



*ALSO kursus 2011*

## TEMA: Kapacitetsopbygning gennem Forskning & Uddannelse.

Lægedage i maj .....	3	Grønlands Sundhedsvæsen og Grønlands Center for Sundhedsforskning .....	19
Kirurgien i Grønland .....	4	Center for Arctic Health, Aarhus Universitet .....	21
Nyt fra kirurgisk afdeling .....	6	Kombineret PhD forløb og speciallæge uddannelse i Almen Medicin .....	22
Regionerne og DIH - ti måneder i perspektivet fra cheflægens stol .....	6	PhD studerende ved Aarhus Universitet .....	23
Til gavn for Grønland .....	10	PhD studerende ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab .....	24
Råd fra Lægen .....	12	PhD thesis Christina .....	24
Grønlands Ernærings og motionsråd .....	13	PhD thesis Inger .....	25
Beskrivelse af en familie med primær levercancer .....	15	PhD thesis Raluca .....	26
Fagområde i Grønlandsk Medicin .....	16	Venerea i 60erne.....	29
Lægers videreuddannelse. Almen Medicin .....	17	En update fra tre PhD studerende på SSI .....	30
Videreuddannelse for læger, hospitalsspecialerne .....	18		

## Nakorsanut

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

### Redaktion:

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

Layout: Tegnestuen Tita

Oplag: 500

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

### Udgivet af Grønlands Lægekredsforening

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

### Grønlands Lægekredsforenings bestyrelse

#### Formand:

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

#### Kasserer:

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

#### Næstformand:

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

#### Sekretær:

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

#### Menigt medlem:

Distriktslæge Jan Olsen – Sisimiut jano@peqqik.gl

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

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

*Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.*

## Kære læsere

Første nummer i 2014 med fokus på Kirurgien i Grønland og en personlig beskrivelse fra Cheflægens skrivebord.

Tema for dette nummer af Nakorsanut er Kapacitetsopbygning gennem Forskning og Uddannelse.

Forskning og uddannelse skal ske i tæt samarbejde med Universiteter i og uden for Grønland, og den daglige klinik i Sundhedsvæsenet.

For at styrke dette samarbejde er en løbende kapacitetsopbygning på området i Grønland væsentlig.

Flere indlæg beskriver denne kapacitetsopbygning og viser betydningen og resultaterne af samarbejdet.

3 PhD forsvar inden for de sidste måneder som præsenteres i bladet.

8 PhD studerende som arbejder med grønlandsk sundhedsforskning, heraf tre læger, der har arbejdet en årrække i Grønlands Sundhedsvæsen.

Det kombinerede PhD forløb og speciallægeuddannelse, tegner et billede for fremtidig kapacitetsopbygning i Grønland.



ATLS-ATCN.Nuuk2011

Grønlands LægeForening inviterer:

## KURSUS: ALSO - Advanced Life Support in Obstetrics

**Kurset:**

Indlæring og træning i akutte obstetriske situationer.

**Form:**

**Intensivt 2 dages kursus.**

Korte teoretiske forelæsninger. Hovedvægten lægges på undervisning og færdighedstræning på fantomer i små grupper, samt case-diskussion.

EksamensKursus: Der afsluttes med skriftlig multiple choice test, og praktisk test på fantomer.

Diplom ved gennemført kursus og bestået eksamen.

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

**Undervisere:**

5 Instruktører: Obstetrikere eller jordemødre.

**Tid og Sted:**

27. og 28. Maj 2014. Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk

**Deltagere:**

12 Læger eller Jordemødre i Grønland. 2 Fødselsassistenter.

**Kursusmateriale:**

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

Manual og GuideLines skal læses og forberedes grundigt INDEN kursusstart.

**Tilmelding:**

Er åben. Skriv til Ovl. Ole Lind: oli@peqqik.gl

**Kursusafgift:**

Læger og Jordemødre: Kr. 13.000

Fødselsassistenter: Kr. 5.000

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

**Inkluderet:**

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

Afsluttende kursusmiddag onsdag aften

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

**Advanced Life Support in Obstetrics**

[www.also-scandinavia.com](http://www.also-scandinavia.com)

Grønlands LægeForening inviterer:

## KURSUS: Ultralyd i Grønland 2014

**Kurset:**

Henvender sig til Læger i Grønland.

Både til uøvede og erfarne, alle får et stort fagligt løft og nye kundskaber.

Den teoretiske gennemgang på kurset bliver begrænset.

Focus bliver lagt på hands-on workshop med opøvelse af praktisk kunnen.

**Form:**

**2 dages kursus.**

Kursisterne deles i to hold.

**Første del:** Focus på musculoskeletale lidelser: Led, bursae, sener, knogler, muskler. Rheumatologi.

**Anden del:** FAST og FATE, Ultralyd til traumer og akutte situationer. Abdomen, Thorax og Hjerte.

FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma)

FATE (Focus Assessed Transthoracic Echocardiografi).

**Tid og Sted:**

29. og 30. Maj 2014. Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk.

**Undervisere:**

Overlæge Ulrich Fredberg. Overlæge Lars Bolvig.

**Kursister:**

12-16 læger.

**Kursusmateriale:**

Underviserne forudsætter, at alle kursister har forberedt sig teoretisk INDEN kursusstart.

*Anbefalet:*

”Textbook on musculoskeletal Ultrasound” af Lars Bolvig

OG: E-learning-kursus om FATE: <http://usabcd.org/>

Vi indkøber eet eksemplar af begge. Kan lånes til gennemsyn.

**Tilmelding:**

Er åben. Skriv til Jacob Kanstrup: jkan@peqqik.gl

**Kursusafgift:**

Kr. 8.500

**Inkluderet:**

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

Afsluttende kursusmiddag fredag aften.

**Ikke inkluderet:**

Rejse og ophold.

Kursusmateriale – eet eksemplar kan udlånes.

# Kirurgien i Grønland

## En status indenfor Parenkymkirurgien.

Det går egentlig godt for kirurgien på Dronning Ingrid's Hospital (DIH), om end der selvfølgelig er mange udfordringer. Vi er befolkningsmæssigt et meget lille land, som kan præsentere stort set alle sygdomme, og vi bor meget spredt og langt fra hinanden. Vores sundhedsvæsen har ikke uanede økonomiske midler, så specialisterne på Landshospitalet skal virkelig dække bredt. Parenkymkirurgisk afdeling har 3 normerede overlægestillinger, hvoraf de 2 er besat, men dækkes ind af forskellige vikarer, som med deres kompetencer kommer regelmæssigt tilbage. DIH er et godt uddannelsessted for yngre læger, og inden for kirurgien er gennem de sidste år i samarbejde med danske afdelinger uddannet 2 specialister med 1 yderligere næsten færdig og mange andre godt i gang gennem deres introduktionsstilling. Fremover skal man nok satse på uddannelse gennem det norske sundhedsvæsen, hvor man har en struktur og geografi mere lignende den grønlandske. Lægestuderende fra Grønland kommer sammen med andre studerende på kliniske ophold på hospitalet, og de nyuddannede læger ansættes i kliniske basisuddannelser, også for at sikre lægernes kontakt og tilbagevenden til Grønland. Kirurgisk afdeling deltager i uddannelsen til almen medicin, hvor lægerne rustes til opgaverne i Grønland.

Kirurgisk afdeling undersøger og behandler bredt kirurgiske sygdomme og henviser de patienter til Danmark eller i nogle akutte tilfælde til Island, som man ikke selv kan håndtere. De patienter, som typisk må rejse til udlandet, har kræft i spiserør, mavesæk, endetarm, lever og bugspytkirtel og i urinvejene til operation og til onkologisk (kemo) behandling. Patienterne udredes på afdelingen med kikkertundersøgelse i spiserør, mavesæk, tyktarm, urinveje samt i luftveje, billeddiagnostisk med ultralyd, konventionel røntgen, CT og MR-scanning på røntgenafdelingen og opereres åbent eller endoskopisk, laparoskopisk gennem kikkertør. Patienterne fordeler sig på store grupper med problemer fra mave-tarm-kanalen, være sig mavesår, polypper, betændelse eller kræft, galdestenssygdom, urinvejene med forstørret blærehalskirtel, sten eller kræft. Patienter med brok (hernier) og åreknuder (varicer). De hyppigste operationer er for hernie, varicer, galdesten og tyktarmslidelser (kræft, betændelse og tarmslyng) samt forstørret blærehalskirtel (prostata). Herudover er afdelingen også det 9.ende Pacemakercenter inden for Rigsfællesskabet, Grønland, Færøerne og Dan-

mark. 100 patienter venter på operation men herudover venter andre 100 på at blive vurderet til evt. operation – de fleste til hernie og varicekirurgi. Kirurgisk afdeling har et tæt og vigtigt samarbejde med medicinsk og anæstesiologisk afdeling.

I kirurgisk ambulatorium udføres specielt urodynamik (undersøgelse af urinblære-funktionen), kikkertundersøgelse af mavesæk (gastroskopi, ERCP), tyktarm (koloskopi) og urinblære (cystoskopi), og antallet af koloskopier er stigende. Undersøgelserne er meget vigtige, fordi de kan finde kræft og forstadier hertil, som behandles. Kirurgisk afdeling rejser regelmæssigt ud til sundhedscentre og undersøger, behandler patienter – kikkertundersøgelser og dagkirurgi til udskrivelse samme eller dagen efter. 300 patienter står skrevet op til dette fordelende sig med 1/3 til vurdering, operation og endoskopi.

### Kommende kirurger fra Nuugaatsiaq bygd

Aktuelt er 1200 patienter skrevet op til undersøgelse - behandling på Landshospitalet. Patienter til kikkertundersøgelse udgør de 820, heraf 620 alene til koloskopi. Langt de fleste patienter skal kontrolleres efter tidligere undersøgelse og behandling, specielt efter operation for kræft. Udfordringen er at undersøge patienterne til det ønskede tidspunkt men også at undersøge patienter med symptomer på kræft hurtigt. Afdelingen mangler koloskopi-kapacitet og sengepladser til de indkaldte patienter. Landshospitalet vil snarest i 2014 indkøbe ekstra udstyr til koloskopi og indføre projektuger for at afvikle ventelistepukler. Landshospitalet har styrket indkaldelsesfunktionen for at sikre rettidig indkaldelse af patienter, også til CT-kontrol efter behandling for kræft. Tidligere ventede over 120 patienter på fjernelse af galdeblæren for galdestenssygdom, men efter indførelse af kikkertkirurgi (laparoskopi) er ventelisten opereret væk.

Den store udfordring er afdelingens funktion udi fremtiden. I dag behandler den enkelte kirurg ”kun” kræft i endetarmen, opererer ”kun” galdeblære eller udfører ”kun” koloskopi, og Grønland kan selvsagt ikke ansætte specialister til at dække alle former for undersøgelse og behandling. Grønland har brug for bredt uddannede kirurger, der kan klare akutte sygdomme og traumer, som kræver hurtig handling. Så må man samarbejde med store afdelinger i udlandet om regelmæssigt at sende læger til



*Kommende kirurger fra Nuugaatsiaq bygd*

at undersøge og behandle indkaldte patienter inden for deres speciale, her i første omgang urinvejssygdomme og siden hen også inden for tyktarms-kræftkirurgi, men de faste læger skal kunne operere på tyktarmen. I nær fremtid skal den fremtidige brystkræft-behandling ændres radikalt, krævende samarbejde med udlandet. Denne problematik gælder også de andre hovedspecialer på kirurgisk afdeling: ortopædkirurgi ("brækkede knogler") og gynækologi-obstetrik (kvinde-sygdomme og gravide). Der er nu aftale med en stor afdeling i Danmark, som dækker en overlægestilling inden for ortopædkirurgi. Tidligere har der været fastansatte øre-næse-halslæger, men hospitalet betjenes nu af specialister udefra i kortere perioder. Plastikkirurg kommer en gang årligt.

Dronning Ingrid's Hospital, Landshospital for Grønland, undersøger og behandler patienter fra hele Grønland, og

patienterne findes og henvises af lægerne på de forskellige sundhedscentre. Imidlertid er det blevet meget vanskeligt at rekruttere bredt uddannede læger til længerevarende ansættelser, hvorfor Landshospitalet i fremtiden også må sikre sig kontrol og efterbehandling af patienter, som har været indlagt. Der vil fremover indlægges flere patienter uanset regionaliseringens formål med at kunne varetage flere opgaver, og det kræver sengepladser. Økonomisk er sundhedsvæsenets udfordring de jævnt stigende billetpriser til patient- og personalerejser (udgør over 10% af sundhedsvæsenets budget) og de stigende udgifter på medicin og behandling i Udlandet.

*Knud Erik Kleist, administrerende overlæge*



Læge Saadia Khan har 1.december 2013 og Karen Marie Kielsen (foto t.h.) 10.januar 2014 erhvervet speciallæge-autorisation i kirurgi efter gennemgået introduktionsuddannelse i kirurgi på Dr.Ingrids Hospital og hoveduddannelsesstilling i kirurgi på Dronning Ingrids Hospital, henholdsvis Vejle og Esbjerg Hospital samt Universitetshospitalet i Odense.

