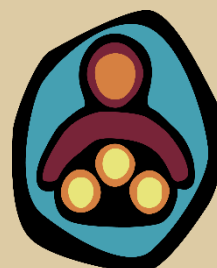


Kommunal sundhedsprofil Qeqqata Kommunia

Charlotte Brandstrup Ottendahl
Durita Lyngsø Svartá
Peter Bjerregaard
Ingelise Olesen
Christina Viskum Lytken Larsen

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018



**Innuttaasut
Peqqissusiannik
Iisimatusarfik**

Center for Folkesundhed i Grønland
Centre for Public Health in Greenland

Kommunal sundhedsprofil Qeqqata Kommunia

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018

Charlotte Brandstrup Ottendahl
Durita Lyngsø Svartá
Peter Bjerregaard
Ingelise Olesen
Christina Viskum Lytken Larsen

Internt review: Maja Bæksgaard Jørgensen

Copyright © 2021
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

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

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-548-3

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

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 blev offentliggjort i 2019 som den nyeste i en række af fem sundhedsundersøgelser på befolkningsniveau i Grønland. Rapporten fra 2019 gav en oversigt over indikatorerne for folkesundheden og viste sundhedsmæssige forbedringer på flere indikatorer (rygning, kost og boligforhold mv.) samtidig med, at der på flere områder ikke var sket en ændring, herunder kan nævnes livskvalitet, fysisk aktivitet mv. Rapporten er fortsat et vigtigt redskab i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i Grønland.

Nu følger fem separate rapporter, hvor tal fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 er opdelt for hver af de fem kommuner i landet. Der foreligger således fem rapporter, én for hver kommune. I disse rapporter er tallene for Befolkningsundersøgelsen i Grønland fra 2018 opdelt på lokalt niveau for dermed at blive mere konkrete for både sundhedsfremme og forebyggelse i de enkelte kommuner.

Det er positivt, at rapporterne viser, at mange i alle kommuner trives og har et godt helbred. Mange oplevede et godt selv vurderet helbred, dyrkede motion, brugte tid med deres familier og var i naturen, mens der stadig findes problematiske forhold, der påvirker sundheden negativt.

Denne kommunerapport er et første forsøg på at formidle lokale tal om sundhedstilstanden i kommunen direkte til den politiske såvel som den administrative ledelse i kommunen. Dette kan forhåbentligt bidrage til et endnu bedre overblik over, hvor det går godt i kommunen, og hvor der er væsentlige udfordringer for folkesundheden at tage hånd om. I sidste ende er det vores forhåbning, at undersøgelsen kan komme de borgere til gode, der generøst har bidraget til undersøgelsen med deres deltagelse. Uden dem, ingen undersøgelse.

Tak til alle, der har deltaget i undersøgelsen. God læsning.

Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed

Christina Viskum Lytken Larsen
Forskningsgruppeleder
Center for Folkesundhed i Grønland

Indhold

1	Indledning	5
2	Helbred og trivsel	7
2.1.	Selvurderet helbred	7
2.2.	Livskvalitet	8
2.3.	Mental sundhed.....	9
2.4.	Selvmodstanker og selvmordsforsøg.....	10
2.5.	Social ulighed i sundhed	12
3	Fysisk aktivitet og kost	13
3.1.	Fysisk aktivitet	13
3.2.	Kostvaner	17
3.3.	Social ulighed i fysisk aktivitet og kost.....	19
4	Risikofaktorer	21
4.1.	Boligforhold	21
4.2.	Seksuelle overgreb	23
4.3.	Alkoholforbrug	24
4.4.	Rygning	26
4.5.	BMI – Mål for overvægt.....	28
4.6.	Fødevareusikkerhed	29
4.7.	Social ulighed i risikofaktorer	30
5	Kulturspecifikke indikatorer for sundhed	33
5.1.	Naturen og fællesskabet	34
5.2.	Familie og relationer	36
5.3.	Velvære og livskvalitet	37
5.4.	Trivsel og kulturspecifikke indikatorer.....	37
5.5.	Social ulighed i kulturspecifikke indikatorer.....	38
6	Sammenfatning og afslutning	39
7	Litteratur	41
8	Bilag	43

1 Indledning

I 2018 har Befolkningsundersøgelsen i Grønland indsamlet en stor mængde data omhandlende levevilkår, livsstil og helbred i befolkningen (Larsen et al., 2019). Befolkningsundersøgelserne har gang på gang vist, at størstedelen af borgerne i Grønland giver udtryk for at have et godt helbred, samtidig med, at der ses en række helbredsudfordringer, herunder rygning, stigende body mass indeks (bmi) mv.

Befolkningsundersøgelsen 2018 bygger på svar fra 2.539 deltagere mellem 15 og 94 år fra 12 byer og 8 bygder i hele Grønland. Det svarer til 5,8 % af hele befolkningen i aldersintervallet og 52 % af de personer, der blev inviteret til at deltage i undersøgelsen.

På baggrund af disse data er der nu udviklet kommunale sundhedsprofiler til alle kommuner. Formålet med de kommunale sundhedsprofiler er at uddybe og nuancere levevilkår, livsstil og helbred i de enkelte kommuner. Kommunerapporterne omhandler som udgangspunkt de indikatorer, som fremhæves i Befolkningsundersøgelsen 2018, og som monitorerer fokusområderne i Inuuneritta. Yderligere uddybning af metode findes i bilaget. Rapporterne er målrettet kommunale politikere, embedsmænd, lokalt sundhedspersonale og andre med interesse for levevilkår og helbred på lokalt niveau. Resultaterne kan pege på nogle folkesundhedsmæssige områder, hvor der er behov for at styrke kommunens sundheds- eller forebyggelsespolitikker. Ikke mindst kan rapportens resultater bruges til at identificere, hvor det helbredsmæssigt går rigtig godt i kommunen.

I denne rapport beskrives indikatorer for levevilkår, livsstil og helbred for deltagere i Befolkningsundersøgelsen 2018, der boede i Qeqqata Kommunia. I Qeqqata Kommunia deltog 49,2 % af de inviterede i undersøgelsen. Rapporten indledes med en beskrivelse af deltagerne fra kommunen med hensyn til alder, køn, bopæl, uddannelse, erhverv og velstandsindex, hvorefter indikatorerne for sundhed vil blive beskrevet. For at have et sammenligningsgrundlag for de kommunale tal er alle overordnede helbredsmål sammenlignet med tal for hele landet. Alle indikatorer er undersøgt for køns- og aldersforskelle, og disse er blevet beskrevet, hvor der er fundet statistisk sikre forskelle. Social ulighed i sundhed er samtidigt et gennemgående tema i rapporten og slutteligt vil mulighederne for et videre samarbejde om den næste befolkningsundersøgelse mellem kommunen og Center for Folkesundhed i Grønland blive præsenteret.

Karakteristika for deltagerne i Qeqqata Kommunia og hele landet er vist i tabel 1.

Tabel 1. Karakteristisk af deltagerne fra Qeqqata Kommunia og hele landet. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtede tal, se bilag.

	Qeqqata Kommunia		Hele landet	
	Vægtet antal svarpersoner	%	Vægtet antal svarpersoner	%
<i>Total</i>	409	(100)	2.579	(100)
<i>Køn</i>				
Kvinder	223	(53,1)	1.373	(53,5)
Mænd	197	(46,9)	1.195	(46,5)
<i>Alder</i>				
15-24 år	51	(12,1)	332	(12,9)
25-34 år	46	(11,0)	325	(12,7)
35-59 år	191	(45,5)	1.183	(46,1)
60+ år	132	(31,4)	727	(28,3)
<i>Uddannelse</i>				
Folkeskole/gymnasial uddannelse	216	(52,8)	1.371	(53,2)
Kort videregående uddannelse	143	(35,0)	822	(31,9)
Mellemlang og lang videregående uddannelse	45	(11,0)	365	(14,1)
Udefineret	5	(1,2)	21	(0,8)
<i>Erhverv</i>				
Arbejde, der forudsætter uddannelse på mellemlangt eller langt niveau	36	(11,0)	304	(14,2)
Faglært arbejde	82	(25,2)	506	(23,6)
Ufaglært arbejde	118	(36,2)	720	(33,6)
Fanger eller fisker	21	(6,4)	112	(5,2)
Studerende	25	(7,7)	189	(8,8)
Deltagere uden for erhverv	44	(13,5)	314	(14,6)
<i>Velstandsindeks*</i>				
0-2	50	(12,3)	347	(13,4)
3	46	(11,3)	330	(12,8)
4	92	(22,5)	505	(19,6)
5	116	(28,4)	738	(28,6)
6	104	(25,5)	660	(25,6)
<i>Bopæl</i>				
Nuuk	-		478	(18,8)
By	361	(88,5)	1.624	(63,9)
Bygd	47	(11,5)	441	(17,3)

*Velstandsindeks vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

I Qeqqata Kommunia deltog 409 borgere mellem 15 og 94 år, og gennemsnitsalderen var 49,4 år. Størstedelen af deltagerne var mellem 35 og 59 år (46 %), mens en tredjedel af deltagerne var 60 år eller ældre. Aldersfordelingen i populationen ligner fordelingen i de øvrige kommuner. Halvdelen af deltagerne havde en folkeskole eller gymnasial uddannelse (53 %). Flest af deltagerne fra Qeqqata Kommunia arbejdede som ufaglært (36 %), mens færrest var fanger eller fisker (6 %). Flest havde et velstandsindeks på 5 eller 6. De fleste deltagere (89 %) boede i de to byer (Maniitsoq og Sisimiut), mens 12 % boede i bygden Atammik.

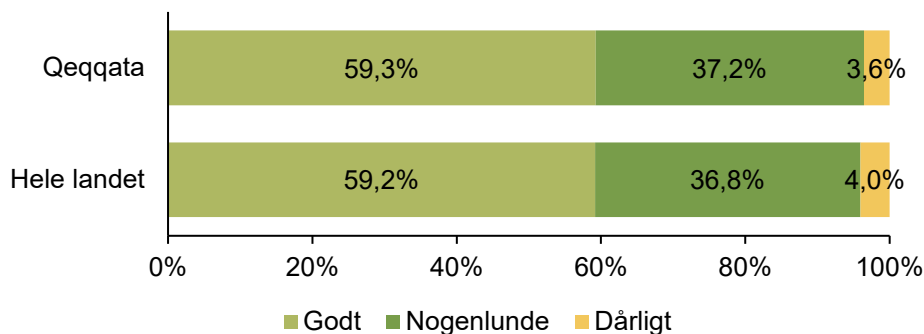
2 Helbred og trivsel

Helbred og trivsel dækker over flere aspekter af vores sundhed. Et godt helbred kan defineres som et fravær af sygdom, men i en mere udvidet forstand indebærer det, at man trives og er glad for sit liv. I følgende afsnit vil helbred og trivsel i kommunen blive uddybet, hvilket indebærer selvvurderet helbred, livskvalitet og mental sundhed – herunder selvmordstanker og selvmordsforsøg.

2.1. Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er deltagernes egne vurdering af, hvordan deres helbred er. I Befolkningsundersøgelsen 2018 blev deltagerne spurgt: "Hvordan synes du, dit helbred er?" med svarmulighederne: virkelig godt, godt, nogenlunde, dårligt, virkelig dårligt. Dårligt selvvurderet helbred har tidligere vist sig at være forbundet med sygdom og tidlig død og er derfor en god indikator for sundhedsniveauet i befolkningen (Idler & Benyamini, 1997). I de nedenstående opgørelser er et virkelig godt og godt helbred lagt sammen til "Godt", og ligeledes er dårligt og virkelig dårligt lagt sammen til "Dårligt".

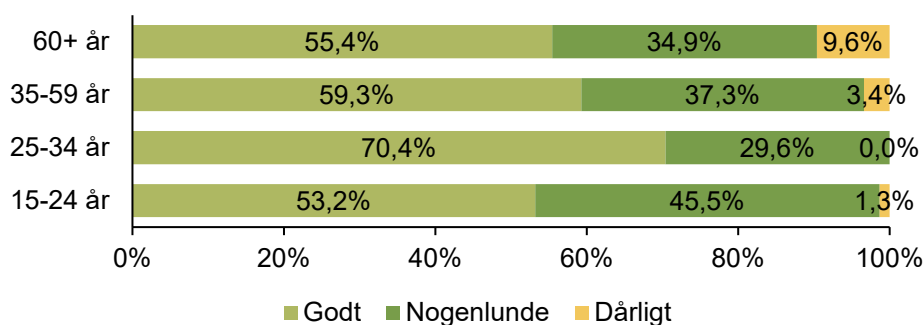
Selvvurderet helbred: "Hvordan synes du, dit helbred er?"



Figur 2.1.1. Selvvurderet helbred for deltagere i Qeqqata Kommunia (N=408) og i hele landet (N=2.577). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Det ses af figur 2.1.1, at over halvdelen (59 %) af deltagerne fra Qeqqata vurderede deres helbred som godt. Ligeledes vurderede 37 %, at deres helbred var nogenlunde og meget få (4 %) vurderede deres helbred som dårligt. Den samme fordeling sås i hele landet.

Det selvvurderede helbred varierede med alder.



Figur 2.1.2. Selvvurderet helbred fordelt på aldersgrupper i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=408.

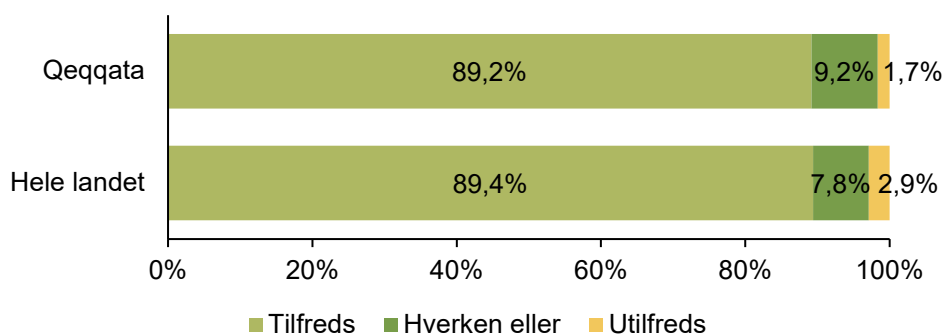
Det ses af figur 2.1.2, at en større andel havde et dårligt selvvurderet helbred i de ældste aldersgrupper. Disse forskelle var statistisk sikre og det er en forventelig tendens, da helbredsproblemer er mere udbredt i de ældste aldersgrupper. Desuden var den største andel, der angav deres helbred som nogenlunde, blandt deltagerne mellem 15 og 24 år.

2.2. Livskvalitet

Livskvalitet er en betegnelse for, hvad der karakteriserer det gode liv. Mange faktorer spiller ind på livskvalitet såsom den fysiske og mentale sundhed, uddannelse, arbejde, nære relationer, fysiske omgivelser og øvrige faktorer, der påvirker vores levevilkår (Sundhedsstyrelsen, 2020).

I Befolkningsundersøgelsen 2018 blev alle deltagere over 55 år spurgt: "Hvor tilfreds er du med livet generelt set?" med svarmulighederne: meget tilfreds, tilfreds, hverken eller, utilfreds, meget utilfreds. I de nedenstående opgørelser er virkelig tilfreds og tilfreds lagt sammen til "Tilfreds", og ligeledes er utilfreds og virkelig utilfreds lagt sammen til "Utilfreds".

