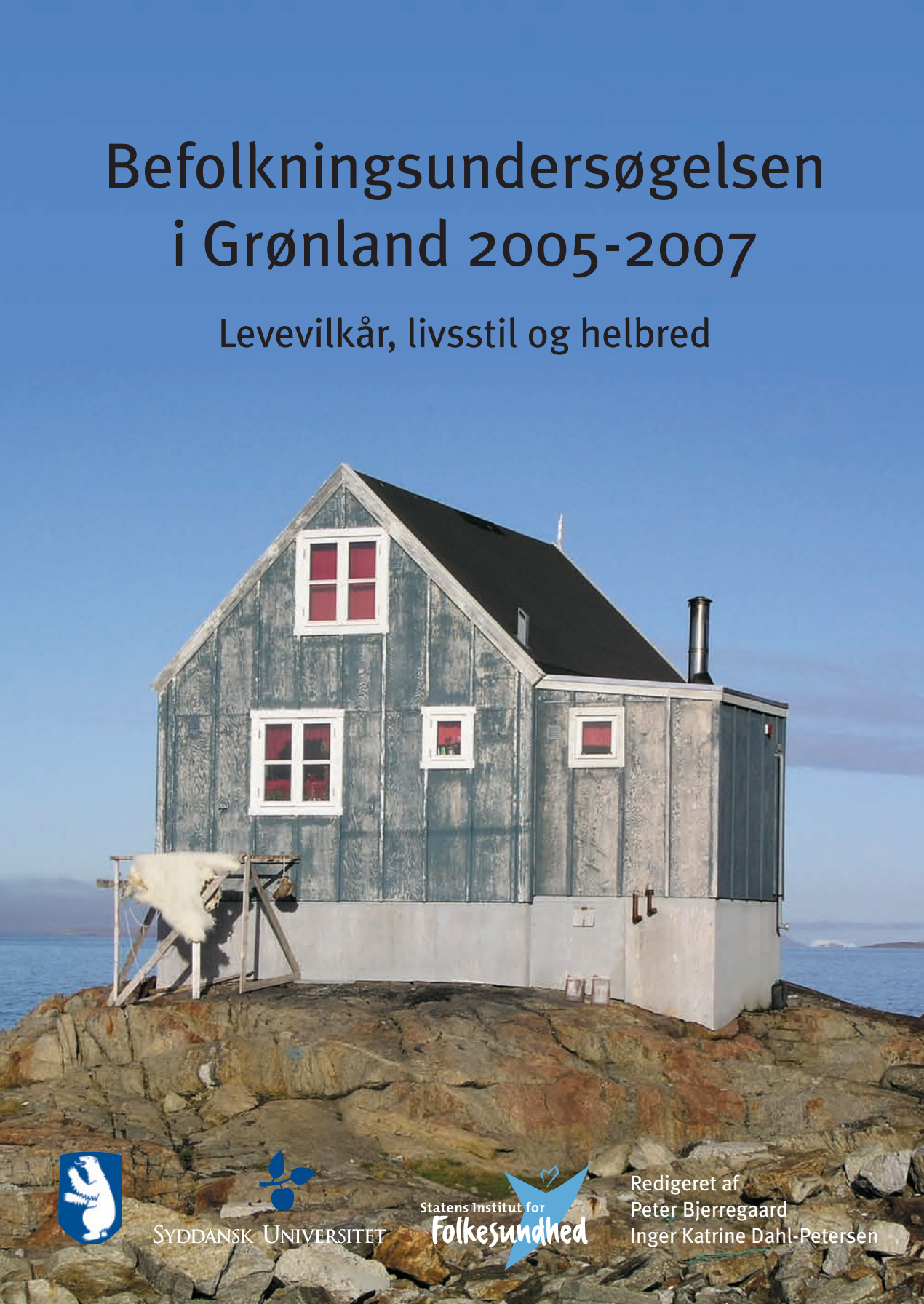
# Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007

## Levevilkår, livsstil og helbred



Redigeret af
Peter Bjerregaard
Inger Katrine Dahl-Petersen

Syddansk Universitet
Statens Institut for Folkesundhed

SIF's Grønlandsskrifter nr. 18

# Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007

## Levevilkår, livsstil og helbred

Redigeret af
Peter Bjerregaard
Inger Katrine Dahl-Petersen

**SIF's Grønlandsskrifter nr. 18**
**Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 - Levevilkår, livsstil og helbred**

Redigeret af Peter Bjerregaard og Inger Katrine Dahl-Petersen

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København 2008

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

Omslag: Schultz A/S
Forsidefoto: Peter Bjerregaard
Tryk: Schultz A/S

Oplag: 600 eks.

Publikationen kan fås ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2.
1399 København K
Telefon: 39 20 77 77
Telefax: 39 20 80 10

sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

ISBN: 978-87-7899-132-4
ISBN: 978-87-7899-133-1
ISSN: 1601-7765

Pris 150 kr.

NunaFonden

KAREN ELISE JENSENS FOND

# Forord

Befolkningsundersøgelsen 2005-2007 er en opfølgning af Den grønlandske Sundhedsprofil fra 1993. Undersøgelsen viser, hvorledes folkesundheden har udviklet sig i de næsten 15 år, der er gået mellem de to undersøgelser, og inddrager desuden en række nye temaer. Som Sundhedsprofilen er den nye befolkningsundersøgelse et samarbejde mellem Departementet for Familie og Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed med Karen Elise Jensens Fond som hovedsponsor.

Et så stort projekt som den aktuelle befolkningsundersøgelse har ikke kunnet gennemføres uden hjælp fra mange mennesker. Næsten 100 mennesker har bidraget som interviewere, bioanalytikere, kliniske assistenter, tolke, databehandlere, videnskabelige sparringspartnere, søfolk og lokale kontakter. De gennemgående nøglepersoner har udover rapportens redaktører været Ingelise Olesen, Susanne Brenaa Reimann, Maja Lis Dybdahl Halkjær, Knut Borch-Johnsen og Marit Eika Jørgensen. En særlig tak skal rettes til sundhedsvæsenet i de byer og bygder, der er besøgt, til Center for Sundhedsuddannelser i Nuuk, og ikke mindst til de mange mennesker, der har ofret deres tid på at lade sig interviewe og undersøge.

Befolkningsundersøgelsen er finansieret af Karen Elise Jensens Fond, Departementet for Familie og Sundhed, NunaFonden, Statens Institut for Folkesundhed, Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Miljømedicinske Forskningspulje, Grønlands Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Miljøstyrelsen, Direktør Emil C. og Hustru Inger Hertz' Fond og Else og Mogens Wedell-Wedellsborg Fond. Undersøgelsen er gennemført af Center for Sundhedsforskning i Grønland og Steno Diabetes Center under ledelse af professor Peter Bjerregaard. Statens Institut for Folkesundhed har det fulde videnskabelige ansvar for resultater og konklusioner i denne rapport.

Finn Kamper-Jørgensen
direktør
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Martha Lund Olsen
departementschef
Departementet for Familie og Sundhed
Grønlands Hjemmestyre

# Indholdsfortegnelse

Forord ..... 3

1. Om undersøgelsen ..... 7

2. Befolkningsundersøgelserne i Grønland ..... 17

3. Livsbetingelser og levevilkår ..... 21

4. Selvvurderet helbred ..... 51

5. Alkohol og hash ..... 61

6. Vold og seksuelle overgreb ..... 75

7. Selvmordstanker og selvmordsforsøg ..... 83

8. Kost, fysisk aktivitet og overvægt ..... 95
   8.1 Kost ..... 96
   8.2 Fysisk aktivitet i Grønland ..... 109
   8.3 Overvægt og fedme ..... 122

9. Rygning ..... 129

10. Ældre ..... 139

11. Udfordringer for forskning og sundhedspolitik i Grønland ..... 155

Litteratur ..... 161

Bilag 1 Publicering af undersøgelsens resultater ..... 173

# 1. Om undersøgelsen

*Inger Katrine Dahl-Petersen og Peter Bjerregaard*

Undersøgelsen er en landsdækkende befolkningsundersøgelse, som bygger på interview, selvudfyldte spørgeskemaer og parakliniske undersøgelser indsamlet i perioden 2005-2007. Undersøgelsen er en fortsættelse af de befolkningsundersøgelser, der blev foretaget i 1993-1994 og 1999-2001. I denne undersøgelse er der indsamlet data om sundhed og sygelighed samt levevilkår for et bredt udsnit af befolkningen, og undersøgelsen omfatter oplysninger, som ikke kan findes i eksisterende registre. Den videnskabelige baggrund for undersøgelsen er en interesse for ændringer i livsstil som følge af den modernisering, der finder sted i Grønland, og konsekvenserne heraf for udviklingen i sundhed, sygelighed og levevilkår. Den traditionelle grønlandske livsstil erstattes i stigende grad af en mere vestlig livsstil, hvor blandt andet kosten og det fysiske aktivitetsniveau ændres betydeligt. Sådanne ændringer må forventes at medføre en stigning i forekomsten af bl.a. diabetes og iskæmisk hjertesygdom. Det er da også påvist, at forekomsten af type 2 diabetes (sukkersyge) er steget markant siden 1960erne og nu er højere end i Danmark (Jørgensen et al. 2002), mens forekomsten og dødeligheden af iskæmisk hjertesygdom er på højde med forekomsten i flere vestlige lande (Bjerregaard et al. 2003a; Jørgensen et al. 2008). Samtidig er dødeligheden af blodprop i hjernen og andre hjertesygdomme end blodprop i hjertet betydeligt højere end i Danmark (Bjerregaard et al. 2003a).

## Formål

Det overordnede formål med undersøgelsen er at belyse sundhed og sygelighed i befolkningen samt udviklingen i sundhed og sygelighed over tid ved at sammenligne resultaterne med resultater fra befolkningsundersøgelsen i 1993 (Bjerregaard et al. 1995; Christensen et al. 1996; Bjerregaard et al. 1997; Curtis et al. 1997). I enkelte kapitler sammenlignes også med befolkningsundersøgelsen i 1999 (Bjerregaard et al. 2003a). Ydermere identificeres regionale og sociale variationer i sundhedstilstand, risikofaktorer for sygdom, sociale forhold, psykisk helbred og sygdomsmønstre i befolkningen. I en bredere sammenhæng vil undersøgelsen bidrage til en bedre forståelse for helbredseffekterne af udviklingen fra en traditionel til en moderne industrialiseret livsstil, herunder udviklingen i sygelighed og dødelighed af hjertekarsygdomme, diabetes og andre kroniske sygdomme. Endelig giver undersøgelsen mulighed for at sammenligne resultater med lignende undersøgelser foretaget blandt inuit i Canada og Alaska.

Hovedemnet for denne rapport er livsstil sat i relation til folkesundhedsprogrammets temaer. Emnet for den næste temarapport er sygdom og sundhedsvæsen. Der er planlagt yderligere en række publikationer fra undersøgelsen (bilag 1).

## Det grønlandske folkesundhedsprogram Inuuneritta

Inuuneritta indeholder Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012. Folkesundhedsprogrammet er udarbejdet af Direktoratet for Sundhed i dialog med andre direktorater, kommuner, borgere og sundhedsprofessionelle. Det dækker en bred vifte af væsentlige folkesundhedsproblemer, men der har i udarbejdelsen af programmet været lagt vægt på, at programmet fik en størrelse, der er realistisk at gennemføre. Overskrifterne for temaerne i Inuuneritta er:

- Alkohol & hash
- Vold, voldtægter og seksuelle overgreb
- Selvmord
- Kost og fysisk aktivitet
- Sexliv
- Rygning
- Børn og unge
- Ældre
- Tandplejen

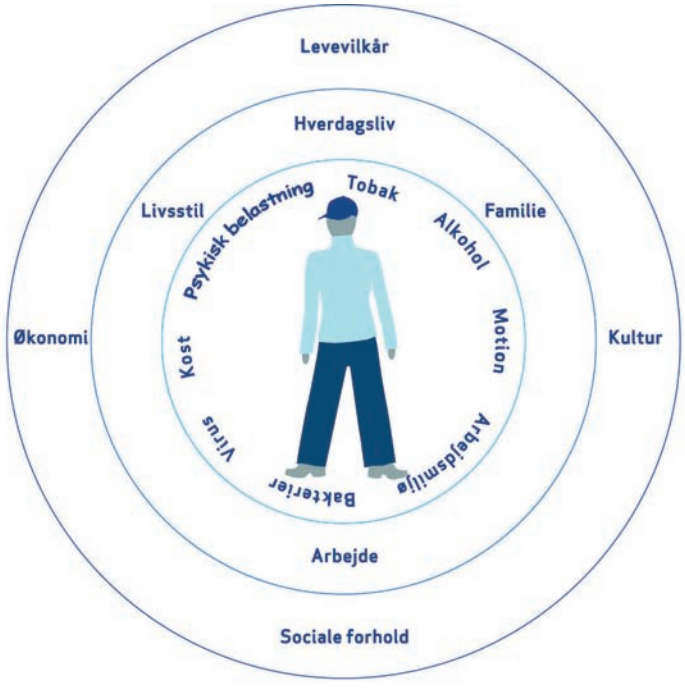
Flere af temaerne bygger videre på allerede eksisterende handleplaner.

## Definition af sundhed og sygelighed

Hvis man ønsker at måle sundhed og sygelighed, er det en forudsætning at gøre sig klart, hvad begreberne sundhed og sygelighed omfatter. Verdenssundhedsorganisationen WHO har defineret sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom (Kamper-Jørgensen og Almind 2004). Denne definition understreger, at der både er psykiske og sociale aspekter foruden det fysiske aspekt af sundhed. Eksempelvis kan to mennesker med den samme fysiske sygdom eller handicap opleve deres helbred som helt forskelligt, betinget af deres sociale liv og psykiske velbefindende. Der er ikke tvivl om, at sundhed i bredeste forstand er tæt forbundet med velfærd, trivsel og livskvalitet udover et godt helbred. Et godt helbred er en forudsætning for trivsel og god livskvalitet, men omvendt opnås et godt selvvurderet

helbred blandt andet gennem trivsel og livskvalitet i dagligdagen. Årsagssammenhængene er således komplicerede.

Det er en grundlæggende antagelse for denne undersøgelse, at sociale, økonomiske og kulturelle forhold i samfundet har betydning for menneskers sundhed og opfattelse af helbred. Epidemiologer er blevet betegnet som "teoriløse empirister", hvilket indebærer den sandhed, at vi gerne ser vores genstandsfelt som en del af en omgivende verden, som vi ønsker at udforske. Vi er blevet skarpt kritiseret for at inddrage kultur i vores forklaringsmodeller, og er blevet skudt en meget primitiv og udynamisk opfattelse af kultur i skoene af kulturforskere, der mener at vide bedre (Sørensen 1999). Vi mener på trods af denne kritik, at epidemiologien er bedre tjent med - efter fattig evne - at inddrage et sociologisk og kulturelt perspektiv på helbredsfænomener end med at undlade det.




Figur 1.1 Model for sundhed og sygelighed i en social sammenhæng. Modellen er oprindelig publiceret i rapporten fra befolkningsundersøgelsen i Grønland 1993 (Bjerregaard et al. 1995); den bringes her i den udgave, der benyttes i Inuuneritta (Grønlands Hjemmestyre 2007a).

Figur 1.1 viser den model for sundhed og sygelighed, som blev anvendt i befolkningsundersøgelsen i 1993, og som er anvendt som referenceramme for den aktuelle undersøgelse. Modellen kombinerer sociale, kulturelle og økonomiske aspekter af sundhed og sygelighed. I midten af modellen findes det enkelte menneske, der genetisk og gennem sin opvækst er udstyret med nogle egenskaber, der påvirker helbredet i positiv eller negativ retning. Man kan tale om personens konstitution, dvs. sårbarhed og evne til at mestre belastninger. I personens umiddelbare omgivelser (inderste skal) findes en række faktorer, der direkte påvirker helbredet, f.eks. tobak, alkohol, kost, mikroorganismer og psykiske belastninger. Hverdagslivet, det vil sige det enkelte menneskes arbejdsliv, bolig, familieform, sociale netværk, interesser og vaner, er i modellen placeret som et niveau mellem de samfundsbetingede levevilkår og individet. Dette illustrerer, at hverdagslivet dels afhænger af den måde, hvorpå den enkelte lever sit liv, dels af de overordnede kulturelle, sociale og økonomiske forhold, der sætter rammerne for personens muligheder i samfundet. Det er hverdagslivet, der er bestemmende for, i hvilket omfang den enkelte person udsættes for de direkte sygdomsfremkaldende faktorer, og det er i hverdagslivet, den enkelte gennem sine handlinger kan forsøge at holde sig sund. Denne måde at opfatte sundhed og sygelighed på åbner op for de mange muligheder samfundet og individet har for gennem handling at påvirke sundhed og sygelighed og understreger vigtigheden af et folkesundhedsprogram. Emnerne i de enkelte kapitler i denne profil er valgt med udgangspunkt i denne model for sundhed og sygelighed og ud fra temaerne i folkesundhedsprogrammet Inuuneritta.

## Måling af sygelighed

De vigtigste kilder til beskrivelse af en befolknings sundhedstilstand og sygelighed er dødsårsagsstatistikker, sygdomsregistre og indlæggelsesmønster på sygehusene, samt befolkningens egne oplysninger om helbred. Dødsårsagsstatistikker beskriver meget præcist, hvad folk dør af, men har den store mangel, at det ikke er muligt at afdække hvilke sygdomme og lidelser befolkningen lever med. Mere aktuelle kilder til at følge sygdommenes udvikling er sygdomsregistre, eksempelvis cancerregistret, registre over indlæggelser på sygehuse og anmeldelser af smitsomme sygdomme. Hertil kommer oversigter over ambulante eller indlagte patienter og undersøgelser af særlige sygdomme eller sygdomsgrupper. Generelt registrerer ovennævnte datakilder sene stadier i en sygdomsproces og forudsætter desuden, at personen har været i kontakt med sundhedsvæsenet. Registreringen vil endvidere bestå af lægeligt defineret sygdom og ikke rumme subjektive opfattelser af velbefindende, trivsel og helbred. Sygelighed eller dårligt helbred, der re-

sulterer i besvær i dagligdagen og problemer med at udføre dagligdags funktioner, men ikke kræver læge, registreres således ikke i disse datakilder (Rasmussen 1984).

Undersøgelsens oplysninger om helbred omfatter selvrapporteret sygelighed, selvvurderet helbred og en række direkte mål for sygelighed og risikofaktorer for sygdom fra parakliniske undersøgelser og blodprøver. Oplysning om selvrapporteret sygelighed er indhentet gennem deltagernes egne oplysninger om sygdom, symptomer eller funktionsindskrænkning i hverdagen. Oplysningerne spænder over symptomer som ondt i ryggen og hovedpine, der kun vanskeligt kan måles ved objektive metoder, til gengivelse af lægelige diagnoser som eksempelvis forhøjet blodtryk og sukkersyge.

## Materiale og metoder

Befolkningsundersøgelsen 2005-2007 er en undersøgelse af voksne indbyggere i Vestgrønland. Den samlede befolkning i Grønland var i 2005 56.969 personer, hvoraf 52.289 (92%) boede i Vestgrønland. Befolkningen kan inddeles efter fødested dvs. personer født i Grønland og personer født uden for Grønland; denne opdeling svarer for voksenbefolkningen i nogen grad til en etnisk inddeling i grønlændere og danskere. Fødested er den eneste variabel i det centrale personregister, der kan bruges til etnisk inddeling, men i en interviewundersøgelse kan denne oplysning suppleres med anden information. Når deltagerne nedenfor betegnes som grønlændere eller danskere, er der tale om en inddeling på basis af interviewernes vurdering som nærmere beskrevet i kapitel 3. Der findes en mere detaljeret metodebeskrivelse på www.folkesundhed.gl. Hvor andet ikke er beskrevet, gælder resultaterne kun grønlændere.

## Dataindsamling

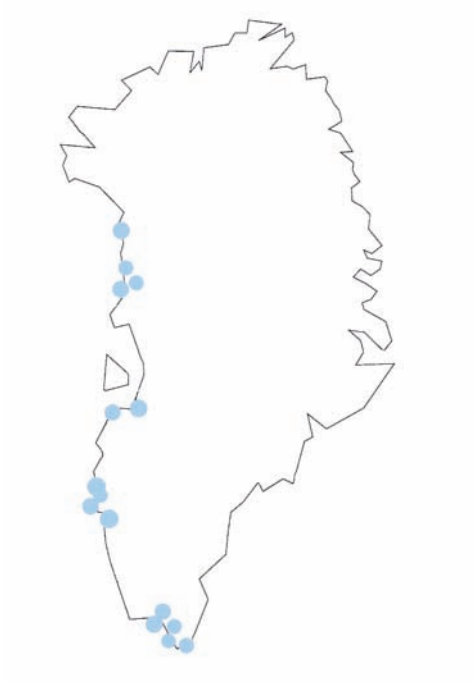
Deltagerne i befolkningsundersøgelsen blev fundet via udtræk af en tilfældig, stratificeret stikprøve af voksne (18+) indbyggere i Vestgrønland, født i Grønland eller Danmark. Færinger og personer født i andre lande blev udelukket, ligesom personer, der havde deltaget i Befolkningsundersøgelsen i 1999-2001. Vestgrønland blev inddelt i 8 områder efter geografi og bebyggelsens størrelse (tabel 1.1). Fra hvert område blev udvalgt et antal byer eller bygder.

Tabel 1.1 Udvalgte byer og bygder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007.

| | Byer med 2000+ indbyggere | Mindre byer | Bygder |
|---|---|---|---|
| Syd | Qaqortoq | Narsaq | Eqalugaarsuit<br>Narsarmiit<br>Aappilattoq |
| Midt | Nuuk<br>Maniitsoq | | Atammik<br>Napasoq |
| Nord | Aasiaat | Qasigiannguit<br>Upernavik | Kullorsuaq<br>Innaarsiut<br>Aappilattoq |

Byerne blev udvalgt som repræsentative for området. I byerne blev der fra det centrale personregister udtrukket en tilfældig stikprøve på 11-22% med henblik på at give et forventet antal deltagere på omkring 300, hvilket er et praktisk gennemførligt antal deltagere at undersøge for et undersøgelseshold i løbet af 4-6 uger. Bygderne blev udvalgt tilfældigt inden for de valgte kommuner, og i de udvalgte bygder blev alle voksne inviteret til at deltage. Data til befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 blev indsamlet ved besøg i 7 byer og 8 bygder på vestkysten fra Kullorsuaq i Upernavik kommune i nord til Narsarmiit og Aappilattoq i Nanortalik kommune i syd (figur 1.2).

Deltagerne blev forud for undersøgelsen informeret ved et personligt brev, og de blev efter undersøgelsesholdets ankomst kontaktet af den person, der var ansvarlig for rekrutteringen. På undersøgelsesdagen mødte deltagerne fastende (minimum 8 timer uden indtag af mad og drikke). Deltagerne blev mundtligt informeret om undersøgelsen og underskrev en samtykkeerklæring. Herefter blev der taget fasteblodprøver og en to-timers glukosebelastningstest blev påbegyndt. Inden for de næste 2½ time blev deltageren interviewet (ca. 40 minutter), udfyldte et spørgeskema, gennemgik en række parakliniske undersøgelser og fik påsat Actiheart® (Cambridge Neurotechnology Ltd 2008) til måling af puls og bevægelse. Afhængig af tidsplanen blev deltagerne bedt om at tilbagelevere deres Actiheart® 1-4 døgn efter undersøgelsesdagen, i forbindelse med hvilket de fik udbetalt 200 kr. som kompensation for den tid, de brugte på undersøgelsen. Efter to timer fik deltagerne igen taget blodprøver. Afslutningsvis blev deltagerne informeret om resultaterne af undersøgelsen og fik lejlighed til at stille spørgsmål.



Figur 1.2 Byer og bygder, der indgår i befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007.

## Spørgeskemaer og parakliniske undersøgelser

Der blev brugt to spørgeskemaer, et interviewer administreret og et selvudfyldt. I begge tilfælde indeholdt skemaerne dels spørgsmål fra de tidligere befolknings-undersøgelser, dels nyudviklede spørgsmål, hvoraf en del var udviklet i samarbejde med canadiske samarbejdspartnere. Specielt kostinteviewet og spørgsmålene om fysisk aktivitet er nyudviklede til denne undersøgelse. Kostinteviewet omfattede spørgsmål om, hvor ofte 23 grønlandske og 43 importerede fødevarer blev spist, om årstidsvariation og sædvanlig portionsstørrelse. Til måling af fysisk aktivitet blev det internationale "Long IPAQ" (International Physical Activity Questionnaire) brugt (IPAQ-group 2008b). Dette spørgeskema måler moderat og hård fysisk aktivitet i fire domæner (arbejde, transport, husarbejde, fritid), samt tid brugt på stillesiddende aktiviteter. De parakliniske undersøgelser omfattede måling af højde, vægt, taljeomfang, hofteomfang og fedtprocent. Der blev taget blodtryk og EKG ("hjertekardiogram"); desuden blev der gennemført en ultralydsundersøgelse af fedt i maveregionen og af forkalkning i halspulsårerne.

Endelig blev der foretaget en oral glukosebelastningstest og en kombineret puls- og bevægelsesmåling, Actiheart®, og der blev taget prøver af blod, urin og negle.

## Tilbagemelding til deltagerne og sundhedsvæsenet

Ved undersøgelsesdagens afslutning blev deltagerne informeret om resultaterne af undersøgelsen (blodtryk, body mass indeks (BMI), fedtprocent, glukosebelastning for diabetes), og deltagerne fik mulighed for at stille spørgsmål. Senere, når resultaterne af blodprøverne og tolkning af EKG forelå, blev såvel deltagerne som det lokale sundhedsvæsen – såfremt deltageren havde givet sin accept heraf – informeret om disse resultater. Der blev givet information om kolesterol, resultatet af glukosebelastning og tolkning af EKG. Ansvaret for den behandlingsmæssige opfølgning var entydigt placeret hos sundhedsvæsenet.

## Svarprocent, bortfald og repræsentativitet

Den endelige stikprøve var på 3652 personer. Danskere i stikprøven blev kun rekrutteret til interview, og deltagerprocenten var betydelig lavere blandt disse end blandt grønlændere. Der indgik 2247 grønlændere i undersøgelsen med en deltagelse på 67,5% og 127 danskere med en deltagelse på kun 39,3%. Ud af de 2247 grønlændere i undersøgelsen har 2083 (92,7%) besvaret det selvudfyldte spørgeskema.

For grønlændere varierede deltagelsen fra 84% i Aappilattoq (Nanortalik kommune) til 55% i Kullorsuaq. Fordelt på bostedstørrelse var deltagelsen 61% i Nuuk, 68% i de øvrige større byer, 72% i mindre byer og 69% i bygderne, altså betydeligt lavere i Nuuk end på Kysten. Der var større deltagelse blandt kvinder end blandt mænd, og især yngre mænd var underrepræsenterede. Knapt halvdelen af bortfaldet (16% af stikprøven) var personer, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, eller som fremførte forskellige forklaringer, der blev tolket som manglende lyst til at deltage. Dette blev respekteret. For 408 personer var der ingen oplysninger. Dette er personer i stikprøven, som det ikke lykkedes interviewerne at kontakte eller på anden måde at få oplysninger om.

Det skæve bortfald mht. alder, køn og bopæl har naturligvis betydning for resultaternes gyldighed for hele befolkningen i Vestgrønland. Vi ved, at syge, personer med handicap og personer, der flytter meget rundt, er overrepræsenteret blandt ikke-deltagerne, og vi har en formodning om, at socialt udsatte personer, alkoholafhængige og personer med spinkel tilknytning til arbejdsmarkedet ligeledes er overrepræsenteret blandt ikke-deltagerne.

## Dataoparbejdning og analyse

Spørgeskemadata blev dobbelt indtastet og valideret i programmet Epi-data. Datafilerne blev herefter importeret til SAS programmet og kombineret med resultater fra blodanalyser og parakliniske procedurer. Der blev gennemført et omfattende validitetstjek af de færdige datafiler. Analyserne er gennemført med statistikprogrammerne SAS v. 9.1 eller højere og SPSS v. 15.0 eller højere. Det skæve bortfald kan delvis ophæves ved vægtning for alder, køn og region. Det viser sig dog at være en ubetydelig fejl, der indføres ved at bruge ikke-vægtede tal, og det er derfor valgt ikke at vægte resultaterne. Det var i øvrigt den samme konklusion, der blev draget ved analysen af befolkningsundersøgelsen fra 1993.

Data er udover tabeller over fordelinger, analyseret ved hjælp af krydstabuleringer og testet for statistisk signifikans ($p<0,05$) med Pearson's $\chi^2$-test. $\chi^2$-testet tester, hvorvidt der er en sammenhæng mellem de valgte variable i en krydstabel. P-værdien er et udtryk for den statistiske usikkerhed. Hvor andet ikke er nævnt, er de sammenhænge, der bliver omtalt i rapporten, signifikante på et femprocents niveau ($p<0,05$). Når p-værdien er under 0,05 er der mere end 95% sandsynlighed for, at det opnåede resultatet ikke er udtryk for en tilfældighed. I mange af analyserne er der foretaget justering for forskelle i alder og køn med multivariat logistisk regressionsanalyse eller General Linear Models.

## Om rapporten

Efter en beskrivelse af tidligere befolkningsundersøgelser i kapitel 2 handler rapportens kapitel 3-10 om undersøgelsens resultater efterfulgt af et kapitel om udfordringer for forskning og sundhedspolitik. Mange af resultaterne fra denne undersøgelse vil kunne anvendes direkte i sundhedsvæsenet og af beslutningstagere i det politiske system i forbindelse med udarbejdelse af målrettede strategier for forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser.

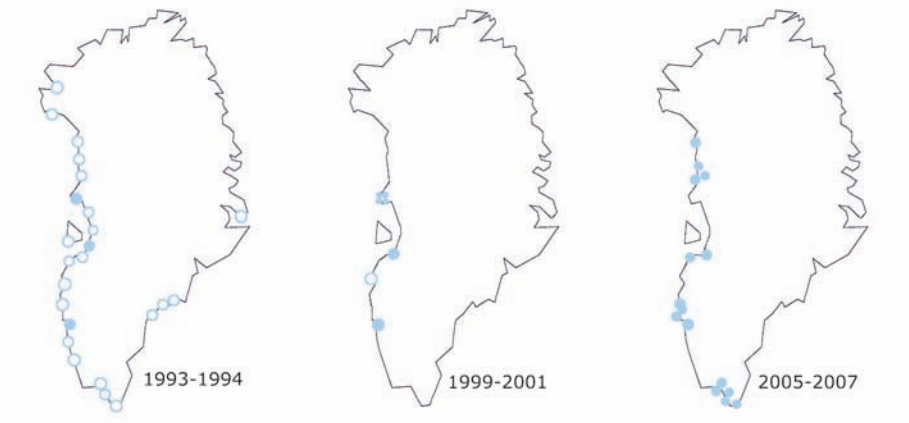
# 2. Befolkningsundersøgelserne i Grønland

*Inger Katrine Dahl-Petersen og Peter Bjerregaard*

Der er siden 1993 gennemført et antal befolkningsundersøgelser blandt voksne i Grønland (tabel 2.1 og figur 2.1). Undersøgelserne har en fælles kerne, men adskiller sig med hensyn til geografisk dækning, vægtning af interview over for paraklinisk undersøgelse, deltagende befolkningsgrupper og en række detaljer. Befolkningsundersøgelserne beskrives nedenfor i tre grupper: Befolkningsundersøgelsen fra 1993 (Grønland I); Befolkningsundersøgelserne i Grønland og af grønlændere i Danmark (Grønland II-IV); Befolkningsundersøgelsen 2005-2008 (Grønland V-VI). For alle datas vedkommende gælder, at deltagersvarene ved hjælp af en nøgle kan knyttes til deltagerens personnummer. Dette sikrer, at undersøgelserne på et senere tidspunkt kan følges op i dødsårsagsregisteret og landspatientregisteret eller ved genundersøgelse af deltagerne.

Tabel 2.1 Befolkningsundersøgelserne i Grønland.

| Undersøgelse | Årstal for data indsamling | Antal deltagere Interview/ paraklinisk undersøgelse | Geografisk dækning | Befolknings-gruppe | Synonymer |
|---|---|---|---|---|---|
| Grønland I | 1993-1994 | 1728/264 | Alle kommuner | Grønlændere og danskere | Sundhedsprofil for Grønland |
| Grønland II | 1997-1999 | 2099/736 | Danmark | Grønlændere | Grønlændere i Danmark I |
| Grønland III | 1999-2001 | 1952/1310 | Centrale Vestgrønland | Grønlændere | B99 |
| Grønland IV | 2002 | 256/256 | Danmark | Grønlændere | Grønlændere i Danmark II |
| Grønland V | 2005-2007 | 2374/2236 | Vestgrønland | Grønlændere og danskere | Inuit Health in Transition; Inuit Cohort |
| Grønland VI | 2008 | (indsamles september 2008) | Tasiilaq og bygder | Grønlændere og danskere | Østgrønland |




Figur 2.1 Geografisk dækning af befolkningsundersøgelserne i Grønland. ○ angiver byer og bygder, hvor der kun er foretaget interview; ● angiver byer og bygder, hvor der både er interviewet og gennemført parakliniske undersøgelser.

## Grønland I

I 1993-94 blev den første grønlandske befolkningsundersøgelse gennemført som et samarbejde mellem Grønlands Hjemmestyre og Statens Institut for Folkesundhed (tidligere DIKE). Undersøgelsen var en landsdækkende interviewundersøgelse, hvis formål var at beskrive og analysere helbred, levevilkår og livsstil i Grønland. Resultaterne fra undersøgelsen blev præsenteret i en række delrapporter (Bjerregaard et al. 1995; Christensen et al. 1996; Bjerregaard et al. 1997; Curtis et al. 1997). Befolkningsundersøgelsen fra 1993 er baseret på a) interview med personer over 18 år udspurgt efter et spørgeskema, b) interview af mødre om deres 0-12 årige børn ligeledes efter et spørgeskema og c) et selvudfyldt spørgeskema med spørgsmål om særligt sensitive emner. Spørgeskemaerne inkluderede en bred vifte af områder inden for sundhed: Selvvurderet helbred, selvrapporteret sygdom, psykisk helbred og selvmord, brug af sundhedsvæsenet, kost, alkohol, tobak, hash, vold mm.

Deltagerne blev udtrukket af Grønlands Statistik fra befolkningsregistret over alle personer med bopæl i Grønland. Den samlede deltagerprocent var 57%, svarende til interview med 1728 personer på 18 år og derover fra en stikprøve på 3025 personer. Der var en del personer i stikprøven, som interviewerne aldrig kontaktede, og et mere realistisk bud på deltagerprocenten er derfor 71% (1728/2425). Der blev gennemført interview i samtlige byer og 22 bygder. En

understikprøve på 264 deltagere fra Nuuk, Ilulissat og Uummannaq kommune deltog endvidere i en paraklinisk undersøgelse med fokus på risikofaktorer for hjertekarsygdom samt miljøforurening.

Befolkningsundersøgelsens resultater blev som den første større undersøgelse af levevilkår, livsstil og sundhed i stort omfang brugt af Hjemmestyret bl.a. som led i planlægningen af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta.

## Grønland II-IV

I 1997-2002 blev en befolkningsundersøgelse gennemført blandt grønlændere på 18 år og derover i det centrale Vestgrønland (Grønland III) (Nuuk, Sisimiut, Qasigiannguit og fire bygder i Uummannaq kommune indsamlet i perioden 1999-2001) og grønlændere i Danmark (Grønland II og IV). Baggrunden for undersøgelsen var blandt andet, at nyere studier fra Canada og Alaska havde påvist en stigende hyppighed af type 2 diabetes blandt inuit i modsætning til den ellers generelle opfattelse af en lavere forekomst af type 2 diabetes blandt grønlændere. Det overordnede formål med undersøgelsen var at undersøge sundhed og sygelighed blandt inuit i Grønland, der lever under forskellige vilkår; fra det traditionelle livsmønster i bygderne i Nordvestgrønland til det europæiske liv blandt grønlændere bosat i Danmark. Data blev indsamlet ved interview, selvudfyldte spørgeskemaer og parakliniske undersøgelser. Deltagerne blev udtrukket tilfældigt fra befolkningsregistret. Den samlede deltagerprocent i undersøgelsen i Grønland, som bruges til sammenligninger i denne rapport, var 64% (Bjerregaard et al. 2003a).

Undersøgelsen viste blandt andet, at type 2 diabetes ikke længere var en sjælden sygdom i Grønland, og at forekomsten var mindst lige så høj som i Danmark (Jørgensen et al. 2002). Endvidere viste undersøgelsen, at fedme var hyppigere forekommende hos inuit i Grønland end hos danskere, og at grønlændere i Danmark havde højere blodtryk end grønlændere i Grønland (Bjerregaard et al. 2002a; Bjerregaard et al. 2002b).

## Grønland V-VI

Inuit Cohort Study (synonym Inuit Health in Transition) er en international undersøgelse af sundhed blandt inuit i Alaska, Canada og Grønland. Den grønlandske del af Inuit Cohort Study er den befolkningsundersøgelse, der er udgangspunktet for denne rapport (Grønland V). Den fælles kerne består af undersøgelsen af risikofaktorer for diabetes og hjertekarsygdom, og de enkelte lande har

herudover inkluderet spørgsmål, der er lokalt relevante; f.eks. omfatter undersøgelsen i Grønland en opfølgning af Grønland I. I 2008 suppleres undersøgelsen med data fra Østgrønland.

# 3. Livsbetingelser og levevilkår

*Peter Bjerregaard, Cecilia Petrine Pedersen og Janemaria Mekoline Pedersen*

## Etnicitet og sprog

Etnicitet er, sammen med f.eks. socialgruppe, vigtige forhold at inddrage i en epidemiologisk undersøgelse, fordi etnicitet er bestemmende for en lang række sundhedsrelaterede adfærdsformer, både ting der kan måles direkte (f.eks. kostvaner) og ting, der er vanskelige at måle i en befolkningsundersøgelse (f.eks. holdninger til sundhed og sygdom). Den aktuelle undersøgelse omfatter kun personer, der er født i Grønland eller Danmark. I forbindelse med udtræk af stikprøven er derfor et antal personer, der er født i bl.a. de nordiske lande, Tyskland, Thailand og Færøerne, fjernet. Ifølge Grønlands Statistik udgør personer født i Grønland eller Danmark 99% af befolkningen. Uden at vi på nogen måde ønsker at blande os i debatten om, hvem der er "rigtige" grønlændere, er der brugt en række parametre til at karakterisere deltagernes etnicitet, herunder bedsteforældrenes etnicitet, forældres fødested, selvoplevet tilhørsforhold, sprog og interviewernes opfattelse.

*Subjektiv vurdering af etnicitet*

I henhold til undersøgelsens design skulle både grønlændere og danskere interviewes, mens det kun var grønlændere, der blev tilbudt at deltage i den paraklinske undersøgelse. Undersøgerne skulle derfor på stedet vurdere den konkrete deltager som grønlænder eller dansker. I undersøgelsen lød et af spørgsmålene " *Vil du selv betegne dig som grønlænder eller dansker?/Imminut kalaaliusutut imaluunniit qallunaajusutut naatsorsuuttigisarpit?"* med svarmulighederne grønlænder – dansker – både grønlænder og dansker – andet – ved ikke. Der var kun fem deltagere, der svarede "ved ikke" eller slet ikke svarede, hvilket tyder på, at det er forbavsende let at klassificere sig selv etnisk, selvom 4% svarede "både grønlænder og dansker". Overensstemmelsen mellem undersøgernes vurdering og deltagernes egen vurdering var særdeles god, idet alle, der betegnede sig selv som grønlænder eller dansker, blev klassificeret tilsvarende af undersøgerne. De knap 100 deltagere, der svarede "både grønlænder og dansker", blev af undersøgerne for tre fjerdedeles vedkommende klassificeret som grønlænder.

*Objektiv vurdering af etnicitet*

Der er en stor gruppe deltagere, hvis bedsteforældre alle er grønlændere eller hvis forældre begge er født i Grønland, og som opfatter sig som grønlændere. De udgør 79% af deltagerne. På den anden side er der 4% af deltagerne, der ikke har nogen grønlandske bedsteforældre, eller hvis forældre begge er født uden for Grønland, og som opfatter sig som danskere. Fordelingen af deltagerne i henhold til denne simple inddeling fremgår af tabel 3.1.

Tabel 3.1 Etnicitet efter afstamning. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2374; uoplyst=30.

| | Antal | Procent |
|---|---|---|
| Grønlænder | 1886 | 79,4 |
| Mellemgruppe | 366 | 15,4 |
| Dansker | 92 | 3,9 |
| Uoplyst | 30 | 1,3 |
| I alt | 2374 | 100,0 |

Mellemgruppen, som ikke entydigt kan klassificeres som grønlændere eller danskere på denne simple måde, består af 366 deltagere (15%). I denne gruppe er der 147 deltagere, hvis far er født i Danmark og hvis mor er født i Grønland; 10 hvis far er født i Grønland og hvis mor er født i Danmark; 116 med en dansk og tre grønlandske bedsteforældre og 45 med to grønlandske og to danske bedsteforældre; endelig er der en blandet restgruppe på 48 deltagere, hvoraf de 42 føler sig som både danske og grønlandske og 6 har dansk familiebaggrund, men føler sig som grønlændere. Tabel 3.2 viser det selvopfattede etniske tilhørsforhold for de ovenfor definerede etniske grupper. Tabellen viser med stor tydelighed, at blandede familiære forhold giver blandet etnicitetsopfattelse, men viser naturligvis ikke, om dette opleves som en styrke eller en svaghed.

Fødested i eller uden for Grønland er ofte brugt som en tilnærmet etnisk klassifikation af befolkningen i grønlændere og danskere, blandt andet fordi fødested (fødesogn) er den eneste relevante variabel i det centrale personregister. Overensstemmelsen mellem oplyst fødested og registerfødested er god (Kappa=0,99), men registerfødested er en bedre indikator end oplyst fødested på grund af færre uoplyste (4 vs. 35). Vi har sammenlignet denne registervariabel med undersøgelsens definitioner af etnicitet. Med interviewernes pragmatiske klassificering af deltagerne som reference er klassificeringen af en deltager født i Grønland (og

boende i Grønland) som grønlænder næsten fuldstændig korrekt, mens 20% af deltagere født i Danmark misklassificeres.

Tabel 3.2 Selvopfattet etnicitet og sprog i definerede befolkningsgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2344; uoplyst=30.

| | | Selvopfattet etnicitet | | | Interviewers klassificering |
|---|---|---|---|---|---|
| | N | Grønlandsk % | Dansk % | Blandet % | Grønlænder % |
| Grønlændere | 1886 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Danskere | 92 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| Mellemgruppen: | | | | | |
| Grønlandsk mor og dansk far | 147 | 68,7 | 1,4 | 29,3 | 99,3 |
| Grønlandsk far og dansk mor | 10 | 40,0 | 10,0 | 50,0 | 100,0 |
| En dansk og tre grønlandske bedsteforældre | 116 | 97,4 | 0,9 | 1,7 | 100,0 |
| To danske og to grønlandske bedsteforældre | 45 | 75,6 | 2,2 | 22,2 | 100,0 |
| Restgruppen | 48 | 12,5 | 0,0 | 85,4 | 31,3 |

*Opdeling i to etniske grupper?*

Det er indlysende jf. ovenstående, at en opdeling af deltagerne i to etniske grupper, grønlændere og danskere, kun kan blive en grov forenkling af virkeligheden. Det må desuden afhænge af konteksten hvilke etniske markører, der lægges vægt på ved en sådan inddeling. Når vi ser på biologiske forhold, vil det være nærliggende at bruge den arvelige markør, nemlig bedsteforældrenes etnicitet, og afgrænse en gruppe med tilnærmet 100% grønlandsk baggrund. Når vi ser på adfærd, vil det være nærliggende at bruge en mere kompleks markør. Vi har her valgt den pragmatiske løsning at bruge interviewernes vurdering. I mange tilfælde giver en alternativ inddeling i grønlændere, danskere og en mellemgruppe dog god mening.

*Sprog*

Grønland er et tokulturelt land. Selvom hovedparten af indbyggerne, jf. ovenfor, kan klassificeres som grønlændere, har den danske minoritet og det danske sprog en langt større betydning end svarende til antallet af danskere især i Nuuk og de

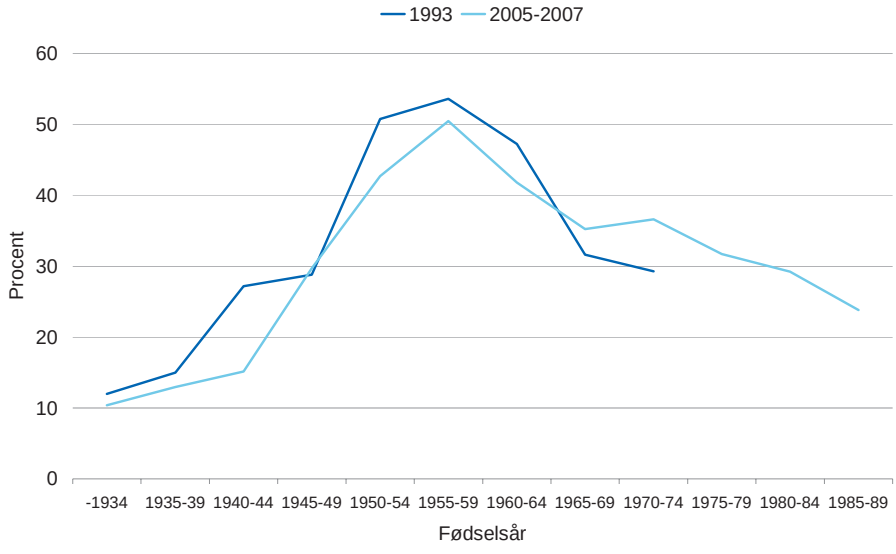
større byer og ikke mindst på arbejdsmarkedet. Det er derfor en klar, social kompetence at kunne færdes i begge kulturer og beherske begge sprog. På baggrund af oplysninger om færdighed i det talte sprog er deltagerne inddelt i tosprogede, grønlandsk enkeltsprogede og dansk enkeltsprogede. Der er som forventet en klart aftagende grad af tosprogethed uden for Nuuk, og danskere er kun i meget ringe omfang tosprogede (tabel 3.3). Figur 3.1 viser, at det er fødselsårgangene fra 1950 til 1964, der efter egen vurdering taler bedst dansk, bedre end både de ældre og de yngre. Mønsteret var det samme i resultaterne fra befolkningsundersøgelsen i 1993.

Tabel 3.3 Selvvurderet sprogfærdighed. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2357; uoplyst=17.

| | Kun grønlandsk % | Grønlandsk og dansk % | Kun dansk % |
|---|---|---|---|
| Grønlændere | | | |
| Nuuk | 15,4 | 81,3 | 3,3 |
| Større byer | 32,2 | 67,2 | 0,7 |
| Mindre byer | 42,2 | 57,8 | - |
| Bygder | 72,5 | 27,5 | - |
| Danskere | - | 11,0 | 89,0 |

## Uddannelse, erhverv, velstand og boligforhold

Uddannelse og erhverv har i talrige undersøgelser fra en lang række lande vist sig at have betydning for helbred og sundhedsvaner, herunder motion, kost, rygning og alkohol, således at helbredstilstanden generelt er bedre, jo bedre de socioøkonomiske forhold er. Senest har undersøgelser fra Danmark vist, hvordan børn rammes af forældrenes sociale forhold. Bl.a. viser det sig, at børn og unge fra den laveste socialgruppe har langt dårligere trivsel end børn og unge fra de mellemste og øverste socialgrupper (Rayce og Damsgaard 2007). Et andet eksempel er relationen mellem lav uddannelsesgrad og kort middellevetid. For danske mænd og kvinder relaterer graden af uddannelse sig til middellevetid, således at personer med mindre end 13 års kombineret skole- og kompetencegivende uddannelse har en middellevetid, der er over 1½ år kortere end personer med mere end 13 års skole- og kompetencegivende uddannelse (Juel et al. 2006a).




Figur 3.1 Andel af den grønlandske befolkning, der i 1993 og 2005-2007 efter egen vurdering taler dansk uden besvær. Efter fødselsår.

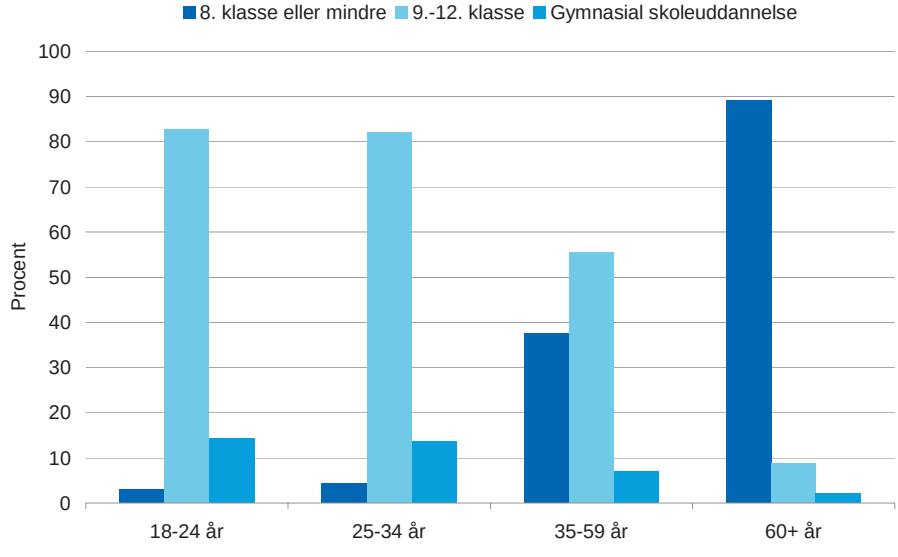
Socioøkonomiske inddelinger i befolkningsundersøgelser er ofte baseret på erhverv, indkomst og uddannelse enten hver for sig eller i forskellige kombinationer. I medicinsk og epidemiologisk forskning i Danmark har man i mange år anvendt Socialforskningsinstituttets socialgruppeinddeling baseret på uddannelse og erhverv. Samme inddeling har været forsøgt anvendt i Grønland med tilføjelse af fanger/fiskere som en ekstra erhvervsgruppe. Brugen af denne inddeling har ikke været uden komplikationer, for hvor placeres fanger/fiskere i en hierarkisk inddeling med højtuddannede akademikere og ledere i toppen og ufaglærte arbejdere i bunden?

I praksis bliver deltagerne i en undersøgelse ofte inddelt i socialgruppe efter stillingsbetegnelse. En metode der er nem at håndtere, når det drejer sig om veldefinerede erhverv som læge eller tømrer, men i takt med et stigende antal nye stillingsbetegnelser uden et klart defineret indhold i forhold til uddannelseskompetencer er det blevet tiltagende vanskeligt alene at anvende stillingsbetegnelsen til inddeling i sociale grupper. Alternativt har uddannelse været brugt til socialgruppeinddeling, men denne variabel er i Grønland stærkt afhængig af alder: Den ældre del af befolkningen har i gennemsnit en væsentlig lavere uddannelse end de

yngre, og de har også dårligere helbred, så er det alderen eller lav socialgruppe, der er årsag til det dårlige helbred?
I denne undersøgelse er den socioøkonomiske parameter en erhvervsinddeling baseret på stilling på undersøgelsestidspunktet. I erhvervsinddelingen indgår voksne fra det 18. år i den erhvervsaktive alder, som ifølge Grønlands Statistik defineres til og med det 62. år (Grønlands Statistik 2007).

