



# Sygdom og helbred i Grønland



**DIKE**

Peter Bjerregaard  
Hans Chr. Petersen  
Inge Lyngé  
Frank Senderovitz

DIKEs Grønlandsskrifter nr. 7

# **Sygdom og helbred i Grønland**

Peter Bjerregaard  
Hans Chr. Petersen  
Inge Lynge  
Frank Senderovitz

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi  
Svanemøllevej 25  
2100 København Ø

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

## **Sygdom og helbred i Grønland**

Peter Bjerregaard, Hans Chr. Petersen, Inge Lynge, Frank Senderovitz.

Copyright © DIKE, København 1997

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

Rapporten kan fås ved henvendelse til:

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

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

Tryk: Gentofte Tryk

Omslag: Frank Senderovitz

ISBN: 87-89662-87-3

## Forord

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

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

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

Finn Kamper-Jørgensen  
direktør  
DIKE

Martha Abelsen  
direktør  
Direktoratet for Sundhed  
og Forskning



# Indholdsfortegnelse

|  | side |
|--|------|
| Forord .....   | 3    |
| Resumé .....   | 7    |
| 1. Introduktion .....                                    | 11   |
| 2. Gener og symptomer de seneste 14 dage .....           | 19   |
| 3. Aktivitetsbegrænsning som følge af nylig sygdom ..... | 25   |
| 4. Sygdomsadfærd .....                                   | 31   |
| 5. Langvarig sygdom .....                                | 41   |
| 6. Sygdomme i bevægeapparatet .....                      | 51   |
| 7. Tandsygdom .....                                      | 59   |
| 8. Kønssygdomme, prævention, abort og barnløshed .....   | 65   |
| 9. Psykiske symptomer og sygdomme .....                  | 71   |
| 10. Psykisk sårbarhed .....                              | 79   |
| 11. Somatisk og psykisk helbred .....                    | 85   |
| 12. Konklusion .....                                     | 91   |
| Litteratur .....   | 93   |





## Resumé

Rapporten er den tredje temarapport fra projektet Sundhedsprofil for Grønland. I kapitel 1 beskrives baggrunden for rapporten og undersøgelsens materiale og metoder. Helbred og sygdom har flere dimensioner. Rapporten handler om symptomer, om langvarig sygdom og om konsekvenser af sygdom i form af aktivitetsbegrænsning og funktionsbegrænsning. Der er tale om selvrapporteret sygdom, og der er ikke gennemført kliniske undersøgelser for at verificere diagnoserne.

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

Kapitel 2 handler om smerter og ubehag, som de interviewede har været generet af inden for de seneste 14 dage. 76% har haft gener og 37% svære gener. Kvinder har oftere end mænd haft gener, og grønlandere i bygder har oftere end grønlandere i byer haft svære gener, mens danskere mindst ofte har haft gener. Både mænd og kvinder er hyppigst generet af symptomer fra bevægeapparatet, dvs. ondt i ryggen, nakken, muskler eller led. Halvdelen af de interviewede har haft gener fra bevægeapparatet, hvilket svarer til forekomsten i Danmark.

Af kapitel 3 fremgår, at 17% af de interviewede, lige mange mænd og kvinder, inden for de seneste 14 dage har været begrænset i deres sædvanlige aktiviteter på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser. Personer uden erhverv og i mindre grad fangere/fiskere har oftere end andre i den erhvervsaktive alder været begrænset i deres aktiviteter. De to mest almindelige årsager til aktivitetsbegrænsning er sygdomme i bevægeapparatet og luftvejssygdomme, som optræder hos henholdsvis 6% og 3% af de interviewede.

Kapitel 4 handler om, hvad man gør, når man er syg. To tredjedele af de interviewede, der har haft gener inden for de seneste 14 dage, har gjort noget for at blive rask eller få det bedre, lidt flere kvinder end mænd. Fangere/fiskere er mere tilbøjelige

end gennemsnittet til at gøre noget for at få det bedre. Det mest almindelige er, at man tager lægeordineret medicin (39%), kontakter sundhedsvæsenet (33%) eller holder sig i sengen (30%).

37% har brugt medicin inden for de seneste 14 dage, heraf 21% som en engangsforeteelse og 16% som led i regelmæssig brug af pågældende medicin. Kvinder bruger oftere end mænd medicin og både mænd og kvinder har et stigende forbrug af regelmæssigt anvendt medicin med alderen. Medicinforbruget er lavt i funktionærgruppe I-II. Den mest brugte medicin er smertestillende midler, som 19% af de interviewede har anvendt, antibiotika (9%) og hudlægemidler (6%). Andelen af befolkningen, som bruger en eller anden form for medicin, er lavere i Grønland (37%) end i Danmark (52%).

Af kapitel 5 fremgår, at 38% af de interviewede angiver at have en langvarig sygdom, langvarige eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse. Hvis man tillige spørger efter en liste over sygdomme, kommer procenten op på 76%. Mænd angiver oftere end kvinder, at de har en langvarig sygdom (42% og 35%), andelen stiger med alderen, og der er flere i bygderne end i byerne, der har en langvarig sygdom (45% og 33%). Sygdomme i bevægeapparatet er langt de almindeligste lidelser. Endokrine sygdomme (sukkersyge), kredsløbssygdomme (blodprop i hjertet) og luftvejssygdomme angives sjældnere i Grønland end i Danmark, mens smitsomme sygdomme, underlivssygdomme, epilepsi, lammelser, eksem og mavesår angives oftere i Grønland.

Kapitel 6, 7 og 8 handler om tre udvalgte sygdomsgrupper. Smerter i muskler, led og knogler og sygdomme i bevægeapparatet er de hyppigste årsager til såvel gener og aktivitetsbegrænsning de seneste 14 dage som langvarig sygdom. Kvinder har oftere end mænd angivet gener, mens mænd oftere har oplyst at have en langvarig sygdom. Forekomsten af både gener, langvarig sygdom i bevægeapparatet, rygssygdomme og slidgigt er højere i bygderne end i byerne, og fangere/fiskere og personer uden erhverv har oftere end andre personer i erhvervsaktiv alder disse gener og sygdomme.

Syv procent af de interviewede har haft tandpine inden for de seneste 14 dage, flest yngre mennesker, og 10% har nedsat tyggeevne, flest ældre. Mens der ikke er et entydigt mønster for tandpine, er det især i bygderne i Nordvestgrønland, at mange har nedsat tyggeevne. Fangere/fiskere og personer uden erhverv har oftere end funktionærer nedsat tyggeevne. 31% af mænd og 55% af kvinder på tres år og derover bruger tandprotese; en tredjedel heraf angiver trods protesen at have nedsat tyggeevne.

Forekomsten af kønssygdomme hænger foruden med alder og køn sammen med antallet af seksualpartnere, brug af hash samt alkoholproblemer i barndomshjemmet. Blandt de interviewede kvinder har 21% aktuelt menstruationsbesvær eller en underlivssygdom. Forekomsten af provokerede aborter er høj, mens forekomsten af spontane aborter nogenlunde svarer til erfaringerne fra den vestlige verden. Selv blandt personer med fem eller flere seksualpartnere det seneste år oplyser 56%, at de aldrig eller kun af og til bruger prævention. Ufrivillig barnløshed synes at være et større problem i Grønland end i Skandinavien, og især personer, der tidligere har haft en kønssygdom, angiver at have haft svært ved at få børn.

I kapitel 9 præsenteres nogle resultater om psykiske symptomer og sygdomme. Kun ganske få af de interviewede angiver at have en psykisk sygdom, men der er mange, der har psykiske symptomer i form af f.eks. nedtrykthed, ængstelse eller nervøsitet. Alvorlige selvmordstanker er især hyppigt forekommende hos yngre mennesker, og kvinder har oftere end mænd haft selvmordstanker (19% og 13%). Der er en tæt sammenhæng mellem forekomsten af psykiske symptomer og selvmordstanker. Alt i alt angiver 26% af befolkningen, 18% af mænd og 33% af kvinder, enten at have en psykisk sygdom eller psykiske symptomer eller at have taget nervemedicin. Andelen stiger med alderen, især for kvinder, og for kvinder er der mange med psykiske problemer blandt lavere funktionærer, ufaglærte og personer uden erhverv.

Kapitel 10 handler om et særligt aspekt af psykisk helbred, nemlig psykisk sårbarhed målt med Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ). Således målt kan 65% af den grønlandske del af befolkningen betegnes som psykisk robuste og 35% som sårbare. Der er flere sårbare kvinder end mænd, og alderskurven topper hos de helt unge og hos personer over 50 år. Forekomsten af psykisk sårbarhed i forskellige patientgrupper styrker troværdigheden af GHQ som et godt mål for psykisk helbred i Grønland: således er der kun 21% sårbare blandt helt raske svarpersoner sammenlignet med 68% hos patienter med psykiske gener og ambulante psykiatriske patienter. For mænd er der flest psykisk sårbare blandt fangere/fiskere og personer uden erhverv, og for kvinder blandt lavere funktionærer og personer uden erhverv.

Der konstateres i kapitel 11 en stærk statistisk sammenhæng mellem psykisk sårbarhed og en lang række symptomer og gener, både psykiske og legemlige. Også mellem flere langvarige sygdomme og psykiske problemer er der sammenhæng. Langvarig legemlig sygdom betyder mere end psykiske symptomer for vurderingen af eget helbred, men det er især tilstedeværelsen af både psykiske symptomer og legemlig sygdom, der giver et dårligt selv vurderet helbred.

I kapitel 12 fremdrages nogle hovedkonklusioner fra rapporten. Den bidrager til en alsidig beskrivelse af sygdomsmønsteret i Grønland ved at belyse befolkningens eget

syn på sygdomsforekomsten. Selvom diagnoserne set med lægelige øjne kan være upræcise, er der i vidt omfang sammenfald mellem den her rapporterede forekomst af sygdom og sygdomsmønsteret, som det kendes fra andre kilder. To fund drages frem som særlig relevante for tilrettelæggelsen af patientbehandlingen i det grønlandske sundhedsvæsen. Det ene er den meget høje forekomst af ondt i ryggen, gigt og andre sygdomme i bevægeapparatet. Det andet er den tætte sammenhæng mellem psykisk helbred og legemlig sygdom, og specielt den afgørende betydning som kombinationen af legemlig sygdom og psykiske symptomer har for vurderingen af eget helbred.

# 1. Introduktion

Den grønlandske sundhedsprofil er en landsdækkende interviewundersøgelse, der er gennemført i 1993-94. Formålet med undersøgelsen er at beskrive den grønlandske befolknings helbred, som det opleves af folk selv, og at relatere sundhed og sygdom til levevilkår, hverdagsliv og brug af sundhedsvæsenet. Initiativet til undersøgelsen blev taget i forbindelse med Nuna Med '91, den første konference om grønlandsmedicin, afholdt i Nuuk. Undersøgelsen, Sundhedsprofil for Grønland, er gennemført af Afdeling for Grønlandsforskning på Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) i samarbejde med Direktoratet for Sundhed. Hjemmestyret har bedt DIKE om at gennemføre undersøgelsen og har skaffet støtte fra et privat fond, men DIKE har haft det videnskabelige ansvar og har haft helt frie hænder til at indsamle og vurdere oplysningerne.

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

- Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland (december 1995)
- Sundhedsvæsenet i Grønland (marts 1996)
- Familieforhold og børns helbred
- Vold
- Metodologiske aspekter.

Helbred og sygdom har forskellige dimensioner. Der er for det første den subjektive opfattelse af eget helbred, der i sundhedsprofilen er målt ved at bede de udspurgte vurdere deres generelle helbred på skalaen virkelig godt - godt - nogenlunde - dårligt - meget dårligt. En del resultater vedrørende dette selvvurderede helbred er bragt i temarapporten "Levevilkår, livsstil og helbred". En anden dimension er tilstedeværelsen af symptomer f.eks. smerter og ubehag. Dette er i Sundhedsprofilen målt ved at spørge om forekomsten af en række symptomer inden for de sidste 14 dage før interviewet. Der er videre spurgt om konsekvenserne af sygdom, dels om sygdomsbetinget begrænsning i de daglige gøremål inden for de sidste 14 dage, dels om mere kroniske funktionsbegrænsninger i forbindelse med syn, hørelse og tyggefunktion. Endelig er der spurgt om forekomsten af langvarig sygdom, eftervirkning af skader eller handicap. Dette sidste repræsenterer i så vidt omfang, som det er muligt i et interview af denne type, den lægelige dimension af sygdom. Der er ikke i forbindelse med den grønlandske sundhedsprofil gennemført kliniske undersøgelser for lægeligt at verificere de oplyste diagnoser.

Resultaterne fra Sundhedsprofilen er i et vist omfang sammenlignet med andre undersøgelser, specielt DIKEs undersøgelse af danskernes helbred og sygelighed i 1994 (Kjøller et al 1995).

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

Stikprøven af personer til interview er udtrukket af Grønlands Statistik fra befolkningsregisteret over alle personer med bopæl i Grønland. Undersøgelsen omfatter principielt hele Grønland, men af praktiske og økonomiske årsager er der foretaget nogle begrænsninger. I første omgang er Ivittuut kommune og områder uden for kommunalinddelingen valgt fra. Alle øvrige byer indgår i undersøgelsen. I anden omgang er fangstpladser, fåreholdersteder, stationer og bygder med mindre end 50 indbyggere valgt fra. Tre bygder, der ikke er klassificeret i sektorplanen for bygdernes udvikling, er heller ikke medtaget. Af de resterende 49 bygder er 24 udvalgt tilfældigt. Materialet omfatter oplysninger fra samtlige 17 byer og 21 af de 24 bygder, altså 38/41 (93%) af de udvalgte byer og bygder (tabel 1.1). Den oprindelige stikprøve var på 3137 personer, men på grund af dødsfald og fraflytning i interviewperioden er stikprøven reduceret til 3025.

De udfyldte skemaer blev sendt til Direktoratet for Sundhed, hvor svarene på de åbne spørgsmål blev skrevet rent og oversat til dansk, og svar på en række halvåbne spørgsmål fra de grønlandske skemaer oversat til dansk. En dobbeltsproget lægesekretær gennemgik oversættelserne af sygdomsbetegnelse. Skemaerne blev herefter sendt til DIKE, hvor de blev kodet i henhold til en kodenøgle, hvilket vil sige, at der blev sat talkoder på en del af spørgsmålene. De kodede skemaer blev sendt til et professionelt indtastningsbureau, der foretog dobbelt indtastning af materialet.

---

Oversigt over emnerne i den grønlandske sundhedsprofil.

**Hovedskema**

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

**Selvudfyldt skema**

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

**Børneskema**

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

---

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

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

*Er materialet repræsentativt for den grønlandske befolkning?*

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

Den samlede svarprocent for sundhedsprofilen er 57,1%, idet der er opnået interview med 1728 personer fra en revideret stikprøve på 3025. Der er for få erfaringer med tilsvarende undersøgelser fra arktiske egne til at vurdere, om denne svarprocent er lav, acceptabel eller høj. Der er dog flere forhold, der tyder på at en betragtelig del af de ikke-interviewede aldrig er forsøgt kontaktet af interviewererne, og den reelle svarprocent er sandsynligvis omkring 70%.



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

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

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

### *Analyse og statistiske metoder*

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

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

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

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

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

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

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

### *Gruppering af befolkningen*

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sammenfatning

Helbred og sygdom har flere dimensioner. Rapporten handler om symptomer, om langvarig sygdom og om konsekvenser af sygdom i form af aktivitetsbegrænsning og funktionsbegrænsning. Der er tale om selvrapporteret sygdom, og der er ikke gennemført kliniske undersøgelser for at verificere diagnoserne.

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

## 2. Gener og symptomer de seneste 14 dage

Et blandt flere mål, som hyppigt anvendes ved undersøgelser af sundhedstilstanden i en befolkning, er forekomsten af gener eller symptomer inden for en 14-dages periode. I den grønlandske sundhedsprofil er dette belyst gennem spørgsmålet "*Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af disse former for smerter eller ubehag?*". I forbindelse med spørgsmålet er interviewpersonen blevet forevist en liste med en række almindeligt forekommende gener. Der kan svares nej til, om man overhovedet har haft gener, og endvidere er der for hver enkelt gene mulighed for at angive, om generne har været lette eller svære.

Den samlede befolkningsandel med gener de seneste 14 dage er 76%, mens andelen med svære gener er 37%.

Forekomsten af gener blandt mænd og kvinder i forskellige alders- og befolkningsgrupper er vist i tabel 2.1 og 2.2. Det fremgår, at der er en stigende forekomst af gener med alderen. Desuden er forekomsten af gener større hos kvinder end hos mænd. Disse køns- og aldersforskelle er tydelige, uanset om man ser på gener samlet eller udelukkende på svære gener, og tilsvarende forskelle ses i DIKEs danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 1994. Endelig ses blandt mænd, at den samlede forekomst af gener er størst blandt grønlændere i bygderne, lavere blandt grønlændere i byerne og lavest blandt danskere i Grønland. Denne tendens er endnu mere udtalt for svære geners vedkommende og forekommer her hos begge køn.

Den regionale forekomst af gener de seneste 14 dage fremgår af figur 2.1. Figuren viser de umiddelbare forskelle i andelen af befolkningen, der har gener, men nogle af disse forskelle kan skyldes, at regionernes befolkninger ikke er ens med hensyn til køns- og alderssammensætning. Når der i den statistiske analyse justeres for disse køns- og aldersforskelle, er der ingen udtalte forskelle mellem regionerne med hensyn til den samlede forekomst af gener. Ser man udelukkende på svære gener, er forekomsten i befolkningen i byer i Vestgrønland (ud over Nuuk) og i bygder i Nordvestgrønland mindre end landsgennemsnittet, mens der er en større forekomst i befolkningen i Østgrønland. Med hensyn til fordelingen af lette og svære gener er der således en tendens til, at befolkningen i Østgrønland i større omfang end befolkningen i det øvrige Grønland angiver gener som værende svære. Det kan ikke umiddelbart udredes, om det drejer sig om en forskel i vurdering af genernes alvorlighed eller en egentlig forskel i sygdomsmønsteret.

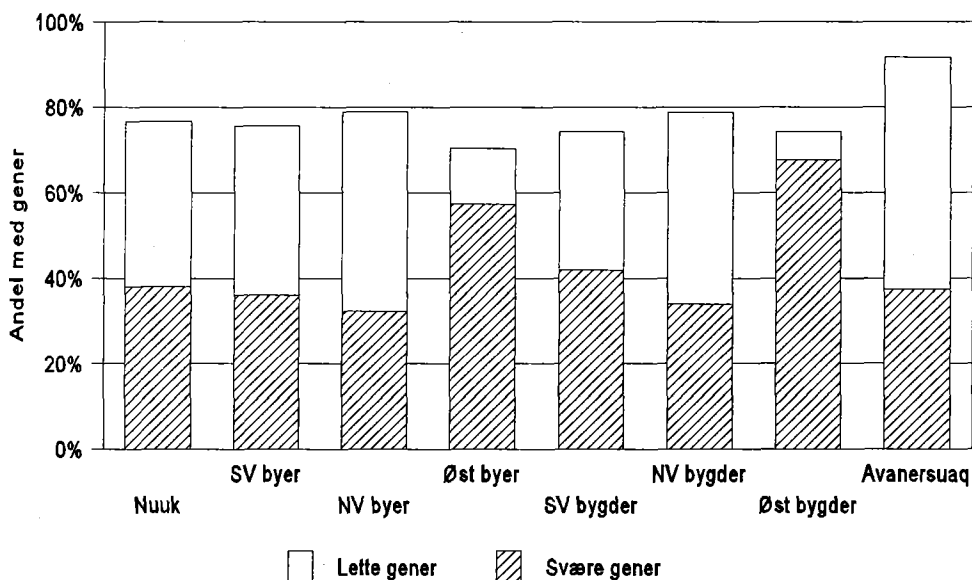
Tabel 2.1 Forekomst af gener de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst = 42. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 60,3        | 53,8      | - *           | 59,4       |
| 25-34 år       | 66,7        | 78,7      | 71,4          | 69,5       |
| 35-59 år       | 72,4        | 71,6      | 63,5          | 70,7       |
| 60+ år         | 86,1        | 96,7      | - *           | 88,9       |
| I alt          | 70,9        | 75,1      | 67,4          | 71,4       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 76,3        | 70,0      | - *           | 75,0       |
| 25-34 år       | 81,7        | 71,2      | 70,0          | 79,0       |
| 35-59 år       | 79,2        | 90,6      | 71,9          | 80,6       |
| 60+ år         | 95,1        | 85,0      | - *           | 93,2       |
| I alt          | 81,7        | 79,8      | 72,7          | 80,7       |
| Alle           | 76,8        | 77,4      | 69,4          | 76,3       |

Tabel 2.2 Forekomst af svære gener de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=42. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 26,5        | 19,2      | - *           | 24,0       |
| 25-34 år       | 23,2        | 38,3      | 23,8          | 26,3       |
| 35-59 år       | 33,6        | 39,2      | 19,0          | 32,2       |
| 60+ år         | 44,4        | 60,0      | - *           | 48,1       |
| I alt          | 30,9        | 39,5      | 20,7          | 31,6       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 28,0        | 30,0      | - *           | 28,2       |
| 25-34 år       | 35,7        | 33,9      | 35,0          | 35,3       |
| 35-59 år       | 42,0        | 59,4      | 31,3          | 44,3       |
| 60+ år         | 64,2        | 60,0      | - *           | 63,1       |
| I alt          | 40,5        | 45,7      | 32,7          | 41,0       |
| Alle           | 36,2        | 42,6      | 25,2          | 36,5       |

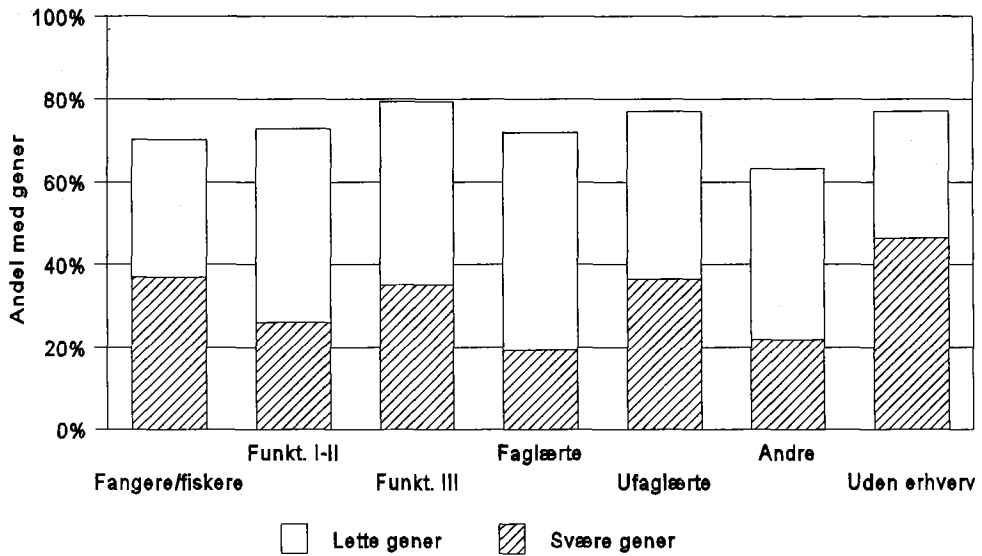
Figur 2.1 Forekomst af gener de seneste 14 dage i otte geografiske regioner i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere. N=1580; uoplyst=41.



