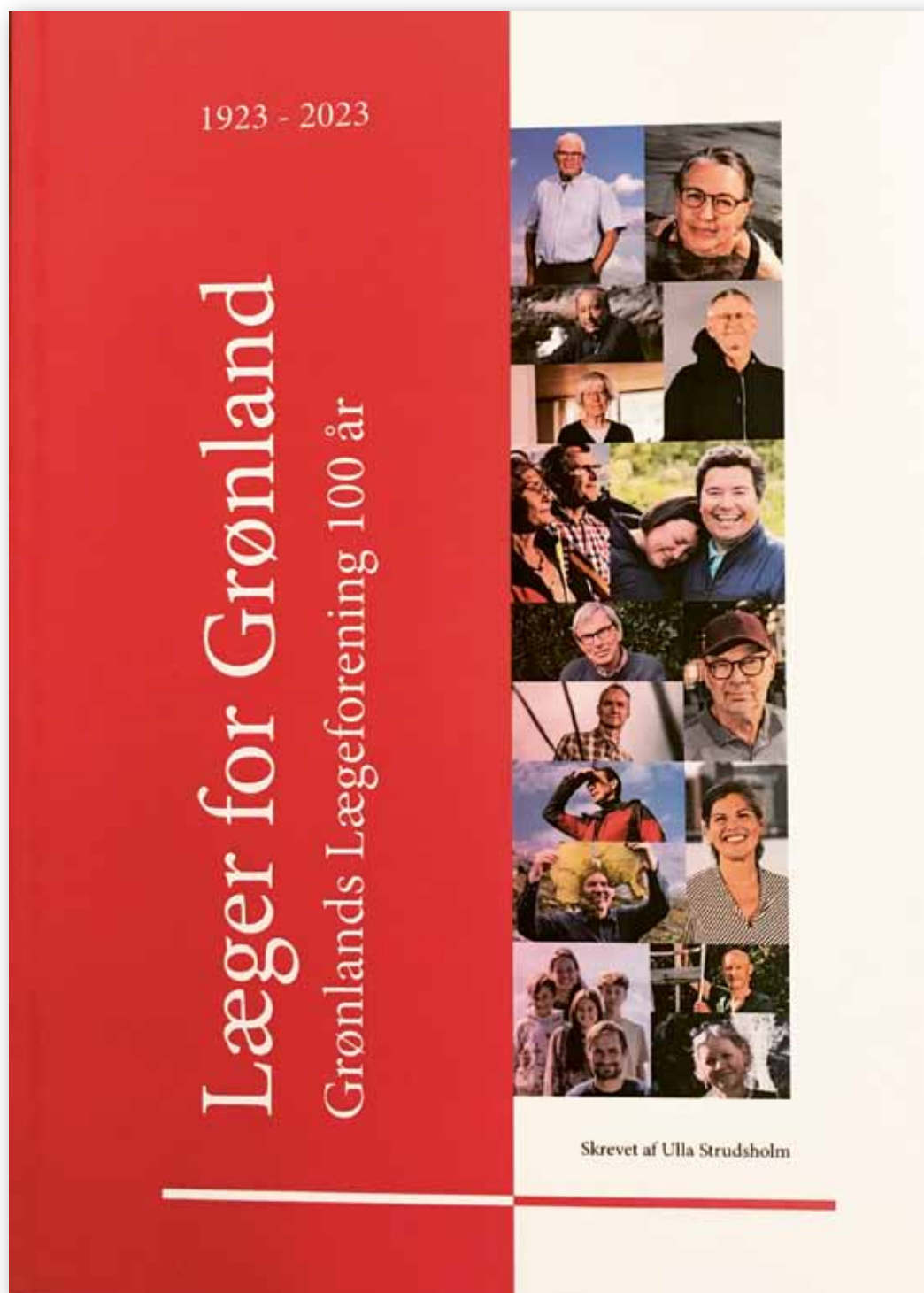




# NAKORSANUT

Meddelelser fra Nakorsat Peqatiiffiat

Nummer 2. 2023 - 48. Årgang



*Jubilæumsbog, Nakorsat Peqatiiffiat 100 år.*

# Indhold

Bestyrelsens beretning 2023 .....	3	Speam kursus i Palliation .....	27
Referat af generalforsamling i Grønlands Lægeforening 2023 .....	5	Forekomst af kronisk nyresygdom i Grønland .....	28
De nye bestyrelsesmedlemmer .....	8	GreenBladder studieopstart i Østgrønland .....	30
Nakorsat Peqatigiiffiat, Ærespris 2023 til Rikke Palm .....	10	Grønlandske Medicinstuderende .....	32
Velkommen til Nakorsat Peqatigiiffiat 100 års Jubilæum .....	11	Illuuna medicin studerende .....	33
Tale Nakorsat Peqatigiiffiat 100 år .....	12	Inflammatoriske Tarmsygdomme i Grønland .....	34
Greenland Science Week .....	16	Kvalitetsudvikling i Upernavik Kronisk obstruktiv lungesygdom .....	36
Sundhedsforlig 2023 .....	17	Lancet Commission Project Informal Side Meeting at Arctic Circle Assembly .....	37
MR scanner .....	19	Medarbejderperspektiver .....	38
Story on first high-level WHO mission to Greenland DAY 1-4 .....	20		
Sundhedspersonale tildeles WHO pris .....	25		
Første konference om dermatologi i Arktis afholdt .....	26		

---

## Nakorsanut

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

**Redaktion:** Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

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

Tryk: N-Offset, 3900 Nuuk

Oplag: 300

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

## Udgivet af Nakorsat Peqatigiiffiat

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeforenings hjemmeside:  
<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6gekredsforeningen%20Gr%C3%B8nland>

## Bestyrelsen for Nakorsat Peqatigiiffiat:

*Formand:*

Overlæge **Charlotte Mumm Ring**, Gynækologisk Obstetrisk afd DIH

*Næstformand og kassér:*

Regionslæge **Maria Middelfart**, Dronning Ingrid's Sundhedscenter

*Sekretær:*

Overlæge **Parnûna Heilmann**, Psykiatrisk afd DIH

*Bestyrelsesmedlemmer:*

Regionslæge **Lydia Helms**, Tasiilaq

Yngre Læge-repræsentant **Andreas Brix Juel Pedersen**, HU Almen  
Medicin

Yngre Læge-repræsentant **Elise Mølleskov Krabbe**, Introlæge Medicinsk  
afd DIH

*Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat. Artikler i  
Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.*



## Bestyrelsens beretning november 2023

### Kære Alle sammen

Ved sidste generalforsamling havde vi netop lagt covid19 besværlighederne bag os. I det forgangne år har der så været helt ro på den front. Det kan vi alle være glade for. Bestyrelsen har haft meget travlt med overenskomsten. Som alle ved så strandede vores forhandlinger, som ellers var kommet i gang i virkelig god tid. Det var en surrealistisk oplevelse at forhandle i tre dage, uden at der overhovedet skete nogen fremskridt. Det hele drejede sig om vores rettigheder på efter- og videreuddannelsesområdet, samt et krav om reformering af attest området. Modparten var helt stålsatte i deres holdning. Selv syntes vi at vi gav os og kom med konstruktive indspark, så var der ingen form for imødekommenhed og situationen var umulig for os, hvorfor vi afbrød forhandlingerne sent tredje dagen.

I lang tid derefter var der kun sparsom kontakt parterne imellem. Man kan roligt sige at klimaet var udsat for en mindre istid.

Efter ca 6 måneder indsatte der en tydelig forbedring – holder vi os til klimaterminologien så er istiden afløst af Eem tiden – en bemærkelsesværdig lunere periode umiddelbart efter næstsidste istid. Der er holdt virkelig mange telefon samtaler og flere uformelle personlige møder med Sundhedsledelsen, hvor vi gradvist har nærmet os hinanden. At attestområdet så blev ramt af en bombe 1. august var selvfølgelig et tilbageslag og har afstedkommet mange frustrationer og en periode med nedsat tillid parterne imellem. Dette er heldigvis blevet rettet op. Og det er

blivet rettet op fordi begge parter har været lydhøre, imødekomende og med en fælles interesse i at finde en fornuftig løsning.

Nu har vi kl 15 i eftermiddag fået underskrevet resultatpapiret, efter at have forhandlet siden i tirsdags. Det har været et virkelig godt og produktivt forløb, hvor ganske store områder er rundet af. Vi har opnået enighed om efter-uddannelsesområdet og om attesterne. Der er pæne grundlønssstigninger, forbedringer på en række områder, en modernisering af selve opbygningen og sammenskrivning af overenskomsten.

Overenskomster er aftaler der bygger på forhandlinger, hvor begge parter får noget – og må gi' sig på andet.

I den sammenhæng skal det nævnes at vi har en uvurderlig hjælp fra lægeforeningen og vores sekretariat hos yngre læger, personificeret ved forhandlingsleder og formand for overlægeforeningen Susanne Wammen, Advokat Rikke Palm og afdelingschef Jesper Meisner.

Nærmere under overenskomststudvalgets beretning.

Der er afholdt jævnlige bestyrelsemøder, lægeforeningen har været repræsenteret ved Lægemødet i maj og ved overlægemødet i oktober.

Foreningens kursusaktivitet har været ganske stor. Der er af-

holdt GTD og ALS kurser, som jeg gerne vil takke Jesper Olesen for at have været katalysator for. Derudover har der været afholdt et virkelig godt Dermatologikursus i Ilulissat. Vi skal huske at takke de forskellige undervisere for deres uhonorerede indsats – og selvfølgelig primus motor, min bestyrelseskollega Andreas. Værd at bemærke er at alle kurser har været fuldtagne. Ud over det faglige udbytte er det vigtigt i så stort et land som vores med så vidt spredte kolleger at styrke både det faglige og det sociale sammenhold.

På det sundhedspolitiske område står sagerne noget i stampe. Sundhedskommissionen er udkommet med alle sine anbefalinger. Alt for mange, synes det. Det må være svært at være politiker hvis man skal hitte rede i alle de anbefalinger, men der tegner sig – desværre – et billede af større centralisering af landets sundhedstilbud. "Lige adgang til sundhed for alle" er desværre ikke en sandhed. Som i andre aspekter er det en voldsom stor ulighed i Grønland, må man konstatere.

Jeg skal gerne indrømme at vores initiativer til en mere politisk proaktiv rolle i debatten er strandet. Som det tidligere har været tilfældet. Vi – lægerne – befinder os gang på gang i defensiven i enkeltsager, hvor vi ingen mulighed har for at tage til genmæle. Der er urimelige angreb på kolleger i SoMe strenge og i dagspressen, det slider voldsomt. Og det dur simpelthen ikke at forsøge at forklare at "fejlfølger" – det er en relativisering, som patienterne og deres påførende selvfølgelig slet ikke at rumme.

Vi må holde fast i at lægerne i Grønland præsterer langt mere end den gennemsnitlige læge i lande vi ønsker at sammenligne os med – at vi gør det godt – at der er virkelig mange taknemmelige patienter. Men deres stemmer høres desværre ikke.

At der er voldsomme udfordringer på rekrutterings – og fastholdelses området er klart for alle. Værst står det til på Kysten, hvor der mangler 3 ud af 5 ledende regionslæger, men DIH og DIS tørster også ganske meget efter speciallæger.

Det er mit håb at den nye, i Grønland fast forankrede, sundhedsledelse vil være bedre rustet til at rekruttere det rigtige personale. Lægeforeningen vil selvfølgelig fortsat bidrage med råd, vejledning og opmuntring til alle de "nye". Vi må være bedre til at tydeliggøre de fordele der er i løn- og ansættelsesforhold, for de kolleger der vælger at lade sig fastansætte.

Som et fast punkt på bestyrelsesberetningen er bestyrelsens tak til Gert Mulvad, der synes at gennemføre en ultra-marathon. Gerts annoncering af sin fratræden som redaktør på Nakorsanut sidste år, er ikke blevet til noget. Heldigvis vedbliver Nakorsanut at udkomme – det er et meget fint skrift, som jeg personligt er virkelig taknemmelig over at det fortsat udgives i analog form. Derfor står jeg igen og takker Gert, – der er formentlig ikke mange der ved hvor meget arbejde han lægger i den opgave.

Apropos Gert: Havde han ikke fortalt mig at vi har 100-års ju-

bilæum i år, så havde jeg aldrig opdaget det. Heldigvis har han fortalt mig det i god tid. Som I ved så er der reception i morgen her på HHE. Det ser ud som om det kunne blive et tilløbsstykke. I anledningen af Jubilæet, har bestyrelsen foranlediget en bog med portrætter af grønlandske læger. Det er vores vikar-kollega, almen mediciner og journalist Ulla Strudsholm de har interviewet, skrevet og samlet enderne. I redaktionen er Ulla, Gert Mulvad og Nick Dueholm. Pensioneret kollega Knud Erik Kleist har læst korrektur.

De fremmødte kan få deres eksemplar af bogen nu. Det er dagen før bogen udkommer.

I anledningen af 100-året. Foranlediget, – måske lidt for sent, kunne man indvende – af jubilæet er der fremsat forslag til ændring af vedtægterne for vores forening. Bestyrelsesmedlem Nick Duelund har formuleret og begrundet forslaget til ændring af vores navn fra Grønlands Lægeforening til Nakorsat Peqatigiiffiat. Forslaget er naturligt i den virkelighed vi befinder os i. Bestyrelsen bakker enstemmig op om forslaget og opfordrer medlemmerne til at tilslutte sig.

Til slut. Det er valgår. 2/3 af bestyrelsen går af. Dels pga de begrænsninger der er for vores virke i bestyrelsen. Dels af arbejdsrelaterede forhold. Hvis nogen skulle tro at det er fordi det er surt at være i bestyrelsen, så tager de fejl. Det er en meget givende opgave, hvor man virkelig føler at man har noget at skulle have sagt og en indflydelse på løn – og arbejdsmiljø i meget bred forstand. Det fjerner tunnelsynet og giver indblik i kollegernes situation og udfordringer – det skaber gode kontakter. Og selvfølgelig frustrationer fra tid til anden.

Jeg er så også en af dem der går af. Jeg kunne fortsætte, hvis jeg ville – og jeg blev valgt. Men jeg har for længe siden sagt at jeg går af som formand i år. Jeg har den bedste begrundelse: Enten ville det blive en fiasko eller en succes med OK forhandlingerne. Uanset så er det et godt tidspunkt for mig at stoppe. Og måske lave en U-vending.

Jeg vil tillade mig at benytte lejligheden til at takke min kolleger i bestyrelsen – helt tilbage til, jeg ved ikke hvornår, – de mange diskussioner. De sene mails – de sene opkald – glæden ved at opnå resultater. Mine danske fagforenings kolleger der har lyttet og hjulpet i ved udstrækning.

Helt særligt i fagforenings sammenhæng, så vil jeg rette en kæmpe tak – måske med en lille tåre i øjenkrogen – til advokat Rikke Palm, som utrætteligt har givet mig mod- og medspil i mange år. Lang tid førend jeg blev formand. Hjulpet til og haft overblikket i 4 (?) Overenskomster. Besvaret medlemmers henvendelser en masse og hjulpet medlemmer i krise, ved fyringer og ved skøre sager. Rikke har haft en engels tålmodighed og er en skarp jurist. Hun har om nogen hjulpet lægerne i Grønland.

Det er så også derfor at bestyrelsen – på min foranledning – har indstillet Rikke til vores ærespris.



