



Opgaveløser/	Nukannguaq Søholm /
Fødselsdato:	141196-XXXX
	Tukummeq A.Mikaelsen/
	230898-XXXX
Hold:	2021
Opgavetype:	Eksterne prøve
Uddannelsesafsnit:	8. Semester
Måned / år:	Juni / 2025
Vejleder:	Pernille Kofoed Nielsen
Antal ECTS:	20 ECTS
Anslag:	72.052

Hvilke faktorer har betydning for borgere og patienter med hypertension i Grønland, og hvordan påvirker disse faktorer sygeplejerskernes muligheder for at implementere forebyggende tiltag?

Denne opgave er udarbejdet af en studerende/en gruppe studerende ved Peqqissaanermik Ilisimatusarfik / Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab.
Opgaven er udtryk for den/de studerendes egne synspunkter, der ikke nødvendigvis deles af skolen.

Kopiering eller anden gengivelse af opgaven eller dele af den, er kun tilladt med forfatterens/-ernes tilladelse.

Underskrift:

Peqqissaanermik Ilisimatusarfik/
Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab
Manutooq 1, 3905 Nuussuaq



Resume/abstract

Baggrund: Projektets formål er, at undersøge hvilke faktorer der har betydning for borgere og patienter med hypertension i Grønland, og hvordan disse faktorer påvirker sygeplejerskernes muligheder for at implementere forebyggende tiltag. Hypertension er én af de primære årsager til både hjerte-kar- og nyresygdomme. Hypertension er en central risikofaktor for hjertesvigt, blodprop i hjertet, apopleksi, pludselig død og relaterer sig til KRAM-faktorer.

Problemformulering: Hvilke faktorer har betydning for borgere og patienter med hypertension i Grønland, og hvordan påvirker disse faktorer sygeplejerskernes muligheder for at implementere forebyggende tiltag?

Metode: Projektets har en positivistisk tilgang og tager udgangspunkt i vores spørgeskemaundersøgelse "*Hypertension, Sundhedsadfærd og Forebyggelse i Grønland*" samt en fremsøgt artikel (Nielsen m.fl. 2022). Denne empiri analyseres med Michel Foucaults magtstrukturer i sundhedssystemet og borgernes selvforståelse i forhold til sygdom og ansvar, Pierre Bourdieus begreber om habitus, kapitalformer (økonomisk, kulturel, social) og felt, Bjarne Bruun Jensens sundhedspædagogiske teori og Vibeke Zoffmanns GEB-teori.

Resultater: Vores undersøgelse viser, at flere faktorer har betydning for borgere med hypertension i Grønland. Udfordringer med vaner, motivation og manglende information gør livsstilsændringer vanskelige. Derudover er adgangen til sundhedspersonale begrænset, og mange har ikke modtaget vejledning. Det begrænser sygeplejerskernes mulighed for at arbejde systematisk med forebyggelse. Dette viser behovet for øget tilgængelighed, bedre information og en styrket indsats fra sundhedsvæsenet for at fremme forebyggelse.

Konklusion: Vores undersøgelse viser, at forebyggelsen af hypertension i Grønland påvirkes af både strukturelle og individuelle faktorer. Vores analyse viser, at organisatoriske barrierer som manglende adgang til sundhedstilbud og begrænset tid til vejledning udfordrer sygeplejerskernes mulighed for at implementere forebyggende tiltag. Samtidig spiller psykosociale forhold som stress, lav motivation og sundhedsvaner en væsentlig rolle for borgernes evne til at forebygge sygdom. Teoretiske perspektiver fra Foucault, Bourdieu, Bruun Jensen og Zoffmann viser på behovet for en helhedsorienteret indsats, der kombinerer strukturel støtte med individuelt tilpasset vejledning. For at fremme effektiv forebyggelse kræves det, at sygeplejersken får bedre rammer til at møde borgerne med differentieret støtte, der tager højde for både deres livssituation og kulturelle kontekst.



1. Indledning	5
1.1 Baggrundsviden	5
1.1.1 Problemets relevans for samfundet og sygeplejen	6
1.1.2 Organisatorisk perspektiv	6
1.1.3 Sygeplejeperspektivet	7
1.1.4 Patientperspektivet	8
1.2 Problemafgørelse	8
1.3 Problemformulering	9
1.4 Begrebsafklaring	9
1.4.1 Faktorer	9
2. Litteratursøgning	10
2.1 Bloksøgning	10
2.2 Inklusions- og eksklusionskriterier	10
2.3 Søgeprofil	11
2.4 Kvalitetsvurdering	12
3. Metode og teori	13
3.1 Metode	13
3.1.1 Opgavens opbygning	13
3.1.2 Empiri	14
3.1.3 Ethiske overvejelser	15
3.1.4 Videnskabsteoretiske tilgang	15
3.2 Teori	16
3.2.1. Foucault (Nukannguaq)	17
3.2.2. Bourdieu (Tukummeq)	17
3.2.3. Bruun Jensen (Nukannguaq)	17
3.2.4. Zoffmann (Tukummeq)	18
4. Analyse	18
4.1. Foucault (Nukannguaq)	22
4.1.1. Delkonklusion:	24
4.2. Bourdieu (Tukummeq)	24



4.2.1. Delkonklusion:	26
4.3. Bjarne Bruun Jensen (Nukannguaq)	26
4.3.1 Delkonklusion:	28
4.4. Zoffmann (Tukummeq).....	28
4.4.1. Delkonklusion:	30
5. Diskussion	30
6. Konklusion.....	34
7. Perspektivering	35
8. Litteraturliste	36
8.1. Obligatorisk litteratur.....	36
8.2. Supplerende litteratur.....	38
9. Bilagsfortegnelse	43
9.1. Spørgeskemaet “Hypertension, Sundhedsadfærd og Forebyggelse i Grønland”	44
9.2. Besvarelserne fra vores spørgeskemaundersøgelse	50
9.3. Søgeproces	59
9.4. PICO skema	64
9.5. Søgestreng.....	64
9.6. CASP vurdering	65
9.7 Deltagere til spørgeskemaundersøgelse	69



1. Indledning

Ca. 11,3% danskere lever med en hjerte-kar-sygdom, hvor hypertension er én af de primære årsager til både hjerte-kar- og nyresygdomme. Desuden udgør hypertension en væsentlig risikofaktor for hjertesvigt, akut myokardieinfarkt, apopleksi og pludselig død (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 97-98; Birn, 2019, s. 303). Ifølge Sundhedsstyrelsen betegnes blodtryk som forhøjet fra 140/90 mmHg, og det bør ikke overstiges (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 97; Hansen, 2019, s. 182). I 2021 var 7,9% af den grønlandske befolkning over 20 år diagnosticeret med hypertension (Nielsen m.fl., 2022, s. 3), derudover er der en befolkningsundersøgelse i Grønland, hvor der er lidt undersøgelser blandt andet om hypertension. Der er mange årsager for hypertension. Det stiger for eksempel med alderen, rygning, fedme, diabetes, højt saltindhold i kosten, lakridsspising og stress (Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018, s. 3, s. 38), hvilket uddybes senere.

Vi havde klinisk ophold på både Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) i Nuuk (Drejebog SDCG, 2020, s. 4) og det kardiologiske ambulatorium på Landssygehuset i Thorshavn. Begge steder behandler og følger patienter med hypertension for at forebygge hjerte-kar-sygdomme. I Grønland er forebyggelsen stadig i en tidlig fase, mens Færøerne har et veletableret system med hjerterehabilitering og et Steno Center, der er tilpasset lokale forhold, kultur og kostvaner. Det gav anledning til refleksion over, hvordan Grønlands forebyggelsesstrategi kan styrkes gennem inspiration fra Færøerne og inddragelse af både patienter og lokalsamfund. Ved at anvende målrettede metoder kan indsatsen mod hypertension i Grønland blive mere effektiv.

1.1 Baggrundsviden

I dette bachelor projekt præsenteres problemets relevans for samfundet og sygeplejen, organisatorisk perspektiv, sygeplejeperspektiv og patientperspektivet både fra forskningsviden ud fra videnskabelige artikler og spørgeskema, som vi selv har udarbejdet. Problemstillingerne i Grønland sammenlignes med Danmark samt perspektiveres til praktik ophold på Færøerne, idet Grønland og Færøerne har sammen rigsfælleskab med Danmark (stm.dk - statsministeriet). I efteråret 2018 indgik Naalakkersuisut og Novo Nordisk Fondens bestyrelse en fælles aftale om at styrke indsatsen mod diabetes og livsstilssygdomme i Grønland. Dette førte til etableringen af SDCG, som blev udviklet med inspiration fra den danske model, der tidligere har været anvendt til oprettelsen af Steno Diabetes Centre i de danske regioner i samarbejde med Novo Nordisk Fonden (Larsen, 2019, s. 220; Drejebog SDCG, 2020. s. 5-6, s. 8-11).



1.1.1 Problemets relevans for samfundet og sygeplejen

Som tidligere nævnt er hypertension én af hovedårsagerne til hjertekarsygdom, som er et globalt problem, og én af årsagerne til for tidlig død på verdensplan. Ifølge WHO lider omkring 1,28 mia. voksne på verdensplan af hypertension, men kun 42% af disse er blevet diagnosticeret og modtager behandling, mens ca. 46% er uvidende om at de har tilstanden (WHO.int). Vi mener at de sidste 12% udgør den gruppe af voksne med hypertension som godt ved, at de har tilstanden og som muligvis er i behandling, men hvor behandlingen ikke er tilstrækkelig effektiv til at bringe blodtrykket under kontrol eller hvor kontrollen endnu ikke er opnået. I Danmark er hjertekarsygdom med i de fire største dødsårsager i 2023 (Sundhedsdatastyrelsen 2025). Omkring 1,5 mio. danskere lider af hypertension og kun halvdelen af de personer er blevet diagnosticeret og får behandling (www.who.int).

Sundhedsprofil har ændret sig markant i takt med urbanisering, ændrede kostvaner og et fald i fysisk aktivitet. Ifølge Hansen og Noahsen (2020, s. 40) i de seneste årtier er middellevetiden steget i Grønland, hvilket samtidig har ført til en stigning i dødsfald som følge af livsstilsrelaterede sygdomme, herunder hypertension, som nu udgør en væsentlig sundhedsbyrde. For samfundet medfører dette både tab af øgede udgifter til behandling og pres på sundhedssystemet, især i de mere afsidesliggende bygder hvor adgang til sundhedsydelser er begrænset.

For sygeplejen i Grønland stiller denne udvikling særlige krav. Sygeplejersken har en central rolle i både opsporing, behandling og ikke mindst forebyggelse af hypertension. Ifølge sundhedsstyrelsen (2024, s. 4) er forebyggelse og tidlig indsats nøglen til at mindske sygdomsbyrden ved kroniske sygdomme. I Grønland, hvor sygeplejersker ofte fungerer som borgernes primære kontakt til sundhedsvæsenet, bliver denne rolle endnu tydelig og nødvendig.

1.1.2 Organisatorisk perspektiv

De Kliniske Områder i Nuuk omfatter blandt andet medicinsk, kirurgisk, psykiatrisk og diagnostisk behandling samt SDCG (Det grønlandske sundhedsvæsen, 2020, s. 7; Sundhedskommission betænkning, 2023, s. 58). SDCG er et landsdækkende center i Nuuk, der behandler patienter med KOL, hypertension og diabetes i samarbejde med regionale livsstilsambulatorier. Centret spiller en central rolle i det forebyggende arbejde og sikrer kontinuitet i behandlingen på tværs af regioner og faggrupper (Sundhedskommission betænkning, 2023, s. 42; Det grønlandske sundhedsvæsen, 2020, s. 17).



I Grønland findes en Intermediær Monitoreringsafdeling (IMA), som fungerer som en semi-intensiv enhed for medicinske og kardiologiske patienter med monoorgansvigt, der kræver kontinuerlig overvågning og behandling (ibid., s. 11). Et egentligt hjerterehabiliteringscenter findes ikke, da Naalakkersuisut prioriterer andre tiltag som telemedicin og et udrejsende rehabiliteringsteam (Departement for Sundhed, EM2016, s. 3). I Danmark tilbydes hjerterehabilitering med fokus på aktivitet, deltagelse, mestring og livskvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2024, s. 11). Telemedicin spiller en central rolle i Grønlands sundhedsindsats og kræver fortsat udvikling. Der bør investeres i et team, der kan varetage telemedicinsk lægedækning i områder med begrænset adgang til læger, særligt i mindre og mellemstore bosteder (Naalakkersuisut, 2023, s. 2, s. 6; Sundhedskommissionen betænkning, 2023, s. 257).

Kommissionen skal udarbejde anbefalinger til, hvordan det grønlandske sundhedssystem kan forbedres, blandt andet gennem strukturændringer, bedre samarbejde og styrket rekruttering. Målet er en sundhedsreform vedtaget af Inatsisartut, med fokus på fastholdelse af sundhedspersonale via faglig udvikling og inddragende ledelse (ibid., s. 314, s. 318, s. 142-143). Bevillingen fra Novo Nordisk Fonden forudsætter, at Selvstyret stiller en godkendt byggegrund til rådighed (Drejebog SDCG, 2020, s. 47). SDCG har det overordnede ansvar for de nye initiativer, som skal udvikles i et tværfagligt samarbejde med sundhedspersonale, patienter og pårørende (ibid., s. 16).

1.1.3 Sygeplejersperspektivet

Sygeplejevirkningsområderne i forhold til patienter og borgere med hypertension omfatter både sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, sygdomsforebyggende, behandle, rehabiliterende og lindrende indsatser (Studieordning 2016, s. 5). Den forebyggende indsats er central i arbejdet med hypertension, hvor sygeplejersken bidrager med undervisning, rådgivning og støtte til livsstilsændringer for at forhindre forværring og følgesygdomme. Indsatserne retter sig mod både individer, familier og lokalsamfund (ibid., s. 5; Glasscock, 2019, s. 23).

Problemstillingerne i sygeplejersperspektivet er, hvordan relationen mellem sygeplejersken og patienten kan understøtte forebyggelse, særlig i forhold til KRAM-faktorer som indebærer kost, rygning, alkohol og motion (Torup, 2019, s. 91; Sundhedskommissionen betænkning, 2023, s. 189). Ifølge (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 151), fokuserer på fem livsstilsrisikofaktorer: daglig rygning, over 10 genstande om ugen, usund kost, for lidt fysisk aktivitet og svær overvægt, hvilket gør målrettede, forebyggende samtaler nødvendige.



Sundhedsprofessionelle mangler ofte redskaber til at forstå og håndtere patienters livsstilsudfordringer i en bredere livskontekst. Patienter, der ikke følger anbefalinger, ses ofte som “*non-compliant*”, uden hensyn til deres psykosociale vilkår og motivation (Aagard, 2020, s. 99).

Der er behov for individuel støtte og viden, så patientens egne ressourcer aktiveres. Mange kender sundhedsråd, men har svært ved at omsætte dem i praksis (ibid, s. 98). Der mangler konkrete redskaber til at håndtere de psykosociale udfordringer, kronisk syge møder i hverdagen (ibid., s. 97).

1.1.4 Patientperspektivet

Mennesker med kronisk sygdom har ofte brug for støtte og kan have svært ved selv at vurdere, hvilken hjælp de har behov for. Mange har brug for at drøfte deres muligheder med sundhedsprofessionelle. Fokus på aktivt deltagende borgere kan betyde, at nogle kronisk syge får utilstrækkelig støtte, fordi de ikke kan leve op til systemets krav (ibid., s. 96). Fælles træning kombineret med kostændringer, rygestop og livsstilsvejledning har en dokumenteret positiv effekt og er en central del af behandlingen for patienter med hypertension, kolesterol og overvægt (Støier, Røgind, 2017, s. 164-165). Da patienterne fik forklaret, at undersøgelser viser mindre risiko for ny apopleksi ved behandling af hypertension og lavere kolesteroltal, blev de mere motiverede for at tage deres medicin (Bæch, 2017, s. 8). Patienterne fik grundig vejledning om livsstilsændringer samt en skriftlig plan med deres individuelle blodtryksmål og opfølgning hos egen læge efter projektets afslutning (ibid., s. 9).

I forbindelse med vores bachelorprojekt har vi udarbejdet spørgeskemaet “*Hypertension, Sundhedsadfærd og Forebyggelse i Grønland*“, se bilag 9.1. Formålet med undersøgelsen er at belyse, hvordan arbejdet med forebyggelse og behandling af hypertension kan styrkes med udgangspunkt i borgernes egne perspektiver. Resultaterne danner grundlag for den videre analyse og præsenteres senere i opgaven.

1.2 Problemafgrænsning

Denne opgave afgrænses til at belyse de faktorer, der påvirker borgere og patienter med hypertension i Grønland, herunder livsstil, motivation, sundhedsadfærd, kulturelle forhold og adgang til sundhedstilbud. Der fokuseres på, hvordan disse faktorer påvirker sygeplejerskens muligheder for at implementere forebyggende tiltag. Vi inddrager spørgeskemadata, forsknings-



viden og kliniske erfaringer fra Grønland og Færøerne, men har primært fokus på de grønlandske forhold.

1.3 Problemformulering

Hvilke faktorer har betydning for borgere og patienter med hypertension i Grønland, og hvordan påvirker disse faktorer sygeplejerskernes muligheder for at implementere forebyggende tiltag?

1.4 Begrebsafklaring

Her vil vi uddybe begreberne, der bliver brugt i problemformuleringen.

1.4.1 Faktorer

Borgere og patienter:

Grundlæggende begreb i sygeplejen, hvor man arbejder med både syge (patienter) og raske (borgere) med fokus på helhed og livskontekst (Bernild, 2018, s. 56).

Hypertension:

En kronisk sygdom, som kræver kontinuerlig observation, pleje, vejledning og forebyggelse relateret til kronisk sygdomsforståelse og sundhedsfremme (Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018, s. 38).

Faktorer med betydning:

Overordnet dækker over det hele menneske og helhedssyn, hvor både biologiske, psykologiske, sociale og kulturelle faktorer inddrages (holistisk tilgang) (Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018, s. 38).

Sygeplejerskernes muligheder:

Relaterer sig til professionel rolle, kompetencer, autonomi, og organisatoriske rammer for udøvelse af sygepleje (Studieordning 2016, s. 5).

Implementere:

Et organisatorisk og fagligt begreb, der refererer til forandringsprocesser, interventioner, og sygeplejehandlinger i praksis (Sundhedskommission betænkning, 2023, s. 316).

Forebyggende tiltag:

Direkte relateret til forebyggelse (primær, sekundær, tertiær), sundhedsfremme, patientundervisning, livsstilsændringer og empowerment (Studieordning, 2016, s. 5).



2. Litteratursøgning

Projektet er baseret på vores indsamlede spørgeskemadata samt en fremsøgt forskningsartikel. I dette afsnit redegøres der for den anvendte søgestrategi i forbindelse med litteratursøgningen. Den videnskabelige artikel er fundet via den sundhedsfaglige database PubMed ud fra vores emne (Nielsen, 2019, s. 88, s. 90, s. 94; Karlsson, 2019, s. 116).

2.1. Bloksøgning

Søgeprocessen indledtes med en bevidst tilfældig (eksplorative) søgning for at danne et indledende overblik over relevante emner og begreber (Nielsen, m.fl. 2019, s. 90-91). Det præcise spørgsmål danner efterfølgende grundlag for udarbejdelsen af søgestrategien (Rosén, 2019, s. 454). Derefter er anvendt PICO-bloksøgning i søgningen på PubMed, som er anerkendt som en af de mest effektive og systematiske søgestrategier i litteratursøgning. En af fordelene ved at benytte bloksøgning er, at det skaber en gennemsigtig og struktureret tilgang, som gør det nemt at redegøre for søgeprocessen. Ud over bloksøgning blev der anvendt kædesøgning med afsæt i litteraturlister fra relevante artikler og bøger (Nielsen, m.fl. 2019, s. 92). Derudover blev relevante bøger fundet gennem universitetets biblioteksdatabase.

2.2. Inklusions- og eksklusionskriterier

Dette afsnit præsenterer de inklusions- og eksklusionskriterier, der er anvendt ved litteratursøgningen i de benyttede databaser.

Inklusionskriterier:

- Artikler publiceret på engelsk, grønlandsk eller dansk.
- Studier der omhandler antihypertensiv medicin eller behandling af hypertension.
- Studier med fokus på Grønland eller sammenlignelige arktiske befolkninger.
- Artikler der omhandler diagnosticering og/eller kvalitet af behandling.
- Primær forskning, herunder kvantitative og kvalitative studier samt systematiske reviews.
- Artikler udgivet fra 2015 og frem.

Eksklusionskriterier:

- Studier der omhandler børn eller unge under 18 år.
- Studier med fokus på andre sygdomme end hypertension.
- Studier med fokus på hjernevolumen, hvid substans relateret til race samt type 1-diabetes blev fravalgt.