*Pilluakulooritsi, Stor Tillykke fra os*

*På billedet optræder læge Inuuteq Fleischer, som efter klinisk basisuddannelse og reservelægestilling på kirurgisk afdeling fortsætter i introduktionsstilling i Randers. Vi ser frem til, at han vender tilbage som ortopædkirurg.*



*Overlæge Peter Nzulumiki har orlov for at starte sit hospital op i hjemlandet Nigeria.*

Da jeg for 10 måneder siden igen fik Nuuk som hjemby og Dronning Ingrids Hospital som arbejdssted, var det med en stærk bevidsthed om, at jeg ikke vendte tilbage til mit tidligere job som cheflæge på DIH, men at jobbet i høj grad var nyt for mig. Jeg skal fra cheflægens stol have fokus på såvel Regionerne som DIH. Og måske i særlig høj grad vægt på samspillet mellem DIH/Nuuk og regionerne uden for Nuuk.

### Organisationen og de ledende læger

I en kort periode var alle regionsledelser fuldtallige, hvilket må have været en milepæl i Sundhedsreformens historie. Med mit jobskifte og Thomas Lund Sørensens valg af arbejde uden for Grønland, blev de to stillinger som ledende regionslæger i de nordlige regioner igen ledige, og indtil dato har det ikke været muligt at rekruttere til fast ansættelse i stillingerne. Hvorfor? En rundspørge blandt de nuværende, fastansatte ledende regionslæger giver ikke en entydig forklaring. Men det kan give anledning til bekymring, når den umiddelbare begrundelse for, at de i dag bestrider posterne egentlig ligger i, at de ikke ønsker, at andre skal varetage opgaven! De indrømmer dog også, at jobbet er udfordrende og spændende, fordi det indebærer en mulighed for at sætte et præg på den faglige og organisatoriske udvikling i Sundhedsvæsenet. De erkender, at jobbet stiller særlige krav til kreativitet ikke mindst på baggrund af de økonomiske og rekrutteringsmæssige udfordringer.

En repræsentant fra en anden faggruppe gav fornylig udtryk for tvivl om, hvorvidt læger overhovedet ønskede at påtage sig ledelsesretten – og pligten. Og hvis det var et faktum, mente hun, at lægerne burde frasige sig ledelsesopgaverne, koncentrere sig om det faglige arbejde og overlade ledelsen af Sundhedsvæsenet til andre faggrupper.

Jeg deler på ingen måde denne holdning og opfattelse. Men jeg nærer en dyb bekymring for, om det inden for en overskuelig fremtid kan lykkes os at rekruttere de nødvendige lægelige ledere i Grønland. De lægelige ledere skal sikre den nødvendige faglige sparring og sikre det lægefaglige islæt i såvel ledelse som administration. Efter min mening en klar forudsætning for, at lægefaget kan kræve indflydelse på Sundhedsvæsenets udvikling.

# - ti måneder i perspektivet fra cheflægens stol

I såvel regionerne som på DIH er ledelsen todelt. Men er vilkårene lige? Hvorfor skal den ene del være leder på fuld tid, mens den anden skal varetage det kliniske arbejde ved siden af? Giver det ligevægt i en ledelse? Svaret giver sig selv. Men vil lægerne ledelse på fuld tid – kan de slippe patienterne og ”nøjes med” den indirekte patientkontakt som ledere for deres klinisk arbejdende kollegaer? Og har Sundhedsvæsenet råd til at gøre dem til ledere på fuld tid – eller har vi råd til at lade være? En af begrundelserne for denne uligevægt i regions – og områdeledelser er, at der er meget mere plejepersonale at lede, altså er ledelsesopgaverne for oversygeplejersker og ledende regionssygeplejersker langt større. Det vil jeg tillade mig at sætte et spørgsmålstejn ved. Hvis ledelsesorganisationen modnes, og vi lader vores funktionsledere og medarbejdere løse de organisatoriske og faglige opgaver, vi ansætter og klæder dem på til, er ledelsesopgaven ikke større i den sygeplejefaglige del af ledelserne. En ledende overlæge/regionslæge har det direkte ledelsesansvar for 3 – 19 personer, mens der på sygeplejesiden, i kraft af det opbyggede organisatoriske ledelseshierarki, er direkte personaleledelse i samme størrelsesorden. Hvilke andre ledelsesopgaver begrunder de skæve vilkår i ledelserne? Hvad er det for ledelsesopgaver, lægerne kan tillade sig at sige fra overfor i den fælles ledelse? Her er flere spørgsmål end svar – men disse spørgsmål skal besvares sammen i ledelsesorganisationen, inden man bebrejder lægerne, at de ikke ønsker at påtage sig ledelsesopgaverne.

## Områdeledelserne på DIH

Vi har i Sundhedsledelsen, stort set siden vi tiltrådte for 10 måneder siden, arbejdet på at få områdeledelserne på DIH på plads. Skulle der være tre? Skulle der være fire? Fuldgyldige ledelser eller fælles oversygeplejersker? Hvor var historikken – historier var der mange af – bag det faktum, at, på trods af at denne struktur var vedtaget og tydeligt beskrevet i Sundhedsreformen fra 2012, var organisationen endnu ikke på plads. I skrivende stund går stillingen som ledende overlæge for Akutområdet til forhandling, finansieringen er dokumenteret. Og i løbet af 2014 vil alle områdeledelserne være på plads ud fra den oprindelige plan og definition. Der er blevet stillet spørgsmålstejn ved den organisation ud fra en opfattelse af, at det er ledelsesmæssigt ”overkill” på et sygehus af DIH’s størrelse. Jeg har nok også hørt til blandt skeptik-

erne. Men efter 10 måneder i den varme stol sammen med Ella og Jóanis Erik er det min klare opfattelse, at skal vi have styr på organisationen og kunne lede den fornuftigt inden for de givne stramme økonomiske rammer, er denne ledelsesstruktur alfa og omega. Vi har brug for, at områdeledelser og regionsledelser løfter ledelsesopgaverne sammen med os med gensidig involvering. Vi har fuld tillid til, at områdeledelser og regionsledelser kan og gerne vil påtage sig ledelsesopgaverne og deltage i udviklingen af de strategier og ledelsesværktøjer, der skal gøre Sundhedsvæsenet i stand til kvalificeret at påtage sig sine kerneopgaver.

## Mine fokusområder i de kommende 38 måneder

Dette er mit sidste faste job. Min alder, mit helbred og min familie byder mig, at sådan skal det være. Faktisk lagde jeg yderligere 3 mulige arbejdsår til den oprindelige plan, da jeg valgte at søge cheflægestillingen. Nogen vil synes, at det er uendelig lang tid, andre vil bede mig om at fortsætte yderligere. De første vil jeg bede om enten at have tålmodighed med mig eller åbent bede mig om at forlade posten, de andre må jeg skuffe med, at jeg har fast bagkant! Men den relative korte tidsfrist, der er givet mig, gør også, at jeg vil og skal være fokuseret på de områder, jeg brænder for i Sundhedsvæsenet.

## Sundhedsstrategi 2014 – 2017

Siden forsommeren 2013 har vi i Sundhedsledelsen arbejdet med et oplæg til en Sundhedsstrategi 2014 – 2017 baseret på de politiske nøgleord, der fremgår af koalitionsaftalen. Vi startede arbejdet med at tage en dag ud af kalenderen og isolere os på Hotel Hans Egede i Nuuk sammen med alle de eksisterende strategier og fokusområder, der i øjeblikket enten er implementerede, under implementering eller på vej til implementering efter politisk behandling. Resultatet var overvældende, og opgaven med at implementere alt dette i et sundhedsvæsen præget af en stor personaleudskiftning på alle niveauer synes umiddelbart uoverkommelig. Med et samlet antal medarbejdere på 1400 og nyansatte pr år i størrelsesordenen 800 – vel vidende at en del af disse nyansættelser er genbesættelse af samme funktion – kan mere end tredive strategier og over et hundrede og halvtreds delprojekter synes uoverstigelige. Vi brugte billedet af fangst og partering af en blåhval uden de nødvendige redskaber som metafor. Alligevel var det en god proces at få skabt et overblik.



*Sundhedsledelsen NUNAMED*

Ikke mindst at erkende, at vi til fulde med de eksisterende strategier kunne arbejde målrettet i forhold til de politiske nøgleord. Sammen med områdeledelser, regionsledelser og landsdækkende funktioner tog vi ved ledelseskonferencen i november fat på den nødvendige involvering af hele sundhedsvæsenet, der skal ske i dette strategiarbejde. En klar forudsætning for, at meget skal lykkes, er, at der skabes det nødvendige samarbejde med det kommunale område. Der er et ønske om at tage afsæt i beskrivelsen og gennemførelse af patientforløb, som det bl.a. er

bekrevet i Kræftplanen, som starter sin implementering i 2014. I den forbindelse vil det blive vigtigt at få etableret den patientvejlederfunktion, der skal sikre den gode kommunikation mellem borger og sundhedsvæsen før, under og efter borgerens møde med Sundhedsvæsenet.

**Kompetenceudvikling som basis for fastholdelse og videreformidling af viden.**

Men intet af dette kan gennemføres, hvis de nødvendige kompetencer ikke er til stede, eller hvis den vigtige viden



ikke videreformidles. Både når den faglige stafet gives videre ved personskift eller den behandlingsrelaterede stafet gives videre ved skift mellem sundhedsenhederne i og uden for Grønland. Der blev i en leder i Nakorsanut 2, 2013 stillet spørgsmålstegn ved de arktiske sygeplejersker og deres adgang til at løse lægelige opgaver. Samme spørgsmålstegn bliver med næsten større vægt sat ved opgaveglidning fra sygeplejersker til andre faggrupper. Vi har ikke råd til at bringe fagkampen ind i de patientnære opgaver i Grønland. Men vi skal med de ressourcer, vi har til rådighed, sikre den bedst mulige pleje og behandling og støtte det personale, der yder en formidabel indsats under til tider nærmest umulige vilkår. Det er det fastboende personale uanset faglig baggrund, der skal sikre kontinuiteten i Sundhedsvæsenet. Det skal sikres gennem målrettet faglig og personlig kompetenceudvikling og understøttet af de tekniske hjælpemidler, vi har til rådighed, ikke mindst telemedicin.

#### **Økonomistyring som basis for frihed til udvikling**

Kan nogen mindes, hvornår der har været et møde blandt ledere i Sundhedsvæsenet, hvor den økonomiske udfordring ikke har været på programmet? Kan nogen forestille sig, at det vil forekomme i fremtiden? Mange har hæftet sig ved Deloitte-rapporten, der for få år siden fastslog, at Sundhedsvæsenet er underfinansieret. Et ”faktum” det er yndet at bringe i spil, når der tales om de økonomiske udfordringer. Sat på spidsen: bare vi får flere penge, skal vi nok overholde budgetterne! Det er muligt, at Sundhedsvæsenet er underfinansieret, men jeg vil vove den påstand, at med de styringsværkstøjer, der til dato har været anvendt - eller mangel på samme - kan ingen udtale sig om rigtigheden af den påstand. I løbet af 2014 – 2015 får vi en gennemsigtig og gennemskuelig økonomi. Når vi har det, kan vi begynde at tale om finansiering og ressourceallokering til de steder, hvor vi får mest sundhed for pengene. Men det kan vi ikke, uden vi har en vel fungerende ledelsesorganisation, der har muligheden for at holde fingeren på pulsen, hvor pengene bliver anvendt.

#### **Behandling uden for Grønlands Sundhedsvæsen**

I april måned ganske kort tid efter min tiltrædelse var jeg på besøg i Island på Landspítali i Reykjavík. Absolut ikke det første møde mellem Grønlands og Islands Sundhedsvæsen. Møderne har altid været begrundet i et ønske om et tættere samarbejde. Men indtil videre har det kun re-

sulteret i en hensigtserklæring og kun meget få konkrete patientforløb, hovedsagelig fra Østgrønland. I tre måneder lå kautionerne for behandling uden for Grønland på cheflægens bord. Det skyldtes et behov for at få en indsigt i, hvilke patientkategorier, der blev visiteret til udlandet og hvorfor. Blandt andet for at vurdere, om der er belæg for et udvidet samarbejde med Island. Det blev interessante måneder. I forhold til det mulige samarbejde med Island synes omkring 95 % af de patienter, vi i dag visiterer til Danmark, at kunne få tilbudt samme behandling i Island. En hel del kontrolpatienter vil med fordel kunne forblive i Grønland og få gennemført kontrollerne telemedicinsk fra hjemsygehuset stadig med direkte kontakt til speciallægen i Danmark. Ovenikøbet med mulighed for, at de pårørende i videre udstrækning kan blive inddraget i patientforløbet end de kan i dag. Og endelig burde en stor del af den palliative kemoterapi, der i dag tilbydes grønlandske patienter uden for Grønland, kunne hjemtages til hjemsygehuset igen understøttet af telemedicinsk specialistbetjening enten fra Danmark eller DIH. Alt andet lige vil dette kunne frigøre ressourcer (rejseomkostninger), uden at der bliver gået på kompromis med den lægefaglige kvalitet. Mange elementer i disse muligheder skal gennembearbejdes, inden det udmønter sig i ændrede arbejdsgange, men potentialet er der og er stort i forhold til at sikre en bedre service for patienterne og deres pårørende.

Ti måneder er løbet af sted. Jeg har forsøgt at beskrive nogle af de overordnede udfordringer, jeg mener, skal løses, for at vi kan etablere det sammenhængende sundhedsvæsen, som Sundhedsreformen skulle være basis for. For mig er kerneydelsen for Sundhedsvæsenet at sikre vilkår for et godt og sundt liv, der gør borgerne i stand til at mestre sit liv med de forskellige vilkår, der bydes den enkelte gennem hans eller hendes livsforløb. Jeg håber, jeg får lejlighed til og mulighed for at præge udviklingen og videregive et Sundhedsvæsen, der fortsat løser sin kerneydelse på et højt fagligt niveau.