# Referat af generalforsamling i Grønlands Lægeforening

**Fredag den 10. november 2023 kl. 17.00-19.00 på Hotel Hans Egede**

Formanden bød velkommen til generalforsamlingen. Der deltog 53 medlemmer på generalforsamlingen. 4 medlemmer deltog virtuelt. Fra Foreningen af Speciallæger deltog Susanne Wammen, formand. Fra Yngre Lægers sekretariat deltog Rikke Palm, advokat.

## 1. Valg af dirigent

Michael Lyng Pedersen, ledende overlæge, Steno, blev valgt som dirigent. Dirigenten konstaterede, at generalforsamlingen var lovligt indkaldt.

## 2. Fremlæggelse og drøftelse af bestyrelsesberetning

Hans Christian Florian fremlagde bestyrelsens beretning. Formanden berettede om overenskomstforløbet, der har været langstrakt, da forhandlingerne blev sat på pause i november sidste år. I løbet af foråret/sommeren var der sket tilnærmelser og opblødning – og Hans Christian kunne meddele, der netop var indgået aftale om en ny overenskomst for perioden 2023-2027. Formanden henviste til den kommende gennemgang under punktet om beretning fra overenskomstudvalget.

Formanden berettede, at der under tilnærmelserne i forbindelse med overenskomstindgåelse havde været bump på vejen, da de hidtidigt gældende bestemmelser om for attestudskrivning pludseligt og nærmest uden varsel var blevet ændret. Der er dog også blevet fundet en løsning gennem dialog. Løsningen afspejles i overenskomstfornyelsen. Se nedenfor.

Formanden berettede, at bestyrelsen i det forløbne år

har afholdt bestyrelsesmøder jævnligt, og at Grønlands Lægeforening har været repræsenteret ved både Lægeforeningens repræsentantskabsmøde og ved Overlægeforeningens årsmøde.

Herud over berettede formanden, at der i løbet af året har været stor kursusaktivitet.

Der har været afholdt GDT-kursus og AIS-kursus. Bestyrelsen rettede en stor tak til Jesper Olesen for at har været primus motor i den forbindelse. Der har også været afholdt dermatologikursus i Ilulissat. Alle kurser har været fuldt besatte, og formanden understregede, at kurserne ikke kunne have været udholdt uden indsats fra frivillige kræfter – herunder bestyrelsesmedlem Andreas Brix. Formanden takkede på vegne af alle medlemmer for hjælpen.

I forhold til den sundhedspolitiske virkelighed beklagede formanden, at Grønlands Lægeforening ikke har været proaktiv i forhold til det politiske ønske om ”Lige adgang til sundhed for alle”. Lægeforeningen kommer let i defensen, når der skydes på lægestanden om fejl og utilstrækkeligheder.

Formanden beklagede, at der fortsat er store vanskeligheder med rekruttering af især speciallæger og læger på Kysten og opfordrede til, at vi fortsat som gruppe medvirker til at udbrede og tydeliggøre fordelene ved at blive ansat i det grønlandske sundhedsvæsen.

Formanden rettede herefter en stor tak til Gert Mulvad for fortsat at være redaktør på Nakorsanut og for at trække et stort læs i forhold til uddannelse mv i det grønlandske sundhedsvæsen og ikke mindst for at have mindet om, at den grønlandske lægeforening havde 100 års jubilæum i år, hvilket fejres ved udgivelsen af en bog om sundhedsvæsenet og en stor reception dagen efter generalforsamlingen.

Han benyttede samtidig lejligheden til at meddele, at bestyrelsen har bakket op om forslaget fra Nick Duelund, om at foreningen meget passende på dette tidspunkt fremover skifter navn til ”Nakorsat Peqatigiffiat” og udtrykte håb om, at medlemmerne ville bakke op om vedtægtsændringsforslaget.

Forsamlingen godkendte beretningen uden yderligere debat.

./ Beretningen er vedhæftet

### 3. Fremlæggelse og drøftelse af udvalgsberetninger

Overenskomstudvalget (bestyrelsen): På vegne af bestyrelsen fremlagde Simon Berendt Andersen udvalgets beretning.

Beretningen tog udgangspunkt i det netop opnåede overenskomstresultat.

Simon orienterede om processen, hvor de store knaster havde været ændring af efter- og videreuddannelsesbestemmelser og området for attestudskrivning. Simon orienterede om, at der nu var indgået et samlet resultat, hvor hovedresultaterne var modernisering af efter- og videreuddannelsesbestemmelserne med indførelse af en årlig frirejse efter et års ansættelse ud over kursusrejsen, honorering for udskrivelse af attester og enighed om lønstigninger var aftalt. Simon orienterede om, at der ved aftalen omkring lønstigninger havde været en fælles forståelse for forbedring af vilkårene for speciallæger i rekrutteringsøjemed, men at der naturligvis var arbejdet for en balance i forhold til hele lægegruppen.

Simon gennemgik herefter arbejdsgiverens krav og begrundelser ligesom han gennemgik de krav, lægegruppen havde fremsat.

Forsamlingen debatterede resultatet. Der var stor ros til bestyrelsen for at have opnået et resultat.

Bestyrelsen blev opfordret til, at der ved næste overenskomstforhandling sættes særligt fokus på ensretning af forholdene for afdelingslæger i forhold til overlæger, herunder hvordan afdelingslæger kan kvalificere sig til overlægestillinger. Bestyrelsen blev også opfordret til, at der ved de næste forhandlinger ses nærmere på bestemmelserne om arbejdstid. Andreas Brix bekræftede, at det er aftalt, at der allerede i overenskomstperioden skal ses nærmere på reglerne for arbejdstidstilrettelæggelse i forhold til arbejdsmiljø mv.

Beretningen blev godkendt

./ Information om overenskomstresultatet er vedhæftet.

**Attestudvalget:** Der blev ikke fremlagt beretning fra udvalget, da hele attestområdet er under revision.

**Kollegialt netværk:** Nicolai Hardenberg orienterede om, at han fortsat er repræsenteret i Kollegialt Netværk i Grønland. Der er aktivitet i udvalget, og der arbejdes på at gøre udvalget endnu mere synligt som et tilbud til læger, der har behov for kollegial sparring/hjælp, når lægelivet ikke går, som det skal.

### 4. Godkendelse af reviderede regnskaber

Nicolai Hardenberg fremlagde og gennemgik det reviderede regnskab.

Foreningens økonomi er fortsat sund på trods af et underskud. Underskuddet skyldes blandt andet uforudsete omkostninger som følge af en fornyet runde af overenskomstforhandlinger, som der (naturligvis) ikke var budgetteret med. Der er i budgettet for 2024 taget højde for underskuddet ved at budgettere med besparelser.

Regnskabet blev godkendt.

./ Regnskabet er vedhæftet.

### 5. Godkendelse og forslag til budget og vedtagelse af kontingent for det efterfølgende kalenderår

Nicolai gennemgik det foreslåede budget. Nicolai varslede om, at der på grund af underskuddet på regnskabet og forventede ekstra udgifter til udarbejdelse af jubilæumsbogen og jubilæumsreceptionen måtte budgetteres med et underskud næste år. Forsamlingen tog underretningen til efterretning.

Honoraret blev foreslået uændret.

De interne revisorer havde ikke indvendinger i forbindelse med forslag til regnskab og budget.

Budgettet og kontingentfastsættelse for 2024 blev godkendt uden bemærkninger.

./ Budget for 2024 er vedhæftet.

### 6. Forslag til ændringer af vedtægter:

Bestyrelsen havde fremsat forslag til ændring af foreningens navn fra Grønlands Lægeforening til Narkosat Peqatigiffiat.

Forslaget blev enstemmigt vedtaget. Det bemærkes, at ændringen formelt skal vedtages på Lægemødet i april.

## 7. Valg af medlemmer til bestyrelsen

Der var valg til bestyrelsen, da følgende ikke ønskede genvalg

- Hans Christian Florian Sørensen.  
Regionslæge, Tasiilaq.
- Nicolai Hardenberg Larsen. Regionslæge DIS.
- Simon Bernth-Andersen.  
Overlæge, Kirurgisk afdeling, DIH.
- Nick Duelund. Assisterende regionslæge, DIS.

Følgende medlemmer havde meldt deres kandidatur til valg til bestyrelsen:

- Andreas Brix Juel Pedersen.  
Assisterende regionslæge, DIS.
- Andy Kleis Larfred.  
Overlæge, Kirurgisk afdeling, DIH.
- Charlotte Mumm.  
Overlæge, Gynækologisk afdeling, DIH.
- Elise Mølleskov.  
Reservelæge, Medicinsk afdeling, DIH.
- Lydia Helms. Regionslæge, Tasiilaq.
- Marie Middelfart. Regionslæge, DIS.
- Panuna Heilmann  
Ledende overlæge, Psykiatrisk afdeling.
- Rasmus Eika Jørgensen, Steno.

### Som ny bestyrelse blev valgt:

- Andreas Brix Juel Pedersen.  
Assisterende regionslæge, DIS.
- Charlotte Mumm.  
Overlæge, Gynækologisk afdeling, DIH.
- Elise Mølleskov.  
Reservelæge, Medicinsk afdeling, DIH.
- Lydia Helms. Regionslæge, Tasiilaq.
- Marie Middelfart. Regionslæge, DIS.
- Panuna Heilmann,  
Ledende overlæge, Psykiatrisk afdeling.

Formanden ønskede tillykke med valget og takkede den afgående bestyrelse for det store arbejde og energi, der er lagt igennem den sidste periode.

## 8. Valg af to interne revisorer

Michael Lynge Pedersen og Karsten Rex blev valgt som interne revisorer.

## 9. Eventuelt

Under eventuelt blev der spurgt om foreningen har tilknyttede suppleanter. Dirigenten oplyste, at ikke er suppleanter beskrevet i vedtægterne.

Formanden Hans Christian Florian takkede forsamlingen for deltagelse og benyttede samtidig lejligheden til at takke for sin tid som formand for foreningen og ønskede den nye bestyrelse god vind.

Som afslutning på mødet blev foreningens ærespris uddelt. I år havde bestyrelsen besluttet, at æresprisen skulle tildeles Rikke Palm for mangeårig funktion som sekretariatsbistand til formand og bestyrelse og medlemmer i dagligdagen og under overenskomstforhandlinger.

Rikke takkede – meget glad og overrasket – for den fornemme pris.

./. Beretningen er vedhæftet.



# De nye bestyrelsesmedlemmer er blevet bedt om samt deres mål for forenings arbejdet



**Andreas Brix,**  
*Hoveduddannelseslæge, Almen medicin, DIS Nuuk*

Som ansat i SHV igennem 5 år, og 2 år som bestyrelsesmedlem har jeg arbejdet på alle afdelinger i Nuuk og flere steder på Kysten. Jeg har lært vores styrker og udfordringer. Jeg genopstiller for at bevare erfaring i bestyrelsen som står for en stor udskiftning ifm. denne generalforsamling. Jeg ønsker at fortsætte min løbende rådgivning til vores yngre kollegaer, og håber på min erfaring fra de seneste års bestyrelsesarbejde samt tidligere TR-erfaring fra Danmark fortsat vil være til nytte for vores medlemmer.

Vi skal have en mere aktiv stemme i den sundhedspolitiske debat og derigennem skabe støtte til forbedringer af vores arbejdsforhold i hele landet. Løn, speciallægebemanding, bemanding på kysten samt vilkår for børnefamilier skal løftes for at fastholde og rekruttere. Lægeforeningen skal fortsat skabe løbende videreuddannelsesmuligheder i hele landet til gavn for alle vores medlemmer på kysten og i Nuuk.

**Elise Mølleskov Krabbe,**  
*Intrøslæge Medicinsk afdeling, DIH*

Jeg har som KBU- og intrøslæge i Nuuk nydt godt af de muligheder, lægeforeningen giver. Jeg vil gerne bidrage med min tid og kompetencer til at give noget tilbage til foreningen og udvikle den videre til at gavne nuværende og fremtidige læger i Grønland. Jeg har siddet i små og store bestyrelser, fx i spejderbevægelsen. Erfaringer derfra har lært mig, værdien af diversitet og hvordan frivilligt engagement kan styrke en organisation

Grønlands lægeforening skal være for dens medlemmer. Vi skal turde blande os i sundhedspolitik, have holdninger og bidrage konstruktivt i beslutningsprocesserne. Overenskomsten skal afspejle vores reelle arbejdsforhold, uanset om man arbejder på et sundhedscenter, et regionssygehus eller et andet sted. Vi skal gennem kursusfonden og kurser aktivt skabe læringsmuligheder og faglig udvikling for alle, der ønsker det.



# at beskrive deres motivation for at stille op,

**Marie Middelfart,**  
*Regionslæge DIS Nuuk*

Vil arbejde for at det skal være attraktivt for læger at vælge en karriere hvor man bor fast i Grønland. Jeg har en eminent evne til at kommunikere på grønlandsk og kan påvirke politiske beslutninger og tør at være synlig bl.a i medierne.

Jeg vil arbejde på at sikre at der er nok faste speciallæger i almen medicin og sikre at det fortsat er muligt at uddanne fremtidens speciallægekolleger.

**Charlotte Mumm Ring,**  
*Overlæge Gynækologisk /Obstetrisk afd DIH*

Igennem mit læge liv har jeg været aktiv i foreningsarbejdet, såvel som tillidsmand, som i repræsentantskabet. Jeg har været medlem af LMU både som medarbejder og leder. Med denne baggrund og som tidligere ledende overlæge i Sydgrønland mener jeg, at jeg kan bidrage til foreningsarbejdet i Grønland for såvel yngre læger, som speciallæger uafhængigt af, om de arbejder i et sundhedscenter, regionshospital, i DIS eller på DIH.

At sikre de bedst mulige arbejdsvilkår for de læger, der arbejder i Grønland indenfor de rammer og vilkår, der er. At man igennem gode rammer og vilkår skaber et så godt arbejdsmiljø og kultur, at mange har lyst til at arbejde i Grønland igennem en længere periode, fortælle den gode historie om arbejdslivet i Grønland, samt komme igen ved ansættelsens ophør.

**Lydia Helms,**  
*Regionslæge Tasiilaq*

”Kysten” har fortjent et stemme i bestyrelsen. Fælles sundhedsvæsen for ”Kysten” og Nuuk med rigtig godt samarbejde dog er ”Kysten” og Nuuk forskellige på mange måder. ”Kysten” har udfordringer men kan også bidrage med rigtig meget. Jeg synes fortsat det er et drømmejob at være læge på kysten efter godt 10 år i Tasiilaq og nogen vikariater i Nordgrønland. Med lidt kendskab og erfaring om at være læge på kysten vil jeg gerne bidrage til bestyrelsens arbejde. At kunne følge med i og samtidigt have mulighed for at medvirke aktivt i udviklingen på det sundhedspolitiske plan er noget jeg er overbevist om vigtigheden af. Kontakt mellem kollegaer og skabe sig et større netværk er noget jeg ser frem til.

**Parnûna Heilmann,**  
*Overlæge psykiatrisk afd DIH*

Jeg er interesseret i at sætte fokus på lægeidentiteten i den nye virkelighed vi arbejder i.

