass et al 1994). Resultatet af undersøgelsen var blandt andet, at patienterne i mange tilfælde ikke havde forstået væsentlige lægelige forklaringer på deres indlæggelse, diagnose og behandling, men at størstedelen af patienterne alligevel ikke vurderede informationsproblemerne som store og

udviste tilfredshed med indlæggelse og behandling. Elsass konkluderer, at undersøgelsen lader formode, at der på trods af store sprogvanskeligheder og kommunikationsbrist i en del af konsultationerne alligevel kan opstå patienttilfredshed.

2.3 Forskelle mellem by og bygd

Befolkningens brug af sundhedsvæsenet afhænger af to forhold: dels af om man har et problem, som sundhedsvæsenet forventes at kunne tage vare på, dels af adgang til sundhedsvæsenet. Bygderne adskiller sig fra byerne på mange områder, som har betydning for sundhed og sygdom (bolig- og familieforhold, uddannelse og erhverv, ernæring mv.). Dertil kommer, at forekomsten af langvarig sygdom og funktionsbegrænsning er større blandt befolkningen i bygderne end i byerne, ligesom en væsentlig større andel af befolkningen i bygderne vurderer deres helbred som "nogenlunde" eller "dårligt" (Bjerregaard et al 1995). I alle byer er der let adgang til sundhedsvæsenet - afstanden er kort, og der er døgnbetjening, herunder adgang til læge. Den 1/4 af befolkningen, som bor i bygderne, har principielt adgang til de samme ydelser i sundhedsvæsenet som befolkningen i byerne, men brugen af en række ydelser begrænses af de lange afstande mellem bygderne og byerne. I de fleste bygder er befolkningens primære kontakt med sundhedsvæsenet en sundhedsmedhjælper eller en sygeplejerske. I de bygder, hvor stillingerne er ubesatte, eller hvor der bor for få til, at der er normeret en stilling, er den primære kontakt en ufaglært medicindepotforvalter. Kontakt med f.eks. læge og tandlæge kan kun finde sted, når læge og tandlæge kommer på bygdebesøg, eller hvis bygdeboerne selv tager til byen.

En mindre andel af befolkningen i bygderne end i byerne havde kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder (tabel 2.1). Der er især forskel mellem by- og bygdebefolkningens kontakt med læge og tandlæge inden for de sidste 3 måneder (tabel 2.3 og 2.4). Selvom bygdebefolkningen må formodes at have et lige så stort behov for kontakt med sundhedsvæsenet som byboerne, er dette behov således ikke kommet til udtryk. Årsagen hertil har, som nævnt, formentlig at gøre med bygdebefolkningens ringere adgangsmuligheder.

2.4 Sammenfatning

Over halvdelen af befolkningen havde kontakt med sundhedsvæsenet inden for 3 måneder. Kontakt med sundhedsvæsenet varierer med køn, befolkningsgruppe,

bopæl, selv vurderet helbred og tilstedeværelsen af langvarig sygdom. Som helhed havde 1/3 af befolkningen kontakt med en læge og 13% med en tandlæge inden for 3 måneder, men befolkningen i byerne havde næsten dobbelt så hyppigt kontakt som bygdebefolkningen.

For halvdelen af den grønlandske befolknings vedkommende foregår kommunikation med lægen via tolk. Næsten halvdelen af dem, der bruger tolk, mener, at der ofte eller nu og da er sprogproblemer mellem dem og lægen.

3. Befolkningens tilfredshed med sundhedsvæsenet

Befolkningens tilfredshed med sundhedsvæsenet er belyst dels ved at stille spørgsmål om sundhedsvæsenet generelt, dels ved at spørge om eventuel konkret utilfredshed ved kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder. De interviewede, som havde haft kontakt med sundhedsvæsenet, skulle angive, om de ved nogen af disse besøg har været utilfreds med f.eks. undersøgelsen, behandlingen eller personalets opførsel. I forbindelse med dette spørgsmål var der mulighed for, at de interviewede med egne ord kunne tilkendegive årsagen til eventuel utilfredshed. Sidstnævnte spørgsmål analyseres i afsnit 3.2.

Hvad gør patienter og pårørende, når de er utilfredse? Fortæller de sundhedsmedhjælperen, lægen eller tandlægen om utilfredsheden? Eller taler de med deres familie/venner om det? Hvor mange har inden for det sidste år overvejet at klage eller har rent faktisk klaget over sundhedsvæsenet, fordi de var utilfredse med behandlingen af deres børn eller nærmeste familie? Disse spørgsmål indgik ligeledes i undersøgelsen, og svarene herpå er beskrevet i afsnit 3.3.

3.1 Tilfredshed med sundhedsvæsenet

De spørgsmål, der er stillet for at belyse, i hvilket omfang befolkningen er tilfreds med sundhedsvæsenet generelt, vedrører **adgangen** til sundhedsvæsenet i form af *muligheden for at blive undersøgt af en sundhedsmedhjælper, sygeplejerske, læge, tandlæge ved sygdom/akutte tandproblemer og periferiydelser* som *muligheden for at bestille tid, ventetiden i venteværelset med og uden bestilt tid samt muligheden for at få hjælp af en tolk*. Befolkningens tilfredshed med sundhedsvæsenets **kerneydelse** såsom undersøgelser, behandling og pleje er belyst indirekte i form af spørgsmål om *personalets faglige dygtighed og opførsel* samt om den *information, der gives om sygdom og behandling* i konkrete tilfælde. Alle spørgsmålene var formuleret som *Hvordan er du tilfreds med....?*. Og svarmulighederne var *tilfreds, lidt utilfreds, meget utilfreds, ved ikke og ikke relevant*. Andelen af befolkningen, som er tilfredse med de forskellige aspekter af sundhedsvæsenet, herunder tandplejen er vist i tabel 3.1, 3.2 og 3.3.

Sundhedsvæsenet i byerne

Blandt de interviewede grønlændere i byerne er der relativ størst tilfredshed med muligheden for at få hjælp af tolk (72%) samt med sundhedspersonalets faglige dygtighed (67%) og opførsel (66%). Mindst tilfredshed er der med muligheden for at bestille tid (55%) samt ventetiden i venteværelset med og uden bestilt tid (37%) (tabel 3.1). Også blandt danskere er der relativ størst tilfredshed med personalets faglige dygtighed og opførsel samt mindst tilfredshed med muligheden for at bestille tid og ventetiden i venteværelset. Forskellen mellem de to befolkningsgrupper opfattelse ligger primært i, at en større andel af danskere end af grønlændere er tilfredse med personalets opførsel, samt at færre danskere end grønlændere er tilfredse med muligheden for at bestille tid.

Mænd er oftere tilfredse end kvinder, ligesom en større andel af de ældre end de yngre er tilfredse. Den mindst tilfredse aldersgruppe er de 25-34 årige. På trods af variationerne i relation til alder og køn er de aspekter af sundhedsvæsenet, som mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper er mest henholdsvis mindst tilfredse med, dog stort set de samme. Ved en sammenligning mellem regionerne er det iøjnefaldende, at de interviewede i Østgrønland har en tydeligt mere positiv

Tabel 3.1 Andel af befolkningen, der er tilfreds med forskellige forhold i sundhedsvæsenet. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.

	Grønlændere		Danskere %
	By %	Bygd %	
Muligheden for at blive undersøgt af			
- en læge	63,2	55,2	57,7
- en sundhedsmedhjælper	-	51,1	-
Mulighed for at komme til sygehus	-	57,0	-
Personalets faglige dygtighed	66,5	47,6	67,4
Personalets opførsel	65,8	52,9	82,0
Information om sygdom og behandling	63,5	56,1	66,4
Muligheden for tolkebistand	72,3	66,8	-
Muligheden for at bestille tid	55,4	-	43,7
Ventetiden ved bestilt tid	37,1	-	37,1
Ventetiden uden bestilt tid	37,3	-	26,7

holdning til sundhedsvæsenet end de øvrige interviewede. Eksempelvis er 67% i Østgrønland og 27% i Nuuk tilfredse med ventetiden i venteværelset, selvom der i alle regioner er mindst tilfredshed med dette aspekt.

Det må anses for positivt, at der hos begge køn og i næsten alle aldersgrupper er størst tilfredshed med de forhold, som har betydning for kerneydelsen (personalets faglige dygtighed og muligheden for at blive undersøgt af læge). Periferiydelsen ventetid i venteværelset er færrest tilfredse med uanset køn, alder og bopæl. Tilfredsheden med de forskellige aspekter af sundhedsvæsenet er den samme blandt dem, der har haft kontakt med sundhedsvæsenet, som hos dem, der ikke har haft kontakt inden for de sidste 3 måneder.

Sundhedsvæsenet i bygderne

Muligheden for tolkebistand er også i bygderne det forhold, som flest er tilfredse med (67%). Herudover er tilfredsheden blandt de interviewede i bygder størst med muligheden for at komme til sygehuset i tilfælde af alvorlig sygdom (57%). Mindst tilfredshed er der med sundhedsmedhjælperens faglige dygtighed (48%) (tabel 3.1). Også i bygderne er mændene generelt mere tilfredse end kvinderne. I modsætning til i byerne er der dog i bygderne forskel på, hvilke forhold mænd og kvinder er mest tilfredse med. Den største forskel ses ved muligheden for at komme til sygehuset i tilfælde af alvorlig sygdom, hvor henholdsvis 66% af mændene og 47% af kvinderne er tilfredse, og muligheden for at blive undersøgt af en sundhedsmedhjælper ved sygdom, hvilket 59% af mændene og 43% af kvinderne er tilfredse med (tabel 3.2). Endelig varierer graden af tilfredshed ligeledes mellem bygderne i de forskellige regioner. En større andel af de interviewede i de østgrønlandske bygder er, ligesom i byerne, tilfredse med sundhedsvæsenet. F.eks. var 92% af de interviewede i bygder i Østgrønland tilfredse med muligheden for at blive undersøgt af en læge ved sygdom, medens det kun var tilfældet for under halvdelen i de øvrige bygder (tabel 3.2).

Selvom der er variation i graden af tilfredshed med de forskellige aspekter af sundhedsvæsenet i bygderne i relation til køn, alder og region, er det iøjnefaldende, at der i alle grupperne er relativt mindst tilfredshed med de dele af sundhedsvæsenet, som er bygdebefolkningens primære kontakt, nemlig muligheden for at blive undersøgt af en sundhedsmedhjælper og personalets faglige dygtighed. Dette kan skyldes, at befolkningens primære kontakt med sundhedsvæsenet i en række bygder er en ufaglært, eventuelt fordi den normerede stilling ikke kan besættes

Tabel 3.2 Tilfredshed med forskellige forhold i sundhedsvæsenet i bygderne. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Grønlændere i bygder.

	p ¹⁾	Køn		Region		
		Mænd %	Kvinder %	SV %	NV %	Øst %
Muligheden for at blive undersøgt af						
- en læge	0,12	59,4	50,7	49,5	43,0	91,5
- en sundhedsmedhjælper	0,006	58,8	43,1	43,8	40,1	86,4
Mulighed for at komme på sygehus	0,001	66,0	47,3	51,5	47,6	86,4
Personalets faglige dygtighed	0,93	47,9	47,4	42,0	39,3	76,3
Personalets opførsel	0,51	54,7	51,0	59,6	34,2	84,7
Information om sygdom og behandling	0,94	56,3	55,8	47,5	50,3	84,5
Mulighed for tolkebistand	0,75	65,9	67,7	67,0	60,1	90,0

¹⁾ χ^2 -test for sammenligning mellem mænd og kvinder.

med en uddannet sundhedsmedhjælper. Der er ikke forskel i andelen, som er tilfredse med de forskellige aspekter af sundhedsvæsenet, mellem personer med og uden kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder.

Tandplejen

I relation til tandplejen er der blandt de interviewede relativt størst tilfredshed med personalets opførsel (80%) og faglige dygtighed (77%). Mindst tilfredshed er der med muligheden for at blive undersøgt af en tandlæge ved akutte tandproblemer (57%) og ventetiden i venteværelset, når der ikke er bestilt tid (54%). Der er den samme grad af tilfredshed med muligheden for at blive undersøgt af en tandlæge, uanset om de interviewede har været i kontakt med en tandlæge inden for de sidste 3 måneder eller ej.

I vurderingen af de fleste aspekter af tandplejen er en højere andel af mændene end kvinderne tilfredse. De aspekter, som mænd og kvinder er mest henholdsvis mindst tilfredse med, er dog stort set de samme. Aldersmæssigt er der en tendens til, at de unge i højere grad end de ældre er tilfredse med tandplejen, men i alle aldersgrupper er der dog enighed om, hvilke fire forhold man er mest, respektive mindst tilfredse med.