Forekomsten af gener i forskellige erhvervsgrupper er vist i figur 2.2. Der er ikke forskel på mønstret for mænd og kvinder, derfor er de to køn vist under ét. Der er kun tale om forholdsvis små forskelle mellem de enkelte erhvervsgrupper, når man ser på gener samlet. Derimod er der tydelige forskelle, hvis man ser på forekomsten af svære gener. Funktionærgruppe I-II, faglærte arbejdere og gruppen af personer med andre erhverv har en lavere forekomst end gennemsnittet for personer i den erhvervsaktive alder, mens fangere/fiskere og personer uden for erhverv har en højere forekomst. De tilsyneladende høje forekomster i funktionærgruppe III og blandt ufaglærte er ikke statistisk betydende, når der tages højde for erhvervsgruppernes forskellige sammensætning med hensyn til køn og alder.

I den grønlandske sundhedsprofil er medtaget to typer af gener, som ikke forekommer i den danske sundhedsprofil fra 1994. Det drejer sig om underlivsgener og tandpine. Når disse to kategorier ikke tælles med i opgørelsen, fås en samlet forekomst af gener i befolkningen i Grønland på 75%. Den tilsvarende forekomst i Danmark er på 73%. I befolkningen i Grønland er forekomsten af svære gener på 36%, mens der i Danmark er en forekomst på 34%. Forskellene mellem Grønland og Danmark er ikke statistisk betydende, vurderet efter standardisering med hensyn til køn og alder.

Figur 2.2 Forekomst af gener de seneste 14 dage efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere i alderen 18-59 år. N=1373; uoplyst=126.



Tabel 2.3 viser forekomsten af specificerede gener blandt mænd og kvinder. Den hyppigst forekommende gruppe er gener fra arme, hænder, ben, hofter eller led, med 31%. Dernæst følger hovedpine, træthed og forkølelse, snue og hoste med forekomster på mellem 25 og 30%. Endelig ligger forekomsten af gener fra skuldre og ryg, søvnbesvær og nedtrykthed på mellem 20 og 25%. Samlet angiver 49%, at de har haft gener fra bevægeapparatet. Dette gennemgås nærmere i kapitel 6. Kvinder har for næsten alle geners vedkommende højere forekomster. Især psykiske gener (træthed, nedtrykthed, angstelse) er hyppigere forekommende blandt kvinder. I den tilsvarende danske undersøgelse ligger forekomsten af gener fra bevægeapparatet på nogenlunde samme niveau som i den grønlandske, mens samtlige øvrige gener er henved dobbelt så hyppigt forekommende i Grønland som i Danmark, på trods af at befolkningen i Grønland er yngre. Som nævnt ovenfor er der ikke forskel mellem Grønland og Danmark med hensyn til den samlede befolkningsandel med gener, samtidig med, at de fleste former for gener er langt hyppigere i Grønland. Denne tilsyneladende modsætning kan forklares ved, at det gennemsnitlige antal gener, blandt de der har gener, er større blandt grønlandere (3,8) end blandt danskere i Danmark (2,4).



Tabel 2.3 Forekomst af gener de seneste 14 dage fordelt på sygdomsgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=42.

|   | Grønland    |              |                      |              | Danmark    |            |
|---|-------------|--------------|----------------------|--------------|------------|------------|
|   | Svære gener |              | Lette og svære gener |              |            | I alt<br>% |
|   | Mænd<br>%   | Kvinder<br>% | Mænd<br>%            | Kvinder<br>% | I alt<br>% |            |
| Smerter i arme, hænder, ben, hofter eller led | 11,0        | 12,9         | 28,1                 | 33,2         | 30,7       | 22,1       |
| Træthed                                       | 5,9         | 9,0          | 24,4                 | 35,9         | 30,4       | 14,3       |
| Hovedpine                                     | 7,8         | 13,5         | 23,2                 | 33,4         | 28,5       | 16,9       |
| Forkølelse, snue, hoste                       | 6,2         | 7,6          | 25,7                 | 28,6         | 27,2       | 13,7       |
| Smerter i skuldre/nakke                       | 6,6         | 9,4          | 17,4                 | 28,6         | 23,3       | 27,8       |
| Nedtrykthed, ulykkelig                        | 3,0         | 7,2          | 15,3                 | 28,4         | 22,1       | 6,5        |
| Søvnbesvær                                    | 5,9         | 8,6          | 19,2                 | 24,4         | 21,9       | 10,8       |
| Smerter i ryg og lænd                         | 7,0         | 8,1          | 20,4                 | 21,3         | 20,9       | 26,0       |
| Eksem, hududslæt, kløe                        | 2,0         | 2,7          | 9,9                  | 14,8         | 12,5       | 6,1        |
| Mavesmerter                                   | 2,1         | 3,3          | 9,4                  | 14,1         | 11,9       | 6,6        |
| Hurtig hjertebanken                           | 2,7         | 3,6          | 8,9                  | 14,3         | 11,7       | 4,4        |
| Fordøjelsesbesvær                             | 1,9         | 3,8          | 7,9                  | 14,9         | 11,6       | 6,0        |
| Ængstelse, uro og angst                       | 2,1         | 5,1          | 7,7                  | 15,1         | 11,5       | 5,8        |
| Åndedrætsbesvær                               | 2,6         | 3,5          | 8,5                  | 14,0         | 11,4       | 5,9        |
| Underlivsgener                                | -           | 3,9          | -                    | 14,7         | -          | *          |
| Tandpine                                      | 1,7         | 1,8          | 7,4                  | 6,3          | 6,8        | *          |
| Bevægeapparat samlet                          | 17,9        | 21,6         | 45,9                 | 51,9         | 49,0       | 51,4       |
| Mindst én gene                                | 31,6        | 41,0         | 71,4                 | 80,7         | 76,3       | *          |

\* I den danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse er underlivsgener og tandpine ikke medtaget, se teksten.

## Sammenfatning

Kapitlet handler om smerter og ubehag, som de interviewede har været generet af inden for de seneste 14 dage. 76% har haft gener og 37% svære gener. Kvinder har oftere end mænd haft gener, og grønlændere i bygder har oftere end grønlændere i byer haft svære gener, mens danskere mindst ofte har haft gener. Både mænd og kvinder er hyppigst generet af symptomer fra bevægeapparatet, dvs. ondt i ryggen, nakken, muskler eller led. Halvdelen af de interviewede har haft gener fra bevægeapparatet, hvilket svarer til forekomsten i Danmark.



### 3. Aktivitetsbegrænsning som følge af nylig sygdom

Foregående kapitel omhandlede forekomsten af gener og symptomer uden hensyntagen til eventuelle konsekvenser af disse. Et vigtigt mål for sygeligheden i en befolkning er forekomsten af begrænsninger i de daglige gøremål som følge af sygdom, smerter og lignende. Derfor er der i den grønlandske sundhedsprofil spurgt *“Har du inden for de sidste 14 dage haft svært ved at foretage dig det, du plejer, på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser?”*. Af de 1717 personer, der har besvaret dette spørgsmål, angiver 17% at have haft sådanne aktivitetsbegrænsninger. Har svarpersonen angivet at have haft aktivitetsbegrænsninger som følge af sygdom eller lignende, er der videre spurgt *“Hvilken sygdom, skade eller lidelse drejer det sig om?”*.

Forekomsten af aktivitetsbegrænsninger hos mænd og kvinder i forskellige alders- og befolkningsgrupper er vist i tabel 3.1. Forskellen mellem mænd og kvinder med hensyn til forekomst af aktivitetsbegrænsning er ikke statistisk betydende. Variationen med alder afhænger af køn og befolkningsgruppe, og viser således et blandet mønster. Forekomsten blandt 35-59 årige er forholdsvis lav for grønlandske mænds vedkommende, men forholdsvis høj for grønlandske kvinders vedkommende. Personer på 60 år og derover har oftere været begrænset i deres aktivitet end yngre mennesker. Forekomsten blandt grønlandere i byer og bygder er stort set ens, og der er ingen regionale forskelle med hensyn til forekomst af aktivitetsbegrænsning. Sammenlignet med de to grønlandske befolkningsgrupper er der en lavere forekomst hos danskere i Grønland. Det sidste skyldes især en lav forekomst blandt danske mænd.

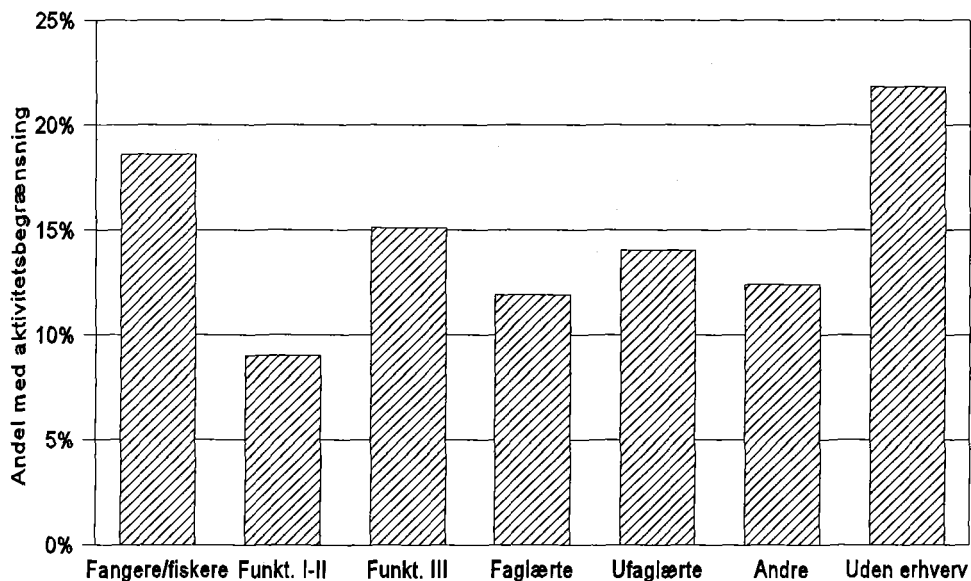
Forekomsten af aktivitetsbegrænsninger i erhvervsgrupper er vist i figur 3.1. Gruppen af personer uden for erhverv har en tydeligt større forekomst af aktivitetsbegrænsning end gennemsnittet for personer i den erhvervsaktive alder. Når der tages højde for forskelle i erhvervsgrupperne imellem med hensyn til fordeling på køn og aldersgrupper har fangere/fiskere kun til en vis grad en højere forekomst på trods af den høje procentandel jævnfør figuren. I funktionærgruppe I-II er der en relativt lav forekomst af aktivitetsbegrænsning.

I DIKEs danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 1994 er spørgsmålet om aktivitetsbegrænsning inden for de seneste 14 dage stillet på en enklere måde, idet der ikke som i den grønlandske undersøgelse er mulighed for at angive hvilken

Tabel 3.1 Forekomst af aktivitetsbegrænsninger de seneste 14 dage på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=11. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 20,0        | 7,4       | - *           | 16,2       |
| 25-34 år       | 14,5        | 16,7      | 4,8           | 14,0       |
| 35-59 år       | 13,4        | 14,3      | 6,3           | 12,4       |
| 60+ år         | 28,8        | 35,5      | - *           | 30,0       |
| I alt          | 16,6        | 17,5      | 6,5           | 15,7       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 14,7        | 13,3      | - *           | 14,3       |
| 25-34 år       | 14,2        | 9,8       | 20,0          | 13,7       |
| 35-59 år       | 20,1        | 24,2      | 15,6          | 20,5       |
| 60+ år         | 32,5        | 35,0      | - *           | 32,4       |
| I alt          | 18,8        | 18,6      | 16,4          | 18,6       |
| Alle           | 17,8        | 18,1      | 10,1          | 17,2       |

Figur 3.1 Forekomst af aktivitetsbegrænsninger de seneste 14 dage som følge af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere i alderen 18-59 år. N=1373; uoplyst=102.



sygdom eller lidelse, der ligger til grund. En del af de interviewede i den grønlandske undersøgelse har angivet ikke at have haft aktivitetsbegrænsning, men så alligevel ved det specifikke spørgsmål angivet en eller flere sygdomme. Disse svarpersoner antages i de ovenfor anførte opgørelser at have haft aktivitetsbegrænsning. Opgøres forekomsten af aktivitetsbegrænsning i Grønland på samme måde som i den danske undersøgelse, det vil sige uden det supplerende spørgsmål, fås en samlet forekomst på 16% blandt grønlændere sammenlignet med 14% i Danmark.

En opgørelse over hvilke sygdomme, der ligger bag aktivitetsbegrænsningen, ses i tabel 3.2. Der er rapporteret 323 lidelser i alt, og tabellen giver fordelingen for mænd og kvinder og for de to køn samlet. Den hyppigst forekommende gruppe er sygdomme i bevægeapparatet med 6%. Herefter kommer luftvejssygdomme med 3%. De tydeligste forskelle mellem mænd og kvinder optræder for skaders og sygdomme i urin- og kønsorganers vedkommende. Blandt mænd er andelen med skader mere end dobbelt så stor som blandt kvinder, og blandt kvinder er andelen med sygdomme i urin- og kønsorganer mere end 20 gange så stor som blandt mænd. Dette sidste skyldes naturligvis, at denne diagnosegruppe omfatter en række kvindesygdomme.

Tabel 3.3 viser fordelingen af gener (se kapitel 2) og aktivitetsbegrænsning de seneste 14 dage for de interviewede, som har svaret på begge spørgsmål. Enogtyve svarpersoner har været begrænset i deres aktiviteter, men har angivet ikke at have haft gener, og 1005 har haft gener, men har ikke følt sig begrænset i de daglige gøremål. En sandsynlig forklaring på, at der er 21 svarpersoner med aktivitetsbegrænsning uden gener er, at de sygdomme, der ligger til grund for aktivitetsbegrænsningen, ikke findes på listen over gener. For de 1005 svarpersoner med gener, men uden aktivitetsbegrænsning, gælder det, at en lidelse ikke altid medfører begrænsning i de daglige gøremål. Desuden er der for genernes vedkommende tale om symptomer og sygdomme vist på en liste, således at interviewpersonen under interviewet lettere kommer i tanke om generne, mens årsager til aktivitetsbegrænsning er selvrapporterede sygdomme, det vil sige sygdomme, som svarpersonen angiver uden at have en liste at gå ud fra.

Tabel 3.2 Sygdomsmæssige årsager til aktivitetsbegrænsning de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=11.

| Sygdomsgruppe                        | Mænd | Kvinder | I alt |
|--------------------------------------|------|---------|-------|
|                                      | %    | %       | %     |
| Smitsomme sygdomme                   | 0,4  | 0,5     | 0,5   |
| Svulster                             | 0,1  | 0,0     | 0,1   |
| Endokrine sygdomme                   | 0,1  | 0,0     | 0,1   |
| Sygdomme i blodet                    | -    | -       | -     |
| Psykelige sygdomme                   | 0,5  | 0,8     | 0,8   |
| Sygdomme i nervesystem, øjne og ører | 0,8  | 1,0     | 0,1   |
| Kredsløbssygdomme                    | 0,8  | 0,7     | 0,8   |
| Luftvejssygdomme                     | 2,5  | 3,6     | 3,1   |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer        | 0,6  | 0,9     | 0,8   |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer      | 0,1  | 2,4     | 1,3   |
| Hudsygdomme                          | 0,1  | 0,8     | 0,5   |
| Sygdomme i bevægeapparatet           | 6,1  | 5,7     | 5,9   |
| Skader                               | 2,0  | 0,8     | 1,4   |
| Andre sygdomme                       | 1,6  | 4,4     | 3,0   |
| Uden diagnose                        | 1,1  | 0,8     | 0,9   |

Tabel 3.3 Forekomst af gener og aktivitetsbegrænsning som følge af sygdom de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=53.

|                       |     | Gener |      |
|-----------------------|-----|-------|------|
|                       |     | Nej   | Ja   |
| Aktivitetsbegrænsning | Nej | 377   | 1005 |
|                       | Ja  | 21    | 272  |

## **Sammenfatning**

17% af de interviewede, lige mange mænd og kvinder, oplyste at de inden for de seneste 14 dage havde været begrænset i deres sædvanlige aktiviteter på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser. Personer uden erhverv og i mindre grad fangere/fiskere har oftere end andre i den erhvervsaktive alder været begrænset i deres aktiviteter. De to mest almindelige årsager til aktivitetsbegrænsning er sygdomme i bevægeapparatet og luftvejssygdomme, som optræder hos henholdsvis 6% og 3% af de interviewede.





## 4. Sygdomsadfærd

Adfærd i forbindelse med gener, symptomer og sygdom kan undersøges på forskellig vis. I den grønlandske sundhedsprofil er der valgt to måder at anskue spørgsmålet på. Dels er der spurgt, om svarpersonen foretog sig noget i forbindelse med eventuelle gener de seneste 14 dage og i givet fald hvad. Dels er der spurgt hvilken medicin, interviewpersonen har brugt de seneste 14 dage.

### Hvad gør de interviewede for at få det bedre?

I forlængelse af spørgsmålet om gener de seneste 14 dage (se kapitel 2) er der spurgt *“Gjorde du noget for at blive rask eller få det bedre?”* for hver af de gener, svarpersonen angiver at have haft. Hvis svaret her var bekræftende for en eller flere af generne, blev der dernæst spurgt *“Hvad gjorde du for at blive rask eller få det bedre?”*, idet svarpersonen fik vist en liste med forskellige muligheder.

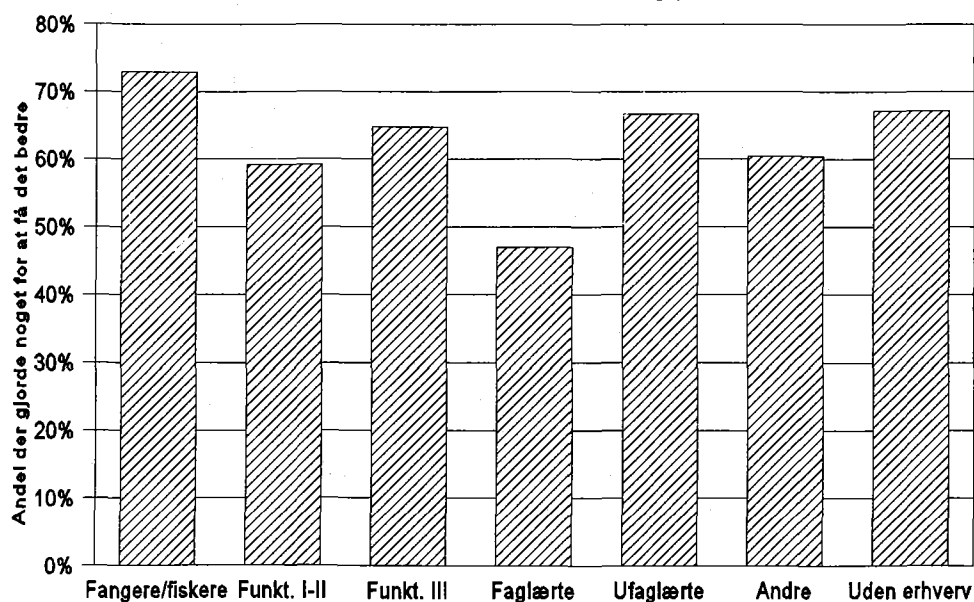
Tabel 4.1 viser hvor stor en andel af mænd og kvinder i forskellige alders- og befolkningsgrupper, der har gjort noget ved deres gener. I alt 66% af dem, der har haft gener, angiver at have foretaget sig noget for at få det bedre. Der er flere kvinder end mænd, der har foretaget sig noget i forbindelse med deres gener. I den samlede befolkning er der ingen tendens til forskelle mellem aldersgrupper. Ser man derimod på de tre befolkningsgrupper hver for sig, er det dog sådan, at blandt mænd i byderne og kvinder i byerne er det mere almindeligt at gøre noget for at få det bedre, jo ældre man er, mens sammenhængen med alder er mindre entydig for mænd i byerne og kvinder i byderne. Endvidere er mænd i byderne mere tilbøjelige til at foretage sig noget for at få det bedre, sammenlignet med mænd i byerne, mens det for kvindernes vedkommende er omvendt. For begge køn under ét er der ikke forskel mellem de tre befolkningsgrupper. Der er heller ikke forskel mellem de geografiske regioner.

Forekomsten i forskellige erhvervsgrupper af personer, der gjorde noget for at få det bedre, er vist på figur 4.1. Der er ikke forskel på mønstret for mænd og kvinder, og forekomsten er derfor vist for begge køn samlet. Fangere/fiskere er mere tilbøjelige og faglærte mindre tilbøjelige end gennemsnittet af personer i den erhvervsaktive alder til at gøre noget for at få det bedre.

Tabel 4.1 Personer med gener de seneste 14 dage, som gjorde noget for at få det bedre. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N=1286; uoplyst=175. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlandere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 75,0        | 41,7      | - *           | 66,0       |
| 25-34 år       | 58,8        | 67,7      | 53,8          | 60,3       |
| 35-59 år       | 53,6        | 68,9      | 57,1          | 57,1       |
| 60+ år         | 60,0        | 70,8      | - *           | 64,3       |
| I alt          | 58,4        | 66,1      | 58,2          | 60,1       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 63,3        | 61,1      | - *           | 62,0       |
| 25-34 år       | 67,3        | 57,6      | 84,6          | 66,8       |
| 35-59 år       | 76,5        | 65,3      | 81,0          | 74,6       |
| 60+ år         | 77,1        | 64,3      | - *           | 74,1       |
| I alt          | 71,6        | 62,3      | 77,8          | 70,2       |
| Alle           | 66,0        | 64,2      | 65,9          | 65,6       |

Figur 4.1 Forekomst i forskellige erhvervsgrupper af personer med gener de seneste 14 dage, som gjorde noget for at få det bedre. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere i alderen 18-59 år. N=1184; uoplyst=164.



I alt 729 personer med gener angiver at have foretaget sig noget, men kun 507 har angivet, hvad de har gjort. Af disse har 65% kontaktet sundhedsvæsenet, brugt lægeordineret medicin eller fulgt en lægeordineret behandling, mens 35% har klarer sig på egen hånd. En oversigt over, hvad de interviewede har gjort for at få det bedre, er givet i tabel 4.2. Procenterne er baseret på de 507 personer, der har angivet hvad de foretog sig. Det skal desuden bemærkes, at hver enkelt person kan have foretaget sig mere end en ting i forbindelse med gener, og summen af procenterne i hver søjle er derfor større end 100. Hyppigst forekommende er, at man har taget medicin ordineret til den pågældende lidelse (39%), har taget kontakt til sundhedsvæsenet (33%) eller har holdt sig i sengen (30%). Gruppen "Andet" dækker over to hovedkategorier. Den ene udgør henved halvdelen af de 6% og består af folk, der har lavet gymnastik eller lignende. Den anden udgør knap en fjerdedel af de 6% og består af folk, der har koncentreret sig om psykiske forholdsregler såsom at gå i psykoterapi eller søge opmuntring. Den sidste tredjedel er en blandet gruppe, der f.eks. har lavet håndarbejde eller sørget for at få mere frisk luft.