Fokus på et anerkendende og fagligt arbejdsmiljø for læger. Ønsker at bidrage til styrkelse af lægeforeningens arbejde efter års erfaring som administrator, læge og leder i det grønlandske sundhedsvæsen





## Nakorsat Peqatigiiffiat, Ærespris til Rikke Palm

### Formanden Hans Chr begrundar:

Helt særligt i fagforenings sammenhæng, så vil jeg rette en kæmpe tak – måske med en lille tåre i øjenkrogen – til advokat Rikke Palm, som utrætteligt har givet mig mod- og medspil i mange år. Lang tid førend jeg blev formand. Hjulpert til og haft overblikket i 4 (?) Overenskomster. Besvaret medlemmers henvendelser en masse og hjulpert

medlemmer i krise, ved fyringer og ved skøre sager. Rikke har haft en engels tålmodighed og er en skarp jurist. Hun har om nogen hjulpert lægerne i Grønland.

Det er så også derfor at bestyrelsen – på min foranledning – har indstillet Rikke til vores ærespris.



100 års jubilæums reception

# Velkommen til Nakorsat Peqatigiiffiat 100års Jubilæum

*Hans Chr Florian*

Som de fremmødte måske bemærker, var invitationen til vores Jubilæum i dag sendt med afsender "Grønlands Lægeforening".

Men til vores Generalforsamling i går aftes, blev det vedtaget at foretage navneforandring således at vi følger med tiden – nogen vil nok sige en smule for sent – men om ikke andet, så kan jeg fortælle at den skriftlige afstemning om navneforandring blev vedtaget af en fuldstændig enstemmig forsamling.

Det er så min sidste opgave som afgangende formand for foreningen at byde velkommen til denne fejring af os selv.

De 100 år markerer vi med dette arrangement, samt udgivelsen af en bog – "Læger for Grønland", som udgives netop idag.

Vi håber at bogen vil være med til at fortælle historien om nogen af de læger der har ydet en indsats i Grønland og vise hvorledes de aktive unge og endnu yngre læger bærer sundhedsvæsenet videre til gavn for den grønlandske befolkning.

Det er ikke nogen hemmelighed at Sundhedsvæsenet i Grønland har mange forskellige problemer. Det er svært at rekruttere personale til alle sundhedsfaglige grupper. Jo længere væk fra Nuuk, jo værre står det til. Der kører stort set konstant "histo-

rier" med sundhedsfagligt indhold i medierne. Disse historier er sjældent særligt positive. Men der er nok heller ikke så megen nyhedsværdi i at fortælle nogen af de massevis af gode historier der heldigvis også findes om sundhedsvæsenet.

Kigger man over et længere tidsperspektiv, så kan man se at lægerne – og alle vores sundhedsfaglige kolleger – har betydet en kæmpe forbedring af vilkårene for befolkningen. Levealderen er steget voldsomt igennem de sidste 100 år, livsfarlige infektionssygdomme som fx Tuberkulose er reduceret betydeligt og det der er tilbage, kan oftest behandles. Den sundhedsfaglige omsorg for de gravide og nyfødte betyder at spædbarnsdødeligheden er faldet rigtig meget.

Der er mange andre eksempler hvor forbedringerne er sket gradvist over en årrække, så set i det store perspektiv er det tydeligt at lægerne – og resten af sundhedsvæsenet – har gjort, og fortsat gør en kæmpe positiv forskel. Det er noget vi i strid med modvind må holde fast i.

Personligt vil jeg sige at jeg er meget stolt over at være en del af det grønlandske sundhedsvæsen og mindst lige så stolt over at være medlem af Nakorsat Peqatigiiffiat

Tak for ordet – nu viser vi en hilsen fra Lægeforeningen i Danmark.



Jubilæums reception 100 år

# Tale Nakorsat Peqatiiffiat 100 år 11.11.23

## Uddrag af talen

Kære medlemmer af Grønlands Lægeforening, kære Landsstyremedlem for Sundhed, kære medlemmer af Udvalget for Sundhed og Familie, kære Borgmester, kære Sundhedsledelse, kære alle.

Tusind tak for invitationen til at tale ved foreningens 100-års jubilæum. Det er en stor dag og en stor ære at få lov til at sige nogle ord i den anledning.

Jeg hedder Anders Koch, jeg er speciallæge i infektionsmedicin og har arbejdet og lavet forskning i Grønland siden jeg var medicinstuderende i 1980'erne. Jeg har nu en delt stilling mellem Det Grønlandske Sundhedsvæsen, hvor jeg er tuberkulose-ansvarlig overlæge, og mellem Rigshospitalet og Serum Institutet. Jeg er også formand for Grønlandsmedicinsk Selskab, og som mange af jer læger har jeg tabt mit hjerte til landet og befolkningen.

Der skete jo så sent som i går på foreningens generalforsamling det utroligt glædelige, at den har skiftet navn til grønlandsk, Nakorsat Peqatiiffiat, så det vil jeg bruge, men hvis jeg kommer til at sige lægeforening i talen, må I bære over med mig. Og også med min udtale...

Hvis I ser den virkelig fine bog, der er lavet i anledning af jubilæet, handler alle kapitler om nutidige læger i Grønland – endda med nogle unge læger, der har levet i mindre end halvdelen af Foreningens liv. Alle lægerne i bogen er læger, der har gjort eller gør en markant forskel i det grønlandske sundhedsvæsen både nu og i fremtiden. Og det er jo en klog vinkel – at markere jubilæet med et skrift om de, der arbejder i væsenet i dag.

Men jubilæet er også en anledning til at se lidt på historien – hvorfor Foreningen blev dannet og hvad der er sket siden da. Da Nakorsat Peqatiiffiat fyldte 75 år lavede foreningen en lidt mere traditionel, men også ret spændende bog om tiden før og efter dannelsen, hvor flere af de, der er portrætteret i den nyeste bog, også bidrog, den gang bare i lidt yngre udgaver. Vil tillade mig at citere lidt fra den gang og måske også sammenligne lidt med nutiden:

## 1. Foreningens dannelse og årsager hertil

De første læger i Grønland var kirurger på hvalfanger-

skibe i 1600-tallet, som jo næppe servicede lokalbefolkningen (og nok heller ikke kunne). Den første egentlige læge var Johan Andreas van Osten 1742-44, som var videnskabeligt kendt for at have prøvet at smelte indlandsisen med hulspejle! I 1838 blev 2 stillinger i Nord og Syd slået op, og i 1851 en ekstra i Qaqortoq. I 1923, hvor foreningen blev dannet, var der 10 læger i hele Grønland, men til gengæld var der ikke helt så mange mennesker i landet, omkring 11.000, så noget i retning af én læge på 1.100 personer. Til sammenligning er der ca. 450 personer pr. læge i dag.

Nå, men i de ca. 200 år før dannelsen af GLF i 1923 var der ikke altid ideelle forhold for lægerne, så man kan godt forstå ønsket om en forening. Fra 1839 var de Kongeligt Udnævnte Distriktslæger aflønnet af Direktionen for Den Kongelige Grønlandske Handel, og lønnen var afhængig af indhandlingsprisen for sæltran. Det var lægerne i landet på det tidspunkt ikke helt tilfredse med. En af dem, en læge i Nordvestgrønland, var så utilfreds, at han lå i sengen i 33 år for at undgå at drive praksis. Inspektøren forsøgte flere gange at overraske ham, men lægen havde altid sine spioner ude, som i tide meldte om inspektørens ankomst. Endeligt beordrede inspektøren ham til at møde i Godhavn for at forklare om sine forhold. Året efter ankom med kajakpost svaret fra lægen hvor der kort og godt stod *'Jeg vil ski... i inspektørens trekantede hat'*.

Sidste udspil før lægerne dannede foreningen var Tjenestemandsløven fra 1920. Uden at spørge lægerne lod man dem omfatte af denne lov og stillede dem dermed ringere, end de var i forvejen. Ved udrejse meddelte man både læger og sygeplejersker, at *de ville finde hvad de behøvede af bohøve og køkkenudstyr, så det var helt unødigt at tage noget med derop*. Sandheden var, at der højest fandtes to jernsenge, to vandfadestativer med tilbehør, en reol, en køkkenstol og enkelte kogegrej. Det betød det var nødvendigt at anskaffe sig en del udstyr til boligen foruden varmt tøj, skindtøj, riffel, fuglebøsse, fotografiapparat og kikkert plus, som en distriktslæge skriver, *at have råd til en rejse til Jylland efter hjemkomsten for at præsentere sig levende for forældre eller svigerforældre*.

Op igennem tiden har lægernes boligforhold spillet en sær-

lig rolle. Selvom boligerne generelt var og er af en acceptabel karakter, måtte distriktslægen i Qeqertarsuaq dog for ca. 50 år siden kæmpe for at forhindre, at hans børn frøs fast til gulvet i boligen. Selveste Peter Freuchen engagerede sig i lægernes vilkår og berettede i en varmesynsrapport over lægeboligen i Upernavik, at *trods en rødglødende kakkelovn var temperaturen minus 26 grader ved vinduet, minus 10 grader ved gulvet, 0 grader midt i rummet og +18 grader under loftet.*

### 3. Sygdomsbilledernes udvikling

Hvad mødte man så i tidligere tider som distriktslæge i Grønland? I årene 1741 – 1900 var middellevetiden for mænd 20 år og for kvinder 30 år. Infektionssygdomme var hyppige, og den hygiejniske standard var nok ikke som nu. I 1923 rapporterede distriktslægen i Egedesminde, at *'undertøjet vaskes sjældent eller aldrig, men benyttes, til det falder af i laser'*. Særligt tuberkulose og de veneriske sygdom, dvs. kønssygdommene, fyldte meget i sygdomsbilledet.

Siden da er der sket en betydelig ændring i sygdomspanoramaet med den markante stigning i de kroniske sygdomme. I 1940'erne skrev distriktslægen i Ilulissat Uffe Kelstrup, at diabetes ikke fandtes i Grønland og i 1948 viste en ret stor undersøgelse på vestkysten en meget lav forekomst af sygdommen. Det er jo ikke ligefrem situationen i dag, hvor Steno Diabetes Center har mere end nok at lave, så hvis professor Michael Lyng Pedersen skulle skrive PhD og disputats i 40'erne om diabetes, skulle han vist have udsættelse med afleveringen mere end én gang.

Men den tidligere lave forekomst af diabetes gjorde jo også, at de faste læger i landet ikke vidste så meget om det. Da jeg i 1986 som medicinstuderende kom til Maniitsoq, gik jeg op på sygehuset for at hilse på. Der mødte jeg den stedlige distriktslæge – vi kan jo kalde ham Johnsen – som kom ud fra operationsstuen. Han sagde at han lige havde lavet en choledochojunostomi på en patient med kræft i bugspytkirtlen, hvilket er en rimeligt avanceret operation, *'men ham der – og så pegede han på en dansk patient – han har sukkersyge, og det ved jeg ikke en skid om, så han skal til Danmark'*.



Anders Koch

Og det er jo også noget der kendetegner lægejobbet i Grønland, at man skal kunne mere end bare sit fadervor og medicinsk kompendium. Da den senere Landslæge Jens Misfeldt startede som distriktslæge i Egedesminde var det den kirurgiske udfordring og hundeslædekørsel, der var de vigtigste krav. Rene Birger Christensen fik at vide fra ministeriet, at man i Sisimiut måtte påregne en del selskabelighed, og at der var fodkoldt deroppe, så hans hustru måtte for deres egen skyld huske de hvide ankelsokker.

Nogen gange må man ty til usædvanlige løsninger for at behandle patienterne. Det kaldes nudging. En tuberkulose-

patient måtte man bespise dagligt på sygehuset, for at han kom op og fik sin medicin. Det lykkedes til fulde, så godt, faktisk, at han blev ved med at komme dagligt på sygehuset til spisetid i over 10 år efter afsluttet kur...

Kønssygdommene har givet udfordringer i mange år, og bekæmpelsen kræver som bekendt andet end medicinsk behandling. Derfor fandt Ove Rosing Olsen, Jens Misfeldt og tandlæge Frank Senderowitz som medlemmer af PAARISA i 1985 på, at kondomer kunne forbedres, markedsføres og gøres billigere under normale forretningsmæssige vilkår bl.a. med vingummi og sjov indpakning. Ove var samtidigt politiker og tog nogle af de forbedrede kondomer med til Siumuts hovedbestyrelse for at engagere politikerne i kønssygdomssagen. Det virkede så godt, at formanden for SIK bad om en pakke til sin hovedbestyrelse, for de holdt også møde i byen på samme tid.

#### 4. Karismatiske læger

Tilbage til karismatiske/farverige læger – dem har der jo været en del i gennem årene i Grønland. Man kommer ikke udenom Alfred Berthelsen, der som sagt var kredslæge i Nordgrønland 1902-27 og før da med på den litterære Grønlandsekspedition. Han skrev det mest omfangsrige værk om sygdomme i Grønland til dato, et 4-binds-værk hvor han bl.a. refererede en fransk læge i Grønland for at der var tilfælde af malaria i landet. Men Alfred Berthelsen var en fornuftig mand, så han betvivlede fundet og særligt det at den franske læge havde ment at malariasmitten kom ud af bruserne...

Man kan også nævne øjenlægen Carl Martin Norman-Hansen der levede 1861-1947 og som var den første øjenlæge, der arbejdede videnskabeligt i landet og den første, der opererede for grå stær i Grønland. Nakorsat Peqatiifiat startede oprindeligt som en lægekredsforening i lighed med dem i Danmark. Jeg prøvede for god ordens skyld at spørge ChatGPT om hvad forskellen var på at være medlem af GLF og en Lægekredsforening i DK. Det tog 0,8 sekunder, så kom der en fin beskrivelse om de faktuelle forskelle. Men visse forskelle havde den ikke fanget. En af dem var, at selvom der er kommet et tiltagende antal grønlandske læger og flere på vej, hvilket er super-godt og fremtiden, kommer lægerne stadig i høj grad fra Danmark eller an-

dre lande. Hvis de ikke har været der før, har de ofte nogle vage eller mærkelige forestillinger om landet.

En anden læge kom ganske langvejs fra, helt fra Vestafrika. Han var forhenværende jagerpilot i det nigerianske luftvåben og der var lidt uenighed om hans afsked – selv mente han, at han var pensioneret fra luftvåbnet, mens de mente, han var deserteret. Så Grønland passede fint til ham, i hvert fald lige på det tidspunkt. Han havde en dansk kæreste som var i Sisimiut – selv var han i Narsaq. Han havde kigget på et kort og fundet ud af at der kun var 800 km mellem de to steder, så han fik købt en jaguar der blev leveret med skib til Narsaq, men med samlet 10 km veje i byen fik han lidt en overraskelse...

Transportforholdene kommer også bag på danske læger, så der er ikke noget så sjovt som at mærke utålmodigheden hos tre danske professorer, som er forsinket på rejsen hjem fra feltstudiet pga. vejret, teknik på helikopteren eller at piloten skal sove...

Jeg har nævnt medicinsk overlæge Karin Ladefoged, der sammen med sin mand mave-tarmkirurg Torben Myrhøj var i Tasiilaq og Nuuk i 10 år. Karin har skrevet om deres oplevelser i 'Mordet i Blok P'. Den er *collectors item* og svær at få fat på, men prøv at gøre en indsats. Den er det værd.

Her fortæller Karin om de særlige grønlandske symptomer som 'der flyder vand ned på indersiden af mit hoved' eller 'min krop er blevet for stor til mig, jeg kan ikke længere fylde den ud', som man ikke lige kan finde i Medicinsk Kompendium. Karin fortæller også om en ældre mand der klagede over, at hans ene ben var begyndt at vokse, og nu var det meget længere end det andet. Det var jo en konkret opgave, så Karin tog målebåndet frem og fandt ud af at de to ben var præcist lige lange. Men det overbeviste ham ikke – det var jo hans ben, så han måtte vide bedst. Han syntes bare Karin var en dårlig læge.