*Skoleuddannelse*
Uddannelsesbilledet i Grønland ændrer sig langsomt men radikalt. I 1993 havde omkring halvdelen af befolkningen afsluttet skolegang efter 8. klasse eller tidligere. I dag er dette tal faldet til 37%.

Blandt de 18-24 årige er det kun 3%, der kun har afsluttet 8. klasse eller mindre. For gruppen af 25-34 årige er det 4% og blandt de 35-59 årige er det 37%. For den ældste del af befolkningen (60+ år) er det hele 89%, der gik ud af skolen efter 8. klasse eller tidligere. Alderssammenhængen ses tydeligt i figur 3.2 ($p<0,001$).




Figur 3.2 Niveauet af skoleuddannelse fordelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2201; uoplyst=46, $p<0,001$. Kun grønlændere.

Denne fremgang i niveauet af skoleuddannelse gælder både på folkeskoleniveau og for de gymnasiale skoleuddannelser (GU, studentereksamen, HTX og lignende). På de gymnasiale skoleuddannelser er den samlede andel steget fra 4% i 1993 til 8% i 2007. Igen ses en sammenhæng mellem alder og skoleuddannelsesniveau. Cirka 14% af både de 18-24 årige og 25-34 årige har en gymnasial skoleuddannelse mod 7% af de 35-59 årige og 2% af deltagere på 60+ år.

Andelen af befolkningen med gymnasial skoleuddannelse er tilsyneladende ens for mænd og kvinder, men dette ændres, når der kontrolleres for alder. Da viser det sig, at for de 18-24 og 25-34 årige er der flere kvinder (15-16%) end mænd (11-12%), der har en gymnasial uddannelse. Et billede der er modsat af tidligere tider, hvor det oftere var mænd, der havde lang skoleuddannelse. Tallene for de 60+ årige viser da også, at 4% af mændene mod 0,6% af kvinderne har en gymnasial skoleuddannelse.

*Kompetencegivende uddannelse*

Undersøgelsens deltagere har angivet hvilke(n) uddannelse(r) de har, og niveauet strækker sig fra korte kurser til ph.d.-uddannelse. De mange forskellige uddannelser er kategoriseret ud fra, hvor lang tid hver enkel uddannelse tager, og er som i befolkningsundersøgelsen i 1993 opdelt i korte (f.eks. tømrer og sundhedsmedhjælper), mellemlange (f.eks. pædagog og politibetjent) og lange (f.eks. 5-årige universitetsuddannelser) videregående uddannelse. En del af deltagerne har taget mere end én kompetencegivende uddannelse, og da er kategoriseringen sket ud fra højeste uddannelsesniveau. Korte kurser defineres ikke som en kompetencegivende uddannelse. De 2,3% (52 personer) der har korte kurser, samt dem der ikke har en kompetencegivende uddannelse, indgår i analyserne angivet med deres skoleuddannelse.

Andelen af personer med kompetencegivende uddannelse er ligeledes steget siden 1993. I 2005-2007 har 41% (N=2212) fuldført en eller flere kompetencegivende uddannelser. Dette er en lille stigning siden 1993, hvor 38% havde taget en kompetencegivende uddannelse. Dertil kommer 5% (113 ud af 2247 personer), som ved indsamlingstidspunktet var under uddannelse.

En andel på 41% stemmer godt overens med et arbejdsnotat fra Grønlands Hjemmestyre, der viser, at mindst 42% af arbejdsstyrken pr. 1. januar 2004 havde en kompetencegivende uddannelse (Grønlands Hjemmestyre 2008).

Tabel 3.4 Kompetencegivende uddannelse fordelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2212; uoplyst=35. Kun grønlændere.

| | | | Videregående uddannelse | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Ingen % | Kort % | Mellemlang % | Lang % |
| Mænd | | | | | |
| 18-24 år | 94 | 88,3 | 9,6 | 2,1 | - |
| 25-34 år | 143 | 62,9 | 30,1 | 4,9 | 2,1 |
| 35-59 år | 552 | 42,3 | 43,9 | 10,8 | 2,9 |
| 60+ | 180 | 55,6 | 26,7 | 16,1 | 1,7 |
| I alt | 969 | 52,3 | 35,3 | 10,1 | 2,3 |
| Kvinder | | | | | |
| 18-24 år | 138 | 89,1 | 8,7 | 2,2 | - |
| 25-34 år | 208 | 53,4 | 38,5 | 6,7 | 1,4 |
| 35-59 år | 718 | 56,3 | 30,0 | 12,7 | 1,0 |
| 60+ år | 179 | 84,9 | 8,9 | 5,6 | 0,6 |
| I alt | 1243 | 63,6 | 26,1 | 9,5 | 0,9 |
| Begge køn | | | | | |
| I alt | 2212 | 58,6 | 30,1 | 9,8 | 1,5 |

Blandt mænd har 48% taget en videregående uddannelse, og for kvinderne er tallet 36% (tabel 3.4). Det er dog vigtigt at pointere, at som i 1993 er der store forskelle på kønsfordeling i de forskellige aldersgrupper, således at blandt deltagerne på 35 år og derover er der langt flere mænd end kvinder med kompetencegivende uddannelser, mens billedet blandt de 25-34 årige er modsat. Her har 37% af mændene en videregående uddannelse mod 47% af kvinderne. Blandt den yngste del af den voksne befolkning (18-24 år) er der ikke nogen kønsforskel, men billedet for denne aldersgruppe er usikkert, da mange stadig er under uddannelse.

Derudover viser tabel 3.4, at 35% af mændene og 26% af kvinderne har en kort videregående uddannelse. Lige mange kvinder og mænd (10%) har en mellemlang videregående uddannelse, og flere mænd (2,3%) end kvinder (0,9%) har en lang videregående uddannelse.

Geografisk er der store forskelle. Som det kan ses i tabel 3.5 er der sammenhæng mellem samfundsstørrelse og uddannelsesniveau ($p<0,001$). Som i 1993 findes størstedelen af befolkningen med mellemlang eller lang videregående uddannelse i Nuuk. En fjerdedel (25%) af deltagerne fra Nuuk har mellemlang/lang uddannelse, mod 10% af befolkningen i landets andre byer. I bygderne har ingen en

lang videregående uddannelse og kun 3,1% en mellemlang uddannelse. Uddannelsesniveauet for bygder og byer har ikke forandret sig nævneværdigt siden befolkningsundersøgelsen i 1993.

Tabel 3.5 Kompetencegivende uddannelse i Nuuk, andre byer og bygder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2212; uoplyst=35, p<0,001. Kun grønlændere.

| | | | Videregående uddannelse | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Ingen % | Kort % | Mellemlang % | Lang % |
| Nuuk | 440 | 41,5 | 33,1 | 19,7 | 5,7 |
| Byer | 1253 | 55,7 | 34,6 | 9,0 | 0,6 |
| Bygder | 519 | 80,2 | 16,8 | 3,1 | - |
| I alt | 2212 | 58,6 | 30,1 | 9,8 | 1,5 |

*Erhverv*

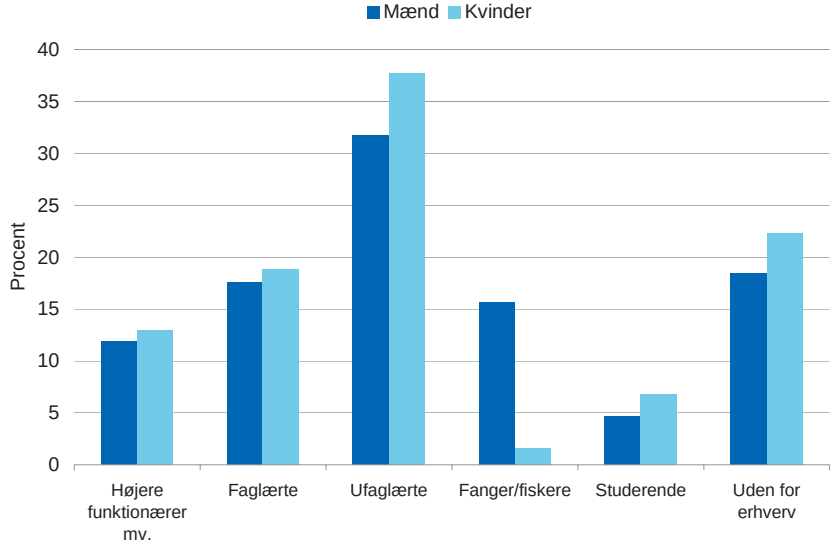
Den erhvervsaktive alder er i denne undersøgelse sat fra 18 til og med 62 år (N=1963) og svarer stort set til den inddeling Grønlands Statistik anvender, hvor den potentielle arbejdsstyrke defineres som personer mellem 15 og 62 år (Grønlands Statistik 2007).

Blandt deltagerne i den erhvervsaktive alder er 74% i arbejde og 26% uden for arbejdsmarkedet (studerende, arbejdsløse, førtidspensionister, hjemmegående mv.). I undersøgelsen fra 1993 var den erhvervsaktive alder defineret som 18-59 årige, jf. at pensionsalderen dengang var 60 år (i dag er den 63 år). I 1993 var 69% af deltagerne i denne aldersgruppe i arbejde og 31% uden for erhverv. Beregnes tallene fra den aktuelle undersøgelse kun på aldersgruppen 18-59 årige, er der sket en stigning på 5,7% i andelen af dem, der er i arbejde (75% i arbejde). Denne udvikling er i tråd med den generelle udvikling i den vestlige verden. Blandt inuit i Nunavik var andelen af personer med lønnet arbejde i 2004 på 60% (Rochette et. al 2007).

Blandt de 74% i den erhvervsaktive alder, der er i arbejde, er 8% fanger/fiskere og 66% lønarbejdere. Deler man lønarbejdere op, er 35% beskæftiget med ufaglært arbejde, 18% med faglært arbejde, og 13% arbejder som højere funktionærer mv. (erhverv der forudsætter uddannelse på mellemlangt/langt niveau). For den fjerdedel, der er uden for arbejdsmarkedet, er ca. 5% studerende, 10% arbejdsløse,

5% hjemmegående/på barsel og de sidste ca. 6% er førtidspensionister eller andet.

Der er ikke statistisk forskel på erhvervsfordeling mellem kvinder og mænd ud over fanger/fisker erhvervet, hvor langt de fleste er mænd (16% mod 1,6%). Denne gruppe omfatter også kvinder, der betegner sig som fangerkoner. Som det ses i figur 3.3, er der i alle de andre kategorier procentmæssigt relativt flere kvinder end mænd.




Figur 3.3 Fordeling af deltagere i alderen 18-62 år på erhverv. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1927; uoplyst=36. Kun grønlændere.

Det betyder både, at der er flere kvinder end mænd uden for erhverv (22% mod 18%), og deriblandt er flere kvinder end mænd under uddannelse (7% mod 5%). Flere kvinder end mænd arbejder i ufaglærte job (38% mod 32%). Næsten lige mange kvinder og mænd bestrider faglærte erhverv (19% og 18%) og erhverv, der forudsætter uddannelse på mellemlangt eller langt niveau (højere funktionærer mv. (13% mod 12%)).

Deler man erhvervstyperne op på aldersgrupper, finder man sammenhæng mellem kompetencegrad og alder ($p<0,001$). Jo ældre, des flere faglærte erhverv og

erhverv, der fordrer længere uddannelse. I forhold til studerende findes den forventede sammenhæng, at jo yngre, des flere studerende (p<0,001).

Der er flest på arbejdsmarkedet blandt de 35-59 årige, hvor 4 ud af 5 er erhvervsaktive (79%), mod 74% blandt de 25-34 årige og hver anden blandt både de 18-24 årige (52%) og de 60-62 årige (49%). I den yngste aldersgruppe (18-24 år) er en fjerdedel under uddannelse (26%).

*Husstandserhverv*

Fra et sundhedsmæssigt perspektiv er det interessant at se på husstandserhverv, idet den enkeltes livsstil og sundhed bl.a. påvirkes af hvilke økonomiske forhold, den samlede husstand har. Husstandserhverv defineres her ud fra det erhverv, der forudsætter den højeste kompetencegivende uddannelse, hvad enten det er interviewpersonens egen eller en eventuel partners.

Erhvervsbilledet ændrer sig væsentligt, når man ser på husstandens samlede erhverv, husstandserhverv (N=1952). I 82% af husstandene er mindst en person i arbejde mod 74%, når man kun ser på interviewpersonerne og ikke deres eventuelle partners erhverv. Ved at se på husstandserhverv er der 29% med ufaglært erhverv mod 35%, når man ser på interviewpersonen alene. En tilsvarende ændring finder man for de andre erhvervstyper. Husstandserhverv fordeler sig med 18% i erhverv, der forudsætter uddannelse på mellemlangt/langt niveau (højere funktionærer mv.), 21% faglærte, 29% ufaglærte og i 15% af husstandene er mindst én person fanger/fisker.

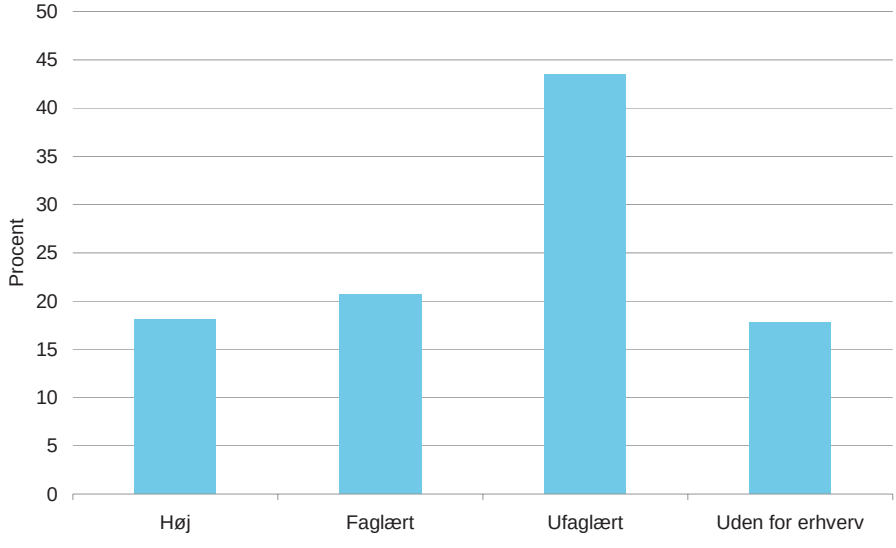
Tabel 3.6 Befolkningens fordeling på husstandserhverv i forhold til samfundsstørrelse. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1952; uoplyst=295. Kun grønlændere.

| | | Husstandserhverv | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Højere funktionærer mv. % | Faglærte % | Ufaglærte % | Fanger/fiskere % | Studerende % | Uden for erhverv % |
| Nuuk | 412 | 32,0 | 27,2 | 18,0 | 3,9 | 8,7 | 10,2 |
| Større byer | 629 | 19,7 | 22,7 | 30,2 | 6,5 | 6,5 | 14,3 |
| Mindre byer | 449 | 16,3 | 19,2 | 35,4 | 16,9 | 3,1 | 9,1 |
| Bygder | 462 | 5,0 | 13,6 | 29,9 | 33,8 | 0,4 | 17,3 |
| I alt | 1952 | 18,0 | 20,7 | 28,7 | 14,8 | 4,8 | 13,0 |

Som det ses i tabel 3.6 finder man i bygderne flest husstande hvor erhvervet er fanger/fiskere: 34% mod 3,9% af husstandene i Nuuk. Uden for Nuuk er omkring 1/3 af husstandserhvervene på ufaglært niveau. I Nuuk er der flest i erhverv som højere funktionærer mv. og som faglærte, og man finder også fleste studerende i Nuuk.

*Socialgruppe*

Det kan af praktiske hensyn være nødvendigt at reducere antallet af kategorier i en variabel for at øge antallet af personer i hver kategori og dermed øge den statistiske styrke af analyserne. Husstandserhverv er derfor omkodet til en socialgruppevariabel med fire kategorier. Fanger/fiskere er lagt sammen med ufaglærte, og gruppen af personer, der ikke er på arbejdsmarkedet (studerende, arbejdsløse, hjemmegående og førtidspensionister) er ligeledes samlet i en kategori. Derved får socialgruppevariablen kategorierne "høj", "faglært", "ufaglært" og "uden for erhverv".




Figur 3.4 Deltagernes procentmæssige fordeling i socialgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1963; uoplyst=40. Kun grønlændere.

De sociale grupper fordeler sig for grønlandske husstande med 18% i den høje socialgruppe, 21% i den faglærte, 43% i den ufaglærte socialgruppe og 18% i

gruppen, der er uden erhverv (figur 3.4). I denne socialgruppeinddeling er personer på 63 år og derover ikke medtaget.

*Indkomst og velstand*

Indkomst og velstand er andre socioøkonomiske mål, som er almindelig brugt i epidemiologisk forskning til at inddele deltagerne efter social position. I denne befolkningsundersøgelse er der ikke spurgt til deltagernes indkomst, men der er indhentet registeroplysninger herom fra Grønlands Statistik. Der er i stedet spurgt om deltagerne i deres hjem havde en række forbrugsgoder, og på basis heraf er der konstrueret et velstandsindeks. De forbrugsgoder, der er spurgt om, og som indgår i velstandsindekset, er de samme i befolkningsundersøgelsen fra 1999 og i den aktuelle befolkningsundersøgelse, nemlig video, computer, fastnettelefon, køleskab, mikrobølgeovn, vaskemaskine og opvaskemaskine. Velstandsindekset er beregnet som summen af disse forbrugsgoder og varierer mellem 0 og 7; da der er relativt få deltagere med indeks 0-2 er disse slået sammen. Indkomst og velstandsindeks er ikke brugt som socioøkonomisk variabel i denne rapport, men kommer til at indgå i analyser til videnskabelige tidsskrifter.

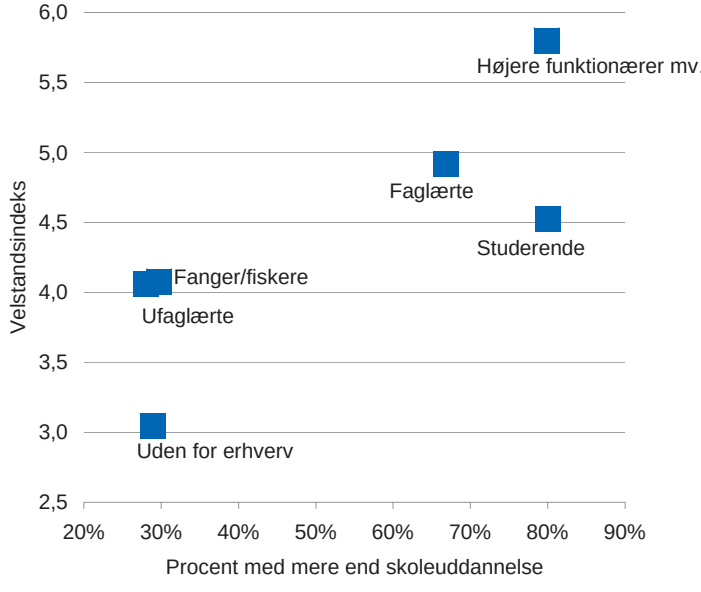
Tabel 3.7 viser sammenhængen mellem registeroplyst indkomst og velstandsindeks. Velstandsindekset er tilsyneladende en god indikator for indkomst, men korrelationskoefficienten er dog ikke højere end 0,40 ($p<0,001$), så der er en betydelig restvariation. Dette er dog ikke overraskende, da en høj indkomst ikke nødvendigvis omsættes i varige forbrugsgoder. Der ligger et spændende forskningsfelt i nærmere analyser af helbredsforskelle for deltagere, der har lav indkomst, men højt velstandsindeks, eller høj indkomst, men lavt velstandsindeks.

Tabel 3.7 Gennemsnitlig skattepligtig husstandsindkomst pr. person i husstanden for 2003-2005 for deltagere i befolkningsundersøgelsen 2005-2007 fordelt på velstandsgrupper. N=2237; uoplyst=10, $p<0,001$. Kun grønlændere.

| Velstandsindeks | Skattepligtig indkomst 2003-2005 (kr.) |
|---|---|
| 0-2 | 69.351 |
| 3 | 81.010 |
| 4 | 91.836 |
| 5 | 109.848 |
| 6 | 137.586 |
| 7 | 180.152 |

Figur 3.5 viser tæt sammenhæng mellem husstandserhverv og velstandsindeks for deltagere mellem 30 og 62 år. De 18-29 årige udgår af analyserne, da det er i denne alder, at de fleste flytter hjemmefra og skal etablere sig for første gang.

Fanger/fiskere og ufaglærte placerer sig næsten ens på figuren, hvilket understøtter beslutningen om at kombinere de to erhvervsgrupper i den reducerede socialgruppeinddeling (jf. tidligere).




Figur 3.5 Fordeling af husstandserhverv efter uddannelse og velstand. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1963; uoplyst=40. Kun grønlændere.

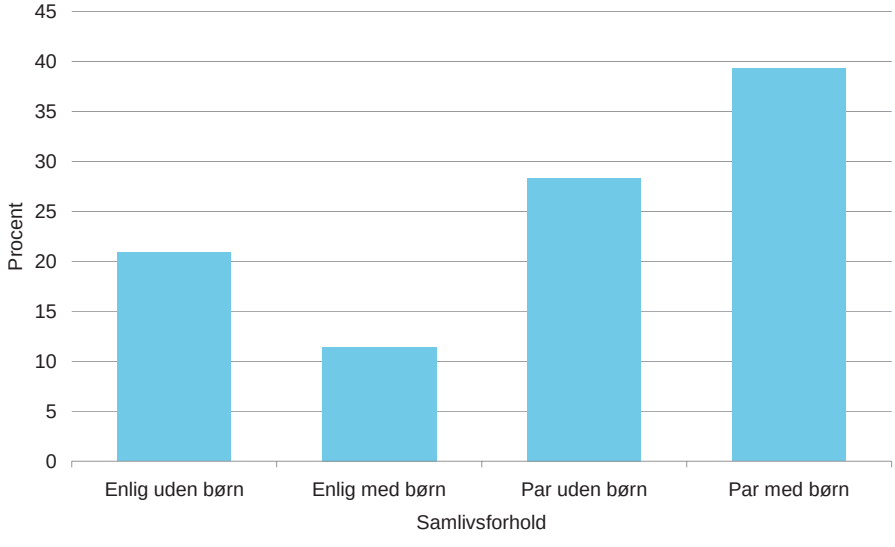
*Boligforhold*

Husstandsstørrelsen er beregnet på basis af deltagernes oplysninger om antal voksne og børn i hjemmet. Der er gennemsnitligt 3,2 personer pr. bolig, hvoraf 2,2 personer er voksne og 1,0 er børn. Som forventet er der store geografiske forskelle og forskel mellem bygder og byer. Den gennemsnitlige husstandsstørrelse var størst i Upernaviks bygder (5,0 personer pr. husstand) og mindst i Qaqortoq (2,7 personer pr. husstand).

Både den samlede gennemsnitlige husstandsstørrelse og gennemsnittet fra hver af indsamlingsstederne er højere end de tal, Grønlands Statistik rapporterer, hvor den samlede gennemsnitlige husstandsstørrelse er 2,5 person pr. bolig (Grønlands Statistik 2007). Udover eventuelle metodemæssige forskelle kan denne uoverensstemmelse skyldes en underrepræsentation i befolkningsundersøgelsen af personer, der bor alene. 15% af undersøgelsens deltagere oplyser at bo alene, hvilket er en markant lavere andel end tallene fra Grønlands Statistik på 35,8% (Grønlands Statistik 2007).

Blandt deltagerne bor der gennemsnitlig 1,1 personer pr. rum ud fra en beregning, hvor køkken, bad, entre o.l. ikke regnes med (beboelsestæthed). Spredningen i den gennemsnitlige fordeling er stor med yderpunkter på hhv. 0,1 person pr. rum til 7 personer pr. rum. Grønlands Statistik har en beboelsestæthed på 0,9 (Grønlands Statistik 2007).

Den gennemsnitlige beboelsestæthed er faldet fra 1,6 personer pr. rum i 1993 til 1,1 i 2005-2007. I 1993 var der store regionale forskelle i den gennemsnitlige beboelsestæthed. I Nuuk var beboelsestætheden ca. 1 person pr. rum mod mere end 2 personer pr. rum i de nordlige og østlige bygder. Det samme mønster ses i dag, dog med en lidt lavere beboelsestæthed alle steder.




Figur 3.6 Deltagernes samlivsforhold med og uden børn. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2214; uoplyst=33. Kun grønlændere.

Samlivsmæssigt skelnes der i undersøgelsen mellem enlige og personer i parforhold. Par defineres som deltagere, der bor sammen med deres partner, hvad enten de er gift eller ej. Personer, der samlivsmæssigt er enlige, kan bo sammen med andre voksne i samme husstand f.eks. med en kammerat eller søster. Der er 32% enlige og 68%, der bor i parforhold. Blandt de enlige har 11% børn og blandt dem i parforhold har 39% børn (figur 3.6). Blandt alle børnefamilierne har 39% 1 barn, 34% har 2 børn, 23% har 3-4 børn og de resterende 3,4% har mellem 5 og 11 børn.

## Livsforløb

Menneskers sociale status, levevilkår og livsstil udvikles over et livsforløb og har udgangspunkt i de omstændigheder, som forældre, bedsteforældre og tidligere generationer har levet under. Det er derfor inden for sundhedsforskning relevant at analysere sygdom i voksenalderen som et resultat af påvirkninger hele livet igennem, i fostertilstanden og fra forældrene. Som et eksempel kan nævnes nordmanden Anders Forsdahls hypotese, at fattigdom i barndom og ungdom efterfulgt af velstand øger risikoen for hjertekarsygdom (Arnesen og Forsdahl 1985). Andre forskere har modificeret denne hypotese: Dårlig ernæring i fosterperioden og derfor langsom tilvækst og lav fødselsvægt skaber en biologisk programmering, der øger sårbarheden over for effekten af senere dårlige socioøkonomiske forhold på koronar hjertesygdom (Barker et al. 2001). Der er to hovedretninger inden for studiet af livsforløb: Den kritiske periode, hvor eksponering på et bestemt tidspunkt i fosterlivet menes at programmere kroppen for resten af livet, og den kumulerede risiko, hvor hovedvægten lægges på en kumuleret, negativ eksponering, der kommer af at være født ind i fattige kår, ikke få en uddannelse, tilegne sig dårlige sundhedsvaner, have et belastende arbejde med dårlig løn og i sidste ende give det hele videre til sine børn, altså en negativ, social arv (Smith et al. 1998; Olsen 2000; Kuh et al. 2004).

Befolkningsundersøgelsen omfatter en række oplysninger, der karakteriserer deltagernes livsforløb og deres forældres og bedsteforældres livsforhold (tabel 3.8).

Tabel 3.8 Variable, der belyser deltagernes livsforløb. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007.

| Periode | Variabel |
|---|---|
| Forældre og bedsteforældre | Bedsteforældres etnicitet<br>Forældres fødested<br>Forældres erhverv |
| Fostertilstand | Fødselsvægt |
| Barndom | Fødested<br>Bopæl 10 år gammel |
| Ungdom | Skolegang<br>Erhvervsuddannelse |

De pågældende variable er medbestemmende for bl.a. bopæl som voksen, erhverv og velstand, tre faktorer der i undersøgelser fra hele verden og ligeledes i denne befolkningsundersøgelse viser sig at have en tæt sammenhæng med sundhed og sygelighed. Tabel 3.9 viser, hvorledes deltagernes uddannelsesniveau hænger sammen med moderens fødested og deltagerens eget opvækststed. Det fremgår af tabellen, at hvis moderen er født i en bygd, er opvækststedet af stor betydning for, om deltageren har gennemført en mellemlang eller lang uddannelse, mens der ikke er nogen forskel, hvis moderen er født i en by. Endvidere er der flere med uddannelse blandt deltagere, der er vokset op i en lille by, hvis moderen er født i en by, mens moderens fødested ikke spiller nogen rolle for børn, der er vokset op i en større by.

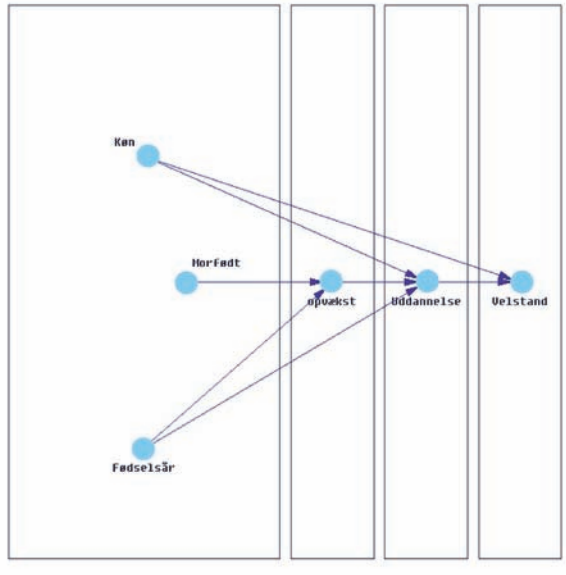
Tabel 3.9 Procent med mellemlang eller lang uddannelse i forhold til mors fødested og egen bopæl 10 år gammel. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1660, n.s.=ikke statistisk signifikant (p>0,05). Justeret for fødselsår og køn. Grønlændere 25-74 år.

| | Mors fødested | | |
|---|---|---|---|
| Opvækst | Bygd<br>% | By<br>% | p-værdi |
| Bygd | 5,7 | - | |
| Mindre by | 11,2 | 22,2 | 0,005 |
| Større by | 19,7 | 20,2 | n.s |
| p-værdi | <0,001 | n.s | |

Det komplicerede samspil mellem mange variable kan med fordel analyseres i en såkaldt grafisk model, hvor variablene ordnes efter deres tidsmæssige forekomst

og derfor ikke blot kan vise en statistisk sammenhæng mellem variablene, men også en formodet årsagssammenhæng. Figur 3.7 er et eksempel på en sådan grafisk model baseret på data fra den aktuelle befolkningsundersøgelse.

Modellen viser, at velstand er et direkte resultat af uddannelsesniveau og køn; uddannelse er bl.a. bestemt af, om man er vokset op i en by eller en bygd, hvilket atter er afhængigt af moderens baggrund. Også køn og fødselsår spiller en rolle for uddannelsesniveauet. Det betyder altså, at både forældregenerationens forhold og egne opvækstvilkår har haft indflydelse på deltagernes aktuelle, socioøkonomiske forhold på undersøgelsestidspunktet. Når det fremgår af rapporten, at f.eks. uddannelse eller erhverv viser sammenhæng med forekomsten af sygdom, skal man hele tiden huske på, at der er nogle bagvedliggende årsager til disse umiddelbare årsager.




Figur 3.7 Grafisk model for livsforløb og aktuelle socioøkonomiske forhold. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1660. Morfødt = moderens fødested (by/bygd); opvækst = bopæl 10 år gammel i større by/mindre by/bygd. Uddannelse = kun skoleuddannelse/kort uddannelse/mellemlang eller lang uddannelse. Velstand = indeks baseret på ejerskab af 7 forbrugsgoder. Grønlændere 25-74 år.

## Sociale relationer

Samvær med andre mennesker har stor indflydelse på livskvaliteten og dagligdagen for de fleste mennesker. Udover at sociale relationer har grundlæggende betydning for psykisk sundhed og velvære, har studier vist, at sociale relationer har betydning for dødelighed og sygelighed. Velfungerende sociale netværk giver adgang til både praktiske og følelsesmæssige ressourcer, og undersøgelser har vist, at mennesker med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge og hurtigere kommer sig ved sygdom end mennesker med svage sociale relationer, som har en forøget dødelighed og sygelighed (Ekholm et al. 2006; Lund og Due 2006; Juel et al. 2006b). Befolkningsundersøgelsen fra 1993 viste, at i alle aldersgrupper havde de, der ofte følte sig ensomme, et dårligere helbred end de, der ikke følte sig alene (Bjerregaard 2004).

Sociale relationer er et overordnet begreb, der både rummer strukturelle og funktionelle dimensioner. De strukturelle sociale relationer dækker over kvantitative aspekter i form af omfanget af det sociale netværk, dvs. antal og hyppighed af sociale kontakter. Den funktionelle dimension dækker over kvalitative aspekter, såsom sociale ressourcer, relationelle belastninger og social støtte (Lund og Due 2006). I takt med moderniseringsprocessen er Grønland gået fra en familietradition med udvidede familier mod en kernefamiliestruktur, en udvikling, der i højere grad har fundet sted i byerne end i bygderne. Analyser af demografiske forskelle i sociale relationer har til formål at belyse denne del af samfundsudviklingen. Dette afsnit fokuserer primært på de grupper af befolkningen, der har færrest og svagest sociale relationer, idet det er disse grupper, der er mest udsatte i forhold til sygelighed og dødelighed (Ekholm et al. 2006; Juel et al. 2006b). Personer med svage sociale relationer er her defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie og venner i fritiden, sjældent har adgang til social støtte, ofte føler sig uønsket alene eller ofte oplever følelsesmæssig byrde som følge af sociale relationer.

Spørgsmålene om sociale relationer er mere udbyggede i denne undersøgelse end i de to tidligere befolkningsundersøgelser fra 1993 og 1999, hvor der hovedsageligt var medtaget spørgsmål om antal og hyppighed af kontakter samt adgang til praktisk hjælp. Spørgsmål om hyppighed af samvær med andre og et spørgsmål om følelsen af at være uønsket alene er sammenlignelige med befolkningsundersøgelsen fra 1993. En række af spørgsmålene omkring sociale relationer var ikke medtaget i den første udgave af spørgeskemaet, der blev anvendt i starten af dataindsamlingen i denne undersøgelse, hvilket betyder, at analyserne af disse spørgsmål er baseret på 295 færre besvarelser.

*Hyppighed af socialt samvær*
Omfanget af sociale relationer er belyst ved spørgsmål om hyppighed af samvær med familie og venner og deltagelse i fritidsaktiviteter: *"Under normale omstændigheder hvor ofte er du sammen med familie eller venner? (Spørgsmålet gælder ikke de mennesker, du bor sammen med)"* og *"Hvor ofte deltager du i fritidsaktiviteter sammen med andre mennesker (f.eks. sport, foreningsliv eller aftenskole)?"* Spørgsmålene er oprindeligt inddelt i fem svarkategorier, der i analyserne er sammenlagt til tre svarkategorier; dagligt eller ugentligt (ofte); månedligt; sjældnere end månedligt eller aldrig (sjældent).

*Samvær med familie*
Af dem, der har besvaret spørgsmålet om hvor ofte de tilbringer fritiden med familie (N=2232, uoplyst=15), angav 74%, at de ofte er sammen, 9% månedligt, og 17% angav, at de sjældent er sammen med familie i fritiden. Der er ingen overordnet forskel mellem mænd og kvinder for hvor ofte, man tilbringer fritiden sammen med familie.

Inddeles mænd og kvinder i aldersgrupper, ses der en forskel blandt kvinder, hvor de 25-34 årige kvinder er den gruppe, der tilbringer mindst tid med familien. En fjerdedel (25%) af de 25-34 årige kvinder har angivet, at de sjældent er sammen med familien i deres fritid i forhold til 12% af de 18-24 årige (p=0,006). Der er ingen forskel på aldersgrupperne for mænd.

Ikke overraskende viser tabel 3.10, at jo større samfundsstørrelse jo sjældnere er både kvinder og mænd sammen med familie i fritiden. For begge køn gælder det, at dem, der er bosat i Nuuk, i sjældnere grad tilbringer deres fritid med familien i forhold til befolkningen i andre byer og bygder.

*Samvær med venner*
Af dem, der har besvaret spørgsmålet om hvor ofte man tilbringer fritiden med venner (N=2227, uoplyst=20), har 66% angivet ofte, 12% månedligt og 22% sjældent. Kvinder har i højere grad end mænd angivet, at de sjældent er sammen med venner i fritiden, henholdsvis 18% af mænd og 26% af kvinder (p<0,001). Med stigende alder er både mænd (p=0,004) og kvinder (p<0,001) sjældnere sammen med venner i fritiden. I den ældste aldersgruppe er 21% af mænd sjældent sammen med venner i fritiden i forhold til 8% i den yngste aldersgruppe; for kvinder er tallene 33% og 14%. Samvær med venner i fritiden varierer også med bosted. Mænd bosat i byer har i højere grad angivet, at de sjældent ser venner i fritiden (21%) i forhold til mænd i Nuuk og bygder (henholdsvis 13% og

14%) (p=0,012). Godt en fjerdedel af kvinder i byer (29%) og bygder (26%) har angivet, at de sjældent er sammen med venner i fritiden i forhold til kvinder i Nuuk (20%) (p=0,015). 7% af mænd og 10% af kvinder har angivet, at de sjældent eller aldrig tilbringer tid med familie eller venner.

Tabel 3.10 Hyppighed af samvær med familie fordelt på bopæl. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=979, p=0,003; kvinder: N=1253, p=0,003.

| | Nuuk % | By % | Bygd % |
|---|---|---|---|
| Mænd | | | |
| Samvær med familie dagligt eller mindst én gang om ugen | 69,7 | 74,8 | 84,0 |
| Samvær med familie månedligt | 14,0 | 9,0 | 4,6 |
| Samvær med familie sjældent eller aldrig | 16,3 | 16,1 | 11,4 |
| I alt | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Kvinder | | | |
| Samvær med familie dagligt eller mindst én gang om ugen | 66,5 | 72,4 | 76,7 |
| Samvær med familie månedligt | 14,9 | 8,5 | 5,6 |
| Samvær med familie sjældent eller aldrig | 18,6 | 19,1 | 17,7 |
| I alt | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

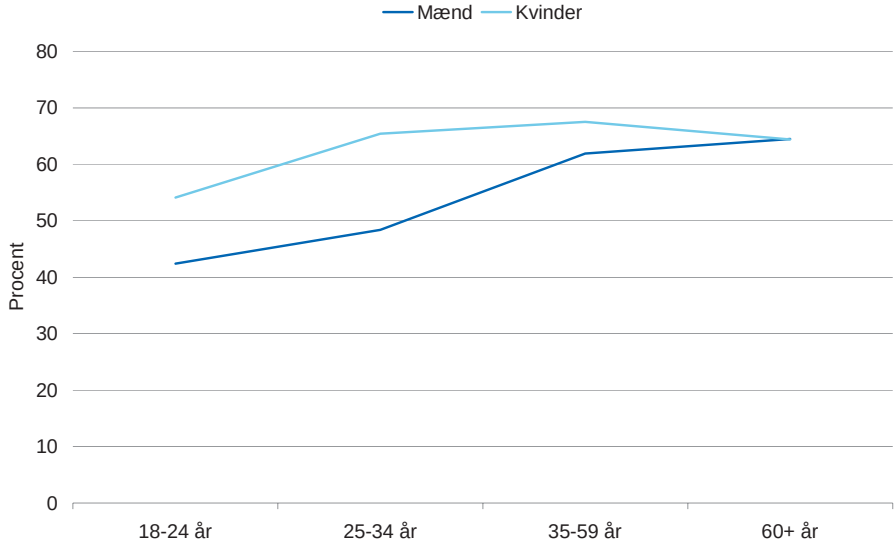
*Udviklingen i samvær med familie og venner fra 1993 til 2007*

Der er sket en ændring i hyppigheden af samværet med både familie og venner fra 1993 til 2007, med et fald i hvor ofte kvinder tilbringer tid med familien i deres fritid. Forskellen fra 1993 til nu ses særligt i aldersgrupperne 25-34 år (p=0,001) og 35-59 år (p=0,011), hvor en højere andel af kvinder i 2007 sjældent tilbringer fritiden med familie i forhold til i 1993. Samme mønster gør sig gældende for samvær med venner i fritiden, hvor der også er en højere andel af kvinder (p<0,001) og mænd (p=0,05) i 2007, der har angivet, at de sjældent er sammen med venner i fritiden i forhold til i 1993; 18% mænd og 26% kvinder i 2007 har angivet dette i forhold til 13% mænd og 16% kvinder i 1993.

*Deltagelse i fritidsaktiviteter*

Af dem, der har besvaret spørgsmålet om hyppigheden af deltagelse i fritidsaktiviteter sammen med andre mennesker (N=1948, uoplyst=4), har 27% angivet ofte, 11% månedligt og 62% sjældent. Mænd har i lidt højere grad end kvinder angivet, at de dagligt eller ugentligt deltager i fritidsaktiviteter med andre, 30% af mænd og 25% af kvinder har angivet dette (p=0,009). Over halvdelen af mænd (58%) og kvinder (65%) har angivet, at de sjældnere end en gang om måneden eller aldrig deltager i fritidsaktiviteter med andre.

Ikke overraskende er det de unge, der i højere grad deltager i fritidsaktiviteter med andre. Som vist i figur 3.8 er der en tydelig faldende tendens til deltagelse i fritidsaktiviteter med stigende alder for mænd (p<0,001). 42% af de 18-24 år mænd har angivet, at de sjældent deltager i fritidsaktiviteter med andre, og 65% af mænd på 60+ år. Blandt kvinder ses ikke helt samme mønster, idet det er de 35-59 årige kvinder (68%), der oftest har angivet, at de sjældent deltager i fritidsaktiviteter med andre (p=0,034).




Figur 3.8 Deltager sjældent eller aldrig i fritidsaktiviteter med andre, fordelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1948; uoplyst=4. Kun grønlændere.

Både for mænd og kvinder gælder det, at befolkningen i Nuuk og andre byer i højere grad deltager i fritidsaktiviteter med andre end befolkningen i bygderne

(p=0,008 for mænd og p<0,001 for kvinder). Særligt kvinder i bygderne deltager sjældent eller aldrig i fritidsaktiviteter (72% af kvinder og 59% af mænd) i forhold til befolkningen i Nuuk (56% af kvinder og 54% af mænd). Omkring en tredjedel af mænd og kvinder i Nuuk har angivet at deltage i fritidsaktiviteter dagligt eller ugentligt (henholdsvis 33% og 34%). Tilsvarende har 24% mænd og 12% kvinder i bygder angivet dette.

Både for mænd og kvinder er der forskel i hyppigheden af deltagelse i fritidsaktiviteter med uddannelsesniveau. En større andel af deltagere med lang uddannelse deltager i fritidsaktiviteter med andre. For mænd deltager 55% med mellemlang eller lang uddannelse mindst en gang om måneden i fritidsaktiviteter, mens dette kun gælder for 43% af mænd med kun skoleuddannelse (p=0,001). For kvinder er tallene 52% og 29% (p<0,001).

*Kvaliteten af sociale relationer og social støtte*

Der er efterhånden megen forskning der peger på, at stærke sociale relationer er gavnlige for helbredet, og at social støtte har en positiv effekt på mange forskellige aspekter af både fysisk og psykisk helbred (Stansfeld 2006). Det funktionelle og kvalitative aspekt ved sociale relationer er i denne undersøgelse belyst ved fire spørgsmål; to spørgsmål omhandler samvær og adgang til social støtte, et spørgsmål handler om følelsesmæssig byrde som følge af sociale relationer og et spørgsmål handler om følelsen af at være uønsket alene. Analyserne i det følgende afsnit tager udgangspunkt i 1952 deltagere, idet spørgsmålene ikke blev stillet i Qasigiannguit.

*Social støtte ved problemer*

Til belysning af social støtte er anvendt spørgsmålet *"Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller har brug for støtte?"* Blandt dem, der besvarede spørgsmålet (N=1946, uoplyst=6), har over halvdelen (55%) angivet, at de altid eller for det meste har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. 17% har nogen gange nogen at tale med, og 28% har angivet sjældent eller aldrig at have nogen at tale med ved problemer (tabel 3.4.2). Mænd har i lidt lavere grad end kvinder angivet at have nogen at tale med, hvis de har problemer (p=0,018). En relativt høj andel af både mænd og kvinder har sjældent eller aldrig nogen at tale med, knapt hver tredje mand (32%) og hver fjerde kvinde (26%).

De unge har i højere grad nogen at tale med eller at støtte sig til end de ældste. Næsten halvdelen af dem, der er 60+ år, har angivet, at de sjældent eller aldrig

har nogen at tale med om problemer (45% af mænd og 47% af kvinder), mens kun 25% af mænd og 15% af kvinder i den yngste aldersgruppe har angivet dette (p<0,001 for begge køn).

Det at have nogen at tale med om problemer varierer med samfundsstørrelse; jo mindre samfundsstørrelse, jo færre har angivet at have nogen at tale med (p<0,001 for både mænd og kvinder). Således har både mænd og kvinder, der bor i en bygd, i højere grad angivet, at de sjældent eller aldrig har nogen at tale med om problemer (37% af mænd og 34% af kvinder) end befolkningen i Nuuk (15% af mænd og 13% af kvinder).

Der er en tydelig forskel i graden af social støtte med uddannelsesniveau, således at deltagere med lavest uddannelsesniveau i mindre grad har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, end gruppen af højt uddannede, både for mænd og kvinder. Blandt mænd har 37% af de lavest uddannede angivet, at de sjældent eller aldrig har nogen at støtte sig til ved problemer, 27% af dem med kort videregående uddannelse og 24% af gruppen med højest uddannelse (p=0,011). Blandt kvinder gælder det, at 34% med lavest uddannelse sjældent eller aldrig har nogen at støtte sig til, 15% af gruppen med kort videregående uddannelse og 10% af den højest uddannede gruppe (p<0,001).

*Krævende sociale relationer*

Undersøgelser om de negative effekter af sociale relationer har medvirket til øget fokus på effekten af social isolation på helbredet, og på at sociale relationer også kan være en følelsesmæssig byrde og føre til dårligt helbred (Due og Holstein 2005; Stansfeld 2006).Til belysning af byrden ved sociale relationer er anvendt spørgsmålet *"Er der nogen i din familie eller blandt dine venner, der kræver for meget af dig i din hverdag?"*. 61% af dem, der har besvaret spørgsmålet (N=1943; uoplyst=9), har angivet, at familie og venner næsten aldrig eller aldrig kræver for meget af dem i hverdagen, 22% har angivet, at dette sker nogen gange, og 18% har angivet, at familie og venner det meste af tiden eller altid kræver for meget af dem (tabel 3.4.2). Kvinder føler i højere grad end mænd, at venner og familie kræver for meget af dem; 21% af kvinder og 14% af mænd har angivet, at familie eller venner altid eller det meste af tiden kræver for meget af dem (p<0,001).

De yngre generationer synes i højere grad end ældre på 60+ år, at venner og familie kræver for meget af dem. Blandt mænd er det gruppen af 25-34 årige og 35-59 årige, der i højest grad har angivet, at familie og venner for det meste kræver

for meget af dem i hverdagen (15%) i forhold til den ældste aldersgruppe (10%) (p=0,013). Blandt kvinder er det den yngste aldersgruppe, der i højest grad har angivet, at familie og venner kræver for meget af dem (25%) i forhold til de ældste kvinder (6%) (p<0,001).

Både mænd og kvinder i Nuuk føler i højere grad end andre byboere og bygdebefolkningen, at familie og venner nogen gange kræver for meget af dem. For mænd angiver 32% i Nuuk, 21% i andre byer og 17% i bygder, at familie og venner nogen gange kræver for meget af dem (p=0,002). Også blandt kvinder er der en forskel mellem samfundsstørrelse og andelen, der har angivet at familie eller venner nogen gange kræver for meget i hverdagen; 27% i Nuuk, 20% i andre byer og 19% i bygder har angivet dette (p=0,022). Der er ingen forskel mht. uddannelsesniveau og hvor stor en andel, der føler, at familie og venner kræver for meget af dem i hverdagen.

*Uønsket alene*

Til belysning af ensomhed er anvendt spørgsmålet *"Er du nogensinde alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?"*. 69% af dem, der har besvaret spørgsmålet om ensomhed (N=2216, uoplyst=31), har angivet, at de aldrig eller sjældent føler sig alene, 23% har angivet, at de engang imellem føler sig alene, og 8% har svaret, at de ofte er alene, hvor de egentlig har mere lyst til at være sammen med andre (tabel 3.11). Kvinder har i højere grad end mænd angivet at føle sig alene, 5% af mænd og 10% af kvinder føler sig ofte alene, mens 75% af mænd og 65% af kvinder har angivet sjældent eller aldrig at føle sig alene (p<0,001). Der er ingen forskel på alder og følelsen af ensomhed, hverken for mænd eller kvinder. Enlige mænd føler sig i højere grad uønsket alene end mænd, der lever i et parforhold (p<0,001), mens der blandt kvinder ikke er statistisk sikker forskel på at føle sig uønsket alene og samlivsforhold (p=0,19).

Blandt kvinder er der flere ensomme i de mindre samfund. En højere andel af kvinder i bygder, har angivet, at de engang imellem (32%) og ofte (12%) føler sig uønsket alene i forhold til kvinder, der bor i byer (21% engang imellem, 11% ofte) og Nuuk (23% engang imellem, 8% ofte). Der er en højere andel af kvinder i Nuuk (69%) og andre byer (68%), der aldrig eller sjældent føler sig alene i forhold til dem, der bor i bygd (56%) (p=0,001). I perioden 1993 til 2007 er der ingen ændring sket i følelsen af at være uønsket alene.

Tabel 3.11 Social støtte for mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Kun grønlændere.

| Social støtte | I alt % | Mænd % | Kvinder % | p-værdi |
|---|---|---|---|---|
| Nogen at have det sjovt med (sjældent eller aldrig) | 23,0 | 20,9 | 24,8 | 0,116 |
| Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte (sjældent eller aldrig) | 28,4 | 31,6 | 25,8 | 0,018 |
| Familie eller venner der kræver for meget i hverdagen (sjældent eller aldrig) | 17,6 | 13,8 | 20,6 | <0,001 |
| Føler sig alene når foretrækker at være sammen med nogen (sjældent eller aldrig) | 8,1 | 5,3 | 10,2 | <0,001 |

Spørgsmålene omkring social støtte er anvendt i en lignende befolkningsundersøgelse blandt inuit i Nunavik i Canada. Billedet af social støtte, der er beskrevet i dette kapitel, er i overensstemmelse med resultaterne vedrørende social støtte i befolkningen i Nunavik (Kirmayer et. al 2007).

## Sammenhold og fællesskabsfølelse i by og bygd - social kapital

Sociale relationer er knyttet til individet, og overgangen mellem individets sociale relationer til de sociale netværk og det omgivende samfund er glidende (Lund og Due 2006). Udover sammenhængen mellem et individs sociale relationer og helbred har flere undersøgelser vist, at karakteren og kvaliteten af de sociale netværk - de mellemmenneskelige relationer - også har en selvstændig betydning for individets helbred (Kawachi et al. 1997). Social kapital er et begreb, der beskriver de ressourcer, der opstår ved at individer indgår i relationer med hinanden. Disse ressourcer, der udspringer af det mellemmenneskelige, rækker ud over individet til gavn for hele kollektivet (Woolcock 1998). *"Social kapital er defineret som egenskaber ved sociale strukturer – såsom mellemmenneskelig tillid og normer for gensidighed og gensidig hjælp – som fungerer som ressourcer for individet og fremmer en fælles handling"* (Berkman og Kawachi 2000). Individers engagement i deres lokalsamfund har dermed også betydning i et samfundsperspektiv, idet individet ved at indgå i netværk kan være medvirkende til at påvirke levevilkårene i hele lokalsamfundet. Til belysning af graden af forankring, engagement og følelse af tilhørsforhold i lokalsamfundet er der i denne undersøgelse derfor medtaget to spørgsmål: *"Hvor ofte deltager du i aktiviteter, hvor flere mennesker i fællesskab laver noget, der kommer hele byen eller bygden til gode?" og "Hvor stærk er følelsen af fællesskab og sammenhold i din by eller bygd?"*

Spørgsmålene om social kapital var ikke medtaget i den første udgave af spørgeskemaet, der er anvendt i starten af dataindsamlingen, hvilket betyder, at resultaterne for disse spørgsmål er baseret på 1952 deltagere. Spørgsmålene er oprindeligt inddelt i fem svarkategorier, der i analyserne er sammenlagt til tre svarkategorier: dagligt eller ugentligt (ofte), månedligt, sjældnere end månedligt eller aldrig (sjældent).

