

Inuuneritta II

**Naalakkersuisuts strategier og målsætninger
for folkesundheden 2013-2019**



NAALAKKERSUISUT
GOVERNMENT OF GREENLAND



SUNDHED er ikke bare en modsætning til sygdom, men har også en bredere betydning som mål for **ET GODT LIV**. Et godt og sundt liv er forbundet med livskvalitet og har ikke nødvendigvis sammenhæng med et bedre kondital, ikke at ryge eller drikke eller at være slank. Men konditalet, vægten og vores rusmiddelvaner har stor betydning for, at vi ikke bliver syge eller begrænsede i vores dagligdag – og dermed risikerer at få en nedsat **LIVSKVALITET**.



Agathe Fontain

Medlem af Naalakkersuisut for Sundhed



© Departementet for Sundhed, 2012

Fotos:

Inuuteq Kriegel, side 2

Nukaraq Eugenius, side 4, 21, 22, 25, 26

Ulrik Bang, side 8, 17

Kristine S. Kreutzmann, side 12, 18, 28, 34

Layout: Tegnestuen Tita, v. Nina S. Kreutzmann

Tryk: Clemens A/S

INDHOLD



Indledning 4



Hvad bestemmer vores sundhed? 8



Alkohol og hash 12



Ryning 18



Fysisk aktivitet 22



Kost 26



Forankring og implementering 28



Monitorering og evaluering 34



De 5 folkesundhedsråd 37



Litteratur 38



Indledning



Inuuneritta II ser sundhed som det gode liv og har til formål at øge befolkningens livskvalitet. Det gode liv handler om fuldt ud at kunne udnytte sine evner og sine muligheder for at leve godt og meningsfuldt.

Det gode liv skabes i et samspil med andre mennesker. Det gælder ikke mindst for børn og i familien. Når vi har det godt i vores nære relationer, skaber det overskud til at indgå i andre sociale sammenhænge og til at tage aktiv del i samfundet. Vi er samtidig bedre rustet til at kunne håndtere stressende eller traumatiske hændelser.

Visionen med Inuuneritta II er derfor, at:

Alle borgere i Grønland skal have de bedste muligheder for at få et godt og langt liv.

Det betyder, at vi skal:

- leve længere – og med en højere livskvalitet
- have flere gode leveår – og færre med sygdom og begrænsninger
- have lige muligheder for at leve et sundt og aktivt liv – og bruge disse muligheder

Inuuneritta II har fokus på konsekvenserne af vores livsstil og på de livsstilsfaktorer, der har den største betydning for helbredet i den grønlandske befolkning. Dette fokus er valgt, fordi andre store, tværgående initiativer allerede tager hånd om specielt børns, unges og familiers sociale forhold og trivsel. Hensigten med Inuuneritta er at supplere disse initiativer uden at overlape dem.

Inuunerittas temaer er også valgt ud fra en

praktisk synsvinkel. Det er emner, som den enkelte umiddelbart kan genkende fra hverdagen. De egner sig til konkret forebyggelse, og der kan opstilles nogle klare mål for dem.

Temaerne for Inuuneritta II er:

Alkohol og hash, fordi misbrug er årsag til en meget stor del af de problemer, som børn, unge og familier har, herunder dårligt psykisk helbred og dårlig trivsel. Når børn udsættes for alkoholmisbrug i familien og seksuelle overgreb, øges risikoen for senere selvmord. Dette tema er det vigtigste.

Rygning, fordi rygning er årsag til mange sygdomme, tidlig død og tabte gode leveår.

Fysisk aktivitet, fordi fysisk aktivitet forebygger en lang række sygdomme og har en vel-dokumenteret betydning for menneskers sundhed.

Kost, fordi usund kost er en medvirkende årsag til den stigende forekomst af fedme, diabetes og andre sygdomme.

Indsatserne selvmordsforebyggelse, ”Tidlig indsats overfor gravide familier” og information/formidling fra Inuuneritta vil fortsætte i Inuuneritta II.

Børn, unge og familier er særlige målgrupper

Et folkesundhedsprogram er selvfølgelig for hele befolkningen, men en særlig vigtig målgruppe i Inuuneritta II er børn, unge og familier. Der er mange gode grunde til at satse specielt på disse grupper. Børn og unge er særligt udsatte, fordi de er afhængige af både deres familie og af samfundet i for-

hold til, at deres trivsel og udvikling bliver sikret.

Social ulighed i sundhed starter allerede før fødslen. Kun igennem systematisk fokus på rammerne for sundhed og på de basale sundheds-, omsorgs- og uddannelsesmæssige ydelser i samfundet kan den sociale ulighed i sundhed blandt børn, unge og familier på længere sigt mindskes. Inuuneritta II supplerer de øvrige initiativer omkring børn- og unge og satser på at skabe gode sundhedsvaner fra starten af livet.

Inuuneritta II's fire temaer er vigtige for hele befolkningen, men især for børn, unge og familier. De negative konsekvenser ved at vokse op i en familie med misbrug er store, og det kan være svært at bryde den negative sociale arv. Mange starter med at ryge i barndoms- og ungdomsårene. Gode vaner omkring fysisk aktivitet og gode kostvaner bør grundlægges fra barndommen, fordi usunde vaner på disse områder senere i livet er årsag til sygdom, tidlig død og tabte gode leveår.

En sund livsstil grundlægges i barndommen og rækker ind i alderdommen. Det er en vigtig forudsætning for en sund aldring at nå frem til pensionsalderen med et godt helbred og gode sundhedsvaner. Inuuneritta II vil derfor også få stor betydning for gruppen af ældre.

Fra Inuuneritta til Inuuneritta II

Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta var det første, samlede folkesundhedsprogram for Grønland. Forudsætningerne er derfor anderledes nu. Inuuneritta II starter ikke på

bar bund, men skal fortsætte arbejdet i en vifte af forebyggelses- og sundhedsfremmende programmer og projekter ikke blot i sundhedssektoren, men også i fx undervisnings- og socialektoren.

De væsentligste forskelle på det første folkesundhedsprogram og Inuuneritta II er, at de faglige temaer og mål er præciseret og reduceret væsentligt, at der lægges vægt på at styrke koordineringen af programmet, og at der skal indgås sundhedsaftaler, der fastlægger ansvaret for indsatserne under programmet. Ligeledes er ønsket med dette program at synliggøre, at strukturel forebyggelse, dvs. rammer for menneskers liv, skal være et bærende element. Strukturel forebyggelse når ud til alle, til forskel fra massekampagner og individuel forebyggelse, og har derfor større mulighed for at mindske den sociale ulighed i samfundet.

Endelig vil der fra Inuuneritta II's begyndelse ske en løbende monitorering og evaluering af indsatserne.

Forbedring af folkesundhed skal ses i et langt perspektiv

En målelig forbedring af folkesundheden kan ikke ses fra år til år. Derfor er det nødvendigt at tilrettelægge et folkesundhedsprogram efter de bedste kendte principper og derefter følge udviklingen løbende. Det er vigtigt at fortsætte arbejdet, også selvom de ønskede resultater ikke kan måles med det samme. Der kan i nogle tilfælde gå generationer, før en negativ social arv er brudt.

Misbrug af alkohol og hash er et symptom på et samfund i ubalance. Dårlig økonomi, dårlige boligforhold, arbejdsløshed, fattigdom og en belastet opvækst er blandt årsagerne bag misbruget. Men i et konkret folkesundhedsprogram er disse grundlæggende årsager alt for overvældende. Det betyder dog ikke, at de må glemmes eller skubbes til side. Først når de samfundsmæssige årsager til folkesundhedsproblemerne er løst, bliver det muligt at nå det overordnede mål for Inuuneritta, nemlig at sikre den størst mulige livskvalitet for alle mennesker i Grønland.

