



Meeqqat Inuusuttullu Pillugit Ilimasaqarfik
Videnscenter om Børn og Unge
Documentation Centre on Children and Youth



**Børns sundhed
i et socialt perspektiv med udgangspunkt i
Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet**

BIRGIT V. L. NICLASSEN

Børns sundhed i et socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet

Birgit V. L. Niclasen

Denne udgivelse er resultat af MIPI – Videnscenter om Børn og Unge & Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammets partnerskabsaftale fra 2008.

Udgivet af MIPI – Videnscenter om Børn & Unge og Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet, Grønlands Selvstyre
© Birgit V. L. Niclasen & MIPI – Videnscenter om Børn og Unge & Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet

Tekst & tabeller: doktor i folkesundhed Birgit V. L. Niclasen

Redaktion: Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet & MIPI – Videnscenter om Børn og Unge

Tryk & Layout: Naqitat a/s

Forside foto: Ivalu Risager

Publikationen kan frit downloades og kopieres. Gengivelse er tilladt med korrekt kildehenvisning.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver MIPI – Videnscenter om Børn og Unge publikationer, bedes sendt til centret.

ISBN 978-87-993449-0-1

Bogen er også udgivet på grønlandsk med titlen *Inuuneritta - Innuttaasut peqqissuunissaannik suliniut aallaavigalugu meeqqat peqqissusiat inooqatigiinnikkut isigalugu* af Bola Egede Martinsen & Lona Lyngø

Forord

I den grønlandske offentlighed er der løbende debatter omkring forskel på levevilkår, livsstil, fattigdom m.m. i byerne og i bygderne. Disse debatter omhandler blandt andet forskelle i tilgangen til køb af friske og sunde madvarer, for folk der bor i bygderne og yderdistrikterne i forhold til folk der bor i større byer. Det er blevet dokumenteret i undersøgelser foretaget i Grønland, at der findes social ulighed blandt børn, men hvad angår sundhedsområdet er analyser af data ikke så omfattende. Der eksisterer nogle data, og derfor har MIPI – Videnscenter om Børn og Unge indledt et samarbejde med Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet for at sætte fokus på emnet *børns sundhed i et socialt perspektiv*, da dette er et underbelyst emne.

MIPI – Videnscenter om Børn og Unge og Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet håber, at børne- og ungeperspektivet bliver sikret med denne rapport omkring emnet sundhed, og at rapporten er med til at skabe fokus og debat omkring dette vigtige emne.

Denne rapport er udarbejdet af doktor i folkesundhedsvidenskab Birgit V. L. Niclasen, og MIPI – Videnscenter om Børn og Unge og Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet siger tak til doktor i folkesundhed Birgit V. L. Niclasen. Vi vil også sige tak til sociologistuderende fra Københavns Universitet Lise Sparre for konsulentbistand.



Kisea Bruun

Bestyrelsesforkvinde i MIPI

Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet

Grønlands Selvstyre

Indholdsfortegnelse

1.1 Resumé.....	7
2.1 Folkesundhed	8
2.2 Kort om folkesundhedens udvikling i Grønland.....	8
2.3 Faktorer (determinanter) af betydning for sundheden	9
2.4 Ansvar for varetagelsen af folkesundheden	11
3. Konventioner og internationale programmer med fokus på børns plads i disse.....	11
3.1 FNs Børnekonvention	11
3.2 Internationale strategier.....	12
4. Ideerne bag Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet	12
5. Indikatorers plads i sundhedsovervågningen og generelt om de valgte indikatorer	13
6. Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet i et socialt perspektiv	14
6.1 Data i rapporten.....	15
6.2 Databehandling	15
7. Analyseniveauer.....	16
7.1 Forskel på kommuneniveau	16
7.2 Forskel mellem Nuuk by, byer og bygder.....	17
8. Forskelle i sociale og demografiske vilkår	17
9. Forskelle i sundhed og risikofaktorer.....	19
9.1 Seksuel sundhed	19
9.2 Skader, slagsmål og mobning	20
9.3 Mad og kostvaner.....	22
9.4 Alkohol og rygning	23
9.5 Fysisk aktivitet og inaktivitet.....	24
9.6 Tidlig indsats.....	26
9.7 Tandsundhed	27
9.8 Ressourcer	28
10. Betydningen af forskelle i sociale, økonomiske og demografiske vilkår	30
10.1 Betydningen af forskelle i sundhedsdeterminanter og sundhed.....	30
10.2 Overvægt som eksempel på en kompleks udfordring for samfundet.....	31
10.3 Sundhedsvæsenets rolle	32
11. Opsummering af resultater, konklusion og anbefalinger	33
11.1 Konklusion og anbefalinger	35
12. Referencer	36
13. Bilag	39
13.1 Datatilgængelighed	39

13.2 Indikatordefinitioner	39
13.3 Datakilder.....	43

1. Indledning

De seneste år er der kommet et øget fokus på børns vilkår, sundhed og velbefindende på flere niveauer. På den politiske arena er alle partier enige om, at der skal bevilliges flere penge til børne- og ungeområdet, så man ud fra et samfundsmæssigt perspektiv sikrer, at fremtidens samfundsborgere får optimale kår under deres opvækst. At sikre folkesundheden er en vedvarende proces, der kræver et kontinuerligt fokus. Naalakkersuisut kan bidrage med at implementere langsigtede strategier, der kan øge det generelle folkesundhedsniveau. Et godt eksempel på en langsigtet strategi er Grønlands første folkesundhedsprogram 'Inuuneritta – lad os få et godt liv' (Grønlands Hjemmestyre, 2007), der har fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Inden for sundhedsforskning har der også været interesse for børns sundhed og vilkår via strategien om 'Grønland for børn – børn i Grønland' (Mulvad et al., 2003), der har børn og unge som fokusområde.

Men til trods for god vilje og politisk, forskningsmæssig og strategisk prioritering er der stadig opgaver, der venter, før alle børn i Grønland er sunde og har mulighed for at udvikle deres potentiale fuldt ud. Det faktum har MIPI – Videnscenter om Børn og Unge blandt andet dokumenteret i statistikker og tidligere rapporter om børnefattigdom og dens konsekvenser (Schnohr et al., 2007, Nielsen and Wulff, 2007, Wulff and Nielsen, 2007) samt i andre rapporter om børns vilkår (Kahlig and Banerjee, 2007).

I dag er de forskellige indsatser på børneområdet ikke bundet sammen af en samlet strategi, og på de fleste områder er der ikke opstillet konkrete mål for indsatsen eller for, hvordan det skal vurderes om målene nås. Således mangler *"... en systematisk, kontinuerlig og dækkende registrering af børns sundhed og velbefindende set i et barneperspektiv og sat ind i en social og politisk sammenhæng"* (Köhler and Jakobsson, 1991).

MIPI – Videnscenter om Børn og Unges rapporter peger på, at der er social ulighed blandt børn og unge i Grønland. En tilsvarende ulighed kunne man forestille sig også fandtes på sundhedsområdet. Denne rapport vil forsøge at belyse netop dette. Koblingen mellem social ulighed og sundhed er interessant at få undersøgt, fordi viden om ydre forholds betydning for sundheden mangler, og denne tilgang kan måske bidrage med nye perspektiver og måske endda forklaringer. Den overvejende del af den offentliggjorte forskning omhandler enkeltsygdomme og ses sjældent i et socialt perspektiv (Niclasen, 2009) eller inkluderer sociale, økonomiske og uddannelsesmæssige forhold, der er en del af de samfundsmæssige vilkår, som har betydning for sundheden.

Hensigten er at analysere sundhedstilstanden med udgangspunkt i de indsatsområder, som Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet har som fokusområder - disse områder er valgt, fordi de

repræsenterer de aktuelle politiske målsætninger på folkesundhedsområdet. I rapporten ses sundhed ud fra en bred sundhedsdefinition. Den sociale kontekst vil blive belyst gennem forskellige samfundsmæssige forhold, der er med til at bestemme sundhedstilstanden. Disse 'determinanter' vil blive forklaret og grupperet i makro-, meso- og mikroniveau alt efter på hvilket niveau, de påvirker sundhedsforholdene. Denne tilgang er ikke tidligere blevet anvendt i en grønlandsk kontekst, men den vil forhåbentlig kunne bidrage med at nuancere billedet af de grønlandske børns sundhedstilstand og skabe bevidsthed omkring de samfundsmæssige faktorer, der spiller en rolle for at opnå sundhed.

1.1 Résumé

Rapporten er opbygget i dele.

Del 1 består af kapitel 1 og 2. Kapitel 1 beskriver baggrunden for udarbejdelsen af denne rapport, og kapitel 2 belyser den grønlandske folkesundhedstilstand og dens udvikling med fokus på børn og unge. Her vil det blive konkretiseret, hvorfor denne rapports fokus på determinanter er vigtig og anvendelig.

Del 2 består af kapitel 3 og 4. En præsentation af internationale sundhedsprogrammer, og udviklingen af det syn på sundhed, som karakteriserer disse, vil være at finde i kapitel 3. I kapitel 4 vil det grønlandske folkesundhedsprogram Inuuneritta blive koblet med de internationale sundhedsprogrammer.

Del 3 består af kapitel 5, 6 og 7. Denne del beskriver de metodiske overvejelser bag rapporten. I kapitel 5 præsenteres de indikatorer, der optræder i rapporten. I kapitel 6 vil der være begrundelser for, hvorfor det er relevant at koble sundhedsforskelle med livsbetingelser og de sociale determinanter, som denne rapport inddrager. Desuden vil der optræde et mindre afsnit om databehandlingen og den anvendte statistik. Afslutningsvis vil der være en præsentation af rapportens analyseniveauer.

Del 4 består af kapitel 8, 9 og 10. I kapitel 8 og 9 beskrives analysens resultater, og kapitel 10 indeholder refleksioner over resultaternes betydning, og de udfordringer, de medfører, vil blive eksemplificeret med 'overvægt' som case.

Del 5 indeholder anbefalinger lavet på baggrund af rapportens resultater.

2. Baggrund

2.1 Folkesundhed

I dette afsnit vil det blive nærmere præciseret, hvilken opfattelse der ligger bag brugen af betegnelsen "folkesundhed". Desuden vil de internationale strømninger over tid inden for folkesundhedsprogrammer blive introduceret med henblik på at placere det grønlandske folkesundhedsprogram Inuuneritta i en kontekst.

Når man omtaler folkesundhed, tænkes der overordnet på sundhed på populationsniveau eller hos grupper af individer (Acheson, 1988) i modsætning til sundhedssystemets individbaserede tilgang til sundhed og indsatser. Folkesundhed kan defineres forskelligt, men samlet for alle definitioner er, at de pointerer samfundets og de kollektive indsatsers rolle i at forbedre den generelle sundhedstilstand i befolkningen.

2.2 Kort om folkesundhedens udvikling i Grønland

Grønland har de seneste 50-100 år gennemgået en drastisk samfundsmæssig udvikling, hvilket har haft både positive og negative konsekvenser for folkesundheden (Bjerregaard, 2004). Ifølge Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet har følgende omstændigheder haft størst indflydelse på folkesundheden (Grønlands Hjemmestyre, 2007).

- omstilling fra fangstbaseret økonomi til lønarbejde
- bedre boligforhold, renovation og øget fødevarerikkerhed
- øget kontakt med resten af verden
- indvandring af europæere, befolkningstilvækst og befolkningskoncentration
- ændringer i kostvaner og reduktion i fysisk aktivitet
- øget adgang til tobak og alkohol
- forbedret adgang til et moderne sundhedsvæsen
- ændring af familiemønstret og udvikling fra tre generationer til to generationer i samme husstand

Desuden har Young og Bjerregaard suppleret med:

- Ændret politisk kultur med større uafhængighed og en ny (ofte) tosproget herskende klasse med rødder i både den vestlige og i den traditionelle kultur (Young and Bjerregaard, 2008).