De tydeligste forskelle mellem mænd og kvinder med hensyn til, hvad man foretager sig for at få det bedre, er, at kvinder oftere tager lægeordineret medicin og søger råd hos familie og venner.

## **Medicinforbrug**

Interviewpersonerne fik vist en liste med en række medicintyper og blev spurgt "*Har du inden for de sidste 14 dage brugt nogen af disse former for medicin?*". Angav man at have taget medicin, blev der videre, for hver enkelt medicintype man angav at have anvendt, spurgt om man havde taget medicinen som en engangsforeteelse, eller om der var tale om en medicintype, man bruger regelmæssigt. Der var også mulighed for at angive medicin, som ikke var nævnt på listen. Svarene er opdelt i tre grupper: de der slet ikke har taget medicin de seneste 14 dage, de der kun har taget medicin som en engangsforeteelse, og de der har taget en eller anden form for medicin regelmæssigt.

Fordelingen af brug af medicin udelukkende inden for de seneste 14 dage fremgår af tabel 4.3. Den samlede andel, der har anvendt medicin udelukkende de seneste 14 dage, er 21%. Der ses flere forskelle mellem kvinder og mænd. Dels har kvinder et højere forbrug, og dels er der hos kvinder en tydelig stigning i forbruget med alderen, mens mændene ikke viser denne tendens. Der er ingen forskel mellem de

Tabel 4.2 Fordelingen af hvad personer med gener de seneste 14 dage har gjort for at få det bedre. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=729; uoplyst=222.

|   | Mænd<br>% | Kvinder<br>% | I alt<br>% |
|---|-----------|--------------|------------|
| Gik tidligt i seng eller blev i sengen                                      | 29,1      | 31,3         | 30,4       |
| Blev hjemme fra arbejde   | 9,9       | 10,2         | 10,1       |
| Ændrede kost  | 9,4       | 14,1         | 12,0       |
| Fulgte et traditionelt grønlandsk husråd                                    | 9,0       | 9,5          | 9,3        |
| Fulgte andre husråd, tog købt urtemedicin el.l.                             | 4,5       | 8,8          | 6,9        |
| Tog håndkøbsmedicin   | 15,7      | 16,9         | 16,4       |
| Tog medicin, som jeg fik fra en bekendt                                     | 6,7       | 7,0          | 6,9        |
| Tog medicin, som var ordineret af lægen for denne sygdom                    | 29,6      | 45,4         | 38,5       |
| Tog anden lægeordineret medicin   | 9,0       | 14,4         | 12,0       |
| Fulgte anden behandling, som var ordineret af lægen                         | 14,3      | 18,7         | 16,8       |
| Spurgte familie, venner eller naboer til råds                               | 4,9       | 15,5         | 10,8       |
| Spurgte nogen til råds, som har forstand på sygdom (ikke i sundhedsvæsenet) | 4,9       | 4,6          | 4,7        |
| Kontaktede sygehuset, tandklinikken eller sundhedsmedhjælperen              | 35,9      | 31,3         | 33,3       |
| Blev indlagt  | 10,3      | 12,3         | 11,4       |
| Andet   | 5,8       | 5,3          | 5,5        |

Tabel 4.3 Anvendelse af medicin udelukkende inden for de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=165. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlandere |           |               |            |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% | Danskere<br>% | I alt<br>% |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 16,7        | 17,4      | - *           | 16,5       |
| 25-34 år       | 16,4        | 20,9      | 35,0          | 18,9       |
| 35-59 år       | 17,9        | 22,5      | 12,1          | 17,9       |
| 60+ år         | 21,5        | 15,4      | - *           | 18,6       |
| I alt          | 17,8        | 20,2      | 16,3          | 18,1       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 19,4        | 12,5      | - *           | 17,8       |
| 25-34 år       | 19,5        | 26,9      | 20,0          | 20,9       |
| 35-59 år       | 24,4        | 25,9      | 34,4          | 25,7       |
| 60+ år         | 27,4        | 52,9      | - *           | 33,0       |
| I alt          | 22,3        | 27,2      | 29,6          | 23,7       |
| Alle           | 20,2        | 23,5      | 21,4          | 21,0       |

tre befolkningsgrupper, idet det lidt højere forbrug af medicin blandt befolkningen i bygderne ikke er statistisk betydende.

Tabel 4.4 viser tilsvarende fordelingen af regelmæssigt medicinforbrug. Af den samlede befolkning bruger 16% medicin regelmæssigt. Igen ses en større forekomst hos kvinder, men en stigning i forbruget med alderen ses her hos begge køn. Der er lidt færre i bygderne, der bruger medicin regelmæssigt, men forskellen er heller ikke her statistisk betydende.

Det samlede medicinforbrug fås ved at lægge tallene fra tabel 4.3 og tabel 4.4 sammen. I alt har 37% af befolkningen brugt en eller anden form for medicin de seneste 14 dage. Der er en meget tydelig forskel mellem kvinder og mænd og især for den regelmæssigt anvendte medicins vedkommende et stigende medicinforbrug med alderen. Der er ingen nævneværdig forskel mellem befolkningsgrupperne. Af de to foregående tabeller fremgår det, at befolkningen i bygderne oftere anvender medicin som en engangsforeteelse, mens befolkningen i byerne og danskere i Grønland oftere anvender medicin regelmæssigt.

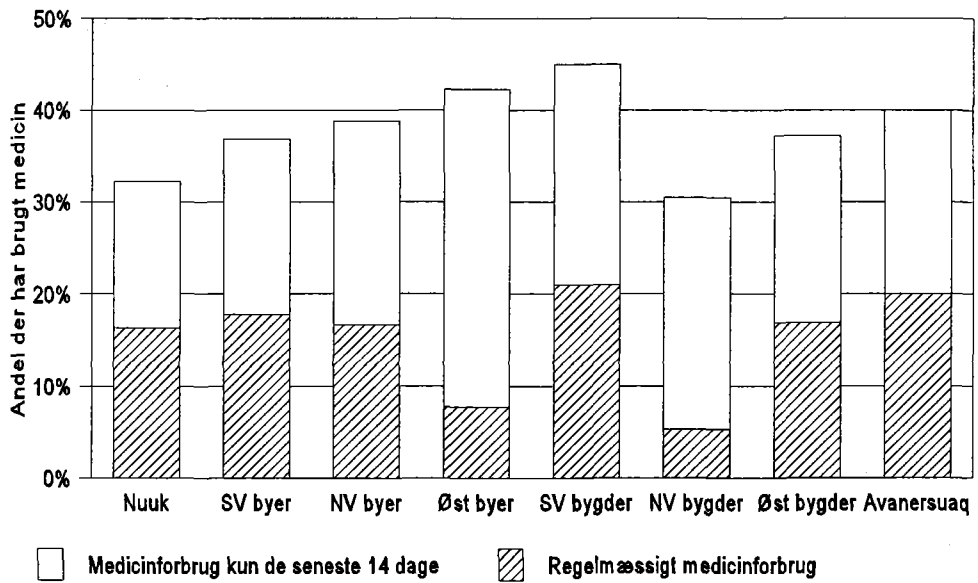
Tabel 4.4 Regelmæssigt medicinforbrug. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=165. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           |               | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% | Danskere<br>% |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 8,3         | 4,3       | - *           | 7,1        |
| 25-34 år       | 11,9        | 2,3       | 10,0          | 9,9        |
| 35-59 år       | 11,2        | 14,1      | 22,4          | 13,6       |
| 60+ år         | 30,8        | 30,8      | - *           | 32,0       |
| I alt          | 13,6        | 12,3      | 20,9          | 14,2       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 11,8        | 12,5      | - *           | 11,9       |
| 25-34 år       | 14,4        | 7,7       | 15,0          | 13,2       |
| 35-59 år       | 19,6        | 25,9      | 15,6          | 20,3       |
| 60+ år         | 41,1        | 5,9       | - *           | 34,1       |
| I alt          | 19,1        | 15,0      | 14,8          | 18,1       |
| Alle           | 16,6        | 13,5      | 18,6          | 16,2       |

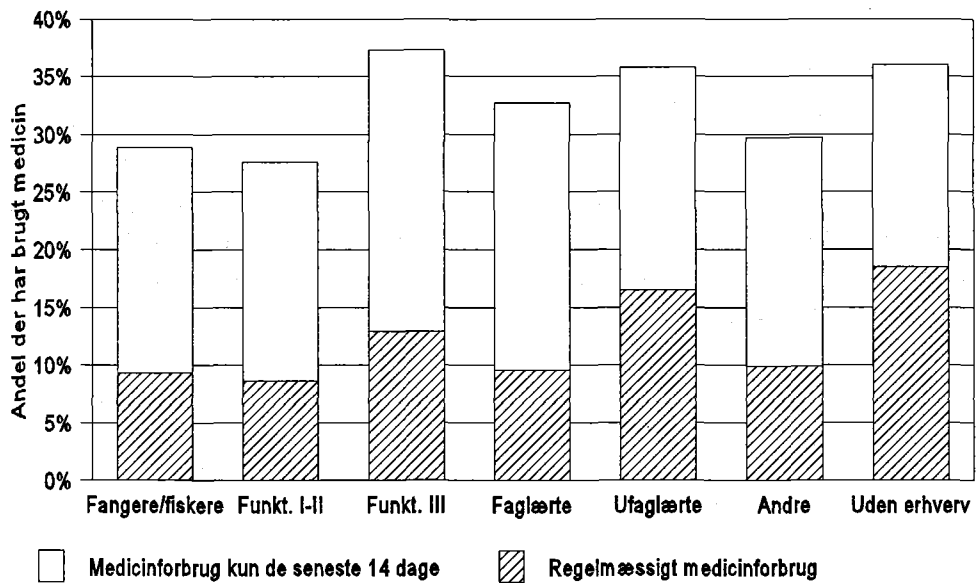
I figur 4.2 er vist fordelingen af de to former for medicinforbrug, og dermed også af medicinforbruget samlet, i regioner. For forbrug af medicin udelukkende de seneste 14 dage gælder, at befolkningen i byerne i Østgrønland har en større forekomst end landsgennemsnittet, mens Nuuks befolkning har en lavere forekomst. Forekomsten af regelmæssig brug af medicin er lav i bygderne i Nordvestgrønland. For det samlede medicinforbrug er der ikke forskel mellem regionerne.

Fordelingen af medicinforbruget i erhvervsgrupper er vist i figur 4.3. Forbruget af medicin udelukkende de seneste 14 dage er nogenlunde ens for alle grupper, mens regelmæssig brug af medicin er stor for personer uden erhverv og til dels i gruppen af ufaglærte, men forholdsvis lav i funktionærgruppe I-II. Det samlede medicinforbrug er ligeledes lavt i funktionærgruppe I-II.

Figur 4.2 Medicinforbrug i otte geografiske regioner i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N=1580; uoplyst=157.



Figur 4.3 Medicinforbrug efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere i alderen 18-59 år. N=1373; uoplyst=213.



I tabel 4.5 er givet en oversigt over hyppigheden af anvendelse af forskellige slags medicin. Procenttallene er her baseret på det samlede antal personer, der har svaret på spørgsmålet, om de har anvendt medicin. Den langt hyppigst forekommende medicintype, når det drejer sig om medicin anvendt udelukkende de seneste 14 dage, er smertestillende midler med 13%. Derefter følger antibiotika, der er brugt af lidt over 6% af de interviewede. Også for regelmæssigt benyttet medicin er den hyppigst anvendte type smertestillende medicin, som bruges af 6%, og hudlægemidler, som bruges af 5%.

Tabel 4.5 Medicinforbrug kun de seneste 14 dage og regelmæssigt forbrug fordelt på typer af medicin. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=165.

| Medicintype                                       | Kun de seneste 14 dage |              |            | Regelmæssigt |              |            |
|---|------------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|
|   | Mænd<br>%              | Kvinder<br>% | I alt<br>% | Mænd<br>%    | Kvinder<br>% | I alt<br>% |
| Penicillin eller andre antibiotika                | 4,9                    | 7,8          | 6,4        | 2,4          | 3,3          | 2,9        |
| Hostemedicin, næsedråber el.lign.                 | 1,3                    | 2,0          | 1,7        | 1,7          | 1,6          | 1,7        |
| Blodtrykssænkende medicin                         | 0,5                    | 1,9          | 1,2        | 1,2          | 1,4          | 1,3        |
| Hjertemedicin (nitroglycerin, digoxin m.m.)       | 0,1                    | 0,5          | 0,3        | 1,7          | 1,4          | 1,5        |
| Salve eller andet hudlægemiddel                   | 1,3                    | 1,6          | 1,5        | 4,0          | 5,2          | 4,6        |
| Smertestillende medicin, herunder hovedpinepiller | 12,2                   | 13,6         | 12,9       | 5,2          | 6,6          | 5,9        |
| Sovemidler  | 1,1                    | 1,4          | 1,2        | 1,5          | 1,2          | 1,3        |
| Afføringsmidler eller andet for maven             | 0,5                    | 0,9          | 0,7        | 1,1          | 0,7          | 0,9        |
| Nervemidler, beroligende medicin                  | 0,5                    | 2,2          | 1,4        | 0,5          | 1,9          | 1,2        |
| Andet   | 2,4                    | 3,1          | 2,8        | 3,8          | 3,6          | 3,7        |
| Ingen brug af medicin                             | 81,9                   | 76,3         | 79,0       | 85,8         | 81,9         | 83,8       |



Ser man på forbruget af de to medicintyper under ét, er den hyppigst brugte medicintype smertestillende medicin, som 19% af befolkningen har anvendt, efterfulgt af antibiotika (9%) og hudlægemidler (6%). Kvinder har oftere end mænd brugt medicin de seneste 14 dage. Det gælder alle slags medicin, men i særlig grad antibiotika, blodtrykssænkende medicin og nervemedicin. For den regelmæssigt anvendte medicins vedkommende er forskellen mellem mænd og kvinder mindre entydig. Dog er der især en større andel af kvinder, der regelmæssigt anvender nervemedicin. Brugen af nervemedicin beskrives nærmere i kapitel 9.

Ved en sammenligning med medicinforbruget i Danmark er det vigtigt at inddrage det forhold, at medicinudlevering ikke foregår på samme måde i de to lande. I Danmark købes medicin typisk på apoteker. I Grønland udleveres medicin gratis fra Lægeklinikken i Nuuk og sygehusene. Disse forskelle taget i betragtning kan man konstatere, at 52% af den danske befolkning på 18 år og derover har anvendt medicin, mod 37% af Grønlands befolkning. For enkelte medicintyper kan nævnes, at befolkningsandelen, der bruger antibiotika, er højere i Grønland (9%) end i Danmark (3%). Befolkningsandelen, der bruger hjertemedicin og blodtrykssænkende medicin, er lavere i Grønland (4%) end i Danmark (10%), og det samme gælder andelen, der bruger smertestillende medicin (Grønland: 19%, Danmark: 31%).

## **Sammenfatning**

To tredjedele af de interviewede, der har haft gener inden for de seneste 14 dage, har gjort noget for at blive rask eller få det bedre, lidt flere kvinder end mænd. Fangere/fiskere er mere tilbøjelige end gennemsnittet til at gøre noget for at få det bedre. Det mest almindelige er, at man tager lægeordineret medicin (39%), kontakter sundhedsvæsenet (33%) eller holder sig i sengen (30%).

37% har brugt medicin inden for de seneste 14 dage, heraf 21% som en engangsforeteelse og 16% som led i regelmæssig brug af pågældende medicin. Kvinder bruger oftere end mænd medicin og både mænd og kvinder har et stigende forbrug af regelmæssigt anvendt medicin med alderen. Medicinforbruget er lavt i funktionsnærgruppe I-II. Den mest brugte medicin er smertestillende midler, som 19% af de interviewede har anvendt, antibiotika (9%) og hudlægemidler (6%). Andelen af befolkningen, som bruger en eller anden form for medicin, er lavere i Grønland (37%) end i Danmark (52%).



## 5. Langvarig sygdom

I kapitlerne 2 og 3 præsenteredes forekomsten af sygdom, gener og aktivitetsbegrænsning inden for de sidste 14 dage før interviewet. Her optrådte typisk, hvad man kunne kalde småskavanker, som ikke nødvendigvis har konsekvenser for en persons liv over et længere tidsrum. I nærværende kapitel præsenteres tal for forekomsten af langvarige sygdomme, dvs. sygdomme, som enten er egentlig kroniske, eller som har været eller må forventes at være mere end seks måneder. Der er med andre ord tale om sygdomme og lidelser, som har konsekvenser for personernes levevis i lang tid, måske resten af livet.

Forekomsten af langvarig sygdom er opgjort på to måder. Dels er der spurgt, helt generelt, om interviewpersonen *“Har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse”*, uddybet som sygdom, der normalt varer seks måneder eller mere. Her er der så videre spurgt om *“Hvilken sygdom eller lidelse det drejer sig om”*. Svarene på disse spørgsmål er samlet under betegnelsen selvrapporteret langvarig sygdom. Dernæst er interviewpersonen blevet præsenteret for en liste med en række specifikke sygdomme. Der kan her svares, om man *“Nu har, eller tidligere har haft, nogle af disse sygdomme”*. I det følgende behandles udelukkende lidelser, som svarpersonerne angiver at have på interviewtidspunktet. Endvidere er der spurgt om man *“Kan læse en almindelig avis-tekst”*, og om man *“Kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale med tre eller flere personer”*. Endelig er der spurgt om man *“I det daglige bruger briller eller høreapparat for at klare sig”*.

I tabel 5.1 er vist sammenhængen mellem angivelse af selvrapporteret langvarig sygdom og langvarig sygdom angivet ud fra ovennævnte liste. I alt 723 svarpersoner har angivet langvarig sygdom ved det ene spørgsmål, men ikke ved det andet. Listen over sygdomme omfatter kun et udvalg af sygdomme og rummer bl.a. ikke mulighed for at angive kræft, psykiske sygdomme eller skader, sygdomsgrupper som altså kun kan optræde blandt de selvrapporterede langvarige sygdomme. Dette forhold kan forklare en del af de 105 personer, der udelukkende har selvrapporteret langvarig sygdom. En stor del af de 618 personer, der udelukkende har angivet en langvarig sygdom fra listen, har kun nedsat syn, hørelse eller tyggeevne, altså tilstande, der blandt ældre mennesker snarere opfattes som mindre skavanker end som sygdomme. Desuden vil en konkret liste kunne få svarpersonerne til at komme i tanke om en bestemt sygdom, som de ikke i det daglige opfatter som en langvarig sygdom.

Tabel 5.1 Antal svarpersoner, der har oplyst at have en langvarig sygdom, dels ved selvrappor-  
tering, dels ud fra forevisning af en liste med en række almindelige sygdomme.  
Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=76.

|                            |     | Selvrapporteret langvarig sygdom |     |
|----------------------------|-----|----------------------------------|-----|
|                            |     | Nej                              | Ja  |
| Langvarig sygdom fra liste | Nej | 398                              | 105 |
|                            | Ja  | 618                              | 531 |

I tabel 5.2 er vist procentandelene med langvarig selvrapporteret sygdom, fordelt på køn og alder. Opgørelsen dækker alle, der ved selvrapportering har angivet at have en langvarig sygdom, hvad enten de har angivet en langvarig sygdom ud fra ovennævnte liste eller ej. I alt 38% af befolkningen i Grønland angiver langvarig sygdom på denne måde, hvilket er samme procenttal som i den tilsvarende danske undersøgelse. Forekomsten af langvarig sygdom er større hos mænd end hos kvinder, og der er en stigende forekomst med alderen. Ydermere er forekomsten højere i bygderne end i byerne og lavest blandt danskerne i Grønland. Tabel 5.3 viser procentandelene, som ud fra listen har angivet en langvarig sygdom, igen fordelt på de samme befolkningsgrupper. Her er medtaget personer som har angivet langvarig sygdom ud fra listen, uanset om de samtidig har selvrapporteret en langvarig sygdom. Her er den samlede forekomst på 70%. I forhold til selvrapporterede sygdomme ses den omvendte kønsforskel, idet kvinder hyppigere end mænd angiver sygdomme ud fra listen. I alt har 76% af svarpersonerne angivet at have en langvarig sygdom ved selvrapportering eller på basis af listen over sygdomme.

Figur 5.1 viser den regionale forekomst af langvarig sygdom. Ved de følgende kommentarer er der taget højde for forskelle regionerne imellem med hensyn til fordeling på mænd og kvinder og aldersgrupper. For sygdomme fra listen er der en lav forekomst i Sydvestgrønland, specielt Nuuk og bygder. Selvrapporteret langvarig sygdom er hyppig i bygderne og sjælden i byerne, undtagen Nuuk. For den samlede forekomst af langvarig sygdom viser bygderne i Østgrønland en forholdsvis høj forekomst, mens bygderne og byerne i Sydvestgrønland, inklusive Nuuk, viser en lav forekomst.

Tabel 5.2 Forekomst af langvarig selvrapporert sygdom. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=42. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 18,6        | 18,5      | - *           | 19,2       |
| 25-34 år       | 34,1        | 43,5      | 28,6          | 35,4       |
| 35-59 år       | 44,0        | 55,3      | 35,5          | 44,9       |
| 60+ år         | 60,0        | 77,4      | - *           | 65,4       |
| I alt          | 39,7        | 50,6      | 36,3          | 41,7       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 15,8        | 13,8      | - *           | 16,0       |
| 25-34 år       | 23,5        | 34,0      | 30,0          | 25,7       |
| 35-59 år       | 40,3        | 63,5      | 21,9          | 42,9       |
| 60+ år         | 61,3        | 63,2      | - *           | 61,0       |
| I alt          | 33,4        | 45,1      | 25,9          | 35,1       |
| Alle           | 36,3        | 48,0      | 32,4          | 38,3       |

Figur 5.1 Forekomst af langvarig sygdom i otte geografiske regioner i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N = 1580, uoplyst = 69.