Effekten af Inuuneritta

Forebyggelse og sundhedsfremme er den eneste måde, hvorpå samfundets samlede sygdomsbyrde og udgifterne til sundhedsvæsenet effektivt kan nedbringes. Men forebyggelse og sundhedsfremme er langsigtede strategier, og på kortere sigt må der både påregnes udgifter til sundhedsvæsenet i forbindelse med en stor sygdomsbyrde og store udgifter til forebyggelse.

Den generelle udvikling på folkesundhedsområdet gennem de seneste 10 år er kun i et vist omfang gået i den rigtige retning. Årsagen til dette må findes i en uoverensstemmelse mellem den generelle samfundsmæssige udvikling og den forebyggende indsats. Den forebyggende indsats har bl.a. på grund af sparsomme bevillingsmæssige forudsætninger været klart utilstrækkelig.

Hvor meget har det grønlandske samfund råd til at investere i forebyggelse og sundhedsfremme? Det kommer an på hvilken synsvinkel, der anlægges. Beregninger fra

Danmark viser, at sundhedsvæsenets årlige merudgifter i forbindelse med sygdomme forårsaget af rygning, manglende fysisk aktivitet og overvægt andrager 7,7 milliarder kroner. Hertil kommer betydelige samfundsøkonomiske udgifter. Disse tal kan ikke direkte overføres til Grønland, hvor fx forekomsten af rygning og overvægt er større, mens der bruges færre midler på sundhedsvæsenet. Hvis Inuuneritta II's mål nås, vil det på længere sigt resultere i en mærkbar besparelse.

Som slutbemærkning må det dog pointeres, at hovedformålet med Inuuneritta ikke er at spare penge, men at reducere forekomst af sygdom og lidelse og at medvirke til at skabe de nødvendige rammer for et godt liv. Den positive effekt på samfundsøkonomien er en sidegevinst.

Strukturel forebyggelse kan være:

- Lovgivning omkring alkohol, tobak, støtte til idræt og færdselssikkerhed, der sikrer sunde valg
- Indretning af skoler og daginstitutioner, der understøtter fysisk aktivitet
- Byplanlægning, der sikrer adgang til cykelstier eller områder, hvor befolkningen kan udfolde sig fysisk aktivt
- Sundhedspolitikker på daginstitutioner, skoler og arbejdspladser
- Servicekontrakter, der sikrer et udvalg af sunde og billige basisvarer
- Strategiske tiltag på nationalt niveau som dette folkesundhedsprogram



**Hvad bestemmer
vores sundhed?**



Lighed har en fremtrædende plads i koalitionsaftalen for 2009-2013, og derfor sætter Inuuneritta II fokus på de sociale forskelle i sundhed her i landet og ønsker at bidrage til at mindske forskellene.

Der er i dag udtalte forskelle i både levevilkår og sundhed mellem befolkningen i byer og bygder, mellem landsdelene og mellem befolkningsgrupper, der adskiller sig med hensyn til erhverv, indkomst og velstand.

De fleste mennesker tænker, at årsagerne til sygdom er tobak, alkohol, stress, bakterier, virus osv. I et folkesundhedsperspektiv er det imidlertid vigtigt at se på de bagvedliggende årsager til, at mennesker bliver syge. Det er som regel levevilkårene og de sociale forhold i samfundet, der bestemmer, i hvilket omfang det enkelte menneske udsættes for sygdomsfremkaldende årsager.

Figuren på side 11 viser, hvordan sundhed og sygdom for den enkelte og for befolkningsgrupper er bestemt af en lang række faktorer i samfundet og i dagliglivet.

Modstandskraft mod sygdom dannes i barndommen og opvæksten under livslang påvirkning fra forældre, familie og omgangskreds i videste forstand. Den enkeltes mulighed for at vælge en sund livsstil er i høj grad betinget af opvækstvilkår og de rammer, samfundet stiller til rådighed.

Hvis man fx er født ind i en familie uden tradition for boglig uddannelse, er ens chance for at få en uddannelse, et godt arbejde og en god løn mindre, end hvis man kommer fra en familie med tradition for uddannelse.

Manglende økonomisk råderum betyder, at man måske har en bolig, som man deler med mange andre, hvilket kan være en psykisk belastning. Man bliver måske også udsat for kulde og træk. Samtidig kan man være udsat for andre belastende faktorer, fx på sin arbejdsplads.

Hvis man desuden i sin barndom eller under opvæksten har været udsat for tobaksrygning og misbrug af alkohol i omgivelserne, er man udsat for de fleste af de umiddelbare årsager til sygdom, der kan aflæses af den inderste cirkel på figuren.

Den enkelte kan gøre meget for at bevare og forbedre sit helbred, men som det fremgår af figuren ligger en stor del af mulighederne for at gøre noget ude i samfundet. Det er derfor nødvendigt, at Selvstyret og kommunerne påtager sig deres del af ansvaret for folkesundheden ved at skabe sundhedsfremmende rammer for befolkningens liv.

Udfordringer for folkesundheden

Lav middellevetid og høj spædbarnsdødelighed

Selvom middellevetiden stiger, og spædbarnsdødeligheden falder, er der stadig langt igen, før Grønland er på niveau med de nordiske lande.

Middellevetiden i Grønland svarer til middellevetiden i lande som Guatemala, Hviderusland, Tyrkiet og Marokko. I 2000-2004 var middellevetiden 66 år for mænd og 71 år for kvinder. I 2006-2010 var den steget til henholdsvis 68 og 73 år.

I årene 2000-2004 var spædbarnsdødeligheden 13 pr. 1000 levendefødte, i 2005-2010 10 pr. 1000 levendefødte. Spædbarnsdødeligheden er betydeligt højere end i de øvrige nordiske lande, lidt højere end i Alaska og Northwest Territories, Canada og omtrent svarende til Nunavut, Canada.

Social ulighed i sundhed

I Grønland er den økonomiske ulighed større end i de øvrige nordiske lande. Levevilkår og sundhedstilstand varierer betydeligt mellem by og bygd og mellem landsdelene. Undersøgelser fra Grønland har vist regionale forskelle i spædbarnsdødelighed, alkoholforbrug og dødelighed af selvmord og ulykker.

Selvmod og selvmordstanker forekom tidligere hyppigere i byer end i bygder, men det er omvendt nu. For kost og fysisk aktivitet og selvvurderet helbred er der fundet social variation i forhold til bl.a. erhverv og velstand. For børns vedkommende er der forskelle i sundhedsforhold mellem Nuuk, byer og bygder, og for mange forholds vedkom-

mende er det børn i bygder, der er dårligst stillede.

Livsstilsfaktorerne har udviklet sig i forskellig retning i takt med ændringerne i samfundet. Overordnet set går det den rigtige vej, omend langsomt, med forbruget af alkohol og tobak, mens det for fysisk aktivitet og kost går den forkerte vej.

Alkohol

Misbrug af alkohol og hash er det største, enkeltstående folkesundhedsproblem i Grønland. Denne vurdering deles af deltagere i befolkningsundersøgelserne. Skatte- og Velfærdskommissionen vurderede, at alkohol- og hashmisbrug er medvirkende årsag til mange børns og unges mistrivsel og en vigtig faktor for vedligeholdelsen af den negative sociale arv. Misbrug ligger bag en meget betydelig del af de problemer, som børn, unge og familier konfronteres med.

Det må understreges, at selvom alkoholforbruget er faldet, så har vi en tung byrde at bære fra det udbredte alkoholmisbrug i 1970'erne og 80'erne. Mange børn i Grønland har været udsat for alkoholproblemer i familien. Forskningen viser, at vold, seksuelle overgreb, og selvmordstanker er tæt knyttet til forekomsten af seksuelle overgreb i barndommen og alkoholproblemer i barndomshjemmet.

