

# MIDTVEJSEVALUERING AF FOLKESUNDHEDSPROGRAMMET INUUNERITTA

AUGUST 2011

---

## Forord

Denne rapport er en evaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta. Naalakkersuisut har med folkesundhedsprogrammet Inuuneritta vedtaget strategier og målsætninger for folkesundheden for perioden 2007-2012. Man har ønsket en såkaldt midtvejsevaluering af programmet og programområderne.

Programområderne omfatter 1)Alkohol og hash, 2)Vold, voldtægter og seksuelle overgreb, 3)Selvmord, 4)Kost og fysisk aktivitet, 5)Sexliv, 6)Rygning, 7)Børn og unge, 8)Ældre samt 9)Tandplejen.

Evalueringen er gennemført som en uafhængig evaluering af et panel bestående af:

- Finn Kamper-Jørgensen (formand), seniorkonsulent ved Statens Institut for Folkesundhed, læge, ph.d., formand for Dansk Selskab for Folkesundhed.
- Tine Pars, rektor for Ilisimatusarfik, ph.d., cand.scient.
- Line Dalentoft, fagchef for Afdeling for Sundhed og Forebyggelse, Kommuneqarfik Sermersooq.

Evalueringen er gennemført i regi af Statens Institut for Folkesundhed, Center for Sundhedsforskning i Grønland. Panelet har været sekretariatsbetjent af Christina V. L. Larsen og Inger K. Dahl-Petersen. Finansieringen er tilvejebragt fra Departementet for Sundhed, Grønlands Selvstyre.

Til grund for panelets vurderinger ligger talrige interview med nøglepersoner fra PAARISA, kommunerne, Sundhedsledelsen, Departementet for Sundhed, Departementet for Familie, Kultur, Kirke og Ligestilling, ledende læger og sygeplejersker fra sundhedsregionerne, forebyggelsesudvalgene, tandplejen samt følgegruppen for Inuuneritta. Hertil kommer en grundig gennemgang af relevant dokumentation samt en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt forebyggelseskonsulenterne.

Jeg takker de mange personer og institutioner, som har brugt tid på at informere panelet, afgive vurderinger og hjulpet med materialer.

Evalueringsrapporten ser dels på og vurderer Inuuneritta som helhed, dels på de 9 programområder. Med henblik på fremtiden fremsættes 10 anbefalinger til videreudvikling af programmets indhold og organisation. Evalueringspanelet er ikke i tvivl om, at der forsat bør eksistere et folkesundhedsprogram.

Rapporten afgives til videre foranstaltning.

På Panelets vegne,

Finn Kamper-Jørgensen  
Formand

## Indholdsfortegnelse

Forord.....	2
RESUMÉ.....	5
ANBEFALINGER.....	8
1. Baggrund og metode for midtvejsevalueringen.....	10
2. Inuunerittas tilblivelse.....	11
3. Status på de enkelte programområder .....	12
3.1. Alkohol og hash .....	13
Strategier og målsætninger.....	13
Aktiviteter 2007-2010 .....	13
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	14
3.2. Vold, voldtægter og seksuelle overgreb.....	17
Strategier og målsætninger.....	17
Aktiviteter 2007-2010 .....	18
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	20
3.3. Selvmord .....	22
Strategier og målsætninger.....	22
Aktiviteter 2007-2010 .....	23
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	26
3.4. Kost og fysisk aktivitet.....	28
Strategier og målsætninger.....	28
Aktiviteter 2007-2010 .....	29
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	31
3.5. Sexliv .....	32
Strategier og målsætninger.....	32
Aktiviteter 2007-2010 .....	32
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	34
3.6. Rygning.....	37
Strategier og målsætninger.....	37
Aktiviteter 2007-2010 .....	37
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	38
3.7. Børn og unge .....	39
Strategier og målsætninger.....	39

Aktiviteter 2007-2010 .....	40
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	43
3.8. Ældre .....	44
Strategier og målsætninger.....	44
Aktiviteter 2007-2010 .....	44
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	44
O4O: Older people for Older People .....	45
3.9. Tandplejen.....	46
Strategier og målsætninger.....	46
Aktiviteter 2007-2010 .....	46
Status og evaluering af aktiviteter og mål.....	47
3.10 Fremadrettede anbefalinger for Inuuneritta .....	47
4. Organisering af ansvaret for implementeringen af Inuuneritta .....	49
4.1 Status og evaluering af ansvarsplaceringen .....	49
PAARISA, forebyggelsesudvalg og forebyggelseskonsulentordningen.....	49
Etablering og sammensætning af følgegruppe og styregruppe for Inuuneritta .....	50
4.2 Fremadrettede anbefalinger for ansvarsplaceringen.....	51
Bedre kobling mellem det centrale og det lokale niveau.....	51
Bindende folkesundhedsaftaler skal sikre lodret og vandret koordinering .....	52
Folkesundhedskoordinationsudvalg på højeste politiske niveau .....	52
Forankring i sundhedsvæsnet – koordinering af borgerrettet og patientrettet forebyggelse.....	53
5. Uddannelse og kompetencer i forebyggelsesarbejdet.....	55
5.1 Status på uddannelse og kompetencer i forebyggelsesarbejdet .....	55
5.2 Fremadrettede anbefalinger for uddannelse og kompetencer i forebyggelsesarbejdet .....	55
6. Sundhedsinformation, indikatorer og evaluering af indsatser.....	56
6.1 Status på sundhedsinformation, indikatorer og evaluering.....	56
Udvikling af indikatorer for Inuuneritta .....	56
6.2 Fremadrettede anbefalinger for sundhedsinformation, indikatorer og evaluering.....	60

## RESUMÉ

Naalakkersuisut har med folkesundhedsprogrammet Inuuneritta vedtaget strategier og målsætninger for folkesundheden for perioden 2007-2012. Inuuneritta har nu været i gang i nogle år, og en såkaldt midtvejsevaluering har til formål at skabe overblik over programmets virke indtil nu samt mere specifikt forholde sig til resultater og initiativer inden for hver af de ni programområder i Inuuneritta.

Programområderne omfatter 1)Alkohol og hash, 2)Vold, voldtægter og seksuelle overgreb, 3)Selvmord, 4)Kost og fysisk aktivitet, 5)Sexliv, 6)Rygning, 7)Børn og unge, 8)Ældre samt 9)Tandplejen.

Der blev nedsat et uafhængigt evalueringspanel til at gennemføre midtvejsevalueringen. Til grund for panelets vurderinger ligger talrige interview med nøglepersoner fra PAARISA, kommunerne, Sundhedsledelsen, Departementet for Sundhed, Departementet for Familie, Kultur, Kirke og Ligestilling, ledende læger og sygeplejersker fra sundhedsregionerne, forebyggelsesudvalgene, tandplejen samt følgegruppen for Inuuneritta. Hertil kommer en grundig gennemgang af relevant dokumentation samt en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt forebyggelseskonsulenterne.

Den overordnede konklusion på midtvejsevalueringen er, at der er sket en lang række positive tiltag på flere programområder, og folkesundhedsprogrammet har formået at sætte folkesundhed på den offentlige og politiske dagsorden. Folkesundhedsprogrammet har ligeledes spillet en vigtig rolle i forhold til at kaste lys over tabuiserede emner så som seksuelle overgreb, som en stor andel børn i dag udsættes for. Et meget ambitiøst antal programområder kombineret med organiseringen af programmet og udfordringer i koordineringen af det tværfaglige samt tværsektorielle arbejde repræsenterer væsentlige udfordringer fremover for folkesundhedens vilkår. Der er et bemærkelsesværdigt engagement og velvilje mange steder, men de lokale økonomiske og personelle ressourcer er meget små set i forhold til behovet for intervention og sundhedsfremmende indsatser. Det generelle billede er derfor, at der er stor variation i indsatsen på folkesundhedsområdet fra sted til sted, og fraværet af systematik og forankring repræsenterer betydelige udfordringer for programmets virkning.

Internationale erfaringer viser, at det først er idet det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde overgår fra projektbaseret til drift, at der sker gennemgribende forandringer. Generelt set er de igangsatte tiltag under Inuuneritta netop projektbaserede, hvilket betyder, at indsatserne er afgrænset i tid og sted. Når projektperioden udløber, stopper indsatsen og resultaterne er ofte kortsigtede. For at sikre en seriøs indsats på folkesundhedsområdet er det derfor nødvendigt, at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats opnår status som drift. Dette kræver sikre driftsmidler på finansloven samt en helt konkret kobling af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med driftspersoner som fx sundhedspersonale og socialarbejdere. [\[Anbefaling 1\]](#)

Et folkesundhedsprogram bestående af ni programområder er en stor mundfuld. Hertil kommer, at det overordnede formål med Inuuneritta ikke er defineret i programmet. Folkesundhedsprogrammet udstikker overordnede rammer og ideer for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, men de konkrete initiativer og handlinger skal ifølge programmet udmøntes af professionelle og borgere<sup>1</sup>. Selv om samtlige programområder repræsenterer vigtige aspekter af folkesundheden, viser midtvejsevalueringen tydeligt, at man både fra centralt hold samt lokalt blandt forebyggelseskonsulenterne og i de enkelte forebyggelsesudvalg har svært ved at overskue mængden af indsatsområder. [\[Anbefaling 2 & 3\]](#)

<sup>1</sup> Jf. Indledning af Inuuneritta, s.7, afsnit 7.

Midtvejsevalueringen viser, at folkesundhedsprogrammet på sin vis bakkes op politisk, fx i form af strukturelle forebyggende tiltag som den nyindførte lov om rygeforbud repræsenterer<sup>2</sup>. Dog savner folkesundhedsprogrammet en mere solid politisk opbakning både kommunalt og på landsplan, i form af bindende aftaler, løbende status og justering på de enkelte områder samt tildeling af de nødvendige ressourcer og viljen til at indføre ny lovgivning med en sundhedsfremmende effekt. [\[Anbefaling 4\]](#)

Forebyggelsesudvalg i samtlige byer har haft til opgave at konkretisere og prioritere indsatser i en lokal handlingsplan, mens det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i praksis har påhvilet forebyggelseskonsulenterne. Den lokale organisering af forebyggelsesarbejdet gennem etablering af forebyggelsesudvalg og ansættelse af en eller flere forebyggelseskonsulenter udgør en fornuftig struktur for implementeringen af et folkesundhedsprogram, men der er store lokale forskelle på, hvor godt det fungerer. Enkelte steder er der mere end en forebyggelseskonsulent, mens andre byer har manglet forebyggelseskonsulenter i flere år. I 2009 overgik den økonomiske bevilling til forebyggelseskonsulenter fra PAARISA til storkommunerne. Pengene tildeles i form af et bloktilskud, hvilket gør det uklart, om disse midler anvendes udelukkende til forebyggelse. Størstedelen af forebyggelseskonsulenterne sidder alene med et stort ansvar, og mange giver udtryk for, at opgaven er for stor for et enkelt menneske. Manglende placering af ansvaret for sundhedsfremmende indsatser på tværs af sektorer og aktører udfordrer det lokale forebyggelsesarbejde. Lige som det er nødvendigt, at de nationale prioriteringer sammenbindes med respekt for lokale prioriteringer. [\[Anbefaling 5\]](#)

PAARISA har haft det overordnede ansvar for folkesundhedsprogrammets gennemførelse hidtil. Dels som koordinerende enhed for de enkelte programområder og dels som ansvarlige for uddannelse af forebyggelseskonsulenter. Midtvejsevalueringen viser, at denne organisering ikke har fungeret hensigtsmæssigt. Hertil kommer, at flere omstruktureringer af PAARISAs organisatoriske placering undervejs i programperioden har taget u hensigtsmæssigt meget tid og fokus fra det egentlige arbejde med at implementere Inuuneritta. Afstanden mellem det lokale forebyggelsesarbejde og PAARISA er generelt set for stor. De centrale udmeldinger forholder sig ikke nødvendigvis til lokale prioriteringer, og der mangler en systematisk opfølgning på de initiativer, man fra centralt hold lægger ud til de lokale aktører. Dette hæmmer i høj grad indsatsen. Oprettelsen af storkommuner har ført nye arbejdsgange med sig, og det er nødvendigt, at koordineringen mellem det centrale og det lokale niveau tilpasses den nye virkelighed. [\[Anbefaling 6\]](#)

Forebyggelse og sundhedsfremme skal nødvendigvis foregå på mange niveauer i samfundet og på tværs af faglige grænser og sektorer. Midtvejsevalueringen viser, at folkesundhedsprogrammet kun i et meget begrænset omfang er blevet forankret i sundhedsvæsenet trods denne sektors oplagte centrale rolle i den sundhedsfremmende indsats. Ligeledes giver man fra begge parter side udtryk for store udfordringer i samarbejdet mellem social- og sundhedssektoren. Det er afgørende for programmets virke, at den forebyggende indsats gøres tværfaglig og tværsektoriel og dermed også forankres i sundhedsvæsenet. Dette kræver en fremadrettet koordinering af den borgerrettede forebyggelse med den patientrettede forebyggelse. [\[Anbefaling 7\]](#)

---

<sup>2</sup> Inatsisartutlov nr. 15 af 26. maj 2010 om forbud mod rygning. [www.nanoq.gl](http://www.nanoq.gl)

Midtvejsevalueringen viser, at uddannelsesniveaut blandt de professionelle, der varetager forebyggelsesarbejdet lokalt, er for varieret og flere steder utilstrækkeligt til at løse opgaven. Der er ofte tale om engagerede ildsjæle, der gør et stort stykke arbejde, men en systematisk kobling mellem de overordnede rammer og konkrete initiativer kræver et vist uddannelsesniveau. I praksis er der flere steder tale om lidt tilfældige lokale indsatser, der er sat i værk ud fra den enkelte forebyggelseskonsulents skøn. Der er et stort behov for, at de brede rammer omsættes til konkrete retningslinjer, hvor arbejds- og ansvarsfordeling mellem relevante professionelle og instanser er fuldstændig klar. Der skal stilles større krav til uddannelse og koordinering mellem selvstyret og kommunerne. [\[Anbefaling 8\]](#)

Et folkesundhedsprogram skal hvile på et solidt sundhedsinformationssystem til brug for sundhedsovervågning og planlægning. Midtvejsevalueringen viser, at de periodiske befolkningsundersøgelser i Grønland, HBSC-undersøgelserne<sup>3</sup> samt dødelighedsstatistik har været de helt centrale elementer bag de informationer, som har formet folkesundhedsprogrammet. Disse elementer bør videreføres som led i et samlet sundhedsinformationssystem. Herudover mangler der et pålideligt og velfungerende sundhedsinformationssystem til brug for planlægning og monitorering både af forebyggende og behandlende indsatser. Især adgangen til statistisk materiale på forebyggelsesområdet er mangelfuld. Evalueringspanelet er bekendt med arbejdet med at udvikle indikatorer for folkesundhedsarbejdet og vurderer, at et sådant indikatorprogram er et vigtigt fremadrettet element i udviklingen og overvejelserne om folkesundheden. [\[Anbefaling 9\]](#)

I arbejdet med midtvejsevalueringen har manglen på systematisk evaluering af de igangsatte indsatser været slående. Med få undtagelser foreligger der stort set ingen dokumentation for, hvordan de enkelte indsatser under Inuuneritta virker og hvilke erfaringer, der er blevet gjort i processen med at implementere disse. For at sikre det forebyggende arbejde fremover hviler på et veldokumenteret og erfaringsbaseret grundlag, er det nødvendigt at sikre en central kompetenceopbygning på evalueringsområdet. [\[Anbefaling 10\]](#)

Evalueringspanelet har samlet sine anbefalinger i 10 punkter:

---

<sup>3</sup> HBSC står for Health Behavior among School aged Children og gennemføres blandt 13-15-årige elever i folkeskolen. Data fra de grønlandske HBSC-undersøgelser indgår i det internationale HBSC-samarbejde med mere end 50 andre nationer. Undersøgelsen omtales nærmere i kapital 6.

## ANBEFALINGER

### 1. Der bør fortsat eksistere et folkesundhedsprogram.

Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta bør overgå fra et projektorienteret program til et driftsbaseret program med sikre driftsmidler på finansloven fra 2013.

### 2. Der bør sikres et overordnet formål med folkesundhedsprogrammet.

En mulig tekst kunne være: *Det overordnede formål med folkesundhedsprogrammet Inuuneritta er at skabe rammer, indsatser og holdninger, der udvikler og fastholder en høj sundhedstilstand i befolkningen, - mindsker sygeligheden og de risikofaktorer, der skaber sygdom, - samt bidrager til et godt liv for alle borgere.*

### 3. De mere generelle og udmærkede mål og strategier i det eksisterende folkesundhedsprogramms delprogrammer samles i to prioriterede programmer.

De ni nuværende programområder i folkesundhedsprogrammet skal reduceres, gøres overskuelige og give mulighed for national og lokal prioritering samt skabe fokus på udvikling og implementering af driftsopgaver. Inuuneritta skal forstærkes med en klar strategi på børne-, unge- og familieområdet og en målrettet indsats over for de velkendte livsstilsfaktorer; kost, rygning, alkohol og motion. Det allerede velstrukturerede delprogram for tandpleje kan udelades og delprogrammet vedrørende ældre kan udskydes en række år. De øvrige programområder reduceres og strategier og mål samles i to prioriterede programmer:

- I. Børn, unge, familier (Tidlig indsats, selvmordsforebyggelse, forbedring af generelle levevilkår, forebyggelse af seksuelle overgreb mv.)*
- II. KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion)*

Inden for de to prioriterede programområder skal der kigges kritisk på de opstillede mål og strategier. Kort og godt: En revision af folkesundhedsprogrammet.

### 4. Forankring på højeste politiske niveau (Folkesundhedskoordinationsudvalget).

Vigtige determinanter for folkesundheden er levevilkår, livsstil og sundhedsvæsenets indsats. Derfor bør der ske en politisk forankring på disse områder.

Det anbefales, at der årligt gøres status på udvikling og implementering af Inuuneritta på højeste politiske niveau i form af et møde mellem Naalakkersuisoq for hhv. sundheds-, social-, uddannelses- og erhvervsområdet. Det kan være hensigtsmæssigt med politisk deltagelse fra hver af de nye storkommuner.

### 5. Bindende folkesundhedsaftaler.

Begrebet bindende aftaler er kendt fra andre nationer, hvor ansvaret for en indsats er bundet op på aktører på forskellige niveauer. I Grønland er de 3 niveauer: Nationen, storkommunen, det lokale. Det anbefales at udvikle en model, der skriftligt sammenbinder nationale prioriteringer med respekten for lokale prioriteringer på folkesundhedsområdet og sikrer, at aftalerne overholdes.

### 6. Omstrukturering af ansvaret for folkesundhedsprogrammet – herunder PAARISA.

Med en reduktion fra ni delprogrammer til to prioriterede programområder anbefales det at omstrukturere PAARISA, så struktur og indhold i arbejdet tilpasses to programområder. Der skal desuden sikres bedre



dialog og kobling mellem de landsdækkende strategier og de lokale indsatser. Samarbejdet med de eksisterende forebyggelsesudvalg og forebyggelseskonsulenter skal fastholdes og udvikles i relation til den nye kommunale struktur med storkommuner.

### **7. Bedre samordning af borgerrettet forebyggelse og patientrettet forebyggelse.**

Den borgerrettede forebyggelse handler om at holde raske mennesker raske – den patientrettede forebyggelse om at sikre et godt restliv for kronisk syge, sikre rehabilitering og forhindre forværrelse af eksisterende sygdom. Trods forskellen mellem de to målgrupper kan der være sammenfald i deres behov. En rygestopindsats for raske borgere og for personer, der har haft blodpropper i hjertet, eksemplificerer situationen.

Gennem bindende folkesundhedsaftaler mellem sundhedsvæsenet og forebyggelsesudvalgene i kommunerne kan man eksempelvis sikre sådanne samordninger. Samtidig sikres den tværfaglige og tværsektorielle forankring, herunder forankringen i sundhedsvæsenet.

### **8. Uddannelse af personale.**

En god folkesundhedsindsats forudsætter veluddannet personale. Derfor bør der lægges en langsigtet uddannelsesplan for at kvalificere personale til opgaven på såvel nationalt niveau som i storkommunerne og lokalt.

### **9. Sundhedsinformationssystemet og folkesundhedsindikatorer.**

Det anbefales, at Naalakkersuisoq for Sundhed træffer beslutning om at etablere en gruppe, der på sigt skal stille forslag om udvikling og gennemførelse af et kvalitetssikret og velfungerende sundhedsinformationssystem, der samlet tilfredsstillende behovet for overvågning af folkesundheden, - den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, - samt den behandlende og rehabiliterende indsats. Der er mangler i dagens situation.

### **10. Opbygning af evalueringskompetence på folkesundhedsområdet.**

Det anbefales, at der på nationalt niveau iværksættes en solid kompetenceopbygning på evalueringsområdet, som omfatter både kvantitative og kvalitative metoder. Dette skal gøres i samarbejde med et panel af forskere for at sikre et højt niveau. Til dette arbejde bør der sikres en økonomisk pulje til evalueringer af indsatser på folkesundhedsområdet.

## 1. Baggrund og metode for midtvejsevalueringen

Naalakkersuisut har med folkesundhedsprogrammet Inuuneritta vedtaget strategier og målsætninger for folkesundheden for perioden 2007-2012. Inuuneritta har nu været i gang i nogle år, og en såkaldt midtvejsevalueringen har til formål at skabe overblik over programmets virke indtil nu samt mere specifikt forholde sig til resultater og initiativer inden for hver af de ni programområder i Inuuneritta. Der blev nedsat et uafhængigt evalueringspanel til at gennemføre midtvejsevalueringen. Denne rapport udgør resultatet af dette arbejde. Evalueringspanelet består af:

Finn Kamper-Jørgensen (formand), seniorkonsulent ved Statens Institut for Folkesundhed, læge, ph.d., formand for Dansk Selskab for Folkesundhed.

Tine Pars, rektor for Ilisimatusarfik, ph.d., cand.scient.

Line Dalentoft, fagchef for Afdelingen for Sundhed og Forebyggelse, Kommuneqarfik Sermersooq.

Rapporten udgår fra Center for Sundhedsforskning i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, som har varetaget sekretariatsfunktionen for evalueringspanelets arbejde.