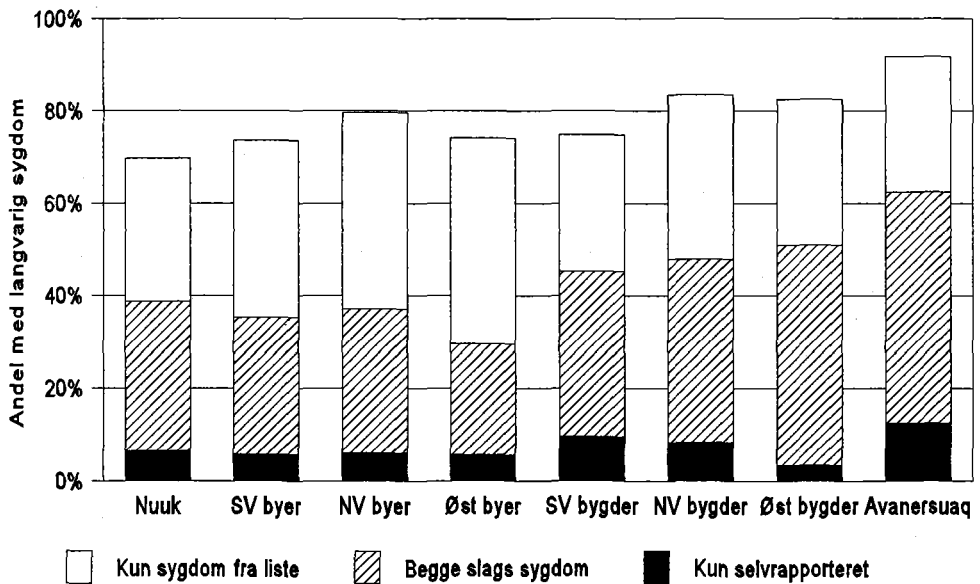


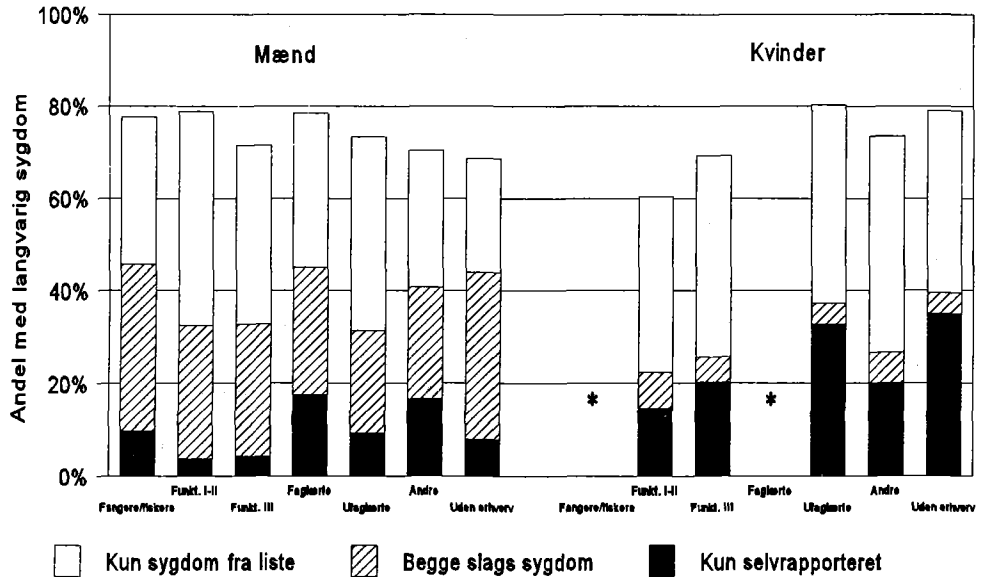
Table 5.3 Forekomst af langvarig sygdom angivet ud fra en liste. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=40. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlandere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 33,3        | 44,0      | - *           | 37,6       |
| 25-34 år       | 52,9        | 64,6      | 81,0          | 57,7       |
| 35-59 år       | 75,4        | 82,7      | 66,7          | 75,4       |
| 60+ år         | 90,3        | 93,3      | - *           | 90,7       |
| I alt          | 65,2        | 74,2      | 71,7          | 67,9       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 66,0        | 64,3      | - *           | 65,0       |
| 25-34 år       | 60,1        | 54,2      | 63,2          | 59,2       |
| 35-59 år       | 78,9        | 86,4      | 53,3          | 78,1       |
| 60+ år         | 95,0        | 94,7      | - *           | 94,0       |
| I alt          | 72,3        | 72,7      | 54,9          | 71,3       |
| Alle           | 69,0        | 73,4      | 65,7          | 69,7       |

Fordelingen af langvarig sygdom i forskellige erhvervsgrupper er vist i figur 5.2. For såvel langvarig sygdom samlet som for sygdomme vist på listen er mønstret forskelligt for mænd og kvinder, og figuren er derfor opdelt på køn. Blandt kvinder er langvarig sygdom samlet og sygdomme fra listen hyppige blandt ufaglærte og personer uden erhverv. Blandt mænd er der ingen særlige forskelle mellem erhvervsgrupperne. For begge køn tilsammen har funktionærgrupperne en lav forekomst af selvrapporeret langvarig sygdom, mens personer uden erhverv har en høj forekomst.

De selvrapporerede langvarige sygdomme er, som i den danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse, samlet i 14 kategorier. I tabel 5.4 er vist den procentvise forekomst af de 14 sygdomsgrupper blandt mænd og kvinder. Den hyppigst forekommende gruppe er sygdomme i bevægeapparatet med 16%, efterfulgt af sygdomme i nervesystemet og skader hver med ca. 4%. Forskelle mellem mænd og kvinder er tydeligst for sygdomme i urin- og kønsorganer og hudsygdomme, hvor kvinderne har højere forekomster, og for kredsløbssygdomme, sygdomme i fordøjelsesorganer og i bevægeapparatet, hvor mænd har højere procentandele. Sammenlignet med den danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 1994 ses, at den samlede forekomst af selvrapporeret langvarig sygdom er den samme, mens der for de enkelte

Figur 5.2 Forekomst af langvarig sygdom efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere i alderen 18-59 år. N = 1373, uoplyst = 147. \*: Færre end 10 personer i gruppen.



sygdomsgrupper er en række forskelle. Sygdomsgrupper som endokrine sygdomme, kredsløbssygdomme og luftvejslidelser er hyppigere i Danmark end i Grønland, mens smitsomme sygdomme og sygdomme i urin- og kønsorganer er sjældnere i Danmark.

Den procentvise forekomst blandt mænd og kvinder af de langvarige sygdomme fra listen, er præsenteret i tabel 5.5. De hyppigst forekommende sygdomme er slidigt med 15%, eksem med 14%, og allergi, rygsygdom, mavesår og stærk hovedpine alle med 12%. Endvidere angiver 46% at have nedsat syn, og 25% at have nedsat hørelse. Blandt kvinder har 17% menstruationsbesvær. Forskelle mellem mænd og kvinder ses for hovedpine, allergi, eksem og mavesår, som oftere forekommer hos kvinder. Mænd angiver hyppigere at have nedsat hørelse. Den væsentligt større forekomst af nedsat hørelse hos mænd kan muligvis forklares med, at de oftere er udsat for kraftig støj fra skydevåben og bådmotorer. I tabellen er også vist forekomsten af de pågældende sygdomme i Danmark. I de fleste tilfælde svarer forskellene til det forventede, selvom der er tale om en usikker selvrapporering og små absolute tal. Suktorsyge og blodprop i hjertet rapporteres således sjældnere i Grønland, mens epilepsi, lammelser, eksem, mavesår og underlivssygdomme rapporteres oftere i Grønland end i Danmark.

Tabel 5.4 Forekomst af selvrapporterede langvarige sygdomme. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=42.

|   | Grønland  |              |            | Danmark   |              |            |
|---|-----------|--------------|------------|-----------|--------------|------------|
|   | Mænd<br>% | Kvinder<br>% | I alt<br>% | Mænd<br>% | Kvinder<br>% | I alt<br>% |
| Smitsomme sygdomme                      | 1,5       | 1,0          | 1,2        | 0,5       | 0,7          | 0,6        |
| Svulster                                | 0,6       | 1,0          | 0,8        | 1,0       | 1,8          | 1,4        |
| Endokrine sygdomme                      | 0,9       | 0,6          | 0,7        | 2,8       | 3,4          | 3,1        |
| Sygdomme i blodet                       | -         | -            | -          | 0,2       | 0,1          | 0,2        |
| Psykkiske sygdomme                      | 0,5       | 0,9          | 0,7        | 1,5       | 1,8          | 1,6        |
| Sygdomme i nervesystem,<br>øjne og ører | 5,0       | 3,2          | 4,1        | 4,3       | 5,9          | 5,1        |
| Kredsløbssygdomme                       | 3,1       | 1,7          | 2,4        | 5,8       | 6,7          | 6,2        |
| Luftvejssygdomme                        | 2,3       | 3,0          | 2,7        | 5,6       | 5,3          | 5,4        |
| Sygdomme i fordøjelsesor-<br>ganer      | 2,1       | 1,1          | 1,6        | 2,5       | 3,7          | 3,1        |
| Sygdomme i urin- og<br>kønsorganer      | 0,6       | 3,9          | 2,3        | 0,9       | 1,4          | 1,1        |
| Hudsygdomme                             | 1,0       | 2,5          | 1,8        | 1,4       | 1,9          | 1,7        |
| Sygdomme i bevægeap-<br>paratet         | 19,4      | 13,5         | 16,4       | 13,4      | 17,8         | 15,7       |
| Skader                                  | 4,7       | 3,1          | 3,9        | 3,5       | 2,8          | 3,1        |
| Andre sygdomme                          | 5,3       | 6,1          | 5,7        | 3,8       | 4,5          | 4,2        |
| Uden diagnose                           | 1,8       | 1,0          | 1,4        | -         | -            | -          |
| Ingen langvarig sygdom                  | 58,3      | 64,9         | 61,7       | 64,6      | 59,3         | 61,8       |



Tabel 5.5 Forekomst af langvarige sygdomme angivet ud fra en liste. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=131-170.

| Sygdom                                     | Grønland  |              | Danmark   |              |
|--|-----------|--------------|-----------|--------------|
|  | Mænd<br>% | Kvinder<br>% | Mænd<br>% | Kvinder<br>% |
| Sukkersyge                                 | 1,0       | 0,2          | 2,8       | 2,2          |
| Epilepsi                                   | 2,0       | 1,0          | 0,7       | 0,9          |
| Stærk hovedpine                            | 8,0       | 15,2         | 4,5       | 9,6          |
| Lammelse i nogen del af kroppen            | 2,2       | 2,1          | 1,3       | 1,6          |
| Forhøjet blodtryk                          | 3,5       | 6,1          | 5,4       | 7,2          |
| Blodprop i hjertet eller hjerte-<br>krampe | 0,0       | 0,4          | 0,5       | 0,6          |
| Hjerneblødning/blodprop i hjernen          | 0,3       | 0,1          | 0,1       | 0,2          |
| Kronisk bronkitis                          | 3,0       | 2,8          | 3,8       | 4,4          |
| Astma                                      | 3,0       | 3,2          | 4,2       | 4,7          |
| Allergi                                    | 7,5       | 16,2         | 8,2       | 11,1         |
| Eksem                                      | 10,7      | 16,8         | 4,1       | 7,3          |
| Mavesår                                    | 8,9       | 15,4         | 1,6       | 1,6          |
| Galdesten                                  | 0,0       | 0,0          | 0,2       | 0,7          |
| Nyresten                                   | 0,1       | 0,1          | 0,1       | 0,1          |
| Menstruationssmerter <sup>1)</sup>         | -         | 17,3         | -         | 8,8          |
| Underlivssygdomme <sup>2)</sup>            | -         | 6,4          | -         | 1,4          |
| Psoriasis                                  | 1,5       | 3,1          | 1,3       | 2,3          |
| Nedsat hørelse                             | 30,1      | 20,3         | -         | -            |
| Ondt i øret/flydeøre                       | 4,1       | 5,2          | -         | -            |
| Nedsat syn                                 | 44,2      | 48,0         | -         | -            |
| Nedsat tyggeevne                           | 9,9       | 10,2         | -         | -            |
| Slidgigt                                   | 14,6      | 15,8         | -         | -            |
| Leverbetændelse (bl.a. gulsot)             | 0,8       | 0,2          | -         | -            |
| Rygsygdomme                                | 13,8      | 11,0         | 9,6       | 11,7         |

<sup>1)</sup> Kun kvinder, uoplyst=104.

<sup>2)</sup> Kun kvinder, uoplyst=80.

## Syn og hørelse

Af tabel 5.6 fremgår hvor stor en procentandel af befolkningen, der anvender diverse hjælpemidler. Langt hyppigst er briller eller kontaktlinser, som bruges af 56% af befolkningen og af 84% af personer på 60 år og derover. Høreapparat anvendes af ca. 3% af befolkningen og af 12% af personer på 60 år og derover. For høreapparats vedkommende kan disse tal sammenlignes med forekomsten af nedsat hørelse på 26%.

Den større forekomst af anvendelse af høreapparat blandt mænd stemmer overens med den større forekomst af nedsat hørelse. At kvinder oftere anvender briller er sværere at forklare, en forskel som i øvrigt ikke er særligt udtalt hos den ældste aldersgruppe.

Af tabel 5.7 fremgår hvor stor en andel af befolkningen, der har besvær med at læse avis eller følge en samtale mellem flere personer, også med anvendelse af det relevante hjælpemiddel, hvis dette normalt anvendes. Mellem 4% og 5% kan ikke læse avis eller følge en samtale mellem mere end to personer, og for personer på 60 år og derover er tallene henholdsvis 13% og 10%. For begge funktioner gælder, at den procentvise forekomst er væsentligt lavere end for de tilsvarende mindre specifikke angivelser, nedsat syn: 44% og nedsat hørelse: 26% (tabel 5.5). Mænd på 60 år og derover har væsentlig oftere end jævnaldrende kvinder lidt besvær med hørelsen, men der er ikke forskel hvad angår mere udtalt hørenedsættelse.

Tabel 5.6 Brug af briller og høreapparat. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=41.

|                | Briller<br>% | Høreapparat<br>% |
|----------------|--------------|------------------|
| <b>Mænd</b>    |              |                  |
| 18-59 år       | 43,8         | 3,0              |
| 60+ år         | 80,0         | 18,2             |
| I alt          | 48,7         | 5,0              |
| <b>Kvinder</b> |              |                  |
| 18-59 år       | 60,3         | 1,4              |
| 60+ år         | 88,1         | 5,9              |
| I alt          | 63,5         | 2,0              |

Tabel 5.7 Forekomst af besvær med at læse avis eller høre en samtale mellem tre eller flere personer. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=43-72.

|                | Kan læse avis     |                    | Kan høre en samtale |                    |
|----------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
|                | med lidt besvær % | med meget besvær % | med lidt besvær %   | med meget besvær % |
| <b>Mænd</b>    |                   |                    |                     |                    |
| 18-59 år       | 5,3               | 3,0                | 9,6                 | 3,1                |
| 60+ år         | 6,4               | 13,6               | 23,6                | 10,4               |
| I alt          | 5,4               | 4,5                | 11,4                | 4,1                |
| <b>Kvinder</b> |                   |                    |                     |                    |
| 18-59 år       | 7,0               | 3,9                | 10,2                | 3,6                |
| 60+ år         | 14,1              | 11,2               | 13,3                | 10,2               |
| I alt          | 7,8               | 4,7                | 10,6                | 4,3                |

### Sammenfatning

38% af de interviewede angiver at have en langvarig sygdom, langvarige eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse, men hvis man tillige spørger efter en liste over sygdomme, kommer procenten op på 76%. Mænd angiver oftere end kvinder, at de har en langvarig sygdom (42% og 35%), andelen stiger med alderen, og der er flere i bygderne end i byerne, der har en langvarig sygdom (45% og 33%). Sygdomme i bevægeapparatet er langt de almindeligste lidelser. Endokrine sygdomme (sukkersyge), kredsløbssygdomme (blodprop i hjertet) og luftvejssygdomme angives sjældnere i Grønland end i Danmark, mens smitsomme sygdomme, underlivssygdomme, epilepsi, lammelser, eksem og mavesår angives oftere i Grønland.



## 6. Sygdomme i bevægeapparatet

I de foregående fire kapitler er gennemgået sygelighed og sundhedsadfærd ud fra en overordnet betragtning. Som det fremgik af kapitlerne 2, 3 og 5 er sygdom i bevægeapparatet, det vil sige muskler, led og knogler, den hyppigst forekommende sygdomsgruppe, uanset om man ser på gener eller aktivitetsbegrænsninger de seneste 14 dage, eller langvarige sygdomme. Af den grund er det særligt interessant at se på denne sygdomsgruppe, da den dels påvirker et stort antal menneskers hverdag, dels kan have konsekvenser for planlægningen af sundhedsvæsenet. De spørgsmål, der er stillet for at belyse forekomsten af sygdomme i bevægeapparatet er stillet i forbindelse med de mere overordnede spørgsmål, som danner baggrund for kapitlerne 2 (Gener og symptomer de seneste 14 dage) og 5 (Langvarig sygdom). Gener fra bevægeapparatet inden for de seneste 14 dage er belyst ved spørgsmålet *“Har du inden for de sidste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i 1) skulder eller nakke, 2) ryg og lænd, 3) arme, hænder, ben, knæ?”*. I dette kapitel er svarene på disse tre underspørgsmål behandlet under ét, således at svaret “Ja” på blot ét af spørgsmålene opfattes som angivelse af gener fra bevægeapparatet. Langvarige sygdomme i bevægeapparatet er belyst dels ved selvrapportering, dels ved svar ud fra en liste med specifikke sygdomme. Har man svaret “Ja” til det generelle spørgsmål om man *“Har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse”*, er man yderligere blevet bedt om at angive *“Hvilken sygdom eller lidelse det drejer sig om”*. Svarene på dette sidste spørgsmål er derefter samlet i større sygdomskategorier, herunder sygdomme i bevægeapparatet. Listen over langvarige sygdomme giver mulighed for, bl.a., at angive om man *“Nu eller tidligere har haft slidgigt”* eller *“rygsygdomme”*.

I tabel 6.1 er vist hvor stor en andel af befolkningen, der har været meget generet af smerter fra bevægeapparatet inden for de seneste 14 dage. I alt 20% af svarpersonerne angiver at have haft sådanne gener. Der er forskel på de to køn, idet en større andel blandt kvinder end blandt mænd angiver at have haft denne form for gener. Også med hensyn til alder er der tydelig forskel, da hyppigheden af gener øges med alderen. Forekomsterne i de tre befolkningsgrupper, grønlandere i henholdsvis byer og bygder samt danskere i Grønland, er ligeledes forskellige, således at en større andel blandt grønlandere i bygder end blandt grønlandere i byerne har haft gener fra bevægeapparatet, og blandt danskere i Grønland er andelen med gener mindre.

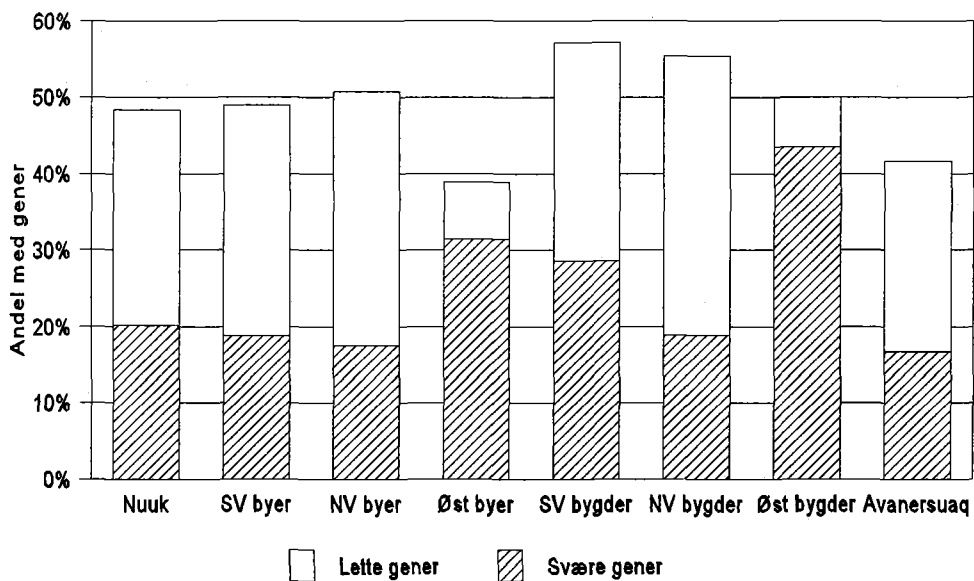
Tabel 6.1 Forekomst af svære gener fra bevægeapparatet de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=42. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           |               |            |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% | Danskere<br>% | I alt<br>% |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 8,8         | 7,7       | - *           | 8,3        |
| 25-34 år       | 9,5         | 23,4      | 9,5           | 12,3       |
| 35-59 år       | 20,3        | 25,7      | 6,3           | 19,0       |
| 60+ år         | 31,9        | 46,7      | - *           | 35,2       |
| I alt          | 17,0        | 26,0      | 7,6           | 17,9       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 7,5         | 13,3      | - *           | 8,9        |
| 25-34 år       | 14,3        | 15,3      | 10,0          | 14,2       |
| 35-59 år       | 24,1        | 37,5      | 15,6          | 25,8       |
| 60+ år         | 46,9        | 40,0      | - *           | 44,7       |
| I alt          | 21,1        | 26,0      | 12,7          | 21,6       |
| Alle           | 19,3        | 26,0      | 9,5           | 19,8       |

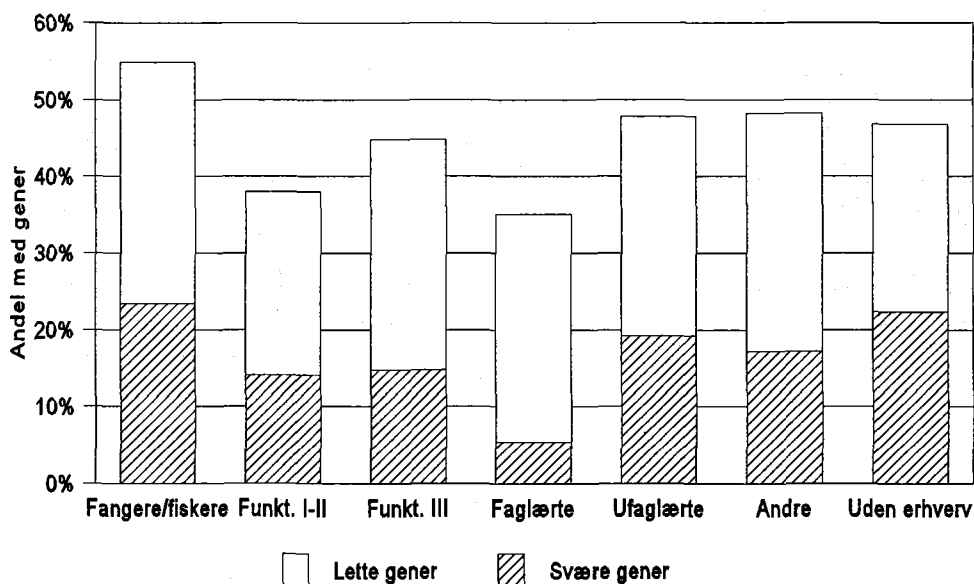
Figur 6.1 viser den regionale forekomst af gener fra bevægeapparatet. I Østgrønland, i såvel byer som bygder, ses høje forekomster af sværere gener fra bevægeapparatet. Befolkningen i byerne i Vestgrønland, undtagen Nuuk, viser lave forekomster. Ser man imidlertid på forekomsten af gener samlet, det vil sige uanset om de angives som værende svære eller lette, udviskes disse forskelle. Der er derfor to mulige forklaringer på forskellene i forekomst af alvorlige gener. Enten er sygdommene alvorligere i Østgrønland, eller også opfattes symptomerne som mere generende. Hvilken forklaring, der er mest sandsynlig, er det på det forhåndenværende grundlag ikke muligt at udtale sig om.