Hun fortæller også om Torben, der en gang havde fået et hysterisk anfald i konsultationen efter et skændsmål med en laborant. Venteværelset havde været fuldt, så Torben fik dårlig samvittighed og gik ud for at kalde folk ind, men venteværelset var blæst. Det viste sig at tolken var gået ud

og havde sagt: *I kan godt gå hjem. Lægen er blevet tosset. Prøv igen i morgen.* Og det havde de alle stor forståelse for, så ingen sure miner.

### 8. Hvorfor arbejde i Grønland?

Når man nu hører om nogen af de udfordringer, der er ved at være læge i Grønland, kan man spørge, hvorfor så mange har tabt deres hjerte til landet og vælger enten at tilbringe hele eller dele af arbejdslivet her. Jo, i den nye jubilæumsbog siger læge Øjvind *“Grønland og grønlænderne har givet mig så meget, at jeg gerne vil give tilbage, så længe jeg kan hjælpe. Som borger i et samfund skal du yde”*. Læge Hanne siger *“Da jeg var færdig på universitetet, var der ingen tvivl om, at vi skulle hjem. Vi ville have familie og venner omkring os igen”*. Læge Karsten siger *“Vi er vilde med Nuuk og har ingen planer om at rejse til Danmark eller andre steder. Men i hårde perioder kan man da godt spørge sig selv om morgenen: “Æj, hvad har du gang i? Hvorfor har vi valgt det her fælles læge-liv”? Men det giver så meget mening at være her, hvor jeg er vokset op og hører til”*. I bogen fra 75-års jubilæet sagde den tidligere Lægeforeningsformand Thomas Steensgaard kort og godt: *‘Det har høj underholdningsværdi’*. Og det må man sige – det vidner anekdoterne ovenfor om. Men anekdoterne vidner også om noget andet: De vidner om den vidunderlige befolkning i Grønland og deres rummelighed overfor indimellem for sære læger. De vidner om de mange fantastiske oplevelser, man har som læge i landet. De vidner om at jobbet indimellem kræver en del mere end det, man kan læse sig til på studiet. Til gengæld får man som læge og andet sundhedspersonale et arbejde, der giver så meget mere igen.

### 9. Spådomme gået i opfyldelse

Det var en del om fortiden og nutiden. Men hvad med fremtiden? Se – for 25 år siden vovede professor Peter Bjerregaard i foreningens jubilæumsskrift det ene øje og spåede om fremtiden. Fik han ret? Han sagde bl.a.:

- Spædbarnsdødeligheden reduceres til <10 pr. 1.000 levendefødte.  
Check – 8 for drenge og 7 for piger
- Middellevetiden øges med 5 år for mænd og kvinder.  
Check – 5 år mænd, 4 år kvinder

- Forekomsten af iskæmisk hjertesygdom og diabetes øges.  
Check – spørg bare Steno Diabetes Center
- Stadig >50% rygere.  
Check – 54,7% daglige rygere
- Alkoholforbrug mere i retning af dansk mønster.  
Check – hvis man synes det er noget at stræbe efter...

Så ja, Peter, godt spået.

### 10. Hvad sker der i fremtiden?

Og hvad så med de næste 25 år? I modsætning til Peter Bjerregaard tør jeg ikke spå for meget, men nogle af de store spørgsmål i sundhedsvæsenet fremover kunne være disse:

- Vil der ske yderligere centralisering, så der kun er 2-3 sygehuse tilbage i Grønland i fremtiden?
- Vil patienterne blive fløjet til DIH med droner eller med lufttaxier?
- Vil kunstig intelligens fjerne sprogbarrieren, så lægen ikke skal bruge tolk?
- Bliver Cosmic erstattet af Sundhedsplatformen?
- Bliver de fleste ambulante kontroller lavet som telekontroller?
- Får man has på tuberkulosen?
- Får man ansat nok læger i fremtiden?
- Vil der være flere specialister end generalister blandt lægerne?
- Og vil hovedparten af lægerne i Grønland være født i landet?

Selvom jeg ikke har svarene på disse spørgsmål, tør jeg dog godt forudsige, at Nakorsat Peqatiiffiat også i fremtiden vil have nok at lave og være en aktiv og engageret medspiller indenfor sundhedsvæsenets fortsatte udvikling til gavn for landets befolkning.

### 11. Stort tillykke

Så til sidst – stort, stort tillykke med jubilæet. Jeg er sikker på Nakorsat Peqatiiffiat har en strålende fremtid foran sig.

Lad os rejse os og råbe et trefoldigt hurra for foreningen. Den længe leve... Hurra, hurra, hurra

# Greenland Science Week

Greenland Science Week is a multi-disciplinary Arctic science platform for networking, cooperation & public outreach.

Health Research had a huge impact at the conference, Make Science Matter

## Here is some of the presentations

Keynote: Karsten Fleisher Rex, Queen Ingrid's Hospital  
Gert Mulvad: The Vision for Health Research in relation to the Budget for Health Services.

Mads Mose Jensen: Sleep Apnea Among High Risk Groups In Greenland.

Mie Møller: Immune response to COVID-19 vaccination in Greenlanders.



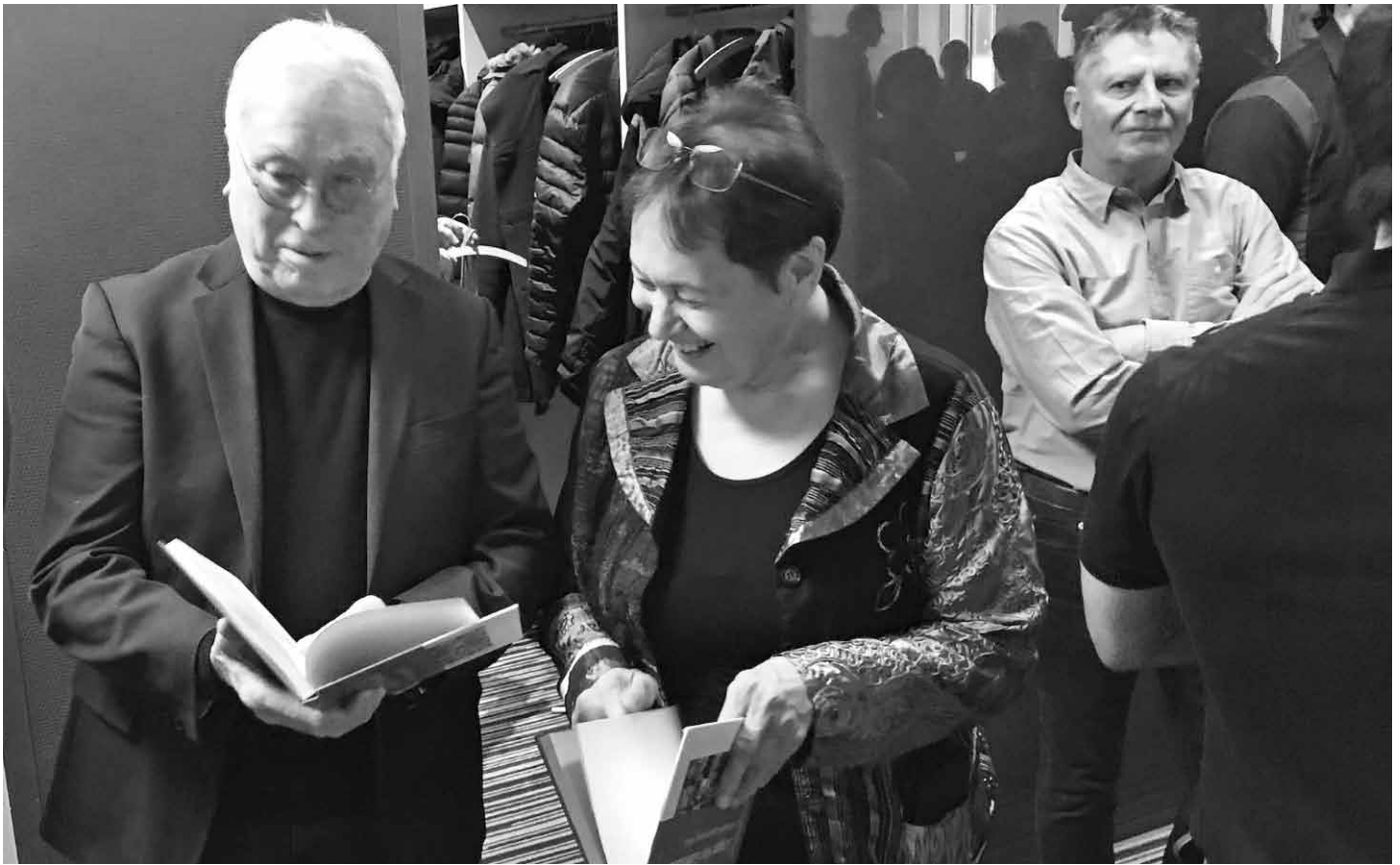
Building the Future – Early Career Scholars Moderator: Nick Duelund, Ilisimatusarfik. Ivalo Adolfsen Arnfjord Ivalu Katajavaara Seidler, Mads Bjørnsen, Mette Malene Motzfeldt Jensen

Outreach event in Katuaq Health research in Greenland: Meet the scientist

How is an examination for sleep apnea done? How to examine the eyes? How is lung function examined? These and many other methods will be presented when there is an open house for Health Research.







Agathe Fontain til Jubilæums reception (i midten).

## Sundhedsforlig 2023

# Politisk rammeaftale for arbejdet med en styrkelse af sundhedsområdet ATTAVIITSOQ

### Styrkelse af sundhedsområdet

*Sikring af akut og almen behandling uanset bosted. Nye kræftpakker. Tryk fødsel og graviditet. Fokus på psykiatrien. Bedre fundament for rekruttering af fastholdelse af sundhedspersonale. Et moderne sundhedsvæsen tilpasset grønlandske forhold.*

Vores sundhedsvæsen har i en årrække været meget presset. Det går ud over borgere, som ikke altid får en god nok eller hurtig nok behandling. Det er vi ikke tilfredse med. Vores mål er at alle borgere følersig trygge i sundhedsvæsenets hænder i tilfælde af sygdom eller tilskadekomst – uanset bopæl i landet.

Vi erkender at presset i sundhedsvæsenet har negative konsekvenser for vores dygtige sundhedspersonale, som i en stadig mere hektisk hverdag skal løse mangeartede og komplekse opgaver. Vores politiske mål er at rammerne for deres arbejde optimeres, så vi minimerer udbrændthed, stress, fejl og spild samtidig med at øge arbejdsglæden og den gennemsnitlige ansættelsestid.

Partierne IA, Siumut, Naleraq, Atassut samt Attaviitsoq har derfor indgået dette forlig, som danner rammerne for det videre arbejde med Sundhedskommissionens anbefalinger, som har til hensigt at styrke hele sundhedsområdet. Arbejdet med styrkelsen af sundhedsområdet vil foregå over de kommende år, hvor forligspartierne og attaviitsoq løbende vil blive inddraget.

Forliget indeholder nødvendige tiltag som bliver finansieret i Finansloven for 2024 og årene frem. Sundhedsforliget genbesøges i de kommende års Finanslove med henblik på en revurdering.

Aftalen udstikker en klar politisk retning for sundhedsområdet or de kommende år med opbakning fra Partierne IA, Siumut, Naleraq, Atassut samt attaviitsoq. Dermed sikres der en klar politisk retning for sundhedsområdets arbejde de kommende år, således at tiltagene kan omsættestil virkelighed, udfra de overordnede langsigtede rammer.



Det er vigtigt, at sundhedsvæsenet altid er så tæt på borgeren som muligt. Det er imidlertid en meget stor udfordring at sikre kvalificerede læger og sygeplejersker på en række mindre sundhedsenheder i dag. Derfor må vi i endnu højere grad omfavne nye metoder og teknologiløsninger for at sikre forbindelsen mellem borgerne i de mindre bosteder og sundhedspersonalet. Her spiller telemedicin en vigtig rolle, som vi i endnu højere grad skal udvikle.

Det er ikke realistisk at have specialiserede funktioner flere steder i landet men ved at styrke de mere specialiserede funktioner på Dronning Ingrid's Hospital vil borgere i hele landet være bedre stillet i forbindelse med både alvorlige akutte skader samt mere komplekse behandlingsforløb. Ved at styrke sundhedsvæsenets specialiserede funktioner, vil personalet på mindre sundhedsenheder altid kunne rådføre sig om den rette behandling hos specialisterne.

Det er målet at vores sundhedsstationer, sundhedscentre og regionssygehuse skal styrkes til at kunne håndtere almen medicinsk behandling bedre. Borgerens bopæl må aldrig være afgørende for personens udrednings- og behandlingsmuligheder.

Med ændringen af de infrastrukturelle vilkår, ved etablering af flere nye atlantflughavne, åbnes derop for nye muligheder for opgaveløsninger. Disse nye muligheder skal afsøges den kommende tid med henblik på at finde løsninger som nedsætter transporttiden for patienter og behandlere således at udredning og behandling kan foregå hurtigere.<sup>3</sup>

Vi erkender at vores meget lille befolkningsstørrelse kan sætte barrierer for vores muligheder for specialisering inden for landets grænser. Det vil sige, at en lang række højt specialiserede behandlinger fortsat kun vil kunne foretages uden for Grønland. Det er altid at foretrække, hvis patienter kan behandles nær deres egen bopæl. Derfor opfordrer Partierne IA, Siumut, Naleraq, Atassut samt attaviitsoq om at Naalakkersuisut finder løsninger i samarbejde med den danske regering.

Selvom Grønland overtog ansvaret for sundhedsområdet i 1992, er der stadig et tæt samarbejde med Danmark. Det Grønlandske Sundhedsvæsen er i den nærmeste fremtid afhængig af det danske sundhedsvæsen, da alle specialiseret behandlinger ikke kan foretages her i landet. Den danske regering har tidligere udtrykt åbenhed om at hjælpe vores sundhedsvæsen, derfor opfordre Partierne IA, Siumut, Naleraq, Atassut samt Attaviitsoq til at Naalakkersuisut indleder dialog med den danske regering om at afdækkemulighederne for samarbejde og hjælp.

Det er bydende nødvendigt, at vi optimerer arbejdet med vores psykiatri. Vi skal som samfund i højere grad adressere problematikken vedrørende de alt for mange personer, som på uheldig vis begår selvmord. Der findes ingen simpel løsning, men vi skal sørge for at sikre simplere adgang til hjælp, bedre samarbejde på tværs af sektorer samt et løft af psykiatriens omhelthed. Arbejdet med anlægningen af en helt ny psykiatribygning i Nuuk er igangsat.

Der er behov for yderligere investeringer og finansieringer i sundhedsområdet ud fra en samlede anlægssektorplan. Vi skal samtidig undersøge enhver mulighed for at gøre tingene smartere og mere effektivt. Derfor skal det undersøges, om sundhedsområdets organisatoriske struktur bør tilpasses på en række punkter, hvilket Sundhedskommissionen også påpeger. Organiseringen bør være enkel, tydelig og effektiv til gavn for både patienter og personale.

Det samlede mål med forliget er at sikre et moderne, robust og effektivt sundhedsområdemed fokus på mest sundhed for pengene, som lever op til patienter, pårørende og borgernes ønsker og forventninger. Vi skal sammen løfte vores fælles sundhedsvæsen.

