

Sygdom og sundhedsvæsen

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009



SYDDANSK UNIVERSITET



Statens Institut for
Folkesundhed

Redigeret af:
Anni Brit Sternhagen Nielsen
Peter Bjerregaard

SIF's Grønlandsskrifter nr. 21

Sygdom og sundhedsvæsen

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009



SYDDANSK UNIVERSITET



Redigeret af:
Anni Brit Sternhagen Nielsen
Peter Bjerregaard

SIF's Grønlandsskrifter nr. 21

Sygdom og sundhedsvæsen – Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009

Redigeret af Anni Brit Sternhagen Nielsen og Peter Bjerregaard

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København 2011

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

Omslag: Rosendahls Schultz Grafisk a/s

Forsidefoto: Peter Bjerregaard

Tryk: Rosendahls Schultz Grafisk a/s

Oplag: 600 eks.

Publikationen kan fås ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed

Syddansk Universitet

Øster Farimagsgade 5A, 2.

1353 København K

Telefon: 39 20 77 77

Telefax: 39 20 80 10

sif@si-folkesundhed.dk

www.si-folkesundhed.dk

ISBN: 87-7899-186-2

ISBN: 87-7899-187-0

ISSN: 1601-7765

Pris 150 kr.

 **NunaFonden**

Karen Elise Jensens Fond

Forord

Befolkningsundersøgelsen 2005-2009 er en opfølgning af Den grønlandske Sundhedsprofil fra 1993. Undersøgelsen viser, hvorledes folkesundheden har udviklet sig i de næsten 15 år, der er gået mellem de to undersøgelser, og inddrager desuden en række nye temaer. Som Sundhedsprofilen er den nye befolkningsundersøgelse et samarbejde mellem Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik/Departementet for Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed med Karen Elise Jensens Fond som hovedsponsor.

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

Befolkningsundersøgelsen er finansieret af Karen Elise Jensens Fond, Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik/Departementet for Sundhed, NunaFonden, Statens Institut for Folkesundhed, Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Miljømedicinske Forskningspulje, Grønlands Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Miljøstyrelsen, Direktør Emil C. og Hustru Inger Hertz' Fond samt Else og Mogens Wedell-Wedellsborg Fond.

Undersøgelsen er gennemført af Center for Sundhedsforskning i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed i samarbejde med Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik/Departementet for Sundhed og Steno Diabetes Center under ledelse af professor Peter Bjerregaard. Statens Institut for Folkesundhed har det fulde videnskabelige ansvar for resultater og konklusioner i denne rapport.

Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Peter Bjerregaard
Professor
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Ann Birkekær Kjeldsen
Departementschef
Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik
Kalaallit Nunaanini

Indholdsfortegnelse

Forord.....	5
1. Om undersøgelsen.....	7
2. Selvrapporterede symptomer og sygdom	15
3. Diabetes	45
4. Risikofaktorer for hjertekarsygdom: Blodtryk og lipider	53
5. Sundhedsvæsenet: Behandling og forebyggelse	67
6. Kostmarkører og kostforurening	77
7. Konklusion: Udfordringer for sundhedsvæsenet og for fremtidig sundhedsforskning og sundhedspolitik	83
Litteratur	87
Bilag 1. Årsager til utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet.....	93
Bilag 2. Forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet	95

1. Om undersøgelsen

Peter Bjerregaard

Undersøgelsen er en landsdækkende befolkningsundersøgelse, som bygger på interview, selvudfyldte spørgeskemaer og parakliniske undersøgelser indsamlet i perioden 2005-2009. Undersøgelsen er en fortsættelse af de befolkningsundersøgelser, der blev foretaget i 1993-1994 og 1999-2001. I denne undersøgelse er der indsamlet data om sundhed og sygelighed samt levevilkår for et bredt udsnit af befolkningen, og undersøgelsen omfatter oplysninger, som ikke kan findes i eksisterende registre. Den videnskabelige baggrund for undersøgelsen er en interesse for ændringer i livsstil som følge af den modernisering, der finder sted i Grønland, og konsekvenserne heraf for udviklingen i sundhed, sygelighed og levevilkår. Den traditionelle grønlandske livsstil erstattes i stigende grad af en mere vestlig livsstil, hvor blandt andet kosten og det fysiske aktivitetsniveau ændres betydeligt. Sådanne ændringer må forventes at medføre en stigning i forekomsten af bl.a. diabetes og iskæmisk hjertesygdom. Det er da også påvist, at forekomsten af type 2 diabetes (sukkersyge) er steget markant siden 1960'erne og nu er højere end i Danmark (Jørgensen et al. 2002), mens forekomsten og dødeligheden af iskæmisk hjertesygdom er på højde med forekomsten i flere vestlige lande (Bjerregaard et al. 2003; Jørgensen et al. 2008). Samtidig er dødeligheden af blodprop i hjernen og andre hjertesygdomme end blodprop i hjertet betydeligt højere end i Danmark (Bjerregaard et al. 2003).

Formål

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

Måling af sygelighed

De vigtigste kilder til beskrivelse af en befolknings sundhedstilstand og sygelighed er dødsårsagsstatistikker, sygdomsregistre og indlæggelsesmønstre på sygehusene samt befolkningens egne oplysninger om helbred. Dødsårsagsstatistikker beskriver meget præcist, hvad folk dør af, men har den store mangel, at det ikke er muligt at afdække, hvilke sygdomme og lidelser befolkningen lever med. Mere aktuelle kilder til at følge sygdommenes udvikling er sygdomsregistre, eksempelvis cancerregistret, registre over indlæggelser på sygehuse og anmeldelser af smitsomme sygdomme. Hertil kommer oversigter over ambulante eller indlagte patienter og undersøgelser af særlige sygdomme eller sygdomsgrupper. Generelt registrerer ovennævnte datakilder sene stadier i en sygdomsproces og forudsætter desuden, at personen har været i kontakt med sundhedsvæsenet. Registreringen vil endvidere bestå af lægeligt defineret sygdom og ikke rumme subjektive opfattelser af velbefindende, trivsel og helbred. Sygelighed eller dårligt helbred, der resulterer i besvær i dagligdagen og problemer med at udføre daglige funktioner, men ikke kræver læge, registreres således ikke i disse datakilder (Rasmussen 1984).

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

Materiale og metoder

Befolkningsundersøgelsen 2005-2009 er en undersøgelse af voksne indbyggere i Vestgrønland. Den samlede befolkning i Grønland var i 2007 56.648 personer, hvoraf 52.004 (92%) boede i Vestgrønland. Befolkningen kan inddeles efter fødested, dvs. personer født i Grønland og personer født uden for Grønland; denne opdeling svarer for voksenbefolkningen i nogen grad til en etnisk inddeling i grønlandere og danskere. Fødested er den eneste variabel i det centrale personregister, der kan bruges til etnisk inddeling, men i en interviewundersøgelse kan denne oplysning suppleres med anden information. Når deltagerne nedenfor betegnes som grønlandere eller danskere, er der tale om en inddeling på basis af interviewernes vurdering, som er nærmere beskrevet i kapitel 3 i "Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007"

(Bjerregaard et al. 2008). Der findes en mere detaljeret metodebeskrivelse som webdokument (Bjerregaard 2010).

Dataindsamling

Deltagerne i befolkningsundersøgelsen blev fundet via udtræk af en tilfældig, stratificeret stikprøve af voksne (18+ årige) indbyggere i Vestgrønland, født i Grønland eller Danmark. Færinger og personer født i andre lande blev udelukket, ligesom personer, der havde deltaget i befolkningsundersøgelsen i 1999-2001. I Qasigiannuguit var der dog tale om en opfølgning af de samme personer, som havde deltaget i den tidligere undersøgelse. Vestgrønland blev inddelt i 8 områder efter geografi og bebyggelsens størrelse (tabel 1.1). Fra hvert område blev udvalgt et antal byer eller bygder.

Tabel 1.1 Udvalgte byer og bygder i Vestgrønland. Befolkningsundersøgelsen 2005-2009.

	Byer med 2000+ indbyggere	Mindre byer	Bygder
Syd	Qaqortoq	Narsaq	Eqalugaarsuit Narsarmiit Aappilattoq
Midt	Nuuk Maniitsoq		Atammik Napasoq
Nord	Aasiaat	Qasigiannuguit Upernavik	Kullorsuaq Innaarsuit Aappilattoq

Byerne blev udvalgt som repræsentative for området. I byerne blev der fra det centrale personregister udtrukket en tilfældig stikprøve på 11-22% med henblik på at give et forventet antal deltagere på omkring 300, hvilket er et praktisk gennemførligt antal deltagere at undersøge for et undersøgelseshold i løbet af 4-6 uger. Bygderne blev udvalgt tilfældigt inden for de valgte kommuner, og i de udvalgte bygder blev alle voksne inviteret til at deltage. Data til befolkningsundersøgelsen blev indsamlet ved besøg i 7 byer og 8 bygder på vestkysten fra Kullorsuaq i Upernavik Kommune i nord til Narsarmiit og Aappilattoq i Nanortalik Kommune i syd (figur 1.1). Maniitsoq blev besøgt i 2007 og igen i 2009 som led i en forundersøgelse i forbindelse med et større industriudviklingsprojekt. I 2008 blev der indsamlet data fra Østgrønland og i 2010 fra Avanersuaq (Nordgrønland), men disse indgår ikke i denne rapport.



Figur 1.1 Byer og bygder i Vestgrønland, der indgår i befolkningsundersøgelsen i 2005-2009.

Deltagerne blev forud for undersøgelsen informeret ved et personligt brev, og de blev efter undersøgelsesholdets ankomst kontaktet af den person, der var ansvarlig for rekrutteringen. På undersøgelsesdagen mødte deltagerne fastende (minimum 8 timer uden indtag af mad og drikke). Deltagerne blev mundtligt informeret om undersøgelsen og underskrev en samtykkeerklæring. Herefter blev der taget fastebloodprøver, og en 2-timers glukosebelastningstest blev påbegyndt. Inden for de næste 2½ time blev deltageren interviewet (ca. 40 minutter), udfyldte et spørgeskema, gennemgik en række parakliniske undersøgelser og fik påsat Actiheart® (Cambridge Neurotechnology Ltd 2008) til måling af puls og bevægelse. Afhængig af tidsplanen blev deltagerne bedt om at tilbagelevere deres Actiheart® 1-4 døgn efter undersøgelsesdagen, i forbindelse med hvilket de fik udbetalt 200 kr. som kompensation for den tid, de brugte på undersøgelsen. Efter 2 timer fik deltagerne igen taget blodprøver. Afslutningsvis blev deltagerne informeret om resultaterne af undersøgelsen og fik lejlighed til at stille spørgsmål.

Spørgeskemaer og parakliniske undersøgelser

Der blev brugt to spørgeskemaer, et intervieweradministreret og et selvudfyldt. I begge tilfælde indeholdt skemaerne dels spørgsmål fra de tidligere befolkningsundersøgelser, dels nyudviklede spørgsmål, hvoraf en del var udviklet i samarbejde med canadiske samarbejdspartnere. Specielt kostinterviewet og spørgsmålene om fysisk aktivitet er nyudviklede til denne undersøgelse. De parakliniske undersøgelser omfattede måling af højde, vægt, taljeomfang, hofteomfang og fedtprocent. Der blev taget blodtryk og EKG ("hjertekardiogram"); desuden blev der gennemført en ultralydsundersøgelse af fedt i maveregionen og af forkalkning i halspulsårerne. Endelig blev der foretaget en oral 2-timers glukosebelastningstest og en kombineret puls- og bevægelsesmåling, Actiheart®, og der blev taget prøver af blod, urin og negle.

Tilbage melding til deltagerne og sundhedsvæsenet

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

Svarprocent, bortfald og repræsentativitet

Den endelige stikprøve var på 4039 personer. Danskere i stikprøven blev kun rekrutteret til interview, og deltagerprocenten var betydelig lavere blandt disse end blandt grønlandere. Der indgik 2481 grønlandere i undersøgelsen med en deltagelse på 67,0% og 135 danskere med en deltagelse på kun 40,3%. Ud af de 2481 grønlandere i undersøgelsen har 2286 (92,1%) besvaret det selvudfyldte spørgeskema.

For grønlandere varierede deltagelsen fra 84% i Aappilattoq (Nanortalik Kommune) til 55% i Kullorsuaq. Fordelt på bostedstørrelse var deltagelsen 61% i Nuuk, 66% i de øvrige større byer, 72% i mindre byer og 69% i bygderne, altså betydeligt lavere i Nuuk end på kysten. Der var større deltagelse blandt kvinder end blandt mænd, og især yngre mænd var underrepræsenterede. Knap halvdelen af bortfaldet (16% af stikprøven) var personer, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, eller som fremførte forskellige forklaringer, der blev tolket som manglende lyst til at deltage.

Dette blev respekteret. For 424 personer var der ingen oplysninger. Dette er personer i stikprøven, som det ikke lykkedes interviewererne at kontakte eller på anden måde at få oplysninger om.

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

Dataopbejdning og analyse

Spørgeskemadata blev dobbelt indtastet og valideret i programmet Epi-data. Datafilerne blev herefter importeret til SAS-programmet og kombineret med resultater fra blodanalyser og parakliniske procedurer. Der blev gennemført et omfattende validitetstjek af de færdige datafiler. Analyserne er gennemført med statistikprogrammerne SAS v. 9.1 eller højere og SPSS v. 17.0 eller højere. Det skæve bortfald kan delvis ophæves ved vægtning for alder, køn og region. Det viser sig dog at være en ubetydelig fejl, der indføres ved at bruge ikke-vægtede tal, og det er derfor valgt ikke at vægte resultaterne. Det var i øvrigt den samme konklusion, der blev draget ved analysen af befolkningsundersøgelsen fra 1993.

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

Om rapporten

Rapporten er den tredje rapport fra befolkningsundersøgelsen 2005-2009. Rapportens fokus er symptomer og sygdom samt befolkningens brug af og tilfredshed med

sundhedsvæsenet. Endvidere handler rapporten også om forebyggelse, herunder folkesundhedsprogrammet Inuuneritta.

Kapitel 2 omhandler forekomsten af sygelighed i befolkningen belyst ud fra tre spørgsmål, hvoraf to af spørgsmålene omhandler sygelighed indenfor de seneste 14 dage. Det ene spørgsmål måler aktivitetsbegrænsning som følge af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser, og det andet spørgsmål belyser hyppigheden af en række almindeligt forekommende smerter og ubehag. Det tredje spørgsmål belyser forekomsten af langvarig sygdom, anden langvarig lidelse eller handicap.

Kapitel 3 handler om diabetes og kapitel 4 om hjertekarsygdom belyst ud fra blodprøver, kliniske undersøgelser og spørgeskema.

Kapitel 5 handler om befolkningens tilfredshed med sundhedsvæsenets ydelser, om hvor man ønsker, at normale og komplicerede fødsler skal finde sted, om amning og om forebyggelse og folkesundhedsprogrammet Inuuneritta.

I kapitel 6 beskrives biokemiske markører for kost og kostforurening.

Kapitel 7 er en sammenfatning og perspektivering af rapportens konklusioner. Mange af resultaterne fra undersøgelsen vil kunne anvendes direkte i sundhedsvæsenet og af beslutningstagere i det politiske system i forbindelse med udarbejdelse af målrettede strategier for forebyggelse og sundhedsfremme.

2. Selvrapporterede symptomer og sygdom

Anni Brit Sternhagen Nielsen

Forekomsten af sygelighed i befolkningen er blevet belyst ved flere forskellige spørgsmål, hvoraf tre af spørgsmålene behandles i dette kapitel, mens de øvrige spørgsmål, der spørger mere detaljeret ind til sygdomme som diabetes og hjertesygdom, afrapporteres i kapitel 3 og 4.

To af spørgsmålene omhandler sygelighed inden for de seneste 14 dage: det ene måler aktivitetsbegrænsning som følge af sygdom, og der er specifikt spurgt: "Har du inden for de sidste 14 dage haft svært ved at foretage dig det, du plejer, på grund af sygdom, tilskadecomst eller andre lidelser?". Det andet spørgsmål belyser forekomsten af en række almindeligt forekommende smerter og ubehag. Interviewpersonen er ved dette spørgsmål blevet forevist et ark med gener (16 "listegener") og er blevet bedt om at angive, om vedkommende har været generet af disse. Hvis ja, hvorvidt det har generet lidt eller meget. Endelig er sygeligheden blevet belyst ved spørgsmål om langvarig sygdom, anden langvarig lidelse eller handicap. I gennemgangen af resultaterne bliver baggrunden for spørgsmålene uddybet.

De tre spørgsmål til belysning af sygelighed er næsten identiske med spørgsmål, der indgik i befolkningsundersøgelsen 1993 (Bjerregaard et al. 1995; Bjerregaard et al. 1997) og i 1999 (Bjerregaard et al. 2003) samt i de danske Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser (Ekholm et al. 2006). Resultaterne bliver derfor sammenlignet med disse, dog med hovedvægt på sammenligning med befolkningsundersøgelsen 1993. Alle analyserne i kapitlet er justeret for eventuelle aldersforskelle blandt de interviewede.

Gener og symptomer inden for de seneste 14 dage

Tabel 2.1 viser den fulde beskrivelse af de gener, deltagerne er blevet spurgt om og har fået vist på en liste. For overskuelighedens skyld bliver nogle symptomer i det følgende omtalt i en forkortet version eller med en synonym betegnelse.

Så godt som alle i befolkningen (96%) har haft mindst en eller flere gener og symptomer inden for de seneste 14 dage. 30% har tilmed haft meget generende smerter eller ubehag. For at blive karakteriseret som havende meget generende smerter eller ubehag skal interviewpersonen blot have angivet et symptom som meget generen-

de. I den danske Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 2005 (Ekholm et al. 2006) indgår kun 14 listegener, da underlivsgener og tandpine ikke medtages. Selv, hvis disse to typer af gener ikke medregnes, er forekomsten af symptomer i befolkningen i Grønland fortsat 95%, hvor forekomsten i Danmark er på 80% i 2005 ($p < 0,001$). For meget generende smerter eller ubehag er forekomsten i den grønlandske befolkning mindre end i den danske befolkning (29% vs. 40%, $p < 0,001$). Analyserne er justeret for alders- og kønsforskelle undersøgelse imellem.

Tabel 2.1 viser, at de hyppigst forekommende gener og symptomer i befolkningen er øvre luftvejssymptomer (54%), træthed (52%) samt smerter eller ubehag i arme, hænder, led mv. (50%). Samlet set har 7 ud af 10 deltagere haft smerter eller ubehag fra bevægeapparatet, dvs. fra muskler, knogler og led, og 16%, lige mange mænd og kvinder, har tilmed været meget generet. Smerter eller ubehag fra bevægeapparatet er derfor den gruppe af gener og symptomer, der hyppigst opleves som meget generende. P-værdierne i tabel 2.1 viser, at bortset fra øvre luftvejssymptomer og tandpine, er forekomsten af symptomer, især hovedpine (56% vs. 36%, $p < 0,001$), mere udbredt blandt kvinder end mænd. Forekomsten af mindst et symptom er også større blandt kvinder end blandt mænd (97% vs. 94%, $p < 0,001$). Tilsvarende forskel gør sig gældende for andelen, der oplyser, at de har været meget generet af symptomer ($p < 0,0001$). Derimod har flere mænd end kvinder været lidt generet af symptomer (69% vs. 64%, $p = 0,006$). Hyppigere forekomst af en eller flere gener og symptomer blandt kvinder end blandt mænd blev også fundet i den danske Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 2005 (Ekholm et al. 2006).

Tabel 2.1 Andel blandt mænd og kvinder med henholdsvis lidt og meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2479; uoplyst=2. Kun grønlandere. * P-værdien er et udtryk for, om der er forskel i smerter eller ubehag mellem mænd og kvinder for kolonnen "% i alt generet", justeret for alder.

	Hele be- folkningen (N=2479)		Mænd (N=1081)		Kvinder (N=1398)		p-værdi*	
	% i alt generet	% lidt generet	% meget generet	% i alt generet*	% lidt generet	% meget generet		
Smerter eller ubehag i skul- der eller nakke	41,4	30,1	5,3	35,4	39,4	6,7	46,0	<0,001
Smerter eller ubehag i ryg og lænd	43,4	33,9	7,4	41,3	38,2	6,8	45,0	0,04
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	49,6	38,8	7,4	46,2	42,6	9,7	52,3	<0,001
Hovedpine	47,2	32,2	3,6	35,8	46,8	9,2	56,0	<0,001
Hurtig hjertebanken	27,5	20,6	2,0	22,6	28,5	2,8	31,3	<0,001
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	32,5	22,2	1,2	23,4	35,6	3,9	39,5	<0,001
Søvnbesvær, søvnproblemer	32,6	27,8	1,9	29,7	30,2	4,7	34,8	0,006
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	27,7	19,4	1,2	20,6	30,5	2,7	33,2	<0,001
Træthed	52,2	41,5	2,8	44,3	51,9	6,4	58,3	<0,001
Mavesmerter, ondt i maven	18,7	13,4	1,4	14,8	19,4	2,2	21,7	<0,001
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	17,2	10,2	0,8	11,0	19,0	2,9	21,9	<0,001
Underlivsgener (smerter, kløe, udflåd)	-	-	-	-	18,1	1,5	19,6	-
Eksem, hududslæt, kløe	27,4	22,5	2,4	24,9	25,5	3,9	29,3	0,02
Forkølelse, snue, hoste	53,5	49,3	3,5	52,8	49,4	4,6	54,0	0,53
Åndedrætsbesvær, for- pustethed	24,7	19,0	1,8	20,8	25,0	2,8	27,8	<0,001
Tandpine	12,2	11,4	1,1	12,5	10,7	1,2	11,9	0,49
Andel med en eller flere gener og symptomer	95,8	68,9	25,3	94,2	64,1	32,9	97,0	<0,001

Dataindsamlingen er i nogle områder foregået om vinteren og i andre om sommeren. Derfor er det blevet undersøgt, om forekomsten af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage er mest knyttet til sommer- eller vinterperioden. I denne undersøgelse er "sommer" defineret som den første måned, hvor den gennemsnitlige dagtemperatur i dataindsamlingsområdet var på over 0° C. Afslutningen af sommerperioden er sat til den 1. oktober uanset, hvor i landet data er indsamlet. Det er udelukkende tre af de 16 listegener, der viser sæsonvariation. Øvre luftvejssymptomer ($p < 0,001$) og hovedpine ($p = 0,002$) forekommer hyppigere om vinteren end om sommeren, hvorimod hudsymptomer er mest udbredt om sommeren ($p = 0,04$, analyserne er justeret for eventuelle alders- og kønsforskelle blandt de interviewede). Der kan være flere forklaringer på denne sæsonvariation. På den nordlige halvkugle er forekomsten af forkølelse og infektioner i hals og lunger således størst i efterårs- og vinterperioden. Forekomsten af disse infektioner aftager i løbet foråret og er lavest om sommeren (Heikkinen og Jarvinen 2003). Hvad der er forklaring på sæsonvariationen for hovedpine er uvist, men hovedpine kan være knyttet til infektioner som forkølelse og ørepine samt influenza. En større forekomst af hudsymptomer om sommeren lader sig ikke umiddelbart forklare.

Alder og forekomsten af meget generende gener og symptomer

Tabel 2.2 viser forekomsten af meget generende gener og symptomer inden for de seneste 14 dage blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Forekomsten af meget generende smerter eller ubehag fra bevægeapparatet samt åndedrætsbesvær og forpustethed øges med stigende alder blandt både mænd og kvinder. Således er forekomsten af meget generende smerter eller ubehag i arme, hænder, led mv. blandt de 18-24 årige kvinder på 4%. For gruppen af 25-34 årige er forekomsten 5% og blandt de 35-59 årige 11%. For den ældste del af kvinderne (60+ år) er forekomsten 15% ($p < 0,001$).

Tabel 2.2 Andel med meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode opdelt for alder og køn. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2479; uoplyst=2. Kun grønlandere.

	18-24 år N=110	25-34 år N=156	35-59 år N=613	60+ år N=202	p-værdi
Mænd	%	%	%	%	
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	0,9	2,6	5,7	8,5	0,001
Smerter eller ubehag i ryg og lænd	0,9	9,0	7,5	9,5	0,03
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	1,8	4,5	7,8	11,4	<0,001
Hovedpine	-	3,2	3,9	5,1	0,03
Hurtig hjertebanken	-	1,9	2,8	1,0	0,52
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	-	-	2,1	-	0,49
Søvnbesvær, søvnproblemer	-	2,6	1,8	2,5	0,26
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	-	0,6	1,6	1,0	0,30
Træthed	1,8	3,2	3,3	1,5	0,79
Mavesmerter, ondt i maven	1,8	0,7	1,2	2,5	0,45
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	-	-	0,7	2,5	0,01
Eksem, hududslæt, kløe	0,9	0,7	3,3	2,0	0,22
Forkølelse, snue, hoste	3,6	1,3	3,6	5,1	0,22
Åndedrætsbesvær, forpustethed	-	0,6	1,6	4,0	0,006
Tandpine	-	1,9	1,5	-	0,72

	N=153	N=230	N=800	N=215	p-værdi
Kvinder	%	%	%	%	
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	2,0	3,5	7,2	11,6	<0,001
Smerter eller ubehag i ryg og lænd	5,2	3,0	7,0	11,2	0,004
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	3,9	5,2	10,6	15,0	<0,001
Hovedpine	4,6	10,1	9,4	10,8	0,09
Hurtig hjertebanken	2,0	3,5	2,5	3,8	0,56
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	0,7	4,8	4,1	4,2	0,16
Søvnbesvær, søvnproblemer	2,6	3,9	4,8	6,5	0,07
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	1,3	4,4	2,3	3,7	0,60
Træthed	3,3	4,9	7,1	7,9	0,03
Mavesmerter, ondt i maven	1,3	3,1	2,0	2,8	0,64
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	2,6	1,3	3,1	4,2	0,16
Underlivsgener (smerter, kløe, udflåd)	1,3	3,1	1,4	0,5	0,18
Eksem, hududslæt, kløe	2,0	6,1	3,6	3,7	0,95
Forkølelse, snue, hoste	2,0	6,1	3,9	7,6	0,10
Åndedrætsbesvær, forpustethed	1,3	1,3	2,8	5,6	0,007
Tandpine	2,6	1,7	1,1	-	0,02

Forekomsten af meget generende træthed øges med stigende alder blandt kvinder ($p=0,03$), men ikke blandt mænd. Blandt mænd er meget generende hovedpine det eneste symptom, der øges med stigende alder ($p=0,03$). Samme tendens ses ikke blandt kvinder ($p=0,09$): Forekomsten af meget generende hovedpine er lavest blandt de 18-24 årige (5%), hvor forekomsten for de øvrige aldersgrupper er mellem 9%-11%. Blandt mænd forekommer meget generende hovedpine ikke i den yngste aldersgruppe (18-24 årige). Forekomsten af hovedpine er henholdsvis 3% og 4% blandt de 25-34 og 35-59 årige mænd og 5% blandt de ældste (60+ år).