Forekomsten af gener fra bevægeapparatet de seneste 14 dage i forskellige erhvervsgrupper fremgår af figur 6.2. Der er stor forekomst af sværere gener hos fangere/fiskere og blandt personer uden erhverv. Lav forekomst ses hos faglærte.

Figur 6.1 Forekomst af gener fra bevægeapparatet i otte geografiske regioner i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N=1580, uoplyst=41.



Figur 6.2 Forekomst af gener fra bevægeapparatet efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere i alderen 18-59 år. N=1373, uoplyst=126.



Tabel 6.2 Forekomst af selvrapporeret langvarig sygdom i bevægeapparatet. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=42. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 5,7         | 0,0       | - *           | 4,0        |
| 25-34 år       | 13,5        | 19,6      | 4,8           | 13,9       |
| 35-59 år       | 19,7        | 36,8      | 17,7          | 22,8       |
| 60+ år         | 31,4        | 41,9      | - *           | 33,6       |
| I alt          | 17,5        | 27,8      | 14,3          | 19,4       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 5,3         | 3,4       | - *           | 5,6        |
| 25-34 år       | 3,9         | 7,5       | 5,0           | 4,6        |
| 35-59 år       | 17,3        | 28,6      | 9,4           | 18,7       |
| 60+ år         | 31,3        | 42,1      | - *           | 33,0       |
| I alt          | 12,6        | 18,9      | 9,3           | 13,5       |
| Alle           | 14,8        | 23,5      | 12,4          | 16,4       |

Forekomsten af langvarig sygdom i bevægeapparatet i forskellige erhvervsgrupper ligner mønstret for gener de seneste 14 dage. Fangere/fiskere og personer uden erhverv skiller sig ud ved at have høje forekomster, og i funktionærgruppe I-II ses en lav forekomst.

Tabel 6.2 viser forekomsten af selvrapporeret langvarig sygdom i bevægeapparatet. Seksten procent af svarpersonerne har angivet sådanne sygdomme. Der ses en højere forekomst hos mænd end hos kvinder i alle befolkningsgrupper. Ligeledes ses en stigende forekomst med alderen. Bygdebefolkningen har en høj forekomst og befolkningen i byerne en lav forekomst, i øvrigt den eneste forskel som fremtræder ved en sammenligning af regioner. Endelig har danskere i Grønland en lav forekomst af selvrapporeret langvarig sygdom i bevægeapparatet.

I det følgende præsenteres resultater for ryg sygdomme og slidgigt fra den liste over langvarige sygdomme, som interviewpersonerne fik vist under interviewet. Der er her fokuseret på aktuel forekomst, det vil sige at personer, der angiver tidligere at have haft lidelserne, regnes som raske. Forekomsten af ryg sygdomme er præsenteret i tabel 6.3. I alt oplyser 12% af svarpersonerne, at de har en ryg sygdom. Der ses ingen tydelig kønsforskel, men derimod en stigende forekomst med alderen. Denne sidste tendens er dog ikke entydig hverken hos mændene, hvor gruppen af



Tabel 6.3 Forekomst af rygsygdomme. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=157.  
\* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           | Danskere<br>% | I alt<br>% |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% |               |            |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 4,6         | 12,5      | - *           | 7,7        |
| 25-34 år       | 6,1         | 22,2      | 5,3           | 9,3        |
| 35-59 år       | 16,4        | 27,9      | 10,2          | 17,6       |
| 60+ år         | 10,6        | 25,9      | - *           | 16,3       |
| I alt          | 10,9        | 23,8      | 11,8          | 13,8       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 7,5         | 17,9      | - *           | 9,9        |
| 25-34 år       | 3,7         | 5,9       | 10,5          | 4,5        |
| 35-59 år       | 11,5        | 23,6      | 17,9          | 14,2       |
| 60+ år         | 22,4        | 18,8      | - *           | 21,5       |
| I alt          | 9,5         | 16,0      | 14,6          | 11,0       |
| Alle           | 10,1        | 20,1      | 12,8          | 12,3       |

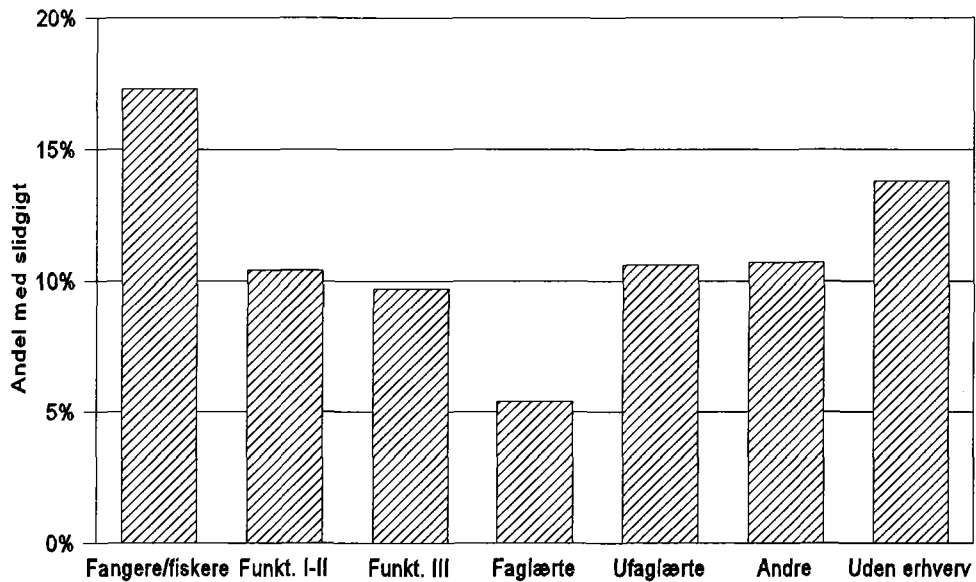
personer med en alder på 60 år og derover har en lavere forekomst end de 35-59 årige, eller hos kvinderne, hvor de 25-34 årige har en lavere forekomst end de 18-24 årige. Blandt de tre befolkningsgrupper adskiller grønlændere i bygderne sig ved en klart højere forekomst end hos grønlændere i byerne og hos danskere i Grønland. Det regionale mønster viser, at især befolkningen i byer i Vestgrønland har lave forekomster, mens befolkningen i bygder i Nordvest- og Østgrønland har høje forekomster. Der er ingen betydende forskelle mellem erhvervsgrupper, når der tages højde for forskelle med hensyn til fordeling på køn og aldersgrupper.

Forekomsten af slidgigt er opgjort i tabel 6.4. I alt angiver 15% at have slidgigt. Forekomsten hos de to køn er stort set ens, mens der er en tydeligt stigende forekomst med alderen. Blandt de tre befolkningsgrupper har bygdebefolkningen den højeste forekomst og danskere i Grønland den laveste forekomst. En regional analyse viser, at det især er befolkningen i bygderne Øst- og Sydvestgrønland, som har en høj forekomst af slidgigt. Endelig viser figur 6.3 forekomsten af slidgigt i forskellige erhvervsgrupper. Høj forekomst ses hos fangere/fiskere og personer uden erhverv.

Tabel 6.4 Forekomst af slidgigt. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=148.  
\* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlandere |           |               |            |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% | Danskere<br>% | I alt<br>% |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 3,1         | 4,3       | - *           | 3,3        |
| 25-34 år       | 4,9         | 2,1       | 0,0           | 3,9        |
| 35-59 år       | 14,8        | 31,5      | 10,0          | 17,4       |
| 60+ år         | 44,6        | 32,1      | - *           | 39,8       |
| I alt          | 14,0        | 19,9      | 8,2           | 14,6       |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 0,0         | 0,0       | - *           | 0,0        |
| 25-34 år       | 4,7         | 9,4       | 0,0           | 5,2        |
| 35-59 år       | 20,1        | 33,9      | 3,6           | 21,2       |
| 60+ år         | 54,2        | 47,1      | - *           | 52,2       |
| I alt          | 15,6        | 21,0      | 2,0           | 15,8       |
| Alle           | 14,8        | 20,4      | 6,0           | 15,3       |

Figur 6.3 Forekomst af slidgigt efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.  
Kun grønlandere i alderen 18-59 år. N=1373, uoplyst=192.



## **Sammenfatning**

Smerter i muskler, led og knogler og sygdomme i bevægeapparatet er de hyppigste årsager til såvel gener og aktivitetsbegrænsning de seneste 14 dage som langvarig sygdom. Kvinder har oftere end mænd angivet gener, mens mænd oftere har oplyst at have en langvarig sygdom. Forekomsten af både gener, langvarig sygdom i bevægeapparatet, rygsygdomme og slidgigt er højere i bygderne end i byerne, og fangere/fiskere og personer uden erhverv har oftere end andre personer i erhvervsaktiv alder disse gener og sygdomme.



## 7. Tandsygdом

I dette kapitel behandles gener og symptomer fra tænderne (tandpine), samt forekomsten af nedsat tyggeevne. Der er altså her dels tale om umiddelbare smerter og gener fra tænderne, dels om mere langvarige konsekvenser af tandsygdом i form af nedsat funktion af tyggeapparatet. Endvidere er forekomst af anvendelse af tandprotese belyst.

Gener fra tænderne er en del af det overordnede spørgsmål om gener de seneste 14 dage, og spørgsmålet lyder *“Har du inden for de sidste 14 dage været generet af tandpine?”*. Spørgsmål angående tyggeevne er stillet på to måder. Dels ved spørgsmålet om langvarig sygdom under forevisning af en liste med sygdomme: *“Har du nu, eller har du haft, nedsat tyggeevne?”*. Dels som et af spørgsmålene angående hvad svarpersonerne under sædvanlige omstændigheder er i stand til: *“Kan du tygge eller bide i hårde madvarer, f.eks. æbler, tørjisk eller tørret kød?”*. Endelig er der i forbindelse med spørgsmålene angående brug af hjælpemidler spurgt *“Bruger du i det daglige tandprotese for at klare dig?”*.

Tabel 7.1 viser den procentvise forekomst af tandpine inden for de seneste 14 dage. Der er her tale om såvel lette som svære gener samlet. I alt har 7% af svarpersonerne oplyst, at de har lidt af tandpine inden for de seneste 14 dage. Ser man på alle tre befolkningsgrupper (grønlandere i henholdsvis byer og bygder og danskere i Grønland) under ét, er der ingen forskel mellem kvinder og mænd med hensyn til forekomsten af tandpine, et mønster der afviger fra mønstret for gener generelt (kapitel 2). Dog er der i byerne en større forekomst blandt mænd og i bygderne en større forekomst blandt kvinder. Blandt danskere i Grønland er der ikke forskel mellem de to køn med hensyn til forekomst af tandpine. Også med hensyn til aldersfordelingen afviger tandpine fra forekomsten af gener generelt, idet der for tandpines vedkommende er en faldende forekomst med stigende alder, tydeligst hos kvinder. Et tilsvarende mønster ses hos mænd i byer, mens mænd i bygder viser den omvendte sammenhæng mellem forekomst af tandpine og alder, således at forekomsten af tandpine øges med alderen i denne gruppe. Der ses ingen entydige forskelle mellem de tre befolkningsgrupper, dog er der blandt danskere i Grønland færre, der har tandpine, end blandt grønlandere, og der er for kvinder en højere andel med tandpine blandt bygdebefolkningen end blandt bybefolkningen.

Tabel 7.1 Forekomst af tandpine. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=42.  
\* Færre end 10 personer i gruppen.

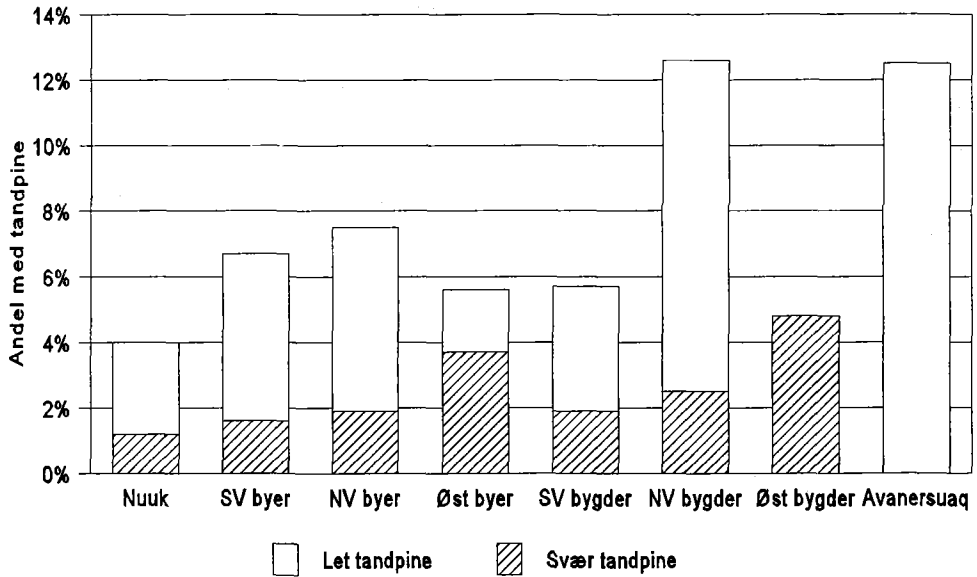
|                | Grønlændere |           |               |            |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% | Danskere<br>% | I alt<br>% |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 11,8        | 3,8       | - *           | 9,4        |
| 25-34 år       | 8,9         | 8,5       | 9,5           | 8,9        |
| 35-59 år       | 6,5         | 6,8       | 4,8           | 6,2        |
| 60+ år         | 5,6         | 10,0      | - *           | 6,5        |
| I alt          | 7,8         | 7,3       | 5,4           | 7,4        |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 10,8        | 26,7      | - *           | 14,5       |
| 25-34 år       | 6,5         | 10,2      | 0,0           | 7,8        |
| 35-59 år       | 2,9         | 7,8       | 6,3           | 4,1        |
| 60+ år         | 1,2         | 0,0       | - *           | 1,9        |
| I alt          | 5,1         | 11,0      | 5,5           | 6,3        |
| Alle           | 6,3         | 9,1       | 5,4           | 6,8        |

Figur 7.1 viser den regionale forekomst af tandpine. Befolkningen i bygderne i Nordvestgrønland og til dels Avanersuaq viser højere forekomster end landsgennemsnittet, mens befolkningen i Nuuk har en lavere forekomst. Tandpine er således især et problem i bygderne i det nordlige Grønland, og også befolkningen i byerne i Nordvestgrønland har en stor forekomst af tandpine. I øvrigt ses her, som for gener generelt, en tendens til, at befolkningen i Østgrønland i højere grad end befolkningen de øvrige regioner angiver generne som svære.

Der ses ingen tydelige forskelle mellem erhvervsgrupper med hensyn til forekomst af tandpine, dog har personer uden erhverv en forholdsvis høj forekomst. Fanger/fiskere, personer i funktionærgruppe III og personer uden erhverv har større forekomst af svær tandpine, dog er disse tendenser ikke statistisk betydende.

Forekomsten af nedsat tyggeevne er som nævnt belyst ved et spørgsmål stillet ud fra en liste med sygdomme. Ti procent af svarpersonerne angiver at have nedsat tyggeevne (tabel 7.2). Som for tandpines vedkommende er der ingen forskel mellem mænd og kvinder, mens der derimod er en tydeligt stigende forekomst af nedsat tyggeevne med alderen med en særlig høj forekomst i den ældste aldersgruppe. Befolkningen i bygderne har en klart højere forekomst af nedsat tyggeevne end befolkningen i byerne, mens der blandt danskere i Grønland er en lav forekomst.

Figur 7.1 Forekomst af tandpine i otte geografiske regioner i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere. N=1580, uoplyst=41.



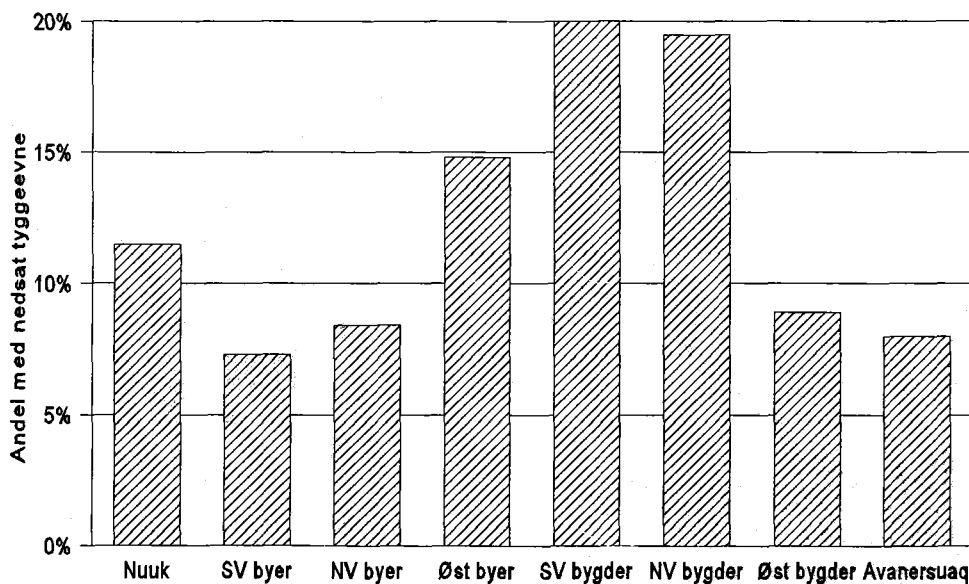
Tabel 7.2 Forekomst af nedsat tyggeevne. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Uoplyst=166. \* Færre end 10 personer i gruppen.

|                | Grønlændere |           |               |            |
|----------------|-------------|-----------|---------------|------------|
|                | By<br>%     | Bygd<br>% | Danskere<br>% | I alt<br>% |
| <b>Mænd</b>    |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 0,0         | 4,3       | - *           | 1,1        |
| 25-34 år       | 3,1         | 6,5       | 0,0           | 3,5        |
| 35-59 år       | 10,6        | 14,3      | 6,7           | 10,6       |
| 60+ år         | 29,2        | 38,5      | - *           | 30,2       |
| I alt          | 9,2         | 14,5      | 4,7           | 9,9        |
| <b>Kvinder</b> |             |           |               |            |
| 18-24 år       | 1,1         | 0,0       | - *           | 0,8        |
| 25-34 år       | 0,9         | 3,9       | 0,0           | 1,4        |
| 35-59 år       | 11,6        | 31,6      | 3,6           | 14,5       |
| 60+ år         | 31,5        | 60,0      | - *           | 36,0       |
| I alt          | 8,6         | 19,8      | 2,0           | 10,2       |
| Alle           | 8,9         | 16,8      | 3,7           | 10,1       |

Den regionale forekomst af nedsat tyggeevne er vist på figur 7.2. Det ses igen, at bygderne udviser en høj forekomst sammenlignet med landsgennemsnittet, og især bygderne i Nordvestgrønland skiller sig ud. Det skal nævnes, at den tilsyneladende høje forekomst af nedsat tyggeevne i befolkningen i bygderne i Sydvestgrønland ikke er statistisk betydende, når der tages højde for regionale forskelle med hensyn til befolkningens fordeling på mænd og kvinder og aldersgrupper. Endelig er forekomsten af nedsat tyggeevne lav i befolkningen i byerne i Vestgrønland, undtagen Nuuk.

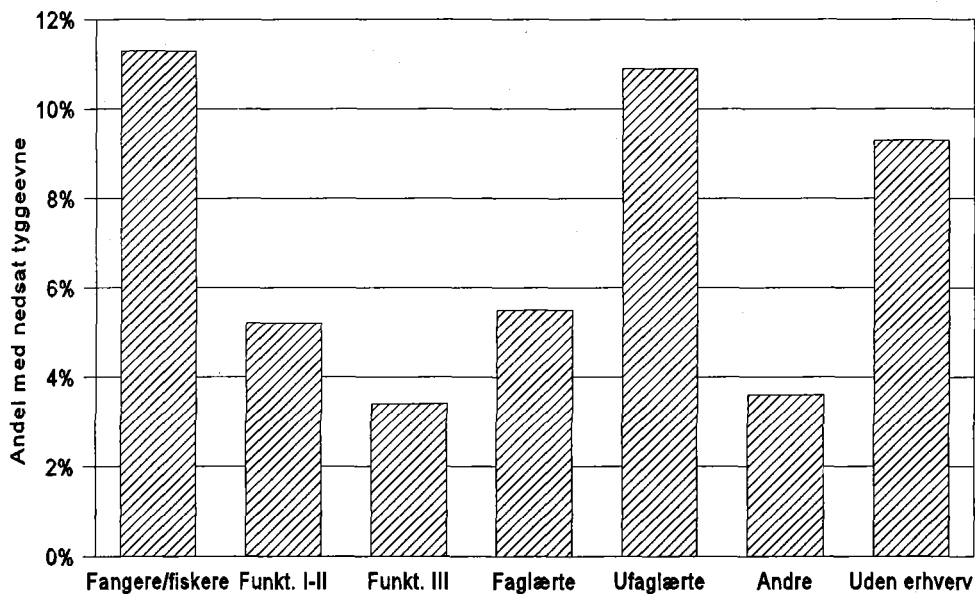
Forekomsten af nedsat tyggeevne i forskellige erhvervsgrupper er vist på figur 7.3. I tråd med forholdene for en række af de samlede mål for gener og sygdom viser funktionærgrupperne en lav forekomst af nedsat tyggeevne. Også personer med andre erhverv har en lav forekomst. Blandt fangere/fiskere og ufaglærte samt personer uden erhverv ses en høj forekomst.

Figur 7.2 Forekomst af nedsat tyggeevne i otte geografiske regioner i Grønland. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere. N=1580, uoplyst=152.





Figur 7.3 Forekomst af nedsat tyggeevne efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere i alderen 18-59 år. N=1373, uoplyst=201.



Tabel 7.3 viser hvor stor en del af de interviewede, der har besvær med at tygge hårde madvarer, og hvor stor en del, der bruger tandprotese. Den samlede befolkningsandel med tyggebesvær er 13%, og der er ingen særlige forskelle mellem mænd og kvinder. Tandprotese anvendes af i alt 15% af svarpersonerne og af 43% af personer på 60 år og derover. Modsat forholdene ved nedsat tyggeevne ses en klar forskel mellem kønnene med hensyn til brug af tandprotese, idet der blandt kvinder i alle aldersgrupper er en næsten dobbelt så stor andel, der anvender protese.

