

Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland



DIKE

Peter Bjerregaard
Tine Curtis
Frank Senderovitz
Ulla Christensen
Tine Pars

DIKEs Grønlandsskrifter nr. 4

Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland

Peter Bjerregaard
Tine Curtis
Frank Senderovitz
Ulla Christensen
Tine Pars

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi
Svanemøllevej 25
2100 København Ø

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

Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland

Peter Bjerregaard, Tine Curtis, Frank Senderovitz, Ulla Christensen, Tine Pars.

Copyright © DIKE, København 1995

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

Rapporten kan fås ved henvendelse til:

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

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

Tryk: Gentofte Tryk

Omslag: Frank Senderovitz

ISBN: 87-89662-74-1

Forord

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

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

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

Finn Kamper-Jørgensen
direktør
DIKE

Torben Cordtz
direktør
Direktoratet for Sundhed,
Miljø og Forskning

Indholdsfortegnelse

	side
Forord	3
Resumé	7
Om undersøgelsen	
1. Introduktion	11
2. Materiale, metoder og bortfald	19
Livsbetingelser	
3. Etnicitet - sprog og kulturelle karakteristika	39
4. Uddannelse, arbejde og bolig	47
Sundhedsadfærd	
5. Kost og motion	61
6. Alkohol, tobak og hash	75
7. Livsstil og forebyggelse	85
Sundhed og sygdom	
8. Selvvurderet helbred	95
9. Sygdom og symptomer	105
By og bygd	
10. Levevilkår og livsstil i by og bygd	115
11. Helbredsforskelle mellem by og bygd	121
Konklusion	
12. Nogle udfordringer for forskning og sundhedspolitik i Grønland	127
Litteratur	131
Bilagstabeller	137

Resumé

Rapporten er den første temarapport fra projektet sundhedsprofil for Grønland. I kapitel 1 beskrives baggrunden for undersøgelsen. Sundhedsprofilens dataindsamling er gennemført i 1993-94, og resultaterne vil blive publiceret i en række temarapporter. Sundhed og sygdom betragtes i undersøgelsen i et kombineret socialt, kulturelt og biologisk perspektiv. De hovedansvarlige for projektet er danskere, mens de interviewede er grønlændere, og på den baggrund er problemer i forbindelse med tværkulturelle undersøgelser diskuteret. Befolkningens gruppering efter køn, alder, befolkningsgruppe (grønlændere og danskere) og geografisk region præsenteres.

Kapitel 2 beskriver undersøgelsens materiale og metoder. Dataindsamlingen er gennemført ved interview og selvudfyldelse af spørgeskema. Det samlede datasæt har 725 variable. Helbred og sygelighed er målt dels ved selvurdering, dels ved selvrapportering. Der er indsamlet oplysninger fra alle 17 byer og fra 21 udvalgte bygder. I alt er der gennemført interview med 1728 voksne personer fra stikprøve på 3025 (57%). Det lykkedes ikke for interviewererne at kontakte alle i stikprøven, og det er sandsynligt, at svarprocenten blandt dem, der er forsøgt kontaktet, er omkring 70%. Der er modtaget et selvudfyldt skema fra 1535 personer, 89% af de interviewede. Mænd i erhvervsdygtig alder og især fangere/fiskere er underrepræsenteret i datamaterialet i forhold til i befolkningen, og danskere er underrepræsenteret i forhold til grønlændere. Nuuk er underrepræsenteret, mens Nordvestgrønland er overrepræsenteret. Det skæve bortfald spiller dog kun en mindre rolle for resultaternes almene gyldighed, og alt ialt er der ikke noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning.

Levevilkår og livsbetingelser er beskrevet fra en sundhedsmæssig synsvinkel. I kapitel 3 beskrives etnicitet, sprog og kulturelle karakteristika. De to etniske grupper i Grønland, grønlændere og danskere, er forskellige med hensyn til levevilkår, livsstil og helbred. Der er i sundhedsprofilen brugt en inddeling efter etnisk identitet, og denne er relateret til oplysninger om blandt andet fødested, sprogbrug og livsstil. At være født i Grønland er en god indikator for identitet som grønlænder, men at være født uden for Grønland er ikke en god indikator for identitet som dansker. Der er beskrevet en konstrueret inddeling af befolkningen, som harmonerer godt med de udspurgtes subjektive identitet.

Kapitel 4 handler om de materielle levevilkår: uddannelse, arbejde og bolig. Der er udtalte forskelle i uddannelsesniveaet mellem mænd og kvinder, mellem aldersgrupperne og regionalt, idet kvinder, ældre og bygdebefolkningen mindst ofte har en erhvervsuddannelse. Det er dog vigtigt at bemærke, at der for de unges vedkommende ikke er forskel på mænd og kvinder. 69% af befolkningen er i arbejde. Blandt erhvervsaktive grønlandske mænd er 24% fangere/fiskere, og blandt erhvervsaktive grønlændere er kvinder oftere end mænd lavere funktionærer og ufaglærte. En meget stor andel af befolkningen er udsat for gener på deres arbejdsplads, som kan påvirke helbredet i negativ retning. Boligforholdene, der kan tages som udtryk for den materielle levestandard, udviser også stor regional variation. Halvdelen af befolkningen er generet af træk, kulde eller fugt i boligen, men kun relativt få er generelt utilfredse med deres bolig.

Kapitel 5 handler om kost og motion. Traditionel, grønlandsk fangerkost er højt værdsat af den grønlandske del af befolkningen og udgør en stor del af kosten. Mænd spiser oftere grønlandsk mad end kvinder, og hyppigheden stiger med alderen. Forbruget er lavest i Nuuk og i de øvrige byer i Syd-, Midt- og Østgrønland, middelhøjt i de nordlige byer på vestkysten og i bygderne i Syd-, Midt- og Østgrønland og højest i de nordlige bygder på vestkysten samt i Avanersuaq. Som hovedårsager til ikke at spise mere grønlandsk mad angives ønske om variation, vanskelighed ved at skaffe grønlandsk mad og prisen, mens frygt for forurening kun nævnes af 1%. Fangst er en populær fritidsbeskæftigelse i alle dele af samfundet, og den grønlandske befolkning er generelt mere fysisk aktiv end befolkningen i Danmark. Overvægt er et mindre problem i Grønland end i arktiske befolkninger i Canada.

I kapitel 6 analyseres nogle traditionelle livsstilfaktorer: alkohol, tobak og hash. Fire femtedele af befolkningen drikker en gang imellem alkohol, men fordelingen af forbruget er meget ujævn. På basis af egne oplysninger om alkoholforbrug er befolkningen inddelt i rusdrikkere (19%) og storforbrugere (17%); 11% falder i begge grupper, mens 75% har et upåfaldende drikkemønster. Forekomsten af sociale problemer på grund af eget eller nærmeste families alkoholforbrug er især stor hos rusdrikkere. Mere end en tredjedel af befolkningen oplyser, at der var problemer med alkohol i deres barndomshjem; for personer født efter 1960 mere end halvdelen. Tobaksforbruget er meget højt i Grønland i forhold til andre lande: 80% af grønlændere og 51% af danskere ryger dagligt. Der er ingen sikker social gradient i tobaksforbruget. Knap halvdelen af befolkningen har prøvet at ryge hash, og en femtedel har røget mere end en enkelt gang.

Kapitel 7 handler om livsstil og forebyggelse. Relativt få kender Hjemmestyrets fire sundhedsmål; flest kender målet om begrænsning af alkoholforbruget (31%) og færrest målet om at sænke dødeligheden af ulykker og selvmord (12%). Der er på flere områder stor forskel mellem befolkningens holdninger til forebyggelse og deres adfærd i konkrete situationer. Kun 5% bruger altid redningsvest, når de sejler i jolle eller motorbåd, og under en femtedel af dem, der har mere end én seksualpartner, bruger konsekvent kondom. Næsten halvdelen af kvinderne har fået foretaget en celleprøve fra livmoderen, men der er store geografiske forskelle.

Kapitel 8 og 9 handler om sundhed og sygdom. Hovedparten (78%) af befolkningen i Grønland vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt", hvilket svarer til resultater fra Danmark. Der er dog udtalte forskelle mellem undergrupper af befolkningen. Kvinder vurderer deres helbred dårligere end mænd, og med alderen vurderer færre og færre deres helbred som godt. Befolkningen i Nuuk vurderer deres helbred bedre end befolkningen i de øvrige byer på vestkysten, og bygdebefolkningen har det dårligst. Fangere/fiskere er den erhvervsgruppe, der har det dårligst, og blandt lønmodtagere har funktionærer I-II og faglærte det bedst og ufaglærte dårligst. Kvinders dårlige selvoplevede helbred kan i vid udstrækning forklares ved dårligt selv vurderet helbred hos ufaglærte kvinder samt overrepræsentation af kvinder blandt ufaglærte og funktionærer III. Efter justering for forskelle med hensyn til alder, køn og erhverv er der ikke forskel på selv vurderet helbred blandt grønlandere og danskere i Grønland. Rusdrikkere vurderer deres helbred dårligere end normalbefolkningen. Det samme gør personer, der ryger 15 cigaretter eller mere om dagen.

Tre fjerdedele af befolkningen har været generet af smerter eller ubehag de seneste 14 dage, en tredjedel har været meget generet, og 14% har kontaktet sundhedsvæsenet. I sammenligning med Danmark har flere følt sig syge, lige så mange været hos læge og færre taget medicin. 38% angiver at have en langvarig sygdom, og langt de hyppigste gener og sygdomme er smerter og ubehag fra bevægeapparatet (muskler, knogler og led). Mere end 60% af personer på 60 år og derover har besvær med at læse, høre eller tygge.

Præsentationen af undersøgelsens resultater afsluttes med to kapitler om forskelle mellem byer og bygder med hensyn til levevilkår, livsstil og helbred. I kapitel 10 beskrives hvorledes byer og bygder er forskellige med hensyn til boligforhold, befolkningens uddannelse og erhvervmønsteret, men der er også store forskelle bygderne imellem. Bygder i Syd- og Midtgrønland minder på mange områder mere om byerne end om bygderne i Diskobugtområdet, Nord- og Østgrønland.

Bygdebefolkningen lever generelt mere traditionelt grønlandsk end bybefolkningen, men med hensyn til f.eks. forbrug af alkohol og tobak er der ingen forskel.

I kapitel 11 analyseres helbredsforskelle mellem by og bygd. Befolkningen i bygderne vurderer oftere deres helbred som dårligt, er oftere funktionsbegrænset og har oftere en langvarig sygdom end befolkningen i byerne også efter kontrol for forskelle i alder og køn. Der er flere i østgrønlandske end i vestgrønlandske bygder, der vurderer deres helbred som dårligt, men ingen sikre geografiske forskelle for langvarig sygdom. Helbredsforskellene mellem by og bygd genfindes inden for alle erhvervsgrupper. Der er talrige forskelle i levevilkår mellem byer og bygder, og det kan indtil videre kun konstateres, at sundhedstilstanden er dårligere i bygdebefolkningen, der samtidig har dårlige materielle forhold, dårlig adgang til læge og sygehus og en mere traditionel, grønlandsk livsform, end i bybefolkningen.

Endelig drages der i kapitel 12 nogle konklusioner vedrørende det fortsatte arbejde med sundhedsprofilens materiale. Undersøgelsen har inspireret til flere dyberegående analyser af materialet og til nye forskningsprojekter, herunder studier af selv vurderet helbred, risikoopfattelse og kultur, social stratifikation samt grønlandsk kost. Resultaterne i rapporten kan anvendes i arbejdet med en forebyggende sundhedspolitik for Grønland.

Sidst i rapporten findes som bilag en række standardtabeller, hvor udvalgte variable er krydset med køn, alder, befolkningsgruppe (grønlandere og danskere) og bopæl (geografisk region).

1. Introduktion

Den grønlandske sundhedsprofil er en landsdækkende interviewundersøgelse, der er gennemført i 1993-94. Formålet med undersøgelsen er at beskrive den grønlandske befolknings helbred, som det opleves af folk selv, og at relatere sundhed og sygdom til levevilkår, hverdagsliv og brug af sundhedsvæsenet. Undersøgelsen omfatter oplysninger, som ikke kan findes i eksisterende informationssystemer. Sundhedsprofilen er først og fremmest en videnskabelig undersøgelse, men mange af resultaterne kan bruges direkte i sundhedsvæsenet og på forskellige niveauer i det politiske og administrative system: i forbindelse med prioritering og evaluering i sundhedsvæsenet, ved udarbejdelse af strategier for forebyggelse og behandling samt ved formulering af sundhedspolitiske målsætninger.

Den konkrete planlægning af projektet startede i 1991. I sommeren 1992 var der sikret finansiering fra Karen Elise Jensens Fond, og der var etableret et samarbejde om projektet mellem Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning og Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE), Afdeling for Grønlandsforskning. I resten af 1992 og begyndelsen af 1993 blev spørgeskemaerne udviklet og oversat til grønlandsk, der blev opnået videnskabsetisk godkendelse af undersøgelsen fra Kommissionen for Videnskabelige Undersøgelser i Grønland, og interviewerne blev trænet. Interviewene blev gennemført fra sommeren 1993 til sommeren 1994, og i det følgende år er materialet blevet oparbejdet og analyseret.

Denne rapport er den første i en serie temarapporter, der hver behandler et af den grønlandske sundhedsprofils emneområder. Hovedemnet for rapporten er levevilkår og livsstil i Grønland, mens helbredsforhold og sygdom kun er behandlet i begrænset omfang. Levevilkår og livsstil er valgt som hovedemne for den første rapport, dels fordi undersøgelsen helt fra starten har været tilrettelagt som en sundhedsprofil og ikke som en sygdomsprofil, dels fordi levevilkår og livsstil med relevans for befolkningens helbred i Grønland kun er undersøgt i mindre grad. Der findes f.eks. hverken forskningsresultater eller statistiske opgørelser over forbrug af tobak og alkohol efter alder og køn eller undersøgelser, der betragter familieforhold og erhverv fra en sundhedsmæssig synsvinkel. Sygdomsmønsteret i Grønland vil blive beskrevet indgående i de efterfølgende rapporter.

De følgende temarapporter fra den grønlandske sundhedsprofil kommer til at handle om

- Sundhedsvæsenet
- Somatisk (legemlig) sygdom og psykisk helbred
- Børns helbred
- Vold
- Metodologiske aspekter

Rapporterne udkommer i løbet af 1996 og ikke nødvendigvis i den anførte rækkefølge. Rækkefølgen for rapporterne i serien bestemmes dels af emnernes vigtighed set med forfatterens øjne, dels af praktiske forhold, herunder bl.a. hvornår de enkelte rapporters forfattere har mulighed for at færdiggøre rapporterne.

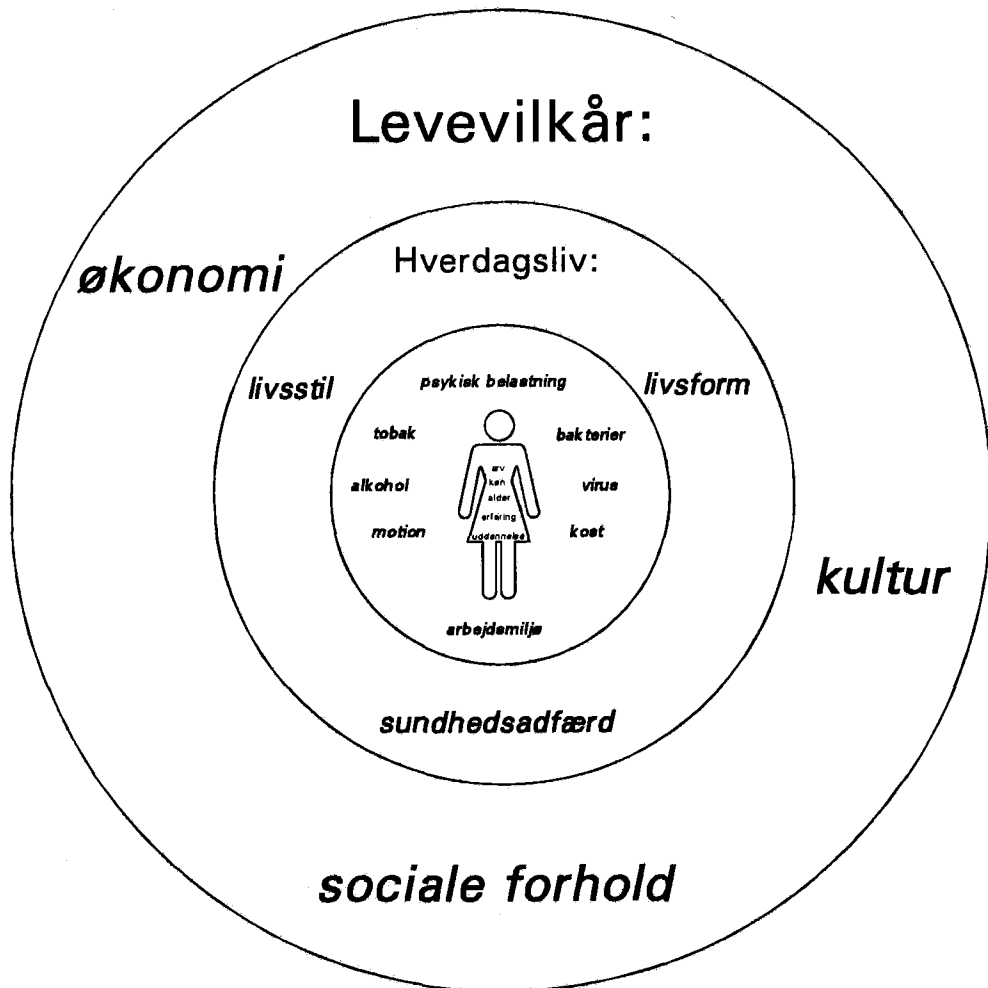
En model for sundhed og sygdom

Det er en grundlæggende antagelse for den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse, at sociale og kulturelle forhold i samfundet har betydning for menneskers sundhed. Kultur kan forstås som en befolkningsgruppes fælles forestillinger om, hvordan man bør opfatte verden, og hvordan man skal opføre sig i relation til andre mennesker, naturen og overnaturlige fænomener.

Undersøgelsens sundhedsmæssige referenceramme er afbildet på figur 1.1. I midten af modellen findes det enkelte menneske, der genetisk og gennem sin opvækst er udstyret med nogle egenskaber, der påvirker helbredet i positiv og negativ retning. Man kan tale om personens konstitution, dvs. sårbarhed og evne til at mestre belastninger. I personens umiddelbare omgivelser findes en række faktorer, der direkte påvirker helbredet, f.eks. tobak, alkohol, kost, mikroorganismer og psykiske belastninger. Hverdagslivet, dvs. 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 og 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.

Figur 1.1 Den sundhedsmodel, der er brugt ved arbejdet med sundhedsprofil for Grønland 1993-94.



Den valgte model for sundhed og sygelighed har sammen med mangelen på undersøgelser af samfundsmæssige forholds indvirkning på befolkningens helbred i Grønland nødvendiggjort, at sundhedsprofilen har udvidet sit interesseområde til at omfatte mange flere emner end f.eks. de danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser. Der er således en række spørgsmål om kulturelle og socioøkonomiske forhold, familie og opvækst, uddannelse, sprogbrug osv.

Tværkulturelle undersøgelser

I begyndelsen gav Gud hvert folk en skål af ler, og af denne skål drak de deres liv. Alle sænkede de deres skål i vandet, men deres skåle var forskellige (informant fra digger-indianerne, citeret efter Benedict 1934).

En epidemiologisk undersøgelse af mennesker fra én kultur, der foretages af forskere fra en anden kultur, rummer nogle af etnografiens metodemæssige problemer. Epidemiologer antager ofte, at det er muligt at studere helbred og sygdomsforekomst rent naturvidenskabeligt på mennesker i et tilnærmet samfundsmæssigt og kulturelt vakuum. Da de fleste epidemiologiske undersøgelser er gennemført i hvide, europæiske eller nordamerikanske befolkninger, er det denne specielle befolkningsgruppe og dens reaktion på sygdom, der opfattes som den biologiske norm, og andre befolkninger bliver specialtilfælde.

Etnocentrisme er dog ikke forbeholdt epidemiologer, men kan snarere anskues som et generelt, menneskeligt fænomen. "Ens egen livsform opfattes som den for mennesker naturlige måde at organisere sig på, og resultatet er, at ens forundring vækkes, når man konfronteres med andre måder, som af de pågældende folk opfattes som lige så naturlige. Og reaktionen på en sådan konfrontation, som jo på en måde repræsenterer en trussel mod ens egen virkelighedsopfattelse, vil ofte være latterliggørelse, hån eller mere eller mindre aggressiv ringeagt" (citat fra Hastrup & Ovesen 1985: s. 35). Negative reaktioner på møder med de fremmede er ikke et nyt fænomen. Etnografen Kaj Birket-Smith mener, at studiet af fremmede folk opstod, da "den første stenaldermand ved lejrålet vakte sine stammefællers latterbrøl ved at fortælle om nabohordens komiske og utrolige skikke" (Birket-Smith 1966: s. 17). Også i nyere tid kan der hentes mange eksempler på racisme og forfølgelse af minoriteter overalt i verden. I forbindelse med videnskabeligt arbejde er der hverken tale om latterliggørelse eller racisme, men eksemplerne illustrerer en betydningsfuld problemstilling for alle tværkulturelle undersøgelser: forskellen mellem os, der undersøger, og dem, der er undersøgelsens objekt.

Problemstillingen er for sundhedsprofilens vedkommende relevant allerede i forbindelse med udformningen af spørgeskemaet: Hvilke emner er med, hvordan er spørgsmålene formuleret, og hvad har været intentionen med at spørge om netop det? Og også i analysen af spørgeskemaets svar, hvor mulighederne for sammenstilling af variabler er uendelige, vil processen altid i en vis grad være styret af forskeren. Som forsker forsøger man at være åben over for alle tænkelige sammenhænge, og der bliver afprøvet et utal af ideer, som senere viser sig ikke at

være relevante. Alligevel kan det ikke undgås, at man leder der, hvor man tror, der er en chance for at finde.

“Dem” er i forbindelse med sundhedsprofilen befolkningen i Grønland, og “os” er den gruppe af forskere, der har planlagt undersøgelsen, udformet spørgeskemaet og foretaget de efterfølgende analyser af materialet. Undersøgelsen er blevet til i et samarbejde mellem forskere på DIKE og medarbejdere i Hjemmestyret, Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning. Til udarbejdelse af spørgeskemaet har der desuden været inddraget en baggrundsgruppe med repræsentanter for Direktoratet for Sociale Anliggender og Arbejdsmarked, Grønlands Statistik, Ilisimatusarfik (Grønlands Universitet) og Embedslægeinstitutionen. Forskergruppen bag sundhedsprofilen består af personer med forskellige relationer til Grønland. Nogle tilhører selv den grønlandske befolkning, nogle er opvokset som danskere, men bor i Grønland, og nogle bor i Danmark, men har tilknytning til Grønland både i arbejdsmæssig sammenhæng og gennem perioder med bopæl i Grønland.

Der er ingen tvivl om, at de af “os”, der bor i Grønland og selv er grønlændere, på mange områder har kunnet udnytte erfaringer fra vores eget hverdagsliv i udformningen og analysen af sundhedsprofilen; modsat føler de af “os”, der bor i Danmark, at vores afstand til det grønlandske samfund til tider har givet os et overblik, som det måske er sværere at have, når man selv er en del af det samfund, man undersøger.

Samtidig gælder det, at den grønlandske befolknings store forskellighed (om man f.eks. er fanger, arbejder på kontor eller er enlig mor under uddannelse, om man bor i Nuuk eller Østgrønland, i en bygd eller en by) bevirker, at det selv at tilhøre den grønlandske befolkning ikke i sig selv er ensbetydende med et indgående kendskab til hele befolkningens eller alle befolkningsgruppers hverdagsliv.

Det grønlandske samfund er i stadig udvikling og skal ses i en socioøkonomisk og historisk kontekst - ikke som noget statisk. Dette er ikke noget nyt fænomen, og som eksempler på forhold, der har medvirket til forandring af samfundet, kan nævnes kontakt med nordboere og hvalfangere, kolonisation, indførelse af kristendom og ændringer i fangstgrundlaget. I forbindelse med nyordningen efter anden verdenskrig har udviklingen imidlertid været mere drastisk end tidligere. På få år ændredes erhvervskulturen gennemgribende, boligstandarden og sundhedstilstanden forbedredes, kommunikation med omverdenen blev mulig, og Grønland blev åbnet for indvandring, smitsomme sygdomme og alkohol.

Der er i rapporten flere gange brugt ordet "traditionel" bl.a. i forbindelse med begreberne "det traditionelle samfund" og "traditionel, grønlandsk kost". Den traditionelle grønlandske levevis og erhvervskultur skal i denne sammenhæng opfattes som det fangersamfund, der var hverdagen for størstedelen af befolkningen i første halvdel af dette århundrede. Ganske vist var der tidligere sket grundlæggende ændringer i både forestillingsverden og social organisering som følge af kristendommens indførelse og anlæggelsen af systemet af handelskolonier, men fangsten udgjorde stadig livsgrundlaget for hovedparten af befolkningen (Larsen 1992).

Om gruppering af befolkningen

Alle samfund rummer mere end en enkelt kultur. I Grønland kan man iagttage en grønlandsk kultur i modsætning til en dansk, en vestgrønlandsk, østgrønlandsk og nordgrønlandsk kultur, en traditionel fangerkultur versus en moderne lønarbejderkultur, en by- og en bygdekultur og særlige subkulturer baseret på alder, køn og erhvervsgruppe.

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

De benyttede aldersgrupper er 18-24 år (unge), 25-34 år (unge voksne), 35-59 år (voksne) og 60 år og derover (ældre).

Erhvervsinddelingen består primært af personer i traditionelle erhverv (fangere, fiskere og fåreholdere), personer med lønarbejde (bortset fra fiskere) og personer uden for erhverv (studerende, arbejdsløse, husmødre, pensionister). Personer med lønarbejde er desuden inddelt efter arbejdsstilling i Funktionærer I-II (højere og

middel placerede funktionærer), Funktionærer III (lavere funktionærer), faglærte og ufaglærte arbejdere.

Befolkningen er inddelt i otte grupper efter bopæl (tabel 1.1). Denne regionale inddeling er i mange tilfælde at foretrække frem for en inddeling i kommuner og by eller bygd, fordi befolkningen i de fleste kommuner er så lille, at resultaterne ville blive meget usikre. De otte regioner adskiller sig på mange områder fra hinanden, bl.a. hvad angår sundhedsvæsen, befolkningens gennemsnitlige indtægt, erhvervsstruktur, transportforhold og kulturelle forhold.

Tabel 1.1 Regional inddeling af Grønland med korte regionsnavne i kursiv.

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

Inddelingen og betegnelsen af grønlændere og danskere har voldt en del hovedbrud. Den oprindelige, grønlandske betegnelse for sig selv som folk var *inuit* (ental *inuk*), der betyder mennesker. Dette ord har for relativt nylig fået status som den internationale betegnelse for alle de folk, der tidligere blev kaldt eskimoer. Fra ca. 1760 begyndte betegnelsen *kalaallit* (ental *kalaaleq*) at blive brugt i Grønland om mennesker i en kultur, der forblev grønlandsk/eskimoisk, men indeholdt mange europæiske elementer (Kleivan 1984a). *Kalaaleq* stammer sandsynligvis fra nordboernes betegnelse for de folk, de mødte i Grønland (*skrællinger*) (Kleivan 1984b). I begyndelsen af det 20. århundrede brugtes *kalaallit* kun i Sydgrønland, men ordet har nu fået officiel status, og Grønland hedder på grønlandsk *Kalaallit Nunaat* (grønlændernes land).

I rapporterne fra sundhedsprofilen er befolkningen i Grønland opdelt i grønlændere (*kalaallit*) og danskere (alle andre). Hvis ikke andet er anført, er der ved inddelingen i grønlændere og danskere benyttet interviewpersonens svar på spørgsmålet: "Vil du selv betegne dig som grønlænder eller dansker?" I denne forbindelse

se er personer, der betegner sig som både grønlandske og danske, rubriceret som grønlændere. Baseret på oplysninger om bopælen er undersøgelsens befolkning yderligere inddelt i grønlændere fra byer, grønlændere fra bygder og danskere (tabel 1.2).

Tabel 1.2 De udspurgte personer fordelt på alder, køn og befolkningsgruppe. Hele Avangersuaq indgår i denne sammenhæng under bygder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

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

Sammenfatning

Sundhedsprofilens dataindsamling er gennemført i 1993-94, og resultaterne vil blive publiceret i en række temarapporter. Sundhed og sygdom betragtes i undersøgelsen i et kombineret socialt, kulturelt og biologisk perspektiv. De hovedansvarlige for projektet er danskere, mens de interviewede er grønlændere, og på den baggrund er problemer i forbindelse med tværkulturelle undersøgelser diskuteret. Befolkningens gruppering efter køn, alder, befolkningsgruppe (grønlændere og danskere) og geografisk region præsenteres.

2. Materiale, metoder og bortfald

Spørgeskemaet

De data, der indgår i den grønlandske sundhedsprofil, stammer fra interview, hvor interviewere udspørger enkeltpersoner efter et struktureret spørgeskema (hovedskemaet), interview af mødre om deres 0-12 årige børn efter et struktureret spørgeskema (børneskemaet) og et selvudfyldt spørgeskema med spørgsmål om emner, der forventedes at være for sensitive til at lade en interviewer spørge direkte (selvudfyldt skema). De tre spørgeskemaer er udarbejdet specielt til sundhedsprofilen og indeholder dels spørgsmål fra en tilsvarende undersøgelse i Danmark og fra to tilsvarende undersøgelser i arktisk Canada, dels nye spørgsmål udarbejdet til den grønlandske sundhedsprofil. Emner og spørgsmålsformulering har været diskuteret ved flere møder i en baggrundsgruppe for projektet med repræsentanter for DIKE, Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning, Direktoratet for Sociale Anliggender og Arbejdsmarked, Embedslægen, Grønlands Statistik og Ilisimatusarfik (Grønlands Universitet). Spørgsmålene er først formuleret på dansk eller oversat fra engelsk til dansk, er derefter oversat til grønlandsk og endelig oversat tilbage til dansk af en uafhængig oversætter, der ikke kendte den oprindelige, danske tekst. Uoverensstemmelser er diskuteret, og der er foretaget omformuleringer. Alle spørgeskemaerne er afprøvet i en pilotundersøgelse og efterfølgende revideret. Skemaerne er fremstillet i en vestgrønlandsk og en dansk version.

Der er tre gennemgående spørgsmålstyper. Den første type, som der er flest af, indeholder forud definerede svarkategorier. Som eksempel kan interviewpersonen på spørgsmålet *Hvor godt taler du dansk?* vælge mellem svarene “uden besvær”, “nogenlunde”, “vanskeligt” og “slet ikke”. Den anden type spørgsmål har delvist åbne svarmuligheder, f.eks. *Hvad er din stilling eller dit erhverv?*. Disse to spørgsmålstyper er i den færdige analysefil omsat til koder. Den tredje type spørgsmål kræver helt åbne svar; et eksempel herpå er spørgsmålet *Har du andre forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet?* Der er 7 af disse spørgsmål; de er ikke blevet kodet og er analyseret særskilt.

Spørgsmålene i hovedskemaet er samlet i fem afsnit samt nogle supplerende spørgsmål til kvinder. Hertil kommer spørgsmålene i det selvudfyldte skema og børneskemaet. De tre skemaer fylder i den danske udgave tilsammen 72 sider og

har 193 nummererede spørgsmål, hvoraf mange indeholder delspørgsmål. Det totale datasæt indeholder 725 variable.

Oversigt over emnerne i den grønlandske sundhedsprofil.

Hovedskema

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

Selvudfyldt skema

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

Børneskema

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

Måling af helbred og sygelighed

En traditionelt vigtig kilde til beskrivelse af sygdomsmønstret i befolkningen er dødsårsagsstatistikken. Den er baseret på oplysninger fra de dødsattester, der udfyldes ved alle dødsfald. Dødsårsagsstatistikken er også for Grønlands vedkom-

mende blevet brugt til at beskrive og analysere befolkningens sygdomsmønster (Bjerregaard 1991).

Manglen ved dødsårsagsstatistikken er, at den beskriver, hvad folk dør af og ikke de sygdomme og lidelser, man lever med. Ændringer i sygdomsmønsteret, f.eks. udviklingen i kræftforekomst og kredsløbssygdomme, registreres først i dødsårsagsstatistikken mange år efter sygdommens start og endnu flere år efter, at befolkningen har været udsat for de sygdomsfremkaldende faktorer (Rasmussen et al 1988). Mere aktuelle datakilder til at følge sygdommenes udvikling er de egentlige sygdomsregistre, f.eks. Cancerregisteret og registre over indlæggelser på sygehuse. Hertil kommer survey over ambulante eller indlagte patienter og studier af enkelte sygdomme eller sygdomsgrupper.

De beskrevne datakilder registrerer generelt sene stadier i en sygdomsproces og forudsætter kontakt med sundhedsvæsenet. Den sygelighed eller det dårlige helbred, der viser sig som besvær i dagligdagen, i problemer med at udføre sædvanlige gøremål eller i en oplevelse hos det enkelte menneske, registreres ikke (Rasmussen et al 1988). Det er desuden kun lægeligt defineret sygelighed, der registreres, og ikke mere subjektive begreber som velbefindende, trivsel og helbred.

Sundhedsprofilens oplysninger om helbred består dels af selvvurderet helbred, dels af selvrapporeret sygelighed og funktionsevne. En persons selvvurderede helbred er pågældendes angivelse på en skala af den samlede oplevelse af helbredet i almindelighed. Denne vurdering vil som regel være forholdsvis konstant gennem længere tid og påvirkes kun i begrænset omfang af aktuel sygdom. Selvvurderingen kan ikke valideres ved eksterne metoder. Vurderingen må tages for pålydende, og det giver ikke mening at påstå, at f.eks. lægen har en mere korrekt vurdering af en persons helbred end vedkommende selv. Flere undersøgelser viser, at selvvurderet helbred er bedre end objektive målinger af helbredsstatus til at forudsige dødeligheden (Idler 1992).

Selvrapporeret sygelighed er personers oplysninger om tilstedeværelse eller fravær af sygdom, symptomer og funktionsindskrænkning, der i princippet kan verificeres. Det spænder over oplysninger om symptomer som ondt i ryggen, hovedpine og søvnløshed, der kun vanskeligt kan måles ved objektive metoder, men som alligevel i et vist omfang kan valideres ved en omhyggelig anamnese og klinisk undersøgelse, til personens gengivelse af egentlige, lægelige diagnoser som f.eks. sukkersyge og forhøjet blodtryk.

Interview- eller spørgeskemametodens egnethed til undersøgelse af sygeligheds- og helbredsforhold kan diskuteres. Det har været hævdet, at selvrapportering ikke vil give sande tal for forekomst af sygelighed, og metodestudier viser da også en tendens til, at de udspurgte selv i en række situationer rapporterer mindre sygelighed og færre symptomer, end man ville finde ved en lægelig undersøgelse (Rasmussen 1984, Rasmussen et al 1988). Tabel 2.1 viser nogle eksempler på de helbredsmål, der er brugt i undersøgelsen.

Tabel 2.1 Eksempler på spørgsmål til måling af helbred og sygelighed. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

	Eksempel på spørgsmål
Selvvurderet helbred	Hvordan synes du, at dit helbred er?
Sygelighed	
Åbent spørgsmål om sygdom	Har du en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse?
Spørgsmål om specifikke sygdomme præsenteret på en liste	Har du nu, eller har du tidligere haft, nogle af disse sygdomme?
Liste over symptomer og ubehag	Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af disse former for smerter eller ubehag?
Funktion	
Fysisk funktion	Kan du høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 eller flere personer?
Psykisk funktion	<i>General Health Questionnaire</i> (indeks baseret på 12 spørgsmål)
Social funktion	Har du inden for de sidste 14 dage haft svært ved at foretage dig det, du plejer, på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser?

Stikprøve, dataindsamling og dataopbejldning

Stikprøven af personer til interview er udtrukket af Grønlands Statistik fra befolkningsregisteret over alle personer med bopæl i Grønland. Undersøgelsen omfatter principielt hele Grønland, men af praktiske og økonomiske årsager er der foretaget nogle begrænsninger. I første omgang er Ivittuut kommune og områder uden for kommunalinddelingen valgt fra. Alle øvrige byer indgår i undersøgelsen. I anden omgang er fangstpladser, fåreholdersteder, stationer og bygder med mindre end 50 indbyggere valgt fra. Tre bygder, der ikke er klassificeret i sektorplanen for bygdernes udvikling, er heller ikke medtaget. Af de resterende 49 bygder er 24 udvalgt tilfældigt. Materialet omfatter oplysninger fra samtlige 17 byer og 21 af de 24 bygder, altså 38/41 (93%) af de udvalgte byer og bygder (tabel 2.2). Fra byerne er udtrukket en tilfældig stikprøve på 8% af befolkningen, i Qaanaaq og Ittoqqortoormiit dog dobbelt så mange. Fra de udvalgte bygder er udtrukket en tilfældig stikprøve på 20%. Disse afvigelser fra en simpel tilfældig stikprøve af hele Grønlands befolkning er valgt for at sikre repræsentation fra alle kommuner, for at sikre tilstrækkelig mange interview fra bygder og for at begrænse udgifterne til dataindsamling ved at reducere interviewernes rejseudgifter. Den oprindelige stikprøve var på 3137 personer, men på grund af dødsfald og fraflytning i interviewperioden er stikprøven reduceret til 3025.