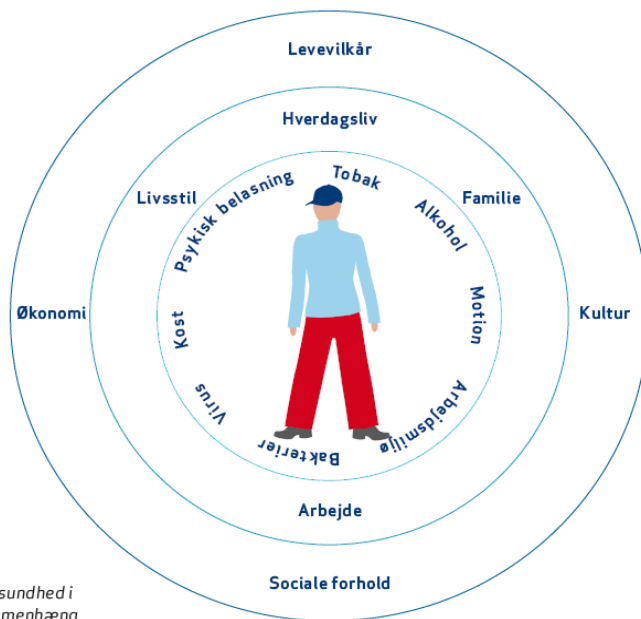
De hurtige ændringer i samfundet har også påvirket sygdomsmønstret hos børn. Overordnet ligner sygdomsmønstret i dag det, der ses i andre vestlige lande, og det kan kort siges, at grønlandske børn generelt er fysisk sundere nu end tidligere (Niclasen and Bjerregaard, 2007a). Historisk er der sket en udvikling i sygdomsmønstret bort fra alvorlige infektionssygdomme, høj

spædbørnsdødelighed, og en høj dødelighed på grund af ikke-naturlig død eksempelvis ulykker mod et sygdomsmønster med flere kroniske og livsstilssygdomme som allergi, astma og overvægt. Overvægt er en af de nye livsstilsbetingede sygdomme, der er i hastig vækst globalt og i hele det arktiske område, også hos børn i Grønland (Schnohr et al., 2005b, Niclasen et al., 2007b). Overvægt har sammenhæng med senere udvikling af hjertekarsygdomme og sukkersyge. Det specielle for Grønland er, at Grønland fortsat har dele af det gamle sygdomsmønster samtidig med, at de nye kroniske sygdomme har vundet indpas. Der er således stadig en høj forekomst af tuberkulose, seksuelt overførte sygdomme og hepatitis B, ligesom børnedødeligheden fortsat er højere end i de fleste vestlige lande dels på grund af en større dødelighed i spædbarns- og småbarnsalderen og dels på grund af, at selvmord er hyppigere hos større børn og unge i Grønland. Den hurtige samfundsudvikling har også haft betydning for familiernes psykiske og sociale sundhed (Bjerregaard and Young, 1998). Familien har essentiel betydning for børns sundhed. Selvom nøjagtige tal mangler, så tyder alt på, at risikoen for at videreføre en negativ social arv er betydelig, og det i sig selv er en trussel mod sundheden. En anden trussel mod sundhed senere i livet er negative sundhedsvaner på blandt andet områder som kostvaner, fysisk aktivitet, rusdrikkeri, rygning og seksuel sundhed (Schnohr et al., 2005a, Currie et al., 2004, Niclasen et al., 2007a, Currie et al., 2008), hvilket Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007) også påpeger, og sidst har globaliseringen øget informationsstrømmen og givet nye forbrugsgoder og ændrede vaner, hvilket også har indflydelse på sundheden og livskvaliteten.

2.3 Faktorer (determinanter) af betydning for sundheden

Sundhed kan ikke ses isoleret. Det enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, personlige ressourcer, livsstil, netværk, levevilkår som familie, venner, lokalsamfundet og det globale samfund. Figur 1 fra Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007) viser de faktorer, der spiller en rolle for menneskers sundhed. Figuren viser også nogle af de sociale faktorer, som denne rapport ønsker at inddrage.

Her skal det pointeres, at børn er specielle – og specielt vigtige – dels på grund af deres afhængighed af omgivelserne og dels på grund af deres behov for vækst og udvikling. Faktorer af betydning for børns sundhed ændrer sig derfor med barnets behov, alder og udviklingstrin.



Figur 1:
Model for sundhed i
social sammenhæng

De faktorer, der har betydning for sundheden (sundhedsdeterminanterne), kan inddeles i determinanter på makro-, meso- og mikroniveau.

Makroniveauet dækker faktorer, som betragtes som havende langt størst sundhedsmæssig betydning. De ses som "årsagerne til årsagerne" (World Health Organization, 2008). De inkluderer en række indbyrdes afhængige sociale, fysiske, økonomiske og miljømæssige faktorer som eksempelvis *uddannelse, erhverv og arbejdsforhold, indkomst, bolig og demografiske forhold*. Makroniveaufaktorer kan influeres fra endnu mere overordnede niveauer som eksempelvis samfundets politikker og globale faktorer.

Mesoniveauet består af *den sociale, fysiske, arbejdsmæssige og miljømæssige kontekst, som det enkelte individ lever sit liv i*, og som virker gennem psykiske og sociale processer, sundhedsadfærd eller mere direkte gennem specielle risici i de lokale omgivelser. Kultur opfattes som havende indflydelse både på makro- og mesoniveauet.

På **mikroniveauet** indgår *individuelle faktorer af betydningen for sundheden* som fysiologiske og biologiske forhold (Turrell et al., 1999).

2.4 Ansvar for varetagelsen af folkesundheden

Det overordnede samfundsmæssige ansvar for befolkningens sundhedstilstand er placeret hos og fordelt mellem Selvstyret og kommunerne. Selvstyret er ansvarlig for de overordnede retningslinjer for service og forvaltning, de fleste offentlige institutioner, sundhedsvæsenet inklusive sundhedspleje og hjemmesygeplejefunktionerne, handicapområdet, samt drift af specialinstitutioner på social- og sundhedsområdet. Kommunerne har ansvaret for forvaltning af sociale ydelser, drift af børneinstitutioner og folkeskoler, folkeskoleuddannelsen, lokale kulturelle aktiviteter, samt det lokale miljø. De nye storkommuner¹ overtog per 1. januar 2009 det fulde ansvar for flere forvaltningsområder, og overtagelsen kan få betydning for de involverede børn på flere områder.

3. Konventioner og internationale programmer med fokus på børns plads i disse

Dette kapitel vil indeholde en præsentation af aktører på sundhedsområdet. Desuden vil det første folkesundhedsprogram i Grønland fra 2007, Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet, og de grundlæggende ideer, som programmet bygger på, blive introduceret. Endeligt vil kapitel belyse de omstændigheder, der kræves, for at programmet kan fungere optimalt.

3.1 FNs Børnekonvention

I mange år har man taget hensyn til børn i forbindelse med udformning af landets lovgivning, og FNs Konvention om Barnets Rettigheder, i daglig tale Børnekonventionen (United Nations, 1989) fra 1989 blev ratificeret allerede ved Landstingets forårssamling i 1992. FNs børnekonvention bør danne basis for indsatser omkring børns forhold i Grønland. Det mest fundamentale princip i Børnekonventionen er, at alle initiativer skal ses ud fra barnets bedste (*"in the best interest of the child"*) og med barnet i centrum. Intentionen med at skrive "barn" og ikke "børn" er, at gøre det sværere at gemme det enkelte barns forhold under en kollektiv kappe. Børn defineres i konventionen som værende 0-17 år. I konventionens 54 artikler beskrives en række basale rettigheder, som samfundet forpligter sig til at sikre alle børn. Sundhed har en fremtrædende plads i Børnekonventionen, og her stadfæstes barnets ret til den højest opnåelige sundhedsstandard og til de bedste faciliteter for behandling og genskabelse af sundheden – dog under hensyntagen til de ressourcer, der er til stede i det enkelte land.

¹ Qaasuitsup Kommune, Kommuneqarfik Sermersooq, Qeqqata Kommune og Kommune Kujalleq.

3.2 Internationale strategier

En vigtig medspiller i forbedringen af den globale folkesundhed er Verdenssundhedsorganisationen WHO. Ved organisationens start i 1948 definerede man sundhed som *"en tilstand af komplet fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke bare fravær af sygdom og svagelighed"* (World Health Organization, 1948). Denne definition af sundhed er meget bred og dermed svær at bruge i praksis. Den ser sundhed som statisk og er snarere en definition af lykke. Men den er vigtig, fordi den understreger de sociale og psykiske betingelsers betydning for sundhed. En senere definition fra WHO ser sundhed som *"et middel, der gør det muligt at leve et socialt og økonomisk produktivt liv"* (World Health Organization, 1998). Sidstnævnte opfattelse af sundhed er mere i tråd med opfattelsen i Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007).

Et perspektiv på forebyggelse, i forhold til sundhedsfremme som ofte inddrages i udformningen af folkesundhedsprogrammer, er beskrevet i Ottawa-charteret (World Health Organization Regional Office for Europe, 1986). Det markerer et skift fra en gammeldags forebyggelsestænkning med fokus på risikofaktorer til et nyt fokus orienteret mod sundhed og medinddragelse. Inuuneritta, det grønlandske folkesundhedsprogram bygger netop på de tanker om sundhedsfremme, som er beskrevet i Ottawa Charter og dets efterfølgere.

Generelt har internationale folkesundhedsstrategier siden WHO's start fået tiltagende fokus på forebyggelse og sundhedsfremme både i forhold til børns sundhed og den tidlige udviklings betydning for sundheden senere i livet. Samtidig har de i højere og højere grad taget udgangspunkt i barnets rettigheder og barnets eget perspektiv. Parallelt med disse ændringer er kommet mere fokus på at kunne måle og følge folkesundheden med indikatorer.

4. Ideerne bag Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet

I forordet til Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet står der, at *"... det er Landsstyrets målsætning at forbedre folkesundheden og dermed sikre en øget livskvalitet. Dette skal ikke ske gennem behandling alene."* (Grønlands Hjemmestyre, 2007). Programmet opfatter sundhed som hele samfundets ansvar, og det lægger op til en styrkelse af det tværfaglige samarbejde. Formålet med programmet er *"... at afstikke nogle rammer, præsentere nogle ideer og lægge op til samarbejdsaftaler omkring sundhed"*, mens *"... de konkrete initiativer og handlinger skal udmøntes af de mennesker, professionelle og almindelige borgere - der kommer til at bære ansvaret for programmet"* (Grønlands Hjemmestyre, 2007:7).

Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammets fokusområder frem til år 2012 er **alkohol, vold og seksuelle overgreb, kost, fysisk aktivitet, rygning og seksuel sundhed**.

Børn og unge er en prioriteret målgruppe i programmet. På børneområdet bygger programmet dels på tidligere indsatser og specielt på **selvmordsforebyggelse, tidlig forebyggende indsats for børn og unge**, samt **tandsundhed** og specifikt på forebyggelse og sundhedsfremme.

I programmet er der beskrevet følgende fire strategier indenfor børne- og ungeområdet:

- at fremme tidlig indsats og opfølgning overfor gravide og deres familie, nyfødte og børn i særlig risiko og/eller med særlige behov.
- at sikre tidlig indsats overfor unge med risiko- og misbrugsadfærd.
- at højne børn og unges livskvalitet og trivsel.
- at fremme børn og unges handlekompetence i forhold til en generel sund livsstil.

Disse strategier er alle meget brede og Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet giver kun meget få konkrete bud på, hvordan opfyldelse af strategierne skal kunne vurderes og måles. Selvom Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet også har fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, på børns sundhed og på den tidlige udviklings betydning for sundheden senere i livet, så sætter programmet i sin nuværende form primært fokus på sundhed i et individuelt perspektiv og kun i mindre grad på de sociale, økonomiske og demografiske faktoreres betydning for sundheden.

For at kunne afdække om Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet, som forventet, påvirker folkesundheden positivt kræves det, at der udvikles nøgletal (indikatorer) som kan udgøre mere konkrete målepunkter for programmet, og der skal yderligere systematisk indsamles data for disse. Det næste kapitel handler derfor om indikatorer, og om hvordan Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet kan operationaliseres ved at opstille indikatorer, der kan indsamles data om og dermed bidrage til at vurdere, om indsatsområdet på børn og ungeområdet i Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet har den ønskede effekt på folkesundheden.

5. Indikatorers plads i sundhedsovervågningen og generelt om de valgte indikatorer

I dette kapitel defineres indikatorbegrebet, og baggrunden for de valgte indikatorer præsenteres. Formålet med dette er at præcisere, hvad indikatorer kan bidrage med i forhold til at sikre viden, og vurdere behov, tilbud og effekt af sundhedsindsatser overfor børn.

De internationale folkesundhedsindsatser har, som beskrevet, fået mere og mere fokus på at kunne måle sundhed og effekten af indsatser. Det gøres ofte med indikatorer (nøgletal). Gode

indikatorer er et vigtigt værktøj i blandt andet den politiske beslutningsproces, fordi indikatorer kan fremme forståelsen af komplicerede sammenhænge ved at give et forenklet billede af virkeligheden og konkretisere den.

Det vigtige er at sikre, at de valgte indikatorer giver det bedste billede af børns sundhed ud fra lokale forhold og prioriteringer. Udviklingen af et sæt af indikatorer må derfor ske i trin. Det første trin er, at samle den kendte viden om børns sundhed og vilkår. Det andet er under hensyn til denne viden og til de lokale prioriteringer at tage stilling til hvilke områder, det er vigtigst at kunne måle på. I det tredje trin vælges de mest relevante indikatorer indenfor disse områder. Det fjerde trin er at finde datakilder på indikatorerne (Niclasen, 2009).

Da Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet beskriver de aktuelle prioriteringer i den grønlandske folkesundhed, er hovedfokus i denne rapport disse indikatorer samt en suppling af disse med indikatorer for sundhedsdeterminanter på makrofaktorniveau som eksempelvis demografiske, sociale, økonomiske og uddannelsesmæssige forhold. I rapporten er, så vidt det var muligt, brugt samme indikator-definition som i et nyligt præsenteret forslag til indikatorer for børns sundhed i Grønland (Niclasen and Köhler, 2009a, Niclasen and Köhler, 2009b). Det er dog ikke alle indsatsområder i Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet, det er muligt at lave specifikke indikatorer på eller at skaffe data om, så valget af indikatorer i denne rapport er også begrænset af, hvilke data, det har været muligt at fremskaffe.

6. Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet i et socialt perspektiv

Social ulighed i sundhed er et tiltagende fokus internationalt, og det at reducere ulighed i sundhed er en af hjørnestenene i WHO's folkesundhedsstrategier, og det er en central faktor i Børnekonventionen. Det er fundet, at uafhængigt af landets rigdom findes i langt de fleste lande en forskel i sundhed - også i børns sundhed – mellem samfundets øverste og samfundets nederste, og hvert lille trin op ad samfundsstigen giver oftest et lille trin mod bedre sundhed (Victora et al., 2003). Denne socialt betingede forskel i sundhed tilskrives i høj grad de beskrevne makroniveau faktorer.

Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007) anerkender, at det ofte er livsbetingelserne, der bestemmer den enkeltes helbred, men fokuserer, som beskrevet, i sin nuværende form kun i meget begrænset omfang på de store demografiske, sociale og økonomiske forskelle internt i Grønland og deres betydning for sundheden. Derfor er det interessant at se, hvad fokus på sociale determinanter kan bidrage med i sammenhæng med Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammets indsatsområder.

Inden analyseresultaterne bliver præsenteret, vil rapportens datagrundlag og statistiske test kort blive beskrevet i nedenstående afsnit.

6.1 Data i rapporten

For at kunne undersøge sundhedstilstanden via indikatorer for Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammets indsatsområder og forskellige makrofaktorer er det nødvendigt med et solidt datamateriale. I denne rapport er der inddraget analyser fra HBSC² samt foretaget nye dataudtræk specielt til denne rapport. Desuden trækkes der på data fra Grønlands statistik, det nationale fødselsregister, det grønlandske sundhedsvæsen, og Landslægen. Så der er i rapporten brugt en bred vifte af datakilder og registre, og generelle overvejelser om disse datakilder findes i rapportens bilag.

6.2 Databehandling

De steder, hvor der er angivet et procenttal, angiver dette, hvor stor en procentdel af børnene i befolkningen eller for de spørgeskemabaserede besvarelser, der optræder i denne kategori. For at undersøge om de angivne forskelle mellem grupperne skyldes tilfældigheder, eller om disse er statistisk signifikante (betydende) er brugt statistiske tests. De brugte tests er enten χ^2 -test eller Kruskal-Wallis test. Det fremgår af teksten ved tabellerne, om der ved testen er fundet en statistisk forskel mellem grupperne. I analyserne arbejdes der med forskellige signifikansniveauer og '**' markerer et 5 % signifikansniveau, hvilket betyder, at der er mindre end 5 % risiko for, at den fundne sammenhæng er tilfældig. Tilsvarende angiver '***' mindre end 1 % risiko for, at den fundne sammenhæng er tilfældig og '****' findes de steder, hvor sandsynligheden for at sammenhængen er tilfældig er 0,1 % eller mindre. Så når det i rapporten fremgår, at der er forskel mellem de undersøgte grupper betyder det, at der er tale om en signifikant forskel, og de steder, hvor der ikke er signifikant sammenhæng, er disse markeret med '-' i tabellerne.

På grund af det lave antal børn i kommunerne har det ikke været muligt at analysere data i forhold til køn, men dataanalyserne er om muligt foretaget på data fra tre fortløbende år. Data i de enkelte tabeller er opgivet som et gennemsnit for kommunerne i gruppen med den laveste og højeste værdi for gruppens kommuner (spredningen indenfor gruppen) i parentes.

² Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der er foretaget løbende blandt skoleelever, og den har været foretaget hvert fjerde år siden 1994 og senest i 2006.

7. Analyseniveauer

I de kommende to afsnit vil der optræde begrundelser for de analytiske opdelinger og valg af data for de valgte indikatorer.

7.1 Forskel på kommuneniveau

Kommunerne har ansvaret for mange af områderne med direkte betydning for børns vilkår³, og hver af de gamle kommuner (før 2009) udgjorde samtidigt et sundhedsdistrikt med eget sygehus i hovedbyen. Det gør analyser på kommunalt niveau til et logisk valg. Forskelle i børns sundhed og levevilkår mellem de enkelte kommuner kan fx. inspirere en kommune til at lære af en anden, som klarer sig specielt godt på et område. Det ville være særligt interessant, hvis der findes kommuner, hvor børns sundhed er over gennemsnittet, selvom kommunen ikke har specielt gode økonomiske og demografiske vilkår – en såkaldt 'mønsterbryder-kommune'.

Kommunerne i Grønland opdeles traditionelt ud fra en kombination af befolkningsstørrelse i byer og bygder, erhvervsstruktur, og afstand fra hovedstaden. En opdeling der har sin baggrund i forskellene i de demografiske, økonomiske, sociale og erhvervsmæssige forhold (makroniveauforhold) mellem forskellige områder i Grønland. Modsat de tidligere kommunegrænser i de nordlige, sydlige og østlige yderdistrikter går de fire nye storkommuner oprettet per 1. januar 2009 på tværs af den traditionelle inddeling, og opdeler Grønland helt anderledes. I nogle af de gamle kommuner var børnetallet antalsmæssigt ikke så stort, og det gjaldt specielt kommuner i yderdistrikterne, der ofte havde et lavt befolkningstal. Hvis data analyseres på de nye storkommunerne opstår der en risiko for, at børns vilkår i yderdistrikterne "drukner" i de samlede tal for storkommunerne. Denne rapport er derfor opdelt på de kommuner, der eksisterede frem til 1. januar 2009.

Det har været et ønske at vise nogle mere principielle forskelle mellem de forskellige typer kommuner i Grønland og dermed undgå at fokusere på enkeltkommuner, da det kunne flytte fokus fra de mere principielle aspekter i undersøgelsens fund. Derfor er følgende kommuneinddeling blevet brugt:

³ De har dog begrænset indflydelse på makrofaktorerne udover folkeskoleuddannelse og delvis boligområdet.

Betegnelse	Forklaring
Nuup kommunea	Hovedstaden med bygder.
Store kommuner	Kommuner på vestkysten med over 3.000 indbyggere.
Små kommuner	Kommuner på vestkysten med under 3.000 indbyggere.
Yderkommuner	Kommuner med små byer eller yderdistrikter i nord, syd og øst.

7.2 Forskel mellem Nuuk by, byer og bygder

Nye vaner, ideer og inspirationer starter ofte i Nuuk eller i de større byer og breder sig efterfølgende til resten af landet. Det har været sådan for materielle ting som adgang til fjernsyn og mobiltelefoni, og for sundhedsadfærd som rygning, samt for ungdomsselvmod. Bygderne specielt i Nord- og Østgrønland har en mere traditionel erhvervsstruktur med flere fiskere og fangere, mens der er mindre landbrug med fårehold i bygder i Sydgrønland. Børn i bygderne har generelt en mere traditionel livsstil. Samtidig har børn i bygder ofte andre livsvilkår og får andre tilbud fra samfundet, end børn i byer gør. Det drejer sig specielt om faktorer på makroniveau som adgang til uddannelse, arbejde, materielle goder, kulturelle tilbud inklusiv sport, samt muligheden for at variere fødevarerindkøbene. Med disse forskelligheder in mente er det også fundet relevant at analysere data ud fra bosted i **Nuuk by, byer og bygder** og ikke kun på kommunegrupper.

Analysen præsenterer derfor, hvis det er muligt, dels resultaterne på Nuup Kommunea/ store kommuner/ små kommuner/ yderkommuner og derefter på Nuuk by/ byer/ bygder. Dermed vil de demografiske makrofaktorer konsekvent blive inddraget i analyserne.

8. Forskelle i sociale og demografiske vilkår

Af tabel 8.1.1 fremgår det, at der er store forskelle imellem kommunerne på de sociale og demografiske forhold for børn. Både andelen af børn i befolkningen og den andel af befolkningen, der forventes at skulle forsørges, er lavest i Nuuk og højest i Kangaatsiaq⁴. Spredningen i andelen af børn, der bor i bygder, går fra 1,0 % i Ittoqqortoormiit til 64,0 % i Upernavik. Upernavik har også den højeste andel af børn med mødre født i Grønland, mens Nuuk har den laveste andel. Paamiut

⁴ Defineret som børn under 18 år og ældre over 62 år.

har flest børn der bor med enlige forældre, mens Upernavik har den laveste andel. Spredningen i andelen af børn i økonomisk fattige hushold går fra 1,0 % i Nuuk til 19,3 % i Ittoqqortoormiit. Generelt har Nuup Kommunea relativt flest enlige forældre, flest børn født af mødre født udenfor Grønland, færrest økonomisk fattige hushold, samt færrest børn, der bor i bygder. Herefter ses en gradvis ændring således, at yderkommunerne har den relativt laveste andel af enlige forældre, flest børn født af grønlandskfødte mødre, flest økonomisk fattige hushold, samt flest børn, der bor i bygder.

Tabel 8.1.1 Sociale og demografiske vilkår (makroniveaufaktorer) på kommuneniveau

	Befolkningstal	Børn 0-17 år (%)	Forsørgelsesindeks (%)	Andel af børn, der bor i bygder (%)	Andel af børn, hvis mor er født i Grønland (%)	Andel af børn, der bor med enlig forælder (%)	Andel af børn, der bor i et fattigt hushold (%)	Andel af elever, der ikke afsluttede folkeskolen (%)
Nuuk	15.047	26,7	0,31	2,5	86,1	20,2	1,0	19,8
Store kommuner		29,4	0,37	11,8	95,2	15,5	1,9	22,5
Sisimiut	6.140	30,4	0,37	11,5	94,4	14,8	1,4	23,1
Ilulissat	4.996	29,4	0,38	10,3	95,2	13,5	1,8	20,8
Maniitsoq	3.545	30,6	0,38	21,8	96,8	13,8	3,0	17,0
Qaqortoq	3.490	28,1	0,37	8,1	93,7	17,4	1,1	24,3
Aasiaat	3.189	27,5	0,37	6,9	96,4	20,0	2,4	27,2
Små kommuner		30,0	0,40	20,9	97,0	15,2	2,0	17,0
Uummannaq	2.450	32,7	0,41	49,1	96,7	9,5	1,6	24,6
Narsaq	2.016	27,4	0,38	13,6	96,3	18,6	1,3	0,0
Paamiut	1.906	29,5	0,39	6,4	97,4	24,1	3,0	30,2
Qasigianngiut	1.291	29,4	0,40	8,1	98,1	12,6	2,5	15,2
Qeqertarsuaq	1.055	30,5	0,41	4,5	97,3	11,6	1,8	30,0
Yderkommuner		36,1	0,43	45,7	98,1	8,8	8,6	18,8
Ammassalik	3.069	37,5	0,44	40,2	96,4	9,0	10,2	20,0
Upernavik	2.953	37,3	0,44	64,0	99,6	4,4	8,7	9,2
Nanortalik	2.281	31,2	0,39	37,7	98,3	14,4	4,9	24,7
Kangaatsiaq	1.463	39,0	0,46	58,1	98,6	7,2	6,3	27,3
Qaanaaq	846	35,2	0,44	25,7	99,4	10,8	9,2	10,8
Ittoqqortoormiit	529	37,6	0,41	1,0	94,7	8,7	19,3	18,6
Alle	56.448	30,1	0,37	19,2	94,1	14,9	3,7	20,3
			***	***	***	***	***	-

Som det fremgår af tabel 8.1.2 er der også betydelige forskelle mellem Nuuk, byer, og bygder. Børn udgør en større del af befolkningen i bygder (34,6 %), ligesom bygderne har en større andel af befolkningen, der kan forventes at skulle forsørges (42 %) i forhold til byer og til Nuuk by.

Tabel 8.1.2 Sociale og demografiske vilkår (makroniveaufaktorer) i Nuuk by, byer og bygder

Sociale og demografiske vilkår	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
Befolkningstal	14.583	32.490	9.431	56.504	
Andel af børn på 0-17 år	26,3	30,2	34,6	30,1	***
Forsørgelsesindeks	0,31	0,38	0,42	0,37	***
Andel af børn, der er født i Grønland	90,0	96,7	99,7	94,1	**

9. Forskelle i sundhed og risikofaktorer

Det er ovenfor vist, at der er store forskelle i faktorerne på makroniveau, men hvorvidt der findes forskelle i sundhed og øvrige sundhedsdeterminanter imellem typer af kommuner og mellem Nuuk, byer og bygder analyseres i dette kapitel. Først med udgangspunkt i den seksuelle sundhed.

9.1 Seksuel sundhed

Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007) indeholder tre strategier om seksuel sundhed:

- Enhver seksuel handling skal være baseret på lyst, gensidighed og fravær af seksuelt overført sygdom.
- Enhver graviditet skal være ønsket.
- At fremme befolkningens handlekompetence i forhold til sunde sexvaner.

At have en højere seksuel debutalder kan være positivt ud fra større viden og større modenhed, derfor er andelen af 15-17-årige, der har haft samleje en vigtig parameter for seksuel sundhed. Klamydia er brugt som eksempel her, fordi klamydia er den hyppigste seksuelt overførte sygdom, og den forekommer med størst hyppighed i aldersgruppen 15-19 år (Embedslægeinstitutionen, 2006). Uønskede graviditeter er et problem i Grønland, og det at få en abort kan for nogle ikke kun have umiddelbare sundhedsmæssige konsekvenser, men også føre til underlivsinfektioner og sterilitet. Selvom graviditeten er ønsket, så har det ofte langvarige sociale konsekvenser at blive mor, hvis man selv er barn. Det gælder blandt andet en højere risiko for økonomisk fattigdom og for ikke at få en uddannelse (HS Analyse, 2001, UNICEF, 2001).