Tabel 3.3 Tilfredshed med forskellige forhold i tandplejen. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.

	Grønlændere		Danskere %	Alle
	By %	Bygd %		
Muligheden for at blive undersøgt af en tandlæge ved akutte tandproblemer	61,9	38,9	64,8	57,2
Personalets faglige dygtighed	78,4	72,6	78,8	77,3
Personalets opførsel	79,8	77,6	87,6	80,0
Information om sygdom og behandling	75,2	69,5	78,1	74,3
Muligheden for tolkebistand	76,8	79,2	-	77,5
Muligheden for at bestille tid	69,5	56,6	51,8	65,7
Ventetiden ved bestilt tid	66,9	51,3	60,7	63,4
Ventetiden uden bestilt tid	55,3	50,2	46,7	53,7

Der er store forskelle mellem by og bygd i muligheden for at komme til tandlægen. Dette afspejler sig i, at medens andelen, som er tilfreds med personalets opførsel, informationen samt muligheden for tolkebistand stort set er lige høj blandt grønlændere i byer og bygder, så er kun 39% af grønlænderne i bygderne mod 62% i byerne tilfredse med muligheden for at blive undersøgt af en tandlæge ved akutte tandproblemer (tabel 3.3). Denne forskel mellem by og bygd ses imidlertid alene i Vestgrønland, idet befolkningen i de østgrønlandske bygder er mere tilfredse med tandplejen end befolkningen i østgrønlandske byer.

I byerne svarer andelen af interviewede, som er tilfredse med muligheden for at blive undersøgt af en tandlæge ved akutte tandproblemer, til den andel, som er tilfredse med muligheden for at blive undersøgt af en læge ved sygdom (63%). Blandt de interviewede i bygderne er 55% tilfredse med muligheden for at blive undersøgt af en læge ved sygdom, medens kun 39% er tilfredse med muligheden for at blive undersøgt af en tandlæge ved akutte tandproblemer. Denne forskel i tilfredshed mellem de interviewede i by og bygd kan skyldes, at alvorlig somatisk sygdom medfører, at der iværksættes overflytning af patienten fra bygd til by, hvilket kun undtagelsesvis vil finde sted ved et akut tandproblem. Desuden kan forskellen skyldes, at lægerne nok hyppigere end tandlægerne foretager bygdebesøg.

De ældres og bygdebefolkningens ringere adgang til tandpleje, som beskrevet indledningsvis, kommer således klart til udtryk i de interviewedes opfattelse af de forskellige aspekter af tandplejen. På trods af den begrænsede tilfredshed med adgangen til undersøgelse af tandlæge ved akutte tandproblemer kan det konstateres, at befolkningen er tilfreds med personalets opførsel og faglige dygtighed samt den information, der bliver givet.

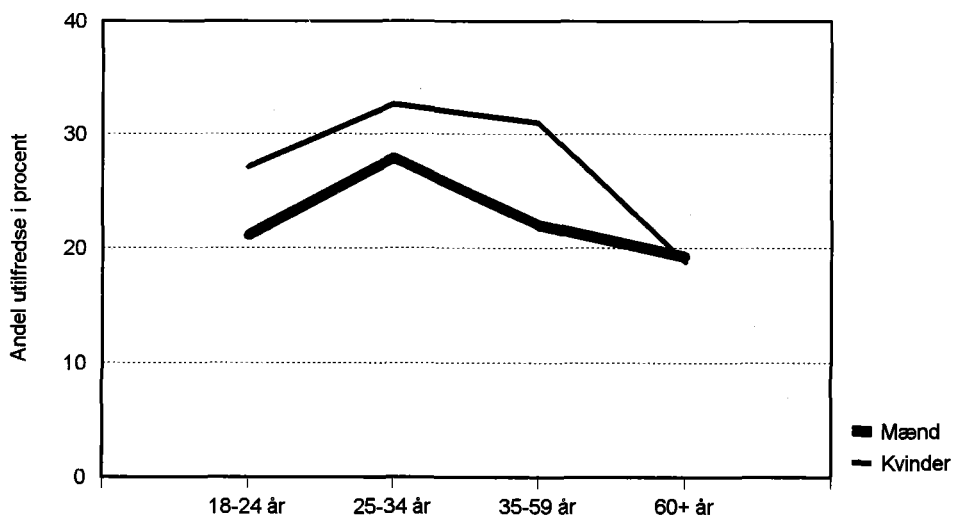
3.2 Konkret utilfredshed

Af de 861 interviewede, som havde haft kontakt til sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder, har 846 tilkendegivet, hvorvidt de har været utilfredse med deres besøg. Det har 27% af dem været en eller flere gange. Kvinder er hyppigere utilfredse (30%) med deres kontakt end mænd (23%). Bortset fra de helt unge, synes andelen, der er utilfreds, at falde med alderen (figur 3.1). Andelen af utilfredse er stort set ens i byerne og i byggerne. Mellem regionerne er der imidlertid forskel på hvor mange, der har været utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet i de sidste 3 måneder. Ca. 30% i Nuuk og i de sydvestgrønlandske byer og bygder har været utilfredse mod kun 11% i Østgrønland og i Avanersuaq.

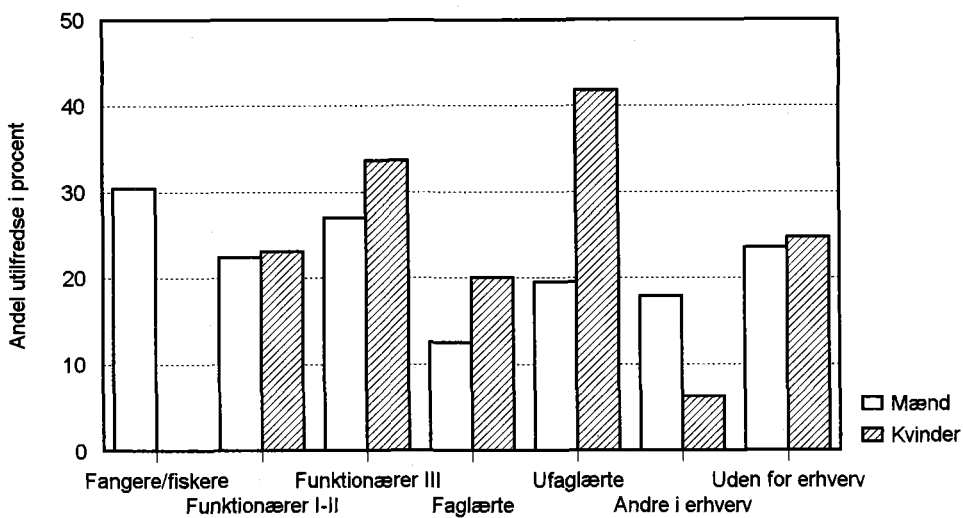
Andelen, der har været utilfreds med en konkret kontakt med sundhedsvæsenet, varierer endvidere med de interviewedes selvoplevede helbred. De, som har det *virkelig godt* eller *godt*, er kun utilfredse for 24%'s vedkommende, medens 35% af dem, der har det *nogenlunde, dårligt eller meget dårligt*, er utilfredse. Tilsvarende er 35% af de interviewede med en langvarig sygdom utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder mod 22% blandt de øvrige. Endelig varierer den konkrete utilfredshed mellem erhvervsgrupperne: 42% af de ufaglærte kvinder var utilfredse mod kun 23% blandt de faglærte kvinder, og 31% af fangerne var utilfredse mod kun 13% blandt de faglærte mænd (figur 3.2).

Der var størst konkret utilfredshed blandt de interviewede, som havde haft en lægekontakt (32%). Da 79% af dem, som var utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet, havde været i kontakt med en læge, svarer den generelle beskrivelse af de utilfredse også til dem, der var utilfredse og havde haft lægekontakt. I sammenligning med Danmark er det bemærkelsesværdigt, så meget større utilfredshed der er med lægens undersøgelse, behandling og opførsel i Grønland, selv under hensyn til forskellene i de to landes befolkningssammensætning og organisation af sundhedsvæsenet. I tilsvarende undersøgelser i Danmark gennemført på

Figur 3.1 Konkret utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet fordelt på alder og køn. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



Figur 3.2 Konkret utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet fordelt på erhvervsgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



landsplan i 1986 og i Frederiksborg Amt i 1992 var andelen af utilfredse henholdsvis 12% og 17% (Rasmussen 1992).

Kun 15% af dem, som alene havde haft kontakt med en tandlæge, angav, at de var utilfredse. I byerne var 11% utilfredse med deres kontakt med en tandlæge, mens det var tilfældet for 15% i bygderne og 27% blandt danskerne i Grønland.

Årsager til utilfredshed

De fleste (76%), som har angivet at være utilfredse med kontakten i sundhedsvæsenet, har tilkendegivet, hvad det var, de var utilfredse med. Da det var en åben svarkategori, er begrundelserne for utilfredsheden søgt kategoriseret svarende til de emner, som var medtaget i spørgsmålene, der skulle belyse befolkningens tilfredshed med sundhedsvæsenet (afsnit 3.1). Kategoriseringen er dog behæftet med en vis usikkerhed, ikke mindst fordi der i mange tilfælde vil være overlap mellem forskellige kategorier. Således kan utilfredshed med eksempelvis forkert information, personalets faglige dygtighed eller opførsel alle være udtryk for problemer med kommunikationen mellem læge og patient.

Mere end 1/3 var utilfredse med **personalets faglige dygtighed** (tabel 3.4). Langt hovedparten var utilfredse med den måde, de blev undersøgt eller behandlet på. *Lægens undersøgelse er for hurtig og/eller for overfladisk* er en hyppig forklaring på utilfredshed med kontakten. En del er *trætte af blot at få piller*. Begrundelsen *lægen bliver ved med at påstå, at jeg er rask, selvom jeg har det dårligt* er nævnt flere gange blandt de utilfredse, og udtalelsen kan såvel dække almindelig utilfredshed med undersøgelsen eller den manglende behandling, som være tegn på dårlig kommunikation mellem læge og patient. Endelig skyldes utilfredsheden med personalets faglige dygtighed, at nogle af de interviewede er utrygge ved at være henvist til kontakt med uuddannet personale. Enkelte har beskrevet tilfælde med fejlbehandling.

Omkring 1/5 af begrundelserne for utilfredshed med kontakten med sundhedsvæsenet vedrørte **personalets opførsel**: *der bliver gjort forskel på folk, personalets travlhed er ikke betryggende, personalet er uvenlige, personalet virker uinteresserede, personalet opfører sig, som om de ikke gider noget, lægen lytter ikke til patienten, og man er bange for at henvende sig til personalet* er eksempler på det brede spektrum af kommentarer inden for dette område.

Tabel 3.4 Begrundelse for utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet (n=179). Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

	%
Personalets faglige dygtighed	35,8
Personalets opførsel	20,7
Information	11,7
Tidsbestilling/ventetid	10,1
Tandplejen	5,0
Diverse	16,8
I alt	100,0

Utilstrækkelig, manglende, forkert, divergerende eller ikke ordentlig information om sygdom og behandling er årsag til utilfredshed hos 12% af dem, som var utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder.

Den fjerde hyppigste årsag (10%) til utilfredshed med kontakten var **ventetiden** i venteværelset respektive ventetid til behandling på Dronning Ingrid's Hospital eller Rigshospitalet.

I 5% af begrundelserne er det specifikt anført, at det drejer sig om utilfredshed med en kontakt i **tandplejen**. Begrundelserne dækker et meget bredt spektrum: *fordi man ikke kan få krone, og ventetiden er 2-3 år, fordi tandlæge og tandpleje har to forskellige tidsbestillingsinstanser, en tand der skulle trækkes ud er ikke trukket ud og tandlægens opførsel.*

Gruppen af **diverse** omfatter blandt andet utilfredshed med manglende **kontinuitet** i lægekontakten: *lægerne udskiftes så tit, at man aldrig finder ud af, hvad min sygdom er, med tolkebistanden: tolkene oversætter mangelfuldt, samt utilfredshed med at journalen var blevet væk.*

Medens de interviewede i besvarelsen af de generelle spørgsmål (afsnit 3.1) var relativt mest tilfredse med de faktorer, som har stor betydning for kerneydelsen, er utilfredshed med personalets faglige dygtighed og opførsel de hyppigst nævnte årsager i forbindelse med en kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder. I betragtning af, at der var meget begrænset tilfredshed med ventetiden i venteværelset i de generelle spørgsmål, anfører relativt få (8%) lang ventetid i venteværelset som årsag til deres utilfredshed med kontakten med sundhedsvæsenet. Til gengæld svarer den høje tilfredshed med muligheden for at få tolkebistand i de generelle spørgsmål til omfanget af utilfredshed med tolkene i forbindelse

med en konkret kontakt, idet kun to har anført tolkeproblemer, som årsag til utilfredshed.