*Agathe Fontain,  
Naalakkersuisoq for Sundhed*

# MR-scanner

På sundhedsvæsenets vegne vil jeg gerne udtrykke stor taknemmelighed over for Kirsten og Freddy Johansens Fond for den gavmilde donation.

Sådan lyder det fra Mimi Karlsen, naalakkersuisoq for sundhed.

Hendes udtalelse kommer efter, at fonden har doneret en MR-scanner, som ifølge Departement for Sundhed vil

medføre bedre forebyggelse, tidlig diagnostik og efterfølgende optimeret behandling for patienter i Det Grønlandske Sundhedsvæsen,

– Der er ingen tvivl om, at en ny MR-scanner vil gøre en forskel og forbedre livskvaliteten for mange mennesker i landet, siger Mimi Karlsen.



## “Torrak”: Day 1 of first ever high-level WHO mission to Greenland



WHO day 1, DIH.

Glorious sunshine and the clearest of blue skies greeted us on touchdown at Nuuk airport on 28th March 2023, on the first day of WHO’s first ever high-level mission to Greenland. This 4-day visit is an opportunity to listen and learn, understand Greenland’s health system, hear from the health professionals delivering care, and visit some health facilities both in towns and more remote communities.

Greenland is part of the Kingdom of Denmark, together with Denmark and the Faroe Islands, and is home to 57 thousand people.

I’m here on the invitation of Greenland’s Minister of Health, Mimi Karlsen, together with Søren Brostrøm, Director-General of the Danish Health Authority and on WHO’s Executive Board, Paneeraq Noahsen, a public health specialist from Greenland at the Danish Health Authority, as well as colleagues from the Regional Office Faith Vorting and Martin Kraye von Krauss.

First stop – a warm welcome at the Department of Health by Nike Berthelsen, its Head, and Henrik Hansen, Chief Medical Officer. They explained that the health system covers 72 large and small settlements across 5 very distinct areas, some only accessible by ship or helicopter.

Nike took us on a tour of the old town, past a fish and meat market. Greenland’s economy relies heavily on fishing, accounting for 90% of its income. And the traditional diet here is heavily based on fish – shrimp, cod, halibut and salmon, and meat – reindeer, lamb and musk-ox. It’s also a much cheaper option than imported foods.

In the early afternoon, we were invited to a “coffee-meeting” by Jess Svane, Minister for Social Affairs, Home Affairs and Labour at Hans Egedes Hus. Built in 1728, the house is the oldest building in the country and originally the residence of Hans Egede, a Dano-Norwegian Lutheran missionary, then later it became the home of the Greenlandic Prime Minister.

The health system challenges that the Minister outlined – ensuring equal access to health care, particularly for small and remote communities; responding to the increasing expectations of citizens; and recruiting and retaining health care workers - resonate with so many other parts of the WHO European Region. It was a very great honour to have the opportunity to speak to Minister Svane, as well as other ministers responsible for finance, fisheries and natural resources.

We rounded off our first day at the National Board of Health, with Henrik Hansen giving an overview of trends and issues affecting public health in Greenland. Average life expectancy is currently 70.7 years, around the global average. Many factors – geographic, cultural, genetic, and environmental have an impact on health. The health system is free, and open to all.

Greenland also has many success stories that we can learn from. A sustained vaccination initiative against Hepatitis B has meant that there are now almost no cases in children under the age of 15, and the disease is close to disappearing. Telemedicine is used widely, and develop-



WHO day 1, med Landslæge embede.

ing all the time, to provide services to remote settlements. The role of nurses has expanded, so that they take on a broader portfolio of activities, and the workload is shared with doctors.

In addition, Greenland has managed to navigate COVID-19 with relative success, thanks to public trust in information provided by the Health Department, decentralized testing and analysis, good vaccination rates, travel and isolation policies, as well as a comparatively young population.

Yet a few figures really stood out – 52% of the population are daily smokers, and people begin early in life. Su-

icide rates – particularly among young men from medium-sized villages of 200-700 people are very high. Also, there is a widespread lack of health professionals across Greenland, and high turnover, most pronounced in remote areas.

As the sun goes down across the bay, painting the snow-covered mountains a glowing orange - “Torrak” – “awesome” in Inuit, is the best way I can describe the first day of my visit here!

*Hans in Greenland*



WHO day 1. Reception Hans Egedes hus med Landsstyre medlemmer.

## “Ilisimatusarfik”: Day 2 of the mission to Greenland



WHO day 2, Ilisimatusarfik

A short drive through Nuuk, and we arrive at Ilisimatusarfik, the University of Greenland. From every angle there are stunning views of the mountains or water, inspiration for the 700 students here. Rector Gitte Adler Reimer explained that the University runs 11 educational programmes, including nursing, health science and social work, as well as other subjects such as journalism, law, language, literature and media.

We have a lot to learn from the University’s empowering approach to teaching students – the programmes seek to look at their strengths, recognize their world view, and build on that. For nursing students, for example, that could mean acknowledging that they may have a detailed knowledge of anatomy because of their experiences from hunting growing up, and use that in a positive way to support learning.

Gert Mulvad, Head of the Greenland Centre for Health Research, fellow academics and PhD students then introduced us to some of their research work. One promising project was looking at improving eye care in Greenland where great distances and a lack of ophthalmologists prove challenging. Telemedicine can be used to treat most eye diseases, and where direct contact with the patient is needed, the project has identified that engaging and training optometrists who speak the language, are educated, local and professional is an excellent option to extend care.

Over lunch we were treated to Greenlandic tapas, including musk-ox and reindeer– delicate, delicious and a clear example of the One Health idea so fundamental to Greenlandic identity that our well-being is linked to our relationship with the natural world and the food we eat.

“Ilisimatusarfik” means ‘place where you gain knowledge’, and the University certainly lived up to its name for our visit.

In the afternoon, we visited the Queen Ingrid’s Hospital – known as “Sana”. The issue of gaps in the health workforce was mentioned again, and the transport logistics needed to keep health care running over such a large, sparsely populated area. The hospital books 12,000 trips per year on boats, helicopters and planes, transporting health workers, patients and medicines throughout Greenland, and sometimes for people to receive treatment abroad.

The tour of the hospital took us past surgical wards, intensive care, the pharmacy, laboratory testing and scanning rooms. Medicines are free of charge in Greenland and available from health facilities such as Sana. Procured centrally, 1200 different medicines are on the inventory.

I was pleased to have the opportunity to thank the laboratory workers – at the height of the COVID-19 pandemic, they were working around the clock in teams of five to process PCR tests. The laboratory analyzes around 3 million different tests – for a range of issues – per year. My thanks to Director Tina Amondson and her team for the insightful tour.

Our last stop on Wednesday was to Greenland’s Red Cross. Mia Rosing Nilsson, Chairman of the Board, outlined how they have just received a large grant to deliver life skills training and mental first aid to youth across the country.

At the end of the second day here, and with yet another example of good practice, we have truly gained invaluable knowledge on this trip so far.



## “Sometimes it only takes a smile”: Day 3 of the mission to Greenland

Today is a day I have long been looking forward to – visiting a small settlement far away from Nuuk – and what many have said is the ‘true’ Greenland. We set off early in a water taxi, again under fabulous blue skies and crisp air – it’s around -6°Celsius here during the day – for the two-and-a-half hour speed boat ride to Atammik.

On the way, we sailed through near-frozen sea water, past mini-icebergs, got so close to the coastline we could see arctic fox tracks, and countless eider ducks on the wing.

Attamik, north of Nuuk, is a coastal settlement that is home to 199 people. Naasunnguaq greeted us at the harbour. She’s the settlement’s health care assistant, and also part-time boat mechanic. The health care clinic, also her home, is just a short walk from the water. Inside, the clinic is warm, welcoming, and well equipped.

Naasunnguaq has no formal medical education, but has taken on-the-job courses in first aid, and receives ongoing training from the municipality. In the two years she has run the clinic, she has had to deal with serious health issues, including someone who was considering suicide, a woman who went into early labour, and another elderly person who passed away. But on a day-to-day basis, she manages common ailments such as cases of flu, muscle and joint pain, as many residents are fishermen, as well as more serious conditions such as cancer. Those with acute issues – such as cuts and other injuries – are evacuated and receive care at a larger health centre. A doctor visits the clinic every 3 months.

It became very clear through the course of our conversation that Naasunnguaq is a force to be reckoned with!



WHO Attamik, day 3



WHO day 4, Ilulissat

She is keen to learn all about illnesses – writes everything down, and consults regularly with doctors. When she first arrived, she realized that children were afraid of her (there are 25 children at the local school), so she stopped wearing her white medical coat and invited them in to draw pictures and get to know her.

By her own admission, she is a ‘talking machine’, able to put people at their ease and find out what is troubling them. It’s an advantage that she lives in the community, but did not grow up here – so people feel they can confide in her because she is not too close. She mentioned that several men had come to speak to her about small complaints, and through the course of the conversations she found out that they were experiencing anxiety, but did not want to express it. Over her time in Attamik, she has made many men cry!

Much of her work also focuses on prevention. When Naasunnguaq wants a change of scene, she goes for a walk, and invites those living with obesity in the settlement to join her. Every month, together with the municipality, she arranges activities and games around a specific theme – against smoking, anti-bullying. In April, the theme is good sleeping habits. It’s a way to encourage healthy habits, but is always determined by what is happening in nature. Right now it’s stenbiderrogn (lump fish roe) season, so the fisherman are busy, and activities are on hold.

I feel very privileged to have chatted with Naasunnguaq – an amazing example of community care – and I will take her motivation – to bring joy to the community – and positive attitude, to heart: “sometimes it only takes a smile!”

After the boat journey back to Nuuk, we had time for one further visit, to the elderly centre Ippiarsuk. Built 24 years ago, the centre looks out on to the mountain Sermitsiaq. It functions as a day care centre, as well as a residen-

tial home for the 33 people who live there. Karen Mølgard, Manager for elderly care explained that the centre seeks to ensure that residents are seen, heard and understood, and they work on the principles of respect, dignity and development.

One of the residents – Sofia – is a very special lady – the first person in Greenland to receive the COVID-19 vaccine, back in early January 2021!

I rounded off my third day here with a Greenlandic tradition, “kaffemik” – this is a special celebration when family and friends come together for lots of delicious food and talk. We have received such a warm welcome here – from everyone we have met – and I cannot think of a better way to end my last day in Nuuk, than to have been invited to a family birthday party at the home of Nike Berthelsen, Head of the Department of Health. What an honour!



WHO Naasunnguaq Attamik, day 3



# Sundhedspersonale tildes WHO-pris

## Departementet for Sundhed:

Personalet i Det Grønlandske Sundhedsvæsen har fået tildelt WHO Regional Director for Europe's Award. Prisen er en anerkendelse af personalets store bidrag til at skabe sundhed og trivsel i WHO's europæiske region, på trods af vanskelige arbejdsvilkår og personalemangel.

I sin begrundelse for tildelingen lægger WHO's regionale direktør Dr. Hans Henri P. Kluge bl.a. vægt på personalets ekstraordinære indsats under COVID-19-pandemien, arbejdet med hepatitis B, brugen af telemedicin og sundhedsforskningsmiljøet i Grønland.

”Jeg er meget glad for at kunne overbringe nyheden om WHO-prisen til sundhedspersonalet. Prisen er en vel-

fortjent anerkendelse af personalet på sundhedsområdet, som hver dag yder et stort og vigtigt arbejde. Samtidig synes jeg, at det er positivt, at WHO har fokus på Grønland og oprindelige folks sundhed helt generelt med den nye resolution”, udtaler Naalakkersuisoq for Sundhed Mimi Karlsen.

I den kommende periode vil Naalakkersuisut og WHO's regionale kontor for Europa undersøge muligheden for at udbygge samarbejdet mellem parterne. Det er forventningen, at et styrket samarbejde bl.a. kan omfatte bekæmpelse af tuberkulose, seksuelt overførte infektioner og mental sundhed.



# Første konference om dermatologi i Arktis afholdt

Den første konference i Grønland om arktisk dermatologi blev afholdt i Ilulissat den 16. til 19 juni.

Kongressen er blevet til i samarbejde imellem den grønlandske lægeförening, dermatolog og forsker Carsten Sauer Mikkelsen fra Nordjylland og Hudklinikken i Nuuk, ved Speciallæge Lone S. Hove.

Desuden deltog to dermatologiske specialister fra udlandet; professor i dermatologi, og speciallæge Firas Al-Naimi fra Ålborg Universitets hospital, bosiddende i London, samt professor ph.d. og speciallæge i allergi og dermatologi Jacek C. Szeppietowski fra Polen som også underviste de 25 grønlandske læger og enkelte sygeplejersker der deltog i dermatologi.

På konferencen blev de vigtigste hudsygdomme vi har i Grønland gennemgået af specialisterne, og Grønland fik til gengæld gennemgang af de nyeste behandlinger på verdensplan.

Nogle af hovedpointerne deltagerne tog med hjem fra konferencen var, at den 3. mest almindelige henvendelse til sundhedsvæsenet i Grønland var om hudsygdomme, samt at mange læger i Grønland efterspørger diagnosekriterier og udredninger samt vejledning i hudsygdomme.

Grønlandske patienter er især plaget af atopisk eksem (børneeksem), psoriasis, håndeksem ofte pga. arbejde, kronisk nældefeber, hidrosadenitis suppurativa (som er gentagende bylder og knuder på kroppen), og rosacea (som er rødme og pustler i ansigtet). Derfor var disse emner genstand for særlig opmærksomhed på konferencen.

”Eftersom hudsygdomme, er fremtrædende i Grønland, besluttede vi os i den grønlandske lægeförening, for at afholde den første arktiske konference i dermatologi, med særligt fokus på Grønland og de hudsygdomme vi ser mest her”, siger Andreas Brix Juel Pedersen, fra den grønlandske lægeförening.

”Det har været givtigt for alle parter”, understreger han.

Behandlingsmetoder, forskning udført i ovenstående sygdomme, samt eventuelle fremtidige forskningsprojekter i hudsygdomme i Grønland blev diskuteret og Grønland fik opdateret viden på både medicin og behandlingsområdet, samt i fht. årsager og hyppighed af forekomster i Grønland, sammenlignet med resten af verden.

Ved gennemgang af de behandlinger vi tilbyder her i Grønland, viser det sig at vi sagtens kan være med her i landet når det gælder behandlingsmuligheder.

”Vi er slet ikke så langt bagefter, når det gælder den overordnede gruppering af medicin vi tilbyder. Det er selvfølgelig et spørgsmål om hvilke alternativer vi har råd til, men vi kan tilbyde både traditionelle lægemidler, og følger ret godt med i nyere udviklede lægemidler, når det gælder det dermatologiske område”, siger Lone S. Hove, Dermatologisk områdeansvarlig for Grønland.

Grønland bidrager til forskning i især hidrosadenitis suppurativa, atopisk eksem og psoriasis.

”Vi er stolte af, at vi kan bidrage til både mere viden på verdensplan, og skabe mere viden internt i Grønland. Grønlands sundhedsvæsen er godt med, når det kommer til forskning og udgivelser. Og så får vi bedret og styrket samarbejde med flere aktører i Danmark og ude i verden. Det sætter vi pris på”, slutter Speciallæge Lone S. Hove af.

Dette var et af de første grønlandske lægekurser efter corona nedlukningen, og lægeföreningen glæder sig til at afholde flere spændene kurser i de kommende år.

Ved kurset deltog også sygeplejersker fra kysten.

