

INUSSUK • Arktisk forskningsjournal 1 • 2004

Folkesundhed i Grønland

Peter Bjerregaard

Folkesundhed i Grønland

INUSSUK - Arktisk forskningsjournal 1 • 2004

Copyright © Forfatteren og Direktoratet for Kultur, Uddannelse, Forskning og Kirke, Nuuk 2004

Forside illustration: Arnannnguaq Høegh, ætsning og kollage

Forside skulptur: Rasmus Thomassen

Forside layout og grafik: Hammerich Design

Tilrettelæggelse: Anne Lise Sørensen

Sats: Verdana

Tryk: AKA Print A/S, Århus

1. udgave, 1. oplag

Oplag: 500 eksemplarer

ISBN 87-90948-08-4

ISSN 1397-7431

Også udgivet som SIFs Grønlandsskrifter nr. 16.

ISBN 87-7899-079-3

ISSN 1601-7765

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

Skriftserien INUSSUK udgives af Direktoratet for Kultur, Uddannelse, Forskning og Kirke, Grønlands Hjemmestyre.

Det er formålet at formidle resultater fra forskning i arktis, såvel til den grønlandske befolkning som forskningsmiljøer i Grønland og Danmark. Skriftserien ønsker at bidrage til en styrkelse af det arktiske samarbejde, især inden for humanistisk, samfundsvidenskabelig og sundhedsvidenskabelig forskning.

Redaktionen modtager gerne forslag til publikationer.

Redaktion

Forskningskoordinator Tom Greiffenberg
Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Kultur,
Uddannelse, Forskning og Kirke
Postboks 1029, DK-3900 Nuuk, Grønland
Telefon: +299 34 50 00
Fax: +299 32 31 71
E-mail: tog@gh.gl

Professor Peter Bjerregaard
Statens Institut for Folkesundhed
Svanemøllevej 25
DK-2100 København Ø, Danmark
Telefon: +45 39 20 77 77
Fax: +45 39 27 30 95
E-mail: pebj@gh.gl

Publikationer i serien kan rekvireres ved henvendelse til

Atuagkat
Postboks 1009
DK-3900 Nuuk
Email: mail@atuagkat.gl
Hjemmeside: www.atuagkat.gl

Forord

Vores livsstil og levevilkår påvirker vores sundhed og bestemmer hvilke sygdomme, vi som befolkning udvikler. Vores kroppe påvirkes af den måde, vi lever på, af det vi spiser, hvordan vi bor og arbejder, vores uddannelse osv. Levevilkår og livsstil er for manges vedkommende ændret de seneste mange år, og det betyder, at udbredelsen af visse sygdomme falder, mens andre optræder hyppigere og hyppigere og udvikler sig til egentlige folkesygdomme – sygdomme, som rigtig mange af os har.

Det er nødvendigt, at vi får en bedre viden om sundhedstilstanden i den grønlandske befolkning for at forbedre mulighederne for at få et langt liv fri for sygdom og gener. Det er også afgørende, at vi får sat fokus på sundhed i dagligdagen og i alle samfundets sektorer. Det er baggrunden for, at jeg som Landsstyremedlem for Sundhed har ønsket et folkesundhedsprogram for Grønland, der sætter fokus på befolkningens sundhed og indeholder konkrete initiativer til forbedring af denne.

Denne Folkesundhedsrapport for Grønland er et første skridt i etableringen af et grønlandsk folkesundhedsprogram. Rapporten, der er udarbejdet af professor dr. med. Peter Bjerregaard, Statens Institut for Folkesundhed, på foranledning af Direktoratet for Sundhed, Grønlands Hjemmestyre, indeholder en beskrivelse af den grønlandske befolknings sygdomme og sundhedstilstand. Det er hensigten, at rapporten skal virke som inspirationskilde og medvirke til at skabe et fælles fagligt udgangspunkt for det videre arbejde med udarbejdelse af Grønlands første folkesundhedsprogram.

Peter Bjerregaard har gennem de seneste 10 år bidraget væsentligt til sundhedsforskningen i Grønland. Han har med sit engagement været medvirkende til, at folkesundhed er sat på dagsordenen, og som landsstyremedlem for sundhed sætter jeg pris på hans indsats.

Nuuk, juni 2004

Asii C. Narup

Landsstyremedlem for Familie og Sundhed

Den grønlandske folkesundhedsrapport er udarbejdet med henblik på at give et samlet overblik over befolkningens sundhed og sygdomme på basis af eksisterende og ny viden. Rapporten henvender sig både til politikere, ansatte i sundhedsvæsenet, uddannelsesinstitutioner og andre, der har en almen interesse i folkesundhed.

Rapporten kan ses som en parallel til en tilsvarende dansk folkesundhedsrapport, som Statens Institut for Folkesundhed for øjeblikket udarbejder. Det omfattende arbejde med den første brede, danske folkesundhedsrapport har givet en væsentlig inspiration til den grønlandske folkesundhedsrapport.

Forfatteren har i vidt omfang trukket på andre personers store viden om sundhedsforhold i Grønland. Forfatteren ønsker først og fremmest at takke Ann Birkekær Kjeldsen, Tine Curtis og Birger Aaen-Larsen, der med stor loyalitet har læst og kommenteret hele manuskriptet. Desuden tak til følgende personer, der har bidraget med vigtige tilføjelser og kritiske kommentarer inden for hver deres felt: Knud Brinkløv Jensen, Marit Eika Jørgensen, Birgit Niclasen, Ingelise Olesen, Tine Pars og Bodil Karlshøj Poulsen.

Finn Kamper-Jørgensen
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed

Peter Bjerregaard
Professor
Center for Sundhedsforskning i Grønland,
Statens Institut for Folkesundhed

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
Eqikkaaneq	12
1. Indledning	18
2. Hvordan måler man folkesundhed	23
3. Historisk perspektiv	32
4. Sygdomme og sundhedsproblemer	45
5. Livsstil og levevilkår	71
6. Det omgivende miljø	85
7. Særlige grupper	93
8. Ulighed i sundhed	105
9. Sundhedsvæsenet	120
10. Forebyggelse og sundhedsfremme	129
11. Fremtidsperspektiver	134
Litteratur	141
Bilag 1. Datagrundlag og metoder	152

Resumé

Formålet med bogen Folkesundhed i Grønland er at give en samlet fremstilling af sundhedstilstanden i Grønland. Begrebet folkesundhed refererer til sundhedstilstanden i hele befolkningen i modsætning til helbredet hos den enkelte patient. På grønlandsk foreslås det at bruge udtrykket *innuttaasut peqqissusiat*. I bogen beskrives en række sygdomme og helbredsproblemer, som kan opfattes som folkesundhedsproblemer, men der tages ikke stilling til, om de skal indgå i folkesundhedsprogrammet.

Det er en grundlæggende antagelse for analyserne i bogen, at det enkelte menneskes sundhed er et resultat af et kompliceret samspil mellem sociale, kulturelle og økonomiske levevilkår, hverdagsliv, livsstil, arvelige egenskaber og det enkelte menneskes erfaringer. Denne sundhedsmodel beskrives i [kapitel 1](#).

I [kapitel 2](#) beskrives forskellige mål for folkesundhed. Det virker paradoksalt, at sundhed som regel måles ved forekomst af sygdom eller død, men det er der en lang tradition for, hvorimod det kun sjældent er forsøgt at måle de positive aspekter af sundhed. Middellevetiden i Grønland er 65 år, hvilket er 4 år kortere end for inuit i Alaska og Canada, og 10-12 år kortere end i de øvrige nordiske lande. Spædbarnsdødeligheden er et af de almindeligste mål for den generelle sundhedstilstand i et land; i Grønland er spædbarnsdødeligheden højere end blandt inuit i Alaska og Canada, og betydeligt højere end i de andre nordiske lande. I kapitlet præsenteres begrebet »tabte gode leveår«; kvinder lever længere end mænd, men kan se frem til færre år med godt selv vurderet helbred. Omkring en fjerdedel af alle dødsfald kan betegnes som »undgåelige dødsfald«, idet de i princippet kan forhindres, enten ved forebyggelse eller ved behandling.

Det er kun en mindre del af sygeligheden i en befolkning, der kommer til sundhedsvæsenets kendskab. Folkesundheden må derfor undersøges ved at undersøge et repræsentativt udsnit af hele befolkningen omfattende både syge og raske.

Samfundsudviklingen og sygdomsmønsteret i et historisk perspektiv er emnet for kapitel 3. Grønland har gennemgået store samfundsændringer i det 20. århundrede, især efter 1950, og dødelighedsmønsteret er ændret radikalt. Sundhedstilstanden før 1950 er beskrevet i to større værker forfattet af henholdsvis Bertelsen og Sundhedsstyrelsen. Dengang var tuberkulose og akutte infektionssygdomme de helt store sundhedsproblemer. Siden 1950 er dødeligheden af disse årsager reduceret markant, dødeligheden af ulykker og hjertekarsygdomme er aftaget noget, mens dødeligheden af selvmord og kræft er steget. Spædbarnsdødeligheden viser en konstant nedadgående tendens, men på et niveau, der svarer til Danmark 30 år tidligere. Middellevetiden øgedes indtil 1970'erne og er siden stagneret for kvinder, mens den fortsat stiger lidt for mænd.

I kapitel 4 beskrives nogle udvalgte sygdomme og sundhedsproblemer. Der er ikke tale om en fuldstændig oversigt over sygdomsmønsteret, men om problemer, der er så hyppige og alvorlige, at de kan karakteriseres som folkesygdomme. Følgende sygdomme og helbredsproblemer behandles under hver sin overskrift:

- Psykisk helbred
- Selvmord
- Ulykker og vold
- Bevægeapparatets sygdomme
- Uønsket graviditet og abort
- Hjertekarsygdomme, diabetes, fedme
- Kræft
- Rygerlunger (kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL)
- Infektionssygdomme
- Tandsundhed
- Allergi

Kapitel 5 handler om livsstil og levevilkår. Den grønlandske kost har i mere end 100 år været sammensat af *kalaalimernit* – havpattedyr, fisk og fugle – og af importerede fødevarer. Allerede i 1930 havde importeret kost en stor plads i det grønlandske køkken, og i dag dækker importeret kost knap 80% af energiforbruget. Den forskningsmæssige interesse har især samlet sig om

kalaalimernits indhold af n-3 fedtsyrer, de såkaldte fiskeolier, der sandsynligvis har en gavnlig effekt på forekomsten og dødeligheden af hjertesygdom. Et stort forbrug af slik og sodavand er sammen med manglende fysisk aktivitet årsag til overvægt og diabetes, der øger risikoen for hjertekarsygdom, men der mangler viden om befolkningens fysiske aktivitetsniveau.

Forbruget af tobak er særdeles højt, men synes dog at være for nedadgående. Omkring 70% af både mænd og kvinder ryger dagligt, og dødeligheden af tobaksrelaterede sygdomme er høj. Forbruget af alkohol er aftaget siden et maksimum på 22 liter om året i 1987, beregnet som ren alkohol pr. indbygger over 14 år. Forbruget lå i 1993-2001 stabilt på omkring 13 liter om året, hvilket svarer til forbruget i Danmark, men er langt over forbruget i de øvrige nordiske lande. Drikkemønstrene i Grønland og i Danmark er dog meget forskellige, og den store forekomst af episodiske drikketure i Grønland medfører mange sociale problemer foruden ulykker og voldshandlinger. Bruget af hash er udbredt, ofte som led i et blandingsmisbrug med alkohol.

Indkomst, sociale forhold, boligforhold, sociale relationer, arbejdsløshed og arbejdsmiljø beskrives i relation til sundhed.

Havpattedyr, fisk og fugle er forurenede med tungmetaller (kviksølv, kadmium, bly) og persistente organiske forureningsstoffer som PCB og pesticider (kapitel 6). Fordi der spises meget af disse dyr, bliver koncentrationen af de forurenende stoffer høj i blodet hos mennesker. Dette er især sundhedsskadeligt for fostre og spædbørn. Forureningen kommer hovedsageligt fra industri og landbrug i resten af verden, men forurening fra lokale kilder som ukontrolleret bortskaffelse af affald kan ikke udelukkes. I indeklimaet er det især tobaksrøg, der er sundhedsskadeligt.

Der er mange grupper af befolkningen, der er særligt sårbare. I kapitel 7 beskrives de specielle forhold, der gør sig gældende for gravide, børn og unge, samt gamle. Børns opvækstvilkår har stor betydning for deres helbred som voksne, hvilket blandt andet kan ses af den meget høje forekomst af selvmordstanker hos voksne, der er vokset op i hjem med alkoholproblemer og/eller har været udsat for seksuelle overgreb som børn.

Der bliver flere og flere ældre, men der er begrænset viden om de ældres sundhed. Der er mange overvægtige, og mange har diabetes, ofte uden at vide det. De ældre har en stor sygdomsbyrde at bære, men det er i mange tilfælde sygdomme, som kan behandles, hvorved de ældres dagligdag kan forbedres, og alvorlige komplikationer undgås.

I kapitel 8 analyseres ulighed i sundhed. Uanset hvilket mål, der bruges for socioøkonomisk gruppe – erhverv, uddannelse, velstand - er der klare forskelle mellem de bedre stillede og de dårligere stillede i samfundet. For rygning ses det, at det er mænd i de øverste socialgrupper, der har størst held med at stoppe. Der er udtalte forskelle i helbred mellem befolkningen i byer og bygder; forskellene kan for mænds vedkommende forklares ved forskellig erhvervsstruktur, mens der for kvinder også er forskel mellem by og bygd inden for samme erhvervsgruppe. Danskere har bedre selvvalueret helbred end grønlændere, men forskellen forsvinder efter justering for alder, køn og erhverv.

Der er forskel på mænds og kvinders helbred på en lang række områder, og også livsstil og sundhedsvaner er forskellige. Kvinder lever længere end mænd, og mænd har især en stor overdødelighed af ulykker og selvmord. Mænd har også oftere en langvarig sygdom, og mænds selvvaluerede helbred er forværret i betydelig grad i løbet af 1990'erne, mens kvinders har været uændret. Der er lige mange mænd og kvinder, der ryger, men dobbelt så mange mænd, der er storrygere.

Sundhedsvæsenet beskrives i kapitel 9 og den offentlige og private forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kapitel 10.

Kapitel 11 runder bogen af med en diskussion af fremtidens sygdomsmønstre i lyset af befolkningsudviklingen og hidtidige tendenser i dødelighed og forekomst af risikofaktorer. De begrænsede data tyder på, at selvmordsforekomsten vil falde, at forekomsten af diabetes vil stige ligesom forekomsten af overvægt, mens der vil blive færre rygere. Der mangler dog i udpræget grad data, der kan sandsynliggøre fremskrivningen.

Til sidst gives nogle forslag til det videre arbejde med etablering af et folkesundhedsprogram, der er baseret på viden om befolkningens sundhed, og som omfatter konkrete mål, der kan evalueres.

I et bilag beskrives datagrundlaget for rapporten, og der gives en forklaring på nogle epidemiologiske fagudtryk.

Eqikkaaneq

Innuttaasut peqqissusiannut pilersaarummik pilersitsiniarnermut atatillugu Kalaallit Nunaanni inuit peqqissusiat pillugu eqikkaalluni saqqummiinissaq atuakkami Kalaallit Nunaanni innuttaasut peqqissusianni siunertaavoq. Inuiaat peqqissusiannik oqariaatsimi napparsimasup ataatsip peqqissusia pineqarani innuttaasut tamarmik peqqissusiat pineqarpoq. Kalaallisut oqaaseq *Innuttaasut peqqissusiat* atorneqartussatut siunnersuutigineqarpoq. Atuakkami nappaatit peqqinnissamilu ajornartorsiutit arlaqartut inuianni peqqissutsikut ajornartorsiutaasinnaasut allaaserineqarput, innuttaasulli peqqissusianut pilersaarummi ilaatinneqassanersut isummerfigineqanngilaq.

Atuakkami inuup ataatsip peqqissusia inooqatigiinnermi, kulturikkut, aningaasaqarnermi inuuniarnikkut, ulluinnarni inuunikkut, inooriaatsikkut, kingornussatigut piginnaasatigut aammalu inuup nammineq misilittagaasa pisariusumik sunneeqqatigiinneri misissueqqissaarnerni tunngaviusumik ilimagineqarpoq. Tamanna [kapitel 1](#)-mi allaaserineqarpoq.

[Kapitel 2](#)-mi innuttaasut peqqissusissaannut anguniakkat assigiinngitsut allaaserineqarput. Peqqissuunerup nappaateqarnikkut toqunikullu nalinginnaasumik uuttortarneqartarnera imminut assortuututut isikkoqarpoq, tamannali sivisoorsuarmi ileqqorineqarsimavoq; akerliarnilli peqqissutsip tungaanit isiginneriaaseq aallaavigalugu uuttortarneqartarnera akuttulluni. Kalaallit Nunaanni agguaqatigiissillugu ukiut inuuffiit amerlassusiat 65-iuvoq, tassa Alaskami Canadamilu inuit akornannit ukiunik sisamanik sivikinnerulluni aammalu nunanut avannarlernut allanut naleqqiullugu ukiunik 10 – 12-inik sivikinnerulluni. Meeraaqqat toqusarnerisa nunami peqqissutsimut uuttuutitut atorneqartarnera nalinginnaasunut ilaavoq; Kalaallit Nunaanni meeraaqqat toqusarnerat Alaskami Canadamilu inuit akornannut naleqqiullugu qaffasinneruvoq, nunanullu avannarlernut naleqqiullugu qaffasinneroqaluni. Immikkoortumi matumani oqariaaseq »inuunermi ukiut pitsaasut annaasat« ilisaritinnerqarpoq; arnat angutitut naleqqiullugit sivisunerusumik inuusarput, namminnerli naliliinertik naapertorlugu peqqissusertik ukiuni ikinnerusuni atuutissasoq takorloortariaqarlugu. Toqusut amerlassusiisa

sisamararterutaasa missaat »pisariaqarsimanngikkaluartutut« taaneqarsinnaapput, tassa pinaveersaartitsinikkut nakorsarneqarnikkulluunniit tunngaviatigut pinngitsoortinneqarsimasinnaagaluardata.

Inuiaqatigiit akornanni napparsimasarnerup ilaaminniinanngua peqqinnissamut isumaginittuqarfimmit ilisimaneqalersarpoq. Taamaattumik innuttaasut peqqissusiata misissorneqarnerani innuttaasunik amerlanerusunik sinniisusunik, napparsimasunik peqqissuusunillu, misissuisoqartariaqarpoq.

Kapitel 3-mi oqaluttuarisaaneq aallaavigalugu inuiaqatigiit ineriartornerat napparsimasarnerillu eqqartorneqarput. 1900-kekunni Kalaallit Nunaanni inuiaqatigiit allanngornerujussuarmik nalaanneqarput, sualummik 1950-p kingorna, aamma toqutiginuqartartut annertuumik allannguuteqarput. 1950-kekut sioqqullugit peqqissuseq allaaserisani annertuuni marlunni Bertelsen-imit Peqqinnissamillu nakkutillisoqarfimmit allaaserineqarput. Taamanikkut tuberkolose tassanngaannartumillu aseruuttooriataartarnerit peqqinnissami ajornartorsiutit annersaraat. 1950-p kingorna taakku toqutiginuqartarnerat annertuumik annikillivoq, ajunaarnikkut aamma uummatikkut taqqatigullu nappaatitigut toqusarnerit annikillimapput, imminornerilli kræftimillu nappaateqarnerit amerlisimallutik. Meeraaqat toqusarnerat annikilliaruinnarsimavoq, kisiannili Danmark-imi meeraaqat toqusarnerisa ukiut 30-t matuma sionatulli amerlassusaasa nalaaniilluni. 1970-kekut tikillugit agguaqatigiissillugu ukiut inuuffiit amerliartorsimapput, tamatumali kingorna arnanut tunngatillugu unittutut isikkoqarluni, angutinulli tunngatillugu kigaatsumik qaffariartorluni.

Kapitel 4-mi nappaatit ilaat ataasiakkaat peqqinnissamilu ajornartorsiutit eqqartorneqarput. Napparsimasarnerit pillugit tamakkiisumik nalunaarsuineq pineqanngilaq, kisiannili ajornartorsiutit akulikitsuunermikkut ilungersunartuunermikkullu innuttaasut nappaataattut taaneqarsinnaallutik. Nappaatit peqqinnissamilu ajornartorsiutit makku immikkut qulequtserlugit eqqartorneqarput:

- Tarnikkut peqqissuseq
- Imminortarneq
- Ajunaarnerit nakuusertarnerillu

- Aalasinnaanermi nappaatit
- Kissaatiginagu naartulertarneq naartuersittarnerlu
- Uummatikkut taqqatigullu nappaatit, sukkorneq, puallarpallaartarneq
- Kræfti
- Rygerlunger (puatsigut anigorsinnaanngisamik nappaateqarneq, KOL)
- Nappaatit tuniluuttartut
- Kigutitigut peqqissuseq
- Sapigaqarneq

Kapitel 5-mi inuunermi pissutsit atukkallu eqqartorneqarput. Kalaallit nerisarsaat ukiut 100-t sinnerlugit kalaaliminernit – immami ummasunit miluumasunit, aalalisakkanit timmissanillu – nerisassanillu avataanit tikiussanit katitigaapput. 1930-kkunnili kalaallit iggaviini nerisassat avataanit tikiussat annertuumik atorneqalersimapput ullumikkullu nerisassat avataanit tikiussat nerisarisani nukimmik atuinerup 80 %-ia tikingajallugu matusarpaat. Misissuisarnerni kalaalimernit n-3 fedtsyre-inik akoqarnerat, tassa aalisakkat orsuisa uummatikkut napaatinut sunniutaasa nappaatillu taamaattut pillugit toqusoqartaneranut sunniuteqarsorineqarnerat, annertunerusumik soqutigineqarsimavoq. Annertuumik mamakujuttunik sodavand-inillu atuinerup aammalu timip uninngatiinnarneqarpallaarnera puallarpallaartarnermut sukkornermullu peqquataapput, nappaatillu taakku uummatikkut taqqatigullu nappaateqalersinnaanermut ulorianartorsiorititsisuupput, innuttaasulli qanoq annertutigisumik timiminnik atuisarnerat pillugu ilisimasaniq peqartoqanngilaq.

Tupamik atuneq annertooujussuuvoq milliartortutulli isikkoqarluni. Arnat angutillu 70 %-iisa missaat ullut tamaasa pujortartarput, tupatornerullu nasatarisaanik nappaateqalernikkut toqusartut amerlapput. Aalakoornartumik atuneq 1987-mi annertunerpaagami ukiumut 22 liter-iusoq, innuttaasumut ataatsimut 14-nit sinnerlugit ukiulimmut naatsorsorlugu, minnerulersimavoq. Piffissami 1993 – 2001 atuneq ukiumut 13 liter-it missaanniippoq, Danmarkimi atuneq assigalugu, nunanullu avannarlernut allanut naleqqiullugu annertunerujussuulluni. Kisiannili Kalaallit Nunaanni Danmark-imilu aalakoornartunik atueriaaseq assigiinngitsorujussuupput, Kalaallillu Nunaanni piffissap ilaani imigassartupiloortarneq inooqatigiinnermi ajornartorsiutinik amerlasuunik aammalu ajunaarnernik nakuusernerrillu nassataqartarpoq.

Ikiaroorntumik hash-imik atuineq nalinginnaavoq, akuttunngitsumillu imigassamik atornerluinermit ilaasarluni.

Isertitaqassuseq, inooqatigiinnermi ineqarniarnermilu pissutsit, inooqatigiinnermi attuumassuseqassuseq, suliffissaaleqineq aammalu suliffimmi isumannaallisaniikkut pissutsit peqqissutsimut attuumassuteqarnerat allaserineqarpoq.

Uumasut imarmiut miluumasut, aalisakkat timmissallu aatsitassanit oqimaatsunit (kviksølv, kadmium, bly) aamma pinngoqqaatinit uumassuseqartunit ataavartumik mingutsitsisartunit, soorlu PCB aamma pesticider ([kapitel 6](#)) mingutsinneqarnikuupput. Uumasut taakku nerisarineqarnerat annertummat inuit aavani pinngoqqaatit mingutsitsisuusut katerisimanerat annertuujuvoq. Tamanna pingaartumik naartunut meeraaqqaanullu peqqinnissakkut ulorianartorujussuuvoq. Mingutsitsineq tamanna annertunerusumik nunarsuup sinnerani suliffissuaqarnermit nunaateqarnermillu pivoq, kisiannili najugarisani nakkutigineqanngitsumik eqqaanerup nassatarisaanik mingutsitisoqarsinnaanera ilaasinnaavoq. Illup iluani silaannarmut atatillugu tupap pujua peqqinnissamut ulorianaateqartuusoq pingaartumik mingutsitissuuvoq.

Inuiaqatigiit akornanni immikkut mianerisariallit arlalissuupput. [Kapitel 7](#)-mi pissutsit immikkuullarissut naartusunut, meeqqanut inuusuttunullu aammalu utoqqarnut tunngasut allaaserineqarput. Meeqqat alliaartorneranni atugassaritinneqartut inersimasunngornerminni peqqissusiannut annertuumik pingaaruteqarput, soorlu ilaatigut inersimasut akornanni, angerlarsimaffinni imigassamik ajornartorsiuteqarfiusuni alliaartorsimasut aamma / imaluunniit meeraanerminni kinguaassiutitigut atornerlunneqarsimanerup nassatarisaanik imminornissamik eqqarsaateqartartut amerlassusiisigut takuneqarsinnaasoq.

Utoqqaat amerliartuinnarput, utoqqaalli peqqissusiat pillugu ilisimasat annikitsuinnaapput. Pualavallaartut amerlasuujupput aammalu, ilaatigut namminneq ilisimanngisaminnik sukkortut amerlallutik. Utoqqaat napparsimasarnerat annertoorujussuuvoq, ilaatigulli nappaatit utoqqat ulluinnarni

inuunerannik pitsanngortitsisinnaasumik nakorsarneqarsinnaapput kinguni-piloqarsinnaanerallu inaalissimaartinneqarsinnaalluni.

Kapitel 8-mi peqqissutsimi assigiinngissuseq misissoqqissaarneqarpoq. Anguniarneqartoq suugaluarpalluunniit socioøkonomiskiusumik immikkoortitat – Inuussutissarsiut, ilinniagaqarneq, atugarissaarneq – inuiaqatigiinni atugarissaartut atugarissaannginnerusulluersarissumik assigiinngissuteqarput. Pujortartarnermut tunngatillugu angutit atugarissaarnerusut pujortarunaarniarnerminni iluatsitsilluarnerusarput. Illoqarfinni nunaqarfinnilu innuttaasut akornanni peqqissutsikkut assigiinngissuseq annertuvoq; angutitut tunngatillugu inuussutissarsiornermi pissutsit assigiinngissuseqarnerannik nassuiarneqarsinnaavoq, arnanulli tunngatillugu illoqarfinni nunaqarfinnilu assigiinnik atugassaqartinneqarluni najugaqaraluaanniluunniit aamma assigiinngissuseqarput. Qallunaat namminneq naliliillutik peqqissutsiminnik isiginninnerat kalaallitut naleqqiullugu pitsaaneruvoq, assigiinngissuserli qassinik ukioqarnerup, suaassutsip inuussutissarsiutillu suunerannik naligiissarinikkut peeruttarpoq.

Assigiinngitsorpassuartigut angutit arnallu peqqissusiat assigiinngissuseqarpoq, aamma pissusilersuutitigut peqqissutsikkullu ileqqutigut. Arnat angutinit sivisunerusumik inuusarput aamma pingaartumik angutit aju-naarnikkut imminornikkullu toqquteqartarnerat annertuujuvoq. Angutit akulikinnerusumik sivisuumik nappaateqartarput 1990-kkullu ingerlaneranni namminneq naliliinertik naapertorlugu peqqissutsiminnik isiginninnerat annertuumik ajornerulersimalluni, arnanulli tunngatillugu allannguuteqarani. Angutit arnallu pujortartartut amerlassusaat assigiippoq, angutilli akornanni pujortartuaannartut marloriaammik amerlanerullutik.

Kapitel 9-mi Peqqinnissamut Isumaginnittoqarfik allaaserineqarpoq kapitel 10-milu pisortanit ataasiakkaanillu pinaveersaartitsinermi peqqinnissamillu siuarsaanermi suliniutit allaaserineqarlutik.

Kapitel 11-mi atuagaq siunissami nappaatit qanoq isikkoqarumaarnissaat innuttaasut akornanni ineriartornermut aammalu maannamut toqqutigineqartartunut aarlerinaataasinnaasunullu sanilliullugit eqqartorneqarput. Paasisutissat annikikkaluit ilimanarsitippaat imminortarneq annikilliarthussasoq,

sukkortartut amerlinissaat aammalu puallarpallaartartut amerlinissaat, pujortartartulli ikinnerulernissaat ilimanarsisippaat. Kisiannili paasissutissat sutigut tamatigut amigaatigineqarput siulittuutaasinnaasunut qularnarunnaarsitsisinnaasut.

Naggataatigut innuttaasut peqqissusiannut pilersaarummik pilersitsinisaq anguniarlugu suliamik ingerlatseqqinnissamut, siunnersuutit saqqummiunneqarput, inuiaqatigiit peqqissusaanik tunngaveqartut anguniakkanillu erseqqissumik ilaqartut, nalilersorneqarsinnaallutillu.

Ilangussami nalunaarusiami paasissutissanut tunngaviusut allaaserineqarput aammalu nappaatinut tunillaattartunut oqaatsit atorneqartartut nasuiaasersorneqarlutik.

1. Indledning

Det er hensigten med denne bog om folkesundhed i Grønland at give en samlet fremstilling af en række større sundhedsproblemer. Den umiddelbare årsag til at bogen skrives netop nu er, at Hjemmestyret har besluttet at etablere et folkesundhedsprogram, og bogen har til formål at give styregruppen for folkesundhedsprogrammet et grundlag for at foretage en kvalificeret prioritering mellem de forskellige folkesundhedsproblemer. Der har imidlertid i flere år været tænkt på at skrive en sådan oversigt blandt andet til brug for undervisningen på Peqqissaanermik Ilinniarfik (Center for Sundhedsuddannelser). Endelig er det ønskeligt med en offentlig debat om sundhedsproblemerne i Grønland, der går ud over mediernes lejlighedsvis omtale af sundhedsvæsenets utilstrækkelighed. Denne bog kan forhåbentlig medvirke hertil.

Der er mange kilder til viden om sundhedsforhold i Grønland, og en del af disse er beskrevet i bilag 1 og i litteraturlisten. Mange af disse kilder er svært tilgængelige i form af interne rapporter eller notater, andre er skrevet af fagfolk for fagfolk og ofte på engelsk. I 1998 udgav Munksgaards forlag en bog på engelsk om sundhed og sygdom blandt inuit i Grønland, Canada, Alaska og Sibirien; den interesserede læser henvises hertil for beskrivelser af sundhedsforholdene i de andre inuit områder og i en vis grad for en uddybende beskrivelse af forholdene i Grønland (Bjerregaard og Young 1998).

Hvad er folkesundhed?

Ordet *Folkesundhed* lyder som et moderne plusord, der skal sælge en idé eller give øgede midler til et område. Det er det ikke. Det er et af de ældste begreber inden for sundhedsvidenskaben og svarer til det engelske begreb *public health*. I mange lande i verden, både industrilande og udviklingslande, indtager *public health* en væsentlig mere central position end i Grønland, Danmark og resten af Norden. Selv mindre byer har et *Public Health Office*, *Public Health Officers* og *Public Health Nurses*.

Den store danske Encyklopædi definerer folkesundhed som »en befolknings generelle helbredstilstand i lægelig forstand«, og peger på, at en stat er interesseret i et højt niveau af folkesundhed som forudsætning for befolkningens evne til produktion og reproduktion. Fra slutningen af 1700 tallet opstod tanken om befolkningens sundhedstilstand som en ressource, som staten måtte forvalte (Otto 1996). Vore dages folkesundhedsprogrammer tager som regel et bredere sigte på at skabe lighed i sundhed og på at forlænge livet og livskvaliteten langt ud over den produktive alder.

Folkesundhedsbegrebet refererer til sundhedstilstanden i hele befolkningen i modsætning til helbredet hos den enkelte patient. Ordet skal opfattes parallelt med mere kendte ord som folkeskole, folkebibliotek og folkekirke – altså en skole, et bibliotek og en kirke, der tilhører eller vedrører alle og ikke blot særlige befolkningsgrupper. Ordet indgår ikke som opslagsord i den nye dansk-grønlandske ordbog (Ordbogen). Det foreslås at bruge udtrykket *innuttaasut peqqissusiat*, der kan opfattes som menneskers (underforstået befolkningens) sundhedstilstand i bred betydning.

Folkesundhed betragtes som sundhedsvidenskabelig disciplin sygdom og sundhed i hele befolkningen i modsætning til den kliniske medicin, der beskæftiger sig med at helbrede det enkelte menneske, patienten. Målet er at forbedre sundhedsforholdene og reducere forekomsten af sygdom i befolkningen, f.eks. ved en indsats over for det omgivende miljø som f.eks. at sørge for rent drikkevand eller lovgive om færdselssikkerhed, ved at rådgive om sund kost, eller ved indsats over for specielt sårbare befolkningsgrupper (gravide, børn mv.).

En sygdom, der optræder tilstrækkelig hyppigt i befolkningen, og som er tilstrækkelig alvorlig til at påkalde sig opmærksomhed også fra andre end den syge selv og hans nærmeste, kan man kalde en folkesygdom. Det vil naturligvis være forskelligt fra sted til sted og gennem tiderne, hvad man vil betragte som en folkesygdom. Det har også noget med ressourcer at gøre. I det øjeblik en sygdom opfattes som en folkesygdom, er det underforstået, at der er tale om et problem, som det offentlige bør gøre noget ved. I denne bog er der beskrevet en række sygdomme og helbredsproblemer, der kan opfattes som folkesundhedsproblemer, men der er ikke dermed taget stil-

ling til, om de skal indgå i et grønlandsk folkesundhedsprogram. Nogle af sygdommene er det meget vanskeligt at forebygge, andre problemer er det meget dyrt at gøre noget ved, og endelig er nogle af de beskrevne problemer klart af større betydning end andre. Det er en politisk opgave at vælge de sygdomme og sundhedsproblemer, der skal prioriteres i et folkesundhedsprogram.

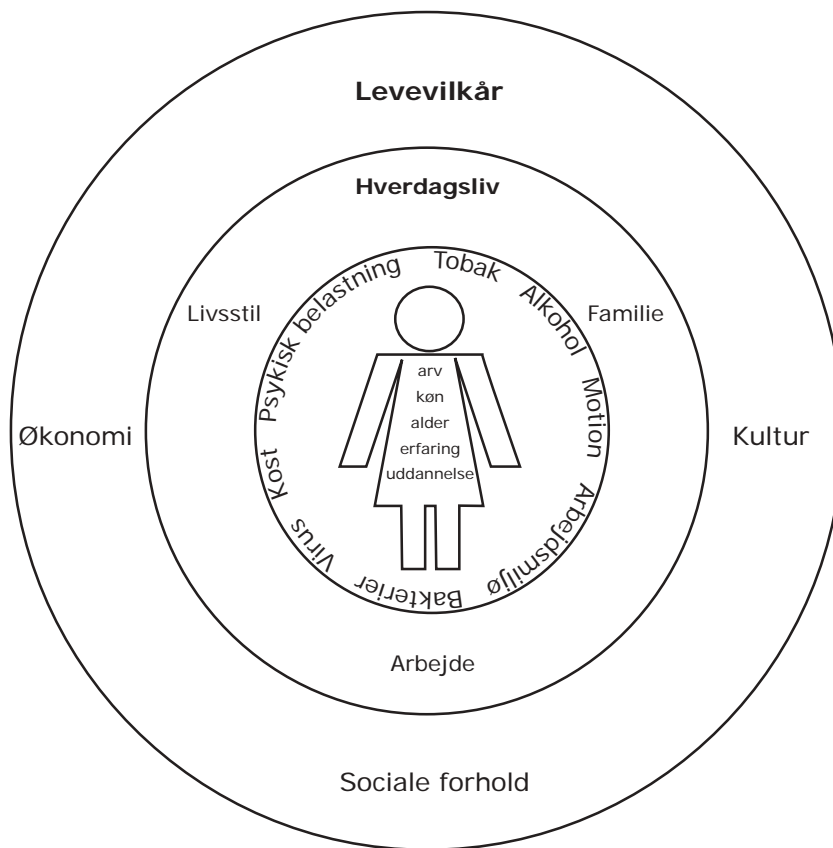
Sundhed og sygdom

Verdenssundhedsorganisationen WHO har defineret sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom. Dette er en meget ambitiøs definition, og skal snarere end som et operationelt mål opfattes som en understregning af, at sundhed har psykiske og sociale aspekter foruden de umiddelbare fysiske. Der er ikke tvivl om, at sundhed i bredeste forstand er tæt forbundet med velfærd, trivsel og livskvalitet. F.eks. kan to mennesker med den samme fysiske sygdom eller handicap opleve deres helbred som helt forskelligt betinget af deres sociale liv og psykiske velbefindende.

Et godt helbred er en forudsætning for trivsel og en god livskvalitet, men omvendt opnås et godt selv vurderet helbred blandt andet ved trivsel og livskvalitet i dagligdagen. Årsagssammenhænge er komplicerede, og der kan vælges forskellige synsvinkler på helbred, som igen fører til forskellige strategier for forbedring af folkesundheden. Det engelske folkesundhedsprogram har således fokus på cancer, blodpropper i hjerte og hjerne, ulykker og psykisk sygdom, mens det svenske program blandt 11 målområder nævner deltagelse og indflydelse i samfundet, økonomisk og social tryghed samt trygge og gode opvækstvilkår – altså to helt forskellige angrebsvinkler. Forfatteren til denne bog er læge og har i mange år arbejdet med epidemiologisk forskning i Grønland. Dette er naturligvis med til at bestemme bogens syn på sundhed og sygdom. Desuden er fremstillingen baseret på de sygdomme og sundhedsproblemer, der findes tal for, hvilket kan give en skævhed. Det er en grundlæggende antagelse for analyserne i bogen, at sociale, økonomiske og kulturelle forhold i samfundet har betydning for menneskers sundhed; kultur kan i denne sammenhæng forstås som en befolkningsgruppes fælles forestil-

linger om, hvordan man bør opfatte verden, og hvordan man skal opføre sig i relation til andre mennesker, naturen og overnaturlige fænomener.

Figur 1.1 viser en model for sundhed og sygdom, der kombinerer sociale, kulturelle og økonomiske aspekter. I midten af modellen findes det enkelte menneske, der genetisk og gennem sin opvækst er udstyret med nogle egenskaber, der påvirker helbredet i positiv og negativ retning. Man kan tale om personens konstitution, dvs. sårbarhed og evne til at mestre belastninger.



Figur 1.1. Model for sundhed i social sammenhæng.

I personens umiddelbare omgivelser findes en række faktorer, der direkte påvirker helbredet, f.eks. tobak, alkohol, kost, mikroorganismer og psykiske belastninger. Hverdagslivet, det vil sige det enkelte menneskes arbejdsliv, bolig, familief orm, sociale netværk, interesser og vaner er i modellen placeret som et niveau mellem de samfundsbetingede levevilkår og individet. Dette illustrerer, at hverdagslivet dels afhænger af den måde, hvorpå den enkelte lever sit liv og dels af de overordnede kulturelle, sociale og økonomiske forhold, der sætter rammerne for personens muligheder i samfundet. Det er hverdagslivet, der er bestemmende for, i hvilket omfang den enkelte person udsættes for de direkte sygdomsfremkaldende faktorer, og det er i hverdagslivet den enkelte gennem sine handlinger kan forsøge at holde sig sund.

Selvom der i et vist omfang er tale om, at individets adfærd i relation til sundhed (kost, fysisk aktivitet, rygning, alkohol mv.) skabes af det sociale miljø, man er født ind i og befinder sig i, er det dog ufrugtbart at antage en alt for deterministisk eller defaitistisk holdning i det praktiske folkesundhedsarbejde. Nyere sociologisk teori (f.eks. Giddens og Bourdieu) påpeger netop, at forholdet mellem menneskers valg og samfundets sociale strukturer ikke skal forstås som et enten-eller forhold, men derimod snarere som et både-og. Menneskers valg er altså påvirket af samfundets strukturer, men der er ikke tale om rigid determinisme. Samtidig virker menneskers handlinger tilbage på strukturerne og er dermed med til at opretholde og ændre samfundet. For det fremtidige arbejde med at forbedre folkesundheden i Grønland må det anbefales at antage, at det er muligt at påvirke befolkningens sundhedsadfærd. Det offentliges rolle bliver således at skabe mulighederne for, at det enkelte menneske i sin hverdag får nemmere ved at foretage det sunde valg.

2. Hvordan måler man folkesundhed

Folkesundhed måles sædvanligvis ved forekomsten af sygdom eller død. Det kan synes som et paradoks, men mens der er en lang tradition for at registrere dødsfald, indlæggelser på sygehus og forekomsten af sygdomme, er der kun sjældent gjort forsøg på at måle de positive aspekter af sundhed. Der foreligger ingen sådanne undersøgelser fra Grønland. I det følgende præsenteres nogle forskellige mål for folkesundhed.