Der kan være flere forklaringer på forskellene mellem befolkningens tilfredshed med forskellige forhold i sundhedsvæsenet og årsagerne til konkret utilfredshed med en kontakt. Antallet af utilfredse udgør kun ca. 15% af befolkningen i byerne, hvorfor deres opfattelse af sundhedsvæsenet generelt kun påvirker resultatet i begrænset omfang, selvom tilfredsheden med de forskellige forhold i sundhedsvæsenet er lavere blandt dem, som var konkret utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Tilfredshed med forskellige forhold i sundhedsvæsenet blandt personer med kontakt med sundhedsvæsenet og blandt personer, som var konkret utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Befolkningen i byerne.

	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet	Personer, som var kon- kret utilfredse med deres kontakt med sundheds- væsenet
	N = 708 %	N = 188 %
Personalets faglige dygtighed	67,1	50,0
Personalets opførsel	69,7	49,7
Information om sygdom og behand- ling	65,8	42,0
Ventetid ved bestilt tid	37,0	26,6
Mulighed for tolkebistand	74,5	59,3

3.3 Klager

Halvdelen af de personer, som var utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder, foretog sig ikke noget i den anledning. 33% gav udtryk for deres utilfredshed med kontakten over for familiemedlemmer eller venner, 22% af de utilfredse klagede mundtligt ved at fortælle lægen eller tandlægen om deres utilfredshed, medens kun 2 personer (0,8%) klagede skriftligt.

Inden for det sidste år har 6% af alle interviewede angivet at have klaget mundtligt eller skriftligt over sundhedsvæsenet, og 18% har overvejet at klage, fordi de var utilfredse med behandlingen af deres børn eller nærmeste familie. Blandt dem, som var utilfredse med deres egen kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder, havde dobbelt så mange klaget (11%) eller overvejet at klage (36%) inden for det sidste år.

I embedslægens årsberetning for 1993-1994 fremgår det, at der i 1993 og 1994 har været henholdsvis 59 og 71 nye klagesager. Sagerne behandles af embedslægen og/eller Patientklagenævnet. I 1993 afgjorde Patientklagenævnet 16 sager, af hvilke 8 medførte påtale overfor medicinalpersoner, og i 1994 afgjorde Patientklagenævnet 22 sager, hvoraf ligeledes 8 medførte påtale. De interviewede i undersøgelsen udgør knap 5% af den voksne befolkning. De 2 skriftlige klager blandt de interviewede svarer til, at der på landsplan skulle være ca. 44 skriftlige klager i 1994, hvilket er i samme størrelsesorden som det faktuelle antal klager.

3.4 Sammenfatning

Befolkningens vurdering af sundhedsvæsenet er belyst ved graden af tilfredshed med forskellige forhold i sundhedsvæsenet samt ved omfanget af og årsagerne til utilfredshed med en eventuel konkret kontakt inden for de sidste 3 måneder.

I byerne er der størst tilfredshed med de forhold i sundhedsvæsenet, som har betydning for kerneydelsen (personalets faglige dygtighed og muligheden for at blive undersøgt af en læge ved sygdom) og mindst tilfredshed med ventetiden i venteværelset. Tilfredsheden med sundhedsvæsenet er noget mindre i byderne, hvor der er mindst tilfredshed med den primære kontakt (muligheden for at blive undersøgt af en sundhedsmedhjælper og personalets faglige dygtighed). Mænd er oftere tilfredse end kvinder, ligesom en større andel af de ældre end de yngre er tilfredse. Befolkningen i Østgrønland har en tydeligt mere positiv holdning til sundhedsvæsenet end i resten af landet.

De ældres og bygdebefolkningens ringere adgang til tandplejen kommer til udtryk i deres begrænsede tilfredshed med adgangen til undersøgelse af en tandlæge ved akutte tandproblemer. Til gengæld er der såvel i byerne som i bygderne stor tilfredshed med personalets faglige dygtighed og opførsel.

Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser afhænger af samspillet mellem sundhedspersonalet (faglige dygtighed og opførsel), patienterne samt de fysiske rammer og det udstyr, der er til rådighed. Undersøgelsen har afdækket, at der blandt patienterne er utilfredshed med en række forhold i dette samspil. Over 1/4 af dem, som har haft kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder, var utilfredse med kontakten såvel i byerne som i bygderne. Der var størst utilfredshed blandt dem, som havde haft en lægekontakt. Over halvdelen angav forhold vedrørende personalets faglige dygtighed eller opførsel som årsag til deres utilfredshed. Kun 22% af de utilfredse tilkendegav deres utilfredshed overfor personalet, og kun 2 personer klagede skriftligt.

Medens de interviewede ved tilkendegivelse af deres holdning til sundhedsvæsenet generelt var mest tilfredse med de forhold, som har betydning for kerneydelserne, var personalets manglende faglige dygtighed og opførsel de hyppigst nævnte årsager til utilfredshed i forbindelse med en konkret kontakt med sundhedsvæsenet.

4. Befolkningens ønsker og forslag

Befolkningen havde indtil 1992 kun begrænset indflydelse på organiseringen af sundhedsvæsenet og dets funktion. Efter at Hjemmestyret fik ansvaret for sundhedsvæsenet, er det blevet muligt at påvirke forhold i sundhedsvæsenet blandt andet gennem den offentlige debat samt via valg af politikerne til Landsstyret. En af konsekvenserne af sundhedsvæsenets overgang til Hjemmestyret blev, at der relativt hurtigt blev etableret et nyt lægedistrikt, som dækker Kangaatsiaq kommune.

I de fleste lande er der en stigende forståelse og interesse for at inddrage borgerne og forbrugernes syn på det offentlige serviceydelser. I denne undersøgelse belyses befolkningens ønsker til sundhedsvæsenet ad tre veje. For det første er de interviewede blevet bedt om at tilkendegive, *hvor de synes, at det er bedst en kvinde føder, hvis alle graviditetsundersøgelser er normale*, respektive i tilfælde hvor man på forhånd ved, at fødslen kan blive vanskelig. Herudover har de interviewede anført, om seks oplyste forslag til forbedring af behandling af sygdom er *meget vigtige, lidt vigtige eller ikke vigtige*. Endelig var der mulighed for de interviewede til selv at komme med *andre forslag til forbedring af sundhedsvæsenet*.

4.1 Hvor er det bedst at føde?

Andelen af fødsler, som foregår på sygehus, er steget betydeligt i de sidste 30 år. I 1963 fandt 63% af fødslerne sted på sygehus, i 1970 var andelen steget til 78%, og sidst i 1980'erne foregik omkring 90% af fødslerne på sygehus. I 1993 foregik kun 26 fødsler på en sygeplejestation og 20 fødsler i hjemmet ud af i alt 1189 fødsler ifølge embedslægens årsberetning. I 1994 fødtes 12 børn på en sygeplejestation og 23 i hjemmet af i alt 1134 fødsler. Dette svarer til, at henholdsvis 96% og 97% fødte på sygehus.

Normale fødsler

Hovedparten af befolkningen foretrækker, at normale fødsler foregår på sygehus, enten på det lokale distriktssygehus eller på specialafdeling i Nuuk (85%). 12% af de interviewede synes, at fødslen i forbindelse med en normal graviditet kan

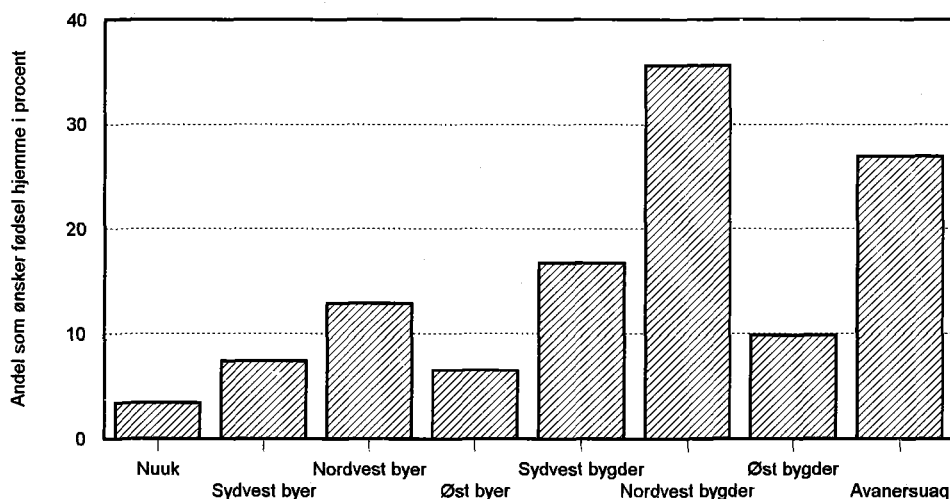
foregå hjemme, og 3% finder, at fødslen kan finde sted på en sygeplejestation. Kun 2 af de interviewede synes, at normale fødsler skal foregå i Danmark. Imidlertid er det *lokale sygehus og specialafdelingen i Nuuk* det samme for befolkningen i Nuuk kommune. I tabel 4.1 er derfor anført de interviewedes ønske til fødested fordelt på byer excl. Nuuk og bygder excl. bygder i Nuuk kommune. Der er ikke forskel på kvinders og mænds syn på, hvor normale fødsler bedst foregår, ligesom der ikke er nævneværdig variation mellem de forskellige aldersgrupper.

I betragtning af, at befolkningen i bygderne har langt til sygehuset, er det ikke overraskende, at de i langt højere grad end befolkningen i byerne synes, at normale fødsler skal foregå hjemme eller på en sygeplejestation (37% i bygderne og 11% i byerne excl. Nuuk) (tabel 4.1). Ønsket om, at normale fødsler skal foregå i hjemmet, er mest udtalt i de nordvestgrønlandske (36%) og mindst i de østgrønlandske bygder (10%). For byernes vedkommende er der *ligeledes regionale forskelle* i spørgsmålet om, hvor befolkningen synes, at normale fødsler skal foregå, idet 7% i de sydvestgrønlandske og østgrønlandske byer mod 13% i de nordvestgrønlandske byer synes, at normale fødsler skal foregå hjemme. I Nuuk ønsker kun 3%, at fødsler skal foregå hjemme (figur 4.1). Såvel i byerne som i bygderne (excl. Nuuk kommune) ønsker kun ganske få (1%), at normale fødsler skal foregå på specialafdelingen i Nuuk.

Tabel 4.1 Hvor befolkningen synes, det er bedst, en kvinde føder, hvis graviditeten er normal (A), og hvis fødslen kan blive vanskelig (B). Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen excl. Nuuk.

Fødested	By %	Bygder %
A. Normale graviditeter		
Hjemme eller på sygeplejestationen	10,9	37,7
På det lokale sygehus	88,1	61,5
På specialafdeling i Nuuk	1,0	0,8
B. Vanskelige fødsler		
På det lokale sygehus	69,3	69,5
På specialafdeling i Nuuk	25,3	28,8
Danmark	5,4	1,7

Figur 4.1 Andel af befolkningen fordelt på bopæl, som ønsker fødsel hjemme ved normale graviditeter. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



Der er således en betydelig forskel mellem befolkningens ønsker om fødested, og hvor fødslerne faktisk finder sted. Det er lykkedes at gennemføre sundhedsvæsenets målsætning om, at alle fødsler skal foregå på sygehus, men det er i mindre grad lykkedes at overbevise befolkningen om, at dette er det rigtige.

Ønsket om at føde lokalt ses også i en undersøgelse blandt inuit befolkningen i Keewatin i North West Territoriet i Canada, hvor 40% ønskede, at normale fødsler skulle foregå i det lokale sundhedscenter (Moffatt et al 1992).

Vanskelige fødsler

I de tilfælde, hvor man på forhånd ved, at fødslen kan blive vanskelig, mener over 2/3 såvel i byerne som i bygderne (excl. Nuuk kommune), at fødslen skal foregå på det lokale sygehus, medens henholdsvis 25% i byerne og 29% i bygderne synes, at fødslen skal foregå i Nuuk. Kun relativt få (4%) foretrækker, at fødslen skal finde sted i Danmark (tabel 4.1).