- Studier hvor diagnosticering ikke er nævnt eller relevant.
- Ikke-videnskabelige kilder (fx. debatindlæg, nyhedsartikler).
- Studier publiceret på andre sprog end engelsk eller dansk.

2.3. Søgeprofil

Der er foretaget en målrettet litteratursøgning med henblik på at belyse problemstillingen vedrørende patienter med hypertension i Grønland. I dette afsnit beskrives den systematiske søgeproces i databasen. Et skema over hele søgeprocessen fremgår af bilag 9.3.

Søgningen efter forskningsartikler er foretaget i databasen PubMed, da denne betragtes som en af de mest centrale og anerkendte databaser inden for sygeplejeområdet (Nielsen, 2019, s. 94). Der er anvendt PICO bloksøgningsstrategi med følgende søgeord (bilag 9.4):

- **P:** Voksne i Grønland, der bruger antihypertensiv medicin.
- **I:** Indirekte sammenligning mellem grupper.
- **C:** Eksponering for diagnose (diagnosticeret vs. ikke diagnosticeret).
- **O:** Kvalitet af behandling (bl.a. blodtryk, BMI, diagnosekoder).

I bloksøgningen blev søgeordene opdelt i relevante tematiske blokke og kombineret ved hjælp af booleske operatoren, primært “AND” og “OR”. Operatoren “AND” anvendes til at finde fællesmængden mellem to søgninger, mens “OR” samler resultater fra søgninger med relaterede eller synonyme begreber (ibid., s. 100). Der blev taget udgangspunkt i centrale søgeord og deres synonymer fra problemformuleringen for at sikre en bred og dækkende søgning.

Vores søgestreng kom til at se således ud:

(Greenland OR "Arctic population" OR Inuit) AND ("Antihypertensive Agents"[Mesh] OR "antihypertensive medication" OR "blood pressure medication") AND ("Diagnosis"[Mesh] OR diagnosed OR undiagnosed) AND ("Quality of Health Care"[Mesh] OR "quality of care" OR "treatment outcome")). Sammensætningen af disse søgeord fremgår af bilag 9.5.

For at strukturere og målrette vores litteratursøgning benyttede vi PICO-modellen, som hjælper med at afklare centrale begreber i en klinisk problemstilling og omsætte dem til relevante søgetermer:

P-blokket *Greenland OR "Arctic population" OR Inuit*. Vi inkluderede både geografiske og etniske søgetermer for at sikre, at studier om grønlandske og arktiske befolkninger, især inuitter, blev



dækket. I-blokket “*Antihypertensive Agents*”[Mesh] OR “*antihypertensive medication*” OR “*blood pressure medication*”. Vi anvendte både Mesh-termer og frittekster for at finde studier om blodtrykssænkende medicin, både fra videnskabelige databaser og praksisnære kilder. C-blokket “*Diagnosis*”[Mesh] OR “*diagnosed*” OR “*undiagnosed*”. Selvom vi ikke har en klassisk sammenligningsgruppe, muliggør disse termer en indirekte sammenligning mellem diagnosticerede og ikke-diagnosticerede borgere. O-blokket “*Quality of Health Care*”[Mesh] OR “*quality of care*” OR “*treatment outcome*” Outcome-fokus var både på om hypertension diagnosticeres, og på kvaliteten af behandling og pleje. Ved at koble diagnose og kvalitet sikrede vi relevans og dybde i vores søgning.

Søgningen (bilag 9.4) resulterede i 17 hits, hvilket sandsynligvis skyldes den begrænsede forskning i antihypertensiv behandling blandt inuitter og grønlandsk befolkninger. Artikler om emner som hjernevolumen, hvid substans i relation til race samt type 1-diabetes blev ekskluderet, da de ikke er relevante for dette projekts fokus. Vi har gennemgået alle de 17 hits, hvor vi læste titlerne og abstrakterne. Den eneste artikel der passede til vores inklusions- og eksklusionskriterie var forskningsartiklen af Nielsen m.fl., (2022), *Prevalence of patients using antihypertensive medication in Greenland, and an assessment of the importance of diagnosis for the associated quality of care - a cross-sectional study*, som en del af vores empiriske grundlag. Artiklen vurderes at være relevant i relation til sygepleje til hjertepatienter med hypertension.

Ved kædesøgning brugte vi referencelister fra relevante artikler til at finde nye kilder. Vi sammenlignede resultaterne og vurderede, om kædesøgningen bidrog med ny og brugbar viden. Derudover har vi foretaget en manuel informationssøgning på relevante hjemmesider, herunder WHO.int, Stm.dk, sst.dk, sundhedsdatastyrelsen.dk, Peqqik.gl, dsr.dk, nvk.dk, casp-uk.net, da.uni.gl, naalakkersuisut.gl, researchgate.net og Steno.gl. Oplysninger om sundhedsreformen, sundhedsstrategien, diverse redegørelser samt ydelseskataloget er fundet under publikationsafsnittet på peqqik.gl og Danskernes sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2022).

2.4. Kvalitetsvurdering

I vurderingen af artiklen Nielsen m.fl. (2022) anvendes CASP se i bilag 9.6, til systematisk at gennemgå metodens kvalitet bruges til at strukturere og vurdere relevansen af problemstillingen. Artiklen opfylder de fleste kriterier i CASP (ouh.dk), som er et anerkendt redskab til systematisk vurdering af forskningsartiklers kvalitet og troværdighed (Pedersen, 2020, s. 263). Formålet er klart



defineret: at undersøge prævalensen af antihypertensiv medicinbrug i Grønland og vurdere betydningen af en diagnosticeret tilstand for kvaliteten af behandlingen. Designet et tværsnitsstudie er velegnet til dette formål. Deltagerne blev rekrutteret via det grønlandske Elektroniske Patient Journalsystem (EPJ), hvilket giver en bred og repræsentativ dækning. Dog mangler data fra Tasiilaq, og der er risiko for underregistrering af visse kliniske oplysninger som blodtryk og rygestatus, hvilket kan påvirke validiteten.

Målingerne bygger på objektive journaldata og er relevante for forskningsspørgsmålet. Antallet af deltagere (6.600-7.000) giver god statistisk styrke. Analyserne er solide med brug af t-test, chi-square og konfidensintervaller. Resultaterne viser, at prævalensen af antihypertensiv behandling steg fra 16,7% i 2020 til 17,5% i 2021, og at diagnosticerede patienter fik bedre behandling end ikke-diagnosticerede (Nielsen m.fl., 2022, s. 3). Artiklen konkluderer, at der er behov for øget fokus på diagnostik for at forbedre behandlingskvaliteten. Resultaterne er relevante for hele Grønland og kan anvendes direkte i sundhedspraksis. Samlet set vurderes studiet som metodisk stærkt, med tydelige og anvendelige resultater. På trods af begrænsningen ved at være en tværsnitsundersøgelse, er artiklen relevant, da det er den eneste om hypertension i Grønland.

3. Metode og teori

I dette afsnit redegøres opgavens opbygning, valg af empiri, etiske overvejelser samt videnskabsteoretisk tilgang. Vi gør opmærksom på, at vi har anvendt kunstig intelligens (ChatGPT via chatgpt.com) til korrekturlæsning, da dansk ikke er vores modersmål. Det er som udgangspunkt tilladt at benytte AI, såsom ChatGPT, i forbindelse med skriftlige eksamensopgaver (da.uni.gl/studerende/studiehaandbog/).

3.1 Metode

3.1.1 Opgavens opbygning

I opgavens første afsnit præsenteres problemstillinger relateret til hjertesygdomme ud fra et samfundsmæssigt, organisatorisk, sygeplejefagligt og patientcentreret perspektiv. Derudover er der foretaget en begrundet afgrænsning af problemfeltet samt formuleret en problemformulering.

I det andet afsnit redegøres der for litteratursøgningen, herunder en forklaring af bloksøgningsmetoden, inklusions- og eksklusionskriterier samt udarbejdelse af søgeprofil. Afsnittet omfatter desuden en præsentation og begrundelse af den valgte empiri.



I tredje afsnit præsenteres den metodiske tilgang. Herunder er der empiri, etiske overvejelser samt den videnskabsteoretiske tilgang, der ligger til grund for projektet. Herefter følger teoriafsnittet, hvor relevante teoretikere og teorier introduceres og begrundes.

I fjerde afsnit analyseres resultaterne fra empiri med anvendelse af de valgte teorier som analyseramme og med fokus på at besvare problemformuleringen.

Efter analysen følger en diskussion af analysefundene, derefter er der blevet diskuteret resultaterne fra vores empiri og relaterer til danske befolkningsundersøgelser samt internationale studier.

Efterfulgt af en konklusion på projektets hovedpointer. Afslutningsvis perspektiveres der med inddragelse af forhold fra SDCG og Færøerne.

3.1.2 Empiri

I dette afsnit præsenteres det valgte empiriske materiale, som danner grundlag for udarbejdelsen af problemformuleringen.

Vores primære empiri er en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, som vi selv har udarbejdet og distribueret via Microsoft Forms, stillet til rådighed af Ilisimatusarfik. Programmet overholder GDPR-regler, datasikkerhed, og alle besvarelser er anonymiserede se bilag 9.7. Data blev eksporteret til Excel, hvor vi manuelt udarbejdede grafer. Spørgeskemaet fokuserede på borgernes og patienters oplevelser af sundhedstilbud, forebyggelse og sygeplejerskens rolle i indsatsen mod hypertension. 113 personer deltog og besvarede spørgsmål om sundhedsadfærd, viden og adgang til sundhedsydelser i Grønland. Forud for udsendelsen lavede vi en pilotundersøgelse blandt tre medstuderende og justerede sproglige detaljer i den grønlandske oversættelse. Empirien dækker emner som kost, motion, rygning, alkohol, søvn, stress, kendskab til forebyggelse, der også udgør et centralt grundlag for vores analyse samt problemformulering.

Den anden udvalgte empiri er artiklen fra Nielsen m.fl., (2022). Der er tale om et kvantitativt tværsnitstudie af patienter med hypertension, baseret på en positivistisk videnskabsteoretisk tilgang. Artiklen sammenligner brugen af antihypertensiv medicin blandt patienter i henholdsvis 2020 og 2021. Artiklen belyser udbredelsen af blodtrykssænkende medicin i Grønland og dokumenterer, at plejekvaliteten er forbedret blandt patienter med en registreret diagnose for hypertension. Dette gør artiklen særligt relevant for sygeplejepsis i relation til hjertepatienter med hypertension. Alle tre forfattere er tilknyttet både SDCG og Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Institut for Sundhed og Natur, Grønlands Universitet. At forfatterne i



fællesskab har udarbejdet, gennemlæst og godkendt det endelige manuskript, samt at dataene stammer fra deres egen undersøgelse, styrker både studiets validitet og troværdighed. (ibid., s. 8). Kvalitetsvurderingen af artiklen fremgår af bilag 9.5.

3.1.3 Etiske overvejelser

De etiske overvejelser i dette bachelorprojekt tager udgangspunkt i gældende regler og retningslinjer. Bachelorprojekter er fritaget for anmeldelsespligt til Datatilsynet, så længe personoplysninger behandles med udtrykkeligt samtykke (Nielsen, 2019, s. 122). Der er anvendt en anonym spørgeskemaundersøgelse uden indsamling af personhenførbare oplysninger. Deltagelsen var frivillig og baseret på informeret samtykke, som fremgik af introduktionen. Da undersøgelsen ikke omfatter biologisk materiale eller persondata, var anmeldelse til National Videnskabsetisk Komité ikke nødvendig (nvk.dk). Data er opbevaret sikkert, udelukkende brugt til projektet og slettes efter eksamen. Projektet følger De Etiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i de Nordiske Lande.

3.1.4 Videnskabsteoretiske tilgang

Projektets videnskabsteoretiske tilgang er positivistisk og bygger på målet om at opnå viden gennem observation, måling og bevis. Udgangspunktet er naturvidenskab, som søger at forklare fænomener via fakta og eksperimenter (Birkler, 2021, s. 63).

Epistemologi er læren om viden og handler om, hvordan vi opnår viden, hvad vi kan vide og hvilket syn man har på, hvad der betragtes som gyldig og troværdig viden (ibid., s. 49; Nielsen, 2021, s. 135). I dette bachelorprojektet anvendes en spørgeskemaundersøgelse om hypertension, hvor viden opnås gennem borgernes svar og forstås ud fra et positivistisk tilgang.

Ontologi handler om, hvad der findes, og hvordan virkeligheden forstås (ibid., s. 135). I bachelorprojektet ses hypertension som en objektiv sygdom og spørgeskemaundersøgelse bruges til at måle reelle og observerbare forhold som livsstil og sundhedsadfærd.

Ifølge Birkler (2021, s. 68) søger positivismen at forstå verden gennem det, der kan måles og observeres, men dette er ikke tilstrækkeligt i studiet af menneskelige og sociale forhold. Inden for videnskabsteori beskriver årsag-virkning et forhold, hvor én faktor fører til en anden. Forskning søger at identificere sådanne kausale relationer gennem observation og eksperiment og adskiller sig



fra korrelation ved at klarlægge direkte påvirkning (ibid., s. 100). Et eksempel er risikofaktorer for hypertension i Grønland som højt saltindtag, overvægt, inaktivitet og alkoholforbrug (ibid., s. 102). Selvom der er sammenhæng, betyder det ikke nødvendigvis et direkte årsagsforhold.

Den kvantitative metode, anvendes der en spørgeskemaundersøgelse i denne tværsnitsundersøgelse (Billhult, 2019, s. 127). Eksempler på spørgsmål kunne være: *“Hvor ofte dyrker du motion (min. 30 min fysisk aktivitet)?”*, og *“Får du medicin for forhøjet blodtryk?”*. I spørgsmål 26 følger der en deduktiv tilgang med en fritekst, som går fra teori til data for at teste, om hypoteser holder i praksis (Birkler, 2021, s. 78). Disse spørgsmål giver indsigt i borgernes sundhedsadfærd og opfattelse af deres sygdom, og gør det muligt at kvantificere sammenhængen mellem livsstil, sundhedsforståelse og hypertension.

Artiklen (Nielsen, m.fl. 2022) tager udgangspunkt i en naturvidenskabelig og positivistisk tilgang, hvor fokus er på objektiv, målbar og generaliserbar viden (Birkler, 2021, s. 61). Ved hjælp af en kvantitativ metode med en tværsnitsundersøgelse, der indsamles data om brugen af blodtryksnænkende medicin og diagnosticering i Grønland. Den anvendte tilgang bygger på antagelsen om, at virkeligheden kan måles og beskrives gennem tal og statistiske analyser, hvilket afspejler et positivistisk syn på viden. Formålet er at identificere mønstre og sammenhænge mellem diagnoser og kvaliteten af behandling, hvilket understøtter et årsag-virkning-perspektiv, som er centralt i naturvidenskabelig forskning (ibid., s. 100).

3.2 Teori

Vi vil anvende vores spørgeskemaundersøgelse til at indsamle kvantitative data om borgernes livsstil og sundhedsadfærd i relation til hypertension i Grønland samt artiklen Nielsen m.fl. (2022). Resultaterne skal give et overblik over mulige sammenhænge mellem risikofaktorer og hypertension, som senere vil blive uddybet i analyseafsnittet.

Vi har valgt fire teoretikere i analysen som er Michel Foucault (Pedersen, 2018, s. 29), Pierre Bourdieu (Larsen, 2018, s. 49), Bjarne Bruun Jensen (Jensen, 2018, s. 15) og Vibeke Zoffmann (Zoffmann, 2004, s. 128). Teorierne vil blive anvendt til at belyse, hvilke faktorer der har betydning for borgere og patienter med hypertension i Grønland, og hvordan disse faktorer påvirker sygeplejerskernes muligheder for at implementere forebyggende tiltag.



3.2.1. Foucault (Nukannguaq)

Foucault anvendes til at analysere magtstrukturer i sundhedsvæsenet og borgernes selvforståelse i relation til sygdom og ansvar. Begreber som panoptikon, biomagt og governmentality viser, hvordan overvågning, dokumentation og styring påvirker sundhedspraksis, samt adfærd i både offentlige og private rum (Pedersen, 2018, s. 29-37; Timm & Andersen, 2018, s. 15-16). Gennem journalsystemer skabes der et pres på borgerne for, at leve op til sundhedsnormer (Pedersen, 2018, s. 33-35). Sundhedsfremme bliver en del af befolkningsstyring, hvor kontrol sker via internalisering af idealer om den ”*gode borger*” (Timm & Andersen, 2018, s. 17). Foucault synliggør, hvordan ansvar individualiseres, mens strukturelle forhold skjules særligt relevant i Grønland, hvor ulig adgang præger borgernes oplevelse af sundhed, skam og handlemuligheder (Nielsen m.fl., 2022, s. 2-3).

3.2.2. Bourdieu (Tukummeq)

Bourdieu's begreber om habitus, kapitalformer (økonomisk, kulturel, social) og felt bruges til at forstå, hvordan borgeres sundhedsadfærd formes af deres sociale position og ressourcer (Larsen, 2018, s. 49-66). Teorien knytter individuelle sundhedsvalg til strukturelle og historiske livsbetingelser. Mange borgere handler ikke usundt på grund af manglende vilje, men fordi de savner støtte, ressourcer eller kulturelt tilpasset information (Larsen, 2018, s. 54-57).

Uoverensstemmelser mellem borgerens habitus og sundhedsvæsenets normer kan skabe eksklusion, misforståelser og skyld, især hvis sundhedsprofessionelle ikke anerkender de sociale barrierer.

Bourdieu muliggør en analyse af disse uligheder og viser, at sundhedsindsatser skal tilpasses borgernes livsvilkår. Dette er særligt relevant i Grønland, hvor geografiske og sociale forskelle påvirker borgernes muligheder for at forstå og handle i forhold til sundhed (ibid., s. 61-64).

3.2.3. Bruun Jensen (Nukannguaq)

Bruun Jensens sundhedspædagogiske teori anvendes til at styrke forebyggelse og sundhedsfremme gennem fem kernebegreber: det brede sundhedsbegreb, handlekompetence, deltagelse, viden og setting (Jensen, 2016, s. 129-149). Teorien vurderer, hvordan sundhedsvæsenet kan støtte borgernes evne til at tage ansvar for egen sundhed ved aktivt engagement frem for blot information. Bruun Jensen kobler individ- og samfundsperspektiv og fremmer empowerment ved at gøre viden relevant og handlingsorienteret. Det brede sundhedsbegreb omfatter trivsel, mening og fællesskab er ikke kun fravær af sygdom (ibid., s. 130). I Grønland, hvor livsvilkår og geografiske forhold varierer, er det vigtigt, at sundhedsfremme tager udgangspunkt i borgerens konkrete erfaringer. Bruun Jensens



teori giver sundhedsprofessionelle redskaber til at styrke borgernes handlekraft, deltagelse og refleksion, hvilket muliggør mere bæredygtige og inkluderende forebyggelsesstrategier (ibid., s. 131-141).

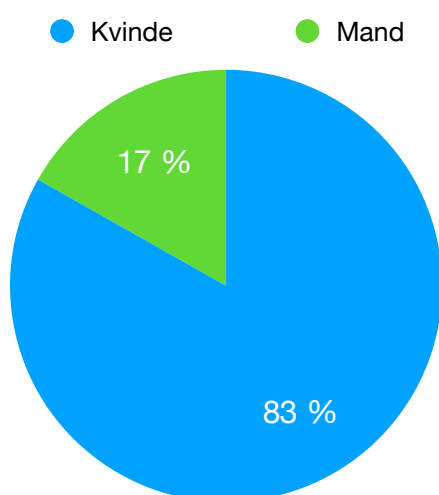
3.2.4. Zoffmann (Tukummeq)

Zoffmanns teori om Guidet Egen Beslutning (GEB) analyserer relationen mellem borger og sygeplejerske med en dialogbaserede støtte, der fremmer personligt ejerskab samt meningsfuld sundhedsforandring (Zoffmann, 2013, s. 166). GEB bygger på personcentreret vejledning med udgangspunkt i borgerens livssituation, motivation og kulturelle baggrund. Borgeren ses som en aktiv deltager i beslutninger, hvilket kræver, at sygeplejersken skaber et trygt rum, lytter aktivt og tilpasser information til borgerens perspektiv (ibid., s. 736-737; Zoffmann, 2004, s. 128). I Grønland, hvor kulturelle forskelle, afstand og negative erfaringer påvirker sundhedsrelationer, er GEB særlig relevant. Teorien fremmer tillid, respekt og gensidig læring og viser, at forandring skal udspringe af borgerens egne værdier og mål. GEB kræver en fleksibel, etisk og kulturelt sensitiv tilgang, hvor borgerens stemme og tvivl inddrages i forandringsprocessen (Zoffmann, 2013, s. 300).