Blandt kvinder er meget generende tandpine det eneste symptom, der mindskes med stigende alder ($p=0,02$). Der er således ingen blandt de ældste af kvinderne (60 år og derover), der lider af meget generende tandpine, hvorimod det forekommer blandt 1% i den næstældste aldersgruppe (35-59 år) og henholdsvis 2% og 3% blandt de 25-34 og 18-24 årige. Manglende tænder kan være en sandsynlig forklaring på, at meget generende tandpine mindskes med alderen. I befolkningsundersøgelsen indgår dog ikke oplysninger om deltagernes tandstatus.

Gener og symptomer i Vestgrønland i 1993, 1999 og 2005-2009

Fokus er at belyse, hvilke ændringer der har været i forekomsten af meget generende gener og symptomer fra 1993 til 2005-2009.

Tabel 2.3 viser den aldersjusterede forekomst af meget generende gener og symptomer inden for de seneste 14 dage blandt mænd og kvinder, der deltog i befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland i henholdsvis 1993, 1999 og 2005-2009. Symptomforekomsten i 1999 afviger en del fra forekomsten i 1993 og 2005-2009. Forekomsten i 1999 gennemgås derfor i forbindelse med beskrivelsen af den samlede symptomforekomst (figur 2.1).

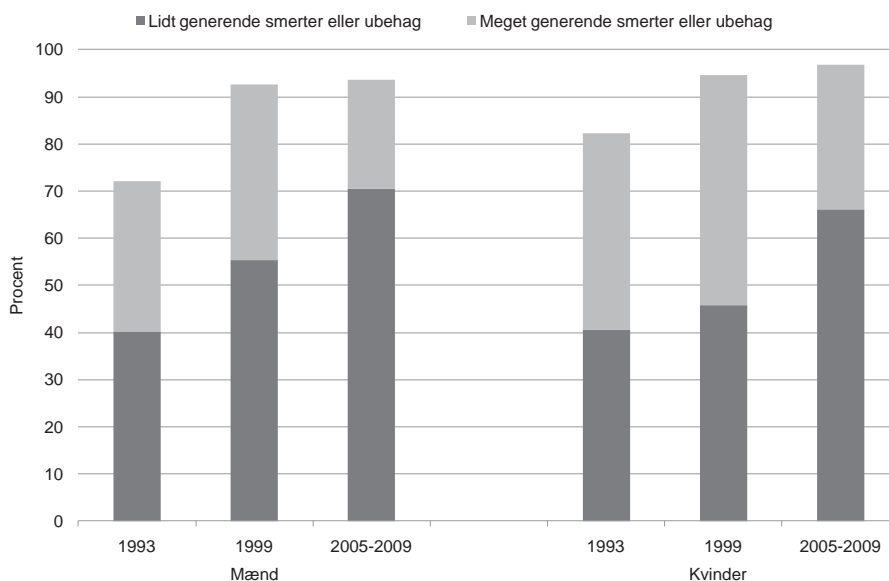
Af tabel 2.3 fremgår, at forekomsten af de enkelte, meget generende symptomer enten er uændret eller mindsket fra 1993 til 2005-2009. For begge køn er der således ingen ændring i andelen med meget generende ryg- og lændesmerter, hurtig hjertebanken, nervøse symptomer, mavesmerter, hudsymptomer, åndedrætsbesvær og tandpine. Blandt mænd er forekomsten af meget generende nakke- og skuldersmerter uændret, hvorimod forekomsten er mindsket blandt kvinder. Fra 1993 til 2005-2009 er forekomsten af meget generende smerter eller ubehag i arme, hænder, led mv. næsten halveret både blandt mænd (fra 11% til 6%, $p=0,0003$) og kvinder (fra 15% til 9%, $p=0,0001$). For meget generende hovedpine ses en næsten tilsvarende reduktion.

Tabel 2.3 Andel med meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode opdelt for køn. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 1993, 1999 og 2005-2009. 1993: N=1399; uoplyst=37. 1999: N=1467; uoplyst=81. 2005-2009: N=2184; uoplyst=2. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

	1993 %	1999 %	2005- 2009 %	Forskel ml. 1993 og 2005/09 p-værdi
Mænd				
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	6,5	9,1	4,4	0,10
Smerter eller ubehag i ryg og lænd	6,8	9,3	6,7	0,98
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	11,0	16,9	5,9	0,0003
Hovedpine	7,4	7,2	3,1	0,0002
Hurtig hjertebanken	2,5	4,8	1,9	0,42
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	1,6	2,2	1,2	0,61
Søvnbesvær, søvnproblemer	5,9	7,9	1,4	<0,0001
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	2,7	3,6	0,9	0,01
Træthed	6,0	7,0	2,6	0,002
Mavesmerter, ondt i maven	2,3	3,1	1,4	0,21
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	1,9	3,0	0,7	0,04
Eksem, hududslæt, kløe	1,8	4,6	2,4	0,31
Forkølelse, snue, hoste	5,7	8,2	3,3	0,03
Åndedrætsbesvær, forpustethed	2,8	4,7	1,3	0,07
Tandpine	1,7	1,7	1,1	0,37
Andel med en eller flere meget generende gener og symptomer	32,0	39,2	22,9	<0,0001
Kvinder				
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	10,6	11,1	5,5	<0,0001
Smerter eller ubehag i ryg og lænd	8,8	10,1	6,7	0,09
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	14,7	15,0	8,8	0,0001
Hovedpine	11,8	15,5	7,2	0,0006
Hurtig hjertebanken	3,1	4,4	2,6	0,52
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	4,6	7,3	3,6	0,27
Søvnbesvær, søvnproblemer	8,7	7,7	4,7	0,001
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	6,7	6,7	2,5	<0,0001
Træthed	9,1	11,7	6,1	0,02
Mavesmerter, ondt i maven	2,9	5,1	2,2	0,30
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	4,8	6,9	2,9	0,04
Underlivsgener (smerter, kløe, udflåd)	3,2	3,3	1,3	0,004
Eksem, hududslæt, kløe	2,6	5,0	3,3	0,37
Forkølelse, snue, hoste	7,8	7,6	4,4	0,002
Åndedrætsbesvær, forpustethed	4,1	4,4	2,6	0,11
Tandpine	1,7	1,6	1,4	0,76
Andel med en eller flere meget generende gener og symptomer	41,7	48,8	30,6	<0,001

Forekomsten af meget generende hovedpine er mindsket fra 7% til 3% ($p=0,0002$) blandt mænd og fra 12% til 7% ($p=0,0006$) blandt kvinder. Udover en reduktion på omkring 50% i forekomsten af meget generende søvnbesvær, for begge køn, skal det bemærkes, at der fra 1993 til 2005-2009 også er et fald i andelen, særligt blandt kvinder (fra 7% til 3%), der angiver at være meget generet af nedtrykthed.

Figur 2.1 viser forekomsten af henholdsvis lidt og meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage opdelt for køn for deltagere i de tre befolkningsundersøgelser. De viste andele er justeret for forskelle i alder blandt de interviewede. Som det kan ses, er forekomsten af blot at have et eller flere symptomer (den samlede forekomst) øget fra 1993 til 2005-2009 blandt begge køn. Blandt mænd er forekomsten øget fra 72% til 94% ($p<0,0001$) og blandt kvinder fra 82% til 97% ($p<0,0001$). Tilsvarende øgning i den samlede symptomforekomst ses fra 1993 til 1999. Derimod er symptomforekomsten ikke øget fra 1999 til 2005-2009 blandt mænd, men øget med 2 procentpoint blandt kvinder (fra 95% til 97%, $p=0,03$).



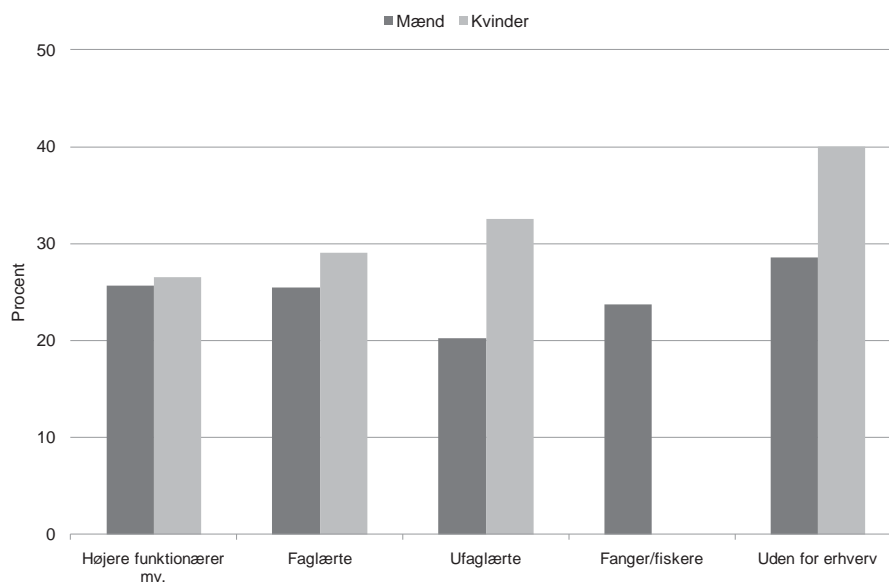
Figur 2.1 Forekomsten af henholdsvis lidt og meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode opdelt for køn. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 1993, 1999 og 2005-2009. 1993: N=1399, uoplyst=37.1999: N=1467; uoplyst=81. 2005-2009: N=2184; uoplyst=2. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Både fra 1993 til 1999, og fra 1999 til 2005-2009 er andelen, der har været lidt generet af smerter eller ubehag, øget både blandt mænd og blandt kvinder ($p < 0,0001$ for alle analyser uanset køn). Derimod er forekomsten af meget generende symptomer mindsket fra 1993 til 2005-2009, både blandt mænd (32% vs. 23%, $p < 0,0001$) og blandt kvinder (42% vs. 31%, $p < 0,0001$). Tilsvarende mindre forekomst af meget generende symptomer ses for sammenligning mellem 1999 og 2005-2009 ($p < 0,0001$ for begge køn), hvorimod forekomsten af meget generende symptomer er øget fra 1993 til 1999 både blandt mænd ($p = 0,01$) og blandt kvinder ($p = 0,006$).

Ud fra baggrundsoplysninger på de interviewede er det ikke muligt at vurdere, hvad der er årsag til den øgede forekomst af lidt generende symptomer fra 1993, 1999 til 2005-2009, eller årsag til øgningen i forekomsten af meget generende symptomer fra 1993 til 1999. Heller ikke dataindsamlingsmetoden kan forklare ændringerne, da den er uændret. Interviewpersonerne er i alle befolkningsundersøgelser blevet forevist et kort med gener og symptomer af en interviewer, der talte det sprog interviewpersonen ønskede. Interviewpersonen har skullet udpege, hvilke symptomer de led af, og angive, hvorvidt symptomerne har generet lidt eller meget. En mulig hypotese er, at ændring i arbejdsstyrkens sammensætning eller ændringer i krav og fordringer i forskellige erhverv, kan føre til ændringer i symptomforekomsten. Der er dog ikke sket væsentlige ændringer i arbejdsstyrkens sammensætning over tid, hvorfor dette ikke synes at være en sandsynlig forklaring. En anden mulig hypotese er, at definitionen af, hvornår man som menneske har smerter eller ubehag, har ændret sig over tid. Den amerikanske psykolog J.W. Pennebaker definerer et symptom som en fysisk, følelsesmæssig eller kognitiv oplevelse af, at noget afviger fra det "normale" (Pennebaker 1982). Ifølge Pennebaker er tærsklen for, hvornår et individ mærker smerter eller ubehag individuel, men den kan rykkes. Dette kan for eksempel ske, hvis der er øget opmærksom på, at nogle symptomer er koblet til bestemte sygdomme, hvor det er vigtigt, at der hurtigt bliver iværksat forebyggelse eller behandling. Ud fra de indsamlede data er det ikke muligt at vurdere, hvorvidt befolkningen over tid er blevet mere lydhøre overfor deres kropslige signaler og derfor registrerer ændringer ved en lavere tærskel end i 1993.

Erhverv og forekomsten af meget generende smerter eller ubehag

Figur 2.2. viser forekomsten af meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage blandt deltagere i den erhvervsaktive alder (under 63 år og ikke under uddannelse). Forekomsten vises opdelt for mænd og kvinder og er justeret for aldersforskel erhvervene imellem.

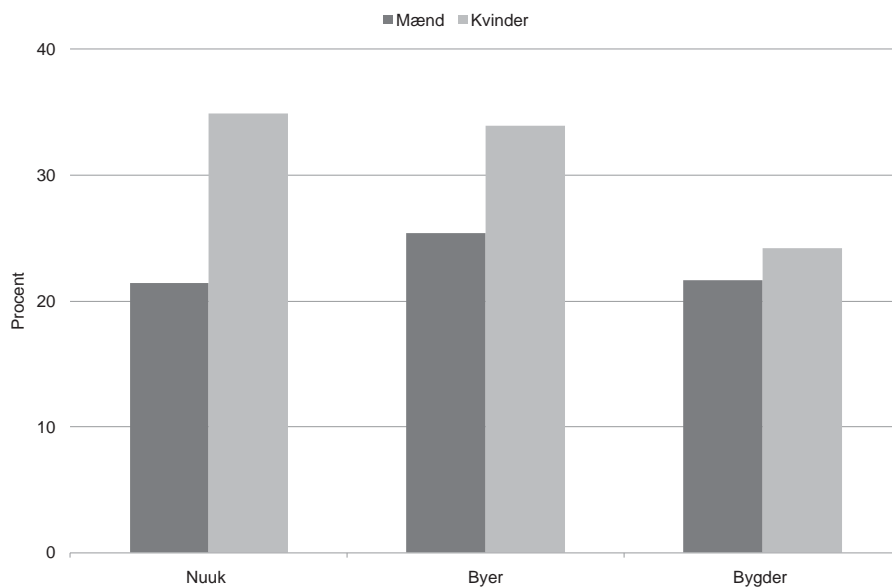


Figur 2.2 Andel med meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode opdelt efter erhvervsgruppe blandt voksne i alderen 18-62 år. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=1971; uoplyst=46. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Forekomsten af meget generende smerter eller ubehag er næsten ens erhvervsgrupperne imellem. Blandt mænd er forekomsten dog større blandt deltagere uden for erhverv end blandt deltagere i erhverv, der ikke forudsætter en kompetencegivende uddannelse (29% vs. 20%, $p=0,04$). Disse erhverv omfatter ufaglært arbejde som fx arbejdsmand, lagerarbejder, chauffør. Blandt kvinder er meget generende smerter eller ubehag også mere udbredt blandt deltagere uden for erhverv (40%) end blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange (fx pædagog, lærer, politibetjent) eller lange (fx 5-årige universitetsuddannelser) videregående uddannelser (27%, $p=0,005$). Erhverv der forudsætter mellemlange/lange uddannelser er i figuren afbilledet som "Funktionærer mv.". Blandt de øvrige erhverv er der ingen forskel i forekomsten. Ud fra de indsamlede data er det ikke muligt at vurdere, om den større forekomst af meget generende symptomer blandt deltagere uden for erhverv er en årsag til, at de er uden for arbejdsmarkedet (på grund af øget tendens til sygdom), eller om symptomerne er en konsekvens af at være uden for arbejdsmarkedet.

Bopæl og forekomst af meget generende smerter eller ubehag

Figur 2.3 viser den aldersjusterede forekomst af meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage opdelt for køn og bopæl. Blandt mænd er forekomsten lidt større for deltagere fra byer (25%), hvilket dog ikke statistisk set er forskelligt fra forekomsten blandt mænd fra Nuuk (21%) eller bygder (22%). Forekomsten af meget generende smerter eller ubehag er mindre blandt kvinder bosat i bygder (24%) end blandt kvinder bosat i Nuuk (35%, $p=0,005$) og i byer (34%, $p=0,002$). Der er ingen forskel i forekomsten for kvinder med bopæl i en by eller i Nuuk. Erhverv som fangst og fiskeri er mere udbredt i bygder end i byer, hvorimod erhverv, der forudsætter mellemlange/lange videregående uddannelser, er mere udbredt i byer end i bygder. Det er derfor muligt, at forekomsten af meget generende smerter eller ubehag afspejler erhverv frem for bopæl. Yderligere analyser viser dog, at forekomsten fordelt efter bopæl ikke ændres radikalt, hvis der også tages højde for forskel i erhverv deltagerne imellem.



Figur 2.3 Forekomst af meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode opdelt for bopæl og køn. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2479; uoplyst=2. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Opsummering

Inden for de seneste 14 dage har næsten alle interviewede (96%) har haft mindst en eller flere gener; en tredjedel (30%) har tilmed været meget generet af symptomer. Kvinder har oftere end mænd haft symptomer. De hyppigst forekommende gener i befolkningen er smerter eller ubehag i muskler, knogler og led (bevægeapparatet), som 7 ud af 10 lider af, øvre luftvejssymptomer, træthed og hovedpine. Smerter eller ubehag i bevægeapparatet udgør også den hyppigste kilde til meget generende gener. I takt med stigende alder øges forekomsten af smerter eller ubehag fra bevægeapparatet samt åndedrætsbesvær.

Deltagere uden for arbejdsmarkedet har oftere end andre deltagere oplevet meget generende smerter eller ubehag. Blandt mænd er meget generende smerter eller ubehag ligeligt udbredt uanset bopæl (Nuuk, byer og bygder), hvor forekomsten blandt kvinder er mindst i bygderne.

Fra 1993 til 2005-2009 er forekomsten af meget generende symptomer i befolkningen enten uændret eller mindsket. Der er særligt et fald i forekomsten af meget generende smerter eller ubehag fra arme, hænder, led mv., og i forekomsten af meget generende hovedpine, søvnbesvær og nedtrykthed. Den samlede forekomst af et eller flere symptomer er, uanset køn, større i 2005-2009 end i 1993, hvorfor det er forekomsten af lidt generende symptomer, der er øget over tid.

Afslutningsvis må det bemærkes, at forekomsten af gener og symptomer i hverdagen kan skyldes flere forskellige faktorer. Det kan være en manifestation af langvarig sygdom eller slid på grund af arbejde, alder mv., et enkeltstående sygdomstilfælde eller også skyldes besvær, der siden fører til sygdom, - eller som forvinder igen.

Aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom

Interviewpersonerne er blevet spurgt, om de inden for de seneste 14 dage har været begrænset i at udføre sædvanlige daglige gøremål på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser (herefter benævnt "nylig sygdom"). I bekræftende fald blev de bedt om at nævne, hvor mange dage de har været aktivitetsbegrænset.

Nylig sygdom fordelt efter køn og alder

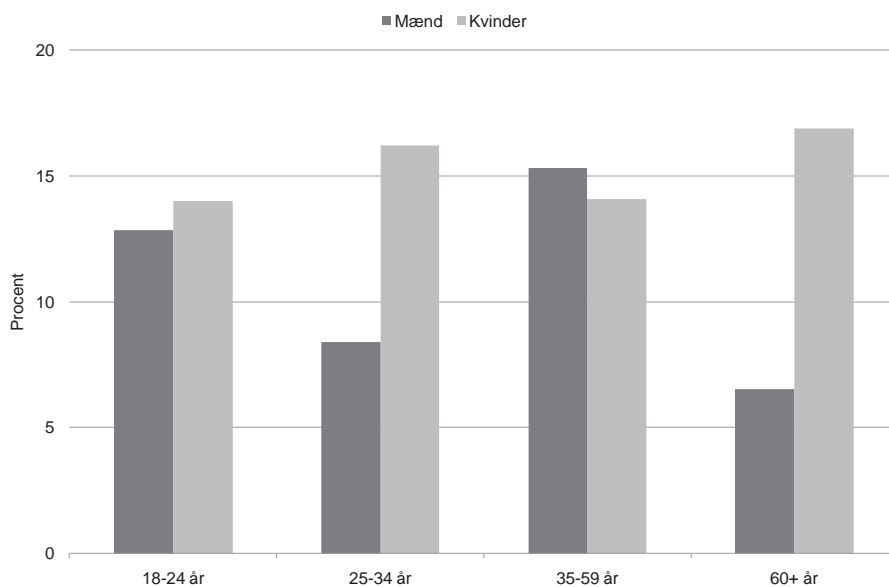
I alt 14% af 2456 interviewede oplyser, at de inden for de seneste 14 dage har været begrænset i at udføre sædvanlige daglige gøremål på grund af nylig sygdom. Andelen er lidt mindre blandt mænd end blandt kvinder, men forskellen er ikke statistisk sik-

ker (13% vs. 15%, $p=0,09$). Forekomsten af nylig sygdom i den grønlandske befolkning svarer til forekomsten i den danske befolkning i 2005 (13%) (Ekholm et al. 2006). Aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom forekommer dobbelt så hyppigt blandt deltagere, der har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage end blandt deltagere, der kun har været lidt generet af symptomer (22% vs. 11%, $p<0,0001$).

Der er ingen kønsforskel i antallet af dage med aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom. Næsten halvdelen af de interviewede (44%) oplyser, at aktivitetsbegrænsningen har været 1-3 dage, mens en fjerdedel (24%) oplyser aktivitetsbegrænsningen har været 14 dage eller derover.

Figur 2.4 viser forekomsten af aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom fordelt på forskellige aldersgrupper og køn. Der er ingen tendens til, at aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom øges med stigende alder. Blandt kvinder er forekomsten ligeligt udbredt i de forskellige aldersgrupper. Blandt mænd er forekomsten større blandt den næstældste gruppe (35-59 årige) end blandt gruppen af 25-34 årige (15% vs. 8%, $p=0,03$) og blandt gruppen af 60 årige og derover (15% vs. 7%, $p=0,002$). Forekomsten i den yngste aldersgruppe er ikke forskellig fra forekomsten blandt de 35-59 årige.

Der er ingen kønsforskel i forekomsten af nylig sygdom i den yngste og næstældste aldersgruppe. For de øvrige aldersgrupper er forekomsten større blandt kvinder end blandt mænd, dvs. blandt de 25-34 årige (16% vs. 8%, $p=0,03$) og blandt de 60+ årige (17% vs. 7%, $p=0,001$).



Figur 2.4 Andel med aktivitetsbegrænsning indenfor en 14-dages periode som følge af sygdom, tilskadekomst eller lignende fordelt på alder og køn. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2456; uoplyst=25. Kun grønlandere.

Nylig sygdom og erhvervsgruppe

Der er ikke sammenhæng mellem aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom og erhverv for personer i den erhvervsaktive alder (under 63 år og ikke under uddannelse), hverken blandt mænd eller blandt kvinder. Blandt mænd er forekomsten af aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom størst blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange eller lange videregående uddannelser (15%) og mindst blandt deltagere i erhverv, der forudsætter en kort videregående uddannelse - kategoriseret som faglærte (dækker over fx tømrer, bager, sundhedsassistent, lægesekretær) (12%). For kvinder er forekomsten størst blandt deltagere uden for erhverv (19%) og mindst blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange uddannelse (12%). Forskellen er dog ikke statistisk sikker ($p=0,07$).

Bopæl og nylig sygdom

For begge køn er aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom ikke afhængig af, om bopælen er i en by eller i en bygd. Blandt mænd i Nuuk er forekomsten på 10% og henholdsvis på 13% og 14% blandt mænd fra byer og bygder ($p>0,20$). Blandt

kvinder har deltagere i bygder (18%) lidt oftere været aktivitetsbegrænset på grund af nylig sygdom end deltagere i Nuuk (14%, $p=0,11$) og i byer (14%, $p=0,07$), om end forskellen ikke er statistisk sikker. I lighed med analysen af meget generende gener og symptomer inden for de seneste 14 dage ændrer analyser med inddragelse af erhverv ikke på resultatet.

Aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom i Vestgrønland i 1993, 1999 og 2005-2009

Tabel 2.4 viser udviklingen fra 1993 til 2005-2009 i forekomsten af aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom fordelt på køn og alder. Der er tendens til en mindre forekomst i 2005-2009 end i 1993, om end dette ikke er statistisk sikkert, hverken blandt mænd (12% vs. 16%, $p=0,08$) eller blandt kvinder (15% vs. 18%, $p=0,09$).