*Deltagelse i aktiviteter til gavn for by eller bygd*

Af dem, der besvarede spørgsmålet om deltagelse i aktiviteter til fællesskabets glæde (N=1947, uoplyst=5), har 15% angivet, at de dagligt eller ugentligt deltager i fritidsaktiviteter til glæde for bygden eller byen, 16% har angivet, at de månedligt deltager i denne type af aktiviteter, og 69% har angivet, at de sjældent eller aldrig deltager i denne type aktiviteter. Mænd deltager i lidt højere grad end kvinder i aktiviteter til glæde for andre; 17% af mænd har angivet, at de dagligt eller ugentligt deltager i aktiviteter til glæde for fællesskabet, og 14% af kvinder har angivet dette (p=0,04).

Der er ingen forskel mellem de forskellige aldersgrupper og deltagelse i denne type af aktiviteter. Af tabel 3.12 fremgår det, at mænd, der lever i parforhold, hyppigere deltager i aktiviteter til glæde for by eller bygd i forhold til enlige mænd. 21% af mænd i parforhold og 11% af enlige mænd har angivet, at de månedligt deltager i denne slags aktiviteter. Det omvendte billede gælder for kvinder, hvor enlige kvinder i højere grad end kvinder i parforhold deltager i aktiviteter til glæde for andre.

Tabel 3.12 Samlivsstatus og deltagelse i fritidsaktiviteter til glæde for bygd eller by. Mænd: p=0,002; kvinder: p=0,001. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1924; uoplyst=28. Kun grønlændere.

| | Dagligt eller ugentligt % | Månedligt % | Sjældent eller aldrig % | I alt % |
|---|---|---|---|---|
| Mænd | | | | |
| Enlig (N=301) | 17,3 | 11,3 | 71,4 | 100,0 |
| Parforhold (N=550) | 16,9 | 20,7 | 62,4 | 100,0 |
| Kvinder | | | | |
| Enlig (N=348) | 19,3 | 11,8 | 69,0 | 100,0 |
| Parforhold (N=725) | 11,4 | 15,7 | 72,8 | 100,0 |

Der er en højere andel af både mænd og kvinder i bygder, der ofte deltager i aktiviteter til gavn for deres bygd i sammenligning med befolkningen i byerne og Nuuk (p<0,001 for mænd og p=0,05 for kvinder). 25% af mænd og 17% af kvinder i bygd har angivet, at de dagligt eller ugentligt deltager i aktiviteter til gavn for bygden mod 13% af mænd og 11% af kvinder i byer og 16% af mænd og kvinder i Nuuk. Der er kun små forskelle på deltagelse i aktiviteter i fritiden i forhold til uddannelsesniveau.

Spørgsmålene omkring aktiviteter til gavn for fællesskabet er anvendt i en lignende undersøgelse blandt inuit i Nunavik i Canada 2004. Resultaterne peger på at inuit i Nunavik i højere grad end inuit i Grønland har angivet, at de ofte deltager i aktiviteter til gavn for bygden eller byen (Kirmayer et. al 2007). Henholdsvis 25% og 15% i Nunavik og i Grønland deltager ofte i aktiviteter til gavn for fællesskabet.

*Styrken af fællesskab og sammenhold i by eller bygd*

En stor andel af dem, der har svaret på spørgsmålet om styrken af fællesskab og sammenhold i by eller bygd (N=1908, uoplyst=44), har angivet, at den er meget stærk eller stærk (42%). En tilsvarende stor andel (44%) har angivet, at den hverken er stærk eller svag, og 14% har angivet, at den er svag eller meget svag. Mænd oplever i lidt højere grad end kvinder, at der er en stærk eller meget stærk fællesskabsfølelse i deres by eller bygd, henholdsvis 46% og 38% (p=0,001). Som vist i tabel 3.13 stiger styrken af følelse af sammenhold i bygd eller by med alderen både for mænd og kvinder. Godt halvdelen af de ældre mænd og kvinder (60+ år) har angivet, at de føler et stærkt eller meget stærkt sammenhold i byen eller bygden i forhold til godt en tredjedel af unge mænd (37%) og knapt en tredjedel af unge kvinder (29%).

Der er ingen forskel på køn eller samlivsform og følelsen af styrken af sammenhold i bygden eller byen. Enlige kvinder uden børn og kvinder i parforhold uden børn har i højest grad angivet, at der er en stærk fællesskabsfølelse i byen eller bygden, henholdsvis 44% og 41%, i forhold til enlige med børn (30%) og kvinder i parforhold med børn (37%) (p=0,006).

Tabel 3.13 Styrken af følelse af fællesskab og sammenhold i by eller bygd fordelt på alder for mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: p=0,005; kvinder: p<0,001. N=1908; uoplyst=44.

| | 18-24 år % | 25-34 år % | 35-59 år % | 60+ år % |
|---|---|---|---|---|
| Mænd | | | | |
| Stærk fællesskabsfølelse i by eller bygd | 37,4 | 42,9 | 44,7 | 56,1 |
| Hverken stærk eller svag i fællesskabsfølelse i by eller bygd | 53,8 | 45,2 | 43,7 | 28,7 |
| Svag fællesskabsfølelse i by eller bygd | 8,8 | 11,9 | 11,6 | 15,2 |
| I alt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Kvinder | | | | |
| Stærk fællesskabsfølelse i by eller bygd | 28,8 | 30,2 | 37,7 | 58,3 |
| Hverken stærk eller svag i fællesskabsfølelse i by eller bygd | 56,8 | 50,3 | 44,5 | 33,8 |
| Svag fællesskabsfølelse i by eller bygd | 14,4 | 19,6 | 17,8 | 7,9 |
| I alt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Følelsen af sammenhold aftager med samfundets størrelse for både mænd (p<0,001) og kvinder (p<0,001). Befolkningen i bygder har i højere grad angivet en stærk fællesskabsfølelse (60% af mænd og 47% af kvinder) i forhold til befolkningen i byer (44% af mænd og 38% af kvinder) og i Nuuk (32% af mænd og 30% af kvinder). Der er således en dobbelt så høj andel af mænd i bygder end i Nuuk, der mener, at der er en meget stærk eller stærk fællesskabsfølelse. Der er ingen forskel på uddannelsesniveau og følelsen af fællesskab hverken for mænd eller kvinder.

## Opsamling

Analyser af betydningen af sociale forhold for sundhed og sygdom i Grønland er et frugtbart område for fortsat videnskabeligt arbejde, fordi der er så mange af de store folkesundhedsproblemer (f.eks. misbrug af alkohol, selvmord, vold og overgreb), der har deres udspring i sociale forhold. Det socialepidemiologiske område er i vid udstrækning uopdyrket, og data fra befolkningsundersøgelserne og den grønlandske levevilkårsundersøgelse kan bidrage til mange spændende analyser, herunder f.eks. af opvækstvilkår og selvmord, uddannelse og dødelighed samt betydningen af sociale relationer og social kapital for psykisk og somatisk helbred.

# 4. Selvvurderet helbred

*Anni Brit Sternhagen Nielsen*

Befolkningens helbred er bl.a. belyst ud fra spørgsmål om forekomsten af langvarig sygdom og spørgsmål om interviewpersonernes vurdering af eget helbred. Nedenfor gennemgås kort baggrunden for, at selvvurderet helbred kan være et relevant redskab til at beskrive en befolknings sundhedstilstand. Dernæst følger en beskrivelse af, hvordan selvvurderet helbred blev vurderet i befolkningen i 1993 (Befolkningsundersøgelsen i 1993) og hvilken udvikling, der er sket frem til 2007. Til sidst gennemgås hvordan selvvurderet helbred vurderes blandt personer med langvarig sygdom. Fælles for gennemgangen af selvvurderet helbred og langvarig sygdom er, at der ses på disse faktorers sammenhæng og relation til køn, alder, erhverv, uddannelse og bosted. En mere detaljeret beskrivelse af sygdomsmønsteret med diagnoser vil indgå i senere rapporter fra befolkningsundersøgelsen.

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sit generelle helbred og anses for at udtrykke mere om helbredet end de informationer, som fås fra en lægelig, objektiv vurdering af helbredet.

Epidemiologiske undersøgelser fra udlandet viser, at selvvurderet helbred er en central og uafhængig prædiktor for både sygelighed og dødelighed (Bjørner et al. 1996; DeSalvo et al. 2006). Personer med dårligt selvvurderet helbred har, sammenlignet med personer med godt selvvurderet helbred, forøget risiko for sygdom, tab af funktionsevne (Grand et al. 1988; Appels et al. 1996), førtidspensionering og brug af sundhedsvæsnets ydelser (Weinberger et al. 1986; Ren et al. 1994; Idler og Benyamini 1997; Miilunpalo et al. 1997) samt kortere levetid (DeSalvo et al. 2006). Disse fund ses på trods af, at der i undersøgelserne er taget højde for andre mere objektive helbredsmål som f.eks. sygdomsdiagnoser, brug af sundhedsvæsenet og medicinforbrug. Personers vurdering af deres eget helbred er derfor et særdeles relevant redskab til at beskrive en befolknings sundhedstilstand.

Befolkningsundersøgelsen fra 1993 viste, at 78% af den voksne befolkning vurderede deres helbred som virkelig godt eller godt, og at kvinder generelt vurderede deres helbred mere negativt end mænd (Bjerregaard et al. 1995). For begge køn blev selvvurderet helbred dårligere i takt med stigende alder. Endvidere sås,

at andelen, der vurderede deres helbred som virkelig godt eller godt, var større i byer end i bygder og, at fanger/fiskere og personer uden for erhverv vurderede deres helbred dårligst.

## Befolkningens vurdering af eget helbred

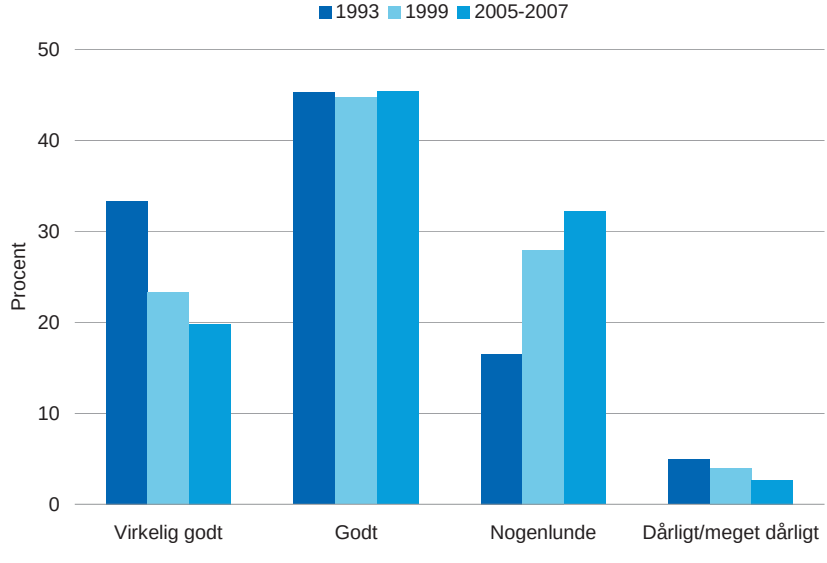
Selvvurderet helbred er i befolkningsundersøgelserne fra 1993, 1999 og 2005-2007 målt ud fra spørgsmålet: "Hvordan synes du dit helbred er?" Svarmulighederne var "virkelig godt", "godt", "nogenlunde", "dårligt" eller meget dårligt". Besvarelserne "dårligt" og "meget dårligt" præsenteres konsekvent samlet, da kun 0,2% (5 ud af 2238 personer) i 2005-2007 vurderede deres helbred som "meget dårligt". I nogle analyser betegnes svarmulighederne "virkelig godt" og "godt" som *godt helbred*, mens de øvrige svarmuligheder betegnes som *dårligt helbred*.

Tabel 4.1 viser befolkningens selvvurderede helbred i den aktuelle befolkningsundersøgelse, hvoraf det ses, at næsten halvdelen af befolkningen vurderer deres helbred som godt, en femtedel som virkelig godt, imens en tredjedel vurderer deres helbred som nogenlunde. Næsten ingen personer vurderer deres helbred som dårligt eller meget dårligt. Denne fordeling af selvvurderet helbred er også fundet i en befolkningsundersøgelse blandt voksne inuit i Nunavik i 2004. I Nunavik indgik et tilsvarende spørgsmål som i nærværende befolkningsundersøgelse, dog var der flere positive svarkategorier. I alt 22% vurderede deres helbred til at være fremragende eller virkelig godt, 45% at deres helbred var godt og endelig vurderede 33% deres helbred som nogenlunde eller dårligt (Rochette et. al 2007). I en undersøgelse i 2005 af sundhed og sygelighed foretaget i Danmark blandt danskere på 16 år og derover, vurderede 35% eget helbred som virkelig godt, 45% vurderede eget helbred som godt, 15% vurderede helbredet som nogenlunde og 5% vurderede eget helbred som dårligt eller meget dårligt (Statens Institut for Folkesundhed 2006). I sammenligning med den danske befolkning er der således betydeligt færre i Grønland med virkelig godt selvvurderet helbred og tilsvarende flere med kun nogenlunde selvvurderet helbred. Dog er der blandt danskere flere med dårligt eller meget dårligt selvvurderet helbred.

Tabel 4.1 Selvvurderet helbred i befolkningen. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2238; uoplyst=9. Kun grønlændere.

| Synes eget helbred er | Antal | % |
|---|---|---|
| Virkelig godt | 444 | 19,8 |
| Godt | 1015 | 45,4 |
| Nogenlunde | 720 | 32,2 |
| Dårligt/meget dårligt | 59 | 2,6 |
| I alt | 2238 | 100,0 |

Figur 4.1 viser udviklingen i selvvurderet helbred fra 1993 til 2007 og heraf ses, at andelen, der angiver et godt selvvurderet helbred, er næsten uforandret fra 1993 til 2007, mens der fra 1993 til 2007 bliver færre, der angiver et virkelig godt helbred. Omvendt er der i 1999 og 2005-2007 flere, der vurderer deres helbred som nogenlunde. Samlet set bliver det selvvurderede helbred vurderet mindre positivt i 1999 end i 1993, mens den negative udvikling fra 1999 til 2007 er mindre udtalt.




Figur 4.1 Selvvurderet helbred i befolkningen. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993, 1999 og 2005-2007. 1993: N=1428; uoplyst=8. 1999: N=1896; uoplyst=94. 2005-2007: N=2238; uoplyst=9. Kun grønlændere.

*Selvvurderet helbred, køn og alder*

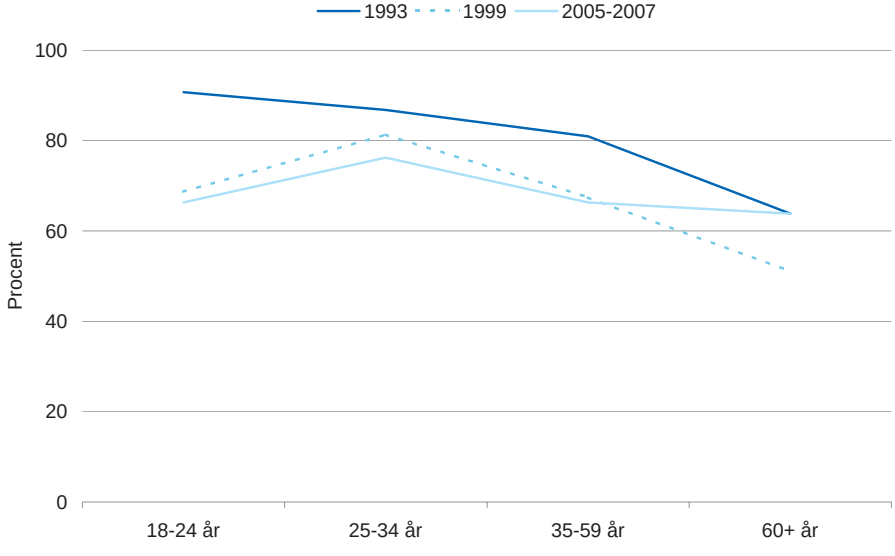
I det følgende præsenteres sammenhængen imellem selvvurderet helbred og køn og alder. I 1993 vurderede 82% (N=668) af mændene og 76% (N=760) af kvinderne deres helbred som godt eller virkelig godt (p=0,009). Også i 2005-2007 er mænds selvvurderet helbred bedre end kvinders (p=0,06). Tabel 4.2 viser selvvurderet helbred i befolkningen opdelt for køn og alder.

Sammenhængen mellem alder opdelt i fire kategorier, som i tabel 4.2, og selvvurderet helbred var i 1993 entydig: Jo yngre desto bedre var det selvvurderede helbred (p<0,001). I 2005-2007 hænger selvvurderet helbred ikke sammen med alder: Andelen, der vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt er næsten ens i aldersgrupperne 18-24, 25-34 og 35-59 (hhv. 66%, 65% og 67%). I aldersgruppen på 60 år og derover er det lidt færre, 59%, der vurderer deres helbred som godt. Yderligere analyser viser også, at dårligt selvvurderet helbred, i sammenligning med gruppen af 35-59 årige, er ligeså udbredt i de yngre aldersgrupper, men mere udbredt i den ældste del af befolkningen (60 år og derover). Forskellen i sammenhængen imellem aldersgruppe og selvvurderet helbred fra 1993 til 2007 kunne dække over, at vurderingen af helbredet mere er knyttet til fødselsår end til alder. Personer født i samme periode har ofte haft enslignende vilkår og muligheder under både deres opvækst og i voksenlivet, hvilket kan have betydning for deres generelle helbred. Yderligere analyser viser dog, at dette ikke er tilfældet.

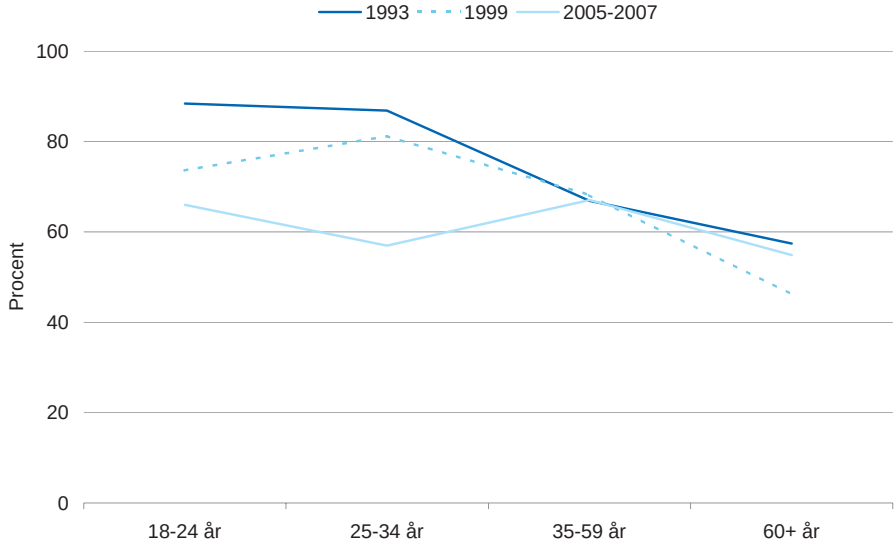
Tabel 4.2 Selvvurderet helbred efter køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2238; uoplyst=9. Kun grønlændere.

| Aldersgruppe | Antal | Virkelig godt % | Godt % | Nogenlunde % | Meget dårligt/dårligt % |
|---|---|---|---|---|---|
| Mænd | | | | | |
| 18-24 | 95 | 17,9 | 48,4 | 32,6 | 1,1 |
| 25-34 | 143 | 26,6 | 49,7 | 23,8 | - |
| 35-59 | 554 | 22,4 | 44,0 | 30,9 | 2,7 |
| 60+ | 188 | 22,3 | 41,5 | 34,6 | 1,6 |
| I alt | 980 | 22,6 | 44,8 | 30,7 | 1,9 |
| Kvinder | | | | | |
| 18-24 | 141 | 16,3 | 49,7 | 31,9 | 2,1 |
| 25-34 | 207 | 12,1 | 44,9 | 40,6 | 2,4 |
| 35-59 | 726 | 20,3 | 46,8 | 30,4 | 2,5 |
| 60+ | 184 | 15,2 | 39,7 | 37,5 | 7,6 |
| I alt | 1258 | 17,7 | 45,8 | 33,3 | 3,2 |
| Hele befolkningen | 2238 | 19,8 | 45,3 | 32,2 | 2,6 |

I 1993 ses sammenhængen mellem alder og selvvurderet helbred for såvel mænd som kvinder. I 2005-2007 er der kun statistisk sikker sammenhæng mellem alder og dårligt selvvurderet helbred for kvinderne (p=0,003), men sammenhængen er ikke lineær: Dårligt selvvurderet helbred er mere udbredt blandt de 25-34 årige (43%) og i den ældste del af befolkningen (45%) end blandt de yngste (34%) og de 35-59 årige (33%). Figur 4.2 og 4.3 viser selvvurderet helbred efter alder i hhv. 1993, 1999 og 2005-2007. For både mænd og kvinder og især blandt yngre er der tale om, at det selvvurderede helbred er blevet dårligere i løbet af perioden.




Figur 4.2 Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred opdelt efter aldersgruppe blandt mænd. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993, 1999 og 2005-2007. 1993: N=668; uoplyst=4. 1999: N=847; uoplyst=40. 2005-2007: N=980; uoplyst=3. Kun grønlændere.

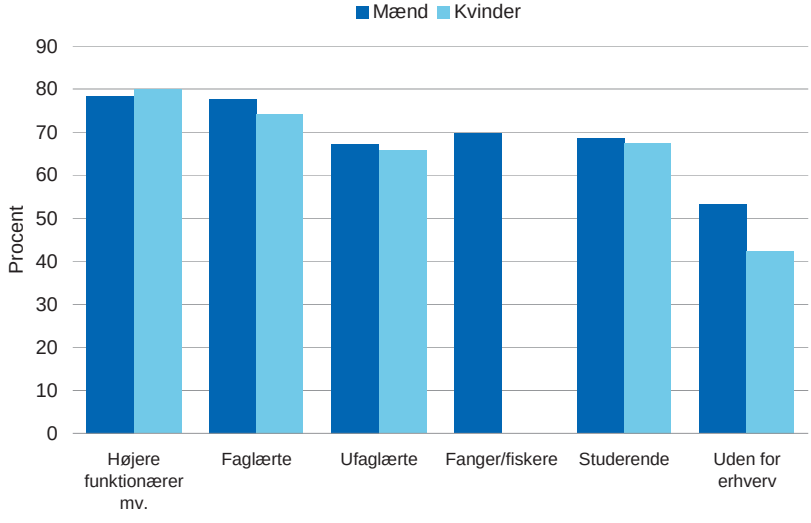



Figur 4.3 Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred opdelt efter aldersgruppe blandt kvinder. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993, 1999 og 2005-2007. 1993: N=760; uoplyst=4. 1999: N=1049; uoplyst=54. 2005-2007: N=1258; uoplyst=6. Kun grønlændere.

*Selvvurderet helbred, erhverv og uddannelse*

Der er i befolkningsundersøgelser i andre lande fundet en sammenhæng mellem godt selvvurderet helbred og høj socioøkonomisk status typisk vurderet ud fra uddannelsesniveau og erhvervsgruppe: Jo højere uddannelsesniveau og jo mindre manuelt indhold i erhvervet desto bedre vurderes helbredet.

Blandt personer i den erhvervsaktive alder, dvs. personer på 62 år og derunder, er der sammenhæng mellem erhvervsgruppe og selvvurderet helbred. Figur 4.4 viser en tydelig social gradient for både mænd og kvinder, idet næsten 80% af højere funktionærer mv. vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt imod kun 65-70% blandt ufaglærte, fanger/fiskere og studerende og endnu færre blandt personer uden for erhverv.




Figur 4.4 Virkelig godt eller godt selvvurderet helbred opdelt efter erhvervsgruppe blandt voksne i alderen 18-62 år. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1920; uoplyst=43, justeret for alder; p<0,001 for både mænd og kvinder. Kun grønlændere.

Der ses en tilsvarende sammenhæng mellem selvvurderet helbred og uddannelse. Jo lavere uddannelsesniveau desto dårligere vurderes eget helbred, mest udtalt for kvinder. Således er der 60% blandt deltagere med kun skoleuddannelse (folkeskole, GU mv.), der vurderer deres helbred som godt, 70% blandt personer med kort videregående uddannelse, og 78% blandt personer med mellemlang eller lang videregående uddannelse (p<0,001, køns- og aldersjusteret analyse).

*Bopæl og selvvurderet helbred*

Umiddelbart er der flere kvinder med dårligt selvvurderet helbred i bygder end i byer, mens der ikke er nogen forskel for mænds vedkommende. Hvis der i den statistiske analyse kontrolleres for uddannelse, forsvinder forskellen i selvvurderet helbred mellem byer og bygder, men det er vanskeligt at vide, om en person f.eks. ikke har noget erhverv, fordi vedkommende bor i en bygd, eller om vedkommende bor i en bygd, fordi han/hun ikke har nogen uddannelse. Det kan kun konkluderes, at selvvurderet helbred viser sammenhæng med enten bopæl eller uddannelse, men ikke med begge faktorer.

## Selvvurderet helbred og langvarig sygdom

Ved langvarig sygdom forstås en sygdom, langvarig eftervirkning af en skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse. Langvarig sygdom betyder ofte, at en person lider af en kronisk sygdom, der ikke kan helbredes eller, at personen lever med kroniske eftervirkninger af sygdom. I forbindelse med langvarig sygdom er der risiko for, at personen må leve med et livslangt forbrug af medicin.

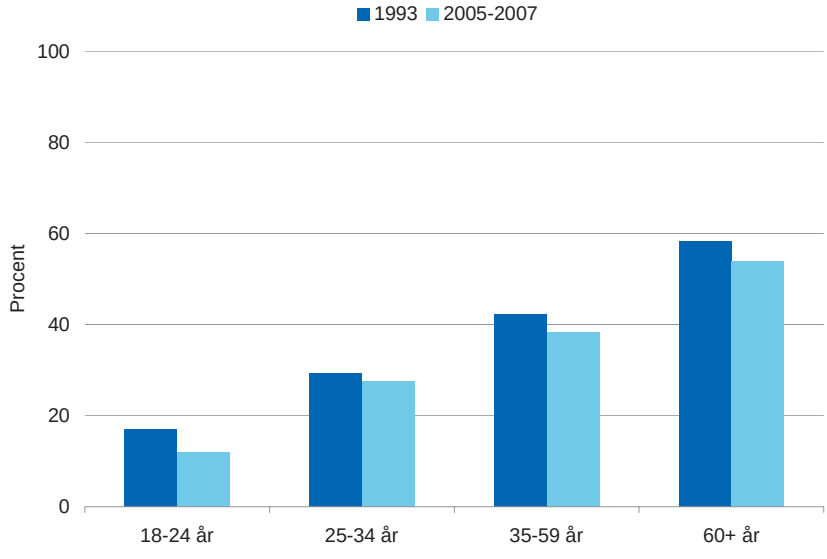
I 1993 oplyste 36% af befolkningen at have en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller en langvarig lidelse, herefter betegnet som *langvarig sygdom*. Langvarig sygdom var i 1993 mere udbredt blandt mænd end kvinder, 40% blandt mænd og 33% blandt kvinder ($p=0,008$), mens der i 2005-2007 ingen forskel er i udbredelsen af langvarig sygdom blandt mænd (36%) og kvinder (37%).

I 1993 steg andelen med langvarig sygdom med alderen: Fra 17% blandt de 18-24 årige til 58% blandt personer på 60 år og derover ($p<0,001$). Samme mønster genfindes i 2005-2007: Andelen med langvarig sygdom er henholdsvis 12% blandt de 18-24 årige og 54% blandt personer på 60 år og derover ($p<0,001$). Opdeles analyserne for køn genfindes samme resultatet i såvel 1993 som i 2005-2007.

Figur 4.5 viser andelen med langvarig sygdom i forskellige aldersgrupper i hhv. 1993 og 2005-2007. Af figuren ses en generel tendens til et fald i langvarig sygdom fra 1993 til 2007 (ikke statistisk signifikant).

Tabel 4.3 viser sammenhængen mellem selvvurderet helbred og langvarig sygdom. Ca. 17% af deltagerne har ikke en langvarig sygdom, men vurderer alligevel deres helbred som dårligt, mens omtrent ligeså mange har en langvarig sygdom, men vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt. Sidstnævnte indikerer, at det at leve med en langvarig sygdom ikke nødvendigvis betyder, at man har en negativ vurdering af eget helbred. Resultatet understreger, at et godt selvvurderet helbred betyder andet end blot fravær af sygdom. Vi har dog i nærværende analyse ikke foretaget analyser af sammenhængen mellem selvvurderet helbred og langvarig sygdom i relation til typen af sygdom eller handicap, omfanget af smerter eller gener. Endvidere har vi heller ikke medtaget oplysninger om medicinforbrug eller oplysninger om, hvorvidt hverdagen har været påvirket af den langvarige sygdom, hvilket også kan tænkes at influere på, hvorvidt det selvvurderede helbred vurderes som godt, selvom man har en langvarig sygdom. Endelig kan også oplysninger om erhverv og uddannelse, der kan tages som et udtryk for eg-

ne ressourcer, samlivsstatus og mulighed for nogen at tale med, hvis man har brug for støtte, medtages i fremtidige analyser, da ressourcer og adgang til støtte spiller ind ved menneskers håndtering af langvarig sygdom og dermed på, i hvor høj grad langvarig sygdom påvirker helbredsvurderingen.




Figur 4.5 Langvarig sygdom opdelt for alder blandt voksne. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=1377; uoplyst=59. 2005-2007: N=2218; uoplyst=29, p<0,001 for aldersforskelle; ingen statistisk sikre forskelle mellem 1993 og 2005-2007. Kun grønlændere.

Tabel 4.3 Selvvurderet helbred og langvarig sygdom. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2211; uoplyst=36, p<0,001. Kun grønlændere.

| | Selvvurderet helbred | |
|---|---|---|
| | Godt | Dårligt |
| Langvarig sygdom | 19,0% | 17,4% |
| Ingen langvarig sygdom | 46,1% | 17,5% |

## Opsamling

Selvvurderet helbred er en væsentlig prædiktor for sygelighed og dødelighed. I denne undersøgelse vurderer 7 ud af 10 deres helbred som godt eller virkelig godt, hvilket er uændret fra undersøgelsen i 1999, men er lidt færre end i 1993. I modsætning til i 1993 er der kun mindre aldersforskelle i selvvurderet helbred. Der er dog en tendens til, at kvinder vurderer deres helbred dårligere, jo ældre de bliver. I sammenligning med 1993 er der i 2005-2007 færre blandt de helt unge, der vurderer deres helbred som godt eller meget godt. Der er forskelle i selvvurderet helbred knyttet til erhverv og uddannelse. Endvidere er der sammenhæng mellem langvarig sygdom og selvvurderet helbred. Væsentligt er det, at langvarig sygdom ikke nødvendigvis behøver at medføre dårligt selvvurderet helbred.

Det vil være relevant at belyse, hvad der ligger til grund for deltagernes besvarelser. En nærmere afdækning af, hvad folk tænker om deres eget helbred, ville give en bedre forskningsmæssig forståelse af dette komplicerede område og en pejling af hvilke eventuelle tiltag, der kunne øge det selvvurderede helbred for den enkelte og befolkningen som helhed.

Af yderligere analyser synes det relevant at undersøge sammenhængen mellem selvvurderet helbred og langvarig sygdom nærmere. Endelig kunne det være relevant at afdække, hvorvidt der for interviewerudfyldte spørgeskemaer kan vises en interviewereffekt i forhold til interviewpersonens selvvurderede helbred. Det kunne derfor være interessant at belyse, om interviewerens alder og køn har betydning for, hvor godt helbredet bliver vurderet.

# 5. Alkohol og hash

*Charlotte Jeppesen og Nina Krogh Larsen*

Alkohol og hash er begge rusmidler, som kan skabe afhængighed, og derfor findes der for alkohols vedkommende sundhedsanbefalinger, mens hash er gjort ulovligt.

Grønlands Statistik foretager hvert år en opgørelse over import af øl, vin og spiritus omregnet til ren alkohol pr. person over 14 år. På baggrund af denne opgørelse kan der gives et estimat for befolkningens forbrug af alkohol siden 1960 (Grønlands Statistik 2007). I hele perioden 1969-1991, bortset fra to år med rationering, var den gennemsnitlige indførsel mere end 15 liter ren alkohol pr. person over 14 år med en top i årene efter ophævelsen af rationeringsordningen, hvor indførslen i 1982-1987 var 19-22 liter pr. person. Indførslen af alkohol er faldet siden 1989; fra i 1989 at have været 17,5 liter ren alkohol pr. person over 14 år til i 2006 at være faldet til 11,7 liter pr. person. Problemet ved et estimeret forbrug baseret på importstatistikken er, at hjemmeproduktion af alkohol, grænsehandel og eventuelt spild ved lageropbevaring ikke bliver gjort op i denne statistik. Det er dog sandsynligt, at både hjemmeproduktion og grænsehandel er af mindre betydning i Grønland.

I forsøget på at begrænse forbruget af alkohol har landsstyret anvendt en lang række styringsværktøjer. Den vigtigste af disse er afgifter på alkohol, dernæst kommer rationering, tidsbegrænsninger for handel og servering, samt forbud mod hjemmefremstilling.

Indsatsen mod hashmisbrug er vokset de seneste år, og bl.a. er Paarisa aktiv med kampagner, herunder den treårige kampagne uge 18 fra 2005 til 2007 om alkohol og hash målrettet teenagere. For at kontrollere udbredelsen af hash i Grønland har grønlandske og danske toldmyndigheder intensiveret kontrollen, og samarbejdet mellem toldmyndighederne og politi er blevet effektiviseret, en strategi som blev sat i værk i 2005 (Grønlands Hjemmestyre 2007a).

## Alkohol

De helbredsmæssige anbefalinger for alkohol er i Danmark maksimalt 21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder pr. uge. Anbefalingerne blev fastsat af Sundhedsstyrelsen i 1990erne og er baseret på risici for helbredsmæssige

konsekvenser af et for højt alkoholindtag. Ydermere anbefales det, at man ikke indtager mere end 5 genstande på en gang. Denne grænse er omdiskuteret, idet der ikke tages højde for alder eller hvilken slags alkohol, der indtages. Alderen er vigtig at tage med i et helbredsmæssigt øjemed, idet alkohol i nogle undersøgelser har vist en aldersbetinget effekt på helbredet. Som eksempel kan nævnes den store amerikanske undersøgelser blandt kvinder, Nurses Health Study, som har påvist, at det kun er hos ældre kvinder med risikofaktorer for hjertesygdom, at små mængder alkohol kan have en gavnlig effekt på helbredet, mens alkoholindtag hos yngre kvinder kan have sammenhæng med en øget risiko for brystkræft (Fuchs et al. 1995). Forskning, som er kommet til efter befolkningsundersøgelsen i 1993, viser, at den alkoholrelaterede risiko for død er forskellig for mænd og kvinder. Forskerne fandt den laveste dødelighed for mænd >40 år ved et indtag på 7-13 genstande pr. uge, dvs. 1-2 genstande pr. dag. For kvinder fandt man samme mønster, men med en lavere genstandsgrænse på 1-6 genstande pr. uge, dvs. 1 genstand pr. dag. Det er endvidere vist, at alkohol – selv i små mængder – ikke er gavnlig for hverken mænd eller kvinder under 40 år (Tolstrup et al. 2004). Ved at sprede samme mængde alkohol ud på flere dage og derved indtage mindre alkohol pr. gang mindskes risikoen for leverskader og cancer i øvre del af fordøjelsessystemet (Baglietto et al. 2006). Styrken af alkohol er vigtig, og jo stærkere alkoholen er, desto mere skadelig er den at indtage. Vin indtaget i små mængder har vist sig at give en mindre risiko for død sammenlignet med intet indtag (Baglietto et al. 2006) og nedsætter i et andet studie risikoen for at dø af hjertekarsygdom og cancer (Grønbæk et al. 2000). Øl synes ikke at have den samme, gavnlige effekt (Baglietto et al. 2006).

## Metoder

Befolkningsundersøgelsen i 1993 inkluderede alkohol som et livsstilselement, som havde indflydelse på folkesundheden. I det selvudfyldte spørgeskema var 11 spørgsmål relateret til alkoholforbrug. I nærværende undersøgelse er alkoholforbrug udvidet til i alt 13 spørgsmål, der ligesom i 1993 handler om hyppigheden, mængden og den personlige vurdering af, om der er tale om forbrug eller misbrug. Men spørgsmålene er forskellige, og specielt indgik CAGE ikke i 1993.

Alkoholspørgsmålene er meget personlige, og det er kun deltageren selv, som har været involveret i udfyldelsen. Dette kan naturligvis have konsekvenser for resultatet. Det er sandsynligt, at egentlige misbrugere er underrepræsenterede blandt svarpersonerne. Det er også muligt at mange deltagere vil underrapportere deres forbrug.

## Forskellige former for alkoholforbrug

I analyserne defineres *storforbrugere* som personer, der har et hyppigt og samtidig stort forbrug af alkohol. Dette kan kun tilnærmes med data fra befolkningsundersøgelsen i 1993, hvor en storforbruger er defineret som en person, der drak mere end 10 genstande på samme dag inden for den seneste uge eller 2-5 genstande på samme dag dagen før undersøgelsen. Denne definition på storforbrug kan anvendes både for data fra 1993 og 2005-2007 og bruges derfor, når de to befolkningsundersøgelser sammenlignes. Når der er tale om analyser kun for 2007, kan storforbrugere defineres ud fra de omtalte anbefalede genstandsgrænser fra Sundhedsstyrelsen. De deltagere, der ligger over genstandsgrænsen, er defineret som storforbrugere.

I 2005-2007 undersøgelsen er den nyere forskning taget i betragtning, da spørgeskemaet blev udformet, og derfor er definitionerne på *rusdrikkere*, ligesom ved definitionen på storforbrugere, ændret i forhold til undersøgelsen fra 1993. Helt konkret blev der inkluderet et spørgsmål om rusdrikning: "Hvor ofte har du inden for det sidste år drukket mere end 5 genstande ved den samme lejlighed (aften, fest el.lign)?" med svarkategorier fra flere gange ugentligt til aldrig. Deltagere, der mindst en gang om måneden har drukket mere end 5 genstande, betegnes i 2005-2007 undersøgelsen som rusdrikkere. For at kunne lave sammenligninger med undersøgelsen i 1993 vil sammenligninger af rusdrikning baseres på 1993 undersøgelsens definition, som går på, hvor mange genstande man drak ved sidste lejlighed. Hvis man drak over 5 genstande, defineres man som rusdrikker. En person med *et skadeligt alkoholforbrug* defineres ud fra 6 spørgsmål, der udgør den såkaldte udvidede CAGE-test, en test som blev udviklet med det formål hurtigt og nemt at kunne identificere personer med et alkoholproblem (MacKenzie et al. 1996). Spørgsmålene i testen er gengivet i tabel 5.1.1. Hvis en person svarer positivt på mindst to af de fem spørgsmål i den udvidede CAGE test eller svarer positivt på mindst et og derudover drikker oftere end 3 dage om ugen, er CAGE-testen positiv. Personer med positiv test er i det følgende betegnet som havende et ”skadeligt alkoholforbrug”. Den oprindelige CAGE-test bestod af spørgsmål 1-4, og havde tidsrammen ”nogensinde”. Ved kun at spørge til det seneste år i den udvidede CAGE-test forsøges det at undgå for mange falsk-positive test svar. Desuden vil spørgsmål 5 og 6 angiveligt øge testens sensitivitet (Madsen et al. 2005).

Tabel 5.1 Spørgsmålene i CAGE-testen.

| Spørgsmål | Svar |
|---|---|
| 1. Har du inden for det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug? | Ja eller nej |
| 2. Er der nogen der inden for det sidste år har "brokket" sig over, at du drikker for meget (fx. samlever, børn, chef, kolleger, venner eller bekendte)? | Ja eller nej |
| 3. Har du inden for det sidste år følt dig utilpas eller skamfuld pga. dine alkoholvaner? | Ja eller nej |
| 4. Har du inden for det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgnen for at "berolige nerverne" eller komme af med "tømmermændene"? | Ja eller nej |
| 5. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage? | Ja eller nej |
| 6. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol? | 0-7 dage om ugen |

*Konsekvenserne af alkoholmisbrug*

Alkoholmisbrug kan både have store sundhedsmæssige og sociale konsekvenser. De sundhedsskadelige konsekvenser af alkoholmisbrug kan berøre næsten alle organsystemer og kan give komplikationer for bl.a. lever, nerve-, fordøjelses-, hjerte- og blodcirkulations- og hormonsystemet og resultere i f.eks. diabetes, levercirrhose, demens og muskelatrofi (James og Ralph 2000). Af sociale konsekvenser ses vold, seksuelle overgreb, drab, selvmord og omsorgssvigt af børn relativt hyppigt som konsekvenser af alkoholmisbrug (Bjerregaard et al. 1995).

## Forbrug af alkohol i Grønland

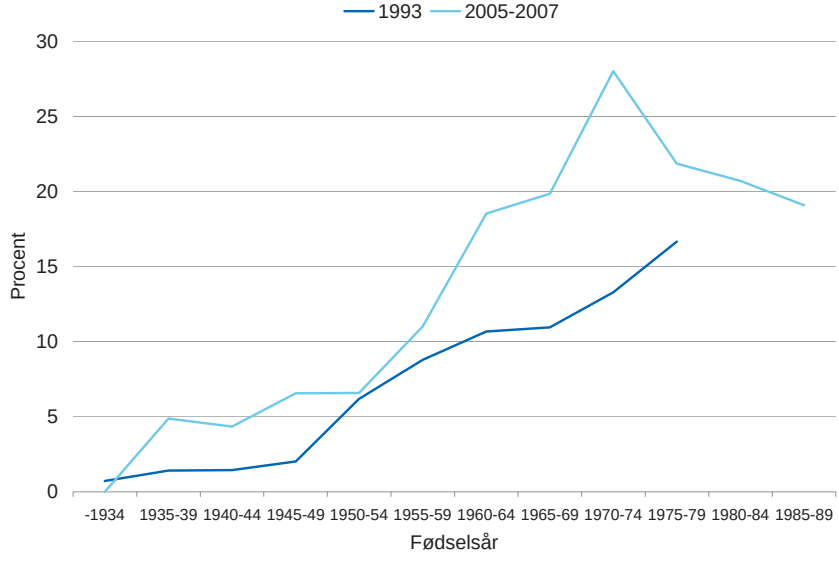
I alt har 2247 personer deltaget i spørgeskemaundersøgelsen i 2005-2007. Af disse har 2083 (93%) besvaret det selvudfyldte spørgeskema. 1944 (87%) har besvaret alkoholspørgsmålene og indgår derfor i de kommende analyser og resultater. Blandt deltagerne har 9,9% aldrig drukket alkohol, og 12,1% har drukket, men ikke inden for de seneste 12 måneder. Det er altså omkring en femtedel af deltagerne, der på undersøgelsestidspunktet er totalt afholdende. I de forskellige tabeller og figurer vil deltagerantallet variere fordi deltagerne af og til springer enkelte spørgsmål over i spørgeskemaet.

*Alkoholproblemer i barndomshjemmet*

Det første spørgsmål omkring alkohol omhandler hvorvidt man har oplevet problemer relateret til alkohol i barndomshjemmet. Af 1896 personer, der har besvaret dette spørgsmål, har 16% oplevet alkoholrelaterede problemer ofte, mens

38% har oplevet problemerne af og til. Lægges disse to kategorier sammen er det over halvdelen (54%), som er vokset op i et barndomshjem med alkoholproblemer. Det er langt flere end i 1993, hvor andelen var på 37% (p<0,001).

Af de personer, der har et skadeligt alkoholforbrug, har 69% (p<0,001) oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet og for storforbrugere er andelen tilsvarende 69% (p<0,001). Af de personer, som karakteriseres som rusdrikkere, er 63% (p<0,001) vokset op i et barndomshjem præget af alkoholproblemer. Hvis man sammenligner med befolkningsundersøgelsen i 1993, er det tilsvarende tal 44% af rusdrikkerne og 37% af storforbrugerne, som havde oplevet alkoholrelaterede problemer i barndomshjemmet (Bjerregaard et al. 1995). Der er altså langt flere i 2007, som erindrer alkoholrelaterede problemer i deres barndomshjem, og som efter givne definitioner selv har et problematisk alkoholforbrug.




Figur 5.1 Deltagere, der ofte har oplevet alkoholrelaterede problemer i deres barndomshjem. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993, 2005-2007. 1993: N=1207. 2005-2007: N=1891, p<0,001. Efter fødselsår. Kun grønlændere.

I figur 5.1 vises forskellen mellem befolkningsundersøgelserne i 1993 og 2005-2007 for forekomsten af personer, der ofte har oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet efter fødselsår. Der rapporteres gennemgående oftere om alkoholproblemer i barndomshjemmet i befolkningsundersøgelsen fra 2005-2007, men indtil fødselsårgang 1960 er forskellen mellem de to undersøgelser ubetyde-

lig og ikke statistisk sikker (p=0,16). For de efterfølgende fødselsårgange er der omtrent dobbelt så mange i den seneste undersøgelse, der oplyser ofte at have oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet (p<0,001). Der er også flere i den seneste undersøgelse, der af og til har oplevet alkoholproblemer, men forskellen er især udtalt for de ældste fødselsårgange. Gennemgående betegnes en større del af alkoholproblemerne som "ofte" i den seneste undersøgelse. Forklaringen på forskellen mellem de to undersøgelser kan muligvis være, at der er kommet større fokus på alkoholproblemer i den offentlige debat og større åbenhed, men det overraskende fund må analyseres nøjere.

*Udvikling i forbrugsmønstre*

Alkoholimporten har ifølge Grønlands Statistik været nærmest uændret siden befolkningsundersøgelsen i 1993. Tabel 5.2 viser forskellen i personer med skadeligt alkoholforbrug mellem befolkningsundersøgelsen i 1999 og 2007. For prævalensen af storforbrugere og rusdrikkere er undersøgelsen i 2007 sammenlignet med befolkningsundersøgelsen i 1993.

Tabel 5.2 Forskellen i andelen af de tre alkoholforbrugsmønstre mellem befolkningsundersøgelserne. Procenter og p-værdier justeret for køn og alder. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993, 1999 og 2005-2007.

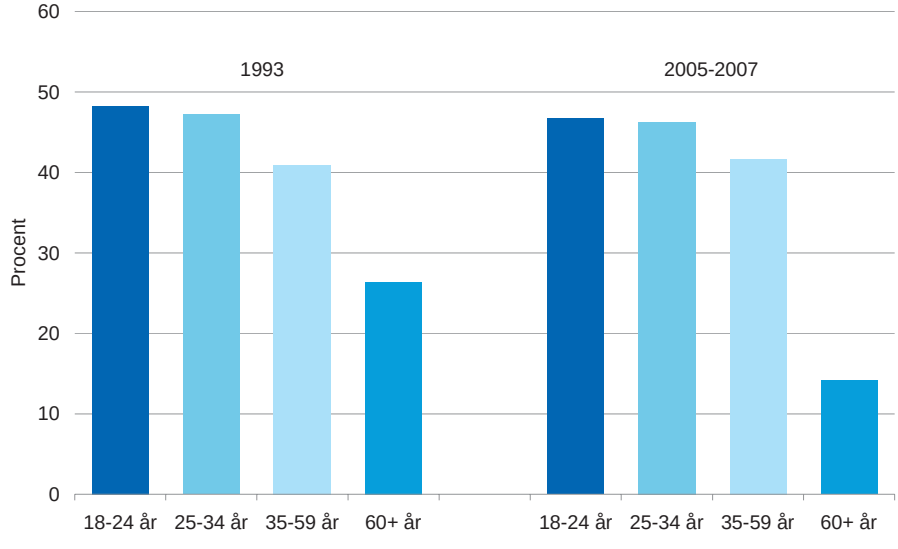
| | Skadeligt alkoholforbrug (CAGE positive) | | |
|---|---|---|---|
| | 1999 N=1564 | 2005-2007 N=1484 | p-værdi |
| Mænd | 31,0 | 35,9 | 0,05 |
| Kvinder | 16,1 | 24,8 | <0,001 |
| I alt | 22,7 | 30,0 | <0,001 |

| | Storforbrugere af alkohol | | |
|---|---|---|---|
| | 1993 N=1089 | 2005-2007 N=1765 | p-værdi |
| Mænd | 24,8 | 16,5 | <0,001 |
| Kvinder | 8,5 | 7,1 | 0,32 |
| I alt | 16,2 | 11,6 | <0,001 |

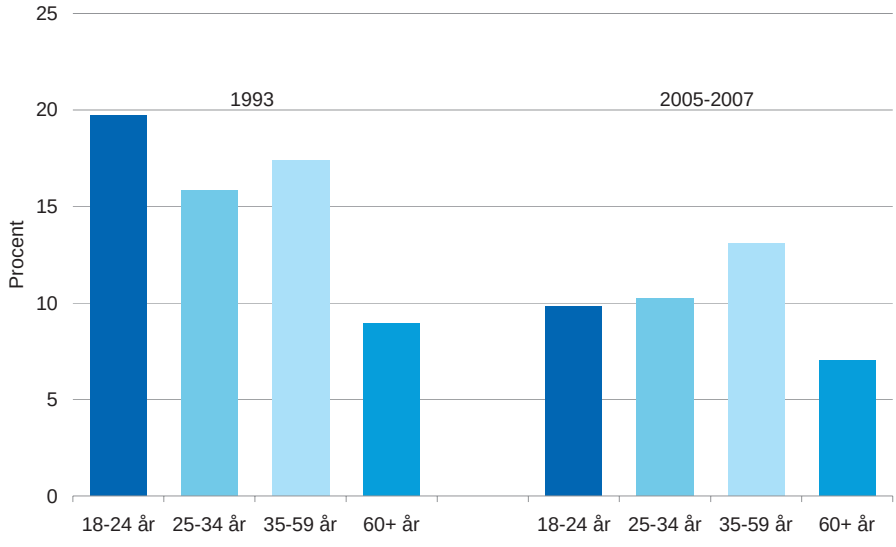
| | Rusdrikkere | | |
|---|---|---|---|
| | 1993 N=1089 | 2005-2007 N=1765 | p-værdi |
| Mænd | 56,7 | 50,1 | 0,02 |
| Kvinder | 28,0 | 32,7 | 0,06 |
| I alt | 41,6 | 40,9 | 0,72 |

Andelen af mænd, som karakteriseres som storforbrugere eller rusdrikkere, er faldet igennem de seneste år, mens dette ikke gælder for kvinderne, for hvilke faldet af storforbrugere ikke er statistisk sikkert og der snarere har været tale om en stigning i andelen af rusdrikkere. Andelen med et skadeligt alkoholforbrug jf. CAGE testen er steget drastisk side 1999 især for kvinder. Kvinder er sjældnere end mænd både CAGE positive, storforbrugere og rusdrikkere.