4.2 Generelle forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet

De seks forslag til forbedring af behandling af sygdom, som de interviewede er blevet bedt om at forholde sig til, fremgår af tabel 4.2. Næsten 90% har tilkendegivet deres vurdering af forslagernes vigtighed. Halvdelen eller flere finder alle forslagene *meget vigtige*, 8-11% finder forslagene *lidt vigtige* og 5-18% finder forslagene *ikke vigtige*. Flest (72%) finder det *meget vigtigt*, at der sker en udbygning af enkelte lokale sygehuse, således at nogle patienter kan behandles der i stedet for i Nuuk.

Tabel 4.2 Andel som finder nogle generelle forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet meget vigtige. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.

Forslag	Grønlændere				Danskere
	Nuuk %	Andre byer %	Byg- der** %	I alt %	I alt %
1. Udbygning af enkelte lokale sygehuse, således at nogle patienter kan behandles der istedet for i Nuuk (uoplyst = 173)	76,6	73,1	73,5	73,8	57,9
2. Bedre mulighed for hurtigt overflytning med helikopter fra bygd til sygehus og fra lokalt sygehus til Nuuk ved akut alvorlig sygdom (uoplyst = 199)	69,7	64,7	65,8	65,8	61,7
3. Ansættelse af læger i større bygder (uoplyst = 203)	67,6	64,2	67,6	65,6	43,9
4. Udbygning af dit lokale sygehus, så lægerne kan behandle flere sygdomme (uoplyst = 208)	56,0	62,2	64,8	61,7	51,1
5. Udbygning af DIH ^{*)} , så lægerne kan behandle flere sygdomme (uoplyst = 222)	55,0	49,1	48,8	50,1	53,0
6. Større mulighed for at vælge, om man vil behandles på sit lokale sygehus eller på DIH ^{*)} i Nuuk (uoplyst = 231)	55,0	49,9	47,9	50,3	37,7

^{*)} Dronning Ingrid's Hospital.

^{**)} Excl. bygder i Nuuk kommune.

Selvom vurderingen af forslagene til forbedringer af sundhedsvæsenet i nogen grad afhænger af, om de interviewede bor i Nuuk kommune, i en by eller i en byggd, er de interviewede grønlandere uanset bopæl enige om, at de tre vigtigste forslag er:

- *udbygning af enkelte lokale sygehuse, så nogle patienter kan behandles der istedet for i Nuuk*
- *bedre mulighed for hurtig overflytning med helikopter fra byggd til sygehus og fra lokalt sygehus til Nuuk ved akut sygdom*
- *ansættelse af læger i større bygder*

Der er ligeledes enighed om, at forslagene om , at *udbygning af DIH, så lægerne kan behandle flere sygdomme og større mulighed for at vælge, om man vil behandles på sit lokale sygehus eller i Nuuk*, er de forslag, som færrest finder meget vigtigt (50%).

Mænd og kvinder i alle aldersgrupper er stort set enige i vurderingen af de seks forslag. Dog mener en højere andel af kvinder end mænd, at det er *meget vigtigt* med læger i større bygder. Dette kan hænge sammen med ønsket om, at kvinder kan føde hjemme eller på sygeplejestationen. De interviewede i bygderne, som synes, at det er bedst, at kvinder føder i bygderne, finder for 77% vedkommende, at det er *meget vigtigt* med ansættelse af flere læger i større bygder, medens det er tilfældet hos 63% af dem, som foretrækker, at fødsler foregår på sygehus.

Medens grønlandere i Nuuk, i de øvrige byer og i bygder stort set er enige i vurderingen af forslagene, har danskerne i Grønland en anden holdning til forslagene. Den væsentligste forskel mellem danskere og grønlandere er, at *bedre mulighed for hurtig overflytning*, er det forslag, som flest danskere anser som meget vigtigt (62%).

4.3 Specifikke forslag til forbedring af sundhedsvæsenet

Næsten hver fjerde af de interviewede har fremført forslag til, hvordan sundhedsvæsenet kan forbedres, og nogle har fremført mere end et forslag. 419 interviewede har anført 513 forslag. I den efterfølgende behandling af forslagene er de grønlandske blevet oversat til dansk, og forslagene er blevet systematiseret efter de aspekter af sundhedsvæsenet, som indgår i de generelle forslag til forbedring af sundhedsvæsenet (udbygning af sundhedsvæsenet og bedre transportmuligheder (afsnit 4.2.)) og i den generelle vurdering af sundhedsvæsenet (personalets faglige

Tabel 4.3 Oversigt over forslag til forbedring af sundhedsvæsenet. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

Område	Antal	Andel af interviewede med forslag (n=419) %
Udbygning af sundhedsvæsenet	159	37,9
Personalets faglige dygtighed	85	20,3
Tidsbestilling og ventetid	50	11,9
Personalets opførsel	47	11,2
Oplysningskampagner	30	7,2
Tolkebistand	26	6,2
Vedligeholdelse af fysiske rammer	26	6,2
Information	16	3,8
Diverse	74	17,7
I alt	513	1)

¹⁾ En person kan have stillet mere end 1 forslag - Summen af andelene bliver derfor over 100%.

dygtighed og opførsel, tidsbestilling og ventetid, information om sygdom og behandling samt tolkebistand (afsnit 3.1.)). I tabel 4.3. er vist en oversigt over forslagernes fordeling på de forskellige aspekter.

Nogle af de anførte forslag vedrører helt lokale problemer, f.eks. *at der lugter af solarolie i venteværelset*, men for hovedparten af forslagene gælder, at de er nævnt af interviewede i flere distrikter. Enkelte har blot tilkendegivet, *at alle forbedringer vil være godt*, men de fleste er konkrete i deres forslag. Der er meget stor forskel på hvor mange af de interviewede i de enkelte byer og bygder, som har anført supplerende forslag til forbedring af sundhedsvæsenet. F.eks. fremkom 59% af de interviewede i Qaqortoq med supplerende forslag, i Paamiut knap 50%, i Kulusuk 43%, i Nuuk 31% og i Ilulissat 20%, medens ingen af de interviewede i byerne Qeqertarsuaq, Upernavik og Ammassalik har anført supplerende forslag. De geografiske forskelle i antallet af interviewede, som er kommet med supplerende forslag til forbedring af sundhedsvæsenet, kan til dels skyldes forskelle mellem interviewernes evne til at fremdrage spørgsmål, idet der i de fleste kommuner kun var nogle få interviewere.

Der ses ingen sammenhæng mellem de interviewedes forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet og eventuel utilfredshed med en kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder. Det er således kun en mindre del (13%) af dem, der er kommet med supplerende forslag, som var utilfredse med deres kontakt med sundhedsvæsenet og tilkendegav årsagen hertil. Endvidere er der kun i ni tilfælde sammenfald mellem angivelse af årsag til utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder og forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet. Der har således blandt de interviewede været en stor og positiv interesse for at give forslag til forbedringer.

Udbygning af sundhedsvæsenet

En udbygning af sundhedsvæsenet forudsætter tilførsel af ressourcer til udbygning af de fysiske rammer, til anskaffelse af nyere og bedre udstyr samt til ansættelse af yderligere personale. Udbygningen kan ske decentralt i bygderne, lokalt i byerne eller centralt på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

Langt hovedparten af forslagene, som vedrører udbygning af sundhedsvæsenet, peger på behovet for mere personale. Otte procent af dem, som har stillet forslag, ønsker flere læger. Begrundelserne herfor er blandt andet: *så der kan gives bedre service, så de ventende bliver færre, og for at patienterne kan behandles bedre.* Der bliver endvidere udtrykt ønske om flere sygeplejersker, sundhedsplejersker, portører, socialrådgivere (en på samtlige sygehuse) og fysioterapeuter. Begrundet i de mange selvmord, den store arbejdsløshed, alkoholproblemer mv. finder nogle, at der burde være flere psykologer. Udbygning via tilgang af flere personalemæssige ressourcer foreslås ligeledes at ske ved ansættelse af flere typer speciallæger, f.eks. børnepsykiater, speciallæge i kræftsygdomme, hjertelæge og øre-næse-halslæge. Enkelte tilkendegiver ønsket om, at øjenlæger, øre-næse-halslæger og ortopædkirurger kommer noget oftere eller bliver i længere perioder i distrikterne.

I forslagene, som specifikt vedrører bygderne, er der udtrykt ønsker om mere lægetid (*læger oftere til bygderne - ikke så fortravlet, når han ankommer*), ansættelse af uddannet personale (sundhedsmedhjælper, sygeplejerske eller jordemoder) samt bedre fysiske rammer (især etablering af sengepladser og separat undersøgelsesrum).

Kun enkelte er fremkommet med forslag, som knytter sig tæt til de generelle forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet: *Sygehuset i Tasiilaq burde udvides, Østgrønland er så isoleret - sygehuset i Ilulissat bør ombygges som nordregionens*

centralsygehus - DIHs eksisterende rolle som centralsygehus her i landet bør fremhæves. Knap 5% af dem, der har stillet forslag til forbedring af sundhedsvæsenet, finder, at der bør anskaffes mere udstyr, så undersøgelses- og behandlingsmulighederne bliver bedre. Langt hovedparten af disse peger på anskaffelse af udstyr i tilknytning til graviditet og fødsel (scanner og kuvøse). Endvidere peges specifikt på apparatur til udredning af allergi og til behandling af kræftsygdomme, så flere kan blive behandlet i sit eget land istedet for at rejse fra sit land.

Personalets faglige dygtighed

Personalets faglige dygtighed er en væsentlig forudsætning for kvaliteten af kerneydelsen (undersøgelse, behandling og pleje). Syv procent af de interviewede, som har stillet supplerende forslag, peger på behovet for forbedringer i relation til kerneydelsen: *lægerne skal undersøge stille og roligt, ikke have så travlt - patienter, som søger læge, bør lyttes bedre til og undersøges bedre, istedet for bare at give dem piller - læger giver recepter istedet for behandling og samtale - mindske antallet af fejl, følelsen af, at man har mistet et familiemedlem på en uacceptabel måde - depo-provera bør ikke bruges mod mig.*

Tretten procent har angivet forslag til, hvorledes personalets faglige dygtighed kan fastholdes eller forbedres: *Bedre udvælgelse af læger og sygeplejersker - mulighed for at de ansatte kan holde sig ajour fagligt - kursus for personalet - uuddannet personale bør erstattes af uddannet.*

Tidsbestilling og ventetid

Ventetiden i venteværelset er det aspekt i sundhedsvæsenet, som færrest af de interviewede var tilfredse med (afsnit 3.1). Ti procent af de udspurgte, som har peget på supplerende forslag til forbedringer, angiver forslag i relation til tidsbestilling og ventetid i venteværelset. Mange anfører kort, at *ventetiden i venteværelset bør forkortes* respektive *fjernes*. Andre kommer med forslag til, hvorledes ventetiden bedre kan stå igennem: *mere venlige venteværelser - venteværelset er for lille og for kedeligt og farveløst - alt for ubehagelige stole (især til de ældre) - beskæftigelsesmuligheder, mens man sidder i venteværelset - installer madautomater i venteværelset, de ventende er ved at dø af sult - salg af kaffe og te.*

Enkelte anfører, at der er for lang ventetid for dem, som skal opereres.

Personalets opførsel

Næsten 12% har forslag til forbedringer, som vedrører personalets opførsel og holdning til deres arbejde og patienterne. Generelt stilles forslag om, at personalet skal yde en venligere og bedre service - personalet, som arbejder i lægeklinikkerne, bør være mere åbne over for de personer, som henvender sig, deres ligeglade attitude bør udryddes fuldstændigt - personalet må være mere vågent og opmærksomt - personalet burde være mere engageret i sit arbejde.