Dødelighed

Dødelighed er ofte det eneste mål for sundhed, der er til rådighed, når der skal sammenlignes over længere tid eller mellem mange forskellige lande. Det er et pålideligt mål, selv i lande med en begrænset statistik, men det viser kun et enkelt aspekt af sundhedstilstanden.

Det er meget begrænset, hvad den summariske dødelighed, altså antal dødsfald pr. 100.000 i befolkningen, fortæller om folkesundheden. En lav summarisk dødelighed kan skyldes, at dødeligheden er lav i alle aldersgrupper, eller at der er tale om en ung befolkning, idet yngre mennesker alt andet lige har lavere dødelighed end ældre. Det er derfor nødvendigt ved sammenligninger over tid eller mellem lande at aldersstandardisere eller kun at sammenligne bestemte aldersgrupper.

Der er udviklet en lang række andre mål for en befolknings helbredstilstand, der med et enkelt tal har til hensigt at opsummere en kompliceret virkelighed. Metoderne er en videreudvikling af forskellige dødelighedsmål og fælles for alle disse metoder er, at detaljerne går tabt. Metoderne er fortrinsvis udviklet og brugt af sundhedsøkonomer, og der har været sat spørgsmålstegn ved, om det overhovedet er muligt at udtrykke noget så kompliceret som helbred med et enkelt tal. Der må endvidere stilles spørgsmålstejn ved, om de sofistikerede metoder har nogen større fordel frem for de ganske simple metoder, der baseres på dødelighed. Blandt de mange mål har middelleve-tid, tabte leveår og tabte gode leveår været brugt til analyse af grønlandske

data, mens der ikke eksisterer de nødvendige grunddata til beregning af mere komplicerede mål som f.eks. DALY (Disability-adjusted life years, Tabte sygdomsjusterede leveår) eller QALY (Quality-adjusted life years, Tabte kvalitetsjusterede leveår) (Iburg og Kamper-Jørgensen 2002).

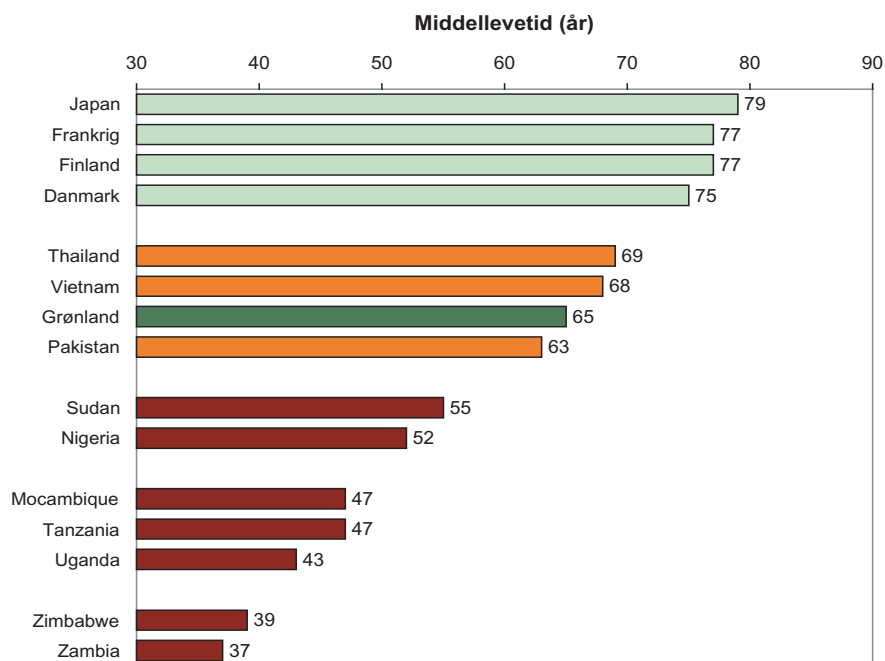
Middellevetid

En ofte brugt indikator for folkesundheden i et land er middellevetiden, der er et summarisk udtryk for dødeligheden gennem hele livet. Middellevetiden, eller mere korrekt den forventede levetid for 0-årige, er et fiktivt begreb, der med et enkelt tal angiver hvor mange år 50% af nyfødte vil blive, forudsat at deres dødelighed bliver som de nuværende 5-åriges dødelighed, de nuværende 10-åriges dødelighed, de nuværende 15-åriges dødelighed osv. Det er en antagelse, der sikkert er rimelig for de yngstes vedkommende, men det er næppe sandsynligt at et nyfødt barn om 70 år vil have den samme risiko for at dø som de mennesker, der i dag er 70 år. Trods disse indbyggede svagheder ved middellevetidsbegrebet er middellevetid blevet et populært begreb i den sundhedspolitiske debat.

Middellevetiden er særlig påvirkelig af dødsfald i ung alder, og da dødelighedsmønstret i Grønland er præget af en høj børnedødelighed, ungdomselvmord, og ulykker blandt yngre og midaldrende, er middellevetiden lav sammenlignet med de fleste industrilande og på niveau med flere sydøstasiatiske lande (figur 2.1). Middellevetiden i Grønland beregnet for årene 1997-2001 var 61,9 år for mænd og 67,9 år for kvinder (Grønlands Statistik 2003a). Dette svarer til middellevetiden i Danmark før 2. verdenskrig. For mænd og kvinder tilsammen var middellevetiden i Grønland i begyndelsen af 1990erne 64,1 år, for inuit i Canada 68,3 år og for Alaska Natives (Inuit, indianere og aleuter) 68,7 år.

Spædbarnsdødelighed

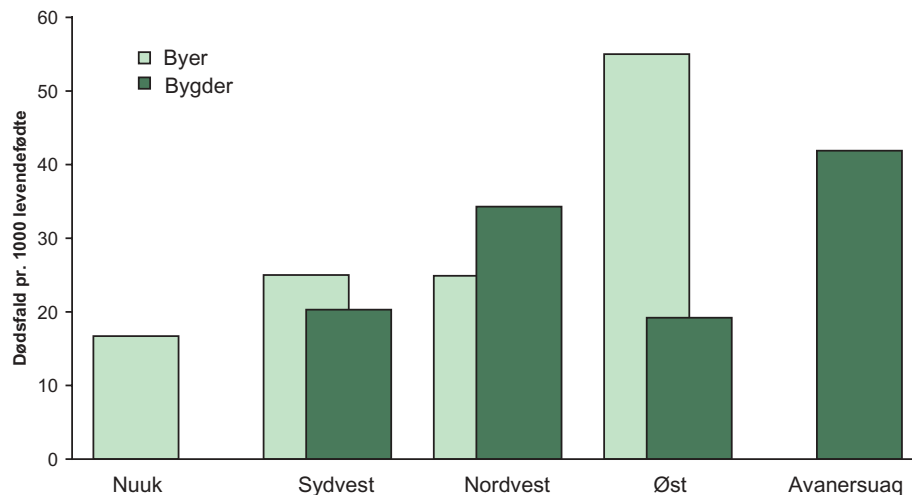
Spædbarnsdødelighed, der måles som antal dødsfald blandt 1000 levendefødte, er et af de mest almindelige mål for den generelle sundhedstilstand i et land. Spædbarnsdødelighed følger i et globalt perspektiv velstand, og der er på nationalt niveau en statistisk sikker sammenhæng mellem bruttonationalprodukt pr. indbygger og spædbarnsdødelighed.



Figur 2.1. Forventet middellevetid for nyfødte i forskellige lande ca. 1995.

Tabel 2.1. Spædbarnsdødelighed i Grønland og en række andre lande.

	Spædbarnsdødelighed pr. 1000 levendefødte	
	1991-95	ca. 1999
Grønland	20,9	14,8
Inuit i Canada	17,6	-
Alaska Natives	12,6	8,7
Færøerne	9,0	-
Norge	5,3	3,9
Danmark	5,0	4,7
Island	4,8	2,4



Figur 2.2. Spædbarnsdødelighed 1992-1999 i byer og bygder i fem regioner.

Sammenligninger med andre lande i Norden og med inuit i Canada og Alaska Natives viser, at spædbarnsdødeligheden i Grønland ligger i den høje ende af spekteret (tabel 2.1).

Der er regionale forskelle i spædbarnsdødelighed. Uligheden er aftaget fra 1987-91 til 1992-99, men eksisterer fortsat (figur 2.2). Spædbarnsdødeligheden er lidt lavere i Nuuk end i de øvrige byer på vestkysten, men ellers er det bygderne i Nordvestgrønland samt Østgrønland og Avanersuaq, der skiller sig ud med en meget høj spædbarnsdødelighed (Aaen-Larsen og Bjerregaard 2002).

Ikke alle år er lige gode

Middellevetid er ikke et ideelt mål for folkesundhed, da de fleste (måske især yngre) mennesker hellere vil have et godt liv end et langt liv. Det forekommer endvidere naturligt at acceptere en øvre grænse for livslængde, omend denne øvre grænse synes at forskydes opad. Epidemiologer og demografer har derfor konstrueret nogle mål for dødelighed, der tager disse forhold i betragtning. To af de mange mål har været brugt i Grønland og vil blive omtalt i det følgende.

Tabte leveår

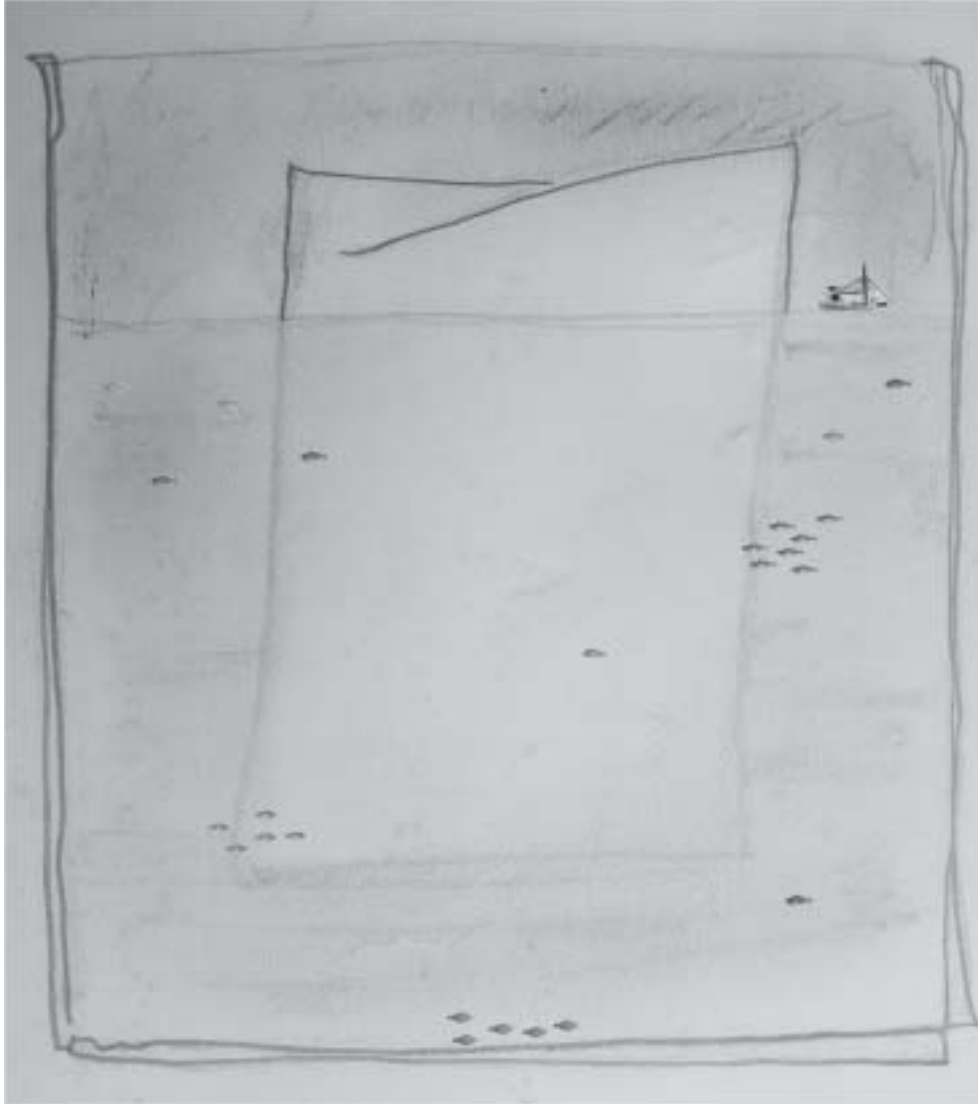
Metoden, der på engelsk hedder Potential Years of Life Lost (PYLL), har som udgangspunkt, at dødsfald før en bestemt alder bør undgås, mens senere dødsfald er acceptable. For hvert dødsfald beregnes det antal år, den pågældende har mistet indtil det valgte skæringsår. Metoden vægter altså dødsfald blandt yngre mere end dødsfald blandt ældre. For Grønland er der lavet en analyse med 65 år som skæringsår (Bjerregaard og Johansen 1987). Analysen viste, at 65% af alle tabte leveår skyldtes såkaldt ikke-naturlige årsager (ulykker, selvmord og drab). For mænd var ulykker årsag til 38% af de tabte år og selvmord til 24%; for kvinder var tallene 23% og 16%. Blandt sygdommene var kræft og blodprop i hjernen årsager til flest tabte leveår. En opfølgning af tabte leveår før 70 års alderen for 1990-98, der er de nyeste tal for dødsårsager, viste et lignende mønster. Selvmord var årsag til 27% af tabte leveår, ulykker til 17%, kræft 11%, hjertekarsygdom 8% og infektionssygdomme 5%.

Tabte gode leveår

Metoden kombinerer beregninger af forventet restlevetid med helbredsoplysninger indhentet ved interview, således at de forventede leveår opdeles i år med henholdsvis godt og dårligt helbred. Et studie fra Grønland for perioden 1991-95 viste, at grønlandske kvinder lever længere end mænd, og at de kan forvente flere sygdomsfrie år, men at de får færre år med et godt, selvvurderet helbred (Iburg et al. 2001) (tabel 2.2).

Tabel 2.2. Tabte gode leveår for 50 årige grønlandere 1991-1995.

	Mænd	Kvinder
Forventet restlevetid (år)	20,1	23,5
Forventet levetid med godt selvvurderet helbred	13,1	11,9
Forventet levetid uden langvarig sygdom	7,9	9,3



Figur 2.3. Det epidemiologiske isfjeld: Tre fjerdedel af befolkningen har været generet af smerter eller ubehag i en 14 dages periode, men kun 14% har været i kontakt med sundhedsvæsenet. Ligesom kun en mindre del af et isfjeld er synligt over havoverfladen, er det kun en lille del af sygdomsmønsteret, der er kendt.

Sygelighed

Indlæggelser på sygehus eller lægekontakter egner sig ikke til en vurdering af folkesundheden, da disse i alt for høj grad er betinget af sundhedsvæsenets funktion og befolkningens tærskel for at søge læge. Dette kan illustreres ved det epidemiologiske isfjeld (figur 2.3). Blandt 1000 voksne mennesker i Grønland havde 809 i 1993-94 en langvarig lidelse eller var generet af smerter eller ubehag i en 14 dages periode, 552 havde en langvarig lidelse eller var meget generede, men kun 142 kontaktede sundhedsvæsenet på grund af sygdom, og kun 42 blev indlagt.

Oplysninger om forekomsten af sygdom i hele befolkningen må derfor indhentes ved interview eller ved at undersøge sygdom i et udsnit af hele befolkningen. Dette er bl.a. gjort i den landsdækkende grønlandske sundhedsprofil fra 1993-94 (Bjerregaard, Curtis et al. 1995; Bjerregaard, Senderovitz et al. 1995), i befolkningsundersøgelsen fra 1999-2001 (Bjerregaard, Curtis et al. 2003) og blandt børn i Sisimiut i 1996-98 (Koch 1999).

Tabel 2.3 viser nogle overordnede tal fra de to befolkningsundersøgelser, Sundhedsprofilen 1993-94 og Befolkningsundersøgelsen 1999-2001. Det mest iøjnefaldende er nok, at en meget stor og stigende del af befolkningen rapporterer at have haft gener inden for de seneste 14 dage, i 1999-2001 næsten alle. Der er også en stigende andel, der har været meget generet, mens forekomsten af langvarige lidelser ikke har ændret sig. Med kun to undersøgelser, der blev gennemført forholdsvis tæt på hinanden, er det svært at udtale sig med sikkerhed, om der virkelig er tale om en så dramatisk stigning i forekomsten af gener blandt både mænd og kvinder. Undersøgelserne kan heller ikke give svar på, om det er den »objektive« forekomst af gener, der stiger, eller om det er befolkningens tærskel for oplevelse og rapportering af generne, der falder.

De mest almindelige smerter og ubehag var smerter i muskler og led, træthed, hovedpine, forkølelse, nedtrykthed og søvnbesvær. Tilsvarende var de langvarige lidelser langt overvejende sygdomme i bevægeapparatet (gigt, rygsmerter mv.). Der er altså ikke tale om sygdomme, som man går til læge

med, hver gang de kommer igen, men snarere om tilstande, man har lært at leve med.

Tabel 2.3. Forekomst af sygdom i den grønlandske befolkning målt ved interview i 1993-94 og 1999-2001. Aldersstandardiserede sammenligninger.

	1993-94	1999-2001	p
Generet af smerter eller ubehag			
Mænd	73	93	<0.001
Kvinder	82	95	<0.001
Meget generet			
Mænd	31	38	0.009
Kvinder	41	47	0.02
Har langvarig lidelse			
Mænd	43	41	n.s.
Kvinder	36	36	n.s.

Selvurderet helbred

Selvurderet helbred er en persons egen vurdering af sit generelle helbred. Dette er i flere interview- og spørgeskemaundersøgelser i Grønland undersøgt ved at spørge deltagerne »Hvordan synes du, at dit helbred er?« med fem svarmuligheder: virkelig godt, godt, nogenlunde, dårligt, meget dårligt. I Sundhedsprofilen svarede 78% af deltagerne, at deres helbred var godt eller virkelig godt, flere mænd end kvinder og flere yngre end ældre.

At 78% vurderer deres helbred som godt siger måske ikke umiddelbart så meget, men det bliver spændende, når man sammenligner befolkningsgrupper, eller når man ser på hvilke faktorer, der hænger sammen med et godt selvurderet helbred. Der er naturligvis en tæt sammenhæng mellem dårligt selvurderet helbred og forekomst af sygdom, men der var mange deltagere med en langvarig lidelse, der vurderede deres helbred som godt, og tilsvarende mange uden konkret sygdom, der vurderede deres helbred som

dårligt. Selvvurderet helbred er altså en variabel, der indfanger noget af det brede sundhedsbegreb, det der ligger hinsides blot fravær af sygdom.

Der var en klar social gradient, idet funktionærer og faglærte havde bedst selvvurderet helbred og fangere/fiskere og personer uden erhverv dårligst. Ligeledes var det gennemsnitlige selvvurderede helbred højere i byerne end i bygderne. Storrygere havde oftere end andre mennesker et dårligt selvvurderet helbred.

Selvvurderet helbred er interessant som en indikator for helbred på langt sigt, fordi flere udenlandske undersøgelser har vist, at dårligt selvvurderet helbred kan forudsige en persons fremtidige sygelighed og død lige så godt som eller bedre end lægelige oplysninger og undersøgelser.

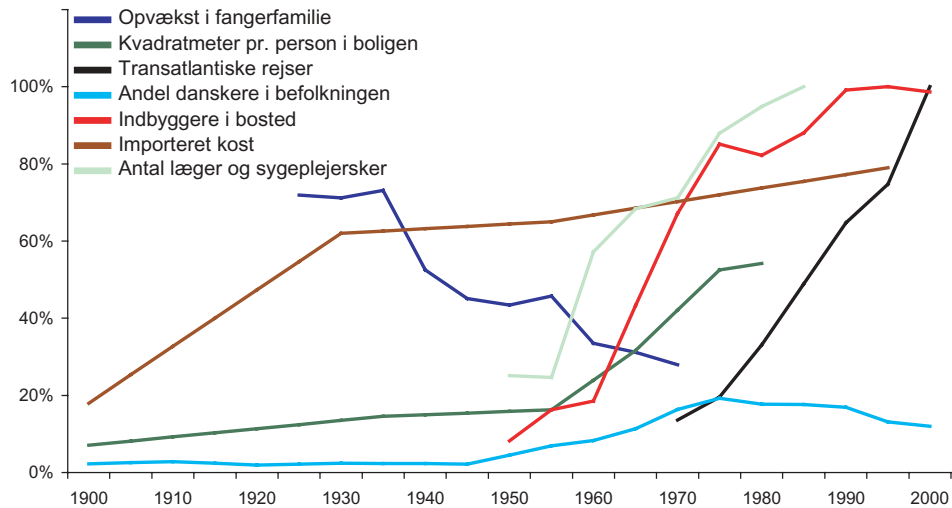
3. Historisk perspektiv

Folkesundheden i dag skal ses i lyset af de store samfundsændringer siden begyndelsen af det 20. århundrede. Der er især to begivenheder, der har formet samfundsudviklingen i Grønland de seneste 100 år. Den første af disse er erhvervsomlægningen fra fangst til fiskeri, en erstatning af subsistensøkonomien med en pengeøkonomi, og en begyndende befolkningskoncentration i byerne i åbentvandsområdet. Den anden er den accelererede udvikling af infrastrukturen efter 1950 og åbningen af landet, der indtil 2. verdenskrig havde været isoleret mod omverdenen af en paternalistisk Grønlands Styrelse.

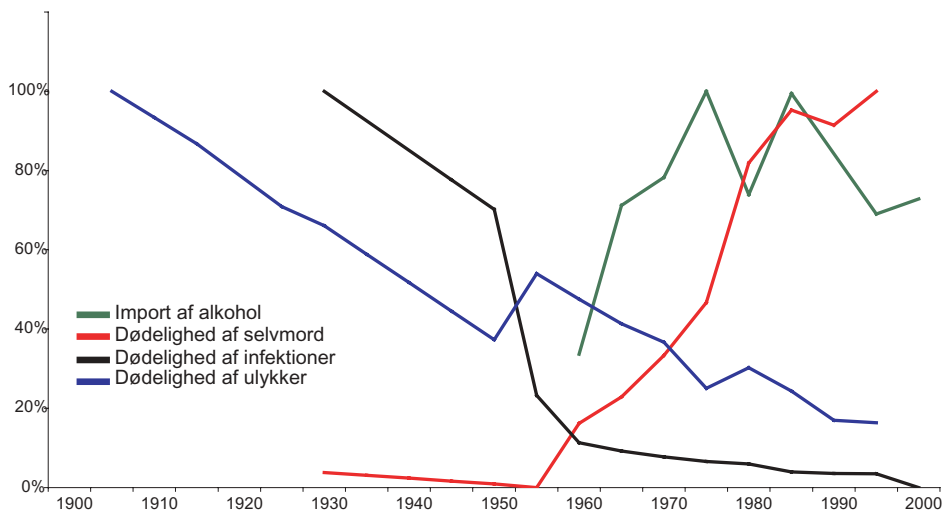
De ændringer i samfundet, der har haft størst betydning for folkesundheden, er ifølge Bjerregaard og Young (1998)

1. Omstilling fra fangstbaseret økonomi til lønarbejde
2. Forbedring af boligforhold, renovation og fødevarerikkerhed
3. Øget kontakt med resten af verden
4. Indvandring af europæere, befolkningstilvækst og befolkningskoncentration
5. Ændringer i kost og reduktion i fysisk aktivitet
6. Øget adgang til alkohol og tobak
7. Forbedret adgang til et moderne sundhedsvæsen

Figur 3.1 viser den tidsmæssige udvikling af nogle udvalgte indikatorer for disse samfundsændringer, og i tabel 3.1 er grundlaget og tolkningen af figuren forklaret. Kostændringerne startede allerede i begyndelsen af 1900-tallet og faldet i udbredelsen af fanger/fiskerlivsformen ca. 1935. Danskernes andel i befolkningen begyndte så småt at stige i 1950erne, sundhedsvæsenet blev udbygget i samme periode, mens boligstørrelse og urbanisering for alvor ændredes i 1960erne. Og i 1970erne var Grønland markant trådt ud af sin isolering, målt på antallet af transatlantiske rejser.



Figur 3.1. Indikatorer for samfundsudviklingen. Kvadratmeter pr. person, antal transatlantiske rejser, urbanisering og medicinalpersonale omregnet til procent af største værdi; opvækst i fangerfamilie, andel danskere i befolkningen og andel af kostens energi, der stammer fra importerede fødevarer, i absolutte procenter.



Figur 3.2. Import af alkohol samt dødelighed af selvmord, infektioner og ulykker. Import af alkohol i liter pr. person over 14 år omregnet til procent af højeste import. Aldersstandardiseret dødelighed omregnet til procent af højeste dødelighed.

Tabel 3.1. Indikatorer for samfundsændringer i Grønland 1900-2000.

Komponent	Indikator	Kilde	Udvikling startede ca.
Omstilling fra fangstbaseret økonomi til lønarbejde	opvækst i fanger / fiskerfamilie	analyser af Sundhedsprofil	1935
Forbedring af boligforhold, renovation og fødevarer sikkerhed	kvadratmeter pr. person	Bjerregaard og Bjerregaard 1985; Grønlands Statistik	1955
Øget kontakt med resten af verden	transatlantiske rejser	Grønlands Statistik	1975
Indvandring af europæere, befolkningstilvækst og befolkningsskoncentration	pct. danskere i befolkningen; median størrelse af bosted	Grønlands Statistik	1960
Ændringer i kost og reduktion i fysisk aktivitet	pct. importeret kost	se kap. 5	1900-1930
Øget adgang til alkohol og tobak	import af alkohol	Grønlands Statistik	1960
Forbedret adgang til et moderne sundhedsvæsen	antal læger og sygeplejersker i sundhedsvæsenet	Landslægeemhedets årsberetninger	1955

Figur 3.2 viser tilsvarende den tidsmæssige udvikling af nogle udvalgte indikatorer for befolkningens sundhedstilstand. Dødeligheden af ulykker faldt allerede mærkbart fra begyndelsen af 1900-tallet og dødeligheden af infektionssygdomme fra 1930, som er det tidligste år, der er tal fra. Import af alkohol og dødelighed af selvmord steg fra slutningen af 1950'erne. Dette stemmer i et vist omfang overens med udviklingen i samfundsforholdene, idet forekomsten af infektionssygdomme og ulykker i stort omfang er bestemt af faktorer som erhverv, fødevarerikkerhed og boligforhold, hvor udviklingen startede tidligt, mens (mis)brug af alkohol og dødelighed af selvmord er bestemt af de senere ændringer i sociale forhold som f.eks. urbanisering.

I Rapport nr. 7 fra den Grønlandske Retsvæsenkommission påpeges det, at udviklingen i det grønlandske samfund er gået hurtigt siden iværksættelsen af de store moderniseringsprogrammer i årene efter 2. verdenskrig, og der fremhæves en række samfundsmæssige ændringer, der formodes at have påvirket kriminaliteten direkte eller indirekte (Larsen 2003). Urbanisering, indvandring af dansk arbejdskraft og dermed et stigende overskud af mænd, øget tilgængelighed af alkohol, ændringer i erhvervsstrukturen, øget velstand, men også øget ulighed i indkomst, og endelig ændrede familiestrukturer og opdragelsesmønstre. Disse forhold har også stor betydning for dele af sundhedstilstanden, specielt selvmord, vold, alkoholrelateret sygelighed og psykosocial trivsel.

Den hurtige samfundsudvikling især siden 1950 har fået skylden for mange psykosociale sundhedsproblemer, og det traditionelle samfund har været fremstillet i et rosenrødt skær. Det må i denne sammenhæng ikke glemmes, at levevilkårene i fangersamfundet var hårde, og at sundhedstilstanden var elendig. Tiden står ikke stille, og det er ikke nogen løsning at holde fast i det traditionelle samfund; udfordringen består i at gennemgå en økonomisk og politisk udvikling, mens udvalgte traditioner bevares. Desuden er det ikke samfundsændringernes absolutte størrelse, der er afgørende for deres effekt på sundheden, men befolkningens opfattelse af ændringerne og deltagelse i ændringsprocesserne.

I epidemiologisk litteratur bruges begrebet akkulturativt stress som en forklaring på psykosociale problemer (Berry 1990, Berry og Kim 1988). Begre-

bet akkulturation bruges ikke mere i samfundsvidenskabelig sammenhæng, fordi det implicit rummer en teori om at de oprindelige kulturer ved kontakt med den vestlige (europæiske eller nordamerikanske) kultur nødvendigvis måtte gå til grunde. Dette defaitistiske kulturbegreb holder ikke. Kulturudvikling skal forstås som en kontinuerlig proces, hvor befolkningen er aktører og ikke objekter. Nogle vinder og andre taber i processen (Bjerregaard og Curtis 2002).

Folkesundhedsrapporter

Den foreliggende bog er ikke den første folkesundhedsrapport for Grønland, selvom den er den første, der kalder sig sådan. Der er midt i 1900 tallet skrevet to større værker, der kan kaldes folkesundhedsrapporter.

Lægen Alfred Bertelsen udgav i årene 1935-43 sit firebindsværk »Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi: Undersøgelser og Erfaringer fra 30 Aars grønlandsk Lægevirkksomhed«. På 800 sider beskrives i detaljer al tilgængelig viden om sygdom og sundhedsforhold i Grønland. Bertelsens kilder er foruden hans egen erfaring som distriktslæge og senere medicinsk konsulent talrige års indberetninger fra distriktslægerne i Grønland. Hvad værket mangler i moderne epidemiologisk stringens, opvejes i rigelig grad af detaljerne.

Efter 2. verdenskrig nedsattes den store grønlandskommission, der havde til formål at kulegrave hele det grønlandske samfund og foreslå forbedringer inden for alle områder af samfundslivet. Som faglig baggrund for Kommissionens arbejde på sundhedsområdet udsendte Sundhedsstyrelsen i 1947 to amtslæger, der i løbet af et år rejste rundt i stort set hele Grønland og indberettede deres observationer. Dette resulterede i Sundhedsstyrelsens skrivelse af 21. oktober 1948 (med bilag), hvor bilaget er lægeekspeditionens beretning, der kan betragtes som den anden, grønlandske folkesundhedsrapport (Grønlandskommissionen 1950; Sundhedsstyrelsen 1950).

Alfred Bertelsen

Bertelsens beskrivelse af sundhedstilstanden i Grønland har hovedvægt på perioden 1901-30. Han beskriver en ung befolkning med høj og stigende

fødselsrate (i gennemsnit 40,3 levendefødte pr. 1000 i befolkningen) og høj dødelighed i alle aldersklasser. For 1924-33 foreligger der en dødsårsagsstatistik baseret på distriktslægenes indberetninger. Den viser, at de dominerende dødsårsager var tuberkulose (36%), akutte infektionssygdomme (27%) og ulykker (11%). Infektionssygdomme inkluderede bl.a. tyfus, rosen, kighoste, influenza, mave-tarm infektioner, børnelammelse, lungebetændelse og barselsfeber. Ulykkerne var overvejende drukneulykker (kajakulykker) og ramte især yngre mænd.

I bind III om det sædvanlige grønlandske sygdomsbillede gennemgås i detaljer forekomsten af kroniske sygdomme med hovedvægt på en narrativ fremstilling. I det følgende er Bertelsens beskrivelse og benævnelse af sygdommene bibeholdt, uden at der dog er tale om direkte citat.

Tuberkulose var udbredt i befolkningen, såvel lungetuberkulose (hos ca. 15%) som knogle- og ledtuberkulose og tuberkuløs hjernehindebetændelse. Et særligt præg havde lungetuberkulosen i Grønland ved de hyppige hæmoptyser (opspyt af blod).

Gonoré beskrives som en forholdsvis ny sygdom i Grønland, der kun siden 1913 havde fået fodfæste i landet. Syfilis forekom ikke bortset fra en begrænset epidemi omkring Ivittuut i 1872-90. Hovedlus og fnat var udbredt i befolkningen. Sygdomme som følge af mangelfuld ernæring forekom ofte, både almindelig underernæring og skørbug på grund af mangel på C-vitamin. Rakitis (engelsk syge, skyldes mangel på D-vitamin) begyndte at optræde i funktionærfamilierne, der i stigende grad spiste importeret kost. Også madforgiftninger, bl.a. botulisme, forekom hyppigt.

Blandt de ikke-infektiose sygdomme forekom kræft i Grønland med samme hyppighed som i andre lande, og kræftformerne afveg ikke væsentligt fra de tilsvarende forhold i andre lande. Næseblod forekom påfaldende hyppigt. Arteriosklerose og *degeneratio myocardii* blev beskrevet som almindeligt forekommende, og hjertesygdom var ikke nogen sjælden dødsårsag. Hjernearteriosklerose og apopleksi var begge almindelige lidelser blandt den ældre del af befolkningen, og *paralysis agitans* (Parkinsons sygdom) forekom ikke helt sjældent. Epilepsi var hyppigt forekommende.

Karies var næsten ukendt i den oprindelige grønlandske befolkning, men forekom på Bertelsens tid ved kolonistederne med omtrent samme hyppighed som i Danmark, mens forekomsten var betydeligt lavere på udsteder og bopladser. Parodontose var stort set ukendt. Kroniske gigttilidelser forekom almindeligt og skyldtes i mange tilfælde myoser og arthroses (slidgigt), hvorimod artrit (ledbetændelse, leddegigt) kun forekom sjældent. Infektiøse øjenssygdomme, glaukom og blindhed nævnes som hyppige sygdomme, ligeledes mellemørebetændelse og bakterielle hudinfektioner.

Endelig beskriver Bertelsen forholdsvis indgående grønlandernes psykiske helbred, hvor han under overskriften Sindssygdomme kommer vidt omkring. Blandt de tilstande, vi i vore dage kan genkende som psykiske lidelser, nævnes kajakangst, der tolkes som tvangsforestillinger knyttet til dødsangst. En udbredt lyst til beruselse holdes i ave af administrative forholdsregler, der forhindrer opståen af kronisk alkoholisme. Der skulle findes forholdsvis mange åndssvage i befolkningen. Psykogene sindssygdomme samt manio-depressiv psykose var de hyppigst forekommende sindssygdomme, mens skizofreni ikke var almindelig. De få tilfælde af selvmord skyldtes sindssygdom.

De akutte infektionssygdomme får et helt bind for sig selv, fordi de var af så stor betydning for folkesundheden. Bertelsen skriver, at en af lægernes vigtige opgaver var bekæmpelse af de epidemier af blandt andet børnelammelse, tyfus, dysenteri, meningitis og kighoste, der med jævne mellemrum optrådte i landet. Næsten hvert forår og efterår var der alvorlige udbrud af øvre luftvejsinfektioner og influenza, barselsfeber og hudinfektioner var almindelige, og smitsom leverbetændelse udbredt. Derimod slap man i begyndelsen af det 20. århundrede for to af de mest alvorlige infektionssygdomme; den sidste koppeepidemi fandt sted i 1852 og mæslinger optrådte først i 1945. Det er vigtigt at huske, at disse sygdomme, hvoraf mange i det 21. århundrede opfattes som banale, hverken kunne forebygges ved vaccination eller behandles. I kombination med dårlige sociale forhold medførte de manglende muligheder for forebyggelse og behandling, at dødsfald som følge af f.eks. lungebetændelse, kighoste, influenza og diarré var meget hyppige, især blandt børn.

Levevilkårene var ikke gode. Boligerne var små og overfyldte, hvilket medvirkede til et stort smittetryk. Drikkevand af god kvalitet fandtes overalt, men blev ofte forurenet under transport og opbevaring. Kosten var allerede i daværende periode en kombination af traditionel kost og importerede fødevarer, og Bertelsen anslog, at de importerede fødevarer udgjorde 18% af det samlede kalorieforbrug i 1901 stigende til 63% i 1930. Der blev indført mel og gryn, margarine og svinefedt, sukker og en smule tørret frugt (figer, rosiner og svesker), men hverken kød eller grøntsager. Sulteperioder forekom endnu på isolerede bopladser.

Tobaksforbruget var som i Danmark, og meget lavt i sammenligning med vore dage. Alkoholforbruget var stærkt reguleret, og kun »fastansatte«, dvs. grønlandere ansat af staten i skolevæsenet, til sejlads og ved handel, håndværk eller som arbejdsmænd, havde lov til at købe spiritus eller malt til ølbrygning. Det gennemsnitlige forbrug blev beregnet til 0,6 liter alkohol om året, hvilket var lavt sammenlignet med Danmark (2,9 liter) for slet ikke at tale om Frankrig (16,6 liter).

Lægeekspeditionens beretning

Beretningen konkluderer om sundhedstilstanden i Grønland, at tuberkulosen har en alt dominerende betydning. Gonoré og et par nyligt opståede tilfælde af syfilis nævnes som et alvorligt problem, men ellers handler beretningen mest om sundhedsvæsenet og de hygiejniske forhold. Det anbefales, at sygehusene moderniseres, at der bygges et centralt tuberkulosesanatorium, og at der ansættes flere læger og andet sundhedspersonale. Socialforsorgen bør styrkes. Elendige boliger, dårlig vandforsyning, manglende renovation, mulig vitaminmangel, tiltagende hjemmebrygning af øl, dårlig beklædning og mangelfuld personlig renlighed beskrives som områder, hvor der bør ske en offentlig indsats med henblik på at forbedre folkesundheden.

Demografi og dødsårsager

I 1950 var fertiliteten meget høj, omkring 50 pr. 1000, hvilket i vore dage kun ses i nogle få udviklingslande. I årene 1966-72 faldt fertilitetsraten imidlertid brat til omkring 20 pr. 1000, hvor den har ligget siden. En vigtig årsag til dette fald var de store familieplanlægningskampagner, der blev iværksat

fra 1967. I årene 1966-70 blev der opsat ca. 4.500 spiraler i en befolkning af ca. 9.000 kvinder i fødedygtig alder. Trods den reducerede fertilitet steg befolkningstallet (personer født i Grønland) støt gennem hele perioden, fra 22.581 i 1950 og 38.912 i 1970 til 49.796 i 2002.

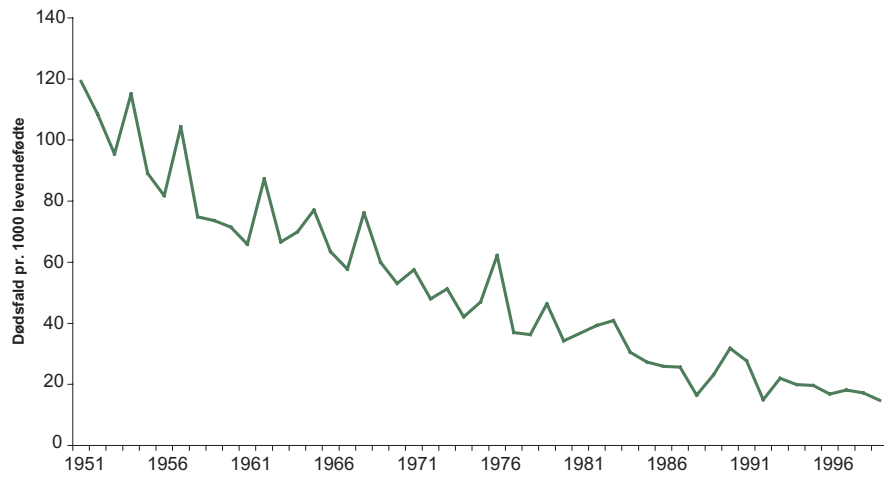
Udover de to ovenfor beskrevne beretninger om folkesundheden i Grønland findes der især for årene efter 1950 tal for dødeligheden, der kan give et historisk overblik over sundhedsforholdene.

Spædbarnsdødelighed

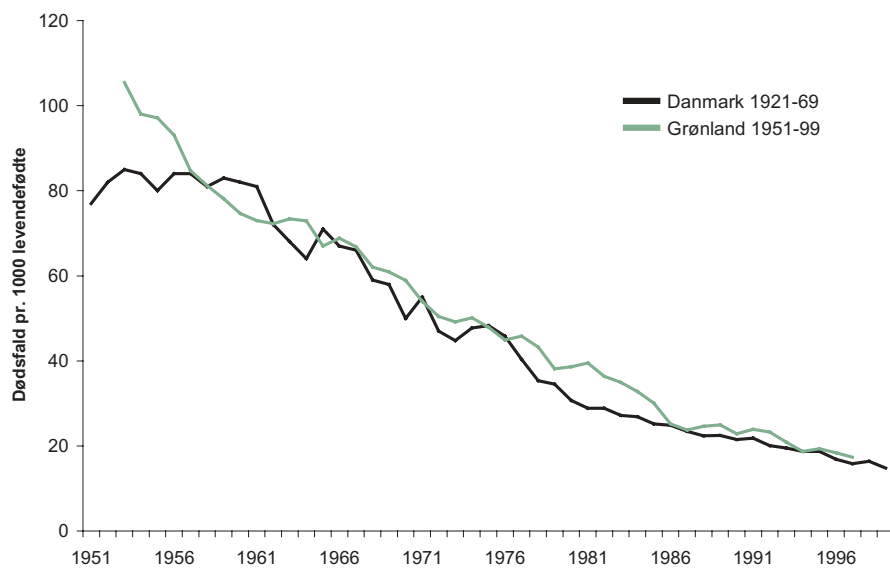
Dødelighed og dødsårsager er for Grønlands vedkommende de eneste tal der findes for folkesundheden tilbage i tiden, og det er endda begrænset, hvad der findes af præcise oplysninger for tiden før 1950. I mange lande rummer dødelighedsstatistikken de mest pålidelige indikatorer for folkesundheden, og mål som spædbarnsdødelighed, middellevetid og årsagsspecifik dødelighed er stadig blandt de mest brugte til sammenligning af sundhedstilstanden over længere tid og mellem forskellige lande.