*MVH Lone*



Ilulissat dermatologi kursus 2023

# Speamkursus i Palliation



Speam kursus Palliation

Det næste Speamkursus, der nu er gennemført var om Palliation med underviserne Regionslæge Anna Weibull og Overlæge Alice Juhl Petersen. Her deltog 4 HU læger, Kristine Flagstad, Trine Abelsen, Avianguaq Kredutzmann og Margarida Gothen.

Læger på vej igennem speciallægeuddannelsen til alm. medicin kan nu tage en række Speciale Specifikke Kurser i Grønland som før har skullet gennemføres i Danmark.

Speciallægeuddannelsen til alm. medicin er en uddannelse på fem år, hvor hele forløbet kan tages i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Under uddannelsen er uddannelseslægen på forløb på hospitalsafdelinger på Dronning Ingrid's Hospital og på et eller flere af regionssygehusene. Uddannelseslægen skal også gennemgå et kursusforløb som dækker specifikke områder indenfor alm. medicin. De kurser er obligatoriske og har indtil nu skulle gennemføres i Danmark.

Men Sundhedsvæsenet har nu hjemtaget en række af de kurser, så de kan gennemføres i Grønland.

*"Kurserne er tilsvarende de kurser i Danmark, men fokuserer også på de specifikke grønlandske forhold,"* fortæller Gert Mulvad, som er regionslæge og ansvarlig for almen medicinsk speciallægeuddannelse i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

## Opkvalificering af egne speciallæger og tilstedeværelse i Grønland

Gert Mulvad fortæller også, at sundhedsvæsenets egne

speciallæger også opkvalificerer sig ved at varetage undervisningen.

Af undervisere fra Det Grønlandske Sundhedsvæsen er:

- Michael Lyng Pedersen, kroniske sygdomme samt IT i alm. medicin
- Ledende Regionslæge Jesper Olesen, samarbejde med andre myndigheder og sundhedsfremme i lokalsamfundet
- Gitte D. Hansen, øjensygdomme
- Nikolaj Hardenberg og Ramon G. Jensen, øre, næse, hals sygdomme
- Landslæge Henrik L. Hansen og Gert Mulvad i samfunds- og arbejdsmedicin samt socialmedicin og lægeattester.
- Regionslæger Ilulissat Marianne Vedsted og Peter Vedsted Supervision af konsultation, Tidlig diagnostik af alvorlige sygdomme i Almen Praksis

*"Det er stadig vigtigt at bibeholde viden om, hvad der foregår i Danmark på specialområdet og kombinere det med fokus på Grønland," understreger Gert Mulvad og afslutter:*

*"Hjemtagelsen betyder mere tilstedeværelse i Grønland til gavn for patienterne og så har undervisningen i grønlandske forhold betydning for de læger som efterfølgende kommer til at arbejde i Det Grønlandske Sundhedsvæsen."*

# Forekomst af kronisk nyresygdom i Grønland

Fabian Bøgild Lomstein, Marie Kjærgaard,  
Nils Skovgaard, Michael Lynge Pedersen,  
Marie Balslev Backe

## Introduktion

Kronisk nyresygdom (CKD) udgør et globalt sundhedsproblem med en global forekomst på over 10%. CKD defineres og gradueres ud fra en kombination af nyrefunktion målt som estimeret glomerulær filtrationsrate (eGFR) og tegn på nyresygdom såsom protein i urinen kaldet albuminuri. Sygdommen er fremadskridende og medfører øget dødelighed og sygelighed, særligt kardiovaskulær sygdom. Hurtig diagnosticering og behandling er afgørende for at mindske sygdomsprogression samt reducere komplikationer til CKD. Dog er CKD ofte uden symptomer i de tidlige stadier, hvilket kan bidrage til forsinket diagnosticering af sygdommen. Der er mange risikofaktorer for udvikling af CKD, herunder særligt forhøjet blodtryk, diabetes samt stigende alder. Forekomsten af CKD i Grønland er aldrig blevet undersøgt, men den forventede levetid er stigende, ligesom forekomsten af livsstilssygdomme som forhøjet blodtryk og diabetes også er stigende.

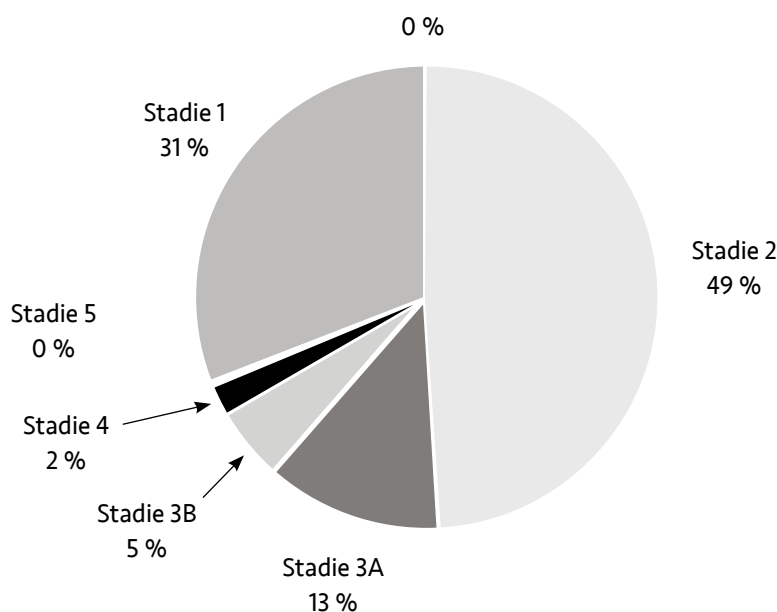
Formålet med dette studie var at bestemme den alders- og kønsspecifikke forekomst af CKD blandt den voksne grønlandske befolkning, samt at karakterisere patienter med CKD.

## Metode

Vi udtrak data på alle bosiddende i Grønland  $\geq 20$  år med serum kreatinin analyse inden for de seneste to år fra den elektroniske patientjournal. Vi identificerede alle med CKD baseret på en eGFR  $< 60$  ml/min eller en kombination af eGFR  $> 60$  ml/min og urin albumin-kreatinin ratio (UACR)  $> 3$  mg/mmol.

## Forekomst af patienter med CKD på baggrund af eGFR og UACR

Samlet set havde 17.504 personer  $\geq 20$  år fået målt serum kreatinin inden for de seneste to år, svarende til 42,4% af den grønlandske befolkning  $\geq 20$  år. Heraf identificerede vi 2.157 patienter (1.153 kvinder og 1.004 mænd) med CKD. Kun 75 patienter (26 kvinder og 49 mænd) var registreret med en diagnosekode for CKD, hvoraf 66 patienter havde en eGFR  $< 60$  ml/min. Den samlede forekomst



Figur 1. Fordeling af 2.157 borgere i CKD-stadier 1-5.

af CKD hos personer  $\geq 20$  år var 5,2%. Forekomsten var højere hos kvinder (6,0%) sammenlignet med mænd (4,7%). Justeret til WHO's aldersfordeling var den alders-standardiserede forekomst 3,0%.

### **Karakteristik af patienter med CKD**

Mænd med CKD var ældre end kvinder med CKD, og havde en højere forekomst af samtidig diabetes og hypertension. Flere kvinder med CKD røg dagligt og havde højere niveauer af kolesterol. Der var ingen forskel i eGFR, UACR, BMI eller blodtryk. CKD kategoriseres i 5 stadier på baggrund af eGFR og UACR. Således klassificeres stadie 1-3 som tidlig CKD, mens stadie 4-5 er sen CKD. Stadie 5 refereres også til som end-stage CKD. Af de 2.157 patienter med CKD, kunne vi klassificere 80% i stadie 1 og 2, svarende til 4,2% af Grønlands befolkning (se Figur 1). 20% blev således klassificeres i stadie 3-5, svarende til 1,0% af Grønlands befolkning.

### **Særligt vigtige risikofaktorer fundet i dette studie**

Da vi undersøgte hvilke risikofaktorer, der havde størst betydning for et lavt eGFR, fandt vi, at det var hypertension, stigende alder og stigende HbA1c. Vi undersøgte herefter sammenhængen mellem normalt blodsukker, let forhøjet blodsukker, og diabetes samt forhøjet blodtryk med eGFR, og fandt at borgere med henholdsvis let forhøjet blodsukker eller diabetes havde lavere eGFR end de med normalt blodsukker, og ligeledes at borgere med forhøjet blodtryk havde lavere eGFR end dem uden hypertension

### **Diskussion**

Vi fandt en lav alders-standardiseret forekomst af CKD på 3,0% svarende til en tredjedel af den globale alders-standardiserede forekomst på ca. 10%. Diabetes og forhøjet blodtryk var hyppigere hos mænd med CKD sammenlignet med kvinder.

Diagnosekodning har hidtil været brugt i begrænset omfang i Grønland, hvilket kan være med til at forklare hvorfor kun en brøkdel af de biokemisk identificerede patienter med CKD var registreret med en diagnosekode. Det samme har vi observeret for andre sygdomme i Grønland, såsom forhøjet blodtryk, men den lave andel diagnosticering kan også delvis skyldes manglende klinisk opmærksomhed på CKD.

Den lave aldersstandardiserede forekomst kan skyldes, at forekomsten i Grønland faktisk er lavere end i resten af verden, men det kan også skyldes metodologi. Hvor andre studier har undersøgt en repræsentativ gruppe af patienter, er vores estimat baseret på alle patienter med en serum kreatinin måling uanset årsag til måling, socioøkonomisk status, bopæl og andre faktorer. Studier har vist, at borgere i mindre byer og bygder har mindre kontakt til sundhedsvæsenet end borgere i store byer, hvilket også kan bidrage til lavere forekomst.

### **Konklusion**

Forekomsten af diagnosticeret nyresygdom er lav i forhold til den samlede globale sammenhæng. Som i resten af verden er det stigende alder, forhøjet blodtryk og diabetes, som har størst betydning for udvikling af nyresygdom. Det må således forventes at der vil ske en stigning i de kommende år, hvilket kalder på omhyggelig opsporing, diagnosekodning og kvalitetssikret behandling, idet fremadskridende sygdom i vid udstrækning kan forebygges med den rette behandling.



# GreenBladder studieopstart i Østgrønland – Rejserapport fra Tasiilaq

*Jørgen Bjerggaard Jensen, professor, overlæge, Aarhus Universitetshospital*

GreenBladder studiet (som PhD-studerende Nathalie Fryd står for) undersøger, om man med en simpel urintest kan udvælge de patienter med hæmaturi, hvor der er stor risiko for at hæmaturien skyldes blærekræft – og specielt udpege de patienter, hvor risikoen er så minimal, at man eventuelt kan undlade at lave cystoskopi.

I Danmark vil vi stadig vælge at skopere alle patienter med hæmaturi inden for meget kort tid – i en kræftpakke – men logistikken er ikke så udfordrende i Danmark, som den er i Grønland. I Grønland kan man kun cystoskopere i Nuuk og ikke på øvrige mindre sygehuse eller sundhedsklinikker, som er spredt rundt i landet. Samtidig sørger sparsom urologdækning, vejrforhold og ikke mindst gigantiske afstande for at holde en venteliste på op til 2-3 år på cystoskopier i gang. Måske en af grundene til at man finder få personer med blærekræft i Grønland? De når jo praktisk talt at dø på ventelisten inden man får dem udredt – i hvert fald har de få patienter man finder, haft en meget fremskreden sygdom og dårlig prognose.

Urintesten vi bruger i GreenBladder er næsten identisk med den, som vi har brugt i et andet studie – SEALS Studiet – hvor vi har erstattet de fleste skopier i kontrolforløb med en urintest og kun udført skopi ved en positiv test. På den måde kunne man såre over 60% af alle skopier i de ressourcetunge kontrolforløb. Testen, der bruges i GreenBladder er den designet til primær diagnostik og ikke til opfølgning, og den er derfor lidt mere fintfølede end den vi tidligere har brugt.

Efter Nathalie havde tilbragt hele april og maj i Nuuk for at starte projektet op der, så var turen nu kommet til den østlige del af Grønland.

Bare når man skal planlægge en tur til Østgrønland, kan man se udfordringen med at få patienter hæmaturiudredt. Det var nemmere for os at rejse direkte over Island end at tage over det vestlige Grønland hvor Nuuk jo ligger. Og vejret er altid ukendt faktor ved rejser heroppe, hvor man flyver mellem byerne medmindre man har MEGET god tid og kan finde en båd i de få måneder, hvor der ikke er tiliset eller drivisen forhindrer mindre både i at sejle.

Efter en mellemlanding i Reykjavik tog Nathalie og undertegnede et noget mindre propelfly til Kulusuk. Det er en by med kun ca. 240 indbyggere, men indehaver af den lokale landings-



Sygehuset i Tasiilaq set fra helikopteren ved ankomsten og fra landjorden (tjek lige den cool ambulance ud)

bane – en 800 meter grusbane. Efter en lidt ublid landing går de sidste 25 km til Tasiilaq med en Bell helikopter. Det er eneste lufttransport-mulighed til den eneste reelle by i Østgrønland, Tasiilaq. I Tasiilaq bor det cirka 2.000 personer. I området omkring Tasiilaq ligger 5 mindre bygder med kun få hundrede indbyggere. Og eneste anden bebyggelse på hele østkysten er Ittoqqortoormiit, der ligger helt afsondret 800 km længere mod nord.

Tasiilaq sygehus får tankerne til at gå til et typisk 4 delt sygehus fra tidligere tider i Danmark – og fantastisk at man til morgenkonferencen kan nå at gennemgå samtlige indlagte patienter





Bemærk udsigten fra konsultationsrummet vi lånte – og ligeledes udsigt til isbjerge direkte fra OP-stuen

ter – ikke kun de nye, men også dem, der ligger til diverse tiltag inden for samtlige medicinske og kirurgiske lidelser. Generelt er der et lidt anden fordeling af sygdomme end i Danmark.

Patientbefordring til byderne klares ved at patienterne får tilskud til benzin til deres motorbåd om sommeren og snescooteren om vinteren, hvis de ikke tager hundeslæden over isen...

Vi blev mødt af meget flinkt og hjælpsomt lokalt personale, der forinden havde varslet patienterne om at vi kom i de dage vi havde annonceret OG sendt dem vores patientinformation på dansk og grønlandsk – godt nok vestgrønlandsk, men det forstår de fleste på østkysten også til nøds – det er værre den anden vej. Og så ringede vores lokale tolk patienterne ind og holdt os orienteret løbende om patienten nu lige var taget ud og fiske eller lignende alligevel, så de først kom, når de var i land igen. Det gav jo lidt ventetid og forlængede vores arbejdsdag, men vi havde vitterligt heller ikke andet at tage os til når vi nu alligevel var der.

Men alt fungerede med at kalde patienterne ind samme dag eller dagen inden – vi havde ingen udeblivelser! Altså hvis man tæller 6 timers senere fremmøde pga ændrede planer fra. Og vores setup med transportabelt laboratorium til test og mobile skoper – venligst doneret som engangsskoper fra Ambu til denne tur – virkede perfekt. De øvrige skopier i GreenBladder er med normale flergangsskoper i Nuuk og Laborie-skoper med sterile sheaths til turene hen over efteråret til diverse byer på vestkysten. Men engangsskoper er nu lidt mere helikoptervenlige end de øvrige!

Da det kun er Nathalie, der er oprettet som læge i det grønlandske sundhedsvæsen – og vi havde ladet projektsygeplejerske Tine blive hjemme i Danmark, så var sygeplejerskeopgaven overladt til undertegnede – det gik overraskende godt synes jeg selv!