Interview

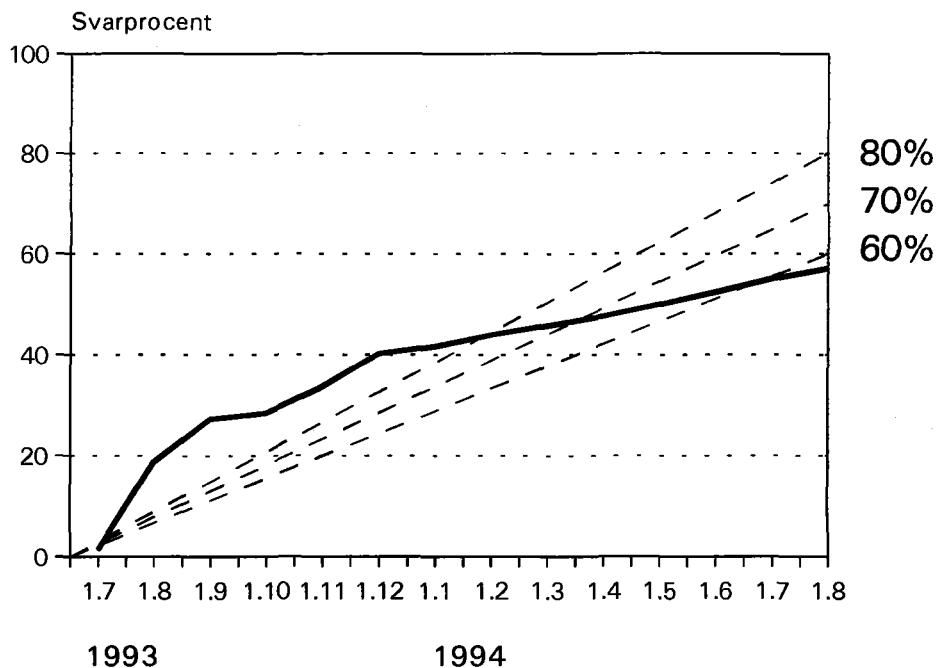
Interviewerne var i første omgang 31 studerende ved Ilisimatusarfik (Grønlands Universitet) og Ilinniarfissuaq (Lærerseminariet og de Sociale Uddannelser), der gennemgik et tre dage langt træningsprogram med teoretisk og praktisk gennemgang af undersøgelsen, herunder prøveinterview af hinanden og af folk i Nuuk. Interviewene er gennemført på grønlandsk eller dansk efter interviewpersonens valg. Det var planen, at alle interviewene skulle gennemføres i interviewernes sommerferie i 1993, men 1. september var der kun modtaget 766 interviewskemaer, i gennemsnit 29,5 pr. aktiv interviewer. Fem interviewere havde slet ikke interviewet, og yderligere syv havde gennemført færre end 10 interview. Det blev derfor besluttet at forlænge interviewfasen og at knytte lokale interviewere fra de forskellige kommuner til projektet. Disse "andengenerations" interviewere blev optrænet af nogle af de studerende.

Tabel 2.2 Byer og bygder, der indgår i den grønlandske sundhedsprofil 1993-94. *) markerer bygder, hvor der ikke er interviewet.

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

Interviewperioden kom til at vare indtil juli 1994, altså ca. et år, og der blev gjort mange forsøg på at øge interviewernes motivation, bl.a. ved at øge aflønningen og indføre en bonusordning samt ved at tilbyde hjælp til at kontakte interviewpersonerne. Beslutningen om at afslutte interviewperioden på det pågældende tidspunkt blev taget, dels fordi et år forekom at være den maksimalt acceptable spredning på interviewene, dels fordi svarprocenten nærmede sig de 60%, som forud for undersøgelsen var bestemt som et lavt, men acceptabelt resultat. Det kumulerede antal gennemførte interview fremgår af figur 2.1. I sommeren 1993 gik dataindsamlingen godt, og 1. september var svarprocenten 27, men intensiteten aftog så for atter at stige i oktober, da de nye interviewere begyndte at arbejde. Fra december 1993 til interviewperiodens afslutning var interviewintensiteten ganske svagt stigende. I alt 69 interviewere deltog og interviewede i gennemsnit 25,0 personer. Den enkelte interviewer interviewede mellem 1 og 152 personer, og 80% interviewede mellem 4 og 55 personer.

Figur 2.1 Kumuleret gennemførelse af interview for den grønlandske sundhedsprofil 1993-94.



Det var generelt interviewernes indtryk, at de interviewede oftest var meget omhyggelige med at besvare spørgsmålene og tænkte sig grundigt om, før de svarede. Dette støttes af det store antal svar på de helt åbne spørgsmål. Interviewernes hyppigste bemærkninger om problemer i interviewsituationen var, at der var forstyrrelser fra børn, at den interviewede ikke var til at stoppe, eller at den interviewede havde problemer med hørelse, syn eller forståelse. Der er selvfølgelig også eksempler på mindre positive holdninger til undersøgelsen og spørgeskemaet.

Årsagerne til den langsomme tilgang af interview og den lave svarprocent har været diskuteret med interviewerne. En af hovedkonklusionerne er, at problemerne ikke skyldes, at befolkningen ikke har ønsket at deltage i undersøgelsen, men snarere at mange af interviewerne har haft svært ved at få kontakt med interviewpersonerne, at aftaler ikke altid er blevet holdt, og at mange interviewere har brugt uforholdsvist megen tid på at tilrettelægge og strukturere arbejdet. Dette blev fra februar 1994 søgt afhjulpet ved at ansætte en af interviewerne som koordinator. Det har gennemgående været nemmere at komme i kontakt med folk i bygderne og de mindre byer, hvor naboerne ofte kan give værdifulde oplysninger, end i Nuuk og de større byer.

Dataopbejldning

De udfyldte skemaer blev sendt til Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning, hvor svarene på de åbne spørgsmål blev skrevet rent og oversat til dansk, og svar på en række halvåbne spørgsmål fra de grønlandske skemaer oversat til dansk. En dobbeltsproget lægesekretær gennemgik oversættelserne af sygdomsbetegnelser. Skemaerne blev herefter sendt til DIKE, hvor de blev kodet i henhold til en kode-nøgle, hvilket vil sige, at der blev sat talkoder på en del af spørgsmålene. De kodede skemaer blev sendt til et professionelt indtastningsbureau, der foretog dobbelt indtastning af materialet. Den efterfølgende fejlretningsfase havde til formål at sørge for, at edb-filen svarer til det, som interviewererne har noteret under interviewet.

Er materialet repræsentativt for den grønlandske befolkning?

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

Stikprøven er udvalgt ved hjælp af veldefinerede epidemiologiske teknikker og afviger ikke signifikant fra den samlede grønlandske befolkning med hensyn til alder, køn og fødested. Som anført ovenfor er der en lille geografisk skævhed, idet bygderne samt Qaanaaq og Ittoqqortoormiit er overrepræsenteret i stikprøven, mens de mindste bygder og visse andre beboede steder ikke indgår i undersøgelsen.

Den anden forudsætning, at de interviewede på alle væsentlige punkter ligner de ikke interviewede fra stikprøven, er sjældent opfyldt. Som regel er der en årsag til, at det lykkedes interviewererne at kontakte netop de pågældende personer, og at de ønsker at blive interviewet. Sundhedsprofilens stikprøve er baseret på et udtræk fra cpr registeret, og det har været en gennemgående erfaring, at mange ikke har boet på den angivne adresse og derfor ikke har kunnet kontaktes. Der vil derfor være en overrepræsentation i materialet af personer med stabile boligforhold, og disse personer adskiller sig sandsynligvis også fra den gennemsnitlige befolkning på andre måder f.eks. uddannelse, erhverv, alder og helbredsforhold.

Den samlede svarprocent for sundhedsprofilen er 57,1%, idet der er opnået interview med 1728 personer fra en revideret stikprøve på 3025. Der er for få erfaringer med tilsvarende undersøgelser fra arktiske egne til at vurdere, om denne svarprocent er lav, acceptabel eller høj. Forud for undersøgelsen var en svarprocent på 70 anset for et realistisk mål, med 60% som det minimalt acceptable resultat og 80% som det maksimalt forventede. Der blev fra alle sider gjort en stor indsats for at bringe svarprocenten op, og den opnåede svarprocent må anses som den højest opnåelige med det givne undersøgelsesdesign. Til sammenligning kan nævnes, at Grønlands Statistiks levevilkårsundersøgelse, der gennemførtes i samme periode, havde en svarprocent på 75% af en stikprøve på 1500, men de to undersøgelses metoder var forskellige, og resultaterne kan ikke direkte sammenlignes. I tabel 2.3 sammenlignes materialestørrelse og svarprocent mellem den grønlandske sundhedsprofil og to tilsvarende survey blandt inuit i Canada. Det ses, at sundhedsprofilens materiale er væsentligt større og mere geografisk dækkende end de to andre survey, og at svarprocenten er ligeså høj som i Québec surveyet.

Der er dog noget, der tyder på, at den effektive stikprøve i sundhedsprofilen var en del mindre end de 3025, og svarprocenten derfor højere. Der er flere ting, der tyder på, at en betragtelig del af de ikke-interviewede aldrig er forsøgt kontaktet af interviewerne. Hvis resultaterne fra bortfaldsanalysen (se nedenfor) lægges til grund for beregningerne, er undersøgelsens svarprocent 71% af de kontaktede, hvilket svarer til svarprocenter i lignende undersøgelser i Danmark.

Tabel 2.3 Materialestørrelse og svarprocent for tre interview survey om sundhedsforhold blandt voksne inuit i Grønland og Canada.

	Sundhedsprofil for Grønland 1993-94	Québec 1992	Keewatin 1990
Antal interview (%)	1728 (57%)	618 (56%)	435 (77%)
Antal selvudfyldte skemaer (%)	1535 (51%)	585 (53%)	-
Antal byer og bygder besøgt	38	14	8
Samlet befolkning	54.553	7078	5666
Totale antal byer og bygder	70	14	8

Det er for nogle forhold muligt at vurdere, om de personer, der er gennemført interview med, er repræsentative for den samlede befolkning, eller om bortfaldet er skævt fordelt. Blandt de 1728 interview i materialet er svarprocenten højere for kvinder (64%) end for mænd (51%), højere for ældre mænd (60+) end for yngre mænd og højere for personer født i Grønland (58%) end for personer, der ikke er født i Grønland (52%). Tabel 2.4 viser forskellen mellem befolkningens og de interviewede personers fordeling på køn og alder.

Den regionale fordeling af interviewene er heller ikke jævn, og svarprocenten varierer fra 38% i Avanersuaq (Qaanaaq og bygder) til 81% i bygderne i Østgrønland (mindste og næstmindste region), mens den i resten af landet, hvor hovedparten af befolkningen bor, stort set ligger mellem 50 og 60% (tabel 2.5 og figur 2.2). I gennemsnit er 4,6% af voksenbefolkningen interviewet, varierende fra 3,6% i Nuuk til 7,2% i bygderne i Østgrønland. I forhold til befolkningen er Nuuk underrepræsenteret og Nordvestgrønland overrepræsenteret (tabel 2.5).

For 1535 (89%) af de interviewede personer er der ud over hovedskemaet også modtaget et selvudfyldt skema. Svarprocenten for de selvudfyldte skemaer er således 50,7. Andelen af interviewede, der ikke har udfyldt det selvudfyldte skema, varierer meget med region og alder. I Nuuk og byerne på vestkysten er der kun 6-8%, der ikke har udfyldt det selvudfyldte skema, mens det i bygderne, Østgrønland og Avanersuaq er 16-49%. Aldersvariationen er forskellig fra region til region. I Nuuk er frafaldet lavt i alle aldersgrupper, i øvrige byer og bygder i Vestgrønland er frafaldet lavt blandt yngre personer og højt især blandt personer over 60 år, og i Østgrønland og Avanersuaq er frafaldet højt i alle aldersgrupper. Det er nærliggende at tolke dette mønster som et resultat af forskelle i læsefærdighed (mht. ny retskrivning). En analyse af de fundne forskelle og svar på sundhedsprofilens spørgsmål om læsefærdighed og synsproblemer bekræfter dog kun delvis denne tolkning.

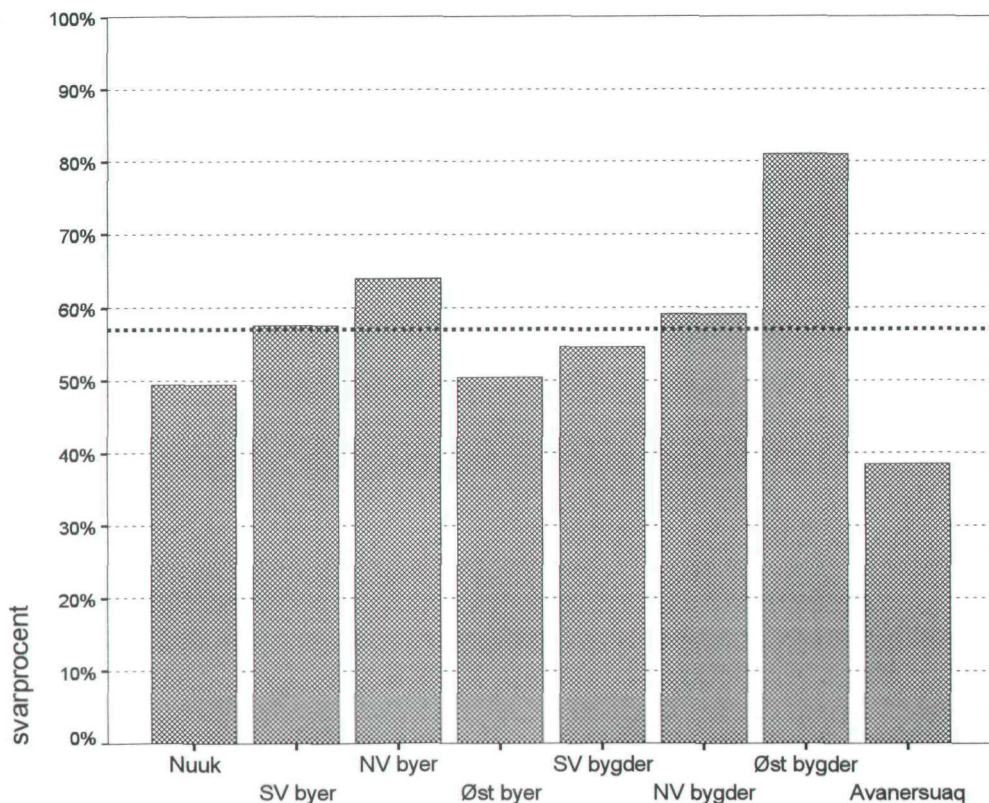
Tabel 2.4 Antal interview efter køn og alder samt procentvis fordeling på køn og alder blandt interviewpersonerne i befolkningen. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

Aldersgruppe	Interview i sundhedsprofilen		Voksenbefolkningen i Grønland
	Antal	%	%
Mænd 18-24	100	5,8	7,6
25-34	244	14,1	17,6
35-59	379	21,9	24,8
60+	110	6,4	4,6
Kvinder 18-24	127	7,3	7,0
25-34	316	18,3	15,1
35-59	347	20,1	17,8
60+	105	6,1	5,4
I alt	1728	100	100

Tabel 2.5 Opnåede interview i procent af stikprøven og af den voksne befolkning i otte regioner. Ved beregning af procent af stikprøven er anvendt registerbopælen; ved beregning af procent af befolkningen er anvendt den oplyste bopæl på interviewtidspunktet. $*=p<0,01$. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

Region	Bopæl jf. stikprøve		Bopæl jf. interview	
	Antal interview	Svarprocent	Antal interview	% af befolkningen (18+ år)
Nuuk	329	49,5	323	3,6*
Byer: Sydvest- og Midtgrønland	502	57,6	503	4,4
Byer: Nordvestgrønland	453	64,0	464	5,2*
Byer: Østgrønland	63	50,4	69	5,3
Bygder: Sydvest- og Midtgrønland	110	54,7	107	4,5
Bygder: Nordvestgrønland	173	59,2	171	6,1*
Bygder: Østgrønland	68	81,0	63	7,2
Avanersuaq	30	38,5	28	4,8
I alt	1728	57,1	1728	4,6

Figur 2.2 Regional fordeling af svarprocent. Den stiplede linje angiver landsgennemsnittet. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.



I forbindelse med undersøgelsen er de interviewede kvinder blevet bedt om at svare på nogle spørgsmål om deres 0-12 år gamle børn. Sundhedsprofilens materiale omfatter 790 kvinder i alderen 18-59 år, der ifølge en gennemsnitsbetragtning skulle have 695 børn mellem 0 og 12 år. Der er modtaget oplysninger om 661 børn, og overensstemmelsen er altså rimelig god. Børnenes fordeling på drenge og piger svarer til det forventede. Aldersfordelingen er nogenlunde som forventet, men der er underrepræsentation af 0-årige og i mindre grad 10-12 årige og overrepræsentation af 1-5 årige.

Den lave svarprocent begrænser alt andet lige undersøgelsens mulighed for at sige noget generelt om den grønlandske befolkning. Skævheden i forhold til befolkningen med hensyn til alder, køn, bopæl og fødested kan dog korrigeres ved at vægte svarene under hensyn til de kendte skævheder. Dette kan f.eks. gøres ved at lade svar fra mænd, der som nævnt er underrepræsenterede, tælle mere end svar fra

kvinder. Tabel 2.6 viser, hvorledes en vægtning af data påvirker nogle af resultaterne. Der er kun tale om små forskelle mellem uvægtede og vægtede resultater, og det er derfor valgt kun at præsentere uvægtede resultater i rapporten.

Datakvalitet

Visse af oplysningerne kan sammenlignes med data fra andre kilder, herunder den almindelige statistik. Som eksempel herpå kan nævnes, at der ifølge Grønlands Statistik i 1993 blev importeret 126 millioner cigaretter, hvilket svarer til 8,7 cigaretter om dagen pr. person beregnet på befolkningen på 16 år og derover. Dette tal skal justeres lidt opad med privat importerede cigaretter. De udspurgte i sundhedsprofilen oplyste i gennemsnit at ryge 8,8 cigaretter om dagen, og overensstemmelsen er således god.

Bortfaldsanalyse

Bortfaldet er belyst yderligere på to måder. For det første har interviewerne på deres registreringskemaer angivet årsagerne til manglende interview. Af de 1297 personer fra stikprøven, der ikke er interviewet, har interviewerne for 397 (31%) angivet en årsag. Den hyppigste årsag var, at personen ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, men en del kunne ikke træffes eller var flyttet (tabel 2.7). Det må formodes, at en stor del af de 900, der ikke er oplysninger om, ikke er forsøgt kontaktet af interviewerne. Den nedenfor beskrevne bortfaldsanalyse støtter antagelsen af, at ca. 2/3 af de 900 slet ikke er forsøgt kontaktet. På denne baggrund kan man sætte den effektive stikprøve til 2425, og svarprocenten bliver dermed 71%.

For det andet er der gennemført en egentlig bortfaldsundersøgelse. Halvdelen af de personer i stikprøven, der 1.6.94 ikke var blevet interviewet, fik tilsendt et lille spørgeskema med spørgsmål om, hvorfor de ikke var interviewet, og nogle enkelte, centrale spørgsmål fra hovedskemaet. 696 fik tilsendt dette spørgeskema, 287 (41%) besvarede det, og af disse er 213 ikke siden blevet interviewet. De 213 personers forklaring på den manglende deltagelse (tabel 2.8) var noget anderledes end interviewernes (tabel 2.7). 64% oplyste ikke at være blevet kontaktet af en interviewer, hvilket ikke afviger sikkert fra de 69%, som interviewerne ikke har oplysninger om. Det er i praksis nok svært både for interviewerne og interviewpersonerne at skelne skarpt mellem et eksplicit ønske om ikke at deltage og til-

Tabel 2.6 Sammenligning af vægtede og uvægtede resultater af tre spørgsmål. Vægtning til den samlede befolkning i Grønland efter alder, køn, bopæl og fødested. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.

	Uvægtet %	Vægtet med køn og alder %	Vægtet med bo- pæl og fødested %
<i>A. Hvordan synes du, at dit helbred er?</i>			
Virkeligt godt	32,9	33,5	33,7
Godt	45,4	45,8	45,4
Nogenlunde	16,7	16,0	16,1
Dårligt	4,1	4,0	3,9
Meget dårligt	0,9	0,8	0,9
<i>B. Har en langvarig sygdom eller lidelse?</i>			
	38,3	37,8	37,8
<i>C. Fysisk aktivitet i fritiden</i>			
Går på fangst/dyrker idræt flere gange om ugen	24,1	26,0	22,4
Fangst/motionsidræt mindst 4 timer om ugen	24,1	24,4	24,6
Lettere eller lejlighedsvis motion	29,5	28,5	31,0
Stillesiddende beskæftigelse	22,3	21,1	22,0

Tabel 2.7 Interviewernes oplysninger om årsager til manglende interview. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

	Antal	%	% af bortfald
Er interviewet	1728	57,1	-
Ønsker ikke at deltage	158	5,2	12,2
Kan ikke træffes	118	3,9	9,1
Flyttet	77	2,5	5,9
Andet	44	1,5	3,4
Uoplyst	900	29,8	69,4
I alt	3025	100	100

fælde, hvor det ikke lykkes at få en aftale om interview i stand. I bortfaldsundersøgelsen oplyste 24%, at de ikke ønskede at deltage, eller at de ikke kunne deltage.

Dette svarer nogenlunde til de 21% af de ikke-interviewede, for hvem interviewerne angav, at de ikke ønskede at deltage, eller at de ikke kunne træffes. Den større andel nægttere i interviewernes registrering skyldes dog sandsynligvis også, at mange af de personer, der ikke ønskede at deltage i selve interviewet, heller ikke har besvaret bortfaldsskemaet.

De ikke-interviewede, der er oplysninger om fra interviewernes registrering eller bortfaldsundersøgelsen, adskiller sig ikke mærkbart fra de øvrige ikke-interviewede med hensyn til køn, alder og fødested.

Tabel 2.8 Årsager til manglende interview. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

	Antal	%
Ikke kontaktet af interviewer	136	63,8
Kontaktet af interviewer	69	32,4
<i>heraf</i>		
<i>ønskede ikke at deltage</i>	8	3,8
<i>kunne ikke deltage</i>	44	20,7
Uoplyst	8	3,8
I alt	213	100

Hvorledes adskiller de interviewede sig fra de ikke-interviewede?

Det beskrevne skæve bortfald viser, at der med hensyn til køn, alder, fødested og bopæl er visse forskelle mellem interviewede og ikke-interviewede. Det forekommer på grundlag af ovenstående rimeligt at antage, at de 213 personer, der indgår i bortfaldsundersøgelsen, er repræsentative for alle ikke-interviewede, og bortfaldsundersøgelsen giver derved mulighed for flere sammenligninger.

Erhvervssammensætningen er forskellig blandt interviewede og ikke-interviewede, idet der er væsentlig færre fangere/fiskere og ansatte med lang erhvervsuddannelse blandt de interviewede og flere uden for erhverv (tabel 2.9). Dette kan skyl-

Tabel 2.9 Erhvervsfordeling blandt interviewede og ikke-interviewede i sundhedsprofilen og bortfaldsundersøgelsen. ($p < 0,000$). Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

	Interviewede (n=1728) %	Ikke-interviewede (n=213) %
Fanger, fisker eller fåreholder	6,9	19,2
Ansæt med mere end 3 års videreuddannelse	8,6	16,0
Ansæt med 1-3 års videreuddannelse	17,0	13,6
Ansæt uden videreuddannelse	22,9	16,9
Andre i erhverv	7,1	8,5
Ikke i erhverv	28,8	21,1
Uoplyst	6,7	4,7
I alt	100	100

des, at det har været vanskeligt for interviewererne at træffe fangere og fiskere hjemme og nemt at træffe personer uden erhverv.

Der er en vis forskel på interviewedes og ikke-interviewedes oplevelse af deres eget helbred, idet der er færre i bortfaldsundersøgelsen, der synes, at de har det virkelig godt, og flere, der kun har det nogenlunde eller ligefrem dårligt (tabel 2.10). Dette er ikke overraskende, da man må forvente flere med dårligt helbred blandt dem, der ikke ønsker at deltage. En vis interviewer-effekt, dvs. at tilstedeværelsen af en interviewer påvirker svarene på en systematisk måde, kan heller ikke udelukkes. Hvis man på grundlag af disse resultater beregner fordelingen i hele stikprøven, forrykkes det samlede resultat en smule, men ikke på afgørende vis. Der er kun mindre forskel på forekomsten af kronisk sygdom (tabel 2.10). Blandt de ikke-interviewede er der færre, der har været i kontakt med sundhedsvæsenet de sidste 3 måneder, men lidt flere utilfredse (tabel 2.10).

Tabel 2.10 Helbred og kontakt med sundhedsvæsenet blandt interviewede og ikke-interviewede i sundhedsprofilen og bortfaldsundersøgelsen. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

	Inter- viewede (n=1728) %	Ikke-inter- viewede (n=213) %	Beregnet for hele stikprø- ven %
<i>A. Hvordan synes du, at dit helbred er?</i>			
Virkelig godt	32,9	25,7	29,8
Godt	45,4	45,1	45,3
Nogenlunde	16,7	21,8	18,9
Dårligt	4,1	6,3	5,1
Meget dårligt	0,9	1,0	0,9
<i>B. Har en langvarig sygdom eller lidelse</i>			
	38,3	34,6	36,7
<i>C. Har været i kontakt med sundheds- væsenet sidste 3 mdr.</i>			
	51,2	43,4	47,8
<i>Heraf utilfreds en eller flere gange</i>	13,4	15,1	14,2

Sammenfattende kan man med rimelighed konkludere, at der alt i alt ikke er noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning. Endvidere kan det konkluderes,

- at en væsentlig del af det store bortfald skyldes, at interviewerne ikke har overkommet at kontakte alle personerne i stikprøven,
- at mænd i erhvervsdygtig alder og især fangere/fiskere er underrepræsenteret; at befolkningen i Nuuk er underrepræsenteret, mens befolkningen i Nordvestgrønland er overrepræsenteret; at grønlændere er overrepræsenteret i forhold til danskere,
- at det skæve bortfald kun spiller en mindre rolle for resultaternes almene gyldighed,
- at de ikke-interviewede personer i stikprøven føler sig mindre raske end de interviewede, men lidt sjældnere har været i nylig kontakt med sundhedsvæsenet.

Analyse og statistiske metoder

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

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

Som statistisk test er primært anvendt χ^2 testet. Resultaterne af disse test er ikke anført i teksten, men der er som hovedregel kun beskrevet statistisk sikre forskelle, dvs. forskelle hvor p-værdien ved χ^2 testet er mindre end 0,05. Det vil således kunne forekomme, at mindre procentuelle forskelle beskrives som "ingen forskel". For mere komplekse problemstillinger er der gennemført logistisk regressionsanalyse med blandt andet alder og køn som forklarende variable ud over den undersøgte variabel. En række figurer er udarbejdet i SPSS med LOWESS metoden, der er en form for statistisk udglatning (locally weighted regression smoothing using an iterative weighted least squares method).

χ^2 (chi i anden) testet er et meget anvendt statistisk test, der kan bruges til at vurdere, om der er sammenhæng mellem to variable i en krydstabel.

Resultatet af et test beskrives ved *p-værdien*, som er et mål for den statistiske usikkerhed. P-værdien måler sandsynligheden for, at forskellen mellem to forskellige procenter kan forklares ved statistisk usikkerhed. P-værdien afhænger både af, hvor stor forskellen mellem de to procenter er, og af det absolutte antal observationer, der ligger til grund for procenterne. En p-værdi på 0,15 betyder, at der er 15% sandsynlighed for at få det observerede resultat, selvom procenterne i virkeligheden er ens. Hvis p er 0,05 eller mindre kan man som en grov tommelfingerregel regne med, at den observerede forskel er reel og ikke skyldes tilfældigheder.

Logistisk regressionsanalyse er en statistisk metode, der bruges ved mere komplicerede problemstillinger. Det vil ofte være tilfældet, at man sammenligner helbredsforhold i befolkningsgrupper, der adskiller sig med hensyn til både køn, alder og en variabel, som man ønsker at undersøge effekten af. Man kan så opbygge en logistisk regressionsmodel, der som resultat giver forskellen i helbred mellem befolkningsgrupper med hensyn til den interessante variabel kontrolleret for eventuelle forskelle mellem grupperne med hensyn til køn og alder. Resultatet af en logistisk regressionsanalyse vil f.eks. være en odds ratio og en p-værdi. Odds ratio er odds for f.eks. et godt helbred i én befolkningsgruppe divideret med odds for et godt helbred i en anden befolkningsgruppe. Det er et meget anvendt statistisk mål og skal opfattes som et relativt mål for forskellen mellem de to befolkningsgrupper.

Det har været ambitionen med denne og de følgende temarapporter så hurtigt som muligt efter indsamlingen af materialet at præsentere en beskrivende og hypotese-genererende gennemgang af materialet. Vi har derfor valgt ikke at medtage en del diskussioner og forklaringer på sammenhænge, som materialet skaber mulighed for. Udvalgte problemstillinger vil senere blive analyseret mere dybtgående med henblik på offentliggørelse i videnskabelige artikler.

Sundhedsprofilens materiale repræsenterer information, som ikke tidligere har været indsamlet, og vi har derfor fundet det vigtigt at lade rapporten omfatte en række beskrivende standardtabeller. Disse består af en krydsning af svarene på spørgsmål i spørgeskemaet med udvalgte baggrundsvARIABLE (alder, køn, bopæl og befolkningsgruppe). Af hensyn til læsevenligheden findes de fleste af disse standardtabeller som bilag.

Sammenligning med andre undersøgelser

Hvor det har været muligt, er undersøgelsens resultater sammenlignet med andre lignende undersøgelser. De helbredsundersøgelser, der især er sammenlignet med, er DIKEs Sundheds- Sygelighedsundersøgelse fra 1986-87 (Rasmussen et al 1988), og fra 1994 (upublicerede data), et survey af inuit i Keewatin, Canada, der er gennemført i 1990 (Moffatt et al 1992.) og en undersøgelse af inuit i Québec, Canada, fra 1992 (Jetté 1994). Der er desuden sammenlignet med Grønlands Statistiks levevilkårsundersøgelse fra 1994 og med statistiske opgørelser fra Grønlands Statistik.

I den danske undersøgelse blev der gennemført interview med 4753 voksne personer svarende til en deltagelsesprocent på 80. Undersøgelsen omfattede spørgsmål om sociale og demografiske baggrundsplysninger, sundhedsadfærd, ydre helbredsrisici og ressourcer, helbred, sygelighed, sygdomsadfærd og sygdomskonsekvenser. Mange af spørgsmålene i sundhedsprofilen er direkte overtaget fra DIKEs spørgeskema eller udviklet på grundlag af dette skema.

Undersøgelsen fra Keewatin, Northwest Territories, Canada, omfatter interview med 435 voksne, 104 teenagerere og 329 børn svarende til en deltagelsesprocent på 77. Keewatins samlede befolkning er på 5666, hvoraf 91% er inuit. Undersøgelsen omfattede et interview, et selvudfyldt spørgeskema, en klinisk undersøgelse med blodprøver, en audiologisk undersøgelse og en tandstatus. Den kliniske undersøgelse fokuserede på hjertekarsygdom og diabetes. Interviewet omfattede spørgsmål om helbred, levevaner, livsstil og sundhedsvæsenet.

Undersøgelsen fra Québec blev gennemført i 14 landsbyer i Nunavik med en samlet befolkning på 7078. 618 voksne personer blev interviewet svarende til en deltagelsesprocent på 56. Undersøgelsen omfattede et interview, et selvudfyldt skema, en klinisk undersøgelse med blodprøver og en særlig kostundersøgelse (24 timer recall og kostfrekvens). Der blev taget blodprøver til undersøgelse for blandt andet fedt, tungmetaller og organoklorforbindelser. Interviewet omfattede ligesom undersøgelseerne fra Keewatin og Grønland en meget bred vifte af sundhedsrelaterede spørgsmål.

Grønlands Statistik gennemførte i foråret 1994 en spørgeskemaundersøgelse af befolkningens økonomiske og materielle levevilkår. Af en stratificeret stikprøve på 1500 voksne personer fra fem udvalgte kommuner (5 byer og 11 bygder) besvarede 1121 (75%) spørgeskemaet. I nogle tilfælde blev oplysningerne indsamlet ved interview, i andre tilfælde udfyldte personen selv spørgeskemaet. Resultaterne er dels udgivet som en indstiksavis på grønlandsk og dansk (Grønlands Statistik 1995), dels i en serie rapporter fra Grønlands Statistik, som ikke er afsluttet. Sundhedsprofilen og levevilkårsundersøgelsen kompletterer hinanden med et vist mindre overlap for så vidt angår fangst, kost, alkohol, og tobak.

Sammenfatning

Dataindsamlingen er gennemført ved interview og selvudfyldelse af spørgeskema. Det samlede datasæt har 725 variable. Helbred og sygelighed er målt dels ved selvurdering, dels ved selvrapportering. Der er indsamlet oplysninger fra alle 17 byer og fra 21 udvalgte bygder. I alt er der gennemført interview med 1728 voksne personer fra en stikprøve på 3025 (57%). Det lykkedes ikke for interviewererne at kontakte alle i stikprøven, og det er sandsynligt, at svarprocenten blandt dem, der er forsøgt kontaktet, er omkring 70%. Der er modtaget et selvudfyldt skema fra 1535 personer, 89% af de interviewede. Mænd i erhvervsdygtig alder og især fangere/fiskere er underrepræsenteret i datamaterialet i forhold til i befolkningen, og danskere er underrepræsenteret i forhold til grønlandere. Nuuk er underrepræsenteret, mens Nordvestgrønland er overrepræsenteret. Det skæve bortfald spiller dog kun en mindre rolle for resultaternes almene gyldighed, og alt ialt er der ikke noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning.

3. Etnicitet - sprog og kulturelle karakteristika

Etnicitet, at føle tilhørsforhold til en større gruppe med fælles sprog og normer, har gennem kulturelt bestemt adfærd stor betydning både for forekomst af sygdom og for menneskers reaktion på sygdom og symptomer. Ofte vil der desuden være et vist sammenfald mellem etniske og genetiske skillelinjer. Studier af sygdomsforekomst i forskellige etniske grupper, herunder studier af immigranter, har en vigtig plads i epidemiologien ved undersøgelser af den relative betydning af levevis og genetiske forhold for forekomst af sygdom.

Det er ikke tanken med udgangspunkt i en sundhedsvidenskabelig spørgeskemaundersøgelse som denne at forsøge at diskutere kultur eller grønlandsk identitet generelt, men blot at bidrage med nogle enkelte, kvantitative data om kulturel identitet, sprog og adfærd, der kan sættes i relation til helbred og sygdom.

Der er basalt set to etniske grupper i Grønland: grønlændere og danskere. De to grupper adskiller sig først og fremmest ved deres sprog og kulturelle karakteristika, men der er også genetiske forskelle. Dog er især befolkningen på vestkysten genetisk heterogen med en betydelig indblanding af europæiske gener (Persson 1970). Kulturelt er der tale om blandingskulturer. Den grønlandske kultur har gennem århundreder optaget træk fra europæiske kulturer og gjort dem til dele af den eksisterende kultur, og danskere i Grønland har på samme måde optaget elementer fra den grønlandske kultur.

I sundhedsvidenskabelig forskning har man, hvor man overhovedet har forsøgt at skelne mellem de to befolkningsgrupper, i vid udstrækning været henvist til at benytte fødested som indikator for etnicitet, således at personer født i Grønland er klassificeret som grønlændere, og personer født uden for Grønland er klassificeret som danskere (Bjerregaard & Dyerberg 1988, Prener et al 1991). Dette er naturligvis en meget grov tilnærmelse til et etnicitetsbegreb, men det er ofte den eneste mulighed.

I sundhedsprofilen er selvidentifikation anvendt til etnisk klassificering, så vidt vi ved for første gang i grønlandsmedicinsk forskning. På spørgsmålet *Vil du betegne dig selv som grønlænder eller dansker?* betegnede 86% sig som grønlændere, 8% som danskere (incl. nogle få af anden nationalitet) og 4% som både grønlænder og dansker. Kun fem personer svarede "ved ikke", og 19 svarede slet ikke på

spørgsmålet. Det tyder på, at langt hovedparten af den grønlandske befolkning entydigt kan identificere sig selv som enten grønlænder eller dansker.

I relation til etnicitet og kultur er der i sundhedsprofilen stillet spørgsmål om fødested og forældres fødested, som tilnærmet kan belyse de genetiske aspekter af "grønlandskhed", og om sprog, opvækst og omgangskreds, som kan belyse de sociale og sproglige aspekter. Endelig indeholder sundhedsprofilen spørgsmål om fangst og kostvaner, som kan belyse nogle adfærdsmæssige aspekter i relation til den traditionelle erhvervskultur.

Inddelingen af befolkningen i grønlændere og danskere er sandsynligvis for enkel, idet der er et vidt spektrum af "grønlandskhed". I et forsøg på nærmere at karakterisere de to etniske grupper er der på basis af oplysninger om forældres fødested, egne sprogkundskaber og antal år tilbragt i Danmark konstrueret en klassifikation. Grønlændere med lille dansk tilknytning er efter denne inddeling personer, hvis forældre begge er født i Grønland, som taler bedre grønlandsk end dansk, og som har tilbragt mindre end fem år i Danmark. Grønlændere med stor dansk tilknytning er personer, hvis forældre begge er født i Grønland, som har boet fem år eller mere i Danmark, eller som taler bedre dansk end grønlandsk. Danskere med stor grønlandsk tilknytning er personer, hvis forældre begge er født i Danmark, som har boet fem år eller mere i Grønland, eller som taler grønlandsk. Endelig er danskere med lille grønlandsk tilknytning personer, hvis forældre begge er født i Danmark, som ikke taler grønlandsk, og som har boet i Grønland mindre end fem år. Personer med både grønlandske og danske forældre er klassificeret på grundlag af deres sprogkundskaber, således at fuldt dobbeltsprogede henregnes til grønlændere med stor dansk tilknytning.

Den beskrevne konstruerede inddeling harmonerer godt med de udsurgtes subjektive identitet. Hvis man udelader de personer, der opfatter sig som både grønlænder og dansker, er der for de øvrige 99% sammenfald mellem den konstruerede inddeling og interviewpersonens egen oplevelse af etnisk identitet. Én person er klassificeret som grønlænder, men oplever sig selv som dansker; det drejer sig om en kvinde med grønlandsk/danske forældre, som er fuldt dobbeltsproget og gift med en dansk mand. 16 personer er klassificerede som danskere, men oplever sig selv som grønlændere; det drejer sig hyppigst om mænd, med grønlandsk/danske eller danske forældre, og som taler dansk uden besvær og nogenlunde grønlandsk. De har alle boet mange år i Grønland, og de fleste har en grønlandsk ægtefælle. Over halvdelen af dem, der opfatter sig som både grønlænder og dansker, klassificeres i den konstruerede inddeling som danskere med stor tilknytning til Grønland.

