

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 – Levevilkår, livsstil og helbred

Oversigt over indikatorer for folkesundheden



Christina Viskum Lytken Larsen
Charlotte Brandstrup Hansen
Christine Ingemann
Marit Eika Jørgensen
Ingelise Olesen
Ivalu Katajavaara Sørensen
Anders Koch
Vibeke Backer
Peter Bjerregaard

Statens Institut for Folkesundhed

SDU 

SIF's Grønlandsskrifter nr. 30

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Levevilkår, livsstil og helbred

Oversigt over indikatorer for folkesundheden

Christina Viskum Lytken Larsen
Charlotte Brandstrup Hansen
Christine Ingemann
Marit Eika Jørgensen
Ingelise Olesen
Ivalu Katajavaara Sørensen
Anders Koch
Vibeke Backer
Peter Bjerregaard

Copyright © 2019
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Internt review er gennemført af Maja Bæksgaard Jørgensen.

Forsidefoto: Malik Milfeldt

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Trykt udgave: ISBN 978-87-7899-455-4
Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-456-1

Statens Institut for Folkesundhed
Studivestryde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra
www.sdu.dk/sif

Indhold

| | |
|---|-----------|
| Sammenfatning | 1 |
| 1 Befolkningsundersøgelsen 2018 | 3 |
| 1.1 Indikatorer for folkesundheden | 4 |
| 1.2 Forslag til nye indikatorer | 5 |
| 1.3 Status på Inuuneritta | 5 |
| 2 Levevilkår og ulighed i sundhed | 6 |
| 2.1 Uddannelse og erhverv | 6 |
| 2.2 Velstand | 8 |
| 2.3 Boligforhold | 9 |
| 2.4 Sociale og kulturelle ændringer af samfundet | 11 |
| 2.5 Ulighed i sundhed..... | 13 |
| 3 Opvækstvilkår og selvmordsadfærd | 16 |
| 3.1 Belastende forhold i barndomshjemmet..... | 16 |
| 3.2 Selvmordstanker og selvmordsforsøg | 19 |
| 3.3 Opvækstforhold og senere selvmordstanker..... | 20 |
| 4 Rusmidler og rygning | 22 |
| 4.1 Alkohol | 22 |
| 4.2 Hash..... | 25 |
| 4.3 Rygning..... | 26 |
| 4.4 Lungefunktion..... | 29 |
| 4.5 Snus..... | 30 |
| 5 Kost, fysisk aktivitet og overvægt | 31 |
| 5.1 Kost..... | 31 |
| 5.2 Fysisk aktivitet | 32 |
| 5.3 Overvægt | 34 |
| 6 Blodtryk, lipider og diabetes | 38 |
| 6.1 Blodtryk | 38 |
| 6.2 Lipider | 40 |
| 6.3 Diabetes | 42 |
| 7 Forandringsparathed | 44 |
| 7.1 Motivation for rygestop | 44 |
| 7.2 Forsøg med vægttab | 46 |
| 7.3 Ønske om at ændre drikkevaner..... | 48 |
| 8 Undersøgelsens emner og muligheder for fremtidige analyser | 50 |
| 8.1 Emner og muligheder | 50 |
| 8.2 Sammenligning med undersøgelser fra andre lande..... | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 9 Baggrund og metode | 53 |
| 10 Litteratur | 58 |
| Bilag 1. Indikatorer for folkesundhed | 60 |

Sammenfatning

Befolkningsundersøgelsen i 2018 er den seneste i en række af fem landsdækkende sundhedsundersøgelser, der er gennemført siden 1993. Befolkningsundersøgelsen i 2018 omfatter 19 af de 38 indikatorer for folkesundheden i Grønland relateret til de indsatsområder som er beskrevet i folkesundhedsprogrammet Inuuneritta II. Disse dækker over befolkningens brug af alkohol og hash, rygevaner, kostmønstre og fysisk aktivitet samt en række forhold i opvæksten med betydning for helbredet langt ind i voksenlivet. Undersøgelsen handler i høj grad også om mental sundhed og trivsel, og der er som noget nyt et særligt fokus på unge og ældre.

Fem af indikatorerne viser en forbedring af folkesundheden fra undersøgelsen i 2005-2010 til 2018, nemlig en fortsat reduktion i procenten af dagligrygere og en stigning i procenten af hjem med rygebegrænsning, flere der spiser grøntsager dagligt og et fald i fødevareusikkerhed (som dog kun er målt siden 2014). Også boligforholdene er blevet bedre. Fem indikatorer viser en forværring af folkesundheden, nemlig et fald i andelen med godt selv vurderet helbred og en øget social ulighed (målt på daglig rygning), en stigende andel svært overvægtige, færre der spiser fisk, og flere der drikker saft og sodavand. Andelen af svært overvægtige er dog næsten uændret fra 2014 til 2018.

Seks indikatorer har stort set ikke ændret sig i perioden. Det drejer sig om livskvalitet blandt ældre, fysisk aktivitet og forbrug af frugt, mens forbrug af havpattedyr viser en svagt faldende tendens. For såvel seksuelle overgreb som selvmordsforsøg blandt unge (18-29-årige) er der tale om et fald, der dog hverken er statistisk sikkert eller viser en klar tendens. Endelig kunne tre indikatorer på alkoholområdet ikke sammenlignes med tidligere undersøgelser på grund af den ovenfor beskrevne ændring af alkoholspørgsmålene.

I kapitel 1 beskrives Befolkningsundersøgelsen i 2018 helt overordnet og en oversigt over indikatorer for folkesundheden og deres udvikling gennem årene præsenteres i relation til Inuuneritta II.

I kapitel 2 er de grundlæggende sociale og økonomiske forhold beskrevet i form af uddannelse, beskæftigelse, velstand og boligforhold. Det vises, hvordan de sociale og økonomiske forhold danner grundlag for en stigende social ulighed i befolkningens sundhed. Der er således en højere andel, der oplever fødevareusikkerhed og som har et muligt alkoholproblem blandt personer med det laveste velstandsniveau sammenlignet med det højeste velstandsniveau. For selv vurderet helbred ses det, at andelen med et godt selv vurderet helbred stiger med graden af velstand.

I kapitel 3 beskrives omfanget af vold, overgreb og alkoholproblemer under opvæksten i forskellige fødselsårgange og disse sættes i relation til selvmordsadfærd senere i livet. For alle tre belastende forhold i barndommen tegner der sig et billede af, at forekomsten var noget lavere i fødselsårgangene født i 1995 eller senere sammenlignet med de høje forekomster blandt fødselsårgangene 1970-1989. Men forekomsten var stadig høj. Forekomsten af vold, alkoholproblemer og overgreb ofte i barndommen mere end fordoblede forekomsten af selvmordstanker.

I kapitel 4 beskrives brugen af alkohol og hash og det ses, at 19% af deltagerne slet ikke indtog alkohol. Rusdriking på månedlig basis forekom blandt 34% og den største andel med rusdriking sås blandt mænd i alderen 25-34 år (42%). På baggrund af det nyindførte mål (AUDIT), som også Allorfik bruger, viste undersøgelsen, at et muligt alkoholproblem i større eller mindre grad fandtes blandt 42%. Kapitlet omhandler også rygning, og i 2018 var andelen af dagligrygere på landsbasis 52%. Hovedparten af deltagerne (80%) angav, at de havde rygebegrænsninger i deres hjem og dette tal var endnu højere for husstande med børn sammenlignet med husstande uden børn.

I kapitel 5 beskrives ændringer i kostvaner, fysisk aktivitet og overvægt gennem årene. Kun ca. 15% af deltagerne levede op til mindst fire ud af fem anbefalinger fra Grønlands Ernærings- og

Motionsråd. Flere spiste grøntsager, men flere drak også saft og sodavand hver dag, mens færre spiste fisk. Forekomsten af svær overvægt var i 2018 27% og højere for kvinder end for mænd. Ændringen i gennemsnitligt BMI har været let stigende for mænd (0,04 BMI-enheder om året) og mere markant stigende for kvinder (0,12 BMI-enheder om året) siden første befolkningsundersøgelse i 1993.

I kapitel 6 redegøres for forekomsten af forhøjet blodtryk, fedtstoffer i blodet og diabetes blandt deltagerne. Det gennemsnitlige blodtryk var 131/81 for mænd og 123/76 for kvinder. Blodtrykket var højere hos mænd end hos kvinder og steg med stigende alder. Middelværdien for LDL-kolesterol var 3,5 mmol/l og uden forskel mellem mænd og kvinder. Der var en tendens til stigende LDL-kolesterol med stigende alder indtil 45-års alderen, hvorefter den aftog. Afhængigt af de diagnostiske kriterier (HbA1c vs. oral glukosebelastning) fandtes næsten ingen tilfælde af diabetes blandt deltagere under 45 år, mens 15-34% over 65 år havde diabetes.

Kapitel 7 beskriver graden af forandringsparathed i befolkningen og oplevelsen af at kunne få hjælp og støtte til sundere vaner i lokalområdet. Blandt rygerne ville 72% gerne stoppe med at ryge, men kun 2% havde planlagt, at det skulle ske inden for den næste måned. Blandt svært overvægtige og overvægtige deltagere, havde henholdsvis 30% og 18% forsøgt at tabe sig inden for den sidste måned. 36% af dem, der indtager alkohol en gang i mellem, ønskede at ændre drikkevaner. Denne andel steg med antallet af genstande indtaget på en gennemsnitlig uge.

I kapitel 8 præsenteres nogle af de mange emner, som ikke har fundet plads i rapporten, men som vil blive publiceret i rapportform eller som videnskabelige artikler i de kommende år.

I kapitel 9 redegøres for undersøgelsens baggrund og metode.

1 Befolkningsundersøgelsen 2018

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 (B2018) er en undersøgelse af unge og voksne indbyggere i Grønland, som gennemføres for Selvstyret af Statens Institut for Folkesundhed i samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen. Det overordnede formål er at give en status på folkesundheden i 2018 ved at belyse sundhed og sygelighed i befolkningen samt udviklingen i sundhed og sygelighed over tid ved at sammenligne resultaterne med resultater fra de tidligere befolkningsundersøgelser i 1993-1994, 1999-2001, 2005-2010 og 2014 (B93, B99, B2005, B2014).

Undersøgelsen har særligt fokus på indikatorer for folkesundheden i Grønland og de indsatsområder, der indgår i Inuuneritta II (Det Grønlandske Folkesundhedsprogram 2013-2019): Kost, rygning, alkohol og hash samt fysisk aktivitet. Specielt undersøges demografiske, regionale og sociale variationer i sundhedstilstand, risikofaktorer for sygdom, sociale forhold, psykisk helbred og sygdomsmønstre i befolkningen. De tidligere befolkningsundersøgelser er beskrevet i rapporten fra B2014 (Dahl-Petersen et al., 2016).

Undersøgelsen kan endvidere bidrage til en bedre forståelse for helbredseffekterne af udviklingen fra en traditionel tilværelse til en moderne industrialiseret livsstil, herunder udviklingen i sygelighed med særligt fokus på mental sundhed, opvækstvilkår, hjertekarsygdomme, diabetes og andre kroniske sygdomme, og udgør således en vigtig platform for forebyggelsesinitiativer. Endelig giver undersøgelsen mulighed for at sammenligne resultater med lignende undersøgelser foretaget blandt inuit i Canada og samer i Norge.

En stor del af undersøgelsens temaer går igen fra tidligere befolkningsundersøgelser, nemlig sociale forhold, kost, rygning, fysisk aktivitet, selvvurderet og psykisk helbred, vold og seksuelle overgreb samt kroniske sygdomme og tilstande som overvægt, forhøjet blodtryk og diabetes. Nye temaer omfatter i 2018 håndgrebsstyrke, lungefunktion og seksuelt overførte sygdomme. Det har af økonomiske grunde ikke været muligt at analysere miljømedicinske forureningsstoffer i blodprøverne. Som noget nyt har Befolkningsundersøgelsen i 2018 særligt fokus på unge og ældre mennesker (henholdsvis 15-34 år og 55+ år), for hvilke der er udviklet nye spørgsmål målrettet aldersgruppen. Blandt unge er mental sundhed og trivsel i fokus. Ældrekomponenten er en del af et større projekt om ældre i Grønland (Arktisk Aldring – AgeArc) under ledelse af Københavns Universitet.

Denne rapport bygger på svar fra 2539 deltagere mellem 15 og 94 år fra 12 byer og 8 bygder i hele Grønland. Det svarer til 5,8% af hele befolkningen i aldersintervallet og 52% af de personer, der blev inviteret til at deltage (deltagelsesprocenten). Deltagelsesprocenten varierede med alder, køn og bopæl, og for at kunne præsentere procenter, der afspejler hele befolkningen, er der mange steder i rapporten vægtet til befolkningen i 2018. Ved analyser af data er der gennemført test for statistisk signifikans, det vil sige test af om de observerede forskelle kan være tilfældige fund. Det er valgt ikke at medtage p-værdier i rapporten, men det har været et gennemgående princip kun at kommentere forskelle, hvor p-værdien er under 0,10, det vil sige, hvor der er mere end 90% sandsynlighed for, at resultatet er reelt og ikke skyldes tilfældigheder. Det må bemærkes, at en p-værdi ikke siger noget om, hvorvidt en forskel er relevant eller interessant. I rapportens figurer og tabeller er angivet, hvor mange deltagere den pågældende figur eller tabel er baseret på. Dette varierer, fordi ikke alle har besvaret samtlige spørgsmål. Af de 2539 deltagere var det for eksempel

kun 2066, der svarede på spørgsmålene om selvmordstanker, 1846 der svarede på spørgsmålene om alkohol og 1686, der svarede på spørgsmålene om seksuelle overgreb.

1.1 Indikatorer for folkesundheden

Som en del af Inuuneritta II blev der i 2014 etableret 38 indikatorer for folkesundheden i Grønland. Af disse var 19 baseret på Befolkningsundersøgelserne og de resterende på de løbende undersøgelser af skolebørns helbred (HBSC), Grønlands Statistik mv. De fleste af indikatorerne kan følges fra Befolkningsundersøgelsen 2005-2010. Spørgsmålene i Befolkningsundersøgelserne bliver dog løbende justeret for at passe til den nyeste viden, og der er derfor enkelte indikatorer, som ikke kan følges. Det gælder således tre indikatorer vedrørende brug af alkohol, hvor det blev besluttet at ændre de hidtil anvendte spørgsmål til det internationalt brugte AUDIT-spørgsmålsbatteri, som anvendes til at identificere et muligt alkoholproblem (beskrives nærmere i kapitel 4). Dette mål anvendes også af Grønlands Videncenter om Afhængighed, Allorfik, som varetager det nationale tilbud om gratis behandling af afhængighed af rusmidler og spil.

Fem af indikatorerne viser en forbedring af folkesundheden fra undersøgelsen i 2005-2010 til 2018:

- En fortsat reduktion i procenten af dagligrygere.
- En stigning i procenten af hjem med rygebegrænsning.
- Flere der spiser grøntsager dagligt.
- Et fald i andelen, som oplever fødevarerensikkerhed (kun målt siden 2014).
- Bedre boligforhold.

Fem indikatorer viser en forværring af folkesundheden:

- Et fald i andelen med godt selv vurderet helbred.
- En øget social ulighed (målt på daglig rygning).
- En stigende andel svært overvægtige (dog næsten uændret fra 2014 til 2018).
- Færre der spiser fisk.
- Flere, der drikker saft og sodavand.

Seks indikatorer har stort set ikke ændret sig i perioden:

- Livskvalitet blandt ældre.
- Fysisk aktivitet.
- Forbrug af frugt.
- Forbrug af havpattedyr viser en svagt faldende tendens.
- For seksuelle overgreb inden det fyldte 18 år blandt unge (18-29-årige) er der tale om et fald, som dog hverken er statistisk sikkert eller viser en klar tendens.
- For selvmordsforsøg det seneste år blandt unge (18-29-årige) er der tale om et fald, der dog hverken er statistisk sikkert eller viser en klar tendens.

Endelig kunne tre indikatorer på alkoholområdet ikke sammenlignes med tidligere undersøgelser på grund af den ovenfor beskrevne ændring af alkoholspørgsmålene:

- Forekomsten af rusdrikning.
- Forældre med børn under 18 år med et potentielt skadeligt alkoholforbrug.
- Social ulighed i forekomsten af rusdrikning.

Alt i alt kan det konkluderes, at for så vidt angår rygning og fødevarerensikkerhed er der forbedringer at spore, mens det for social ulighed, overvægt og kost går den gale vej. I de følgende kapitler bliver indikatorerne præsenteret og diskuteret mere detaljeret. Det skal bemærkes, at indikatorerne

kan variere alt efter hvilke deltagere, der indgår i analyserne, og hvordan, de er justeret for alder, køn og bopæl. Se i øvrigt bilag 1 for detaljer om indikatorerne.

1.2 Forslag til nye indikatorer

Resultaterne fra Befolkningsundersøgelsen i 2018 giver anledning til metodemæssige overvejelser om nogle af indikatorerne for folkesundheden i Grønland. En ændring af en indikator vanskeliggør eller umuliggør sammenligning bagud i tid, hvorfor der kun bør foretages absolut nødvendige ændringer. Som nævnt ovenfor er spørgsmålene om alkohol allerede ændret, fordi det var ønskeligt at følge internationale standarder på området. For to andre temaer er det under overvejelse at ændre indikatorerne, nemlig ulighed i sundhed og fysisk aktivitet (se bilag 1).

1.3 Status på Inuuneritta

Dataindsamlingen er gennemført i slutningen af perioden for Grønlands andet folkesundhedsprogram, Inuuneritta II, der dækker årene 2013-2019 (Departementet for Sundhed, 2012). Selvom undersøgelsen giver svar på, hvordan det går med de indsatsområder, der er fokus på i folkesundhedsprogrammet, siger indikatorerne ikke noget om, hvordan programmet er blevet implementeret. Selv om en indikator udvikler sig i den ønskede retning, kan det derfor ikke automatisk konkluderes, at det er Inuunerittas fortjeneste. Det samme gælder, hvis en indikator udvikler sig i en uønsket retning. Midtvejsevalueringen af programmet konkluderede, at der er høj motivation blandt forebyggelseskonsulenter og sundhedsfaglige konsulenter, men at manglende koordinering mellem kommuner og Selvstyret og på tværs af sektorer har udfordret programmets implementering (Ingemann og Larsen, 2017). Hertil kommer behovet for et gennemgående kompetenceløft inden for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Rigtig mange gode tiltag og indsatser er blevet sat i gang, men fraværet af systematisk vidensopsamling og dokumentation gør det svært at pege på præcist hvad, der fungerer godt, og hvad, det giver mening at bygge videre på inden for indsatsområderne.

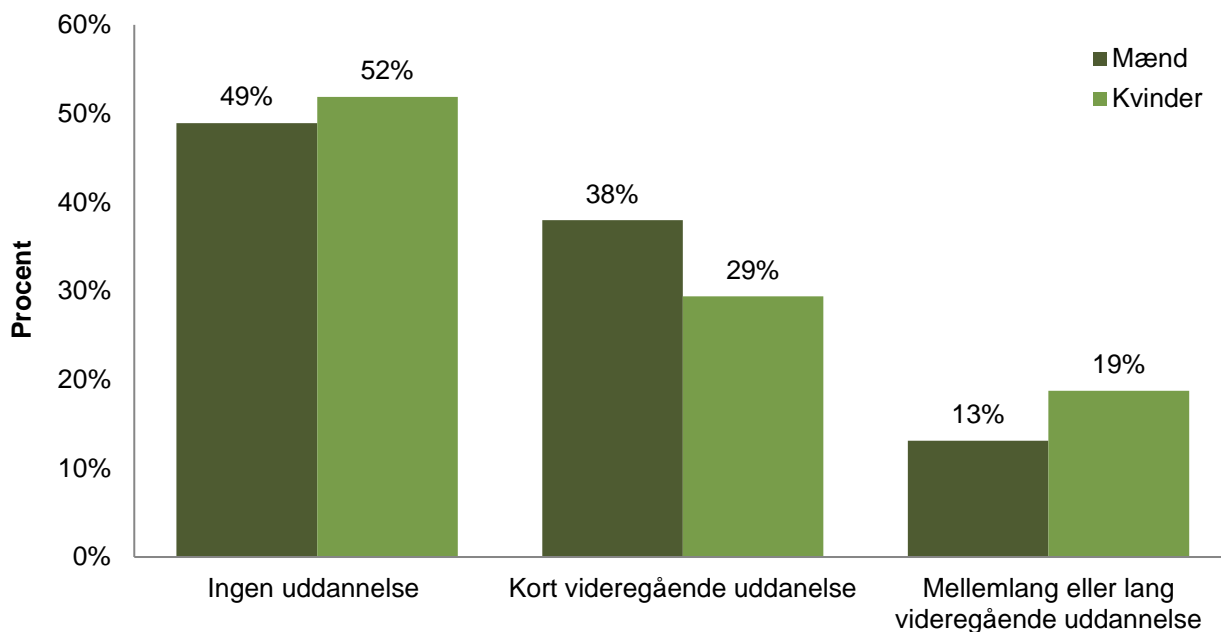
Ikke desto mindre har Inuuneritta II tjent som en vigtig ramme for at fastholde fokus på vigtigheden af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde og ikke mindst børn, unge og familier som særligt vigtige målgrupper. Dette fokus vil blive ført videre i Inuuneritta III, hvor målet er at realisere en mere systematisk og koordineret indsats, der bygger videre på eksisterende landsdækkende programmer og indsatser, og som i højere grad funderes på tværsektorielt samarbejde med både kommunal og central forankring. Inuuneritta III vil blive udviklet i løbet af 2019 med henblik på lancering i 2020.

2 Levevilkår og ulighed i sundhed

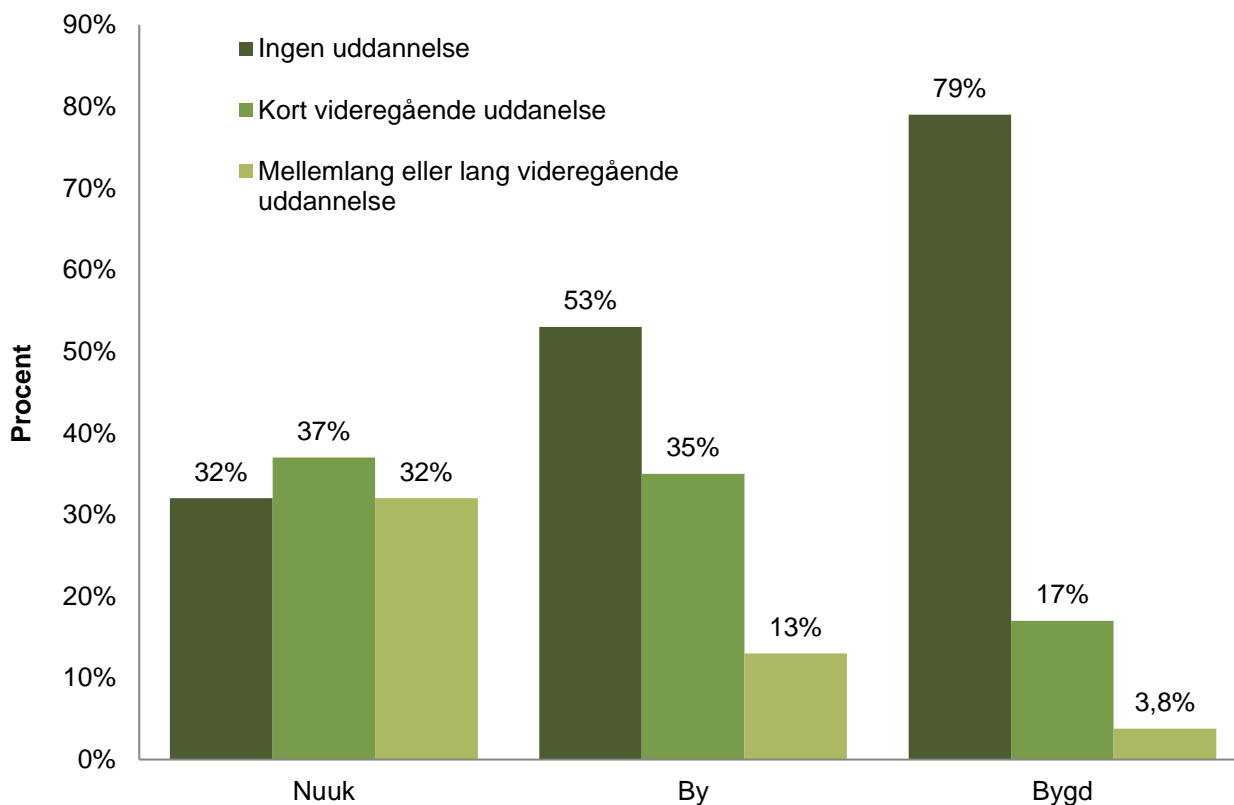
Vores levevilkår er overordnet set bestemmende for vores sundhed. Dette ses både på internationalt niveau, hvor for eksempel spædbørnsdødeligheden er markant højere og middellevetiden tilsvarende lavere i fattige, afrikanske lande end i Vesteuropa, og inden for landegrænserne, hvor regionale forskelle i sundhed ofte kan henføres til forskelle i uddannelsesniveau og indkomst. For Grønlands vedkommende er der en række sociale forhold, som er undersøgt med data fra befolkningsundersøgelserne, der er med til at beskrive vores levevilkår. I dette kapitel har vi set på uddannelse og erhverv, velstand, boligforhold og samfundsændringer, der hver på sin vis beskriver den sociale variation i befolkningen, og vi har derefter analyseret den sociale variation i fødevaresikkerhed, alkoholvaner og selvvalderet helbred. Nogle af de største forskelle i levevilkår findes mellem byer og bygder og mellem Vestgrønland og Østgrønland, men en stor del af forskellene skyldes en ophobning af sociale risikofaktorer i bygder og i Østgrønland.

2.1 Uddannelse og erhverv

Uddannelse og tilknytningen til arbejdsmarkedet er centrale sociale faktorer, der kan være med til at identificere individers sociale placering i samfundet. Deltagerne blev i Befolkningsundersøgelsen 2018 spurgt, om de havde fuldført én eller flere uddannelser. Hvis de svarede ja, blev de bedt om at angive navnet på uddannelsen. Uddannelse blev herefter inddelt i tre niveauer: Ingen uddannelse (kun folkeskole og gymnasial uddannelse), kort videregående og mellemlang/lang videregående. Af alle deltagerne havde 16% en mellemlang eller videregående uddannelse, 34% en kort videregående uddannelse og 50% ingen uddannelse, eller hvad der svarer til folkeskolen eller en færdiggjort GU-eksamen (gymnasial uddannelse). Figur 2.1 viser uddannelsesniveau for alle over 18 år fordelt på køn. Det ses, at der var flere mænd end kvinder med en kort videregående uddannelse, og flere kvinder end mænd med en mellemlang eller lang videregående uddannelse.



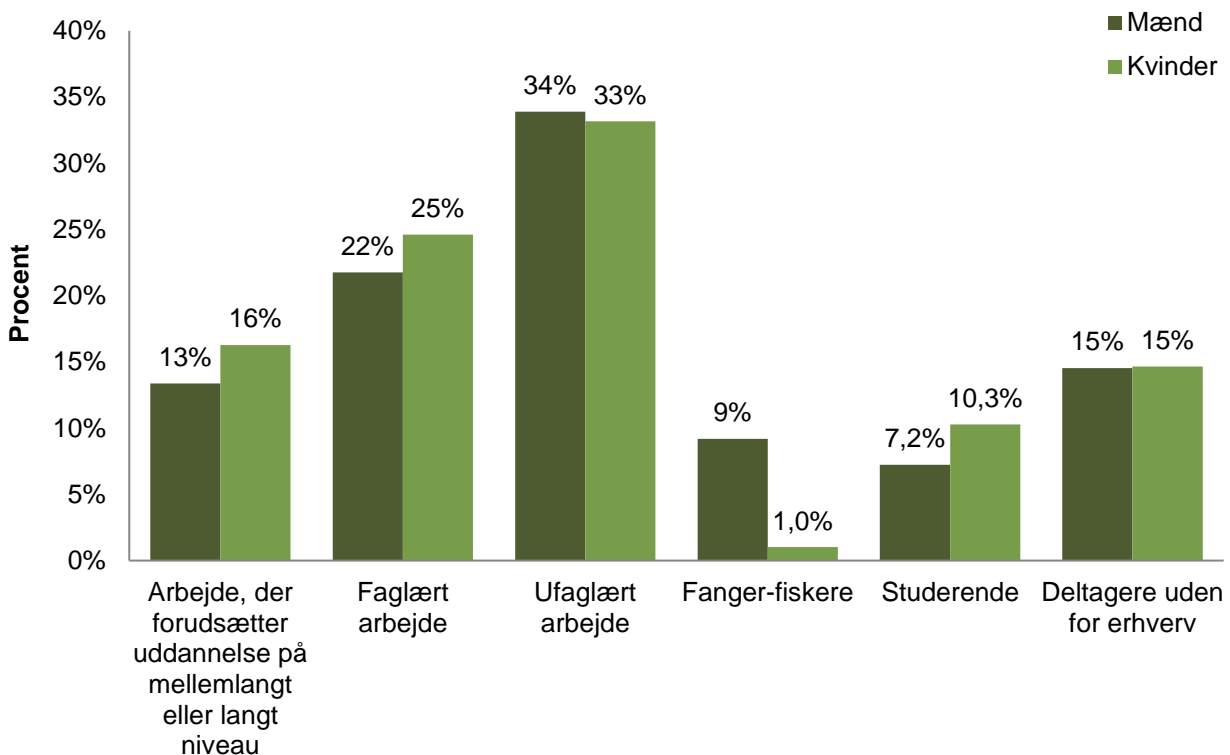
Figur 2.1. Uddannelsesniveau opdelt på køn. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Deltagere 18+ år. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=2436.