Livskvalitet: "Hvor tilfreds er du med livet generelt set?"



Figur 2.2.1. Livskvalitet for deltagere over 55 år i Qeqqata Kommunia (N=177) og i hele landet (N=991). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 2.2.1 viser, at størstedelen af deltagerne over 55 år (89 %) fra Qeqqata angav at være tilfredse med deres liv generelt set, 9 % svarede hverken eller og kun 2 % svarede, at de var utilfredse med deres liv.

Ovenstående data bevidner derfor om, at størstedelen af deltagerne over 55 år fra Qeqqata var glade for livet. Livskvalitet varierede ikke mellem køn eller aldersgrupper.

2.3. Mental sundhed

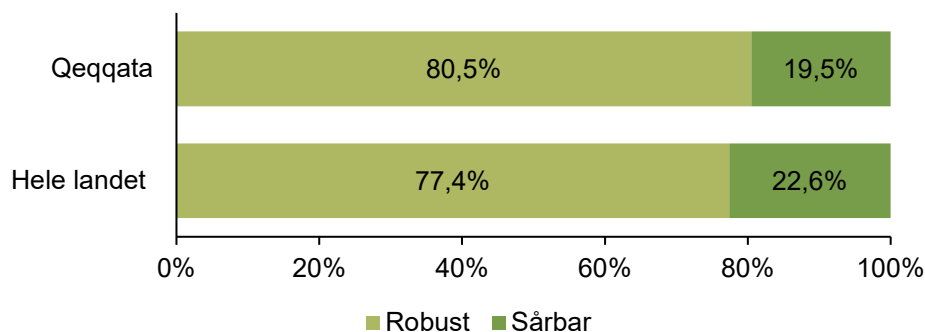
Mental sundhed er en betegnelse ikke kun for fraværet af psykisk sygdom, men også en betegnelse for en tilstand af trivsel. At opleve god mental sundhed er en tilstand, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker (Sundhedsstyrelsen, 2021).

Mental sundhed er i Befolkningsundersøgelsen 2018 blevet vurderet ud fra The General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg et al., 1997). Deltagerne er her blevet spurgt om 12 spørgsmål, der dækker over forskellige forhold relateret til det mentale velbefindende såsom: "Har du inden for de seneste uger haft søvnproblemer på grund af bekymringer?" og "Har du inden for de seneste uger følt dig ked af det eller nedtrykt?". På basis af de 12 spørgsmål er hver deltager blevet tildelt en score fra 0-12.

Begrebet **robust** dækker over oplevelsen af et højt niveau af mental trivsel.
Begrebet **sårbar** dækker over oplevelsen af et lavt niveau af mental trivsel.

En score på nul vil være det højeste niveau af mental trivsel, mens en score på tolv vil være det laveste niveau af mental trivsel. I denne rapport er deltagerne inddelt i to grupper for mental sundhed, en robust og en sårbar gruppe.

Deltagerne er kategoriseret som mentalt robuste, hvis de har en GHQ-score under 3, og omvendt er deltagerne kategoriseret som mentalt sårbare, hvis de har en GHQ-score på 3 eller højere (Jacob, Bhugra, & Mann, 1997).



Figur 2.3.1. Mental sundhed, General Health Questionnaire (GHQ) for deltagere i Qeqqata Kommunia (N=323) og i hele landet (N=2.196). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

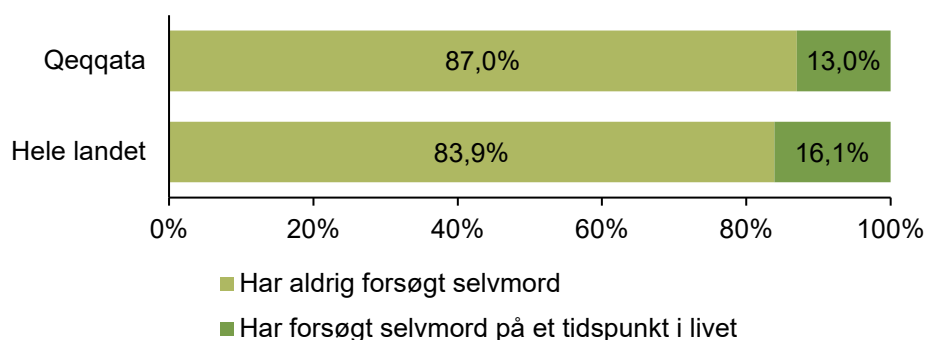
Den gennemsnitlige GHQ-score var 1,5 i kommunen og 1,7 i hele landet. Det ses af figur 2.3.1, at 81 % af deltagerne i Qeqqata kunne betegnes som mentalt robuste, mens 20 % kunne betegnes som mentalt sårbare. Det ses, at en højere andel i Qeqqata var mentalt robuste sammenlignet med hele landet. I hele landet ses der forskelle i mental sundhed ved alder og køn. Men i Qeqqata blev der ikke fundet statistisk sikre forskelle, dette kan dog også skyldes en lille population. Tendensen har været, at flere kvinder og flere i de yngste aldersgrupper kunne betegnes som sårbare.

2.4. Selvmordstanker og selvmordsforsøg

Selvmoedsraten har siden 1970'erne været høj i Grønland. Undersøgelser har siden vist, at der findes store regionale forskelle, idet selvmordsraten er højest i Østgrønland og i Avanersuaq (Bjerregaard & Larsen, 2015). I Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 blev der spurgt til både selvmordstanker og selvmordsforsøg med spørgsmålene: "Har du nogensinde tænkt alvorligt på at begå selvmord?" og "Har du nogensinde forsøgt at begå selvmord?". Deltagere, der svarede ja til disse spørgsmål, blev yderligere spurgt, om det var inden for det seneste år.

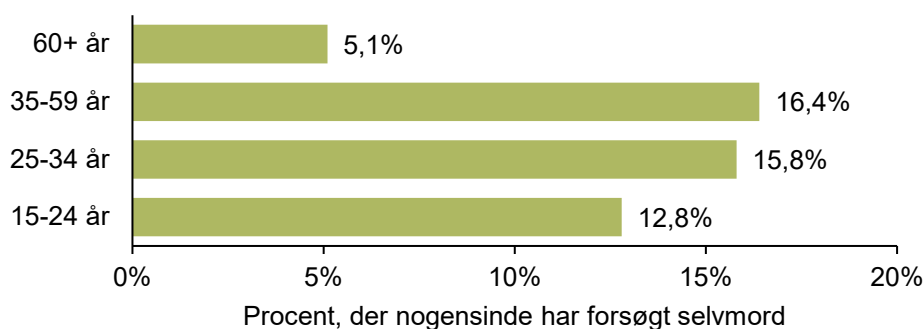
Selvordstanker: "Har du nogensinde tænkt alvorligt på at begå selvmord?"

Selvmoedsforsøg: "Har du nogensinde forsøgt at begå selvmord?"



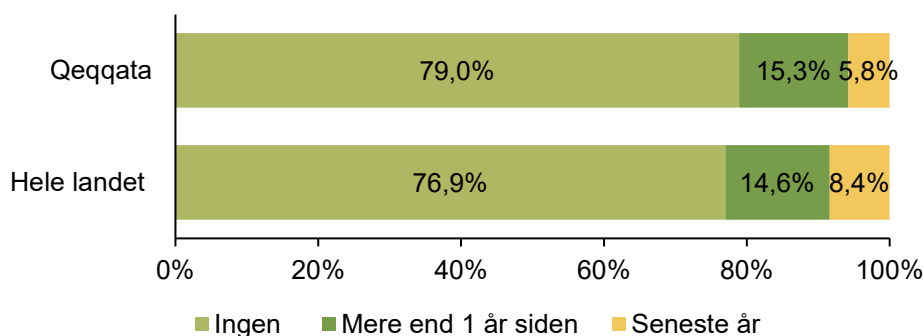
Figur 2.4.1. Selvmordsforsøg nogensinde blandt deltagere i Qeqqata Kommunia (N=331) og i hele landet (N=2.206). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Det ses i figur 2.4.1, at 13 % af deltagerne fra Qeqqata havde forsøgt selvmord på et tidspunkt i deres liv. Dette var lidt lavere sammenlignet med hele landet. Der var desuden aldersforskelle i hvem, der havde forsøgt selvmord.



Figur 2.4.2. Andelen af deltagere i Qeqqata Kommunia, der nogensinde har forsøgt selvmord, fordelt på aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. (N=332).

Figur 2.4.2 viser, at den største andel, der nogensinde havde forsøgt selvmord fandtes blandt deltagerne mellem 35 og 59 år. Af deltagerne over 60 år havde kun 5 % forsøgt selvmord på et tidspunkt i deres liv. Forskellene i andelen, der nogensinde havde forsøgt selvmord på tværs af aldersgrupper, var ikke statistisk sikker, men dette kan skyldes en lille population, hvor det kan være vanskeligt at påvise statistiske forskelle.



Figur 2.4.3. Selvmordstanker blandt deltagere i Qeqqata Kommunia (N=331) og i hele landet (N=2.206). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 2.4.3 viser, at langt størstedelen af deltagerne fra Qeqqata ikke havde oplevet selvmordstanker (79 %), mens 15 % havde oplevet det for mere end et år siden og 6 % havde oplevet det inden for det seneste år. Sammenlignet med hele landet, var der lidt flere i Qeqqata, der ikke havde oplevet selvmordstanker. Der ses en generel tendens til, at få kun havde haft selvmordstanker uden at have forsøgt selvmord.

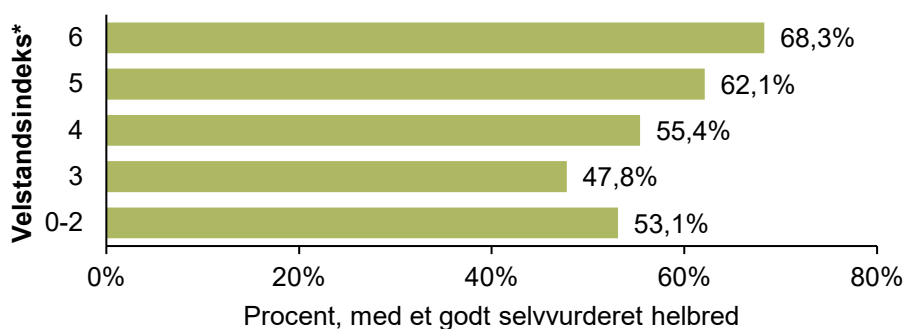
Der ses ingen forskelle i selvmordstanker mellem aldersgrupper, dog var der flere kvinder end mænd, der oplevede selvmordstanker (data ikke vist).

2.5. Social ulighed i sundhed

I alle samfund findes der social ulighed, hvor nogle grupper oplever en højere velstand end andre. Social ulighed i sundhed opstår, når sundheden eller specifikke helbredsmaal også systematisk varierer med velstand. Dette skyldes, at velstand hænger sammen med vores levevilkår og vores sundhedsadfærd (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011).

Velstand kan måles ved forskellige metoder, og i Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 anvendes antallet af forbrugsgoder i hjemmet som et mål for velstand. Tidligere undersøgelser har vist, at dette indeks er velegnet til at måle social ulighed i sundhed (Bjerregaard, Dahl-Petersen, & Larsen, 2018). I Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 blev alle deltagere spurgt, om de i deres hjem havde en række forbrugsgoder: video/DVD-afspiller, computer, mikrobølgeovn, vaskemaskine, opvaskemaskine og internet med svarmulighederne: Ja og Nej.

Som eksempel på, hvordan sundhed kan variere efter social position, er velstandsindexet set i forhold til selv vurderet helbred i nedenstående figur.



*Velstandsindex vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

Figur 2.5.1. Et godt selv vurderet helbred fordelt på velstandsindexet i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=242.

Det ses af figur 2.5.1, at andelen af deltagere med et godt selv vurderet helbred øges med stigende velstand. Det vil sige, at der i gruppen med højest velstand også var den største andel med et godt selv vurderet helbred. Forskellene i selv vurderet helbred var dog ikke statistisk sikre i kommunen, men de samme opgørelser var statistisk sikre i hele landet. Der ses derfor også en tendens til social ulighed i selv vurderet helbred også på kommunalt niveau i Qeqqata.

3 Fysisk aktivitet og kost

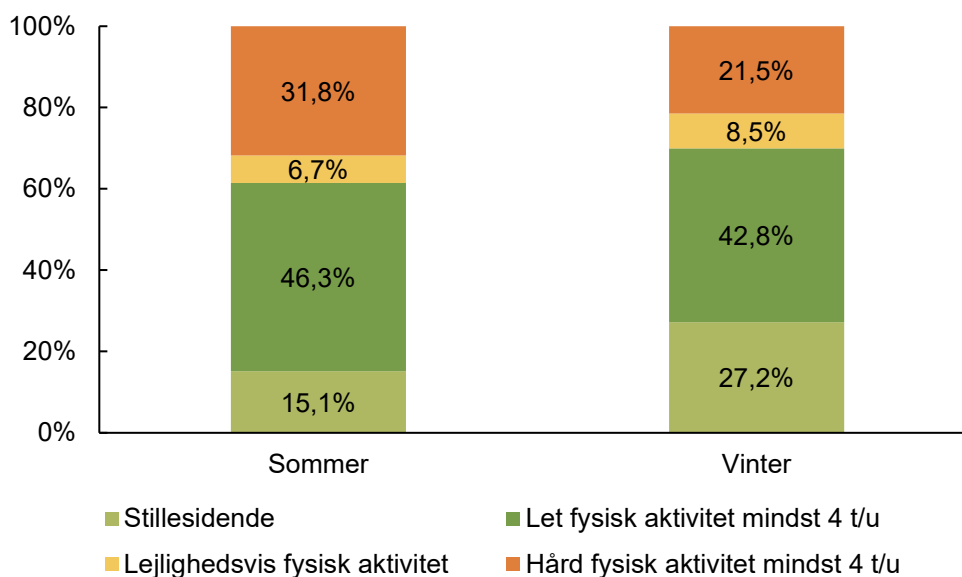
Fysisk aktivitet (erhvervsarbejde, husarbejde, transport, sport, fritidsaktiviteter) og at spise en varieret kost bidrager til en sund livsstil. Fysisk aktivitet og kost udgør tilsammen de vigtigste adfærdsmæssige faktorer for en af de største udfordringer for folkesundheden i Grønland, nemlig den stigende overvægt (se kapitel 4).

3.1. Fysisk aktivitet

I Befolkningsundersøgelsen 2018 blev deltagerne spurgt: "Hvad passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden de seneste 12 måneder – om sommeren og vinteren?" med svarmulighederne: Stillesiddende beskæftigelse (læse, se fjernsyn mv.), lettere motion mindst 4 timer om ugen (gåtur på indkøb eller til og fra arbejde, lettere husarbejde mv.), lejlighedsvis motion (idræt, slædekørsel mv.), motionsidræt eller andre fysisk krævende aktiviteter mindst 4 timer om ugen, og idræt og hård træning flere gange om ugen. To sidstnævnte kategorier er i denne rapport slået sammen til hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen.

Fysisk aktivitet: "Hvad passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden de seneste 12 måneder – om sommeren og vinteren?"

