



# NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægekredsforening

Nummer 1. 2016 – 41. Årgang



Formandsberetning for 2015 .....	3
Præsentation af Grønlands Lægeforeningens bestyrelse .....	4
Rekruttering .....	6
Landslægeembedet 2016 .....	8
Årsprisen 2015 .....	9
Studietur til Lapland .....	11
Professor med sort bælte i geriatri .....	14
Rapport fra Nakorsanuts udsendte medarbejder i Aalborg .....	15

Arbejdsmedicinsk forskningsprojekt .....	16
Venerea og Prævention .....	19
TB og usathed i Nuuk .....	23
ALSO 2016 .....	27
PhD kursus i Nuuk .....	28
Helbredseffekter af genetisk tilpasning til det arktiske miljø .....	30

## Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25  
Nakorsanut@greenet.gl

### Redaktion:

Gert Mulvad, gm@peqqik.gl  
Ole Lind, oli@peqqik.gl

Layout: tita.gl

Oplag: 300

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

### Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeföreningens hjemmeside:  
<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geföreningen/L%C3%A6gekredsföreningen%20Gr%C3%B8nland>

### Grønlands Lægekredsföreningens bestyrelse

#### Formand:

Overlæge Ole Lind – Gyn/Obs. , DIH., Nuuk. oli@peqqik.gl

#### Kasserer:

Overlæge Jacob Kanstrup - Anæstesi., DIH, Nuuk jkan@peqqik.gl

#### Næstformand:

Læge Finnur Eldevig –DIS, Sisimiut. fmel@peqqik.gl

#### Sekretær:

Læge Ivalu S. Frederiksen – Nuuk ivfr@peqqik.gl

#### Menigt medlem:

Distriktslæge Jan Olsen – Sisimiut jano@peqqik.gl

Distriktslæge Hans Christian Florian – Tasiilaq. hcflorian@hotmail.com

*Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.*

*Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.*

# NUNAMED 2016

Grønlands lægeförening deltager i tilrettelæggelsen af NUNAMED.

Som inspiration til deltagelse i NUNAMED 2016 abstract fra 3 af 10 keynote speaker.

Der ses frem til indlæg fra grønlandske læger og abstract tilmelding sker på [www.nunamed.org](http://www.nunamed.org)

### Fysisk Aktivitet som helbredende faktor

*Dr.med. Bente Klarlund Pedersen*

Vi har længe vidst at fysisk aktivitet er effektiv i forebyggelsen af en lang række sygdomme, f.eks. hjertekarsygdomme, cancer, demens og type 2 diabetes. Men fysisk aktivitet har også en plads i behandlingen af disse. Den fysiske aktivitet kan i nogle tilfælde være helbredende. I andre tilfælde vil den fysiske træning forebygge forværring og nedsætte risikoen for komplikationer.

### Grønlands bioteknologiske skatte - forskning for samfundet

*Aviaja Lyberth Hauptmann, biolog fra Københavns Universitet, Ph.D.-studerende*

Grønland har et stort bioteknologisk potentiale. Hvordan får Grønland det fulde udbytte af dette potentiale? Forskning i grønlandsk bioteknologi rummer muligheder for samfundet på flere forskellige niveauer. Bioteknologi er en bæredygtig erhvervs mulighed, som relevant modspil til tung industri. Forskning i den grønlandske natur muliggør samtidig undervisning og formidling med udgangspunkt i Grønland, som kan inspirere unge grønlændere til at uddanne sig og tage del i forskningen.

### What can studies of migration tell us about asthma?

*Professor Peter Gibson i Newcastle i Australien.*

There is widespread geographical variation in the prevalence of chronic diseases throughout the world. This is especially true for chronic airway diseases such as asthma. Studies of migrating populations provide a unique opportunity to investigate the environmental determinants of asthma, in a genetically homogenous population. Dietary intake can be a major determinant of asthma, and migration invariably leads to major dietary changes. The effects of migration and dietary change have been investigated in studies from Greenland and other parts of the world. Greenlanders who have migrated to Denmark experience more asthma and have greater degrees of systemic and adipose tissue inflammation, possibly determined by dietary change. These results will be compared with migration studies from Australia in order to understand how changing diet may influence the development of asthma chronic airway disease such as asthma. The lessons for these studies can inform public health policy around asthma and its management.

# Grønlands Lægeforenings formands beretning for 2015



Året bød på overenskomst forhandlinger, som denne gang gik i gang nogenlunde til tiden. Det i sig selv var en ganske positiv ting. Tidligere har der af forskellige årsager været forlængelser af den gældende overenskomst, afbrudte forhandlinger og megen tomgang. Det var der ikke denne gang. Lægeforeningens forhandlings gruppe var efter ønske fra generalforsamlingen 2014 udvidet således at stort set alle kunne få talt deres sag. Derudover fik vi uvurderlig hjælp fra Lægeforeningen i Danmark, hvor Mette Worsøe var forhandlingsleder. Der var gjort et ganske grundigt forarbejde med indarbejdelse af de mange ønsker som medlemmerne havde fremsat. Overordnet set var der selvfølgelig et ønske om mærkbar grundlønsfremgang, således at det over de seneste ca. 10-15 år tabte terræn kunne indhentes. Vi skulle hurtigt blive ganske meget klogere. Modparten havde et ganske snævert mandat og ønske om en 4-årig overenskomst. I den situation kunne vi selvfølgelig have valgt at afbryde forhandlingerne, men der var enighed i hele gruppen at det var bedre at få lidt end slet ingenting. Den snævre ramme betød at forhandlingerne blev meget langvarige og tekniske – vi mener at resultatet blev så godt som det var os muligt i situationen. Der blev aftalt retningslinjer for honorering ved evakueringer; pædiatrisk område fik anerkendelse som vagtbærende (den halve million det koster, blev holdt uden for rammen); fastholdelses tillægget for lægerne i Nuuk blev forhøjet; der blev aftalt rotationsordning for trofaste vikarer; ændret vagtstruktur med anerkendelse af mellem- og supervisionsvagt; anerkendelse af diplom i grønlandsk medicinsk fagområde; mulighed for udbetaling af krydsdage, men der var jo også ting vi ikke fik i mål. Det skal også indrømmes at den nye overenskomst i enkelte tilfælde har betydet en reel lønnedgang – det har været en overraskelse for os. Det er beklageligt for de få medlemmer det er gået ud over og vi kan ikke gøre andet end at bøje

os i støvet og indrømme, at det havde vi ikke set komme. Alt i alt anser vi dog glasset for halvt fyldt, snarere end halvt tomt. Hvis vi forbliver i metaforerne, så må vi dog konstatere at der efterhånden ikke er så højt til loftet som vi kunne ønske os det. Det grønlandske samfund får rigtig meget ud af de penge der er afsat til sundhedsydelse. Godt 7% af BNI anvendes til sundhedsydelse, hvorimod lande vi tillader os at sammenligne os med i sundhedsmæssig sammenhæng bruger omkring 9% – og det er lande der har betydelig højere BNI/capita end det er tilfældet i Grønland. Det faktum kunne vi godt tænke os blev anerkendt af politikerne. Fremadrettet vil lægeforeningen forsøge at være mere synlig i den offentlige debat, således at vi ad den vej kan påvirke processen og forhåbentlig forbedre bevillingerne til sundhedsvæsenet.

Der er i regi af lægeforeningen afholdt flere forskellige kurser i årets løb. Det har været kurser af meget høj faglig kvalitet med yderst kompetente undervisere. Det er en fornøjelse for os at være i stand til at tiltrække engagerede kolleger både som kursister og som undervisere. Til slutningen til de af lægeforeningen arrangerede kurser har været flot og vidner om engagement og dybfølte ønsker om at forbedre kvaliteten af det – i forvejen – gode arbejde der leveres til borgerne.

Generalforsamlingen 2015 var 100% fornøjelig. Det gik som det stort set altid gør: Uventet panik hos bestyrelsen der manglede formanden – på grund af dårligt vejr – og panik fordi der gik kuk i valget til bestyrelsen. Der var fodfejl str. 52, så vi kunne ikke afslutte generalforsamlingen med konstituering af bestyrelsen. Jakob Kanstrup, gik af pga 6-års reglen, og Jan Olsen havde valgt at trække sig. Kampvalget fes ud, da den ekstra opstillede trak sit kandidatur. Al panikken var således unødvendig, Ind kom

Nadja Albertsen og Nicolaj Hardenberg og med forsin-  
kelse konstituerede bestyrelsen på følgende vis:

Ole Lind Formand  
Finnur Eldevig næstformand  
Ivalu Spange Frederiksen Sekretær  
Hans Christian Florian medlem  
Nicolaj Hardenberg medlem  
Nadja Albertsen medlem

Jacob Kanstrup havde tilbudt at han godt ville fortsætte  
som Kasser. Jacob har igennem årene styret økonomien  
på fornemt vis, så bestyrelsen takkede ja til det tilbud

Ved generalforsamlingen var der selvfølgelig også dis-  
kussion vedrørende overenskomsten, men vi håber at  
medlemmerne forstår og accepterer resultatet. At den en-  
delige underskrivelse af overenskomsten så først skete ju-  
leafthen og efterreguleringen i skrivende stund endnu ikke  
er sket er sket, kan vi kun ærgre os over.

Vi ønsker også at takke Gert Mulvad for det store, og tid-  
vist utaknemmelige, arbejde der er gjort for at få Nakor-  
sanut på gaden. De mange bidrag vidner om den alsid-  
ighed og det engagement der kendetegner de grønland-  
ske læger. Nakorsanut er kun så godt som medlemmerne  
gør det til, så vi håber på fortsat velvillighed når redak-  
tøren banker på jeres dør.

Den nye bestyrelse er bekendt med at mange medlemmer  
synes vi fører en noget usynlig tilværelse. Vi vil forsøge  
at informere bedre om hvad det er vi går og laver og hvem  
vi egentlig er. Der er dog også løbende sager af mere el-  
ler mindre fortrolig karakter, som ikke egner sig til en  
bred offentliggørelse. Det enkelte medlem må være sig  
bevidst at bestyrelsens sammensætning, som det er fast-  
lagt i foreningens vedtægter, repræsenterer lægerne i  
Grønland så godt som det er muligt.

Afslutningsvis skal det nævnes At Henning Sloth Peter-  
sen fik Grønlands lægeforenings hæderspris på baggrund  
af mangeårig beundringsværdig indsats i det Grønland-  
ske Sundhedsvæsen, både i klinikken og inden for forsk-  
ningen.

*Ole Lind  
Formand  
Nakorsat Kattuffiat  
Grønlands Lægeforening*

## Præsentation af Grø



### **Ole Lind**

Ole Lind 58 år overlæge fastansat gynækologisk/obstetrisk  
afd. Dronning Ingrid's Hospital.

Kandidat Odense Universitet 1985. Ansat I det Grøn-  
landske sundhedsvæsen som reservelæge 1985-91 og siden  
2002 fastansat som Gynækologisk/obstetrisk overlæge.

Aktiv i Grønlands lægeforenings bestyrelse siden 2003  
med et afbræk i perioden 2009-11, og siden 2012 formand  
for foreningen.

I fritiden er jeg aktivt naturmenneske. Trods snart 20  
års erfaring naturoplevelser, kan den fantastiske Grøn-  
landske natur fortsat fascinere mig.



### **Nadja Albertsen**

Jeg er 33 år og new-comer i bestyrelsen, hvor jeg er YL-  
repræsentant. Jeg er kandidat fra SDU (2011) og kom til  
Grønland i januar 2014 på et to måneders vikariat – og  
har hængt fast lige siden. Jeg er nu i gang med HU i Al-  
men Medicin og planlægger at tage hele uddannelsen i  
Grønland.

Jeg faldt både for Grønland, de inspirerende og auten-  
tiske mennesker, man møder heroppe, og de mange fag-  
lige udfordringer, jeg møder hver dag – når jeg kigger til-  
bage over de sidste to år, er det vildt hvor meget jeg har  
rykket mig både fagligt og menneskeligt.

# Grønlands Lægeforeningens bestyrelse



## Hans Chr. Florian

“Efter få år som læge i Danmark, søgte jeg til Angmagssalik (som det hed dengang) i 1990. Her jeg har så været siden - dog med få afbrydelser, som har givet inspiration og yderligere kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen. Jeg tror ikke der findes en bedre samling af kolleger end den læge gruppe der er i Grønland: Det er en fantastisk pose blandede bolcher med meget, meget forskellige personer og personligheder. Det er et privilegie at arbejde et sted hvor man hver dag er fagligt udfordret og hvor man med en smule stædighed og vedholdenhed virkelig kan gøre en positiv forskel. Udover vores umiddelbare patientrelaterede udfordringer og arbejdet for ordentlige løn- og arbejdsforhold, så ser jeg lægernes og Lægeforeningens vigtigste opgave som værende at kæmpe for det helt basale: “Helbrede - Lindre - Trøste”. Det er hvad der er hugget i sten over indgangen til det tidligere Aarhus Amtssygehus hovedindgang. Jeg kan fortsat anvende størstedelen af min tid på netop dét - og det er jeg taknemmelig for.”



## Ivalu Spange Frederiksen

Jeg hedder Ivalu Frederiksen, er 32 år gammel og er oprindeligt fra Narsaq i Sydgrønland. Fuldt dobbeltsproget Grønlandsk/dansk.

Uddannet læge på Århus Universitet. Dimitteret januar 2013 og har siden haft mit KBU forløb mv. i Nuuk.

6mdr på kir.afd, 6 mdr på med. afd. Efterfølgende et års intro på DIS i almen medicin. Nu i uklassificeret stilling på med. afd. DIH, Nuuk.



## Finnur Eldevig

Regionslæge

Sisimiut Sundhedscenter

Næstformand Grønlands lægeforening



## Nicolai Hardenberg Larsen

Nicolai Hardenberg Larsen, fastansat regionslæge ved DIS.

40 år. Kandidat Kbh. Universitet 2005, turnus tid. i Frederiksborg Amt ved Helsingør Sygehus og praksis turnus del i Frederiksværk. Ansat i det grønlandske sundhedsvæsen siden maj 2008 og speciallæge udd. her til Regionslæge.

Født i Nuuk i 1975, boet i Nuuk af 2 omgange i alt ca. 7 år frem til 1986, herefter ferietilknytning til Grønland frem til 1997. Opvokset i Nordsjælland herefter og boet i Kbh. under lægestudiet. Har interesse for mit fag og udviklingen af denne specielt her i Grønland. Interesse for det Grønlandske samfund og dens udfordringer. Stor natur elsker og glad for jagt fiskeri, dykning og udelivet i den Grønlandske natur, bådsejls, gastronomi og er vin nörd. Har 2 børn på 5 og 3 år, Victor og Adriana.

Er endvidere kollegialt netværksarbejder i Grønland.

# Rekruttering og fastholdelse

Overskriften er de sidste år et emne der vendes ofte blandt os læger. Man møder samme diskussion i Danmark, hvor man har fået svært ved at lokke læger ud i yderområderne. Det er dog særligt udfordrende herhjemme, hvor afstandene mellem byer og dermed sygehusene, er i en noget større målestok end i Danmark.

Det er også en diskussion som kører løbende blandt borgerne, selvom de måske ikke lige er lige åbenlyst det er det de taler om. For når folk taler om ”lang telefonkø og lang ventetid på lægetider” i Nuuk, og på kysten over ”skiftende læger”, så er det jo i bund og grund det det handler om. Hvad de fleste blandt borgerne ikke lige forstår er, at der også er forskel på læger. Der er som vi i vores kredse ved forskel på at bemande med speciallæger og yngre læger. Ikke bare antal hoveder.

I Yngre Lægegruppen i Nuuk lavede vi en hurtig brainstorm omkring problemstillingen. Denne artikel er et resultat af denne og undertegnede's tolkning deraf.

