



# Folkesundhed blandt skolebørn

– Resultater fra HBSC Greenland undersøgelsen 2010

 STATENS INSTITUT  
FOR FOLKESUNDHED  
SYDDANSK UNIVERSITET

NAALAKKERSUISUT  
GOVERNMENT OF GREENLAND



Redigeret af  
Birgit V. Niclasen  
Peter Bjerregaard

SIF's Grønlandsskrifter nr. 22

# Folkesundhed blandt skolebørn

## - resultater fra HBSC Greenland undersøgelsen 2010

 STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED  
NAALAKKERSUISUT  
GOVERNMENT OF GREENLAND  
SYDDANSK UNIVERSITET



Redigeret af  
Birgit V. Niclasen  
Peter Bjerregaard

**SIF's Grønlandsskrifter nr. 22**  
**Folkesundhed blandt skolebørn - resultater fra HBSC Greenland undersøgelsen 2010**

Birgit Niclasen og Peter Bjerregaard

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København 2011

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

Omslag: Maria Lyng  
Forsidefoto: Nukaaraq Eugenius  
Tryk: Rosendahls Schultz Grafisk a/s

Oplag: 600 eks.

Publikationen kan købes ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed  
Øster Farimagsgade 5A, 2.  
1353 København K  
sif@si-folkesundhed.dk  
www.si-folkesundhed.dk

Departementet for Sundhed  
Box 1160  
3900 Nuuk  
pn@nanoq.gl  
www.nanoq.gl/pn  
www.peqqik.gl

ISBN: 978-87-7899-199-4  
ISBN: 978-87-7899-200-1  
ISSN: 1601-7765

Pris: 150 kr.

## Forord

Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) undersøgelsen er den eneste landsdækkende undersøgelse af skolebørns helbred og sundhedsvaner i Grønland. De grønlandske elever udgør en forsvindende del af de over 100.000 deltagende børn fra over 40 lande i Europa og Nordamerika, men internt i Grønland udgør undersøgelsen i dag en hjørnesten for vores viden om børn og unges egen opfattelse af deres sundhed.

Det er nu femte gang HBSC undersøgelsen har været gennemført i Grønland. Første gang var i 1994. I de knap 20 år har HBSC Greenland haft meget stor betydning ikke kun for at give mere viden, men også som baggrund for mange forebyggende og sundhedsfremmende initiativer for at forbedre skolebørns sundhed. Denne brug af undersøgelsens resultater til sundhedsfremme og forebyggelse er i høj grad intentionen bag Verdenssundhedsorganisationens (WHO's) støtte til HBSC undersøgelsen.

Samtidig har data fra HBSC undersøgelsen i Grønland bidraget til internationale og specifikt grønlandske forskningsartikler. De grønlandske artikler har været centreret omkring de samme emner, der er fokusområder i Grønlands folkesundhedsprogram Inuuneritta blandt andet omkring kost, fysisk aktivitet og mobning.

Vi håber at denne rapport vil blive brugt af planlæggere af sundhedsfremmende indsatser, de kommunale forebyggelseskonsulenter, skole og uddannelsesinstitutioner og andre med interesse for børn og unge i Grønland.

Morten Grønbæk  
Direktør  
Statens Institut for Folkesundhed  
Syddansk Universitet

Peter Bjerregaard  
Professor  
Statens Institut for Folkesundhed  
Syddansk Universitet



## Indholdsfortegnelse

Resume .....	7
1. Inuuneritta/Folkesundhedsprogrammet og HBSC undersøgelsen .....	21
2. Helbred og livskvalitet .....	27
3. Kost og måltidsvaner .....	35
4. Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd .....	45
5. Tandsundhed .....	53
6. Alkohol, hash, snifning og rygning .....	57
7. Vold og mobning .....	69
8. Det sunde sexliv .....	77
9. Sygelighed, symptomer og medicinbrug .....	83
10. Ressourcer .....	89
11. Status og fremtidige udfordringer .....	103
Litteratur .....	109
Bilag 1. Deltagelsen i undersøgelsen i 2010 .....	115
Bilag 2. Undersøgelsens spørgsmål .....	117



## Resume

### Kapitel 1. Inuuneritta/Folkesundhedsprogrammet og HBSC undersøgelsen

HBSC undersøgelsen er en international spørgeskemaundersøgelse om skolebørns sundhed og sundhedsvaner. Grønland har deltaget i årene 1994, 1998, 2002, 2006 og nu i 2010. Alle skoler med elever fra 5. til 10. klasse havde mulighed for at deltage i undersøgelsen. Spørgeskemaet fra den grønlandske del af undersøgelsen bestod af dels internationale og obligatoriske spørgsmål, dels af internationale valgfrie spørgsmål og dels af spørgsmål, som kun stilles i Grønland. Temaet for denne rapport er folkesundhed hos skolebørn ud fra fokusområderne i ”Inuuneritta – lad os få et godt liv”, det grønlandske folkesundhedsprogram. Det blev valgt, fordi HBSC undersøgelsen i 2010 kan bidrage til at vurdere halvvejsstatus for Inuuneritta, idet programperioden er fra 2007 til 2010. Samtidig er børn og unge en prioriteret målgruppe i programmet. Programmet beskriver følgende tre strategier indenfor børne- og ungeområdet, der har relevans for skolebørn:

- at sikre tidlig indsats overfor unge med risiko- og misbrugsadfærd
- at højne børn og unges livskvalitet og trivsel
- at fremme børn og unges handlegkompetence i forhold til en generel sund livsstil.

### Kapitel 2. Helbred og livskvalitet

I Inuuneritta opfattes sundhed og livskvalitet som tæt koblet. Målet er at *højne børn og unges livskvalitet og trivsel*. Hos børn og unge har tilfredsheden med livet stærk sammenhæng med oplevelser og relationer til andre. Selvvurderet helbred har vist sig at være en god indikator for generelt velbefindende hos voksne og er det formentlig også hos børn og unge. Der er stærk sammenhæng mellem god livskvalitet, at opfatte sit helbred som godt og med ikke at have symptomer.

Dårligt helbred eller dårlig livskvalitet hos børn og unge har konsekvenser. På kort sigt fx. i form af ringere indlæring, sygefravær og belastning af familie, venner og lærere. På langt sigt trækker børn og unges helbreds- og trivselsproblemer spor ind i voksenlivet. Der fandtes forskel på selvvurderet helbred mellem drenge og piger og mellem de forskellige aldersgrupper, men ikke på bosted (Nuuk, by, bygd). Flere drenge end piger vurderede deres helbred som værende *virkelig godt*, mens en større andel af de ældste vurderede deres helbred som *nogenlunde* eller *dårligt*. Samlet set er den gruppe af børn og unge, der vurderer eget helbred dårligst, undersøgelsens ældste piger. Lidt flere skolebørn i 2010 vurderede deres helbred som værende *virkelig godt* og lidt færre vurderede deres helbred som *nogenlunde* sammenlignet med 2006. Begge år vurderede kun få børn deres helbred som *dårligt*.

Over 70 % af børnene oplevede, at de havde en god livskvalitet, mens et relativt stort mindretal vurderede deres livskvalitet som *nogenlunde* eller *dårlig*. Der var ikke forskel for livskvalitet på, hvor børnene boede, men især for drengenes vedkommende sås et tydeligt fald med alderen på andelen, der vurderede deres livskvalitet som god. Der var lidt flere børn i 2010, der vurderede, at de havde den bedst mulige livskvalitet



end i 2006. Det er positivt, men det er væsentligt for at kunne bruge denne viden i det sundhedsfremmende arbejde at undersøge nærmere, hvad denne positive udvikling bunder i.

### **Kapitel 3. Kost og måltidsvaner**

Inuunerittas strategi omkring kost og fysisk aktivitet er under et, *"at sundhed i forhold til kost og fysisk aktivitet skal synliggøres"* for at forebygge sygdomme, der skyldes indtag af forkerte fødevarer, for mange kalorier og for lidt fysisk aktivitet. Inuuneritta's mål er at fremme viden om (sund) kost, at fremme handlekompetence i forhold til området og at styrke tilgængeligheden af et varieret udbud af sunde grønlandske og importerede fødevarer. I sine praktiske anbefalinger omkring kost bygger Inuuneritta på Ernæringsrådets 10 kostråd.

Fra 2006 til 2010 fandtes generelt, at flere børn spiste frugt og grønt og færre spiste slik og drak sodavand og at den mest positive udvikling sås i Nuuk. Det blev også fundet, at 51 % af børnene spiste frokost på skolen, mens 36 % spiste frokost hjemme, hvor den politiske målsætning er, at alle skolebørn får et sundt måltid mad i skolen.

Andelen af børn, der levede op til de 10 kostråd, varierede meget fra kostråd til kostråd og med store forskelle mellem børn i byer, bygder og Nuuk på, hvilke kostråd børnene bedst efterlevede. En væsentlig højere andel af bygdebørnene spiste ofte traditionelle grønlandske fødevarer (sæl, hval, fugle), mens de sjældnere spiste frugt, grøntsager og kartofler og oftere drak sodavand dagligt end børn fra Nuuk. Til gengæld spiser bygdebørn i højere grad rugbrød dagligt og fisk mindst ugentligt, ligesom flere af dem sjældent spiste slik. Børn i bygderne havde således mere traditionelle spisevaner med et højere indtag af grønlandske fødevarer, mens børn i Nuuk havde et mere vestligt præget kostmønster og hyppigere spiste importerede fødevarer som frugt og grøntsager. Byerne lå midt imellem disse mønstre.

### **Kapitel 4. Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd**

Inuuneritta ser kost og fysisk aktivitet som sammenhængende og strategien er, *"at sundhed i forhold til kost og fysisk aktivitet skal synliggøres"*, Fysisk aktivitet betragtes i dag som et af de vigtigste elementer af en sund livsstil og der er i de senere år kommet stigende fokus på sammenhængen mellem en stillesiddende adfærd og dårligt helbred. Fysisk aktivitet mindsker risikoen for at udvikle livsstilssygdomme og virker positivt på unges sociale og mentale trivsel.

Ernæringsrådet anbefaler, *at både voksne og børn skal være i bevægelse mindst en time dagligt*. Det er i tråd med internationale anbefalinger for fysisk aktivitet for børn. Udover den moderate daglige fysiske aktivitet er det også vigtigt for sundheden med kraftig bevægelse, der får pulsen højt op som fx sportsaktivitet.

I alt 27 % af skolebørnene efterlevede Ernæringsrådets anbefaling om 1 times daglig fysisk aktivitet mod 30 % i 2002 og 29 % i 2006. Der var forskel på andelen i forhold til køn, alder og bosted. Andelen af børn, der levede op til anbefalingen, var lavere blandt de ældste skolebørn, men i denne aldersgruppe fandtes til gengæld en højere

andel, der dyrkede hård fysisk aktivitet efter skoletid. Flere drenge var hårdt fysisk aktive 4 timer eller mere ugentlig og flest børn i Nuuk var hårdt fysisk aktive.

I alt angav 18 % af drengene og 16 % pigerne, at de brugte fire timer eller mere på fjernsyn, video eller DVD dagligt, men samtidig så en fjerdedel af både drenge og piger fjernsyn, video eller DVD en halv time eller mindre dagligt. Fjernsynet er fortsat den største tidsrøver, men en del bruger også tid ved computeren. Drengene brugte ligesom i 2006 mest tid foran computeren og 13 % af drengene mod 3 % af pigerne brugte fire timer eller mere på computerspil dagligt.

#### **Kapitel 5. Tandsundhed**

At have sunde tænder og sundt tandkød er en vigtig del af ens sundhed. Tandsundhed er et fokusområde i Inuuneritta. I 2008 startede en ny landsdækkende strategi på børnetandsundhedsområdet: "National karies strategi", der skal sikre en nødvendige forbedring af tandsundheden. Tandsygdomme som huller i tænderne (karies) er langt den almindeligste kroniske sygdom hos børn i Grønland. Karies kan i høj grad forebygges gennem tandbørstning og god mundhygiejne.

Flere skolebørn, 60 %, børstede tænder 2 gange dagligt end i 2006, hvor det gjaldt 50 %. Men som i 2006 fandtes, at færre børn i bygderne og færre drenge, børstede tænder en eller flere gange dagligt.

#### **Kapitel 6. Alkohol, hash, snifning og rygning**

Inuuneritta's mål omkring rusmidler er *at fremme et børne- og ungdomsliv uden misbrug af alkohol og rusmidler samt at fremme og udvikle alkoholfrie miljøer*. Drikkemønstret i Grønland er kendetegnende ved at man drikker meget på en gang – hvilket kaldes rusdrikkeri. Det gælder også unge. For alle unge mellem 11 og 16 år tilsammen var andelen, der aldrig havde været fulde, lidt mindre i 2010 end i 2006 og der var også flere børn i 2010, der havde været fulde mere end 3 gange. Inuunerittas mål om, *at andelen af unge, der har oplevet at være fulde før det 14. år, skal falde til 10 %* i programperioden, synes således svært at nå. Andelen af 15-17-årige, der havde prøvet hash, var 19%. Inuunerittas målsætning om, *at andelen af 14-17-årige, der har prøvet at ryge hash, skal reduceres til under 10%* ser altså ligeledes ud til at være svært at nå. Snifning er et misbrug, der næsten kun ses blandt børn og unge. Der sås ingen udvikling i andelen af skolebørn, der nogensinde har prøvet at sniffe fra 2006 til 2010. Målsætningen om at *"Andelen af unge, der har prøvet at sniffe, reduceres mest muligt – og principielt til nul"* er således endnu langt væk.

For rygning er Inuunerittas mål, *at færre bliver rygere og at flere holder op med at ryge*. Grønlandske skolebørn har internationalt set en høj andel af rygere. Det er bekymrende, fordi det er usundt og fordi rygning ses som en primær indgang til andre typer af risikoadfærd som at drikke og dyrke ubeskyttet sex. I 2010 var der for alle årgange fra 11 til 16 år lidt flere børn, der havde prøvet at ryge end i 2006 og blandt de ældste børn røg halvdelen hver dag både i 2006 og i 2010. Der er således ikke fundet effekt af rygeforbuddet på skoler og institutioner fra 2005 ligesom opfyldelse af Inuunerittas målsætning omkring rygning synes svær at nå i programperioden.

Det er ulovligt at sælge cigaretter og alkohol til personer under 18 år, mens hash er et ulovligt stof. Der blev derfor set på, hvordan 15- 17årige elever vurderede deres mulighed for at få fat i disse ting. I alt 53 % af de unge mente for cigaretter, 38% for øl og 33 % for spiritus, at det var *let* eller *meget let* at få fat i dette. For hash mente 16 %, at det er *let* eller *meget let* at få fat i hash.

Opfattelsen af den skade, der er forbundet med at ryge og bruge rusmidler, kan have betydning for forbruget. For rygning synes de fleste 15 til 17årige at have en realistisk opfattelse af den risiko, der er forbundet med at ryge lidt henholdsvis meget, selvom et stort mindretal angav ikke at vide, hvor meget man risikerer at skade sig selv ved at ryge. Omkring alkohol var billedet mere uklart. Et stort mindretal mente, at et stort dagligt forbrug medfører betydelig større risiko end et lille dagligt forbrug, men også at et større forbrug i weekenden medfører samme risiko som et lille dagligt forbrug. Hvor det første er rigtigt at et lille forbrug er bedre end et stort, så er det ud fra et sundhedssynspunkt mere skadeligt, at drikke meget på en gang. For både hash og snifning angav næsten halvdelen, at et hvilket som helst forbrug medfører meget risiko, men et jævnlige forbrug blev vurderet lige så risikofyldt som at prøve det 1-2 gange. I alt 16-20 % af de unge vurderede, at hyppig hashrygning eller snifning ikke var risikofyldt. Det ser således ud til, at der stadig er behov for information til børn og unge om brug af rusmidler for at give dem en realistisk vurdering af risiko ved brug af rusmidler. Der ligger også en udfordring i at håndhæve lovgivningen om børn og unges adgang til rusmidler.

#### **Kapitel 7. Vold og mobning**

Inuuneritta fokuserer på forebyggelse af vold med mål om, *at vold skal begrænses, om et børne- og ungdomsliv uden vold og om at styrke borgernes ansvarsfølelse og omsorgskompetence*. Undersøgelsen spørger til vold i form af slagsmål og mobning. Mobning er et socialt fænomen og er et tegn på manglende tolerance og omsorg for hinanden i de sociale sammenhænge, vi er i.

En ud af 4 børn havde været oppe at slås inden for det seneste år, hvoraf knapt 9 % har været oppe at slås mere end 2 gange. Dette var som i 2006. Drengene og de yngste børn havde hyppigst været i slagsmål.

Udviklingen omkring mobning har været både positiv og negativ fra 2006 til 2010. Således fandtes, at en øget andel af børn ikke havde følt sig mobbet men også, at de omkring 10 %, der følte sig mobbet, oplevede hyppigere mobning. Samtidig var andelen, der aldrig eller få gange mobbede andre uændret fra tidligere. Der var en stærk sammenhæng mellem at blive mobbet og mobbe andre. I alt cirka 15 % af børnene var enten ofre, mobbere eller begge dele.

En indsats over for mobning skal både inddrage de direkte involverede, men også arbejde for en generel holdningsændring til mobning, så den store gruppe, der ikke er direkte involveret også kender de negative konsekvenser af at være involveret i mobning og får redskaber til at hjælpe til at undgå mobning.

### **Kapitel 8. Det sunde sexliv**

Inuuneritta ønsker at pege på det positive ved et sundt sexliv, men også på uønskede graviditeter som et stort sundhedsproblem og på den høje forekomst af kønssygdomme. Inuunerittas strategier indenfor emnet sexliv bygger på, *at enhver seksuel handling skal være baseret på lyst, gensidighed og fravær af seksuelt overført sygdom, at enhver graviditet skal være ønsket og at fremme befolkningens handlekompetence i forhold til sunde sexvaner.*

Andelen af 15årige, der angav at have haft samleje, var 59 % og steg til 77 % af 17årige. Flere piger end drenge havde haft samleje. Langt størstedelen brugte prævention ved sidste samleje, hyppigst kondom (52 %) og p-piller. Den mest almindelige debutalder var 14 år for både drenge og piger, men specielt mange af pigerne havde haft debutalder tidligere. For unge med en tidlig seksuel debut er denne ofte sket, før de er gået rigtigt ind i puberteten. Det er i bedste fald uhensigtsmæssigt, men for nogens vedkommende kan der have været tale om ulovlige forhold.

### **Kapitel 9. Sygelighed, symptomer og medicinbrug**

Skolebørn er generelt fysisk raske, men kan selvfølgelig også rammes af sygdomme og have symptomer. Symptomer hos børn og unge er også ofte reaktioner fx på stress og dårlig trivsel. At have symptomer hyppigt i længere tid som barn og ung kan derfor have en negativ sammenhæng med sundheden senere i livet. Forbruget af medicin blandt skolebørn er oftest lavt, men medicinbrug er en vigtig sundhedsindikator. Dels findes der ikke medicin uden bivirkninger og dels er børns brug af medicin i mange lande øget de senere år. Samtidig indtages en stor del af medicinforbruget for almindelige symptomer, som også kan afspejle mistrivsel.

I alt 57 % af børnene havde været fraværende fra skolen en eller flere dage i den sidste måned på grund af sygdom og 11 % havde været fraværende i 5 eller flere dage. Der fandtes en tendens til, at en større andel af børn havde oplevet symptomer hyppigt i 2010 end i 2006. Flere piger end drenge havde ofte symptomer og for de fleste symptomer sås en stigende forekomst med stigende alder.

Piger tog medicin oftere end drenge Hovedpine var den almindeligste grund til at tage medicin og 41% af pigerne og 29% af drengene havde taget medicin mod hovedpine i den sidste måned. Omkring 9 % angav at have taget medicin mod nervøsitet og søvnbesvær.

### **Kapitel 10. Ressourcer**

Den sidste af Inuuneritta's strategier inden for børne- og ungeområdet peger på, at børns og unges sundhed skal styrkes gennem at højne deres livskvalitet og trivsel og ved at fremme deres handlekompetence i forhold til en generel sund livsstil. Hvis det skal kunne ske, så behøver børn og unge personlige og sociale ressourcer.

I kapitlet blev set på børnenes opfattelse af deres tilknytning og ressourcer inden for hjemland, familie, venner og skole og sprog, som alle er vigtige for trivsel og livskvalitet. Børn og unges opfattelse af tilknytning til land og kultur er vigtig også for

samfundet, da det kan have sammenhæng med lysten til senere at bidrage til dette. Familien er vigtig for børns sundhed, men vennerne spiller en større og større rolle i ungdomsårene. En familiedynamik, der opfordrer til åben kommunikation, har sammenhæng med sundhed og positive sundhedsvaner. Social isolation i barndommen og ungdommen vil ofte have negativ betydning for velbefindende og giver manglende mulighed for at udvikle sociale færdigheder. At være klar til at gå i skole handler også om ressourcer i hjemmet. Sammenlignet med 2006 betegnede flere børn i 2010 sig selv som grønlandere. Lige omkring 60 % af børnene angav at have meget let ved at snakke med deres mor om noget, der virkelig bekymrede dem, mens lidt færre havde let ved at tale med deres far. Flere piger fandt det svært at tale med deres far og flere af de ældste børn fandt det svært at tale med deres forældre.

En meget lille andel, omkring 2 %, havde slet ingen venner, mens i alt 64 % af drenge og 70 % af piger havde 4 eller flere venner. Da børnene også var meget sammen med deres venner, kan man forvente, at de har stor indflydelse på hinandens sundhedsvaner.

Tidligere undersøgelser har fundet en stærk sammenhæng mellem skoletilfredshed, selvpfattet helbred og sundhedsadfærd. Jo mere tilfreds man var med at gå i skole, des sundere følte man sig. I 2006 rapporterede 69 % af de ældste børn og 78 % af de 13-14-årige, at de *virkelig godt* eller *godt* at kunne lide at gå i skole. Denne andel var uændret i 2010 for de ældste børn, mens der synes at være en faldende skoletilfredshed hos de 13-14-årige. Kun en mindre andel følte sig presset af skolearbejde. At have det godt i sin klasse er vigtigt for at have det godt i skolen. I alt 10 % af børnene opfattede ikke, at klassekammeraterne accepterede dem, som de er. Denne andel var den samme for piger og drenge og var uafhængig af børnenes alder.

Målsætningen for Atuarfitsialak ("*den gode skole*") er, at alle skolebørn bliver dobbeltsprogede grønlandsk/dansk og har engelsk som et tredje sprog. I alt 73 % angav at tale grønlandsk *uden besvær*, yderligere 19 % angav at tale grønlandsk *nogenlunde*. For dansk angav 15 % at tale dansk *uden besvær*, 36 % angav at tale dansk *nogenlunde* mens 33 % angav at tale dansk *vanskeligt* eller *slet ikke*. Det er sandsynligt, at antallet af børn, der taler dansk er overvurderet, da en del børn har valgt at springe netop dette spørgsmål over. Ligesom i 2006 var der meget stor forskel på, hvor godt man talte grønlandsk og dansk i forhold til, hvor man boede. For dobbeltsprogethed fandtes i 2006, at 12 ud af 100 børn angav sig fuldt dobbeltsprogede og 43 angav sig delvis dobbeltsprogede. I 2010 angav 10 børn ud af 100 sig fuldt dobbeltsprogede, mens 41 børn angav sig delvis dobbeltsprogede.

Siden 2002 har været spurgt til, hvorvidt eleven gik sulten i seng eller i skole på grund af mangel på mad i hjemmet. Spørgsmålet handler ikke kun om fattigdom, men også om struktur i hjemmet. Den samlede andel af børn, der svarede, at de *ofte* eller *altid* gik sultne i seng eller i skole, fordi der ikke var nok mad i hjemmet var i 2010 17 %, det er samme andel som i 2006.

## **Eqikkaaneq**

### **Kapitali 1. Inuuneritta/Innuttaasut peqqissuunissaannik suliniut aamma misissuineq HBSC-mik taaguutilik**

Misissuineq HBSC tassaavoq atuartut peqqissusaat aamma peqqissuunissaminnut ileqqi pillugit immersugassatigut nunat tamat misissuisitsinerat. Kalaallit Nunaat ukiuni 1994-imi, 1998-imi, 2002-mi, 2006-imi kingullermillu 2010-mi peqataavoq. Atuarfiit 5.-10. klassini atuartullit tamarmik misissuinermi peqataanissaminnut periarfissaqarsimapput. Immersugassaq Kalaallit Nunaannut tunngasortalik apeqqutinik nunani tamani aammalu tamanit pinngitsoorani akisassanik, nunani tamani piumagaanni akisassanik, aammalu Kalaallit Nunaanniinnaq akisassanik apeqqutitaqarpoq. Nalunaarusiami matumani Kalaallit Nunaanni innuttaasut peqqissuunissaannik suliniummi "Inuuneritta"-mi pingaernerutitat aallaavigalugit atuartuni peqqissuseq sammineqarpoq. Tamanna toqqarneqarpoq Inuunerittap atuunnerata qiteqqunnerani naliliinissamut 2010-mi misissuineq HBSC ilapittuutaasinnaammat, Inuuneritta 2007-imiit 2010-mut atuummat. Tamatumunnga ilutigitillugu meeqqat inuusuttullu pingaartillugit suliniummi tunaartaapput. Suliniummi meeqqanut inuusuttunullu atuartunut attuumassuteqartut iliuuserisassat pingasut makku eqqartorneqarput:

- inuusuttunut ulorianartorsiortunut atonerluisutullu pissusilersortunut piaartumik suliniuteqarnissap qulakkeerneqarnissaa
- meeqqat inuusuttullu pitsaasumik inuuneqarnerannik atugarissaarnerannillu annertusaanissaq
- peqqissumik inooriaaseqarneq ataatsimut eqqarsaatigalugu meeqqat inuusuttullu iliuuseqarsinnaanerannik siuarsaaneq.

### **Kapitali 2. Qanoq peqqitsigineq aamma inuunerup naleqassusia**

Peqqissutsip pitsaasumillu inuuneqarnerup imminnut ataqatigiilluinnarnerat Inuunerittami isumaqarfineqarput. Anguniagaavoq *meeqqat inuusuttullu pitsaasumik inuuneqarnerannik atugarissaarnerannillu annertusaanissaq*. Meeqqani inuusuttunilu inuunermik naammagisimaarinninnermik misigisaqartarneq allanullu atuumassuteqarneq imminnut ataqatigiilluinnarput. Qanoq peqqitsigineramik nammineq naliliinerup inersimasuni nalinginnaasumik ilorrisimaarnermut uuttuutaalluarsinnaanera paasineqarsimavoq, meeqqanilu inuusuttunilu aamma taamaanissaa ilimanarluni. Pitsaasumik inuuneqarneq, nammineq peqqissutut isigineq nappaatillu ersiutaannik misigisaqannginneq imminnut ataqatigiilluinnarput.

Meeqqani inuusuttunilu qanoq peqqitsigineq imaluunniit pitsaasumik inuuneqannginneq kinguneqartarput. Piffissaq sivikitsoq eqqarsaatigalugu assersuutigalugu ilikkarsinnaassutsip ajorneruneratigut, napparsimasarnikkut aamma ilaqtanik, ikinngutinik ilinniartitsisunillu artukkiisarnikkut. Piffissaq ungasissoq eqqarsaatigalugu meeqqat inuusuttullu qanoq peqqitsiginerat ilorrisimaarinnikkullu ajornartorsiutaat inersimasuuneranni sunniuttarput. Nukappiaqqat nivarsiaqqallu aamma ukioqatigiikkuutaat akornanni qanoq peqqitsigineramik nammineq naliliineq assigiinngissuteqarsimavoq, najugarisarli

(Nuuk, illoqarfik, nunaqarfik) apeqqutaanani. Nukappiaqqat niviarsiaqqanit amerlanerusut qanoq peqqitsiginertik *pitsaalluinnartutut* nalilerpaat, ukioqqortunerusulli amerlanerusut qanoq peqqitsiginertit *ajorpallaanngitsutut* imaluunniit *ajortutut* nalilersimallugu. Ataatsimut isigalugu meeqqat inuusuttullu qanoq peqqitsiginerminnik naliliinerminni ajorneraanerpaat tassaapput misissuiffigineqartut niviarsiarartaat ukioqqortunerpaat. 2010-mi meeqqat atuartut amerlanerulaartut qanoq peqqitsiginertit *pitsaalluinnartutut* nalilerpaat, ikinnerulaartullu qanoq peqqitsiginertik *ajorpallaanngitsutut* nalilerlugu, 2006-imut naleqqiullugu. Ukiuni taakkunani marlunni meeqqat ikittuinnaat qanoq peqqitsiginertik *ajortutut* nalilerpaat.

Meeqqat 70%-ii sinneqartut misigisimapput pitsaasumik inuuneqarluttik, ikinnerussuteqangaatsiartullu qanoq peqqitsiginertik *ajorpallaanngitsutut* imaluunniit *ajortutut* nalilerlugu. Meeqqat sumi najugaqarnerat pitsaasumik inuuneqarnermik naliliinermi apeqqutaanngilaq, pingaartumilli nukappiaqqat ukioqqortusiartortillutik pitsaasumik inuuneqarnermik naliliisut malunnaatilimmik ikileriaateqarput. 2010-mi meeqqat amerlanerulaartut 2006-imut naleqqiullugu nalilerpaat inuunertik pitsaanerpaajusoq. Tamanna ajunngilaq, peqqinnerulli siuarsarneqarneranik sulinermi ilisimaligaaq tamanna atussagaanni misissorluarneqartariaqarpoq pitsaasumik ineriartorneq tamanna sumik tunngaveqarneraasoq.

### **Kapitali 3. Nerisat nerisarnerlu**

Nerisat timillu aalatinneqartarnissaa pillugit Inuunerittami ataatsimut periusissiorneqarput tassaalluni *"peqqinneq, nerisat, uummaarissumillu inooriaaseqarnerq eqqarsaatigalugit saqqumisunngortinneqassapput"*, nerisassat pitsaanngitsut, kaloriat amerlavallaat timillu aalatinngippallaarneranik pissuteqartunik nappaatit pitsaaliorniassagaanni. Inuunerittami anguniagaavoq nerisassat (peqqinnartut), pillugit ilisimasat siuarsarneqarnissaat, pineqartumut naleqqiullugu iliuuseqarsinnaanermik siuarsaanissaq aammalu kalaalimernit nerisassallu eqqussukkat peqqinnartut assigiinngisitaartut pissarsiarineqarsinnaanerannik nukittorsaanissaq. Nerisassat pillugit Inuunerittami kaammattuutit Nerisqarnermik Siunnersuisoqatigiit nerisat pillugit siunnersuutaat qulit tunngavigineqarput.

2006-imiit 2010-mut nalinginnaasumik paasineqarpoq meeqqat amerlanerit paarnanik naatitanillu nerisqarnerusut ikinnerusullu mamakujuttutortartut sodavanditorlutillu, pitsaasumillu ineriartorneq tamanna Nuummi takussaanagerusoq. Aamma paasineqarpoq meeqqat 51%-ii atuarfimmi ullup qeqqasiortartut 36%-iilu angerlarsimaffimminni ullup qeqqasiortartut, politikikkut anguniagaalluni meeqqat atuartut tamarmik peqqinnartunik atuarfimmi nerisarnissaat.

Nerisat pillugit siunnersuutit qulit naapertorlugit meeqqat nerisqartartut siunnersuummiit siunnersuummut assigiinngiaartorujussupput, aamma meeqqat illoqarfinni, nunaqarfinni Nuummilu najugallit akornanni nerisat pillugit siunnersuutit sorliit meeqqat malittarneraat eqqarsaatigalugit assigiinngissutilerujussuullutik.



Meeqqat nunaqarfimmiut amerlanerujussuit kalaallit qangaaniilli nerisassaataannik (puisit arferillu neqaannik timmiarussanillu) akuttunngitsumik nerisartut akuttunerusumilli paarnanik, naatitanik naatsiaanillu nerisartut, Nuummilu meeqqanut naleqqiullutik ullut tamaasa sodavanditortartuunerusut. Akerlianik meeqqat nunaqarfimmiut ullut tamaasa iffartortartuunerupput, minnerpaamillu sap.ak. aalisagartortarlutik, soorlu aamma ilaat akuttusuumik mamakujuttortartut. Taamaalillutik meeqqat nunaqarfimmiut kalaallit nerisassaataannik qangaaniit nerisarineqartartunik nerisaqartuunerupput, Nuummili meeqqat nunani killerni nerisarineqartartunik tikisitanillu, soorlu paarnanik naatitanillu nerisaqartuunerupput. Nunap sinnerani illoqarfiit pissutsit taakku akornanni inissisimapput.

#### **Kapitali 4. Timip aalatittarnera issiaannarnerulerlu**

Inuunerittami nerisat timillu aalatittarnera ataqatigiissutut isigineqarput iliuuseriniarneqarporlu *"peqqinneq, nerisat uummaarissumillu inooriaaseqarneq eqqarsaatigalugit saqqumisunngortinneqassapput"*. Peqqissumik inuuneqarnissamut timip aalatittarnissaa pingaarnerpaat ilaattut ullumikkut isigineqarpoq, issiaannarnerullu peqqissuunnginnermut attuumassuteqarnera ukiuni kingulliunerusuni isiginiarneqarneruleriartorsimavoq. Inooriaatsimik patsiseqartumik nappaateqalersinnaaneq timip aalatittarneratigut annikinnerulersinneqartarpoq inuusuttullu inunnt akuunerannut eqqarsartaasaannullu pitsaaqutaalluni. Nerisaqarnermik Siunnersuisooqatigiit kaammattuutigaat *inersimasut meeqqallu ullormut sivikinnerpaamik nal.ak. ataaseq timertik atortassagaat*. Meeqqat timiminnik atuinissaannik nunani tamani kaammattuummot tamanna naapertuuppoq. Ullut tamaasa annertunngitsumik timimik atuisarnissap saniatigut peqqissuunissamut aamma pingaaruteqarpoq annertuumik timimik atuisarnissaq, tillernerup sakkortusineranik kinguneqartumik, soorlu timersornikkut.

Atuartut katillutik 27%-ii Nerisaqarnermik Siunnersuisooqatigiit ullormut nal. ak. ataatsimi timimik atuinissamik kaammattuutaat naapertorlugu inuupput, 2002-mi 30%-iusimallutik 2006-imilu 29%-iusimallutik. Nukappiaraaneq nivarsiaraanerluunniit, qassinik ukioqarneq aamma sumi najugaqarneq assigiinngissuteqarput. Meeqqat kaammattuut naapertorlugu inuusut atuartut utoqqaanerusut akornanni annikinneruvoq, taakkuli ukioqatigiiaat akornanni atuareernerup kingorna sakkortuumik timiminnik atuisartut amerlanerupput. Nukappiaqqat amerlanerusut sap.ak. nal.ak. sisamani amerlanerusuniluunniit sakkortuumik timiminnik atuisarput, meeqqallu Nuummiut amerlanerusut timiminnik sakkortuumik atuisarput.

Nukappiaqqat katillutik 18%-iisa nivarsiaqqallu katillutik 16%-iisa oqaatigaat ullormut nal.ak. sisamat amerlanerusulluunniit fjernsynimut, videomut DVD-mulluunniit atortarlugit, ilutigitilluguli nukappiaqqat nivarsiaqqallu sisamararterutaasa ullormut nal.ak. affaani sivikinnerusumiluunniit fjernsynertarnerarput, videotarnerarput imaluunniit DVD-rtarnerarput. Fjernsyni sulii tassaavoq piffissamik tigusunerpaajusartuq, arlallilli aamma computerersortarput. 2006-imisuulli nukappiaqqat computerersornerupput, nukappiaqqallu 13%-



ii niviersiaqqallu 3%-ii ullormut nal.al. sisamat piffissarluunniit sivisunerusoq computerikkut pinnguarnermut atortarpaat.

#### **Kapitali 5. Kigutitigut peqqissuuneq**

Kigutitigut peqqinneq peqqissunillu ikkeqarneq peqqissuunermut pingaaruteqarpoq. Kigutitigut peqqinneq Inuunerittami pingaartinneqarpoq. Meeqqat kigutitigut peqqissuunissaannut nuna tamakkerlugu periusissaq nutaaq 2008-mi aallartinneqarpoq: "Kigutigissuunissamik nuna tamakkerlugu pilersaarut" kigutit peqqissuunissaannik pisariaqartumik pitsaanerulersitsisussa. Kigutitigut nappaatit, soorlu kigutit putui (karies) Kalaallit Nunaanni meeqqani ataavartumik nappaatit nalinginnaanerpaartaraat. Kigutit putui annertuumik pitsaaliorneqarsinnaapput kigutigissartarnikkut qarngullu peqqissuutinneratigut.

Atuartut 2006-imut naleqqiullugu amerlanerit, tassalu 60%-ii, ullormut marloriarlutik kigutigissartarput, taamanikkut 50%-iullutik. 2006-imisulli nunaqarfimmiut meeqqat, nukappiaqqallu, ikinnerit ullormut ataasiarlutik arlaleriarlutilluunniit kigutigissartarput.

#### **Kapitali 6. Imigassaq, hash, naamaarneq pujortartarnerlu**

Inuunerittami aanngajaarniutinut tunngatillugu anguniagaapput "*meeqqat inuusuttullu inuunerat imigassamik ikiaroornartumillu atornerluiffunngitsoq aamma avatangiisinik imigassartorfunngitsunik siuarsaaneq ineriartortitsinerlu*". Kalaallit Nunaanni imeriaatsimut ilisarnaataavoq imernerimi imerujussuarterneq – tamannalu taaguuteqarpoq aalakoorniaannarluni imerneq. Tamanna aamma inuusuttuni atugaavoq. Meeqqat inuusuttullu 11-niit 16-inut ukiullit aalakoornikuunngisaannartut 2006-imut naleqqiullugu 2010-mi ikileriaalessimapput, meeqqallu pingasunit amerlanerusoriarlutik aalakoorsimasut 2010-mi amerlanerupput. Taamaalilluni Inuunerittap ingerlanerani *inuusuttut 14-inik ukioqalertinnatik aalakoornermik misiliisimasut 10%-imut appartinneqarnissaannik* anguniagaq angujuminaassagunarpoq. 15-iniit 17-inut ukiullit hashimik pujortarnermik misiliisimasut 19%-iupput. Inuunerittami anguniarneqartoq *inuusuttut 14-17-inik ukiullit hashimik pujortarnermik misiliisimasut 10%-ip ataanut ikilisinneqarnissaat* aammattaaq angujuminaassagunarpoq. Naamaarneq atornerluineruvoq taamaallaat meeqqat inuusuttullu akornanni takussaannerusoq. 2006-imiit 2010-mut naleqqiullugu meeqqat atuartut naamaarnermik misiliisimasut amerlassusaat allannguuteqarsimanngilaq. "*Inuusuttut naamaarnermik misiliisimasut annertunerpaamik ikilisarniarneqarnissaannik, ajornanngippat o-inngortillugu*" anguniagaq taamaalilluni suli ungasissorujussuvoq.

Pujortartarnermut tunngatillugu *ikinnerusut pujortartalernissaat amerlanerusullu pujortartarunnaarnissaat* Inuunerittami anguniagaavoq.

Kalaallit Nunaanni atuartut pujortartartut nunat tamat isaannit isigalugit amerlapput. Tamanna ernumanarpoq pissutigalugu pujortartarneq peqqinnartuunngimmat aammalu ulorianartumik pissuseqarnissanut allanut, soorlu imernermit illersuuteqaranilu atoqateqarnermut iseriarnissamut pujortartarneq pingaarnertut

isigineqarmat. 2010-mi 11-niit 16-inut ukiulinni tamani 2006-imut naleqqiullugu pujortarnermik misiliisimasut amerlanerulaarput, meeqqanilu ukioqqortunerusuni 2006-imi 2010-milu affaat ullut tamaasa pujortartarput. Taamaalilluni atuarfinni sullissivinnilu 2005-imiit pujortartarnerup inerteqqutaalernera sunniuteqarsimangilaq, soorlu aamma pujortartarnek pillugu Inuunerittami anguniagaasoq piffissami ingerlatsiffiusumi angussallugu ajornassangatinneqartoq.

18-ileereersimangitsunut cigarettinik imigassanillu tuniniaaneq inatsisunik unioqqutitsineruvoq, hashilu eqquteqqusaanani. Taamaattumik atuertut 15-iniit 17-inut ukiullit tamakkuninnga pissarsisinnaanerminnik naliliinerat misissorneqarpoq. Cigaretтинut tunngatillugu inuusuttut 53%-ii, immiaaqqanut tunngatillugu 38%-ii imigassamullu tunngatillugu 33%-ii isumaqarput tamakku pissarsiarinissaat *ajornanngitsoq* imaluunniit *ajornanngilluinnartoq*. Hashimut tunngatillugu 16%-it isumaqarput hashimik pissarsiniarneq *ajornanngitsoq* imaluunniit *ajornanngilluinnartoq*.

Pujortartarnerup imaluunniit aanngajaarniutitik atuinerup ajoqusiisinaanerisa qanoq isumaqarfigineqarnerat atuinerup sunniuteqarsimasinnaavoq. Pujortartarnermut tunngatillugu 15-iniit 17-inut ukiullit amerlanersaasa annikitsumik annertuumilluunniit pujortartarnerup navianaatai piviusorpalaartumik isumaqarfigineqarpassipput, naak ikinnerussuteqartut amerlaqisut naluneraraluaaraat pujortartarnikkut qanoq ajoqusersinnaatigineq. Imigassamut tunngatillugu ersernerlunneruvoq. Ikinnerussuteqartut amerlaqisut isumaqarput annertuumik ullut tamaasa atuneq annertuumik ajoqutaasinnaasoq ullut tamaasa annikitsumik atuinerup sanilliullugu, kisiannili sap.ak. naanerini annertuumik atuisarneq ullut tamaasa annikitsumik atuinerup ajoqusiisinnaatigaaq. Annikitsumik atuneq annertuumik atuinerup pitsaanerugaluartoq peqqinnissaq eqqarsaatigalugu imernerini ataatsimi imerujussuarneq ajoqusiisinaaneruvoq. Hashimut naamaarnermullu tunngatillugit affangajaasa oqaatigaat sumilluunniit atuneq navialerujussuarinnaanermik kinguneqarsinnaasoq, akuttunngitsumilli atuisarneq ataaseriarluni marloriarluniluunniit atuinerup navianartigisoq nalilerneqarpoq. Taamaattumik aanngajaarniutitik atuneq pillugu meeqqat inuusuttullu paasissutissiiiffigisariaqarnerat pisariaqarpassipput, aanngajaarniutitik atuinerup navianartuuneranik piviusorpalaartumik naliliisinniaraanni. Aammattaaq meeqqat inuusuttullu aanngajaarniutitik pissarsisinaanerat pillugu inatsisit malinneqarnissaat unammillernartuuvoq.