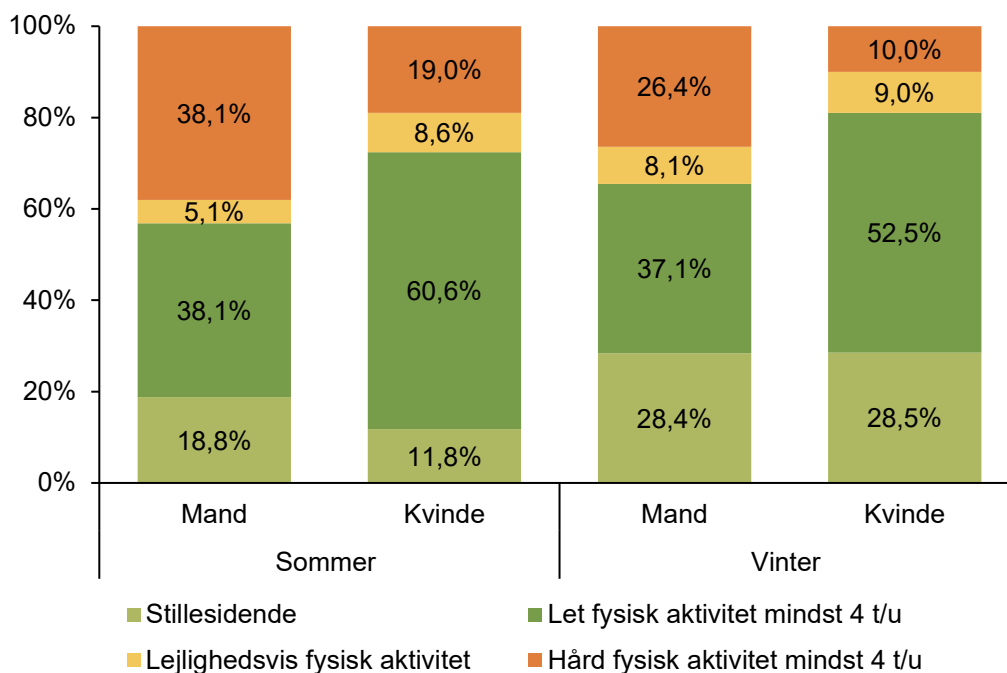
Ernærings- og Motionsrådet anbefaler børn og voksne at være i bevægelse mindst en time om dagen. Bevægelse kan være at gå eller cykle til og fra arbejde, gå på jagt, gøre rent, dyrke sport, spille bold og meget andet (Departementet for Sundhed, 2015).



Figur 3.1.1. Fysisk aktivitet i fritiden de seneste 12 måneder om sommeren (N=408) og om vinteren (N=408), i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

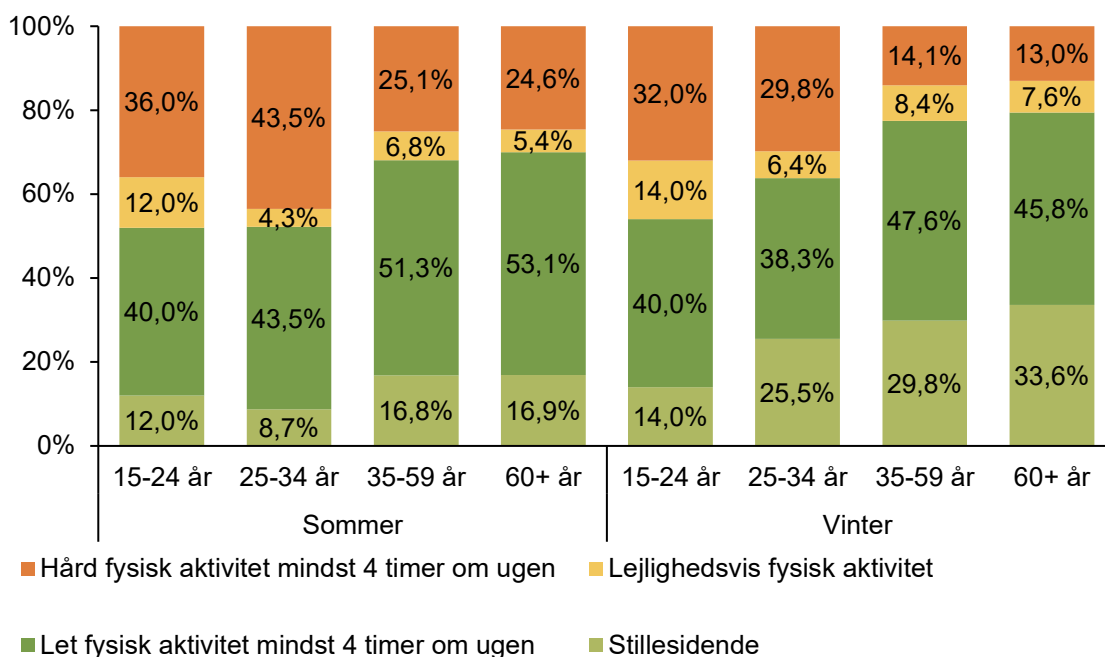
Figur 3.1.1 viser fordelingen af fysisk aktivitet i fritiden de seneste 12 måneder, både sommer og vinter for Qeqqata Kommunia. Figuren viser overordnet, at der var flere, der var fysisk aktive om sommeren end om vinteren. Det ses, at 85 % af deltagerne var fysisk aktive i forskellig grad om sommeren, og 73 % om vinteren. Om sommeren var det lidt under halvdelen (46 %) af deltagerne i Qeqqata, der var let fysisk aktive mindst 4 timer om ugen og 31 %, der dyrkede hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen. Om vinteren var 41% af deltagerne i Qeqqata let fysisk aktive mindst 4 timer om ugen og 22 % dyrkede hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen. Der var 15 %, der var stillesiddende i deres fritid om sommeren, mens det var 27 % om vinteren.

I hele landet, ses ligesom i Qeqqata, at flere deltagere var fysisk aktive om sommeren end om vinteren. Andelen, der dyrkede fysisk aktivitet i Qeqqata Kommunia om vinteren var omtrent det samme som i hele landet. Der ses dog en variation i fysisk aktivitet om sommeren. Om sommeren var der en lidt større andel, der var hårdt fysisk aktive i Qeqqata (32 %), set i forhold til hele landet (28 %) (data ikke vist).



Figur 3.1.2. Kønsfordeling for fysisk aktivitet i sommer (N=408) og vinter (N=408) i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 3.1.2 viser, at der var forskel mellem køn i forhold til graden af fysisk aktivitet. Flere mænd dyrkede hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen, både sommer (38 %) og vinter (26 %), i forhold til kvinderne, hvor færre dyrkede hård fysisk aktivitet, sommer (19 %) og vinter (10 %). I den sammenhæng var der en mindre andel kvinder, der var stillesiddende om sommeren (12 %), sammenlignet med mænd (19 %). Der var ingen forskel i stillesiddende aktivitet om vinteren på tværs af køn. Forskellene i fysisk aktivitet mellem kvinder og mænd er statistisk sikre.

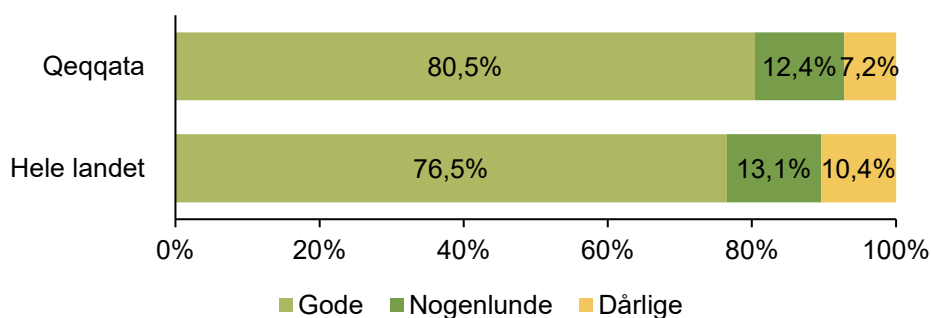


Figur 3.1.3. Aldersfordeling for fysisk aktivitet i sommer (N=408) og vinter (N=408) i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Der var forskelle mellem aldersgrupperne i forhold til fysisk aktivitet, hvilket ses i figur 3.1.3. Generelt set, var alle aldersgrupper mere fysisk aktive i fritiden om sommeren end om vinteren, og en større andel, var stillesiddende om vinteren end om sommeren. Blandt de 25-34-årige fandtes den største andel, der dyrkede hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen om sommeren (44 %), mens den største andel, der dyrkede hård fysisk aktivitet i fritiden om vinter, var blandt de 15-24-årige (32 %). Andelen, der var stillesiddende i deres fritid om vinteren steg med alderen, hvor 14 % af de 15-24-årige var stillesiddende og 34 % af dem på 60 år eller derover var stillesiddende. Forskelle i fysisk aktivitet mellem aldersgrupperne var statistisk sikre om vinteren, men ikke om sommeren.

I Befolkningsundersøgelsen 2018 blev deltagerne spurgt:
 “Hvordan synes du, mulighederne er for at være fysisk aktiv i din by/bygd?” med svarmulighederne: virkelig gode, gode, nogenlunde, dårlige, virkelig dårlige. I de nedenstående opgørelser er virkelig gode og gode lagt sammen til ”Gode”, og ligeledes er dårlige og virkelig dårlige lagt sammen ”Dårlige”.

Muligheden for fysisk aktivitet:
 “Hvordan synes du, mulighederne er for at være fysisk aktiv i din by/bygd?”



Figur 3.1.4. Muligheden for at være fysisk aktiv i Qeqqata Kommunia (n=408) og hele landet (n=2.577). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 3.1.4 viser, at der var 81 % i Qeqqata, der vurderede, at de havde gode muligheder for at være fysisk aktive og 12 %, der vurderede, at mulighederne var nogenlunde. Det var kun en lille forskel fra hele landet. I alle aldersgrupper var der en høj andel (ca. 80 %), der vurderede, at mulighederne for at være fysisk aktiv i kommunen var gode. Samtidig var der i alle aldersgrupper kun en lille andel, der vurderede, at mulighederne var dårlige, hvilket gjaldt for 5 % af de yngste i alderen 15-24-år (data ikke vist).

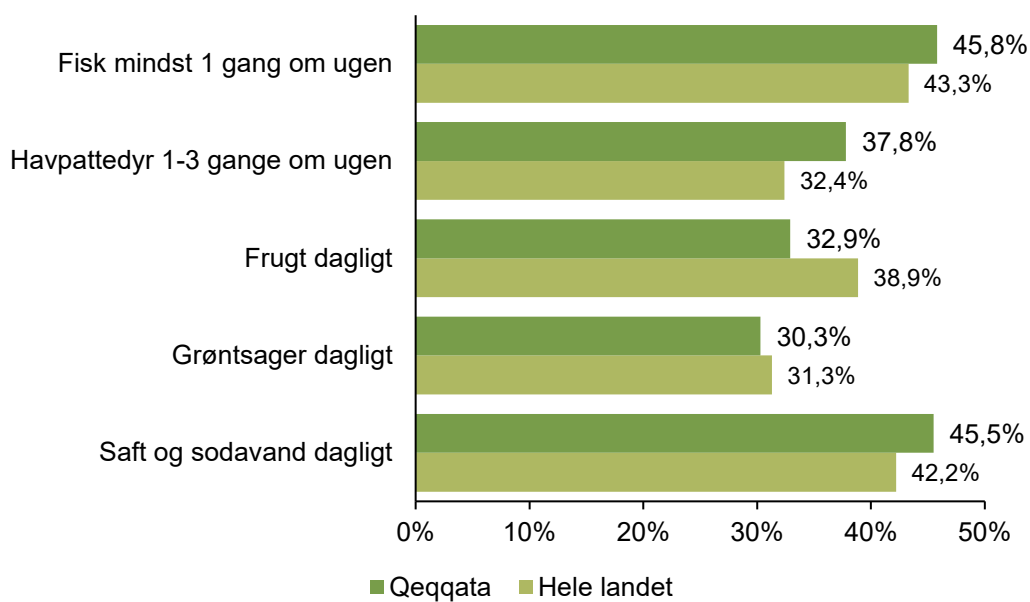
3.2. Kostvaner

Forbruget af lokalt fanget kost (sæl, hval, fisk, rensdyr mv.) har været faldende, og forbruget af importeret kost har været stigende i de seneste 100 år (Dahl-Petersen, Larsen, Nielsen, Jørgensen, & Bjerregaard, 2016). En ensidig kost af havpattedyr og fisk er ligesom en ensidig kost af importerede fødevarer ikke gavnlige for sundheden. Man kan se i tidligere befolkningsundersøgelser, at der specielt er sket en stigning i forbruget af sukkerholdige drikke, og at de ændrede kostvaner kan være en udfordring for sundheden (Dahl-Petersen et al., 2016).

Kost-indikatorer:

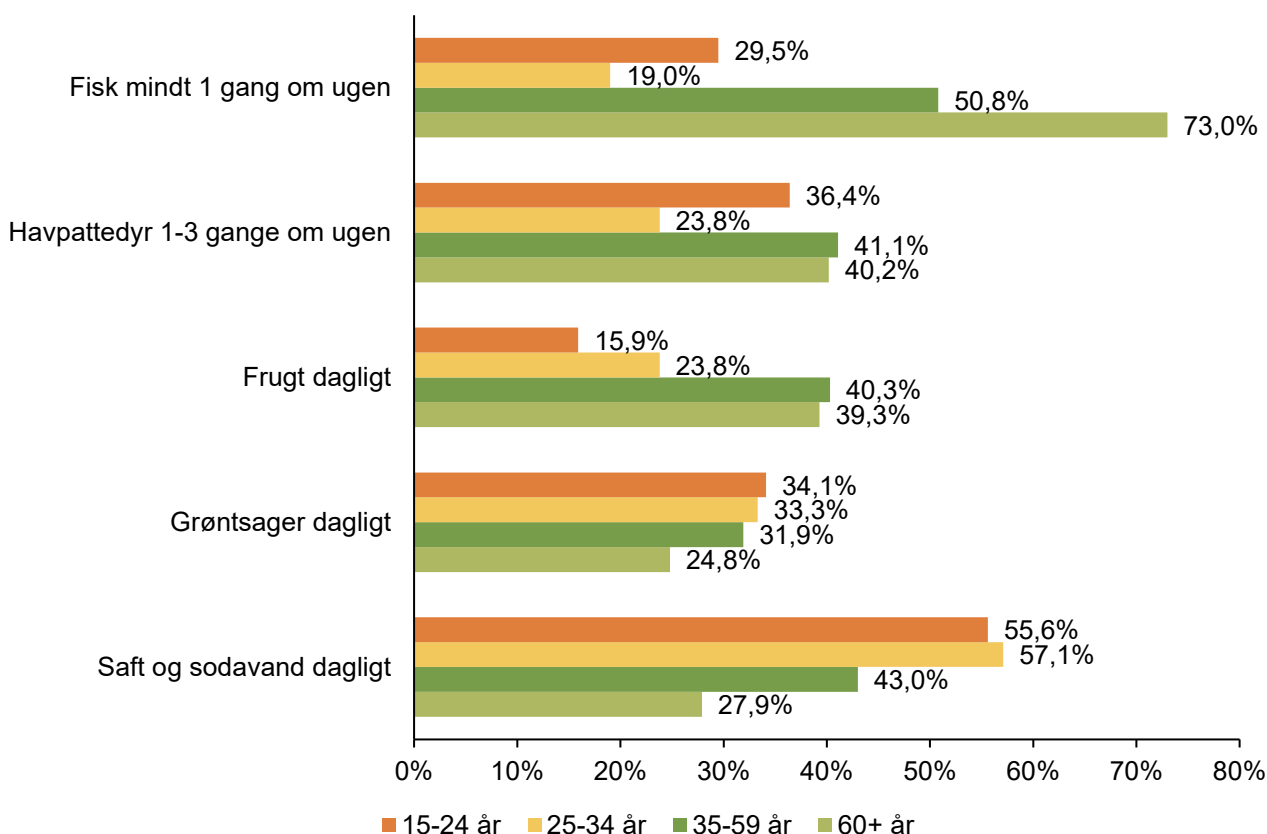
- Spiser frugt dagligt
- Spiser grøntsager dagligt
- Spiser fisk mindst 1 gang om ugen
- Spiser kød af havpattedyr 1-3 gange om ugen
- Drikker saft eller sodavand hver dag

I tråd med Inuuneritta og Ernærings- og Motionsrådets kost anbefalinger er der udviklet en række kostindikatorer, som også rapporteres i Befolkningsundersøgelsen 2018. Det er væsentligt at nævne, at der blandt indikatorerne ses både negative og positive indikatorer. Det at spise frugt og grøntsager dagligt og fisk én gang om ugen ses som positivt, mens et dagligt forbrug af saft og sodavand ses som negativt. Helt specielt forholder det sig med at spise kød fra havpattedyr 1-3 gange om ugen. Dette kan ses som positivt, fordi det er den del af den grønlandske kultur, men samtidig vil et højt indtag af havpattedyr have negative konsekvenser for sundheden på grund af forurening.