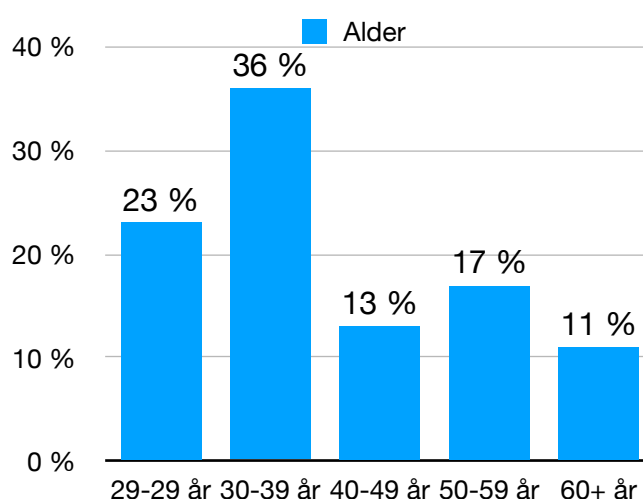
4. Analyse

Analysen indledes med en gennemgang af resultaterne fra den empiriske undersøgelse.

Resultatafsnittet præsenteres primært gennem figurer, som understøttes af forklarende tekst samt deskriptiv statistik (Nielsen m.fl., 2021, s. 343, s. 335).



Figur 1: Kønsfordeling



Figur 2: Aldersfordeling

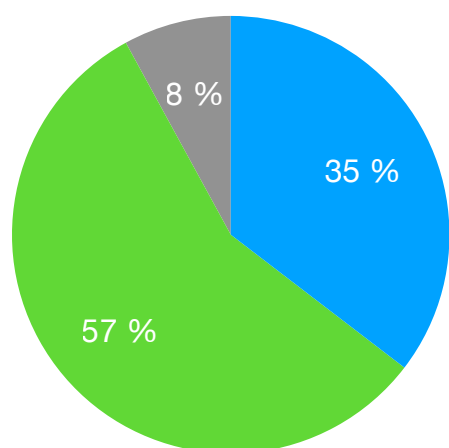
Undersøgelsen omfattede i alt 113 personer bosat i Grønland. I figur 1 kan man se, at størstedelen af deltagerne var kvinder, idet mindre end 20% var mænd. I figur 2 er aldersmæssigt fra deltagerne



spredt ud over flere grupper, hvor den største gruppe, godt en tredjedel var mellem 30 og 39 år. Knap en fjerdedel var mellem 21 og 29 år, mens cirka en femtedel var i aldersgruppen 50-59 år. Derudover var lidt over én ud af ti mellem 40 og 49 år, og en tilsvarende andel var over 60 år.

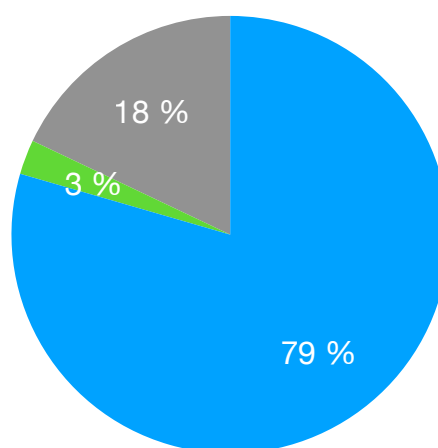
Langt størstedelen af deltagerne, 9 ud af 10 boede i byer, mens en mindre andel på 10% boede i bygder. Uddannelsesmæssigt havde to tredjedele en videregående uddannelse, mens cirka hver femte havde en gymnasial- eller erhvervsuddannelse. En mindre gruppe under 10%, havde kun folkeskolebaggrund, og ganske få havde ingen formel uddannelse. Hvad angår beskæftigelse, var størstedelen i fuldtidsarbejde (84%), mens enkelte arbejdede deltid (5%) eller slet ikke var i beskæftigelse (11%), se bilag 9.2.

● Ja ● Nej ● Ved ikke



Figur 3: Diagnostik registrering.

● Ja ● Ja, ikke regelmæssigt ● Nej



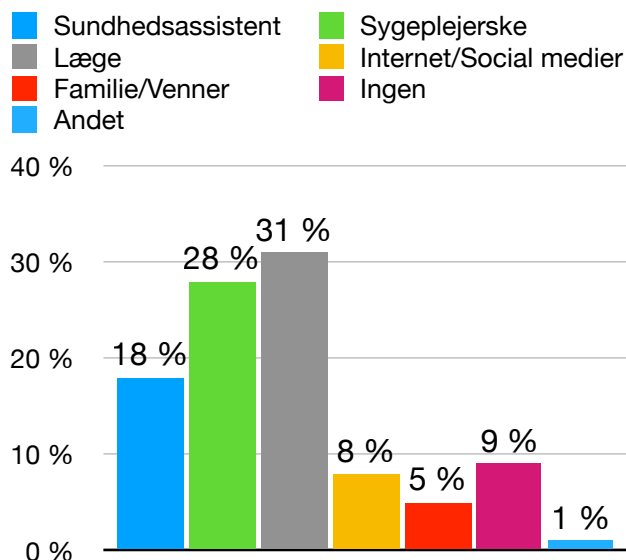
Figur 4: Medicinsk behandling

Ifølge figur 3 havde lidt over en tredjedel (35%) fået diagnosticeret hypertension, mens størstedelen 57% ikke havde, og en mindre gruppe på 8 % var usikre. Blandt dem, der havde fået diagnosen, fremgår det af figur 4, at langt de fleste næsten 8 ud af 10 var i behandling med blodtrykssænkende medicin. En lille andel tog ikke medicinen regelmæssigt, mens knap en femtedel ikke var medicinsk behandling. Når det kom til, hvor ofte deltagerne målte deres blodtryk, svarede 42%, at de gjorde det mindst én gang om året, 39% sjældnere og 19% aldrig.

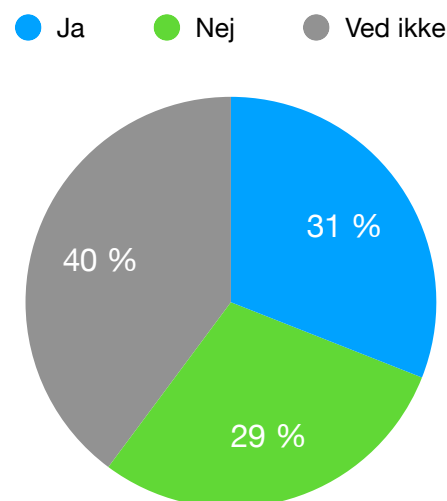
Deltagerne havde forskellige personer i deres netværk, som de talte med om sundhed og forebyggelse. Godt en fjerdedel nævnte familien som deres vigtigste netværk, en tilsvarende andel nævnte venner, og omtrent lige så mange angav sundhedspersonale. Derudover nævnte 20% deres kollegaer, mens få kun 1% ikke talte med nogen om sundhed, og 2% placerede sig i kategorien “andet”. Mange udtrykte bekymring over sundhedstilbuddene i deres nærområde. Mere end



halvdelen havde oplevet problemer med at få en tid hos en læge eller sygeplejerske. Når det gælder brugen af sundhedsklinikker, viste svarene en vis spredning, 37% besøgte klinikken flere gange om året, knap en femtedel én gang årligt, mens 42% kom der sjældent. Kun få 2% angav, at de aldrig brugte sundhedsklinikken.



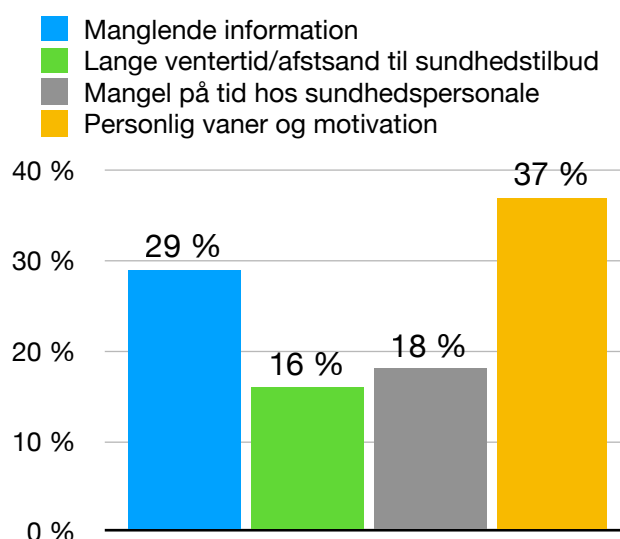
Figur 5: Personens sundhedsnetværk



Figur 6: Oplevelse af sygeplejerskens tid til vejledning

Der var en udbredt opfattelse af, at informationen om forebyggelse af sygdomme, herunder hypertension var utilstrækkelig. Ifølge figur 5 havde knap en tredjedel modtaget vejledning fra en læge, mens 28% havde fået det fra en sygeplejerske og 18% fra en sundhedsassistent. Nogle nævnte også internettet og sociale medier (8%), familie og venner (5%) eller andet (1%). Mens 9% havde slet ikke modtaget nogen form for vejledning. I forhold til sygeplejerskers tid til vejledning viste figur 6, at kun 31% mente, at sygeplejersken havde tid til at vejlede om forebyggelse af hypertension. Næsten lige så mange 29% mente det modsatte, mens den største gruppe, 40%, svarede "ved ikke".

Når det gælder de konkrete sundhedstilbud lokalområdet, mente 43% af deltagerne, at der ikke var tilstrækkelige tilbud til at forebygge hypertension. Kun 28% svarede "ja", mens 29% angav "delvist". I alt 45% af deltagerne havde modtaget konkret vejledning om forebyggelse, hvilket betyder, at over halvdelen ikke havde fået konkrete råd.

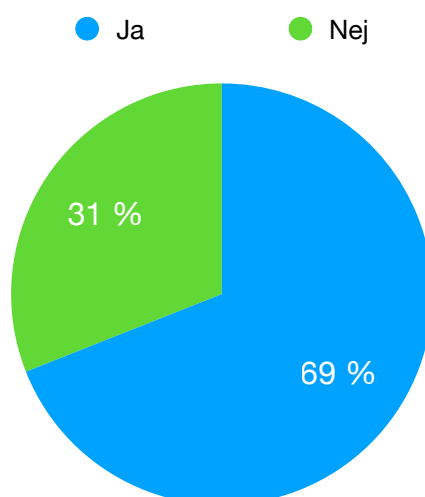


Figur 7: De største barrierer i forbyggelse mod hypertension

Som vist i figur 7 blev de største barrierer i forebyggelse af hypertension identificeret som manglende information (29%), lange ventetider og afstand til sundhedstilbud (16%) samt sundhedspersonalets manglende tid (18%). Desuden nævnte hele 37% personlige vaner og lav motivation som en væsentlig udfordring. Blandt de forebyggende råd, som deltagerne havde modtaget, var ændringer i kost (21%) og øget fysisk aktivitet (28%) de mest fremtrædende. Derudover nævnte 17% rygestop og 10% stresshåndtering. En femtedel havde ikke modtaget nogen råd, og enkelte svarede “*andet*”.

Stress og søvn blev også belyst. 47% følte sig ofte stressede i hverdagen, 43% sjældent, og ganske få 2% følte sig stressede hele tiden. Søvnmønsteret varierede, hvor næsten halvdelen sov mellem 5-6 timer pr. nat, en anden stor gruppe sov 7-8 timer, mens ganske få sov enten under 5 timer eller mere end 8.

Når det kommer til KRAM-faktorerne, viste figur 8, at 69% kendte til de officielle kostråd, mens 31% ikke gjorde. Madvanerne varierede markant. Kun få 3% spiste traditionel grønlandsk mad dagligt, men 40% gjorde det flere gange om ugen. 57% spiste det sjældent. Samtidig undgik 61% forarbejdet mad det meste af tiden, mens 35% spiste det flere gange om ugen.



Figur 8: De 10 kostråd

Rygning var også udbredt. 18% havde tidligere røget eller brugt snus, mens 30% røg mindre end 10 cigaretter om dagen, og 11% røg mellem 11-20. Kun én deltager røg 21-30 cigaretter dagligt. Ingen røg over 30 cigaretter dagligt, og 40% angav, at de ikke brugte tobak eller snus overhovedet.

Alkoholforbruget var begrænset hos de fleste. 3% drak dagligt, 17% ugentligt, lidt over halvdelen (52%) drak sjældent, mindre end én gang om året, og 28% angav, at de aldrig drak alkohol. Fysisk aktivitet var sparsom hos mange. 47% dyrkede sjældent motion, 13% aldrig, 26% flere gange om ugen og kun 14% var fysisk aktive dagligt.

4.1. Foucault (Nukannguaq)

Michel Foucault (1926-1984) var sociolog og praktisk filosof, der grundigt undersøgte hvordan samfundet former og konstruerer opfattelser af kroppen, herunder forestillinger om hvad der betragtes som sundt eller sygt. Ifølge Foucault er disse forståelser socialt skabte (Timm og Andersen, 2018, s. 17). I analysen anvendes Foucaults begreber om *panoptikon*, *biomagt*, *governmentality* og *magt*, da de bidrager til at belyse de underliggende strukturer og dynamikker, der viser både sundhedssystemet og individets handlemuligheder (ibid., s. 17; Pedersen, 2018, s. 30).

Foucaults begreb *panoptikon* beskriver en magtform, hvor individet regulerer sin adfærd ud fra følelsen af at være overvåget også uden faktisk overvågning (ibid., s. 30). I sundhedsvæsenet ses dette i forventningen om, at borgere selv måler blodtryk og følger anbefalinger (SDCG-Hypertension, s. 2). Vores empiri viser, at kun 42% måler blodtryk mindst én gang årligt, 39% sjældnere end en gang om året, mens 19% aldrig gør det. Dette tyder på, at selvreguleringen ikke er fuldt udviklet. Panoptikonet forudsætter, når systemets tilstedeværelse er svag, udebliver også



oplevelsen af overvågning, hvilket svækker den adfærdsregulering. Nielsen m.fl., (2022, s. 5-6.) fremstiller dette ved at vise, at centrale sundhedsdata som blodtryk, BMI og rygestatus ofte mangler i EPJ, selv hos patienter i behandling. Uden systematisk dokumentation svækkes både det sundhedsfaglige overblik og borgernes motivation for at ændre adfærd.

Foucaults begreb *biomagt*, også kaldet biopolitik, beskriver, hvordan staten styrer befolkningens sundhed gennem regulering, registrering og sundhedspolitiske tiltag (Pedersen, 2018, s. 32). Denne styring forudsætter systematisk dokumentation, som gør det muligt at overvåge og handle på sundhedsdata. I Grønland er der dog betydelige mangler. Under halvdelen af patienterne bliver registreret i EPJ med målinger som blodtryk, BMI og rygestatus, selvom det anbefales i værktøjer som *Inuunerissaavik Steno - Livsstilslaminast* (D4 - D4-ID 2519). Ifølge Nielsen m.fl., (2022, s. 3) havde kun 7,9% en registreret diagnosekode for hypertension, selvom 17,5% fik medicin mod det. Dette viser, at patienter med korrekt registreret diagnose modtager en markant bedre behandling, herunder flere målinger og opfølgning. Den manglende registrering svækker både overblikket over sygdomsudbredelsen og mulighederne for målrettet forebyggelse. Det går ikke alene ud over kvaliteten af behandlingen, men begrænser også sygeplejerskernes mulighed for at arbejde systematisk og effektivt med forebyggende indsatser.

Foucaults begreb *governmentality* beskriver, hvordan staten søger at styre borgernes adfærd gennem normer, oplysning og forventningen om individuelt ansvar for sundhed. Borgerne forventes for eksempel at følge kostråd og ændre livsstil ud fra sundhedsinformation (Pedersen, 2018, s. 36). Denne form for styring kræver dog både viden og støtte. Vores empiri viser, at 31% ikke kender de officielle kostråd, og 37% viser på vaner og lav motivation som barrierer for forebyggelse. Det tyder på, at *governmentality* ikke nødvendigvis fører til sund adfærd, hvis den ikke understøttes af tilgængelig og nærværende sundhedsfaglig vejledning. Individuelt ansvar virker kun, når det bakkes op af konkrete relationer og støtte (ibid., s. 36-37).

Sygeplejerskens rolle er central, da magt og viden ifølge Foucault er tæt forbundet med den, der har sundhedsfaglig viden, og kan påvirke andres forståelser og handlinger (Timm og Andersen, 2018, s. 15). Magt udøves især gennem relationer, hvor viden deles og internaliseres. Sygeplejersken formidler derfor ikke blot information, men støtter borgeren i at reflektere over egen sundhed og tage ansvar (Pedersen, 2018, s. 29). Alligevel viser vores empiri, at kun 28% har modtaget vejledning fra en sygeplejerske, hvilket viser på et uudnyttet potentiale for at styrke borgernes



handlekompetence. Samtidig viser, 18% mangel på tid og 16% lange ventetider/afstande til sundhedstilbud som barrierer. Som en eksempel har en deltager formulerer det: ”*Man skal først have en tid hos lægen hver 3. måned for at få taget blodprøver, og det tager alt for lang tid. Når man ringer, er der lang ventetid, man skal vente i telefonen, og hvis man ikke kommer igennem, må man starte forfra.*” (Anonym 6), her kan man se dette begrænser mulighederne for at etablere de relationelle, sundhedsfremmende samtaler, hvor viden omsættes til konkret støtte og forandring.

4.1.1. Delkonklusion:

Foucaults begreber viser, at forebyggelsen af hypertension i Grønland påvirkes af en række magtstrukturer og systemiske mangler. Borgerne forventes at tage ansvar for egen sundhed, men dette ansvar forudsætter synlighed, viden og støtte som ofte mangler. Panoptikon og governmentality fungerer ikke uden kontakt og registrering. Samtidig viser analysen, at sygeplejerskens rolle som bærer af sundhedsfaglig viden og relationel magt er central, men underudnyttet på grund af organisatoriske og strukturelle begrænsninger. Disse forhold begrænser sygeplejerskernes mulighed for at implementere effektive forebyggende tiltag og viser på nødvendigheden af et stærkere og mere tilgængeligt sundhedssystem.

4.2. Bourdieu (Tukummeq)

Pierre Bourdieu (1930-2002) var en fransk sociolog og brugte begreberne habitus, kapital og felt til at vise, hvordan sociale strukturer påvirker sundhedsvalg. Han mente, at sundhedsadfærd afhænger af sundhedskapital, som viden, netværk og tillid til systemet (Larsen, 2018, s. 49, s. 66). Bourdieu giver en ramme for at forstå, hvordan sociale forhold påvirker sygdomshåndtering og sygeplejerskernes forebyggende arbejde (ibid., s. 58).

Ifølge Nielsen m.fl. (2022, s. 3) viser data, at 17,5% af den voksne grønlandske befolkning anvendte antihypertensiv medicin i 2021, men kun 7,9% havde en registreret diagnosekode for hypertension. De fleste patienter med hypertension har ingen symptomer (Olsen, 2019, s. 423), hvilket kan være en medvirkende årsag til denne forskel mellem faktisk behandling og formel registrering. Ved at anvende Bourdieus teori kan vi få en dybere forståelse af, hvordan sociale vilkår påvirker handlinger. I vores empiri angiver 35% af deltagerne at være diagnosticeret med hypertension, hvilket tyder på at mange borgere lever med sygdommen uden at være korrekt registreret i sundhedssystemet. Dette viser at borgernes sundhedsadfærd og muligheder for, at forebygge hypertension i Grønland hænger tæt sammen med sociale og strukturelle forhold.



Bourdieu's begreb *habitus* kan forklare, hvordan individets erfaringer og sociale baggrund præger forståelsen af sygdom (Larsen, 2018, s. 53). En deltager i undersøgelsen udtaler: “*Mere information. Jeg har nok hele livet haft forhøjet blodtryk og jeg ved ikke hvorfor. Jeg har ikke røget i næsten 10 år, drikker sjældent alkohol, dyrker motion.*” (anonym 18). Udsagnet illustrerer et *habitus*, hvor sundhedsforståelsen ikke stemmer overens med sundhedsvæsenets normer. På trods af en sund levevis oplever deltageren uforståelig sygdom og manglende viden, hvilket tyder på begrænset *kulturel kapital* (Larsen, 2018, s. 58).

Bourdieu skelner mellem tre hovedformer for kapital, som er *økonomisk, kulturel og social* (ibid., s. 58). Flere deltagere nævnte “*mangel på information*” eller “*for lidt vejledning*”, hvilket viser på lav kulturel og social kapital. Kulturel kapital handler her om evnen til at forstå sundhedsfaglig information, mens social kapital dækker over tillid og adgang til professionelle relationer (ibid., s. 58). Når kun 28% har modtaget vejledning fra en sygeplejerske og 29% svarer at sundhedspersonalet ikke har tid til vejledning, viser det at adgangen til ressourcer er ujævnt fordelt. Dette viser at sundhedsadfærd ikke alene kan forklares som individuelle valg, men må ses i lyset af ulige adgang til kapital og strukturelle begrænsninger. En sådan forståelse viser behovet for sundhedsindsatser, der er socialt differentierede og tilpasset borgernes reelle livsvilkår.