Tabel 9.1.1 Seksuel sundhed på kommuneniveau

	Nuup Kommune	Store kommuner	Små kommuner	Yder-kommuner	Alle	
Andel af 15-19-årige, der årligt får diagnosticeret klamydia	19,7	20,2 (14,1-29,8)	17,6 (12,0-25,0)	18,3 (8,0-32,9)	19,3	*
Piger på 15-17 år, der føder	1,5	3,7 (3,3-4,2)	3,8 (1,5-5,8)	4,4 (1,9-6,0)	3,4	*
Piger på 15-17 år, der får en abort	8,9	10,3 (7,2-14,7)	7,8 (7,0-8,7)	8,4 (0,0-13,3)	9,3	-
Unge på 15-17 år, der har haft samleje	58,6	78,6 (50,0-100,0)	79,7 (68,2-87,9)	69,5 (63,0-100,0)	73,2	***

Tabel 9.1.2 Seksuel sundhed i Nuuk by, byer og bygder

Seksuel sundhed	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
Piger på 15-17 år, der føder	1,5	4,2	2,5	3,4	***
Unge på 15-17 år, der har haft samleje	58,0	77,0	75,2	73,2	***

På kommuneniveau er der en mindre forskel i andelen af 15-19-årige, der får diagnosticeret klamydia, og der er flere smittede i Nuup Kommune og de store kommuner sammenlignet med de resterende kommuner. Andelen af 15-17-årige piger, der føder, er der store svingninger i, og her er det især yderkommunerne, der trækker gennemsnittet op, mens Nuup Kommune har det laveste fødselstal blandt de 15-17-årige piger. Der er ingen signifikante forskelle på andelen af piger i aldersgruppen 15-17 år, der får foretaget en abort. Antallet af 15-17-årig unge, der har haft samleje, er meget forskelligt. Her er det især i de små og store kommuner, de unge har haft deres seksuelle debut i den alder, og færrest 15-17-årige unge i Nuup Kommune og yderkommuner havde haft seksuel debut.

På Nuuk, by, bygde-niveau kan man se, at det oftest er i byerne, at de unge piger bliver mødre i en tidlig alder, og her er Nuuk by også den by med den laveste andel. Byerne tegner sig for den største andel med unge på 15-17 år, der har haft samleje.

Der er således relativt store variationer i den seksuelle sundhed på både kommuneniveau og mellem Nuuk, by, og bygde niveau.

9.2 Skader, slagsmål og mobning

Vold er et fokusområde i Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007), men på børne- og ungeområdet er der ingen datakilder, der belyser vold generelt. HBSC-undersøgelsen har spurgt til vold i form af slagsmål og mobning blandt skolebørn. Mobning er en vigtig form for psykisk vold, der kan have vidtrækkende psykiske og sociale konsekvenser for de børn, der udsættes for mobning. Skader og ulykker er ikke et egentligt fokusområde i Inuuneritta –

Folkesundhedsprogrammet, men er medtaget her, da det er en vigtig del af det "gamle" sygdomsmønster.

Tabel 9.2.1 Vold (skader, slagsmål og mobning) på kommuneniveau

Skader og slagsmål (vold)	Nuup Kommune	Store kommuner	Små kommuner	Yderkommuner	Alle	
Været indlagt med en alvorlig skade	3,4	3,0 (1,6-4,2)	2,1 (1,0-3,4)	2,8 (1,3-6,0)	2,9	-
Været hos læge eller sygeplejerske med en skade 2 eller flere gange	20,0	14,4 (10,5-20,8)	16,9 (14,0-17,5)	13,6 (10,3-34,8)	16,0	*
Været i slagsmål 2 eller flere gange	17,7	12,5 (6,7-17,3)	12,3 (3,8-20,0)	12,8 (6,1-28,3)	13,7	*
Er blevet mobbet ugentligt eller hyppigere	13,1	15,7 (8,8-32,9)	14,2 (8,0-16,7)	15,2 (11,9-21,7)	14,6	-

Tabel 9.2.2 Vold (skader, slagsmål og mobning) i Nuuk by, byer og bygder

Skader og slagsmål (vold)	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
Været hos læge eller sygeplejerske med en skade mere end 2 eller flere gange	20,5	14,9	14,7	16,0	**
Været involveret i et slagsmål 2 eller flere gange	17,9	12,5	12,6	13,7	**
Er blevet mobbet ugentligt eller hyppigere	13,0	13,3	20,4	14,6	**

På kommuneniveau blev der ikke fundet en intern forskel i andelen, der bliver indlagt på grund af skadestilfælde. Dette selv om død af "ikke naturlige årsager" som ulykker, vold og selvmord vides at være hyppigere i yderdistrikterne (Bjerregaard, 2004). Det skyldes formentlig til dels forskelle i afstanden til sygehus, som generelt er lille for en meget stor del af befolkningen i Nuup Kommune, og størst for yderkommunerne, hvor andelen af børn, der bor i bygder er stor. Der er også forskel på andelen af personer, der har været til sygeplejerske og læge 2 eller flere gange det sidste år efter at være kommet til skade. Andelen var højest i Nuup Kommune og lavest i yderkommuner. Det betyder ikke nødvendigvis, at der er flere i Nuuk, der kommer til skade. Det kan igen også være en konsekvens af afstanden til sygehuset, men også afspejle forskel i holdninger til, hvad man henvender sig til sundhedsvæsenet med. Flest personer i Nuup Kommune havde været i slagsmål to eller flere gange det sidste år.

På Nuuk, by, bygde-niveau fandtes igen, at flere i Nuuk by havde været i kontakt med sundhedsvæsenet og flere havde været oppe og slås, men også at flere bygdebørn havde været udsat for mobning. Desværre er det ikke umiddelbart muligt at få data om indlæggelser på baggrund af skader opgjort på Nuuk by, byer og bygder, så det er ikke muligt at undersøge, om der er signifikante demografiske forskelle der.

9.3 Mad og kostvaner

Sund kost og gode kostvaner gennem barndommen styrker vækst, sundhed og den intellektuelle udvikling. Sunde spisevaner er en del af forebyggelsen af blandt andet overvægt, hjertekarsygdomme, blodmangel og knogleskørhed. Mange nationale og lokale traditioner er knyttet til kostvaner, men i øjeblikket ses i de fleste lande en stigende globalisering af kostvaner (Hansen et al., 2008) samtidig med, at traditionelle fødevarer delvis tilberedes delvis anderledes end tidligere. Der er også forskel både på, hvad der kan købes, og på hvad der kan fanges, fiskes, plukkes, dyrkes, eller opdrættes i naturen i forskellige områder i Grønland. Disse forskelle afspejles naturligt nok i forskellige spisevaner. Det ser ud til, at specielt sæl spises mindre hyppigt nu end tidligere (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008).

Med sine 10 kostråd (se www.paarisa.gl) balancerer Kalaallit Nunaanni Nerisagarnermut Siunnersuisoqatigiit, (Det Grønlandske Ernæringsråd), mellem at anbefale lokale og importerede fødevarer. Det vigtigste råd er at variere kosten. I rådene anbefales dels at spise mere af traditionelle grønlandske fødevarer, men også af importerede madvarer som frugt og grøntsager, mens slik og sodavand anbefales at indtages sjældent.

En undersøgelse har set på børn og unges opfyldelse af kostrådene (Niclasen and Schnohr, 2009). Det blev blandt andet fundet, at frugt og grønt spises mindre hyppigt end anbefalet, og at der var meget stor forskel i andelen, der hyppigt spiste traditionelle grønlandske fødevarer. Slik og sodavand blev omvendt indtaget meget hyppigere end anbefalet. Siden 1994 har der været et generelt fald i andelen, der spiser frugt dagligt og en næsten uændret og høj andel, der spiste slik dagligt (Niclasen et al., 2009).

PAARISA lavede i 2008 en analyse om kendskabet til og mulighed for at opfylde de 10 kostråd i forskellige områder i Grønland. Af den fremgår det, at en højere andel i bygderne (19 %) og i de mindre byer (18 %) sommetider fandt det svært at skaffe grøntsager sammenlignet med andelen i de større byer (5 %). Oftest er det almindelige fødevarer såsom kartofler, gulerødder og agurker, der savnes mest. Kun 17 % i bygderne og 21 % i de mindre byer mod 32 % i de større byer spiser grøntsager hver dag (HS Analyse, 2008).

Tabel 9.3.1 Mad og kostvaner på kommuneniveau

Kostvaner	Nuup Kommune	Store kommuner	Små kommuner	Yder-kommuner	Alle	
Oplever <i>ofte</i> eller <i>altid</i> sult i hjemmet pga. mangel på mad i hjemmet	13,3	17,3 (9,2-22,4)	13,6 (2,4-17,9)	22,8 (20,3-40,0)	16,7	***
Indtager dagligt slik eller sodavand	37,0	47,7 (40,1-59,1)	52,9 (32,3-67,9)	50,2 (40,3-61,8)	47,2	***
Spiser dagligt frugt	20,0	13,1 (4,2-20,0)	11,5 (6,7-15,8)	12,9 (8,8-17,8)	14,3	***
Spiser sæl eller hval ugentligt eller hyppigere	10,7	26,3 (14,8-51,8)	27,9 (13,4-54,8)	43,9 (19,7-55,1)	28,3	***

Tabel 9.3.2 Mad og kostvaner i Nuuk by, byer og bygder

Kostvaner	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
Oplever <i>ofte</i> eller <i>dagligt</i> sult pga. mangel på mad i hjemmet	13,2	15,5	22,1	16,7	***
Indtager dagligt slik eller sodavand	37,1	48,0	53,8	47,2	***
Spiser dagligt frugt	20,0	12,7	12,2	14,3	***
Spiser sæl eller hval ugentligt eller hyppigere	15,1	35,5	38,4	28,3	***

På kommuneniveau oplever flest børn i yderkommuner (22,8 %) mangel på mad i hjemmet. Færrest børn får dagligt slik eller sodavand, og flest børn spiser dagligt frugt (20,0 %) i Nuup Kommune og færrest i de små kommuner. Langt flere børn i yderkommuner (43,9 %) spiser sæl eller hval ugentligt eller hyppigere sammenlignet med i Nuup Kommune.

På Nuuk, by, bygde-niveau oplever flest børn i bygder (22,1 %) mangel på mad i hjemmet, men samtidig har bygdebørn oftere et dagligt forbrug af slik eller sodavand (53,8 %) og spiser dagligt frugt sjældnere. Langt flere børn i bygder (38,4 %) spiser sæl eller hval ugentligt eller hyppigere sammenlignet med Nuuk by.

Konkluderende er der fundet store forskelle i spisevaner mellem kommunetyper og mellem Nuuk, byer og bygder.

9.4 Alkohol og rygning

Selvom grønlandske unge stadig ryger meget i sammenligning med andre unge i Europa, så har andelen af unge rygere været faldende efter at have toppet i 1998. Der er både kommet færre daglige rygere, flere ikke-rygere og flere børn, der aldrig har prøvet at ryge (Niclasen and Schnohr, 2008).

Tabel 9.4.1 Alkohol og rygning på kommuneniveau

Alkohol og rygning	Nuup Kommunea	Store kommuner	Små kommuner	Yder-kommuner	Alle	
15-årige, der ikke ryger	50,8	26,5 (23,6-36,4)	31,3 (23,4-46,3)	30,8 (0,0-50,0)	33,0	***
15-årige, der ryger dagligt	20,9	47,4 (39,5-63,6)	42,6 (3,8-64,3)	34,3 (9,7-37,5)	34,3	***
15-årige, der aldrig har været fulde	35,2	30,0 (29,7-30,1)	34,2 (26,9-53,3)	42,7 (5,6-55,6)	35,5	*
15-årige, der har været fulde 2 eller flere gange	53,6	54,1 (50,0-58,3)	39,1 (21,6-56,5)	30,5 (12,9-66,7)	43,9	***

Tabel 9.4.2 Alkohol og rygning i Nuuk by, byer og bygder

Alkohol og rygning	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
15-årige, der ikke ryger	51,3	29,8	28,3	33,0	***
15-årige, der ryger dagligt	21,3	37,9	38,3	34,3	*
15-årige, der aldrig har været fulde	35,7	34,5	37,5	35,5	-
15-årige, der har været fulde 2 eller flere gange	54,7	42,8	29,4	43,9	*

På kommuneniveau ses, at 50,8 % af de 15-årige ikke ryger i Nuup Kommunea, mens det kun gælder 30,8 % i yderkommuner. Daglig rygning blandt 15-årige er hyppigst i store kommuner og mindst hyppigt i Nuup Kommunea. Der er ikke forskel på andelen, der aldrig har været fulde, hvis man tager udgangspunkt i de unges bosted, men der er stor forskel på andelen af 15-årige, der har været fulde mere end 2 gange, idet 15-årige i yderkommuner sjældnest har været fulde mere end to gange.