Gruppen af grønlændere med lille dansk tilknytning er yderligere inddelt efter bopæl i bygder (329 personer, svarende til 20% af den samlede befolkning) eller byer (1015 personer svarende til 61% af den samlede befolkning). Der fremkommer således en inddeling af befolkningen i fem grupper (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Et forsøg på en konstrueret etnisk klassificering af befolkningen i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 51.

		Antal	%
Grønlændere med lille dansk tilknytning	i bygder	329	19,6
	i byer	1015	60,5
Grønlændere med stor dansk tilknytning		126	7,5
Danskere med stor grønlandsk tilknytning		155	9,2
Danskere med lille grønlandsk tilknytning		52	3,1
I alt		1677	100

Etnicitet og fødested

At være født i Grønland synes at være en rimelig god indikator for etnisk identitet, idet 97% af personer født i Grønland opfatter sig selv som grønlændere, 0,3% som danskere og 2,5% som både grønlænder og dansker. At være født uden for Grønland er derimod ikke nogen god indikator. Kun 74% af personer født uden for Grønland opfatter sig selv som danskere, mens 9% opfatter sig som grønlændere og 17% som både-og.

Tabel 3.2 viser opfattelsen af identitet i forhold til eget og forældrenes fødested. Næsten alle, hvis forældre er grønlændere (dvs. født i Grønland) opfatter sig selv som grønlændere. Ved en nærmere statistisk analyse er forældrenes fødested af større betydning for etnisk identitet end eget fødested, og eget fødested bidrager ikke signifikant til beskrivelsen af identitet som grønlænder.

De 70 personer, der opfatter sig som både grønlænder og dansker, har for manges vedkommende (38%) en grønlandsk mor og en dansk far eller omvendt. En del er født i Danmark af danske forældre, men har boet ti år eller mere i Grønland (30%). De fleste taler kun dansk (49%), 18% taler dansk og nogenlunde grønlandsk, mens 27% er fuldt dobbeltsprogede.

Tabel 3.2 Etnisk identitet samt eget og forældres fødested. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 76.

	Identitet		
	Grønlænder	Dansker	Grønlænder/dansker
	%	%	%
Født i Grønland af grønlandske forældre (n= 1383)	99,1	0,1	0,8
Født i Danmark af grønlandske forældre (n = 4)	100,0	-	-
Født i Grønland af danske forældre (n = 6)	-	16,7	83,3
Født i Danmark af danske forældre (n = 175)	4,6	79,4	16,0
Blandede forældre (n = 84)	66,7	3,6	29,8

Etnicitet, sprog og omgangskreds

Grønland er et tosproget samfund, men mange taler enten kun grønlandsk (38% af befolkningen) eller kun dansk (11%). Af grønlændere taler 30% både grønlandsk og dansk uden besvær, og yderligere 26% taler grønlandsk uden besvær og nogenlunde godt dansk; 44% taler næsten udelukkende grønlandsk og kun ganske få taler bedre dansk end grønlandsk eller kun dansk (tabel 3.3). Blandt danskere er det normalt kun at kunne tale dansk, og kun 8% taler i et eller andet omfang grønlandsk.

Sammen med venner taler 74% af grønlændere og 66% af danskere kun deres eget sprog, mens henholdsvis 16% og 10% bruger begge sprog omtrent lige meget (tabel 3.4). På arbejdspladsen er det kun 46% af grønlændere og 56% af danskere, der kun taler deres eget sprog, mens 40% af grønlændere og 15% af danskere bruger begge sprog omtrent lige meget.

I hverdagen, såvel blandt venner som på arbejde, bruger 44% af grønlændere og 55% af danskere udelukkende deres eget sprog. Der er altså langt fra integration mellem de to befolkningsgrupper. På arbejdspladsen kan langt de fleste danskere (83%), men kun halvdelen af grønlændere (55%) klarer sig kun eller næsten kun med deres eget sprog. Dette afspejler de to befolkningsgruppers sprogekund-

Tabel 3.3 Etnisk identitet og sprogkunderskaber. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 77.

	Alle (n=1651)	Identitet		
		Grønlænder (n=1443)	Dansker (n=142)	Grønlænder/dansker (n=66)
	%	%	%	%
Taler både grønlandsk og dansk uden besvær	26,9	29,5	0,7	27,3
Taler grønlandsk og nogenlunde dansk	22,6	25,7	-	3,0
Taler dansk og nogenlunde grønlandsk	1,8	0,6	6,3	18,2
Taler kun grønlandsk	38,2	43,5	0,7	3,0
Taler kun dansk	10,5	0,8	92,3	48,5

Tabel 3.4 Etnisk identitet og sprogbrug sammen med venner. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 116.

Sprogbrug	Alle (n=1612)	Identitet		
		Grønlænder (n=1401)	Dansker (n=144)	Grønlænder/dansker (n=67)
	%	%	%	%
Kun grønlandsk	64,6	73,9	-	9,0
Som regel grønlandsk	8,3	9,2	0,7	4,5
Både grønlandsk og dansk	16,6	16,0	10,4	41,8
Som regel dansk	3,2	0,5	22,9	16,4
Kun dansk	7,4	0,4	66,0	28,4

skaber, men om årsagen til danskernes dårlige kundskaber i grønlandsk er en følge af de sproglige (magt)forhold på arbejdspladsen, eller om forholdene på arbejdspladsen skyldes danskernes manglende sprogkundskaber, kan ikke vurderes på grundlag af denne undersøgelse.

Etnicitet, fangst og kostvaner

Fangst af havpattedyr og i et vist omfang også fiskeri har indtil langt ind i dette århundrede været hovederhvervet i Grønland og indtager fortsat en central rolle som bærer af den traditionelle kultur. Også det at spise grønlandsk synes at udgøre en vigtig faktor for grønlandsk identitet (Petersen 1991).

Halvdelen af de personer, der opfatter sig som grønlændere, angiver dagligt at spise et hovedmåltid, der stammer fra egen eller et familiemedlems fangst eller fiskeri, og 71% gør det mindst en gang om ugen. Kun 12% af danskere spiser dagligt egen fangst eller fiskeri, men 41% gør det mindst en gang om ugen. Fangst er altså af meget stor betydning for grønlændere, men har også betydning for danskere i Grønland.

I kapitel 5 er befolkningens kostvaner behandlet nærmere. Her skal blot i oversigtsform beskrives, hvorledes kostvaner, kostpræferencer og holdning til traditionel, grønlandsk kost varierer mellem de tidligere beskrevne konstruerede befolkningsgrupper (tabel 3.5). Grønlændere med lille dansk tilknytning fra bygder spiser sæl og hval næsten ti gange så ofte som danskere, vurderer i modsætning til danskere smagen af sælkød meget højt og mener næsten alle, at traditionel, grønlandsk mad er meget vigtig for helbredet. De fem befolkningsgrupper adskiller sig signifikant fra hinanden på alle tre mål, men den tydeligste forskel ses mellem de tre grupper af grønlændere på den ene side og de to grupper af danskere på den anden side.

Tabel 3.5 Kostvaner, kostpræferencer og holdning til traditionel, grønlandsk kost i befolkningsgrupperne. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst befolkningsgruppe = 51.

	Grønlændere med lille dansk tilknytning		Grønlændere med stor dansk tilknytning (n=126)	Danskere med stor grønlandsk tilknytning (n=155)	Danskere med lille grønlandsk tilknytning (n=52)
	I bygder (n=329)	I byer (n=1015)			
Antal måltider om måneden af sæl og hval (Uoplyst = 118)	22,6	11,8	7,6	2,9	2,4
Vurdering af sælkød: 1=kan ikke lide det 5=kan meget godt lide det (Uoplyst = 103)	4,9	4,7	4,5	2,9	2,5
% der mener, at grønlandsk mad er meget vigtig for helbredet (Uoplyst = 96)	96,9	94,9	81,3	38,0	19,2

Sammenfatning

De to etniske grupper i Grønland, grønløndere og danskere, er forskellige med hensyn til levevilkår, livsstil og helbred. Der er i sundhedsprofilen brugt en inddeling efter etnisk identitet, og denne er relateret til oplysninger om blandt andet fødested, sprogbrug og livsstil. At være født i Grønland er en god indikator for identitet som grønlønder, men at være født uden for Grønland er ikke en god indikator for identitet som dansker. Der er beskrevet en konstrueret inddeling af befolkningen, som harmonerer godt med de udspurgtes subjektive identitet.

4. Uddannelse, arbejde og bolig

Undersøgelser i en lang række lande har vist, at der er socioøkonomiske forskelle i dødelighed og sygelighed. Den socioøkonomiske inddeling har som regel været baseret på erhverv, indkomst og uddannelse, enten hver for sig eller i forskellige kombinationer (Bjerregaard 1994). Nedenstående analyser af sundhedsprofilen tager udgangspunkt først i uddannelse siden i erhverv.

Skolegang og eventuel senere erhvervsuddannelse har betydning for den enkeltes muligheder for at deltage i det moderne samfund. Almene skolefærdigheder bliver stadig mere nødvendige for vores dagligdag, for modtagelse af informationer, indkøb og handel i bredere forstand, og erhvervsuddannelse bliver et stadig større krav fra arbejdsmarkedets side. Samtidig anser mange et godt lønarbejde som en vigtig del af deres liv, ikke blot på grund af de økonomiske muligheder, men også fordi dannelsen af personlig identitet og sociale relationer ofte udspringer af arbejdslivet. Uddannelse og arbejde er således overordnet set af betydning for menneskers muligheder for at leve et tilfredsstillende hverdagsliv.

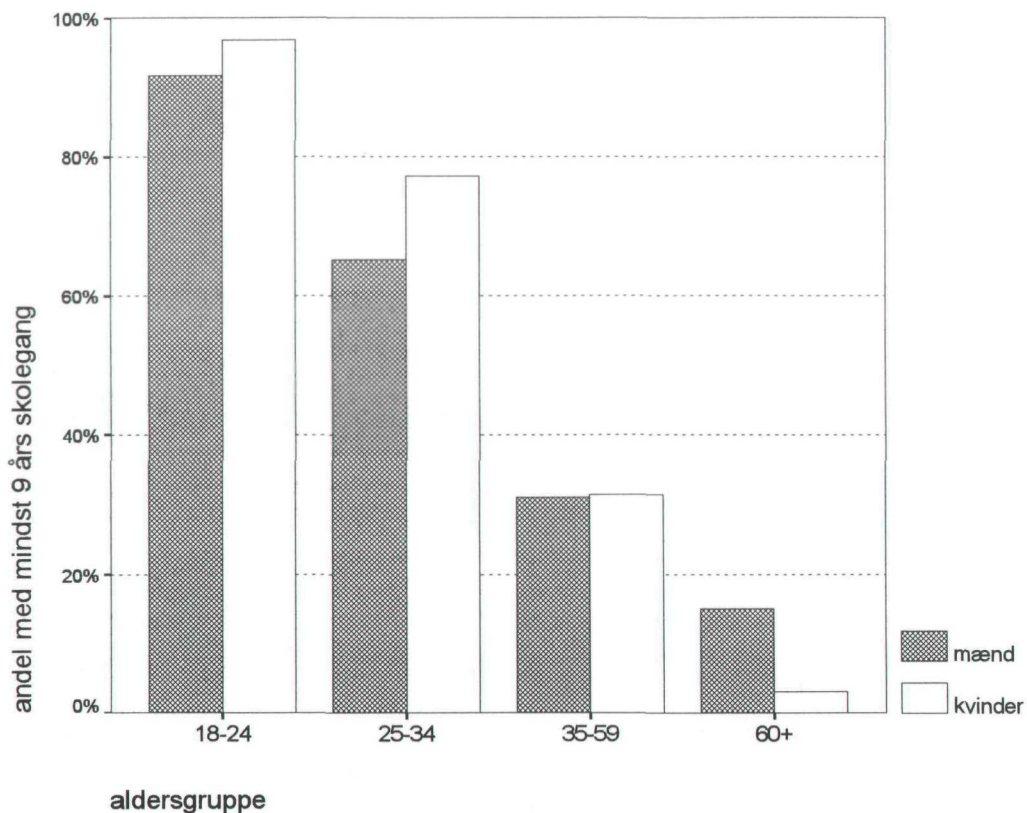
Uddannelse og erhverv er dog også på mere direkte måder af betydning for sundhed. Der er blevet påvist positiv sammenhæng mellem almene kundskaber og gode sundhedsvaner, det man ofte kalder en sund livsstil (kost, motion, rygning mv.). Således har også mødres almene kundskaber betydning for deres børns sundhed gennem kost, hygiejne, deltagelse i forebyggende helbredsundersøgelser mv. (Basu 1987, Caldwell 1986, Preston 1989). Endelig kan arbejdsforhold have en direkte negativ virkning på helbredet, f.eks. via belastende arbejde, stor hyp-pighed af ulykker eller et dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Boligens størrelse og kvalitet er bestemmende for beboernes udsættelse for blandt andet træk, kulde, fugtighed, bakterier og virus. Der er også en tæt sammenhæng mellem erhverv og boligforhold, og boligen kan opfattes som en indikator for socioøkonomiske forhold i bred forstand.

Uddannelse

Hvad angår skoleuddannelse deler de interviewede sig i to lige store grupper, der tilsammen dækker over 90 procent af befolkningen. De to grupper består af personer, der er gået ud af skolen efter 8. klasse eller tidligere, og personer, der er fortsat i 9.-12. klasse. Det er især de ældre, der er gået tidligt ud af skolen, mens langt størstedelen af de unge har gået i skole mere end 8 år (figur 4.1). 7% af de interviewede, dog kun 4% af grønlænderne, og lige mange mænd og kvinder, har gennemført en gymnasial uddannelse - GU, studentereksamen eller lignende.

Figur 4.1 Skoleuddannelse efter køn og alder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere.



Blandt grønlændere har lidt flere kvinder end mænd (54% og 47%) gået i 9.-12. klasse, men efter den almindelige skolegang er færre kvinder fortsat i erhvervsuddannelse (32% og 45%). Sammenstillingen af de interviewedes erhvervsuddannelse og aldersfordeling viser, som tilfældet var det med skoleuddannelse, dog store forskelle mellem aldersgrupperne, idet forskellen mellem mænd og kvinder i andel, der har erhvervsuddannelse, er størst blandt de midaldrende og mindst blandt de unge (tabel 4.1). Tværnsnitsundersøgelsens overordnede konklusion, at mænd hyppigere end kvinder har erhvervsuddannelse, afspejler således ikke situationen blandt de unge her og nu. Analyseres gruppen der oplyser, at de er studerende på interviewtidspunktet, viser det sig tilsvarende, at der ikke er forskel på andelen af kvinder og mænd.

Erhvervsuddannelserne er inddelt i korte (f.eks. mekaniker, kok, sundhedsmedhjælper), mellemlange (f.eks. lærer, socialrådgiver, skibsfører) og lange (f.eks. universitetsuddannelser). 28% af grønlændere har taget en kort uddannelse, 9% har taget en mellemlang uddannelse og kun 1% en længerevarende uddannelse. Mens der er omtrent lige mange mænd og kvinder, der har gennemført en mellemlang uddannelse, er der færre kvinder end mænd, der har taget såvel kortere som

Tabel 4.1 Personer uden erhvervsuddannelse og med kort, mellemlang og lang erhvervsuddannelse efter køn og alder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere. N = 1580, uoplyst = 38.

	Antal	Erhvervsuddannelse			
		Ingen %	Kort %	Mellem- lang %	Lang %
Grønlandske mænd					
18-24	98	73,5	26,5	-	-
25-34	217	51,2	37,3	11,1	0,5
35-59	303	49,2	38,3	10,2	2,3
60+	98	66,3	25,5	4,1	4,1
I alt	716	55,4	34,6	8,2	1,7
Grønlandske kvinder					
18-24	125	72,0	22,4	5,6	-
25-34	292	58,6	29,1	11,6	0,7
35-59	308	69,5	19,5	10,7	0,3
60+	101	87,1	4,0	7,9	1,0
I alt	826	68,2	21,4	9,9	0,5
Grønlændere i alt	1542	62,3	27,6	9,1	1,0

længere uddannelse. Fordelt på aldersgrupper viser det sig igen, at forskellene mellem mænd og kvinder forsvinder hos de unge. Således er der ikke blandt de 18-25 årige forskel på mænds og kvinders uddannelsesmønster.

Der er stor forskel på de interviewede fra byer og bygder. Tabel 4.2 viser, at mens næsten halvdelen af de interviewede fra byer har en erhvervsuddannelse, gælder dette kun for 1/4 af de interviewede fra bygderne. Tabellen viser desuden, at danskerne i Grønland næsten alle har en uddannelse, og at 1/4 af disse har en længerevarende uddannelse. I modsætning hertil har kun 1% af grønlændere fra byer og bygder en længerevarende uddannelse.

Tabel 4.2 Andel af grønlændere i byer, grønlændere i bygder og danskere i Grønland, der har gennemført forskellige uddannelses typer. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 41.

Uddannelse	Grønlændere			Danskere i Grønland (n=145) %
	Alle (n=1687) %	Byer (n=1194) %	Bygder (n=348) %	
Ingen	57,7	57,4	79,0	9,7
Kort	28,2	30,8	16,4	34,5
Mellemlang	11,3	10,7	3,7	33,8
Lang	2,8	1,1	0,9	22,1

Grønlands Statistik oplyser, at blandt unge opvokset i byerne kommer 61% i erhvervsuddannelse, mens dette gælder for 34% af unge opvokset i bygder (Grønlands Statistiske Kontor 1992). Selvom de unge altså i større grad end de ældre har uddannelse, og forskellene mellem kønnene udjævnes blandt de unge, eksisterer forskellen mellem by og bygd stadig. Eksempelvis viser sundhedsprofilen, at kun 5% af de interviewede, der hovedsageligt - det vil sige i 3-8 år - har gået i bygdeskole, har gennemført en mellemlang uddannelse. Dette gælder for 11% af dem, der hovedsageligt har gået i skole i byer, og for 26% af dem, der har gået i skole i Danmark. Generelt har de interviewede med byskolebaggrund og skolegang i Danmark oftere og længerevarende uddannelse end de interviewede med bygdeskolebaggrund. Det er nærliggende at se dette i forhold til, at der kun i 4 bygder er mulighed for at gå i skole længere end til 9. klasse (Grønlands Statistiske Kontor 1992), og at uddannelsesinstitutionerne ligger i byerne. Desuden har

det givetvis betydning for det videre uddannelsesforløb, at danskundervisningen på grund af mangel på uddannede lærere i bygderne ofte ikke er tilstrækkelig til, at eleverne fra bygdeskolerne opnår den kompetence, der kræves af uddannelsesinstitutionerne, samt at de unge ofte ikke vil være i stand til at finde kvalificeret arbejde i bygden efter endt uddannelse.

I Grønlands Statistiks levevilkårsundersøgelse svarer andelen af befolkningen med erhvervsuddannelse til sundhedsprofilens resultater. Tendensen til flere med erhvervsuddannelse blandt mænd og i byer findes også i levevilkårsundersøgelsen, men forskellene er mindre udtalte end i sundhedsprofilen. Det er muligt, at forskellen mellem de to undersøgelser skyldes, at levevilkårsundersøgelsen kun er gennemført i en del af Vestgrønland og ikke i hele Grønland.

I undersøgelsen blandt inuit i Québec, Canada, har færre end i Grønland gået i skole mere end 8 år. Det gælder også, selvom der ses bort fra danskere i Grønland. Forskellen i skolegang mellem befolkningen i Grønland og Québec er dog mindre udtalt nu, end den har været tidligere. I Québec har næsten ingen ældre og midaldrende gået i skole, mens 1/3 af de 35-59 årige i Grønland endog er fortsat i skole efter 8. klasse. Forskellene kan sandsynligvis forklares ved, at der i Québec kun har eksisteret et formelt skolesystem siden 1975, mens et sådant har eksisteret i Grønland siden 1905 (Thuesen 1988).

Arbejde

Interviewpersonerne fordeler sig med 69% i arbejde og 31% uden for erhverv. 116 personer har ikke givet oplysninger om deres erhverv, og disse er udeladt af analyserne.

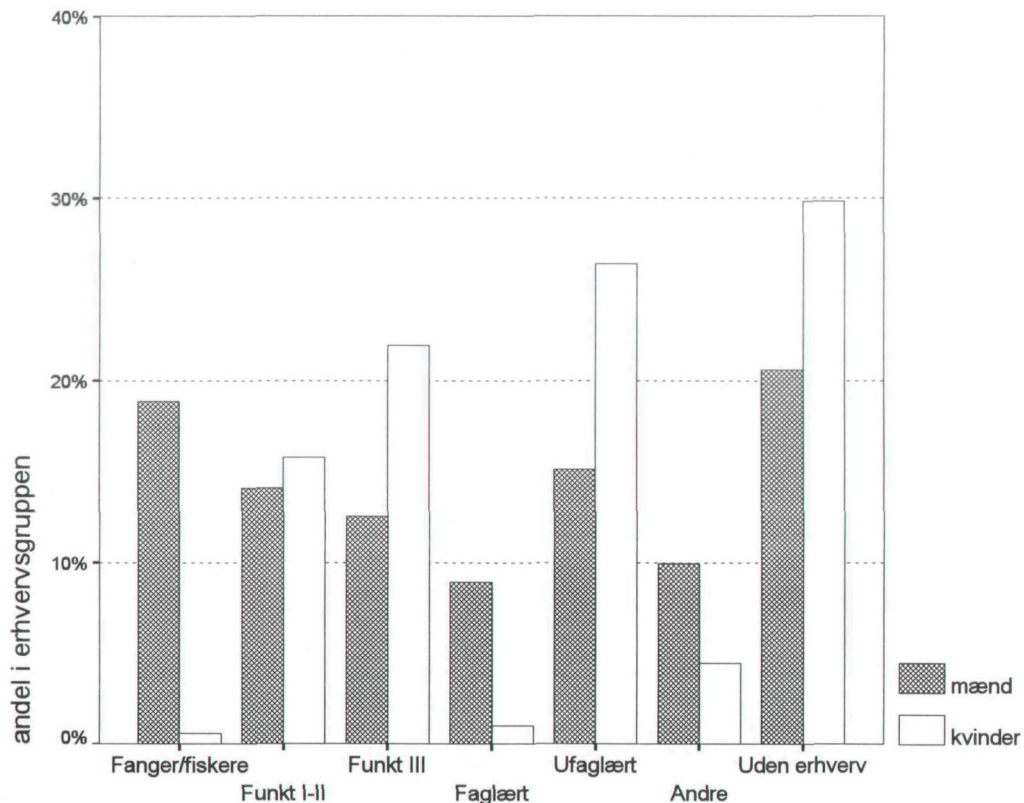
Interviewpersoner i arbejde kan deles i to hovedgrupper, lønarbejdere (62% af hele befolkningen) og fangere/fiskere (7%). Lønarbejdere kan yderligere inddeles i fem kategorier. Funktionærer I-II, som består af højere og middel placerede funktionærer (18%), funktionærer III, som er lavere funktionærer (16%), faglærte (4%), ufaglærte (17%) og 7% "andre", der ikke kunne placeres i de nævnte kategorier.

Kun 6% af danskere i Grønland er ikke i erhverv, og der er ingen fangere/fiskere blandt danskerne. Også for lønarbejdere er forskellen mellem grønlændere og danskere i Grønland markant: 63% af erhvervsaktive danskere og 21% af grønlændere er funktionærer I-II, mens henholdsvis 1,5% og 28% er ufaglærte.

Erhvervsfordelingen blandt grønlandere er analyseret nærmere. Blandt 25-59 årige havde flere mænd end kvinder arbejde på interviewtidspunktet, og der er forskel på hvilken type arbejde, de to køn har. 24% af erhvervsaktive grønlandske mænd er fangere/fiskere, og 11% er faglærte, mens der kun er enkelte kvinder i disse grupper. En lige stor andel af erhvervsaktive mænd og kvinder er funktionærer I-II, mens kvinder er overrepræsenteret blandt funktionærer III og ufaglærte (figur 4.2).

Der er flest erhvervsaktive blandt de 25-59 årige, hvor 4 ud af 5 er i arbejde. Aldersfordelingen viser desuden, at relativt flere 35-59 årige end 25-34 årige er funktionærer I-II, mens flere af de 25-34 årige er funktionærer III.

Figur 4.2 Fordeling af 18-59 årige på køn og erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.



Tabel 4.3 Befolkningens fordeling på erhvervsgrupper efter bopæl og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 116.

	Antal	Fangere/ fiskere %	Funk- tio- nærer I-II %	Funk- tio- nærer III %	Fag- lærte %	Ufag- lærte %	Andre %	Uden for erhverv %
Grønlændere:								
Nuuk	238	2,1	23,1	18,5	2,9	15,1	4,2	34,0
Byer i Syd- og Midt- grønland	429	6,1	11,7	15,6	4,4	22,8	6,5	32,9
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	418	7,9	13,9	15,1	6,0	18,9	6,5	31,8
Byer i Østgrønland	55	3,6	12,7	14,5	7,3	18,2	10,9	32,7
Bygder i Syd- og Midtgrønland	98	9,2	6,1	15,3	1,0	26,5	9,2	32,7
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	146	22,6	13,0	12,3	2,1	13,0	6,2	30,8
Bygder i Østgrønland	61	13,1	3,3	11,5	-	14,8	1,6	55,7
Avanersuaq	24	16,7	20,8	37,5	-	4,2	4,2	16,7
Danskere	143	-	59,4	13,3	9,1	1,4	10,5	6,3

Tabel 4.3 viser de store regionale forskelle i erhvervs mønster mellem især Nuuk og de større byer på vestkysten, hvor den offentlige administration medfører, at der her er relativt mange funktionærer, og fangerområderne i nord, nordvest og øst, hvor der er relativt mange fangere/fiskere.

Erhvervsfordelingen i sundhedsprofilen adskiller sig en del fra Grønlands Statistiks levestandardundersøgelse, idet der i sundhedsprofilens materiale er færre fangere/fiskere, flere funktionærer I-II og væsentlig færre ufaglærte. Dette kan skyldes metodemæssige forskelle, dels forskellig inddeling i erhvervsgrupper, dels det forhold, at arbejdsløse (hvoraf mange er ufaglærte) i levestandardundersøgelsen er medregnet i erhvervsfordelingen med deres sædvanlige erhverv. Det er også muligt, at levestandardundersøgelsen med sin højere svarprocent omfatter flere fangere/fiskere og ufaglærte end sundhedsprofilen, men det forhold, at der er lige mange i de to undersøgelser, der har erhvervsuddannelse, taler imod dette.

Arbejdsmiljø

Det er veldokumenteret, at en række forhold i arbejdsmiljøet rummer helbredsrisici. Dødeligheden såvel som risikoen for at pådrage sig bestemte symptomer og sygdomme, herunder generel nedslidning, er forskellig for forskellige erhvervsgrupper (Andersen 1985, Ingerslev 1994). I sundhedsprofilen er interviewpersonerne blevet stillet en række spørgsmål om deres fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Det drejer sig om, hvor fysisk krævende arbejdet er, og om det medfører udsættelse for gener, hvilket har betydning for den generelle arbejdsbetingede nedslidning. Desuden er der spurgt om arbejdstidens længde og placering, idet et stort antal arbejdstimer kan være forbundet med stress, og skifteholdsarbejde har vist sig at medføre såvel øget fysisk og psykisk sygelighed som generelle problemer med at leve et almindeligt hverdagsliv, fordi venner og familie, indkøb, hobbyer, foreningsarbejde, TV og meget mere kolliderer med arbejdstiden (Klausen et al 1990). Endelig er interviewpersonerne blevet spurgt om arbejdsulykker og om arbejdspress og indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse. Besvarelserne belyser dels hvor stor en del af samtlige erhvervsaktive, der er udsat for bestemte arbejdsmiljøpåvirkninger, dels forskelle i udsættelse mellem erhvervsgrupper.

Interviewpersonernes angivelse af, hvor fysisk krævende deres arbejde er, viser, at mænd oftere end kvinder (12% og 3%) har tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende. Unge har mere fysisk krævende arbejde end ældre.

86% af de erhvervsaktive svarer, at de ofte i deres arbejde er udsat for mindst én af en række fysiske gener. De fleste angiver flere end ét generende forhold, og næsten 1/3 angiver at være udsat for 5 eller flere gener. Flest er udsat for mange gentagne og ensidige bevægelser (51%), men mange er udsat for tunge byrder, som skal bæres eller løftes (44%), støj så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre (42%) og arbejde i bøjedede eller forvredne arbejdsstillinger (40%). Mænd og kvinder er lige meget udsat for gener på deres arbejde, men kvinder er især udsat for arbejde med mange gentagne og ensidige bevægelser (55%), mens mænd oftere end kvinder er udsat for løft af tunge byrder (58%). Mænd er desuden ofte udsat for udendørs arbejde i kulde (53%).

Erhvervsgrupperne er i varierende grad udsat for gener i arbejdet. Således angiver alle fangere/fiskere og mange funktionærer III, faglærte og ufaglærte (88%, 99% og 93%) at være udsat for gener, mens dette kun gælder for 71% af funktionærer I-II. Endvidere er funktionærer oftest udsat for en enkelt eller to gener, mens næsten halvdelen af fangere/fiskere er udsat for 5 gener eller flere. Ud over udendørs arbejde i kulde er fangere/fiskere især udsat for arbejde i bøjedede eller forvredne

stillinger (61%) samt for tunge byrder, som skal bæres eller løftes (88%). Over 60% af faglærte er udsat for arbejde i bøjedede eller forvredne stillinger, løft af tunge byrder, støj, støv, kemiske stoffer eller dampe og udendørs arbejde i kulde. Funktionærer III og ufaglærte er oftest udsat for mange gentagne og ensidige bevægelser (55% og 60%).

Den normale, gennemsnitlige arbejdstid for de erhvervsaktive er 42,3 timer. Tallet dækker dog over store variationer. Således angiver halvdelen, at de normalt arbejder 25-40 timer, 9% har færre end 25 timer, mens over 1/3 normalt har flere end 40 arbejdstimer om ugen. Det er især mænd, der har et stort antal arbejdstimer. Således har næsten halvdelen af alle mænd i erhverv normalt flere end 40 arbejdstimer ugentligt, mens dette gælder for 1/4 af kvinder. De fleste interviewpersoner med høj ugentlig arbejdstid er enten fangere/fiskere eller faglærte, der har en gennemsnitlig normal arbejdsuge på henholdsvis 56 og 48 timer.

Af interviewpersonerne i erhverv har 2/3 fast arbejdstid i dagtimerne, mens 1/4 ikke har faste arbejdstider. Resten af de erhvervsaktive (7%) har fast aften- eller natarbejde. Funktionærer og faglærte har for 3/4 vedkommende fast arbejdstid i dagtimerne. Det er især fangere/fiskere, der ikke har faste arbejdstider, og ufaglærte, der har aften- og natarbejde.

Udover arbejdstid er interviewpersonerne blevet spurgt om arbejdstempo eller arbejdspress og om indflydelse på tilrettelæggelse af arbejdet. 2/3 finder, at arbejdstempoet eller arbejdspresset er passende, mens 1/4 mener, at det er for højt. Kun få personer mener, at arbejdstempoet/arbejdspresset er enten for lavt (3%) eller alt for højt (8%).

4/5 mener, at de har indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde, mens 1/5 mener, at de har meget lidt eller ingen indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde. Kvinder har oftere end mænd lav eller ingen indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde (23% og 16%), og jo ældre man er, jo større indflydelse har man på tilrettelæggelsen af sit arbejde. Således svarer næsten halvdelen af de unge, at de har lav eller ingen indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde, mens dette gælder for 21% af de 25-34 årige og for blot 13% af 35-59 årige.

Forskning i Sverige, USA og Danmark har vist, at ansatte med både et højt arbejdstempo/arbejdspress og manglende indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse har en overhyppighed af ¹stress-symptomer, psykosomatiske symptomer og træthed, ²fravær og medicinforbrug samt ³hjerter-karsygdomme (Klausen et al 1990). Deri-

mod anses højt arbejdstempo/arbejdspres ikke direkte som sundhedsskadelig, såfremt den ansatte har tilstrækkelig indflydelse på arbejdet.

Interviewpersoner, der både har et højt arbejdstempo/arbejdspres og har ringe indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse, udgør 6% af alle erhvervsaktive og består hovedsageligt af funktionærer III og ufaglærte. Denne gruppe er oftere ude for arbejdsulykker end de øvrige interviewede. Således har 13% af denne udsatte gruppe været ude for mindst én arbejdsulykke indenfor den seneste 12 måneders periode, mens dette kun gælder for 4% af de øvrige. Ses der udelukkende på mænd, der både har et højt arbejdstempo/arbejdspres og ringe indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse, har 24% været udsat for mindst én arbejdsulykke imod 5% af andre mænd.

Arbejdsløse

I Danmark har undersøgelser vist, at dødeligheden blandt personer uden for erhverv i gennemsnit er 2-3 gange højere end dødeligheden blandt erhvervsaktive. Forskellen i dødelighed synes dels at skyldes, at et godt helbred er betingelsen for at få og beholde et arbejde, og dels at det at miste sit job medfører en psykisk og social belastning, der påvirker sundheden og modstandskraften over for sygdom i negativ retning (Ingerslev et al 1994). I sundhedsprofilen mener 9 ud af 10 interviewpersoner, at det generelt set er meget vigtigt at have arbejde for at bevare et godt helbred. Det gælder både mænd og kvinder i alle aldersgrupper.

Som nævnt er 31% af de interviewede uden for erhverv. Blandt personer i erhvervsaktiv alder (18-59) er 24% uden for erhverv, og af disse angiver halvdelen at være egentlig arbejdsløse svarende til 12% af de 18-59 årige. Der er god overensstemmelse med den officielle statistik, idet Grønlands Statistiks opgørelser viser, at gennemsnitlig 13% af alle 15-59 årige hver måned var berørt af ledighed i 1992 (Grønlands Statistiske Kontor 1993). I sundhedsprofilens materiale angiver 23% af 18-59 årige uden for erhverv at være husmor/fangerkone, 19% er studerende, og 10% er uden for erhverv på grund af sygdomsbettinget pension.

Der er relativt flere arbejdsløse blandt de 18-24 årige (21%) end blandt de 25-34 årige og de 35-59 årige (10%). Da kvinder oftere er hjemmegående, er kvinder totalt set oftere uden for erhverv, men der er nogenlunde lige mange arbejdsløse mænd og kvinder i alle aldersgrupper. Der er relativt flere arbejdsløse i bygger end i byer (16% og 11%); den laveste procent af arbejdsløse blandt de 18-59 årige

findes i Nuuk (8%) og den højeste i bygder i Østgrønland (31%). Danskere i Grønland er sjældent arbejdsløse (3%).

I sundhedsprofilen blev der spurgt om, hvor stort et problem interviewpersonerne anser arbejdsløshed for at være i deres egen by eller bygd. 2/3 mener, at arbejdsløshed ikke er noget problem, mens 1/4 mener, at det er et større eller mindre problem. Kvinder anser sjældnere end mænd arbejdsløshed for et problem (22% og 31%). Mænd i alderen 18-59 er den gruppe, der oftest anser arbejdsløshed som et problem, og for kvinder stiger andelen, der anser arbejdsløshed som et problem, fra 15% blandt de 18-24 årige til 26% blandt de 35-59 årige. Mænds hyppige opfattelse af arbejdsløshed som et problem hænger sandsynligvis sammen med den udbredte opfattelse af mandens rolle som familieforsørger (Lennert 1991, Dybbroe 1988).

Bolig

Den gennemsnitlige husstandsstørrelse er ifølge undersøgelsen 3,5 personer: 3,4 for grønlændere i byer, 4,4 for grønlændere i bygder og 2,7 for danskere. Dette gennemsnit er højere end i Danmark og lavere end i inuitsamfund i Keewatin og Québec, Canada. Grønlands Statistik har i sin registerbaserede statistik og i levevilkårsundersøgelsen omfattende oplysninger om befolkningens boligforhold. Sundhedsprofilens tal for husstandsstørrelse er højere end Grønlands Statistiks, der angiver 2,7 personer pr. bolig i byer og 3,2 i bygder (Grønlands Statistiske Kontor 1994). Forskellen kan til dels skyldes uregistreret flytning.

Beboelsestætheden er i gennemsnit 1,3 personer pr. rum, idet køkken, bad o.l. ikke regnes med, men der er store forskelle. For grønlændere i byer er beboelsestætheden 1,2 personer pr. rum, for grønlændere i bygder 1,9 og for danskere 0,8. I Danmark bor der til sammenligning kun 0,6 personer pr. rum (Danmarks Statistik 1993). En tredjedel af befolkningen bor mindre end 1 person pr. rum, en fjerdedel 1 person pr. rum og resten (42%) mere end 1 person pr. rum. Denne fordeling svarer helt til resultaterne fra levevilkårsundersøgelsen (Grønlands Statistik 1995).

Der er store regionale forskelle i beboelsestæthed. Således bor der i Nuuk i gennemsnit kun lige godt 1 person pr. rum, mens der i bygderne på den nordlige del af vestkysten og på østkysten bor mere end 2 personer pr. rum (tabel 4.4). Der er i gennemsnit 20%, der klager over at have for lidt plads, og dette varierer kun lidt mellem regionerne. Tærsklen for hvor lidt plads, man kan tolerere, er ens for

mænd og kvinder og varierer ikke med alderen, men afhænger derimod af den almindelige boligstandard i ens by eller bygd. Blandt personer, der klager over for lidt plads, bor danskere i gennemsnit 1,1 person pr. rum, mens grønlændere i byer på vestkysten bor 1,6 personer pr. rum og bygdebefolkningen langt flere (tabel 4.4).