Figur 3.2.1. Andel, der indtager fødevarer (fisk, havpattedyr, frugt, grøntsager og saft og sodavand), i Qeqqata Kommunia (N=380) og hele landet (N=2.380). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 3.2.1 viser kun små forskelle i fødevarerindtag mellem Qeqqata Kommunia og hele landet. Der var en større andel i Qeqqata, der spiste havpattedyr 1-3 gange om ugen (38 %), i forhold til hele landet (32 %). Der var også en større andel, der dagligt drak saft og sodavand (46 %), i forhold til i hele landet (42 %). Der var 33 % i Qeqqata, der dagligt spiste frugt, hvilket er færre end i hele landet (39 %).

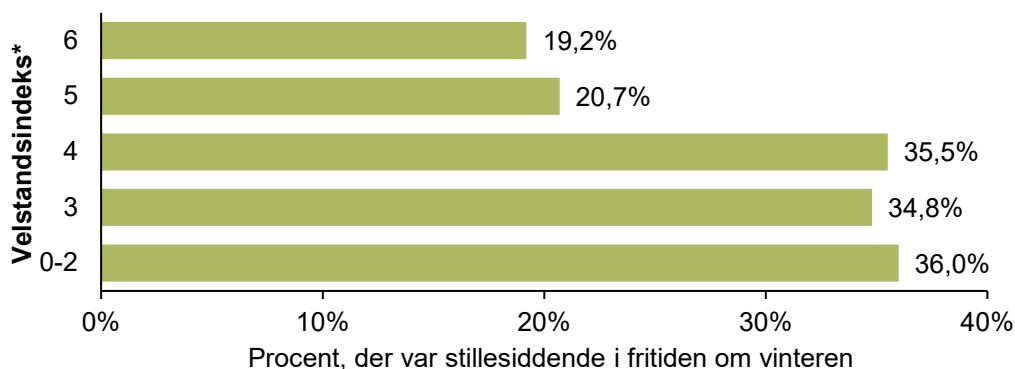


Figur 3.2.2. Andel, der indtager fødevarer (fisk, havpattedyr, frugt, grøntsager og saft og sodavand), opdelt på alder i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen 2018. N=392-395.

Figur 3.2.2 viser andelen, der indtager de nævnte fødevarer fordelt på aldersgrupper. Andelen, der spiste fisk mindst 1 gang om ugen var højest blandt dem, der var 60 år eller derover (73 %), og lavest for de 25-34-årige (19 %). For indtag af havpattedyr 1-3 gange om ugen var andelen også lavest for de 25-34-årige (24 %). For saft og sodavand var det lidt over halvdelen af de unge (15-34 år), der havde et dagligt indtag. De 15-24-årige spiste i mindre grad frugt (16 %), i forhold til de ældre aldersgrupper, og i højere grad grøntsager (33 %). Forskelle i indtag af frugt, fisk og saft og sodavand mellem aldersgrupper var statistisk sikre.

3.3. Social ulighed i fysisk aktivitet og kost

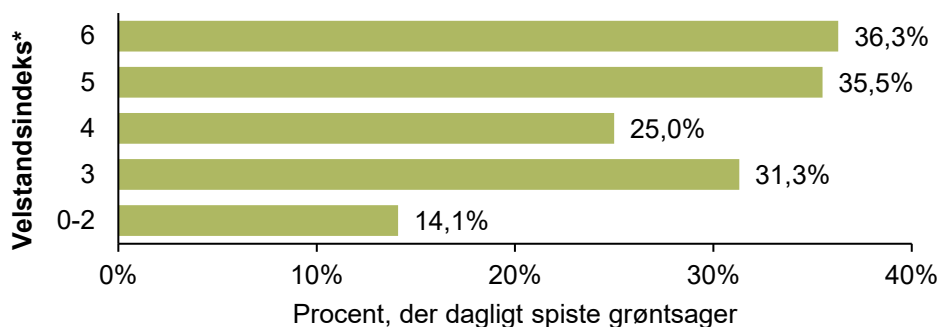
Social ulighed i fysisk aktivitet og kost er her vist i forhold til udvalgte indikatorer, som er beskrevet i ovenstående afsnit. Social ulighed i fysisk aktivitet og kost ses blandt dem, der dyrkede hård fysisk aktivitet i fritiden om sommeren, og dem, der dagligt spiste grøntsager.



*Velstandsindeks vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

Figur 3.3.1. Andelen, der var stillesiddende i fritiden om vinteren i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen 2018. N=111.

Figur 3.3.1 viser, at andelen, der var stillesiddende i fritiden om vinteren faldt med stigende velstandsindex. Der var 19 % af deltagere med højest velstand, der var stillesiddende i deres fritid om vinteren, og lidt over en tredjedel af deltagerne med lavest velstand. Det var således blandt dem med højest velstand, hvori færrest var stillesiddende i fritiden om vinteren.



*Velstandsindeks vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

Figur 3.3.2. Andelen, der dagligt spiste grøntsager i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen 2018. N=118.

Figur 3.3.2 viser, at andelen med dagligt indtag af grøntsager var faldende med faldende velstand. Det var en tredjedel af dem med højest velstand, der dagligt spiste grøntsager og 14 % blandt deltagere med lavest velstand.

Forskellene mellem velstandsgrupper var statistisk sikre for både figur 3.3.1 og 3.3.2.

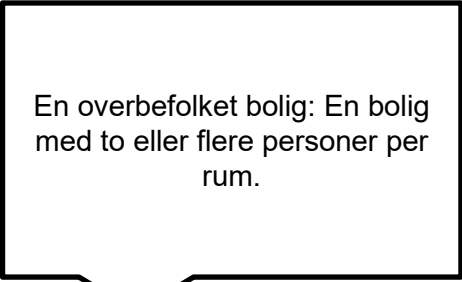
4 Risikofaktorer

Sundhed og velvære påvirkes af mange faktorer – de faktorer, der er knyttet til dårligt helbred, sygdom eller død, er kendt som risikofaktorer. Selvom befolkningen generelt er sund, og de fleste borgere i kommunen nyder af et godt helbred, er der alligevel områder, hvor sundheden kan forbedres.

I det følgende kapitel vil status på de sundhedsmæssige risikofaktorer i kommunen blive fremlagt. Risikofaktorerne er udvalgt på baggrund af de indikatorer for folkesundheden, der bliver monitoreret i Inuuneritta.

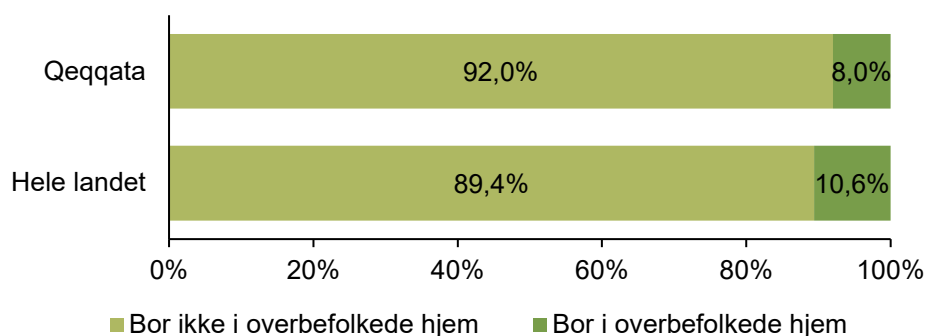
4.1. Boligforhold

Boligforhold er en væsentlig faktor, der beskriver de aktuelle levevilkår i kommunen. Det sted, vi bor, og de forhold, vi bor under, har stor indflydelse på vores sundhed. Dårlige boligforhold kan påvirke sundheden negativt, og specielt beboelstætheden har vist sig at have betydning for sundheden (Hansen, Larsen, Bjerregaard, & Riva, 2020). Det bør dog tilføjes, at målet for beboelstæthed er objektivt og ikke tager højde for individuelle og kulturelle årsager til at bo tæt sammen. Det er dog stadig en kendsgerning, at infektionssygdomme og smitte spredes hurtigere, når man bor mange på lidt plads.



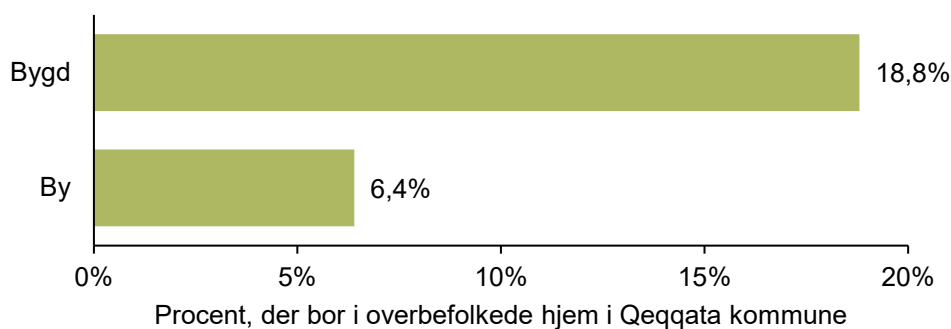
En overbefolket bolig: En bolig med to eller flere personer per rum.

I Befolkningsundersøgelsen blev deltagerne spurgt: "Hvor mange værelser er der i din bolig?" og "Hvor mange bor der i boligen?". På baggrund af disse to spørgsmål, kan beboelstætheden beregnes. I Sermersooq Øst boede deltagerne i gennemsnit med en beboelstæthed på 1,39 personer per rum i boligen, og i Vest boede man i gennemsnit 0,93 personer per rum i boligen. En overbefolket bolig er her defineret som en bolig med to eller flere personer per rum (Riva, Larsen, & Bjerregaard, 2014).



Figur 4.1.1. Boligforhold i Qeqqata Kommunia (N=408) og i hele landet (N=2.571). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 4.1.1 viser, at langt størstedelen af deltagerne fra Qeqqata ikke boede i overbefolkede hjem (92 %), mens 8 % boede i overbefolkede hjem. Denne fordeling afspejlede situationen i hele landet. Boligforhold har tidligere vist sig at variere efter om deltagerne bor i en by eller bygde.



Figur 4.1.2. Andel, der bor i overbefolkede hjem i Qeqqata Kommunia fordelt på bopæl. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=409.

Figur 4.1.2 viser, at boligforholdene i Qeqqata varierede efter bopæl. Næsten 20 % af indbyggerne i kommunens bygder boede i overbefolkede hjem, mens dette kun var gældende for 6 % af indbyggerne i kommunens byer. Forskelle i boligforhold mellem byer og bygder var statistisk sikre. Tallene tyder dog på, at boligforholdene i bygderne i Qeqqata var bedre end landsgennemsnittet, da 27 % af bygdeboerne i hele landet boede i overbefolkede hjem (tal ikke vist).

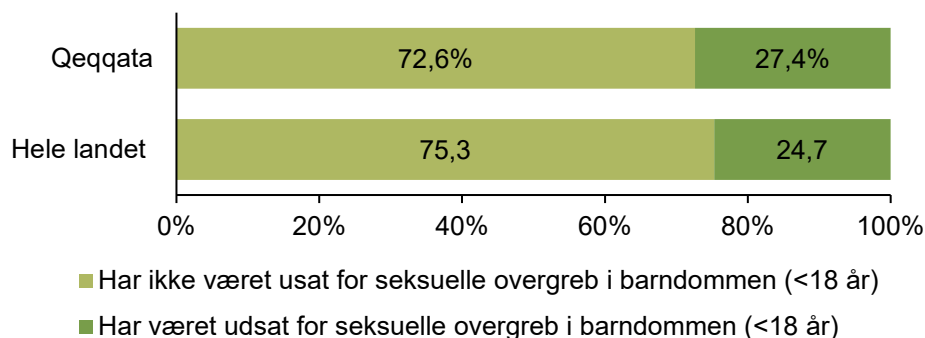
Beboelsestætheden har vist sig at hænge sammen med alder, hvor den største andel, der boede i overbefolkede hjem, var de 25-35-årige i kommunen. Dette stemmer overens med, at overbefolkede hjem ofte skyldes hjemmeboende børn.

4.2. Seksuelle overgreb

Igennem de seneste år er der blevet sat mere og mere fokus på at stoppe seksuelle overgreb mod børn og unge. Dette har for nyligt udmøntet sig i Naalakkersuisuts strategi mod seksuelle overgreb for 2018-2022, Killiliisa – Lad os sætte grænser (Styrelsen for forebyggelse og sociale forhold, 2019). En af målsætningerne for strategien er, at 2022 bliver en overgrebsfri årgang. Alle deltagere blev spurgt om følgende: "Er du nogensinde blevet tvunget eller forsøgt tvunget til nogen form for seksuel aktivitet?" med følgende kategorier, hvortil der kunne svares ja/nej: "som barn (under 13 år)", "som ung (mellem 13 og 17 år)" eller "som 18-årig eller ældre".

Seksuelle overgreb: "Er du nogensinde blevet tvunget eller forsøgt tvunget til nogen form for seksuel aktivitet?"

En af indikatorerne for Inuunneritta er hvor mange 18-30-årige, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen.