*Anne-Marie Ulrik*

*Cheflæge*

# Til gavn for Grønland

## Om rekruttering af læger og andet godtfolk til landet.

*Af Lars Mosgaard.*

Der er netop udkommet en rapport, ”Til Gavn for Grønland”.

Uden at gå i detaljer, da jeg ikke har læst den, vil jeg her nøjes med at henvise til en artikel på [www.knr.gl](http://www.knr.gl), ”Stop hjerneflugten: Find et job til konen”.

Her hedder det kort fortalt, at det ikke er nok med en konference i Danmark en gang om året, hvis der skal lokkes uddannet arbejdskraft hjem til Grønland.

Det hedder videre, at ”det er nødvendigt, at det offentlige og de store selvstyrevirksomheder opsøger den enkelte som et individ med familie og behov for socialt fællesskab.”

Jeg har tilladt mig at kommentere det på KNR’s hjemmeside og dermed i Facebook.

### ***Jeg har stort set skrevet følgende:***

Det er godt, der endelig bliver sat fokus på disse forhold.

De er i den grad relevante også for sundhedsvæsenets vedkommende, ikke mindst hvad rekruttering af læger angår – især grønlandske læger.

Også læger er nemlig ”individer med familie og behov for socialt fællesskab” som det hedder i artiklen.

Det er attraktivt at være læge i Grønland, hvilket jeg kan ’attestere’ efter mine mere end 30 års lægegerning i landet.

Langt det meste af min tid var som chefdistriktslæge i Qasigiannuguit, der indtil 2009 var et 2-lægedistrikt. De sidste 3 år af mit virke indtil 2012 var som enelæge, hvad der sled på mit forhold til min familie og mine venner, på mit velbefindende og måske også på mit helbred.

### **Attraktivt, ja...**

End mere må det være attraktivt for en grønlæner at kunne få et helt lægeliv som mit i Grønland.

Men det er ikke tiltrækkende at tage en stilling i et af de mange 1-lægedistrikter med arbejde og vagt 24-7-365 (= 24 timer i døgn - 7 dage om ugen - 365 dage om året), bortset fra sommerferie - altså det, der i gamle dage, hvor man så stort på den slags etniske skrubbudser, kaldte kineservagt.

Ikke blot er det lidet tiltrækkende at leve på den måde i en ellers attraktiv stilling godt nok med en god løn, men helt uden fritid eller frihed til at leve noget, der ligner en normal tilværelse.

Jeg anser det endda for at være ulovligt efter den gældende arbejdsmiljølovgivning at forlange og tilrettelægge, ja planlægge en arbejdsindsats på den måde!?

Der er sanktioner ved overtrædelse af denne lovgivning.

Hvordan arbejdsgiveren kan komme igennem hermed tilsyneladende uden påtale, er mig en gåde.

Der er dog noget, der hedder Arbejdstilsynet.

Hvem ønsker at være far og mor et sted, hvor man ikke kan leve et normalt liv og lære sine børn om naturens glæder med sejlad, overnatning i det fri, fiskeri, jagt og eventuelt hundeslædekørsel?

Og alt det dér, som naturligt hører livet i Grønland til.

Ingen frihed til normal omgang med familie, venner og omgangskreds - altid på vagt - altid en telefon i lommen - altid parat til at stille op uden varsel.

Det får man ingen normale mennesker til og naturligvis heller ingen ung grønlandsk familie.

Det gider kun nørder og gamle pensionerede læger som jeg - og kun i kort tid ad gangen.

Arbejdsglæden kan dog ingen tage fra os.

Når først det problem med arbejdsplanlægningen engang er blevet klaret, så er der selvfølgelig det med et job til ægtefællen, der nævnes i rapporten.

Ingen siger, at det bliver let at løse, det her.

Men nogen sagde på forhånd, at den slags (petitesser) ville blive løst ved indførelsen af regionaliseringen af sundhedsvæsenet.

Lad nu først regionaliseringen komme på plads, hed det – lyttede jeg ikke eller hørte jeg forkert?

### **Nu er regionaliseringen gennemført.**

Nu må resultaterne altså snart vise sig, f.eks. ved at de grønlandske læger begynder at rykke ud på kysten i faste stillinger eller som en start blot at stillingerne bliver besat med fastansatte læger, hvor end de måtte komme fra.

Men sker dette? Mig bekendt ikke endnu.

### **Vil det da aldrig blive til virkelighed?**

Vil det aldrig blive normalt, at grønlandske læger som en naturlighed skal varetage lægearbejdet i Grønland eller i bedste fald kun vil tage ansættelse på Dronning Ingrid Hospital og på lægeklinikkerne i de store regionsbyer?

Det er kun halvdelen af befolkningen, der bor i disse byer.

Resten fordeler sig på andre bosteder, hvoraf en del er

byer med et sundhedscenter med en eller flere læger.

Kun et fåtal er ansat i faste stillinger.

### **Nu er man som nævnt kommet igennem regionaliseringsprojektet.**

Det er så på tide med få gang i en normaliseringsproces: en vision om og et arbejde frem mod et normalt fungerende sundhedsvæsen i Grønland, selvfølgelig under hensyntagen til den økonomi, der kan afsættes til det samme sundhedsvæsen.

Inden for denne ramme må der kunne defineres en normaltilstand for sundhedsvæsenet og dets funktion, service, niveau og kvalitet.

Noget af en sådan normaltilstand og til gavn for Grønland må være faste læger - så vidt muligt grønlændere - i lægestillingerne på sundhedscentrene i landet.

Sundhedsvæsenet har set sig som en sektor, hvor den slags rekrutteringsproblemer er et særkende.

Der er blevet arbejdet med dem i mange år.

Viden og erfaring må være resultatet.

*Yngre læger arbejder hårdt på medicinsk afd 2014.*



Nu viser rapporten, at man kan forvente, at hele den offentlige sektor, de store selvstyrevirksomheder og de forhåbentlig kommende nye virksomheder, der baserer sig på råstofudvinding og den slags, også må belave sig på at stå over for den samme udfordring.

Ja, selv fiskefabrikkerne, f.eks. den i Qasigiannuit, har lignende rekrutteringsproblemer til sin medarbejderstab.

Noget tyder på, at der skal arbejdes tværsektorielt om det her problem.

Sundhedsvæsenet har arbejdet i mange år med at løse disse rekrutteringsproblemer.

Nu ses det som et egentligt samfundsproblem.

Sundhedsvæsenet må kunne assistere med sin ekspertise.

Omvendt må sundhedsvæsenet kunne håbe på den nødvendige førstehjælp.

*Gl. Rye den 1. Februar 2014.*

# Råd fra lægen

## Hvordan laves de kærlige råd?

I et forsøg på at hjælpe borgerne derhjemme og aflaste lægetelefon og skranken i lægeklinikken, har lægerne på DIS, de sidste par år på skift skrevet kærlige råd.

Rådene er efterhånden blevet til en fast tilbagevendende rubrik i avisen Sermitsiaq.

Rådene forsøger at komme vidt omkring og således har eksempelvis, halsbetændelse, indeklime, forstuvninger og gode råd til at komme tømmermænd i forkøbet, nået frem til borgerne via avisen.

Hvilke råd der kommer i avisen, afhænger som regel af hvad der er relevant, for års eller juletiden! Råd om Influenza vaccinen, kommer derfor i avisen kort før Influenza sæsonen ventes at ramme, mens råd om diarre i princippet er eviggyldige og kan bringes når som helst.

Oftentimes oplever vi at særlige typer problemstillinger eller spørgsmål, dukker op igen og igen på lægetelefonen eller i konsultationerne. I sådanne tilfælde overvejer vi, om ikke kunne komme borgerne i forkøbet, med et kærligt råd, og dermed hjælpe dem og os.

Rådene er forsøgt skrevet i et let tilgængeligt sprog, men alle ord og vendinger skal overvejes nøje, da de udkommer på både dansk og grønlandsk. Det er en stor udfordring, da det ofte er vanskeligt at få oversat vendinger og betydninger af ord korrekt, hvilket naturligvis er altafgørende for den endelige effekt.

Ligeledes skal det faglige indhold tænkes nøje igennem.

Det skal naturligvis være korrekt, og kunne hjælpe borgerne derhjemme, samtidig er det vigtigt at borgene fortsat kontaktes os hvis de har symptomer på alvorlig sygdom eller symptomer de ikke forstår.

Oftentimes er der mange ting som det kan føles relevant at fomidle, men rådene bliver som regel skåret ned undervejs i processen, da de skal være enkle at forstå og forholde sig til.

Rådene udformes på baggrund af tilgængeligt materiale fra eksempelvis Medicinsk kompendium, læge og patienthåndbogen samt informationer fra styrelser og institutoner eks SSI.

Desuden forsøges de tilpasset den kliniske erfaring og grønlandske virkelighed, som vi oplever hver dag i klinikken.

Ved læge Mikkel Lind-Holst

**DRONNING INGRIDIS SUNDHEDSCENTER**

### Råd fra LÆGEN

**DRONNING INGRIDIP NAPPARSIMMAVISSUA**

## NAKORSAMIIT

siunnersuutit

#### Nualluummut akiuussutissalersuineq 2013

Piffissaq nualluffiisartooq atuutingajalerpoq, nualluummullu akiuussutissalersinnissaq inuppasaumut isumassarsiatsialaasaaq. Nualluut kissarneqarnermik, niaqorlunermik, nukitsigut naggussatigullu annerisaqarnermik nassataqartarpoq. Iisarnaatit taakkorpiat, virusilli nutaap, ukiut tamarluinnangajaasa eqqortarpaatigut. Nualluut inunni sanngiillisimasuni sualuttorjussuusinnavaq. Siomatigut nuallussimaneq imaluunniit akiuussutissalersuineq virusimut ukioq manna atuuttumut ilersuutaanerunaviangilaq.

Kikkulluunniit akiuussutissalersissinnaapput taamaalillutillu napparsimalinginnissaq ilmanamerulersillugu. Innuttaaqatigut tulluittuni taaneqartut akeqanngitsumik akiuussutissalersuineq qamissaat Nunatta Nakorsaaneqarlianit aalajangiunneqarpoq:

- 64-it sinnerlugit ukiullit kikkulluunniit
- Siusinaartumik soraamerussutissiallit
- Inuit tingummikkut, puammikkut, tartummikkut uummatimikkulluunniit qaangeruminaatsumik nappaatillit
- Inuit sukkornermik nappaatillit
- Inuit akiuussutissaksit, imaluunniit akiuussutissaksitunik najugaqateqartut
- Pualasoorjussuit, 40 sinnerlugu BMI-qartut
- Naartusut sapaatip-akunnerata 13-issaanniit

Akiuussutissalersinneq allanut tamanut 90 kr.-nik akeqarpoq, akililineq Nakorsaataasivimmi pissaaq, aningaasanillu nassar-nissaq eqqaamaqquneqarpoq!

Akiuussutissalersinnerup sunniutigisinnaasaal: niaqorlunneq, kissarneqarnermik, nukitsigut naggussatigullu annerisaqarnermik, kapitiffigisami ippigusuuteqarnermik. Sunniutaasinaasut tamar-mik ulunik arlaqanngitsuinarnik sivisussuseqartarput.

Nakorsaatinut allagartamik piniarlutit [www.doktor.gl](http://www.doktor.gl) atoruk, tamatumalu Kingorna Dr. Ingridip Peqqissaaviva 344400 aqquutigalugu attaveqarfigineqassaaq kapitinnissamut piffissamik inniminniilarluni.

Suliffeqarfiit suliisuminnik nualluummut akiuussutissalersuinequt nakorsiarfimmut attaveqarfigisinnaavaatigut una aqquutigalugu: [Laegeklinikken@peqqik.gl](mailto:Laegeklinikken@peqqik.gl)

#### Influenzavaccination 2013

Influenzasæsonen rammer os snart og for mange, vil det være en god ide, at blive vaccineret. Influenza giver feber, hovedpine, muskel og ledsmerter. Samme symptomer, men nyt virus, som rammer os næsten hvert år. Hos svækkede personer kan influenza være endog meget alvorligt. Tidligere influenzasygdom, eller tidligere vaccination, medfører ikke øget beskyttelse mod dette års virus.

Alle kan vaccineres og dermed øge sandsynligheden, for at undgå at blive syg. Landslægeembedet har besluttet at det er gratis for følgende grupper:

- Alle over 64
- Førtidspensionister
- Personer med kronisk lever, lunge, nyre eller hjertesygdom
- Personer med sukkersyge
- Personer med nedsat immunforsvar, eller samboende til en sådan
- Svært overvægtige, BMI over 40
- Gravide fra uge 13

For alle andre koster vaccinen 90 kr, betaling foregår på apoteket, husk rede penge!

**Evt. bivirkninger:** hovedpine, feber, muskel og ledsmerter, lokal irritation på indstikssted. Alle bivirkninger er kun få dage.

Benyt [www.doktor.gl](http://www.doktor.gl) for recept, herefter kontaktes Dr. Ingridis Sundhedscenter på 344400 for tidsbestilling til stikket.

Firmaer som ønsker personalet vaccineret, kan kontakte os på: [Laegeklinikken@peqqik.gl](mailto:Laegeklinikken@peqqik.gl)

Råd fra lægen skrives af lægerne på Dronning Ingridis sundhedscenter, rådene omhandler noget af de problemer vi herer op. Forsting til emne mødtes gerne.

Dronning Ingrid-p Peqqissaaviviarit siunnersuutit nakorsamiit allanneqartarut, uluinnami ajomartorsuutit naammattortakatsinimitt aallaaveqarqartarput. Siunnersuutaasinnaasut allat tigulluatsinnaavaatigut.