På Nuuk, by, bygde-niveau er der også flest 15-årige, der ikke ryger i Nuuk by og færrest i bygder (28,3 %). Daglig rygning hos 15-årige er klart lavest i Nuuk by (21,3 %) og hyppigst i bygderne hvor 38,3 % ryger dagligt. Andelen af 15-årige, der har været fulde mere end 2 gange, er lavest i bygderne og højest i Nuuk by. Det stemmer overens med, at specielt i bygderne synes unge, at alkohol er sværere at få fat i end unge i byer og i Nuuk (Niclasen and Schnohr, 2008).

Så når man overordnet kigger på rusmidler ændrer billedet sig alt efter, om man fokuserer på alkohol eller rygning. Udbredelsen af alkohol er større i Nuuk og byerne, mens andelen af unge, der ryger, er klart lavest i Nuuk.

9.5 Fysisk aktivitet og inaktivitet

Der er mere og mere forskning der dokumenterer, hvor stor betydning det at være fysisk aktiv har for sundheden og for at undgå en lang række livsstilssygdomme som eksempelvis overvægt, sukkersyge og hjertekarsygdomme. Børn er oftest fysisk aktive sammen med andre børn, og fysisk aktivitet har dermed også betydning for børns sociale liv foruden deres velbefindende.

Børn er fysisk aktive gennem leg og sport i og udenfor skolen. Børn i Grønland er mere fysisk aktive end børn i mange andre europæiske lande (Currie et al., 2004), selvom Kalaallit Nunaanni Nerisqaqarnermut Siunnersuisoqatigiit – Det Grønlandske Ernæringsråds anbefaling om, at alle børn og voksne skal være moderat fysisk aktive en time dagligt eller mere er langt fra at være opfyldt.

Nedenstående tabel viser resultaterne for motion og sport udenfor skoletiden og moderat aktivitet både i og udenfor skolen. Moderat fysisk aktivitet er aktivitet, der får pulsen op, men hvor man ikke er kortåndet, mens motion eller sport regnes som kraftig fysisk aktivitet, hvor man både bliver forpustet og får pulsen op.

Tabel 9.5.1 Fysisk aktivitet og inaktivitet på kommuneniveau

Fysisk aktivitet	Nuup Kommunea	Store kommuner	Små kommuner	Yder-kommuner	Alle	
1 times daglig moderat fysisk aktivitet	26,8	27,8 (19,7-41,7)	27,8 (20,8-42,2)	31,8 (22,8-54,8)	28,7	*
Motion eller sport 4 timer ugentligt eller mere	25,5	21,8 (11,1-39,0)	20,8 (11,3-37,7)	20,1 (16,6-26,2)	21,9	-
Motion eller sport □ time ugentligt eller mindre	32,9	36,1 (16,9-64,2)	41,8 (22,6-50,9)	35,7 (23,8-42,9)	36,7	**

Tabel 9.5.2 Fysisk aktivitet og inaktivitet i Nuuk by, byer og bygder

Fysisk aktivitet	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
1 times daglig moderat fysisk aktivitet	27,0	28,7	30,0	28,7	**
Motion eller sport 4 timer ugentligt eller mere	25,5	21,5	19,9	21,9	*
Motion eller sport □ time ugentligt eller mindre	33,0	40,1	34,1	36,7	**

På kommuneniveau ses væsentlige forskelle kommunetyperne imellem, når man ser på, hvor fysisk aktive børnene er. Generelt opfylder 28,7 % Ernæringsrådets anbefaling om at være moderat aktiv 1 time dagligt, og det gælder lidt flere i yderkommunerne. Der er ikke forskel mellem kommunegrupperne på, hvor stor en andel, der dyrker motion og sport 4 timer ugentligt eller mere, men flere børn (41,8 %) i de små kommuner er fysisk inaktive (er fysisk aktive □ time ugentligt eller mindre) i forhold til Nuup Kommunea, hvor færrest er inaktive.

På Nuuk, by, bygde-niveau findes, at flere i bygderne er moderat aktive, mens færre dyrker motion eller sport 4 timer ugentligt eller mere. Byerne har til gengæld den højeste andel, der dyrker meget lidt sport.

Fordelingen af moderat fysisk aktivitet kontra motion og sport kan forklares med, at der er færre muligheder for at dyrke organiseret idræt i bygderne. Det behøver dog ikke at betyde, at børn i bygderne generelt er mindre fysisk aktive, men at typen og intensiteten af aktiviteten er forskellig fra mønstret i fx Nuuk by.

9.6 Tidlig indsats

Investering i børns udvikling tidligt i livet er en integreret komponent af et lands langsigtede sociale og økonomiske strategi, og mangler i denne investering kan underminere samfundets udvikling (Turrell et al., 1999). Det er da også en del af Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammets strategi at investere i tidlig indsats overfor børn og familier med særlige behov (Grønlands Hjemmestyre, 2007). Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet har sit eget projekt "Tidlig indsats". Det har som målgruppe de gravide familier, hvor der er en begrundet bekymring for, at familien vil have svært ved at give deres barn den fornødne støtte og omsorg under barnets tidlige opvækst. Projektet er endnu ikke landsdækkende. Denne rapport har derfor primært fokuseret på den tidlige generelle forebyggende indsats, der tilbydes alle gravide familier og børn. Sundhedsvæsenet er en vigtig indgangs port til både den generelle og den problemorienterede tidlige indsats, da man her møder den gravide familie tidligt. Det er derfor vigtigt at vide, om sundhedsvæsenets tilbud når ud til alle gravide og børnefamilier. Undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem ikke at få det anbefalede antal undersøgelser under graviditeten og for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Manglen på tilbud kan således have konsekvenser for barnet (Turrell et al., 1999, Arctic Council's Sustainable Development Working Group, 2005).

Rygning er et generelt indsatsområde i Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007), og rygning under graviditeten er et meget vigtigt indsatsområde. Børn, der udsættes for passiv rygning under graviditeten, har en lavere fødselsvægt, højere risiko for at blive født for tidligt og højere risiko for blandt andet luftvejsinfektioner som astmatisk bronkitis og mellemøreinfektioner i spædbarns- og småbarnsalderen. Undersøgelser af den grønlandske børnekoorte har vist, at fødselsvægten hos mødre, der røg igennem graviditeten, var 241 g lavere i gennemsnit end hos ikke-rygende mødre (Nielsen and Bjerregaard, 2007b).

Det var også hensigten at finde tal for den generelle deltagelse i børneundersøgelserne og i børnevaccinationsprogrammet. MFR⁵ i 15 måneders alderen er den sidste vaccination i småbarnsalderen (Embedslægeinstitutionen, 2006), og den har generelt den laveste dækningsgrad. Tanken var derfor at bruge MFR vaccinationen som indikator for andelen, der bliver vaccineret. Men det var desværre ikke muligt ud fra det eksisterende datagrundlag at finde brugbare data for MFR vaccination fordelt på kommuner og kommunegrupper og for bygder i forhold til Nuuk by og byer.

⁵ MFR er vaccination mod mæslinger, røde hunde, og fåresyge.

Tabel 9.6.1 Tidlig indsats på kommuneniveau

Tidlig indsats	Nuup Kommunea	Store kommuner	Små kommuner	Yder-kommuner	Alle	
Fået anbefalede undersøgelser hos jordemoder og plejepersonale under graviditeten	87,5	91,8 (95,7-73,8)	88,6 (96,4-80,0)	69,0 (87,2-11,1)	84,4	***
Andelen af mødre, der røg under graviditeten	40,7	58,2 (52,8-65,7)	65,3 (50,0-82,9)	68,2 (63,2-74,3)	57,5	***
Børn født med lav fødselsvægt	6,2	4,9 (1,4-6,2)	4,8 (1,7-6,3)	6,5 (3,4-12,2)	5,5	-

Tabel 9.6.2 Tidlig indsats i Nuuk by, byer og bygder

Tidlig indsats	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
Fået anbefalede undersøgelser hos jordemoder og plejepersonale under graviditeten	88,2	83,7	72,5	84,4	**

På kommuneniveau findes en meget stor spredning mellem de enkelte kommuner i andelen, der får de anbefalede undersøgelser under graviditeten. Færre gravide i yderkommunerne (69,0 %) deltager i alle de anbefalede forebyggende undersøgelser hos jordemoder, sygeplejerske og andet plejepersonale i forhold 91,8 % af de gravide i de store kommuner, der har den højeste deltagelse. Som det ses udsættes flere børn for rygning under graviditeten i yderkommuner (68,2 %) i forhold til i Nuup Kommunea, som har den laveste andel. Alligevel var der ikke signifikant forskel mellem kommunegrupperne i forhold til andelen med lav fødselsvægt.

I bygderne får færre gravide (72,5 %) det anbefalede antal graviditetsundersøgelser i forhold til byer og Nuuk by.

9.7 Tandsundhed

Karies eller huller i tænderne er den hyppigste kroniske sygdom hos børn i Grønland. Karies har en stærk sammenhæng med sociale forhold som økonomi og uddannelse også i Norden (Haugejorden and Birkeland, 2006) til trods for tilbud om gratis børnetandpleje. Karies skyldes i høj grad dårlig mundhygiejne og et stort indtag af sukkerstoffer. Den nuværende meget intensive kariesstrategi er fra 2008, og der foreligger endnu ikke data for området, så de anvendte data er fra et forskningsprojekt på området fra 2001-2003.

Tabel 9.7.1 Tandsundhed på kommuneniveau

	Nuup Kommunea	Store kommuner	Små kommuner	Yder- kommuner	Alle	
Børster tænder mindst 1 gang dagligt	89,2	79,9 (69,1-83,3)	79,9 (72,4-93,5)	75,2 (66,7-80,6)	80,7	***
Har huller i tænderne ved skolestart	68,9-75,2	71,4-91,9	76,0-94,7	81,2-97,1	83,2-87,7	**

Tabel 9.7.2 Tandsundhed i Nuuk by, byer og bygder

	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
Børster tænder mindst 1 gang dagligt	89,3	80,1	75,2	80,7	***

Data for huller i tænderne angiver den højeste og laveste procent for årene 2001-2003 (Petersen, 2006). Indikatoren angiver kun, om barnet havde karies eller ej og siger derfor ikke noget om sværhedsgraden af sygdommen, men det vides, at en del børn har mange tænder med huller og omfattende kariesangreb.

På kommuneniveau fandtes trods manglende data fra Ittoqqortoormiit, at flere børn havde huller i tænderne ved skolestart i yderkommunerne. Yderkommunerne havde samtidig den laveste andel, der børstede tænder dagligt.

Desværre findes der ikke data for forskelle i kariessygdom mellem børn i bygder, byer og Nuuk by, men bygdebørn har den laveste andel, der børster tænder dagligt. Samtidig fremgik det ovenfor, at børn i bygder oftere har et dagligt indtag af slik eller sodavand, og de har dermed også af den grund en større risiko for at få huller i tænderne.

9.8 Ressourcer

De tidligere afsnit i dette kapitel omhandler problemområder, men vi ved, at langt de fleste børn i Grønland synes, at de har det godt i deres dagligdag. De er tilfredse med deres liv – har en god livskvalitet - og har et godt forhold til deres forældre og venner. Langt de fleste børn kan også lide at gå i skole og bliver ikke mobbet (Schnohr et al., 2005a, Niclasen et al., 2007a). Selvvurderet helbred afspejler både fysisk og psykisk velbefindende, og hos voksne har undersøgelser vist, at dårligt selvvurderet helbred har en sammenhæng med dødelighed, der er uafhængig af om personen har kendte sygdomme (Idler and Benyamini, 1997). Det er derfor fundet vigtigt at se på, om disse positive livsaspekter – eller ressourcer – er ligeligt fordelt mellem børn i Grønland. Tosprogethed er en vigtig ressource i forhold til at få en uddannelse (HS Analyse, 2001) og er derfor også taget med.

Tabel 9.8.1 Ressourcer på kommuneniveau

	Nuup Kommunea	Store kommuner	Små kommuner	Yder- kommuner	Alle	
Har <i>aldrig</i> oplevet sult pga. mangel på mad i hjemmet	70,9	57,0 (38,7-67,4)	60,5 (50,2-66,0)	49,0 (30,0-61,0)	58,7	***
Har symptomer sjældnere end ugentligt	58,3	59,3 (54,9-62,0)	56,1 (49,6-58,8)	53,9 (34,5-61,3)	56,8	-
Har et godt selv vurderet helbred	77,1	77,1 (83,7-71,4)	77,0 (89,6-72,6)	77,5 (81,2-69,6)	77,2	-
Har en god livskvalitet	83,3	79,8 (86,7-76,6)	84,1 (88,3-76,3)	79,2 (85,7-72,7)	81,4	-
Har et godt forhold til venner	87,0	82,0 (78,7-86,7)	81,1 (73,0-92,0)	82,5 (75,6-89,7)	83,0	-
Kan lide at gå i skole	72,3	75,7 (68,6-84,2)	77,9 (64,5-83,9)	83,1 (75,8-95,2)	77,6	***
Er aldrig blevet mobbet	58,8	46,1 (27,6-59,9)	49,1 (44,7-54,0)	49,7 (40,9-54,5)	50,7	*
Har et godt forhold til forældre	70,3	67,5 (52,9-81,8)	70,4 (56,2-78,3)	69,4 (45,0-77,1)	69,4	-
Er tosproget	69,9	63,3 (60,6-37,1)	64,4 (78,4-51,1)	57,9 (67,6-50,0)	63,7	***

Tabel 9.8.2 Ressourcer i Nuuk by, byer og bygder

	Nuuk by	Byer	Bygder	Alle	
Har <i>aldrig</i> oplevet sult pga. mangel på mad i hjemmet	70,8	58,5	50,4	58,7	***
Har symptomer sjældnere end ugentligt	58,4	57,7	54,2	56,8	-
Har et godt selv vurderet helbred	77,2	79,2	74,2	77,2	*
Har en god livskvalitet	83,2	82,6	78,4	81,4	*
Har et godt forhold til venner	87,0	82,5	80,9	83,0	*
Kan lide at gå i skole	72,3	80,1	77,5	77,6	**
Er aldrig blevet mobbet	58,7	51,6	39,1	50,7	***
Har et godt forhold til forældre	70,2	69,2	69,0	69,4	-
Er tosproget	70,0	66,1	54,9	63,7	***

På kommuneniveau angav flere børn i Nuup Kommunea, at de aldrig oplever mangel på mad i hjemmet. Flest børn i yderkommunerne (83,1 %) kan lide at gå i skole, men flest i Nuup Kommunea er aldrig blevet mobbet. At være tosproget er sjældnere i yderkommuner.