Tabel 2.4 Andel med aktivitetsbegrænsning indenfor en 14-dages periode som følge af sygdom, tilskadekomst eller lignende fordelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 1993, 1999 og 2005-2009. 1993: N=1413; uoplyst=23. 1999: N=1456; uoplyst=92. 2005-2009: N=2163; uoplyst=23. Kun grønlandere. De præsenterede andele for rækken "I alt" er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

	1993	1999	2005-2009	Forskel ml. 1993 og 2005/09
Mænd	%	%	%	p-værdi
18-24 år	15,5	5,1	12,4	0,54
25-34 år	13,4	12,9	9,4	0,25
35-59 år	12,0	16,3	15,5	0,18
60+ år	29,5	15,9	6,8	<0,0001
I alt	15,7	14,5	12,4	0,08

	1993	1999	2005-2009	Forskel ml. 1993 og 2005/09
Kvinder	%	%	%	p-værdi
18-24 år	13,8	12,9	14,5	0,87
25-34 år	13,1	16,1	16,3	0,32
35-59 år	18,3	15,1	14,9	0,19
60+ år	31,9	23,5	17,0	0,004
I alt	18,3	16,5	15,3	0,09

I de enkelte aldersgrupper har der ikke været nævneværdige ændringer i forekomsten bortset fra i den ældste aldersgruppe (60+ årige), hvor der blandt mænd har været et større fald i forhold til 1993 (7% vs. 30%, $p<0,0001$) og 1999 (7% vs. 16%, $p=0,02$). Tilsvarende reduktion gør sig gældende blandt de ældste kvinder i forhold til 1993 (17% vs. 32%, $p=0,004$), hvorimod forekomsten ikke er statistisk sikker

forskellig fra 1999 (17% vs. 24%). Hvad forklaringen er på denne mindre forekomst i 2005-2009 i forhold til 1993 er uvis, men en mulig hypotese er, at gruppen af ældre er "mere raske" end i 1993.

Opsummering

I alt 14% af deltagerne, lige mange mænd og kvinder, har inden for de seneste 14 dage været begrænset i at udføre sædvanlige daglige gøremål på grund af sygdom, tilskadecomst eller andre lidelser (nylig sygdom). Forekomsten er dog dobbelt så hyppig blandt kvinder end blandt mænd i gruppen af 25-34 årige (16% vs. 8%) og i gruppen af 60 årige og derover (17% vs. 7%). Erhverv og bopæl er ikke knyttet til aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom, hverken blandt mænd eller blandt kvinder.

Aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom forekommer dobbelt så hyppigt blandt deltagere, der inden for de seneste 14 dage har haft meget generende smerter eller ubehag (22%) end blandt deltagere, der kun har været lidt generet (11%).

Fra 1993 til 2005-2009 er der samlet set ikke sket en udvikling i forekomsten af aktivitetsbegrænsning på grund af nylig sygdom. Der er dog sket en reduktion i forekomsten i den ældste gruppe (60+ årige): Forekomsten er næsten halveret blandt kvinder (32% vs. 17%) og over fire gange så lav blandt mænd (30% vs. 7%).

Langvarig sygdom

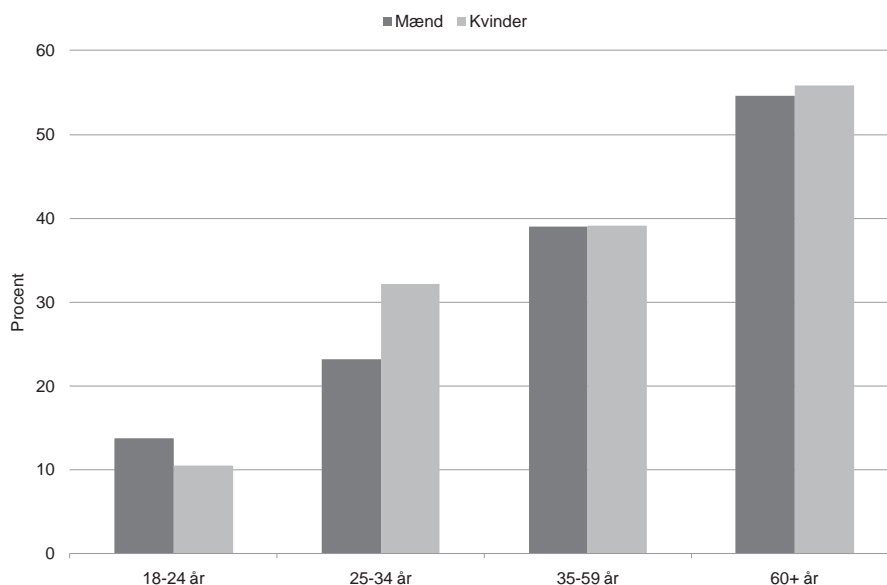
Interviewpersonerne er indledningsvis blevet spurgt, om de lider af en langvarig sygdom, eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (herefter betegnet som "langvarig sygdom"). I bekræftende fald blev de bedt om at karakterisere sygdommen, så svarene har kunnet fordeles på forskellige sygdomsgrupper ud fra WHO's internationale sygdomsklassifikation (ICD-10). Hvis de interviewede ikke har besvaret det indledende spørgsmål, men har nævnt, hvilken langvarig sygdom de lider af, er langvarig sygdom efterfølgende blevet kodet til "ja".

Ved langvarig sygdom forstås her en kronisk sygdom, eller at personen lever med kroniske eftervirkninger af sygdom, der har varet, eller som forventes at vare, længe end 6 måneder. Der er tale om interviewpersonens egen opfattelse af langvarig sygdom, lidelse og handicap, hvorfor det ikke nødvendigvis er lægediagnosticeret sygdom.

Langvarig sygdom fordelt på køn, alder og bopæl

I alt 37% i befolkningen lider af langvarig sygdom i 2005-2009, hvilket er en anelse mindre end i den tilsvarende danske undersøgelse (40%) i 2005 (Ekholm et al. 2006). Der er ikke forskel i forekomsten blandt mænd og kvinder (34% vs. 35%). 4 ud af 10 af de langvarigt syge (41%) har inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter eller ubehag, hvor dette kun forekommer blandt en fjerdedel af de ikke langvarigt syge (23%, $p < 0,0001$).

Af figur 2.5 ses, at forekomsten af langvarig sygdom øges med stigende alder både blandt mænd og blandt kvinder ($p < 0,0001$ for begge køn). Der er ingen kønsforskelle i forekomsten inden for de enkelte aldersgrupper, hvorfor forekomsten afrapporteres samlet. Blandt de 25-34 årige er forekomsten dog lidt større blandt kvinder (32%) end blandt mænd (23%), men forskellen er ikke statistisk sikker ($p = 0,06$). Blandt de yngste (18-24 årige) er forekomsten samlet set på 12%, hvor forekomsten er på 29% blandt de 25-34 årige. Endelig er forekomsten 39% blandt de 35-59 årige, og 55% blandt de ældste (60+ årige).



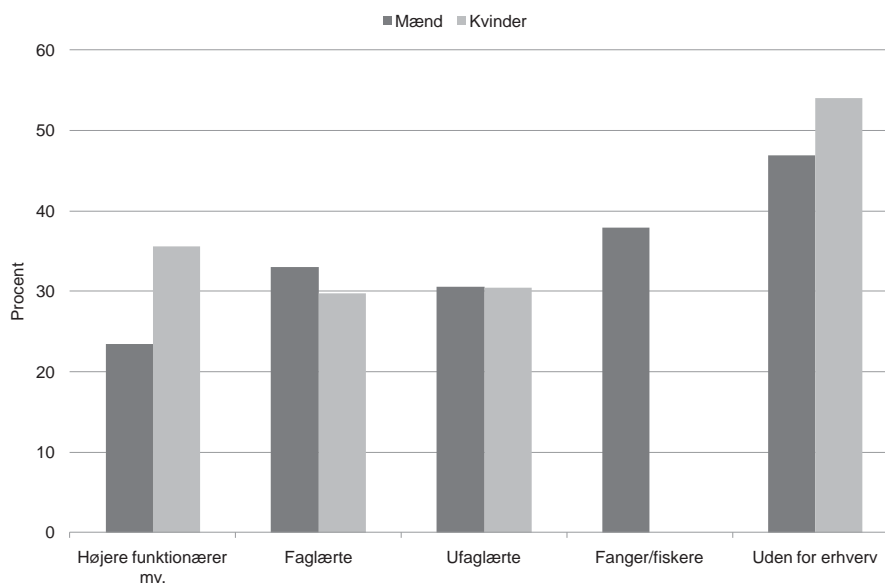
Figur 2.5 Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på alder og køn. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2473; uoplyst=8. Kun grønlandere.

Forekomsten af langvarig sygdom er større blandt deltagere fra bygder (40%) end blandt deltagere fra henholdsvis Nuuk (32%, $p=0,006$) og byer (34%, $p=0,008$). Køn har ingen betydning for de regionale forskelle i forekomsten af langvarig sygdom, hvorfor der ikke er lavet kønsopdelte analyser.

Langvarig sygdom blandt personer i den erhvervsaktive alder

For erhvervsaktive personer udgør kollegaer på arbejdet vigtige sociale relationer, og almindeligvis forsvinder mange af disse relationer som følge af, at man ikke er en del af det samme arbejdsfællesskab (Iversen og Christensen 2002). Længerevarende sygdom bevirker ofte, at der kan være problemer med at returnere til arbejdsmarkedet og også at være forankret på arbejdsmarkedet overhovedet, da et godt helbred har betydning for at få og for at fastholde et job. Et dårligt helbred øger derfor risikoen for udstødelse fra arbejdsmarkedet (Iversen og Christensen 2002). Marginalisering på arbejdsmarkedet, og udstødning fra arbejdsmarkedet, knytter sig især til personer, der er langvarigt arbejdsløse (flerårig periode) og til personer med sygdom eller handicap. Fysisk og psykisk nedslidning på grund af arbejdsmiljøet er ofte en blandt flere udløsende årsager til et længerevarende sygdomsforløb (Iversen og Christensen 2002). Manglende mulighed for at kunne udføre et job skyldes især nedslidning af bevægeapparatet. Ud fra de indsamlede oplysninger er det dog ikke muligt at belyse, hvad der er årsag til den langvarige sygdom, hvorfor det er uvist, hvad der ligger bag.

Figur 2.6 viser den aldersjusterede forekomst af langvarig sygdom fordelt efter erhverv og køn blandt deltagere i den erhvervsaktive alder. Forekomsten af langvarig sygdom er størst blandt personer uden for erhverv, hvor halvdelen, både blandt mænd (47%) og blandt kvinder (54%), oplyser, at de er langvarigt syge. Blandt mænd er forekomsten mindst blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange videregående uddannelser (23%), hvilket er en smule lavere end blandt deltagere i erhverv, der henholdsvis forudsætter en kort uddannelse (33%) eller ingen kompetencegivende uddannelse (30%). Forskellen er dog ikke statistisk sikker. Der er dog flere langvarigt syge blandt fangere og fiskere (38%, $p=0,02$) og blandt deltagere uden for erhverv (47%, $p=0,0001$) end blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange videregående uddannelser (23%).



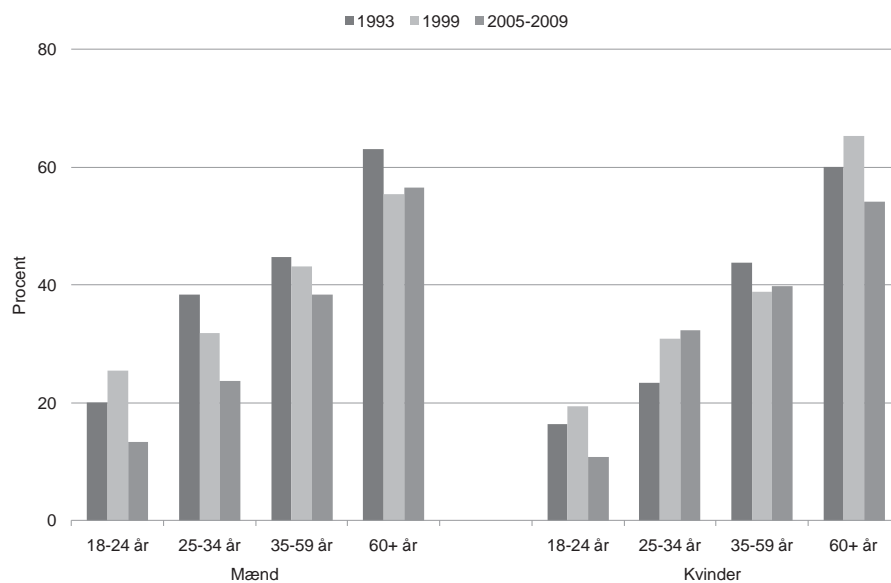
Figur 2.6 Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på erhverv blandt voksne i alderen 18-62 år. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=1969; uoplyst=48. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Blandt kvinder er langvarig sygdom mindst udbredt blandt deltagere i erhverv, der forudsætter henholdsvis en kort videregående uddannelse (30%) og ingen kompetencegivende uddannelse (30%). Forekomsten blandt kvinder i erhverv, der ikke forudsætter en kompetencegivende uddannelse, er dog kun mindre end blandt deltagere uden for erhverv, hvor lidt over halvdelen lider af langvarig sygdom (54%, $p < 0,0001$). Der er således ingen forskel i forekomsten blandt deltagere i erhverv, der ikke forudsætter en kompetencegivende uddannelse og deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange videregående uddannelser (30% vs. 36%).

Udviklingen i forekomsten af langvarig sygdom i Vestgrønland i 1993, 1999, 2005-2009

Blandt mænd er forekomsten af langvarig sygdom samlet set mindre i 2005-2009 end i 1993 (35% vs. 44%, $p = 0,0003$) og 1999 (35% vs. 41%, $p = 0,01$). Af figur 2.7 fremgår, at forekomsten i 2005-2009 generelt er mindre end i 1993 i alle aldersgrupper.

Det er dog kun i gruppen af 25-34 årige, at forekomsten i 1993 og 2005-2009 er statistisk sikkert forskellig (38% vs. 24%, $p=0,005$). Forekomsten af langvarig sygdom i 2005-2009 fordelt på de enkelte aldersgrupper svarer, trods udsving, til forekomsten i 1999. Det skal dog bemærkes, at forekomsten er mindsket blandt de yngste mænd (18-24 årige), men denne forskel er ikke statistisk sikker (fra 25% til 13%, $p=0,05$).



Figur 2.7 Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på alder og køn. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 1993, 1999, 2005-2009. 1993: N=1402; uoplyst=34, 1999: N=1458; uoplyst=90. 2005-2009: N=2178; uoplyst=8. Kun grønlændere.

Blandt kvinder er forekomsten af langvarig sygdom i 2005-2009 ikke mindre end i 1993 (37% vs. 38%) eller i 1999 (37% vs. 40%). I gruppen af 25-34 årige er forekomsten i 2005-2009 større end i 1993 (32% vs. 24%, $p=0,03$). For de øvrige aldersgrupper er der ingen statistisk sikre forskelle mellem 1993 og 2005-2009. Forekomsten i 2005-2009 svarer i vid udstrækning til forekomsten i 1999. Blandt de ældste kvinder (60+ årige) ses dog en mindre reduktion i andelen med langvarig sygdom, uden at dette er statistisk sikkert (fra 65% til 54%, $p=0,07$).

De langvarigt syge mænd i 2005-2009 har i gennemsnit det samme antal sygdomme som i 1993 (1,21 vs. 1,22). Blandt kvinder er tendensen, at det gennemsnitlige antal

sygdomme er mindsket i forhold til 1993, men forskellen er ikke statistisk sikker (1,19 vs. 1,27, $p=0,06$).

Tabel 2.5 viser den aldersjusterede forekomst af langvarige sygdomme fordelt på 14 diagnosegrupper blandt mænd og kvinder i henholdsvis 1993, 1999 og 2005-2009. I 2005-2009 er forekomsten af de forskellige sygdomme blandt mænd og kvinder næsten som i 1993. Blandt mænd skal dog bemærkes en mindre forekomst af muskel- og skeletsygdomme i 2005-2009 end i 1993 (15% vs. 20%, $p=0,004$), dvs. sygdomme i led, sener, knogler samt muskler. Endvidere ses en reduktion i andelen, der lider af henholdsvis langvarig luftvejssygdom (2% vs. 1%, $p=0,02$) og sygdomme i nervesystem, øjne og ører (6% vs. 4%, $p=0,046$). Blandt kvinder er forekomsten af sygdomme i urinveje og kønsorganer mere end halveret: Fra 4% i 1993 til 1% i 2005-2009 ($p=0,0002$). Derimod er andelen, der lider af kredsløbssygdomme, lidt større, men forskellen er ikke statistisk sikker (2% vs. 3%, $p=0,08$).

Sygdomsmønstret blandt langvarigt syge i 2005-2009

Af tabel 2.5 ses, at både blandt mænd og blandt kvinder er muskel- og skeletsygdomme den hyppigste form for langvarig sygdom i 2005-2009 (15% vs. 14%). Dette svarer til forekomsten i den danske Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 2005 (15%) (Ekholm et al. 2006). Blandt mænd er skader (7%) og gruppen af "andre sygdomme" (5%) de næstehyppigst forekommende sygdomme, hvor det blandt kvinder er i omvendt rækkefølge: gruppen af "andre sygdomme" (6%) og skader (4%). Forskellen mellem mænd og kvinder er tydeligst for skader, hvor forekomsten er næsten dobbelt så stor blandt mænd (7% vs. 4%, $p=0,001$). Der er endvidere en mindre forekomst af psykiske lidelser blandt mænd end blandt kvinder (1% vs. 2%, $p=0,004$). Samme kønsforskel ses for luftvejssygdomme (1% vs. 3%, $p=0,003$). Forekomsten af sygdomme i fordøjelsesorganer er også mindre blandt mænd end blandt kvinder (1% vs. 2%, $p=0,04$).

Tabel 2.5 Forekomst af selvrapporterede langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller anden langvarig lidelse opdelt for køn. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 1993, 1999 og 2005-2009. 1993: N=1402; uoplyst=34. 1999: N=1458; uoplyst=90. 2005-2009: N=2178; uoplyst=8. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

	1993	1999	2005	Forskel ml, 1993 og 2005
	%	%	%	p-værdi
Mænd				
Infektionssygdomme	1,6	1,3	1,0	0,25
Svulster	0,8	0,02	0,6	0,61
Stofskiftesygdomme	0,9	0,7	0,9	0,99
Blodsygdomme	-	-	-	
Psykiske lidelser	0,4	0,8	0,5	0,84
Sygdomme i nervesystem, øjne og ører	5,8	2,1	3,6	0,046
Kredsløbssygdomme	3,1	3,3	3,7	0,44
Luftvejssygdomme	2,2	2,5	0,8	0,02
Sygdomme i fordøjelsesorganer	1,8	1,7	1,0	0,15
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	0,6	0,5	0,2	0,14
Hudsygdomme	1,1	1,7	1,7	0,31
Muskel- og skeletsygdomme	20,2	15,7	14,7	0,004
Skader	5,1	2,0	6,8	0,17
Andre sygdomme	5,6	8,2	4,9	0,49
Uden diagnose	-	-	0,5	
Kvinder				
Infektionssygdomme	1,2	0,9	1,0	0,58
Svulster	1,1	0,5	1,4	0,65
Stofskiftesygdomme	0,7	1,1	0,8	0,69
Blodsygdomme	-	-	-	
Psykiske lidelser	1,2	1,8	2,1	0,12
Sygdomme i nervesystem, øjne og ører	3,6	1,8	3,3	0,64
Kredsløbssygdomme	2,2	4,3	3,0	0,08
Luftvejssygdomme	3,5	2,5	2,6	0,24
Sygdomme i fordøjelsesorganer	1,4	1,2	2,1	0,27
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	3,6	2,5	0,9	0,0002
Hudsygdomme	2,2	2,3	1,9	0,68
Muskel- og skeletsygdomme	15,2	11,1	13,5	0,31
Skader	3,1	2,1	3,7	0,52
Andre sygdomme	6,1	6,6	6,2	0,97
Uden diagnose	-	-	0,3	

Tabel 2.6 viser forekomsten af langvarige sygdomme fordelt efter aldersgruppe og køn. Af tabellen fremgår, at forekomsten af muskel- og skeletsygdomme, kredsløbs- og stofskiftesygdomme samt sygdomme i nervesystem og sanseorganer øges med stigende alder blandt begge køn. Blandt mænd er forekomsten af eksempelvis muskel- og skeletsygdomme på 5% blandt de yngste (18-24 årige). Forekomsten øges til henholdsvis 9% og 18% blandt de 25-34 og 35-59 årige og til 22% i den ældste gruppe (60+ år, $p < 0,0001$). Samme tendens til aldersafhængighed for flere af de langvarige sygdomme blev også fundet i den danske Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 2005 (Ekholm et al. 2006): forekomsten af kredsløbssygdom, sygdomme i nervesystem og sanseorganer samt infektionssygdomme steg med stigende alder for begge køn. I modsætning til den danske undersøgelse, hvor hudsygdomme faldt med stigende alder, er der i den grønlandske befolkning ingen sygdomme, hvor forekomsten mindskes med alderen.

Forekomsten af skader øges med stigende alder blandt mænd ($p=0,04$). Samme tendens ses blandt kvinder, men aldersafhængigheden er ikke statistisk sikker ($p=0,05$). Af de interviewedes svar fremgår ikke, hvilke former for skader der er tale om. Blandt kvinder øges forekomsten af luftvejssygdomme med alderen ($p=0,04$), hvor samme tendens ikke ses blandt mænd. Ud fra data er det ikke muligt at vurdere, hvad denne forskel beror på.

Forekomsten af langvarig sygdom i bevægeapparatet blandt personer i den erhvervsaktive alder

Langvarige muskel- og skeletsygdomme, dvs. sygdomme i led, sener, knogler samt muskler af mere end 6 måneders varighed, er den hyppigste form for langvarig sygdom blandt såvel mænd (15%) som kvinder (14%). Muskel- og skeletsygdomme benævnes også som reumatiske sygdomme eller bevægeapparatsygdomme (Kjøller et al. 1993). Bevægeapparatsygdomme omfatter, ifølge WHO's sygdomsklassifikation, sygdomstilstande, hvor den primære årsag er beskadigelse af kroppens knogler, muskler eller bindevæv (Brinck et al. 1995). Dette betyder, at bevægeapparatsygdomme ikke omfatter sygdomme, hvor årsagen til sygdomstilstanden er en senfølge af ulykke eller skyldes anden sygdom. Bevægeapparatsygdomme er karakteriseret ved smerte og nedsat fysisk funktion, hvilket typisk omfatter nakkehold, ondt i ryggen, slidgigt, knogleskørhed, fibromyalgi, leddegigt og "musearm" (Manniche et al. 2007).

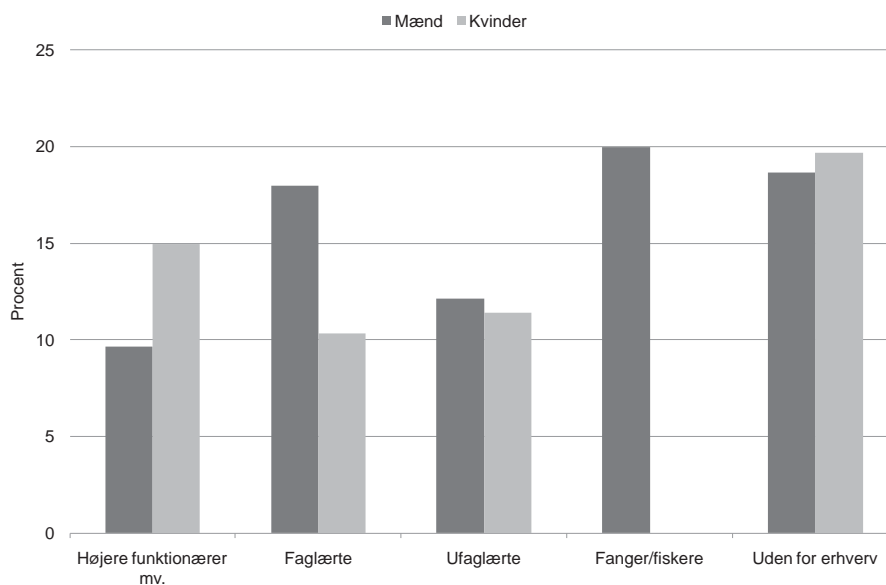
Tabel 2.6 Forekomst af selvrapporterede langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller anden langvarig lidelse fordelt på alder og køn. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 2005-2009. N=2473; uoplyst=8. Kun grøn-
lændere.

	18-24 år	25-34 år	35-59 år	60+ år	
	N=109	N=155	N=613	N=198	
Mænd	%	%	%	%	p-værdi
Infektionssygdomme	0,9	0,7	0,8	2,0	0,31
Svulster	0,0	0,7	0,3	1,5	0,15
Stofskiftesygdomme	0,0	0,0	0,5	4,0	0,0004
Blodsygdomme	-	-	-	-	
Psykiske lidelser	0,9	0,7	0,5	0,5	0,62
Sygdomme i nervesystem, øjne og ører	1,8	1,9	3,9	5,6	0,04
Kredsløbssygdomme	0,0	1,9	3,1	10,6	<0,0001
Luftvejssygdomme	0,9	0,0	0,8	2,0	0,17
Sygdomme i fordøjelsesorganer	0,0	0,0	1,1	2,0	0,04
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	0,0	0,0	0,5	0,0	0,74
Hudsygdomme	0,0	1,3	2,6	0,5	0,56
Muskel- og skeletsygdomme	4,6	9,0	18,3	21,7	<0,0001
Skader	0,9	5,8	6,9	7,1	0,04
Andre sygdomme	1,8	3,2	5,7	6,6	0,03
Uden diagnose	1,8	0,7	0,2	0,5	0,09

	18-24 år	25-34 år	35-59 år	60+ år	
	N=153	N=230	N=800	N=215	
Kvinder	%	%	%	%	p-værdi
Infektionssygdomme	0,0	1,3	0,5	2,8	0,047
Svulster	0,0	0,0	1,4	2,8	0,004
Stofskiftesygdomme	0,0	0,9	0,9	2,3	0,047
Blodsygdomme	-	-	-	-	
Psykiske lidelser	0,7	2,2	2,5	1,4	0,55
Sygdomme i nervesystem, øjne og ører	0,7	2,6	3,1	6,1	0,006
Kredsløbssygdomme	0,7	0,4	3,0	9,8	<0,0001
Luftvejssygdomme	0,7	1,7	2,9	3,7	0,04
Sygdomme i fordøjelsesorganer	0,7	1,7	2,3	2,3	0,22
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	1,3	1,3	0,4	2,3	0,74
Hudsygdomme	0,7	5,7	2,4	0,5	0,20
Muskel- og skeletsygdomme	2,0	7,8	15,1	20,9	<0,0001
Skader	2,0	2,6	3,4	5,6	0,05
Andre sygdomme	2,6	6,1	6,9	5,6	0,20
Uden diagnose	0,0	0,4	0,3	0,9	0,25

Langvarig muskel- og skelettsygdom påvirker mange mennesker i dagligdagen, og udgør potentielt en stor udgiftspost for såvel social- som sundhedsvæsenet. I Danmark er muskel- og skeletlidelser årsagen til en fjerdedel af nye tildelinger af helbredsbe- tinget førtidspension, og er den næsthøypigste tildelingsårsag. Derfor er det væsent- ligt at få afdækket, om langvarig sygdom i bevægeapparatet knytter sig til specifikke erhverv blandt de erhvervsaktive.