Andelen af deltagere, der kan karakteriseres som rusdrikkere, aftager med alderen i begge undersøgelser (figur 5.2), mens andelen af storforbrugere i begge undersøgelser viser et lidt mere uklart billede, men dog lavest blandt de ældste (figur 5.3). De to figurer tegner et billede af den forskel, der er i aldersgruppernes brug af alkohol. De unge har et uregelmæssigt forbrug, mens man med alderen får et mere regelmæssigt forbrug af alkohol i større mængder, hvor forbruget måske i større grad kan give sociale og psykiske problemer efter langt tids forbrug.




Figur 5.2 Forekomsten af rusdrikning efter alder og undersøgelse. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=1089; uoplyst=217. 2007: N=1765; uoplyst=318. Kun grønlændere.




Figur 5.3 Forekomsten af storbrug efter alder og undersøgelse. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=1089; uoplyst=217. 2007: N=1765; uoplyst=318. Kun grønlændere.

Tabel 5.3 Andelen med skadeligt alkoholforbrug fordelt på alder og køn. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1999 og 2005-2007. 1999: N=1564; uoplyst=308. 2005-2007: N=1484; uoplyst=599. Kun grønlændere.

| | 1999<br>% | 2005-2007<br>% | p-værdi |
|---|---|---|---|
| Mænd | | | |
| 18-24 år | 24,5 | 33,3 | 0,19 |
| 25-34 år | 29,0 | 30,6 | 0,44 |
| 35-59 år | 35,0 | 39,2 | 0,12 |
| 60+ år | 22,1 | 30,9 | 0,11 |
| Kvinder | | | |
| 18-24 år | 15,4 | 21,2 | 0,23 |
| 25-34 år | 15,4 | 25,5 | 0,01 |
| 35-59 år | 19,2 | 27,8 | 0,001 |
| 60+ år | 4,1 | 8,8 | 0,17 |

Tabel 5.3 viser, at forekomsten af skadeligt alkoholforbrug især er steget for kvinder i alderen 25-59 år, men at der generelt er tale om en stigning i alle aldersgrupper for kvinder.

Tabel 5.4 viser, at der for kvinder ingen forskel er mellem de to undersøgelser i andelen, som karakteriseres som storforbrugere. Til gengæld er der sket er fald i andelen af mandlige storforbrugere i alderen 18-59 år.

Tabel 5.4 Storforbrugere af alkohol fordelt på alder og køn i 1993 og 2007. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=1089; uoplyst=217. 2005-2007: N=1765; uoplyst=318. Kun grønlændere.

| | 1993<br>% | 2005-2007<br>% | p-værdi |
|---|---|---|---|
| Mænd | | | |
| 18-24 | 28,6 | 12,0 | 0,01 |
| 25-34 | 26,3 | 17,6 | 0,08 |
| 35-59 | 26,4 | 17,3 | 0,006 |
| 60+ | 12,9 | 14,3 | 1 |
| Kvinder | | | |
| 18-24 | 12,2 | 6,7 | 0,17 |
| 25-34 | 6,9 | 3,8 | 0,20 |
| 35-59 | 8,9 | 9,3 | 1 |
| 60+ | 6,7 | 0,0 | 0,05 |

Tabel 5.5 viser forskellen i andelen af rusdrikkere mellem undersøgelserne i 1993 og 2005-2007 fordelt på køn og alder. Der ses en faldende andel af rusdrikkere blandt mænd, mens der ses en stigning blandt kvinder. Dog skal det bemærkes, at ingen af forskellene mellem undersøgelserne er statistisk sikre.

Tabel 5.5 Rusdrikkere fordelt på alder og køn i 1993 og 2007. Befolkningsundersøgelserne i Grønland. 1993: N=1089; uoplyst=217. 2005-2007: N=1765; uoplyst=318. Kun grønlændere.

| | 1993<br>% | 2005-2007<br>% | p-værdi |
|---|---|---|---|
| Mænd | | | |
| 18-24 | 65,7 | 51,8 | 0,10 |
| 25-34 | 65,1 | 56,6 | 0,13 |
| 35-59 | 55,9 | 52,8 | 0,46 |
| 60+ | 37,1 | 24,4 | 0,09 |
| Kvinder | | | |
| 18-24 | 33,7 | 40,3 | 0,34 |
| 25-34 | 31,8 | 36,8 | 0,34 |
| 35-59 | 27,2 | 31,7 | 0,25 |
| 60+ | 17,8 | 6,7 | 0,07 |

*Alkoholforbruget i 2005-2007*

På baggrund af ovenstående resultater kan det konstateres, at der er sket en ændring inden for hvert af misbrugsmønstrene, og det er derfor interessant at se på, hvor ofte der drikkes i Grønland. Tabel 5.6 viser, at kun 1,1% drikker dagligt, og at langt de fleste, næsten 68%, drikker 1-3 gange om måneden eller sjældnere.

Tabel 5.6 Hyppighed af alkoholindtag. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1905; uoplyst=178, p<0,001). Kun grønlændere.

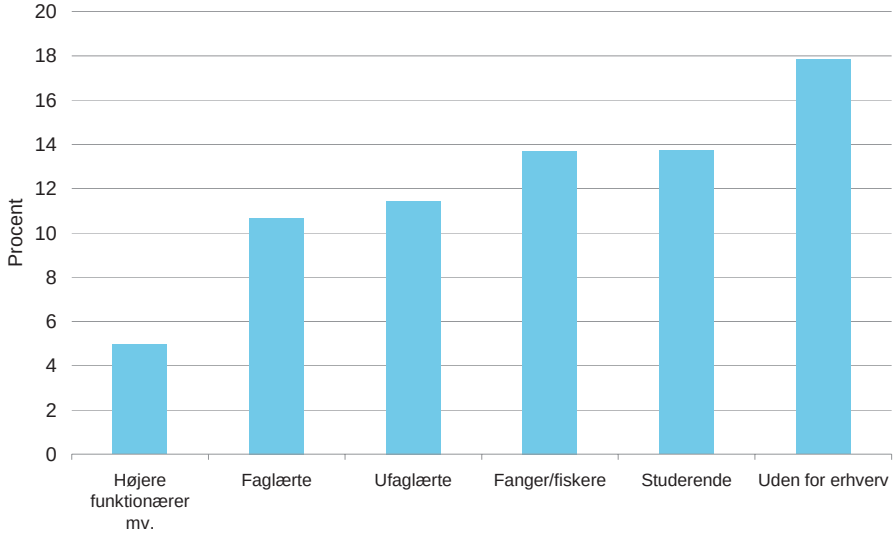
| | I alt (N=1905) % | Mænd (N=855) % | Kvinder (N=1050) % |
|---|---|---|---|
| Hver dag | 1,1 | 1,2 | 1,0 |
| 3-6 gange om ugen | 3,4 | 4,9 | 2,2 |
| 1-2 gange om ugen | 17,0 | 20,5 | 14,1 |
| 1-3 gange om måneden | 26,4 | 27,4 | 25,5 |
| Sjældnere | 42,3 | 38,2 | 45,5 |
| Aldrig | 9,9 | 7,8 | 11,6 |
| I alt | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Ud fra spørgeskemaet kan man med nogen forsigtighed beregne et gennemsnitligt genstandsforbrug. Det er vigtigt at påpege, at deltagerne ikke er blevet spurgt direkte til deres forbrug, og det beregnede forbrug kan derfor kun bruges som et estimat af et ugentlig forbrug. Beregningen foretages på baggrund af to spørgsmål, dels spørgsmål 6 i CAGE-testen (Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?), dels et spørgsmål om antal genstande drukket sidst. Deltagere i undersøgelsen oplyser gennemsnitligt at drikke 7,0 genstande om ugen, hvilket svarer til 5,5 liter ren alkohol om året. Det svarer til 46% af den importerede mængde alkohol i 2006 jf. Grønlands Statistik. Der er altså et meget stort ikke rapporteret alkoholforbrug, som antages dels at skyldes deltagernes underrapportering, dels at de egentlige alkoholmisbrugere sandsynligvis ikke har deltaget i undersøgelsen. Dette er velkendt fra spørgeskemaundersøgelser af alkoholforbrug fra hele verden.

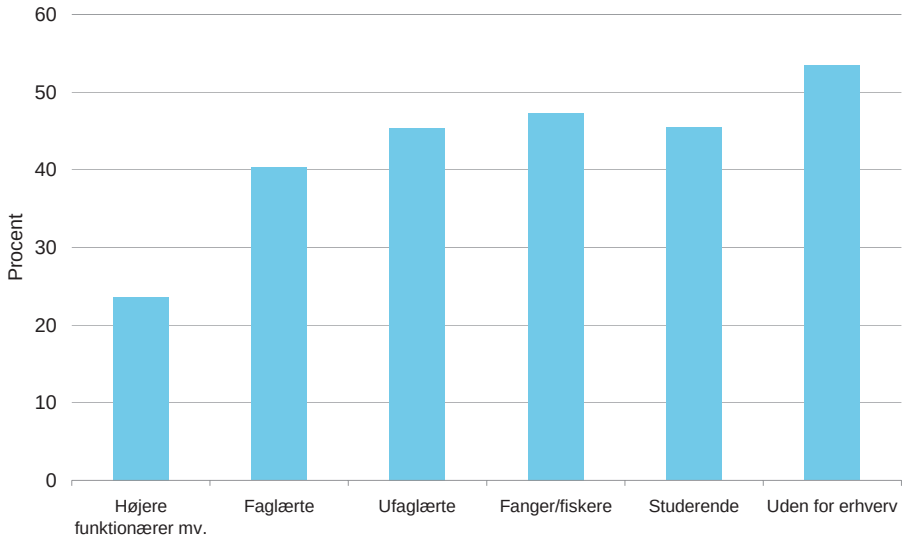
Noget andet, man kan bruge et estimeret genstandsindtag til, er at beregne hvor mange af deltagerne, der overskrider sundhedsstyrelsens anbefalinger på højst 21 genstande om ugen for mænd og 14 for kvinder. Blandt deltagerne i befolkningsundersøgelsen gælder dette for henholdsvis 12% og 11%, men dette er på grund af den kraftige underrapportering et absolut minimumsskøn.

Der er ikke forskel på andelen af storforbrugere defineret som personer, der overskriver genstandsgrænserne, mellem Nuuk, andre byer og bygder. For rusdrikkeri er der heller ikke nogen forskel for mænd, mens der er en noget mindre andel af kvinder, der er rusdrikkere i bygderne (27%) i forhold til i Nuuk og andre byer (40%) (p=0,003 justeret for alder).

Risikoen for at blive klassificeret som rusdrikker eller storforbruger stiger med faldende socialgruppe, men ikke statistisk sikkert (figur 5.4). I sammenligning med personer i erhverv er personer uden erhverv dog oftere storforbrugere; for mænd 18% og 11% (p=0,03), for kvinder 15% og 10% (p=0,04). Også forekomsten af skadeligt alkoholforbrug (CAGE positive deltagere) hænger sammen med erhverv; for mænd jævnt stigende i erhvervsgrupperne (p=0,05) (figur 5.5), mens der for kvinder især er forskel på deltagere i arbejde og deltagere uden arbejde.




Figur 5.4 Andelen af mænd, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Deltagere under 63 år i erhvervsgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=727; uoplyst=70, p=0,11. Justeret for alder. Kun grønlændere.




Figur 5.5 Andelen af CAGE positive mænd under 63 år i erhvervsgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=620; uoplyst=177, p=0,045. Justeret for alder. Kun grønlændere.

## Hash

Hashrygning er meget udbredt i Grønland, ofte i et blandingsmisbrug med alkohol. Hash er ikke det uskadelige alternativ til alkohol, som nogen har villet gøre det til. Et langvarigt eller stort forbrug af hash har i vidt omfang de samme sociale og økonomiske konsekvenser som et tilsvarende forbrug af alkohol. Ved hashforgiftning kan ses panikangst eller stærk angst for at dø. I nogle tilfælde kan langvarig brug af hash lede til hashpsykose, men der forskes stadig i dette, og der hersker fortsat tvivl om sammenhængen mellem psykoser og hashmisbrug (Rindom 2000).

I det selvudfyldte spørgeskema var der to spørgsmål om brug af hash. Det første spørgsmål var, om man nogensinde havde prøvet hash, med tre svarkategorier: nej, enkelte gange, flere gange. I befolkningsundersøgelsen i 1993 fandt man, at der var flere mænd end kvinder, som røg hash, og at der var flere yngre mennesker under 35 år, som røg hash. Desuden var der i 1993 en geografisk variation, idet den største andel, som havde røget hash mere end en gang, fandtes på den sydlige vestkyst (til og med Sisimiut), hvor 40-47% af deltagere under 35 år havde røget hash.

*Hash i Grønland 2005-2007*

Af de 1790 grønlandske deltagere i 2005-2007, der har besvaret et selvudfyldt skema med spørgsmål om hash, har 1531 (86%) svaret på hashspørgsmålene. Der er 33%, der har prøvet hash en enkelt eller få gange, mens 23% har prøvet det adskillige gange. I forhold til 1993, hvor 12% røg hash flere gange om ugen, er der færre i 2005-2007 der ryger hash flere gange om ugen (8%) (p<0,001). Tabel 5.7 viser hashforbruget i 2005-2007 opdelt på køn.

Tabel 5.7 Hashforbruget blandt deltagerne. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1480; uoplyst=310, p=0,001 for forskellen mellem mænd og kvinder. Kun grønlændere.

| Hvor ofte ryger du hash? | Mænd (N=699) % | Kvinder (N=781) % | I alt (N=1480) % |
|---|---|---|---|
| Flere gange den seneste uge | 9,3 | 4,9 | 7,5 |
| Flere gange den sidste måned | 9,6 | 6,3 | 7,8 |
| Ikke den seneste måned | 39,8 | 40,2 | 40,0 |
| Aldrig røget hash | 41,3 | 47,6 | 44,7 |

Mænd ryger hash oftere end kvinder (p=0,001), hvilket også var tilfældet i 1993. Det er især de yngre deltagere, der ryger hash. Blandt deltagere over 60 år har kun 1% et regelmæssigt forbrug, mens 90% aldrig har prøvet at ryge hash. Analyser i forhold til erhverv viser, at deltagere fra den højeste socialgruppe samt fanger/fiskere har et lavere hashmisbrug (p=0,002) end faglærte, ufaglærte og deltagere, der ikke er i arbejde.

Der er som forventet en klar forskel mellem andelen af regelmæssige hashbrugere i Nuuk (20%), andre byer (16%) og bygder (8%) (p<0,001) dog knap så udtalt for de helt unge som for de 25-59 årige.

*Blandingsmisbrug*

Hash indgår ofte i et blandingsmisbrug med alkohol. Således er andelen af regelmæssige brugere af hash omkring dobbelt så stor blandt deltagere, der i denne undersøgelse er defineret som rusdrikkere, storforbrugere, eller CAGE positive (skadeligt alkoholforbrug) (p<0,001). Blandt regelmæssige brugere af hash er 20% også storforbrugere af alkohol, halvdelen er CAGE positive, og 61% er rusdrikkere.

## Opsamling

Hovedparten af deltagerne i befolkningsundersøgelsen drikker eller har tidligere drukket alkohol. De fleste drikker nogle gange om måneden eller sjældnere, og kun meget få (1,2%) drikker alkohol dagligt. De fleste i undersøgelsen i 2005-2007 holder sig under genstandsgrænsen anbefalet af Sundhedsstyrelsen med et maksimum på 21 genstande pr. uge for mænd og 14 pr. uge for kvinder. Tolv procent af mændene og 11 procent af kvinderne indtager mere end den anbefalede mængde. Der er dog tale om en betydelig underrapportering af alkoholforbruget, så andelen med et forbrug, der overstiger genstandsgrænserne, er sandsynligvis højere. Andelen af rusdrikkere er størst blandt de unge deltagere i alderen 18-35 år. Andelene med et skadeligt alkoholforbrug er mere end dobbelt så højt for deltagere uden for erhverv som for højere funktionærer.

Et af følgerne af misbrug af alkohol kan være omsorgssvigt med sociale eller psykiske konsekvenser for børnene. Over halvdelen af deltagerne i 2005-2007 undersøgelsen har oplevet problemer i barndomshjemmet forårsaget af alkohol (54%), i modsætning til i 1993 hvor ca. en tredjedel (37%) oplyste, at have oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet.

Andelen med et ugentligt forbrug af hash er lavere i 2007 end i 1993. Som i 1993 er hashrygning mere udbredt i byerne og Nuuk end i bygderne. Inden for erhvervsgrupperne har arbejdsløse og faglærte arbejdere et hyppigere forbrug af hash end fanger/fiskere og højere funktionærer. Der er ofte tale om et blandingsmisbrug med alkohol.

Alkohol kommer til at indgå som forklarende variabel i analyser af såvel psykisk helbred som hjertekarsygdom og diabetes.

# 6. Vold og seksuelle overgreb

*Janemaria Mekoline Pedersen og Astrid Ledgaard Holm*

Vold og seksuelle overgreb er hyppigt forekommende problemer i Grønland (Larsen 1990; Bjerregaard og Young 1998; Bjerregaard et al. 2004). Tidligere undersøgelser af den generelle helbredstilstand har vist, at både vold og seksuelle overgreb påvirker sundheden i en negativ retning (Curtis et al. 2002; Lavoie et. al 2007a; Lavoie et. al 2007b).

Vold og seksuelle overgreb kan være mange forskellige ting og er derved komplekse områder at undersøge. Vold og overgreb påvirker individets sundhedstilstand både direkte og indirekte. En direkte påvirkning kan eksempelvis være i form af ødelagte organer eller nedsat førlighed ved udsættelse for grov vold. Ofte er påvirkningerne mere indirekte, herunder af psykisk karakter, og kan derigennem påvirke den mentale sundhed og medføre risikoadfærd. Befolkningsundersøgelsen fra 1993 viste, at en større andel af dem, der havde været udsat for voldelige eller seksuelle overgreb, led af kroniske sygdomme, nylig opstået sygdom eller psykiske problemer, samt havde et dårligere selvvurderet helbred end dem, der ikke havde været udsat for vold eller seksuelle overgreb (Curtis et al. 2002).

## Svarprocent og bortfald

Svarprocenten i spørgsmålene om vold og seksuelle overgreb er lavere end undersøgelsens generelle svarprocent, hvilket er en kendt problemstilling ved selvudfyldte spørgeskemaer. Her springer interviewpersonen oftere spørgsmål over end ved interviewerbaserede spørgeskemaer. Endvidere kan den manglende besvarelse være forstærket af spørgsmålenes sensitive karakter. Spørgsmålene om vold og seksuelle overgreb blev ikke stillet i Qasigiannguit (N=295). Af de resterende 1952 deltagere er der 162 personer (8%), der slet ikke har besvaret det selvudfyldte spørgeskema. Blandt de 1790 deltagere, der har besvaret det selvudfyldte spørgeskema, er der 366 personer (20%) der ikke har besvaret spørgsmålene om vold og 477 personer (27%), der ikke har besvaret spørgsmålene om seksuelle overgreb. I alt 317 personer (18%) har hverken besvaret spørgsmål om vold eller seksuelle overgreb. Dette bortfald er omtrent dobbelt så højt som ved befolkningsundersøgelsen i 1993, hvilket vanskeliggør en sammenligning mellem de to undersøgelser.

Der er et systematisk bortfald for spørgsmålene om vold og seksuelle overgreb. Cirka 20% af kvinderne og 15% af mændene i undersøgelsen har hverken besvaret spørgsmålene om vold eller seksuelle overgreb (p=0,001). Bortfaldet stiger jævnt med alderen (p<0,001), og er størst i bygder og yderdistrikter: 8% i Nuuk, 16% i Maniitsoq og Aasiaat og 31% i bygderne i Upernavik (p<0,001). Der er også systematisk bortfald for spørgsmålene med hensyn til uddannelse og erhverv, hvorfor der ikke er udført analyser af vold og seksuelle overgreb i relation til bopæl og socioøkonomiske forhold.

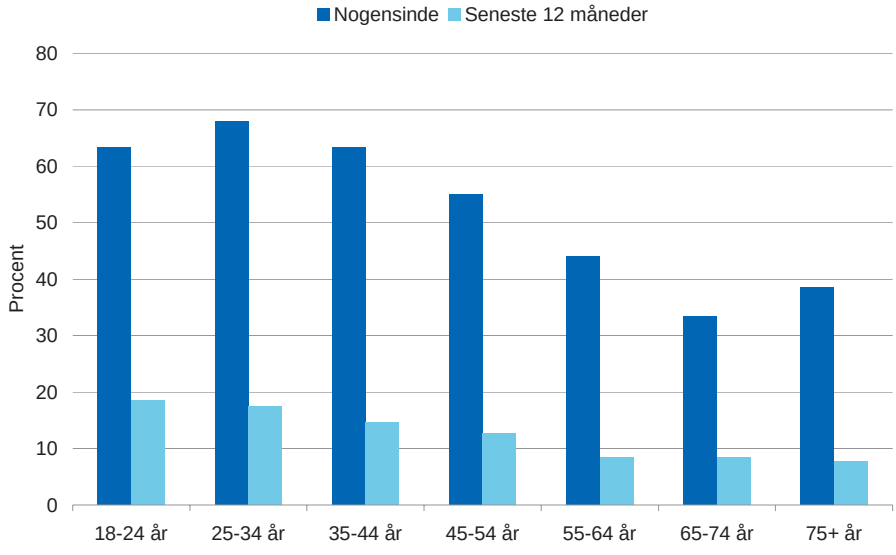
Det kan tænkes, at en del af de mange deltagere, der specifikt ikke har besvaret spørgsmålene om vold og seksuelle overgreb, med en vis sandsynlighed selv har været berørt netop af vold eller seksuelle overgreb. Hvis dette er tilfældet, er den reelle andel af personer i befolkningen, der har været udsat for overgreb, højere end de tal, der præsenteres her. Det er også muligt, at svage læsere er blevet trætte af at udfylde det selvudfyldte spørgeskema hen mod slutningen, hvor spørgsmålene om vold og seksuelle overgreb var placeret. Medmindre andet bliver nævnt, omhandler analyserne i dette kapitel kun de faktiske besvarelser og inddrager ikke dem, der ikke har besvaret det selvudfyldte spørgeskema eller specifikt har undladt at svare på spørgsmålene om vold og seksuelle overgreb.

## Vold

Deltagerne blev spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder eller tidligere (som voksen) havde været udsat for forskellige former for vold eller alvorlige trusler om vold. Derudover var der et spørgsmål om hvem, der udsatte personen for vold med svarmulighederne nuværende ægtefælle/samlever, tidligere ægtefælle/samlever, nuværende eller tidligere kæreste, andet familiemedlem, en ven eller bekendt, en kollega eller person fra arbejdspladsen, en fremmed eller en ukendt. Disse forskellige mulige voldsudøvere er her grupperet som nuværende/tidligere partner, familiemedlem, ven/kollega og ukendt/fremmed. Det vil blive belyst om deltagerne nogensinde, samt inden for det sidste år, har været udsat for en eller flere former for vold eller trusler, hvilke former for vold, der var tale om, og hvem der var voldsudøveren.

Befolkningsundersøgelsen fra 2005-2007 viser, at 59% af den voksne befolkning på et tidspunkt i deres liv har været udsat for mindst en af de forskellige former for vold eller trusler. Heraf er andelen blandt kvinder større (62%) end blandt mænd (56%) (p=0,02). Inden for det seneste år har 14% været udsat for vold eller trusler, heraf er en højere andel kvinder (16%) end mænd (13%; p=0,07).

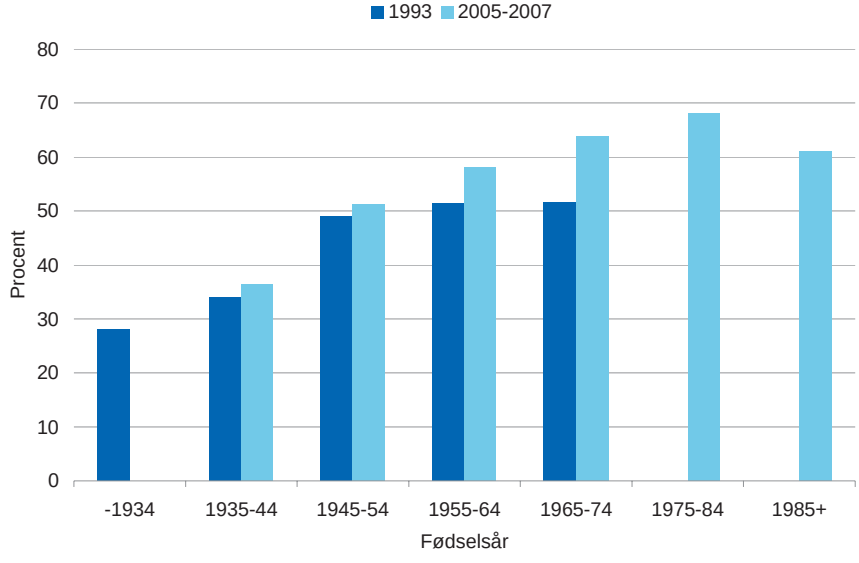
Udover køn hænger vold også sammen med alder. Risikoen for nogensinde at have været udsat for vold eller trusler som voksen er høj og næsten ens i alderen 18-44 og falder derefter, mens risikoen for at have været udsat for vold de seneste 12 måneder er højest blandt de yngste og faldende med alderen (figur 6.1). Denne aldersmæssige sammenhæng gælder for begge køn.




Figur 6.1 Udsat for vold eller trusler nogensinde (p<0,001) og seneste 12 måneder (p<0,001) i forhold til alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1424; uoplyst=366. Kun grønlændere.

Sammenlignet med befolkningsundersøgelsen i 1993, hvor 47% rapporterede at have været udsat for vold eller trusler som voksen, er der sket en markant stigning i 2005-2007 (59%). Forekomsten af vold inden for de seneste 12 måneder har derimod ikke ændret sig: 15% i 1993 og 14% i 2007.

Figur 6.2 viser, at det er de yngre fødselsårgange, dvs. personer født efter 1955, der rapporterer mest vold. Den stigende rapportering af vold kan muligvis skyldes, at tolerancen for vold er faldet snarere end at hyppigheden af vold er tiltaget siden 1993.




Figur 6.2 Udsat for vold eller trusler nogensinde. Mænd og kvinder efter fødselsår. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=1189. 2005-2007: N=1424. Undersøgelsen i 1993 dækker fødselsår til og med 1974; 2005-2007 dækker fødselsår fra 1935.

Grønland er ikke alene om en høj forekomst af vold. I en undersøgelse fra 2004 blandt inuit i Nunavik svarede 54%, at de havde oplevet vold, og det er ligeledes oftere kvinder (57%) end mænd (50%), der er udsat for vold (Lavoie et. al 2007a). Undersøgelsen fra Nunavik benyttede de samme spørgsmål som denne undersøgelse til at belyse forekomsten af vold i befolkningen, hvorfor undersøgelserne metodemæssigt til fulde er sammenlignelige (Lavoie et. al 2007a).

*Forskellige former for vold*

Tabel 6.1 viser hvor mange mænd og kvinder, der har været udsat for de forskellige former for vold eller trusler om vold.

Den hyppigste form for vold er at blive skubbet, rusket eller slået med let hånd, hvilket 43% har været udsat for, kvinder hyppigere end mænd ($p<0,001$). Den næsthyppigste form for vold er at blive sparket, slået med knyttet hånd eller genstand, hvilket 37% har været udsat for. At blive kastet ind i møbler, vægge eller ned ad trapper er den form for vold, som færrest udsættes for (11%), dog er det

væsentligt at bemærke at kvinder oftere end mænd (p<0,02) oplever denne type vold. Kvinder bliver derudover oftere end mænd udsat for trusler om vold (p<0,001) og anden form for vold (p<0,02).

Tabel 6.1 Forskellige former for vold fordelt på køn. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Kun grønlændere.

| | Mænd % | Kvinder % | I alt % | p-værdi |
|---|---|---|---|---|
| Skubbet, rusket eller slået med let hånd (N=1199) | 37,9 | 47,1 | 42,9 | <0,001 |
| Sparket, slået med knytnæve eller genstand (N=1156) | 38,2 | 36,5 | 37,3 | 0,30 |
| Kastet ind i møbler, væg eller ned ad trappe (N=1066) | 8,7 | 12,7 | 10,9 | 0,02 |
| Grov vold i form af kvælningsforsøg, angreb med kniv eller skydevåben (N=1068) | 12,9 | 13,9 | 13,4 | 0,02 |
| Anden for vold (N=1025) | 15,9 | 21,1 | 18,6 | 0,02 |
| Trusler om vold, så alvorlig at du blev bange (N=1364) | 27,0 | 39,1 | 33,4 | 0,001 |
| Mindst én form for vold og/eller trusler (N=1424) | 56,4 | 61,9 | 59,0 | 0,02 |

*Voldsudøveren*

Langt fra alle har svaret på, hvem voldsudøveren er. Af dem, der har besvaret, hvem der er voldsudøveren, har 39 mænd og 260 kvinder svaret, at voldsudøveren er deres nuværende/tidligere partner. 26 kvinder og 39 mænd har været udsat for vold fra et familiemedlem. For 93 personer (68 mænd og 25 kvinder) var en ven eller kollega voldsudøveren, og en ukendt/fremmed person var gerningsmanden for 157 mænd og 90 kvinder. Flere af deltagerne har været udsat for forskellige former for vold fra flere forskellige voldsudøvere. Det gælder altså stadigvæk, at kvinder oftest bliver udsat for vold fra deres partner, mens mænd oftest bliver udsat for vold fra fremmede.

## Seksuelle overgreb

Deltagerne blev spurgt, om de nogensinde var blevet tvunget eller forsøgt tvunget til nogen form for seksuel aktivitet som henholdsvis barn (under 13 år), ung (13-17 år) og voksen (18+ år). Derudover var der et spørgsmål om, hvem der var krænker. Der var i spørgeskemaet mulighed for at afkrydse en eller flere krænke-

re: Nuværende ægtefælle/samlever, tidligere ægtefælle/samlever, nuværende eller tidligere kæreste, forældre/plejeforældre, andet familiemedlem, en ven eller bekendt, en jævnaldrende kammerat (under 18 år) en kollega/person fra arbejdspladsen, en lærer/pædagog/træner/fritidsleder, en fremmed, samt en anden person. Det vil her blive belyst, om deltagerne nogensinde har været udsat for seksuelle overgreb, hvor mange der har oplevet sådanne overgreb som barn, ung og/eller voksen, samt hvem der var krænker.

I befolkningsundersøgelsen fra 2005-2007 har 31% af de deltagere, der svarede på spørgsmålene om seksuelle overgreb, været udsat for overgreb som barn, ung og/eller voksen. 9% oplevede seksuelle overgreb som voksen (18+ år), 14% som unge (13-17 år) og 21% som børn (under 13 år). Andelen af kvinder, der udsættes for seksuelle overgreb (43%), er langt højere end andelen af mænd (16%), ($p<0,001$). Dette er en markant stigning siden undersøgelsen i 1993, hvor tallene var 25% af kvinderne og 6% af mændene. Med andre ord, hver 3. voksen har været udsat for seksuelle overgreb, og næsten hver anden voksne kvinde. Hver 5. voksen blev udsat for seksuelle overgreb som barn (under 13 år).

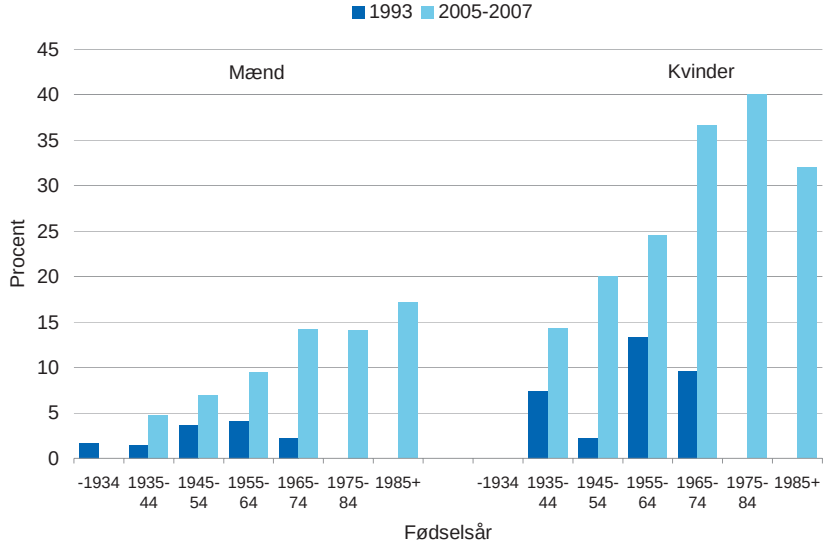
En del af forklaringen på den tilsyneladende stigning i forekomsten af seksuelle overgreb kan være, at formuleringen af spørgsmålene var lidt anderledes i 2007 end i 1993. Det er også muligt, at opfattelsen af, hvad der udgør et overgreb, er blevet bredere. Endvidere er der kommet mere fokus på seksuelle overgreb i samfundsdebatten, bl.a. at seksuelle overgreb ikke er acceptable, at offeret ikke selv er skyld i et overgreb, samt at der er brug for behandlingstilbud til ofrene. Denne offentlige italesættelse af emnet kan have medført en større åbenhed om emnet på det personlige plan, således at deltagerne i 2005-2007 er mere parate til at svare, hvis de har været udsat for seksuelle overgreb. Men tilbage står, at betydeligt flere i 2005-2007 undersøgelsen end i 1993 oplyser at have været udsat for seksuelle overgreb.

*Seksuelle overgreb mod børn*

I 1993 oplyste 13% af kvinder og 4% af mænd i alderen 18-24 år at have været udsat for seksuelle overgreb som børn, her defineret som under 13 år. I 2005-2007 er tallene 31% og 10%, altså mere end fordoblet. Tallene for 2005-2007 ligger tæt på resultaterne fra en undersøgelse i 2004 blandt de ældre skoleelever, hvor det ud fra lidt andre spørgsmål blev konkluderet, at 28% af pigerne og 9% af drengene havde været udsat for seksuelle overgreb inden de fyldte 15 år (Curtis et al. 2006). En tilsvarende høj forekomst af seksuelle overgreb ses blandt

Inuit i Nunavik i en undersøgelse fra 2004, hvor 38% af kvinder og 13% af mænd oplyser at have været udsat for seksuelle overgreb i barndommen (Lavoie et. al 2007b).

Specielt for befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 er der en klar stigning i seksuelle overgreb mod børn over tid, således at de yngste deltagere oftest har været udsat for overgreb, selvom der måske er grund til en forsigtig optimisme for de allerseneste fødselsårgange for pigers vedkommende (figur 6.3).




Figur 6.3 Seksuelle overgreb mod børn (under 13 år). Mænd og kvinder efter fødselsår. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=547 (mænd) og N=532 (kvinder). 2005-2007: N=578 (mænd) og N=590 (kvinder). Undersøgelsen i 1993 dækker fødselsår til og med 1974; 2005-2007 dækker fødselsår fra 1935. Kun grønlændere.

*Seksuelle overgreb og alkoholproblemer i barndomshjemmet*

Seksuelle overgreb og alkohol hører ofte sammen. Således har 47% af de kvinder der fortæller, at der ofte var alkoholproblemer i deres barndomshjem, været udsat for seksuelle overgreb i barndommen imod 19% for kvinder uden alkoholproblemer i barndomshjemmet ($p<0,001$). For mænd er de tilsvarende tal 26% og 7% ($p<0,001$). Både seksuelle overgreb i barndom og ungdom og alkoholproblemer i barndomshjemmet viser sammenhæng med senere selvmordsforsøg

(se kapitel 7). Det er nærliggende at forestille sig en årsagskæde, der går fra omsorgssvigt og alkohol i barndomshjemmet via seksuelle overgreb til selvmord.

*Krænker*
Uanset alder ved overgrebet blev 45% af krænkerne beskrevet som en fremmed eller en anden person. Blandt de deltagere, der blev udsat for seksuelle overgreb som barn, var krænkeren imidlertid lige så ofte et familiemedlem herunder også forældre. Blandt deltagere, der blev udsat for seksuelle overgreb som ung, var der oftere tale om en partner eller ven end om et familiemedlem, mens der blandt deltagere, der blev udsat for seksuelle overgreb som voksen, oftest var tale om overgreb begået af en partner eller ven.

## Opsamling

Det rapporterede omfang af vold inden for det seneste år synes at være uændret siden 1993, hvorimod andelen af deltagere, der på et eller andet tidspunkt af deres voksne liv har været ofre for vold, er steget markant fra 47% til 59%. Dette er ikke kun et sundhedsmæssigt problem, men et generelt problem i samfundet. Vold påvirker individets sundhed og har ofte store konsekvenser for personens sundhed både på kort og langt sigt.

Den høje andel af voksne, der har været udsat for vold, er ikke kun tal der forekommer i denne undersøgelse. 54% af inuit i Nunavik har været udsat for vold, hvilket viser at inuit-samfund på tværs af landegrænser har problemer med en høj voldsrate. 62% af befolkningens kvinder har oplevet vold som voksen, og nuværende eller tidligere partner er den hyppigste voldsudøver. Det er ikke kun et stort problem for kvinderne selv, men også for de børn der bor i hjemmet. Mænd udsættes også ofte for vold, men hyppigst af en fremmed voldsudøver.

Hver tredje voksen har været udsat for seksuelle overgreb på et eller flere tidspunkter i deres liv og hver femte i deres barndom. Det er høje tal, men dog heldigvis ikke et område, der går upåagtet hen. Der har været og er mange tiltag på området, som f.eks. Paarisa's kampagne mod seksuelt misbrug af børn i 2006 og 2007 (Paarisa 2008). Ligesom vold er seksuelle overgreb både et sundheds- og samfundsmæssigt problem, og som ved voldsproblematikken er en del af problemet knyttet til alkoholmisbrug. At være offer for seksuelle overgreb sætter sig dybe spor, især psykisk, men også fysisk. Befolkningsundersøgelsens data kan bruges til mere detaljerede analyser af seksuelle overgreb i relation til opvækstvilkår og sociale forhold.

# 7. Selvmordstanker og selvmordsforsøg

*Cecilia Petrine Pedersen og Inger Katrine Dahl-Petersen*

Antallet af selvmord i Grønland er steget dramatisk gennem de seneste 50 år. I 2006 viste en opgørelse 57 selvmord (40 mænd og 17 kvinder), hvilket svarer til en selvmordsrate på ca. 102 selvmord pr. 100.000 beregnet for hele befolkningen (Embedslægeinstitutionen i Grønland 2008). Selvmord forekommer mere end tre gange så hyppigt blandt mænd end blandt kvinder. Det høje antal selvmord, især blandt unge mænd (395 pr. 100.000 i alderen 15-24 år), bidrager til en stor del af de tabte leveår i Grønland, mere end det stigende antal dødsfald forårsaget af kræft og hjertesygdomme (Grønlands Statistik 2007). Selvmord må dermed betegnes som en af de store udfordringer for folkesundheden i Grønland. Dette mønster for selvmordsadfærd gør sig ikke kun gældende for Grønland. Selvmordsraterne blandt inuit på tværs af det arktiske område er alarmerende høje – særligt blandt unge mænd (Kirmayer et al. 1996; Arctic Council Sustainable Development Working Group 2005; Wexler 2006). I Canada er selvmordsraten blandt inuit mere end 11 gange højere end den gennemsnitlige selvmordsrate i Canada (Health Canada 2006).

De få selvmord, der forekom i begyndelsen af det 20. århundrede, skyldtes egentlig sindssygdom, blandt andet skizofreni og depressiv psykose (Bertelsen 1935). I dag er årsagerne til selvmord mere komplekse. Forskningen på området tegner gennemgående et billede af, at faktorer som usikre opvækstvilkår, personlige kriser forårsaget af konflikter med kærester eller andre nære relationer, seksuelle overgreb, andres selvmord og alkoholproblemer kan være medvirkende årsager til selvmordshandlinger (Thorslund 1992; Leineweber et al. 2001; Lynge og Bjerregaard 2002; Pedersen et al. 2007). Endvidere er den hurtigt fremskridende moderniseringsproces blevet tillagt en vigtig betydning i forhold til den stigende forekomst af selvmord, idet individer i en omstillingsproces i højere grad er stillet i en sårbar position over for forandringer (Thorslund 1992). Både tanker og handlinger vedrørende selvmord er i Grønland i høj grad et ungdomsfænomen, men der er forskel på gruppen af unge, der har haft selvmordstanker, har forsøgt selvmord eller har begået fuldbyrdet selvmord. Antallet af selvmord har i en lang årrække været højest blandt de helt unge mænd i alderen 15-24 år (Bjerregaard 2004), mens det er kvinder, der har den højeste forekomst af selvmordstanker og selvmordsforsøg. En undersøgelse af de 15-18 årige skolebørns trivsel i Grønland (Curtis et al. 2006) viste, at godt en tredjedel af de unge har tænkt alvorligt

på at begå selvmord, og næsten en fjerdedel angav at have forsøgt at begå selvmord, heraf en markant højere andel af piger end drenge.

I dette kapitel belyses det aktuelle billede af forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg i den voksne befolkning og udviklingen fra 1993 og frem til i dag. Endvidere præsenteres en række demografiske variationer inden for selvmordstanker og selvmordsforsøg. Resultaterne bygger på analyser fra befolkningsundersøgelserne i 1993 og 2005-2007. Begge undersøgelser indeholder spørgsmål om alvorlige selvmordstanker, mens spørgsmål om selvmordsforsøg kun er medtaget i 2005-2007. På spørgsmålene om selvmordstanker og selvmordsforsøg har deltagerne kunnet angive, om de nogensinde har haft alvorlige selvmordstanker eller forsøgt selvmord, om de har tænkt alvorligt på selvmord eller har forsøgt selvmord inden for det seneste år eller tidligere i livet.

## Svarprocent og bortfald

Af de 2247, der har deltaget i undersøgelsen, har 164 personer (7%) ikke besvaret det selvudfyldte spørgeskema og er derfor udeladt af analyserne. Af de resterende 2083 deltagere har 178 personer (9%) hverken besvaret spørgsmålene vedrørende selvmordstanker eller selvmordsforsøg; 10% af kvinderne og 6% af mændene i undersøgelsen har hverken besvaret spørgsmålene om selvmordstanker eller selvmordsforsøg ($p=0{,}001$). Bortfaldet stiger med alderen ($p<0{,}001$) og er størst i bygderne (14%) i forhold til i Nuuk (4%) og andre byer (8%). Endvidere er der en høj andel af arbejdsløse (12%) og fanger/fiskere (10%), der ikke har besvaret spørgsmålene om selvmordstanker og selvmordsforsøg.

## Selvmordstanker i 1993 og 2005-2007

I 2005-2007 har næsten en femtedel (18%) af de, der har besvaret spørgsmålene om selvmordstanker, angivet, at de på et tidspunkt i deres liv har haft alvorlige selvmordstanker. Nogle af disse har også haft selvmordsforsøg. Spørgsmålene om selvmordstanker var ens i 1993 og 2005-2007, og udviklingen kan derfor analyseres.

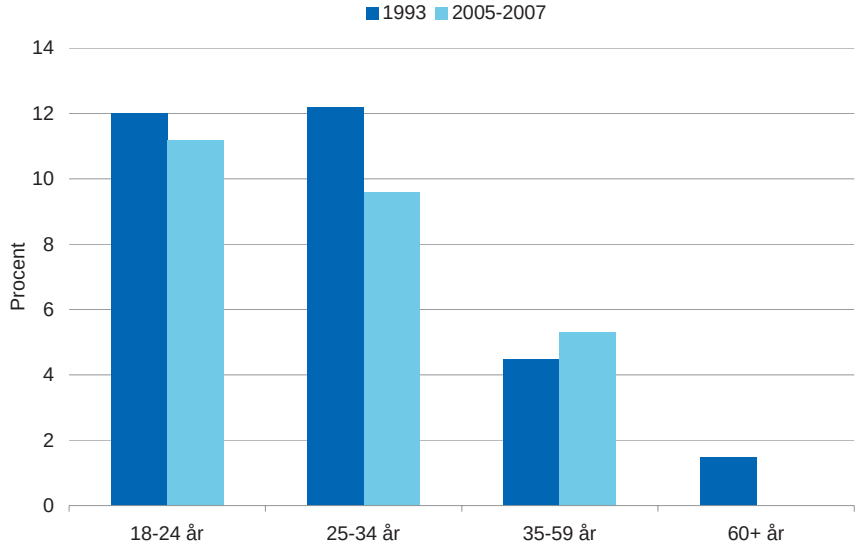
Som det fremgår af tabel 7.1, er andelen, der har angivet at have haft alvorlige selvmordstanker inden for det seneste år og tidligere i livet, højere blandt kvinder end mænd. Forekomsten af alvorlige selvmordstanker i befolkningen fra 1993 til 2007 er stort set uændret. I 1993 havde 8% af mænd og 9% af kvinder haft alvorlige selvmordstanker inden for det seneste år. Når man ser på de forskellige aldersgrupper, fremgår det dog af figur 7.2, at der er sket en fordobling i andelen

blandt de 25-34 årige kvinder, der har haft selvmordstanker inden for det seneste år. Således havde 8% haft selvmordstanker inden for det sidste år i 1993 og 16% i 2007, p=0,004. For mænd er der ingen ændring i forekomsten af alvorlige selvmordstanker i de forskellige aldersgrupper (figur 7.1).

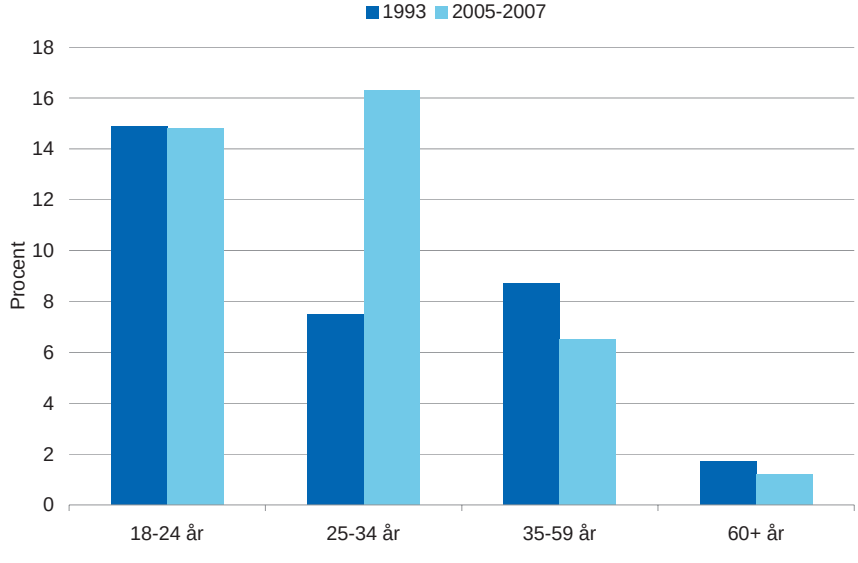
Tabel 7.1 Andel blandt kvinder og mænd med alvorlige selvmordstanker inden for det seneste år og tidligere i livet. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1877; uoplyst=206, p=0,014 for forskellen mellem mænd og kvinder. Kun grønlændere.

| | | Alvorlige selvmordstanker | |
|---|---|---|---|
| | Aldrig | Seneste år | Tidligere i livet |
| Køn | % | % | % |
| Mænd (N=844) | 85,0 | 5,8 | 9,2 |
| Kvinder (N=1033) | 80,3 | 9,0 | 10,7 |

En tilsvarende undersøgelse blandt inuit i Nunavik i Canada fra 2004 viser ligeledes en høj forekomst af selvmordstanker. Godt en tredjedel har haft selvmordstanker, hvoraf 14% har haft selvmordstanker inden for det seneste år, og den højeste forekomst er blandt unge kvinder mellem 15 og 29 år (Kirmayer et. al 2007).




Figur 7.1 Forekomsten af alvorlige selvmordstanker blandt mænd inden for det seneste år fordelt på alder. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=578. 2005-2007: N=844.




Figur 7.2 Forekomsten af alvorlige selvmordstanker blandt kvinder inden for det seneste år fordelt på alder. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=630. 2005-2007: N=1033.

## Selvmordsforsøg

Selvmordsforsøg defineres af WHO som "en handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende – eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser" (WHO 1986). 14% af de, der har besvaret spørgsmålene om selvmordsforsøg, har angivet, at de på et tidspunkt i deres liv har forsøgt at begå selvmord, heraf 3% inden for det seneste år.

Tabel 7.2 Andel blandt mænd og kvinder, der har forsøgt at begå selvmord inden for det seneste år og tidligere i livet. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1842; uoplyst=241, p=0,001 for forskellen mellem mænd og kvinder. Kun grønlændere.

| | | Selvmordsforsøg | |
|---|---|---|---|
| | Aldrig | Seneste år | Tidligere i livet |
| Køn | % | % | % |
| Mænd (N=833) | 89,2 | 1,7 | 9,1 |
| Kvinder (N=1009) | 83,3 | 3,3 | 13,5 |

Blandt inuit i befolkningsundersøgelsen i Nunavik i 2004 havde en femtedel nogensinde forsøgt at begå selvmord, hvoraf 7% var inden for det seneste år. Andelen af selvmordsforsøg var højest blandt unge kvinder (15-29 år).

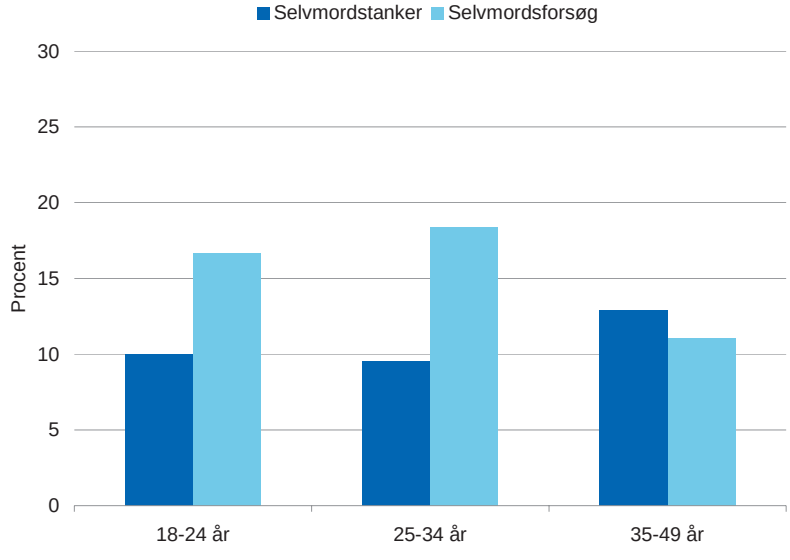
Ikke overraskende er der en tæt sammenhæng mellem selvmordstanker og selvmordsforsøg både for mænd og kvinder ($p<0,001$). Mere end hver tredje mand (36%) og hver anden kvinde (51%), der på et tidspunkt i deres liv har haft alvorlige selvmordstanker, har forsøgt selvmord. Dette mønster genfindes fra befolkningsundersøgelsen i 1999, hvor 34% af mænd og 47% af kvinder, der havde haft selvmordstanker, også havde forsøgt selvmord.