På Nuuk, by, bygde-niveau fandtes ingen forskel i andelen, der har et godt forhold til deres forældre, mens børn i Nuuk by synes hyppigst med 87,0 %, at de har et godt forhold til deres venner. Børn i bygderne er med 80,9 % mindst tilfredse med forholdet til deres venner. At være tosproget er sjældnere i bygder og hyppigst i Nuuk by (70,0 %).

Nuuk by (58,7 %) har også den største andel af børn, der aldrig har været mobbet. Flest i byerne (80,1 %) og i yderkommunerne (83,1 %) kan lide at gå i skole. Selvom der ikke er forskel i andelen, der har symptomer (hovedpine, mavepine, rygsmerter, nervøsitet, nedtrykthed og irritabilitet) mindre end ugentligt, så er andelen med et godt selv vurderet helbred lavest i bygderne (74,2 %) i

forhold til Nuuk by. Andelen af børn, der angiver at have en god livskvalitet er også lavest i bygderne (78,4 %).

Generelt er der således fundet større forskel mellem Nuuk by, byer og bygder end mellem typer af kommuner for ressourcer.

10. Betydningen af forskelle i sociale, økonomiske og demografiske vilkår

Selvom denne rapport hovedsagelig har set på områder, der er prioriteret i Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet, så har den stadig mulighed for at vise nogle generelle forhold omkring fordelingen af sundhed og sygelighed hos børn i relation til de lokale ressourcer.

Indikatorerne for demografiske og sociale vilkår viste en betydelig spredning mellem kommunerne, samt forskel mellem kommunetyperne og mellem Nuuk by, byer og bygder. De viste også, at en del børn oplever vilkår, der kan have negative konsekvenser for deres sundhed.

Generelt fandtes for de demografiske og sociale indikatorer en ophobning af negative sociale og økonomiske vilkår i kommuner i yderområder. Kommuner i yderområder fandtes generelt økonomisk fattigere, med en lille befolkning, en større andel af børn i populationen, samt en større del af befolkningen, der kan forventes at skulle forsørges. Denne kombination betyder, at kommuner med færrest ressourcer har den største andel af børn, hvis sundhed er truet af faktorer udenfor barnets og familiens umiddelbare indflydelse.

10.1 Betydningen af forskelle i sundhedsdeterminanter og sundhed

Sygdomsmønstret har ændret sig som resultat af de hurtige sociale, økonomiske og kulturelle ændringer i samfundet, og den proces er accelereret i den sidste halvdel af det tyvende århundrede. I dag er det ikke således, at der er færre med de "nye" sygdomme og determinanter som fx overvægt eller rygning, i områder med en mere traditionel livsstil snarere tværtimod (Bjerregaard, 2004). Selvmord, der er den mest sørgelige og desperate eksponent for det nye sociale sygdomsmønster, startede med at være hyppigst i Nuuk og spredtes herfra udover byer til bygder og ses nu hyppigst i yderområderne (Grønlands Hjemmestyre og PAARISA, 2004). Når de nye sygdomme rammer hårdest blandt børn og unge i bygder og yderdistrikter, hvor den største andel af de gamle sygdomme, som tuberkulose, spædbørnsdødelighed og unaturlig død, i forvejen ses, så belastes børnene i disse områder dobbelt.

De valgte indikatorer viser, at der på en række prioriterede områder findes nogle betydelige forskelle mellem kommunetyperne og mellem Nuuk by, byer og bygder. For en hel del af

indikatorerne fandtes, at forskellene er gradueret med de mest positive værdier i Nuuk og i de store byer og de mindst positive i specielt yderkommuner og i bygder, selvom der selvfølgelig også er områder, hvor det omvendte blev fundet. De komplekse udfordringer, denne skævhed i sygdomsmønstret kan give samfundet, illustreres i næste afsnit med overvægt som eksempel.

10.2 Overvægt som eksempel på en kompleks udfordring for samfundet

En ny og stor udfordring for folkesundheden i Grønland er overvægt, og det gælder også hos børn (Schnohr et al., 2005b, Niclasen et al., 2007b). Tidlig erhvervet overvægt har også i Grønland fundet at persistere ind i teenagealderen hos mange (Niclasen et al., 2007b). Spørgsmålet er derfor, om risikoen for at blive overvægtig og muligheder for forebyggelse og behandling af overvægt er den samme overalt?

Overvægt tilskrives primært energi (kalorier) indtaget gennem kosten, der ikke forbruges af kroppen på grund af en generelt mere stillesiddende livsstil og derfor deponeres som fedt (Prentice and SA, 1995). Selvom øgningen i andelen med overvægt er set samtidig med en lang række af andre ændringer i sygelighed og livsvilkår – og årsagsfaktorer af betydning for udviklingen af overvægt er derfor meget komplekse (Summerbell et al., 2005(3)). Den øgede forekomst af overvægt hos børn er et næsten globalt fund og har resulteret i strategier på området i mange lande med fokus på programmer omkring sundere kost og øget fysisk aktivitet (Summerbell et al., 2005). Strategier, der også genfindes i Inuuneritta- Folkesundhedsprogrammet (Grønlands Hjemmestyre, 2007).

Kulturelt betingede forskelle i opfattelsen af overvægt kan være en barriere for forebyggelsen. I dag anses overvægt i den vestlige verden, specielt blandt mere velstillede grupper i samfundet for negativt stigmatiserende, og fedme kan have betydelige negative sociale konsekvenser, det gælder også hos børn (Niclasen, 2005). Omvendt anses overvægt stadig som positivt i mange udviklingslande. I Grønland var overvægt indtil for nyligt et tegn på, at familien havde en god forsørger og dermed et udtryk for høj social status (Lyng, 1981). I dag ser Grønland ud til at være i vadestedet mellem disse mønstre, men blandt børn og unge synes vestlige normer for vægt at vinde hastigt indpas. I 2006 sås således en positiv sammenhæng for drenge mellem velstand og overvægt (Currie et al., 2008) men også, at en større andel af bygdebørn er overvægtige (Schnohr et al., 2005a). Samtidig sås fra 2002 til 2006 mere end en fordobling af andelen af 15-årige, der gjorde noget for at tabe sig, og andelen var 25 % piger og 11 % af drenge (Currie et al., 2004, Currie et al., 2008).

Den praktiske adgang til sund mad og sportsfaciliteter i Grønland er forskellig afhængig af bosted. I bygder og yderdistrikter ses et mere begrænset udbud af varer specielt af frugt og grønt, og der er færre muligheder for at dyrke organiseret idræt og færre idrætsfaciliteter. Indikatorerne viste også,

at børn i bygder oftere spiser slik eller drikker sodavand dagligt. Adgang til viden er også forskellig. Flest i bygder og yderdistrikter har ingen uddannelse, og en del er enkeltsprogede og har dermed adgang til en mindre mængde information. Økonomi kan være af betydning for opfyldelse af kostrådene (National Health Committee, 1998). Selvom det ikke vides med sikkerhed, om fødevarepriserne er en barriere for sunde kostvaner, så er prisen vigtig for mange forbrugere (HS Analyse, 2008).

Efter beregninger fra 'PAARISA – Center for Forebyggelse' af hvad det koster at få dækket sit næringsbehov med billig og sund mad, skal en familien på fire bruge 16 % af indkomsten ved bopæl i Nuuk og 36 % ved bopæl i Qaanaaq til fødevarer alene. Det samme tal er for Danmark omkring 10 % (Helle Hansen, fremlagt ved ICASS VI konferencen i september 2008 i Nuuk). Tallene skal dog tages med forbehold, idet de for det første ikke tager hensyn til selvforsyning og offentlige tilskud som eksempelvis børnepenge, boligsikring eller lignende. For det andet er satserne beregnet ud fra priser i Nuuk, mens dagligvarer er dyrere i yderdistrikter.

Ud fra vores viden om børns sundhedsadfærd og økonomiske og praktiske muligheder for forebyggelse er det sandsynligt, at relativt flere børn i bygder og yderdistrikter vil blive overvægtige i fremtiden. Samtidig har befolkningen i disse områder de ringeste muligheder og tilbud inden for forebyggelse og behandling af overvægt, da mulighed for fysioterapi og diætvejledning generelt kun findes i de større byer. Det kan derfor frygtes, at tiltagene overfor overvægt og de tilhørende følgesygdomme vil ramme socialt skævt og være med til at øge uligheden i sundhed i samfundet. Overvægt er her kun et eksempel. Generelt vil manglende fokus på de store interne demografiske, sociale og økonomiske forskelle gøre, at Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammets opfordringer til at tage ansvar for egen sundhed i visse dele af (børne-)befolkningen delvis kan ses som en opfordring til at trække sig selv op ved håret.

10.3 Sundhedsvæsenets rolle

Ændringerne i sygdomsmønstret kræver nye tilgange inden for forebyggelse og sundhedsfremme. De nye kroniske og livsstilsbetingede sygdomme har ikke kun betydning for det enkelte barn og familie, men kan blive en uoverkommelig byrde for et sundhedsvæsen og et socialvæsen, der i forvejen er under pres. Indenfor sundhedsvæsenets område er det vist for sukkersyge, at en stor del af sundhedsvæsenets ressourcer vil blive bundet til behandlingen af denne sygdom om 10 år, hvis antallet med sukkersyge forsætter med at vokse med samme hastighed. Men det samme gælder også på det sociale område. En sundhedsplejerske har beskrevet udviklingen som truende for omkring 25 % af børnene i en årgang (Kahlig and Banerjee, 2007). Konsekvenserne af omsorgssvigt betyder både ringere livskvalitet for de implicerede børn og kan komme til at koste samfundet dyrt, hvis man ikke formår at overkomme den sociale arv.

Viden, attituder, vaner og "basis" sundhed grundlægges tidligt. Sundhedsvæsenet yder i dag gratis forebyggelsestilbud, som graviditetsundersøgelser, besøg af sundhedsplejerske i hjemmet og forebyggende børneundersøgelser fra fødslen til afslutningen af folkeskolen. Den enkle filosofi bag disse tiltag er, at hvis afvigelser fra normal udvikling opdages tidligt, så er de lettere at udbedre og får færre konsekvenser for barnet. Sundhedsvæsenet kan således have en afgørende rolle i forhold til at sikre større lighed i sundhed (World Health Organization, 2008) ved at arbejde mod en lokal distribution af ressourcerne efter de relative behov, (Turrell et al., 1999) og ved at støtte strategier og udvikling af politikker, der gavner sundhed for alle (The National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee), 1998).

Men data for indikatorerne på områder, hvor forebyggelse faktisk er både mulig og ønskelig (som karies, graviditeter hos børn, udsættelse for rygning under graviditeten og modtagelse af de anbefalede antal undersøgelser under graviditeten) viste, at sundhedsvæsenets nuværende forebyggende indsats ikke er tilstrækkelig, da børn i yderdistrikter og i bygder på disse områder klarer sig mindre godt. Samtidig synes der at mangle ressourcer til eller prioritering af det forebyggende arbejde med børn i nogle kommuner/sundhedsdistrikter, idet data på obligatoriske børneundersøgelser (deltagelse i 4 års undersøgelse og indskolingsundersøgelsen) ikke kunne findes i nogen kommuner og sundhedsdistrikter på trods af, at disse undersøgelser i henhold til gældende regler skal tilbydes alle børn (Direktoratet for Sundhed, 2005).

Indikatorerne viser således, at de sociale og demografiske forskelle i børns sundhed og sundhedsdeterminanter i dag kun delvist modvirkes af sundhedsvæsenets indsats, og dermed vises også, at sundhedsvæsenet ikke fordeler sine ressourcer til udsatte grupper ud fra deres behov. Sundhedsvæsenet bidrager dermed selv til at øge uligheden i børns sundhed via den distribuering af sundhedsydelser, der bliver foretaget.

11. Opsummering af resultater, konklusion og anbefalinger

I nedenstående oversigt opsummeres resultaterne fra analyserne.