Hashrygning er udbredt, men der findes ikke pålidelige tal for hashforbruget. Ludomani optræder ofte sammen med misbrug af alkohol og hash.

Ryging

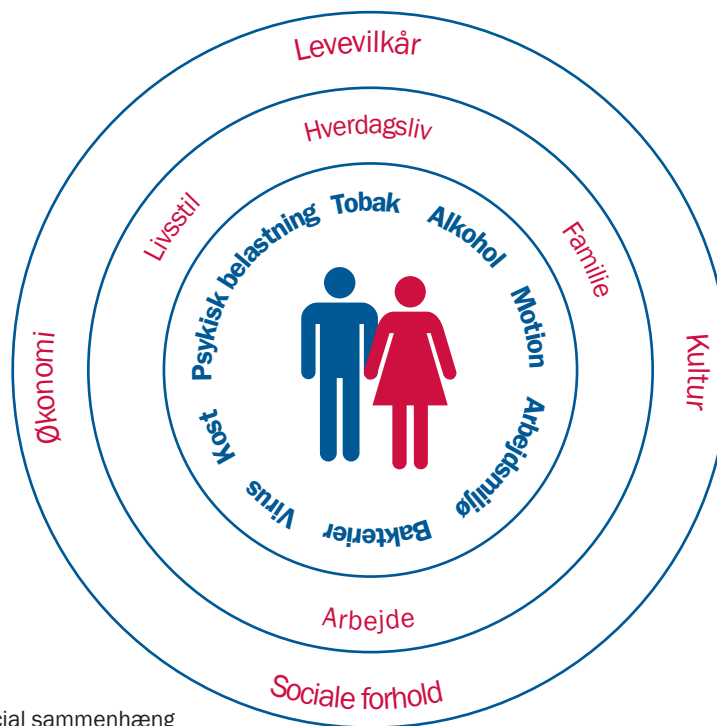
Hele 66 % af den voksne befolkning ryger, og hver anden 15-årige ryger dagligt. Befolkningsundersøgelserne viser, at der siden 1999 er blevet færre mandlige rygere, mens der ikke er sket ændringer for kvindernes vedkommende. Det gennemsnitlige cigaretforbrug er aftagende. Dødeligheden af lungekræft har i mange år været jævnt stigende, især blandt kvinder, og det er endnu for tidligt at spejle efter en virkning af nedgangen i udbredelse af rygning.

Fysisk aktivitet og kost

Vi er blevet mindre fysisk aktive på arbejdet og i hjemmet, men der sker ikke en tilsvarende øgning af motion i fritiden. Dermed er den samlede mængde fysisk aktivitet aftagende. Kosten ændrer sig stadig i retning af

mindre traditionel kost og mere importeret kost. Der spises og drikkes både mere af de sunde, importerede fødevarer som frugt og grøntsager - og mere af de usunde varer som slik, chips og sodavand.

Som en konsekvens af udviklingen i kost og fysisk aktivitet er forekomsten af svær overvægt kraftigt stigende. Det gælder især for kvinder. Forekomsten af diabetes er steget markant siden 1960'erne. Mellem to befolkningsundersøgelser for diabetes i 1999 og 2005-2007 har der dog kun været tale om en stigning i forekomsten blandt ældre. En positiv konsekvens af ændringerne i kost er, at befolkningens indtag af kviksølv fra havpattedyr er reduceret, men dette har kun mindre betydning for folkesundheden.



Figur 2.1 Model for sundhed i social sammenhæng

Alkohol og hash





Målene for Inuuneritta er at forebygge, at børn og unge starter et misbrug, at begrænse synligheden af påvirkede voksne og at reducere hash- og alkoholforbruget mest muligt.

I 2013-2019 er **indsatserne** rettet mod:

- At gravide ikke drikker alkohol eller ryger hash
- At forebygge, at børn og unge drikker alkohol, ryger hash eller sniffer
- At ingen børn oplever voksne, som er påvirkede af alkohol eller hash

Misbrug af alkohol og hash er det største, enkeltstående folkesundhedsproblem i Grønland, ligesom det har en klar sammenhæng med sociale og psykiske problemer. Misbrug af alkohol og hash ligger bag en meget betydelig del af de problemer, som børn, unge og familier konfronteres med.

Misbrug hænger ofte sammen med dårlig økonomi, manglende uddannelse, dårlige boligforhold og arbejdsløshed. Det er derfor vigtigt sideløbende at arbejde med de overordnede rammer for befolkningens liv, hvis folkesundheden skal forbedres.

Hvad er hovedproblemerne?

Drikkemønsteret

Det er drikkemønsteret snarere end et stort gennemsnitligt forbrug, der skaber problemer. I 2011 blev der i Grønland indført 9,8 l

alkohol pr. person over 14 år, mens der i Danmark blev drukket 11,1 liter alkohol pr. person over 14 år. I Grønland er der flere, som er helt afholdende, og derfor er forbruget fordelt på færre personer. Der drikkes ikke jævnt hen over ugen eller måneden, men mere koncentreret i weekender og ved lønudbetalinger. Der er således tale om "binge drinking" eller rusdrikkeri, hvilket både er årsag til sociale problemer og til akutte og kroniske helbredsproblemer.

Hashmisbrug

Hash er et rusmiddel, der kan give hjerne-skader ved langvarig brug og udløse psykiske problemer (hashpsykose) både efter langvarig, men også efter kortvarig brug. Problemet med hash set i et folkesundhedsperspektiv er de afledte sociale konsekvenser for især børn og unge.

Unge forbrug af alkohol, hash og snifning

En netop udgivet rapport fra HBSC undersøgelsen i 2010 (Health Behaviour in School Aged Children – sundhedsadfærd blandt skolebørn) viser, at udviklingen går den forkerte vej, når det gælder de unges alkoholforbrug og snifning, mens der ses et lille fald i andelen af unge, der har røget hash.

Misbrugsproblemer blandt gravide

Gravide er en særligt udsat gruppe, fordi der nogle gange kun skal små mængder alkohol og/eller hash til, før fosteret skades. Midtvejsevalueringen af projektet "Tidlig

indsats overfor gravide familier” viser, at en stor del af alle gravide vil kunne inkluderes i dette projekt alene på grund af udbredte misbrugsproblemer.

Misbrugets sociale konsekvenser

De sociale konsekvenser af misbrug af alkohol og hash er ikke begrænset til misbrugeren selv, men rammer alle personer i omgivelserne. Misbruget går især ud over børnene og den nærmeste familie. Der tales ligefrem om passiv drikning som en parallel til det mere kendte begreb passiv rygning. Misbrug i familien har store negative konsekvenser for den næste generation. Der kan desuden påvises øget forekomst af selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt personer, der som børn har oplevet alkoholproblemer i familien.

Belastning af socialvæsenet og sundhedsvæsenet

Socialvæsenet bruger mange ressourcer på at håndtere de sociale konsekvenser af misbrug af alkohol og hash.

Alkohol har også en betydning for efterspørgslen på ydelser i sundhedsvæsenet, hvor antallet af akutte henvendelser grundet alkoholrelaterede skader medfører en større vagtbelastning.

Alt i alt:

- Der er for mange rusdrikkere
- Der er for mange gravide, der drikker alkohol under graviditeten

- Der er for mange børn, der vokser op i familier med et potentielt skadeligt alkoholforbrug
- Der er for mange unge, der har prøvet at være fulde, ryge hash og sniffe

Hvilke initiativer er der på området?

Restriktioner

Tilgængelighed og salg af alkohol har altid været genstand for regulering fx i form af rationering, lokale restriktioner, begrænsninger i åbningstider for salg, kontrol med udskænkning og en jævnt stigende beskatning af alkohol. Alle disse tiltag har vist sig at være effektive sundhedsfremmende initiativer ligesom de afgifter, som pålægges alkoholiske drikke, har betydning for den forebyggende indsats.