#### **Kapitali 7. Persuttaasarneq qinngasaarisarnerlu**

Persuttaasarnerup pitsaaliorneqarnissaa Inuunerittami isiginiarneqarpoq *persuttaasarnerup killilersimaarneqarnissaa*, meeqqat inuusuttullu *persuttaanertaqanngitsumik inuuneqarnissaat* aammalu *innuttaasut akisussaaqataaernerat isumaginissinnaassuseqarnerallu* anguniarlugit.

Misissuinerimi apeqqutigineqarput paanikkut qinngasaarinikkullu persuttaaneq. Qinngasaarineq ataatsimoornermi pisarpoq inoqammillu akaarinninnginnermut isumassuinnnginnermullu ersiutaalluni inuttut ataatsimooqatigiinnermi. Meeqqat

sisamaagaangata ataaseq ukiut kingulliit ingerlaneranni paannittarsimapput, taakkunanngalu 9%-ii marlunnit amerlanerusunik paannittarsimallutik. Tamaanna aamma 2006-imi taamaappoq. Nukappiaqqat meeqqallu mikinerit paannikkajunnerusimapput.

Qinngasaarisarnerup 2006-imiit 2010-mut ineriartornera ajunngitsortaqarlunilu ajortortaqarpoq. Paasineqarpoq meeqqat amerlanerujartortut qinngasaartinermik misigisaqarsimannigitsut, aammali qinngasaarneqartartut misigisut 10%-it missaanniittut akulikinnerusumik qinngasaarneqartartut misigisimasut. Ilutigitillugu qinngasaarinnigisaannartut imaluunniit ikittunnguaannariarlutik qinngasaarisimasut siusinnerusumiit allannguuteqarsimangillat. Qinngasaartinneq qinngasaarisarnerlu imminnut attuumassuteqarlunnarput. Meeqqat katillutik 15%-ii qinngasaarneqartarput, qinngasaarisartuupput imaluunniit taakku kattullugit misigisarpaat.

Qinngasaarisarnerup iliuuseqarfigineqarnissaani qinngasaarisartut qinngasaarneqartartullu toqqaannartumik akuutinneqassapput, aammali qinngasaarisarneq pillugu pissuseq nalinginnaasumik allanngortinniarneqassaaq toqqaannartumik akuuneq ajorluartut amerlaqisut qinngasaarinermi akuunerme ajortut ilisimalerniassamatigik, qinngasaarinerullu pinngitsoortinniarnissaani ikiuunnissaminut sakkussinneqassallutik.

#### **Kapitali 8. Atoqatigiinnermi ileqqut peqqinnartut**

Atoqatigiinnermi ileqqut peqqinnartut Inuunerittami tikkuarusunneqarput, aammali kissaatiginngisamik naartulersarnerit peqqissutsikkut annertuumik ajornartorsiutaanerit, kinguaassiuutitigullu nappaateqartarnerup annertunerujussua. Atoqatigiinnermut tunngasuni Inuunerittap iliuusissaani tunngaviupput *atoqatigiinnikkut iliuuseqarneq sunaluunniit perusussutsimik, illuatungeqatigiinnermik nappaatinillu atoqatigiinnikkut tunillaassuuttartunik tunillaassuinerdaqannigsumik tunngaveqassasoq, naartuneq sunaluunniit kissaatigisaassasoq, atoqatigiinnermi ileqqut peqqinnartut eqqarsaatigalugit innuttaasut iliuuseqarsinnaanerannik siuarsaasoqassasoq.*

15-inik ukiullit atoqateqarsimasut 59%-iupput 17-inillu ukiulinni 77%-inut qaffallutik. Niviarsiaqqat nukappiaqqanit amerlanerusut atoqateqarsimapput. Kingullermik atoqateqarnermi amerlanerpaat illersuuteqarsimapput, amerlanertigut usuup puua (52%) p-pillillu. Nukappiaqqani niviarsiaqqanilu 14-inik ukioqarluni atoqateqaaqarneq nalinginnaanerpaajuvoq, pingaartumilli atoqateqarneq niviarsiaqqat amerlaqisut akornanni siusinnerusukkat pisarsimavoq. Inuusuttut siusissukkat atoqateqaaqarsimasut amerlanersaat inuusuttuaranngulernermit ikaarsaalerneq sioqqullugu pikkajussimavoq. Tamanna pissusissamisuunngilaq, ilaalli eqqarsaatigalugit inatsisinik unioqqutitsisoqartarsimasinnaavoq.

#### **Kapitali 9. Napparsimakkajussuseq, ersiutit nakorsaatinillu atuineq**

Atuartut nalinginnaasumik timimikkut peqqissuupput, soorunalumi nappaatinik eqqorneqarsinnaasarlutik ersiutinillu misigisaqarsinnaasarlutik. Meeqqani

inuusuttunilu aammattaaq assersuutigalugu tassaagajupput uippakajaarneq (stress) atugarissaannginnerlu. Taamaattumik meeraanermi inuusuttuunermilu akulikitsumik sivilisuumillu ersiutinik misigisaqartarsimagaanni inuunermi kingusinnerusukkut peqqissutsimut ajortumik sunniisinnaavoq. Atuartut nakorsaatorajuttuunngillat, nakorsaatinilli atuineq qanoq peqqitsiginermut uuttuutaavoq pingaarutilik. Soorlu nakorsaateqanngilaq ajortumik sunniutitaqanngitsunik, ilaatigullu nunani arlissuarni meeqqat nakorsaatinik atainerat ukiuni kingulliunerusuni qaffakkiartorsimavoq. Ilutigitillugu nalinginnaasumik ersiutinut nakorsaatorajuttuunngillat, tamannalu aamma atugarissaannginnermik ersersitsisuusinnaavoq.

Meeqqat katillutik 57%-it napparsimaneq pissutigalugu qaammammi kingullermi ullormi ataatsimi arlalinniluunniit atuanngitsoortarsimapput, 11%-illu ulluni tallimani amerlanerusuniluunniit atuanngitsoortarsimapput. Takuneqarsinnaavoq 2010-mi 2006-imut naleqqiullugu meeqqat amerlanerusut ersiutinik malugisaqartarsimasut. Niviarsiaqqat nukappiaqqanit amerlanerusut ersiutinik malugisaqakkajunnerupput, ersiutillu amerlanersaat ukioqqortusiartornermi amerliartuaartarput. Niviarsiaqqat nukappiaqqanut naleqqiullutik nakorsaatorajunnerupput. Nakorsaatorajunnerupput niaqunnguneq nalinginnaasumik pissutaasarpog, niviarsiaqqallu 41%-ii nukappiaqqallu 29%-ii qaammatip kingulliup ingerlanerani niaqunngunertik pissutigalugu nakorsaatorajunnerupput. 9%-it missaat oqaatigaat annilaanganeq sinissaarunnerlu pissutigalugit nakorsaatorajunnerupput.

#### **Kapitali 10. Nukissat**

Meeqqanut inuusuttunullu tunngatillugu Inuunerittami iliuusissami kingullermi tikkuarneqarpoq meeqqat inuusuttullu peqqissusaat nukittorsarneqassasoq meeqqat inuusuttullu pitsaasumik inuuneqarnissaannik atugarissaarnissaannillu annertusaanikkut, aamma peqqissumik inooriaaseqarneq ataatsimut eqqarsaatigalugu meeqqat inuusuttullu iliuuseqarsinnaanerannik siuarsaanikkut.

Kapitalimi tassani meeqqat nunaminnut, ilaqtaminnut, ikinngutiminnut atuarfimmut oqaatsinullu tunniusimaneqat nukissaallu pillugit isumaat sammeneqarput, taakku tamarmik tassaammata atugarissaarnermut pitsaasumillu inuuneqarnissamut pingaarutilit. Meeqqat inuusuttullu nunamut kulturimullu atassuteqarnerminnik isumaat aamma inuiaqatigiinnut pingaaruteqarmat, tamanna kingusinnerusukkut pilersuiqataannissamut piimassuseqarnermut atassuteqarsinnaavoq. Meeqqat peqqissuunissaannut ilaqtat pingaaruteqarput, inuusuttuaraanermi ikinngutit annertusiartuinnartumik pingaaruteqaleriartortarput. Ilaqtariinni eqeersimaarneq ammasumik oqaloqatigiinnissamut kajumilersitsisoq peqqissusermut peqqissuunissamullu pitsaasunik ileqqoqarnermut attuumassuteqarpoq. Meeraanermi inuusuttuaraanermilu innunut allanut akuunnginneq ilorrisimaannissamut ajortumik sunniuteqassaaq inoqatillu akornanniinnissap ilikkarnissaata ineriartortinnissaanut periarfissianani. Atuariartornissamut piareernerme anglerarsimaffimmi nukissat aamma pineqarput.

2006-imut naleqqiullugu 2010-mi meeqqat amerlanerusut kalaaliunerarput. Meeqqat 60%-iisa missarluinnaasa oqaatigaat ernummatiminnik anaanartik

oqaloqatigisinnaalluarlugu, ikinnerulaartullu ataartik oqaloqatigisinnaalluarpaat. Niviarsiaqqat ikinnerusut ataartik oqaloqatigiuminnaatsippaat ukioqortunerillu arlallit angajoqqaatik oqaloqatigiuminaatsippaat.

Ikittuaraannaat, tassa 2%-it missaat, ikinnguteqanngillat, nukappiaqqallu katillutik 64%-ii niviarsiaqqallu 70%-ii sisamanik amerlanerusunilluunniit ikinnguteqarput. Meeqqat ikinngutitik ilagisaqigamikkat naatsorsuutigineqarsinnaavoq peqqissuunissaminnut ileqqinut sunniuteqarluinnartut.

Siusinnerusukkut misissuisarsimanagerit takutippaat atuarfimmik naammagisimaarinnineq, qanoq peqqitsiginermik nammineq isumaqarneq aammalu peqqissuunissamat ileqqut imminnut attuumassuteqarluinnartut. Atuarneq naammagisimaaraanni aamma peqqinnerusutut misigisoqartarpoq. 2006-imi meeqqat ukioqortunerit 69%-iisa kiisalu 13-14-inik ukiullit 78%-iisa oqaatigaat atuarnertik *nuannarilluinnarlugu* imaluunniit *nuannaralugu*. Meeqqat ukioqortunerit 2010-mi aamma taama oqarput, 13-14-inilli ukiullit akornanni atuarnermikkik naammagisimaarinnittut ikiliartuaarput. Ikittuunnaat oqaatigaat atuarnertik nanertuutigalugu. Atuaqatit akornanniinneq nuannarigaanni atuarfiup nuannarinissaanut pingaaruteqarpoq. Meeqqat katillutik 10%-ii isumaqarput qanoq ittuunertik atuaqatimik akuerisinnaanngikkaat. Taakku niviarsiaqqat nukappiaqqallu akornanni ukiu apeqqutaanatik assigiippoq.

Atuarfitsialammi anguniagaavoq meeqqat atuartut tamarmik marluinik, tassalu kalaallisut qallunaatullu, tuluttut oqaatsit pingatsiullugit, oqalussinnaalertassasut. 73%-it oqaatigaat *ajornaquteqanngitsumik* kalaallisut oqalussinnaallutik, aamma 19%-it oqaatigaat kalaallisut *ajorpallaanngitsumik* oqalussinnaallutik. Qallunaat oqaasiinut tunngatillugu 15%-it oqaatigaat *ajornaquteqanngitsumik* qallunaatut oqalussinnaallutik, 36%-it oqaatigaat qallunaatut *ajorpallaanngitsumik* oqalussinnaallutik, 33%-illu oqaatigaat qallunaatut *oqaluppiarsinnaanatik imaluunniit oqalussinnaanngilluinnarlutik*. Ilimanarpoq meeqqat qallunaatut oqalussinnaasut qaffasippallaamik naliligaasut, meeqqat ilarpaaluisa apeqqut taanna qaangiinnartarsimammasuk. 2006-imisulli sumi najugaqarnermut naleqqiullugu kalaallisut qallunaatulluunniit qanoq oqalloritsigineq assigiinngissuteqartorujussuavoq. Marluinik oqaaseqarnermut tunngatillugu 2006-imi paasineqarpoq meeqqat 100-gaangata 12-it oqaatsit taakku marluk tamaasa atorluarsinnaallugit oqaatigigaat 43-llu oqaatigalugu annikinnerusumik tamaasa atorsinnaallugit. 2010-mi meeqqat 100-gaangata qulit oqaatigaat oqaatsit taakku marluk tamaasa atorluarsinnaallugit, 41-llu oqaatigalugu annikinnerusumik tamaasa atorsinnaallugit.

2002-miilli apeqqutigineqartalerpoq angerlarsimaffimmi nerisassaqqannginneq pissutigalugu meeraq atuartoq kaalluni innartarnersoq atuariatortarnersorluunniit. Apeqqummi pineqaannanngilaq piitsuuneq, aammali angerlarsimaffimmi qanoq aqqissuulluagaatigisumik inuuneqarneq. 2010-mi meeqqat katillutik 17%-ii akippit *akuttunngitsumik* imaluunniit *tamatigut* kaallutik innartarlutik imaluunniit atuariatortarlutik, tassa 2006-imisulli amerlatigisut.

## 1. Inuuneritta/Folkesundhedsprogrammet og HBSC undersøgelsen

*Af Birgit Niclasen*

Temaet for denne rapport er folkesundhed hos skolebørn ud fra fokusområderne i ”Inuuneritta – lad os få et godt liv”, det grønlandske folkesundhedsprogram. Det blev valgt, fordi HBSC undersøgelsen i 2010 kan bidrage til at vurdere halvvejsstatus for Inuuneritta, idet programperioden er fra 2007 til 2010. Samtidig er børn og unge en prioriteret målgruppe i programmet.

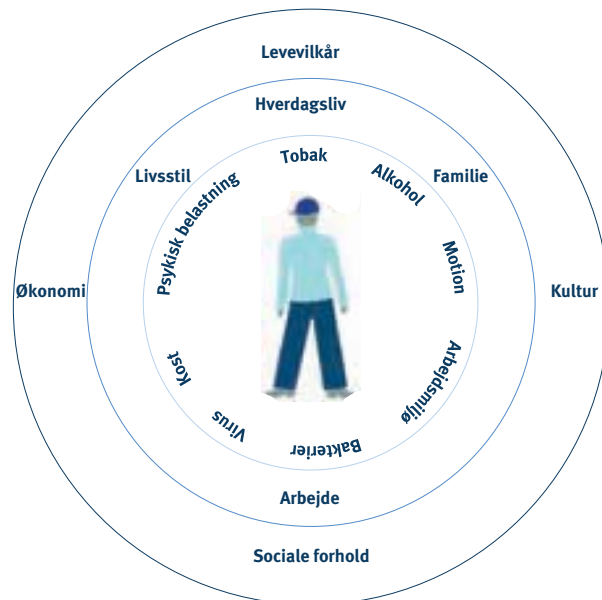
Verdenssundhedsorganisationen, WHO, har defineret sundhed som ”en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende – og ikke kun fravær af sygdom”. Denne meget brede definition på sundhed afspejler, at det enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, personlige ressourcer, livsstil, netværk, levevilkår som familie, venner, arbejde, lokalsamfundet og det globale samfund. Når man taler om sundhed skelner man mellem sundheden hos det enkelte menneske og folkesundhed. Mens sundhedsvæsenet har fokus på sundhed hos det enkelte menneske, så har folkesundhed fokus på sundheden i befolkningen som helhed eller hos grupper af mennesker (Acheson, 1988). Folkesundhed har en positiv vinkel på sundheden, der inkluderer at forebygge sygelighed og fremme sundheden i befolkningen. Samlet for alle definitioner af folkesundhed er, at de pointerer samfundets og kollektive indsatsers rolle i at forbedre den generelle sundhedstilstand i befolkningen – og de ser således ud over det enkelte menneskes indsats for at forbedre sin egen sundhed.

Inuuneritta er Grønlands første folkesundhedsprogram (Grønlands Hjemmestyre, 2007). Programmet udgør Selvstyrets langsigtede strategi på folkesundhedsområdet. Det blev vedtaget i 2007 og løber frem til 2012. Inuuneritta har udgangspunkt i samme brede sundhedsbegreb som WHO. Inuunerittas mål er således at forebygge sygdom og fremme befolkningens sundhed. Programmets fokusområder er:

- Alkohol og hash
- Vold, voldtægter og seksuelle overgreb
- Selvmord og selvmordsforebyggelse
- Kost og fysisk aktivitet
- Sexliv (seksuel sundhed)
- Rygning
- Tandsundhed

Børn og unge er ligesom ældre en prioriteret målgruppe i programmet. I programmet er der beskrevet følgende tre strategier indenfor børne- og ungeområdet, der har relevans for skolebørn:

- at sikre tidlig indsats overfor unge med risiko- og misbrugsadfærd
- at højne børn og unges livskvalitet og trivsel
- at fremme børns og unges handlekompetence i forhold til en sund livsstil.



Figur 1.1 Inuunerittas opfattelse af de vigtigste faktorer af betydning for det enkelte menneskes sundhed.

Inuuneritta viser de faktorer (sundhedsdeterminanter), der opfattes som vigtigst for sundheden, i denne figur:

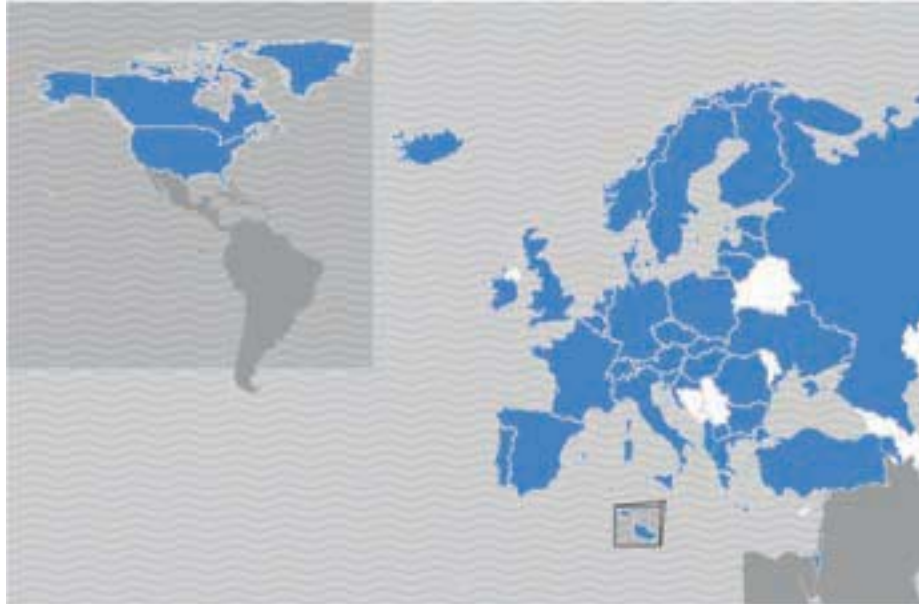
### 1.1 HBSC undersøgelsen

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) undersøgelsen er en international spørgeskemaundersøgelse om skolebørns sundhed og sundhedsvaner. Undersøgelsen er støttet af WHO's europæiske kontor. HBSC undersøgelsen ser sundhed ud fra samme brede sundhedsbegreb som WHO gør og samtidig ser den på skolebørns sundhed og sundhedsvaner i den sociale sammenhæng børnene er i - og som har betydning for deres sundhed og adfærd. Undersøgelsen har som udgangspunkt, at skolebørns vigtigste sociale sammenhænge er familien, kammerater og skolen.

Siden starten i 1984, hvor 9 lande deltog, er HBSC undersøgelsen vokset og dækker nu 44 lande og regioner, primært i Europa, men også USA, Canada og Israel deltager.

HBSC undersøgelsen giver et værdifuldt billede af skolebørns sundhed og sundhedsadfærd. Undersøgelsen har flere formål. De vigtigste er:

- At **overvåge og følge** en bred vifte af områder med betydning for sundheden hos børn og unge i Grønland og internationalt. Denne overvågning publiceres i en national rapport for Grønland og en international rapport efter hver dataindsamling



Figur 1.2 Lande der deltog i HBSC undersøgelsen i 2010 (markeret med blå).

- At skabe mulighed for **forskning** omkring sammenhænge mellem fx børns sundhed, sundhedsadfærd og deres sociale vilkår
- At stimulere til **sundhedsfremmende indsatser** blandt skolebørn. I Grønland blandt andet ved at give skriftlig tilbagemelding til alle de deltagende skoler:

Undersøgelsens perspektiv er barnets og det er derfor børnene selv, der anonymt besvarer undersøgelsens spørgeskema.

### 1.2 HBSC undersøgelsen i Grønland

Grønland har deltaget i HBSC undersøgelsen i årene 1994, 1998, 2002, 2006 og nu i 2010.

Alle skoler med elever fra 5. til 10. klasse havde mulighed for at deltage i undersøgelsen og de deltagende skoler er fordelt over hele landet. Det gør det muligt at følge udviklingen over tid på de enkelte skoler og på landsplan. Sammenligningerne over tid har været brugt i den nationale rapport i 2002, hvor det centrale tema var at sammenligne data for børns sundhed fra undersøgelsens start i 1994 til 2002.

Tidligere nationale rapporter fra HBSC undersøgelsen er:

- 1994: Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn (Pedersen, 1997)
- 1998: Den grønlandske folkeskole – et arbejdsmiljø for skolebørn (Pedersen, 2000)



- 2002: Sundhed og helbred hos skolebørn i Grønland fra 1994 til 2002  
(Schnohr et al., 2005)  
2006: Sundhed på toppen /Peqqineq pitsaanerpaaq (Niclasen et al., 2007,  
Niclasen et al., 2008).

De grønlandske skolebørns svar indgår også i HBSC-undersøgelsens internationale rapport, der udarbejdes af det internationale netværk efter hver dataindsamling. I denne præsenteres data fra alle deltagerlande på en sammenlignelig måde (Currie et al., 2008).

Data fra HBSC undersøgelsen har også dannet grundlag for en lang række forskningsartikler omkring børns sundhed og sundhedsadfærd med både internationale sammenligninger og artikler kun med data fra Grønland. Den internationale undersøgelse præsenteres på hjemmesiden [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org) og den grønlandske undersøgelse på [www.meeqqavut.net](http://www.meeqqavut.net).

I 2006 blev alle deltagende skoler for første gang forespurgt om de ønskede tilbagemelding i form af en særlig skolerapport med data fra deres skole. Alle deltagende skoler benyttede sig af denne mulighed. Vi har derfor fortsat med skolerapporterne også i 2010. Formålet med skolerapporterne er - udover at sige tak for deltagelsen til de enkelte skoler - at give et datagrundlag, der kan danne grundlag for sundhedsfremmende projekter lokalt og dermed være med til at styrke det lokale sundhedsfremmende arbejde på skolerne. Skolerapporterne giver skolerne mulighed for at se, hvordan den enkelte skoles sundhed på centrale områder ser ud i forhold til landsgennemsnittet. De beskriver blandt andet børnenes forhold til skolen, mobning, fysisk aktivitet og brug af rusmidler. Skolen kan ud fra skolerapportens data sætte sig konkrete mål omkring børnenes sundhed og sundhedsvaner og følge om de opfyldes.

Spørgeskemaet fra den grønlandske del af undersøgelsen består af tre typer af spørgsmål:

- Obligatoriske undersøgelsesspørgsmål, der stilles i alle deltagende lande;
- Spørgsmål, der supplerer de obligatoriske spørgsmål og som stilles i flere lande;
- Spørgsmål, der er af speciel interesse for Grønland og som kun stilles i Grønland.

Ud over de obligatoriske spørgsmål indgik i 2010 spørgsmål om sprog, om at føle sig grønlandsk/dansk, kost, måltidsvaner, medicinbrug og at være på diæt samt en række spørgsmål omkring rusmidler, der stilles til unge over 15 år. Rusmiddelspørgsmålene kom ind i HBSC undersøgelsen første gang i 2006, hvor HBSC undersøgelsen blev den eneste landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt skolebørn i Grønland. De stammer fra en international rusmiddelundersøgelse blandt større skolebørn, ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). ESPAD blev gennemført i Grønland i 1999 og 2003 af Grønlands Statistik.

### **1.3 HBS undersøgelsens gennemførelse**

Det er skolebestyrelsen på den enkelte skole, der på vegne af alle forældre til børn på skolen afgør, om skolen ønsker at deltage i undersøgelsen. Den enkelte elev tager selv stilling til, om han eller hun ønsker at besvare undersøgelsens spørgeskema. Denne fremgangsmåde er godkendt af den nationale videnskabetiske komite.

Generelt udføres besvarelsen således: Eleven vælger selv, om han/hun ønsker at udfylde skemaet på dansk eller grønlandsk. Læreren læser en kort introduktion til undersøgelsen op for eleverne. Efter at skemaet er udfyldt, lægger eleven det i en kuvert, som lukkes. Kuverten bliver først åbnet igen ved modtagelsen hos projektlederen.

Undersøgelsen er anonym, det vil sige, at det ikke er muligt at identificere den enkelte elev. Elever, der var fraværende den pågældende dag, får ikke mulighed for at udfylde skemaet senere.

### **1.4 Introduktion til læsning af rapporten**

Rapporten beskriver overvejende resultaterne i forhold til køn, alder og bosted (Nuuk/by/bygd). Det er gjort, fordi mange sundhedsvaner ændrer sig med alderen og har forskellig hyppighed hos de to køn. Samtidig er en række af de forhold, der har betydning for børn og unges dagligdag, forskellige i små samfund som bygder og i større byer. Det gælder fx børns muligheder for fritidsaktiviteter.

Data kan aldrig være helt sammenlignelige fra undersøgelse til undersøgelse. Ikke alle de samme skoler deltager hver gang, så de deltagende skoler kan fordele sig geografisk forskelligt fra undersøgelse til undersøgelse, ligesom andelen af børn, der deltager fra Nuuk, byer og bygder kan være forskellig.

Der kan være børn, der ikke var i skole eller har valgt ikke at besvare enkelte af spørgsmålene. Det kan betyde en underrapportering for områder, der kan opfattes som følsomme. Det kan fx være spørgsmål om skoletrivsel og mobning, hvor de børn, der ikke trives, med større sandsynlighed ikke har været i skole eller ikke har haft lyst til at besvare spørgsmålet. På andre områder kan der ses en overrapportering. Det bliver kommenteret i de respektive afsnit, hvis en systematisk under- eller overrapportering kan gøre sig gældende.

Med skolereformen, Atuafitsialak, er 11. klasse afskaffet. Det skete i 2008. Det har betydet, at der er færre ældre børn, der kan indgå i undersøgelsen end tidligere. I rapporten præsenteres resultaterne alligevel med en sammenlægning af besvarelserne fra de 11- og 12årige, de 13- og 14årige og de 15- og 17årige for at lette sammenligningen med resultaterne fra tidligere undersøgelser. Disse aldersgrupper betragtes som tre forskellige "faser" i et barns/ungs liv, hvor den første er starten af puberteten, den anden en periode med store fysiske og følelsesmæssige forandringer og udvikling, mens den tredje betragtes som en tidlig ungdomsperiode, hvor man blandt andet træffer beslutninger om fremtiden.

Som tidligere er det valgt at bringe hele det spørgsmål, eleven har svaret på, på både dansk og grønlandsk. De er samlet i et særligt bilag (Bilag 2). Spørgsmålsboksene skal gøre det lettere for læseren at tolke svarene og kan gøre det lettere for den dobbeltsprogede læser at forstå de nuanceforskelle, der er mellem det samme spørgsmål på dansk og på grønlandsk - på trods af vi i HBSC undersøgelsens har meget stort fokus på korrekt oversættelse.

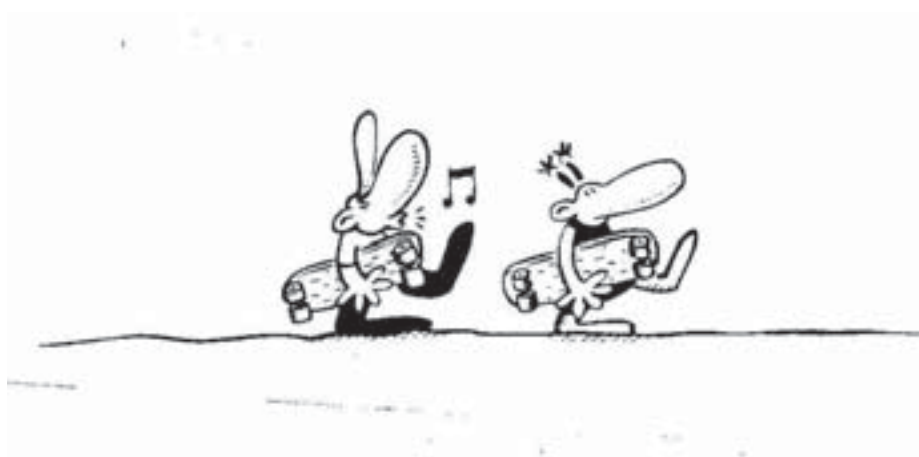
”N” angiver i figurer og tabeller det antal børn, der har besvaret spørgsmålet. Når en procentandel er udregnet, sker det på baggrund af N. Når det er angivet, at der er fundet en forskel mellem to grupper af børn betyder det, at værdierne for de to grupper har været sammenlignet med en statistisk test og at der med denne er fundet en forskel mellem grupperne, der med meget stor sandsynlighed (95%) ikke beror på en tilfældighed. Når der er fundet en statistisk forskel, er dette skrevet med fed og kursiv i tabeller, eller det er i teksten beskrevet som ”en forskel”.

Det er vigtigt, at gøre sig klart, at rapportens konklusioner ikke umiddelbart kan overføres på de børn og unge, der ikke går i skole. Flere undersøgelser har fundet, at unge, der ikke går i skole, på væsentlige områder adskiller sig fra unge, der går i skole. Det gælder særligt i forhold til sundhedsvaner og risikoadfærd (Irwin et al., 1997).

Der henvises til bilag 1 for en geografisk fordeling og svar-procent fordeling af de børn, der indgik i 2010 i sammenligning med de tidligere undersøgelser.

## 2. Helbred og livskvalitet

Af Line Nielsen og Malene Kubstrup Nelausen



I Inuuneritta opfattes sundhed og livskvalitet som tæt koblet. Således er det en målsætning i programmet at forbedre folkesundheden og derved sikre en øget livskvalitet hos befolkningen. En af Inuunerittas strategier for den fremtidige forebyggelse og sundhedsfremme indenfor børn- og ungeområdet er, *at højne børns og unges livskvalitet og trivsel.*

Traditionelt set vurderes sundhedstilstanden i en befolkning ofte ud fra et negativt perspektiv ved at studere sygdomme, indlæggelser på sygehus og endda død. Sygdom og død er dog ikke nyttige parametre i forhold til vurdering af børns og unges sundhedstilstand, da alvorlig sygdom, hospitalsindlæggelse og død heldigvis sjældent rammer børn og unge (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005). Traditionelle sundhedsmål giver derfor begrænset information om børns og unges sundhed og er kun i mindre omfang medtaget i HBSC-undersøgelsen. I kapitel 6 og kapitel 10 beskrives således tandsundhed og sygelighed, symptomer og medicinforbrug. I dette kapitel er formålet at se på sundhed som en ressource og at vurdere børns og unges sundhed gennem deres egen opfattelse af deres helbred og livskvalitet.

Når sundhed vurderes ud fra en positiv vinkel, så handler investering i sundhed i høj grad om, at sætte både børn og voksne i stand til at fungere optimalt over for de krav og udfordringer, de møder i løbet af livet- eller som påpeget i Inuuneritta, *at øge befolkningens handlekompetence i forhold til sundhed og trivsel.* Denne måde at betragte sundhed på ligger meget tæt op af WHO's definition af sundhed som "en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende – og ikke kun fravær af sygdom" og ikke mindst en seneste definition, hvor sundhed ikke betragtes som et mål i sig selv, men som en ressource for at leve et produktivt liv (World Health Organization Regional Office for Europe, 1999).

De store ændringer i det grønlandske samfund gennem de sidste 50 år har både haft betydning for hvilke sygdomme, der dominerer nu og for, hvordan befolkningens psykiske trivsel har udviklet sig. Det har været sagt, at den samfundsmæssige udviklings positive indflydelse på den fysiske sundhed til dels har været på bekostning af befolkningens psykiske velbefindende (Bjerregaard and Young, 1998). Men der er i samme periode også sket store samfundsmæssige ændringer udenfor Grønland, som i stigende grad også gør sig gældende her og dermed også har betydning for grønlandske børns og unges sundhed. Det gælder således ikke kun for den vestlige verden men også for Grønland, at børn og unge i dag vokser op i samfund med en stigende andel ældre, med en øget social ulighed, med en ændret familiestruktur, med en krævende overgang fra skole til arbejde og en forlænget overgangsperiode fra at være barn til voksen (Mortimer and Larson, 2002).

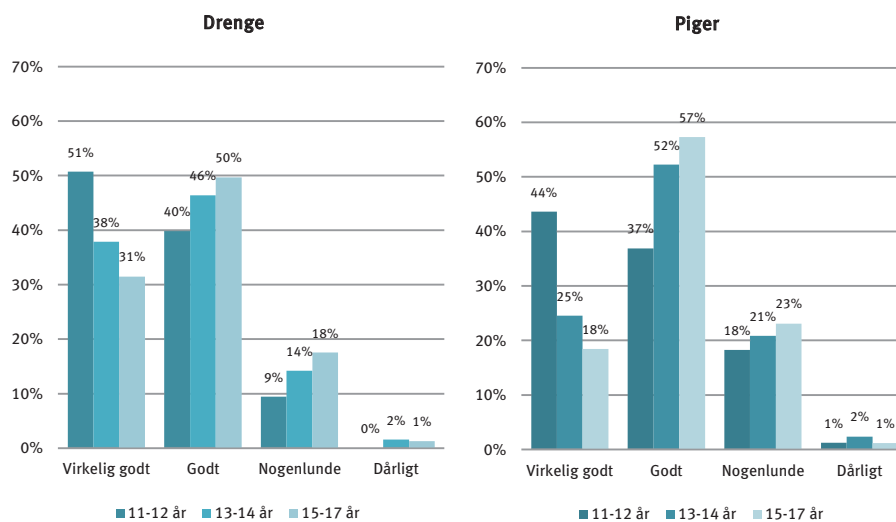
Hvis børn og unge har dårligt helbred, så har det omfattende konsekvenser. På kort sigt kan ringe helbred og mistrivsel have alvorlige effekter for børn og unge selv fx i form af dårligere indlæring og dårlig livskvalitet. Det kan igen have konsekvenser for deres omgivelser i form af belastning af familie, venner og lærere og endelig kan det have konsekvenser for samfundet i form af sygefravær for både børn og forældre (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). På langt sigt trækker helbreds- og trivselsproblemer i barndom og ungdom spor ind i voksenlivet. Børn og unge med trivsels og/eller helbredsproblemer har således højere risiko for også at opleve disse problemer senere i livet. Derfor kan det have en positiv langtidseffekt for hele samfundet at fremme børn og unges sundhed og trivsel (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

### **2.1 Selvvurderet helbred**

Selvvurderet helbred har vist sig at være en god indikator for det generelle velbefindende hos voksne og ikke mindst at være god til at forudsige risikoen for at blive syg (Idler and Benyamini, 1997). Uanset lægeligt vurderet helbred har voksne med dårligt selvvurderet helbred en større risiko for at få hjertesygdom og for at dø. Men helbred kan samtidig opfattes meget forskelligt fra person til person. Blandt voksne ved man, at en del mennesker med langvarige og kroniske sygdomme selv vurderer, at de har et godt helbred, mens andre uden diagnosticerede sygdomme mener, at de har et dårligt helbred.

Det er lidt mere uvist, hvor god selvvurderet helbred er som indikator for generelt velbefindende hos børn og unge, men den er formentlig også god hos denne gruppe. Eksempelvis har unge med dårligt selvvurderet helbred flere symptomer, lavere selvvurderet livskvalitet, er mindre fysisk aktive og har sværere ved at få venner end personer med godt selvvurderet helbred (Kelleher et al., 2007).

Selvvurderet helbred baseres på et enkelt spørgsmål i spørgeskemaet, "*Synes du selv dit helbred er ... virkelig godt/godt/nogenlunde/dårligt?*". I det følgende ser vi først på selvvurderet helbred i forhold til køn, alder og bosted og dernæst på udviklingen i selvvurderet helbred fra år 2006 til 2010 (Figur 2.1 til Figur 2.3).



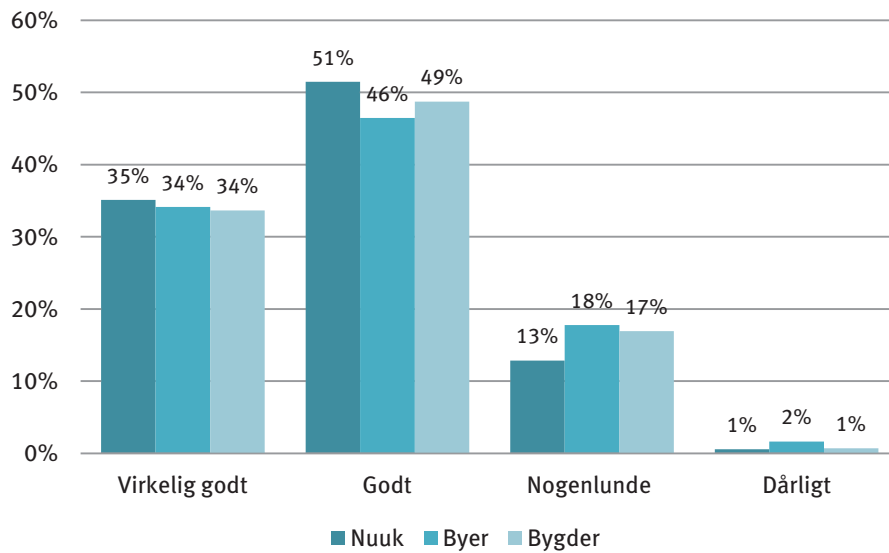
Figur 2.1 Andelen i procent der angav et virkeligt godt, et godt, et nogenlunde og et dårligt selv vurderet helbred i aldersgrupperne hos drenge og piger (N=911 og N=1049).

Det ses, at der er betragtelig forskel på drenge og pigers selv vurderede helbred. Flere drenge end piger vurderede deres helbred som værende *virkelig godt* og flere piger vurderede deres helbred som *nogenlunde* eller *dårligt*. Det er ikke kun i Grønland, at piger vurderer deres helbred dårligere end drenge. Dette fænomen findes i næste alle de lande, der deltager i HBSC-undersøgelsen (Cavallo et al., 2006). Piger vurderede ikke kun deres helbred dårligere, de angav også oftere at have symptomer som fx hovedpine og mavepine end drengene (se kapitel 10).

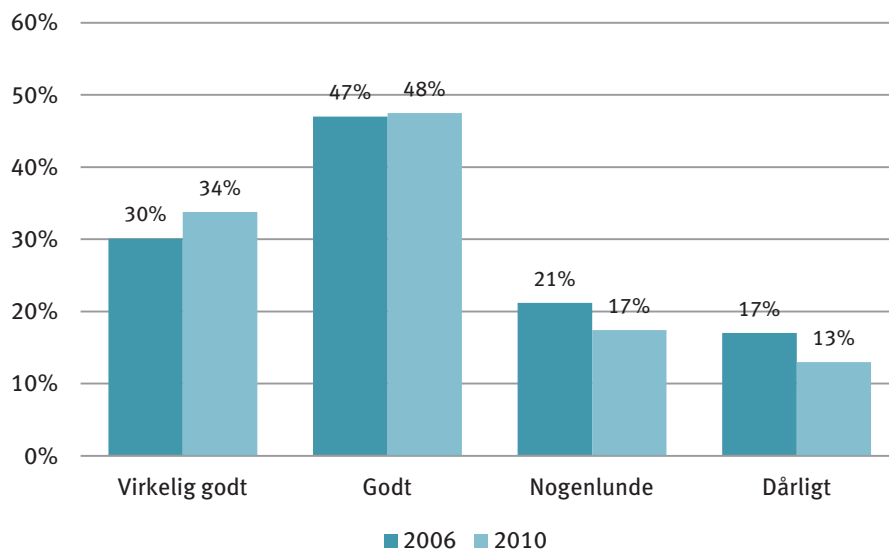
Der var også aldersmæssige forskelle i vurderingen af eget helbred. For både piger og drenges vedkommende vurderede en større andel i aldersgruppen 15-17 år deres helbred som *nogenlunde* eller *dårligt* i forhold til børn i aldersgruppen 11-12 år. Således vurderede 19 % af de ældste drenge og 24 % af de ældste piger deres helbred som *nogenlunde* eller *dårligt* i forhold til 9 % af de yngste drenge og 19 % af de yngste piger. Kun 18 % af piger og 31 % af drenge i aldersgruppen 15-17 år vurderede deres helbred som virkelig godt. Samlet set er den gruppe af børn og unge, der vurderede eget helbred dårligt, undersøgelsens ældste piger. Det gjaldt også i 2006.

At større børn og unge vurderer deres helbred dårligere end yngre børn var et generelt fund i næsten alle HBSC-lande i 2006, specielt hos piger. Hos drenge var det især en tendens, der blev set i de nordeuropæiske lande (Currie et al., 2008).

Der var ikke statistisk forskel i børnenes selv vurderede helbred i forhold til, hvor de boede (Figur 2.2). Der kan dog spores en tendens til, at flere børn svarede *nogenlunde* og *dårligt* i byer og bygder sammenlignet med børn i Nuuk.