• LÆGETELEFONEN 80 11 11 hverdage 8:15-9:00  
• RECEPTIONEN I DIS 34 44 00 hverdage 8:00-15:30  
• DIABETES, BLODTRYK OG RYGESTOP 34 44 22 hverdage 8:00-8:30  
• WWW.DOKTOR.GL Receptforlyse, velafgrænsede spørgsmål. Ikke tidsbestilling.  
• SKADESTUE 34 44 00  
• AMBULANCETELEFONEN 344 112 (kun alarmkald)

• TELEFONI NAKORSIARTARFIK 80 11 11 uluinnami 8:15-9:00  
• DIS-imi SAAFFIGINNITARFIK 34 44 00 uluinnami 8:00-15:30  
• SUKKORNERMUT AALLU NAQITSINERANUT, PUORTARTARUNNAARNERMUT TELEFONI: 34 44 22 uluinnami 8:00-8:30  
• [www.doktor.gl](http://www.doktor.gl) Nakorsaatinut allagartap nutarterema, apoquutit. Piffissamik inniminniiffingitsooq  
• AJOQUSERSIMASUNUT NAKORSIARTARFIK 34 44 00  
• AMBULANCENUT TELEFONI 344 112 (taamaallaat pinartoqartilugu)

# Grønlands Ernærings- og Motionsråd

## - Rådgivning om kost og bevægelse

### Medlemmer:

- Formand: Gert Mulvad, Distriktslæge, Lægeklinikken i Nuuk.
- Birgit V. Niclasen, Lægefaglig konsulent, Departementet for Sundhed og Infrastruktur.
- Jannik Isidor, Kontorchef, Forbrugerrådet.
- Asbjørn Brandt, Ledende veterinær, Veterinær og Fødevarer Myndigheden I Grønland (VFMG).
- Lauritz Heilman, Idrætskonsulent, Grønlands Idrætsforbund.
- Anna Rask Lyng, Professionsbachelor i ernæring og sundhed, Livsstilsambulatoriet i Nuuk.
- Bent Mortensen, Konsulent for praktisk/musiske fag og samfundsfag, Institut for læring, Inerisaavik.

### Indledning

Rådet blev nedsat i 2004 af det daværende Landsstyremedlem for Sundhed og Miljø som et rådgivende organ for Landsstyremedlemmet. Rådets arbejde udføres i dag under hensyntagen til Naalakkersuisuts politiske målsætning formuleret i Inuuneritta II: ”Gode vaner omkring fysisk aktivitet og gode kostvaner bør grundlægges fra barndommen, fordi usunde vaner på disse områder senere i livet er årsag til sygdom, tidlig død og tabte gode leveår.” (Inuuneritta II 2013-2019; s. 6).

### Møder

Der er i 2013 afholdt 5 ordinære møder i Ernærings- og Motionsrådet, samt et planlægningsmøde i forbindelse med minikonferencen ”Spis mere fisk”. Efter sin tiltræden som minister i april 2013, har minister Steen Lyng deltaget i ét af Ernærings- og Motionsrådets møder i 2013.

### Nyt Råd, navn, kommissorium og forretningsorden

Ernærings- og Motionsrådets medlemmer sidder for en periode af fire år af gangen og perioden for det daværende Ernæringsråd udløb ved udgangen af 2012. I forbindelse med udpegningen af et nyt Råd, hvor flere af de daværende medlemmerne er blevet genudpeget, blev også navnet for Ernæringsrådet ændret til Ernærings- og Motionsrådet, som et led i den øgede fokus på fysisk aktivitet. Kommissoriet for Ernærings- og Motionsrådet er endvidere blevet revideret ligesom der er blevet udarbejdet og vedtaget en forretningsorden.

### Botulisme

Hen over sommeren 2013 forekom 7 tilfælde af botulisme, hvor to af tilfældene havde dødelig udgang. Vigtigheden af at følge op på tilfælde af botulisme, for at sikre den rette diagnostik og rapportering til sundhedsmyndighederne, blev drøftet i Ernærings- og Motionsrådet. En strategi/bekendtgørelse for Botulisme, som der bl.a. ligger for Trikonose kunne overvejes. Endvidere arbejder Ernærings- og Motionsrådet videre med at give den eksisterende pjece vedr. Botulisme fra 2000 et ”ansigtsløft”.

### ”Spis mere fisk”

Den 18. juni udsendte Aalborg Universitetshospital en pressemeddelelse, ”Forskning sår tvivl om fiskens hjertesunde egenskaber”, vedrørende ny forskning, som de selv står bag, som sætter spørgsmålstegn ved fiskens sunde egenskaber. Som en reaktion på pressemeddelelsen fra Aalborg Universitetshospital, udsendte EMR den 20. juni pressemeddelelsen, ”Spis mere fisk”.

Det springende punkt i artiklen fra Aalborg Universitetshospital, som Ernærings- og Motionsrådet reagerede på, var overskriften, hvor pressemeddelelsen om forskningsartiklen lavede direkte paralleller til fisk. Nyheden fra Aalborg Universitetshospital har kørt på flere grønlandske medier – men det er kun KNR der har taget berigtigelsen af forskningsartiklen op, som handler om målinger på syv traditionelle grønlandske fødevarer og ikke udelukkende fisk. Derfor giver artiklen ikke videnskabeligt belæg for at sætte spørgsmålstegn ved fiskens sunde egenskaber, som Ernærings- og Motionsrådet også pointerer i deres pressemeddelelse.

Ernærings- og Motionsrådet drøftede efterfølgende om der var grund til at reagere yderligere, men var enige om, at den udsendte pressemeddelelse var nok, da befolkningens adfærd næppe vil rykke sig ved denne ene sag.

### Minikonferencen ”SPIS MERE FISK”

Ernærings- og Motionsrådet afholdte den 11. juni en minikonference, hvor de satte fokus på fisk som råvare. Minikonferencens omdrejningspunkt var:

- Hvorfor spises der så lidt fisk i Grønland?
- Hvad kan vi gøre for, at der i fremtiden spises mere fisk?

For at åbne op for en drøftelse af dette blev følgende emner belyst:

- Frisk fisk på Brættet
- Frisk fisk til kantinen
- Frisk fisk til detailbutikkerne
- Veterinærkrav til fangere/fiskere omkring levering af frisk fisk

Formålet med minikonferencen var at styrke partnerskaber mellem institutioner, detailhandelen, fiskeindustrien, forbrugere m.fl. ud fra en tanke om, at det ikke nødvendigvis behøver være kompliceret at løse nogle af udfordringerne. Det handler om at samle de relevante organisationer og institutioner, og minikonference kan forhåbentlig blive startskuddet på nogle generelle strukturelle tiltag der kan få den grønlandske befolkning til at spise mere fisk.

Der blev som afslutning på minikonferencen formuleret to mål:

1. Fremme udbuddet af fisk og fiskeprodukter i detailhandelen, butikker mm. Eksempelvis frisk fisk marked i Pisiffik og Brugseni og let forarbejdede produkter på Brættet indenfor et år. At erhvervsfiskere kan levere direkte til butikker, og levere forarbejdede varer til fx Brættet.
2. Sikre leverancer direkte fra godkendte erhvervsfiskere og fangere til institutioner og kantiner, mhp. at øge antallet af dage der serveres fisk.

For at opnå målene, er det en forudsætning at mål 1 opfyldes først. Ledende veterinær ved Veterinær- og Fødevaremyndigheden i Grønland står i spidsen for arbejdsgruppen, som arbejder med at etablere certificeringskurser i fødevarer sikkerhed for erhvervsfiskere. Første certificeringskursus blev afholdt i efteråret 2013.

#### **Udgivelser:**

- Pjecen ”Kan vi trygt spise vores traditionelle mad”. Pjecen er revideret og udsendt i februar 2013. Den beskriver hvorledes Grønlandsk mad indeholder mange værdifulde næringsstoffer, men også nogle forureningsstoffer, som kan påvirke sundhedstilstanden.

- Hæftet ”SUNDE RÅD - Mad til små børn 0-3 år samt gravide og ammende”. Hæftet er revideret og udsendt i april 2013. Hæftet indeholder gode råd og vejledning i, hvad barnet kan spise på forskellige alderstrin, så man sikrer den bedst mulige ernæring af barnet. Hæftet indeholder endvidere et afsnit omkring bevægelse, og hvad det betyder for barnets udvikling. Bogen giver også råd og vejledning til gravide og ammende kvinder, ligesom den kan være en god vejledning til daginstitutioner, sundhedsplejersker og andre med interesse for ernæring til små børn. Hæftets anbefalinger bygger på den nyeste viden om børneernæring fra både Danmark og Grønland.
- Rapporten ”Spis mere fisk”. Rapporten er udgivet i december 2013 på baggrund af minikonferencen ”Spis mere fisk” afholdt i juni 2013. Rapporten indeholder baggrund, konklusioner og hvad der skal følges op på fremadrettet fra konferencen.



# Beskrivelse af en familie med primær levercancer

*Af: Ove Rosing Olsen*

Hepatocellulær carcinom (HCC) er en kendt sen manifestation til infektion med Hepatitis B –virus.

Forekomsten af hepatitis B er høj i Grønland. Herudover forekommer hepatitis D-infektion tillige og kan repræsentere en co-infektion med hepatitis B med en reaktivering af infektionstilstanden til følge.

I landlægens årsopgørelser forekommer leverkræft med ca. 2 tilfælde årligt i hele Grønland.

Det har tidligere været diskuteret, hvorfor der egentligt ikke forekommer flere tilfælde af HCC i Grønland. Man har bl.a. argumenteret med at virus-undertype sammensætningen muligvis er af en sådan beskaffenhed, at forekomsten af HCC er lav.

Denne artikel beskriver en familie med stor forekomst af HCC. Alle kræfttilfælde i denne søskendeflok er gennemgået retrospektivt.

## **Case 1.**

En 43-årig mand, som findes død i sin lejlighed i 2003. Findes meget tynd og ikterisk. Meget sparsomme journaloplysninger haves.

Notat fra 240603; Vægttab, tendens til opkastninger med påvirket leverfunktion.

Pt. er HIV-positiv. Ikke udredt yderligere hverken for hepatitisstatus eller specifik cancerdiagnostik.

Ud fra den familiære historie er det sandsynligt at pt. er død af HCC.

## **Case 2.**

En 54-årig kvinde, søster til case 1. Kommer til klinikken med øvre abdominal tumor, opkastninger og diare. Findes med leverpåvirkning, ASAT-stigning, voldsom LDH stigning, høj creatininkinase og SR stigning på 48. Diagnosticeret som småcellet lungecarcinom på rgt. og CT konfigurationen. Man fandt dog 4 store runde hepatomer, som blev forstået som levermetastaser. Eneste histologiske diagnose var fra en hudtumor, hvor man beskrev en neuroendokrin carcinom. TTF-1 test positiv. Tydende på en tumor lokalisation i lungerne, dog uden at man kan udelukke anden lokalisation. Der blev ikke foretaget hepatitis- undersøgelse.

Det er sandsynligt, at det har drejet sig om en HCC med metastasering til lunger og hud.

## **Case 3.**

En 49-årig kvinde, ligeledes søster til case 1, som indlæggelses med levertumor med påvirket leverfunktion ASAT/ALAT forhøjelse samt stigning i, meget høj LDH og SR på 100. Histologisk us.: Lavt differentieret carcinom. Pt. Findes med HBsAg og HBe Ag-positivitet og pos Quanteferon. Død med vækst af en meget stor tumor i leveren. Således med sikkerhed HCC.

## **Case 4.**

En 46 årig søster til case 1, som søger klinikken med øvre abdominalia, opkastninger og diaretendens, påvirket leverfunktion og vægttab. Histologisk diagnosticeret med leverbiopsi HCC. HBsAg og HBe-Ag positiv. Død efter sygdomsforløb på 1 år.

Øvrige 2 søskende er i live uden leversygdom. Er testet for hepatitisstatus. Begge er stærkt Anti HBS-positive men HBsAg- negative.

## **Diskussion.**

Det er sandsynligt, at der her er tale om maternelt overført virusmitte med meget langvarig bærertilstand. Man ved, at risikoen for HCC er stor, når ekspositionstidspunktet har været tidligt i livsforløbet.

Hepatitis B og D er almindeligt forekommende i Grønland. Vaccinationen først indført for 2 år siden, hvorfor forekomsten af en kronisk bærertilstand stadig er høj.

Ifølge Landslægens opgørelser forekommer HCC med i gennemsnit 2 tilfælde om året i hele Grønland. Denne historie viser med stor sandsynlighed, at der er en betydelig underdiagnosticering af HCC. Det er vigtigt at alle cancerpatienter får undersøgt deres hepatitis- status og at alle patienter med levertumor såvidt muligt får lavet en histologisk diagnose.

Gennemgang af disse sygdomscases viser tillige, at en pludseligt stigning af leverenzymen hos en patient med en let påvirket leverfunktion skal følges op, specielt hos disse som er HBsAg-positive.

# Fagområde i Grønlandsk Medicin

Kære Regionslæger og uddannelseslæger i blokstilling til Almen Medicin i Grønland.

Her et tilbud til jer!!!

4 kollegaer har gennemført uddannelsen: Fagområde i Grønlandsk Medicin. Hans Chr Florian, Jørn Breinholt, Erik Krøngaard Hansen og Gert Mulvad.