Den mest almindelige klage over dårlige boligforhold er træk, kulde eller fugt, som generer 49% af befolkningen, mens 27% er generet af støj fra naboerne. Som ventet er der betydeligt flere i bygderne end i byerne, der er generet af træk, fugt eller kulde (61% og 45%), og færre, der er generet af støj fra naboerne (13% og 30%). Selvom så mange er generet af et eller flere forhold i deres bolig, er alligevel over halvdelen af befolkningen meget tilfreds med deres bolig og en fjerdedel nogenlunde tilfreds. Kun 19% er utilfredse fordelt med 17% i byerne og 25% i bygderne.

Tabel 4.4 Beboelsestæthed (personer pr. rum) og utilfredshed med boligens størrelse efter region og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 54 (beboelsestæthed) og 114 (klager over for lidt plads).

	Beboelses- tæthed	Klager over for lidt plads %	Beboelsestæthed blandt personer, der klager over for lidt plads
Grønlændere:			
Nuuk	1,1	22,4	1,6
Byer i Syd- og Midtgrønland	1,1	17,7	1,7
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	1,2	14,1	1,8
Byer i Østgrønland	1,8	29,1	2,2
Bygder i Syd- og Midtgrønland	1,5	24,0	2,4
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	2,1	27,8	3,6
Bygder i Østgrønland	2,3	25,8	2,7
Avanersuaq	1,4	20,0	3,3
Danskere	0,8	18,8	1,1

Sammenfatning

Der er udtalte forskelle i uddannelsesniveaet mellem mænd og kvinder, mellem aldersgrupperne og regionalt, idet kvinder, ældre og bygdebefolkningen mindst ofte har en erhvervsuddannelse. Det er dog vigtigt at bemærke, at der for de unges vedkommende ikke er forskel på mænd og kvinder. 69% af befolkningen er i arbejde. Blandt erhvervsaktive grønlandske mænd er 24% fangere/fiskere, og blandt erhvervsaktive grønlændere er kvinder oftere end mænd lavere funktionærer og ufaglærte. En meget stor andel af befolkningen er udsat for gener på deres arbejdsplads, som kan påvirke helbredet i negativ retning. Boligforholdene, der kan tages som udtryk for den materielle levestandard, udviser også stor regional variation. Halvdelen af befolkningen er generet af træk, kulde eller fugt i boligen, men kun relativt få er generelt utilfredse med deres bolig.

5. Kost og motion

Kostvaner og fysisk aktivitet er to livsstilselementer, som har betydning for forekomsten af en række kroniske sygdomme, herunder kredsløbssygdomme, fedme og sukkersyge. Blandt oprindelige folk i Nordamerika har ændringerne i disse faktorer medført en drastisk stigning i forekomsten af de nævnte sygdomme (Young 1994), men dette er endnu ikke set i Grønland, selvom kostvanerne har ændret sig (Helms 1982, Bjerregaard 1991).

Kost

Der er i sundhedsprofilen stillet en række spørgsmål om kost- og spisevaner, f.eks. hvor ofte man spiser, og hvor godt man kan lide en række fødevarer. Det har ikke været hensigten at vurdere den samlede kostindtagelse. Interessen har særlig været samlet om den traditionelle, grønlandske kost af havpattedyr, fugle, fisk og landvildt. Denne kost er af særlig betydning for helbredet, fordi den både anses for sund på grund af det høje indhold af de såkaldte n-3 fedtsyrer ("fiskeolier") og for usund på grund af det høje indhold af forurenende stoffer som kviksølv, kadmium, pesticider og PCB (Hansen 1988, Hansen et al 1994, Dewailly et al 1995). Der er også stillet spørgsmål om nogle typiske importerede (danske) fødevarer.

Den traditionelle, grønlandske kost har også betydning på andet end det biologiske og ernæringsmæssige område. I alle samfund har kosten symbolske, rituelle og sociale funktioner (Helman 1990), og et folks egen traditionelle kost anses sædvanligvis af dem selv for at være sundere end andre folkeslags traditionelle kost. I Grønland har den traditionelle, grønlandske kost en vigtig funktion, idet den skaber en gruppeidentitet: en rigtig grønlander kan bedst lide grønlandsk kost. Opfattelsen af et sundt liv er i Grønland tæt knyttet til fangst og fiskeri og til at spise udbyttet af disse aktiviteter (Lyng 1986, Egede 1995).

Troen på forskellige fødemidlers sundhed er i sundhedsprofilen undersøgt ved at spørge, hvor vigtigt man mener, det er for helbredet at spise grønlandsk mad, at spise frugt og grøntsager samt at drikke mælk og spise ost. Tabel 5.1 viser fordelingen af svarene i tre befolkningsgrupper. Over 90% af grønlandere i byerne, og i bygderne næsten alle, mener, at det har meget stor betydning for helbredet at spise grønlandsk kost, mens denne anskuelse kun deles af 32% af danskere i Grønland. Der er mere enighed, når det gælder frugt og grønt, men for mælk og

Tabel 5.1 Andel af udsurgte i tre befolkningsgrupper, der mener, at den anførte kost er meget vigtig for at bevare et godt helbred. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

	Grønlændere		
	Byer (n=1218)	Bygder (n=362)	Danskere i Grønland (n=148)
	%	%	%
Grønlandsk mad (Uoplyst = 52)	91,0	96,3	28,7
Frukt og grøntsager (Uoplyst = 56)	88,3	85,2	80,0
Mælk og ost (Uoplyst = 58)	76,1	83,3	52,4

ost er der igen udtalt forskel. Det ser ud, som om grønlandere oftere end danskere anser kosten for at være vigtig for sundheden. I Québec mener lidt over halvdelen, at butikskost er mindre sund end traditionel kost (Jetté 1994).

Der er forskel på grønlandske mænds og kvinders vurdering af, hvor sund den grønlandske kost er. Grønlandske kvinder mener i alle aldersgrupper for 93-98% vedkommende, at grønlandsk kost er meget sund, mens det kun gælder 75% af mænd under 25. De lidt ældre grønlandske mænd er næsten ligeså overbevist som kvinderne om den grønlandske kosts sundhed.

En canadisk undersøgelse fra Aklavik ved Mackenzieflodens delta viste, at befolkningen, der fortrinsvis består af Inuvialuit og Dene indianere, stadig bruger traditionelle fødeemner som en stor og vigtig del af deres kost (Wein & Freeman 1992). Rensdyr, fjeldørred, hvidhval, moskusrotte, ænder, gæs og harer er de mest populære kosttyper. Børn sætter ligeså stor pris på traditionel kost som voksne, men børn kan bedre end voksne lide butikskost.

Forbrug af grønlandsk kost

Ligesom i Aklavik spises traditionel kost i stort omfang i Grønland. Deltagerne i sundhedsprofilen er blevet spurgt, hvor ofte de spiser grønlandsk mad, og hvor ofte de spiser bestemte typer af grønlandsk mad. Som et mål for det samlede forbrug af grønlandsk kost er det derpå beregnet, hvor mange gange om måneden de

udspurgte personer spiser sælkød, hvalkød, fuglevildt, fisk og rensdyr/moskusokse/hare. Grønlændere spiser i gennemsnit grønlandsk kost 30 gange om måneden og danskere 11 gange; over halvdelen af danskernes forbrug er fisk.

Resultaterne vedrørende forbrug af grønlandsk mad fra sundhedsprofilen svarer helt til resultaterne fra Grønlands Statistiks levevilkårsundersøgelse. Resultaterne fra undersøgelserne fra Québec og Keewatin, Canada, kan ikke direkte sammenlignes med de grønlandske, da de er opgjort på en anden måde. I Québec havde 63% af befolkningen spist sælkød og 36% hvalkød den sidste måned, men i gennemsnit kun 1,4 gange for hver kosttype (Jetté 1994). Heller ikke i Keewatin var forbruget af marin kost særlig højt i sammenligning med i Grønland, men forbruget af kød fra landdyr (rensdyr, fuglevildt) var højt: 80% af ældre og 45% af yngre inuit fra Keewatin oplyste at spise dette dagligt (Moffatt et al 1992).

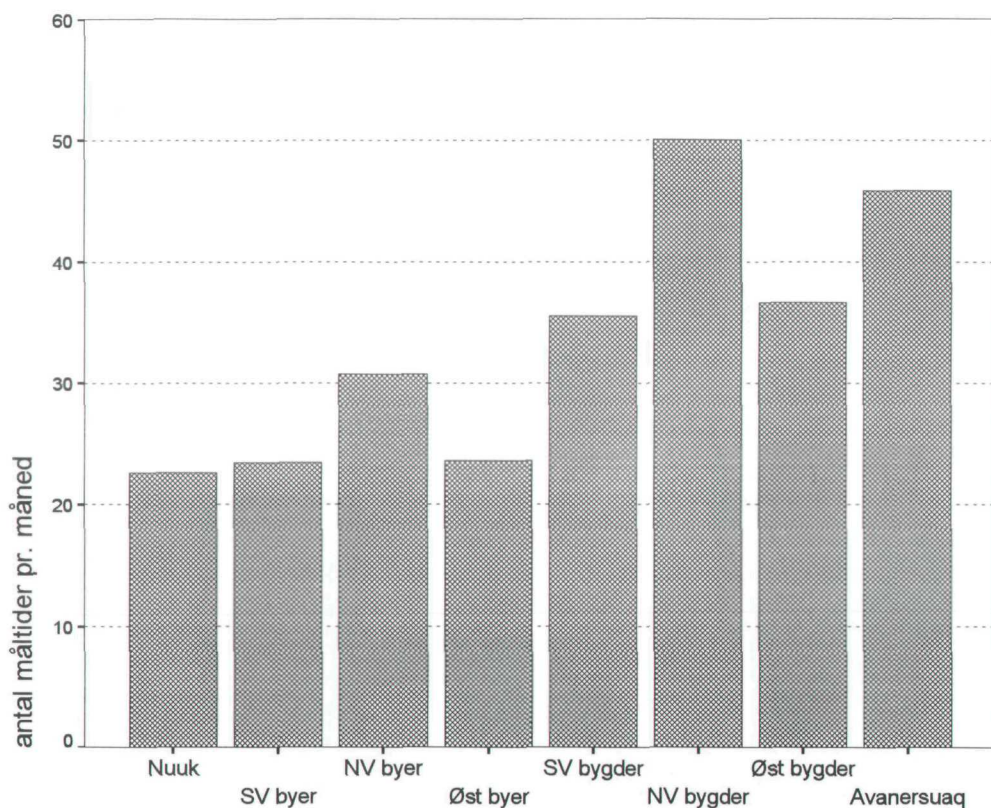
I det følgende ses der bort fra danskerne, og analyserne gælder kun personer, der betegner sig selv som grønlandere. Grønlandske mænd spiser oftere end kvinder grønlandsk mad (33 gange og 27 gange), og hyppigheden stiger med alderen fra 22 gange blandt de 18-24 årige til 41 gange blandt de 60+ årige. En tilsvarende stigning med alderen i forbruget af traditionel kost ses også i Québec (Jetté 1994) og Keewatin (Moffatt et al 1992). Der er også forskelle mellem erhvervsgrupper. Fangere/fiskere spiser oftest grønlandsk mad (47 gange om måneden), de øvrige erhvervsgrupper spiser grønlandsk mad 25-26 gange om måneden og personer uden for erhverv 33 gange.

Som forventet er der en udtalt regional variation med det laveste forbrug af grønlandsk mad i byerne og det højeste forbrug i bygderne (figur 5.1). Der tegner sig et mønster med lavest forbrug i Nuuk, de sydlige byer på vestkysten og byerne på østkysten (23-24 gange om måneden), middel forbrug i de nordlige byer på vestkysten og i bygderne på sydvestkysten og østkysten (31-37 gange om måneden) og højt forbrug i de nordlige bygder på vestkysten og i Avanersuaq (46-50 gange om måneden). Kun Kangaatsiaq kommune afviger fra dette mønster med et meget højt forbrug både i byen og bygderne.

Der er et tydeligt regionalt mønster i forbruget af de nævnte fem forskellige typer grønlandsk kost. I de nordlige og østlige bygder er forbruget af sælkød markant højere end forbruget af de øvrige kosttyper, mens forbruget af fisk er relativt højest i byerne i Syd-, Midt- og Østgrønland.

I alle de geografiske regioner angives forbruget at være størst om sommeren og mindst om vinteren. Det næststørste forbrug ses om efteråret, for de nordlige bygder i Vestgrønland samt Avanersuaq dog om foråret. Årstidsvariationen er ikke stor; om vinteren spises der i gennemsnit 86% af sommerens forbrug.

Figur 5.1 Gennemsnitligt månedligt forbrug af grønlandsk mad (sælkød, hvalkød, fuglevildt, fisk, rensdyr/moskusokse/hare) i otte geografiske regioner i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere.



I undersøgelsen er der spurgt, hvor godt de interviewede kan lide 13 grønlandske og 11 danske fødevarer (tabel 5.2). Grønlændere fra både byer og bygder sætter generelt stor pris på traditionel, grønlandsk kost. I byerne er de tre mest værdsatte fødeemner mattak, tørret torsk og alke, i bygderne er det tørret torsk, mattak og sælkød. Også nogle importerede fødeemner er højt værdsat, f.eks. rugbrød og kartofler, der er med blandt de ti mest værdsatte spiser både i by og bygd. Impor-

Tabel 5.2 Interviewpersonernes vurdering af en række traditionelle grønlandske fødeemner og butikskost. Skala: 1= kan ikke lide det; 5= kan meget godt lide det. Midelværdi; antal, der aldrig har smagt det pågældende, i parentes. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 30-49 for forskellige fødeemner.

Fødeemne	Grønlandere		
	Byer (n=1218)	Bygder (n=362)	Danskere (n=148)
Mattak	4,9 (3)	4,9	3,1 (19)
Tørret torsk	4,8 (7)	4,9 (1)	3,5 (26)
Alk	4,8 (10)	4,8 (4)	3,9 (21)
Sortebær	4,8 (1)	4,8	4,0 (7)
Rugbrød	4,7 (5)	4,8	4,7
Kartofler	4,7 (3)	4,8 (1)	4,5
Sælkød	4,7 (4)	4,9 (1)	2,5 (21)
Grøntsager	4,7 (6)	4,6 (1)	4,7
Ræklinger	4,6 (21)	4,8 (6)	3,3 (43)
Hvalkød (kogt eller stegt)	4,6 (41)	4,7 (16)	3,7 (5)
Æbler	4,6 (9)	4,5 (2)	4,5
Renkød	4,6 (17)	4,3 (26)	4,6 (4)
Lammekød	4,6 (14)	4,1 (7)	4,6 (2)
Tørret hvalkød	4,5 (84)	4,7 (35)	2,6 (60)
Ost	4,5 (12)	4,5 (3)	4,5 (1)
Hellefisk	4,5 (10)	4,7 (1)	4,2 (4)
Havkat	4,4 (30)	4,6 (9)	3,6 (27)
Leverpostej	4,2 (8)	4,3 (3)	3,7 (2)
Sællever	4,1 (82)	4,5 (3)	2,3 (82)
Hakkebøf	3,8 (17)	3,8 (7)	4,2
Svinekoteletter	3,6 (18)	3,8 (10)	3,8 (1)
Wienerbrød	3,5 (37)	3,9 (9)	3,3 (5)
Kylling	3,1 (38)	3,5 (7)	4,0 (2)
Medisterpølse	2,8 (40)	3,5 (6)	2,9 (5)

teret kød er ikke populært, og hakkebøf, svinekoteletter, kylling og medisterpølse ligger helt i bunden.

Mønsteret er helt forskelligt for danskerne. Danskernes tre mest værdsatte fødeemner er rugbrød, grøntsager og rensdyr, mens de øvrige grønlandske fødeemner rangerer lavt. De traditionelle, danske typer kød hakkebøf, kylling og svinekoteletter placeres noget over midten af skalaen. For danskerne bemærkes endvidere, at der er mange, der har været lidt tilbageholdende med at smage den grønlandske mad; f.eks. har 55% ikke smagt sællever, 41% ikke tørret hvalkød og 29% ikke ræklinger.

Der er ingen forskelle mellem grønlandske mænds og kvinders vurdering. Alle kan lide traditionel, grønlandsk mad, men ældre sætter mere pris på den grønlandske mad end yngre. Og alle er enige på tværs af køn og alder om, at dansk mad ikke kan hamle op med grønlandsk. Også her er der dog forskel på erhvervsgrupperne, således at fangere/fiskere sætter lidt større pris på grønlandsk mad end de øvrige grupper, mens ufaglærte og personer uden for erhverv i lidt højere grad end funktionærer sætter pris på dansk mad.

Selvom der, som ovenfor beskrevet, spises meget traditionel, grønlandsk mad, er der alligevel en del mennesker, der ikke spiser grønlandsk hver dag. Det drejer sig om 78% af grønlændere fra byer, 40% af grønlændere fra bygder og alle danskere. Tabel 5.3 viser, hvilke årsager der angives til ikke at spise grønlandsk mad oftere. Der er visse forskelle mellem de tre befolkningsgrupper, men der er stort set enighed om de vigtigste årsager til ikke at spise grønlandsk mad oftere. De tre vigtigste årsager er, at man ønsker variation i kosten, at grønlandsk mad er svær at skaffe, og at den er for dyr. Der er også enighed om, at forurening, mangel på vitaminer eller vanskelighed med at tygge den grønlandske mad ikke spiller nogen rolle. Endelig synes en del grønlændere, at kvaliteten af den grønlandske mad, man kan købe, er for dårlig, og en del danskere kan ikke lide grønlandsk mad eller synes, at den er besværlig at tilberede.

Det er måske overraskende, at der er så mange grønlændere fra bygder, der synes, at grønlandsk mad er svær at skaffe. Dette fordeler sig jævnt over alle bygder, men de absolutte tal er små og dermed usikre.

Tabel 5.3 Årsager til ikke at spise mere grønlandsk mad blandt 1214 personer i Grønland, der ikke spiser grønlandsk hver dag. Andel i tre befolkningsgrupper, der angiver den pågældende årsag som grund til ikke at spise grønlandsk mad oftere. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst årsag = 275.

Årsag til ikke at spise mere grønlandsk mad.	Grønlændere		Danskere (n=144) %
	Byer (n=931) %	Bygder (n=139) %	
Ønsker variation i kosten	48,1	54,3	31,4
Grønlandsk mad er svær at skaffe	42,2	55,2	27,7
Grønlandsk mad er dyrt	42,0	22,9	29,9
Kvaliteten af købt grønlandsk mad er dårlig	8,5	7,6	2,2
Grønlandsk mad er besværlig at tilberede	4,0	1,0	13,1
Dansk mad smager bedre	3,0	3,8	10,2
Grønlandsk mad er forurennet	1,3	1,0	-
Kan ikke lide grønlandsk mad	1,6	1,0	13,1
Dansk mad er sundere	0,6	3,8	-
Grønlandsk mad er svært at tygge	0,3	-	-
Grønlandsk mad mangler vitaminer	0,1	-	-

Fangst og fiskeri

At spise grønlandsk hører sammen med selv at gå på fangst og fiskeri eller have familie, der gør det. Mange delikatesser kan ikke købes, og kvaliteten af det selv-fangede er kendt. Især for grønlandsk kost købt i butikken gælder det, at det dels kun fås frosset, dels at dyrets alder, art og fangstmetoden er ukendt. På pakker med sælkød står f.eks. blot "sæl", selvom der findes mindst fire almindeligt fangede arter af sæl, og selvom skudt sæl normalt anses for at smage bedre end garnfanget sæl. På brættet¹ er varen som regel friskere, og man kan se hele dyret, men udvalget er lille og sæsonbestemt, og levnedsmiddelhygiejnen måske ikke altid i top.

¹ Stedet hvor fangere og fiskere sælger deres produkter direkte til forbrugerne.

En meget stor del af befolkningen (45%) har inden for de sidste 3 måneder daglig spist et hovedmåltid, der stammer fra egen eller familiens fangst, og 68% har gjort det mindst en gang om ugen. Der er ingen kønsforskel, men jo ældre man bliver, jo oftere har man enten spist egen fangst hver dag - eller slet ikke. Der er naturligvis udtalt forskel mellem befolkningsgrupperne (tabel 5.4).

Det er ikke blot fangerne, der går på fangst. Blandt de øvrige udspurgte går 50% af grønlændere fra byer, 58% af grønlændere fra bygder og 62% af danskere på fangst i fritiden. 12% af grønlænderne går på fangst eller fiskeri en stor del af fritiden imod 8% af danskerne.

Tabel 5.4 Hyppighed af måltider fra egen eller familiens fangst og fiskeri i tre befolkningsgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 48.

	Grønlændere			
	Alle (n=1680) %	Byer (n=1181) %	Bygder (n=352) %	Danskere (n=147) %
Hver dag	45,4	39,9	77,8	11,6
Hver uge, men ikke daglig	22,6	24,6	13,1	29,3
Sjældnere	12,9	14,1	4,0	24,5
Aldrig	19,2	21,5	5,1	34,7

Tabel 5.5 Mænds og kvinders fritidsfangst og -fiskeri i tre befolkningsgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Personer, der ikke driver erhvervmæssig fangst eller fiskeri. N=1348.

		Grønlændere		
		Byer (n=979) %	Bygder (n=228) %	Danskere (n=141) %
Fanger/fisker en stor del af fritiden	Mænd	17,4	31,3	11,1
	Kvinder	7,8	4,1	3,9
Går lejlighedsvis på fangst/fiskeri	Mænd	48,6	51,3	52,2
	Kvinder	30,2	39,2	60,8
Går aldrig på fangst/fiskeri	Mænd	34,0	17,5	36,7
	Kvinder	62,0	56,8	35,3

Mænd går oftere på fangst eller fiskeri end kvinder, men der er dog mange kvinder, der deltager, og for danskernes vedkommende er der kun ringe forskel på mænds og kvinders deltagelse i fangst og fiskeri (tabel 5.5).

Ældre grønlandske mænd går mindst ofte på fangst eller fiskeri, mens aldersvariationen for mænd under 60 år er beskeden. Der er derimod en tydelig variation mellem de forskellige grupper af lønarbejdere i byerne. Funktionærer I-II er den gruppe, hvor flest i et eller andet omfang går på fangst eller fiskeri, men de fleste gør det kun lejlighedsvis. I modsætning hertil er der færrest ufaglærte, der går på fangst eller fiskeri, men de, der gør det, bruger en større del af fritiden herpå (tabel 5.6).

Tabel 5.6 Fritidsfangst og -fiskeri blandt grønlandske lønarbejdere. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Grønlandske mænd fra byer. N=260, uoplyst = 22.

	Funk- tionærer I-II (n=65) %	Funk- tionærer III (n=59) %	Faglærte (n=46) %	Ufaglærte (n=68) %
Fanger/fisker en stor del af fritiden	18,5	23,7	13,0	29,4
Går lejlighedsvis på fangst/fiskeri	63,1	50,8	56,5	33,8
Går aldrig på fangst/fiskeri	18,5	25,4	30,4	36,8

Måltidsvaner

For at belyse nogle andre sider af kost og spisevaner end de ernæringsmæssige og det, der knytter sig til fangst og fiskeri, er de interviewede blevet spurgt om deres måltidsvaner, dvs. hvor regelmæssigt og sammen med hvem, måltiderne indtages. Der er ingen forskel på de to køn, hvad angår regelmæssigheden, men jo ældre man bliver, jo oftere spiser man på faste tidspunkter. De største forskelle ses mellem befolkningsgrupperne. Kun 25% af grønlandere fra bygder spiser på faste tidspunkter i sammenligning med 45% af grønlandere fra byer og 68% af danskere.

Kvinder spiser oftere end mænd aftensmad sammen med hele husstanden (91% og 83%), og de 18-24 årige spiser sjældnere med hele familien. For dette mål er der ingen forskel på grønlandere og danskere; 87% af grønlandere fra både byer og bygder og 91% af danskere spiser hver dag eller næsten hver dag aftensmad sammen med hele husstanden.

Overvægt

På grundlag af de udsurgtes oplysninger om deres højde og vægt er der beregnet et Body Mass Index (BMI), som er et mål for fedme¹. Internationalt anvendes ofte en BMI-grænse på 27 for overvægt og 30 for fedme, men disse grænser er udviklet for europæere og anglo-amerikanere, der har en anden kropsbygning end inuit, og det er derfor noget usikkert, i hvilket omfang der for grønlændere er øget sygdomsrisiko forbundet med at have et BMI på 30 eller derover.

For 140 af interviewpersonerne blev der i forbindelse med en parallel undersøgelse målt højde og vægt, og der var god overensstemmelse mellem de målte og de oplyste værdier. I gennemsnit oplyste de undersøgte at veje 850 g mindre end vægten viste og at være 2,4 cm højere, hvilket betyder, at det BMI, der er beregnet på grundlag af personernes egne oplysninger, skal forhøjes med 4%. Endvidere er der ret mange (33%), hvor BMI ikke kan beregnes, oftest på grund af manglende oplysninger om højde; dette gælder især personer over 60 år.

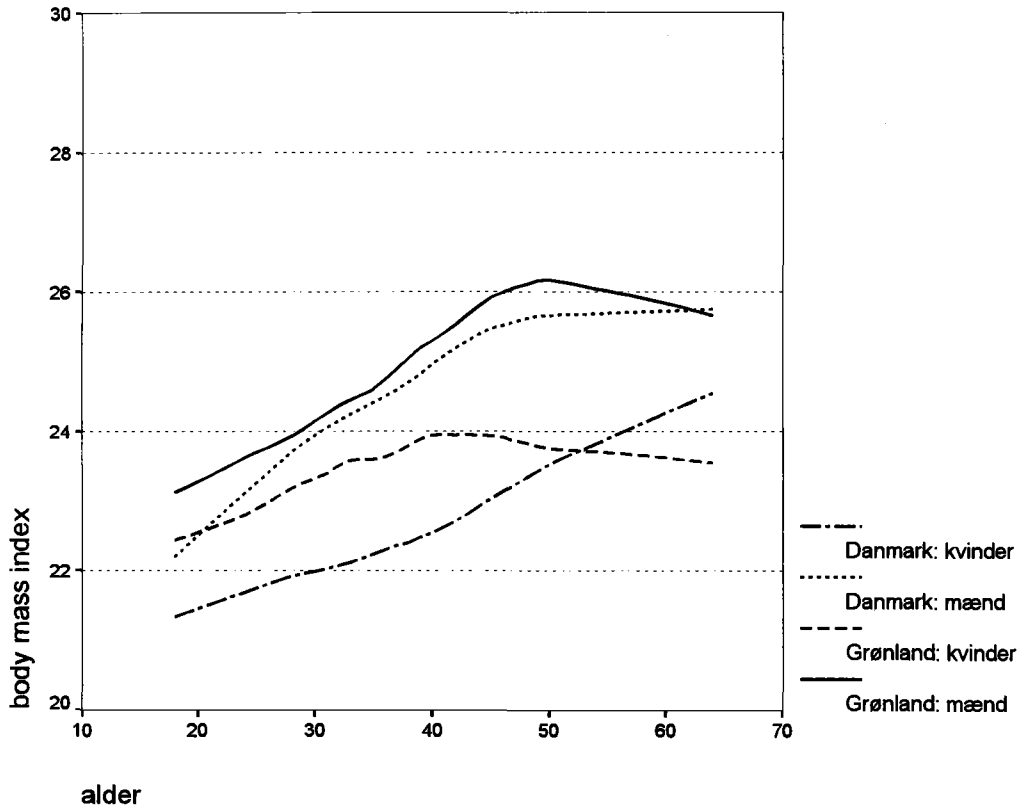
Forekomsten af overvægt og fedme stiger med alderen for både mænd og kvinder. Blandt unge er der omkring 10% overvægtige og kun 1-3% fede, mens der blandt personer over 60 er 31%, som enten er overvægtige eller fede (bilagstabel B.7). En sammenligning af udviklingen af BMI med alderen i Grønland og Danmark viser, at BMI for mænd i begge befolkninger stiger jævnt indtil halvtredsårsalderen for derefter at aftage noget (figur 5.2). For grønlandske kvinder er der tale om en jævn stigning indtil 40 års alderen og derefter et let fald, mens der for danske kvinder ses en konstant stigning. Årsagerne til den forskellige udvikling for grønlandske og danske kvinder kendes ikke.

Især for kvinder under 45 år er BMI væsentlig højere i Grønland end i Danmark. Dette kan ikke umiddelbart tages som udtryk for større forekomst af fedme, men kan også skyldes forskelle i kropsbygning.

Af tabel 5.7 fremgår, at i sammenligning med andre arktiske befolkningsgrupper og med Danmark og det sydlige Canada er overvægt ikke noget stort problem i Grønland. Det ses også, at bygdebefolkningen i Grønland er mindre overvægtig end bybefolkningen.

¹ Body Mass Index = vægten divideret med højden i anden potens (kg/m^2).

Figur 5.2 Aldersmæssig udvikling af Body Mass Index for grønlandske mænd (n=497) og kvinder (n=491) samt mænd (n=1788) og kvinder (n=1878) fra Danmark i alderen 18-64 år. LOWESS regression. Resultater fra Danmark stammer fra DIKES Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 1994. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.



Tabel 5.7 Fordeling af overvægt og fedme i forskellige befolkninger. BMI = Body Mass Index.

	Antal	Overvægt (BMI 27-29) %	Fedme (BMI 30+) %
Grønlandere (byer) ¹⁾	837	14,2	9,1
Grønlandere (bygder) ¹⁾	182	12,6	3,8
Danskere i Grønland ¹⁾	143	14,7	7,0
Keewatin (inuit) ²⁾	249	18,5	25,3
Québec (inuit) ³⁾	618	20,9	19,0
Québec (cree) ³⁾	-	21,0	47,5
Canada (Manitoba) ²⁾	1274	20,4	20,1
Canada (Québec) ³⁾	-	15,3	12,8
Danmark ⁴⁾	4621	12,2	7,6

Kilder: ¹⁾ Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. ²⁾ Beregnet fra Young et al 1993. ³⁾ Jetté 1994. ⁴⁾ Data fra DIKEs Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 1994.

Motion og fysisk aktivitet

Befolkningens fysiske aktivitet er belyst ved spørgsmål om motionsvaner i fritiden og for de erhvervsaktive om arbejdssituationen. En stor del af befolkningen (89%) mener, at fysisk aktivitet er meget vigtig for at bevare et godt helbred, og 41% dyrker motion eller er fysisk aktive på anden vis for at bevare eller forbedre deres helbred.

Mænd er mere fysisk aktive end kvinder i fritiden, og yngre er mere aktive end ældre. Kun 14% af mænd, men 30% af kvinder, får slet ingen motion i deres fritid (bilagstabel B.8). Andelen af mænd og kvinder, der ikke får nogen form for motion, stiger fra 21% blandt de 18-24 årige til 36% blandt personer over 60. Der er også markante forskelle mellem befolkningsgrupperne, og der er især forskel med hensyn til hvor mange, der har et højt fysisk aktivitetsniveau, idet dette gælder 6% af danskere, 22% af grønlandere i byer og 39% af grønlandere i bygder. Fangst og fiskeri indgår i klassificeringen af aktivitetsniveau, hvilket forklarer noget af forskellen mellem befolkningsgrupperne.

Det er vanskeligt at sammenligne direkte med resultaterne fra danske undersøgelser, fordi fangst og fiskeri er inddraget i denne undersøgelse. I DIKEs danske undersøgelse havde kun 3% et højt fysisk aktivitetsniveau i fritiden, og 29% fik slet ingen motion. Det er dog sikkert at konkludere, at befolkningen i Grønland er væsentlig mere fysisk aktiv i fritiden end befolkningen i Danmark.

Det fysiske aktivitetsniveau i arbejdet fordeler sig med en lille gruppe, der har hårdt fysisk arbejde, og tre omtrent lige store grupper med moderat fysisk arbejde, let fysisk arbejde og stillesiddende arbejde (tabel 5.8). Dette svarer stort set til forholdene i Danmark. Hvis man kombinerer personernes fysiske aktivitet i fritiden og på arbejdet, er resultatet, at 6% af den erhvervsaktive grønlandske befolkning er fysisk inaktive, 25% har et lavt fysisk aktivitetsniveau, 38% har et moderat fysisk aktivitetsniveau og 32% har et højt fysisk aktivitetsniveau i fritiden og/eller på arbejde. Andelen af personer med lavt fysisk aktivitetsniveau er størst blandt kvinder, men fordeler sig aldersmæssigt jævnt over alle erhvervsaktive. Endelig kan det konstateres, at 51% af danskere i Grønland har et lavt fysisk aktivitetsniveau til trods for, at andelen af mænd er væsentlig højere blandt danskere end blandt grønlandere. Når man ser bort fra fangere og fiskere, er der ingen forskel på det fysiske aktivitetsniveau mellem erhvervsgrupperne.

Forskellen mellem mænd og kvinder med hensyn til fysisk aktivitet er muligvis overvurderet, idet typisk mandlige aktiviteter som fangst og fiskeri er medtaget i spørgsmålene, mens kvinder sandsynligvis er mere fysisk aktive end mænd i forbindelse med daglige aktiviteter som rengøring og indkøb, og disse er ikke medtaget i spørgsmålene.

Tabel 5.8 Fysisk aktivitet på arbejdet. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen, procent af erhvervsaktive. N = 1115, uoplyst = 216.

	Antal	%
Hovedsageligt stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse	290	32,3
Arbejde, som i stor udstrækning udføres stående eller gående, men ellers ikke kræver legemlig anstrengelse	300	33,4
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	242	26,9
Tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende	67	7,5
I alt	899	100

Sammenfatning

Traditionel, grønlandsk fangerkost er højt værdsat af den grønlandske del af befolkningen og udgør en stor del af kosten. Mænd spiser oftere grønlandsk mad end kvinder, og hyppigheden stiger med alderen. Forbruget er lavest i Nuuk og i de øvrige byer i Syd-, Midt- og Østgrønland, middelhøjt i de nordlige byer på vestkysten og i bygderne i Syd-, Midt- og Østgrønland og højest i de nordlige bygder på vestkysten samt i Avanersuaq. Som hovedårsager til ikke at spise mere grønlandsk mad angives ønske om variation, vanskelighed ved at skaffe grønlandsk mad og prisen, mens frygt for forurening kun nævnes af 1%. Fangst er en populær fritidsbeskæftigelse i alle dele af samfundet, og den grønlandske befolkning er generelt mere fysisk aktiv end befolkningen i Danmark. Overvægt er et mindre problem i Grønland end i arktiske befolkninger i Canada.

6. Alkohol, tobak og hash

Alkohol, tobak og hash er livsstilelementer med kendt, skadelig virkning på helbredet. Det er samtidig nydelsesmidler, hvis brug i varierende grad er reguleret af lovgivningen, og som indgår som en integreret del af den grønlandske kultur. Alkohol og tobak repræsenterer på verdensplan meget store erhvervsmæssige interesser og er i Grønland genstand for en beskatning, der er af betydning for det offentlige budget. Hash repræsenterer også store økonomiske interesser, men er tillige kriminaliseret. De faktorer, der bestemmer forbruget af de tre stoffer, er således komplicerede.

Det grønlandske samfund har gennem de senere år vist stor interesse i at begrænse forbruget af alle tre stoffer. Det er lykkedes for alkohol, hvor det gennemsnitlige forbrug pr. voksen indbygger er faldet fra over 20 liter ren alkohol om året i perioden 1982-87 til 13,3 liter i 1994 (Grønlands Statistik 1995). Indsatsen mod tobak startede for alvor ved årsskiftet 1994/95, hvor en restriktiv tobakslovgivning trådte i kraft, og en forstærket indsats mod hash er en del af grundlaget for det nye regeringssamarbejde mellem Siumut og Atassut i 1995.

Selvom det som nævnt i kapitel 2 ser ud til, at de interviewede har været meget præcise i deres oplysninger om tobaksvaner, idet forbruget på landsplan beregnet ud fra sundhedsprofilens resultater nøje svarer til importstatistikken, kan man ikke forvente, at oplysningerne for alkohol og hash kan bruges til at estimere det totale forbrug. Dels er det sandsynligt, at de virkelige storforbrugere er underrepræsenteret blandt svarpersonerne, dels kan man ikke forvente andet end, at mange af de udspurgte anslår deres forbrug for lavt. Fra andre undersøgelser ved man, at interviewpersoner angiver deres forbrug af alkohol til omkring halvdelen af det reelle forbrug (Pernanen 1974). Det, en spørgeskemaundersøgelse kan bruges til, er at belyse den relative fordeling af forbruget på forskellige befolkningsgrupper samt at vise hvilke sociale faktorer, der hænger sammen med et højt eller lavt forbrug.

Alkohol

Der er i sundhedsprofilens selvudfyldte skema stillet en række spørgsmål både om forbrug af alkohol og om problemer i dagligdag og barndom, der har med alkohol at gøre. Som nævnt ovenfor kan man ikke regne med at få oplysninger om det samlede alkoholforbrug i en spørgeskemaundersøgelse. De interviewede i sund-

hedsprofilen har oplyst i gennemsnit at drikke, hvad der svarer til 7 liter ren alkohol om året. Det er godt halvdelen af det registrerede forbrug (56%), hvilket må betragtes som tilfredsstillende. 84% angiver at drikke alkohol en gang imellem, hvilket svarer godt til Grønlands Statistiks levevilkårsundersøgelses 81%.

I de fleste undersøgelser af alkoholvaner er man mest interesseret i det samlede forbrug af alkohol, fordi de helbredsmæssige skader af overdrevent brug af alkohol i mange lande er kroniske sygdomme som f.eks. skrumpelever. Sådan er det ikke i Grønland. I Grønland er skrumpelever sjælden på trods af et højt gennemsnitligt alkoholforbrug (Pedersen et al 1994), og de væsentligste følgevirkninger af alkohol er ulykker, selvmord, drab, vold, omsorgssvigt og andre sociale katastrofer. Det drejer sig ofte om akutte hændelser, men naturligvis tit i forbindelse med et mere kronisk misbrugsproblem.

Forbruget af alkohol er i sundhedsprofilen belyst ved at spørge, hvor ofte man drikker alkohol, samt mere direkte ved spørgsmålet *Hvornår fik du sidst en øl, et glas vin eller spiritus?* Forbavsende mange, der angav at drikke sjældnere end en gang om ugen, havde alligevel sidst fået en genstand inden for den sidste uge (52%). Det konkrete spørgsmål om sidste genstand er sammen med oplysninger om antallet af genstande lagt til grund for beregningerne af det samlede forbrug.