For Grønlands vedkommende findes der nogle enkelte tal fra det 19. og begyndelsen af det 20. århundrede: I 1861-1900 døde 18,3% af alle levendefødte og i 1901-1930 døde 14,6%. Det var lidt flere end i Danmark og England, men færre end i Italien, Ungarn og Japan. I det 20. århundrede er spædbarnsdødeligheden aftaget kraftigt i alle de vestlige lande og er nu nede på under 0,5% i de nordiske lande.

For Grønland er der pålidelige data siden 1951. Dengang lå spædbarnsdødeligheden stadig på over 10%, men den er aftaget jævnt og var i 1999 nede på 14,8 pr. 1000 levendefødte (figur 3.3). Dødeligheden viste i begyndelsen af perioden nogle store udsving, hvilket er normalt, når spædbarnsdødeligheden er høj, idet mange dødsfald skyldes epidemier af smitsomme sygdomme. I 1950'erne skyldtes de mange dødsfald blandt spædbørn lungebetændelse, kighoste, andre infektionssygdomme og »sygdomme hos nyfødte«, mens de vigtigste dødsårsager i 1990'erne var forhold i relation til svangerskabet og fødslen, herunder for tidlig fødsel og blødning, samt medfødte misdannelser (Bjerregaard, Misfeldt et al. 1994; Aaen-Larsen og Bjerregaard 2002, 2003).



Figur 3.3. Spædbarnsdødelighed 1951-1999.



Figur 3.4. Spædbarnsdødelighed i Grønland 1951-1999 (fem års glidende gennemsnit) og i Danmark 1921-1969.

I sammenligning med Danmark er spædbarnsdødeligheden i Grønland stadig høj, i 1999 henholdsvis 4,7 og 14,8 pr. 1000, men ved at sammenligne og tidsforskyde kurverne for Grønland og Danmark viser der sig det interessante mønster, at spædbarnsdødeligheden i Grønland siden slutningen af 1950'erne har vist nøjagtig den samme faldende tendens som i Danmark, blot tidsmæssigt forskudt 30 år. Spædbarnsdødeligheden i Grønland i 1960 svarede altså til spædbarnsdødeligheden i Danmark i 1930 og Grønland i 1999 svarede til Danmark i 1969 (figur 3.4).

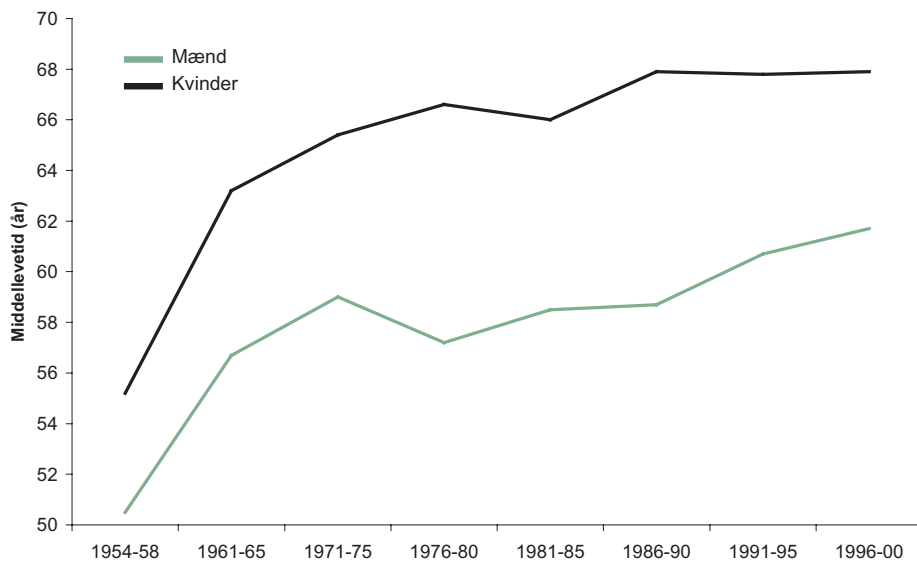
Middellevetid

Middellevetiden steg kraftigt i 1950'erne og 1960'erne, men fladede derefter noget ud. Siden midt i 1980'erne har der ikke været nogen stigning i middellevetiden for kvinder, mens der for mænd har været en pæn stigning, uden at mændene dog har indhentet kvindernes betydelige forspring (Grønlands Statistik 2003) (figur 3.5).

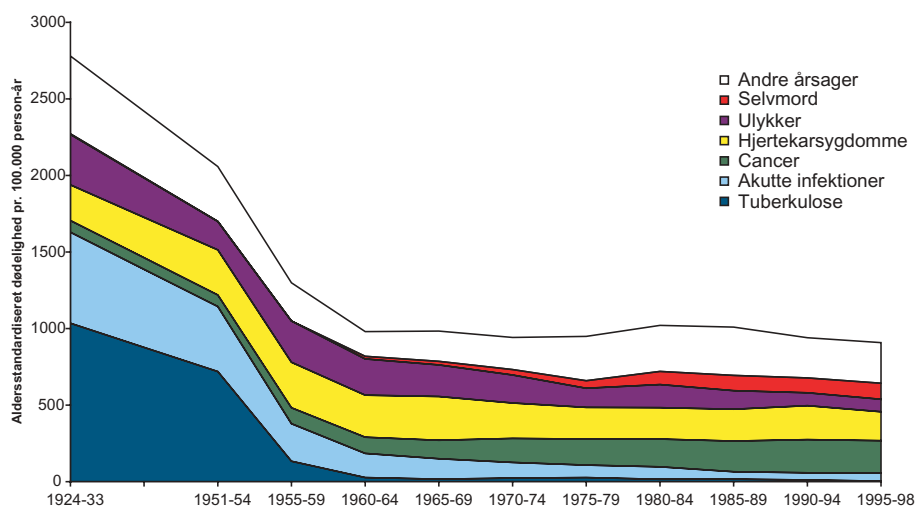
Dødsårsager

Den grønlandske dødsårsagsstatistik skal tages med et vist forbehold, da mange dødsfald især tidligere skete uden at der var gennemført tilbundsgående undersøgelser af sygdommen, og da det stadig er yderst sjældent at der gennemføres obduktion af afdøde. På trods af dette kan det være interessant at se, hvordan dødeligheden i forskellige store årsagsgrupper har ændret sig gennem det 20. århundrede. En ændring i befolkningens alderssammensætning vil alt andet lige medføre ændringer i dødsårsagsmønstret og den samlede dødelighed, og dødelighedstallene er derfor aldersstandardiserede og dermed direkte sammenlignelige fra år til år.

Figur 3.6 viser, at den samlede dødelighed var meget høj i begyndelsen af århundredet, at den faldt indtil ca. 1960 og derefter har holdt sig nogenlunde på samme niveau. Den høje dødelighed og det dramatiske fald skyldtes først og fremmest tuberkulose og akutte infektionssygdomme. Betydningen af disse infektioner er blevet ved med at aftage, og de spiller nu kun en lille rolle som dødsårsager, selvom de forekommer mange gange hyppigere end f.eks. i Danmark. Også den registrerede dødelighed af hjertekarsygdomme og ulykker er faldet siden 1960, mens dødeligheden af kræft og selvmord er steget.



Figur 3.5. Forventet middellevetid for nyfødte 1954-2000.



Figur 3.6. Aldersstandardiseret dødelighed 1924-1998.

Sygdomsforekomst

Sygdomsmønsteret i tiden efter 1950 kan i et vist omfang aflæses af udviklingen i dødelighed, som er beskrevet i det foregående afsnit. Efterhånden som betydningen af tuberkulose og akutte infektionssygdomme aftog, dukkede et originalt grønlandsk sygdomsmønster op. Sygdomsmønsteret er beskrevet i en række videnskabelige artikler, ph.d. afhandlinger og disputatser, i rapporterne fra den grønlandske sundhedsprofil og i landslægens (senere embedslægens) årsrapporter.

Mæslinger havde ikke tidligere kunnet overleve den lange sørejse og kom for første gang til Grønland efter 2. verdenskrig, hvor der var flere store epidemier med adskillige dødsfald. Polio og influenza optrådte epidemisk, og der blev indført et børnevaccinationsprogram, der lignede det danske. Vaccination mod mæslinger blev dog indført i Grønland mange år før i Danmark. Gonoré og syfilis blev fra slutningen af 1960erne meget udbredt med den højeste forekomst i 1980erne. Hepatitis A optrådte i epidemier, sidst i 1970-1974, og hepatitis B er meget udbredt.

Dødeligheden af kræft er som vist ovenfor steget, og dette skyldes først og fremmest en stigning i forekomsten af lungekræft. Diabetesforekomsten var meget lav i 1960erne, men nyere undersøgelser har vist en kraftig stigning. To alvorlige øjensygdomme forekommer med stor hyppighed i Grønland, senil makuladegeneration, der er årsag til en øget forekomst af blindhed blandt ældre grønlandere, og snævervinkel glaukom, der skyldes arvelige anatomiske forhold i øjet. Endelig er akut og kronisk mellemørebetændelse udbredt, ofte med hørenedsættelse til følge. I de følgende kapitler vil forekomsten af udvalgte sygdomme og sundhedsproblemer blive beskrevet mere detaljeret.

4. Sygdomme og sundhedsproblemer

Dette kapitel er ikke tænkt som en fuldstændig oversigt over sygdomsmønstret i Grønland. Der er udvalgt nogle sygdomme og helbredsproblemer, som er væsentlige for folkesundheden, fordi de både forekommer hyppigt og er alvorlige for den enkelte ved at resultere i tidlig død, lidelse eller nedsat livskvalitet. Fremstillingen er baseret på publicerede resultater samt på analyser af det grønlandske dødsårsagsregister, Sundhedsprofilen fra 1993-94 og Befolkningsundersøgelsen fra 1999-2001. Supplerende litteraturhenvisninger til dette og de følgende kapitler findes i disputatsen »Disease pattern in Greenland« (Bjerregaard 1991) og to grønlandsmedicinske bibliografier (Andersen 1981; Christensen og Bjerregaard 1997) samt i Bjerregaard og Young (1998).

Psykisk helbred, velbefindende, trivsel, livskvalitet

Forekomsten af psykiske symptomer kendes fra Sundhedsprofilen og Befolkningsundersøgelsen, men det kniber med tal for de mere udefinerbare forhold som generelt velbefindende, trivsel og livskvalitet. Begreberne er vigtige, når man beskæftiger sig med det brede sundhedsbegreb, og mange undersøgelser viser, at disse aspekter af helbred, f.eks. målt ved selvvurderet helbred, afspejler både forekomst af sygdom og i høj grad tillige det psykiske velbefindende (tabel 4.1). Tabellen viser, at det især er kombinationen af en langvarig sygdom og et dårligt psykisk helbred, der påvirker det selvvurderede helbred i negativ retning.

Kvinder har flere psykiske symptomer end mænd

Resultaterne fra Sundhedsprofilen viste, at kvinder oftere oplyser at have psykiske symptomer end mænd. Således havde 8% af mænd og 15% af kvinder haft nervøse symptomer de seneste 14 dage før interviewet, mens 16% af mænd og 29% af kvinder havde været nedtrykte eller deprimerede. I mange tilfælde har der nok været tale om lettere og måske forbigående symptomer, men i alt 4% havde været meget generet af nervøse symptomer

og 5% af nedtrykthed eller depression. Der var ikke nogen sikker forskel mellem unge og ældre.

Tabel 4.1. Selvvurderet helbred i relation til forekomsten af langvarig sygdom og psykisk robusthed målt ved General Health Questionnaire. Grønland 1993-94.

	Godt selvvurderet helbred	Nogenlunde eller dårligt selvvurde- ret helbred
	%	%
Psykisk robust		
Uden langvarig sygdom	94	6
Med langvarig sygdom	70	30
Psykisk sårbar		
Uden langvarig sygdom	84	16
Med langvarig sygdom	47	53

General Health Questionnaire

Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ) har været brugt i flere befolkningsundersøgelser i Grønland. Det er et spørgeskema, der er konstrueret til at finde psykiske forstyrrelser i befolkningen (i modsætning til blandt patienter). I Grønland har 12-spørgsmålsversionen været brugt. For hvert spørgsmål gives 0 eller 1 point og pointene summeres. På grundlag af testen kan man derefter opdele deltagerne i en gruppe normale og en gruppe, der muligvis er psykisk syge (psykisk sårbare) (Lyng et al. 2003). Også for GHQ var der flere kvinder med dårligt psykisk helbred, 40% mod 30% af mænd. Målt på denne måde var der en tendens til bedre psykisk helbred med alderen for kvindernes vedkommende.

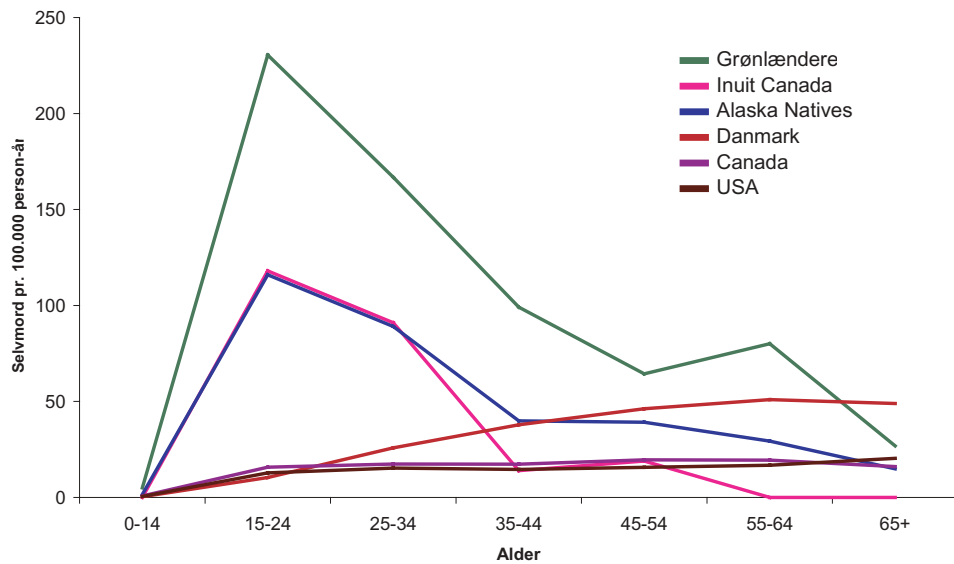
Selv mord

Antallet af selvmord, og specielt selvmord blandt unge, har vist en dramatisk stigning gennem de seneste 50 år. De få selvmord, der forekom i begyndelsen af det 20. århundrede, skyldtes egentlig sindssygdom, altså blandt andet skizofreni og depressiv psykose (Bertelsen 1935). Vore dages selvmord må for hovedpartens vedkommende snarere opfattes som sociale fænomener. De optræder hos unge (mænd), måske med personlighedsforstyrrelser, der på en eller anden måde er utilpassede i forhold til det omgivende samfund, og som reagerer voldsomt på tilsyneladende mindre belastninger som f.eks. et brudt, kortvarigt parforhold. Selvmordsmetoderne er voldsomme, skydning og hængning, og selvmordene er ofte dramatisk iscenesat nær ved pårørende.

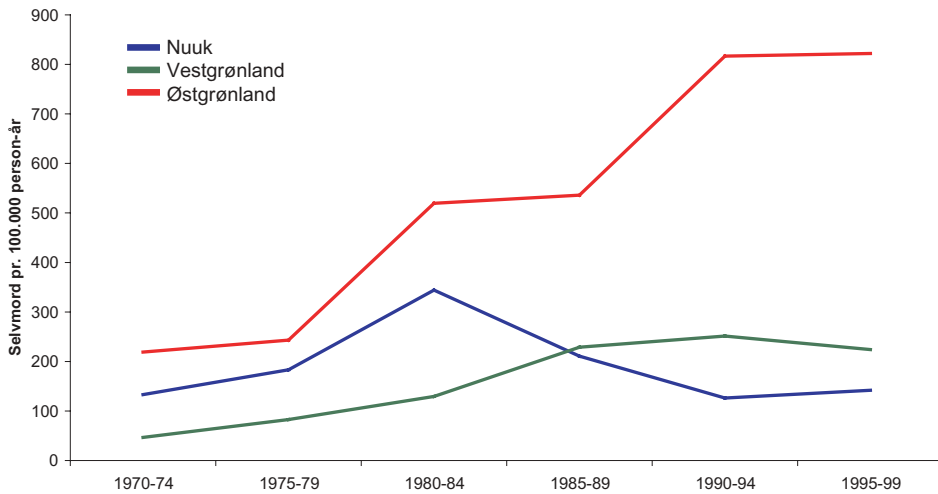
Betydningen af selvmord for folkesundheden understreges af, at 27% af de 18-29 årige i en spørgeskemaundersøgelse oplyste at have haft alvorlige selvmordstanker, mens 16% havde forsøgt at begå selvmord. Halvdelen af befolkningen havde oplevet selvmord i familien eller blandt venner. Selvmordstanker forekom særlig hyppigt blandt unge, der havde oplevet problemer med alkohol i deres barndomshjem eller som havde været udsat for seksuelle overgreb, men det må understreges, at der i de fleste tilfælde af selvmord ikke er åbenlyse årsager eller risikofaktorer. Fuldbyrdede selvmord forekommer ca. fire gange så hyppigt blandt mænd som blandt kvinder, men selvmordsforsøg og selvmordstanker forekommer oftere blandt kvinder.

Rekordhøj forekomst af ungdomsselvmord

Grønland har, også sammenlignet med inuit i Canada og Alaska Natives, en rekordhøj forekomst af ungdomsselvmord (figur 4.1). Nyere tal fra Canada viser, at selvmordsraterne for Nunavik kun ligger lidt under de grønlandske, mens de for Nunavut stadig ligger noget under (Henderson 2003). For Grønland som helhed steg forekomsten af selvmord for mænd især fra 1975 til 1989, mens der siden har været stagnation. For kvinder har der været tale om en jævn stigning på et niveau, der kun er ca. en fjerdedel af mændenes. Der er dog nogle klare, regionale forskelle (figur 4.2). I Nuuk var der tale om en stigning indtil et maksimum omkring 1980-84 og derefter et tydeligt fald. I resten af Vestgrønland steg forekomsten af selvmord indtil 1990-94 og er



Figur 4.1. Selvmord blandt personer født og boende i Grønland, inuit i Canada, Alaska Natives og den generelle befolkning i Danmark, Canada og USA. Mænd og kvinder, 1980-1989. Rater pr. 100.000 person-år i aldersgruppen.



Figur 4.2. Selvmord blandt 15-29 årige i tre regioner. Mænd og kvinder 1970-1999. Rater pr. 100.000 person-år.

måske faldet lidt siden. I Østgrønland har der været tale om en dramatisk stigning, og forekomsten af ungdomsselv mord er nu langt højere i Østgrønland end i resten af landet.

Som tidligere nævnt, er selvmord årsag til langt de fleste tabte leveår i Grønland. Sorgen og lidelsen for de efterladte kan ikke beskrives.

Hvorfor så mange selvmord?

Der har været foreslået flere forklaringer på den dramatiske stigning i selvmordsforekomsten efter 2. verdenskrig. I en socialpsykologisk disputats fra 1992 betragtes ungdomsselv mordene fra en kulturel, social og psykologisk vinkel (Thorslund 1992). Overgangen fra det traditionelle til det moderne samfund tolkes som en vigtig faktor, der bringer individet i en mere eller mindre sårbar position. Hvis der hertil kommer en personlig krise – f.eks. kærestebrud – og direkte inspiration fra andres selvmord, kan den unge vælge at indtage alkohol og med beruselsen give sig selv lov til at begå selvmord. Om selvmordet indtræffer, eller der vælges en anden reaktion, f.eks. selvmordsforsøg eller direkte aggression mod en anden, afhænger af den enkeltes personlighed. Thorslunds empiriske materiale er sparsomt, så konklusionen, at arbejdsløse og folk med usikre erhvervsforhold, herunder fangere og fiskere, særlig hyppigt begår selvmord, skal tolkes med varsomhed.

Psykiateren Inge Lyngé konkluderer, at det moderne selvmord hverken er klart i motiv eller med hensyn til beslutningen. Det er snarere præget af en voldsom aggressivitet eller af opgiven, udvejsløshed, mangel på handlemuligheder over for problemerne. Lyngé ser årsagerne til skizofreni som beslægtede med dem, der er ansvarlige for de høje selvmordsforekomster. Forebyggelse må for begge fænomenerne sætte fokus på socialiseringsprocesser, på opbygning af social og kulturel kompetance, så de pågældende føler sig som en del af samfundet, og på handlingskompetance til løsning af tilværelsesproblemer, ikke mindst problemer i forhold til andre mennesker (Lyngé 2000).

De regionale forskelle i selvmordsforekomst over tid kan tolkes således, at selvmordsforekomsten stiger i perioder med udtalte sociale og kulturelle forandringer, mens den falder igen, når de unge adapterer sig til situationen

(Leineweber et al. 2001). Vinterdepressioner og sæsonvariation af selvmord kendes fra mange lande, og der synes at være en vis sæsonvariation også i Grønland med flest selvmord i juni og færrest i november til januar – altså det modsatte mønster af vinterdepression (Björkstén et al. i trykken). Betydningen af dette er usikker.

Stigningen i forekomsten af selvmord falder tidsmæssigt sammen med den intensive modernisering efter 1950, og det er nærliggende at lede efter en årsagssammenhæng. Der har i samme periode været en stærk stigning i forekomsten af en række sociale trivselsproblemer, og det er naturligt at se selvmord i relation til andre former for sociale tilpasningsproblemer som f.eks. alkoholmisbrug, vold og drab. Endvidere bør det historiske aspekt indtages mere i diskussionen om selvmord i Grønland. Tiden før 1950 var ikke en kulturel Guldalder, hvor grønlanderne levede som »ædle vilde« i harmoni med hinanden og Naturen. Moderniseringen i Grønland kan med god ret siges at starte allerede i begyndelsen af det 20. århundrede, hvor fiskeri og pengeøkonomi begyndte at erstatte sælfangst og naturaløkonomi. Hvorfor begyndte selvmordene ikke allerede dengang?

Ulykker og vold

Ulykker er den næsthyppigste årsag til tabte leveår i Grønland, og sandsynligvis også til sygedage og lidelse. Dertil kommer, at skader belaster sundhedsvæsenet i overordentlig stor grad, ikke mindst uden for dagtimerne. Alkohol er ofte en medvirkende faktor. En undersøgelse af ulykkesdødsfald i 1968-1985 viste, at alkohol var en medvirkende faktor i knap en fjerdedel af dødsfaldene, men dette er et minimumstal (Bjerregaard 1990a). Dødsattesten har ikke en rubrik til at anføre ulykkestilfældets eventuelle relation til alkohol i, og statistikken omfatter derfor kun dødsfald, hvor lægen af egen drift har anført sammenhængen med alkohol på dødsattesten. Langt den hyppigste ulykkestype er drukning, men også dødsfald på grund af brand, kulde, fald og vådeskud forekommer jævnlige.

En undersøgelse fra 1983 af skader som årsag til kontakt med sundhedsvæsenet viste, at voldstilfælde udgjorde 36%, alkoholrelaterede ulykkestilfælde 21% og andre ulykker 43% (Jørgensen B et al. 1984). De voldsudøvende

var oftest mænd (85%), mens der var lige mange mænd og kvinder blandt ofrene. Over 80% af både voldsmænd og ofre var spirituspåvirkede.

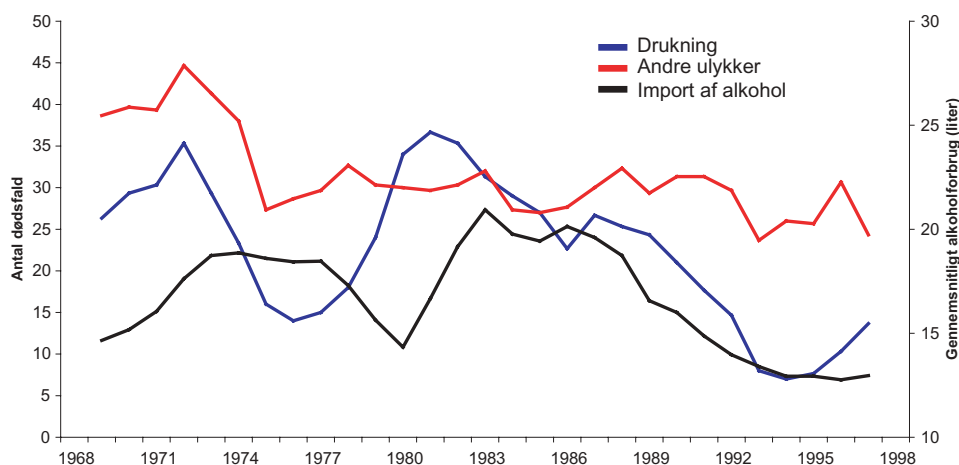
Sundhedsprofilen viste, at 48% af mænd og 47% af kvinder på et eller andet tidspunkt i deres liv har været udsat for vold eller alvorlige trusler om vold; for 30% af mænd og 27% af kvinder var der tale om alvorlig vold som f.eks. spark, slag med knyttet hånd eller en genstand, kast ind i møbler, vægge eller ned ad trapper, eller grov vold som f.eks. kvælningsforsøg eller angreb med kniv eller skydevåben. Især for vold det seneste år var der en tydelig aldersforskel; 21% af de 18-24 årige kvinder havde været udsat for vold det seneste år imod 3% af kvinder over 60 år. 58% af kvinderne og 8% af mændene var blevet angrebet af deres ægtefælle eller samlever, mens der for 20% af kvinderne og 62% af mændene var tale om en fremmed person (Curtis et al. 2002a).

25% af kvinderne og 6% af mændene oplyste at være blevet seksuelt misbrugt, heraf henholdsvis 7% og 3% som børn. Flere typer af dårligt helbred forekom oftere hos personer, der havde været udsat for vold eller seksuelt misbrug, herunder dårligt selv vurderet helbred, langvarig sygdom og psykiske symptomer. Sammenhængen mellem vold og dårligt helbred var betydeligt mere udtalt for kvinder end for mænd.

I Danmark har næsten lige så mange mænd været udsat for vold som i Grønland, men betydeligt færre kvinder. I Island forekommer vold mod kvinder med samme lave hyppighed som i Danmark, mens det i Finland forekommer lige så ofte som i Grønland.

Der findes ingen oplysninger om udviklingen i antal skader gennem årene, men udviklingen af dødelige ulykker viser et udtalt fald i antallet af dødelige drukne- og bådulykker siden 1980, mens antallet af andre ulykker er faldet lidt. Der er måske en antydning af sammenhæng mellem forekomsten af drukne- og bådulykker og det gennemsnitlige alkoholforbrug, men ændringerne i drukneulykker falder tidsmæssigt før ændringerne i alkoholforbruget, så en årsagsmæssig tolkning er vanskelig (figur 4.3).

Der sker mange drab i forhold til befolkningens størrelse, men på årsbasis er der alligevel ikke tale om mere end 11 drab i gennemsnit for 1990-1998. Der har været tale om en jævn stigning med en firdobling fra begyndelsen af 1970'erne til ca. 1982, en konstant forekomst i 1980'erne og et udtalt fald siden ca. 1991, således at drabsfrekvensen nu er nede på niveauet fra midt i 1970'erne (ca. 15 pr. 100.000). Dette er på samme niveau som i Alaska (Alaska Natives) og i amerikanske storbyer som Los Angeles og Miami, men dog kun en tredjedel af forekomsten i de virkelig hårdt ramte amerikanske storbyer som Detroit og New Orleans. Drabsfrekvensen i Grønland er ti gange højere end i Danmark, og den er også meget høj i sammenligning med andre europæiske lande.



Figur 4.3. Dødelighed af ulykker 1969-1998 og gennemsnitlig import af alkohol i samme periode. Tre-års glidende gennemsnit.

Som nævnt er alkohol en hyppig medvirkende faktor til ulykker og vold, og en reduktion af forekomsten af alkoholmisbrug, specielt rusdrikkeri, må forventes at reducere ulykkesforekomsten i betydelig grad. Herudover er det nødvendigt med grundige analyser af skadesforløb for at finde ud af, hvor en forebyggende indsats kan have virkning. I Danmark findes der et ulykkesregister, hvortil udvalgte skadestuer indrapporterer detaljer om alle ulykker, der kommer til behandling. Det kunne overvejes at gennemføre noget tilsvarende i Grønland, og et første skridt blev taget med etableringen af en

særlig arktisk ulykkesklassifikation i 1997 i regi af Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESCO). Den arktiske ulykkesklassifikation er dog aldrig blevet brugt til registrering i Grønland.

Bevægeapparatets sygdomme

Sygdomme i bevægeapparatet omfatter ondt i ryggen og smerter i muskler, led og knogler; det er en række mere eller mindre veldefinerede sygdomme og gener, der ofte i daglig tale kaldes gigt. Det er ikke sygdomme, der optræder i dødsårsagsstatistikken, men fra Sundhedsprofilen og Befolkningsundersøgelsen ved man, at de påvirker særdeles mange menneskers dagligdag og livskvalitet i negativ retning. Årsagerne til disse lidelser kan være mange forskellige, herunder kulde, overanstrengelse og gentagne u hensigtsmæssige bevægelser, og mange er arbejdsbetingede.

Resultaterne fra Sundhedsprofilen viser, at 49% af befolkningen havde været generet af symptomer fra bevægeapparatet i løbet af de seneste 14 dage, og at 20% havde været meget generet. Kvinder var lidt oftere generet end mænd, og forekomsten af gener steg stærkt med alderen. Fanger/fiskere, ufaglærte og personer uden for erhverv havde oftest gener.

12% af deltagerne i Sundhedsprofilen oplyste at have en rygsygdom, og både blandt mænd og kvinder havde dobbelt så mange i bygder som i byer en rygsygdom. Blandt kvinder steg forekomsten af rygsygdom med alderen, mens den blandt mænd steg indtil 60 års alderen for derefter at falde, måske på grund af arbejdsophør.

Smerter og ubehag i muskler og led er alene på grund af deres hyppighed et stort problem for folkesundheden og er årsag til meget sygefravær og førtidspensionering. Der foreligger dog ingen undersøgelser heraf fra Grønland.

Uønsket graviditet og abort

Siden provokeret abort blev tilladt i 1975, er der observeret en jævn stigning i andelen af graviditeter, der afsluttes med en abort. I 1976 udgjorde aborter

29% af graviditeterne, siden 1986 over 40% og i 2000 52%. I Danmark, der har en sammenlignelig lovgivning om aborter, er det tilsvarende tal 22%. En abort er hverken fysisk eller psykisk et ukompliceret indgreb. Undersøgelser viser endvidere, at en del af de kvinder, der er blevet uønsket gravide, beslutter sig for at føde barnet. Det vil sige, at problemstillingen ikke blot handler om abort, men i bredere forstand om uønskede graviditeter.

To undersøgelser fra 1992-94 og 1996-97 har samstemmende vist, at der ikke kan påvises en klar risikogruppe. Det var både unge og ældre kvinder, der fik abort, og de kom fra alle lag i samfundet dog med en lille tendens til en social slagside (Arnfjord et al. 2001; Bjerregaard, Kristensen et al. 2001). Årsagerne til ønsket om abort var umiddelbart forståelige: kvinderne ønskede at fuldføre deres uddannelse, eller der var ikke plads eller økonomi til endnu et barn. Så man kan med nogen ret sige, at der ikke er for mange aborter. Der er derimod for mange uønskede graviditeter.

Der er for mange uønskede graviditeter i Grønland, selvom uddannelses- og oplysningsniveauet er højt, selvom alle har adgang til et rimeligt velfungerende sundhedsvæsen, og selvom prævention er gratis. Blandt de kvinder, der indgik i de to undersøgelser, var der mange, der angav præventionssvigt som årsag til den uønskede graviditet. Dette skal dog ikke opfattes som et egentligt teknisk svigt af den anvendte prævention. P-piller er f.eks. korrekt anvendt nær ved 100% sikre, men hvis man glemmer at tage pillerne aftager sikkerheden. Kondomer er også forholdsvis sikre, men det forudsætter, at de bliver brugt og ikke ligger i kommodeskuffen.

I nogle tilfælde er det sandsynligt, at alkohol er en del af forklaringen. Det er nemt at give sig hen i nuet, når man er beruset, og måske glemme at bruge prævention. I andre tilfælde kan der være tale om generthed eller blufærdighed - over for sundhedspersonalet eller partneren. Men årsagskæden er ofte mere kompliceret. Det er fra forskelligt hold fremført, at unge grønlandske kvinder søger at bevise deres værd som kvinder ved at blive gravide, og at det giver status at være mor. Mændene finder tilsvarende en bekræftelse af deres mandighed ved at gøre kvinderne gravide. I lyset af den forholdsvis udbredte barnløshed i Grønland er en del unge kvinder også usikre på, om de kan blive gravide. De har samleje uden kondom, pådrager sig måske en

underlivsinfektion og får svært ved at blive gravide. Der er dermed etableret en ond cirkel.

Hjertekarsygdomme, diabetes, fedme

Hjertekarsygdommene omfatter blodprop i hjernen, hjerneblødning, blodprop i hjertet samt en lang række andre hjertesygdomme og sygdomme i blodkarrene. Der findes en speciel type hjerneblødning (subarachnoidalblødning), som er særlig hyppig i Grønland; det er sandsynligvis en medfødt misdannelse af blodårerne på hjernens overflade, og derfor udelades denne type hjerneblødning ofte ved analyser af hjertekarsygdom. Åreforkalkning er en fælles risikofaktor for blodpropper og hjerneblødning. Blandt årsagerne til åreforkalkning og hjertekarsygdom kan nævnes manglende fysisk aktivitet, overvægt, indtag af mættet fedt og transfedtsyrer (smør, margarine, ost, svinefedt), diabetes, rygning og forhøjet blodtryk. Der er også en betydelig arvelig komponent.

Den form for diabetes, der findes i Grønland, er langt overvejende type 2 diabetes, der også går under navnet »gammelmanndssukkersyge« – en lidt uheldig betegnelse, da sygdommen også rammer yngre mennesker og er lige så hyppig hos kvinder som hos mænd. Genetiske forhold, overvægt og fysisk inaktivitet er hovedårsagerne til type 2 diabetes.

Årsagerne til overvægt er mangfoldige og komplicerede, men skyldes basalt set, at der indtages flere kalorier end der forbruges. Dette fører til aflejring af den overskydende energi som fedtdepoter. Fedtdepoter placerer sig forskelligt på forskellige mennesker, og typisk er fedtet på overvægtige kvinder jævnt fordelt, måske med det meste på hofter og lår (pæreform), mens overvægtige mænd typisk har tynde ben og alt fedtet placeret på maven og i bughulen (æbleform). Det er i de senere år i stigende grad erkendt, at det især er fedtdepoterne i bughulen, der er aktive i stofskiftet og dermed en risikofaktor for udvikling af åreforkalkning og diabetes.

Marin kost og hjertekarsygdom

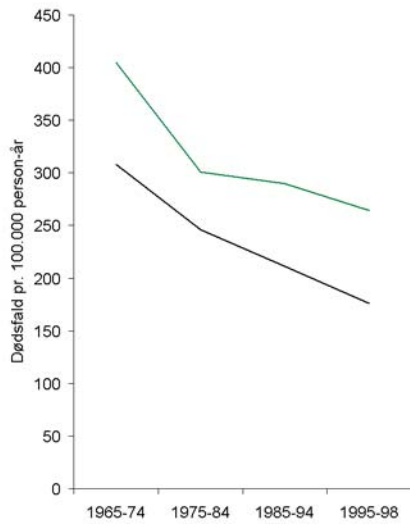
Det har i mange år været en almindelig antagelse, at forekomsten og dødeligheden af blodprop i hjertet er lav blandt inuit, og man har forklaret dette

ved kostens indhold af havpattedyr og fisk med et højt indhold af n-3 fedtsyrer («fiskeolier»). I en del sammenhænge er denne antagelse drevet et skridt videre, og det har været hævdet, at forekomsten af hjertekarsygdom generelt er lav. Hjertekarsygdom omfatter som nævnt flere forskellige sygdomme, der bør analyseres hver for sig, for at analyserne giver nogen mening. Jo flere sygdomme, man opsplitter den brede kategori »hjertekarsygdom« i, des mere usikre bliver diagnoserne imidlertid, og resultaterne skal vurderes med forsigtighed. Figur 4.4-4.7 viser den tidsmæssige udvikling i dødeligheden af forskellige hjertekarsygdomme i Grønland sammenlignet med Danmark. Dødeligheden af blodprop i hjertet og den samlede dødelighed af hjertekarsygdom er faldet i den periode, som dødsårsagsregisteret dækker, mens dødeligheden af blodprop i hjernen og »andre hjertesygdomme« har været konstant.

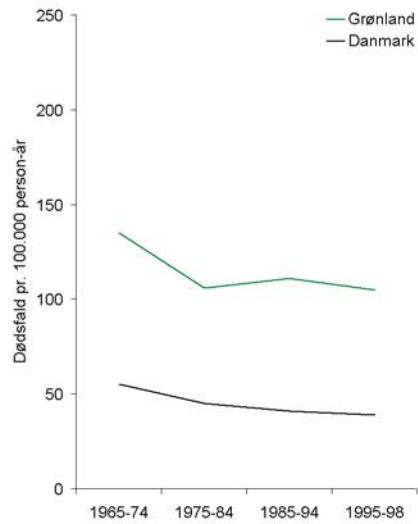
Konklusionen i en oversigtsartikel var, at den samlede dødelighed af hjertekarsygdom ikke er lavere blandt inuit end i vestlige befolkninger. Det kan ikke afvises, at dødeligheden af blodprop i hjertet er lidt lavere, men det skyldes tilsyneladende ikke en mindre forekomst af åreforkalkning. Den aftagende hyppighed af dødeligheden af blodprop i hjertet samtidig med vestliggørelse af livsstil og kost understreger behovet for en kritisk vurdering af hjertekarsygdommens epidemiologi blandt inuit og af den rolle, som den traditionelle kost spiller (Bjerregaard, Young et al. 2003). En af forklaringerne kan være, at sundhedsvæsenet er blevet bedre til at behandle blodprop i hjertet, således at dødeligheden er faldet trods en stigende forekomst af sygdommen.

Stærk stigning i diabetes og overvægt

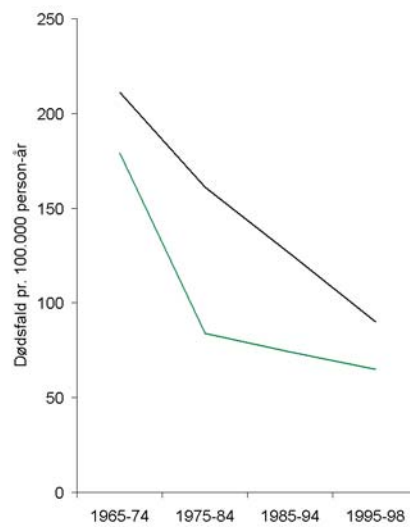
En undersøgelse fra 1962-64 konkluderede, at diabetes stort set ikke forekom blandt grønlændere (Sagild 1966). Undersøgelser fra Alaska og Canada i løbet af de næste 30 år viste en stigende forekomst, men der blev ikke gennemført nye undersøgelser i Grønland før Befolkningsundersøgelsen i 1999. Denne undersøgelse viste, at type 2 diabetes nu var udbredt i både byer og bygder, at forekomsten steg stærkt med alderen og at forekomsten var højere end i Danmark (figur 4.8) (Jørgensen M et al. 2002; Statens Institut for Folkesundhed 2003). En meget stor andel (70%) af de personer, der fik stillet diagnosen diabetes i forbindelse med undersøgelsen, var ikke klar over at de havde diabetes.