En gang om måneden, første tirsdag i hver kalendermåned, samles yngre læger i Nuuk og drøfter lidt løst og fast. Sommetider bærer det lidt præg af et socialt arrangement. Andre gange er der en egentlig dagsorden.

## Rekruttering

Første nøgleord var selve ”Rekrutteringen”. Hvad inspirerede folk til at tage op til Grønland. At give afkald på de vante trygge rammer i Danmark eller øvrige lande.

De fleste var et resultat af mund-til-mund. Førstehåndsberetninger om et lægeliv i Grønland, hvilke udfordringer og hvilke oplevelser det indbefatter. Andre havde haft en oplevelse med IMCC i studietiden, havde haft en god oplevelse og deraf fået smag for mere. Enkelte havde set annoncer i Ugeskriftet.

Med den viden blev forsamlingen spurgt om hvorvidt de troede på at en DJØF-er eller lignende med reklamefremstød var vejen til at fremme viden om mulighederne. Rygtet går at det er en sådan der udtænker strategier for rekrutteringen. Jeg vil dog ikke lægge hovedet på blokken for at dette er sandt. Hvad vi i gruppen kom frem til var, at det skal være en med indgående kendskab til dagligdagen og udfordringerne, som skal stå med det. En læge der selv har arbejdet heroppe. Derudover blev der nævnt grupper på

Facebook med lægefora. Her kunne man med fordel gøre sig mere synlige med referencer til kollegaer der arbejder heroppe.

Der er dog altid et modstykke. Er der noget der fraholder folk at søge job heroppe, så er det oftest hvis man har familie. For det er helt umuligt at gennemskue ens muligheder for at få børnenes og ens families dagligdag til at hænge sammen. Alle kender nogen stykker der har ønsket at komme herop og arbejde. Men spørger man til pasningsmuligheder af børnene er der ikke noget rigtigt brugbart svar. For ventelisterne til vuggestuer og børnehaver er lange; man kan ikke oplyse om øvrige pasningsmuligheder. Kender man ikke nogen der allerede er oppe i Grønland, og er bosat i den samme by, hvor man ønsker at søge ansættelse, så har man ingen chance for at finde pasningsmuligheder før man er heroppe. Og det er oftest ved ansættelsens start. Nogle finder en alternativ løsning. Tager en bedsteforælder, en au-pair eller lignende med op for at få tingene til at gå op. Så møder man den næste stopklods, som er at man ikke har nogen ide om hvorvidt man har en bolig med plads til alle. Man kan ikke få en garanti på at passende bolig er til disposition ved ankomst. Her er der mange der smider håndklædet i ringen.

Hvad har folk så haft af positive overraskelser ved at komme herop? Mange var slet ikke klar over at man kunne få merit fra 5 års reglen. At man kan få et helt år ”gratis” heroppe, og derigennem få erfaring der ikke får en til at falde for ordningen.

En anden ting der tæller positivt, er muligheden for kursus. Det er en fortræffelig ordning, at man som fastansat har muligheden for at tage fri i 14 dage og få betalt kurser indtil en vis værdi. Når ens muligheder ellers er meget begrænset af rejsetid og afstand.

## Fastholdelse

Når vi har ”sorteret” de folk fra, der er så langt som været i gang med at stifte familien har vi tilbage de to grupper der hedder nyuddannede læger og de snart pensionerede og pensionisterne. Her følger helt klart en del fordele med. Bred viden og erfaring. Men det er ikke de to grupper man kan regne med slår rødder og bliver i mange år fremover. Førstnævnte gruppe skal uddanne sig og mulighederne er begrænsede. Man kan blive almen mediciner, man kan søge om enkelte introstillinger – men denne del er jo som bekendt også blevet ganske begrænset. Så er der de erfarne, der ikke har en så lang karriere igen.

Enkelte vælger at have en karriere i Grønland og familie i Danmark / udlandet. For dem kunne det være en fordel ikke at være låst af at benytte feriefrirejsten for familien til



Rekruttering af læger

Danmark, men at have mulighed for at benytte den anden vej, og i stedet få familien op til Grønland i familiefrirejseåret.

Man satser nu meget på lægestuderende samt nyuddannede læger med tilhørsforhold til Grønland. Grønland er imidlertid ikke undtaget fra tendensen med globalisering. Også unge Grønlændere er ved at se muligheder i udlandet. Når work-life balance bliver for tung i den ene ende, og lever for lidt plads til familien, så lokker det når man hører om færre arbejdstimer, længere barsel mm udenlands. For for de fleste vil et sundt familieliv i sidste ende veje tungere end økonomien.

Nogle blandt os finder det også ganske demotiverende at blive fastansat når de kan se at andre, gennem vikarbureauer, kan tjene mindst dobbelt så meget for det samme arbejde. Via et vikarbureau kan du vælge at få større frihed ved at rejse frem og tilbage efter egne præmisser. Evt. arbejde 3-4 måneder mindre om året og tjene det samme som ved fastansættelse med 5 ugers ferie.

### Speciallæger

Spørger man i plenum, hvor mange der så har tænkt sig at komme tilbage, når engang de er specialiserede, var der ingen der havde alvorlige overvejelser om det. Ikke at de ikke havde det godt her. Men et af argumenterne var at her er for "u-landsagtigt". Her kommer de samme faktorer igen frem. De samme der kom frem under diskussion af samme emne til generalforsamlingen. Overordnet er organiseringen "noget rod". Her er det især forholdene i Nuuk der er talt om. Af gode grunde er det lidt sværere at udtale sig om forholdene på kysten, eftersom kilden er "Nuuk-læger". Det føles som en uendelig kamp mod lønadministrationen, boligkontoret mm.

En anden ting som vi ikke så ofte hører, er problematikken omkring plejepersonalet. Her er der også rekrutteringsproblematik, der medfører stor udskiftning og manglende rutine. Man har den opfattelse at bedre fokus, også fra vores side, på videreuddannelse og dygtiggørelse af plejepersonalet kunne gøre arbejdsforholdene mere tilfredsstillende for os. For ting ville blive taget mere i opløbet, vi skulle ikke

være så opmærksomme på andet end vore egne arbejdsopgaver.

Manglende videreuddannelsesmuligheder medfører flere år i Danmark/udlandet. Oftest i den alder hvor man stifter familie. Og der opstår nogle bånd der kan gøre det uoverskueligt at overveje at skulle rykke rødderne op igen. For pludselig er det ikke længere kun ens egne kår, relationer og karriere der skal tages hensyn til.

### Opridsning

I hht. den lille forsamling som danner grundlag for artiklens indhold, så er det læge-til-læge beretninger der har motiveret ophold heroppe. Det skal altså være folk, der lever i vores hverdag, som skal stå for at "fange folk ind". Det kan også lette rekrutteringen at skilte mere med muligheden for merit fra 5-års regelen samt vores fortræffelige muligheder omkring kurser ved fastansættelse.

Det vil lette at få folk herop, hvis man kunne få mere ordnede forhold og bedre information omkring de praktiske forhold omkring bolig og familie. Det ville endvidere måske kunne få folk op der kunne slå rødder og dermed tjene flere år, frem for kortere perioder. Lysten skal imidlertid også være der, og de mange arbejdstimer er en tung modvægt til familielivet.

Endelig er det essentielt at man ordner forholdene omkring videreuddannelse. Også for vores samarbejdspartnere, plejepersonalet. Det vil lette vores arbejde betydeligt, at der er løbende udvikling og rutine i hverdagene.

Grønlandske læger og andre med relation til Grønland, vil ikke blive ved med at være "en selvfølge" i form af de vender tilbage efter endt uddannelse / specialisering. De står overfor de samme udfordringer som de øvrige, og med tiden vil de være mere åbne for at prøve kræfter af med udlandet og evt. slå rødder der i stedet for i Grønland. Dermed lægges deres arbejdskraft andre steder end her i Grønland.

*Ivalu S. Frederiksen,  
Reservelæge, med. afd., DIH, Nuuk  
Suppleant for YL repræsentant i Lægeforeningen  
Grønland / Nakorsat Kattuffiat*

# Landslægeembedet 2016 - status og prioriteringer



*Henrik Trykker Landslæge*

I 2015 var der stor udskiftning af staben i landslægeembedet, idet kun vor kontorfuldmægtig og vor medarbejder, der indtaster data, var gengangere fra det tidligere 'hold'. Ansættelse af nyt personale d.v.s. ny landslæge, sygeplejerske, TB-konsulent og statistiker forventer vi er tilendebragt ca.1.april 2016.

På grund af vakancerne var det derfor vigtigt at prioritere indsatsen, så landslægeembedet fungerede bedst muligt til stillingerne er besat igen.

Fokus i slutningen af 2015 og begyndelsen 2016 har været at alle nye sager (fx tilsynssager, klagesager, autorisationssager, retsmedicinske anmodninger, miljøsager og diverse forespørgsler) skulle behandles så hurtigt som det var muligt uden at slække på kvaliteten. Derudover har Landslægeembedet deltaget i det Nordiske samarbejde, påbegyndt og næsten fuldenendt en afvikling af en pukkel klagesager og vi har midlertidigt opdateret vor hjemmeside.

Vi valgte pga. vakancerne ikke at færdiggøre årsrapporten før jul, og undlade at involvere os i arbejde, der ikke naturligt var en del af Landslægeembedets kerneområder.

Vore planer for 2016 er at konsolidere den daglige sagsbehandling og at færdiggøre årsrapporten for 2014, så snart vi har den fornødne datakyndige ekspertise. Derudover har det meget høj prioritet at afvikle en TB - WHO mission med deltagelse af SSI og Danmarks Lungeforening. TB Missionen vil blive afviklet i begyndelsen af juni og vil involvere besøg i Østgrønland og på DIH. Rapporten fra TB- missionen skal være et 'input' til den nye nationale TB - strategi.

Vi har også planer om at styrke tilsynsfunktionen, idet vi vil udvikle målepunkter, der forud for tilsynsbesøg vil blive tilsendt sygehuset, plejehjemmet eller afdelingen for at orientere om hvor vort fokus ved besøgene.

Det er endvidere er planen at påbegynde arbejdet med at revidere og evt. tilføje nye vejledninger i det omfang det findes nødvendigt.

Og sidst men ikke mindst- Husk at vi er en myndighed, men som gerne vil kontaktes og give råd vedrørende de forhold vi har forstand på.

*Henrik Trykker  
Landslæge*



# Henning Sloth Pedersen

Årsprisen 2015 – Grønlands lægeforening, generalforsamlingen 17/10-15

Tale skrevet af Ivalu S. Frederiksen & Gitte Hansen Drachmann



Henning og Dr Strong patolog fra New Orleans

Vi er dybt beærede over at få lov til at stå her og sætte ord på vores beundring for en, i sandhed, fantastisk læge og person.

Det er en person der har gjort en stor, stor indsats for Grønland og de Grønlandske patienter i mange år.

Han er en ildsjæl, der konstant søger nye udfordringer og viden trods sine fysiske begrænsninger.

En beskeden mand, der dog ikke holder sig tilbage, men stiller krav. Bruger tit ordene: ”Vi skal huske at fejre for egen dør!”

Henning – jeg vil være ligesom dig når jeg bliver stor!

Både Gitte og jeg har haft fornøjelsen af at arbejde med dig som kollega, og set dit arbejde og din iver på tæt hold. Vi har haft dig som bagvagt, og jeg har haft dig som vejleder under opgaveskrivning på Århus Universitet, hvor du fungerer som lektor på Institut for Folkesundhed.

Det har under alle disse omstændigheder altid følt sig rart, trygt og ikke mindst ligeværdigt. Du er en person der ikke underkender nogen. At du har mere erfaring og viden hindrer dig ikke i at glædes og vise din entusiasme, når vi kommer med noget nyt. Anderkender at alle har deres styrker og svagheder, og at man skal drage fordel af hinandens styrker, uafhængigt af uddannelsesniveau. Som menneske kræver dette stor selvindsigt og respekt for sine medmennesker.

Til hverdag har vi som kollegaer stor glæde af den person og den vidensbank du er. Du er en sikker og tryk havn. Man kan altid henvende sig, uanset hvor travlt du har. Om det er personligt eller fagligt lytter og vejleder du.

Udover dette uvurderlige bidrag til dine kollegaer og medmennesker, så har du også gjort en stor indsats inden for sundhedsforskning. Du er en anderkendt forsker ude i verden. Bliver inviteret til diverse internationale kongresser.

Bare i år har du været med til at publicere mindst 9 artikler.

Du stopper ikke ved artikler og forskningskredse, men forsøger hele tiden at øge opmærksomheden i samfundet. Så sent som i torsdags holdt du åbent foredrag på Ilimmarfik om faren ved POPs, og trods vejret var der stort fremmøde.

Din jernvilje lader dig ikke bremse af livets udfordringer. Man kan undres over hvad der driver dig så vidt gennem så mange år. Mange mister gejsten på halvvejen. Du afslørede muligvis ved din tiltrædelsesforlæsning på Ilimmarfik hvad der driver dig. Hvad du sagde, har jeg forsøgt at tage til mig og vil nu ytre det for forsamlingen. Ikke helt ordret, men noget i stil med: ”Bliv ved med at undres, lad være med at styre din nysgerrighed!”

Din karriere udspringer fra Århus Universitet, hvor du dimitterede som kandidat i medicin i 1986.

I var en lille årgang som talte 64 nye læger.

Karrieren har hovedsageligt udspillet sig i Grønland. Mange år på Kysten, forskellige steder. Er der overhovedet en by eller bygd du ikke har sat din fod på?? Livet som kystlæge har givet dig en bred erfaring som både mediciner og kirurg. Du stopper ikke ved det gængse, men har tilegnet dig andre færdigheder som akupunktur og hypnose.

De sidste par år har du boet og arbejdet i Nuuk med enkelte afstikkere til det danske.

Hvorfor du i det hele taget har valgt Grønland som din base, er vi ikke sikre på. Vi ved dog du satte dine fødder på Grønlandsk jord, mhp. At blive timelærer i Qaarsut i 1979.

Du var dengang ”kun” studerende, men de lokale kunne allerede se der var gods i ham den nye ”Qallunaaq”. Mange håbefulde mødre bankede hurtigt på din dør og tilbød deres unge døtre som ”kiffakker”, så vidt vi ved uden større held. Du blev hurtigt en vellidt medborger. For som før nævnt forstår du at leve dig ind i dine omgivelser med krop og sjæl.

Du fik hurtigt et ben i hver verden, hvilket er meget unikt for udefrakommende her i Grønland. Du lærte sproget, humoren og tog kosten til dig med stor glæde. Og selvfølgelig hører et hundespand til dette også.

Du lærte at køre hundeslæde i nattens mulm og mørke uden, troede du, lokale observatører. Men dengang var der hverken internet eller fjernsyn.

Du fandt dog med tiden ud af du ikke kunne brødføde dine hunde ved egen fangst. Du skulle selv have udtalt de var på sultegrænsen. Derfor valgte du at gøre uddannelsen færdig som læge. Til glæde og gavn for os kollegaer og det grønlandske samfund.

Super spændende undervisning.  
Grønlands Lægefaglige Forum indbyder igen alle læger til undervisning:

## Botulisme i Grønland

Sjælden sygdom, og det største udbrud i nyere tid.  
Faglig Gennemgang - og en evakuering.

**TID:** Tirsdag d. 2. Februar 2016 , kl. 14.30

**STED:** Konference-lokale 1, D.I.H., Nuuk

*/Mvh Ovl. Jacob Kanstrup, Anæst.-Intensiv.*



*Tirsdag 5. januar kl 14.30-15.30*

**Reservelæge Karsten Rex**

**"Leverbetændelsens ABC og D- lige til højrebenet"**

**"Leverbetændelse gjort simpelt"**

Karsten Rex har arbejdet mange år med Hepatitis og er aktuelt i gang med en Ph.d. samtidig med et forløb i kursusstilling i Almen Medicin i Grønland. Grønland er endemisk land når det gælder Hepatitis B med > 6 % af befolkningen som kroniske bærere af HBsAg.