Uddannelsen udbydes af: Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Grønlands Universitet, og Grønlands Sundhedsvæsen på initiativ af: Grønlands Lægeforening.

Læger der arbejder på grønlandske kysthospitaler bliver jævnligt konfronteret med problemer og situationer, som ikke er forudset i den danske lægeuddannelse. En supplerende uddannelse, der kan styrke kompetencerne for læger, der ønsker at arbejde på grønlandske kysthospitaler, har længe været ønsket.

Nu foreligger uddannelsen og uddannelsesprogram og logbog kan fremsendes til Regionslæger ansat i Grønland.

De Regionslæger der ønsker at gennemføre uddannelsen bedes gennemgå logbogen og udfylde med begrundelse de kompetencer som de er i besiddelse af, samt beskrive de manglende kompetencer.

Grønlands Center for Sundhedsforskning vil nedsætte et bedømmelsesudvalg der bedømmer de indsendte logbøger.

Herefter vil Grønlands Center for Sundhedsforskning i samarbejde med Sundhedsvæsenets Videreuddannelsesudvalg og Grønlands Lægeforeningen planlægge kurser og fokuserede ophold så manglende kompetencer kan erhverves.

Læger ansat i Blokstillinger til Almenmedicin kan også få tilsendt Uddannelsesprogram og logbog.

I samarbejde med afdelingerne på DIH, DIS og Kystsygehusene, vil kompetencer til Fagområdet i Grønlandsk Medicin blive udbudt i de 5 års blokansættelse.

På den måde vil fremtidige speciallæger i Almenmedicin også være uddannet i Grønlandsk medicin, og dermed have de nødvendige kompetencer til ansættelse som Regionslæger.

*Nils instruerer Gitte Kursus i intravenøs og intraossøs adgang på nyfødte og spædbørn.*

Ved henvendelse til Gert Mulvad kan logbogen tilsendes.

Anne-Marie Ulrik  
Cheflæge Sundhedsledelsen  
Formand for Grønlands Videreuddannelsesudvalg.

Ole Lind  
Overlæge Gynækologisk afd DIH  
Formand for Grønlands Lægeforening.

Gert Mulvad  
Regionslæge DIS Nuuk  
Formand Grønlands Center for Sundhedsforskning  
Uddannelsesansvarlig for Almenmedicinsk uddannelse i Grønland.





# Lægers videreuddannelse. Almen Medicin

## Udvikling af speciallægeuddannelsen i Almen Medicin i Grønland:

Gennem 90'erne blev der udarbejdet uddannelsesprogrammer på DIHs afdelinger og lægeklinikken i Nuuk til at gennemføre speciallægeuddannelsen i Almen Medicin. En række læger endnu ansat i Grønlands Sundhedsvæsen gennemgik dette uddannelsesforløb og fik deres Speciallæge anerkendelse: Birgit Niclasen, Kent Kleinschmidt, Efa Olesen, Hennings Sloth Pedersen og Gert Mulvad.

## Sønderjyllandsmodellen:

I samarbejde med Region Syd i Danmark blev speciallægeuddannelsen i Almenmedicin udviklet i et samarbejde med Sønderjylland med blokstillinger der delte ansættelserne mellem Grønland og Sønderjylland, 3 læger stadig ansat i Grønland gennemførte dette forløb Jan og Helene Olsen samt Michael Lynge Pedersen.

## Blokforløbet i Grønland:

Hele blok forløbet til Almen Medicin kan tilbydes i Grønland 12 læger har nu gennemført dette forløb: Uka Wilhjelm Geisler, Jakob Lindholm, Jesper Olesen, Parnunâ Heilmann, Lars Vindfeld, Signe Vindfeld, Michael Olesen, Peter Vencken, Maria Middelfart, Gitte H Drachmann og Nikolaj H Larsen

Endnu 3 læger er på vej gennem de sidste faser Rasmus C Madsen, Lars Bloch og Kim Abildskov.

Hanne og Karsten Rex er nu på vej gennem hospitalsdelen af blokuddannelsen, for Karstens vedkommende er der lavet et udvidet forløb der kombineres med PhD forløb, denne stillings kombination kan bane vejen for flere tilsvarende forløb.

## Tal om Læger i uddannelse:

9 lægers forløb gennem uddannelsen i Almen medicin har betydet 10 læge år på kystsygehusene.

Sisimiut 5 læge år, Tasiilaq 2 læge år, Ilulissat, Aasiaat, Qaqortoq hver 1 læge år

På DIH og DIS betyder de 9 uddannelseslæger: 32 læge år, hertil ligger 17 læge år for de øvrige læger i uddannelsesforløb.

I en 6 års periode har der været 14 læger i uddannelsesforløb i blokstilling svarende til 61 læge år

## Kapacitetsopbygning:

Blokstillingerne med ansættelse på DIHs afdelinger og kystsygehusene, binder det grønlandske sundhedsvæsen

sammen. De kliniske kompetencer, der læres på DIHs afdelinger og udøvelsen i primærsektor, giver et sammenhængende sundhedsvæsen.

De obligatoriske kurser hjemtaget til Grønland, er en stærk kapacitets opbygning i Grønlands Sundhedsvæsen.

Forskningstræningen i uddannelsesforløbet, kombinerer de daglige kliniks spørgsmål og forskningen.

Kapacitets opbygning i det grønlandske sundhedsvæsen gennem uddannelse og forskning

*Ved Gert Mulvad og Jesper Olesen*

*Uddannelsesansvarlige for speciallægeuddannelsen i Almen Medicin og for obligatoriske kurser i Grønland*



*Karsten i klinikken*

# Videreuddannelse for Læger. "Hospitals specialerne"

*Gert Mulvad Regionslæge*

*Folmer Lynggard Ledende Overlæge Medicinsk afdeling*

Mange læger skal i Danmark bruge 2-4 år efter kliniske basisuddannelse, før de i konkurrencen har kvalificeret sig til en kursusstilling inde for de fleste speciallægeuddannelser.

Kan vi afkorte dette forløb og samtidig tilbyde ansættelse i Grønland, for de læger der ønsker tæt tilknytning til landet.

De fleste grønlandske læger tager imod tilbud om 1 år klinisk basisuddannelse på DIH, efter endt eksamen fra Universitetet.

Ønsker man herefter at fortsætte i hospitalspecialerne er en hurtigt kvalificering til kursusstilling et naturligt ønske.

## **Kvalifikationsstilling.**

1-1½ års stilling inden for rammen af reservelægestillinger på DIH, der fokuserer på aktuelt speciale.

## **Indhold:**

Fokuseret styrkelse af kompetencer inden for det aktuelle speciale.

Forskningstræning og artikelskrivning i specialerelevante problemstillinger.

Fokuserede ophold på specialafdeling i DK med pleje af netværk inden for specialet.

Dette er blot nogle eksempler i indhold af stilling der

sammensættes ud fra den enkelte læges ønske, en mulighed der netop kan lade sig gøre i et lille samfund, hvor vi kender hinanden.

Det er en mulighed hvor vi inden for vores egne rammer kan kvalificere vores kollegaer i det videre uddannelsesforløb.

Fordelen ved sådan et tiltag er at rammerne er til stede og skal ikke forhandles hverken i Grønland eller i forhold til det danske uddannelsessystem.

Det kan kvalificere til uddannelsesstilling i Danmark, og kan formentlig merit overføres, hvis man ønsker at fortsætte specialuddannelse i Norge.

Flere grønlandske læger har taget deres speciallægeuddannelse i Norge og Sverige.

## **Aktuelle muligheder:**

Kurser og Kliniske forløb under universitetsuddannelsen. KBU stilling.

- Introduktionsstilling i flere specialer.
- Fuldt uddannelsesforløb i Almen Medicin.
- ½ års uddannelsesforløb inden for flere specialer.
- Kombineret speciallægeuddannelse og PhD forløb.
- Fagområde i Grønlands Medicin.
- Flere kurser som ALSO, ATLS, Ultralyd, PhD etc
- Forskning og forskningstræning.

*Sequssuna nu på vej gennem speciallægeuddannelse i Norge.*



# Grønlands Sundhedsvæsen SHV Grønlands Center for Sundhedsforskning GCS

## Forskning og Uddannelse Kapacitetsopbygning.

*Anne-Marie Ulrik Cheflæge SHV*

*Gert Mulvad, Formand for Styregruppen for GCS*

*Michael Lyng Pedersen LivsstilsGruppen*

*Suzanne Møller Instituteder Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab.*

Der er en lang tradition for, at sundhedsfagligt personale i det grønlandske sundhedsvæsen bidrager med forskellige videnskabelige indsatser med udgangspunkt i observerede problemstillinger. Dette har bidraget til forståelse af sygdomme i Grønland og til udvikling af sundhedsvæsenet og sundhedstilbuddet i Grønland. Mange projekter er udført i internationalt samarbejde. Eksempelvis i Nuuk er der gennem de sidste 20 år udført en række projekter med afsæt i Dronning Ingrid Sundhedscenter (tidligere Lægeklinikken) og Dronning Ingrid Hospital – bl.a. det omfattende autopsi projekt i begyndelsen af 1990'erne, men også mange andre projekter. Der er udført projekter, som har ført til doktor og phd afhandlinger. De senere år har der med Livstilsambulatoriet været fokus på klinisk epidemiologi, sundhedstjenesteforskning samt kvalitetsudvikling og -overvågning. Arbejdet har lang hen af vejen været drevet af ildsjæle med fagligt engagement og nysgerrighed. Forskning og uddannelse hænger sammen og danner grundlaget for et stærkt og effektivt sundhedsvæsen.

Kapacitetsopbygning omkring forskning og relation til uddannelse af både læger og sygeplejersker er således meget vigtigt for Sundhedsvæsenet.

Nogle eksempler på dette behov for kapacitetsopbygning:

- Forskningsårsopgaver for medicin studerende
- Forskningsstræning og kliniske projekter som en obligatorisk del af videreuddannelsen.
- Elektronisk patient journal som database for forskning og kvalitetssikring.
- Kroniske sygdomme (Diabetes, Hypertension mfl.) Benchmarkings rapporter
- Udviklingsprojekter med henblik på bedre diagnostik og behandling
- Evalueringsprojekter og kliniske audit
- Kombineret klinisk uddannelse og PhD forløb. Kliniske studier på DIH, DIS og of sundhedsenheder uden for Nuuk i samarbejde med forskningsmiljøer fortrinsvis i DK.



Der er fra ledelsesniveau desuden et ønske om at sikre et overblik over og en koordinering af de sundhedsfaglige forskningstiltag, der initieres og gennemføres i forhold til den grønlandske befolkning. Dette primært for at sikre den forstsatte adgang til sundhedsfaglig forskning i Grønland, men også for at det sundhedsstrategiske arbejde tager afsæt i forskningsresultater og de forventede forskningstiltag. Uden at have et ønske om at styre den frie forskning, er der desuden en interesse i, at der forskningsmæssigt sikres en dokumentation af nyttevirkningen af de politiske strategier og ledelsesstrategier, der i dag danner rammerne Sundhedsvæsenets kerneopgaver

For at samle og opprioritere forskningen blev Grønlands Center for Sundhedsforskning (GCS) etableret i 2008 af ildsjæle med tilknytning til det grønlandske sundhedsvæsen både i det kliniske arbejde, omkring forskning og uddannelse og på ledelsesniveau. GCS har nu udviklet sig til en formel organisation i relation til Grønlands Sundhedsvæsen og Grønlands Universitet.

Til Grønlands Center for Sundhedsforskning er knyttet en styregruppe med repræsentanter fra Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse; Departementet for Sundhed og Infrastruktur(PAN), Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab; Grønlands Medicinsk Selskab, lokalafdelingen i Grønland; Landslægeembedet; Departementet for Uddannelse; Kirke, Kultur og Ligestilling, IIKNN.

I 2013 blev Grønlands Center for Sundhedsforskning en del af Ilisimatusarfik.

”Centerets fornemmeste rolle er at binde forskning og uddannelse sammen inden for det grønlandske sundhedsvæsen. Visionen for centeret er at forbedre sundhedstilstanden i Grønland gennem koordineret sundhedsforskning”

Centeret deltager aktivt i undervisningen på alle niveauer: Fagområde i Grønlandsk Medicin, kurser under speciallæge uddannelsen, vejledning af Ph.d. studerende. Sideløbende med NUNAMED var Centeret med til at afvikle PhD sommerskole med 20 deltagere fra 8 lande. Centeret er væsentlig for forskningsbaseret Sygeplejerske Uddannelsen og er placeret ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab.

Et byggeprogram er udarbejdet i samarbejde med Naturinstituttet Pinngortitaleriffik, der giver bygning til Grønlands Center for Sundhedsforskning placeret på fjeldtoppen mellem Naturinstituttet og Ilisimatusarfik.

Der er positivt samarbejde omkring fondsfinansiering af bygningen.

Naalakkersuisut har på møde i september 2013 besluttet følgende:

- at give sin tilslutning til en fondsfinansieret udbygning af Pinngortitaleriffik med henblik på udbud af naturvidenskabelige videregående uddannelser og styrkelse af den sundhedsvidenskabelige forskning ved Ilisimatusarfik,
- at give sin tilslutning til at indarbejde driften af tilbygningen og de deri indeholdte aktiviteter, som beskrevet i dette oplæg i kommende års finanslovsforslag og
- at Inatsisartuts Finans- og Skatteudvalg orienteres ved fremsendelse af nærværende oplæg til udvalget.

Grønlands Center for Sundhedsforskning arbejder aktivt for at indgå samarbejde med forskningsmiljøer uden for Grønland.