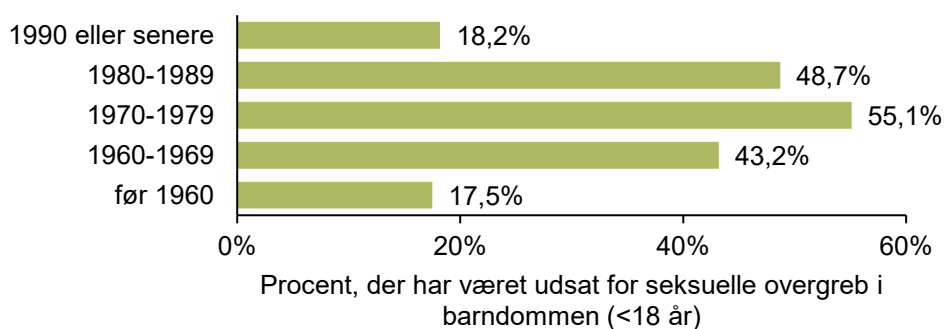


Figur 4.2.1. Seksuelle overgreb som barn eller ung blandt deltagere mellem 18 og 30 år i Qeqqata Kommunia (N=58) og i hele landet (N=403). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Det kan ses af figur 4.2.1, at 27 % af deltagerne mellem 18 og 30 år fra Qeqqata havde oplevet seksuelle overgreb, i barndommen. Det kan tilføjes, at langt hovedparten af disse var kvinder. Forekomsten af seksuelle overgreb blandt de unge deltagere var lidt højere i Qeqqata sammenlignet med hele landet.

For hele populationen i Qeqqata havde 34 % oplevet seksuelle overgreb inden de 18 år. Til sammenligning var det 28 % af deltagerne i hele landet, der havde oplevet seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen.

Seksuelle overgreb i barndommen har vist sig at hænge sammen med, hvornår man er født.



Figur 4.2.2. Seksuelle overgreb i barndommen, fordelt på fødselsårgang blandt deltagere i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=276.

Figur 4.2.2 viser statistisk sikre forskelle mellem fødselsårgangene. Over halvdelen af deltagerne fra Qeqqata, der er født i 1970'erne havde været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Andelen er herefter faldet, hvor 49 % af deltagerne født i 80'erne havde oplevet overgreb i barndommen og andelen er yderligere blevet reduceret til 18 % blandt deltagere, der var født i 1990'erne.

På landsplan viste data fra Befolkningsundersøgelsen 2018, at der var sket et fald i forekomsten af overgreb i de yngste aldersgrupper. Denne tendens var dog mest tydelig blandt årgangene, der var født i 1995 eller senere. I de kommunale opgørelser har det på grund af få deltagere ikke været muligt at opdele tallene yderligere end vist i figur 4.2.2. Derfor er det muligt, at der ligesom på landsplan er sket et fald i overgreb blandt det helt unge, men det har ikke været muligt at vise her.

4.3. Alkoholforbrug

Alkohol har stor indflydelse på sundheden, og et stort alkoholforbrug har ikke kun konsekvenser for vores fysiske og mentale helbred, men det kan også have konsekvenser for vores omgivelser.

Et muligt alkoholproblem bliver her defineret ved brug af The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, & Grant, 1993), der er et internationalt brugt mål til screening for alkoholproblemer også på befolkningsniveau. Baseret på 10 spørgsmål om alkoholforbrug, drikkemønstre og alkoholrelaterede problemer inddeler AUDIT deltagerne i fire kategorier: 'Ikke-skadeligt forbrug', 'Storforbrug', 'Skadeligt forbrug' og 'Afhængighed'.

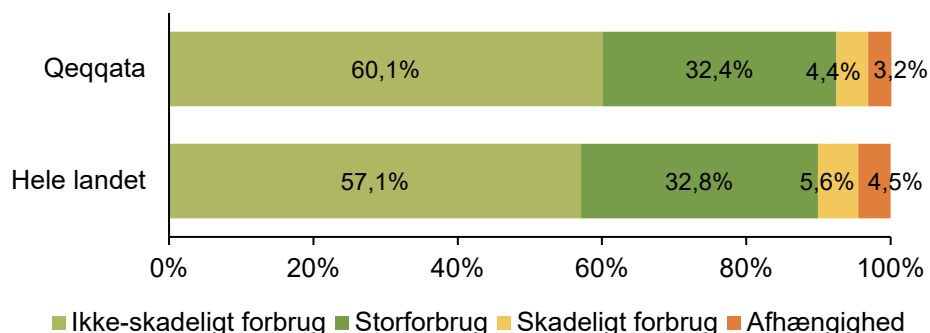
Tolkning af AUDIT, baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

En AUDIT-score på 0-6 for kvinder og 0-7 for mænd indikerer et **"Ikke-skadeligt forbrug"**.

En AUDIT-score på 7-15 for kvinder og 8-15 for mænd indikerer et **"Storforbrug"**, der kan afhjælpes med en kort intervention.

En AUDIT-score på 16-19 indikerer et **"Skadeligt forbrug"**, der kræver en kort intervention eller medicinsk behandling.

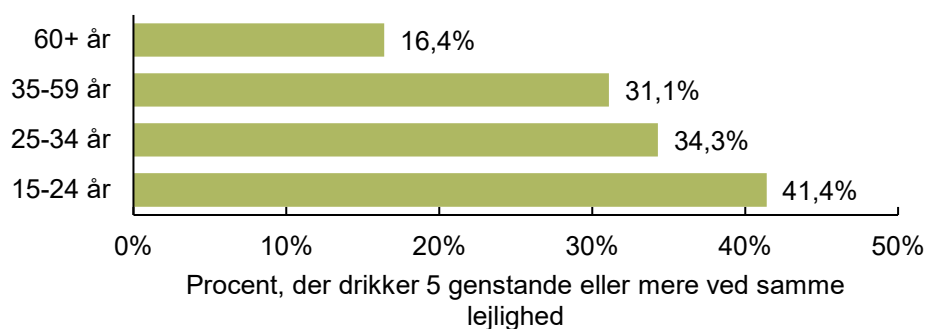
En AUDIT-score på 20-40 indikerer **"Afhængighed"** og kræver intensiv behandling.



Figur 4.3.1. Drikkemønstre for deltagere i Qeqqata Kommunia (N=264) og i hele landet (N=1.881), baseret på AUDIT. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 4.3.1 viser, at 60 % af deltagerne fra Qeqqata havde et ikke-skadeligt forbrug af alkohol eller var afholdende, 32 % havde et storforbrug, 4 % havde et skadeligt forbrug, og 3 % oplevede afhængighed. Sammenlignet med hele landet ses det, at en større andel i Qeqqata havde et ikke-skadeligt alkoholforbrug eller var afholdende. Når drikkemønsteret opdeles på alder, ses det, at en større andel af unge havde et skadeligt forbrug af alkohol i kommunen sammenlignet med de øvrige aldersgrupper (data ikke vist). Det kan desuden tilføjes, at 15 % af deltagerne i kommunen aldrig drak alkohol, hvor det var 17 % i hele landet, der aldrig drak alkohol.

En indikator for folkesundheden er andelen der rusdrikker, det vil sige andelen, der drikker 5 genstande eller flere ved samme lejlighed. Af deltagerne i Befolkningsundersøgelsen 2018 fra Qeqqata var der 32 %, som mindst én gang om måneden drak 5 genstande eller flere ved samme lejlighed. Tendensen til rusdrikning varierede med alder.



Figur 4.3.2. Drikker 5 genstande eller mere ved samme lejlighed (rusdrikker) blandt deltagere i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=267.

Det ses af figur 4.3.2, at den største andel af rusdrikkere var blandt den helt unge gruppe af deltagere, hvor 41 % mindst én gang om måneden drak 5 genstande eller flere ved samme lejlighed. Desuden kan det ses af figuren, at andelen af rusdrikkere faldt med stigende alder. Disse forskelle var ikke statistisk sikre.

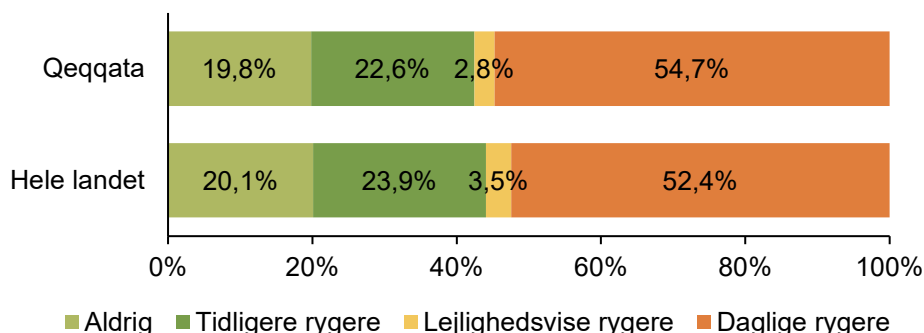
En anden indikator for folkesundheden er andelen af børnefamilier, der havde et problematisk forbrug af alkohol (det vil sige storforbrug, skadeligt forbrug eller afhængighed). I Qeqqata havde 40 % et problematisk alkoholforbrug og boede samtidig sammen med børn. Af figur 4.3.1 ses det, at 40 % af deltagerne fra Qeqqata havde en form for problematisk alkoholforbrug (det vil sige storforbrug, skadeligt forbrug eller afhængighed), det kan derfor konkluderes at langt de fleste med et problematisk alkoholforbrug også boede sammen med børn (data ikke vist).

4.4. Rygning

Rygningens skadelige helbredseffekter er velkendte, og mange kender til sammenhængen mellem rygning og lungekræft, hjertekarsygdomme og andre lungelidelser. I Grønland er andelen af daglige rygere høj, men andelen har siden 1993 været faldene. Rygning er dog stadig et stort folkesundhedsmæssigt problem i hele landet. I Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 stilles der en række spørgsmål vedr. rygning, herunder: "Ryger du?", "Har du røget tidligere?", "Vil du gerne holde op med at ryge?".

Spørgsmål om rygning:

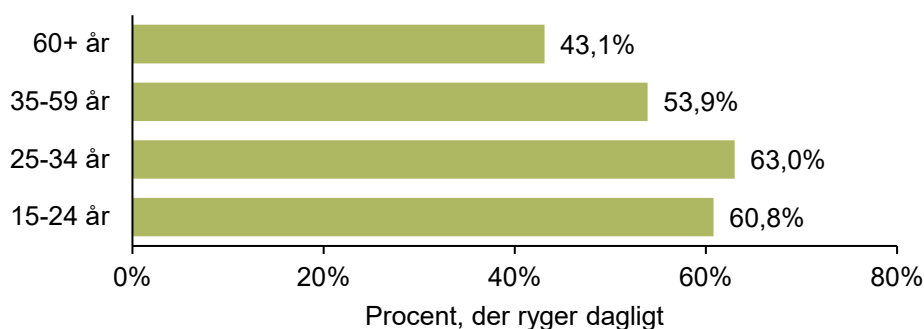
"Ryger du?"
 "Har du røget tidligere?"
 "Vil du gerne holde op med at ryge?"



Figur 4.4.1. Rygemønster for deltagere i Qeqqata Kommunia (N=409) og i hele landet (N=2.579). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Det ses af figur 4.4.1, at 55 % af deltagerne fra Qeqqata røg dagligt, 3 % var lejlighedsvis rygere, 23 % var tidligere rygere, og 20 % havde aldrig røget. Denne fordeling stemmer overens med fordelingen i hele landet.

Rygning udgør en af de største folkesundhedsmæssige udfordringer, specielt fordi der også blandt de unge er en stor andel, der ryger dagligt.



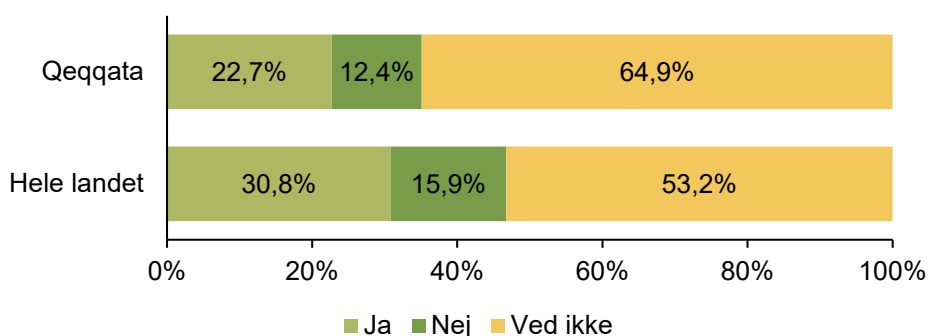
Figur 4.4.2. Dagligrygere blandt deltagere i Qeqqata Kommunia fordelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=409.

Figur 4.4.2 viser, at 61 % mellem 15-24 år røg dagligt, og det samme var gældende blandt deltagere mellem 25-34 år. Forskelle i dagligrygere på tværs af aldersgrupper var statistisk sikre, hvor netop flest af de yngste røg dagligt. Dette bekræftes også af HBSC-undersøgelsen, der også har opdelt informationer om rygning på kommunalt niveau (Niclasen, 2019).

En indikator for folkesundheden er andelen, der havde rygebegrænsninger i hjemmet. Størstedelen af deltagerne angav i den Befolkningsundersøgelsen 2018 at have en form for rygebegrænsning i hjemmet. Dette var også tilfældet i Qeqqata, hvor 81 % havde rygebegrænsninger i hjemmet. Til sammenligning angav 81 % i hele landet at have rygebegrænsninger i hjemmet (data ikke vist).

I Befolkningsundersøgelsen 2018 blev deltagerne spurgt: "Er det muligt at få hjælp og støtte til at holde op med at ryge i din by/bygd?" med svarmulighederne: ja, nej, ved ikke. Figur 4.4.3 viser kendskab til rygestop tilbud i kommunen hos den gruppe, der ønskede at stoppe med at ryge.

"Er det muligt at få hjælp og støtte til at holde op med at ryge i din by/bygd?"



Figur 4.4.3. Rygestoptilbud i Qeqqata Kommunia (N=408) og i hele landet (N=2.572). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Det ses i figur 4.4.3, at de fleste ikke vidste, om der fandtes hjælp til rygestop i kommunen. Samtidig svarede 23 %, at der fandtes rygestoptilbud i kommunen og 12 % mente ikke, at der fandtes

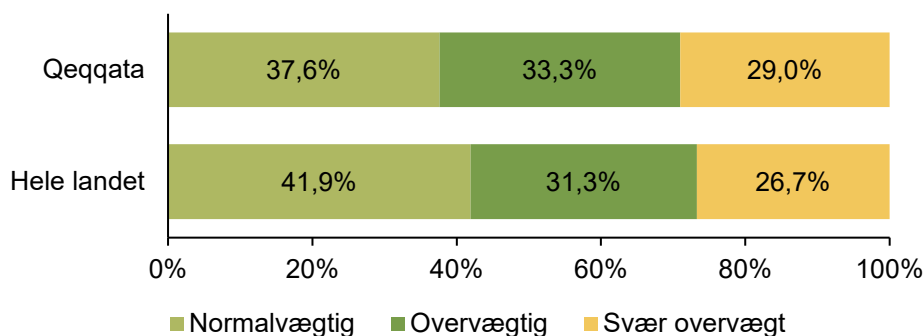
hjælp til rygestop i kommunen. Sammenlignet med hele landet var der flere i Qeqqata, der ikke vidste, om der var rygestoptilbud tilgængeligt. En rapport, der kortlægger rygestoptilbud i landet fra 2019, viste desuden, at der i Qeqqata var tilknyttet en rygestoprådgiver og at der herved fandtes rygestoptilbud i kommunalt regi (Ingemann, Beck, & Larsen, 2019).