Dette har relevans for alle og håber at se jer sammen med nye og gamle kolleger.

Opfordrer til, at I siger dette videre til evt nye kolleger og vikarer, som ikke fremgår af mail-listen.

*Med venlig hilsen*

*På vegne af arrangørerne i Lægeforum*

**Undervisning:**  
**Fagligt Forum for læger**

## Hypotermi – Forfrysninger

**Tirsdag, d. 3. November 2015. Kl. 14.30 – 15.30**

**Konference-lokalerne, D.I.H**

Indhold:

Forfrysninger - Inddeling

Hypotermi – definition og Swiss-staging

Lewis-Hunting

Højdesyge

Kliniske fotos

Polar-historie

*Vel Mødt ☺*

*Niels Jacob Kanstrup,*

*Overlæge, Anæstesi-Intensiv/*

*Tirsdag d 1. december 2015*

**Ledende Overlæge på Psykiatrisk Afdeling**

**Jacob Lindholm**

**VIL HOLDE INDLÆG OM**

## TVANGSINDLÆGGELSER

**- herunder den nye vejledning PÅ d4**

Dette er en situation, som er relevant for alle og som vi alle pludselig vil stå i.

Det er en alvorlig situation og håber, at fratage en person råderetten over sig selv og derfor vigtigt, at det foregår så rigtigt og nænsomt, som muligt.

Håber at så mange som muligt vil prioritere dette og møde op, så vi også lige kan ses en sidste gang inden jul på tværs af afdelingerne.

Takuss ☺

*Mvh*

*Arrangørerne i Fagligt Lægeforum*

# Studietur til Lapland

## Fagområdet i Grønlandsmedicin

*Af læge Tommy Preisler.*

Ansæt i Grønlands Sundhedsvæsen siden 2012.

I gang med hoveduddannelse i almen medicin og fagområdet grønlandsmedicin. Har arbejdet som distriktslæge i Paamiut og er nu ansat på Dronning Ingrid's Hospital.

*November 2015. Gällivare.*

### Ankomst

Den lokale dialekt af svensk var forbløffende nem at forstå – I det svenske Lapland taler man langsomt og helt nede i halsen. Jeg er opvokset i Danmark og har op gennem 80'erne – i en tid uden internet og satellit-tv været vant til at høre, men ikke nødvendigvis tale svensk. Jeg var iklædt en unisex orange busseronne og et par uformelige hvide bukser med elastik.

I socialdemokratiske Sverige, hvor mænd holder lige så lang barselsorlov som kvinder og hvor mænd kan være feminister, har mænd og kvinder det samme tøj på når de er på arbejde og forskellige faggrupper (eksempelvis læger), kan ikke kendes på deres påklædning. Det skulle jeg lige vænne mig til. Jeg lignede en blanding af en fange fra Guantanamo og en (kvindelig) sygehjælper fra en plejehjem. Almen medicinere i Sverige går ikke i deres eget tøj.

Det var 20 graderes frost udenfor og sneen lå allerede meterhøj og tyst. Den lille helsecentral lå i tilknytning til sygehuset og betjente godt 12.000 af de 17.000 patienter i optageområdet. Den lave et-etages bygning i gulsten, lå overfor det lokale sygehus, som det delte parkeringsplads med. Den ene indgang var til svenskere og den anden var til flygtninge, idet stedet også havde en særfunktion i forhold til en voksende gruppe af mellemøstlige flygtninge, som af den svenske regering blev tildelt kommunen efter et kvotesystem. Jeg prøvede at gå gennem begge indgange, som ledte til samme reception. Der blev jeg mødt af klinikkens leder Marita Eriksson, som bød mig velkommen og viste mig rundt. Jeg havde allerede i mange måneder kommunikeret med hende og mødt en meget stor velvilje. Efter en kort samtale, blev jeg introduceret til alle dele af klinikkens funktioner, som på mange måder lignede hvad jeg kendte fra kysten i Grønland og fra Lægeklinikken i Nuuk. Samtidigt var mange ting anderledes. Derefter fulgte jeg læger og sygeplejersker og foretog interviews af sygeplejersker og læger imens jeg fulgte deres arbejde, både i og udenfor klinikken.



*Tommy Preisler*

Min afgangsprøve i fagområdet grønlandsmedicin, var at studere særlige sundhedsfaglige udfordringer i et andet arktisk område.

### Fagområdet grønlandsmedicin og den svenske gläsbygd-uddannelse

I Grønland findes der en supplerende uddannelse der har til formål at styrke kompetencerne for læger der ønsker at arbejde på grønlandske kysthospitaler. Uddannelsen er målrettet og meningen er at den skal supplere lægeuddannelsen og især give kompetencer i forhold til de specielle krav om færdigheder der er i de arktiske områder. Forudsætningerne for uddannelsen er gennemgået turnusuddannelse og speciallægeuddannelse og især i almen medicin betragtes som en fordel men er ikke et krav. Uddannelsen er berammet til et år med mulighed for meritering i forhold til den enkelte læges kompetencer. Der er krav om kompetencer indenfor det kirurgiske, gynækologiske, anæstesiologiske, medicinske, pædiatriske, billeddiagnostiske og det psykiatriske område. Derudover er der fokus på ledelse og administration og medicinalstatistik. Der er krav om deltagelse i kurser og desuden er der i uddannelsen lagt en række opgaver og et udlandsophold i andet arktisk område. Under uddannelsen har den uddannelsessøgende en vejleder udpeget af kystledelsen.

I Sverige er der en et-årig uddannelse med lignende fokus og kompetencekrav (såkaldt Gläsbygdmedicin), hvor man i yderområder ligeledes skal varetage indledende akutbehandling og håndtere mange problemstillinger fra fødsel til død, der ellers håndteres af specialafdelinger. I Sverige indbygges uddannelsen normalt i en

uddannelse i almen medicin, som typisk forlænges med et år.

### **Det svenske Lapland**

Gällivare kommune ligger ca. 100 km nord for polarcirklen i Norrbotens len i Sverige. Der er arktisk fastlandsklima i området og der falder om vinteren store mængder sne. Vegetationen er arktisk tundra. Området har relativt veludviklet infrastruktur med veje, lufthavne og jernbane men afstandene er store. Den primære industri i området er minedrift. Befolkningen består af en blanding af svenskere, etniske finnere og samere. Der findes ingen opgørelser af hvor mange samere der findes i Gällivare, men det skønnes at der bor ca. 500 med samisk som modersmål i området. Hovedsproget er Svensk, men samisk og finsk er også almindeligt forekommende.

Jeg ankom med fly fra Stockholm tidligt om morgenen midt i November og landede i minebyen Kiruna i en lille lufthavn på størrelse med Nuuk. Derefter gik turen med lejet bil ca. 120 kilometer på landevej. Der var stort set ingen bebyggelser på ruten, og turen gik gennem ubrudt tyst snedækket tundra. En lav sol belyste landskabet. Der var i ugen op til min ankomst faldet flere meter sne og der lå meterhøje snedriver langs vejen. Konstant tordnede store lastbiler læsset med tømmer og jernmalm forbi mig, så den lejede Volvo kurede frem og tilbage på vejen – det var en oplevelse, jeg ikke har lyst til at gentage. Efter 2 timers kørsel ankom jeg til Gällivare Sygehus, hvor der var stillet en fin 2 værelses lejlighed til rådighed.

Sygehuset i Gällivare har ca. samme størrelse og funktion som Dr. Ingrid's Hospital.

Der var dog en helt anden særligt svensk hjemlig stemning. Der lugtede hyggeligt og hjemligt på afdelingerne og alle opholdsstuerne havde en hyggelig hjemlig indretning. På den geriatriske afdeling var lugten dog som på en lignende afdeling i Danmark.

Svenskere bliver meget gamle, og det skulle vise sig at almen medicinere i Gällivare havde en noget anderledes opgavesammensætning end i Danmark og Grønland. En del af dagligdagen var at gå stuegang på den geriatriske langtidsskik afdeling på sygehuset, det giver derfor god mening at helsecentralen ligger på samme matrikel som sygehuset. På helsecentralen kommer der også læger fra sygehusafdelingerne, hvor man eksempelvis en gang om ugen får besøg af en pædiater, der i samarbejde med sundhedsplejersken løser mange problemstillinger i forhold til børn.

### **Hjemmebrændt, bensår og sygetaxa**

Sygeplejerskerne på helsecentralen arbejder på mange måder som sygeplejersker på vores kystsygehuse og på Lægeklinikken i Nuuk. De visiterer og behandler selvstændigt patienter og træffer selvstændigt mange beslutninger. Hvilket også er nødvendigt, idet det er svært at rekruttere nok læger til området. Dog har sygeplejerskerne ikke samme udbredte ordinationsret som i Grønland og mange beslutninger skal således endeligt tages af en læge. Det vakte stor forundring, da jeg fortalte om vores gode erfaringer med selvstændigt behandlende sygeplejersker i Grønland.

Jeg fulgte sygeplejerske Patrick SvalKvist på en almindelig dag. Han var en kraftig fyr med den slags rolige udstråling, som man kun ser hos sundhedspersoner, politimænd og socialarbejdere, som har hjertet på rette sted, og som har måttet forholde sig til tusindvis af menneskeskæbner igennem mange år. Intet kunne bringe ham ud af fatning.

En række patienter blev håndteret over telefonen. Derefter fulgte konsultationer. Særligt indtryk gjorde en 60 årig mand skulle have tilset sit bensår. Det var kommet, fordi han ikke rigtigt kunne mærke sine fødder og hans lange læderstøvler på en dag med brændehugning i hans lille røde træhus i ødemarken, havde gnavet sig ind i kødet på hans ben. Men vinteren var kommet tidligt det år, og uden brænde kunne huset ikke varmes op.

Imens Patrick hentede forbindingsmateriale, fortalte patienten om sit liv og sin ensomhed. Jeg fik fornemmelsen af, at hans eneste sociale kontakt bestod i de ugentligt kontroller af bensåret, som i øvrigt var næsten helet op og efter min mening ikke nødvendiggjorde en konsultation – sådan set ud fra en rent faglig vurdering. Ungdommen og voksenlivet i Lapland havde været hårdt. Han var ufaglært og havde arbejdet i minen. Det unge voksenliv havde været præget af druk og voldskriminalitet. Stolt fremviste han hvorledes han var tatoveret over kroppen. Navnene på talrige kærestes var tatoveret på arme, bryst og fingre. Derudover hjerter, knive og andre utydelige symboler. Hver tatovering havde sin historie. De fleste var lavet af en nu afdød nabo- ofte efter at de sammen havde indtaget mængder af hjemmebrændt brændevin og vodka fra Rusland. Kørekortet havde det hjemmebrændte også taget. Ikke så heldigt, når købmanden lå 5 mil (50km) væk. Nu boede han alene, gangfunktionen var dårlig og at gå på både vat og sne var svært. Vinteren

kunne han ikke rigtigt klare mere – sommeren gik bedre. Hver uge måtte han rejse 10 mil (ca. 100 kilometer) med sygetaxa, som kostede 100 kr. hver vej for at få tilset sit sår. Jeg kunne høre Patrik rode ude i depotet. Den rigtigt forbindelse var vist ikke nem at finde. Patienten begyndte at fortælle om, hvor nemt det var at få hjemmebrændt og at flere naboer stadig lavede det - at det havde en særlig god smag af snaps og røg, hvis det blev lavet på den rigtige måde. Men han kunne ikke tåle det mere og var afholdende.

Patrick kom med det rigtige plaster – nu var patienten færdigbehandlet og kunne selv passe sit sår. Han så skuffet ud. Så fik han et råd om at købe vintersko i stedet for støvler – det var godt til polyneuropati når man skulle hugge brænde. Patrick havde været sygeplejerske i Lapland i 24 år, og også havde været inde i mange små hjem som hjemmesygeplejerske. Til slut slog de over i en form for blanding af svensk og samisk, som jeg ikke forstod. Der var åbenbart taget hensyn til den danske læge, som kun talte en form for accentueret rigssvensk.

### **Amfetamin og den 100 årige der rullede**

Lægearbejdet ligner i øvrigt på de fleste andre områder lægearbejde på Lægeklinikken i Nuuk, hvor erfarne læger primært tager sig af vejledning, ledelse og kontakt udadtil og yngre læger primært ser visiterede patienter. Størst indtryk gjorde det at følge Ann-Christin Wikström. Hun havde arbejdet 35 år som læge i Lapland og var speciallæge i almen medicin. Vi talte meget imellem konsultationerne og jeg fik indtryk af at der var tale om en ildsjæl, som havde gjort en stor forskel gennem årene. Idet vi talte om de særlige problemer i forhold til selvmord blandt unge i Grønland, fortalte hun at de især i 80'erne og 90'erne havde haft et lignende problem i Lapland. Der kom i den periode store mængder amfetamin over grænsen mod øst og mange af de unge i de små byer fik en social deroute der ofte førte til selvmord. Ann-Christin havde i mange år arbejdet tæt sammen med de sociale myndigheder og problemet var nu aftagende. Hun havde stadig kontakt med mange af de unge, der var kommet igennem med livet i behold. Hendes øjne blev blanke, når hun talte om det, og jeg kunne fornemme at hendes patienter var i hendes tanker alle de vågne timer.

På et andet tidspunkt fik jeg mulighed for at komme med på stuegang på ”Sjukhemmet”, som i virkeligheden var en blanding mellem en geriatrisk afdeling og et pleje-

hjem, det lå på øverste etage på selve sygehuset og der var fin udsigt over de sneklædte træer. Straks Ann-Christin kom ind af døren samledes patienter og personale i en kødrand omkring hende. Hun kendte navnene på alle. Mange store og små problemstillinger blev effektivt gennemgået. Vi tilså bl.a. patient på 100 år som var faldet ud af sengen natten før og var øm i kroppen. Den 100 årige kom ved egen kraft kørende hen til os i sin kørestol, og hun kunne bevæge sig hurtigere rundt end jeg kunne gå – så min vurdering var, at hun nok ikke havde slået sig alvorligt. Hun havde en halv småkage siddende på overlæben og protesen sad løst når hun snakkede. Desværre var hun i løbet af de seneste 2 år blevet dement, fortalte Ann-Christin, men kroppen fejlede ikke noget.

Patienten kom ind på sin stue og jeg blev vidne til den mest elegante ortopædkirurgiske undersøgelsesteknik af en hofte jeg nogensinde har set. Hoften var ikke brækket og bækkenet var også stabilt. Patienten var bare ”ramlat” og skulle have noget smertestillende -og lige tjekkes for infektion.

På den sidste dag inden afrejsen til Grønland blev jeg inviteret til middag hos Ann-Christin og hendes mand. Vi skulle selvfølgelig have rensdyr. Noget man kun kan købe i Lapland, hvis man kender de rigtige samere – og det gjorde Ann-Christin selvfølgelig. En meget hyggelig aften.

Mit væsentligste fund fra dette feltarbejde er, at man i Sveriges yderområder i almindelighed og de arktiske områder i særdeleshed, har samme behov for brede lægelige kompetencer, som vi har på kysten i Grønland, og der er god mulighed for uddannelsesmæssigt samarbejde imellem de arktiske områder. Det største indtryk var imidlertid af menneskelig karakter. Det kræver en særlig både menneskelig og faglig rummelighed at arbejde i et ekstremt og isoleret område.