Kommunerne har myndighed til at udstede lejlighedsbevillinger i forbindelse med lokale arrangementer og har på den måde mulighed for at kontrollere omfanget og indholdet af lokale lejlighedsbevillinger.

Alkohol- og Narkotikarådet

Alkohol- og Narkotikarådet er nedsat i henhold til lov om salg og udskænkning af alkoholholdige drikke. Rådet er et rådgivende organ for Naalakkersuisoq for Sundhed inden for forebyggelse, sundhedsfremme, kontrol og behandling på alkohol- og rusmiddelområdet. Rådet er kommet med 3 anbefalinger om alkohol.

1. Unge under 18 år bør helt undgå alkohol
2. Stop før 5 genstande ved samme lejlighed
3. Undgå alkohol før og under graviditeten samt ved amning

Herudover er rådet kommet med 6 gode råd til forældre i forhold til hash.

Alkohol- og rusmiddelpolitikker

I 2012 har Departementet for Sundhed, som en del af Børne- og Ungestrategien, igangsat et udviklingsarbejde omkring alkohol- og rusmiddelpolitikker på alle ungdomsuddannelser, ligesom der er igangsat kursus- og uddannelsesaktiviteter på området.

Indsats rettet mod gravide

I forbindelse med den første undersøgelse hos sundhedsvæsenet bliver alle gravide spurgt om deres brug af alkohol og hash. Hvis et misbrug identificeres hos den gravide eller i husstanden, tilbyder sundhedsvæsenet behandling samt deltagelse i "Tidlig indsats overfor gravide familier".

Misbrugsbehandling

Sundhedsvæsenet har i 2012 fået et nyt alkoholbehandlingstilbud, der sikrer behandling lokalt og centralt. Dette tilbud har fokus på familiebehandling og efterbehandling. Der er også tilbud til børn og unge, der lever i misbrugsfamilier, ligesom det nye behand-

lingstilbud tilbyder specielle forløb for personer med hashmisbrug.

Eksempler på fremtidige indsatser

Indsatser over for misbrug af alkohol og hash skal være bredt funderet med inddragelse af lovgivning, sundhedsvæsen, sociale myndigheder, arbejdspladser, handlende, værtshusholdere, idrætsklubber, skoler, daginstitutioner, fritidsordninger mv.

Fordi problemet er så enormt og komplekst, anbefales det, at hovedparten af indsatsen lægges, hvor børn og unge er ramt. Det vil sige i forbindelse med sundhedsvæsenets tilbud om undersøgelse af den gravide, i "Tidlig indsats overfor gravide familier", i børnefamilier med misbrug, i skoler, og hvor børn og unge i øvrigt færdes.

En effektiv indsats på alkoholområdet kræver, at der sættes ind på fire fronter:

1. Fokus på årsager til misbrug

Der skal igangsættes initiativer, der reducerer ubalancen i samfundet og dermed den ofte bagvedliggende årsag til rusdrikkeri, skadelig brug af alkohol og misbrug i øvrigt. Disse årsager omfatter bl.a. dårlig økonomi, manglende uddannelse, dårlige boligforhold og arbejdsløshed.

2. Forebyggelse

Der skal anvendes metoder til at regulere tilgængeligheden af alkohol og til at påvirke alkoholkulturen i en sundere ret-

ning, der kan sikre, at Alkohol- og Narkotikarådets 3 anbefalinger efterleves.

Eksempler på mulige indsatsområder

- Håndhævelse og kontrol af forbud mod salg af alkohol til unge under 18 år
- Afgiftsforhøjelse på alkoholiske drikke
- Forbud mod reklamering for alkohol i alle medier
- Kommunerne strammer kriterierne for lejlighedsbevillinger til offentlige arrangementer
- Begrænsning og restriktioner i forhold til bl.a. salg og åbningstider
- Fokus på at begrænse tilgangen af hash til markedet og adgangen til hash
- Udbygning og offentliggørelse af alkohol- og rusmiddelpolitikker for institutioner for børn og unge, uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser
- Øge kendskabet til forældre-/voksenansvar
- Øget information om bl.a. hashens skadelige virkninger samt genstandsgrænser og sundhedsskadelige effekter af et alkoholmisbrug
- Fokus på borgere, som er opvokset i et misbrugsmiljø, men som ikke aktuelt lever i et, og deres behov for at få tidligere oplevelser bearbejdet

3. Hurtig indgriben

Erfaringer viser, at hvis et misbrug af alkohol eller hash opstår, så er muligheden for succes størst, jo hurtigere der gribes ind over for problemet.

Eksempler på mulige indsatsområder

- Kompetenceudvikling af alle professionelle, der i dagligdagen har berøring med mange borgere, således at den hurtige opsporing sikres
- Udbredelse af viden om støttemuligheder, behandlingsmuligheder, henvisningsmuligheder, opfølgning og inddragelse af pårørende

4. Behandling og efterbehandling

De sociale konsekvenser af et misbrug er ikke begrænset til misbrugeren selv, men rammer alle personer i omgivelserne, herunder specielt børnene og den nærmeste familie. Det er vigtigt, at alle mennesker med et misbrugsproblem, som er motiverede for behandling, til enhver tid er sikret et behandlingstilbud, ligesom der skal sikres indsatser over for den nærmeste familie.

Eksempler på mulige indsatsområder

- Misbrugsbehandlingsgaranti
- Systematisk henvisning til behandling af personer, som har et misbrugsproblem
- Sikre systematisk støtte til børn og andre pårørende til misbrugere
- Sikre helhedsorienterede efterbehandlingsplaner, således at de bagvedliggende årsager til misbruget også bearbejdes
- Sikre koordination mellem samarbejdende offentlige enheder med hensyn til behandling og efterbehandling





Rygning



Målene for Inuuneritta er at forebygge, at børn og unge begynder at ryge, at begrænse passiv rygning og at reducere andelen af rygere og disses tobaksforbrug mest muligt.

I 2013-2019 er **indsatsen** rettet mod:

- At gravide ikke ryger
- At forebygge, at børn og unge begynder at ryge
- At begrænse andelen af rygere i befolkningen, så børn ikke oplever rygning som en naturlig del af dagliglivet

66 % af den voksne befolkning ryger. Over halvdelen af de 15-årige ryger dagligt. I 2006 røg 16 % af de 13-årige dagligt, i 2010 var dette tal steget til 24%.

Rygning øger risikoen for at udvikle en række sygdomme som bl.a. kræft og hjertekar-sygdom. Det er sygdomme, der fylder meget i sundhedsvæsenet, og som er årsag til mange dødsfald i forholdsvis ung alder. Udgifterne til behandling af rygerrelaterede sygdomme er høje.

Det anslås, at en fjerdedel af alle dødsfald i Danmark skyldes tobaksrygning. Da forekomsten af rygning i Grønland er betydeligt højere end i Danmark, er andelen af tobaksrelaterede dødsfald sandsynligvis en del højere her i landet.

Rygning er årsag til komplikationer i svangerskabet og lav fødselsvægt. Derfor bør gravide helt lade være med at ryge.

Hvilke initiativer er der på området?

Lovgivning og afgifter

Inatsisartut lov nr. 15 af 26. maj 2010 om forbud mod rygning og landstingsforordning nr. 10 af 14. november 2004 om mærkning af tobaksvarer medfører, at det i vid-udstrækning er blevet forbudt at ryge indendørs på offentlige og private institutioner og arbejdspladser, samt at rygere advares mod de sundhedsskadelige konsekvenser ved rygning.

Afgifter, som pålægges tobaksvarer, er vigtige i forebyggende sammenhæng.