Figur 2.2. Uddannelsesniveau opdelt på bopæl. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Deltagere 18+ år. N=2436.

Uddannelsesniveaut varierende efter bopæl (Figur 2.2). Andelen af deltagere uden uddannelse, det vil sige kun med en folkeskole- GU-eksamen eller tilsvarende, var som forventet højest i bygdene. Som i tidligere befolkningsundersøgelser blev deltagerne spurgt om deres nuværende beskæftigelse. Deltagernes jobtitler blev herefter kategoriseret i følgende kategorier: Arbejde, der forudsætter uddannelse på mellemlangt eller langt niveau, faglært arbejde, ufaglært arbejde, fanger-fiskere inklusive ægtefæller, studerende og deltagere uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse, deltagere på overførselsindkomst og hjemmegående).

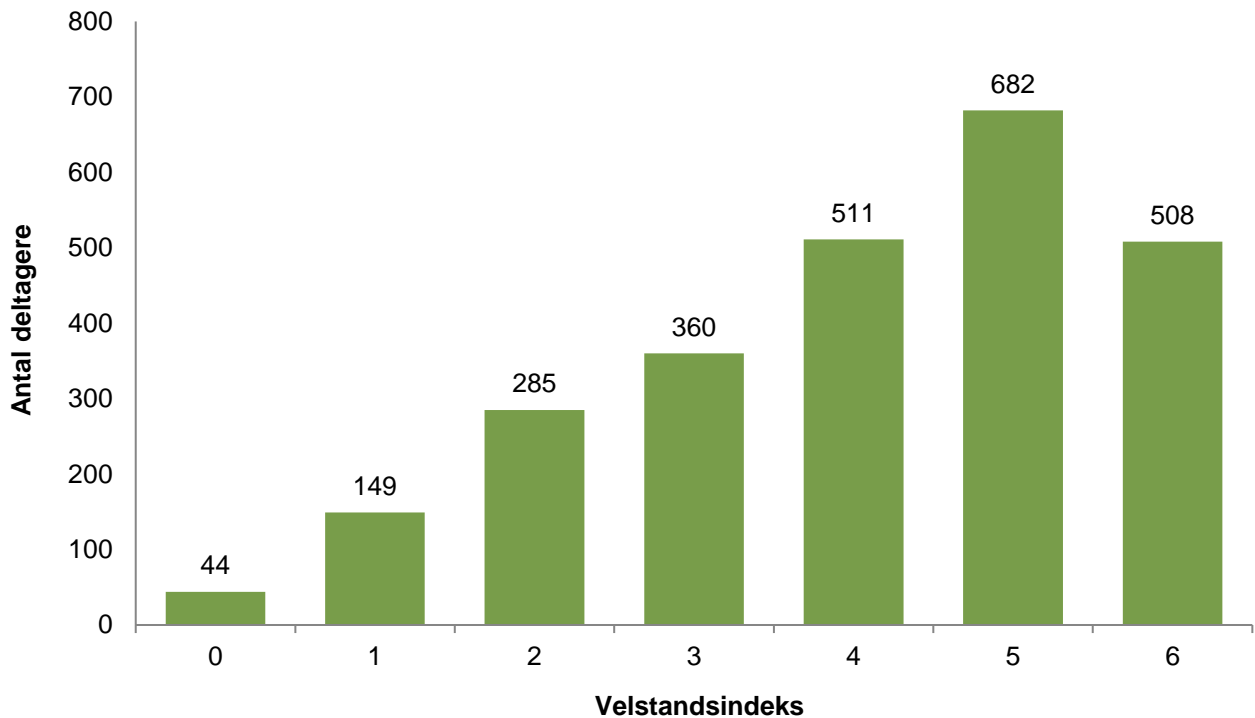
I de følgende opgørelser inkluderes kun deltagere i den erhvervsaktive alder (18-64 år). Blandt disse var 77% i arbejde, 9% var studerende og 15% var uden for arbejdsmarkedet. Den største andel af arbejdsstyrken var ufaglærte arbejdere (34%). Figur 2.3 viser kønsforskellene inden for forskellige typer beskæftigelser. Det ses, at lidt flere kvinder end mænd var beskæftiget med arbejde, der forudsætter en form for uddannelse. Mændene var overrepræsenterede inden for fanger-fisker erhvervet.



Figur 2.3. Tilknytning til arbejdsmarkedet opdelt på køn. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Deltagere 18-64 år. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=1961.

2.2 Velstand

Befolkningsundersøgelsen i 2018 indeholder ikke spørgsmål om deltagernes indkomst, og der er endnu ikke indhentet oplysninger om indkomst fra Grønlands Statistik. Der er i stedet for spurgt, om man i sit hjem har en række forbrugsgoder, da tidligere befolkningsundersøgelser har vist, at summen af disse forbrugsgoder er et godt mål for velstand. De forbrugsgoder, der er spurgt om, er video/DVD afspiller, computer, mikrobølgeovn, vaskemaskine, opvaskemaskine og internet, og svarene (nej=0; ja=1) blev lagt sammen til et indeks med værdier fra 0 til 6. Alle deltagere svarede på spørgsmålene. Figur 2.4 viser fordelingen af velstandsindexet blandt deltagerne.



Figur 2.4. Fordeling af deltagere på velstandsindekset. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=2539.

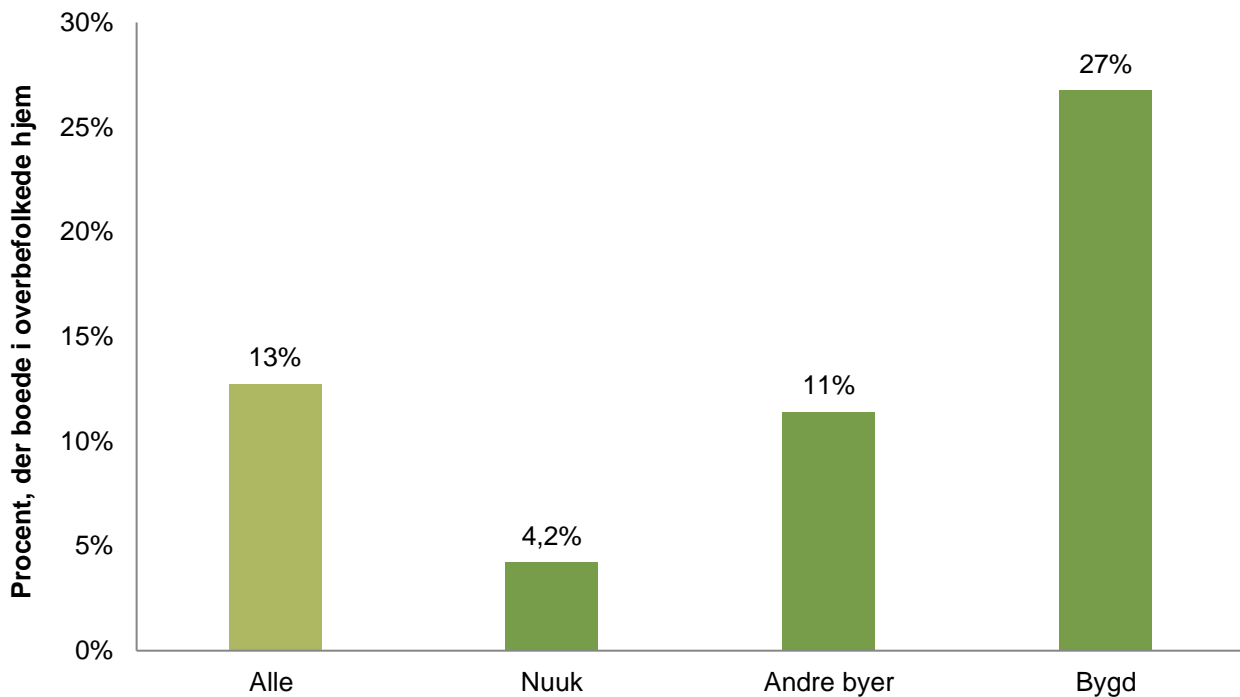
Befolkningens ejerskab af forbrugsgoder ændrer sig løbende med årene, og det er derfor ikke muligt at bruge det samme velstandsindeks over en længere årrække. For eksempel indgik ejerskab af en radio i befolkningsundersøgelsen i 1993, men da alle i senere undersøgelser havde en radio, udgik dette spørgsmål. Tilsvarende er besiddelse af en fastnettelefon i dag mere en markør for høj alder end for velstand, og dette spørgsmål udgik i 2018. På den anden side er det nyttigt at bevare det samme velstandsindeks, sådan at man kan sammenligne over årene. Med brug af samme indekssom i 2018 var det gennemsnitlige velstandsindeks 3,2 i 2005-2010, 4,0 i 2014 og 4,1 i 2018.

2.3 Boligforhold

Boligforhold er en væsentlig faktor, der beskriver de aktuelle levevilkår. Af deltagerne i Befolkningsundersøgelsen 2018 boede 42% i en lejet bolig, 34% i en ejet bolig og de resterende boede enten på et lejet værelse (1%), hos familien (16%) eller på en institution for eksempel et kollegie, plejehjem eller lignende (6%). Dårlige boligforhold kan påvirke sundheden negativt, og specielt overbefolkede boliger har vist at have sundhedsmæssige konsekvenser.

En af indikatorerne for folkesundheden er beboelsestæthed defineret som antal personer pr. rum. I Befolkningsundersøgelserne er der siden 1993 spurgt til antallet af rum i deltagerens bolig og antallet af personer, der bor i boligen. Derfor kan vi sige noget om udviklingen i beboelsestætheden gennem tiden. I 1993 boede undersøgelsesdeltagerne i gennemsnit med 1,2 personer pr. rum, dette faldt i 2005-2010 til 1,1. I gennemsnit boede deltagerne i Befolkningsundersøgelsen 2018 med 1,1 personer pr. rum, hvilket betyder, at der er sket et lille fald i beboelsestætheden.

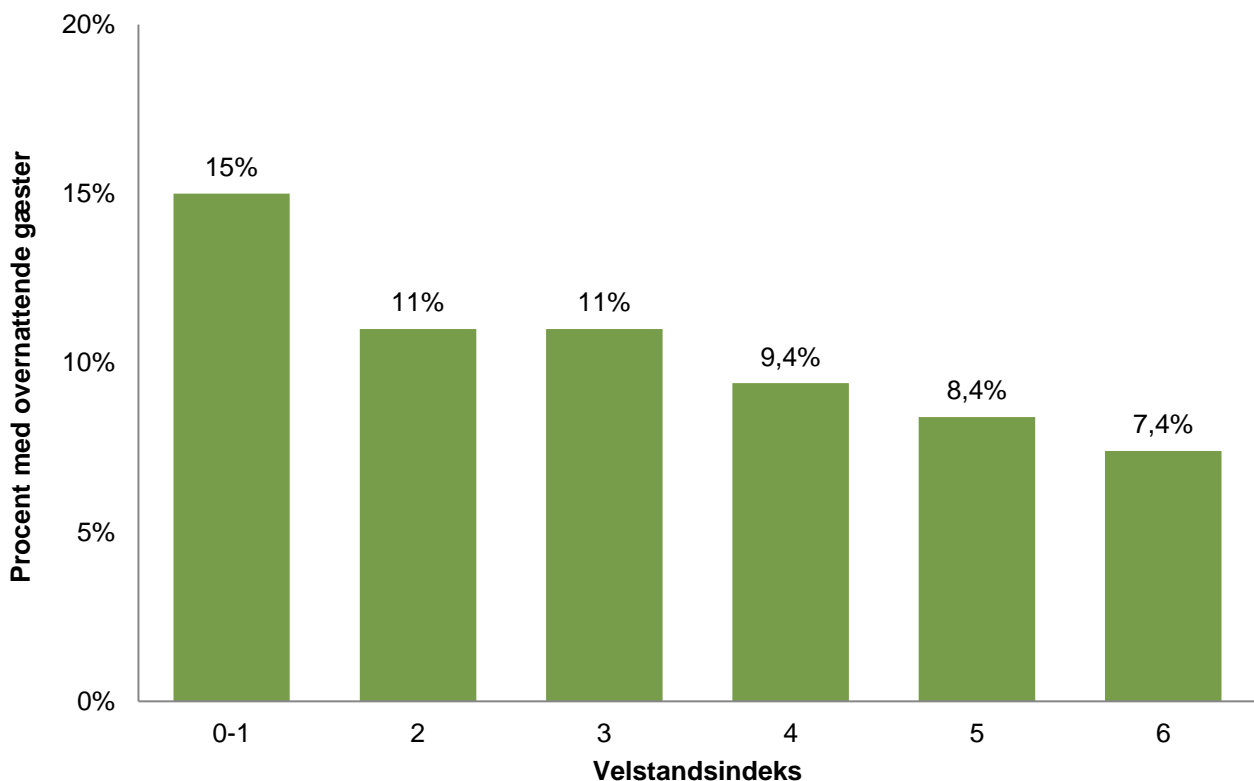
En overbefolket bolig er her defineret som en bolig med to eller flere personer pr. rum, når køkken, bad, entré o.l. ikke regnes med. Generelt set boede deltagerne ikke i overbefolkede hjem, men der fandtes en stor spredning fra 0,20 personer pr. rum til op mod 8 personer pr. rum. Beboelsestætheden varierer efter deltagerens bopæl. Figur 2.5 viser andelen, der boede i overbefolkede hjem.



Figur 2.5. Andelen af deltagere i overbefolkede hjem fordelt på bopæl. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for alder og køn til befolkningens sammensætning i 2018. N=2525.

Der ses store forskelle i andelen af deltagere, der boede i overbefolkede boliger, mellem Nuuk, andre byer og bygder, hvor langt flere i bygderne boede i overbefolkede hjem end i byerne. Beboelsestætheden afhænger ofte af, hvem man bor sammen med, og deltagere med børn under 18 år boede oftere i overbefolkede hjem (17%) end deltagere uden børn (5%).

Som noget nyt er deltagerne i Befolkningsundersøgelsen 2018 blevet spurgt, om hvorvidt *"der inden for de seneste 12 måneder har overnattet personer i hjemmet i en bestemt periode, fordi de ikke havde andre steder at bo?"*. Her medregnes ikke besøgende og feriegæster. Resultaterne viste, at 9% af deltagerne havde huset personer, der ikke havde noget andet sted at gå hen. Dette kan indikere et vist omfang af hjemløshed eller usikre boligforhold i befolkningen.

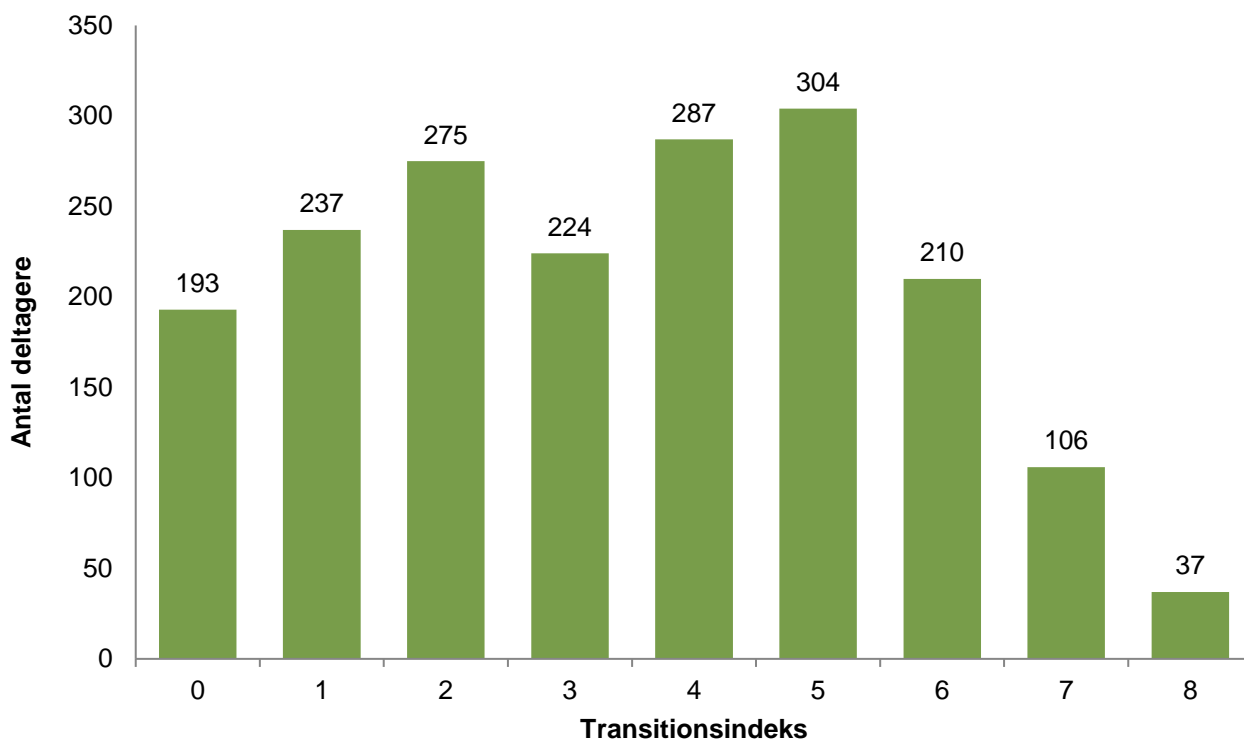


Figur 2.6. Andel, der har haft overnattende gæster, som ikke havde andre steder at gå hen, fordelt på velstandsniveau. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=2539.

Figur 2.6 viser en social ulighed i, hvem, der har haft personer boende, der ikke havde andre steder at gå hen, inden for de seneste 12 måneder. Andelen faldt med stigende velstandsniveau. Bemærk, at her og i de følgende figurer er velstandsgruppe 0 og 1 slået sammen, fordi der var så få deltagere i gruppe 0. Det vil sige at i gruppen med det laveste niveau af velstand havde 15% oplevet at have personer boende i en periode, hvorimod dette kun var tilfældet for 7,4% i gruppen med det højeste niveau af velstand.

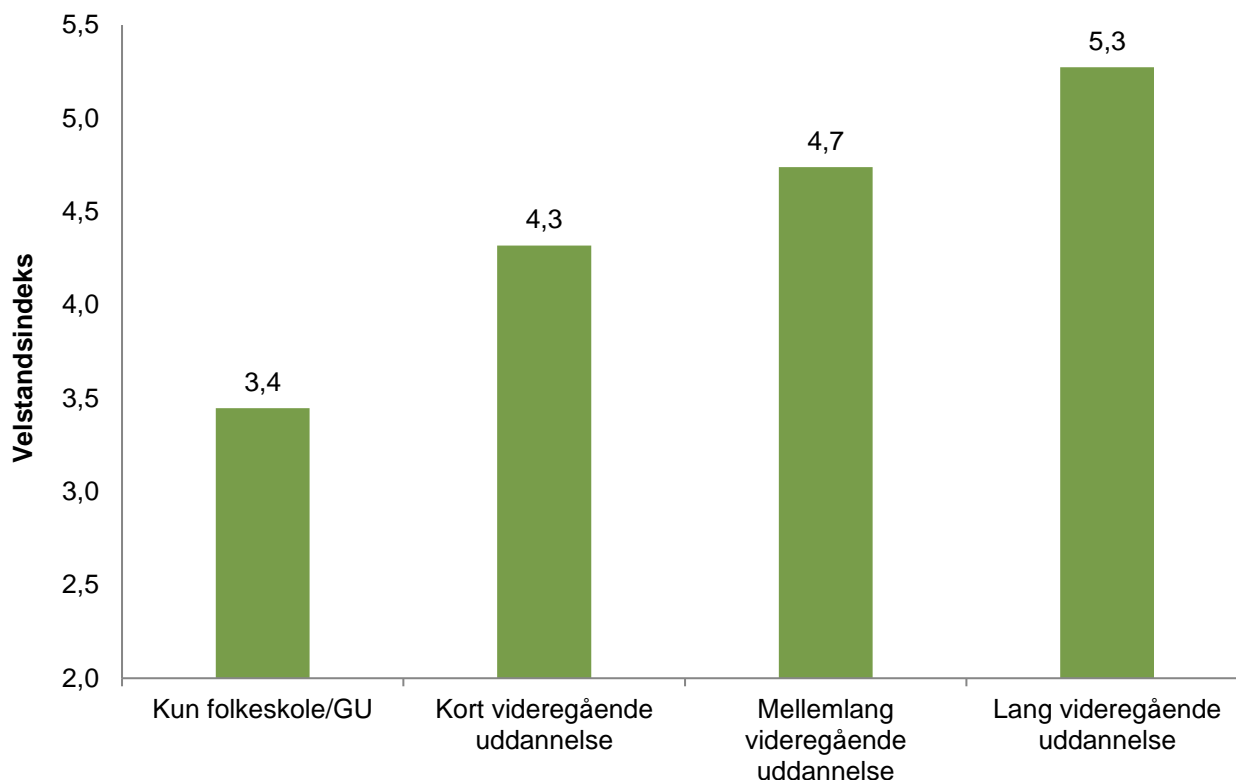
2.4 Sociale og kulturelle ændringer af samfundet

Befolkningen i Grønland har især siden 1950'erne levet i et samfund, der har været i hastig forandring fra lokalsamfund med økonomisk basis i fangst og fiskeri til vore dages internationale lønarbejdersamfund. For at karakterisere deltagerne i befolkningsundersøgelserne i relation til denne udvikling er der udviklet et såkaldt transitionsindeks. Dette indeks er baseret på opvækst og aktuel bopæl (bygd/by/Nuuk), uddannelse og selvvrurderede sprogkunderskaber i grønlandsk og dansk. En score for hvert aspekt på 0-2 er blevet adderet og giver således et transitionsindeks på 0-8. Transitionsindekset kan kun beregnes for deltagere i alderen 35 år og derover, da oplysninger om uddannelse er usikre for de unge. Næsten alle deltagere svarede på spørgsmålene (99,6%). Figur 2.7 viser fordelingen af transitionsindekset blandt deltagere over 35 år.



Figur 2.7. Fordeling af deltagere på transitionsindekset. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Deltagere 35+ år. N=1873.

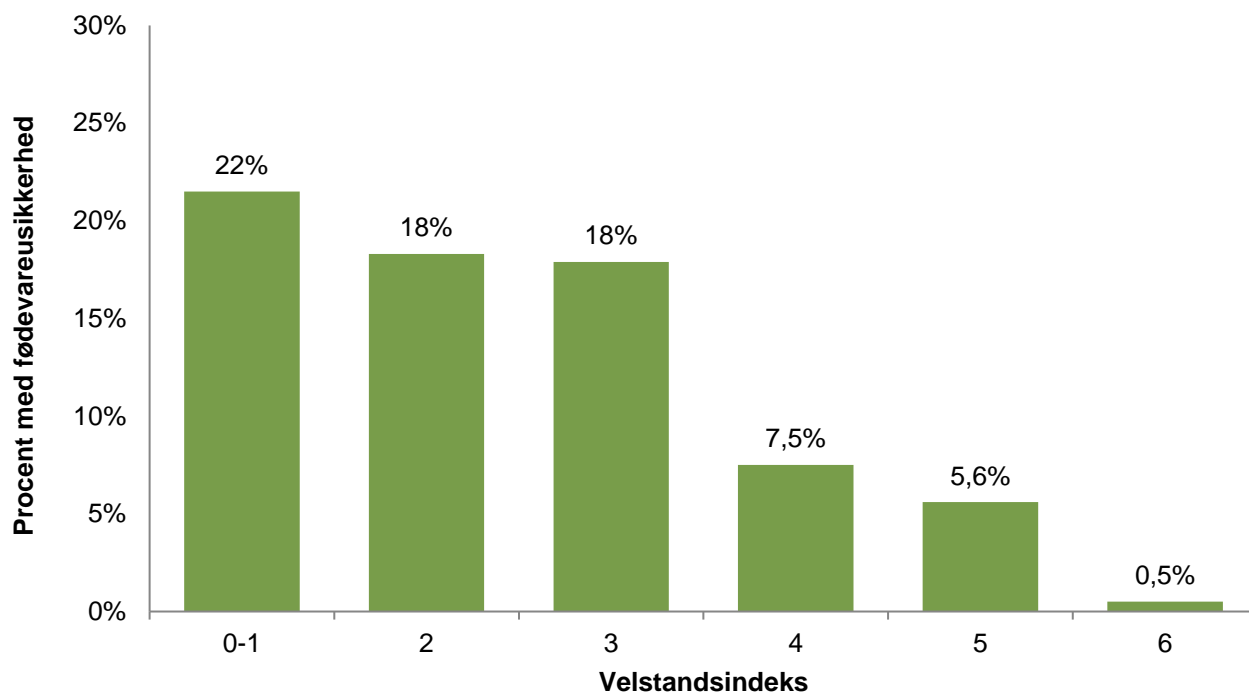
De ovenfor beskrevne variable; uddannelse, erhverv, velstand, boligforhold og transition, beskriver deltagerens sociale position ud fra forskellige synsvinkler, men de fem variable er tæt forbundne. For eksempel bor deltagere, der er vokset op i en bygd, oftere end andre deltagere i en bygd, har kortere uddannelse, taler oftere kun grønlandsk og scorer som følge heraf lavere på transitionsindekset. Figur 2.8 viser, som eksempel, at der er en stærk sammenhæng mellem uddannelse og velstand. Ved analyser af social variation i sundhed må man vælge en indikator, der er realistisk at indsamle og beregne for den aldersgruppe, der undersøges, og det vil ofte være en god idé at bruge mere end én indikator, for selvom indikatorerne er tæt forbundne, er de ikke ens.



Figur 2.8. Velstand i relation til uddannelse. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Deltagere 25+ år. Justeret for alder og køn. N=2017.

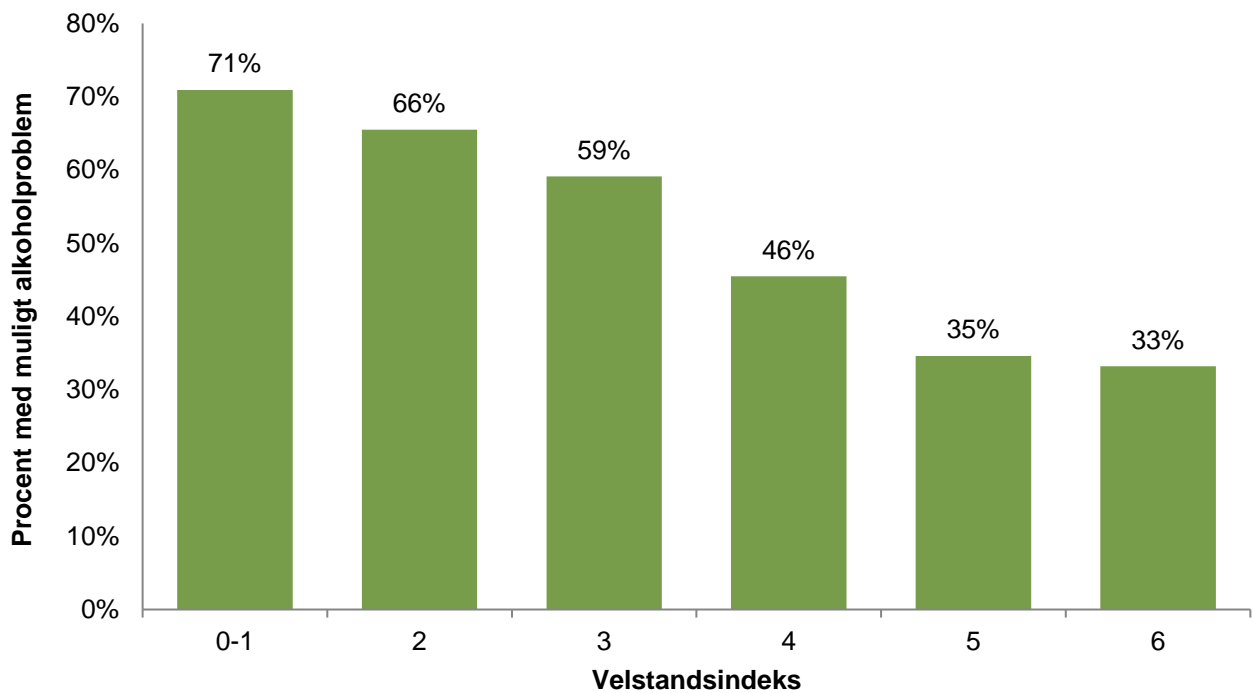
2.5 Ulighed i sundhed

Som eksempler på social ulighed i sundhed er det valgt at analysere variationen af fødevarerisiko, alkoholvaner og selvvurderet helbred i relation til velstandsindekset, der er et rent socio-økonomisk mål. Andre sociale og sociokulturelle mål for social position ville have vist et tilsvarende mønster, men velstandsindekset har nogle egenskaber, der gør det metodemæssigt attraktivt at arbejde med (Bjerregaard et al., 2018). De tre figurer antyder blot nogle bemærkelsesværdige sammenhænge, som vil blive analyseret nærmere på et senere tidspunkt.