På baggrund af spørgsmålene om selvmordstanker og selvmordsforsøg er deltagerne i undersøgelsen inddelt i tre grupper efter selvmordsadfærd: Personer, der har angivet ikke at have haft selvmordstanker eller forsøgt selvmord, personer der kun har haft selvmordstanker og endelig personer, der har angivet at have forsøgt selvmord. Forskellen i selvmordsadfærd fordelt på alder understreger, at selvmordsadfærd er et ungdomsfænomen. Næsten 90% af mænd og kvinder med

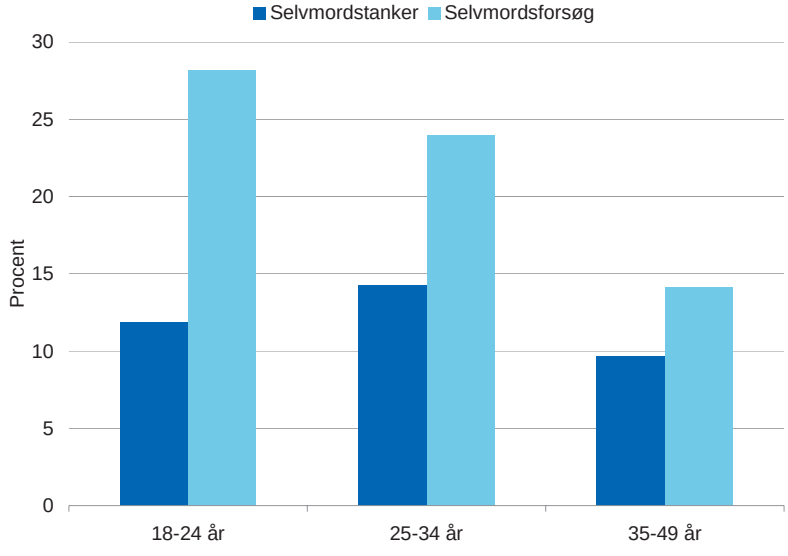
selvmordsadfærd findes i aldersgruppen 18-49 år, og analyserne er derfor i det følgende begrænset til at belyse selvmordsadfærd i denne aldersgruppe.

## Demografisk variation i selvmordsadfærd

Resultaterne fra denne undersøgelse viser, at 11% af de 18-49 årige har haft selvmordstanker uden at have forsøgt selvmord, mens 17% har forsøgt selvmord på et tidspunkt i deres liv. Der er lige mange mænd og kvinder, der kun har haft selvmordstanker, men flere kvinder, der har forsøgt selvmord (p=0,01). Forskellen mellem mænd og kvinder kommer i højere grad til udtryk, når analyserne opdeles på alder (figur 7.3 og 7.4). For kvinder er det i den yngste aldersgruppe, der er flest, der har forsøgt selvmord (p<0,001). I aldersgruppen 18-24 år, har 28% af kvinder forsøgt selvmord i forhold til 17% af mænd.



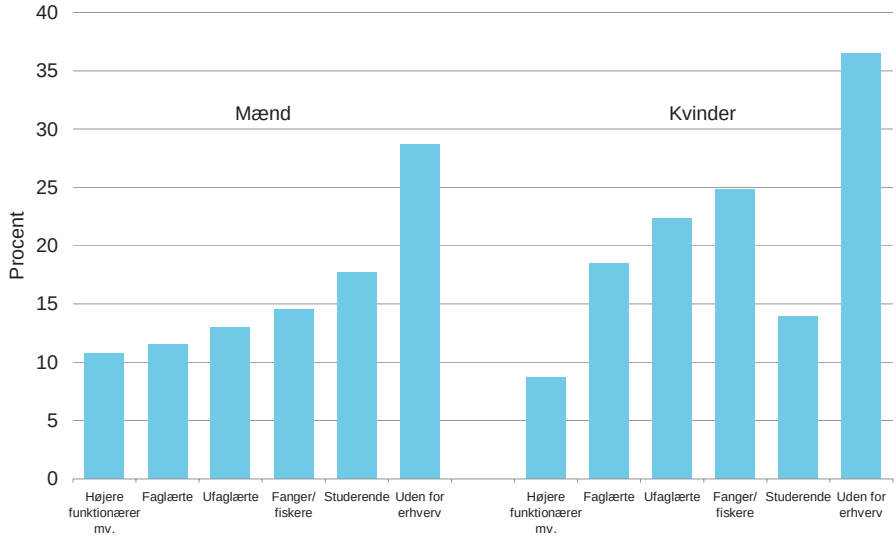

Figur 7.3 Andel af mænd med selvmordstanker og selvmordsforsøg fordelt på alder (18-49 år). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=565; uoplyst=20. Kun grønlændere.




Figur 7.4 Andel af kvinder med selvmordstanker og selvmordsforsøg fordelt på alder (18-49 år). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=801; uoplyst=42. Kun grønlændere.

*Uddannelse og erhverv*

I de følgende analyser har vi valgt at fokusere på personer, der har forsøgt selvmord. For kvinder er der en klart nedadgående tendens for selvmordsforsøg med stigende uddannelsesniveau. 23% af kvinder med udelukkende folkeskole eller GU rapporterer om selvmordsforsøg, 15% af kvinder med kort uddannelse og 9% af kvinder med mellemlang eller lang uddannelse (p=0,004). Analyserne er kontrolleret for alder. Det er i øvrigt kun for deltagere med udelukkende skoleuddannelse, at der er statistisk sikker forskel på mænd og kvinder (p=0,002), og den overordnede forskel i selvmordsforsøg mellem mænd og kvinder forsvinder, når der kontrolleres for uddannelse. Der ses sammenhæng mellem selvmordsforsøg og erhverv for både mænd og kvinder (mænd p=0,03; kvinder p<0,001) (figur 7.5).




Figur 7.5 Andel med selvmordsforsøg fordelt på erhvervsgrupper og alder (18-49 år). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=494; kvinder: N=690. Justeret for alder. Kun grønlændere.

*Geografisk variation*

Der er store regionale forskelle i forekomsten af fuldbyrdede selvmord i Grønland. Efter en jævn stigning i selvmordsforekomsten i byer og bygder på Vestkysten frem til slutningen af 1980erne har niveauet i dag nogenlunde stabiliseret sig. I Nuuk er der sket et konstant fald i forekomsten af selvmord efter en drastisk stigning frem til midten af 1980erne, således at selvmordsforekomsten i Nuuk nu ligger under de andre byer og bygderne på Vestkysten (Paarisa 2004). Tal fra Grønlands Statistik op til 2002 viser, at selvmordsforekomsten er lavest i Nuuk med en selvmordsrate på godt 50 pr. 100.000, efterfulgt af Sydvestkysten med en rate på ca. 60 og Nordvestkysten med en rate på ca. 80. Selvmordsraten er markant højest på Østkysten med en selvmordsrate på ca. 240 (Paarisa 2004). Selvmordsforekomsten blandt inuit i Canada er også præget af store regionale forskelle. Health Canada beregnede for årene 1999-2003 selvmordsraterne i forskellige regioner fra 61 pr. 100.000 blandt Inuvialuit til 239 pr. 100.000 blandt Nunatsiavut (National Aboriginal Health Organization 2007).

I den aktuelle undersøgelse er der både for mænd og kvinder en større forekomst af selvmordsforsøg i bygder end i byer, men forskellen er kun statistisk sikker for kvinder (p=0,045). Den øvrige geografiske variation opdelt på region er ikke

ensartet, og materialet er for lille til at blive opdelt på både by/bygd og geografisk region.

## Opvækstvilkår og selvmordsadfærd

Både for kvinder og mænd er der en sammenhæng mellem alkoholproblemer i barndomshjemmet og selvmordstanker (mænd p=0,002; kvinder p=0,01) og selvmordsforsøg. Af tabel 7.3 fremgår, hvorledes forekomsten af selvmordsforsøg stiger fra 6% blandt deltagere uden belastende opvækstvilkår til 43% blandt de hårdest belastede. Der er en del deltagere, der ikke har svaret på spørgsmålene om opvækstvilkår, og tabellen er derfor kun baseret på 943 deltagere af de 1366, der har svaret på spørgsmålene om selvmordsforsøg. Forekomsten af selvmordsforsøg er ens for deltagere, der henholdsvis har og ikke har besvaret opvækstspørgsmålene (p=0,56), hvilket styrker den almene gyldighed af resultaterne i tabel 7.3.

Tabel 7.3 Opvækstvilkår og selvmordsforsøg i Grønland. Alkoholproblemer og seksuelle overgreb i barndom eller ungdom. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=943, p<0,001. Justeret for alder og køn. Kun grønlændere.

| Opvækstvilkår | N | Selvmordsforsøg % |
|---|---|---|
| Hverken overgreb eller alkoholproblemer | 280 | 5,5 |
| Alkoholproblemer, men ikke overgreb | 361 | 10,3 |
| Overgreb og af og til alkoholproblemer | 198 | 28,1 |
| Overgreb og ofte alkoholproblemer | 99 | 42,7 |

## Selvmord i den nærmeste omgangskreds

Knapt to tredjedele (61%) af dem, der har besvaret spørgsmålet om selvmord i den nærmeste omgangskreds, har oplevet selvmord blandt familie og venner. Der er således sket en stigning siden befolkningsundersøgelsen i 1993, hvor knapt halvdelen (48%) havde oplevet selvmord blandt familie og venner (p<0,001).

Undersøgelser blandt unge har vist, at selvmord i den nærmeste omgangskreds er en risikofaktor for selvmordstanker og selvmordsforsøg. I en undersøgelse blandt ældre skoleelever i Grønland rapporterede unge, der havde forsøgt selvmord, i højere grad kendskab til personer i den nærmeste omgangskreds, der havde begået selvmord, end unge der ikke havde forsøgt selvmord (Curtis et al. 2006). I en undersøgelse blandt unge inuit (14-25 år) i Canada fandt Kirmayer et

al., at 27% af respondenterne havde et familiemedlem, der havde forsøgt eller begået selvmord, og 42% en ven, der havde begået selvmord. Unge med en ven, der havde forsøgt selvmord, havde en 6 gange så stor risiko for selv at have forsøgt selvmord (Kirmayer et al. 1996).

Også i den aktuelle befolkningsundersøgelse er der en sammenhæng mellem selvmord i nærmeste omgangskreds og eget selvmordsforsøg ($p<0,001$). Af de 18-49 årige kvinder, der har oplevet selvmord i familien eller blandt venner, har 24% selv forsøgt selvmord sammenlignet med 11% blandt kvinder, der ikke har oplevet selvmord blandt de nærmeste ($p<0,001$). Forskellen er mindre for mænd og ikke statistisk sikker. Dette skyldes ikke nødvendigvis en årsagssammenhæng mellem selvmord i nærmeste omgangskreds og eget selvmordsforsøg. Forklaringen kan også være, at det er fælles livsbetingelser, der udløser selvmordshandlingerne.

## At tale med andre om egne selvmordstanker

Selvmordstanker er en alvorlig byrde at bære rundt på alene. 76% (N=335) af alle dem, der har haft selvmordstanker eller forsøgt at begå selvmord, har besvaret spørgsmålet, om de har talt med nogen om deres selvmordstanker. Af dem, der har haft selvmordstanker eller forsøgt selvmord, har 65% talt med nogen om disse tanker (N=217). Der er ingen forskel mellem mænd og kvinder eller mellem forskellige aldersgrupper. Det samme billede viser sig for befolkningsundersøgelsen i 1993.

På spørgsmålet om hvem man har talt med om selvmordstanker, havde deltagerne mulighed for at angive familie, venner, præst, læge eller øvrige i sundhedsvæsenet, lærer, pædagog, fritidsleder, træner samt andre. Ud fra dette ses, at selvmordstanker hovedsageligt er blevet udtrykt over for venner (30%), familie (24%) og andre (18%), samt personale i sundhedsvæsenet (15%).

Undersøgelsen blandt inuit i Nunavik (2004) viser et næsten identisk billede, hvor 66% af dem, der havde haft selvmordstanker inden for det seneste år, havde talt med nogen om deres tanker. Der var ingen forskel mellem mænd og kvinder, mens de, der var i alderen 30-49 år, mere sjældent søgte hjælp hos andre. Også i Nunavik henvendte de, der havde haft selvmordstanker, sig oftest til venner (80%) efterfulgt af familie (43%) (Kirmayer et. al 2007).

## Opsamling

Resultaterne fra befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 viser, at 18% af deltagerne har haft selvmordstanker. Forekomsten af selvmordstanker er samlet set uændret siden 1993, men der er sket en fordobling af andelen med alvorlige selvmordstanker inden for det seneste år blandt de 25-34 årige kvinder. 14% har på et tidspunkt i deres liv forsøgt at begå selvmord, hvilket er en lille stigning i forekomsten af selvmordsforsøg fra befolkningsundersøgelsen i 1999 til 2007.

Langt hovedparten af de, der har haft selvmordsadfærd, findes i aldersgruppen 18-49 år, og det er hovedsageligt kvinder i alderen 18-24 år, der skiller sig ud ved en høj forekomst i forhold til mændene i samme aldersgruppe. Endvidere er der for kvinder en sammenhæng mellem uddannelse og selvmordsforsøg således, at jo lavere uddannelse, des flere har forsøgt selvmord. Undersøgelsen bekræfter tidligere fund af stærke sammenhænge mellem selvmordsadfærd, misbrug og dårlige opvækstvilkår.

Der er fortsat et stort behov for at videreføre den igangværende forebyggelsesindsats rettet mod at nedsætte andelen af unge og voksne, der har alvorlige tanker om at begå selvmord eller har forsøgt at begå selvmord. Der har igennem de seneste års debat omkring selvmord været meget fokus på de unge mænd, som har den højeste selvmordsrate, men resultater fra denne undersøgelse peger på, at det er også vigtigt at have fokus på kvinder med selvmordstanker. Den høje andel med selvmordstanker og selvmordsforsøg ses som udtryk for, at der er en stor gruppe af især unge kvinder, der har dårlig psykisk trivsel. Undersøgelsen understøtter eksisterende viden om vigtigheden af en særlig indsats over for sociale problemer som opvækstforhold med misbrug og seksuelle overgreb.

Befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 giver blandt andet mulighed for yderligere analyser af sociale forskelle i selvmordsadfærd og sammenhængen mellem opvækstforhold og selvmordsadfærd.

# 8. Kost, fysisk aktivitet og overvægt

Det 21. århundrede vil i hele det arktiske område i stigende grad blive præget af de kroniske livsstilssygdomme, der foruden (mis)brug af tobak og alkohol skyldes for meget og for underlødig kost, for lidt motion og tiltagende overvægt. (Young og Bjerregaard 2008) Nogle af de mest udbredte livsstilssygdomme er diabetes og hjertekarsygdom. Hvor diabetes var stort set ukendt i Grønland i 1960erne, viste befolkningsundersøgelsen i 1999 en forekomst, der steg stærkt med alderen og var ca. 20% højere end forekomsten i Danmark (Jørgensen et al. 2002). Foreløbige analyser af befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 har bekræftet den høje forekomst af diabetes.

Forekomsten og dødeligheden af hjertekarsygdom er mindre velbeskrevet, men der er ikke nogen grund til at tro, at befolkningen i Grønland bliver sparet for den stigning i forekomsten af f.eks. åreforkalkning og blodpropper i hjertet og hjernen, som forventes som et resultat af den vestlige livsstil. Analyser af dødsårsagerne viser, at dødeligheden af blodprop i hjertet er på niveau med Danmark, mens dødeligheden af blodprop i hjernen er væsentlig højere (Bjerregaard et al. 2003b). Analyser af befolkningsundersøgelsen i 1999 viser, at forekomsten af mulige forstadier til blodprop i hjertet er på niveau med europæiske lande (Jørgensen et al. 2008).

Befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 har derfor haft fokus på hjertekarsygdom og diabetes samt risikofaktorerne for disse sygdomme. I denne rapport beskrives de bagvedliggende faktorer: Kost, fysisk aktivitet og overvægt, og i kapitel 9 rygning. I senere rapporter og videnskabelige artikler vil mere biologiske og sygdomsrelaterede forhold blive analyseret, herunder blodtryk, ekg, kolesterol, åreforkalkning i halspulsåren og diabetes.

# 8.1 Kost

*Charlotte Jeppesen*

## Den traditionelle grønlandske kost

Den traditionelle grønlandske kost er præget af det fisker-fangersamfund, som Grønland oprindelig var, og som til dels stadig præger mindre byer og bygder. Den traditionelle grønlandske mad består af naturens og omgivelsernes udbud og består hovedsageligt af dyr i havet og på landjorden samt fuglevildt og bær som f.eks. sortebær og blåbær. For grønlændere har den traditionelle mad stor betydning både kulturelt, sundhedsmæssigt og socialt (Bjerregaard et al. 1995). Faktorer som tilgængelighed, sæsonvariation og økonomi har indflydelse på brugen af traditionelle fødevarer. Nogle fødevarer som sæl og fisk er næsten altid tilgængelige, mens fangst af hvaler er bestemt af kvoter; tilgængeligheden af bl.a. rensdyr, moskusokse og fugle er sæsonbetinget, og desuden sætter fredningsbestemmelser grænser for jagt. Kiloprisen varierer mellem de forskellige kødtyper, og nogle fuglearter har en høj kilopris i forhold til kiloprisen for fisk og sæl. Alt dette influerer på, hvad, hvor ofte og hvor meget, der bliver spist af de forskellige fødevarer. Når en fødevare vælges, resulterer dette samtidig i, at en anden fødevare fravælges, og det kan ses på andelen af traditionelle kontra importerede fødevarer i kosten og på kostens sammensætning af energigivende stoffer (makronæringsstoffer) kulhydrat, fedt og protein. Valget fra forbrugerens side kan være betinget af smagspræferencer, men også ønsket om en varieret kost spiller ind specielt ved inkludering af traditionelle fødevarer i den daglige kost. De importerede fødevarer kommer hovedsageligt fra Danmark (Bjerregaard et al. 1995).

I 2005 introducerede Grønlands Ernæringsråd de 10 kostråd, hvor et af rådene lyder "*Spis grønlandske fødevarer; ofte fisk og fiskepålæg*". Ved at lægge vægt på traditionelle fødevarer er der skabt et sundhedsmæssigt fokus på og en anerkendelse af betydningen af den traditionelle kost. Studier fra bl.a. Danmark har vist, at mænd og kvinder har forskellige kostpræferencer og valg af mad (O'Doherty Jensen og Holm 1999). Som eksempel har det vist sig, at mænd spiser mere kød, specielt okse-, svine- og lammekød, sammenlignet med kvinder, som har en tendens til at vælge fødevarer ud fra et helbredsmæssigt synspunkt. Derfor spiser kvinder som oftest mere frugt og grønt i forhold til mænd og har større præference for fjerkræ og fisk. Generationerne imellem kan der forventes at være store forskelle på madpræferencer og spisemønstre, da mad antager forskellig betydning livet igennem. Yngre generationer bliver i højere grad influeret af nye tendenser og ude-

frakommende påvirkninger, mens den ældre generation holder fast i traditioner. Dette gælder også i forhold til mad. Ændringer i madpræferencer kan ses i kostens makronæringsstofsammensætning, som igen kan have en sundhedsmæssig indflydelse senere i livet. Der er stor enighed om, at fedt (fedtstoffer f.eks. smør, fede mælkeprodukter og fedt i kød) og et højt indtag af simple sukkerarter (slik, sodavand, kager) fører til højere risiko for overvægt og fedme, som igen øger risikoen for diabetes og hjertekarsygdomme (Riccardi et al. 2004). Det er derfor vigtigt at monitorere ændringer i befolkningens kostvaner, samt råde og vejlede når tendenser, som kan have negative helbredsmæssige konsekvenser opstår.

Dette kapitel fokuserer på hvilke fødevarer, der spises og hvor ofte, sammenlignet med befolkningsundersøgelsen i 1993. I undersøgelsen har vi spurgt til deltagernes egen opfattelse af, om deres forbrug er ændret over de seneste fem år. Den sidste del af kapitlet omhandler, hvor meget der spises af nogle udvalgte, importerede fødevarer, og kostens energifordeling, som sammenlignes med anbefalinger for kostens makronæringsstofsammensætning.

## Metoder

Kostdelen i befolkningsundersøgelsen er en del af det interviewerudfyldte spørgeskema. Spørgeskemaet indeholder 7 kostrelaterede spørgsmål, hvoraf det ene består af et fødevarefrekvensskema med 67 fødevarer og drikkevarer, hvoraf 23 er traditionelle fødevarer karakteristiske for den grønlandske kost. Frekvensskemaet er en liste med fødevarer, som giver oplysninger om hyppighed og mængde af de enkelte fødevarer. De 67 fødevarer er fordelt i 12 fødevarekategorier, som er gengivet i tabel 8.1.1. De fire første grupper betegnes som traditionelle fødevarer, mens resten er importerede fødevarer. Begrebet "junk-food" omfatter fødeemner som pizza, burger, pommes frites, kager, slik, sodavand og is. Disse fødevarer findes for det meste i grupperne "Diverse" og "Kager og slik". Ligeledes spænder gruppen "Brød mv." også meget bredt og omfatter rugbrød, franskbrød, groft franskbrød, hvilket slags fedtstof der bruges på brødet (minarine, blandingsfedtstof, margarine eller almindeligt smør) samt kornprodukter og stivelsesholdige madvarer som ris, pasta og spaghetti.

Kostdata er altid forbundet med usikkerhed og ved disse data, som er indsamlet retrospektivt, er der usikkerheder omkring hukommelse (at kunne genkalde sig, hvad man har spist), bestemmelse af mængden man har spist, og forståelse af spørgeskemaet og intervieweren. I energiberegningerne i den kvantitative del af kostundersøgelsen er en del interviewpersoners svar sorteret fra, idet de havde et

usandsynligt højt eller lavt energiindtag. Dette er et almindeligt forekommende fænomen i sådanne undersøgelser (Willet 1998). Grænserne er sat, så kvinder med et beregnet energiforbrug på mindre end 2100 kJ eller mere end 15.000 kJ pr. dag frasorteres. Ligeledes frasorteres mænd med et beregnet energiforbrug på mindre end 3350 kJ og mere end 17.000 kJ pr. dag. Således er resultater med energi – og makronæringsstofresultater fremkommet på baggrund af 2034 personer (871 mænd og 1163 kvinder) ud af de i alt 2247 deltagere i undersøgelsen fra 2005-2007.

Tabel 8.1.1 Fødevarefrekvensskemaet fra befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007.

| Fødevaregruppe | Antal fødevarer i gruppen | Eksempler på fødevarer |
|---|---|---|
| Sæl og hval (kogt, steget eller frosset) | 6 | Sæl, hval, hvalros, indvolde og mattak |
| Fisk (kogt, stegt eller frosset) | 6 | Torsk, hellefisk, ammassat, ørred og laks samt rejer og skaldyr |
| Andet | 7 | Rensdyr og moskusokse, alk, ederfugl, æg fra vilde fugle, bær |
| Tørret kød og fisk | 4 | Tørret sæl-, hval-, og rensdyrkød, samt tørfisk og frosset eller saltet spæk |
| Kød | 6 | Okse-, svine-, og lammekød, fjerkræ, frikadeller og pølser samt færdigretter |
| Pålæg | 3 | Kød- og fiskepålæg, leverpostej og hønseæg |
| Frugt | 5 | Frisk frugt, dåsefrugt og frugtjuice |
| Grøntsager | 6 | Friske eller frosne grøntsager, kartofler, gulerødder, kål og tomat |
| Mælkeprodukter | 5 | Mælk, yoghurt, ymer, ost og is |
| Brød mv. | 9 | Franskbrød og rugbrød, fedtstof på brød, morgenmadsprodukter, havregryn, spaghetti, ris og bønner |
| Kager og slik | 5 | Kager, slik, syltetøj, sodavand og saftevand |
| Diverse | 5 | Pizza, burger, pommes frites, chips, kaffe og te og sukker tilsat disse |

Kostspørgsmålene i befolkningsundersøgelsen fra 1993 var anderledes end kostundersøgelsen i 2005-2007. Spørgsmålene i 1993 gik hovedsageligt på, hvor ofte

man spiste grønlandske fødevarer, hvorvidt man kunne lide de forskellige fødevarer og nogle få sociale aspekter omkring måltider i hjemmet.

## Traditionelle og importerede fødevarer

Når man ser på en befolknings forbrug af fødevarer, er det naturligt at se på, *hvor ofte* de enkelte fødeemner bliver spist. *Frekvensen* (gange pr. dag, uge eller måned) kan sige lige så meget, som den *kvantitative mængde* (gram pr. dag) fordi det fortæller noget om tilgængeligheden af en fødevare, om befolkningen har adgang til fødevaren, og om fødevaren benyttes i det hele taget. Følgende resultater giver et billede af, hvor ofte traditionelle og importerede fødevaregrupper spises i Grønland.

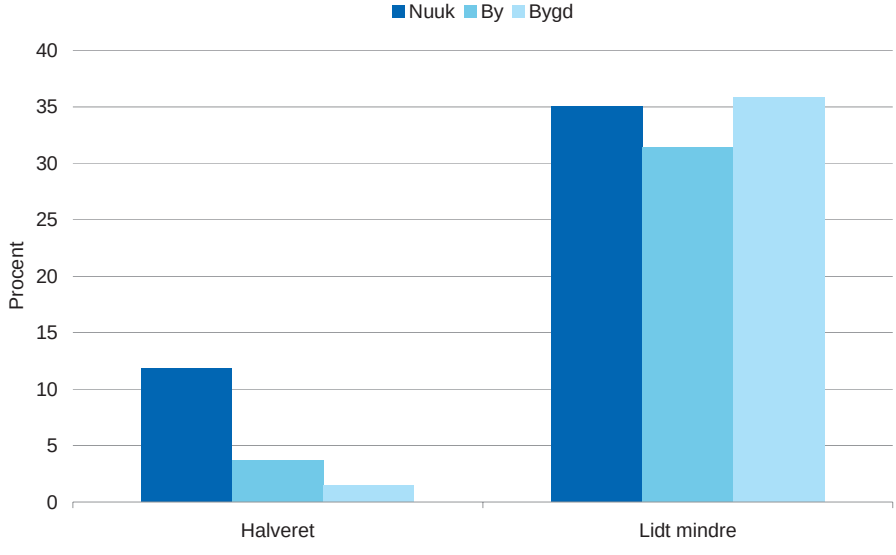
Tabel 8.1.2 viser hvor mange procent af de adspurgte, som har spist traditionelle fødevarer mindst en gang om ugen de seneste tre måneder. Kun for hval er der ingen statistisk forskel mellem de to undersøgelser. Andelen af de adspurgte som spiser sæl, fisk og fuglevildt, er mindre i 2005-2007 end i 1993. Modsat er der flere af de adspurgte i 2005-2007 end i 1993, som spiser rensdyr mindst en gang om ugen. Tabel 8.1.2 illustrerer desuden nogle udvalgte fødevarer fra kategorien "importerede fødevarer". Der ses en større andel i 2005-2007, som mindst en gang om ugen spiser frugt, grøntsager, eller drikker mælkeprodukter og sodavand. Alle ændringer for importerede fødevarer er statistisk sikre, men da spørgsmålene i 1993 og 2005-2007 ikke er identiske, skal resultaterne tolkes med forsigtighed.

Tabel 8.1.2 Ændringer fra 1993 til 2007 i forbruget af udvalgte fødevarer. Andel, der spiser den pågældende fødevare mindst en gang om ugen. 1993: N=1371; uoplyst 65. 2005-2007: N=2245; uoplyst=2. Kun grønlændere.

| | 1993<br>% | 2005-2007<br>% | p-værdi |
|---|---|---|---|
| Traditionelle fødevarer | | | |
| Sæl | 63,0 | 37,9 | <0,001 |
| Hval | 26,9 | 27,2 | 0,9 |
| Fisk | 64,9 | 56,2 | <0,001 |
| Fuglevildt | 42,0 | 31,1 | <0,001 |
| Rensdyr | 10,9 | 21,0 | <0,001 |
| Importerede fødevarer | | | |
| Frugt | 70,2 | 81,9 | <0,001 |
| Grøntsager | 80,4 | 86,7 | <0,001 |
| Mælkeprodukter | 64,6 | 75,8 | <0,001 |
| Sodavand | 44,4 | 62,9 | <0,001 |

*Betydningen af geografisk tilhørsforhold*
Det er ikke uden betydning, om deltagerne bor i Nuuk, i større byer eller i en bygd, for andelen af traditionelle fødevarer i kosten. Den naturlige forskel i tilgængelighed af naturens råvarer kan spille ind. Graden af urbanisering har også indflydelse på tilgængeligheden af f.eks. importerede fødevarer, så udbudet bliver større og derved påvirker frekvensen af, hvor ofte man spiser traditionelle fødevarer.

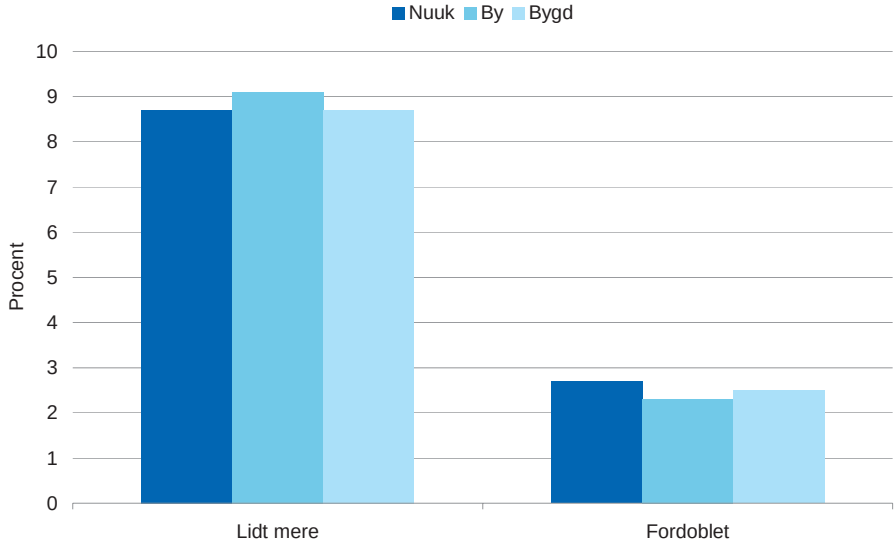
Figur 8.1.1 viser den geografiske forskel for deltagere, som spiser mindre sælkød i forhold til for 5 år siden. 12% af dem der bor i Nuuk, har halveret deres forbrug, imod kun 3,7% i byerne og 1,5% i bygderne. Til gengæld er der ingen geografisk forskel mellem dem, som mener de spiser "lidt mindre" sælkød. Nuuk og bygderne er ens med 35%, som spiser mindre, mens byerne ligger en smule lavere med 31%.




Figur 8.1.1 Andelen i Nuuk, andre byer og bygder som mener, at de har halveret deres forbrug af sælkød eller spiser lidt mindre sæl. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2235; uoplyst=12. Kun grønlændere.

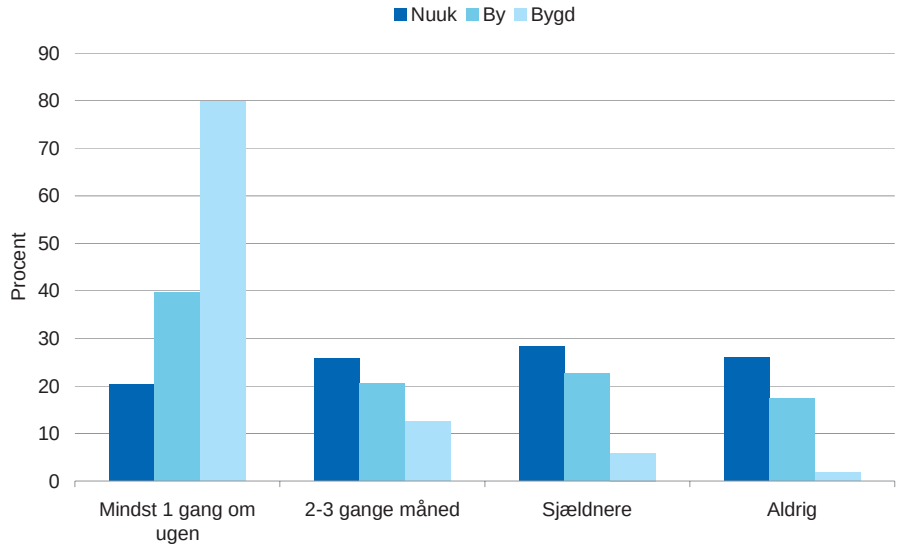
I figur 8.1.2 ses andelen af de deltagere, som spiser mere, fordelt på dem som spiser "lidt mere" og dem, som synes de spiser dobbelt så meget sælkød sammenlignet med for 5 år siden. Her ses ingen statistisk forskel mellem bostederne. Der er 8,7%, som mener, de spiser "lidt mere" i Nuuk og i bygderne og 9% i by-

erne. For andelen, som spiser det dobbelte, er der heller ingen forskel mellem geografisk bosted, hvor andelen er ca. 2,5% uafhængigt af bosted. Alt i alt er der betydeligt flere af deltagerne, der mener, at deres forbrug af sælkød er blevet mindre de seneste fem år, hvilket bekræfter resultaterne i tabel 8.1.2.




Figur 8.1.2 Andelen i Nuuk, andre byer og bygder som mener de har fordoblet deres forbrug af sælkød eller spiser lidt mere. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2235; uoplyst=12. Kun grønlændere.

Figur 8.1.3 viser sammenhængen mellem bosted og hvor ofte, man spiser noget, man selv eller et familiemedlem har fanget. Det traditionelle fisker-fanger samfund er stadig at finde i bygderne. I bygderne har 80% indtaget et hovedmåltid fra egen fangst mindst en gang om ugen. Næsten 40% af deltagerne fra byerne har spist egen fangst mindst en gang om ugen inden for de seneste 3 måneder, mens det i Nuuk kun er 20%, som har spist egen fangst. Procentdelen i bygderne som svarer, at de ”aldrig” spiser et hovedmåltid hvor egen fangst indgår, er meget lille, 1,7% imod 26% i Nuuk og 17% i byerne.



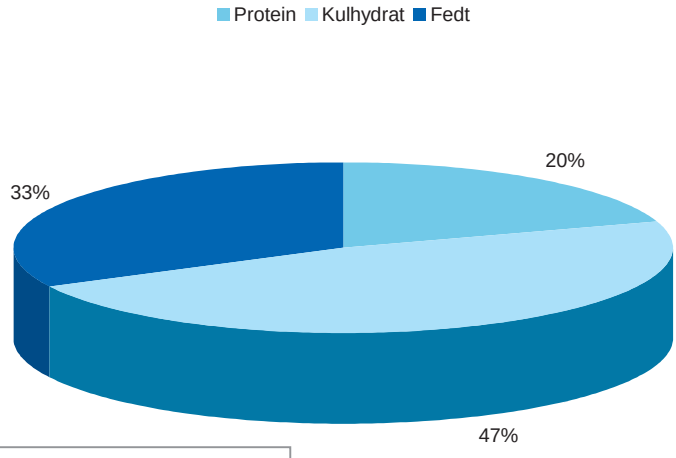

Figur 8.1.3 Hyppighed af hovedmåltider fra egen eller families fangst i Nuuk, by og bygd. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2239; uoplyst=8, p<0,001. Kun grønlændere.

## Kostens energifordeling

Kosten kan deles op i tre energigivende stoffer (makronæringsstoffer): Kulhydrat, protein og fedt. Alkohol er også et makronæringsstof, som medtages i nogle kostundersøgelser, men som oftest udelades. Energiprocenten fortæller, hvor meget af energien i kosten der kommer fra kulhydrat, protein eller fedt, og den afhænger derfor ikke kun af indholdet af det givne makronæringsstof i gram, men også af, hvor mange gram af de andre makronæringsstoffer der er i kosten. Energiprocenten har sundhedsmæssige konsekvenser, og derfor er der udformet anbefalinger for, hvor stor andel hver af makronæringsstofferne må bidrage til den samlede energitilførsel.

Makronæringsstofferne bidrager med forskellig energimængde pr. gram. Kulhydrat og protein indeholder 17 kJ pr. gram, mens fedt og alkohol er meget energitætte med 37 kJ pr. gram fedt og 30 kJ pr gram alkohol. Ifølge de Nordiske Næringsstofanbefalinger (Nordic Council of Ministers 2004) bør energiprocenten fra kulhydrat ligge på 55-60%, fra protein på 10-15%, og fedt må maksimalt bidrage med 30 energiprocent. Alkohol er ikke en anbefalet del af kosten, og derfor er de ovenstående anbefalinger for energiprocenterne eksklusive alkohol. I vores beregninger indgår alkohol derfor ikke, bl.a. for at kunne sammenholde re-

sultaterne med anbefalingerne. Det skal dog pointeres, at for ca. ¾ af deltagerne vil alkohol i større eller mindre grad bidrage med energi.




Anbefalet kostsammensætning

Kulhydrat 55-60 E%
Protein 15-20 E%
Fedt højst 30 E%

Figur 8.1.4 Den gennemsnitlige energifordeling i kosten i 2005-2007 samt den anbefalede sammensætning af makronæringsstoffer. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2034. Kun grønlændere.

Det ses af figur 8.1.4, at den gennemsnitlige energifordeling i den grønlandske kost ikke rammer helt ved siden af anbefalingerne. Kulhydratenergiprocenten ligger for lavt i forhold til de 55 E% som minimumgrænse. Tilsvarende ligger proteinenergiprocenten i det høje område af anbefalingerne. Fedtenergiprocenten ligger også for højt. Den må maksimalt komme op på 30 E%, men er i deltagernes kost oppe på 33 E%. Proteinindtaget og fedtindtaget kunne med fordel mindskes på bekostning af kulhydrater, fortrinsvist frugt, grønt og fiberholdige kornprodukter f. eks rugbrød. En undersøgelse af kostindtaget blandt inuit i Nunavikområdet i 2004 viser lignende resultater af kostens energisammensætning. Her fandt man en energiprocent for protein på 21 E%, for fedt på 29 E% og for kulhydrat på 50 E% (Blanchet og Rochette 2008).

## Generationernes valg af fødevarer

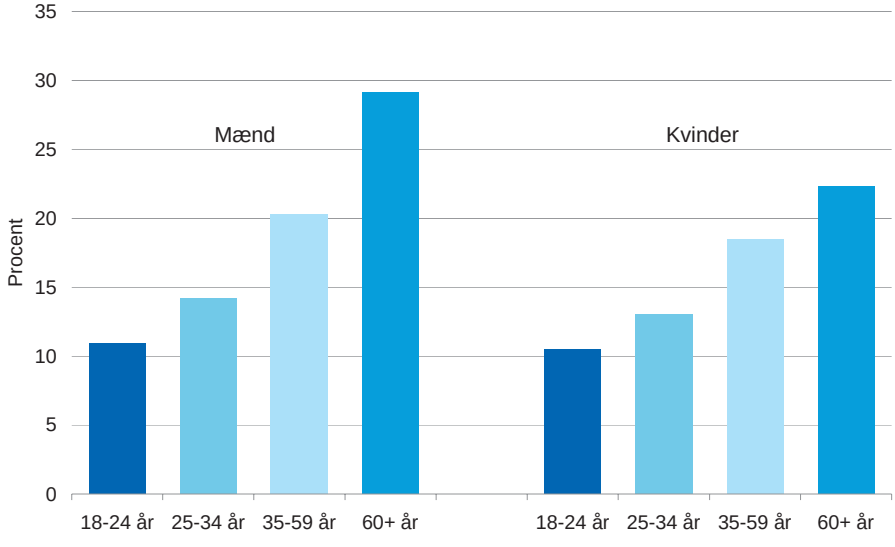
Mænd indtager mere energi og en større mængde kulhydrat, protein og fedt end kvinder, hvilket ikke er overraskende, idet de har et højere energibehov. Desuden får mænd en større del af deres energiindtag fra traditionelle fødevarer (20%) i sammenligning med kvinder (17%) ($p<0,001$). I 1993 fandt man ligeledes, at mænd generelt spiste mere traditionelt end kvinder. På baggrund af denne forskel mellem kønnene vil de følgende tabeller og figurer blive opdelt på køn, eller analyserne vil være justeret for kønsforskellen.

Når et samfund er i udvikling, er det interessant at se på forskellen mellem forskellige aldersgruppers måde at spise på og valg af fødevarer. Oftest er det de yngre generationer, som ændrer vaner og tager nye tendenser til sig. Dette gælder også for ændringer i kost. Figur 8.1.5 viser aldersgruppernes procentuelle energiindtag fra traditionelle fødevarer opdelt på mænd og kvinder.

Med stigende alder stiger bidraget til det samlede energiindtag fra traditionelle fødevarer for begge køn. Der er størst forskel mellem kønnene i den ældste gruppe, dem som er over 60 år. Mænd over 60 år indtager 29% af deres samlede energi fra traditionelle fødevarer, mens kvinder over 60 år har et noget mindre energibidrag fra traditionelle fødevarer på 22%. Figur 8.1.5 bekræftes af andre undersøgelser. Hansen et al. estimerer, at personer i deres undersøgelse indtager omkring 13% af kosten fra traditionelle fødevarer, og at mængden af traditionel mad stiger med alderen; deltagere over 50 år indtager omkring 25% traditionel kost set i forhold til den totale mængde mad (Hansen et al. 2008).

Ud fra figur 8.1.5 ser det ud til, at de yngre generationer af grønlandske mænd og kvinder har fravalgt de traditionelle fødevarer til fordel for importerede fødevarer. Andre undersøgelser har også vist, at indtaget af fødevarer fra den vestlige kost med lav næringsværdi og højt fedt- og sukkerindhold er højt i Grønland, specielt blandt yngre mennesker (Hansen et al. 2008). I daglig tale betegnes disse fødevarer som ”junk-food” eller ”fast food”; et andet ord som har vundet indpas i sproget, er begrebet ”tomme kalorier”, som illustrerer den problematik, at disse fødevarer kun bidrager til et højt energiindtag, men ingen næringsværdi har i form af vitaminer og mineraler. Ernæringsrådet i Grønland har inkluderet to kostråd ud af de 10, som direkte vejleder mht. indtag af disse energitætte fødevarer. Kostråd nummer 6 lyder: ”Spis mindre sukker, slik, chips og kager”, og kostråd nummer 7 lyder: ”Drik vand – drik mindre saft og sodavand”. De to nævnte kostråd har i de følgende analyser ligget til grund for vores definition af junkfood, som vil være den betegnelse, der bruges i det følgende. I spørgeskemaet (se

tabel 8.1.1) kan disse fødevarer findes bl.a. i fødevarekategorierne "Diverse", der omfatter burger, pizza, pommes frites og chips, i kategorien "Kager og slik" og i "Mælkeprodukter", hvor indtaget af is er medregnet. Junk-food er en importeret fødevaregruppe, som med et højt fedt-og sukkerindhold kan relateres til overvægtsproblemer og udvikling af diabetes (Riccardi et al. 2004). Junk-food er endvidere fiberfattig og mætter derfor ikke ret meget. Der kan derfor indtages store portioner, før man bliver mæt. I vores undersøgelse har mænd et gennemsnitligt dagligt energiindtag fra junk-food på 1850 kJ pr. dag, hvor kvinderne ligger lavere med et gennemsnitligt indtag på 1485 kJ pr. dag (p<0,003).




Figur 8.1.5 Kostens procentdel af energi fra traditionelle fødevarer fordelt på aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=871, p<0,001; kvinder: N=1163, p<0,001. Kun grønlændere.

Af tabel 8.1.3 fremgår mænds indtag delt op på alder, hvor den yngste aldersgruppe ligger meget højt i energiindtag fra disse fødevarer. De 18-24 årige mænd har et gennemsnitligt indtag på 2840 kJ pr. dag, hvilket er 1,5 gange større end det gennemsnitlige indtag for hele gruppen af mænd. De 2840 kJ svarer til den energi, man indtager ved at spise 127 gram franske kartofler eller to og en halv almindelig pølse uden brød.

Tabel 8.1.3 Mænd og kvinders indtag af junk-food vist som kJ pr. dag fordelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=871; kvinder N=1163. Kun grønlændere.

| Aldersgrupper | N | Gennemsnitligt indtag i kJ pr. dag | Antal gange større end de 60+ åriges gennemsnit | p-værdi |
|---|---|---|---|---|
| Mænd | | | | |
| 18-24 | 78 | 2840 | 2,5 | <0,001 |
| 25-34 | 121 | 2717 | 2,4 | <0,001 |
| 35-59 | 498 | 1740 | 1,6 | <0,001 |
| *60+ | 174 | 1118 | 1 | - |
| I alt | 871 | 1850 | 1,7 | <0,001 |
| Kvinder | | | | |
| 18-24 | 120 | 2260 | 2,6 | <0,001 |
| 25-34 | 195 | 1963 | 2,2 | <0,001 |
| 35-59 | 675 | 1365 | 1,6 | <0,001 |
| *60+ | 173 | 878 | 1 | - |
| I alt | 1163 | 1485 | 1,7 | <0,001 |

*Den ældste aldersgruppe er sat som reference. P-værdien er et udtryk for om aldersgruppens gennemsnitlige indtag er forskellig fra de ældres.

De yngste mænds gennemsnitlige energiindtag fra junk-food er meget højt, hvis man sammenligner med et gennemsnitlig dagligt energibehov. Det er meget energi at indtage fra fødevarer, som ikke bidrager nævneværdigt til det samlede indtag af næringsstoffer. For en mand i alderen 18-29 år, der vejer 80 kg vil det basale daglige energibehov ligge på 7992 kJ pr. dag og for en kvinde i samme aldersgruppe, men med en vægt på 70 kg, vil energibehovet pr. dag ligge på 6405 kJ pr. dag (Willet 1998). Et energiindtag på 2840 kJ fra junk-food bidrager til 36% af det daglige energibehov for mænd. For kvinder i alderen 18-24 år svarer det gennemsnitlige energiindtag fra junk-food på 2260 kJ pr. dag til 35% af det daglige energibehov. En del af problemet med junk-food er, ud over det mættede fedt og høje energibidrag, det høje saltindhold, der følger med disse fødevarer f.eks. på pommes frites og chips. Et højt indtag af salt øger forekomsten af forhøjet blodtryk og mavekræft, og muligvis kan risikoen for knogleskørhed og hjertekarsygdomme forøges (Rasmussen og Mejborn 2006).

Kulhydrat kan deles op i tre grupper; stivelse, hurtigoptagne kulhydratformer og fibre (Nordic Council of Ministers 2004). Det er specielt de hurtigoptagne former, simple sukkerarter (glukose, fruktose, sakkarose og laktose), som er problematiske, da de giver en hurtig stigning i blodsukkeret efterfulgt af et drastisk

fald. Simple sukkerarter findes specielt i kager, slik, sodavand og som stødt melis eller hugget sukker, som tilsættes kaffe eller te. Resultaterne i tabel 8.1.3 viser, at især de yngre personer i undersøgelsen har et højt indtag af energi fra junk-food. Idet sukkerholdige fødevarer indgår i definitionen af junk-food, er det interessant at se, hvor stort deltagernes daglige sukkerindtag er. Andre undersøgelser har vist, at indtaget af sukker er højt i Grønland (Hansen et al. 2008). Tabel 8.1.4 viser de fire aldersgruppers indtag af sukker.

Tabel 8.1.4 Indtag af sukker fra sodavand, is, kager og slik samt sukkerholdige pålægsvarer og morgenmadsprodukter fordelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=871; kvinder: N=1163. Kun grønlændere.

| Aldersgrupper | N | Gennemsnitligt indtag i gram pr. dag | Antal gange større end de 60+ åriges gennemsnit | p-værdi |
|---|---|---|---|---|
| Mænd | | | | |
| 18-24 | 78 | 126 | 1,9 | <0,001 |
| 25-34 | 121 | 121 | 1,8 | <0,001 |
| 35-59 | 498 | 91 | 1,3 | <0,001 |
| *60+ | 174 | 67 | 1 | - |
| I alt | 871 | 94 | 1,4 | <0,001 |
| Kvinder | | | | |
| 18-24 | 120 | 90 | 1,8 | <0,001 |
| 25-34 | 195 | 90 | 1,8 | <0,001 |
| 35-59 | 675 | 70 | 1,4 | <0,001 |
| *60+ | 173 | 51 | 1 | - |
| I alt | 1163 | 73 | 1,4 | <0,001 |

*Den ældste aldersgruppe er sat som reference. P-værdien er et udtryk for om aldersgruppens gennemsnitlige indtag er forskellig fra de ældres.

Af tabel 8.1.4 ses, at sukkerindtaget er størst blandt de yngre deltagere. Kvinder som en samlet gruppe indtager dagligt 73 gram sukker pr. dag, hvor mændene samlet indtager 94 gram pr. dag (p=0,03). De gennemsnitlige værdier for mænd og kvinders indtag af sukker svarer, for mændenes vedkommende, til den mængde, der findes i 230 gram vingummi. Det er mere end to almindelige standardposer vingummi. Kvindernes gennemsnitlige indtag af sukker svarer til sukkerindholdet i 1,8 poser vingummi á 100 gram. De 18-24 årige og 25-34 årige mænd indtager 1,8-1,9 gange så meget raffineret sukker som de ældste mænd. De samme gælder for kvinder, hvor de 18-24 årige og 25-34 årige indtager 1,8 gange mere sukker end de ældste kvinder. I følge en tilsvarende undersøgelse i Grønland

indtager unge mennesker under 30 år ca. 50 gram sukker hver dag fra kager, is, slik og sodavand, og det er også i den undersøgelse de unge, der spiser mest sukker (Hansen et al. 2008).

## Opsamling

Den grønlandske befolknings kostvaner er i forandring. Det ses dels ud fra de geografiske forskelle i, hvor ofte man spiser traditionelle fødevarer, dels ud fra deltagernes egen opfattelse af ændringer i kostvanerne. Men det ses også ud fra generationsforskelle i kostens sammensætning af makronæringsstoffer. At unge menneskers kost i høj grad indeholder simple sukkerarter, er tegn på et stigende indtag af importerede fødevarer. Dette er foruroligende, når man samtidig ser på den udvikling, der er sket i forekomsten af type II diabetes i Grønland (Jørgensen et al. 2002).

Ud fra hyppigheden af indtag kan der siges noget om, hvilke fødevarer der dominerer en befolknings kost. Andelen af dem, som indtager importerede fødevarer mindst en gang om ugen, er meget større i 2005-2007 end i 1993 – specielt for frugt og sodavand. Andelen, som spiser traditionelle fødevarer mindst en gang om ugen, er lavere i 2005-2007 end i 1993.

Det gælder, at jo yngre aldersgruppe deltagerne tilhører, desto større mængde energi fra junk-food indtager de, og desto større mængde sukker fra slik og kager er en daglig del af deltagernes kost. Befolkningsundersøgelsen i 1993 konkluderede, at traditionelle fødevarer havde større betydning for den ældre generation end for den yngre generation. Billedet er således ikke forandret her 14 år efter. Heller ikke når mænd og kvinder sammenlignes. Mænd spiser stadig flere traditionelle fødevarer sammenlignet med kvinder, akkurat som det blev fundet i 1993. Den aktuelle undersøgelse peger på, at importerede vestlige fødevarer i stigende grad dominerer de yngre deltageres kost og at forebyggende tiltag bør målrettes de yngre aldersgrupper i befolkningen.