Herudover anføres en række specifikke forhold, som foreslås ændret: *Bagtaleri bør ikke findes i skranken på sygehuset - personalet bør respektere tavshedspligten - personalet skal ikke gøre forskel på folk, uanset hvem, det er, som henvender sig - når der loves noget, skal der holdes ord.*

Oplysning

De interviewede har været opmærksomme på, at sundhedsvæsenet ud over behandlingsopgaverne tillige har en rolle med hensyn til generel information af borgerne. Syv procent af de interviewede, som har stillet supplerende forslag, anfører følgende ideer til informationskampagner: *flere oplysninger om sundhed generelt, f.eks. om hvad man kan risikere at gennemgå ved alle aldre gennem livet - Paarisa bør under sin informationskampagne klargøre, at grønlandske produkter er sunde - Paarisa bør fremlægge informationskampagne mod hash - Paarisa burde lave flere radioudsendelser og arrangere aktiviteter for bygderne - lægerne bør lave oplysningskampagner, når de kommer til bygderne ved at arrangere møder for befolkningen - information gennem skoler bør udvides.*

Tolkebistand

Samtidig med at muligheden for at få tolkebistand er det forhold i sundhedsvæsenet, som den største andel af de interviewede var tilfredse med (afsnit 3.1), er der stillet en række forslag til forbedring af kommunikationen mellem patienterne og personalet i sundhedsvæsenet. Der stilles forslag om *bedre grønlandsktalende personale*, dels ved at ansætte (og uddanne) *mere grønlandsk personale* (læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere mv.), dels ved at også *det danske personale skal på kursus i grønlandsk.*

Herudover ønskes flere og dygtigere tolke såvel i Grønland som i Danmark (f.eks. på Rigshospitalet), ligesom det anføres, at *tolkene så vidt muligt skal oversætte alle patientens ord.*

Endelig gør en enkelt opmærksom på, at det er *utilfredsstillende med fremmedsprogede læger, f.eks. norske.*

Information

Knap 4% af de interviewede, som har stillet forslag til forbedringer, peger på, at der er behov for bedre information om sygdom og gener. Flere har anført, at der gives *for lidt information, for dårlig information eller ligefrem forkert information.* Herudover påpeger enkelte, at der er behov for *rådgivende samtale med lægen, patienten og de nærmeste pårørende samlet. Patientens sygdom bliver familiens sygdom, når familien ikke ved, hvordan de skal hjælpe patienten.*

Vedligeholdelse af de fysiske rammer

Standarden af sundhedsvæsenets bygninger samt vedligeholdelsespraksis varierer betydeligt mellem distrikterne. De fleste af de forslag, som er stillet inden for denne kategori, har derfor mest lokal interesse. Forslagene omfatter blandt andet følgende: *male sygehuset - en gang om året bør sygehuset undersøges for snavs - mere lys på sygehuset - personalet skal også have et opholdsrum - oprette lokale på sygehuset, hvor man kan være alene, til f.eks. at råbe og græde i - indlagte patienter bør have ordentlige rum, gamle for sig og børn for sig - flytte radiatoren i venteværelset - lægeklinikken bliver dækket til med sne om vinteren.*

Tandplejen

Kun syv af de interviewede har stillet forslag, som specifikt peger på forbedringer inden for tandplejen. Det drejer blandt andet sig om følgende forslag: *bedre mulighed for opprioritering af tandpleje for voksne - tandlægens undersøgelse bør være grundigere - tandlægerne kommer for sjældent - fastansat tandlæge - tandlægen bør ikke koste noget.*

Andre forslag

Flere har stillet forslag vedrørende *forbedrede transportmuligheder*, mulighed for at kunne *vælge fast læge* (især ved længerevarende sygdom), mulighed for *tilkald af læge til boligen*, *større kontinuitet/mindre udskiftning blandt lægerne* og mere fleksibilitet med hensyn til *medicinudlevering*, herunder oprettelse af et apotek, så man undgår ventetid på sygehuset.

De resterende forslag, som er fremsat af en til to af de interviewede, er mange og særdeles variende: *at der rejser læger rundt (fra Nuuk) til de andre byer en måned eller to for at behandle sygdomme - trådløs kommunikation til de gamle, så de i tilfælde af nød, kan trykke på en knap og tilkalde hjælp - mulighed for telefonkonsultation - brugerbetaling på luksusydelse - slædehunde bør kunne blive opereret på sygehuset - sundhedscentre - hjælp fra myndighederne ved tragiske hændelser - der bør tages højde for, at det kan være svært at klage i små samfund, hvor alle kender alle.*

I bilag 1 er oplistet en række af de stillede forslag sammen med de angivne årsager til utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet.

4.4 Sammenfatning

Befolkningens ønsker og forslag til sundhedsvæsenet er belyst ad tre veje. For det første kan det konstateres, at der ikke er overensstemmelse mellem sundhedsvæsenets målsætning om, at alle fødsler skal foregå på sygehus (hvilket er tilfældet for 97% af fødslerne idag) og befolkningens ønsker om fødested, idet 15% ønsker, at normale fødsler kan foregå hjemme eller på en sygeplejestation. Dernæst viser undersøgelsen, at blandt seks mulige forslag til forbedring af sundhedsvæsenet finder flest det meget vigtigt (72%), at der sker en udbygning af de enkelte sygehuse, således at nogle patienter kan behandles der i stedet for i Nuuk. Endelig udgør forskellige forslag til udbygning af sundhedsvæsenet en betydelig del af de interviewedes egne forslag til forbedring af sundhedsvæsenet, men der peges tillige på en række forhold, som ikke fordrer ressourcetilførsel, blandt andet forhold omkring personalets opførsel over for patienterne.

5. Nogle udfordringer til sundhedsvæsenet

Den grønlandske sundhedsprofil er en undersøgelse, som har til formål at belyse befolkningens helbred, livsstil og levevilkår. Sundhedsvæsenet er blot en af mange faktorer, som har indflydelse på helbredet. Via rådgivning til andre offentlige myndigheder og oplysningskampagner om forhold, som påvirker helbredet i positiv eller negativ retning, yder sundhedsvæsenet en indsats for at ændre befolkningens livsstil og forbedre levevilkårene. Herudover gennemføres i sundhedsvæsenets regi en række aktiviteter, som sigter mod at forebygge specifikke sygdomme eller give nyfødte børn så god en start i livet som muligt. De fleste ressourcer i sundhedsvæsenet anvendes imidlertid til varetagelse af behandlings- og plejemæssige opgaver i tilknytning til sygdom eller skader. Der foreligger kun få undersøgelser af, i hvilket omfang denne del af sundhedsvæsenets indsats påvirker befolkningens generelle helbred. I en af rapporterne fra Middellevetidsudvalget (Sundhedsministeriet 1994) indgår levekår, livsstil og sundhedsvæsenets indsats som forklaringsbidrag til den stagnerende middellevetid i Danmark. Det konkluderes i rapporten, at den mindre gunstige udvikling i middellevetiden næppe kan tilskrives forhold i sundhedsvæsenet. I en undersøgelse af OECD landene konkluderes det, at der ikke er sammenhæng mellem udgifterne til sundhedsvæsenet og helbredstilstanden (Babazono & Hillman 1994). Uligheder i helbredstilstanden er primært et resultat af forskelle i levevilkår, idet boligforhold, uddannelse, erhverv mv. har større betydning for befolkningens helbred og levetid end sundhedsvæsenet (Fox & Benzeval 1995). Men uanset hvilken relativ betydning for befolkningens helbredstilstand sundhedsvæsenet har sammenlignet med andre områder, så er en af sundhedsvæsenets opgaver at sikre, at ressourcerne udnyttes så effektivt som muligt, samtidigt med at befolkningen sikres lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser under hensyn til deres behov.

Det grønlandske sundhedsvæsen blev i sin tid skabt efter dansk forbillede. Viden og erkendelse, som byggede på danske samfundsforhold, og udviklingen inden for det danske sundhedsvæsen blev med visse demografisk og geografisk betingede tilpasninger overført til Grønland. Den medicinsk-teknologiske udvikling og ikke mindst udbygningen af infrastrukturen (transportnet og kommunikation) haft afgørende indflydelse på sundhedsvæsenets fortsatte udvikling. De overordnede rammer og tempoet for udviklingen af sundhedsvæsenet blev indtil 1992 hovedsageligt fastlagt af embedsmænd i København og Nuuk i dialog med repræsentanter for det sundhedsfaglige personale i det grønlandske sundhedsvæsen. I de sidste 15 år er der publiceret talrige udvalgsrapporter og planer, som i varierende om-

fang har bidraget til beslutningsgrundlaget angående udviklingen af sundhedsvæsenet (bilag 2).

I 1985 afholdtes den første konference om sundhedsvæsenet i Grønland (Landslæggen 1985). Formålet med konferencen var at få så mange ideer, opfattelser, forslag og synspunkter frem, at det ville være muligt at formulere konkrete planer for forbedring af sundhedsvæsenet. I konferencen deltog personalerepræsentanter fra sygehusene, politikere, embedsmænd fra Ministeriet for Grønland og Landslægeembedet samt udvalgte repræsentanter for brugerne. På konferencen fremlagdes 51 forslag til forbedring af sundhedsvæsenet, og i de efterfølgende år blev der taget initiativer til at imødekomme hovedparten af disse forslag. Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning afholder nu årlige ledelseskonerencer, hvor det politisk-administrative niveau og de lokale sundhedsfaglige ledere har mulighed for at drøfte langsigtede planer for og mere aktuelle problemstillinger i sundhedsvæsenet. I 1990 blev der for første gang udarbejdet sundhedsplaner i hvert distrikt i samarbejde med de lokale sundhedsmyndigheder, og i enkelte distrikter har sundhedsvæsenets personale taget initiativ til en direkte dialog med borgerne om sundhedsvæsenet (Østergaard & Johnsen 1994).

Med sundhedsprofilen har befolkningen for første gang fået lejlighed til at komme frem med sit syn på sundhedsvæsenets funktion. De interviewedes tilfredshed med deres kontakter med sundhedsvæsenet og deres ønsker om forbedringer er i denne rapport fremlagt for politikerne, sundhedsforvaltningen og sundhedsvæsenets personale. Det er forfatterens og befolkningens håb, at disse synspunkter bliver læst og overvejet, og at de ønskede forbedringer i størst muligt omfang bliver gennemført.

5.1 Sundhedsvæsenets tilbud

Udviklingen inden for den medicinske teknologi indebærer, at stadig flere sygdomme og skader kan behandles eller afhjælpes. De ressourcer, Landstinget årligt tildeler sundhedsvæsenet på finansloven, sætter imidlertid rammer for aktiviteten. Igennem de senere år er der kommet en stigende forståelse for, at den usynlige og ofte tilfældige prioritering af sundhedsvæsenets indsats, som har fundet sted gennem årene for at tilpasse aktiviteten til ressourcerne, må erstattes af en synlig politisk prioritering baseret på en åben dialog mellem befolkningen og politikerne.

Udfordring 1 - Prioritering af sundhedsvæsenets tilbud

Der er behov for en politisk stillingtagen til, hvilke undersøgelses-, behandlings- og plejetilbud det grønlandske samfund skal stille til rådighed for befolkningen. I tilfælde af, at det samlede tilbud vil overstige det økonomisk mulige, må der tillige gennemføres en prioritering af tilbuddene. Herudover må politikerne tillige medvirke til en afstemning af befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet med det politisk mulige med den givne økonomi.

5.2 Adgang til og brug af sundhedsvæsenet

Bygdebefolkningen havde, ikke uventet, i mindre grad end bybefolkningen kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder og var ligeledes i mindre omfang tilfreds med muligheden for at blive undersøgt af en læge eller en tandlæge (tabel 3.2 og 3.3), ligesom kun 57% var tilfredse med muligheden for at komme på sygehus i tilfælde af alvorlig sygdom.

Forbedring af bygdebetjeningen var et af de forhold, som der blev taget en række konkrete initiativer til efter sundhedskonferencen i 1985. Blandt andet er båd og slæde blevet erstattet af helikopter som transportmiddel til bygderne for at skabe mulighed for hyppigere lægebesøg og bedre muligheder for evakuering af blandt andet svært tilskadekomne. Den ændrede rejseform har betydet, at rejsetiden ved bygdebesøgene er blevet mindsket. Hensigten var, at den tid, som tidligere blev anvendt til transport, skulle benyttes til patient- og borgerkontakt. Hensynet til udgifterne ved helikopterbetjening har imidlertid medført, at opholdene i bygderne nu er indskrænket til få timer mod tidligere op til flere døgn. Det giver lige tid nok til det kliniske arbejde, men kendskabet til bygdebefolkningen og dens livs- betingelser er således blevet forringet. Dermed er to væsentlige forudsætninger for også at drive forebyggende sundhedsarbejde gået tabt (Bagger 1992).

I undersøgelsen blev de interviewede bedt om at forholde sig til forskellige muligheder for udbygning af sundhedsvæsenet. Det er karakteristisk, at de fleste af de interviewede - uanset bopæl - fandt det vigtigt, at der skabes større mulighed for behandling lokalt og bedre mulighed for hurtig overflytning fra bygd til by respektive fra distrikterne til Nuuk (tabel 4.2). Herudover har interviewede i bygderne udtrykt ønske om mere lægetid, ansættelse af uddannet personale og bedre fysiske rammer. På alle tre områder er der sket væsentlige forbedringer i det sidste tiår, men ikke tilstrækkeligt til at sikre lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser også for bygdebefolkningen.