Figur 2.8 viser forekomsten af langvarig muskel- og skelettsygdom i befolkningen for- delt på erhverv og køn, justeret for aldersforskelle mellem erhvervsgrupperne imellem. Fore- komsten er særlig udbredt blandt deltagere uden for erhverv, både blandt mænd og blandt kvinder (19% vs. 20%). For deltagere uden for erhverv er det ikke muligt ud fra de indsamlede oplysninger at vurdere, om det er deres tidligere erhverv, der har ført til langvarig muskel- og skelettsygdom, eller om det er en lidelse, der først er brudt ud, mens de har været uden for arbejdsmarkedet. Derfor vil diskussion af langvarig muskel- og skelettsygdom fokusere på forskelle blandt deltagere i erhverv.



Figur 2.8 Andel med langvarig muskel- og skelettsygdom fordelt på erhverv blandt voksne i alderen 18-62 år. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. Mænd: N=876; uoplyst=11. Kvinder: N=1093; uoplyst=37. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Blandt kvinder er der tilbøjelighed til en større forekomst af langvarig bevægeapparatsygdom blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange uddannelser (15%) end blandt deltagere i erhverv, der henholdsvis forudsætter en kort uddannelse (10%) og ingen kompetencegivende uddannelse (11%). Forskellene er dog ikke statistisk sikre (begge p-værdier er over 0,13). Forekomsten blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange uddannelser, er heller ikke forskellig fra forekomsten blandt deltagere uden for erhverv (20%). Forekomsten af langvarig bevægeapparatsygdom er dog større blandt deltagere uden for erhverv (20%) i forhold til deltagere i erhverv, der forudsætter en kort uddannelse (10%, $p=0,007$) og ingen kompetencegivende uddannelse (11%, $p=0,007$). Overvægt er en individuel risikofaktor for muskel- og skeletlidelser, men i denne undersøgelse har kvinder med langvarig bevægeapparatsygdom ikke større body mass index (BMI) end deltagere uden langvarig bevægeapparatsygdom. Tendensen til en større forekomst af langvarig muskel- og skeletsygdom blandt kvinder i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange uddannelser, i forhold til de to andre erhvervsgrupper er ikke muligt at forklare.

Blandt mænd er der tendens til en større forekomst af langvarig muskel- og skeletsygdom blandt deltagere i erhverv, der forudsætter en kort videregående uddannelse (18%), blandt fangere og fiskere (20%) samt deltagere uden for erhverv (19%). I de øvrige erhverv er forekomsten på omkring 10%. Forekomsten blandt fangere og fiskere er dog kun større end blandt deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange uddannelser (20% vs. 10%, $p=0,04$), og deltagere i erhverv, der ikke forudsætter en kompetencegivende uddannelse (20% vs. 12%, $p=0,03$). For de øvrige erhverv er der ingen forskel i forekomsten. Der er en tendens til en øget forekomst af langvarig muskel- og skeletsygdom blandt deltagere i erhverv, der forudsætter en kort videregående uddannelse i forhold til deltagere i erhverv, der forudsætter mellemlange/lange uddannelser (18% vs. 10%, $p=0,07$) eller ingen kompetencegivende uddannelse (18% vs. 12%, $p=0,07$). Forskellene er dog ikke statistisk sikre. Hvis forekomsten blandt deltagere uden for erhverv (19%) sammenlignes med forekomsten i erhverv, der henholdsvis forudsætter kort uddannelser og mellemlange/lange uddannelser, fås et tilsvarende resultat som for deltagere i erhverv, der forudsætter en kort uddannelse. Mænd med langvarige muskel- og skeletsygdomme har heller ikke større BMI end deltagere uden langvarige muskel- og skeletsygdomme. Tendensen til en større forekomst af langvarig muskel- og skeletlidelse blandt mænd i erhverv, der forudsætter en kort uddannelse, i forhold til erhverv, der henholdsvis forudsæt-

ter mellemlange/lange uddannelse eller ingen kompetencegivende uddannelse, lader sig ved nærmere analyse ikke umiddelbart forklare.

Undersøgelser fra Danmark viser, at langvarig muskel- og skeletlidelse er hyppigere blandt dem med de hårdeste og mest belastede jobs (Manniche et al. 2007), hvoraf bl.a. fiskeri, kortuddannede, bygge og anlæg, fiske- og foderprodukter, social- og sundhedshjælper/assistenter udpeges som nedslidningstruede brancher og jobs (Arbejdstilsynet 2007). I Arbejdstilsynets opgørelser indgår ikke oplysning om risikoen ved at arbejde som fanger. Da forekomsten af langvarig muskel- og skeletsygdom blandt fangere og fiskere ikke er forskellig (18% vs. 21%) behandles gruppen samlet, om end der kan være forskel på arbejdsopgaverne erhvervene imellem. Fangere er dog i lighed med fiskere og de øvrige brancher og jobs, som Arbejdstilsynet udpeger som særligt nedslidningstruede, udsat for flere af de faktorer, der forøger risikoen for muskel- og skeletlidelser. Risikofaktorerne er fysisk anstrengende arbejde, løft/træk og skub/forflytning af tunge byrder, belastende arbejdsstillinger som fx arbejde med vredet eller bøjet nakke og ryg, arbejde med løftede arme/drejede hænder samt arbejde, der hovedsageligt er stående/gående. Det Europæiske Arbejdsmiljøagentur konkluderer, at omkring 6 ud af 10 inden for fiskerierhvervet er udsat for smertefulde arbejdsstillinger halvdelen af tiden eller mere. Endvidere er fiskere i omkring halvdelen af arbejdstiden udsat for tunge løft og gentagne håndbevægelser (Det Europæiske Miljøagentur 2008). Alt dette er væsentlige risikofaktorer for sygefravær på grund af muskel- og skeletsygdom. Man ved, at der er flere faktorer, der forebygger muskel- og skeletsygdomme, hvoraf nogle knytter sig til individet. Bl.a. virker fysisk aktivitet og det at være normalvægtig (BMI 18,5-24,9) forebyggende på en lang række sygdomme, herunder bl.a. muskel- og skeletsygdomme. Ernæringsrådet i Grønland anbefaler mindst én times fysisk aktivitet om dagen, heri inkluderet transport til arbejde, rengøring, sport og jagt. Endvidere vil øget uddannelse i korrekte arbejdsstillinger samt minimering af risikofaktorerne for muskel- og skeletsygdomme i erhvervet også have en gavnlig effekt. Hos personer med muskel- og skeletlidelser er det vigtigt, at behandlingsforløb og rehabiliteringsprogrammer iværksættes tidligt i sygdomsforløbet for at minimere risikoen for, at lidelsen bliver kronisk og resulterer i en helbredsbetiget førtidspension.

Hvad angår bopæl er der ingen forskel i forekomsten af langvarig bevægeapparat-sygdom blandt erhversaktive deltagere fra byer og Nuuk. Nuuk og øvrige byer er derfor slået sammen i analyserne til "byer". Blandt mænd er der ingen statistisk sikker forskel i forekomsten af langvarig muskel- og skeletsygdom i byer og bygder (15%

vs. 18%). Andelen af kvinder i byer og bygder med langvarig bevægeapparatsygdom er heller ikke forskellig (13% vs. 15%). Forekomsten af langvarig muskel- og skelet-sygdom inden for de enkelte erhverv i byer og bygder er heller ikke forskellig, hverken blandt mænd eller blandt kvinder. Blandt mænd er dog en tendens til større forekomst af langvarig bevægeapparatsygdom i bygder end i byer for to af erhvervene: henholdsvis fangere/fiskere (23% vs. 18%) og for deltagere uden for erhverv (25% vs. 16%). Forskellene er dog ikke statistisk sikre (begge p-værdier over 0,18). Blandt kvinder ses tilsvarende tendens til en større forekomst blandt deltagere med bopæl i bygder end i byer blandt deltagere i erhverv, der forudsætter en kort videregående uddannelse (17% vs. 9%), men forskellen er ikke statistisk sikker.

Opsummering

37% af deltagerne, lige mange mænd og kvinder, oplyser, at de lider af en langvarig sygdom, eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse ("langvarig sygdom"). Forekomsten af langvarig sygdom øges i takt med stigende alder. Andelen, der lever med en langvarig sygdom, er større i bygderne (40%) end i Nuuk (32%) og i byerne på kysten (34%). Langvarig sygdom er blandt deltagere i den erhvervsaktive alder (<63 år og ikke under uddannelse) særlig udbredt i gruppen uden for erhverv: næsten halvdelen, uanset køn, lider af langvarig sygdom.

Muskel- og skeletsygdomme er den hyppigste årsag til langvarig sygdom i befolkningen, uanset køn (ca. 15%). Andre hyppigt forekommende årsager er skader. Med stigende alder, både blandt mænd og kvinder, øges andelen, der lider af langvarige muskel- og skeletsygdomme, kredsløbs- og stofskiftesygdomme samt sygdomme i nervesystem og sanseorganer. Blandt mænd i den erhvervsaktive alder er forekomsten af langvarig muskel- og skeletsygdom større blandt fangere og fiskere (20%) end blandt personer i erhverv, der henholdsvis forudsætter mellemlange/lange uddannelser (10%) og ingen kompetencegivende uddannelse (12%). Blandt kvinder i den erhvervsaktive alder er der en større forekomst af langvarig sygdom i bevægeapparatet blandt personer, der er uden for erhverv (20%), end blandt personer i erhverv, der forudsætter henholdsvis en kort videregående uddannelse (10%) og ingen kompetencegivende uddannelse (11%).

Andelen af befolkningen, der lider af langvarig sygdom er mindsket fra 1993 til 2005-2009 blandt mænd (44% vs. 35%), men er uændret blandt kvinder (38% vs. 37%). Forekomsten af de forskellige langvarige sygdomme er næsten som i 1993. Blandt mænd er andelen med langvarig muskel- og skeletsygdom, luftvejssygdom og sygdomme i nervesystem, øjne og ører dog mindsket. Blandt kvinder er forekomsten af sygdomme i urinveje og kønsorganer lavere i 2005-2009 end i 1993.

3. Diabetes

Marit Eika Jørgensen

Diabetes er en af de hyppigste kroniske sygdomme i verden, og i de fleste lande har forekomsten været stærkt stigende gennem de sidste 20-30 år. Fedme og fysisk inaktivitet er de vigtigste årsager til udvikling af diabetes. Den store stigning i forekomsten, der ses overalt i verden, er forklaret ved de samfundsændringer, der har fundet sted, og som har medført, at flere og flere mennesker har stillesiddende arbejde, og at indtaget af kalorie-, fedt- og sukkerholdige fødevarer er steget betydeligt.

For 40 år siden var diabetes stort set ikke-eksisterende i Grønland. I Grønland har store samfundsændringer fundet sted på meget kort tid, og dette har utvivlsomt været medvirkende til, at diabetesforekomsten er øget. Befolkningsundersøgelsen i 1999 fandt ved en systematisk undersøgelse, at 10% af befolkningen > 35 år havde diabetes, og yderligere 12% havde forstadier til diabetes (Jørgensen et al. 2002). Globalt set ligger Grønland i den høje ende med en diabetesforekomst, der er sammenlignelig med Indien og mellemøsten. Den meget hurtige udvikling og høje forekomst tyder på, at inuit er genetisk disponerede for diabetesudvikling. En fremherskende teori forklarer tilstedeværelsen af sådanne "etniske højrisikogrupper" med, at det i et traditionelt fangersamfund, hvor der har været perioder med fødeknaphed og sult, har været en overlevelsesmæssig fordel at have evnen til at akkumulere fedt – primært i hurtigt mobiliserbare væv imellem organerne. I et moderne samfund, hvor mad med højt kalorieindhold er let tilgængeligt, og hvor dagligdagen ikke længere er fysisk krævende, vil de samme gener disponere til fedme og på længere sigt til nedsat følsomhed for insulin med risiko for diabetes og hjertekarsygdom.

Med diabetes følger påvirkning af små og store kar og dermed risikoen for at udvikle komplikationer i form af nyre-, øjen-, og nervesygdom (småkarssygdom), blodpropper i hjerte og hjerne samt kredsløbsproblemer i fødderne (storkarssygdom). Diabetes er fortsat den vigtigste årsag til dialysekrævende nyresygdom, blindhed og amputationer, og personer med diabetes lever i gennemsnitligt 10 år kortere end personer uden diabetes (Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2003). I Grønland er diabeteskomplikationer ligeså hyppige som i Danmark (Pedersen et al. 2010). Komplikationer kan heldigvis forebygges med god regulation af blodsukker, blodtryk og kolesterol og ved opsporing og behandling af tidlige stadier af diabeteskomplikationer. Har man diabetes, vil almindelig god behandlingsstandard indebære 3-4 årlige kontroller med rådgivning om kost og motion, måling af langtidsblodsukker, blod-

tryk og vægt samt årlig undersøgelse af øjne og fødder, måling af urinudskillelsen af æggehviteprotein og kontrol af kolesterolstatus (Det nationale Indikatorprojekt 2009). Det siger sig selv, at god diabetesbehandling i Grønland er en stor udfordring, både på grund af de geografiske forhold og fraværet af specialuddannet personale.

Heldigvis er der særdeles god dokumentation for, at diabetes kan forebygges, både med livsstilsændringer og med medicin. Dette har i store undersøgelser vist sig effektivt i forhold til det investerede beløb (Tuomilehto 2009).

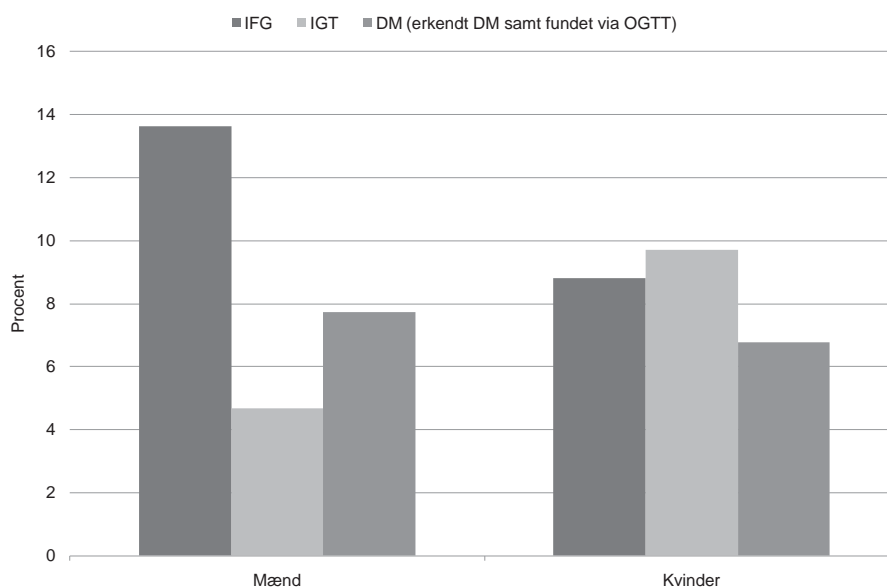
Metode

I befolkningsundersøgelsen 2005-2009 er deltagerne undersøgt for diabetes med en 2-timers glukosebelastningstest. Ved ankomsten til undersøgelsen blev der først målt et fastende blodsukker (glukose) i en plasmaoprøve. Herefter drak deltagerne en sukkeropløsning med 75 g glukose, og 2 timer efter sukkerstimulationen blev der igen målt plasmaglukose.

Personer med kendt diabetes fik målt fasteglukose, men fik ikke foretaget glukosebelastning. Diabetes er i denne undersøgelse defineret i henhold til WHO's kriterier (WHO 1999). Fasteglukose ≥ 7 mmol/l eller stimuleret glukose efter 2 timer $\geq 11,1$ mmol/l defineres derfor som diabetes. Personer med fastende glukose $\geq 6,1$ mmol/l har forhøjet fasteglukose (IFG), og forhøjet 2-timers glukose $\geq 7,8$ mmol/l defineres som nedsat glukosetolerance (IGT). Ved såvel IFG som IGT er der stor risiko for at udvikle diabetes.

Resultater

Figur 3.1 viser forekomsten af IFG, IGT og diabetes for mænd og kvinder justeret for aldersforskel kønnene imellem. Forekomsten af diabetes er næsten den samme uanset køn. Forekomsten er 8% blandt mænd og 7% blandt kvinder. 76% af disse tilfælde var på forhånd uerkendte. Yderligere 18% af mændene og 19% af kvinderne har forstadier til diabetes. Forekomsten af IGT er højere hos kvinder (10%) end hos mænd (5%, $p < 0,0001$), hvorimod IFG er hyppigere hos mænd (14%) end hos kvinder (9%, $p = 0,0003$). En større forekomst af IFG blandt mænd i forhold til kvinder er en tendens, der også ses i resten af verden (Sicree et al. 2008). Der er dog ikke nogen veldokumenteret forklaring herpå. IGT og diabetes er hyppigere blandt kvinder end mænd i de yngre aldersgrupper (18-34 år). Denne forskel er formentlig en følge af, at mange kvinder har en vægtstigning i forbindelse med graviditeter og fødsler.



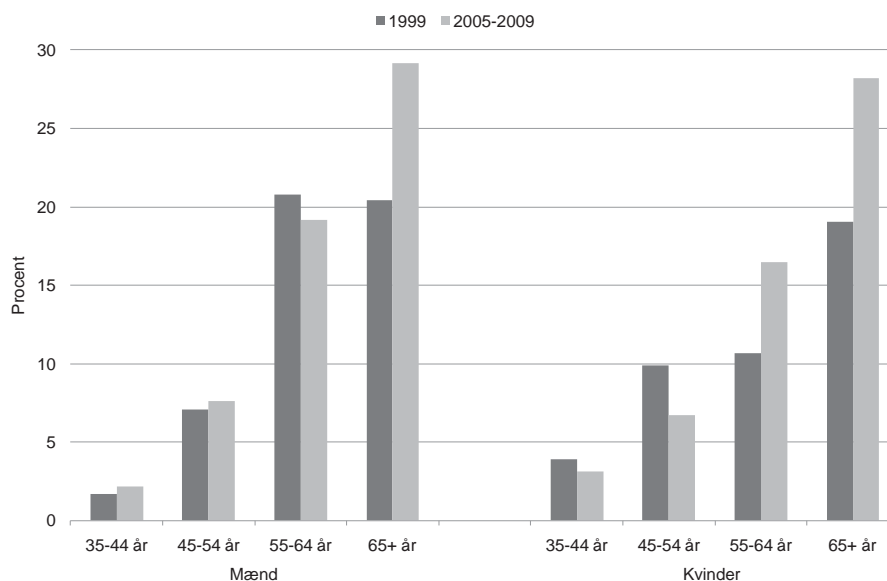
Figur 3.1 Forhøjet fastblodsukker (IFG), nedsat glukosetolerance (IGT) og diabetes (DM) blandt mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. Mænd: N=997; uoplyst=86, kvinder: N=1303; uoplyst=95. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Forekomsten af såvel diabetes som IGT øges med alderen, både blandt mænd og blandt kvinder. Forekomsten af IFG øges også med alderen, men forekomsten er størst blandt de 45-54 årige, hvorefter den falder. Dette er tendenser, der også ses i andre befolkninger. IGT er stærkt relateret til fedme og fysisk inaktivitet, og tilstanden afspejler primært en nedsat følsomhed for insulin i musklerne (Færch et al. 2009). IFG opstår derimod som følge af en relativ nedsat insulinproduktion og forøget glukoseproduktion i leveren. Dette skyldes til dels genetiske forhold, og IFG ses derfor også hyppigere blandt yngre end IGT og diabetes. Både IFG og IGT er forløbere for diabetes, og resultaterne tyder derfor på, at en stor andel af befolkningen er i risiko for at udvikle diabetes.

Udviklingen i diabetes fra 1999 til 2005-2009

Den samlede forekomst af diabetes i befolkningen er tilsyneladende lidt mindre end i befolkningsundersøgelsen i 1999. Dette skyldes imidlertid, at alle fra 18 år og opefter er undersøgt i 2005-2009, hvor det i 1999 kun var personer på 35 år og opefter. Dia-

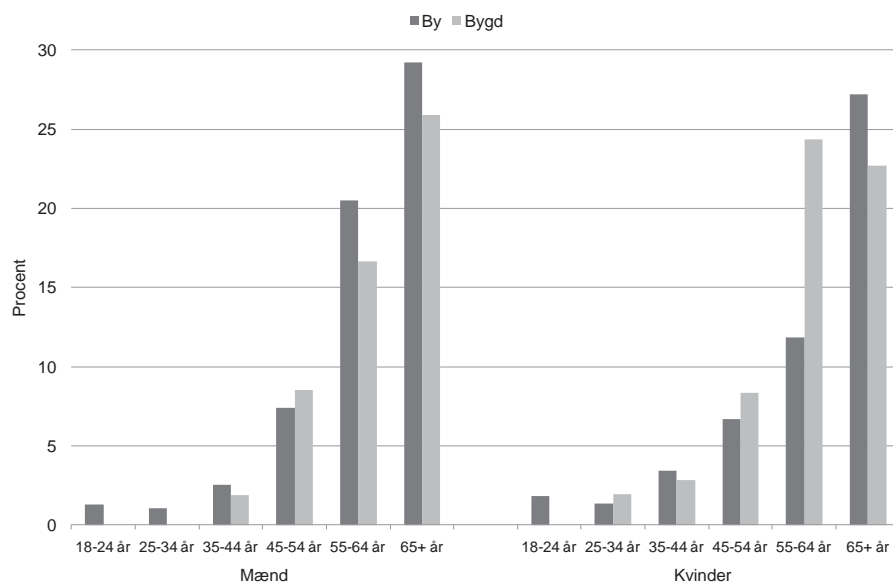
betesforekomsten indenfor de enkelte aldersgrupper er stort set uændret fra 1999 til 2005-2009 (se figur 3.2). I den ældste aldersgruppe er der dog sket en betydelig stigning. Således har næsten 30% blandt både mænd og kvinder ≥ 65 år diabetes. Øgningen i diabetesforekomsten i de ældste aldersgrupper er sket parallelt med en stigning i forekomsten af svær overvægt hos både mænd og kvinder (Nielsen og Larsen 2008).



Figur 3.2 Andelen med diabetes opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 1999 og 2005-2009. 1999: N=828; uoplyst=84. 2005-2009: N=1521; uoplyst=68. Kun grønlandere.

Diabetes i byer og bygder

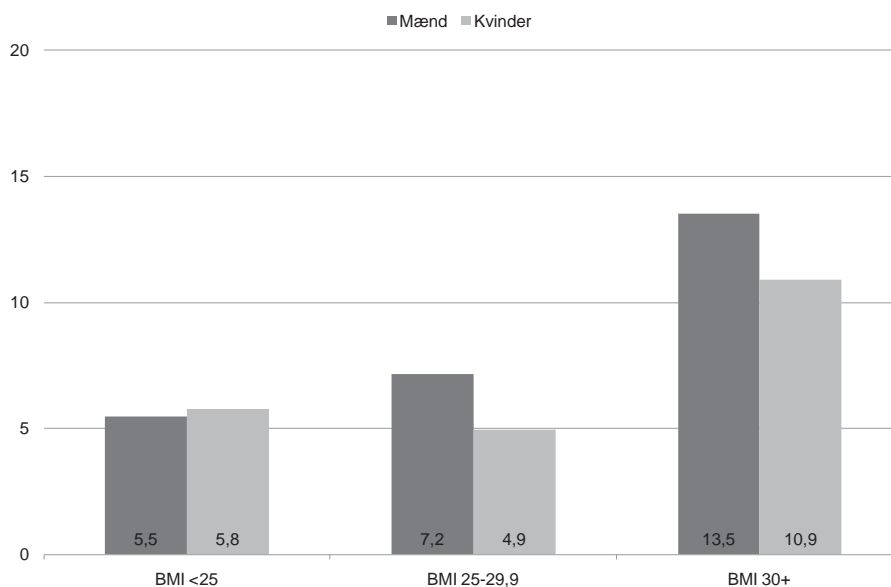
I befolkningsundersøgelsen i 1999 var diabetesforekomsten større i bygderne end i byerne (14% vs. 8-9%). Analyserne viste dengang, at diabetes var relateret til fedme, og den store forekomst af diabetes sås især blandt kvinder i bygderne. I undersøgelsen i 1999 indgik dog kun 256 personer fra bygder (i Uummannaq Kommune). I denne befolkningsundersøgelse indgår 462 personer bosiddende i 8 bygder fordelt på hele Vestkysten (se tabel 1.1). Figur 3.3 viser udbredelsen af diabetes i byer og bygder i 2005-2009 opdelt for alder og køn. Der er ingen statistisk sikker forskel i udbredelsen af diabetes i byer og bygder, undtagen blandt kvinder i alderen 55-64 år, hvor 24% i bygderne har diabetes mod kun 12% i byerne, $p=0,047$.



Figur 3.3 Andelen med diabetes i byer og bygder opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. Mænd: N=997; uoplyst=86, kvinder: N=1303; uoplyst=95. Kun grønlandere.