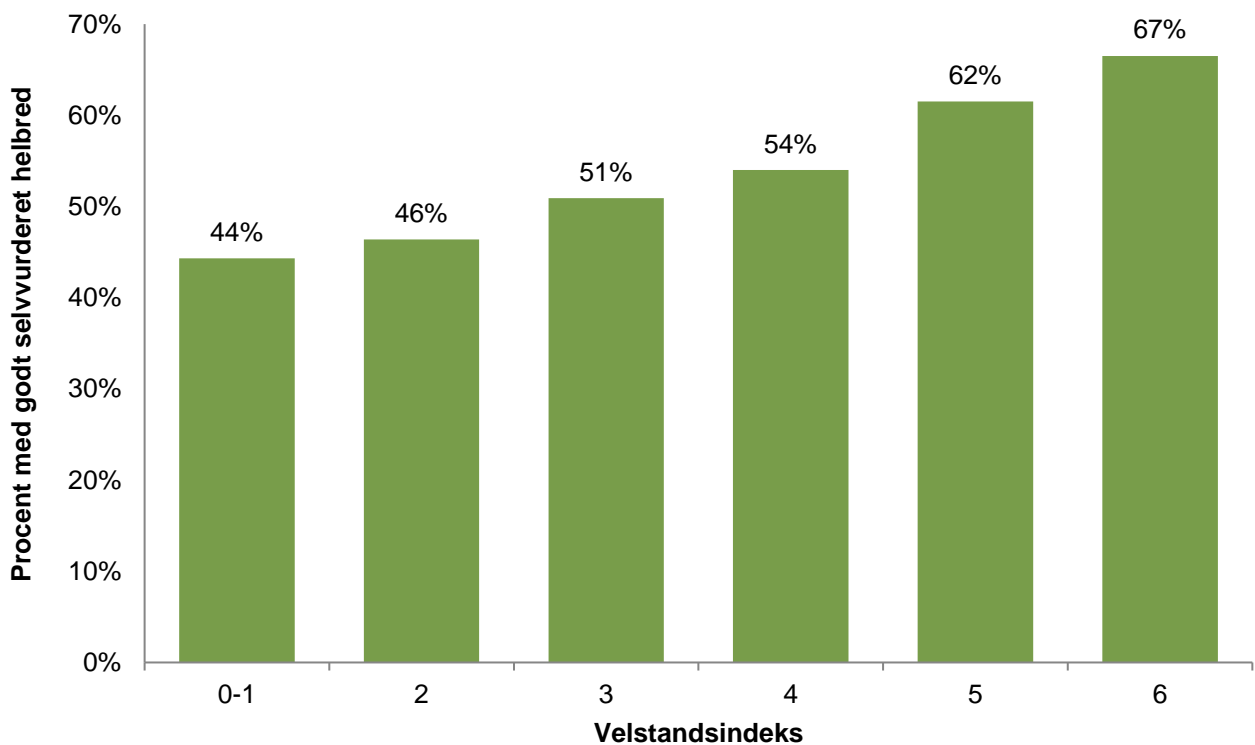


Figur 2.9. Social ulighed for fødevarerisikkerhed. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder og køn. N=2535.

Figur 2.9 viser, at der var en udtalt sammenhæng mellem velstand og oplevelsen af fødevarerisikkerhed. Fødevarerisikkerhed er her defineret som et bekræftende svar på tre spørgsmål om mangel på mad og penge til at købe mad for. Det er interessant at bemærke, at den største forskel i forekomsten af fødevarerisikkerhed var mellem velstandsgruppe 3 og 4. Forekomsten af fødevarerisikkerhed var desuden tre gange så høj i Østgrønland og Avanersuaq som i Vestgrønland, selv efter justering for forskelle i velstand. Figur 2.10 viser, at forekomsten af alkoholproblemer målt ved hjælp af AUDIT (se kapitel 4 for nærmere forklaring) aftog med stigende velstand. Endelig viser figur 2.11, at forekomsten af godt selv vurderet helbred steg med stigende velstand. Den sociale variation for selv vurderet helbred var dog ikke helt så markant som for fødevarerisikkerhed og alkoholproblemer.



Figur 2.10. Social ulighed for muligt alkoholproblem (AUDIT-score 7+ for mænd og 6+ for kvinder). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder og køn. N=1683.



Figur 2.11. Social ulighed for selv vurderet helbred. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder og køn. N=2535.

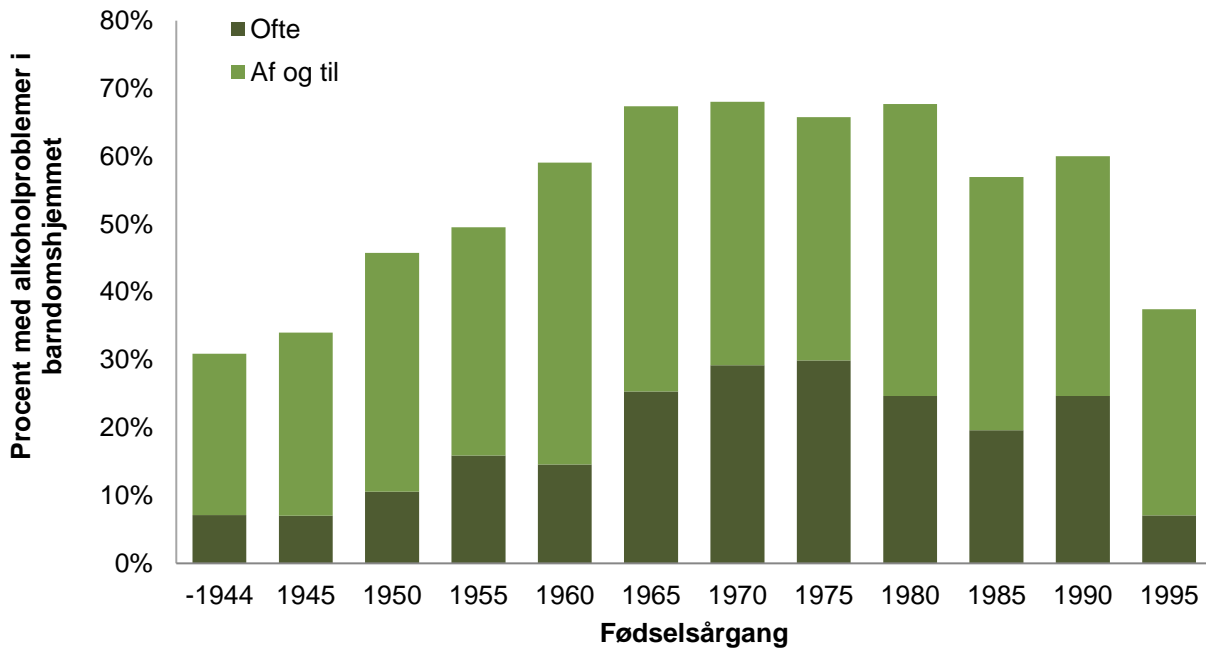
3 Opvækstvilkår og selvmordsadfærd

Befolkningsundersøgelserne har siden 1993 indsamlet viden om belastende forhold i barndomshjemmet. Belastende hændelser i barndommen sætter sine spor langt ind i voksenlivet og har en afgørende betydning for folkesundheden generelt og den enkeltes sundhed især. Tre forhold er undersøgt: alkoholproblemer i barndomshjemmet, vold i barndomshjemmet og seksuelle overgreb i barndom og ungdom.

Befolkningsundersøgelserne har samstemmende vist, at det især er generationerne født i 1970'erne og 1980'erne, der har oplevet én eller flere belastende hændelser i barndommen. Dette bekræftes af Befolkningsundersøgelsen i 2018. Der er dog med de nye data tegn på forbedringer. Allerede ved Befolkningsundersøgelsen i 2014 tegnede der sig en tendens til, at personer født i 1990 eller senere i mindre omfang havde været udsat for vold og overgreb og mindre hyppigt havde været belastet af alkoholproblemer i barndommen. Udfordringen har tidligere været, at der ikke indgik nok deltagere fra 1990'er-generationen til at kunne fastslå den positive udvikling, men det kan nu lade sig gøre. Af resultaterne nedenfor fremgår det, at personer født i 1995 eller senere i mindre grad end generationerne født både i 1970'erne og 1980'erne er vokset op med belastende forhold i barndomshjemmet.

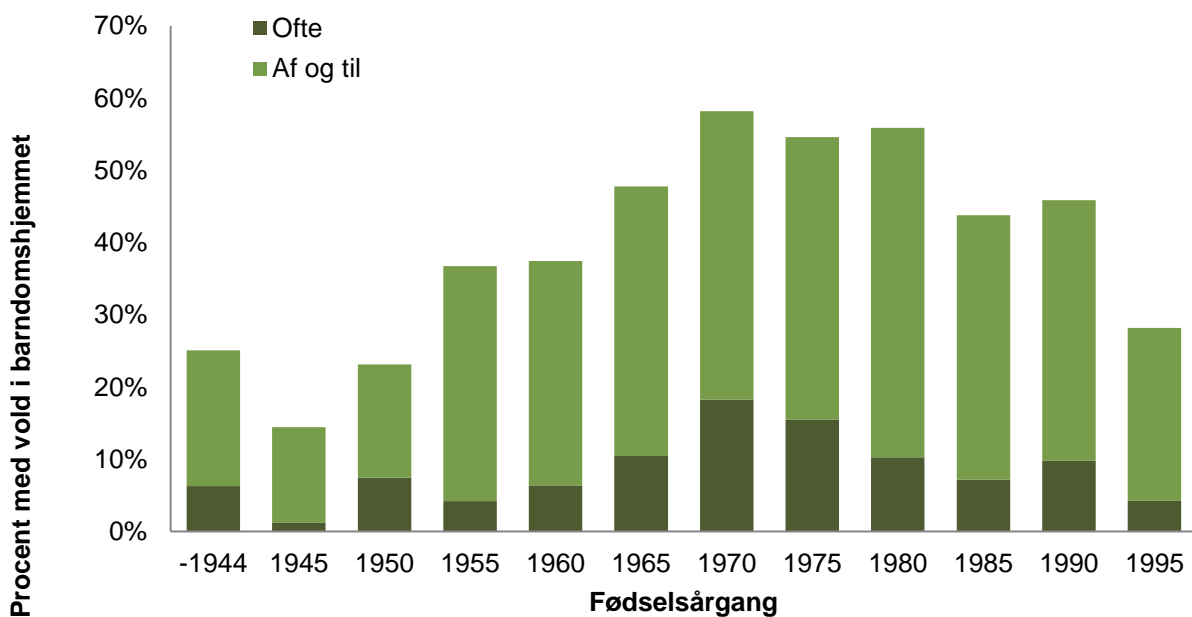
3.1 Belastende forhold i barndomshjemmet

I figur 3.1 er deltagerne fra Befolkningsundersøgelsen i 2018 inddelt efter fødselsårsgange med 5-årsintervaller. For fødselsårsgangene født i 1965 til 1990 var der stort set ingen forskel, og der var omtrent lige mange, der havde oplevet problemer relateret til alkohol i barndomshjemmet ofte og af og til. Men for personer født i 1995 eller senere var der færre, der angav at være vokset op med alkoholproblemer i hjemmet. Det var også en væsentlig mindre andel af disse, der angav, at problemerne forekom ofte. I modsætning til tidligere omfatter den yngste fødselsårsgang personer helt ned til 15 år. Det vil sige, at vi i Befolkningsundersøgelsen i 2018 i højere grad fanger nogle af de forbedringer i opvækstvilkår, som det ser ud til, at børn og unge i dag oplever sammenlignet med tidligere. Trods den positive udvikling er det dog fortsat godt en tredjedel (37%) af de yngste årsgange i undersøgelsen, der er vokset op med alkoholproblemer. Tidlig indsats og tværsektorielle indsatser for at sikre børn en tryk og god opvækst er således stadig afgørende for udviklingen fremover.



Figur 3.1. Alkoholproblemer i barndomshjemmet efter fødselsårgang. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=2076.

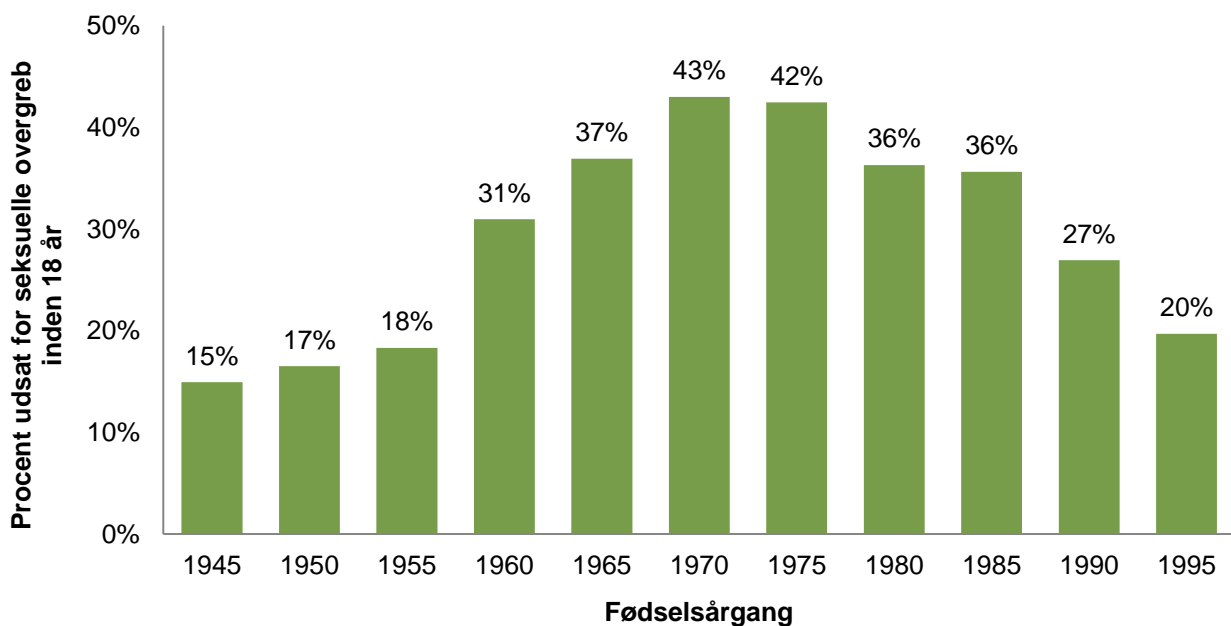
I figur 3.2 er vold i barndomshjemmet vist i relation til fødselsårgange med 5-årsintervaller. Her ses samme udvikling som for alkoholproblemer i barndomshjemmet, og igen var andelen, der angav, at problemer med vold forekom ofte, væsentligt reduceret blandt de yngste årgange født i 1995 eller senere. Det er dog fortsat 28% af de yngste årgange i undersøgelsen, der er vokset op med vold i hjemmet af og til eller ofte.



Figur 3.2. Problemer med vold i barndomshjemmet efter fødselsårgang. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1792.

Befolkningsundersøgelsen i 1993 var den første undersøgelse, der indsamlede tal omkring seksuelle overgreb på befolkningsniveau i hele landet. Siden hen har de efterfølgende befolkningsundersøgelser (Dahl-Petersen et al., 2016) og undersøgelser blandt de ældste folkeskoleelever i byerne (Pedersen og Bjerregaard, 2012) dokumenteret uændret høje forekomster af seksuelle overgreb eller seksuel vold mod børn og unge. Med Naalakkersuisuts nyligt lancerede strategi mod seksuelle overgreb for 2018-2022, Killiliisa – Lad os sætte grænser, kan Befolkningsundersøgelsen i 2018 især bruges som baggrundsundersøgelse for to af strategiens tre overordnede målsætninger; (1) At reducere antallet af seksuelle overgreb de næste 5 år, således at det ikke forekommer blandt de 15-29-årige, samt (2) at reducere antallet af seksuelle overgreb mod børn og unge for hver fødselsårgang med intentionen om, at 2022 bliver en overgrebsfri årgang. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 angav 24% af de 15-29-årige, at de havde været tvunget til eller forsøgt tvunget til seksuel aktivitet, inden de fyldte 18 år. For de 15-17-årige er der selvfølgelig stadig en risiko for, at de, inden de fylder 18 år, risikerer at blive udsat for overgreb, men tallet giver et godt evidensmæssigt udgangspunkt for hvor stor en del af de unge, som har været udsat for overgreb ved starttidspunktet for strategiens implementering.

Af figur 3.3 fremgår det, at andelen, der har været udsat for seksuelle overgreb, inden de fyldte 18 år, var mindre blandt personer født i 1995 eller senere sammenlignet med især fødselsårgangene 1970-1989. Blandt personer født i 1995 eller senere havde 20% været udsat for overgreb i barndommen (inden de fyldte 18 år), mens dette var tilfældet for mere end 40% blandt personer født i 1970-1979.



Figur 3.3. Andel, der har været udsat for seksuelle overgreb inden 18-årsalderen efter fødselsårgang. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1686.

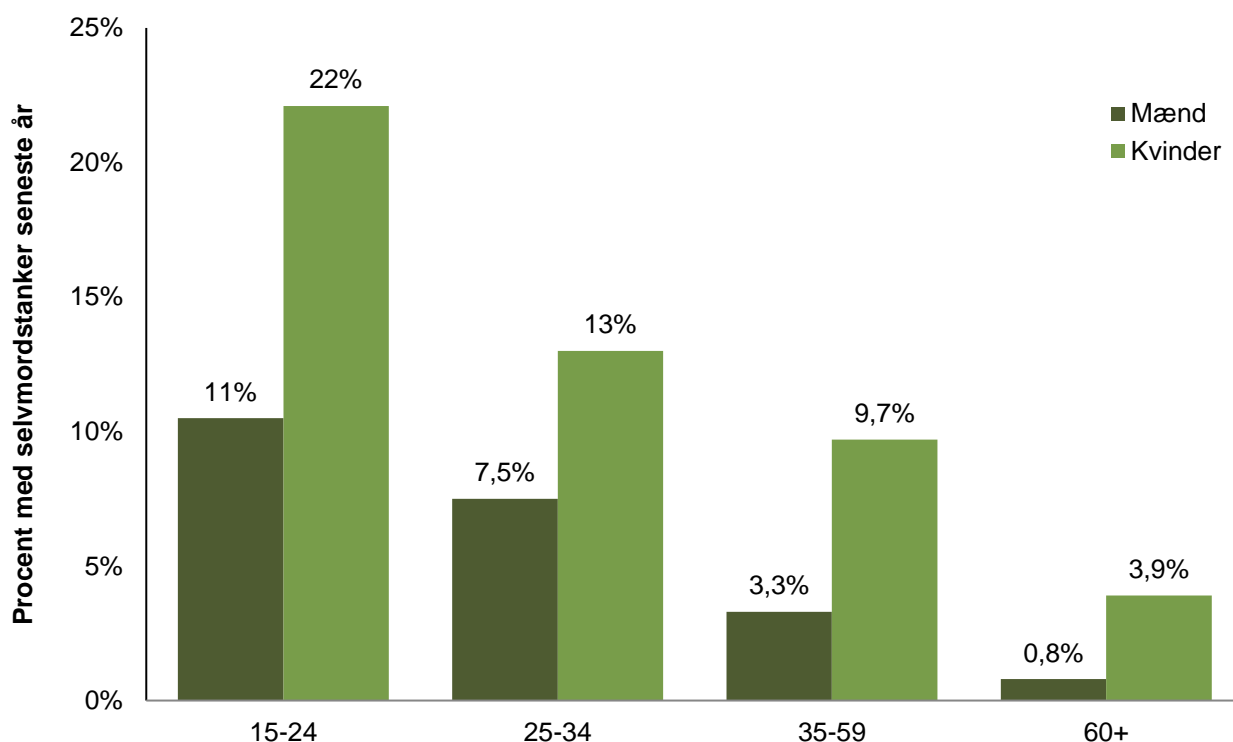
Et mere aktuelt billede tegnes af den indikator, der handler om andelen af deltagere med hjemmeboende børn under 18 år, der har et muligt alkoholproblem. I 2018 var denne indikator 39%, altså ikke meget forskelligt fra andelen af deltagere født efter 1995, som havde oplevet alkoholproblemer i deres barndomshjem. På grund af ændringen af alkoholspørgsmålne kan indikatoren ikke sammenlignes med tidligere befolkningsundersøgelser. Deltagere med hjemmeboende børn havde generelt mindre grad af problematiske alkoholvaner end andre deltagere justeret for forskelle i alder og køn mellem de to grupper. Således havde kun 6% et storforbrug sammenlignet med 11% af andre, og 27% havde drukket fem genstande eller flere ved en enkelt lejlighed den seneste måned

sammenlignet med 41% blandt andre deltagere. For et muligt alkoholproblem var procenterne henholdsvis 36% i husstande med børn og 50% i husstande uden børn, og for regelmæssigt forbrug af hash var det tilsvarende 12% og 15%.

3.2 Selvmordstanker og selvmordsforsøg

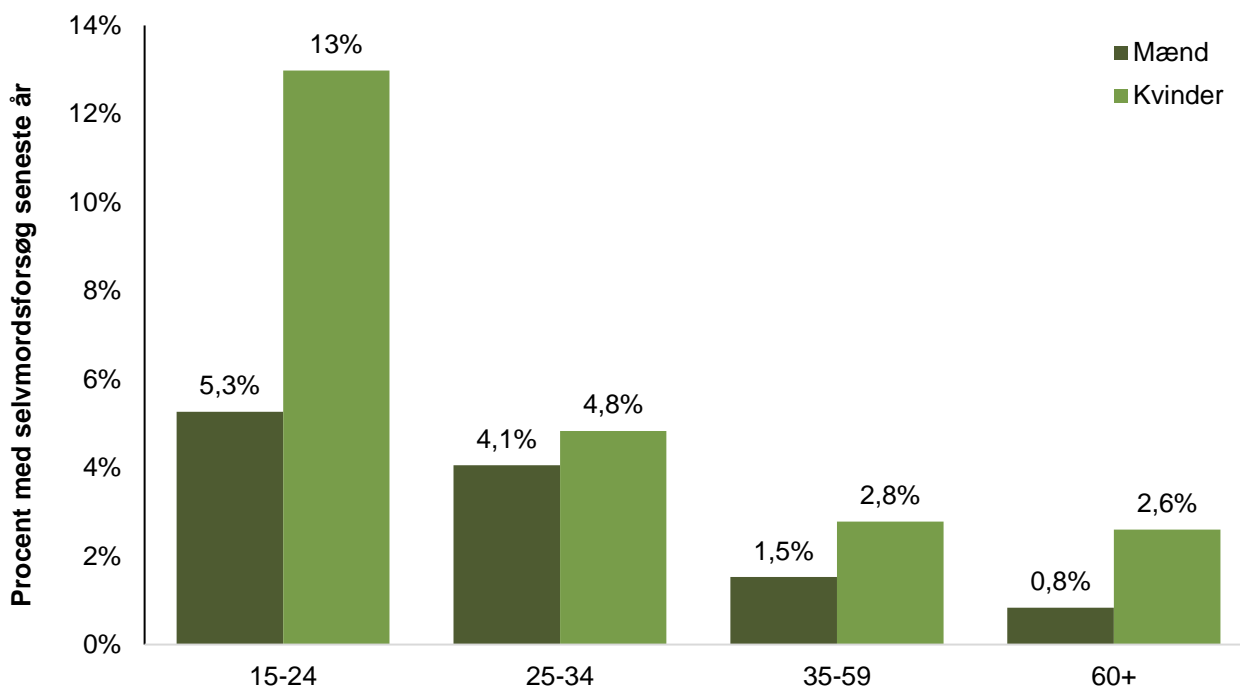
Selvmoedsraten har været høj i Grønland siden 1970'erne. Forekomsten af selvmord er i dag stort set uændret siden stigningen i 1970'erne, men de regionale forskelle har ændret sig, således at der i dag er færrest selvmord i Nuuk og flest selvmord i Østgrønland og Avanersuaq, som er den nordligste del af Grønland (Bjerregaard og Larsen, 2015). Omfanget af selvmordsforsøg inden for det seneste år blandt de 18-29-årige er en indikator for Inuuneritta II, og dette tal har ligeledes været uændret højt, nemlig omkring 10% gennem de seneste tre befolkningsundersøgelser (Bilag 1).

Der er væsentlige køns- og aldersforskelle for selvmordsadfærd i befolkningen. I figur 3.4 er selvmordstanker inden for det seneste år vist for mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. I alle aldersgrupper havde flere kvinder end mænd tænkt på selvmord inden for det seneste år, men især de unge kvinder havde ofte tænkt på selvmord. Næsten en fjerdedel i denne gruppe havde haft selvmordstanker det seneste år (22%).



Figur 3.4. Andelen med selvmordstanker det seneste år opdelt på mænd og kvinder samt aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=2066.

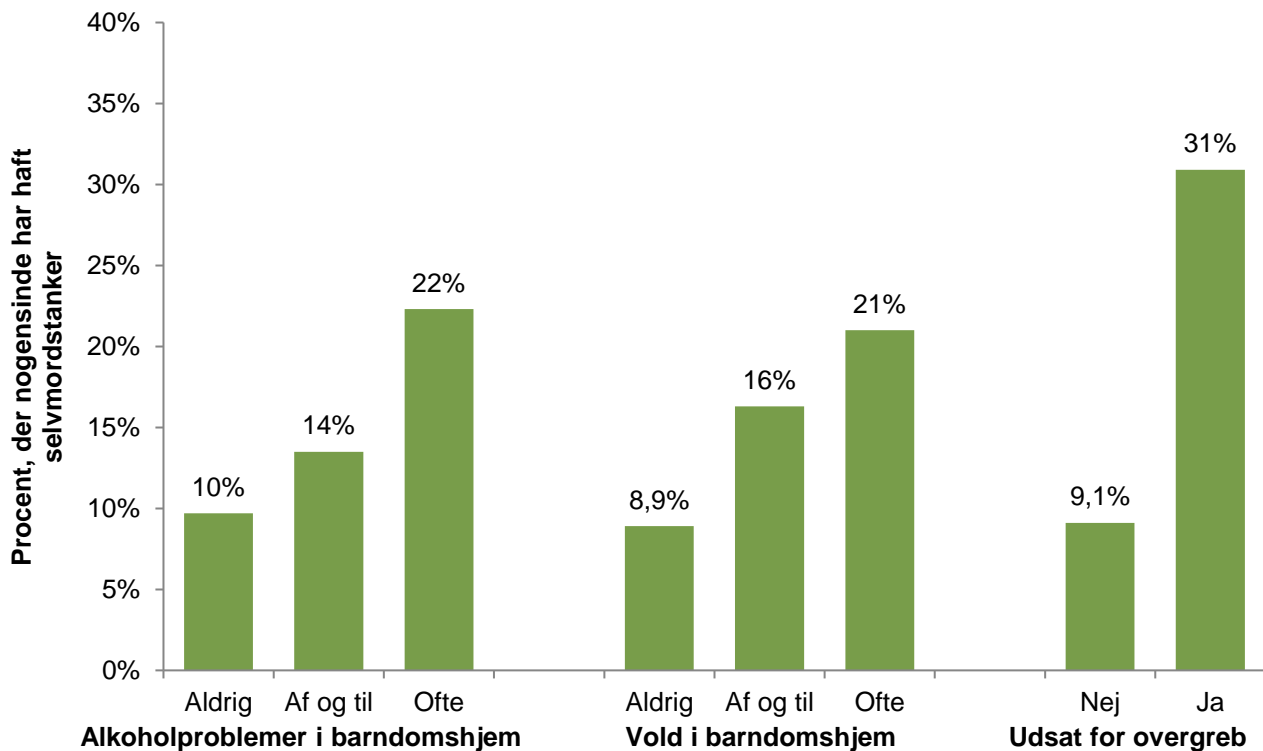
Andelen med selvmordsforsøg inden for det seneste år var lavere end andelen med selvmordstanker, men forskellene mellem mænd og kvinder samt aldersgrupper fulgte samme mønster. Det var især de unge kvinder fra 15-24 år, der havde forsøgt at tage deres eget liv inden for det seneste år (13%). Blandt de yngste mænd havde 5,3% forsøgt at tage deres eget liv inden for det seneste år.



