



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægeforening

Nummer 1. 2021 – 46. Årgang



Generalforsamling, Grønlandske læger

Bestyrelsens beretning 2020	3	Arbejdsbetingede lidelser og arbejdsulykker indenfor fiskeri og fiskeindustri i Grønland	18
Lægeforeningens Æresprismodtager 2020	5	Cardiac Arrhythmias in Greenland	19
Tale til Overlæge Øjvind Rosing – Kirurgisk Afdeling	7	PhD-studie om hjertesvigt i Grønland	20
Børn og Syn	9	Kuldebroer og fugt er sammen usundt	21
Forældres opfattelse og håndtering af mellemørebetændelse	10	Sundhedsforskning ved Ilisimatusarfik	23
Er Almenmedicinsk speciale ved at forsvinde fra Grønland	12	Annual report 2020 Greenland Center for Health Research	24
Et sundhedsvæsen med stigende udgifter	14	Menneske sundhed, samfund og kultur	25
Skizofreni i Grønland - en registerundersøgelse	15	Medieoverskrifter om sundhed	27

Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25

<https://www.laeger.dk/nakorsanut-medlemsblad>

Redaktion: Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

Lay-out: Tegnstuen Tita – nina@tita.gl

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

Oplag: 300

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>

Gr%C3%B8nland

Grønlands Lægeföreningens bestyrelse

Formand: Regionslæge Hans Christian Florian Sørensen, Tasiilaq Sygehus
hcflorian@hotmail.com

Næstformand: Overlæge Simon Olav Bernth-Andersen Dr. Ingrid's Hospital
sbea@peqqik.gl

Kasserer: Regionslæge Nicolai Hardenberg Larsen, Dronning Ingrid's Sundhedscenter
nihil@peqqik.gl

Sekretær: Yngre Læge-repræsentant Ivalu Spange Frederiksen, DIS
ivfr@peqqik.gl

Bestyrelsesmedlemmer: Overlæge Simon Olav Bernth-Andersen, Dr. Ingrid's Hospital,
sbea@peqqik.gl

Yngre Læge-repræsentant Marianne Welzel Andersen, Dr. Ingrid's Hospital
mwea@peqqik.gl

Yngre Læge-repræsentant Paneeraq Noahsen Landslægeembedet

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Bestyrelsens beretning 2020



Lægeforeningens bestyrelse

Det var været det travleste år vi nogensinde har oplevet. Bestyrelsen har stort hele tiden været aktive med forskellige sager.

Der er fortsat udtalte problemer med HR afdelingen hvor medarbejderne tydeligvis kæmper en hård kamp for at få ansættelserne ekspederet – men det er også tydeligt at de mangler mandskab og erfaring. Der er en god kommunikation med HR afdelingen, som ofte spørger til Lægeforeningens råd og vejledning. Men de enkelte medlemmer udtrykker ofte frustration over ansættelseskontrakterne, som på grund af COVID19 restriktionerne tit rammer ved siden af de faktiske ansættelses perioder. Der har været problemer med fortolkningen af rettigheder til personaleboliger, men det synes nu at være nogenlunde afklaret.

En del af bestyrelsen har lagt et kæmpe arbejde i at få rettet op på fejlene med opsat feriegodtgørelse, hvor Forhandlingsafdelingen/ASA har været imødekommende, men løn teknisk er der fortsat udtalte problemer.

Pædiaterne har fået et løft af deres effektive timer i vagten,

men som i tidligere, lignende, sager tager det sin tid at få implementere aftalerne, således at den rette løn kan udbetales.

Lægeforeningen er aktiv i den ny-nedsatte sundhedskommission, hvor vi selvfølgelig håber at kunne påvirke processen til gavn for både borgere og medarbejdere i sundhedsvæsenet.

Derudover pågår der et arbejde med at modernisere diplommet for fagområde Grønlands medicin. I år har endnu en kollega opnået diplommet, som beviser at den pågældende læge er i stand til selvstændigt at varetage alle opgaver på et kystsygehus. Vores håb er at den nye udgave af uddannelsen vil tiltrække flere læger, som så vil kunne føle sig mere sikre i arbejdet på fjerntliggende og isolerede steder.

Rekruttering og fastholdelse synes at være “status quo” - værst synes det, lige for tiden, at være radiologien der lider, med store konsekvenser til følge.

Lægeforeningen har indtrykket af at den iværksatte om-

strukturering har været for hurtig, ikke inddraget medlemmerne og dermed er velfungerende arbejdsgange blevet “smidt ud med badevandet”. Vi oplever at enkle løsninger ikke passer ind i de fine organisationsdiagrammer og derfor bremses helt unødigt. (Lægeseekretær-problematikken for radiologerne).

Det er nok alle bekendt at uro på DIH har taget megen energi. Tonen mellem Lægeforeningen og SL har været elendig, men det er dog bedret betydeligt efter at den foregående styrelseschef forlod posten. Vi må anerkende at Joanis, som nu er styrelseschef, har været lydhør og konstruktiv i sin tilgang til arbejdet, men konkrete resultater lader endnu vente på sig.

Vi kan konstatere at erfarne, meget kompetente og afholdte kolleger bliver trætte og mister arbejdsglæden – det er meget trist at opleve. Og det er et kæmpe tab for det grønlandske sundhedsvæsen.

Problematikken med de tabte kursusrejser er jo COVID19 relateret og burde være ens for alle. De tabte kurser og tilhørende rejser forsøger vi at få helt eller delvist kompenseret med forhandlinger med ASA og SL. Indtil nu er der intet konkret kommet ud af disse forhandlinger – andet end at vi tydeligt mærker at cheflægen mener at de lokale ledere bør have et afgørende ord at skulle have sagt ved den enkeltes valg af kurser.

Lægeforeningen fastholder at lægerne har ret til selv at vælge deres kurser, at den lokale leders opgave er at tage stilling til om medarbejderen kan undværes – ikke om lægens kursus falder i lederens smag. Det er videreuddannelsesudvalget der tager stilling til om et kursus er relevant for den enkelte.

Lægeforeningen kæmper med næb og klør for at bevare vores kursusrettigheder – og meget gerne forbedre dem.

Vi har haft endnu en sag med tvungen afspadsring – ligesom vi havde sidste år. Men igen viste lægerne at de kan holde sammen og ikke lade sig besnakke til lønnedgang. I bestyrelsen er vi stolte af vores medlemmer – det gør at vi føler det er værd at holde sammen og i fællesskab forsvare vores rettigheder.

På kursusfronten har det jo været temmelig nedslående med aflysning af både AWLS og Ultralydskurset. Heldigvis har Lasse Nørgaard tilbudt et “UL-light” kursus, så lidt bliver det da til. Til gengæld ser vi nu at en del yngre læger forsøger at anvende deres kursusrettigheder til kliniske ophold på Kysten. Det er en meget positiv ting – det er gavnligt for den enkelte læge, skaber bedre forståelse for Kystens arbejde og på sigt kan man håbe på at flere læger søger ud på Kysten inspireret af de kliniske ophold.

Nakorsanut vedbliver at være en meget vigtig del af lægernes kommunikation indbyrdes og udadtil. Vi må endnu en gang kippe med flaget overfor Gert Mulvad som er krumtappen i Nakorsanut. Men han kan jo ikke klare det alene og vi må opfordre til at medlemmerne indsender deres bidrag. I vores dagligdag er der jo en stort set uendelig strøm af inspiration, som man kan viderefremde.

Endelig må vi ikke glemme vores kolleger i Landslægeembedet. Det har været og er fortsat en meget hård og udfordrende tid for dem. De har knoklet siden slutningen af januar og det må være meget belastende konstant at skulle forholde sig til de svære COVID19 problematikker. Uanset om nogen af de iværksatte foranstaltninger i visse tilfælde rammer skævt, så må vi udvise forståelse for at restriktioner lavet løbende vil være svære at afstemme således at alle føler sig lige behandlet. Specialt da, når der er et stort politisk element i beslutningsprocessen.

Nu vil jeg spare jer for yderligere – bestyrelsen er klar til at diskutere beretningen, men inden vi gør det, så vil jeg give ordet til Simon, som har fornøjelsen af at uddele dette års ærespris.

Lægeforeningens Æresprismodtager 2020



Æresprismodtager 2020

På lægeforeningens generalforsamling bliver ordet givet til næstformanden Simon Bernth-Andersen, der holder tale for æresprismodtageren, som dette år er Øjvind Rosing, overlæge parenkymkirurgisk afdeling, DIH. I talen omtales Øjvind som både en dygtig kirurg (på et mytisk niveau), et omvandrede leksikon med stor viden på mange andre områder, humoristisk, venlig og som en helt igennem fantastisk kollega. Derfor er valget faldet på netop ham, også selvom han endnu ikke helt er gået på pension, som de fleste andre æresprismodtagere.

Øjvind hyldes med genoptrykning af hans egen artikel og velsmagende opskrift.

Vi stammer alle fra jægere og samlere.

Øjvind Rosing, overlæge kirurgisk afd. DIH.

Vi stammer alle fra jægere og samlere. Trangen og driften til at høste i naturen er mere eller mindre udtalt hos mennesker. Jeg har en lumske mistanke om at mine gener slår fuldt igennem på det punkt. Jeg opfatter det som en velsignelse, men da det kan antage karakter af en besættelse at skulle ud, kan det også være lidt af en forbandelse. Heldigvis har min kone Henriette og de tre piger alle fået en rem af huden og er dygtige jægere og fiskere. De kan



Æresprismodtager 2020

alle fange ørred i elven med de bare hænder, specielt lillesøster er skrap. En tur i naturen er dejlig, hvis man desuden har et fornuftigt formål med turen går det hele op i en højere enhed. Der er intet der styrker familiesammenholdet som en ”jæger- og samler-tur” med tebygning på bål og hele svineriet.

Min bror og jeg købte for snart 30 år siden et gammelt hus i Kapisillit. Huset ligger lidt øst for bygden over mod elven. Vi havde vores barndomshjem ved Itivnera ikke langt derfra. Huset har siden været udgangspunkt for adskillige ture efter ryper, harer og rensdyr, bær og svampe osv. Fisketure efter ørred og laks i elven, torsk, rødfisk og muslinger i fjorden. Navnlig fiskeri fra isen om vinteren er givtigt og en god ting for sjæl og legeme. Bare det at være i huset om vinteren giver ro. Det er så stille at man næsten synes man får tinnitus. Stjernerne er så klare og talrige og nordlyset så voldsomt at fjeldene står i relief. Ved fuldmåne kan man færdes ude om natten næsten som ved højlys dag, alle genstande kaster skygge.