Uanset hvor mange ressourcer sundhedsvæsenet får til sin rådighed, vil det ikke være muligt at sikre bygdebefolkningen den samme lette adgang til sundhedsvæsenet, som befolkningen i byerne har. I de fleste distrikter vil der imidlertid kunne ydes en bedre betjening af bygdebefolkningen, hvis fordelingen af distriktets ressourcer prioriteres anderledes. At skabe lighed i adgangen til sundhedsvæsenet er dyrere i fjerntliggende egne af landet end i byerne og indebærer således, at ressourcerne ikke udnyttes mest effektivt (Mooney 1994). Ved prioritering af et distrikts ressourcer mellem by og bygd må det imidlertid være kendt for chefdistriktslægen, om der ved prioriteringen skal lægges mest vægt på lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bopæl eller på den mest effektive udnyttelse af ressourcerne.

Udfordring 2 - Fordeling af ressourcer på byer og bygder

Inden for sundhedsvæsenet er det - ligesom inden for andre områder - hensigtsmæssigt, at der sker en politisk stillingtagen til og udmelding om serviceniveauet i bygderne. Set i lyset af, at befolkningen i bygderne tilsyneladende har et større behov for ydelser fra sundhedsvæsenet end befolkningen i byerne, bør det tillige overvejes, om der skal anvendes forholdsmæssigt flere ressourcer på sundhedsvæsenets betjening af bygdebefolkningen end af befolkningen i byerne.

5.3 Udbygning af sundhedsvæsenet

For sundhedsvæsenet som helhed vil en udbygning sædvanligvis forudsætte tilførsel af flere ressourcer. En stillingtagen til og en ændret prioritering af, hvilke tilbud sundhedsvæsenet skal udbyde, og hvor ydelserne skal varetages (lokalt, i Nuuk eller i Danmark), vil eventuelt kunne frigøre ressourcer til udbygning inden for udvalgte områder.

Ved stillingtagen til seks specifikke forslag til udbygning af sundhedsvæsenet lægger de interviewede i undersøgelsen større vægt på, at udbygningen foregår decentralt frem for centralt på Dronning Ingrid's Hospital (afsnit 4.2). Over 1/3 af de forslag, som de interviewede selv har fremført (tabel 4.3.), lægger op til en udbygning af sundhedsvæsenet i Grønland. Langt hovedparten peger på behovet for mere personale inden for de faggrupper, som allerede findes i sundhedsvæsenet. Herudover ønskes flere typer af speciallæger, end der idag er fastansat.

Antallet af normeringer i sundhedsvæsenet er blevet justeret løbende. For eksempel var der i 1995 normeret 78,5 lægestillinger, hvoraf 14,5 var overlægestillinger på Dronning Ingrid's Hospital. I 1986 var der normeret 61 lægestillinger, hvoraf 4 var overlægestillinger. Befolkningstallet er i denne periode kun steget svagt (2%). I hele perioden (og tidligere) har det imidlertid været et problem at besætte de normerede stillinger. Det gælder såvel de stillinger, der sædvanligvis besættes med tilkaldt arbejdskraft, som sundhedsmedhjælperstillingerne. Siden Hjemmestyret overtog sundhedsvæsenet i 1992 er en række behandlingsopgaver hjemtaget fra Danmark. En forudsætning for hjemtagelse af yderligere aktiviteter er, udover en eventuel udbygning af de fysiske rammer (f.eks. til psykiatriske patienter, som skal være på en lukket afdeling), personale til varetagelse af funktionerne. Sålænge de normerede sundhedsmedhjælper- og sygeplejerskestillinger ikke kan besættes, vil nynormering af flere speciallægestillinger ikke indebære det forventede udbytte i form af blandt andet hjemtagning af flere opgaver fra Danmark.

Udfordring 3 - Ansættelse af kvalificeret personale med større kontinuitet

Til varetagelse af sundhedsvæsenets opgaver er det nødvendigt ikke blot at kunne rekruttere tilstrækkeligt og kvalificeret personale, men tillige at skabe betingelserne for, at personalet ønsker at blive i sundhedsvæsenet (sundhedsmedhjælperne) respektive i Grønland (læger, sygeplejersker, fysioterapeuter mv.) i længere tid, således at personaleudskiftningen reduceres, og flere af de uddannede sundhedsmedhjælpere søger ansættelse.

5.4 Kerneydelsen

Der foreligger kun ganske få undersøgelser af effekten af sundhedsvæsenets aktiviteter i Grønland. I Danmark vinder anvendelsen af kliniske databaser imidlertid stigende indpas, ligesom løbende registrering af en behandlings effekt for patienten, herunder patientens tilfredshed med behandlingen, i stort omfang indgår rutinemæssigt eventuelt som led i kvalitetssikringsprojekter.

I sundhedsprofilen er befolkningens tilfredshed med sundhedsvæsenets kerneydelse belyst indirekte i form af spørgsmål om personalets faglige dygtighed. Det må anses for særdeles positivt, at der er stor tilfredshed hermed blandt de interviewede i byerne. Til gengæld vækker det bekymring, at bygdebefolkningen af de forskellige aspekter er relativt mindst tilfredse med den faglige dygtighed hos sundhedsmedhjælperen, som er deres primære kontakt til sundhedsvæsenet.

Herudover kommer befolkningens opfattelse af kerneydelsen frem i forbindelse med tilkendegivelserne af årsager til eventuel utilfredshed med en kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder samt i forslagene til forbedring af sundhedsvæsenet. Mere end 1/3 af de utilfredse anførte forhold vedrørende personalets faglige dygtighed som årsag til deres utilfredshed, og 20% af de interviewede, som kom med forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet, pegede på behovet for at vedligeholde og forbedre personalets faglige dygtighed. En betydelig del af de interviewede har endvidere anført utilfredshed med den information, de modtog.

Udfordring 4 - Igangsætning af kvalitetsudvikling

Det er ikke sandsynligt, at sundhedsvæsenet kan forbedre befolkningens helbredstilstand generelt, men sundhedsvæsenet kan medvirke til at forbedre livskvaliteten og helbredstilstanden hos personer med lidelser, som sundhedsvæsenet kan behandle. Der er behov for igangsætning af kvalitetsudviklingsaktiviteter, som giver mulighed for løbende at vurdere effekten af sundhedsvæsenets indsats.

5.5 Periferiydelser

Inden for sundhedsvæsenet er der en glidende overgang mellem kerneydelsen og periferiydelser. Medens indholdet af eksempelvis lægens information til patienten oftest må betragtes som en del af kerneydelsen, er måden informationen gives på en periferiydelse. Under overskriften personalets opførelse er problemer med kommunikationen mellem læge og patient beskrevet af de interviewede blandt såvel årsagerne til utilfredshed som forslagene til forbedring af sundhedsvæsenet (bilag 2). Ventetid i venteværelset er en anden periferiydelse, som hyppigt er årsag til utilfredshed. Ventetid i venteværelset kan skyldes, at der ikke er tilstrækkelige personaleressourcer til at imødekomme efterspørgslen, dårlig tilrettelæggelse af arbejdet eller en kombination af begge dele. Endelig har de interviewede anført en række forhold til forbedring af de fysiske rammer, som kunne virke befordrende på kontakten med sundhedsvæsenet, herunder især forholdene i ventetiden.

Udfordring 5 - Forbedring af kommunikationen mellem patienter og personale, vedligeholdelse af de fysiske rammer og afkortning af ventetiden

Det er ikke muligt på basis af undersøgelsens resultater at forholde sig til, om de mange tilkendegivelser vedrørende personalets opførsel skyldes et eventuelt misforhold mellem personalekapaciteten og efterspørgslen i de enkelte distrikter. Der er næppe tvivl om, at et arbejdsmæssigt stresset personale har mindre overskud til altid at være imødekommende over for patienterne og til at bruge den tid, som er nødvendig for at sikre en hensigtsmæssig kommunikation. Men selv om arbejdsforholdene eventuelt ikke er optimale, bør dette ikke give anledning til en opførsel over for patienterne, som de interviewedes udtalelser giver udtryk for.

5.6 Forskningsmæssig opfølgning

Den forskningsmæssige aktivitet inden for det sundhedsfaglige område er omfattende og må anses for yderligere styrket i forbindelse med oprettelsen af et professorat i arktisk medicin i 1995. Det er imidlertid kun ganske få af de 76 forskningsprojekter, som er beskrevet i *Health Research in Greenland - a catalogue of projects* (Curtis & Bjerregaard 1995), som beskæftiger sig med de organisatoriske aspekter af sundhedsvæsenet og med samspillet mellem det sundhedsfaglige personale og patienterne (sundhedstjenesteforskning). Den grønlandske sundhedsprofil har afdækket, at der er en relativ høj tilfredshed i befolkningen med deres kontakter med sundhedsvæsenet, men der er et klart behov for yderligere undersøgelser.

Udfordring 6 - Iværksættelse af sundhedstjenesteforskning

Der er behov for yderligere undersøgelser, der belyser såvel baggrunden for som forventningerne til kontakt med sundhedsvæsenet, således at det i højere grad bliver muligt at identificere årsagerne til befolkningens utilfredshed med sundhedsvæsenet. Det er væsentligt, at også sundhedspersonalet inddrages, således at resultatet af undersøgelsen kan benyttes til at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Herudover er der behov for undersøgelser, som nærmere kan belyse årsager til variationerne i brug af sundhedsvæsenet. En landsdækkende ydelsesstatistik vil være af stor værdi for fremtidige analyser af befolkningens brug af sundhedsvæsenet.

5.7 Sammenfatning

Resultatet af undersøgelsen af befolkningens brug af, tilfredshed med og ønsker til sundhedsvæsenet er en udfordring til såvel politikerne som det administrative og sundhedsfaglige personale:

1. Der er behov for en politisk stillingtagen til hvilke behandlingstilbud, det grønlandske samfund skal stille til rådighed for befolkningen, og politikerne må medvirke til en afstemning af befolkningens behov og forventninger med de til rådighed værende ressourcer.
2. Der må ske en stillingtagen til serviceniveauet i bygderne.
3. Der bør skabes grundlag for større personalekontinuitet.
4. Der er behov for rutinemæssig evaluering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.
5. Der bør iværksættes initiativer til at forbedre kommunikationen, de fysiske rammer og ventetiden.
6. Der er behov for sundhedstjenesteforskning til belysning af samspillet mellem patienterne, sundhedsvæsenets personale og de fysiske rammer for sundhedsvæsenets aktivitet.

Litteratur

Bagger M. Det grønlandske sundhedsvæsen - nogle historiske og samfundsmedicinske betragtninger. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 1992;681-687.

Babazono A, Hillman A. A comparison of international health outcomes and health care spending. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1994;10(3):376-81.

Curtis T, Bjerregaard P. Health Research in Greenland - a catalogue of projects. København: DIKE, 1995.

Damsgaard M. Lægemedelforsyningen til Grønland. I: Kern P, Cordtz T, eds. Nuna Med '91 - en grønlandsmedicinsk konference. Nuuk: Grønlandsmedicinsk Selskab og Grønlands Lægekredsforening, 1991:36-37.

Danmarks Statistik. *Nyt fra Danmarks Statistik*. København, 1994.

Embedslægeinstitutionen for Grønland. *Årsberetning 1993-1994*. Nuuk, 1995.

Fox J, Benzeval M. Perspectives on social variation in health. I: Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds. *Tackling inequalities in health*. London: Kings Fund, 1995.

Grønlands Statistiske Kontor. *Statistik Årbog 1991*. Nuuk: Atuakkiorfik, 1992.

Konference om sundhedsvæsenet i Grønland. Rapport. 30. august - 1. september 1985 i Nuuk. Nuuk: Landslægen, 1985.

Kjøller M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987. København: DIKE, 1995.

MEFA. *Tal og data 1993*. Medicin og Sundhedsvæsen. København, 1993

Moffatt MEK, O'Neil J, Young TK. Keewatin health status assessment study. Winnipeg: The Northern Health Research Unit, University of Manitoba, 1992.

Mooney G. Efficiency versus equity in remote areas. I: Pétursdóttir G et al, eds. Circumpolar Health 93. Proceedings of the 9th International Congress on Circumpolar Health. Arctic Medical Research 1994;53(suppl 2):102-106.

Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Frederiksborg Amt. København: DIKE, 1992.

Sundhedsforvaltningens og Landslægens årsberetning 1986. Sundhedstilstanden i Grønland. Nuuk, 1988.

Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. Levetiden i Danmark. København: Sundhedsministeriet, 1994.

Østergaard P, Johnsen HM. Praktiske prioriteringer, nogle svar fra borgerne i Maniitsoq. Nakorsanut 1994;4:10-11.