Imponeret af den faglighed og de mennesker jeg mødte, er jeg vendt hjem til færdiggørelsen af min egen uddannelse som grønlandsmediciner med fornyet energi. Det bliver ikke sidste gang jeg besøger Lapland.

# Professor med sort bælte i geriatri

**Forskningsansvarlig overlæge, klinisk lektor Stig Andersen er tiltrådt som klinisk professor i geriatri ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet og Geriatrien, Aalborg Universitetshospital.**

Stig Andersen er uddannet læge fra Aarhus Universitet i 1993, og blev i 1996 ansat på Aalborg Universitetshospital, hvortil han siden da har været tilknyttet i forskellige stillinger. I 2012 blev han udnævnt til forskningsansvarlig på hospitalets geriatrike afdeling, hvor han siden 2014 også har været ansat som ledende overlæge.

Stig Andersen har siden 1995 beskæftiget sig særligt med sundhed og sygdom i Grønland, hvor han gennem ansættelser på Dr. Ingrids Hospital i Nuuk, Grønland og etableringen af Center for Grønlandsforskning ved Aalborg Universitetshospital har lavet en bred vifte af undersøgelser. Han har bl.a. undersøgt kostvaner, vitaminer, sportof, stofskifte, leversygdomme, fedme, hjertesygdom samt knoglemetabolisme og knogleskørhed, og lavet plejehjemsundersøgelser. Dertil har han i Danmark undersøgt jodindtagelse og stofskifte hos ældre, subklinisk stofskiftesygdom og betydningen af variation i mål for stofskifte og jodindtagelse, og etableret en database for knogleskørhed, hvor fokus de senere år har været på de ældre.

Fremadrettet peger pilen på patientnær forskning koncentreret om den aldrende befolkning. Fra Geriatrien er der fokus på at videreudvikle forskning i balance og fald samt forskning, der indebærer samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper, hvor horisonten også rækker ud over hospitalet mod forebyggelse og behandling af sygdom blandt ældre.

Siden 2012 har Stig Andersen været ansat som studiekoordinator på Kandidatuddannelsen i Medicin ved Det

Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet. Han havde i den forbindelse et ansvar for at klargøre uddannelsen til at modtage de første studerende i efteråret 2013 med baggrund i sin uddannelse fra England i at uddanne læger. Og udviklingen af lægeuddannelsen ved Aalborg Universitet fortsætter. Han har endvidere omfattende undervisningserfaring på både lægeuddannelsen og en række andre sundhedsuddannelser.

Stig Andersen fik tildelt sin ph.d. ved Aalborg Universitet i 2002, har været forfatter på 90 videnskabelige publikationer, har været vejleder for ph.d.-studerende, og har fundet stor glæde ved også at støtte og vejlede en lang række yngre kollegaer i forskningsprocessen.

Stig er altid frisk på en god kamp – også i judo, hvor 44 års erfaring ikke fornægter sig:

- Så se efter det sorte bælte, den hvide gi, og en kæmper fra geriatri – for her er chancen for en spændende kamp med læring og energi, siger Stig Andersen.

## **For yderligere oplysninger**

Stig Andersen, professor ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet og Geriatrien, Aalborg Universitetshospital  
Tlf.: 97 66 41 82 / 27 20 60 16 / E-mail: lasa@rn.dk

# Professor Stig Andersen



*Stig Inuuteq og Nadja på konference i Oulu*

Paneeraq har det godt i sin I-stilling på endokrinologisk afd., hvor hun synes at trives og udvikle sig, og det vil passe rigtig fint i hendes planer med et ph.d.-studium indenfor det område, hun allerede er i gang med. Hun har motivationen, evnerne og potentialet til at gennemføre det.

Hun præsenterede sit sushi-spise-studie ved årsmødet i Dansk Endokrinologisk Selskab i januar (for 200 personer), og hun havde utrolig charme. En kollega kom til mig efterfølgende og fortalte, at folk var betaget af hendes charme. Det jeg så var, at hun strålede af glæde og forventning.

Inuuteq har fået hoveduddannelsesstilling i ortopædkirurgi. Endda den mest attraktive blok i Jylland, med et forløb delt mellem Aalborg og Århus. For tiden skriver han på sine arbejder om knogler i fællesskab med Mogens Berg Laursen og Nakorsanuts udsendte.

Nick er i opstartsfasen af projekt med AMD, hvor han planlægger at lave opfølgning på nogle patienter til sommer, så vidt jeg har forstået. Det planlægges i samarbejde med professor Henrik Vorum i Aalborg og den gruppe i København, der arbejder klinisk med AMD. Det materiale jeg har til rådighed kan, efter nødvendig godkendelse, stilles til rådighed, hvis det kan støtte ham, og de sidste dråber vil blive tørret op fra bunden af glasset.

Karsten er jo indskrevet som ph.d.-studerende ved Aalborg Universitet, og har netop fået antaget artikel-#3. Planen er snarest at kigge på det mest banebrydende i hans arbejde. Mere om dette i et senere nummer af Nakorsanut.

Det var lige en kort status fra Aalborg, hvor jeg synes det går rigtig godt for 'Grønlandsbanden'.

# Arbejdsmedicinsk forskningsprojekt: arbejdsmiljø i fiskeindustrien i Grønland

## Baggrund.

Der foreligger beskeden forskningsbaseret eller på anden måde systematisk viden om arbejdsmiljøproblemer i Grønland. Der mangler viden om omfang og typer af de mest relevante eksponeringer og arbejdsskader, hvilket er nødvendigt, hvis der skal skabes overblik over arbejdsmiljøproblemer, og kunne iværksættes forebyggende indsatser.

Grønlandske arbejdsgivere og fagforeninger samt ledelsen af det grønlandske sundhedsvæsen har tilkendegivet man mangler basal viden om arbejdsmedicinske forhold generelt og særligt i relation til risici på det grønlandske arbejdsmarked.

Denne undersøgelse er det første survey der intenderer at skabe overblik i en samlet branche i den dominerende del af den industrielle sektor, fiskeri i fiskeindustri.

Arbejdsskadestyrelsen og Arbejdstilsynet i Grønland har fælles statistik over anmeldte arbejdsskader, seneste er for 2014, og dette er eneste kilde til forekomst af arbejdsulykker og erhvervssygdomme. Over perioden 2008-14 er der sket en jævn stigning i antallet af anmeldte ulykker på 97 % og for erhvervssygdomme et nærmest uformet forløb med en stigning på 286% fra 2008-11 og dernæst et fald. Dette er formentligt i højere grad en afspejling af svingende tilbøjelighed til anmeldelse af arbejdsskader end et udtryk for en forværring af arbejdsmiljøet. Øgningen i arbejdsbetingede sygdomme i 2010-12, hidrører fra nogle større sager med indeklimasyndrom i kontormiljø, som var langt den hyppigst anmeldte sygdom i disse år.

Arbejdsulykker i fiskeri skal anmeldes til Søfartsstyrelsen, hvortil der i 2014 var 10 anmeldte ulykker. Gruppen bag det aktuelle projekt har besøgt grønlandske fisketrawlere og vurderer at arbejdsulykker er et betydeligt problem, og tallene fra Søfartsstyrelsen er næppe retvisende for den sande forekomst.

Andelen af bevægeapparatssygdomme er lavere i Grønland end i Danmark. I 2014 var der tale om henholdsvis 25,5% alle anmeldte sygdomme i Grønland mod 33,7 % i Danmark. Hudsygdomme er hyppigere, omfattende 23,5 % af alle anmeldte i Grønland mod 13,6% i Danmark. Endelig er forekomsten af anmeldte lungesygdomme væsentlig højere i Grønland med 18,6% af anmeldelserne i 2014 mod 3,1% i Danmark.

Man må være opmærksom på at de absolutte antal for Grønland er beskeden og der er stor variation over årene

med både faldende og stigende tendenser. Den reelle forekomst er vanskelig at estimere.

## Formål

Undersøgelsens formål er:

1. Kortlægning af omfang og typer af erhvervssygdomme i fiskeri og fiskeindustri, med fokus på bevægeapparatlidelser og allergiske sygdomme i hud og luftveje.
2. kortlægning af bevægeapparats- og luftvejsexponering i fiskeri og fiskeindustri mhp årsagsrelation for arbejdsbetingede lidelser samt viden mhp forebyggelse, i de pågældende brancher og i relation til myndighedernes indsats.
3. Kortlægning af omfang og typer af arbejdsulykker og risikovurdering i arbejdsmiljøet.

Undersøgelsen er endnu ikke fuldt finansieret, der pågår fundraising. Det skønnes dog at det bliver muligt at gennemføre undersøgelsen.

## Nuværende forskningsviden.

Der findes ikke dansk og endvidere beskeden international forskning i arbejdsulykker i fiskeindustrien.

Der forekommer en del studier af bevægeapparatlidelser på området, primært indenfor den fiskeprocesserende industri. Der foreligger studier fra en række lande, men ingen danske. Af størst relevans er fundet et norsk studie fra 2008 hvor man blandt arbejdere beskæftiget med sea-food-bearbejdning sammenlignet med administrative medarbejdere fra de samme industrier fandt forøget risiko for bevægeapparatbesvær fra alle de inkluderede bevægeapparatlokalteter i øvre og nedre bevægeapparat med en forøget risiko, højest for symptomer fra håndled og hænder med OR fra 4.1-9.2 (9). Der var tale om en ren spørgeskemabaseret undersøgelse, altså ingen klinisk verificerende undersøgelser.

Vedr. allergiske og irriterende reaktioner fra hud og luftveje i de 2 brancher, findes der nogen evidens for øget risiko. I et review fra 2001 anføres prævalens af arbejdsbetinget astma på 7-36 % i forskellige studier, og prævalens af protein kontakt-dermatit på 3-11%. Eksponeringen har været aerosoler og kogevand fra krabber, rejer, muslinger og forskellige fiskesorter. Forskning af særlig relevans for Grønland indenfor dette område, er begræn-



# ejdsskader indenfor fiskeri og

set til et studie fra 2008 hvor en gruppe arbejdsmedicinere fra Danmark og Canada gennemførte en undersøgelse af ansatte beskæftiget med håndtering af snekrabber. Tyve aktuelt ansatte arbejdere deltog i undersøgelsen, som omfattede en spørgeskemaundersøgelse og klinisk undersøgelse med allergitest og lungefunktionsundersøgelse. Baggrunden var høj prævalens og incidens af allergi i samme type industri i Canada. I den danske undersøgelse, fandt man en allergisk reaktion ved hudprøvetest hos 40 % overfor snekrabber og 20 % for rejer. Tyve % havde en specifik allergisk reaktion bedømt på allergiblodprøver. På basis af symptomrapportering fremkom et skøn på symptomer foreneligt med astma hos 45 % af deltagerne, men undersøgelse tillod ikke, at man kunne foretage en præcis diagnostik af astma eller hvorvidt astmaen var arbejdsbetinget. Der var tale om en tværsnitsundersøgelse med få deltagere og undersøgelsen karakteriseres af forskerne som et pilotstudie.

## Forskningsplan.

I 2013 var der beskæftiget 1238 personer i fiskeriet og 878 i fiskeindustrien. Undersøgelsen vil omfatte virksomhederne Royal Greenland og Polar Seafood som tilsammen har langt hovedparten af fiskeindustrien og fiskeriflåden bortset fra mindre kuttere. De 5 største fabrikker, beliggende i Umanak, Illulisat, Sissimiut, Assiat og Nuuk, med hver 50-120 medarbejdere vil blive inkluderet i undersøgelsen. Der er betydelig sæsonvariation med størst aktivitet og mange korttidsansatte i sommerhalvåret hvor medarbejderskaren øges med en faktor 2-3. Kun kernearbejdsstyrken vil blive inkluderet. Undersøgelsespopulationen i industrien vil omfatte ca 500 mand.

De største trawlere med 20-25 mand har fulde fabriksfaciliteter om bord således at fangsten kan færdigbearbejdes fra fangst til frysevarer i lasten. Her vil populationen omfatte de 15-18 mand der arbejder på dækket og i fabrikken under dæk. Denne arbejdskraft er stabil med typisk længerevarende ansættelse. I alt 5-6 trawlere vil blive inkluderet, med et kontingent af samlet 100-120 mand.

I begge populationer er mere end 90% grønlandere og kun disse vil blive inkluderet.

En væsentlig del af arbejdskraften i industrien i Grønland er relativ temporær med korterevarende ansættelsesforhold og stort turn-over. En af årsagerne bag ophør på virksomhederne kan være arbejdsbetingede symptomer

og sygdomme, og der vil derfor blive forsøgt etableret inklusion af det sidste års ophørte medarbejdere fra disse virksomheder.

Der har været afholdt møder med koncern- og lokal fabriksledelse i de 2 firmaer, som vil tilrettelægge alle de praktiske forhold omkring undersøgelsen således at det kan foregå på de enkelte fabriksfaciliteter og i arbejdstiden. Virksomhederne stiller endvidere tolk til rådighed.

Der er tale om en spørgeskema- og klinisk baseret tværsnitsundersøgelse af samlet 1½ års varighed i perioden 1.7.2016-31.12.2017.

Der vil blive anvendt følgende forskningsmetoder:

## 1. Eksponeringsmålinger.

- ergonomi: faktorer af betydning for ensidigt gentagen arbejde (arbejdsstillinger og bevægelsesrepetitivitet) måles med sensorer på arme og hænder med datalogning. På fisketrawlere skal målingerne foretages til havs, hvorfra data kan sendes over internettet. Tunge løft scores via observation af relevante arbejdsprocesser.
- Lufteksponeringer: måles via stationære målinger placeret nær processer hvor medarbejdere håndterer rejer og krabber.

## 2. Spørgeskema.

Alle deltagere vil blive inkluderet i spørgeskemaundersøgelsen. Alt materiale skal udarbejdes på grønlandsk. Spørgeskemaudfyldelse vil foregå i kantinen med tilstedeværelse af tolk.

Spørgsmålene baseres primært på velafprøvede spørgebatterier vedr bevægeapparat og luftveje.

## 3. Klinisk undersøgelse.

Der vil blive etableret et klinisk undersøgelsessæt mhp diagnostik af de relevante arbejdsbetingede sygdomme.

- Der gennemføres standardiseret anamneseoptagelse af alle deltagere foretaget af de grønlandske læger vedr de 3 helbredsoutcome.
- Bevægeapparatundersøgelsen vil omfatte almen klinisk undersøgelse af arme, skuldre og nakke mhp specifikke lidelser: tendovaginitter, karpaltunnelsyndrom, epicondylitter og bløddelslidelser i skulderen. Det vil ikke være muligt at gennemføre parakliniske billeddiagnostiske eller neurofysiologiske undersøgel-

ser idet der ikke er tilgængelighed af dette udstyr i det grønlandske sundhedsvæsen. Til gengæld stilles de relevante bevægeapparatsdiagnoser primært pba specifikke kliniske test. Ca 40-50 medarbejdere forventes pba den lægelige anamneseoptagelse samt scoring over 75% percentil i spørgeskemaundersøgelsen, at skulle gennemgå den kliniske bevægeapparatsundersøgelse.

- På allergiområdet skal der foretages hudpricktest samt blodprøveverifikation vedr allergi overfor standardallergener samt specifikke allergener for fiskeindustrien. For hudsygdomme vil diagnostikken være inspektorisk undersøgelse af huden suppleret med lap-testet for de deltagere hvor det pba den almene kliniske undersøgelse er relevant.