Hvis man ikke er til fitnesscentrets atmosfære af svedlugt, sure tær og anabole steroider er jagt et fint alternativ. Henriette monterede for sjov skyld en skridttæller en morgen



Klar til hjemtransport, heldigvis var der kun ca 11 km hjem til hytten. Foto Mia Jensen.

vi gik ud på renjagt. Ved tilbagekomsten om eftermiddagen stod den på 34.600 skridt. Har man så oven i købet slæbt kød er der ikke brug for mere motion den dag. Bortset fra det har jeg det lidt som min afdøde fader som hyldede princippet om at spare på kondien indtil man skal bruge den.

Meningen med galskaben er naturligvis at skaffe gode sunde råvarer. Varetagelse, tilberedning og nydelse af produkterne er en vigtig del af historien. En af mine favoritter er letsaltet halvtørret torsk som laves på følgende måde:

Man tager en spand fuld af torsk, flækker dem til fileter og salter dem natten over. Saltet skylles af og torsken hænges til tørre indtil den antager en læderagtig konsistens, ca. 4-5 dg.

Herefter nedfryses den indtil den skal bruges.

Før brug udvandes den i 4 timer. Den kan spises kogt med sennepssovs hakede hårdkogte æg, rødbeder og kartofler eller blot med spæk eller olivenolie og kartofler. Endnu bedre som brandade de morue, en gammel Provencalsk ret som oprindeligt var lavet på "ægte saltfisk" (man havde ikke tilgang til frisk fisk i baglandet langt fra kysten).

Opskrift:

Passende mængde af ovenfor omtalte torsk
Kartofler (ca. samme mængde som fisken)

2 fed hvidløg
Citron
Olivenolie
Smør
Mælk
Krydderier efter smag f.eks. Herbes de Provence, eller timian og oregano
Hakket frisk koriander eller persille
Friskkværnet hvid peber
Rasp
Reven ost

Fremgangsmåde:

Torsken koges sammen med 2 fed hvidløg i usaltet vand (først udvandet i 4 timer som nævnt)

Skind og evt. ben fjernes og kød og hvidløg moses med varm mælk og olivenolie til en god halvfast mos.

Kartoflerne skrælles, skives og koges møre i usaltet vand og moses med varm mælk og smør til en lind mos.

Torskemos og kartoffelmos blandes sammen og krydderier tilsættes sammen med lidt reven citronskal (kun det yderste af skallen ellers bliver det bittert) evt. lidt af saften.

Om nødvendigt lidt salt, men pas på. Torsken er salt i sig selv. Smag dig frem.

Blandingens kommes i et smurt ovnfast fad og drysses med en blanding af rasp og reven ost.

Gratineres i ovnen ved 200 grader indtil overfladen antager en smuk gylden-brun farve. (ca. 15 min)

Serveres med en god grøn salat og en kølig hvidvin.

Tale til Overlæge Øjvind Rosing

– Kirurgisk Afdeling ved forårsfesten marts 2021

af Uka Wilhelm Geisler

Når jeg tænker på dig, er det ikke de store ord der betyder noget, ikke de store ting – men alt det indimellem og alle situationerne.

Det er en fornemmelse, og ordet eller begrebet “fornemmelse” går igen omkring dig og vil også gøre det i denne lille tale til dig.

Du har en fornemmelse for hvad en god sauce er, som ingen andre; fornemmelse for et godt stegt højreb og en god kop kaffe – du giver altid en kop kaffe. Det er ikke koppen eller kaffen i sig selv, men som du ligger dér i græsset uden for huset i Kapisillit, er der altid en kop kaffe og det giver fornemmelsen af, at du altid har rum og tid til os og ja alle andre kendte eller ukendte mennesker, som måtte komme forbi din vej. Det være sig de lokale i Kapisillit eller de mange danske vikarer, der kulturforvirret er landet og sidder i OP-kaffestuen og spørger til alt muligt og umuligt og måske endda har forvildet sig ind til Kapisillit med høje hæle og champagne. Jeg skal ikke røbe hvem det var, men at der var en overlæge, som en dag i raske skridt sprang forbi Øjvind som han lå der udenfor huset i

Kapisillit og småsov i solen. Overlægen gik hen til Øjvind og spurgte om han ville komme til et glas champagne, jo tak, brummede Øjvind halvslumrende; champagne er jo ikke hverdagskost derinde og en rigtig kapisilimmioq holder sig ikke tilbage for den slags promilledrikkeri. Godt, sagde overlægevikaren, kiggede på uret og sagde: skal vi så sige kl 11.15!!

Og kender man Kapisillit, Øjvind og tilværelsen derinde, så vidste Øjvind jo hverken hvad klokken var eller hvad dag det var! Det har vi grint meget af og har siden ofte sagt: ska vi sige kl 11.15, når vi skulle aftale noget.

Din fornemmelse for humor nyder vi alle godt af og jeg er nok en af dine største fans – jeg har hørt dem alle mere end 100 gange og alligevel er jeg en af dem der griner mest af dem hver gang. Når vi er sammen kan der ofte være stilhed eller tomrum, det er det gode ved dig, du snakker ikke hele tiden. Men hvis vi så har lyst til at grine lidt, så siger jeg f.eks. bare, Øjvind fortæl lige den der om de to mænd, der står ved jernbanen og tisser – og så gør du det og vi skraldgriner og så er der stille igen.

På Sana har du være en del af huset i al den tid jeg har



På tur med Niels og Mia. Foto Henriette Rosing



En glad jæger ved Nordboernes gamle fedtstensbrud kaldet Bjørnegrotten ved Kuussuaq. Foto Henriette Rosing.

været læge. Du var min Bagvagt på min første vagt i tur-
nus på kirurgisk afd og reddet mig og for den sags skyld
også patienten, da jeg fik en næseblødende patient ind den
første dag. Det var stor kirurgi for mig. Du lærte mig også
tobakspoesuturer og jeg kom vist aldrig rigtig længere i
kirurgien end dét. Men alligevel er du min bedste ven, når
vi mødes på gangene på Sana og min bedste kollega når
jeg har brug for dig.

Du er kunstner på dit felt – speciale i lægekunst om no-
gen anden. Her kommer din fornemmelse igen til sin ret,
fornemmelse for væv, fornemmelse for dybde og fornem-
melse for strukturer og generel situationsfornemmelse.

Ingen som dig kan operere uden blødning selv på en for
høj INR.

Bare din tilstedeværelse i rummet giver fornemmelsen af
ro og sikkerhed. Du kan få en hver til at føle sig som stor-
kirurg ved blot din tilstedeværelse.

Jeg husker en nat, hvor jeg havde en patient med hjerte-
tamponade, en ung mand med TB pericarditis . Han havde
et hårdt og sejt perikardium og efter nogle forsøg på at
stikke hul og lægge dræn i hjerteposen uden held følte jeg
mig helt alene og blev lidt bævende og måtte ringe til en
ven og vennen var dig. Du kom og stod uden at klæde om
ovre ved døren, du bare var der og så kunne jeg stikke, så
kunne jeg ramme. Så meget betyder blot din tilstedeværelse
for mig og jeg ved for mange andre.

Der er ingen som dig, der har en fornemmelse for farver,
fornemmelse for former, nuancer, smag og fornemmelse
for kvalitet. Det være sig på op lejet, til middagen, i fjel-
det, i dit sprog og i det du bruger dine hænder til.

Og med dette kommer vi til din gave fra os, som er fra
læger på DIS, Kirurgisk afd og Medicinsk afd og Anette
(Kir oversygeplejerske red).

Vi vil gerne give dig en lidt anderledes gave, som du kan
få glæde af og som vi håber kan være startskud og inspi-
ration til din pensionist hverdag.

Jeg har flere gange hørt dig snakke lidt om keramik – no-
get som du overvejer at kaste dig over.

Vi ved du ville kunne finde din niche også her – du har
hænderne, fornemmelsen for gode materialer og du har
kunstneren i dig.

Gaven fra os til dig er:

1. Krus og skål i grønlandsk ler (lavet af Fari og Solfri-
da)
2. Weekend kursus på Kangillinguit skole
3. En keramik bog
4. En skitsebog
5. Krus fra Ulaajuk Pottery (Nuuna Papis Chemnitz)
6. 3 timers keramik eneundervisning hos Ulaajuk Pottery
(Nuuna Papis Chemnitz)

Børn og syn – Synsscreening i Grønland

Af Nick Duelund, 1. reservelæge i oftalmologi, kommende ph.d.-studerende

Synet er vigtigt for barnets udvikling og for læringen i skolen. Nogle børn kan i skolen opfattes som ubegavede eller dovne, når de reelt måske blot har behov for et par briller. Derfor er synsscreening hos børnene et vigtigt redskab for at finde de børn, som har brug for behandling af synsproblemer. Både Verdens Sundheds Organisation (WHO) og Det Grønlandske Selvstyre anbefaler synsscreening af børnene fra 4-års alderen. Det er også et tilbud, som sundhedsvæsnet i Grønland tilbyder. Ordningen er frivillig for forældrene, hvilket betyder, at antal børn, som kommer til helbreds kontrol som 4- og 5-årig hos regionslægerne er meget lav, da forældrene selv skal henvende sig til sundhedsvæsnet. Kun omkring 20 % (flere steder færre) af en årgang tager imod tilbuddet.

I 2017 startede to børneøjelæger, Hanne Jensen og Hans-Ulrik Møller, et nyt projekt op, hvor alle børn i 1. klasse i hele Grønland skulle have undersøgt deres syn af sundhedsplejerskerne på en helt ny måde. Tidligere fik børnene målt synet på afstand med Østerbergs tavle, som er med figurer. Den nye metode anvender i stedet HOVT-tavle, som består af disse fire bogstaver (H, O, V og T). Børnenes syn blev målt både på afstand, men også for nær. Desuden blev deres samsyn testet med Lang II Test. Til sidst, som noget helt nyt, også deres refraktion med en auto-refraktor kaldet Plusoptix, som laver en vejledende måling af, om barnet skal have +2 briller eller lignende. Projektet blev afsluttet december 2018, og resultaterne skal nu samles op, idet flere børn blev henvist til øjenlæge, og disse oplysninger kan nu først indsamles. Dette da ventetiden til at blive tilset af øjenlæge i Grønland ofte er 1 år, nogen steder længere. Resultater vil blive publicerede som en videnskabelig artikel, og forhåbentligt også komme med en anbefaling til en screeningsmetode til brug i hele Grønland for 1. klasses eleverne.