Lægen i GreenBladder koncentrerer sig i baggrunden, mens assistenten tager selfie

Og så var antallet af patienter på venteliste til skopi relativt begrænset i Tasiilaq. Men vi var længe ventet og én af vores patienter havde rykket for en tid til skopi i Nuuk flere gange, siden han første gang blev henvist til udredning for evt blærekræft pga. daglig hæmaturi siden 2021... Heldigvis havde han ikke kræft, men en 5 cm stor blæresten, som nu er planlagt fjernet i Nuuk om en uges tid.

Nathalie fik også gennemført nogle skopier med normale fund på patienter, der derved undgik at skulle til Nuuk og ventelisten for Østgrønland er nu ryddet for alle de patienter, der havde stået der i de sidste par år. Det bliver meget interessant, om man fremover blot kan lave en simpel urintest og dermed selekttere, hvem der ikke skal vente i 2 år på udredning ved positiv test – og hvem der evt. slet ikke behøver skopi ved negativ test. Det får vi forhåbentlig svaret på når studiet er færdigt.

Og da vi først kunne komme hjem mandag morgen, så nåede vi heldigvis at være rigtige turister på en båd tur blandt hvaler og isbjerge lørdag eftermiddag og en tur op på Sømandsfjeldet (ca. 750 meter) om søndagen i det mest fantastiske solskin.

Næste stop for studiet er Sisimiut i slutningen af august og så satser vi på at nå at inkludere i Ilulissat også inden Sydgrønland inkluderes til sidst næste forår.

Stor tak til Hans Christian og Lydia for hjælp med lån af lokaler og logistik på Tasiilaq Sygehus og stor tak til Johanne for ligeså uundværlig tolkning.

Solopgang over Tasiilaq

# Indlæg til Nakorsanut, Grønlandske Medicinstuderende

Af Tine Aagaard, Sygeplejerske, ph.d.  
Seniorforsker, Grønlands Center for Sundhedsforskning  
Tidl. 2. næstforperson i Sundhedskommissionen

Jeg har med interesse læst Johan Bundgaard og Trine Abelsens fine spørgeskemaundersøgelse af hvor stor en andel af lægerne i Grønland der er etnisk grønlandske. Resultatet viste én ud af fem. Som forfatterne skriver, peger det på betydningen af rekruttering og fastholdelse af grønlandske medicinstuderende.

I den forbindelse vil jeg gerne referere et oplæg om netop dette emne, som to grønlandske medicinstuderende, Toke Ketwa-Driefer fra Aarhus Universitet og Sofie Louise Hjersing Abelsen fra Syddansk Universitet, holdt på en workshop om rekruttering og fastholdelse i sundhedsuddannelserne i efteråret 2022. Toke er forperson for de grønlandske medicinstuderendes sammenslutning Nakorsanngorniat. Workshoppen var arrangeret af en arbejdsgruppe under Sundhedskommissionen.

De studerende havde følgende pointer ud fra deres egne erfaringer:

## Rekruttering

- Oplæg på alle gymnasier ved medicinstuderende. Det er motiverende at høre om uddannelsen fra nogen som selv har erfaringer med den. Studerende kan være gode ambassadører for medicinstudiet. Den ene af de studerende havde på eget initiativ holdt oplæg på nogle gymnasier.
- Bruge de sociale medier – det er der de unge kommer.
- Holde kontakt til interesserede, så er sandsynligheden for at de bevarer interessen større.
- Forberede kommende studerende, fx ved et introkursus som bro mellem gymnasiet og universitetet, herunder oplysning om kulturforskelle mellem Grønland og Danmark. Kulturchock og mistrivsel fører ofte til frafald.
- Evt. tage Særordningen op til revision. De studerende oplever at de lavere karakterkrav kan give bagslag på studiet i Danmark.

## Fastholdelse

- Tilbud om faglig støtte og kurser. Der er mange udfordringer for grønlandske studerende i det danske uddannelsessystem. Faglig støtte og kurser tilbydes ved nogle af De grønlandske Huse i Danmark.
- Støtte til foreninger og sociale arrangementer for grøn-

landske studerende i Danmark. Det er nødvendigt at styrke sociale fællesskaber så de studerende kan støtte hinanden under opholdet i Danmark. Det sociale opleves som lige så vigtigt som det faglige.

- Støtte til deltagelse i faglige arrangementer i Grønland (de to studerende havde begge fået støtte til at deltage i Nunamed 2022) og udbrede kendskabet til mulighederne.
- Grønlandske mentorer for grønlandske studerende mhp. videregivelse af erfaringer samt social trivsel.
- Styrke mulighederne for feriejobs i det grønlandske sundhedsvæsen og tilbyde kontaktperson der kan hjælpe med at lave aftaler. Studerende oplever at det er svært at få kontakt, aftale løn m.m.
- Aftale med alle universiteter i Danmark om klinikophold for studerende i Grønland. Aktuelt er det kun Aarhus Universitet der har sådan en aftale.
- Løn til medicinstuderende som er på niveau med den i Danmark. ASA spænder ben, siger de studerende. Studerende kan fravælge feriejob i det grønlandske sundhedsvæsen hvis lønnen er lavere og de også skal betale rejsen.
- Feriefrirejse til alle studerende (kan kombineres med feriejob).
- Det skal være nemmere at få grønlandsk vejleder/medvejleder på specialet og/eller mulighed for at skrive speciale i Grønland. Dette kunne bl.a. bidrage til at de studerende får interesse for den lægefaglighed som der er størst behov for i Grønland, nemlig almen medicin. Man kunne forsøge sig med en mulighed for at tage hele kandidatdelen i Grønland.
- Besøg af repræsentanter for det grønlandske sundhedsvæsen når de er i Danmark. Gode erfaringer med besøg af landslægen. Det øger motivationen for at vælge at arbejde i Grønland efter endt uddannelse når man løbende bliver holdt orienteret om situationen i sundhedsvæsenet.
- Man kunne overveje at kræve to års arbejdspligt i Grønland efter endt studium (evt. et stykke tid efter). Man har lignende ordninger regionalt i Norge.
- Muligheder for karrierestillinger og gode jobvilkår efter hjemkomst.
- Boliger og institutionspladser til hjemvendende.

Helt overordnet siger både disse studerende og en repræsentant for Det grønlandske Hus i Århus at det er af afgørende betydning for både fastholdelse i studiet og tilbagevenden til Grønland som færdiguddannet at der fastholdes en tilknytning til Grønland gennem hele studiet. Mange af forslagene understøtter netop dette formål.



# Fremtiden ligger hos Det Grønlandske Sundhedsvæsen

– perspektiver fra medicinstuderende Iluuna Møller



Iluuna

Efterårsvejret er en smule gråt, men ind i lokalet træder den 24-årige medicinstuderende, Iluuna Møller med et stort smil.

Hun er i gang med sit 8. semester på medicinstudiet hos Københavns Universitet og er ved at afslutte 12 ugers klinikophold hos Dronning Ingrid's Hospital. 5 uger er tilbragt hos Medicinsk Område, 5 uger hos kirurgisk område og afsluttende 2 uger på akutområdet ved anæstesen.

Iluuna har Grønlandske rødder, hvor store dele af familien bor og lever i Nuuk. Hun har haft dele af opvæksten i Danmark, og bor lige nu i København indtil studiet er færdiggjort. Hun glæder sig dog til en fremtid, hvor hun fast bor og arbejder i Grønland.

”Jeg har næsten altid gerne ville være læge, for at hjælpe folk. Jeg havde kortvarigt teenagedrømme om at blive filmproducer eller pædagog, men det er lægegerningen som trækker helt vildt i mig” udtaler Iluuna.

Med udveksling i USA efter folkeskolen og en tjans inden for faget sportsmedicin, blev ilden for medicin for alvor tændt. En tur på naturlinjen i gymnasiet gav et flot gen-

nemsnit, som gav videre adgang til medicinstudiet i Danmark.

Efter 10 dages ophold på 3. semester, er 8. semester et såkaldt langt klinik ophold på 12 uger. Iluuna vidste straks, at Det Grønlandske Sundhedsvæsen var 1. prioritet.

”Jeg elsker Grønland, kulturen, naturen og at tingene bare er nemmere at koordinere, når et sundhedsvæsen er af en mindre størrelse. Der er mere tid til os studerende og meget fokus på den enkelte studerende. Det løfter bare meget, når vi samtidig har frihed og mulighed for at afprøve mere praksis, som kobler teori” udtaler Iluuna.

Hun er et rutinemenneske, som hverken er A eller B menneske, men som elsker at have struktur, læse op på patienterne grundigt og noter viden ned, til hænderne nærmest gør ondt. Fremtiden ser hun også for sig; En Klinisk basisuddannelse (KBU) i Grønland og afprøve forskellige grene af medicingrenene, inden specialet vælges.

En ting er dog sikkert; En ansættelse i Det Grønlandske Sundhedsvæsen står højt på listen, når uddannelsen er færdig.

Hun har også anbefalinger til andre Grønlandske Medicinstuderende i forhold til et klinikophold i Det Grønlandske Sundhedsvæsen:

”Gør det! Tag et klinikophold. Du får så mange muligheder og viden, og muligheden for at komme tæt på en masse områder og fagligheder inden for kort tid. Jeg vil håbe at medicinstuderende vil følge en dag med sygeplejerskerne og jordemødrene, for det giver så stor en læring, om det tværfaglige arbejde. Noget der bestemt gavner patienterne!”

Iluuna storsmiler igen, med en sand glæde i øjnene. Samtidig letter det grå vejr stille og roligt i baggrunden. Interviewet er slut sidst på eftermiddagen, og Iluuna kan tørskindet gå hjem til familien, som venter 10 minutters gang fra Dronning Ingrid's Hospital.

Det Grønlandske Sundhedsvæsen modtager medicinstuderende fra Aarhus Universitet på kandidatniveau, efter en fast aftale. Samtidig modtager sundhedsvæsenet studerende fra den frivillige organisation IMCC.

Alle medicinstuderende med Grønlandsk tilknytning kan søge om klinikophold – uanset universitet.

# Inflammatoriske Tarmsygdomme i Grønland

Af: Rasmus Hvidbjerg Gantzel, Jos Dalvad Vesterdal, Anne-Mette Haase, Alice Juhl Petersen, Henning Grøn­bæk og Michael Lyng­e Pedersen.

## Kort resumé af studiet:

Dette registerbaserede tværs­nits­studie estimerer forekomsten af inflammatorisk tarmsygdom (IBD) i Grønland. Overordnet estimeres forekomsten til 0,45% fordelt på 0,38% med colitis ulcerosa og 0,07% med Crohns sygdom. Forekomsten af sygdommene er jævnt fordelt i hele Grønland, men større i regionshovedbyerne end i de mindre byer.

## Baggrund for studiet:

De inflammatoriske tarmsygdomme colitis ulcerosa og Crohns sygdom er autoimmune sygdomme med en høj forekomst i vestlige lande og særligt i Skandinavien. I nyligt industrialiserede lande er forekomsten stadig lav, men incidensraten er betragteligt stigende. Derfor sammenkø­bles forekomsten af IBD ofte med den vestlige kultur og levestil. Sygdomspatogenesen er kompleks og ikke fuldt klarlagt, men formodes at være drevet af en kombination af genetik, miljøfaktorer og ubalance i tarmens mikromiljø.

Forekomsten af colitis ulcerosa og Crohns sygdom er sparsomt undersøgt i arktiske befolkninger. Vi ønskede med dette studie at estimere forekomsten af IBD i Grønland. Fra et forskningsperspektiv udgør befolkningen i Grønland en unik population, som med sin sammensætning, kost og tiltagende urbanisering kan bidrage til at forstå udviklingen af IBD. Ydermere vil en opgørelse af IBD-

forekomsten i Grønland, ud fra et sundhedsfagligt synspunkt, gavne både den grønlandske befolkning samt sundhedspersonale med ansvar for håndtering af disse tarmsygdomme.

## Studiepopulation:

Vi indhentede data fra det elektroniske journalregister i Grønland og identificerede patienter med IBD ved hjælp af relevante diagnosekoder og medicinkoder. Samlet identificerede vi 214 patienter med colitis ulcerosa og 40 patienter med Crohns sygdom. For hver patient indhentede vi data omkring bopæl, alder, køn, sygdomsudbredelse, medicinsk behandling, rygestatus, samt blodprøveresultater (Tabel 1).

Til beregning af sygdomsforekomster benyttede vi befolkningsdata fra Grønlands Statistik. Studiet er godkendt af Det Videnskabetiske Udvalg for Grønland.

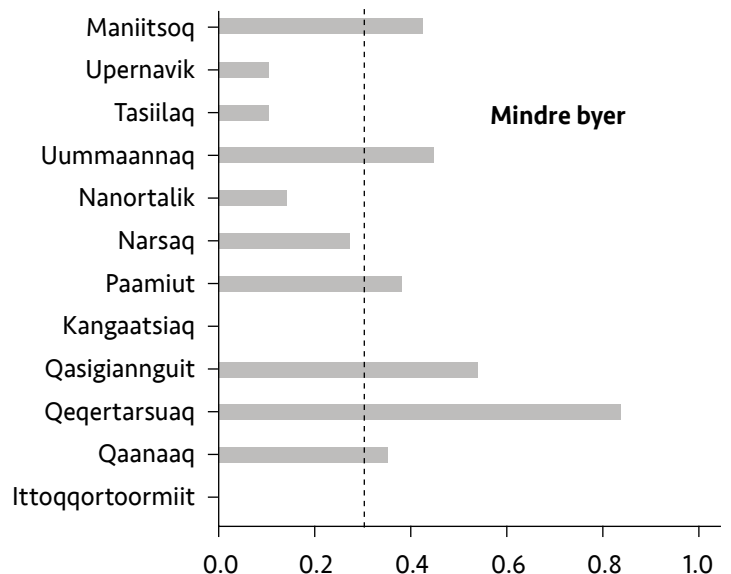
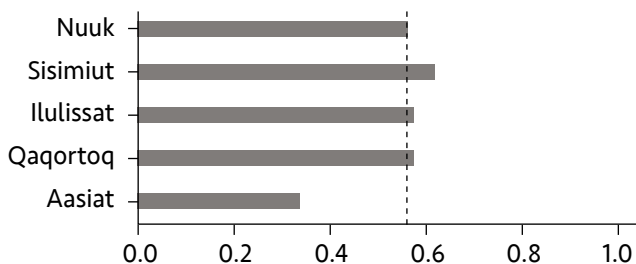
## Resultater:

På landsplan estimerede vi forekomsten af IBD til 0,45% fordelt på 0,38% med colitis ulcerosa og 0,07% med Crohns sygdom. Sygdomsforekomsten var jævnt fordelt i de fem grønlandske regioner. Den gennemsnitlige IBD-forekomst var højere i regionshovedbyerne (0,53%) end i de mindre byer (0,29%) (Figur 1).

Sygdomsudbredelsen fremgik af de anvendte diagnose-

Figur 1: Forekomsten af IBD i de fem regionshovedbyer (mørkegrå søjler) og 12 mindre byer (lysegrå søjler).

### Regionshovedbyer



koder hos en tredjedel af IBD-patienterne. Blandt disse patienter var pancolitis den hyppigst anvendte kode ved colitis ulcerosa, og tyndtarmsaffektion den hyppigst anvendte kode ved Crohns sygdom.

Den hyppigste behandling af colitis ulcerosa var mesalazin (78%). Non-specifikke immunmodulatorer (azathioprin og methotrexat) blev benyttet hyppigere ved Crohns sygdom (18%) end ved colitis ulcerosa (8%). Biologiske lægemidler blev anvendt hos 8% af patienterne uanset IBD-type.