*Medicinsk afd læger 2014.*



# CENTER FOR ARCTIC HEALTH, AARHUS UNIVERSITET

(<http://cah.au.dk/centre-for-arctic-health>)

**PhD studerende ved Center for Arctic Health, Aarhus**  
**PhD studerende Christian Bjerregaard-Olsesen** (2013-2015): tilknyttet projektet "*Adaptation to Climate Change, Environmental Pollution, and Dietary Transition, (ACCEPT): Establishment of a new Greenlandic mother-child Cohort Study*"

**PhD studerende MD Louise Schæbel** (2014-2016): projekt "*The influence of traditional Inuit diet, vitamin D and Persistent Organic Pollutants on markers of inflammation*"

**Forskningsårs studerende ved Center for Arctic Health, Aarhus Universitet:**

**Stud Med Ane-Kersti Knudsen;** på 10. semester (2014-15)(altså næsten færdig har arbejdet i klinikken i Nuuk): tilknyttet projektet "*Adaptation to Climate Change, Environmental Pollution, and Dietary Transition, (ACCEPT): Establishment of a new Greenlandic mother-child Cohort Study*"

**Specialestuderende ved Center for Arctic Health, Aarhus Universitet:**

**Specialestuderende Can. San. Sara Gudmundsdottir** (afsluttende speciale dec. 2013-juni14) – forsvar og master juni 2014): tilknyttet projektet "*Breast cancer risk and ovarian in Greenland (BOC): Focus on lifestyle, environmental contaminants, genetic susceptibility, endocrine disruption and co morbidity*"

**Specialestuderende stud med Heidi Egede Noasen** (Grønlandsk) obligatorisk speciale i 10. semester): tilknyttet projektet "*Breast cancer risk and ovarian in Greenland (BOC): Focus on lifestyle, environmental contaminants, genetic susceptibility, endocrine disruption and co morbidity*".

**Grønlandsk studentermedhjælper ved Center for Arctic Health, Aarhus Universitet:**

**Stud Med Najannnguaq Jørgensen:** tilknyttet projektet ”: tilknyttet projektet "*Adaptation to Climate Change, Environmental Pollution, and Dietary Transition, (ACCEPT): Establishment of a new Greenlandic mother-child Cohort Study*"

**Stud Med Inaluk Kleist** tilknyttet projektet ”: tilknyttet projektet "*Adaptation to Climate Change, Environmental Pollution, and Dietary Transition, (ACCEPT): Establishment of a new Greenlandic mother-child Cohort Study*"

**Tilvalgskursus i Arktisk Medicin for stud med på 9. semester (altså næsten færdige læger)**

Ansvarlige kursus udbyder: Professor, centerleder Eva Cecilie Bonefeld-Jørgensen, Center for Arctic Health, Aarhus Universitet.

Kurset udbydes som et 4 ugers 5 ETCS point tilvalgs-kursus for Stud. Med på 9.semester.

**Der er obligatorisk fremmøde og aflevering af projekt på kurset**

Kurset udbydes to gange årligt:

1. Forårssemester; hvor  $\frac{3}{4}$  er med hovedfokus på Arktisk Medicin og  $\frac{1}{4}$  med fokus på Global infektionsmedicin med sammenligninger med infektionsmedicin i Grønlandske
2. Efterårssemester; Forårssemester; hvor 1 er med hovedfokus på Arktisk Medicin og  $\frac{3}{4}$  med fokus på Global infektionsmedicin.

**Emner som behandles under kurset:**

Introduktion generelt, introduktion til lægegerning i Grønland, Medicinsk antropologi, Sundhedsvæsen og folkesundhed i Grønland, Sygeplejevidenskab i Grønland, Genetik og Inuitter, Diæt og ernæring i det arktiske, infektionssygdomme i Arktis, miljøkontaminanter og sundhedseffekter, mor-barn sundhed i Grønland med sammenligninger globalt, intern medicin og endokrinologi, fedme og diabetes i Arktis, hjertekarsygdomme i Arktis, arbejdsmedicin i Grønland, Kan studier i isbjørne anvendes som risikovurdering for humane sundheds effekter. Kurset afsluttes med aflevering af projekt rapport og præsentation i plenum.

Modulet for global infektionsmedicin inkluderer: tuberkulose, HIV, parasitære sygdomme, Schiossomiasis, gulfeber, japansk encefalitis og andre flavi virus

# Kombineret PhD forløb og speciallæge uddannelse I Almen Medicin.

Karsten Rex har nylig modtaget PhD stipendium fra Grønlands Selvstyre.

Hoveduddannelsen er kombineret med Ph.d. forløb, som er i samarbejde med

- Aalborg Universitet i Danmark og Grønlands Center for Sundhedsforskning.
- Ansættelsen på medicinsk og kirurgisk afdeling, ved Dronning Ingrid's Hospital forlænges hver med 3 måneder. Overenskomstens mulighed for orlov/tjenestefrihed uden løn, benyttes til Ph.d. kurser, skrivning og vejledning. Ph.d. forløbet følger i øvrigt den kliniske uddannelse.

## PhD projekt beskrivelse:

Hepatitis blandt grønlændere i Danmark og i Grønland og betydningen af kronisk infektion med hepatitis B virus.

Leverbetændelse (Hepatitis B) er meget hyppig i Grønland og kan føre til kronisk leversygdom og tidlig død. For Grønland er beskrevet meget høj forekomst af markører for tidligere eller aktuel sygdom. Dette til trods er der beskrevet lav forekomst af følgesygdommene. Tidligere undersøgelser tyder på, at undertype B6 dominerer i Grønland, og at det kan påvirke risikoen for følgesygdomme som leversvigt og leverkræft. PhD-projektet undersøger dette ved at undersøge personer, der tidligere er undersøgt for hepatitis B.

Den meget høje forekomst af hepatitis B kan udgøre en risiko for befolkningen i Grønland og for Danmark, og det er afgørende at monitorere sygdommen. PhD-projektet afdækker derfor mulighederne for at opbygge et system til monitorering af hepatitis i Grønland.

Mange flytter mellem Grønland og Danmark, og der bor

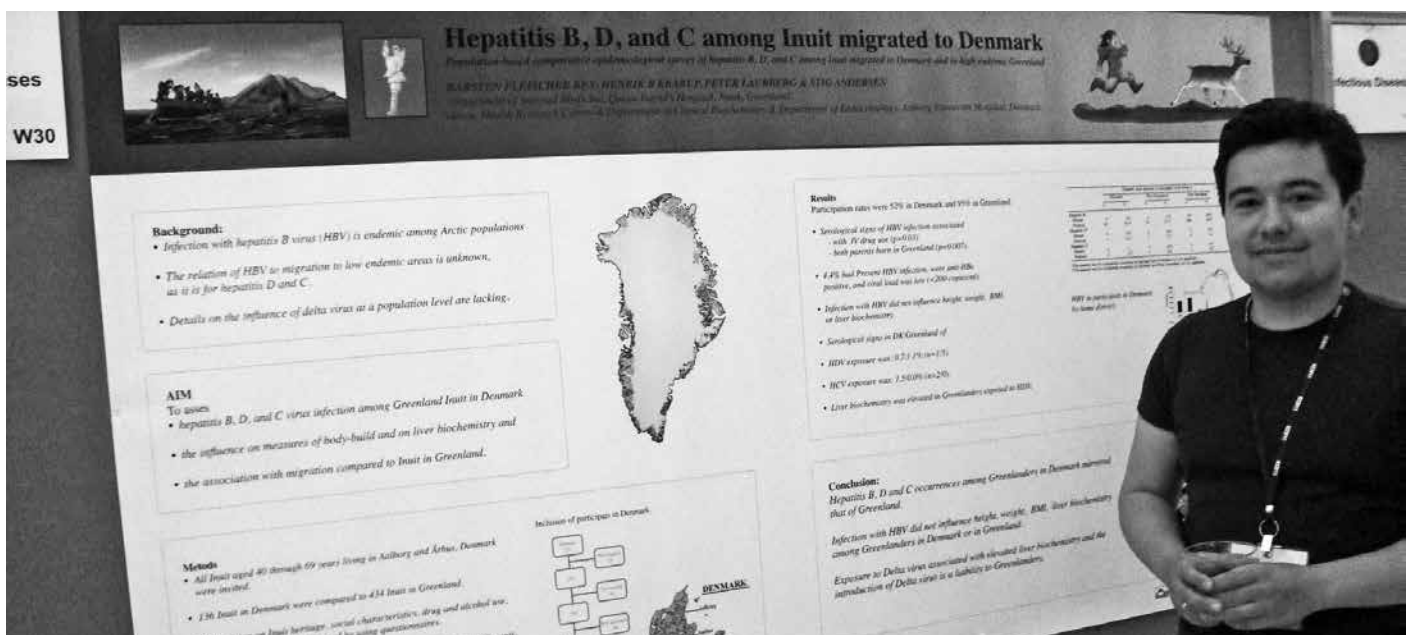
nu ca 18,500 personer i Danmark med grønlandske aner, hvoraf omkring 5000 er født i Grønland. Migration påvirker sygdomsforekomst forskelligt, og det er derfor af interesse at afdække, hvordan migration påvirker helbred og hepatitis B hos personer der flytter fra Grønland til Danmark. Dette gøres i PhD-projektet.

Disse undersøgelser udføres i samarbejde mellem den Grønlandske læge og forskningsmiljøer i Grønland og Danmark, således at der sikres videns- og kompetenceoverførsel til Grønland.

Hepatitis among Greenlanders in Denmark and in Greenland and the effect of chronic HBV infection in Greenland

Hepatitis B virus (HBV) infection is a common chronic viral infection that is particularly frequent in Arctic populations. Previous data suggest a new subtype B6 in Greenland that may influence the course of the disease. Such would be in keeping with the suggested lower risk of liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma but remains to be settled. The very high frequency of HBV infection among Greenland Inuit may pose a risk to the population of and to societies in Greenland and monitoring of the disease is imperative. Migration from Greenland to Denmark is common and of the 18,500 persons in Denmark who are of Inuit descent 5,000 were born in Greenland. The interaction of HBV infection and migration needs to be elucidated. These questions are addressed in the present PhD project carried out in Greenland and Denmark by a Greenlandic medical doctor in collaboration with the hepatitis laboratory at Aalborg University Hospital, Denmark.

Karsten Rex PhD studerende og uddannelse til Speciallæge i Almen Medicin.



# PhD studerende ved Aarhus Universitet.

*Birgit Høyer, Arbejdsmedicinsk Klinik, Aarhus Universitets-hospital.*

Den 1. oktober 2011 blev jeg indskrevet som ph.d.-studerende på Institut for Klinisk Medicin på Aarhus Universitet under forskningsprogrammet "Folkesundhed". Jeg er uddannet Sundhedsfaglig Kandidat i 2010 efter at have været sygeplejerske i 10 år. Under mit kandidatspeciale introducerede min hovedvejleder mig for Gunnar Toft, der koordinerede det EU-finansierede forskningsprojekt CLEAR (Climate Change, Environmental Contaminants and Reproductive Health), der bl.a. har data fra en fødselskohorte i Grønland, Ukraine og Polen. CLEAR-gruppen ville gerne ansætte en ph.d.-studerende, som var interesseret i at undersøge sammenhængen mellem forskellige miljøfremmede forureningsstoffer i den gravide kvindes blod og barnets vækst og udvikling i skolealderen, men de havde ikke midler til det. For at blive indskrevet som ph.d.-studerende er det dog et krav, at man har skaffet finansiering til de tre år ph.d.-studierne tager, hvilket skulle vise sig at tage lidt længere tid end først antaget. Vi havde håbet på støtte fra KVUG (Kommissionen for Videnskabelig Undersøgelser i Grønland), da studiet synes yderst relevant for den grønlandske befolkning, men det var desværre ikke tilfældet. Ti måneder, en hel del ansøgninger og to publikationer senere lykkedes det at få et samfinansieret stipendium fra Aarhus Universitet og CLEAR-projektet i fællesskab, og jeg kunne blive indskrevet.

Efter at have været i gang i et halvt års tid, skulle jeg en tur til Grønland for at interviewe forældrene, tage spytprover og måle og veje børnene, der indgik i kohorten. På min første tur til Grønland var jeg i Ilulissat, hvor jeg sammen med læge Henning Sloth Pedersen kørte rundt til mange af familierne. Det var ganske fantastisk at opleve den interesse, der var for at deltage i studiet, og Henning og jeg blev budt på kaffe i en mængde, så mavesåret føltes truende tæt på. Henning, der stod for hele den grønlandske del af dataindsamlingen, har været den primære årsag til den høje deltagelsesprocent på 90 % i Grønland på grund af sit store engagement, gode humør og ikke mindst evnen til at tale grønlandsk.

Idéen med at inkludere kvinder og børn fra tre så forskellige lande som Grønland, Ukraine og Polen var, at grønlanderne har høje niveauer af polyklorerede biphenyler (PCBer), mens ukrainerne efter mange års brug af sprøjtemidlet DDT har høje niveauer af DDE, der er et nedbrydningsprodukt, mens polakkerne skulle repræsentere den generelle europæiske befolkning. Denne samling af gravide ville derfor have store eksponeringskontraster, hvilket jo er en fordel, hvis man gerne vil undersøge, om der er dosis-respons-sammenhænge. Det har dog også skabt en del udfordringer med denne heterogene kohorte,



*Birgit Høyer tager en spytprove fra en pige i Ilulissat, april 2011.*

når der skal justeres for potentiel confounding og fortolkes på resultaterne. Samtidig skulle det vise sig at være meget vanskeligt at få forældrene til at deltage i Polen, hvilket har skabt vanskeligheder ved dataanalyserne og fortolkningen af resultaterne.