#### 4. Metoder vedr arbejdsulykker.

Der vil blive indhentet oplysninger fra virksomhederne om registrerede arbejdsulykker samt relevante oplysninger fra virksomhedernes personalestatistikker. Endvidere vil der blive gennemført

- Spørgeskemamålinger vedr sikkerhedskultur og arbejdsulykker.
- I den samlede medicinske anamneseoptagelse inkluderes spørgsmål om risici og arbejdsulykker.
- Audit af virksomhedernes organisatoriske arbejdsmiljøarbejde.
- Sikkerhedsrunderinger mhp scoring af det fysiske arbejdsmiljø – safety walks med anvendelse af et specifikt scoringssystem. Interview med fabriksledelse og arbejdsmiljøorganisation mhp håndtering og prioritering af arbejdsmiljøarbejdet.

#### Projektgruppen.

Undersøgelsen vil blive gennemført af en gruppe danske arbejdsmedicinere med mange års erfaring indenfor ulykkes- bevægeapparats- og allergiforskning samt interesse og nogen erfaring med arbejdsmiljøforhold i Grønland. Endvidere er der etableret foreløbig aftale med det grønlandske sundhedsvæsen om at gruppen suppleres med 2 yngre grønlandske læger mhp det lægelige interview samt faglig og sproglig assistance til den øvrige del af undersøgelsen . Projektgruppen omfatter:

- Kurt Rasmussen, speciallæge i arbejdsmedicin lektor, ph.d., Arbejdsmedicinsk Klinik, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning, og Aarhus Universitet. (projektleder)
- Niels Ebbehøj, overlæge, dr. med., Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Universitetshospital
- Torben Sigsgaard, læge, professor, ph.d., Sektion for Arbejde og Sygdom, Institut for Folkesundhed, Århus Universitet
- Jakob Bønløkke, afdelingslæge, lektor, ph.d., Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital/ Århus Universitet.
- 2 grønlandske yngre læger under igangværende uddannelse til speciallæge i almen medicin.



*Kurt Rasmussen*  
28.01.2016

# Veneria og prævention: kendte problemstillinger med nye udfordringer

Veneriske sygdomme er ikke ligefrem et nyt problem, og der har igennem tiden været en del artikler i Nakorsanut om veneriske sygdomme. Også for 100 år siden var veneriske sygdomme hyppigt forekommende i verden. Der var blandt andet en del syfilis-tilfælde. Den kendte læge Sir William Osler (1849-1919) sagde: 'He who knows syphilis knows medicine'. Og også kaldte han syfilis 'the great imitator' (1,2). Han hentydede på at de forskellige stadier af syfilis kan involvere mange organsystemer, og blandt andet giver genitale og anale sår i den primære fase. I den sekundære fase kan der blandt andet opstå dermatologiske symptomer, influenzalignende symptomer, led- og knogle-symptomer, hepatitis, nefrotisk syndrom, og øjnesymptomer. Desuden kan der i den tredje fase udvikles godartede tumorer, neurologiske sygdomme som apopleksier, demens, og påvirkning af nerver i underekstremiteter, det såkaldte tabes dorsalis. Ydermere ses kardiovaskulær manifestation med sygdom i aorta (1). Således en meget bred spektrum af symptomer som patienter kan præsentere sig med.

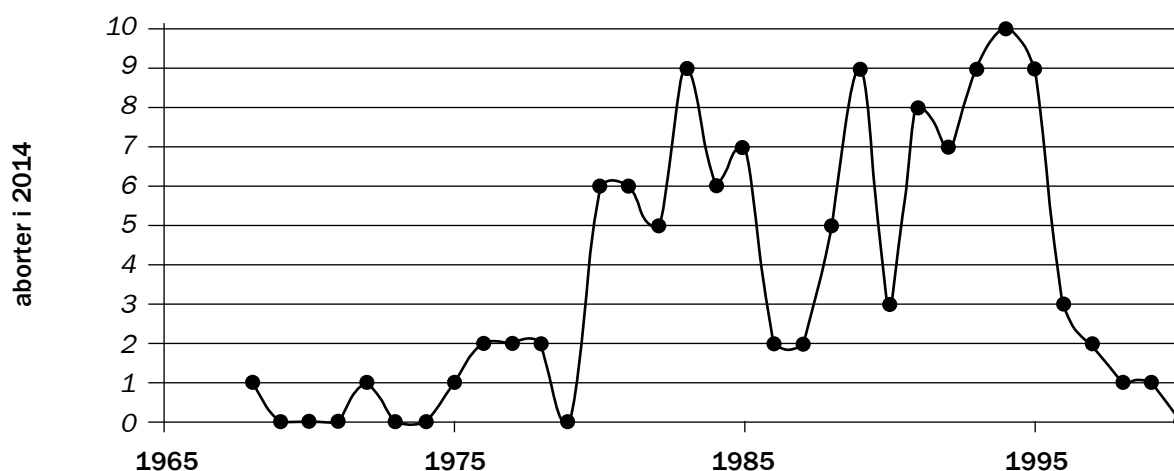
Igennem årene har der været mange tiltag for at nedbringe antallet af tilfælde med veneriske sygdomme. Chefdistriktslæge Jens Nielsen arbejdede i Ittoqqortoormiit i en 2-årig periode for knap 60 år siden. Han skriver i sin bog Dagbogsbreve fra Scoresbysund 1957-1959, om sin erfaringer med bekæmpelse af gonoré:

*'Senere måtte jeg skride til en kedelig handling. En af de danske tømrere (i øvrigt den dygtigste og flittigste) var meget flittig med sit arbejde, men også med de forskellige piger og koner. Måske var det endda ham der 'indførte' gonoré her. I alt fald havde sygdommen krydset ham flere gange. Behandlingen var jo penicillin, og medens behandlingen stod på, fik man samlejeforbud og skrev under på det. Overtrådte man det, fik man en bøde på 50 kr., hvis man var grønlander. Men han havde nu overtrådt forbuddet igen. Jeg forstod på de lokale, at de syntes, de danske håndværkere slap for billigt, fordi 50. kr ikke spillede nogen rolle for dem i modsætning til en ung pige, der havde svært ved at skaffe pengene. Han skrev et lang tilståelsesbrev, hvori det fremgik, at han havde gjort det, for at 'bortilluminere' enhver mistanke hos pigen. Jeg følte, at jeg denne gang måtte indberette ham til politiet i Danmark pr. telegram. Han kunne ikke dømmes ved*

*det lokale distriktsråd. Han blev idømt 4 måneders betinget fængsel. Han var jo ikke glad, da han fik svaret; men det endte med, at vi blev gode venner, og han fortalte mig, at han godt forstod, at jeg måtte slå i bordet til sidst. Det gjorde også indtryk på grønlanderne, at en dansker blev straffet hårdere end de gjorde. De fattede pludseligt, at det var vigtigt.*

*Det er i det hele taget et stort problem her med gonoré som overalt i Grønland. Her var det første gang dukket op med de danske håndværkere, der blev sendt heroppe for at bygge sygehuset. Den havde spredt sig lynhurtigt. Inspektøren Holger Pedersen var sarkastisk overfor mig. Han talte en del om, at det måtte være én af min hovedopgaver at få stoppet den. Jeg forsvarede mig med, at det havde været forsøgt alle andre steder uden held. Så foreslog jeg at man skulle give alle indbyggere penicillin. Det synes inspektøren var en god idé, indtil jeg sagde, at han og jeg skulle være de første som skulle have. Det ville han ikke være med til. Så fortalte jeg ham at så var en sådan kampagne intet værd. Men jeg fandt til sidst en metode, som viste sig at virke. Den anbefalede behandling af gonoré var penicillintabletter (få hundredetusinde enheder pr. tablet). De skulle tages 3 gange dagligt i 3 dage. Jeg kunne tydeligt forestille mig, at de fleste ville glemme at tage tabletter. Det kendte jeg da fra Danmark. Jeg brugte sjældent penicillintabletter; men vi havde penicillinindsprøtninger i form af 'Tricillin'. Jeg tror de var på 1,5 millioner enheder. Virkningen holdt i 3 døgn. Det måtte være sagen! Og så begyndte jeg min absolut uetiske kampagne. Butikken var distriktets central for viden om alt og alle, De to mænd, der ekspederede vidste alt om, hvad der var sket af ting og sager rundt om i familierne. Jeg fortalte dem, at jeg gerne ville vide, hvem der har været sammen med hvem. En kvinde mærker sjældent noget i begyndelsen, hvis hun har fået en gonoré. En mand derimod får som regel smerter ved vandladningen en par dage efter samlejet, hvis han er blevet smittet. 'Det er som at pisse glasskår!' Sådan en patient stiller relativt hurtigt hos lægen. Han har 'selvfølgelig' ikke været sammen med nogen, så det må være en blærebetændelse, som bare skal have penicillin!' Jeg måtte bedrøve dem alle med, at penicillin ikke vill hjælpe på en blærebetændelse. Han kunne begynde med at fortælle, hvem han havde været sammen med. Og så skulle jeg have lov til at tage en lille*

Aborter i Ilulissat i 2014 fordelt på fødselsår



prøve til at mikroskopere. Ofte bed de smerter i sig et par dage mere, inden de blev samarbejdsvillige. Så fik han et skud 'Tricillin' og blev erklæret rask. Der var bare det 'aber dabej', at de ofte kom med et par navne på piger, de havde været sammen med. Lad os f.eks. sige at han nævnte Josephine og Avilda, så var der altid flere af disse navne. Jeg vendte ryggen til min lægelige etik og fandt, at 'hensigten helliger midlet'. Så jeg kaldte alle piger der hed Josephine eller Avilda ind til konsultation og fortalte dem at de 'måske' var blevet smittet, så de måtte hellere blotte måsen. De fik alle et skud 'Tricillin'. Det tog nogle måneder, så havde vi ikke gonoré i området. Det holdt i alt fald i vores tid. Jeg mener selv, at jeg overtrådte min etik ved at behandle raske med penicillin. Men jeg oplevede før vores kampagne at se 2-3 årige piger med gonoré-udflad, fordi de delte vaskeklud med deres store søstre. Og det gjorde mig rasende.' (3)

Ovenstående beskrivelse er fra 1950'erne, og beskriver et reelt forsøg på at reducere og eliminere veneriske sygdomme. Også i vores tid er tiltag for at nedbringe antallet af tilfælde med veneriske sygdomme fortsat yderst vigtig. Opgaven skal fortsat have meget høj prioritet, og der er der flere forskellige meget vigtige grunde til:

- Vi ser en **stigning i antal af tilfælde med klamydia og gonoré**. Disse sygdomme kan give alvorlige underlivsinfektioner, og medfører en øget risiko for ekstrauterine graviditeter samt infertilitet.
- Vi har for nyligt set en **markant stigning i antal af resistente gonoré-tilfælde**. Resistens-udvikling for infektiose sygdomme er et meget stort problem, og indenfor forholdsvis kort tid er mange gonoré-tilfælde som blev dyrket fundet resistent overfor behandlingen med ciprofloxacin.
- Vi har set en **stor stigning i antal af syfilis-tilfælde** de seneste år (3). De seneste år er antal af årlige tilfælde steget fra 0 i 2010 til 52 i 2014. Som beskrevet i starten

kan ubehandlet syfilis i de senere stadier medføre meget alvorlige sygdomme som demens, apopleksi og kardiovaskulær sygdom.

- Vi har for nyligt fået diagnosticeret **tilfælde af HIV i den yngre generation**. Tidligere var HIV-smitte primært over 40 år, og ofte del af en særligt socialt udsatte gruppe. Desværre forekommer HIV nu også i den yngre generation, og det skaber stor bekymring.

Stigningen i veneriske sygdomme er ikke unikt for Grønland. Også i Danmark og resten af det vestlige verden ses en stigning i antal af veneriske sygdomme, og er sygdomme som syfilis blevet meget mere hyppigt. Efter frygten for HIV-smitte i 1980'erne og 1990'erne er denne frygt de senere år langsom forsvundet, og der dyrkes mere usikker sex (5).

Udover veneriske sygdomme er uønskede graviditeter et område som fortsat skal have høj prioritet. Hver anden graviditet i Grønland ender med en provokeret abort. Vedlagte figur viser alderfordelingen af de kvinder som fik foretaget provokeret abort i Ilulissat i 2014. Der ses at der er foretaget aborter hos kvinder mellem 16 og 46 år, og at der blev udført flest aborter fra 19-33 års alderen. Der er således ikke kun de helt unge piger som får foretaget aborter. Der er også mange kvinder som får foretaget en provokeret abort mere end 1 gang i deres liv, nogle har flere provokerede aborter på et år, endvidere er der nogle kvinder som bliver uønsket gravid kort efter en fødsel.

Oplysningskampagner og undervisning om forebyggelse af veneriske sygdomme, og uønskede graviditeter er ekstrem vigtig. Der er derudover er der også et behov for praktiske tiltag og grundig gennemgang af arbejdsgange i sundhedsvæsenet. På Ilulissat Sygehus har vi igennem nogle måneder drøftet, gennemført og tiltænkt nogle tiltag for at reducere antallet af kønssygdomme og uønskede graviditeter. Der holdes faste møder med deltagelse

af ambulatoriepersonale, afdelingspersonale, læger, jordemødre, sundhedsplejerskerne, farmakonom, bio-analytikere og venerea-ansvarlig.

Der skal være ekstra undervisning på undervisningsinstitutioner, social-pædagogisk seminarium (SPS), skoler, børnehjemmet, og til ungdomsaftener

Byens borgere skal have mere information om og kendskab til venereaklinikken, dens åbningstider og funktionen. Desuden skal venereaklinikken ligesom apoteket allerede har nu, være åben en sen eftermiddag eller aften. Dette for at øge service og tilgængelighed overfor borgerne, også fordi veneriske sygdomme er hyppigst forekommende hos unge, hvor en del enten er i skole om formiddagen eller sover længe. Sundhedsvæsenet tilbyder gratis kondomer til sikker sex, og disse kondomer står i receptionen, men er også givet en mere diskret placering.

Desuden øges informationsniveau om fortrydelsespiller, som muligvis skal anvendes langt hyppigere end nu.

Venteværelset på sygehuset skal udstyres med mere information om veneriske sygdomme, både på papir men også som videoklips på en TV-skærm. Desuden skal informationsniveau til borgere udenfor sygehuset øges med opslag, anvendelse af TV-skærme, og indslag på lokal radio og TV

Udover øget oplysningsniveau og information er der andre praktiske tiltag. Der sikres fortsat altid prævention i forbindelse med kirurgiske provokerede aborter. Også spiraler anlægges ved afslutning af proceduren. Randomiserede forsøg har vist at anlæggelse af spiral ved afslutning af kirurgisk abort vs. anlæggelse af spiral efter 1. menstruation er stort set ligeværdigt vedr. risiko for infektion.



Venera og præv figure 4

Risikoen for at spiralen glider ud er lidt større i gruppen som får anlagt spiral i forbindelse med aborten, dog fandtes at langt flere kvinder i gruppen som skulle have lagt spiral efter 1. menstruation udeblev fra deres tid. Efter 6 måneder var der derfor færre med spiral i gruppen som fik lagt spiralen efter 1. menstruation i sammenligning med dem som fik lagt spiral i forbindelse med aborten (6).

Nu, hvor der primært udføres medicinske aborter, kontrolleres disse kvinder efter 1 uge, hvor der sikres at proceduren er vellykket, og også sikres prævention. Også spiraler anlægges allerede 1 uge efter medicinsk abort. Også på denne område foreligger der et randomiseret forsøg som har sammenlignet tidligt versus sen anlæggelse af spiral efter medicinsk abort, og der fandtes ingen væsentlige forskelle mellem grupperne (7). Allerede 8 dage efter en provokeret abort kan kvinder i øvrigt allerede får ægløsning igen, og blive gravid.