Autorefraktor måling hos knap 4-årig grønlandsk pige, som kigger på ballonen inde i apparatet

Da ventetiden til øjenlægekonsultation i Grønland kan være lang, er det endnu vigtigere, at børnenes syn bliver undersøgt allerede når de er 4 år gamle. Når barnet er 6-7 år gammelt (som ved 1. klasse), kan barnet nå at blive 8 år gammel før en øjenlæge har tilset denne og ordinere briller. Som 7-8-årig er det ved at være for sent at iværksætte behandling for amblyopi (=dovent øje), da behandlingen virker bedst før skolealderen.

Derfor bliver der i år opstartet et 3-årigt ph.d.-projekt op, hvor synsscreening og behandling af de 4-årige børn i Grønland er i fokus. Ovenstående projekt med 1. klasses eleverne vil også blive inkluderet i ph.d.-projektet.



Forældres opfattelse

Grønland er et af de lande i verden, der har flest problemer med mellemøretændelse.

Et nyt forskningsprojekt har undersøgt, hvordan det påvirker de ramte familier

Projektet er fuldt finansieret af Synoptik Fonden, og starter 1. juni 2021. Det nye i dette projekt er, at det er optikerne i Grønland, som skal lave synsscreeningen. Efterfølgende vil barnet få en fuld øjenundersøgelse af den ph.d.-studerende. Screeningen vil foregå i børnehaverne, således at det er undersøgerne, som kommer til børnene, og ikke omvendt. Dette er efter erfaringen fra 1. klasses eleverne, som screenes i skolen, hvorfor deltagerprocenten er meget høj. Optikerens fund sammenlignes med den ph.d.-studerendes fund, og der vil ud fra disse blive beskrevet en screeningsmetode, som kan anvendes i hele Grønland for de 4-årige børn. Grunden til, at det er optikerne, og ikke sundhedsplejerskerne eller lokale sygeplejersker/assistenter som skal stå for screeningen, er, at optikerne i Grønland rejser til alle byer, og langt de fleste bygder, hvert eneste år. De er uddannede i at måle syn, og man vil derfor ikke være afhængig af, at man ofte skal undervise sundhedsplejersker, sygeplejersker eller assistenter i hvert enkelt regionssygehus eller sundhedsstation. På den måde kan screeningen være ensartet hvert år.

For begge projekter får man ligeledes et tværsnitstudie af en årgang, hvor hyppigheden af synsproblemer og hvilke, kan bestemmes.

Har du selv et barn på 4 eller 5 år? Så bestil straks tid til helbreds kontrol inklusiv måling af synet hos dit lokale regionssygehus.

Forekomsten af mellemøretændelse blandt Inuit i Grønland er en af de højeste i verden. Grønlandske børn får ofte første mellemøretændelse meget tidligt i livet, og det er estimeret at 9-14% af alle grønlandske børn lider af den mere alvorlige type af mellemøretændelser, kaldet kronisk flydeøre.

Mellemøretændelse kan føre til høretab samt nedsat indlæringsevne og kognitiv udvikling. Flere studier har tillige vist, at mellemøretændelser kan føre til nedsat livskvalitet – disse studier er dog primært udført blandt befolkningsgrupper, der ikke har lige så høj forekomst af mellemøretændelse som i Grønland.

Forskningsprojektet ”Forældres opfattelse og håndtering af mellemøretændelse i Grønland” havde til formål at beskrive, hvordan det at have et barn med mange episoder af mellemøretændelse påvirker livet for familierne. En række interviews med forældre til børn med mange mellemøretændelser foretaget i tre forskellige byer i Grønland, dannede baggrund for studiet. Der blev udført 16 interviews med 27 forældre til børn med mellemøretændelse.

Studiet fandt, at mellemøretændelse hos børnene i de adspurgte familier påvirkede hele familien – og det påvirkede dem betydeligt. Mange forældre gav udtryk for, at de bebrejdede sig selv og følte skyld over, at deres børn led af gentagne mellemøretændelser, selvom størstedelen af forældrenes forståelse af mellemøretændelsen hos deres børn tog udgangspunkt i den lægefaglige vejledning og forklaring de havde fået. For nogle forældre havde følelse af skyld og skam medført social isolation. Desuden gav mange forældre udtryk for bekymring i forhold til hvordan mulige følgesygdomme kunne påvirke deres barns udvikling og fremtid.

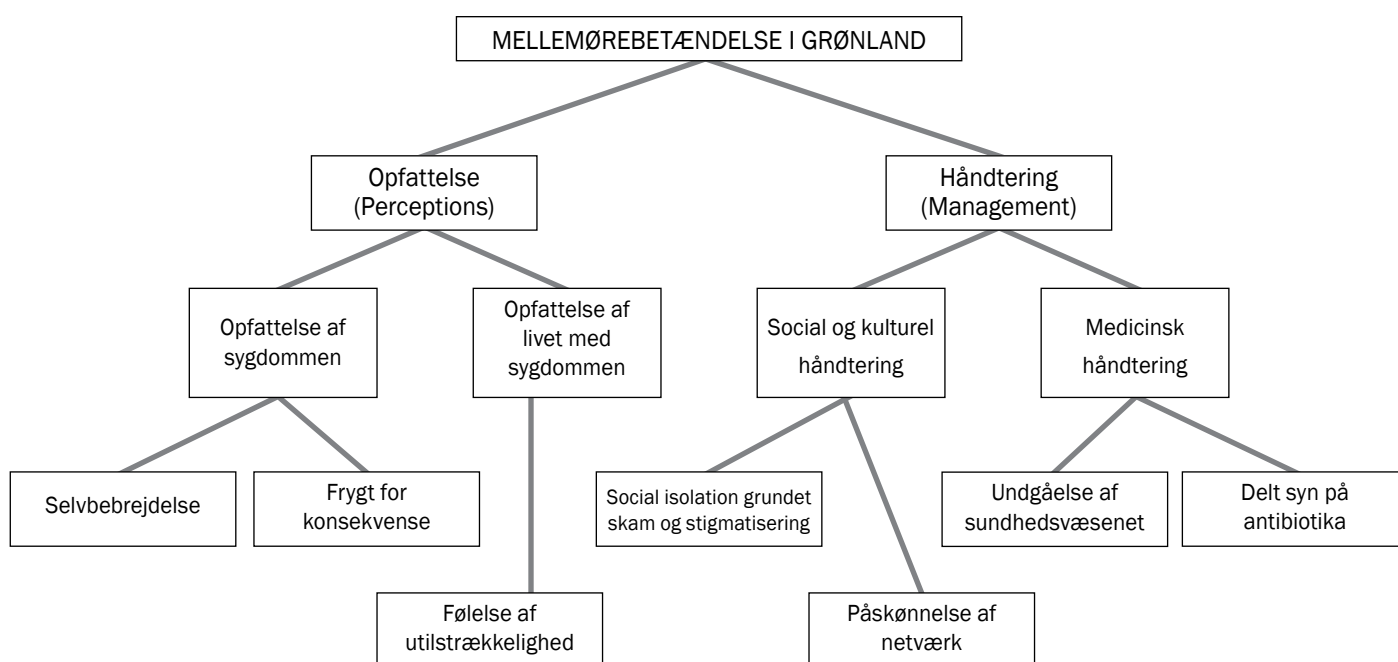
Mellemøretændelse i Grønland har således andre og mere alvorlige konsekvenser for de ramte familier end tidligere vist i den eksisterende litteratur. Der er tale om et komplekst samspil, hvor skyld, skam og social isolation er fremtrædende problematikker for de berørte familier.

og håndtering af mellemørebetændelse

Viden om og dialog med forældrene omkring deres opfattelse af mellemørebetændelse er vigtig for både klinikere i valg af behandlingsstrategi samt beslutningstagere i et bredere folkesundhedsperspektiv.

Projektet er finansieret via et ph.d.-stipendium fra Grønlands Forskningsråd.

Studiet er udkommet i det internationale tidsskrift ”International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”.



Udvalgte citater fra studiet:

”Før i tiden når der var arrangementer i byen, f.eks. i hallen så var vi med til det. Men vi er faktisk holdt op med at gå til sådan nogle ting og vi er også begyndt at holde op med at gå til fødselsdage og kaffemik. Vi holder os mest for os selv. Jeg ved jo at når vi kommer blandt andre folk vil de altid kommentere på at barnets ører lugter. Er det fordi du aldrig vasker dem?”

”Det påvirker rigtig meget, og det er meget sjældent at vi oplever den store lykkefølelse fordi det er rigtig hårdt og vi bliver rigtig trætte. Og det er dag og nat hvor der er gråd og ja, så påvirker det den glade fornemmelse og så bliver hele familien påvirket af det og så bliver vi mere triste.”

”Man føler til sidst at man er en dårlig mor, en dårlig forælder. Har jeg gjort det rigtigt, hvorfor bliver hun ved med at være syg? Sådan begynder man at tænke. Er det vores skyld, selvom måske det ikke er, jeg ved det ikke”

Er det Almenmedicinske Speciale ved at

Så har vi igen i speciallægegruppen brugt et møde på at snakke om hvordan vores daglige arbejdsvilkår bliver mere og mere frustrerende med flere og flere opgaver som bliver lagt på vores efterhånden meget brede men få skuldre.

Da jeg startede som regionslæge her i Nuuk for over 4½ år siden var vi 8 speciallæger i DIS. Nu er vi 4½ regionslæger til ikke bare at varetage samme opgaver som dengang vi var 8 men oven i købet en hel del ekstra opgaver som i årenes løb er kommet til.