I alt er det blevet til fire rejser til Grønland i løbet af de 2½ år, jeg har været i gang, og hver tur har været en kæmpe oplevelse, som har sat sig i mig for altid. Det er en rar fornemmelse både at have samlet data ind og have præsenteret resultater i Grønland, hvor jeg havde et indlæg på NunaMed 2013.

Nu er analyserne godt på vej og tre af de fire artikler er skrevet og indsendt til internationale tidsskrifter. Foran venter to måneders ophold på Centre for Research in Environmental Epidemiology (CREAL) i Barcelona, hvor de er eksperter i epidemiologiske studier om miljøeksponeringer og børnesundhed. Når jeg til maj vender hjem fra Barcelona, skal afhandlingen skrives, så den er klar til aflevering den 31. juli, hvor min ansættelse slutter, og så er det spændende, hvad fremtiden bringer af jobmuligheder.

# PhD studerende ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Grønlands Universtet.

Abstract fra PhD sommerskole i Nuuk 2013

**Tine Aagaard, Ilisimatusarfik/University of Greenland, Nuuk, Greenland [tiaa@pi.uni.gl](mailto:tiaa@pi.uni.gl)**

*Everyday Life with Illness: a qualitative study carried out with starting point in a ward in the national hospital in Nuuk, Greenland*

The aim of this study is to develop knowledge about how people with illness which demands hospitalization, how they handle their daily conduct of life, including how they use hospital care and treatment during and after hospitalization, and how this knowledge relates to the professional effort in hospital. The National Board of Health of Greenland has started the implementation of a reform, which aims to adjust a health care system, created in the 1920's after the Danish model, to the situation in modern Greenland. One of the tasks of the reform is to create better coherence in the patient trajectories. Another important task is to improve the general health of the population. This sets focus on the everyday life of the patients, where the health related problems arise, and where the effort of the health care system is going to work. The project is founded in a social-psychological theory of practice, where people are placed in the social structures of practice where they live and act in their everyday life. The frame of generating data and analyzing them is the concept conduct of everyday life. The focus of the research is decentered from the professional practice to the patients' perspective. A number of patients and their relatives are followed during hospitalization and later in their homes in towns and villages. Participant observation is carried out in the hospital ward, followed by qualitative interviews with the patients and their relatives, plus with the health care professionals involved. The patients and their relatives are later interviewed in their homes one or more times. The project is expected to contribute to the possibilities for developing professional competences in the care for hospitalized patients.

# PhD Thesis

**Christina Viskum Lytken Larsen. Cand.scient.soc.**

*'Gambling and public health in Greenland – A large indigenous population in transition. A study of gambling behavior and problem gambling in relation to social transition, addictive behavior and health among Greenland Inuit'*

Dansk resume

Gennem de seneste år har pengespil og ludomani været et tilbagevendende emne i den offentlige debat i Grønland. Der har især været fokus på de økonomiske og sociale problemer som ludomani kan føre med sig. Både for den enkelte, men også for familien og lokalsamfundet. På mindre en 100 år har Grønland udviklet sig fra et traditionelt fangersamfund til et moderne samfund. Den hurtige samfundsudvikling stiller store sociale og kulturelle krav til den enkelte og til samfundet. En øget forekomst af de såkaldte sociale patologier så som vold, selvmord, alkohol- og hashmisbrug er et vilkår, der deles af oprindelige befolkninger og udgør en stor udfordring for folkesundheden.

Afhandlingen viser, 1) at forekomsten af problemspil målt i et livstidsperspektiv blandt grønlændere er høj (mænd 16%; kvinder 10%); 2) At der er et forholdsvist stort overlap med andre former for misbrugsadfærd blandt problemspillere; 3) Samt at der er en generel forekomst af dårligere helbred og usunde vaner blandt både dem, der spiller ofte og problemspillerne.

På baggrund af afhandlingens resultater argumenteres der for, at problemspil kan tilføjes til listen over sociale patologier i Grønland, ligesom det kunne tyde på, at folk der er fanget mellem en traditionel og en moderne livsstil er mere sårbare overfor problemer med pengespil. Der argumenteres desuden for, at ludomani og problemspil bør inkluderes systematisk i folkesundhedsstrategier, behandlingsindsatser og interventioner fremover, fordi sammenfaldet mellem problemspil og andre former for misbrugsadfærd er relativt stort.

Afhandlingen er baseret på data fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010 (Inuit Health in Transition Greenland Survey). Data er indsamlet blandt voksne i 9 byer og 13 bygder i forskellige dele af Grønland og omfattede kliniske undersøgelser, et interviewerbaseret spørgeskema samt et selvudfyldt spørgeskema. Den overordnede deltagerprocent var 64.9%.



# PhD thesis

Inger Kathrine Dahl-Petersen Cand.scient.san.publ.

## *Physical activity pattern and its relation to glucose metabolism in Greenland – a country in transition*

Dansk resumé

Siden 1940'erne har oprindelige folk i Arktis, herunder Grønland, gennemgået en hurtig kulturel, økonomisk og social forandring karakteriseret ved et skift fra en traditionel livstil til en mere vestlig moderne livstil. Forandringen har især fundet sted i de større byer. Ændringen fra et selvforsørgende fanger og fisker samfund til et samfund, der i højere grad er præget af stillesiddende aktiviteter har medført en mindre fysisk krævende livstil. Sideløbende med disse forandringer er der fundet en høj forekomst af livstilsrelaterede kroniske sygdomme som type 2 diabetes. En ændring i det fysiske aktivitetsmønster anses for at bidrage væsentligt til stigningen i de kroniske livstilsygdomme. Der eksisterer kun sparsom viden om fysisk aktivitet og om hvordan fysisk aktivitet relaterer sig til de sociale, økonomiske og kulturelle forandringer, også kaldet den fysiske aktivitets transition.

Det overordnede formål med afhandlingen var at undersøge den fysiske aktivitets transition og sammenhængen

*Et land i forandring. Motion på recept*



mellem fysisk aktivitet og glukose metabolisme blandt et repræsentativt udsnit af inuit i Grønland. Endvidere var formålet at undersøge anvendeligheden af et spørgeskema til at måle fysisk aktivitet i en arktisk kontekst. Afhandlingen havde tre delformål:

- At validere the long International Physical Activity Questionnaire tilpasset arktiske levevilkår sammenholdt med kombineret accelerometri og hjerterytme måling (artikel I).
- At undersøge det fysiske aktivitetsmønster i relation til den sociale transition i Grønland (artikel II).
- At analysere associationen mellem fysisk aktivitet og glukose metabolisme i Grønland målt ved en objektiv metode (artikel III).

Afhandlingen er baseret på data fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland (Inuit Health in Transition Study) indsamlet i perioden 2005-2010. Data er indsamlet i 9 byer og 13 bygder i forskellige dele af Grønland og omfattede kliniske undersøgelser, et interviewerbaseret spørgeskema samt et selvudfyldt spørgeskema. I alt blev 3102 voksne Inuit (>18 år) interviewet. Den overordnede deltagerprocent var 64.9%. En modificeret udgave af The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-L) blev brugt til at indsamle data omkring fysisk aktivitet. Endvidere indgik målinger af kombineret accelerometri og hjerterytme (Actiheart®) fra en subgruppe af deltagerne (n=1995).

Afhandlingen viser, at IPAQ-L er anvendeligt til at måle det totale energiforbrug brugt på fysisk aktivitet på befolkningsniveau både blandt by- og bygdebefolkningen i Grønland, men ikke til at differentiere mellem tid brugt på forskellige intensiteter af fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd.

Spørgeskemaet giver vigtig information omkring det fysiske aktivitetsmønster og afhandlingen viser, at mønstret har ændret sig i takt med den sociale transition i Grønland målt ud fra en gruppering af bopæl, erhverv og uddannelse. Mænd med længerevarende uddannelse og bosiddende i en by var mindst fysisk aktive i deres arbejde og kvinder tilsvarende mindst fysisk aktive i hjemmet sammenlignet med mænd og kvinder med en mere traditionel livsstil med bopæl i en bygde. Et tilsvarende

mønster blev fundet for den transportrelaterede fysiske aktivitet og for stillesiddende aktivitet både for mænd og kvinder. Der var ingen forskel at finde for fysisk aktivitet i fritiden. Den overordnede tid brugt på fysisk aktivitet ændrede sig ikke i takt med den sociale transition, hvori-mod foreløbige analyser viste, at det samlede energiforbrug brugt på fysisk aktivitet faldt for mænd. Studiets tværsnitsdesign betyder at ændringer i fysisk aktivitetsmønster må fortolkes med forsigtighed.

Afhandlingen viser endvidere en sammenhæng mellem energiforbruget forbrugt på fysisk aktivitet og insulin koncentrationen to timer efter en oral glukose tolerance test uafhængig af abdominal fedme. Denne sammenhæng kunne ikke genfindes for faste glukose, 2 timers glucose, faste insulin og type 2 diabetes. Resultaterne tyder på, at fysisk aktivitet har en betydning for type 2 diabetes, men at der er behov for at undersøge yderligere risikofaktorer der kan have betydning for udviklingen af type 2 diabetes i Grønland. Denne afhandling understreger betydningen af fortsat at måle udviklingen i fysisk aktivitet i Grønland i takt med den økonomiske, kulturelle og sociale transition. Kombinationen af spørgeskema data og data fra en kombineret accelerometer og hjerterytme monitor gav værdifuld information om forskellige dimensioner af fysisk aktivitet og var anvendelig i en arktisk kontekst. I et folkesundhedsperspektiv er det væsentligt at fremme fysisk aktivitet i fritiden og reducere stillesiddende adfærd i forhold til at bibeholde en fysisk aktiv livsstil og for at bidrage til forebyggelsen af type 2 diabetes i Grønland.

*Characterization of the vaginal microflora in health and disease*

**Raluca Datcu, MD**

Dansk resumé

Bakteriel vaginose (BV) er karakteriseret ved en ubalance i den vaginale bakterieflora, men ætiologien er stadig ukendt. Det er en almindelig tilstand, særlig hos kvinder i den fødedygtige alder. BV er associeret med forhøjet risiko for at erhverve seksuelt overførbare infektioner som gonoré, klamydia, genital herpes og HIV, samt med alvorlige graviditets komplikationer som for tidlig fødsel og abort og infektion efter gynækologiske operationer.

BV diagnosticeres traditionelt ved hjælp af Amsels kliniske kriterier og ved mikroskopi. Flere forskellige systemer har været anvendt til at klassificere vaginalfloraen ved mikroskopi. Det mest brugte er Nugents klassifikation, der betragtes som ”guld standarden” for diagnostisering af BV.

De overordnede mål med denne ph.d. afhandling er at karakterisere den vaginale flora hos kvinder fra Grønland ved hjælp af mikroskopi og kvantitativ PCR (qPCR) for BV-associerede bakterier, at undersøge om BV kan diagnosticeres fra først ladt urin (FVU) og at vurdere qPCR som et værktøj til at stille diagnosen BV. Da en del af de undersøgte bakterier findes både hos kvinder med og uden BV, har det været vigtigt at bestemme hvilken mængde af bakterierne, der bedst forudsiger, om kvinden har BV

Til at bestemme denne afskæringsværdi er den statistiske metode Receiver Operating Characteristic (ROC) analyse anvendt, da den gør det muligt at bestemme en afskæringsværdi fuldstændigt objektivt.

Studierne i denne ph.d. afhandling har givet en detaljeret beskrivelse af den vaginale flora hos kvinder fra Grønland, og har vist at BV kan klassificeres i undergrupper. Undergrupperne kunne defineres på baggrund af den dominerende bakterieart, som *G. vaginalis*, *Prevotella* spp., BVAB1 eller ved bakteriepar, som *G. vaginalis/Prevotella* spp. og BVAB1/ *G. vaginalis*. Disse raffinerede diagnostiske metoder, kan vise sig nyttige både til stratificering af behandlingen af BV, og til at målrette behandling til de relevante undergrupper for at forebygge komplikationer. Der blev identificeret syv BV-associerede bakterier, der kunne forudsige BV ved qPCR i en befolkning fra Grønland og disse fund blev reproduceret i en ko-

# BACTERIAL VAGINOSIS IN GREENLAND

R. Datcu<sup>1</sup>, D. Gesink Law<sup>2</sup>, G. Mulvad<sup>3</sup>, R. Montgomery-Andersen<sup>4</sup>, E. Rink<sup>5</sup>, A. Koch<sup>1</sup>, J. Skov Jensen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Statens Serum Institut, Copenhagen, Denmark, <sup>2</sup>University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, Canada, <sup>3</sup>Centre for Primary Care, Nuuk Greenland, <sup>4</sup>The Nordic Institute of Greenland, Nuuk, Greenland, <sup>5</sup>Montana State University, Bozeman, Montana, USA



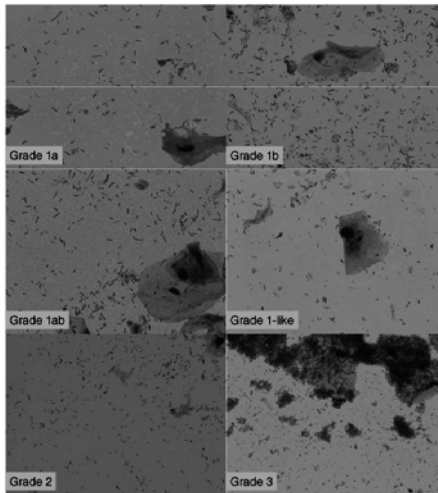
## Background and objectives

Little is known about bacterial vaginosis (BV) in Greenlandic women. We aimed to determine the prevalence and risk factors for BV by different classifications and examined the role of fastidious BV-associated bacteria by quantitative PCR.