Midtvejsevalueringen har til formål at bidrage med et veldokumenteret grundlag for justering af programmets kurs og indsatser. Desuden vil den danne baggrund for Departementet for Sundheds indstillinger til finansloven.

Evalueringspanelet har i deres arbejdet fokuseret på:

- At analysere de politisk besluttede mål i Inuuneritta samt vurdere hvorvidt disse mål helt eller delvist er nået.
- At prøve at forstå, hvorfor de opsatte mål er nået eller ikke nået, gennem anvendelse af evalueringstanker og modeller, der belyser sammenhængen mellem en række forhold og målopfyldelse.
- På baggrund af analysen at overveje, hvorledes Inuunerittas kurs og indsatser i givet fald kan videreudvikles for at nå de opsatte mål. Samt vurdere hvorvidt de opsatte mål i forhold til indsats kan anses for realistiske inden for programperioden 2007 – 2012.

Til grund for rapporten ligger talrige interview med nøglepersoner fra PAARISA, kommunerne, Sundhedsledelsen, Departementet for Sundhed, Departementet for Familie, Kultur, Kirke og Ligestilling, ledende læger og sygeplejersker fra sundhedsregionerne, forebyggelsesudvalgene, tandplejen samt følgegruppen for Inuuneritta. Disse er gennemført dels som telefoninterview og dels som personlige interview ved besøg i Nuuk i foråret 2011.

Evalueringspanelet har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt forebyggelseskonsulenterne i samtlige byer og bygder. 15 ud af 25 forebyggelseskonsulenter har deltaget i undersøgelsen<sup>4</sup>. Resultatet af undersøgelsen gengives under status og evaluering af de enkelte programområder i rapporten.

<sup>4</sup> Frafaldet fordeler sig som følger: 3 vakante stillinger; 1 arbejder der ikke længere; 6 har ikke svaret.

Desuden er relevante rapporter og statusnotater for det samlede folkesundhedsprogram samt for de enkelte programområder inddraget som baggrundsmateriale for midtvejsevalueringen. Den primære kilde til oversigten over igangsatte aktiviteter fra centralt hold er Inuuneritta-årsrapporterne. Disse foreligger for 2007 samt 2008. For 2009 og 2010 foreligger der endnu ikke årsrapporter. I stedet er en oversigt over aktiviteter stillet til rådighed for panelet i form af interne notater fra PAARISA. Det optimale redskab til at monitorere effekten af Inuuneritta samt den specifikke udvikling for de enkelte programområder er et kvalitetssikret sundhedsinformationssystem. Et sådan system er ikke på plads, og det har derfor generelt set ikke været muligt at inddrage statistiske opgørelser som grundlag for midtvejsevalueringen. De få områder, hvor der findes relevant og pålidelig statistik, er det medtaget i rapporten.

På lokalplan foreligger der også handleplaner for aktiviteter i storkommunerne samt de enkelte byer og bygder. Evalueringspanelet har valgt ikke at gå ind i disse, da formålet med midtvejsevalueringen primært har været, at skabe et overblik over landsdækkende indsatser samt vilkår for implementeringen af programmet med fokus på ansvarsplacering og samarbejde på tværs. For at sikre det lokale perspektiv indgår flere interview med forebyggelsesudvalgsformænd samt den føromtaltte spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige forebyggelseskonsulenter.

Det er evalueringspanelets klare indtryk, at der foregår rigtig meget på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Det er derfor givet, at de nævnte initiativer og indsatser i rapporten ikke udgør en endegyldig liste, og det har heller ikke været muligt at gå detaljeret ind i de enkelte aktiviteter, som er medtaget i rapporten. Fokus for midtvejsevalueringen har i stedet været at bidrage med anbefalinger, som gør det muligt i endnu højere grad at udnytte potentialet i Inuuneritta til at forbedre folkesundheden for resten af programperioden samt i den anbefalede fortsættelse af programmet efter 2012.

## 2. Inuunerittas tilblivelse

I takt med sygdomsmønstrets ændring henimod livsstilsrelaterede sygdomme, der kalder på forebyggelse frem for behandling, igangsatte daværende Naalakkersuisoq for Sundhed, Asii Chemnitz Naarup, i 2003 en proces for at etablere landets første folkesundhedsprogram. Programmet fik titlen Inuuneritta, der kan oversættes til 'Lad os få et godt liv'.

For at sikre et solidt vidensgrundlag for folkesundhedsprogrammet blev Professor Peter Bjerregaard bedt om at lave en rapport om befolkningens sygdoms- og sundhedstilstand. Denne udkom i 2004. På baggrund af denne rapport anbefalede styregruppen for etableringen af Inuuneritta (nedsat i 2004), at folkesundhedsprogrammet skulle fokusere på fire emner, nemlig 1)alkohol og vold, 2)kost og fysisk aktivitet, 3)rygning samt 4)sexliv. Herudover skulle det kommende folkesundhedsprogram bygge videre på handleplaner, der havde været iværksat i årene forinden. Dette inkluderede selvmordsforebyggelsen, den forebyggende tidlige indsats for børn og unge, tandsundheden, de perinatale retningslinjer samt ældreområdet. For hvert af disse fire emner, blev der etableret faglige arbejdsgrupper, som udarbejdede notater til styregruppen. Der blev herudover nedsat en femte, tværgående arbejdsgruppe med fokus på evaluering, monitorering og forskning.

Den centrale proces har været ledsaget af en bred dialog. Daværende Naalakkersuisoq for Sundhed, Asii Chemnitz Naarup, afholdte adskillige borgermøder samt møder på arbejdspladser i Nuuk, Maniitsoq, Kangaamiut, Uummanaq, Upernavik, Qaanaaq, Tasiilaq, Narsaq og Alluisup Paa. I resten af landet stod

sundhedsvæsenet og forebyggelsesudvalgene for at afvikle borgermøder om programmet og dialogen optil Inuuneritta har således været bredt forankret – både blandt professionelle og i befolkningen. De mange input fra denne dialog proces har været et afgørende bidrag til etableringen af folkesundhedsprogrammet. Hertil kommer TV-programmer, radiodebatter og indlæg i fagblade og offentlige publikationer, der har været taget i brug undervejs. Folkesundhedsprogrammet er desuden blevet diskuteret med sundhedsvæsenets ledelse på ledelseskonferencen i november 2004 og med sundhedsvæsenets personale i hele landet. Programmet er endvidere diskuteret på møder i Grønlandsmedicinsk Selskab og på Dansk Polarcenter.

Internationale erfaringer viser, at processen forud for etableringen af et folkesundhedsprogram er afgørende for den folkelige opbakning omkring et sådant program.<sup>5</sup> Det er derfor væsentligt at nævne, at hele 72% af deltagerne i den grønlandske befolkningsundersøgelse i 2007 svarede, at de havde hørt om Inuuneritta. I perioden 2005-2008 blev alle deltagere i befolkningsundersøgelsen desuden bedt om at udpege de tre vigtigste emner i folkesundhedsprogrammet. Ved denne lejlighed blev områderne alkohol- og hashmisbrug samt vold og seksuelle overgreb samlet set klart udpeget som de vigtigste områder blandt alle.<sup>6</sup>

I første omgang forelå et folkesundhedsprogram, der havde form som et bredt forankret idékatalog på knap 100 sider. Den endelige version af Inuuneritta er en mindre omfattende version med i alt ni programområder. Programområderne i Inuuneritta omfatter: 1)Alkohol og hash, 2)vold, voldtægter og seksuelle overgreb, 3)selvmord, 4)kost og fysisk aktivitet, 5)sexliv, 6)rygning, 7)børn og unge, 8)ældre samt 9)tandplejen.

Til grund for folkesundhedsprogrammet ligger en bred opfattelse af folkesundheden, som omfatter det hele menneske, dvs. både fysisk og psykisk sundhed, levemåder og åndelig styrke.<sup>7</sup> Derfor opfordres der gennem Inuuneritta til, at man i alle sektorer forholder sig til befolkningens grundlæggende levevilkår og indtænker sundhed i alle aktiviteter. Folkesundhedsprogrammet bygger på både Ottawa og Bangkok Chartrene udarbejdet af WHO.<sup>8</sup>

For at sikre sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter på lokalplan blev Inuuneritta Puljen oprettet. To gange om året uddeles der midler fra puljen på baggrund af ansøgninger til sundhedsfremmende og forebyggende arrangementer relateret til programområderne i Inuuneritta.

### 3. Status på de enkelte programområder

I det følgende redegøres for strategier og mål for hvert af de ni programområder i Inuuneritta. For hvert programområde gøres der status på aktiviteter i perioden 2007-2010 set i forhold til de opstillede mål.

<sup>5</sup> Peter Bjerregaard, 'Folkesundhed i Grønland - INUSSUK - Arktisk forskningsjournal 1, 2004'.

<sup>6</sup> Peter Bjerregaard & Ea Cecilie Aidt, 'Levevilkår, livsstil og helbred. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009 – SIFs Grønlandsskrifter nr. 20, 2010'

<sup>7</sup> Inuuneritta, s. 7.

<sup>8</sup> Verdens Sundhedsorganisationen, [www.who.org](http://www.who.org).

### 3.1. Alkohol og hash

#### Strategier og målsætninger

For programområdet alkohol og hash er der opstillet tre strategier for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde for perioden 2007-2012:

- At udvikle befolkningens sundhedsmæssige handlekompetence i forhold til alkohol og hash.
- At minimere rusdrikkeri, fremme et sundt miljø, sunde levevilkår og en sund livsstil.
- Brug og misbrug af euforiserende stoffer er uacceptabelt.

På baggrund af de opstillede strategier er tre kvantitative målsætninger for arbejdet i programperioden 2007-2012 konkretiseret:

- Målsætning 1: Andelen af unge, der har oplevet at være fulde før det 14. år skal falde til 10% mod 33% i 2004.
- Målsætning 2: andelen af unge 14-17-årige, der har prøvet at ryge hash, skal reduceres til under 10% mod 25% i 2003.
- Målsætning 3: Andelen af unge, der har prøvet at sniffe, reduceres mest muligt og principielt til 0% mod 21% i 1998.

Herudover er der opstillet yderligere seks mål for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, nemlig:

- Mål 1: Børne- og ungdomsliv uden misbrug af alkohol og rusmidler.
- Mål 2: Alkoholfri miljøer skal fremmes og udvikles.
- Mål 3: Behandling af alkohol og rusmiddelmissbrug skal være gratis for personer.
- Mål 4: Behandling skal være flerstrengt.
- Mål 5: Indførsel af hash og handel med hash skal begrænses.
- Mål 6: Det samlede alkoholforbrug i samfundet skal begrænses.

#### Aktiviteter 2007-2010

Årstal	Handling
2007	Tema om rusmidler i det landsomdelt ungdomsmagasin INUK.  Debatarrangementer i uge 18. Kommuner, forebyggelsesudvalg, skoler, foreninger, borgere mv. opfordres til at planlægge og gennemføre alkoholfri arrangementer, hvor der sættes fokus på og skabes debat om alkoholvaner, drikkemønstre og øvrige rusmidler. Dette gøres samtidig med inddragelse af kulturoplevelser, musik, sang og sport, som skal skabe fælles oplevelser, der er med til at give mening, livsglæde og engagement i livet. Der ydes et mindre tilskud til disse arrangementer i bygder og byer. Mere specifikt er fokus i perioden 2008-2012 defineret til, at øge befolkningens viden om skadevirkninger af misbrug. Uge 18 har kørt fast hvert år siden 1992 og er årligt tilbagevendende i hele perioden 2007-2010.
2008	Landsdækkende kampagne om snifning og skadevirkninger målrettet skoleelever fra 6.-10.

	<p>klasse. Kampagnen indeholdt både skriftligt materiale til elever, deres forældre samt skolens ledelse, endvidere blev der vist TV-spots i KNR-TV.</p> <p>Annoncer i landsdækkende aviser målrettet båd- og jolleejere, med opfordring til, at bådejerne skal være med til at stoppe snifning blandt børn og unge gennem sikker opbevaring af farlige væsker i jollen/båden.</p> <p>Produktion af nyt materiale omkring graviditet og alkohol, hvor det frarådes at indtage alkohol før, under og umiddelbart efter graviditet.</p> <p>Opfordring til kommunerne om at drøfte hvor langt fremme man er i forhold til målsætninger for folkesundhedsprogrammet 2007-2012. Herunder den fremtidige forebyggelse og sundhedsfremme indenfor alkohol- og hashområdet. Aktiviteten gentages i 2009.</p>
<b>2009</b>	<p>Seminar om alkoholpolitik på arbejdspladser: 'På vej mod en sundere arbejdsplads - fokus på alkohol'. Kursus for forebyggelseskonsulenterne og PAARISA.</p> <p>Produktion af tv-spots om graviditet og alkohol, hvor det frarådes indtagelse af alkohol før, under og umiddelbart efter graviditet.</p>
<b>2010</b>	<p>Produktion af 7 tv-spots som led i handleplanen for bekæmpelse af hashmisbrug. Serien blev vist i vinteren 2011 på KNR og Nuuk TV.</p> <p>Pjecen 'Hvor gammel skal man være? Værd at vide om alkohol for unge under 18 år' blev udgivet. Der blev desuden produceret kampagnemateriale om alkohollovgivning.</p>

Tabel 1. Oversigt over centrale aktiviteter på hash- og alkoholområdet udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010. Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta på alkoholområdet. Lidt over halvdelen af konsulenterne angiver endvidere, at de altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger. Den overordnede vurdering af status på alkohol- og hashområdet fra forebyggelseskonsulenterne er, at man er godt på vej, men der er langt igen. Det svarer 72%. En mindre del angiver, at man har nået nogle af delmålene på programområdet (21%) og en enkelt konsulent mener, målene er nået fuldt ud (7%).

Midtvejsevalueringen viser, at der fra centralt hold er sat en række fornuftige debat og informationskampagner i gang. Aktiviteterne i perioden 2007-2010 synes især koblet til mål 1, 'Børne- og ungdomsliv uden misbrug af alkohol og rusmidler' samt mål 2, 'Alkohol frie miljøer skal fremmes og udvikles'. Debat og information er vigtige elementer i en sundhedsfremmende indsats, men det er samtidig også de svageste metoder sat over for strukturel forebyggelse fx i form af lovmæssige indgreb som forbud eller restriktioner. Den landsdækkende effekt af indsatsen på dette område kan derfor ikke forventes at være særlig stor, med mindre der kombineres med landsdækkende strukturelle forebyggelsestiltag i form af interventioner eller håndhævelse af en mere restriktiv alkoholpolitik. Der er dog flere eksempler på, at man lokalt har indført decideret forbud mod alkohol. I Qaanaaq, Ammassalik og Ittoqqortoormiit har der i

perioder været lukket for salg og udsækning af stærk spiritus samt totalforbud mod salg af alkoholiske drikke. Ifølge Politimesterembedet har dette medført et fald i antallet af husspektakler, anholdte og berusere.

Det er vigtigt at forholde sig til kvaliteten af de opstillede mål, når der gøres status på folkesundhedsprogrammet. Generelt for samtlige 6 mål kan det konkluderes, at de er meget brede i deres formuleringer, og det er uklart ud fra programmet, hvad der egentlig skal gøres på dette område og ikke mindst, hvem, der skal gøre noget. Det samme gælder de tre listede strategier for området. Det er ikke muligt direkte at omsætte strategierne til handling, hvilket udgør en svaghed i programmet og en stor udfordring for dem, der arbejder på området.

Det nærmeste man kommer konkrete mål er henholdsvis mål 3, der foreskriver, 'Behandling af alkohol og rusmiddelmisbrug skal være gratis for personer' samt mål 4, 'Behandling skal være flerstrengt'. Status på området er, at det generelt set er gratis at komme i behandling, hvis man henvises gennem kommunen. Der er dog eksempler på, at kommunen kræver en vis egenbetaling fra borgerens side, fx hvis borgeren har et arbejde. Der er også eksempler på, at arbejdsgivere betaler for en medarbejders misbrugsbehandling. I praksis er der dog et loft for kommunens budget på området, hvilket betyder, at kommunerne ikke altid er i stand til at betale for borgernes behandling. Behandlingen foregår efter Minnesotamodellen og udbydes to steder i landet fordelt på Frederiksberg Centeret i både Nuuk og Ilulissat samt Katsorsaavik i Nuuk. Samtidig er der eksempler på, at der lokalt oprettes behandlingstilbud, som ikke nødvendigvis følger Minnesotamodellen. Det er ved midtvejsevalueringen derfor ikke entydigt, om behandling er gratis og flerstrengt. Kommunerne er i færd med at overtage behandlingsområdet, der tidligere har været placeret under Selvstyret. Det er endnu for tidligt at sige noget om, hvorvidt det har implikationer for ovennævnte mål.

Mål 6 anfører, at det samlede alkoholforbrug i befolkningen skal begrænses. Der er på nuværende tidspunkt ikke indsamlet data, som kan anvendes til at belyse en evt. udvikling fra 2007 til 2010. Typisk anvendes tal for import af alkohol fra Grønlands Statistik til at gøre status på forbruget. Det er dog vigtigt at understrege, at dette tal ikke siger noget om, hvor meget den enkelte rent faktisk indtager. Det er udelukkende et mål for import pr. indbygger på 15 år og derover. I perioden 2007-2010 faldt importen fra 12 til 10,7 liter, men dette kan næppe tilskrives folkesundhedsprogrammet, da importen har svinget 1-2 procentpoint gennem en lang årrække.

2007	2008	2009	2010
12,0	10,6	10,7	-

Tabel 2. Befolkningens alkoholforbrug angivet i liter ren alkohol pr. person 15+ år. 2007-2010. Grønlands Statistik.

I målsætning 1 til 3 er der opstillet meget konkrete procentmål for unges erfaringer med alkohol, hash og snifning. Data fra HBSC-undersøgelsen i Grønland i 2010 kan bruges til at vurdere status på disse målsætninger.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> HBSC står for Health Behavior among School aged Children og gennemføres blandt 13-15-årige elever i folkeskolen. Data fra de grønlandske HBSC-undersøgelser indgår i det internationale HBSC-samarbejde med mere end 50 andre nationer. Undersøgelsen omtales nærmere i kapital 6.

Andelen af børn, der aldrig har været fulde, er faldet fra 2006 til 2010 (tabel 3). Det betyder, at der i 2010 var lidt flere, der havde været fulde sammenlignet med 2006. For de 11- og 12-årige kan det udledes, at ca. 10%, har prøvet at være fulde, mens tallet for de 13-årige er 30%. Målsætning 1, at andelen af unge, der har oplevet at være fulde før det 14. år skal falde til 10 % i programperioden, er derfor ikke nået midtvejs i programmet trods kampagner målrettet skoleelever.

	2006	2010
11 år	92%	89%
12 år	90%	84%
13 år	82%	70%

Tabel 3. Andel i procent af børn 11-13 år, der angav de aldrig har været fulde (N= 2221 i 2006 og N = 1862 i 2010). Kilde: HBSC-undersøgelsen i Grønland 2010 ved Birgit Niclasen m.fl., rapport under udarbejdelse.

Målsætning 2 er at reducere andel af unge 14-17-årige, der har prøvet at ryge hash til under 10%. Fra 2006 til 2010 er der et lille fald for alle aldersgrupper fra 15 til 17 år (tabel 4). Andelen af unge 15-17-årige, der havde prøvet hash, var dog stadig 19%, hvilket ligger noget højere end målsætningen på 10%. Målsætningen er således ikke nået midtvejs i programperioden.

	2006	2010
15 år	19%	17%
16 år	30%	25%
17 år	34%	29%

Tabel 4. Andel i procent af 15, 16 og 17-årige unge, der angav at de nogensinde havde røget hash (N= 560 i 2006 og N= 420 i 2010). Kilde: HBSC-undersøgelsen i Grønland 2010 ved Birgit Niclasen m.fl., rapport under udarbejdelse.

Målsætning 3, at reducere andelen af unge (principielt til 0%), der har prøvet at sniffe, er heller ikke nået midtvejs i programperioden. Der er kun små forskelle fra 2006 til 2010 i andelen af 11-16-årige, der havde prøvet at sniffe (tabel 5). Den generelle tendens er, at andelen, der har prøvet at sniffe, stiger med alderen i både 2006 og 2010. Der er derfor stadig langt igen. Især blandt de 16-årige, hvor andelen, som har prøvet at sniffe, er fordoblet siden 2006.

	2006	2010
11 år	1%	2%
12 år	4%	1%
13 år	5%	4%
14 år	10%	8%
15 år	15%	13%
16 år	14%	24%

Tabel 5. 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). Kilde: HBSC-undersøgelsen i Grønland 2010 ved Birgit Niclasen m.fl., rapport under udarbejdelse.



Vigtigheden af forebyggelse på alkoholområdet kan ikke understreges nok. Talrige undersøgelser viser, at bag størstedelen af de sociale problemer i samfundet, ligger et skadeligt og overdrevent alkoholindtag. I en stor del af de interview evalueringspanelet har gennemført med nøglepersoner, trækkes alkoholens skadelige indvirkning på samfundet igen og igen frem. Dette påpeges fra alle sider på tværs af sektorer. Fra Politiets side påpeges alkoholens betydning for kriminaliteten. Det fremgår bl.a. af forordet til Politiets årsberetning fra 2010, hvor Politimesteren skriver: *I langt hovedparten af sagerne om personfarlig kriminalitet er minimum en af de indblandede parter påvirket af alkohol. Hertil kommer, at Grønlands Politi i 2010 rykkede ud til 3.077 husspektakler (heraf med børn involveret i de 442) samt assisterede 1.162 berusere. Dette tyder efter min opfattelse på, at alkohol er en meget stor del af kriminalitetsproblemet.*<sup>10</sup>

Fra sundhedsvæsenets side påpeges det, at alkohol er indblandet i langt de fleste skader og ulykker, som bliver behandlet. Hertil kommer erfaringer, der peger på, at alkohol også er medvirkende de mange uønskede graviditeter og kønssygdomme, fordi mange unge glemmer prævention, når de er påvirket af alkohol. Forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser på alkoholområdet rækker således ind i mange af de øvrige programområder.