Tidligere var vi speciallæger ansat i Nuuk på lægeklinikken DIS til at varetage det almenmedicinske behov som vores borgere i Nuuk har. Der var andre læger ansat i vores region i Paamiut, Tasiilaq og Ittoqqortoormiit. Der var sundhedsuddannede bygdemedarbejdere i de meget små bygder vi har som Qeqertarsuatsiaat og Kapisillit. Men efterhånden som regionen centraliseres mere og mere og det er blevet sværere at rekruttere læger og andet sundhedspersonale til byer og bygder, bliver vores opgaver som speciallæger tiltagende belastet. Vi er nu regionsansatte læger (Regionslæger) og har derved som titlen angiver angiveligt ansvar for hele regionen Sermersooq. Dette belaster naturligvis ekstra hårdt når der ikke kan rekrutteres speciallæger til hverken yderområderne eller her centralt i Nuuk.

Vi har flere yngre læger/uddannelseslæger i DIS end tidligere, hvilket afhjælper den akutte belastning her og nu. Men de skal jo superviseres og vejledes og kan bestemt ikke forventes at varetage de almenmedicinske opgaver vi som erfarne speciallæger kan.

Dette betyder at vi speciallæger i almen medicin efterhånden mest har superviserende og vejledende arbejdsopgaver som der er virkelig mange af. Og arbejdet her i klinikken bærer mere og mere præg af at det er de akutte henvendelser der bliver prioriteret da vi ikke længere har plads til de længere og mere forebyggende forløb med personligt kendskab til patienterne og deres familier.

Vi har ansvaret for vores yngre kollegaer og sygeplejersker, vi har ansvaret for supervision til de små byer og bygder som er uden læge (der er dog stadig en meget god og stabil læge i Tasiilaq). Det foregår oftest via telefon – evt. med tilsendte billeder og en sjældent gang via skype. Vi har samtidig ansvaret for akutmodtagelsen i Nuuk. Derud-

over har 3 af os ansvaret for øjenområdet, dermatologien og venerologien i hele Grønland. Områder som er nød til at være centraliserede så vi så effektivt som muligt og med så højt et niveau som muligt kan varetage de patienter som man i Danmark ville henvise til andre specialer.

Vi er som sagt 4½ almen medicinske speciallæger til at varetage en befolkning på 21.000 i regionen (når man har trukket Tasiilaqs knapt 2.000 indbyggere fra). En region der går fra vestkyst til østkyst og hvor det tager timer – dage at komme frem til de forskellige steder udenfor Nuuk.

Selvom vi/systemet/personalet/ledelsen i regionen gør alt hvad vi kan for at løfte de mange opgaver er det bare ikke godt nok... VI ER IKKE NOK SPECIALLÆGER! Vi kan ikke længere løfte opgaven på tilfredsstillende vis uanset hvordan vi vender og drejer det.

Det ER forståeligt når befolkningen bliver mere og mere utrygge ved ikke at have en læge i byen. Det ER forståeligt at det er en klar kvalitetsforringelse af lægetilbuddet når vi en gang imellem får vikarlæger og vikarsygeplejersker både her i Nuuk og i resten af regionen af meget svingende kvalitet og med meget ringe kendskab til Grønland og vores specielle udfordringer i vores befolkning. For det vi ser ske er helt som frygtet, at det er de akutte tilstande som prioriteres og håndteres. Det er her og nu – ad hoc løsninger på diverse problemstillinger. Men ingen af os har længere overblikket over patienterne hverken de allerede erkendte kronisk syge – og slet ikke de uerkendte syge – f.eks. kræftsyge. Vi har ikke kendskab til familierne og ofte har vi heller ikke kendskab til hvilke tilbud der er i lokalsamfundet eller hvilke samarbejdspartnere vi kunne gøre brug af. Og dette bevirker at patienter bliver overset, bliver for sent diagnosticeret eller behandlet for længe eller forkert for noget som skulle have været kontrolleret for længe siden – f.eks. forhøjet BT eller stofskiftesygdom, misbrug osv.

Det er alt det som den alment praktiserende læge står for og er uddannet til som vi ikke længere kan tilbyde.

Det kan godt være, at vi kan få taget os af alle de akutte henvendelser og problemstillinger i løbet af dagtiden og i vagten på akutmodtagelsen. Vi kan godt få den daglige produktion holdt i gang ved hjælp af mange yngre læger og sygeplejekonsultationer. Men vi svigter vores andre op-

forsvinde fra Grønland?

gaver og vores andre patienter som har brug for stabile forløb, kendskab til deres forhold og den speciallægefaglige vurdering, som lige præcis er den som fanger de mere subtile problemstillinger som ofte ligger til grund for mere alvorlige sygdomme.

Er det det man ønsker?

Er det det man ønsker fra politisk side? I så fald skal man indrømme det. Hvis man vil satse på akutarbejde og sygeplejeklinikker, skal befolkningen have det at vide så de ved hvad de kan forvente af sundhedsvæsenet fremover.

Hvis man som jeg mener at den almen medicinske speciallæge er essentiel i vores sundhedsvæsens tilbud til borgerne og absolut nødvendig for netop at højne sundheden og kvaliteten af de tilbud vi giver vores befolkning, ja så må man politisk tage stilling til hvordan den opgave så løftes, for vi 4½ tilbageværende speciallæger i Region Sermersooq kan ikke længere løfte denne opgave alene.

Vi har i de 4½ år jeg har arbejdet her i klinikken gentagne gange gjort opmærksom på dette. Alligevel er der bare blevet færre ressourcer, færre speciallæger og flere – mange flere – opgaver. Det er ikke ligefrem befordrende når man skal snakke rekruttering af nye speciallæger hvad enten de er uddannet her hos os – eller kommer fra resten af Norden.

Vi har aldrig fralagt os vores ansvar og har gentagne gange tilbudt at gå ind i en konstruktiv dialog om forskellige løsningsmuligheder. Men ingen af dem kan realiseres uden at der tilføres flere ressourcer til området. Og der skal også tænkes ud af boxen og måske skulle man vende det hele på hovedet og begynde at decentralisere i stedet for at centralisere. Giv mere magt og medindflydelse tilbage til befolkningen i byer og bygder. Giv dem mulighed for at komme med input til hvor niveauet skal ligge og hvor mange ressourcer der skal bruges på dette.

Vi har foreslået forskelligt. F.eks. at give mulighed for halvprivatisering som i Danmark med klinikker hvor den enkelte speciallæge er personlig ansvarlig, men til gengæld også meget mere tilbøjelig til at blive i den by eller bydel man kunne slå sig ned i. Det er trods alt en del af vores grunduddannelse at kunne drive sådanne klinikker.

Vi har foreslået at man igen højner speciallægelønnen – i

det mindste så den kommer til at svare til den løn lægen kan få i det øvrige Norden med samme arbejdsvilkår og samme ansvar. Lige nu falder vores realløn i samme takt med at vores ansvar og arbejdsopgaver stiger. Det er jo helt uholdbart.

Er almenmedicinsk speciale ved at forsvinde fra Grønland?

Ja det er det – og det går meget stærkt i disse år.

Og hvad bliver konsekvensen for befolkningen?

Desværre må befolkningen nok vænne sig til et system hvor man nok kan få hjælp til de mest akutte tilstande. Men ikke kan få den tryghed det er at have en speciallæge som kender til patienterne og til de Grønlandske forhold. En svær forringelse i sundhedstilbuddet.



*MVH
Lone Storgaard Hove
Speciallæge i almenmedicin
Regionslæge ved Dronning Ingrid's Sundhedscenter*

Et sundhedsvæsen med stigende udgifter

Vi er ganske enige i, at det ikke er hensigtsmæssigt at opretholde 16 sygehuse, dvs sundhedsinstitutioner med egentlige sygehusfunktioner. Men vi mener samtidigt, at der er megen fornuft i at have sundhedsvæsenet repræsenteret der, hvor folk bor

Torsdag d. 13. september 2001

Gert Mulvad

Thomas Stensgaard

Emnekreds: Sundhedsvæsenet.

Gennem de sidste 10 år har man, uden i øvrigt ordentligt at diskutere andre løsninger, valgt at udvikle sundhedsvæsenet på en måde som har resulteret i stadig stigende udgifter.

Den valgte udvikling fokuserer meget på specialiseret sygdomsbehandling og kan med et enkelt ord kaldes for **behandlingsmodellen**. Tanken bag den er, at man stort set kan behandle sig ud af de fleste sundhedsproblemer, og at samfundet får mest for de penge, man ønsker at ofre på sundhedsvæsenet ved at bruge dem på specialiseret sygdomsbehandling.

Der er andre modeller.

Den primære sundhedstjeneste varetages af personalet på kysten og ved Lægeklinikken i Nuuk.

Her behandles naturligvis også mange sygdomme, men lige så væsentligt er samarbejdet med social og skolevæsenet omkring en række fælles opgaver. Smitsomme sygdomme opspores og smittespredning stoppes. Der rådgives om sund levestil og opvækst, udføres svangreprofylakse, sundhedspleje og skolelægeordning, og i mange byer engagerer man sig aktivt i byens liv med råd og vejledning. Bygdebetjeningen varetages også herfra. Man kunne i den forbindelse tale om en forebyggelsesmodel vel vidende, at der også udføres megen behandling i den primære sundhedstjeneste.

Tilbuddet af avancerede og dyre behandlinger er eksploderet inden for det sidste 10 år i sundhedsvæsenet. Der er tale om en kæmpeindustri, hvor der satses meget på at tjene store penge, men, og det må ikke glemmes, der er mange gange også tale om helt klart bedre behandlingstilbud, end dem vi har haft tidligere.

Intet land i verden, heller ikke Grønland, har råd til at tilbyde sine borgere andel i alle disse nye behandlingstilbud.

Vi har i Grønland de sidste 10 år forsøgt at følge trop i denne udvikling ved at udvikle Dronning Ingrid's Hospital. Mange fremskridt er gjort inden for behandlingsområdet i denne periode, men det har også vist sig at blive dyrere fra år til år, og i den udvikling er der ingen, der tror på, at der nogen vej tilbage, det vil kun blive dyrere.

Tiden er måske til at standse lidt op og spekulere på, om vi kan få mere sundhed for vores penge ved at bruge dem på en anden måde.

Der er tidligere blevet stillet spørgsmålstejn ved strukturen med de mange små sygehuse, at det er for dyrt og for vanskeligt at skaffe personale.