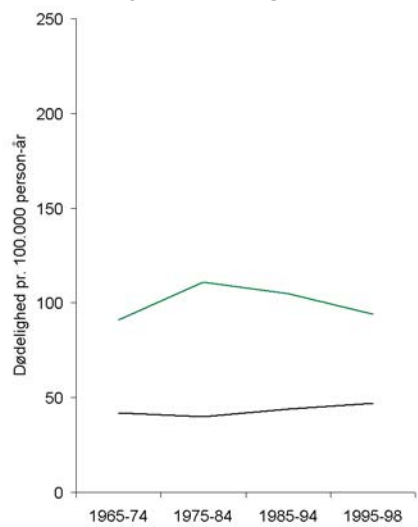
Alle hjertekarsygdomme



Blodprop i hjernen og hjerneblødning

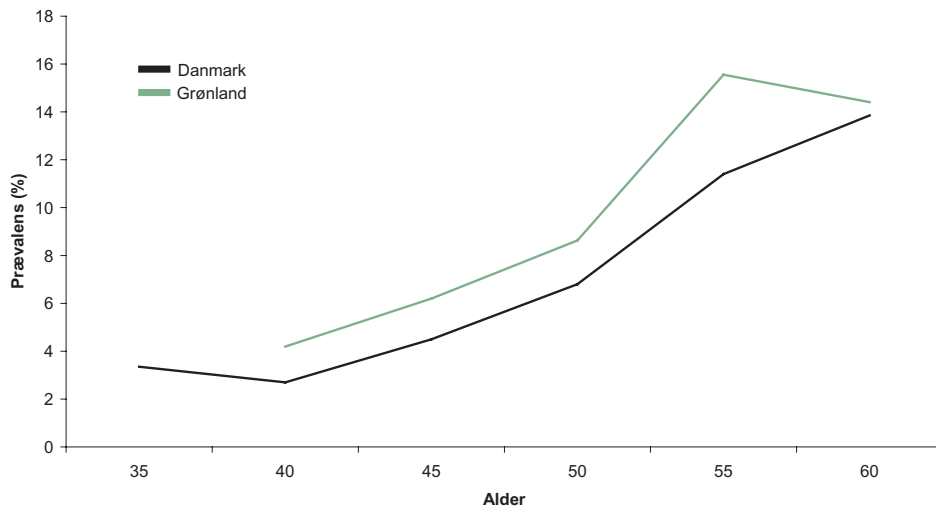


Blodprop i hjertet



Andre hjertesygdomme

Figur 4.4-4.7. Udvikling i dødelighed af hjertekarsygdom i Grønland og Danmark. Mænd og kvinder, standardiseret til World Standard Population. Rater pr. 100.000 person-år. Af hensyn til sammenlignelighed med publiceret statistik er subarachnoidalblødninger medtaget under blodprop i hjernen og hjerneblødning. De udgør ca. 15% af disse dødsfald i Grønland og 4% i Danmark.



Figur 4.8. Forekomst af diabetes i Nuuk, Qasigiannuit og fire bygder i Uummannaq kommune, samt i Danmark.

Overvægt kan bl.a. vurderes ved Body Mass Index (BMI) og ved taljemål. WHO angiver nogle grænser for overvægt, der imidlertid ikke uden problemer kan overføres fra en befolkning til en anden. Der er undersøgelser, der tyder på, at ved et givet niveau af overvægt har grønlændere lavere blodtryk og »pænere« niveauer af kolesterol end danskere (Jørgensen M et al. 2003), mens det forholder sig omvendt f.eks. for befolkningen i Indien.

I 1993-94 var 39% af mænd moderat overvægtige (BMI 25-29) og 13% svært overvægtige (BMI 30+) sammenlignet med 27% og 10% af kvinderne. I 1999-2001 var forekomsten af overvægt næsten uændret blandt mænd, dog var der lidt færre moderat overvægtige og lidt flere svært overvægtige. Blandt kvinder derimod var andelen af moderat overvægtige steget noget, mens andelen af svært overvægtige var mere end fordoblet fra 10% til 22% (tabel 4.2). Vægtøgningen svarer til, at kvinderne i gennemsnit tog 0,5 kilo på om året. Også centralt placeret fedme, bedømt ved livvidden, viste en dramatisk øgning blandt kvinder. Allerede blandt skolebørn er der over 20% overvægtige, flest i bygderne (Schnohr et al. 2004).

Tabel 4.2. Udbredelse af overvægt i Grønland i 1993-94 og 1999-2001.

	Mænd		Kvinder	
	1993-1994 %	1999-2001 %	1993-1994 %	1999-2001 %
Moderat overvægt (BMI 25.0-29.9)	39	36	27	33
Svær overvægt (BMI 30+)	13	16	10	22
Central fedme ^a	25	28	20	34

^aTaljemål =>96 cm for mænd og =>92 cm for kvinder

Hjertekarsygdom og diabetes er sygdomme, der resulterer i mange læge-kontakter, reduceret livskvalitet, følgesygdomme som f.eks. blindhed, og for tidlig død. Overvægt øger risikoen for hjertekarsygdomme, visse former for kræft (især bryst- og tyktarmskræft), depression, psykosociale problemer, slidgigt, smerter i ryg og lænd mv. Endvidere er der større risiko for barnet ved fødsler, hvor moderen er overvægtig. Bortset fra dødelighed findes der ikke tal fra Grønland, der kan belyse forekomsten af disse konsekvenser af sygdommene.

Diagnostikken af hjertekarsygdom er i mange tilfælde kompliceret, og sygdommene kan være skjulte i årevis. Visse sygdomme kan behandles, og man er de senere år begyndt at behandle f.eks. forsnævring af hjertets kranspulsårer, blodprop i hjertet og blodprop i hjernen mere intensivt og med gode resultater. En del behandlinger forudsætter at patienten indlægges på specialafdeling eller går i et specialambulatorium, hvilket begrænser mulighederne for behandling i Grønland.

Diabetes giver i begyndelsen kun få symptomer, men komplikationerne er på langt sigt alvorlige. Diagnosen stilles ofte, når man af en eller anden grund undersøger patienten, f.eks. som led i en helbredsundersøgelse, eller når der

kommer komplikationer i form af åreforkalkning, sår der ikke vil læges eller synsproblemer. I en del lande overvejes det at gennemføre screening for diabetes i risikogrupper.

Diagnostikken af overvægt er enkel og kræver blot et blik i spejlet eller en tur på vægten. Forebyggelse er i princippet enkel: mindre energiindtag og større energiforbrug. I praksis er forebyggelse og behandling af overvægt dog særdeles vanskelig.

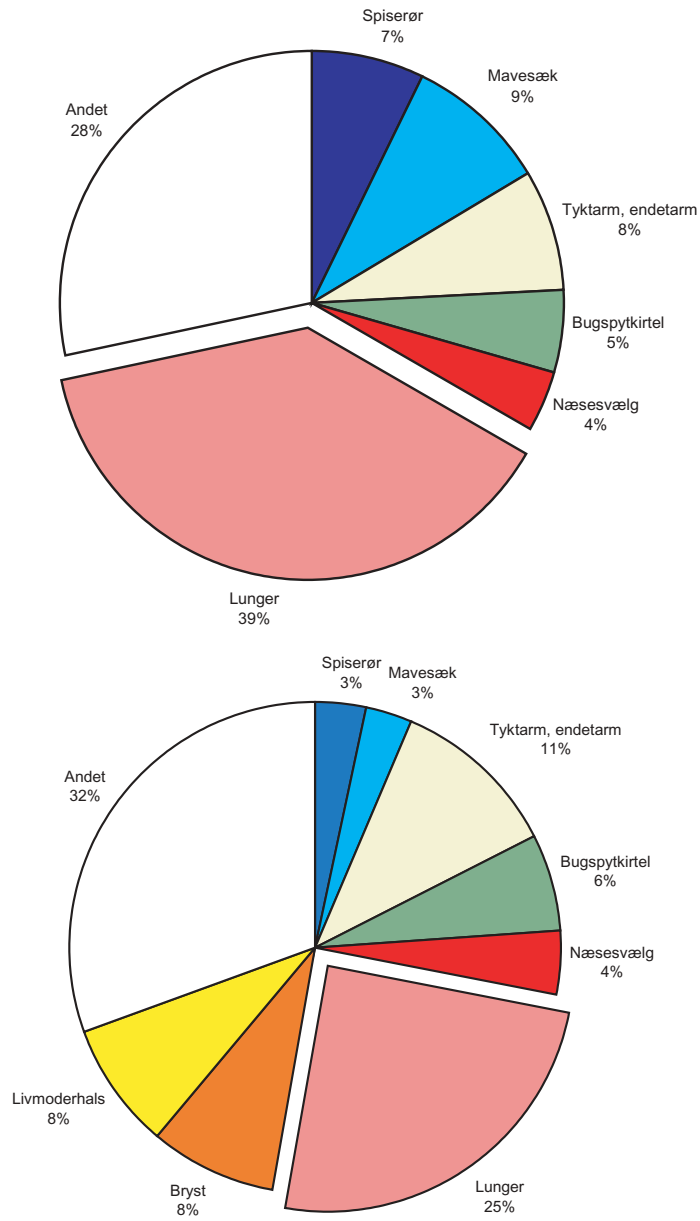
Stigningen i forekomsten af hjertekarsygdom og diabetes skyldes befolkningens ændrede livsstil, og at der bliver flere ældre. Sygdommene kan forebygges ved et reduceret tobaksforbrug, kostomlægning og øget fysisk aktivitet. Der er en del resultater, der tyder på, at fysisk inaktivitet er en større risikofaktor end overvægt. Disse tilsyneladende enkle budskaber har dog ikke haft den store gennemslagskraft, og der må satses på forskning med henblik på at afklare, hvilke befolkningsgrupper, der er særlig udsatte, og hvordan adfærdsændringer med størst effekt kan gennemføres.

Kræft

Kræft er ikke en enkelt sygdom, men mange forskellige sygdomme med forskellige årsager. Inuit befolkningerne i Grønland, Canada og Alaska har et kræftmønster, der på mange måder adskiller sig fra kræftmønsteret blandt øvrige befolkningsgrupper i henholdsvis Danmark, Canada og USA, og dette skyldes både arvelige egenskaber og livsstil. Den samlede forekomst af kræft er ikke markant anderledes, men forekomsten af de enkelte typer af kræft er forskellig. En større undersøgelse af kræft blandt inuit i 1969-88 viste således høj forekomst af kræft i blandt andet lunger, spiserør, mavesæk, næsesvælg, spytkirtler og livmoderhals, og lav forekomst af kræft i blandt andet bryst, prostata, livmoder og blod sammenlignet med europæiske og nordamerikanske befolkninger.

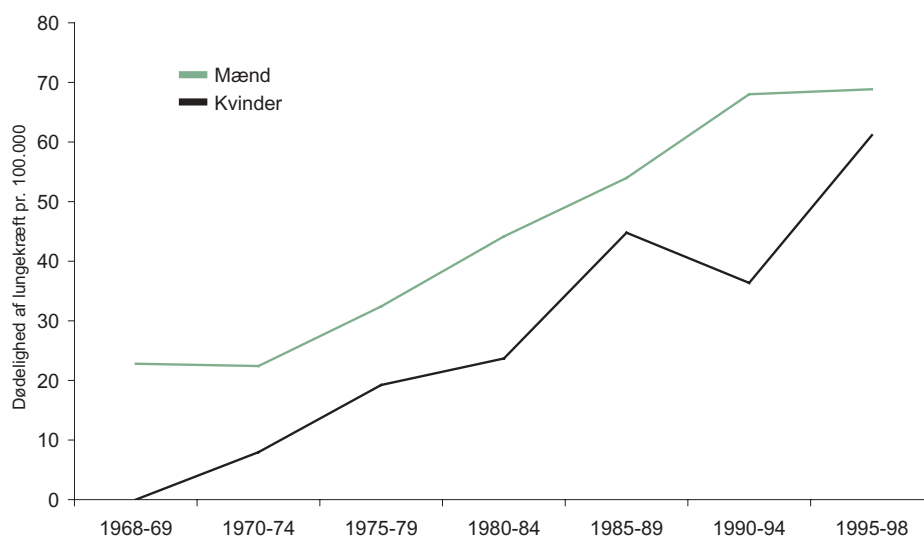
Lungekræft

Den mest almindelige form for kræft i Grønland er lungekræft, og den hyppigste årsag til kræft i Grønland er cigaretrykning. I 1990-98 døde 424 mænd og 412 kvinder af kræft, og lungekræft tegnede sig for 264 af døds-



Figur 4.9. Procentvis fordeling af 836 kræftdødsfald 1990-1998. Mænd (øverst) og kvinder (nederst).

faldene (32%) (figur 4.9). Tobak er også årsag til andre former for kræft, f.eks. blærekræft. Forekomsten af lungekræft har været stærkt stigende siden 1960erne for både mænd og kvinder (figur 4.10), og var i 1990erne dobbelt så høj som i Danmark. Dette er på ingen måde overraskende i lyset af det store tobaksforbrug.



Figur 4.10. Aldersstandardiseret dødelighed af lungekræft 1968-1998. Rater pr. 100.000 person-år.

Andre kræftformer

For de fleste kræftformers vedkommende er der så få tilfælde om året i befolkningen, at en analyse af den tidsmæssige udvikling er behæftet med stor usikkerhed. Figur 4.11 viser udviklingen i dødelighed af nogle udvalgte kræftformer siden 1968. Den samlede dødelighed viste en jævn stigning for både mænd og kvinder; dette skyldtes overvejende lungekræft. Kræft i spiserør og mavesæk viste en stigning siden midt i 1970erne for mænd, dog afløst af et nyligt fald for spiserørskræft, mens der for kvinder var uændret forekomst eller et mindre fald. Kræft i bugspytkirtlen viste en stigning siden 1980erne for begge køn. Kræft i spiserør og bugspytkirtel er bl.a. relateret til cigaretrykning. Mavekræft er relateret til infektion med mavesårsbakterien

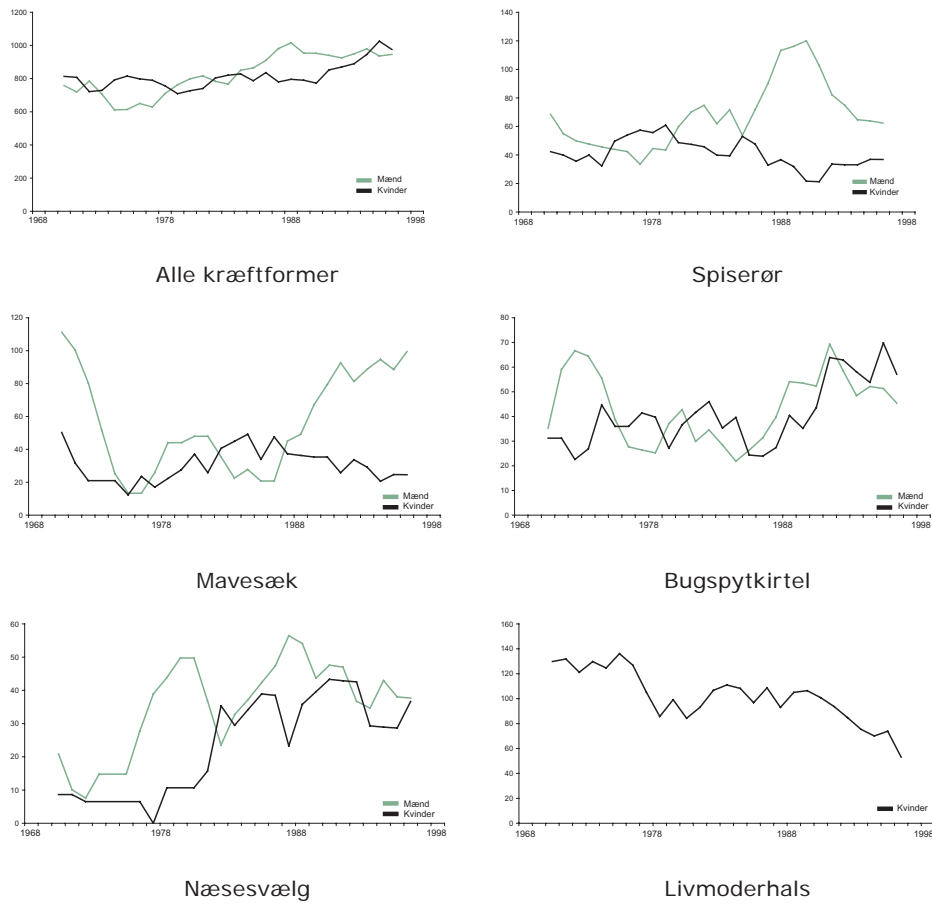
Helicobacter pylori samt visse kostfaktorer (saltet og røget mad), tobak og alkohol.

For kræft i næsesvælget var der måske tale om en mindre stigning for mænd. Endelig var der et fald i dødeligheden af livmoderhalskræft, der kan skyldes forbedrede behandlingsmuligheder i kombination med sporadisk screening, hvorimod den systematiske screening, der blev iværksat i 1998, ikke kan have haft nogen effekt, da analyserne kun er ført frem til 1998. Det kan heller ikke udelukkes, at en reduceret spredning af virus (humant papillomavirus) måske som følge af øget brug af kondom har haft betydning, men dette er rent teoretisk.

Ovenstående resultater er baseret på analyser af kræftdødsfald. Alle tilfælde af kræft anmeldes til Cancerregisteret i Danmark, og en analyse af både anmeldte tilfælde og dødsfald vil give en bedre beskrivelse af kræftforekomsten. Fra 1973 til 1997 steg forekomsten af anmeldte kræfttilfælde for lungekræft, mavekræft, brystkræft og tyktarmskræft, mens forekomsten af livmoderhalskræft faldt. Sammenlignet med Danmark var forekomsten af anmeldte tilfælde af kræft i næsesvælg, spytkirtler, spiserør, mavesæk og livmoderhals højere, mens den var lavere for kræft i testikler, urinblære, prostata, bryst og blod (Friborg et al. 2003), altså stort set samme mønster som for dødelighed.

I Danmark har den samlede kræftforekomst været stigende i en årrække, hvorimod dødeligheden af kræft har været konstant. Forekomsten har blandt andet været stigende af lungekræft, kræft i tyktarm og endetarm samt brystkræft. Den Nationale Kræftplan (Sundhedsstyrelsen 2000) anslår, at over 20% af kræfttilfældene kan forebygges med øget indtag af frugt og grønt, motion mv. og at andre 20% kan forebygges ved totalt rygestop.

Kræft er en hyppig dødsårsag og optræder ofte hos mennesker, der endnu er i erhvervsaktiv alder. Det er som regel forholdsvis langvarige lidelser, der medfører store belastninger for det enkelte menneske og for familien og store udgifter for samfundet til højt specialiseret behandling. Med hensyn til tidlig diagnostik og behandling af en lang række kræftformer kan man i Grønland følge de anbefalinger, som gives i Danmark, der blandt andet



Figur 4.11. Tidsmæssig udvikling af kræftdødsfald 1968-1998. Rater pr. 100.000 person-år for 45+ årige.

omfatter forebyggende undersøgelser for livmoderhalskræft og rådgivning vedrørende faresignaler, som den enkelte bør reagere på. For lungekræftens vedkommende vil tidligere diagnostik og behandling kun i meget begrænset omfang føre til en mindsket dødelighed, mens det er muligt at forebygge 80% af tilfældene ved rygeophør.

Rygerlunger (kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL)

Rygerlunger er en sygdom, hvor lungefunktionen gradvis nedsættes over en årrække. Sygdommen skyldes langt overvejende tobaksrygning, men f.eks. indånding af støv i arbejdsmiljøet kan også spille en rolle. Kvinder er mere følsomme over for rygning end mænd. Symptomerne på rygerlunger er hoste, opspyt og åndenød, ofte ledsaget af dårlig ernæringstilstand og dårlig fysisk almentilstand.

Der er næsten lige så mange dødsfald af rygerlunger som af lungekræft – i 1990erne i gennemsnit 18 om året – halvanden gange så mange blandt kvinder som blandt mænd. Den højeste forekomst sås i årene 1985-89. Da der er tale om en langvarig lidelse, er der mange gange flere, der har sygdommen, end det årlige antal dødsfald. Hvis tallene fra Danmark kan overføres til grønlandske forhold, er der ca. 1000 mennesker med rygerlunger i Grønland.

Rygerlunger kan forebygges ved at forebygge rygning. Risikoen for at udvikle sygdom stiger med antallet af cigaretter, en person har røget gennem livet, og rygestop mindsker derfor risikoen fremover. Samtidig kan der opnås mindre åndenød og bedre generel livskvalitet ved rygestop, selvom sygdommen er etableret.

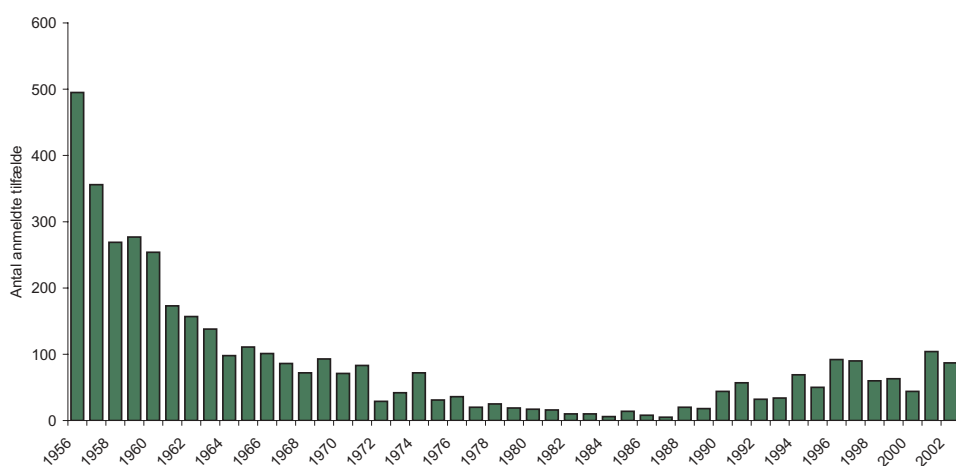
Infektionssygdomme

Infektionssygdomme spiller ikke længere den rolle for folkesundheden, som de gjorde for 50 år siden, men forekomsten af mange af disse sygdomme er dog meget højere end f.eks. i Danmark. Foruden de seksuelt overførte sygdomme er det især tuberkulose, hepatitis B (leverbetændelse) og luftvejsinfektioner, herunder mellemeøresygdomme, der påkalder sig opmærksomhed.

Tuberkulose

Endnu i 1950erne var tuberkulosen den store og frygtede infektionssygdom, der rev mange også børn og unge mennesker væk. I en opgørelse over dødsårsagerne i årene 1924-33 skyldtes 36% tuberkulose (Bertelsen 1935), og

ifølge den første årsrapport fra det nyetablerede landslægeembede for 1951 var tuberkulose årsag til en fortsat ligeså stor andel af dødsfaldene (39%) (Landslægeembedet 1951). Ved en kombineret indsats fra sundhedsvæsenet og alle offentlige sektorer lykkedes det i løbet af en forholdsvis kort årrække at nedbringe dødeligheden og forekomsten af tuberkulose drastisk (figur 4.12). De vigtigste virkemidler var en forbedring af boligerne, forbedret ernæring, isolering og behandling af smittefarlige patienter samt vaccination. Ingen af disse tiltag ville have haft tilstrækkelig effekt alene.



Figur 4.12. Anmeldte tilfælde af tuberkulose 1956-2002.

Der er set den samme udvikling blandt inuit i Canada og Alaska (Bjerregaard og Young 1998). I Canada er myndighedernes hårdhændede adfærd over for befolkningen blevet stærkt kritiseret. Patienterne oplevede, at de med tvang blev sendt til behandling på hospitaler i det sydlige Canada, og at de, når de ofte flere år senere vendte hjem, havde svært ved at indgå i det samfund, de havde forladt. Der har ikke været en tilsvarende kritik af forholdene i Grønland, måske fordi staten satsede på at styrke mulighederne for behandling i Grønland, f.eks. ved opførelsen af Dronning Ingrid's Sanatorium i Nuuk i 1954. Mange vil også have gode minder om tuberkuloseskibet Misigssût, der hvert år fra 1955 til 1971 besøgte alle byer og bygder for at diagnosticere tuberkulose.

Tuberkulose er vanskelig at udrydde, fordi mange ældre mennesker er inficerede uden at være syge. Bakterierne kan gemme sig i årevis for derefter at blive reaktiverede, og sygdommen kan spredes især i områder med dårlig boligkvalitet og dårlige sanitære forhold. I 1990'erne blussede flere mindre epidemier op, især i bygderne i Nanortalik, Qaqortoq og Upernavik.

Hepatitis (leverbetændelse)

Leverbetændelse er en fælles betegnelse for flere sygdomme, der skyldes forskellige vira. Hepatitis A smitter via forurenede vand eller fødevarer, eller ved direkte kontakt med patienter. Det er en akut, men sjældent dødeligt forløbende sygdom, og der er sædvanligvis ikke komplikationer i form af kronisk sygdom. Sygdommen optræder fortrinsvis i fattige lande med mangelfulde sanitære forhold og dårlig vandforsyning. Den sidste epidemi af hepatitis A i Grønland fandt sted i 1970-74.

Hepatitis B smitter ved meget tæt fysisk kontakt: fra mor til barn under fødslen, ved seksuel kontakt eller ved direkte blodkontakt f.eks. ved blodtransfusion eller fælles brug af kanyler til injektion. Infektion med hepatitis B virus er meget udbredt i hele det arktiske område. En undersøgelse fra 1994 viste, at 42% af befolkningen havde været inficeret på et eller andet tidspunkt, og at 7% var kroniske bærere af virus (HBsAg positive) (Langer et al. 1997). Mange infektioner med hepatitis B virus er symptomfrie, og det forhold at der siden begyndelsen af 1990'erne kun er anmeldt 1-2 tilfælde om året betyder ikke nødvendigvis, at der ikke sker smitte.

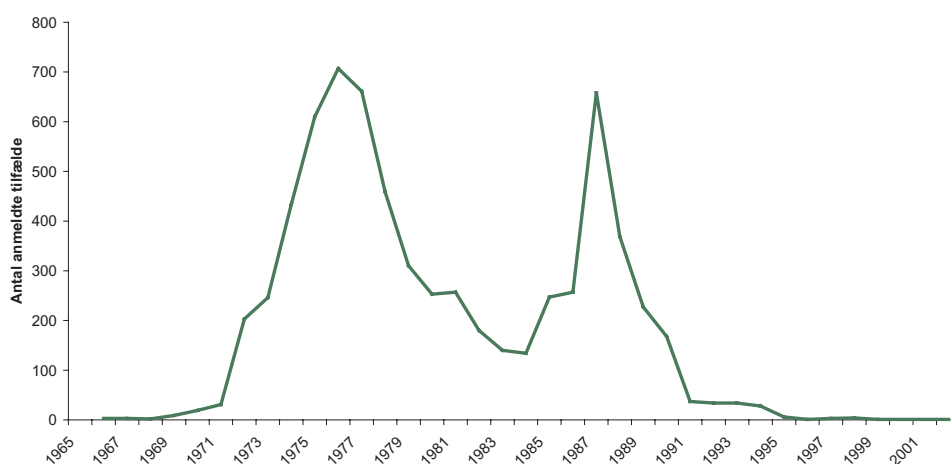
Hepatitis B kan blive kronisk og en del patienter kan være smitsomme i årevis. Der er alvorlige langtidskomplikationer i form af cirrhose (skrumpelever) og primær leverkræft, men forekomsten af disse komplikationer synes ikke at være høj i Grønland. Hepatitis kan forebygges med vaccination, der i en del lande – men ikke i Grønland - indgår i børnevaccinationsprogrammet.

Luftvejsinfektioner

Luftvejsinfektioner, herunder blandt andet forkølelse, influenza, halsbetændelse, akut og kronisk mellemløbetbetændelse og lungebetændelse, er årsag til stor sygelighed og – for lungebetændelses vedkommende – en vis dødelighed. I en undersøgelse af børn i alderen 0-2 år fra Sisimiut havde

børnene i gennemsnit knap ét tilfælde af luftvejsinfektion om måneden. Der var flere tilfælde blandt børn i daginstitution end blandt børn, der blev passet hjemme, flere fra hjem med rygere end fra hjem uden, og flere blandt børn, der sov i samme rum som andre familiemedlemmer, end blandt børn, der sov alene (Koch 1999).

I en undersøgelse fra Nuuk og Sisimiut havde halvdelen af 3-8 årige børn unormale forhold i mellemøret, f.eks. akut eller kronisk mellemørebetændelse, flydeøre, væske eller ar på trommehinden. Blandt skolebørn havde 43% høretab, hvilket oftest skyldes betændelse i mellemøret. Jo tidligere børnene havde haft deres første infektion, jo større var risikoen for kroniske følger (Homøe 2001). Tunghørhed er et alvorligt handicap i forbindelse med skolegang og uddannelse.



Figur 4.13. Anmeldte tilfælde af syfilis 1966-2002.

Kønssygdomme

Mange smitsomme sygdomme overføres ved tæt fysisk kontakt, men der er tradition for at kalde visse sygdomme, der overvejende smitter ved samleje, for kønssygdomme. Kønssygdommene er anmeldelsespligtige, og embedslægen fører statistik over deres forekomst. Forekomsten af gonoré har været jævnt faldende siden 1982 og ligger nu på under 1000 tilfælde om året. Også forekomsten af syfilis er nu meget lav i sammenligning med epi-

demierne i 1970erne og 80erne, ca. 1 tilfælde om året (figur 4.13). Klamydia blev anmeldelsespligtig i 1996, og der er siden anmeldt ca. 2000 tilfælde om året. Denne sygdom er ofte symptomløs, men den er ikke sjældent årsag til underlivsbetændelse og efterfølgende nedsat fertilitet eller sterilitet. Det er derfor væsentligt at nedbringe forekomsten af klamydia, der ligesom de øvrige kønssygdomme kan forebygges ved brug af kondom. Selvom forekomsten af både gonoré og syfilis er lav for tiden, er der god grund til at følge udviklingen. Gonoré forekommer stadig omkring 200 gange hyppigere end f.eks. i Danmark i forhold til befolkningens størrelse, og i 1960erne, lige før de store epidemier af syfilis, var der ligeså få tilfælde af syfilis som nu.

HIV/AIDS

Det første tilfælde af HIV/AIDS i Grønland blev registreret i 1985. Indtil 2003 har 131 personer fået påvist sygdommen, heraf 81 mænd og 50 kvinder. Gennemsnitsalderen er 45 år. Smittemåden er domineret af heteroseksuel kontakt, og de fleste er formentlig smittet i Grønland. Af de smittede har 46 udviklet AIDS og 42 er døde. Sygdommen er hovedsageligt begrænset til Nuuk og Sisimiut. Der er endnu ikke set en spredning til de yngre aldersgrupper, hvor antallet af andre smitsomme kønssygdomme er meget stort, men det er en mulighed, man må have øjnene åbne for. En sådan spredning kan i værste fald medføre en ukontrollabel epidemi.

Tandsundhed

Karies (huller i tænderne) er meget udbredt, idet 80-85% af befolkningen har et eller flere huller i tænderne eller har mistet tænderne (Kystledelsen 2004). Sukker er sammen med bakterier hovedårsagen til karies. Sukker findes i kosten i ren form eller skjult i fødemidler som slik, kager, kiks, wienerbrød, chokolade, syltetøj og ikke mindst i sodavand og saft. Det spiller en vigtig rolle for udviklingen af karies, hvor meget sukker man spiser, og hvor ofte. Der spises meget sukker i Grønland, og man spiser og drikker sukker fordelt over hele dagen, også i skolerne. Grundstoffet fluor reducerer forekomsten af karies, og i mange lande tilsættes fluor til tandpasta, salt eller drikkevand med henblik på at begrænse forekomsten af karies. Bortset fra fluortandpasta er dette (endnu) ikke indført i Grønland.

I en rapport om strategier for tandsundhed i Grønland anføres det, at ved at begrænse det samlede sukkerforbrug, kun at spise eller drikke sukker højst fire gange om dagen og helst i forbindelse med måltider, forbedret mundhygiejne (tandbørstning) og tilbud om fluor enten som tandpasta eller salt, vil forekomsten af karies kunne mindskes drastisk (Kystledelsen 2004).

Allergi

Allergiske sygdomme forekommer mindre hyppigt i Grønland end i Danmark, blandt andet fordi klimaet bevirker, at nogle af de mest udbredte allergener ikke findes eller kun findes i små mængder. Det gælder bl.a. støvmider, birkepollen, og allergener fra hund, kat og hest. Allergi er i hastig stigning i de fleste vestlige lande, og der er fremsat den hypotese, at det skyldes en ændret udsættelse for allergener på grund af en reduktion i forekomsten af infektioner blandt børn kombineret med ændrede kostvaner. Når allergi er medtaget i denne oversigt over folkesygdomme i Grønland skyldes det, at en ny undersøgelse har vist, at forekomsten af allergi, målt på blodprøver, er steget fra 10% til 19% fra 1987 til 1998 (Krause et al. 2002). Det er den største stigning, der er observeret nogetsteds og kan, hvis tendensen holder, betyde at allergi om få år bliver et almindeligt sundhedsproblem.

5. Livsstil og levevilkår

Kost

Kosten har i mere end 100 år været sammensat af *kalaalimernit* - de traditionelle grønlandske fødevarer, der fortrinsvis udgøres af havpattedyr, fisk og fugle – og af de importerede fødevarer, butikskosten. I ældre tid var *kalaalimernit* mere varieret end det ofte er tilfældet i dag. Det omfattede foruden kød, fisk og spæk også indvolde, tarmindehold, tang og andet. *Kalaalimernit* blev spist kogt, rå eller frosset og var langt overvejende animalsk. Den importerede kost er mere varieret og består foruden af kød fra husdyr af grøntsager, frugt, mælkeprodukter og sukker. Kødet er ofte stegt, og et måltid består typisk af både kød, kartofler og grøntsager, evt. med sovs. Om kosten er sund eller usund afgøres af råvarernes indhold af næringsstoffer, af tilberedningsmåden og af eventuelle mikroorganismer og forureningsstoffer i den færdige mad. Foruden den direkte sundhedsmæssige betydning har kosten også en symbolsk betydning. I det moderne Grønland giver *kalaalimernit* identitet som grønlænder (Roepstorff 1997).

Kosten skal indeholde en energimængde (kalorier, kilojoule), der er tilpasset det basale stofskifte og den fysiske aktivitet. Energien kommer fra protein, kulhydrater, fedt og alkohol, og kosten skal desuden indeholde tilstrækkelige mængder af en række vitaminer og mineraler samt kostfibre.

Undersøgelser af kosten blandt inuit viser, at indholdet af calcium (kalk) og A vitamin er lavt i en blandet kost med 20-30% energi fra fangst og resten fra importerede fødevarer. Indholdet af folinsyre og C vitamin er forholdsvis lavt, og fiberindholdet er lavt (Dewailly et al. 2000; Hansen 2000; Kuhnlein et al. 2000; Uhl 1955). Energibidraget fra protein og fedt er højt, mens energibidraget fra kulhydrater, bortset fra sukker, er lavere end anbefalet. Specielt bør det nævnes, at en del importerede fødevarer har lavt indhold af nødvendige næringsstoffer og højt indhold af mættet fedt og sukker (junk food). Disse hovedkonklusioner gælder også for kosten i Grønland.

Kalaalimernit er fedtrig, men det er ikke alt fedt, der er lige usundt. Fedt findes som mættet fedt, monoumættet fedt og flerumættet (polyumættet) fedt. En del langkædede, polyumættede fedtsyrer findes i en n-6 (n minus 6) variant og en n-3 variant; de sidstnævnte kaldes ofte for fiskeolier. Mættet fedt findes i kød fra husdyr og i mejeriprodukter; det øger risikoen for åreforkalkning og blodpropper. Monoumættet fedt findes i store mængder bl.a. i olivenolie, hellefisk, sælspek og hvalspek, og det modvirker ifølge nogle undersøgelser udviklingen af åreforkalkning (Hansen et al. 1994). Flerumættet fedt findes i planteolier (især n-6 varianterne) og fiskeolier (især n-3 varianterne), men visse planteolier (rapsolie, hørfrøolie) indeholder også n-3 varianterne. N-6 og n-3 fedtsyrerne har dybtgående, komplicerede og ofte modsatrettede virkninger på stofskiftet. Generelt er de flerumættede fedtsyrer gavnlige for hjertesundheden, men balancen mellem n-6 og n-3 fedtsyrer spiller en stor rolle, således at et højt relativt indhold af n-3 fedtsyrer i kosten fra fisk eller kosttilskud synes at være forbundet med lav hjertedødelighed (Dyerberg et al. 1975). De undersøgelser, der bekræfter dette, er imidlertid gennemført i befolkninger med et lavt forbrug af fisk og ofte blandt patienter med hjertesygdom (Albert et al. 2002; Burr et al. 1989; Gissi 1999; Marckmann og Grønbæk 1999), og der er ikke noget der tyder på, at virkningen af fiskeolierne bliver større og større, jo mere man indtager.

Alkohol er som næringsmiddel tomme kalorier, der øger risikoen for overvægt. Indtaget i moderate mængder har alkohol en gavnlig virkning på blodets fedtsammensætning (øger indholdet af det gode kolesterol (HDL-kolesterol), ligesom indtagelse af 1-2 genstande om dagen er forbundet med nedsat dødelighed (Thun et al. 1997).

Kosten skal indeholde de nødvendige næringsstoffer i passende mængder, men skal også være fri for mikroorganismer og giftige, forurenende stoffer. Nogle mikroorganismer findes i råvarerne, f.eks. trikiner i kød fra hvalrosser og isbjørne, og salmonella og campylobacter i æg og fjerkræ. Det er vigtigt at mindske forurening med mikroorganismer ved slagtning og udskæring af kød, i detailledet og ved tilberedningen i hjemmet. Salg på brættet er reguleret i lovgivningen, og ved at sørge for passende faciliteter ved de lokale brætter kan risikoen for mikrobiel forurening mindskes betydeligt. Der er dog ingen kontrol med hygiejnen, før fangsten når frem til brættet. Levned-

middelforgiftninger, der skyldes mikroorganismer, forekommer hyppigt, men det er kun et fåtal, der anmeldes til embedslægen. De omfatter alt lige fra banale, men ubehagelige tilfælde af maveforgiftning til potentielt dødelige tilfælde af botulisme. Botulisme ses jævnligt og skyldes hjemmefremstilling af visse specialiteter, f.eks. syltede sælluffer.

Kostens sammensætning har ændret sig radikalt fra en kost, der overvejende bestod af landets egne produkter, til en kost, der for de fleste mennesker overvejende består af fødevarer importeret fra hele verden i varierende, men ikke ubetydeligt omfang suppleret med lokalt fanget fisk samt kød og spæk fra havpattedyr og fugle. Der er imidlertid tale om en ændring, der er sket over lang tid. Allerede fra 1800-tallets begyndelse var importeret kost en del af den grønlandske hverdag (Marquardt 1997). Noget, der måske vil være overraskende for mange, er at den gennemsnitlige kost i Grønland allerede i 1931-33 for 62% vedkommende bestod af importerede fødevarer: brød og gryn, sukker, fedtstof og tørret frugt. Dette var en stigning på næsten fire gange fra 1901-03 (Bertelsen 1937). Ligesom i dag var der store regionale forskelle. Således viste en undersøgelse fra Ammassalik, at de importerede fødevarer så sent som i 1945 kun udgjorde 25% af den samlede energimængde; denne andel var steget til 80% i 1978 (Helms 1981).

Som en opfølgning på betænkningen fra Grønlandskommissionen af 1950 gennemførte den danske stat en undersøgelse af grønlandske levnedsmidler og kostforhold (Uhl 1955). Den grønlandske kost blev betegnet som enkel og ensartet:

»Morgenmåltidet består som regel af te eller kaffe med sukker, rugbrød eller franskbrød med margarine eller skibskiks.

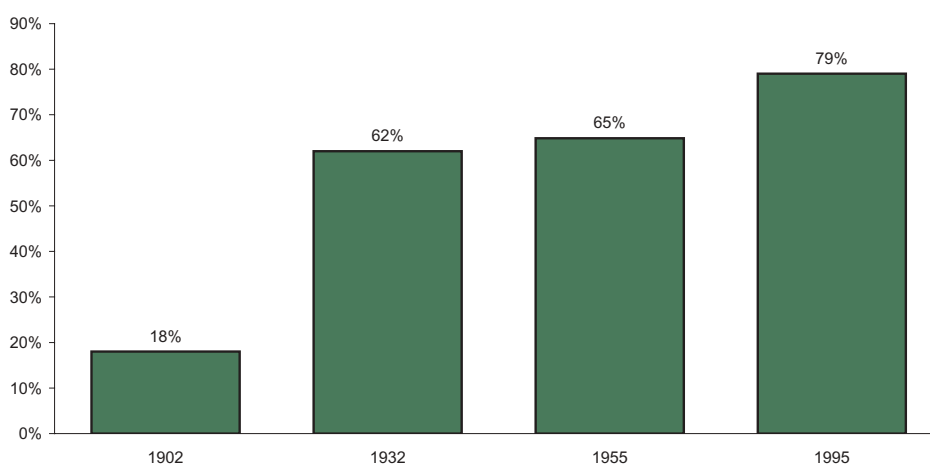
Til middag spises en ret varm mad, der hovedsagelig består af enten kogt fisk eller kogt kød.