Figur 2.2 Andelen i procent der angav et virkeligt godt, et godt, et nogenlunde og et dårligt selv vurderet helbred fordelt på type af bosted (N=2005).



Figur 2.3 Andelen i procent der angav et virkeligt godt, et godt, et nogenlunde og et dårligt selv vurderet helbred i hos 11-17årige i 2006 og i 2010 (N= 2301 og N=1949).

Der er en tendens til, at lidt flere børn i 2010 vurderede deres helbred som værende *virkelig godt* og lidt færre vurderede deres helbred som *nogenlunde* sammenlignet med 2006. Begge år der kun få børn, der vurderede deres helbred som *dårligt*.

Det bliver spændende at se om tendensen til en mere positiv vurdering af selvvurderet helbred kan genfindes i de kommende HBSC undersøgelser, eller om der blot er tale om et forbigående fund.

## 2.2 Livskvalitet

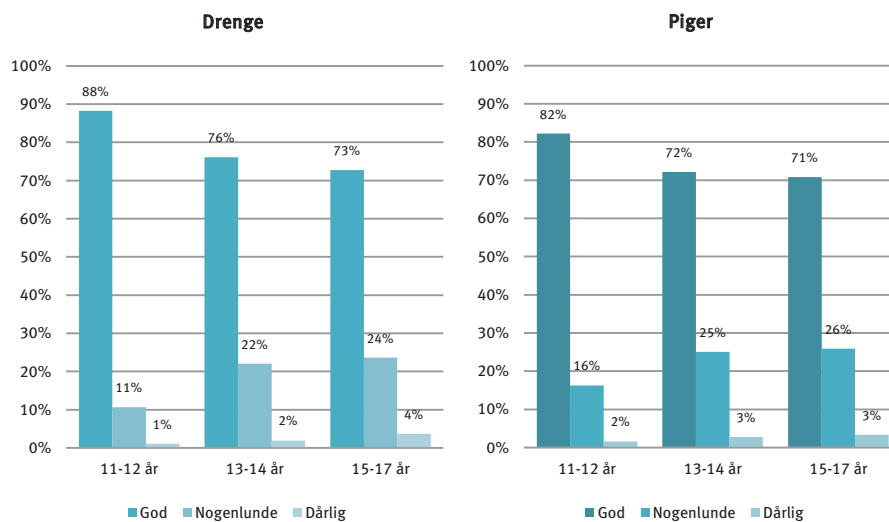
At have det godt har mange facetter. Et aspekt er ens egen vurdering af, hvor godt livet som helhed er - det vi betegner livskvalitet. Hos børn og unge har tilfredsheden med livet stærk sammenhæng med oplevelser og relationer til andre, specielt til familien. Den selvvurderede livskvalitet er således fundet sammenhængende med mange forskellige sundhedsparametre som fx brug af rusmidler, fysisk aktivitet og skoletilfredshed (Currie et al., 2008). God livskvalitet er også stærkt sammenhængende med at opfatte sit helbred som godt og med fravær af symptomer (se kapitel 10).

Siden 2002 er børnene blevet bedt om at vurderes deres livskvalitet. Vurderingen baseres på spørgsmålet: "*Her er et billede af en stige. Trin 10 betyder 'det bedst mulige liv' for dig og trin 0 betyder 'det værst tænkelige liv' for dig. Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden?'*". Denne skala benævnes Cantrill's stige (Cantrill, 1965). I den internationale HBSC undersøgelse opfattes værdierne 7-10 på Cantrill's stige som høj livskvalitet. I denne undersøgelse er børnenes svar inddelt i tre grupper: høj livskvalitet (trin 7-10 på stigen), nogenlunde livskvalitet (trin 4-6) og dårlig livskvalitet (trin 0-3).

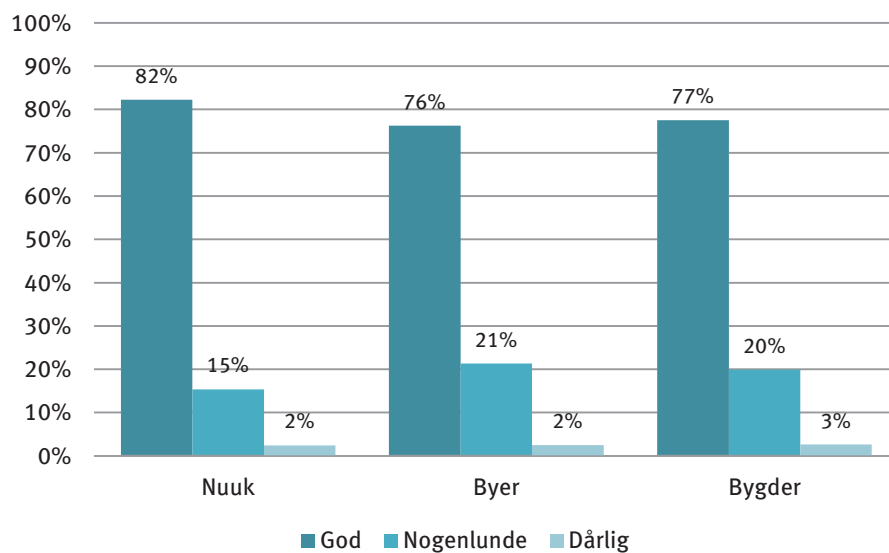
For at få indsigt i, hvordan børnene forstår spørgsmålet og hvad de tænker på, når de sætter deres kryds mellem 0 og 10, har den danske HBSC-gruppe gennemført en række fokusgruppeinterview med danske børn i 5., 7. og 9. klasse umiddelbart efter at de havde besvaret spørgeskemaet. Spørgsmålet var ikke svært at forstå for børnene, men børnene havde forskellige overvejelser i forbindelse med at svare på spørgsmålet. Enkelte børn fortalte, at vurderingen af ens almene trivsel og tilfredshed med livet kunne svinge fra dag til dag, mens andre gav udtryk for, at spørgsmålet kunne være svært at svare på, fordi det kunne fortolkes på flere måder.

Størstedelen af børnene angav, at de havde en høj livskvalitet (trin 7-10 på Cantrill's stige) (Figur 2.4). Samtidig sås et relativt stort mindretal, som vurderede deres livskvalitet som *nogenlunde* eller *dårlig*. Der var markante aldersmæssige forskelle i livskvalitet, hvor forekomsten af *nogenlunde* og *dårlig* livskvalitet var lavest i aldersgruppen 11-12 år for både drenge og piger. Især for drengenes vedkommende sås en stigning fra 11 % af drengene i aldersgruppen 11-12 år til henholdsvis 22 % og 24 % i aldersgrupperne 13-14 år og 15-17 år, der vurderede deres livskvalitet som *nogenlunde*.

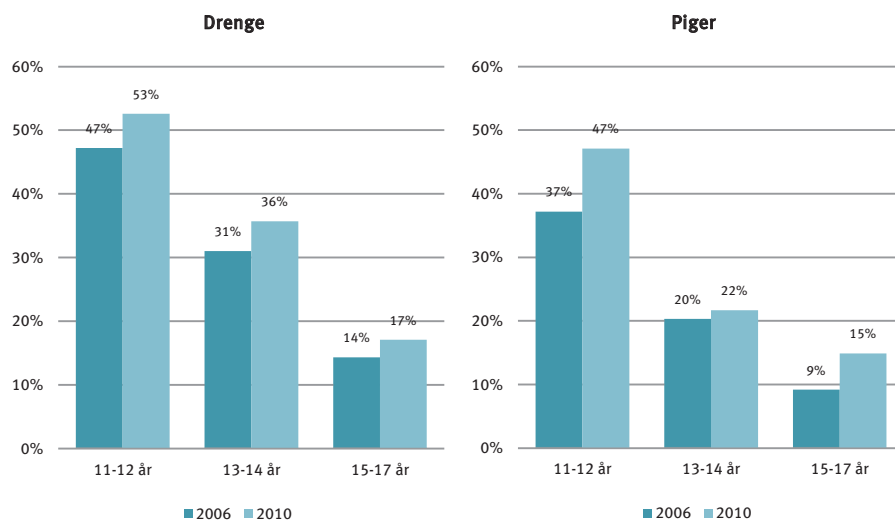




Figur 2.4 Andel i procent der angav en god, nogenlunde og dårlig livskvalitet fordelt på alder for drenge og piger (N=882 og N=1002).



Figur 2.5 Andel i procent der angav en god, nogenlunde og dårlig livskvalitet på type af bosted (N=1927).



Figur 2.6 Andel i procent af drenge og piger i 2006 og 2010 der angav bedst mulig livskvalitet (N=2228 i 2006 og 1864 i 2010 for drenge og N=2228 i 2006 og 1864 i 2010 for piger).

Der var ingen forskel mellem andelen af børn med høj livskvalitet, nogenlunde livskvalitet eller dårlig livskvalitet i forhold til, hvor de boede (Figur 2.5). For alle tre typer af bosteder er det en lille gruppe på under 3 %, der vurderer deres livskvalitet som dårlig. Antalsmæssigt er der ikke tale om mange børn, alligevel synes det væsentligt at rette opmærksomhed mod denne gruppe, da de må formodes at have et stort behov for hjælp og støtte.

Hvis man alene betragter den andel, der vurderede deres liv som bedst muligt (dvs. som trin 10 på stigen) (Figur 2.6), var der flere børn i 2010, der vurderede, at de havde den bedst mulige livskvalitet sammenlignet med 2006. Det er positivt, men det er væsentligt for at kunne bruge denne viden i det sundhedsfremmende arbejde at undersøge dette fund nærmere fx om den positive udvikling gælder for alle grupper af børn.

Der var flere drenge end piger, der vurderede deres liv som det bedst mulige. På lige fod med selv vurderet helbred, faldt tilfredsheden med livet markant med alderen. Således var der 53 % af drenge i alderen 11-12 år, der vurderede deres liv som bedst muligt og kun 17 % af 15-17-årige. For piger var andelen, der vurderede deres liv som bedst muligt, 47 % hos de yngste faldende til 15 % hos de ældste.



### 3. Kost og måltidsvaner

Af Birgit Niclasen



Inuuneritta ser kost og fysisk aktivitet som sammenhængende. Programmets strategi omkring kost og fysisk aktivitet er under et, ”at sundhed i forhold til kost og fysisk aktivitet skal synliggøres” for at forebygge sygdomme, der skyldes indtag af forkerte fødevarer, for mange kalorier og for lidt fysisk aktivitet. Inuuneritta’s mål på kostområdet handler dels om at fremme viden om (sund) kost, at fremme handlekompetence i forhold til sundhed på området og at styrke tilgængeligheden af et varieret udbud af sunde grønlandske og importerede fødevarer.

Den største risiko ved kosten i dag er, at vi har et for højt energiindtag, der hovedsageligt skyldes et stort indtag af sukkerholdige drikke og af mad med et stort indhold af fedt. Et for højt indtag af energi (kalorier) i forhold til det kroppen forbruger vil føre til overvægt. Stærkt hjulpet på vej af for lidt motion er overvægt sammen med kostens sukkerindhold og mindre sunde fedtstoffer med til at lægge grunden til livsstilssygdomme som hjertekarsygdomme og diabetes (sukkersyge). Under Inuuneritta har været lavet mange projekter for at forbedre kostvanerne fx også et projekt omkring Mad- og måltidspolitikker i skoler og institutioner (se [www.paarisa.gl](http://www.paarisa.gl)).

Den traditionelle grønlandske kost bestod af det som naturen kunne byde på. De overvejende fødeemner var derfor havpattedyr som sæl og hval, fisk, fugle samt landpattedyr suppleret med bær, tang, maveindhold og andre plantekomponenter.

Kostens bestanddele opdeles i makronæringsstoffer som fedt, protein og kulhydrat (sukkerstoffer) samt i mikronæringsstoffer som fx vitaminer og mineraler. Den traditionelle grønlandske kosts makronæringsstoffer var overvejende protein - fra kød, fisk og fugle - samt fedt, mens den kun indeholdt kulhydrater i meget små mængder, fordi kulhydrater overvejende kommer fra korn og andre planteprodukter. I den traditionelle grønlandske kost kom over 95% af kostens energiindhold fra protein og fedt. Det

er helt unikt for Inuit. Ingen andre befolkninger i verden har haft et så lavt indtag af kulhydrater i kosten.

I dag importeres omkring 80% af den energimængde, vi indtager. Samtidig med at en stigende andel af kosten importeres, har den ernæringsmæssige sammensætning af kosten ændret sig. Det har anbefalingerne for, hvad vi bør spise også. I dag anbefales den samme sammensætning af energiindtaget i Grønland som i de øvrige nordiske lande. Det anbefales at højst 30 % af energien bør komme fra fedt, 10-15 % fra protein og resten (55-60 %) fra kulhydrater.

Energisammensætningen hos voksne i Grønland er i dag tæt på det anbefalede, idet voksne får omkring 20% af deres energiindtag fra protein, omkring 33% fra fedt og resten fra kulhydrat (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Energifordelingen i kosten hos børn og unge er ikke kendt.

Vores kostvaner grundlægges i barndommen og kostvaner er dybt integreret i kulturen. Kost er ikke kun indholdet af næringsstoffer. Vores kost har også stor betydning for samfundet på grund af de kulturelle, sanselige og identitetsskabende aspekter, der er tæt forbundet med kosten. Den kulturelle betydning af den traditionelle grønlandske kost er udtrykt på følgende måde: "*Når jeg spiser Inuit mad, ved jeg hvem jeg er, jeg føler samhør med vores hav og med vores land, med vores folk og vores måde at leve på*" (Hansen, 2000). Vi ved ikke, hvordan grønlandske børn og unge opfatter de traditionelle grønlandske fødevarer og kun lidt om, hvor meget de spiser af den. Hos voksne ved vi, at der i dag er stor forskel mellem aldersgrupperne på indtaget af traditionelle fødevarer. Hos personer over 60 år er andelen af energiindtaget, der kommer fra traditionelle fødevarer mere end dobbelt så højt som for 18-24årige, hvor andelen for begge køn er på lidt over 10% (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008).

Den traditionelle grønlandske kost har et stort indhold af langkædede n-3 fedtsyrer fra havpattedyr og fisk, hvilket er sundt, men den indeholder også forureningsstoffer som PCB, nedbrydningsprodukter fra sprøjtemidler (pesticider) og kviksølv, der ophobes i kroppen. Dette forhold mellem positive og negative komponenter i den traditionelle kost er blevet kaldt det *arktiske dilemma*. Det er baggrunden for, at Ernæringsrådet anbefaler at spise grønlandske fødevarer, men samtidig pointerer vigtigheden af at spise en varieret kost. Ernæringsrådet anbefaler at børn og unge er tilbageholdende med isbjørn, tandhvaler, søfugle og ældre sæler på grund af indholdet af forureningsstoffer.

Kost og hvad man spiser er svært at måle. Detaljerede kostdata og analyser af kostsammensætningen hos børnene er udenfor HBSC undersøgelsens rækkevidde. Undersøgelsen har derfor fokuseret på spørgsmål omkring nogle få indikatorer for skolebørns kost. De spørger til, hvor ofte børnene spiser frugt, grønt, slik og drikker sukkerholdig sodavand (se bilag 2). Siden 2006 er også medtaget spørgsmål om almindeligt forekommende traditionelle og importerede fødevarer i Grønland. Disse spørgsmål er modificeret fra spørgsmål stillet i befolkningsundersøgelsen i 1993.

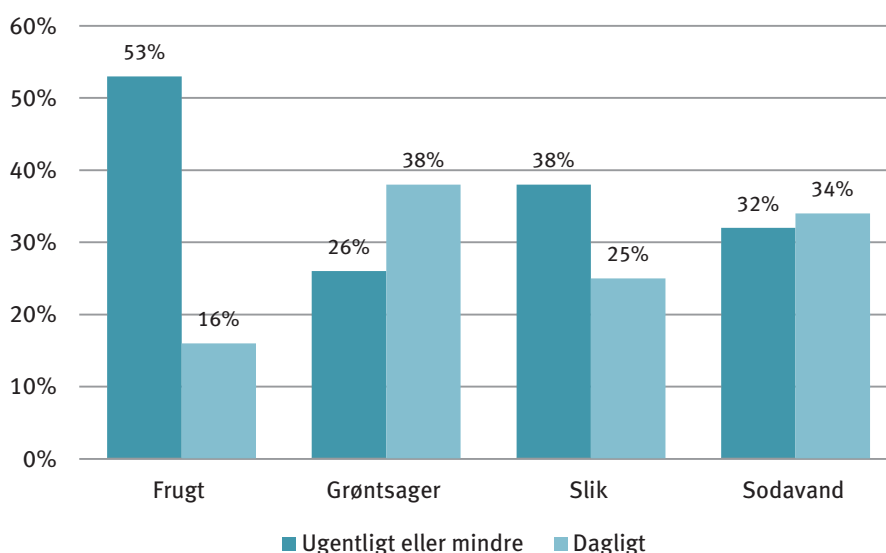
Ingen af undersøgelsens spørgsmål prøver at fastsætte, hvor meget af hvert enkelt fødemiddel børnene indtager, da det kræver en meget mere detaljeret målemetode.

### 3.1 Udviklingen omkring indtag af frugt, grønt, slik og sodavand

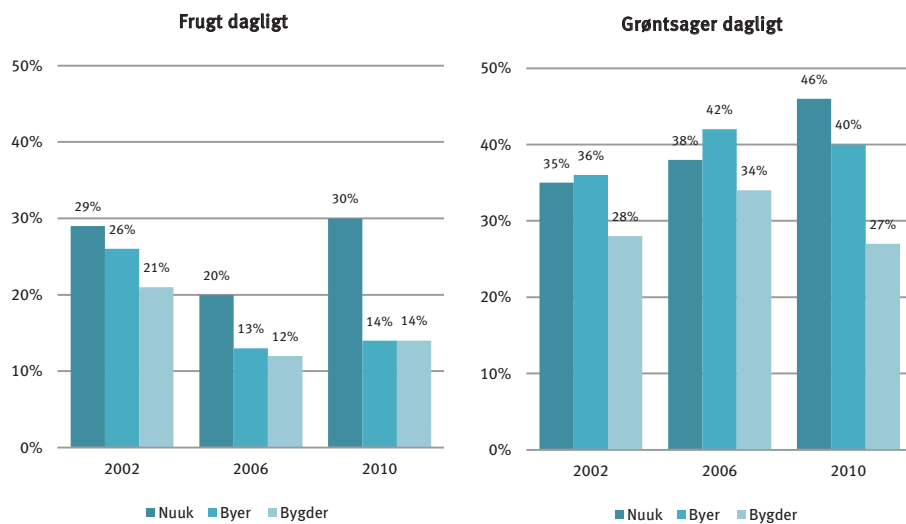
Både andelen med et hyppigt og et sjældent forbrug er interessant for at give et billede af variationen i børnenes kostvaner. For kostindikatorerne er både andelen, der spiser slik, drikker sukkerholdig sodavand, spiser grøntsager og frugt *en eller flere gange dagligt og ugentligt eller sjældnere* derfor medtaget.

Der var flere børn, der spiste slik (25 %) og drak sukkerholdig sodavand (34 %) dagligt end andelen, der spiste frugt dagligt (16 %), mens en noget større andel (38 %) spiste grøntsager dagligt. Over halvdelen af børnene spiste meget sjældent frugt, mens over en tredjedel sjældent spiste slik eller drak sodavand med sukker og en fjerdedel spiste grøntsager sjældent (Figur 3.1).

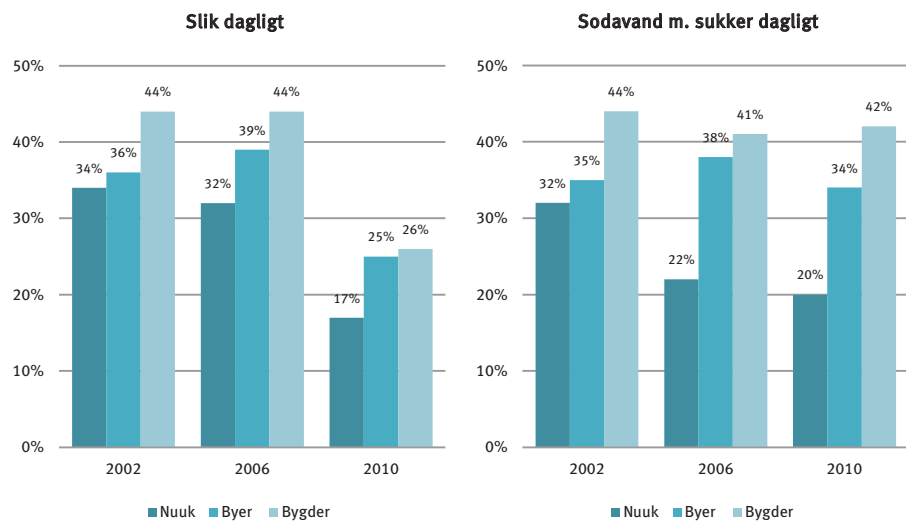
Selvom kostvaner grundlægges i barndommen ligesom vores præferencer for, hvad vi kan lide eller ikke kan lide at spise, så har faktorer som pris og tilgængelighed også betydning. Hvad vi faktisk spiser afhænger i høj grad af, hvilke fødevarer det er muligt at få fat i og om vi har råd til at købe dem. Betydningen af pris og tilgængelighed gælder både for traditionelle grønlandske fødevarer og for importeret mad som frisk frugt, friske grøntsager, slik og sodavand. Ernæringsrådet har taget denne viden ind i sine anbefalinger og skriver fx, at frugt og grøntsager ikke behøver at være friske for at være sunde. Tørret frugt og frosne grøntsager har de samme sundhedsmæssige egenskaber.



Figur 3.1 Andel i procent der angav at spiseslik, drikker sodavand med sukker, spise grøntsager og frugt dagligt og ugentligt eller mindre hyppigt (N= 1.857-1.979).



Figur 3.2 Andelen i procent der angav at spise frugt og grøntsager dagligt i Nuuk, byer og bygder fra 2002 til 2010 (N= 1.913-1.979).



Figur 3.3 Andelen i procent der angav at spise slik og drikke sodavand med sukker dagligt fra 2002 til 2010 (N= 1.857-1.908).

Udviklingen fra 2002 til 2010 for andelen af alle børn, der spiser slik og drikker sodavand dagligt i henholdsvis Nuuk, byer og bygder fremgår af figur 3.2.

Fra 1994 til 2006 spiste en faldende andel af børn frugt dagligt og samtidig var der stor geografisk variation i denne andel, der var størst i Nuuk (Niclasen et al., 2010). Det ser ud til, at denne udvikling er vendt. Andelen i 2010, der spiste frugt dagligt var således lidt større i byer og bygder og langt større i Nuuk sammenlignet med 2006. Af størst betydning for denne positive udvikling i frugtindtaget er formentlig, at frugt mange steder nu indgår i skolebespisningsordningerne. For grøntsager fandtes også en positiv udvikling.

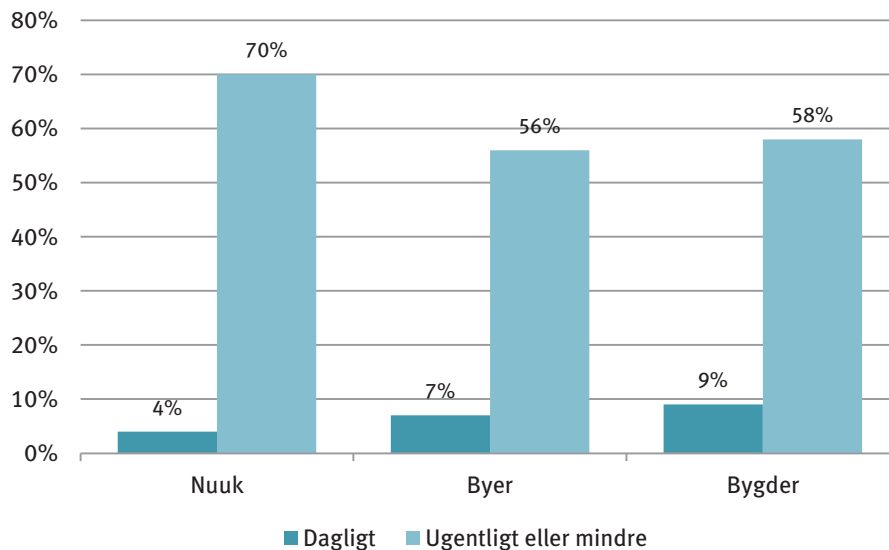
En tidligere analyse af forbruget af slik fra 1994 til 2006 viste, at andelen, der dagligt spiste slik, var stort set uændret i byer og bygder i perioden, men let faldende i Nuuk i 2006.

Fra 2006 til 2010 er andelen, der dagligt spiser slik, faldet hos børn over hele landet, men faldet var størst i Nuuk (fra 32 % til 17 %). Andelen, der drak sodavand dagligt faldt i Nuuk fra 2002 til 2010, men mest fra 2002 til 2006, mens andelen i byer og bygder var stort set den samme gennem hele perioden (Figur 3.3).

”Junkfood” er en samlet betegnelse for madvarer med et højt energiindhold, men med et beskedent indhold af næringsstoffer. Junkfood har således ofte et højt indhold af sukker og mættet fedt og et beskedent indehold af fibre, vitaminer og mineraler. Der spørges i undersøgelsen til om børnene spiser færdiglavede retter med forårsruller og dåsemad som eksempler.

Der var flere børn i bygderne (9%) end i Nuuk (4%), der spiste fastfood dagligt og en større andel af børn i Nuuk, der sjældent spiste fastfood (Figur 3.4). Der blev ikke fundet forskel mellem kønnene på andelen med et dagligt eller sjældent forbrug af færdiglavede retter, men blandt de 11-12årige børn var der en højere andel, der sjældent spist færdigretter (65 %) i sammenligning med de ældste børn (53 %) (ikke vist på figuren). Dette har formentlig sammenhæng både med, at forældrene har større indflydelse på de yngre børns spisevaner og med, at de ældste børn i højere grad har egne penge – og sjældnere har madpakke med i skole. Velfungerende skolemadsordninger har stor betydning for børns indtag af junkfood. En af de bedste måder at få nedsat skolebørns indtag af junkfood på er således, at alle skoler tilbyder et sundt og velsmagende skolemåltid dagligt.





Figur 3.4 Andelen i procent der angav at spise færdiglavede retter dagligt og ugentligt eller mindre hyppigt (N=1.923).

### 3.2 Kostrådene og i hvor høj grad børnene følger dem

I sine praktiske anbefalinger omkring kost bygger Inuuneritta på Ernæringsrådets 10 kostråd. Indholdet i kostrådene adskiller sig ikke væsentligt fra anbefalingerne i de øvrige nordiske lande eller fra WHO's anbefalinger (World Health Organization Regional Office for Europe, 2008) med undtagelse af, at de grønlandske kostråd har anbefalinger omkring lokale fødevarer.

For at kunne belyse hvor stor en andel af børn, der lever op til de enkelte kostråd, er de her blevet gjort mere konkrete. I kostrådet: Spis varieret er specielt tænkt på de grønlandske fødevarer. Dette kostråd er derfor her defineret til at spise mindre end 4 måltider ugentligt af hver af sæl, hval eller fuglevildt. Ofte fisk er defineret som mindst en gang ugentligt, mens at drikke sodavand ved specielle lejligheder er defineret som ugentligt eller sjældnere og ofte kartofler er defineret som mindst en gang om ugen.

Andelen af børn, der levede op til de 10 kostråd, varierede meget fra kostråd til kostråd (se tabel 3.2) og der var store forskelle mellem børnene i byer, bygder og i Nuuk på, hvilke af kostrådene børnene bedst efterlevede.

En væsentlig højere andel af bygdebørnene spiste 4 eller flere måltider ugentligt med enten sæl, hval eller fugle og er med den brugte definition i risiko for at have en lav variation i kosten. Vi ved ikke om det er gamle eller unge sæler, eller om det er bardehvaler eller tandhvaler, disse børn har spist. Det er derfor ikke muligt at konkludere, at de dermed indtog en u hensigtsmæssig høj mængde af miljøfremmede stoffer, men deres risiko for at have gjort dette må anses for at være højere end blandt børn i Nuuk

Tabel 3.1 Ernæringsrådets 10 kostråd

### **Spis varieret**

Det første og vigtigste råd

#### **Spis grønlandske fødevarer, ofte fisk og fiskepålæg**

Følg årets gang og skift mellem hav og landdyr. Brug landets bær og grøntsager. Benyt også fiskepålæg til frokost.

#### **Spis frugt og grøntsager hver dag**

Ta' et stykke frugt eller grønt med på arbejde eller i skole. Gør det til en regel altid at få grøntsager til den varme mad. Frugt og grønt fra frost er lige så godt som det friske.

#### **Spis groft brød og gryn hver dag, ofte kartofler, ris eller pasta**

Rugbrød mætter bedre end hvidt brød som fx franskbrød. Groft knækbrød er også godt. Skift imellem ris, pasta og kartofler til de varme måltider.

#### **Spis fedt med omtanke**

Spar på fedtet. Skrab fedtstof på brødet. Vælg mælk og ost samt kød og pålæg med lavt fedtindhold. Brug plantemargarine eller planteolie i madlavningen.

#### **Spis mindre sukker, slik, chips og kager**

Drik kaffe og the uden eller med mindre sukker. Frugt og brød mætter bedre end slik, chips og kager. Spis kun slik og chips 1 gang om ugen.

#### **Drik vand – drik mindre saft og sodavand**

Nyd det friske kolde vand fra elven eller hanen. Saft og sodavand indeholder meget sukker og anbefales kun til særlige lejligheder.

#### **Spis ofte, men ikke meget**

Spis 3 hovedmåltider om dagen. Morgenmad er den bedste start på dagen. Spis også små måltider i løbet af dagen, et stykke frugt eller grønt, knækbrød eller tørfisk.

#### **Vær i bevægelse mindst en time om dagen**

Bevægelse kan være at gå/cykle til og fra arbejde, gå på jagt, gøre rent, dyrke sport, spille bold og meget andet.

#### **Tænk over, hvad du spiser**

Dine madvaner starter ved indkøbene. Køb sundt ind. Lav mad sammen med dine børn. Gør aftensmaden til familiens samlingspunkt.

og i byer. Børn i bygderne spiste sjældnere frugt, grøntsager og kartofler og drak oftere sodavand dagligt end børn fra Nuuk, men til gengæld spiste bygdebørnene i højere grad end i Nuuk og i byerne rugbrød dagligt og fisk mindst ugentligt, ligesom flere børn i bygderne spiste slik sjældent.

Generelt fandtes, at børnene i bygderne havde mere traditionelle spisevaner med et højere indtag af sæl, hval og fisk, mens børn i Nuuk havde et mere vestligt præget kostmønster og således relativt hyppigere spiste importerede fødevarer som frugt og grøntsager. Byerne lå midt imellem det mønster, der sås i Nuuk og det, der sås i bygderne.

Tabel 3.2 Andelen i procent der angav at opfylde de 10 kostråd på type af bosted (N= 1.857-2.023).

	Nuuk %	Byer %	Bygder %
Spiser varieret	95	91	82
Spiser frugt dagligt	30	14	14
Spiser grøntsager dagligt	46	40	27
Drikker sodavand ugentligt eller sjældnere	45	30	34
Spiser slik ugentligt eller sjældnere	33	37	45
Spiser rugbrød dagligt	42	64	72
Spiser hval mindst ugentligt	12	14	19
Spiser sæl mindst ugentligt	11	23	41
Spiser fisk mindst ugentligt	36	36	41
Spiser kartofler mindst ugentligt	89	84	70
Spiser morgenmad dagligt på skoledage	75	62	52
Spiser et hjemmelavet varmt måltid dagligt	63	64	64

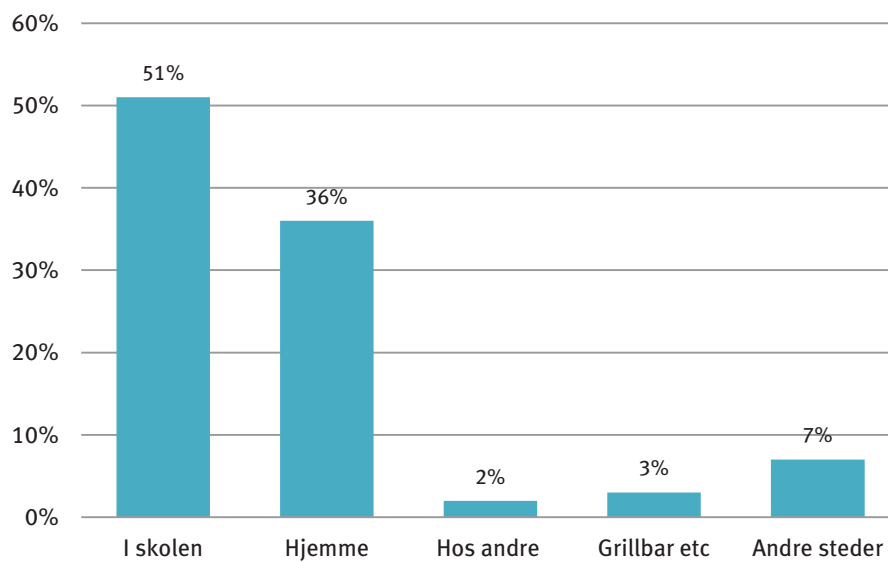
### 3.2 Måltidsvaner

I dag, hvor mange har lønarbejde med faste arbejdstider og børn er i skole, er det i højere grad end tidligere blevet almindeligt at spise til faste måltider - ofte 3 hovedmåltider og måske suppleret med mindre mellemmåltider. Ernæringsrådet har i de 10 kostråd to anbefalinger omkring måltidsvaner, dels *"Morgenmad er den bedste start på dagen"* og dels *"Gør aftensmaden til familiens samlingspunkt"*. Det er vigtigt at spise morgenmad, da et godt morgenmåltid sikrer et stabilt sukkerniveau i blodet og dermed medvirker til, at børnene kan koncentrere sig om undervisningen. Med et godt morgenmåltid bliver det også mindre nødvendigt at stille sulten ved at købe junkfood i frikvarteret.

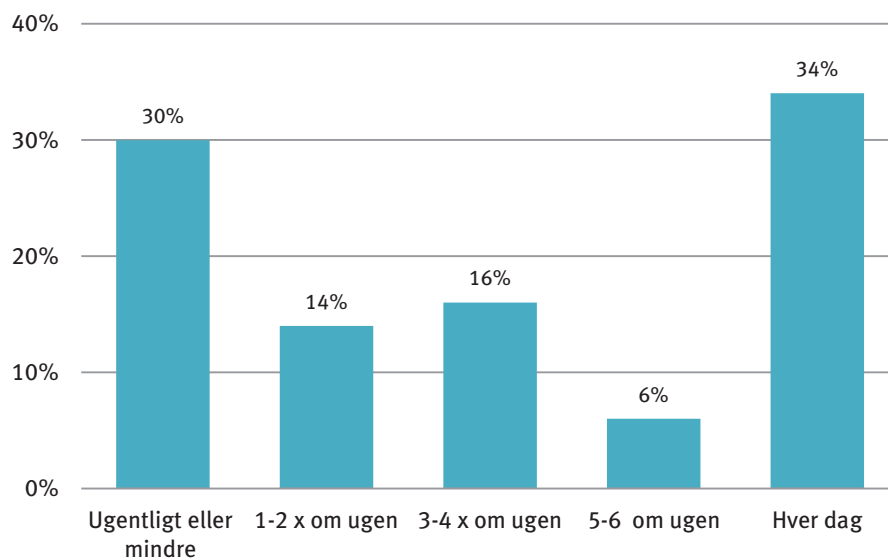
Siden Landsstyrets fødevarepolitiske redegørelse fra 2004 har den politiske målsætning været, at alle skolebørn får mulighed for at modtage et sundt måltid mad i skolen. Det er i dag muligt for kommunerne at søge økonomisk tilskud til dette formål. I 2010 blev derfor stillet spørgsmål til, hvor børnene spiser frokost (Figur 3.5).

Den største del af børnene (51 %) spiste frokost på skolen, mens lidt over en tredjedel (36 %) spiste frokost hjemme. I alt 7 % spiste frokost andre steder, heraf købte 4 % mad i butikken. Kun 2 % angav aldrig at spise frokost.

Det var kun omkring en tredjedel af børnene, der spiste morgenmad sammen med forældrene sjældnere end ugentligt, mens lige så mange spiste morgenmad med forældrene hver dag (Figur 3.6).

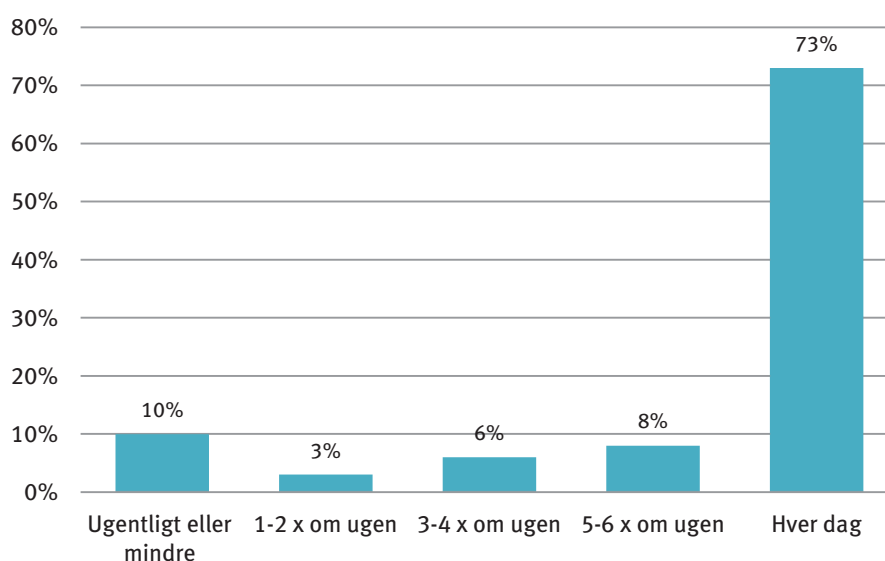


Figur 3.5 Andelen i procent der angav oftest at spise frokost på skolen, hjemme, hos andre eller på grillbar (N=2186).



Figur 3.6 Andelen i procent der angav at spise morgenmad med deres forældre (N=2035).

Langt den største del af børnene spiste aftensmad med deres forældre hver dag (Figur 3.7). De fleste forældre har således allerede gjort *“aftensmaden til familiens samlingspunkt”*. Det giver også god mulighed for forældrene til at inddrage børnene i at lave mad, som Ernæringsrådet også anbefaler. Når en så stor andel af børnene spiser morgenmad og aftensmad med forældrene er der også god mulighed for også at inddrage forældrene omkring skolebørnenes spisevaner i skolen – og dermed i skolens madpolitik.



Figur 3.7 Andelen i procent, der angav at spise aftensmad med deres forældre (N=1948).

## 4. Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd

Af Inger Katrine Dahl-Petersen



Inuuneritta ser – som beskrevet i kapitel 3 - kost og fysisk aktivitet som sammenhængende. Programmets strategi omkring kost og fysisk aktivitet er derfor under et, “*at sundhed i forhold til kost og fysisk aktivitet skal synliggøres*” for at forebygge sygdomme, der skyldes indtag af forkerte fødevarer eller for mange kalorier og for lidt fysisk aktivitet. Et af målene i Inuuneritta er således at fremme børn og unges handlekompetence i forhold til en generel sund livsstil. Ernæringsrådets 10 kostråd har et råd om fysisk aktivitet: *at både voksne og børn skal være i bevægelse mindst en time dagligt*. Bevægelse dækker her blandt andet over at gå/cykle til arbejde, gå på jagt, gøre rent, dyrke sport og spille bold. De anbefalede 60 minutters fysisk aktivitet dagligt indebærer således både aktivitet af moderat og hård intensitet og er i tråd med internationale anbefalinger for fysisk aktivitet for børn.

Fysisk aktivitet er en samlet betegnelse for ethvert muskelarbejde, som resulterer i et energiforbrug, der overstiger hvileniveauet (Caspersen et al., 1985). Gåturen til skolen, fodbold efter skoletid, styrketræning, en tur i fjeldet eller rengøring er alle eksempler der indebærer bevægelse og kan betegnes som fysisk aktivitet. Motion eller sport hører ind under fysisk aktivitet, men er ofte knyttet til en aktivitet, der er mere planlagt og foregår i fritiden.

Når pulsen kommer højt op og man sveder betegnes det som hård fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet af moderat intensitet er kendetegnet ved, at man bliver lettere forpustet, men stadigvæk kan føre en samtale, hvilket er gældende for de fleste dagligdagsaktiviteter. Det er vigtigt at skelne mellem moderat og hård fysisk aktivitet, da den sundhedsmæssige effekt kan være forskellig. Hvor ofte man er fysisk aktiv og den samlede mængde af fysisk aktivitet har desuden betydning for størrelsen af de sundhedsmæssige effekter (Matthisessen et al., 2009).

Mennesket er skabt til at bevæge sig. Går vi 50 år tilbage i tiden var samfundet i høj grad kendetegnet ved hårdt fysisk krævende arbejde og aktiv transport. I dag er hundslæden og kajakken mange steder skiftet ud med motorbåden eller snescooteren og antallet af biler og busser er steget i de større byer. Endvidere har en voksende andel af befolkningen stillesiddende arbejde, rindende vand og flere mekaniske hjælpemidler i hjemmet som er med til at gøre dagligdagen i hjemmet mindre fysisk krævende.