Vi er ganske enige i, at det ikke er hensigtsmæssigt at opretholde 16 sygehuse, dvs sundhedsinstitutioner med egentlige sygehusfunktioner. Men vi mener samtidigt, at der er megen fornuft i at have sundhedsvæsenet repræsenteret der, hvor folk bor; det giver langt bedre mulighed for at udføre den række af forebyggende indsatser, som blev beskrevet ovenfor, og samtidigt kan man også tage sig af behandlingen af en række sygdomme og helbredsrelaterede tilstande, som ikke nødvendigvis kræver højt specialiseret behandling. Vi er overbeviste om, at et godt uddannet personale tæt på patienterne også vil være gode til at sørge for, at de rette patienter bliver sendt af sted til den, dyre, men nogle gange nødvendige, specialiserede behandling, medens de øvrige patienter forbliver hjemme og bliver behandlet der.

Vi er faktisk også overbeviste om, at det kan gå hen og vise sig at være en fornuftig økonomisk satsning at have velfungerende sundhedsinstitutioner tæt på folk.

Hvorfor ikke prøve det, i stedet for at lade den økonomiske udvikling blive styret af den specialiserede sygehusbehandling?

Skizofreni i Grønland – en registerundersøgelse

Ane Storch Jakobsen Lundell

Forekomsten af skizofreni i Grønland er ukendt. Globalt varierer forekomsten af skizofreni mellem 0,5 og 0,9%. Den seneste undersøgelse af forekomsten i Grønland fra 1995, baseret på første indlæggelse, viste en lignende forekomst af skizofreni i Grønland og Danmark. Andre undersøgelser har vist høj forekomst af psykosociale problemer i Grønland, herunder selvmord, angst og depression blandt patienter i den primære sundhedssektor, men den aktuelle forekomst af skizofreni i Grønland er ukendt. Formålet med denne undersøgelse var at bestemme forekomsten af skizofreni i Grønland og i hovedstaden Nuuk, samt beskrive demografiske data og socioøkonomiske og fysiske sundhedsfaktorer blandt patienterne.

Undersøgelsen blev udført som et tværsnitstudie baseret på et statistisk udtræk fra og gennemgang af patientjournaler. Undersøgellesgruppen bestod af alle patienter med adresse i Grønland med en registreret skizofrenidiagnose. De elektroniske patientjournaler for alle patienter blev gennemgået for oplysninger om alder, køn, diagnostidspunktet, antipsykotisk behandling, rygestatus, alkohol- og stofmisbrug, seneste registrering af vægt, blodtryk, kolesterol, langtidsblodsukker og en række sociodemografiske faktorer.

Forekomsten af skizofreni blandt kvinder og mænd blev beregnet for landet som helhed og for Nuuk separat.

Vi fandt 273 personer på 15 år og derover (78 kvinder og 195 mænd) med diagnosen skizofreni, svarende til en forekomst på 0,8%. Forekomsten var højere blandt mænd, 1,1% sammenlignet med 0,5% blandt kvinder. Især var forekomsten blandt mænd i Nuuk ret høj (1,3%). Forekomsten af skizofreni i Nuuk var 1,0%, højere end 0,7% observeret i resten af landet. Den højeste forekomst, 1,8%, blev observeret blandt mænd i alderen 15-34 år i Nuuk. Af de 273 patienter med skizofreni modtog 263 (96,3%) mindst én slags antipsykotisk medicin mens 137 (50,2%) modtog to eller flere forskellige typer antipsykotika. Patienternes sociodemografiske karakteristika er vist i tabel 1.

Den gennemsnitlige alder ved diagnosen var 25 år. Størstedelen af patienterne havde ingen uddannelse (86,5%) og var arbejdsløse (72,2%). Omkring en tredjedel af patienterne, 84 (31%), boede på bosted, mens 26 (10%) boede

med en partner, 50 (18%) med forældre eller andre familiemedlemmer, og 6 (2%) levede som hjemløse. Mere end halvdelen af patienterne, 143 (41,0% af kvinder og 56,9% af mænd), brugte cannabis, mens der ikke blev registreret nogen brug af andre ulovlige stoffer. Blandt mænd havde 57 (29,2%) af patienterne en dom for psykiatrisk behandling sammenlignet med 9 (11,5%) blandt kvinder, $p < .001$

Kardiovaskulære risikofaktorer er vist i tabel 2. Registrering inden for det seneste år var tilgængelig blandt 8,4% (rygning), 17,9% (BMI), 61,9% (blodtryk), 71,1% (HbA1c) og 68,1% (total blodkolesterol) af patienterne. Blandt disse var 91,3% (21/23) rygere, 38,8% (19/49) var overvægtige, 26,0% (44/169) havde hypertension, og 23,1% (43/186) havde forhøjet total blodkolesterol.

Den største styrke ved denne undersøgelse er, at det er den første undersøgelse, der estimerer den nationale forekomst af skizofreni i Grønland. Undersøgelsen har nogle klare begrænsninger. Det absolutte antal patienter er ret lille, hvilket begrænser den statistiske styrke. Yderligere er det elektroniske journalsystem ret nyt (2014) og først for nylig implementeret i alle regioner i landet (2018), hvilket øger risikoen for ufuldstændig rapportering uden for Nuuk. Det kan således ikke udelukkes, at nogle patienter med skizofreni ikke har en diagnosekode og derfor ikke indgår i undersøgelsen. Dette er især tilfældet for patienter, der bor uden for Nuuk, og som ikke har været indlagt. Således undervurderes forekomsten af skizofreni i dette studie – særligt udenfor Nuuk.

Forekomsten af skizofreni på 1,0% i Nuuk blandt voksne er sammenlignelig men lidt højere end observeret internationalt, 0,5 til 0,9%. Den høje mand-kvinderatio (2,5) i denne undersøgelse er ret høj sammenlignet med hvad der normalt findes i internationale undersøgelser. En systematisk gennemgang, der inkluderer 1.721 prævalensestimater (154.140 udbredte tilfælde) fra 188 studier i 46 lande rapporterede en gennemsnitlig mand-kvinde-ratio på 1,4. Gennemsnitsalderen ved diagnosen (25 år) er sammenlignelig med observationer i en stor dansk undersøgelse.

De dårlige socioøkonomiske forhold hos patienter med skizofreni i Grønland er i tråd med den globale tendens.

Også den høje andel af patienter der lever af sociale ydelser og hyppigheden af patienter der bliver institutionaliserede eller bor sammen med familien kan sammenlignes med hvad der ses i andre nordiske lande med lignende velfærdssystemer.

En fjerdedel af patienterne – næsten en tredjedel af de mandlige patienter – havde en straffedom for psykiatrisk behandling. Til sammenligning har cirka 2.300 personer med skizofreni i Danmark en dom for behandling svarende til ca. 8% af patienterne (13% af de mandlige patienter).

Vi fandt meget høj hyppighed af cannabisbrug blandt mentalt syge; 41% og 56,9% hos henholdsvis kvinder og mænd sammenlignet med 9,2% og 15% i den kvindelige og mandlige baggrundspopulation [8]. Næsten en fjerdedel af skizofrenipatienterne havde alkoholproblemer i modsætning til det, der ses i den grønlandske befolkning, hvor forbruget er lidt under alkoholforbruget i Danmark, mens alkoholpriserne ligger langt over de danske priser. Hyppigheden af både alkoholmisbrug og stofmisbrug kan faktisk være højere end rapporteret, da sandsynligvis ikke alle patienter rapporterer om misbrug.

Metaboliske og kardiovaskulære risikofaktorer var kun tilgængelige blandt 9-77% af patienterne. Den suboptimale overvågning af kardiovaskulære risikofaktorer i denne undersøgelse er helt i tråd med den global tendens. Patienter med svær psykisk sygdom er mindre tilbøjelige til at blive testet for metaboliske risikofaktorer sammenlignet med den generelle befolkning, og somatiske sundhedsproblemer er derfor underdiagnosticeret og underbehandlet blandt mennesker med svær psykisk sygdom.

Konklusion

Forekomsten af skizofreni i Nuuk er sammenlignelig med hvad der findes internationalt, bortset fra en højere forekomst af sygdommen blandt yngre mænd. Generelt fandt vi lave socioøkonomiske tilstande, sammenlignelige med de globale fund. Monitoreringen af kardiovaskulære risikofaktorer var suboptimal blandt mennesker med skizofreni. Øget fokus på socio-psykologisk rehabilitering og overvågning og kontrol af kardiovaskulære risikofaktorer er berettiget. Reproduktion af denne undersøgelse ville være

relevant efter 5 år, hvor det relativt nye journalsystem har været tilgængeligt i længere tid.

Artiklen er et uddrag af original artikel:

Jakobsen AS, Pedersen ML. Schizophrenia in Greenland Dan Med J 2021 Jan 7;68(2):A03200159.

Øvrige reference:

- [1] Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2005;2(5):e141
- [2] Lyngø, I. Psykiske lidelser i det grønlandske samfund. Doctoral thesis, 2000. Department for psychiatric demography. Aarhus University Hospital, Denmark
- [3] Lyngø, I; Munk-Jørgensen, P; Lyngø Pedersen, A; Mulvad, G; Bjerregaard, P. Common mental disorders among patients in primary care in Greenland. *Int J Circumpolar Health*, 2004;63 Suppl 2:377-83
- [4] Statistikbanken [Internet]. Nuuk: Grønlands Statistik; [cited 2019 Jun 19]. Available from: <http://bank.stat.gl/pxweb/da/Greenland/?rxid=ec48f167-6c33-4689-9195-cdb2ba7f0c39>
- [5] Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A et al. A Comprehensive Nationwide Study of the Incidence Rate and Lifetime Risk for Treated Mental Disorders. *JAMA Psychiatry*, 2014;71(5):573-81.
- [6] Speyer H, Brix Nørgaard HC, Birk M, Karlsen M et al. The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry*, 2016;15(2):155-65
- [7] Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien 2017. Copenhagen: Danish Regions; 2017.
- [8] Larsen CVL, Hansen CB, Ingemann C et al. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 – Levevilkår, livsstil og helbred. Copenhagen: Statens Institut for Folkesundhed; 2018
- [9] Aage H. Alcohol in Greenland 1951–2010: consumption, mortality, prices. *Int J Circumpolar Health*, 2012;71 doi:10.3402/ijch.v71i0.18444 Epub 2012 Dec 17