Figur 3.5. Andelen med selvmordsforsøg inden for det seneste år opdelt på aldersgrupper og køn. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=2066.

3.3 Opvækstforhold og senere selvmordstanker

Tidligere undersøgelser har vist et sammenfald mellem belastende forhold i barndommen og forekomsten af selvmordstanker senere i livet. Det samme findes i Befolkningsundersøgelsen i 2018. Figur 3.6 viser, at både alkoholproblemer og vold i barndomshjemmet, men især udsættelse for seksuelle overgreb som barn eller ung, var forbundet med en høj forekomst af selvmordstanker.



Figur 3.6. Opvækstforhold og senere forekomst af selvmordstanker. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder, køn og de to øvrige faktorer. Vægtet for geografiske forskelle. N=1646-1985.

Der er som forventet et betydeligt overlap mellem de tre typer af belastende forhold i barndommen, men tallene i figuren er justeret for forekomsten af de to øvrige faktorer. Således er for eksempel forekomsten af selvmordstanker i relation til overgreb statistisk justeret for alder, køn, alkoholproblemer og vold. Tabel 3.1 viser uddybende, at forekomsten af selvmordstanker steg både med hyppighed af alkoholproblemer og med forekomsten af overgreb. Blandt de 515 deltagere, der hverken havde oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet eller været udsat for overgreb, havde 10% haft selvmordstanker på et eller andet tidspunkt i livet sammenlignet med 46% af de 172, der havde været udsat for begge belastninger.

Tabel 3.1. Selvmordstanker nogensinde i forhold til belastninger i opvæksten (alkohol og seksuelle overgreb). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder, køn og vold. Vægtet for geografiske forskelle. N=1614.

| Alkoholproblemer i barndomshjem | Ingen overgreb | Med overgreb |
|---------------------------------|----------------|--------------|
| Aldrig | 10% (n=515) | 28% (n=159) |
| Af og til | 13% (n=411) | 35% (n=187) |
| Ofte | 20% (n=170) | 46% (n=172) |

4 Rusmidler og rygning

4.1 Alkohol

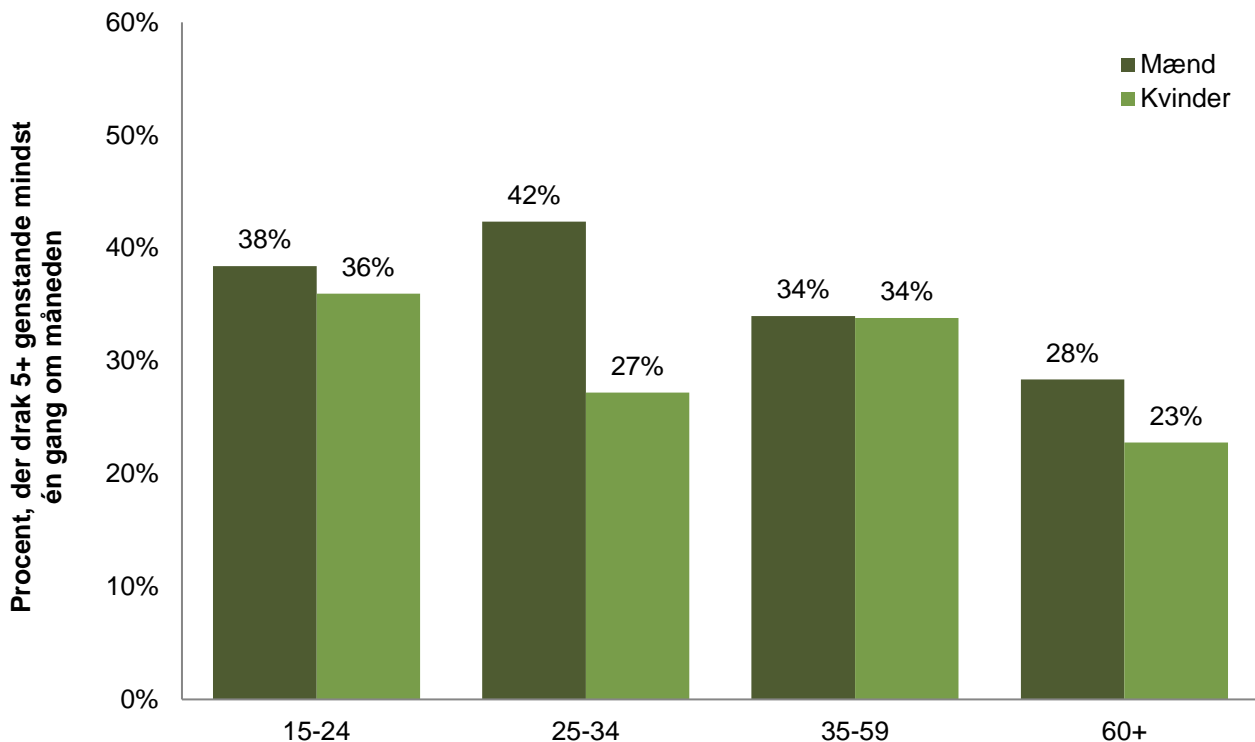
Et overordnet mål for befolkningens alkoholforbrug er den årlige rapportering af alkoholimport fra Grønlands Statistik. Ud fra disse tal ses et fald, fra da forbruget toppede i 1987 med en gennemsnitsimport på 22,2 liter pr. person over 14 år til 7,4 liter i 2018 (Grønlands Statistik, 2019). Importtal er dog et meget overordnet estimat for alkoholforbruget, som ikke viser noget om demografiske, regionale eller individuelle forskelle i forbruget.

I Grønland anbefales det, at kvinder ikke drikker mere end 7 genstande pr. uge, mens anbefalingen for mænd er, at de ikke drikker mere end 14 genstande. Yderligere anbefales det, at man ikke drikker mere end 4 genstande ved samme lejlighed, hvilket er budskabet i PAARISAs kampagne Max4Tassa (Peqqik, 2019). Den 1. marts 2018 indførtes en ny lovgivning på alkoholområdet, som bygger på anbefalinger fra WHO til effektiv forebyggelse på alkoholområdet. I særdeleshed i forhold til anbefalingerne om at begrænse synlighed, tilgængelighed og markedsføring af alkohol. Den nye lovgivning har medført, at alkohol skal afskærmes fra andre varer i butikkerne, at det er forbudt at reklamere for alkohol og ændrede regler for, hvornår udsænkning må finde sted (Naalakkersuisut, 2018).

I Befolkningsundersøgelsen 2018 var der 19%, der aldrig drak alkohol, 40% drak højst alkohol én gang om måneden, 29% drak alkohol 2-4 gange om måneden, 9% angav at drikke alkohol 2-3 gange om ugen, mens 3,1% angav at drikke alkohol 4 gange om ugen eller oftere.

Rusdrikning

Rusdrikning er defineret ud fra en international standard som tilfælde, hvor man drikker 5 genstande eller mere ved samme lejlighed. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 er definitionen af rusdrikning ændret fra de tidligere befolkningsundersøgelser, hvor rusdrikning blev defineret som mere end 5 genstande ved samme lejlighed. Vi kan derfor ikke sammenligne direkte med tallene for de tidligere undersøgelser. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 var der 34%, som mindst én gang om måneden drak 5 genstande eller mere ved samme lejlighed. Figur 4.1. viser fordelingen af personer, der drak 5+ genstande mindst én gang om måneden opdelt på alder og køn.



Figur 4.1. Andel, der drak 5+ genstande mindst én gang om måneden, opdelt på køn og aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1731.

Med undtagelse af aldersgruppen 35-59 år, er der lidt flere mænd end kvinder, der drak fem genstande eller mere mindst én gang om måneden. Den største andel af rusdrikkere sås blandt mænd i alderen 25-34 år (42%). Der var mange både mænd og kvinder med dette drikkemønster, dog færrest blandt de ældste.

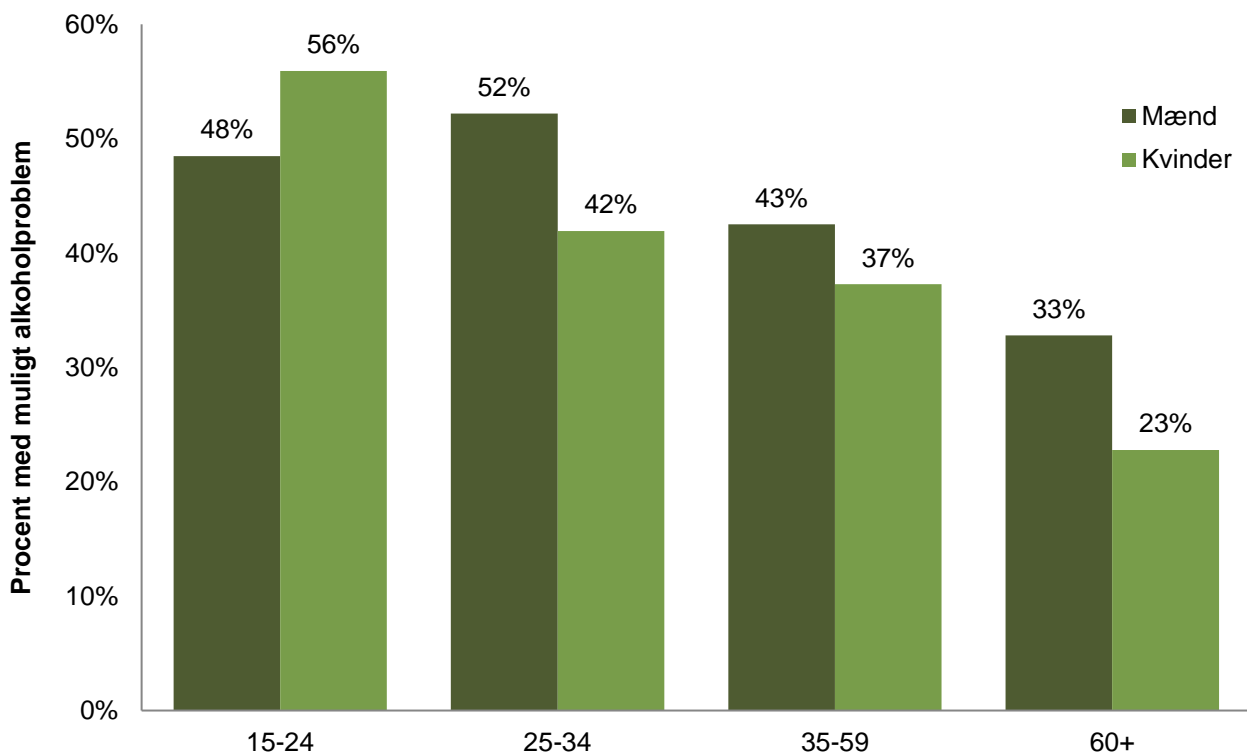
Muligt alkoholproblem

Et muligt alkoholproblem er defineret ved brug af The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993). AUDIT er et internationalt anerkendt mål, udviklet af WHO til screening af alkoholproblemer i den primære sundhedstjeneste, der også kan bruges på befolkningsniveau. AUDIT bestemmer et muligt alkoholproblem ud fra spørgsmål om alkoholforbrug, drikkemønster samt alkoholrelaterede problemer. En score på 7-15 point for kvinder og 8-15 point for mænd definerer et storforbrug. En score på 16-19 indikerer et skadeligt alkoholforbrug, mens en score over 19 for begge køn indikerer alkoholafhængighed (Babor et al., 2001; Bjerrum et al., 2010). Tabel 4.1 giver en kort oversigt over de forskellige kategoriseringer, som kan dannes på baggrund af scoren, samt tilhørende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (Babor et al., 2001; Bjerrum et al., 2010).

Tabel 4.1. Opgørelser over forskellige kategorier af alkoholforbrug baseret på screeningsværktøjet AUDIT.

| AUDIT-score | Tolkning baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger |
|-----------------------------------|--|
| 0-6 for kvinder 0-7 for mænd | Ikke-skadeligt forbrug |
| 7-15 for kvinder 8-15 for mænd | Storforbrug , som kan afhjælpes med en kort intervention. |
| 16-19 | Skadeligt forbrug , som kræver en kort intervention eller medicinsk behandling. |
| 20-40 | Afhængighed , hvor der kræves en mere intensiv behandling. Afhængighed ved score under 20 kan ikke afvises. |

I modsætning til de tidligere befolkningsundersøgelser, hvor vi har beskrevet et potentielt skadeligt alkoholforbrug målt ved måleinstrumentet CAGE (Dahl-Petersen et al., 2016) beregner vi i herværende undersøgelse et mere overordnet tal for et muligt alkoholproblem baseret på AUDIT (tabel 4.1). Man kan derfor ikke sammenligne tallene for et potentielt skadeligt alkoholforbrug fra de tidligere befolkningsundersøgelser med tallene for et muligt alkoholproblem i Befolkningsundersøgelsen 2018.

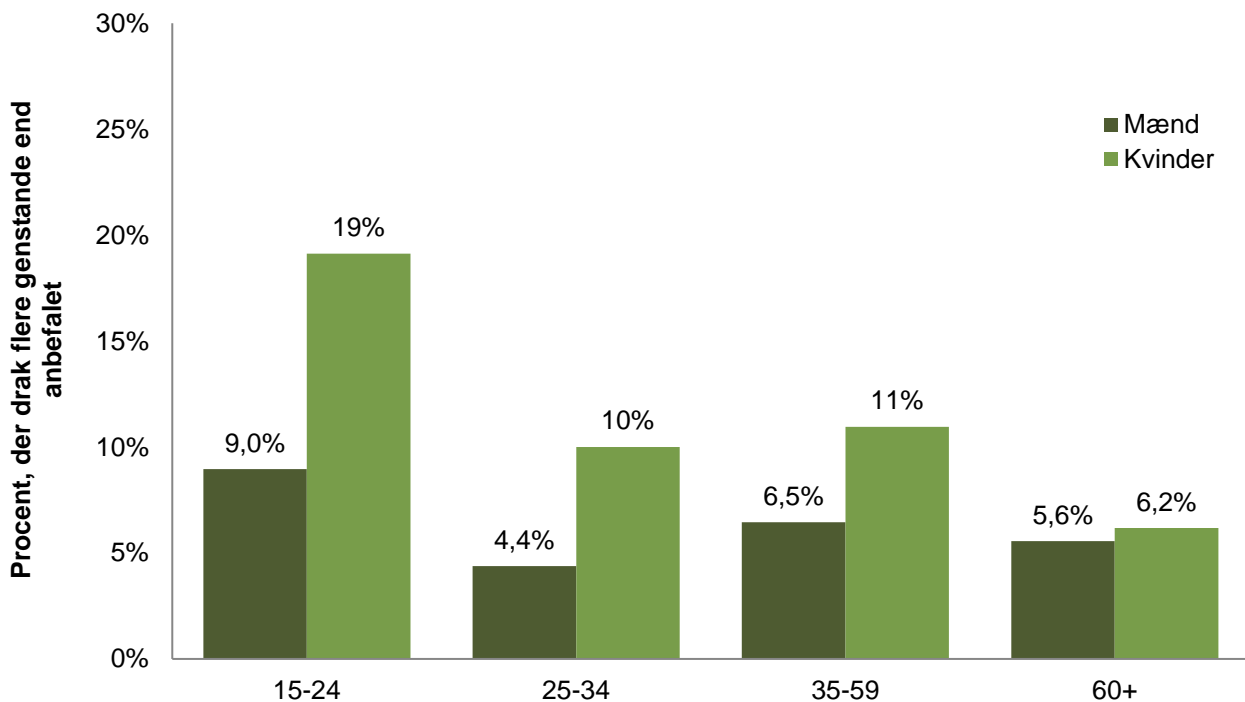
**Figur 4.2.** Andelen med et muligt alkoholproblem opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1681.

I Befolkningsundersøgelsen i 2018 havde 58% et ikke-skadeligt forbrug, 32% havde et storforbrug, mens 5,9% havde et skadeligt forbrug, og 4,7% var afhængige af alkohol. Andelen med storforbrug, et skadeligt forbrug og afhængighed betegnes samlet som personer med et muligt alkoholproblem. Figur 4.2. viser således fordelingen på køn og alder af storforbrug, skadeligt forbrug og afhængighed samlet.

Der var en køns- og aldersforskel på andelen med et muligt alkoholproblem. I alt havde 43% af alle mænd et muligt alkoholproblem, mens det tilsvarende tal for kvinder var 38%. Andelen var størst blandt kvinder i aldersgruppen 15-24 år med 56% og mindst blandt kvinderne i den ældste aldersgruppe, hvor 23% havde et muligt alkoholproblem. Med undtagelse af den yngste aldersgruppe, er der en større andel af mænd med et muligt alkoholproblem på tværs af aldersgrupperne.

Grønlandske alkoholgrænser

De anbefalede alkoholgrænser er defineret ved et alkoholforbrug, der ikke overstiger et ugentlig antal genstande på 7 genstande for kvinder og 14 for mænd. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 blev deltagerne bedt om at angive, hvor mange genstande de typisk drak i løbet af en uge. Ifølge denne selvrapportering overskred 8,8% de anbefalede alkoholgrænser. Figur 4.3. angiver fordelingen af personer, der målt på denne måde overskred de anbefalede alkoholgrænser i forhold til køn og alder.



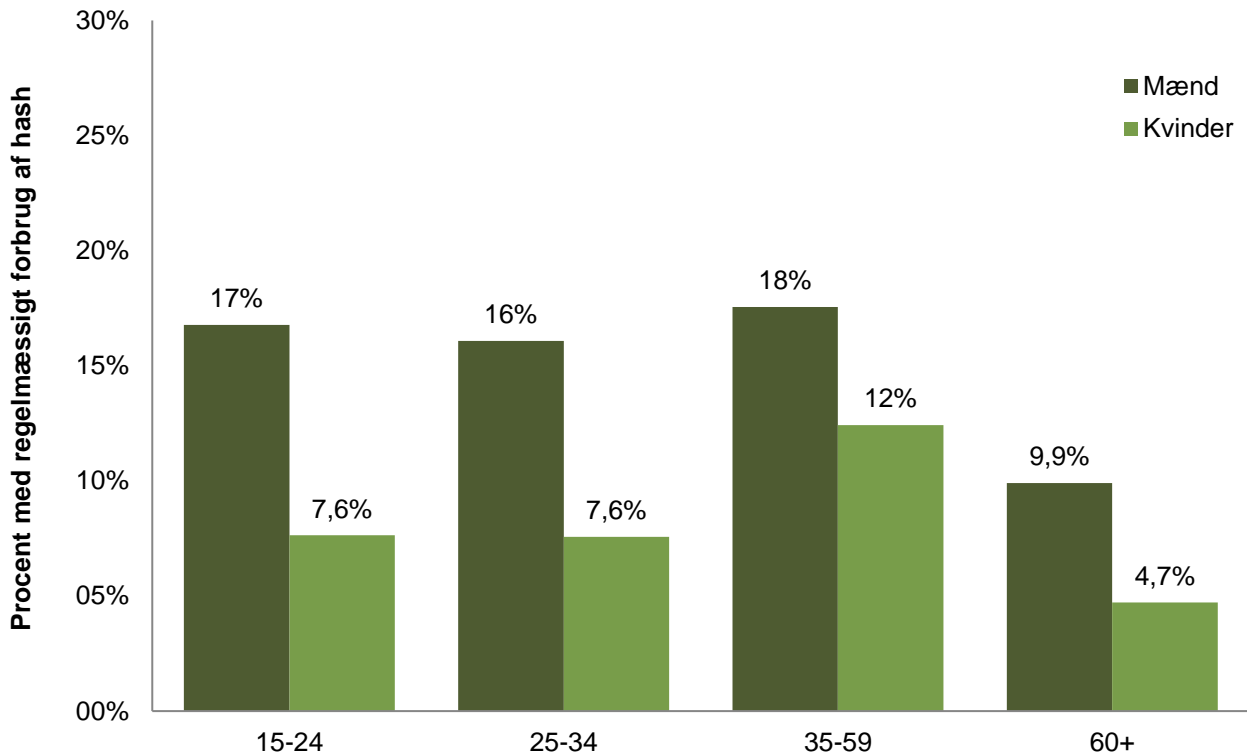
Figur 4.3. Andel, der drak flere genstande end anbefalet per uge, opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1694.

Der var en køns- og aldersforskel på andelen, der overskred de anbefalede alkoholgrænser. Andelen var størst blandt kvinderne, hvilket til dels afspejler, at grænserne er lavere for kvinder end for mænd. Der var flest kvinder i aldersgruppen 15-24 år, som overskred de anbefalede alkoholgrænser (19%). For mænd var andelen ligeledes størst i aldersgruppen 15-24 år (9,0%).

4.2 Hash

I Befolkningsundersøgelsen 2018 svarede 37% af deltagerne, at de havde prøvet at ryge hash en enkelt eller nogle få gange, mens 21% havde prøvet at ryge hash adskillige gange. I alt var der 70%, som ikke havde røget hash inden for det sidste år, og 8,3%, som havde røget hash sjældne-

re end en gang om måneden. I alt angav 8,7%, at de røg hash 1-3 gange om måneden, 2,4% én gang om ugen, 6,4% mere end én gang om ugen og 3,8% dagligt eller næsten dagligt. Figur 4.4. angiver fordelingen af personer, som havde angivet et regelmæssigt forbrug af hash, ud fra køn og alder. Et regelmæssigt forbrug er defineret ved, at man ryger hash én gang om måneden eller oftere.



Figur 4.4. Regelmæssigt forbrug af hash opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1847.

Der var en køns- og aldersforskel på andelen, der havde et regelmæssigt forbrug af hash. Der var flest mænd med et regelmæssigt forbrug af hash, og andelen var størst i de tre yngste aldersgrupper (16-18%) og lavest blandt de ældre. På tværs af alle aldersgrupper var der i alt 15% mænd, som røg hash regelmæssigt. Blandt kvinder var andelen størst i aldersgruppen 35-39 år (12%), og på tværs af alle aldersgrupper røg 9,2% regelmæssigt.

I Befolkningsundersøgelsen i 2018 er der endvidere spurgt, om deltagerne på noget tidspunkt i deres liv havde været i behandling for et misbrug for eksempel alkoholmisbrug, hashmisbrug eller ludomani. Af deltagerne svarede 7% samlet set, at de på et tidspunkt i livet havde været i behandling for et misbrug. Blandt personer med et regelmæssigt hashforbrug havde 22% været i behandling for misbrug, og blandt personer med et muligt alkoholforbrug havde 13% været i behandling for misbrug.

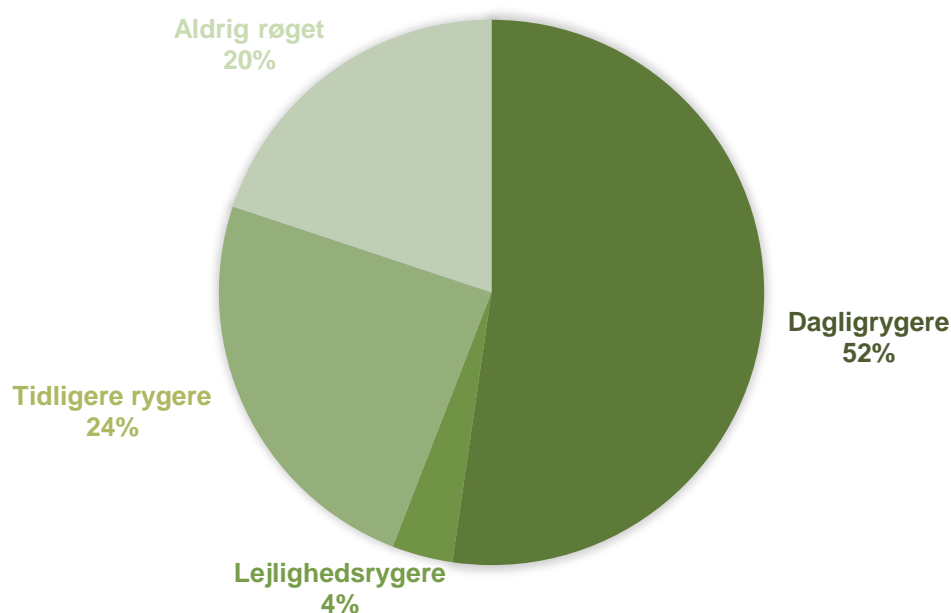
4.3 Rygning

Rygningens negative effekt på sundheden er velkendt, dog ryger halvdelen af befolkningen i Grønland stadig. Tobaksrygning hænger direkte sammen med udviklingen af sygdomme som lungekræft, hjertekarsygdom og kroniske lungelidelser, der alle har stor betydning for levetid og livskvalitet. Dermed er rygning en meget væsentlig risikofaktor for folkesundheden.

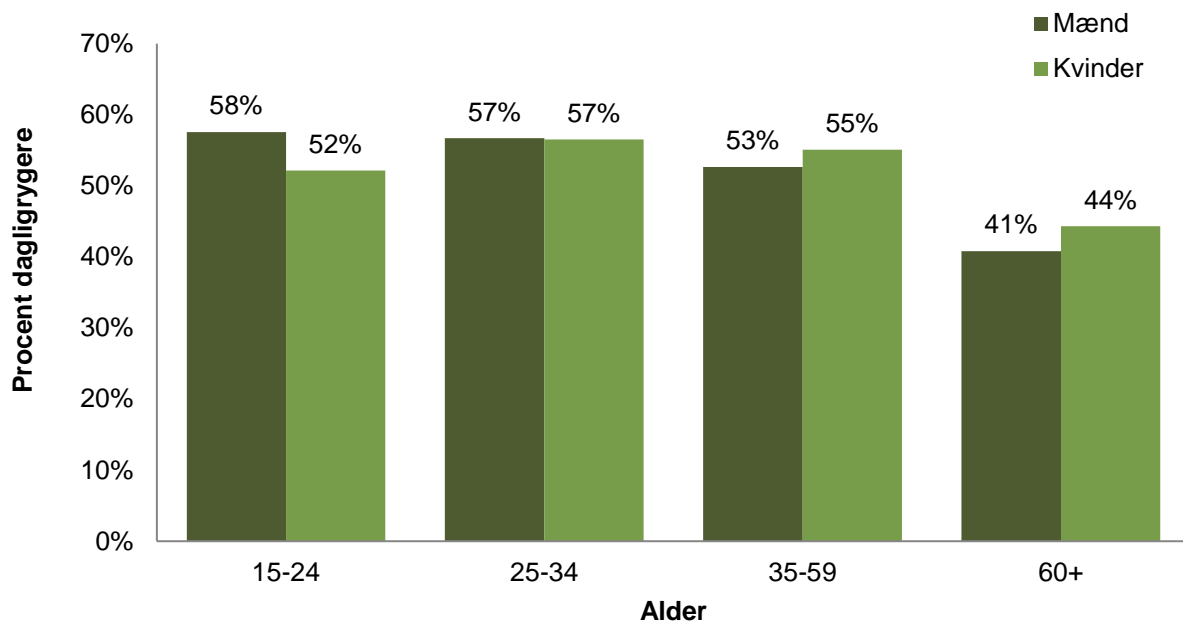
Departementet for Sundhed har gennem længere tid haft fokus på at nedbringe andelen af rygere i befolkningen gennem indsatser som rygestoprådgivning, røgfri klasser og lovgivning på rygeområdet. En oversigt over indsatserne på rygeområdet og adgang til rygestoptilbud fremgår af rapporten 'Kortlægning af rygestoptilbud' (Ingemann et al., 2018). I Inuuneritta II er rygning et indsatsområde, og et af målene er, at andelen af rygere i befolkningen skal begrænses.

Udvikling i andelen af rygere fra 1993 til 2018

I 2018 var andelen af dagligrygere på landsbasis 52%. Andelen af dagligrygere er faldet gennem de seneste årtier. Tal fra de tidligere befolkningsundersøgelser viser, at andelen af dagligrygere faldt fra 68% i 1993 til 57% i 2014. Vægtet på tilsvarende måde som de tidligere undersøgelser var der i 2018 et yderligere fald i andelen af dagligrygere til 55%. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 var der ligesom i tidligere undersøgelser ingen forskel mellem mænd og kvinder i andelen af dagligrygere (figur 4.5).