Indikator	Forskelle mellem kommunegrupper	Forskelle mellem Nuuk by, byer og bygder
Seksuel sundhed	Der var færre med klamydia i små kommuner. Flere 15-17-årige piger i yderdistrikter fik børn. Færre 15-17-årige i Nuup Kommunea havde haft samleje.	Flere 15-17-årige piger i byer fik børn. Der var færre 15-17-årige i Nuup Kommunea, der havde haft samleje.
Skader, slagsmål og mobning	Flere børn i Nuup Kommunea havde været behandlet for en skade hos en læge eller sygeplejerske. Flere børn i Nuup Kommunea kom til	Flere børn i Nuuk by blev behandlet for en skade hos en læge eller sygeplejerske. Flere børn i Nuuk by var involveret i

	skade.	slagsmål. Flere børn i bygder blev mobbet ugentligt eller oftere.
Mad og kostvaner	Flere børn i yderkommuner havde ofte oplevet mangel på mad i hjemmet. Flere børn i Nuup Kommunea spiste dagligt frugt. Flere børn i yderkommuner spiste sæl og hval ugentligt eller hyppigere.	Flere børn i bygder havde ofte oplevet mangel på mad i hjemmet. Flere børn i bygder havde et dagligt indtag af slik og sodavand. Færre børn i bygder spiste frugt dagligt. Flere børn i bygder spiste sæl og hval ugentligt eller hyppigere.
Alkohol og rygning	Færre børn i Nuup Kommunea røg hverken dagligt eller generelt. Færre børn i yderkommunerne havde aldrig været fulde. Flere børn i de store kommuner havde været fulde 2 eller flere gange.	Børn i bygder havde den laveste andel af ikke-rygere og den højeste andel, der røg dagligt. Færre børn i bygder havde været fulde 2 eller flere gange.
Fysisk aktivitet og inaktivitet	Flest børn i yderkommuner var fysisk aktive 1 time dagligt. Flest børn i små kommuner var fysisk inaktive.	Flere børn i bygder var fysisk aktive 1 time dagligt. Færre børn i bygder dyrkede motion eller sport 4 timer ugentligt eller mere. Flere børn i byer var fysisk inaktive.
Tidlig indsats	Færre mødre i yderkommuner fik det anbefalede antal undersøgelser under graviditeten. Flere mødre i yderkommuner røg under graviditeten.	Færre mødre i bygder får det anbefalede antal undersøgelser under graviditeten.
Tandsundhed	Flere børn i yderkommuner havde ved skolestart haft karies. Færre børn i yderkommuner og bygder børstede dagligt tænder.	Færre børn i bygder børstede dagligt tænder.
Ressourcer	Flest børn i yderkommuner havde oplevet mangel på mad i hjemmet. Flere børn i yderkommuner kunne lide at gå i skole. Flere børn i Nuup Kommunea var aldrig blevet mobbet. Færre børn i yderkommuner var tosprogede.	Flest børn i bygder havde oplevet mangel på mad i hjemmet. Færre børn i bygder havde et godt selv vurderet helbred. Færre børn i bygder havde en god livskvalitet. Flere børn i Nuuk by havde et godt forhold til venner. Færre børn i bygder var aldrig blevet mobbet. Færre børn i bygder var tosprogede.

For disse områder er det således sandsynliggjort, at kommuner, der allerede er forfordelt økonomiske, demografisk og socialt, skal hjælpe en højere andel af sårbare børn i forhold til mere velstillede kommuner. Det betyder, at børn, der allerede er belastet af mangel på personlige ressourcer og negative sundhedsvaner, risikerer at blive yderligere belastet. Kommunesammenlægningen og overgangen til de fire storkommuner giver dog helt nye muligheder for nytænkning af arbejdet mod at skabe en sammenhængende indsats for at sikre sundhed for børn overalt i Grønland.

11.1 Konklusion og anbefalinger

Som beskrevet i indledningen, så har børns vilkår og sundhed høj prioritet i det grønlandske samfund, og der er en stor vilje til at analysere eventuelle problemområder, hvilket er en styrke. Trods dette mangler *en systematisk, kontinuerlig og dækkende registrering af børns sundhed og velbefindende set i et barneperspektiv og sat ind i en social og politisk sammenhæng* (Köhler L, Jakobsson, 1991).

En forudsætning for at kunne vurdere om det nuværende folkesundhedsarbejde lykkes efter hensigten, og om det lever op til WHO's mål om at give alle børn mulighed for at opnå deres fulde fysiske psykiske og sociale potentiale, er derfor at skabe enighed om at definere og følge kerneindikatorer eller nøgletal – som de foreslåede - for børns sundhed set i et socialt perspektiv og defineret ud fra børns behov.

Rapporten viser direkte, at alt peger på at nogle børns ringere sundhed også har baggrund i faktorer, der ligger udenfor det enkelte barn eller families indflydelse, og at børn med ringere sundhed eller forudsætninger for sundhed er overrepræsenteret i yderdistrikter og bygder. Bygder og yderdistrikter har samtidig de sværeste økonomiske og demografiske forhold, og sundhedsvæsenets tilbud når ikke altid i lige så stor udstrækning ud til disse børn.

Strategien bør således fokusere på, at sundhedsvæsenets ressourcer i højere grad distribueres lokalt efter de relative behov i befolkningen. Sundhedsvæsenet bør styrke sin folkesundhedsorientering og arbejde mere målrettet mod "at skabe sundhed" (Klazinga et al., 2001) også gennem ressourcetildelingen.

Det er også nødvendigt i langt højere grad i fremtiden at kunne sætte tal på sundhedsvæsenets tilbud og måle kvaliteten i dets ydelser. Samtidig må kvalitetsindikatorer i sundhedsvæsenet i langt højere grad tilstræbes målt også ud fra et folkesundhedsperspektiv og for børn ud fra Børnekonventionen (United Nations, 1989).

Det kræver ikke nødvendigvis flere ressourcer, men et samarbejde mellem kommuner og Selvstyret omkring en sammenhængende politik, der tager højde for de eksisterende muligheder for sundhed for alle børn.

12. Referencer

- ACHESON, D. (1988) Public Health in England. The report of the committee on inquiry into the future development of public health function. London, Her Majesty's Stationary Office.
- ARCTIC COUNCIL'S SUSTAINABLE DEVELOPMENT WORKING GROUP (2005) Analysis of Arctic Children and Youth Health Indicators. Oulu, Arctic Council.
- BJERREGAARD, P. (2004) Folkesundhed i Grønland [Public Health in Greenland]. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal 1:2004*. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre.
- BJERREGAARD, P. & DAHL-PETERSEN, I. (Eds.) (2008) *Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007*, København, Statens Institut for Folkesundhed.
- BJERREGAARD, P. & YOUNG, T. K. (1998) *The Circumpolar Inuit - health of a population in transition*, Copenhagen, Munksgaard.
- CURRIE, C., GABHAINN, S. N., GODEAU, E., ROBERTS, C., SMITH, R. & CURRIE, D. (2008) Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 survey. *Health Policy for Children and Adolescents, No. 5*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- CURRIE, C., ROBERTS, C., MORGAN, A., SMITH, R., SETTERBULTE, W. & SAMTAL, O. (2004) Young People's Health in a Context. Health Policy for Children and Adolescents. Copenhagen, World Health Organization.
- DIREKTORATET FOR SUNDHED (2005) Helbredsundersøgelser hos børn. Nuuk, Direktoratet for Sundhed.
- EMBEDSLÆGEINSTITUTIONEN (2006) Årsberetning 2005. Nuuk, Embedslægeinstitutionen.
- GRØNLANDS HJEMMESTYRE (2007) Inuuneritta - Folkesundhedsprogram, Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre.
- GRØNLANDS HJEMMESTYRE OG PAARISA (2004) Forslag til National Strategi for Selvmordsforebyggelse i Grønland. [Proposal of a National Strategy for the Prevention of Suicide in Greenland]. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre.
- HS ANALYSE (2001) Hvem får en uddannelse? - En undersøgelse, af de forhold der er bestemmende for unges påbegyndelse og fuldførelse af en uddannelse. Nuuk, Direktoratet for Kultur, Uddannelse, Forskning og Kirke.
- HANSEN, J. C., DEUTCH, B. & ODLAND, J. Ø. (2008) Dietary transition and contaminants in the Arctic: emphasis on Greenland. *Circumpolar Health Supplements*. Oulo, International Association of Circumpolar Health Publishers.
- HAUGEJORDEN, O. & BIRKELAND, J. M. (2006) Ecological time-trend analysis of caries experience at 12 years of age and caries incidence from age 12 to 18 years: Norway 1985-2004. *Acta Odontologica Scandinavica*, 64, 368-75.
- HS ANALYSE (2008) De ti kostråd - rapport fra undersøgelsen af befolkningens kendskab til de ti kostråd og i hvilket omfang de efterleves. Nuuk, HS ANALYSE.
- IDLER, E. L. & BENYAMINI, Y. (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 21-37.
- KAHLIG, W. & BANERJEE, N. (2007) *Børn og unge i Grønland - en antologi*, Nuuk, Milik Publishing.
- KÖHLER, L. & JAKOBSSON, G. (1991) Children's health in Sweden, an overview for the 1991 Public Health Report. Stockholm, The National Board of Health and Welfare.

- LYNGE, H. (1981) *Grønlands indre liv. Erindringer fra barndomsårene.*, Nuuk, Det grønlandske Forlag.
- MULVAD, G., PEDERSEN, H. S. & OLSEN, J. (2003) Health research in Greenland; start with the children. *12th International Congress on Circumpolar Health 2003*. Nuuk, International Journal of Public Health.
- NICLASSEN, B. (2009) Folkesundhed i Børnehøjde - indikatorer for børns sundhed i Grønland. Göteborg, Nordic School of Public Health.
- NICLASSEN, B. & BJERREGAARD, P. (2007a) Child Health in Greenland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 313-22.
- NICLASSEN, B. & BJERREGAARD, P. (2007b) IVAAQ - DEN GRØNLANDSKE BØRNEKOHORTE - analyser af faktorer, der har sammenhæng med helbred under graviditeten og graviditetsudfald. *Nuna Med Conference*. Nuuk, Nuna Med Conference.
- NICLASSEN, B. & KÖHLER, L. (2009a) Core indicators on children's health and well being at the municipal level in Greenland. *Child Indicators Research*, 2, 221-44.
- NICLASSEN, B. & KÖHLER, L. (2009b) National indicators of child health and well-being in Greenland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 347-56.
- NICLASSEN, B., LØNGAARD, K., LAURSEN, L. K. & SCHNOHR, C. (2007a) Sundhed på toppen. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal 1-2007*. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre.
- NICLASSEN, B., RASMUSSEN, M., BORUP, I. & SCHNOHR, C. W. (2009) The secular development in intake of imported foods in rural and urban Greenland – fruits versus sweets. *International Journal of Circumpolar Health*, Submitted.
- NICLASSEN, B. & SCHNOHR, C. (2008) Has the curve been broken? - Trends between 1994 and 2006 in smoking and alcohol use among Greenlandic school-children and areas to consider in future preventive strategies. *International Journal of Circumpolar Health*, 67, 299-307.
- NICLASSEN, B. & SCHNOHR, C. W. (2009) Greenlandic school children's compliance with national dietary guidelines. *Public Health Nutrition*, Submitted.
- NICLASSEN, B. V.-L. (2005) Overvægt og fedme. Sociale konsekvenser, selværd og livskvalitet, med fokus på børn og unge [Overweight and obesity. Social consequences, self-esteem and quality of life, with focus on children and teenagers]. *Ugeskrift for Læger*, 167, 1145-8.
- NICLASSEN, B. V.-L., PETZOLD, M. G. & SCHNOHR, C. (2007b) Overweight and obesity at school entry as predictor of overweight in adolescence in an Arctic child population. *European Journal of Public Health*, 17, 17-20.
- NIELSEN, S. L. & WULFF, S. (2007) Børn med afsavn. Interviewundersøgelse med børn og forældre i familier med knap økonomi. *Børns levestandard i Grønland del 1*. Nuuk, MIPI.
- PETERSEN, P. E. (2006) Tandsundhed hos 5- og 6-årige børn i Grønland og Danmark 1999 - 2003 [Dental health in 5 and 6 year olds in Denmark and Greenland 1999-2003]. Copenhagen, Tandlægeskolen, Københavns Universitet.
- PRENTICE, A. M. & SA, S. A. J. (1995) Obesity in Britain: gluttony or sloth? *British Medical Journal*, 311, 437- 9.
- SCHNOHR, C., NIELSEN, S. L. & WULFF, S. (2007) Børnefattigdom i Grønland. *Børns levestandard i Grønland del 2*. Nuuk, MIPI (Meeqqat Inuusutullu Pillugit Ilisimasaqarfik).