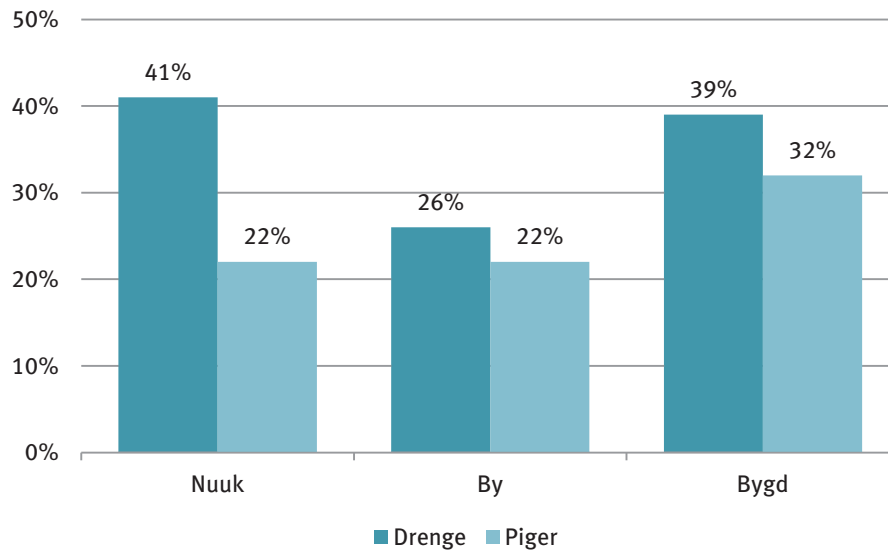
Bevægelse og leg bidrager til en sund livsstil blandt børn og unge. Fysisk aktive børn og unge har mindre risiko for senere hen i livet at udvikle kroniske livsstilssygdomme, samtidig indvirker en fysisk aktiv livsstil positivt på unges trivsel. Det gælder både socialt og mentalt. Fysisk aktivitet er med til at styrke motorik og koncentrationsevnen og et højt fysisk aktivitetsniveau har i undersøgelser vist at have betydning for at børn og unge klarer sig bedre i de boglige fag. En fysisk aktiv livsstil er også med til at forebygge overvægt og fedme blandt børn og unge. Fordelene ved en fysisk aktiv barndom kan overføres til voksenlivet. Derfor er det vigtigt at etablere sunde vaner for fysisk aktivitet allerede i barndommen og ungdommen.

Det er vanskeligt at måle fysisk aktivitet præcist. Direkte målinger af fysisk aktivitet er ressourcekrævende, både hvad angår tid og penge og har derfor ikke været mulige at anvende i HBSC undersøgelsen. I stedet er børnene blevet bedt om at svare på en række spørgsmål om, hvor meget og hvor ofte de er moderat og hårdt fysisk aktive, samt hvor meget tid de bruger på stillesiddende aktiviteter som TV, DVD, video og computer. For at gøre det lettere at svare præcist indgår eksempler på fysisk aktivitet og beskrivelser af, hvad der menes med hård fysisk aktivitet. Spørgsmålene i undersøgelsen er testet internationalt (Booth et al., 2001).

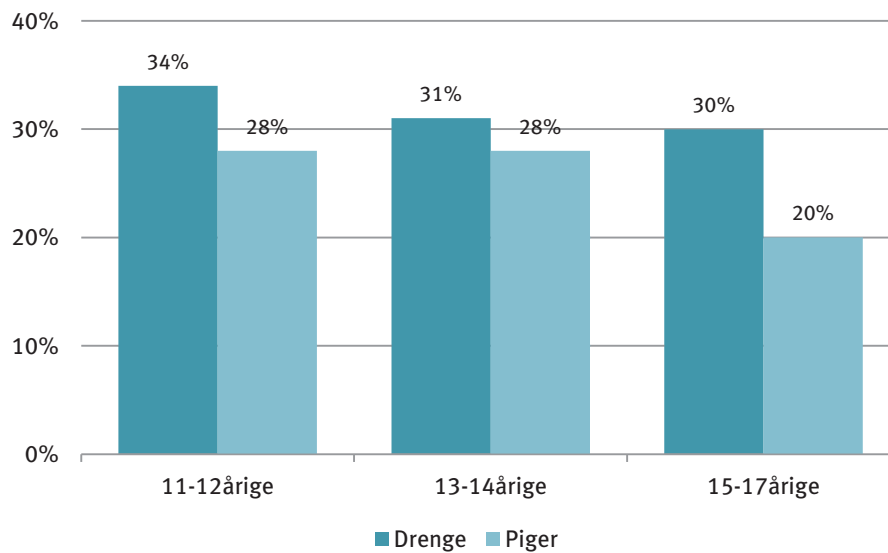
#### **4.1 Moderat fysisk aktivitet**

Som mål for moderat fysisk aktivitet blev børnene spurgt om, hvor mange dage i løbet af den sidste uge de havde været fysisk aktive af moderat eller kraftig intensitet i mindst 60 minutter sammenlagt. Dette svarer til Ernæringsrådets anbefaling. Lige over en fjerdedel (27 %) af børnene angav, at de efterlevede dette. I 2002 og 2006 var andelen henholdsvis 30 % og 29 % (Vindfeld et al 2009). En mindre andel af pigerne end af drengene levede op til anbefalingerne for fysisk aktivitet. Således angav omkring en fjerdedel af alle pigerne, at de var fysisk aktive i mere end 60 minutter dagligt (24 %) sammenlignet med knap en tredjedel af drengene (30 %). Der var ligeledes forskelle mellem byer og bygder. Den største andel, der levede op til anbefalingerne for fysisk aktivitet, fandtes blandt drenge med bopæl i Nuuk og i bygderne, mens det for pigerne var blandt dem med bopæl i bygderne (Figur 4.1).

Andelen af moderat fysisk aktive børn faldt med alderen. Således fandtes den mindste andel, der sammenlagt havde været fysisk aktiv 60 minutter dagligt, blandt de 15-17årige piger og tendensen var den samme for drenge (Figur 4.2).



Figur 4.1 Andel i procent der angav at efterleve Ernæringsrådets anbefalinger om 60 minutters moderat aktivitet dagligt (N=968 for drenge og N=1063 for piger).



Figur 4.2 Andel af piger og drenge, der angav at være moderat fysisk aktive 1 time dagligt fordelt på køn og alder (N=939 for drenge og N=1035 for piger).

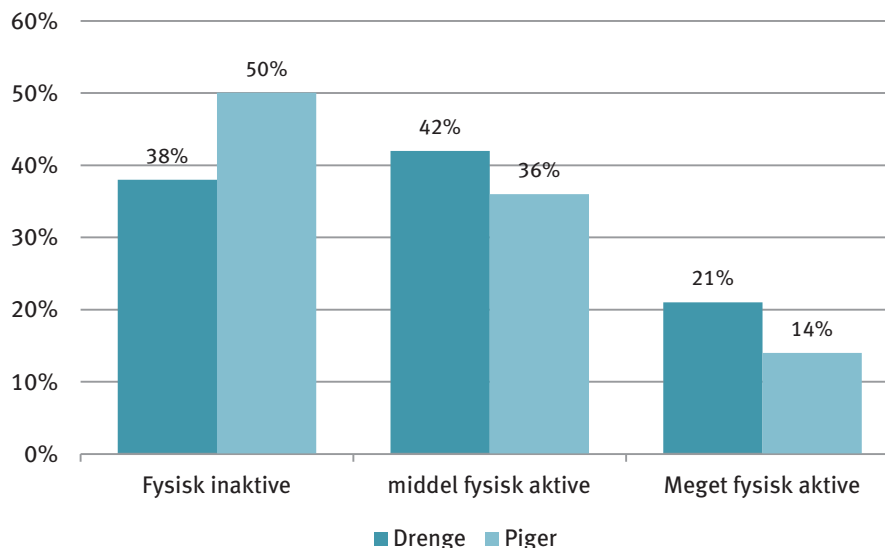


#### 4.2 Hård fysisk aktivitet

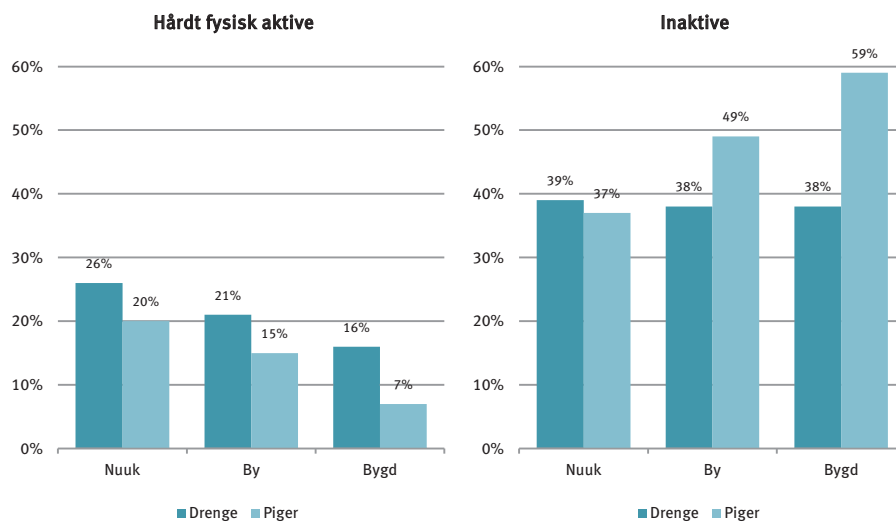
Internationale anbefalinger peger på, at det også er vigtigt for sundheden med kraftig bevægelse eller hård fysisk aktivitet, der får pulsen højt. I det følgende har vi valgt at inddele børnene i fysisk inaktive børn, der havde angivet, at de i en halv time eller mindre ugentligt havde dyrket hård motion og de fysisk meget aktive børn, der havde angivet at bruge 4 timer eller mere ugentlig på hård fysisk aktivitet efter skoletid. Samme inddeling blev brugt i en tidligere afrapportering af undersøgelsen i 2006 (Vindfeld et al., 2009).

Ligesom i 2006 fandtes, at en større andel af drenge (21 %) var hårdt fysisk aktive 4 timer eller mere ugentlig sammenlignet med piger (14 %) (Figur 4.3).

En større andel af de ældste piger var hårdt fysisk aktive i forhold til de yngre børn, hvilket er i modsætning til, hvad der var tilfældet for den moderate fysiske aktivitet. Samtidig angav en større andel af piger i Nuuk, at de var meget hårdt fysisk aktive sammenlignet med piger i byer og bygder. Tendensen var den samme for drenge. Således angav en femtedel af pigerne i Nuuk, at de var hårdt fysisk aktive og en fjerdedel af drengene. Uafhængigt af bopæl angav 38 % af drengene så lidt hård fysisk aktivitet, at de kategoriseres som inaktive. For pigerne var en større andel inaktive i byderne sammenlignet med i byerne og Nuuk (Figur 4.4).



Figur 4.3 Andel i procent af drenge og piger der angav at være meget fysisk aktive (4 eller flere timers hård fysisk aktivitet/uge), middel fysisk aktive (1-4 timers hård fysisk aktivitet/uge) og fysisk inaktive (1/2 time eller mindre fysisk aktivitet/uge) (N=980 for drenge og N=1067 for piger).



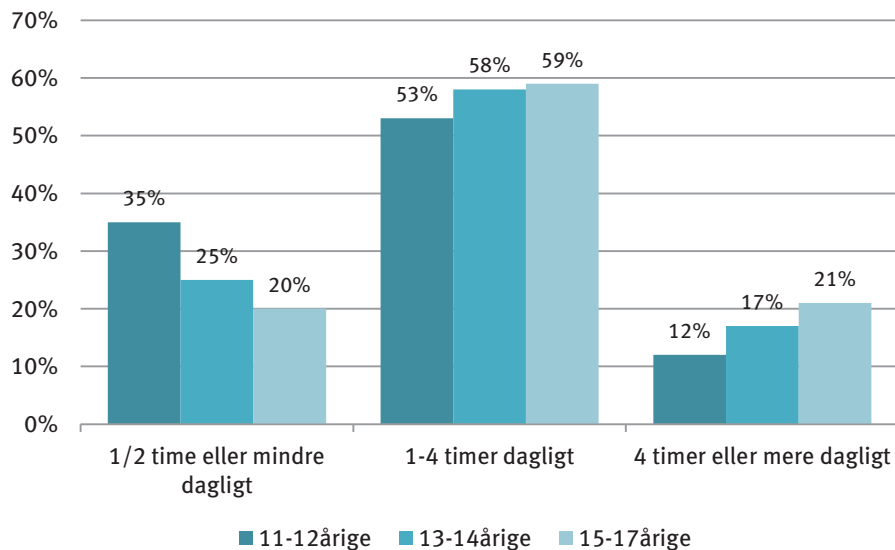
Figur 4.4 Andel i procent af drenge og piger der angav at være meget fysisk aktive (4 eller flere timers hård fysisk aktivitet/uge) og fysisk inaktive (1/2 time eller mindre fysisk aktivitet/uge) fordelt på type af bosted (fysisk aktive N=349 og fysisk inaktive N=908).

Andelen af børn, der levede op til Ernæringsrådets anbefaling, var lavere blandt de ældste skolebørn, men samtidig fandtes i denne aldersgruppe en højere andel, der dyrkede hård fysisk aktivitet efter skoletid. En større andel af drenge levede op til Ernæringsrådets anbefaling for fysisk aktivitet og de var også i højere grad hårdt fysisk aktive sammenlignet med piger. For hård fysisk aktivitet efter skoletid gjaldt det for både piger og drenge, at de i højere grad var hårdt fysisk aktive, hvis de boede i Nuuk sammenlignet med en mindre by eller bygd.

#### 4.3 Stillesiddende adfærd

Der er i de senere år kommet stigende fokus på sammenhængen mellem en stillesiddende adfærd og helbred, herunder betydningen for udvikling af overvægt og fedme (Ekelund et al., 2006). Stillesiddende adfærd er ikke nødvendigvis det modsatte af at være fysisk aktiv og derfor er det vigtigt at undersøge de to former for adfærd hver for sig. Stillesiddende adfærd er målt ud fra den tid børnene har angivet, at de bruger foran TV og computer og på at se DVD eller video i hverdagen og i weekenden. Børnene blev både spurgt om tid brugt på computerspil og tid brugt på at skrive e-mails mv.

Undersøgelser peger på, at det er forbundet med et øget indtag af kalorier at se TV, hvilket kan have betydning for overvægt og fedme (Swinburn and Shelly, 2008). Internationalt er det anbefalet, at børn ikke ser TV mere end fire timer om dagen for at mindske risikoen for udvikling af overvægt. I 2006 blev fundet, at næsten hver fjerde elev så fjernsyn, video eller DVD mindst fire timer dagligt, men også at lige så mange så fjernsyn 1/2 time eller mindre. I 2010 angav knap en femtedel af drengene



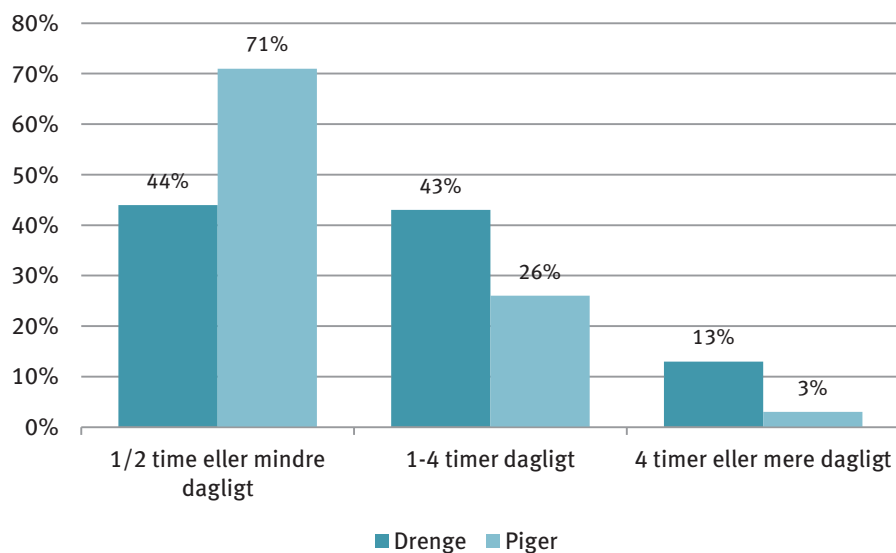
Figur 4.5 Andel i procent i aldersgrupperne der angav tidsforbrug på fjernsyn, video og DVD i hverdagen (N=1618).

(18 %) og pigerne (16 %), at de brugte fire timer eller mere på fjernsyn, video eller DVD dagligt. Samtidig angav en fjerdedel af både drenge (26 %) og piger (27 %), at de så fjernsyn en halv time eller mindre dagligt. I weekenden steg forbruget. Der var ikke forskel i tidsforbrug foran skærmen i forhold til, hvor børnene boede, men alderen havde betydning. Således var det blandt de 15-17årige, at den største andel fandtes, der brugte 4 timer eller mere foran fjernsynet dagligt.

Fjernsynet er stadigvæk den største tidsrøver, selvom adgang til computer og internet i hjemmet bliver stadig mere almindeligt. Børnene blev spurgt om, hvor meget tid de brugte foran en computer efter skoletid. Drengene brugte mest tid foran computeren (Figur 4.6), hvilket var det samme billede som i 2006 (Vindfeld et al., 2009). Således angav 13 % af drengene, at de brugte fire timer eller mere på computerspil dagligt mod 3 % af pigerne. I weekenden steg andelen, der brugte meget tid på computerspil for begge køn, men især for drenge, så 22 % af drengene og 5% af pigerne brugte mindst fire timer på computerspil.

Andelen der brugte tid på computerspil havde ikke sammenhæng med type af bosted. Udover den tid, der blev brugt på computerspil og fjernsyn, blev børnene også spurgt om den tid, de brugte på computeren til at chatte, e-mail og surfe på nettet og til hjemmearbejde. Her angav 5 % af både piger og drenge, at de havde brugt mindst fire timer på denne aktivitet i hverdagen.

Det var således også i 2010 fjernsynet, DVD og videoen flest skolebørn brugte mange timer på dagligt. Knap en femtedel af børnene oversteg de internationale anbefalede



Figur 4.6 Andelen i procent af drenge og piger der angav at bruge tid på computerspil i hverdagen (N=819 for drenge og N=894 for piger).

grænser for tidsforbrug på fjernsyn i hverdagen, mens mere end en tredjedel af børnene oversteg grænserne i weekenden. Samtidig var fjernsynsforbruget størst blandt de ældste skolebørn. Det var fortsat en langt højere andel af drengene, som brugte meget tid på computerspil i forhold til pigerne, mens var forskel i forhold til alder og bopæl.

Fysisk aktivitet betragtes i dag som et af de vigtigste elementer af sund livsstil. Undersøgelsen viser, at der fortsat er brug for at fokusere på at fremme børn og unges handlekompetence i forhold til fysisk aktivitet og dermed sikre, at en større andel af børn og unge efterlever Ernæringsrådets anbefalinger. Det er vigtigt, at bevægelse er sjovt og foregår i et fællesskab med andre – både børn og voksne. Endvidere er det vigtigt at være opmærksom på bopæls betydning for det fysiske aktivitetsniveau, herunder muligheder og begrænsninger.

Der har i de senere år internationalt været et stigende fokus på, hvad det er, der har betydning for, at børn og unge bliver mere fysisk aktive. Undersøgelser har vist, at omgivelserne har betydning for niveauet af fysisk aktivitet (Troelsen et al., 2008). Det gælder også skoleomgivelserne (Sallis et al., 2001) og flere undersøgelser er igangsat med henblik på at undersøge dette nærmere. Omgivelsernes betydning for en fysisk aktiv livsstil er helt i tråd med Inuuneritta's ønske om at skabe bedre rammer for fysisk aktivitet.



## 5. Tandsundhed

Af Birgit Niclasen



At have sunde tænder og sundt tandkød er en vigtig del af ens sundhed. Karies (huller i tænderne) er langt den almindeligste sygdom hos børn – også i Grønland. Karies forårsager ubehag og smerte og er dermed med til at nedsætte livskvaliteten. Samtidig kan karies i meget høj grad forebygges gennem tandbørstning og god mundhygiejne.

Tandsundhed er et fokusområde i Inuuneritta. I 2008 startede en ny landsdækkende strategi på børnetands sundhedsområdet: ”*National karies strategi*”, der skal sikre en nødvendige forbedring af tandsundheden hos børn. Strategien bygger på vores viden om vigtigheden af at børste tænder og viden om, at børn har meget større risiko for at udvikle karies, hvis de spiser usundt specielt sukkerholdige produkter som slik, sodavand, saftevand og juice.

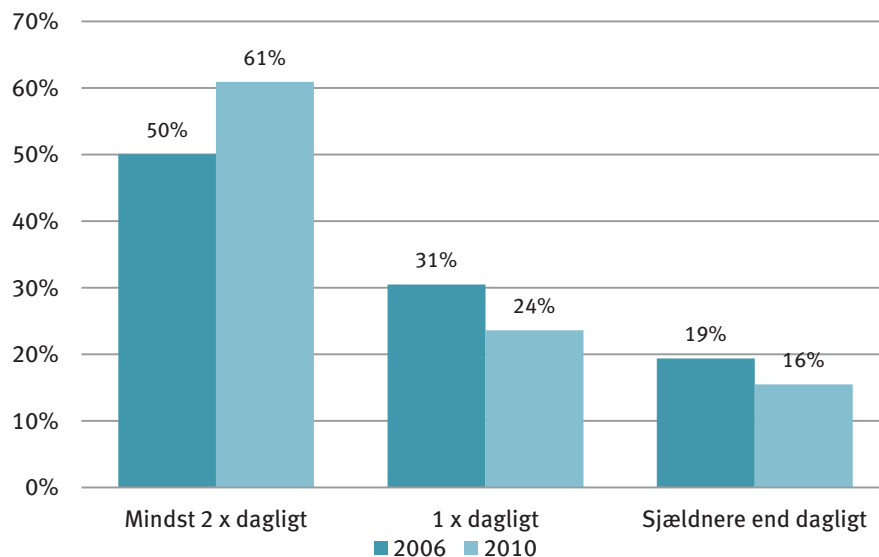
Strategien bygger dels på forebyggelse som oplysning til forældre og regelmæssige forebyggende undersøgelser af barnet fra første tand og videre op gennem småbarns- og skolealderen og dels på tidligt indsættende behandling af de huller i tænderne, som alligevel måtte opstå. Som et led i strategien inddrages forældrene i tidligt at lære børn gode tandbørstningsvaner og sunde spisevaner. En grundpille i strategien er, at tandsundheden hos børn registreres nationalt. Det gør det muligt at følge børns tandsundhed over tid og dermed at evaluere strategiens effekt.

Tandbørstning to gange dagligt anbefales (Löe, 2000). Tandbørstning skal fjerne belægninger på tænderne, der giver grobund for bakterier. Bakterier er med til at ødelægge tandemaljen og dermed give mulighed for udvikling af huller i tænderne. Børn, der børster tænder to gange dagligt, har også ofte stabile vaner indenfor andre områder og også har andre positive sundhedsvaner. Det gælder således fx vaner som at dyrke sport mere hyppigt, at spise slik mindre hyppigt og at være ikke-ryger (Raitakari et al., 1995, Camenga et al., 2006).

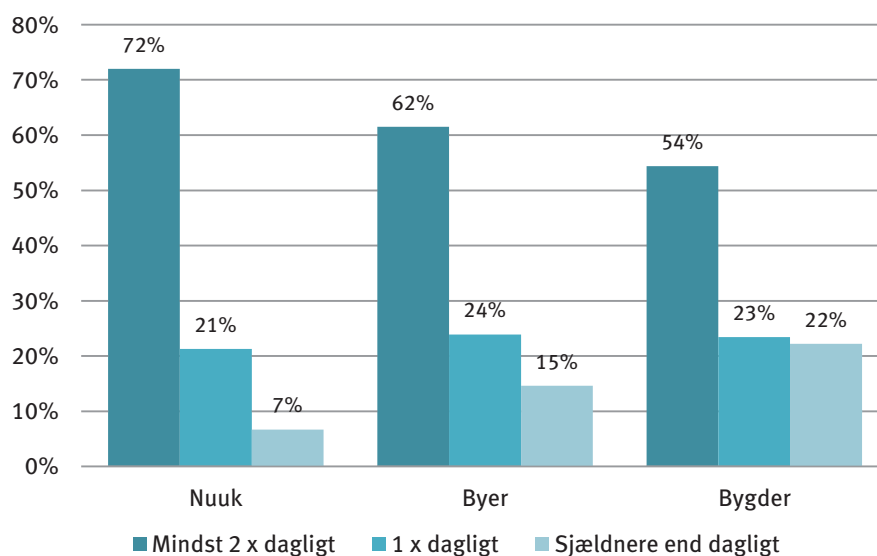
Tandsundhed er også relateret til sociale forhold. Generelt ses i alle lande en stærk social gradient i forekomsten af huller i tænderne, således at de socialt dårligst stillede har dårligst tandsundhed. Det gælder også i Norden til trods for tilbud om gratis børnetandpleje (Haugejorden and Birkeland, 2006). Resultater fra den internationale HBSC undersøgelse bekræfter, at andelen af børn, der børster tænder hver dag, varierer meget mellem landene og er hyppigst blandt børn, der klarer sig godt i skolen, som lever i en velhavende familie og blandt børn, hvis forældre har et godt job (Maes et al., 2006). Ved en sammenligning mellem de gamle kommuner i Grønland blev fundet, at flere børn i yderkommunerne havde huller i tænderne ved skolestart og ved en sammenligning mellem Nuuk, byer og bygder blev fundet, at færre børn i bygderne børstede tænder dagligt (Niclasen, 2009).

At børste tænder kan således betragtes som en vigtig sundhedsindikator, der også siger noget mere generelt om forhold, der har med børns sundhed at gøre og ikke kun noget om at børste tænder eller om risikoen for at få huller i tænderne.

Som det fremgår af Figur 5.1, er der sket en positiv udvikling i andelen af børn fra 11-17 år, der børster tænder mindst 2 gange dagligt, i andelen, der børster tænder dagligt mens andelen, der børster tænder sjældnere end dagligt, er faldet fra 19 % til 15 % fra 2006 til 2010.



Figur 5.1 Andel i procent i 2006 og 2010 der angav at børste tænder (N=2059).



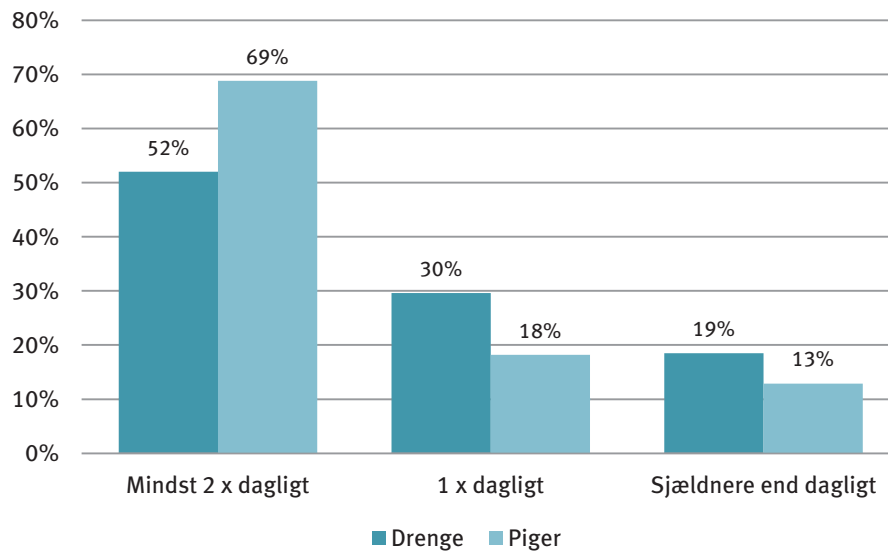
Figur 5.2 Andel i procent af 11-17-årige der angav at børste tænder i Nuuk, byer og bygder (N=2059).

Der er som i 2006 forskel på, hvor hyppigt børnene børster tænder i forhold til, hvor de bor (Figur 5.2). I 2010 blev fundet, at 72 % af alle 11-17-årige i Nuuk, 62 % i byer og kun 54 % i bygderne børstede tænder mindst 2 gange dagligt. Trods den generelle positive udvikling i andelen, der børster tænder mindst 2 gange dagligt, er forskellen på tandbørstningshyppigheden mellem de forskellige typer af bosteder uændret fra 2006.

Der er - ligesom i 2006 - flere piger end drenge, der børster tænder mindst en eller flere gange dagligt og dermed også i andelen, der ikke børster tænder dagligt (Figur 5.3). I 2010 var andelen, der ikke børstede tænder dagligt, 13 % af piger og 19 % af drenge.

Det kan ikke ud fra en tværsnitsundersøgelse som HBSC undersøgelsen med sikkerhed siges, om årsagen til at flere børn børster tænder er en effekt af den nationale karies strategi, men det er sandsynligt at dens fokus på tandsundheden hos børn har haft betydning for den positive udvikling. Der er ligesom i 2006 forskel i andelen, der børster tænder dagligt, mellem forskellige typer af bosteder og mellem drenge og piger. Det er på den baggrund sandsynligt, at der skal en speciel indsats til for at bringe alle grupper op på det ønskede mål: at alle børn børster tænder dagligt – og helst mindst to gange dagligt.

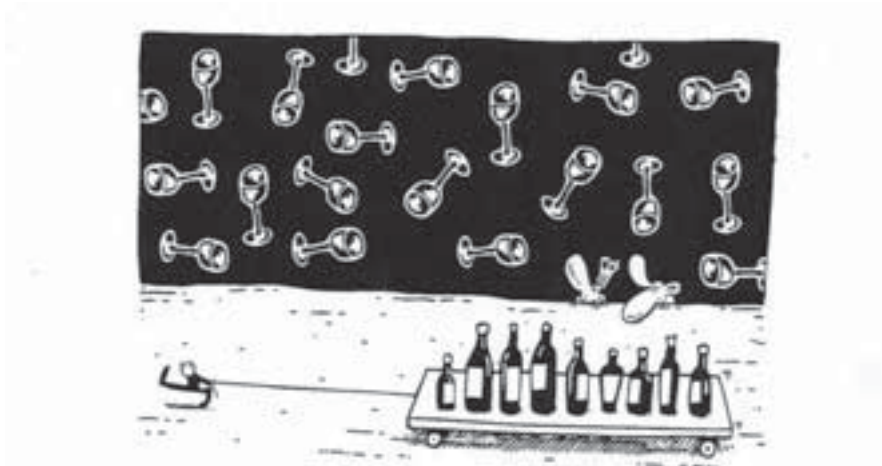




Figur 5.3 Andel i procent af drenge og piger i alderen 11-17 år der angav at børste tænder (N=2058).

## 6. Alkohol, Hash, snifning og rygning

Af Christina W. Schnohr



Inuuneritta skriver om alkohol *"I 2005 var det gennemsnitlige alkoholforbrug for voksne over 15 år på omkring 12,5 liter om året, målt i ren alkohol. Dette svarer nogenlunde til forbruget i Danmark, men er langt over forbruget i de andre nordiske lande"* og om hash *"Hash vurderes at have en relativ stor udbredelse i Grønland og indgår ofte i et blandingsmisbrug med alkohol. Skadevirkningerne på sundheden er psykiske"*. Inuuneritta skriver også, at Grønland indgår i det nordiske samarbejde på narkotikaområdet og tilslutter sig den fælles holdning til grundlæggende narkotikaspørgsmål: *"Alle landene sigter mod en indsats, som hviler på forbuddet mod den ikke-medicinske anvendelse af narkotika og den hertil knyttede kontrolindsats, men samtidig også med afgørende vægt på begrænsning af den ulovlige efterspørgsel – via forebyggelse og via tilbud om social og lægelig behandling"*.

Inuuneritta's strategi inden for alkohol og hash bygger på tre dele. Dels at udvikle befolkningens sundhedsmæssige handlekompetence i forhold til alkohol og hash, dels at minimere rusdrikkeri ved at fremme et sundt miljø, sunde levevilkår og en sund livsstil og dels at udbrede en holdning om, at brug og misbrug af euforiserende stoffer er uacceptabelt.

For børn og unge gælder specielt, at i programperioden fra 2007 til 2012 skal

- andelen af unge, der har oplevet at være fulde før det 14. år, falde til 10 % (fra 33 % i 2004).
- andelen af unge 14-17-årige, der har prøvet at ryge hash, reduceres til under 10 % (fra 25 % i 2003).
- andelen af unge, der har prøvet at sniffe, reduceres mest muligt og principielt til 0 (fra 21 % i 1998).

Relaterede mål for perioden 2007 til 2012, der også omfatter børn og unge, er:

- at fremme et børne- og ungdomsliv uden misbrug af alkohol og rusmidler
- at udvikle og fremme alkoholfrie miljøer.

Inden for det forebyggende arbejde har Paarisa iværksat en 3-årig kampagne fra 2004 til 2007 om alkohol, hash og snifning, der var målrettet de unge og deres forældre. Ved at sammenligne HBSC undersøgelsens resultater mellem 2006 og 2010 vil man kunne få et indtryk af, hvorvidt denne kampagne har haft en positiv effekt.

I dette kapitel sættes også fokus på snifning, da Inuuneritta også har en målsætning for børn og unge på dette område. Snifning er et misbrug, der næsten kun ses blandt børn og unge.

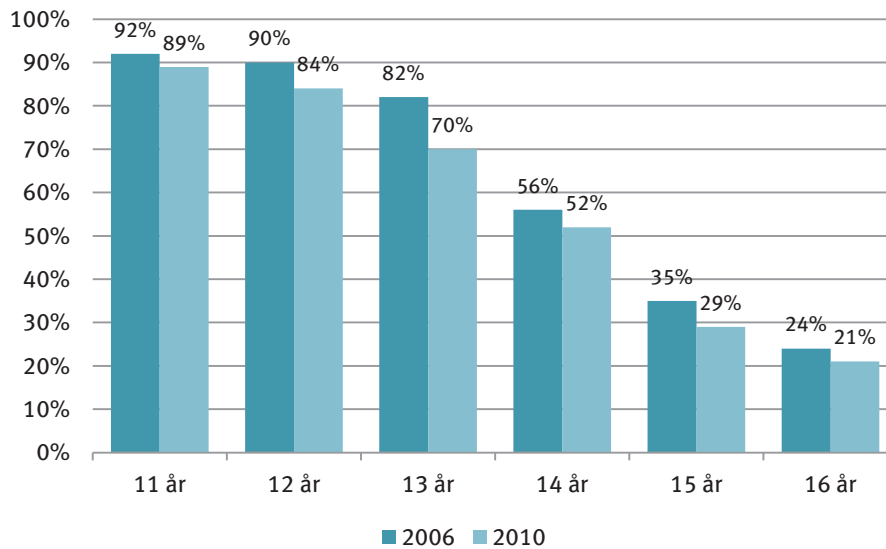
### 6.1 Alkohol

Alkoholikulturen i samfundet har betydning for unges viden om, forbrug og opfattelse af alkohol. Befolkningsundersøgelserne blandt voksne har peget på, at alkoholmisbrug er et problem i Grønland. Blandt 15-17-årige unge bekræftede 62% af de unge, at de havde oplevet alkoholproblemer i den nærmeste familie (Curtis et al., 2006). At have oplevet alkoholmisbrug på tæt hold i barndommen kan påvirke livet negativt senere hen og kan gøre børn og unge mere sårbare. Unge der er opvokset med misbrug havde således oftere haft selvmordstanker og selvmordsadfærd (Curtis et al., 2006).

En persons vaner omkring alkoholindtag formes ofte i ungdommen. Alkohol er det rusmiddel, der er mest udbredt blandt unge verden over, omend der er store forskelle på andelen af børn i forskellige lande, der har prøvet at drikke alkohol. Tidligere havde drenge oftere drukket alkohol end jævnaldrene piger, men denne forskel ser ud til at blive mindre i en række lande de senere år (Ahlstrom, 2007). Drikkemønstret i Grønland er kendetegnet ved at man drikker meget på en gang – hvilket kaldes rusdrikkeri – og samtidig ikke drikker så hyppigt.

I løbet af de sidste 10 år er fuldskab blandt unge i stigende grad blevet betragtet som et folkesundhedsproblem. Dette skyldes blandt andet, at det at drikke sig fuld hos unge har stærk sammenhæng med andre risikoforhold som fx rygning, indtag af stoffer, uplanlagt og ubeskyttet sex, trafikuheld og til fysiske og følelsesmæssige problemer (Caspersen et al., 1985). Mange faktorer har betydning for, hvornår børn og unge vælger at drikke alkohol og at drikke sig fulde. Betydende faktorer er blandt andet forhold til forældre og venner samt opfattelsen af, hvad der er normalt i den sociale sammenhæng, man indgår i. Indflydelse fra venner synes at være en faktor med meget stor indflydelse på unges alkoholbrug.

Hvis man sammenligner andelen af børn i forskellige årgange, der aldrig havde været fulde, mellem 2006 og 2010 (Figur 6.1) var der for alle årgange lidt flere, der havde været fulde i 2010 end i 2006. Tidligere undersøgelser har ellers vist et hidtil toppunkt i 1998, hvor i alt 35 % drenge og 31 % piger havde været fulde og at denne andel var faldende fra 1998 til 2006 (Nielsen and Schnohr, 2008). I 2010 havde mønstret æn-



Figur 6.1 Andel i procent af børn, der angav de aldrig har været fulde (N= 2221 i 2006 og N = 1862 i 2010).

dret sig og der var ikke kun færre børn, der aldrig havde været fulde, der var også flere børn, der havde været fulde mere end 3 gange i 2010 i forhold til i 2006. Inuunerittas mål om, *at andelen af unge, der har oplevet at være fulde før det 14. år skal falde til 10 %* i programperioden synes således svært at nå.

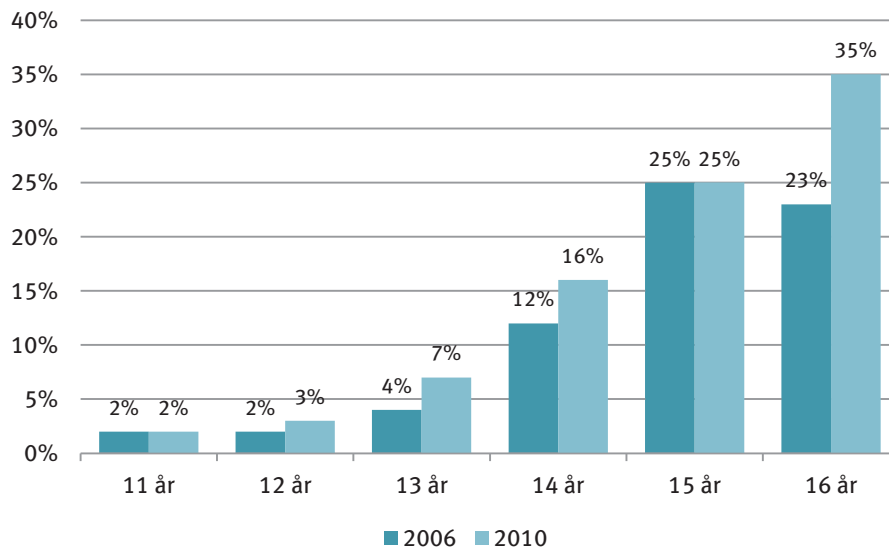
Heller ikke andelen, der havde været fulde mere end 3 gange var faldet fra 2006 til 2010 (Figur 6.2).

Der var forskel på, hvor andelen, der havde været fulde mere end 3 gange, i forhold til, hvor man boede (Figur 6.3). Børn i byer havde hyppigere været fulde end børn i Nuuk og i bygder.

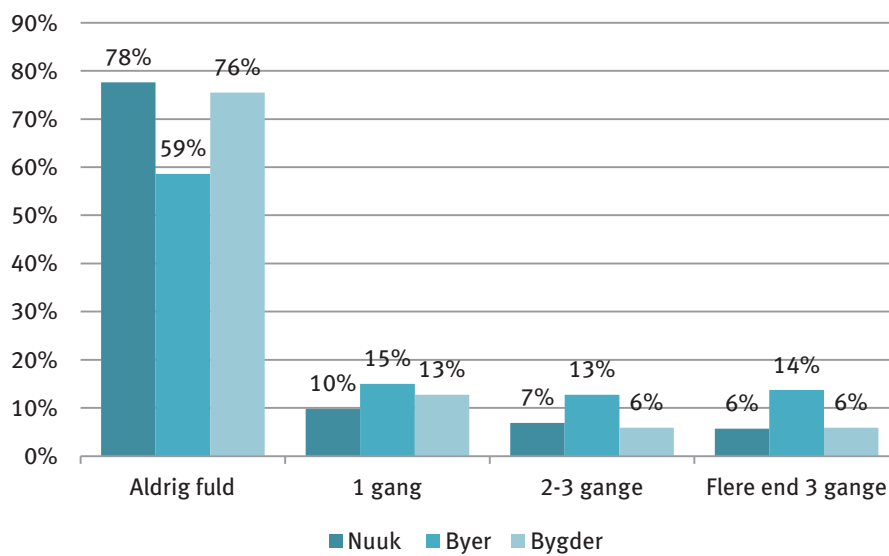
Alkohol er et rusmiddel og et nydelsesmiddel, som er blevet en del af kulturen. Det er derfor vigtigt, at børn og unge lærer en rusmiddelkultur, der ikke er skadelig for deres sundhed og livskvalitet. Som det ser ud her i 2010, er der langt til en opnåelse af målsætningen om *at andelen af unge, der har oplevet at være fulde før det 14. år skal falde til 10%*.

## 6.2 Hash

Brug af hash er udbredt i Grønland selvom stoffet er ulovligt. Hash er et rusmiddel, der kan give hjerneskader ved langvarigt brug og udløse psykisk sygdom (hashpsykose) både efter langvarigt, men også efter kortvarigt brug. Spørgsmålene vedrørende hash blev kun stillet til børn på 15 år eller derover.



Figur 6.2 Andel i procent af børn, der angav at have været fulde mere end 3 gange (N=2221 i 2006 og N= 1862 i 2010).



Figur 6.3 Andel i procent af børn, der angav at have været fulde i Nuuk, byer og bygder (N=2067).