Bagved alkoholproblematikken ligger helt grundlæggende forhold knyttet til befolkningens levevilkår. Erhvervsmuligheder, adgang til uddannelse, adgang til sundhedsydelser, infrastrukturen og boligforhold er eksempler på dette. Der er gode eksempler på, at man på lokalplan netop har taget fat i de grundlæggende levevilkår, for at komme problemer relateret til alkoholmisbrug til livs. Flere forebyggelsesudvalg har netop taget fat på erhvervsmuligheder, skolerne og boligforholdene for at forebygge alkoholens skadelige virkning på lokalt hold. Der er således gode eksempler, men der er stadig meget at tage fat på. En generel koordinering mellem alle områder, der har betydning for de generelle levevilkår, er afgørende for at opnå Inuunerittas mål på alkohol- og hashområdet.

I september 2011 afholder Alkohol og Narkotikarådet et alkoholseminar med fokus på holdningsændring. Formålet er at komme med fremadrettede anbefalinger og nedsætte en tværdepartemental arbejdsgruppe til at fremme forebyggende tiltag og indsatser på misbrugsområdet. Dette er en oplagt mulighed for at konkretisere mål og strategier under Inuuneritta og dermed muliggøre en mere målrettet og systematisk indsats på området fremover.

## 3.2. Vold, voldtægter og seksuelle overgreb

### Strategier og målsætninger

For programområdet vold, voldtægter og seksuelle overgreb er opstillet følgende tre strategier for perioden 2007-2012.

- At bryde tabuer om vold, voldtægt og andre seksuelle overgreb og skabe større åbenhed og viden om, hvordan man bedst hjælper voldsramte børn, unge og voksne.
- At etablere forståelse for, at vold og overgreb ikke accepteres.
- At styrke befolkningens handlekompetence i forhold til at drage omsorg for hinanden, forhindre vold og overgreb og hjælpe voldsramte.

<sup>10</sup> <http://www.politi.dk/Groenland>

Strategierne er forsøgt konkretiseret i 5 mål, nemlig:

- Mål 1: Vold og voldtægter skal begrænses.
- Mål 2: Børne- og ungdomsliv uden vold, voldtægter og seksuelle overgreb.
- Mål 3: Offentlig debat om voldens omfang, karakter og konsekvenser.
- Mål 4: Borgernes ansvarfølelse og omsorgskompetence styrkes.
- Mål 5: Behandlings- og rådgivningstilbud for både offer og gerningsmand sikres.

### Aktiviteter 2007-2010

Årstal	Handling
2007	<p>Den landsdækkende kampagne 'STOP sexmisbrug af børn' blev igangsat i september 2006 og forløb i 2007. Kampagnen omfattede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temadage for fagfolk med Karin Dyhr, forfatter til dokumentarromanen 'Glaspigen' omhandlende incest.</li> <li>- Forskellige TV-spots og radiospot målrettet børn, unge og voksne med fokus på bl.a. børns rettigheder, kollektivt ansvar, ret og pligt til underretning samt viden om grooming, som er den proces, hvor den ældre og mere erfarne krænker, anvender manipulation, løgne, smigrer og ros samt påfører ofret ansvar og skyldfølelse, for derigennem at kunne få ofret til (tilsyneladende frivilligt) at medvirke til seksuelle aktiviteter, der kan tilfredsstille krænkeren (Red Barnet). Blev vist fra september 2006 til marts 2007.</li> <li>- Materialer til skolerne med udgangspunkt i børns rettigheder med henblik på dialog samt forberedelse af en landsdækkende event, hvor børn og unge gik på gaderne. Eventen var om børns ret til egen krop og blev afholdt i februar 2007, hvor børn demonstrerede mod seksuelle overgreb.</li> <li>- Som led i modulopbygget uddannelse for forebyggelseskonsulenterne blev givet kursus i forebyggelse af seksuelle overgreb ved konsulent Gitte Jakobsen, UFC, Det Danske Socialministerium.</li> <li>- Støtte til samt distribution af den grønlandske film 'Det skjulte ansigt', som er en dokumentarfilm om seksuelle overgreb.</li> <li>- Nyredigering og tryk af 'Jeg har en hemmelighed', som er en pixibog for mindre børn om forebyggelse af seksuelle overgreb.</li> <li>- Undervisning i forebyggelse af seksuelle overgreb til relevante faggrupper, herunder sundhedsstuderende og forebyggelseskonsulenter.</li> <li>- Dokumentarstykket 'Det bliver sagt' med Holbæk Teater blev opsat i 2007. Stykket blev vist to gange i Katuaq; én gang for fagpersoner og én gang for Nuuks borgere. Efter teaterstykket var der åbent for diskussion mellem salens deltagere og stykkets forfatter Kristian Ditlev Jensen samt psykolog Kuno Sørensen.</li> <li>- I 2007 blev der nedsat to arbejdsgrupper for henholdsvis vold og voldtægter og seksuelle overgreb. Arbejdsgrupperne fik til opgave at udarbejde en samlet handlingsplan for områderne i form af National Strategi for sundhedsfremme og forebyggelse af vold og seksuelle overgreb. Grupperne havde første møde i december</li> </ul>

	2007.
	'Samtale i stedet for vold' gennemføres af Politiet. Der er tale om et todageskursus tilpasset 8. klassetrin i folkeskolen. Kurset har været en del af politiets kriminalpræventive indsat siden 1998 og har kørt i flere politidistrikter i Grønland. Aktiviteten gentages årligt i hele perioden 2007-2010.
<b>2008</b>	Fortsættelse af arbejdet med en National Strategi for sundhedsfremme og forebyggelse af vold og seksuelle overgreb.
<b>2009</b>	National Strategi til forebyggelse af vold, voldtægter og seksuelle overgreb udgives af Grønlands Selvstyre som idékatalog med titlen: 'Vold og seksuelle overgreb – Idékatalog'.  'Vold er ikke løsningen'. Konference arrangeret af Departementet for Sociale Anliggender.
<b>2010</b>	Pr. 2010 er området overgået til det daværende Departementet for Sociale Anliggender, og der foreligger derfor ikke en oversigt over aktiviteter under Inuuneritta.

Tabel 6. Oversigt over centrale aktiviteter på området vold, voldtægt og seksuelle overgreb udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010. Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

### *Bevægelser i civilsamfundet*

Ud over de officielle aktiviteter, der er organiseret og finansieret fra centralt hold, har der også været en række vigtige bevægelser i civilsamfundet med fokus på seksuelle overgreb, der fortjener at blive nævnt.

I februar 2007 blev TASIORTA - Støtteforeningen mod seksuelle overgreb i Grønland, stiftet. Foreningens målgruppe er seksuelt misbrugte, deres pårørende og behandlere og frivillige, som arbejder med målgruppen. Formålet med foreningen er dels at sikre etablering af handle- og behandlingsmuligheder, at hjælpe seksuelt misbrugte og deres pårørende, at skabe fora, hvor seksuelt misbrugte og deres pårørende kan dele deres problemer og erfaringer samt sikre seksuelt misbrugte, deres pårørende samt professionelle og frivillige, som arbejder med målgruppen, rådgivning og vejledning om handle- og behandlingsmuligheder. Der er tale om et privat initiativ og foreningen er således en selvejende institution. I efteråret 2008 åbnede TASIORTA en gratis rådgivningslinje, der varetages af faguddannede, tosprogede psykologer. Telefonrådgivningen har åbent to gange om ugen.

I januar 2008 blev Meeqqat Inuunerissut / Bedre Børneliv (MI/BB) stiftet som NGO med fokus på børns vilkår i Grønland. Når MI/BB fortjener at blive nævnt her, skyldes det, at de siden 2009 har medvirket til at sætte fokus på forebyggelse og behandling af seksuelle overgreb. I september 2009 arrangerede MI/BB således en konference i Nuuk med titlen 'Et børnehus i Grønland'. Konferencen resulterede i en række anbefalinger for etableringen af et grønlandsk børnehus, som er et behandlingskoncept målrettet børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, kendt fra Island og USA<sup>11</sup>. Anbefalingerne blev overleveret til Naalakkersuisut.

<sup>11</sup> Et børnehus i Grønland. Diskussioner, konklusioner og anbefalinger fra Meeqqat Inuunerissut / Bedre Børnelivs konference 'Et børnehus i Grønland' den 9. og 10. september 2009.

[http://www.mibb.gl/fileadmin/user\\_upload/artikler/rapport\\_kun\\_tekst.pdf](http://www.mibb.gl/fileadmin/user_upload/artikler/rapport_kun_tekst.pdf)

Projekt F-SOMBU<sup>12</sup> er endnu et eksempel på, at der har været øget fokus på seksuelle overgreb de seneste år. I forbindelse med dette projekt blev der i marts 2009 afholdt konference i Nuuk om seksuelle overgreb. Som en del af dette arrangement blev teaterforestillingen 'Oqarit! Inuullutillu' vist. Teaterstykket handler både om seksuelle overgreb og selvmord blev siden hen vist i 8 forskellige byer ud over Nuuk med efterfølgende debat om emnet. Teaterstykket modtog støtte fra Inuuneritta (se afsnit om aktiviteter på selvmordsområdet), men selve projektet var initieret af private organisationer.

På voldsområdet har græsrodsbevægelsen '8. marts gruppen'<sup>13</sup> de seneste år været med til at skabe debat og oplysning. De har blandt andet stået for at arrangere demonstrationer mod vold og produceret plakater og oplysningsmateriale, som er blevet sendt rundt i hele Grønland.

Tendenser og bevægelser i civilsamfundet er afgørende for samfundets forandring. Det er således afgørende for Inuunerittas virkning, at der sideløbende med de centrale og kommunale tiltag foregår en udvikling initieret af borgerne selv, idet forbedringen af folkesundhed på flere parametre i høj grad afhænger af en grundlæggende bevidsthedsændring blandt befolkningen. En sådan forandring kommer ikke automatisk gennem påvirkning ovenfra.

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta, hvad angår vold og seksuelle overgreb. Halvdelen af konsulenterne angiver endvidere, at de altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger. En tredjedel af konsulenterne (36%) vurderer, at man har nået nogle af delmålene på området, mens halvdelen mener, man er godt på vej, men der er langt igen (50%). Der er dog også enkelte, der melder ud, at der stort set ikke sker noget på området (14%).

Midtvejsevalueringen viser, at der især er satset på landsdækkende kampagner med eksplicit fokus på at sætte en stopper for seksuelle overgreb mod børn gennem øget opmærksomhed og information på området. Herudover har man prioriteret at nedsætte to arbejdsgrupper, som fik til opgave at udfærdige en national strategi på programområdet. Der har i kampagnerne været fokuseret på børns rettigheder generelt og retten til at bestemme over egen krop. Kampagnerne er nået bredt ud gennem brugen af tv, radio, temadage og efteruddannelse for fagfolk samt undervisning af børn i skolerne. På baggrund af disse tiltag har man til dels nået mål 3, 'Offentlig debat om voldens omfang, karakter og konsekvenser'. Det gælder dog kun for seksuelle overgreb, da det er her fokus har været. Hvorvidt kampagnerne har medvirket til at nå mål 4, er svært at sige, men det er muligt, at den brede informationsindsats har medvirket til at styrke borgernes ansvarsfølelse og omsorgskompetence. Igen kun for seksuelle overgreb mod børn, da vold og voldtægter ikke har været en eksplicit del af kampagnerne.

Mål 1 og 2 om begrænsning af vold og voldtægt samt børne- og ungdomsliv uden vold, voldtægt og seksuelle overgreb er først nået, når tallene for volds- og sædelighedsforbrydelser falder drastisk. Dette er

<sup>12</sup> F-SOMBU står for: Forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn og unge.

<http://www.facebook.com/group.php?gid=46632697509>

<sup>13</sup> 8. marts gruppen Nuuk blev stiftet på kvindernes kampdag 8. marts 2006 og arbejder for øget ligestilling og formidling af viden. <http://www.facebook.com/group.php?gid=311949962529>

ikke tilfældet ved midtvejsevalueringen. Som det fremgår af tal fra Politiets Årsstatistik, ligger antallet af anmeldte voldsforbrydelser nogenlunde konstant fra 2007 til 2010. Der er et fald i det samlede antal af sædelighedsforbrydelser i perioden, men det adskiller sig ikke fra variationen i årene før programmet. Samtidig er der en lille stigning for anmeldte voldtægtsforbrydelser og forsøg på voldtægt, når disse udskilles fra den samlede sædelighedsstatistik.

For at få et samlet overblik over omfanget af vold, seksuelle overgreb og voldtægter bør man også inkludere selvrappede tal, da ikke alle hændelser anmeldes. Der foreligger dog ikke data på dette område, som kan belyse omfanget af selvrappede vold og overgreb midtvejs i folkesundhedsprogrammets virke.

	2007	2008	2009	2010
Voldsforbrydelser	808	833	812	789
Sædelighedsforbrydelser (inkludativ voldtægt og forsøg)	462	391	331	371
Voldtægt og forsøg	159	164	119	159

Tabel 7. Anmeldte volds- og sædelighedsforbrydelser samt voldtægt og forsøg på voldtægt i perioden 2007-2010. Kilde: Politiet Grønland - Årsstatistik 2010<sup>14</sup>.

Hvad angår mål 5 om sikring af behandlings- og rådgivningstilbud for både offer og gerningsmand er dette endnu ikke nået, hvis vi ser på tiltag og indsatser fra centralt hold. Der er dog truffet beslutning om etableringen af et Børnhus i Nuuk i 2011, hvilket sandsynliggør, at man kommer nærmere en opfyldelse af målet inden for den samlede programperiode. Det fremgår af Naalakkersuisuts prioriterede indsatser:

*Børnhuset er blandt Naalakkersuisuts prioriterede indsatser i 2010-strategien Tryk Barndom. Målet med børnhuset er at styrke forudsætningerne for at behandle og forebygge seksuelle overgreb mod børn. Når børnhuset i Nuuk er etableret, vil det kæde de professionelle indsatser på området sammen under ét tag. Børnhuset skal bidrage til at skabe et bedre tværfagligt udrednings- og behandlingsforløb for børn, der har været udsat for seksuelle overgreb. Desuden skal huset fungere som et rådgivnings- og videnscenter for kommuner og andre aktører, der kommer i kontakt med seksuelt misbrugte børn. Børnhuset i Nuuk forventes at stå færdigt i 2011 og vil dække hele Grønland.<sup>15</sup>*

Hvorvidt dette også vil omfatte rådgivning og behandling af gerningsmanden er dog uvist.

Overordnet set omfatter programområdet både seksuelle overgreb af børn, vold og voldtægter, som hver i sær udgør vigtige områder. Midtvejsevalueringen viser, at det overordnet set har været prioriteret at sætte fokus på seksuelle overgreb af børn og i mindre grad vold og voldtægter. Denne prioritering har samtidig

<sup>14</sup> <http://www.politi.dk/NR/rdonlyres/D733CE57-5175-46E1-BFF8-B27AAE1BAF7F/0/Årsstatistik2010.pdf>

<sup>15</sup> Hentet fra hjemmesiden for Departementet for Familie, Kultur, Kirke og Ligestilling:

[http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement\\_for\\_familie\\_kultur\\_kirke\\_ligestilling/Familie/Projekter%20og%20strategier/Børnhuset.aspx](http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement_for_familie_kultur_kirke_ligestilling/Familie/Projekter%20og%20strategier/Børnhuset.aspx) Læs også 'Resume af model for et Børnhus i Grønland':

[http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement\\_for\\_familie\\_kultur\\_kirke\\_ligestilling/Familie/Projekter%20og%20strategier/~/\\_media/122BE0BB71C64FC09E5CF651A13111D2.ashx](http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement_for_familie_kultur_kirke_ligestilling/Familie/Projekter%20og%20strategier/~/_media/122BE0BB71C64FC09E5CF651A13111D2.ashx)

betydet, at fokus på vold og voldtægt har fået en mindre tydelig rolle i de landsdækkende kampagner. Kampagner er et vigtigt redskab til at skabe opmærksomhed og holdningsændring omkring et emne i befolkningen, men for at skabe en forandring i adfærden er det nødvendigt at sætte ind på flere parametre. Det er endnu ikke sket.

Målene for programområdet er brede og altomfavnende. Det er derfor forståeligt, at man fra PAARISAs side har prioriteret at nedsætte fagligt kompetente arbejdsgrupper til at konkretisere indsatsen. Der er pågået et stort og vigtigt arbejde med udgivelsen i 2009 af et idékatalog for forebyggelse af vold, voldtægt og seksuelle overgreb. Idékataloget indeholder forslag til nye tiltag såvel som udbygningen af eksisterende tiltag<sup>16</sup>. I konklusionen lyder det således:

*De mange forslag til kommende initiativer, som er nævnt tidligere, kan kun igangsættes, hvis alle gode hensigter og kræfter samles såvel centralt som lokalt. Alle idékatalogets anbefalinger er væsentlige set i en større sammenhæng. Etableringen af et Barnahús bestående af tværfaglig ekspertise har en meget høj prioritet blandt de nævnte forslag, idet man netop her får mulighed for at koble behandling af de allerede krænkede børn og unge med forebyggelse, således at barnets tarv varetages optimalt.*

Svagheden ved idékataloget er netop, at det er et idékatalog. Det er således ikke politisk bindende forslag, hvorfor det ikke automatisk fører til igangsættelsen af tiltag på programområdet i resten af folkesundhedsprogrammets virke frem til 2013.

### 3.3. Selvmord

#### Strategier og målsætninger

For programområdet selvmord er der opstillet fire strategier for den forebyggende indsats i perioden 2007-2012:

- At højne livskvaliteten og muligheden for at påvirke eget liv herunder at mestre livets konflikter.
- At modarbejde holdningen til at selvmord kan være en løsning på livets problemer.
- At øge borgere og lokalsamfunds handlekompetence i forhold til selvmordsforebyggelse og synliggøre nytten af hjælp.
- At koordinere lokale og landsdækkende initiativer, og synliggøre og formidle "bedste praksis".

Strategierne på området er konkretiseret i fem mål:

- Mål 1: Ved forenede kræfter at gøre livet værd at leve, også når det gør ondt.
- Mål 2: At styrke den enkeltes evne og muligheder for at udnytte egne og andres ressourcer, mestre eget liv og deltage aktivt i samfundet.
- Mål 3: At støtte en proces hvor den enkelte er aktiv deltager i eget og fælles liv.
- Mål 4: At nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg.

<sup>16</sup> Idékataloget kan hentes her:

[http://www.peqqik.gl/Publikationer/Rapporter\\_og\\_redegoerelser/~media/DS/PDF%20filer/Publikationer/Redeg%3%B8relser%20og%20rapporter/id%C3%A9katalog\\_2%20kopi.ashx](http://www.peqqik.gl/Publikationer/Rapporter_og_redegoerelser/~media/DS/PDF%20filer/Publikationer/Redeg%3%B8relser%20og%20rapporter/id%C3%A9katalog_2%20kopi.ashx)

- Mål 5: At integrere indsatsområderne i programperioden 2007-2012, så det videreføres efter projektperiodens udløb.

Hertil kommer otte delmål:

- Delmål 1: Sikre opsporing af selvmordstruede.
- Delmål 2: Sikre rådgivnings- og behandlingsmuligheder.
- Delmål 3: Øge den professionelle kompetence hos relevante fagpersoner.
- Delmål 4: Modvirke, at selvmord opfattes som en brugbar løsning af livets problemer.
- Delmål 5: Medvirke til højnelse af borgernes trivsel og evne til at mestre konflikter og tackle livets udfordringer.
- Delmål 6: Styrke lokalsamfundenes og frivilliges muligheder for at arbejde forebyggende med selvmord.
- Delmål 7: Sikre forskningsbaseret viden om de grønlandske selvmord.
- Delmål 8: Sikre evaluering af igangsatte aktiviteter og handlingsplanen som helhed.

### Aktiviteter 2007-2010

Selvordsforebyggelse har siden 1999 været et særligt arbejdsområde for PAARISA. I 2004 besluttede Naalakkersuisut at udarbejde en national strategi for selvmordsforebyggelse med udgangspunkt i WHO's anbefalinger på området og denne har siden 2004 været udgangspunktet for indsatsen. Aktiviteterne inden for folkesundhedsprogrammet ligger naturligt i forlængelse af det igangsatte arbejde.

Årstal	Handling
2007	<p>Igangsættelse af evaluering af 3-årig projektperiode med fokus på implementering af den Nationale Strategi for Selvmordsforebyggelse samt udveksling af erfaringer. Samarbejde med relevante samarbejdspartnere i Alaska og Nunavut.</p> <p>Åbning af den landsdækkende anonyme telefonrådgivning Attavik 146 med to ugentlige telefontider. I denne forbindelse blev der afholdt kurser og udarbejdet støttemateriale for telefonrådgivere.</p> <p>Udarbejdelse af materialet 'Ved du, hvor du kan henvende dig?' og 'Selvmord KAN forebygges'. Udsendt til skoler og uddannelsesinstitutioner.</p> <p>Udgivelse af 'Notat om unge med god trivsel' og 'Notat om selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt unge i Grønland' i samarbejde med MIPI – Videnscenter for Børn og Unge.</p> <p>Desuden tilbydes der løbende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undervisning af relevante faggrupper - herunder forebyggelseskonsulenter, politi og sundhedsstuderende.</li> <li>• Særlig indsats i kommuner med mange selvmord.</li> </ul>

- Samarbejde med det centrale kriseberedskab.
- Støtte til etablering af studenterrådgivninger.
- Tilbud om supervision af nøglepersoner.

**2008**

Fortsat arbejde med evaluering af 3-årig projektperiode med fokus på implementering af den Nationale Strategi for Selvmordsforebyggelse samt udveksling af erfaringer færdiggøres.

Atavik 146: I alt 185 personer henvendte sig til den landsdækkende anonyme telefonrådgivning. Både personer med meget svære personlige problemer og selvmordstanker og personer med behov for at tale om følelser. Der er en del mennesker, som ringer flere gange. To tredjedele af henvendelserne kom fra kvinder.

2 kurser i Nuuk for rådgivere ved Atavik 146 med fokus på tegn og signaler på selvmordstanker, selvmordsrisikovurdering, holdninger til selvmord, samtaler med selvmordstruede og henvisningsprocedure. Kurserne blev afholdt i samarbejde med 2 konsulenter fra Livslinien, som er den danske krisetelefon.