- [10] Christensen E, Baviskar S. Young people in Greenland. Focus on sexuality and sexual abuse. Copenhagen: VIVE; 2015. Publication number 15:12
- [11] Pedersen ML. High awareness of diabetes in the health care system in Greenland measured as a proportion of population tested with glycated haemoglobin within 2 years. *Diabetol Metab Syndr*, 2017;9:30 doi: 10.1186/s13098-017-0230-4. eCollection 2017

- [12] De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10(1):52-77

Tabel 1. Sociodemografiske karakteristika for skizofrenipatienter i Grønland

	Mænd (n=195)	Kvinder (n=78)	p	Total (n=273)
Alder, mean (SD)	38.9 (13.2)	36.9 (13.0)	0.303	38.7 (13.0)
Alder ved diagnostidspunkt, mean (SD)	25.1 (6.9)	24.6 (8.0)	0.670	25.0 (6.78)
Dom til psykiatrisk behandling, n (%)	57 (29.2)	9 (11.5)	<0.001	66 (24.2)
Ingen uddannelse/grundskole, n (%)	174 (89.2)	62 (79.5)	<0.001	236 (86.5)
Forsørgelse ved overførselsindkomst, n (%)	142 (72.8)	55 (70.5)	0.702	197 (72.2)
Bosiddende på bosted, n (%)	63 (32.2)	21 (26.9)	0.383	84 (30.8)
Regelmæssigt cannabisbrug, n (%)	111 (56.9)	32 (41.0)	0.018	143 (52.4)
Alkoholmisbrug eller antabusbehandling, n (%)	42 (21.5)	22 (28.2)	0.239	64 (23.4)

Tabel 2 Kardiovaskulære risikofaktorer hos patienter med skizofreni i Grønland

Registreret indenfor det seneste år	Mænd % (n/N)	Kvinder % (n/N)	p	Total % (n/N)
Rygning	8.9 (15/168)	9.8 (8/82)	0.818	9.2 (23/250)
Body mass index (BMI)	16.1 (27/168)	26.8 (22/82)	0.046	19.6 (49/250)
Hypertension	68.5 (115/168)	65.9 (54/82)	0.681	67.6 (169/250)
Diabetes	95.8 (161/168)	40.2 (33/82)	<0.001	77.6 (194/250)
Total kolesterol	78.0 (131/168)	67.1 (55/82)	0.640	74.4 (186/250)

Arbejdsbetingede lidelser og arbejdsulykker indenfor fiskeri og fiskeindustri i Grønland

Jakob Hjort Bønløkke, forskningsansvarlig overlæge, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Dansk Ramazzini Center, Aalborg Universitetshospital. Ole Carstensen, ledende overlæge, Arbejdsmedicinsk Klinik, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning, og Aarhus Universitet. Niels Ebbenhøj, overlæge, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Universitetshospital. Øyvind Omland, professor emeritus, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Dansk Ramazzini Center, Aalborg Universitetshospital. Birgitte Hamann Laustsen, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Dansk Ramazzini Center, Aalborg Universitetshospital. Kurt Rasmussen, speciallæge i arbejdsmedicin, Arbejdsmedicinsk Klinik, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning, og Aarhus Universitet. Torben Sigsgaard, professor, læge, Sektion for Arbejde og Sygdom, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Dansk Ramazzini Center. Kirsten Østergaard, laborant, Sektion for Arbejde og Sygdom, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Dansk Ramazzini Center.

RESUME

Introduktion: Fangst og forarbejdning af fisk og skaldyr er den vigtigste industri i Grønland. Erhvervet beskæftiger ca. 20% af landets erhvervsaktive. Det er velkendt, at fiskeri er forbundet med stor ulykkesrisiko og at forarbejdning ofte er vådt, koldt, monotont og tungt arbejde. Det er også velkendt, at arbejde med mange arter af fisk og skaldyr kan give luftvejssymptomer. Tidligere studier især i Canada har rapporteret en høj forekomst af arbejdsbetinget astma ved forarbejdning af snekrabbe. Der er kun gennemført meget lidt arbejdsmedicinsk forskning i Grønland. Et pilot-studie har dog dokumenteret arbejdsbetinget astma blandt produktionsarbejdere i den Grønlandske snekrabbe- og dybvandsrejeindustri. Metode: 382 ansatte i den grønlandske fiske- og skaldyrsindustri blev undersøgt i perioden 2016- 18. I alt undersøgtes ansatte på 7 fabrikker og 4 trawlere i Vestgrønland. Fabrikker blev gennemgået og der blev foretaget opsamling af partikler og der blev anvendt et spørgeskema-baseret interview, priktest inklusive specifikke ekstrakter fra snekrabbe og dybvandsrejer, lungefunktionsmålinger med reversibilitetstest, blodprøver med allergitest samt objektiv undersøgelse af øvre bevægeapparat og hud. Diagnosen ”arbejdsbetinget astma” blev stillet ud fra forekomst af typiske symptomer kombineret med sensibilisering overfor allergener på arbejdspladsen.

Resultater: Ca. en fjerdedel af deltagerne havde været ude for en arbejdsulykke på nuværende arbejdsplads. De højeste niveauer af partikler (0,43 mg/m³) og af proteinet tropomyosin (449 ng/m³) blev målt ved rejeproduktion. Ca. 18% af deltagerne sensibiliserede for snekrabbe, ca. 14% var sensibiliserede for dybhavsreje og ca. 37% var sensibiliserede for fiskeparasitten *Anisakis simplex*. Samlet fandtes sandsynlig arbejdsbetinget astma hos 7,4%. Kvin-

der og deltagere, der aktuelt havde kontakt med snekrabbe eller dybvandsrejer havde oftere astmasymptomer end andre deltagere i undersøgelsen.

Konklusion: Undersøgelsen har påvist en så høj forekomst af arbejdsulykker, at der skønnes at være et væsentligt potentiale for forebyggelse. Der var en høj grad af sensibilisering overfor arter og allergener, som forekom i arbejdsmiljøet og af arbejdsbetinget astma, som tilsyneladende især rammer kvinder. Sensibiliseringsraten for *Anisakis* var overraskende høj, men ellers er fundene i overensstemmelse med viden fra studier i tilsvarende industrier i andre lande. Undersøgelsen påviser behov for tiltag, der reducerer udsættelsen for allergener, der kan indåndes. Yderligere analyser af data kan bidrage til mere detaljeret forståelse af sygdomsrisikoen i erhvervet.



Foto (Royal Greenland)

PhD-projekt: Cardiac Arrhythmias in Greenland

Vi ved, at hyppigheden af både iskæmisk hjertesygdom, iskæmiske apopleksier og diabetes er stigende i Grønland, men hvor mange der har forstyrrelser i hjerterytmen, ved vi ikke. I 2014 blev der lavet en opgørelse over hyppigheden af atrieflimmer blandt patienter indlagt på DIH med apopleksi og dér fandt man, at 32 % af patienterne havde atrieflimren – men kun 5 % var diagnosticeret på indlæggelsestidspunktet. Det tyder på, at der går flere rundt med atrieflimren, end vi er klar over. Og det er vigtigt at opspore sygdommen, da det, i værste fald, kan medføre invaliderende blodpropper i hjernen, men også blandt andet øger risikoen for at udvikle demens.

Atrieflimmer er den hyppigste af arytmierne og den kan være svær at fange på et almindeligt EKG, hvis ikke den er konstant til stede. Hos patienterne med apopleksi overvåger man derfor ofte hjerterytmen i 5 dage, for, forhåbentlig, også at fange de tilfælde, hvor atrieflimren kommer og går. På den måde sikrer man både den rette diagnose og at den rette forebyggende behandling mod blodpropper iværksættes.

I det kommende projekt håber vi på at kunne rekruttere omkring 150 personer i alderen 50 år + i både Nord-, Vest- og Østgrønland med henblik på at kunne monitorere deres hjerterytme kontinuerligt i 3 dage med en såkaldt ePatch. En ePatch er et lille stykke elektronik, godt 5 cm i diameter, som sættes på et klistermærke midt på brystkassen, hvor den så løbende optager hjerterytmen. Den er mindre og ikke helt så generende som de fleste andre apparater udviklet til samme formål og kan bl.a. også tåle at sidde på i badet. De personer, som deltager i undersøgelsen, vil også blive bedt om at udfylde et spørgeskema omhandlende bl.a. andre kendte sygdomme som de måtte have, livsstilsfaktorer som rygning, og symptomer på atrieflimmer, bl.a. hjertebanken. Vi håber på den måde at kunne få et indblik i, hvordan forskellige kendte risikofaktorer som f.eks. forhøjet blodtryk eller diabetes, gør sig gældende blandt grønlandere og om grønlanderne oplever færre eller andre symptomer end f.eks. danskere.

Ved siden af ovennævnte håber vi bl.a. også på at kunne undersøge, hvor høj hyppigheden af atrieflimmer er blandt patienter med iskæmisk apopleksi aktuelt, hvor mange af disse patienter, der får blodfortyndende behandling (og

hvis ikke, hvorfor), samt hvordan det går dem i tiden efter deres blodprop. Vi arbejder også på at kunne få koblet et delstudie på, hvor vi undersøger hvordan det autonome nervesystem fungerer hos dem, der har atrieflimmer.

Vi er nu et år inde i studiet, som desværre er blevet påvirket af COBID-19 – ligesom alt andet. Det primære fokus indtil videre har derfor været på kurser og undervisning, men vi er i gang med at kigge på dataudtræk baseret på diagnosekoder – så forhåbentlig kommer den første artikel i nær fremtid!

Nadja Albertsen Læge, ansat som klinisk assistent på Geriatriisk afd. Aalborg. Færdiggør en masteruddannelse i sundhedsantropologi her i 2021. Jeg var fastansat i GL fra 2013 til 2016.



Stig, Inuuteq og Nadja på konference i Oulu

PhD-studie om hjertesvigt i Grønland



Udsigten fra Ilisimatusarfik hvor jeg har kontor og sidder 4 dage om ugen.

Af Hjalte Erichsen Larsen, læge og PhD-studerende, Nuuk.