4.5. BMI – Mål for overvægt

Data fra befolkningsundersøgelserne har igennem tiden vist, at der er sket en næsten epidemisk stigning i forekomsten af overvægt og fedme (Dahl-Petersen et al., 2016). Den øgede forekomst kan tilskrives store kostændringer til en mere energitæt kost i kombination med en nedsat fysisk aktivitet. Deltagerne i Befolkningsundersøgelsen blev vejret og fik målt deres højde. En klassisk metode til at måle overvægt er Body Mass Index (BMI). BMI er vægt divideret med højde i anden potens. Her inddeles BMI i tre kategorier: normalvægtig (BMI under 25), overvægtig (BMI 25-29,9) og svært overvægtig (BMI 30 eller over).

$$BMI = \frac{\text{vægt}}{\text{højde}^2}$$

Normalvægtig: BMI under 25
Overvægtig: BMI mellem 25-29,9
Svært overvægtig: BMI på 30 eller over

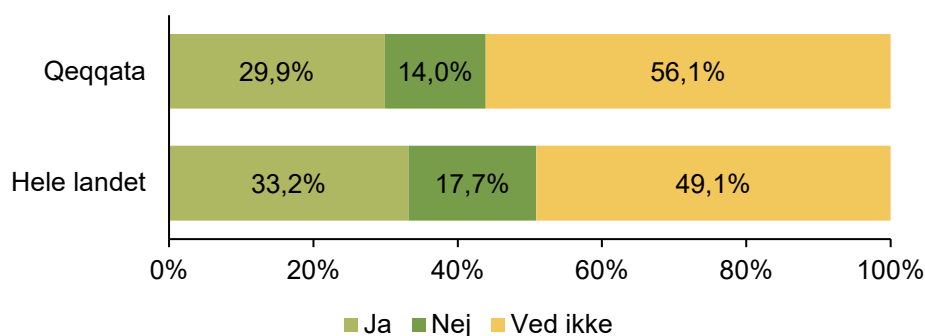


Figur 4.5.1. BMI for deltagere i Qeqqata Kommunia (N=399) og i hele landet (N=2.512). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Det ses af figur 4.5.1, at 38 % af deltagerne fra Qeqqata havde en normal BMI, 33 % var overvægtige og 29 % var svært overvægtige. Denne fordeling er ens med hele landet.

I Befolkningsundersøgelsen 2018 blev deltagerne spurgt: "Er det muligt at få hjælp og støtte til vægttab i din by/bygd? (f.eks. tilbud om livsstilsændring gennem kommunen, ved henvendelse til sundhedsvæsenet f.eks. Amisut, eller at tale med en kostvejleder) med svarmulighederne: ja, nej, ved ikke.

Er det muligt at få hjælp og støtte til vægttab i din by/bygd? (f.eks. tilbud om livsstilsændring gennem kommunen, ved henvendelse til sundhedsvæsenet f.eks. Amisut, eller at tale med en kostvejleder)



Figur 4.5.2. Vægttabstilbud i Qeqqata Kommunia (N=408) og i hele landet (N=2.577). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

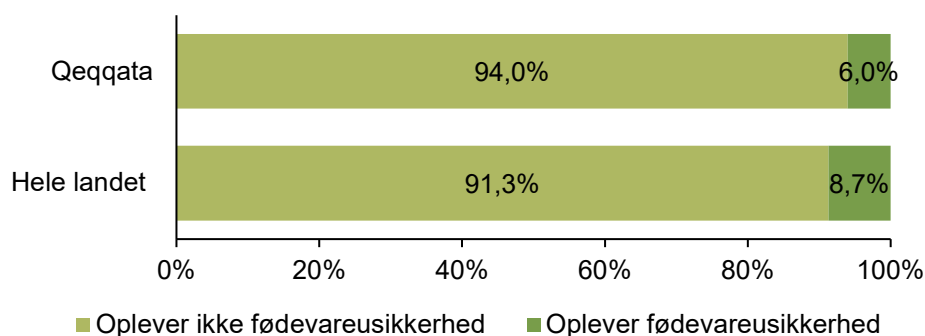
Det ses af figur 4.5.2, at over halvdelen af deltagerne fra Qeqqata ikke vidste, om der fandtes muligheder for at få hjælp til vægttab i kommunen. Samtidig svarede 30 %, at der fandtes tilbud og 14 % svarede, at der ikke fandtes hjælp til vægttab i kommunen. Sammenlignet med hele landet var der en større andel i Qeqqata, der ikke kendte til vægttabstilbud. Det er muligt at få vejledning i forhold til kost og fysisk aktivitet på livstilsambulatorierne, der findes i alle byer.

4.6. Fødevareusikkerhed

Fødevareusikkerhed betyder, at man ikke på alle tidspunkter har adgang til en tilstrækkelig mængde sikre og næringsrige fødevarer, så man kan bevare et sundt og aktivt liv. Fødevareusikkerhed har stor sammenhæng med velstand, idet personer med lav velstand oftere oplever fødevareusikkerhed.

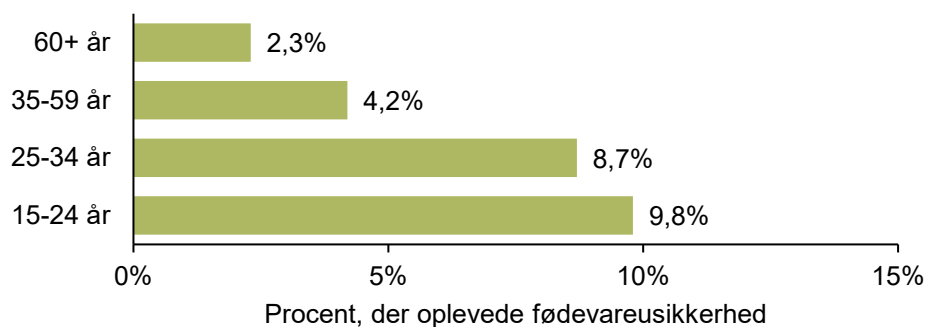
Fødevareusikkerhed betyder, at man ikke på alle tidspunkter har adgang til en tilstrækkelig mængde sikre og næringsrige fødevarer, så man kan bevare et sundt og aktivt liv.

I Befolkningsundersøgelsen 2018 besvarede deltagerne tre spørgsmål om fødevareusikkerhed. "Hvis du tænker på de seneste 12 måneder, har der så været tilfælde, hvor der ikke var noget mad i huset, og der ikke var penge til at købe noget?", "Hvis du tænker på de seneste 12 måneder, har der så været tilfælde, hvor du gik sulten i seng, fordi der ikke var mad nok?" og "Hvis du tænker på de seneste 12 måneder, har der så været tilfælde, hvor du gik en hel dag og nat (et døgn) uden at spise noget, fordi der ikke var mad nok?" Nej til alle spørgsmål afkræfter fødevareusikkerhed, hvis deltagerne kunne svare ja til ét spørgsmål, betragtes det som fødevareusikkerhed.



Figur 4.6.1. Fødevarerisikkerhed i Qeqqata Kommunia (N=408) og i hele landet (N=2.577). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 4.6.1. viser, at langt de fleste (94 %) i Qeqqata ikke oplevede fødevarerisikkerhed og at få (6 %), oplevede fødevarerisikkerhed. Sammenlignet med hele landet ses det, at fødevarerisikkerhed er lidt mindre hyppigt i Qeqqata. Fødevarerisikkerhed har vist sig at variere med deltagerens alder.

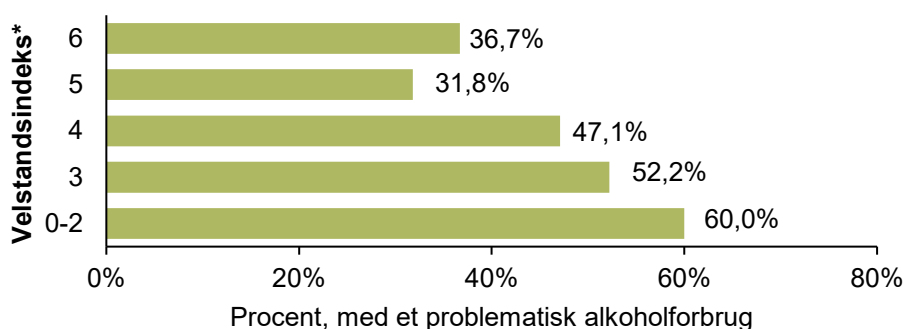


Figur 4.6.2. Andelen, der oplevede fødevarerisikkerhed i Qeqqata Kommunia fordelt på alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=409.

Figur 4.6.2 viser, at andelen, der oplevede fødevarerisikkerhed, faldt med alderen. Hvor den største andel fandtes i aldersgruppen 15-24 år og den mindste andel i gruppen, der er 60 år eller ældre. Disse forskelle var dog ikke statistisk sikre, hvilket kan skyldes at få oplevede fødevarerisikkerhed i kommunen.

4.7. Social ulighed i risikofaktorer

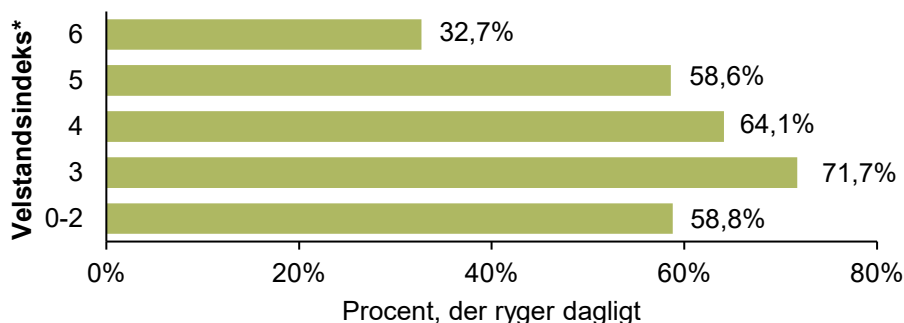
Som tidligere beskrevet findes der social ulighed i sundhed på mange områder, også i risikofaktorerne for sundhed. I det nedenstående afsnit er tre af de ovennævnte risikofaktorer (problematisk alkoholforbrug, daglig rygning og svær overvægt) beskrevet i forhold til velstandsindexet. Som tidligere beskrevet indikerer en indeks-værdi på 0-2 det laveste niveau af velstand, mens en værdi på 6 indikerer det højeste niveau af velstand.



*Velstandsindeks vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

Figur 4.7.1. Et problematisk alkoholforbrug fordelt på velstandsindekset i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=105.

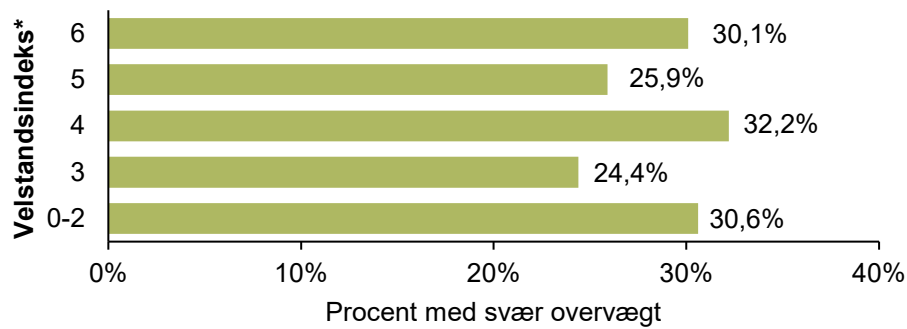
Figur 4.7.1 viser, at andelen med et problematisk alkoholforbrug (AUDIT-kategorierne: storforbrug, skadeligt forbrug og afhængighed) faldt med stigende velstandsindeks. Forskellen mellem grupperne er markant, da 60 % af deltagerne med et velstandsindeks på 0-2 havde et problematisk alkoholforbrug, mens 37 % af deltagerne med et velstandsindeks på 6 havde et problematisk alkoholforbrug. Disse forskelle var dog ikke statistisk sikre, dog var sammenhængen statistisk sikker i hele landet.



*Velstandsindeks vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

Figur 4.7.2. At ryge dagligt fordelt på velstandsindekset i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=225.

Det ses af figur 4.7.2, at den største andel af daglige rygere fandtes blandt grupperne med et mellemniveau af velstand og den mindste andel af daglige rygere var blandt deltagerne med høj velstand. Det er ikke klart af analyserne, hvorfor fordelingen er således, men det kan have sammenhæng til de høje cigaretpriser og at dem med den laveste velstand ikke har råd til at ryge dagligt. Sammenhængen mellem velstand og rygning var statistisk sikker, ligesom den var i hele landet.



*Velstandsindeks vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

Figur 4.7.3. Svært overvægtigt fordelt på velstandsindekset i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=114.

Figur 4.7.3 viser et mere blandet billede af svær overvægt fordelt på velstandsniveau. I Qeqqata ses der ingen statistisk sikker sammenhæng mellem svær overvægt og velstand. I andre kommuner i landet blev der fundet en klar gradient i overvægt, hvor de mest velstillede var mest overvægtige. Denne tendens var også gældende i hele landet, hvor den største andel med svær overvægt var i gruppen med et velstandsindeks på 6, denne fordeling er den modsatte af hvad der ses i europæiske lande (Loring & Robertson, 2014). Yderligere analyser på landsplan viser, at social ulighed i svær overvægt kun var statistisk sikker for mænd.

5 Kulturspecifikke indikatorer for sundhed

Livsstil, genetik og biologi er grundlæggende determinanter for vores sundhed (WHO, 2021). Hertil kommer en række velkendte sociale determinanter som levevilkår, uddannelse, boligforhold, adgang til sundhedsydelser med mere. Der er dog også væsentlige sociale og kulturelle determinanter for sundheden set i et bredere perspektiv, der både omfatter beskyttende faktorer og risikofaktorer for sundhed og trivsel (Healey et al., 2019; Ingemann & Larsen, 2018).

Det grønlandske ord for sundhed 'peqqinneq' dækker over en holistisk forståelse af sundhed, der blandt andet bygger på ydmyghed, relationer, omgivelser og erfaringer. Sundhedsbegrebet er således anderledes end i den traditionelle biomedicinske kontekst, hvor man i højere grad taler om "sygdom kontra sundhed". Det er derfor vigtigt, at vi ser sundhed i en kulturel kontekst. Sundhed skal derfor også tage udgangspunkt i borgernes værdier og styrker, hvis det sunde valg skal give mening for den enkelte. Disse forhold er gengivet i nedenstående figur (figur 5.1).



Figur 5.1. Determinanter for sundhed. Figuren er udviklet af Center for Folkesundhed i Grønland med henblik på at illustrere et kulturelt forankret sundhedsbegreb i en grønlandsk kontekst (Ottendahl et al., 2021).

Forskning viser, at det at indgå i kulturelle aktiviteter og være en del af det kulturelle fællesskab har positiv betydning i forhold til fysisk, mental og åndelig sundhed (MacDonald, Ford, Willox, & Ross, 2013). I det følgende afsnit præsenteres en række kulturspecifikke grønlandske værdier som indikatorer for sundhed, og som indgår som spørgsmål i Befolkningsundersøgelsen 2018. Generelt indgik en stor del af deltagerne i Qeqqata Kommunia i kulturelle aktiviteter såsom at være i naturen og spise mad fra egen fangst og værdsatte kulturelle værdier såsom fællesskabet i familien og kaalimerngit (grønlandsk mad) højt.