Sundhedsvæsenet kan forstås som et *felt*. Et socialt rum med egne regler, normer og magtforhold (ibid., s. 55). Her mødes patienter og sundhedspersonale, men med ulige udgangspunkter. Sygeplejersken besidder stor sundhedsfaglig og symbolsk kapital, mens borgeren ofte mangler fagsprog og anerkendelse. Dette skaber en asymmetrisk relation, hvor borgeren ikke nødvendigvis føler sig set eller forstået (ibid., s. 55). Citatet fra anonym 18 viser, hvordan manglende adgang til viden og anerkendelse kan skabe frustration og tvivl, selv blandt borgere, der forsøger at handle sundt. Det viser at et ligeværdigt møde kræver mere end information, hvor sundhedsvæsenet skal anerkende borgerens erfaringer og arbejde for at udligne den skæve kapitalfordeling.

Doxa er de tavse normer og forventninger i feltet, for eksempel at borgere selv tager ansvar for deres helbred, følger kostråd og opsøger hjælp (ibid., s. 64). Men dette kræver at borgerens *habitus* er i overensstemmelse med feltets logik. I vores empiri kender 69% de officielle kostråd, men 31% gør ikke og hele 37% nævner personlige egne vaner og motivation som den største barriere. Endelig viser begrebet om *den statsautoriserede sundhedskrop*, at kroppen i sundhedsvæsenet vurderes ud fra standardiserede målinger (ibid., s. 64). I Grønland fik kun 57,2% af de registrerede patienter



målt blodtryk årligt og kun 51,6% fik målt BMI (Nielsen m.fl., 2022, s. 6). Når kroppen ikke registreres, bliver den i praksis usynlig i systemet og borgeren falder uden for det, der anerkendes som “gyldig” sundhed (Larsen, 2018, s. 64). Dette viser, at sundhedssystemet ikke kun er præget af ulighed i adgangen til ressourcer, men også i de normer, der bestemmer hvad der anses for at være sundt eller legitimt.

4.2.1. Delkonklusion:

Ud fra Bourdieus perspektiv bliver det tydeligt, at forebyggelse af hypertension i Grønland er påvirket af ulighed i adgang til ressourcer, sundhedsinformation og professionel støtte. Borgerens habitus og kapitalformer har stor betydning for, hvordan sundhed forstås og håndteres.

Sygeplejerskens mulighed for at vejlede begrænses ikke kun af tid og struktur, men også af feltets magtlogikker og doxa. For at styrke forebyggelsen kræver det, at sundhedsvæsenet arbejder med at udligne ulighed i sundhedskapital og møder borgeren dér, hvor vedkommende er.

4.3. Bjarne Bruun Jensen (Nukannguaq)

Bjarne Bruun Jensen (1954 -) var en dansk professor og leder af sundhedsfremmeforskningen, som chefkonsulent ved Steno Diabetes Center. Han har en baggrund i biologi, samfundsfag og en ph.d. i sundhedspædagogik (Jensen m.fl., 2016, s. 15). I analysen anvendes hans teori om kernebegreber i sundhedspædagogik som er det brede sundhedsbegreb, handlekompetence, deltagelse, viden og setting (Jensen 2016, s. 127).

Det brede sundhedsbegreb indebærer, at sundhed ikke kun handler om fravær af sygdom, men også om trivsel, gode relationer og et meningsfuldt liv (ibid., s. 129-130). Vores empiri viser, at 37% oplever personlige vaner og manglende motivation som en barriere, 47% føler sig ofte stressede, og 2% oplever konstant stress. Det tyder på, at sundhedsforståelsen rækker ud over målinger, diagnoser omfatter sociale og psykiske forhold (ibid., s. 130). Derudover ryger 37% dagligt, og 35% spiser ofte forarbejdede fødevarer. Samtidig bor 10% af vores informanter i områder med begrænset adgang til sundhedstilbud, hvilket påvirker deres muligheder for forandring. Det viser, at sundhed ikke kun afhænger af individuelle valg, men også påvirkes af stress, sociale vilkår og strukturelle forhold. For at styrke folkesundheden i Grønland kræves en helhedsorienteret indsats, der både adresserer personlige, psykiske og sociale faktorer samt de rammer, borgerne lever under.



Handlekompetence betegner evnen og motivationen til at tage vare på egen sundhed (ibid., s. 136). Vores empiri viser, at 55% af borgerne ikke føler sig tilstrækkeligt informeret om, hvordan man kan forebygge hypertension. Samtidig angiver kun 14%, at de motionerer dagligt, og 36% har ikke modtaget nogen form for forebyggende vejledning. Disse forhold viser en lav handlekompetence blandt borgerne (ibid., s. 137). Det kan skyldes, at de mangler relevant viden, har begrænset tillid til sundhedsvæsenet eller kun har få erfaringer med at træffe sunde valg i hverdagen. Ifølge Nielsen m.fl., (2022, s. 6) havde kun 57,2% af de diagnosticerede patienter fået målt blodtryk det seneste år. Hvilket viser, at selv blandt dem i behandling er egenomsorg og opfølgning begrænset.

Deltagelse er centralt i sundhedspædagogik, da borgerne skal involveres i beslutninger om egen sundhed for at tage kontrol over deres eget liv og gennemføre varige forandringer (Jensen, 2016, s. 138). Kun 31% af deltagerne i vores empiri havde modtaget konkrete forebyggende råd, og mange angiver, at de ikke oplever, at sygeplejersker har tid til at vejlede dem. Der er altså lav grad af aktiv involvering i deres egen sundhed. Dertil kommer, at 43% ikke oplever sundhedstilbuddene i deres område som tilstrækkelige. Når borgere ikke inddrages aktivt og mangler tid, støtte og adgang til sundhedstilbud, svækkes deres mulighed for at tage ejerskab over egen sundhed. Forebyggelse bliver dermed noget, der sker *for* dem i stedet for *med* dem, hvilket ifølge Bruun Jensen strider mod formålet med en sundhedsfremmende tilgang (ibid., s. 140-141).

Viden er grundlaget for sundhedsfremme og skal være relevant, forståelig og anvendelig (ibid., s. 141). I vores empiri kender 69% de officielle kostråd, mens 31% ikke ved, hvordan de kan forebygge hypertension. Selvom viden ofte formidles af sundhedspersonale, har kun 28% modtaget vejledning fra en sygeplejerske, der spiller en central rolle i forebyggelsen (ibid., s. 145). Nielsen m.fl., (2022, s. 6) viser desuden, at plejekvaliteten er højere hos patienter med registreret diagnosekode. Det viser, at viden afhænger af både individuel information og systematisk registrering, som er afgørende for effektiv forebyggelse og bedre sundhedsresultater. En deltager udtrykker således: *“Mange ved ikke de har forhøjet blodtryk - mere vejledning og sundhedspersonale være mere ude blandt befolkning”* (anonym nr. 36). Ifølge Bruun Jensen skal viden ikke kun være tilgængelig, men også gives på en måde, der er brugbar og tilpasset borgernes hverdag (Jensen, 2016, s. 141-143). Manglende vejledning svækker både handlekompetence og muligheden for effektiv forebyggelse.

Setting dækker over de fysiske, sociale og organisatoriske rammer for sundhedsfremme (Jensen, 2016, s. 145). I Grønland skaber geografiske afstande, mangel på sundhedspersonale og mangelfuld



journalsystematik store udfordringer (Nielsen m.fl., 2022, s. 2, s. 7). Kun 45% af patienter i behandling for hypertension havde en registreret diagnosekode (ibid., 2022, s. 3). Det svækker sygeplejerskernes mulighed for at planlægge forebyggende indsatser, sikre kontinuitet og understøtte borgernes handlemuligheder i hverdagen (Jensen, 2016, s. 149). Vores empiri viser desuden, at 29% ikke finder sundhedstilbuddene tilstrækkelige, og 55% har haft problemer med at få en tid hos sundhedspersonale. Det viser på en setting præget af strukturelle og logistiske barrierer, som begrænser sygeplejerskernes muligheder for at arbejde systematisk med forebyggelse af hypertension (ibid., 2018, s. 149).

4.3.1 Delkonklusion:

Analysen viser, at forebyggelse af hypertension i Grønland påvirkes af komplekse samspil mellem borgernes sundhedsforståelse, deres handlekompetence og de sundhedsmæssige rammer, de lever i. Borgerne har begrænset viden, lav deltagelse i sundhedsfremmende indsatser og adgang til systematisk vejledning. Disse forhold hæmmer også sygeplejerskernes muligheder for at implementere forebyggende tiltag. Med udgangspunkt i Bruun Jensens teori er der behov for at styrke alle fem kernebegreber særligt viden, deltagelse og setting, for at skabe reelle betingelser for sundhedsfremme i praksis.

4.4. Zoffmann (Tukummeq)

Vibeke Zoffmann (1949 -) var en dansk forsker og sygeplejerske, kendt for sit arbejde med at forbedre dialogen mellem patienter og sundhedsprofessionelle, især ved kroniske sygdomme som diabetes (Glindorf, 2018, s. 709).

I arbejdet med forebyggelse og behandling af hypertension i Grønland er det afgørende at tage udgangspunkt i patientens egne erfaringer, forståelse og livsbetingelser. Zoffmanns teori om personcentreret vejledning, GEB, fremhæver, at det ikke er tilstrækkeligt blot at give information. I stedet skal patienten aktivt inddrages i beslutningsprocessen omkring egen sygdom og behandling. Dette indebærer, at sygeplejersken fungerer som både støtte og vejleder, der anerkender patientens livsvilkår, kulturelle baggrund og værdier (Zoffmann, 2007, s. 310-312; Zoffmann, 2013, s. 736-737; Bjerregaard, 2013, s. 300-301). Den personcentrerede tilgang forudsætter derfor både faglig viden og kommunikative færdigheder, så vejledningen kan tilpasses den enkelte og dermed opleves meningsfuld og brugbar.



Vores empiri viser tydeligt, at mange borgere oplever utilstrækkelig støtte og vejledning i forhold til deres sundhed. Kun 28% angiver, at de har modtaget vejledning fra en sygeplejerske, og 29% nævner manglende information som en barriere for at forebygge sygdom. En deltager udtrykker det således: *"Mere information. Jeg har nok hele livet haft forhøjet blodtryk og jeg ved ikke hvorfor"* (Anonym 18). Derudover svarer 29%, at de ikke oplever, at sundhedspersonalet har tid til vejledning, og flere deltagere påpeger, at de ikke ved, hvem de skal kontakte. Samtidig angiver 16% praktiske barrierer såsom afstand og tilgængelighed som udfordringer, mens hele 37% fremhæver manglende motivation og personlige vaner som den største barriere for at ændre livsstil. Selvom 69% kender de officielle kostråd, svarer 29%, at de ikke har modtaget konkrete forebyggelsesråd. Kun 14% er fysisk aktive dagligt, og 57% spiser sjældent traditionel grønlandsk mad, hvilket viser på store variationer i sundhedsadfærd og livsstil.

Disse resultater viser på et stort behov for en mere differentieret og personcentreret tilgang til sundhedsvejledning i Grønland. Ifølge Zoffmann (2007, s. 318) er det ikke nok at levere generel information. Vejledningen skal tage udgangspunkt i den enkeltes ressourcer, motivation og livsomstændigheder. Citatet fra borgeren, som trods mulig livslang hypertension stadig mangler indsigt, viser, at viden ikke nødvendigvis fører til forståelse. Her bliver sygeplejerskens rolle som formidler, lytter og vejleder central. Når næsten en tredjedel af deltagerne oplever, at sundhedspersonalet ikke har tid, og når praktiske barrierer som afstand yderligere begrænser adgangen samt muligheden for egenomsorg og inddragelse. Det viser, at sundhedsvæsenet ikke kan nøjes med at forvente borgernes deltagelse, men må tage ansvar for at muliggøre den. Samtidig viser vores empiri, at motivation og personlige vaner spiller en væsentlig rolle. Mange ved, hvad de *bør* gøre, men mangler støtte til at omsætte viden til handling.

Ifølge GEB-tilgangen skal sygeplejersken derfor hjælpe borgeren med at identificere realistiske mål og løsninger, der passer til netop deres livssituation (Bjerregaard, 2013, s. 166). Det indebærer også kulturel sensitivitet. Når 57% sjældent spiser traditionel grønlandsk mad, og mange oplever sundhedsydelse som utilgængelige, er det nødvendigt, at vejledning og forebyggelse tilpasses den grønlandske kontekst, geografisk, kulturelt og socialt. Zoffmanns teori tilbyder således en ramme for, hvordan sundhedsfremme kan blive meningsfuld og effektiv i praksis (ibid., s. 300). I vores empiri viser, at der er behov for mere end information såsom at borgerne efterspørger relationel støtte, retning og forståelse, som alt det, den personcentrerede tilgang kan tilbyde.



4.4.1. Delkonklusion:

Vores analyse med Zoffmanns teori om GEB viser, at borgere i Grønland har brug for mere end information. De har brug for støtte til at træffe personlige og realistiske valg om deres hypertension. Sygeplejerskens rolle er at guide og motivere, tilpasse vejledningen til den enkeltes liv og kulturelle kontekst. Vores empiri viser, at manglende motivation, uklare informationer og praktiske barrierer hæmmer både borgerne og sygeplejerskernes forebyggende arbejde. Derfor er tid og ressourcer til personcentreret vejledning afgørende for at gøre forebyggelse mulig og effektiv i Grønland.

5. Diskussion

Den kvantitative metode har givet os et godt overblik over deltagernes sundhedsadfærd og oplevelser med sundhedstilbud, hvilket har været relevant i forhold til vores problemformulering. Metoden har gjort det muligt at indsamle data fra mange deltagere og identificere tendenser. Dog har vi været opmærksomme på, at spørgeskemaundersøgelsen ikke giver dybere indsigt i de personlige oplevelser bag svarene. En kombination med kvalitative interviews kunne have nuanceret resultaterne yderligere.

Analysen viser, at forebyggelse af hypertension i Grønland er præget af både strukturelle og relationelle udfordringer. Med afsæt i Foucaults begreber bliver det tydeligt, at ansvaret for sundhed i høj grad placeres hos individet gennem strategier præget af *governmentality* og *panoptisme*. Det forudsætter disse styringsteknologier, at borgerne er synlige for systemet og har adgang til viden og støtte noget, der ofte ikke er tilfældet i praksis. Dette skaber en diskrepans mellem forventet og faktisk handlekompetence. Sygeplejersken har i princippet en central rolle som formidler af sundhedsfaglig viden og udøver af relationel magt, men denne rolle undergraves af organisatoriske og strukturelle barrierer, der begrænser hendes handlemuligheder. Når vi anskuer problemstillingen gennem Bourdieus teoretiske briller, fremstår ulighed som et centralt tema. Borgernes *habitus* og adgang til forskellige former for kapital især sundhedskapital har afgørende betydning for, hvordan de forstår og håndterer deres helbred. Feltets magtstrukturer og dominerende doxa kan fastholde både borgere og sundhedsprofessionelle i bestemte mønstre, der hæmmer nytænkning og deltagelse. For at fremme lighed og effektiv forebyggelse må sundhedsvæsenet aktivt arbejde for at anerkende og imødekomme borgernes forskellige udgangspunkter og kompetencer. I Bruun Jensens teori på behovet for at styrke de strukturelle og pædagogiske rammer for sundhedsfremme. Det gælder især kernebegreberne *viden*, *deltagelse* og *setting*, som er svagt repræsenteret i det nuværende



sundhedstilbud. Forebyggelse kræver mere end individuelle livsstilsændringer det forudsætter systematisk støtte, tilgængelig vejledning og strukturer, der muliggør deltagelse og handling. Afslutningsvis mener/finder vi, at Zoffmanns GEB-teori tilføjer en vigtig dimension til forståelsen af, hvad der skal til for at lykkes med forebyggelse. Information alene er ikke nok motivation, støtte og relationel tilpasning er centrale elementer. Vores empiri viser, at borgerne oplever begrænsninger i form af uklare informationer, lav motivation og praktiske barrierer. Her bliver sygeplejerskens evne og mulighed for at tilpasse vejledning til den enkeltes livssituation og kulturelle kontekst afgørende. At kunne udtrykke sine udfordringer i en rammesat dialogform blev oplevet, som en lettelse og gav en oplevelse af at blive mødt og anerkendt (Zoffmann, 2004, s. 128). Men også her spænder tid og ressourcer ben for en egentlig personcentreret tilgang. På tværs af de anvendte teorier tegner der sig et billede af et sundhedssystem, der har gode intentioner, men som i praksis ikke formår at tilbyde de nødvendige rammer for effektiv forebyggelse. Der er behov for en helhedsorienteret indsats, hvor både strukturelle, relationelle og kulturelle forhold tænkes med og hvor sygeplejerskens rolle som både fagperson og relationsskaber får den nødvendige plads og støtte.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt 113 borgere i Grønland viser, at 35% er diagnosticeret med hypertension, væsentligt højere end i Danmark, hvor andelen er 20,5% (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 147). Det kan skyldes livsstil, manglende forebyggelse eller forskelle i undersøgelsesmetode. 3% af deltagerne i vores undersøgelse modtager ikke regelmæssig behandling, hvilket viser på udfordringer med adgang, opfølgning eller motivation. I Danmark er 26% i behandling, men kun 9% er i regelmæssig kontrol, hvilket viser, at der også her er problemer med opfølgning og fastholdelse (WHO, 2023, s. 1). Begge lande har udfordringer i håndteringen af hypertension, Grønland primært med tilgængelighed og kontinuitet, Danmark med opfølgning. Det understreger behovet for bedre forebyggelse, oplysning og systematisk behandling.

Vores undersøgelse viser tydelige strukturelle barrierer i håndteringen af hypertension. Udover den høje forekomst på 35%, har 55% oplevet problemer med at få tid hos sundhedspersonale, og kun 29% mener, der er tilstrækkelige sundhedstilbud i deres område. Kun 31% oplever, at sygeplejersker har tid til vejledning. Disse forhold begrænser både forebyggelse, behandling, og øger risikoen for ulighed i sundhed. Manglende adgang og kapacitet i sundhedssystemet reducerer effekten af sundhedsfremmende indsatser og kan føre til, at patienter falder ud af behandlingsforløb. Sundhedsadfærd påvirkes netop af sociale og strukturelle forhold, som ofte overses i indsatser med



snævert individfokus. Derfor er der behov for mere helhedsorienterede løsninger (Jourdan m.fl., 2016, s. 2). Det viser på et behov for styrkede sundhedstilbud og bedre ressourcefordeling.

Personlige og psykosociale faktorer har stor betydning for forebyggelsen af hypertension og bør indgå i sundhedsfremmende indsatser (Departementet for sundhed, 2020, s. 23). I vores undersøgelse viser 36% manglende motivation og vaner som barrierer, hvilket viser behovet for sundhedspædagogisk støtte, der kan styrke handlekompetence og fremme livsstilsændringer. Desuden viser 47% stress og 46% utilstrækkelig søvn, begge faktorer øger risikoen for hypertension. Et nyere review viser, at utilstrækkelig søvn og dårlig søvnkvalitet øger risikoen for hjertekarsygdomme, fedme og psykiske lidelser, særligt i lav- og mellemindkomstlande med begrænset sundhedsadgang (Lourdes, 2025, s.1). I Danmark viser tal fra 2023, at 34% af voksne sover under 7 timer, selvom gennemsnittet er 7 timer og 12 min. (Sundhedsstyrelsen, 2024, s. 10). På en vinterhverdag sover voksne i gennemsnit 7 timer og 57 min. (Greve, 2019, s. 463). Samtidig er stressniveauet stigende. I perioden 2010 til 2021 er andelen med en høj score på stressskalaen steget fra 20,8% til 29,1%, hvor der er en stigning på 8,3% (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 40). Forskning viser, at langvarig stress over tid kan øge risikoen for sygdom (Renolen, 2011, s. 137). Ifølge Yang m.fl. (2024, s. 3, 5 og 7) svækker stress desuden evnen til at håndtere hypertension, da det reducerer mental kapacitet og forstærker emotionelle barrierer som lav motivation og angst. Det viser, at søvnunderskud og stress også er udbredte risikofaktorer i Danmark. Her viser dette behovet for at kombinere strukturelle og individuelle indsatser. I vores undersøgelse, hvor sundhedsadgangen er begrænset, bliver støtte til stresshåndtering, søvnvaner og motivation særligt vigtig. En helhedsorienteret indsats, der adresserer både system- og individniveau, er afgørende for en effektiv forebyggelse af hypertension.