Bilag 1

Årsager til utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet og forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94

De interviewede, som havde haft kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 3 måneder, skulle angive om de ved nogle af disse besøg havde været utilfredse med f.eks. undersøgelsen, behandlingen eller personalets opførsel. I forbindelse med dette spørgsmål var der mulighed for, at de interviewede med egne ord kunne tilkendegive årsagen til eventuel utilfredshed. Endvidere blev de interviewede opfordret til at fremføre forslag til, hvordan sundhedsvæsenet kan forbedres.

For at skabe et overblik er de 643 svar på årsager til utilfredshed med en kontakt og de 513 forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet søgt kategoriseret. Kategoriseringen af såvel årsagerne til utilfredshed med en konkret kontakt med sundhedsvæsenet som forslagene til forbedring af sundhedsvæsenet er dog behæftet med en vis usikkerhed, ikke mindst fordi der i mange tilfælde vil være overlap mellem forskellige kategorier. Således kan utilfredshed med eksempelvis forkert information, personalets faglige dygtighed eller opførsel alle være udtryk for problemer med kommunikationen mellem læge og patient.

Nedenfor er vist et udvalg af de interviewedes begrundelser for utilfredshed med en kontakt med sundhedsvæsenet placeret sammen med et udvalg af de stillede forslag til forbedring af sundhedsvæsenet inden for de af forfatterne valgte kategorier. Hensigten er at give et indtryk af den bredde, der har været i besvarelserne. Hyppigheden af de forskellige årsager til utilfredshed og af forslagene til forbedring af sundhedsvæsenet er der gjort rede for i afsnit 3.2 og 4.3.

Personalets faglige dygtighed

Årsager til utilfredshed

Ved uddannet sundhedsmedhjælper er jeg bange for, at diagnosen er forkert og derved at få forkert medicin.

Er ikke tilfreds med at henvende sig til en uddannet.

Selvom det er en stor bygd, er personalet ligesom kun taget "fra gaden".

De undersøger ikke ordenligt, hvad der er i vejen, men snakker bare.

Undersøgelsen foretages for hurtigt.

Er ikke tilfreds med behandlingen, fordi den er for langsom.

De undersøger ikke ordenligt og gør det overfladisk, så man bliver dårligt behandlet.

Lægen bliver ved med at påstå, at jeg er rask, selvom jeg har det meget dårligt.

Når jeg er til lægen, så bliver jeg ikke hjulpet ordentligt. Jeg er træt af piller.

Man går ikke ind i dybden.

Nogle læger arbejder overfladisk.

Forslag til forbedringer

Det er ønskeligt, at personalet er uddannede.

Uddannet personale i bygderne.

Kursus til personalet hvert år.

Bedre efteruddannelsesmuligheder for personale incl. sundhedsplejersker.

Ambulanceførere bør uddannes.

At portører bør være uddannet, så de ved hvad de arbejder med.

Grundigere undersøgelse af patienter.

Læger giver recepter i stedet for behandling og samtale.

Lægen skal undersøge ordentlig og ikke undskylde med sin manglende tid.

Dygtigere læger.

At der ansættes kvalificerede læger.

Få meget mere gang i plejeuddannelsen, så normeringer kan opfyldes.

Personalets opførsel

Arsager til utilfredshed

Personalets opførsel var overfladisk. Man når ikke at sige det, man gerne vil spørge om. Personalets travlhed er ikke betryggende.

Er utilfreds med personalets opførsel, han/hun virker afvisende.

At der bliver gjort forskel på folk.

Deres måde at arbejde på og væremåde, som gør en genert, er meget utilfredsstillende.

Personalet ikke er så imødekommende. Det er svært at henvende sig til dem.

Lægen vil ikke lytte til patienter.

Lægens ubehøvede opførsel.

Var for uinteresseret i sin patient, opførsel meget utilfredsstillende.

Lægerne er ofte uforskammede. Lægerne har ikke tillid til hverken patienterne eller andre læger på kysten, og ved hver henvendelse, skal jeg starte helt forfra med en evt. behandling. Lægerne har ikke tid/giver sig ikke tid til at læse ens journal igennem.

Lægen var sløv og var uinteresseret.

Personalet giver sig ikke tid nok til sengeliggende patienter, og det hjælper ikke patienterne nok.

Personalets forskelsbehandling. Kommer an, på hvem man er.

Man er bange for at henvende sig til sygehuspersonalet. Man bliver genert.

Nogle af medarbejderne er ligeglade. De er svære at henvende sig til.

Forslag til forbedringer

At man skal stræbe efter, at personalet, lige fra rengøringsassistenter til læger, skal være uddannede, så de ikke gøre forskel på folk, som henvender sig.

Tavshedspligten bør respekteres.

Ændring af den meget upersonlige behandling. Dårlig kommunikation fra personalets side overfor patienter i venteværelset.

Personalet skal være mere vågne og vakse.

Personalet i skranken bør være mere venlige.

Personalet bør være mere imødekommende. Det er ikke for ingenting, vi henvender os til lægen.

Personalet må godt være lidt mere tillidvækkende. Personalet er for hensynsløst.

Læger bør lytte mere til patienterne.

Lægen skal samarbejde mere med patienten.

Sygemedhjælperne/sygeplejerskerne skulle lære at tale venligt og smile lidt.

Der skal en holdningsændring til i sundhedsvæsenet, så sundhed skabes i en dialog mellem sundhedsvæsenet og borgerne.

Kontinuitet

Arsager til utilfredshed

Fordi man synes, de kender for lidt til de grønlandske forhold, og at der er for stor og hurtig udskiftning blandt personalet.

Lægerne skifter for meget.

På grund af personalemangel bliver behandling forsinket. Vigtige breve/dokumenter bliver ikke videresendt og når ikke frem til bestemmelsessted.

Lægerne udskiftes så tit, man finder aldrig ud af, hvad min sygdom er.

4 forskellige læger ved 4 kontroller. Det medfører utryghed.

Forskellige læger er ikke rart, når man vil have en bestemt personlig læge.

Fordi det er en ny læge hver gang. Man skal forklare alt én gang til.

Forslag til forbedringer

Læger og sygeplejersker bør ansættes i 3 års kontrakter.

At læger og sygeplejersker ikke skiftes ud så ofte.

Bedre arbejdsvilkår, så personalet forbliver, og man undgår den store udskiftning.

Stabilitet i arbejdskraften.

Mere kontinuitet af personale.

Det er ikke betryggende, at læger skifter ud hele tiden. Hvis vi havde en bestemt læge, så vil det være betryggende, hver gang vi henvender os til lægen, fordi lægen så vil kende os.

Ventetid

Årsager til utilfredshed

Utrolige ventetider.

Man venter for længe i venteværelset.

Utilfreds med tidsbestillingen - da ventetiden er lang.

Alt for lang ventetid, og det udskydes hele tiden.

Der er for lang ventetid. Når de har nævnt en tid, så holder de den aldrig.

Den lange ventetid er for dårlig. Gad vide hvor slemt det er, når man er barn.

At man skal vente længe, selvom man har bestilt tid.

Jeg synes, at der er for lang ventetid, fordi lægen er så langsom.

For lang ventetid til kirurgisk indgreb.

For lang ventetid (venter på at blive indlagt).

Forslag til forbedringer

Beskæftigelse mens man sidder i venteværelset.

Venteværelset for lille, for kedeligt og farveløst, især når man skal sidde i de lange ventetider.

Installer madautomater i venteværelset. De ventende patienter er ved at dø af sult.

Noget forbedring i venteværelset. F.eks. salg af the og kaffe.

Ventetiden bør forkortes. Brikse/sofæer for dem der ikke kan overkomme at sidde længe, evt. i et rum for sig selv.

Der er for lang ventetid, selvom man har bestilt tid.

Når der er bestilt tid, skal disse tider overholdes, såvel af patient som af sundhedsvæsenet.

Forbedre ventetidsforhold, især børn der skal akutbehandles.

Ventetiden er alt for lang, man må ansætte noget personale (evt. sygeplejersker), der kan bedømme, hvor lang tid en evt. behandling vil vare.

Den lange ventetid må der gøres noget ved, bare en lille smule, for når man skal noget i løbet af en dag, så er det for dårligt at man skal sidde og vente.

Muligheder for at bestille tid bør forbedres.

Information

Årsager til utilfredshed

Lægen gav modstridende oplysninger med en måneds mellemrum angående risikoen ved at skulle have kejsesnit eller ej.

Personalet giver alle forskellige oplysninger på forespørgsler.

At blive svaret og informeret ordentligt mangler.

Der blev angivet forkert svar.

Fordi jeg ikke fik ordentlig svar, og fordi de ikke forklarer ordentligt.

Fik ikke svar på sine spørgsmål.

Ang. sygdommen havde jeg spurgt, hvad det skyldtes, men havde ikke fået ordentligt svar.

Jeg får ikke en ordentlig forklaring på min sygdom eller om mine gener.

Det hjalp ikke, da jeg var hos lægen, jeg fik ikke at vide, hvad jeg fejlede.

At de ikke rigtig giver oplysninger. Og at det er tolkene, der svarer istedet for dem.

Jeg vil gerne vide mere om min sygdom.

Lægen forklarede ikke ordentligt om medicinen (dens virkninger og hvordan den skal bruges).

Forslag til forbedringer

At patienter skal undersøges ordentligt, og de skal have ordentligt information.

Bedre information fra lægens side angående undersøgelsen.

Bedre information om sygdom eller gener.

Når man er til lægen og får piller, burde man have en nærmere forklaring på, hvad pillerne er, og hvad det er godt for.

Bedre information fra lægens side til patienten.

Tolkebistand

Arsager til utilfredshed

Tolk, som ikke forklarer ordentligt, og de er også så strenge.

Fordi tolkene oversætter mangelfuldt.

Forslag til forbedringer

De er vigtigt, at tolkene henvender sig smilende og venligt til patienterne, og de skal så vidt muligt oversætte alle patienters ord.

En god og dygtig tolk, som er god til at læse, er nødvendig.

Til patienter, som ikke kan tale dansk, burde forklaringer blive bedre.

Tolken bør være dygtigere.

Behov for uddannede tolke.

Der burde være flere tolke.

Da jeg var i Danmark på Rigshospitalet, var sproget et stort problem.

At yde en bedre service for de patienter, som kommer til Danmark, f.eks. tolke.

Bedre tolke, f.eks. på Rigshospitalet.

Flere dobbeltsprogede læger og sygeplejersker.

Flere grønlandske læger og sygeplejersker.

Mere grønlandssprogede personale i bygderne.

Utilfredsstillende med fremmedsprogede læger - f.eks. norske.

Sundhedsoplysning

Forslag til forbedringer

Paarisa bør under sin informationskampagne klargøre, at grønlandske madprodukter er sunde.

Sundhedsvæsenet og skolen bør samarbejde mere. F.eks. om kostvaner, sygdomme, tobak og lign.

Bedre oplysninger om kønssygdomme.

Rådgive de unge og lave oplysningskampagner.

Oplysningskampagne om sunde spisevaner bør være større.

Vi mangler meget Paarisa/sundhedsmyndighederne til at komme noget oftere og forklare om sundhed.

At lægerne laver oplysningskampagne, når de ankommer til bygderne, ved at arrangere møder for befolkningen.

Udbygning af sundhedsvæsenet

Forslag til forbedringer

Der burde være små sygehuse i bygder, hvor man kan være sengeliggende.

Flere læger i bygderne.

Der burde være en speciallæge til børnene.

Der bør være flere psykologer her i landet, der skal være plads/hjem til de psykisk svage mennesker.

Ansætte socialrådgivere på samtlige sygehuse.

Forbedre DIH. DIH's eksisterende rolle som centralsygehus her i landet bør fremhæves. I stedet for at sende patienter til Rigshospitalet, skulle der kunne være bedre muligheder for at patienter sendes til DIH.

Der burde være mere udstyr til kræftsygdommen her i Nuuk, så man kan blive opereret/helbredt i sit eget land istedet for at rejse fra sit land.

Flere med psykiske lidelser, bør kunne behandles, f.eks. i Nuuk.

Der skal flere læger til, for at kunne behandle patienterne bedre.

Ansættelser af fysioterapeuter.

Fysioterapi bør udbygges.

Flere læger, og (flere) ansættelser af jordemoder.

Forøgelse af sundhedsplejersker.

Læger og sygeplejersker bør forøges.

Sygehuset i Ilulissat bør ombygges til nordregionens centralsygehus.

Fysiske rammer og apparatur

Arsager til utilfredshed

Har gjort, hvad de kunne, men har ikke været stand til at kunne forklare hovedpinen uden en scanning.

Sygehuset er for larmende, når man er gammel. Maden.

Forslag til forbedringer

Renovering af sygehuse.