Kostforskning i Grønland har i vidt omfang været koncentreret om studier af den traditionelle kost og dens indhold af "fiskeolier" og forureningsstoffer. I lyset af den aftagende, kvantitative betydning af traditionel, marin kost er der behov for analyser af betydningen af både traditionel og importeret kost for udviklingen af kronisk sygdom. Fremtidig forskning kan undersøge de faktorer, der influerer på de yngre generationers ændrede kostvaner med henblik på forebyggelse af diabetes og hjertekarsygdomme.

# 8.2 Fysisk aktivitet i Grønland

*Inger Katrine Dahl-Petersen*

En fodboldkamp er i gang på byens fodboldbane, et andet sted er en voksen og et barn på vej en tur i fjeldet for at samle bær, mens en flok er i gang med at rense fiskegarnet efter dagens fiskeri. I en bygd bliver der hentet vand i store dunke til brug i hjemmet, og den ugentlige rengøring er i gang et tredje sted. Alle disse aktiviteter indebærer fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er defineret som enhver bevægelse udøvet af skeletmuskulaturen, der øger energiomsætningen (Caspersen et al. 1985)[1]. Inaktivitet derimod betegner en tilstand uden bevægelse, og med et aktivitetsniveau, der ligger lige over kroppens basalstofskifte.

Grønland har de seneste 50 år gennemgået en udvikling mod en øget vestliggørelse på vej væk fra det traditionelle fanger/fisker samfund, der var præget af et højt fysisk aktivitetsniveau og højt indtag af marin kost. I dag lever hovedparten af befolkningen en moderne tilværelse med et arbejde, der ikke kræver fysisk aktivitet, og med mekaniseret transport og hushold og en kost, der i langt højere grad består af vestlige råvarer (Bjerregaard og Young 1998; Bjerregaard 2004). I takt med disse samfundsændringer har Grønland på samme måde som inuit i Canada og Alaska, oplevet en stigning i forekomsten af en række livsstilssygdomme, herunder type 2 diabetes (Jørgensen et al. 2002; Bjerregaard et al. 2004). Fysisk inaktivitet er en betydelig risikofaktor for en lang række af disse livsstilssygdomme (Manson et al. 1992; Wei et al. 2000; Hu et al. 2003) og for død af alle årsager (Paffenbarger, Jr. et al. 1986). Endvidere har fysisk aktivitet en positiv betydning for helbredet og er en væsentlig faktor i forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme som eksempelvis type 2 diabetes (Helmrich et al. 1991; Manson et al. 1991; Helmrich et al. 1994; Thomas et al. 2006). Oftest bliver fysisk inaktivitet set i sammenhæng med udviklingen af overvægt og fedme. Meget tyder dog på, at fysisk aktivitet har en selvstændig helbredsmæssig betydning blandt såvel normalvægtige som overvægtige individer (Sui et al. 2008). Anbefalingerne for fysisk aktivitet varierer på tværs af landegrænserne. Ernæringsrådet i Grønland anbefaler, at alle voksne bevæger sig mindst en time dagligt, herunder inkluderes blandt andet transport til arbejde, rengøring, jagt og sport.

[1] Original definition: Physical activity is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that result in energy expenditure.

Sundhedsstyrelsen i Danmark anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive af moderat intensitet 30 minutter dagligt. Yderligere anbefales det, at man mindst to gange ugentligt er fysisk aktiv af hård intensitet 20-30 minutter (Sundhedsstyrelsen 2008).

Moderat fysisk aktivitet dækker alle former for ustruktureret aktivitet/motion, hvor pulsen skal op, og hvor du kan tale med andre imens. Eksempler på fysisk aktivitet af moderat intensitet: Cykle og gang til og fra arbejde, trappegang, en joggetur og motionsidræt. Minimumsgrænsen for moderat fysisk aktivitet svarer til en gennemsnitshastighed på 4 km/t.

Fysisk aktivitet af høj intensitet kan være planlagt træning/fysisk aktivitet, der gennemføres for at forbedre og/eller vedligeholde kondition. Høj intensitet betyder, at pulsen stiger, så du føler dig forpustet og har svært ved at føre en samtale. Eksempler på fysisk aktivitet af høj intensitet kan være svømning, løb, styrketræning og boldspil mm.

Endelig anbefaler WHO, at alle voksne er fysisk aktive af moderat intensitet 30 minutter om dagen 5 dage ugentligt eller fysisk aktive af hård intensitet 20 minutter om dagen tre gange ugentligt. Herudover indgår styrkefremmende øvelser mindst to gange om ugen (WHO 2008).

Viden om det fysiske aktivitetsniveau i Grønland er sparsom. Befolkningsundersøgelsen fra 1993 viste, at op mod halvdelen af befolkningen (41%) dyrkede motion eller var fysisk aktive på anden vis. Mænd var mere fysisk aktive end kvinder i fritiden, og yngre var mere aktive end ældre. Bygdebefolkningen var mere aktiv end bybefolkningen, hvilket blev forklaret ved en større forekomst af fysisk krævende fangst og fiskeri i bygderne. Konklusionen var, at befolkningen var væsentlig mere fysisk aktiv i fritiden end befolkningen i Danmark (Bjerregaard et al. 1995). En netop afsluttet befolkningsundersøgelse blandt inuit i Nunavik giver et lidt andet billede af det fysiske aktivitetsniveau. Her lever færre end to ud af 10 voksne op til anbefalingerne for fysisk aktivitet (Nolin et. al 2007).

## Metoder

Det er ikke muligt at sammenligne resultaterne fra befolkningsundersøgelsen i 1993 direkte med den nuværende undersøgelse, da målemetoderne adskiller sig

fra hinanden. I den aktuelle undersøgelse er anvendt et internationalt spørgeskema "International Physical Activity Questionnaire" (IPAQ) (IPAQ-group 2008b) tilpasset grønlandske forhold, som indeholder betydeligt flere og mere uddybende spørgsmål om fysisk aktivitet end befolkningsundersøgelsen fra 1993. IPAQ måler ved hjælp af 26 spørgsmål fysisk aktivitet fordelt på tre niveauer (aktivitet af hård og moderat intensitet samt gang) i fire domæner (arbejde, transport, hjem og fritid). Deltageren spørges til antal dage, den pågældende aktivitet er gennemført, og varighed af aktiviteten i minutter inden for de sidste 7 dage. Ved at gange dage og minutter fås antal minutter, der hver uge bruges på 10 forskellige kombinationer af aktivitetsniveau og domæne. Minutterne kan derefter ganges med en vægt og give energiforbruget målt i såkaldte MET-minutter hvor 1 MET/minut svarer til energiforbruget i hvile. For aktivitet af hård intensitet er vægten sat til 7 MET/minut, for aktivitet af moderat intensitet til 3 MET/minut og for gang til 2.3 MET/minut (Ainsworth et al. 2000).

Spørgeskemaet egner sig således i teorien til måling af den samlede aktivitet (i minutter eller energiforbrug) og til at beskrive fordeling af aktiviteten på aktivitetsniveauer og domæner. Spørgeskemaet egner sig i mindre grad til at kategorisere befolkningen i forhold til de eksisterende anbefalinger for fysisk aktivitet, idet det ikke er muligt at skelne, hvorvidt aktiviteten er foregået på én dag eller fordelt over en uge, som anbefalingerne kræver det. I analysen af IPAQ kan man således vælge at antage, at de registrerede aktiviteter falder på forskellige dage. Tabel 8.2.1 viser, at uanset hvilken anbefaling, der vælges, vil langt hovedparten af befolkningen blive kategoriseret som fysisk aktive. Den sunde fornuft siger, at dette nok ikke kan være tilfældet, og det fremgår da også af svarene på de enkelte spørgsmål i IPAQ, at mange deltagere har rapporteret urealistisk mange minutters aktivitet (tabel 8.2.2). Tabellen viser, at især for domænerne arbejde og transport har en stor andel af deltagerne rapporteret høje tal, dvs. mange dage og/eller mange minutter hver dag. Disse resultater svarer i øvrigt udmærket til interviewernes opfattelse af, at mange deltagere havde svært ved at give et realistisk bud på deres aktivitet på arbejde og ved transport, mens det gik bedre med hjem og fritid. En anden årsag til, at så mange kategoriseres som aktive er, at anbefalingerne oftest er udarbejdet som anbefalinger for fysisk aktivitet i fritiden, og at et instrument som IPAQ, der forsøger at måle den totale aktivitet i fire domæner (arbejde, transport, fritid og hjem), vil kræve andre grænser for kategorisering i aktive og ikke-aktive, da aktivitetsniveauet helt naturligt må blive højere.

Tabel 8.2.1 Fordeling af den grønlandske befolkning i forhold til Sundhedsstyrelsens og Ernæringsrådets anbefalinger. Resultater baseret på justerede svar (tidsangivelser på aktivitet over 16 timer dagligt er ekskluderet fra analysen) og med antagelse om, at aktiviteterne falder på forskellige dage. N=2180.

| | Andel af deltagerne, der opfylder de respektive anbefalinger % |
|---|---|
| Sundhedsstyrelsens anbefalinger (30 min. fysisk aktivitet dagligt) | 86 |
| Ernæringsrådets anbefalinger (1 times daglig bevægelse) | 78 |
| Sundhedsstyrelsens udvidede anbefalinger (minimum 20-30 min. hård aktivitet , 2 gange ugentligt udover 30 min. fysisk aktivitet dagligt | 56 |

Tabel 8.2.2 Procentdel af deltagerne, der rapporterer urealistisk høje aktivitetsniveauer inden for de enkelte domæner.

| Domæne | Kriterier for urealistisk højt niveau | Alle (N=2244) % | Justerede besvarelser * (N=2180) % |
|---|---|---|---|
| Samlet tid i aktivitet | >16 timer om dagen | 3,5 | 0 |
| Arbejde | >45 timer om ugen | 10,1 | 8,2 |
| Transport | >2 timer om dagen | 11,6 | 10,6 |
| Hjem | >8 timer om dagen | 0,8 | 0,6 |
| Fritid | >64 timer om ugen | 0,4 | 0,2 |

* Tidsangivelser på aktivitet over 16 timer dagligt er ekskluderet fra analysen.

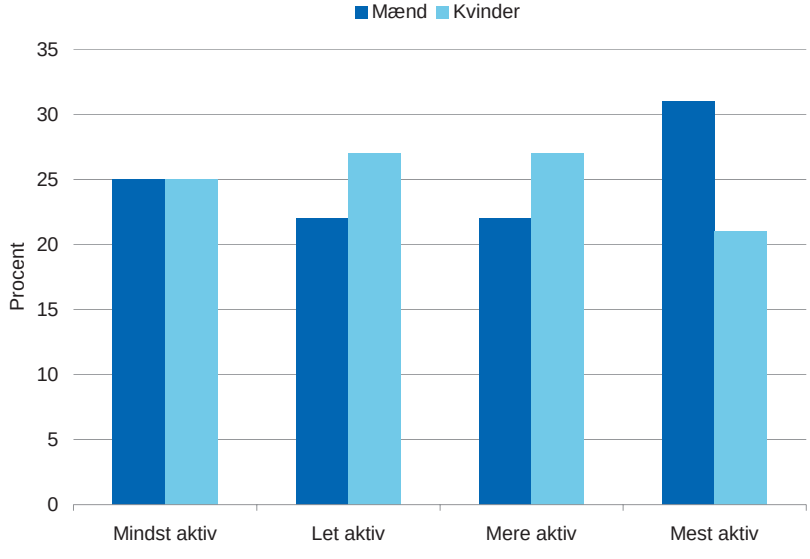
I nærværende undersøgelse har vi på baggrund af ovenstående problematisering valgt at inddele deltagerne i fire lige store grupper ud fra det samlede energiforbrug. Hovedvægten i analyserne er lagt på sammenligninger mellem de 25%, der har det højeste energiforbrug ("mest aktive") og de 25%, der har det laveste energiforbrug ("mindst aktive"). Derudover har vi kigget på den tid, der er brugt på aktivitet af henholdsvis moderat og hård intensitet samt gang. Endelig er tid brugt på stillesiddende aktivitet beskrevet.

Ud af de i alt 2247 personer, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, har 2244 besvaret spørgsmålene om fysisk aktivitet. De deltagere, der har brugt over 16 timer dagligt på fysisk aktivitet, er ekskluderet, idet der beregnes 8 timer til

søvn (IPAQ-group 2008a). De følgende analyser bygger således på besvarelser fra 2180 grønlandske deltagere heraf 938 mænd og 1242 kvinder.

## Kønsforskelle i aktivitetsniveauet

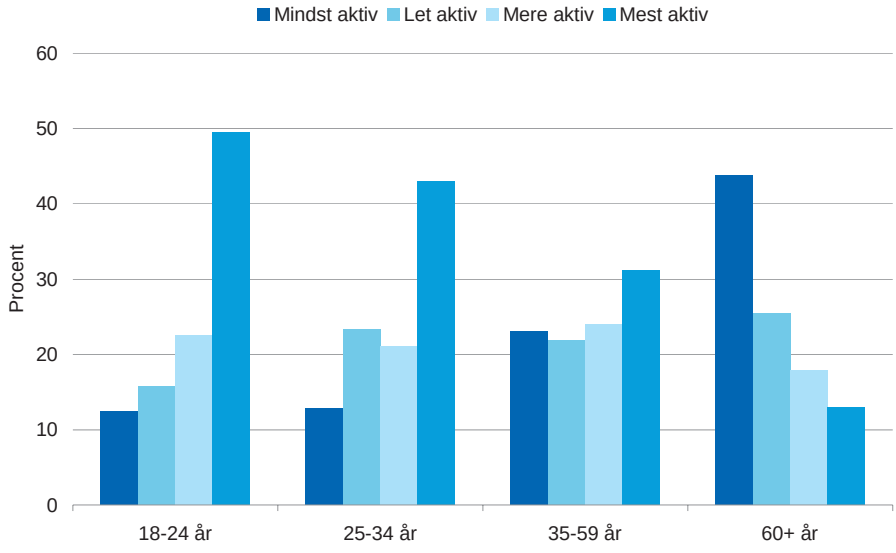
Der er forskel på kvinder og mænds aktivitetsniveau (p<0,001). Som det fremgår af figur 8.2.1, er der blandt mænd en højere andel, der tilhører den mest aktive gruppe, end blandt kvinder. Knapt en tredjedel (31%) af mændene tilhører gruppen af de meget aktive i forhold til en femtedel (21%) af kvinderne. Derimod er en større andel af kvinder placeret i den midterste aktivitetsgruppe (27%) end mænd (22%). Der er ikke forskel på andelen af kvinder og mænd, i gruppen der er mindst aktive (25%).




Figur 8.2.1 Aktivitetsniveau blandt mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=938, kvinder: N=1242. Kun grønlændere.

## Alder og aktivitet

Som forventet falder aktivitetsniveauet med alderen, hvilket betyder, at der bliver en mindre andel, der er meget fysisk aktive i de ældste aldersgrupper (figur 8.2.2 og 8.2.3) (p<0,001). Omvendt stiger andelen med lavt aktivitetsniveau med alderen. Blandt de 18-34 årige mænd er 12% i gruppen af mindst aktive, hvilket gælder for 23% af de 35-59 årige og næsten halvdelen af mænd over 60 år (44%).

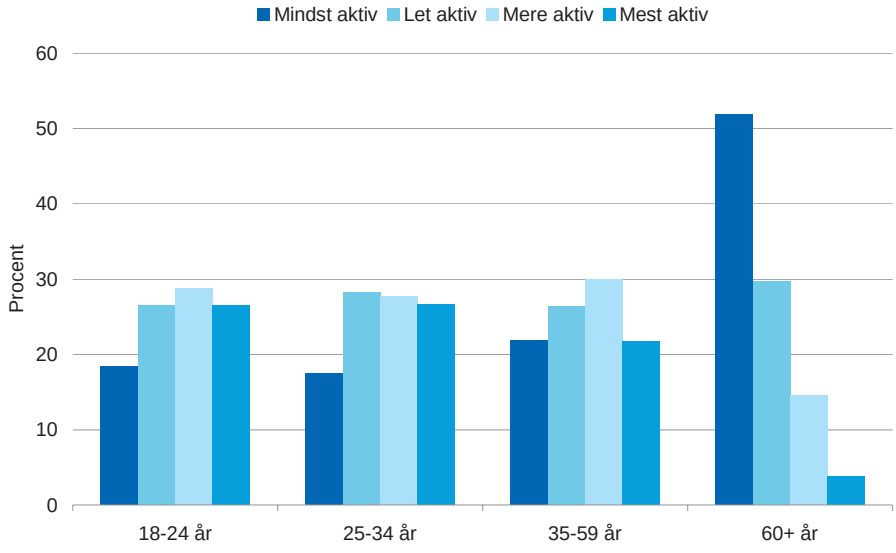



Figur 8.2.2 Aktivitetsniveau blandt mænd opdelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=938. Kun grønlændere.

For kvinder ses tilsvarende mønster dog med en lidt højere andel af de mindst aktive blandt de unge fra 18-34 år (18%), mens hele 52% af kvinder over 60 år tilhører den mindst fysisk aktive gruppe.

## Uddannelse og aktivitet

Aktivitetsniveauet hænger sammen med den uddannelsesmæssige baggrund både for kvinder og mænd (mænd p=0,001; kvinder p=0,001). Resultaterne peger på, at en større andel af mænd (35%) og kvinder (32%) med en mellemlang eller lang uddannelse tilhører den gruppe, der har den mindst fysisk aktive hverdag i forhold til mænd og kvinder med udelukkende folkeskole (22% og 26%) eller kort videregående uddannelse (24% og 21%). Samme mønster gør sig gældende for erhverv, hvor det er blandt højere funktionærer mv., at der findes den højeste andel med et lavt aktivitetsniveau (31% og 23%) samt blandt mænd og kvinder, der ikke har noget arbejde (33% og 32%). Dette skal ses i forhold til den langt mindre andel med lavt fysisk aktivitetsniveau blandt de, der har faglært eller ufaglært arbejde herunder fangere og fiskere (14% for mænd og 19% for kvinder). Det er også i den gruppe, der markant ses den største andel med det højeste aktivitetsniveau (for mænd 46%).

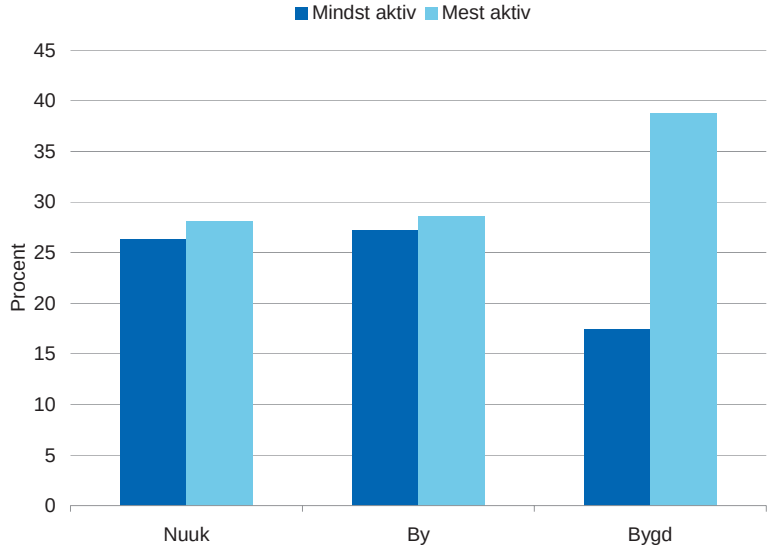



Figur 8.2.3 Aktivitetsniveau blandt kvinder opdelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1242. Kun grønlændere.

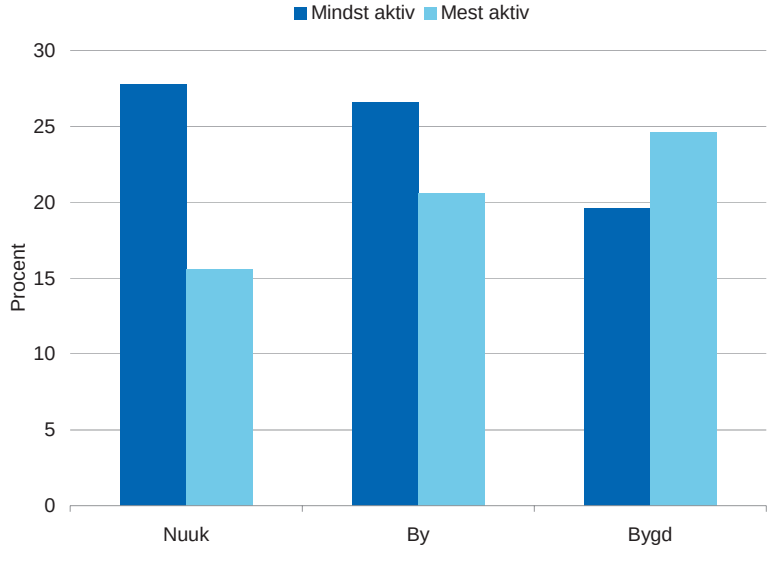
## Bopæl og aktivitet

Der ser ikke ud til at være regionale forskelle i aktivitetsniveauet mellem Nord-, Midt- eller Sydvestgrønland, men derimod ser det ud til at gøre en forskel, om man bor i en by, bygd eller i Nuuk (mænd p=0,051; kvinder p=0,025).

Som figur 8.2.4 og 8.2.5 viser, findes en større andel af mænd og kvinder med det laveste aktivitetsniveau blandt de, der bor i byer (27% og 27%) og i Nuuk (27% og 28%) end i bygder (17% og 20%). Over en tredjedel (39%) af mænd i bygder befinder sig i den mest aktive gruppe, hvilket gælder for lidt over en fjerdedel af mænd fra byer og Nuuk. Tilsvarende er en fjerdedel (25%) af kvinder med bopæl i bygderne at finde i den mest aktive gruppe sammenlignet kvinder med bopæl i byer (21%) og Nuuk (16%). Forskelle i aktivitetsmønster mellem by, bygd og Nuuk ændrer sig ikke, når der kontrolleres for alder og erhverv.



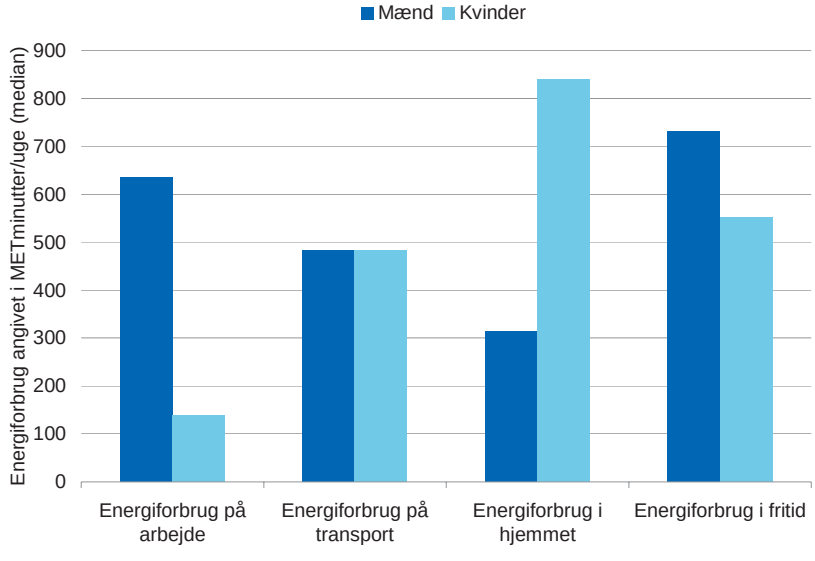

Figur 8.2.4 Aktivitetsniveau blandt mænd med bopæl i Nuuk, by eller bygd. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=938. Kun grønlændere.




Figur 8.2.5 Aktivitetsniveau blandt kvinder med bopæl i Nuuk, by eller bygd. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1242. Kun grønlændere.

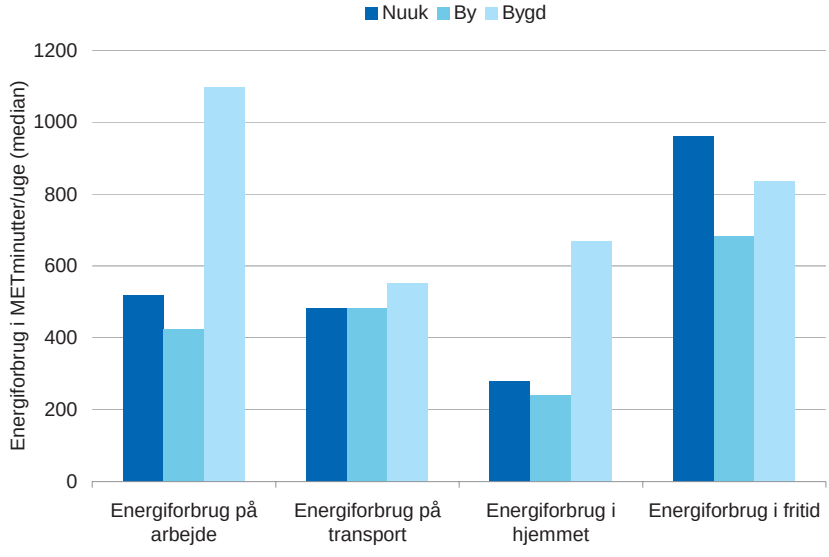
## Aktivitet på arbejde, i hjemmet, under transport og i fritid

En ganske almindelig dag består for de fleste deltagere af både aktivitet på arbejdet, i hjem og fritid samt aktivitet i forbindelse med transport. Alle fire domæner udgør derfor et bidrag til det samlede daglige energiforbrug. Deltagerne er blevet spurgt om, hvor meget tid de har brugt på aktivitet af hård og moderat intensitet opdelt på disse fire domæner inden for den sidste uge. Resultaterne peger på, at kvinder og mænd udover at have et forskelligt aktivitetsniveau også adskiller sig fra hinanden i aktivitetsmønster målt ved energiforbruget på arbejde ($p<0,001$), i hjemmet ($p<0,001$) og i fritiden ($p=0,001$), men ikke i forhold til energi brugt på transport. Da energiforbruget ikke er normalfordelt i denne undersøgelse, er det ikke muligt at angive det gennemsnitlige energiforbrug anvendt på de forskellige domæner. Nedenstående figur 8.2.6 afspejler derfor energiforbruget angivet som median (dvs. det energiforbrug som halvdelen af deltagerne når op på). Figuren viser, at mænd bruger mere energi på arbejdet og i fritiden end kvinder, mens kvinder bruger mere energi i hjemmet end mænd.




Figur 8.2.6 Energiforbrug for mænd og kvinder angivet i MET-minutter (median) inddelt i domæner. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=938, kvinder: N=1242. Kun grønlændere.

En markant forskel mellem bygder og Nuuk/andre byer er, at både mænd og kvinder i bygderne bruger langt mere energi på aktivitet i hjemmet end de deltagere, der bor i Nuuk eller i andre byer (p<0,001) (figur 8.2.7 og 8.2.8). En anden væsentlig, men dog ikke statistisk sikker forskel er, at mænd i bygder bruger mere energi på arbejdet end mænd i Nuuk og i andre byer. En bemærkelsesværdig forskel mellem bygder og Nuuk er, at der bruges mere energi på aktivitet i fritiden i Nuuk (kun signifikant for kvinder).

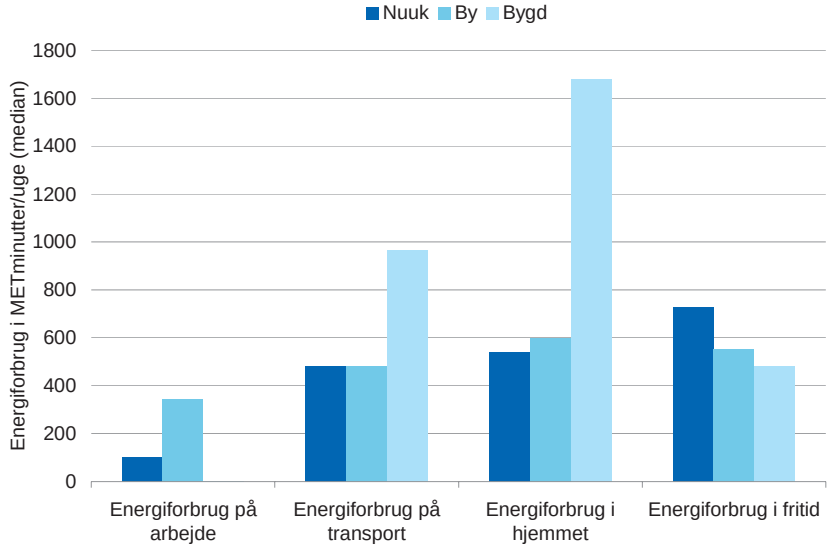



Figur 8.2.7 Energiforbrug for mænd angivet i MET-minutter (median) opdelt på bopæl. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=938. Bopælsforskel for energiforbrug brugt i hjemmet (p<0,001). Kun grønlændere.

## Fysisk aktivitet af hård eller moderat intensitet

Pulsen i vejret og sved på panden eller blot en gåtur i byen, de sundhedsfremmende effekter er højere, når intensiteten sættes i vejret (Pedersen 2006). Dette afsnit beskriver kort forskellen i tid brugt på fysisk aktivitet af henholdsvis moderat og hård intensitet samt gang. Halvdelen af deltagerne oplyser at bruge næsten 13 timer (765 minutter) eller mere om ugen på gang (fordelt over alle fire domæner). Langt hovedparten af den samlede tid brugt på henholdsvis aktivitet af hård og moderat intensitet for både kvinder og mænd udgøres af aktivitet af moderat intensitet. Der er forskel mellem kvinder og mænd på hvor meget tid, der bruges på aktivitet af moderat eller hård intensitet (p<0,001), men ingen forskel på tid brugt på gang. Halvdelen af de mænd og kvinder, der har besvaret

spørgsmålene om fysisk aktivitet, bruger henholdsvis 1 time og knapt 1 1/2 time dagligt på aktivitet af moderat intensitet. Derudover bruger mænd knapt to timer på gang dagligt og kvinder omkring 1¾ time.




Figur 8.2.8 Energiforbrug for kvinder angivet i MET-minutter (median) opdelt på bopæl. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Kvinder: N=938. Bopælsforskelle for energiforbrug på arbejde og hjem (p<0,001) og fritid (p=0,003). Kun grønlændere.

Næsten 45% af mænd har ikke inden for den seneste uge brugt tid på hård fysisk aktivitet, 29% oplyser at have brugt en time eller derunder om dagen, og de resterende 26% mere end en time om dagen. For kvinder er det næsten 68%, der ikke har brugt tid på hård fysisk aktivitet inden for den seneste uge, og 17%, der har brugt en time eller derunder om dagen inden for den seneste uge. For både mænd og kvinder gælder det, at der i bygderne bliver brugt betydeligt mere tid på aktivitet af både moderat og hård intensitet end Nuuk og andre byer.

*Stillesiddende aktivitet*

I gennemsnit bruges dagligt knapt 4 timer (225 minutter) på stillesiddende aktiviteter. Der er ikke forskel på kvinder og mænd, men lidt overraskende bruger deltagere over 60 år mindre tid på stillesiddende aktivitet end de yngre.

Endvidere bruger deltagere, der bor i Nuuk, mere tid på stillesiddende aktivitet ugentligt (271 min) end de med bopæl i en by (228 min). Mindst tid bruger de, der bor i en bygd (180 minutter) ugentligt, hvilket stemmer godt overens med, at det er i bygderne, der findes den største andel af fysisk aktive og færrest job, der inkluderer stillesiddende aktivitet ($p<0,001$).

## Opsamling

Der er ikke forskel på andelen af de mindst aktive blandt kvinder og mænd, men blandt mænd er der flere med et meget højt aktivitetsniveau. Højere funktionærer mv. er mindst fysisk aktive, mens faglærte, ufaglærte og fanger/fiskere som regel er mere aktive. En høj uddannelse medfører ofte et stillesiddende erhverv, hvilket i Grønland ikke opvejes af en mere aktiv fritid, som det er tilfældet i Danmark. De traditionelle erhverv som fangst og fiskeri findes hovedsagligt i bygderne, og det kan derfor være en af forklaringerne på, at der ses en større andel af meget fysisk aktive i bygderne. Den største andel af det samlede ugentlige energiforbrug kommer for mænd fra aktivitet på arbejdet, mens det for kvinder er aktivitet i hjemmet.

For både mænd og kvinder er energiforbruget i hjemmet højere i bygderne end i byerne. Dette kan muligvis forklares ved, at levevilkårene i en bygd indebærer mere hårdt fysisk arbejde, f.eks. når der skal hentes vand, eller fangsten skal forarbejdes. I byerne bruges omvendt en højere andel af det samlede energiforbrug på aktivitet i fritiden. På trods af, at det er blandt de yngste deltagere, der er færrest med et lavt aktivitetsniveau, er det også de yngste, der bruger mest tid på stillesiddende aktivitet. Unge er således en vigtig gruppe at intervenere over for. Særligt tid på aktivitet af hård intensitet udgør en højere andel i bygderne end i Nuuk og andre byer. En forklaring på den store forskel mellem by og bygd for hård fysisk aktivitet kan være, at der i bygderne stadigvæk er overvejende traditionelt erhverv, som er hårdt fysisk krævende, i kombination med at dagligdagen i bygderne er mere fysisk krævende.

I takt med at traditionelle fysisk krævende leveformer forsvinder, og flere får stillesiddende arbejde, er der risiko for, at en stigende andel af befolkningen får et for lavt aktivitetsniveau i dagligdagen. Dette kan på længere sigt få konsekvenser for folkesundheden, hvis den fysiske aktivitet i fritiden ikke øges tilsvarende. Set i et forebyggelsesperspektiv er det derfor vigtigt, at der bliver fokuseret på tilbud, der fremmer aktivitetsniveauet i fritiden. Det er også vigtigt, at befolkningen motiveres til en livsstil med begrænset omfang af stillesiddende aktiviteter. Et ek-

sempel er at forbedre mulighederne for at være fysisk aktiv i hverdagen ved at skabe gode rammer for aktiv transport.

Befolkningsundersøgelsens data giver mulighed for supplerende, videnskabelige analyser af især sammenhængen mellem fysisk aktivitet, overvægt og diabetes. Desuden vil resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen blive sammenlignet med resultater fra en direkte fysiologisk måling af aktivitet.

# 8.3 Overvægt og fedme

*Anni Brit Sternhagen Nielsen og Nina Krogh Larsen*

Omfanget af overvægt og fedme (svær overvægt) i befolkningen er undersøgt ud fra målinger af højde, vægt og taljeomkreds. Endvidere er der foretaget ultralydsscanning af maveregionen og målt fedtprocent, hvilket også er mål, der kan bruges til vurdering af overvægt. Nedenfor gennemgås kort, hvilke helbredsproblemer der er knyttet til overvægt. Efterfølgende beskrives, hvor udbredt overvægt var i befolkningen i 1993 (Befolkningsundersøgelsen i 1993), samt hvilken udvikling der er sket frem til 2007.

Samfundsudviklingen i Grønland har medført en reduktion i omfanget af fysisk krævende arbejde samt en kost, der i stigende grad består af energitætte fødevarer med et højt indhold af mættet fedt og simple sukkerarter. Et for stort energiindtag i forhold til det fysiske aktivitetsniveau er, ud over arvelige forhold (Echwald et al. 2006), knyttet til udviklingen af overvægt, der er et stigende problem i Grønland (Young 2007).

Overvægt er forbundet med forøget risiko for sygdom, herunder diabetes og hjertekarsygdomme (WHO 2000) og død. Det er veldokumenteret, at kolesterol i blodet og blodtryk øges i takt med stigende overvægt, men undersøgelser peger på, at denne sammenhæng varierer mellem forskellige befolkninger (Jørgensen et al. 2003; Young 2007; Young et al. 2007). Som eksempel kan nævnes, at grønlændere ved et givet niveau af overvægt har lavere blodtryk og lavere kolesterolværdier end danskere (Jørgensen et al. 2003).

Body Mass Index (BMI) er et anerkendt mål til klassifikation af overvægt, som beregnes ud fra vægt divideret med højde i anden (kg/m$^2$). BMI som mål for overvægt tager dog ikke hensyn til muskelmassen og fedtfordelingen i kroppen. Nyere forskning har vist, at den sygdomsrisiko der er forbundet med overvægt, i højere grad knytter sig til fedtvævets fordeling på kroppen frem for kroppens totale fedtindhold. En amerikansk konsensusrapport konkluderer, at det er fedtet imellem tarmene (intraabdominalt fedt), hvilket oftest findes blandt mænd, der er det bedste kropsmål til at forudsige diabetes (Klein et al. 2007). Fedt i maveregionen medfører en større sygdomsrisiko end fedtdepoter på hofter, balder og lår, der ofte findes hos kvinder (WHO 2000; Heitmann et al. 2004).

## Overvægt og fedme i 1993

I befolkningsundersøgelsen i 1993 fik kun 264 personer fra udvalgte byer og bygder målt deres højde og vægt. De øvrige deltagere angav selv deres højde og vægt, og blandt disse sås en lavere forekomst af overvægt end blandt dem, der fik målt deres højde og vægt. Denne forskel bekræfter et velkendt problem: At selvrapporterede oplysninger om højde og vægt ofte resulterer i, at højden angives lidt højere og vægten lidt lavere end i virkeligheden. Dette medfører, at i det selvrapporteret BMI bliver lidt lavere end i det faktiske BMI. I befolkningsundersøgelsen i 1993 var denne forskel på 4% (Bjerregaard et al. 1995), hvilket der er taget højde for i analyserne. I 1993 var 40% af befolkningen i Grønland overvægtige (BMI≥25), og 8% var svært overvægtige (BMI≥30). Forekomsten af overvægt var højere blandt mænd end kvinder, hvorimod andelen med svær overvægt var ens. Forekomsten af overvægt steg med alderen. Overvægt var mest udbredt i byer, dernæst i bygder, og mindst udbredt i Nuuk.

## Overvægt og fedme i 2005-2007

Af tabel 8.3.1 ses, at næsten ingen af deltagerne er undervægtige, og at 4 ud af 10 er normalvægtige, mens over halvdelen af befolkningen er overvægtige (moderat eller svært overvægtige). Så meget som en fjerdedel af deltagerne er klassificeret som svært overvægtige. En tilsvarende fordeling af BMI ses i en befolkningsundersøgelse udført blandt voksne inuit i Nunavik i 2004. I alt 1,4% var undervægtige, 41% var normalvægtige og 58% overvægtige – heraf var 28% svært overvægtige (Nolin et. al 2007). I en dansk undersøgelse fra 2005 af sundhed og sygelighed blandt danskere på 16 år og derover, var i alt 53% af befolkningen normalvægtige og 45% overvægtige (11% af befolkningen var svært overvægtige) (Ekholm et al. 2006). Der er altså betydeligt flere svært overvægtige i Grønland end i Danmark. Tabel 8.3.2 viser vægt ud fra BMI opdelt for køn og alder i 2005-2007.

Tabel 8.3.1 Klassifikation af vægt ud fra Body Mass Index (BMI) blandt voksne. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2209; uoplyst=38. Kun grønlændere.

| Klassifikation | BMI | Antal | % |
|---|---|---|---|
| Undervægt | <18,5 | 59 | 2,7 |
| Normalvægt | 18,5-24,9 | 963 | 43,6 |
| Moderat overvægt | 25-29,9 | 660 | 29,9 |
| Svær overvægt (fedme) | ≥30,0 | 527 | 23,9 |
| I alt | | 2209 | 100 |

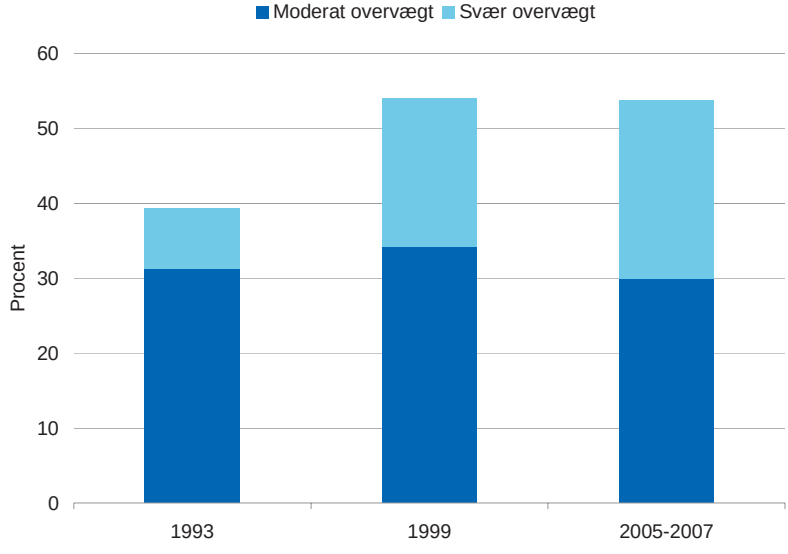
Tabel 8.3.2 Klassifikation af Body Mass Index (BMI) efter køn og alder. Befolknings-undersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=961; kvinder: N=1247; uoplyst=38. Kun grønlændere.

| | | BMI | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Aldersgruppe | Antal | <18,5 undervægt % | 18,5-24-9 normalvægt % | 25,0-29,9 moderat overvægt % | 30+ svær overvægt % |
| Mænd | | | | | |
| 18-24 år | 96 | 2,1 | 74,0 | 16,7 | 7,3 |
| 25-34 år | 139 | 1,4 | 60,4 | 26,6 | 11,5 |
| 35-59 år | 544 | 1,1 | 44,9 | 30,3 | 23,7 |
| 60+ år | 182 | 2,8 | 40,1 | 34,1 | 23,1 |
| I alt | 961 | 1,6 | 49,1 | 29,1 | 20,2 |
| Kvinder | | | | | |
| 18-24 år | 138 | 1,5 | 63,0 | 21,0 | 14,5 |
| 25-34 år | 206 | 3,4 | 44,7 | 30,1 | 21,8 |
| 35-59 år | 721 | 2,9 | 34,5 | 32,6 | 30,0 |
| 60+ år | 183 | 7,7 | 34,4 | 29,5 | 28,4 |
| I alt | 1248 | 3,5 | 39,3 | 30,5 | 26,7 |
| Hele befolkningen | 2209 | 2,7 | 43,6 | 39,9 | 23,9 |

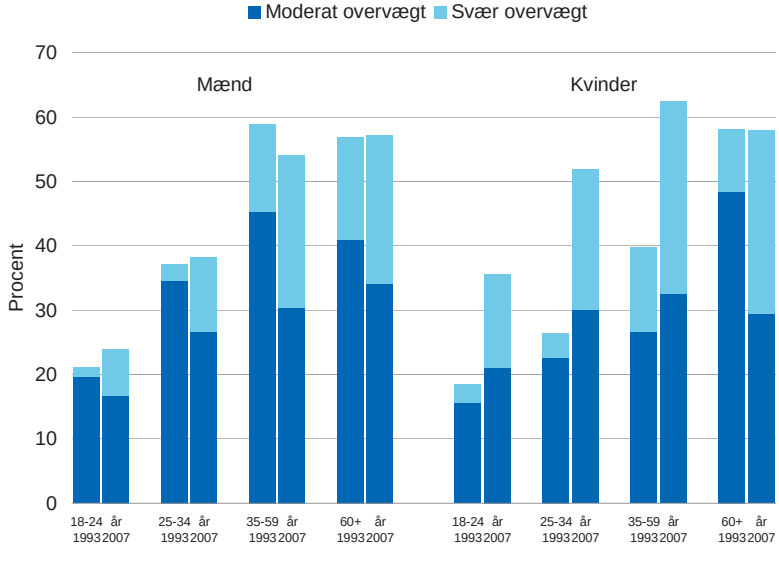
Figur 8.3.1 viser udviklingen i andelen af befolkningen med overvægt, vurderet ud fra BMI, fra 1993 til 2007. Der er i 2005-2007 langt flere overvægtige end i 1993 ($p<0,001$), hvilket fordeler sig med lidt færre moderat overvægtige, men markant flere svært overvægtige; fra 8% i 1993 til 24% i 2005-2007 ($p<0,001$). Det er især i perioden 1993-1999, at der er sket en stigning i forekomsten af overvægt, mens udviklingen siden 1999 har været mindre udtalt.

I 2005-2007 er andelen med overvægt blandt mænd og kvinder henholdsvis 49% og 57%, og forekomsten af svær overvægt er betydeligt højere for kvinder end for mænd (27% vs. 20%, $p=0,001$). I 1993 var 46% af mændene i Grønland overvægtige mod 32% af kvinderne ($p<0,001$), og der var ingen kønsforskel for forekomsten af svær overvægt (8,6% vs. 7,4%). Overvægt har således ændret sig fra i 1993 at være mest udbredt blandt mænd til nu at være et kvindefænomen.

Figur 8.3.2 viser udviklingen fra 1993 til 2007. For mænd er den samlede forekomst af moderat og svær overvægt uændret, men især for yngre mænd er der markant flere af de overvægtige, der nu er i kategorien svært overvægt. Blandt kvinder under 60 år er der tale om en svag stigning i andelen af moderat overvægtige, og i alle aldre en meget stor stigning i forekomsten af svær overvægt.



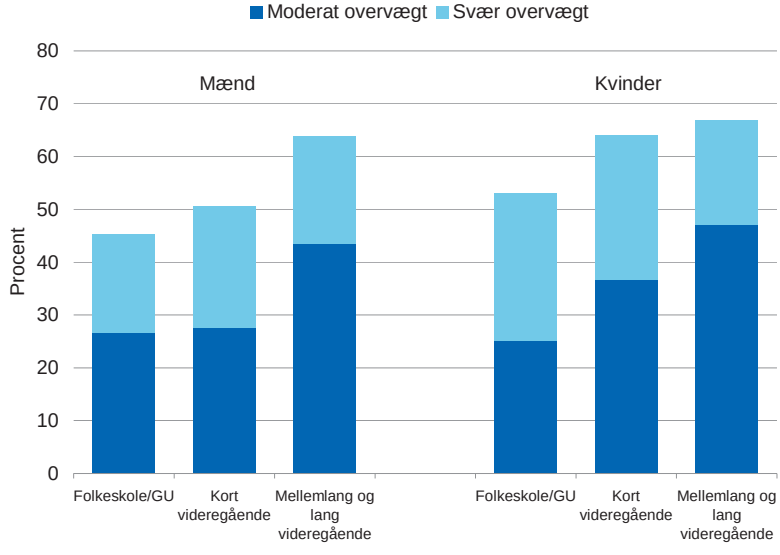

Figur 8.3.1 Andelen med moderat (25≤BMI<30) og svær overvægt (BMI≥30). Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993, 1999 og 2005-2007. 1993: N=976; uoplyst=460. 1999: N=1301; uoplyst=10. 2005-2007: N=2209; uoplyst=38. Kun grønlændere.




Figur 8.3.2 Andelen med moderat (25≤BMI<30) og svær overvægt (BMI≥30). Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. Kun grønlændere.

*Overvægt og sociale forhold*

I den vestlige del af verden findes en stigende forekomst af svær overvægt med faldende socioøkonomisk status (bl.a. vurderet ud fra uddannelsesniveau). Den omvendte sammenhæng ses ofte i udviklingslande. Figur 8.3.3. viser andelen af overvægtige mænd og kvinder vurderet ud fra BMI og opdelt efter uddannelsesniveau. For både mænd og kvinder stiger andelen af moderat overvægtige med uddannelsesniveauet (p=0,001), mens der ikke er statistisk sikker forskel for andelen af svær overvægt. Analyserne er justeret for alder. Der ses den samme sammenhæng mellem overvægt og erhverv og mellem overvægt og velstand.




Figur 8.3.3 Andelen med moderat (25≤BMI<30) og svær overvægt (BMI≥30), opdelt efter uddannelsesniveau. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2176; uoplyst=71. Aldersjusterede analyser. Kun grønlændere.

## Opsamling

Forekomsten af overvægt i 2005-2007 og udviklingen fra 1993 er belyst ud fra Body Mass Index (BMI). Der er større forekomst af overvægt (BMI større end eller lig med 25) i 2005-2007 end i 1993. Der er ingen udvikling sket i andelen af overvægtige fra 1999 til 2007. I 2005-2007 er forekomsten af overvægt højere blandt kvinder end blandt mænd. Blandt mænd er andelen med overvægt uændret fra 1993 til 2007, men der er markant flere svært overvægtige nu end i 1993. Blandt kvinder er der er flere overvægtige, og især flere svært overvægtige, i

2005-2007 end i 1993. For både mænd og kvinder stiger forekomsten af overvægt med uddannelsesniveauet.

Hvorvidt det er BMI, taljemål, fedtprocent, intraabdominalt fedt eller en kombination af disse mål, der bedst beskriver sygdomsrisikoen forbundet med overvægt, er endnu ikke undersøgt i Grønland. Data fra befolkningsundersøgelsen giver god mulighed for at belyse dette i fremtiden.

Der mangler endvidere undersøgelser af, hvilken betydning stigningen i forekomsten af overvægt har for befolkningens sygdomsrisiko. En sikker kobling mellem overvægt, inaktivitet og kroniske sygdomme som diabetes og hjertekarsygdom er påvist, og man vil derfor med en øget forekomst af overvægt kunne forvente en større forekomst af fedmerelaterede kroniske sygdomme som eksempelvis diabetes og hjertekarsygdom.

For at kunne intervenere med den rette strategi mod overvægt er det nødvendigt at opnå forståelse for, hvilken rolle vægt, krop, kost og motion spiller for den enkelte – og for bestemte grupper i befolkningen. Fremtidige interventionsundersøgelser kan bruges til at afdække hvilke strategier, der har størst effekt på dels forebyggelse af overvægt, dels på vedvarende vægttab i forskellige grupper i befolkningen. Vedvarende monitorering af vægt i befolkningen synes relevant for at kunne vurdere, om forebyggende tiltag har effekt.

# 9. Rygning

*Anni Brit Sternhagen Nielsen og Janemaria Mekoline Pedersen*

Tobaksrygning øger risikoen for en lang række sygdomme, hvoraf nogle er dødelige, såsom lungekræft, hjerte-karsygdom og kroniske lungelidelser (Prescott et al. 2004; U.S. Department of Health and Human Services 2004). I Grønland er tobaksrelateret kræft i luftveje og lunger således den hyppigste kræftform. Fra 1999 til 2002 var i alt 25% af 626 registrerede kræfttilfælde lungekræft (Embedslægeinstitutionen i Grønland 2003). Tal fra Danmark viser, at rygning var en medvirkende faktor til gennemsnitligt 14.000 dødsfald om året fra 1997 til 2001. Dette svarer til næsten hvert fjerde dødsfald i perioden (Juel et al. 2006a). I Grønland er andelen af dødsfald forårsaget af rygning og passiv rygning formodentlig endnu højere end i Danmark. Der forelægger dog endnu ingen undersøgelser deraf. Tal fra Danmark viser, at storrygere (15 eller flere cigaretter/dag) og "smårygere" (under 15 cigaretter/dag) i gennemsnit lever henholdsvis 8-10 og fem år kortere end personer, der aldrig har røget (Juel et al. 2006a). Ydermere lever rygere flere år med langvarig belastende sygdom end både "aldrig-rygere" og "eks-rygere" (Ekholm et al. 2006). De negative konsekvenser af tobaksrygning rammer ikke blot rygeren selv, men også personer der ikke ryger (passiv rygning), da den kemiske sammensætning af tobaksrøgen er yderst sundhedsskadelig. Mindst 50 af de 4000 kemiske substanser i røgen er kræftfremkaldende (Hoffmann og Hoffmann 2001). Udsættelse for passiv rygning er forbundet med samme sygdomme, som ses blandt rygerne. Passiv rygning anslås til at være ansvarlig for i gennemsnit 2000 dødsfald om året i Danmark (Juel et al. 2006a).