Sundhedsvæsenets reform blev igangsat af Naalakkersuisut i 2003 og omsat i praksis fra 2011. Den tidligere danske model fra 1928 blev udfordret af ændrede livsstilmønstre, blandt andet urbanisering og en mere vestlig levevis, hvilket har øget forekomsten af livsstilssygdomme som diabetes, hjertekar-sygdomme og kræft, samtidig med at levealderen er steget (Aagard, 2015, s. 68). Vores empiri afspejler disse udviklinger: 90% af deltagerne bor i byer, 59% er under 40 år, og 66% har en videregående uddannelse, faktorer, der kan vise på større sundhedsbevidsthed. At 83% af deltagerne er kvinder, kan også have betydning for mødet med sundhedsvæsenet og forebyggelsesindsatser. Samtidig varierer faglige tilgange blandt plejepersonale, og jo højere i hierarkiet, desto



større synes fokus at være på sygdomsorienterede perspektiver (ibid., s. 155). Det kan påvirke, hvordan sundhedsindsatser planlægges i forhold til en befolkning i forandring.

Resultaterne fra vores undersøgelse viser tydelige sundhedsmæssige udfordringer relateret til KRAM-faktorerne i den grønlandske befolkning. Kun 14% af deltagerne motionerer dagligt, mens hele 60% enten sjældent eller aldrig er fysisk aktive. Det viser et generelt lavt aktivitetsniveau, som er bekymrende set i lyset af WHO's anbefaling om minimum 150 minutters moderat fysisk aktivitet om ugen kombineret med mindst to ugentlige muskelstyrkende aktiviteter (Sundhedsstyrelsen, 2023). Tilsvarende viser data fra Danmark, at 58,1% af den voksne befolkning ikke lever op til disse minimumsanbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 12). Det viser, at fysisk inaktivitet er en udbredt udfordring i både Grønland og Danmark, med særligt høje andele i vores undersøgelse. Fysisk inaktivitet øger risikoen for livsstilssygdomme som hypertension, hvilket gør problemstillingen særligt relevant. Internationale studier viser desuden, at fysisk inaktivitet er en udbredt barriere og tæt knyttet til dårlig blodtryksskontrol (Elnaem m.fl, 2022, s. 8). Det viser behovet for helhedsorienterede indsatser, der adresserer livsstilsfaktorer effektivt.

Vores undersøgelse viser, at tobaksforbrug fortsat er udbredt i Grønland. 30% ryger under 10 cigaretter dagligt, 11% ryger 11-20, og 1% ryger 21-30. Ingen angav at ryge mere end 30 cigaretter. En stor andel af befolkningen anvender dagligt røgtobak, hvilket viser tobakkens udbredelse i hverdagen (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 12). Derudover har vores undersøgelse vist, at 18% tidligere har røget eller brugt snus, mens 40% ikke anvender nogen form for tobak. Samlet set har næsten halvdelen erfaring med tobak, hvilket gør det til en væsentlig sundhedsrisiko (Departementet for sundhed s. 19). Til sammenligning ryger 13,9% af voksne danskere dagligt (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 60). Det tyder på, at tobaksforbruget i Grønland er højere, især blandt lette og moderate rygere. Tobak øger risikoen for hypertension og hjertekarsygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 5). Resultaterne viser behovet for målrettede rygestoptilbud og forebyggelse, især i grupper med lav sundhedskompetence.

I vores undersøgelse svarer kun 3%, at de drikker alkohol dagligt, mens 17% drikker ugentligt, og størstedelen drikker sjældent eller aldrig. I Danmark er andelen, der drikker alkohol alle 7 dage om ugen, stabil omkring 8,6-8,7% (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 77), hvilket er højere end i vores undersøgelse. WHO's europæiske region har det højeste alkoholforbrug pr. indbygger i verden (WHO, 2019, s. 1), og den danske daglige alkoholindtagelse ligger over det niveau, vi fandt i vores



grønlandske stikprøve. Den højere daglige alkoholindtagelse i Danmark kan bidrage til en større forekomst af hypertension i befolkningen. Derfor kan den lavere andel af daglig alkoholindtagelse i vores gruppe være med til at reducere risikoen for hypertension sammenlignet med den danske befolkning.

Endelig viser vores undersøgelsen, at netværk og vejledning spiller en vigtig rolle. Mange deltageres primære sundhedssamtaler foregår med familie eller venner, og kun 25% nævner sundhedspersonale som primær kilde til forebyggelsessnakke. At gennemføre en motiverende samtale eller andet forebyggelsestilbud kræver ofte særlige kompetencer samt viden og træning. Tilbuddene udføres typisk i kommunalt regi, men også personale i almen praksis og på sygehuse kan være kvalificerede (Sundhedsstyrelsen, 2015, s. 8). Dette viser et muligt tillids- eller tilgængeligheds-problem i kontakten til sundhedsvæsenet og viser behovet for mere tilstedeværende og opsøgende forebyggelse, for eksempel gennem kampagner, mobile sundhedstilbud og lokale sundheds-fremmende aktiviteter. Sammenfattende viser analysen, at der både er individuelle og strukturelle faktorer, der hæmmer effektiv forebyggelse af hypertension i Grønland. For at styrke folkesundheden er det nødvendigt med en helhedsorienteret indsats, der kombinerer bedre adgang til sundhedsydelser, øget sundhedsoplysning og en styrkelse af borgernes motivation og handlekompetence. I den forbindelse er det vigtigt at tage højde for, at mange patienter i det grønlandske sundhedssystem vægter individualisme, autonomi og integritet højt (Øgaard, 2020, s. 321), hvilket bør afspejles i udformningen af sundhedsfremmende tiltag.

6. Konklusion

Vores undersøgelse viser, at forebyggelsen af hypertension i Grønland påvirkes af både strukturelle og individuelle faktorer. Vores analyse viser, at organisatoriske barrierer som manglende adgang til sundhedstilbud og begrænset tid til vejledning udfordrer sygeplejerskernes mulighed for at implementere forebyggende tiltag. Samtidig spiller psykosociale forhold som stress, lav motivation og sundhedsvaner en væsentlig rolle for borgernes evne til at forebygge sygdom. Teoretiske perspektiver fra Foucault, Bourdieu, Bruun Jensen og Zoffmann viser på behovet for en helhedsorienteret indsats, der kombinerer strukturel støtte med individuelt tilpasset vejledning. For at fremme effektiv forebyggelse kræves det, at sygeplejersken får bedre rammer til at møde borgerne med differentieret støtte, der tager højde for både deres livssituation og kulturelle kontekst.



7. Perspektivering

Projektets resultater viser behovet for en helhedsorienteret tilgang til forebyggelse af hypertension i Grønland med fokus på tilgængelighed, sundhedspædagogik og kulturel forståelse. Observationerne fra SDCG, som stadig er under udvikling, synliggør vigtige erfaringer med personcentreret pleje og det sundhedsfaglige samarbejde i en grønlandsk kontekst. Centeret fungerer som et eksempel på, hvordan nationale strategier gradvist kan tilpasses lokale forhold, herunder i forhold til organisering og kapacitetsopbygning. Praktikopholdet i Tórshavn viste, hvordan mindre sundhedssystemer med fleksibilitet og teknologiske løsninger kan sikre nærhed i indsatsen, noget der med fordel kan tilpasses grønlandske forhold, især i bygder med begrænset sundhedsadgang. Der er behov for mere forskning i borgernes sundhedskompetence og mødet med sundhedsvæsenet. Fremtidige interventioner bør forene strukturelle forbedringer med sundhedspædagogisk støtte. Effektiv forebyggelse kræver både faglig opkvalificering af sygeplejersker, borgerinddragelse og bred vidensformidling, både til befolkning og sundhedsprofessionelle.



8. Litteraturliste

8.1. Obligatorisk litteratur

Bernild, Camilla (2018): Patientbegrebet. I: Danbjørg, Dorthe Boe; Tvistholm, Nina (red.): *Patient - Grundbog i sygepleje*. 2. udgave. København, Munksgaard. s. 41-59 (18 s.)

Birkler, Jacob (2021): *Videnskabsteori - en grundbog*. København, Munksgaard Danmark. 2. udgave. Kap. 2, Viden, s. 39-58 (19 s.), Kap. 5, Forklaring, s. 97-108 (11 s.). (I alt: 30 s.)

Bjerregaard, P. (2019): *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018*. Afsnit: 6. Blodtryk, lipider og diabetes s. 38-42. (62 s.)

Departementet for sundhed, 2012: *Inuuneritta II - Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019*. (40 s.)

Departementet for sundhed, 2020: *Inuuneritta III - Naalakkersuisuts strategi for samarbejdet om det gode børneliv 2020-2030*. (100 s.)

Det grønlandske sundhedsvæsen, *Organisationsplan*, 2020 (32 s.)

Glasscock, T. (2019): Kap. 1. Klinisk lederskab i sygeplejen. I: Eldrup, D. S., Glasscock, T. (red.): *At lede sygepleje - sygeplejerskens virksomhedsområde*. København, Gads Forlag. s. 13-52 (39 s.)

Greve, Helle (2019): Søvn I: Jastrup, Susanne; Rasmussen, Dorthe Helving (red.): *Klinik - grundbog i sygepleje*. 2. udgave 1. oplag Munksgaard, København s. 457-480 (23 s.)

Hansen, G. S. (2019): Kap 6. Kredsløbet: Lykke, A. og Thorup, A. W. (red.) (2019): *Sygdomslære - hånden på hjertet*. Munksgaard, København 2019. s 171-230 (61 s.)

Jørgensen, R.; Hansson, B. (2021): Kapitel 5: Den professionelle relation. I: *Kommunikation for sundhedsprofessionelle*. 5 udgave, 1. oplag © Forfatterne og Gads Forlag. s. 85-107 (22 s.)

Larsen, K. (2018): Pierre Bourdieu. I: Timm, H. Andersen, P.T. (red) *Sundhedssociologi En grundbog*, Hans Reitzel Forlag: København s. 49-78 (29 s.)



Nielsen, D., Hjørnholm, T., Jørgensen, P. (2019): Kap. 10. Teori. I: Nielsen, Diane Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (red.): *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne*. København. Samfunds litteratur. s. 133-172. (39 s.)

Nielsen, D., Hjørnholm, T., Jørgensen, P. (2019): Kap. 8. Litteratur og kilder. I: Nielsen, Diane Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (red.): *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne*. København. Samfunds litteratur. s. 87-118. (31 s.)

Nielsen, D., Hjørnholm, T., Jørgensen, P. (2019): Kap. 9. Etik. I: Nielsen, Diane Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (red.): *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne*. København. Samfunds litteratur. s. 121-132 (11 s.)

Olsen, I. (2019): Kap. 21: Hovedgruppe C. I: Olsen, I; Piilgaard, S.(red.): *Farmakologi - Hånden på hjertet*. 3.udgave. København, Munksgaard. s. 423-456 (33 s.)

Pedersen, I. K. (2018): Michael Foucault. I: Timm, H. Andersen, P.T. (red) *Sundhedssociologi En grundbog*, Hans Reitzel Forlag: København s. 29-46 (17 s.)

Pedersen, M., Holt, K. (2020): Kap. 11, Kritisk artikellæsning. I: Rasmussen, J., Pedersen, M. (red.) *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. 2. udgave. København. Gads Forlag. s. 247-268. (21 s.)

Renolen, Åse (2011): *Psykologi - for sundhedsprofessionelle*. 1. udgave. København, Gads Forlag. Kapitel 6: helse, stress og mestring. s.129-161 (32 s.)

Studiehåndbog (2025): <https://da.uni.gl/studerende/studiehaandbog/> (Besøgsdato: 27/05-25). (8 s.)

Studieordning Bachelor i Sygepleje (2016): Kap. 2, uddannelsens formål og kompetenceprofil mv. I: *Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab*. (48 s.)

Sundhedskommissionens betænkelighed (2023): Kap 4. Befolkningssundhed, ulighed i sundhed, sygdomsmønster, og befolkningsudvikling s. 33-50 (17 s.), Kap. 5. Sundhedssektoren i Grønland s. 51-79 (28 s.), Kap 9 Rekruttering og fastholdelse s. 134-154 (20 s.), Kap. 11 Sundhedsfremme og forbyggelse s. 179-206 (27 s.), Kap. 15 Telemedicin s. 257-262 (5 s.), Kap. 20. Diskussion og



anbefalinger. 1. udgave. s. 312-317 (7 s.) & Bilag 1. Kommissorium for Sundhedskommissionen s. 318-321 (3 s.). I alt: (107 s.)

Timm, H., Tanggaard Andersen P. (2018): Kap.1. Indledning. I: Tanggaard Andersen, P., Timm, H. (red.): *Sundhedssociologi - En grundbog*. s. 11-23 (12 s.)

Torup, Walsøe Annette (2019): Livsstil. I: Arne Lykke og Anette Walsøe Thorup (red.): *Sygdomslære - hånden på hjertet*. Munksgaard, København. s. 91-128 (39 s.)

Øgaard, A. (2020): Pædagogiske perspektiver for telemedicin - et praksisfelt i Grønland under udvikling. I: Aagaard, T., Hounsgaard, L. (red.). *Menneske - Sundhed, samfund og kultur*. Forfatterne & Kliim, Aarhus. S. 311-322. (11 s.)

I alt: 865 sider.

8.2. Supplerende litteratur

Aagaard, T. (2020): Patientperspektiver - en vidensform I: Aagaard, T. og Hounsgaard, L. *Menneske, sundhed, samfund og kultur*. 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Klim. s. 93-106 (13 s.)

Billhult, A. (2019): Kap. 5 Kvantitativ metode og stikprøver I: Henricson, M. *Videnskabelig teori og metode - fra idé til eksamination*. Munksgaard, 2. udgave, s. 123-137 (14 s.)

Birkler, Jacob (2021): *Videnskabsteori - en grundbog*. København, Munksgaard Danmark. 2. udgave. Kap. 3, Objektivitet og subjektivitet, s. 59-76 (17 s.), Kap 4: Begrundelsesformer s. 77-96 (19 s.) (I alt sider: 36 s.)

Birn, H. (2019): Kap. 13 Nefrologi I. Aziz, A (2019): *Sygdomslære - Menneskekroppen*. 2. Udgave. København, Gads Forlag. s. 287-305 (18 s.)

Bjerregaard, L., (2013), Kap 12: Sygeplejeprocessen I. Hundborg, S. & Lynggaard, B., *Sygeplejens Fundament*. 2. udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 161-173 (12 s.)



Bjerregaard, L., (2013), Kap 22: Sundhedsfremmende, Bevarende og Forebyggende Sygepleje I. Hundborg, S. & Lynggaard, B., *Sygeplejens Fundament*. 2. udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 289-304 (15 s.)

Bæch, S. B., (2017): Det er effektivt at følge op på forhøjet blodtryk. I: *Sygeplejersken*, Nr. 4., S. 8-9. (Besøgsdato: 14/04-25). (2 s.)

casp-uk.net. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> (Besøgsdato: 05/05-25). (5 s.)

ChatGPT: www.chatgpt.com (Besøgsdato 27/05-25), (1 s.)

Departement for Sundhed, EM2016: *Redegørelse af muligheden for at etablere et rådgivnings- og rehabiliteringscenter i Grønland* (Besøgsdato 03/04-25). (19 s.)

Drejebog for etablering af Steno Diabetes Center Grønland Februar 2020, (31 s.)

D4 - *Inuunerissaavik Steno - Livsstilslaminat* (D4-ID 2519). (1 s.)

Elnaem m.fl, (2022): Disparities in Prevalence and Barriers to Hypertension Control: *A Systematic Review*. (Besøgsdato 02/06-25). (16 .s)

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - *Kvalitetsstandarder*, © Sundhedsstyrelsen, 2024. s. 8-9 (s. 2)

Glindorf, M. (2018): Kap 26: Sygepleje til patienten med diabetes. I. I: Jastrup, Susanne; Rasmussen, Dorthe Helving (red.): *Klinik - grundbog i sygepleje* 2.udgave 1.oplag Munksgaard, København. s. 677-714 (37 s.)

Hansen, L Henrik.; Noahsen, Paneeraq. (2020).I: Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020. Aagaard, T. & Hounsgaard, L. (red.): *Menneske - Sundhed, Samfund & Kultur*. 1. udgave, Aarhus, Klim forlag. s. 35-50. (5 s.)



Jensen, B.B., Grønbæk, M., Reventlow S. (2018): Redaktørerne I: Jensen, B.B., Grønbæk, M., Reventlow, S.: *Forebyggende sundhedsarbejde*. 6. udgave. Munkgaard. s. 15-16 (2 s.)

Jensen, B. Bjarne (2018): Kap. 10. Kernebegreber i sundhedspædagogik. I: Jensen, B.B., Grønbæk, M., Reventlow, S.: *Forebyggende sundhedsarbejde*. 6. udgave. Munkgaard. s. 127-150 (23 s.)

Jourdan, D. m.fl. (2016): The involvement of young people in school- and community-based noncommunicable disease prevention interventions: *a scoping review of designs and outcomes*. (Besøgsdato: 31/05-25), (14 s.)

Karlsson, Eva Karin (2019): Kap 4 Informationssøgning I: Henricson, M. *Videnskabelig teori og metode - fra idé til eksamination*. Munksgaard, 2. udgave, s. 103-121 (18 s.)

Larsen, C. V. L. (2019): *Sundhedsvæsenet, forebyggelse og sundhedsforskning i Grønland*. (Besøgsdato: 04/04-25). (10 s.)

Lourdes M. DelRosso (2025): *Global Perspectives on Sleep Health: Definitions, Disparities, and Implications for Public Health*. (Besøgsdato: 02/06-25). (14 s.)

Naalakkersuisut (2023): Politisk rammeaftale for arbejdet med en styrkelse af sundhedsområdet. *Sundhedsforlig 2023* (Besøgsdato: 04/04-25). (17 s.)

Nielsen m.fl. (2022): *Prevalence of patients using antihypertensive medication in Greenland, and an assessment of the importance of diagnosis for the associated quality of care –a cross-sectional study*. (Besøgsdato: 03/04-25). (9 s.)

Nielsen m.fl. (2019): Kap. 18: Præsentation af data i kvantitative projekter I: Nielsen, Diane Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (red.): *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne*. København. Samfunds litteratur. s. 343-350 (7 s.).

nvk.dk - <https://videnskabsetik.dk/ansoegning-til-etisk-komite/overblik-over-anmeldelsespligten> (Besøgsdato: 05/05-25) (1 s.)



Rosén, M. (2018). Kap. 23: Systematisk litteraturreview I: Henricson, M. *Videnskabelig teori og metode - fra idé til eksamination*. Munksgaard, 2. udgave, s. 447-464 (17 s.)

Stm.dk <https://stm.dk/statsministeriet/rigsfaellesskabet/groenland/> (Besøgsdato: 03/04-25) (11 s.)

Steno Diabetes Center Grønland - Hypertension (Besøgsdato: 17/05-25), (2 s.)

Støier, L. & Røgind, J. S., (2017): Sygepleje til patienter med iskæmisk hjertesygdom. I: Mallings Charlotte, Hjortsø Marianne (red.): *Sygeplejebogen 3, Komplex sygepleje*. Gads Forlag. S. 161-182 (21 s.)

Sundhedsdatastyrelsen (2025): *Dødsårsagsregisteret 2023*. (Besøgsdato: 12/05-25) (9 s.)

Sundhedsstyrelsen (2015): Guide til sundhedspersonale - Hjælp din patient til et bedre helbred og behandlingsresultat. *Forebyggelse i almen praksis og på sygehus*. (Besøgsdato: 28/05-25). (16 s.)

Sundhedsstyrelsen (2018): 31 lidelser og risikotilstande. *Fysisk træning som behandling*. s. 97-105. (Besøgsdato: 04/04-25). (9 s.)

Sundhedsstyrelsen (2018): *Forebyggelsespakke Tobak*. (Besøgsdato: 21/05-25), (45 s.)

Sundhedsstyrelsen (2021): *Danskernes sundhed*. (Besøgsdato: 21/05-25). (196 s.)

Sundhedsstyrelsen (2024): *Hjerteopfølgning Rapport 2024*. (Besøgsdato: 04/04-25). (33 s.)

Sundhedsstyrelsen (2024): *Anbefalinger for søvn længde - Til alle aldersgrupper*. (Besøgsdato: 21/05-25). (18 s.)

Sundhedsstyrelsen (2023): *Anbefaling for fysiske aktivitet og stillesiddende til voksne (18-64år)* (Besøgsdato: 21/05-25) (1 s.)

Sundhedsstyrelsen (2022): *Helbreds faktorer - Rygning*. (besøgsdato: 30/05-25), (30 s.)



WHO.int <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (Besøgsdato: 01/04-25) (8 s.)

WHO (2023): Hypertension Denmark 2023 country profile. <https://www.who.int/publications/m/item/hypertension-dnk-2023-country-profile> (Besøgsdato: 12/05-25) (1 s.)