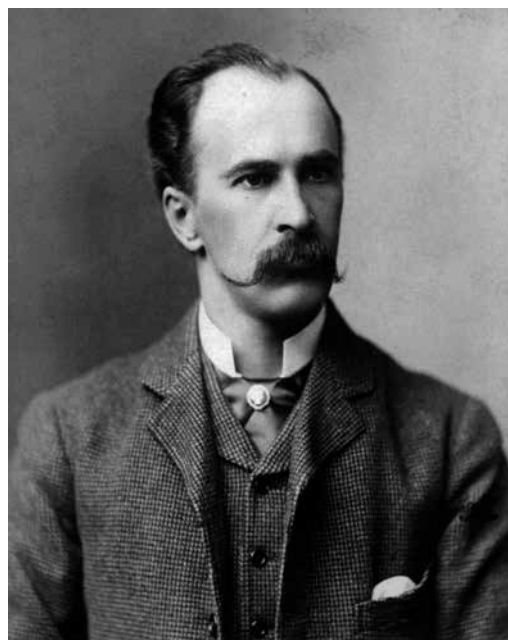
Postpartumkontrol 8 uger efter fødsel har i lang tid været standard praksis, dog udeblev mange kvinder fra denne kontrol. For at undgå ny uønsket graviditet kort efter fødsel, indkalder vi alle kvinder til postpartumkontrol 8 uger efter fødsel. Tiden til kontrol medgives ved fødslen. Desuden kontrollerer vi ved 5 ugers børneundersøgelse om kvinden har fået en tid til postpartumkontrol.

Endvidere tages kontakt til kvinder som afleverer urin til HCG-bestemmelse, hvor svaret er negativ. Dette for at sikre at vedkommende anvender prævention. Desuden tages kontakt til patienter som har en positiv gonore eller klamydia test-resultat og udebliver fra behandling. Endvidere udføres fortsat kontaktopsporing ved fund af venerisk sygdom.

Vi håber også at vi på sygehuset kan opnå en 'opmærksomhedseffekt' således at vi udover de konkrete tiltag bliver bedre til at forebygge kønssygdomme og uønskede graviditeter, fordi vi har fokus på området.

Det er yderst svært at tage store skridt frem mod et bedre seksuel sundhed, men hvert uønsket graviditet eller venerisk sygdom som kan undgås har også sin berettigelse. At opnå god seksuel sundhed er en mangeårig opgave som sundhedsvæsenet ikke kan løse alene, det kræver ligeledes en indsats fra mange andre instanser, men det kræver selvfølgelig også at borgeren og forældrene selv tage ansvar.

*Luit Penninga,  
ledende regionslæge Region Avannaa,  
Ilulissat Sygehus.*



### Litteraturliste

- 1) The principles and practice of medicine. Sir William Osler, Appleton & Co., New York & London, 1903
- 2) A way of life; An address to Yale students. Sunday evening, April 20th 1913, Sir William Osler, Constable & Co. Ltd., 1913
- 3) Dagbogsbreve fra Scoresbysund 1957-59. Jens Nielsen, Det Grønlandske Selskab, København 2012
- 4) Incidence of Syphilis in Greenland 2010-2014: the beginning of a new epidemic? Albertsen N, Mulvad G, Pedersen ML. Int J Circumpolar Health. 2015 Jul 17;74:28378
- 5) Syphilis: Old problem, new strategy. Doherty L, Fenton KA, Jones J, et al. BMJ 2002; 325: 153
- 6) Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Okusan-ya BO, Oduwole O, Effa EE. Cochrane Database Syst Rev 2014 Jul 28;7:CD001777
- 7) Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion- a randomized controlled trial. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. PLoS One 2012;7(11): e48948. doi:10.1371

Figur 1: Sir William Osler: 'He who knows syphilis knows medicine.'

Figur 2: Sir William Osler: 'Syphilis: The great imitator.'

Figur 2: Aldersfordeling af aborter i Ilulissat i 2014

Figur 3: Undervisning for at opnå god seksuel sundhed

Figur 4: Anvendelse af kondomer er yderst vigtig for at reducere antallet af veneriske sygdomme

# Social udsathed og tuberkulose i Nuuk

*Af Steven Arnfjord, Anne Birgitte Jensen, Rikke Rask Bruun de Neergaard & Lise Hounsgaard*

## Resumé

*I artiklen præsenteres et nystartet forskningsprojekt, som har fokus på socialt udsatte og sygdommen tuberkulose (TB). Grønland har et alarmerende højt niveau af TB-smittede. TB er en sygdom, som kan ligge latent hos mennesker, der lever i økonomisk-, arbejdsmæssig- og bolig-mæssig udsathed. Ofte bor de i byerne, hvor der er større mulighed for at finde et arbejde, men ikke altid en bolig. I projektet vil vi afdække sundhedsvæsnets erfaringer med hjemløse smittede TB patienter og behandlingsmuligheder. Målet er at nå frem til en handlingsorienteret tværfaglig løsning, som kan nedbringe forekomsten af aktive TB-bærere og skærpe fokus på de sociale forhold.*

## Indledning

I Nuuk er vi i opstartsfasen af et projekt, som skal sætte fokus på tuberkulose (TB) blandt mennesker i en socialt udsat situation. Tuberkulose er fortsat et stort sundhedsproblem her hjemme og globalt set stadig en af de mest dødelige sygdomme (Patterson, 2003).

Projektet er et tværfagligt samarbejde mellem sundhedsvæsenet ved Medicinsk Afdeling på Dronning Ingrid's Hospital (Ledende oversygeplejerske Anne Birgitte Jensen & Landsdækkende TB-sygeplejerske Rikke Rask Bruun de Neergaard) i Nuuk og Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab på Ilisimatusarfik (professor Lise Hounsgaard & postdoc Steven Arnfjord).

Gennem en tværfaglig intervention i Nuuk by vil vi fokusere på forholdet mellem socialt udsatte TB-smittede borgere, sundhedsvæsenet og socialforsorgen. Formålet med dette er, at give projektet forskellige faglige vinkler på de problematikker, der eksisterer omkring borgere, som befinder sig i en økonomisk-, arbejdsmæssig- og bolig-mæssig udsathed samtidig med, at de er smittede med TB.

Metodisk begyndte vi med at afdække området og kontakte de instanser, som har viden om social udsathed og TB. I foråret og henover sommeren 2015 gennemførte vi en række interviews med fagpersoner og NGO'er (non government organisations).<sup>1</sup> Efterfølgende foretog vi et længere feltarbejde i samarbejde med Frelsens hær. Vi spurgte NGO'erne, om de ville fortælle om deres oplevel-

ser af de hjemløses kontakt med sundhedsvæsenet. De er ikke fagfolk, men mennesker som har dedikeret en stor del af deres tid til at hjælpe andre, som befinder sig i en udsat situation. Der er ikke nødvendigvis tale om en målrettet indsats, men en værende indsats, hvor NGO'erne møder mennesket på et eksistentielt plan. I mødet opstår tilliden til, at her er en person, som man kan betro sig til. På steder som varmemstuer kan man hente støtte, hvis f. eks. kontakten til et stort system som sundhedsvæsenet virker forvirrende.

Følgende er en passage fra et interview med NGO-medarbejdere om deres oplevelse af de hjemløses kontakt med sundhedsvæsenet:

### NGO-medarbejder:

*De [hjemløse] er meget autoritetstro. Det er virkelig virkelig en ulempe. Fordi de tager det for gode varer, hvis de bliver afvist, og de forstår meget sjældent hvorfor. Så de forstår ikke altid den information, de får. De kan i hvert fald ikke genfortælle det.*

### Interviewer:

*Hvordan afvist? Afvist af sundhedsvæsenet?*

### NGO-medarbejder:

*De kan i hvert fald ikke gengive det. Afvisningen ligger måske mere i, at de går derfra (sygehuset), og at de ikke har forstået, hvorfor eller hvad og de kan ikke forklare det. Så der er et eller andet med kommunikationen, som ikke er god nok. Og det er meget generelt.*

### Interviewer:

*Er det en sproglig ting eller en læge-patient ting?*

### NGO-medarbejder:

*Det kan jeg nemlig ikke sige. Det kunne være interessant at undersøge. For de kan sjældent helt forklare, hvad det er, der er sket.*

Som udgangspunktet kan man pege på flere niveauer i ovenstående citat. Der eksisterer muligvis en problematik, når borgeren møder et stort system som sundhedsvæsenet. NGO-medarbejderen taler om, at kommunikationen kunne være et problem. Fra en sundhedsfaglig vinkel kan kommunikationsproblematikker falde ind under

<sup>1</sup> De kunne også kaldes frivillige organisationer eller interesseorganisationer, men NGO er en kort og international betegnelse for samme.

temaet compliance, som er et begreb, der forholder sig til, hvorvidt lægens anvisninger omkring behandling følges af patienten. Det kan f.eks. være, at patienten skal overholde aftaler om at tage TB-medicin hver dag og møde ind til løbende undersøgelser mv. Hos mennesker i en socialt udsat situation opstår non-compliance, når de ikke følger en given ordination og ikke tager deres medicin som foreskrevet. Høj compliance beskrives af sundhedsvæsenet som afgørende for behandlingens effektivitet og for reduktionen af smittespredningen (Landslægeembedet, 2013). Lav compliance kan have fatale konsekvenser i forbindelse med sygdomme som TB (Sabaté, 2003). I complianceforskning er det ofte sociologien som videnskab, der anvendes til blandt andet at afdække de forståelser, der ligger bag patienters afbrudte behandlingsforløb (Institut for Rationel Farmakoterapi 2006).

I interviewene med sundhedsvæsenet og i et nyt studie af den historiske behandling af TB-patienter i Nunavut er compliance-problematikker et tilbagevendende tema (Stevenson, 2014).

### Formål

Formålet med projektet er overordnet set at styrke socialt udsattes sundheds- og velfærdsforhold. På et lokalt niveau sker det blandt andet via interventioner i form af deltagerinddragende aktiviteter i de miljøer, hvor gruppen færdes. På systemniveau vil der endvidere blive set på, hvorledes en styrket kommunikation mellem system og borger kan forbedre smittebekæmpelsen fremadrettet.

### Baggrund

Tuberkulose har været en kendt sygdom i Grønland langt tilbage i historien, hvor bekæmpelsen af sygdommen indgår i beretningen om opbygningen af Grønlands moderne sundhedsvæsen (Bjerregaard, 2005).

Den sociologiske side af TB handler om, at det ofte er en gruppe mennesker, som oplever ikke at have adgang til de samme ressourcer som majoriteten af samfundet. Denne gruppe er meget tydelig at få øje på, når man ser på, hvem der er smittet med TB. Det er tit mennesker, som befinder sig i en socialt udsat situation. Selvom der er formuleret en National TB-strategi, så indeholder den indtil videre ikke nogle konkrete forslag til, hvordan vi får skabt et overblik over TB-situationens omfang hos de socialt udsatte smittebærere, eller til hvordan samfundet bedst kan håndtere situationen (Departementet for Sundhed, 2006, 2011).

Internationale studier har længe haft fokus på TB og social udsathed. I Grønland er det aktuelt fortsat at efterforske, om der kan (gen)bekræftes en kobling mellem TB og social udsathed eksemplificeret ved hjemløshed forstået som mennesker uden en fast postadresse og fast sted at sove. Hjemløshed ses stadig som et relativt nyt fænomen i Grønland (Hansen and Thor, 2013). Tendensen er opstået som følge af samfundsforandringer, nedlægning af arbejdspladser i nogle byer samt manglende tilbud til mennesker i socialt udsatte livssituationer.

Der er i den globale sundhedsvidenskabelige forskning og i socialforskningen stor opmærksomhed rettet mod TB, som er særligt udbredt blandt socialt udsatte befolkningsgrupper (Figueroa-Munoz and Ramon-Pardo, 2008), her iblandt hjemløse (Feske et al. 2013). Hjemløse er som befolkningsgruppe ekstra udsatte for smittefare, da overnatning på herberg ofte foregår i små sovesale eller rum med begrænset ventilation, dårlige sanitære forhold mv. (Jensen et al., 2005).

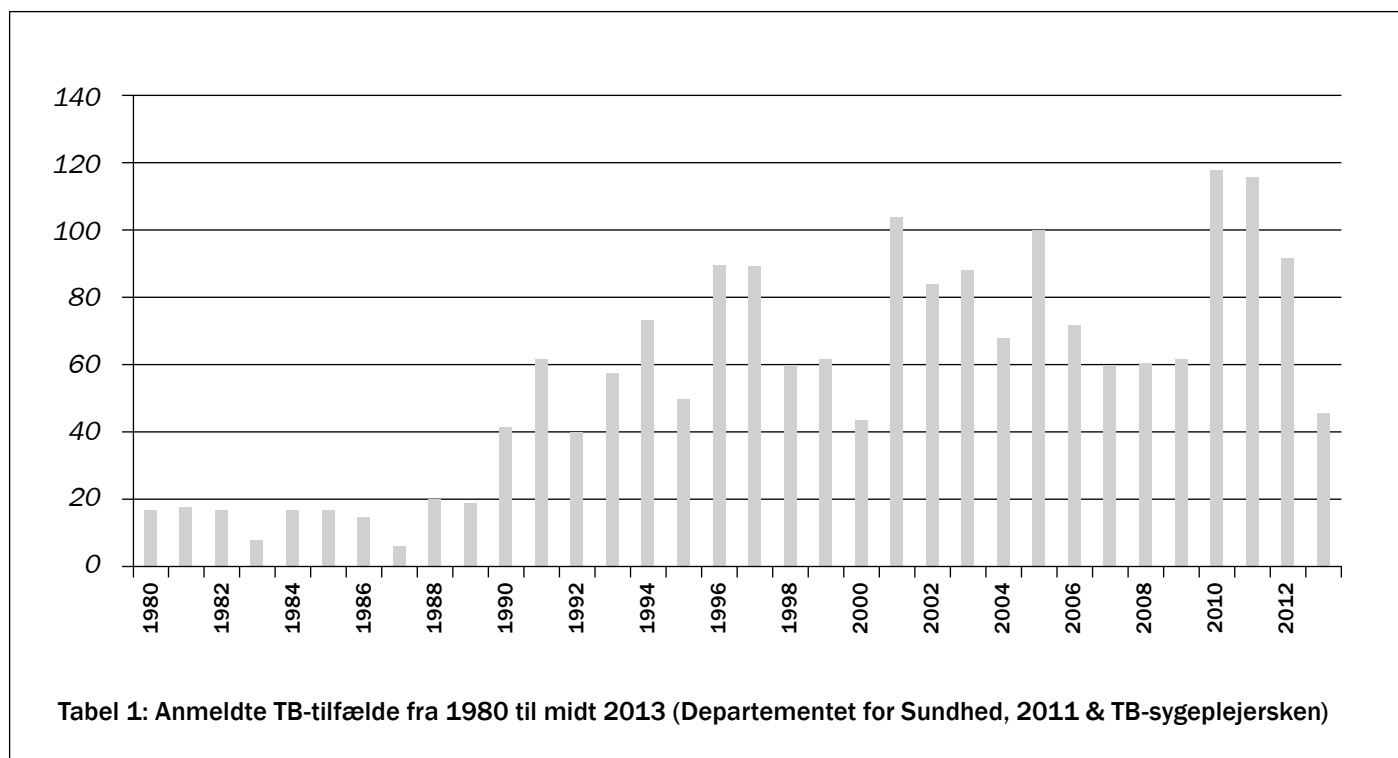
Hjemløshed og tuberkulose som et internationalt fænomen kan observeres i flere af verdens storbyer. Forskning peger på betydelige udfordringer med at bringe TB og smittefaren under kontrol blandt den hjemløse del af befolkningen fra et sundhedsfagligt perspektiv i Canada, Tyskland, Holland, Haiti, Brasilien og Sydafrika (Belo et al., 2006; Cramm et al., 2010; Farmer et al., 1991; Goetsch et al., 2012; Khan et al., 2011). I et lidt bredere tværfagligt perspektiv knyttes begreberne stigma og marginalisering også til temaet (Goffman, 2009).