Sygehusene bør have mere moderne udstyr.

At de gravide skal kunne scannes. Remedier og udstyr til nyfødte bør forbedres.

Vedligeholdelse af sygehuset burde forbedres. Redskaberne man arbejder med skal forbedres.

Få malet sygehuset i en frisk farve.

At de hæslige sengestuefarver bliver malet i rolige og afslappede farver.

Alt for ubehagelige stole på lægeklinikken (især til de ældre).

En separat undersøgelseshus istedet for at en sundhedsmedhjælper skal bo i samme hus - bedre inventar. I øjeblikket må sundhedsmedhjælperen selv punge ud til inventar.

I det lille sygehus i bygden bør der være en seng til rådighed, hvis der skulle ske noget i bygden.

Lægeklinikken bliver lukket til med sne. Lægeklinikken burde have en telefon. Når KNI og handelsforvalteren rejser, kan man ikke kontakte nogen.

Tandplejen

Årsager til utilfredshed

Fordi man ikke kan få en krone, og ventelisten er ca. 2-3 år hos tandlægen.

Fordi tandlæge og tandplejen er to forskellige tidsbestillingsinstanser. Det burde være underordnet, om man går til tandlæge eller tandplejen, så man ikke skal bestille tid to gange.

Var hos tandlægen for at blive behandlet for en knækket tand. Det lød til at blive en vanskelig operation. Den måde tandlægen forsøgte at forklare for mig, gjorde mig utilfreds. En dårlig behandling og adfærd.

Tandlægen vil ikke trække tænder ud, fordi der ikke er huller i, selvom jeg har smerter.

Da han var hos tandlægen, blev han behandlet mangelfuldt. En tand der skulle trækkes ud, er ikke blevet trukket ud.

Perioder uden tandlæger.

Mister 2 arbejdsdage på grund af den dårlige tilrettelæggelse på tandklinikken.

Da jeg fik trukket tand ud, var det ikke blevet ordentligt rensset, fordi de havde ødelagt den, for at kunne trække den ud.

Forslag til forbedringer

En fastansat tandlæge.

Tandlægen bør ikke koste noget.

Tandlægerne kommer for sjældent.

Tandlægen bør komme oftere.

Tandlægens undersøgelse bør være større/grundigere, istedet for at lade patienten vente i mange år.

Bedre mulighed for opprioritering af tandpleje for voksne.

Diverse

Årsager til utilfredshed

At man sommetider mangler journaler.

At der ikke kan udleves "almindelig" håndkøbsmedicin uden en undersøgelse.

Forslag til forbedringer

Der bør være større mulighed for telefonkonsultation. På den måde vil man mindske antallet af ventende patienter.

Der bør tages højde for, at det kan være svært at klage i små samfund, hvor alle kender alle.

Udvidelse af håndkøbssortimentet.

Mere fleksible med udlevering af medicin. Man bør ikke skulle tage fri for at hente medicin.

At der bliver oprettet et apotek, for at kunne købe medicin uden at gå til lægen, vel og mærke hvis man ved, hvad sygdommen er. Dette for at undgå den lange ventetid i sygehusene.

Brugerbetaling på luksusydelser, så ressourcer kan anvendes på kerneydelser.

At specialister kommer noget oftere, eller at de skal være her i længere perioder.

Der mangler oplysninger om speciallægers forventet ankomst til byen.

Undersøge bedre, hvem man ansætter af sygeplejersker og læger. Bedre udvælgelse mht. faglige og personlige kvalifikationer.

Muligheden for at kunne vælge sin egen læge.

Diverse fortsat

Bygderne bør have lægestuderende.

Trådløs kommunikation til de gamle, så de i tilfælde af nød, kan trykke på en knap og tilkalde hjælp.

Der burde være mere familieoplysning, ved f.eks. tilfælde af kræftsygdomme og psykisk sygdom i familien.

Når en patient har været udsat for sygdomme el. lign., burde de nærmeste have kursus i, hvordan de skal pleje deres nærmeste.

At antallet af uddannede grønlandere forøges, så grønlandske patienter kan få bedre service.

En patient med længevarende sygdom bør have en bestemt læge.

Mulighed for hjemmebesøg af læge, især for børn og ældre mennesker.

Der burde være et informationssted for dem, som har allergi.

På sygehuse bør der oprettes et lokale, hvor man kan være alene. F.eks. kan det bruges til at råbe i og græde i.

Mener det er vigtigt, at man har mulighed for at føde i bygden.

Det er meget vigtigt, at de syge i bygderne skal kunne evakueres til en by så hurtigt som overhovedet muligt.

Lægerne/sundhedsvæsenet er lidt for langsom til at tage aktion med overflytning af patienter til viderebehandling i Danmark.

De fysisk handicappede bør have forbedret muligheder, så de kan blive boende her i landet.

Lægen ønskes at rejse til bygderne noget oftere. Når han endelig ankommer, så skal han ikke arbejde så fortravlet.

Bilag 2

Rapporter om sundhedsvæsenet i Grønland 1979-1991

Udviklingen af det grønlandske sundhedsvæsen indtil 1992, hvor Hjemmestyret tog over, har blandt andet været styret af en række udvalgsarbejder samt rapporter fra arbejdsgrupper, konsulenter og enkeltpersoner. Ministeriet for Grønland, Landslægeembedet og Sundhedsforvaltningen i Nuuk har i langt de fleste tilfælde været initiativtager.

Sundhedsstyrelsen. Speciallægebetjeningen i Grønland. København, 1979.

Statsrevisoratet. Beretning om en undersøgelse af sygehusvæsenet i Grønland. København, 1982.

Møhl L, Toft B. Rapport fra et farmaceutisk synspunkt om lægemiddelområdet i Grønland. Nuuk, 1983.

Projektgruppen vedr. et informationssystem for sundhedsvæsenet i Grønland. Projekt rapport. København: Dansk Sygehus Institut, 1985.

Styregruppen vedrørende psykiatrisk planlægning. Rapport vedrørende psykiatrisk planlægning. Nuuk, 1985.

Rigsombudet. Sundhedspersonale i Grønland, uddannelse og behov. Nuuk, 1985.

Landslægeembedet. Fysio- og ergoterapifunktioner i Grønland. 1985.

Christensen U. Forslag til plan for sundhedsvæsenet i Grønland 1986-2000. København, 1986.

Misfeldt J. Seksuelt overførte sygdomme i Grønland. Nuuk: Landslægen, 1986.

Ministeriet for Grønland. Betænkning vedr. sundhedsvæsenets fremtid. 1986.

Antoft P, Birn B, Rambusch E, Senderovitz F. Redegørelse om den grønlandske voksenbefolknings tandplejevaner og tandstatus. 1987.

Ministeriet for Grønland. Udkast til investeringsplan for sundhedsvæsenet i Grønland 1986-1995. Rapport fra en arbejdsgruppe, 1987.

Ministeriet for Grønland. Redegørelse vedr. rekruttering af læger til Grønland. 1987.

Sundhedsministeriet/Ministeriet for Grønland. Redegørelse vedr. uddannelse af personale inden for sundheds- og sygeplejen i Grønland. 1988.

Christensen U, Alban A. Funktionsanalyse af operationsafdelingen Dronning Ingrid's Hospital. København: Dansk Sygehus Institut, 1988.

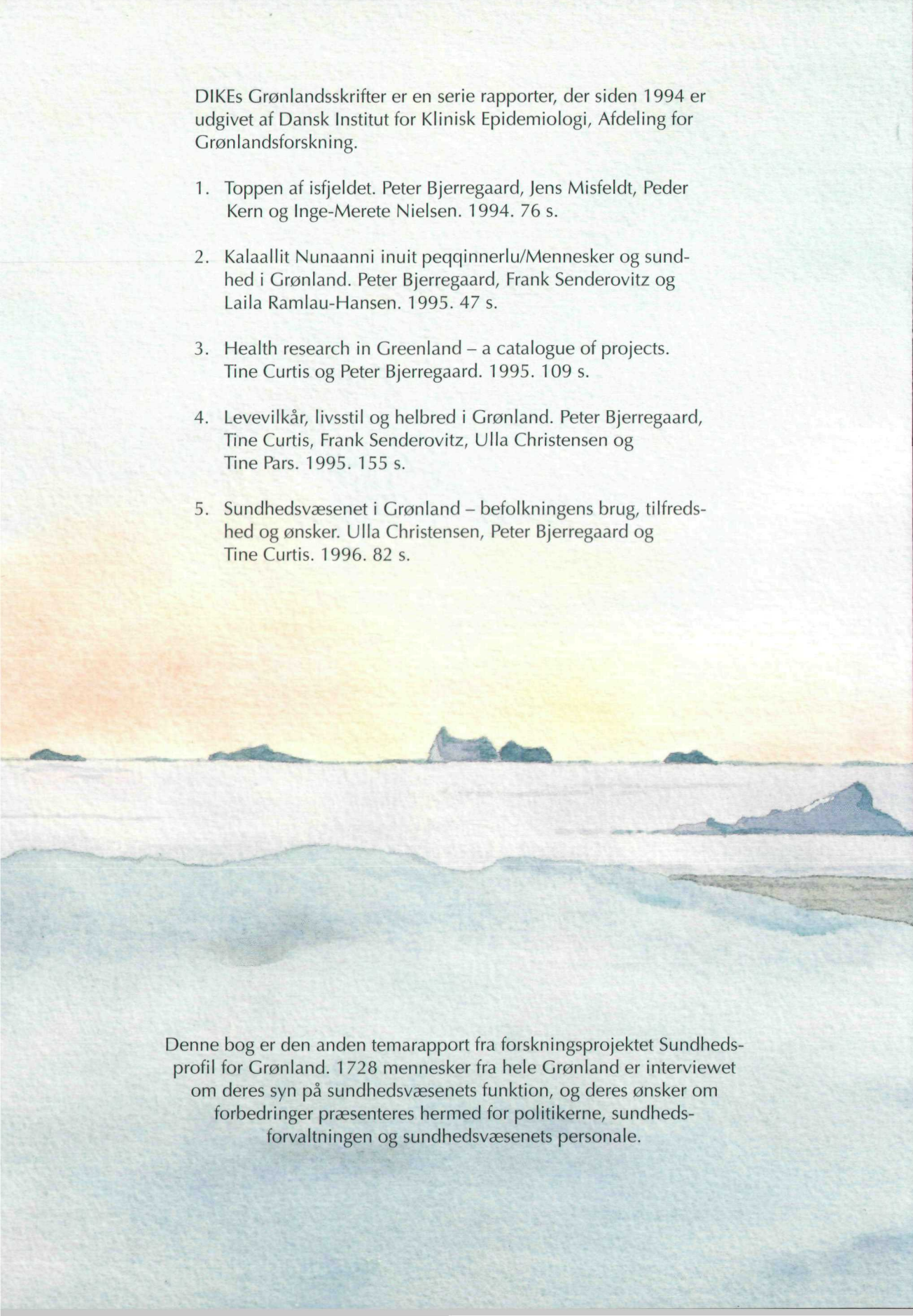
Landslægeembedet og Grønlands sundhedsvæsen. Psykiatriplan for Grønland. Rapport fra en arbejdsgruppe, 1991.

Forhandlingsudvalgets redegørelse om overdragelse af Grønlands sundhedsvæsen fra staten til Grønlands Hjemmestyre. København, 1991.

Grønlands Sundhedsvæsen. Sundhedsforvaltningen. Landssundhedsplan 1991. Nuuk, 1991.

DIKEs Grønlandsskrifter er en serie rapporter, der siden 1994 er udgivet af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, Afdeling for Grønlandsforskning.

1. Toppen af isfjeldet. Peter Bjerregaard, Jens Misfeldt, Peder Kern og Inge-Merete Nielsen. 1994. 76 s.
2. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/Mennesker og sundhed i Grønland. Peter Bjerregaard, Frank Senderovitz og Laila Ramlau-Hansen. 1995. 47 s.
3. Health research in Greenland – a catalogue of projects. Tine Curtis og Peter Bjerregaard. 1995. 109 s.
4. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. Peter Bjerregaard, Tine Curtis, Frank Senderovitz, Ulla Christensen og Tine Pars. 1995. 155 s.
5. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. Ulla Christensen, Peter Bjerregaard og Tine Curtis. 1996. 82 s.



Denne bog er den anden temarapport fra forskningsprojektet Sundhedsprofil for Grønland. 1728 mennesker fra hele Grønland er interviewet om deres syn på sundhedsvæsenets funktion, og deres ønsker om forbedringer præsenteres hermed for politikerne, sundhedsforvaltningen og sundhedsvæsenets personale.