Kursus for fagfolk, som sidder i rådgivende funktioner i Nuuk, med fokus på tegn og signaler på selvmordstanker, selvmordsrisiko vurdering, holdninger til selvmord, samtaler med selvmordstruede og henvisningsprocedure.

Temadag om selvmordsforebyggelse for de studerende på Peqqissaanermik Ilinniarfik/ Center for Sundhedsuddannelser i Nuuk.

WHO's internationale dag om forebyggelse af selvmord d. 10.9. blev markeret med et arrangement med temaet 'De sårbare unge'. Målgruppen var fagfolk fra forskellige institutioner, såsom folkeskolelærere, uddannelsesinstitutioners faglærere, personalet fra ungdomsklubber, osv.

Der blev givet støtte til udgivelse af den grønlandske oversættelse af bogen 'Sorgen ved selvmord. En bog til de efterladte' af Inger Anneberg.

Temadag om selvmord og selvmordsforebyggelse for studerende ved Ilisimatusarfik/ Grønlands Universitet

Økonomisk støtte til teaterforestilling af Pipaluk Kreutzmann Jørgensen. Forestillingen, 'Malugisarpara', er et kærlighedsdrama, og den blev vist for offentligheden og i folkeskoler i 8 byer.

**2009**

Attavik 146: I 2009 henvendte 194 personer sig til Attavik 146. Henvendelserne omfatter både personer med ensomhed, misbrugsproblemer og traumatiske begivenheder, som for eksempel fysisk og psykisk vold. To tredjedele af henvendelserne kom fra kvinder. Godt en tredjedel af alle de personer, der søgte rådgivning, var mellem 20 og 29 år.



Kursus i forebyggelse af selvmord på Socialrådgiveruddannelsen, Ilisimatusarfik.

Oplæg om teorier om selvmord ved Institut for Administration, Ilisimatusarfik.

Besøg i Nanortalik, Ilulissat og Paamiut med specifikt henblik på afholdelse af opkvalificeringskurser af 3 ½ dages varighed for fagfolk og lokale ressourcepersoner i selvmordsforebyggelse. I den forbindelse er der ligeledes afholdt borgermøder.

WHO's internationale dag om forebyggelse af selvmord d. 10.9. blev markeret med temaet 'Selvmord blandt de unge'. I Kommuneqarfik Sermersooq var der et arrangement i forsamlingshuset med blandt andet oplæg fra forebyggelseskonsulenten om selvværd og selvtillid samt kort oplæg fra PAARISA om Attavik 146.

I forlængelse af d. 10.9. holdt Kommuneqarfik Sermersooq kursus for forskellige faggrupper om forebyggelse af selvmord. Kurset havde fokus på, hvordan tværfaglige faggrupper kan forebygge selvmord. Underviserne var fra Dansk Psykologforening.

Økonomisk støtte til teaterforestilling af Pipaluk Kreutzmann Jørgensen. Forestillingen, 'Oqarit Inuullutillu', handler om selvmord og seksuelt misbrug, og blev vist i 8 byer.

Grønland var vært ved et arktisk seminar med navnet 'Hope and Resilience in Suicide Prevention'. Seminaret var et resultat af et partnerskab mellem Arctic Human Health Expert Group (AHHEG) under det Arktiske Råd, The Inuit Circumpolar Council (ICC) and Youth Council (ICYC), Direktoratet for Udenrigsanliggender, det grønlandske sundhedsvæsen og PAARISA. Der var deltagere fra Sapmi-Norge, Alaska, Canada og Grønland, og de fleste arktiske regioner var repræsenteret. Seminaret bestod af et hovedseminar og et ungdomsseminar, som mødtes og udvekslede synspunkter løbende. Der var 62 deltagere på hovedseminaret og 32 deltagere på ungdomsseminaret, som desuden deltog i diskussion med grønlandske politikere og arktiske embedsmænd ved afslutningen af seminaret. Rapport fra seminaret findes på [www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl).<sup>17</sup>

**2010** Atavik 146 (status for 2010 endnu ikke tilgængelig).

Kurser for fagfolk og borgere.

Kurser for studerende på uddannelsesinstitutioner samt 3 opkvalificeringskurser for telefonrådgivere i den anonyme telefonrådgivning Attavik 146.

Udarbejdelse af retningslinjer om procedurer ved selvmordsforsøg i samarbejde med Psykiatrisk Afdeling, DIH.

Planlægning af nyt kursuskoncept om efterladte ved selvmord.

Tabel 8. Oversigt over centrale aktiviteter på selvmordsområdet udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010. Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

<sup>17</sup> Direkte link: [http://www.peqqik.gl/Publikationer/Rapporter\\_og\\_redegoerelser/Hope\\_and\\_Resilience\\_2010.aspx](http://www.peqqik.gl/Publikationer/Rapporter_og_redegoerelser/Hope_and_Resilience_2010.aspx)

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta, hvad angår selvmord. Lidt mere end en tredjedel af konsulenterne angiver, at de altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger (40%). Halvdelen af konsulenterne vurderer, at man har nået nogle af delmålene på området, men en tredjedel mener, man er godt på vej, men der er langt igen (33%). Der er dog også enkelte, der melder ud, at der stort set ikke sker noget på området (13%).

Forebyggelseskonsulenterne fremhæver vigtigheden af økonomiske bevillinger, kontinuerligt arbejde og kurser, for at kunne arbejde målrettet med målsætningerne i lokalområdet. Flere angiver, at de løfter opgaven i samarbejde med PAARISA og socialforvaltningen, men der er også flere eksempler på, at konsulenterne savner et bedre samarbejde med centrale instanser og angiver problemer med samarbejdspartnere som en forhindring.

Midtvejsevalueringen viser, at selvmordsforebyggelsen er et programområde, hvor der arbejdes systematisk med vægt på uddannelse af fagpersoner, undervisning på uddannelsesinstitutioner samt oplysning og dialog med befolkningen. Der er især lagt vægt på kurser og efteruddannelse af fagpersoner, der har med rådgivning at gøre. Hertil kommer temadage på uddannelsesinstitutioner, der medvirker til at øge viden og sætte fokus på forebyggelsen. Der er desuden lanceret et tilbud om anonym telefonrådgivning i form af Atavik 146, der især er målrettet borgere med selvmordstanker. Rådgiverne på Atavik bliver løbende uddannet og opkvalificeret til at håndtere kommunikation med mennesker i krise.

Ifølge nøglepersoner på området er der kommet større åbenhed og bevidsthed om at aflæse signaler og tidlige tegn på selvmordsadfærd i befolkningen gennem de seneste år. I den forstand har programmet overordnet set ført forbedringer med sig. De opstillede mål og delmål er dog for størstedelen abstrakte og fokuseret på forbedringer af levevilkår og livskvalitet, hvilket gør det svært at måle effekten af indsatserne.

De opstillede mål på programområdet er mange og omfattende. Mål 1, 2 og 3 handler om livskvalitet og handlemuligheder for den enkelte. Sådanne mål kan ikke gøres op i tørre tal, hvorfor det ikke er muligt at lave en egentlig midtvejsvurdering af status på disse mål. Ser vi på mål 4 - at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg - kan vi aflæse status i selvmordsstatistikken for 2007-2010 i tabel 9. For perioden 2007-2009 har der været et fald i antallet af selvmord i forhold til tidligere. Til sammenligning blev der i 2006 begået 58 selvmord. Det er fristende at forsøge at læse en effekt ud af disse tal, men det ville ikke være evidensbaseret. Det er på baggrund af eksisterende viden umuligt at sige, om der er tale om naturlige udsving eller resultater af en målrettet indsats. Lige som stigningen i 2010 heller ikke kan forklares eller stemples som resultatet af en fejlslagen indsats. En seriøs evaluering af indsatsernes effekt på selvmordsstatistikken kræver monitorering over en længere årrække. Der er ved midtvejsevalueringens gennemførelse ikke lavet opgørelser over selvmordsforsøg siden 2007.

2007	2008	2009	2010
37	36	37	60 <sup>18</sup>

Tabel 9. Antal selvmord i perioden 2007-2010. Kilde: Landslægeembedets årsberetning 2009.

Mål 5 handler om programmets videreførelse efter 2012, gennem integrering af indsatsområder. Det er ved midtvejsevalueringen ikke muligt at sige, om dette vil lykkes inden udgangen af 2012.

Aktiviteter og indsatser i 2007-2010 er overordnet set især relateret til delmål 1-4. Det er sandsynligt, at de mange kurser, oplysningskampagner og undervisning på uddannelsesinstitutioner er med til at sikre opsporing af selvmordstruede, rådgivnings- og behandlingsmuligheder, øget professionel kompetence samt modvirke, at selvmord opfattes som en brugbar løsning. Det er dog langt fra sikkert, at det er nok til at opfylde målene. Oprettelsen af rådgivningslinjen, Atavik 146, må også forventes at imødekomme målet om rådgivnings- og behandlingsmuligheder, men kun i et begrænset omfang, da linjen kun har åbent to gange om ugen og bemandes af rådgivere, der ikke nødvendigvis har en psykologfaglig baggrund.

Delmål 5 omhandler ligesom mål 1-3 udvikling i befolkningens livskvalitet og ressourcer til at håndtere konflikter og udfordringer og kan ikke opgøres pålideligt. Det er dog muligt, at tilbud om anonym telefonrådgivning samt studenterrådgivning, hvor studerende kan modtage psykologhjælp, kan medvirke til opfyldelse af dette delmål for dele af befolkningen. Aktuelt arbejdes der med at etablere hjælpeprogrammer på

uddannelsesinstitutionerne, hvor unge uddannes til at reagere, når andre unge har brug for hjælp. Erfaringerne viser nemlig, at mange fortæller deres venner om problemer, de ikke kan takle, men vennerne ved ikke, hvordan de skal reagere og beder derfor ikke om hjælp.

Det er ikke dokumentation for, at lokalsamfundene og frivilliges muligheder skulle være blevet styrket til at arbejde forebyggende med selvmord (delmål 6). Lige som der stadig efterspørges forskningsbaseret viden om de grønlandske selvmord (delmål 7). Afslutningsvist foreligger der ved midtvejsevalueringens gennemførelse ikke nyere evalueringer af de igangsatte aktiviteter og handlingsplanen som helhed (delmål 8). Dog er der i 2006-2007 gennemført en grundig evaluering af implementeringen af den nationale strategi for selvmordsforebyggelse, jf. tabel 8.

#### **Hope and Resilience in Suicide Prevention**

*I november 2009 var Nuuk vært for et arktisk seminar med titlen Hope and Resilience in Suicide Prevention. Udover en stærk repræsentation af unge, deltog en bred vifte af politikere, embedsmænd, praktikere og forskere fra store dele af det arktiske område i seminaret. Som en del af seminaret blev der arrangeret paneldiskussion mellem politikere, fagfolk og repræsentanter for de unge. Et væsentligt resultat af seminaret var en række anbefalinger rettet mod det selvmordsforebyggende arbejde udarbejdet af deltagerne. Der er udarbejdet en rapport på baggrund af seminaret. Desuden blev erfaringerne fra seminaret fremlagt for Arktisk Råds Sustainable Development Working Group (SDWG) i marts 2010 i København. Rapporten kan downloades fra [www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl).*

<sup>18</sup> Landslægeembedets årsberetning for 2010 er endnu ikke udkommet. Tallet for 2010 har dog været offentliggjort i pressen.

Trods mange gode tiltag og indsatser giver nøglepersoner på området udtryk for en del udfordringer, der især knytter sig til mangel på ressourcer og uddannet personale. Den omfattende kursusvirksomhed er ikke ensbetydende med, at området bliver løftet. Erfaringerne viser, at det kræver en vis uddannelsesmæssig ballast at omsætte strategier for forebyggelse til praksis, og selv om der er tale om mange engagerende mennesker, har størstedelen af de professionelle, der skal løfte opgaven, ingen eller kun korte uddannelser med i bagagen. Sparsomme ressourcer forhindrer PAARISA i at følge op på indsatserne lokalt, og ikke alle institutioner er lige åbne over for opfordringer til systematisk at arbejde med tidlig opsporing af tegn og signaler på selvmordsadfærd blandt børn og unge på skoler og uddannelsesinstitutioner. Der arbejdes heller ikke systematisk med sammenhængen mellem seksuelle overgreb og selvmordsadfærd blandt de unge i form af fx formaliserede retningslinjer og handleplaner ved anmeldelser af overgreb, men PAARISA informerer og formidler viden om sammenhængen på baggrund af befolkningsundersøgelser.

Forinden selvmordsforebyggelse blev et program under Inuuneritta, var arbejdet organiseret med udgangspunkt i den nationale strategi for forebyggelse af selvmord. Arbejdet med strategien blev evalueret i 2007 og selvom dette ligger forud for etableringen af Inuuneritta synes det relevant at inddrage konklusioner og anbefalinger fra denne, da målsætningerne er de samme. Her anbefales det overordnet, at selvmordsforebyggelsen overgår fra et projektbaseret til et driftsbaseret program:

*PAARISA's selvmordsforebyggelsesprogram spiller en nøglerolle i forebyggelsen af selvmord og bør blive et permanent program/indsatsområde med mindst 1 projektkoordinator og 2 regionale koordinatore. Bedst ville det være, at der var en regional koordinator i hver region, altså 4 plus den centrale koordinator i Nuuk. Økonomiske ressourcer bør ikke begrænses til projektperioden. Selvmord er ikke som en sygdom, som kan blive helt udryddet over tid. Selvmord er et multifaceteret fænomen med mange årsagsfaktorer og med mange sociale determinanter, som har vist sig meget sejlivede over tid. Det tager en kontinuerlig, stadig indsats for at reducere antallet af selvmord og at holde tallet nede.<sup>19</sup>*

Herudover er det relevant at bemærke, at der anbefales udvikling af retningslinjer for hjælp ved selvmord til fælles brug for sundhedsvæsenet, skoler, socialarbejdere, personalet på kollegier og politiet (anbefaling 4). Ligesom det anbefales, at alle uddannelsesinstitutioner samt kollegier knyttet til disse skal have en klar handleplan ved selvmord eller pludselige dødsfald, der påvirker elever og studerende (anbefaling 5). Både manglen på retningslinjer på tværs af sektorer og fravær af handleplaner, når der sker et selvmord, fremgår af interview med nøglepersoner i midtvejsevalueringen. Dog er der gode erfaringer nogle steder. For en grundig gennemgang af implementering af forebyggelsesindsatsen og fremadrettede anbefalinger henvises til den samlede evaluering udgivet i 2008<sup>20</sup>.

### 3.4. Kost og fysisk aktivitet

#### Strategier og målsætninger

For programområdet kost og fysisk aktivitet er der opstillet en enkelt strategi for perioden 2007-2012:

- At sundhed i forhold til kost og fysisk aktiv levevis skal synliggøres.

<sup>19</sup> <http://www.PAARISA.gl/media/19324/rekommendationer.pdf>

<sup>20</sup> [http://www.PAARISA.gl/media/19342/evaluation\\_report\\_2008\\_new.pdf](http://www.PAARISA.gl/media/19342/evaluation_report_2008_new.pdf)

Strategien er konkretiseret til seks mål:

- Mål 1: Fremme viden om kost og fysisk aktivitet.
- Mål 2: Fremme handlekompetence i forhold til sundhed, kost og fysisk aktivitet.
- Mål 3: Styrke tilgængeligheden af et varieret udbud af sunde grønlandske og importerede fødevarer.
- Mål 4: At skabe rammer for fysisk aktivitet.
- Mål 5: Ældres viden om ernæringsrigtig kost og fysisk aktivt liv skal øges.
- Mål 6: Ældres handlekompetence i forhold til sund og aktiv livsstil skal forstærkes.

### Aktiviteter 2007-2010

Årstal	Handling
<b>2007</b>	<p>Inuuneritta støttede fodboldskole i Qaanaaq kommune i sommeren 2007.</p> <p>31. januar 2007 underskrev Inuuneritta en partnerskabsaftale med Grønlands Boldspil Union omkring afholdelse af fodboldskoler i alle Grønlands bygder – herunder uddannelse af fodboldtrænere. Fodboldskolerne vil blive afviklet over en 3-årig periode.</p> <p>PAARISA deltog i opstartsfasen af KNRs program Inuuneq Peqqissoq; herunder brainstorm omkring de emner, der skulle tages op i de fire programmer, der blev sendt i løbet af 2007.</p> <p>Sekretariatsfunktion for Ernæringsrådet ligger i PAARISA, som samarbejder tæt med rådet i planlægning og implementering af forebyggende og sundhedsfremmende tiltag om kost og fysisk aktivitet. Som opfølgning på den fødevarepolitiske redegørelse fra 2004 har Ernæringsrådet i 2007 givet input til fødevarepolitisk strategi og handlingsplan, hvor dele af strategien danner arbejdsgrundlag for flere opgaver i Ernæringsrådet.</p> <p>De første to udsendelser af TV produktionen 'Kost og motion' blev udsendt i KNR i 2007. De efterfølgende 8 udsendelser blev sendt i 2008.</p> <p>I 2007 har der været fokus på uddannelse, hvor Ernæringsrådet og PAARISA har deltaget i planlægning og gennemførelse af flere kurser. Rådgivningen om kost og motion skal ud til den enkelte borger i hver by, hvorfor uddannelse af nøglepersoner i de enkelte byer er væsentlig. I 2007 er gennemført:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modul i den særligt tilrettelagte uddannelse for forebyggelseskonsulenterne. Generel viden om kost og fysisk aktivitets betydning for sundheden med fokus på forebyggelse og sundhedsfremme.</li> </ul> <p>Forberedelse af arktisk samarbejde omkring ernærings spørgsmål og forberedelse af Ernæringsrådets workshop på ICASS VI konferencen i Nuuk i 2008.</p>

I 2007 blev den landsdækkende skolekonkurrence 'Sundhed på den fede måde' igangsat, hvor alle skoletrin opfordres til at bidrage med idéer til sund skolemad. Konkurrencen blev afsluttet i april 2008.

Ernæringsrådet peger på nødvendigheden af at sikre lige vilkår inden for økonomisk og praktisk mulighed for at få ernæringsrigtige fødevarer i hele landet og et af instrumenterne er servicekontrakten mellem Grønlands Hjemmestyre og forsyningsleverandøren Pilersuisoq i bygder og yderdistrikter, hvor Ernæringsrådet har påpeget forslag til nogle ændringer til rette myndigheder. Disse ændringer er i overensstemmelse med målsætningerne i Inuuneritta.

**2008**

I et samarbejde mellem PAARISA og Ernæringsrådet udførte HS-Analyse en evaluering af kostrådskampagnen, herunder hvorvidt det er muligt at efterleve de 10 kostråd i hele landet. Undersøgelsen viste blandt andet, at næsten 2/3 af befolkningen tænker i sundhed, når de køber ind. Samt at det økonomiske aspekt for nogle kan være afgørende for om de 10 kostråd efterleves.

I 2008 blev der gennemført to uddannelsesprojekter:

- Projektet 'Den sunde kantine' blev gennemført i Sisimiut med en planlagt opfølgning lokalt. Målgruppen, som var ansatte i private og offentlige kantiner, blev tilbudt et 5 dages kursus med inspiration til at udforme og implementere en sundere kostpolitik på de enkelte arbejdspladser. Undervisningen var såvel teoretisk som praktisk betonet.
- Kurset 'Sund levevis med fokus på kost og fysisk aktivitet samt hvordan man vejleder heri' for sundhedspersonale, der vejleder i kost og motion i deres daglige arbejde. Kurset blev gennemført på Peqqissaanermik Ilinniarfik. Målgruppen var sundhedspersonale på minimum bachelorniveau, som på tre dage fik videnskabelig dokumentation relateret til grønlandsk kontekst samt metoder mhp. at omsætte viden til praktisk formidling. Derudover afprøvede kursisterne forskellige slags fysisk aktivitet samt indtog under kursusdagene udelukkende mad og drikke, som fulgte næringsstofanbefalinger med udgangspunkt i de 10 kostråd.

**2009**

27 repræsentanter fra skoler og fritidshjem på Kommuneqarfik Sermersooqs vestkyst gennemførte i december 2009 kurset 'Mad- og Måltidspolitik i skoler og fritidshjem'. Kurset er et pilotprojekt, der i første omgang tilbydes byer og bygder i Kommuneqarfik Sermersooq. Kurset fortsætter på Kommuneqarfik Sermersooqs østkyst i foråret 2010. Formålet med kurset var at tilbyde deltagerne redskaber til at sætte mad- og måltidspolitik på dagsordenen på deres respektive skole eller institution. Erfaringerne viser, at tilfredsheden med maden og de rammer, den indtages i, er størst, når elever, lærere og forældre selv har haft indflydelse på udformningen af en mad- og måltidspolitik. Inspirationsmaterialet til 'Mad- og Måltidspolitik i skoler og fritidshjem' følger næringsstofanbefalingerne med udgangspunkt i de ti grønlandske kostråd fra Ernæringsrådet. Heriblandt en skolemadsmappe, der indeholder forslag til frokost og eksempler på mellemmåltider og morgenmad. Deltagernes evaluering af kurset viser, at de har opnået større viden om sund mad og om hvordan, der lokalt kan opstartes dialog om mad- og måltidspolitik. Kurset blev tilrettelagt i samarbejde med Kommuneqarfik Sermersooq og Fødevarestyrelsen.

<b>2010</b>	<p>‘Mad- og Måltidspolitik, hvorfor og hvordan’- kurser afholdt i Tasiilaq og Kommune Kujalleq. Kurset formidler viden om, hvordan skoler og fritidshjem kan udarbejde en sund mad- og måltidspolitik, som kan tilpasses lokale forhold.</p> <p>Opdatering af ‘Mad til små børn 0-3 år, ammende og gravide’.</p> <p>Særnummer af SILA om ‘Mad, krop og kultur’.</p>
-------------	---

Tabel 10. Oversigt over centrale aktiviteter på området kost og motion udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010.

Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta, hvad angår kost og fysisk aktivitet. Lidt mere end en tredjedel af konsulenterne angiver, at de altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger (40%). En tredjedel af konsulenterne vurderer, at man har nået nogle af delmålene på området, mens lidt over halvdelen mener, man er godt på vej, men der er langt igen (57%).