BMI og diabetes

Som nævnt indledningsvist er overvægt og fedme (svær overvægt), sammen med fysisk inaktivitet, de vigtigste årsager til diabetes. Forekomsten af overvægt og fedme i Grønland er blandt de største i verden. Der er sket en vækst af svær overvægt defineret som BMI (body mass index) ≥ 30 kg/m² i alle aldersgrupper og for begge køn, men øgningen har været størst blandt kvinder (Nielsen og Larsen 2008). Figur 3.4 viser, at diabetes forekommer hyppigst blandt personer med svær overvægt (BMI ≥ 30). Ekstra analyser viser, at der er en tendens til, at diabetes ses blandt yngre (18-34 årige) normalvægtige deltagere. Dette tyder på, at diabetes blandt yngre deltagere i højere grad er betinget af genetiske faktorer end af livsstilsfaktorer. Tallene er dog små for de yngste deltagere, og fortolkningen derfor usikker.



Figur 3.4 Andelen med diabetes fordelt på vægt: Normalvægt (BMI<25), moderat overvægt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) og svær overvægt ($\text{BMI} \geq 30$) blandt mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. Mænd: N=997; uoplyst=86, kvinder: N=1303; uoplyst=95. Kun grønlandere. De præsenterende andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Opsummering

Diabetesforekomsten er 8% blandt mænd og 7% blandt kvinder. Diabetes er derfor fortsat en hyppig sygdom i Grønland og vil, som en af de største kroniske sygdomme, være en stor udfordring for sundhedsvæsenet i fremtiden. Med oprettelsen af det 3-årige diabetesprojekt i Grønland er der allerede taget et vigtigt initiativ til at organisere forebyggelse, opsporing og behandling af diabetes (Diabetesgruppen i Grønland 2010).

Det store antal personer med tidligere uerkendt diabetes peger på et behov for øget diagnostisk aktivitet. Ved tidlig erkendelse af diabetes øges muligheden for at forebygge komplikationer. På nuværende tidspunkt er der ikke dokumentation for, at egentlig screening for diabetes er effektiv (Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2003). Men patienter med andre risikofaktorer for hjertekarsygdom,

som eksempelvis forhøjet blodtryk og kolesterol, bør systematisk undersøges for diabetes.

En femtedel af befolkningen har forstadier til diabetes (IGT og IFG), hvilket tyder på, at mange er i risiko for at udvikle diabetes fremover. Der er formentlig en betydelig genetisk betinget risiko i den grønlandske befolkning for at udvikle diabetes. Væksten i diabetes gennem de sidste 40 år viser, at livsstilsfaktorer er helt afgørende for, om disponerede personer udvikler diabetes. Forebyggende initiativer er derfor helt afgørende, hvis udviklingen skal vendes. Siden befolkningsundersøgelsen i 1999 har der især blandt kvinder været en vækst i forekomsten af diabetes og svær overvægt. Disse resultater tyder på, at en indsats for at forebygge og tidligt opspore diabetes fremover bør have øget fokus på kvinder i Grønland.

4. Risikofaktorer for hjertekarsygdom: Blodtryk og lipider

Anni Brit Sternhagen Nielsen og Camilla Budtz

Forekomsten af befolkningens risiko for hjertekarsygdom vurderes i dette kapitel ud fra blodtryk samt lipiderne (blodfedtstofferne) kolesterol og triglycerid. Deltagerne fik målt blodtryk og taget blodprøver samme dag, som de besvarede et spørgeskema, hvori der indgik to spørgsmål om, hvorvidt deltagerne nogensinde har fået at vide af en læge, at de havde højt eller forhøjet blodtryk og tilsvarende forhøjet kolesterol. I bekræftende fald er deltagerne blevet spurgt om, hvilken nuværende behandling de får. I et andet spørgsmål har deltagerne givet information om, hvilken medicin de får for øjeblikket, dvs. også hvilken medicin, der gives mod forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk. Alle analyserne i kapitlet er justeret for eventuelle aldersforskelle blandt de interviewede.

Betegnelsen "hjertekarsygdomme" omfatter sygdomme i hjertet, hjernens kar og i de perifere blodkar. I Danmark er de hyppigst forekommende iskæmisk hjertesygdom, apopleksi (slagtilfælde), hjertesvigt, hjerterytmeforstyrrelse og hjerteklapsygdomme, hvoraf førstnævnte udgør den største gruppe (Madsen et al. 2007). De vigtigste biologiske risikofaktorer for hjertekarsygdomme er, foruden arvelig disposition, overvægt, forhøjet blodtryk, forhøjet blodsukker og forhøjet kolesterol. Livsstil og sundhedsfærd i form af kostvaner, alkoholforbrug, rygning og fysisk aktivitet påvirker de biologiske faktorer.

Det vurderes, at ca. 6,1% danskere levede med hjertekarsygdomme i 2005 (Christensen et al. 2005). Lige mange mænd og kvinder har sygdommen, men kvinder får sygdommen i en højere alder end mænd (Madsen et al. 2007). Den ligelige fordeling af sygdommen skyldes derfor, at kvinders middellevetid er højere end mænds. Der er social ulighed i forekomsten. Personer med kort uddannelse, lav indkomst og dårlige sociale kår har både forøget risiko for hjertekarsygdom og ringere overlevelse end personer med længere uddannelse og bedre økonomi (Nissen og Rasmussen 2008; Madsen et al. 2007). Tilsvarende sammenhæng mellem uddannelsesniveau og tegn på iskæmisk hjertesygdom (vurderet ud fra hjertekrampe og blodprop i hjertet) er også fundet i Grønland (Jørgensen et al. 2008). Der mangler imidlertid pålidelige opgørelser over forekomsten af hjertekarsygdomme her i landet. En undersøgelse har vist, at omkring 10,8% mænd og 10,2% kvinder har tegn på iskæmisk hjertesygdom (Jørgensen et al. 2008).

Hjertekarsygdomme medfører store samfundsmæssige omkostninger. Undersøgelser fra Danmark viser, at de samlede sygehusudgifter til behandling af hjertekarsygdomme var på knap fire mia. kr. i 2005 (Madsen et al. 2007). Hertil kommer, at personer med hjertekarsygdom trækker sig tidligere tilbage fra arbejdsmarkedet, i gennemsnit 0,8 år tidligere. For den sygdomsramte påvirkes såvel arbejdslivet som livsstilen, fx i form af nedsat funktionsvane, og livskvaliteten vurderes ofte som forringet. Det synes derfor vigtigt at forebygge hjertekarsygdom gennem minimering af risikofaktorerne (rygning, stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, ubalanceret kost med for højt indtag af mættet fedt og sukker og begrænset indtag af frugt og grønt).

Blodtryk

Rygning, fysisk inaktivitet, saltholdig mad, overvægt er alle faktorer, der øger risikoen for forhøjet blodtryk. Forhøjet blodtryk giver øget risiko for især iskæmisk hjertesygdom og apopleksi (slagtilfælde).

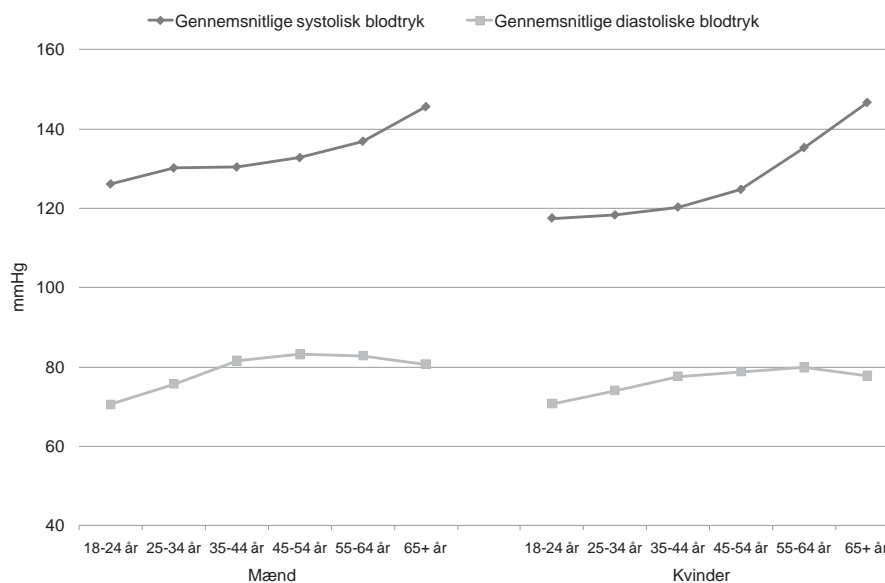
I befolkningsundersøgelserne 1993 og 2005-2009 blev blodtrykket målt i højre arm, mens deltagerne var i hvile (siddende). Blodtrykket er målt flere gange, med mindst 2 minutters mellemrum, med et automatisk blodtryksapparat. I befolkningsundersøgelsen 2005-2009 blev blodtrykket målt tre gange, og blodtrykket er beregnet som gennemsnittet af de to sidste målinger. Hvis der kun er to målinger, som i 1993, er blodtrykket et gennemsnit af disse målinger. Da der i befolkningsundersøgelsen 1999 blev anvendt en anden type blodtryksapparat, er det ikke muligt at sammenligne med denne.

Behandlingskrævende forhøjet blodtryk er i denne undersøgelse defineret som blodtryk på 140/90 mmHg eller derover, jfr. WHO's kriterier (Whitworth 2003). Med mindre andet er nævnt, består gruppen af deltagere med forhøjet blodtryk (ja/nej) i resten af kapitlet både af deltagere med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg og deltagere med erkendt blodtryksforhøjelse, der bliver behandlet med medicin.

Blodtryk og forhøjet blodtryk fordelt efter køn og alder

Blandt deltagere, der ikke er i behandling med medicin mod forhøjet blodtryk, er blodtrykket højere blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd (N=999) er middelværdien af systolisk blodtryk 132,7 mmHg, hvor det blandt kvinder (N=1241) er 123,8 mmHg ($p < 0,0001$). Samme kønsforskel ses for det diastoliske blodtryk (80,0 mmHg vs. 76,6 mmHg, $p < 0,0001$). Det systoliske blodtryk øges med stigende alder både blandt mænd ($p < 0,0001$) og blandt kvinder ($p < 0,0001$). Det samme gør sig gæl-

dende for det gennemsnitlige diastoliske blodtryk ($p < 0,0001$ uanset køn). Både blandt mænd og kvinder er der tendens til, at det gennemsnitlige diastoliske blodtryk ikke ændres væsentligt fra og med 35-44 års alderen (se figur 4.1). Der er således ingen statistisk sikker forskel på det gennemsnitlige diastoliske blodtryk i de fire ældste aldersgrupper, hverken blandt mænd eller blandt kvinder.



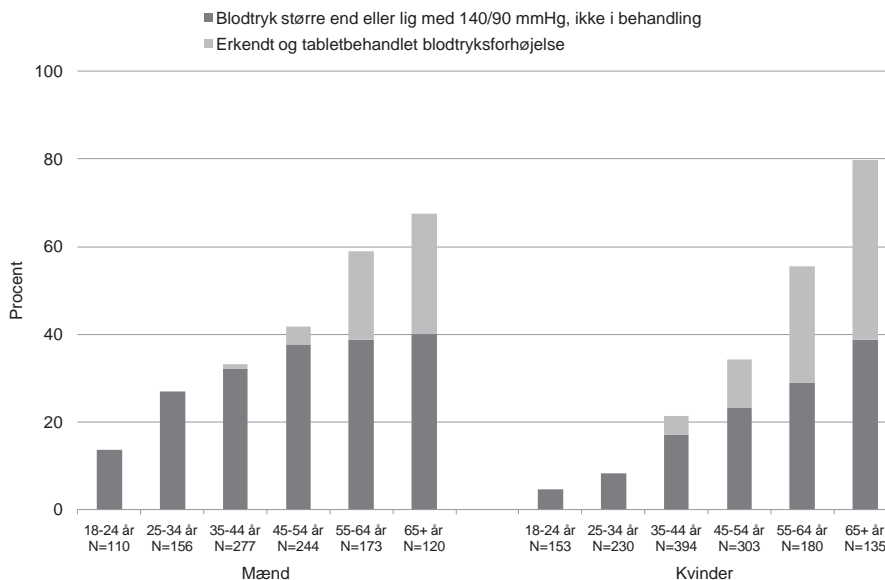
Figur 4.1 Middelværdier af systolisk og diastolisk blodtryk fordelt på køn og alder blandt deltagere, der ikke er i behandling med medicin mod forhøjet blodtryk. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2240; uoplyst=7. Kun grønlandere.

35% af 2474 deltagere har forhøjet blodtryk, dvs. enten i form af blodtryk $\geq 140/90$ mmHg eller erkendt og behandlet blodtryksforhøjelse. Forekomsten er større blandt mænd end kvinder (40% vs. 30%, $p < 0,0001$). En befolkningsundersøgelse blandt inuit i Nunavik 2004 (Dewailly et al. 2007) fandt en lavere forekomst af blodtryksforhøjelse (17%) end i den grønlandske befolkning til trods for, at overvægt og rygning er ligeså udbredt i Nunavik som i Grønland. En igangværende undersøgelse af blodtryk i de to populationer kan forhåbentlig afdække, hvad der kan være den bagvedliggende årsag til forskellen i blodtryksforhøjelse.

3% af deltagerne i befolkningsundersøgelsen 2005-2009, flere mænd end kvinder (5% vs. 2%, $p = 0,001$), har særlig forhøjet risiko for at få hjertekarsygdom (Dansk Car-

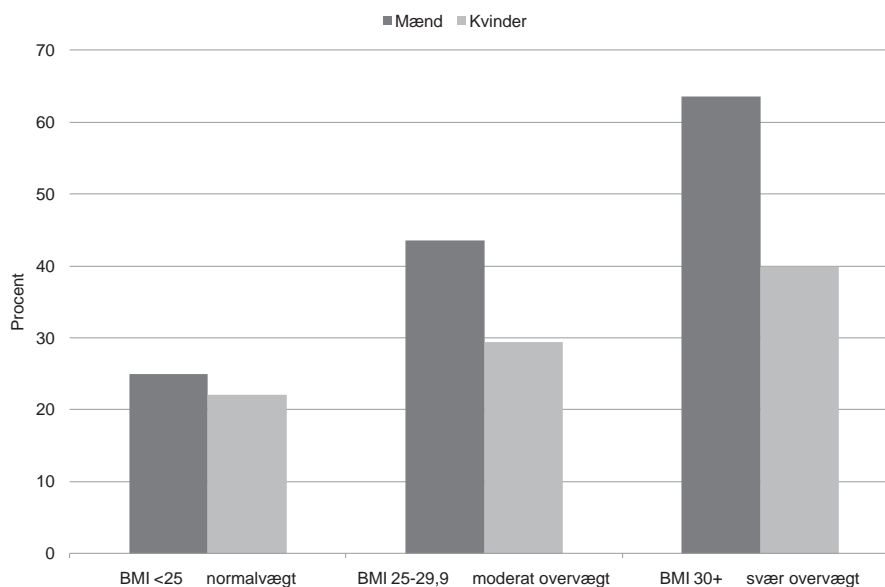
diologisk Selskab et al. 2004), da deres blodtryk er stærkt forhøjet (180/110 mmHg eller derover).

Blandt både mænd og kvinder øges andelen med forhøjet blodtryk med såvel stigende alder ($p < 0,0001$) som stigende body mass index (BMI, $p < 0,0001$). Figur 4.2 viser andelen med forhøjet blodtryk fordelt på alder og køn. I de tre yngste aldersgrupper (18-44 år) har en større andel blandt mænd end kvinder forhøjet blodtryk ($p < 0,05$ i alle analyser). Der er ingen kønsforskel i forekomsten af forhøjet blodtryk blandt de midaldrende (45-64 år), og tendensen til en højere forekomst blandt kvinder end mænd i gruppen af 65 årige og derover er ikke statistisk sikker (80% vs. 68%, $p = 0,062$).



Figur 4.2 Andelen af mænd og kvinder med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg eller erkendt og behandlet blodtryksforhøjelse fordelt efter alder. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2474; uoplyst=7. Kun grønlandere.

Af figur 4.3 ses, at forekomsten af forhøjet blodtryk blandt normalvægtige deltagere (BMI < 25) er ligeligt udbredt blandt mænd og kvinder (25% vs. 22%). Forekomsten af forhøjet blodtryk er dog større blandt mænd end kvinder, blandt såvel moderat overvægtige (43% vs. 29%, $p = 0,0002$) som svært overvægtige deltagere (64% vs. 40%, $p < 0,0001$).



Figur 4.3 Andelen af mænd og kvinder med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg eller erkendt og behandlet blodtryksforhøjelse fordelt efter BMI (kg/m^2) og køn. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2474; uoplyst=7. Kun grønlandere. De præsenterede andele er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt de interviewede.

Deltagere med blodtryk på 140/90 mmHg eller derover og behandling med medicin
 Blandt deltagere, der fik målt et blodtryk $\geq 140/90$ mmHg på undersøgelsesdagen, har 42% (356 af 855 deltagere) på et tidspunkt fået konstateret et forhøjet blodtryk af en læge. Andelen, der har fået konstateret forhøjet blodtryk af en læge, er lidt lavere blandt mænd end kvinder (33% vs. 50%, $p < 0,0001$), hvorfor det især er mænd, der har uerkendt blodtryksforhøjelse, dvs. blodtryk $\geq 140/90$ mmHg. Lidt over en fjerdedel (27%) af deltagerne med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg, dobbelt så mange mænd som kvinder (36% vs. 18%, $p < 0,0001$), er i aktuel behandling med medicin mod forhøjet blodtryk. Der er ingen blandt de to yngste aldersgrupper (18-34 år) med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg, der er i behandling. Andelen af mænd og kvinder med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg i behandling øges derefter med stigende alder ($p < 0,0001$ for begge køn). Blandt mænd er 3% i alderen 35-44 år i behandling, hvor det er over en tredjedel i de to ældste aldersgrupper (hhv. 34% og 41%). Blandt kvinder med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg er 20% i alderen 35-44 år i behandling, hvor det er halvdelen i de ældste aldersgrupper, henholdsvis 48% blandt de 55-64 årige og 51% blandt

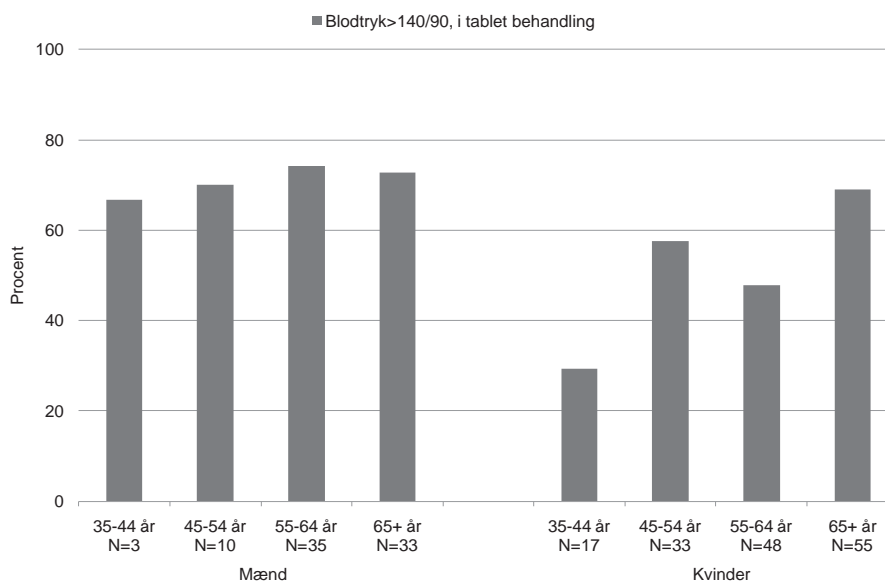
de 65+ årige. Et blodtryk målt på sygehus, på lægeklinikken eller som her i en befolkningsundersøgelse kan dog være $\geq 140/90$ mmHg, selvom et blodtryk målt i hjemlige omgivelser ville være normalt. Denne tilstand betegnes som konsultationshypertension (Bang og Wiinberg 2009). Det er imidlertid ikke sandsynligt, at alle deltagere, der fik målt blodtryk $\geq 140/90$ mmHg, har konsultationshypertension. Der synes derfor at være brug for øget indsats for at opspore personer med uerkendt blodtryksforhøjelse for at få belyst, om der eventuelt skal iværksættes behandling.

Det tyder ikke på, at bopæl har betydning for, om deltagere, med blodtryk $\geq 140/90$ mmHg, behandles med medicin eller ej. Blandt mænd bosat i Nuuk oplyser 15%, at de behandles med medicin, hvor andelen er lidt højere blandt deltagere bosat i byer og bygder, henholdsvis 19% og 20%, omend forskellene ikke er statistisk sikre. For kvinder ses samme tendens som for mænd. Andelen er lavere blandt deltagere bosat i Nuuk (32%) end deltagere i byer (37%) og i bygder (38%), men igen er forskellene ikke statistisk sikre.

97% af de 234 deltagere, der er i aktuel behandling med medicin mod forhøjet blodtryk, har oplyst navnet på den medicin, de bliver behandlet med. Kendetegnende for behandlingen er, at de alle bliver behandlet med et eller flere af de anbefalede førstevalgspræparater til behandling af blodtryksforhøjelse, dvs. vanddrivende medicin, betablokker, calciumantagonister og ACE-hæmmere (Dansk Selskab for Almen Medicin 2007). Der er dog knap to tredjedele (62%) i behandling med medicin, som på undersøgelsesdagen fik målt deres blodtryk til 140/90 mmHg eller derover. Andelen er højere blandt mænd (73%) end blandt kvinder (56%, $p=0,02$). Disse tal stemmer overens med resultater fra en større dansk befolkningsundersøgelse (Inter99), hvor man har fulgt befolkningsblodtrykket ved gentagne undersøgelser blandt 30-60 årige. Endnu ikke publicerede data fra Inter99 fra 2005 viser, at 60% af de mænd og 44% af de kvinder, der var i behandling for forhøjet blodtryk, fik målt deres blodtryk til at være 140/90 mmHg eller derover (Ibsen et al. 2009).

Figur 4.4 viser forekomsten af blodtryk på 140/90 mmHg eller derover blandt deltagere, der oplyser, de er i blodtryksnænkende behandling. Blandt mænd i behandling fik under en tredjedel, uanset aldersgruppe, målt et normalt blodtryk på undersøgelsesdagen, men tallene er små. Blandt kvinder øges andelen med blodtryk på 140/90 mmHg eller derover med stigende alder ($p=0,02$). Forekomsten er 29% blandt de 35-44 årige kvinder og øges til 69% blandt kvinder på 65 år og derover. Der kan være flere årsager til underbehandling, hvoraf de oftest forekommende er bivirkninger,

hvorfor behandlingen ikke kan optimeres, eller at behandlingsanvisningerne ikke efterleves. For nogle personer i blodtryks-sænkende behandling kan blodtrykket dog ikke normaliseres på trods af kombination af flere forskellige præparater. Selvom blodtrykket ikke er normaliseret, vil behandlingen dog have en risikoreducerende effekt.



Figur 4.4 Andelen af mænd og kvinder, der oplyser behandling med medicin mod forhøjet blodtryk, som på undersøgelsesdagen fik målt et blodtryk på 140/90 mmHg eller derover. Ingen i alderen 18-34 år er i blodtryks-sænkende behandling. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=234. Kun grønlandere.

Udviklingen i blodtryk og blodtryksforhøjelse i Vestgrønland fra 1993 til 2005-2009
 Blandt deltagere, der ikke er i behandling med medicin mod forhøjet blodtryk, er der fra 1993 til 2005-2009 ikke sket ændringer i det gennemsnitlige systoliske blodtryk, hverken blandt mænd (133,7 mmHg vs. 132,5 mmHg) eller blandt kvinder (124,7 mmHg vs. 124,5 mmHg). Ligeledes er det diastoliske blodtryk også uændret både blandt mænd (81,1 mmHg vs. 79,8 mmHg) og blandt kvinder (77,8 mmHg vs. 76,9 mmHg). I 1993 blev der kun foretaget to blodtryksmålinger. Hvis analysen af blodtryk gentages med gennemsnittet af de to første blodtryksmålinger for 2005-2009 øges befolkningens systoliske og diastoliske blodtryk en smule, men der er fortsat ingen forskel i forhold til 1993.

Forekomsten af forhøjet blodtryk, dvs. $\geq 140/90$ mmHg eller erkendt og behandlet blodtryksforhøjelse, er øget en smule fra 1993 til 2005-2009 blandt mænd (34% vs. 38%), men forskellen er ikke statistisk sikker. Blandt kvinder er der også tendens til øget forekomst (24% vs. 29%), men igen er forskellen ikke statistisk sikker. Hvis analysen gentages med brug af gennemsnittet af de to første blodtryksmålinger, øges andelen med forhøjet blodtryk i 2005-2009 med knap 1 procentpoint blandt såvel mænd som kvinder. Tendensen til en lavere forekomst af forhøjet blodtryk blandt kvinder i 1993 i forhold til 2005-2009 tydeliggøres, men forskellen er fortsat ikke statistisk sikker (24% vs. 30%, $p=0,060$). Resultatet må tages med forbehold, da der ikke blev spurgt ligeså detaljeret til medicinsk behandling i 1993 som i 2005-2009 (fx indgik der ikke spørgsmål om navn og dosis på den medicin, der tages). Der kan derfor være underrapportering af blodtryks-sænkende behandling blandt deltagerne i 1993. Derudover er der 25% af de 264 deltagere, der er kliniske oplysninger på, som ikke har besvaret spørgsmålet om medicinsk behandling. I 2005-2009 mangler mindre end 1% af deltagerne information om blodtryks-sænkende behandling.

Lipider

De lipider (fedtstoffer i blodet), der redegøres for i dette kapitel, opdeles i kolesterol og triglycerid. Kolesterol transporteres af lipo-proteinerne LDL og HDL, der betegnes som henholdsvis det gavnlige HDL-kolesterol og det dårlige LDL-kolesterol. Kolesterol dannes hovedsageligt i leveren. Jo mere fed mad, der indtages, desto mere kolesterol bliver der dannet. Kolesterol aflejres langsomt i blodkarrene, så de over tid indsnævres, med deraf øget risiko for åreforkalkning og blodproppdannelse (Dansk Selskab for Almen Medicin 2007). Et højt kolesteroltal øger risikoen for blodpropper. Dette betyder dog ikke, at fed mad skal undgås, da kroppen har brug for fedtstoffer som byggesten for celler og for at optage fedtopløselige vitaminer. Der skal blot tænkes på, hvilken type fedt der indtages. Det umættede fedt i maden sænker kolesteroltallet, hvor det mættede fedt øger kolesteroltallet. Det umættede fedt findes især i fisk, sælspæk og hvalspæk og i flydende fedt (fx planteolier), hvor det mættede fedt hovedsagelig findes i kød fra husdyr og i mejeriprodukter (se kapitel 6 for yderligere uddybning).