Strategi for forebyggelse af rygning

Departementet for Sundhed har i 2012 udarbejdet en strategi for forebyggelse af rygning. Denne strategi skal være en overgang til den langsigtede indsats i Inuuneritta II. Departementets kommende kræftplan kommer også til at beskrive forebyggelse af rygning som en vigtig forudsætning for at nedsætte hyppigheden af kræft.

Sundhedsvæsenets tilbud til gravide og patienter

Sundhedsvæsenets retningslinjer for omsorgen for de gravide (de perinatale retningslinjer) har bl.a. fokus på de gravides

rygning og passive rygning. I forbindelse med undersøgelserne hos sundhedsvæsenet bliver de gravide tilbudt rygeafvænning.

Livsstilsambulatorierne (Inuunerissarfiit) har til formål at få sundhedsvæsenet til at arbejde systematisk med forebyggelse. Det er en videreudvikling af arbejdet med at styrke kvaliteten af diabetesbehandlingen, som nu også omfatter rygerlunger (kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL) og forhøjet blodtryk. Livstilsambulatorierne fokuserer på rygning og manglende fysisk aktivitet som vigtige risikofaktorer.

Rygestopinstruktører

Uddannelse af rygestopinstruktører har været en væsentlig del af Paarisas indsats på tobaksområdet under det første Inuuneritta. Rygestopkurser har været afholdt i forskellige regier.

Rygepolitikker

En lang række offentlige og private arbejdspladser har etableret en rygepolitik, der bl.a. har baggrund i rygeloven fra 2010.

Eksempler på fremtidige indsatsområder

De vigtigste forebyggende indsatser er dem, der er rettet mod børn og unge. Forebyggelsen skal derfor især rettes mod at undgå, at børn og unge begynder at ryge. Voksne optræder som rollemodeller for børn, og derfor er den bedste måde at forebygge rygning blandt børn, at de voksne ikke ryger.

Departementet for Sundheds strategi til forebyggelse af rygning oplister en lang række initiativer inden for fem temaer. Nogle af de mere overordnede initiativer, der kan fortsættes i 2013-2019, er:

- Håndhævelse af rygeloven
- Afgiftsforhøjelse på tobaksvarer
- Udbygning af rygepolitikker for institutioner for børn og unge, uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser
- Udbygning af rygestoptilbud





Fysisk aktivitet



Målene for Inuuneritta er, at befolkningen opretholder en fysisk aktiv livsstil for at sikre et højt funktionsniveau langt op i årene og bremse udviklingen i forekomsten af overvægt og en række sygdomme.

I 2013-2019 er **indsatsen** rettet mod:

- At sikre 1 times skemalagt fysisk aktivitet dagligt i hverdagen for alle skoleøgende børn og unge under 18 år
- At alle større arbejdspladser med overvejende stillesiddende arbejde sikrer, at medarbejderne har mulighed for at være fysisk aktive i arbejdstiden
- At forbedre hele befolkningens mulighed for at leve op til de gældende anbefalinger for fysisk aktivitet

Udviklingen i samfundet de sidste 50 år har betydet, at vi i langt højere grad end tidligere har en hverdag, der er præget af stillesiddende aktiviteter både på arbejdet og i fritiden. Mindre fysisk aktivitet på arbejdspladsen opvejes ikke af en mere aktiv fritid.

Fysisk aktivitet har en veldokumenteret betydning for menneskers sundhed og trivsel. Fysisk aktivitet kan bidrage til mindre stress og større psykisk velvære og har vist sig at forlænge levetiden og spille en væsentlig rolle i forebyggelsen af en lang række livsstilssygdomme. Fysisk inaktivitet er sam-

men med usunde kostvaner en hovedårsag til stigningen i forekomsten af fedme og diabetes.

En fysisk aktiv livsstil gennem hele livet bidrager til at opretholde en god funktions-evne og er dermed en forudsætning for en sund aldring. Fysisk aktivitet er vigtig for helbredet, men det er mindst lige så vigtigt, at fysisk aktivitet er sjov, indholdsrig og styrker oplevelsen af socialt sammenhold.

Hvilke initiativer er der på området?

Der findes flere eksempler på initiativer på området, hvoraf kun nogle eksempler skal nævnes her:

Ernæringsrådet

Ernæringsrådet har til formål at rådgive Naalakkersuisoq for Sundhed. En af rådets 10 anbefalinger til befolkningen er, at alle skal være i bevægelse mindst en time om dagen.

Sundhedsvæsenet har øget fokus på fysisk aktivitet

Livsstilsambulatorierne (Inuunerissarfiit) har fokus på fysisk aktivitet og bruger skridttællere som redskab til at måle og motivere til fysisk aktivitet. Hjemmesiden amisut.gl, som varetages af Livsstilsgruppen, indeholder information om motion og bevægelse, herunder konkurrencer om antallet af tilbagelagte skridt, information om afholdelse af livsstilscaféer mv. Livsstilshåndbogen "Livet

er en gave” er udgivet af Livsstilsgruppen i 2011.

Sundhedsvæsenet udleverer skridttællere på recept.

Det private initiativ

Der er ved at opstå en tradition for, at der i maj måned på frivillig basis tilbydes gratis sportsaktiviteter til mennesker i alle aldre og i hele Grønland. Visionen er, at hele befolkningen skal have en sund og aktiv livsstil hele året rundt.

Privatpersoner har i samarbejde med kommunerne taget initiativ til styrkelse af fysisk aktivitet i udvalgte institutioner for børn og unge.

Eksempler på fremtidige indsatsområder

Børn skal stimuleres til at være fysisk aktive, fra de er helt små, fordi gode motionsvaner, som er grundlagt i barndommen, ofte bibeholdes gennem hele livet. De fysiske rammer spiller en vigtig rolle for en fysisk aktiv livsstil. Det skal være let at være fysisk aktiv, og aktiv transport skal være sikker. Aktiv transport er, når man går, løber, cykler osv. i stedet for at køre i bil.

Lovgivning og regelsæt skal være med til at stimulere til fysisk aktivitet. Familierne skal være bevidste om fysisk aktivitet og udeliv, og det skal være let at være fysisk aktiv. Det er oplagt at inddrage en række institutioner,

når det handler om at fremme sunde vaner i forhold til fysisk aktivitet. Det gælder bl.a. dagtilbud, skoler og fritidsordninger.

Fremme af en fysisk aktiv opvækst

- Udvikling af bevægelsespolitikker og handleplaner for fysisk aktivitet i daginstitutioner, skoler og fritidsordninger
- Udformning af ude- og indemiljøer i skoler og daginstitutioner, der fremmer fysisk aktivitet

Fremme af et fysisk aktivt arbejdsliv

- Tilbud om fysisk aktivitet på arbejdspladser med stillesiddende arbejde

Fremme af et fysisk aktivt nærmiljø

- Lokalplanlægning med fokus på udformning og renovering af nye og eksisterende boligområder, institutioner og opholdssteder i nærmiljøet, så de inspirerer til bevægelse, leg og sociale aktiviteter. Det sunde valg skal være det nemme og trygge valg

Fremme af en fysisk aktiv fritid

- Bevare muligheden og interessen for et aktivt friluftsliv i naturen
- Udbredelse af kendskabet til både den organiserede og den ikke-organiserede idræt





Kost



Målene for Inuuneritta er, at befolkningen følger Ernæringsrådets anbefalinger og dermed får en alsidig kost, der fremmer sundheden, samt at udviklingen i forekomsten af overvægt og fedme bremses.