Aktiviteterne på programområdet har især fokuseret på at fremme viden om kost og fysisk aktivitet i befolkningen (mål 1). Dette er gjort dels gennem TV-udsendelser samt uddannelse af forebyggelseskonsulenter, kantinemedarbejdere og sundhedspersonale med henblik på at øge den professionelle kompetence for vejledning omkring kost og motion. Oplysnings- og uddannelsesaktiviteterne kan ligeledes tænkes at medvirke til at fremme handlekompetence i forhold til sundhed, kost og fysisk aktivitet (mål 2). Dels for de professionelle, der få ny viden, og dels gennem den vejledning af borgere, de bliver i stand til at varetage. Arbejdet på programområdet har især været målrettet børn og unge, fx gennem oprettelse af fodboldskoler og udvikling af måltidspolitik på skoleområdet. Man har desuden arbejdet med at kombinere formidling af informations- og undervisningsmateriale med udbud af kurser, for at sikre, informationerne når målgrupperne. Den centrale indsats på dette område er tæt koblet til

Ernæringsrådets arbejde, og rådets sekretariatsfunktion varetages af PAARISA.

Ernæringsrådet har forsøgt at sætte fokus på ulighed i tilgængeligheden af sunde fødevarer i byer og bygder (mål 3) ved at målrette en anbefaling om basisvarer til alle fødevarerbutikker i Grønland. Der er dog ikke kommet respons på dette fra butikkerne.

Midtvejsevalueringen viser, at der er lavet mange gode tiltag på området kost og fysisk aktivitet. Aktiviteterne har primært fokuseret på at fremme viden og handlekompetence i forhold til kost og fysisk aktivitet (mål 1-2). Især med fokus på at forbedre børn og unges adgang til sund mad og

*De seneste år har arrangementet ‘Gør Maj Sund’ spredt sig til flere byer. Gennem hele maj måned er det muligt at deltage gratis i forskellige fysiske aktiviteter og konkurrencer (<http://sundmaj.gl/>). Inuuneritta-puljen har støttet opstarten af ‘Gør Maj Sund’ flere steder.*

*‘Grønlandsk Skoleidræt’ er endnu et eksempel på nye måder at fremme fysisk aktivitet på. Tiltagene fra ‘Grønlandsk Skoleidræt’ handler kort og godt om at fremme bevægelse i skoletiden gennem enkle og implementerbare initiativer (<http://www.timi.gl/>).*

motion. Samtidig er aktiviteter målrettet de ældre stort set fraværende i perioden 2007-2010. Udover 2 tv-udsendelser med fokus på kost og motion for ældre, er indsatser med udgangspunkt i mål 5 og 6 således ikke eksisterende. Mål 4, at skabe rammer for fysisk aktivitet, opleves som svært at operationalisere fra centralt hold, og der er ikke arbejdet direkte med dette. Her er der til gengæld sket en del i civilsamfundet, med initiativerne Gør Maj Sund og Grønlandsk Skoleidræt som gode eksempler.

Midtvejsevalueringen viser, at der trods mange gode aktiviteter er behov for en mere tværpolitisk indsats. Det er en udfordring at få flere sektorer inddraget i arbejdet, og det er nødvendigt i højere grad at se på de generelle levevilkår, der er afgørende for adgang til kost og fysisk aktivitet.

### 3.5. Sexliv

#### Strategier og målsætninger

For programområdet sexliv er der opstillet tre strategier for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i 2007-2012:

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

Strategierne er konkretiseret i syv mål for programområdet:

- Mål 1: De unge kan træffe kompetente valg omkring deres seksualitet.
- Mål 2: Alle seksuelle handlinger skal være frivillige og lovlige.
- Mål 3: Mænd og kvinders forudsætninger for at planlægge graviditet styrkes.
- Mål 4: Enhver graviditet skal være ønsket.
- Mål 5: Alle abortsøgende tilbydes rådgivning og vejledning.
- Mål 6: Seksuelt overførbare sygdomme skal reduceres.
- Mål 7: HIV/AIDS smittede skal sikres kompetencer til at føre et sikkert sexliv.

#### Aktiviteter 2007-2010

Årstal	Handling
2007	Arbejdsgruppen 'Ønskebørn' afsluttede sit arbejde i 2007 med udarbejdelse af en handlingsplan for nedbringelse af uønskede graviditeter.
	PAARISA opfordrer til markering af den årlige Internationale AIDS-dag.
	Temaet 'Mig og min krop' blev behandlet i sundhedsmagasinet INUK i 2006.
	I 2007 blev der afholdt et inspirationsseminar for fagpersoner om indholdet af den kommende kondomkampagne IGGU, som igangsættes i 2008.



Der blev i 2007 indkøbt 20 RealCare dukker (baby-simulatorer) til 'Dukkeprojektet', som fordeles således, at alle kommuner har 1-2 dukker til brug i præventivt arbejde. Målgruppen er de 15-20-årige.

Siden 1997 er der løbende blevet indkøbt og uddelt kondomer til fx uddannelsesinstitutioner. Aktiviteten er tilbagevendende for hele perioden 2007-2010.

Pjecerne 'Pubertet – for piger', 'Pubertet – for drenge' og 'Sex og prævention' blev udgivet.

Den anonyme telefonrådgivning AIDS-linjen køres i samarbejde med PAARISA. Aktiviteten kører fast i hele perioden 2007-2010.

**2008** Kondomkampagne IGGU, som har unge mellem 13 – 19 år som målgruppe, blev igangsat i 2008, ved markeringen af den internationale AIDS-dag – 1. december. Kampagnen indeholder gratis kondomer, nøgleringe, musemåtter, pins og postkort, som kan bestilles gratis via webshoppen: [www.iggu.gl](http://www.iggu.gl). Derudover blev der eksponeret tv-skilte og avisannoncer. Aktiviteten er tilbagevendende i hele perioden 2007-2010.

Endnu 20 RealCaredukker (baby-simulatorer) blev indkøbt i 2008 til 'Dukkeprojektet'.

**2009** Projektstyring og drift af ungdomsportalen [www.iggu.gl](http://www.iggu.gl) som har unge mellem 13 – 19 som målgruppe, igangsat i 2008. Her kan hentes information om seksuelt overførbare sygdomme samt bestilles gratis kondomer, nøgleringe, musemåtter, pins og postkort via webshoppen. Via hjemmesiden var der i 2009 3000 bestillinger, hvilket svarer til 57,7 bestillinger om ugen.

Núno Tutillugu [I seng med Núno]: Produktion af 10 TV-udsendelser og 5 radio udsendelser. Sendt på KNR i 2009/2010. Udsendelserne er også udkommet på DVD til brug i undervisningssammenhæng. Formålet med udsendelserne er:

- At øge forståelsen for det at tale om følelser, seksualitet og et sundt sexliv skaber tryk og trivsel i dagligdagen.
- At give eleverne/studerende indsigt i deres egen seksualitet, kønsmodning, kroppens og psykens udvikling hele livet igennem.
- At anskueliggøre menneskers forskellighed i og behov om seksualitet og sex.
- At give eleverne/studerende mulighed for – i undervisningssituationen – at få indblik i, hvad det vil sige at skabe en familie.

En telefonsurvey lavet af HS Analyse i 2010 viste, at 63% mænd og 71% kvinder havde set flere af udsendelserne. 67% af mændene og 70% af kvinder synes, at udsendelserne var meget gode. HS Analyse viste også, at udsendelserne havde fået mange til at tale om seksuel sundhed i alle aldersgrupper.

**2010** Udvikling af kondomautomater i projekt 'Sikker Sex' for at gøre det nemt og billigt at få adgang til sikker prævention. Kondomautomaterne skal i pilotprojektet placeres på uddannelsesinstitutioner og udvalgte bygder.

'Dukkeprojektet': Udvikling af sundhedspædagogisk undervisningsvejledning i seksual- og præventionsundervisning til folkeskolens ældstetrin med inddragelse af RealCaredukkerne.

Tabel 11. Oversigt over centrale aktiviteter på området sexliv udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010. Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

### Dukkeprojektet

Med dukkeprojektet er tale om en interaktiv sundhedsfremmende indsats, som går i dialog med de unge, og derfor fortjener projektet at blive beskrevet lidt nærmere her. Dukkeprojektet blev igangsat under Inuuneritta i 2007 ved indkøb af RealCaredukker (jf. tabel 11) og indledningsvist testet som pilotprojekt på flere skoler i Nuuk. Sidenhen er der blevet indkøbt 25 RealCaredukker til hver af de fire storkommuner og 25 dukker til Nuuk. PAARISA har i samarbejde med Sex og Samfund udviklet et tredages undervisningskoncept for seksual- og præventionsundervisningen af unge, der inkluderer brugen af dukkerne. Eleverne skal hver især passe og pleje en dukke, som var det et rigtigt spædbarn. Dukken både græder, skal have mad, skiftes, vugges mv. Af formålet fremgår det:

*Med Dukkeprojektet ønsker vi, at de unge får et mere realistisk billede af, hvad det vil sige at være forælder. Hensigten er at give de unge et bedre grundlag for at beslutte, hvornår de er klar til at være forældre. Ønsket er dermed at få de unge til aktivt at tage stilling til forælderrollen samt tage ansvar for deres seksuelle sundhed. Vi ønsker at give de unge viden og handlegkompetencer i forhold til bl.a. prævention, abort, sexsygdomme, kroppens udvikling, personlige grænser, normalitet og de positive, lystfyldte sider af sexlivet.<sup>21</sup>*

Det er lokale jordmødre, sundhedsplejersker, forebyggelseskonsulenter og andre relevante fagpersoner, der gennemfører undervisningsforløbet. Flere steder har projektmedarbejdere fra PAARISA også undervist. Projektet er desuden et eksempel på en indsats, som er forankret på tværs af social- og sundhedssektoren, da der er indgået partnerskabsaftale mellem det daværende Departementet for Sociale Anliggender, Departementet for Sundhed og PAARISA for perioden 2010-2013. I 2010 alene er dukkeprojektet gennemført i 17 byer og bygder<sup>22</sup>.

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta hvad angår sexliv. En tredjedel af konsulenterne angiver, at de altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger (33%). For størstedelen af konsulenterne, er det således kun af og til, de tager udgangspunkt i målsætningerne i det forebyggende arbejde (60%). En tredjedel af konsulenterne vurderer, at man har nået nogle af delmålene på området, mens halvdelen mener, de er godt på vej, men at der fortsat mangler meget (47%). Der er dog også enkelte, der melder ud, at der stort set ikke sker noget på området (13%).

Flere konsulenter nævner, de samarbejder med sundhedsvæsenet for at tilbyde seksualundervisning på uddannelsesinstitutioner. Omvendt er der også flere, der netop efterspørger et sådant samarbejde på

<sup>21</sup> <http://www.PAARISA.gl/media/18662/dukkeprojektet%20-%20projektbeskrivelse.pdf>

<sup>22</sup> Se statusrapport 2010 fra 'Dukkeprojektet' for detaljer. [www.paarisa.gl](http://www.paarisa.gl).

området. Nogle har sørget for at uddanne Sexpiloter, dvs. unge, der underviser andre unge, mens fokus på sexliv andre steder afhænger af lokal prioritering fra år til år.

Aktiviteterne igangsat fra centralt niveau omfatter primært informationskampagner formidlet gennem magasiner, TV, radio og hjemmesider samt uddeling af gratis kondomer til unge på forskellige måder. De forskellige oplysningskampagner synes primært knyttet til mål 1, at unge skal kunne træffe kompetente valg omkring deres seksualitet og mål 6, at omfanget af seksuelt overførte sygdomme skal reduceres. Der er ikke noget opstillet mål i Inuuneritta, der specifikt omhandler fri adgang til prævention, men det er oplagt, at gratis adgang til prævention, indirekte kan medvirke til, at graviditeter er ønskede (mål 4) samt forekomsten af kønssygdomme reduceres, hvis flere bruger kondom. Det kræver dog, at de gratis kondomer rent faktisk anvendes. Det har ikke været muligt at finde dokumentation for, hvorvidt det er tilfældet. Ser vi på tallene for hhv. antallet af aborter og forekomsten af klamydia og gonorré midtvejs i programperioden går tendensen den modsatte vej. Både antallet og aborter (tabel 12) samt forekomsten af kønssygdomme (tabel 13) er steget.

#### *ERFARINGER FRA DUKKEPROJEKTET 2010*

*De fleste teenagere kender de negative konsekvenser af ubeskyttet sex – graviditet, seksygdomme osv. Men de har vanskeligt ved at koble disse konsekvenser med deres egen adfærd og risiko. "Det sker ikke for mig", synes tankegangen af være. Dukkeprojektet er med til at virkeliggøre konsekvenserne. Eleven kan trække på deres konkrete erfaringer med dukken, som jo illustrerer én af mange konsekvenser ved ubeskyttet sex. Det gør det håndgribeligt for dem at have mærket det på egen krop. Så på den måde øger projektet de unges opfattelse af deres egen risiko. Samtidig øges deres opfattelse af alvoren og konsekvenserne af den risiko. På den måde bliver en abstrakt risiko for at blive gravid håndgribelig og personlig.*

*Når de unge erfarer og anerkender risikoen og konsekvenserne og samtidig får viden om redskaber, øges deres handlekompetence i forhold til sikker sex. På den måde kan de tage større ansvar for deres egen seksuelle sundhed. Eleverne er efterfølgende meget motiverede for seksual- og prævenpræventionsundervisningen. Deres opfattelse af nødvendigheden af prævention bliver styrket.*

*Derudover bidrager Dukkeprojektet til de unges refleksion om deres fremtid. Elever, der har passet en dukke, er mere opmærksomme på, at det at få et barn som teenager kan påvirke deres fremtidsmuligheder for uddannelse og job negativt. Stort set alle de unge, som har passet en dukke, udtrykker, at de først vil være forældre, når de har uddannelse, job og bolig – og når de har overskud til det.*

*Dukkeprojektet, Statusrapport 2010, PAARISA*

2007	2008	2009	2010
887	894	799	-

Tabel 12. Aborttal for perioden 2007-2010. Kilde: Landslægeembedets årsberetninger.

	2007	2008	2009	2010
<b>Klamydia</b>	2.369	2.504	2.864	-
<b>Gonorré</b>	745	927	1105	-

Tabel 13. Antal anmeldte tilfælde af klamydia og gonorré pr. 100.000 for perioden 2007-2010. Kilde: Landslægeembedets årsberetninger.

Det er velkendt, at det tager adskillige år, før oplysningskampagner slår igennem i form af holdningsændringer. PAARISA har dog arbejdet med sundhedsfremmende kampagner på området siden 1998. Trods mange gode tiltag er det således nødvendigt at forholde sig til, hvordan man fremadrettet kan nå de opstillede mål for programområdet. Dukkeprojektet er et eksempel på en ny metode, hvor det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde foregår i dialog med de unge.

Set ud fra 'Dukkeprojektets' formål er denne landsdækkende indsats direkte relateret til at få unge til at træffe kompetente valg omkring deres seksualitet (mål 1), at styrke mænd og kvinders forudsætninger for at planlægge graviditet (mål 2) - i hvert fald blandt de unge - samt mål 3, at enhver graviditet skal være ønsket. Forudsat, at øget viden om prævention blandt de unge fører til brugen af kondom, vil projektet ligeledes kunne medvirke til at reducere forekomsten af kønssygdomme.

Da 'Dukkeprojektet' er igangsat midtvejs i programperioden, er det ikke muligt at spore en effekt ved midtvejsevalueringen, men en statusrapport fra projektet i 2010 indikerer en god respons fra de unge (se tekstboks ovenfor). En afsluttende evaluering, når projektperioden ender i 2013, vil være vigtig dokumentation for, om man med denne nye metode i højere grad formår at ændre ved status quo på programområdet.

Overordnet set er der igangsat aktiviteter, der enten direkte eller indirekte kan relateres til mål 1-4 samt mål 6. Implementering af mål 5, at alle abortsøgende tilbydes rådgivning og vejledning, er der ikke fundet dokumentation for. Det er ikke et mål, der - set ud fra årsrapporterne - er fokuseret på fra centralt hold. Det samme gælder mål 7, at HIV/AIDS smittede skal sikres kompetencer til at føre et sikkert sexliv. Dog må den anonyme telefonrådgivning gennem AIDS-linjen kunne medvirke til at vejlede HIV/AIDS smittede om et sikkert sexliv.

Ud over de centralt igangsatte aktiviteter har et canadisk/amerikansk/grønlandsk forskerteam igangsat et projekt med fokus på seksuel sundhed og seksuelt overførte sygdomme. Projektet tager udgangspunkt i 'Community Based Participatory Method', som lægger vægt på lokal forankring af forebyggelse og indsatser rettet mod den seksuelle sundhed i befolkningen.<sup>23</sup> Det er muligt, dette projekt vil have en sundhedsfremmende effekt på den seksuelle sundhed lokalt, de steder hvor projektet kører.

<sup>23</sup> Projektet er nærmere beskrevet i følgende artikel i International Journal for Circumpolar Health: [http://ijch.fi/issues/691/69\\_1\\_gesink.pdf](http://ijch.fi/issues/691/69_1_gesink.pdf)

### 3.6. Rygning

#### Strategier og målsætninger

For programområdet rygning er der opstillet fem strategier for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i perioden 2007-2012:

- 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.

Det overordnede mål for området er et fald i andelen der ryger fra 64% (2005) til 40% (2012). Herudover er der opstillet fem delmål:

- Mål 1: Færre bliver rygere.
- Mål 2: Flere holder op med at ryge.
- Mål 3: Begrænse det samlede forbrug af tobak i samfundet.
- Mål 4: Gøre Grønland røgfrit for ikke-rygere.
- Mål 5: Styrke behandlingen af rygere i sundhedsvæsenet.

#### Aktiviteter 2007-2010

Årstal	Handling
2007	<p>Skolekonkurrence om at blive årets 'Røgfrie klasse'. Formålet med konkurrencen er at styrke børnenes bevidsthed om at træffe det sunde valg og det sunde liv ud fra deres omgivelser og de udfordringer, de møder i hverdagen. Elevernes egen skabende og deltagende virksomhed skal sættes i fokus i gennem klassens sundhedsfremmende aktiviteter og formidling. Aktiviteten kører fast hvert år gennem hele perioden 2007-2010.</p> <p>Der blev i 2007 underskrevet to partnerskabsaftaler med virksomheder om røgfrie Arbejdspladser.</p> <p>Der afholdes årligt 2-3 rygestopinstruktørkurser i forskellige kommuner. I 2007 blev der afholdt rygestopinstruktørkurser i Ilulissat, Nuuk og Qaqortoq.</p> <p>Sundhedsmagasinet for unge 'INUK' havde i 2007 rygning som tema.</p> <p>Siden 1997 er der i PAARISA løbende blevet udarbejdet oplysnings- og informationsmateriale om rygning og dets skadelige virkninger.</p> <p>Rygestopinstruktørmappen blev i 2003 oversat og tilpasset grønlandske forhold. Konceptet blev desuden udvidet og det nye instruktørkoncept afprøvet.</p>

	<p>WHO's antitobaksdag markeres den 31. maj. Aktiviteten er tilbagevendende hvert år i hele perioden 2007-2010.</p> <p>Lokale temaarrangementer i byer og bygder om rygning afholdt af de lokale forebyggelseskonsulenter.</p>
<b>2008</b>	<p>I 2008 blev der afholdt rygestopinstruktørkurser i Sisimiut og Nanortalik.</p> <p>Rygestopinstruktørkonceptet for voksne blev opdateret i 2008, og der blev udarbejdet nyt rygestopinstruktørkoncept for børn og unge, der lanceres i samarbejde med kommunerne i 2009.</p> <p>I anledning af WHO's anti-tobaksdag udgav PAARISA folderen 'Ren luft til ungerne – beskyt børn mod passiv rygning'. Folderen er målrettet forældre og/eller pårørende, og skal beskytte børn mod passiv rygning. Folderen indeholder information om passiv rygnings skadelige virkninger for børn samt en vejledning om, hvordan børnefamiliernes hjem kan gøres røgfri. Formålet med folderen er at styrke familiens bevidsthed og dialog om passiv rygning. Folderen er til selvhjælp og kan anvendes i forbindelse med dialog i hjemmet og med forældre på børneinstitutioner. Folderen er udsendt til relevante børneinstitutioner.</p>
<b>2009</b>	<p>Rygestopinstruktørkurser afholdt i Sisimiut.</p> <p>Rygestopinstruktørkonceptet blev opdateret og videreudviklet i 2009</p> <p>Rådgivning til arbejdspladser om rygepolitik på arbejdspladsen.</p>
<b>2010</b>	<p>Der blev afholdt rygestopinstruktørkursus i Sisimiut og Nuuk.</p> <p>Derudover produceredes rygestopkursus via radio og internet samt afviklet radiokampagne.</p> <p>Inatsisartutlov nr. 15 af 26. maj 2010 om forbud mod rygning – Trådte i kraft 1. oktober 2010 og forbyder rygning indenfor på stort set alle offentligt tilgængelige arealer.</p>

Tabel 14. Oversigt over centrale aktiviteter på rygeområdet udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010. Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta hvad angår programområdet rygning. En tredjedel af konsulenterne angiver, at de altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger (34%). For størstedelen af konsulenterne er det således kun af og til (53%) eller sågar aldrig (13%), de tager udgangspunkt i målsætningerne i deres forebyggende arbejde. Godt halvdelen af konsulenterne vurderer, at de har nået nogle af delmålene på området, mens to ud af fem mener, de er godt på vej, men at der fortsat mangler meget (40%). Enkelte har svaret, at der stort set ikke sker noget på området (13%).

På rygeområder har aktiviteterne fra centralt hold især været målrettet forebyggende kampagner i skoler, uddannelse af rygestopinstruktører og forskellige informationskampagner om rygningens skadelige virkninger. Et helt afgørende tiltag på området er den nyindførte lov om rygeforbud, der pr. 1. oktober 2010 foreskriver røgfri miljøer på stort set alle områder, der er åbne for offentligheden. Det overordnede mål for området er meget konkret, nemlig en reduktion i andelen af rygere. Ved midtvejsevalueringen foreligger der ikke nye tal for hvor mange, der ryger, og det er derfor ikke muligt at sige, om det går den rigtige vej. Erfaringer fra andre lande viser, at strukturelle tiltag som loven om forbud mod rygning, typisk fører til en reduktion i antal rygere, og fremtidige befolkningsundersøgelser vil kunne dokumentere, om det er tilfældet.