Sammenhængen mellem forskellige mål for tandsygdom, og mellem disse og brug af protese kan bl.a. belyses ved følgende. Blandt de, der har nedsat tyggeevne, angiver 61%, at de har besvær med at tygge hårde madvarer, mens andelen for personer uden nedsat tyggeevne er 7%. Sammenhængen mellem de to mål for tyggeevne er altså ikke fuldstændig, hvilket viser, at begrebet nedsat tyggeevne omfatter mere end blot det ikke at kunne tygge visse madvarer. For de 18-59 årige angiver 17%

Tabel 7.3 Forekomst af besvær med at tygge hårde madvarer, samt brug af tandprotese. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=41-69.

|                | Kan tygge hårde madvarer |                          | Bruger tandprotese |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
|                | med<br>lidt besvær<br>%  | med meget<br>besvær<br>% | %                  |
| <b>Mænd</b>    |                          |                          |                    |
| 18-59 år       | 4,7                      | 3,7                      | 7,3                |
| 60+ år         | 16,8                     | 21,5                     | 30,9               |
| I alt          | 6,3                      | 6,1                      | 10,5               |
| <b>Kvinder</b> |                          |                          |                    |
| 18-59 år       | 4,9                      | 4,4                      | 14,7               |
| 60+ år         | 20,0                     | 21,0                     | 55,4               |
| I alt          | 6,7                      | 6,3                      | 19,4               |

blandt de, der bruger tandprotese, at de har nedsat tyggeevne, sammenlignet med 6% blandt de, der ikke bruger protese. En tilsvarende sammenhæng genfindes ikke blandt de ældre (henholdsvis 36% og 30%). Forskellen mellem aldersgrupperne kan her bl.a. forklares med, at ældre personer dels har vænnet sig til en ringere tyggeevne, og dels at ældre personer med protese har vænnet sig til at bruge denne.

### Sammenfatning

Syv procent af de interviewede har haft tandpine inden for de seneste 14 dage, flest yngre mennesker, og 10% har nedsat tyggeevne, flest ældre. Mens der ikke er et entydigt mønster for tandpine, er det især i bygderne i Nordvestgrønland, at mange har nedsat tyggeevne. Fangere/fiskere og personer uden erhverv har oftere end funktionærer nedsat tyggeevne. 31% af mænd og 55% af kvinder på tres år og derved bruger tandprotese; en tredjedel heraf angiver trods protesen at have nedsat tyggeevne.

## 8. Kønssygdomme, prævention, abort og barnløshed

Emnet for dette kapitel er sygdomme, tilstande og adfærd, der har med seksualitet og graviditet at gøre. Der er inden for dette område mange store samfundsmæssige og samfundsmedicinske problemer i dagens Grønland. De klassiske kønssygdomme, syfilis og gonoré, findes stadig, men er langt fra så hyppige som for blot ti år siden, mens klamydia og HIV/AIDS, som stort set var ukendte for ti år siden, nu volder store problemer, og for klamydias vedkommende er meget udbredt i befolkningen. Der er mange, der klager over ufrivillig barnløshed, men der findes ikke nogen undersøgelse, der belyser omfanget heraf. Derimod er en høj forekomst af graviditet uden for livmoderen veldokumenteret (Johnsen & Becker-Christensen 1990), og både dette og den ufrivillige barnløshed kan til dels forklares ved den store forekomst af gonoré og klamydia. Endelig er det store antal uønskede graviditeter og deraf følgende store antal provokerede aborter et problem (Bjerregaard et al 1996).

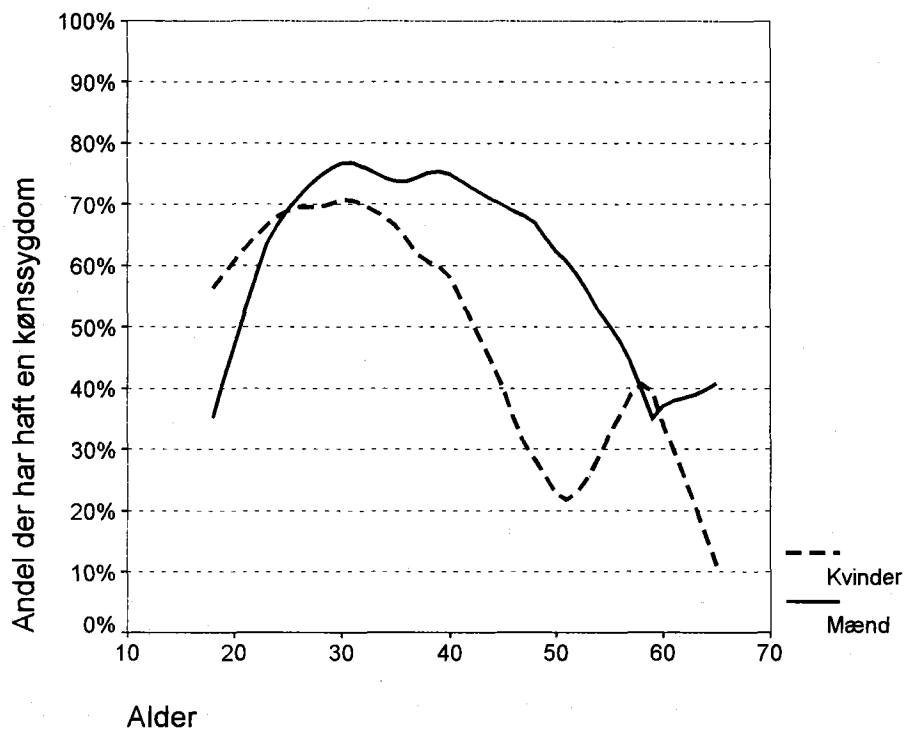
De skitserede problemområder er komplekse både fra en medicinsk og en sociologisk/psykologisk synsvinkel, og en bred interviewundersøgelse som den grønlandske sundhedsprofil kan kun give en ganske overfladisk behandling af emnerne og markere problemernes omfang. Der må efterfølgende iværksættes mere dybtgående undersøgelser med henblik på tilrettelæggelse af en eventuel forebyggende indsats.

Kapitlet er delt i to afsnit, hvor det første handler om kønssygdomme og underlivssygdomme hos kvinder og det andet om prævention, graviditet og abort.

### **Kønssygdomme og underlivssygdomme**

Både mænd og kvinder er i det selvudfyldte skema spurgt om de nogensinde har haft en kønssygdom, f.eks. gonoré, klamydia eller syfilis, og i bekræftende fald om det var inden for de sidste 12 måneder. Der er en klar aldersvariation; for både mænd og kvinder er det de ca. 30 årige, der oftest haft en kønssygdom (figur 8.1). Helt unge kvinder har oftere end mænd haft en kønssygdom, men ved 25 års alderen krydser kurverne, og blandt de ældre har mænd oftere end kvinder haft en

Figur 8.1 Andel af befolkningen i Grønland, der svarer ja til at have haft en kønssygdom. LOWESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1535; uoplyst=212.



kønssygdom. Det er de helt unge (18-24 årige), der oftest har haft en kønssygdom inden for det seneste år, og andelen falder brat med stigende alder.

At have haft en kønssygdom hænger foruden med alder og køn sammen med en række andre faktorer. En statistisk analyse, hvor flere faktorer inddrages på samme tid, viser, at grønlandere oftere end danskere oplyser at have haft en kønssygdom det sidste år. Den forventede sammenhæng mellem kønssygdom og antallet af seksualpartnere ses også (tabel 8.1). Endvidere er der statistisk sikker sammenhæng mellem kønssygdom og brug af hash samt at have været udsat for alkoholproblemer i barndomshjemmet. Samlivsform, tobaksrygning og brug af kondom viser derimod ikke nogen sammenhæng med forekomsten af kønssygdom i analysen.

Tabel 8.1 Sammenhæng mellem at have haft en kønssygdom det seneste år og nogle adfærdsmæssige faktorer. Personer, der har haft en kønssygdom det seneste år, sammenlignet med personer, der aldrig har haft en kønssygdom. Justeret for alder og køn. Sundhedsprofil for Grønland. Hele befolkningen. N=463.

|   | Odds ratio | p      |
|---|------------|--------|
| To eller flere seksualpartnere seneste år | 3,7        | <0,001 |
| Røget hash flere gange                    | 2,9        | <0,001 |
| Ofte alkoholproblemer i barndomshjem      | 2,5        | 0,062  |
| Af og til alkoholproblemer i barndomshjem | 1,9        | 0,052  |

I hovedskemaet er den interviewede spurgt om hun har eller har haft en række sygdomme. Blandt sygdommene på listen var menstruationsbesvær og underlivssygdomme; 17% af kvinderne havde aktuelt menstruationsbesvær og 16% havde haft det tidligere, mens 6% havde en underlivssygdom nu og 16% havde haft det tidligere. En del kvinder har eller har haft begge slags lidelse, og i alt har 21% aktuelt menstruationsbesvær eller en underlivssygdom, mens 23% har haft det tidligere. Andelen med aktuelt menstruationsbesvær er som forventet højest hos de yngste kvinder og blandt de 40-45 årige og er naturligvis minimalt hos kvinder over 50 år, mens andelen, der tidligere har haft menstruationsbesvær er højest blandt kvinder over 45 år. For underlivssygdom er der ingen klar tendens i aldersfordelingen.

Kvinder, der ofte har oplevet alkoholproblemer i deres barndomshjem, har mere end dobbelt så tit som andre kvinder haft en underlivssygdom. Der er derimod ingen sammenhæng mellem underlivssygdom og civilstand (ugift, samlevende, gift), antal seksualpartnere, befolkningsgruppe (grønlandere/danskere) eller brug af tobak og hash. For menstruationsbesvær var der ingen sammenhæng med nogen af de nævnte faktorer.

### Prævention, graviditet og abort

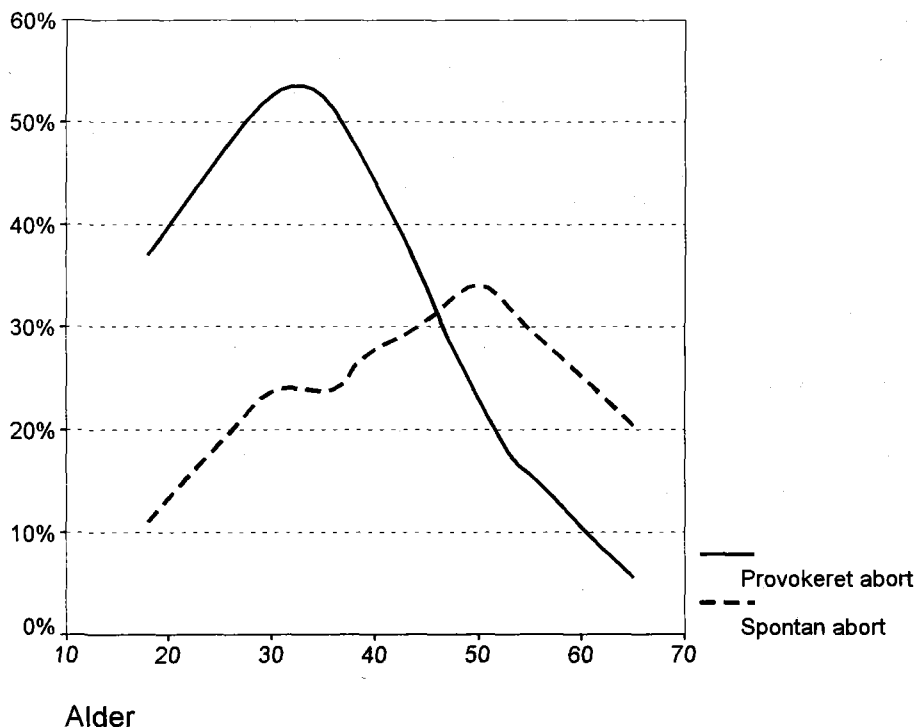
I det grønlandske samfund opleves det som ønskværdigt at kunne bestemme, hvornår en graviditet indtræder, dvs. både at kunne udskyde indtrædelsen af en graviditet til den er belejlig af hensyn til f.eks. uddannelse, samlivsforhold, boligforhold og økonomi, og at kunne blive gravid så hurtigt som muligt, når ønsket herom foreligger. Undgåelse af uønsket svangerskab forudsætter en omhyggelig og konsekvent anvendelse af sikre, svangerskabsforebyggende metoder. At opnå et ønsket svangerskab bliver vanskeligere, jo ældre parret bliver, dels på grund af den naturligt aftagende fertilitet med alderen, dels på grund af at flere og flere med stigende alder vil

have haft underlivsbetændelse og klamydiainfektion. Det er også fremsat som hypotese, at forureningen af den traditionelle, grønlandske kost forringer sædkvaliteten, hvilket må formodes at medføre, at mænds sædkvalitet falder med alderen.

Statistiske opgørelser viser, at forekomsten af provokeret abort er særdeles høj i Grønland; 45% af alle graviditeter ender med en provokeret abort i modsætning til kun 21% i Danmark (spontane aborter indgår ikke i beregningerne). I sundhedsprofilens materiale har 29% af kvinderne haft en spontan abort, og 42% har haft en provokeret abort. Figur 8.2 viser, hvor mange aborter kvinderne har haft i alt i hele deres liv. Forekomsten af spontane aborter stiger som forventet indtil omkring 50 års alderen, men aftager herefter noget. Dette fald kan skyldes, at de ældre kvinder ikke husker deres spontane aborter, eller at der faktisk har været en lavere forekomst af spontane aborter tidligere. Undersøgelsen viser endvidere, at 17% af de rapporterede graviditeter er endt med en spontan abort. Dette svarer til erfaringerne fra den vestlige verden, hvor der er almindelig enighed om at 10-15% af alle graviditeter afsluttes med en spontan (klinisk) abort. Den spontane abortrate var højest hos de 18-24 årige (26%) og aftog med alderen til 16% hos de 35-59 årige og 8% hos kvinder over 60 år. Antallet af provokerede aborter, som kvinderne har haft, stiger som forventet med alderen og toppe omkring 35 års alderen. Den aftagende forekomst af provokerede aborter hos kvinder over 35 skyldes, at disse kvinder har gennemlevet en med alderen stadig større del af deres tilværelse i tiden før provokeret abort blev almindelig tilladt i 1975.

Den høje forekomst af provokerede aborter tyder på, at svangerskabsforebyggende metoder ikke anvendes tilstrækkelig konsekvent. Dette bekræftes af sundhedsprofilens data. Blandt personer under 50 år anvender 34% altid og 9% som regel prævention, mens 23% kun af og til anvender prævention, og 34% aldrig anvender prævention. Kvinder er lidt mere konsekvente end mænd, idet 77% af kvinderne imod 58% af mændene enten altid eller aldrig anvender prævention. Der er lige mange enlige som samlevende og gifte, der altid anvender prævention, men derimod er der stor forskel på andelen, der aldrig bruger prævention: 14% af enlige, 38% af samlevende og 51% af gifte. Selv blandt personer med fem eller flere seksualpartnere det seneste år oplyser 56%, at de aldrig eller kun af og til bruger prævention, hvilket både med hensyn til uønskede graviditeter og kønssygdomme, herunder AIDS, er foruroligende.

Figur 8.2 Andel af kvinder i Grønland, der har haft en spontan eller provokeret abort. LO-WESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=788; uoplyst=97.



For at belyse forekomsten af ufrivillig barnløshed er de interviewede spurgt, om de nogensinde har prøvet at få børn med en fast partner i mere end 1 år, uden at det er lykkedes. Det har 18% af mænd og 26 % af kvinder i Grønland, mens man i Skandinavien regner med, at ca. 15% af par ikke kan få børn. Problemet med ufrivillig barnløshed synes at være stigende i Grønland. Bortset fra de yngre, der for manges vedkommende slet ikke har haft noget ønske om at få børn endnu, falder andelen af både mænd og kvinder, der har haft vanskeligt ved at få børn med alderen. Blandt 25-34 årige mænd har 23% haft svært ved at få børn, og blandt 35-59 årige har kun 17% haft svært ved at få børn, mens de tilsvarende tal for kvinder er 34% og 19%.

Sammenhængen mellem forekomsten af kønssygdomme og vanskelighed ved at få børn er også tydelig (tabel 8.2). Blandt mænd har 21% af dem, der har haft en kønssygdom, haft vanskeligt ved at få børn sammenlignet med 13% af dem, der aldrig har haft en kønssygdom, og blandt kvinder er tallene henholdsvis 31% og 17%. Forskellen er således størst for kvinder, men for både mænd og kvinder er forskel-

Tabel 8.2 Andel af befolkningen i Grønland, der har prøvet at få børn i mere end 1 år, uden at det lykkedes. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1362; uoplyst=459.

|                                  | Mænd<br>% | Kvinder<br>% |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Har aldrig haft en kønssygdom    | 13,0      | 17,5         |
| Har tidligere haft en kønssygdom | 21,4      | 31,1         |

len statistisk sikker. Det kan således konstateres, at blandt de personer, der aldrig har haft en kønssygdom, svarer hyppigheden af vanskelighed ved at få børn til niveauet i den vestlige verden.

### Sammenfatning

Forekomsten af kønssygdomme hænger foruden med alder og køn sammen med antallet af seksualpartnere, brug af hash samt alkoholproblemer i barndomshjemmet. Blandt de interviewede kvinder har 21% aktuelt menstruationsbesvær eller en underlivssygdom. Forekomsten af provokerede aborter er høj, mens forekomsten af spontane aborter nogenlunde svarer til erfaringerne fra den vestlige verden. Selv blandt personer med fem eller flere seksualpartnere det seneste år oplyser 56%, at de aldrig eller kun af og til bruger prævention. Ufrivillig barnløshed synes at være et større problem i Grønland end i Skandinavien, og især personer, der tidligere har haft en kønssygdom, angiver at have haft svært ved at få børn.



## 9. Psykiske symptomer og sygdomme

Både sundhedsprofilens hovedskema og det selvudfyldte skema indeholder spørgsmål om psykiske symptomer og psykisk sygdom. En del af spørgsmålene er bredt formulerede og rummer aspekter af både psykisk og fysisk helbred. Dette gælder f.eks. de tre spørgsmål om generelt helbred, der indleder hovedskemaets afsnit med helbredsspørgsmål:

- Hvordan synes du, at dit helbred er?
- Er du glad og tilfreds med din tilværelse?
- Føler du dig frisk nok til at gøre, hvad du har lyst til?

Der er senere i hovedskemaet spurgt om forekomst af sygdom inden for de seneste 14 dage og om langvarig sygdom herunder diagnoser. Et af spørgsmålene er *Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af disse former for smerter eller ubehag?* fulgt af en liste over 16 former for smerter og ubehag. Nogle af disse er entydigt relateret til det psykiske helbred:

- ængstelse, nervøsitet, uro og angst;
- nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig;

mens andre indeholder aspekter af både legemligt og psykisk helbred:

- hovedpine;
- hurtig hjertebanken;
- søvnbesvær, søvnproblemer;
- træthed.

Mange mennesker er tilbageholdende med at tale om deres psykiske helbred med andre, og det er grunden til, at mange af spørgsmålene vedrørende psykisk helbred blev placeret i et skema, som svarpersonerne selv udfyldte og afleverede til interviewer i en lukket kuvert. Foruden 12 spørgsmål, der tilsammen udgør *General Health Questionnaire*, som omtales i kapitel 10, var der i det selvudfyldte skema spørgsmål om årstidsvariation i humøret, om tidligere lægebehandling for dårlige nerver og om selvmord.

Brug og misbrug af alkohol og hash behandles ofte i forbindelse med psykisk helbred. Der var også spørgsmål om disse emner i det selvudfyldte skema, og resulta-

terne er beskrevet i den første temarapport fra sundhedsprofilen "Livsstil, levevilkår og helbred i Grønland".

### **Psykisk sygdom, symptomer og medicinbrug**

17% af befolkningen har i løbet af de seneste 14 dage før undersøgelsen været så generet af sygdom, at de har haft svært ved at foretage sig det, de plejer. Langt den hyppigste årsag er sygdomme i bevægeapparatet, og kun 0,5% af mænd og 0,8% af kvinder, angiver en psykisk sygdom som årsag. Tilsvarende oplyser kun 0,5% af mænd og 0,9% af kvinder at have en langvarig, psykisk sygdom. Der er kun delvist sammenfald mellem de personer, der har været generet de seneste 14 dage, og de personer, der har en langvarig, psykisk sygdom. I modsætning hertil oplyser 6% af mænd og 18% af kvinder i det selvudfyldte skema på et eller andet tidspunkt at være blevet behandlet for dårlige nerver. Der kan være to forklaringer på denne udtalte forskel. For det første er det sandsynligt, at de interviewede opfatter psykisk sygdom og dårlige nerver som meget forskellige lidelser og reserverer betegnelsen psykisk sygdom til de alvorligste tilfælde. For det andet er det rimeligt at antage, at psykisk sygdom opfattes som en privat sag, som man er tilbageholdende med at fortælle om til en interviewer. De oplyste psykiatriske diagnoser er diagnostisk uspecifikke (psykisk udmattelse, dårlige nerver, angst for at ro i kajak, nervesammenbrud, træt i sjælen), og det er sandsynligt, at personer med sværere sindslidelser ikke er blevet interviewet. Det er også muligt, at nogle mennesker med psykiske lidelser ikke opfatter sig selv som psykisk syge.

Tre fjerdedele af befolkningen har i løbet af de seneste 14 dage før undersøgelsen haft en eller flere af en række gener, som interviewererne har spurgt om efter en liste over 16 almindelige former for ubehag. De hyppigste symptomer er uspecifikke gener, der kan være tegn på muskelgigt og/eller forkølelse: smerter i arme, ben og led, rygsmarter, træthed, hovedpine, hoste og snue. Psykiske symptomer optræder dog også hyppigt. Således har 22% af befolkningen følt sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig (15% af mænd og 28% af kvinder), og 12% har følt ængstelse, nervøsitet, uro eller angst (8% af mænd og 15% af kvinder)(tabel 9.1). Den omtrent dobbelt så hyppige forekomst af depression i forhold til angst svarer til den, der er fundet i en lang række mere dybtgående undersøgelser i andre samfund (Goldberg & Huxley 1992). Omkring halvdelen oplyste at have haft begge slags symptomer. Begge slags symptomer optræder betydeligt hyppigere hos ældre, mens der ikke er større aldersmæssig variation før tresårsalderen. Det er især de ældre kvinder, der klager over psykiske symptomer, og blandt kvinder over 60 år oplyser 39% at have følt sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, og 20% at have følt ængstelse, nervøsi-

Tabel 9.1 Andel af befolkningen, der har været generet af psykiske symptomer de seneste 14 dage. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. Uoplyst=42.

|                         | Mænd<br>(N=809)<br>% | Kvinder<br>(N=877)<br>% |
|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| Ingen psykiske gener    | 82,3                 | 68,0                    |
| Én type gener:          |                      |                         |
| Nedtrykt <sup>1)</sup>  | 10,0                 | 17,0                    |
| Nervøs <sup>2)</sup>    | 2,3                  | 3,6                     |
| Både nedtrykt og nervøs | 5,3                  | 11,4                    |

<sup>1)</sup> Har seneste 14 dage følt sig nedtrykt, deprimeret, ulykkelig.