Resultaterne vedrørende alkoholforbrug kan ikke sammenlignes direkte mellem Grønland, Québec og Keewatin, men der er klart flest, der drikker alkohol i Grønland og færrest i Keewatin (Jetté 1994, Moffatt et al 1992).

Befolkningen er på basis af sundhedsprofilens resultater klassificeret med hensyn til to forskellige aspekter af drikkemønsteret. Personer, der drak mere end 10 genstande, sidst de drak alkohol, samt personer, der havde været berusede for nylig, eller havde kørt bil eller slæde eller sejlet efter at have drukket mere end 3-4 genstande blev klassificeret som rusdrikkere. Personer, der drak ofte og/eller meget og havde et skønnet forbrug på mere end 16 genstande pr. uge, blev klassificeret som storforbrugere. Der var naturligvis et stort overlap mellem de to klassifikationer (tabel 6.1). Efter ovenstående klassifikationer var 17% af befolkningen storforbrugere og 19% rusdrikkere; 11% faldt i begge grupper og 25% i en af grupperne. De 17% af befolkningen, der betegnes som storforbrugere, konsumerer skønsmæssigt 55% af det samlede forbrug af alkohol i Grønland.

Tabel 6.1 Fordeling af befolkningen i Grønland med hensyn til drikkemønster og forbrug af alkohol. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1535, uoplyst = 227.

Rusdrikkere	Storforbrugere		I alt
	Nej %	Ja %	
Nej	74,8	6,0	80,7
Ja	8,6	10,6	19,3
I alt	83,4	16,6	100,0

Rusdrikkere er typisk unge, grønlandske mænd. Storforbrugerne er også oftest unge mænd, men aldersvariationen er ikke så udtalt. Danskere er oftere storforbrugere end grønlandere, men dette skyldes hovedsageligt, at der er relativt flere mænd blandt danskerne. Der er færre rusdrikkere blandt funktionærer I-II og færre storforbrugere blandt fangere/fiskere end i resten af befolkningen.

Den regionale variation blandt grønlandere er lille for andelen af rusdrikkere, hvor kun de sydvestlige bygder hæver sig over gennemsnittet. For storforbrug findes den største andel af befolkningen i de samme bygder, mens det iøvrigt er i de vestgrønlandske byer, at der er flest storforbrugere. Den regionale inddeling er dog nok for grov til at registrere en geografisk variation i alkoholforbruget. Variationen skal snarere søges på kommune- eller byniveau, men sundhedsprofilens materiale er for lille til at kunne bruges på kommuneniveau.

Endnu en måde at sammenligne forskellige befolkningsgruppers alkoholvaner er at se på det gennemsnitlige forbrug i gruppen. Denne metode bruges ofte, men er mindre egnet til at beskrive gruppens eventuelle alkoholproblemer, da et behersket forbrug ikke kan anses for skadeligt. Tabel 6.2 viser de tre mål for alkoholvaner i forskellige undergrupper af befolkningen.

Der er spurgt om flere forskellige utilsigtede konsekvenser af alkohol. 6% af de udspurgte svarede ja til, at de inden for den sidste måned havde været så berusede, at de kom til at gøre noget uheldigt, f.eks. at falde i søvn uden at være gået i seng, at komme til skade eller at komme i slagsmål. Det var oftest mænd under 35, der svarede bekræftende på dette spørgsmål, men hverken alders- eller kønsforskelle var statistisk sikre. 3% - oftest mænd - oplyste, at de inden for de sidste 12 måneder havde sejlet en båd eller kørt bil eller slæde efter at have drukket mere end 3-4 genstande.

Tabel 6.2 Tre mål for alkoholvaner i forskellige befolkningsgrupper i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1535, uoplyst = 227.

		Rusdrikkere %	Storforbrugere %	Gennemsnitligt forbrug (antal genstande pr. uge)
Køn	Mænd	29,8	24,8	9,7
	Kvinder	8,8 p<0,000	8,5 p<0,000	4,9 p<0,000
Alder	18-24	23,0	18,2	7,5
	25-34	22,6	14,9	6,9
	35-59	17,1	18,9	8,0
	60+	10,7 p=0,007	9,9 p=0,06	5,2 p=0,03
Befolkning	Grønlændere (by)	20,1	16,6	7,7
	Grønlændere (bygd)	22,2	13,7	6,0
	Danskere	9,4 p=0,006	21,6 p=0,14	6,6 p=0,05
Alle		19,3	16,6	7,3

En række sociale problemer som følge af egne eller den nærmeste families alkoholvaner forekommer hyppigt såvel blandt personer, der ifølge undersøgelsens definitioner har normale drikkevaner, som blandt rusdrikkere og storforbrugere, men som forventet oftere i de sidste to grupper og mest udtalt for rusdrikkere (tabel 6.3). Der er mange, der ikke har svaret på spørgsmålene om alkoholrelaterede problemer i det sidste år (29%), og frafaldet er størst blandt kvinder, ældre, grønlandere fra bygder og personer, der ikke drikker.

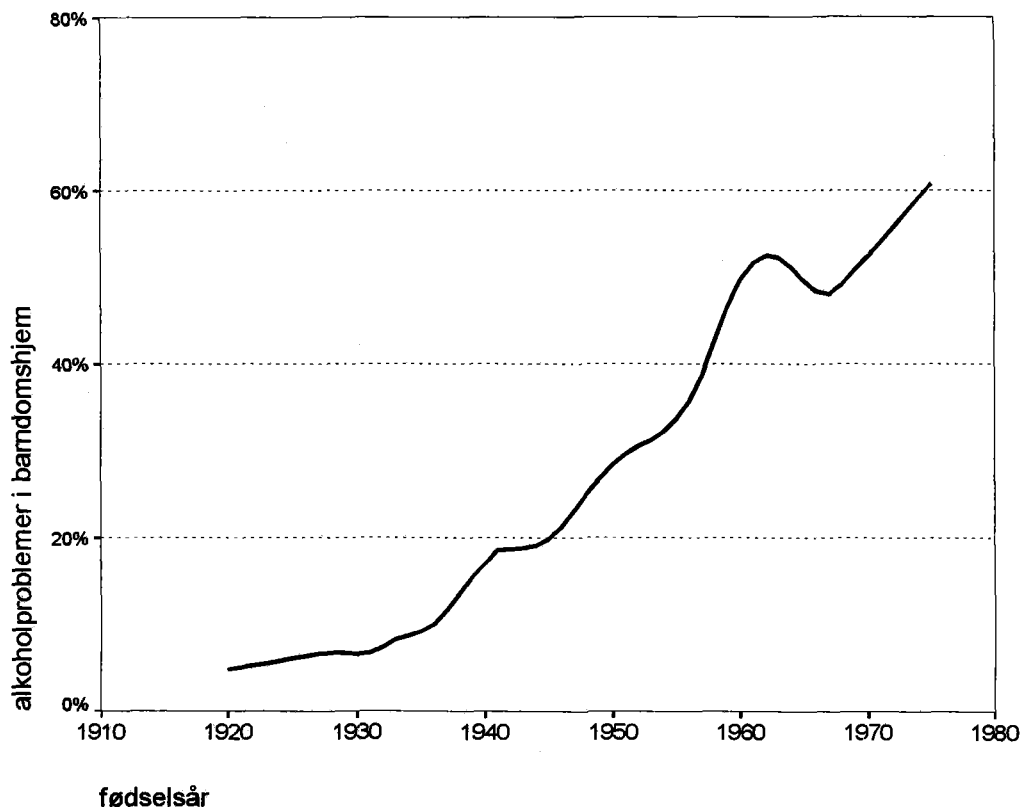
Ved at kombinere oplysningerne om problemer på grund af eget eller nærmeste families alkoholforbrug, alkoholproblemer i den nærmeste familie og alkoholproblemer i barndomshjemmet viser det sig, at 54% af befolkningen er eller har været i berøring med alkoholproblemer. Hertil kommer, at 10% af befolkningen ifølge vores definitioner er storforbrugere eller rusdrikkere uden at have svaret ja til at have de anførte alkoholproblemer.

Andelen af personer, der oplyser, at der var problemer med alkohol i deres barndomshjem, er støt stigende fra under 10% for personer født før 1935 til over 50% for personer født efter 1960 (figur 6.1). Den top, der på figur 6.1 ses omkring 1960, skyldes muligvis statistisk usikkerhed.

Tabel 6.3 Forekomst af sociale problemer på grund af eget eller nærmeste families alkoholforbrug. P for sammenligning med personer, der hverken er rusdrikkere eller storforbrugere. ej s.= $p>0,05$. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1535, uoplyst forbrugsmønstre for alkohol = 227.

	Hele befolkningen (n=1535)	Personer, der hverken er rusdrikkere eller storforbrugere (n=978)	Rusdrikkere (n=252)		Storforbrugere (n=217)	
	%	%	%	p	%	p
Skænderi i familien	19,0	16,5	32,4	0,000	27,8	0,001
Manglet penge	17,7	14,1	33,5	0,000	21,5	0,03
Mistet sit arbejde	9,9	7,6	18,2	0,000	14,4	0,01
Meldt sig syg	7,6	5,3	14,9	0,000	11,7	0,007
Haft svært ved at møde på arbejde	7,4	5,6	14,0	0,000	10,4	0,04
Helbredsproblemer	6,9	4,6	14,3	0,000	9,9	0,01
Selv kommet til skade eller skadet andre ved uheld	4,4	2,1	10,5	0,000	7,2	0,002
Selv kommet til skade eller skadet andre ved slagsmål	3,0	1,8	8,5	0,000	4,3	ej s.
(Uoplyst = 438)						
Alkoholproblemer i nærmeste familie (uoplyst = 203)	33,0	33,2	39,9	ej s.	35,2	ej s.
Alkoholproblemer i barn-domshjem (uoplyst = 112)	35,1	34,4	44,0	0,02	36,6	ej s.

Figur 6.1 Andel med alkoholproblemer i barndomshjemmet efter fødselsår. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere.



Tobak

Tobaksforbruget er meget højt i Grønland sammenlignet med alle andre lande i verden. 70% af den voksne befolkning ryger dagligt eller næsten dagligt, 7% ryger lejlighedsvis, 12% har tidligere røget, og kun 11% har aldrig røget. Ni ud af ti rygere ryger cigaretter, i gennemsnit 11,5 om dagen. I Grønlands Statistiks levestandardundersøgelse svarer 66%, at de ryger cigaretter hver dag. Dette er en mere snæver spørgsmålsformulering, og de to undersøgelser stemmer således godt overens. Blandt inuit i Québec ryger 68% af befolkningen regelmæssigt (Jetté 1994), og i Keewatin er 60% rygere (Moffatt et al 1992).

Der er stor forskel på grønlændernes og danskernes rygevaner. 80% af grønlænderne og kun 51% af danskerne ryger, og der er både flere danskere, der aldrig har røget, og flere der er holdt op. Danskernes rygevaner i Grønland ligner danskernes

rygevaner i Danmark, og resten af afsnittet handler kun om rygevanerne i den grønlandske del af befolkningen.

Grønlandske kvinder ryger ligeså ofte som mændene. Der er ganske vist en lille forskel, idet 78% af kvinderne ryger imod 82% af mændene, men denne forskel er ikke statistisk sikker. Der er også lige mange mænd og kvinder, der aldrig har røget, og som er holdt op. Kvinder ryger dog i gennemsnit kun 9,7 cigaretter om dagen og mænd 12,8. For både mænd og kvinder er der lidt færre blandt de ældre, der ryger (tabel 6.4). De yngste ryger færrest cigaretter (9,6 om dagen) og de 35-59 årige flest (12,5 om dagen), hvilket sandsynligvis afspejler forskelle i købekraft.

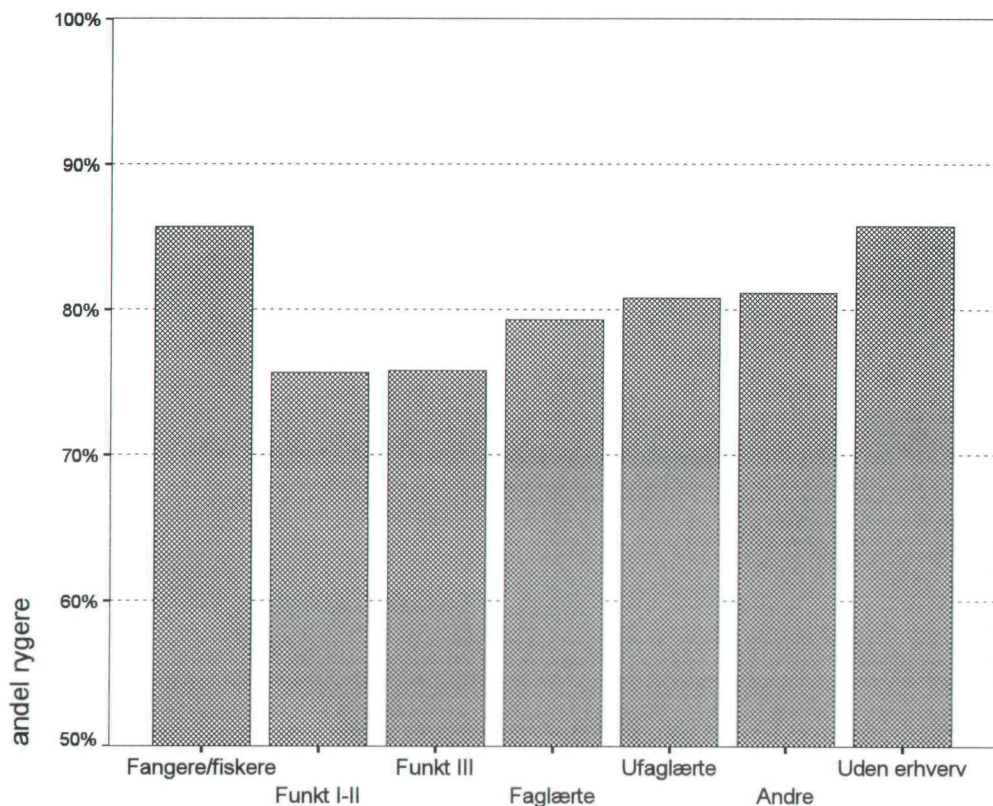
Tabel 6.4 Rygevaner blandt grønlandere efter alder og køn. Andel, der ryger dagligt eller lejlighedsvis. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N=1580, uoplyst = 51.

Alder	Mænd (n=721) %	Kvinder (n=808) %
18-24	83,3	75,6
25-34	83,7	81,1
35-59	82,8	78,8
60+	73,3	67,7
I alt	81,7	77,8

Den grønlandske befolkning i Nuuk ryger mindre end befolkningen i resten af landet, hvor der kun er mindre forskelle mellem regionerne. De sociale forskelle er mindre udtalte end i de fleste vestlige lande, men der er dog en klar tendens til, at fangere/fiskere og personer uden for erhverv ryger mere end andre (figur 6.2).

Både mænd og kvinder begynder i gennemsnit at ryge i 17 års alderen. Resultaterne tyder på, at rygestarten sker tidligere nu end før i tiden, idet de 18-24 årige i gennemsnit oplyser, at de begyndte at ryge 15 år gamle, de 25-34 årige 16 år gamle, de 35-59 årige 18 år gamle og de ældste 21 år gamle. Det kan naturligvis også skyldes erindringsforskydning eller en forskellig opfattelse hos unge og ældre på, hvad det vil sige at ryge. Tidspunktet for de unges rygestart stemmer overens med andre undersøgelser fra Grønland (Pedersen 1992, 1994).

Figur 6.2 Rygevaner efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere, 18-59 år.



I 1993 og 1994, hvor undersøgelsen fandt sted, var det både på offentlige steder og privat næsten umuligt ikke at blive udsat for passiv rygning. 33% af grønlandskede mænd og 46% af kvinderne føler sig ofte eller en gang imellem generet heraf, og der er flere blandt de unge, der er generet. Det er indlysende, at der er flere ikke-rygere end rygere, der føler sig generet, men selv blandt rygerne er 33% en gang imellem generet.

Hash

I befolkningen som helhed oplyser 55%, at de aldrig har prøvet at ryge hash, mens 24% har prøvet en enkelt gang. 14% har røget flere gange, men senest for mere end en måned siden, og 7% har røget flere gange og senest inden for den sidste

Tabel 6.5 Andel af befolkningen i Grønland, der har røget hash mere end en enkelt gang, efter køn og alder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1535, uoplyst 134.

Alder	Mænd (n=700) %	Kvinder (n=701) %
18-24	34,1	29,2
25-34	41,2	27,2
35-59	14,6	7,2
60+	-	1,7
I alt	23,9	17,8

måned. Dette er dog som forventet aldersmæssigt meget skævt fordelt, og mænd har gennemgående et større forbrug end kvinder (tabel 6.5). Alderskurven for hashbrug viser en lille stigning fra 18 til 30 år og derefter et brat fald. Der er forskel mellem befolkningsgrupperne, idet 25% af grønlændere fra byer har røget hash mere end en gang imod 11% af grønlændere fra bygder og kun 7% af danskere.

I Keewatin oplyser kun 10% nogensinde at have prøvet at ryge hash (Moffatt et al 1992), mens situationen i Québec mere minder om Grønland: 38% har røget hash inden for det sidste år, 17% har røget tidligere, og 45% har aldrig prøvet (Jetté 1994).

Hvis man ser på grønlændere under 35, der tegner sig for den største del af forbruget, ses en klar, geografisk variation. I byer og bygder på den sydlige del af vestkysten til og med Sisimiut har 40-47% røget hash mere end en gang, i byerne på den nordlige del af vestkysten er tallet 31% og i resten af landet kun 8%. For den samme gruppe er der antydning af et socialt mønster, idet der er forskel mellem erhvervsgrupperne. I gennemsnit har 35% røget hash flere gange, men blandt fangere kun 21% og blandt personer uden for erhverv 41%.

Sammenfatning

Fire femtedele af befolkningen drikker en gang imellem alkohol, men fordelingen af forbruget er meget ujævn. På basis af egne oplysninger om alkoholforbrug er befolkningen inddelt i rusdrikkere (19%) og storforbrugere (17%); 11% falder i

begge grupper, mens 75% har et upåfaldende drikkemønster. Forekomsten af sociale problemer på grund af eget eller nærmeste families alkoholforbrug er især stor hos rusdrikkere. Mere end en tredjedel af befolkningen oplyser, at der var problemer med alkohol i deres barndomshjem; for personer født efter 1960 mere end halvdelen. Tobaksforbruget er meget højt i Grønland i forhold til andre lande: 80% af grønlændere og 51% af danskere ryger dagligt. Der er ingen sikker social gradient i tobaksforbruget. Knap halvdelen af befolkningen har prøvet at ryge hash, og en femtedel har røget mere end en enkelt gang.

7. Livsstil og forebyggelse

Livsstil kan som begrebet kultur overordnet forstås som måder, hvorpå folk lever deres liv. Livsstil forbindes dog i modsætning til kultur oftest med noget individuelt. Som sådan beskriver livsstil de måder, hvorpå individer og grupper udvikler og udtrykker personlig identitet og sociale tilhørsforhold, der adskiller dem fra andre mennesker inden for en given kulturel sammenhæng. Livsstil handler om måder at se ud på, om at købe nogle ting og ikke andre, at spise en bestemt slags mad frem for en anden, at bruge sin fritid på bestemte måder osv. Hermed kan livsstil siges at udgøre et individs eller en gruppes præferencer, og som sådan er der et element af valg i begrebet. Det er dog vigtigt at påpege, at disse dagligdags valg i vid udstrækning er styret af de livsbetingelser, man lever under, og foregår inden for rammerne af dem.

Livsstil er blandt andet interessant, fordi det i nogen grad opdeler befolkningen i grupper på tværs af de gængse køns-, alders- og erhvervsinddelinger. Som eksempel kan nævnes deltagere i en given konkurrenceidræt, der på tværs af uddannelse og arbejde er fælles om en livsstil, der eksempelvis indebærer en aktiv fritid med masser af motion, ingen tobak og alkohol og måske en afslappet stil i påklædning. Også aktive fritidsfangere, folk, der ofte går i byen på værtshus eller diskotek osv., kan på forskellige måder dele livsstil.

Den del af individets livsstil, som kan fremme sundhed og forebygge sygdom, kan betegnes som positiv sundhedsadfærd (Osler 1994). Idet livsstil indeholder et element af valgfrihed, opstår muligheden for, at den enkelte kan ændre sin adfærd og derved fremme sin sundhed og forebygge sygdomme. Forebyggelsens hovedspørgsmål kunne således formuleres som spørgsmålet om, hvordan man får folk til at ændre deres sundhedsadfærd i ønsket retning. Viden om hvilken adfærd, der fremmer sundheden, kan ses som en forudsætning for individets valg mellem gode og dårlige sundhedsvaner. Nyere teorier har desuden påpeget nødvendigheden af, at den enkelte selv foruden viden dels må have en positiv holdning til den givne sundhedsadfærd og dels en oplevelse af værdien og nytten af selv at gøre en indsats (Gammeltoft 1992, Osler 1994)). Endelig er også omgivelsernes betydning for livsstil og sundhedsadfærd blevet diskuteret. Det er blevet påpeget, at valget af gode sundhedsvaner ikke foregår uafhængigt af det liv, vi iøvrigt lever, og at de ydre livsbetingelser, økonomi, mangel på tid og energi i hverdagen osv. sætter begrænsninger for vores forsøg på at leve sundere (Petersen 1985, Holstein 1986). Sundhedsfremme er derfor opstået som et forebyggelsesbegreb, der indeholder

både sundhedsoplysning og miljømæssige og lovmæssige forandringer, der har til formål at gøre det lettere for befolkningen at foretage sunde valg (Beattie 1991).

De fire sundhedsmål

I Grønland blev der for nogle år siden opstillet fire sundhedsmål, som befolkningen blandt andet gennem aviserne blev forsøgt gjort bekendt med. De fire mål var at begrænse forbruget af alkohol, begrænse forekomsten af kønssygdomme, sænke børnedødeligheden og sænke dødeligheden af ulykker og selvmord.

I sundhedsprofilen blev interviewpersonerne spurgt, om de umiddelbart kender de fire sundhedsmål, og da de herefter blev præsenteret for målene, om de anser disse for at være vigtige i deres egen by eller bygd. Der er flest, der kender målene for begrænsning af alkohol og kønssygdomme (31% og 25% af alle interviewede), og flest, der finder det vigtigt at begrænse alkoholforbruget (78% finder dette meget vigtigt) (tabel 7.1). 44% af de udspurgte kender mindst ét af de fire sundhedsmål. Blandt de ældre (60+ år) kender kun 27% mindst ét af målene, og blandt befolkningen i bygder kender kun 30% mindst ét af målene. Kvinder og mænd kender målene lige ofte. Alle fire mål anses for mindre vigtige af bygdebefolkningen end af befolkningen i byer og af danskere. Danskere mener oftere, at det er vigtigt at begrænse alkoholforbruget (92% af danskere og 77% af grønlændere).

Undersøgelsen indeholdt ud over disse overordnede spørgsmål - om interviewpersonerne kendte målene og anså dem for væsentlige - desuden spørgsmål direkte i relation til de enkelte sundhedsmål. Det gælder alkohol, som beskrevet i kapitel 6, kønssygdomme samt ulykker i forbindelse med fangst og sejlads.

Tabel 7.1 Kendskab til de fire sundhedsmål og interviewpersonernes vurdering af vigtigheden af målene, efter at interviewerne har beskrevet dem. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.

Sundhedsmål	Kender målet	Synes målet er meget vigtigt i egen by eller bygd
	%	%
Begrænse forbruget af alkohol	31,3	78,2
Begrænse forekomsten af kønssygdomme	25,2	63,6
Sænke børnedødeligheden	14,7	53,5
Sænke dødeligheden af ulykker og selvmord	12,2	68,3

Ulykker i forbindelse med fangst og sejlads

52% af alle interviewpersoner har skydevåben i hjemmet, 64% af grønlændere i bygder, 50% af grønlændere i byer og 56% af danskere. I relation til forebyggelse af ulykker med skydevåben er interviewpersonerne blevet spurgt, hvordan de opbevarer deres skydevåben. Grønlændere i byer opbevarer oftere end grønlændere i bygder og langt oftere end danskere deres skydevåben aflåst. Således opbevarer 43% af grønlændere i byer, 53% af grønlændere i bygder og 65% af danskere "aldrig" deres skydevåben aflåst. 86% af alle interviewpersoner har våben og ammunition opbevaret hver for sig.

36% af interviewpersonerne er ude at sejle med jolle eller motorbåd mindst én gang om ugen i sejlsæsonen, yderligere 18% sejler mindst én gang om måneden, men ikke hver uge, 31% sejler sjældnere, og kun 15% sejler aldrig. Mænd sejler oftere end kvinder, og 25-59 årige sejler oftere end de 18-24 årige og ligeledes oftere end de ældre (60+ årige).

Der sker hvert år dødsulykker i forbindelse med sejlads. I sundhedsprofilen er interviewpersonerne blevet spurgt, hvad de gør for at mindske risikoen for ulykker. Kun 5% svarer, at de altid bruger redningsvest. Langt de fleste bruger aldrig redningsvest, det gælder 92% af befolkningen i bygder, 88% af befolkningen i byer og 74% af danskere i Grønland. Til gengæld har mange (70%) altid nødhjælpsudstyr med, når de er ude at sejle. 10% har det af og til, og 20% har aldrig nødhjælpsudstyr med. Det er især de unge, der ikke har nødhjælpsudstyr med ud at sejle. Der er flere danskere end grønlændere, der altid har nødhjælpsudstyr med (86% af danskere, 69% af grønlændere i by og 66% af grønlændere i bygde).

Udover egne forebyggende handlinger blev interviewpersonerne spurgt, hvilke forhold de generelt anser for at have forebyggende betydning for at mindske ulykkerne i forbindelse med sejlads. Næsten alle (95%) synes, at det er af stor betydning at have nødhjælpsudstyr med, når man er ude at sejle. Der er således en del, der synes, at det er vigtigt, men som aldrig selv gør brug heraf. Ligeledes svarer 76%, at de synes, det er af stor betydning at bruge redningsvest. Som beskrevet er det kun 5%, der selv altid bruger redningsvest. Der er altså i dette tilfælde stor diskrepans mellem holdning til generel forebyggelse og egen sundhedsadfærd. Befolkningen i bygderne, der sjældnere end de øvrige selv bruger redningsvest, er den befolkningsgruppe, der oftest mener, at brug af redningsvest generelt er af stor betydning for forebyggelse af ulykker. Det er ikke på baggrund af sundhedsprofilens materiale muligt direkte at tolke dette misforhold mellem på den ene side interviewpersonernes generelle opfattelse af betydningen af de forebyggende

foranstaltninger og på den anden side personernes oplysninger om egen sundhedsadfærd. Det kan tænkes, at folk, som påvist i undersøgelser af risikovillighed, i almindelig handler ud fra devisen "det sker ikke for mig" (Weinstein 1984, 1987). Det kan også tænkes, at interviewpersonerne på spørgsmålet om den generelle betydning af forebyggende foranstaltninger har haft en tendens til at svare det, de troede, var det "rigtige" svar, altså at interviewpersonerne i situationen overfor interviewerens nærmest automatisk har svaret, at de pågældende foranstaltninger naturligvis har stor betydning, og måske ikke har overvejet hvilke ting, de faktisk selv anser for betydningsfulde.

Endelig mener 76%, at det er af stor betydning at sejle eller køre flere sammen. I modsætning til de før nævnte er der for dette svar forskel mellem alders- og befolkningsgrupper. Således mener grønlændere i bygder og danskere oftere (81% og 79%) end grønlændere i byer (74%), at det er vigtigt at sejle eller køre flere sammen. De 35-59 årige svarer oftere end de yngre, at det er vigtigt at være flere sammen. Til gengæld synes de 18-24 årige oftere end de øvrige aldersgrupper, at det er vigtigt at kunne svømme. Danskere synes langt sjældnere end grønlændere, at det er af betydning at kunne svømme for at formindske risikoen for ulykker på havet. Kun 49% af danskere, men henholdsvis 79% og 83% af grønlændere i byer og bygder synes, at dette har stor betydning.

Kønssygdomme

Sundhedsprofilens skema til personlig udfyldelse indeholder flere spørgsmål om kønssygdomme og seksuel adfærd. En del interviewpersoner har valgt ikke at svare på disse spørgsmål. 1111 personer har svaret på spørgsmålet om, hvor mange seksualpartnere de har haft inden for de seneste 12 måneder. 24% af mænd og 31% af kvinder, der har svaret på det personlige skema, har undladt at svare på spørgsmålet om seksualpartnere; det gælder især ældre mennesker. Halvdelen af de interviewpersoner, der svarede på spørgsmålet, har inden for det seneste år før interviewtidspunktet haft én seksualpartner. 14% svarer, at de ikke har haft nogen seksualpartnere, 17% har haft 2-4, og 22% har haft 5 eller flere partnere. Mænd angiver hyppigere end kvinder at have haft 2-4 eller 5 eller flere seksualpartnere, mens kvinder oftere svarer ingen eller én partner. Antallet af seksualpartnere er tydeligt faldende med alderen. Der er desuden stor forskel på antallet af seksualpartnere blandt befolkningsgrupperne. Grønlændere i bygder har oftere end grønlændere i byer haft 5 eller flere partnere, og grønlændere i både byer og bygder har væsentligt oftere end danskere i Grønland haft flere end én seksualpartner (tabel 7.2).

Tabel 7.2 Befolkningsgruppernes angivelse af antal seksualpartnere inden for det sidste år. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1535, uoplyst = 424.

Antal partnere	Grønlandere i bygder		Grønlandere i byer		Danskere	
	Mænd (n=91) %	Kvinder (n=79) %	Mænd (n=390) %	Kvinder (n=414) %	Mænd (n=84) %	Kvinder (n=53) %
0	15,4	19,0	13,1	15,2	8,3	9,4
1	27,5	40,5	38,2	50,7	71,4	84,9
2-4	19,8	17,7	21,5	14,7	14,3	5,7
5 eller flere	37,4	22,8	27,2	19,3	6,0	-

60 % af dem, der har svaret på spørgsmålet, lidt flere mænd end kvinder, angiver at de på et tidspunkt i deres liv har haft en kønssygdom (gonoré, klamydia, syfilis). Der er en tydelig aldersvariation, idet 60% af de 18-24 årige, 70% af de 25-34 årige, 57% af de 35-59 årige og 32% af de 60+ årige har haft en kønssygdom. Forskellen mellem de 18-24 årige og de 25-34 årige skal ses i lyset af, at antallet af seksualpartnere er størst blandt de 18-24 årige, som derfor har den største risiko for at få en kønssygdom. Det er derfor muligt, at en del af de 18-24 årige, der endnu ikke har haft en kønssygdom, vil få en sådan, mens størstedelen af de 25-34 årige, der ikke har haft en kønssygdom, heller ikke i fremtiden vil få det. Denne antagelse støttes af, at blandt de 18-24 årige, der har haft en kønssygdom, har 35% haft den inden for de seneste 12 måneder. Dette gælder kun for 9% af de 25-34 årige. Der er kun lille forskel mellem, hvor ofte grønlandere i byer (65%) og bygder (58%) har haft en kønssygdom, men grønlandere har langt oftere end danskere haft en kønssygdom (29%).

Brug af kondom er en væsentlig metode til forebyggelse af kønssygdomme. Blandt interviewpersoner med flere end én partner inden for det seneste år angiver mænd lidt oftere end kvinder brug af kondom, men forskellen er ikke statistisk sikker. I alt angiver kun 13%, at de altid bruger kondom, mens 31% svarer, at de aldrig bruger det. De 18-24 årige angiver oftere end de øvrige aldersgrupper, at de altid bruger kondom (tabel 7.3). Der er ligeledes færre 18-24 årige med flere end én partner inden for det seneste år, der aldrig bruger kondom (19%). Der er ikke meget, der tyder på, at de, der en gang har haft en kønssygdom, lærer af erfaringen, men der er dog lidt flere i denne gruppe, der i hvert fald en gang imellem bruger kondom.

Tabel 7.3 Personer med 2 eller flere seksualpartnere sidste år fordelt efter, hvor ofte de bruger kondom. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=435, uoplyst = 23.

Brug af kondom	18-24 år (n=98)	25-34 år (n=175)	35-59 år (n=130)	60+ (n=9)
Altid	21,4	13,1	8,5	-
Som regel	12,2	11,4	13,1	-
Nogle gange	46,9	45,7	39,2	44,4
Aldrig	19,4	29,7	39,2	55,6

Sundhedsadfærd og viden om forebyggelse

Interviewpersonerne blev bedt om at vurdere den generelle betydning af en række forhold for bevarelse af et godt helbred. Selvom det for hvert forhold var muligt at svare henholdsvis stor, mindre eller ingen betydning, har de fleste interviewpersoner vurderet næsten alle forhold som meget vigtige. Det skyldes sandsynligvis, at det er både vanskeligt og måske også kan forekomme unødvendigt at differentiere sin holdning til sådanne generelle forhold (jf. ovenstående diskussion af foranstaltninger til forebyggelse af ulykker på havet). Analysen af vurderingen af de forskellige forhold må derfor tage udgangspunkt i prioriteringen af forholdene. Flest personer anser det at have en god bolig og at have arbejde for at have stor betydning (93%). At dyrke motion vurderes som værende af stor betydning af næstflest (91%), dernæst følger at spise grønlandsk mad og at spise frugt og grøntsager (87%), at begrænse sit alkoholforbrug, have fritidsinteresser og føle, at man bestemmer over sit eget liv (86%), mens at holde op med at ryge eller ryge mindre samt helbredscheck hos lægen vurderes som værende af stor betydning for bevarelse af et godt helbred af 82%. Færrest synes, at regelmæssige eftersyn hos tandlægen samt at drikke mælk og spise ost er af stor betydning (79% og 76%).

Befolkningens holdning til, hvilke forhold der anses som vigtige for bevarelse af et godt helbred, skal ses i sammenhæng med personernes levevilkår. Således synes befolkningen i bygder oftere end befolkningen i byer og langt oftere end danskere i Grønland, at en god bolig er vigtig (98%, 95% og 68%), og dette hænger sandsynligvis sammen med, at boligerne i bygderne ofte er af dårlig standard. Sammenhængen mellem en persons holdning til bevarelse af et godt helbred og personens øvrige livsforhold kan ligeledes ses i relation til det at have arbejde. I bygderne, hvor det er svært at finde arbejde, finder mange dette forhold vigtigt, mens danskerne i Grønland, som oftest har fast arbejde, ikke lige så tit finder, at

arbejde er af stor betydning for bevarelse af et godt helbred (95% af grønlændere og 78% af danskere synes, at det er af stor betydning at have arbejde).

Grønlændere vurderer som beskrevet ovenfor gode boligforhold og det at have et arbejde som vigtigst, og danskere i Grønland vurderer kontrol over eget liv samt begrænsning af alkoholforbrug som værende af størst betydning for at bevare et godt helbred. I relation til sundhedsfremme kan bedre bolig- og arbejdsforhold karakteriseres som et samfundsmæssigt anliggende, mens traditionelle livsstilsfaktorer (motion, alkohol og rygning) kan betragtes som den enkeltes ansvar. Mens det danske samfund ofte beskrives som individualiseret, er det grønlandske blevet beskrevet som et samfund, der traditionelt har lagt vægt både på den enkeltes selvstændighed - hvilket medfører, at ingen udtaler sig generelt om, hvad der er godt eller dårligt for andre mennesker - og som et samfund, hvor den enkelte er del af et kollektiv: familien og bopladsen. De grønlandske interviewpersoners prioritering af samfundsmæssig sundhedsfremme, der ikke dikterer, hvad den enkelte skal gøre, ligger godt i forlængelse heraf (Asplund 1983, Langgaard 1986, Larsen 1989, Nooter 1987, Petersen 1993).

I fortsættelse af ovenstående betragtninger er det interessant, at mens 94% af danskere mener, at egen indsats er meget vigtig for at bevare et godt helbred, gælder dette kun for 82% af grønlændere. Denne forskel kan dog i nogen grad skyldes forskelle i måder at svare på snarere end egentlige forskelle i opfattelse. Således svarer 16% af grønlændere, at egen indsats er af nogen betydning, mens der kun er 1% af både grønlændere og danskere i Grønland, der ikke mener, at egen indsats spiller nogen rolle for at bevare et godt helbred.

Befolkningens generelt positive holdning til betydningen af egen indsats for at bevare et godt helbred afspejles i svarene på spørgsmålet om, hvad interviewpersonerne angiver at gøre for at bevare eller forbedre deres helbred. 85% af alle interviewpersoner svarer, at de gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Flest svarer, at de spiser sund kost (44%) eller dyrker motion (41%). Mænd dyrker oftere end kvinder motion for at bevare helbredet (47% og 35%). Især angiver mange unge mænd motion som aktuel sundhedsadfærd (61%). Kvinder angiver derimod oftere end mænd (48% og 41%), at de spiser sund kost for at bevare eller forbedre helbredet - yngre kvinder dog sjældnere end de øvrige.

Kvindens hyppigere angivelse af sund kost som aktuel sundhedsadfærd afspejles i holdningen til hvilke ting, der opleves som vigtige for at bevare et godt helbred. Således mener grønlandske kvinder oftere end grønlandske mænd, at det generelt er af stor betydning for at bevare et godt helbred at spise grønlandsk mad (94% af

kvinder og 90% af mænd). Derimod er der ikke forskel på mænds og kvinders holdning til betydningen af at dyrke motion, selvom mænd altså i praksis oftere selv dyrker motion for at bevare helbredet. Sammenhængen mellem aktuel sundhedsadfærd og holdninger til betydningen af forskellige forhold for helbredet er desuden tydelig med hensyn til rygning. Således synes ikke-rygere, at det er vigtigere at holde op med at ryge, end rygere gør (88% og 79%), og tidligere rygere er dem, der oftest synes, dette forhold er af stor betydning (93%).