Ud over en effekt på det overordnede mål kan loven om rygeforbud formodes at indvirke på mål 1 til 4; at færre bliver rygere, flere holder op, forbrug af tobak begrænses i samfundet og Grønland gøres røgfrit for ikke-rygere. Indsatser med henblik på at styrke behandlingen af rygere i sundhedsvæsenet (mål 5), fremgår ikke umiddelbart af de centralt igangsatte indsatser ved midtvejsevalueringen. Fremover vil der blive oprettet livsstilsambulatorier i sundhedsvæsenets regi, som har fokus på kroniske patienter med bl.a. rygerelaterede lidelser. Indsatsen på rygeområdet er et godt eksempel på et område, hvor det er oplagt at koordinere den borgerrettede forebyggelse med den patientrettede. Det bliver diskuteret nærmere i kapitel fire.

### 3.7. Børn og unge

#### Strategier og målsætninger

For programområdet børn og unge er der opstillet fire strategier for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde:

- At fremme tidlig indsats og opfølgning over for gravide og deres familie, nyfødte og børn i særlig risiko og/eller med særlige behov, når barnets behov trues eller tilsidesættes.
- At sikre tidlig indsats over for unge med risiko- og misbrugsadfærd.
- At højne børn og unges livskvalitet og trivsel.
- At fremme børn og unges handlekompetence i forhold til en generel sund livsstil.

De fem mål for programområdet er:

- Mål 1: Tidlig indsats
- Mål 2: At spædbarnsdødeligheden falder.
- Mål 3: Styrke indsatsen over for omsorgssvigtede børn og deres familier.
- Mål 4: Skabe øget fokus på omsorg for hinanden – særligt i forhold til børn og unge.
- Mål 5: Udvikle børn og unges handlekompetence i forhold til sund livsstil.

## Aktiviteter 2007-2010

Årstal	Handling
<b>2007</b>	<p>Opstart af 'Tidlig indsats overfor gravide familier', som har til formål at støtte og følge udsatte og svage gravide i samarbejde med Center for Sundhedsuddannelser, hvor projektkoordinatoren blev ansat. Alle udgifter til projektet bliver afholdt af Inuuneritta. Projektet blev i 2007 opstartet som pilotprojekt i kommunerne Nuuk, Asiaat, Illoqqortoormiit og Ammassalik.</p> <p>Temaer om børn og unge blev udgivet i de landsdækkende sundhedsmagasiner INUK og SILA: 'Opdragelse' og 'Børn og deres behov' i SILA henholdsvis i 2006 og 2007 samt 'Snak med dine forældre' i INUK i 2006.</p> <p>Oversættelse af den danske reviderede version af 'Kort og Godt om Amning' blev igangsat i samarbejde med jordemødre fra DIH.</p> <p>Den landsdækkende anonyme telefonrådgivning 134 for børn og unge fortsatte sin drift i 2007. Telefonen har åbent dagligt. Aktiviteten kører fast i hele perioden 2007-2010.</p> <p>Inuusuttut Akisunnerat består af hjemmesiden <a href="http://www.inuusuttutakisunnerat.gl">www.inuusuttutakisunnerat.gl</a> med chatforum, brevkasse og ungdomsudsendelsen i KNR-radio hver 14. dag. PAARISA sikrer projektet fagligt og økonomisk.</p>
<b>2008</b>	<p>Fortsat implementering af 'Tidlig indsats overfor gravide familier'. I 2008 blev projektet implementeret i kommunerne Sisimiut og Paamiut. Desuden blev pilotprojektet evalueret.</p> <p>Opstart af 'Dukkeprojektet' (projektet er nærmere omtalt under programområdet sexliv, afsnit 3.5)</p>
<b>2009</b>	<p>Fortsat implementering af 'Tidlig Indsats overfor Gravide Familier'. Ved udgangen af 2009 er projektet implementeret i Sisimiut, Paamiut, Nuuk, Asiaat, Tasiilaq, Iltoqqortoormiit og Ilulissat.</p> <p>Fortsættelse af 'Dukkeprojektet' (projektet er nærmere omtalt under programområdet sexliv, afsnit 3.5).</p> <p>Opstart af forældrekursus: 'Klar til Barn': Alle gravide familier tilbydes at deltage i kurset 'Klar til Barn', som blev indledt i begyndelsen af 2009, og som stadig er under implementering. Familierne tilbydes bl.a. tre timers undervisning i spædbarnspleje. Deltagelse i kurset giver de kommende forældre konkrete redskaber til at håndtere vanskelige situationer. Formålet er at ruste de kommende forældre til at give det nyfødte barn en god start på livet og at forebygge omsorgssvigt. Forældrekurset suppleres af 'Realcare-dukken'.</p>
<b>2010</b>	<p>Fortsættelse af 'Tidlig Indsats overfor Gravide Familier'. Projektet er i 2010 implementeret i alle kommuner, med undtagelse af Kommune Kujalleq, som opstartes i marts 2011.</p> <p>Fortsættelse af 'Dukkeprojektet' (projektet er nærmere omtalt under programområdet sexliv,</p>



afsnit 3.5).

Fortsat implementering af forældrekursus: 'Klar til Barn'.

Tabel 15. Oversigt over centrale aktiviteter på børne- og ungeområdet udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010.  
Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

### *Tidlig Indsats for Gravide Familier & Klar til Barn*

'Tidlig indsats for gravide familier' og 'Klar til barn' er begge eksempler på projekter, der er implementeret i samarbejde mellem det centrale og det lokale niveau. Projekterne er ligeledes forankret på tværs af social- og sundhedssektoren. Derfor vil metoder og erfaringer fra projekterne kort blive beskrevet her. Det samme gælder 'Dukkeprojektet', der er nærmere beskrevet under programområdet sexliv (afsnit 3.5).

Det overordnede formål med '**Tidlig Indsats over for Gravide Familier**' er at forebygge tidlig omsorgssvigt blandt børn, fra graviditeten til to år, ved at yde støtte til familier med behov for særlig støtte.

Projektet blev igangsat i 2007 som et samarbejde mellem Departementet for Sundhed, Departementet for Sociale Anliggender og PAARISA. Projektet implementeres lokalt af sundhedsvæsenet og kommunerne og er dermed bygget op omkring tværfagligt samarbejde mellem sundheds- og socialvæsen. Metoden til dette består i at etablere indsatsgrupper bestående af nøglepersoner inden for sundhedsvæsen og socialvæsen samt andre lokale ressourcepersoner. I indsatsgrupperne arbejdes der på tværs for at opspore de sårbare familier og herefter udarbejde handleplaner og iværksætte tilbud for familierne. Erfaringerne viser, at det er en udfordring at koordinere på tværs af den sociale sektor og sundhedssektoren, hvilket har nødvendiggjort et kursus i kollegial supervision for indsatsgruppens medlemmer.

Herudover oprettes der lokale auditgrupper med ressourcepersoner, der har beslutningskompetence på området. Det er auditgruppernes ansvar, at projektet prioriteres lokalt, at de aktuelle handlemuligheder evalueres og de behov, der måtte konstateres gennem projektets virke, kommunikerer til det relevante niveau. Dette har bl.a. ført til, at der lokalt er blevet tilført flere ressourcer, især i form af mere personale idet antallet af familier med behov for støtte har været større end forventet.

Siden 2007 er 'Tidlig indsats over for gravide familier' implementeret i 13 byer. Af midtvejsevalueringen<sup>24</sup> for projektet fremgår det, at i alt 291 familier blev visiteret til projektet i perioden 2007-2010. I gennemsnit svarer det til 15% af alle nybagte forældre, i de byer hvor projektet kører. Dette tal dækker dog over en stor spredning fra 35% i Paamiut og 27% i Maniitsoq til 11% i Ilulissat og Nuuk. Endvidere vurderer PAARISA, at flere familier kunne få glæde af projektet, hvis der blev tilført yderligere ressourcer. Ifølge midtvejsevalueringen er de deltagende familier kendetegnet ved at have komplekse problemstillinger, og en stor andel er kendetegnet ved:

- At være unge. Mere end halvdelen er under 23 år.
- At have udbredte misbrugsproblemer. Der er problemer med alkohol, hash eller ludomani hos næsten alle familierne.

<sup>24</sup> Midtvejsevaluering og status 2010. Projekt tidlig indsats over for gravide familier. PAARISA.  
<http://www.PAARISA.gl/home/suliniutit/tidlig-indsats.aspx>

- At have begrænsede uddannelsesmæssige ressourcer. Størstedelen har ikke færdiggjort folkeskolen. En stor andel er arbejdsløse.
- At have andre børn anbragt uden for hjemmet pga. omsorgssvigt.
- Selv at være omsorgssvigtede. Størstedelen har selv oplevet problemer med alkohol/hash i deres barndomshjem. Mere end halvdelen har været udsat for vold som barn.
- At have været udsat for seksuelt misbrug eller incest. To-tredjedele er på et tidspunkt i deres liv blevet udsat for seksuel tvang.
- At have en utilfredsstillende boligsituation. Omkring halvdelen bor hos familie/venner eller har ingen bolig.

I midtvejsevalueringen konkluderes det: *Erfaringerne med 'Tidlig Indsats' er overordnet set positive. Via det tværfaglige samarbejde er der skabt forebyggende resultater af betydende karakter for familierne. På trods af at der nogle steder opleves samarbejdsvanskeligheder på tværs af sundheds- og socialsektoren, er 'Tidlig Indsats' et kvalitetsmæssigt løft set i forhold til den traditionelle, meget faggruppeopdelte praksis for opsporing og iværksættelse af indsats. Det vil på længere sigt være hensigtsmæssigt at sikre, at en større andel af de "lettere" familier med behov for særlig støtte også inkluderes i projektet, frem for primært at fokusere på de mest udsatte familier.*

*På baggrund af nærværende midtvejsevaluering konkluderes det, at der gennem projekt 'Tidlig Indsats' opnås en intensiveret og styrket indsats i forebyggelsen af omsorgssvigt af børn. Der er dog fortsat mange udfordringer på området, og indsatsen over for udsatte familier og børn ville kunne drage fordel af yderligere styrkelse af projektet i fremtiden.<sup>25</sup>*

Projekt '**Klar til Barn**' er en kombination af fødsels- og forældreforberedelse. I modsætning til 'Tidlig Indsats for Gravide Familier' er tilbuddet målrettet den generelle befolkning og ikke udsatte grupper. Alle gravide og deres partner har mulighed for at deltage. Af projektbeskrivelsen fremgår det, at kursene er et voksenpædagogisk tilbud, hvor forældrene deltager i et forløb, som skal bidrage til at forberede dem på forælderrollen og styrke deres kompetencer som forældre. Kurserne skal give de kommende forældre nogle konkrete erfaringer, bidrage til holdningsændringer omkring opdragelse af barnet, samt styrker det sociale netværk forældrene imellem. Helt grundlæggende skal kurset ruste forældrene til at håndtere problemer og vanskelige situationer. Dette skal være med til at mindske risikoen for, at forældre griber til vold eller hårdhændet behandling af deres barn. Undervisningen inkluderer desuden traditionelle fødselsforberedende emner, bl.a. fostrets udvikling, livsstil under graviditeten, fødslen og amning. Forældrekurserne vil dermed medvirke til at ruste de kommende forældre til at give det nyfødte barn en god start på livet. Projektet har to konkrete formål: 1) At reducere omfanget af forældres hårdhændede behandling af spædbørn, samt 2) styrke forældrekompetencen.<sup>26</sup> Projektet blev igangsat i 2009 og det er derfor for tidligt at sige noget om en generel effekt.

<sup>25</sup> Midtvejsevaluering og status 2010. Projekt tidlig indsats over for gravide familier. PAARISA.  
<http://www.PAARISA.gl/home/suliniutit/tidlig-indsats.aspx>

<sup>26</sup> <http://www.PAARISA.gl/home/suliniutit/klar-til-barn.aspx?lang=da>

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta, hvad angår programområdet børn og unge. Lidt over halvdelen angiver, at de altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger (53%). En tredjedel arbejder af og til efter målsætningerne og enkelte har svaret aldrig (13%). Godt halvdelen af konsulenterne vurderer, at de har nået nogle af delmålene på området, heraf mener en enkelt at målene er nået fuldt ud. Den anden halvdel mener, de er godt på vej, men at der fortsat mangler meget (43%), og en enkelt har svaret, at der stort set ikke sker noget på området (7%).

Flere forebyggelseskonsulenterne giver udtryk for, at 'Tidlig Indsats' fungerer godt i deres by. Samtidig efterspørges mere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde på området for i endnu højere grad at kunne løfte målsætninger på børne- og ungeområdet.

Fra centralt hold er der på børne- og ungeområdet foretaget en systematisk og landsdækkende implementering af tre store projekter: 'Tidlig Indsats', 'Klar til Barn' samt 'Dukkeprojektet'. Målsætninger og metoder for hvert af projekterne samt hidtidige erfaringer er veldokumenteret i projektbeskrivelser, statusnotater og midtvejsevaluering, hvilket gør det muligt at bruge erfaringerne fremadrettet. Disse indsats har i 2007-2010 været suppleret med landsdækkende oplysning om opdragelse og børns behov samt amning.

Mål 1 for programområdet børn og unge er tidlig indsats. Af programstrategierne fremgår det, at tidlig indsats er tænkt i forhold til to målgrupper. Dels gravide, nyfødte og deres familier og dels unge med risiko- og misbrugsadfærd. Projekt 'Tidlig indsats over for gravide familier' er direkte koblet til målet om tidlig indsats samt mål 3, at styrke indsatsen over for omsorgssvigtede børn og deres familier, idet de gravide, der visiteres til projektet, bl.a. visiteres for at forebygge omsorgssvigt. De gravide udgør dog kun en del af de familier, hvor der er tale om omsorgssvigt (mål 3), og for den resterende gruppe er der ikke fra centralt hold igangsat en indsats under Inuuneritta. Projekt 'Klar til Barn' har alle gravide familier som målgruppe og kan dermed forventes at medvirke til en sundhedsfremmende effekt blandt gravide og småbørnsfamilier samt i bedste fald forebyggelse af omsorgssvigt. Her er der altså også tale om tidlig indsats (mål 1) målrettet gravide. Fald i spædbørnsdødeligheden (mål 2) er et konkret mål, der kan monitoreres. Ved midtvejsevalueringen foreligger der dog kun tal for 2007 og 2008, hvilket ikke gør det muligt at vurdere udviklingen i hele perioden. For mål 2, 4 og 5 gælder det, at der ikke er igangsat indsats under Inuuneritta, som kan kobles direkte hertil. Overordnet set er børne- og ungeområdet dog et område, hvor der er sket rigtig meget og midtvejsevalueringen viser, at det især på dette programområde er lykkedes at etablere samarbejde på tværs af sektorer. Dels i form af en partnerskabsaftale mellem Departementet for Sundhed og det daværende Departementet for Sociale Anliggender samt PAARISA og dels gennem etableringen af indsats- og auditgrupper under 'Tidlig Indsats for Gravide Familier'.

### 3.8. Ældre

#### Strategier og målsætninger

For programområdet ældre er der opstillet tre strategier for perioden 2007-2012:

- At højne de ældres livskvalitet og trivsel.
- At etablere tilbud til de ældre, der giver mulighed for at forbedre/genopbygge livskvalitet og fysisk funktion.
- At sikre høj kvalitet i sundhedsvæsenets forebyggende indsats over for ældre.

Strategierne er konkretiseret til to mål for ældreområdet:

- Et værdigt og indholdsrigt liv for alle ældre og gamle.
- Ældres funktionsniveau i det daglige forbedres og forekomsten af symptomer og langvarig sygdom blandt ældre reduceres.

#### Aktiviteter 2007-2010

Årstal	Handling
2007	Forberedelse af to tv-udsendelser målrettet ældre i programrækken 'Kost og Motion'.
2008	Der blev sendt to tv-udsendelser på KNR målrettet ældre som et led i programrækken 'Kost og Motion'. En udsendelse omhandlede sund kost for ældre og den anden omhandlede motionsforslag for ældre.
2009	Udgivelsen 'Frontotemporal demens' fra Alzheimerforeningen blev oversat til grønlandsk og trykt.  EU-projektet Older 4 Older modtog 100.000,- kr. i støtte til hjælp-til-selvhjælpsarbejde.
2010	Der blev uddelt 250.000,- kr. til produktion af DVD'er om demens i Grønland til pårørendegruppen til demensramte.

Tablet 16. Oversigt over centrale aktiviteter på ældreområdet udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010. Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

#### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Som det fremgår af aktivitetsoversigten, er det meget få aktiviteter, der er sat i værk fra centralt hold på ældreområdet. Det har været planen, at der i gennemsnit udgives oplysningsmateriale hvert år, som er relevant for de ældre. Dette er sket i 2009 samt 2010. Herudover blev ansøgninger fra ældre- og patientforeninger prioriteret i Inuuneritta-puljeansøgningerne i 2010. Ingen af de nævnte aktiviteter synes dog direkte relateret til de to mål, der er opstillet for ældre i folkesundhedsprogrammet.

Det samme billede viser sig lokalt, på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne. Størstedelen af konsulenterne har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta, hvad angår ældre, men 3 ud af 4 angiver, at de kun arbejder efter målsætningerne af og til, og den sidste fjerdedel arbejder aldrig efter disse. Kun 13% svarer, at have nået

nogle af delmålene på området, mens knap halvdelen enten svarer, der ikke sker noget i deres lokalområde (20%), eller at de ikke ved, om målsætningerne er nået (20%). Den resterende halvdelen mener, de er godt på vej, men der er langt igen (47%). Det betyder ikke, at der slet ikke foregår noget på ældreområdet. Flere af forebyggelseskonsulenterne gør opmærksom på, at lokale foreninger arrangerer motion for de ældre og nogle har også samarbejde med disse foreninger. En del mangler dog ressourcer til at arbejde målrettet med de ældre og har måttet prioritere andre indsatser.

#### **O4O: Older people for Older People**

I kommunalt regi har der i perioden 2008-2010 været gennemført et EU-projekt med titlen Older People for Older People (O4O)<sup>27</sup>. Fokus var at få engageret ældre i lokalsamfundene aktivt i planlægningen og udførelse af aktiviteter og services for sig selv og hinanden. Erfaringerne fra projektet forsøges implementeret og videreført i år. Projektet blev gennemført i Kommuneqarfik Sermersooq i partnerskab med regioner i Skotland, Nordirland, Sverige og Finland. I forbindelse med projektet blev der etableret en række tilbud og aktiviteter, som fx håndarbejde, højtlesning, socialt samvær og dans, til de ældre i fem byer i kommunen. Tilskud fra Inuuneritta-puljen blev anvendt til disse aktiviteter. Selv om der ikke var tale om tilbud målrettet folkesundheden, er det sandsynligt, at projektet har bidraget til mål 2 for ældreområdet i Inuuneritta vedrørende et værdigt og indholdsrigt liv for alle ældre og gamle. Projektet førte til en række policyanbefalinger specifikt for Grønland<sup>28</sup>:

1. The government should consider more flexible ways of providing care for older people that involve community and private providers to a greater degree than currently. This will involve greater amounts of community consultation and listening to public opinions on what citizens want and expect from government.
2. Promote intergenerational activities as this will create a 'helping' ethos within the community and encourage greater involvement in service co-production. There is the opportunity to promote informal volunteering from school age onwards and create more opportunities for the different generations to work together for social benefit.
3. Promote opportunities for education and training related to skills and knowledge that is beneficial to those working with, and volunteering with, older people as well as older residents who would like to be involved in service provision.

Som et led i O4O blev der udført en survey blandt udvalgte borgere på 55+ år samt en række kvalitative interview. Både de nationale og internationale resultater fra disse undersøgelser vil være relevante at inddrage i en fremadrettet planlægning af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på ældreområdet<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> <http://www.o4os.eu/index.asp>

<sup>28</sup> [http://www.o4os.eu/userfiles/file/\\_General\\_Documents/pb2.pdf](http://www.o4os.eu/userfiles/file/_General_Documents/pb2.pdf)

<sup>29</sup> <http://www.o4os.eu/nuuk-greenland.asp>

### 3.9. Tandplejen

#### Strategier og målsætninger

For programområdet tandpleje er der opstillet to mål for perioden 2007-2012:

- Mål 1: Forbedre både kvaliteten i tandplejen og den samlede tandsundhed i befolkningen.
- Mål 2: Fremme handlekompetence i forhold til tandsundhed og kost.

#### Aktiviteter 2007-2010

Tandplejen i Grønland følger Cariesstrategien, der løber fra 2008 – 2012, og er integreret i Inuuneritta. Oplysning, registrering af tandsundhedsdata og en tidlig forebyggende indsats over for børn og deres forældre er grundstenene i strategien. Tandplejen indkalder børnene og deres forældre til undersøgelse og oplysning efter en plan, som tager udgangspunkt i barnets tandudvikling. Det første besøg finder sted, allerede når barnet får sine første tænder i 8 måneders alderen. Fra 1. januar 2008 er alle børn på 8 måneder, ca. 6 år og ca. 12 år løbende blevet indkaldt. Herudover indkaldes alle andre børn efter hidtidigt system.

Årstal	Handling
2007	<p>I samarbejde med Kystledelsen blev 'National Tandbørstedag' indført med opstart april 2007. Formålet med dagen er at skabe opmærksomhed omkring vigtigheden af god tandhygiejne. Dagen vil blive markeret årligt fremover. PAARISA indkøbte elektriske tandbørster til uddeling i de ældste klassetrin i forbindelse med National Tandbørstedag i 2007.</p> <p>PAARISA udsendte i 2007 pjecen 'Hvad skal dit barn drikke?' med gode råd til Småbørnsforældre om hvordan de kan give deres børn sunde drikkevaner. Pjecen blev udsendt til alle vuggestuer, børnehaver og tandklinikker.</p> <p>Tandbogen 'Quppersagaaraq immuttuutit pillugit' blev opdateret og genoptrykt i 2007.</p> <p>Der blev uddelt ekstra numre af sundhedsmagasinerne INUK og SILA med temaet tandsundhed i 2007.</p> <p>Opstart af Caries kampagnen. Kampagnen indeholder TV-spots, plakater samt pins.</p>
2008	Fortsættelse af Caries kampagnen med TV-spots, plakater og pins.
2009	I 2009 fik Silamiut Teater kr. 100.000,- til at opføre 'Karius og Baktus' på Kysten. I forbindelse med opførelserne arbejdede Silamiut sammen med den lokale tandpleje.
2010	-

Tabel 17. Oversigt over centrale aktiviteter på tandplejeområdet udgået fra PAARISA i perioden 2007-2010. Kilde: Årsrapporter fra 2006-7 og 2008 samt interne notater fra 2009 og 2010, PAARISA.