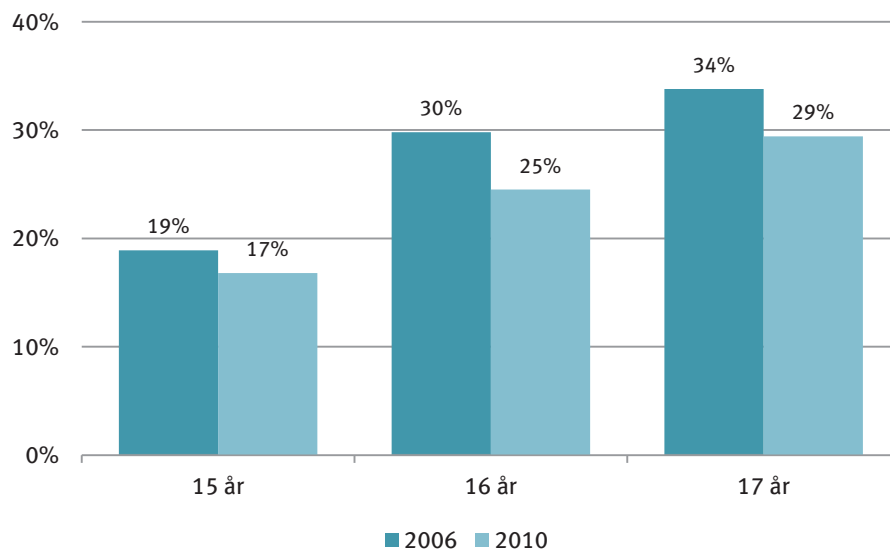
Andelen af unge, der havde forsøgt hash var uændret fra 2002 til 2006, mens der var et lille fald i andelen frem til 2010 (Figur 6.4). Andelen blandt 15-17-årige, der havde prøvet hash, var 19 %. Inuunerittas målsætning omkring hash, *at andelen af 14-17-årige, der har prøvet at ryge hash, skal reduceres til under 10% (fra 25% i 2003)* ser derfor ud til at være svært at nå inden for programperioden, da andel skal halveres før målet er nået.

På grund af de geografiske forhold i Grønland ville man forvente, at hash var mere tilgængeligt i områder med hyppige trafikforbindelser. Det blev da også fundet i 2002, at flere i Syd- og Midtgrønland havde prøvet hash (Schnohr et al., 2005). I 2010 blev der som i 2006 ikke fundet forskel på andelen af unge i Nuuk, i byer og i bygder, der havde prøvet hash, selvom der var en tendens til, at flere børn i byer havde prøvet hash en eller flere gange (ikke vist).

### 6.3 Rygning

Inuunerittas strategi for forebyggelse og sundhedsfremme inden for rygning bygger på fem punkter:

- at skabe en sund livsstil og et sundt miljø gennem flere røgfrie miljøer;
- at styrke unge og voksnes viden om rygning og dens skadelige virkninger;
- at fremme befolkningens holdning i forhold til rygning
- at skabe en hensynsfuld rygekultur blandt rygere og deres ikke-rygeromgivelser
- at skabe sikre og røgfrie miljøer for gravide og småbørnsfamilier.



Figur 6.4 Andel i procent af 15, 16 og 17årige unge, der angav at de nogensinde havde røget hash (N= 560 i 2006 og N= 420 i 2010).

Målene, der også har betydning for børn og unge, er, at færre bliver rygere og at flere holder op med at ryge således at højst 40 % af den voksne befolkning er rygere i 2012.

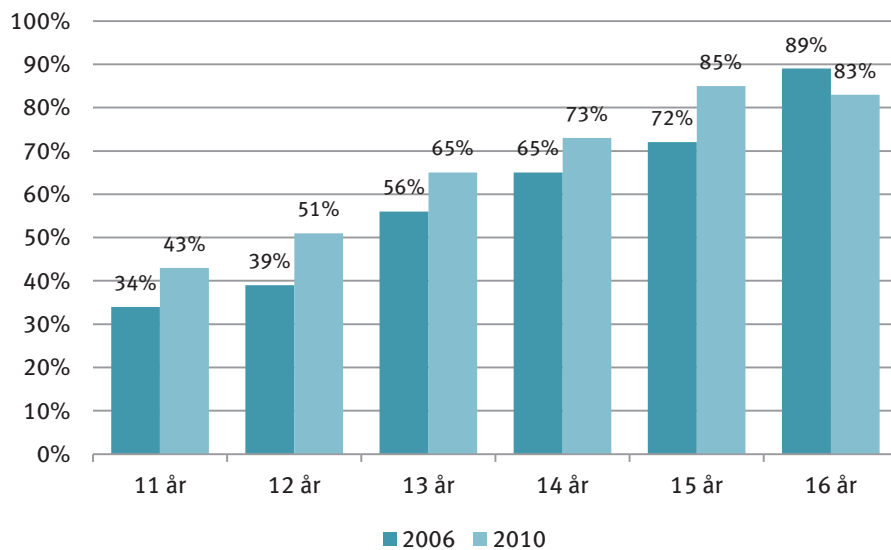
Rygning øger risikoen for at få en lang række sygdomme som lungesygdomme ("rygerlunger"), lungekræft og åreforkalkning. Sygdommene gør, at rygere i gennemsnit lever 5-10 år kortere end ikkerygere – og tabet af leveår er størst hos dem, der ryger mest. Udover at dø tidligere, så lever rygere flere år med kroniske sygdomme. Rygning giver således både tab af leveår og tab af sygdomsfrie år. I den sidste befolkningsundersøgelse i 2005-2007 blev fundet, at 66 % af den voksne befolkning var rygere (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Det er langt højere end i fx Danmark, hvor andelen er på 28%. Da børn og unges sundhedsvaner har stærk sammenhæng med sundhedsvaner blandt venner, forældre og andre voksne, kan det ikke undre, at de grønlandske børn har en af de højeste andele af rygere i HBSC undersøgelsen i 2006 (Currie et al., 2008). Det er bekymrende, fordi rygning bliver betragtet som en primær indgang til andre typer af negative sundhedsvaner og andre typer risikoadfærd som at drikke og dyrke ubeskyttet sex. Det er også fundet i Grønland, at unge rygere oftere havde været fulde og havde prøvet alkohol end ikke rygere (Schnohr et al., 2005). Det er også fundet, at blandt 11, 13 og 15årige børn var der flest rygere i 1998 og at en faldende andel røg frem til 2006. Der var således en højere andel i 2006, der aldrig havde røget og af ikke rygere og en lavere andel af dagligrygere, (Niclasen and Schnohr, 2008).

Rygning i Grønland reguleres gennem lovgivning og afgifter på tobaksprodukter. Den første Landstingsforordning om rygning trådte i kraft i 1995. Siden 2005 har det været ulovligt at ryge i og i umiddelbart nærheden af folkeskoler og døgninstitutioner for børn og unge. Ved samme lov blev det forbudt at sælge tobaksvarer til børn og unge under 18 år og der blev indført advarsler på tobaksvarer.

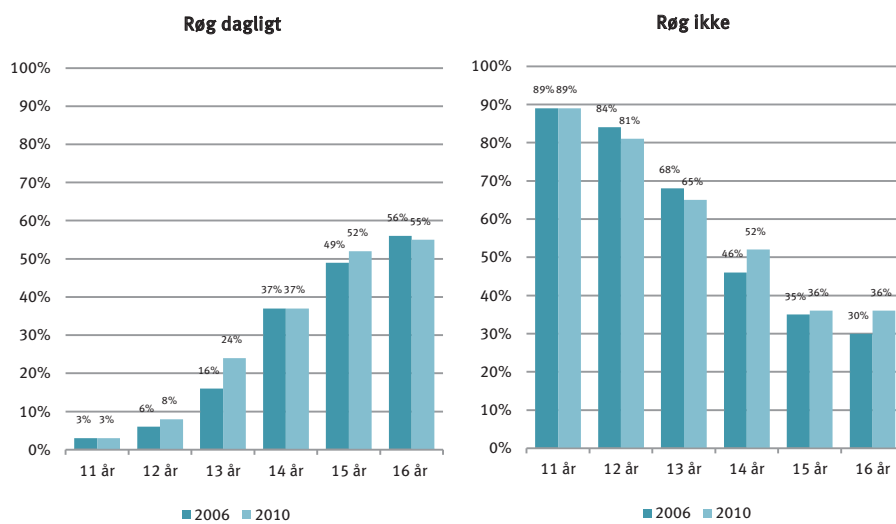
I 2010 havde 37 % af de adspurgte børn aldrig prøvet at ryge (Figur 6.5), hvilket er et lille fald siden 2006 hvor undersøgelsen fandt, at i alt 40% aldrig havde røget. Som det ses er der for alle årgange fra 11 til 15 år lidt flere børn, der har prøvet at ryge i 2010 end i 2006. Der kan således ikke ses nogen generel positiv effekt på børnenes rygedebut af indførelsen af rygeforbud på skoler og institutioner for børn og unge i 2005.

Flere piger har prøvet at ryge end drenge. På tværs af aldersgrupperne havde færre drenge end piger prøvet at ryge og forskellen mellem kønnene blev mere markant som børnene blev ældre.

I 2006 angav 5 % af de yngste børn, at de røg dagligt. Denne andel var 4 % i 2010. Af den mellemste aldersgruppe var der 23 % drenge og 31 % piger, der røg dagligt i 2006, hvilket i 2010 var faldet til hhv. 19 % for drengene og 28 % for pigerne. Blandt de ældste børn, røg halvdelen hver dag i 2006, hvilket var uændret i 2010 (Figur 6.6).



Figur 6.5 Andel i procent der angav at have prøvet at ryge (N= 2249 i 2006 og N= 1869 i 2010).



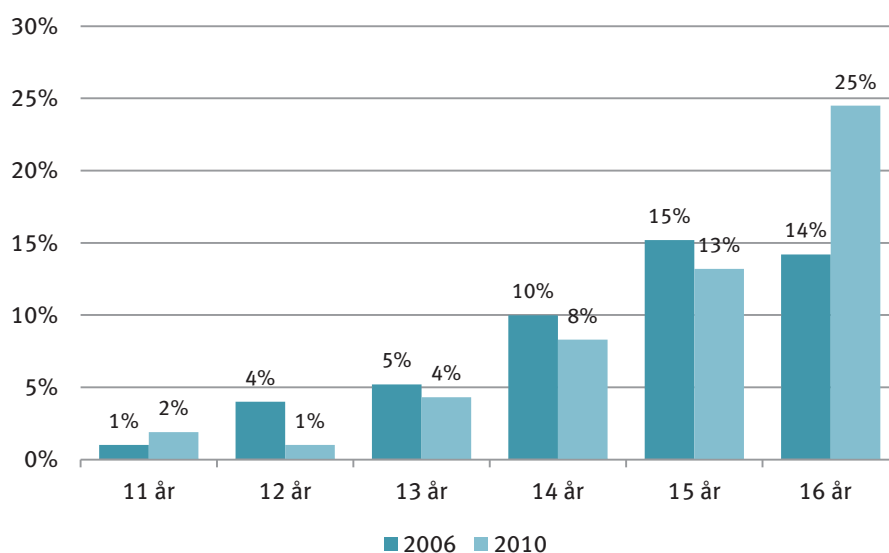
Figur 6.6 Andel i procent der angav, at de røg dagligt og andelen der angav, at de ikke røg (N=2230 i 2006 og N= 1676 i 2010).



Inuuneritta ønsker at forebygge rygning ved at skabe en sund livsstil og skabe et sundt miljø med flere røgfri miljøer. Desuden er der satset på at styrke unges og voksnes viden om rygningens skadelige virkninger. Resultaterne i denne undersøgelse giver ikke grund til optimisme omkring opfyldelse af Inuunerittas målsætning for rygning i programperioden, idet der ikke er fundet en mærkbar positiv udvikling i hverken rygedebut eller forekomst af daglig rygning. Det kan dog ikke udelukkes, at den nye restriktive rygelov med forbud mod rygning indendørs, på skibe og alle andre steder med offentlig adgang pr. 1. oktober 2010 vil nå at have effekt i programperioden. Det er dog sandsynligt, at hvis det politiske mål om at reducere andelen af rygere til 40% i 2012 skal holdes, kræver det markante yderligere indsats, der bør planlægges, så de også når børnene i folkeskolen.

#### 6.4 Snifning

Snifning er en fælles betegnelse for indtagelse af organiske opløsningsmidler gennem indånding. Opløsningsmidlerne opløses næsten øjeblikkeligt i fedtholdigt væv og dermed også i hjernevævet. Det giver en kortvarig rus. Snifning kan på længere sigt give hjerneskade og kan ved overdosering medføre åndedrætsstop, hjertestop og død. Den mest almindelige skade ved snifning er dog forbrændinger, da alle midler, der kan sniffes også er stærkt brandfarlige. Snifning er dermed i høj grad at regne som risikoadfærd.



Figur 6.7 Andel i procent af børn der angav, at de havde prøvet at sniffe for at blive høje (N= 1956 i 2006 og N= 1743 i 2010).

Hvis man ser på andelen, der havde prøvet at sniffe er der kun små forskelle fra 2006 til 2010, men generelt sås ikke en positiv udvikling i andelen af børn, der nogensinde har prøvet at sniffe (Figur 6.7). Som der fremgår steg andelen, der har prøvet at sniffe, med alderen i både 2006 og 2010.

Inuunerittas målsætning om, at *”Andelen af unge, der har prøvet at sniffe reduceres mest muligt – og principielt til nul”*, er således stadig langt væk.

### 6.5 Adgang til og viden om rusmidler

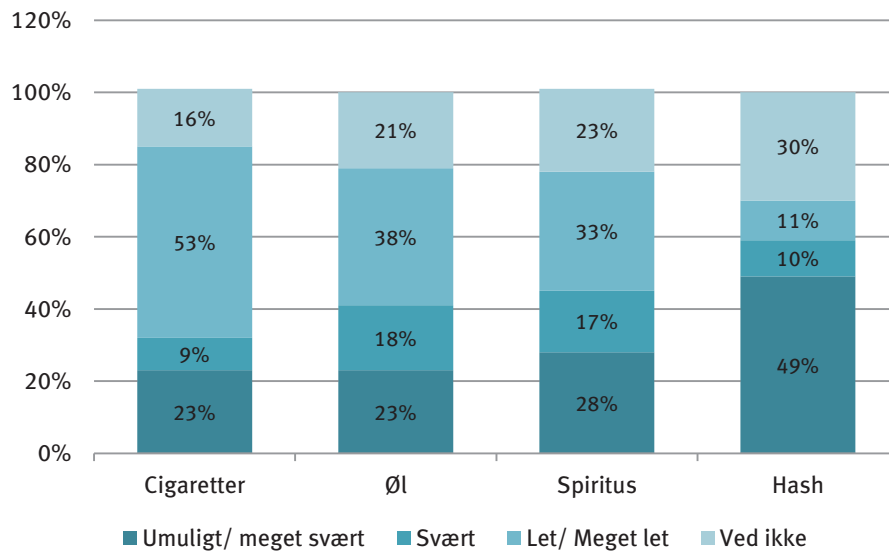
Det er ulovligt at sælge cigaretter og alkohol til personer under 18 år og hash er som bekendt et ulovligt stof. Det er derfor interessant at se på, hvordan børnene vurderer deres mulighed for at få fat i disse rusmidler. Børnene blev bedt om at besvare spørgsmålet: *Hvor svært ville det være for dig at få fat i det, der er nævnt nedenfor, hvis du var interesseret?* med svarmulighederne: *umuligt, meget svært, svært, let, meget let og ved ikke*. Spørgsmålet blev kun stillet til børn over 15 år.

Som det ses i Figur 6.8 mente 53 % af de unge, at det var let eller meget let at få fat på cigaretter, mens det tilsvarende tal var 38% for øl og 33 % for spiritus. En noget mindre del, 32 %, mente, at det var svært, meget svært eller umuligt at få fat i cigaretter, mens lidt flere 41 % og 45 % mente det samme for øl eller spiritus. Der var dog også et stort mindretal, der svarede, at de ikke vidste, hvor svært det var. For hash var det kun 16 %, der mente, at det var let eller meget let at få fat i hash, mens 59 % mente, at det var svært, meget svært eller umuligt og et stort mindretal, 30 %, angav ikke at vide, hvor let eller svært det var.

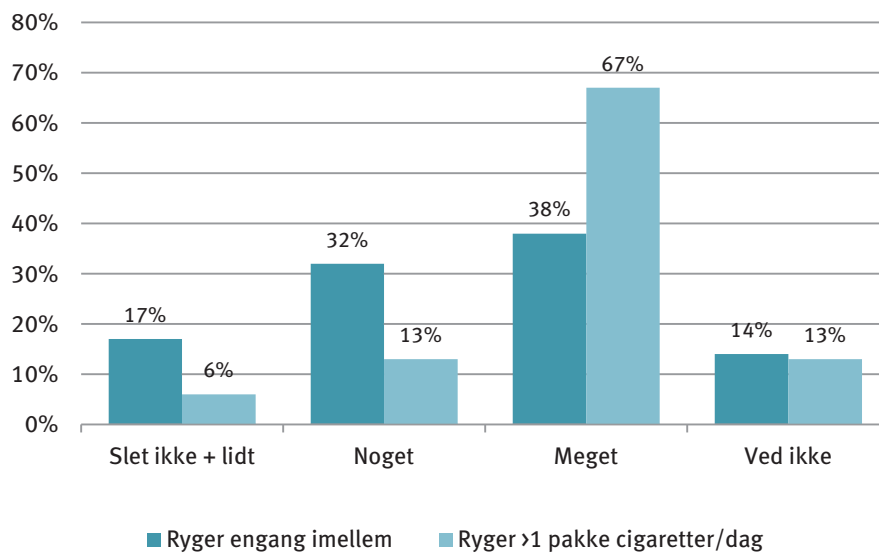
Der er ikke tvivl om, at adgang til rusmidler har betydning for udbredelsen, men et andet aspekt af betydning for forbruget er de unges opfattelse af den skade, der er forbundet med at bruge rusmidler. Der blev i undersøgelsen derfor også spurgt til de unges opfattelse af den risiko for skade, der er forbundet med brug af rusmidler. Ligesom de øvrige rusmiddelspørgsmål blev disse spørgsmål kun stillet til unge over 15 år.

I Figur 6.9 ses de unges opfattelse af, hvor stor skade på en selv det kan medføre, hvis man 1) ryger engang imellem, eller 2) hvis man ryger 1-2 pakker cigaretter hver dag. Som det fremgår, skelner de unge meget klart mellem et lille og et stort forbrug, når det drejer sig om rygning, selvom der er 13-14 %, der angav ved ikke på spørgsmålet. Der var således 38 %, der opfattede, at man risikerer at skade sig selv meget, hvis man ryger engang imellem, mens det samme gjaldt for 67 %, hvis man ryger 1-2 pakker cigaretter dagligt. Således så det ud til, at de fleste unge havde en ret realistisk opfattelse af den risiko, der er forbundet med at ryge lidt henholdsvis meget, selvom der var et stort mindretal, der angav ikke at vide, hvor meget man risikerer at skade sig selv ved at ryge.

For alkohol blev de unge bedt om at vurdere 1) den skade man kan pådrage sig ved at drikke 1-2 genstande næsten hver dag, 2) ved at drikke 4-5 genstande næsten hver dag eller 3) ved at drikke 5 eller flere genstande hver weekend.



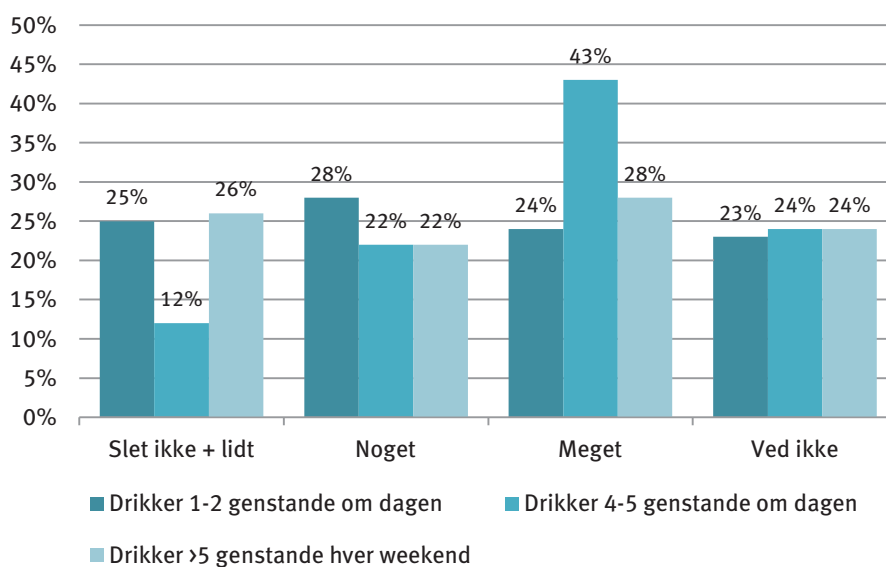
Figur 6.8 Andel i procent af 15-17årige der angav at det var ”umuligt eller meget svært”, ”svært” og ”let eller meget let” at få fat i cigaretter, øl, spiritus eller hash, hvis de var interesserede (N=405-413).



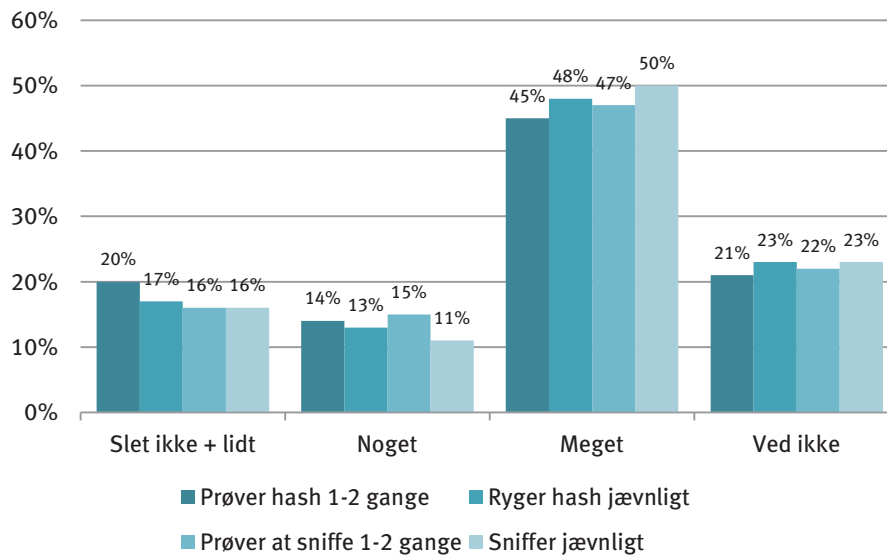
Figur 6.9 Andel i procent af 15-17åriges vurdering af, hvor meget man risikerer at skade sig selv ved at ryge lidt eller meget (N=605 og N=597).

Her sås kun mindre forskelle på vurderingerne af de tre forskellige former for indtag (Figur 6.10). Selvom en større del angiver, at det er mere skadeligt at drikke 4-5 genstande næsten hver dag end at drikke 1-2 genstande næsten hver dag, så opfattes risikoen ved et stort weekendforbrug at være i samme størrelsesordenen som et mindre dagligt forbrug. Rent objektivt er der stor risiko for helbredsskader ved et højt dagligt forbrug og en højere risiko for ulykker og skader eller at blive involveret i vold ved rusdrikkeri. Det afspejles i de unges svar, at de fleste unge havde en ret klar opfattelse af, at der var større risiko forbundet med et stort dagligt alkoholindtag i forhold til et lille dagligt forbrug, mens et stort forbrug i weekenden (rusdrikkeri) blev vurderet som medførende samme risiko for skader på sig selv som et lille dagligt forbrug. Samtidig var der knap 25 %, der for alle typer af alkoholforbrug angav, at de ikke kendte den risiko, der var forbundet med dette.

For både hash og snifning angav var der for begge typer af forbrug den samme andel der vurderede forbruget som ikke medførende risiko, medførende nogen risiko og medførende meget risiko ligesom der var stort set den samme andel, der svarede ved ikke. Således svarede næsten halvdelen af de unge at have prøvet at ryge hash eller at sniffe og at have et jævnligt forbrug medførte meget stor risiko. I alt 16-20 % af de unge vurderede ikke hyppig hashrygning eller snifning som risikofyldt. Det er bekymrende.



Figur 6.10 Andel i procent af 15-17årige unges vurdering af, hvor meget man risikerer at skade sig selv ved at drikke lidt dagligt, ved drikke meget dagligt eller ved rusdrikkeri (N=597, N=592 og N=424).



Figur 6.11 Andel i procent af 15-17årige unges vurdering af, hvor meget man risikerer at skade sig selv ved at have prøvet at ryge hash eller og sniffe og at gøre det jævnligt (N=406-413).

Det kan konkluderes, at der fortsat mangler et effektivt program, der kan forebygge at børn og unge starter med at ryge og/eller får et potentielt skadeligt forhold til alkohol. De kan bygge på tidligere anbefalinger (Niclasen and Schnohr, 2008) og inkludere:

- At fortsætte den sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for børn i de yngste aldersgrupper
- At intensivere den sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for større børn og unge både generelt og med specielt fokus på den risiko, der er forbundet med et højt indtag af alkohol (og rusdrikkeri) sammenlignet med et lavt indtag. Målet skal være, at alle børn og unge skal kunne skelne mellem den risiko, der er forbundet med et højt og et lavt dagligt alkoholindtag og kende den risiko, der er forbundet med rusdrikkeri
- At bruge viden om kønsforskelle i rygning og rusmiddelbrug hos børn og unge til at gøre indsatsen mere effektiv
- At bibringe voksne større forståelse af at de gennem deres adfærd accepterer at unge har eller får en potentielt sundhedsskadelig rusmiddeladfærd
- At inkludere indsatser, der kan inddrage voksne og salgssteder omkring deres ansvar for børn og unges under 18 års adgang til alkohol og cigaretter

## 7. Vold og mobning

Af Cecilia Petrine Pedersen



Dette kapitel handler således om forekomsten af vold i form af slagsmål og mobning og hvilke konsekvenser mobning har for børn og unges sundhed. Desuden præsenteres de mål, der er opstillet i Inuuneritta til forebyggelse af vold og mobning blandt børn og unge samt væsentlige strategier og indsatser indenfor de to områder.

Spørgsmål om selvmordstanker, fysisk vold og seksuelle overgreb indgår ikke i HBSC undersøgelsen i Grønland. Det er et bevidst valg, der bundes i hensynet til de deltagende børn. Da undersøgelsen er en anonym spørgeskemaundersøgelse er det ikke muligt, at opspore svarpersoner efter de har udfyldt spørgeskemaet. Vi har derfor ikke ønsket at spørge ind til disse meget følsomme områder, fordi vi ikke har mulighed for at følge op på det, hvis deltagelsen skulle påvirke nogle af de deltagende børn negativt.

Der har de seneste år været betydelig bevågenhed om børns risiko for vold og andre former for overgreb og der har været et skærpet politisk fokus på at nedbringe det betydelige omfang af omsorgssvigt og overgreb på børn og unge. Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta 2007-2012 fokuserer målrettet på forebyggelse af vold med mål om, *at vold skal begrænses, et børne- og ungdomsliv uden vold og at styrke borgernes ansvarsfølelse og omsorgskompetence*. PAARISA har udarbejdede et idé-katalog til forebyggelse af vold og seksuelle overgreb i 2008 og senest har Departementet for Sociale Anliggender præsenteret en strategi for en særlig indsats på børneområdet, hvor vold er et af de 6 overordnede fokusområder. 'Nakuusernata oqaloqatigiitta' er et eksempel på et voldsforebyggende projekt i skolerne. Det er et kursus i samtale i stedet for vold, der er målrettet børn i 8. klasser. Det gennemføres af politiet i samarbejde med skolerne.

Samlet vil disse målrettede og tværfaglige strategier og tiltag for at mindske forekomsten af vold i samfundet, i skolen og i familierne forhåbentlig sikre den fortsatte indsats for, at børn og unge har et godt liv uden vold.

### **7.1 Vold**

Flere undersøgelser har vist, at forekomsten af vold i det grønlandske samfund er høj. Den seneste befolkningsundersøgelse blandt voksne viste, at 59 % rapporterede at have været udsat for vold eller trusler på et tidspunkt i deres liv, og fra 1993 til 2005-7 er sket en stigning i andelen af voksne, der angav at have været udsat for vold. De yngre voksne (18-24årige) rapporterede oftest at have oplevet vold (Bjerregaard and Dahl-Petersen, 2008). Blandt 15-17årige skolebørn havde 10 % været udsat for vold inden for det seneste år (Curtis et al., 2006).

Samlet vidner disse undersøgelser om, at mange børn og unge vokser op med vold i familien, mens hvor hyppigt børn og unge oplever vold uden for familien fx i skolen er ikke afdækket. Det er dog sandsynligt, at vold og mobning er et betydeligt problem for børn og unge. Ifølge årsrapporterne var vold og mobning de to hyppigste problemområder, som børn og unge ringede om til Børne- Ungetelefonen i 2005-2009.

Det er lige så skadeligt for et barn at vokse op i en familie med vold som selv at blive slået. Børn, der har været vidner til vold, er oftere utrygge, angst, har lavt selvværd, udviser aggressioner og adfærdsvanskeligheder ligesom de i højere grad selv udviser voldelig adfærd (Kitzmann, 2003).

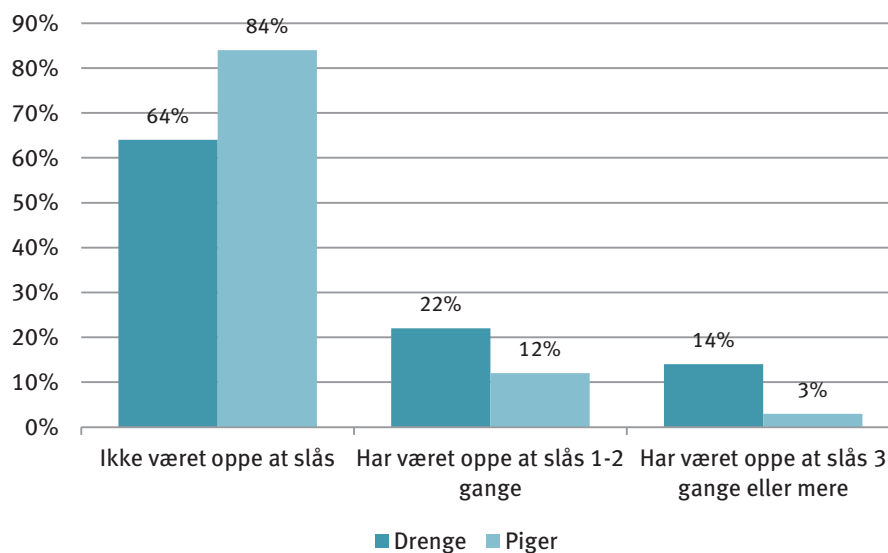
### **7.2 Slagsmål**

I undersøgelsen blev børnene spurgt, hvor mange gange de indenfor de sidste 12 måneder havde været oppe at slås. En ud af 4 børn havde været oppe at slås inden for det seneste år, hvoraf knapt 9 % har været oppe at slås mere end 2 gange og viser dermed ingen ændring siden 2006. En større andel af drengene end pigerne har angivet at have været i slagsmål mere end 2 gange i løbet af det seneste år (Figur 7.1). Omvendt havde 75 % børnene ikke været oppe at slås ligesom væsentligt flere piger end drenge havde holdt sig udenfor slagsmål.

De yngste børn havde oftere været oppe at slås. Hvor 18 % af de ældste børn havde været oppe at slås indenfor de seneste 12 måneder gjaldt det 29 % af de 11-12årige. Dette er en positiv udvikling i forhold til undersøgelsen fra 2006, hvor 32 % af de yngste og 23 % af de ældste havde været i slagsmål. Der var ingen forskel på hvor børnene boede på andelen, der havde været i slagsmål.

### **7.3 Mobning**

Mobning er et universelt folkesundhedsproblem, der i mange lande i verden ses som en af de store udfordringer for børn og unges sundhed. Undersøgelser har vist, at mobning giver dårlig trivsel og har en negativ indflydelse på helbred og børns udvikling (Due and al., 2005, Bond and al., 2001, Schnohr and Niclasen, 2006). Mobning kan have alvorlige konsekvenser både for den, der bliver mobbet og for den, der mobber. Undersøgelser har også vist, at mobning kan påvirke børn og unges indlæring



Figur 7.1 Andel i procent af drenge og piger, der angiver aldrig at have været oppe at slås, været oppe at slås 1-2 gange og 3 eller flere gange indenfor de seneste 12 måneder. (N=952 for drenge og N=1070 for piger).

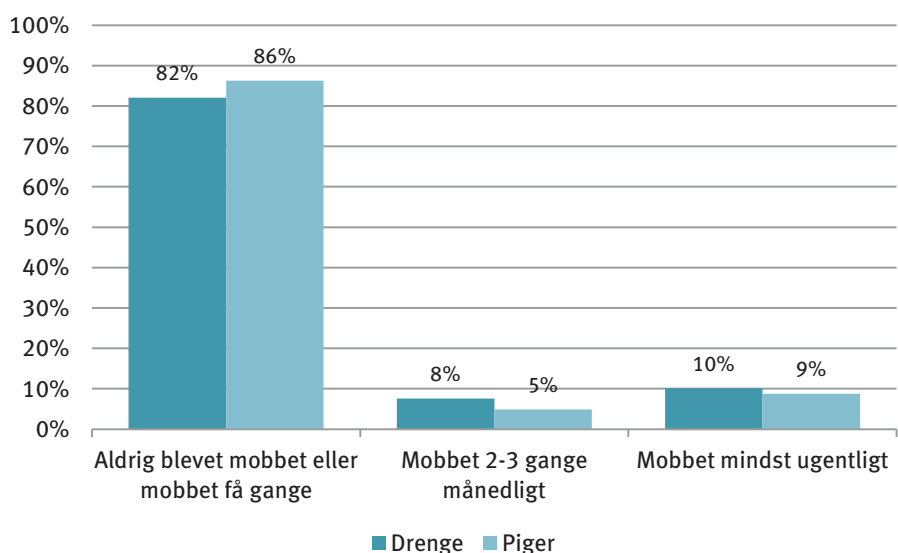
negativt (Harel-Fisch and al., 2010). Mobning er derfor et meget vigtigt aspekt af at beskrive skolebørns trivsel og velvære generelt og specifikt i skolesammenhæng.

De tidligere skolebørnsundersøgelser i Grønland har vist, at mobning også forekommer blandt mange børn og unge i Grønland. Det er også fundet, at forekomsten af mobning blandt skolebørn steg fra 1994 til 2002 (Niclasen et al., 2007). Børn og unge i Grønland, der var involveret i mobning, rapporterede om højere forekomst af risikoadfærd såsom rygning og indtag af alkohol end børn, der ikke var involveret i mobning. Undersøgelsen viste også, at børn, der var involveret i mobning, ikke trives i skolen i samme omfang som andre børn. Endvidere blev fundet en sammenhæng mellem dårligt selv vurderet helbred, ondt i maven og søvnproblemer både for de, der blev mobbet og dem, der mobbede andre (Schnohr and Niclasen, 2006).

Den seneste opgørelse af opkald til Børne- Ungetelefonen i 2009 viste, at børn i mindre grad end i de foregående år ringede med mobning som problem. I 2008 handlede 21 % af samtalerne om mobning mod 8 % i 2009.

Mobning kan antage mange former; man taler om mobning af både en verbal, social, fysisk, materiel, elektronisk og virtuel karakter og mobning kan foregå både direkte og indirekte. Der indgik 2 spørgsmål om mobning i nærværende undersøgelse, hvoraf det ene handlede om at blive mobbet i skolen inden for de sidste par måneder og det andet spørgsmål handlede om at mobbe andre elever i skolen inden for de sidste par måneder. Spørgsmålene om mobning blev indledt af følgende definition af mobning:





Figur 7.2 Andel i procent af drenge og piger der aldrig eller sjældent har oplevet at blive mobbet, er blevet mobbet månedligt eller mindst ugentligt. (N= 957 for drenge og N= 1.063 for piger).

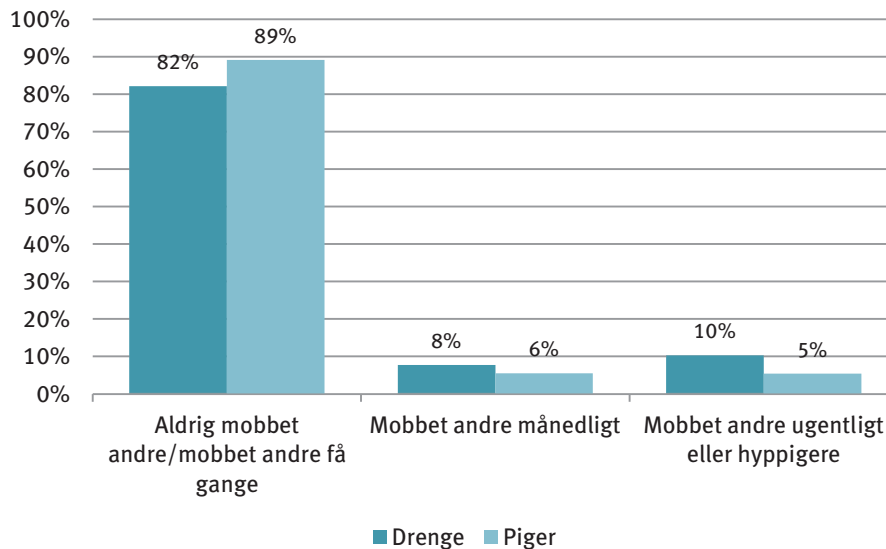
*MOBNING er når en eller flere elever siger eller gør ubehagelige ting over for en anden. Det er også mobning, når en elev drilles gentagne gange eller bliver holdt udenfor. Det er IKKE MOBNING, når to elever, som er omtrent jævnbyrdige, skændes eller slås. Det er heller IKKE MOBNING, når man driller på en sød måde.*

#### **Mange føler sig aldrig eller sjældent mobbet**

I alt havde 90 % af børnene angivet, at de aldrig var blevet mobbet eller var blevet mobbet 2-3 gange per måned eller sjældnere. Dette er en positiv udvikling i forhold til undersøgelsen fra 2006, hvor 85 % havde angivet dette (Niclasen et al., 2007). Som det fremgår af figur 7.2 havde piger lidt hyppigere end drenge aldrig oplevet at blive mobbet eller var kun blevet mobbet få gange.

Blandt drengene havde 10 % oplevet at blive mobbet en gang om ugen eller oftere, mens 9 % af pigerne havde angivet dette (Figur 7.2). Dette fund adskiller sig fra de tidligere HBSC undersøgelser i Grønland, der har vist, at piger hyppigere end drenge oplevede at blive mobbet. Samtidig er der sket en stigning i andelen, der hyppigt bliver mobbet fra 2006, hvor 9 % af pigerne og 6 % af drengene havde angivet dette.

Der var ingen forskel på, hvor hyppigt børn oplevede at blive mobbet i de forskellige aldersgrupper, hverken for drenge eller piger. Dette adskiller sig også fra de tidligere undersøgelser, hvor det i højere grad var de yngre børn, der oplevede mobning og mobning faldt med stigende alder (Niclasen et al., 2007).



Figur 7.3 Andel i procent af drenge og piger, der aldrig eller sjældent havde mobbet andre, havde mobbet andre månedligt og ugentligt eller hyppigere. (Dreng: N= 965; Piger: N= 1.076).

Der blev ikke fundet forskel på forekomsten af mobning i forhold til bopæl i Nuuk, i en by eller i en bygd, hverken for drenge og piger eller opdelt på aldersgrupper. Dette adskiller sig også fra forrige undersøgelse i 2006, hvor der var flere børn i bygder, der havde følt sig mobbet end i byer og i Nuuk.

Selvom det ser ud til at der er en generel positiv ændring i andelen, der angav at blive mobbet, så er mobning stadig et udbredt fænomen – og problem – blandt skolebørn i Grønland. Udviklingen omkring mobning viste også negative tendenser fra 2006 til 2010. Således fandtes, at en øget andel af børn ikke havde følt sig mobbet men også, at de omkring 10 %, der følte sig mobbet, oplevede hyppigere mobning. Samtidig ser det ud til at kønsforskellen og aldersforskelle i mobning mindskes.

#### ***Piger mobber mindre end drenge***

Ligesom i 2002 og 2006 havde 86 % af børnene i 2010 angivet at de aldrig eller få gange mobbede andre, lidt færre drenge end piger. Til gengæld var der en højere andel af drenge, der mobbede andre - knapt hver 6. dreng og hver 9. pige angav at mobbe andre månedligt eller ugentligt. 10 % af drenge og 5 % af pigerne mobbede andre en gang om ugen eller hyppigere. Denne forskel mellem drenge og piger fandt man også i 1994 og 1998, mens der i 2006 ikke var forskel mellem drenge og piger, der mobbede andre ugentligt.

Der var ingen forskel i aldersgrupper i forhold til at mobbe andre. Ligeledes var der ingen forskel mellem bosted i forhold til at mobbe andre, hverken for drenge eller piger eller opdelt på aldersgrupper.

Andelen af børn, der angav at mobbe andre børn var helt uændret fra 2002 til 2010, men samtidig viser undersøgelsen, at færre børn angav at blive mobbet, men at en større andel angav at have været udsat for mobning hyppigt. Dette tyder på, at mobningen kan have ændret karakter - og at den måske er blevet hårdere.

***Hovedparten af børnene oplever hverken at blive mobbet eller mobber andre***

Der er en stærk sammenhæng mellem at blive mobbet og mobbe andre, hvilket ses når man inddeler eleverne i grupper efter, om og hvordan de er involveret i mobning. Størstedelen af eleverne, 93 % af pigerne og 88 % af drengene, der sjældent eller aldrig havde oplevet at blive mobbet havde heller aldrig eller sjældent mobbet andre.

Men der var en forholdsvis stor gruppe af både drenge og piger, der havde oplevet at blive mobbet ugentligt, som også selv angav at mobbe andre ugentligt (henholdsvis 34 % drenge og 23 % piger). Denne gruppe af børn er altså 'en både-og gruppe', som skal tages alvorligt fordi den kan have sammenhæng med en mobbekultur, der kan have stor betydning for dårlig trivsel i skolen. Der er en forholdsvis stor andel af børnene, der kan betegnes som gruppen af mobbe-ofre. Det er de 54 % af drenge og 63 % af piger, der angav at blive mobbet ugentligt, men som angav aldrig eller kun få gange at have mobbet andre. Gruppen af mobbere, der har angivet at de aldrig eller kun få gange er blevet mobbet, men som selv angav at mobbe andre ugentligt eller hyppigere er 7 % blandt drenge og 4 % blandt piger (ikke vist).