## Materials and methods

Self-collected vaginal smears and swabs as well as first-void urine (FVU) specimens were obtained from 86 women. All specimens were analysed by PCR for *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), *Chlamydia trachomatis* (Ct), *Mycoplasma genitalium* (Mg), *Ureaplasma urealyticum* (Uu), *Ureaplasma parvum* (Up), and *Trichomonas vaginalis* (Tv). Quantitative real-time PCR for *Atopobium vaginae*, *Sneathia sanguinegens*, and *Leptotrichia amnionii* was performed with TaqMan® based assays. Participants completed an interviewer administered sexual health survey. Vaginal smears were categorised by Nugent's, Ison-Hay's and Claeys' criteria.

Figure 3



Examples of gradings according to Claeys' classification

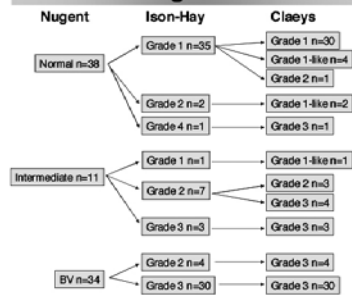
Table 1

PCR analysis of 86 FVU and vaginal swab specimens	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	5%
<i>Mycoplasma genitalium</i>	9%
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	22%
<i>Ureaplasma parvum</i>	56%
<i>Trichomonas vaginalis</i>	0%
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2%

Table 2

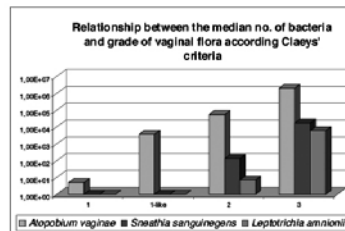
	Distribution of BV according to classification method			
	Normal	Intermediate	BV	Other
Nugent	38 (45%)	11 (13%)	34 (41%)	
Ison-Hay	36 (43%)	13 (16%)	33 (40%)	1 (grade 4)
Claeys	30 (36%)	4 (5%)	42 (51%)	7 (1-like)

Figure 1



Distribution of BV-grading according to classification method.

Figure 4

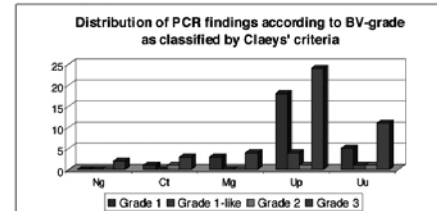


## Results

The 86 women included in the study had a median age of 21 years (range 15-64). The prevalence of Ct, Mg, Tv, and Ng as well as ureaplasmas is shown in Table 1. Interestingly, Mg was found more often than Ct. Self-obtained vaginal smears from 83 (97%) of the women could be evaluated. The distribution of BV according to the 3 diagnostic criteria is shown in Table 2. The discrepancies between the classification criteria are further detailed in Figure 1. In general, a good correlation between the methods was found. No difference in age was found between those with BV and those without. No relationship between BV and STIs, i.e. Ct, Mg, or Ng (individually or in combination) was found (Figure 2). The median number of lifetime male partners was 10 (range 0-250), but no relationship between BV and the number of partners could be found.

In Figure 3, examples of Gram stained slides classified according to the Claeys criteria are shown. When BV (grade 3) was compared with grades 1 and 2 in combination, a strong association between BV and the detection-rate of *Atopobium vaginae*, *Sneathia sanguinegens*, *Leptotrichia amnionii* and was found ( $p=0.001$ ,  $p=0.0001$ , and  $p<0.0001$ , respectively). Furthermore, the DNA-load of the three species increased dramatically with increasing BV-grades as shown in Figure 4.

Figure 2



## Conclusion

- BV was highly prevalent in this group of Greenlandic women
- No association with STIs or number of partners could be found
- The concentration of fastidious BV-associated bacteria were strongly correlated to the BV-grade

## Acknowledgements

Special thanks to Rita Verhelst, Hans Verstraelen and Geert Claeys, Ghent University Hospital, Belgium

horte af svenske kvinder. Tilstedeværelsen af *A. vaginae* havde højeste diagnostiske præcision i begge studier. Endelig konkluderedes at BV kan diagnosticeres nøjagtigt ved at udføre en kombination af to qPCR assays på FVU.

Dette kan vise sig nyttigt, da gravide kvinder med BV muligvis har forhøjet risiko for urinvejsinfektioner (UVI). Hypotesen om at nogle BV-associerede bakterier kan forårsage UVI, bør undersøges yderligere og her kan qPCR blive et vigtigt værktøj, da mange af disse bakterier ikke kan dyrkes. Desuden åbnes muligheden for analyse af BV på allerede indsamlede FVU prøver, som i første omgang er blevet benyttet til studier omhandlende klassiske STI, og hvor betydningen og tilstedeværelsen af BV ikke tidligere er blevet undersøgt.

**Bacterial vaginosis diagnosed from first void urine specimens.**

*Raluca Datcu, Dionne Gesink, Gert Mulvad, Ruth Montgomery-Andersen, Elisabeth Rink, Anders Koch, Peter Ahrens, Jørgen Skov Jensen.*

Journal of clinical microbiology 11/2013;

**Vaginal microbiome in women from Greenland assessed by microscopy and quantitative PCR.**

*Raluca Datcu, Dionne Gesink, Gert Mulvad, Ruth Montgomery-Andersen, Elisabeth Rink, Anders Koch, Peter Ahrens, Jørgen Skov Jensen.*

BMC Infectious Diseases 10/2013; 13(1):480.



*Venerea 2000.*

# Veneria i 60erne

*Uddrag fra Landslægens årsberetning 1962.*

## **Veneriske sygdomme.**

I henhold til lov nr. 275 af 27. maj 1950 om sundhedsvæsenet i Grønland som ændret ved lov nr. 107 af 26. april 1961 er der udstedt en ny ministeriel bekendtgørelse om bekæmpelse af kønssygdomme i Grønland, der trådte i kraft den 22. januar 1962.

Gonorrhoe forekommer endemisk. I 1962 er anmeldt 3911 tilfælde mod 2792 året før, altså en stigning på 41 pct. De fleste tilfælde optræder i sommer- og efterårsmånederne. Geografisk forekommer færrest tilfælde i det nordligste Vestgrønland, Thule og Scoresbysund, medens sygdommen er meget udbredt i det øvrige Grønland, dog med nogen ophobning i bestemte byer.

Blandt årsagerne til gonorrhoeens store udbredelse må især fremhæves den unge, ugifte befolkningsgruppes store promiscuitet og manglende forståelse af sygdommens karakter. Dertil kommer vanskelighederne med diagnosticering, idet de geografiske forhold hidtil har forhindret undersøgelser med dyrkning af suspekter tilfælde undtagen i Godthåb og Egedesminde.

Den store stigning i gonorrhoeofrekvens i 1962 må utvivlsomt sættes i forbindelse med, at der i 1962 ved dyrkningslaboratoriet i Godthåb er påvist meget høj frekvens af gonococstammer med stærkt nedsat følsomhed overfor penicillin. Fra flere byer er i året meldt om høj frekvens af tilfælde, som ikke er helbredt med de hidtil anvendte penicillindoseringer.

Der blev i 1962 i Godthåb samtidig konstateret et sikkert og to sandsynlige tilfælde af syfilis. Ved energisk kontaktopsporing og kontrol konstateredes det, at sygdommen ikke havde bredt sig. Der er ikke konstateret flere tilfælde af syfilis i Grønland i 1962.

*Uddrag fra Landslægens årsberetning 1969.*

## **Veneriske sygdomme.**

Gonorrhoea, i 1969 er der anmeldt 8.242 tilfælde mod 6.191 tilfælde i 1968, dette repræsenterer en stigning i antal anmeldte tilfælde på 24,9%.

Sygdommen er hyppigst i sommer og efterårsmånederne, hvor trafikken er livligst.

Syfilis. I 1968 blev der anmeldt 2 tilfælde. I løbet af foråret 1969 fandtes der ved blodprøveundersøgelser på

Statens Seruminstitut et stigende antal prøver, som serologisk gav mistanke om, at patienterne var smittede med syfilis.

*Uddrag af Gunnar Aagaard Olsens afhandling: Seksuel adfærd blandt ungdom i Grønland, i socialmedicinsk belysning. Fra 1973.*

Den hyppige forekomst af kønssygdomme i Grønland var den direkte anledning til den social-seksologiske interviewundersøgelse.

Ungdomsundersøgelsen omfattede 499 interview af 30-45 minutters varighed med 15-19 årige grønlændere bosat i distrikterne Julianehåb, Narssak og Nanortalik i efteråret 1967 og foråret 1968. Gennemførelsesprocenten var 92,4% blandt personer, der opholdt sig i undersøgelsesområdet.

Bygdeundersøgelsen, der gennemførtes som en pilotundersøgelse i 1966, havde nærmest karakter af en udvidet anamneseoptagelse, og denne fandt sted i tilslutning til en gonorekampagne. Den omfattede 458 interviews af 15-19 årige grønlændere fra bygder bosteder og fåreholdersteder på Grønlands vestkyst, med en gennemførelsesprocent på ca 75%

Undersøgelsens formål var dels at bidrage til belysning af seksuel adfærd, kønssygdomssmitte og opvækstbetingelser i Grønland, samt at vurdere disses indbyrdes relationer. Ud fra disse overvejelser, håbede jeg endvidere på at kunne afgrænse grupper, hvor socialt præventive foranstaltninger samt informativ og epidemiologisk profylakse var særlig påkrævet.

**En update fra tre Ph.d.-studerende på Statens Serum Institut (SSI) - Grønlandssektionen  
Sascha Wilk Michelsen, Johan Emdal Navne og Karen Bjørn-Mortensen**



Vi er 7 unge forskere og 4 vejledere i Grønlandssektionen på SSI. Vi tre er indskrevet på Ph.d.-studiet og har modtaget stipendier fra KVUG. Sascha arbejder med Tuberkulose og Immunforsvaret i Grønland. Johan arbejder med Pneumokoksygdomme i Grønland. Karen arbejder med Tuberkuloseudbruddet i Østgrønland. Her er vores hverdag.



Her er vores kontor når vi er på Grønlandssektionen, på Afdeling for Epidemiologisk Forskning.

Som en del af vores ph.d. tid har vi været i Grønland på bl.a. feltarbejde, NUNA MED, møde med samarbejdspartnere og PhD Summer School. Her er nogle få fotos fra feltarbejderne.



Johan 2013



Karen 2012



Sascha og Abia (tolk) 2013

Vi har alle afsluttet vores feltarbejder nu og er i gang med at analysere prøverne, lave de statistiske analyser, fortolke resultaterne og skrive det sammen til de videnskabelige artikler der kommer til at udgøre Ph.d. afhandlingerne. I øjeblikket er vi i gang med analyse- og skriveprocessen. Johan skal aflevere til foråret, Sascha er halvvejs og Karen har været i gang i et år til foråret.



Biobankens cryotanke



Ordremodtagelsen, en af mange samarbejdsafdelinger

Fordi vi laver ph.d.-forskning der inkluderer feltarbejde og analyse af indsamlede prøver, kommer vi på mange afdelinger på SSI. Vi har alle prøver opbevaret i den Nationale Biobank, og er hver især tilknyttet et laboratorium og vejledere, der er eksperter i det vi laver ph.d. om.



**Afdelingen for Mikrobiologi & Infektionskontrol**

Analysere prøver for anmeldelsespligtige infektionssygdomme og står bl.a. for typning og forskning i pneumokokker.



**Afdeling for Infektionsimmunologi**

Forsker i samspillet mellem vært og mikroorganisme for at opnå viden, der kan danne grundlag for nye vacciner, blandt andet mod tuberkulose.



**Internationalt Reference Laboratorium for Mykobakterier**

Diagnostik, overvågning og forskning i mykobakterier. Har bl.a. opbevaret og genotyperet mykobakterier siden 1992.



**Afdeling for Epidemiologisk forskning:** Er en forskningsafdeling indenfor epidemiologi, registerstudier, og feltstudier inkl. Guinea Bissau og Grønland. Det er et tværfagligt miljø, med mange faggrupper (ca. 55 fastansatte). Som Ph.d.-studerende holder vi oplæg for hele afdelingen minimum en gang om året, det foregår på engelsk og giver mulighed for tværfaglig feedback. Vi har alle tre holdt oplæg i løbet af de sidste tre måneder.



Lars og Mikael er begge statistikere, Mikael er en del af Grønlandssektionen



Det ugentlige afdelingsmøde og efterfølgende videnskabeligt oplæg



Club28: Forum for unge forskere på tværs af faggrupper. Vi holder oplæg om den forskning vi laver eller om forskningsmetode



Tagterrassen og udsigt over resten af instituttet  
Godt til frokost om sommeren



Morgenmad om fredagen

Kolleger i  
Grønlands-  
sektionen



Christine Nordhøj

Mila Johansen

Sjanne Holst

Mikael Andersson

Majlene Berresen

Bjøllette Søborg

Anders Koch

Mads Melbye

Vi glæder os til at dele vores forskning med jer. Skriv til os når som helst.  
Johan JNV@ssi.dk Sascha SWM@ssi.dk Karen KABM@ssi.dk