Kolesterolniveauet i blodet øges i takt med alderen, og kvinder har generelt et lavere kolesterolinhold end mænd. Der er ikke fastlagt særlige mål for grønlandere, hvad angår kolesterol og triglycerid. Anbefalingerne fra en tværvideenskabelig gruppe i Danmark er, at total-kolesterol bør være <5 mmol/l og LDL-kolesterol <3 mmol/l (Dansk Cardiologisk Selskab et al. 2004). Hvorvidt dette niveau er behandlingskræ-

vende hos den enkelte person, afhænger bl.a. af, om andre der er andre risikofaktorer for hjertekarsygdom (bl.a. forhøjet blodtryk, diabetes, arvelig disposition, alder, cigaretrykning). Der er ikke fastlagt mål for HDL-kolesterol og triglycerid, der også er markører for forøget risiko for hjertekarsygdom. Et HDL-kolesterol <1,0 mmol/l blandt mænd og <1,2 mmol/l blandt kvinder samtidig med faste-triglycerider >1,7 mmol/l vurderes dog som forøget risiko (Dansk Cardiologisk Selskab et al. 2004).

Kolesterol og triglycerid blandt mænd og kvinder

Tabel 4.1 viser geometriske middelværdier for kolesterol og triglycerid blandt mænd og kvinder, der ikke er i lipidsænkende behandling. Niveauet af total-kolesterol øges (lineært) med alderen blandt begge køn ($p < 0,0001$), men der er ikke, som i andre befolkninger, et lavere kolesterolniveau blandt kvinder end mænd til trods for, at kvinder har lidt højere middelværdier for HDL-kolesterol end mænd ($p < 0,0001$). Som det kan ses af tabellen, overstiger middelværdierne for total-kolesterol og LDL-kolesterol anbefalingerne fra Dansk Cardiologisk Selskab. Tre fjerdedele af deltagerne, lige mange mænd og kvinder (76% vs. 77%), har en total-kolesterolværdi på 5 mmol/l eller derover. Næsten lige så mange, 7 ud af 10 deltagere (72% blandt mænd og 71% blandt kvinder), har LDL-kolesterol på 3 mmol/l eller derover. Forekomsten af HDL-kolesterol <1,0 mmol/l blandt mænd og <1,2 mmol/l blandt kvinder samtidig med faste-triglycerider >1,7 mmol/l, er heller ikke forskellig (5% vs. 4%). Hvorvidt disse værdier vurderes som værende behandlingskrævende afhænger, som førnævnt, af en klinisk vurdering af den enkelte person og dennes øvrige risiko for hjertekarsygdom.

Tabel 4.1 Geometrisk middelværdi af plasma lipider inklusiv 95% sikkerhedsinterval (CI) blandt mænd og kvinder, der ikke angiver lipidsænkende behandling. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=2366; uoplyst=21. Kun grøn-lændere. De præsenterede p-værdier er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt deltagerne. ^a Fastende og ikke-fastende deltagere. ^b Fastende deltagere.

	Mænd		Kvinder		Forskel ml. mænd og kvinder P-værdi
	N	Mmol/l (95% CI)	N	Mmol/l (95% CI)	
Total kolesterol ^a	1033	5,68 (5,60-5,75)	1333	5,73 (5,66-5,79)	0,09
HDL-kolesterol ^a	1033	1,51 (1,48-1,54)	1333	1,66 (1,63-1,69)	<0,0001
LDL-kolesterol ^b	971	3,48 (3,42-3,55)	1296	3,45 (3,39-3,51)	0,63
Triglycerid ^b	986	1,06 (1,03-1,09)	1299	1,04 (1,01-1,06)	0,24

Halvdelen (49%) af deltagerne, der oplyser, at de er i lipidsænkende behandling (N=94), har total-kolesterol <5mmol/l. Blandt 1856 deltagere med total-kolesterolværdi på ≥ 5 mmol/l oplyser kun 48 (3%), at de er i behandling med medicin

mod forhøjet kolesterol. Yderligere 2%, med total-kolesterol på ≥ 5 mmol/l, har på et tidspunkt fået besked fra lægen om, at de havde forhøjet kolesterol. Det er ikke muligt at vurdere, hvorvidt der er tale om en underbehandling, da dette ville kræve en konkret klinisk risikovurdering af den enkelte deltager.

Ifølge Dansk Cardiologisk Selskab (Dansk Cardiologisk Selskab et al. 2004) er der særlig høj risiko for at få hjertekarsygdom, hvis blot der er stor forhøjelse af en enkelt risikofaktor, såsom total-kolesterol ≥ 8 mmol/l eller LDL-kolesterol ≥ 6 mmol/l eller blodtryk $\geq 180/110$ mmHg. Forekomsten af stor forhøjelse af en eller flere af disse tre risikofaktorer er ligeligt udbredt blandt mænd og kvinder i Grønland (9% vs. 7%). Forekomsten af stærkt forhøjet blodtryk ($\geq 180/110$ mmHg) er, som nævnt i afsnittet om blodtryk, højere blandt mænd end kvinder (5% vs. 2%, $p=0,001$), hvorimod der ingen forskel er for total-kolesterol ≥ 8 mmol/l (4% vs. 5%) og LDL-kolesterol ≥ 6 mmol/l (3% vs. 3%). I alt 3%, lige mange mænd og kvinder, har stor forhøjelse af begge fedtstoffer. Der er i gennemgangen af forekomsten af særlig høj risiko for hjertekarsygdom ikke taget højde for, hvor mange der allerede er i behandling.

Udviklingen i lipider og risikofaktorer for hjertekarsygdom i Vestgrønland fra 1993, 1999 til 2005-2009

Umiddelbart er der ikke de store ændringer i de geometriske middelværdier for lipider fra 1993 til 2005-2009 blandt deltagere, der ikke angiver lipidsænkende behandling med medicin (se tabel 4.2). Blandt kvinder er der således ingen forskel i middelværdierne for 1993 og 2005-2009. Blandt mænd ses en stigning i total-kolesterol (fra 5,36 mmol/l til 5,63 mmol/l, $p=0,02$) og LDL-kolesterol (3,19 mmol/l vs. 3,54 mmol/l, $p=0,0007$). Af tabel 4.2 ses, at tendensen er, at værdierne for total-kolesterol er lidt lavere i 2005-2009 end i 1999 (dog kun statistisk sikker for mænd), hvorimod HDL- og LDL-kolesterol er henholdsvis øget og mindsket en smule.

Der er ingen forskel i forekomsten af stærkt forhøjede værdier af total-kolesterol (≥ 8 mmol/l) i de tre befolkningsundersøgelser. Forekomsten er undersøgt samlet for mænd og kvinder, da der var relativt få deltagere i 1993, der havde stærkt forhøjede lipidværdier. Forekomsten er justeret for eventuelle køns- og aldersforskelle undersøgelserne imellem. Forekomsten af stærkt forhøjede total-kolesterolværdier er øget fra 1993 til 2005-2009 (2% vs. 5%, $p=0,062$). Forekomsten af stærkt forhøjede værdier af LDL-kolesterol - analysen er kun foretaget blandt deltagere på 25 år og derover - er ikke forskellig for de tre befolkningsundersøgelser. Igen er tendensen, at forekomsten er lavest i 1993 (2%), men denne er dog ikke statistisk sikkert forskellig fra forekomsten i 1999 og 2005-2009 (henholdsvis 4% og 3%).

Tabel 4.2 Geometrisk middelværdi af plasma lipider inklusiv 95% sikkerhedsinterval (CI) blandt mænd og kvinder, der ikke angiver lipidsænkende behandling. Befolkningsundersøgelserne i Vestgrønland 1993, 1999 og 2005-2009. 1993: N=248; uoplyst=16. 1999: N=1302; uoplyst=4. 2005-2009: N=2071; uoplyst=21. Kun grønlandere. De præsenterede p-værdier er justeret for eventuelle forskelle i alder blandt deltagerne. ^a Fastende og ikke-fastende deltagere. ^b Fastende deltagere på 25 år og derover.

Mænd	1993		N	1999		N	2005-2009		Forsk. ml. 1993 og 2005/09		Forsk. ml. 1993 og 2005/09	
	N	Mmol/l (95% CI)		Mmol/l (95% CI)	Mmol/l (95% CI)		P-værdi	P-værdi	P-værdi			
Total-kolesterol ^a	118	5,36 (5,16-5,57)	571	5,77 (5,67-5,88)	918	5,63 (5,55-5,71)	0,02	0,0003	0,02	0,0003	0,02	
HDL-kolesterol ^a	114	1,55 (1,46-1,65)	571	1,47 (1,43-1,51)	918	1,51 (1,48-1,55)	0,42	0,09	0,42	0,09	0,08	
LDL-kolesterol ^b	105	3,19 (3,02-3,37)	456	3,78 (3,68-3,88)	774	3,54 (3,47-3,62)	0,0007	<0,0001	0,0007	<0,0001	0,0002	
Triglycerid ^b	109	1,11 (1,01-1,21)	459	1,00 (0,96-1,05)	786	1,07 (1,04-1,11)	0,64	0,07	0,64	0,07	0,01	

Kvinder	1993		N	1999		N	2005-2009		Forsk. ml. 1993 og 2005/09		Forsk. ml. 1993 og 2005/09	
	N	Mmol/l (95% CI)		Mmol/l (95% CI)	Mmol/l (95% CI)		P-værdi	P-værdi	P-værdi			
Total-kolesterol ^a	130	5,62 (5,42-5,83)	731	5,80 (5,71-5,89)	1153	5,71 (5,64-5,78)	0,66	0,29	0,66	0,29	0,20	
HDL-kolesterol ^a	125	1,68 (1,60-1,77)	731	1,54 (1,51-1,57)	1153	1,68 (1,66-1,71)	0,87	0,0004	0,87	0,0004	<0,0001	
LDL-kolesterol ^b	112	3,36 (3,18-3,55)	625	3,76 (3,67-3,85)	989	3,49 (3,53-3,56)	0,29	0,0004	0,29	0,0004	<0,0001	
Triglycerid ^b	116	1,04 (0,96-1,13)	628	1,01 (0,97-1,04)	990	1,04 (1,02-1,07)	0,85	0,31	0,85	0,31	0,10	

Forekomsten af en eller flere stærkt forhøjede faktorer for hjertekarsygdom (total-kolesterol ≥ 8 mmol/l eller LDL-kolesterol ≥ 6 mmol/l eller BT $\geq 180/110$ mmHg) er statistisk vurderet ikke øget fra 1993 til 2005-2009 (7% vs. 9%). I analysen indgår også deltagere < 25 år. Som tidligere nævnt kan man ikke sammenligne med befolkningsundersøgelsen 1999, da der ikke er brugt samme type blodtryksapparat som i de øvrige befolkningsundersøgelser.

Opsummering

Lidt over en tredjedel af deltagerne (35%) har et blodtryk $\geq 140/90$ mmHg eller erkendt og behandlet blodtryksforhøjelse. Forekomsten er større blandt mænd end kvinder (40% vs. 30%) og øges med stigende alder blandt begge køn. Lidt over en fjerdedel (27%) af deltagerne med blodtryksforhøjelse (N=855), dobbelt så mange kvinder end mænd (36% vs. 18%), er i aktuel behandling med medicin mod forhøjet blodtryk. Tre fjerdedele af mændene (73%) og over halvdelen af kvinderne (56%) i behandling mod forhøjet blodtryk fik målt et blodtryk på 140/90 mmHg eller derover på undersøgelsesdagen. Dette svarer til forekomsten i en større dansk undersøgelse. Forekomsten af forhøjet blodtryk ($\geq 140/90$ mmHg eller erkendt og behandlet blodtryksforhøjelse) er uændret fra befolkningsundersøgelsen 1993 til 2005-2009, både blandt mænd (34% vs. 38%) og blandt kvinder (24% vs. 29%). Middelblodtrykket er heller ikke øget fra 1993 til 2005-2009, hverken blandt mænd eller blandt kvinder.

Uanset køn har tre fjerdedele af deltagerne, der ikke er i lipidsænkende behandling, total-kolesterolværdier ≥ 5 mmol/l, og 7 ud af 10 deltagere har LDL-kolesterol ≥ 3 mmol/l. Kvinder har højere gennemsnitlige værdier for HDL-kolesterol end mænd. For de øvrige lipider er der ingen kønsforskel. Blandt deltagere i lipidsænkende behandling (N=94) har 51% total-kolesterol ≥ 5 mmol/l.

Der er ikke sket udvikling i middelværdierne for lipider fra 1993 til 2005-2009 blandt kvinder, der ikke er i lipidsænkende behandling. Blandt mænd er total-kolesterol og LDL-kolesterol steget, men HDL-kolesterol er uændret. Forekomsten af blot én stærkt forhøjet risikofaktor for hjertekarsygdom i form af total-kolesterol ≥ 8 mmol/l eller LDL-kolesterol ≥ 6 mmol/l eller blodtryk $\geq 180/100$ mmHg er ikke ændret fra 1993 til 2005-2009 (7% vs. 9%).

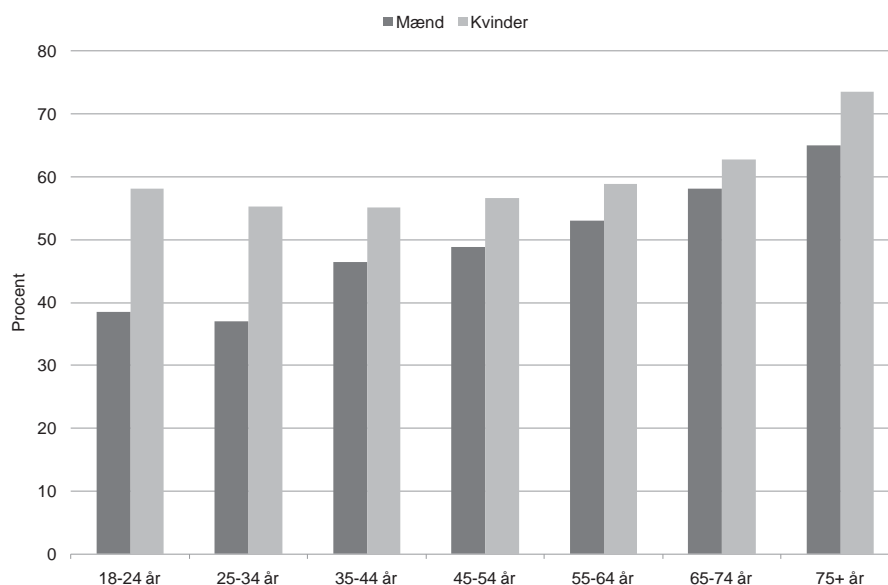
Da der i gennemgangen ikke er taget hensyn til klinisk konstateret hjertekarsygdom og forekomsten af diabetes, er ovennævnte ikke en vurdering af risikoen for hjertekarsygdom i den grønlandske befolkning, men en indikation af nogle, blandt flere, risikofaktorer for hjertekarsygdom. Hvorvidt deltagere, der fik målt deres blodtryk eller lipider til at være forhøjede, har behandlingskrævende forhøjelser, afhænger af en samlet klinisk vurdering af den enkelte deltager.

5. Sundhedsvæsenet: Behandling og forebyggelse

Peter Bjerregaard

Tilfredshed med sundhedsvæsenet

Omkring halvdelen af deltagerne (53%) havde været i kontakt med sundhedsvæsenet inden for de seneste 3 måneder. Tre fjerdedele havde været i kontakt med en læge. Som forventet var der flere blandt de ældre og flere kvinder, der havde været i kontakt med sundhedsvæsenet (figur 5.1). Forskellen mellem mænd og kvinder var mest udtalt for yngre deltagere, og stigningen med alderen var mest udtalt for mænd. I byerne havde 57% haft kontakt med sundhedsvæsenet mod 42% i bygderne ($p < 0,001$).



Figur 5.1 Andel i aldersgrupper, der har haft kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af de seneste 3 måneder forud for undersøgelsen. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2007. N=2374.

Størstedelen havde været tilfreds med undersøgelsen eller behandlingen, men der var dog 18%, der ved en eller flere lejligheder havde været utilfredse. Dette er klart færre end i befolkningsundersøgelsen i 1993, hvor 28% var utilfredse med sund-

hedsvæsenet. Utilfredsheden er jævnt fordelt over alders- og socialgrupper, og der er hverken forskel mellem byer og bygder eller sundhedsdistrikterne imellem, men kvinder er oftere utilfredse end mænd (21% vs. 14%; $p=0,001$), muligvis fordi kvinder har været i kontakt med sundhedsvæsenet flere gange end mænd.

De enkelte sundhedsdistrikter har fået tilsendt en rapport over utilfredshed i netop dette distrikt. På landsplan koncentrerer utilfredsheden sig om utilfredshed med undersøgelse eller behandling (10% af alle, der har været i kontakt med sundhedsvæsenet), med personalets opførsel (4%), med ventetid og tidsbestilling (3%), med sproglige problemer (0,6%) og med det skiftende personale (0,2%). Denne fordeling af utilfredshed svarer til resultaterne fra undersøgelsen i 1993. De konkrete årsager til utilfredshed er oplyst i bilag 1 bagest i rapporten.

Kommunikation og brug af tolk

I 1993 brugte lidt over halvdelen af deltagerne i befolkningsundersøgelsen tolk ved kontakt med lægen, og blandt resten talte de fleste dansk. Dette har ændret sig lidt i de forløbne 14 år, idet der nu er færre, der bruger tolk og flere, der taler direkte med lægen (tabel 5.1). Dette er en positiv udvikling, forudsat at den mindre brug af tolk skyldes et mindre behov og ikke et forringet tilbud. Det må dog bemærkes, at der er tale om at flere taler dansk med lægen, hvorimod der er færre, der taler grønlandsk med deres læge.

Tabel 5.1 Sprog ved kommunikation med lægen og brug af tolk blandt deltagere i Vestgrønland. Befolkningsundersøgelsen i 1993 og 2005-2007. 1993: N=1538; uoplyst 30. 2005-2007: N=2335; uoplyst 39.

	1993 %	2005-2007 %
Både lægen og jeg selv taler dansk	42,7	51,7
Både lægen og jeg selv taler grønlandsk	5,4	1,8
Bruger tolk	51,9	46,5

At kommunikationen mellem patient og læge ikke er uden problemer, uanset hvordan man taler sammen, fremgår af tabel 5.2. Det er især bemærkelsesværdigt, at de deltagere i befolkningsundersøgelsen i 2005-2007, der oplyser, at de sædvanligvis bruger tolk, langt mindre ofte har oplevet sprogproblemer, end det var tilfældet i 1993. Dette kan tolkes som, at tolkenes funktion er blevet bedre.

Tabel 5.2 Sprogproblemer i konsultationen blandt deltagere i Vestgrønland. Befolkningsundersøgelsen i 1993 og 2005-2007. 1993: N=1485; uoplyst 83. 2005-2007: N=2257; uoplyst 117.

	2005-2007	
	Lejlighedsvis sprogproblemer %	Ofte sprogproblemer %
Både lægen og jeg selv taler dansk	17,4	0,7
Både lægen og jeg selv taler grønlandsk	33,3	7,1
Bruger tolk	33,1	11,2
Alle	25,2	5,8

Deltagerne i befolkningsundersøgelsen 2005-2007 har fremført forskellige klager over tolkenes kompetencer og personlighed ("Tolken tolker ikke korrekt og opfører sig underligt"; "Tolken plejer at være dominerende") og ønsker generelt et øget serviceniveau ("Flere uddannede tolke"; "Mulighed for tolkebistand ved alle henvendelser"; "Ønske om faglært tolk, da tolkene ikke oversætter alt").

Ønsker til fødested

For ikke så mange år siden var en fødsel en naturlig del af menneskers livscyklus, og de fleste fødsler fandt sted, hvor man boede, uanset om det var i en by eller en bygd. Sundhedspersonalet har i mange år anbefalet, at også normale fødsler skal finde sted på sygehuset, og der er i vore dage stort set ingen planlagte fødsler i bygdene eller i hjemmene. Med indførelse af nye perinatale retningslinjer i 2002 blev kriterierne for tilbud om fødsel på specialafdeling på Dronning Ingrid's Hospital udvidet og standardiserede. I årene 2001-2005 steg andelen af kvinder fra distriktssygehuse, der fødte på Dronning Ingrid's Hospital, fra 10,1% til 19,8% (Obstetrisk ledelse 2002; Obstetrisk ledelse 2005).

Ved befolkningsundersøgelsen i 1993 mente 66% af deltagerne fra Kysten, at selv vanskelige fødsler godt kunne foregå lokalt. Det er på baggrund af anbefalingerne i de perinatale retningslinjer interessant at undersøge, om de professionelle har fået befolkningen med sig, eller om det stadig er to tredjedele af befolkningen, der foretrækker fødsel på det lokale sygehus. Der blev i 2005-2007 stillet de samme spørgsmål som i 1993. Dobbelt så mange mænd (8,7%) som kvinder (3,9%) har ikke nogen mening om fødested ved normal fødsel (lidt flere ved vanskelig fødsel). Når der ses bort fra disse, er der ingen forskel på mænds og kvinders mening om, hvor normale eller vanskelige fødsler bør finde sted. Dette var heller ikke tilfældet i 1993.

Tabel 5.3 Foretrukket fødested blandt befolkningen på Kysten. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 1993 og 2005-2007. 1993: N=982-867; uoplyst 202-317. 2005-2007: N=1691-1661; uoplyst 155-185.

	Normal fødsel		Vanskelig fødsel	
	1993 N=982 %	2005-2007 N=1691 %	1993 N=887 %	2005-2007 N=1661 %
Hjemme eller sygeplejestation	17,3	6,0	-	2,2
På det lokale sygehus	80,1	91,8	66,1	43,0
På fødeafdelingen i Nuuk	2,4	2,2	28,8	53,4
I Danmark	0,1	0,0	5,1	1,3

Af tabel 5.3 fremgår, at der er en tydelig udvikling fra 1993 til 2005-2007 i retning af større ønske om institutionalisering af fødslerne og for vanskelige fødsler en tilsyneladende forståelse for, at disse bør finde sted på Dronning Ingrid's Hospitals fødeafdeling. Denne udvikling stemmer overens med de professionelle ønsker og planer, men der er dog endnu et stykke vej at gå, før der er fuld tilslutning til sundhedsvæsenets politik på området.

Bortset fra at så mange som 95% af deltagerne fra Qasigiannuguit foretrækker, at en vanskelig fødsel skal foregå på en specialafdeling, er der ikke nogen større forskel mellem byerne og heller ikke mellem byer og bygder. Der er dog en lille tendens til, at bygdeboere i lidt større omfang end byboer foretrækker, at en vanskelig fødsel sker lokalt.

Det vil være relevant at se nærmere på de 6%, der i 2005-2007 stadig ønsker at føde hjemme, og på de 43%, der mener, at en forventet vanskelig fødsel godt kan finde sted på det lokale sygehus. For så vidt angår ønske om hjemmefødsel er der ingen forskel på mænd og kvinder, alder, socialgruppe eller velstand, men ønsket om hjemmefødsel er især udbredt blandt danskere, hvor blandt hvilke så mange som 18% foretrækker hjemmefødsel ved forventet normal fødsel.

Der er ingen forskelle med hensyn til køn eller forskel mellem grønlandere og danskere blandt de deltagere, der ønsker fødsel på lokalt sygehus til trods for, at fødslen måske kan blive vanskelig. Der er en tendens til, at unge og bedsteforældregenerationen lidt oftere foretrækker fødsel på specialafdeling, måske fordi de har problemstillingen tættere inde på livet. Der er også nogle sociale forskelle, således at deltagere i høj socialgruppe og med høj velstand oftere ønsker fødsel på lokalt sygehus frem for på en specialafdeling.

Forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet

I alt 1023 (43%) af de 2374 interviewede har fremført i alt 1312 forslag til, hvorledes sundhedsvæsenet kan forbedres. Forslag skrevet på grønlandsk er først oversat fra grønlandsk til dansk. Herefter er forslagene blevet inddelt i temaer, efter hvilken type af forbedring der er tale om (udbygning af sundhedsvæsenet) og den generelle vurdering af sundhedsvæsenet (personalets faglige dygtighed og opførsel, tidsbestilling og ventetid, information om sygdom og behandling). Tabel 5.4 viser de overordnede temaer for forslagene. De konkrete forslag til forbedringer fremgår af bilag 2.

Tabel 5.4 Befolkningens forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2007. N=1312.

	Antal forslag	Procent
Udbygning af sundhedsvæsenet	547	41,7
Tidsbestilling og ventetid	243	18,5
Personalets faglige dygtighed	178	13,6
Personalets opførsel	171	13,0
Information	88	6,7
Andet	85	6,5
I alt	1312	100,0

Udbygning af sundhedsvæsenet

En udbygning af sundhedsvæsenet forudsætter tilførsel af ressourcer til udbygning af de fysiske rammer, til anskaffelse af nyere og bedre udstyr samt ansættelse af yderligere personale. Langt hovedparten af forslagene, som vedrører udbygning af sundhedsvæsenet (42%), pegede på, at der er behov for mere - og mere stabilt - personale samt fastansættelse af læger. Der er endvidere udtrykt ønske om mere faglært personale, samt at behandling, udredning og pleje varetages lokalt. I byggerne efterlyses især flere lægebesøg og indførelse af telemedicin. Flere foreslår herudover flere speciallæger, fx hud- og ørelæger samt bedre udstyr.