Et studie baseret på den danske HBSC undersøgelse fra 1998 viste, at de, der mobber andre og ikke selv bliver mobbet generelt mente at de havde det godt i modsætning til børn, der både mobbede og selv blev mobbet. Børn, der mobbede, var således glade for deres liv, klarede sig godt i skolen og havde forældre, der engagerede sig i deres liv. De børn, der både bliver mobbet og mobber andre var ofte kede af det, følte sig ensomme, følte sig presset af skolearbejde og oplevede ikke, at forældre og lærere interesserede sig for dem (Due et al., 1999). Det er sandsynligt, at samme forhold gør sig gældende i Grønland.

Mobning er et socialt fænomen og er et tegn på manglende tolerance og omsorg for hinanden i vores sociale sammenhænge. Undersøgelsen viste, at selvom der er en stor andel af børn, der stort set ikke var involveret i mobning, så er der stadig 10-15 % af børnene, der enten var ofre, mobbere eller begge dele. To af de overordnede mål i Inuuneritta for børn og unge er netop, at *skabe øget fokus på omsorg for hinanden – særlig i forhold til børn og unge samt, at højne børn og unges livskvalitet og trivsel.*

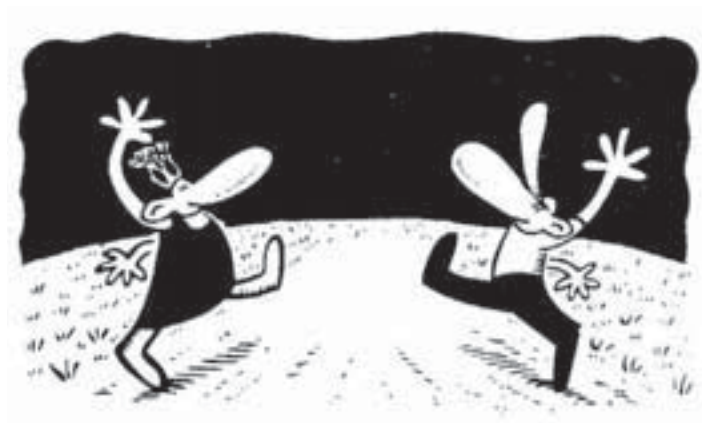
En indsats overfor mobning skal både inddrage de direkte involverede, men også arbejde for en generel holdningsændring til mobning, så den store gruppe, der ikke er direkte involveret også kender de negative konsekvenser af mobning og får redskaber til at hjælpe til at undgå mobning. "Kammagiita - Fri for Mobberi" er et igangværende

forebyggende tiltag overfor mobning, som er ved at blive afprøvet i 8 udvalgte institutioner (2 fra hver kommune) frem til sommeren 2011. Det endelige program vil herefter blive udrullet bredt til alle institutioner og skoler i Grønland. En fortsat indsats for god trivsel i skolen og for at undgå mobning kan forhåbentlig betyde, at den positive udvikling indenfor andelen, der ikke føler sig mobbet i fremtiden også fører til et fald i andelen, der føler sig mobbet hyppigt.



## 8. Det sunde sexliv

Af Steven C. Arnfjord og Birgit Niclasen



Ifølge Inuuneritta, så *”tager forskning i seksuallivet ofte udgangspunkt i uønskede følger af et aktivt sexliv i form af kønssygdomme, uønskede graviditeter og HIV/AIDS, mens der kun i mindre grad forskes i de mere positive sider af et aktivt sexliv”* og at *”konsekvensen af denne tilgang er, at det negative fremhæves, mens de positive aspekter af sexlivet ikke berøres”*.

Samtidig peger Inuuneritta også på, at uønskede graviditeter er et stort sundhedsproblem i Grønland og at forekomsten af kønssygdomme som gonorré og klamydia fortsat ligger meget højt sammenlignet med andre lande som fx. Danmark.

Inuunerittas strategier for den fremtidige forebyggelse og sundhedsfremme indenfor emnet sexliv bygger på, at enhver seksuel handling skal være baseret på lyst, gensidighed og fravær af seksuelt overført sygdom, at enhver graviditet skal være ønsket og på at fremme befolkningens handlekompetence i forhold til sunde sexvaner.

Målene – der specielt har betydning for unge – er:

- De unge skal træffe kompetente valg omkring deres seksualitet
- Alle seksuelle handlinger skal være frivillige og lovlige
- Enhver graviditet skal være ønsket
- Alle abortsøgende tilbydes rådgivning og vejledning

Den seksuelle lavalder er 15 år i Grønland, hvilket er det samme som i mange af de øvrige europæiske lande. Derfor stilles spørgsmålene om seksuel adfærd i HBSC undersøgelsen i alle lande kun til unge på 15 år og derover.

### 8.1 Seksuel debutalder

Spørgsmålet til seksuel debutalder, som bliver målt ud fra en positiv besvarelse af spørgsmålet ”*Har du nogensinde haft samleje?*” er et af de spørgsmål i HBSC undersøgelsen, hvor der er størst forskel på besvarelsen mellem landene. Forskellene mellem normerne i de enkelte lande ser dog ud til langsomt at mindskes. De fleste HBSC lande har en kultur, hvor det betragtes som normalt, at unge har et sexliv, hvor sex ses som en del af det at have et godt liv og hvor der gives information om ansvarlig seksuel opførsel, men der også enkelte HBSC lande, som har en kultur, der forsøger at begrænse seksuel aktivitet og som anbefaler seksuel afholdenhed før ægteskabet (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2003). Den opfattelse, der ligger bag Inuunerittas mål har meget tilfælles med de tanker omkring et sundt – og ansvarligt – sexliv, som ses i de fleste europæiske lande.

Grønlandske unge adskiller sig i den europæiske sammenhæng ved at have en tidlige seksuel debutalder. Ved de sidste to dataindsamlinger i 2002 og 2006 var Grønland således det land i HBSC undersøgelsen, hvor flest unge på 15 år havde haft samleje. I 2006 var det 61 % af alle 15årige – 55 % af drengene og 66 % af pigerne - der havde haft samleje. Til sammenligning gjaldt det kun for 12 % af alle 15årige i Slovakiet, mens gennemsnittet for alle HBSC lande var 27 % af alle 15årige (Currie et al., 2008).

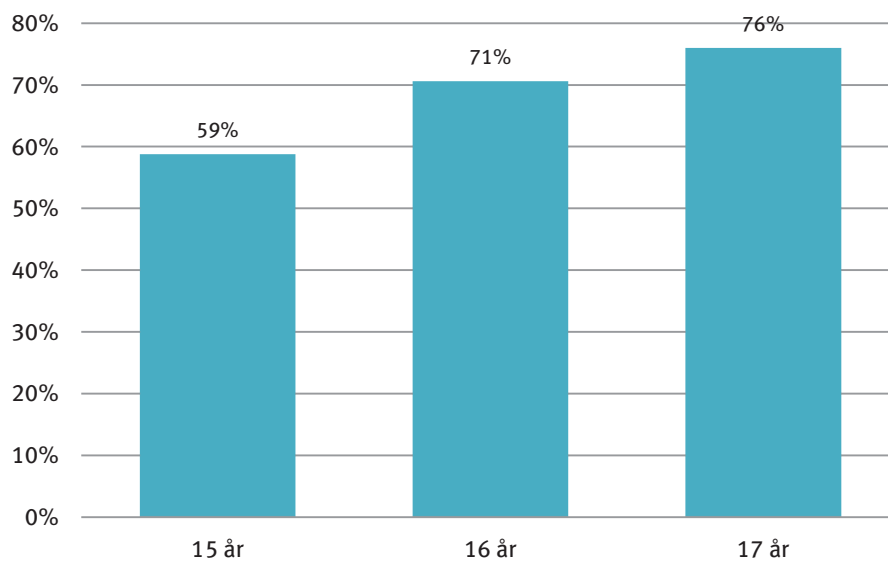
Her i 2010 var der i alt 670 unge i alderen 15 – 17 år. Af disse havde 28 % valgt ikke at besvare spørgsmålet, om de havde haft samleje. Dette bortfald kan være systematisk, men vi ved de ikke, for der eksisterer ikke tidligere forskning, som belyser, hvorvidt unge synes at det er positivt eller mindre positivt at have haft samleje, når man er 15 år gammel og derfor om vi skal forvente at bortfaldet er blandt unge, som har eller blandt unge, som ikke har haft samleje.

Andelen af præcis 15 årige (15,00 til 15,99 år), 16 årige og 17 årige, der angav at have haft samleje fremgår af Figur 8.1. Som der fremgår var der allerede en stor andel af 15årige, der har haft samleje og at andelen steg med alderen. Der er dog fortsat en andel på 38 % af 15-17årige, der aldrig har haft samleje.

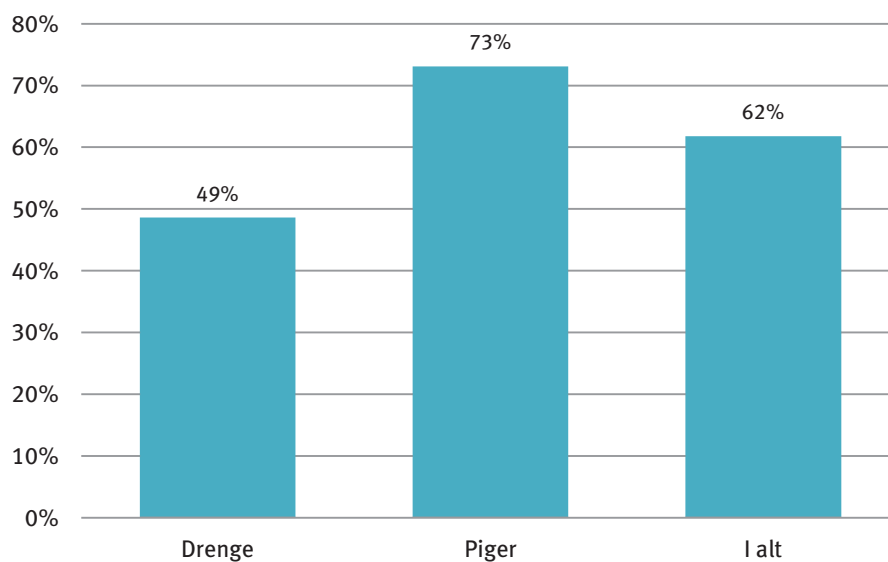
Der er betydelig forskel mellem de to køn på andelen af 15-17årige drenge og piger, der havde haft samleje. Mens 49 % af drengene angav, at de har haft samleje var det 73 % af pigerne (Figur 8.2). Det er et almindeligt fund i HBSC undersøgelsen, at i de nordiske lande har piger har tidligere seksuel debut end drenge, mens det i de fleste østeuropæiske lande er almindeligt, at flere drenge angiver at have haft seksuel debut som 15årig (Currie et al., 2008). Der blev ikke fundet forskel mellem unge i Nuuk, byer og bygder på andelen af 15-17årige, der havde haft samleje (ikke vist).

Hvor gamle de 15 til 17årige var, da de havde deres seksuelle debut blev analyseret ud fra spørgsmålet: *Hvor gammel var du, da du havde samleje første gang?*

Som det fremgår af Figur 8.3 angav de 15-17årige, der havde debuteret, den mest almindelige debutalder som værende 14 år for både drenge og piger, men en relativt stor andel havde tidligere debutalder. Det gjaldt specielt for pigerne, hvor 20 % havde

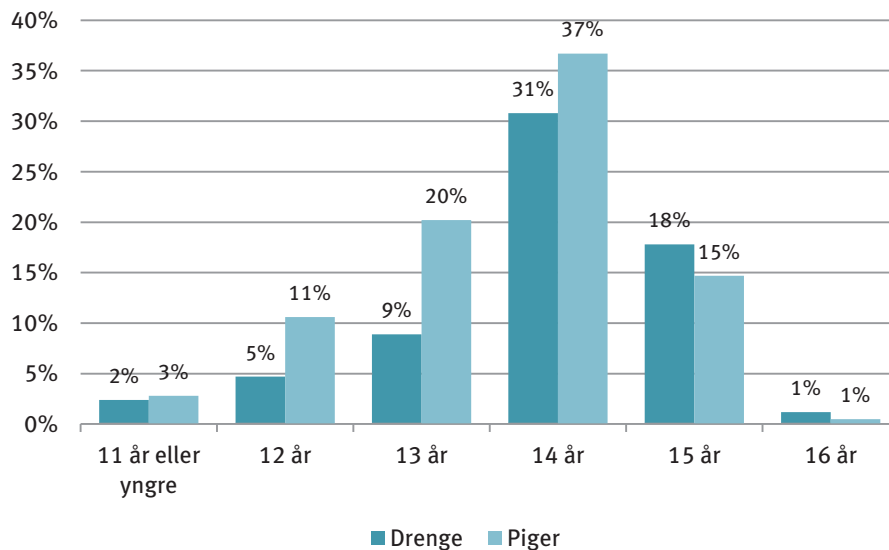


Figur 8.1 Andelen i procent af 15, 16 og 17årige, der angav at have haft samleje (N=484).



Figur 8.2 Andelen i procent af 15-17årige drenge og piger, der angav at de havde haft samleje (N=484).





Figur 8.3 15-17-åriges angivelse af, i hvilken alder de første gang var seksuelt aktive (i procent af alle, der angav at have været seksuelt aktive) (N= 388).

debutalder som 13-årig og 11 % som 12-årig, mens i alt 14 % af drenge debuterede som 12-13-årige. Den seksuelle lavalder er 15 år. Hvis to børn på under 15 år har sex med hinanden betragtes det normalt ikke som en ulovlig handling, men hvis den ene er over 15 år er det principielt ulovligt. Det er ud fra data ikke muligt at vide, hvor stor en andel af de unge, der har haft samleje inden de var 15 år, der har været udsat for en strafbar handling. Der er dog en andel på 16 %, der havde seksuel debut som 12-årige og en lille gruppe på i alt 5 %, der har seksuel debut som 11-årige eller før denne alder. For langt den største del af disse er den seksuelle debut sket før de er gået rigtigt ind i puberteten. Det er i bedste fald uhensigtsmæssigt og for en stor dels vedkommende vil der formentligt have været tale om ulovlige forhold.

## 8.2 Brug af præventionsmidler

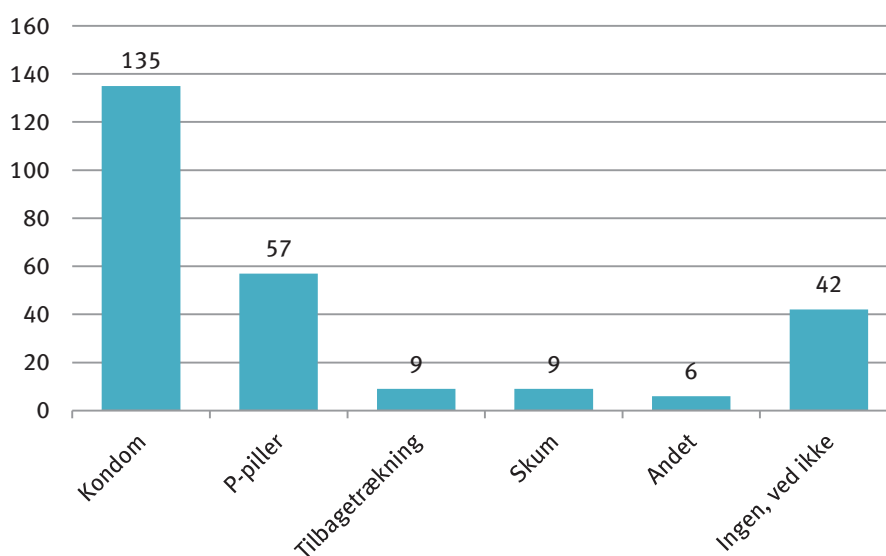
Internationalt opdeles præventionsmidler ud fra om de beskytter mod uønsket graviditet, mod kønssygdomme eller mod begge dele. Analyser af internationale data fra HBSC undersøgelsen har fundet, at det mest almindeligt brugte middel til at undgå kønssygdomme og uønsket graviditet er kondom, mens det næsthypigste er at kombinere kondom og p-piller og som det tredje hyppigste kommer p-piller alene, men at der var også en betydelig andel af 15-årige, der ikke havde brugt præventionsmidler ved sidste samleje (Godeau et al., 2008; Gabhainn et al., 2009).

Seksuelt overførte sygdomme som klamydia og gonoré er relativt almindelige i Grønland og er hyppigst i aldersgruppen 14 til 19 år, hvor klamydia diagnosticeres hos omkring 10 gange så mange som i Danmark. HIV er også oftest seksuelt overført, men er ikke hyppigere end i Danmark. Til gengæld har det betydelige konsekvenser

at blive smittet. Den bedste beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme er brug af kondom. WHO anbefaler brug af kondom ved samleje hos alle unge, idet unge ofte har flere seksuelle partnere og partnere, som de ikke ved om har en kønssygdom (World Health Organisation, 2007). Kondom yder god beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme, men er ikke noget effektivt middel til at undgå uønsket graviditet. Det anbefales derfor at bruge både kondom og et effektivt middel mod uønsket graviditet. De mest almindeligt brugte midler mod uønsket graviditet er hormonelle midler som p-piller eller p-ring.

For at analysere brugen af præventionsmidler blev de unge spurgt: *sidste gang du havde samleje, hvilken metode brugte du da?* med svarmulighederne: *jeg har aldrig haft samleje, ingen metode, p-piller, kondom, tilbagetrækning, skum, andet eller ved ikke*. I alt 258 af de 15-17årige unge svarede på spørgsmålet.

Som det fremgår af Figur 8.4 var langt det hyppigste brugte middel kondom, der blev brugt af 52 % af dem, der havde svaret positivt på spørgsmålet. Næsthypigst var p-piller. De foretrukne præventionsmidler blandt grønlandske unge er således de samme som fundet blandt europæiske unge (Godeau et al., 2008; Gabhainn et al, 2009). Internationalt set ligger Grønland nogenlunde i midten for andelen af 15årige, der brugte p-piller som prævention ved sidste samleje og næsten i bund for andelen, der brugte kondom (Currie et al., 2008). Ud fra disse data ser det ud til at Inuuneritta's målsætning omkring at de unge skal træffe kompetente valg omkring deres seksualitet endnu ikke kan siges at være opnået.



Figur 8.4 15-17åriges brug af prævention ved sidste samleje. Kolonnerne angiver antal unge, der brugte midlet (N=258).



## 9. Sygelighed, symptomer og medicinbrug

Af Birgit Niclasen



I Inuuneritta indledes beskrivelsen af målene på børne- og ungeområdet med en kort beskrivelse af det, vi ved om børn og unges sundhed og sundhedsvaner, hvoraf det fremgår: *”Et stort flertal af de grønlandske unge har overordnet set et godt helbred og gode opvækstvilkår og fremhæver selv, at de har et godt liv”*.

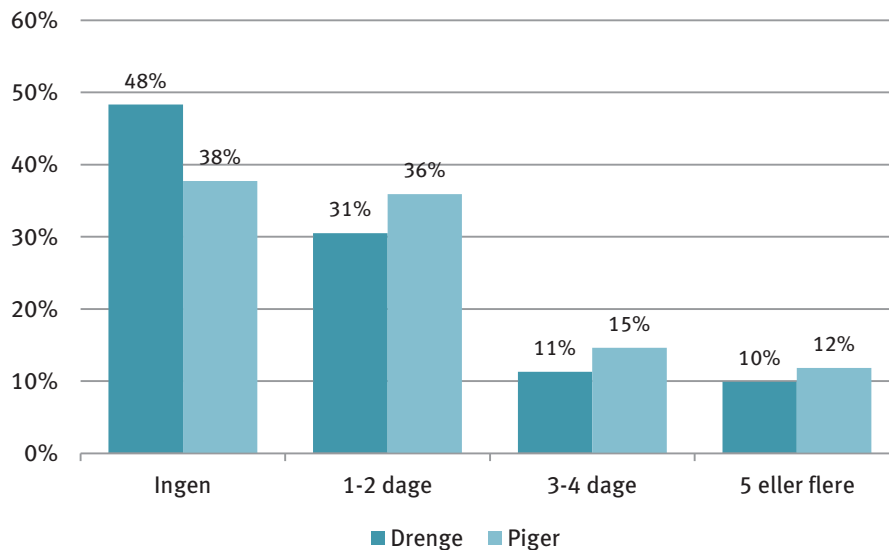
Generelt er skolebørn en aldersgruppe, der er raske. Men vi ved meget lidt om forekomsten af alvorlig sygdom og handicap hos børn i skolealderen i Grønland, da der aldrig har været lavet undersøgelser, der klarlægger dette. Vi ved dog, at andelen af børn og unge, der registreres under forordningen omkring hjælp til personer med vidtgående handicap er stigende.

Det HBSC har kun enkelte spørgsmål om egentlig sygelighed. Der spørges dels til, om eleven har være fraværende fra skolen på grund af sygdom, dels er der spørgsmål om forskellige almindelige symptomer og dels spørgsmål om brug af medicin mod almindelige symptomer eller lidelser.

### 9.1 Skoledage mistet på grund af sygdom

Selvom skolebørn generelt er en aldersgruppe med en lav sygelighed, kan de også rammes af sygdomme og almindelige symptomer lige som alle andre. Der var således en betydelig andel af børn, der angav, at de igennem den sidste måned havde været fraværende fra skole p.g.a sygdom. I alt 57 % af alle børnene været fraværende fra skolen en eller flere dage, mens i alt 11 % havde været fraværende i 5 eller flere dage.

Kvinder har generelt flere sygedage end mænd og går også hyppigere til læge. Den samme forskel er fundet mellem piger og drenge i skolealderen. Det gjaldt også i



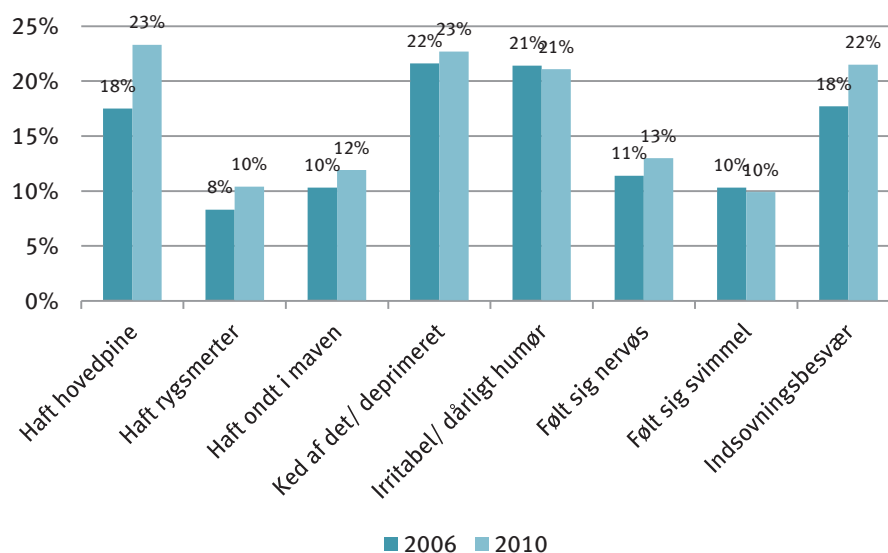
Figur 9.1 Andel i procent med mistede skoledage i den sidste måned p.g.a sygdom (N=1860).

denne undersøgelse. Som det fremgår af figur 9.1 så havde 38 % af pigerne ikke mistet skoledage p.g.a sygdom i den seneste måned, mens det gjaldt 48 % af drengene.

Sygdomsfraværet i 2010 er ikke sammenlignet med fraværet ved tidligere undersøgelser, da fraværet giver et øjebliksbillede. Der kan være stor forskel fra det ene år til det andet fx på, hvor mange der netop har overstået en sygdomsperiode med influenza og forkølelse.

## 9.2 Symptomer

Symptomer eller sundhedsklager hos børn og unge synes generelt at være blevet mere almindelige i de senere år. Det viser den internationale HBSC undersøgelse. Forekomsten af symptomer har også fået større fokus, da det at have symptomer hyppigt i længere tid som barn og ung ser ud til at have en negativ sammenhæng med sundheden senere i livet. De symptomer, som indgår i HBSC undersøgelsen er hovedpine, ondt i maven og rygsmærter, der betragtes som mere fysiske symptomer og overvejende psykiske symptomer som at føle sig deprimeret, irritabel, nervøs og svimmel. Alle symptomer kan have fysiske eller biologiske årsager, men er ofte hos børn og unge også tegn på såkaldte psykosomatiske reaktioner. Dermed menes, at de skyldes stressreaktioner, der er forårsaget af dårlig trivsel. Hovedpine kan således skyldes muskelspændinger eller migræne, men er oftere et udtryk for dårlig trivsel i eller uden for skolen (Walkie and Poulton, 2002) og har dermed en sammenhæng med barnets generelle livskvalitet. Som en konsekvens af symptomers sammenhæng med stress og dårlig trivsel bør det, at have symptomer hyppigt kræve opmærksomhed fra



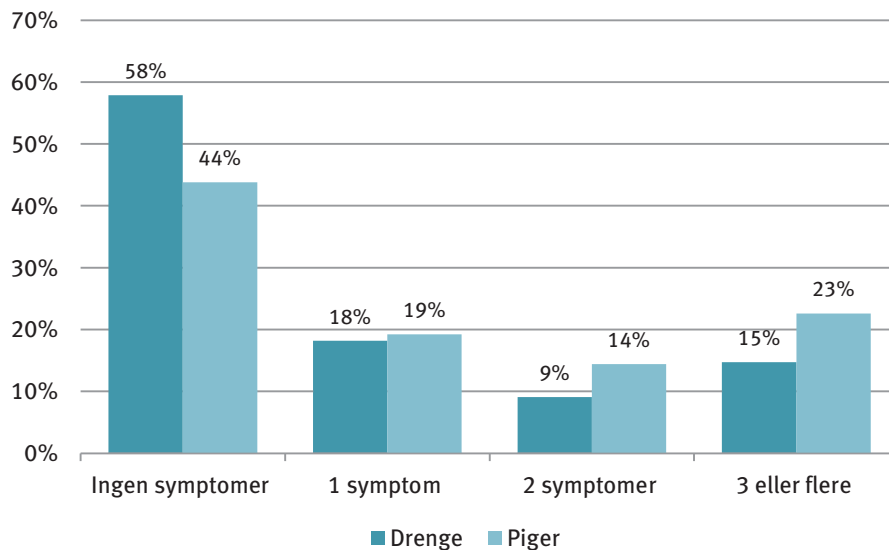
Figur 9.2 Andel i procent af 11-17årige med symptomer hyppigere end 1 gang om ugen i 2006 og 2010 (N= 1699-1838).

omgivelserne, da ikke kun symptomet, men også årsagen til det er en belastning for barnet.

I undersøgelsen blev spurgt til, hvor hyppigt eleven havde haft symptomer i løbet af de sidste halve år *næsten hver dag, mere end en gang om ugen, næsten hver uge, næsten hver måned, sjældent eller aldrig.*

Der var for de fleste symptomer en tendens til, at flere børn havde symptomet hyppigere end 1 gang om ugen i 2010 end i 2006 (Figur 9.2), men der blev kun fundet statistisk forskel for hovedpine, været ked af det eller deprimeret og for at have haft svært ved at falde i søvn (indsovningsbesvær).

Ved undersøgelsen i 2006 blev det fundet, at piger oftere end drenge havde symptomer (Niqlasen et al., 2007). Det gjaldt både de mere fysiske symptomer (hovedpine, rygmerter, ondt i maven) som de mere psykiske symptomer (at have følt sig deprimeret, nervøs eller at have søvnbesvær) og at have haft mindst et symptom hyppigere end en gang ugentligt. Det samme forhold sås igen i 2010, hvor kun 44 % af piger mod 58 % af drenge ikke havde haft symptomer *mere end en gang om ugen*. Der er således den samme kønsforskel mellem drenge og piger i Grønland, som det er fundet tidligere hos europæiske og nordamerikanske børn i HBSC undersøgelsen.



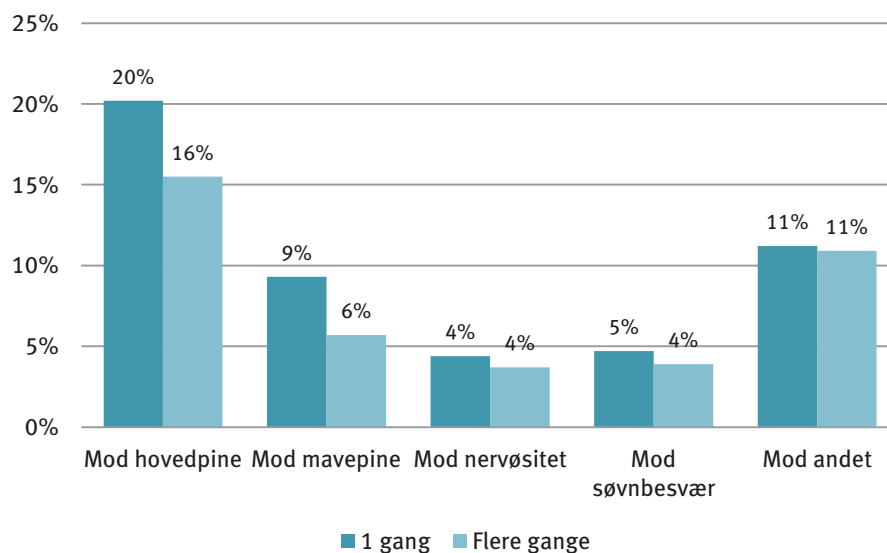
Figur 9.3 Andel i procent af piger og drenge med et eller flere symptomer hyppigere end en gang ugentligt (N=1573).

For alle symptomer, med undtagelse af ondt i maven, sås der en stigende forekomst med stigende alder, men der fandtes ingen forskel på forekomsten af symptomer i forhold til type af bosted (i Nuuk, by eller bygd).

### 9.3 Brug af medicin

HBSC undersøgelsen er den eneste internationale undersøgelse, der monitorerer medicinforbruget hos skolebørn og unge. I undersøgelsens spørgsmål indgår, hvor hyppigt eleven bruger medicin mod fire almindeligt forekommende symptomer: hovedpine, mavesmerter, søvnforstyrrelser og nervøsitet samt ”andre former for medicin” indenfor den sidste måned.

Man ved meget lidt om grønlandske børns brug af medicin. Når man vil analysere børns brug af medicin, så skelner man ofte mellem den medicin, der ordineres af læge eller fra sundhedsvæsenet og den medicin børn indtager på eget eller forældrenes initiativ (selvmedicinering). Der er ingen tidligere undersøgelser af grønlandske børns selvmedicinering og kun to tidligere undersøgelser, der analyserede udskrivningen af alle typer af ordineret medicin. Den nyeste af disse undersøgelser så på ordination af medicin til børn, der henvendte sig på Lægeklinikken i Nuuk i 2001 sammenlignet med 1991. Ved denne undersøgelse fandtes, at i 2001 fik børn i alderen 7-14 år i gennemsnit udskrevet 1,7 medicinske præparater per år. Der blev også fundet en næsten fordobling i antal præparater udskrevet per barn per år fra 1991 til 2001. Piger fik udskrevet mere medicin end drenge (Nielsen, 2006). Det er også generelt i HBSC undersøgelsen fundet, at piger hyppigere bruger medicin end drenge (Hansen, 2003a).



Figur 9.4 Andel i procent af børn, der havde brugt medicin 1 eller flere gange den sidste måned.

Da skolebørn oftest er raske, er deres forbrug af medicin oftest lavt sammenlignet med mindre børn og voksne. Derfor er det alligevel vigtigt at vide noget om skolebørns brug af medicin. Der findes ikke medicin med virkning, der ikke også kan have bivirkninger. Almindelige smertestillende midler, der bruges mod fx hovedpine eller muskelsmerter kan give blødning i mave-tarmkanalen eller leverskader ved et højt forbrug. Nogle smertestillende midler, der kan købes i håndkøb, bliver også hyppigt brugt ved selvmordsforsøg. Samtidig har der været en stigning i børns brug af medicin i mange lande gennem de senere år (Hansen, 2003a; Hansen, 2003b).

En stor del af det samlede medicinforbrug hos børn indtages for almindelige symptomer som fx hovedpine og mavepine. Da disse symptomer også kan afspejle dårlig trivsel hos barnet kan et stort medicinforbrug for almindelige symptomer være et tegn på en mere generel nedsat trivsel eller kan have sammenhæng med stressfaktorer i relationen til omgivelserne. Hyppig brug af medicin kan således være påvirket af andre faktorer end bare symptomer. Det understøttes af, at der er fundet meget stor forskel i brugen af medicin hos børn i forskellige lande og at denne variation i medicinbrug ikke kan forklares ud fra forskellen i hyppighed af de symptomer, som medicinen blev brugt imod (Hansen, 2003a).

Langt den almindeligste grund til at tage medicin var hovedpine (Figur 9.4), som 20 % af børnene havde taget medicin for 1 gang og 15 % havde taget medicin for mere end 1 gang den sidste måned. Det kan undre, at omkring 9 % har indtaget medicin mod nervøsitet og søvnbesvær, da der i undersøgelsen fra Nuuk i 1991 ikke blev udskrevet



sovemedicin eller medicin mod psykiske lidelser til børn og da man fortsat er meget tilbageholdende for at udskrive medicin af denne typer til børn og unge. Der findes dog en del typer af såkaldt naturmedicin, der bruges ved disse symptomer.

Ovenfor blev det fundet, at piger oftere har symptomer end drenge. Derfor er set på om der var forskel mellem andelen af drenge og piger, der ikke har brugt medicin i løbet af den sidste måned (Figur 9.4). Der blev fundet, at piger spiste medicin oftere end drenge, primært fordi de spiste medicin mod hovedpine og mod "andet" hyppigere end drenge, mens der ikke var kønsforskel i andelen, der spiste medicin mod mavepine, nervøsitet og søvnbesvær. Således havde 41 % af pigerne og 29 % af drengene spist medicin mod hovedpine og 26 % af pigerne og 17 % af drengene spist medicin mod "andet" i den sidste måned.

## 10. Ressourcer

Af Birgit Niclasen



De sidste af Inuuneritta's fire strategier omkring den fremtidige forebyggelse og sundhedsfremme indenfor børne- og ungeområdet peger begge på, *at børn og unges sundhed styrkes gennem at højne deres livskvalitet og trivsel og at fremme deres handlekompetence i forhold til en generel sund livsstil.*

Målene for 2007 til 2012 er:

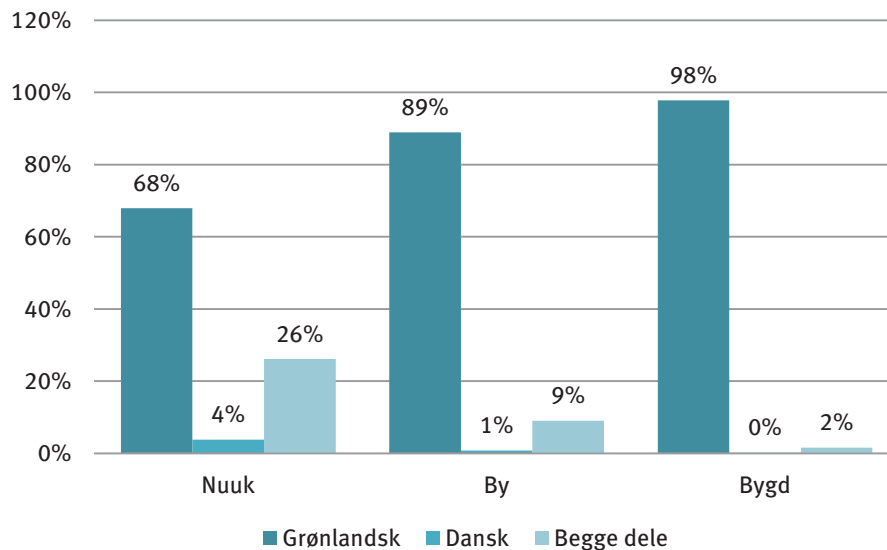
- At skabe øget fokus på omsorg for hinanden – særligt i forhold til børn og unge
- At udvikle børns handlekompetence i forhold til sund livsstil.

Begge disse mål har egentlig baggrund i det enkelte barns personlige ressourcer. De kan derfor enkelt omformuleres til: at styrke børn og unges ressourcer, så de har den viden og det overskud, der skal til for at kunne træffe valg, der sikrer deres sundhed og livskvalitet på langt sigt.

Dette kapitel handler derfor om børnenes opfattelse af deres sociale tilknytning og ressourcer indenfor 4 vigtige områder: hjemland, familie, venner og skole.

### 10.1 Opfattelse af tilknytning

Børnenes opfattelse af tilknytning til det land, de bor i, opfattes som en vigtig ressource dels for dem selv men også for samfundet, da det formentlig har sammenhæng med lysten til at bidrage til landet og til samfundet senere i livet. I undersøgelsen spørges til, om barnet selv betegnede sig som grønlandsk, dansk, både dansk og grønlandsk eller som "andet" – og hvis barnet har svaret "andet", så spørges også til, hvad de så ville betegne sig som.



Figur 10.1 Andelen i procent af børn der betegnede sig selv som grønlandsk, dansk eller begge dele (N=2035 i 2006 og N=1830).

Da andelen af børn, hvis forældre er emigreret til Grønland for en kortere eller længere tid, er meget forskellig om man bor i Nuuk, i en by eller i en bygd er opfattelsen af tilknytning opdelt på bosted.

Som ventet var der langt flest børn i Nuuk, der betegnede sig som danske eller som både danske og grønlandske, mens der omvendt i bygderne var 98 %, der betegnede sig selv som grønlandske. Der var kun i alt 1 %, der betegnede sig selv som "andet" (Figur 10.1). Hvis man sammenligner med 2006, hvor 58 % af børnene i Nuuk og knap 90 % af børnene i bygderne betegnede sig som grønlandske, betegnede flere børn i 2010 sig selv som grønlandere. Det må betragtes som en positiv udvikling.

#### 10.1 Kan tale med far og mor om bekymringer

Socialisering er en proces, hvor en persons holdninger og adfærd ændres hen mod det, der regnes som ønskeligt og nødvendigt for personens rolle i samfundet. Mange elementer har betydning for socialiseringen fx familien, venner, skole og medier. Det er familien, der er barnets første udviklingsmæssige base. Familien anses for at være den allervigtigste ramme for børns udvikling og socialisering, selvom også kammerater og skolen har stor indflydelse (Parker and Buriel, 2006). Det er i familien børn først lærer værdier og normer og mange af disse fastholdes gennem livet. Det er også i familien, at børn skal lære den adfærd, der skal hjælpe dem til at fungere i samfundet udenfor. Det har derfor betydning, at familiestrukturen har ændret sig markant i løbet af de seneste generationer i Grønland. Tidligere tiders storfamilier, hvor børn boede sammen med flere søskende, forældre og bedsteforældre og ofte havde fætre, kusiner og anden familie tæt på, opleves ikke af mange børn og unge i dag. Familierne er

generelt mindre end før og børn har ofte få eller ingen søskende. Mange børn oplever, at familien ændrer sig under deres opvækst. Der kan være tale om, at forældrene bliver skilt, at mor eller far får en ny kæreste, eller måske flytter man til en anden by. Sådanne ændringer eller problemer kan betyde anderledes samvær og anderledes vilkår for børnene i familien.

Kommunikation er en af de vigtigste byggesten for en familie. Det er fundet, at en familie dynamik, der er opfordrer til åben kommunikation har sammenhæng med sundhed og positive sundhedsvaner. I puberteten vil børn i mindre grad uopfordret tale med deres forældre og kommunikation i familien kan alene af den grund blive vanskeligere, men familier med god intern kommunikation tidligere vil have flere ressourcer til at komme igennem dette (Laursen and Collins, 2004).

Der blev i undersøgelsen bl.a. spurgt til, hvor let børnene havde ved at tale med far og med mor om noget, der virkelig bekymrede dem.

En del af børnene angav ikke at have en far eller ikke at se ham. Det gjaldt for 9 % af de børn, der havde besvaret spørgsmålet, men det samme kun var tilfældet for mor for 2 % af børnene. Der er klare kønsmæssige forskelle i hvor godt, børn og unge talte med deres far. Det blev således fundet, at mens 12 % af drengene fandt det svært at tale med deres far om noget, der virkelig bekymrede dem, så gjaldt det næsten dobbelt så mange piger.

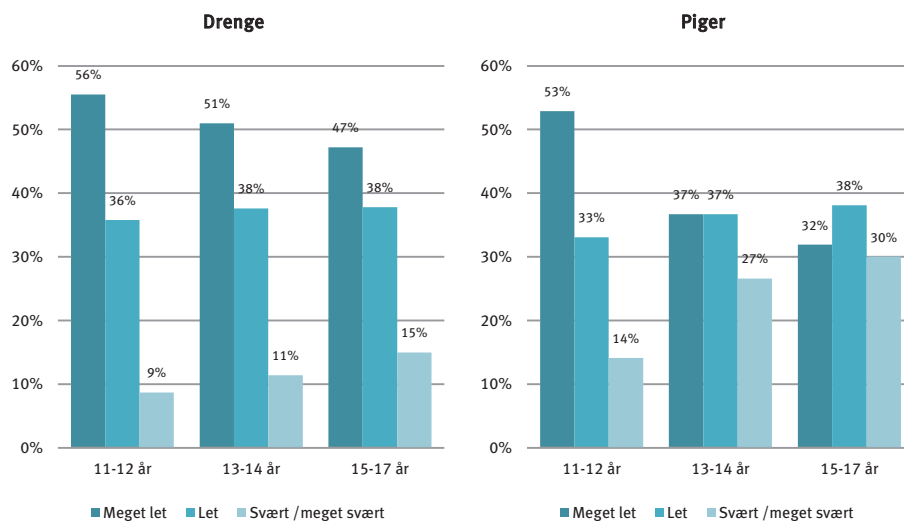
Når det gjaldt om at tale med mor om sine problemer, fandtes ingen forskel mellem drenge og piger. Hos begge køn var det således omkring 60 %, der angav at have meget let ved at snakke med mor om noget, der virkelig bekymrede dem.