Til aften spises igen kød eller fisk, alt efter husets beholdning heraf, eller man nøjes med te eller kaffe og brød.«

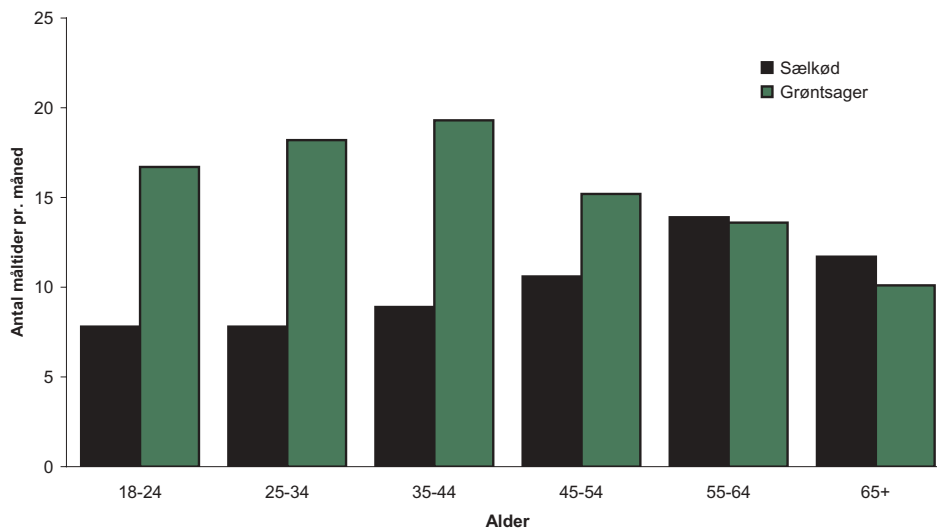
Undersøgelsen fra 1955 viste, at i bygderne stammede 50% af energimængden fra importerede fødevarer; i byerne 75-80%. Hovedkonklusion var, at kosten i bygderne var mere ernæringsrigtig end i byerne. Den samlede kost

havde et højt proteinindhold sammenlignet med lande i Nord- og Mellem-europa, men samme indhold af fedt og sukker. Indholdet af kalk var lavt og indholdet af C-vitamin langt under de anbefalede mængder. A- og D-vitaminer stammede fortrinsvis fra torskelever; befolkningen i bygderne og i nogle byer fik nok, mens der i andre byer var tale om mangel på disse vitaminer.

En kostundersøgelse fra to nordvestgrønlandske bygder fra 1991 viste, at importerede fødevarer bidrog med ca. 75% af energimængden (Pars 1992). De grønlandske fødevarer bidrog dog væsentligt til indtagelsen af protein, A og D vitamin, og B12 vitamin. I 1995-96 bidrog importeret kost med 81% af energimængden i byer og 70% i bygder i samme geografiske region (Pars 2000).



Figur 5.1. Procent af energiindtaget, der stammer fra importeret kost. 1902 og 1932: Hele Vestgrønland, beregnet på basis af import; 1955: Byer og bygder i Vestgrønland, baseret på husholdningsregnskaber; 1995: Byer og bygder i Diskobugtområdet, baseret på kost-interview.



Figur 5.2. Forbrug af sælkød og grøntsager (bortset fra kartofler) 1993-94.

Selvom de forskellige undersøgelser ikke er direkte sammenlignelige, så tegner de dog tilsammen et billede af en langsom udvikling væk fra den traditionelle kost, idet andelen af importeret kost steg fra ca. 18% i 1901-03 til 62% i 1931-33 (i gennemsnit for hele Grønland) og 79% i 1995-96 i Diskobugt området (figur 5.1). Hvis man antager, at man stort set bevarer sine spisevaner livet igennem, bekræftes denne udvikling af tal fra Sundhedsprofilen, der viser at forbruget af sælkød steg med alderen, mens det omvendte gjorde sig gældende for forbruget af grøntsager (figur 5.2).

En række fokusgruppeinterview i byer og bygder fra 1997-99 giver et bud på årsagerne til kostændringerne (Curtis et al. 2004). Mange ønsker den variation i kosten, som kombinationen af grønlandsk og dansk mad giver. Især i byerne er grønlandsk mad ikke så let at skaffe, hvis man ikke har fangere i familien. Det opleves som dyrt at købe det i butikken, hvor udvalget også ofte er sparsomt, og det er dyrere at spise grønlandsk mad end dansk, fordi der bruges forholdsvis mere kød til et traditionelt, grønlandsk måltid. Interviewpersonerne mente tillige, at det i en travl hverdag ikke altid er muligt at nå at købe ind på brættet, og det er også hurtigere »lige at smide et eller andet på stegepanden«, f.eks. en hakkebøf, end at koge grønlandsk kød. Det

må hertil bemærkes, at Forbrugerrådets sekretariat har sammenlignet priserne på kød i marts 2004 og fundet, at der generelt er et varieret udbud af grønlandske fødevarer i samme prisniveau som importerede produkter.

Undersøgelser fra både Grønland og Canada har vist, at dele af den traditionelle kost er vigtige for befolkningens forsyning med nogle vitaminer, mens andre vitaminer fortrinsvis stammer fra importerede fødevarer. I 2004 er der kun undtagelsesvis risiko for mangelsygdomme på grund af for lavt indhold af vitaminer og mineraler i kosten. I de mindre byer og i bygderne er udvalget af importerede fødevarer så begrænset, at den traditionelle kost får en vigtig ernæringsmæssig betydning (figur 5.3 og 5.4).

Den største risiko forbundet med kosten er et for stort energiindtag, der medfører overvægt og fedme, og som ofte skyldes stort indtag af sukkerholdige drikke og fedtrig mad. Det store forbrug af sukker, specielt som slik og sodavand, påvirker endvidere tandsundheden i negativ retning. Endelig er det uvist, hvorledes en fortsat reduktion i forbruget af traditionel kost kan påvirke folkesundheden, specielt med hensyn til udvikling af hjertekarsygdom og diabetes. Dette vil i høj grad være afhængigt af, hvilke fødevarer der erstatter den traditionelle kost. Beregninger foretaget af Forbrugerrådets sekretariat viser, at der importeres omtrent lige meget sukker som frugt og grønt – ca. 100 g pr. person pr. dag. Det er to til tre gange så meget sukker som anbefalet og en sjettedel af den anbefalede mængde frugt og grønt.

Hvis man fra myndighedernes side ønsker at påvirke befolkningens kostvaner, er det ikke nok at oplyse om sund kost. Det skal også gøres nemt og billigt for borgerne at vælge det sunde.

Fysisk aktivitet

Det er de seneste år blevet mere og mere klart, at et passende niveau af fysisk aktivitet virker forebyggende på en lang række sygdomme, blandt andet hjertekarsygdom, diabetes, fedme, visse former for kræft (tyktarm, bryst), muskel- og knoglelidelser, samt lungesygdomme. Samtidig ser man i hele den vestlige verden, herunder også Grønland, at arbejdslivet og dagligdagen bliver mere og mere stillesiddende, uden at dette opvejes af fysisk



Figur 5.3. Grøntsagsdisken i Nuuk, marts 2004.



Figur 5.4. Grøntsagsdisken i Qasigiannuit, februar 2003.

aktivitet i fritiden. Der er kun en enkelt undersøgelse af fysisk aktivitet i Grønland, idet spørgsmål om fysisk aktivitet på arbejdet og i fritiden indgik i Sundhedsprofilen. Denne undersøgelse konkluderede, at befolkningen i Grønland var væsentlig mere fysisk aktiv end befolkningen i Danmark, men også at 14% af mænd og 30% af kvinder ingen motion fik i deres fritid og at yngre var mere aktive end ældre. Der var ingen sociale forskelle. Børn i Grønland bruger ifølge en anden undersøgelse mere og mere tid foran computer eller fjernsyn (Schnohr et al. 2004).

Tobak

Rygning øger risikoen for en lang række sygdomme, herunder hjertesygdom, åreforkalkning, blodprop i hjernen, lungekræft og andre kræftformer, rygerlunger mv. Tal fra Danmark viser, at en femtedel af alle dødsfald skyldes rygning (Juel 2001). I Grønland, hvor flere ryger, og hvor dødeligheden af lungekræft er højere, er tallet sandsynligvis endnu større.

En lang række undersøgelser viser samstemmende, at forbruget af tobak er højt i Grønland. I 1993-94 var 80% af mænd og 75% af kvinderne rygere, og de sociale forskelle var små. I 1999-2001 var andelen af rygere faldet til ca. 70% for både mænd og kvinder, og der var nu tydelige sociale forskelle, især for mænd hvor kun 55% i den øverste socialgruppe røg. De ældste (60 år og derover) røg mindre end de yngre.

Rygerne begyndte i gennemsnit at ryge i 17 års alderen, men resultaterne fra Sundhedsprofilen tyder på, at rygestarten nu sker tidligere end før. De 18-24 årige deltagere i undersøgelsen oplyste, at de begyndte at ryge som 15 årige, de 25-34 årige da de var 16 år, de 35-59 årige da de var 18 år og de ældste da de var 21 år. Undersøgelser blandt skolebørn viser, at blandt de 15-17 årige røg næsten halvdelen dagligt; denne andel har holdt sig konstant siden 1994 (Schnohr et al. 2004). Tilsvarende konkluderes det i en anden landsdækkende undersøgelse af 14-17 årige skolebørn, at 49% røg mere end en cigaret om ugen. Piger røg mere end drenge, idet 63% af pigerne og 52% af drengene havde røget mindst en cigaret inden for de seneste 30 dage (Grønlands Statistik 2003b).

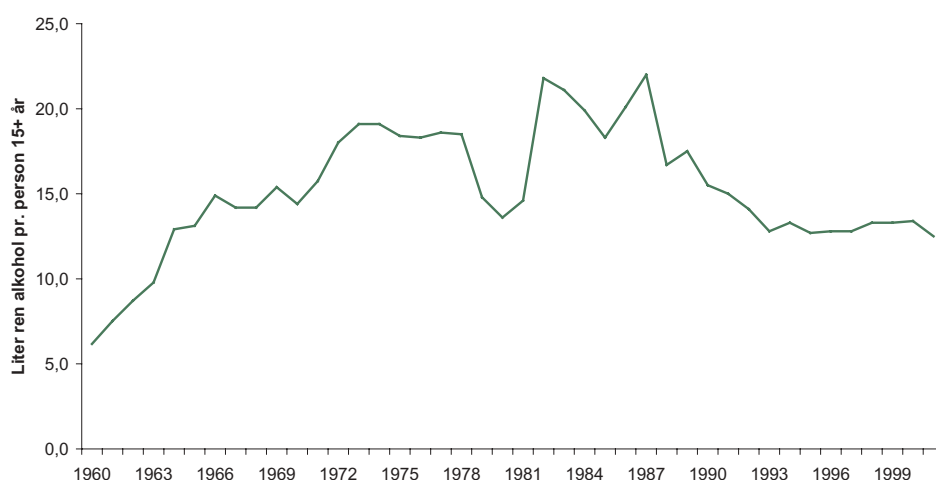
Tobak og især cigaretter er stærkt vanedannende, og det kan være særdeles vanskeligt eller umuligt at holde op med at ryge. Og dog lykkes det for mange, selvom der ofte skal adskillige forsøg til, før det lykkes. Rygevanerne etableres i den tidlige ungdom, og indsatsen kan med fordel koncentreres her og rettes mod at forhindre, at de unge overhovedet begynder at ryge. Hjemmestyrets politik på rygeområdet, der gør det vanskeligere at ryge på offentlige steder, spiller en stor rolle, idet den viser, at budskabet om, at rygning er sundhedsskadeligt, skal tages alvorligt.

Alkohol

Forbruget af alkohol har gennem de seneste 40 år vist nogle dramatiske svingninger. Fra et gennemsnitligt forbrug på 6 liter i 1960, beregnet som ren alkohol pr. indbygger over 14 år, steg forbruget støt til 19 liter i 1974 (figur 5.5). I perioden med rationering faldt forbruget, men steg igen efter ophævelsen af rationeringen til et maksimum på 22 liter i 1987. Herefter er forbruget faldet støt og har siden ligget på omkring 13 liter om året, hvilket nogenlunde svarer til forbruget i Danmark, men er langt over forbruget i de øvrige nordiske lande.

Det gennemsnitlige forbrug af alkohol giver imidlertid ikke en god beskrivelse af befolkningens alkoholvaner. I Grønland er forbruget mere end i mange andre lande præget af episodisk drikkeri, dvs. drukturer med dages eller ugers afholdenhed ind imellem. En sådan koncentration af alkoholforbruget har en helt anden betydning for helbredet end det samme gennemsnitlige forbrug jævnt fordelt over ugen og måneden. Der er først og fremmest tale om flere alkoholrelaterede ulykker og voldshandlinger, ligesom de sociale konsekvenser er større. Det er sandsynligt, at et jævnt, dagligt forbrug medfører større risiko for kronisk sygdom som f.eks. skrumpeliver. Samtidig har flere undersøgelser dog vist, at et mindre dagligt forbrug ikke blot ikke er skadeligt, men påvirker helbredet i positiv retning. For eksempel havde personer, der drak 1-2 genstande dagligt, lavere dødelighed end personer, der slet ikke drak, og end personer, der drak mere (Thun et al. 1997). Også drikkemønsteret har betydning for dødeligheden; ved det samme ugentlige forbrug har de, der drikker dagligt, lavere dødelighed end de, der kun drikker en gang om ugen eller sjældnere (Tolstrup et al. 2004). Dette har naturligvis

vakt en del opsigt, og resultaterne er forsøgt forklaret med, at ikke-drikkere måske er afholdende på grund af et dårligt helbred, eller at de mennesker, der drikker 1-2 genstande, generelt lever sundere, spiser mere frugt og grønt osv., men foreløbig ser teorien ud til at holde.



Figur 5.5. Import af alkohol omregnet til liter ren spiritus pr. person over 14 år.

Årsagerne til faldet i alkoholforbruget fra 1987 til i dag må søges forskellige steder. Dels har Landsstyret ved en bevidst prispolitik øget beskatningen på øl, vin og spiritus og ladet den være ligefrem proportional med indholdet af alkohol. Dels har en række offentlige personer stået frem med deres alkoholmisbrug og ladet sig behandle, hvilket har skabt en åbenhed og bevidsthed omkring alkoholmisbrug, der ikke kendtes tidligere. Endelig har der været tale om en mindsket pengerigelighed i samfundet, blandt andet på grund af stagnation i fiskeriet, og dermed færre penge til det luksusforbrug, som udgøres af alkohol.

På trods af faldet i det gennemsnitlige alkoholforbrug er der næppe nogen, der vil bestride, at alkohol er et stort sundhedsmæssigt og socialt problem i Grønland. En begrænsning af forbruget og en omlægning til et forbrugsmøn-

ster, der er mindre præget af episodisk indtagelse af meget store mængder alkohol, vil have en endog særdeles gavnlig virkning på mange menneskers livskvalitet og vil frigøre mange ressourcer i sundhedsvæsenet.

Hash og narkotika

Hash er et rusmiddel, hvis brug er udbredt i Grønland ofte som led i et blandingsemisbrug med alkohol. Skadevirkningerne på sundheden er psykiske. Da brug og besiddelse af hash er ulovligt, findes der ikke pålidelige statistikker for forbrugets størrelse. I Sundhedsprofilen oplyste 21% af deltagerne, at de havde røget hash flere gange i løbet af deres liv. Forbruget var mest udbredt blandt mænd og personer under 35 år. Den geografiske variation var udtalt: i det sydlige Vestgrønland havde ca. 45% røget hash flere gange, i byerne i Nordvestgrønland 31% og i resten af landet kun 8% (Bjerregaard, Curtis et al. 1995).

Ifølge en undersøgelse fra 2003 har 25% af unge på 14-17 år prøvet at ryge hash, og undersøgelsen fandt tilsvarende geografiske forskelle som beskrevet ovenfor. Næsten lige så mange har prøvet at sniffe gas, lim eller opløsningsmidler (Grønlands Statistik 2003b). Tilsvarende tal findes i en anden undersøgelse af skolebørn (Schnohr et al. 2004). De egentlige, hårde narkotika som heroin, kokain, amfetamin, ecstasy, LSD mv. har indtil nu været meget lidt udbredt i Grønland og beslaglægges stort set aldrig af politiet.

Indkomst, sociale forhold og boligforhold

Mangelfuld ernæring, dårlig adgang til rent drikkevand, ingen eller manglende uddannelse, dårlige boliger og andre forhold, der relaterer sig til fattigdom, påvirker sundhedstilstanden i negativ retning. I Grønland såvel som i andre lande med et højt velstandsniveau er der dog meget, der tyder på, at det snarere end absolut fattigdom er social ulighed, der er forbundet med øget sygelighed i de dårligst stillede befolkningsgrupper. Resultaterne fra mange undersøgelser kan tolkes således, at det ikke er den absolutte materielle standard, der er relateret til et dårligt helbred, men hvor man er placeret i samfundets sociale hierarki (Wilkinson 1999).

Også her i landet er der mærkbare sociale og økonomiske forskelle mellem befolkningsgrupper, og der er som beskrevet i kapitel 8 helbredsforskelle mellem socialgrupperne. Der er dog ingen undersøgelser, der er gået ud over en beskrivelse af forskellene og har forsøgt at analysere årsagssammenhænge i en grønlandsk kontekst.

Talrige undersøgelser har vist betydningen af boligforhold især for forekomsten af infektionssygdomme hos børn. Overbefolkede boliger giver større smitterisiko, ligesom passiv rygning, træk og kulde øger risikoen for luftvejsinfektioner. I de fleste tilfælde kan boligforhold ikke adskilles fra øvrige socioøkonomiske forhold, og det kan være svært at vise, hvad der specifikt skyldes boligens ringe kvalitet.

Sociale relationer

Studier har vist øget dødelighed og forhøjet sygelighed, navnlig hjertekarsygdom, blandt mennesker med få eller ikke-støttende relationer til andre mennesker. Sociale relationer er ofte blevet målt ved størrelsen af en persons sociale netværk (ægteskab, øvrige familie, venner og bekendte) og ved hvor ofte, man er i kontakt med disse personer. En del nyere studier har tillige fokuseret på kvalitative aspekter af de sociale relationer. Det vil sige, om man oplever, at der er nogen, der kan og vil yde praktisk og følelsesmæssig støtte, når man har brug for det, eller omvendt hvorvidt man oplever at netværket kræver for meget af en. Mekanismerne bag sammenhængen mellem sociale relationer og helbred er ikke fuldt kendte. Det er vist, at immunforsvaret påvirkes negativt ved belastende sociale relationer, mens mennesker med et godt netværk har et bedre immunforsvar, samt at mennesker med gode sociale relationer er bedre til at komme sig og har større overlevelse efter sygdom (Iversen et al. 2002). Der er stor forskel mellem aldersgrupper og mellem mænd og kvinder på betydningen af sociale relationer. Eksempelvis har parforhold i næsten alle undersøgelser vist sig at være et godt for mænds helbred, mens dette ikke altid synes at være tilfældet for kvinder.

Udover den beskrevne sammenhæng mellem et individs sociale relationer og helbred har sociale relationer desuden betydning i et samfundsmæssigt perspektiv, idet undersøgelser har vist en positiv helbredseffekt af at bo i

byer, hvor folk omgås hinanden, stoler på hinanden og deltager i foreningsliv og lignende (Kawachi et al. 1997).

Der er ingen tvivl om, at familiemønstre og sociale netværk i det hele taget ændres i disse år, blandt andet fordi stadig flere flytter til mindre husstande i byerne og måske i højere grad end tidligere knytter sig til venner og kollegaer foruden familien. Den grønlandske sundhedsprofil viste, at i alle aldersgrupper havde de, der ofte følte sig ensomme, et dårligere helbred end de, der ikke følte sig alene. Der eksisterer ikke yderligere viden om befolkningens oplevelse af deres sociale relationer eller om sammenhængen mellem sociale relationer og helbred.

Arbejdsløshed, arbejdsmiljø

Et dårligt arbejdsmiljø påvirker helbredet i negativ retning, både når det drejer sig om arbejdsulykker, og når der er tale om erhvervssygdomme efter langvarig udsættelse for farlige stoffer, tungt og ensidigt arbejde, eller et dårligt psykisk arbejdsmiljø. Dette er vist i talrige undersøgelser fra mange lande, men der foreligger ikke undersøgelser fra Grønland.

Såvel arbejdsulykker som erhvervssygdomme antages at være underrapporterede, da antallet af anmeldelser er meget beskedent set i forhold til, at arbejdsmiljøet er farligt og omfatter ca. 30.000 personer. De erhverv, som har den største beskæftigelse, er kendt for at være de erhverv, hvor der sker flest arbejds-skader: fiskeri og fangst, fiskeindustri samt bygge- og anlægssektoren. I perioden 1996-2001 blev der i alt anmeldt 965 arbejdsulykker, først og fremmest sårskader og forstuvninger. Der var 11 dødsfald. I perioden 1990-1999 blev der anmeldt 190 erhvervssygdomme, flest høreskader, sygdomme i bevægeapparatet og hudsygdomme. Kun ca. en fjerdedel af erhvervssygdommene er anmeldt af læger i Grønland; resten er anmeldt af læger i Danmark, hvis patienter tidligere har arbejdet her (Arbejdsgruppen under Det grønlandske Arbejdsmiljøråd 2003; Embedslægeinstitutionens Nyhedsbrev 2003).

Omfanget af førtidspensionering på grund af arbejdsulykker eller nedslidning på arbejdet kendes ikke. Den eneste undersøgelse af arbejdsstyrkens

sundhedsforhold er den grønlandske sundhedsprofil fra 1993-94. Af denne undersøgelse fremgår det, at 86% af arbejdsstyrken ofte i deres arbejde er udsat for mindst en af en række fysiske gener, herunder gentagne og ensidige bevægelser, løft af tunge byrder, støj, støv, kemiske stoffer eller arbejde i forvredne arbejdsstillinger. Det er i særlig grad fangere/fiskere, faglærte og ufaglærte arbejdere, der er udsat for disse gener. En fjerdedel mener, at tempoet på deres arbejdsplads er for højt, og en femtedel at de har meget lidt indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde. Kombinationen af højt arbejdstempo og manglende indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse er særlig sundhedsskadelig; 6% af de erhvervsaktive faldt i denne gruppe, der fortrinsvis bestod af ufaglærte og lavere funktionærer. Blandt mænd i denne gruppe havde 24% været udsat for en arbejdsulykke inden for det seneste år imod 5% af andre erhvervsaktive mænd (Bjerregaard, Curtis et al. 1995).

Hvis det antages, at Sundhedsprofilens tal for arbejdsulykker er korrekte, burde der anmeldes ca. 1500 ulykker om året til Arbejdstilsynet. Det faktiske tal var 161 i gennemsnit for årene 1996-2001 stigende til 244 i 2003, men det er stadig alt for få.

Undersøgelser fra mange lande viser, at personer uden for erhverv har 2-3 gange højere dødelighed end personer i erhverv. Dette skyldes dels, at et godt helbred er betingelsen for at få og beholde et arbejde, dels at det at miste sit job medfører en psykisk og social belastning, der påvirker helbredet i negativ retning. Der er ingen undersøgelse fra Grønland af arbejdsløses helbred.

6. Det omgivende miljø

Man forestiller sig som regel, at det omgivende miljø her i landet er rent og uspoleret. Det er dog i stigende grad en sandhed med modifikationer, og det er nødvendigt at se i øjnene, at det omgivende miljø også i Grønland kan påvirke menneskers helbred i negativ retning som følge af indholdet af toksiske (giftige) kemiske stoffer.

Forurening af den traditionelle kost fra havet

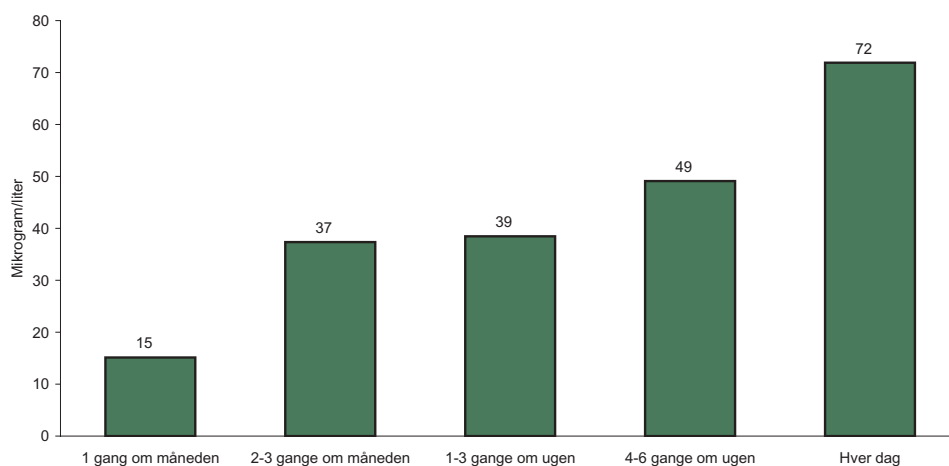
Lokalt fangede havpattedyr, fugle og fisk indeholder mange vigtige næringsstoffer, og at spise traditionel kost (*kalaalimernit*) er en vigtig del af den grønlandske identitet. Desværre har undersøgelser inden for de seneste år vist, at kød, spæk og indvolde af havpattedyr og fugle indeholder giftige tungmetaller (kviksølv, bly og kadmium) og persistente organiske forureningsstoffer (pesticider, PCB) i mængder, der frembyder en sundhedsrisiko især for det ufødte barn. De grønlandske fangst dyr er ikke mere forurenede end tilsvarende dyr andre steder i verden, men da de indgår med så stor en andel i den grønlandske kost, udsættes befolkningen for relativt store mængder af de nævnte toksiske stoffer. Forureningen stammer alt overvejende fra landbrug og industri i de tempererede og tropiske dele af verden og transporteres til Arktis med hav- og luftstrømme. Der er derfor etableret et internationalt samarbejde under Arktisk Råd – Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP) – der har til formål af følge forureningssituationen i miljøet og effekten på menneskers helbred (AMAP 2003).

De forurenende stoffer findes i små koncentrationer i vand og sedimenter og opkoncentreres i fødekæden. I de lange, marine fødekæder kan koncentrationen i sidste led blive høj, og især sæler, tandhvaler og fugle har høje koncentrationer af kviksølv (i kød og indvolde) og af persistente organiske forureningsstoffer (i spæk). Kadmium findes i høje koncentrationer i indvolde, men langt den største kilde til udsættelse for kadmium er cigaretter. Bly findes især i fugle, der er skudt med blyhagl; haglene fragmenterer ved anslaget, og mikroskopiske småpartikler optages i kødet.

Der er ikke nogen nedre grænse for stoffernes skadevirkninger, men det er ikke muligt i praksis fuldstændigt at undgå de forurenende stoffer. Anbefalingerne vedrørende forbrug af *kalaalimernit* skal derfor være mere differentierede end et enten-eller. Med den stigende forståelse af f.eks. kviksølvs giftighed må anbefalingerne være, at nogle befolkningsgrupper (gravide) bør stræbe efter at undgå de mest forurenede fødeemner, mens andre grupper ikke behøver at tage disse sundhedshensyn.

Kviksølv

Kviksølv stammer dels fra geologiske processer (afgasning fra jordens skorpe og geotermisk aktivitet), dels fra industriel udledning og afbrænding af kul. Kviksølv er særdeles toksisk i dets organiske form (metylkviksølv) og påvirker selv i små doser nervesystemet. Nyere undersøgelser bl.a. fra Færøerne tyder endvidere på, at kviksølv allerede i ganske små doser er skadelig for den neuropsykologiske udvikling hos fostre og småbørn.



Figur 6.1. Koncentration af kviksølv i blodet i relation til hvor ofte, man spiser sælkød. Justeret for forskelle i alder og køn mellem grupperne. Vestgrønland 1994.

Der ses ikke akutte forgiftningsskader i Arktis som følge af forbrug af traditionelle fødevarer, men de høje koncentrationer kan muligvis give langtidsskader. Figur 6.1 viser, hvorledes blodværdierne stiger med forbruget af sælkød. WHO's anbefaler et blodniveau på under 10-20 mikrogram/l, og i

befolkninger, der lever af vestlig kost, ligger kviksølvniveauet i blod på under 2 mikrogram/l.

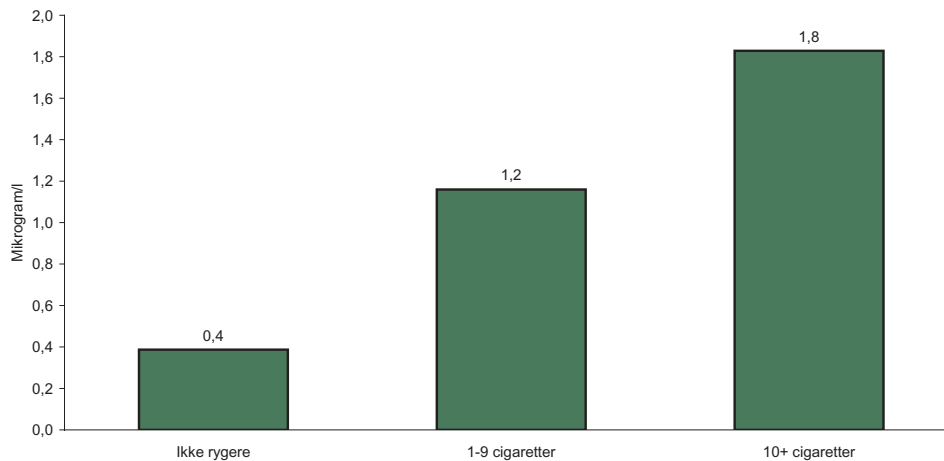
Tabel 6.1. Andel af befolkningen, der overskrider grænseværdierne for kviksølv i blodet. Vestgrønland 1993-2000.

Region og årstal	Antal	Befolknings- gruppe	Grænseværdier	
			WHO og Health Canada 20 µg/l %	US EPA 4,4 µg/l %
Vestgrønland 1993-95	375	Alle voksne	65,1	98,1
Vestgrønland 1993-95	121	Kvinder 18-45 år	47,1	95,0
Disko Bugt 1994-96	179	Gravide	26,8	93,9
Nuuk 1999-2000	34	Gravide	2,9	41,2

Nyere forskning har sæt tvivl, om de hidtidige grænseværdier for kviksølv er for høje. Tabel 6.1 viser, at en meget stor procentdel af befolkningen i Grønland overskrider WHO's grænse på 20 mikrogram/l og at næsten alle overskrider USA's miljøministeriums nye grænse på 4,4 mikrogram/l. Da forskerne især er bekymrede for eventuelle effekter på fostre, er der særlig fokus på niveauerne blandt kvinder i den fødedygtige alder. Undersøgelser fra Grønland viser, at kvinderne også overskrider grænseværdierne, men der var dog tale om betydeligt lavere niveauer for gravide i Nuuk i 1999-2000. Dette skyldes sandsynligvis en kombination af regional variation i forbrug af sælkød og en generel nedadgående tendens for forbruget.

Kadmium

Kadmium i miljøet stammer både fra naturlige processer (vulkansk aktivitet, nedbrydning af bjergarter) og menneskelig aktivitet (minedrift, fremstilling af zink, forbrænding af visse former for affald). Det koncentrerer bl.a. i muslinger og i pattedyrs lever og nyrer, men i Grønland stammer det meste kadmium fra cigaretter (figur 6.2). Kronisk forgiftning med kadmium giver skader på nyrer, lunger og knogler, men først ved højere koncentrationer.

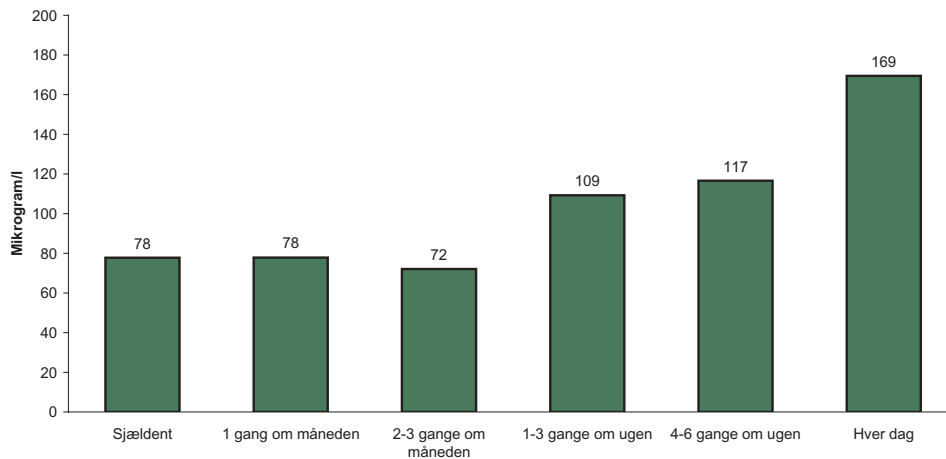


Figur 6.2. Koncentration af kadmium i blodet i relation til rygevaner. Justeret for forskelle i alder og køn mellem grupperne. Vestgrønland 1994.

Bly

Bly i miljøet stammer overvejende fra menneskelig aktivitet, og blyforgiftning har været kendt siden middelalderen blandt andet på grund af brug af vandrør og køkkengrej af bly. Blyholdig maling, bilbatterier, industrivirksomhed og tilsætning til benzin har alle været ansvarlige for blybelastning af mennesker, men disse anvendelsesområder er nu reguleret i den vestlige verden. I Grønland og arktisk Canada stammer hovedparten af blyeksponeringen nu fra kosten, specielt ved brug af blyhagl. Figur 6.3 viser, at blyindholdet i blodet er dobbelt så højt blandt mennesker, der spiser fuglevildt dagligt, sammenlignet med dem, der kun spiser fugle en gang imellem (Bjerregaard, Johansen et al. 2004).

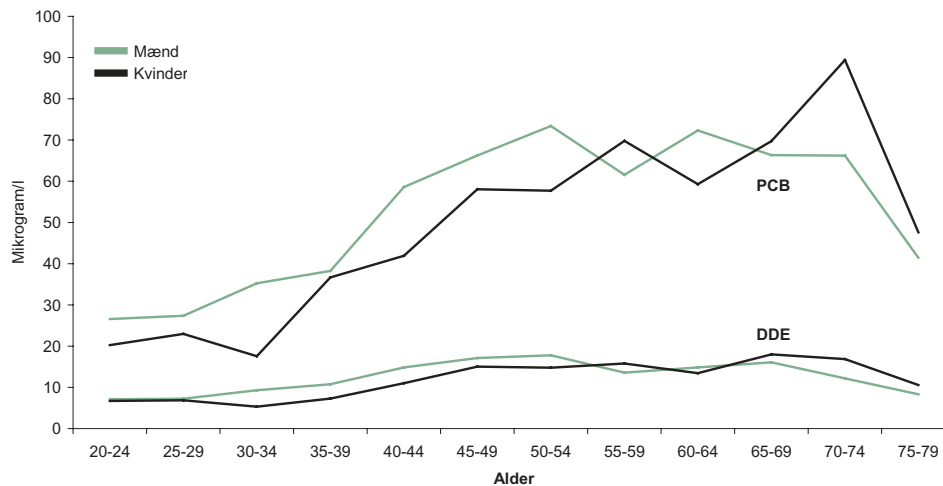
Bly har selv i små doser en toksisk effekt på nervesystemet, specielt hos fostre og mindre børn. Højere doser kan give sygdom i blodet og symptomer fra mavetarm kanalen.



Figur 6.3. Koncentration af bly i blodet i relation til hvor ofte, man spiser fuglevildt. Justeret for forskelle i alder og køn mellem grupperne. Vestgrønland 1994.

Persistente organiske forureningsstoffer

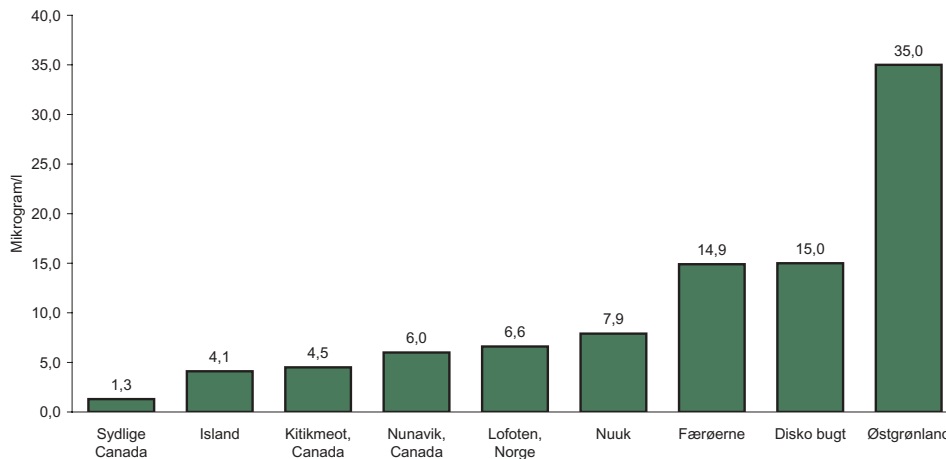
De persistente organiske forureningsstoffer, forkortet POP'er, udgøres af et stort antal fedtopløselige stoffer, der benyttes i forskellige industrielle processer, og af pesticider og omdannelsesprodukter af pesticider. De stoffer, der især tiltrækker sig opmærksomhed, er polyklorerede bifenyler (PCB), af hvilke der findes talrige kemiske forbindelser med hver sin forekomst og toksicitet, klorerede pesticider som f.eks. DDT og omdannelsesproduktet DDE, lindan, hexaklorobenzon (HCB), Mirex og Toxafen, bromerede flammehæmmere, polyklorerede paraffiner og flere andre stoffer. Som et illustrerende eksempel kan nævnes, at Toxafen er en blanding af flere hundrede stoffer; det blev brugt i store mængder (1,3 millioner tons indtil 1993) til at kontrollere skadedyr i bomuldsafgrøder, korn, frugt og grøntsager; Toxafen er nu forbudt i de fleste lande, men der kan stadig findes toxafener i blodet hos grønlandere (AMAP 2003; Bjerregaard, Dewailly et al. 2001). POP'erne er i varierende grad akut toksiske, kræftfremkaldende, og skadelige for det hormonale system og nervesystemet. Nogle af stofferne mistænkes for at skade fostres og børns neuropsykologiske udvikling og for at nedsættes menneskers fertilitet. Der pågår for tiden (2004) undersøgelser i Grønland med det formål at vurdere disse skadevirkninger.



Figur 6.4. Koncentration af PCB (Aroclor 1260) og DDE i blodet i relation til alder.

Fordi de er fedtopløselige, udskilles POP'erne kun vanskeligt fra kroppen, og koncentrationerne i blod og fedtvæv stiger derfor med alderen (figur 6.4). Stort set de eneste måder, kroppen kan skille sig af med POP'er på, er ved graviditet, hvor en del af moderens POP'er overføres til fosteret, og ved amning, idet POP'er udskilles i mælken. Dette er sammen med kvindernes mindre forbrug af marin kost årsagerne til de lavere koncentrationer hos kvinder end hos mænd.

I sammenligning med andre befolkninger, herunder også inuit i Canada, er blodniveauerne af POP'erne høje i Grønland, især i Østgrønland (figur 6.5). Dette skyldes først og fremmest, at forbruget af sæl og hvalkød er større i Grønland, men der er også en vis variation i koncentrationen af POP'er i fangstdyrene. Med den aktuelle nedadgående tendens i forbruget af *kalaalimernit*, må det antages, at blodniveauerne af både kviksølv og POP'er over en årrække vil falde. For POP'ernes vedkommende vil det dog tage mange år.



Figur 6.5. Koncentration af PCB (Aroclor 1260) i blodet hos gravide, 1994-2000.

Vandkvalitet, affaldshåndtering og fødevarerikkerhed

Der er her i landet de fleste steder en rigelig forsyning med rent drikkevand, men der er som regel tale om overfladevand, der er sårbart for forurening. Det er derfor nødvendigt at opretholde en streng disciplin ved fremledning af vandet til vandværk og forbruger. Drikkevand, der er forurenede med ekskretter fra mennesker eller dyr har igennem årene forårsaget epidemier af bl.a. smitsom leverbetændelse, dysenteri og mere banale mavetarm infektioner, men dette forekommer ikke mere i Grønland.

Ansvar for drikkevand, vandafledning og renovation ligger hos kommunerne med Direktoratet for Miljø og Natur som øverste myndighed. Lokal forurening fra miljøfarligt affald er et problem især i bygderne. I en rapport om affaldsforbrænding konkluderes det, at den målte udledning for flere stoffers vedkommende overskrider de danske og europæiske grænseværdier, og nogle af måleværdierne blev karakteriseret som foruroligende høje (Zielke et al. 2002). Udledningen af f.eks. dioxiner var større, jo mindre forbrændingsanlæg, der var tale om. Således var udledningen pr. m³ røggas 0,42 ng i Nuuk og 68 ng i bygderne sammenlignet med en grænseværdi på 0,1 ng/m³.

Det vides ikke, hvor stor en del af befolkningens udsættelse for tungmetaller og persistente organiske forureningsstoffer, der stammer fra lokale kilder.