- I 2013-2019 er **indsatsen** rettet mod
- At børn højst får sodavand, saft, slik og chips en gang om ugen
 - At andelen af overvægtige børn ved skolestart og skoleafslutning reduceres
 - At forbedre hele befolkningens mulighed for at spise en varieret kost

Usund kost og for lidt fysisk aktivitet er blandt hovedårsagerne til den stærkt stigende forekomst af overvægt, diabetes, dårlig tandsundhed og en række andre sygdomme som kræft og hjertekarsygdomme. En ensidig kost kan føre til mangel på vitaminer eller til udsættelse for forureningsstoffer, herunder kviksølv og PCB. Især blandt de unge kommer en meget stor mængde tomme kalorier fra sodavand, slik, kager, chips og lignende.

Hvilke initiativer er der på området?

Ernæringsrådet

Ernæringsrådet har til formål at rådgive Naalakkersuisoq for Sundhed. Rådet har bl.a. udarbejdet 10 råd til befolkningen om kost og bevægelse, der er blevet distribueret i vide kredse. Rådet står sammen med Paarisa bag pjecen "Kan vi trygt spise vores traditionelle mad?" Rådet har igennem flere

år haft et tæt samarbejde med Paarisa, der har omsat rådets idéer til praksis. Ernæringsrådet har et klart forebyggende sigte og er en vigtig samarbejdspartner for Inuuneritta.

Paarisas materiale om kost

Paarisa har gennem tiden udarbejdet en del materiale om kost, som bl.a. omfatter kostvejledninger, undervisningsmateriale om sund kost, næringsstofanbefalinger, måltidsmodeller mv. Senest har Paarisa udgivet materiale om mad- og måltidspolitikker henvendt til skoler og fritidshjem.

Eksempler på fremtidige indsatsområder

- Mad og måltidspolitik på skoler og institutioner
- Udvikling af sunde kantiner
- Tilgængelighed af sunde madvarer: "Det sunde valg skal være det nemme valg"
- Servicekontrakter med dagligvarebutikker om et sundt varetilbud
- Fremme viden om tilberedning af sund mad med tilgængelige råvarer
- Indsatserne under den nationale cariesstrategi fortsættes



Forankring og implementering

Den offentlige sektor:

Selvstyret
Kommunerne



Som beskrevet i kapitel 2 kan den enkelte gøre meget for at bevare og forbedre sit helbred, men samfundet har også et stort ansvar for at fremme befolkningens sundhed.

Både den offentlige og den private sektor er således medansvarlige for at sikre sundhed og livskvalitet, og hver sektor har sine unikke muligheder for at bidrage inden for programmets temaer.

Forankringen af programmet skal sikres både i Selvstyret og kommunerne, som hver især skal løfte deres del af ansvaret, hvis programmets mål skal nås. Den private sektor har også en stor rolle omkring implementeringen af Inuuneritta II. Den private sektor har dog ikke det samme formelle ansvar som Selvstyret og kommunerne ud over, hvad den er pålagt gennem lovgivningen.

Selvstyret har stor indflydelse på de overordnede rammer for borgernes liv gennem sit ansvar for lovgivningen og for de overordnede prioriteringer. Eksempler på Selvstyrets ansvarsområder er: prioriteringer inden for skatte- og afgiftsområdet og prioriteringer af fordelingen af samfundets midler, herunder til sundheds-, bolig- og uddannelsesområderne. Også Selvstyrets serviceaftaler omkring forsyning af bygder og yderdistrikter er vigtige prioriteringer

Kommunerne har ansvaret for de nære

Den private sektor:

Arbejdsmarkedet (arbejdsgivere (fx Grønlands Arbejdsgiverforening) og arbejdstagere (fx SIK).
Frivillige organisationer (fx idrætsorganisationer og Røde Kors)






Figur 7.1. Vigtige ansvarlige myndigheder og samarbejdspartnere omkring implementering af Inuuneritta II

rammer, som den enkelte borger og familie lever i. Det gælder fx tilbud inden for folkeskolen, fritidslivet og idrætten. Kommunernes ansvar inden for de enkelte områder er beskrevet i lovgivning, regelsæt og aftaler.

Økonomi

Dette program lægger op til at Selvstyre, kommuner, det private erhvervsliv, foreninger mm. skal indtænke temaerne for Inuuneritta II i forbindelse med udarbejdelse af alle politikker, nye fysiske rammer og strategiske tiltag.

Information, kampagner og individuelle forebyggelsestiltag inden for Inuuneritta II's fokusområder skal finansieres inden for de rammer, som allerede er bevilget til området.

	2013	2014	2015
 Monitorering og evaluering		HBSC-og befolkningsundersøgelse	
 Misbrug af alkohol og hash	Indsats	Drift	Drift, evaluering og justering
 Rygning	Forberedelse og aftaler	Indsats	Drift
 Fysisk aktivitet		Forberedelse og aftaler	Indsats
 Kost			Forberedelse og aftaler

Figur 7.1. Program for Inuuneritta II, 2013-2019

Struktur for implementeringen

Inuuneritta II skal implementeres i et bredt samarbejde mellem Selvstyret, kommunerne og de private aktører med respekt for både centrale, kommunale og lokale prioriteringer.

Midtvejsevalueringen af det første Inuuneritta pegede på behovet for at gøre det lettere at arbejde med programmets temaer lokalt. Inuuneritta II har derfor en struktur, hvor arbejdet med temaerne er tydeliggjort.

Strukturen for Inuuneritta II kan ses i ovenstående figur "Program for Inuuneritta II". Indsatserne i forhold til Inuuneritta II's temaer målrettes gennem indførelsen af temaår. I 2014 er der fokus på rygning, i 2015 på

fysisk aktivitet og i 2016 på kostområdet. Misbrug af alkohol og hash er programmets vigtigste tema, og indsatser under dette tema løber derfor over hele programperioden.

Før hvert temaår er der afsat tid til at lave forslag til konkrete indsatser og til at indgå samarbejdsaftaler. Efter temaåret arbejdes der videre med indsatserne i det følgende år, og indsatserne evalueres to år efter afholdelsen af temaåret. Efter evalueringen kan indsatserne justeres og eventuelt udvides, hvis der er behov for dette.

Strukturen skal sikre, at der er fokus på programmets temaer på samme tid i hele landet. Det gør det lettere at forberede indsatserne og at sikre det nødvendige samarbejde

2016	2017	2018	2019
Midtvejsevaluering		HBSC- og befolkningsundersøgelse	Slutevaluering
Drift	Drift	Drift	Drift
Evaluering og justering	Drift	Drift	Drift
Drift	Evaluering og justering	Drift	Drift
Indsats	Drift	Evaluering og justering	Drift

Indsats = primært år for indsatser for temaet. **Drift** = videreførelse af indsatserne.
Evaluering og justering= Evaluering af indsatserne og justering ved behov.

om dem. Samtidig giver denne struktur mulighed for at gå i dybden med hvert enkelt tema og arbejde med det igennem et læn- gerevarende forløb, hvilket er en forudsæt- ning for, at indsatserne får den bedst mu- lige effekt på langt sigt.

Der er planlagt en slutevaluering af Inuune- ritta II i 2019, der skal række frem mod et Inuuneritta III.

Folkesundhedsaftaler og politisk opbakning skal sikre implementeringen

Midtvejsevalueringen af det første Inuune- ritta konkluderede, at manglende placering af ansvaret for sundhedsfremmende indsat- ser på tværs af sektorer og aktører udford- rer det lokale forebyggelsesarbejde.

Midtvejsevalueringen pegede derfor på be- hovet for at indgå forpligtende folkesund- hedsaftaler og for at styrke den politiske op- bakning bag programmet på det højeste po- litiske niveau. Endelig anbefalede midtvejs- evalueringen, at der blev sat fokus på koor- dineringen af programmet.

Inuuneritta II skal implementeres gennem indgåelse af folkesundhedsaftaler og ned- sættelse af et centralt forebyggelsesudvalg.