WHO (2019): Alcohol, health and policy response in the WHO European Region. https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/24-10-16_who-eur_factsheetonalcoholconsumption.pdf?sfvrsn=6a62d66f_8, (Besøgsdato: 02/06-25) (6 s.)

Zoffmann, V. (2013), Kap 58: Patient-sygeplejerske-relationen I. Hundborg, S. & Lynggaard, B., *Sygeplejens Fundament*. 2. udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 728-739 (11 s.)

Zoffmann, V. (2007), Kap 30: At uddanne til livet med diabetes I. Hilsted, J., Borch-Johnsen, K. & Christiansen, S. J., *Diabetes*. 1. udgave, Munksgaard, s. 309-322 (13 s.)

Zoffmann, V. (2004): *Guided Self-Determination a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes*. (Besøgsdato: 30/05-25), s. 111-146 (35 s.)

Yang m.fl. 2024: *Identifying personalized barriers for hypertension self-management from TASKS framework*. (Besøgsdato: 02/06-25) (9 s.)

I alt: 833 sider.



9. Bilagsfortegnelse

- 9.1 Spørgeskemaet “*Hypertension, Sundhedsadfærd og Forebyggelse i Grønland*”
- 9.2 Besvarelserne fra vores spørgeskemaundersøgelse
- 9.3 Søgeproces
- 9.4 PICO skema
- 9.5 Søgestreng
- 9.6 CASP vurdering
- 9.7 Deltagere til spørgeskemaundersøgelse



9.1. Spørgeskemaet “*Hypertension, Sundhedsadfærd og Forebyggelse i Grønland*”



Hypertension, Sundhedsadfærd og Forebyggelse i Grønland.



Introduktion

Kære deltager,

Vi er sygeplejestuderende på 8. semester ved universitetet i Nuuk. Som en del af vores bachelorprojekt ønsker vi at undersøge sundhedsadfærd i Grønland for at bidrage til en styrket indsats i det grønlandske sundhedsvæsen.

- Besvarelsen er **100% anonym, frivilligt** og der tager ca. **10 minutter**.
- Dine svar vil bidrage til at forbedre forebyggelsesstrategier for hypertension / forhøjet blodtryk.
- Kan ikke tilbagekalde svar pga. 100% anonymitet og man får ingen konsekvenser

Tak for din tid!

Paasissutissaq

Asasara peqataasooq,

Nuummi ilisimatusarfimmi peqqissaasunnigorniartuuvugut semesterip arfineq-pingajuanni. Bachelorprojektsitsinni, Kalaallit Nunaanni peqqinnissamut ileqqut misissorusuppagut, taamaalillutalu Kalaallit Nunaanni peqqinnissaqarfimmi suliniutit nukittorsarnissaat peqataaffigerusullugu.

- Apeqqutit akissuteqarfigineri **100%-imik kinaassutsimik isertuussamik** ingerlanneqassapput, kajumissutsimik peqataaneq pisinnaavoq, aammalu akissutit tunniunnissaannut **piffissaq 10 min.** atorneqassaaq.
- Akissutitit **hypertensionimik/aap naqitsineranut qaffasissumut pinaveersaartitsinermut politikkinut pitsanngorsaataassapput.**
- **Apeqqutit nassiunneqarunik utertinneqarsinnaanngillat**, tamannalu peqataasunut sunniuteqassanngilaq, akissuteqartut kinaassusaat nalunaarsorneqannqimmata.

Baggrundsinformation / Tunuliaqutanut paassissutissat

1. Hvad er din alder? / Qassinik ukioqarpit?

- ☐ 21-29 år
- ☐ 30-39 år
- ☐ 40-49 år
- ☐ 50-59 år
- ☐ 60+ år



Livsstil / Inuunermi pissutsit

7. Hvor ofte spiser du traditionel mad (f.eks. sæl, fisk, hval, rensdyr)? / Qanoq akulikitsigisumik kalaaliminertortarpit (soorlu puisí, aalisakkaṭ, arfeq, tuttu)?

- ☐ Dagligt / Ullut tamaasa
- ☐ Flere gange om ugen / Sap. ak. arlaleriaq
- ☐ Sjældent / Qaqutikkut
- ☐ Aldrig / Kalaaliminertunngisaannarpunga

8. Hvor ofte spiser du forarbejdet/færdiglavet mad (f.eks. fastfood, færdigretter)? / Qanoq akulikitsigisumik nerisassat uunnatassanik nerisarpit (soorlu nerisassat kissaannariaq, nerisassiaq ineriigaq)?

- ☐ Dagligt / Ullut tamaasa
- ☐ Flere gange om ugen / Sap. ak. arlaleriaq
- ☐ Sjældent / Qaqutikkut
- ☐ Aldrig / Tamakkuttuunngisaannarpunga

9. Kender du de 10 kost råd? / Nerisaqarnermut innersuutit qulit ilisimavigiit?

- ☐ Ja / Aap
- ☐ Nej / Naamik

10. Hvor ofte drikker du alkohol? / Qanoq akulikitsigisumik imigassartortarpit?

- ☐ Dagligt / Ullut tamaasa
- ☐ Ugentligt / Sap. akunneranoortumik
- ☐ Sjældent (mindre end 1 gang om måneden) / Qaqutikkut (qaammat ataasiaannaq annikinnerusumilluunniit)
- ☐ Aldrig / Imigassartunngisaannarpunga



11. Ryger du eller bruger du snus?/ Pujortartarpit imaluunniit snus'tarpit?

- ☐ Jeg har tidligere været ryger / taget snus / Siornatigut pujortartarnikuuvunga / snus'tarnikuuvunga
- ☐ Mindre end 10 stk. pr. dag / Ullormut quliniit annikinnerit
- ☐ 11 til 20 stk. pr. dag / Ullormut 11-20 stk.
- ☐ 21 til 30 stk. pr. dag / Ullormut 21-30 stk.
- ☐ Mere end 30 stk. pr. dag / 30'it sinnerlungit
- ☐ Ingen af delene / Tamakkutuunngisaannarpunga

12. Hvor ofte dyrker du motion (min. 30 min fysisk aktivitet)? / Qanoq akulikitsigisumik timigissartarpit (minnerpaamik 30 min. timi atorlungu aalaneq)?

- ☐ Dagligt / Ullut tamaasa
- ☐ Flere gange om ugen / Sap. ak. arlaleriaq
- ☐ Sjældent / Qaqutikkut
- ☐ Aldrig / Timigissarneq ajorpunga

13. Hvor mange timer sover du typisk pr. nat? / Unnuakkut nalinnaasumik nal. ak. qassit sinittarpit?

- ☐ Under 5 timer / 5 tiimit ataallungu
- ☐ 5-6 timer
- ☐ 7-8 timer
- ☐ Over 8 timer / 8 tiimit sinnerlungu

14. Hvor ofte føler du dig stresset i din hverdag? / Qanoq akulikittigisumik ulluinnarni uippakajaarneq misigisarpiuk?

- ☐ Aldrig / Uippakajaarneq ajorpunga
- ☐ Sjældent / Qaqutikkut
- ☐ Ofte / Akulikippoq
- ☐ Hele tiden / Uippakajaannaavittarpunga

**Sundhedsadfærd / Peqqinnerup tungaatingut iliuitsit**

15. Har du fået diagnosticeret hypertension/forhøjet blodtryk af en sundhedsprofessionel? /
Peqqinnisaqarfimmiit atorfilimmik hypertensionimik/aap naqitsineranik qaffasinnerusumik
nappaateqartutut naqissuserneqarsimavit?
- ☐ Ja / Aap
- ☐ Nej / Naamik.
- ☐ Ved ikke / Naluara
16. Får du medicin for forhøjet blodtryk? / Aap naqitsinerata qaffasinneranut nakorsaatitortarpi?
- ☐ Ja, dagligt / Aap, ullut tamaasa
- ☐ Ja, men ikke regelmæssigt / Aap, kisianni akuttoqatigiinngitsumik pisarpunga
- ☐ Nej / Naamik
17. Hvor ofte måler du dit blodtryk? / Qanoq akulikitigisumik aappit naqitsinnera uuttortartarpiuk?
- ☐ Mindst én gang om året / Minnerpaamik ukiumut ataasiaannartarpunga
- ☐ Sjældnere end én gang om året / Qaqutikkut
- ☐ Aldrig / Uuttuunngisaannarpara
18. Har du modtaget vejledning om, hvordan du kan forebygge hypertension/forhøjet blodtryk? /
Hypertension/aap naqitsinerata qaffasinnerulinginnissaa anguniarlugu qanoq
pinaveersaartinneqarsinnaaneranut ilitersorneqarsimavit?
- ☐ Ja / Aap
- ☐ Nej / Naamik
19. Hvem har du modtaget vejledning? / Kimit ilitersuunneqarsimavit?
- ☐ Sundhedsassistent / Peqqissaasoq ikiortigisaq
- ☐ Sygeplejerske / Peqqissaasoq
- ☐ Læge / Nakorsaq
- ☐ Internet/Sociale medier
- ☐ Familie/Venner / Ilaqquttat/Kammalaatit
- ☐ Ingen / Soqanngilaq
- ☐



Adgang til Sundhedstilbud og Forebyggelse

/ Peqqinnissamut pinaveersaartitsinermullu neqeroorutitut periarfissat

20. Hvor ofte besøger du en sundhedsklinik? / Qanoq akulikittigisumik peqqinnissaqarfik ornittarpiuk?

- ☐ Flere gange om året / Ukiumut arlaleriaq
- ☐ En gang om året / Ukiumut ataasiaq
- ☐ Sjældent / Qaqutikkut
- ☐ Aldrig / Orninngissaarnnarpara

21. Oplever du, at der er nok sundhedstilbud til at forebygge hypertension/forhøjet blodtryk i dit område? / Sumiiffingisarni aappit naqitsinerata qaffasissunngunnginnissaa pitsaallorlugu peqqinnissaqarfimmit neqeroorutit naammattutut misigisarpigit?

- ☐ Ja / Aap
- ☐ Nej / Naamik
- ☐ Delvist / Ilaatigut

22. Har du oplevet problemer med at få en tid hos en sygeplejerske eller læge? / Nakorsamut peqqissaasumilluunniit piffissamik pinissaq ajornartorsiutigalugu misigisimavit?

- ☐ Ja / Aap
- ☐ Nej / Naamik

23. Hvad ser du som de største barrierer for bedre forebyggelse af hypertension/forhøjet blodtryk? / Aap naqitsinerata qaffasissunngornissaata pitsaaliornissaanut akimmiffik annerpaaq qanoq isingaajuk?

- ☐ Manglende information / Paasissutissat amingartut
- ☐ Lange ventetider/lange afstande til sundhedstilbud / Sisivuumik utaqqisarneq/peqinnissamut neqeroorutit ungasissumiittut
- ☐ Mangel på tid hos sundhedspersonale / Peqqinnissamut sulisut piffissaqarpiarsinnaannginnerat
- ☐ Personlige vaner og motivation / Inuit ileqqussaat kajumissuiallu



Sygeplejerskernes Rolle i Forebyggelse / Pitsaaliunermi peqqissaasup akissus-saaffia.

24. Oplever du, at sygeplejersker har tid til at vejlede dig om forebyggelse af hypertension/forhøjet blodtryk? / Aap naqitsinerata qaffasissusaanut pitsaaliunermi misingisimaviuk peqqissaasoq siunnersornissarnut piffissaqartoq?

☐ Ja / Aap

☐ Nej / Naamik

☐ Ved ikke / Naluara

25. Hvilke forebyggende råd har du modtaget? / Pitsaaliunermi siunnersuut sorleq pisimaviuk?

☐ Ændring af kostvaner / Nerisassat ileqqutaasut allanngortinnerat

☐ Øget fysisk aktivitet / Timimik atuineq annertusarneqarpoq

☐ Rygestop / Pujortassaarneq

☐ Styring af stress / Stressimik aqussineq

☐ Ingen / Soqanngilaq

☐

26. Hvad mener du kunne forbedre forebyggelsen af hypertension/forhøjet blodtryk i Grønland? / Kalaallit Nunaanni aap naqitsinerata qaffasissunngorsinnaaneranut pitsaaliuineq sukkut pitsanngorsartariaqarsoraaruk?

Afslutning / Naggasiut

Tak for din tid! Dine svar vil bidrage til vores undersøgelse i forbindelse med vores bachelorprojekt. Når du trykker på afslut, kan dine svar ikke tilbagekaldes, da spørgeskemaet er 100 % anonymt.

Qujanaq piffissaqarfingingattingut! Akissutit bachelorprojektsinnut misissuinitinnut iluaqutaassapput. Naammassinermi apeqqutit matusimangaanni akissutit utertinneqarsinnaanngillat, apeqqutit 100%-imik kinaassutsimik isertuussamik ingerlanneqarmat.

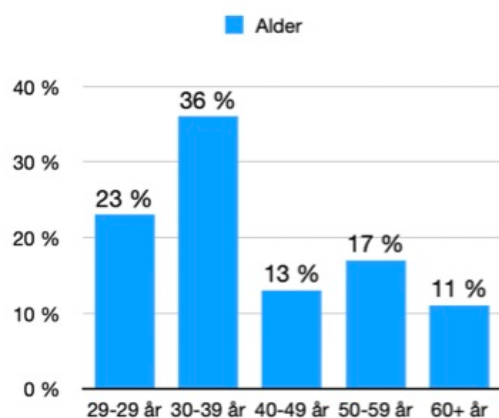
Dette indhold er hverken oprettet eller påtegnet af Microsoft Corporation. De data, du indsender, sendes til ejeren af formularen.

 Microsoft Forms

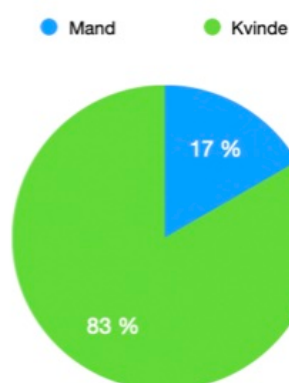


9.2. Besvarelserne fra vores spørgeskemaundersøgelse

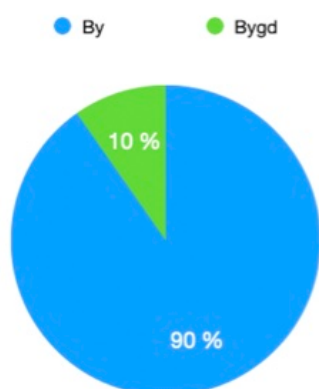
1. Hvad er dit alder?



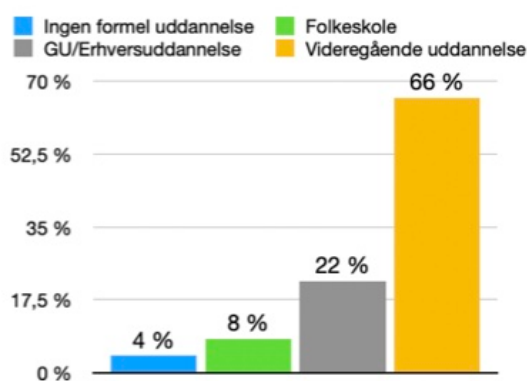
2. Hvad er din køn?



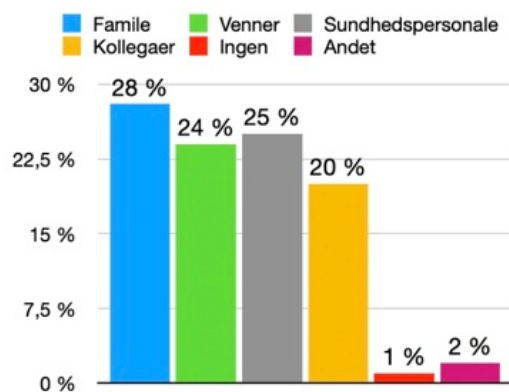
3. Hvor bor du?



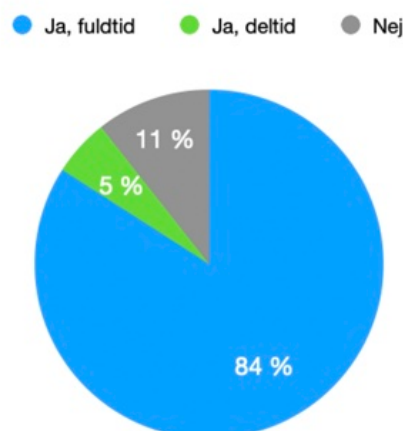
4. Hvad er dit højeste uddannelsesniveau?



5. Hvilke personer i dit netværk kan du tale med om sundhed og forbyggelse?



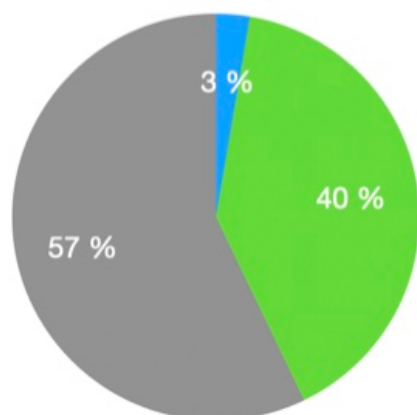
6. Er du i beskæftigelse?





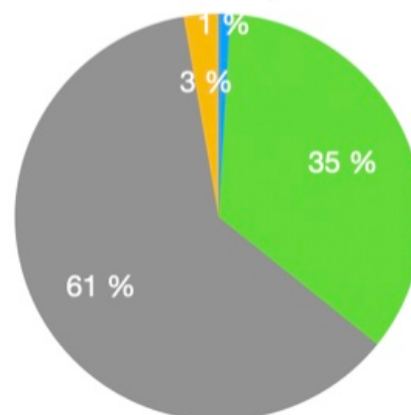
7. Hvor ofte spiser du traditionel mad (f.eks. sæl, fisk, hval, rendyr)?

● Dagligt ● Flere gange om ugen
● Sjældent ● Aldrig



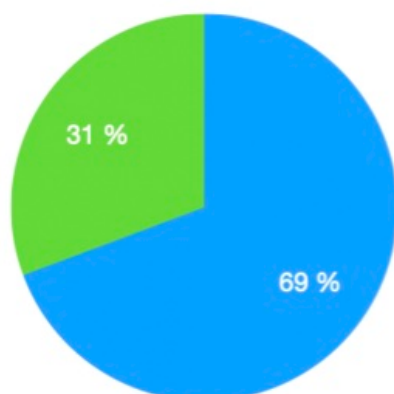
8. Hvor ofte spiser du forarbejdet/færdiglavet mad (f.eks. fastfood, færdigretter)?

● Dagligt ● Flere gange om ugen
● Sjældent ● Aldrig



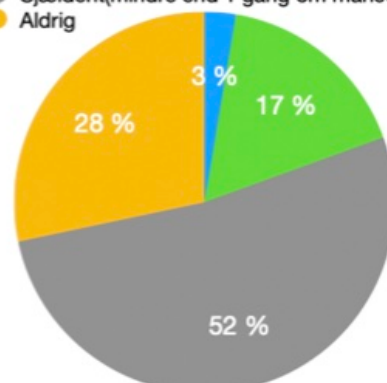
9. Kender du de 10 kostråd?

● Ja ● Nej



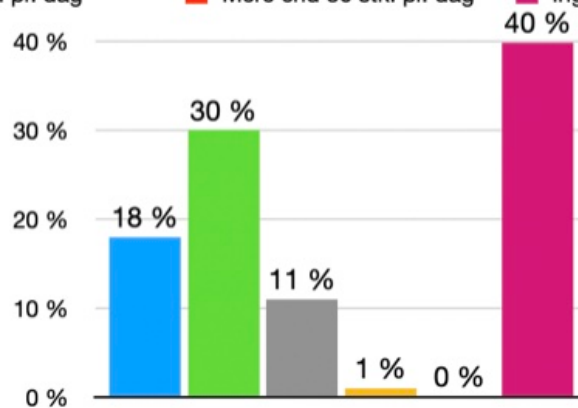
10. Hvor ofte drikker du alkohol?

● Dagligt ● Ugentligt
● Sjældent (mindre end 1 gang om måneden) ● Aldrig



11. Ryger du eller bruger du snus?

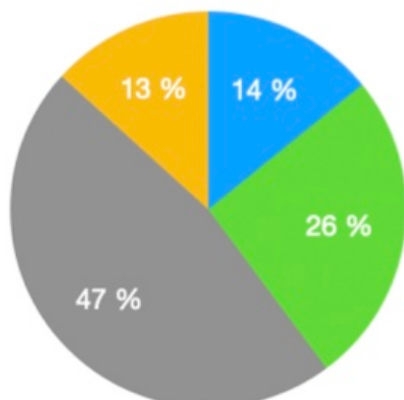
● Tidligere ryger/taget snus ● Mindre end 10 stk. pr. dag ● 11-20 stk. pr. dag
● 21-30 stk. pr. dag ● Mere end 30 stk. pr. dag ● Ingen af delene





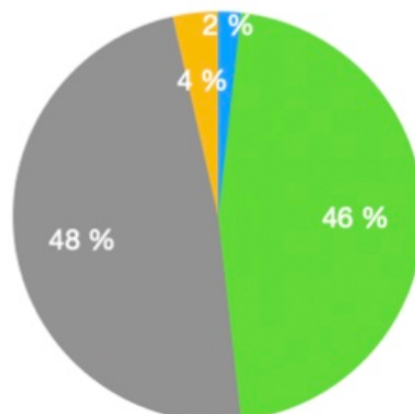
12. Hvor ofte dyrker du motion (min. 30 min fysisk aktivitet)?