Fødevarernes kvalitet kontrolleres for så vidt angår forurening med mikroorganismer af den ledende dyrlæge. Importerede og lokalt forarbejdede fødevarer kontrolleres på fremstillingsvirksomhederne, men kontrollen med fangst og fiskeri til lokalt salg på brættet er vanskeligere at håndhæve.

Indeklima

I indeklimaet er det særligt udsættelse for tobaksrøg og naturligt forekommende radon fra undergrunden, der kan give alvorlige helbredsskader, herunder lungekræft. Radon er en radioaktiv luftart, der henfalder under udsendelse af alfa-partikler. I en mindre undersøgelse er der påvist højt indhold af radon i boliger i Narsaq og Qaqortoq; ASIAQ er ved at gennemføre en større undersøgelse af boliger i Narsaq, Qaqortoq og Nuuk. Passiv rygning er et mere udbredt problem; udsættelse for tobaksrøg øger modtageligheden for luftvejsinfektioner og allergi, og kan give lungekræft. Tobaksrøg, radon, fugt mv. fjernes effektivt fra indeluften ved passende udluftning.

7. Særlige grupper

Der er mange grupper i befolkningen, der kan betegnes som særligt sårbare, enten på grund af alder (børn, unge, ældre), særlige biologiske omstændigheder (gravide), sygdom (psykisk syge, misbrugere, handicappede, førtidspensionister) eller sociale vilkår (arbejdsløse, personer med særlig risikofyldt arbejde, personer uden uddannelse, fattige). For mange af de udsatte grupper i Grønland eksisterer der kun sparsomme oplysninger. I dette kapitel behandles derfor kun nogle få, udvalgte befolkningsgrupper: gravide, børn og unge samt ældre.

Gravide

Graviditet og barselsperiode har altid været betragtet som en sundhedsmæssigt kritisk fase. Tidligere var mødredødeligheden betragtelig – i perioden 1901-1930 døde således 204 kvinder i barselsseng, svarende til 1,3% af de fødende - men i vore dage er mødredødeligheden negligabel, og sundhedsvæsenets forebyggende indsats er først og fremmest rettet mod det ufødte og nyfødte barn.

Den omfattende forebyggende indsats overfor gravide har i vid udstrækning betydet, at komplikationer som f.eks. svangerskabsforgiftning, vitaminmangel og forkert fosterstilling opdages og behandles i tide. Som for alle forebyggende foranstaltninger er det dog en udfordring at nå også de mest ressourcetsvage grupper i befolkningen.

Specielt tidligt i svangerskabet er fosteret modtageligt for påvirkninger fra infektioner, alkohol, tobak, medicin og kemiske stoffer. Der er ikke gennemført mange undersøgelser heraf i Grønland, men der er ikke nogen grund til at tro, at forholdene adskiller sig fra resten af verden. Noget tyder på, at de marine n-3 fedtsyrer forlænger graviditeten og dermed øger fødselsvægten (Olsen 1993). I en undersøgelse fra Grønland fandtes ingen negativ effekt af udsættelse for kviksølv fra sælkød, men børn af rygere vejede i gennemsnit

315 g mindre end børn af ikke-rygere (Bjerregaard og Hansen 1996), hvilket er i overensstemmelse med undersøgelser fra andre lande.

Føtalt alkohol syndrom er en medfødt lidelse hos børn, hvis mødre har drukket meget under graviditeten. Bortset fra denne alvorlige lidelse er alkohol selv i mindre doser under mistanke for at kunne give misdannelser. En del gravide i Grønland drikker alkohol – og ryger – og der er derfor risiko for fosterskader af disse årsager. Der er ikke publiceret tilfælde af føtalt alkohol syndrom fra Grønland, men dette udelukker ikke, at de eksisterer. På trods af den nærliggende risiko fra alkohol og tobak har den videnskabelige interesse fortrinsvis samlet sig om fosterets udsættelse for tungmetaller og organiske forureningsstoffer fra den traditionelle kost af havpattedyr som beskrevet i kapitel 6.

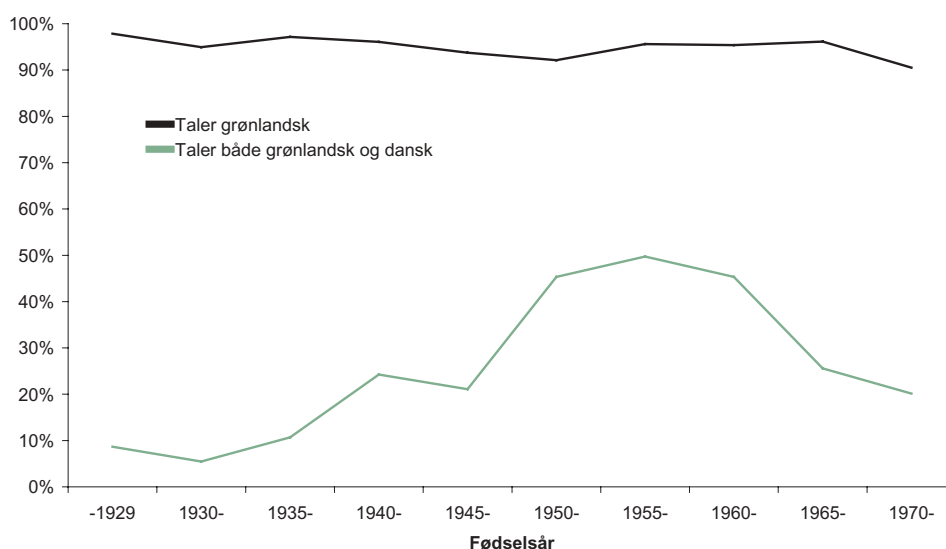
Børn og unge

Næst efter graviditeten er barne- og ungdomsårene den mest sårbare periode i livet, og også her har der i mange år eksisteret en omfattende forebyggende indsats i form af børneundersøgelser, vaccination, skolesundhedstjeneste og socialt samarbejde. Selvom der således tages hånd om mange problemer, er opvækstvilkårene for mange børn dog langt fra ideelle. Omsorgssvigt i forbindelse med forældrenes alkoholmisbrug ses ikke helt sjældent. Det er i barndommen og ungdommen, at voksenalderens sundhedsvaner etableres, f.eks. med hensyn til alkohol, tobak, kost og fysisk aktivitet, og det er derfor her at en målrettet indsats for gode vaner må forventes at have størst effekt. Ungdommen er også en tid, hvor omgivelser og kammerater har stor indflydelse.

Børns opvækstvilkår i relation til sundhed er blandt andet belyst i to undersøgelser af skolebørn (Grønlands Statistik 2003b; Schnohr et al. 2004), ved en longitudinel undersøgelse af småbørn i Sisimiut (Koch 1999), ved at spørge voksne i to befolkningsundersøgelser om deres opvækst (Bjerregaard, Curtis et al. 1995, 2003), og ved at spørge mødre til børn under 12 år om børnenes helbred (Curtis et al. 1997).

Opvækstvilkår

Børns opvækstvilkår har ændret sig radikalt i løbet af de seneste par generationer. Blandt personer født i 1920'erne voksede 80% op i en fangerfamilie i en bygd, en andel der i 1980 var faldet til 20%, og som er endnu lavere i dag (Curtis et al. 1997). Også familieformerne har ændret sig, men kun i mindre omfang. Andelen af personer med mere end 8 års skolegang er steget jævnt fra 10% blandt de ældste til 95% blandt de yngste, og også andelen, der har gennemgået en erhvervsuddannelse er steget – mest udtalt for kvinder.

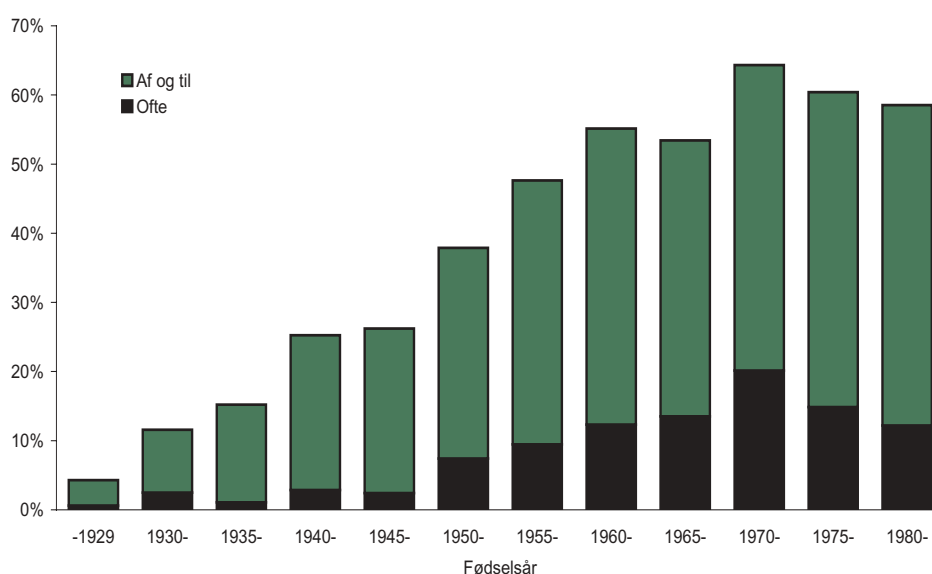


Figur 7.1. Egen vurdering af talefærdighed i grønlandsk og dansk. Deltagere i Sundhedsprofilen 1993-94, der betegner sig som grønlændere.

I de to befolkningsundersøgelser angiver 95% af dem, der betegner sig som grønlændere, at tale grønlandsk uden besvær (figur 7.1). Der er altså ikke noget, der tyder på, at grønlandsk er ved at tabe terræn som modersmål, som det er ved at ske for inupiaq/inuktitut i Alaska og Canada. Gode dansk-kundskaber er dog en forudsætning for at gennemføre de fleste videregående uddannelser, og dobbeltsprogethed er en vigtig arbejdsmæssig og social kompetence i det grønlandske samfund. Andelen af personer, der kan

klare sig på begge sprog, steg jævnt indtil begyndelsen af 1950'erne, men er faldet siden 1960-64 generationen (figur 7.1).

Alkohol og alkoholrelaterede problemer har været et tiltagende problem i løbet af det 20. århundrede. Deltagerne i de to befolkningsundersøgelser blev spurgt om de havde oplevet alkoholproblemer i deres barndomshjem; det havde 5% af dem, der var født før 1930 imod 60% af dem, der var født efter 1970 (figur 7.2).



Figur 7.2. Alkoholproblemer i barndomshjemmet. Data fra to befolkningsundersøgelser 1993-94 og 1999-2001.

Der har de seneste ti år været tiltagende åbenhed omkring seksuelle overgreb mod børn, men den faktiske viden om problemets størrelse er begrænset. I Sundhedsprofilen blev deltagerne spurgt om vold og seksuelle overgreb; 3% af mændene og 7% af kvinderne oplyste, at de havde været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. For kvinderne steg forekomsten med årene, idet 2% blandt de ældste og 12% blandt de 18-24 årige oplyste at have været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Det er umuligt at vide, om stigningen er reel, eller om den skyldes, at de yngre generationer

er mere åbne om overgrebene. Der er for øjeblikket (2004) en undersøgelse i gang om skoleelevers trivsel med særlig henblik på seksuelle overgreb.

HBSC (Health Behaviour in School Children) undersøgelsen har været gennemført i tre omgange i Grønland fra 1994 til 2002 såvel som i en lang række andre lande. En ny rapport om de 11-17 åriges trivsel og helbred handler om familie og venner, trivsel i skolen, helbred og sundhedsadfærd (Schnohr et al. 2004). Godt 60% af børnene boede i 2002 sammen med to forældre/ stedforældre, hvilket er en svag stigning i forhold til 1994. Et stort flertal af de unge synes, at de har et godt liv, og der var en klar sammenhæng mellem at have et godt liv, et godt skoleliv og at være tilfreds med sig selv. Skoletilfredsheden faldt fra 1994 til 2002, måske fordi mobning forekom tiltagende hyppigt; 15% oplyste, at de blev mobbet hver uge.

Forbruget af frugt er faldende, men forbruget af grøntsager er stigende blandt de unge. Omkring 26% spiste frugt hver dag og 30% spiste grøntsager, men 36% spiste slik, og 45% drak sodavand hver dag. Næsten to tredjedele så fjernsyn mere end to timer om dagen, ligesom flere og flere brugte tid foran computeren dagligt. Det er på denne baggrund ikke overraskende, at lige knap 20% var overvægtige; der var dog kun nogle få procent svært overvægtige. Den seksuelle debut skete som regel i 14-15 års alderen; kondom var den foretrukne prævention, men prævention startedes først en tid efter seksuel debut, og kondom blev ikke benyttet konsekvent. Resultaterne for tobak, alkohol, hash og snifning ligner resultaterne fra den nedenfor beskrevne rusmiddelundersøgelse.

Ligesom det er tilfældet blandt voksne (kapitel 8), var der også sociale forskelle i helbred blandt skolebørn. Eleverne blev inddelt i tre grupper efter et »velstandsindex«; eleverne i den højeste velstandskategori havde bedre selv vurderet helbred end de øvrige, drak mindre ofte alkohol, blev sjældnere mobbet, var sjældnere overvægtige og følte oftere, at de havde et godt liv.

Rusmiddelundersøgelsen blandt unge (Grønlands Statistik 2003b) viste blandt andet, at 40% af de unge mellem 14 og 17 år var rygere, flere piger end drenge. En fjerdedel havde aldrig drukket alkohol, men 37% havde drukket 10 gange eller mere; 15% havde været fulde, før de fyldte 13 år. En

fjerdedel havde prøvet hash, og de fleste startede i 14-15 års alderen. Lidt færre havde prøvet at sniffe.

Luftvejsinfektioner er meget hyppige hos børn i Grønland sammenlignet med børn i andre lande. Infektionerne optræder med øget hyppighed hos børn i daginstitution, børn fra hjem, hvor der ryges, og børn der sover i samme værelse som søskende eller forældre (Koch 1999). Som beskrevet i kapitel 4, er akutte øresygdomme og kroniske følgetilstande også udbredte blandt børn.

Opvækstvilkår, personlighedsforstyrrelser og selvmordsadfærd

En undersøgelse af opvækstvilkårenes betydning for senere psykisk lidelse viste, at omsorgssvigt, uharmoniske forhold og vold var relateret til senere optrædende personlighedsforstyrrelser (Lynge 1995). I psykiatrisk forstand er personlighedsforstyrrelser forholdsvis permanente forstyrrelser i adfærd, karakteriseret ved en generel mangel på hæmninger og ved umodenhed og impulsive handlinger, som de fleste mennesker som regel er i stand til at kontrollere. Undersøgelsen viste, at disse patienter ofte kommer i kontakt med sundhedsvæsenet som følge af sociale problemer, misbrug af alkohol eller alvorlige kriminelle handlinger. Der var ingen forskel på forekomsten af personlighedsforstyrrelser mellem personer, der voksede op med en eller begge forældre og heller ikke mellem opvækst i by og bygd.

Et af de store sundhedsproblemer blandt unge er den store forekomst af selvmord jf. kapitel 4. I befolkningsundersøgelserne er der spurgt om selvmordstanker og selvmordsforsøg, og det er derfor muligt at sammenholde opvækstforhold med selvmordsadfærd. Deltagerne i Sundhedsprofilen blev inddelt i fire opvækstgrupper efter oplysninger om bopæl i barndommen, sprogkundskaber, og forældrenes erhverv og fødested. De fire grupper var deltagere med en traditionel grønlandsk opvækst, en mellemgruppe, en gruppe med en moderne grønlandsk opvækst, og en (lille) gruppe med en danskpræget opvækst. Tendenserne var klare og statistisk sikre: jo mere »moderne« opvækst, jo mindre forekomst af langvarig sygdom og jo bedre selv vurderet helbred – men jo større forekomst af selvmordstanker (Curtis et al. 1997).

Alkoholproblemer i barndomshjemmet og udsættelse for seksuelle overgreb er tæt forbundet med forekomsten af alvorlige selvmordstanker for både mænd og kvinder (tabel 7.1), hvorimod socioøkonomiske forhold som bopæl og forældrenes erhverv ikke spiller nogen rolle. Kombinationen af alkoholproblemer og seksuelle overgreb giver som forventet en særlig stor forekomst af selvmordstanker; 80% af de deltagere, der ofte havde oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet og som tillige havde været udsat for seksuelle overgreb, gav udtryk for at have haft alvorlige selvmordstanker.

Tabel 7.1. Opvækstforhold og selvmordstanker. Grønland 1993-1994. Procent der på et eller andet tidspunkt har haft alvorlige selvmordstanker. Justeret for alder.

	Mænd %	Kvinder %
Alkoholproblemer i barndomshjem		
Ingen	10,1	13,3
Af og til	16,4	20,8
Ofte	33,4	49,2
	P=0,001	P<0,001
Udsat for seksuelle overgreb i barndommen		
Nej	12,4	17,0
Ja	37,7	51,0
	P=0,002	P<0,001

Opvækstvilkår og eget misbrug

I Sundhedsprofilen var der en statistisk sammenhæng mellem alkoholproblemer i barndomshjemmet og eget brug af hash for både mænd og kvinder. For eget alkoholmisbrug sås ingen sammenhæng. Det må dog understreges, at egentlige misbrugere af forskellige årsager ofte ikke deltager i interviewundersøgelser. Det er derfor sandsynligt, at undersøgelsen ikke er repræsentativ på dette område.

Ældre

De to ovenfor nævnte befolkningsundersøgelser i 1993-1994 (Sundhedsprofilen) og 1999-2001 (Befolkningsundersøgelsen) omfattede personer over 18 år og altså også en del ældre. Nogle resultater findes kun i én af de to undersøgelser, mens andre kan sammenlignes. Gruppen »ældre« er her oftest defineret som personer på 60 år og derover, fordi dette i 1993 var aldersgrænsen for folkepension. De 60+ årige er selvfølgelig en meget uensartet gruppe – en stor del af de yngre i gruppen vil fortsat være i arbejde og i fuld funktion, mens de ældste i tiltagende grad er plaget af sygdom og nedsat funktionsevne.

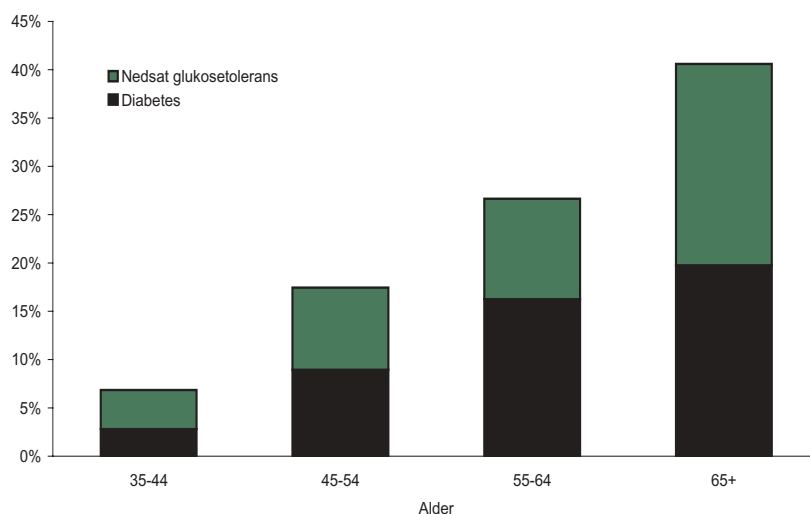
Resultater fra Sundhedsprofilen

Sundhedsprofilen har nogle resultater om deltagernes funktionsevne i det daglige, idet der er spurgt om syn, hørelse og tyggefunktion. 10% af mænd over 60 år og 25% af kvinder havde besvær med at læse en almindelig avistekst – hvorfor der er denne forskel mellem mænd og kvinder ved vi ikke. 15% af mænd og 23% af kvinder havde besvær med at høre en samtale mellem tre eller flere personer – men mens 18% af mænd over 60 år brugte høreapparat gjaldt det kun for 6% af kvinderne. Er kvinderne tilbageholdende med at bruge høreapparat, eller er der forskel på høreskaderne for mænd og kvinder? Endelig havde omkring 40% af både mænd og kvinder besvær med at tygge hårde madvarer, og 31% af mænd og 55% af kvinder brugte tandprotese. Igen en interessant kønsforskel, som ikke umiddelbart kan forklares. Alle tre typer funktionsnedsættelse er som forventet langt mere almindelig blandt ældre end blandt yngre.

Godt halvdelen af deltagerne havde haft en eller anden kontakt med sundhedsvæsenet i løbet af en tre måneders periode forud for undersøgelsen – kvinder oftere end mænd – men overraskende nok var der ikke nogen særlig udtalt aldersforskel. Derimod var der flere ældre end yngre, der brugte tolk, når de gik til læge, ca. 80% i byerne og næsten alle i bygderne. Når det tages i betragtning, at de ældres sygdomsbillede ofte er mere komplekst, er der her en stor udfordring for sundhedsvæsenet.

Resultater fra Befolkningsundersøgelsen

Befolkningsundersøgelsen afslørede en relativt høj forekomst af diabetes i Grønland mens forekomsten af forhøjet blodtryk var lidt lavere end i Danmark. Begge sygdomme stiger stærkt med alderen, begge er symptomløse i de tidlige stadier, begge øger risikoen for alvorlig hjertekarsygdom, og for begges vedkommende kan tidlig opsporing og behandling reducere de alvorlige følgetilstande væsentligt.



Figur 7.3. Diabetes og nedsat glukosetolerans (IGT) 1999-2001.

Diabetes (type 2 diabetes, gammelmandssukkersyge) forekommer oftere i Grønland end i Danmark (figur 4.9). Figur 7.3 viser, hvorledes forekomsten af både diabetes og forstadiet til diabetes (nedsat glukosetolerans, IGT) stiger med alderen. Blandt personer på 65 år og derover har 43% af mænd og 49% af kvinder enten diabetes eller nedsat glukosetolerans, men under halvdelen af dem, der har diabetes, er klar over det. Diabetes er en forholdsvis ny sygdom i Grønland og det er endnu uvist om befolkningen er specielt genetisk sårbar for denne sygdom, som det er tilfældet for visse grupper af indianere og befolkningen på nogle af øerne i Stillehavet. Forhøjet blodtryk er en anden meget almindelig tilstand blandt ældre. Et blodtryk på over 140/90 eller

erkendt og behandlet blodtryksforhøjelse fandtes hos 9% af de 18-34 årige men hos 59% af deltagere på 65 år og derover.

Sammenligninger mellem Sundhedsprofilen og Befolkningsundersøgelsen

Sammenligningerne bygger på 168 personer fra Sundhedsprofilen og 180 fra Befolkningsundersøgelsen, og er på grund af de små tal behæftet med nogen usikkerhed. Ved begge undersøgelser steg andelen med dårligt selv-vurderet helbred stærkt med alderen. Psykisk helbred blev målt ved hjælp af General Health Questionnaire (se kapitel 4). En tredjedel af de ældre kunne rubriceres som psykisk sårbare, lige mange mænd og kvinder og lige mange i de to undersøgelser. Der var lidt færre sårbare blandt de ældre end blandt de unge (18-34 årige).

En meget stor del af de ældre var generet af gigtsmerter i arme og ben og andelen var stigende fra den første til den anden undersøgelse. I Sundhedsprofilen klagede ca. halvdelen af de ældre over gigtsmerter i de forudgående 14 dage, og i Befolkningsundersøgelsen var dette steget til tre fjerdedele; det var dog kun dem, der kun havde været lidt generet, der blev flere af; andelen af deltagere, der havde været meget generet, var den samme i de to undersøgelser. Også klager over nervøsitet steg, fra 11% til 23%, og klager over nedtrykthed, fra 23% til 37%. Det er ikke muligt at afgøre, om denne stigning i forekomsten af symptomer blandt de ældre skyldes, at tærsklen for at føle og rapportere ubehag er faldende, eller om der virkelig er sket en markant udvikling i negativ retning.

Derimod synes der ikke at være nogen forskel mellem de to undersøgelser for tilstedeværelse af en egentlig langvarig sygdom. Det oplyste 57% at have i Sundhedsprofilen og 59% i Befolkningsundersøgelsen. Det lyder naturligvis voldsomt, at over halvdelen af de ældre har en langvarig lidelse, men dette omfatter også en række mindre alvorlige tilstande. Som forventet steg andelen med en langvarig lidelse med alderen, fra omkring 20% blandt de 18-24 årige til næsten 60% blandt de 55 årige og ældre; efter 55 år var der ikke yderligere stigning.

I Befolkningsundersøgelsen blev deltagerne målt og vejjet, mens de i Sundhedsprofilen blev udspurgt om deres højde og vægt, og kun en mindre del blev vejjet og målt. En kontrol viste, at der var en vis tendens til at overvurdere sin højde og undervurdere sin vægt. Begge undersøgelser viste en stigende forekomst af fedme med alderen indtil et maksimum i 60-års alderen for mænd og 50-års alderen for kvinder. For mænd var 18% af de ældre kraftigt overvægtige (Body Mass Index 30+) både i 1993/94 og 1999/2001, mens andelen af kraftigt overvægtige ældre blandt kvinder steg fra 9% til 32%! Selvom der har været en tendens til undervurdering af vægten ved den første undersøgelse, er der alligevel tale om en særdeles markant stigning, som i øvrigt bekræftes af tallene for dem, der blev målt og vejjet i begge undersøgelser.

Der er færre rygere blandt de ældre, 61% imod 76% blandt yngre (18-59 årige), og kun halvt så mange storrygere (11% imod 21%). Det er interessant at bemærke, at andelen af rygere blandt de ældre er aftaget markant fra den første undersøgelses 69% til den andens 53%; denne reduktion er større end for de yngre. En del af forklaringen kan være, at de ældre rygere først nu indhentes af deres dårlige vane og af helbredshensyn tvinges til at lægge cigaretterne på hylden.

De ældres kostvaner har ændret sig, ligesom det er tilfældet for hele befolkningen. Hvor de ældre f.eks. i 1993/94 oplyste at spise i gennemsnit 12 måltider med sælkød om måneden, var dette faldet til 9 måltider om måneden i 1999/2001. For importerede fødevarer som grøntsager og frisk frugt var der ingen ændring.

»At være gammel i Qasigiannuit«

Der er gennemført en mindre spørgeskemaundersøgelse for at afdække de ældres behov i Qasigiannuit. Fra rapporten med titlen »At være gammel i Qasigiannuit« (Laursen et al. 2003) citeres:

»At være gammel er ikke det samme som at have en bestemt kronologisk alder, men der bliver selvfølgelig flere og flere med alderen, der føler sig gamle. Som nævnt i indledningen, er der i denne undersøgelse både 60-årige, der af og til føler sig gamle,

og 85-årige, der ikke føler sig gamle. Men i gennemsnit føler 25% af de 60-69 årige sig gamle, 41% af de 70-79 årige og 63% af dem, der er over 80 år.

..... de ældre i Qasigiannuguit var på det overordnede plan gennemgående tilfredse med tilværelsen. Problemerne tegnede sig mere på det detaljerede plan. Under de åbne interview kom det f.eks. frem, at briller er for dyre. Flere fortalte, at de ikke havde råd til nye briller, når de gamle var ridsede, styrken ikke passede, eller stellet var gået i stykker. Mange havde gigtsmerter i muskler og led og efterlyste en fysioterapeut. Flere brugte naturmedicin, da de ikke følte, at sundhedsvæsenet kunne hjælpe dem. Et par stykker klagede over, at de var blevet så glemsomme, at de ikke fik betalt regningerne til tiden – med det resultat at der blev lukket for el og telefon, og de ikke fik brændselsolie. Det var ikke let at få hjælp fra familien, og der var derfor et ønske om hjælp fra kommunen til at håndtere sådanne problemer. Flere der havde hjemmehjælp var utilfredse hermed, da hjemmehjælperne angiveligt manglede forståelse for deres arbejde på grund af manglende erfaring med omsorg for ældre.«

Konklusion

Den ældre, grønlandske befolkning er som forventet mere plaget af en række gener end de yngre, og klagerne synes for en dels vedkommende at være tiltaget gennem 1990'erne. Dårligt helbred er sandsynligvis en naturlig ledsager til høj alder, hvilket dog ikke bør være en sovepude for sundheds- og socialvæsenet, men en udfordring. De ældre har en stor byrde af kronisk sygdom at bære på, men det er i mange tilfælde sygdomme som kan behandles, hvorved de ældres dagligdag kan forbedres og alvorlige komplikationer undgås. Hverken Sundhedsprofilen eller Befolkningsundersøgelsen har haft fokus på ældres forhold, og der mangler derfor viden om de ældres funktionsevne i det daglige.

8. Ulighed i sundhed

Sociale forskelle i helbred kendes fra alle dele af verden, og der er en stor mængde litteratur om forskelle på alt lige fra børnedødelighed, cancer og hjertekarsygdom til selvvurderet helbred, mestringsevne, kost og rygning. Der er som regel tale om gradienter over hele det sociale spektrum, hvilket betyder, at det ikke blot er de fattigste, der har dårligt helbred og de rigeste, der har godt helbred, men at helbredet bliver bedre for hvert lille trin opad på den sociale stige.

Det grønlandske samfund har tidligere været opfattet som forholdsvist egalitært, og det var i fangersamfundet vanskeligt at akkumulere værdier. Alligevel var der stor forskel på den driftige storfanger og hans familie og den fattige enke med syv børn. At koloniens (danske) embedsmænd i hvert fald i egne øjne tilhørte samfundets absolutte top fremgår tydeligt af skildringer af de udsendtes dagligliv i det 19. og 20. århundrede. Også de ved handelen fastansatte grønlændere havde i større omfang end fangerne status, indflydelse og del i pengeøkonomien. Det høres ofte, at der er en øget polarisering på vej i samfundet. Analyser af indkomstfordelingen fra 1979 til 1993 viser, at der i denne periode er sket en vis udjævning af indkomsterne, men at indkomstfordelingen i hele perioden var betydeligt skævere end i de nordiske lande (Larsen 2003). De to ekstremer er meget synlige: på den ene side en elite med politisk og økonomisk magt og på den anden side en gruppe af mennesker, der i værste fald hverken har bolig eller arbejde, og som sidder fast i misbrug af alkohol og hash. Imellem disse to yderpunkter findes alle de almindelige, som regel velfungerende mennesker, hvis helbred alligevel påvirkes af deres forskellige placering i det sociale hierarki.

Socioøkonomiske forskelle: Uddannelse, erhverv og indkomst

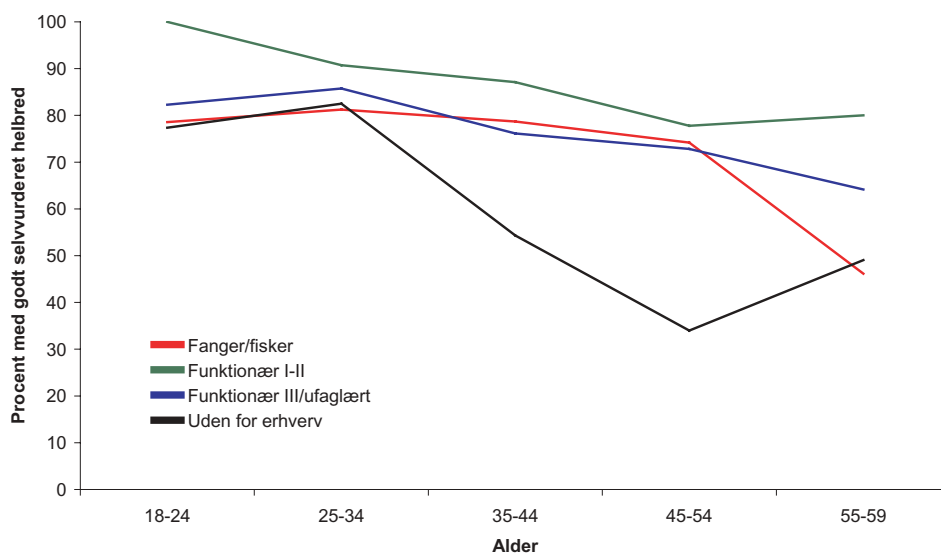
Man kan definere sociale grupper på flere måder. I Danmark har Socialforskningsinstituttets inddeling baseret på uddannelse og erhverv været brugt i medicinsk og epidemiologisk forskning i mange år. Samme inddeling har

været forsøgt brugt i Grønland dog med tilføjelse af fangere/fiskere som en ekstra gruppe. Brugen af inddelingen har ikke været uden komplikationer i praksis, for hvor skal fangere/fiskere placeres i en hierarkisk klassificering med højere funktionærer og tjenestemænd i toppen og ufaglærte arbejdere i bunden? Endvidere er der mange nye stillingsbetegnelser, der er svære at placere i kategorierne uden et nærmere kendskab til stillingens indhold. Endelig er det ofte sådan, at ufaglærte mænd og kvinder, på trods af en formodning om at de har samme sociale status, havner i forskellige grupper: ufaglærte kvinder i gruppen lavere funktionærer/tjenestemænd og ufaglærte mænd i gruppen ufaglærte arbejdere.

Alternativt har uddannelse været brugt som mål for social gruppe i Grønland, men denne variabel er stærkt afhængig af alder: de ældre har i gennemsnit en dårligere uddannelse end de yngre, og de har også dårligere helbred, så er det alderen eller lav socialgruppe, der er årsag til det dårlige helbred? Som mål for sociale forskelle har Statens Institut for Folkesundheds interviewundersøgelser med noget held prøvet at bruge »ejerskab af visse forbrugsgoder« (fastnettelefon, køleskab, mikrobølgeovn, bil) og boligforhold. Endelig er der konstrueret en social variabel baseret på opvækststed, bopæl og sprogbrug. Man kunne overveje at bruge indkomst som mål, enten selvoplyst eller koblet fra Grønlands Statistiks registre, men det har endnu ikke været forsøgt.

I rapportererne fra Sundhedsprofilen er der præsenteret analyser af sociale forskelle for en række helbredsforhold. Socialgrupperne blev defineret traditionelt ud fra erhverv med fangere/fiskere som en særskilt gruppe, og analyserne blev kun gennemført for personer i erhvervsaktiv alder (18-59 år). Selvvurderet helbred, psykisk sygdom og (for kvinder) forekomsten af langvarig sygdom viste en social gradient med bedst helbred blandt højere funktionærer og dårligst blandt ufaglærte og personer uden for erhverv. Fangere/fiskere rapporterede oftere end andre erhvervsgrupper gigtsygdomme. Endelig var der en tendens til at storforbrug af alkohol var mere almindeligt i de højere (mere velhavende) socialgrupper, mens rusdrikkeri vendte den tunge ende nedad. Uanset hvilket mål, der blev brugt for social gruppe, og for stort set alle helbredsmål, viste analyserne en social gradient. Som eksempel vises selvvurderet helbred i fire erhvervsgrupper (figur

8.1). Funktionærer i gruppe I-II havde hele livet igennem et bedre selv-vurderet helbred end de andre grupper. Indtil 54 års alderen havde lavere funktionærer (funktionærgruppe III), ufaglærte og fangere/fiskere stort set ens helbred, men de ældre fangere/fiskere havde lige så dårligt helbred som personer uden for erhverv, hvis kurve lå markant lavere allerede fra 35 års alderen; dette skyldes blandt andet at denne gruppe omfatter en del, der er uden for erhverv på grund af dårligt helbred.



Figur 8.1. Sociale forskelle i selv vurderet helbred. 1854 mænd og kvinder fra Sundhedsprofilen og Befolkningsundersøgelsen.

Med udgangspunkt i Sundhedsprofilen fra 1993 og Befolkningsundersøgelsen fra 1999 kan ændringer i de sociale mønstre analyseres. Dette er gjort for overvægt og rygning. Med erhvervsgrupper som social kategori var der ingen social variation i forekomsten af overvægt i nogen af de to undersøgelser. Andelen af overvægtige kvinder steg markant fra den første undersøgelse til den anden, men vægtøgningen var ens i alle sociale grupper.

I 1993/94 var rygning ligeledes udbredt i alle sociale grupper, men i den senere undersøgelse var der sociale forskelle især for mændenes vedkommende. Her viste det sig, at andelen af rygere var aftaget betydeligt i den

højeste socialgruppe, der sandsynligvis er mest lydhør over for sundhedsbudskaber, og som har det overskud, der skal til for at ændre sine vaner. Forhåbentlig smitter den højeste socialgruppes ændrede rygevaner af på resten af befolkningen. En ganske tilsvarende tendens ses i Danmark og andre lande.

Geografiske forskelle: Byer, bygder og regioner

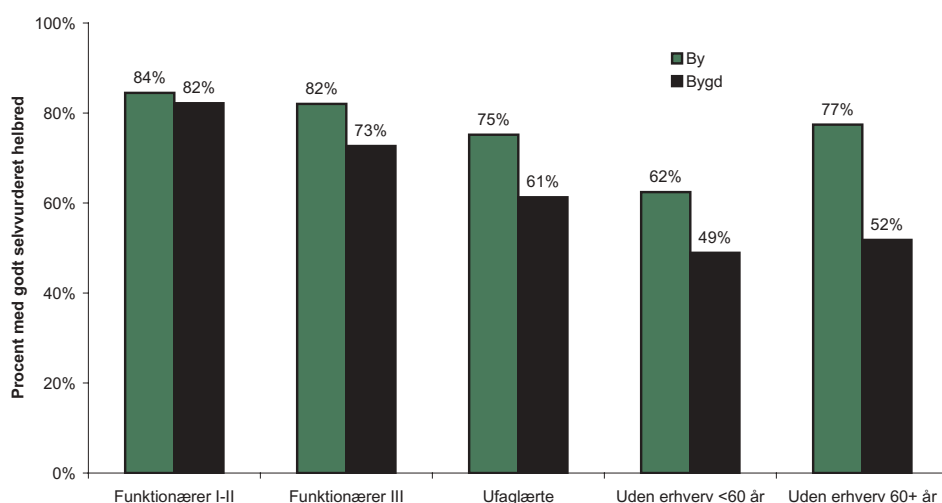
Sociale forhold varierer på bostedsniveau, sådan at forstå at de gennemsnitlige niveauer for f.eks. indtægt, uddannelse og boligtaethed er større nogle steder end andre. Dette er med til at forklare nogle af de regionale forskelle i helbred og forskellene mellem byer og bygder, men der er selvfølgelig også andre forskelle mellem byer og bygder: adgang til sundhedsvæsenet, arbejdsløshed, kost og meget andet. Sundhedsprofilen viste, at der i begyndelsen af 1990'erne var store forskelle også bygderne imellem. Med hensyn til helbred og sundhedsvæsenet lignede bygderne i Syd- og Midtgrønland mere byerne, end de lignede bygderne i Nord- og Østgrønland. Bygdebefolkningen levede mere traditionelt end bybefolkningen, men f.eks. med hensyn til forbrug af alkohol og tobak var der ingen forskel.

En del sygdomme blev rapporteret oftere i bygder end i byer, og bygdebefolkningen havde dårligere selvvalueret helbred end befolkningen i byerne. Efter justering for alder og køn vurderede 32% af befolkningen i bygderne deres helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt imod 20% i byerne, og flere havde en langvarig sygdom (48% mod 36%). Der var lige mange i bygder og byer, der havde været syge eller haft gener de seneste 14 dage forud for undersøgelsen. Der er altså ikke noget, der understøtter den udbredte antagelse, at livet i bygderne er særlig sundt.

Det kan være vanskeligt at adskille effekten på helbredet af forskelle i socioøkonomiske forhold, opvækst, uddannelse og kulturel baggrund. For eksempel er der flere mennesker i bygderne end i byerne, der er vokset op i fangersamfund, hverdagslivet er påvirket af fangerlivsformen, familierne er større, og kosten består overvejende af traditionel, grønlandsk mad. Desuden er adgangen til sundhedsvæsenet betydeligt vanskeligere. Alle disse

forhold påvirker helbredet, og det er vanskeligt at analysere sig frem til, hvad der er hovedårsagen.

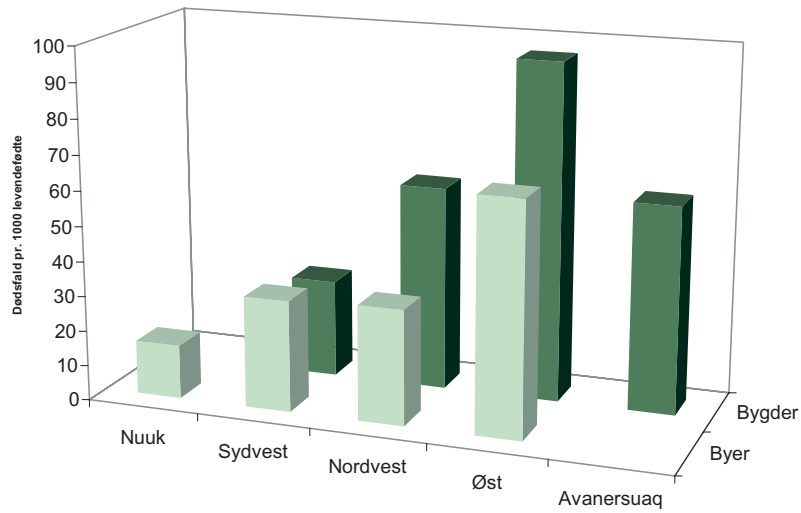
Når erhvervssammensætningen inddrages i analyserne, er der for mænd ingen forskel mellem selvvurderet helbred i byer og bygder. Hele forskellen kan altså forklares ved forskelle i erhverv. For kvinder derimod var der i alle erhvervsgrupper dårligere selvvurderet helbred i bygderne end i byerne, mest udtalt blandt de ældre og blandt personer med lav social status (figur 8.2).