<sup>2)</sup> Har seneste 14 dage følt ængstelse, nervøsitet, uro, angst.

tet, uro eller angst i sammenligning med henholdsvis 21% og 10% af de ældre mænd. Den relative stigning med alderen i forekomst af symptomer er ens for mænd og kvinder.

61% af de interviewede oplever årstidsvariation i deres humør og angiver, at der er tidspunkter på året, hvor deres humør er klart bedre eller klart dårligere end på interviewtidspunktet. Det er som regel sommeren, der angives som den årstid, hvor humøret er bedre, og vinteren som den årstid, hvor humøret er dårligere. Hvis man derimod ser på de interviewedes vurdering af deres humør på interviewtidspunktet, er der flest med dårligt humør i efterårsmånederne og færrest i december. Det er især kvinder, der oplever årstidsvariationer. Ser man på den liste over gener, som interviewerne har udspurgt efter, varierer den rapporterede forekomst af symptomer ikke statistisk sikkert med årstiden, men der er dog en tendens for mænd til at have flere symptomer - både nedtrykthed og nervøsitet - om sommeren og efteråret, mens variationen er mindre udtalt for kvinder.

Selv mordstanker er et konkret udtryk for dårlig psykisk trivsel. Selvmordshyppigheden har været stærkt stigende i Grønland gennem de seneste 40-50 år, og det er i særlig grad unge mænd, der begår selvmord, i modsætning til f.eks. i Danmark, hvor selvmordshyppigheden stiger med alderen. En undersøgelse fra Nuuk fra begyndelsen af 1970'erne viste, at der var lige så mange kvinder som mænd, der forsøgte at begå selvmord, men at det oftere lykkedes for mændene (Grove & Lyng 1979). Sundhedsprofilens resultater viser, at andelen af interviewede, der har tænkt alvorligt på at begå selvmord, er højere blandt kvinder end blandt mænd og højest blandt unge mennesker (tabel 9.2). Et overraskende resultat er, at der ikke er den store forskel på grønlandere og danskere i Grønland; dog ligger danskernes selv-

Tabel 9.2 Andel af befolkningen, der har haft alvorlige selvmordstanker. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1535; uoplyst=112.

| Alder | Mænd<br>% | Kvinder<br>% | I alt<br>% |
|-------|-----------|--------------|------------|
| 18-24 | 19,3      | 32,1         | 26,7       |
| 25-34 | 16,9      | 20,4         | 18,9       |
| 35-59 | 10,5      | 15,6         | 12,8       |
| 60+   | 2,6       | 4,7          | 3,5        |
| I alt | 12,6      | 19,1         | 15,9       |

Tabel 9.3 Andel af 25-59 årige, der har haft alvorlige selvmordstanker. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N=1167; uoplyst=81.

|             | Seneste år<br>% | Tidligere<br>% | I alt<br>% |
|-------------|-----------------|----------------|------------|
| Mænd        |                 |                |            |
| Grønlændere | 7,8             | 5,6            | 13,4       |
| Danskere    | -               | 11,1           | 11,1       |
| Kvinder     |                 |                |            |
| Grønlændere | 8,7             | 9,5            | 18,2       |
| Danskere    | -               | 16,7           | 16,7       |

mordstanker længere tilbage i tiden (tabel 9.3). Lidt flere kvinder (68%) end mænd (57%) har talt med nogen om selvmordstankerne, men forskellen er ikke statistisk sikker; kun 44% af danskerne har talt med nogen om deres selvmordstanker.

Den uhyggeligt store betydning af selvmord for den grønlandske befolkning understreges af, at 48% har oplevet selvmord i familien eller blandt vennerne, heraf 16% inden for det sidste år.

Der er en tæt sammenhæng mellem forekomsten af psykiske symptomer og selvmordstanker. Blandt personer, der på et eller andet tidspunkt af deres liv har været behandlet for dårlige nerver, har 39% tænkt alvorligt på at begå selvmord, mens kun 13% af dem, der ikke har været behandlet for dårlige nerver, har tænkt på selvmord. Tilsvarende har 28% af interviewede med psykiske symptomer de seneste 14 dage tænkt på selvmord imod 12% af dem uden psykiske symptomer. Der er også

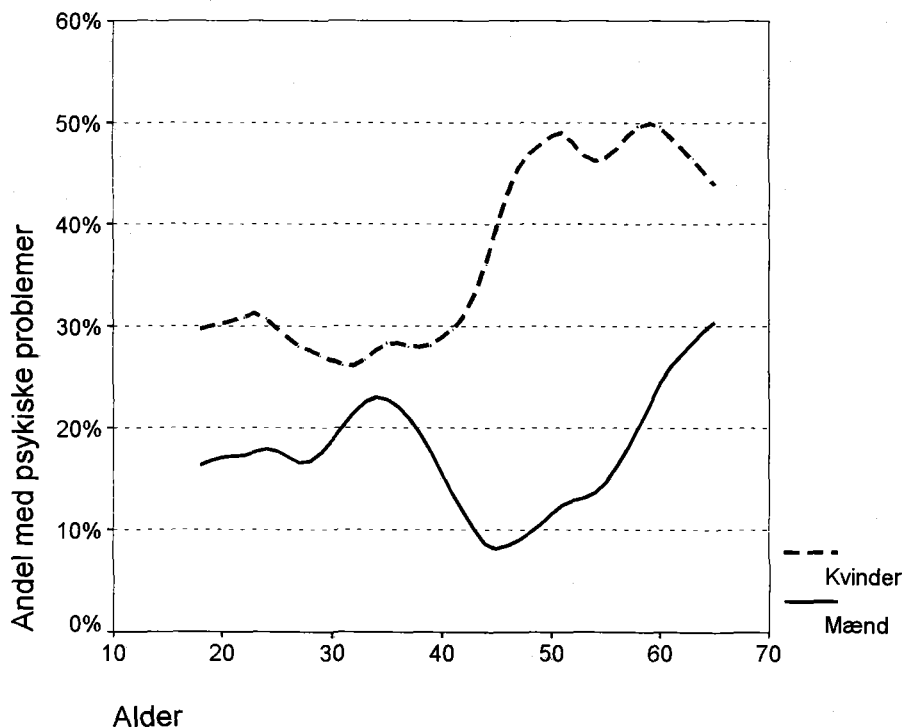
en statistisk sikker sammenhæng mellem alkoholmisbrug og selvmordstanker, men sammenhængen er mindre udtalt end for psykiske symptomer. Det er dog en mindre del af befolkningen, der har været behandlet for dårlige nerver eller har haft psykiske symptomer, og de fleste af dem, der har tænkt alvorligt på at begå selvmord, har hverken været behandlet for dårlige nerver eller haft psykiske symptomer de seneste 14 dage.

1% af mænd og 4% af kvinder har inden for de seneste 14 dage taget nervepiller eller beroligende medicin, og 3% af både mænd og kvinder har taget sovemedicin. I sammenligning med den danske helbreds- sygelighedsundersøgelse fra 1994 er disse tal lave. Et lavt forbrug i Grønland af nervemedicin er tidligere beskrevet på basis af importstatistikken (Cordtz 1991). Det er sandsynligt, at det lave forbrug i Grønland kan forklares ved forhold i det grønlandske sundhedsvæsen. Patienten har ét ambulankort, hvor al ordination af medicin noteres, og det er således ikke muligt at opsøge flere forskellige læger for at vedligeholde et medicinmisbrug. Endvidere udleveres al medicin i afmålte doser og ikke i større originalpakninger.

De fleste, men ikke alle, der har taget nervemedicin, har også oplyst at have psykiske symptomer eller en psykisk sygdom. Alt i alt angiver 26% af befolkningen, 18% af mænd og 33% af kvinder, enten at have en psykisk sygdom eller psykiske symptomer eller at have taget nervemedicin. Disse beskrives i det følgende som personer med psykiske problemer. For kvinder ses en stigning i andelen med problemer efter 40-års alderen, mens stigningen for mænd er mindre udtalt og kommer senere (figur 9.1).

Blandt grønlændere er der væsentlig flere med psykiske problemer end blandt danskere i Grønland, og de følgende analyser af psykiske problemer omfatter kun grønlændere. Andelen af befolkningen, der har psykiske problemer, varierer geografisk, især for kvinder (figur 9.2). Kvinder i Nuuk og byer på den sydlige del af vestkysten har mindre ofte psykiske problemer end kvinder i resten af landet. Forskellene er dog ikke statistisk sikre. Også inden for erhvervsgrupperne er der forskelle, igen mest udtalt for kvinder (figur 9.3). For mændenes vedkommende er der flest med psykiske problemer blandt fangere/fiskere og personer, der ikke er i erhverv, men forskellene er ikke statistisk sikre. For kvinder er der mange med psykiske problemer blandt lavere funktionærer, ufaglærte og personer uden erhverv; disse forskelle er statistisk sikre.

Figur 9.1 Forekomst af psykisk sygdom eller symptomer efter alder og køn. LOWESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.



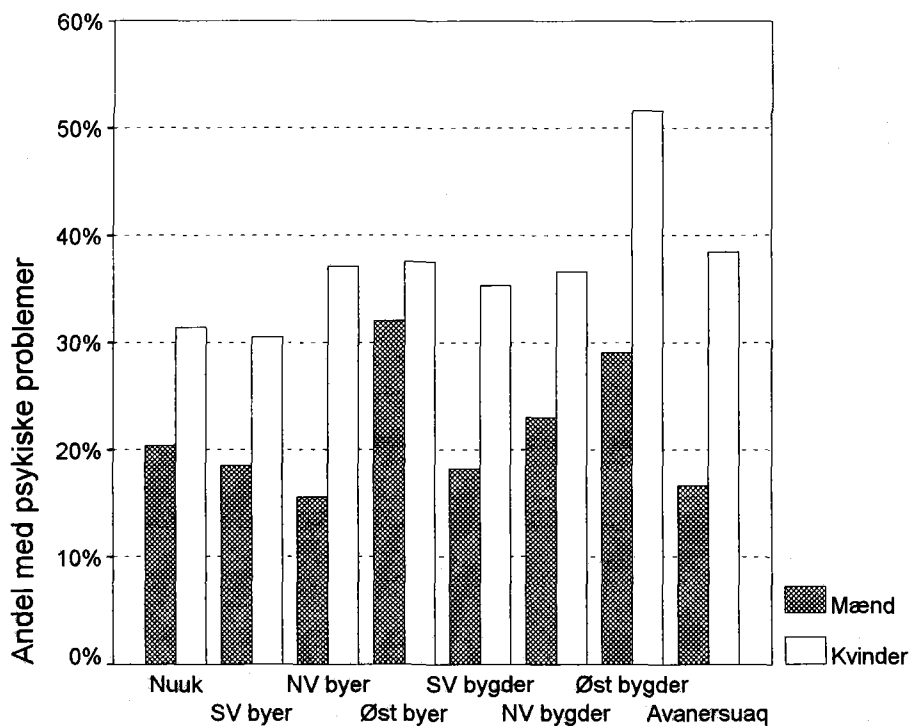
Fra andre undersøgelser ville man forvente, at der var flere ugifte end gifte mænd, der havde psykiske problemer, men ingen forskel mellem ugifte og gifte kvinder (Eaton 1986). Dette var ikke tilfældet i denne undersøgelse. For mænds vedkommende fandtes ingen sikker forskel. Separerede eller fraskilte kvinder havde oftere end andre kvinder psykiske problemer, mens der ikke var sikker forskel mellem ugifte, samlevende og gifte kvinder.

### Sammenfatning

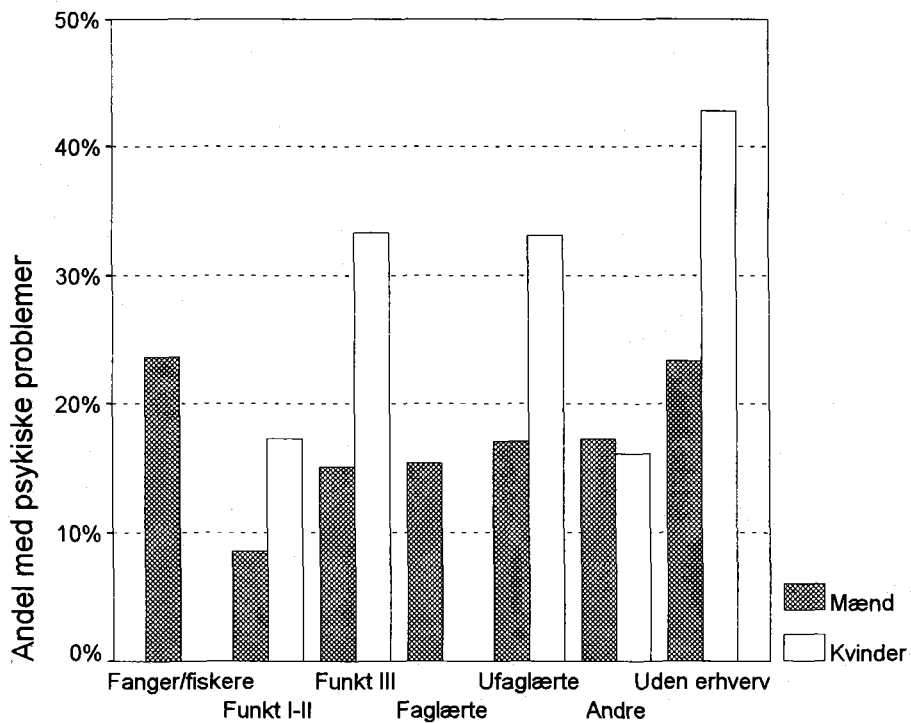
Der er stillet spørgsmål om psykiske symptomer og sygdomme i både hovedskemaet og det selvudfyldte skema. Kun ganske få af de interviewede angiver at have en psykisk sygdom, men der er mange, der har psykiske symptomer i form af f.eks. nedtrykthed, ængstelse eller nervøsitet. Alvorlige selvmordstanker er især hyppigt forekommende hos yngre mennesker, og kvinder har oftere end mænd haft selvmordstanker (19% og 13%). Der er en tæt sammenhæng mellem forekomsten af

psykiske symptomer og selvmordstanker. Alt i alt angiver 26% af befolkningen, 18% af mænd og 33% af kvinder, enten at have en psykisk sygdom eller psykiske symptomer eller at have taget nervemedicin. Andelen stiger med alderen, især for kvinder, og for kvinder er der mange med psykiske problemer blandt lavere funktionærer, ufaglærte og personer uden erhverv.

Figur 9.2 Forekomst af psykisk sygdom eller symptomer blandt mænd og kvinder i otte geografiske regioner. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N=1580; uoplyst=9.



Figur 9.3 Forekomst af psykisk sygdom eller symptomer blandt mænd og kvinder efter erhvervsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere i alderen 18-59 år. N=1373; uoplyst=99.





## 10. Psykisk sårbarhed

### Måling af psykisk helbred med General Health Questionnaire

General Health Questionnaire (GHQ) blev oprindeligt udviklet af Goldberg (1972, 1988) som en screeningstest for psykiatrisk sygdom til brug uden for det psykiatriske system, altså f.eks. ved befolkningsundersøgelser eller i almen praksis. Udgangspunktet for det oprindelige GHQ var 140 spørgsmål, hvoraf de bedste 60 blev udvalgt til at indgå i standardversionen af GHQ, men der er senere udviklet versioner med 30, 28, 20 og 12 spørgsmål. Det er 12 spørgsmålsversionen, der er brugt i den grønlandske sundhedsprofil.

Princippet bag GHQ er, at svarene på de enkelte spørgsmål lægges sammen. Der er 12 spørgsmål, som hver kan have værdien 0 eller 1, og den samlede GHQ-værdi bliver da et tal mellem 0 og 12, hvor en værdi på 12 angiver flest mulige psykiske symptomer. Befolkningen inddeles efterfølgende i to grupper, de normale og dem, der muligvis er psykisk syge, eller som det er valgt at benævne de to grupper i sundhedsprofilen: *robuste* og *sårbare*.

Som eksempel vises beregningen for et af spørgsmålene: *Har du inden for de seneste uger følt, at du havde svært ved at overkomme dine problemer?* Svaremulighederne og deres værdier er:

- nej, slet ikke . . . . . 0
- ikke mere end sædvanligt . . . . . 0
- ja, mere end sædvanligt . . . . . 1
- ja, meget mere end sædvanligt . . . . . 1

For at finde frem til den bedste skillelinje mellem robuste og sårbare i en given befolkning må man sammenligne resultaterne af GHQ med en uafhængig psykiatrisk undersøgelse af de samme personer. Dette er et omfattende arbejde, som det endnu ikke har været muligt at gennemføre i Grønland. Der er dog på basis af oplysninger om forekomst af psykisk sygdom og symptomer defineret en gruppe af "normale", dvs. interviewede med godt selv vurderet helbred, uden nylig eller langvarig psykisk sygdom og uden psykiske gener, samt en gruppe af interviewede med psykisk sygdom eller symptomer. Med udgangspunkt i disse to grupper er det afprøvet hvilken skillelinje, der egner sig bedst til at adskille robuste og sårbare i den grønlandske sundhedsprofil. Valget af denne skillelinje afhænger af, hvor stor en

andel falsk positive og falsk negative, man vil acceptere, og dette afhænger igen af formålet med undersøgelsen. I en epidemiologisk undersøgelse som den foreliggende er det væsentligt at have både så få falsk positive og så få falsk negative som muligt, mens det i en klinisk undersøgelse, hvor man ønsker at opfange så mange psykisk syge som muligt, kan være rimeligt at vælge en lavere skillelinje for at få alle syge med i gruppen af sårbare.

De generelle erfaringer med GHQ viser, at metoden skønt udarbejdet til brug i London fungerer udmærket i andre kulturer, og at skillelinjen er ret konstant fra land til land. Der er gennemført fem validitetsstudier af GHQ-12; to af disse anbefalede at lade skillelinjen mellem robuste og sårbare gå mellem 1 og 2, to andre anbefalede at lade skillelinjen gå mellem 2 og 3, og et enkelt mellem 3 og 4.

I nogle tilfælde er ikke alle 12 GHQ-spørgsmål i sundhedsprofilens selvudfyldte skema udfyldt. For ikke at begrænse materialets størrelse mere end nødvendigt indgår alle personer, der har besvaret mindst ni af spørgsmålene i analyserne. De manglende svar er ved beregningen af den samlede GHQ-værdi sat til 0,5; dette er gjort ud fra den betragtning, at årsagen til det manglende svar er, at den interviewede ikke har kunnet beslutte, hvilket svar der var det korrekte. Ved inddelingen af befolkningen i robuste og sårbare er personer med en GHQ-værdi på 0-1,5 blevet klassificeret som robuste og personer med en GHQ-værdi på 2 eller derover som sårbare. Det må understreges, at en beregnet GHQ-værdi ikke nødvendigvis siger noget om den enkelte person; inddelingen i to grupper angiver, at der i gruppen af sårbare er en større forekomst af psykisk sygdom end i gruppen af robuste.

Som led i et pilotstudie af GHQ under grønlandske forhold blev der i 1993 gennemført et mindre survey af ambulante patienter på Lægeklinikken i Nuuk, der blev sammenlignet med ambulante, psykiatriske patienter. Resultaterne af pilotstudiet viste en markant forskel på de to patientgrupper og blev i øvrigt brugt til at tilrette formuleringen af spørgsmålene på grønlandsk.

### **Psykisk sårbarhed**

Fordelingen af sårbarhed er ujævn i befolkningen. Blandt grønlandske kvinder er der 40% sårbare, blandt grønlandske mænd 30%, blandt danske kvinder 27% og blandt danske mænd 26%. For ikke at inddrage forskellen mellem grønlændere og danske som endnu et usikkerhedsmoment i analyserne gælder de følgende resultater kun den grønlandske del af befolkningen.

Med den valgte afgrænsning mellem psykisk robuste og psykisk sårbare er der 65% robuste og 35% sårbare blandt grønlandere i sundhedsprofilens materiale. Som tidligere nævnt betyder dette ikke, at 35% af befolkningen skal betragtes som psykisk afvigende, mens 65% har det helt fint. Blandt 831 robuste oplyste 16% at have en psykisk sygdom eller at have haft psykiske gener de sidste 14 dage, mens dette var tilfældet for 44% af de 452 sårbare. Der er altså mange, der har en psykisk lidelse, men som klassificeres som robuste, og over halvdelen af de sårbare har ikke angivet at have psykisk sygdom eller symptomer.

Tabel 10.1 viser forekomsten af psykisk sårbare i forskellige dele af befolkningen, både personer uden psykiske problemer, patienter i det grønlandske sundhedsvæsen og ambulante patienter fra psykiatrisk afdeling. Andelen varierer mellem 21% blandt de formodet normale og 68% blandt psykiatriske patienter. Det er interessant at bemærke, at så mange som 46-48% af patienterne i den grønlandske primære sundhedstjeneste klassificeres som psykisk sårbare imod kun 28% blandt personer, der ikke har været i kontakt med sundhedsvæsenet de seneste 3 måneder. Også blandt patienter, der kun oplyste at have somatiske symptomer, da de blev interviewet til sundhedsprofilen, er der 28% sårbare. Der er ikke i sundhedsprofilen spurgt om, hvilke klager patienterne havde i konsultationen, og resultaterne kan derfor ikke bruges til at vurdere, om der er en stor andel af psykiske problemer, der skjules under somatiske klager. Alt i alt giver fordelingen af psykisk sårbare god mening og styrker troværdigheden af GHQ som et godt mål for psykisk helbred i Grønland.

Figur 10.1 viser, hvorledes andelen af sårbare varierer med køn og alder. Undtagen for de ældste er andelen af sårbare noget højere for kvinder end for mænd. For begge køn er der mange sårbare blandt de helt unge, og andelen falder støt indtil omkring 40 års alderen for derefter at stige igen. Kurven for kvinder er dog speciel med en kraftig stigning i 50 års alderen efterfulgt af et lige så kraftigt fald. Kurverne bygger især for de ældste aldersgrupper på små tal, og det specielle mønster for kvinder over 50 år må derfor tolkes med forsigtighed. Aldersfordelingen af psykisk sårbare falder kun delvis sammen med aldersfordelingen af personer med psykiske problemer (figur 9.1). Der er for begge mål en stigning af forekomsten efter 40-50 års alderen, men det høje niveau i ungdommen og det efterfølgende fald, som ses for psykisk sårbarhed, genfindes for psykiske problemer kun hos mænd.