● Dagligt ● Flere gange om ugen
● Sjældent ● Aldrig



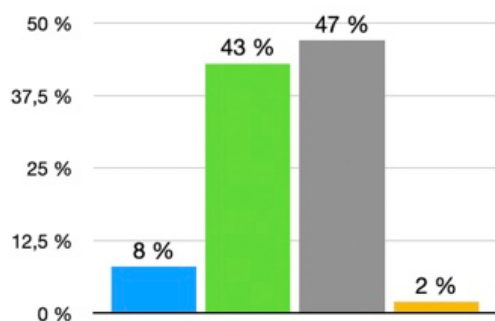
13. Hvor mange timer sover du typisk pr. nat?

● Under 5 timer ● 5-6 timer ● 7-8 timer
● Over 8 timer



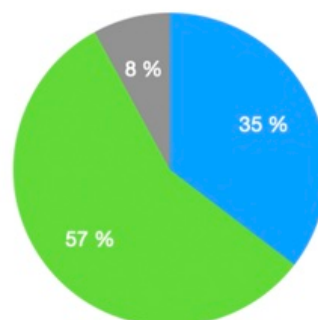
14. Hvor ofte føler du dig stresset?

● Aldrig ● Sjældent ● Ofte ● Hele tiden



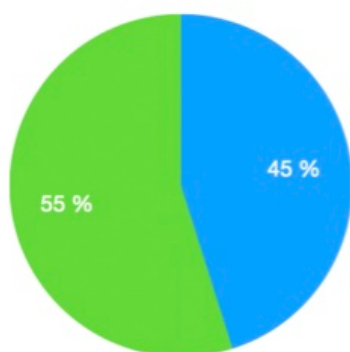
15. Har du fået diagnosticeret hypertension/ forhøjet blodtryk af en sundhedsprofessionel?

● Ja ● Nej ● Ved ikke



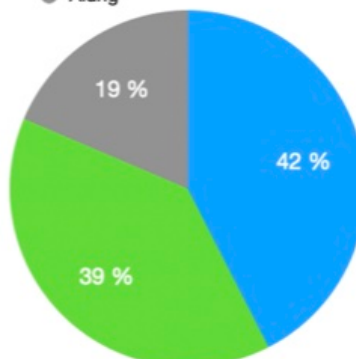
16. Får du medicin for forhøjet blodtryk?

● Ja ● Nej



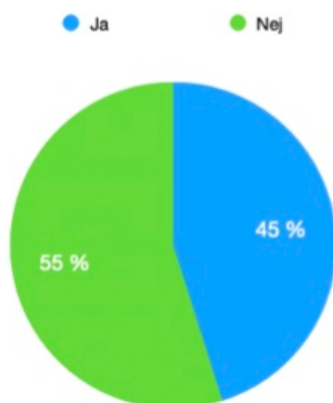
17. Hvor ofte måler du dit blodtryk?

● Mindst én gang om året
● Sjældnere end én gang om året
● Aldrig

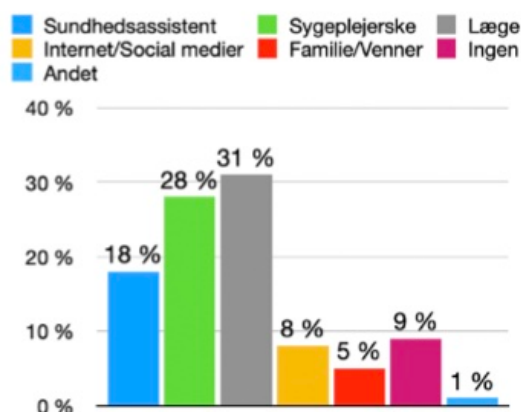




18. Har du modtaget vejledning om, hvordan du kan forebygge hypertension / forhøjet blodtryk?



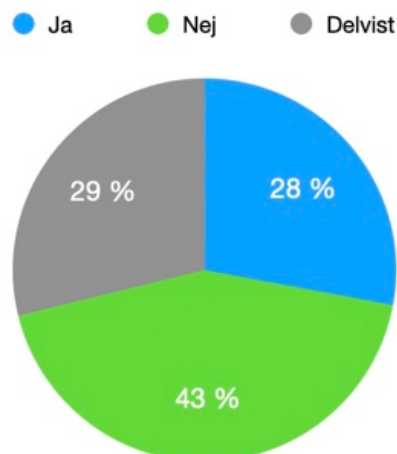
19. Hvem har du modtaget vejledning?



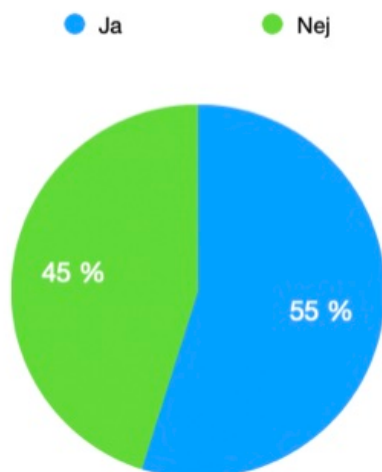
20. Hvor ofte besøger du en sundhedsklinik?



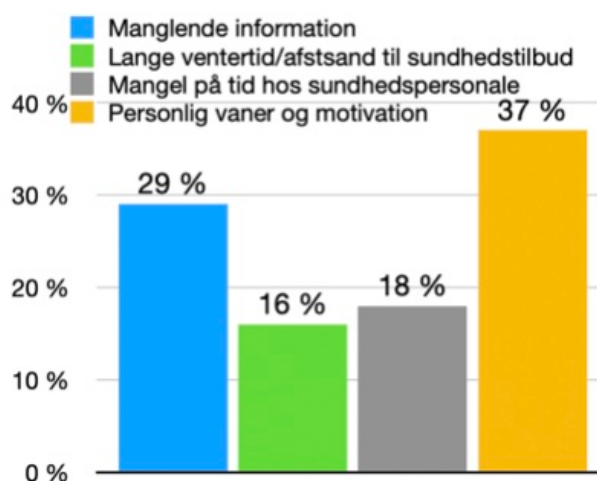
21. Oplever du, at der nok sundhedstilbud til at forebygge hypertension i dit område?



22. Har du oplevet problemer med at få hos en sygeplejerske eller læge?



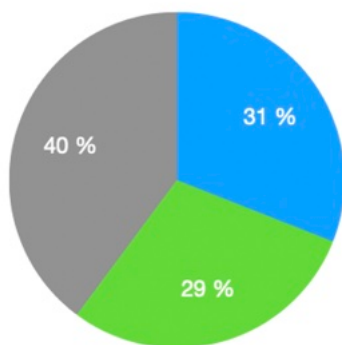
23. Hvad ser du som de største barrierer for bedre en tid forebyggelse af hypertension?



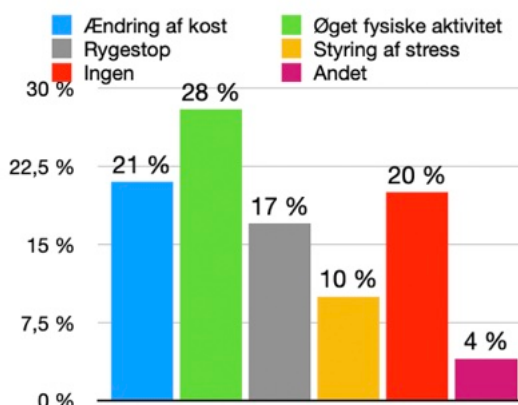


24. Oplever du, at sygeplejersker har tid til vejledning dig om forebyggelse af hypertension/forhøjet blodtryk?

● Ja ● Nej ● Ved ikke



25. Hvilke forebyggende råd har du modtaget?



26. Hvad mener du kunne forbedre forebyggelsen af hypertension/forhøjet blodtryk i Grønland?

ID	Navn	Svar
3	anonymous	Apeqqutaavoq aamma nammineq inummi, soorlu uanga fæokromocytumeqarnikuuvunga taamaattumik aap nawitsinera
4	anonymous	Paasissutissat/nassuiaanerit pitsaanerusut
5	anonymous	Nittartakkakku kalaallisut paasissutissanik peqarnissaa, ass. Peqqinnissaqarfiup qupperanerani peqarsinnaagaluarpog pujortartaraanni qanoq kinguneqarsinaanersut pujortassaarniaraanilu
6	anonymous	Neqerooruteqarnerulerunik piffissamik aaliangersimasumik soorlu tunineqarneq. Nakorsiaqqaartariaqartarneq hver 3.måned aaversinnerlu det tager alt for meget tid. Sianeraanni sivisoorujuk,
7	anonymous	Paasititsiniaaneq/ qaammarsaaneq
8	anonymous	Kortere ventetid og mere information
9	anonymous	Fast tid om måneden kun til undersøgelse af blodtryk hvis man er



10	anonymous	Paasissutissat ersarittut soorlu qaammarsaatit, aallakaatitassiat naattut. Ukioqqortusiartornermi peqqissuseq allanngoriartortarnera malunnarami. Pisariaqartitsilluni bestilliiniarluni kalaallisut oqalunniarluni tunulliuqqartutut misiginartarpoq. Kingorna
11	anonymous	Pittanngoriarsinnaavoq inooriaatsimik allannguingutta peqqinnartunillu neringutta timerpullu atorluarutsingu aattaat
12	anonymous	Nakorsat sygeplejerske kinaassusersioratik sulilerpata peqqinnissaqarfik pitsaanerusumik ingerlalersinnaangaluarpoq
13	anonymous	Brug diverse medier
14	anonymous	Ersarinnerusumik eqqartorlugu
15	anonymous	Tættere kontakt til læge og sundhedspersonale
16	anonymous	Eqqarsartaatsikkut pitsanngorsassagaavoq, uagut kalaallit ilukkut kamaqarpugut, naqisimaneqarnerup kingunerisaanik. Kalaaliusugut eqqarsartaatsikkut eqiasuissuserput tammakariartorpoq. Piareeriaannaat ajornanngippallaarujussualeqqapput, inuup
17	anonymous	Motion og bedre kostvaner
18	anonymous	Mere information. Jeg har nok hele livet haft forhøjet blodtryk og jeg ved ikke hvorfor. Jeg har ikke røget i næsten 10 år, drikker sjældent
19	anonymous	Fokus når man er til læge, kampagner eller opslag på Facebook og
20	anonymous	Hvis selvstyret kunne sætte flere penge af på sundhedssektoren så der var tid og ressourcer i sundhedsvæsenet. Samt at der er nogle ildsjæle
21	anonymous	Ved ikke
22	anonymous	Mere undervisning om sundhed allerede i folkeskolen.
23	anonymous	Motivation
24	anonymous	Kost og motion
25	anonymous	Mere oplysning om sund kost



26	anonymous	Mere opslag på FB og TV reklame
27	anonymous	Man kan godt lave en lille bog som alle kan tage . Og læs hvad der er
28	anonymous	Måske kampagner som minder om TB forebygningen? Som folk kan se i fjernsynet samt SoMe, så man på den måde minder befolkningen
29	anonymous	Informationskampagner omkring livsstil, så alle kan forstå. Det kunne fx en animationsfilmklip eller lille filmklip omkring hypertension. Vidensdeling på sociale medier, fx læge formidler på
30	anonymous	Illoqarfimmi ersarinnerusunik takussutissaqartariaqarpoq, kikkut
31	anonymous	Mere oplysning, også om risikoen ved ubehandlet forhøjet blodtryk
32	anonymous	Info - adgang til kontrol
33	anonymous	Bedre information og at der var et center for sundhed, hvor man kunne gå til og også få noget fysisk træning som gymnastik
34	anonymous	Flere forskellige gratis tilbud om motion i flere former.
35	anonymous	Ved ikke
36	anonymous	Mange ved ikke de har forhøjet blodtryk - mere vejledning og sundhedspersonale være mere ude blandt befolkning og teste borger
37	anonymous	Kalaaliminerit akikinnerusut pisiassat
38	anonymous	...
39	anonymous	Taanna inummiinginnarpasippoq, kajumissuseq peqqinnissamut annikippallaarsoraara. Social Media-rtorjuupput inuit, immaqa taanna atorluarsinnaangaluarpoq pitsaaliuinnermut ersarinnerusunik. Soorlu inuit nalunngikkaluarlugu aap naqitsineranik qullasittoortartut ajornannginnerpaaq toqqartarpaat tassa iisartakkat - uffu massa
40	anonymous	Mere oplysning til den generelle befolkning, så man får alle over 40 til at kende sit blodtryk. Der skal også være information omkring
41	anonymous	Det lange seje træk med oplysning og livsstilændringer



42	anonymous	Nerisat, imigassartorneq aammalu timip paarinissaa
43	anonymous	at man screener når borgeren når en hvis alder, at man indkalder til kontrol/opfølgning jævnligt så man har et fysisk møde med et
44	anonymous	Eqqissilluni tuaviorani misissuisarnissaaq 15min annikissorinarnermik
45	anonymous	Akerusunngilara
46	anonymous	Ændre vaner - vær mere fysisk aktiv - sammen med andre. Bliv en del af et fællesskab. Spis sundere. Tænk mere positivt.
47	anonymous	Ileqqutsinnut kulturitsinnullu tulluartunik pitsaaliuinerit.
48	anonymous	At befolkningen bedre kender deres egen sundhed, for mange er
49	anonymous	Siunnersorneqarluanikkut nereriaatsinut suut pinaveersaarnissaannut siunnersuutit. Qanorlu ililluni iisartakkat atunngikkaluarlugit
50	anonymous	Paasititsiniaaneq annertunerusoq
51	anonymous	Det ved jeg faktisk ikke
52	anonymous	??? Naluara
53	anonymous	Peqqinnissaqarfik
54	anonymous	Nammineq inoooriaatsip aquunneratingut kiisalu peqqinnarnerusumik
55	anonymous	Uannut pittaasooreerpoq.
56	anonymous	Bedre vejledninger til hvordan man spise bedre og træne bedre.
57	anonymous	Mere oplysningskampagne via TV, de sociale medier, plakater som
58	anonymous	Nunaqarfinni innuttaasunut paasissutissiilluartarnikkut.
59	anonymous	Inuiaqatingiit pisariaqartitaat apeqqutaavoq.
60	anonymous	Imminut upperaluni aqqusaakkat inissinnissai kiisalu kiap pinngortipaatingut. Guutip. Peqatingiuarnissaa ilinniarlungu



61	anonymous	Uanga isumaqarpunga timimik aalatitsineq oqimaappallaalinnginnissaq, nerisassat peqqinnartut orsoqarpallaanngittut, pujortarneq killeqartinnissaa, imigassamik atuineq minnerpaaffimmiinnissaa. Soorlu timimik atuineq
62	anonymous	Idk
63	anonymous	Hypertension er en folkesygdom og bør håndteres derefter -



9.3. Søgeproces

Database	Søgeord	Begrænsninger	resultater	Dato for søgning	Artiklen/Bog	Evaluering
PubMed	Klikket på “hypertension” og “greenland”			16/02-25	Prevalence..	
WHO.int	Klikket på “hypertension”			1/04-25		Tal på, hvor mange bliver diagnosticeret om året af hypertension på verden.
stm.dk	Klikket på “rigsfællesskabet”			3/04-25		
sst.dk	Klikket på “Udgivelser” og skrevet “hypertension”		9	3/04-25	“Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande”	Risikofaktor
Sygeplejebøger	Klikket på “Befolkningsundersøgelse”	Forhøjet blodtryk	8	3/04-25	<i>Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018</i>	Årsager for hypertension og til begrebsafklaring
Sygeplejebøger	Klikket på “Organisation”	Steno	3	3/04-25	<i>Organisationsplan - Det grønlandske sundhedsvæsen</i>	Organisatorisk perspektivering
peqqik.gl	Usystematisk søgning. Klikket på forskellige overskrifter.		4	3/04-25	<i>Redegørelse af muligheden for at etablere et rådgivnings- og rehabiliteringscenter i Grønland</i>	Organisatorisk perspektivering
Google	Forebyggelsesstrategier og behandlingsstrategier i grønland			4/04-25	<i>Sundhedsvæsenet, forebyggelse og sundhedsforskning i Grønland</i>	Baggrundsviden



sst.dk	Klikket på "Udgivelser" og skrevet "hjerter"		114	4/04-25	<i>Hjerteropfølgning Rapport 2024</i>	Organisatorisk perspektivering
Sygeplejebøger	Klikket på "Sundhedskommissionens betænkning"			4/04-25	<i>Sundhedskommissionens betænkning</i>	Organisatorisk perspektivering
Drejebog SDC Grønland 2020 DK	Klikket på "Novo Nordisk Fonden"		15	4/04-25	<i>Drejebog for etablering af Steno Diabetes Center Grønland Februar 2020</i>	Organisatorisk perspektivering
naalakkersuisut.gl	Sundhedsforlig 2023			04/04-25	<i>Politisk rammeaftale for arbejde med en styrkelse af sundhedsområdet</i>	Organisatorisk perspektivering
polarfronten.dk	Forebyggelse			04/04-25	<i>Sundhedsvæsenet, forebyggelse og sundhedsforskning i Grønland</i>	Baggrundsviden
nvk.dk	Overblik over anmeldelsespligten			5/04-25		
Sygeplejebøger	Patient			6/04-25	<i>Patient</i>	Begrebsafklaring
Sygeplejebøger	Foucault			7/04-25	Sundhedssociologi En grundbog	Indledning
Sygeplejebøger	Bourdieu			07/04-25	Sundhedssociologi En grundbog	Indledning
Sygeplejebøger	IMA			11/04-25	Organisationsplan - Det grønlandske sundhedsvæsen	Indledning



dsr.dk	Hypertension		65	14/04-25	Det er effektivt at følge op på forhøjet blodtryk	Indledning
Sygeplejebøger	Hypertension		8	14/04-25	Sygeplejebogen 3, Komplex sygepleje	Indledning
Sygeplejebøger	Patientperspektivet			14/04-25	Menneske, sundhed, samfund og kultur	Indledning
casp-uk.net	Critical Appraisal Checklists		12	05/05-25		
WHO.int	Hypertension Danmark			12/05-25	Hypertension Danmark 2023 landeprofil	Diskussion
sundhedsdatastyrelsen.dk	Dødsårsager			12/05-25	Dødsårsagsregisteret 2023	Indledning
Sundhedsstyrelsen	Dødsårsagsregisteret 2023			15/05-25	Dødsårsagsregisteret	Dødsårsagsregisteret i 2023
Steno Diabetes Ceter Grønland	Hypertension		11	17/05-25	FORHØJET BLODTRYK (HYPERTENSION)	Hypertension
sst.dk	Rygning			21/05-25	Forebyggelsespakke Tobak	Diskussion
sst.dk	Dansk befolkningsundersøgelse			21/05-25	Danskernes sundhed	Diskussion
sst.dk	Søvn			21/05-25	Anbefalinger for søvnlængde – Til alle aldersgrupper	Diskussion
sst.dk	Fysisk aktivitet			21/05-25	Anbefaling for fysiske aktivitet og stillesiddende til voksne (18-64år)	Diskussion
uni.gl	AI			27/05-25	Studiehåndbog	Metode



sst.dk	Forebyggelses samtale			28/05-25	Guide til sundhedspersonale	Diskussion
sst.dk	Rygning			30/05-25	Helbreds faktor - rygning	Diskussion
researchgate.net	Guided Self-Determination			30/05-25	Guided Self-Determination a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes.	Diskussion
WHO.int	Alkohol			02/06-25	Alcohol, health and policy response in the WHO European Region	Diskussion
PubMed	Søvn			02/06-25	Global Perspectives on Sleep Health: Definitions, Disparities, and Implications for Public Health	Diskussion
PubMed	Hypertension			02/06-25	Disparities in Prevalence and Barriers to Hypertension Control: A Systematic Review	Diskussion