Befolkningsundersøgelsen fra 1993 viste, at 80% af den voksne befolkning røg dagligt eller næsten dagligt, og at rygning var næsten lige så udbredt blandt kvinder som blandt mænd. Endvidere sås, at andelen af rygere var større i mindre byer og bygder end i de større byer, og at den største andel af rygere fandtes blandt fanger/fiskere og personer uden for erhverv (Bjerregaard et al. 1995).

## Metoder

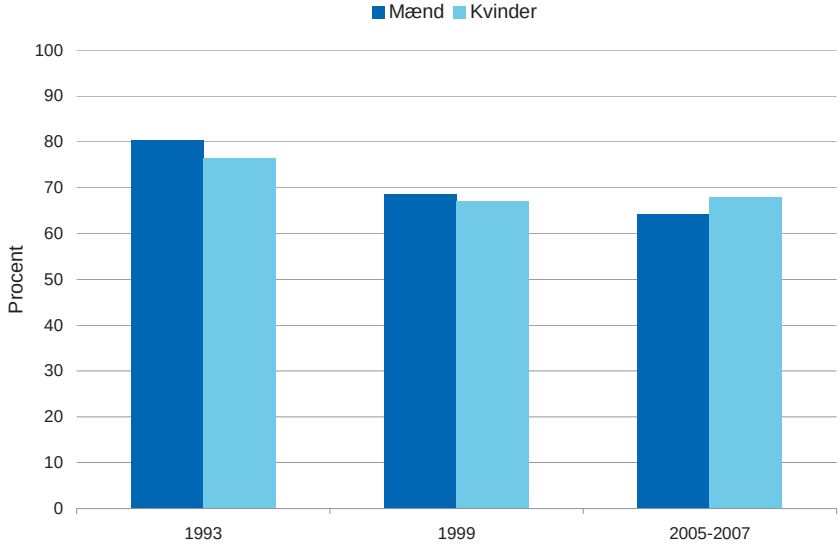
I befolkningsundersøgelserne i 1993, 1999 og 2005-2007 er der blevet stillet sammenlignelige spørgsmål om tobaksrygning. Der blev spurgt til rygning (dagligt, lejlighedsvist, slet ikke). Ikke-rygere blev spurgt, om de havde røget tidligere. Alle rygere og eks-rygere blev spurgt om deres daglige forbrug af cigaretter, ce-

rutter, cigarer og pibetobak - for eks-rygere om deres tidligere forbrug. Der indgik også spørgsmål om alder ved rygestart samt om rygerestriktioner i hjemmet.

Undersøgelsens deltagere (2005-2007) rapporterer et gennemsnitligt forbrug på 7,1 cigaret pr. person pr. dag, mens der på basis af importstatistikken kan beregnes et gennemsnitligt dagligt forbrug pr. person på 6,1; hertil kommer grænsehandel og cigaretter, der på anden vis er indført uden afgift. Befolkningsundersøgelsens skøn over tobaksrygningens omfang ser altså ud til at være ret præcis.

## Udviklingen i andelen af rygere fra 1993 til 2007

Andelen af rygere i befolkningen i 2005-2007 er samlet set reduceret siden 1993. I 1993 angav 78% af 1408 vestgrønlændere, at de røg dagligt eller næsten dagligt. I befolkningsundersøgelsen i Midtgrønland i 1999 var andelen af rygere reduceret til 68%. Tendensen fra 1999 genfindes i 2005-2007, hvor 66% af befolkningen i Grønland er rygere. Dette tal ligger tæt på resultatet fra den arktiske levevilkårsundersøgelse (SLiCA) på 69% (Poppel et. al 2007). Figur 9.1 viser udviklingen i andelen af rygere blandt mænd og kvinder siden 1993. Da der kun er ubetydelige forskelle fra 1999 til 2007, vil resten af kapitlet primært fokusere på oplysninger om rygning fra 1993 og 2005-2007.




Figur 9.1 Andelen af rygere blandt voksne mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993, 1999 og 2005-2007. 1993: N=1408; uoplyst=28. 1999: N=1903; uoplyst=87. 2005-2007: N=2242; uoplyst=5. Kun grønlændere.

Tabel 9.1 viser deltagernes rygevaner opdelt for køn og alder. Trods det faktum, at det stadig er en stor andel af befolkningen, der ryger i 2005-2007, er det vigtigt at fremhæve, at andelen af rygere er faldet siden 1993. Denne reduktion i andelen af rygere ses ved, at der i 2005-2007 både er flere, der aldrig har røget, og flere der er blevet "eks-rygere". Fra 1993 til 2007 er gruppen af "aldrig-rygere" steget, fra 11% til 13%, mens gruppen af "eks-rygere" er steget fra 11% til 21%. Samlet set er der 34% i af befolkningen, der er ikke-rygere i 2005-2007, hvilket er en tydelig fremgang siden 1993, hvor 22% angav, at de var ikke-rygere ($p<0,001$). Som nævnt indledningsvist er der ingen forskel i andelen af rygere mellem 1999 og 2005-2007. Samme billede genfindes for andelen af aldrig-rygere og eks-rygere. Ændringerne i rygevaner afspejler sig også i importen af tobak. Fra 1993 til 2006 faldt importen fra 126 mill til 94 mill cigaretter om året (Grønlands Statistik 2007).

Tabel 9.1 Rygevaner ud fra køn og alder i befolkningen. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=981; kvinder: N=1259; uoplyst=7. Kun grønlændere.

| | | Rygevaner | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aldersgruppe | Antal | Ikke-ryger % | Eks-ryger % | Småryger % | Storryger % | Andre % |
| Mænd | | | | | | |
| 18-24 år | 96 | 16,7 | 8,3 | 60,4 | 14,6 | - |
| 25-34 år | 143 | 18,9 | 14,0 | 47,6 | 18,9 | 0,7 |
| 35-59 år | 554 | 12,1 | 19,3 | 45,0 | 21,1 | 2,5 |
| 60+ år | 188 | 12,2 | 43,6 | 28,7 | 12,8 | 2,7 |
| I alt | 981 | 13,6 | 22,1 | 43,7 | 18,6 | 2,0 |
| Kvinder | | | | | | |
| 18-24 år | 141 | 17,0 | 16,3 | 60,3 | 6,4 | - |
| 25-34 år | 208 | 12,5 | 20,2 | 63,5 | 2,9 | 1,0 |
| 35-59 år | 727 | 8,8 | 19,7 | 61,1 | 9,4 | 1,1 |
| 60+ år | 185 | 21,1 | 24,3 | 49,7 | 3,8 | 1,1 |
| I alt | 1261 | 12,1 | 20,1 | 59,7 | 7,1 | 1,0 |
| Hele befolkningen | 2242 | 12,8 | 21,0 | 52,7 | 12,1 | 1,4 |

I 2005-2007 er der kun mindre forskel på mænd og kvinders rygevaner, idet 64% af mændene ryger mod 68% af kvinderne. Næsten ligeså mange mænd som kvinder er holdt op, eller har aldrig røget (se tabel 9.1). I 1993 var der heller ikke forskel på grønlandske mænd og kvinders rygevaner; i alt 80% af mændene og 76% af kvinderne røg. Faldet i andelen af rygere fra 1993 til 2007 er mest mar-

kant for mænd, hvor ændringen er på 16%. Blandt kvinder er faldet på 9%. Selvom andelen af rygere i befolkningen stadig er meget højt sammenlignet med andre lande, så går udviklingen samlet set den rigtige vej.

Siden 1995 har Hjemmestyret haft fokus på at nedbringe antallet af rygere gennem flere forskellige Landstingsforordninger om bl.a. øgning af afgifter på tobak, mærkning af tobaksvarer, forbud mod salg at tobaksvarer til unge under 18 år, samt forordninger om rygning på offentlige steder, der nu er udbygget med rygeforbud i offentlige bygninger og i børne- og uddannelsesinstitutioner. Endvidere er der blevet uddannet rygestopinstruktører, og forebyggelse af rygestart blandt børn og unge har været i fokus igennem mange år. Nedbringelse af antallet af rygere er et væsentligst mål i Inuuneritta, hvor målet er at sænke antallet af rygere til højest 40% af befolkningen i 2012 mod et estimeret antal på 64% i 2005 (Grønlands Hjemmestyre 2007a). Faldet i andelen af aldrig-rygere og eks-rygere fra 1993 til 2007 kan derfor være en afledt effekt af alle disse initiativer. Nærværende undersøgelse kan dog hverken be- eller afkræfte, hvorvidt det er disse som slår igennem. Det er værd at bemærke, at andelen af rygere i befolkningen i Grønland ikke er ændret siden 1999. Det kunne tyde på, at der kan være brug for mere vidtgående initiativer for at realisere målet om, at andelen af rygere skal være på 40% i 2012. Et yderligere mål i Inuuneritta er skabe en sund livsstil og et sundt miljø gennem flere røgfrie miljøer (Grønlands Hjemmestyre 2007a). Det ville her være oplagt at skele til de gode erfaringer, der er fulgt i kølvandet af restriktiv rygelovgivning i Italien, Skotland og Irland. I Italien blev færre indlagt med akut hjertesygdom efter indførsel af rygerestriktioner på offentlige arbejdspladser, restauranter, cafeer, diskoteker og beværtninger i 2005 (Cesaroni et al. 2008). I Irland og Skotland resulterede et røgfrit miljø i barer i, at luften i baren blev væsentligt renere til gavn for såvel gæster som for de ansattes helbred (Menzies et al. 2006; Semple et al. 2007).

## Befolkningens gennemsnitlige forbrug af cigaretter

En "ryger" er i 2005-2007 en cigaretryger. Der er kun 2,2% af de 1486 rygere, der ikke ryger cigaretter. Deres tobaksindtag kommer fra cerutter, cigarer og/eller pibetobak. Resultaterne fra 2005-2007 viser, at der bliver røget færre cigaretter end i 1993. I 1993 havde rygere i Grønland et gennemsnitligt dagligt forbrug på 11,2 cigaretter imod 9,2 i 2005-2007 ($p<0,001$). I 1999 var det daglige gennemsnitlige forbrug på 10,5 cigaretter og således lavere end i 1993, men højere end i 2005-2007. Selvom der ingen forskel er på andelen af rygere i 1999 og

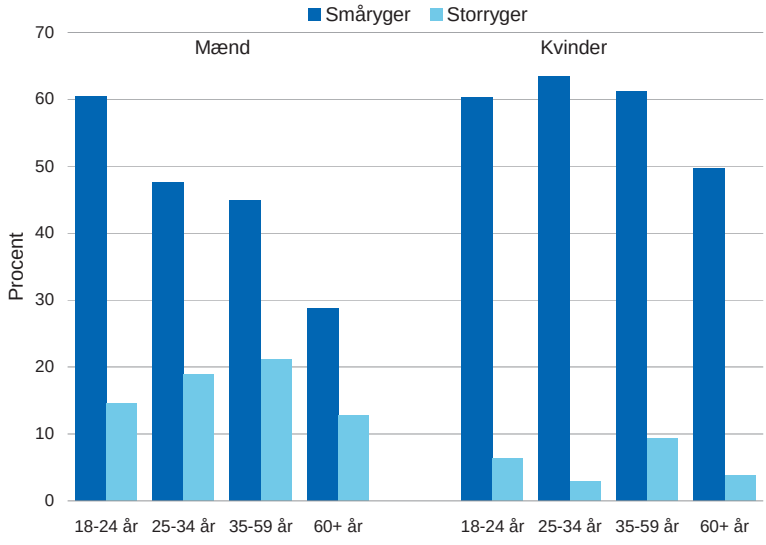
2005-2007, har der således været en nedgang i det gennemsnitlige daglige cigaretforbrug.

Bag befolkningens gennemsnitlige daglige forbrug af cigaretter i 2005-2007 gemmer der sig en kønsforskel. Mandlige rygere ryger gennemsnitligt flere cigaretter end kvindelige (hhv. 11,1 og 7,7 cigaretter om dagen ($p<0,001$). Fra 1993 til 2007 er det gennemsnitlige antal cigaretter pr. dag blandt mænd reduceret fra 12,9 til 11,1 ($p<0,001$). Der var ingen forskel på det gennemsnitlige cigaretforbrug i 1999 og 2005-2007, hvorfor reduktionen i mænds gennemsnitlige antal cigaretter pr. dag primært er sket i perioden fra 1993 til 1999.

Blandt kvindelige rygere ses et fald i det gennemsnitlige antal cigaretter pr. dag fra 9,6 i 1993 til 7,7 i 2005-2007 ($p<0,001$). For kvinder var det gennemsnitlige antal cigaretter pr. dag i 1999 9,3, hvilket ikke er forskelligt fra forbruget i 1993. Blandt kvinder er reduktionen i det gennemsnitlige antal cigaretter pr. dag derfor primært sket efter 1999. Det kunne tyde på, at forebyggende tiltag rettet imod rygeomfangets skadelige effekt især er slået igennem blandt kvinder efter 1999, hvorimod det for mænd har været i perioden fra 1993 til 1999.

## Storrygere i 2005-2007

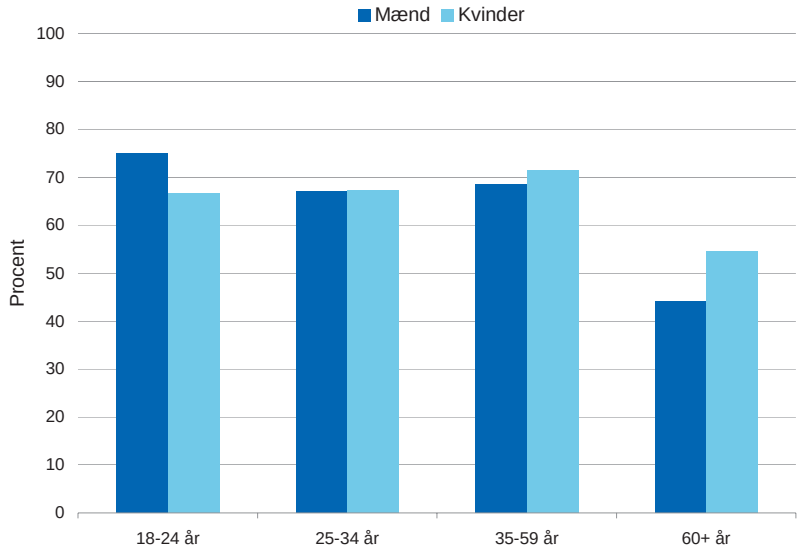
Blandt voksne cigaretrygere Grønland er 19% storrygere, dvs. personer der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Storrygerne findes primært blandt mænd, hvor 30% af 611 rygere er storrygere mod 11% blandt de 843 kvinder som ryger ($p<0,001$). Der er sammenhæng mellem alder og rygeomfang. Andelen af storrygere øges med alderen fra 14% blandt gruppen af 18-24 årige til 21% blandt gruppen af 35-59 årige, herefter reduceres andelen af storrygere til 18% i gruppen af 60 år og derover ($p=0,03$), men mønsteret er forskelligt for mænd og kvinder. Figur 9.2 viser, at der er en tendens til, at der er flest storrygere blandt mænd i aldersgrupperne fra 25 år og derover. For kvinderne findes den største andel storrygere blandt de 35-59 årige, hvorimod den laveste andel af storrygere findes blandt de 25-34 årige.




Figur 9.2 Andelen af smårygere (<15 cigaretter/dag) og storrygere (15+ cigaretter/dag) blandt cigaretrygende mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Mænd: N=981; kvinder N=1261; uoplyst=5. Kun grønlændere.

## Rygevaner og alder

Der er sammenhæng mellem rygning og alder. Som det fremgår af figur 9.3, er der færre blandt den ældre del af befolkningen (60 år og derover), der ryger, mens billedet for den resterende del befolkning er mere ens. Samme tendens findes blandt inuit i Nunavik. Her er andelen af rygere også lavere blandt ældre, hvilket i Nunavik omfatter personer på 50 år og derover, end i yngre aldersgrupper (Plaziac et. al 2007). Det er ikke muligt at angive årsagen til den lavere forekomst af rygere blandt de ældre, men mulige hypoteser er, at der er flere rygere end ikke-rygere, der er døde, at cigaretter ikke var tilgængelige i samme omfang som nu, dengang de ældre var unge, eller blot at de ældre er ophørt med at ryge. Hvis der i analysen af sammenhængen mellem alder og rygning tages højde for køn, er tendensen fortsat, at der i 2005-2007 er færrest rygere blandt den ældste gruppe af befolkningen.




Figur 9.3 Andelen af rygere i forskellige aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=2242; uoplyst=5. Kun grønlændere.

*Alder ved rygestart*

Den gennemsnitlige alder for rygestart er i 2005-2007 ikke forskellig fra den gennemsnitlige alder for rygestart i 1993; 17,0 år vs. 17,3 år (p=0,09). I 2005-2007 startede de 18-24 årige i gennemsnit med at ryge cigaretter, da de var 15,3 år, de 25-34 årige som 15,8 årige, de 35-59 årige som 17,2 årige, og gruppen af 60 årige og derover havde en gennemsnitlig alder ved rygestart på 19,6 år. Det er værd at bemærke, at ældre både i 1993 og i 2005-2007 har en højere gennemsnitlig alder for rygestart end yngre. En forklaring kan være, at de ældre har en mere upræcis erindring om alder for rygestart, eller at de ældre og yngre aldersgrupper har en forskellig opfattelse af, hvad det vil sige at starte med at ryge.

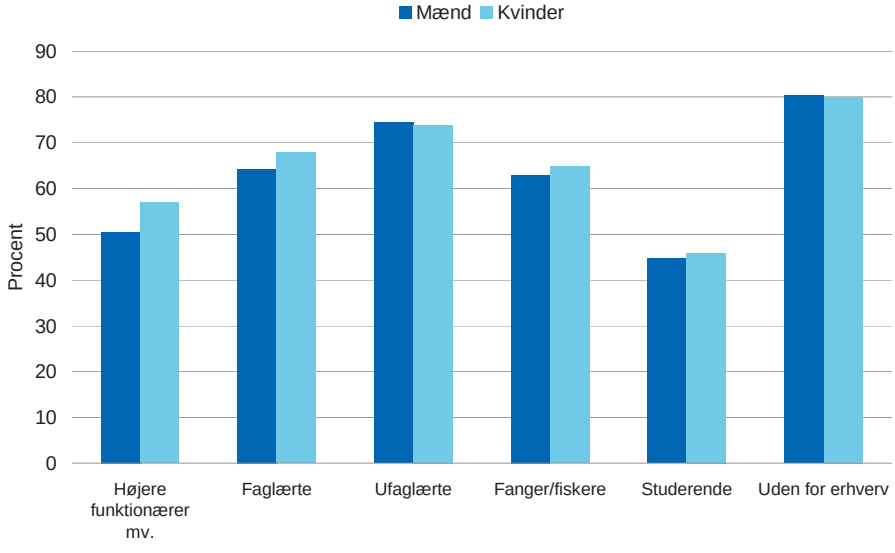
## Begrænsning af rygning i hjemmet

I 2005-2007 har i alt 62% (1363 personer) svaret ja til spørgsmålet: "Er der nogen begrænsninger for, hvor eller hvornår man må ryge i dit hjem". Der er en klar sammenhæng mellem rygeadfærd, og om der er begrænsning for rygning i hjemmet. Der er flere blandt aldrig-rygere (75%) og eks-rygere (71%) end blandt smårygere (59%), der har begrænsning for rygning i hjemmet - og færrest blandt storrygerne (50%) og piberygere (42%; p<0,001). Denne sammenhæng findes for både mænd og kvinder. De 1363, der angav begrænsning for rygning i hjemmet, blev bedt om at angive hvori rygebegrænsningen bestod med mulighed for at an-

give flere begrænsninger. 63% af 1363 angiver, at det ikke er tilladt at ryge indendørs. 72% af resten oplyster, at rygning kun er tilladt i bestemte rum eller steder i hjemmet. Dette gælder for 36% af smårygerne og 35% af storrygerne.

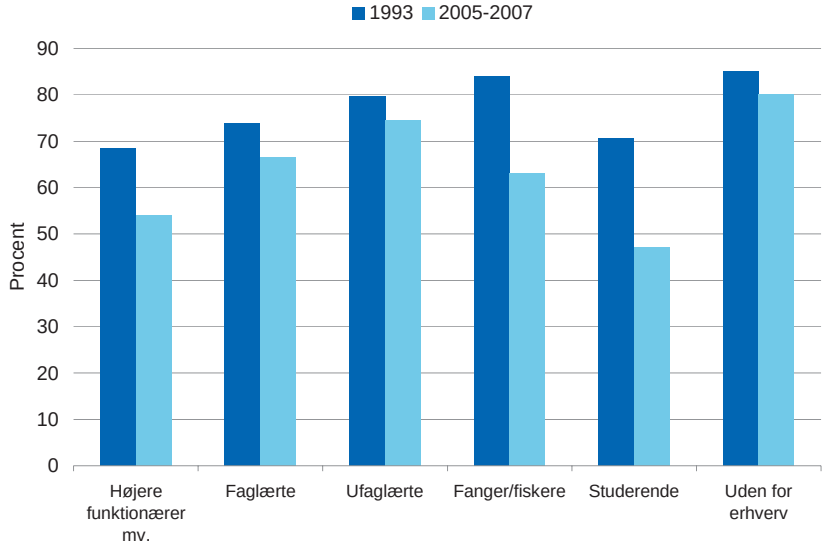
## Socioøkonomiske aspekter ved rygning

Figur 9.4 viser udbredelsen af rygning i forskellige erhvervsgrupper blandt voksne under 63 år. Af figuren ses tydelige sociale forskelle for både mænd og kvinder (p<0,001). Den største forskel i andelen af rygere er mellem grupperne af personer uden for erhverv (80% rygere) og studerende (45% rygere).




Figur 9.4 Rygere opdelt efter erhvervsgruppe blandt voksne under 63 år. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=1923; uoplyst=40. Aldersjusteret. Kun grønlændere.

Figur 9.5 viser udviklingen i sociale forskelle i forekomsten af rygning fra 1993 til 2007. Der er tale om et fald i rygning i alle erhvervsgrupper, men særlig udtalt og statistisk sikkert for højere funktionærer mv., fanger/fiskere og studerende.




Figur 9.5 Rygning i erhvervsgrupper. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=1060; uoplyst=228. 2005-2007: N=1923; uoplyst=40. Justeret for alder og køn. Kun grønlændere.

Der er ligeledes en tydelig social gradient for uddannelsesniveau og rygning, lidt mere udtalt for kvinder end for mænd. For mænd er der i aldersjusterede analyser ingen forskel på andelen af rygere blandt deltagere med kun skoleuddannelse og deltagere med en kortere, videregående uddannelse (67%), mens kun 51% af deltagere med en mellemlang eller lang uddannelse er rygere (p=0,004). For kvinder er der en mere lineær gradient fra 70% rygere blandt deltagere kun med skoleuddannelse, til 66% blandt dem med kort uddannelse og 56% blandt dem med mellemlang eller lang uddannelse (p=0,004).

Der er flere rygere blandt mænd i bygder end i byer, også efter justering for uddannelse og alder (72% og 62%; p=0,006), mens der for kvinder ikke er nogen forskel mellem byer og bygder. I 1993 var der ingen forskelle mellem byer og bygder for hverken mænd eller kvinder.

## Opsamling

I 2005-2007 er lidt over 6 ud af 10 grønlændere rygere, hvilket er en reduktion fra 1993, hvor næsten 8 ud af 10 røg. Siden 1999 er der ikke sket væsentlig ændring i andelen af rygere. Næsten alle ryger cigaretter. Cigaretrygning er i 2005-

2007 som i 1993 næsten lige udbredt blandt mænd og kvinder, men det største fald i rygning siden 1993 ses blandt mænd. I gennemsnit ryges 9,2 cigaretter pr. dag, hvilket er et fald fra såvel 1993 som 1999. Mænd ryger i gennemsnit flere cigaretter dagligt end kvinder. Andelen af rygere er som i 1993 lavest blandt gruppen af 60 årige og derover, hvorimod rygning er ligeligt udbredt i de øvrige aldersgrupper. Den gennemsnitlige alder ved rygestart er 17 år, men 15 år blandt de yngste. Halvdelen af rygere angiver, at de har begrænsning for rygning i deres hjem; rygning foregår udendørs eller i bestemte rum. I 2005-2007 findes den største andel af rygere blandt personer uden for erhverv og blandt ufaglærte arbejdere. Der er færre rygere i alle erhvervsgrupper, men de sociale forskelle er tiltaget siden 1993.

Befolkningsundersøgelsernes data kan bruges til en nærmere analyse af, hvem det er, der holder op med at ryge, og om rygestop har konsekvenser for andre risikofaktorer for hjertekarsygdom, f.eks. overvægt. Analyser af forskelle i dødelighed, og forekomst af sygdom og symptomer mellem rygere og ikke-rygere vil også blive gennemført.

# 10. Ældre

*Christina Viskum Lytken Larsen*

Den del af befolkningen der kan beskrives som ældre, kan defineres på flere forskellige måder. Her bliver ældre defineret som personer på 60 år eller ældre for at kunne sammenligne med tal fra befolkningsundersøgelsen i 1993. At aldersgrænsen for ældre i sin tid blev sat til 60 år hænger sammen med, at dette var pensionsalderen på daværende tidspunkt. I januar 2000 blev pensionsalderen hævet til 63 år, og fra 2009 vil den være hævet til 65 år (Grønlands Hjemmestyre 2007b). Grænsen for hvornår man fra samfundets side bliver opfattet som ældre, er altså under udvikling. Den samfundsmæssige holdningsændring i forhold til alder hænger dog ikke nødvendigvis sammen med en udvikling i middellevetiden. I forhold til Europa, USA og Canada er middellevetiden stadig lav i Grønland - i perioden 2001-2005 65 år for mænd og 71 år for kvinder (Grønlands Statistik 2007). Høj børnedødelighed, ungdomsselvmord og ulykker blandt unge og midaldrende er en række af de faktorer, der har betydning for den lave middellevealder (Bjerregaard 2004). Forskning i ældres helbred viser desuden, at forhold allerede før det 50. år har betydning for aldringsprocessens gode og dårlige sider, når man når 70-80 års alderen, hvorfor en indsats for ældres sundhed allerede bør starte tidligere i livet (Vaillant og Mukamal 2001).

Hverken samfundsmæssige eller statistiske pejlemærker for hvornår man er gammel, kan forventes at være helt i overensstemmelse med, hvornår den enkelte opfatter sig selv som ældre. Hvordan ældres egen opfattelse af alder ser ud i Grønland, er endnu ikke blevet undersøgt nærmere. Et mindre projekt omkring selvoplevet helbred og socialt netværk hos ældre i Qasigiannguit peger på, at aldersopfattelse er subjektiv frem for kronologisk betinget og sammenhængende med en række andre faktorer i livet som uddannelse, helbred, sociale forhold, arbejde, netværk mv. (Laursen et. al 2003). Antropologiske studier af ældre viser, at aldersopfattelse ligeledes er betinget af kultur og kontekst (Fry 2008). En undersøgelse af opfattelsen omkring sundhed og aldring blandt kvinder fra Yup'ik Eskimopopulationen i Alaska fandt således, at fire overordnede temaer blev tillagt betydning i kvindernes fortællinger om sundhed og aldring: At det er vigtigt at holde sig i gang, at det er sundt at gå og bevæge sig meget, at de traditionelle fødevarer er vigtige for et godt helbred, samt at ældre skal respekteres og anerkendes som vigtige bærere af kulturel viden og identitet (Hopkins et al. 2007). En undersøgelse på begge sider af Bering Strædet af ældres selvrapporterede helbred

blandt oprindelige folk i Alaska og Rusland har vist, at ældre i Alaska vurderer deres eget helbred langt dårligere end den øvrige befolkning i USA, men at helbredstilstanden, målt som selvvurderet helbred, blandt ældre på den russiske side af strædet er endnu dårligere (Callaway 2004).

Dette kapitel om ældre følger i nogen grad op på de resultater, som er formidlet i de forrige kapitler i et forsøg på at opsummere nogle relevante forhold omkring ældres helbred og levestandard til gavn for det sundhedsfremmende og sociale arbejde blandt ældre. Mere specifikt omhandler kapitlet udviklingen i selvvurderet helbred og ældres livsstil med fokus på kost, alkohol, rygning og fysisk aktivitet. Herudover undersøges de ældres sociale relationer samt afslutningsvis bingo-, tips- og lottospil blandt ældre.

## Ældre i folkesundhedsprogrammet

Fokus på ældres sundhed og helbred skal ses i sammenhæng med folkesundhedsprogrammet "Inuuneritta". Således er målsætningen for ældre i perioden 2007 til 2012 "et værdigt og indholdsrigt liv for alle ældre og gamle", samt at "ældres funktionsniveau i det daglige forbedres og forekomsten af symptomer og langvarig sygdom blandt ældre reduceres" (Grønlands Hjemmestyre 2007a). I det følgende vil udviklingen i ældres helbred blive belyst fra perioden 1993 til 2007. Dermed vil det være muligt at danne sig et overblik over udviklingen på udvalgte helbredsmål inden igangsættelsen af folkesundhedsprogrammet og på længere sigt følge udviklingen i folkesundheden. Dette kapitel forholder sig dog ikke til ældres funktionsniveau, symptomer og langvarig sygdom, da dette vil blive belyst i en senere rapport.

Det er hensigten med dette kapitel at skabe et overblik over udviklingen i de ældres helbred, livsstil og sociale relationer med henblik på at skabe et fundament for den indsats, det kræver fra sundheds- og socialsektoren at sikre, at ældre har den samme mulighed for at leve et godt liv som andre befolkningsgrupper i samfundet.

## De ældre i befolkningsundersøgelserne

Antallet af ældre, der indgik i befolkningsundersøgelser i hhv. 1993 og 2005-2007, ses i tabel 10.1. I 1993 indgik i alt 189 personer og i 2005-2007 i alt 374 personer.

Tabel 10.1 Ældre deltagere i befolkningsundersøgelserne i 1993 og 2005-2007. Opdelt på køn.

| | 1993 | | 2005-2007 | |
|---|---|---|---|---|
| | Antal | % | Antal | % |
| Mænd | 95 | 50 | 189 | 51 |
| Kvinder | 94 | 50 | 185 | 50 |
| I alt | 189 | 100 | 374 | 100 |

*Den demografiske udvikling blandt ældre*

I 1993 udgjorde de ældre 7% af den samlede befolkning i Grønland, mens denne andel i 2005-2007 var steget til 10%. Ser vi udelukkende på den del af befolkningen, som er født i Grønland, udgjorde de ældre 7,5% i 1993 og 9,5% i 2005-2007. Fordelingen mellem mænd og kvinder er kendetegnet ved en lille overvægt af kvinder begge år. I 1993 udgjorde mændene 43% af de ældre og kvinderne 57%. I 2005-2007 var forskellen reduceret med nogle procent, idet mænd her udgjorde 47% blandt de ældre overfor 53% kvinder.

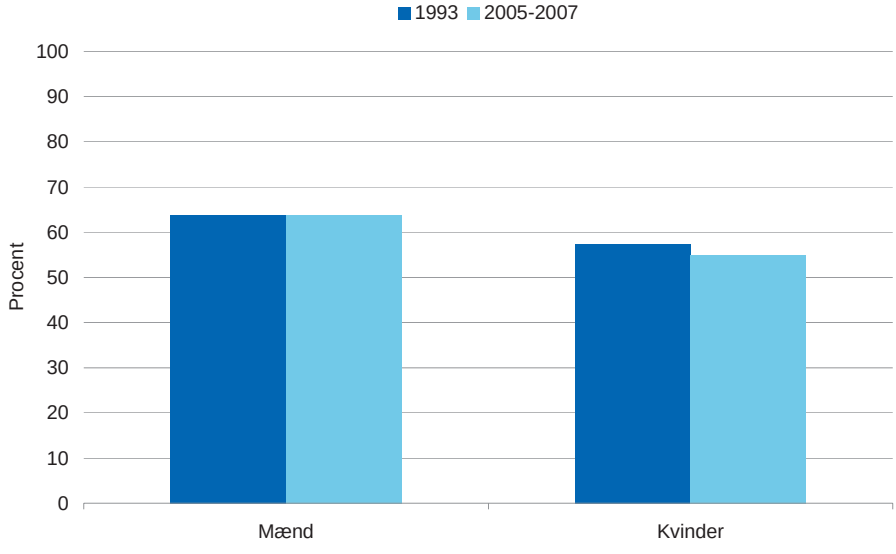
En fremskrivning af befolkningen fra Grønlands Statistik viser, at andelen af ældre forventes at vokse. En samlet befolkningsfremskrivning frem til 2016 viser, at antallet af personer født i Grønland vokser fra 50.397 til 52.932 i perioden 2006 til 2016. Ved fremskrivning forventes en stigning i andelen af både ældre og yngre, mens gruppen af 35-44 årige forventes at blive reduceret (fra ca. 5000 til 3000) (Grønlands Statistik 2007).

*Selvvurderet helbred blandt ældre*

Som det fremgår af kapitel 4 om selvvurderet helbred, viser befolkningsundersøgelsen fra 2005-2007, at lidt færre end i 1993 vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt. At selvvurderet helbred inddrages som et relevant helbredsmål for de ældre, er begrundet i epidemiologiske undersøgelser, som viser, at personer med dårligt selvvurderet helbred har øget risiko for at leve kortere, blive ramt af sygdom og tab af funktionsevne samt at blive førtidspensioneret og gøre brug af sundhedsvæsenets ydelser sammenlignet med personer, der vurderer deres helbred som godt (Weinberger et al. 1986; Grand et al. 1988; Ren et al. 1994; Appels et al. 1996; Idler og Benyamini 1997; Miilunpalo et al. 1997; DeSalvo et al. 2006). Dette er nærmere beskrevet i kapitel 4.

I både 1993 og 2005-2007 er de ældre blevet bedt om at vurdere deres eget helbred (en nærmere beskrivelse af spørgsmål og svarkategorier findes i kapitel 4). I

den følgende opgørelse er svarkategorierne ”virkelig godt” og ”godt” slået sammen og benævnes som ”godt selvvurderet helbred”, mens kategorierne ”nogenlunde”, ”dårligt” og ”meget dårligt” er slået sammen og benævnes ”dårligt selvvurderet helbred”.

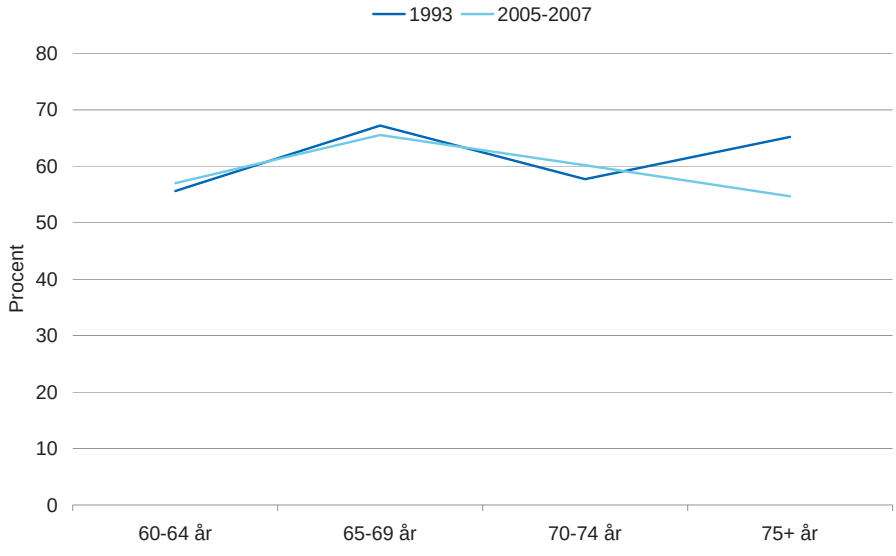



Figur 10.1 Godt selvvurderet helbred blandt ældre (60+) opdelt på køn. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=188; uoplyst=1. 2005-2007: N=372; uoplyst=2. Kun grønlændere.

Blandt de ældre mænd var der i både 1993 og 2005-2007 64%, der vurderede eget helbred som godt. Blandt kvinderne er egen vurdering af helbredet ligeledes uændret. Her vurderede 57% i 1993 og 55% i 2005-2007 eget helbred som godt. For begge år gælder, at lidt flere mænd end kvinder vurderer deres helbred som godt. Denne forskel er ikke signifikant, når de ældre analyseres isoleret fra resten af befolkningen som her, men derimod når der kigges samlet på hele befolkningen, som beskrevet i kapitel 4. Halvdelen af de ældre i 2005-2007 oplever altså, at de har et godt helbred.

I både 1993 og 2005-2007 viser undersøgelserne, at den enkeltes vurdering af eget helbred bliver signifikant dårligere med alderen (se kapitel 4). Internt i gruppen af ældre er der dog ikke signifikant forskel mellem aldersgrupperne (figur

10.2). Figuren illustrerer, hvor tæt de ældres vurderinger ligger i begge undersøgelser samt inden for de enkelte aldersgrupper.




Figur 10.2 Godt selvvurderet helbred blandt ældre opdelt i mindre aldersgrupper. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=188; uoplyst=1. 2005-2007: N=372; uoplyst=2. Kun grønlændere.

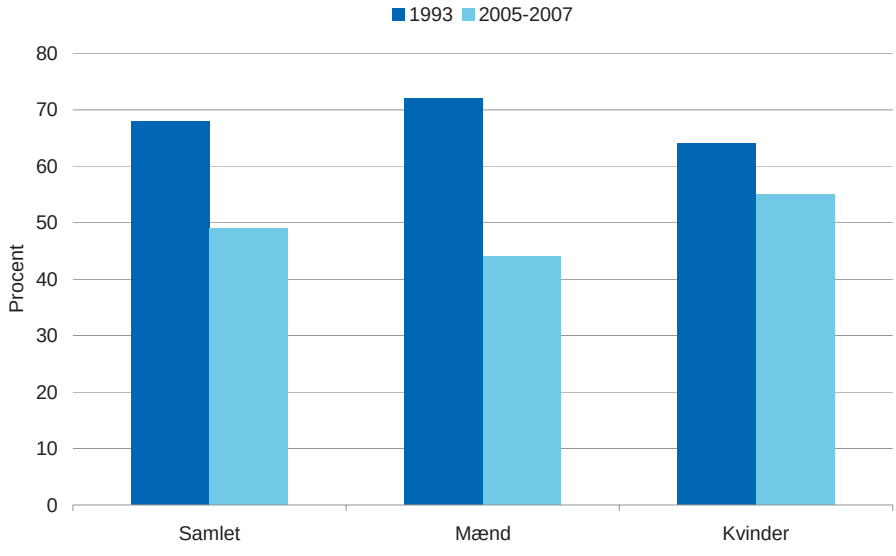
## Ældres livsstil

Det kendetegner de ældre i 2005-2007, at der trods en stor andel rygere er færre rygere, når der sammenlignes med resten af befolkningen (kapitel 9). Samtidig fremgår det af kapitel 8.2, at det er blandt de ældre, vi finder færrest fysisk aktive. Det er også blandt de ældre, vi finder den største andel, som spiser traditionel grønlandsk mad (se kapitel 8.1). I det følgende redegøres for udviklingen i de ældres rygevaner, fysiske aktivitet, kostvaner og alkoholindtag fra 1993 til 2007.

*Ældre og rygning*

Der er færre rygere blandt ældre i befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 sammenlignet med ældre i befolkningsundersøgelsen fra 1993 ($p<0,001$). I den samlede ældregruppe var der i 1993 68%, der var rygere. I 2005-2007 er dette tal faldet til 49% (figur 10.3). Af figuren fremgår desuden, at andelen af rygere blandt ældre mænd er faldet fra 72% i 1993 til 44% i 2005-2007 ($p<0,001$), mens faldet i andelen af rygere blandt ældre kvinder ikke er statistisk sikkert (64% vs. 55%).

Inden for de enkelte undersøgelsesår er det kun i 2005-2007, at andelen af rygere er forskellig blandt ældre mænd og kvinder (p=0,044).

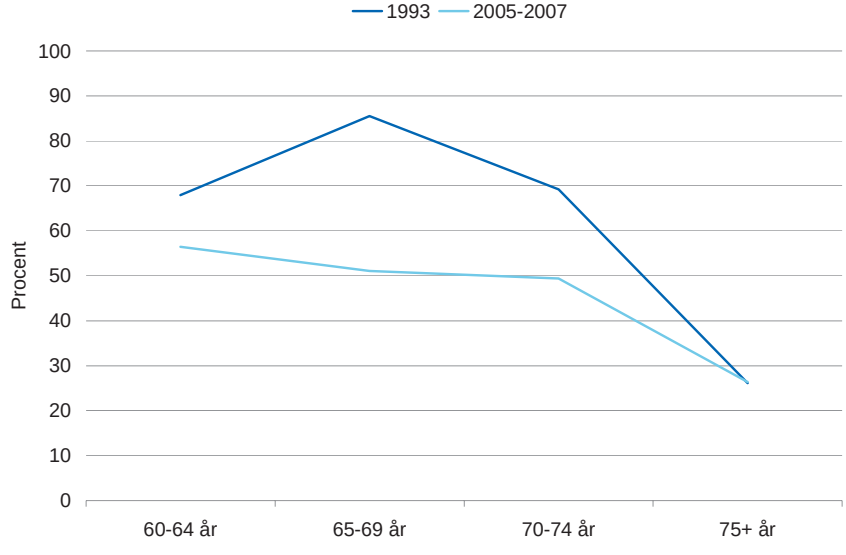



Figur 10.3 Rygere blandt de ældre (60+). Samlet og opdelt for køn. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=182; uoplyst=7. 2005-2007: N=373; uoplyst=1. Kun grønlændere.

Blandt ikke-rygere i 1993 har over halvdelen røget tidligere (53%), og her er der ikke forskel på mænd og kvinder. I 2005-2007 er det ligeledes over halvdelen af ikke-rygerne, der er eks-rygere (67%). Der er forskel på mænd og kvinder, således at 54% af de ikke-rygende kvinder er tidligere rygere, mens dette gælder for hele 78% af ikke-rygerne blandt ældre mænd (p<0,001). Det er værd at bemærke, at selv om det kun er halvdelen af de ældre, der ryger, har størstedelen røget på et tidligere tidspunkt i livet og kan derfor forventes at have en øget risiko for ryge-relaterede sygdomme.

Spørgsmålet er, hvorvidt faldet i antallet af rygere blandt de ældre fra 1993 til 2007 kan tilskrives alderen eller bestemte fødselsårgange. Derfor er der undersøgt for forskelle i andelen af rygere blandt ældre i 1993 og 2005-2007 opdelt efter fødselsårgange. Denne analyse bekræfter, at der er tale om en reel forandring fra 1993 til 2007 inden for hver enkel fødselsårgang: Udviklingen er signifikant for både årgang 1920-29 (p<0,001) og 1930-39 (p<0,001). Denne tendens holder også, når analysen opdeles på køn. Årgang 1900-1919 er for lille til at kunne un-

dersøges, og årgang 1940-49 indeholder kun ældre i 2005-2007, fordi samme årgang var under 60 år i 1993. I gruppen af ældre er der forskel på andelen af rygere, og der er en klar tendens til, at færre ældre ryger med stigende alder. Dette gælder både 1993 (p<0,001) og 2005-2007 (p=0,003). Den store forskel mellem ældre under og over 75 år kan muligvis tilskrives, at flere af rygerne end ikke-rygerne er døde, inden de bliver 75 år. Forskellen fremgår af figur 10.4, hvor de ældre rygere er gengivet i mindre aldersgrupper. Det er på grund af få personer i hver aldersgruppe ikke muligt at vise udviklingen separat for mænd og kvinder.




Figur 10.4 Andelen af rygere blandt ældre inddelt i 5-års aldersintervaller. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=182; uoplyst=7. 2005-2007: N=373; uoplyst=1. Kun grønlændere.

*Ældres aktivitetsmønster*

Ældre er mindre fysisk aktive end yngre deltagere. Dette er beskrevet i kapitel 8.2 om fysisk aktivitet, hvor sammenhængen mellem alder og fysisk aktivitet er undersøgt. Det er dog ikke ensbetydende med, at ældre skal opfattes som stillesiddende. Ser vi på hvor meget tid, den enkelte bruger i gennemsnit på stillesiddende aktivitet, så er ældre nemlig den gruppe, der sidder mindst stille i løbet af en uge. Hvor unge på 18-24 år i gennemsnit sidder stille 28 timer på en uge, så sidder de ældre kun stille i 24 timer.

Inden for ældregruppen er der også forskel på, hvor meget man sidder stille, og hvor aktiv man er. Jo ældre, des større bliver andelen, der tilhører den mindst aktive fjerdedel af deltagerne($p<0,001$). Blandt de 60-64 årige tilhører 32% den mindst aktive fjerdedel, mens dette gælder for 47% af de 65-69 årige, 59% af de 70-74 årige og hele 77% af de ældre på 75 år og derover.

Tabel 10.2 Gennemsnitlig tid brugt på stillesiddende aktivitet pr. uge for ældre inddelt i mindre aldersgrupper. Angivet i timer. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. N=367; uoplyst=7. Kun grønlændere.

| Alder | Gennemsnitlig tid brugt på stillesiddende aktivitet pr. uge | N |
|---|---|---|
| 60-64 år | 23 timer | 145 |
| 65-69 år | 22 timer | 88 |
| 70-74 år | 23 timer | 82 |
| 75+ år | 29 timer | 52 |

Der er ligeledes stor forskel på, hvor meget de ældre sidder stille. Ved at se på det gennemsnitlige tidsforbrug for ældre inddelt i mindre aldersintervaller er det tydeligt, at selvom omfanget af stillesiddende aktivitet falder med alderen, når vi ser på hele befolkningen, så stiger det med alderen inden for ældregruppen. Af tabel 10.2 fremgår det, at 60-74 årige alle bruger i gennemsnit 22-23 timer om ugen på stillesiddende aktiviteter, mens de 75 årige bruger 29 timer om ugen. Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og helbred er ikke undersøgt her, men det er sandsynligt, at netop den ældste gruppe sidder mest stille, fordi de også er ramt af sygdom, eller på anden måde er funktionshæmmede pga. alderen.

*Ældres kostvaner*

Ved aldring ændres kroppens sammensætning, hvilket har indflydelse på stofskiftet og derfor på energibehovet. Muskelmasse og knoglemasse reduceres, men i forskellig grad for mænd og kvinder idet kvinder mister mere knoglemasse end mænd. Den eneste masse, der ikke reduceres, er fedtmassen, som i stedet stiger med alderen (Schroll et al. 1997). Derfor spiller kosten og graden af fysisk aktivitet en vigtig rolle for ældres sundhed. Hvis man gennem livet opretholder et tilstrækkeligt niveau af fysisk aktivitet, kan man som ældre have en større muskelmasse end jævnaldrende, som ikke har været fysisk aktive. Jo større muskelmasse man har, jo større basalstofskifte og desto mindre er chancen for overvægt og fedme med efterfølgende livsstilssygdomme. Mængden af muskelmasse har end-

videre betydning for glukosetolerancen, og dette er relevant for helbredet, idet jo højere glukosetolerance desto lavere er risikoen for udvikling af diabetes (Rosenberg 2000).

Ældres energiprocentfordeling for de tre makronæringsstoffer er ikke forskelligt fra det gennemsnitlige indtag for hele undersøgelsen. Som beskrevet i kostkapitlet indtager ældre en større del af deres energi fra traditionelle fødevarer. For gruppen af ældre over 60 år gælder det, at der er forskel på mænd og kvinders energiindtag fra traditionelle fødevarer. Mænd indtager 26% og kvinder 19% af deres samlede energi fra traditionelle fødevarer (p<0,001). I tabel 10.3 er ældres forbrug af traditionelle fødevarer opgjort på forskellige typer af fødevarer, nemlig sæl, hval, fisk, fuglevildt og rensdyr. Selv om ældre er den gruppe, der indtager relativt mest energi fra grønlandske fødevarer, er andelen, der spiser de forskellige typer fødevarer, faldende for alle nævnte fødevaretyper med undtagelse af rensdyrkød, som tilsyneladende spises af lidt flere i 2005-2007 end i 1993.

Tabel 10.3 Ændringer i ældres indtag af traditionelle fødevarer fra 1993 til 2007. Procent, der indtager den pågældende fødevare mindst en gang om ugen. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. Kun grønlændere.

| Traditionelle fødevarer | 1993 N=181; Uoplyst=8 % | 2005-2007 N=374; Uoplyst=0 % | p-værdi |
|---|---|---|---|
| Sæl | 77,3 | 53,9 | <0,001 |
| Hval | 41,0 | 31,6 | 0,03 |
| Fisk | 84,3 | 71,1 | <0,001 |
| Fuglevildt | 55,2 | 41,6 | 0,003 |
| Rensdyr | 13,9 | 20,8 | 0,05 |

Ældregruppen indtager mindre sukker fra sukkerholdige fødevarer end de yngre, i gennemsnit 51 gram sukker om dagen fra fødevarer som kager, slik, chokolade, sukkerholdige morgenmadsprodukter, marmelade, honning eller sukker tilsat te og kaffe. Den gennemsnitlige sukkerindtag for de ældre svarer til 102 gram flødechokolade eller en Ritter Sport daglig.

*Ældres alkoholforbrug*

Generelt anbefales det, at ældre mennesker har et begrænset alkoholindtag. Overordnet gælder genstandsgrænserne for ældre som for andre voksne på 14

genstande pr. uge for kvinder og 21 genstande pr. uge for mænd. Ud af de 374 ældre deltagere er der 238 som svarer på spørgsmålene om alkohol. I befolkningsundersøgelsen i 2005-2007 drikker 68% af de ældre alkohol. Lidt over halvdelen af de 374 besvarer spørgsmålene, som ligger til grund for beregningen af antal genstande. Af disse er der 11%, som drikker mere end de anbefalede genstandsgrænser, 17% af mænd og 2,6% af kvinder (p=0,002). Sammenlignet med befolkningsundersøgelserne fra 1993 er der en lavere forekomst af rusrikkere (defineret i kapitel 5) i 2005-2007 end i 1993 (p=0,02). Andelen af ældre som kan karakteriseres som rusdrikkere var i 1993 29%, og i 2005-2007 er andelen på 18%. Andelen af storforbrugere (se kapitel 5) er uændret fra 1993 (10%) til 2007 (9%).

Det har stor betydning for ældres sundhed, at genstandsgrænserne for alkohol overholdes. Ud over de generelle fysiologiske forhold forbundet med alderen har den individuelle grad og karakter af fysisk aldring indflydelse på, hvor meget den enkelte kan tåle at drikke både pr. uge og pr. gang. Det er således positivt, at antallet af rusdrikkere blandt ældre er reduceret.