Forebyggelse og sundhedsvæsenet

I relation til sundhedsvæsenets forebyggelsesaktiviteter er der spurgt, om interviewpersonen har fået foretaget en HIV test, og kvinderne er blevet spurgt, om de har fået foretaget en celleprøve fra livmoderen. Desuden er kvinderne blevet spurgt, om de nogensinde selv har undersøgt deres bryst for eventuelle svulster.

49% har fået foretaget en HIV test. Det er især unge grønlændere fra byer, og lidt flere kvinder end mænd (55% og 43%), der har fået foretaget testen. Personer med flere end én seksualpartner inden for det seneste år har oftere end personer med én partner fået foretaget en HIV test (59% og 51%). 169 personer (16%) har tænkt på at få foretaget en test, men har ikke gjort det.

48% af grønlandske kvinder mellem 18 og 55 år har fået foretaget en celleprøve fra livmoderen. Der er store geografiske forskelle med den største andel, der har fået foretaget en celleprøve, i byer og bygder på den sydlige del af vestkysten; der kan ikke påvises forskelle mellem befolkningen i byer og bygder. I Qasigianguit, Maniitsoq og Nuuk har mere end 66% fået foretaget en celleprøve fra livmoderen, mens det gælder for under 30% i Ammassalik, Paamiut og Upernavik. Forklaringen på disse forskelle må snarere søges i sundhedsvæsenets organisation end i forskelle mellem befolkningerne i regionerne.

44% af kvinder har selv undersøgt deres bryst for eventuelle svulster, og 56% har ikke. Der er en tæt sammenhæng mellem at have fået foretaget en celleprøve og have selvundersøgt sit bryst. Kvinder i bygder har ikke selvundersøgt deres bryst så ofte som kvinder i byer og langt sjældnere end danske kvinder (29% i bygder, 43% i byer og 79% danskere). Uddannelse er afgørende for, om kvinder har selvundersøgt deres bryst. Således har kun 35% af kvinder, der kun har gået i skole i 8 år, selvundersøgt deres bryst imod 45% af kvinder med længere skolegang. Denne forskel mellem kvinder med og uden uddannelse gælder både for kvinder i by og i bygde og viser sandsynligvis uddannelsens betydning for at forstå og

handle efter de råd om forebyggelse, der udgår fra både politikere, sundhedsvæsen og mennesker i ens omgangskreds. Det er dog også muligt, at befolkningen ved, hvad der anbefales, men ikke tror, at de i praksis vil være i stand til at udføre rådet (Elsass 1992). Det kan også være, jf. diskussionerne i kapitlets indledning, at de vælger ikke at følge rådene, fordi disse ikke opleves som væsentlige, eller fordi det ikke forventes, at indsatsen vil gøre nogen nytte. Disse vigtige spørgsmål ligger uden for denne undersøgelses muligheder og må undersøges nærmere i anden sammenhæng.

Sammenfatning

Relativt få kender Hjemmestyrets fire sundhedsmål; flest kender målet om begrænsning af alkoholforbruget (31%) og færrest målet om at sænke dødeligheden af ulykker og selvmord (12%). Der er på flere områder stor forskel mellem befolkningens holdninger til forebyggelse og deres adfærd i konkrete situationer. Kun 5% bruger altid redningsvest, når de sejler i jolle eller motorbåd, og under en femtedel af dem, der har mere end én seksualpartner, bruger konsekvent kondom. Næsten halvdelen af kvinderne har fået foretaget en celleprøve fra livmoderen, men der er store geografiske forskelle.

8. Selvvurderet helbred

Befolkningens helbred er belyst dels ved at stille spørgsmål om forekomst af sygdom og symptomer, dels ved at bede de interviewede om at vurdere deres eget helbred på en skala. Dette kapitel handler om det selvvurderede helbred, mens selvrapporeret sygdom og symptomer behandles i kapitel 9. Den foreliggende rapport omhandler kun nogle mere generelle og overordnede aspekter af den voksne befolknings helbred, mens nærmere analyser af henholdsvis somatisk (legemlig) sygdom, psykisk helbred og børns helbred er emnerne for separate temarapporter.

Den subjektive vurdering af eget helbred er baseret på andet og mere end tilstedeværelse eller fravær af sygdom. Der er som forventet en tæt sammenhæng mellem subjektivt vurderet helbred og forekomst af sygdom, men flere undersøgelser har vist, at selvvurderet helbred har en selvstændig sammenhæng med dødelighed, også når der tages hensyn til forekomst af sygdom efter en lægelig vurdering (Idler 1992). Selvvurderet helbred rummer altså information, som ikke kan måles ved sædvanlige, lægelige metoder, herunder sygehistorie, klinisk undersøgelse og laboratorieundersøgelser. Kvaliteten af oplysninger om selvrapporeret sygelighed kan i princippet kontrolleres f.eks. ved en lægeundersøgelse. Dette gælder ikke for selvvurderet helbred, hvor den interviewedes svar pr. definition er korrekt.

Selvvurderet helbred

I undersøgelsen er der indledningsvis stillet tre helt generelle spørgsmål om helbred, som berører både de fysiske, psykiske og sociale dimensioner af sundhed: *Hvordan synes du, at dit helbred er?*, *Er du glad og tilfreds med din tilværelse?* og *Føler du dig frisk nok til at gøre, hvad du har lyst til?* Disse tre spørgsmål er gengangere fra DIKEs danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse, hvor der yderligere fandtes et fjerde spørgsmål om stress. Dette sidste spørgsmål indgik i det grønlandske spørgeskema, men det var interviewernes gennemgående indtryk, at mange ikke forstod spørgsmålet, og det indgår derfor ikke i analyserne.

Næsten 2/3 af befolkningen (62%) svarede, at de har det godt, at de for det meste er tilfredse med tilværelsen, og at de føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Den nærmere fordeling af svarene på de enkelte spørgsmål fremgår af tabel 8.1, og i bilagstabel B.11 findes fordelingen på køn og alder. Fordelingen

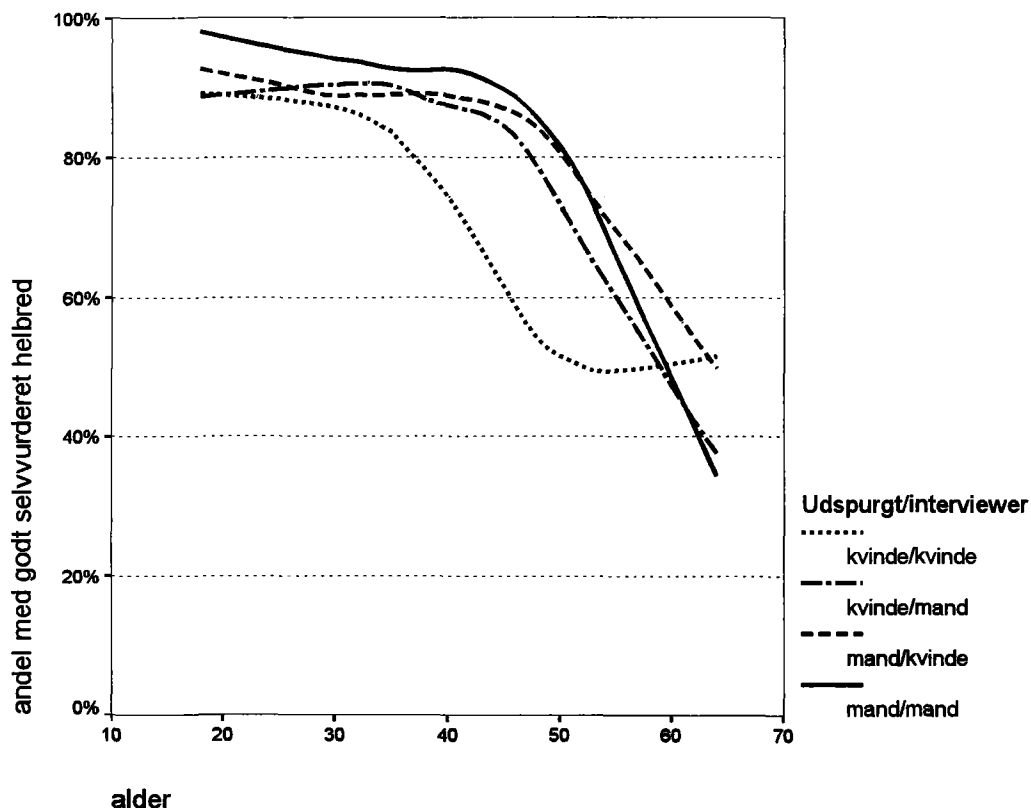
svarer til resultater fra Danmark også efter justering for forskelle i befolkningernes sammensætning med hensyn til alder og køn. Undersøgelserne fra Keewatin og Québec indeholder ikke spørgsmål om generelt helbred, der kan sammenlignes med de grønlandske og danske.

Tabel 8.1 Selvvurderet helbred, tilfredshed med tilværelsen og oplevelse af at være frisk blandt voksne i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.

	Antal	%
Synes eget helbred er		
virkelig godt	565	32,9
godt	780	45,4
nøgenlunde	287	16,7
dårligt eller meget dårligt (uoplyst = 10)	86	5,0
Er glad og tilfreds med tilværelsen		
for det meste	1464	85,7
af og til	212	12,4
næsten aldrig (uoplyst = 20)	32	1,9
Er frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til		
for det meste	1315	77,5
af og til	261	15,4
næsten aldrig (uoplyst = 31)	121	7,1
Virkelig godt/godt helbred og for det meste glad og tilfreds med tilværelsen og frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til (uoplyst = 51)	1038	61,9

Umiddelbart siger procenterne ikke så forfærdelig meget, men de bliver interessante, når forskellige befolkningsgrupper sammenlignes. Som gennemgående mål for selvvurderet helbred er valgt svarene på spørgsmålet *Hvordan synes du, at dit helbred er?* Interviewpersonernes svar er bl.a. afhængig af deres køn og alder, men det spiller også en rolle, hvem der gennemfører interviewet. Når kvinder bliver interviewet af kvinder, vurderer de deres helbred som betydelig dårligere, end når de interviewes af mænd, mens mænds svar ikke påvirkes så meget af interviewerens køn. Figur 8.1 viser aldersvariationen for 18-64 årige mænd og kvinder hver for sig afhængig af interviewerens køn. Mænd, og kvinder interview-

Figur 8.1 Selvvurderet helbred i befolkningen i Grønland. Andel, der vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". LOWESS regression grupperet efter interviewedes og interviewers køn. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen i alderen 18-64 år.



et af mænd, vurderer deres helbred nogenlunde konstant indtil 40-45 års alderen, hvorefter det forringes brat. For kvinder, der er interviewet af kvinder, ser udviklingen meget anderledes ud. De vurderer deres helbred tiltagende dårligt allerede fra begyndelsen af trediverne, men fra halvtredsårsalderen begynder det at gå en smule bedre igen. Kvinder vurderer gennemgående deres helbred dårligere end mænd, men der er ingen statistisk sikker forskel mellem de to grupper af mænd samt kvinder interviewet af mænd. Derimod har kvinder interviewet af kvinder mærkbart dårligere selvvurderet helbred end de øvrige grupper. Ved sammenligning af selvvurderet helbred i forskellige befolkningsgrupper er det derfor nødvendigt at tage højde for eventuelle forskelle mellem grupperne med hensyn til køns- og alderssammensætning og interviewernes køn.

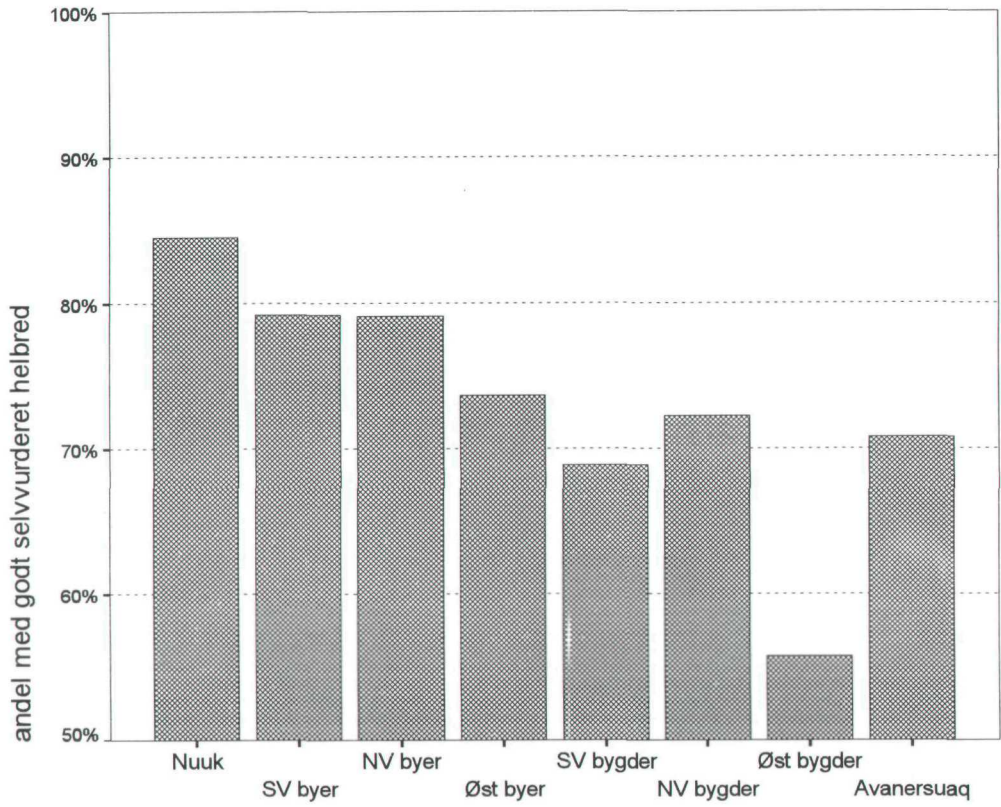
Erhverv og bopæl

Der er i flere undersøgelser specielt af dødelighed påvist udtalte helbredsforskelle mellem geografiske regioner i Grønland (Bjerregaard 1990, Bjerregaard & Juel 1990, Bjerregaard & Misfeldt 1992). Spædbarnsdødeligheden, der sædvanligvis opfattes som en god indikator for det generelle helbred i en befolkningsgruppe, er således lavest i Nuuk, højere i de øvrige byer og højest i bygderne. I mange lande har undersøgelser endvidere påvist helbredsforskelle mellem socialgrupper, som ofte defineres på basis af erhverv. Det er derfor interessant at sammenligne selv-vurderet helbred mellem forskellige regioner i Grønland samt mellem erhvervs-grupperne. Disse sammenligninger er kun gennemført for den grønlandske del af befolkningen.

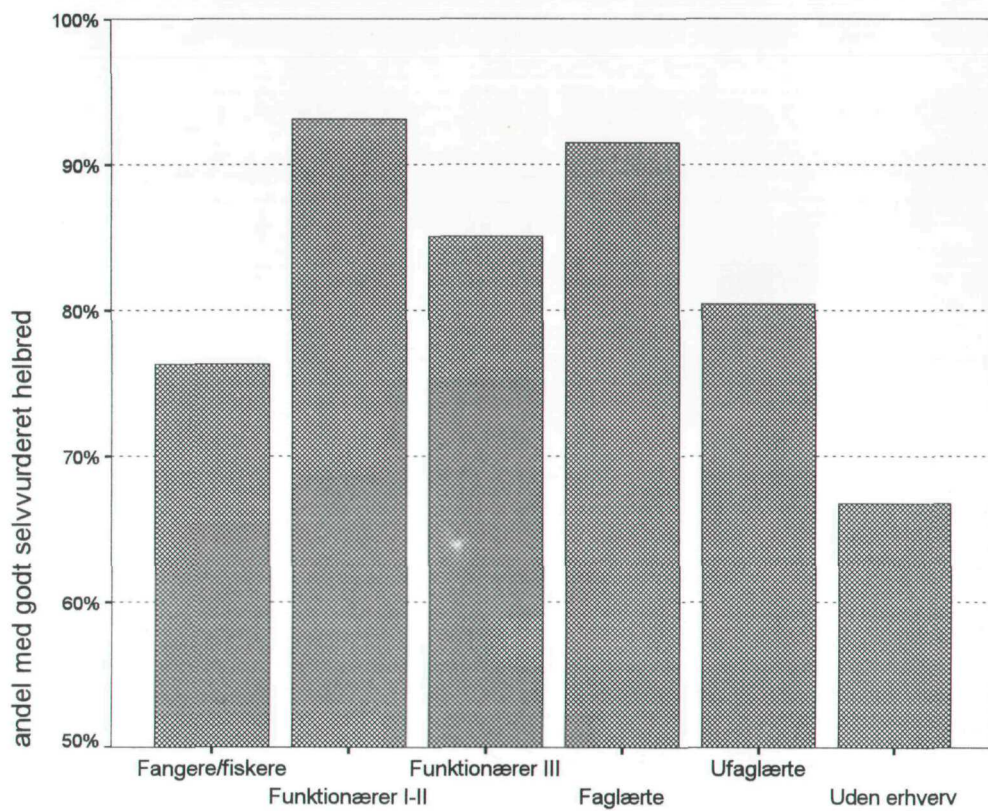
Den regionale fordeling af selv vurderet helbred fremgår af figur 8.2. I Nuuk vurderer 84% af befolkningen deres helbred som "godt" eller "virkelig godt", i de øvrige byer på vestkysten 79% og i bygderne samt Avanersuaq omkring 70%. I Østgrønland er der både for byer og bygder væsentlig færre, der vurderer deres helbred som godt. Den regionale variation er ens for mænd og kvinder. Efter justering for køn, alder og interviewers køn er de regionale forskelle stadig markante, og det regionale mønster er stort set som på figur 8.2 (bilagstabel B.13).

Fordelingen af selv vurderet helbred på erhvervsgrupper fremgår af figur 8.3 for personer i erhvervsdygtig alder, hvilket i denne forbindelse er defineret som 18-59 årige. Som forventet vurderer personer uden for erhverv deres helbred dårligst, idet under 70% af disse vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". Blandt de erhvervsaktive er fangere/fiskere den gruppe, der har dårligst selv vurderet helbred (76%), ufaglærte og funktionærer III følger dernæst med 80-85%, og faglærte samt funktionærer I-II ligger i toppen med over 90%, der vurderer deres helbred som godt. Mønsteret for mænd adskiller sig lidt fra mønsteret for kvinder, idet ufaglærte kvinder skiller sig ud med særlig dårligt selv vurderet helbred. Kvinder vurderer i alle erhvervsgrupper deres helbred som dårlige end mænd, men kun for ufaglærte er forskellen statistisk sikker (tabel 8.2). En stor del af forskellen i selv vurderet helbred mellem mænd og kvinder kan således forklares ved, at ufaglærte kvinder vurderer deres helbred dårligere end ufaglærte mænd, og ved at der er flere kvinder end mænd, der er ufaglærte og funktionærer III. Efter justering for køn, alder og interviewers køn er forskellene mellem erhvervsgrupper stadig udtalte, og mønsteret er stort set som på figuren (tabel B.14).

Figur 8.2 Selvvurderet helbred i regioner i Grønland. Andel, der vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.



Figur 8.3 Selvvurderet helbred i erhvervsgrupper i Grønland. Andel, der vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere i alderen 18-59 år.



Tabel 8.2 Selvvurderet helbred i erhvervsgrupper for mænd og kvinder i Grønland. Procent, der vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere i alderen 18-59. ej s. = $p > 0,10$. N = 1373, uoplyst = 101.

	Antal	Mænd %	Kvinder %	p
Fangere/fiskere	114	76,4	75,0	ej s.
Funktionærer I-II	190	93,8	92,7	ej s.
Funktionærer III	221	85,9	84,7	ej s.
Faglærte	59	92,3	85,7	ej s.
Ufaglærte	271	88,5	76,6	0,02
Andre i erhverv	89	86,2	90,3	ej s.
Uden for erhverv	328	72,5	63,5	0,09
I alt	1272	83,4	77,9	0,01

Befolkningsgruppe

Grønlændere og danskere i Grønland adskiller sig ikke blot ved deres sprog og kulturelle baggrund, men også ved bopæl, erhverv og øvrige sociale forhold. Samtidig er der en overvægt af mænd i erhvervsdygtig alder blandt danskerne, og selvvurderet helbred afhænger af alle de nævnte forhold. I gennemsnit vurderer 77% af grønlændere og 88% af danskere i Grønland deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". Efter justering for forskellene med hensyn til alder og køn er danskernes selvvurderede helbred stadig bedre end grønlændernes, men når der tillige justeres for erhverv, forsvinder forskellen. Forskellen mellem grønlændere og danskere i Grønland kan altså forklares ved, at danskerne i gennemsnit er yngre end grønlænderne, at der er færre danske kvinder end grønlandske, og især ved, at der er flere danskere i de erhvervsgrupper, der har godt selvvurderet helbred (funktionærer I-II og faglærte).

Brug af alkohol, tobak og hash

Der er ikke tvivl om, at misbrug af alkohol, tobak og hash er skadeligt for helbredet, men i hvilket omfang kan dette vises for selvvurderet helbred i en undersøgelse, hvor forbruget af de pågældende stoffer er selvrapporeret, og hvor de virkelige misbrugere næppe indgår? Som beskrevet ovenfor, er forbruget af alkohol

underrapporteret, hvilket nok også gælder for hash, mens tobaksforbruget synes at være rapporteret korrekt.

Tabel 8.3 viser, at der tilsyneladende ikke er nævneværdig forskel på selvvurderet helbred hos gruppen af rusdrikkere sammenlignet med personer, der hverken er rusdrikkere eller storforbrugere. Nærmere analyser viser dog, at der især for de 25-34 årige er dårligere selvvurderet helbred hos rusdrikkere. Endvidere er forskellene i de to gruppers køns- og alderssammensætning så stor, at en statistisk analyse, der tager disse forskelle i betragtning, viser statistisk sikker dårligere selvvurderet helbred hos rusdrikkere. Storforbrugere adskiller sig ikke fra normalbefolkningen med hensyn til selvvurderet helbred.

For tobaksrygning ses statistisk sikkert dårligere selvvurderet helbred hos personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller derover, mens der i denne undersøgelse ikke ses nogen forskel mellem ikke rygere og personer med et lavere forbrug (tabel 8.3). Endelig kan der ikke påvises nogen forskelle mellem grupperne med forskelligt forbrug af hash. Det ser tilsyneladende ud, som om de personer, der har

Tabel 8.3 Selvvurderet helbred i relation til brug af alkohol, tobak og hash i Grønland. Andel, der vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". P-værdier fra en logistisk regressionsanalyse, hvor effekten er justeret for køn og alder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.

	Antal	%	p
Alkohol			
Uden alkoholproblemer	875	80,0	
Rusdrikkere (n=1338, uoplyst=224)	239	79,4	0,02
Storforbrugere (n=1286, uoplyst=224)	187	82,7	0,69
Tobak (n = 1504, uoplyst = 51)			
Ikke rygere	134	76,9	
Tidligere rygere	177	79,4	
1-9 cigaretter/dag	429	82,0	
10-14 cigaretter/dag	368	77,3	
15+ cigaretter/dag	345	71,9	0,002
Hash (n = 1393, uoplyst = 130)			
Aldrig prøvet	689	75,2	
Røget 1 gang	291	86,2	
Røget flere gange, sidst >1 måned siden	189	85,1	
Røget flere gange, sidst <1 måned siden	94	88,2	0,62

prøvet at ryge hash, har bedre selv vurderet helbred end dem, der ikke har prøvet, men årsagen til dette er snarere den store aldersforskel mellem grupperne end brug af hash (tabel 8.3).

Sammenfatning

Hovedparten (78%) af befolkningen i Grønland vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt", hvilket svarer til resultater fra Danmark. Der er dog udtalte forskelle mellem undergrupper af befolkningen. Kvinder vurderer deres helbred dårligere end mænd, og med alderen vurderer færre og færre deres helbred som godt. Befolkningen i Nuuk vurderer deres helbred bedre end befolkningen i de øvrige byer på vestkysten, og bygdebefolkningen har det dårligst. Fagere/fiskere er den erhvervsgruppe, der har det dårligst, og blandt lønmodtagere har funktionærer I-II og faglærte det bedst og ufaglærte dårligst. Kvinders dårlige selvoplevede helbred kan i vid udstrækning forklares ved dårligt selv vurderet helbred hos ufaglærte kvinder samt overrepræsentation af kvinder blandt ufaglærte og funktionærer III. Efter justering for forskelle med hensyn til alder, køn og erhverv er der ikke forskel på selv vurderet helbred blandt grønlændere og danskere i Grønland. Rusdrikkere vurderer deres helbred dårligere end normalbefolkningen. Det samme gør personer, der ryger 15 cigaretter eller mere om dagen.

9. Sygdom og symptomer

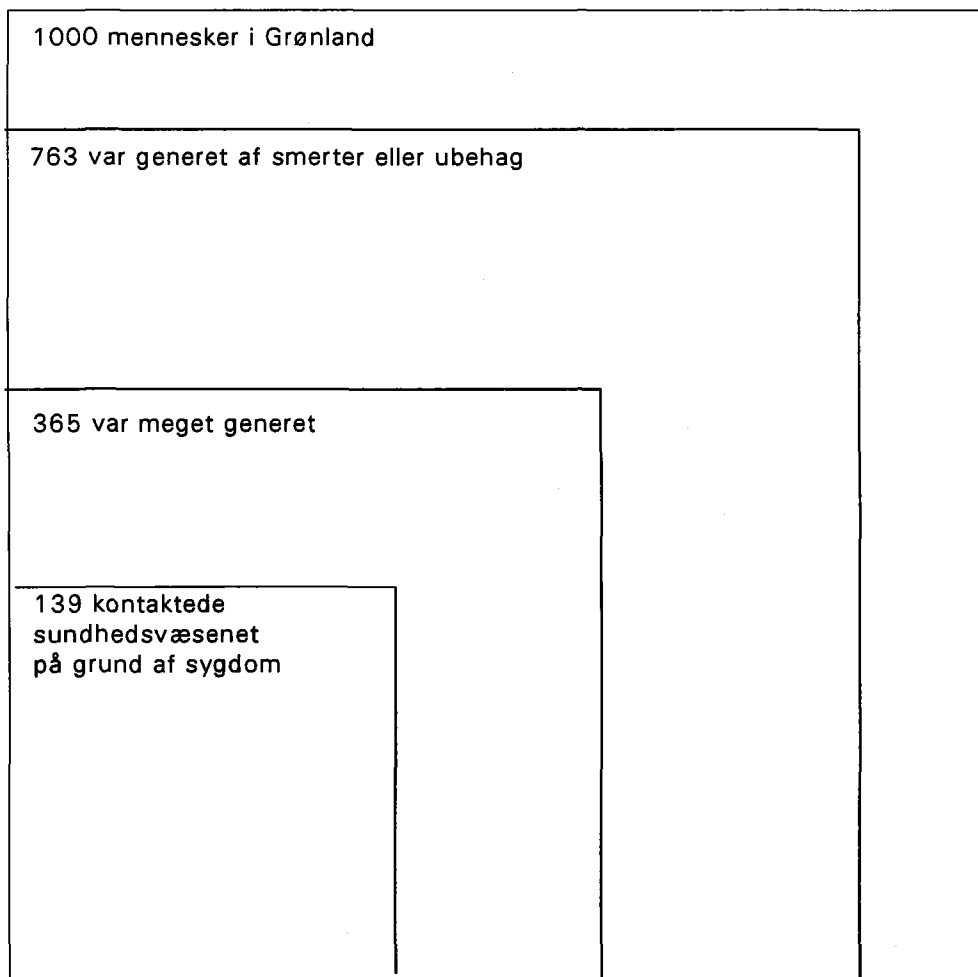
Der er stillet en lang række spørgsmål for at belyse forekomsten i befolkningen af sygdom og symptomer, aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom og længerevarende funktionsbegrænsning. For den seneste 14 dages periode er der spurgt *Har du haft svært ved at foretage dig det, du plejer, på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser?*, og det er noteret, hvilke sygdomme, det drejer sig om. Der er endvidere spurgt specifikt om en række almindeligt forekommende smerter og ubehag ("listegener"), om den interviewede gjorde noget for at blive rask og om brug af forskellige slags medicin. Herefter er der spurgt *Har du en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse?*, og diagnose samt varighed er registreret. Der er spurgt specifikt om en række sygdomme ("listesygdomme"), og til sidst er der stillet spørgsmål om brug af hjælpemidler og om funktion i det daglige med hensyn til syn, hørelse og tyggeevne. I undersøgelsens selvudfyldte skema er der stillet spørgsmål om psykisk helbred, herunder de 12 spørgsmål, der indgår i den korte version af General Health Questionnaire (Goldberg 1988).

Spørgsmålene om somatisk (legemligt) helbred i sundhedsprofilens spørgeskema er gennemgående identiske med spørgsmålene i de tilsvarende danske undersøgelser, som DIKE har gennemført, og der er derfor gode muligheder for at sammenligne. Det er også på flere områder muligt at sammenligne med resultater fra de canadiske undersøgelser af inuit i Keewatin og Québec. Som nævnt vil der blive udarbejdet selvstændige temarapporter om de sygdomsrelaterede resultater af undersøgelsen, og dette kapitel indeholder kun nogle hovedresultater om somatisk (legemligt) helbred hos voksne i form af kommenterede tabeller.

Sygdom og symptomer seneste 14 dage

Figur 9.1 og tabel 9.1 viser befolkningens sygelighed i den seneste 14 dages periode før interviewet. Tre fjerdedel af befolkningen havde været generet af en eller flere former for smerter eller ubehag, og lidt over en tredjedel havde været meget generet. Der var også lidt over en tredjedel, der havde taget medicin, 17% havde været begrænset i deres normale aktivitet på grund af sygdom, og 14% havde kontaktet sundhedsvæsenet. I sammenligning med Danmark var der lidt flere i Grønland, der havde været generet af smerter eller ubehag, men lige mange, der havde været meget generet. Der var også flere i Grønland, der havde været

Figur 9.1 1000 voksne menneskers helbredstilstand i en 14 dages periode. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



Tabel 9.1 Befolkningens sygdom, gener og kontakt med sundhedsvæsenet i en 14 dages periode. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Danmark 1986-87.

	Grønland %	Danmark ¹⁾ %
Generet af smerter eller ubehag	76,3	68,3
Har taget medicin	37,2	49,2
Meget generet af smerter eller ubehag	36,5	33,4
Aktivitetsbegrænset pga. symptomer eller sygdom	17,2	10,8
Kontaktede sundhedsvæsenet	13,9	12 ²⁾

¹⁾ Resultater fra DIKEs Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 1986-87. Standardiseret til befolkningssammensætningen i Grønland.

²⁾ Kun kontakt til læge.

begrænset i deres normale aktivitet på grund af sygdom, men på trods af den noget større sygelighed i Grønland var der væsentlig færre, der havde taget medicin. Der var nogenlunde lige mange, der havde kontaktet sundhedsvæsenet, men da de to landes sundhedsvæsen er meget forskellige, er dette resultat vanskeligt at tolke. Alt i alt er der altså flere i Grønland end i Danmark, der føler sig syge, lige så mange, der går til læge, og færre, der tager medicin. Det er desværre ikke muligt at sammenligne med de canadiske undersøgelser, bortset fra at 17% af befolkningen i Québec undersøgelsen (alle aldersgrupper) oplyste at have været i kontakt med sundhedsvæsenet de seneste 14 dage.

Den oplyste kontakthyppighed svarer til 3,6 sygdomsrelaterede kontakter om året pr. person i voksenbefolkningen, hvis man forudsætter, at hver person kun havde én kontakt i 14 dages perioden. Dette er lidt færre kontakter end registreret i en kontaktundersøgelse fra Upernavik, hvor der på et år var 3,9 kontakter pr. person i voksenbefolkningen (Bjerregaard & Bjerregaard 1985), og også færre end i Sundhedsforvaltningens årsberetning for 1985-86, hvor der for hele befolkningen årligt blev registreret 4,0 kontakter pr. person. De nævnte to opgørelser omfatter dog også kontakter på grund af kontrol og forebyggelse.

Smerter og ubehag

Tabel 9.2 viser forekomsten af "listegener" i befolkningen. (Gigt)smerter i arme og ben, træthed, hovedpine og forkølelse er de mest almindelige gener, men også

smertes i skulder og nakke, nedtrykthed, søvnbesvær og rygsmertes forekommer hos over 20% af befolkningen. Bortset fra tandpine forekommer "listegenerne" alle hyppigere hos kvinder end hos mænd, mange meget hyppigere.

Medicin

Tabel 9.3 viser brugen af forskellige slags medicin. Smertestillende medicin er langt det mest anvendte med antibiotika på andenpladsen. Kvinder har oftere end mænd brugt alle de beskrevne slags medicin.

Tabel 9.2 Forekomst af smerter og ubehag i en 14 dages periode. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst = 42.

	Antal	Mænd %	Kvinder %	I alt %
Smertes eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	518	28,1	33,2	30,7
Træthed	512	24,4	35,9	30,4
Hovedpine	481	23,2	33,4	28,5
Forkøelse, snue, hoste	459	25,7	28,6	27,2
Smertes eller ubehag i skulder eller nakke	392	17,4	28,6	23,3
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig	373	15,3	28,4	22,1
Søvnbesvær, søvnproblemer	369	19,2	24,4	21,9
Smertes eller ubehag i ryg og lænd	352	20,4	21,3	20,9
Eksem, hududslæt, kløe	210	9,9	14,8	12,5
Mavesmerter, ondt i maven	200	9,4	14,1	11,9
Hurtig hjertebanken	197	8,9	14,3	11,7
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	195	7,9	14,9	11,6
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	194	7,7	15,1	11,5
Åndedrætsbesvær, forpustethed	192	8,5	14,0	11,4
Underlivsgener (smertes, kløe, udflåd)	129	-	14,7	-
Tandpine	115	7,4	6,3	6,8
Mindst én gene	1286	71,4	80,7	76,3

Tabel 9.3 Medicinbrug i en 14 dages periode. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst = 165.

	Antal	Mænd %	Kvinder %	I alt %
Smertestillende medicin, herunder hovedpinepiller	294	17,3	20,2	18,8
Penicillin eller andre antibiotika	145	7,3	11,2	9,3
Salve eller andet hudlægemiddel	95	5,3	6,8	6,1
Naturmedicin	56	2,2	4,8	3,6
Hostemedicin, næsedråber el.lign.	52	3,0	3,6	3,3
Nervemidler, beroligende medicin	41	1,1	4,1	2,6
Sovemidler	40	2,5	2,6	2,6
Blodtrykssænkende medicin	39	1,7	3,2	2,5
Hjertemedicin (nitroglycerin, digoxin m.m.)	29	1,9	1,9	1,9
Afføringsmidler eller andet for maven	25	1,6	1,6	1,6
Andet	101	6,2	6,7	6,5
Mindst én slags medicin	581	32,3	41,8	37,2

Sygdom

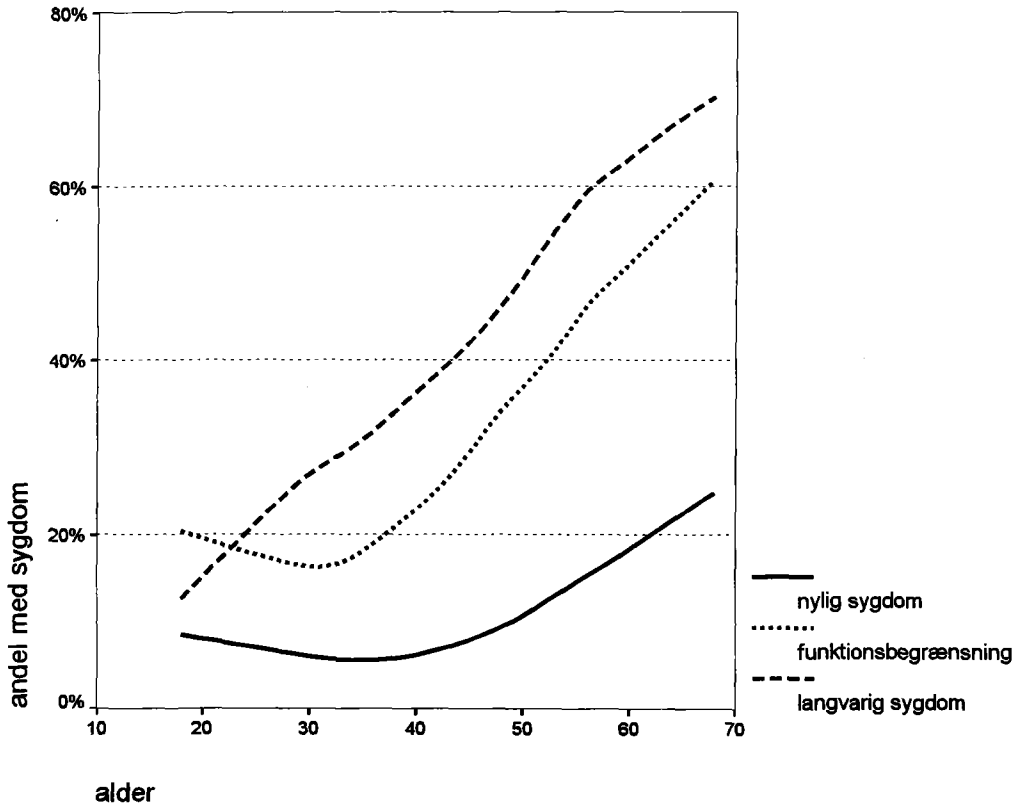
Tabel 9.4 viser hvilke sygdomme, der ligger bag begrænsningen af den normale aktivitet (nylig sygdom). Sygdommene er kodet efter den internationale sygdoms-klassifikation (ICD 8) med tre cifre og derefter slået sammen i de anførte kategorier, men diagnoserne bygger på interviewpersonernes egen rapportering af sygdom, og deres præcision må derfor tages med et vist forbehold. Ligesom for "listegenerne" er sygdomme i bevægeapparatet (gigt, ondt i ryggen m.v.) langt de hyppigste lidelser både for mænd og kvinder. Der er nogle markante kønsforskelle, men det absolutte antal er for de fleste diagnoser lille og forskellene derfor ikke statistisk sikre. Kun skader forekommer statistisk sikkert oftere hos mænd og sygdomme i urin- og kønsorganer oftere hos kvinder.