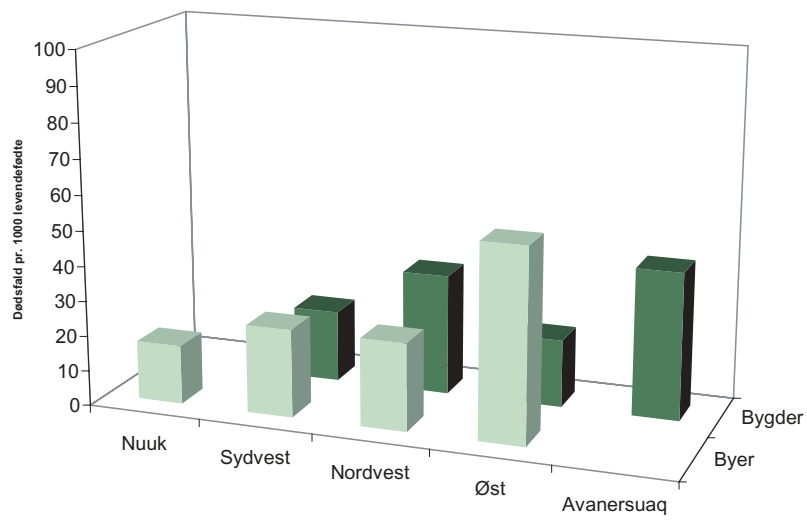
Figur 8.2. Selvvurderet helbred i by og bygd efter erhverv. 1291 kvinder fra Sundhedsprofilen og Befolkningsundersøgelsen. Aldersjusteret.

Også for skolebørn var der udtalte forskelle mellem by og bygd (Personlig meddelelse, Schnohr 2004). I en undersøgelse fra 2002 blev der foretaget sammenligninger mellem Nuuk og bygderne. Der var ingen forskel på selvvurderet helbred, men sundhedsvanerne var gennemgående dårlige i bygderne end i Nuuk. I Nuuk spiste 34% af børnene slik dagligt – i bygderne 44%; i Nuuk drak 32% sodavand dagligt imod 46% i bygderne, henholdsvis 35% og 28% spiste frugt hver dag, og 19% og 32% var overvægtige.

Spædbarns- og børnedødeligheden viste i slutningen af 1980'erne en markant regional ulighed med højere dødelighed jo længere man bevægede sig fra »centrum« i Nuuk; dette mønster genfandt i 1990'erne, men knap så udtalt (figur 8.3 og 8.4) (Bjerregaard, Misfeldt et al. 1994; Aaen-Larsen og Bjerregaard 2002). Andre analyser har vist geografiske forskelle – der kan tolkes som et udtryk for underliggende sociale forskelle - for infektionssygdomme, selvmord, ulykker og »undgåelige dødsfald«. Dødeligheden af infektionssygdomme og ulykker var højere i Østgrønland og i bygderne i Nordvestgrønland end i resten af landet (Bjerregaard 1990b; Bjerregaard og Juel 1990). Den geografiske variation af selvmord blev beskrevet i kapitel 4. Alt i alt findes de mest markante forskelle mellem Øst- og Vestgrønland og mellem bygderne i Nordvestgrønland og resten af Vestgrønland. I Østgrønland var den samlede dødelighed dobbelt så høj som i resten af landet, og specielt var dødeligheden af infektionssygdomme, ulykker, selvmord, drab og alkoholrelaterede sygdomme og ulykker højere end i resten af landet. I bygderne i Nordvestgrønland var dødeligheden af infektionssygdomme og ulykker højere end i resten af Vestgrønland, mens selvmord og drab forekom med betydeligt mindre hyppighed. Tabel 8.1 opsummerer nogle af forskellene mellem helbred, levevilkår og livsstil mellem befolkningen i byer og bygder.



Figur 8.3. Regional variation i spædbarnsdødelighed 1987-1991.



Figur 8.4. Regional variation i spædbarnsdødelighed 1992-1999.

Tabel 8.1 Helbred, levevilkår og livsstil i byer og bygder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94 og andre kilder. Kun personer, der identificerer sig selv som grønlændere.

Bopæl i byer	Bopæl i bygder
20% synes eget helbred er dårligt	32% synes eget helbred er dårligt
29% er funktionsbegrænset	40% er funktionsbegrænset
36% har langvarig sygdom	48% har langvarig sygdom
22% overvægtige skolebørn	32% overvægtige skolebørn
Spædbarnsdødelighed 16 pr. 1000	Spædbarnsdødelighed 21 pr. 1000
Lav dødelighed af ulykker	Høj dødelighed af ulykker
Høj dødelighed af selvmord	Lav dødelighed af selvmord
17% af erhvervsaktive mænd er fangere/ fiskere	44% af erhvervsaktive mænd er fangere/ fiskere
13% bor 2 eller flere personer pr. rum	39% bor 2 eller flere personer pr. rum
10% bor i udvidede familier	24% bor i udvidede familier
Kort til læge og sygehus	Langt til læge og sygehus
27% er vokset op i en bygd	86% er vokset op i en bygd
4% spiser sælkød hver dag	28% spiser sælkød hver dag
43% har en erhvervsuddannelse	21% har en erhvervsuddannelse
68% taler dansk	26% taler dansk
56% berørt af alkoholproblemer	54% berørt af alkoholproblemer
80% er rygere	80% er rygere

Etniske forskelle: Grønlændere og danskere

Etnicitet, at føle tilhørsforhold til en større gruppe med fælles sprog og normer, har gennem kulturelt bestemt adfærd stor betydning både for forekomst af sygdom og for menneskers reaktion på sygdom og symptomer. Ofte vil der desuden være et vist sammenfald mellem etniske og genetiske skillelinjer, og studier af sygdomsforekomst hos forskellige befolkningsgrup-

per, herunder studier af immigranter, har en vigtig plads i epidemiologien ved undersøgelser af, i hvilket omfang en given sygdom skyldes genetiske forhold og i hvilket omfang, den skyldes levevis.

Der er to større etniske grupper i Grønland: grønlændere og danskere. Der er ikke nogen klar skillelinie mellem de to grupper. Grupperne adskiller sig først og fremmest ved deres sprog og kulturelle karakteristika, men der er også genetiske forskelle. Dog er især befolkningen på vestkysten genetisk heterogen med en betydelig indblanding af europæiske gener. Allerede i 1860 blev omkring halvdelen af befolkningen registreret som »Blandinger«, det vil sige grønlændere, der havde en eller flere europæere blandt deres nære eller mere fjerne forfædre (Marquardt 2000). Harvald (1989) anslog at omkring 33% af den vestgrønlandske genpulje var af europæisk oprindelse. Nye undersøgelser viser, at 58% af Y-kromosomerne i Vestgrønland stammer fra europæiske forfædre, mens mitokondrie DNA, der udelukkende nedarves fra kvinder, i alle tilfælde var af eskimoisk oprindelse (Bosch et al. 2003; Saillard et al. 2000). På den anden side oplyste kun 14% af deltagerne i Sundhedsprofilen, at en eller flere af deres bedsteforældre var europæere.

I sundhedsvidenskabelig forskning har man, hvor man overhovedet har forsøgt at skelne mellem de to befolkningsgrupper, i vid udstrækning været henvist til at benytte fødested som erstatning for etnicitet, således at personer født i Grønland er klassificeret som grønlændere, og personer født uden for Grønland er klassificeret som danskere. I nogle undersøgelser har man yderligere inddraget forældrenes fødested i definitionen af etnicitet. Dette er naturligvis en meget grov tilnærmelse til et etnicitetsbegreb, men er den eneste mulighed i praksis, når det gælder registerundersøgelser.

I Sundhedsprofilen er selvidentifikation anvendt til etnisk klassificering, så vidt vides for første gang i grønlandsmedicinsk forskning. På spørgsmålet »Vil du betegne dig selv som grønlænder eller dansker?« betegnede 86% sig som grønlændere, 8% som danskere og 4% som både grønlænder og dansker. Kun fem personer svarede »ved ikke«, og kun 19 af de i alt 1728 deltagere svarede slet ikke på spørgsmålet. Det tyder på, at langt hovedparten af befolkningen entydigt kan identificere sig selv som enten grønlænder eller dansker. Der er desuden stillet spørgsmål om fødested og forældres fødested

for tilnærmet at belyse de genetiske aspekter af grønlandskhed, om sprog, opvækst og omgangskreds for at belyse de sociale og sproglige aspekter, og endelig om fangst og kostvaner for at belyse nogle adfærdsmæssige aspekter i relation til den traditionelle erhvervskultur. I senere undersøgelser er der spurgt om bedsteforældrenes etnicitet (Bjerregaard, Curtis et al. 2003).

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

Etnicitet og sundhedsadfærd

Kostvaner, kostpræferencer og holdning til traditionel, grønlandsk kost varierede mellem befolkningsgrupperne (tabel 8.2). Grønlændere fra bygger spiste sæl og hval næsten ti gange så ofte som danskere, vurderede i modsætning til danskere smagen af sælkød meget højt og mente næsten alle, at traditionel, grønlandsk mad er meget vigtig for helbredet. De fem befolkningsgrupper, der blev defineret ud fra bopæl, sprog og familieforhold adskilte sig signifikant fra hinanden på alle tre mål, men den tydeligste forskel var mellem grønlændere og danskere.

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

Tabel 8.2. Kostvaner, kostpræferencer og holdning til traditionel, grønlandsk kost i befolkningsgrupper.

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

Etnicitet og helbred

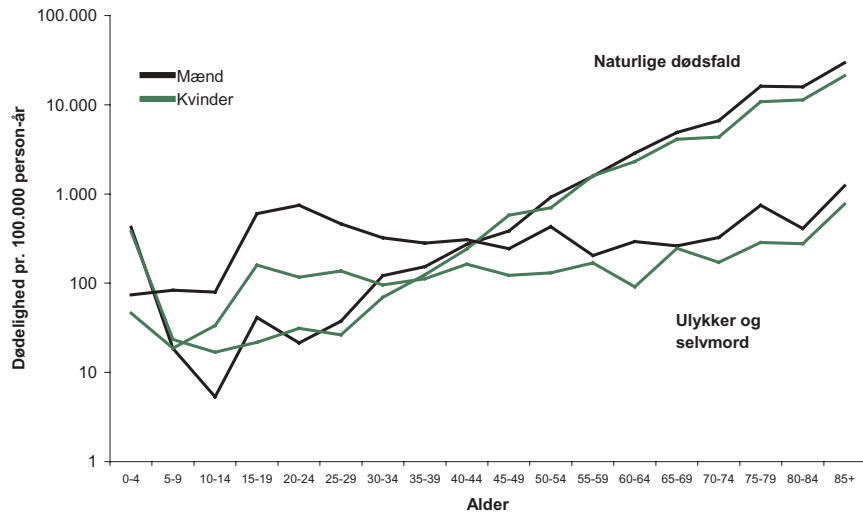
I gennemsnit vurderede 77% af grønlandere og 88% af danskere i Grønland deres helbred som »godt« eller »virkelig godt«. Grønlændere og danskere i Grønland adskiller sig imidlertid ikke blot ved deres sprog og kulturelle baggrund, men også ved bopæl, erhverv og øvrige sociale forhold. Samtidig er der flere mænd i erhvervsdygtig alder blandt danskerne. Alle de nævnte forhold hænger tæt sammen med selv vurderet helbred. Efter justering for forskellene med hensyn til alder og køn var danskernes selv vurderede helbred stadig bedre end grønlandernes, men når der tillige blev justeret for erhverv, forsvandt forskellen. Hele forskellen i selv vurderet helbred mellem

grønlandere og danskere i Grønland skyldtes altså, at danskerne i gennemsnit var yngre end grønlanderne, at andelen af kvinder var lav blandt danskere, og at der var forholdsvis flere danskere i de erhvervsgrupper, der har godt selv vurderet helbred (funktionærer I-II og faglærte).

Analysen af dødelighed i de to befolkningsgrupper viste, at for 15-44 årige mænd, der udgør omtrent halvdelen af danskere i Grønland, var den samlede dødelighed for grønlandere 3,6 gange højere end for danskere i Grønland, mens den for danskere i Grønland var 1,2 gange højere end for danskere i Danmark. Der var forskel for de fleste dødsårsager, men tallene er små og forskellene ikke statistisk signifikante (Bjerregaard 1988). I et registerstudie var spædbarnsdødeligheden lavere blandt børn af mødre født uden for Grønland, men undersøgelsen tog ikke højde for sociale og bopælsmæssige forskelle (Friborg et al. 2004).

Kvinder og mænd

Der er forskel på kvinders og mænds helbred på en lang række områder, og også sundhedsvaner og livsstil er forskellig for de to køn. I de fleste lande, og således også i Grønland, er kvinders middellevetid længere end mænds; for Grønlands vedkommende henholdsvis 68 og 62 år. Meget kan forklares ved mænds dårlige sundhedsvaner; mænd drikker mere end kvinder, er oftere storrygere, spiser mindre frugt og grønt, og går modvilligt til læge, når de er syge. Forskellen i dødelighed starter dog allerede i den tidlige barnealder, hvor dødeligheden blandt 1-4 årige drenge er 1,6 gange så høj som for piger (Aaen-Larsen og Bjerregaard 2003). Overdødeligheden blandt mænd er særlig udtalt for ikke-naturlige dødsfald (ulykker, selvmord og drab), hvor der i aldersgruppen 15-34 er 3-6 gange så høj dødelighed som for kvinder. Figur 8.5 viser den aldersspecifikke dødelighed af naturlige dødsårsager, selvmord og ulykker for mænd og kvinder.



Figur 8.5. Dødelighed af naturlige årsager, ulykker og selvmord pr. 100.000 person-år 1990-1998. Mænd og kvinder født i Grønland. Logaritmisk skala.

Som beskrevet i kapitel 2 lever kvinder længere end mænd og kan forvente flere sygdomsfrie år, men de får færre år med et godt, selv vurderet helbred (tabel 2.2). Stort set alle undersøgelser af sundhed og sygdom gøres op for mænd og kvinder separat, og for de fleste forhold findes der betydelige forskelle. Forskellene i dødelighed kan ikke bortforklares, men i en spørgeskemaundersøgelse om selvoplevet helbred kan forskellene til dels forklares ved mænds og kvinders forskellige måde at forholde sig til deres eget helbred på. Kvinder er mere lydhøre over for kroppens signaler end mænd og har måske en lavere tærskel for, hvornår noget opfattes som sygdom, mens mænd ofte bagatelliserer problemerne (Kruse og Helweg-Larsen 2004).

Tabel 8.3. Helbred, sundhedsvaner og alkoholproblemer i barndomshjemmet. Mænd og kvinder 1993-94 og 1999-2001.

	1993-94		1999-2001	
	Mænd N=620 %	Kvinder N=717 %	Mænd N=576 %	Kvinder N=703 %
Dårligt selv vurderet helbred	19	26	32	28
Har langvarig sygdom	41	35	42	36
Psykisk sårbare	30	40	33	34
Ryger	81	76	70	69
Ryger 15+ cigaretter dagligt	31	14	23	11
Alkoholproblemer i barndomshjem	34	34	45	47
Heraf: Ofte alkoholproblemer i barndomshjem	4	9	7	14

I tabel 8.3 er opsummeret nogle centrale mål for mænds og kvinders helbred og for forudsætningerne for deres helbred. I 1993-94 havde kvinder oftere end mænd dårligt selv vurderet helbred, men mens der var en negativ udvikling for mænd mellem de to undersøgelser, var der næsten ingen ændringer for kvinderne, der nu har bedre selv vurderet helbred end mænd. Mænd havde både i 1993 og 1999 oftere end kvinder langvarig sygdom, og der var ingen ændringer i perioden. For psykisk sårbarhed skete der ingen ændringer for mænd, men kvinder fik det bedre i perioden og var i 1999-2001 på niveau med mændene.

En uddybende analyse af ændringerne i selv vurderet helbred viser, at der i 1993-94 var udtalt forskel på mænd og kvinder i 35-54 års alderen: Mænd havde det meget bedre end kvinder. I 1999-2001 fulgtes de to kurver ad hele livet igennem. De midaldrende mænd havde fået det lidt dårligere, mens kvinderne derimod havde fået det væsentligt bedre. Selvom forskellene er

statistisk sikre, er det med kun to målepunkter – 1993-94 og 1999-2001 – umuligt at sige med sikkerhed, om der er tale om en reel tendens, eller om datamaterialerne trods alt ikke er sammenlignelige. Men det giver stof til eftertanke og overvejelser over ændringerne i mænds og kvinders vilkår i de mellemliggende år.

Analysen af forskelle mellem mænd og kvinder i 1993-94 og 1999-2001 viser desuden, at mænd og kvinder ryger lige ofte, men at mænd meget oftere er storrygere end kvinder. For begge køn ses der en nedadgående tendens for rygning såvel som storrygning.

Der var flere af deltagerne, der rapporterede om alkoholproblemer i barndomshjemmet i undersøgelsen fra 1999-2001; dette skyldes, at en større andel af deltagerne i den seneste undersøgelse er vokset op efter 1960, hvor alkoholforbruget har været højt. Det må forventes, at mænds og kvinders barndomshjem har været ens, og de rapporterer også lige ofte tilstedeværelsen af alkoholproblemer. Kvinderne mente dog i begge undersøgelser dobbelt så ofte som mændene, at der var tale om hyppige alkoholproblemer. Dette må forklares ved de to køns forskellige opfattelse af situationen og understreger et af problemerne ved at sammenligne mænds og kvinders helbred.

En række sygdomme rammer det ene køn oftere end det andet. Nogle af forskellene kan forklares ved forskelle i livsstil, andre ved biologiske forskelle mellem mænd og kvinder, mens der for andre igen ikke er nogen umiddelbar forklaring. Når graviditet, fødsel og biologisk betingede sygdomme udelades, er antallet af indlæggelser ens for mænd og kvinder i Danmark, men mænds sygdomme er dyrere for sundhedsvæsenet, muligvis fordi mænd venter længere tid end kvinder med at reagere på deres symptomer (Kruse og Helweg-Larsen 2004). Tilsvarende undersøgelser findes ikke for Grønland.

9. Sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenets betydning for folkesundheden er stor, men der er, som det fremgår af bogens øvrige kapitler, mange andre forhold, der har mindst lige så stor betydning. Sundhedsvæsenets effekt på middellevetid og dødelighed er begrænset, men sundhedsvæsenet medvirker i høj grad til at forbedre befolkningens funktionsevne og livskvalitet ved at behandle sygdomme, før de giver komplikationer, og ved at behandle de komplikationer, der alligevel opstår. Det er i stort omfang sundhedsvæsenets fortjeneste, at mødredødeligheden i vore dage er nær ved nul, at spædbarnsdødeligheden er faldet ganske betydeligt, at dødeligheden blandt børn, unge og yngre voksne er lav, at mange infektioner har et harmløst forløb, at de fleste mennesker er fri for kroniske eller tilbagevendende smerter, at knoglebrud sjældent resulterer i invaliditet, og at de fleste mennesker bevarer førligheden og sansernes brug langt op i alderen.

Der er et konstant behov for at tilpasse sundhedsvæsenets funktion til ændrede behandlingsmuligheder og ændrede samfundsforhold. Dette er en så omfattende og speciel opgave, at det ofte diskuteres, om sundhedsvæsenets indsats skal betragtes som værende inden for folkesundhedsområdet. Sundhedsvæsenet er først og fremmest behandlende, men der er mange forebyggende opgaver, der er placeret i sundhedsvæsenet. Disse er nærmere beskrevet i kapitel 10.

Strukturen og driften af sundhedsvæsenet i Grønland adskiller sig på en række væsentlige punkter fra sundhedsvæsenet i andre lande. Forskellene er betinget af dels geografiske og klimatiske forhold, dels historiske og traditionsbestemte omstændigheder. Sundhedsvæsenet skal betjene 56.000 mennesker, som bor spredt over et meget stort geografisk område. I henhold til en landstingsforordning har alle krav på lige adgang til sundhedsvæsenet, og der er derfor mange institutioner med akut beredskab og betydelige udgifter til transport. Befolkningen er relativt ung, hvilket alt andet lige må forventes at indebære en lavere forekomst af sygdomme og et sygdomsmønster forskelligt fra lande med en større andel af ældre som f.eks. Danmark.



Figur 9.1. Sygehuset i Ilulissat.



Figur 9.2. Servicehuset i Kangerluk (Diskofjord). Huset rummer bygdekonsultationen, vaskeri og badefaciliteter.



Figur 9.3. Dronning Ingrid's Hospital og Lægeklinikken, Nuuk.

Sundhedsvæsenet er inddelt i 16 sundhedsdistrikter, næsten svarende til den kommunale inddeling. I hvert distrikt findes et sygehus eller et sundhedscenter, som er centrum for alle sundhedsvæsenets aktiviteter i distriktet (figur 9.1). I tillæg til den primære sundhedstjeneste har sygehusene skadestue, fødestue, sengeafdeling, operationsstue, røntgenrum, laboratorium mv. Sygehusene håndterer ukomplicerede fødsler og aborter, almindelige medicinske lidelser og distriktpsychiatri, men under særlige vejrforhold eller i akutte tilfælde nødsages distrikterne til at behandle alvorligt syge patienter – og også foretage operationer. F.eks. udføres de fleste akutte operationer for graviditet uden for livmoderen og blindtarmsbetændelse i distrikterne og ikke på kirurgisk afdeling i Nuuk. Patienter med mere komplicerede ikke-akutte sygdomme henvises til specialister, enten rejsende specialister, specialister på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, eller til et universitetshospital i Danmark.

I alle distrikter findes ligeledes en eller flere tandklinikker, som typisk er placeret på sygehuset eller skolen. I bygder med over 250 indbyggere er der en sygeplejestation med konsultationsrum og enkelte sengepladser.

Stationen ledes af en sygeplejerske, som under chefdistriktslægens tilsyn varetager den primære sundhedsmæssige betjening af bygdebefolkningen. I øvrige bygder med mere end 70 indbyggere er normeret en stilling som sundhedsmedhjælper, og der er indrettet konsultationsrum, ofte i tilknytning til sundhedsmedhjælperens bolig. I bygder med under 70 indbyggere er der sædvanligvis ansat en ufaglært bygdesundhedsarbejder, der administrerer udlevering af medicin efter ordination fra distriktslægen (figur 9.2). Samtlige bygder besøges med jævne mellemrum af personale fra distriktssygehusene, herunder personale fra tandplejen. Ved bygdebesøgene udføres almindelige konsultationer samt børneundersøgelser og vaccinationer.

I Nuuk er den primære sundhedstjeneste adskilt fra sygehusfunktionen, der varetages af Dronning Ingrid's Hospital (DIH), som tillige fungerer som centralsygehus for hele Grønland (figur 9.3). DIH har 156 sengepladser fordelt på medicinsk, kirurgisk og psykiatrisk afdeling. Der er ansat overlæger, som dækker følgende specialer: Psykiatri, intern medicin, ortopædisk kirurgi, gynækologi/obstetrik, almen kirurgi, pædiatri, dermatologi (hud- og kønssygdomme), anæstesiologi og røntgendiagnostik. Herudover råder DIH blandt andet over en veludstyret ergoterapi og fysioterapi. Overlægerne foretager regelmæssige konsulentrejser til de øvrige sundhedsdistrikter med henblik på at tilse patienter og vejlede sundhedspersonalet i distrikterne. Der findes desuden en selvstændig lægeklinik, der forestår den primære sundhedsbetjening af befolkningen i Nuuk, herunder skadestuebehandling samt betjening af bygderne i Nuuk sundhedsdistrikt.

Patienter med behov for mere vidtgående undersøgelse og behandling, end der kan tilbydes i Grønland, henvises til sygehuse i Danmark, overvejende Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital. Psykiatriske patienter henvises til psykiatrisk hospital i Århus (Risskov).

Alkoholbehandling

Qaqiffiit er alkoholbehandlingsinstitutioner, der modtager voksne alkoholikere fra hele landet. Desuden behandles blandingsmisbrug og ludomani. Qaqiffik i Nuuk åbnede i 1995, og i 1998 åbnede Qaqiffik i Ilulissat. Institutionerne bygger på Minnesota-modellen og drives i samarbejde med Frederiksberg Centeret i Danmark. Det offentlige brug af Qaqiffiit blev evalueret

i 2002 (Curtis et al. 2002b). Behandlingen på Qaqiffiit betales som regel helt eller delvis af misbrugerens kommune eller arbejdsplads. Det er kommunernes socialforvaltninger, der henviser misbrugere til behandling på Qaqiffik. Oftest henvender personerne sig selv til kommunerne og beder om at blive henvist. Kommunens ansatte bliver dog også opmærksomme på misbrugere gennem deres arbejde i familiegrupper, ligesom eksempelvis kommunens institutioner og skolevæsen kan rette henvendelse angående en eventuel klient til Qaqiffik. I særlige tilfælde, eksempelvis ved behandling af psykisk syge, har kommunerne sendt misbrugere til behandling på Frederiksberg Centeret i Danmark.

Der forekommer kun sjældent samarbejde mellem kommunerne og sundhedsvæsenet i relation til alkoholbehandlingen, men sundhedsvæsenet tager sig af konkrete opgaver som administration af antabus og afgiftning af personer med særlig store misbrugsproblemer inden de påbegynder et behandlingsforløb på Qaqiffik. Der er heller intet direkte samarbejde mellem socialforvaltningen og arbejdspladserne i kommunerne vedrørende alkoholbehandling, og kommunen bliver ikke automatisk informeret, når en person henvises til Qaqiffik via sin arbejdsplads.

Tandpleje

Tandplejen prioriterer systematisk forebyggelse og behandling af småbørn og skolebørn højt - herunder i begrænset omfang tandregulering. Desuden tilbydes voksne almindelig, især akut, tandbehandling omfattende tandfyldning, tandudtrækning og protesebehandling.

Lægemiddelforsyning

Reglerne for håndtering af lægemidler i Grønland muliggør, at sundhedsvæsenet kan købe præparater hjem i store pakninger og herefter pakke om, således at patienten får præcis det antal tabletter med sig, der skal anvendes til behandlingen. Dette system er dog ved at blive erstattet af almindelig udlevering i ubrudte pakninger. Lægemiddelkomitéen, som blev oprettet i 1981, har udfærdiget et rekommandationskatalog med et anbefalet basissortiment for rutinebehandling. Medicin, der er ordineret af en læge, udleveres gratis fra distriktssygehusene, sygeplejestationerne eller medicindepoterne. I perioden 1980-1990 blev forbruget af lægemidler (målt i 1990 priser)

næsten firdoblet til 28 mio kr. (Damsgaard 1991). Alligevel udgjorde udgiften til lægemidler i 1990 kun knap 5% af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet (mod 11% i Danmark). I 2003 var udgifterne 35 mio kr. af et samlet budget for sundhedsvæsenet på 847 mio kr. (4% mod 13% i Danmark).

Sundhedsprofilen spurgte i 1993-94 om deltagernes brug af medicin, og disse resultater kan sammenlignes med resultaterne fra en tilsvarende undersøgelse fra Danmark. 37% af deltagerne i Sundhedsprofilen havde taget en eller anden form for medicin de seneste 14 dage forud for undersøgelsen, hyppigst smertestillende medicin (19%), antibiotika (9%) og hudlægemidler (6%). I Danmark havde 52% taget medicin. Forbruget af antibiotika var højere i Grønland end i Danmark, mens forbruget af smertestillende medicin, hjertemedicin og blodtryksnedsættende medicin var lavere (Bjerregaard, Petersen et al. 1997).

Sundhedspersonalet

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

Sundhedsvæsenets ydelser, herunder også medicin, prævention og tandlægehjælp, er fuldt offentligt finansieret. De samlede udgifter til driften af sundhedsvæsenet i 2003 var 847 mio kr. Sammenlignet med andre nordiske lande bruger Grønland færre ressourcer pr. indbygger på sundhedsvæsenet, men en større procentdel af bruttonationalproduktet (tabel 9.1). De store afstande medfører betydelige transportudgifter; ca. 12% af det samlede budget bruges til transport af patienter, patientledsagere, medarbejdere, bohaver, udstyr og andet gods.

Tabel 9.1. Udgifter i DKK til sundheds- og sygepleje i de nordiske lande 2000 (Nomesco 2003).

	Offentlige udgifter pr. indbygger	Private udgifter pr. indbygger	Samlede udgifter pr. indbygger	Procent af bruttonationalproduktet
Grønland	14.082	0	14.082	9,2
Danmark	16.391	3.471	19.862	8,2
Færøerne	12.351	1.339	13.690	7,8
Finland	9.339	3.101	12.439	6,6
Island	18.485	3.885	22.370	9,4
Norge	19.277	3.352	22.629	7,6
Sverige	14.060	2.486	16.546	8,4

Efterspørgslen efter sundhedsvæsenets ydelser er i princippet uendelig, og en begrænsning kan kun ske ved enten at tildele et fast budget, eller (bedre) ved at definere et fast spektrum af ydelser. Nye behandlingsmetoder, ny (dyr) medicin, og ikke mindst nye grænser for, hvad borgerne ønsker, er alt sammen med til at øge efterspørgslen. For eksempel har den femtedel af befolkningen, der bor i bygderne, for øjeblikket accepteret kun lejlighedsvis at have adgang til lægehjælp, mens der ansættes lægevikarer i byerne selv ved ganske kortvarige vakancer, og mens borgere i Nuuks nye forstadskvarter føler sig utrygge under en snestorm, hvor det kortvarigt er umuligt at komme til læge, fordi lufthavnsvejen er lukket.

Sundhedsvæsenets funktion kan måles ved den ydelsesstatistik, der indrapporteres til landspatientregisteret. Dette register har haft nogle begyndervanskeligheder, og der er først i 2003 begyndt at komme tal herfra. Disse er endnu ikke offentliggjort. Landspatientregisteret omfatter kun indlæggelser, og den meget store del af arbejdet på Kysten og på Lægeklinikken i Nuuk, der består i ambulante konsultationer, er kun ufuldstændigt eller slet ikke registreret, ligesom årsagerne til henvendelser kun kendes fra nogle enkelte publicerede opgørelser.

Fra sundhedsprofilundersøgelsen findes nogle tal om befolkningens brug af og tilfredshed med sundhedsvæsenet, men disse er nu 10 år gamle (Christensen et al. 1996). Ca. halvdelen af deltagerne havde været i kontakt med sundhedsvæsenet inden for de seneste 3 måneder forud for undersøgelsen, flere kvinder end mænd og flere i byerne end i bygderne. De fleste var tilfredse med sundhedsvæsenet, men følgende klagepunkter gik igen

- *lægens undersøgelse er for overfladisk*
- *jeg er træt af bare at få piller*
- *lægen bliver ved med at påstå, at jeg er rask, selvom jeg har det dårligt*
- *der bliver gjort forskel på folk*
- *personalets travlhed er ikke betryggende*
- *mangelfuld information*
- *ventetid – i venteværelset og på specialistbehandling*
- *lægerne udskiftes for tit*
- *tolkene oversætter mangelfuldt*

Undersøgelsen spurgte specielt til fødsler, og det er tankevækkende, at 38% af bygdebefolkningen mente at normale fødsler burde finde sted i bygden (i hjemmet eller på sygeplejestationen), ligesom knap 70% af befolkningen mente, at vanskelige fødsler skulle finde sted på det lokale sygehus. Befolkningens ønsker er således ikke i overensstemmelse med de nyligt udarbejdede perinatale retningslinier, hvor det anbefales, at alle risikograviditeter henvises til fødsel i Nuuk.

I forlængelse heraf var de mest populære forslag til forbedringer i strukturen af sundhedsvæsenet udbygning af de lokale sygehuse, bedre mulighed for akut overflytning og ansættelse af læger i større bygder – holdninger der er i modstrid med de politiske og professionelle ønsker om større regionalisering og centralisering.

Undgåelige dødsfald

Begrebet »undgåelige dødsfald« blev introduceret i 1976 som et værktøj til at måle sundhedsvæsenets kvalitet. Rationalet bag metoden er, at døds-

fald af bestemte årsager og i bestemte aldersgrupper ikke bør forekomme, enten fordi der er gode muligheder for behandling, eller fordi de kan forebygges. Der er gennemført en enkelt undersøgelse af undgåelige dødsfald i Grønland for perioden 1968-1985 (Bjerregaard og Juel 1990). Dødsfald, der i visse aldersklasser ikke burde forekomme på grund af gode muligheder for behandling, omfattede dødsfald af tuberkulose (68 dødsfald i 1968-1985), meningitis (60), kronisk rheumatisk hjertesygdom (18), akutte luftvejsinfektioner (162), kronisk bronkitis (29), blindtarmsbetændelse (7) og død i barselsseng (6). Der var en statistisk sikker reduktion i dødsfald af akutte luftvejsinfektioner i perioden, hvilket tyder på, at sundhedsvæsenet er blevet bedre til at behandle disse, eller at f.eks. forbedrede boligforhold har medført, at sygdommene optræder mindre hyppigt eller er mindre alvorlige. De regionale forskelle, der gennemgående viste den laveste dødelighed i Nuuk og den højeste dødelighed i bygder i Nordvestgrønland og i Østgrønland, kan på samme måde tolkes som et resultat af forskelle i levevilkår og/eller som forskelle i sundhedsvæsenets kvalitet.

10. Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse og sundhedsfremme er centrale begreber i arbejdet med at forbedre folkesundheden. Mens forebyggelse har til formål at sikre sundheden ved at fjerne eller undgå risikofaktorer, der forårsager sygdom, handler sundhedsfremme om mere generelt at underbygge menneskers styrke og modstandskraft. Forebyggelse har fokus på, hvad der gør folk syge; sundhedsfremme har fokus på, hvad der giver folk et godt liv og holder dem raske. Ofte forbindes sundhedsfremmebegrebet med WHO's definition af sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende – og ikke kun fravær af sygdom. Den forebyggende indsats kan være rettet mod hele befolkningen eller mod grupper af befolkningen, der har særlig stor risiko for at udvikle sygdom - altså mod raske mennesker - for at forhindre at sygdom overhovedet opstår. Forebyggelsen kan også have til formål at opdage sygdom så tidligt, at en effektiv behandling kan iværksættes og i tilfælde af sygdom at forhindre komplikationer.

Forebyggelse og sundhedsfremme foregår i mange forskellige offentlige som private arenaer, og en stor del foregår i familien. Arbejdet er tværsektorielt og er ikke alene en opgave for sundhedsvæsenet. Også tilrettelæggelsen af en lang række andre områder har betydning for sundheden, f.eks. miljø-, trafik-, beskæftigelses-, og undervisningsområdet og ikke mindst det sociale område. Der har ikke fundet nogen kortlægning af forebyggelsen sted i Grønland, og den følgende oversigt foregiver ikke at være udtømmende.

Sundhedsvæsenet

Aktiviteterne i sundhedsvæsenet er dels konkrete, forebyggende ordninger pålagt efter lovgivningen, dels forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, der ikke er lovbestemte. I 2003 blev nye retningslinier iværksat for den forebyggende og behandlende indsats ved graviditet, fødsel, barselsperiode og familieplanlægning. Formålet med disse perinatale retningslinjer er at reducere spædbarnsdødeligheden samt øge kvaliteten af ydelserne for de gravide kvinder. Der er blandt andet retningslinier for svangerskabsun-

dersøgelser, samt for hvornår en gravid kvinde er i risikogruppe. Gravide i risikogruppe tilbydes at føde på Dronning Ingrid's Hospital.

I mange lande gennemføres en løbende overvågning af dødfødsler og (tidlige) spædbarnsdødsfald, således at hvert enkelt dødsfald gennemgås af en sagkyndig gruppe. På dette grundlag tilrettelægges procedurer for behandling, og der iværksættes undervisningsaktiviteter for personalet i sundhedsvæsenet. Det har flere gange uden held været forsøgt at etablere en sådan perinatal audit i Grønland. Projektet indgår som en anbefaling i de perinatale retningslinier, men er endnu ikke effektueret.

Børn i førskolealderen tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser, der foretages af læger eller sundhedsplejersker. Ved undersøgelserne følges børnenes vækst, udvikling, syn og hørelse, og der vaccineres mod tuberkulose, hæmophilus influenzae (meningitis), difteri, stivkrampe, kighoste, polio, mæslinger, fåresyge og røde hunde. Der tilbydes desuden en indskolingsundersøgelse i 1. klasse og nogle steder en udskolingsundersøgelse i 9. klasse. En ny bekendtgørelse om sundhedsfremmende ordninger for børn og unge er under udarbejdelse.

I 1998 etableredes et program for screening af kvinder i alderen 20-70 år for livmoderhalskræft. En specialindsats mod tuberkulose blev igangsat for nogle år siden med en central tuberkulosegruppe og en rejsende tuberkulosesygeplejerske. Programmet skal overvåge og kontrollere situationen samt støtte sundhedsdistrikterne. Distriktspsykiatrien i Nuuk tilbyder i et vist omfang anonym rådgivning.

Tandplejen har en mangeårig tradition for sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, der ikke mindst udføres af kigutigissaasut, tandplejeassistenterne, med hjælp fra forskellige nøglepersoner i børnenes nære omgivelser. Det systematiske tandplejetilbud omfatter af ressourcemæssige årsager ofte kun børn.

Direktoratet for Sundhed

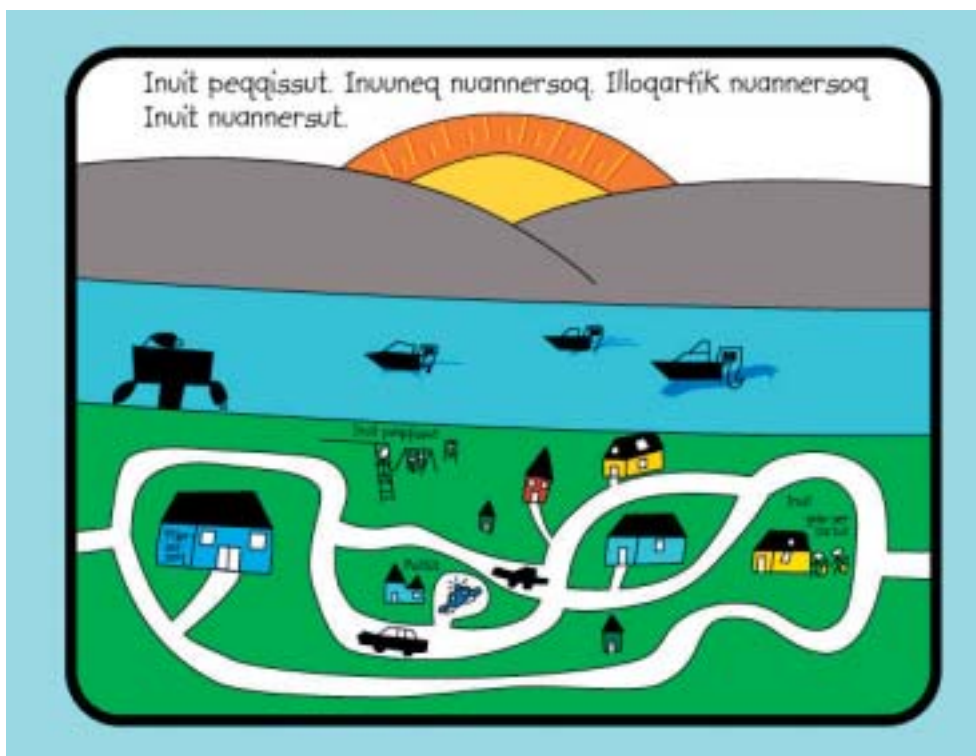
Den primære forebyggelse varetages af direktoratets forebyggelseskontor, Paarisa, der blev genoprettet i 1997. Paarisa er ansvarlig for at udvikle og igangsætte tiltag inden for forebyggelse og sundhedsfremme og har især fokus på børneomsorg, selvmord, uønskede graviditeter, alkohol, rusmidler, rygning og sexliv. Der arbejdes i stort omfang ved at oplyse og skabe debat. Der er blandt andet etableret en Børn- og Ungetelefon, som er åben for rådgivning af børn og unge samt deres forældre. Kontoret arbejder med udvikling og oversættelse af oplysnings- og undervisningsmateriale inden for de nævnte områder. Der udformes i 2004 et forslag til en national strategi til forebyggelse af selvmord. Denne vil følge WHO's retningslinier.