### Den nuværende tuberkuloseproblematik i Grønland

Sundhedsvæsenet er bekendt med udfordringen fra tidligere studier, hvor kombinationen af social udsathed og tuberkulose blev sat i forbindelse med bygder med høj arbejdsløshed, dårlige sanitære forhold og med husstande med mange beboere på få kvadratmetre (Ladefoged et al., 2011).

Sundhedsmyndighederne har placeret Grønland på niveau med en række af verdens udviklingslande med gennemsnitlig 74 nye tilfælde perioden fra 2006 til 2010 (tabel 1) og dermed en gennemsnitlig incidens på 132 pr. 100.000 indbyggere (Departementet for Sundhed 2011). I 2010 steg antallet af TB tilfælde til 114. Dette niveau fortsatte i 2011 og faldt i 2012. Stigningen skyldtes primært et øget antal smittede i Nuuk, Nanortalik og Tasiilaq. I den nationale TB-strategi gældende for 2012-16 har man sat som mål at reducere forekomsten af TB-tilfælde til





under 50 pr. 100.000 indbyggere indenfor en 10 årig periode. Strategien er ikke helt tydelige med præcis hvilken periode der tales om. Vi formoder her, at der menes mellem 2012-2022.

Opgørelser<sup>2</sup> fra den landsdækkende tuberkulosesygeplejerske viser, hvor mange aktive TB-tilfælde der er i Nuuk. Af opgørelserne fremgår, om patienten har en fast bopæl eller ej. Dette er en indikator på social udsathed, som vi vil uddybe yderligere igennem projektet, dels for at se om manglende bopæl er en pålidelig indikator i sammenhæng med f.eks. misbrug, manglende socialt netværk, familietilknytning, arbejdsmarkedsrelation mv. Vores målgruppe er mennesker, som ikke har en behandlingskrævende sindslidelse, men som kan kategoriseres som socialt udsatte vurderet i forhold til manglende arbejde-, bolig-, og netværk. Ifølge beretninger fra TB-sygeplejersken har flere af patienterne et omfattende alkohol- og hashmisbrug. Tabel 2 viser aktive TB tilfælde i Nuuk - samt hvor mange der heraf kan betegnes som socialt udsat målt på manglende bopæl.

Tabel 2: Aktive TB-tilfælde i Nuuk, heraf antal uden bolig i %

Aktive TB-tilfælde i Nuuk 2012-2013 <sup>3</sup>		
	2012	2013
Aktive tilfælde	28	24
Heraf uden bolig	5 (17,9%)	8 (33,3%)

<sup>2</sup> Ikke offentliggjorte.

<sup>3</sup> Opgørelsen for 2014 foreligger ikke endnu.

TB-sygeplejersken peger i et interview under forberedelsen af nærværende projekt på, at det kan være vanskeligt at gennemføre en tuberkulosebehandling af socialt udsatte, som ikke møder op til behandling på Dronning Ingrid's Hospital. TB-sygeplejersken har erfaret, at den omtalte patientgruppe oplever, at de træder ind i et for dem personligt invaderende og registrerende system, når de besøger hospitalet. TB-sygeplejersken beskriver endvidere, hvordan sociale problemer som misbrug og hjemløshed overskygger patienternes helbredstilstand og resulterer i, at de ikke har ressourcer til at møde op til behandling.

Der er ikke tale om et isoleret problem i Grønland. Danske rapporter, tidsskrifter og aviser omtaler jævnligt risikoen for smittespredning fra Grønland, når socialt udsatte grønlandere, som er TB-smittede, flytter til Danmark (Christiansen, 2012; Socialministeriet, 2003). Projektet intervenserer på den måde internationalt mellem Grønland og Danmark. Projektet koncentrerer sig dog hovedsageligt om forholdene i Grønland.

### Metode & teori

Projektets empiriske del omhandler innovationen af, hvad vi kalder en COTBI-case. I dag foregår prøvetagning, kontaktopsporing og behandling af TB primært indenfor hospitalets fysiske rammer. Langtfra alle i gruppen af socialt udsatte TB-smittede borgere henvender sig til sundhedsvæsenet, og bliver derfor ikke undersøgt og behandlet. Når flere af gruppen af socialt udsatte TB-patienter ikke møder op til de påkrævede og vigtige undersøgelser af f.eks. lungerne og af deres levertal<sup>4</sup> og har svært ved

<sup>4</sup> Leveren kan blive påvirket under behandlingen (Landslægeembedet, 2013)

at følge behandlingen, så stiger risikoen for at endnu flere bliver smittede.

Et af initiativerne i projektet er derfor forsøgsvis at flytte TB-opsporing og dele af behandlingen ud af hospitalets rammer og ind i de sociale miljøer omkring varimestuer og herberger, som besøges af de socialt udsatte borgere. Dette skal ske gennem et casearbejde som vi kalder: Community-Orienteret TuBerkulose-Intervention (COTBI). COTBI-casen vil involvere forskellige aktører såsom: Den landsdækkende TB-sygeplejerske, Frelsens Hær (organisationen driver en varimestue i Nuuk), foreningen NoINI,<sup>5</sup> en deltidsansat socialfaglig- eller socialpædagogisk professionel og en studentermedhjælper. TB-sygeplejerskens opgave bliver bl.a. at skabe kontakt til de hjemløse, smitteopspore, samtale om forebyggelse og behandlingstilbud og fungere som bindeled mellem lokalsamfundet og sundhedsvæsenet. Når de TB smittede er i et behandlingsforløb bliver det den socialfaglige/socialpædagogiske medarbejders opgave at støtte op om, at de tager deres medicin.

Inspirationen til casen er hentet i eksempler fra studierne: "Consumed in the City – Observing Tuberculosis at Century's End", hvor tuberkuloseindsatsen i New Yorks bykvarterer er mobil, og fra en case om en etiopisk TB-landsby, hvor der blev skabt et lokalt fællesskab omkring bekæmpelsen af sygdommen (Draus, 2004; Tayler-Smith et al., 2011).

Casen bliver den ramme, hvori vi indsamler viden i form af feltstudier og observationer. Det er hensigten at udvikle på casen løbende gennem evalueringer og feedback fra en ekspertgruppe, blandt andet med deltagelse fra Gentofte Hospital, hvor man har specialiseret sig i forholdet mellem social udsathed og TB. Med afsæt i casens dokumentation kan erfaringerne videreføres til øvrige byer og bygder med lignende udfordringer omkring TB og social udsathed.

### **Fremtidige planer og perspektiver i projektet**

Målet er en handlingsorienteret tværfaglig løsning, hvor resultatet er en nedbringelse af forekomsten af aktive TB-bærere og et skærpet fokus på de sociale forhold.

Et gennemgående tema for projektet er empowerment, som kan defineres som oversete grupperes evne til på ny at kontrollere egne ressourcer og handlemuligheder (Arnfjord and Andersen, 2014). Empowerment har både en teoretisk og en praktisk side. Den teoretiske side beskriver tilgangens faglige fundament i filosofi samt pædagogisk- og sociologisk teori. Den praktiske side af empowerment handler om at det faglige fundament omsættes til handling overfor en samfunds relevant problematik som fx tuberkulose blandt mennesker i socialt udsatte livssituationer.

Vi planlægger at lave tiltag, som har en direkte ind-

virkning med afsæt i en metode, som hedder photovoice. Det er en blandt flere eksempler på metoder til at få indblik i en verden, som man ikke altid inviteres ind i. TB og photovoice er brugt i mange sammenhænge blandt andet for at vise, at mange forskellige mennesker fra mange forskellige sociale og økonomiske klasser kan blive ramt af TB. Mennesker, som benytter varimestuerne, bliver fotografer. Metoden vil give de kommende fotografer mulighed for at opnå en stemme gennem billeder fra deres hverdag. Helt konkret vil vi udlevere engangskameraer til dem, der har lyst til at bruge dem. Billederne vil blive vist frem og præsenteret i første omgang for gruppen selv og, hvis de har lyst, for en bredere offentlighed. Billedsproget er anderledes universelt end det talte sprog i denne sammenhæng. Det kan man blandt andet se i det store TB photovoice projekt [www.tbvoicesproject.com/](http://www.tbvoicesproject.com/). Der er allerede lavet en del forskning på området, hvor især de canadiske inuit samfund har været i fokus (Markus, 2012). Projektet viser patienter som ganske almindelige borger som er smittet med TB. Forhåbningen er blandt andet at beskueren af billederne kan identificere sig med den situation og dette medvirker til at afstigmatisere sygdommen.

Et af fremtidsperspektiverne på arbejdet i Nuuk er, at vi bliver bekendt med metoder, så som fokusgrupper, observationsstudier, aktivisttiltag og her som omtalt photovoice som kan bidrage til at etablere et samarbejde mellem borgere, NGO'er og det offentlige system. Den viden skal komme de øvrige samfund til nytte eventuelt ved, at projektet migrerer til Sydgrønland, hvor forekomsten af TB længe har været særlig høj. Vi har tidligere været i kontakt med regionens daværende distriktslæge og TB-sygeplejerske som udviste stor interesse for at deltage i et fremtidigt samarbejde. Det skal reetableres, da begge stillinger i dag er besat med nye ansigter.

Der vil ligeledes skulle indgås et samarbejde med socialforvaltningen i Kommune Kujalleq, som vil blive en central samarbejdspartner i projektet.

Projektet foregår i Nuuk frem til 2017 med løbende evalueringer undervejs. Det vil være muligt at følge dets udvikling med løbende opdateringer på: [www.uni.gl/search.aspx?search=tuberkulose](http://www.uni.gl/search.aspx?search=tuberkulose)

### **Litteraturliste**

- Arnfjord S and Andersen J (2014) Socialt arbejde og aktionsforskning i Grønland. Dansk sociologi, 4(25).
- Departementet for Sundhed (2006) National TB strategi 2007-2012. Nuuk.
- Departementet for Sundhed (2011) National TB strategi 2012 - 2016. Nuuk.
- Hansen KE and Thor A (2013) Hjemløshed i Grønland. København: Statens Byggeforskningsinstitut.

<sup>5</sup> Sammentrækning af det engelske No og det grønlandske INI: Intet værelse.

# Grønlands LægeForening inviterer – KURSUS:

**Kurset:**

Indlæring og træning i akutte obstetriske situationer.

**Form:**

Intensivt 2 dages kursus.  
Korte teoretiske forelæsninger – Hovedvægten lægges på undervisning og færdighedstræning på fantomer i små grupper – samt case-diskussion.

Eksamens: Der afsluttes med skriftlig multiple choice test – og praktisk test på fantomer.

Diplom ved gennemført kursus og bestået eksamen.

Det forventes IKKE, at sundhedsassistenter skal til multiple-choice-test.

**Undervisere:**

5 Instruktører: Obstetrikere eller jordemødre.

**Tid og Sted:**

1. og 2. juni 2016  
Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk

**Deltagere:**

12 Læger eller Jordemødre i Grønland  
2 Fødselsassistenter

**Kursusmateriale:**

En kursist modtager før kursus et omfattende kursusmateriale. Manualen på engelsk.

Manual og Guide Lines skal læses og forberedes grundigt INDEN kursusstart.

**Tilmelding:**

Er åben. Skriv til Ovl. Ole Lind – oli@peqqik.gl  
Tilmeldingsfrist 15/4-2016

**Kursusafgift:**

Læger og Jordemødre: Kr. 13.000  
Fødselsassistenter: Kr. 5.000

Vigtigt: Forudsætningen for deltagelse er, at afgift er indbetalt INDEN kursusstart

**Inkluderet:**

Frokost, kaffe/the, frugt og drikkevarer er inkluderet på kursusdagene.

Afsluttende kursusmiddag torsdag aften.

For lægernes vedkommende dækkes kursus, rejse og ophold af lægernes fælles uddannelsesfond.

**Advanced Life Support in Obstetrics**  
[www.also-scandinavia.com](http://www.also-scandinavia.com)

Grønlands LægeForening indbyder jer: Der er 4. gang, at der arrangeres kursus

## ALSO = Advanced Life Support in Obstetrics

**Tid: 31. maj + 1. juni + 2. juni 2016.**

ALSO-kursus er et eksamens-kursus.

Som læge i Grønland skal du have denne viden på højt niveau.

Det fordrer indsats, læsning og forberedelse.  
På dette kursus underviser de dygtigste obstetrikere:  
*Ovl. Ole Lind + fire andre specialister fra DK*

Der er få pladser: Som læge - NU skal du skynde dig at få meldt dig på.

Dette er en vigtig mulighed for videre-uddannelse.

Læs de 2 vedhæftede postere.

1 - Info om ALSO 2016  
2 - Hvordan du deltager som læge fra Kysten (for medlemmer af Grønlands Lægeforening)

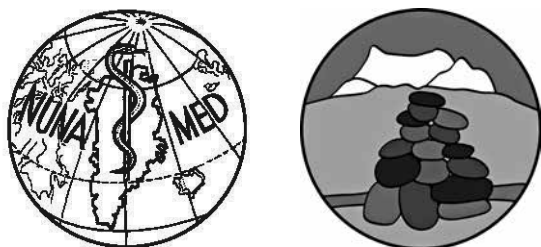
OG: Her er noget helt nyt: For første gang i Grønland  
**31. maj 2016:**  
**“Hvordan klarer du en sphincter-ruptur ?”**

DER ER LAGT OP TIL TRE LÆRERIGE DAGE :-)

På vegne af bestyrelsen for Grønlands LægeForening

*mvh,*  
*Jacob*

# Ethics and Research in Small Populations in Changing Environment



This PhD Summer School will be held in association with the NUNA MED 2016 conference in Nuuk. The school will take “**Ethics and Research in Small Populations in Changing Environment**” as its theme. The Summer School will include lectures from leading Arctic scientists and experienced health practitioners, together with workshops that explore the themes in depth. All students are then expected to participate in workshop sessions during the three days, in which they will present aspects of their own PhD research projects. The Summer School is open to students who are registered in a PhD programme in health sciences or social sciences at any level in their programme, and whose work relates to the themes of the school. The following NUNAMED conference will be a part of the PhD course.

Course credits of 3.5 ECTS will be awarded to students whose institutions have approved the course and will be awarded in recognition of active participation, review of course literature and oral presentation of PhD research projects. All students are required to submit a draft paper (maximum of 10 pages) by 10th August for circulation to participants in the summer school. A list of suggested readings will also be made available

This is a unique PhD summer school that will take place in Greenland’s capital at a time of interest in the development and capacity building for health research, education and for health and wellbeing, including ethical aspects for the populations living in rural arctic regions.

## LECTURERS:

Arja Rautio, MD, PhD, ERT, is a research professor and chair of the Center for Arctic Medicine at Thule Institute, University of Oulu, Finland.

Rhonda M. Johnson, DrPH, MPH, FNP, Professor of Pub-

lic Health, University of Alaska Anchorage, Department of Health Sciences

Elizabeth Rink, PhD, MSW, Associate Professor Community Health, Montana State University

Henrik Bygum Krarup, MD, PhD, Section of Molecular Diagnostics, Clinical Biochemistry, Aalborg University Hospital

Gert Mulvad MD, GP Primary Health Care Nuuk, Honary Doctor University of Greenland

Aviaja Hautman Lyberth Ph.D. student at Technical University of Denmark

Peter Ebbesen M.D. Professor of Medicine

Lise Haunsgaard, Professor, Ph.D., MScN University of Southern Denmark and University of Greenland

Kirsten Ohm Kyvik, Professor, Visiting Researcher, Head of Department, MD, ph.d., MPM University of Southern Denmark

Michael Lyng Pedersen MD PhD Primary Health Care Nuuk and University of Greenland

## PROGRAM:

### **Ethical Principles and Practices for Community Based Participatory Research**

Rhonda Johnson, Arja Rautio, Elisabeth Rink

### **Ethics in Nordic countries and in Greenland, Small Population, Public Communication**

Henrik Krarup, Gert Mulvad, Aviaja Lyberth

### **Ethics and Local Research Capacity building**

Lise Hounsgaard, Michael Lyng Pedersen, Kirsten Kyvik:

The summer school is organized by the Greenland Centre for Health Research, Institute for Nurse and Health



Science University of Greenland in collaboration with the UArctic ThematicNetwork Health and Wellbeing in the Arctic.