## Sociale relationer

De fleste ældre lever i parforhold, enten som ægtefæller eller i faste forhold uden at være gift. Desuden har størstedelen af de ældre i både 1993 og 2005-2007 ugentlig kontakt med både venner og familie. Sociale relationer og netværk kan have stor betydning for den enkeltes helbred og velfærd. Derfor er det relevant at supplere helbredsmålinger med oplysninger omkring de ældres sociale relationer. I USA er forskelle i sociale relationers indvirkning på dødelighed undersøgt blandt ældre og yngre (Seeman et al. 1987). Mens ægteskab viste sig at være relativt mest betydningsfuldt for personer under 60 år, viste kontakten med venner og familie sig at have større betydning end ægteskab for de ældre på 60 år og derover. I skandinaviske undersøgelser har man ligeledes fundet sammenhænge mellem sociale relationer og dødelighed, men det er værd at bemærke, at disse sammenhænge næsten udelukkende kan påvises for mænd (Welin et al. 1985; Orth-Gomér og Johnson 1987; Kaplan et al. 1988). Graden af sammenhæng for hhv. mænd og kvinder, samt i forskellige etniske grupper, er et omdiskuteret emne i litteraturen, men undersøgelser inden for de seneste 10-15 år viser, at de stærke sammenhænge mellem sociale relationer og dødelighed er komplekse, og at især alderen synes at have betydning for sammenhængen (Iversen et al. 2005). Generelt viser ny forskning, at sociale netværk har en positiv betydning for den enkeltes helbred og overlevelse, men det er svært at afgøre forholdet mellem år-

sag og virkning, idet sygdom også kan bidrage til etablering af netværk, der ellers ikke ville have været til stede (Rasulo et al. 2005; Avlund 2006).

Når særligt ældre er udsatte, hænger det sammen med, at livet som ældre kan være præget af, at børnene er flyttet hjemmefra samt at ægtefælle, samlever og venner kan være gået bort og dermed efterlader den ældre uden sociale relationer. Kombineret med den tiltagende funktionshæmning, der kan komme med alderen, er det vigtigt at have øje for de ældres netværk. Med ældres aftagende mulighed for at klare sig selv og få hjælp af familien tiltager behovet for den offentlige omsorg for at sikre den ældres livskvalitet.

Både i 1993 og i 2005-2007 er der spurgt til deltagernes civilstatus og parforhold. I det følgende er oplysninger om ægteskabelig status kombineret med oplysninger om, hvorvidt den enkelte bor i et fast parforhold uden at være gift. De ældre er her inddelt i to kategorier, enlige og dem, der er i parforhold.

Andelen af ældre, der er i parforhold, har ikke forandret sig fra 1993 til 2007 (61% vs. 59%). Af tabel 10.4 fremgår det, at flere ældre mænd end kvinder bor i parforhold både i 1993 og 2005-2007. Denne forskel er dog kun signifikant i 2005-2007 ($p<0,001$). Dette kan skyldes, at kvinderne overlever deres mænd, og derfor oftere lever alene som ældre. Mænds samlivsforhold er stort set uændret fra 1993 til 2007 (66% vs. 68%), og det samme gælder kvinderne (56% vs. 49%).

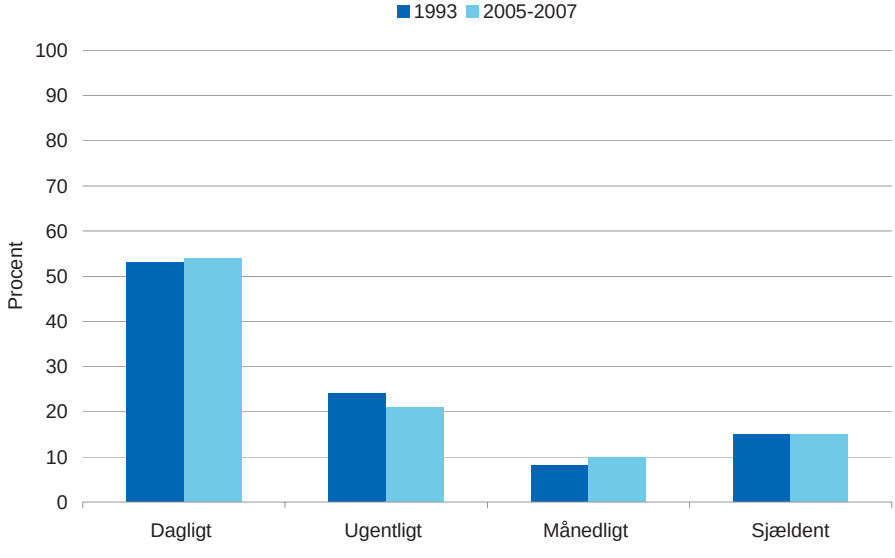
Tabel 10.4 Ældres samlivsforhold. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=184; uoplyst=5. 2005-2007: N=366; uoplyst=8. Opdelt på mænd og kvinder. Kun grønlændere.

| Samlivsforhold | 1993<br>% | 2005-2007<br>% |
|---|---|---|
| Mænd | | |
| Enlig | 34 | 32 |
| Parforhold | 66 | 68 |
| Kvinder | | |
| Enlig | 44 | 51 |
| Parforhold | 56 | 49 |

Der er i hverken 1993 eller 2005-2007 signifikant sammenhæng mellem samlivsforhold og selvvurderet helbred for de ældre, heller ikke separat for mænd og kvinder. Det må dog huskes, at undersøgelsen udelukkende har mål for omfanget af sociale relationer og ikke disses kvalitet.

Ud over ældres parforhold kan også samvær med familie og venner have betydning for ældres helbred. Der er i både 1993 og 2005-2007 spurgt til, hvor ofte man under normale omstændigheder ser venner og familie, som man ikke bor sammen med. I det følgende er svarkategorien "dagligt eller næsten dagligt" gengivet som dagligt samvær med hhv. familie eller venner og bekendte. Kategorien "1 til 2 gang om ugen er gengivet som ugentligt, "1 til 2 gange om måneden" er gengivet som månedligt, mens "sjældnere" og "aldrig" er slået sammen og gengivet som sjældent.

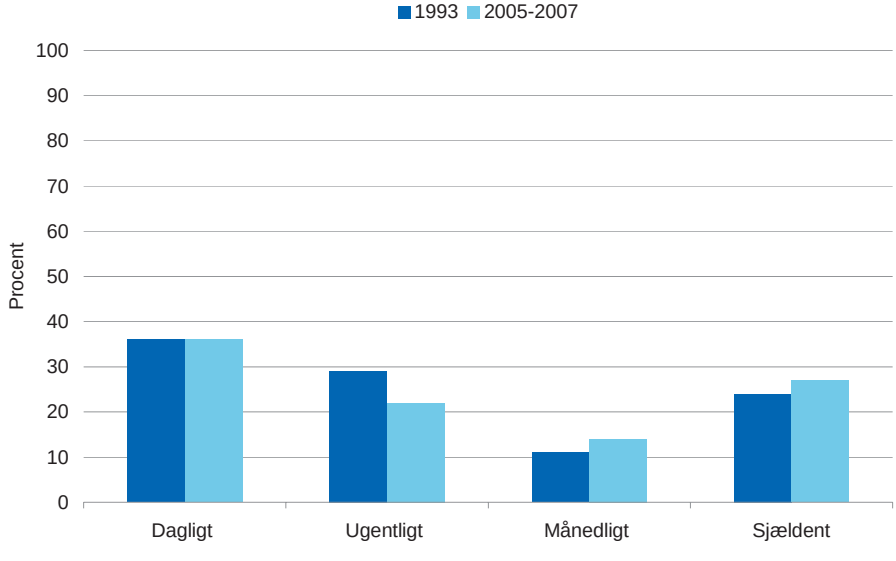
Andelen af ældre, der er sammen med familie dagligt, er uændret fra 1993 til 2007 (53% vs. 54%) (figur 10.5).




Figur 10.5 Ældres samvær med familie. Befolkningsundersøgelserne i 1993 og 2005-2007. 1993: N=186; uoplyst=3. 2005-2007: N=370; uoplyst=4. Kun grønlændere.

Ved begge undersøgelser er det ca. 7 ud af 10 ældre, der ser venner og familie mindst en gang om ugen (figur 10.5 og 10.6). I både 1993 og 2005-2007 er 36% af de ældre dagligt sammen med venner og bekendte.

Der er i 2005-2007 signifikant sammenhæng mellem hyppigheden af samvær med venner og bekendte og godt selvvurderet helbred (p=0,003), men ikke når det gælder samvær med familien. Denne sammenhæng gælder dog kun for de ældre kvinder (p=0,003). Her vurderer 59% af de ældre kvinder, med daglig kontakt til venner, deres helbred som godt, mens det kun er tilfældet for 38% af de ældre kvinder, som sjældent eller aldrig er sammen med venner. For ældre mænd er de tilsvarende tal 68% og 59%, men denne forskel er ikke statistisk sikker. I 1993 er der ingen signifikante sammenhænge mellem selvvurderet helbred og hyppigheden af samvær for de ældre. Resultaterne fra 2005-2007 tyder på, at ældre kvinders helbred kan være mere påvirkeligt af sociale relationer end mænds, hvilket adskiller sig fra de nævnte studier, hvor mænd i nogle tilfælde har vist sig at være mere sårbare end kvinder. Det er dog ikke muligt at fastlægge årsagssammenhængen i denne undersøgelse, og det er lige så sandsynligt, at dårligt helbred hindrer samvær med venner som at samvær med venner giver godt helbred.

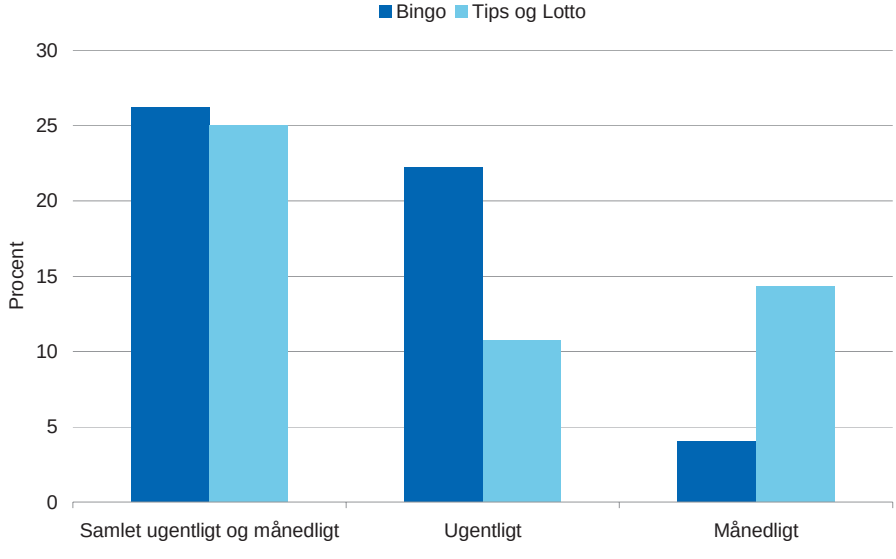



Figur 10.6 Ældres samvær med venner og bekendte. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=177; uoplyst=12. 2005-2007: N=371; uoplyst=3. Kun grønlændere.

Generelt kan det konkluderes, at størstedelen af de ældre ofte er sammen med venner, familie og bekendte. For de ældre kan det have afgørende betydning at være en del af et netværk, der kan give en hjælpende hånd, selv om det dog ikke er muligt at læse ud af tallene, hvorvidt dette er tilfældet. Omfanget af samværet er uændret siden 1993.

## Spillevaner blandt ældre

I 2005-2007 er der blevet spurgt til deltagernes spillevaner i forhold til fire typer af pengespil. Undersøgelsen viser, at ældre oftere end yngre spiller bingo samt tips og lotto (p<0,001), mens dette hverken gælder spillemaskiner eller kortspil. Mere specifikt spørges der til de fire typer af pengespil med følgende formulering: "Hvor ofte har du spillet bingo/ tips, lotto, skrabespil, joker eller lignende spil/ spillemaskiner (enarmede tyveknægte)/ kort, terninger eller andre lignende spil om penge, inden for det sidste år". Der er en tendens til, at ældre kvinder spiller langt mere bingo end ældre mænd, mens der ikke er forskel på ældre mænd og kvinders tips- og lottospil. En række internationale studier viser, at mænd og kvinder ofte har forskellige spillevaner og forskellige præferencer, hvad angår typer af pengespil (Nielsen og Røjskjær 2005). Det er derfor sandsynligt, at fremtidige undersøgelser kan dokumentere variationer i de ældres spillevaner.




Figur 10.7 Ældres bingo- og tipsspil fordelt på hyppighed. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Bingo: N=126; uoplyst=50.

Mens kun ca. 5 af de ældre spiller kort eller på spillemaskiner mindst en gang om måneden er bingo og tips langt mere populært. Af figur 10.7 fremgår det, at hver fjerde (25%) spiller tips og lotto mindst en gang om måneden. Det samme gælder bingo (26%). Ældre, der spiller bingo, spiller typisk hver uge (22%), mens næsten lige mange ældre spiller tips og lotto på hhv. uge- og månedsbasis (11% vs. 14%). For en gruppe ældre ser det således ud som om, at det at spille fungerer som en fast aktivitet. Især bingo opfattes som en social begivenhed, og det vil kræve yderligere undersøgelser af afklare, hvilken rolle bingo spiller for især de ældre kvinders liv og helbred.

## Opsamling

Omkring halvdelen af den ældre befolkning vurderer eget helbred som godt. Samtidig kan det konstateres, at der ikke har været nogen forbedringer i de ældres selvvurderede helbred siden 1993. På længere sigt er der derfor behov for at fokusere på ældres sundhed med henblik på at forebygge sygdom og funktionshæmning i fremtiden.

Det er de ældre, der spiser mest traditionel grønlandsk mad, men andelen, der ugentligt spiser kød fra sæl, hval, fisk og fugl er faldende. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på de konsekvenser, et skift til mere vestlig kost kan have for de ældres helbred.

Der er tale om en positiv udvikling set ud fra et folkesundhedsperspektiv, når vi kigger på andelen af ældre, der ryger, og som kan betegnes som rusdrikkere. Her viser undersøgelsen et fald i både andelen af rygere samt andelen af rusdrikkere fra 1993 til 2007. Det er dog stadig lidt over halvdelen af de ældre, der ryger, og størstedelen af ikke-rygerne har tidligere røget. Der er således behov for i endnu højere grad at styrke folkesundhedsindsatsen med henblik på at ændre befolkningens livsstil for at sikre et bedre helbred blandt ældre på længere sigt.

De ældre ser ofte venner og familie. 7 ud af 10 ældre er sammen med venner eller familie mindst en gang om ugen. Desuden spiller hver fjerde ældre bingo samt tips og lotto mindst en gang om måneden. Det er ikke muligt at sige, hvilken betydning, sådanne aktiviteter har for helbredet, men det kan konstateres, at mange deltager i sociale aktiviteter, der påvirker helbredet i positiv retning.

Forskning og forebyggelse på ældreområdet bør tage udgangspunkt i den kulturelle kontekst og de fysiske og psykiske levevilkår, som ældre lever under. Der er

behov for et grundlæggende kendskab til ældres opfattelse af sundhed og aldring for at imødekomme de ældres behov og for at sikre, at den sundhedsfremmende indsats når de ældre. Endvidere er der behov for forskning omkring ældres perspektiver på sundhed og livsstil i en lokal kontekst. Det er ligeledes nødvendigt at undersøge de ældres pengespil i et folkesundhedsperspektiv med henblik på at afdække spillevaners mulige betydning for de ældres helbred.

# 11. Udfordringer for forskning og sundhedspolitik i Grønland

*Peter Bjerregaard*

## Udviklingen 1993-2007

Grønland har på mange områder ændret sig betydeligt gennem de 14 år, der er gået siden den første befolkningsundersøgelse i 1993. Befolkningens størrelse er kun steget svagt, men danskere udgør en faldende andel. Der er blevet færre indbyggere i bygderne, mens specielt Nuuk er vokset til nu at rumme mere end en fjerdedel af landets befolkning. Butikkernes udbud af fødevarer, herunder frisk frugt og grøntsager, er blevet mere varieret, i hvert fald i de større byer. Der er indført restriktioner på rygning i det offentlige rum, og afgifterne på både tobak og alkohol er sat i vejret. Den samlede import af alkohol er uændret, men importen af vin er stigende. Sundhedsvæsenet har fået nye muligheder for behandling inden for landets grænser, men kæmper fortsat med mangel på faguddannet personale.

En kort sammenfatning af ændringerne fra 1993 til 2007 viser,

- at der fra 1993 til 2007 er sket en reduktion i andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt og en tilsvarende stigning i andelen, der vurderer deres helbred som kun nogenlunde godt. Selvvurderet helbred er dog vanskeligt at sammenligne over tid, fordi vurderingen foretages i relation til, hvad man forventer, og ikke ud fra et absolut niveau.

- at flere deltagere i 2005-2007 end i 1993 angiver at have været udsat for vold eller seksuelle overgreb. Det er især de yngre fødselsårgange, der rapporterer mere vold. Den stigende rapportering af vold kan muligvis skyldes, at tolerancen for vold er faldet. Sammenhængen med alkohol bør analyseres nærmere.

- at der ikke er sket større ændringer fra 1993 til 2007 i forekomsten af selvmordstanker undtagen for 25-34 årige kvinder, hvor forekomsten er fordoblet fra 8% til 16% (p=0,004). Det skal analyseres nærmere, om dette fund kan tilskrives en særlig høj forekomst af selvmord i netop de pågældende fødselsårgange.

- at befolkningens kostvaner har ændret sig i betydelig grad. Hyppigheden af måltider af sæl, fuglevildt og i mindre udtalt grad fisk er aftaget, mens der spises mere frugt, grønt og rensdyr og drikkes mere sodavand.

- at rygning er blevet mindre udbredt, selvom der stadig er 66% af den voksne befolkning, der ryger. Det har især været mændene, der er holdt op med at ryge, og kvinder ryger nu oftere end mænd. Faldet i rygning er fortrinsvist sket fra 1993 til 1999.

- at andelen af storforbrugere af alkohol er aftaget betydeligt for mænds vedkommende, selvom importen af alkohol pr. person i følge Grønlands Statistik ikke har ændret sig nævneværdigt siden 1993. Andelen af rusdrikkere er tilsvarende aftaget lidt blandt mænd. Der er muligvis tale om en begyndende udjævning af forskelle i forbrug mellem mænd og kvinder og mellem aldersgrupper. Det er dog påfaldende, at andelen af deltagere med et skadeligt alkoholforbrug, defineret ved CAGE-testen, er steget for både mænd og kvinder siden 1999, hvor denne test blev anvendt for første gang.

- at der er blevet lidt færre med et ugentligt forbrug af hash.

- at forekomsten af overvægt er steget betydeligt, og for både mænd og kvinder er der en markant stigning i andelen af svært overvægtige i alle aldersgrupper. I modsætning til i 1993 er kvinder nu oftere overvægtige end mænd; 58% af kvinderne er overvægtige og heraf 27% svært overvægtige.

## Ulighed i sundhed

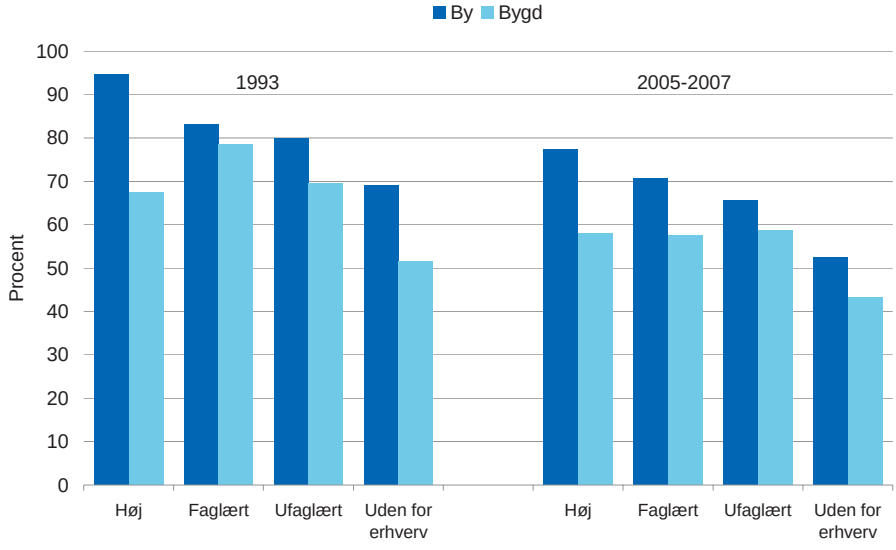
Analyser af de økonomiske forhold tyder på, at der er stor ulighed i befolkningen, og at uligheden ikke er aftagende. Det er da også klart for enhver, at levevilkårene i bygder og yderområder på mange måder er dårligere end i Nuuk og andre større byer, i det mindste de materielle vilkår. De to befolkningsundersøgelser i 1993 og 2005-2007 kan for udvalgte områder bruges til at undersøge, om der er ulighed mellem f.eks. by og bygd og socioøkonomiske grupper i befolkningen, og om denne ulighed har ændret sig siden 1993.

Befolkningsundersøgelsen fra 1993 konkluderede, at befolkningen i bygderne vurderede deres helbred dårligere end befolkningen i byerne, og at dette var gældende uanset erhverv. Der var flere med langvarig sygdom i bygderne. Kosten

var som forventet anderledes i bygderne end i byerne, mens der ikke var forskel på brug af alkohol eller tobak. Endelig var opvækstforhold og erhvervsforhold meget anderledes for bygdebefolkningen end for bybefolkningen. Der blev også påpeget nogle forskelle mellem erhvervsgrupperne, hvor der var flere rygere blandt fanger/fiskere og personer uden for erhverv, samt færre rusdrikkere blandt højere funktionærer og færre storforbrugere af alkohol blandt fanger/fiskere. Også selvvurderet helbred viste en klar sammenhæng med erhvervsgruppe. I den aktuelle befolkningsundersøgelse er der vist socioøkonomiske forskelle, eller forskel mellem by og bygd for de fleste undersøgte temaer: Kost, rygning, fysisk aktivitet, overvægt, alkohol, hash, selvmordstanker, selvmordsforsøg, og selvvurderet helbred.

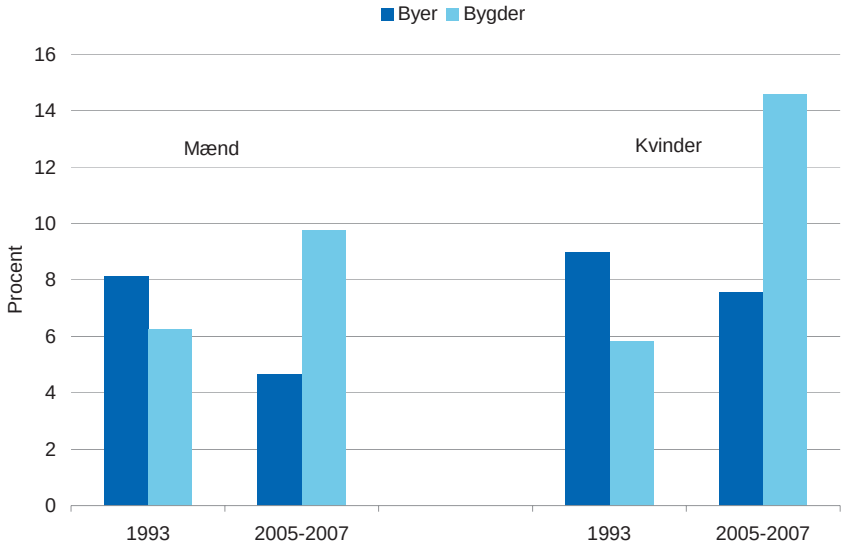
Af kapitel 9 fremgår, at der i 1993 var stigende forekomst af rygning fra højere funktionærer over ufaglærte til fanger/fiskere og personer uden for erhverv. Der har siden 1993 været et fald i andelen af rygere i alle erhvervsgrupper, men særlig udtalt for højere funktionærer, fanger/fiskere og studerende (figur 9.5). Hvis gruppen med lavest forekomst af rygning (højere funktionærer mv.) sammenlignes med gruppen med højest forekomst (personer uden erhverv), er de sociale forskelle i rygning øget fra 1993 til 2007, fra en ratio på 1,24 i 1993 til 1,48 i 2005-2007.

Som to yderligere eksempler på udviklingen i ulighed i sundhed fra 1993 til 2007 er valgt selvvurderet helbred som et generelt mål for helbred, og selvmordstanker som et mål for psykisk helbred. I 1993 var der udtalte forskelle i selvvurderet helbred mellem erhvervsgrupperne, og selvvurderet helbred var dårligere i bygder end i byer, også selvom forskellen i erhvervsstruktur blev taget i betragtning. I 2005-2007 var der stadig erhvervsforskelle og forskelle mellem by og bygd, især for kvinder. Figur 11.1 viser, at kvinder både i 1993 og 2005-2007 vurderer deres helbred dårligere i bygder end i byer uanset hvilken social position, de har. Dette tyder på, at forskellene mellem by og bygd ikke har ændret sig i den forløbne periode. Når man som i kapitel 4 inddrager både erhverv og bopæl i by og bygd i analyserne og konkluderer, at der ikke er forskel på by og bygd, så må man være klar over, at man måske statistisk justerer for nogle af de forskelle, der netop kendetegner by og bygd, og at man altså undervurderer forskellen mellem by og bygd. Det er jo et livsvilkår, at der ikke er så mange erhvervsmuligheder i bygderne, og at det specielt er jobmuligheder for uddannede, der mangler. Der kan derfor argumenteres for, at det er de ikke-justerede forskelle mellem by og bygd, der er de mest relevante.




Figur 11.1 Andel med godt selvvurderet helbred i socialgrupper og i by og bygd. Kvinder i alderen 18-59 år. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=612; uoplyst=58. 2005-2007: N=1068; uoplyst=11. Justeret for alder. Kun grønlændere.

I 1993 var der ikke forskel på forekomsten af selvmordstanker i byer og bygder. I byerne havde 8,6% af deltagerne haft selvmordstanker inden for det seneste år imod 6,1% i bygderne, men denne forskel var ikke statistisk sikker. I 2005-2007 har billedet ændret sig; 6,2% i byerne har haft selvmordstanker inden for det seneste år – altså lidt færre - imod 12,4% i bygderne – altså betydeligt flere ($p<0,001$). Den høje forekomst af selvmordstanker i bygderne findes for både mænd og kvinder (figur 11.2).




Figur 11.2 Andel med alvorlige selvmordstanker inden for det seneste år i by og bygd. Befolkningsundersøgelserne i Grønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=1190; uoplyst=116. 2005-2007: N=1877; uoplyst=206. Justeret for alder. Kun grønlændere.

## Forskning

En af de store udfordringer for forskningen er at videreudvikle analyserne af social ulighed i sundhed og pege på årsagsforklaringer og muligheder for forebyggelse. Der er mange andre temaer, som er prioriteret i folkesundhedsprogrammet Inuuneritta, hvor en målrettet forskning kan medvirke til at forbedre forebyggelsesindsatsen. Med data fra befolkningsundersøgelserne i hånden kan forskerne gennem det næste tiår studere emner som alkoholmisbrug, rygeophør, ludomani, selvmord, kost og fysisk aktivitet, og opstille og afprøve hypoteser og bidrage til forebyggelsen.

Der er i de foregående kapitler beskrevet en række mere konkrete forskningsopgaver, som bygger videre på rapportens analyser og udnytter befolkningsundersøgelsens data. En del af disse er temaer, der egner sig til en koordineret forskningsindsats, f.eks. i form af et ph.d. studie. Som emner for ph.d. studier, der allerede er under forberedelse, kan nævnes ludomani; fysisk aktivitet og diabetes; kost, overvægt og insulinresistens; og flere emner inden for det socialepidemiologiske tema.

*Fremtidige befolkningsundersøgelser*
Med de i kapitel 2 beskrevne befolkningsundersøgelser er der skabt et solidt grundlag for en fremtidig overvågning af sundhedstilstanden i Grønland, der går ud over en monitorering af dødelighed, forekomsten af smitsomme sygdomme og aktiviteten i sundhedsvæsenet. Monitorering af sundhedstilstanden indgår som en del af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta, og en tilfredsstillende monitorering forudsætter, at der løbende gennemføres befolkningsundersøgelser blandt såvel voksne som børn. Dette er helt på linie med, hvad der i flere år er foregået i en række europæiske lande. De hidtidige befolkningsundersøgelser har været emnemæssigt omfattende, og data og analyser har været på internationalt videnskabeligt niveau. Dette er dyrt, og det har været nødvendigt at skaffe ekstern fondsfinansiering. Det ville være ønskeligt at fortsætte med samme høje ambitionsniveau, men det er også en mulighed at indsamle begrænsede data til brug for en snæver monitorering af folkesundhedsprogrammet. En god strategi kunne være at etablere et basalt overvågningsprogram finansieret af offentlige midler og derudover satse på ekstern finansiering af videnskabelige overbygninger på grundprogrammet.

## Sundhedspolitik

Et vigtigt skridt i den forebyggende sundhedspolitik blev taget i 2006 med vedtagelsen af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta. Dette skete i erkendelse af, at det ikke kan lade sig gøre at behandle sig ud af alle sundhedsproblemer. Kost, rygning, alkohol og manglende fysisk aktivitet står bag størstedelen af sundhedsproblemerne i Grønland, herunder diabetes og hjertekarsygdom, overvægt, lungekræft og rygerlunger, vold, seksuelle overgreb og selvmord, og uden en stærk, forebyggende indsats kan disse sundhedsproblemer ikke fjernes. Beslutningstagere og sundhedsprofessionelle bør lytte til forskningens resultater og bruge forskningen som en inspiration til at forbedre sundhedstilstanden for alle mennesker i Grønland.

# Litteratur

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Medicine and Science in Sports and Exercise 2000;32:S498-S504.

Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. Social Science & Medicine 1996;42:681-689.

Arctic Council Sustainable Development Working Group. Analysis of Arctic children and youth health indicators, future of children and youth of the Arctic initiative. Canada: Health Canada, 2005.

Arnesen E, Forsdahl A. The Tromsø heart study: coronary risk factors and their association with living conditions during childhood. Journal of Epidemiology and Community Health 1985;39:210-214.

Avlund K. Disability in old age. Longitudinal population-based studies of the disablement process. Doktordisputats. København: Munksgaard Danmark, 2006.

Baglietto L, English DR, Hopper JL, Powles J, Giles GG. Average volume of alcohol consumed, type of beverage, drinking pattern and the risk of death from all causes. Alcohol and Alcoholism 2006;41:664-671.

Barker DJ, Forsen T, Uutela A, Osmond C, Eriksson JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. British Medical Journal 2001;323:1273-1276.

Berkman LF, Kawachi I. Social cohesion, social capital, and health. I: Berkman LF, Kawachi I (red.). Social epidemiology. New York City: Oxford University Press, 2000, 174-190.

Bertelsen A. Grønlands Medicinsk Statistik og Nosografi - Undersøgelser og Erfaringer fra 30 Aars Lægevirksomhed. Meddelelser om Grønland 1935;117:1-83.

Bjerregaard P. Folkesundhed i Grønland. INUSSUK - Arktisk forskningsjournal 1 - 2004. Nuuk: Atuagkat, 2004.

Bjerregaard P, Young TK. The Circumpolar Inuit: health of a population in transition. København: Munksgaard Danmark, 1998.

Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. DIKE's Grønlandsskrifter 4. København: DIKE, 1995.

Bjerregaard P, Pedersen HC, Lynge I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. København: DIKE, 1997.

Bjerregaard P, Jørgensen ME, Andersen S, Mulvad G, Borch-Johnsen K. Decreasing overweight and central fat patterning with westernization among the Inuit in Greenland and Inuit migrants. International Journal of Obesity 2002a;26:1503-1510.

Bjerregaard P, Jørgensen ME, Lumholt P, Mosgaard L, Borch-Johnsen K. Higher blood pressure among Inuit migrants in Denmark than among the Inuit in Greenland. Journal of Epidemiology and Community Health 2002b;56:279-284.

Bjerregaard P, Curtis T, Borch-Johnsen K, Mulvad G, Becker U, Andersen S et al. Inuit health in Greenland: a population survey of life style and disease in Greenland and among Inuit living in Denmark. International Journal of Circumpolar Health 2003a;62 Suppl 1:3-79.

Bjerregaard P, Young TK, Hegele RA. Low incidence of cardiovascular disease among the Inuit - what is the evidence? Atherosclerosis 2003b;166:351-357.

Bjerregaard P, Young TK, Dewailly E, Ebbesson SO. Indigenous health in the Arctic: an overview of the circumpolar Inuit population. Scandinavian Journal of Public Health 2004;32:390-395.

Bjørner JB, Kristensen TS, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M, Westerholmen P. Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research, 1996.

Blanchet C, Rochette L. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Nutrition and food consumption among the Inuit of Nunavik. Québec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2008.

Callaway D. The health of elders: a comparison of communities across the Bering Strait. International Journal of Circumpolar Health 2004;Suppl 1:31-37.

Cambridge Neurotechnology Ltd. Actiheart. Lokaliseret på: http://www.camntech.com/h_ah.html. 2008.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports 1985;100:126-131.

Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. Circulation 2008;117:1183-1188.

Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland - befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. København: DIKE, 1996.

Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. København: DIKE, 1997.

Curtis T, Larsen FB, Helweg-Larsen K, Bjerregaard P. Violence, sexual abuse and health in Greenland. International Journal of Circumpolar Health 2002;61:110-122.

Curtis T, Larsen HB, Helweg-Larsen K, Pedersen CP, Olesen I, Sørensen K, Jørgensen ME, Bjerregaard P. Unges trivsel i grønland 2004. INUSSUK - Artist Forskningsjournal 2006;1:3-119.

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. Journal of General Internal Medicine 2006;21:267-275.

Due P, Holstein BE. Sociale relationer og sundhed. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G (red.). Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2005, 210-219.

Echwald SM, Larsen PJ, Pedersen OB, Sørensen TI. Fedmens genetik. Ugeskrift for Læger 2006;168:150-152.

Ekholm O, Kjøller M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Embedslægeinstitutionen i Grønland. Årsberetning 2003. Nuuk: Embedslægeinstitutionen i Grønland, 2003.

Embedslægeinstitutionen i Grønland. Årsberetning 2006. Nuuk: Embedslægeinstitutionen, 2008.

Fry CL. Antropological theories of age and ageing. I: Bengtson VL, Schaie KW (red.). Handbook of theories of aging. New York: Springer Publishing Company, 2008, 271-516.

Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA, Giovannucci EL, Manson JE, Kawachi I et al. Alcohol consumption and mortality among women. The New England Journal of Medicine 1995;332:1245-1250.

Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, Pous J, Albarede JL. Predictive value of life events, psychosocial factors and self-rated health on disability in an elderly rural French population. Social Science & Medicine 1988;27:1337-1342.

Grønbæk M, Becker U, Johansen D, Gottschau A, Schnohr P, Hein HO et al. Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer. Annals of Internal Medicine 2000;133:411-419.

Grønlands Hjemmestyre. Inuuneritta - Folkesundhedsprogram. Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2007a.

Grønlands Hjemmestyre. Landstingsforordning nr. 3 af 7. maj 2007 om alderspension. 2007b.

Grønlands Hjemmestyre. Uddannelsesniveauet i Grønland højere end antaget. Lokaliseret på: http://dk.nanoq.gl/emner/landsstyre/departementer/departement_for_kultur/nyhedsforside/nyheder_fra_dep_kultur/2008/04/2008_marts_uddannelsesniveauet_er_hoejere_end_antaget.aspx. 2008.

Grønlands Statistik. Statistisk årbog 2007 og tidligere år. Nuuk: Forlaget Atuagkat, 2007.

Hansen JC, Deutch B, Odland JØ. Dietary transition and contaminants in the Arctic: emphasis on Greenland. Circumpolar Health Supplements 2008;2:5-96.

Health Canada. First Nations, Inuit and Aboriginal health. Lokaliseret på: http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/promotion/suicide/index_e.html. 2006.

Heitmann BL, Frederiksen P, Lissner L. Hip circumference and cardiovascular morbidity and mortality in men and women. Obesity Research 2004;12:482-487.

Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW, Paffenbarger RS, Jr. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. The New England Journal of Medicine 1991;325:147-152.

Helmrich SP, Ragland DR, Paffenbarger RS, Jr. Prevention of non-insulin-dependent diabetes mellitus with physical activity. Medicine and Science in Sports and Exercise 1994;26:824-830.

Hoffmann D, Hoffmann I. The changing cigarette: Chemical studies and bioassays. I: Shopland DR, Burns DM, Benowitz NL, Amacher RH (red.). Risks associated with smoking cigarettes with low tar machine-measured yields of tar and nicotine. USA: US National Institutes of Health, 2001, 159-192.

Hopkins SE, Kwachka P, Lardon C, Mohatt GV. Keeping busy: a Yup'ik/Cup'ik perspective on health and aging. International Journal of Circumpolar Health 2007;66:42-50.

Hu G, Qiao Q, Silventoinen K, Eriksson JG, Jousilahti P, Lindström J et al. Occupational, commuting, and leisure-time physical activity in relation to risk for type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. Diabetologia 2003;46:322-329.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior 1997;38:21-37.

IPAQ-group. IPAQ analyse guidelines. Lokaliseret på: http://www.ipaq.ki.se/doc/IPAQ%20LS%20Scoring%20Protocols_Nov05.pdf. 2008a.

IPAQ-group. The International Physical Activity Questionnaire. Lokaliseret på: http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm. 2008b.

Iversen L, Kristensen TS, Holstein B, Due P. Iversen, L, Kristensen, TS, Holstein, B, Due, P (red.). Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark, 2005.

James WPT, Ralph A. Alcohol: its metabolism and effects. I: Garrow JS, James WPT, Ralph A (red.). Human nutrition and dietetics. London: Churchill Livingstone, 2000, 121-135.

Jørgensen ME, Bjerregaard P, Borch-Johnsen K. Diabetes and impaired glucose tolerance among the Inuit population of Greenland. Diabetes Care 2002;25:1766-1771.

Jørgensen ME, Glümer C, Bjerregaard P, Gyntelberg F, Jørgensen T, Borch-Johnsen K. Obesity and central fat pattern among Greenland Inuit and a general population of Denmark (Inter99): relationship to metabolic risk factors. International Journal of Obesity 2003;27:1507-1515.

Jørgensen ME, Bjerregaard P, Kjærgaard JJ, Borch-Johnsen K. High prevalence of markers of coronary heart disease among Greenland Inuit. Atherosclerosis 2008;196:772-778.

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006a.

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Svage sociale relationer. I: Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H (red.). Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006b, 293-314.

Kamper-Jørgensen F, Almind G. Det forebyggende sundhedsarbejde. I: Forebyggende sundhedsarbejde, København: Munksgaard Danmark, 2004, 17-51.

Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL, Puska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. American Journal of Epidemiology 1988;128:370-380.

Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. American Journal of Public Health 1997;87:1491-1498.

Kirmayer LJ, Malus M, Boothroyd LJ. Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors. Acta Psychiatrica Scandinavica 1996;94:8-17.

Kirmayer LJ, Paul KW, Rochette L. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Mental health, social support and community wellness. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007.

Klein S, Allison DB, Heymsfield SB, Kelley DE, Leibel RL, Nonas C et al. Waist circumference and cardiometabolic risk: a consensus statement from shaping America's health: Association for Weight Management and Obesity Prevention; NAASO, the Obesity Society; the American Society for Nutrition; and the American Diabetes Association. Diabetes Care 2007;30:1647-1652.

Kuh D, Richards M, Hardy R, Butterworth S, Wadsworth ME. Childhood cognitive ability and deaths up until middle age: a post-war birth cohort study. International Journal of Epidemiology 2004;33:408-413.

Larsen FB. Vold i Grønland. Tidsskriftet Grønland 1990;8-9:255-269.

Laursen K, Lange S, Bjerregaard P. Sundheds- og behovsprofil blandt ældre i Qasigiannguit. "... at være gammel i Qasigiannguit". København: Statens Institut for Folkesundhed, 2003.

Lavoie F, Fraser S, Boucher O, Muckle G, Rochette L. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Epidemiological portrait of physical violence and property offences in Nunavik. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007a.

Lavoie F, Fraser S, Boucher O, Muckle G, Rochette L. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Prevalence and nature of Sexual Violence in Nunavik. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007b.

Leineweber M, Bjerregaard P, Baerveldt C, Voestermans P. Suicide in a society in transition. International Journal of Circumpolar Health 2001;60:280-287.

Lund R, Due P. Sociale relationer og helbred. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P (red.). Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark, 2006, 87-104.

MacKenzie DM, Langa A, Brown TM. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and BRIEF MAST. Alcohol and Alcoholism 1996;31:591-599.

Madsen MH, Grønbæk M, Bjerregaard P, Becker U. Urbanization, migration and alcohol use in a population of Greenland Inuit. International Journal of Circumpolar Health 2005;64:234-245.

Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. Journal of the American Medical Association 1992;268:63-67.

Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Krolewski AS et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. Lancet 1991;338:774-778.

Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al Khairalla MZ, Barnes M et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. Journal of the American Medical Association 2006;296:1742-1748.

Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. Journal of Clinical Epidemiology 1997;50:517-528.

National Aboriginal Health Organization. Backgrounder: World Suicide Prevention Day 2007. Lokaliseret på: http://www.naho.ca/inuit/e/media/documents/20070910-en-SuicidePreventionBackgrounderFINAL.pdf. 2007.

Nielsen P, Røjskjær S. Ludomani. Karakteristika, psykopati og behandlingsforløb - en undersøgelse af ludomane i behandling. Middelfart: Forlaget Ringgaarden, 2005.

Nolin B, Lamontagne P, Tremblay A, Rochette L. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Physical activity, anthropometry and perception of body weight. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007.

Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations - integrating nutrition and physical activity 2004. København: Nord, 2004.

O'Doherty Jensen K, Holm L. Preferences, quantities and concerns: Socio-cultural perspectives on the gendered consumption of foods. European Journal of Clinical Nutrition 1999;351-359.

Olsen J. Prenatal exposures and long-term health effects. Epidemiologic Reviews 2000;22:76-81.

Orth-Gomér K, Johnson JV. Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. Journal of Chronic Diseases 1987;40:949-957.

Paarisa. Forslag til National Strategi for Selvmordsforebyggelse i Grønland. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2004.

Paarisa. Kampagne mod sexmisbrug af børn. Lokaliseret på: http://www.paarisa.gl/suliniutit/Vold/kampagne_mod_sexmisbrug_af_boern.aspx. 2008.

Paffenbarger RS, Jr., Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. The New England Journal of Medicine 1986;314:605-613.

Pedersen BK. Fitness, fysisk aktivitet og død af alle årsager. Ugeskrift for Læger 2006;168:137-144.

Pedersen CP, Dahl-Petersen I, Bjerregaard P. Notat om selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt unge i Grønland. Nuuk: MIPI-Videnscenter om børn og unge, Paarisa og Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Plaziac C, Hamel D, Rochette L. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Tobacco use. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007.

Poppel B, Kruse J, Duhaime G, Abryutina L. SLiCA results. Anchorage: Institute of Social and Economic Research, University of Alaska Anchorage, 2007.

Prescott EI, Clemmensen IH, Juel K. Tobak. Ugeskrift for Læger 2004;166:1570-1573.

Rasmussen LB, Mejborn H. Salt og sundhed. København: Danmarks Fødevareforskning, 2006.

Rasmussen NK. Nordiske helbreds- og sygelighedsundersøgelser. København: DIKE, 1984.

Rasulo D, Christensen K, Tomassini C. The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. The Gerontologist 2005;45:601-608.

Rayce SL, Damsgaard MT. Social ulighed i trivsel. I: Johansen A, Holstein BE, Nybo Andersen A-M (red.). Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2007, 73-80.

Ren A, Okubo T, Takahashi K. Health-related worries, perceived health status, and health care utilization. Journal of UOEH 1994;16:287-299.

Riccardi G, Giacco R, Rivellese AA. Dietary fat, insulin sensitivity and the metabolic syndrome. Clinical Nutrition 2004;23:447-456.

Rindom H. Rusmidlernes biologi - om hjernen, sprut og stoffer. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.

Rochette L, St-Laurent D, Plaziac C. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Sociodemographic Portrait. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007.

Rosenberg IH. Nutrition and ageing. I: Garrow JS, James WPT, Ralph A (red.). Human nutrition and dietetics. London: Churchill Livingstone, 2000, 465-471.

Schroll M, Pedersen AN, Osler M. Ernæring hos ældre. I: Astrup A, Garby L, Stender S (red.). Menneskets ernæring, fra molekylærbiologi til sociologi. København: Munksgaard Danmark, 1997, 241-256.

Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. American Journal of Epidemiology 1987;126:714-723.

Semple S, Maccalman L, Naji AA, Dempsey S, Hilton S, Miller BG et al. Bar workers' exposure to second-hand smoke: the effect of Scottish smoke-free legislation on occupational exposure. The Annals of Occupational Hygiene 2007;51:571-580.

Smith GD, Hart C, Blane D, Hole D. Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. British Medical Journal 1998;316:1631-1635.

Sørensen BW. Alkohol i Grønland. Tidsskriftet Antropologi 1999;39:137-154.

Stansfeld SA. Social support and social cohesion. I: Marmot M, Wilkinson RG (red.). Social determinants of health. New York: Oxford University Press Inc., 2006, 148-171.

Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Interviewskema med svarfordeling. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Sui X, Hooker SP, Lee IM, Church TS, Colabianchi N, Lee CD et al. A prospective study of cardiorespiratory fitness and risk of type 2 diabetes in women. Diabetes Care 2008;31:550-555.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for voksne om fysisk aktivitet. Lokaliseret på: http://www.sst.dk/Forebyggelse/Mad_og_motion/Fysisk_aktivitet/Anbefalinger/Voksne.aspx?lang=da. 2008.

Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) 2006;3:1-42.

Thorslund J. En teori om ungdomsselvmordene. I: Ungdomsselvmord og moderniseringsproblemer blandt inuit i Grønland. Holte: SOCPOL, 1992, 352-362.

Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Grønbæk M. Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. Addiction 2004;99:323-330.

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2004.

Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. The American Journal of Psychiatry 2001;158:839-847.

Wei M, Gibbons LW, Kampert JB, Nichaman MZ, Blair SN. Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. Annals of Internal Medicine 2000;132:605-611.

Weinberger M, Darnell JC, Tierney WM, Martz BL, Hiner SL, Barker J et al. Self-rated health as a predictor of hospital admission and nursing home placement in elderly public housing tenants. American Journal of Public Health 1986;76:457-459.

Welin L, Tibblin G, Svärdsudd K, Tibblin B, Ander-Peciva S, Larsson B et al. Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. Lancet 1985;1:915-918.

Wexler LM. Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention. Social Science & Medicine 2006;63:2938-2948.

WHO. Working Group on Preventive Practises in Suicide and Attempted Suicide. WHO Regional Office for Europe, 1986.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization Technical Report Series 2000;894: i-xii:1-253.

WHO. Anbefalinger for fysisk aktivitet. Lokaliseret på: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/. 2008.

Willet W. Nutritional epidemiology. New York: Oxford University Press, 1998.

Woolcock M. Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. Theory and Society 1998;27:151-208.

Young TK. Are the circumpolar Inuit becoming obese? American Journal of Human Biology 2007;19:181-189.

Young TK, Bjerregaard P (red.). Health transitions in Arctic populations. Toronto: University of Toronto Press, 2008.

Young TK, Bjerregaard P, Dewailly E, Risica PM, Jørgensen ME, Ebbesson SE. Prevalence of obesity and its metabolic correlates among the circumpolar Inuit in 3 countries. American Journal of Public Health 2007;97:691-695.

# Publicering af undersøgelsens resultater

Resultaterne fra Befolkningsundersøgelsen 2005-2007 bliver i første omgang publiceret som en rapportserie på grønlandsk, dansk og engelsk. Sideløbende sker der en videnskabelig publicering i form af foredrag og artikler i internationale tidsskrifter. Supplerende dokumenter bliver tilgængelige på Center for Sundhedsforsknings hjemmeside (www.folkesundhed.gl), hvorfra også alle rapporterne kan downloades som pdf filer.

## Rapportserien

- En populærudgave af resultaterne udgives som et hæfte på grønlandsk og dansk og et separat på engelsk.

- Rapport 1. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 – Levevilkår, livsstil og helbred. Udgives som bog på dansk.

- Rapport 2. Sygdom og sundhedsvæsen. Udgives som bog på dansk.

- Rapport 3. Inuit Health in Transition – Greenland 2005-2007. Om den internationale del af befolkningsundersøgelsen. Udgives som supplement til International Journal of Circumpolar Health.

- Rapport 4. Helbred i Øst- og Vestgrønland. Udgives som bog på dansk.

## Netdokumenter

- Inuit Health in Transition: a methodological description of the study in Greenland 2005-2007.
- Kogebog for befolkningsundersøgelser i Grønland.
- Alle spørgeskemaer (på grønlandsk, dansk og engelsk).
- Notat om validering af ultralydsundersøgelse af abdominal fedtmåling.

## Udkast til indholdsfortegnelse for Rapport 2. Sygdom og sundhedsvæsen

1. Om undersøgelsen

2. Selvrapporterede gener og selvrapporteret sygdom
- Gener
- Nylig sygdom
- Langvarig sygdom

3. Sundhedsvæsenet
- Tilfredshed
- Brug af tolk
- Ønsker til fødested

4. Forebyggelse
- Inuuneritta
- Amning

5. Sammenfatning

SIF's Grønlandsskrifter er en serie publikationer, der siden 1994 er udgivet af Center for Sundhedsforskning i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed.

1. Bjerregaard P, Misfeldt J, Kern P, Nielsen I-M. Toppen af isfjeldet. 1994. 76 s.
2. Bjerregaard P, Senderovitz F, Ramlau-Hansen L. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/Mennesker og sundhed i Grønland. 1995. 47 s.
3. Curtis T, Bjerregaard P. Health research in Greenland – a catalogue of projects. 1995. 109 s.
4. Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. 1995. 155 s.
5. Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. 1996. 82 s.
6. Curtis T, Bjerregaard P. Forskerseminar – Kangerlussuaq 19.-22. januar 1996. 1996. 84 s.
7. Bjerregaard P, Petersen HC, Lynge I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. 1997. 93 s.
8. Pedersen JM. Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn. 1997. 60 s.
9. Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. 1997. 65 s.
10. Christensen U, Bjerregaard P. Greenland Medical Bibliography 1970-1995. 1997. 273 s.
11. Pars T. Forbruget af traditionelle grønlandske fødevarer i Vestgrønland. Ph.d.-afhandling. 2000. 124 s.
12. Curtis T. Kommunikation mellem læge og patient I Grønland – en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale. Ph.d.-afhandling. 2001. 201 s.
13. Bjerregaard P, Porsbjerg C, Curtis T. Befolkningsundersøgelsen i Qasigiannguit 2000-2001. 2001. 12 s.
14. Rønsager M. Grønlændernes sundheds- og sygdomsopfattelse 1800-1930. Speciale. 2002. 171 s.
15. Lynge I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen. 2003. 103 s.
16. Bjerregaard P. Professoratet i Arktisk Sundhed 1996-2006. 2006. 105 s.
17. Bjerregaard P, Holm AL, Olesen I, Schnor O, Niclasen B. Ivaaq – the Greenland Inuit child cohort. 2007. 108 s.

Denne bog er den første rapport fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. 2374 voksne fra hele Vestgrønland er interviewet om deres helbred og livsbetingelser. I rapporten trækkes linierne tilbage til Sundhedsprofilen for Grønland fra 1993.