Tabel 10.1 Andel psykisk sårbare blandt interviewede med og uden psykisk sygdom eller symptomer og i forskellige patientgrupper. Kun grønlandere.

|  | Antal | Sårbare % |
|--|-------|-----------|
| Interviewede med godt selv vurderet helbred og uden psykisk sygdom eller symptomer | 670   | 21,3      |
| Interviewede, der har været til læge seneste 14 dage kun med somatiske symptomer   | 89    | 28,1      |
| Interviewede, der de seneste 3 måneder ikke har haft kontakt med sundhedsvæsenet   | 565   | 28,5      |
| Patienter på Lægeklinikken i Nuuk <sup>1)</sup>                                    | 85    | 45,9      |
| Interviewede, der har været til læge seneste 14 dage                               | 176   | 47,7      |
| Interviewede med psykisk sygdom eller symptomer                                    | 334   | 59,9      |
| Interviewede, der har været til læge seneste 14 dage med psykiske gener            | 87    | 67,8      |
| Ambulante psykiatriske patienter <sup>1)</sup>                                     | 19    | 68,4      |

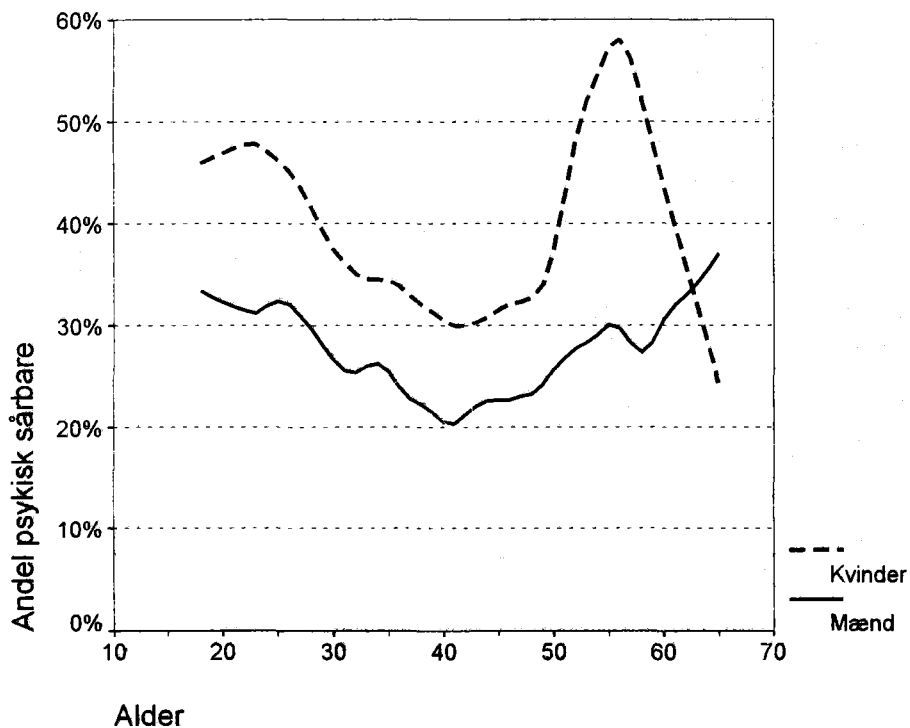
<sup>1)</sup> Resultater fra pilotundersøgelse på Lægeklinikken i Nuuk og Dronning Ingrid's Hospital.

Den geografiske variation er ikke markant, men der er klare forskelle mellem erhvervsgrupperne. For mænd er der især mange psykisk sårbare blandt fangere/fiskere, ufaglærte og personer uden erhverv, og for kvinder blandt lavere funktionærer og personer uden erhverv. Dette svarer nogenlunde til forekomsten af psykiske problemer.

## Sammenfatning

Psykisk sårbarhed kan måles med Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ). Således målt kan 65% af den grønlandske del af befolkningen betegnes som psykisk robuste og 35% som sårbare. Der er flere sårbare kvinder end mænd, og alderskurven topper hos de helt unge og hos personer over 50 år. Forekomsten af psykisk sårbarhed i forskellige patientgrupper styrker troværdigheden af GHQ som et godt mål for psykisk helbred i Grønland: således er der kun 21% sårbare blandt helt raske svarpersoner sammenlignet med 68% hos patienter med psykiske gener og ambulante psykiatriske patienter. For mænd er der flest psykisk sårbare blandt fangere/fiskere og personer uden erhverv, og for kvinder blandt lavere funktionærer og personer uden erhverv.

Figur 10.1 Forekomst af psykisk sårbarhed efter alder og køn. LOWESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N=1393; uoplyst=110.





## 11. Somatisk og psykisk helbred

I de foregående kapitler er det somatiske (legemlige) og det psykiske helbred beskrevet hver for sig, men dette er naturligvis en kunstig opdeling. Det psykiske helbred påvirkes i høj grad af forekomsten af legemlig sygdom, symptomer og handicap, og menneskers reaktion på legemlig sygdom præges af psykiske forhold. Endvidere kan psykiske processer fremkalde legemlige symptomer, f.eks. smerte, som ikke kan skelnes fra andre legemlige symptomer og sygdomme.

Tabel 11.1 viser, hvorledes der er sammenhæng mellem den psykiske sårbarhed målt ved General Health Questionnaire og en række symptomer, som de interviewede angav at have haft de seneste 14 dage forud for interviewet. Symptomerne deler sig i tre grupper. Størst sammenhæng med psykisk sårbarhed findes for decideret psykiske gener som nedtrykthed og ængstelse samt for mere generelle gener som træthed, hovedpine og søvnbesvær. Mindre udtalt sammenhæng findes for en række fysiske gener, som ifølge de fleste menneskers erfaring i et vist omfang kan rumme en psykisk komponent (åndedrætsbesvær, muskelsmerter, mavesmerter, underlivsgener, hjertebanken mv.). Endelig er der for ondt i ryggen, forkølelse, tandpine og hudlidelser kun en mindre sammenhæng med psykisk sårbarhed.

For både mænd og kvinder er der en næsten dobbelt så stor forekomst af psykiske gener hos personer med langvarig sygdom som hos personer uden sygdom, og denne overhyppighed genfindes for de fleste sygdommes vedkommende. Således har f.eks. 29% af mænd og 45% af kvinder med sygdomme i bevægeapparatet (slidgigt, ondt i ryggen, muskelsmerter) tillige psykiske gener i sammenligning med 14% og 25% af mænd og kvinder uden langvarig sygdom (tabel 11.2). Noget tilsvarende gør sig gældende for psykisk sårbarhed, men forskellen mellem personer med og uden langvarig sygdom er mindre udtalt: 36% af mænd og 47% af kvinder med langvarig sygdom er klassificeret som psykisk sårbare imod 25% og 35% af mænd og kvinder uden sygdom.

De interviewede i den grønlandske sundhedsprofil blev forud for de mere specifikke spørgsmål om sygdom bedt om at vurdere deres helbred mere generelt. I hele befolkningen angav 78%, at deres helbred var godt eller virkelig godt, mens 22% angav deres helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt. Dette selvvaluerede helbred varierer markant med blandt andet alder, køn, bopæl og erhverv, hvilket er beskrevet nærmere i den første temarapport fra sundhedsprofilundersøgelsen.

Tabel 11.1 Sammenhæng (Pearssons korrelationskoefficient) mellem forekomst af symptomer og gener de seneste 14 dage og General Health Questionnaire. Rækkefølge efter korrelation for mænd og kvinder samlet. \* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,001$ . Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.  $N=1535$ ; uoplyst=149.

|   | Mænd<br>( $N=681$ ) | Kvinder<br>( $N=705$ ) |
|---|---------------------|------------------------|
| Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig                              | 0,33 **             | 0,32 **                |
| Ængstelse, nervøsitet, uro og angst                             | 0,26 **             | 0,34 **                |
| Træthed   | 0,20 **             | 0,30 **                |
| Søvnbesvær, søvnproblemer                                       | 0,23 **             | 0,26 **                |
| Hovedpine   | 0,15 **             | 0,25 **                |
| Åndedrætsbesvær, forpustethed                                   | 0,17 **             | 0,20 **                |
| Hurtig hjertebanken   | 0,16 **             | 0,18 **                |
| Underlivsgener (smerter, kløe, udflåd)                          | -                   | 0,16 **                |
| Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave                               | 0,13 *              | 0,12 *                 |
| Mavesmerter, ondt i maven                                       | 0,14 **             | 0,13 *                 |
| Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led | 0,12 *              | 0,13 **                |
| Smerter eller ubehag i skulder eller nakke                      | 0,09                | 0,12 *                 |
| Forkølelse, snue, hoste   | 0,06                | 0,15 **                |
| Smerter eller ubehag i ryg og lænd                              | 0,13 **             | 0,09                   |
| Tandpine  | 0,01                | 0,10 *                 |
| Eksem, hududslæt, kløe  | 0,01                | 0,06                   |

Betydningen af psykisk og fysisk sygdom og symptomer for det selvvaluerede helbred er nærmere analyseret i den grønlandske del af befolkningen. Der er gennemført en statistisk analyse af betydningen af psykiske symptomer, langvarig legemlig sygdom og kombinationen heraf for selvvalueret helbred (tabel 11.3 og figur 11.1). Tabel 11.3 viser, at for både mænd og kvinder giver langvarig fysisk sygdom oftere oplevelsen af at have et dårligt helbred end psykiske symptomer uden fysisk sygdom, men at det især er kombinationen af fysisk og psykisk lidelse, der resulterer i



Tabel 11.2 Andel, der har psykiske problemer, blandt mænd og kvinder med forskellige langvarige sygdomme. Relativ risiko (RR) sammenlignet med personer uden langvarig sygdom; \* angiver 95% sikkerhedsinterval >1,0. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen. N=1728; uoplyst=42.

| Diagnose                                | Mænd  |       | Kvinder |       |
|---|-------|-------|---------|-------|
|   | %     | RR    | %       | RR    |
| 1. Smitsomme sygdomme                   | 25,0  | 1,8   | 66,7    | 2,7 * |
| 2. Svulster                             | -     | -     | 44,4    | 1,8   |
| 3. Endokrine sygdomme                   | 14,3  | 1,0   | -       | -     |
| 4. Sygdomme i blod                      | -     | -     | -       | -     |
| 5. Psykiske sygdomme                    | 100,0 | 7,1 * | 100,0   | 4,0 * |
| 6. Sygdomme i nervesystem, øjne og ører | 29,3  | 2,1 * | 53,6    | 2,1 * |
| 7. Kredsløbssygdomme                    | 44,0  | 3,1 * | 46,7    | 1,9 * |
| 8. Luftvejssygdomme                     | 15,8  | 1,1   | 53,8    | 2,1 * |
| 9. Sygdomme i fordøjelsesorganer        | 23,5  | 1,7   | 60,0    | 2,4 * |
| 10. Sygdomme i urin- og kønsorganer     | 20,0  | 1,4   | 61,8    | 2,5 * |
| 11. Hudsygdomme                         | 12,5  | 0,9   | 40,9    | 1,6   |
| 12. Sygdomme i bevægeapparatet          | 29,1  | 2,1 * | 44,9    | 1,8 * |
| 13. Skader                              | 23,7  | 1,7   | 55,6    | 2,2 * |
| 14. Andre sygdomme                      | 18,6  | 1,3   | 54,7    | 2,2 * |
| I alt (med langvarig sygdom)            | 23,8  | 1,7 * | 47,4    | 1,9 * |
| Uden langvarig sygdom                   | 14,1  |       | 25,1    |       |

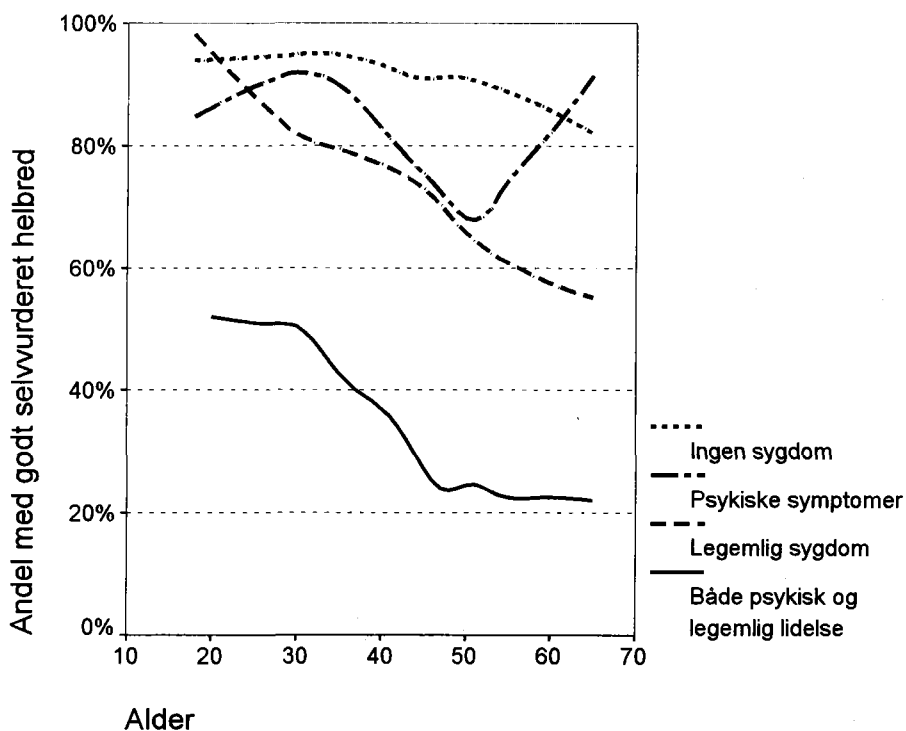
dårligt selv vurderet helbred. Af figur 11.1 fremgår, at selvom det selv vurderede helbred bliver noget ringere med alderen også for raske personer, er det først og fremmest konkrete og målelige psykiske symptomer og fysisk sygdom - og især kombinationen heraf - der bestemmer oplevelsen af at have et dårligt helbred.

Tabel 11.3 Sammenhæng mellem psykiske symptomer, langvarig legemlig sygdom og selvvurderet helbred. Odds ratio fra statistisk analyse med kontrol for aldersforskelle samt procent med dårligt selvvurderet helbred. \*  $p < 0,001$ . Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere. N=1580; uoplyst=84.

|  | N   | Mænd                         |      | Kvinder                      |      |
|--|-----|------------------------------|------|------------------------------|------|
|  |     | Dårligt selvvurderet helbred |      | Dårligt selvvurderet helbred |      |
|  |     | Odds ratio                   | %    | Odds ratio                   | %    |
| Ingen sygdom <sup>1)</sup>                 | 713 | 1,0                          | 6,2  | 1,0                          | 8,8  |
| Psykiske symptomer                         | 201 | 2,3                          | 12,5 | 3,0 *                        | 22,6 |
| Langvarig legemlig sygdom                  | 365 | 5,0 *                        | 29,3 | 4,2 *                        | 33,6 |
| Både psykiske symptomer og legemlig sygdom | 217 | 22,9 *                       | 63,5 | 12,8 *                       | 62,2 |

<sup>1)</sup> Odds ratio defineret som 1,0.

Figur 11.1 Andel med godt selvvurderet helbred blandt raske og personer med psykiske symptomer og langvarig legemlig sygdom. LOWESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere. N=1580; uoplyst=84.



## **Sammenfatning**

Der kan konstateres en stærk statistisk sammenhæng mellem psykisk sårbarhed og en lang række symptomer og gener, både psykiske og legemlige. Også mellem flere langvarige sygdomme og psykiske problemer er der sammenhæng. Langvarig legemlig sygdom betyder mere end psykiske symptomer for vurderingen af eget helbred, men det er især tilstedeværelsen af både psykiske symptomer og legemlig sygdom, der giver et dårligt selv vurderet helbred.



## 12. Konklusion

Denne rapport's analyse af sygdomsmønsteret i Grønland foregiver ikke at være et forsøg på at beskrive forekomsten af lægeligt defineret sygdom i Grønland. Dertil er diagnoserne alt for upræcise, og forekomsten af de fleste sygdomme er så sparsom, at undersøgelsen på grund af sin begrænsede stikprøvestørrelse vil give usikre resultater. Det, som rapporten præsenterer, er derimod befolkningens egen opfattelse af sygdomsforekomst og helbred, og dette skal ses som et supplement til den lægelige dimension af sygdomsmønsteret. For nogle sygdomme giver det bedst mening at betragte den lægelige dimension; dette gælder f.eks. forekomsten af mavesår, som fra et lægeligt synspunkt er en veldefineret sygdom med nogle objektive, patologisk-anatomiske kriterier, mens det for lægmand oftest er synonymt med en række symptomer, der kan skyldes flere forskellige sygdomme. For andre sygdomme er lægmandsaspektet mindst lige så relevant som lægens vurdering; dette gælder f.eks. psykiske symptomer og smerter fra bevægeapparatet, hvor en lægelig undersøgelse nok kan bidrage til en mere præcis diagnose, men hvor patientens oplysninger om tilstedeværelsen af symptomerne ikke med rimelighed kan drages i tvivl.

På trods af disse forbehold bekræfter rapporten resultater fra andre undersøgelser, der viser at sukkersyge og blodprop i hjertet samt hjertekrampe forekommer sjældnere i Grønland end i Danmark, mens epilepsi, lammelser, eksem, mavesår og underlivssygdomme rapporteres oftere fra Grønland. For den samlede forekomst af langvarig sygdom viser rapporten, at der generelt er en højere forekomst i byderne end i byerne, og der er også sociale forskelle med lavest forekomst af langvarig sygdom i funktionærgrupperne.

Der er to områder, hvor resultaterne er særlig relevante for tilrettelæggelsen af patientbehandlingen i det grønlandske sundhedsvæsen. Det drejer sig om sygdomme i bevægeapparatet og psykiske symptomer. Sygdomme i bevægeapparatet er den lægelige betegnelse for forskellige sygdomme som f.eks. ondt i ryggen, slidgigt og andre former for gigt. Det er ligesom i Danmark langt den almindeligste årsag både til gener de seneste 14 dage, aktivitetsindskrænkning de seneste 14 dage og langvarig sygdom. En tredjedel af de mennesker, der angiver at have været begrænset i deres aktivitet inden for de seneste 14 dage, oplyser at årsagen hertil er en sygdom i bevægeapparatet, og næsten halvdelen af de mennesker, der har en langvarig sygdom, har en sygdom i bevægeapparatet. Højest forekomst af gener fra bevægeapparatet ses hos fanger/fiskere og personer uden erhverv, og geografisk ses højere forekomst i byderne end i byerne. Ondt i ryggen og gigtsmerter skyldes i vidt om-

fang arbejdsmæssige påvirkninger og dårlige boligforhold, forhold som sundhedsvæsenet ikke kan gøre noget ved, men det må være rimeligt at styrke behandlingstilbuddet til de mange mennesker, der i det daglige er plagede af disse lidelser.

Psykiske symptomer forekommer meget oftere hos personer, der for nylig har været i kontakt med sundhedsvæsenet, end hos helt raske, også selvom kontakten angives at have været begrundet i en rent legemlig lidelse. Det er nærliggende at tolke dette som en såkaldt somatisering af sygdomssymptomerne, dvs. at man så at sige omsætter sine psykiske symptomer til legemlige symptomer, måske fordi det er mere legitimt at søge læge for legemlig sygdom. Det er vigtigt for lægen at være opmærksom på dette. Der er for nylig iværksat et forskningsprojekt, der har til formål nærmere at undersøge forekomsten af psykiske symptomer og sygdom i den grønlandske primærsektor.

Analyser af psykisk helbred hos raske og personer med forskellige sygdomme viser en tæt sammenhæng mellem psykisk helbred og legemlig sygdom. Som forventet er de interviewede personers selvvaluerede helbred afhængigt både af forekomsten af legemlig sygdom og psykiske symptomer, men det er påfaldende i hvor høj grad det gælder, at kombinationen af en legemlig sygdom og psykiske symptomer er afgørende for oplevelsen af eget helbred. Det er hensigten senere nærmere at undersøge de faktorer, der bestemmer, hvordan mennesker vurderer deres helbred. Dette vil ske både ved en uddybende analyse af sundhedsprofilens datamateriale og ved indsamling af nye oplysninger med anvendelse af såvel kvalitative som kvantitative metoder.

## **Sammenfatning**

Rapporten bidrager til en alsidig beskrivelse af sygdomsmønsteret i Grønland ved at belyse befolkningens eget syn på sygdomsforekomsten. Selvom diagnoserne set med lægelige øjne kan være upræcise, er der i vidt omfang sammenfald mellem den her rapporterede forekomst af sygdom og sygdomsmønsteret, som det kendes fra andre kilder. To fund drages frem som særlig relevante for tilrettelæggelsen af patientbehandlingen i det grønlandske sundhedsvæsenet. Det ene er den meget høje forekomst af ondt i ryggen, gigt og andre sygdomme i bevægeapparatet. Det andet er den tætte sammenhæng mellem psykisk helbred og legemlig sygdom, og specielt den afgørende betydning som kombinationen af legemlig sygdom og psykiske symptomer har for vurderingen af eget helbred.

## Litteratur

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

Johnsen HM, Becker-Christensen F. Ectopic pregnancy in Greenland. *Arctic Medical Research* 1990;49:43-7.

Bjerregaard P, Kristensen LM, Kiil-Nielsen J, Egelund B, Kollemorten IK. Provokeret abort i Grønland. *Ugeskrift for Læger* 1996;158:6085-9.

Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders. A bio-social model.* London & New York: Tavistock/Routledge, 1992.

Grove O, Lyngé J. Suicide and attempted suicide in Greenland. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1979;60:375-91.

Cordtz T. Forbruget af nervemedicin i Grønland 1987 til 1990. I: Kern P, Cordtz T, eds. *Nuna Med '91.* Nuuk: Grønlandsmedicinsk Selskab og Grønlands Lægekredsforening, 1991:39-42.

Eaton WW. *The sociology of mental disorders.* New York: Praeger, 1986.

Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire.* London: Oxford University Press, 1972.

Goldberg DP. *A user's guide to the general health questionnaire.* Windsor: NFER-NELSON, 1988.

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

1. Toppen af isfjeldet. Peter Bjerregaard, Jens Misfeldt, Peder Kern og Inge-Merete Nielsen. 1994. 76 s.
2. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/Mennesker og sundhed i Grønland. Peter Bjerregaard, Frank Senderovitz og Laila Ramlau-Hansen. 1995. 47 s.
3. Health research in Greenland – a catalogue of projects. Tine Curtis og Peter Bjerregaard. 1995. 109 s.
4. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. Peter Bjerregaard, Tine Curtis, Frank Senderovitz, Ulla Christensen og Tine Pars. 1995. 155 s.
5. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. Ulla Christensen, Peter Bjerregaard og Tine Curtis. 1996. 82 s.
6. Forskerseminar – Kangerlussuaq 19.-22. januar 1976. Tine Curtis og Peter Bjerregaard. 1996. 84 s.
7. Sygdom og helbred i Grønland. Peter Bjerregaard, Hans Chr. Petersen, Inge Lynge og Frank Senderovitz. 1997. 93 s.

Denne bog er den tredje temarapport fra forskningsprojektet Sundhedsprofil for Grønland. 1728 mennesker fra hele Grønland er interviewet om deres helbred og livsbetingelser. Rapporten handler om forekomst af sygdom og om fysisk og psykisk helbred.