Figur 4.5. Andelen af dagligrygere, lejlighedsrygere, tidligere rygere og personer, der aldrig har røget. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=2534.



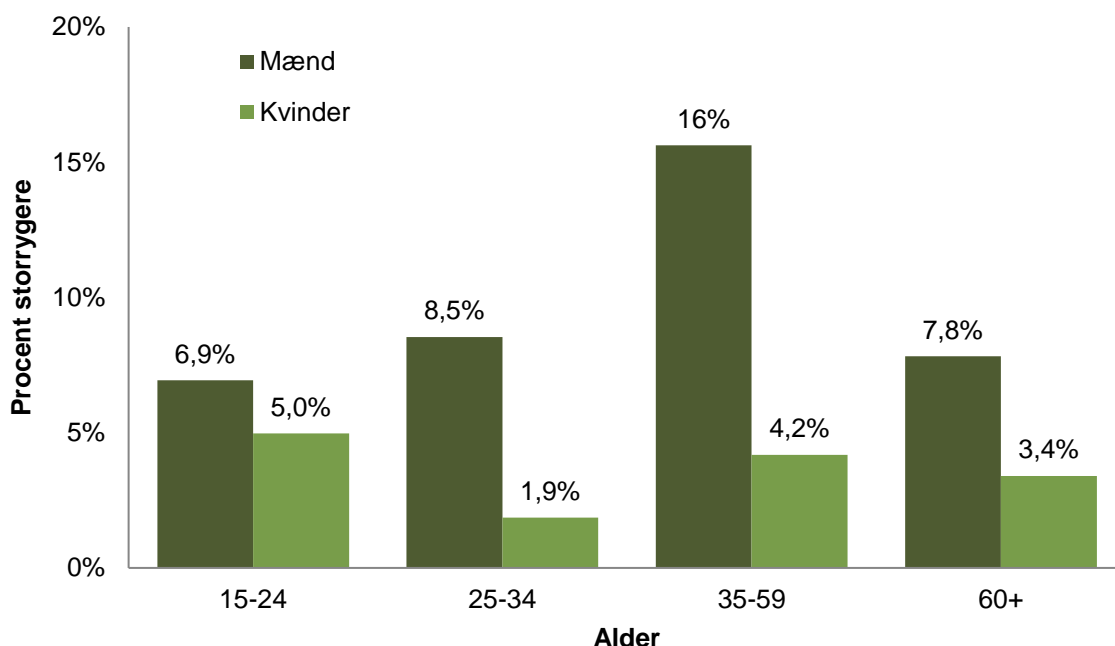
Figur 4.6. Andelen af dagligrygere opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=2534.

Af figur 4.6 fremgår det, at der i Befolkningsundersøgelsen i 2018 var forskel i andelen af dagligrygere mellem aldersgrupperne, men ikke mellem mænd og kvinder. Andelen, der ryger dagligt, var højest i de yngste aldersgrupper.

Rygemønsteret

I Befolkningsundersøgelsen i 2018 angav 20% aldrig at have røget og 24% at være tidligere rygere. Dagligrygere, der ryger mere end 15 cigaretter dagligt, defineres som storrygere. Resultaterne fra nærværende undersøgelse er omtrent de samme som i Befolkningsundersøgelsen i 2014. Blandt alle mænd var 11% storrygere mod 3,8% blandt kvinder. Af figur 4.7 fremgår det, at andelen af storrygere var højest blandt de 35-59-årige mænd (16%).

Grønlands Statistik monitorerer importen af tobak og udgav i marts 2019 tobaksstatistikken for 2018. Mængden af indført rulletobak og almindelige cigaretter var faldet med 20% siden 2009 (Grønlands Statistik, 2019). Dette fald stemmer godt overens med resultaterne fra denne undersøgelse.



Figur 4.7. Andelen af storrygere opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=2534.

Rygebegrænsninger i hjemmet

Udsættelse for passiv rygning er en betydelig risikofaktor for sundheden, og siden 2010 har der været forbud mod rygning i det offentlige rum i Grønland. Hovedparten af deltagerne (80%) angav, at de havde rygebegrænsninger i deres hjem, hvilket er lidt flere end i Befolkningsundersøgelsen i 2014 (76%). Halvdelen (51%) af deltagerne angav, at deres hjem var helt røgfrit. Ikke overraskende angav flere ikke-rygere, at der var begrænsninger for rygning i deres hjem (90%) sammenlignet med 72% blandt dagligrygere. I hjem med børn er der flere, som angiver, at de har rygebegrænsninger (85%), sammenlignet med hjem uden børn (76%) børn.

Rygebegrænsninger i eget hjem afhænger i høj grad også af alder. Over halvdelen i aldersgruppen 35 år eller derover havde et røgfrit hjem: 35-59 år (60%) og 60+ år (57%). Det gjaldt kun for en tredjedel i den yngste aldersgruppe (15-24 år; 33%) og 44% blandt de 25-34-årige.

4.4 Lungefunktion

Der er tidligere påvist lav forekomst af astma og allergi hos grønlandere i Grønland, mens grønlandere, som flytter til Danmark, har en øget tendens til begge lidelser. Grønlandere har således tendens til at kunne udvikle denne lidelse, men gør det ikke, før de møder en kost og et miljø, som stimulerer til denne udvikling. Det er også vist, at den marine kost har betydning for udvikling af lungefunktionen, som hos grønlandere er meget stor i forhold til deres højde. Det ser ud, som om kost og miljø har betydning for udviklingen af kronisk lungesygdom og beskytter mod tabet i lungefunktion trods stor grad af rygning.

Der er mange rygere i Grønland og mange storrygere. På trods af dette har vi tidligere set få, som udvikler sygdommen KOL, med dårlig lungefunktion, mens kronisk bronkitis med hoste og opspyt ses overordentlig hyppigt. Der er udført 2154 lungefunktionsundersøgelser. Det gennemsnitlige FEV1 var 106% af det forventede (SD 19%), FVC 124% af det forventede (SD 20%) og en

FEV1/FVC ratio på 74% (SD 8%), hvilket tyder på en rimelig lungefunktion, dog med tendens til nedsat lungefunktion med obstruktivt mønster.

4.5 Snus

Snus er én ud af mange former for røgfri tobak, der er udbredt i blandt andet skandinaviske lande som Norge og Sverige. De indirekte effekter af røgfri tobak diskuteres fortsat. Brugen af snus var meget lidt udbredt blandt deltagerne i Befolkningsundersøgelsen i 2018. I alt angav 2,7%, at de havde brugt snus; 3,7% af mænd og 0,7% af kvinder. Brugen af snus var mest udbredt blandt de yngste deltagere, hvor 6,3% i aldersgruppen 15-24 år angav, at de nogensinde havde brugt snus. Sammenlignet med den Befolkningsundersøgelsen i 2014 er brugen af snus uændret.

5 Kost, fysisk aktivitet og overvægt

Kost og fysisk aktivitet udgør tilsammen de vigtigste adfærdsmæssige risikofaktorer for en af de største udfordringer for folkesundheden i Grønland, nemlig den nærmest epidemiske stigning i forekomsten af overvægt. Overvægt, målt som *Body Mass Index* eller taljeomfang, har været jævnt stigende siden før den første befolkningsundersøgelse fandt sted i 1993.

5.1 Kost

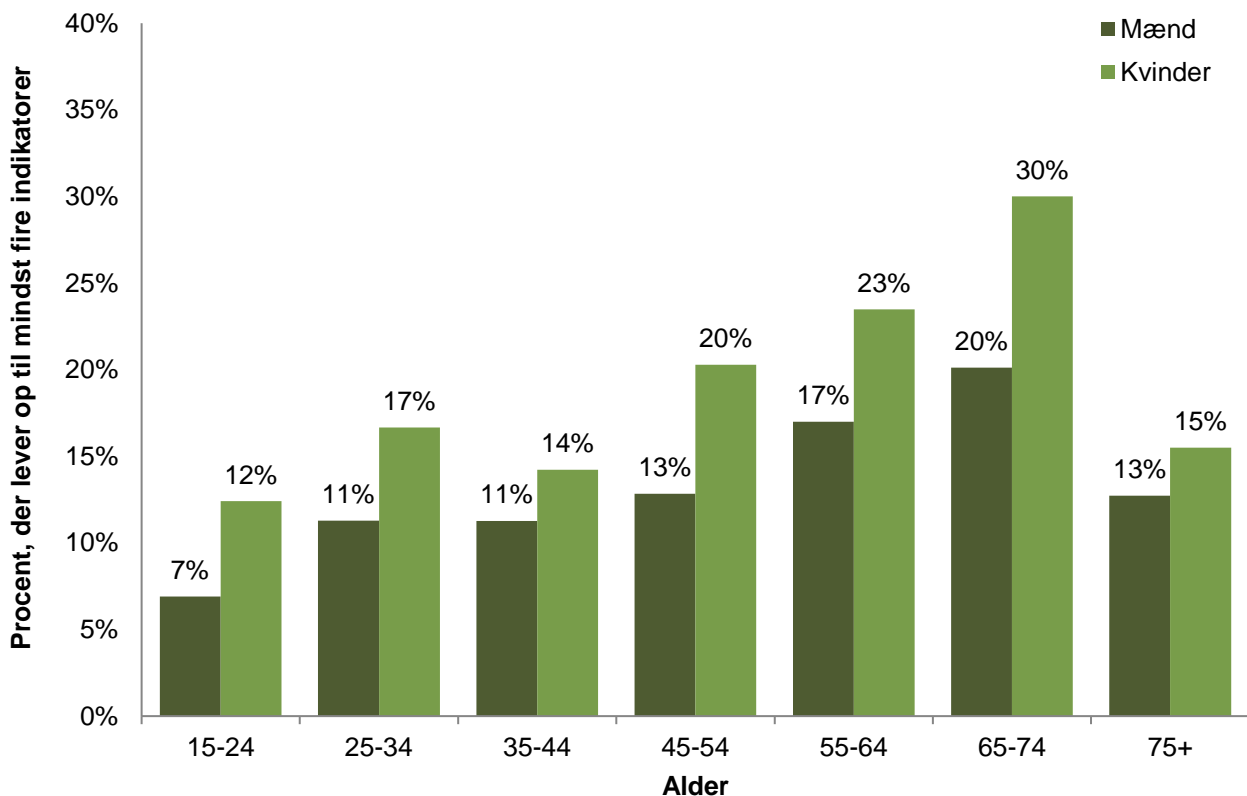
Kosten i Grønland har i ca. 100 år i stigende grad bestået af en mindre andel lokalt fanget kost (sæl, hval, fisk, rensdyr mv.) og en større andel importeret kost. En kostundersøgelse fra Ilulissat, Qaqortoq og to bygder i 1953 viste, at i byerne var 21% af kosten lokal, i bygderne 45% (Borreby og Uhl, 1955). Den lokale kost bestod især af sælkød, fjordtorsk og hellefisk. I Befolkningsundersøgelsen fra 2005-2010 var andelen af lokal kost blandt grønlændere faldet til henholdsvis 17% og 32% i byer og bygder, og i 2018 yderligere til 14% og 21%. En ensidig kost af havpattedyr og fisk er ligesom en ensidig importeret kost ikke gavnlige for sundheden. Sæl, andre havpattedyr og fuglevildt indeholder store mængder kviksølv, som er skadeligt især for ufødte børn, mens en stor del af den importerede kost udgøres af slik, kager, sukker og sukkerholdige fødevarer foruden kød med et stort indhold af (mættet) fedt, der i sammenligning med fedtstofferne fra den lokale kost er usunde.

Med udgangspunkt i Grønlands Ernærings- og Motionsråds kostanbefalinger er der udviklet fem målbare indikatorer for kost i Inuuneritta (tabel 5.1) (Bjerregaard og Jeppesen, 2010).

Tabel 5.1. Kostindikatorer i 2018 og ændringer siden Befolkningsundersøgelsen i 2005-2010. Justeret til befolkningssammensætning i 2014.

| Ernærings- og Motionsrådets anbefaling | Målbare indikator | 2005-2010 | 2018 | 2018 i procent af 2005-2010 | Tolkning |
|--|---|-----------|------|-----------------------------|----------|
| | | % | % | % | |
| Spis grøntsager og frugt hver dag | Spiser frugt dagligt | 37,2 | 38,8 | 104 | Uændret |
| Spis grøntsager og frugt hver dag | Spiser grøntsager dagligt | 23,9 | 29,6 | 124 | Stigning |
| Spis grønlandske fødevarer; ofte fisk | Spiser fisk mindst 1 gang om ugen | 56,0 | 42,8 | 76 | Fald |
| Drik vand - drik mindre saft og sodavand | Drikker saft eller sodavand hver dag | 24,4 | 43,9 | 180 | Stigning |
| Spis grønlandske fødevarer; ofte fisk | Spiser kød af havpattedyr 1-3 gange om ugen | 35,9 | 33,3 | 93 | Uændret |

Udviklingen i disse indikatorer er siden Befolkningsundersøgelsen i 2005-2010 målt med hjælp af det samme kostspørgeskema, der i 2018 havde spørgsmål om hvor tit og hvor meget, deltagerne spiste af 46 forskellige fødevarer. Det ses, at der er blevet flere, der spiste grøntsager, og desværre også flere, der drak saft og sodavand hver dag, mens der er blevet færre, der spiste fisk. Andelen, der spiste havpattedyr 1-3 gange om ugen, og andelen, der spiste frugt dagligt, havde ikke ændret sig. I begge undersøgelser levede kun ca. 3% af deltagerne op til alle fem kostindikatorer, mens ca. 15% levede op til mindst fire af de fem indikatorer. Alt i alt må det konkluderes, at befolkningens kostvaner ikke har ændret sig til det bedre de seneste 10 år, men er altså heller ikke blevet væsentlig dårligere.



Figur 5.1. Andel af befolkningen, der levede op til mindst fire af de fem indikatorer for en sund kost. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=2335.

Blandt kvinder levede 20% op til mindst fire af kostindikatorerne mod 14% blandt mænd. Figur 5.1 viser, at dette mønster gjorde sig gældende i alle aldersgrupper, og at det især var de 45-74-årige kvinder, der fulgte kostrådene. Kvinderne spiste mere frugt og grønt og drak mindre saft og sodavand end mændene, mens der ikke var forskel for fisk. Mændene spiste oftere havpattedyr end kvinderne.

I byerne levede 18% op til mindst fire af kostindikatorerne mod kun 10% i bygderne. Der var flere i bygderne, der spiste fisk hver dag, men betydeligt færre, der spiste grøntsager, og flere, der drak saft og sodavand hver dag. For frugt og havpattedyr var der ingen forskel.

5.2 Fysisk aktivitet

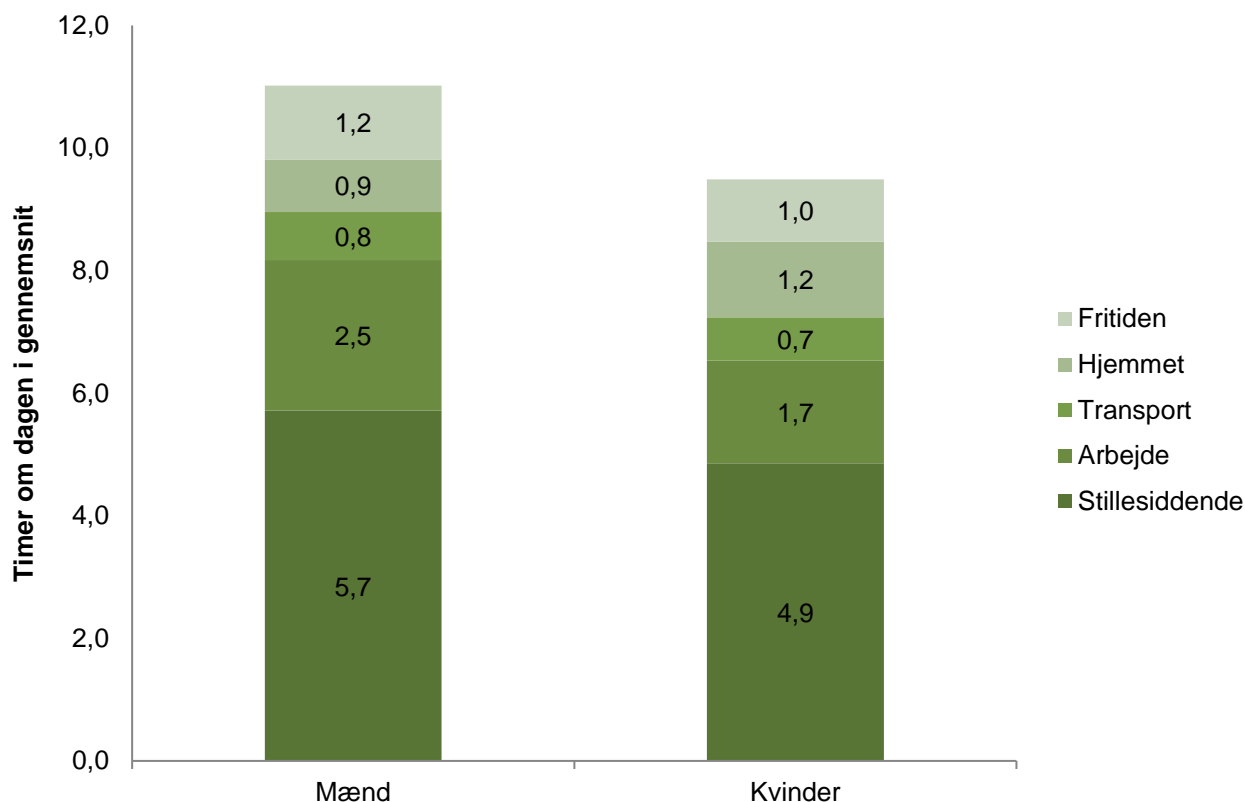
Set fra et sundhedsmæssigt synspunkt er både det samlede energiforbrug på fysisk aktivitet, intensiteten, fordelingen over tid og omfanget af stillesiddende tid af væsentlig betydning. Set fra et forebyggelsesmæssigt synspunkt er endvidere fordelingen på domæner vigtig, det vil sige hvor

meget af den samlede fysiske aktivitet, der falder på erhvervsarbejde, husarbejde, transport, sport og andre fritidsaktiviteter.

I Befolkningsundersøgelserne er der siden 2005 brugt det internationalt validerede spørgeskema *Long IPAQ* (den lange version af *International Physical Activity Questionnaire*), hvis 38 spørgsmål giver et bud på alle ovenstående aspekter af fysisk aktivitet. IPAQ egner sig godt til videnskabelige studier, men er på grund af sit omfang mindre godt til en simpel monitorering af fysisk aktivitet i en befolkning ved gentagne, landsdækkende survey. Der er derfor indhentet et alternativt estimat ved hjælp af et spørgsmål om selvvurderet, fysisk aktivitet i fritiden sommer og vinter. En mulig, fremtidig erstatning for IPAQ til monitorering af fysisk aktivitet er brug af måleinstrumenter af typen avancerede skridttællere, men dette indgik kun som en pilottest i 2018.

Ernærings- og Motionsrådet anbefaler, at voksne i gennemsnit skal være i bevægelse mindst en time om dagen, og dette er også Inuunerittas indikator. Estimeret ved hjælp af IPAQ-spørgsmålene levede 87% af deltagerne op til dette mål, et niveau, der har været stort set konstant siden 2005. En så stor målopfyldelse kan også give mistanke om, at der er dårlig overensstemmelse mellem målet og målemetoden. Betragter man spørgsmålet om selvvurderet fysisk aktivitet, svarede 75%, at de var fysisk aktive i fritiden mindst 4 timer om ugen, så der er overordnet set rimelig overensstemmelse mellem de to metoder.

Meget tyder på, at det ikke er nok at være fysisk aktiv, men at det også er usundt at sidde stille for længe. Der er dog endnu ikke enighed om, hvor grænsen går, og der findes derfor ingen indikator for stillesiddende aktivitet. IPAQ måler stillesiddende tid ved to spørgsmål, og resultatet viste, at 18% af deltagerne var stillesiddende mere end 8 timer om dagen. Figur 5.2 viser, hvor mange timer om dagen deltagerne i Befolkningsundersøgelsen i 2018 var fysisk aktive inden for fire domæner, og hvor mange timer de sad stille. Timerne summerer ikke til antallet af vågne timer og må derfor ses som relative mål for fordelingen af fysisk aktivitet på domænerne.



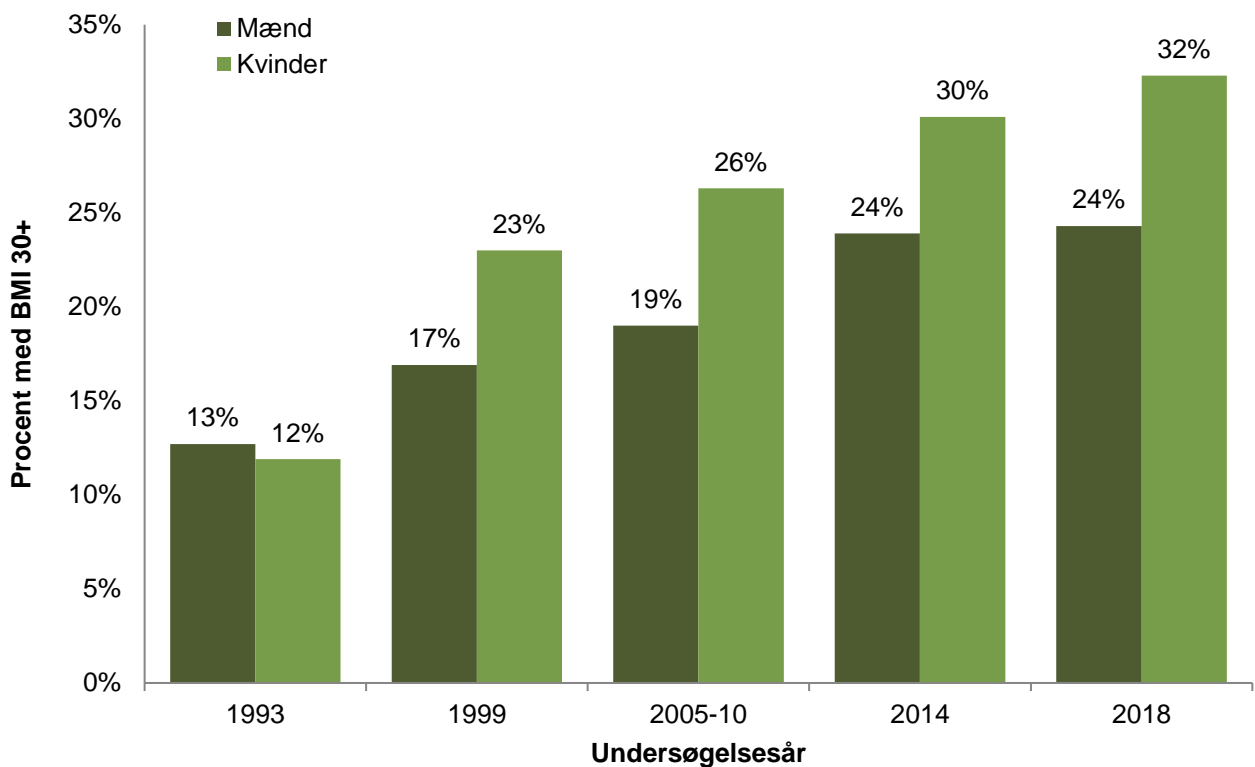
Figur 5.2. Stillesiddende tid og tid brugt på fysisk aktivitet inden for forskellige domæner. Resultater fra langt IPAQ-spørgeskema. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=2436.

5.3 Overvægt

Den næsten epidemiske stigning i forekomsten af overvægt og fedme i Grønland kan forklares ved de store kostændringer i retning af tiltagende energitæt kost i kombination med reduceret fysisk aktivitet i dagligdagen.

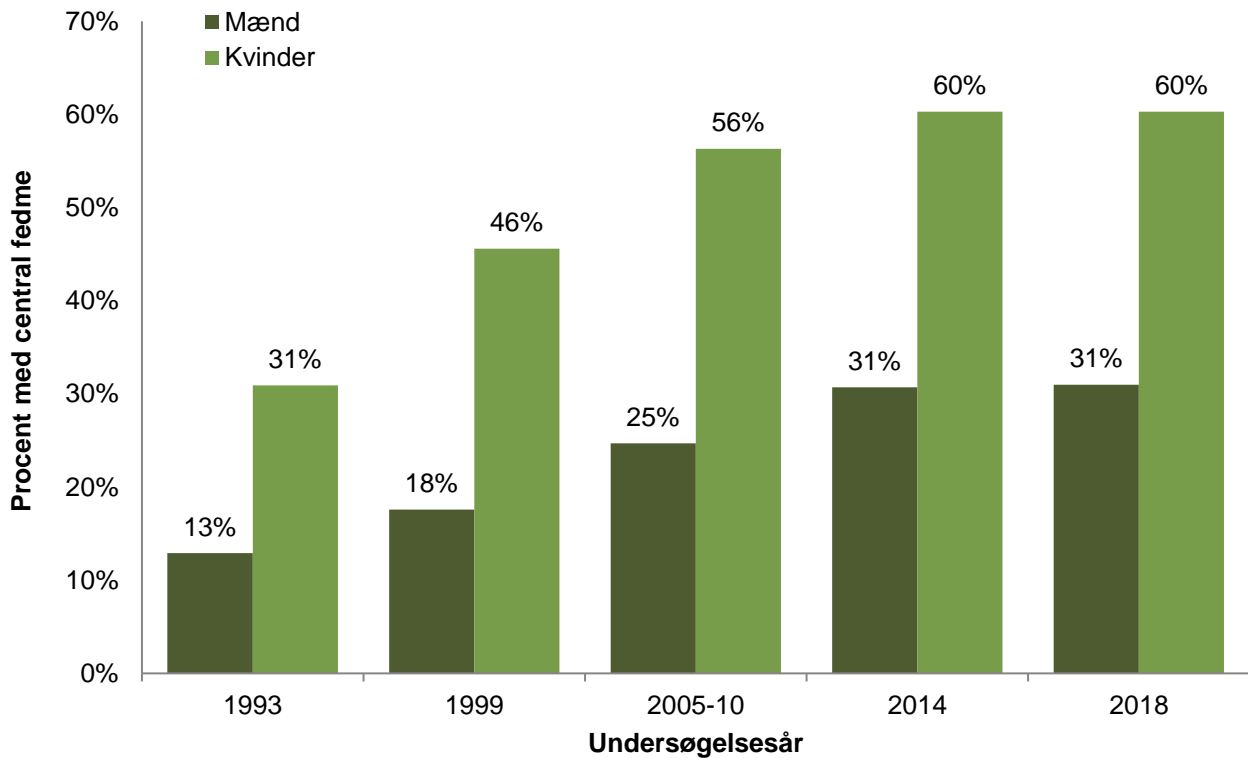
Deltagerne i Befolkningsundersøgelsen i 2018 blev vejede, fik målt højde, taljeomfang og hofteomfang, og fik estimeret deres fedtprocent ved en impedansmåling. Inuunerittas indikatorer for overvægt er *Body Mass Index* (BMI), det vil sige vægt divideret med højde i meter i anden potens, og taljeomfang, der er et mål for central fedme (fedtfordelingen i organerne), som er særligt skadeligt for helbredet. Deltagerne kan kategoriseres som normalvægtige (BMI <25), overvægtige (BMI 25-29,9) og svært overvægtige (BMI 30+). Vægtet til hele befolkningens sammensætning i 2018 var 27% svært overvægtige.

Figur 5.3 viser, at forekomsten af svært overvægtige i befolkningsundersøgelserne både for mænd og kvinder har været jævnt stigende siden 1993.