Hjertets primære funktion er, som de fleste ved at pumpe blodet rundt i kroppen. Når den funktion er nedsat, vil kroppen ikke fungere som den har gjort før. Når vi belaster kroppen med fysisk aktivitet, og kræver øget output fra hjertet, vil hjertet gøre, hvad det kan, men ofte er det ikke nok. Derfor opstår symptomer som træthed, åndenød og øget væske i kroppen. Hjertesvigt er et syndrom defineret ved førnævnte symptomer samt påvist nedsat pumpefunktion af hjertet.

Hjertets pumpefunktion er resultat af et sammenspil mellem den elektriske ledning gennem hjertet, som får muskelfibrene til at trække sig sammen, og trykket stiger i hjertekamrene, hjerteklapper der åbner og lukker, og blodet der strømmer ud i kroppen for at give alle kroppens organer den nødvendige mængde iltet blod. Hvis ikke alle dele fungerer ordentlig, vil det gå ud over den samlede pumpefunktion. Derfor udgør hjertesvigtspatienter en heterogen gruppe med forskellige årsager til deres sygdom. Derfor skal hjertesvigtspatienter undersøges og behandles individuelt. Når den udløsende årsag er fundet, skal den forsøges behandlet, det kan eksempelvis være revascularisering af koronararterierne med perkutan koronar intervention (PCI), indsættelse af en ny hjerteklap eller indsættelse af to-kamret-pacemaker (CRT device), som kan hjælpe hjertet med at koordinere sammentrækningen bedre. Sådanne behandlinger foregår altid i Danmark.

En af de hyppigste årsager til hjertesvigt er iskæmisk hjertesygdom. Hjertet selv får ikke nok blod, og kan derfor ikke arbejde som det skal. Patienter som har iskæmisk hjertesygdom vil ofte blive tilbudt undersøgelse og behandling i Danmark med PCI, og hvis der er udtalt iskæmi tilbydes bypassoperation

(CABG). Behandling og undersøgelse af hjertesvigtspatienter er en nødvendig, men bekostelig affære for det Grønlandske sundhedsvæsen. Patienterne udgør en betydelig del af de grønlandske patienter som sendes til Danmark for undersøgelse og behandling. De fleste hjertesvigtspatienter skal regelmæssigt ses af kardiologer i ambulante forløb, og den medicinske behandling med ACE-hæmmer/ARB, betablokker og mineralocorticoid kræver biokemisk monitorering af nyrefunktion og elektrolytbalance.

I 2018 startede jeg min introduktionsstilling i intern medicin på medicinsk afdeling, Dronning Ingrid's Hospital (DIH). Det er en velfungerende afdeling som varetager udredning og behandling af mange forskellige medicinske patienter, herunder de kardiologiske. Afdelingen ledes af Grønlands bedste og eneste faste kardiolog, Uka. Derfor kommer mange hjertepatienter til Nuuk for undersøgelse. I klinikken oplever man hurtigt, at der er et regelmæssigt flow af hjertesvigtspatienter. I januar 2020 blev der slået en PhD-stilling op til undersøgelse af hjertesvigt i Grønland, og d. 1. september 2020 startede jeg i en delt stilling som læge og PhD-studerende på medicinsk afdeling, DIH og Grønlands Universitet, Ilisimatusarfik. Undersøgelsen består i at beskrive de grønlandske hjertesvigtspatienter, at se på udviklingen af hjertesvigts diagnoser siden 1987, samt at lave en genetisk undersøgelse af 50 patienter med hjertesvigtssygdom, for at undersøge om der skulle være en genetisk disposition til hjertesvigtssygdom blandt den grønlandske befolkning. Resultaterne fra undersøgelsen skal hjælpe Det Grønlandske Sundhedsvæsen med at give den bedst mulige behandling af hjertesvigtspatienter i Grønland.

PhD-projektet er støttet af Karen Elise Jensen fonden.

Kuldebroer og fugt er sammen usundt

Kuldebroer og manglende frisk luft i grønlandske boliger kan skade beboernes sundhed. Hver dag opholder vi os mange timer i boligen, og luften, som vi indånder, indeholder skadelige stoffer, som kan være usunde for os. Nogle kan vi se, mens andre er usynlige. Vi skal derfor lære at 'se' de usynlige årsager til et dårligt indeklima og forstå, hvordan vi kan reducere risikoen.

En væsentlig årsag til et dårligt indeklima har forbindelse med den fugt, som vi selv og vore aktiviteter skaber i boligen. En anden årsag er, at vi hele tiden skal have fjernet den 'brugte' luft fra boligen og erstattet den med ny frisk luft udefra. Det vil være nemt, hvis vi altid har sommer i Grønland, hvor der kun er en lille forskel mellem ude- og indetemperaturen, men vi har også vinterperioder med lave udetemperaturer. Det er derfor, vi om vinteren skal være bedre til at passe på boligens indeklima.

Hvorfor bliver vores fugt i boligen farlig for os? Forestil dig, at du står i en stor lukket plastikpose en vinterdag i Qaqortoq, Nuuk eller Upernavik – Hvad ser du? Først ser du dug på indersiden af plastikposen, og hvis det er frostvejr, fryser duggen til is. Siden vil du mærke, at det bliver sværere og sværere at trække vejret. Sådan er det også inde i boligen, men der er dog lidt mere kompliceret.

Den fugt vi udånder i boligen, og den fugt der kommer fra madlavning, badning og tøj tør-ring indendørs sætter sig på den indvendige side af ydervægge, yderdøre, vinduer, lofter og gulve, og den suges ind i overfladematerialerne. Hvis fugtniveauet på disse overflade kommer over 75 % relativ fugtighed, så vil der med tiden danne sig skimmelsvamp, som vi også kalder mug. Det ses som mørke aftegninger, og rummet kan komme til at lugte muggent. Nogle kalder det: "Det lugter af sommerhus". Disse skimmelsvampe er usunde for vores helbred, og det giver fx åndedrætsbesvær, forværrer allergi og astma, og i værste tilfælde kan de slå os ihjel. Vi skal derfor undgå disse angreb af skimmelsvamp indendørs, men som ikke-fagfolk kan vi ikke kende forskel på deres farlighed.

Hvor ser vi angreb af skimmelsvamp først? Vi ser dem på de koldeste overflader i vores bolig, hvilket er på vinduer, bag skabe og sofaer op af ydervægge, og de steder, hvor vi har en kuldebro i husets ydervæg eller andre yderkonstruktioner. Hvad er en kuldebro? Det er en uisoleret 'bro', hvor kulden nemt kan trænge ind i boligen og den gøre den indvendige overlade kuld. Det er fx der, hvor der mangler isolering, er en massiv konstruktion af fx beton, eller hvor der er et direkte lufthul til udeklimaet. På inder siden af disse kuldebroer vil fugten sætte sig og danne



grobund for skimmelsvamp. For at undgå det, skal man minimere kuldebroen, men det er primært noget man gør, når man bygger eller ombygger huset.

Hvad kan man så gøre som beboer? Her er der to gode muligheder. For det første kan man begrænse den fugtmængde, man leder ud i boligen ved at undgå tøjtørring indendørs, ved at tørre badeværelset af efter brug, og ved at lægge låg på gryder og pander, når man laver mad. For det andet kan man fjerne den 'brugte' og fugtige indeluft og erstatte den med frisk tør udeluft. Her skal man være opmærksom på, at i det kolde vinterklima i Grønland er udeluften altid mere tør end indeluften, også selvom der er rimtåge og sne udendørs.

Hvordan får vi erstattet den 'brugte' indeluft med ny frisk udeluft? Det kan vi gøre ved at åbne vinduer og døre og lufte ud, men mere effektivt vil det være, hvis vi kan gøre det gennem et ventilationsanlæg. I det grønlandske vinterklima kan det være koldt og koste meget energi, og man kan også få tilslining af sine ventilationshuller eller inde i ventilationsanlægget, som lukker den 'brugte' luft inde. Det anbefales derfor, at man, hvis det er muligt, får installeret et ventilationsanlæg med varmegenvinding, som er sikret mod tilstopning af is. Her skal man dog søge hjælp hos fagfolk, og man skal huske at følge deres vejledninger om drift og vedligehold af ventilationsanlægget.

Advarsel: Nogle beboere lukker deres friskluftsventiler eller taper dem til, fordi det trækker fra dem – Det må man ikke, da man så mangler friskluft i boligen, og den bliver usund. Man skal i stedet opvarme den kolde udeluft fx med varmegenvinding. Andre mener, at man ikke skal lave den primære yderkonstruktion luft- og damp tæt ved at bruge plastik som damspærre, hvorfor de fjerner den og siger: "Vi vil ikke bo i en plastic-pose". – Det må man ikke uden hjælp fra fagfolk, som kan sikre yderkonstruktionen med andre midler, så der ikke kommer svampeangreb inde i selve yderkonstruktionen, og den bliver totalskadet.

Held og lykke med at skabe et bedre og mere sundt indeklima i din og andres boliger i Grønland. Jeg håber, at du nu bedre kan 'se' årsager til et dårligt og usundt indeklima.

Med venlig hilsen

Niels Haldor Bertelsen
Seniorforsker, Aalborg Universitet, Build



ÅBENT MØDE

Tirsdag den 13. april 2021 kl. 16.30
Grønlands Center for Sundhedsforskning,
Ilisimatusarfik

Sted: Pikialaarfik (den lille sorte bygning ved Universitetet)

Lokalafdelingen for Grønlandsmedicinsk Selskab vil gerne invitere alle interesserede til et åbent møde, hvor 5 af vores Ph.d.-studerende vil give et kort indblik i deres projekter.

Traditionen tro, så nyder vi også en god bid mad sammen i afslappet samvær efter oplæggene.

Hjertesvigt i Grønland

Hjalte Larsen
MD, Ph.d.-studerende

Oversigt over diabetisk retinopati i Grønland

Trine Jul Larsen (fremlægger online)
BScN, MSc Public Health, Ph.d.-studerende

Stofskiftesygdomme i Grønland

Paneeraq Noahsen
MD, Ph.d.-studerende

Synsscreening af børn i Grønland

Nick Duelund
MD, Ph.d.-studerende

Fra manual til praksis - Implementeringsprocessen af forældreforberedelsesprogrammet MANU 0-1:

Et kvalitativt studie i dialog med praksis
Christine Ingemann
BScN, MSc Global Health, Ph.d.-studerende

Sundhedsforskning ved Ilisimatusarfik

På trods af Coronakrisen var der fuldt program omkring Arktisk Sundhedsforskning ved Grønlands Center for Sundhedsforskning november 2020.