Alkohol- og Narkotikarådet er genetableret i 2003. Der er påbegyndt en to-årig kampagne med hovedbudskaberne, at børn ikke må drikke alkohol, at forældrene har et ansvar, og at samfundet har et ansvar. Hvert år i uge 18 sættes der i kommunerne ekstra fokus på alkohol og rusmidler. Paarisa har i en årrække sat fokus på de voksne rygere med informationsmaterialer og uddannelse af rygestopinstruktører. I 2004 påbegyndes en 2-årig kampagne målrettet børn og unge. Landsstyremedlemmet for Familie og Sundhed har i 2003 genetableret Ernæringsrådet, der skal arbejde med fokus på sundhed i forhold til kost og aktiv levevis. Indsatser over for børn og unge skal gives særlig prioritet.

I de fleste kommuner er der ansat en forebyggelseskonsulent, som delvist aflønnes fra Paarisa. Disse konsulenter arbejder med forskellige problemstillinger alt efter de lokale behov, og de superviseres af Paarisas konsulenter.

Paarisa deltager i to projekter sammen med Statens Institut for Folkesundhed. Det ene er en lokalsamfundsintervention i Qasigianniguit, hvor der i tæt samarbejde med kommunen og borgerne er etableret flere sundhedsfremmeprojekter (figur 10.1); det andet er en undersøgelse i nogle udvalgte kommuner af de ældre skoleelevers trivsel og mere specifikt af deres erfaringer med sex og seksuelle overgreb. I samarbejde med Danmarks Pædagogiske Universitet gennemføres et udviklingsprojekt om værdier i sundhedsarbejdet. Inuuneq Nakuuneq puljen og AIDS fonden støtter en række forebyg-

gende aktiviteter. Endelig udgiver Paarisa de to sundhedsmagasiner SILA, der husstandsomdeles, og INUK, der uddeles i ungdomsklubber og andre steder, hvor unge mennesker færdes.



Figur 10.1. Bomærket for lokalsamfundsinterventionen i Qasigiannuit.

Andre arenaer

Der er talrige små og store private foreninger og frivilligrupper, der er aktive inden for forebyggelse, herunder afholdsforeningerne, aktiviteter til forebyggelse af selvmord mv. Pualluutiniq Akiuiniaqatigiiffik (PUAK), Grønlands Lungeforening, er aktiv omkring information om lungesygdomme og rygning. Kisimiinngilatit, foreningen for selvmordstruede og deres familier, går direkte ind i forebyggelsen af konkrete selvmord.

Lovgivningen har på flere områder en forebyggende effekt, selvom dette måske ikke har været den primære hensigt. Afgifterne på alkohol og tobak har dels til formål at skaffe midler til landskassen, men har derudover en adfærdsregulerende og forbrugsdæmpende effekt. Derimod har lovgivningen om salg af alkohol og tobak og lovgivning om hvor, det er tilladt at ryge, et klart forebyggende sigte. Også lovgivning og regler om fødevarer, vand og renovation har et forebyggende sigte. Fluortilsætning til salt eller drikkevand med henblik på forebyggelse af karies er under overvejelse som led i en ny strategi for tandplejen.

Kommunerne er i henhold til lovgivningen forpligtet til at nedsætte lokale forebyggelsesudvalg og udarbejde handlingsplaner for forebyggelse. De kommunale forebyggelseskonsulenter indgår i dette arbejde. Sundhedsvæsenet, skolen, politiet, kriminalforsorgen og socialforvaltningen i hver kommune indgår endvidere i forebyggelsesudvalget. I en række bygder er der nedsat forebyggelsesforum med tilsvarende deltagelse.

Sidst men ikke mindst må det slås fast, at de aktiviteter, der sandsynligvis har den største indflydelse på befolkningens almene sundhedstilstand, herunder på middellevetiden, foregår andre steder og oftest med andre hovedformål. Det gælder aktiviteterne i uddannelsessektoren, hvor f.eks. Atuarfitsialak og Ilimarfik kan forventes ad åre at få stor indflydelse på folkesundheden, uden at den præcise virkning dog kan forudsiges. Det gælder også boligbyggeri og boligrenovering, byplanlægning, infrastruktur mv. I en standardtekstbog om sociale forholds betydning for sundhed konkluderes det, at det er beskæftigelse, indkomst og uddannelse, og især en ligelig fordeling af disse goder, der har den største indflydelse på sundheden (Marmot og Wilkinson 1999). I globalt og historisk perspektiv er kvinders uddannelse formentlig den enkeltfaktor, der har betydet allermost for sundheden (Basu 1987; Caldwell 1986).

11. Fremtidsperspektiver

Fremtidens sygdomsmønster

Der er mange faktorer, der kan påvirke befolkningens sygdomsmønster i fremtiden, ikke mindst politiske prioriteringer på uddannelses- og socialområdet, investeringer i byggeri og infrastruktur, lovgivning om kost, alkohol og tobak, samt udviklingen i sundhedsvæsenet og forebyggelsesarbejdet. Det er i et vist, men begrænset omfang muligt at forudsige udviklingen i sygdom og forekomsten af risikofaktorer på basis af en fremskrivning af resultaterne fra dødsårsagsregisteret og de to befolkningsundersøgelser i 1993-94 og 1999-2001 samt Grønlands Statistiks fremskrivning af befolkningens alderssammensætning.

Aldersudvikling

I 2013 forventes befolkningen at have samme størrelse som i 2003 (Grønlands Statistik 2003a). Andelen af børn falder, mens andelen af unge voksne stiger. Prognosen viser, at andelen af ældre (63 år og derover) forventes at øges med ca. en tredjedel fra 3700 til 5000. Befolkningsændringerne vil medføre et ændret sygdomsmønster og en ændret efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser.

Dødelighed

Spædbarnsdødeligheden har vist en jævnt faldende tendens, parallelt med udviklingen i Danmark, men 30 år forskudt således at spædbarnsdødeligheden i Grønland i f.eks. 1990 svarede til spædbarnsdødeligheden i Danmark i 1960. Der har i Danmark og andre vestlige lande været en fortsat nedadgående tendens i spædbarnsdødelighed, og det er rimeligt at antage, at dette også bliver tilfældet her i landet. Det er imidlertid ikke en udvikling, der sker af sig selv. Et fortsat fald i spædbarnsdødeligheden forudsætter en løbende forbedring både af de socioøkonomiske forhold og af sundhedsvæsenets funktion.

Selv mord viser forskellige regionale tendenser, der tyder på at selvmordsforekomsten er ved at være på vej ned i Vestgrønland, men niveauet er stadig højt, og situationen er uafklaret i Østgrønland.

Dødeligheden af lungekræft og andre tobaksrelaterede sygdomme stiger stadig, men må forventes at nå et maksimum på et tidspunkt for derefter at aftage i takt med den forventede stadige reduktion i tobaksforbruget, dog forsinket de 20-30 år eller mere det tager at udvikle sygdommen.

Dødeligheden af hjertekarsygdom, herunder specielt blodprop i hjertet har været jævnt faldende gennem mange år. Dette er måske overraskende i betragtning af den stigende forekomst af diabetes og fedme, der begge er vigtige risikofaktorer for hjertekarsygdom. Dødelighed er imidlertid et dårligt mål for forekomsten af sygdom, og det er tænkeligt, at forbedrede behandlingsmuligheder har bevirket en faldende dødelighed på trods af en stigende sygelighed. Det er ikke med den nuværende viden om hjertekarsygdommens naturhistorie i Grønland og om forekomsten af risikofaktorer muligt at forudsige hverken dødeligheden eller sygeligheden, men det må formodes, at en øget forekomst af diabetes og overvægt i kombination med nedsat fysisk aktivitet ligesom i andre lande vil øge hjertesygeligheden.

Risikofaktorer

De to befolkningsundersøgelser i 1993-94 og 1999-2001 giver et vist indtryk af den tidsmæssige udvikling på nogle områder, men en tendens, der er baseret på kun to målepunkter er meget usikker. Før der er gennemført flere befolkningsundersøgelser, er der mere tale om gætteværk end om en egentlig fremskrivning af tendenser.

Overvægt

For mænd har der været tale om en mindre stigning i andelen af svært overvægtige fra 13% til 16%, mens andelen af svært overvægtige kvinder er mere end fordoblet fra 10% til 22%. Kvinderne tog i perioden 1993-1999 i gennemsnit 0,5 kilo på om året. Den statistiske usikkerhed på disse mål er stor, men hvis udviklingen fortsætter, må det forventes at forekomsten af blandt andet diabetes og hjertekarsygdomme stiger hastigt og i kombination

med den større andel af ældre i befolkningen bliver en alvorlig belastning for sundhedsvæsenet.

Ryging

Der har for både mænd og kvinder været tale om en statistisk sikker reduktion i andelen af rygere fra 1993-94 til 1999-2001. Mænd i den øverste socialgruppe har haft størst succes med at holde op med at ryge, og de to køn ryger nu lige ofte. En lineær fremskrivning af tendensen viser, at i 2015 kan andelen af rygere forventes at være nede på omkring 50%, men usikkerheden på fremskrivningen er stor (sikkerhedsgrænser 40%-63%). En reduktion i tobaksforbruget medfører færre tilfælde af lungekræft, andre former for kræft, rygerlunger og hjertekarsygdom, men virkningen indtræder først efter mange år.

Kost

Kosten ændrer sig dynamisk, og den hidtidige udvikling har været både positiv (mere frugt og grønt) og negativ (mere sukker, mindre fisk, sæl og hval). Der mangler viden om determinanter for kostudviklingen og på nogle områder også om kostens virkning på sundheden.

Fra folkesundhedsrapport til folkesundhedsprogram

Der er lang vej fra en folkesundhedsrapport til et folkesundhedsprogram. Folkesundhedsrapporten har kortlagt de sygdomme og risikofaktorer, der er af betydning for folkesundheden, men ved etablering af et folkesundhedsprogram skal nogle af de beskrevne områder prioriteres frem for andre. Prioriteringen kan foregå på baggrund af forskellige kriterier, men det vil ofte være alvorlighed, udbredelse og handlemuligheder, der indgår i vurderingen. Det betyder, at en sygdom eller et sundhedsproblem, der skal indgå i et folkesundhedsprogram, både skal være alvorlig og findes hos en stor del af befolkningen. Desuden vil det være oplagt at prioritere problemer, hvortil der findes effektive og gennemførlige løsninger, frem for mere alvorlige og udbredte problemer, der ikke kan findes løsninger på.

Der skal tages stilling til, hvilke af de eksisterende aktiviteter, der skal bibeholdes eller eventuelt opprioriteres. Et folkesundhedsprogram har som regel fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, men kan også indeholde komponenter af behandling; f.eks. kan en indsats mod hjertesygdom omfatte en mere intensiv akut behandling af blodpropper, genoptræning efter hjertetilfælde og forebyggelse af nye anfald.

Processen omkring etablering af et nationalt folkesundhedsprogram har været meget forskellig i de nordiske lande (Kamper-Jørgensen 2004). I Danmark blev programmet til i et relativt kortvarigt tværsektorielt samarbejde mellem eksperter og embedsmænd uden en bred, folkelig debat. Den svenske model var helt anderledes. Der blev fra starten etableret en parlamentarisk komité med repræsentation fra alle de politiske partier; processen startede med en værdidiskussion, der har været en betydelig, folkelig debat, og processen har været langvarig. I Finland brugte man et WHO panel til kritisk granskning af den finske sundhedspolitik og til at fremsætte anbefalinger om et folkesundhedsprogram. Det er velkendt, at processen har stor betydning for resultatet, og det er derfor ikke overraskende, at det svenske folkesundhedsprogram er mere velfærdsorienteret end f.eks. det danske.

Den islandske folkesundhedsplan blev vedtaget af Altinget i 2001 (Ministry of Health and Social Security 2004). En komité nedsat af sundhedsministeren havde arbejdet i fire år med at revidere den tidligere sundhedsplan. Komitéens udkast blev derefter sendt i høring i sundhedsvæsenet, blandt interessegrupper og andre. Planen prioriterer de følgende syv punkter:

- Forebyggelse af brug af alkohol, narkotika og tobak
- Børn og unge
- Ældre
- Psykisk helbred
- Forebyggelse af sygdomme i hjerte og hjerne
- Forebyggelse af kræft
- Forebyggelse af ulykker

Et folkesundhedsprogram er en langsigtet satsning, og vil formentlig kræve tilførsel af ressourcer. Det er derfor vigtigt at have en bred, politisk opbakning omkring programmet, så det kan overleve eventuelle regeringsskift. Et folkesundhedsprogram skal indeholde nogle overordnede mål og strategier for den videre udvikling af landets sundhed, men det skal også have et konkret indhold og en størrelse, der er realistisk i forhold til de ressourcer, der afsættes til dets gennemførelse; der skal udvælges nogle få problemstillinger, der er væsentlige, og som det er muligt at gøre noget ved. Endelig er det af største betydning, at der opstilles nogle konkrete mål for programmets enkelte dele, og at det efter et passende tidsrum evalueres, i hvor høj grad målene er nået.

Litteratur

- Albert CM, Campos H, Stampfer MJ, Ridker PM, Manson JE, Willett WC, Ma J. Blood levels of long-chain n-3 fatty acids and the risk of sudden death. *New England Journal of Medicine* 2002;346:1113-1118.
- AMAP Assessment 2002: Human Health in the Arctic. Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP), Oslo, Norway, 2003.
- Andersen S. Greenland medical bibliography. Nordic Council for Arctic Medical Research Report 1981;29:1-37.
- Arbejdsgruppen under Det Grønlandske Arbejdsmiljøråd. Arbejdsmarkedsparterers rapport over arbejdsstyrken og arbejdsmiljøforhold. Arbejdsgruppen under Det Grønlandske Arbejdsmiljøråd, 2003.
- Arnfjord M, Kristensen B, Skifte TB. Uønsket graviditet i Nuuk og Aasiaat. I: Bjerregaard P. (red.). Abort i Grønland. Inussuk – Arktisk forskningsjournal 2001;2:21-45. Også udgivet på grønlandsk.
- Basu AM. Household influences on childhood mortality: Evidence from historical and recent mortality trends. *Social Biology* 1987;34:187-205.
- Berry JW. Acculturation and adaptation: Health consequences of culture contact among circumpolar peoples. *Arctic Medical Research* 1990;49:142-150.
- Berry JW, Kim U. Acculturation and mental health. I: Dasen P, Berry JW, Sartorius N (red.). *Health and cross-cultural psychology*. London: Sage, 1988.
- Bertelsen A. Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi: Undersøgelser og Erfaringer fra 30 Aars grønlandsk Lægevirksomhed. Bd. I: Grønlands Befolkningsstatistik 1901-30. *Meddelelser om Grønland* 1935;117(1).

- , Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi: Undersøgelser og Erfaringer fra 30 Aars grønlandsk Lægevirksomhed. Bd. II: Sundhedsvilkaarene i Grønland. Meddelelser om Grønland 1937;117(2).
- , Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi: Undersøgelser og Erfaringer fra 30 Aars grønlandsk Lægevirksomhed. Bd. III: Det sædvanlige grønlandske Sygdomsbillede. Meddelelser om Grønland 1940;117(3).
- , Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi: Undersøgelser og Erfaringer fra 30 Aars grønlandsk Lægevirksomhed. Bd. IV: Akutte Infektionssygdomme i Grønland. Meddelelser om Grønland 1943;117(4).
- Bjerregaard P. Validity of Greenlandic mortality statistics. Arctic Medical Research 1986;42:18-24.
- , Causes of death in Greenland 1968-85. Arctic Medical Research 1988;47:105-123.
- , Fatal accidents in Greenland. Arctic Medical Research 1990a;49:132-141.
- , Geographic variation of mortality in Greenland. Economic and demographic correlations. Arctic Medical Research 1990b;49:16-24.
- , Disease pattern in Greenland: Studies on morbidity in Upernavik 1979-1980 and mortality in Greenland 1968-1985 [disputats]. Arctic Medical Research 1991;50:(suppl. 4).
- Bjerregaard P, Bjerregaard B. Disease patterns in Upernavik in relation to housing conditions and social group. Meddelelser om Grønland. Man & Society 1985;8:1-18.
- Bjerregaard P, Curtis T. Cultural change and mental health in Greenland: the association of childhood conditions, language, and urbanization with

mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. *Social Science & Medicine* 2002;54:33-48.

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):1-79.

Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. København: DIKE, 1995.

Bjerregaard P, Dewailly É, Ayotte P, Pars T, Ferron L, Mulvad G. Exposure of Inuit in Greenland to organochlorines through the marine diet. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A* 2001;62:69-81.

Bjerregaard P, Hansen JC. Effects of smoking and marine diet on birthweight in Greenland. *Arctic Medical Research* 1996;55:156-164.

Bjerregaard P, Johansen LG. Mortality pattern in Greenland. An analysis of potential years of life lost 1968-83. *Arctic Medical Research* 1987;46:71-77.

Bjerregaard P, Johansen P, Mulvad G, Pedersen HS, Hansen JC. Lead Sources in Human Diet in Greenland. *Environmental Health Perspectives* 2004;112 (i trykken).

Bjerregaard P, Juel K. Avoidable deaths in Greenland 1968-85: Variations by region and period. *Arctic Medical Research* 1990;49:119-127.

Bjerregaard P, Kristensen LM, Kiil-Nielsen J, Egelund B, Kollemorten IK. Provokeret abort i Grønland. I: Bjerregaard P. (red.). *Abort i Grønland. Inussuk – Arktisk forskningsjournal* 2001;2:11-20. Også udgivet på grønlandsk.

Bjerregaard P, Misfeldt J, Kern P, Nielsen I-M. Toppen af isfjeldet. Børnedødsfald i Grønland 1987-1991. *DIKEs Grønlandsskrifter nr. 1*. København: DIKE, 1994.

- Bjerregaard P, Petersen HC, Lynge I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. DIKEs Grønlandsskrifter nr. 7. København: DIKE, 1997.
- Bjerregaard P, Senderovitz F, Ramlau-Hansen L. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/ Mennesker og sundhed i Grønland, DIKEs Grønlandsskrifter nr. 2. København: DIKE, 1995.
- Bjerregaard P, Young TK. The Circumpolar Inuit: health of a population in transition. København: Munksgaard, 1998.
- Bjerregaard P, Young TK, Hegele RA. Low incidence of cardiovascular disease among the Inuit – what is the evidence? *Atherosclerosis* 2003;166: 351-357.
- Björkstén KS, Bjerregaard P, Kripke DF. Suicides in the midnight sun – a study of seasonality of suicides in West Greenland. *Psychiatry Research* (i trykken).
- Bosch E, Calafell, Rosser ZH, Nørby S, Lynnerup N, Hurler ME, Jobling MA. High level of male-biased Scandinavian admixture in Greenland Inuit shown by Y-chromosomal analysis. *Human Genetics* 2003;112:353-363.
- Burr ML, Gilbert JF, Holliday RM, Elwood PC, Fehily AM, Rogers S, Sweetnam PM, Deadman NM. Effects of changes in fat, fish, and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: Diet and Reinfarction Trial (DART). *Lancet* 1989;ii:757-761.
- Caldwell JC. Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review* 1986;12:171-220.
- Christensen U, Bjerregaard P. Greenland Medical Bibliography 1970-1995. DIKEs Grønlandsskrifter nr. 10 København: DIKE, 1997.
- Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. DIKEs Grønlandsskrifter nr. 5. København: DIKE, 1996.

- Curtis T. Kommunikation mellem læge og patient i Grønland – en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale [ph.d. afhandling]. SIFs Grønlandsskrifter nr. 12. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
- Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. DIKEs Grønlandsskrifter nr. 9. København: DIKE, 1997.
- Curtis T, Larsen FB, Helweg-Larsen K, Bjerregaard P. Violence, sexual abuse and health in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* 2002a; 61:110-122.
- Curtis T, Olesen I, Bjerregaard P. Notat om det offentlige brug af Qaqiffiit. København: Statens Institut for Folkesundhed, Afdeling for Grønlandsforskning, 2002b.
- Curtis T, Pars T, Bjerregaard P. The socio-cultural meaning of kalaalimernit, the traditional Greenlandic food. A study combining qualitative and quantitative analyses. Manuskript, 2004.
- Damsgaard M. Lægemiddelforsyningen til Grønland. I: Kern P, Cordtz T (red.). *Nuna Med '91 – en grønlandsmedicinsk konference*. Nuuk: Grønlandsmedicinsk Selskab og Grønlands Lægekredsforening, 1991: 37-39.
- Dewailly É, Blanchet C, Chaumette P. Diet profile of circumpolar Inuit. Québec: GETIC, Université Laval, 2000.
- Dyerberg J, Bang HO, Hjorne N. Fatty acid composition of the plasma lipids in Greenland Eskimos. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1975;28:958-966.
- Embedslægeinstitutionens Nyhedsbrev. USI: 2003:1.
- Embedslægeinstitutionen. Årsberetninger 1993-2002. Nuuk: Embedslægeinstitutionen, 1995-2003.

- Friborg J, Koch A, Stenz F, Wohlfahrt J, Melbye M. A population-based registry study of infant mortality in the Arctic: Greenland and Denmark, 1973-1997. *American Journal of Public Health* 2004;94:452-457.
- Friborg J, Koch A, Wohlfahrt J, Storm HH, Melbye M. Cancer in Greenlandic Inuit 1973-1997: a cohort study. *International Journal of Cancer* 2003;107:1017-1022.
- GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. *Lancet* 1999;354:447-455.
- Grønlands Statistik. Grønland 2003 - Kalaallit Nunaat. Statistisk årbog. Nuuk: Atuagkat, 2003a.
- Grønlands Statistik. ESPAD 2003. Rusmiddelundersøgelse blandt unge, årgang 1986, 1987 og 1988 i Grønland. Specialpublikation 2003:2. Nuuk: Grønlands Statistik, 2003b.
- Grønlandskommissionen. Sundhedsvæsenet, boligbyggeriet og sociale forhold. København: Grønlandskommissionens Betænkning 4, 1950.
- Hansen JC. Grønlandsk kost – en miljømedicinsk vurdering. Inussuk – Arktisk forskningsjournal 2000;2.
- Hansen JC, Pedersen HS, Mulvad G. Fatty acids and antioxidants in the Inuit diet. Their role in ischemic heart disease (IHD) and possible interactions with other dietary factors. A review. *Arctic Medical Research* 1994;53:4-17.
- Harvald B. Genetic epidemiology of Greenland. *Arctic Medical Research* 1989;48:171-174.
- Helms P. Kostundersøgelse i Angmagssalik. Tusaut 1981;1-2:10-18.
- Henderson A. Report of the workshop on best practices in suicide prevention and the evaluation of suicide prevention programs in the Arctic. Iqaluit: Government of Nunavut, 2003.

- Homøe P. Otitis media in Greenland [disputats]. *International Journal of Circumpolar Health* 2001;60 (suppl 2):1-54.
- Iburg KM, Brønnum-Hansen H, Bjerregaard P. Health expectancy in Greenland. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001;29:5-12.
- Iburg KM, Kamper-Jørgensen F. Summary measures of population health. An overview. *Danish Medical Bulletin* 2002;49:256-259.
- Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark, 2002.
- Juel K. Betydning af tobak, stort alkoholforbrug og stofmisbrug på dødeligheden i Danmark. Udviklingen gennem 25 år, 1973-1997. *Ugeskrift for Læger* 2001;163:4190-4195.
- Jørgensen B, Johansen LG, Roed S, Andersen JF, Nielsen F, Nielsen FK et al. Voldsulykker i Grønland. *Ugeskrift for Læger* 1984;146:3398-3401.
- Jørgensen ME, Bjerregaard P, Borch-Johnsen K. Diabetes and impaired glucose tolerance among the Inuit population of Greenland. *Diabetes Care* 2002;25:1766-1771.
- Jørgensen ME, Glümer C, Bjerregaard P, Gyntelberg F, Jørgensen T, Borch-Johnsen K. Obesity and central fat pattern among Greenland Inuit and a general population of Denmark (Inter99): Relationship to metabolic risk factors. *International Journal of Obesity* 2003;27:1507-1515.
- Kamper-Jørgensen F. Nationale folkesundhedsprogrammer i de nordiske lande. *Ugeskrift for Læger* 2004;166:1301-1305.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 1997;87:1491-1498.
- Koch A. A longitudinal community based study of respiratory tract infections in Greenlandic children: disease burden and risk factors [ph.d. afhandling]. København: Statens Serum Institut, 1999.

- Krause T. Population-based studies on atopy in Greenland [ph.d. afhandling]. København: Statens Serum Institut, 2003.
- Krause TG, Koch A, Friberg J, Poulsen LK, Kristensen B, Melbye M. Frequency of atopy in the Arctic in 1987 and 1998. *Lancet* 2002;360:691-692.
- Kruse M, Helweg-Larsen K. Kønsforskelle i sygdom og sundhed. København: Statens Institut for Folkesundhed og Minister for Ligestilling, 2004.
- Kuhnlein HV, Receveur O, Chan HM, Loring E. Assessment of dietary benefits/risks in Inuit communities. Montreal: CINE, McGill University, 2000.
- Kystledelsen. Forslag til strategi for tandplejen. Nuuk, 2004.
- Landslægeembedet. Sundhedstilstanden i Grønland. Årsberetninger for 1951-1992. Afløst af Embedslægeinstitutionens årsberetninger. Nuuk: Landslægeembedet, 1951-1993.
- Langer BCA, Frösner GG, Brunn A von. Epidemiological study of viral hepatitis types A, B, C, D and E among Inuits in West Greenland. *Journal of Viral Hepatitis* 1997;4:339-349.
- Larsen FB. Kriminaliteten i Grønland. København: Den Grønlandske Retsvæsenkommission, rapport nr. 7, 2003.
- Laursen K, Lange S, Bjerregaard P. Sundheds - og behovsprofil blandt ældre i Qasigiannuit "... at være gammel i Qasigiannuit". Qasigiannuit, 2003. Også udgivet på grønlandsk.
- Leineweber M, Bjerregaard P, Baerveldt C, Voestermans P. Suicide in a society in transition. *International Journal of Circumpolar Health* 2001;60:280-287.
- Lynge I. Mental disorders and conditions of life in childhood in Greenlanders. *Arctic Medical Research* 1995;54:60-67.
- Lynge I. Psykiske lidelser i det grønlandske samfund [disputats]. Århus: Institut for Psykiatrisk Grundforskning, 2000.

- Lyngé I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen. SIFs Grønlandsskrifter nr. 15. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2003.
- Marckmann P, Grønbæk M. Fish consumption and coronary heart disease mortality. A systematic review of prospective cohort studies. *European Journal of Clinical Nutrition* 1999;53:585-590.
- Marmot M, Wilkinson RG (red.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Marquardt O. Hvordan og hvornår opstod begreberne kalaalimernit og qal-lunaamernit? I: Hansen KG (red.). *Kalaalimernit. Rapport fra seminaret Den sociokulturelle og sundhedsmæssige betydning af kalaalimernit 6. og 7. maj 1997 i Nuuk*. Inussuk – Arktisk forskningsjournal 1997;1:89-96. Også udgivet på grønlandsk.
- Marquardt O. Kolonitiden. I: Jakobsen BH, Böcher J, Nielsen N, Guttesen R, Humlum O, Jensen E (red.). *Topografisk Atlas Grønland*. København: Reitzel, 2000:56-59.
- Ministry of Health and Social Security. *The Icelandic National Health Plan to the year 2010*. Reykjavik: The Ministry of Health and Social Security, 2004.
- NOMESCO. *Health statistics in the Nordic countries 2001: Helsestatistik for de nordiske lande 2001*. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESCO), 66:2003.
- Olsen SF. Consumption of marine n-3 fatty acids during pregnancy as a possible determinant of birth weight: A review of the current epidemiologic evidence. *Epidemiologic Reviews* 1993;15:399-413.
- Otto L. *Folkesundhed*. I: Lund J (red.) *Den Store Danske Encyklopædi*, bd. 6, p. 503. København: Gyldendal, 1996.

- Pars T. En kostundersøgelse – foretaget i to nordvestgrønlandske bygder: Saqqaq & Oqaatsut i 1991 [speciale]. Odense Universitet, 1992.
- . Forbruget af traditionelle grønlandske fødevarer i Vestgrønland [ph.d. afhandling]. SIFs Grønlandsskrifter nr. 11. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2000.
- Roepstorff A. Den symbolske betydning af kalaalimernit. I: Hansen KG (red.). Kalaalimernit. Rapport fra seminaret Den sociokulturelle og sundhedsmæssige betydning af kalaalimernit 6. og 7. maj 1997 i Nuuk. Inussuk – Arktisk forskningsjournal 1997;1:97-105. Også udgivet på grønlandsk.
- Sagild U, Littauer J, Jespersen CS, Andersen S. Epidemiological studies in Greenland 1962-64. I: Diabetes mellitus in Eskimos. Acta Medica Scandinavica 1966;179:29-39.
- Saillard J, Forster P, Lynnerup N, Bandelt H-J, Nørby S. mtDNA variation among Greenland Eskimos: the edge of the Beringian expansion. American Journal of Human Genetics 2000;67:718-726.
- Schnohr C, Pedersen JM, Alcón MCG, Niclasen B. Sundhed og helbred hos skolebørn i Grønland fra 1994 til 2002. Inussuk – Arktisk Forskningsjournal 2004 (i trykken).
- Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhed i Arktis (uge 45 –2003). Grønlandske myter, realiteter og diabetes. Ugens tal for folkesundhed 2003. [<http://www.si-folkesundhed.dk/sundhedstal/nyhedsbrev.asp?nr=59>]
- Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens skrivelse af 21. oktober 1948. København: Grønlandskommissionens Betænkning 4, 1950.
- Sundhedsstyrelsens kræftstyregruppe. National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.
- Thorslund J. Ungdomsselv mord og moderniseringsproblemer blandt Inuit i Grønland [disputats]. København: SOCPOL, 1992.

- Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW Jr, Doll R. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *New England Journal of Medicine* 1997;337:1705-1714.
- Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Grønbæk M. Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction* 2004;99:323-330.
- Uhl E. Nogle undersøgelser af grønlandske levnedsmidler og kostforhold. Beretning vedrørende Grønland 1955;3.
- Wilkinson RG. Putting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare. I: Marmot M, Wilkinson RG (red.). *Social determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Zielke U, Kriegbaum M, Knudsen KU. Emissioner fra affaldsforbrænding i Grønland. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2002.
- Aaen-Larsen B, Bjerregaard P. Stor regional variation i børnedødeligheden i Grønland. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2002;80:931-940.
- . Changes in causes of death and mortality rates among children in Greenland from 1987-91 to 1992-99. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003;31:187-193.

Bilag 1. Datagrundlag og metoder

Datagrundlag

Dødsårsagsregisteret

Registeret omfatter alle dødsfald blandt personer med folkeregisteradresse i Grønland, uanset hvor dødsfaldet finder sted. Børn, der fødes i Danmark, registreres i cpr-registeret på moderens adresse i Grønland og indgår således i registeret. Dødsårsagsregisteret dækkede i juli 2004 perioden 1968 – 1998; det omfattede 12.379 dødsfald, heraf 11.605 (94%) med oplysninger om dødsårsag. Registeret dannes af Grønlands Statistik ved samkøring af cpr-oplysninger med data fra dødsattesterne, som indtastes i Sundhedsstyrelsen i København. Den store forsinkelse på registeret skyldes primært indtastningen af dødsattesterne, og der er konkrete planer om at hjemtage hele proceduren.

Der er foretaget en mindre validering af registeret (Bjerregaard 1986). Konklusionen var, at over en tredjedel af diagnoserne måtte ændres enten til en anden diagnose (23%) eller til ukendt diagnose (20%). Det kan dog ikke udelukkes, at nogle diagnoser var baseret på oplysninger, der ikke fremgik af de journaler, der var til rådighed ved valideringen. Der er publiceret flere videnskabelige artikler og en disputats (Bjerregaard 1991) baseret på dødsårsagsregisteret.

Landspatientregisteret

Registeret omfatter indlæggelser og udskrivninger fra de grønlandske sygehuse i perioden 1987-2003. Der er i alt registreret 240.000 udskrivninger. Registeret er først for nylig taget i brug, og indholdet er ikke valideret.

Befolkningsundersøgelser

I 1993-94 gennemførtes en landsdækkende Sundhedsprofil for Grønland. Der blev gennemført interview med 1728 personer på 18 år og derover fra samtlige byer og 21 bygder. Emnerne for interviewet var social og demografisk baggrund, helbredsstatus, brug af sundhedsvæsenet, livsstil og adfærd,

og levevilkår. En mindre del af deltagerne (264) blev undersøgt klinisk og fik taget blodprøver; denne undersøgelse havde fokus på risikofaktorer for hjertekarsygdom og på miljømedicin. Sundhedsprofilens resultater gav for første gang et overblik over befolkningens oplevelse af sygdom uden for sundhedsvæsenets regi og om en række forhold af betydning for sundheden (Bjerregaard, Curtis et al. 1995; Bjerregaard, Senderovitz et al. 1995).

I 1999-2001 gennemførtes en befolkningsundersøgelse i tre byer på Grønlands vestkyst (Nuuk, Sisimiut, Qasigianniguit) og fire bygder i Uummannaq kommune (Ikerasak, Saattut, Qaarsut, Ukkussissat). 1961 voksne grønlandere blev interviewet og i alle byer og bygder bortset fra Sisimiut blev interviewpersonerne inviteret til også at deltage i en klinisk undersøgelse. I alt blev der gennemført 1317 kliniske undersøgelser med blodprøvetagning. Undersøgelsen var en delvis opfølgning af Sundhedsprofilen, men havde fokus på hjertekarsygdom og diabetes, lungesygdom og allergi, alkohol og leversygdom, og stofskiftesygdom (Bjerregaard, Curtis et al. 2003). Tilsvarende undersøgelser af 2389 grønlandere bosat i Danmark blev gennemført i 1997-99 og 2002.

Metoderne til dataindsamling var lidt forskellige i de to befolkningsundersøgelser. Med henblik på en sammenligning af resultaterne og en beskrivelse af de tidsmæssige ændringer til brug for folkesundhedsrapporten er der konstrueret et fælles, geografisk vægtet datasæt, der dækker personer med grønlandsk identitet i Vestgrønland, hvor informationen var indsamlet ved personligt interview; datasættet består af 1337 deltagere fra Sundhedsprofilen og 1279 deltagere fra befolkningsundersøgelsen i 1999-2001. Undersøgelsen i 1999-2001 omfattede kun nogle af de emner, der indgik i Sundhedsprofilen. Der er derfor brug for en opfølgning af Sundhedsprofilen for at se den tidsmæssige udvikling for vigtige risikofaktorer i forskellige sociale grupper. Der er publiceret flere rapporter på dansk og grønlandsk fra undersøgelserne, samt en række videnskabelige artikler og en ph.d. afhandling (Curtis 2001).

Børnekohorter

I Sisimiut blev 294 børn mellem 0 og 2 år i 1996 indrullet i et prospektivt kohortestudie. Der blev indhentet oplysninger om en række baggrundsvaria-

ble som boligforhold, socioøkonomisk status, familiestørrelse, børnepasning og amning. Børnene er siden fulgt op blandt andet med henblik på forekomsten af luftvejsinfektioner og allergi. Der er publiceret flere artikler fra denne undersøgelse samt to ph.d. afhandlinger (Koch 1999, Krause 2003).

En anden børnekoorte har siden 1999 været under etablering i Nuuk, Ilulisat, Qasigiannuit, Maniitsoq og Paamiut. Der vil blive indrullet 500 gravide og deres nyfødte børn, som følges med hensyn til blandt andet neuropsykologisk udvikling, vækst og infektioner. Baggrundsvariable omfatter foruden sociale og familiemæssige forhold også udsættelse for alkohol, tobak og forurenende stoffer som kviksølv og PCB.

Embedslægeinstitutionens (tidligere Landslægeembedets) årsberetninger

Den første landslæge blev ansat i 1951, og siden er der hvert år udkommet en årsberetning med medicinalstatistiske oplysninger samt omtale af forskellige aktuelle problemstillinger. Serien udkom indtil 1992 som Sundhedstilstanden i Grønland og siden 1993 som Embedslægeinstitutionens Årsberetning.

Grønlands Statistik

Grønlands Statistik udgiver hvert år en årsrapport med mange oplysninger, der er relevante i et folkesundhedsperspektiv, bl.a. demografiske forhold, import af tobak og alkohol mv. Der udgives endvidere specialpublikationer, f.eks. om Grønlands Statistiks levevilkårsundersøgelsen fra 1994, og to rusmiddelundersøgelser blandt unge (ESPAD). Grønlands Statistik er koordinator for et internationalt projekt om levevilkår i hele det arktiske område. Der var i foråret 2004 indsamlet data ved interview i Alaska og Canada, mens dataindsamlingen i Grønland ikke var afsluttet.

Videnskabelige publikationer

Rapporten bygger desuden på resultaterne fra en lang række enkeltstående forskningsprojekter og udredninger, der er publiceret i videnskabelige tidsskrifter og i rapporter fra NunaMed konferencerne og de internationale kongresser. En mere detaljeret oversigt over sygdom og sundhed blandt inuit i Alaska, Canada, Grønland og Rusland findes i Bjerregaard og Young (1998). En systematisk bibliografi om sundhed i Grønland, der omfatter både viden-

skabelige publikationer og den »grå« litteratur dækker perioden 1970-1995 (Christensen og Bjerregaard 1997).

Nogle epidemiologiske grundbegreber

Epidemiologi er læren om forekomsten af sygdomme og andre helbredsforhold i befolkninger, og handler typisk om hvor mange tilfælde af en sygdom, der optræder i løbet af en vis tid, f.eks. om året. Ordet er beslægtet med ordet epidemi, men faget er ikke længere begrænset til at handle om forekomsten af smitsomme sygdomme i epidemier. Epidemiologien beskæftiger sig både med smitsomme sygdomme (og epidemier), kroniske sygdomme som f.eks. diabetes og grå stær, med livsstil der kan føre til sygdom som f.eks. rygning, og med levevilkår.

Epidemiologi er også et sæt af metoder til indsamling og (statistisk) analyse af data. Selvom statistisk metode har fået en meget central position i den epidemiologiske værktøjskasse, så skal statistikken betragtes som en hjælpedisciplin. Hvis den basale dataindsamling ikke er i orden, kan selv nok så sofistikerede statistiske metoder ikke redde analyserne. Eller sagt på en anden måde, kun når dataindsamlingen er i orden, kan man stole på resultaterne fra de (ofte svært gennemskuelige) statistiske analyser. Epidemiologi er et vigtigt værktøj til studiet af folkesundhed. I denne bog er der brugt en del epidemiologiske fagudtryk, som forklares her.

Rate

En rate er antallet af sygdomstilfælde, der optræder i en given befolkning i et givet tidsrum. For at kunne sammenligne forskellige befolkninger udtrykker man ofte forekomsten i antal sygdomstilfælde eller dødsfald i en befolkning på 100.000 personer pr. år (100.000 person-år). Det kan virke lidt kunstigt at udtrykke dødeligheden i Grønland pr. 100.000 personer, når man ved at der kun bor omkring halvt så mange mennesker i landet, men der er altså tale om et rent matematisk kunstgreb.

Aldersstandardisering

Når man sammenligner to befolkninger kan resultatet blive ganske misvisende, hvis befolkningernes alderssammensætning er forskellig. Hvis der er

tre gange så mange gamle mennesker i befolkning A som i B, så er det ikke overraskende, at der også er tre gange så mange tilfælde af kræft, der især ses hos ældre mennesker – og altså en tre gange så høj rate. Man bliver derfor nødt til at gøre de to befolkninger sammenlignelige ved at aldersstandardisere. Dette kan gøres på forskellig måde, f.eks. ved at beregne raterne for hver aldersgruppe for sig og gange disse aldersspecifikke rater ind i samme (standard)befolkning. Man får på denne måde et udtryk for den samlede rate i hver befolkning i den tænkte situation, at de havde haft samme alderssammensætning.

Middellevetid

Middellevetid, eller mere korrekt den forventede levetid for en nyfødt, er et mål for det antal år 50% af nyfødte børn forventes at leve, hvis dødeligheden i alle aldersklasser forbliver uændret i hele børnenes levetid. Dette er selvfølgelig en urimelig antagelse, og middellevetid skal derfor ikke opfattes som andet end et samlet mål for dødeligheden.

Statistisk signifikans

At en forskel mellem raterne i to befolkningsgrupper er statistisk signifikant fortæller, at den formentlig er reel og ikke skyldes tilfældige udsving. Signifikans udtrykkes ved såkaldte p-værdier, og jo mindre p-værdien er, jo større er sandsynligheden for, at den fundne forskel er reel. $P=0,05$ betyder, at der er 95% sandsynlighed for, at en observeret forskel er reel og ikke skyldes tilfældige udsving. $p<0,001$ betyder, at der er mere end 999 tusindedele sandsynlighed for, at forskellen er reel; n.s. betyder, at forskellen ikke er statistisk signifikant. At der er en statistisk sikker sammenhæng mellem to ting behøver ikke at betyde, at det ene er årsag til det andet, selvom det kan være nærliggende at tolke resultaterne sådan.

Kohortestudie

Et studiedesign, hvor der indhentes oplysninger om en veldefineret gruppe personer, som senere følges i en årrække. Kohortestudier giver mere sikker viden om årsagsforhold end tværsnitstudier, fordi man ved, hvad der kom først, risikofaktoren eller sygdommen. Til gengæld er det en dyr og langvarig metode.