Tidsbestilling og ventetid

En femtedel (19%) af forslagene til forbedringer af sundhedsvæsenet angår ventetid og tidsbestilling. Især ventetiden til behandling ønskes afkortet. Endvidere ønsker flere, at det skal gøres lettere at bestille tid hos lægen, samt at der er kortere ventetid og bedre forhold i venteværelset (der er flere konkrete forslag, fx adgang til kaffe og te i ventetiden).

Personalets faglige dygtighed

Personalets faglige dygtighed er en væsentlig forudsætning for, at kvaliteten af kerneydelsen (undersøgelse, behandling og pleje) er i orden. De interviewede har især givet udtryk for, at undersøgelserne bør være grundigere. Derudover bør personalets faglige dygtighed være bedre; der mangler erfaring på grund af hyppig udskiftning af personalet. Flere stiller også forslag om, at personalets faglige dygtighed bør vedligeholdes gennem uddannelse. Der er et ønske om bedre tolke; især efterspørges forbedring af deres evne til at oversætte, men også til at forholde sig mere professionelt til arbejdet.

Personalets opførsel

I alt 13% af forslagene til forbedringer vedrørte personalets opførsel overfor patienterne. Forslagene går især på, at personalet skal udvise mere respekt og være mere venlige, imødekommende, lyttende, opsøgende og opmærksomme overfor patienterne. Ligeledes bør sundhedspersonalet overholde deres tavshedspligt og udvise større diskretion, når patienter henvender sig til personalet.

Information

Næsten 7% af de adspurgte efterlyste bedre information fra sundhedsvæsenet om sygdomme, behandling og medicin. Derudover ønskes mere information om sundhedsfremme og forebyggelse. Fra flere bygdeboere efterlyses en klarere/mere klar ordning om lægebesøg samt bedre information i forbindelse med udskiftning af bygdesundhedsmedarbejderen.

Andet

Forslagene omfatter bl.a. ønsker om, at rygning ikke bør foregå udenfor sygehuset, samt at maden skal være bedre.

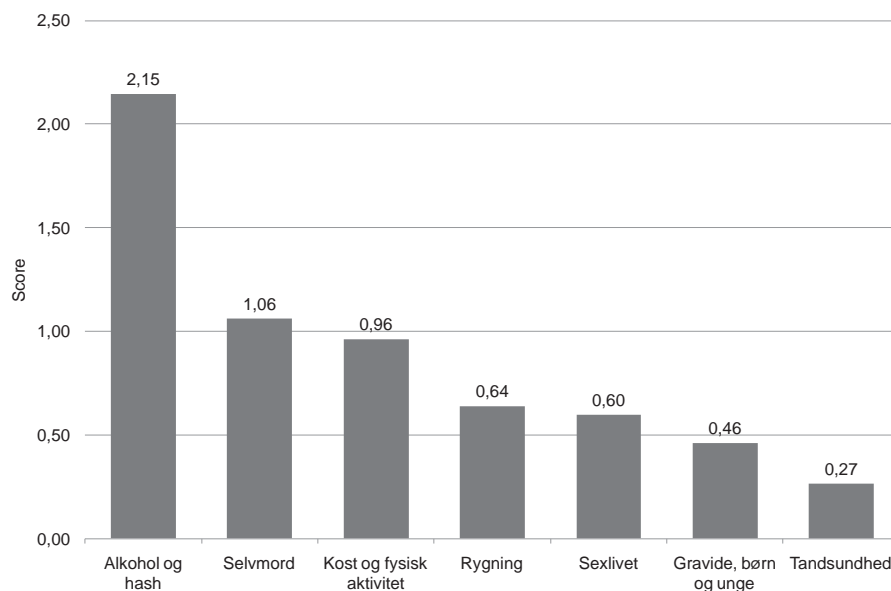
Forebyggelse og folkesundhedsprogram

Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta blev vedtaget af Inatsisartut (Landstinget) i efteråret 2006. I forberedelsesfasen blev Inuuneritta fremlagt på talrige borgermøder over det meste af landet. Denne information om Inuuneritta foregik på samme tid som befolkningsundersøgelsen, og der er som forventet en klart stigende andel, der med årene har hørt om Inuuneritta: Fra 33% blandt deltagere, der blev interviewet i 2005, til 40% i 2006 og 72% i 2007.

Alt i alt angiver ca. halvdelen af deltagerne at have hørt om Inuuneritta, men blandt disse 1157 deltagere er det under halvdelen, der kan komme i tanke om et eller flere

af emnerne for Inuuneritta. Mange af disse giver tilmed meget brede og upræcise svar som fx "Sundhed", "Forebyggelse" eller "Paarisa". Ellers nævnes alle Inuunerittas temaer samt nogle ekstra, herunder tuberkulose.

Interviewerne viste deltagerne en liste over Inuunerittas temaer – bortset fra temaet "Ældre", der først blev en del af Inuuneritta på et senere tidspunkt – og bad interviewpersonen nævne de tre vigtigste emner. Ved at beregne et gennemsnit af det enkelte temas score (en førsteplads giver 3 point, en andenplads 2 point, en tredjeplads 1 point) fås fordelingen af temaernes vigtighed i befolkningens øjne (figur 5.2). Klart de fleste mener, at temaet "alkohol og hash" er det vigtigste tema.



Figur 5.2 Befolkningens vurdering af vigtigheden af Folkesundhedsprogrammet Inuunerittas tema. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2007. N=2374.

Amning

Anbefalingerne, for hvor lang tid kvinder skal amme deres børn, har varieret gennem tiderne. For tiden anbefaler sundhedsplejerskerne i Grønland, i overensstemmelse med den danske Sundhedsstyrelses retningslinjer, at der de første 6 måneder udelukkende gives bryst. De sundhedsprofessionelles anbefalinger er én ting, men også barselsorlovens længde spiller en rolle for ammeperiodens længde. Barselsorloven har siden 2006 været 15 uger, der efter ansøgning kan suppleres med 17 ugers for-

ældreorlov; barselsorloven var indtil for nylig kun 14 uger og altså væsentlig kortere end den anbefalede ammeperiode.

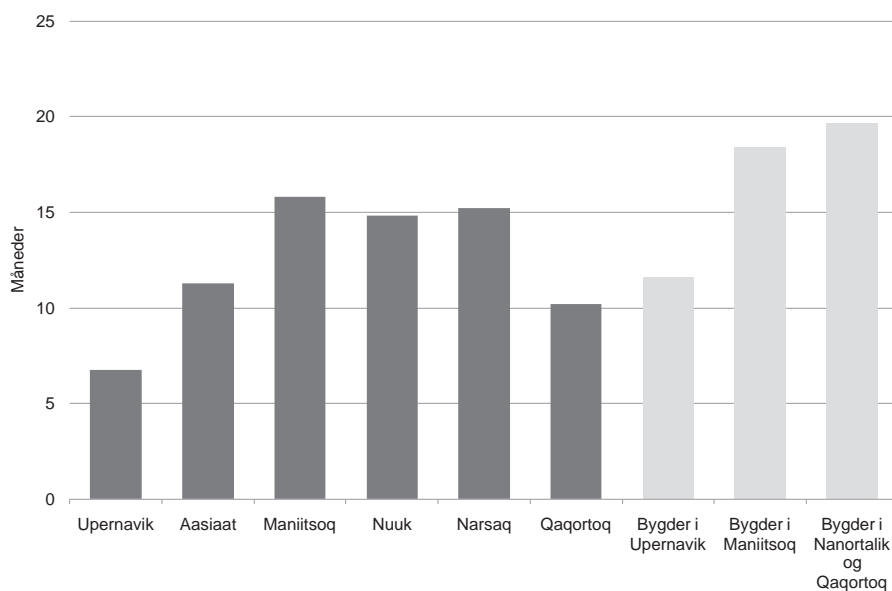
I analyserne af amning indgår danske kvinder ikke. Af de 1017 grønlandske kvinder, der har svaret på spørgsmål om deres eventuelle børn, har 877 fået et eller flere børn. I gennemsnit har kvinderne fået 2,55 barn. Børnene er født mellem 1936 og 2007. De 2405 børn, om hvem der er oplysninger om ammeperiodens længde, er i gennemsnit ammet helt eller delvist i 13,5 måneder (median 6 måneder). Der er desværre ikke oplysninger om, hvor lang tid børnene udelukkende er brysternæret.

Der er statistisk signifikante forskelle mellem ammeperiodens længde for det først fødte barn mellem de enkelte bosteder ($p=0,01$), men der tegner sig ikke noget sikkert, geografisk mønster bortset fra by-bygd forskellen (Figur 5.3). De længste, gennemsnitlige ammeperioder findes i bygderne i Midt- og Sydgrønland og de korteste i Upernavik, Aasiaat og Qaqortoq. Ammeperiodens længde er analyseret i forhold til fødselsår, moderens alder ved fødslen, barnets nummer i søskenderækken, afstand til næste barn i børneflokket og socioøkonomiske forhold uden, at der er fundet statistisk sikre forskelle.

Opsummering

Sammenfattende tyder undersøgelsen på, at tilfredsheden med sundhedsvæsenet er steget siden 1993, men at det stadig er de samme temaer, der er utilfredshed med: overfladisk undersøgelse, personalets opførsel og manglende information. Der er fortsat sproglige problemer ved brug af tolk, men i mindre grad end tidligere. Og endelig ser det ud til, at de professionelles anbefalinger om centralisering af fødsler er blevet godt modtaget af befolkningen.

Tilfredshed skyldes ikke bare et stort udbud af ydelser i sundhedsvæsenet, men at ydelserne svarer til forventningerne. Den stigende tilfredshed med sundhedsvæsenet kan derfor også skyldes, at forventningerne er nedjusteret. Ud fra de indsamlede oplysninger er det ikke muligt at vurdere, om sidstnævnte er tilfældet.



Figur 5.3 Gennemsnitlig ammeperiode i måneder for det førstefødte barn i grønlandske byer og bygder. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2007. N=834. Kun grønlandere. De præsenterede gennemsnit er justeret for barnets fødselsår.

Befolkningens forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet må opfattes som et bidrag til udviklingen af sundhedsvæsenet parallelt med det faglige personales og politikernes ideer. Det må dog erkendes, at mange af de her fremsatte forslag kræver øgede ressourcer eller er svære at realisere på grund af det globale arbejdsmarked for professionelt sundhedspersonale. En forbedring af tidsbestilling/ventetid, personalets opførsel og sundhedsvæsenets information til borgerne kunne måske gennemføres uden store ressourcer og ville uden tvivl øge tilfredsheden med sundhedsvæsenet.

Kendskabet til Inuuneritta har været klart stigende fra 2005 til 2007, hvilket sandsynligvis afspejler den øgede information fra de centrale sundhedsmyndigheder til befolkningen i perioden. Der er mange, der kender til eksistensen af Inuuneritta, men kendskabet til programmets indhold er mere beskedent. Blandt Inuunerittas temaer er det helt klart misbrug af alkohol og hash, der prioriteres højest af deltagerne i befolkningsundersøgelsen.

Amning er et understuderet emne af stor betydning for børns opvækst og sundhedsmæssige udvikling. Der er kun begrænset viden om, hvor længe grønlandske kvinder ammer helt og delvist, og om hvad, der får kvinderne til at fortsætte eller holde op med at amme.

Sundhedstjenesteforskning har aldrig haft nogen fremtrædende plads i Grønland. En af årsagerne kan være, at sundhedstjenestens resultater og befolkningens tilfredshed formentlig afhænger mere af personlige og faglige egenskaber hos personalet end af strukturelle forhold, hvilke kan være vanskelige at vurdere med kvantitative, videnskabelige metoder. De kommende års strukturelle ændringer i form af centralisering af sundhedsvæsenet kunne være et oplagt emne for forskning.

6. Kostmarkører og kostforurening

Peter Bjerregaard

Deltagernes kostmønstre er blevet kortlagt ved hjælp af et kostfrekvensspørgeskema og ved laboratorieanalyser af en række markører fortrinsvis for traditionel kost, herunder også forureningsstoffer. Kostmarkørerne består af fedtsyrer, hvis relative fordeling er forskellig fra kostemne til kostemne, grundstoffet selen, der forekommer i høje koncentrationer i marin kost, samt stabile isotoper af kulstof, kvælstof og svovl, der bl.a. viser, hvor stor en del af kosten, der stammer fra havet. Forureningsstofferne er tungmetallet kviksølv, PCB og en række pesticider, der alle opkoncentreres i de marine fødekæder.

Formålet med at inddrage de biologiske variable i befolkningsundersøgelsen er dels at validere oplysningerne fra kostspørgeskemaet, dels at tilvejebringe detaljer, der ikke kan fås fra et kostspørgeskema, og dels for forureningsstofferne vedkommende at vurdere befolkningens eksponering for disse stoffer. I kapitlet vil de nævnte biologiske markører blive beskrevet med simple, statistiske metoder.

Fedtsyrer

Fedt i kroppen afspejler kostens indhold af forskellige fedtsyrer, der hver især har specifikke virkninger på de biokemiske processer, herunder også de reaktioner, der fører til åreforkalkning (aterosklerose). I befolkningsundersøgelsen er kroppens fedtsyrer analyseret i membraner fra røde blodlegemer, hvilket afspejler kostens indhold af fedtsyrer over et tidsrum svarende til de røde blodlegemers levetid, ca. 120 dage.

Fedtsyrer inddeles efter deres størrelse eller længde (typisk fra 14 kulstofatomer – kortkædede fedtsyrer – til 24 kulstofatomer – langkædede fedtsyrer) og efter de forekommende kemiske bindinger i mættede, monumættede og polyumættede fedtsyrer. De langkædede, polyumættede fedtsyrer forekommer i en n-3 (n minus 3) version og en n-6 version. N-3 fedtsyrerne, der også kaldes omega-3 fedtsyrer, forekommer i marin kost og i hørfrø og andre vegetabiliske olier. De markedsføres som "fiskeolier" og har sandsynligvis en gavnlig virkning på udviklingen af åreforkalkning, mens n-6 fedtsyrer findes i planteolier og fedt fra landdyr.

En høj n-3/n-6 ratio tolkes som et kostmønster karakteriseret ved et stort indtag af marine fedtstoffer (spæk) fra sæler, hvaler og fisk. Tabel 6.1 viser, at der ikke er nogen betydende forskel i n-3/n-6 ratio mellem mænd og kvinder, men at ratio stiger med alderen. Endvidere ses, at deltagere, der bor i eller er vokset op i bygder, har betydeligt højere n-3/n-6 ratio end bybefolkningen. Der er analyseret biomarkører for nogle få danskere, hvis niveauer for såvel n-3/n-6 ratio og de øvrige biomarkørers vedkommende ligger betydeligt under den grønlandske befolknings. Tallene for de yngste grønlændere ligger dog ret tæt på tallene for danskerne, hvilket tyder på, at deres kostmønstre ligner hinanden.

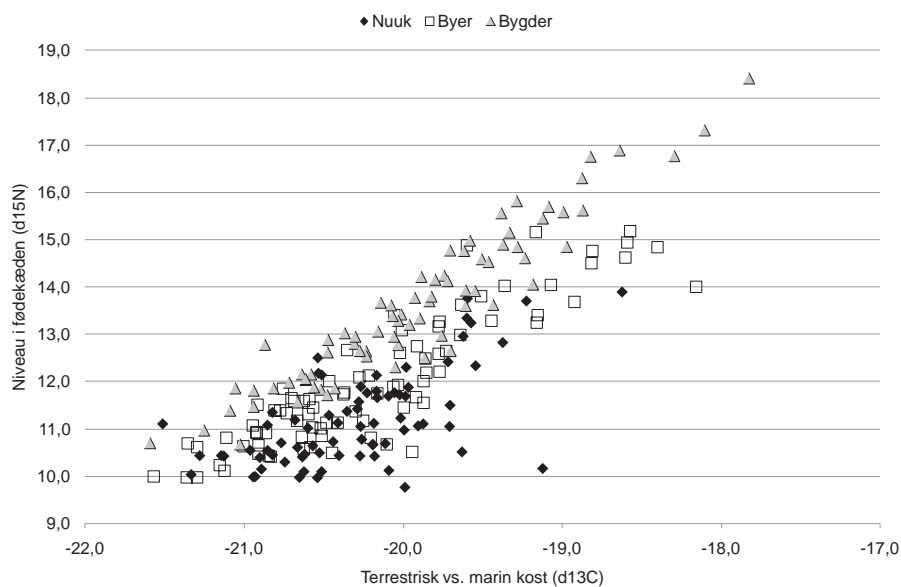
Tabel 6.1 Fordelingen af nogle kostmarkører i befolkningsgrupper i Grønland. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N-3/n-6 ratio: N=2468; uoplyst=29, Kviksølv: N=2472; uoplyst=25, Selen: N=2454; uoplyst=43.

Befolkningsgruppe	N	N-3/n-6 ratio	Blod selen µg/L	Blod kviksølv µg/L
		Geometrisk middelværdi (SD)	Geometrisk middelværdi (SD)	Geometrisk middelværdi (SD)
Grønlændere				
Mænd	1083	0,46 (0,31)	268 (497)	14,7 (30,4)
Kvinder	1398	0,44 (0,26)	260 (389)	11,7 (20,4)
		p=0,009	p=0,028	p<0,001
Alder				
18-34	649	0,32 (0,17)	191 (302)	7,2 (18,7)
35-44	675	0,40 (0,22)	246 (392)	11,5 (28,4)
45-54	547	0,49 (0,26)	302 (508)	16,0 (22,8)
55-64	353	0,63 (0,31)	348 (534)	21,9 (26,0)
65+	257	0,69 (0,34)	354 (471)	23,7 (28,8)
		p<0,001	p<0,001	p<0,001
		Geometrisk middelværdi justeret for alder og køn (SD)	Geometrisk middelværdi justeret for alder og køn (SD)	Geometrisk middelværdi justeret for alder og køn (SD)
Fangere-fiskere i bygder	145	0,72 (0,28)	459 (721)	42,7 (44,2)
Øvrige i bygder	385	0,63 (0,31)	327 (650)	28,1 (32,2)
Tilflyttere til byer (uden uddannelse)	269	0,49 (0,29)	284 (299)	16,2 (20,6)
Øvrige i byer (uden uddannelse)	697	0,39 (0,25)	236 (361)	9,3 (16,5)
Personer i byer (kort uddannelse)	668	0,39 (0,21)	233 (322)	9,7 (14,9)
Personer i byer (mellemlang/lang uddannelse)	265	0,41 (0,24)	242 (319)	9,1 (17,0)
		p<0,001	p<0,001	p<0,001
Danskere	16	0,30 (0,12)	125 (48)	2,7 (13,5)

Stabile isotoper af kulstof, kvælstof og svovl

Analyser af stabile isotoper af kulstof, kvælstof og svovl i kollagen fra fossile knogler er en veletableret metode til at beskrive præhistoriske menneskers kost. Metoden har også været brugt på nulevende mennesker fra Grønland (Buchardt et al. 2007). I befolkningsundersøgelsen er der taget prøver af tånegle, som er analyseret for de stabile isotoper ^{13}C , ^{15}N og ^{34}S . Disse isotoper kan vise, hvor stor en del af kosten, der kommer fra havdyr, hvilket giver et fingerpeg om kostens trofiske niveau, dvs. hvor mange led, der er i fødekæden. Med andre ord fås information om, hvorvidt kosten har været rig på planter, kød fra dyr, der direkte lever af planter, eller rovdyr som fisk og sæler.

Figur 6.1 viser en stor spredning af kostmønstrene i befolkningen også inden for de forskellige typer bosteder (Nuuk, andre byer og bygder). Der er dog en tydelig tendens til, at indbyggerne i Nuuk gennemgående er placeret nederst til venstre i fi-



Figur 6.1 Fordelingen af deltagere i Nuuk, andre byer og bygder i forhold til stabile isotoper af kulstof og kvælstof. Den vandrette akse giver et relativtmål for mængden af landdyr vs. marine dyr i kosten. Den lodrette akse giver tilsvarende et relativt mål for, hvor højt oppe i fødekæden kosten befinder sig. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=723. Kun grønlandere.

guren (importeret, vestlig kost), mens indbyggerne i bygder er placeret øverst til højre (traditionel, marin kost). Yderpunkterne i figuren er repræsenteret ved en 40 årig kvinde fra Narsaq, som i kostinterviewet oplyser, at hun overvejende spiser importeret kød og frugt, og en 46-årig mand fra Kullorsuaq, som fortæller, at han overvejende spiser sæl.

Selen

Selen er et mikronæringsstof, der er giftigt i store mængder, men som er tilskrevet en lang række helbredsgavnige effekter, bl.a. i forhold til kræft og hjertekarsygdom. I befolkningsundersøgelsen er selen målt i fuldblod som en markør for marin kost, idet der er høje koncentrationer af selen i kød og organer fra fisk, fugle og havpattedyr. Især i mattak er koncentrationen høj.

En øvre grænse for selenindtag er svær at fastsætte, men indtag på 300 mg/dag er blevet fastsat som værende sikkert indtag (Nordic Council of Ministers 2004). Den nedre grænse for indtag er for både mænd og kvinder 20 mg/dag. Det anbefalede indtag er for kvinder 40 mg/dag og for mænd 50 mg/dag. Det beregnede selenindtag baseret på spørgeskemaet viser, at 7,7% af grønlandske mænd og 9,5% af kvinder indtager mindre selen end anbefalet.

Fordelingen på befolkningsgrupper svarer til fordelingen af n-3/n-6 ratioen (tabel 6.1) og bekræfter et stort forbrug af marine havpattedyr i bygderne.

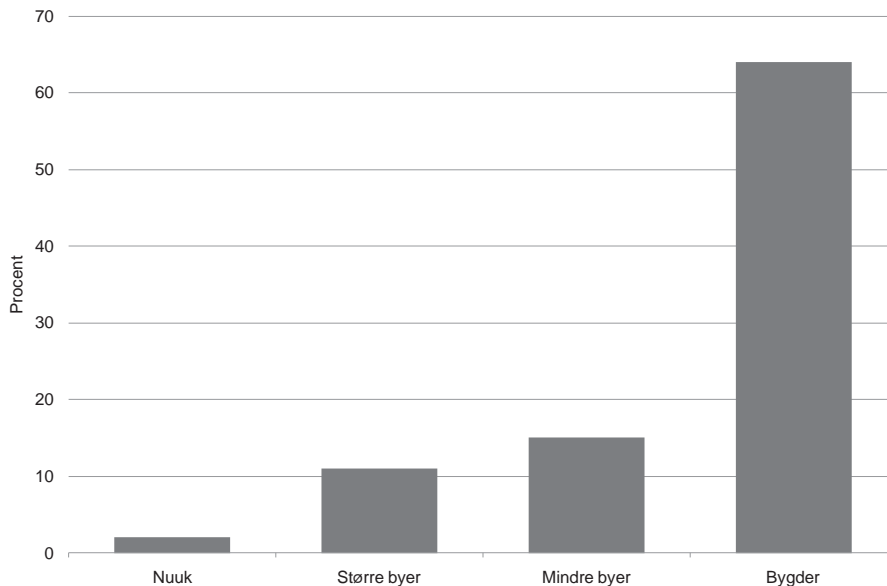
Kviksølv

Kviksølv stammer fra industriel udledning og afbrænding af kul samt fra naturlige, geologiske processer. Kviksølv opkoncentreres i de marine fødekæder og findes især i lever, nyrer og kød fra havpattedyr. Undersøgelser fra bl.a. Færøerne har vist, at kviksølv er skadeligt for udviklingen af nervesystemet (Grandjean et al. 1997), og andre undersøgelser har vist sammenhæng mellem et højt indtag af kviksølv og forhøjet blodtryk samt hjertesygdom (Choi et al. 2009; Pedersen et al. 2005). Den anbefalede grænseværdi ("Level of concern") for kviksølv i blod er 5,8 µg/L ifølge US EPA og 20 µg/L ifølge Health Canada og WHO (AMAP 2003).

Fordelingen på befolkningsgrupper svarer i et vist omfang til fordelingen for fedtsyrer og selen, men der er betydelig større forskel på koncentrationen af kviksølv i den befolkningsgruppe med den højeste og den med den laveste koncentration. Endvidere har mænd noget større koncentration end kvinder (tabel 6.1). De målte kvik-

sølvniveauer er klart lavere end det gennemsnit på 30,6 µg/L, der blev fundet ved en undersøgelse i 1994 (Bjerregaard et al. 2000).

Figur 6.2 viser den geografiske spredning af andelen af kvinder i alderen 18-44 år, der overskrider grænseværdien på 20 µg/L. Selv denne høje grænse overskrides af rigtig mange kvinder i den fødedygtige alder. De højeste koncentrationer findes i bygderne i Upernavik kommune, hvor mere end 80% overskrider grænsen på 20 µg/L. I den samlede befolkning overskrider 77% den lave grænse på 5,8 µg/L og 36% den høje grænse på 20 µg/L, men det er specielt gravide kvinders eksponering, der giver anledning til bekymring.



Figur 6.2 Andel af kvinder i alderen 18-44 år, der overskrider grænseværdien for blodkviksølv på 20 µg/L i forskellige dele af Grønland. Befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2009. N=772. Kun grønlandere.

PCB og pesticider

PCB og pesticider optræder sammen med en lang række andre organiske forureningsstoffer i fedt og spæk fra den traditionelle, marine kost. Der er tale om industriel forurening og udsivning fra dårligt regulerede affaldsdepoter, siden stofferne først blev syntetiseret i 1930'erne. POP (Persistent Organic Pollutants) er en samlebetegnelse for disse stoffer. POP'er opkoncentreres i de marine fødekæder samtidig

med, at de har en meget lang halveringstid i kroppen. Når POP'er først er kommet ind i kroppen, tager det meget lang tid (årtier), før de forsvinder igen, og koncentrationen stiger derfor med fangstdyrenes alder. I befolkningsundersøgelsen er der målt 14 såkaldte kongerere af PCB og 11 pesticider og omdannelsesprodukter af pesticider. Nogle POP'er har dioxinlignende giftvirkning, og nogle er hormonforstyrrende. POP'er er under mistanke for at påvirke dyrs og menneskers kønsudvikling, immunapparat samt for at øge risikoen for udvikling af diabetes. Den anbefalede grænseværdi ("Level of concern") for PCB (Aroclor 1260) er 20 µg/L i den generelle, voksne befolkning (Dewailly et al. 2007). Der foreligger endnu kun analyseresultater for 313 fortrinsvis ældre deltagere, blandt hvilke 73% overskred denne grænse.