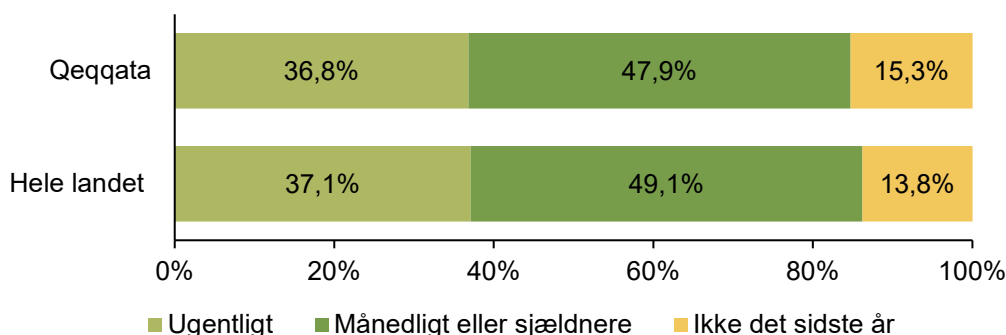
De kulturspecifikke indikatorer for sundhed inkluderer i Befolkningsundersøgelsen 2018 en række spørgsmål om naturen, fællesskab, familie og relationer og velvære og livskvalitet. Deltagerne blev spurgt: "Hvor ofte har du været ude og sejle eller været i naturen inden for det sidste år?", "Hvor ofte har du i de seneste tre måneder spist et hovedmåltid, der stammer fra din egen eller din families fangst eller fiskeri?", "Hvor ofte spiser du aftensmad sammen med hele din familie, altså dem du bor sammen med?", "Under normale omstændigheder hvor ofte er du sammen med familie eller venner? Spørgsmålet gælder ikke de mennesker, du bor sammen med" og "Hvornår var du sidst sammen med dine børn eller børnebørn?". Alle med svarmuligheder, der kategoriseres til: Ugentlig, månedligt og ikke det seneste år. Der præsenteres også en række faktorer i forhold til, hvor vigtige de er for tilfredshed med livet.

Kulturspecifikke indikatorer beskriver det at være en del af det kulturelle fællesskab, som at være i naturen og spise egen fangst, og kulturelle værdier, som familie og grønlandsk mad.

Afslutningsvist præsenteres udvalgte kulturspecifikke indikatorers betydning for mental sundhed. Forskelle mellem køn, aldersgrupper og by eller bygd er blevet kommenteret, hvor der har været nævneværdige forskelle.

5.1. Naturen og fællesskabet

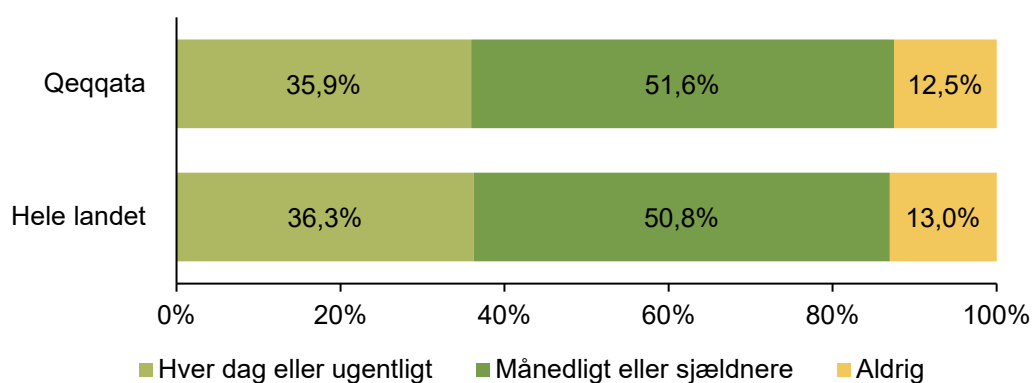
Nedenstående handler om tid brugt i naturen, fangst og fiskeri og at spise aftensmad med dem, man bor sammen med.



Figur 5.1.1. Hvor ofte man har været ude og sejle eller været i naturen det sidste år, i Qeqqata Kommunia (n=304) og i hele landet (n=2.577). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

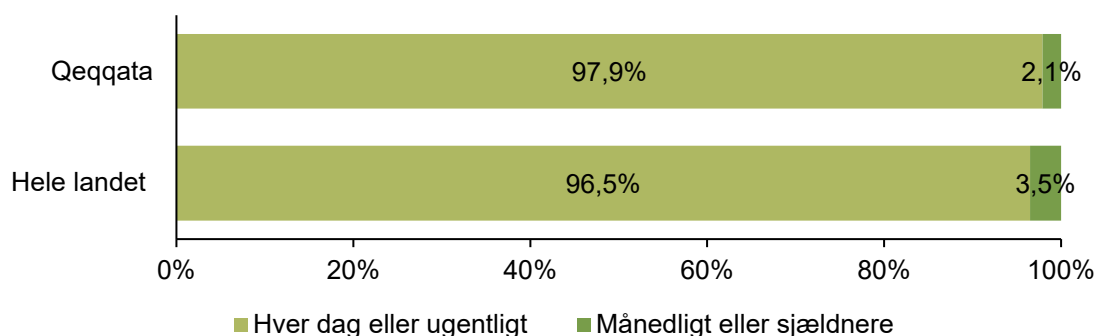
Figur 5.1.1. viser, at langt størstedelen (85 %) i Qeqqata havde været ude og sejle eller være i naturen i løbet af det sidste år. Hele 37 % i Qeqqata var ugentligt ude og sejle eller være i naturen. Fordelingen var den samme som i hele landet. I Qeqqata varierede det mellem by- og bygdebeboere, hvor andelen, der havde været i naturen ugentligt var 35 % blandt byboere og 63 % blandt bygdebeboere. Dertil var der kun 3 % af bygdebeboere, der ikke inden for det sidste år havde været ude og sejle eller være i naturen, hvilket gjaldt for 17 % af byboerne. Forskelle mellem by- og bygdebeboere var statistisk sikre (data ikke vist).

Yderligere gjaldt, at andelen, der ugentligt var ude og sejle eller opholdt sig i naturen, steg med alderen. Der var flest ældre på 60 år eller derover (52 %) og færrest af de yngste på 15-24 år (26 %), der ugentligt var ude og sejle eller være i naturen (data ikke vist). Disse forskelle var dog ikke statistisk sikre.



Figur 5.1.2 Hvor ofte man har spist et hovedmåltid fra egen eller families fangst eller fiskeri seneste tre måneder, i Qeqqata Kommunia (N=408) og i hele landet (N=2.577). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 5.1.2 viser, at langt størstedelen (87 %) af deltagerne i Qeqqata havde spist et hovedmåltid fra egen eller families fangst eller fiskeri de seneste tre måneder. Der var over en tredjedel (36 %) af deltagerne, der inden for de seneste tre måneder, hver dag eller ugentligt, havde spist et hovedmåltid fra egen eller families fangst eller fiskeri. Den samme fordeling sås for deltagere i hele landet. Denne andel varierede mellem by- og bygdebeboere i Qeqqata, hvor 31 % af byboerne spiste mad fra egen fangst hver dag eller ugentligt, hvilket gjaldt for 66 % af bygdebeboere. Forskelle mellem by- og bygdebeboere var statistisk sikre (data ikke vist).

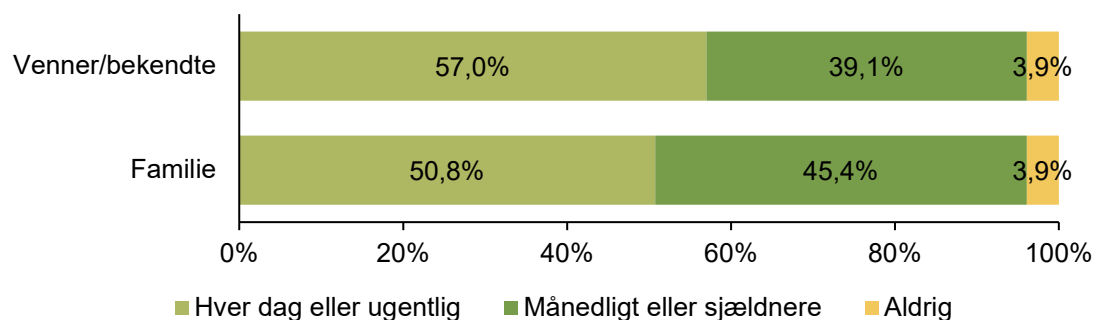


Figur 5.1.3. Hvor ofte man har spist aftensmad sammen med familien, man bor med, i Qeqqata Kommunia (N=373) og i hele landet (N=2.322). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Figur 5.1.3 viser, at det var langt størstedelen (98 %) af deltagerne i Qeqqata, der spiste aftensmad sammen med familien, de boede med, hver dag eller ugentligt. Det var en meget lille andel (2 %), der spiste aftensmad med deres familie månedligt eller sjældnere. Dette afspejler fordelingen i hele landet. Der sås ingen aldersforskelle heri.

5.2. Familie og relationer

I dette afsnit beskrives, hvor ofte deltagerne fra kommunen ser deres familie eller venner/bekendte.

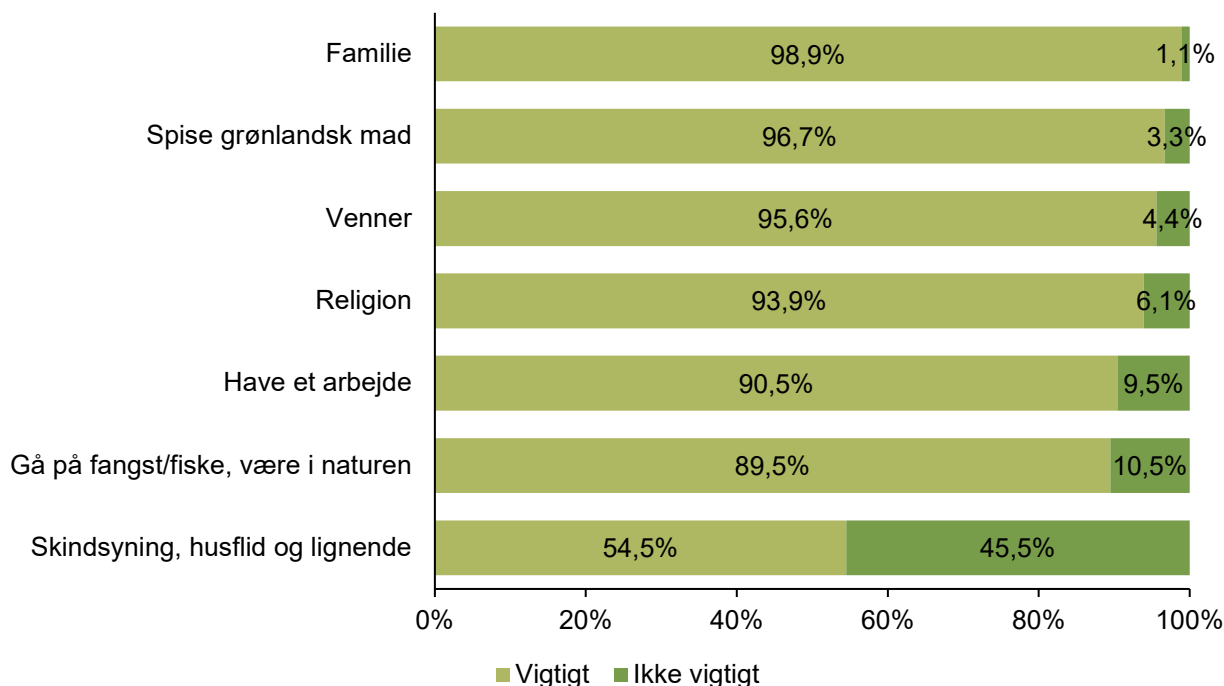


Figur 5.2.1. Hvor ofte man er sammen med venner/bekendte blandt deltagere på 55 år eller ældre i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=175-176.

Figur 5.2.1 viser, at det var langt størstedelen af deltagerne i Qeqqata på 55 år eller derover, der brugte tid sammen med familie og venner/bekendte (96 %). Der var en lidt større andel, der hver dag eller ugentligt var sammen med venner/bekendte (57 %) sammenlignet med familien (51 %). Sammenlignet med hele landet i var der flere i Qeqqata, der hver dag eller ugentligt var sammen med familien, og lidt færre, der ofte var sammen med venner/bekendte (data for hele landet er ikke vist).

5.3. Velvære og livskvalitet

Nedenstående viser andelen, der synes, at familie, grønlandsk mad, venner, religion, arbejde, fangst/fiskeri, skindsyning og husflid er vigtigt for livskvaliteten.



Figur 5.3.1. Andelen, der vurderer de nævnte elementer som vigtige for tilfredshed med livet, blandt deltagere på 55 år eller ældre i Qeqqata Kommunia. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=177.

Figur 5.3.1 illustrerer, at både familie, at spise grønlandsk mad, venner, religion, at have et arbejde, at gå på fangst, fiske eller være i naturen, skindsyning og husflid var vigtigt for deltagernes tilfredshed med livet, men i forskellig grad. Det var stort set alle, der mente, at familie var vigtigt for tilfredshed med livet, og familie var dermed den vigtigste faktor. At spise grønlandsk mad var vigtigt for tilfredshed med livet for 97 % og venner var vigtigt for 96 %. For skindsyning, husflid og lignende var der en kønsmæssig forskel, da en større andel kvinder vurderede dette som vigtigt, i forhold til mænd (data ikke vist). Der sås ingen forskel i vigtigheden af de nævnte elementer i forhold til hele landet.

5.4. Trivsel og kulturspecifikke indikatorer

Litteraturen har vist, at kulturelle fællesskab, er relateret til et godt mentalt helbred (MacDonald et al., 2013). Da Befolkningsundersøgelsen har inddraget spørgsmål, der gør det muligt at undersøge

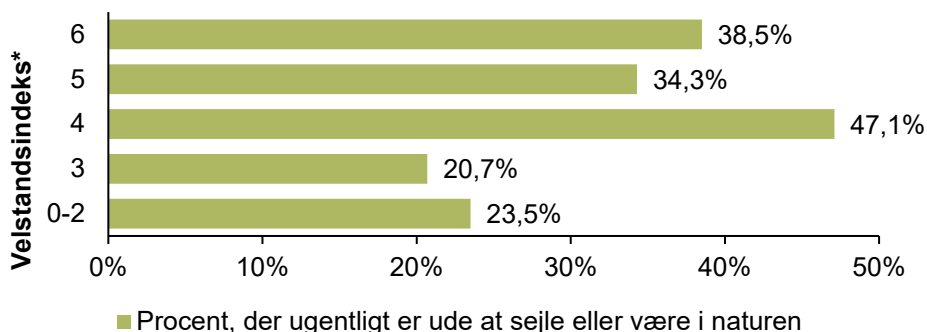
forholdet mellem kulturelle aktiviteter og mental sundhed (målt via GHQ, se kap 2.3), er denne sammenhæng undersøgt i Qeqqata Kommunia.