Folkesundhedsaftaler

Under Inuuneritta II skal der indgås binden- de folkesundhedsaftaler for samarbejdet om programmet. Formålet med folkesund- hedsaftalerne er at sikre det tværfaglige samarbejde og at binde de lokale, kommu-

nale og nationale prioriteringer inden for programmet sammen. Folkesundhedsaftalerne skal sikre, at der er en klar ansvarsfordeling og en tydelig struktur for implementeringen af indsatserne under programmet.

Folkesundhedsaftalerne skal indgås mellem Departementet for Sundhed og departementets samarbejdspartnere som fx andre departementer, sundhedsvæsenet, KANUKOKA, kommunerne og arbejdsmarkedets organisationer. Aftalerne skal fungere som en fast ramme for samarbejde, dokumentation og evaluering af indsatser under programmet. Folkesundhedsaftalerne kan revideres løbende under programperioden efter indstilling fra det politiske niveau og fra samarbejdspartnerne.

Det centrale forebyggelsesudvalg

Inuuneritta II styrkes gennem nedsættelse af et centralt forebyggelsesudvalg, som skal sikre, at der er dialog og kobling mellem de landsdækkende strategier og de lokale indsatser.

Det centrale forebyggelsesudvalg nedsættes under Departementet for Sundhed, som har sekretariatsfunktionen. Udvalget skal bestå af embedsmænd på chefniveau fra Departementet for Sundhed, Departementet for Uddannelse og Forskning, Departementet for Familie, Kultur, Kirke og Ligestilling, Departementet for Erhverv og Arbejds-

marked, Departementet for Boliger, Infrastruktur og Trafik samt KANUKOKA.

Det centrale forebyggelsesudvalg fungerer som en styregruppe og har ansvaret for den overordnede koordinering af indsatser under Inuuneritta II. Udvalget samler den tilgængelige viden om indsatserne på de forskellige områder, herunder arbejdet i Alkohol- og Narkotikarådet og Ernæringsrådet.

Udvalget følger implementeringen af programmets indsatser og vurderer på baggrund af evalueringer, om der er behov for at justere indsatserne. Udvalget er ansvarlig for at levere en årlig status til Naalakkersuisut om Inuuneritta II's forløb. Udvalget har ansvaret for, at politisk vedtagne ønsker indarbejdes i indsatserne under programmet. Udvalget involveres ikke direkte i arbejdet med at etablere folkesundhedsaftalerne.

De kommunale forebyggelsesudvalg

Midtvejsevalueringen af Inuuneritta fandt, at strukturen med forebyggelseskonsulenter i alle byer og forebyggelsesudvalg i alle kommuner som udgangspunkt er en god måde at strukturere det lokale arbejde med programmet på. Denne struktur bevares derfor, og det er også fremadrettet de kommunale forebyggelsesudvalg, der udvikler kommunale handleplaner med baggrund i programmets fire temaer og ud fra de lokale folkesundhedsaftaler, som kommunen indgår.

Der skal dog – som beskrevet ovenfor - peges på, at kommunernes ansvar for folkesundheden er meget bredere end indsatsen rettet mod den enkelte borger.

Centrale forebyggelsesarenaer og aktører

Indsatsen for at forbedre folkesundheden kan sættes ind overalt i samfundet, men under Inuuneritta II peges der på nogle specifikke forebyggelsesarenaer, hvor indsatsen primært bør lægges. En forebyggelsesarena er den fysiske, organisatoriske eller sociale ramme, hvori forebyggelse og sundhedsfremme udøves.

Børn, unge og familier er centrale målgrupper under programmet, og det afspejler sig i de forebyggelsesarenaer, som Inuuneritta II primært ønsker inddraget i arbejdet med at forbedre folkesundheden:

- Dagpasningstilbud for børn
- Skoler og uddannelsesinstitutioner
- Arbejdspladser
- Frivillige organisationer fx inden for idrætten

Sammenhæng i indsatser

Vi ved, at sundhedsvaner hænger sammen. Derfor skal indsatserne tænkes på tværs inden for de enkelte forebyggelsesarenaer. Indsatser omkring misbrug af alkohol og hash, rygning, kost og fysisk aktivitet skal

således koordineres inden for hver forebyggelsesarena. Fx er det inden for skoleområdet de samme skolebørn, som indsatserne inden for alle programmets temaer skal nå.

Eksempelvis kan Departementet for Uddannelse og Forskning se på, om regelsættene for skoler og uddannelsesinstitutioner giver de bedste muligheder for folkesundheden, om der er de nødvendige materialer, og om folkesundhed indgår i uddannelsen af lærere. Kommunerne kan se på sundhedspolitikker for skolerne og på lokale behov for indsatser på det kommunale område. Frivillige organisationer kan inddrages omkring eksempelvis idrætsområdet, mens de lokale arbejdspladser og det lokale butiksliv fx kan inddrages omkring sund kost.

Folkesundhedsaftalerne skal således både have fokus på Inuuneritta II's fire temaer og på at tænke programmets indsatser på tværs inden for de enkelte forebyggelsesarenaer. Der er i programmet indlagt tidsmæssig mulighed for at sikre, at indsatserne inden for programmets temaer kan planlægges i et samarbejde mellem de forskellige sektorer, og at Departementet for Sundhed kan indgå folkesundhedsaftaler med andre departementer, kommuner og arbejdsgiverorganisationer.



Monitorering og evaluering



Det er helt nødvendigt at kunne måle på effekten af indsatserne under Inuuneritta II. Ellers kan vi ikke vide, om vi er på rette vej i forhold til at nå programmets mål. Arbejdet med temaerne og indsatserne i programmet skal derfor løbende monitoreres, evalueres og kunne justeres i programperioden, ligesom der - som det fremgår af figur 7.1. på side 30 - er planlagt en midtvejsevaluering og en slutevaluering af programmet, som skal binde videre til et fortsat folkesundhedsprogram i 2020.

Der er ikke kun behov for at kunne vurdere resultatet af indsatserne, men også behov for at kunne evaluere processen omkring implementering af indsatserne for at kunne sikre viden om, hvilke typer af indsatser og måder at gennemføre disse på, der virker bedst i Grønland.

Procesevalueringen har fokus på at afdække de erfaringer og udfordringer, der er knyttet til det praktiske arbejde med programmet, og gennemføres fx på baggrund af interview med tovholdere, interessenter og deltagere. Desuden inddrages evt. dokumentation af erfaringer fra projektet undervejs, ligesom der kan suppleres med deltagerobservation.

Overordnet er opfølgningen af programmet planlagt til at ske gennem direkte evalueringer af indsatser under programmet og ved at følge en række indikatorer for ud-

viklingen inden for programmets temaer - og fremadrettet ved at sikre data på folkesundhedsområdet i sundhedsvæsenet. Eksempler på overordnede indikatorer er Grønlands Statistiks opgørelser over den årlige import af alkohol og cigaretter i Grønland. Sådanne indikatorer kan dog ikke fortælle os, hvordan forbruget er fordelt, og heller ikke hvorfor der sker ændringer i forbruget.

De periodiske befolkningsundersøgelser i Grønland, undersøgelserne af skolebørns sundhedsadfærd (HBSC undersøgelsen i Grønland) samt dødelighedsstatistikken har været de helt centrale elementer bag de informationer, der ligger bag folkesundhedsprogrammet, og de er fortsat kernen i monitoreringen af Inuuneritta II. Der er planlagt befolkningsundersøgelser og HBSC undersøgelser i 2014 og 2018, finansieret af henholdsvis midler afsat til Inuuneritta samt delvis af midler fra børne- og ungestrategien, ligesom dødsårsagsregistret løbende bliver opdateret.