Online PhD kursus med 21 deltagere og 13 undervisere fra alle de arktiske land under temaet: **Building on community-based perspectives on health research and well-being.**

Åben tema session omkring Lessons learned from Covid-19 med indlæg fra Alaska Canada og Grønland.

Forskningsforum for alle sundhedsforskere tilknyttet Grønlands Center for Sundhedsforskning, igen et online møde med deltagere fra Danmark og Grønland.

Den 4. november var der meget at fejre Tiltrædelses forelæsning, Professor ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab Lene Seibæk, Udgivelse af bogen Menneske, sundhed, samfund og kultur, samt Grønlands Medicinsk Selskabs 50 års jubilæum.

Ph.d.-kursus om deltagerinddragelse og etik i arktisk sundhedsforskning på Ilisimatusarfik netop afsluttet

På trods af COVID-19 lykkedes det i weekenden at gennemføre et internationalt ph.d.-kursus ved Grønlands Center for Sundhedsforskning på Ilisimatusarfik. Deltagerne kom fra Canada, Rusland, USA, Danmark, Sverige, Norge, Færøerne og Grønland. De studerende fra Nuuk mødtes i auditoriet på Ilisimatusarfik. Studerende og undervisere udenfor Nuuk tunede ind via kursets virtuelle platform.

Der var i alt 21 deltagere på kurset, som blev arrangeret af Grøn-

lands Center for Sundhedsforskning ved Ilisimatusarfik på baggrund af en bevilling fra University of the Arctic.

”Jeg er overrasket over, hvor godt det har fungeret at være samlet så mange ved hjælp af internettet. Det er en fantastisk gruppe studerende, der engageret og åbent har kastet sig ud i diskussioner om deres egne og deres medstuderendes projekter”, fortæller kursusansvarlig og adjungeret seniorforsker ved Ilisimatusarfik, Christina Viskum Lytken Larsen. ”Der var højt humør alle dage på trods af tidsforskelle og teknik. Og vi fik et noget anderledes gruppebillede fra det virtuelle møderum”, afslutter Christina Viskum Lytken Larsen.

På kurset har der været fokus på etik i forskningen, deltagerorienterede metoder, brug af registre og implementering af forskningsresultater, så de kommer samfundet til gode. Kurset blev afsluttet mandag aften med en paneldebat om de erfaringer vi har gjort os indtil nu omkring COVID-19 med input fra Nuvanut, Alaska og her i landet.

Grønlands Center for Sundhedsforskning blev etableret ved Institut for Sundhed og Sygepleje i 2008. Centeret arbejder for at fremme forskningssamarbejdet inden for Grønland, og for at lette spillet mellem forskere fra andre lande med det grønlandske samfund. Læs mere om centeret her: (<https://da.uni.gl/forskning/groenlands-center-for-sundhedsforskning.aspx>)

The University of the Arctic (UArctic) er et netværk af universiteter og forskningsinstitutter verden over, der arbejder med uddannelse og forskning i Arktis. Læs mere om UArctic her (<https://www.uarctic.org/>)



Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab. Professor Lene Seibæk, nummer tre fra venstre

Annual report 2020

Greenland Centre for Health Research

Institute of Nursing and Health Research, Ilisimatusarfik - University of Greenland

<https://uni.gl/media/6792549/arsrapport-2020-13.pdf>

Letter from the chair

I am pleased to present to you our annual report of 2020, which provides an overview of another active year despite the Covid-19 situation.

The Covid-19 pandemic has been a stress-test for resilience across Greenland and the Arctic, particularly for our health and wellbeing. The results of this test have been uneven, for example the Arctic's remoteness has been a benefit in some areas, but it has hindered readiness and response in others. Around the region, we have heard stories of both resilience and vulnerability, the lessons learned and how resilience can strengthen us moving forward.

Despite Covid-19, we succeeded together with our research colleagues to complete an international PhD course at the Greenland Center for Health Research at Ilisimatusarfik. The participants came from Canada, Russia, the USA, Denmark, Sweden, Norway, the Faroe Islands and Greenland. The students and lecturers from Nuuk met in the auditorium at Ilisimatusarfik, while students and lecturers outside Greenland tuned in via the course's virtual platform. There was a total of 21 participants, which was arranged by the Greenland Center for Health Research at Ilisimatusarfik on the basis of a grant from the University of the Arctic. "I am amazed at how well everything worked out when being so many together online. It is a fantastic group of students who have engaged and openly thrown themselves into discussions about their own and their fellow students' projects", said senior researcher at Ilisimatusarfik, Christina Viskum Lytken Larsen.

The Lancet commission on arctic health has also been affected by the Covid-19 pandemic, but the work and the report will culminate with an international roadmap for improving Arctic Health, and we will identify key priorities for further research and advocacy to be done in conjunction with Indigenous peoples and other communities. The vision, strategy, and evidence presented will serve as a catalyst for future work in Arctic Health, furthering policy development across sectors, and allowing for ongoing adaptation as new circumstances arise.

The relation between Steno Diabetes Center Greenland (SDCG) and Greenland Center for Health Research is important for health research in Greenland. Strengthening research is one of the SDCG's core efforts. Therefore, the continuing collaboration will be expanded.

Greenland's natural conditions, the rapid social changes taking place in the Greenlandic society, and the inequality seen over the expired years, place great demands on people in Greenland and create unique health challenges. The nature and extent of health challenges differ from those of other countries.

The health care efforts in Greenland must therefore be based on a combination of general medical knowledge and knowledge generated through studies of health conditions in Greenland's population. Finding and applying a solution to Greenland's health problems must take place on the country's own premises under the participation of Greenland's own healthcare and health research system.

The Greenland Center for Health Research promotes and strengthens Greenlandic health research for the benefit of the Greenlandic population and society. This is done in collaboration with Greenlandic healthcare system and society through research training and capacity building, and by promoting high quality research through solid network-building.

Gert Mulvad

TIL ANMELDELSE

Udgivelsesdato
1. november 2020



**Menneske - sundhed,
samfund og kultur**

FAGLITTERATUR

Redigeret af
Tine Aagaard & Lise Hounsgaard

412 sider • 349,95 kr.
• ISBN 978 87 7204 631 0

MARIE PEDERSEN
+45 8610 3700
Marie@klim.dk

KLIM
Ny Tjørnegade 19, DK-8200 Aarhus N



MENNESKE - SUNDHED, SAMFUND OG KULTUR Redigeret af Tine Aagaard og Lise Hounsgaard

På sygeplejestudiet ved Ilisimatusarfik er undervisere og studerende ofte henvist til at anvende litteratur om forholdene i andre arktiske og europæiske lande. Det er derfor med glæde vi nu kan præsentere denne antologi med bidrag fra en mangfoldighed af forskere og praktikere med tilknytning til Grønland om emner der udspringer af grønlandske problematikker, eller som har særlig relevans herfor.

Emnerne i antologien relaterer sig til psykologi, pædagogik, sygepleje, ergoterapi, antropologi, social- og samfundsvidenskab, politologi, sprogvidenskab, folkesundhedsvidenskab, jura, ledelse og organisation, forskningsmetode og -etik m.m.

Tværfagligheden i kapitlerne betyder at store dele af antologien vil være aktuel for andre uddannelser ved Ilisimatusarfik, ligesom bogen vil være relevant for studerende på kandidat- og ph.d.-niveau og i øvrigt for alle med interesse for sundheds- og samfundsforhold i Grønland.

Om bogens redaktører:

Tine Aagaard, sygeplejerske og ph.d. i artske studier - sundheds- og samfundsforhold. Ansat ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab ved Ilisimatusarfik fra 2008 til 2017. Er tilknyttet Grønlands Center for Sundhedsforskning som seniorforsker.

Lise Hounsgaard, sygeplejerske og professor ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab ved Ilisimatusarfik samt Klinisk Institut, Syddansk Universitet. Er forskningsmæssigt knyttet til Grønlands Center for Sundhedsforskning.

God fornøjelse & venlig hilsen

Marie Pedersen

www.klim.dk



NUNAMED 2022

vil blive afholdt fredag d. 30/9 – søndag d. 2/10 2022

Tema:

Kultur, sundhed & et godt liv

Kulturi, peqqissusseq & inuunerissuunerlu

Hver NUNAMED udpeger en kunstner til 1. announcement. Vi ser med spænding frem til kunstneren til NUNAMED 2022

Medie overskrifter om Sundhed

GIF om lempelse af corona-regler: Grib chancen

Grønlands idrætsforbund håber på afholdelse af GM – også efter april, hvor nuværende corona-regler ophører foreløbig

Vejen til flokimmunitet

Længere nordpå i Ilulissat er man også godt i gang med at vaccinere. Ledende regionslæge i Region Avannaa, Peter Vedsted, glæder sig over, at der er stor opbakning til vaccinen.

90 procent af dem, der har fået tilbudt en vaccination, har taget imod den.

Flere tilfælde af syfilis bekymrer landslægeembedet

En stigende tendens af syfilistilfælde de seneste par år bekymrer landslægeembedet.

Landslæge om tuberkulose: En ud af fire har det i kroppen

Hvis vi skal tuberkulose til livs her i landet, så kræver det ifølge landslægen en langvarig indsats mod skæve sociale forhold.

Arbejde, sundhed og boliger

På spørgsmålet om, hvad der skal til for, at flere vælger at blive i deres hjembyer eller vende tilbage til dem.

Hvis flere skal vende hjem til deres hjemsted, bør der være flere arbejdspladser på kysten, der passer til deres uddannelse.

Der er brug for forbedringer i sundhedsvæsenet uden for hovedstaden. manglen på jordemødre som eksempel. Og så er der brug for bedre boliger på kysten.

Sundhedspersonalets viden om udredning skal styrkes

Sundhedspersonale skal være bedre til at finde ud af, hvad patienten fejler. Samtidig skal muligheder for udredning og henvisning i de lokale sundhedscentre kortlægges.

Bygdeboerne er utrygge ved sundhedsvæsenet

Ny rapport over borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet viser, at bygdeboerne ofte er bekymrede over manglende sundhedsfaglige kompetencer hos deres bygdesundhedspersonale.



Sneskulpturfestival 2021



Generalforsamling 2020