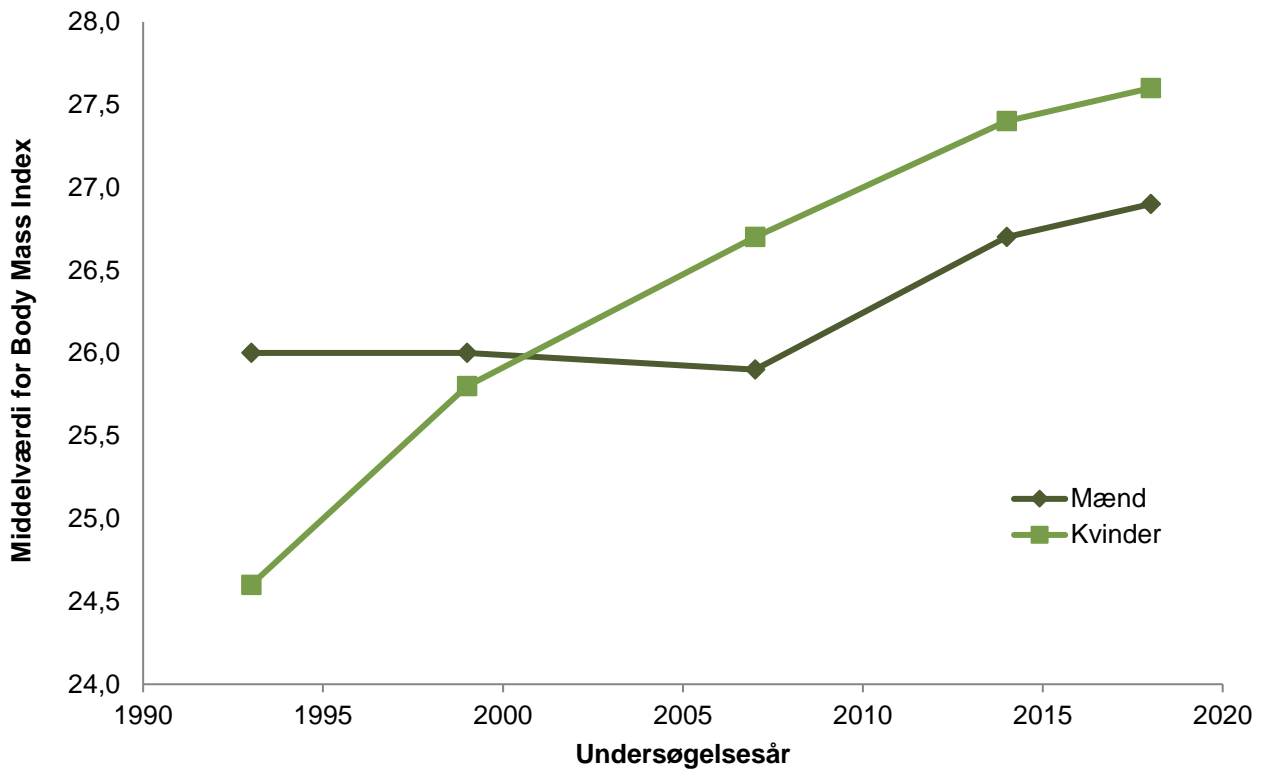
Figur 5.3. Tidsmæssig ændring i forekomsten af svær overvægt (BMI 30+) for mænd og kvinder i Grønland. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2014.

Figur 5.4 viser et tilsvarende mønster for central fedme, hvor der dog er tale om en stagnation siden 2014. Grænserne for central fedme er sat til 88 cm for mænd og 102 cm for kvinder ifølge WHO.



Figur 5.4. Tidsmæssig ændring i forekomsten af central fedme (livvidde ≥ 102 cm for mænd og ≥ 88 cm for kvinder) i Grønland. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2014.

Der er ingen naturlig tærskelværdi for overvægt, og risikoen for eksempelvis forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og diabetes stiger jævnt med stigende BMI. Det er derfor også informativt at betragte det gennemsnitlige BMI i stedet for at fokusere på andelen, der har BMI over en vis (arbitrær) grænse. Figur 5.5 viser, at ændringen i gennemsnitligt BMI har været let stigende for mænd (0,04 BMI-enheder om året) og mere markant stigende for kvinder (0,12 BMI-enheder om året). En nærmere analyse viser, at ændringerne både skyldes, at der blev flere deltagere i kategorien svært overvægtige, og at det gennemsnitlige BMI steg i denne gruppe.



Figur 5.5. Tidsmæssig ændring i middelværdi for *Body Mass Index* i Grønland. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2014.

6 Blodtryk, lipider og diabetes

Forbedrede levevilkår har betydet, at den gennemsnitlige levealder i Grønland er steget, især efter 1950'erne. Samtidig er der sket store ændringer i samfundet med betydning for sundhedsvaner med kostændringer og fald i fysisk aktivitet. Kroniske sygdomme som diabetes og hjertekarsygdom er lige så hyppige eller hyppigere i Grønland som i vestlige befolkninger, og det er derfor vigtigt at monitorere udviklingen i risikofaktorer for disse sygdomme for at kunne vurdere den sandsynlige fremtidige forekomst. De vigtigste risikofaktorer for hjertekarsygdom er rygning, diabetes, fedme, forhøjet blodtryk og kolesterol hos personer, som har en underliggende forhøjet genetisk risiko. Overvægt og fedme er beskrevet i kapitel 5. I dette kapitel gennemgås resultaterne fra Befolkningsundersøgelsen i 2018 for de øvrige såkaldte kardio-metaboliske risikofaktorer: blodtryk, lipider og diabetes.

6.1 Blodtryk

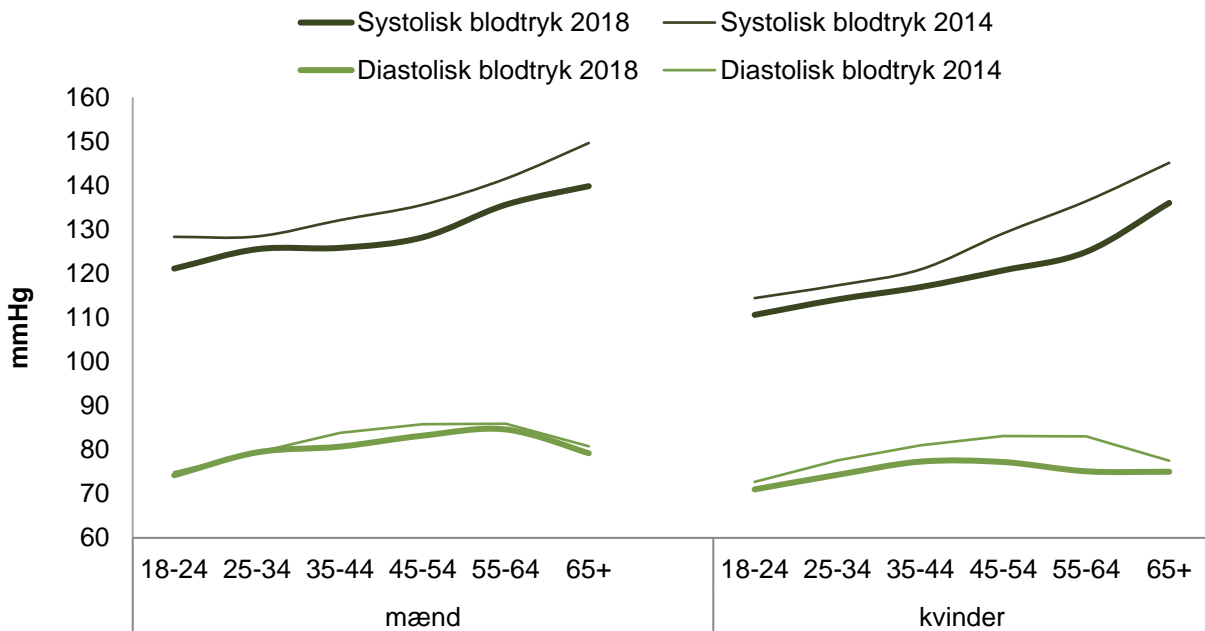
Forhøjet blodtryk øger risikoen for blodprop i hjertet, slagtilfælde, hjertesvigt og kronisk nyresygdom. Forhøjet blodtryk defineres som blodtryk højere end 130/80 mmHg (Dansk Cardiologisk Selskab, 2018). Forhøjet blodtryk er en hyppig tilstand, som ikke giver symptomer ved let forhøjede værdier. Der kan være mange årsager til forhøjet blodtryk. Blodtrykket stiger med alderen og er højere hos mænd end hos kvinder, og der er en væsentlig arvelig komponent i risikoen for blodtryksforhøjelse. Rygning, diabetes og fedme giver forhøjet blodtryk, og højt indhold af salt i kosten samt lakridsspising kan give forhøjet blodtryk, ligesom stress er en risikofaktor hos nogle personer. Ved let blodtryksforhøjelse kan livsstilsændringer være tilstrækkeligt i form af rygeophør, vægttab, øget fysisk aktivitet og nedsættelse af salt- og lakridsindtagelse. De fleste, der har forhøjet blodtryk, har dog behov for medicinsk behandling, og der findes adskillige muligheder for effektiv blodtryksbehandling.

Metode

I befolkningsundersøgelsen i 2018 blev blodtryk målt med et automatisk apparat ligesom i undersøgelserne i 2005-2010 og 2014. Blodtrykket blev målt tre gange med mindst et minuts mellemrum. Gennemsnittet af de sidste 2 målinger er udregnet og ligger til grund for de præsenterede resultater. Deltagerne i undersøgelsen blev desuden spurgt, om de var i medicinsk behandling for blodtrykket.

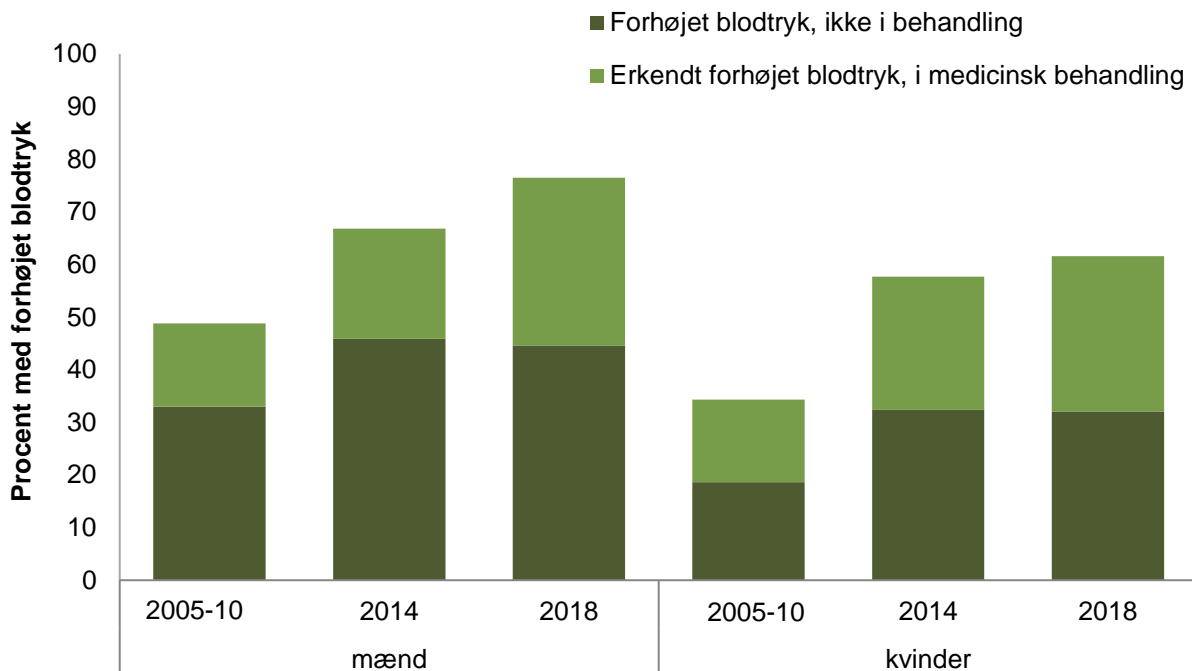
Resultater

Det gennemsnitlige blodtryk var 131/81 mmHg for mænd og 123/76 mmHg for kvinder. Figur 6.1 viser det gennemsnitlige blodtryk i 2018 og i 2014 hos deltagere, som ikke er i blodtryks-sænkende behandling. Blodtrykket var højere hos mænd end hos kvinder og steg med stigende alder, især det systoliske blodtryk. Det gennemsnitlige blodtryk er uændret (diastolisk) eller faldende (systolisk) siden 2014, hvilket formentlig afspejler, at en større andel er sat i blodtryks-sænkende behandling.



Figur 6.1. Middelværdier for blodtryk i forhold til alder og køn. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014 og 2018 (mænd N=1164, kvinder N=1373).

Andelen med forhøjet blodtryk defineret som blodtryk $\geq 130/80$ mmHg eller i blodtryksænkende behandling steg med stigende alder, og flere mænd end kvinder havde forhøjet blodtryk. Andelen med forhøjet blodtryk har været stigende siden 2005-2010 (figur 6.2). For mænd har der været en stigning fra 49% i 2005-10 til 76% 2018, og for kvinder en stigning fra 34% i 2005-10 til 61% i 2018. Ideelt set burde blodtrykket være målt ved hjemmeblodtryksmåling, og man ved, at tilfældige blodtryksmålinger som i befolkningsundersøgelserne generelt ligger 5/5 mmHg højere end ved hjemmemåling. Der er altså risiko for, at vores resultater overestimerer blodtrykket og forekomsten af forhøjet blodtryk. Selvom stigningen i forekomsten af forhøjet blodtryk er markant, er det positivt, at en større andel er i blodtryksænkende behandling.



Figur 6.2. Andel med forhøjet blodtryk > 130/80 mmHg uden behandling eller erkendt behandlet blodtryksforhøjelse hos mænd og kvinder i Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010, 2014 og 2018 (mænd N=1164, kvinder N=1373).

6.2 Lipider

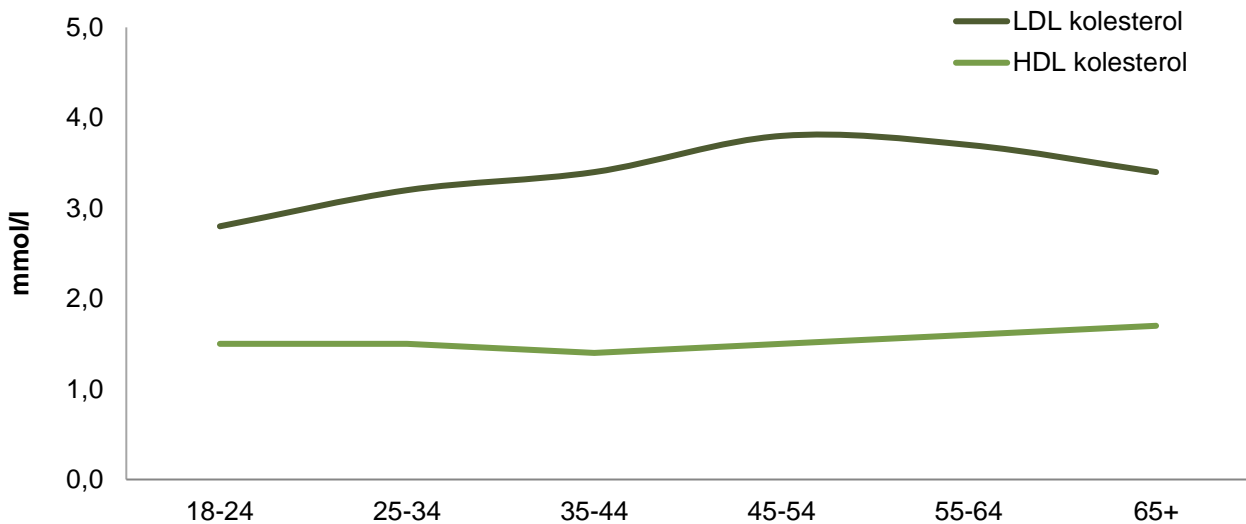
Forhøjet indhold af fedtstoffer (lipider) i blodet øger risikoen for hjertekarsygdom. Der findes flere komponenter af disse lipider: totalt kolesterol, low-density level kolesterol (LDL), high-density level kolesterol (HDL) og triglycerider. Det er først og fremmest LDL-kolesterol, som forhøjer risikoen for hjertekarsygdom, og risikoen for hjertekarsygdom falder, hvis LDL-kolesterol sænkes. Højt triglycerid og lavt HDL-kolesterol er stærke markører for, at risikoen for hjertekarsygdom er forøget, men nyere studier tyder på, at disse to lipidkomponenter i sig selv ikke er en del af årsagskæden for hjertekarsygdom. Niveaue for LDL-kolesterol er i høj grad bestemt af arvelige forhold og alder, mens kost, rygning, fysisk aktivitet og alkohol har mindre betydning. Højt indtag af mættet fedt øger blodets indhold af triglycerid, total- og LDL-kolesterol og sænker niveauet for HDL-kolesterol. Den traditionelle grønlandske kost med højt indhold af flerumættede omega-3 fedtsyrer øger HDL-kolesterol og sænker triglyceridniveauet, men øger også LDL-kolesterol, hvorfor betydningen for hjertekarrisikoen er uafklaret.

Metode

I 2018 er der målt total-, LDL-, HDL-kolesterol og triglycerid. På nuværende tidspunkt er der endnu ikke oplysning om kolesterolsænkende behandling, og det er derfor ikke muligt at sammenligne resultaterne med tidligere undersøgelser. Det er vanskeligt at definere en grænseværdi for forhøjede lipider, da der er tale om en gradvis øget risiko med stigende niveauer (for HDL-kolesterol faldende værdier). For personer helt uden risikofaktorer for hjertekarsygdom defineres normal lipidstatus som LDL-kolesterol < 3 mmol/l (Dansk Cardiologisk Selskab, 2018). For personer i høj risiko (for eksempel personer, som har diabetes, familiær hjertekarsygdom, hypertension eller er rygere) bør LDL kolesterol være $\leq 2,5$ mmol/l. Endelig anbefaler man LDL $\leq 1,8$ mmol/l hos personer, som har kendt hjertekarsygdom. I dette kapitel viser vi både andelen med LDL-kolesterol > 3 mmol/l og andelen med LDL-kolesterol > 2,5 mmol/l.

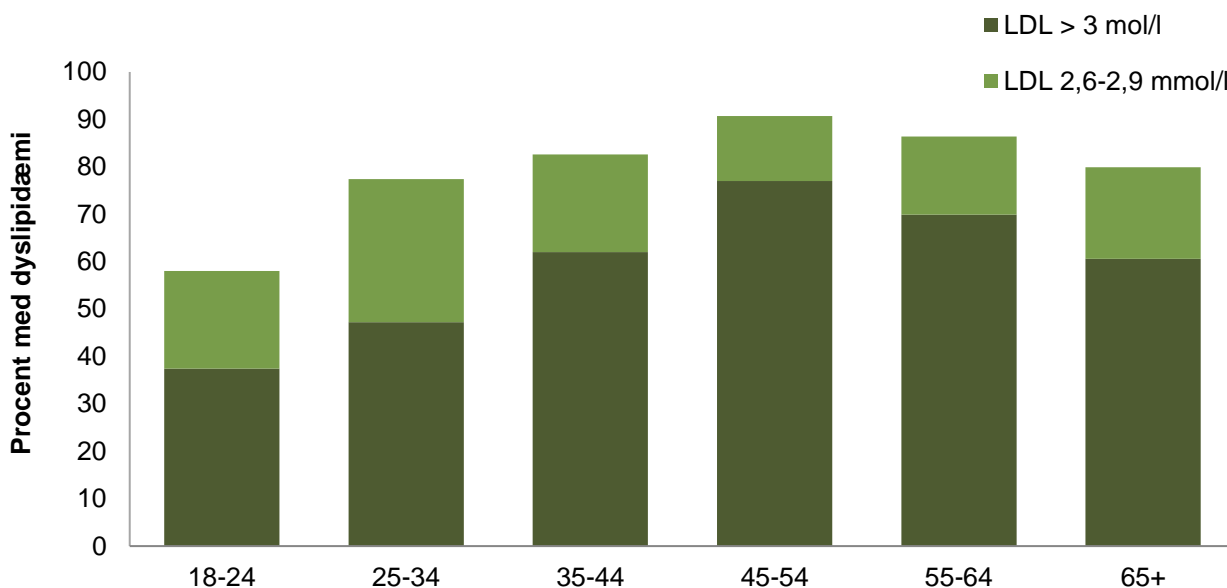
Resultater

Middelværdien for LDL-kolesterol var 3,5 mmol/l og uden forskel mellem mænd og kvinder. Der var en tendens til stigende LDL-kolesterol med stigende alder dog aftagende fra 45-årsalderen (figur 6.3). Det kan ikke afgøres, om faldet i LDL-kolesterol i de ældste aldersgrupper skyldes, at en større andel er i kolesterolsænkende behandling.



Figur 6.3. Middelværdier for LDL- og HDL-kolesterol i forhold til alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Mænd N=820, kvinder N=929.

En meget stor andel af befolkningen i alle aldersgrupper havde dyslipidæmi defineret som LDL-kolesterol > 3 mmol/l (for lavrisikopersoner) eller LDL-kolesterol > 2,5 mmol/l (højrisikopersoner). Andelen steg med stigende alder indtil 45-54-årsalderen og faldt derefter. Blandt 45-54-årige havde over 70% LDL-kolesterol > 3 mmol/l. Den store andel med forhøjet LDL-kolesterol udgør formentlig en overset risikofaktor i Grønland, til dels fordi tidligere studier primært har fokuseret på de gunstige niveauer af triglycerid og HDL-kolesterol. I sidste ende vides det ikke, om det samlede lipidmønster i Grønland påvirker risikoen for hjertekarsygdom i negativ eller positiv retning.



Figur 6.4. Andel med dyslipidæmi: LDL-kolesterol > 3 mmol/l og LDL-kolesterol > 2,5 mmol/l samlet for mænd og kvinder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=1365.

6.3 Diabetes

Diabetes forårsager karkomplikationer i de store kar i form af blodpropper i hjerte og hjerne, kredsløbsproblemer i benene med risiko for fodsår og amputationer. Diabetes påvirker desuden kroppens små kar, og det kan føre til komplikationer i nyrer, øjne og nervesystem. Med god blodsukkerkontrol samt behandling af forhøjet blodtryk og kolesterol kan disse komplikationer forebygges, men det kræver regelmæssig kontrol og livslang behandling. Adskillige studier har vist, at diabetes kan forebygges ved vægttab og fysisk aktivitet hos personer med forstadier til diabetes (prædiabetes). Stigende gennemsnitslevealder og overvægt hos personer med forhøjet genetisk risiko er de vigtigste årsager til diabetes i Grønland, og befolkningsundersøgelserne har tidligere vist, at 7-10% af voksne grønlændere har diabetes, heraf op mod halvdelen udiagnosticerede.

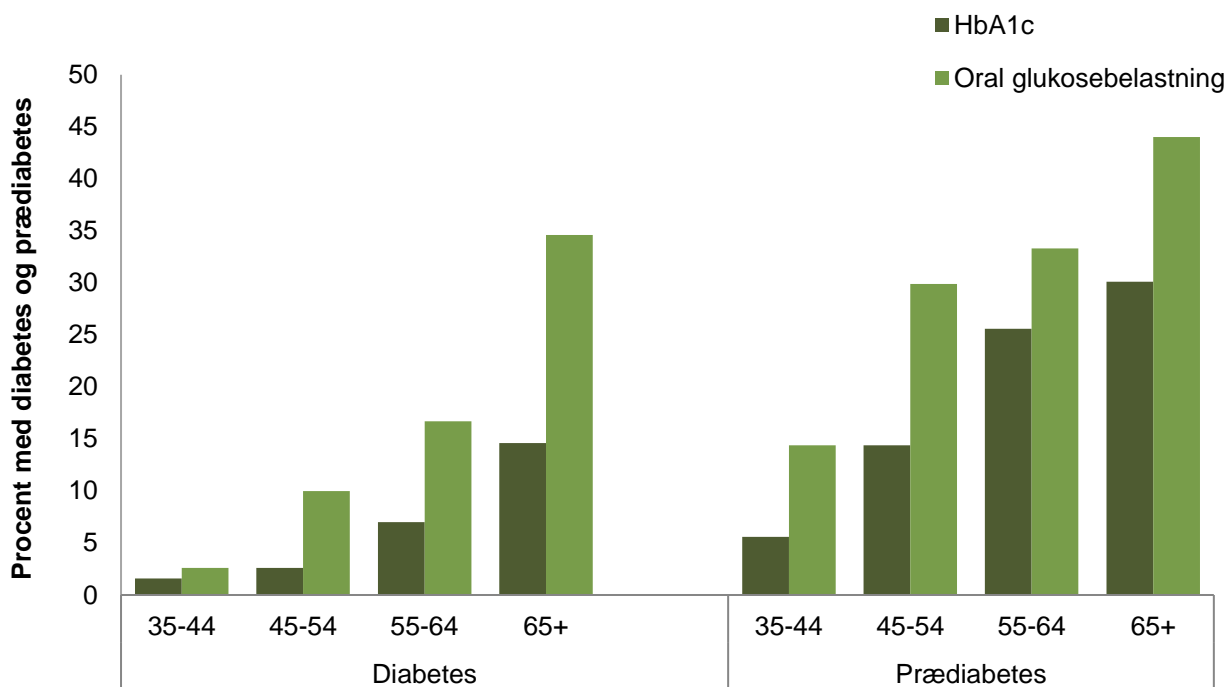
Metode

Forekomsten af diabetes og diabetesforstadier er undersøgt hos deltagere over 34 år på to forskellige måder: med HbA1c, som er et mål for langtidsblodsukkeret og med en såkaldt oral glukosebelastning. Derudover har vi spurgt deltagerne, om de har kendt diabetes. HbA1c afspejler det gennemsnitlige blodsukker over en periode på 2-3 måneder. Fordelene ved at anvende HbA1c er, at prøven ikke skal tages fastende, og der er mindre variation på selve målemetoden end på en blodsukkermåling. HbA1c anvendes som diagnostisk test i sundhedsvæsenet i Grønland. Ved en oral glukosebelastning måles blodsukkeret fastende og 2 timer efter indtagelse af 75 g glukose. Ud fra HbA1c defineres diabetes som HbA1c \geq 6,5% (48 mmol/mol) eller kendt diabetes, prædiabetes som HbA1c på 6,0-6,4% (42-47 mmol/mol). Ud fra den orale glukosebelastning defineres diabetes som fasteblodsukker \geq 7 mmol/l og/eller 2-timersblodsukker \geq 11,1 mmol/l eller kendt diabetes, prædiabetes som fasteblodsukker fra 6,1-7 mmol/l og/eller 2-timersblodsukker fra 7,8-11,0 mmol/l

Resultater

Målt med HbA1c havde 6,8% af mænd og 6,2% af kvinder diabetes i den undersøgte population >35 år, heraf var 22% af tilfældene på forhånd uerkendte. Forekomsten vurderet ved en oral glukosebelastning var markant højere på 18% og 15% hos mænd og kvinder i den undersøgte al-

dersgruppe, heraf 47% ikke tidligere diagnosticeret. Prædiabetes målt med HbA1c sås hos 18,4% af mænd og 20,6% af kvinder og vurderet ved en oral glukosebelastning hos 29% af både mænd og kvinder. Forskellen mellem mænd og kvinder er ikke statistisk betydende, og figur 6.5 viser forekomsten af prædiabetes og diabetes fordelt på aldersgrupper for mænd og kvinder samlet. Forekomsten af begge tilstande steg kraftigt med alderen. Således var der næsten ingen tilfælde af diabetes blandt deltagere under 45 år, mens 15-34% (afhængigt af diagnostisk kriterium) over 65 år har diabetes. Det er velkendt, at de to diagnostiske metoder ikke finder de samme individer, og at der kan være forskel på hyppigheden, men den observerede forskel er betragtelig. Igangværende studier undersøger, i hvilket omfang diabetes i Grønland er relateret til sendiabetiske komplikationer, og kan bidrage til at revurdere, om HbA1c fortsat skal være eneste diagnostiske kriterium. Langt færre end tidligere har udiagnosticeret diabetes, og dette afspejler effekten af en stor diagnostisk indsats i livsstilsambulatorierne i Grønland de sidste 10 år.