Alderen betyder også noget for, hvor let det er at tale med sine forældre. Samlet angav 12 % af de yngste børn, at det var svært eller meget svært at tale med far om noget, der virkelig bekymrede dem, mens det samme gjaldt 23 % af de ældste børn. Der var lidt færre, der synes det var svært at tale med mor om alvorlige bekymringer. Det gjaldt således 5-6 % af de yngste børn og 9-12 % af de ældste. Der var ikke forskel mellem aldersgrupperne på, om drenge vurderede det let eller svært at tale med mor om bekymringer, mens de ældste piger vurderede det som lidt sværere at tale med mor om alvorlige bekymringer sammenlignet med de yngste piger (Figur 10.2 og 10.3).

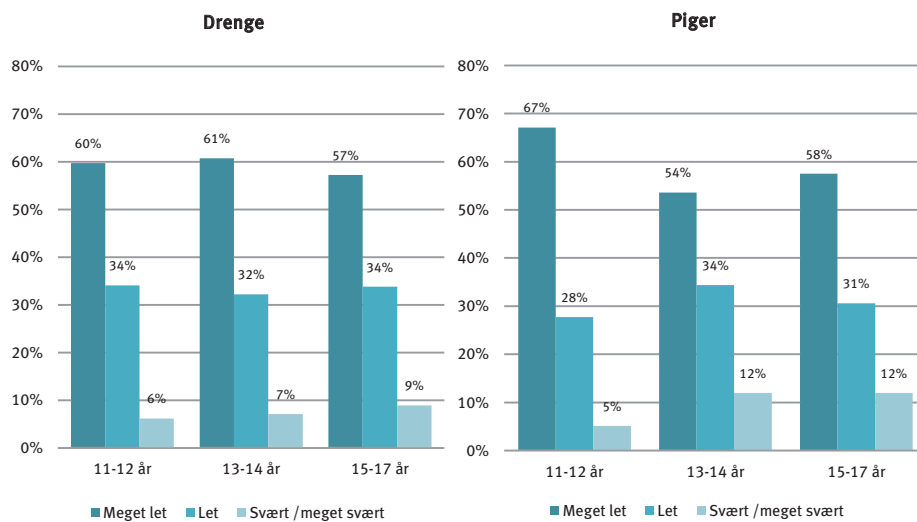
Det blev således generelt vanskeligere at kommunikere med forældrene med alderen og piger fandt det sværere, at kommunikere med forældrene end drenge. Det blev også undersøgt, om der var forskel på, hvor let børnenes syntes, det var at tale med far eller mor i forhold til om børnene boede i Nuuk, i byer og i bygder, men en sådan forskel fandtes ikke.

### **10.2 Venner og forholdet til vennerne**

Den nære familie er en central kilde til praktiske og følelsesmæssige ressourcer for børn, men det øvrige netværk og dermed vennerne spiller en større og større rolle ind i ungdomsårene. Mens forældre- barn relationen giver vigtig vejledning og er



Figur 10.2 Drengene og pigerne vurdering af, hvor let det var at tale med deres far omkring noget, der virkelig bekymrer dem (N=1510).



Figur 10.3 Drengene og pigerne vurdering af, hvor let det var at tale med deres mor omkring noget, der virkelig bekymrer dem (N=1672).

en sikker base til at undersøge ens egen identitet og verdens kompleksitet, så giver relationen til venner hos børn og unge mulighed for at tænke og handle selvstændigt og uafhængigt. Specielt i den tidlige ungdom er begge typer relationer vigtige, men hos større børn bliver relationerne til venner mere intense og betydningsfulde. Venner hjælper hinanden med at skabe identitet og social kompetence. Venner har derfor betydning for unges attituder og adfærd uafhængigt om det er i forbindelse med risikoadfærd eller sundhedsfremmende adfærd.

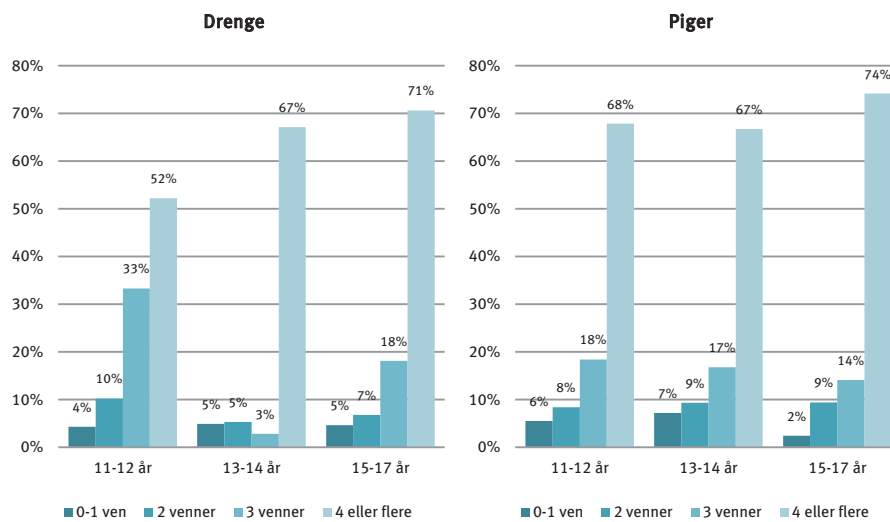
Det er ikke kun antal venner, der betyder noget, men i høj grad det man laver med sine venner og forholdet til dem. Normerne blandt venner for hvilke aktiviteter, der er accepterede er meget forskellige. Det er uafhængigt af om det er sport, deltagelse i frivilligt arbejde eller om man er til fest hver weekend. At dele aktiviteter med venner bidrager til at udviklet et sæt fælles normer og værdier.

Børn og unges sociale liv og følelse af tilknytning til venner har sammenhæng med sundhed og følelsen af livskvalitet og velbefindende. Social isolation under barndom og ungdom vil ofte have negativ betydning for velbefindende og kan være svær at ændre netop fordi manglen på venner giver manglende mulighed for at udvikle sociale færdigheder. En optimal social udvikling fremmes af en vedvarende sund tilknytning til forældre og samtidig sunde bånd til venner. Relationen til vennerne i ungdomsårene er af stor betydning fordi de er god træning i at danne relationer til arbejdskolleger og partnere senere i livet. Vennegrupper kan derfor ses som en støtte og en basis for at lære social processer til trods for, at næsten alle unge kan have grænsesøgende og antisocial adfærd og negativ sundhedsadfærd omkring fx brug af rusmidler (Berndt, 2002). Venskaber har stærk sammenhæng med opfattelse af social støtte, velbefindende, selvtillid and social og følelsesmæssig læring (Due et al., 2003). Der kan være forskel mellem drenge og pigers venskaber. Pigers venskaber er ofte mere lukkede omkring sig selv og at handle om at have samme følelser og have hemmeligheder, mens drenge venskaber oftere handler om at lave aktiviteter sammen. At have et godt forhold til mindst en ven er en af de faktorer, der har den største sammenhæng med følelse af sundhed.

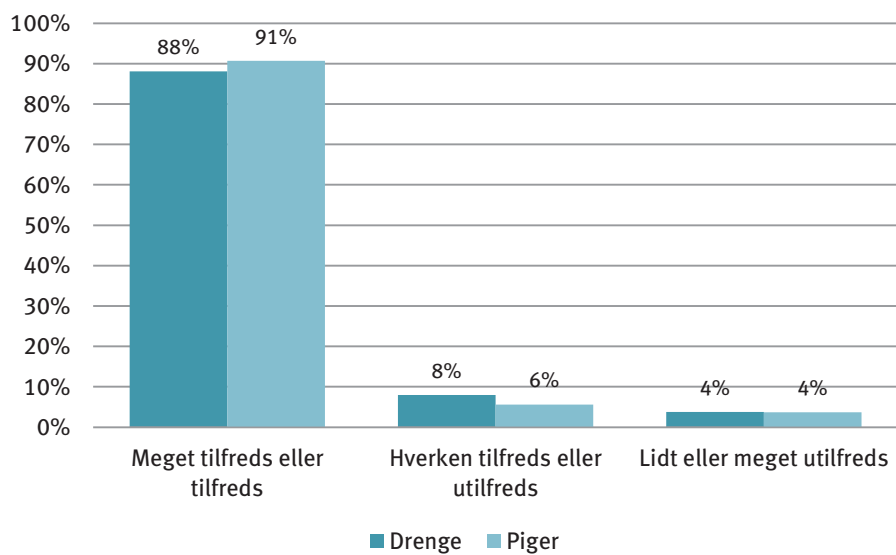
En meget lille andel, omkring 2 %, havde slet ikke nogle venner, mens i alt 64 % af drenge og 70 % af piger havde 4 eller flere venner. For drenge steg andelen med mange venner fra de yngste til de ældste børn, mens der for piger ikke var forskel mellem aldersgrupperne på andelen med mange venner.

I alt 90 % af børnene var tilfredse eller meget tilfredse med forholdet til deres venner. Der var ingen forskel mellem andelen af drenge og piger på andelen, der var tilfredse med deres venner. Der var heller ingen forskel på andelen, der er tilfredse med deres venner, på om børnene boede i Nuuk, i en by eller i en bygd.

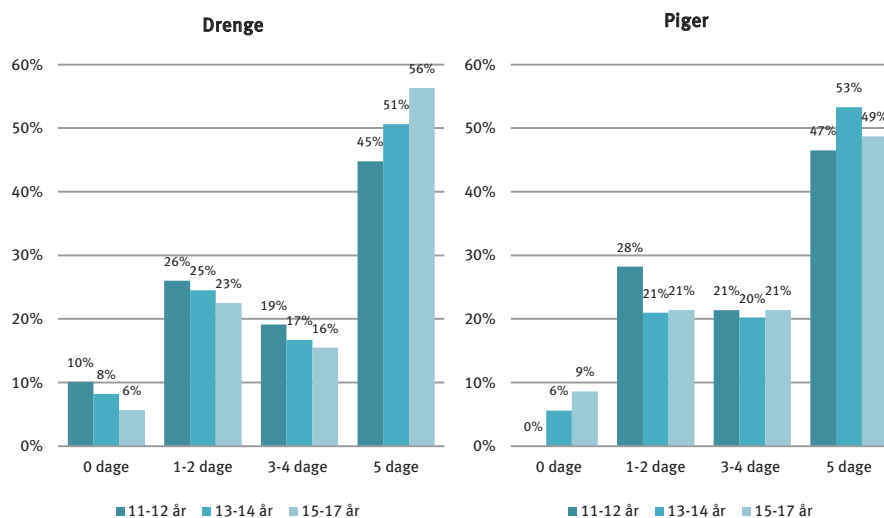
Børnene var ikke kun tilfredse med deres venner, de var også meget sammen med dem. Grønlandske børn er i forhold til børn i de fleste andre lande meget sammen med deres venner både efter skoletid og om aftenen. Omfanget af sociale relationer i fritiden er en betydningsfuld del af skolebørns netværk og rollemodeller blandt ven-



Figur 10.4 Andel i procent af drenge og piger der har 0-1, 2, 3 og 4 eller flere venner (N=1506).



Figur 10.5 Andel i procent af drengenes og pigers, der var tilfredse med deres venner (N=1536).



Figur 10.6 Andel procent af piger og drenge er sammen med venner efter skoletid (N=1963).

ner og kammerater har stor påvirkning på udviklingen af både positive og negative sundhedsvaner. Samtidig har den mængde tid, man er sammen med sine venner, også betydning for, hvor stor indflydelse vennerne har på børns udvikling af vaner, som rygeadfærd, fysisk aktivitet og alkoholforbrug. Da børnene i Grønland er meget sammen med deres venner, kan man forvente, at de har stor indflydelse på hinandens sundhedsvaner.

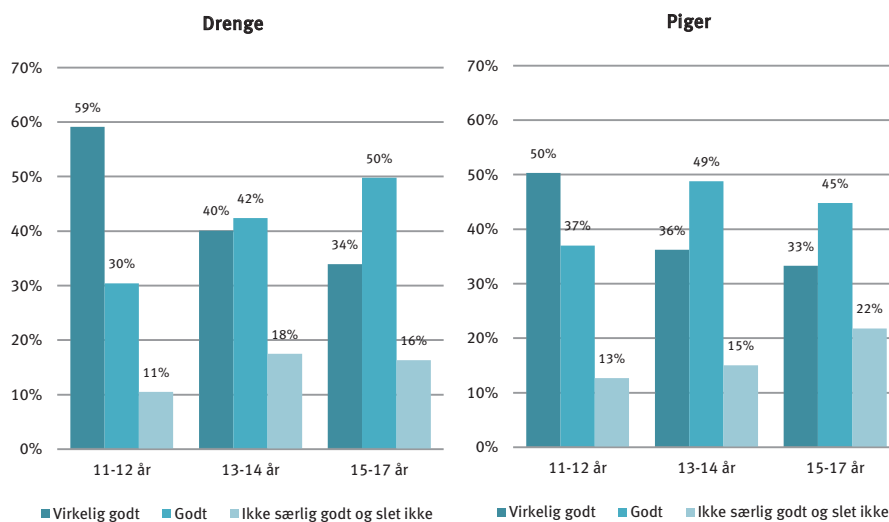
Der var ingen forskel mellem drenge og piger på, hvor hyppigt de var sammen med deres venner efter skoletid, men børn i Nuuk var lidt mindre hyppigt sammen med venner efter skoletid i forhold til børn i byer og i bygder (Figur 10.6).

### 10.3 I skolen

Børn tilbringer en stor del af deres liv i skolen. Skolen fylder meget i børnenes liv og dagligdag. Samtidig er mange af børnenes sociale relationer til skolekammerater. Et godt skolemiljø, der formår at støtte børnene, er en ressource for udviklingen af sundhedsfremmende adfærd og højere livskvalitet, mens et ikke-støttende skolemiljø må opfattes som en risikofaktor. Tidligere HBSC undersøgelser har fundet en stærk sammenhæng mellem skoletilfredshed, selvopfattet helbred og sundhedsadfærd. Generelt er det fundet, at jo mere tilfreds man er med at gå i skole, des sundere føler man sig (Currie et al., 2004).

Da skolen fylder så meget i børns liv, så er børns generelle vurdering af tilfredshed med skolen et kernespørgsmål i HBSC undersøgelsen. Det er et helt generelt fænomen i stort set alle lande i HBSC undersøgelsen at tilfredsheden med skolen falder





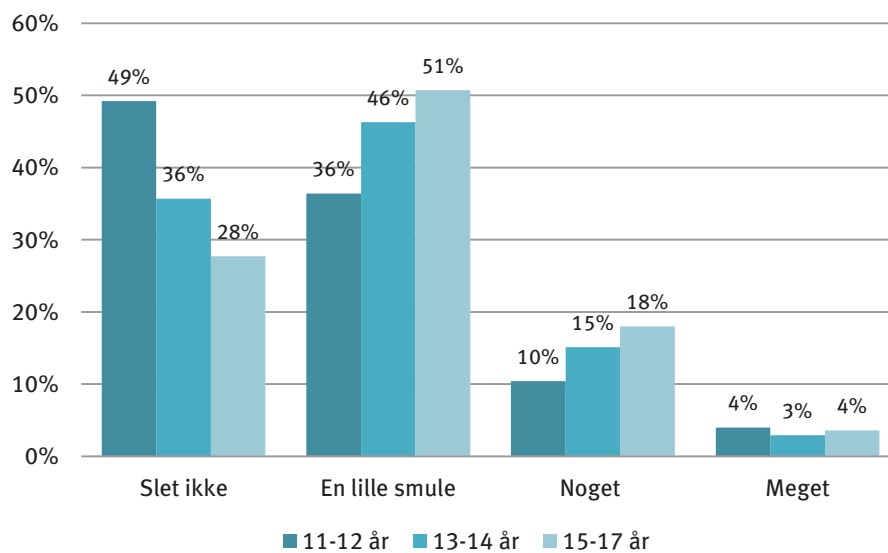
Figur 10.7 Piger og drengenes tilfredshed med skole lige nu (andel i procent) (N=1933).

med alderen. Hvis man ser på andelen af børn, der synes godt eller virkelig godt om skolen var den hos begge køn højest hos de 11-12årige og faldt til det laveste niveau hos de 15-17årige (Figur 10.7).

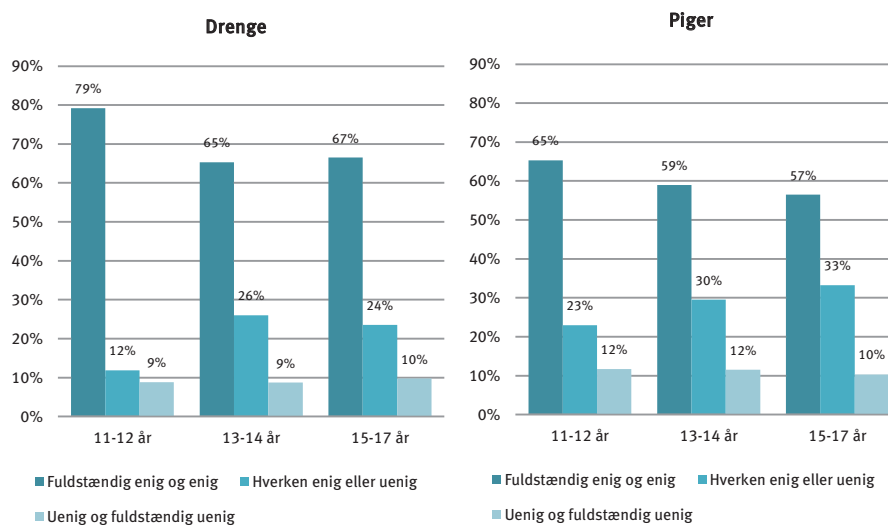
I en opgørelse over udviklingen i skoletilfredsheden fra 1994 til 2006 blev det fundet, at for både de 13-14-årige og de ældste børn var sket et fald i andelen af børn, der *virkelig godt* eller *godt* kunne lide at gå i skole. For de ældste var faldet i andelen af børn, der godt eller virkelig godt kunne lide at gå i skole 12 % fra 1994 til 2006. I 2006 rapporterede 69 % af de ældste børn og 78 % af de 13-14årige, at de virkelig godt eller godt at kunne lide at gå i skole (Niclasen et al., 2007). Denne andel er uændret i 2010 for de ældste børn, mens der fortsat synes at være en faldende skoletilfredshed hos de 13-14årige.

Langt de fleste børn følte sig *slet ikke* eller *kun en lille smule* presset af skolearbejde, men andelen der ikke følte sig presset faldt med alderen (Figur 10.8).

At have det godt i sin klasse er en vigtig del af at have det godt i skolen. I alt 10 % af alle børn er uenige eller fuldstændige uenig i udsagnet: *de andre børn accepterer mig, som jeg er*. Denne andel var den samme for piger og drenge. Der var heller ingen forskel mellem børn i aldersgrupperne 11-12 år, 13-14 år og 15-17 år på andelen, der var uenige eller meget uenige i spørgsmålet om, at de bliver accepteret i klassen. Den ligger på omkring 10 % i alle aldersgrupper (Figur 10.9).



Figur 10.8 Andelen i procent af børn der føler sig presset af skolearbejde (N=1920).



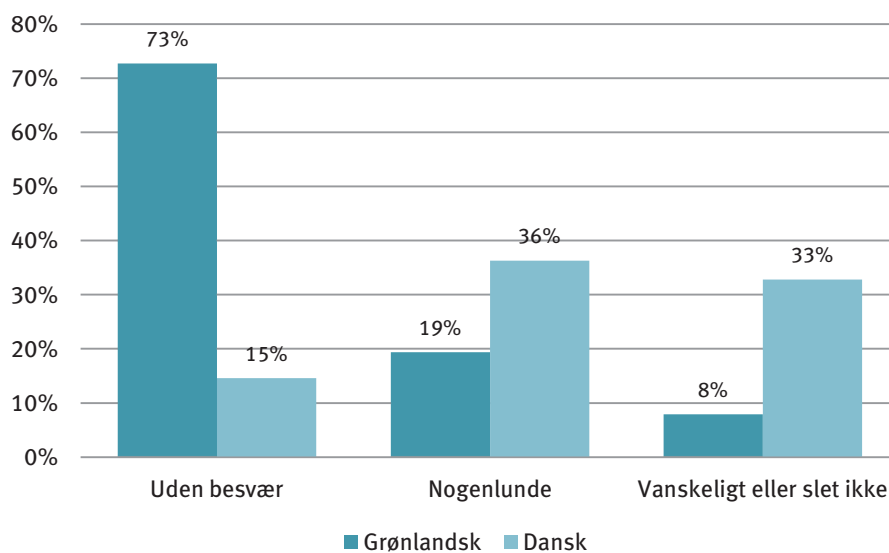
Figur 10.9 Andelen i procent af børn, der angiver sig fuldstændig enige og enige, hverken enige eller uenige eller uenige og fuldstændig uenige i udsagnet: De andre elever accepterer mig, som jeg er (N= 1650).

#### 10.4 Sprog

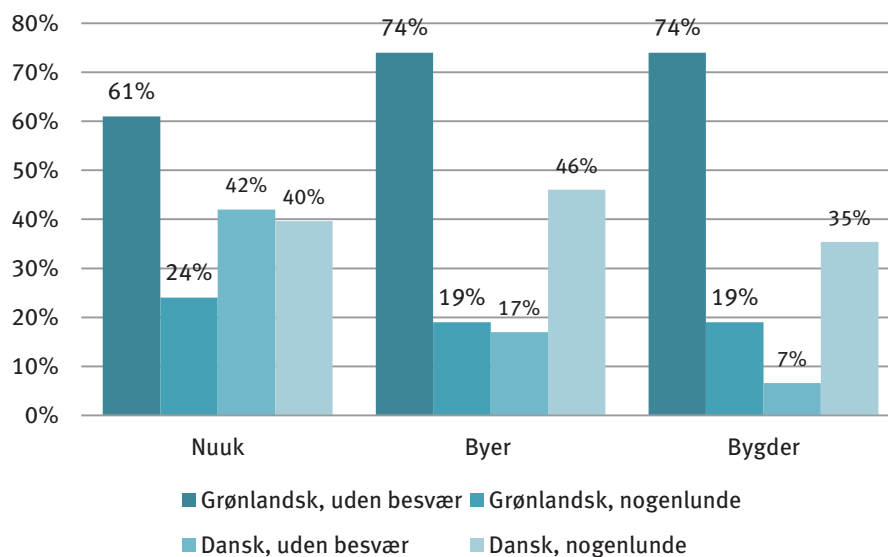
Målsætningen med Atuarfitsialak ("*den gode skole*") indenfor sprogområdet er, at alle børn i den grønlandske folkeskole bliver dobbeltsprogede grønlandsk/dansk eller helst tresprogede med engelsk som det tredje sprog. I alt 73 % angav at tale grønlandsk *uden besvær*, yderligere 19 % angav at tale grønlandsk *nogenlunde*. For dansk angav 15 % at tale dansk *uden besvær*, 36 % angav at tale dansk *nogenlunde* og 33 % angav at tale dansk *vanskeligt eller slet ikke* (Figur 10.10).

Det er meget sandsynligt, at antallet af børn, der taler dansk er overvurderet, da en del børn har valgt at springe netop dette spørgsmål over. Det er således mere end dobbelt så mange børn, der har valgt ikke at svare på spørgsmålet om, hvor godt de taler dansk (i alt 356 børn) sammenlignet med det antal børn, der har valgt ikke at svare på spørgsmålet om, hvor godt de taler grønlandsk (i alt 151 børn).

Hvis man sammenligner med 2006 så fandtes, at dengang angav 12 ud af 100 børn, at de var fuldt dobbeltsprogede (at tale begge sprog uden problemer) og yderligere 43 angav sig delvis dobbeltsprogede, det vil sige taler grønlandsk eller dansk flydende og det andet sprog nogenlunde. 17 af de 100 børn synes hverken, at de taler grønlandsk eller dansk *uden besvær* og af dem angiver 1 at tale både dansk og grønlandsk *vanskeligt* eller *slet ikke*. De samme tal er for 2010, at 10 børn ud af 100 børn, der var fuldt dobbeltsprogede, 41 børn der var delvis dobbeltsprogede, mens 13 børn af 100 angav hverken at tale dansk eller grønlandsk *uden besvær* og heraf angav 2 både at



Figur 10.10 Andel i procent af alle børn, der angiver at tale dansk og grønlandsk uden besvær, nogenlunde og vanskeligt eller slet ikke (N= 2035 for grønlandsk og N=1830 for dansk).



Figur 10.11 Andelen af børn i Nuuk, Byer og bygder der angiver at tale dansk og grønlandsk uden besvær eller nogenlunde.

tale grønlandsk og dansk *vanskeligt* eller *slet ikke*. Ligesom i 2006 var der meget stor forskel på, hvor godt man talte grønlandsk og dansk i forhold til, hvor man boede (Niclasen et al., 2007) (Figur 10.11).

### 10.5 Fødevarerikkerhed

At være klar til at gå i skole handler også om ressourcer i hjemmet. Det gælder også omkring mad. I HBSC undersøgelsen har spørgeskemaet siden 2002 indeholdt et spørgsmål om, hvorvidt eleven gik sulten i seng eller i skole på grund af mangel på mad i hjemmet. Spørgsmålet blev taget med som et spørgsmål, der skulle afspejle fattigdom. Det har vist sig, at spørgsmålet ikke kun handler om fattigdom, men i høj grad også om struktur i hjemmet (Molcho et al., 2007). Grønland havde både i 2002 og i 2006 den laveste andel af børn af alle HBSC undersøgelsen deltagerlande, der aldrig gik sultne i seng eller i skole på grund af mangel på mad i hjemmet.

Diskussionen efter offentliggørelsen af tallene fra 2002 undersøgelsen bidrog til, at det i den fødevarerpolitiske redegørelse i 2004 blev foreslået at lave en landsdækkende skolemadsordning, så alle skolebørn var sikret et sundt måltid i skolen dagligt. Da rapporten fra 2006 undersøgelsen (Niclasen et al., 2007) viste en stigning i andelen, der angav, at de ofte eller altid gik sultne i seng eller i skole på grund af mangel på mad i hjemmet, førte det mere end et år efter offentliggørelsen til stor negativ opmærksomhed i de danske medier. Det gav igen - i visse kredse - anledning til fornægtelsesreaktioner i Grønland. Det er højst usædvanligt med fornægtelsesreaktioner i

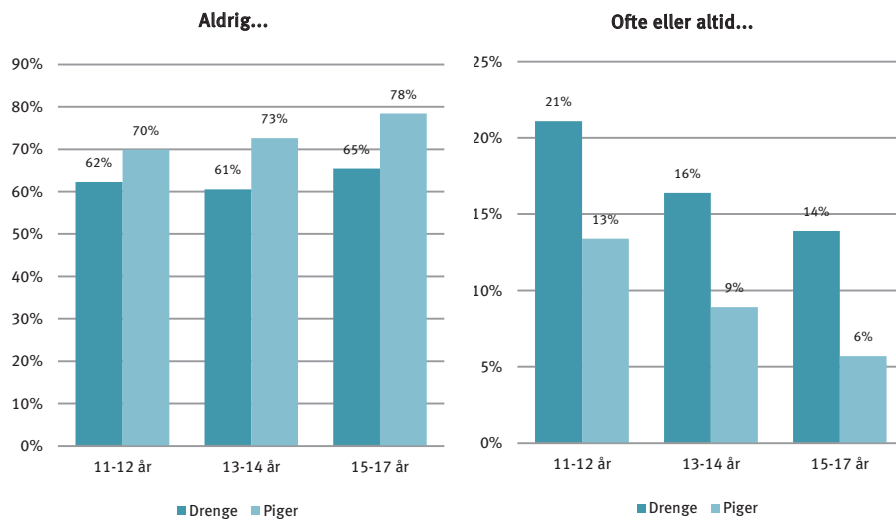
den offentlige debat og det må opfattes til formentlig at afspejle områdets følsomhed i kombination med de kraftige reaktioner udefra. Det er selvfølgelig uhensigtsmæssigt at fornægte børns svar på et område af så stor betydning for deres trivsel og deres mulighed for en god hverdag og en god skoledag. Vi har derfor – efter moden overvejelse – valgt også at bringe resultaterne på dette spørgsmål fra undersøgelsen i 2010.

Det har været diskuteret om tilføjelsen sidst i spørgsmålet ("*fordi der ikke er mad nok hjemme*") bliver forstået af børnene og det kan da ikke udelukkes, at nogle børn misforstår spørgsmålet. Spørgsmålet har også været sat i relation til slankekur, men der er ikke fundet sammenhæng mellem at svare positivt på at gå sulten i seng eller i skole og at være på kur. Det er til gengæld fundet, at flere børn i bygder og i yderdistrikter oplever at gå sulten i seng eller i skole i forhold til børn i Nuuk (Nielsen, 2009).

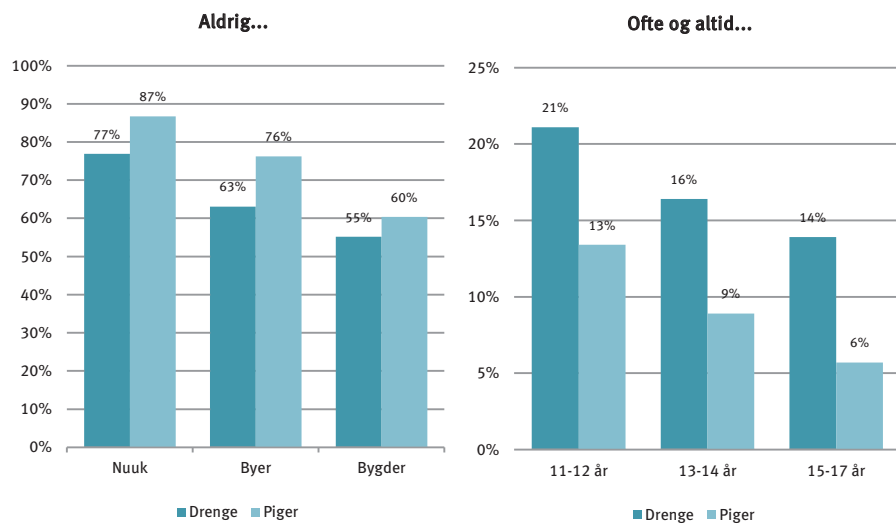
Fra 2002 til 2006 blev fundet et fald i andelen, der *aldrig* oplevede at gå sulten i seng eller i skole, idet denne andel var 59 % ved undersøgelsen i 2006 mod 69 % i 2002. I 2010 fandtes at 68 % af børn havde svaret *aldrig* på spørgsmålet og denne andel var således meget lig andelen i 2002.

Der var dog fortsat store forskelle i andelen, der *aldrig* gik sulten i seng eller i skole på grund af mangel på mad i hjemmet mellem kønnene, mellem aldersgrupperne og i forhold til bosted i Nuuk, i en by eller i en bygd (Figur 10.12). Således var der som i 2006 færre drenge end piger og færre i den yngste aldersgruppe end i den ældste aldersgruppe der har svaret *aldrig* på spørgsmålet. For bosted var der i 2006 flere børn i Nuuk, der svarede *aldrig*, mens andelen, der svarede *ofte* eller *altid* var lavest i Nuuk og højest i bygderne. Den samlede andel af børn, der svarede, at de *ofte* eller *altid* gik sultne i seng eller i skole, fordi der ikke var nok mad i hjemmet, var i 2010 17 %. Det er samme andel som i 2006.

Der var færre drenge, der svarede *aldrig* og flere, der svarede *ofte* og *altid* end piger (Figur 10.13).



Figur 10.12 Andelen af 11-17årige, der angav at de ofte og altid og aldrig går sulten i seng på grund af mangel på mad i hjemmet (N= 1858).



Figur 10.13 Andelen i procent af 11-17årige, der angav at de ofte og altid og aldrig går sulten i seng på grund af mangel på mad i hjemmet (N= 1856).



## 11. Status og fremtidige udfordringer

Af Birgit Niclasen og Christina Schnohr



Inuuneritta er det første grønlandske folkesundhedsprogram med en programperiode fra 2007 til 2012. Processen omkring Inuuneritta var lang og søgte at inddrage hele befolkningen. Da programmet blev forelagt Inatsisartut (Landstinget) i 2006, havde programmets prioriteringer allerede gennem flere år været diskuteret med befolkningen og med professionelle gennem borgermøder, ”gå hjem” møder for sundhedspersonale og i pressen. Forud for programmet blev også udarbejdet en forskningsrapport med status på folkesundhedsområdet hos voksne i Grønland (Bjerregaard, 2004).

Folkesundhedsprogrammets fokusområder opfattes af både politikere, borgere, professionelle og forskere som centrale for at forbedre befolkningens sundhed. Men selvom fokusområderne er centrale set ud fra et sundhedssynspunkt, betyder det ikke nødvendigvis, at det er let at ændre den overordnede samfundsmæssige prioritering eller befolkningens sundhedsadfærd omkring dem. Områder, der har stor betydning for vores sundhed, er næsten automatisk også områder, der har en stærk sammenhæng med, hvordan samfundet er organiseret, vores dagligdag, vores selvopfattelse og vores livskvalitet. Det gør dem svære at ændre. Tænk bare på områder som seksualitet, kostvaner og vaner omkring fysisk aktivitet, rygning og alkohol.

### 11.1 Status i forhold til Inuunerittas mål

HBSC-undersøgelsen i 2010 er et godt udgangspunkt for at beskrive *en halvvejs-status* for Inuunerittas målsætninger frem til 2012 hos børn og unge – også fordi undersøgelsen giver mulighed for at se på den tidsmæssige udvikling fra 2006.

Som det fremgår var der meget stor forskel inden for de enkelte fokusområder på i hvor høj grad, der er sket en forbedring fra 2006 til 2010. Der er derfor forskel mellem områderne på, hvor realistisk det er at nå Inuunerittas mål inden for programperio-



den, men det er positivt, at der ikke er fundet områder, hvor der har været en markant negativ udvikling fra 2006 til 2010.

**Områder med en positiv udvikling.** Omkring *livskvalitet og trivsel* blev fundet en tendens til, at flere børn vurderede deres helbred som virkelig godt, og at flere børn vurderede deres livskvalitet som den bedst mulige i 2010 i forhold til i 2006. Der fandtes fortsat meget store forskelle mellem aldersgrupper og mellem drenge og piger, men ikke på type af bosted. For *kostvaner* blev fundet en positiv udvikling i forhold til at spise frugt og grønt dagligt og ikke at spise slik og drikke sodavand dagligt, men også at udviklingen i Nuuk havde været mere positiv end i byer og bygder. For *tandsundhed* blev generelt fundet en meget positiv udvikling i daglig tandbørstning fra 2006 til 2010, men uændret stor forskel på bosted og fortsat en mindre forskel mellem piger og drenge.

**Områder med stort set uændret status.** For *fysisk aktivitet* blev fundet en uændret andel, der levede op til Ernæringsrådets anbefaling om 1 times fysisk aktivitet dagligt. Samtidig sås de samme forskelle mellem køn og aldersgrupper som tidligere. Flere drenge og flere børn i Nuuk dyrkede hård fysisk aktivitet i fritiden. Selvom grønlandske børn er fundet at være relativt aktive i forhold til europæiske og nordamerikanske, så er der langt igen før alle lever op til Ernæringsrådets anbefaling. For *rusmidler* blev ikke fundet tegn på positiv udvikling fra 2006 til 2010, hverken for andelen af børn i de forskellige årgange, der havde drukket sig fulde, havde prøvet hash eller havde prøvet at sniffe. For *rygning* fandtes ingen positiv udvikling hverken for andelen af børn i de forskellige årgange, der havde prøvet at ryge, eller for andelen af de ældste børn, der var daglig rygere. Omkring unges adgang til rusmidler og tobak samt for deres vurdering af risikoen ved at ryge og bruge rusmidler blev også fundet mulighed for forbedringer. Omkring *sexliv* fandtes, at over halvdelen af 15-årige havde haft samleje, flest piger. Selvom mange havde brugt prævention ved sidste samleje, så var der fortsat en relativt stor andel, der ikke havde.

**Områder med uafklaret udvikling.** For *mobning* fandtes både positive og negative tendenser fra 2006 til 2010. Færre følte sig mobbet, men de mobbede følte sig hyppigere mobbet. For opfyldelse af Ernæringsrådets kostråd fandtes, at børn i bygderne oftere spiste traditionelle grønlandske fødevarer, mens børn i Nuuk i højere grad spiste importerede fødevarer som frugt og grøntsager - og med børnene i byerne som en midtergruppe. Det er ikke muligt, at vurdere om udviklingen på kostområdet har været positiv eller negativ.

### 11.2 Hvad bestemmer vores sundhed

**Sundhed og sygdom ændrer sig med ændringerne i samfundet.** Inuuneritta peger på, at de store ændringer i samfundet har resulteret i ændringer i sygdomsmønsteret hos både voksne og børn. I dag er både voksne og børn generelt mere fysisk raske end nogensinde tidligere, men der ses også flere med kroniske og livsstilsbetingede sygdomme end tidligere (Bjerregaard og Young, 1998, Niclasen og Bjerregaard, 2007).

**Sundhed skabes i samspil med omgivelserne.** Børn har behov for hjælp til at blive sunde og er mere påvirkelige af omgivelsernes positive samspil end voksne. Sundheden udformes i et samspil mellem arv, personlige ressourcer, livsstil, netværk og levekår. For barnet er det familie, venner, skole – og et omgivende samfund, der spænder fra det nære lokalsamfund til det globale samfund.

**Sundhed er ikke ligeligt fordelt i samfundet.** I de fleste lande findes en forskel i sundhed mellem dem, der er øverst og dem, der er nederst på samfundets stige, samtidig med, at hvert lille trin op ad samfundsstigen ofte er et lille trin mod bedre sundhed (Victoria et al., 2003). Der er også fundet forskelle i sundhed hos både voksne og børn ud fra hvor i Grønland man bor (Bjerregaard og Dahl-Petersen, 2008; Niclasen, 2009). Det gælder også blandt børn, hvor der også på nogle områder er fundet forskelle på sundhedsadfærd (Niclasen, 2009), der samlet betød, at de områder, der havde defærest økonomiske ressourcer også havde den største andel af børn, hvis sundhed er truet af faktorer uden for barnets og familiens umiddelbare indflydelse.

**Positive sundhedsvaner er heller ikke ligeligt fordelt.** Vi ved, at befolkningen i yderdistrikterne og i de lavere sociale grupper oftere har negative sundhedsvaner. Det gælder hos voksne fx omkring rygning og indtagelse af større mængder alkohol ved samme lejlighed (Bjerregaard og Dahl-Petersen, 2008). I denne undersøgelse og i tidligere HBCS undersøgelser er også fundet, at sundhedsadfærd som fx at have sunde måltidsvaner, at spise morgenmad, at børste tænder, at ryge og at dyrke hård fysisk aktivitet var ulige fordelt på bosted. Samtidig udviste ressourcer som fødevarerikkerhed og sproglige kompetencer den samme skævhed. Det enkelte barns mulighed for at have sunde vaner og få et sundt liv påvirkes således af demografiske, sociale og økonomiske forskelle og af praktiske muligheder, som det ikke har indflydelse på.

### 11.3 Hvordan kan alles sundhed sikres?

Selvom Inuuneritta anerkender livsbetingelsernes betydning for den enkeltes sundhed, så sætter programmet overvejende fokus på sundhed som den enkeltes ansvar og peger mest på nødvendigheden af livsstilsændringer. Inuunerittas fokus på enkeltindviders ansvar for egen sundhed i stedet for på de bagvedliggende samfundsforhold kan betyde, at programmet ikke får så stor positiv betydning for folkesundheden, som det er ønsket.

Hvis vi vil sikre alle børn de samme muligheder for et sundt liv, er det nødvendigt i højere grad at analysere og forbedre de rammer, det enkelte barns sundhed skabes i. Man opererer i det sundhedsfremmende arbejde med 3 niveauer, der påvirker den enkeltes sundhed. Det gælder det overordnede besluttende niveau, det lokale niveau og i familien samt det individuelle niveau.

Det overordnede besluttende niveau er i Grønland selvstyret. Selvstyret har lovgivningskompetencen og dermed mulighed for at øve indflydelse på faktorer, som har stor betydning for den enkeltes sundhed. Det er faktorer som *uddannelse, erhverv, arbejdsforhold, indkomst/økonomiske forhold, boligforhold og demografiske forhold*. De opfattes som grundlæggende og som "årsagerne bag årsagerne" til forskel

i sundhed (World Health Organization, 2008). Disse faktorer påvirkes igen fra endnu mere overordnede faktorer som fx den globale økonomi og teknologiske muligheder. Det lokale niveau er kommunen, lokalsamfundet, skolen, sundhedsvæsenet og til dels familien og dermed *den sociale, fysiske, arbejdsmæssige og miljømæssige sammenhæng, som det enkelte individ lever sit liv i*. På det individuelle niveau *indgår faktorer af betydningen for sundheden hos den enkelte* som fysiologiske og biologiske forhold (Turrell et al., 1999).

#### **11.4 Basis for sundhedsfremmende indsatser**

Tanken om at hele samfundet skal involveres for at fremme befolkningens sundhed blev lanceret af WHO allerede i 1986 med det såkaldte Ottawa charter (World Health Organization Regional Office for Europe, 1986). Det påpeger, at sundhedsfremme kræver en koordineret indsats af alle implicerede sektorer (regering, sundhedssektor, sociale sektorer, private og frivillige organisationer, kommunen og kommunale institutioner, arbejdspladser og medier). Samtidig bør sundhedsfremmende strategier og planer tilpasses de lokale behov og muligheder og tage hensyn til sociale, kulturelle og økonomiske aspekter. Chartret peger på, at vi på alle områder må arbejde for at gøre "de sundere valg til de lette valg", at arbejde mere målrettet mod "at skabe sundhed" og at distribuere ressourcerne efter de relative behov i befolkningen. Men det er stadig vigtigt at fastholde, at forskellige mennesker har forskellige muligheder for at træffe sunde valg – og dermed undgå at manglende forudsætninger for at træffe sunde valg forveksles med manglende vilje. Det er også vigtigt at have øje for, at unges sundhedsvaner ikke falder ned fra himlen, men er dybt afhængige af vaner i og påvirkninger fra omgivelserne. Børn og unge skal også føle, at vi vil dem – ikke at vi bebrejder dem.