### Konklusion:

Dette er det hidtil største studie om IBD i Grønland. Den estimerede IBD forekomst på 0,45% er sammenlignelig med de Skandinaviske lande. Særligt forekommer colitis ulcerosa tilnærmelsesvist lige hyppigt i Grønland, Dan-

mark, Sverige og Nordamerika, hvorimod forekomsten af Crohns sygdom estimeres lavere i Grønland. Dette kan skyldes svagheder ved det anvendte studiedesign, idet Crohns sygdom, i visse tilfælde, kan være misklassificeret som colitis ulcerosa. Vedvarende fokus på og forskning i IBD i Grønland er afgørende i en tid med stigende sygdomsincidens i industrialiserede lande og mange nye lægemidler med henblik på at sikre en tidssvarende udrednings- og behandlingsstrategi tilpasset grønlandske forhold.

### Reference:

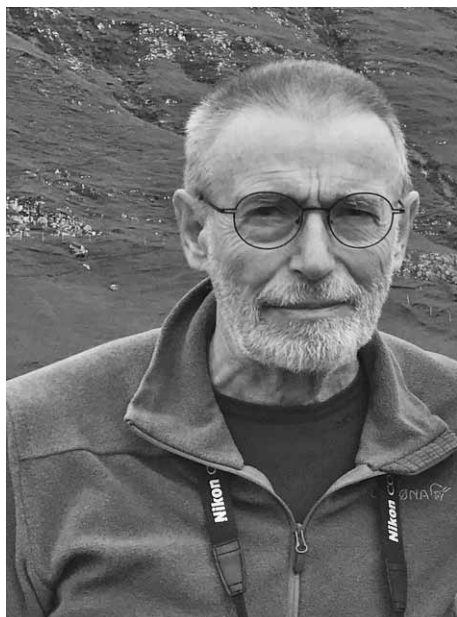
Gantzel RH, Vesterdal JD, Haase AM, Petersen AJ, Grønbæk H, Pedersen ML. The Prevalence of Inflammatory Bowel Disease in Greenland [published online ahead of print, 2023 Jan 25]. *Inflamm Bowel Dis.* 2023;izad002. doi:10.1093/ibd/izad002

**Table 1: Karakteristika for patienter med IBD i Grønland.**

Variabler	IBD-patienter i Grønland n = 254
IBD-type Colitis ulcerosa, n (%) Crohns sygdom, n (%)	214 (84 %) 40 (16 %)
Alder (år), median (IQR)	49 (35-60)
Kvinder, n (%)	149 (59%)
Medicinsk behandling, n (%) Mesalazin Sulfasalazin Prednisolon Azathioprin eller methotrexat Infliximab, adalimumab, golimumab eller vedolizumab	168 (66%) 4 (2%) 3 (1%) 25 (10%) 18 (7%)
Biokemi, median (IQR) Hæmoglobin (mmol/l) Kreatinin (µmol/l) ALAT (U/l) Vitamin D (nmol/l)	8.5 (7.8-9.0) 75 (67-84) 40 (29-57) 52 (33-79)
Aktive rygere, n (%)	35 (36%)
Fordeling på regioner, n (%) Avannaa Disko Kujataa Qeqqa Sermersooq	44 (17%) 23 (9%) 23 (9%) 52 (20%) 112 (44%)
Bopæl i regionshovedbyer, n (%)	198 (78%)

Kvalitetsudvikling i Upernavik:

## Kronisk obstruktiv lungesygdom hyppig blandt borgere over 50 år der bruger inhalationsmedicin



*Hans Kallerup, tidligere regionslæge i Upernavik i 2013-2020*

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, er en alvorlig fremadskridende sygdom, som er forbundet med betydelig sygelighed og tidlig død. Rygning, som jo er meget udbredt i Grønland, er en meget væsentlig risikofaktor for udvikling af KOL. Sygdomsudviklingen kan bremses ved rygestop, ligesom fokus på fysisk træning og behandling med inhalationsmedicin kan mindske symptomerne. Det er derfor vigtigt at erkende sygdommen, stille den korrekte diagnose og starte den rette behandling. Diagnosen stilles ved en lungefunktionsundersøgelse. Flere tidligere undersøgelser i Grønland har imidlertid vist, at mange borgere i Grønland er blevet behandlet med inhalationsmedicin uden at have fået foretaget en lungefunktionsundersøgelse, og dermed uden at have fået en præcis diagnose. Årsagerne hertil er komplekse og kan henføres til utilstrækkeligt fokus på diagnosticering af kroniske sygdomme, problemer med det daværende lungefunktionsstyr herunder levering af mundstykker og software opdateringer, samt de åbenlyse udfordringer relateret til den grønlandske geografi med mange små isolerede sundhedsenheder. Dette gælder ikke mindst i Upernavik distrikt, som i størrelse svarer til United Kingdom. I runde tal bor der 2658 indbyggere i distriktet, heraf kun 40% i selve Upernavik by, mens hovedparten bor i 9 bygder, som kun kan nås via helikopter eller båd fra Upernavik.

For at optimere opsporing og behandling af KOL i Upernavik distrikt blev der derfor startes et systematisk kva-

litetsudviklingsprojekt. Projekt foregik i perioden 2016 til 2019 og blev ledet af forfatteren i samarbejde med afdelingssygeplejersken, afdelingen og den medarbejder i det lokale livsstilsambulatorium i Upernavik by.

Borgere på mindst 45 år med mulig KOL blev identificeret ved enten at være i behandling med inhalationsmedicin eller ved at have en akut henvendelse til sundhedsvæsenet med luftvejssymptomer, som blev vurderet relevant at behandle med inhalationsmedicin. Borgerne blev efterfølgende undersøgt med diagnostisk lungefunktionsundersøgelse. Undersøgelserne foregik i livsstilsambulatoriet på Upernavik sygehus eller i bygderne i forbindelse bygdebesøg af distriktslæge og sundhedspersonale fra sundhedsstationen i Upernavik.

I alt blev 99 borgere identificeret. Af disse blev 23 ikke inddraget i studiet, idet de ikke boede i byen, var kendt med anden lungesygdom (eks. kræft), var kendt med hjertesygdom eller ikke længere var i behandling med inhalationsmedicin. De resterende 76 borgere fik foretaget lungefunktionsundersøgelse (69 diagnostiske og 7 almindelige). Hele 72% (55/76) af borgerne havde en lungefunktionsundersøgelse forenelig med diagnosen KOL. De 55 patienter med KOL var i alderen 47-93 år. Rygestatus var kendt for 89% (49/55) af patienter, 49% aktive rygere, mens 29% var tidligere rygere. I forbindelse med lungefunktions-

undersøgelsen og efterfølgende konsultation holdt 6 op med at ryge umiddelbart, idet dog 3 igen var rygere 6 måneder senere. Patienter med svær KOL GOLD gruppe C og D var især fra byggerne. Af patienter med KOL GOLD gruppe A og B var flest fra Upernavik by. Disse havde også været i behandling med højdosis af inhalationssteroider. Dette kunne reduceres/ændres til langtids beta-antagonist +/- anti-cholinergikum i projektperioden.

Kvalitetsinitiativet understreger behovet for en systematisk indsats i forhold til opsporing og behandling af KOL i Grønland. Disse observationer er i overensstemmelse med en række aktuelle videnskabelige undersøgelser i Grønland af KOL og andre kroniske sygdomme i Grønland. Tilsvarende kvalitetsinitiativer indenfor andre kroniske sygdomme anbefales.



Upernavik sygehus

## Lancet Commission Project Informal Side Meeting at Arctic Circle Assembly [ACA] October 20, 2023

There was a consensus to push Working Groups and individuals to conclude the Report work for submission to Lancet by December 31, 2023. This ambitious but necessary deadline will likely include the work of 2-4 individuals reviewing the draft Report from Introduction to Conclusion for actual finalization.

This discussion was related to possible gatherings and/or venues for the Launch of the Report and generally on the "Afterlife" of the Report. This led to reference of the following gatherings for potential launch events:

- UArctic; ICAS; and High Note combined in May 29-June 2 with meeting day before in DK or Norway
- International Congress on Circumpolar Health in Yellowknife with a meeting day before or following June 18-20, 2024.
- Arctic Circle Assembly (ACA) 2024 to launch and promote the Report -- the ACA 2024 dates are October 17-19, 2024.

Review of the ACA 2023 panel and the order of speakers resulting in the format shown below. The well attended panel, held in a large room, included our presentations as well as comments and questions from the audience.

WELCOME Lisa Adams and Dalee Sambo Dorough

Lisa Adams, Dartmouth College, USA and Dean for Global Health, and Director of Dartmouth College Center for Health Equity: **CONNECTING HUMAN, ANIMAL, AND PLANETARY HEALTH IN THE ARCTIC.**

Gert Mulvad, Greenland Center for Health Research, Institute of Health and Nature: **NATURE, NUTRITION, CULTURE AND WELLBEING: ONE-HEALTH AND MENTAL HEALTH PERSPECTIVE**

Christina Viskum Larsen, National Institute of Public Health, Denmark and Research Associate, Center for Health Research in Greenland: **TRANSFORMING EPIDEMIOLOGY TO SUPPORT ARCTIC COMMUNITIES TO CONTINUE THRIVING.**

Gwen Akearok Healy, Director of the Qaujigiartiit Health Research Centre in Iqaluit: **TAKING ACTION ON ARCTIC INDIGENOUS PEOPLES HEALTH AND WELLBEING .**

Dalee Sambo Dorough, University of Alaska Anchorage, Senior Scholar, and Special Advisor on Arctic Indigenous Peoples: **ARCTIC INDIGENOUS PEOPLES: OUR INTEGRITY AND WELLBEING**

# Medarbejderperspektiver på sundhedspraksis i Grønland efter Sundhedsreformen 2010

v/ Lene Seibæk sygeplejerske & professor og Tine Aagaard, sygeplejerske & ph.d. Institut for Sundhed og Natur, Ilisimatusarfik / Grønlands Universitet

## Introduktion

Den regionalisering af sundhedsvæsenet, som blev etableret efter Sundhedsreformen 2010 (1), er tidligere blevet evalueret i forhold til den ledelsesmæssige oplevelse samt borgernes perspektiver (2, 3). I forlængelse heraf ønskede Sundhedskommissionen i 2020 at også frontpersonalets oplevelser og erfaringer blev undersøgt. I dette indlæg giver vi som ansvarlige for gennemførelsen, et kort resume af undersøgelsen, dens vigtigste fund og anbefalinger. Rapporten kan læses i sin helhed på Ilisimatusarfiks hjemmeside via linket [https://uk.uni.gl/media/7901977/medarbejderperspektiver-rapport\\_final-da.pdf](https://uk.uni.gl/media/7901977/medarbejderperspektiver-rapport_final-da.pdf)

Frontpersonalet udgøres af plejepersonale, læger, terapeuter, tandplejere, jordemødre, portørreddere m.m. som alle har direkte kontakt med brugerne omkring den fælles opgave at tilbyde sundhedsfremme og forebyggelse til befolkningen, samt behandle og pleje patienter. Sundhedsvæsenet i Grønland udgør deres fælles ramme for arbejdet, men lokale betingelser og arbejdsopgaver kan afføde vidt forskellige arbejdsvilkår og dermed også perspektiver.

## Formål

At afdække frontmedarbejdernes perspektiver på sundhedspraksis efter Sundhedsreformen, samt identificere forbedringstiltag, der kan understøtte hensigterne med reformen og sundhedsvæsenet i det hele taget.

## Metode

I alt 20 forskningsinterview blev gennemført af ansatte ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab og grønlandsk-sprogede sygeplejersker med forskningskompetencer.

Informanterne var ansat i bygder, på sundhedscentre og regionsygehuse, i distrikts- psykiatrien, tandplejen, ældreplejen og Det Grønlandske Patienthjem i København. De var henholdsvis sundhedsassistenter, sundhedshjælper, bygdearbejder, sygeplejersker, læge og tandplejere, og de havde mellem 2 og 50 års erfaring (i gennemsnit 18 år). Informanterne modtog information om undersøgelsens

formål forud for undersøgelsen, og underskrev samtykkeerklæring omhandlende frivillighed, anonymitet og datasikkerhed.

## Resultater

Sammenfattende viste analyserne af frontmedarbejdernes perspektiv, at reformen har effektiviseret både arbejdsgange og brugen af telemedicin, således at betjeningen i bygder og på sundhedscentre nu mange steder er væsentligt forbedret. Derimod er målsætningen om at skabe attraktive faglige miljøer regionalt og lokalt ikke i tilstrækkelig grad opfyldt, hvilket har medført stigende udfordringer med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere.

Overordnet se fungerer Livsstilsambulatorierne tilfredsstillende, hvorimod den lokale sundhedsfremmende og forebyggende indsats i sundhedscentre og bygder ser ud til at have sværere vilkår. Indsatserne varierer således betydeligt, idet det primært afhænger af det lokale personales kompetencer og arbejdsbelastning om indsatsen gennemføres.

Det er i det hele taget et generelt fund, at frontmedarbejderne efterspørger kompetenceudvikling og efteruddannelse.

## Konklusioner og anbefalinger

- 1: Der ligger et stort potentiale i fastholdelse af det fastboende personale. Det anbefales derfor at udarbejde en samlet strategi for kompetenceudvikling af det fastboende personale, der bygger på befolkningens sundhedstilstand og de deraf afledte behov for sundhedsindsatser lokalt. Dette kræver et intensiveret fokus på den lokale forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering, hvor kortuddannede fastboende medarbejdere vil kunne gøre en værdifuld indsats.
- 2: Fastholdelse af medarbejderne er ikke i tilstrækkelig grad et ledelsesfokus. Det anbefales derfor at igangsætte en samlet personalepolitik, hvor medarbejderne i højere grad anerkendes for deres indsats og inddrages i planer og beslutninger, og hvor der afsættes tid til faglig udvikling gennem systematisk kompetenceudvikling.
- 3: Forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering fungerer bedst i når der samarbejdes med den kommunale



sektor. Det anbefales derfor at etablere fælles samarbejdsaftaler og kompetenceudvikling lokalt, så medarbejdere fra begge sektorer lærer sammen og opbygger relationer, hvilket vil styrke forståelsen for hinandens opgaver og dermed også samarbejdet.

- 4: Borgerinddragelse og dialog med brugerne betaler sig på alle planer. Sundhedsydelse bliver mere effektive og af højere kvalitet, borgerne bliver mere tilfredse, og medarbejderne oplever større arbejdsglæde. Det anbefales derfor at opprioritere borgerinddragelse, idet befolkningens sundhedsudfordringer ikke kun omhandler fysiske forhold, men i høj grad også deres levevilkår og mentale trivsel. Til understøttelse heraf anbefales yderligere undervisning i og brug af telemedicin.

## Referencer

1. Departementet for Sundhed. 2010. Redegørelse om Sundhedsreformen 2010. Naalakkersuisut/Government of Greenland.
2. Ingemann, C. & Larsen, C. V. L. 2018. Evaluering af Grønlands Sundhedsreform. Oplevede og målbare effekter 2017. Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed og SDU.
3. Olesen, I., Hansen, N. L., Ingemann, C., Lundblad, A. & Larsen, C. V. L. 2020. Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen. Statens Institut for Folkesundhed.



# 100 árs jubilæums reception Nakorsat Peqatigiiffiat