Forekomsten af nylig sygdom aftager fra 18 års alderen indtil midten af trediverne og øges derefter gennem resten af livet, men den aldersmæssige udvikling er ikke helt så udtalt som for langvarig sygdom og funktionsbegrænsning (figur 9.2).

Tabel 9.4 Sygdomsmæssige årsager til aktivitetsbegrænsning de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst = 11.

	Antal	Mænd %	Kvinder %	I alt %
1. Smitsomme sygdomme	7	0,4	0,5	0,4
2. Svulster	1	0,1	0,0	0,1
3. Endokrine sygdomme	1	0,1	0,0	0,1
4. Sygdomme i blod	0	-	-	-
5. Psykiske sygdomme	11	0,5	0,8	0,6
6. Sygdomme i nervesystem, øjne og ører	17	0,8	1,1	1,0
7. Kredsløbssygdomme	15	1,1	0,7	0,9
8. Luftvejssygdomme	59	2,8	4,1	3,4
9. Sygdomme i fordøjelsesapparatet	14	0,6	1,0	0,8
10. Sygdomme i urin- og kønsorganer	22	0,1	2,4	1,3
11. Hudsygdomme	8	0,1	0,8	0,5
12. Sygdomme i bevægeapparatet	106	6,4	6,0	6,2
13. Skader	25	2,2	0,8	1,5
14. Andre sygdomme	53	1,6	4,5	3,1
Uden diagnose	16	1,1	0,8	0,9
Mindst én sygdom	295	15,7	18,6	17,2
Antal diagnoser pr. patient		1,1	1,2	1,1

Figur 9.2 Aldersmæssig fordeling af aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom seneste 14 dage (nylig sygdom), langvarig sygdom og begrænsning af syn, hørelse eller tyggefunktion (funktionsbegrænsning). LOWESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen i alderen 18-69 år.



Langvarig sygdom

Forekomsten af langvarig sygdom, der i denne undersøgelse er defineret som en sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse af mere end 6 måneders varighed, fremgår af tabel 9.5. For diagnoserne i tabel 9.5 gælder de samme begrænsninger, som nævnt under beskrivelsen af tabel 9.4. Sygdomme i bevægeapparatet er meget hyppige hos både mænd og kvinder, og hvor de blandt "listegenerne" udgjorde 26% af alle gener og blandt nylig sygdom 30%, udgør sygdomme i bevægeapparatet 38% af de langvarige sygdomme. I modsætning til for "listegener" og nylig sygdom har mænd oftere langvarige lidelser end kvinder. Det gælder især sygdomme i bevægeapparatet, men også flere andre sygdomme.

Tabel 9.5 Forekomst af langvarig sygdom i befolkningen. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst = 42.

	Antal	Mænd %	Kvinder %	I alt %
1. Smitsomme sygdomme	21	1,5	1,0	1,2
2. Svulster	15	0,6	1,1	0,9
3. Endokrine sygdomme	12	0,9	0,6	0,7
4. Sygdomme i blod	0	-	-	-
5. Psykiske sygdomme	12	0,5	0,9	0,7
6. Sygdomme i nervesystem, øjne og ører	73	5,3	3,4	4,3
7. Kredsløbssygdomme	41	3,2	1,7	2,4
8. Luftvejssygdomme	48	2,3	3,3	2,8
9. Sygdomme i fordøjelsesapparatet	27	2,1	1,1	1,6
10. Sygdomme i urin- og kønsorganer	39	0,6	3,9	2,3
11. Hudsygdomme	30	1,0	2,5	1,8
12. Sygdomme i bevægeapparatet	298	21,0	14,6	17,7
13. Skader	68	4,8	3,3	4,0
14. Andre sygdomme	98	5,4	6,2	5,8
Uden diagnose	26	2,0	1,1	1,5
Mindst én sygdom	646	41,7	35,1	38,3
Antal diagnoser pr. patient		1,2	1,2	1,2

Funktionsbegrænsning

Problemer med at læse, høre og tygge hører især alderdommen til, og blandt personer på 60 år eller derover har 63% af mænd og 62% af kvinder i Grønland besvær med mindst én af de nævnte funktioner. Det er især mænd, der har besvær med at høre, og der er tre gange så mange mænd som kvinder over 60, der bruger høreapparat, sandsynligvis på grund af høreskader i forbindelse med brug af skydevåben, påhængsmotorer o.l. (tabel 9.6). Der er kun mindre forskelle mellem mænd og kvinder med hensyn til læsesyn, tyggefunktion og brug af stok, men væsentlig flere kvinder end mænd bruger tandprotese.

Tabel 9.6 Begrænsning af syn, hørelse og tyggefunktion og brug af hjælpemidler. Funktion med briller, høreapparat eller tandprotese, hvis det normalt bruges. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen på 60 år og derover. N = 215, uoplyst varierende (4-11).

	Antal	Mænd %	Kvinder %	I alt %
Kan kun med besvær eller slet ikke læse en avis	47	20,0	25,3	22,5
Kan kun med besvær eller slet ikke høre, hvad der bliver sagt under en samtale mellem 3 eller flere	59	34,0	23,5	28,9
Kan kun med besvær eller slet ikke tygge eller bide i hårde madvarer	82	38,3	41,0	39,6
Bruger høreapparat	26	18,2	5,9	12,3
Bruger stok	33	16,4	14,9	15,6
Bruger tandprotese	90	30,9	55,4	42,7

Sammenfatning

Tre fjerdedele af befolkningen har været generet af smerter eller ubehag de seneste 14 dage, en tredjedel har været meget generet, og 14% har kontaktet sundhedsvæsenet. I sammenligning med Danmark har flere følt sig syge, lige så mange været hos læge og færre taget medicin. 38% angiver at have en langvarig sygdom, og langt de hyppigste gener og sygdomme er smerter og ubehag fra bevægeapparatet (muskler, knogler og led). Mere end 60% af personer på 60 år og derover har besvær med at læse, høre eller tygge.

10. Levevilkår og livsstil i by og bygd

I de foregående kapitler har resultaterne fra sundhedsprofilen været gennemgået emnevis, og fordelingen i forskellige befolkningsgrupper har været omtalt for hvert emne. I dette og det næste kapitel vendes bøtten, og for nogle udvalgte befolkningsgrupper beskrives levevilkår, livsstil og helbredsforhold tværgående.

Der er flere inddelinger af befolkningen, som kunne være relevante for en sådan tværgående beskrivelse. En inddeling i socialgrupper på basis af oplysninger om erhverv har i mange lande vist at give interessante resultater, men i Grønland er betydningen af en erhvervsgruppering for øjeblikket ikke tilstrækkelig klar og videnskabeligt gennemanalyseret. Inddelingen efter livsform i fangere/fiskere og lønarbejdere er interessant, men afgrænsningen af fangere/fiskere er vanskelig at gennemføre.

Vi har valgt at koncentrere os om nogle enkelte inddelinger og vil i kapitel 10 og 11 primært beskrive og sammenligne befolkningen i byerne med befolkningen i bygderne. Tidligere undersøgelser, blandt andet af børnedødelighed, har vist, at sundhedstilstanden i bygderne er dårligere end i byerne, og også erhvervsgrundlaget, boligforhold og mange andre levevilkår er gennemgående ringere i bygderne end i byerne. Der har været sat spørgsmålstegn ved bygdernes rentabilitet, men samtidig opleves bygderne som en vigtig del af den grønlandske kultur. På denne baggrund har bygdernes forhold stor politisk bevågenhed, og vores analyse af levevilkår og sundhedsforhold i bygderne kan sandsynligvis bruges i denne sammenhæng.

Konkret sammenlignes kun personer, der identificerer sig selv som grønlændere, idet de mange danskere i byerne ellers ville påvirke resultaterne. Byer og bygder i både Vest-, Øst- og Nordgrønland indgår i sammenligningerne, men da langt den største del af de interviewede bor i Vestgrønland, gælder konklusionerne først og fremmest forskellen mellem byer og bygder i Vestgrønland.

Sekundært sammenlignes Vestgrønland og Østgrønland. På grund af det lille antal interview i Østgrønland (119) bliver den statistiske usikkerhed på resultaterne stor, og konklusionerne må derfor tages med et vist forbehold.

Befolkningen i by og bygd

Der er foretaget interview med 1580 personer, der identificerer sig som grønlændere eller som både grønlænder og dansker, 1218 personer fra byer og 362 fra bygder. Aldersfordelingen blandt interviewpersonerne er stort set ens i by og bygd og mellem bygderne indbyrdes. Med hensyn til køn er der en lille, statistisk sikker forskel mellem byer og bygder, idet der er interviewet 46% mænd og 54% kvinder i byerne og 51% mænd og 49% kvinder i bygderne. Der er således interviewet relativt færre kvinder i bygderne, hvilket svarer til befolkningens faktiske fordeling (Grønlands Statistiske Kontor 1994). Ligesom i bygder i Norge skyldes kvindeunderskuddet i de grønlandske bygder sandsynligvis, at kvinderne flytter fra bygden, fordi de ikke kan få arbejde (Wiborg 1990). Der er kun i begrænset omfang lønarbejde i bygderne; der skal bruges personale i butikken og på bygdekantoret og skolen, mens produktionen i tilknytning til indhandling af fangst kun kræver ekstra arbejdskraft i kortere perioder og iøvrigt afhænger af den pågældende bygds produktionsanlæg. Kvinderne, der traditionelt ikke har muligheden for at blive fangere eller fiskere, er særlig mange i køen om de få arbejdspladser. En del unge kvinder forsøger sig med - oftest kortere - uddannelse, men selvom uddannelse umiddelbart fremstår som en god løsning, viser det sig ofte ikke blot at indebære en geografisk afstand til hjembygden, men samtidig at skabe en social afstand, der måske gør det svært at vende hjem igen (Wiborg 1990). Også kvinder, der søger til byen for at finde arbejde, har svært ved igen at vende hjem til bygden efter at være blevet vant til byen, dens samværsformer, udvidede aktivitetsmuligheder, vareudbud osv.

For de følgende analyser af forskelle i levevilkår og livsstil mellem byer og bygder betyder de relativt små forskelle i alders- og kønsfordeling, at det ikke er nødvendigt at tage disse faktorer i betragtning.

Bolig, uddannelse og erhverv

I bygderne bor 85% af interviewpersonerne i mellemstore boliger (2-4 værelser) og kun 4% i store boliger (5+ værelser), mens 79% i byerne bor i mellemstore boliger og 12% i store boliger. Forskellen betyder, at der i bygderne bor flere personer i samme bolig end i byerne. Blandt bygdebefolkningen bor 39% 2 eller flere personer pr. rum, mens dette kun gælder for 13% af bybefolkningen. 75% af de interviewede i bygderne oplyser, at deres bolig er opvarmet med olieamin, og de fleste må selv hente vand ved et tæppested eller lignende hele året (85%). I byerne er de fleste boliger opvarmet med centralvarme (76%). I byerne er halv-

delen af interviewpersonerne i alle typer af boliger generet af fugt, træk eller kulde i boligen, mens dette gælder for 62% af befolkningen i bygderne.

Befolkningen i byer i Østgrønland taler næsten lige så godt dansk som befolkningen i byer i Vestgrønland (excl. Nuuk), mens kun en lille del af befolkningen i bygder i Østgrønland taler dansk (tabel 10.1). Også med hensyn til skoleuddannelse ligner befolkningen i byer i Østgrønland befolkningen i byer i Vestgrønland, idet 54% i vestgrønlandske byer og 53% i østgrønlandske byer er fortsat i 9.-12. klasse eller gymnasiet. Befolkningen i østgrønlandske bygder er derimod ikke så ofte som befolkningen i vestgrønlandske bygder fortsat efter 8. klasse (38% i vestgrønlandske bygder og 27% i østgrønlandske).

Tabel 10.1 Andel af befolkningen i byer og bygder i Vest- og Østgrønland, der taler dansk uden besvær, nogenlunde, vanskeligt eller slet ikke. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N = 1297, uoplyst = 41.

	Antal	Taler dansk			
		Uden besvær %	Nogenlunde %	Vanskeligt %	Slet ikke %
Byer:					
Vestgrønland (excl. Nuuk)	870	35,6	30,8	21,8	11,7
Østgrønland	57	35,1	15,8	28,1	21,1
Bygder:					
Vestgrønland	267	10,9	15,7	37,5	36,0
Østgrønland	62	8,1	9,7	21,0	61,3

56% af befolkningen i byerne har gået mere end 8 år i skole imod kun 35% af befolkningen i bygderne. I byerne har flere erhvervsuddannelse end i bygderne. I byer i Vestgrønland (excl. Nuuk) har 41% en erhvervsuddannelse, mens dette gælder for henholdsvis 24% og 21% i sydvestlige og nordvestlige bygder og for blot 11% i bygder i Østgrønland. Det er dog vigtigt at bemærke, at tallene omhandler personer, der på interviewtidspunktet boede i by og bygd. Materialet kan ikke vise, hvor mange fra bygder, der vælger at tage uddannelse og efterfølgende bliver i byen af hensyn til erhvervs muligheder mv. (jf. diskussionen om kvindeunderskud i bygderne).

Forskelle i erhvervs mønster er en af de mest afgørende forskelle mellem by og bygd og har på mange områder betydning for befolkningens levevilkår og livsstil.

Den største forskel er, at der er væsentlig flere fangere/fiskere i bygderne, men der er stor forskel mellem bygderne indbyrdes (tabel 10.2). Hvor bygder i Syd- og Midtgrønland mere ligner byerne, er bygderne i Nordvestgrønland og Østgrønland karakteriseret ved en stor andel fangere/fiskere, relativt få lønarbejdere og mange kvinder uden for erhverv.

Tabel 10.2 Erhvervsfordeling i grønlandske byer og bygder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere 18-59 år. N = 1120, uoplyst = 74.

	Antal	Fangere/fiskere		Lønarbejdere		Uden for erhverv	
		Mænd %	Kvinder %	Mænd %	Kvinder %	Mænd %	Kvinder %
Byer:							
Vestgrønland (excl. Nuuk)	736	16,3	0,5	65,4	70,8	18,4	28,7
Østgrønland	49	9,5	-	66,7	71,4	23,8	28,6
Bygder:							
Syd- og Midtgrønland	79	19,4	2,3	58,3	76,7	22,2	20,9
Diskobugt og Nordvestgrønland	131	50,0	1,4	38,7	58,0	11,3	40,6
Østgrønland	51	28,0	-	36,0	38,5	36,0	61,5

Udvalgte livsstilsparametre

Der er forskel på, hvor ofte befolkningen i bygder og i byer spiser grønlandsk mad. I bygderne spiser befolkningen således oftere grønlandsk mad end befolkningen i byerne (henholdsvis 43 gange om måneden i bygderne og 26 gange om måneden i byerne). Især i bygderne i Nordvestgrønland spises der ofte grønlandsk mad (50 gange om måneden). Der er dog ikke kun forskel på, hvad der spises i by og bygd, men også på hvornår man spiser. I byerne spiser befolkningen oftere end befolkningen i bygder til faste spisetider; 45% i byerne spiser som regel til faste spisetider, mens dette gælder for 25% i bygderne.

Bygdebefolkningen går oftere i kirke end befolkningen i byer; 23% af bygdebefolkningen har inden for det seneste år været i kirke ca. en gang om måneden, og 25% har været i kirke hver uge. Blandt bybefolkningen har kun 11% været i kirke en gang om måneden og lige så mange hver uge. Befolkningen i bygder i Østgrønland går oftere i kirke end bygdebefolkningen i Nordvestgrønland, som igen

går oftere i kirke end bygdebefolkningen i Sydvestgrønland (henholdsvis 44%, 24% og 15% går i kirke hver uge).

Befolkningen i bygder besøger oftere end befolkningen i byer andre byer eller bygder i Grønland, mens befolkningen i byer oftere rejser uden for Grønland.

Bortset fra at der er flere i bygderne, der går regelmæssigt på fangst og fiskeri, er der ingen bemærkelsesværdige forskelle mellem, hvor ofte befolkningen i byer og bygder dyrker motion. Der er heller ikke forskel på arten af motion; lige mange dyrker sport og lige mange bruger deres fritid på at læse, se fjernsyn eller anden stillesiddende beskæftigelse. Ligeledes er der lige mange fra byer og bygder, der ryger (80% i by og bygd), og lige mange der er rusdrikkere (20% og 22%) eller storforbrugere af alkohol (17% og 14%). Der er også en lige stor andel af befolkningen i by og i bygd, der mener, at egen indsats er meget vigtig for at bevare et godt helbred (83% og 79%).

Sammenfatning

Byer og bygder er forskellige med hensyn til boligforhold, befolkningens uddannelse og erhvervsmønsteret, men der er også store forskelle bygderne imellem. Bygder i Syd- og Midtgrønland minder på mange områder mere om byerne end om bygderne i Diskobugtområdet, Nord- og Østgrønland. Bygdebefolkningen lever generelt mere traditionelt grønlandsk end bybefolkningen, men med hensyn til f.eks. forbrug af alkohol og tobak er der ingen forskel.

11. Helbredsforskelle mellem by og bygd

I det foregående kapitel er beskrevet, hvorledes bygderne på mange områder, der har betydning for sundhed og sygdom, adskiller sig fra byerne. I dette kapitel sammenlignes selvvrurderet helbred og sygelighed mellem byer og bygder og i et vist omfang også mellem forskellige bygdetyper og mellem Vest- og Østgrønland. Analyserne gælder kun den grønlandske del af befolkningen, og som i resten af rapporten er hele Avanersuaq medtaget blandt bygderne.

Tabel 11.1 viser, at der umiddelbart er betydelige forskelle mellem helbredsforholdene i byer og bygder. Mere end halvanden gange så mange i bygderne som i byerne vurderer deres helbred som kun "nogenlunde", "dårligt" eller "meget dårligt". Der er også flere i bygderne, der er funktionsbegrænset med hensyn til læsesyn, hørelse og/eller tyggefunktion, og som har en langvarig sygdom. For nylig sygdom og "listegener" er der derimod ingen forskel mellem byer og bygder. De beskrevne forskelle er statistisk sikre også efter kontrol for forskelle med hensyn til alder og køn.

Tabel 11.1 Selvvrurderet helbred, symptomer og sygdom i grønlandske byer og bygder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N = 1580, uoplyst varierende (10-73).

	Byer %	Bygder %	Relativ risiko bygd:by	p ¹⁾
Selvvrurderet helbred nogenlunde/dårligt/meget dårligt	20,0	31,7	1,6	<0,0000
Funktionsbegrænset (læsesyn, hørelse, tyggefunktion)	29,4	39,8	1,4	0,0001
Har langvarig sygdom	36,3	48,0	1,3	0,0001
Aktivitetsbegrænset seneste 14 dage	17,8	18,1	1,0	0,48
Generet af smerter eller ubehag	76,8	77,4	1,0	0,42

¹⁾ Logistisk regressionsanalyse med kontrol for alder, køn og interviewers køn.

Bygderne kan inddeles i grupper på forskellig måde. I denne rapport er hidtil brugt en geografisk inddeling i bygder på den sydlige og centrale del af vestkysten, bygder på den nordlige del af vestkysten og østgrønlandske bygder. I Sektorplan for bygdernes udvikling (Direktoratet for Bygder, Yderdistrikter og Landbrug 1989) blev der brugt en erhvervsøkonomisk inddeling, hvorefter bygderne blev inddelt i fire typer, som har navn efter hver sin referencebygd. *Atammik* har fiskeri som bærende erhverv, og fiskeriet er godt, men produktionsfaciliteterne er meget lidt udbygget. I *Saattut* er sælfangst oprindeligt bærende erhverv, men det har i de senere år fået hård konkurrence af fiskeri, som potentielt kan udbygges. *Isortoq* er en decideret fangerbygd, og den eneste indtægtsgivende produktion er indhandling af sælskind. *Egalugaarsuit* er en decideret fiskerbygd og er produktionsmæssigt velfunderet hvad fysiske faciliteter og råvarer angår.

Tabel 11.2 viser befolkningens selvvrurderede helbred i disse kategorier af bygder og andelen af de udspurgte, der angiver at have en langvarig sygdom. Den geografiske inddeling er den inddeling, der viser størst sammenhæng med de anvendte helbredsmål; der er markant flere i de østgrønlandske end i de vestgrønlandske bygder, der vurderer deres helbred som dårligt, og forskellen er statistisk sikker. For forekomsten af langvarig sygdom er der også forskelle mellem bygderne, men mindre udtalt. De små forskelle, der for både selvvrurderet helbred og langvarig sygdom ses mellem sektorplanens bygdetyper, er ikke statistisk sikre.

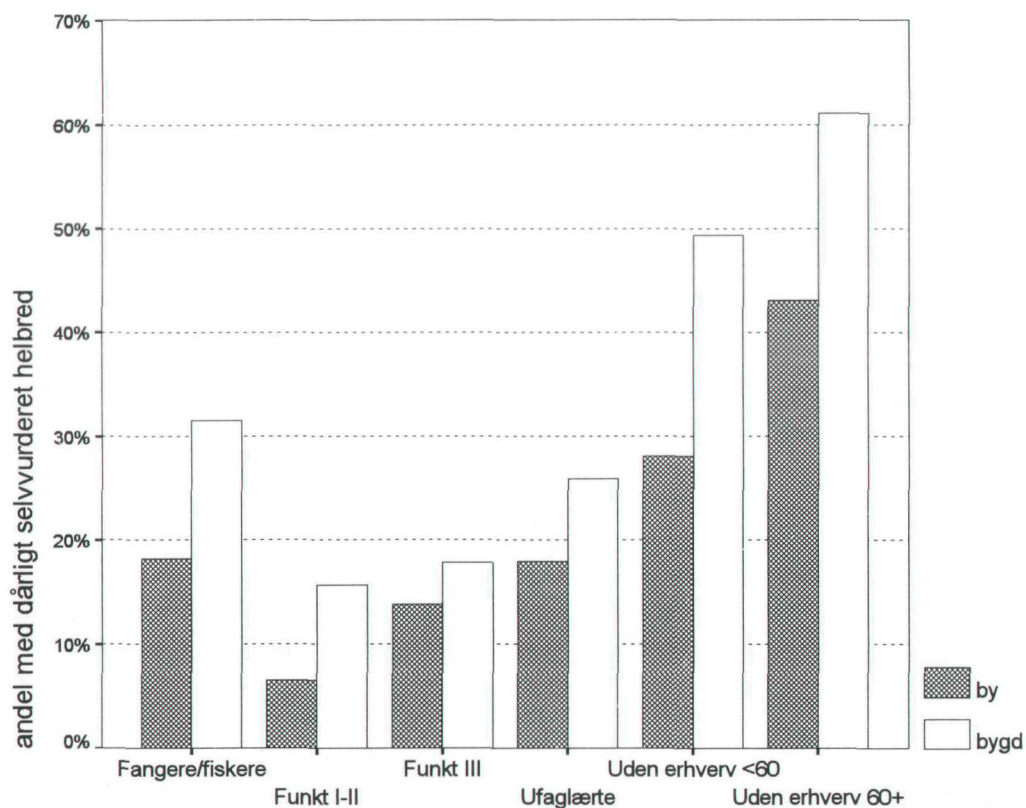
Tabel 11.2 Selvvrurderet helbred og forekomst af langvarig sygdom i forskellige kategorier af bygder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.

	Antal	Selvvrurderet helbred nogenlunde/dårligt/meget dårligt %	Har langvarig sygdom %
Geografisk inddeling			
Sydvestgrønland	106	31,1	42,7
Nordvestgrønland	169	27,7	47,5
Østgrønland	62	44,3	52,5
		p=0,01 ¹⁾	p=0,08 ¹⁾
Inddeling jf. Sektorplan for bygder			
Atammik-type	51	27,5	50,0
Saattut-type	116	28,9	49,1
Isortoq-type	67	35,4	50,0
Egalugaarsuit-type	101	31,7	43,5
		p=0,67 ¹⁾	p=0,59 ¹⁾
Byer	1218	20,0	36,3

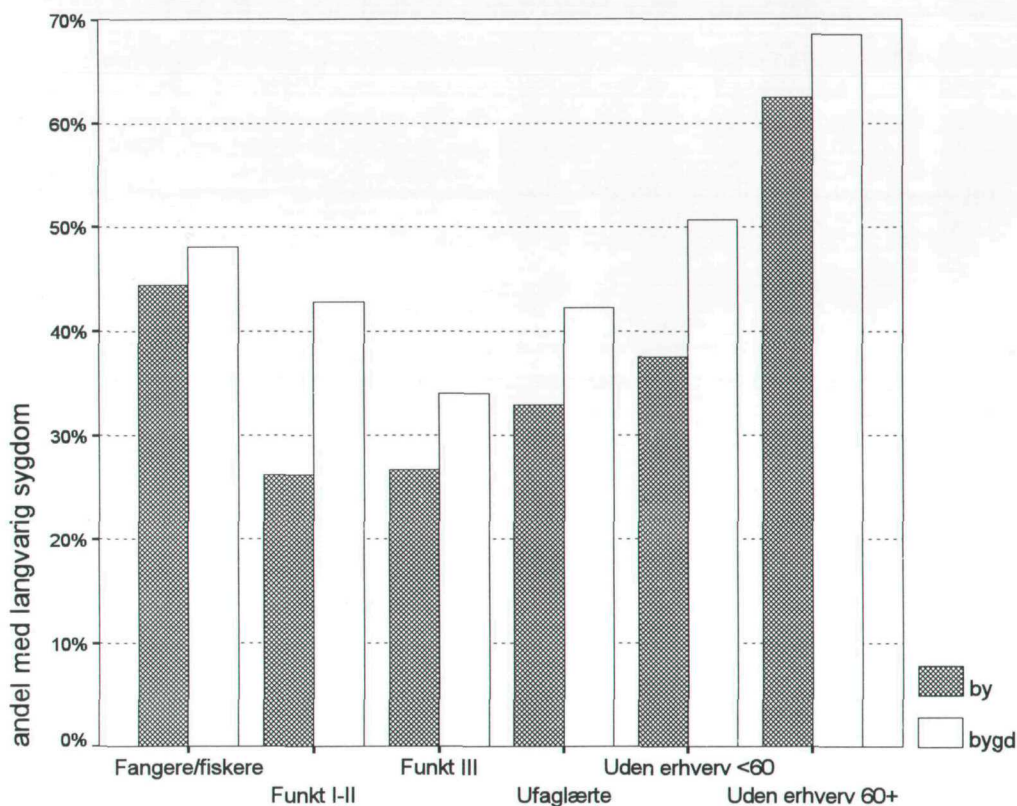
¹⁾ Sammenligning af bygdetyper. Logistisk regressionsanalyse med kontrol for alder, køn og interviewers køn.

I kapitel 8 blev det beskrevet, hvorledes selvvalueret helbred er forskellig i erhvervsgrupperne, og da der er udtalte forskelle i erhvervsmonsteret mellem byer og bygder, er det tænkeligt, at forskellene i helbred mellem by og bygd skyldes, at der er flere fangere/fiskere og færre funktionærer I-II i bygderne end i byerne. Figur 11.1 og 11.2 viser, at erhvervsmonsteret ikke kan forklare helbredsforskellene mellem by og bygd, idet der inden for alle erhverv er dårligst selvvalueret helbred i bygderne. Også efter kontrol for køn og alder er effekten af både erhverv og bopæl statistisk sikker. Der må altså søges yderligere forklaringer på helbreds-forskellene mellem by og bygd.

Figur 11.1 Andel af befolkningen i byer og bygder, der vurderer deres helbred som kun nogenlunde, dårligt eller meget dårligt fordelt på erhvervsgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.



Figur 11.2 Andel af befolkningen i byer og bygder med langvarig sygdom fordelt efter erhverv. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere.



Det vil være nærliggende at lede efter årsagerne til de dårligere helbredsforhold i bygderne inden for tre områder: materielle forhold, sundhedsvæsen og livsform. De materielle forhold, herunder erhvervsmønstre og boligforhold, adskiller markant levevilkårene i by og bygd. De økonomiske forhold og boligstandarden er generelt dårligere i bygderne end i byerne, infrastrukturen er mindre udbygget, og vareudbuddet er begrænset. Endvidere må det understreges, at erhvervsgrupperingen er et groft mål for socioøkonomisk gruppe, og levevilkårene for en fanger, en funktionær eller en ufaglært kan meget vel være helt anderledes i en bygd end i en by.

Et andet forhold, der adskiller tilværelsen i byer og bygder, er, at sundhedsvæsenet er mindre udbygget i bygderne end i byerne. Der er ingen bygder med fast læge eller tandlæge, og for mange bygdeboere er adgangen til lægehjælp særdeles vanskelig. Når dette er sagt, må det dog påpeges, at det ikke er sandsynligt, at

dette forhold har nogen særlig stor indflydelse på hverken selvvurderet helbred eller forekomsten af langvarig sygdom.

Endelig adskiller befolkningen i bygderne og byerne sig fra hinanden med hensyn til opvækst, uddannelse og kulturel baggrund. Flere mennesker i bygderne er vokset op i fangersamfund, og færre har fået en uddannelse eller været udsat for påvirkninger fra europæisk (dansk) kultur. Hverdagslivet er præget af fangerlivsformen, familierne er større, og kosten består overvejende af traditionel, grønlandsk mad. Der er dog også mange lighedspunkter mellem livet i byer og bygder. F.eks. er alkoholvanerne og forbruget af tobak ens i byer og bygder.

I teorien påvirker alle de beskrevne forhold hver for sig helbredet, men i praksis kan påvirkningerne ikke adskilles. Hvis man f.eks. vil undersøge, hvilken indflydelse sundhedsvæsenet og levevilkårene hver for sig har på helbredet, kan man forestille sig at tilrettelægge en epidemiologisk undersøgelse, hvor helbredsforholdene sammenlignes i bygder med og uden sygehus. Det kan bare ikke lade sig gøre, da der ikke findes bygder med sygehus. På samme måde vanskeliggøres en undersøgelse af den relative betydning for sundheden af på den ene side fangerlivsformen og på den anden side uddannelse og økonomiske forhold, fordi de fleste fangere samtidig har kort skoleuddannelse og lav indtægt. Det er endvidere vigtigt at tage i betragtning, at der er stor forskel med hensyn til både levevilkår og helbred mellem forskellige bygder. Bygderne på den sydlige og midterste del af vestkysten ligner således på mange områder mere byerne i samme område end de øvrige bygder.

Det vil i et vist omfang være muligt at analysere sådanne mere komplicerede problemstillinger med udgangspunkt i sundhedsprofilens datamateriale ved at anvende passende statistiske metoder. For øjeblikket må vi dog nøjes med at konstatere, at sundhedstilstanden på flere områder er dårligere for en befolkningsgruppe - der samtidig er karakteriseret ved bopæl i en bygd, dårlige materielle kår, dårlig adgang til læge og sygehus samt en mere traditionel grønlandsk livsform - end for en befolkningsgruppe, der er karakteriseret ved bedre materielle kår, bopæl i en by (med sygehus) og en mere blandet grønlandsk/dansk livsform (tabel 11.3).

Tabel 11.3 Helbred, levevilkår og livsstilmæssige karakteristika for befolkningen i byer og bygder i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94 og andre kilder. Kun grønlandere.

Bopæl i byer	Bopæl i bygder
20% synes eget helbred er dårligt 29% er funktionsbegrænset 36% har langvarig sygdom	32% synes eget helbred er dårligt 40% er funktionsbegrænset 48% har langvarig sygdom
Spædbarnsdødelighed 22 pr. 1000 ¹⁾ Lav dødelighed af ulykker ²⁾ Høj dødelighed af selvmord ²⁾	Spædbarnsdødelighed 30 pr. 1000 Høj dødelighed af ulykker Lav dødelighed af selvmord
17% af erhvervsaktive mænd er fan- gere/fiskere	44% af erhvervsaktive mænd er fan- gere/fiskere
13% bor 2 eller flere personer pr. rum 10% bor i udvidede familier	39% bor 2 eller flere personer pr. rum 24% bor i udvidede familier
Kort til læge og sygehus	Langt til læge og sygehus
27% er vokset op i en bygd 4% spiser sælkød hver dag 43% har en erhvervsuddannelse 68% taler dansk	86% er vokset op i en bygd 28% spiser sælkød hver dag 21% har en erhvervsuddannelse 26% taler dansk
56% berørt af alkoholproblemer 80% er rygere	54% berørt af alkoholproblemer 80% er rygere

¹⁾ 1985-93. Hele befolkningen.

²⁾ Bjerregaard 1990.

Sammenfatning

Befolkningen i bygderne vurderer oftere deres helbred som dårligt, er oftere funktionsbegrænset og har oftere en langvarig sygdom end befolkningen i byerne også efter kontrol for forskelle i alder og køn. Der er flere i østgrønlandske end i vestgrønlandske bygder, der vurderer deres helbred som dårligt, men ingen sikre geografiske forskelle for langvarig sygdom. Helbredsforskellene mellem by og bygd genfindes inden for alle erhvervsgrupper. Der er talrige forskelle i levevilkår mellem byer og bygder, og det kan indtil videre kun konstateres, at sundhedstilstanden er dårligere i bygdebefolkningen, der samtidig har dårlige materielle forhold, dårlig adgang til læge og sygehus og en mere traditionel, grønlandsk livsform, end i bybefolkningen.

12. Nogle udfordringer for forskning og sundhedspolitik i Grønland

Den grønlandske sundhedsprofil kan give svar på mange grønlandsmedicinske spørgsmål specielt inden for det samfundsmedicinske område. Den planlagte rapportserie vil først og fremmest være beskrivende og vil blandt andet tjene det formål at informere andre forskere om materialets indhold og omfang, således at det kan udnyttes i større omfang, end det er muligt for den oprindelige forskergruppe.

Det er planlagt inden for en overskuelig fremtid at udgive fire rapporter, der på samme niveau som denne rapport beskriver resultaterne vedrørende sundhedsvæsenet, somatisk (legemligt) helbred, psykisk helbred, børn og vold. Den gennemgang af materialet, som rapportserien repræsenterer, forventes at danne udgangspunkt for mere dybtgående analyser af det indsamlede materiale og at inspirere til nye undersøgelser af områder, der har vist sig at være interessante fra et forskningsmæssigt eller praktisk synspunkt. Det er desuden forfatterernes håb, at resultaterne kan yde et bidrag til formuleringen af en grønlandsk sundhedspolitik.

Forskning

Der har under arbejdet med rapporten om levevilkår, livsstil og helbred været talrige emner, som forskergruppen har fået lyst til at undersøge nærmere, enten ved dyberegående analyser af det indsamlede materiale eller som helt nye projekter. Blandt disse mange emner er der fire, hvor en konkret projektplanlægning er påbegyndt.

Selv vurderet helbred

Det har været påfaldende, at en stor del af de interviewede, på trods af at de har en langvarig sygdom, alligevel har vurderet deres helbred som "godt" eller "virkelig godt". Disse "helbredsoptimister" findes med forskellig hyppighed blandt mænd og kvinder, i forskellige aldersklasser og i forskellige befolkningsgrupper. Også interviewerens køn påvirker forekomsten. En nærmere analyse af det indsamlede materiale, hvor f.eks. arten af langvarig sygdom inddrages, kan belyse

problemstillingen. Endvidere planlægges det at indsamle et nyt, kvalitativt materiale med inddragelse af de interviewedes begrundelse for at svare, som de gør.

Selvurderet helbred har i mange undersøgelser vist sig at være en god indikator for senere dødelighed, og denne problemstilling vil blive belyst ved en opfølgende analyse af dødeligheden blandt de interviewede. Denne undersøgelse, som først planlægges gennemført om ca. 10 år, vil inddrage en lang række helbreds-, levevilkårs- og livsstilsvariable som mulige forklaringer på dødelighed. Den vil endvidere kunne vise, om dødeligheden er forskellig blandt de interviewede og de ikke-interviewede i stikprøven og vil dermed kunne bekræfte eller afkræfte antagelsen om, at de interviewede er repræsentative for stikprøven.

Risikoopfattelse og kultur

Den grundlæggende hypotese for dette projekt er, at den udtalte forskel i dødelighed af ulykker mellem Grønland og Danmark skyldes en større accept af risiko i Grønland. Problemstillingen kan udstrækkes til også at gælde andre helbredsforhold, som rummer et aspekt af risikobetonet adfærd, f.eks. tobaksrygning, rusdrikkeri og uønsket graviditet. Projektet inddrager både den sociokulturelle og den psykologiske tradition for studiet af risiko. Efter en teoriorienteret fase vil i første omgang sundhedsprofilens materiale blive analyseret for risikoparametre, bl.a. manglende brug af redningsvest og nødudstyr. Herefter vil der blive indsamlet et nyt, empirisk materiale sandsynligvis ved hjælp af et spørgeskema.

Social stratifikation for analyser af helbred i Grønland

I de hidtidige analyser af sundhedsprofilen er der anvendt en række forskellige inddelinger af befolkningen, f.eks. efter bopæl, etnicitet og erhvervsgruppe. Inddelingen i erhvervsgruppe er modificeret efter Socialforskningsinstituttets danske gruppering som et første forsøg på at skabe en brugbar socialgruppeinddeling for Grønland. Da erhvervsstrukturen i Grønland er forskellig fra den danske, specielt på grund af fangererhvervet, og da tidligere studier af grønlandsk samfund og kultur har vist, at erhverv kun er én blandt flere indikatorer for en persons position i samfundet, er det nødvendigt at gennemføre grundlæggende sociologiske analyser for at konstruere en socialgruppeinddeling, der fremover kan bruges i sundhedsforskningen.

Grønlandsk kost

Sundhedsprofilen har vist, at traditionelle, grønlandske fødeemner udgør en betydelig del af kosten i alle befolkningsgrupper i Grønland (bortset fra danskerne). Sæl og hval er interessante som kost, fordi de dels indeholder potentielt gavnlige n-3 fedtsyrer, dels har et højt indhold af potentielt sundhedsskadelige, forurenende stoffer (tungmetaller, pesticider, PCB). For nærmere at belyse befolkningens brug af traditionelle fødemidler og udsættelse for de forurenende stoffer er der startet en kostundersøgelse i Diskobugt området. En stikprøve af befolkningen interviewes om deres kostvaner med hensyn til grønlandsk kost, og blodprøver undersøges for tungmetaller, selen, fedtsyrer og andet. Et af formålene med undersøgelsen er at sammenligne flere forskellige metoder til vurdering af befolkningens belastning med miljøforurenende stoffer gennem kosten.