Opsummering

Deltagernes kostmønstre kan vurderes med flere forskellige metoder. Kostinterview, der er beskrevet i rapport 1 fra befolkningsundersøgelsen (Jeppesen 2008), giver langt det mest detaljerede billede af deltagernes kost, men er behæftet med den usikkerhed, som er indbygget i interviewmetoden. De biomarkører, der er anvendt, giver i højere grad et endimensionelt billede af kosten som mere eller mindre traditionel, baseret på havpattedyr. Alle biomarkørerne og i øvrigt også kostinterviewene tegner et billede af udprægede forskelle i indtag af marin kost mellem byer og bygder og i mindre grad en forskel mellem mænd og kvinder. Det laveste forbrug af marin kost findes blandt de unge. Alt tyder således på, at udviklingen i Grønland går imod et vestligt kostmønster med lavere eksponering for forureningsstoffer, men samtidig med den vestlige koster både gode og dårlige egenskaber.

7. Konklusion: Udfordringer for sundhedsvæsenet og for fremtidig sundhedsforskning og sundhedspolitik

Peter Bjerregaard

Hovedformålet med de befolkningsundersøgelser, som er gennemført i Grønland af Statens Institut for Folkesundhed siden 1993, er at belyse sygdomsforekomst og sundhedsforhold, som ikke registreres på anden måde, fx ved befolkningens kontakt med sundhedsvæsenet. Der kan indhentes oplysninger om hele befolkningen og ikke kun om patienter, dvs. resultaterne kan ikke alene give svar på, hvor mange der er syge, men også på, hvor mange der er raske. Befolkningsundersøgelsestater rummer et stort forebyggelsespotential, idet de giver information om udbredelsen og fordelingen i befolkningen af bl.a. kostvaner, rygning, alkohol og motion. Set i perspektiv af de temaer, der indgår i Inuuneritta (Det grønlandske Folkesundhedsprogram), har befolkningsundersøgelserne en central placering som kilde til viden om de fleste af temaerne.

Denne 2. rapport fra befolkningsundersøgelsen i 2005-2009 har afdækket forekomsten af selvrapporterede symptomer og sygdom i befolkningen indenfor de seneste 14 dage samt langvarig sygdom. To af kapitlerne handler om diabetes og hjertekarsygdom, som er undersøgt ved hjælp af blodprøver og klinisk undersøgelse. Befolkningens brug af og tilfredshed med sundhedsvæsenet er genstand for et af kapitlerne sammen med befolkningens ønsker til, hvor fødsler skal finde sted, om amning, og om forebyggelse og folkesundhedsprogrammet Inuuneritta. Endelig indgår et kapitel om kostmarkører, der indikerer befolkningens indtag af marin kost. Da mange af spørgsmålene og undersøgelserne også indgik i den første befolkningsundersøgelse i 1993 (Bjerregaard et al. 1995), har det været muligt at beskrive, hvilke ændringer der er sket siden da.

På så kort tid som de 15 år, der er gået siden den første befolkningsundersøgelse, kan man ikke forvente, at der er sket dybtgående ændringer i sundhedstilstanden i Grønland. En kort sammenfatning af ændringerne siden 1993 viser,

- at andelen af befolkningen, der klager over symptomer og gener inden for de seneste 14 dage, er steget, men at generne opleves som mindre generende;
- at den ældste del af befolkningen tilsyneladende er mere raske nu end i 1993, idet der er færre, der har været plaget af sygdom de seneste 14 dage før undersøgelsen;

- at hyppigheden af langvarig sygdom er mindsket fra 44% til 35% blandt mænd, men er uændret blandt kvinder;
- at der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af diabetes siden 1999, hvor det for første gang blev påvist, at diabetes er en hyppigt forekommende sygdom. Forekomsten blev ikke undersøgt i 1993, men for 40 år siden var diabetes stort set ukendt i Grønland;
- at der ikke er sket nogen ændring i hyppigheden af forhøjet blodtryk;
- at kolesteroltallet er øget for mænd, men uændret for kvinder;
- at der er blevet flere, der er tilfredse med sundhedsvæsenet og færre, der bruger tolk;
- at flere ønsker at føde på sygehus frem for hjemme;
- at indholdet af kviksølv i blodet er faldet.

Sundhedsvæsenet

Selvom de fleste sygdomme kan føres tilbage til individuel livsstil og kun kan forebygges ved en omlægning af denne livsstil, er der blandt undersøgelsens resultater mange udfordringer for det behandlende sundhedsvæsen.

Det synes oplagt fortsat at fokusere på at mindske udbredelsen af symptomer og sygdom i bevægeapparatet, da dette også i 2005-2009 er den gruppe af gener og symptomer, der hyppigst opleves som meget generende (16% af befolkningen). Endvidere er sygdom i bevægeapparatet den hyppigst forekommende langvarige sygdom både blandt mænd og kvinder (15% vs. 14%). Langvarig muskel- og skeletsygdom er blandt deltagere i den erhvervsaktive alder (<63 år) særlig udbredt blandt mandlige fangere og fiskere (20%) og blandt kvinder uden for erhverv (20%). Bevægeapparatsygdomme er en hyppig årsag til helbredsbetingsførtidspension.

Som i befolkningsundersøgelsen 1993 (Bjerregaard et al. 1997) er der også i befolkningsundersøgelsen 2005-2009 en større forekomst af langvarigt syge i bygderne end i byerne. Sundhedsvæsenets tilbud til bygderne bør derfor udbygges, hvilket ikke er nemt, når tendensen i øvrigt går imod centralisering.

Diabetes og hjertekarsygdom fylder mere og mere i sundhedsvæsenets arbejde og forventes at blive det 21. århundredes nye, store folkesundhedsproblem. Allerede 8% af de undersøgte havde i 2005-2009 diabetes, 19% forstadier til diabetes og 35% forhøjet blodtryk; dette er sygdomme, der øger risikoen for bl.a. åreforkalkning og blodprop i hjertet og hjernen. Både diabetes og forhøjet blodtryk kan behandles, hvilket nedsætter risikoen for komplikationer betydeligt. At håndtere kroniske sygdomme

domme kræver en langsigtet strategi og betydelige personaleressourcer, og der vil – forhåbentlig kun i en overgangsperiode – være et ekstraordinært pres på et sundhedsvæsen, der både skal varetage akutte henvendelser på alle tidspunkter af døgnet, og ikke mindst i weekenderne, og denne langsigtede indsats.

Der er blevet færre, der er utilfredse med sundhedsvæsenet, men utilfredsheden drejer sig om det samme som i 1993. Noget af utilfredsheden drejer sig om forhold, der er svære eller meget ressourcekrævende at ændre på, men andre forbedringer kan umiddelbart gennemføres.

Sundhedsforskning

Sundhedsforskning i Grønland tager bedst udgangspunkt i lokale problemstillinger, selvom det også sker, at studier af sygdomsforekomst i relation til den grønlandske befolknings specielle levevilkår og arvelige forhold kan bidrage med en mere generel forståelse af sygdom. Der mangler i udpræget grad forskning i, hvordan viden om årsager til sygdom kan oversættes til forebyggelse og adfærdsændring i det grønlandske samfund.

Det er vigtigt at følge den forebyggende indsats ved hjælp af et sæt indikatorer for folkesundhed, men der mangler endnu tilstrækkelig viden om egnede metoder til at måle fx kostvaner og fysisk aktivitet.

Der knytter sig mange forskningsinteresser til den traditionelle, marine kost i Grønland. Selvom kostens indhold af marine pattedyr har været stærkt aftagende gennem mange år, så indtager mange mennesker stadig store mængder n-3 fedtsyrer ("fiskeolier") og forureningsstoffer med den daglige kost. Det er endnu på mange områder uklart, hvorledes disse stoffer hver for sig og i kombination påvirker helbredet.

Endelig er der stor interesse i at afdække de årsager og mekanismer, der fører til social ulighed i sundhed, herunder forskellene mellem byer og bygder. Det er fx overraskende, at forekomsten af diabetes er større i bygder end i byer, da det er i byerne, at levevilkår og livsstil er mest europæiske og risikoen for diabetes dermed større.

Sundhedspolitik

Sundhedspolitik handler bl.a. om at sørge for tilstrækkeligt vide rammer for det behandlede sundhedsvæsen og om forebyggelse. Et sundhedsvæsen, der på samme tid skal tage sig af de klassiske sygdomme (fx tuberkulose og andre smitsomme sygdomme), moderniseringssygdommene (fx selvmord, seksuelle overgreb og misbrug af alkohol) og de kommende sygdomme (diabetes og hjertekarsygdom) og hele tiden tilbyde tidssvarende behandling også af fx kræft og sygdomme i bevægeapparatet, har brug for meget store ressourcer. Alternativt brug for en politisk stillingtagen til ambitionsniveauet.

Forebyggelsen skal dels foregå individorienteret i sundhedsvæsenet (fx børnevaccination, undersøgelser af gravide), dels befolkningsorienteret i et folkesundhedsprogram. Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta, der startede i 2006, er kendt i befolkningen som begreb, men der skal stadig arbejdes frem mod et tværsektorielt program, der når ud til alle borgere i landet. Sidstnævnte vil være vigtigt for at kunne løfte den meget vanskelige opgave, det er at få befolkningen til at ændre kostvaner, rygevaner, drikkemønster og motionsvaner.

Litteratur

AMAP. AMAP Assessment 2002: Human Health in the Arctic. Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP). Oslo: 2003.

Arbejdstilsynet. Baggrundsnotat om prioriteringen af muskel- og skeletbesvær. Lokaliseret på: <http://www.at.dk/~media/45D1551BF6C145F4A44527DC35E2D021.ashx>. 2007.

Bang LE, Wiinberg N. Blodtryksmåling. Ugeskrift for Læger 2009;171:2001-2004.

Bjerregaard P. Inuit Health in Transition. Greenland survey 2005-2009. Population sample and survey methods. Lokaliseret på: [http://www.sifolkesundhed.dk/upload/inuit health in transition greenland methods 5 002.pdf](http://www.sifolkesundhed.dk/upload/inuit%20health%20in%20transition%20greenland%20methods%205%2002.pdf). 2010.

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

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

Bjerregaard P, Mulvad G, Pedersen HS. Cardiovascular risk factors in Inuit of Greenland. International Journal of Epidemiology 1997;26:1182-1190.

Bjerregaard P, Pedersen CP, Pedersen JM. Livsbetingelser og levevilkår. I: Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK (red.), Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 - Levevilkår og helbred. SIF's Grønlandsskrifter nr. 18, København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008, 21-49.

Bjerregaard P, Pedersen HC, Lynge I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. DIKE's Grønlandsskrifter 7. København: DIKE, 1997.

Bjerregaard P, Pedersen HS, Mulvad G. The associations of a marine diet with plasma lipids, blood glucose, blood pressure and obesity among the inuit in Greenland. European Journal of Clinical Nutrition 2000;54:732-737.

Brinck B, Rasmussen NK, Kjølner M, Thomsen LK. Muskel- og skelettsygdom i Danmark. København: DIKE, 1995.

Buchardt B, Bunch V, Helin P. Fingernails and diet: Stable isotope signatures of a marine hunting community from modern Uummannaq, North Greenland. *Chemical Geology* 2007;244:316-329.

Cambridge Neurotechnology Ltd. Actiheart. Lokaliseret på:
<http://www.camntech.com>. 2011.

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.

Choi AL, Weihe P, Budtz-Jørgensen E, Jørgensen PJ, Salonen JT, Tuomainen T-P, Murata K, Nielsen HP, Petersen MS, Askham J et al. Methylmercury exposure and adverse cardiovascular effects in Faroese whaling men. *Environmental Health Perspectives* 2009;117:367-372.

Christensen K, Bjørk C, Vinter-Larsen M, Løkkegaard E, Grønbæk M. Otte folkesygdomme - forekomst og udvikling. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.

Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland - befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. København: DIKE's Grønlandsskrifter 5, 1996.

Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. København: DIKE's Grønlandsskrifter 9, 1997.

Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Karkirurgisk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Hypertensionsselskab. Kliniske retningslinier for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark. København: Hjerterforeningen og Diabetesforeningen, 2004.

Dansk Selskab for Almen Medicin. Christensen B, Færgemann O, Heebøll-Nielsen NC, Lous J, Madsen LD, Stender S (red.) Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis. En klinisk vejledning. København: DSAM, 2007.

Det Europæiske Miljøagentur. Forstyrrelser i bevægeapparatet inden for landbruget. Lokaliseret på: <http://osha.europa.eu/da/sector/agriculture/msds>. 2008.

Det nationale Indikatorprojekt. Diabetes. Dokumentalistrapport. Århus: NIP-Projektet, 2009.

Dewailly E, Chateau-Degat M-L, Ékoé J-M, Ladouceur R, Rochette L. Nunavik Health Survey 2004. Status of cardiovascular disease and diabetes in Nunavik. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007.

Dewailly E, Dallaire R, Pereg D, Ayotte P, Fontaine J, Deery S. Nunavik Inuit Health Survey 2004. Exposure to environmental contaminants in Nunavik. Persistent organic pollutants and new contaminants of concern. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), 2007.

Diabetesgruppen i Grønland. Lokaliseret på: <http://www.amisut.gl/>. 2010.

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

Færch K, Vaag A, Holst JJ, Hansen T, Jørgensen T, Borch-Johnsen K. Natural history of insulin sensitivity and insulin secretion in the progression from normal glucose tolerance to impaired fasting glycemia and impaired glucose tolerance: the Inter99 study. *Diabetes Care* 2009;32:439-444.

Grandjean P, Weihe P, White RF, Debes F, Araki S, Yokoyama K, Murata K, Sørensen N, Dahl R, Jørgensen PJ. Cognitive deficit in 7-year-old children with prenatal exposure to methylmercury. *Neurotoxicology and Teratology* 1997;19:417-428.

Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. *Lancet* 2003;361:51-59.

Ibsen H, Jørgensen T, Jensen GB, Jacobsen IA. Hypertension - forekomst og behandling. *Ugeskrift for Læger* 2009;171:1998-2000.

Iversen L, Christensen U. Marginalisering og udstødning på arbejdsmarkedet. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P (red.), Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom, København: Munksgaard Danmark, 2002, 128-152.

Jeppesen C. Kost. I: Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK (red.), Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 - Levevilkår, livsstil og helbred. SIF's Grønlandsskrifter nr. 18, København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008, 96-108.

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

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

Kjøller M, Thomsen LK, Rasmussen NK. Befolkningens forebyggelse af muskel- og skeletsygdom. København: DIKE, 1993.

Madsen M, Abildstrøm S, Rasmussen S. Hjerte-kar-sygdomme. I: Kjøller M, Juel K., Kamper-Jørgensen F. (red.), Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, 2007, 73-86.

Manniche C, Bendix T, Hestbæk L, Hundrup YA, Thomsen B. Muskel- og skeletsygdomme. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.), Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007, København: Statens Institut for folkesundhed, 2007, 101-115.

Nielsen ABS, Larsen NK. Overvægt og fedme. I: Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK (red.), Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 - Levevilkår, livsstil og helbred. SIF's Grønlandsskrifter nr. 18, København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008, 122-127.

Nissen NK, Rasmussen S. HjerteStatistik 2008 - fokus på køn og sociale forskelle. Hjerteforeningen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2008.

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

Obstetrisk ledelse. Den perinatale omsorg i Grønland, Status 2002. Nuuk: Dronning Ingrid's Hospital, 2002.

Obstetrisk ledelse. Den perinatale omsorg i Grønland, Status 2005. Nuuk: Dronning Ingrid's Hospital, 2005.

Pedersen EB, Jørgensen ME, Pedersen MB, Siggaard C, Sørensen TB, Mulvad G, Hansen JC, Asmund G, Skjoldborg H. Relationship between mercury in blood and 24-h ambulatory blood pressure in Greenlanders and Danes. *American Journal of Hypertension* 2005;18:612-618.

Pedersen ML, Lynge AR, Jacobsen JL. Micro- and macrovascular complications among Greenlanders and Danes with type 2 diabetes mellitus in Nuuk, Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* 2010;69:195-207.

Pennebaker JW. *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer-Verlag New York Inc., 1982.

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

Sicree RA, Zimmet PZ, Dunstan DW, Cameron AJ, Welborn TA, Shaw JE. Differences in height explain gender differences in the response to the oral glucose tolerance test- the AusDiab study. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association* 2008;25:296-302.

Tuomilehto J. Nonpharmacologic therapy and exercise in the prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2009;32 Suppl 2:S189-S193.

Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension* 2003;21:1983-1992.

WHO. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of a WHO consultation. WHO/NCD/NCS/99.2. Geneva: WHO, 1999.

Bilag 1. Årsager til utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet

I alt 263 af de interviewede i befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2007 benyttede sig af muligheden for med egne ord at tilkendegive, hvad der var årsag til deres utilfredshed med kontakten med sundhedsvæsenet. De interviewedes besvarelser er for hovedpartens vedkommende oversat fra grønlandsk til dansk, men er derudover ikke redigeret. Nedenfor vises et udvalg af, hvad de interviewede skrev om årsagen til utilfredshed med kontakt med sundhedsvæsenet. De viste eksempler på utilfredshed er udvalgt med henblik på at illustrere af de indkomne besvarelser.

Undersøgelse/behandling

- Manglende information vedr. resultater på blodprøve
- Er ikke blevet informeret ret meget
- Føler sig forkert behandlet ved konsultation
- Utilstrækkelige svar ved forskellige undersøgelser, for mange tabletter
- Ikke undersøgt ordentligt, har bare fået medicin
- At bygdepersonalet ikke er faglært
- Læger holder ikke løfte, lovede scannes men 2 måneder siden

Personalets opførsel

- Personalets opførsel uvenlig
- At man ikke bliver taget alvorligt, ingen undersøgelser
- Receptionspersonalet i lægeklinikken flabet attitude mm.
- Uprofessionelt personale, når man henvender sig til tolke

Ventetid og tidsbestilling

- Telefonsvareren burde være i orden, mobiltilf. må slukkes
- Overholder ikke tiden, skidt når man fejler noget
- Ventetid når man har smerter efter man er kommet til skade
- Hørt pinsemissionske sange i venteværelset

Sproglige problemer, herunder tolkning

- At man ikke rigtig forstår pga. sproget
- Forkert behandling pga. tolk, misforståelse, forkert behandling
- Tolken plejer at være dominerende

- Tolken tolker ikke korrekt og opfører sig underligt

Skiftende personale

- Ny læge ved hver konsultation
- Alt for ofte udskiftning blandt sundhedspersonalet

Bilag 2. Forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet

I alt 1023 af de interviewede i befolkningsundersøgelsen i Vestgrønland 2005-2007 benyttede sig af muligheden for at give i alt 1312 forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet. De interviewedes forslag er for hovedpartens vedkommende oversat fra grønlandsk til dansk, men er derudover ikke redigeret. Nedenfor vises et udvalg af, hvad de interviewede har foreslået af forbedringer af sundhedsvæsenet. De viste eksempler er udvalgt for at vise bredden af de indkomne forslag. Forslagene omfatter:

Udbygning af sundhedsvæsenet

- Forbedre udstyr for hjertesygdomme, så man kan undgå at rejse til DK så ofte
- Grønlandere med alvorlige sygdomme bør kunne behandles i Grønland
- Patienter med kræft, som skal rejse for at blive behandlet, bør man ikke spare penge på. Familien skal med
- Forældre til alvorligt syge børn skal have mulighed for at være sammen med barnet i Danmark, f.eks. burde sundhedsvæsenet stille lejligheder til gratis rådighed, så familien kan være samlet i nærheden af hospitalet, fordi man ikke kan behandle i Grønland
- Faste læger/sygeplejersker
- Der bør være jordemoderer/psykologer/psykoterapi/fysioterapeut/børnelæge/hudlæge/øjnelæge/ørelæge
- Mht. lægebesøg i byen er der store problemer for patienterne, idet der ingen indkvartering er for patienterne fra bygderne, der er for stor udskiftning
- Faglært arbejdskraft ønskes!
- Droppe vikarlægerne og højere løn til de ansatte så de bliver
- De er for stressede. De har ikke god tid til den enkelte patient
- Kan absolut være bedre! Lægen bør komme oftere, bygdefolk har ikke mange chancer for at komme til lægen
- Udvid sygeplejeklinik til småproblemer, så lægerne havde bedre tid til komplicerede tilfælde
- Det ville være godt, hvis telemedicin indføres også her, så man fritages for at sejle el. flyve ind til byen. Har set tidligere andre steder, hvor det kan være med det udstyr
- Ibrugtagning af IT-udstyr til hjemme tjek op, hjemme undersøgelser
- Er på tide at renovere sygehuset her i bygden. Taget – gulvet – det hele

- Bedre, mindre ulækker, mere sundhedsmæssig korrekt mad på sygehuset
- At tage betaling for lægemidler
- Flere undersøgelser udenfor sundhedscenter, med flere aktiviteter, f.eks. om kost, motion, samliv etc. (befolkningsundersøgelse)
- Forbedring af boligstandard, vand, kloakering osv. ude i bygderne med henblik på sundhedsoptimering
- Lære og træne at snakke grønlandsk
- Der er mange skiftende læger, derfor ville det være ønskeligt, at der var faglærte tolke
- Flere tolke

Tidsbestilling og ventetid

- Tidsbestilling til konsultationen bør kunne gøres hurtigere
- Man venter en hel uge for at komme til lægen, når man har bestilt tid
- Indfør bestilling af konsultationstider hos læge a la praktiserende læger i Danmark
- Ventetiden er lang, og ældre bliver trætte – det er ønskeligt, hvis de vil forbedre dette
- Alt for lang ventetid med henblik på operation. Det er utilfredsstillende at skulle vente så længe på en operation, der kan ændre på livskvaliteten
- Kaffe + te i venteværelse

Personalets faglige dygtighed

- Grundig undersøgelse i stedet for bare at give noget smertestillende. De skal undersøge, hvad der er galt, de skal finde ud af det
- Bedre kvalificerede læger evt. bedre efteruddannelse af læger
- Mere ærlighed og ligeværdighed i kommunikationen mellem læge og patient
- At der bør være uddannet personale i bygderne
- Bedre tolke, mere professionelt arbejde

Personalets opførsel

- Personalet skal være mere venlige overfor patienterne
- Personalet bør høre mere efter/tro på dem, der går til lægen
- Tage individet/patienten alvorligt. Lyt til patienten frem for hurtig ekspedition
- Personalet, der arbejder, må holde kursus til at blive mere menneskelige
- At skulle nævne årsagen til konsultationen, mens andre patienter hører på
- Det er beklageligt, at emner som ikke burde komme ud, bliver fortalt

Information

- Efterlyser nærmere information om sygdomme, samt at der bliver brugt mere tid på undersøgelser (mere grundige)
- Bedre pjecer, de er alt for gamle, de bør opdateres noget oftere
- En grønlandsk "Netdoktor" ville være ønskelig med oplysning på grønlandsk
- En klarere ordning med lægebesøg

Andet

- Et forbud mod at spytte
- Indlagte patienter skal have mere energirig mad og lækkert
- Det skal stoppes med rygning i sundhedshuset
- Beholde vores læge

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

1. Bjerregaard P, Misfeldt J, Kern P, Nielsen I-M. Toppen af isfjeldet. 1994. 76 s.
2. Bjerregaard P, Senderovitz F, Ramlau-Hansen L. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/Mennesker og sundhed i Grønland. 1995. 47 s.
3. Curtis T, Bjerregaard P. Health research in Greenland – a catalogue of projects. 1995. 109 s.
4. Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. 1995. 155 s.
5. Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. 1996. 82 s.
6. Curtis T, Bjerregaard P. Forskerseminar – Kangerlussuaq 19.-22. januar 1996. 1996. 84 s.
7. Bjerregaard P, Petersen HC, Lyngø I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. 1997. 93 s.
8. Pedersen JM. Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn. 1997. 60 s.
9. Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. 1997. 65 s.
10. Christensen U, Bjerregaard P. Greenland Medical Bibliography 1970-1995. 1997. 273 s.
11. Pars T. Forbruget af traditionelle grønlandske fødevarer i Vestgrønland. Ph.d.-afhandling. 2000. 124 s.
12. Curtis T. Kommunikation mellem læge og patient i Grønland – en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale. Ph.d.-afhandling. 2001. 201 s.
13. Bjerregaard P, Porsbjerg C, Curtis T. Befolkningsundersøgelsen i Qasigiannuit 2000-2001. 2001. 12 s.
14. Rønsager M. Grønlandernes sundheds- og sygdomsopfattelse 1800-1930. Speciale. 2002. 171 s.
15. Lyngø I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen. 2003. 103 s.
16. Bjerregaard P. Professoratet i Arktisk Sundhed 1996-2006. 2006. 105 s.
17. Bjerregaard P, Holm AL, Olesen I, Schnor O, Niclasen B. Ivaq – the Greenland Inuit child cohort. 2007. 108 s.
18. Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 - Levevilkår, livsstil og helbred. 2008. 174 s.
19. Bjerregaard P. Inuit Health in Transition - Greenland survey 2005-2009. Population sample and survey methods. 2010. 2nd revised edition. 26 s.
20. Bjerregaard P, Aidt EC. Levevilkår, livsstil og helbred - Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009/ Atugassarititat, inooriaaseq peqqinnerlu - 2005-2009-mut Kalaallit Nunaanni Innuttaasunik misissuisitsineq. 30 s.
21. Nielsen ABS, Bjerregaard P. Sygdom og sundhedsvæsen. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009. 97 s.

Denne bog er den anden rapport fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009. 2616 voksne fra hele Vestgrønland er interviewet om deres helbred, er blevet undersøgt og har fået taget blodprøver.

I rapporten trækkes linierne tilbage til Sundhedsprofilen for Grønland fra 1993.