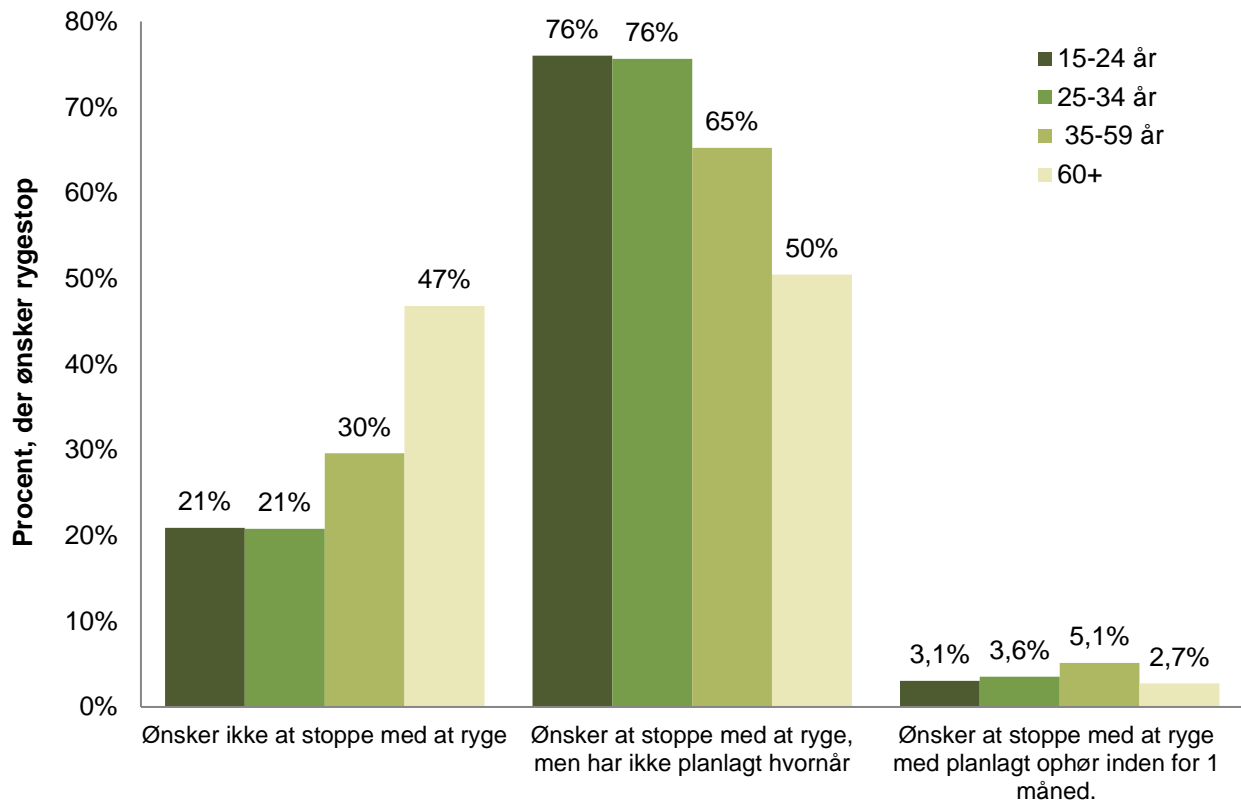
Figur 6.5. Diabetes og prædiabetes diagnosticeret med HbA1c eller oral glukosebelastning opdelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=1025.

7 Forandringsparathed

I de foregående kapitler har vi beskrevet befolkningens sundhed og levevilkår, som de så ud i Befolkningsundersøgelsen i 2018. På nogle områder er der sket en udvikling siden foregående undersøgelser, mens andre områder er uforandrede. Som det kan ses af denne undersøgelse og af tidligere, er rygning, overvægt og alkoholforbrug store folkesundhedsmæssige udfordringer. Hvis der skal ske en forandring, skal der laves målrettede indsatser, men disse indsatser er selvfølgelig afhængige af, hvor stor motivationen til forandring er i befolkningen. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 har vi derfor også spurgt deltagerne om deres ønsker og planer for at ændre vaner ved for eksempel at stoppe med at ryge, tage sig eller ændre drikkevaner. Dette er desuden suppleret med information om, hvorvidt deltagerne oplever, at der er adgang til hjælp og støtte i deres lokalområde i forbindelse med livsstilsændringer.

7.1 Motivation for rygestop

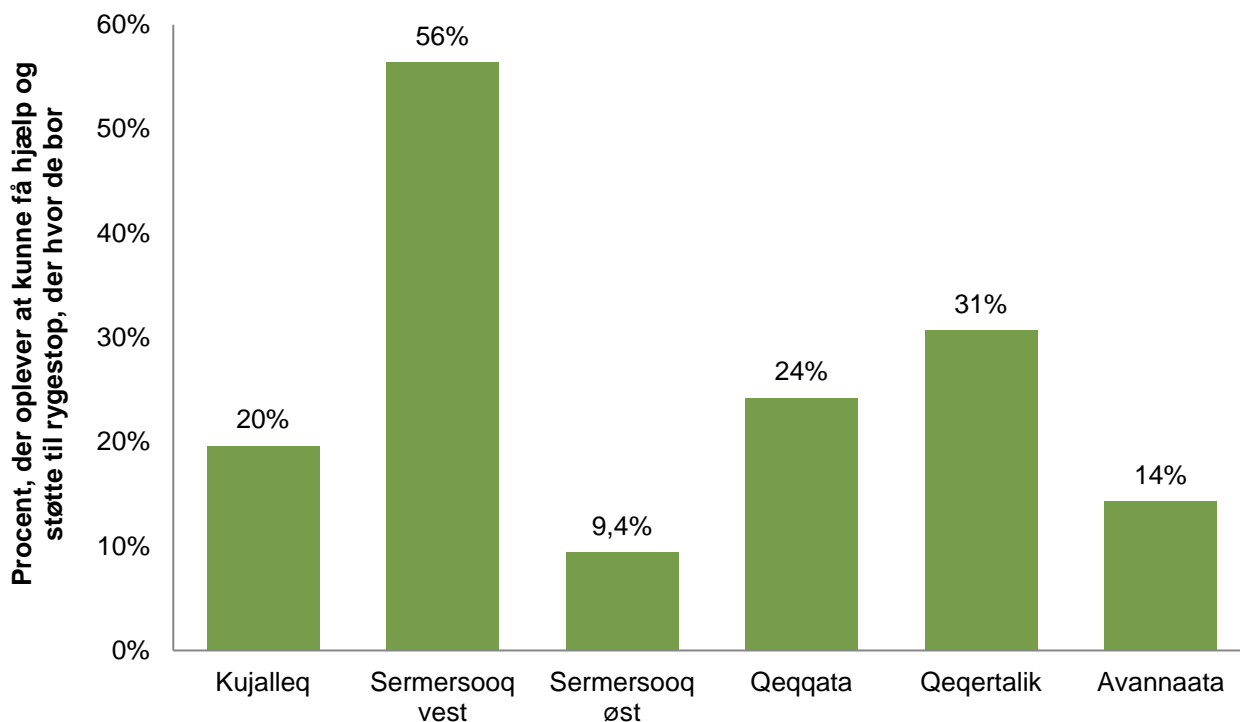
Alle rygere (56% af alle deltagerne) blev i undersøgelsen spurgt, om de havde et ønske om og planlagt at stoppe med at ryge. 72% af alle rygerne ville gerne stoppe med at ryge, men kun 2% havde planlagt, at det skulle ske inden for den næste måned. Der var ingen forskel mellem mænd og kvinder. Mange gav udtryk for, at de gerne vil kvitte tobakken, men kun få havde altså sat en dato. Det må derfor tolkes som en noget overfladisk ambition om at holde op med at ryge fremfor en fast beslutning. Omkring en tredjedel af rygerne havde slet intet ønske om et rygestop. Figur 7.1 viser andelen af rygere, der ønskede at stoppe, fordelt på fire aldersgrupper.



Figur 7.1. Ønske om rygestop blandt rygere fordelt på aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1476.

Det ses, at 80% af de unge rygere mellem 15-24 år ønsker et rygestop, hvorimod kun 51%, af rygerne over 60 år har samme ønske. Andelen, der ønsker et rygestop, falder i takt med alderen. Det ses fortsat, at få har planlagt et rygestop inden for en måned i alle aldersgrupper.

Alle deltagere blev spurgt, om det var muligt at få hjælp og støtte til et rygestop i den by eller bygd, de boede i, og her ses der væsentlige forskelle kommunerne imellem. Kommuneqarfik Sermersooq er opdelt i øst og vest, da der er væsentlige forskelle mellem de to dele af kommunen (figur 7.2).

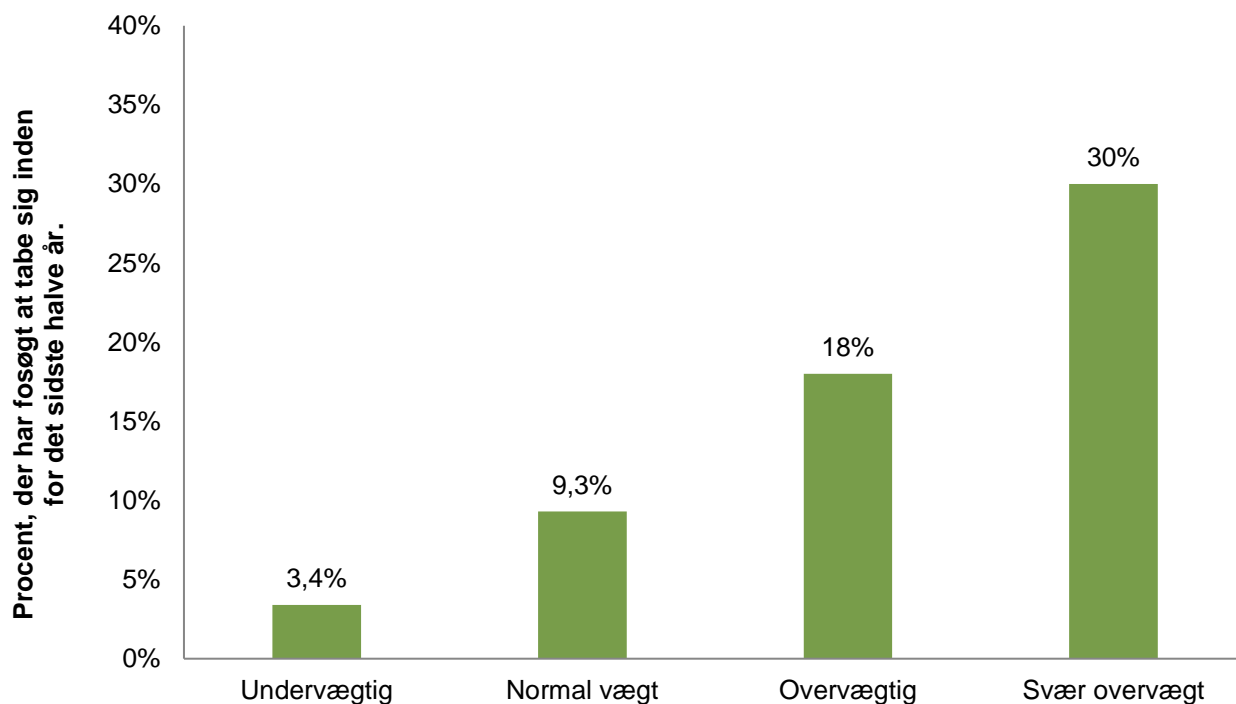


Figur 7.2. Andel, der oplevede af at kunne få hjælp til rygestop, opdelt på kommune. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder og køn. N=2514.

56% af deltagerne fra den vestlige del af Kommuneqarfik Sermersooq angav, at det var muligt at få hjælp og støtte til rygestop, der hvor de boede, hvorimod kun 9,4% af deltagerne fra den østlige del af Kommuneqarfik Sermersooq havde den samme opfattelse.

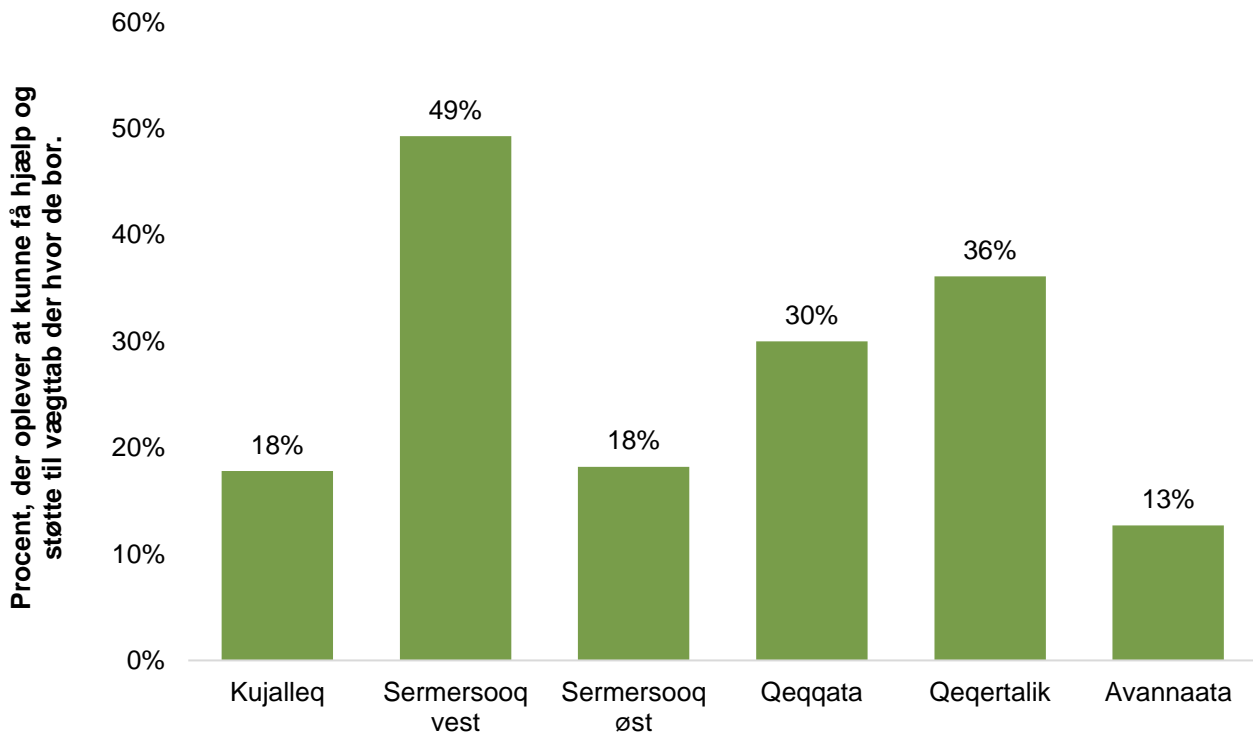
7.2 Forsøg med væggtab

Deltagerne blev spurgt, om de havde forsøgt at tabe sig inden for det sidste halve år, hertil svarede 18% ja. Der ses en forskel kønnene imellem, idet 19% af kvinderne og 14% af mændene havde forsøgt at tabe sig inden for det seneste halve år.



Figur 7.3. Andel, der havde forsøgt vægttab inden for det seneste halve år, fordelt på kategorier af *Body Mass Index*. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=2485.

Det ses af figur 7.3, at andelen, der havde forsøgt at tabe sig, steg med stigende *Body Mass Index*. Dog var der stadig cirka 80% af de overvægtige og 70% af de svært overvægtige deltagere, der ikke havde forsøgt at tabe sig inden for det seneste halve år. Ligeledes blev alle deltagerne spurgt, om de kendte til tiltag, hvor man kunne få hjælp og støtte til et vægttab, der hvor de boede. Her fandtes der tilsvarende kommunale forskelle som for rygestop (figur 7.4).

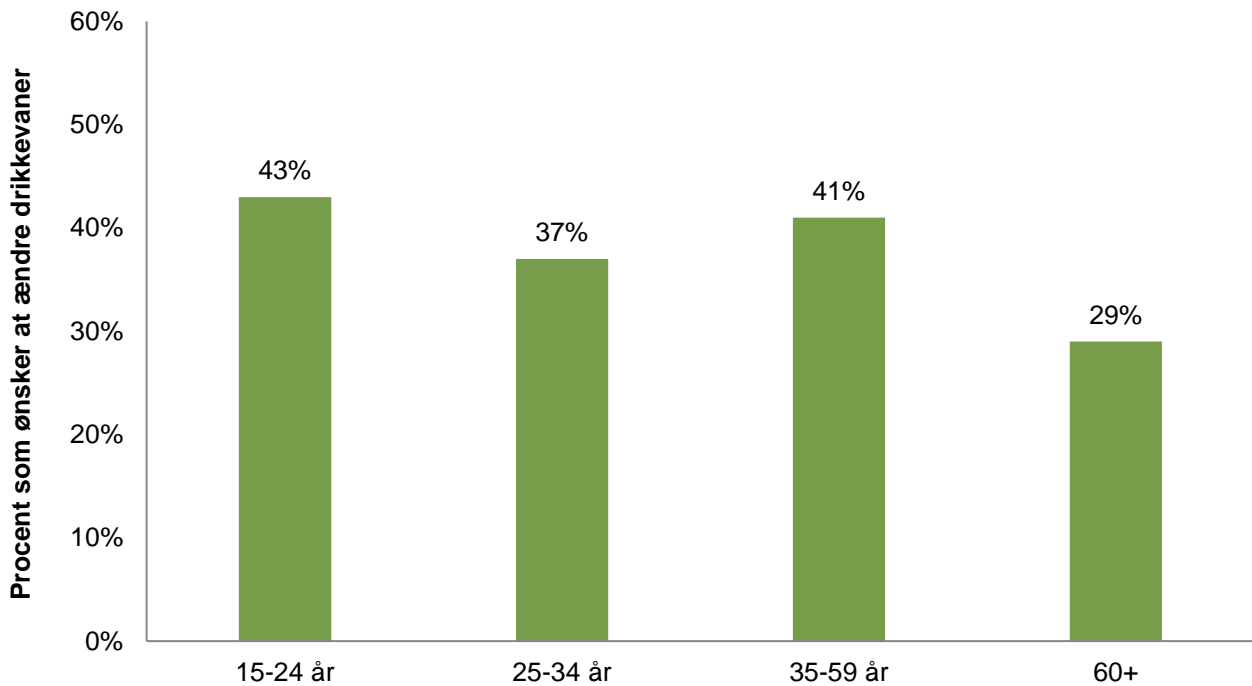


Figur 7.4. Andel, der oplevede at kunne få hjælp til vægttab, opdelt på kommune. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Justeret for alder og køn. N=2534

49% af deltagerne fra den vestlige del af Kommuneqarfik Sermersooq svarede, at det var muligt at få hjælp og støtte til et vægttab, der hvor de boede, hvorimod kun 13% af deltagerne fra Avannaata Kommunia svarede det samme.

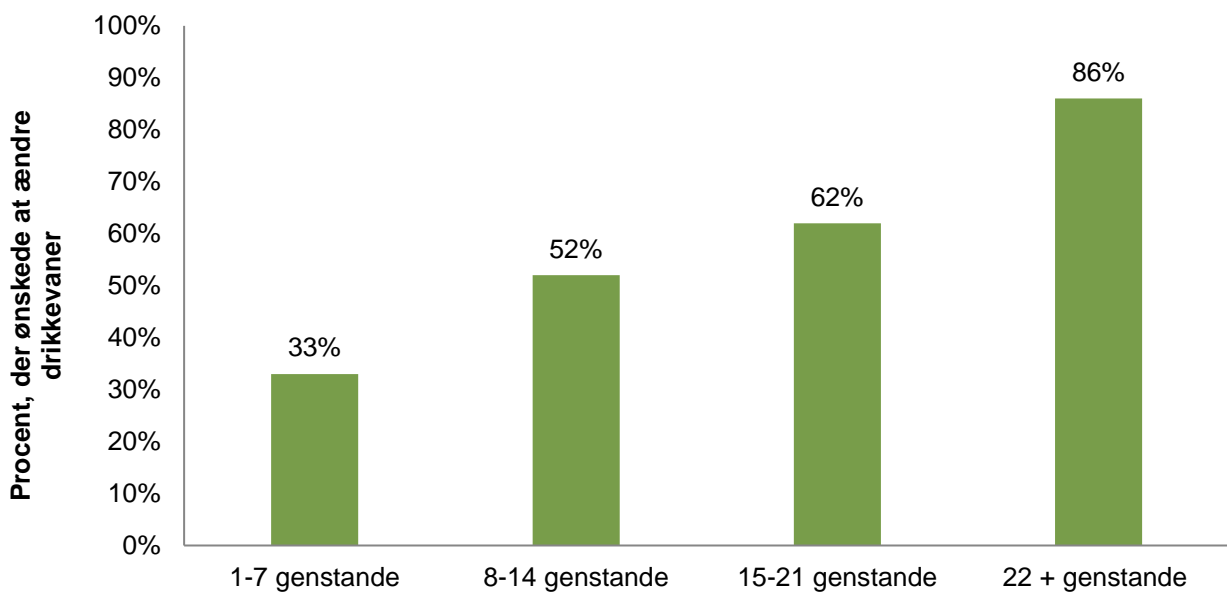
7.3 Ønske om at ændre drikkevaner

Alle deltagere, der angav at de til tider drikker alkohol, blev spurgt, om de ønskede at ændre deres drikkevaner, og hertil svarede 36% ja. Stort set lige mange mænd (36%) og kvinder (41%) ønskede at ændre drikkevaner. Figur 7.5 viser, at den største andel (43%), som ønskede at ændre drikkevaner, fandtes blandt de unge mellem 15 og 24 år. Som det fremgik af kapitel 4, er det samtidig i de yngste grupper, at der findes flest personer, som drikker 5 genstande eller mere, når de indtager alkohol.



Figur 7.5. Andel, der ønskede at ændre drikkevaner, fordelt på aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=1378.

Figur 7.6 illustrerer sammenfaldet mellem dem, der har det største forbrug af alkohol, og ønsket om at ændre drikkevaner. Andelen, der ønskede at ændre deres drikkevaner, steg med antal genstande indtaget pr. uge. Desuden var der stadig 15% af dem, der drak mest, der ikke havde et ønske om at ændre deres drikkevaner.



Figur 7.6. Ønske om at ændre drikkevaner opdelt på antal genstande drukket på en gennemsnitlig uge. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet til befolkningens sammensætning i 2018. N=1297.

8 Undersøgelsens emner og muligheder for fremtidige analyser

Den foreliggende rapport har givet et overblik over resultaterne fra Befolkningsundersøgelsen i 2018 med særligt fokus på de indikatorer for folkesundheden, som indgår i Inuuneritta II. I dette kapitel præsenteres nogle af de mange emner, som ikke har fundet plads i rapporten, men som vil blive publiceret i rapportform eller som videnskabelige artikler i de kommende år. Der vil også blive publiceret uddybende artikler på basis af de data, som er oversigtligt beskrevet i denne rapport. Der lægges op til bred adgang for forskere til data og til biologiske prøver inden for den videnskabetiske ramme for befolkningsundersøgelsen. Adgang til data forudsætter en samarbejdsaftale med dataansvarlige samt fornødne tilladelser i forhold til videnskabsetik og datasikkerhed.

8.1 Emner og muligheder

Etablering af en ungdomskohorte

Med Befolkningsundersøgelsen i 2018 er der etableret en ungdomskohorte, hvor de samme unge som en del af fremtidige befolkningsundersøgelser vil blive fulgt i mange år fremover suppleret med nye unge deltagere i aldersgruppen 15-34 år. Ud over de gennemgående spørgsmål i undersøgelsen, har de unge fået spørgsmål målrettet især mental sundhed og trivsel (beskrevet i selvstændigt afsnit nedenfor). En lang række spørgsmål handler om overgange mellem skole, uddannelse og arbejdsmarkedet samt overvejelser om, hvor de unge bor, og hvor de ønsker at bo. Der er spurgt til de unges relationer til de ældre generationer, erfaringer med traditionelle grønlandske aktiviteter og unges tilknytning til lokalsamfundet. Brugen af sociale medier indgår også.

Etableringen af ungdomskohorten erstatter de enkeltstående undersøgelser af unges trivsel, som tidligere har været gennemført blandt 15-17-årige skoleelever, og det er helt afgørende, at unge nu indgår i en tilbagevendende undersøgelse, som både inkluderer unge i byer og bygder og ikke kun unge i uddannelsessystemet. Deltagere indgår i befolkningsundersøgelserne med deres personnummer, hvilket gør det muligt fremover at koble oplysninger indsamlet i Befolkningsundersøgelsen i 2018 med centrale registre, der indeholder information om uddannelse, indkomst, boligforhold, sociale forhold med videre på længere sigt (forudsat samtykke). En sådan sammenkobling er selvfølgelig betinget af de nødvendige etiske og juridiske tilladelser.

Ældre

Et af de nye fokusområder i Befolkningsundersøgelsen i 2018 er ældre. I samarbejde med projektet Ageing in the Arctic, der udgår fra Københavns Universitet, er der udviklet en række spørgsmål om ældres levevilkår, som sammen med befolkningsundersøgelsens egne spørgsmål om livsstil og helbred kan bruges til at tegne et billede af ældres livssituation i Grønland. Der vil i første omgang blive tegnet en sundhedsprofil for de ældre, som udgives i rapportform med følgende overskrifter:

- Boligforhold, familie, fødested; hvordan ændrer bolig og familie sig med alderen (55 og derefter)
- Socialt netværk, frivilligt arbejde, hjælp til andre

- Funktion og hjælp i dagligdagen
- Kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet
- Fysisk helbred og sygdomsforekomst
- Psykisk helbred og tilfredshed med livet
- Nogle tendenser 1993-2018
- Udfordringer for ældreplejen i Grønland

Efterfølgende videnskabelige artikler kommer til at uddybe disse emner, og som konkrete eksempler kan nævnes en analyse af sammenhængen mellem fysiske funktionstest (håndgrebsstyrke, stotest) og funktion i dagligdagen og en analyse af det sociale netværks betydning for de ældres psykiske helbred.

Kost

Sideløbende med kostinterviewene blev der i 7 byer og 2 bygder indsamlet oplysninger om prisen på de 45 almindeligste fødevarer. Der blev samlet priser fra i alt 17 butikker samt i to butikker i Danmark og anbefalede priser på lokal kost fra 6 kommuner. Med udgangspunkt i kostinterview og priser på fødevarer kan prisen for en "food basket" beregnes, det vil sige prisen på en families udgifter til mad. Foreløbige analyser har vist, at mad er betydeligt dyrere i Grønland end i Danmark og lidt dyrere på østkysten end på vestkysten. Der er forskelle mellem forskellige kostmønstre, idet en kost baseret på lokale fødevarer er dyrere end en standardkost, i det mindste hvis man er henviset til at købe sælkød og mattak i butikkerne. Der er også sociale forskelle, som vil blive analyseret nærmere.

Mental sundhed og trivsel

Mental sundhed og trivsel er helt grundlæggende for det sundhedsfremmende arbejde målrettet de store folkesundhedsudfordringer, som Inuuneritta II er rettet mod. I Befolkningsundersøgelsen i 2018 har vi udbygget omfanget af spørgsmål vedrørende mental sundhed og trivsel, og det giver os derfor mulighed for, i fremadrettede analyser, at få et mere nuanceret billede af, hvordan befolkningens mentale sundhed hænger sammen med den øvrige sundhedsadfærd. Og hvordan forskelle mellem kommuner, byer og bygder samt socioøkonomiske forskelle kommer til udtryk i forskellige befolknings- og aldersgruppers mentale sundhed og trivsel.

Mere specifikt indgår både mål for trivsel og psykisk sårbarhed. Især i ungdomsdelen af Befolkningsundersøgelsen i 2018 er deltagerne blevet spurgt om flere dimensioner af mental sundhed. Disse omfatter selvværd, self-efficacy, livskvalitet, trivsel målt ved The Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) og symptomer på psykiske problemer som for eksempel angst og depression målt ved Kessler Screening Scale for Psychological Distress (K-6).

Hjertekarsygdom og diabetes

Set i lyset af den høje forekomst af risikofaktorer som fedme, forhøjet blodtryk og kolesterol, diabetes samt stigende levealder må en øgning i hjertekarsygdomme forventes fremover. For nyligt er data fra befolkningsundersøgelserne blevet koblet til information om hjertekarsygdom fra grønlandske og danske registre, og dette giver mulighed for dels at monitorere udviklingen i hjertekarsygdom og dels at belyse sammenhængen mellem undersøgte risikofaktorer og hjertekarsygdom. Foreløbige resultater tyder ikke på, at der er nogen sammenhæng mellem den traditionelle grønlandske kost og hjertekarsygdom. Genetiske undersøgelser, som endnu ikke er publiceret, har identificeret adskillige genvarianter, som er associeret med fedme, diabetes og lipider i den grønlandske befolkning, og igangværende studier vil afklare, om disse genvarianter også øger risikoen for hjertekarsygdom. Parallelt med befolkningsundersøgelserne er der indsamlet data om udviklingen af diabeteskomplikationer i øjne, nyrer og nervesystem. I løbet af de næste år analyseres disse data, og de kan bidrage med information om, i hvilket omfang diabetes i Grønland, især specifikke genetiske diabetesformer, er associeret med diabeteskomplikationer.

Lungesygdomme

I Befolkningsundersøgelsen i 2018 har vi målt lungefunktion på deltagerne, og det bliver meget spændende at analysere i relation til kostændringer med øget forbrug fødemidler med øget indhold af omega-6 fedtsyrer og mindre omega-3. Man kan forvente, at lungefunktionen er faldet over tid, ligesom flere kan have udviklet astma og KOL. Yderligere analyser vil udrede lungefunktionen hos personer med lungesygtomer, hos rygere og om der er forskel på mænd og kvinder.