- SCHNOHR, C., PEDERSEN, J., ALCÓN, M. & NICLASSEN, B. (2005a) Sundhed og helbred hos skolebørn i Grønland fra 1994 til 2002. *Inussuk Report No. 2-2004*. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre.
- SCHNOHR, C., SØRENSEN, T. I. A. & NICLASSEN, B. V.-L. (2005b) Changes since 1980 in body mass index and the prevalence of overweight among inschooling children in Nuuk, Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, 157-62.
- SUMMERBELL, C., WATERS, E., EDMUNDS, L., KELLY, S., BROWN, T. & CAMPBELL, K. J. (2005(3)) Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- SUMMERBELL, C. D., ASHTON, V., CAMPBELL, K. J., EDMUNDS, L., KELLY, S. & WATERS, E. (Eds.) (2005) *Interventions for treating obesity in Children (Cochrane review)*, Chichester, John Wiley & Sons.
- THE NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH AND DISABILITY (NATIONAL HEALTH COMMITTEE) (1998) The Social, Cultural, and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health. Wellington, National Health Committee.
- TURRELL, G., OLDENBURG, B., MCGUFFOG, I. & DENT, R. (1999) Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and a policy and intervention agenda. *Ausinfo*. Canberra, Queensland University of Technology, School of Public Health.
- UNICEF (2001) A league table of teenage births in rich nations. *Innocenti Report Card 3*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- UNITED NATIONS (1989) Convention on the Rights of the Child. New York, United Nations.
- VICTORA, C. G., WAGSTAFF, A., SCHELLENBERG, J. A., GWATKIN, D., CLAESON, M. & HABICHT, J.-P. (2003) Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 362, 233-41.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948) Constitution. Geneva, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) Health for All in the Twenty-first Century. Geneva, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WULFF, S. & NIELSEN, S. L. (2007) FN's Børnekonvention og barnets ret til en tilstrækkelig levestandard. *Børns levestandard i Grønland del 3*. Nuuk, MIPI.
- YOUNG, T. K. & BJERREGAARD, P. (Eds.) (2008) *Health transitions in Arctic populations*, Toronto, University of Toronto Press.

13. Bilag

13.1 Datatilgængelighed

I Grønland mangler man desværre gode tal fra mange områder med betydning for børns sundhed. Det har naturligvis haft betydning for udvælgelsen af indikatorer. Indikatorer på vigtige områder som amning, psykisk sygdom og sundhed, selvmordsforsøg, vold, og deltagelse i børneundersøgelser kunne ikke foreslås. Selvom det var ønsket at anvende data for indikatorer, der var aldersmæssigt jævnt fordelt fra 0 til 17 år, så blev de endelige indikatorer på grund af datamanglen domineret af indikatorer med data på skolebørn.

I henhold til Børnekonventionen skal alle initiativer ses ud fra barnets bedste, fra barnets synsvinkel og med barnet i centrum. Det må således også gælde datakilder, men generelt var data ikke organiseret, så de gav mulighed for at følge det enkelte barn. Skoledata var således organiseret ud fra karakterer, ulykkesdata ud fra diagnosen, graviditeter hos børn måtte findes i to forskellige registre, mens børn i fattige hushold, børn af immigranter, udsættelse for tobak under graviditeten kunne findes, men data var ikke rutinemæssigt tilgængelige.

13.2 Indikatordefinitioner

Både for de indgåede indikatorer, der bygger på registerdata og dem, der bygger på spørgeskemadata, er så vidt muligt brugt internationalt benyttede definitioner. Af tabel 13.1 fremgår dels definitionen af den enkelte indikator, hvem der har defineret den og en markering (fx * eller #), der angiver den brugte datakilde. En liste over disse datakilder ses efter tabellen.

Tabel 13.1 Definition, datakilder og år for de brugte indikatorer

	Defineret af
Sociale og demografiske vilkår	
Befolkning *	
Børn 0-17 år *	
Forsørgelsesindeks ** Andel af befolkningen, der er børn under 18 år og ældre over 62 år	modificeret fra WHO
Bor i bygd (ikke urbaniseret) *** Andel af børn, der bor i bebyggelser med færre end 1.000 indbyggere (største bebyggelse i kommunen regnes for by selvom den har mindre end 1.000 indbyggere)	Grønlands Statistik, modificeret fra WHO

Mor født i Grønland *** Andel af børn, hvis mor er født i Grønland	Grønlands Statistik
Bor med enlig forælder *** Andel af børn, der bor i en husstand med en forælder eller primær forsørger	Fra (64)
Bor i fattigt hushold *** Andel af børn, der lever i en husstand med en husstandsindkomst under den nationale 50 % median (modificeret OECD skala) i 2 ud af 3 tidligere år	OECD
Ikke afsluttet folkeskolen **** Andel af elever, der ikke afslutter folkeskolen (11. klasse, 10. klasse fra 2008) med de skriftlige afgangsprøver i matematik, grønlandsk og dansk (ISCED 2) per 100 registrerede elever i 11.(10.) klasse	modificeret fra UNESCO
Seksuel sundhed	
Klamydiainfektion ***** Anmeldte tilfælde af klamydia hos 15-19-årige per 100 i aldersgruppen	modificeret fra WHO
Unge gravide # Andel af 15-17-årige piger, der har været gravide (fået en abort eller har født)	modificeret fra WHO
Har haft samleje ## Andel af 15-17-årige, der har haft samleje	HBSC
Skader og slagsmål	
Alvorlige skader ### Årlig incidens af indlæggelser hos børn på grund af en skadebaseret ulykke? på udskrivningsdiagnoserne intrakranielle læsioner, forgiftninger, forbrændinger, ætsninger, kuldeskader og brud på kranie, ansigt og ekstremiteter (ICD 10: S02, S06, S42, S52, S62, S72, S82, S92, T20-T32, T33-T35, T36-T65)	modificeret fra (53)
Hos læge eller sygeplejerske med skade ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: <u>Indenfor de sidste 12 måneder</u> , hvor mange gange kom du til skade og måtte behandles af en læge eller sygeplejerske? angiver at være kommet til skade 2 eller flere gange	HBSC
Været i slagsmål ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: <u>Indenfor de sidste 12 måneder</u> , hvor mange gange har du været oppe at slås? angiver at have været oppe og slås 2 eller flere gange	HBSC
Mobbet ugentligt ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: Hvor ofte er du <u>blevet mobbet i skolen</u> i de sidste par måneder? angiver at være mobbet "omkring 1 gang om ugen" eller "flere gange om ugen"	HBSC
Mad og kostvaner	
Oplevet mangel på mad i hjemmet ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der går sultne i skole eller i	HBSC

seng "altid" eller "ofte" på grund af mangel på mad i hjemmet	
Aldrig oplevet mangel på mad i hjemmet ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der "aldrig" går sultne i skole eller i seng på grund af mangel på mad i hjemmet	HBSC
Dagligt slik eller sodavand ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der rapporterer at indtage slik eller sodavand dagligt	HBSC
Frugt dagligt ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der rapporterer at indtage frugt dagligt	HBSC
Sæl eller hval ugentligt eller hyppigere ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der rapporterer at indtage sæl eller hval ugentligt eller hyppigere	HBSC
Brug af rusmidler	
Ryger ikke ## Andel af 15-årige, der rapporterer ikke at ryge	HBSC
Daglig rygning ## Andel af 15-årige, der rapporterer at ryge dagligt	HBSC
Aldrig været fuld ## 15-årige, der rapporterer, at de aldrig har været fulde	HBSC
Været fuld mindst 2 gange ## Andel af 15-årige, der rapporterer, at de har været fulde 2 eller flere gange	HBSC
Fysisk aktivitet og inaktivitet	
Daglig fysisk aktivitet ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der rapporterer, at de var moderat fysisk aktive mindst en time dagligt de sidste 7 dage	HBSC
Motion eller sport 4 timer eller mere ugentligt ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: <u>Efter skoletid</u> : Hvor ofte laver du normalt motion eller sport (fysisk aktivitet), så meget at du bliver forpustet eller kommer til at svede? svarer 4 timer eller mere	HBSC
Motion eller sport □ time eller mindre ugentligt ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: <u>Efter skoletid</u> : Hvor ofte laver du normalt motion eller sport (fysisk aktivitet), så meget at du bliver forpustet eller kommer til at svede? svarer □ time eller mindre	HBSC
Tidlig indsats	
Undersøgelser under graviditeten #### Andel af børn født efter 36. uge, hvis mor ikke havde 6 eller flere graviditetsundersøgelser hos jordmoder og plejepersonale	egen
Rygning under graviditeten #####	Fra (65)

Andel af børn, der under graviditeten er udsat for tobak på grund af mors rygning	
Lav fødselsvægt ### Andel af levendefødte med en fødselsvægt på under 2.500 g	WHO
Tandsundhed	
Børster tænder dagligt ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: Hvor ofte børster du dine tænder? svarer en eller flere gange dagligt	HBSC
Karies □ Andel af børn med karies (målt som dmft) i mælketænder ved 6 års alderen (skolestart)	WHO
Ressourcer	
Tosproget ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der er tosprogede (taler både grønlandsk og dansk "flydende" eller "uden besvær")	Sundhedsprofilundersøgels en i 1993/4
Symptomer ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der har to eller flere symptomer (hovedpine, mavepine, rygsmærter, nervøsitet, nedtrykthed og irritabilitet) sjældnere end ugentligt	HBSC
Selvvurderet helbred ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der vurderer deres helbred som "virkelig godt" eller "godt"	HBSC
Livskvalitet ## Andel af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008), der vurderer deres livskvalitet til 6 eller højere på Cantril's stige	HBSC
Godt forhold til forældre ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: Hvor tilfreds er du i det store og hele med ...: dit forhold til dine venner. angiver at være "meget tilfreds" eller "tilfreds"	HBSC
Kan lide skolen ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: Hvad synes du om skolen for tiden? svarer "virkelig godt" eller "godt"	HBSC
Aldrig mobbet ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: Hvor ofte er du <u>blevet mobbet i skolen</u> i de sidste par måneder? angiver "aldrig" at være mobbet	HBSC
Godt forhold til forældre ## Andelen af børn i 6. til 11. klasse (6.-10. klasse fra 2008) der på spørgsmålet: Hvor tilfreds er du i det store og hele med ...: dit forhold til din mor/ far angiver at være "meget tilfreds" eller "tilfreds"	HBSC

* Grønlands Statistik, 2004-2006, ** Grønlands Statistik, 2006, *** Grønlands Statistik 2002-2004, **** Karakterdatabasen, Direktorat for Kultur, Uddannelse, Forskning, og Kirke, 2002-2004, ***** Embeds-lægeinstitutionen i Grønland, 2004-2006, # Embedslægeinstitutionen i Grønland og Det nationale diagnoseregister (Direktorat for familie og sundhed), 2003-2005, ## HBSC Grønland 2006
 ### Det nationale diagnoseregister (Departementet for familie og sundhed), 2004-2006, #### Embedslæge-institutionen i Grønland, 2003-2005, ##### Embedslægeinstitutionen i Grønland, 2004-2005, ▫ Afdeling for Samfunds-odontologi og Videreuddannelse, Københavns Universitet, 2001-2003

13.3 Datakilder

For spørgeskema med selvvaluerede data bygger indikatorerne på Health Behaviour in School-aged Children undersøgelsen i Grønland fra 2006. HBSC-undersøgelsen er den eneste landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt skoleelever. Den har været foretaget hvert 4. år fra 1994 og sidst i 2006 (Niclasen et al., 2007). I 2006 deltog skoler, der dækkede 67 % af eleverne i aldersgruppen, og deltagerandelen på disse skoler var 67 % udregnet med udgangspunkt i det officielle elevtal (Inerisaavik, Direktoratet for Kultur, Forskning, Uddannelse og Kirke, 2006). I alt deltog 2.462 elever.

For de statistiske data kan de brugte datakilder eller registre opdeles i validerede/ikke validerede og grundet i personidentificerbare/ikke personidentificerbare data.

De brugte *validerede personidentificerbare registre* var det nationale fødselsregister og de økonomiske og demografiske registre. Data i disse er indsamlet med det formål, de er brugt til her, og anses generelt for at være pålidelige.

Det landsdækkende diagnoseregister er et *ikke validerede personidentificerbart register*, hvortil data indberettes direkte fra det enkelte sundhedsdistrikt. Registret har derfor nogle generelle svagheder som indtastningernes pålidelighed, at data er organiseret på diagnoser og ikke på det enkelte barn, og der mangler mulighed for med sikkerhed at skelne mellem primære indlæggelser, overflytninger, tilbageflytninger, eller genindlæggelser.

De *validerede ikke personidentificerbare registre* var data fra karakterdatabasen og klamydiadata. For klamydiadata betyder det, dels at det ikke kan vurderes, hvor mange personer der får infektionen, dels at primærinfektioner ikke kan skelnes fra behandlingssvigt, og generelt at diagnosen afhænger af den brugte tests følsomhed og rigtighed. For afgangsprøver viste nogle kommuner sig at have flere børn, der afsluttede folkeskolen, end børn i relevant alder. En analyse

viste, at en varierende andel af børn var registreret som elever i 11. klasse flere år i træk. Disse registreringsproblemer bør mindskes efter 2008 med enhedsskolen.

Et eksempel på et *ikke validerede personidentificerbart register* er vaccinationsregistreret. Analyser på kommuneniveau af vaccinationsdækning for MFR viste, at mere end 100 % af børnepopulationen blev registreret som vaccineret i nogle kommuner i flere år i træk. Denne formentlig delvise dobbeltregistrering vil forsvinde, når data kan udtrækkes fra den elektroniske patientjournal.

Konkluderende viser arbejdet med indikatorerne, at al fremtidig registrering nødvendigvis må bunde i personidentificerbare datakilder, og at en nærmere analyse af rigtigheden og dækningen af de ikke validerede registre er nødvendig.