#### **11.5 Viden er ikke nok til at skabe adfærdsændringer**

Den danske filosof Søren Kierkegaard har sagt: *Hvis du vil føre en person fra et sted til et andet, så må du møde ham, der hvor han er*. Det kan betragtes som en grundsætning i det (sundheds) pædagogiske arbejde. Det er også de samme tanker omkring kulturelt baseret læring, der ligger bag Atuarfitsialak, den gode skole, og den kommende gymnasiereform, hvoraf det fremgår: *"International forskning viser, at unges faglige udbytte af undervisning øges, når der opbygges en stærk forbindelse mellem elevernes læring i skolen og deres hverdagsliv udenfor"*.

Men viden alene er ikke nok til at skabe adfærdsændringer. Der skal mere til. Det store spørgsmål inden for sundhedspædagogik har gennem snart mange år været: *"Hvorfor gør de ikke, som vi siger?"* eller sagt på en anden måde: *"Hvorfor er viden ikke nok til at ændre vores adfærd?"* Vi ved alle godt, at det ikke er sundt at ryge, at vi skal spise mindre sukker, at vi skal dyrke mere motion, og at mange af os har et alkoholforbrug, der er potentielt skadeligt for vores sundhed. Adfærdsændringer kræver både viden, motivation og støtte - og faktiske muligheder.

#### **11.6 Skolens rolle i det sundhedsfremmende arbejde**

Som tidligere påpeget har folkeskolen en vigtig opgave i at fremme børns sundhed (Niclasen et al., 2007). I §2 i forordningen for Atuarfitsialak (den gode skole) står

*”Folkeskolens opgave er i samarbejde med hjemmet at medvirke til at fremme elevens sundhedsmæssige, sociale og emotionelle udvikling” og at ”Folkeskolen skal tilbyde et sundt og trygt læringsmiljø”.*

Skolen kan være med til at sikre bedre folkesundhed alene gennem at sikre, at alle børn udvikler deres evner fuldt ud og ved at arbejde for, at alle børn får mulighed for at få en uddannelse. Men skolen kan ikke kompensere for manglende omsorg, udækkede fysiske behov og manglende økonomiske eller praktiske ressourcer. Det er forældre, daginstitutioner og eventuelt de kommunale myndigheder, der skal sikre at børnene er fysisk, psykisk og socialt klare til at komme i skole og deltage i skolens sociale liv.

Skolen er vigtig i det sundhedsfremmende arbejde fordi skolen når alle børn i en lang periode af deres liv. Da skolens kerneydelse er læring, bør de sundhedsfremmende indsatser i skolen have fokus på at opnå indlæringsmæssige og sociale resultater. En vigtig forudsætning for, at det kan lykkes, er, at der er enighed blandt elever, lærere og forældre omkring, hvad målene for den sundhedsfremmende indsats er. En god måde til at opnå dette er i fællesskab at udarbejde en skolesundhedspolitik. Skolens sundhedsfremmende indsatser bør have udgangspunkt i læreplaner og kan med fordel inddrage skolens miljø og skolesundhedstjenesten.

Inden for Inuunerittas fokusområder har skolen et særligt ansvar omkring mobning, men også omkring fysisk aktivitet, ligesom skolen har god mulighed for at påvirke til sunde kostvaner og sunde måltidsvaner. Dette kan ske i samarbejde med forældre, lokale handlende og kommunen. Kommunen har det overordnede ansvar for at sikre opfyldelsen af målsætningen om, at alle børn skal tilbydes et sundt måltid i skolen.

Mange har store forventninger til skolens rolle omkring at eleverne sikres ikke kun viden om rusmidler og et sundt sexliv, men også at skolen kan påvirke til egentlige adfærd ændringer. Der er ikke tvivl om, at skolen har en stor rolle omkring at sikre viden om rusmidler og sex, men som det fremgår i kapitel 6 og kapitel 8, er der mange forhold, der påvirker beslutninger omkring rusmidler, som skolen ikke har mulighed for at påvirke. Speciel familie og kammerater har stor indflydelse. Mange skoler forsøger i dag at få forældrene til at lave indbyrdes forpligtende aftaler omkring, hvordan rygning og rusmiddelbrug blandt børnene skal håndteres. På trods af et forbud mod at sælge både alkohol og cigaretter til børn under 18 år og på trods af, at det er forbudt at ryge på og ved institutioner for børn og unge, så er der mange børn og unge, der ryger og/eller har været fulde. Samtidig angiver mange børn og unge at det er let at få fat i både alkohol og cigaretter. Det tyder på, at de voksne og måske detailhandelen har svært ved at bidrage til, at intentionerne om at beskytte børn og unge mod brug af rusmidler støttes. Der er langt fra Inatsisartuts beslutninger til den enkelte elev, men ganske kort fra skolebestyrelsen på de lokale skoler til de samme børn. Ved at inddrage forældrene og lokalsamfundet i skolens sundhedspolitik omkring de unges brug af rusmidler vil der ske en langt hurtigere udbredelse af normer for rygning og brug af rusmidler.

Der er i øjeblikket et stort fokus på børn og unges forhold i Grønland – også politisk. Dels i Naalakkersuisuts (Landsstyrets) koalitionsaftale, men også i Skatte- og Velfærdskommissionens rapport og ikke mindst i ønsket om, at der udarbejdes en sammenhængende tværsektoriel børne- og ungestrategi. Vi håber, at disse initiativer prioriteres ud fra viden om deres effektivitet i forhold til deres omkostninger, og at de sikres de nødvendige økonomiske og praktiske ressourcer – således at alle børn sikres de bedste muligheder for fysik, psykisk og social sundhed.

## Litteratur

Acheson D. 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, 1988.

Ahlstrom S. (ed.). Gender differences in youth drinking cultures London: Ashgate, 2007.

Berndt T J. Friendship Quality and Social Development. *Current Directions in Psychological Science* 2002;11:7-10.

Bjerregaard P. Folkesundhed i Grønland. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal* 1:2004 Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2004.

Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK (eds.) Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007 København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

Bjerregaard P, Young TK. The Circumpolar Inuit - health of a population in transition København: Munksgaard, 1998.

Bond L, Al E. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal* 2001;323:480-4.

Booth ML, Okely AD, Chey T, Bauman A. The reliability and validity of the physical activity questions in the WHO health behaviour in schoolchildren (HBSC) survey: a population study. *British Journal of Sports Medicine* 2001;35:263-267.

Camenga D, Klein J, Roy J. The changing risk profile of the American adolescent smoker: implications for prevention programs and tobacco interventions. *Journal of Adolescence Health* 2006;39:120.e1-e10.

Cantrill H. The pattern of human concern, New York: Rutgers University Press, 1965.

Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports* 1985;2.

Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research Journal* 2006;15:1577-85.

Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D. Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents København: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samtal O, Al E. Young People's Health in a Context. Health Policy for Children and Adolescents København: World Health Organization, 2004.

Curtis T, Larsen HB, Helweg-Larsen K, Pedersen CP, Olesen I, Sørensen K, Jørgensen ME, Bjerregaard P. Unges trivsel i Grønland 2004 Inussuk Arktisk Forskningsjournal 1:2006 Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2006.

Department of Child and Adolescent Health and Development. Contraception, issues in adolescent health and development. København: WHO Regional Office for Europe, 2003.

Due P, Al E. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health* 2005;15:128-32.

Due P, Holstein BE, Schultz JP. Mobning som sundhedstrussel blandt store skoleelever. *Ugeskrift for Læger* 1999;161:2201-6.

Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socio-economic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:692-8.

Ekelund U, Brage S, Froberg K, Harro M, Anderssen SA, Sardinha LB. TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. *PLoS Medicine* 2006;3:e488.

Gabhainn SN, Godeau E, Baban A, Boyce W, The HBSC Sexual Health Behaviour Focus Group. How well protected are sexually active 15 year olds across Europe and Canada? Data from the 2006 WHO-HBSC study. *International Journal of Public Health* 2009;54 (Suppl 2):209-15.

Godeau E, Gabhainn SN, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse - results from 24 countries. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2008;162:66-73.

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

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *The Annals of Pharmacotherapy* 2003;37:361-6.

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Wold B, Currie CE. Time trends in medicine use among adolescents in ten industrialised countries. *European Journal of Public Health* 2003;13(4):43.

Hansen JC (ed.). Grønlandsk kost - en miljømedicinsk vurdering. Nuuk Grønlands Hjemmestyre, 2000.

Harel-Fisch Y, Al E. Negative school perceptions and involvement in school bullying: A universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence Health* 2010 (online dec 2010).

Haugejorden O, Birkeland JM. 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* 2006;64:368-75.

Idler EL, Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38:21-37.

Irwin CE, Igra V, Millstein S. Risk-taking behaviour in adolescents: the parasigm. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997;28:1-35.

Kandel DB (ed.). Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis, New York: Cambridge University Press, 2002.

Kelleher C, Tay J, Gabhainn S. Influence on self-rated health of socio-demographic, lifestyle and affluence factors: an analysis of the Irish and International Health Behaviours Among School-Aged Children (HBSC) datasets 1998. *Irish Medical Journal* 2007;100:43-6.

Kitzmann KMEA. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:339-52.

Laursen B, Collins WA (eds.). Parent-child communication during adolescence, Mahwah: NJ Erlbaum, 2004.

Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal* 2000;50:129-139.

Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Toothbrushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal* 2006;56:159-167.

Matthisessen J, Rothausen BW, Sørensen MR, Biltoft-Jensen A, Trolle E, Kørup K, Bay H, Groth MV. Fysisk aktivitet i den voksne danske befolkning 2003 – 2006 . Med fokus på anbefalingerne for fysisk aktivitet. København: DTU og Fødevareinstituttet, Afdeling for Ernæring, 2009.

Molcho M, Gabhainn SN, Kelly C, Friel S, Kelleher C. Food poverty and health among schoolchildren in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study. *Public Health Nutrition* 2007;10:364-70.



Mortimer J, Larson R (eds.). *The Changing Adolescent Experience: Societal trends and the Transition to Adulthood*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.

Niclasen B. Børns sundhed i socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta- Folkesundhedprogrammet. Nuuk: Meeqqat Inuusuttullu Pillugit Illisimasaqarfik, 2009.

Niclasen B, Bjerregaard P. Child Health in Greenland. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007;35:313-22.

Niclasen B, Løngaard K, Laursen LK, Schnohr C. Sundhed på toppen. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal* 1-2007. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2007.

Niclasen B, Løngaard K, Laursen LK, Schnohr C. Peqqineq pitsaanerpaq. *Inussuk Arktisk forskningsjournal* 1-2008. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2008.

Niclasen B, Rasmussen M, Borup I, Schnohr C. The intake of fruit and sweets in rural and urban Greenland - development from 1994 to 2006 *International Journal of Circumpolar Health*, 2010. Accepteret.

Niclasen B, Schnohr C. 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* 2008;67:299-307.

Niclasen BV-L. Changes in drug prescription over a decade to an Arctic child population. *Acta Pædiatrica Scandinavica* 2006;95:1456-60.

Parker RD, Buriel B (eds.). *Socialization in the family: Ethnic and Ecological Perspective*, New York: Wiley, 2006.

Pedersen JM. *Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn*. DIKEs Grønlandsskrifter. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1997.

Pedersen JM. *Den grønlandske folkeskole – et arbejdsmiljø for skolebørn* Nuuk: Ineri-saavik, 2000.

Raitakari OT, Leino M, Rakkonen K, Porkka K, Taimela S, Rasanen L, Viikari J. Clustering of risk habits in young adults. *The Cardiovascular Risk in Young Finns Study*. *American Journal of Epidemiology* 1995;142:36-44.

Sallis JF, Conway TL, Prochaska JJ, McKenzie TL, Marshall SJ, Brown M. The association of school environments with youth physical activity. *American Journal of Public Health* 2001;91:618-20.

Schnohr C, Niclasen BV. Bullying among Greenlandic schoolchildren: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health* 2006;65:305-12.

Schnohr C, Pedersen J, Alcón M, Niclasen B. Sundhed og helbred hos skolebørn i Grønland fra 1994 til 2002. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal* 2-2004. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2005.

Swinburn B, Shelly A. Effects of TV time and other sedentary pursuits. *International Journal of Obesity (London)* 2008;32:S132-6.

Troelsen J, Roessler KK, Nielsen G, Toftager M. De bolignære områders betydning for sundhed. Hvordan indvirker bolignære områder på sundheden – og hvordan kan udformingen gøres bedre. Institut for idræt og biomekanik: Københavns Universitet, 2008.

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, 1999. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, 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* 2003;362:233-41.

Vindfeld S, Schnohr C, Niclasen B. Trends in physical activity in Greenlandic schoolchildren from 1994 to 2006. *International Journal of Circumpolar Health* 2009;68:42-52.

Walkie KE, Poulton R. The burden of illness associated with headache disorders among young adults in representative cohort study. *The Journal of Head and Face Pain* 2002;42:612-.

World Health Organisation. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2013: Breaking the chain of transmission. Geneva: World Health Organization, 2007.

World Health Organisation. 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, 2008.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Ottawa Charter for Health Promotion. København: World Health Organization Regional Office for Europe, 1986.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Health21: The health for all policy frameworks for the WHO European Region. European Health for all Series No. 6. København: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Public health action for healthier children and populations. The European Health Report 2005. København: World Health Organization, 2005.

World Health Organisation Regional Office for Europe. European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. København: World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.

## Bilag 1. Deltagelsen i undersøgelsen i 2010

Af Birgit Niclasen



I de fleste øvrige lande, der deltager i HBSK undersøgelsen baseret dataindsamlingen på et udvalg af skoler med cirka 1500 elever i hver af de klassetrin, der svarer til 5., 7. og 9. klasse i Grønland.

På grund af et relativt lille antal skoleelever i Grønland tilbydes alle landets skoler at deltage. I 2010 blev alle landets folkeskoler med elever i 5. til 10. klasse inviteret til at deltage. Specialskoler deltog ikke. I de tidligere undersøgelser indgik elever i 6. til 11. klasse, men 11. klasse blev afskaffet i 2008 som en af mange følger af skolereformen, Atuarfitsialak (den gode skole).

Deltagelsen i 2010 er både udregnet på baggrund af det totale antal elever i 5.-10. klasse i Grønland og på baggrund af antal af elever i 5.-10. klasse på de deltagende skoler. Svarprocenterne fremgår af tabel 1. Tabellen er lavet ud fra opgørelser af antal elever fra KIINs (Direktoratet for Kultur, Undervisning, Forskning og Kirke) publikation "Folkeskolen i Grønland".

Bilagstabel 1.1. Antal besvarelser, antal elever og deltagerprocenter.

	2010
Antal besvarelser (b)	2.182 elever
Antal elever i 5. - 10. klasse på inviterede skoler (a)	5.452 elever
Andel elever i 5. - 10. klasse på de deltagende skoler (c)*.**	3.374 elever
Deltagerprocent af alle inviterede elever ( $100 \times b/a$ )	40,0 %
Deltagerprocent på de deltagende skoler ( $100 \times b/c$ )	64,8%

\* Det er forudsat i beregningen, at elever i specialklasser er ligeligt fordelt på årgangene. De medtages derfor med en faktor 0.6.

\*\* 2 skoler i Nuuk tilmeldte klasser.

De deltagende 42 skoler var fordelt over hele landet. Deltagelsen fordelt på kommuner er vist i Tabel 2.2. Denne viste, at den laveste deltagerandel i forhold til alle elever var i Kommuneqarfik Sermersooq, mens den laveste andel af elever på deltagende skoler fandtes i Kujalleq Kommunia.

Bilagstabel 2.2. Deltagende indenfor de enkelte kommuner (% andel).

Kommune	2010			
	Kujalleq	Sermersooq	Qeqqata	Qaasuitsup
Bosteder med deltagende skoler	Nanortalik Aappilattoq Qaqortoq Narsarsuaq Qassiarsuk	Nuuk (ASK, Nuussuaq, Qorsussuaq) Tasiilaq Kuumiut	Maniitsoq Napasog Kangaamiut Sisimiut Itilleq	Kangaatsiaq Attu Ikarasaarsuk Niaqornarsuk Aasiaat Akunnaq Kitsissuarsuit Qasigiannugit Ilulissat Ilimanaq Qeqertarsuaq Kangerluk Nioqornat Ikerasak Saattut Ukkusissat Nuugaatsiaq Upernavik Kangersuatsiaq Aappilattoq Innarsuit Tasiusaq Nutaarmiut Kullorsuaq Qaanaaq
Deltagerprocent i alt	35,2%	20,5%	69,8%	58,5%
Deltagerprocent på deltagende skoler	48,9 %	59,3 %	70,0 %	67,5 %

## Bilag 2. Undersøgelsens spørgsmål



### KAPITEL 3

Her er et billede af en stige. Toppen af stigen '10' er det bedste mulige liv for dig og bunden '0' er det værste mulige liv for dig. Hvor på stigen føler du, at du står lige for tiden?

*Afkryds feltet ud for det tal, der bedst beskriver, hvor du står.*

Aajuku tummeqqat. Qutsinnerpaaq '10' tassa inuuneq ilinnut pitsaanerpaaq, atsinnerpaarluk '0' tassa inuuneq ilinnut ajornerpaaq. Massakkut tummeqqani sumi inissimasutut misigisimavit?

*Krydsilerfissaq illit inissimasutut misigininnut tulluussorisat krydsileruk.*

Hvordan synes du, at dit helbred er?

Med svarmulighederne: *virkelig godt, godt, nogenlunde, dårligt.*

Peqqissutsit qanoq ippa...?

Akissutissatut periarfissaralugit: *pitsaalluinnarpoq, ajunngilaq, naammaannarpoq, ajorpoq.*

### KAPITEL 4

Hvor mange gange om ugen plejer du at spise eller drikke...?

Frukt, grøntsager, slik eller chokolade, Coca Cola eller sodavand med sukker.

Med svarmulighederne: *aldrig, mindre end 1 gang om ugen, 1 gang om ugen, 2-4 dagen, 5-6 dage om ugen, en gang om dagen, hver dag, flere gange hver dag.*

**Sap. akunneranut qasseriarlutit uku nerisarpigit imertarpigilluunniit .... ?**

Paarnat, naatitat, mamakujuit (sukkuaqqat sukkulaatilluunniit), Coca Cola imalt. sodavandit sukkullit allat.

Akissutissatut periarfissaralugit: *pinngisaannarpakka; sap. ak. ataasiarnangaluunniit; sap. ak. ataasiarlunga; sap. ak. 2-4; sap. ak. 5-6; ullormut ataasiarlunga; ullut tamaasa; ullut tamaasa arlaleriarlunga.*

**Hvor ofte spiser du følgende?**

Sælkød; hvalkød (fx hvidhval, narhval, sildepisker); fuglevildt (fx alk, rype); fisk; rensdyr, moskusokse, hare; lam; færdiglavede middagsretter (forårsruller, dåsemad o.l.); hjemmelavet varm mad; kartofler; rugbrød; smør; ost; æg; frisk frugt eller bær; mælk, yoghurt, ymer.

Med svarmulighederne: *hver dag, 4-6 gange om ugen, 1-3 gange om ugen, 2-3 gange om måneden, 1 gang om måneden eller sjældnere, aldrig.*

**Qanoq akulikitsigisumik uku nerisarpigit?**

Puisip neqaa; arferup neqaa (ass. qilalugaq qaqorta, qilalugaq qernertaq, tikaagullik); timmissat (ass. appa, aqisseq); aalisakkat; tuttut, umimmaat, ukaleq; savaaraq; nerisassat sanariikkat uunnatassat (forårsrullit, qillertuusarmiut ass.); naatsiat; iffiat; punneq; immussuaq; manniit; paarnat/naatitat nutaat; immuk, yoghurt, ymer

Akissutissatut periarfissaralugit: *ullut tamassa, sap.ak 4-6, sap.ak.1-3, qaammammut 2-3, qaammammut ataasiaq imal. akuttunerusumik, pinngisaannarpakka.*

**På skoledage, hvor spiser du oftest frokost?**

Med svarmulighederne: *i skolen; hjemme, hjemme hos andre; grillbar; cafe eller restaurant; et andet sted, hvor?; jeg spiser aldrig frokost.*

**Ulluni atuarfiusuni, sumi ullup qeqqasiornerusarpit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *atuarfimmi; angerlarsimaffimmi; allat angerlarsimaffianni; grillbarimi; cafemi imaluunniit neriniartarfimmi; allami, sumi?; ullup qeqqasiunngisaannarpunga.*

**Hvor ofte plejer du at spise morgenmad (mere end bare et glas mælk)? Skoledage**

Med svarmulighederne: *jeg spiser aldrig morgenmad på skoledage; 1 dag; 2 dage; 3 dage; 4 dage; 5 dage.*

**Qanoq akulikitsigisumik ullaakkorsiortarpit (imummik immiartorfik sinnerlugu annertunerusumik)? Ulluni atuarfiusuni**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ulluni atuarfiusuni ullaakkorsiunngisaannarpunga; ulloq 1; ullut 2; ullut 3; ullut 4; ullut 5.*

**Hvor ofte spiser du morgenmad sammen med din far eller mor?**

**Hvor ofte spiser du aftensmad sammen med din far eller mor?**

Med svarmulighederne: *aldrig, mindre end 1 gang om ugen, 1-2 dage om ugen, 3-4 dage om ugen, 5-6 dage om ugen, hver dag.*

**Qanoq akulikitsigisumik ataatat anaanallu ullaakkorsioqatigisarpigit?**

**Qanoq akulikitsigisumik ataatat anaanallu unnukkorsioqatigisarpigit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *nereqatiginngisaannarpakka, sap. ak. ataasiarnangaluunniit, sap. ak. 1-2, sap. ak. 3-4, sap. ak. 5-6, ullut tamaasa.*

## KAPITEL 5

**I de sidste 7 dage: Hvor mange dage var du fysisk aktiv i mindst 60 minutter pr. dag?**

Med svarmulighederne: *0 (ingen) dage; 1 dag; 2 dage; 3 dage; 4 dage; 5 dage; 6 dage; 7 dage.*

**Ulluni kingullerni arfineq-marlunni: ullut qassit minnerpaamik ullormut minutsini 60-ini timit aalatittarpiuk?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ullut 0; ullut 1; ullut 2; ullut 3; ullut 4; ullut 5; ullut 6; ullut 7.*

**Efter skoletid: Hvor mange timer om ugen dyrker du normalt motion eller sport, så meget at du bliver forpustet eller kommer til at svede?**

Med svarmulighederne: *ingen; omkring ½ time; omkring 1 time; omkring 2-3 timer; omkring 4-6 timer; 7 timer eller mere.*

**Atuareernermi: Sapaatip akunneranut time-t qassit nalinginngaasumik qasujaallisartarpi imaluunniit timersortarpiit allaat anertikkalerlutit kiagulerlutilluunniit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *soqanngilaq; ½ time miss.; akunneq 1 miss.; akunnerit 2-3 miss.; akunnerit 4-6 miss.; akunnerit 7 miss. amerlanerusulluunniit.*

**Hvor mange timer om dagen plejer du at se TV, video og DVD i din fritid?**

**Hvor mange timer om dagen plejer du at spille computerspil, Playstation el.lign. udenfor skoletiden?**

Med svarmulighederne: *ingen; omkring ½ time; omkring 1 time; omkring 2 time; omkring 3 time; omkring 4 time; omkring 5 time; omkring 6 time; omkring 7 timer eller mere.*

**Sunggiffinni ullormut akunnerit qassit missaani fjernsynertarpi, video DVD-rnerlu ilanngullugit?**

**Atuarnerpit avataatigut ullormut akunnerit qassit missaani computerspilinek spilinillu allanik sammisaqartarpi (Playstation, Xbox, GameCube il.il)**

Akissutissatut periarfissaralugit: *soqanngilaq; ½ time miss; 1 time miss; 2 tiimit miss; 3 tiimit miss; 4 tiimit miss; 5 tiimit miss; 6 tiimit miss; 7 tiimit miss. sinnerlugilluunniit.*



## KAPITEL 6

### Hvor ofte børster du dine tænder?

Med svarmulighederne: *mere end 1 gang om dagen; 1 gang om dagen; mindst 1 gang om ugen, men ikke hver dag; mindre end 1 gang om ugen; aldrig.*

### Qanoq akulikitsigisumik kigutigissartarpit?

Akissutissatut periarfissaralugit: *ullormut arlaleriarlunga; ullormut ataasiarlunga; sap. ak. ikinnerpaamik ataasiarlunga, kisianni ullut tamaasaanngitsoq; sap. akunneranut ataatsimik ikinnerusut; kigutigissanngisaannarpunga.*

## KAPITEL 7

### Har du nogensinde drukket så meget alkohol, så du var virkelig fuld?

Med svarmulighederne: *nej, aldrig; ja, 1 gang; ja, 2 - 3 gange; ja, 4 - 10 gange; ja, mere end 10 gange.*

### Ima imigassartortiginikuuit allaat aalakoortorujussuullutit?

Akissutissatut periarfissaralugit: *naamerluinnaq; aap, 1; aap, 2-3; aap, 4-10, aap, 10-it sinnerlugit.*

### Hvor mange gange har du røget hash? hele dit liv

Med svarmulighederne: *0 gange, 1-2 gange, 3-5 gange, 6-9 gange, 10-19 gange, 20-39 gange, 40 eller flere gange.*

### Qasseriartut hashimik pujortarnikuuit? inuunerit tamaat

Akissutissatut periarfissaralugit: *0-eriaq, 1-2-riaq, 3-5-riaq, 6-9-riaq, 10-19-riaq, 20-39-riaq, 40 imalt. sinnerlugit.*

### Har du nogensinde røget tobak? (mindst en cigaret, cigar eller pipe)

Med svarmulighederne: *ja; nej.*

### Tupamik pujortarnikuuit? (Minnerpaamik cigaretsi, sikaqaq, pujortaalluunniit ataaseq)

Akissutissatut periarfissaralugit: *aap; naamik.*

### Hvor tit ryger du tobak for tiden?

Med svarmulighederne: *jeg ryger ikke; hver dag; mindst 1 gang om ugen, men ikke hver dag; mindre end 1 gang om ugen.*

### Maannakkut tupamik qanoq akulikitsigisumik pujortartarpit?

Akissutissatut periarfissaralugit: *pujortarneq ajorpunga; ullut tamaasa; minnerpaamik sap. ak. ataasiaq, kisianni ullut tamaasaanngitsoq; sap. akunneranut ataasiunngitsorluunniit.*

**Hvor mange gange har du sniffet for at blive høj (lightergas, lim, hårlak, fortynder, benzin, rensmidler)? hele dit liv**

Med svarmulighederne: *0 gange; 1-2 gange; 3-5 gange; 6-9 gange; 10-19 gange; 20-39 gange; 40 eller flere gange.*

**Ikke roorniarlutit qasseriartlutit naamaarnikuuit (ikittaatit gas-iat, lim-i, nutsanut qillarissaat, imerpallarsaat, benzina, qillarissaatit)? inuunerit tamaat**

Akissutissatut periarfissaralugit: *0; 1-2; 3-5; 6-9; 10-19; 20-39; 40 40 iml. amerlanerusunik.*

**Hvor svært ville det være for dig at få fat i det, der er nævnt nedenfor, hvis du var interesseret? Cigaretter; øl; vin; spiritus; hash; noget at sniffe**

Med svarmulighederne: *umuligt; meget svært; svært; let; meget let; ved ikke.*

**Ataani allassimasut, soqutigigaluarukkit, pissarsiarinissai qanoq ajornartigissagaluarpak? Cigarettsit; immiaaraq; viinni; imigassaq kimittoq; hashi; naamaagassat.**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ajornarlunnarpoq; ajornassaqaq; ajornarpoq; ajornannngilaq; ajornanngeqaq; naluara.*

**Hvor meget tror du, at man risikerer at skade sig selv (fysisk eller på anden måde), hvis man...: ryger cigaretter en gang imellem; ryger 1 eller flere pakker cigaretter om dagen; drikker 1-2 genstande næsten hver dag; drikker 4-5 genstande næsten hver dag; drikker 5 eller flere genstande hver weekend; prøver marihuana eller hash 1 eller 2 gange; ryger hash en gang imellem; ryger hash jævnligt; prøver at sniffe 1 eller 2 gange; sniffer jævnligt.**

Med svarmulighederne: *ingen risiko; lille risiko; nogen risiko; stor risiko; ved ikke.*

**Makku atoraanni (timikkut allatigulluunniit) qanoq ajoqusertoqarsinnaatigiva...: akuttusuumik cigaretsinik pujortartarneq; ullormut cigaretsit poortat ataatsit amerlanerilluunniit pujortartaraanni; ullut tamangajaasa ataatsimik marlunnilluunniit imigassartorneq; ullut tamangajaasa sisamanik tallimanilluunniit imigassartorneq; weekendit tamaasa tallimanik sinnerlugilluunniit imigassartorneq; marihuana hashiluunniit ataasiarluni marloriarluniluunniit misilikkaanni; akuttusuumik hash-imik pujortartaraanni, akulikitsumik hash-imik pujortartaraanni; ataasiarluni marloriarluniluunniit naamaarneq, akulikitsumik naamaartarneq.**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ulorianannngilaq, ulorianarpallaanngilaq, ulorianalaarpoq, assut ulorianarpoq, naluara.*

## KAPITEL 8

**Hvor ofte er du blevet mobbet i skolen i de sidste par måneder?**

Med svarmulighederne: *jeg er ikke blevet mobbet; det er kun sket 1 eller 2 gange; 2 eller 3 gange hver måned; omkring 1 gang om ugen, flere gange om ugen.*

**Atuarfimmi qaammatini kingullerni qanoq akulikitsigisumik ikkatigitinnikuuit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ikkatigitinnikuunngilanga; ataasiaannaq marloriaannarluunniit; qaammammut 2-3; sap. ak. ataasiaq missaaniluunniit; sap. ak. arlaleriarlunga.*

**Hvor ofte har du været med til at mobbe andre elever i skolen de sidste par måneder?**

Med svarmulighederne: *jeg har ikke været med til at mobbe andre elever; det er kun sket 1 eller 2 gange; 2 eller 3 gange hver måned; omkring 1 gang om ugen; flere gange om ugen.*

**Qaammatini kingullerni qanoq akulikitsigisumik allanik ikkatiginnittunut ilaasarnikuuit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *atuartunik allanik ikkatiginninnikuunngilanga; ataasiaannaq marloriaannarluunniit; qaammammut 2-3; sap. ak. ataasiaq missaaniluunniit; sap. ak. arlaleriarlunga.*

**Indenfor de sidste 12 måneder, hvor mange gange har du været oppe at slås?**

Med svarmulighederne: *jeg har ikke været oppe at slås; 1 gang; 2 gange; 3 gange; 4 gange eller mere.*

**Qaammatini kingullerni aqqaneq-marlunni qasseriarlutit paannippit/paatippit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *paanninnikuunngilanga/paatinnikuunngilanga; ataasiarlunga; marloriarlunga; pingasoriarlunga; sisamariarlunga amerlanernilluunniit.*

**KAPITEL 9**

**Har du nogensinde haft samleje (kaldes også "at elske" eller "at have sex")?**

Med svarmulighederne: *ja; nej.*

**Atoqateqarnikuuit (ilaasa taasarpaat "asaqatigiinneq" imalt. "kujanneq")?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *aap; naamik.*

**Hvor gammel var du, da du havde samleje første gang?**

Med svarmulighederne: *jeg har aldrig haft samleje; 11 år eller yngre; 12 år; 13 år; 14 år; 15 år; 16 år.*

**Qassinik ukioqarlutit atoqateqaqqaarpit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ilaqarnikuunngisaannarpunga; aqqanilinnik ukioqarlunga siusinnerusukkulluunniit; 12-inik ukioqarlunga; 13-inik ukioqarlunga; 14-inik ukioqarlunga; 15-inik ukioqarlunga; 16-inik ukioqarlunga.*

**Sidste gang du havde samleje, hvilken metode brugte du eller din partner for at undgå graviditet?**

Med svarmulighederne: *jeg har aldrig haft samleje; ingen metode blev brugt for at undgå graviditet; p-piller; kondom; sæddræbende creme eller skum; tilbagetrækning; anden metode; ved ikke.*

**Kingullermik atoqateqaravit naartulersuunnginnissaq anguniarlugu atortut suut atorpigit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ilaqarnikuunngisaannarpunga; atortoqartoqanngilaq; p-pillit; usuup puua; creme imlt. skum anisuumik toqoraatitalik; inertinnanga amuinnarlugu; allamik; naluara.*

## KAPITEL 10

**Hvor mange hele skoledage har du mistet i de sidste 30 dage? på grund af sygdom**

Med svarmulighederne: *ingen, 1 dag, 2 dage, 3-4 dage, 5-6 dage, 7 eller flere.*

**Ulluni kingullerni 30-ini ullut atuarfissat ilivitsut qassit annaanikuuigit? napparsimanikkut**

Akissutissatut periarfissaralugit: *soqanngilaq, ulloq 1, ullut 2, ullut 3-4, ullut 5-6, ullut 7 sinnerlugilluunniit.*

**Indenfor de sidste 6 måneder: hvor ofte har du haft følgende...? hovedpine, ondt i maven, ondt i ryggen, været ked af det eller følt dig deprimeret, irriteret eller i dårligt humør, følt dig nervøs, svært ved at falde i søvn, følt dig svimmel**

Med svarmulighederne: *næsten hver dag, mere end en gang om ugen, næsten hver uge, næsten hver måned, sjældent eller aldrig.*

**Qaammatini kingullerni arfinilinni makku misiginikuuigit ....? niaqorlunneq, naarlunneq, qitilunneq, aliasunneq imalt. nikallunganeq, isumalunneq imalt. kamajaneq, toqqissisimanninneq/annilaanganeq, sininneq ajulerneq, silamik aalasoorneq**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ullut tamangajaasa, sap. ak. ataasiaq sinnerluguluunniit, sap. ak tamangajaasa, qaammatit tamangajaasa, akuttusuumik imaluunniit pinngisaannarpoq.*

**Indenfor den sidste måned: Har du taget piller eller medicin for...? Hovedpine/mavepine/søvnproblemer/Nervøsitet/Andet**

Med svarmulighederne: *nej/ja, en gang/ja, flere gange.*

**Qaammatip kingulliup ingerlanerani: lisartakkanik nakorsatinilluunniit ataani pineqartu-nut atugassamik atuinikuuit...? Niaqorlunneq, naarlunneq, sinissaaleqineq, annilaanganeq, alla**

Akissutissatut periarfissaralugit: *Naamik/aap, ataasiarlunga/aap, arlaleriarlunga.*

## KAPITEL 11

### Vil du selv betegne dig som grønlander eller dansker?

Med svarmulighederne: *grønlander; dansker; både grønlander og dansker; andet, hvad?; ved ikke.*

### Kalaaliuit qallunaajuilluunniit?

Akissutissatut periarfissaralugit: *kalaaleq; qallunaaq; kalaallimik qallunaamillu akusaaq; alla, sumioq?; naluara.*

### Hvor let er det for dig, at tale med de nævnte personer om ting, som virkelig bekymrer dig? Far; mor.

Med svarmulighederne: *meget let; let, svært; meget svært; har ikke eller ser ikke den person.*

### Qanoq ilinnut ajornanngitsigiva inuit ataani taaneqartut ernumagilluinnakkannut tunngasunik oqaloqatiginissaat? Ataata; anaana.

Akissutissatut periarfissaralugit: *ajornanngilluinnarpoq; ajornanngilaq; ajornarpoq; ajornavippoq; pisinnaanngilaq imaluunniit inuk taanna takuneq ajorpara.*

### Hvor mange nære drenge og pige venner har du lige nu? Drenge; piger.

Med svarmulighederne: *ingen venner; 1 ven; 2 venner, 3 eller flere.*

### Maannakkorpiaq, kammatit qaninnerpaasatit nukappiaqqat niviarsiaqqallu qassiuppat? Nukappiaqqat; niviarsiaqqat.

Akissutissatut periarfissaralugit: *soqanngilaq; kammak 1; kammalaatit 2; kammalaatit 3 amerlanerusulluunniit.*

### Hvor tilfreds er du i det store og hele med dit forhold til dine venner?

Med svarmulighederne: *Meget tilfreds; tilfreds; hverken tilfreds eller utilfreds; lidt utilfreds; meget utilfreds.*

### Tamakkiisumik isigalugu qanoq iluarisimaartigaajuk ikinngutinnut attaveqarnerit?:

Akissutissatut periarfissaralugit: *iluarisimaarluinnarpara; iluarisimaarpara; iluarinananilu iluarinannngilaq; iluarinnngilaarpara; iluarinnngilluinnarpara.*

### Hvor mange dage om ugen plejer du at være sammen med dine venner lige efter skole?

Med svarmulighederne: *0 (ingen) dage; 1 dag; 2 dage; 3 dage; 4 dage; 5 dage.*

### Sapaatip akunnerata iluani atuareernerpit kingorna ullut qassit ikinngutitit ilagisarpigit?

Akissutissatut periarfissaralugit: *ullut 0 (ilagineq ajorpakka); ulloq 1; ullut 2; ullut 3; ullut 4; ullut 5.*

**Hvad synes du om skolen for tiden?**

Med svarmulighederne: *jeg kan virkelig godt lide den; jeg kan godt lide den; jeg kan ikke særlig godt lide den; jeg kan slet ikke lide den.*

**Atuarfik maannakkut qanoq isumaqarfigaajuk?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *nuannarisorujussuuaara; nuannaraara; nuannarerpiangilara; nuannarinngilluinnarpara.*

**Hvor presset føler du dig af det skolearbejde, du skal lave (både i skolen og lektier hjemme)?**

Med svarmulighederne: *slet ikke; en lille smule; noget; meget.*

**Atuarfimmi suliassat (atuarfimmi angerlarsimaffimmilu) qanoq artorsaaitigitigisutut misigisimaffigaagit?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *artorsaaitiginngilakka; immannguaq; annikitsumik; annertuumik.*

**De andre elever accepterer mig som jeg er**

Med svarmulighederne: *fuldstændig enig; enig; hverken enig eller uenig; uenig; fuldstændig uenig.*

**Atuartut allat qanoq ittuunera akuersaarpaat**

Akissutissatut periarfissaralugit: *isumaqataalluinnarpunga; isumaqataavunga; isumaqataanangalu isumaqataavunga; isumaqataanngilanga; isumaqataanngilluinnarpunga.*

**Hvor godt taler du grønlandsk og dansk? Grønlandsk; dansk.**

Med svarmulighederne: *uden besvær; nogenlunde; vanskeligt; slet ikke.*

**Kalaallisut qallunaatullu qanoq oqalloritsigivit? Kalaallisut; qallunaatut**

Akissutissatut periarfissaralugit: *ajornartorsiutiginagu; ajorpallaanngitsumik; ajornakusoortippara; oqalussinnaanngivippunga.*

**Nogle unge mennesker går i skole eller i seng sultne, fordi der ikke er nok mad hjemme. Hvor ofte sker det for dig?**

Med svarmulighederne: *altid; ofte; somme tider; aldrig.*

**Meeqqat ilaat atuariatortarput imaluunniit innartarput kaallutik, angerlarsimaffimmini naammattunik nerisassaqqanngimmat. Qanoq akulikitsigisumik tamanna illit misigisarpiuk?**

Akissutissatut periarfissaralugit: *tamatigut; akulikitsumik; ilaannikkut; misiginngisaannarpara.*









SIF's Grønlandsskrifter er en serie publikationer, der siden 1994 er udgivet af Center for Sundhedsforskning i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed.

1. Bjerregaard P, Misfeldt J, Kern P, Nielsen I-M. Toppen af isfjeldet. 1994. 76 s.
2. Bjerregaard P, Senderovitz F, Ramlau-Hansen L. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/Mennesker og sundhed i Grønland. 1995. 47 s.
3. Curtis T, Bjerregaard P. Health research in Greenland – a catalogue of projects. 1995. 109 s.
4. Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. 1995. 155 s.
5. Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. 1996. 82 s.
6. Curtis T, Bjerregaard P. Forskerseminar – Kangerlussuaq 19.-22. januar 1996. 1996. 84 s.
7. Bjerregaard P, Petersen HC, Lyngé I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. 1997. 93 s.
8. Pedersen JM. Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn. 1997. 60 s.
9. Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. 1997. 65 s.
10. Christensen U, Bjerregaard P. Greenland Medical Bibliography 1970-1995. 1997. 273 s.
11. Pars T. Forbruget af traditionelle grønlandske fødevarer i Vestgrønland. Ph.d.-afhandling. 2000. 124 s.
12. Curtis T. Kommunikation mellem læge og patient i Grønland – en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale. Ph.d.-afhandling. 2001. 201 s.
13. Bjerregaard P, Porsbjerg C, Curtis T. Befolkningsundersøgelsen i Qasigiannuguit 2000-2001. 2001. 12 s.
14. Rønsager M. Grønlændernes sundheds- og sygdomsopfattelse 1800-1930. Speciale. 2002. 171 s.
15. Lyngé I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen. 2003. 103 s.
16. Bjerregaard P. Professoratet i Arktisk Sundhed 1996-2006. 2006. 105 s.
17. Bjerregaard P, Holm AL, Olesen I, Schnor O, Niclasen B. Ivaag – the Greenland Inuit child cohort. 2007. 108 s.
18. Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007 - Levevilkår, livsstil og helbred. 2008. 174 s.
19. Bjerregaard P. Inuit Health in Transition - Greenland survey 2005-2009. Population sample and survey methods. 2010. 2nd revised edition. 26 s.
20. Bjerregaard P, Ea Cecilie Aidt. Levevilkår, livsstil og helbred - Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009/Atugassarititat, inooriaaseq peqqinnerlu - 2005-2009-mut Kalaallit Nunaanni Innuttaasunik misissuisitsineq. 30 s.
21. Nielsen ABS, Bjerregaard P. Sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009. 97 s.
22. Niclasen BV, Bjerregaard P. Folkesundhed blandt skolebørn - resultater fra HBSC Greenland undersøgelsen 2010. 125 s.
23. Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK. Sundhedsundersøgelsen i Avanersuaq 2010/Avanersuarmitut peqqissusaannik misissuineq 2010. 107 s.