Seksuel sundhed og seksuelt overførte infektioner

En række seksuelt overførte infektioner, særligt klamydia og gonoré, er særdeles hyppige i Grønland. Et stort antal personer bliver hvert år testet for seksuelt overførte sygdomme i Grønland, men af forskellige grunde afspejler dette næppe det reelt antal smittede i landet. Man ved således, at mange smittede ikke har symptomer på deres infektioner, men ikke desto mindre kan give infektionen videre til andre uden selv at vide det.

I Befolkningsundersøgelsen i 2018 er deltagerne over 18 år blevet bedt om at aflevere urinprøver, som efterfølgende er blevet testet for fire seksuelt overførte infektioner (klamydia, gonoré, mycoplasma og trichomonas). Herved kan man bestemme, hvor hyppige de fire seksuelt overførte sygdomme er i forhold til deltagernes køn, alder og bosted (region/by/bygd), uafhængigt af om de smittede har symptomer eller ej. Samtidig er deltagerne blevet bedt om at udfylde et spørgeskema med oplysninger om antal seksuelle kontakter, eventuelle symptomer på seksuelt overførte infektioner og behandling, samt for unge <25 år, og om hvorvidt de har modtaget seksuel undervisning.

Undersøgelsen udgør en basismonitorering af de fire infektioner, som ikke tidligere er udført i Grønland. Undersøgelsen vil derved give værdifuld og detaljeret viden om udbredelsen af disse infektioner i befolkningen sammenholdt med oplysninger om seksualadfærd og kontakt til sundhedsvæsenet. Samlet set kan resultaterne blive til gavn for det grønlandske sundhedsvæsens fremtidige indsatser mod disse væsentlige folkesundhedsproblemer.

8.2 Sammenligning med undersøgelser fra andre lande

SAMINOR er en undersøgelse af sundhed og levevilkår i områder med samisk og norsk befolkning. SAMINOR har et specielt fokus på den samiske befolkning, og dette *urfolksperspektiv* gør SAMINOR til en unik databank nationalt og internationalt. Senter for samisk helseforskning ved Tromsø Universitet er ansvarlig for undersøgelsen og har samarbejde med forskningsgrupper i Canada, USA, Australien, New Zealand, Danmark/Grønland og Sverige. Der er gennemført to sundheds- og leveårsundersøgelser, SAMINOR 1 fra 2003 til 2004 og SAMINOR 2 fra 2012 til 2014. En tredje undersøgelse er under planlægning.

Sundhedsundersøgelserne blandt inuit i Nunavik i 2004 og 2017 har mange ligheder med de grønlandske befolkningsundersøgelser, og undersøgelserne i Grønland og Nunavik blev planlagt i tæt samarbejde for i videst muligt omfang at muliggøre sammenligning af resultaterne.

9 Baggrund og metode

Undersøgelsens praktiske gennemførelse

Indsamling af data forløb over 18 måneder fra august 2017 til januar 2019 og foregik lokalt på blandt andet skoler og sundhedscentre. Desuden indgik data fra en pilotundersøgelse i Qaanaaq i august til september 2016 i det samlede datasæt for Befolkningsundersøgelsen i 2018. Transporten til byer foregik med fly og med rejsebåden Kisaq på to togter til i alt otte bygder. Data blev indsamlet af et team bestående af en supervisor, fire trænede interviewere, to bioanalytikere og en klinisk assistent. I de fleste byer og bygder bidrog desuden en lokal person til interview og rekruttering af deltagere. Interviewene blev udført på grønlandsk eller dansk alt efter deltagerens valg. I alt blev 98% gennemført på grønlandsk. Bioanalytikerne stod også for behandling af blodprøverne på undersøgelsesstedet, inden de blev sendt til Danmark (Steno Diabetes Center Copenhagen) for analyse.

Hvem indgik i undersøgelsen

Undersøgelsen er designet som en genundersøgelse af tidligere deltagere i de fire befolkningsundersøgelser i Grønland. De personer, der er inviteret til at deltage i undersøgelsen (stikprøven), bestod dels af deltagere fra de tidligere befolkningsundersøgelser i Grønland, også kaldet geninterviewstikprøven, og dels af et nyt tilfældigt udtræk fra cpr-registeret med henblik på at inkludere de unge, der ikke havde mulighed for at deltage tidligere, samt for at forbedre den geografiske dækning (suppleringsstikprøven). Det grundlæggende princip for stikprøven var ikke at opnå en stikprøve, der geografisk og aldersmæssigt afspejlede fordelingen i befolkningen, men i stedet en jævn fordeling af deltagere på regioner og aldersgrupper for derved bedre at kunne stratificere analyserne. Der sampledet således, at geografisk vigtige sammenligninger kan gennemføres, herunder analyser på kommuneniveau, det vil sige undersampling af Nuuk og byer på vestkysten, oversampling af bygder og østkysten. Princippet for geninterviewstikprøven var, at alle overlevende deltagere fra de tidligere befolkningsundersøgelser med aktuel bopæl i Grønland indgik. Der blev efterfølgende foretaget en begrænsning af stikprøven, idet byer og bygder med en meget lille stikprøve og dermed et meget lavt forventet deltagerantal (bygder < 25 indbyggere i stikprøven, byer < 60 indbyggere i stikprøven) blev udeladt. Endvidere skete der nogle steder en reduktion af overrepræsenterede aldersklasser. Herefter bestod stikprøven for undersøgelsen af 6027 personer. Denne stikprøve blev reduceret med 19% på grund af flytning til andre byer, død eller andre årsager, der blev opdaget lokalt under indsamlingen af data. Ligeledes udgik personer, der ikke var født i Grønland eller Danmark, således at den endelige stikprøve var på 4881 personer.

Deltagerinformation og information til sundhedsvæsenet forud for undersøgelsen

Deltagerne blev forud for undersøgelsen informeret ved en personlig invitation pr. brev. Ved ønske om deltagelse i undersøgelsen kunne deltageren melde tilbage per mail, SMS eller pr. brev, som kunne sendes via en vedlagt frankeret svarkuvert. Endvidere blev alle de inviterede deltagere kontaktet telefonisk af den person, der var ansvarlig for rekrutteringen. Ved undersøgelsen blev deltagerne mundtligt informeret om undersøgelsen, fik udleveret en skriftlig information og underskrev en samtykkeerklæring. Deltagere, der fik taget en blodprøve, blev endvidere bedt om skriftligt at give tilsagn om, hvorvidt de ønskede deres resultater videregivet til det lokale sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet, herunder sundhedscentre, regionsledelser og sundhedsledelsen, blev skriftligt informeret før undersøgelsens start. Der blev lokalt informeret om undersøgelsen gennem plakater, lokale KNR-korrespondenter, derudover hvis det er muligt via Qanorooq for eksempel i Ilulisat. Endvidere blev der oprettet en Facebookside, hvor deltagerne kunne følge og kommentere

undersøgelsen gennem året, samt medlemskab i de lokale, Facebookgrupper, som typisk findes for hver enkel by og bygd i Grønland.

Spørgeskema og interview

I undersøgelsen indgik to spørgeskemaer, et intervieweradministreret spørgeskema og et selvudfyldt spørgeskema med spørgsmål af mere sensitiv karakter. Deltagerne gennemgik et interview med en gennemsnitlig varighed på 49 minutter, fik målt blodtryk tre gange under interviewet, blev målt og vejlet og udfyldte derefter det selvudfyldte spørgeskema. Spørgsmålene i både interview og det selvudfyldte spørgeskema var i vidt omfang gengangere fra spørgsmål anvendt i de tidligere befolkningsundersøgelser, men for unge (15-34-årige) og ældre (55+ årige) indgik nye spørgsmål målrettet aldersgruppe. I alt 2539 personer i alderen 15-94 år deltog i undersøgelsen, og heraf udfyldte 2225 det selvudfyldte skema. Hovedparten (96%) af deltagerne i Befolkningsundersøgelsen i 2018 blev ved interviewets start af sig selv og af interviewerens kategoriseret som grønlandere. Temaerne for interview og spørgeskema fremgår af tabel 9.1.

Tabel 9.1. Emner i interview og selvudfyldt spørgeskema. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

| | Fra tidligere undersøgelser | Nye emner |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Interview | | |
| Uddannelse og erhverv | • | |
| Boligforhold og velstand | • | |
| Selv vurderet helbred | • | |
| Kronisk sygdom | • | |
| Rygning | • | |
| Kost | • | |
| Fysisk aktivitet (lang IPAQ) | • | |
| Fysisk aktivitet (selv vurderet) | | • |
| Unge uddannelse og psykiske helbred | | • |
| Ældres funktionsevne og dagligdag | | • |
| | | |
| Selvudfyldt skema | | |
| Alkohol (AUDIT skema) | | • |
| Hash | • | |
| Ludomani | • | |
| Selv mordstanker | • | |
| General Health Questionnaire | • | |
| Vold | | • |
| Seksuelle overgreb | • | |
| Seksuelt overførte sygdomme | | • |

Kliniske undersøgelser

Alle deltagere gennemgik en række kliniske undersøgelser. Disse kliniske undersøgelser omfattede måling af blodtryk, højde, vægt, taljeomfang, hofteomfang og fedtprocent. Desuden blev der taget blod- og urinprøver og gennemført en række kliniske undersøgelser målrettet aldersgrupperne. Blodprøver og kliniske undersøgelser fremgår af tabel 9.2. Overskydende blod opbevares i en biobank på Steno Diabetes Center i Danmark.

Tabel 9.2. Kliniske undersøgelser og blodanalyser. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

| | Fra tidligere undersøgelser | Nye emner |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Højde, vægt, talje og hofteomfang | • | |
| Kropsimpedans, fedtprocent | • | |
| Håndgrebsstyrke | | • |
| Stoletest | | • |
| Diabetes (glukosebelastning, HbA1c) | • | + 30 min måling |
| Blodtryk (automatisk) | • | |
| EKG | • | |
| Kolesterol (total, HDL, LDL) | • | |
| Triglycerid | • | |
| DNA | • | • |
| Seksuelt overførte sygdomme | | • |
| Lungefunktion | | • |

Dataopbejldning og analyse

Deltagernes svar blev indtastet direkte af interviewererne på tabletcomputere (iPad) ved hjælp af softwareprogrammet SNAP surveys, version 11 (<http://www.snapsurveys.com/>). De selvudfyldte skemaer og kliniske undersøgelser blev udfyldt i hånden og efterfølgende indtastet på samme måde som interviewet. Al indtastning af de selvudfyldte skemaer blev udført af nogle få personer med indgående interviewererfaring både på grønlandsk og dansk. Datafilerne blev herefter importeret til SPSS-programmet, oparbejdet og kombineret med resultater fra laboratorieanalyser, lungfunktion og EKG. Information om uddannelse, erhverv, bopæl og fødested blev kodet manuelt.

Analyserne er gennemført med statistikprogrammerne SPSS v. 23.0 eller højere og SAS v. 12.4. Data er analyseret ved hjælp af simple statistiske test, af og til med angivelse af en p-værdi som udtryk for den statistiske usikkerhed. P-værdien viser kun en rent statistisk sikkerhed og ikke, om de observerede forskelle er relevante eller interessante. Der blev endvidere anvendt aldersjusterede analyser med proceduren General Linear Model i SPSS.

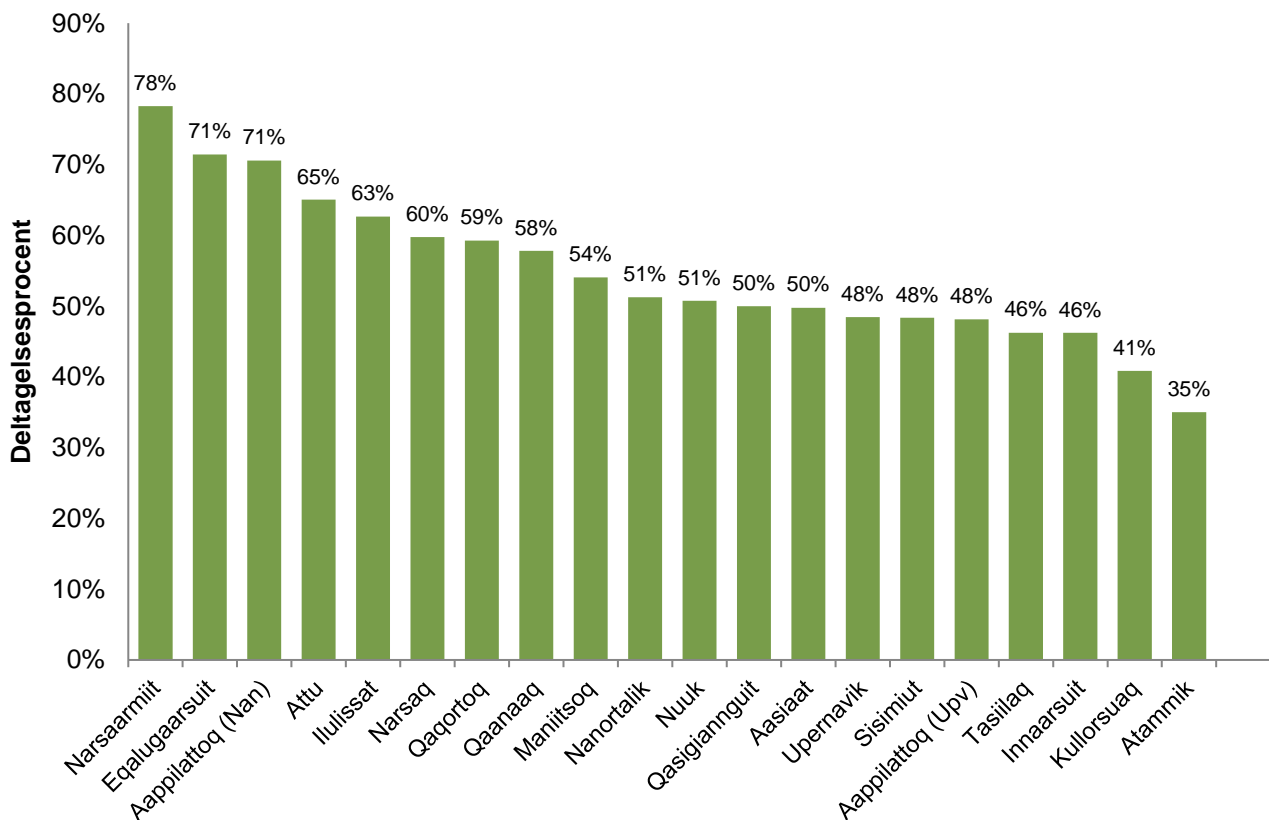
Ved præsentation af landsresultater er der taget højde for, at deltagelsesprocenten varierede både med hensyn til alder, køn og bopæl ved at vægte resultaterne til befolkningens sammensætning i 2018 med hensyn til disse faktorer. Det betyder, at f.eks. svar fra yngre mænd og svar fra større byer i Nordgrønland tæller mere med i de statistiske udregninger af procenter end svar fra ældre kvinder og bygder i Nordgrønland, fordi yngre mænd og deltagere fra større byer i Nordgrønland er underrepræsenterede i data, mens ældre kvinder og deltagere fra bygder i Nordgrønland er overrepræsenterede. Ved sammenligning med tidligere survey er alle survey vægtet til befolkningens sammensætning i 2014. De to vægtninger giver forskellige resultater, blandt andet fordi de 15-17-årige ikke deltog i 2014, og undersøgelsen ikke omfattede Qaanaaq.

Bortfaldsanalyse

Af den endelige, reducerede stikprøve på 4881 personer deltog 2539, hvilket giver en deltagelsesprocent på 52,0%. Deltagelse i undersøgelsen i 2018 varierede i forhold til alder og køn med en særlig lav deltagelse blandt unge mennesker, nemlig 35% blandt de 15-24-årige og med en højere deltagelse blandt kvinder (62%) end blandt mænd (44%). Dette svarer til mønsteret i de tidligere befolkningsundersøgelser.

Deltagelsesprocenten i de tidligere befolkningsundersøgelser har været stabil omkring et par og tres procent – i 1993 57-71%, i 1999 62%, i 2005-2010 64% og i 2014 63% – men faldt så i 2018. Dette er der ikke umiddelbart nogen forklaring på, og faldet ses i alle byer og bygder.

Deltagerne kom fra 12 byer og 8 bygder fra Nanortalik i syd til Qaanaaq i nord samt fra Tasiilaq i Østgrønland. Deltagelsesprocenten varierede betydeligt, fra 35% i Atammik til 78% i Narsaarmiit. Figur 9.1 viser deltagelsesprocenten opdelt på de enkelte byer og bygder i 2018. Bygderne havde de højeste og de laveste deltagelsesprocenter.



Figur 9.1 Deltagelsesprocent for de enkelte byer og bygder i Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Tabel 9.3 beskriver de overordnede årsager til frafald i undersøgelsen i 2018 på baggrund af oplysninger fra de rekrutteringsansvarlige. Kategorien "Ikke kontaktet" betyder, at det ikke var muligt at få kontakt med personen, hverken pr. brev eller telefon eller indirekte gennem familie eller naboer, eller at vedkommende var bortrejst, for eksempel på ferie. Kategorien "Uoplyst" omfatter tekniske og menneskelige fejl: Problemer med software, fejl i registreringslisterne eller manglende registrering. Den lavere deltagelse i 2018 end i 2014 skyldes langt overvejende, at der var færre, der ønskede at deltage, 31% af stikprøven imod 21% i 2014 og 18% i 2005-2010.

Table 9.3. Årsager til bortfald i befolkningsundersøgelserne fra 2014 og 2018.

| | 2018 | 2014 |
|----------------------|-------|-------|
| | % | % |
| Deltagere | 52,0 | 63,0 |
| Bortfald | | |
| Ønsker ej, udeblevet | 31,1 | 21,1 |
| Sygdom | 2,8 | 2,0 |
| Fangst, fiskeri | 0,2 | 0,7 |
| Ikke kontaktet | 12,0 | 9,3 |
| Andre årsager | 0,3 | 0,4 |
| Uoplyst | 1,5 | 3,6 |
| I alt | 100,0 | 100,0 |

Det skæve bortfald i Befolkningsundersøgelsen i 2018 med hensyn til alder, køn og bopæl kan have betydning for resultaternes gyldighed for hele befolkningen i Grønland. Ved præsentation af landsresultater er der taget højde for dette ved at vægte resultaterne til befolkningens sammensætning i 2018 med hensyn til køn, alder og bopæl. I epidemiologiske undersøgelser er det ofte sådan, at syge, personer med handicap og personer, der flytter meget rundt, er underrepræsenteret blandt deltagerne, og vi har en formodning om, at socialt udsatte personer, herunder personer med et alkoholmisbrug og personer med spinkel tilknytning til arbejdsmarkedet, ligeledes er underrepræsenteret blandt deltagerne. Dette er det desværre ikke muligt at vægte for.

10 Litteratur

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. World Health Organization. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. Second edition. 2001.

Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK, Larsen CVL. Measuring social inequality in health amongst indigenous peoples in the Arctic. A comparison of different indicators of social disparity among the Inuit in Greenland. *Social Science and Medicine Population Health*. 2018 Sep 12; 6:149-157.

Bjerregaard P, Jeppesen C. Inuit dietary patterns in modern Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* 2010;69:13-24.

Bjerregaard P, Larsen CVL. Time trend by region of suicides and suicidal thoughts among Greenland Inuit. *Int J Circumpolar Health*. 2015 Feb 19;74: 26053.

Bjerrum L, Barfod S, Becker U. Spørg til alkoholvaner- diagnostik og behandling af alkoholproblemer. København: Sundhedsstyrelsen og DSAM. 1. udgave. 2010.

Borreby K, Uhl E. Nogle undersøgelser af grønlandske levnedsmidler og kostforhold. *Beretninger vedrørende Grønland 1955*; 3, side 1-123.

Dahl-Petersen IK, Larsen CVL, Nielsen NO, Jørgensen ME, Bjerregaard P. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014. Levevilkår, livsstil og helbred. SIF's Grønlandsskrifter nr. 28. København og Nuuk: Statens Institut for Folkesundhed og Departementet for Sundhed, 2016.

Dansk Cardiologisk Selskab. 2018. Tilgået på følgende link: <https://www.cardio.dk/>

Departementet for Sundhed, Naalakkersuisut. Inuuneritta II. Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019. Nuuk: Departementet for Sundhed, 2012.

Ingemann C, Larsen CVL. Midtvejsevaluering af Inuuneritta II. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

Ingemann C, Beck A, Larsen CVL. Kortlægning af rygestoptilbud – Undersøgelse af borgernes adgang til rygestop i kommuner og sundhedsvæsenet i Grønland. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2019.

Grønlands Statistik. 2018 Tobaksstatistik. Nuuk: Grønlands Statistik, 2019. Tilgået på følgende link: <http://www.stat.gl/dialog/topmain.asp?lang=da&subject=Tobak%20og%20alkohol&sc=AL>.

Grønlands Statistik. Alkoholstatistik - Indførsel og produktion af alkohol 2018. Nuuk: Grønlands Statistik, 2019. Tilgået på følgende link: <http://www.stat.gl/dialog/main.asp?lang=da&version=201902&sc=AL&subthemecode=O1&colcode=O>.

Naalakkersuisut. Den nye alkohollov træder i kraft i dag. Pressemeldelse den 1. marts 2018. Tilgået på følgende link:

https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2018/03/0103_alkohollov.

Petersen CP, Bjerregaard P. Det svære ungdomsliv. Unges Trivsel i Grønland 2011 - en undersøgelse blandt de ældste folkeskoleelever. SIF's Grønlandsskrifter 24. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

Peqqik. Sundhedsportalen - Om alkohol. [02.04.2019]. Tilgået på følgende link:

https://www.peqqik.gl/Emner/Livsstil/Alkohol/OmAlkohol?sc_lang=da-DK

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 1993;88;791-804.

Bilag 1. Indikatorer for folkesundhed

Bilagstabel 1 og 2 viser de indikatorer, der er baseret på Statens Institut for Folkesundheds befolkningsundersøgelser siden 1993. I tabel 1 er analyserne justeret til befolkningens sammensætning på alder, køn og geografi i 2018. I tabel 2 er der for alle survey justeret til befolkningens sammensætning i 2014, således at tallene er direkte sammenlignelige. Der er derfor forskel på indikatorerne for Befolkningsundersøgelsen i 2018 i de to tabeller. To vigtige forskelle er, at tabel 2 kun omfatter deltagere på 18 år og derover, og at Qaanaaq ikke er med. For begge tabeller indgår kun grønlandere, da andelen af danskere har været meget varierende gennem årene.

Ulighed i sundhed er hidtil målt ved et såkaldt koncentrationsindeks, der er en fremragende metode til at måle den samlede ulighed i den undersøgte befolkning, men der er tale om nogle ret komplicerede, statistiske beregninger, og det præsenterede indeks er ikke helt ligetil at forklare eller forstå for ikke-statistikere. Vi leder derfor efter en mere simpel, men stadig alment gyldig metode.

Fysisk aktivitet er hidtil målt ved hjælp af det omfattende spørgeskema International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), der er kompliceret og tidskrævende både at spørge om og at efterbehandle. Der er i 2018 sideløbende med IPAQ forsøgsvist anvendt en metode med to spørgsmål, som beder deltagerne om at vurdere deres fysiske aktivitetsniveau sommer og vinter. Desuden følger vi udviklingen af nye kropsmålere, der forventes engang i fremtiden til en rimelig pris at kunne give direkte svar på individuelle aktivitetsniveauer også i store befolkningsundersøgelser.

Bilagstabel 1. Indikatorer for folkesundheden målt i Befolkningsundersøgelsen i Grønland (B2018). Vægtet til befolkningen i 2018.

| Indikator | B2018 | Konsekvens for folkesundheden |
|--|-------|--|
| Generel sundhedstilstand | | |
| Andel, der vurderer eget helbred som "godt" eller "virkeligt godt" (%) | 59,6 | Udfordring: Faldende tendens |
| God livskvalitet (%) | 89,3 | Høj forekomst: Ok |
| Social ulighed i rusdrikning (koncentrationsindeks) | 0,16 | Udfordring: Stor social ulighed |
| Social ulighed i rygning (koncentrationsindeks) | 0,14 | Udfordring: Stor og stigende social ulighed |
| Antal personer pr. rum | 1,06 | Stigende tendens: Ok |
| Børn og unge | | |
| Andel 18-29-årige, der har været udsat for seksuelle overgreb inden 18-års-alderen (%) | 26,0 | Udfordring: Høj forekomst |
| 18-29-årige med selvmordsforsøg seneste år | 7,4 | Udfordring: Høj forekomst |
| Alkohol og hash | | |
| Rusdrikkere (%) | 33,8 | Udfordring: Høj forekomst |
| Forældre med børn under 18 år med potentielt skadeligt alkoholforbrug (%) | 38,6 | Udfordring: Høj forekomst |
| Rygning | | |
| Procent der ryger dagligt (%) | 52,3 | Udfordring: Faldende tendens, men stadig høj forekomst |
| Private hjem med rygebegrænsning (%) | 80,0 | Stigende tendens: Ok |
| Kost og fysisk aktivitet | | |
| Andel med Body Mass Index ≥ 30 | 27,0 | Udfordring: Høj forekomst, men muligvis stagnerende |
| Fysisk aktive 1 time om dagen (%) | 86,4 | Ok, forudsat at vi kan stole på målingerne |
| Spiser frugt dagligt (%) | 38,8 | Udfordring: Stiger ikke |
| Spiser grøntsager dagligt (%) | 31,0 | Stigende tendens: Ok |
| Spiser fisk mindst 1 gang om ugen (%) | 44,0 | Udfordring: Faldende tendens |
| Drikker saft eller sodavand hver dag (%) | 41,3 | Udfordring: Høj forekomst og stigende tendens |
| Spiser kød af havpattedyr 1-3 gange om ugen (%) | 32,0 | Stabil: Ok |
| Fødevarerensikkerhed (%) | 8,8 | Faldende tendens: Ok |

Bilagstabel 2. Indikatorer for folkesundheden målt i Befolkningsundersøgelsen i Grønland. Vægtet til befolkningen i 2014.

| Indikator | 2005-2010 | 2014 | 2018 | Ratio B2018:2005 | Sikkerhedsinterval | |
|--|-----------|------|------|------------------|--------------------|------|
| Generel sundhedstilstand | | | | | | |
| Andel, der vurderer eget helbred som "godt" eller "virkeligt godt" (%) | 64,4 | 59,2 | 59,0 | 0,92 | 0,85 | 0,98 |
| God livskvalitet (%) | 80,3 | 90,9 | 88,5 | 1,10 | 0,88 | 1,38 |
| Social ulighed (rusdrikning) | 0,12 | 0,14 | | | | |
| Social ulighed (rygning) | 0,09 | 0,11 | 0,12 | 1,34 | 1,27 | 1,43 |
| Antal personer pr. rum | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 0,98 | 0,96 | 1,00 |
| Børn og unge | | | | | | |
| Andel 18-29-årige, der har været udsat for seksuelle overgreb inden 18-års-alderen (%) | 32,8 | 32,8 | 27,0 | 0,82 | 0,63 | 1,07 |
| 18-29-årige med selvmordsforsøg seneste år | 9,1 | 11,5 | 8,3 | 0,91 | 0,59 | 1,40 |
| Alkohol og hash | | | | | | |
| Rusdrikkere (%) | 52,0 | 49,9 | | | | |
| Forældre med børn under 18 år med potentielt skadeligt alkoholforbrug (%) | 25,5 | 21,5 | | | | |
| Rygning | | | | | | |
| Procent der ryger dagligt (%) | 58,6 | 56,8 | 54,7 | 0,93 | 0,87 | 1,00 |
| Private hjem med rygebegrænsning (%) | 59,0 | 75,6 | 78,9 | 1,34 | 1,25 | 1,43 |
| Kost og fysisk aktivitet | | | | | | |
| Andel med Body Mass Index ≥ 30 | 22,9 | 27,3 | 27,8 | 1,21 | 1,09 | 1,35 |
| Fysisk aktive 1 time om dagen (%) | 85,4 | 81,0 | 86,6 | 1,01 | 0,95 | 1,08 |
| Spiser frugt dagligt (%) | 37,2 | 44,9 | 38,8 | 1,04 | 0,95 | 1,14 |
| Spiser grøntsager dagligt (%) | 23,9 | 30,4 | 29,6 | 1,24 | 1,11 | 1,39 |
| Spiser fisk mindst 1 gang om ugen (%) | 56,0 | 50,2 | 42,8 | 0,76 | 0,71 | 0,83 |
| Drikker saft eller sodavand hver dag (%) | 24,4 | 32,1 | 43,9 | 1,80 | 1,62 | 2,00 |
| Spiser kød af havpattedyr 1-3 gange om ugen (%) | 35,9 | 35,7 | 33,3 | 0,93 | 0,84 | 1,02 |
| Fødevarerikkerhed (%) | | 11,8 | 8,2 | 0,69 | 0,57 | 0,85 |