The language of the summer school will be English. Participation is limited to 15 students. NUNA MED 2016 is held from 1st to 3rd October 2016. NUNA MED is a conference on medicine, health and well-being in Greenland and the Arctic countries and is held in Nuuk every three years. At the NUNA MED conference parallel sessions will be in Greenlandic, Danish and English. Registration for NUNA MED 2016 is mandatory for participation in the PhD summer school.

**LOCAL ORGANIZING COMMITTEE:**

**Greenland Centre for Health Research**, Institute for Nurse and Health Science

Michael Lyng Pedersen, Gert Mulvad, Lise Haunsgaard, Suzanne Møller, Head of Institute for Nurse and Health Science,

**UArctic Thematic Network: Health and Wellbeing in the Arctic.**

Arja Rautio, Thule Institute, University of Oulu, Finland.

**Registration details and abstract submission:** see [www.nunamed.org](http://www.nunamed.org) PhD summer school, registration

**Registration fee** for the PhD summer school inclusive of the NUNAMED conference will be 3.000 Danish kr.

**GRANT**

Further information can be seen on [www.nunamed.org](http://www.nunamed.org) For information please contact Dr Gert Mulvad ([gm@peqqik.gl](mailto:gm@peqqik.gl))

**COURSE LOCATION:**

Hotel Hans Egede Conference Centre, Nuuk, Greenland Thematic Network

# Helbredseffekter af genetisk tilpasning til det arktiske miljø

*Af Marit Eika Jørgensen, Professor, overlæg,  
Steno Diabetes Center, Gentofte*

## Baggrund for den genstruktur hos grønlandere

Inuitbefolkningen i Arktis har levet isoleret gennem årtusinder under helt særlige forhold. De ekstreme klimatiske og geografiske vilkår har ikke kun krævet en udtalt tilpasning med en højt specialiseret levevis som fangere, men også en biologisk tilpasning. Individuer som genetisk set har kunnet tilpasse sig kulde, perioder med sparsom føde samt en kost som næsten kun bestod af kød og fedt, har haft en overlevelsesmæssig fordel. Man må forestille sig at evnen til reproduktion, til at bekæmpe infektioner, til at modstå kulde, til lagring af energi og til at kompensere for mangler i kosten har været afgørende for den genetiske tilpasning. De såkaldte livsstilssygdomme som først optræder sent i livet har derimod ikke været en genetisk "flaskehals". Den fascinerende tilpasning som har sikret befolkningens overlevelse, har imidlertid under helt andre vilkår i et moderne samfund en række potentielle sundhedskonsekvenser.

Gensammensætningen er således betinget af den tilpasning der har fundet sted, men herudover har tilfældige genvarianter i en lille isoleret befolkning en større sandsynlighed for at blive hyppige end i en stor population. Fx kan genetiske risikomarkører for bl.a. type 2 diabetes kun kan forklare en meget beskedent del af sygdommen i den europæiske og i asiatiske befolkninger. Vi har i befolkningsundersøgelserne i Grønland undersøgt sammenhængen mellem genvarianter og en række kardio-metaboliske risikofaktorer, herunder diabetes. Ved hjælp af udviklede biostatistiske metoder er vi i stand til at tage højde for den bagvedliggende befolkningsstruktur, idet den moderne Grønlandske befolkning genetisk udgør en blanding af Inuit og Europæisk afstamning – såkaldt admixturel.

## En genetisk variation i TBC1D4 øger risikoen for diabetes markant

For i alt ~5000 deltagere i to grønlandske befolkningsundersøgelser sammenholdt vi data for genetisk variation med niveauer af glukose og insulin ved faste og efter en oral glukose belastning. Vi identificerede en genetisk variation (R684X) i genet TBC1D4 der havde en markant effekt på glukosestofskiftet<sup>2</sup>. De ca. 4% af alle der er bærere af de to mulige kopier af denne variation havde et glukoseniveau 2 timer efter den orale glukose belastning der var 4 mmol/l højere end resten af befolkningen. Desuden var der hos disse personer en diabetesforekomst på over 50% hvilket er markant højere end den resterende befolkning (figur 1). I gruppen over 60 år med 2 kopier af R684X var forekomsten af diabetes højere end 80%, og i alt forklarer genvarianten 15%

af al diabetes i Grønland. Denne risikoøgning er væsentligt højere end hvad der tidligere er fundet for diabetes-associerede genetiske risikofaktorer i europæiske og asiatiske befolkninger.

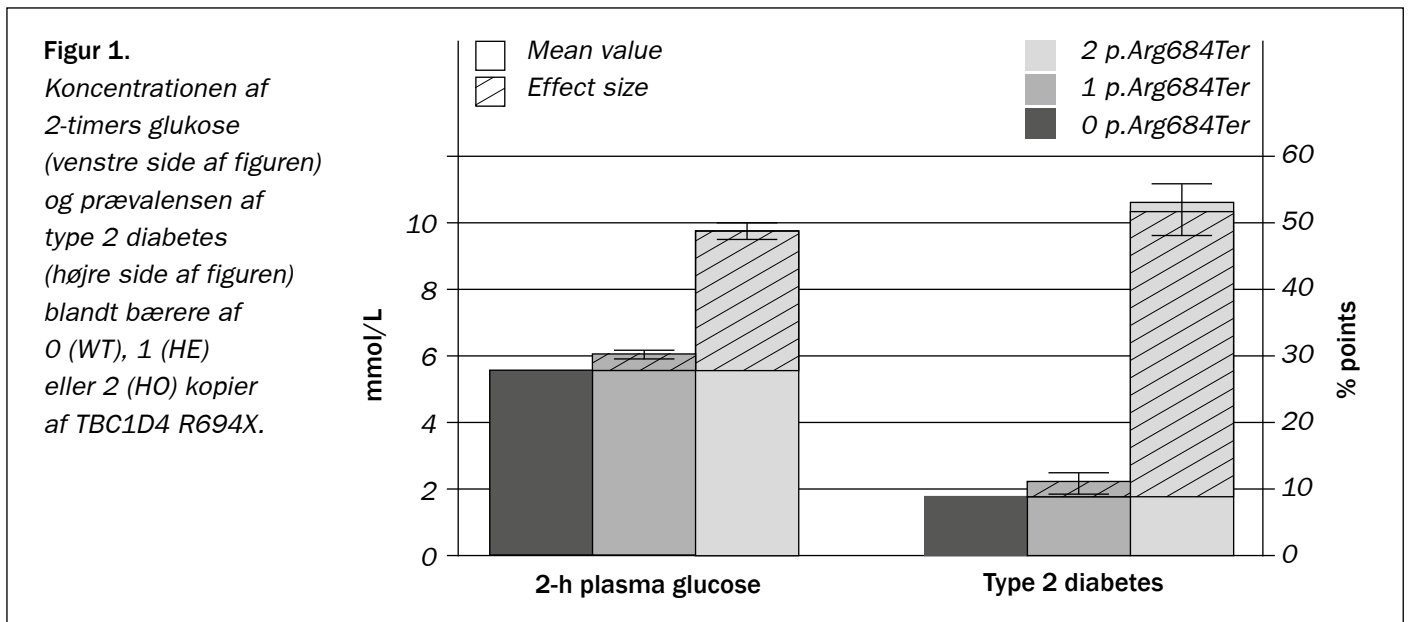
Den fysiologiske konsekvens af R684X varianten er udtalt insulinresistens og øget risiko for type 2 diabetes. Studier af ekspressionen af TBC1D4 genet og undersøgelser af TBC1D4 protein niveauet hos personer med forskellige genotyper for R684X tyder viser at den biologiske mekanisme foregår i skeletmuskulaturen hvor den GLUT4 medierede optagelse af glukose efter et måltid er nedsat<sup>2</sup>. Dette er årsagen til det markant højere glukoseniveau efter glukosebelastningen hos bærere af TBC1D4 R684X. Der er svage tegn på at denne genvariant er opstået ved genetisk selektion, sandsynligvis som tilpasning til den traditionelle kost som stort set ikke indehold kulhydrat. Ved indtagelse af ekstremt kulhydratfattig kost har insulinfrigørelsen i relation til måltider udgjort en risiko for hypoglykæmi som under fysisk krævende forhold er en akut trussel, især hvis der samtidigt har været tomme glykogendepoter. Personer med TBC1D4 varianten har således haft en klar overlevelsesmæssig fordel ved at kunne undgå hypoglykæmi.

## Konsekvenser i dagens Grønland af TBC1D4 varianten

Med en moderne kost med stort indhold af kulhydrat vil personer med denne variant have markant forhøjede glukoseværdier store dele af dagen. Vi er i gang med at belyse i hvilket omfang kost, fedme og fysisk aktivitet modificerer konsekvenserne af genvarianterne. På længere sigt må forventes en øget risiko for mikrovaskulære komplikationer: retinopati, neuropati og nefropati. Derimod tyder vores studier ikke på at risikoen for hjertekarsygdom er øget. I hvert fald har personer med en eller to påvirkede alleler lavere BMI, blodtryk og kolesteroltal end resten af befolkningen, og vi er i gang med at undersøge om genvarianten øger risikoen for hjertekarsygdom. Teoretisk set bør personer med TBC1D4 varianten ikke behandles med insulin som med al sandsynlighed ikke er virksomt, og da både betacellefunktion og hepatisk glukosehåndtering er normal er hverken metformin, sulfonylurinstoffer eller GLP 1 baseret behandling oplagte valg. Klassen af de nye SGLT2 hæmmere er sandsynligvis det foretrukne valg hos disse diabetespatienter.

## Genetisk tilpasning til marin kost

Ved hjælp af særlige analyseteknikker kan man undersøge hvilke dele af genomet der er opstået som led i en genetisk selektion. I samarbejde med populationsgenetikere på Berkeley Universitet har vi sammenlignet DNA fra ca. 100 grønlandere med DNA fra HAN kineserne som er den befolkn-



ing som Inuit er tættest genetisk beslægtet med. I dette studie har vi identificeret flere varianter i FADS-generne som findes hos alle grønlandere men som kun forekommer hos 1-2 % af HAN kineserne som udtryk for at de er opstået ved genetisk selektion<sup>3</sup>. Til dato er dette det stærkeste eksempel på genetisk selektion som er set i humane studier. Når vi analyserer de observerede selektionsvarianter kan vi se at der er en kraftig sammenhæng med fedtsyremetabolismen. Genvarianten favoriserer dannelsen af KORT-kædede omega-3 og omega-6 fedtsyrer. Om dette er opstået som en mekanisme til at kompensere for lavt indtag af disse fedtsyrer, eller om det er opstået for at modvirke potentielt skadelige effekter, fx på immunsystemet, af et meget højt indtag af de langkædede marine fedtsyrer kan vi ikke se i vores studier. Vi håber på i fremtidige interventionsstudier at kunne belyse hvordan indtagelse af henholdsvis traditionel marin kost vs. vestlig kost hos personer med og uden FADS varianterne påvirker enzymaktivitet og en række metabolitter relateret til fedt, protein- og glukosemetabolismen.

**Perspektiver**

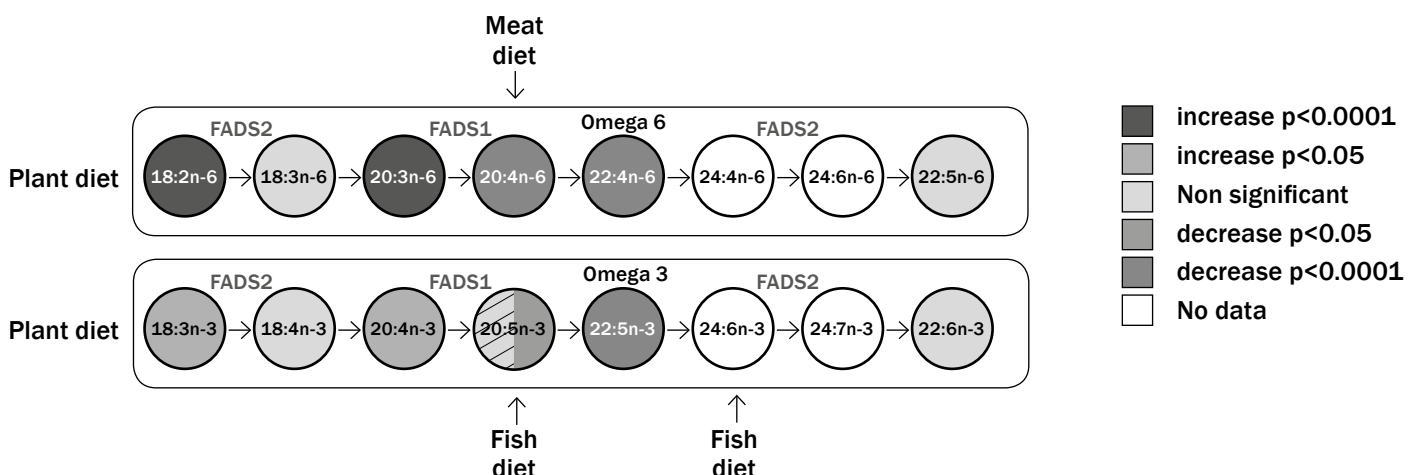
Den unikke mulighed for at undersøge genetiske helbreds-

effekter i Grønland giver et helt særligt potentiale for at forstå mekanismer der øger eller nedsætter risikoen for en række sygdomme. Dette kan oplagt have betydning for at målrette forebyggelse, screening og behandling såvel for den grønlandske befolkning som globalt.

**Litteratur**

1. Moltke I, Fumagalli M, Korneliusen TS, Crawford JE, Bjerregaard P, Jørgensen ME, Grarup N, Gulløv HC, Linneberg A, Pedersen O, Hansen T, Nielsen R, Albrechtsen A. Uncovering the Genetic History of the Present-Day Greenlandic Population. *Am J Hum Genet.* 2015;96:54-69. pii: S0002-9297(14)00478-9. doi: 10.1016/j.ajhg.2014.11.012.
2. Moltke I, Grarup N, Jørgensen ME et al.: A common Greenlandic TBC1D4 variant confers muscle insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature.* 2014;512:190-193.
3. Fumagalli M, Moltke I, Grarup N, Racimo F, Bjerregaard P, Jørgensen ME, Korneliusen TS, Gerbault P, Skotte L, Linneberg A, Christensen C, Brandslund I, Jørgensen T, Huerta-Sánchez E, Schmidt EB, Pedersen O, Hansen T, Albrechtsen A, Nielsen R. Greenlandic Inuit show genetic signatures of diet and climate adaptation. *Science.* 2015 Sep 18;349(6254):1343-7. doi: 10.1126/science.aab2319.

**Figur 2.** Betydningen af FADS genet for koncentration af omega-6 fedtsyrer (øverste panel) og omega-3 fedtsyre (nederste panel).





*Øjvind på jagt. Klar til hjemtransport, heldigvis var der kun ca 11 km hjem til hytten.*



*Ledende Regionslæge Helle Olsen, Qeqqata*



*Læger på vej Rie Rasmussen, Nick H. Duelund, Paneeraq Noahsen og Ivalu Spange Frederiksen*



*Danmarkshavn-Daneborg 2012, læge Jørn Breinholt i kajak*