Sundhedspolitik

Den foreliggende rapport handler kun i begrænset omfang om sundhedsvæsenet, der traditionelt er sundhedspolitikens kerneområde. Der er derimod præsenteret resultater, f.eks. vedrørende brug af tobak, alkohol og hash, som har værdi for den forebyggende sundhedspolitik. Sundhedsvæsenets behandlende rolle er synlig i dagligdagen og diskuteres ofte i medierne. Det er indlysende, at behandling af sygdom er nødvendig, forbedrer mange menneskers livskvalitet og i en del ofte spektakulære tilfælde redder liv. Det er desværre knap så tydeligt, at det er den forebyggende indsats, der på langt sigt har den største betydning for befolkningens sundhedstilstand. Behandling er vanskelig, men ofte effektiv. Forebyggelse er endnu vanskeligere, og effektiviteten er som regel svær at måle. Det er i sundhedsprofilen vist, at brug af tobak, alkohol og hash samt problemer i relation til alkohol er meget udbredt i befolkningen, og det er forfatterens håb, at forebyggelsen på disse og andre områder vil blive prioriteret mindst lige så højt i de kommende år som hidtil.

Nogle meget væsentlige resultater, som bør indgå i strategiske overvejelser på sundhedsområdet, er de betydelige uligheder i sundhed, som er påvist mellem byer og bygder, mellem Vestgrønland og Østgrønland og mellem erhvervsgrupperne. Såfremt det er den politiske hensigt at skabe sundhedsmæssig lighed mellem befolkningsgrupperne, må de eksisterende uligheder tages i betragtning både i udformningen af sundhedsvæsenet og ved tilrettelæggelsen af forebyggelse, men

i mindst lige så stort omfang i andre sektorer som f.eks. erhvervssektoren, boligsektoren og uddannelsessektoren, der alle har grundlæggende betydning for folkesundheden.

Sammenfatning

Sundhedsprofilen har inspireret til flere dyberegående analyser af materialet og til nye forskningsprojekter, herunder studier af selvvurderet helbred, risikoopfattelse og kultur, social stratifikation samt grønlandsk kost. Resultaterne i rapporten kan anvendes i arbejdet med en forebyggende sundhedspolitik for Grønland.

Litteratur

Andersen O. Dødelighed og erhverv 1970-80. *Statistiske Undersøgelser* 1985;41.

Asplund J. Tid, rum, individ och kollektiv. Stockholm: Liber Förlag, 1983.

Basu AM. Household influences on childhood mortality: Evidence from historical and recent mortality trends. *Social Biology* 1987;34:187-205.

Beattie A. Knowledge and control in health promotion. I: Gabe J, Calnan M, Bury M, eds. *The Sociology and the Health Service*. London: Routledge, 1991:162-202.

Benedict R. *Patterns of Culture*. 1934. Dansk udgave: *Kulturmønstre*. Danmark: Fremad, 1968.

Birket-Smith K. *Kulturens veje I-III*. København: Politikens Forlag, 1966 (original 1941-42).

Bjerregaard P, Bjerregaard B. Disease pattern in Upernavik in relation to housing conditions and social group. *Meddelelser om Grønland, Man & Society*, 1985;8:1-18.

Bjerregaard P, Dyerberg J. Mortality from ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in Greenland. *International Journal of Epidemiology* 1988;17:514-519.

Bjerregaard P. Geographic variation of mortality in Greenland. *Arctic Medical Research* 1990;49:16-24.

Bjerregaard P, Juel K. Avoidable deaths in Greenland 1968-1985: Variations by region and period. *Arctic Medical Research* 1990;49:119-127.

Bjerregaard P. Disease pattern in Greenland: Studies on morbidity in Upernavik 1979-1980 and mortality in Greenland 1968-1985. *Arctic Medical Research* 1991;50,(suppl 4):1-62.

Bjerregaard P, Misfeldt J. Infant mortality in Greenland: Secular trend and regional variation. *Arctic Medical Research* 1992;51:126-135.

Bjerregaard P. Samfundsmæssige og sociale forhold, middellevetid og dødelighed. En litteraturgennemgang. 6. delrapport fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. København: Sundhedsministeriet, 1994.

Caldwell JC. Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review* 1986;12:171-220.

Danmarks Statistik. Statistisk årbog 1993. 97. årgang. København: Danmarks Statistik, 1993.

Dewailly É, Hansen JC, Pedersen HS, Mulvad G, Ayotte P, Weber JP et al. Concentration of PCBs in various tissues from autopsies in Greenland. *Organohalogen Compounds* 1995;26:175-180.

Direktoratet for Bygder, Yderdistrikter og Landbrug. Sektorplan for bygdernes udvikling. Nuuk: Pilersuiffik, 1989.

Dybbroe S. Participation and control. *Folk*, 1988;30:111-132.

Egede I. Inuit foods and Inuit health: Contaminants in perspective. Upubliceret foredragsmanuskript. Nuuk, 1995.

Elsass P. Sundhedspsykologi. København: Nordisk Forlag, 1992.

Gammeltoft T, Poulsen J. Når sundhed skabes - sundhed og livsstil blandt yngre kvinder. København: Københavns Universitet, 1992.

Goldberg D, Williams P. A user's guide to the general health questionnaire. Windsor: NFER-NELSON, 1988.

Grønlands Statistiske Kontor. Tal om Grønlands bygder. Nuuk, 1992.

Grønlands Statistiske Kontor. Ledigheden i 1992. *Arbejdsmarked* 1993:2.

Grønlands Statistiske Kontor. Grønlands befolkning 1994. *Befolkning* 1994a:1.

Grønlands Statistiske Kontor. Statistisk årbog 1994. Nuuk: GSK/Atuakkiorfik, 1994b.

Grønlands Statistik. Levevilkår i Grønland. Rapport fra undersøgelse af befolkningens økonomiske og materielle levevilkår, foråret 1994. Nuuk: Grønlands Statistik, 1995.

Hansen JC. Exposure to heavy metals (Hg, Se, Cd & Pb) in Greenlanders. A review of an arctic environmental study. [Disp.]. Århus, 1988.

Hansen JC, Pedersen HS, Mulvad G. Fatty acids and antioxidants in the Inuit diet. Their role in ischemic heart disease (IHD) and possible interactions with other dietary factors. A review. *Arctic Medical Research* 1994;53:4-17.

Hastrup K, Ovesen J. *Etnografisk grundbog*. København: Gyldendal, 1985.

Helman CG. *Culture, health and illness*. London: Wright, 1990.

Helms P. Changes in disease and food patterns in Angmagssalik 1949-1979. I: Harvald B, Hansen JPH, eds. *Circumpolar Health* 81. *Nordic Council for Arctic Medical Research Reports* 1982;33:243-251.

Holstein BE. *Sundhedsadfærd*. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G. *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard, 1986.

Idler EL. Self-assessed health and mortality: A review of studies. *International Review of Health Psychology* 1992;1:33-54.

Ingerslev O, Madsen M, Andersen O. *Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark*. 3. delrapport fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. København: Sundhedsministeriet, 1994.

Jetté M, ed. *A health profile of the Inuit*. Montréal: Santé Québec, 1994.

Klausen H, Gregersen P, Iversen L, eds. *Pas på arbejdsmiljøet!* København: Hans Reitzels Forlag, 1990.

Kleivan H. *Greenland Eskimo: Introduction*. I: Damas D, ed. *Handbook of North American Indians*, vol. 5. Arctic. Washington: Smithsonian, 1984a:522-527.

Kleivan I. *West Greenland before 1950*. I: Damas D, ed. *Handbook of North American Indians*, vol. 5. Arctic. Washington: Smithsonian, 1984b:595-621.

Langgaard P. Modernization and traditional interpersonal relations in a small Greenlandic community. *Arctic Anthropology* 1986;23:297-314.

Larsen FB. For meget af en god ting - dansk i Grønland. *Politica* 1992;24:374-392.

Larsen SE. Grønlands moderne dilemma. *Stofskifte* 1989;19:43-54.

Lennert LS. Kvinder i Grønland - sammen og hver for sig. Nuuk: Atuakkiorfik, 1991.

Lynge A. Ernæringspolitik for Grønland. Forelæggelsesnotat til Grønlands Lands-ting, februar 1986.

Moffatt MEK, O'Neil J, Young TK. Keewatin Health Status Assessment Study. Winnipeg: The Northern Health Research Unit, University of Manitoba, 1992.

Nooter G. Traditionelt lederskab og grønlandsk selvforvaltning. *Tidsskriftet Grønland* 1978;26:249-262.

Osler M. Livsstil og forebyggelse. København: FADL's Forlag, 1994.

Pedersen JM. Skoleelevers brug af rusmidler i Grønland. *Ugeskrift for Læger* 1992;154:2427-2431.

Pedersen JM. Skoleelevers brug af rusmidler i Grønland 1992. *Ugeskrift for Læger* 1994;156:4036-4038.

Pedersen HS, Mulvad G, Jul E, Newman WP. Sparsomme patologiske fund i Grønland ved histopatologiske undersøgelser af lever på trods af et stort alkoholforbrug og høj rate af hepatitis B virus smittede. I: Kern P, Bjerregaard P, eds. *Nuna Med '94 - en grønlandsmedicinsk konference*. Nuuk: Grønlands Lægekredsförening og Grønlandsmedicinsk Selskab, 1995:179-181.

Pernanen K. Validity of survey data on alcohol use. I: Gibbins et al, eds. *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: John Wiley and Sons, 1974:355-374.

Persson I. Anthropological investigations of the population of Greenland. *Meddelelser om Grønland* 1970;180(1):1-80.

Petersen PE. Sundheds- og sygdomsadfærd. Begreber og teorier i sundheds-sociologien. Tandlægebladet 1985;89:451-458.

Petersen R. The role of research in the construction of Greenlandic identity. North Atlantic Studies 1991;1:17-22.

Petersen R. Samfund uden overhoveder og dem med. I: Grønlandsk kultur- og samfundsforskning 93. Nuuk: Ilisimatusafik/Atuakkiortfik, 1993.

Prener A, Nielsen NH, Storm HH, Hansen JPH, Jensen OM. Cancer in Greenland 1953-1985. Acta Pathologica Microbiologica Immunologica Scandinavica 1991;99:suppl. 20.

Preston SH. Resources, knowledge and child mortality: A comparison of the US in the late nineteenth century and developing countries today. I: Caldwell JC, Santow G, eds. Selected readings in the cultural, social and behavioural determinants of health. Health Transition Series No. 1. Canberra: Australian National University, 1989:66-78.

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

Rasmussen NK, Groth MV, Bredkjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen F. Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. København: DIKE, 1988.

Sundhedsforvaltningens årsberetning 1985. Sundhedstilstanden i Grønland. Nuuk, 1987.

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

Thuesen S. Fremad, opad. København: Rhodos, 1988.

Wein EE, Freeman MMR. Inuvialuit food use and food preferences in Aklavik, Northwest Territories, Canada. Arctic Medical Research 1992;51:159-172.

Weinstein ND. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. Journal of Behavioral Medicine 1987;10:481-500.

Weinstein ND. Why it won't happen to me: Perception of risk factors and susceptibility. *Health Psychology* 1984;3:431-457.

Wiborg A. Lokalsamfundet i utkanten: startsted, mellomstasjon eller endestopp. Unge kvinders tilpasninger i distrikterne. Arbejdsforskningsinstituttet 4/90, Oslo 1990.

Young TK, Moffatt MEK, O'Neil JD. Cardiovascular diseases in a Canadian arctic population. *American Journal of Public Health* 1993;83:881-887

Young TK. The health of native Americans. New York: Oxford University Press 1994.

Bilagstabeller

For at rapporten kan fungere som referencemateriale, er det besluttet, at en række af de mest centrale variable i relevant omfang konsekvent afrapporteres efter alder, køn, bopæl (geografisk region) og befolkningsgruppe (grønlandere/danskere). Den grønlandske befolkning består af både grønlandere og danskere, men de detaljerede tabeller opdelt efter køn, alder og region er kun bragt for grønlandere. Dette betyder ikke, at vi mener, at danskere ikke er fuldgældige medlemmer af det grønlandske samfund. Det er valgt, fordi danskere for en lang række levevilkårs- mæssige og helbredsmæssige forhold adskiller sig væsentligt fra grønlandere, og fordi forskelle i levevilkår eller helbred mellem f.eks. aldersgrupper derfor i et vist omfang blot ville afspejle andelen af danskere i aldersgruppen. Samtidig er antallet af danskere i undersøgelsen så lille, at det ikke forekommer relevant at bringe tabeller opdelt på køn, alder og bopæl separat for danskere.

Da det ville mindske læsevenligheden af rapporten betydeligt, såfremt alle disse tabeller blev placeret i teksten, er hovedparten anbragt i et bilag. Oversigten på næste side viser de variable, der indgår i de nævnte tabeller, og hvor tabellerne findes.

Variabel	Baggrundsvariable	Tabel
<i>Kapitel 3</i>		
Sprogbrug	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.1
Sprogbrug	Geografisk region	B.2
<i>Kapitel 4</i>		
Erhvervsuddannelse	Køn, alder, befolkningsgruppe	4.1
Erhvervsuddannelse	Geografisk region	B.3
Erhvervsgruppe	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.4
Erhvervsgruppe	Geografisk region	4.3
Beboelsestæthed	Geografisk region	4.4
<i>Kapitel 5</i>		
Forbrug af grønlandsk kost	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.5
Forbrug af grønlandsk kost	Geografisk region	B.6
Body Mass Index	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.7
Fysisk aktivitet	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.8
<i>Kapitel 6</i>		
Drickemønster	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.9
Drickemønster	Geografisk region	B.10
Tobaksforbrug	Køn, alder	6.4
Brug af hash	Køn, alder	6.5
<i>Kapitel 8</i>		
Selvurderet helbred	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.11
Selvurderet helbred	Geografisk region	B.12
Selvurderet helbred	Geografisk region (logistisk regressionsanalyse)	B.13
Selvurderet helbred	Erhverv (logistisk regressionsanalyse)	B.14
Tilfredshed med tilværelsen	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.15
Føler sig frisk	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.16
<i>Kapitel 9</i>		
Sygdom seneste 14 dage	Køn, alder, befolkningsgruppe	B.17

Tabel B.1 Grønlandsk og dansk sprogbrug efter køn, alder og befolkningsgruppe.
Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 61.

	Antal	Taler kun grønlandsk %	Taler grønlandsk og nogenlunde dansk %	Taler både grønlandsk og dansk uden besvær %	Taler dansk og nogenlunde grønlandsk %	Taler kun dansk %
Grønlandske mænd						
18-24	94	36,2	31,9	20,2	5,3	6,4
25-34	219	25,1	29,2	40,6	1,4	3,7
35-59	306	39,2	20,9	32,7	1,6	5,6
60+	97	75,3	13,4	5,2	1,0	5,2
I alt	716	39,4	23,9	29,7	2,0	5,0
Danske mænd						
	89	1,1	-	-	5,6	93,3
Grønlandske kvinder						
18-24	122	44,3	33,6	19,7	0,8	1,6
25-34	288	27,4	33,0	37,5	1,0	1,0
35-59	307	48,5	19,2	30,3	1,0	1,0
60+	91	80,2	7,7	11,0	-	1,1
I alt	808	43,9	25,0	29,1	0,9	1,1
Danske kvinder						
	54	-	-	1,9	7,4	90,7
Grønlændere						
	1524	41,8	24,5	29,4	1,4	3,0
Danskere						
	143	0,7	-	0,7	6,3	92,3
Hele befolkningen						
	1667	38,3	22,4	26,9	1,8	10,6

Tabel B.2 Grønlandsk og dansk sprogbrug efter region og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 61.

	Taler kun grønlandsk		Taler grønlandsk og nogenlunde dansk	Taler både grønlandsk og dansk uden besvær	Taler dansk og nogenlunde grønlandsk	Taler kun dansk
	Antal	%	%	%	%	%
Grønlændere:						
Nuuk	256	23,0	19,1	46,1	3,5	8,2
Byer i Syd- og Midtgrønland	442	28,7	32,6	35,1	1,8	1,8
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	417	38,8	28,1	29,3	0,7	3,1
Byer i Østgrønland	57	49,1	15,8	29,8	1,8	3,5
Bygder i Syd- og Midtgrønland	102	68,6	15,7	14,7	-	1,0
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	163	76,1	16,0	8,0	-	-
Bygder i Østgrønland	62	82,3	9,7	8,1	-	-
Avanersuaq	25	64,0	24,0	12,0	-	-
Danskere	143	0,7	-	0,7	6,3	92,3
Hele befolkningen	1667	38,3	22,4	26,9	1,8	10,6

Tabel B.3 Erhvervsuddannelse efter region og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 41.

	Antal	Erhvervsuddannelse			
		Ingen %	Kort %	Mellemlang %	Lang %
Grønlændere:					
Nuuk	253	50,6	31,2	16,6	1,6
Byer i Syd- og Midtgrønland	449	57,7	33,2	8,2	0,9
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	435	60,0	28,7	10,3	0,9
Byer i Østgrønland	57	64,9	26,3	7,0	1,8
Bygder i Syd- og Midtgrønland	102	76,5	18,6	4,9	-
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	159	79,2	15,7	3,8	1,3
Bygder i Østgrønland	62	88,7	9,7	1,6	-
Avanersuaq	25	64,0	28,0	4,0	4,0
Danskere	145	9,7	34,5	33,8	22,1
Hele befolkningen	1687	57,7	28,2	11,3	2,8

Tabel B.4 Erhvervsgruppe efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 116.

		Fangere/ fiskere	Funk- tionærer I-II	Funk- tionærer III	Fag- lærte	Ufag- lærte	Andre	Uden for erhverv
	Antal	%	%	%	%	%	%	%
Grønlandske mænd								
18-24	83	12,0	4,8	3,6	6,0	21,7	12,0	39,8
25-34	202	18,8	11,4	14,9	13,9	15,3	6,4	19,3
35-59	298	20,8	18,5	13,4	6,4	13,1	11,7	16,1
60+	96	5,2	8,3	3,1	-	3,1	2,1	78,1
I alt	679	16,9	13,3	11,2	7,7	13,4	8,8	28,7
Danske mænd								
	91	-	59,3	4,4	14,3	1,1	13,2	7,7
Grønlandske kvinder								
18-24	119	-	5,0	21,0	0,8	27,7	6,7	38,7
25-34	281	-	16,7	26,3	1,4	24,6	4,3	26,7
35-59	297	1,3	19,2	18,2	0,7	27,6	3,7	29,3
60+	93	1,1	2,2	2,2	-	3,2	-	91,4
I alt	790	0,6	14,2	19,6	0,9	23,7	3,9	37,1
Danske kvinder								
	52	-	59,6	28,8	-	1,9	5,8	3,8
Grønlændere								
	1469	8,2	13,8	15,7	4,0	18,9	6,2	33,2
Danskere								
	143	-	59,4	13,3	9,1	1,4	10,5	6,3
Hele befolkningen								
	1612	7,4	17,8	15,5	4,5	17,4	6,6	30,8

Tabel B.5 Forbrug af grønlandsk kost efter køn, alder og befolkningsgruppe. Antal måltider pr. måned. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst 82 (sælkød); 96 (hvalkød); 88 (fisk); 73 (havpattedyr); 68 (i alt).

	Antal måltider pr. måned					
		Sælkød	Hvalkød	Fisk	Havpattedyr ¹⁾	I alt ²⁾
	Antal ³⁾	%	%	%	%	%
Grønlandske mænd						
18-24	98	9,1	2,4	6,5	11,4	23,0
25-34	223	9,0	4,2	7,4	13,1	26,8
35-59	315	11,8	5,7	10,5	17,3	37,3
60+	104	14,3	6,8	13,2	20,9	44,6
I alt	740	10,9	5,0	9,4	15,8	33,2
Danske mænd						
	93	0,9	1,5	5,5	2,4	11,1
Grønlandske kvinder						
18-24	126	7,4	3,0	6,1	10,3	22,0
25-34	296	7,1	2,6	6,9	9,6	22,8
35-59	315	9,1	3,6	8,6	12,6	28,9
60+	103	11,4	5,1	11,9	16,5	38,2
I alt	840	8,4	3,3	8,0	11,7	26,9
Danske kvinder						
	55	0,8	1,3	6,6	2,2	12,0
Grønlændere						
	1580	9,6	4,1	8,7	13,6	29,9
Danskere						
	148	0,9	1,4	5,9	2,3	11,4
Hele befolkningen						
	1728	8,9	3,9	8,4	12,7	28,4

¹⁾ Sælkød og hvalkød.

²⁾ Sælkød, hvalkød, fuglevildt, fisk samt rensdyr, moskusokse og hare.

³⁾ Antal personer i befolkningsgruppen. Det antal, der ligger til grund for procenterne, er forskelligt for de forskellige variable.

Tabel B.6 Forbrug af grønlandsk kost efter region og befolkningsgruppe. Antal måltider pr. måned. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst 82 (sælkød); 96 (hvalkød); 88 (fisk); 73 (havpattedyr); 68 (i alt).

	Antal måltider pr. måned					I alt ²⁾
	Antal ³⁾	Sælkød	Hvalkød	Fisk	Havpattedyr ¹⁾	
		%	%	%	%	
Grønlændere:						
Nuuk	258	4,6	3,7	7,0	8,2	22,6
Byer i Syd- og Midtgrønland	459	6,3	3,3	7,2	9,5	23,4
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	444	10,1	4,5	9,1	14,4	30,7
Byer i Østgrønland	57	7,6	0,8	9,5	8,4	23,6
Bygder i Syd- og Midtgrønland	106	11,4	4,9	10,7	16,2	35,5
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	169	19,1	6,8	12,5	25,6	50,1
Bygder i Østgrønland	62	21,2	2,0	9,9	23,2	36,6
Avanersuaq	25	17,5	8,7	7,2	26,2	45,8
Danskere	148	0,9	1,4	5,9	2,3	11,4
Hele befolkningen	1728	8,9	3,9	8,4	12,7	28,4

¹⁾ Sælkød og hvalkød.

²⁾ Sælkød, hvalkød, fuglevildt, fisk samt rensdyr, moskusokse og hare.

³⁾ Antal personer i befolkningsgruppen. Det antal, der ligger til grund for procenterne, er forskelligt for de forskellige variable.

Tabel B.7 Fordelingen af overvægt og fedme efter køn, alder og befolkningsgruppe. BMI = Body Mass Index. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 563.

	Antal	Overvægt (BMI 27-29) %	Fedme (BMI 30+) %
Grønlandske mænd			
18-24	71	9,9	1,4
25-34	169	12,4	2,4
35-59	231	22,9	13,9
60+	45	13,3	17,8
I alt	516	16,9	8,7
Danske mænd			
	90	20,0	10,0
Grønlandske kvinder			
18-24	74	10,8	2,7
25-34	218	8,7	5,0
35-59	181	11,6	12,7
60+	32	21,9	9,4
I alt	505	10,9	7,7
Danske kvinder			
	54	5,6	1,9
Grønlændere			
	1021	13,9	8,2
Danskere			
	144	14,6	6,9
Hele befolkningen			
	1165	14,0	8,1

Tabel B.8 Befolkningens fysiske aktivitet i fritiden efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 59.

	Antal	Fysisk aktivitetsniveau			
		Meget højt ¹⁾ %	Højt ²⁾ %	Moderat ³⁾ %	Lavt ⁴⁾ %
Grønlandske mænd					
18-24	98	45,9	23,5	21,4	9,2
25-34	217	46,1	27,6	15,7	10,6
35-59	303	40,9	26,1	19,8	13,2
60+	102	38,2	18,6	18,6	24,5
I alt	720	42,8	25,1	18,6	13,5
Danske mænd					
	93	6,5	28,0	46,2	19,4
Grønlandske kvinder					
18-24	122	13,9	19,7	35,2	31,1
25-34	287	13,6	26,5	36,2	23,7
35-59	299	8,7	21,1	38,1	32,1
60+	94	3,2	21,3	25,5	50,0
I alt	802	10,6	22,8	35,5	31,0
Danske kvinder					
	54	5,6	22,2	57,4	14,8
Grønlændere					
	1522	25,8	23,9	27,5	22,7
Danskere					
	147	6,1	25,9	50,3	17,7
Hele befolkningen					
	1669	24,1	24,1	29,5	22,3

- 1) Går på fangst eller fiskeri regelmæssigt *eller* dyrker idræt og træner hårdt flere gange om ugen.
- 2) Går på fangst eller fiskeri mindst én gang om ugen *eller* dyrker motionsidræt mindst 4 timer om ugen.
- 3) Spadserer eller får anden lettere motion mindst 4 timer om ugen *eller* får lejlighedsvis motion, f.eks. ved fangst eller slædekørsel.
- 4) Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse.

Tabel B.9 Alkoholforbrug efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Resultater fra selvudfyldt skema. N = 1535; uoplyst = 227.

	Antal	Hverken rus- drikkere eller storforbrugere %	Rusdrikkere %	Storforbrugere %
Grønlandske mænd				
18-24	76	59,2	36,8	26,3
25-34	186	54,8	41,4	25,3
35-59	235	62,1	29,4	26,4
60+	67	77,6	13,4	11,9
I alt	564	61,2	32,4	24,3
Danske mænd				
	86	66,3	12,8	27,9
Grønlandske kvinder				
18-24	108	84,3	13,0	12,0
25-34	230	88,3	9,6	6,5
35-59	217	88,0	7,4	8,8
60+	50	90,0	8,0	6,0
I alt	605	87,6	9,3	8,3
Danske kvinder				
	53	86,8	3,8	11,3
Grønlandere				
	1169	74,9	20,4	16,0
Danskere				
	139	74,1	9,4	21,6
Hele befolkningen				
	1308	74,8	19,3	16,6

Tabel B.10 Alkoholforbrug efter region og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Resultater fra selvudfyldt skema. N = 1535; uoplyst = 227.

	Antal	Hverken rusdrikkere eller storforbrugere %	Rusdrikkere %	Storforbrugere %
Grønlændere:				
Nuuk	209	75,1	16,3	15,3
Byer i Syd- og Midtgrønland	376	73,4	21,8	17,6
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	325	75,4	20,6	16,6
Byer i Østgrønland	32	81,3	18,8	12,5
Bygder i Syd- og Midtgrønland	71	63,4	28,2	26,8
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	116	80,2	19,8	7,8
Bygder i Østgrønland	24	83,3	16,7	12,5
Avanersuaq	16	81,3	18,8	-
Danskere	139	74,1	9,4	21,6
Hele befolkningen	1308	74,8	19,3	16,6

Tabel B.11 Selvvurderet helbred efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 10.

	Selvvurderet helbred					Meget dårligt %
	Antal	Virkelig godt %	Godt %	Nogenlunde %	Dårligt %	
Grønlandske mænd						
18-24	98	35,7	56,1	7,1	1,0	-
25-34	221	40,3	47,1	9,5	3,2	-
35-59	313	32,3	45,7	16,6	4,5	1,0
60+	103	15,5	45,6	30,1	5,8	2,9
I alt	735	32,8	47,5	15,1	3,8	0,8
Danske mænd						
	93	38,7	47,3	9,7	2,2	2,2
Grønlandske kvinder						
18-24	126	36,5	51,6	11,9	-	-
25-34	293	38,9	47,8	11,6	1,7	-
35-59	313	27,2	38,3	26,8	6,7	1,0
60+	103	15,5	37,9	28,2	14,6	3,9
I alt	835	31,3	43,6	19,4	4,9	0,8
Danske kvinder						
	55	49,1	41,8	9,1	-	-
Grønlændere						
	1570	32,0	45,4	17,4	4,4	0,8
Danskere						
	148	42,6	45,3	9,5	1,4	1,4
Hele befolkningen						
	1718	32,9	45,4	16,7	4,1	0,9

Tabel B.12 Selvvurderet helbred efter region og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 10.

	Antal	Selvvurderet helbred				
		Virkelig godt %	Godt %	Nogen- lunde %	Dårligt %	Meget dårligt %
Grønlændere:						
Nuuk	258	37,2	47,3	12,0	1,9	1,6
Byer i Syd- og Midt- grønland	457	37,2	42,0	15,1	5,3	0,4
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	441	30,6	48,5	17,0	3,6	0,2
Byer i Østgrønland	57	17,5	56,1	21,1	5,3	-
Bygder i Syd- og Midtgrønland	106	21,7	47,2	22,6	6,6	1,9
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	166	31,3	41,0	22,3	3,6	1,8
Bygder i Østgrøn- land	61	9,8	45,9	31,1	11,5	1,6
Avanersuaq	24	41,7	29,2	25,0	4,2	-
Danskere	148	42,6	45,3	9,5	1,4	1,4
Hele befolkningen	1718	32,9	45,4	16,7	4,1	0,9

Tabel B.13 Selvvurderet helbred efter region. Procent, der vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt", samt resultat (odds ratio) af en logistisk regressionsanalyse, hvor effekten af region er justeret for køn, alder og interviewers køn. P for regional effekt <0,000. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N = 1580; uoplyst = 10.

	Antal	%	Odds ratio
Grønlandere:			
Nuuk	258	84,5	1,00
Byer i Syd- og Midtgrønland	457	79,2	0,70
Byer i Diskobugt og Nordvestgrønland	441	79,1	0,82
Byer i Østgrønland	57	73,7	0,40
Bygder i Syd- og Midtgrønland	106	68,9	0,35
Bygder i Diskobugt og Nordvestgrønland	166	72,3	0,43
Bygder i Østgrønland	61	55,7	0,17
Avanersuaq	24	70,8	0,49
I alt	1570	77,4	-

Tabel B.14 Selvvurderet helbred i erhvervsgrupper i Grønland. Procent, der vurderer deres helbred som "godt" eller "virkelig godt", samt resultat (odds ratio) af en logistisk regressionsanalyse, hvor effekten af erhverv er justeret for køn, alder og interviewers køn. P for effekt af erhverv <0,0000. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere i alderen 18-59. N = 1373, uoplyst = 101.

	Antal	%	Odds ratio
Fangere/fiskere	114	76,3	1,00
Funktionærer I-II	190	93,2	5,69
Funktionærer III	221	85,1	1,91
Faglærte	59	91,5	2,65
Ufaglærte	271	80,4	1,53
Andre i erhverv	89	87,6	2,20
Uden for erhverv	328	66,8	0,65
I alt	1272	80,3	-

Tabel B.15 Svar på spørgsmålet "Er du glad og tilfreds med din tilværelse?" efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 20.

	Antal	Ja, for det meste %	Ja, af og til %	Nej, næsten aldrig %
Grønlandske mænd				
18-24	98	77,6	22,4	-
25-34	219	90,4	9,6	-
35-59	313	90,4	6,7	2,9
60+	104	86,5	9,6	3,8
I alt	734	88,1	10,1	1,8
Danske mænd				
	92	92,4	3,3	4,3
Grønlandske kvinder				
18-24	124	85,5	12,9	1,6
25-34	290	82,4	16,6	1,0
35-59	310	82,6	15,5	1,9
60+	103	76,7	19,4	3,9
I alt	827	82,2	16,0	1,8
Danske kvinder				
	55	94,5	5,5	-
Grønlændere				
	1561	85,0	13,2	1,8
Danskere				
	147	93,2	4,1	2,7
Hele befolkningen				
	1708	85,7	12,4	1,9

Tabel B.16 Svar på spørgsmålet "Føler du dig frisk nok til at gøre, hvad du har lyst til?" efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst =31.

	Antal	Ja, for det meste %	Ja, af og til %	Nej, næsten aldrig %
Grønlandske mænd				
18-24	96	82,3	14,6	3,1
25-34	216	83,8	12,0	4,2
35-59	312	79,8	12,8	7,4
60+	102	63,7	21,6	14,7
I alt	726	79,1	14,0	6,9
Danske mænd				
	93	88,2	6,5	5,4
Grønlandske kvinder				
18-24	123	76,4	17,9	5,7
25-34	289	80,3	15,9	3,8
35-59	309	73,1	18,1	8,7
60+	102	57,8	22,5	19,6
I alt	823	74,2	17,9	7,9
Danske kvinder				
	55	87,3	10,9	1,8
Grønlændere				
	1549	76,5	16,1	7,4
Danskere				
	148	87,8	8,1	4,1
Hele befolkningen				
	1697	77,5	15,4	7,1

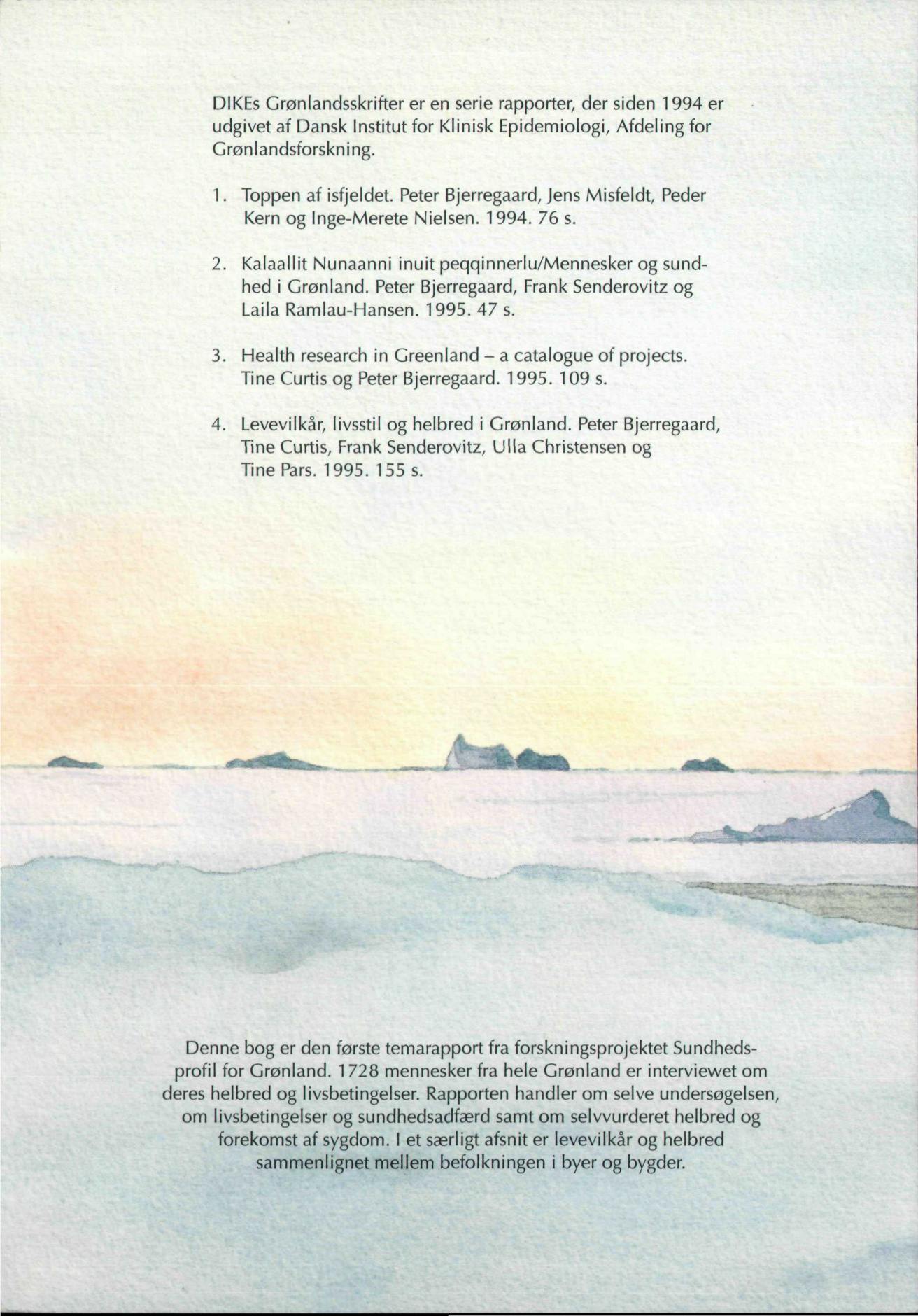
Tabel B.17 Sygdom, symptomer og aktivitetsbegrænsning seneste 14 dage efter køn, alder og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 42 (gener); 165 (medicin); 11 (aktivitetsbegrænsning); 42 (kontakt).

	Generet af smerter eller ubehag	Har taget medicin	Meget generet af smerter eller ubehag	Aktivitetsbegrænset pga. symptomer eller sygdom	Kontakt med sundhedsvæsenet
	Antal ¹⁾	%	%	%	%
Grønlandske mænd					
18-24	98	58,5	24,1	24,5	16,5
25-34	223	69,3	27,2	26,5	14,9
35-59	315	72,2	31,0	35,0	13,7
60+	104	89,2	50,5	49,0	30,8
I alt	740	72,0	31,6	33,1	16,8
Danske mænd					
	93	67,4	37,2	20,7	6,5
Grønlandske kvinder					
18-24	126	74,8	29,9	28,5	14,4
25-34	296	79,6	34,1	35,3	13,3
35-59	315	81,6	45,5	45,6	21,0
60+	103	93,1	66,7	63,4	33,0
I alt	840	81,3	41,6	41,6	18,8
Danske kvinder					
	55	72,7	44,4	32,7	16,4
Grønlandere					
	1580	76,9	36,9	37,6	17,8
Danskere					
	148	69,4	40,0	25,2	10,1
Hele befolkningen					
	1728	76,3	37,2	36,5	17,2

¹⁾ Antal personer i befolkningsgruppen. Det antal, der ligger til grund for procenterne, er forskelligt for de forskellige variable.

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

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



Denne bog er den første temarapport fra forskningsprojektet Sundhedsprofil for Grønland. 1728 mennesker fra hele Grønland er interviewet om deres helbred og livsbetingelser. Rapporten handler om selve undersøgelsen, om livsbetingelser og sundhedsadfærd samt om selv vurderet helbred og forekomst af sygdom. I et særligt afsnit er levevilkår og helbred sammenlignet mellem befolkningen i byer og bygder.