### Status og evaluering af aktiviteter og mål

Spørgeskemaundersøgelsen blandt forebyggelseskonsulenterne viser, at man generelt har helt eller delvist kendskab til målsætningerne for Inuuneritta hvad angår tandplejen. Til forskel fra de øvrige områder er det kun enkelte, der altid eller jævnligt arbejder ud fra disse målsætninger (14%). For størstedelen af konsulenterne, er det kun af og til (72%) eller aldrig (14%), de tager udgangspunkt i målsætningerne i det forebyggende arbejde.

Godt halvdelen af konsulenterne vurderer, at de har nået nogle af delmålene på området (47%), mens et par mener, målene er nået fuldt ud (13%). Den resterende tredjedel giver udtryk for, at de er godt på vej, men at der fortsat mangler meget (33%). En enkelt har svaret, at der stort set ikke sker noget på området (7%). Størstedelen af konsulenterne giver udtryk for, at tandplejen fungerer godt i deres lokalområde, men at de ikke nødvendigvis selv er aktive på området.

Midtvejsevalueringen viser, at den sundhedsfremmende indsats i tandplejen kører systematisk og organiseret på baggrund af den fastlagte Cariesstrategi, hvis målsætning er sammenfaldende med de opstillede mål for tandplejeområdet i Inuuneritta. Det er således også Cariesstrategien frem for Inuuneritta, man forholder sig til inden for tandplejen, og bevidstheden om at være en del af det nationale folkesundhedsprogram synes noget fjern. I praksis viser midtvejsevalueringen, at man er godt på vej til at opnå målene ved hjælp af Cariesstrategien. Cheftandlægen har mulighed for løbende at monitorere indsatsen ved hjælp af den danske sundhedsstyrelses Centrale Odontologiske Register (OCR), hvor også de grønlandske tal indberettes.

Det er dog vigtigt at bemærke, at man fra tandplejens side oplever en væsentlig social skævhed i fremmøde ved tandlægekontrol, hvor forældre skal møde op sammen med deres børn. Ligeledes efterspørger tandplejeområdet muligheden for at følge børnene efter skolealderen, da det typisk er i ungdomsårene, at tandplejen forsømmes blandt borgerne.

### 3.10 Fremadrettede anbefalinger for Inuuneritta

Den overordnede konklusion på baggrund af ovenstående gennemgang af de enkelte programområder er, at der er sket en lang række positive tiltag på flere programområder, og Inuuneritta har formået at sætte folkesundhed på den offentlige og politiske dagsorden. Folkesundhedsprogrammet har ligeledes spillet en vigtig rolle i forhold til at kaste lys over tabuiserede emner så som selvmord, vold og seksuelle overgreb. Der bør derfor fortsat eksistere et folkesundhedsprogram.

Et ambitiøst antal programområder kombineret med meget lidt konkrete mål og delmål for hvert område repræsenterer væsentlige udfordringer for implementeringen af Inuuneritta. Hertil kommer, at der mangler en overordnet formålsformulering for programmet. En stor del af aktiviteterne under Inuuneritta er oplysningskampagner. Denne konstatering er i tråd med Deloitte's konklusioner vedrørende fremtidens udfordringer for Grønlands Sundhedsvæsen. Deloitte anbefaler: '1) At indsatsen delvis flyttes fra generelle oplysnings- og vejledningsaktiviteter til at være integreret i de eksisterende driftsorganisationer på det

sundheds- og socialfaglige område, 2) at ansvaret for indsatsen placeres mere entydigt, og 3) at der foretages en stærkere central koordinering og styring af indsatsen.<sup>30</sup>

Der er få interventioner og få eksempler på, at det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde fra centralt hold dels koordineres med både social- og sundhedssektoren og dels tager hensyn til lokale ressourcer og prioriteringer. Projekterne 'Tidlig Indsats over for Gravide Familier', 'Dukkeprojektet' og 'Klar til Barn' repræsenterer dog gode eksempler på det modsatte og kan inspirere til koordinering på tværs gennem bindende aftaler inden for andre programområder.

Generelt set er de igangsatte tiltag under Inuuneritta projektbaserede, hvilket betyder, at indsatserne er afgrænset i tid og sted. Når projektperioden udløber, stopper indsatsen, og resultaterne er ofte kortsigtede. For at sikre en seriøs indsats på folkesundhedsområdet er det derfor nødvendigt, at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats opnår status som drift. Dette kræver sikre driftsmidler på finansloven samt en helt konkret kobling af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med driftspersoner - som fx sundhedspersonale og socialarbejdere. Derfor bør Inuuneritta overgå fra et projektorienteret program til et driftsbaseret program med sikre driftsmidler på finansloven fra 2013.

Inuuneritta udstikker overordnede rammer og idéer for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, men de konkrete initiativer og handlinger skal ifølge programmet udmøntes af professionelle og borgere<sup>31</sup>. Selv om samtlige programområder repræsenterer vigtige aspekter af folkesundheden, viser midtvejsevalueringen tydeligt, at man både fra centralt hold samt lokalt blandt forebyggelseskonsulenterne og i de enkelte forebyggelsesudvalg har svært ved at overskue mængden af indsatsområder. Det anbefales derfor, at de ni nuværende programområder i folkesundhedsprogrammet reduceres, gøres overskuelige og giver mulighed for national og lokal prioritering samt skaber fokus på udvikling og implementering af driftsopgaver. Inuuneritta skal forstærkes med en klar strategi på børne-, unge- og familieområdet og en målrettet indsats over for de velkendte livsstilsfaktorer; kost, rygning, alkohol og motion. Det allerede velstrukturerede delprogram for tandpleje kan udelades, og delprogrammet vedrørende ældre kan udskydes en række år. De øvrige programområder reduceres og strategier og mål samles i to prioriterede programmer:

- I. Børn, unge, familier (Tidlig indsats, selvmordsforebyggelse, forbedring af generelle levevilkår, forebyggelse af seksuelle overgreb mv.)*
- II. KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion)*

Inden for de to prioriterede programområder skal der kigges kritisk på de opstillede mål og strategier. Kort og godt: En revision af folkesundhedsprogrammet.

<sup>30</sup> Grønlands Sundhedsvæsend – Udfordringer i fremtiden. Deloitte, 2010.

<sup>31</sup> Jf. Indledning af Inuuneritta, s.7, afsnit 7.



## 4. Organisering af ansvaret for implementeringen af Inuuneritta

### 4.1 Status og evaluering af ansvarsplaceringen

Ansvar for implementeringen af Inuuneritta har taget udgangspunkt i en eksisterende struktur med PAARISA som central koordinerende enhed og forebyggelsesudvalg samt forebyggelseskonsulenter i alle byer og enkelte bygder som lokale iværksættere og tovholdere for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Endvidere er der nedsat en faglig følgegruppe for programmet samt for nylig en styregruppe.

#### PAARISA, forebyggelsesudvalg og forebyggelseskonsulentordningen

PAARISA blev etableret i 1996 som en del af det daværende Direktorat for Sundhed. I forbindelse med opstarten af Inuuneritta oprettedes Afdeling for Folkesundhed med ansvar for projektstyring og koordinering af de sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter under programmet. I praksis viste det sig svært for medarbejderne at skelne mellem PAARISA og Afdelingen for Folkesundhed og resultatet blev, at PAARISA fik rollen som ansvarlig for projektstyring og koordinering af Inuuneritta samtidig med, at kontoret videreførte en del af det arbejde, de havde lavet hidtil. I forbindelse med endnu en organisatorisk ændring er PAARISA ved tidspunktet for midtvejsevalueringen placeret i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, som ud over PAARISA omfatter Sundhedsledelsen.

Forebyggelsesudvalgene blev indført med Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation. Heraf fremgår det, at forebyggelsesudvalgene har til formål: *1) Gennem det forebyggende arbejde, at styrke den lokale indflydelse på og ansvar for kommunens sundhedstilstand, 2) at fremme en sammenhængende tilrettelæggelse og prioritering af de forebyggende og sundhedsfremmende opgaver inden for kommunen, samt 3) at udbygge og styrke samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og tilgrænsende sektorer.*<sup>32</sup> Forebyggelsesudvalgene blev tidligere oprettet i hver enkelt kommune, men i overensstemmelse med oprettelsen af de fire storkommuner fra 1. januar 2009 er landstingsforordningen revideret i en ny lov i 2010, hvoraf det nu fremgår, at hver by skal nedsætte et forebyggelsesudvalg<sup>33</sup>.

Den brede forankring af forebyggelsen er forsøgt sikret med sammensætningen af de lokale udvalg. Af bekendtgørelse nr. 18 af 18. maj 2001 om lokale forebyggelsesudvalg fremgår det: *Forebyggelsesudvalget består af en sundhedsfaglig repræsentant fra sygehuset/sundhedscentret, en sundhedsfaglig repræsentant fra tandklinikken, forebyggelseskonsulenten samt en ledende repræsentant fra folkeskolen, politiet, socialforvaltningen og kriminalforsorgen.* Heraf fremgår det endvidere, at det er den sundhedsfaglige repræsentant, der indkalder til første møde.

Forebyggelseskonsulentordningen går tilbage til 1997, hvor Direktoratet for Sundhed igangsatte 'Projekt Forebyggelseskonsulent' i samarbejde med flere kommuner og PAARISA som koordinerende enhed. I en afhandling om udviklingen i organiseringen af den forebyggende indsats konkluderer tidligere leder af PAARISA, Bodil Karlshøj Poulsen: *Ved udgangen af 2000 var der således opbygget en struktur med Paarisa som et selvstændigt kontor i Sundhedsdirektoratet, der varetog de centrale opgaver, samt lokale*

<sup>32</sup> [http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement\\_for\\_sundhed/Lovgivning.aspx](http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement_for_sundhed/Lovgivning.aspx)

<sup>33</sup> Inatsisartutulov nr. 27 af 18. November 2010 om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer.

[http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement\\_for\\_sundhed/Lovgivning.aspx](http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Departement_for_sundhed/Lovgivning.aspx)

*forebyggelsesudvalg, der varetog sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver på kommunalt niveau. Femten af landets 17 kommuner havde indgået aftale om deltagelse i "Projekt Forebyggelseskonsulent".<sup>34</sup>*

Indtil 1. januar 2009 havde PAARISA ansvaret for forebyggelseskonsulentordningen hvad angår vurderingen af konsulenternes faglige kvalifikationer ved ansættelse og den løbende uddannelse af konsulenterne. PAARISA finansierede desuden 50% af forebyggelseskonsulenternes løn. I forbindelse med overgangen til storkommuner tildeles kommunerne nu et bloktilskud, der er tiltænkt forebyggelsesarbejdet, men uden en egentlig øremærkning af pengene. Som en konsekvens heraf er der ikke nødvendigvis sikret lønmidler til forebyggelseskonsulenter alle steder. I fx Sermersooq kommune har der været vakante stillinger i flere byer på Østkysten i en længere periode pga. manglende midler på forebyggelsesområdet. Der er endvidere forskel på, i hvilket regi forebyggelseskonsulenterne er ansat fra sted til sted. Nogle steder refererer de til byens familiecenter, andre steder refererer de til socialchefen. Der er også et eksempel på en konsulent, som er blevet placeret under kultur- og uddannelsesforvaltningen. Den organisatoriske placering har uden tvivl betydning for det forebyggende arbejdes vilkår.

Trods flere års virke samt den vægt og det ansvar sundhedsvæsenet og den sundhedsfaglige repræsentant tillægges i lovgivningen nævnt ovenfor, viser midtvejsevalueringen, at Inuuneritta kun i et begrænset omfang er forankret i sundhedsvæsenet. Med undtagelse af 'Tidlig Indsats over for Gravide familier' er der ikke dokumentation for en systematisk koordinering med sundhedsvæsenet i de enkelte byer eller fra centralt hold.

På baggrund af flere interview kan evalueringspanelet konkludere, at den nuværende organisering ikke har fungeret hensigtsmæssig. Afstanden mellem det lokale forebyggelsesarbejde og PAARISA er generelt set for stor. De centrale udmeldinger forholder sig ikke nødvendigvis til lokale prioriteringer, og der mangler en systematisk opfølgning på de initiativer, man fra centralt hold lægger ud til de lokale aktører. Dette hæmmer i høj grad indsatsen. Oprettelsen af storkommuner har ført nye arbejdsgange med sig, og det er nødvendigt, at koordineringen mellem det centrale og det lokale niveau tilpasses den nye virkelighed. Hertil kommer, at flere omstruktureringer af PAARISAs organisatoriske placering undervejs i programperioden har taget uhensigtsmæssigt meget tid og fokus fra det egentlige arbejde med at implementere Inuuneritta.

### **Etablering og sammensætning af følgegruppe og styregruppe for Inuuneritta**

Der blev med etableringen af Inuuneritta nedsat en faglig følgegruppe, som har til opgave at følge arbejdet med folkesundhedsprogrammet. Følgegruppen har karakter af en ekspertgruppe og består af repræsentanter fra Departementet for Sundhed, Landslægeembedet, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, Politiet, MIPI, Ernæringsrådet, Alkohol- og Narkotikarådet, Departementet for Erhverv, Departementet for Familie, Kultur, Kirke og Ligestilling, Sundhedsvæsenet, Ældreplejen, Tandplejen, KANUKOKA og Kirken.

Følgegruppen har til opgave under ledelse af professor i Arktisk Medicin ved Statens Institut for Folkesundhed, Peter Bjerregaard, at udarbejde indikatorer for programmet. Endvidere skal følgegruppen diskutere og anbefale strategier for koordinering af det tværsektorielle og departementale arbejde samt

<sup>34</sup> Poulsen, Bodil K. (2010). Forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Kalaallit Nunaat 1996-2007. Master of Public Health, MPH 2010:5, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

komme med anbefalinger til eventuel videreførelse af Inuuneritta efter 2012.<sup>35</sup> Der er møder to gange årligt.

I maj 2010 blev der yderligere nedsat en styregruppe for Inuuneritta bestående af departementschefen i Departement for Sundhed, styrelseschefen i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, cheflæge i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse samt afdelingschefen for PAARISA. Styregruppen har fået ansvaret for den overordnede ledelse og styring af Inuuneritta. Herunder hører overvågning og sikring af implementering af Inuunerittas målsætninger og indsatsområder på sygehuse, sundhedscentre og Dronning Ingrid's Hospital. Styregruppen skal ligeledes overvåge og sikre implementeringen af de nyoprettede Livsstilsambulatorier under sundhedsvæsenet (Inuunerisarfiit) samt, med udgangspunkt i en gennemgang af indsatsområderne koordinere det tværsektorielle arbejde. Styregruppen mødes fire gange årligt til 2012.<sup>36</sup>

## 4.2 Fremadrettede anbefalinger for ansvarsplaceringen

For at sikre en systematisk indsats på folkesundhedsområdet er det nødvendigt med bedre koordinering - både lodret fra det centrale niveau til den lokale virkelighed samt vandret mellem fagpersoner, sektorer og departementer på de enkelte niveauer. Desuden er det nødvendigt at sikre PAARISA i højere grad bliver indrettet i overensstemmelse med de prioriterede områder i Inuuneritta. Nedenfor gives evalueringspanelets bud på, hvordan sådanne justeringer kan se ud.

### Bedre kobling mellem det centrale og det lokale niveau

Forebyggelsesudvalg i samtlige byer har haft til opgave at konkretisere og prioritere indsatser i en lokal handlingsplan, mens det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i praksis har påhvilet forebyggelseskonsulenterne. Den lokale organisering af forebyggelsesarbejdet gennem etablering af forebyggelsesudvalg og ansættelse af en eller flere forebyggelseskonsulenter udgør en fornuftig struktur for implementeringen af et folkesundhedsprogram, men der er store lokale forskelle på, hvor godt det fungerer. Enkelte steder er der mere end en forebyggelseskonsulent, mens andre byer har manglet forebyggelseskonsulenter i flere år. Størstedelen af forebyggelseskonsulenterne sidder alene med et stort ansvar, og mange giver udtryk for, at opgaven er for stor for et enkelt menneske. Manglende placering af ansvaret for sundhedsfremmende indsatser på tværs af sektorer og aktører udfordrer det lokale forebyggelsesarbejde. Lige som det er nødvendigt, at de nationale prioriteringer sammenbindes med respekt for lokale prioriteringer.

Med en reduktion fra ni delprogrammer til to prioriterede programområder (jf. afsnit 3.10) anbefales det fremadrettet at omstrukturere, så struktur og indhold i arbejdet tilpasses to programområder. Der skal desuden sikres bedre dialog og kobling mellem de landsdækkende strategier og de lokale indsatser. Samarbejdet med de eksisterende forebyggelsesudvalg og forebyggelseskonsulenter skal fastholdes og udvikles i relation til den nye kommunale struktur med storkommuner.

<sup>35</sup> Kommissorium for Styregruppe for folkesundhedsprogrammet Inuuneritta 2007-2012, Departementet for Sundhed, Naalakkersuisut, af 3. august 2010.

<sup>36</sup> Kommissorium for Styregruppe for folkesundhedsprogrammet Inuuneritta 2007-2012, Departementet for Sundhed, Naalakkersuisut, af 3. august 2010.

### Bindende folkesundhedsaftaler skal sikre lodret og vandret koordinering

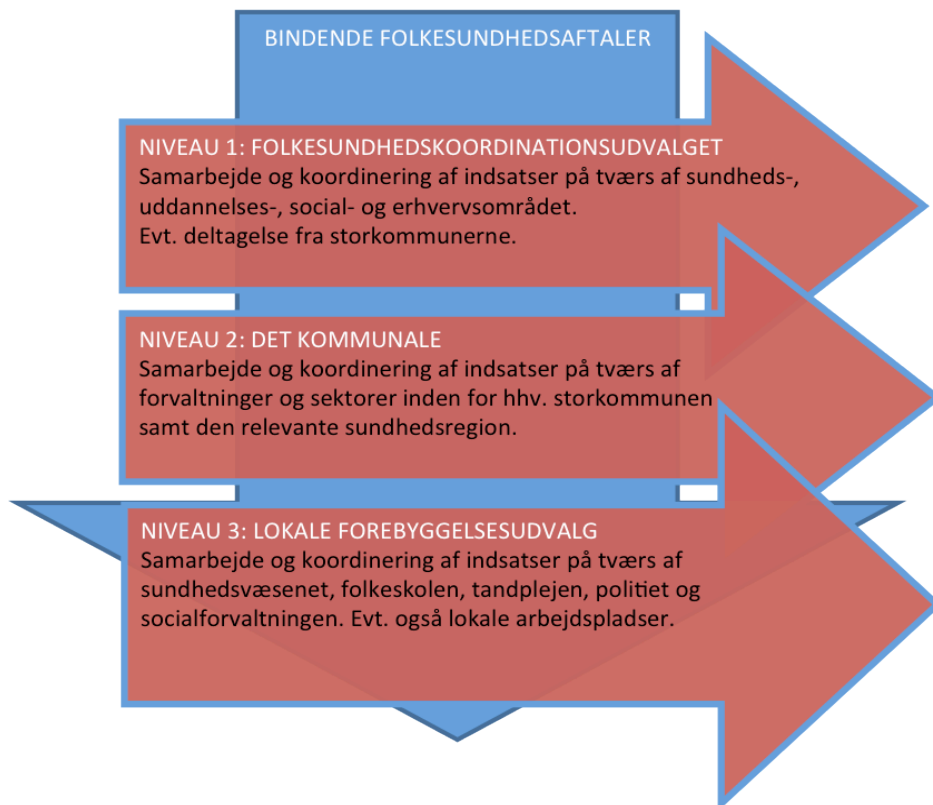
Det er et velkendt fænomen, at indsatser og initiativer ofte strander, hvis ikke ansvaret for indsatsen er entydigt placeret. Er flere parter involveret, er der altid en fare for, at ansvaret falder mellem flere stole, hvis ikke det på forhånd gøres helt klart, hvem, der sørger for hvad. Størstedelen af de indsatser, der er nødvendige for at forbedre folkesundheden, går på tværs. På trods af dette er der kun i få tilfælde oprettet deciderede partnerskabsaftaler under Inuuneritta, som involverer flere sektorer. Derfor anbefaler evalueringspanelet fremover at indføre begrebet *bindende folkesundhedsaftaler*. Begrebet bindende aftaler er kendt fra andre nationer, hvor ansvaret for en indsats er bundet op på aktører på forskellige niveauer. I Grønland er de 3 niveauer: Nationen, storkommunen, det lokale. Det anbefales at udvikle en model for bindende folkesundhedsaftaler, der skriftligt sammenbinder nationale prioriteringer med respekten for lokale prioriteringer på folkesundhedsområdet, og sikrer at aftalerne overholdes.

### Folkesundhedskoordinationsudvalg på højeste politiske niveau

Midtvejsevalueringen viser desuden, at folkesundhedsprogrammet på sin vis bakkes op politisk, fx i form af strukturelle forebyggende tiltag som den nyindførte lov om rygeforbud repræsenterer<sup>37</sup>. Dog savner folkesundhedsprogrammet en mere solid politisk opbakning både kommunalt og på landsplan i form af bindende aftaler, løbende status og justering på de enkelte områder samt tildeling af de nødvendige ressourcer og viljen til at indføre ny lovgivning med en sundhedsfremmende effekt. Vigtige determinanter for folkesundheden er levevilkår, livsstil og sundhedsvæsenets indsats. Derfor bør der ske en politisk forankring på disse områder. Det anbefales, at der årligt gøres status på udvikling og implementering af Inuuneritta på højeste politiske niveau i form af et *folkesundhedskoordinationsmøde* mellem Naalakkersuisoq for hhv. sundheds-, social-, uddannelses- og erhvervsområdet. Det kan være hensigtsmæssigt med politisk deltagelse fra hver af de nye storkommuner.