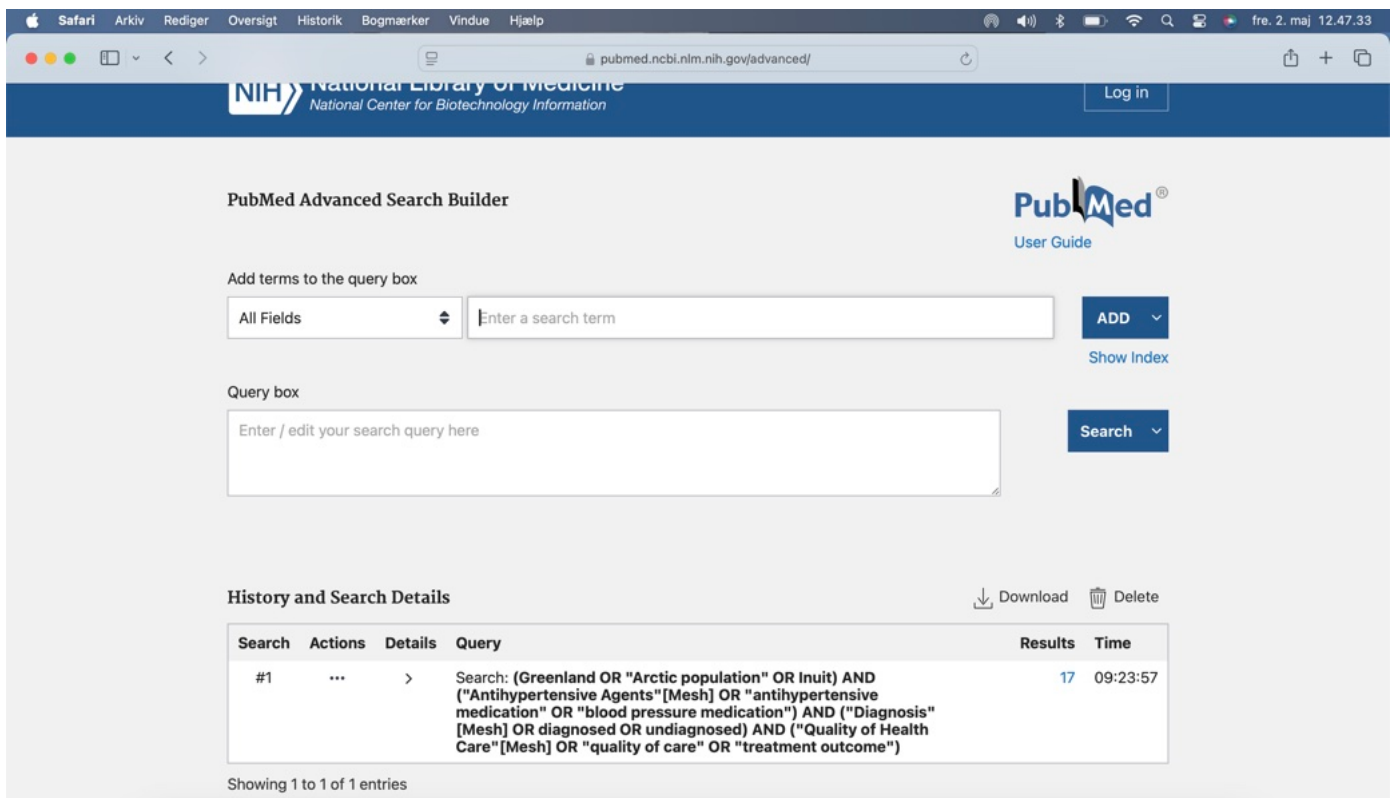
BMC Research Notes	Hypertension			02/06-25	Identifying personalized barriers for hypertension self- management from TASKS framework	Diskussion
--------------------------	--------------	--	--	----------	---	------------

9.4. PICO skema

PICO skema til strukturering af kvantitative søgninger

Formuler problemstillingen som et spørgsmål struktureret efter følgende 4 (evt. 3) dele:		Skriv evt. hele spørgsmålet her:		
Patient/problem/population (P) Hvilken patientgruppe/tilstand/sygdom drejer det sig om? Voksne personer over 16 år bosat i Grønland med registreret hjertesvigt i det elektroniske journalsystem.				
Intervention (I) Hvilken intervention/eksponering drejer det sig om? Ingen intervention, der er tale om observation af eksponering for kendte risikofaktorer f.eks. diabetes, rygning og fedme.		Hvilke databaser/informationskilder søges der i? PubMed, Cochrane, Cinahl, PsycInfo, Embase etc.		
Comparison (C) Hvad sammenlignes interventionen med? Ingen direkte sammenligningsgruppe i studiet, men data samles deskriptivt med prævalens og karakteristika fra Danmark og andre højindkomstlande.		PubMed		
Outcome (O) Hvilke effekter/udfald er af interesse? Prævalens af hjertesvigt og kliniske karakteristika som BMI, rygestatus, uddrivningsfraktion, diabetes og iskæmisk hjertesygdom.		Evt. inklusions- og eksklusionskriterier: Køn, aldersgruppe, sprog, publikationsdato, studiedesign etc.		
		Inklusion: Personer over 16 år bosiddende i Grønland med registreret diagnose for hjertesvigt. Eksklusion: Personer under 16 år eller uden registreret hjertesvigsdiagnose.		
Angiv søgeord og mulige synonymer fra PICO – søgeordene skal være på engelsk:				
OR	AND			
	Patient/problem/population (P)	Intervention (I)	Comparison (C)	Outcome (O)
	Greenland OR Arctic population OR Inuit	Antihypertensive Agents [Mesh] OR antihypertensive medication OR blood pressure medication	Diagnosis [Mesh] OR diagnosed OR undiagnosed	Quality of Health Care [Mesh] OR duality of care OR treatment outcome

9.5. Søgstreng



The screenshot shows the PubMed Advanced Search Builder interface. The search query entered is: (Greenland OR "Arctic population" OR Inuit) AND ("Antihypertensive Agents"[Mesh] OR "antihypertensive medication" OR "blood pressure medication") AND ("Diagnosis"[Mesh] OR diagnosed OR undiagnosed) AND ("Quality of Health Care"[Mesh] OR "quality of care" OR "treatment outcome"). The results show 17 hits, and the search was performed at 09:23:57.



9.6. CASP vurdering



CASP Checklist: For Descriptive/Cross-Sectional Studies

Reviewer Name:	Nukannguaq Søholm og Tukumme Mikaelen
Paper Title:	Prevalence of patients using antihypertensive medication in Greenland, and an assessment of the importance of diagnosis for the associated quality of care - a cross-sectional study.
Author:	Maja Hykkelbjerg Nielsen, Marie Balslev Backe og Michael Lynge Pedersen.
Web Link:	https://doi.org/10.1080/22423982.2022.2110675
Appraisal Date:	5. maj 2025

During critical appraisal, never make assumptions about what the researchers have done. If it is not possible to tell, use the “Can’t tell” response box. If you can’t tell, at best it means the researchers have not been explicit or transparent, but at worst it could mean the researchers have not undertaken a particular task or process. Once you’ve finished the critical appraisal, if there are a large number of “Can’t tell” responses, consider whether the findings of the study are trustworthy and interpret the results with caution.



Section A: Are the results valid?	
1. Did the study address a clearly focused issue?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Studiet undersøger prævalensen af antihypertensiv medicinbrug i Grønland og sammenligner kvaliteten af behandlingen hos diagnosticerede og ikke diagnosticerede patienter
CONSIDER: <i>A question can be 'focused' in terms of</i> - the population studied - the risk factors studied - is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect - the outcomes considered	
2. Did the authors use an appropriate method to answer their question?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Et tværsnitsstudie er passende til at måle prævalens og sammenligne kvalitetsindikatorer.
CONSIDER: - Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question - did it address the study question	
3. Were the subjects recruited in an acceptable way?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Alle patienter i det grønlandske EPJ, bortset fra Tasiilaq, blev inkluderet baseret recepter, hvilket sikrer bred dækning og repræsentativitet.
CONSIDER: <i>We are looking for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:</i> - Was the sample representative of a defined population - Was everybody included who should have been included	
4. Were the measures accurately measured to reduce bias?	☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell Data er taget fra EPJ, men der nævnes risiko for underregistrering af fx blodtryk og rygning, hvis det ikke er korrekt registreret i systemet.
CONSIDER: <i>Look for measurement or classification bias:</i> - did they use subjective or objective measurements - do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)	
5. Were the data collected in a way that addressed the research issue?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Data fra EPJ dækker nødvendige variable som ATC-koder, diagnose-koder, blodtryk, BMI mm., og formålet er tydeligt knyttet til kvalitet af behandling.



CONSIDER: • if the setting for data collection was justified • if it is clear how data were collected (e.g., interview, questionnaire, chart review) • if the researcher has justified the methods chosen • if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted?)	
6. Did the study have enough participants to minimise the play of chance?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Datagrundlaget er omfattende med over 6.600 - 7.000 patienter for henholdsvis 2020-2021
CONSIDER: • if the result is precise enough to make a decision • if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.	
7. How are the results presented and what is the main result?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Resultaterne præsenteres detaljeret som prævalens procent med konfidensintervaller. Hovedresultater: - Prævalensen steg fra 16,7 % til 17,5% fra 2020 til 2021. - Kvalitet af behandling var lav, men forbedret hos diagnosticerede patienter.
CONSIDER: • if, for example, the results are presented as a proportion of people experiencing an outcome, such as risks, or as a measurement, such as mean or median differences, or as survival curves and hazards • how large this size of result is and how meaningful it is • how you would sum up the bottom-line result of the trial in one sentence	
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Statistisk analyse inkluderer t-tests, chi-square og CI'er. Analyser er præsenteret klart.
CONSIDER: • if there is an in-depth description of the analysis process • if sufficient data are presented to support the findings	
9. Is there a clear statement of findings?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Studiet konkluderer at prævalensen af antihypertensiv behandling er høj, at registrering af diagnoser forbedrer kvaliteten af behandling, og at dette bør prioriteres.
CONSIDER: • if the findings are explicit • if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers' arguments • if the researchers have discussed the credibility of their findings • if the findings are discussed in relation to the original research questions	
10. Can the results be applied to the local population?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Studiet omhandler hele Grønland og er dermed direkte anvendeligt i lokal kontekst.

**CONSIDER:**

- *the subjects covered in the study could be sufficiently different from your population to cause concern.*
- *your local setting is likely to differ much from that of the study*

11. How valuable is the research?

☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell

Studiet er værdifuldt som baseline for kvalitet af behandling og diagnosticering i Grønland og understreger behov for forbedret registrering.

CONSIDER:

- *one descriptive/cross-sectional study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making*
- *if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge (e.g., do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)*
- *if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations*

APPRAISAL SUMMARY: List key points from your critical appraisal that need to be considered when assessing the validity of the results and their usefulness in decision-making.

Positive/Methodologically sound	Negative/Relatively poor methodology	Unknowns
- Stor og repræsentativ population. - Klar definition af formål og metode. - Analyse og præsentation af resultater er tydelig.	- Underregistrering af data i EPJ kan føre til bias. - Ikke alle indikatorer når guidelines mål. - Kun et års observation som begrænset tidsramme.	- Manglende data fra Tasiilaq. - Validering af EPJ-data er ikke uddybet. - Ingen dataljer om håndtering af manglende data.



9.7 Deltagere til spørgeskemaundersøgelse

	A	B	C	D	E
1	ID	Starttidspunkt	Færdiggørelsestidspunkt	Mail	Navn
2	1	4.1.25 11:21:05	4.1.25 11:28:05		
3	2	4.1.25 11:42:24	4.1.25 11:48:53		
4	3	4.1.25 14:38:19	4.1.25 14:42:07		
5	4	4.3.25 14:50:23	4.3.25 14:52:27	anonymous	
6	5	4.3.25 15:08:02	4.3.25 15:18:28	anonymous	
7	6	4.3.25 15:15:01	4.3.25 15:19:14	anonymous	
8	7	4.3.25 15:18:40	4.3.25 15:21:36	anonymous	
9	8	4.3.25 15:14:56	4.3.25 15:22:01	anonymous	
10	9	4.3.25 15:25:01	4.3.25 15:27:21	anonymous	
11	10	4.3.25 15:28:56	4.3.25 15:32:30	anonymous	
12	11	4.3.25 15:30:38	4.3.25 15:35:37	anonymous	
13	12	4.3.25 15:24:27	4.3.25 15:36:51	anonymous	
14	13	4.3.25 15:24:44	4.3.25 15:37:18	anonymous	
15	14	4.3.25 15:47:55	4.3.25 15:56:58	anonymous	
16	15	4.3.25 15:53:35	4.3.25 15:57:55	anonymous	
17	16	4.3.25 16:02:17	4.3.25 16:07:31	anonymous	
18	17	4.3.25 16:18:16	4.3.25 16:21:38	anonymous	
19	18	4.3.25 16:17:58	4.3.25 16:22:02	anonymous	
20	19	4.3.25 16:29:20	4.3.25 16:33:40	anonymous	
21	20	4.3.25 16:27:36	4.3.25 16:36:56	anonymous	
22	21	4.3.25 16:19:20	4.3.25 16:39:35	anonymous	
23	22	4.3.25 17:17:44	4.3.25 17:23:20	anonymous	
24	23	4.3.25 17:55:23	4.3.25 18:01:52	anonymous	
25	24	4.3.25 18:18:54	4.3.25 18:22:26	anonymous	
26	25	4.3.25 18:29:50	4.3.25 18:32:27	anonymous	
27	26	4.3.25 18:27:41	4.3.25 18:33:22	anonymous	
28	27	4.3.25 18:34:06	4.3.25 18:37:14	anonymous	
29	28	4.3.25 18:31:03	4.3.25 18:39:12	anonymous	
30	29	4.3.25 18:38:01	4.3.25 18:41:16	anonymous	
31	30	4.3.25 18:43:14	4.3.25 18:46:56	anonymous	
32	31	4.3.25 18:46:51	4.3.25 18:51:09	anonymous	
33	32	4.3.25 18:53:05	4.3.25 18:57:38	anonymous	
34	33	4.3.25 18:55:50	4.3.25 18:59:04	anonymous	
35	34	4.3.25 19:00:41	4.3.25 19:07:11	anonymous	
36	35	4.3.25 19:18:09	4.3.25 19:20:23	anonymous	
37	36	4.3.25 19:20:19	4.3.25 19:22:48	anonymous	
38	37	4.3.25 19:28:34	4.3.25 19:31:47	anonymous	



	ID	▼ Starttidspunkt	▼ Færdiggørelsestidspunkt	▼ Mail	▼ Navn	▼
38	37	4.3.25 19:28:34	4.3.25 19:31:47	anonymous		
39	38	4.3.25 19:30:46	4.3.25 19:35:40	anonymous		
40	39	4.3.25 19:29:21	4.3.25 19:36:41	anonymous		
41	40	4.3.25 19:36:03	4.3.25 19:39:01	anonymous		
42	41	4.3.25 19:36:09	4.3.25 19:42:40	anonymous		
43	42	4.3.25 19:46:54	4.3.25 19:48:33	anonymous		
44	43	4.3.25 19:52:59	4.3.25 19:55:34	anonymous		
45	44	4.3.25 19:55:13	4.3.25 19:57:39	anonymous		
46	45	4.3.25 20:02:24	4.3.25 20:05:00	anonymous		
47	46	4.3.25 20:02:22	4.3.25 20:05:40	anonymous		
48	47	4.3.25 20:10:45	4.3.25 20:13:38	anonymous		
49	48	4.3.25 20:12:53	4.3.25 20:24:13	anonymous		
50	49	4.3.25 20:17:03	4.3.25 20:25:11	anonymous		
51	50	4.3.25 20:42:16	4.3.25 20:45:48	anonymous		
52	51	4.3.25 20:50:55	4.3.25 20:55:12	anonymous		
53	52	4.3.25 20:51:26	4.3.25 20:57:25	anonymous		
54	53	4.3.25 20:53:38	4.3.25 21:00:17	anonymous		
55	54	4.3.25 21:00:56	4.3.25 21:08:00	anonymous		
56	55	4.3.25 21:15:43	4.3.25 21:22:15	anonymous		
57	56	4.3.25 21:18:35	4.3.25 21:25:04	anonymous		
58	57	4.3.25 21:29:12	4.3.25 21:35:41	anonymous		
59	58	4.3.25 21:35:52	4.3.25 21:41:07	anonymous		
60	59	4.3.25 21:38:18	4.3.25 21:42:56	anonymous		
61	60	4.3.25 21:56:53	4.3.25 22:01:43	anonymous		
62	61	4.3.25 22:02:55	4.3.25 22:07:20	anonymous		
63	62	4.3.25 22:10:32	4.3.25 22:15:29	anonymous		
64	63	4.3.25 22:14:42	4.3.25 22:17:31	anonymous		
65	64	4.3.25 22:37:50	4.3.25 22:41:57	anonymous		
66	65	4.3.25 22:43:35	4.3.25 22:45:52	anonymous		
67	66	4.3.25 22:42:08	4.3.25 22:46:12	anonymous		
68	67	4.3.25 23:33:24	4.3.25 23:39:21	anonymous		
69	68	4.3.25 23:34:32	4.3.25 23:40:12	anonymous		
70	69	4.4.25 0:04:41	4.4.25 0:07:42	anonymous		
71	70	4.4.25 0:27:28	4.4.25 0:29:48	anonymous		
72	71	4.4.25 2:31:45	4.4.25 2:36:46	anonymous		
73	72	4.4.25 3:54:38	4.4.25 4:06:47	anonymous		
74	73	4.4.25 6:08:51	4.4.25 6:15:42	anonymous		
75	74	4.4.25 7:04:43	4.4.25 7:07:39	anonymous		



	ID	▼ Starttidspunkt	▼ Færdiggørelsestidspu	▼ Mail	▼
76	75	4.4.25 7:11:50	4.4.25 7:15:19	anonymous	
77	76	4.4.25 7:27:59	4.4.25 7:33:20	anonymous	
78	77	4.4.25 7:33:33	4.4.25 7:49:16	anonymous	
79	78	4.4.25 8:02:16	4.4.25 8:07:13	anonymous	
80	79	4.4.25 8:01:29	4.4.25 8:15:14	anonymous	
81	80	4.4.25 8:55:15	4.4.25 9:01:07	anonymous	
82	81	4.4.25 9:28:11	4.4.25 9:31:07	anonymous	
83	82	4.4.25 9:41:15	4.4.25 9:47:11	anonymous	
84	83	4.4.25 9:47:40	4.4.25 9:54:25	anonymous	
85	84	4.4.25 9:57:15	4.4.25 10:41:58	anonymous	
86	85	4.4.25 11:03:47	4.4.25 11:10:04	anonymous	
87	86	4.4.25 11:25:19	4.4.25 11:29:28	anonymous	
88	87	4.4.25 11:30:20	4.4.25 11:37:35	anonymous	
89	88	4.4.25 11:56:41	4.4.25 12:00:54	anonymous	
90	89	4.4.25 12:38:22	4.4.25 12:42:16	anonymous	
91	90	4.4.25 13:48:27	4.4.25 13:50:34	anonymous	
92	91	4.4.25 13:53:53	4.4.25 13:56:26	anonymous	
93	92	4.4.25 15:28:27	4.4.25 15:37:36	anonymous	
94	93	4.4.25 15:36:33	4.4.25 15:40:33	anonymous	
95	94	4.4.25 16:12:41	4.4.25 16:15:41	anonymous	
96	95	4.4.25 17:28:49	4.4.25 17:36:38	anonymous	
97	96	4.4.25 17:58:23	4.4.25 18:03:51	anonymous	
98	97	4.4.25 18:07:15	4.4.25 18:11:59	anonymous	
99	98	4.4.25 18:20:53	4.4.25 18:24:10	anonymous	
100	99	4.4.25 20:16:14	4.4.25 20:21:14	anonymous	
101	100	4.5.25 12:39:33	4.5.25 12:46:09	anonymous	
102	101	4.5.25 18:41:37	4.5.25 18:51:04	anonymous	
103	102	4.5.25 20:45:42	4.5.25 20:49:32	anonymous	
104	103	4.6.25 0:22:51	4.6.25 0:28:32	anonymous	
105	104	4.6.25 19:09:57	4.6.25 19:13:41	anonymous	
106	105	4.6.25 19:49:51	4.6.25 19:58:06	anonymous	
107	106	4.7.25 15:52:30	4.7.25 15:59:23	anonymous	
108	107	4.9.25 9:01:58	4.9.25 9:12:10	anonymous	
109	108	4.9.25 9:38:52	4.9.25 9:46:32	anonymous	
110	109	4.9.25 9:43:09	4.9.25 9:49:09	anonymous	
111	110	4.9.25 10:04:24	4.9.25 10:13:12	anonymous	
112	111	4.9.25 10:57:04	4.9.25 11:00:21	anonymous	
113	112	4.9.25 13:19:08	4.9.25 13:25:58	anonymous	
	ID	▼ Starttidspunkt	▼ Færdiggørelsestidspu	▼ Mail	▼
114	113	4.9.25 19:10:30	4.9.25 19:13:59	anonymous	
115	114	4.10.25 22:54:06	4.10.25 22:57:13	anonymous	
116	115	4.15.25 17:47:41	4.15.25 17:51:38	anonymous	
117	116	4.30.25 0:16:54	4.30.25 0:21:44	anonymous	
118					