Midtvejsevalueringen af det første Inuuneritta fandt, at der mangler pålideligt statistisk materiale i sundhedsvæsenet til brug for planlægning og monitorering af de borgerrettede og de patientrettede forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser. Pålideligt statistisk materiale er nødvendigt for at kunne vurdere, om indsatserne kan mindske den sygelighed og det tab af funktionsevne, som er relateret til de

livsstilbetingede sygdomme, som folkesundhedsprogrammet har til formål at forebygge.

Virkeliggørelsen af ønsket om bedre og mere statistisk materiale må vi desværre vente lidt på. Selv med den forventede investering i en egentlig elektronisk patientjournal (EPJ), der kan levere det ønskede statistiske materiale, så vil oplysninger fra denne formentlig tidligst kunne leveres under den sidste del af Inuuneritta II's programperiode.

Manglen på statistiske data øger kravet til gode indikatorer, der ud fra andre datakilder kan følge programmet. Centrale datakilder for indikatorerne er dels eksisterende statistiske kilder, fx Grønlands Statistik og Landslægeembedets registre, og dels befolknings- og HBSC undersøgelserne. Mens det for de fleste statistiske kilder vil være muligt at afrapportere data årligt, vil det for befolkningsundersøgelsen og HBSC undersøgelsen kun være muligt at afrapportere data hvert 4. år i forbindelse med midtvejs- og slutevalueringen af programmet.

Det er planlagt at følge tre typer af indikatorer. Dels overordnede statistiske indikatorer inden for få centrale elementer fra programmets temaer, dels de indikatorer, der blev udviklet i forbindelse med det første Inuuneritta, og som for de flestes vedkommende har deres fokus rettet mod at kunne

måle på personniveau, og endelig indikatorer for enkeltindsatser under programmet.

Inden for Inuuneritta II's fire temaer skal der således kunne gives data årligt på overordnede statistiske indikatorer, der måler indsatsen for temaet som helhed. Monitoreringen af de indikatorer, der blev udviklet under det første Inuuneritta fortsættes inden for programmets temaer, men vil for de flestes vedkommende kun kunne afrapporteres hvert 4. år. Udvikling af nye indikatorer, der kan måle resultater for de enkelte indsatser, vil også afhænge af de indgåede folkesundhedsaftaler og målene for disse. Derfor må monitoreringen udvikles efter behov, så der tages højde for de enkelte indsatsers målsætninger.

En god monitorering og evaluering af Inuuneritta II forudsætter, at der findes de nødvendige ressourcer og kompetencer. For at imødekomme behovet for en systematisk, erfaringsbaseret implementering og løbende justering af programmet skal der på nationalt niveau iværksættes en solid kompetenceopbygning på evalueringsområdet.

De **5** folkesundhedsråd



1. Drik alkohol med måde, og undgå alkohol, hvis du er gravid



2. Undgå tobak, især hvis du er gravid



3. Spis sundt og varieret



4. Vær i bevægelse mindst 1 time hver dag



5. Tag ansvar for, at børn og unge ikke bruger tobak, alkohol og andre rusmidler



Litteratur

Alaska Department of Health and Social Services. Healthy Alaskans 2010. Anchorage: State of Alaska, 2001.

Bjerregaard P, Aidt EC. Levevilkår, livsstil og helbred - Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2010. 30 s.

Bjerregaard P, Curtis T. Cultural change and mental health in Greenland. The association of childhood conditions, language and urbanization with mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. *Social Science and Medicine* 2002;54:33-48.

Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK (eds.). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Levevilkår, livsstil og helbred. Copenhagen 2008, SIF's Grønlandsskrifter 18: 129-138.

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

Bjerregaard P. Childhood conditions and education as determinants for adult height and obesity among Greenland Inuit. *American Journal of Human Biology* 2010; 22:360-366.

Bjerregaard P. Folkesundhed i Grønland. *Inussuk - Arktisk forskningsjournal* 2004;1.

Bjerregaard P. Geographic variation of mortality in Greenland. *Arctic Medical Research* 1990; 40:16-24.

Bjerregaard P. Selvmord og selvmordstanker i Grønland. Statens Institut for Folkesundhed. Ugens tal 35, 2008.

Currie C et al. (red.). Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. København: WHO, 2008.

Curtis T, Larsen HB, Helweg-Larsen K, Pedersen CP, Olesen I, Sørensen K, Jørgensen M, Bjerregaard P. Unges trivsel i Grønland 2004. *Inussuk - Arktisk forskningsjournal* 2006;1. 119 p.

Dahl-Petersen IK, Jørgensen ME, Bjerregaard P. Physical activity patterns in Greenland: a country in transition. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:678-686.

Deloitte. Grønlands sundhedsvæsen - udfordringer for fremtiden. Økonomi- og strukturanalyse af det grønlandske sundhedsvæsen. København: Deloitte Business Consulting A/S, 2010.

Departementet for Sundhed. National TB strategi 2012 - 2016. Nuuk: Naalakkersuisut, 2011.

Det kongelige helsedepartement. Resept for et sunnere Norge. St.meld. nr. 16, 2002-2003.

Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

Folkesundhed København. Strukturel sundhedsfremme og forebyggelse. København: Folkesundhed København, 2008.

Government of Northwest Territories. Shaping the future 2006-2010. Yellowknife: Government of Northwest Territories, 2006.

Grønlands Hjemmestyre. Inuuneritta - Folkesundhedsprogram, Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007 - 2012. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2007.

Grønlands Selvstyre. Vold og seksuelle overgreb - Idékatalog. Nuuk: Paarisa, 2009.

- Grønlands Statistik. Diverse årsberetninger og Grønlands Statistikbank (<http://bank.stat.gl>).
- Hicks J, Soule S. An Evaluation of the Implementation of Greenland's National Strategy for Suicide Prevention with Recommendations for the Future. Nuuk: Paarisa, 2007.
- Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- Jørgensen ME, Borch-Johnsen K, Witte DR, Bjerregaard P. Diabetes in Greenland and its relationship with urbanization. *Diabetic Medicine* 2012; 29:755-60
- Kamper-Jørgensen F. Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2011.
- Landslægeembedet. Årsberetning 2010. Nuuk: Landslægeembedet, 2010.
- Mackenbach JP. Has the English strategy to reduce health inequalities failed? *Social Science and Medicine* 2010; 71:1249-1253.
- Madsen MH, Grønbæk M, Bjerregaard P, Becker U. Urbanization, migration and alcohol use in a population of Greenland Inuit. *International Journal of Circumpolar Health* 2005;64:234-245.
- Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of Health*. New York: Oxford University Press, 2006.
- Ministry of Social Affairs and Health. Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Helsinki: Ministry of social affairs and health, 2001. 36 p.
- Naalakkersuisut. Redegørelse om regional udviklingsstrategi. Nuuk: Naalakkersuisut, 2011.
- Niclasen BVL, Bjerregaard P (red.). *Folkesundhed blandt skolebørn – resultater fra HBSC Greenland undersøgelsen 2010*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2011. 125 s.
- Niclasen BVL. Børns sundhed i et socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet. Nuuk: Mipi og Inuuneritta, 2009.
- Nielsen ABS, Bjerregaard. *Sygdom og Sundhedsvæsen. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2011. 97 s.
- Senderovitz F. *Cariesstrategi Grønland 2008 – 2018*. Nuuk: Sundhedsledelsen, 2007 (rev. 2012).
- Skatte- og velfærdskommissionen. *Baggrundsrapport. Hvordan sikres vækst og velfærd i Grønland?* Nuuk, 2010.
- Skatte- og velfærdskommissionen. *Vores velstand og velfærd – kræver handling nu*. Skatte- og velfærdskommissionens betænkning, 2011.
- Aaen-Larsen B, Bjerregaard P. Changes in causes of death and mortality rates among children in Greenland from 1987-1991 to 1992-1999. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003;31:187-193.