Folkesundhedskoordinationsudvalget og bindende folkesundhedsaftaler udgør konkrete forslag til, hvordan man fremadrettet kan sikre lodret og vandret koordinering og forankring af det sundhedsfremmende og forebyggende under Inuuneritta. Metoderne er kendt fra internationale sammenhænge og skal i sagens natur tilpasses den praktiske og politiske virkelighed. Lige som der skal arbejdes på at gøre brug af de eksisterende arbejdsredskaber, som forebyggelsesudvalgene og forebyggelseskonsulentordningen udgør. Anbefalinger for koordineringen er forsøgt illustreret i figur 1.

<sup>37</sup> Inatsisartutlov nr. 15 af 26. maj 2010 om forbud mod rygning. [www.nanoq.gl](http://www.nanoq.gl)



Figur 1. Lodret og vandret koordinering af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser gennem bindende folkesundhedsaftaler mellem tre niveauer.

### Forankring i sundhedsvæsenet – koordinering af borgerrettet og patientrettet forebyggelse

Midtvejsevalueringen viser, at folkesundhedsprogrammet kun i et meget begrænset omfang er blevet forankret i sundhedsvæsenet, trods denne sektors oplagte centrale rolle i den sundhedsfremmende indsats. Netop forankringen i sundhedsvæsenet er afgørende for programmets virke, og det er nødvendigt, at man fremadrettet i forebyggelsesarbejdet forholder sig til koordineringen mellem den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Den borgerrettede forebyggelse handler om at holde raske mennesker raske – den patientrettede forebyggelse om at sikre et godt restliv for kronisk syge, sikre rehabilitering og forhindre forværrelse af eksisterende sygdom.

Det er vigtigt at huske, at der foregår en del forebyggelse i sundhedsvæsenet, uden dette nødvendigvis er igangsat under Inuuneritta. Sundhedsvæsenets kontakt med gravide og børn, der undersøges rutinemæssigt, uden der nødvendigvis er tale om sygdom, er eksempler på borgerrettet forebyggelse. I modsætning til oplysningskampagner og indsatser målrettet hele befolkningen foregår den borgerrettede forebyggelse i sundhedsvæsenet dog altid på individniveau. 'Tidlig Indsats over for gravide familier' er omvendt et eksempel på en indsats under Inuuneritta, hvor den borgerrettede forebyggelse er individuel frem for generel, fordi der arbejdes med den enkelte familie. Ud over en del individuel borgerrettet forebyggelse, foregår der patientrettet forebyggelse i sundhedsvæsenet - især knyttet til behandling af livsstilssygdomme. Som noget nyt er der fra 2011 oprettet et livsstilsambulatorium ved Lægeklinikken i Nuuk med fokus på patientrettet forebyggelse af livsstilssygdomme i forbindelse med fx forhøjet blodtryk og overvægt. På længere sigt skal modellen udbredes til de øvrige sundhedscentre, og målet på lang sigt er

at forebygge følgerne af livsstilssygdomme gennem livsstilsambulatorier (Inuunerisarfiit) forankret i det primære sundhedsvæsen. Projektet er et delprojekt under Inuuneritta og projektgruppen refererer til ledelsen i sundhedsvæsenet, som rapporterer til styregruppen for Inuuneritta.

Trods forskellen mellem de to målgrupper kan der være flere sammenfald i deres behov. En rygestopindsats for raske borgere og for personer, der har haft blodpropper i hjertet, eksemplificerer situationen. Med oprettelsen af livsstilsambulatorier i sundhedsvæsenet er der et stort potentiale for en styrket indsats over for KRAM-faktorerne. Samtidig er det vigtigt at se på de oplagte sammenfald i forebyggelsesindsatser, der findes på netop dette område. Derfor vil det være vigtigt fremadrettet, at aktiviteterne i sundhedsvæsenet koordineres med de øvrige forebyggelsesindsatser. Gennem bindende folkesundhedsaftaler mellem sundhedsvæsenet og forebyggelsesudvalgene i kommunerne kan man eksempelvis sikre sådanne samordninger. Samtidig sikres den tværfaglige og tværsektorielle forankring, herunder forankringen i sundhedsvæsenet. Etableringen af styregruppen for Inuuneritta fra 2010, der udelukkende består af repræsentanter fra sundhedsområdet, vil sandsynligvis også medvirke til, at folkesundhedsprogrammet i højere grad forankres i denne sektor. Samtidig er det dog vigtigt at sikre, at denne forankring ikke sker på bekostning af tværfagligheden og det nødvendige tværsektorielle samarbejde.

## 5. Uddannelse og kompetencer i forebyggelsesarbejdet

### 5.1 Status på uddannelse og kompetencer i forebyggelsesarbejdet

Midtvejsevalueringen viser, at uddannelsesniveaut blandt de professionelle, der varetager forebyggelsesarbejdet lokalt, er for varieret og flere steder utilstrækkeligt til at løse opgaven. Der er ofte tale om engagerede ildsjæle, der gør et stort stykke arbejde, men en systematisk kobling mellem de overordnede rammer og konkrete initiativer kræver et vist uddannelsesniveau. Der skal derfor stilles større krav til uddannelse, bl.a. for at sikre en bedre koordinering mellem Selvstyret og kommunerne.

I flere interview gives der udtryk for, at der tilbydes en del kurser til de fagpersoner, som skal løfte komplekse sociale opgaver og forebyggelsesarbejdet, men det er ikke nok. Det bliver af nogle nøglepersoner opfattet som et svigt, når fx de professionelle, der skal støtte og hjælpe sårbare familier, ikke har den nødvendige uddannelsesbaggrund til at løse opgaven. Det er samtidig en utilfredsstillende situation for de professionelle, at de skal løse opgaver, som de ikke er rustet til. Der er et udbredt ønske om, at oprette flere uddannelsesstillinger i den sociale sektor. Dels for at opkvalificere og ruste medarbejderne til jobbet og samtidig skabe et grundlag for at beholde de samme mennesker i stillingerne over længere tid.

Erfaringerne med kursusvirksomhed på forebyggelsesområdet viser, at ny viden ikke altid er nem at føre ud i livet. Har man ikke en solid social- eller sundhedsmæssig uddannelsesmæssig baggrund, er det svært at omsætte strategier for forebyggelse til praksis. Som det fremgår af oversigterne over aktiviteter fra de enkelte programområder, er der i perioden 2007-2010 blevet gennemført en del kurser, og specifikt for forebyggelseskonsulenterne blev der i 2006-2007 tilbudt en uddannelse med fire moduler over to år. Forud for dette havde man konstateret, at den uddannelsesmæssige baggrund blandt forebyggelseskonsulenterne var meget varieret. Nogle var uddannet inden for sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, men langt fra alle. Forud for starten på forebyggelseskonsulentuddannelsen i 2006 spændte den uddannelsesmæssige baggrund over social-, sundheds-, handels- og behandlerområdet. Evalueringen af uddannelsen viste, at forebyggelseskonsulenterne følte sig bedre rustet til at implementere Inuuneritta.<sup>38</sup> Samtidig viser midtvejsevalueringens spørgeskemaundersøgelse, at en del af konsulenterne synes opgaven er for stor. På grund af udskiftning på området er der ligeledes flere af de nuværende konsulenter, der ikke har gennemført uddannelsen.

### 5.2 Fremadrettede anbefalinger for uddannelse og kompetencer i forebyggelsesarbejdet

En god folkesundhedsindsats forudsætter veluddannet personale og behovet for uddannelse og opkvalificering rækker langt udover gruppen af forebyggelseskonsulenter. Derfor anbefaler evalueringspanelet, at der lægges en langsigtet uddannelsesplan for at kvalificere personale til opgaven på såvel nationalt niveau som i storkommunerne og lokalt.

---

<sup>38</sup> Poulsen, Bodil K. (2010). Forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Kalaallit Nunaat 1996-2007. Master of Public Health, MPH 2010:5, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

## 6. Sundhedsinformation, indikatorer og evaluering af indsatser

### 6.1 Status på sundhedsinformation, indikatorer og evaluering

Et folkesundhedsprogram skal hvile på et solidt sundhedsinformationssystem til brug for sundhedsovervågning og planlægning. Befolkningsundersøgelser er en metode til at opnå et overblik over sundhedstilstanden. Siden 1993 har Statens Institut for Folkesundhed gennemført periodiske befolkningsundersøgelser blandt den voksne befolkning, senest i 2005-2010. Desuden har Statens Institut for Folkesundhed gennemført en undersøgelse blandt unge 15-17-årige i 2004 samt 2011. Blandt skolebørn er der hvert 4. år siden 1994 indsamlet grønlandske data som en del af den internationale skolebørnsundersøgelse: Health Behavior among School-aged Children (HBSC). HBSC-undersøgelsen er den eneste landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt skoleelever med deltagelse fra samtlige af landets skoler. Seneste dataindsamling var i 2010. Ud over de nævnte befolkningsundersøgelser findes et dødelighedsregister, der administreres af Landslægeembedet.

I arbejdet med midtvejsevalueringen har manglen på systematisk evaluering af de igangsatte indsatser været slående. Med undtagelse af statusrapporter og midtvejsevalueringer fra 'Tidlig Indsats overfor gravide familier' samt 'Dukkeprojektet' og en evaluering af implementeringen af den Nationale selvmordsstrategi for forebyggelse af selvmord, foreligger der stort set ingen dokumentation for, hvordan de enkelte indsatser under Inuuneritta virker og hvilke erfaringer, der er blevet gjort i processen med at implementere disse. For at sikre det forebyggende arbejde fremover hviler på et veldokumenteret og erfaringsbaseret grundlag, er det nødvendigt at sikre en central kompetenceopbygning på evalueringsområdet.

#### Udvikling af indikatorer for Inuuneritta

Med opstarten af Inuuneritta i 2007 blev der under følgegruppen nedsat en arbejdsgruppe under ledelse af Professor Peter Bjerregaard, der fik til opgave at opstille indikatorer for de enkelte programområder. Målbare indikatorer er en vigtig forudsætning for, at der kan gøres status på programmets virkning ved hjælp af før og efter tal. Ligeledes kan målbare indikatorer bruges løbende til at justere og vurdere effekten af de indsatser, der sættes i gang. Dermed ikke sagt, at alle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan gøres op i tal. Der ligger et lige så vigtigt stykke arbejde i at undersøge de processer og kvalitative erfaringer fra indsatser, der bidrager til at højne folkesundheden. Sådanne kvalitative erfaringer kan indsamles ved løbende at evaluere de tiltag, der sættes i gang, og dokumentere erfaringerne med henblik på vidensdeling og metodeudvikling.

Den store udfordring for arbejdet med indikatorer har været de meget lidt konkrete mål, der er opstillet under hvert programområde i Inuuneritta. Som det fremgår af kapitel 3 i rapporten, er det få mål, der er direkte målbare. Arbejdet med indikatorerne har derfor i højere grad taget udgangspunkt i hvilke eksisterende kilder, der kan bruges til at måle forhold med relevans for de enkelte områder frem for indikatorer, der præcist matcher målene i folkesundhedsprogrammet. I det følgende gengives arbejdsgruppens i alt 63 forslag til indikatorer fra juni 2011. I arbejdsgruppen har man desuden arbejdet med at differentiere mellem indikatorer relevante for hhv. børn (under 18), voksne (18+) samt ældre (65+). Med mindre andet fremgår, er målene opstillet for den generelle befolkning. Årstallene 2006 (før) og 2012 (efter) er omtrentlige årstal, da ikke alle indikatorer er målt præcis disse år. Indikatorarbejdet er stadig i



gang, og enkelte steder er der endnu ikke opstillet mål for 2012, andre steder mangler der tal fra før programmet og nogle steder begge dele.

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
1	Spædbarnsdødelighed pr. 1000 levendefødte	14,9	11,0	Landslægen
2	Fødselsvægt < 2.500 gram	6,3%	6,0%	Landslægen
3	Middellevetid	M:65,8 år K: 71,2 år	M: 70 år K: 75 år	GS*
4	Andel, der vurderer eget helbred som 'godt' eller 'virkeligt godt'	Børn: 80%/ Voksne: 66%	Børn: 85%/ Voksne: 75%	HBSC**/SIF***
5	Social ulighed i sundhed (koncentrationsindeks)			SIF
	1) Rygning	-0,09	0	
	2) Rusdrikning	-0,09	0	
6	Økonomisk ulighed (Gini koefficient)	0,45	-	
7	Andel af befolkningen, der bor i en bolig med mere end 1 person pr. rum	-	-	GS
8	Antal personer pr. rum	-	-	GS
9	Pct. der har afsluttet folkeskolen		Børn: 90%	IIN****
10	Antal, der er startet på en uddannelse 2 år efter folkeskolen			IIN

Tabel 18. Indikatorer for den generelle sundhedstilstand. \* Grønlands Statistik (GS), \*\* Health Behavior among School-aged Children (HBSC), \*\*\* Statens Institut for Folkesundhed (SIF), \*\*\*\* Departementet for Uddannelse og Forskning/ Ilinniartitaanermut Iisimatusarnermullu Naalakkersuisoqarfik (IIN).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
11	Import af alkohol pr person 15+	11,7 l	< 10 l	GS*
12	Rusdrikkere			SIF***
13	Har været fuld 2 eller flere gange	Børn: 46%	Børn: < 10%	HBSC**
14	Har brugt hash en eller flere gange	Børn: 19%	Børn: < 10%	HBSC
15	Har snuffet	Børn: 15%	Børn: < 4%	HBSC
16	Har drukket alkohol under graviditeten			Landslægen
17	Forældre med børn under 18 år med potentielt skadeligt alkoholforbrug	M: 30% K: 23%	< 20%	SIF
18	Antal førstegangshenviste til Katsorsaavik og Qaqiffik			-

Tabel 19. Indikatorer for programområdet alkohol og hash. \* Grønlands Statistik (GS), \*\* Health Behavior among School-aged Children (HBSC), \*\*\* Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
19	Andel voksne, der rapporterer at have været udsat for vold seneste år	M: 11% K: 13%	M: 8% K: 10%	SIF*
20	Politianmeldelser af vold, hvor anmelder er over 18 år	821	-	Politiet
21	Andel 18-29-årige, der har været udsat for seksuelle overgreb inden 18 års alderen	M: 17% K: 43%	0	SIF
22	Politianmeldelser af seksuelle overgreb	492	-	Politiet
23	Andel husspektakler hvor børn er til stede	-	-	Politiet

Tabel 20. Indikatorer for programområdet vold, voldtægt og seksuelle overgreb. \* Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
24	Antal selvmord årligt	58	30	Landslægen
25	Dødelighed af selvmord pr. 100.000:			Landslægen
	Under 18 år:	47	-	
	18-34 årige:	180	-	
	35+ årige:	99	-	
26	18-29 årige, der svarer ja til selvmordsforsøg seneste år	M: 8,1% K: 9,4%	M: 3,5% K: 4,5%	SIF*
27	God livskvalitet	Børn: 74%	Børn: 85%	HBSC**

Tabel 21. Indikatorer for programområdet selvmord. \*Statens Institut for Folkesundhed (SIF), \*\* Health Behavior among School-aged Children (HBSC).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
28	Andel med Body Mass Index >30	Voksne: M: 19%; K: 25% Ældre: M: 25%; K: 30%	Voksne: Uændret Ældre: Uændret	SIF*
29	Overvægt (Taljemål; M: $\geq 102$ cm; K: $\geq 88$ cm)	Voksne: M: 25%; K: 55% Ældre: M: 42%; K: 63%	Voksne: Uændret Ældre: Uændret	SIF
30	Stillesiddende i mere end 6 timer om dagen	Voksne: 19%; Ældre: 10%	Voksne: 15%; Ældre: 10%.	SIF
31	Fysisk aktive 1 time om dagen	Børn: 26%	Børn: 40%	HBSC**
32	Spiser frugt dagligt	Børn: 15%; Voksne: 41%	Børn: 30%; Voksne: 50%	HBSC/SIF
33	Spiser grøntsager dagligt	Børn: 39%; Voksne: 36%	Børn: 50%; Voksne: 50%	HBSC/SIF
34	Spiser fisk mindst 2 gange om ugen	Børn: 33%; Voksne: 73%	Børn: 60%; Voksne: 73%	SIF/HBSC
35	Drikker saft eller sodavand hver dag	Børn: 34%; Voksne: 28%	Børn: 25%; Voksne: 20%	SIF/HBSC
36	Spiser slik dagligt	Børn: 42%	Børn: 30%	HBSC
37	Tilgængelighed af frugt	-	-	Nyudvikles

38	Spiser grønlandsk kød 1-3 gange om ugen	27%	-	SIF
----	---	-----	---	-----

Tabel 22. Indikatorer for programområdet kost og fysisk aktivitet. \*Statens Institut for Folkesundhed (SIF), \*\* Health Behavior among School-aged Children (HBSC).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
39	Anmeldte tilfælde af klamydia	2579	2300	Landslægen
40	Anmeldte tilfælde af gonoré	808	700	Landslægen
41	Antal fremkaldte aborter:			Landslægen
	Under 18 år	145	Fald på 50%	
	18+ år	759		
42	Antal graviditeter hos 15-17-årige piger (abort + fødsler)	178	-	Landslægen
43	15-årige, der har haft samleje	Børn: 61%	-	HBSC*
44	Antal fødsler pr. 1000 kvinder i aldersgruppen 15-17-årige	Børn: 56	Børn: 45	Landslægen
45	Andel af 15-årige piger, der har fået HPV-vaccination	-	-	Landslægen

Tabel 23. Indikatorer for programområdet seksuel sundhed. \* Health Behavior among School-aged Children (HBSC).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
46	Pct. der ryger dagligt	Voksne: 61%	Voksne: 40%	SIF*
47	Pct. gravide, der ryger			Landslægen
48	Antal importerede cigaretter	93,6 mio.	59,4 mio.	GS**
49	Private hjem med rygebegrænsning	62%	75%	SIF
50	Andel 15-årige, der aldrig har røget	Børn: 28%	Børn: 38%	HBSC***

Tabel 24. Indikatorer for programområdet rygning. \* Statens Institut for Folkesundhed (SIF), \*\* Grønlands Statistik (GS), \*\*\* Health Behavior among School-aged Children (HBSC).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
51	Andel børn der har fået MFR2 vaccination	Børn: 83%	Børn: 95%	Landslægen
52	Gravide der har haft 6+ jordemoderundersøgelser/ Andel børn (født efter 36. uge) hvor mor har haft 6+ jordemoderundersøgelser under graviditeten	Børn: 51%	Børn: 75%	Landslægen
53	Fødevarerikkerhed/ 13-årige, der sjældent eller aldrig oplever sult i hjemmet pga mangel på mad i hjemmet,	Børn: 18%	Børn: 10%	HBSC*
54	Er blevet mobbet	Børn: 14%	Børn: 9%	HBSC
55	Andel kvinder, der ammer fuldt ud ved 4 mdr.	-	Voksne: 60%	-
56	Andel, der følger de forebyggende undersøgelser ved 5 uger, 1 år og 4 år	-	-	Landslægen

Tabel 25. Indikatorer for programområdet børn og unge. Se også specifikke børneindikatorer under de øvrige programområder. \*Health Behavior among School-aged Children (HBSC).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
57	Langvarig sygdom/Ældre med langvarig sygdom	Ældre: 53%	Ældre: 50%	SIF
58	Meget generet af symptomer/Ældre der er stærkt generet af et eller flere symptomer seneste 14 dage	Ældre: 38%	Ældre: 35%	SIF
59	Andel voksne 65+ der har besvær med at tygge hårde madvarer	-	-	SIF

Tabel 26. Indikatorer for programområdet ældre. \*Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

Nr.	Indikator	Status 2006	Mål 2012	Kilde
60	Andel børn i 6 års alder uden huller eller fyldninger i deres mælketænder	Børn: 64%	Børn: 80%	Grønlandstandplejen
61	Andel af 25-årige uden huller eller fyldninger	Voksne: 14%	Voksne: 50%	Grønlandstandplejen
62	Andel af OCR-registreringspligtige børn og unge	Børn: 66%	Børn: 90%	Grønlandstandplejen
63	13-årige, der angiver at børste tænder mindst 1 gang dagligt	Børn: 74%	Børn: 85%	HBSC*

Tabel 27. Indikatorer for programområdet tandplejen. \*Health Behavior among School-aged Children (HBSC).

## 6.2 Fremadrettede anbefalinger for sundhedsinformation, indikatorer og evaluering

Midtvejsevalueringen viser, at de periodiske befolkningsundersøgelser i Grønland, HBSC-undersøgelserne samt dødelighedsstatistikken har været de helt centrale elementer bag de informationer, som har formet folkesundhedsprogrammet. Disse elementer bør videreføres som led i et samlet

sundhedsinformationssystem. Herudover mangler der et pålideligt og velfungerende sundhedsinformationssystem til brug for planlægning og monitorering både af forebyggende og behandlende indsatser. Især adgangen til statistisk materiale på forebyggelsesområdet er mangelfuld. Evalueringspanelet vurderer, at arbejdet med at udvikle indikatorer for folkesundhedsarbejdet er et vigtigt fremadrettet element i udviklingen og overvejelserne om folkesundheden.

Det anbefales derfor, at Naalakkersuisoq for Sundhed træffer beslutning om at etablere en gruppe, der på sigt skal stille forslag om udvikling og gennemførelse af et kvalitetssikret og velfungerende sundhedsinformationssystem. Systemet skal samlet set tilfredsstillende behandle behovet for overvågning af folkesundheden, - den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, - samt den behandlende og rehabiliterende indsats.

For at imødekomme behovet for en mere systematisk erfaringsbaseret implementering og løbende justering af programmet, anbefales det, at der på nationalt niveau iværksættes en solid kompetenceopbygning på evalueringsområdet. En sådan kompetenceopbygning bør omfatte både kvantitative og kvalitative metoder. Dette skal gøres i samarbejde med et panel af forskere, for at sikre et højt niveau. Til dette arbejde bør der sikres en økonomisk pulje til evalueringer af indsatser på folkesundhedsområdet.