Resultaterne viste, at blandt deltagerne i Qeqqata, der jævnligt (dagligt, ugentligt eller månedligt) spiste et hovedmåltid fra egen eller families fangst var der 85 %, der kunne betegnes som mentalt robuste. Der var færre mentalt robuste og flere mentalt sårbare blandt dem, der sjældnere end månedligt eller aldrig spiste mad fra egen fangst. Her kunne 75 % betegnes som mentalt robuste (data ikke vist).

Således tyder det på, at der blandt deltagerne i Qeqqata Kommunia, er en positiv relation mellem kulturspecifikke indikatorer og mental sundhed. Det er væsentligt at være opmærksom på, at sammenhængen mellem mental sundhed og deltagelse i kulturelle aktiviteter kan gå begge veje. Det kan være deltagelse i kulturelle aktiviteter, der har en positiv effekt på mental sundhed, men det kan også være borgerens mentale sundhed, der enten fremmer eller hæmmer deltagelse i kulturelle aktiviteter.

5.5. Social ulighed i kulturspecifikke indikatorer

I det nedenstående afsnit beskrives social ulighed i, hvor ofte man er ude at sejle eller være i naturen.



*Velstandsindex vurderer den enkeltes velstand ud fra rådighed over en række forbrugsgoder, hvor 0-2 er det laveste niveau af velstand, mens 6 er det højeste niveau af velstand.

Figur 5.5.1. Andel, der ugentligt er ude at sejle eller er i naturen i Qeqqata Kommunia, fordelt på velstandsindexet. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. N=306.

I figur 5.5.1 ses, at andelen af deltagerne i Qeqqata, der ugentligt var ude at sejle eller være i naturen var nogenlunde stigende med stigende velstandsindex. Således var der 24 % med lavest velstand, der ugentligt var ude at sejle eller være i naturen, og 39 % med højest velstand. Forskellene mellem velstandsgrupper var statistisk sikre ligesom den var i hele landet. Denne sammenhæng kan afspejle hvem, der f.eks. har råd til en båd.

På samme vis som der findes social ulighed i helbred, fysisk aktivitet, kost og risikofaktorer for sundhed, findes der også social ulighed i kulturspecifikke indikatorer for sundhed.

6 Sammenfatning og afslutning

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 blev offentliggjort i 2019 og gav en oversigt over indikatorerne for folkesundheden på et nationalt niveau og viste også udviklingen i sundhed over tid (Larsen et al., 2019). Med disse kommunale sundhedsprofiler har vi sat yderligere fokus på den lokale folkesundhed og giver en status på trivsel og helbred i kommunen.

Den kommunale sundhedsprofil for Qeqqata Kommunia viser overordnet, at størstedelen af deltagerne fra Qeqqata Kommunia havde et godt helbred. Langt de fleste vurderede deres helbred som godt, havde en robust mental sundhed og oplevede høj livskvalitet. Sundhedsprofilen viser desuden, at deltagerne i Qeqqata Kommunia generelt var fysisk aktive. Generelt var flere aktive om sommeren end om vinteren. Det fleste synes desuden, at der var gode eller nogenlunde muligheder for at være fysisk aktive i kommunen, og det gjaldt for alle aldersgrupper.

Meget få af deltagerne fra Qeqqata Kommunia oplevede at bo i overbefolkede hjem, dog var boligforholdene generelt dårligere i bygderne sammenlignet med byerne. Yderligere havde en tredjedel mellem 18 og 30 år, oplevet seksuelle overgreb i barndommen, og 13 % havde forsøgt selvmord på et tidspunkt i deres liv. 40 % af deltagerne i kommunen havde et problematisk alkoholforbrug, defineret via AUDIT. De unge viste dog en bekymrende tendens, da en større andel af de unge havde et skadeligt alkoholforbrug sammenlignet med andre aldersgrupper. Der fandtes også en større andel rusdrikkere blandt de unge. Mange i kommunen røg dagligt, dette gjaldt for over halvdelen af deltagerne, og få vidste om der var hjælp at hente til ryggestop i kommunen. Ligesom ved rygning var tallene for overvægt alarmerende. I Qeqqata Kommunia var 72 % af deltagerne overvægtige eller svært overvægtige.

Afslutningsvis viser kommuneprofilen, at langt de fleste i kommunen ikke oplevede fødevareusikkerhed, men fødevareusikkerhed var mest prævalent blandt de 15-24-årige. Størstedelen af deltagerne i kommunen indgik i kulturelle aktiviteter og værdsatte værdier som familie, natur og grønlandsk mad. Det sås også, at deltagelse i kulturelle aktiviteter var relateret til mental sundhed.

I de kommunale sundhedsprofiler er der desuden et stort fokus på, hvordan social ulighed i sundhed fremstår på kommunalt niveau.

Blandt deltagere med et lavt velstandsniveau ses følgende i sammenligning med deltagere med et højt velstandsniveau:

- Færre havde et godt selv vurderet helbred
- Færre spiste grøntsager
- Flere var stillesiddende
- Flere havde et problematisk alkoholforbrug

- Flere røg dagligt
- Færre var ofte ude at sejle eller være i naturen

Disse tendenser kræver, at der på kommunalt niveau arbejdes for, at alle har lige adgang til et sundt liv.

Deltagerne i Qeqqata Kommunia adskilte sig på nogle sundhedsindikatorer fra hele landet. Der var ingen store forskelle at se med hensyn til selv vurderet helbred og livskvalitet. Omvendt viste det sig, at der i kommunen var flere deltagere, der var mentalt robuste sammenlignet med hele landet. Der blev ikke fundet forskelle mellem kommunen og hele landet med hensyn til alkoholforbrug, men der blev fundet en bekymrende tendens angående de unges forbrug af alkohol. Dertil var der en lidt større andel deltagere i Qeqqata Kommunia, der var hårdt fysisk aktive om sommeren sammenlignet med hele landet, og ellers var niveauet af fysisk aktivitet det samme. Der var flere af deltagerne i Qeqqata, der følte, at der var god mulighed for at være fysisk aktiv i kommunen, sammenlignet med alle landets kommuner. Der var ingen forskelle at se ift. de kulturspecifikke indikatorer for helbred.

Befolkningsundersøgelsen skal tættere på borgerne og kommunen

Igennem årene har meget sundhedsforskning fundet sted uden at inddrage borgere, lokalsamfund og kommuner i udviklingen af undersøgelserne samt i det efterfølgende arbejde med resultater og implementering af ny viden. Det ønsker Center for Folkesundhed i Grønland at lave om på, og ambitionen er derfor fremadrettet at indgå i tæt dialog med kommuner såvel som borgere i byer og bygder omkring de kommende befolkningsundersøgelser, der fortsat gennemføres på vegne af Departementet for Sundhed. Dette samarbejde udvikles i tæt dialog med Departementet for Sundhed, der fortsat er overordnet ansvarlig for, at undersøgelsen gennemføres hvert 4.-6. år i hele landet.

Hvor sundhedsundersøgelser igennem mange år har udgjort et vigtigt værktøj til at identificere de store folkesundhedsmæssige udfordringer og følge udviklingen over tid, har disse undersøgelser kun i mindre grad medvirket til at dokumentere og understøtte viden om, hvad der fremmer trivsel og sundhed i den enkelte kommune og i byer og bygder. Det ønsker vi at ændre, så centrale grønlandske værdier, såsom naturen, fællesskab, familie og relationer, kalaalimerngit og alle de faktorer, der tilsammen giver sundhed i krop, sjæl og ånd, også inddrages.

Inden næste befolkningsundersøgelse, der er planlagt til at blive gennemført i 2024, vil Center for Folkesundhed i Grønland derfor gøre en særlig indsats for at gå i dialog med kommunens borgere, beslutningstagere i byer og bygder, det regionale sundhedsvæsen, kommunen, foreningerne og andre relevante aktører i kommunen forud for undersøgelserne. Formålet er at drøfte indhold og emner med øje for den lokale kontekst samt de lokale styrker og værdier, der kendetegner kommunens byer og bygder. Det er afgørende, at Befolkningsundersøgelsen i Grønland er borgernes såvel som kommunens undersøgelse, og at den viden som undersøgelsen genererer, kommer borgerne og kommunen til gode.

7 Litteratur

- Bjerregaard, P., Dahl-Petersen, I. K., & Larsen, C. V. L. (2018). Measuring social inequality in health amongst indigenous peoples in the Arctic. A comparison of different indicators of social disparity among the Inuit in Greenland. *SSM - population health*, 6, 149-157. doi:10.1016/j.ssmph.2018.08.010
- Bjerregaard, P., & Larsen, C. V. L. (2015). Time trend by region of suicides and suicidal thoughts among Greenland Inuit. *International journal of circumpolar health*, 74, 26053-26053. doi:10.3402/ijch.v74.26053
- Dahl-Petersen, I., Larsen, C., Nielsen, N., Jørgensen, M., & Bjerregaard, P. (2016). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014. *Levevilkår, livsstil og helbred. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark*.
- Departementet for Sundhed. (2015). *Handleplan for fysisk aktivitet 2015-2019*. Retrieved from https://www.peqqik.gl/-/media/Files/Publikationer/Rapporter_og_redegoerelser/2015/Handleplan_Fysisk_Aktivitet/Handleplan_fysisk_aktivitet_2015_2019.pdf?la=da-DK
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed*. Retrieved from Medicinsk sociologi–sociale fak:
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197. doi:10.1017/S0033291796004242
- Hansen, C. B., Larsen, C. V., Bjerregaard, P., & Riva, M. (2020). The effect of household crowding and composition on health in an Inuit cohort in Greenland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494820929496. doi:10.1177/1403494820929496
- Healey, G. A., Cueva, K., Stoor, J. P. A., Larsen, C. V., Rink, E., Kanayurak, N., . . . Hiratsuka, V. Y. (2019). Exploring the term “resilience” in Arctic health and well-being using a sharing circle as a community-centered approach: Insights from a conference workshop. 8(2), 45.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. (0022-1465 (Print)).
- Ingemann, C., Beck, A., & Larsen, C. V. L. (2019). *Kortlægning af rygestoptilbud*. Retrieved from https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/kortlaegning_af_rygestoptilbud
- Ingemann, C., & Larsen, C. V. L. (2018). *A scoping review: Well-being among indigenous children and youth in the Arctic—with a focus on Sami and Greenland Inuit (9289353864)*. Retrieved from Copenhagen:
- Jacob, K. S., Bhugra, D. F., & Mann, A. H. (1997). The validation of the 12-item General Health Questionnaire among ethnic Indian women living in the United Kingdom. (0033-2917 (Print)).
- Larsen, C. V. L., Hansen, C. B., Ingemann, C., Sørensen, I. K., Jørgensen, M. E., Olesen, I., (2019). *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 - Levevilkår, livsstil og helbred*. Retrieved from København:
- Loring, B., & Robertson, A. (2014). Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity.
- MacDonald, J., Ford, J., Willox, A., & Ross, N. (2013). A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous Circumpolar youth. *International journal of circumpolar health*, 72, 21775-21775. doi:10.3402/ijch.v72i0.21775

- Niclasen, B. (2019). *HBSC Greenland - Data from Health behavior among Schoolaged Children 2018*. Retrieved from https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/hbsc_greenland
- Ottendahl, C. B., Bjerregaard, P., Svartá, D. L., Sørensen, I. K., Olesen, I., Nielsen, M. S., & L., L. C. V. (2021). *Mental sundhed og helbred blandt 15-34-årige i Grønland - Betydningen af opvækstvilkår, beskyttende faktorer og risikofaktorer*. Retrieved from København: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2021/mental_sundhed_unge_groenland_dk
- Riva, M., Larsen, C. V. L., & Bjerregaard, P. (2014). Household crowding and psychosocial health among Inuit in Greenland. (1661-8564 (Electronic)).
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Styrelsen for forebyggelse og sociale forhold. (2019). *Killiliisa - Lad os sætte grænser. Årsrapport 2019*. Retrieved from <https://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Publications/Familie%20og%20Justits/DK/Killiliisa%20Arssrapport%202019%20DA%20web.pdf>
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Livskvalitet - Notatserie om overgangen til livet uden for arbejdsmarkedet*. Retrieved from https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/AEldre-overgang-notatserie-og-VIVE-rapport/1_-_Livskvalitet.ashx?la=da&hash=11F0A16C1B2D88C0D7C2EE6356D80C5F89EFE846
- Sundhedsstyrelsen. (2021). Mental sundhed. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed>
- WHO. (2021). Social determinants of health. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

8 Bilag

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018

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

Undersøgelsen har særligt fokus på indikatorer for folkesundheden i Grønland og de indsatsområder, der indgår i Inuuneritta II (Det Grønlandske Folkesundhedsprogram 2013-2019): Kost, rygning, alkohol og hash samt fysisk aktivitet. Specielt undersøges demografiske, regionale og sociale variationer i sundhedstilstand, risikofaktorer for sygdom, sociale forhold, psykisk helbred og sygdomsmønstre i befolkningen (Larsen et al., 2019). De tidligere befolkningsundersøgelser er beskrevet i rapporten fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014 (Dahl-Petersen et al., 2016).

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

Statistiske analyser og vægtning af data

I alle kommuner bortset fra Sermersooq er der deltagere fra både byer og bygder, men fordelingen af deltagere svarer ikke nødvendigvis til befolkningens fordeling på byer og bygder. For at give et mere præcist billede af sundhedstilstanden på kommunalt niveau er der derfor vægtet. Det betyder, at hvis der i en kommune er en større procentdel af deltagere fra bygder end af befolkningen fra bygderne, så er antallet af deltagere fra bygder reduceret i analyserne. Resultaterne fra Qeqqata Kommunia gælder derfor for hele kommunen, ligesom det er tilfældet ved alle andre

kommuner bortset fra Sermersooq, hvor resultaterne for Sermersooq Vest kun gælder Nuuk, og Sermersooq Øst, der kun gælder Tasiilaq. Dette skyldes, at der ikke blev gennemført interview i bygder i Sermersooq.

Der er konstrueret to sæt vægte. Én vægt for analyser på kommunalt niveau og en vægt for analyser for hele landet, da kommunetal i nogle tilfælde sammenlignes med tal for hele landet. På kommuneniveau er data vægtet med hensyn til køn, alder og fordelingen i forhold til deltagerens bopæl i byer og bygder, og i resultater for hele landet er der taget højde for, at deltagerprocenten varierede med hensyn til køn, alder og bopæl, ved at vægte data til hele befolkningens sammensætning i 2018 med hensyn til disse faktorer. Hvis analyserne er opdelt på enten køn, alder eller geografi, er der ikke vægtet for disse faktorer.

Analyserne er gennemført med statistikprogrammet SPSS v. 25.0 eller højere. Data er analyseret ved hjælp af simple statistiske test (chi-2 tests), hvor den statistiske usikkerhed er angivet ved en p-værdi. P-værdien viser kun den statistiske sikkerhed og ikke, om de observerede forskelle er relevante eller interessante. Rapportens resultater er angivet som statistisk sikre i tilfælde, hvor p-værdien er 0,05 eller mindre.



Syddansk Universitet

Telefon: +45 6550 7777
sdu@sdu.dk
www.sdu.dk

Indsæt co-branding logo 2

Indsæt co-branding logo 1