



# NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægekredsförening

Nummer 2. 2016 - 41. Årgang



*Extremt sjældent halo fænomen taget på NEEM (iskerneprojekt på Indlandsisen)*

*Foto: Baselæge Hans Chr Florian)*

Rekruttering og fastholdelse af læger debat mellem Bent Møller og Ivalu S Frederiksen .....	4	Fagligt lægeforum .....	17
At være udenlandske læge i Grønland .....	6	En Billedkunstners "fingeraftryk" på Grønlands Sundhedsvæsen .....	18
I det grønlandske sundhedsvæsen byder vi alle velkommen .....	8	Lawrence D. Longo, perinatal forskning, og graviditeter i Grønland .....	22
Plenumforedrag NUNAMED 2016 .....	10	Grønlandsk artikel fik international opmærksomhed .....	24
Læge på afveje .....	13	Ansøgning om førtidspension .....	25
Faretruende forfald .....	14	Ph.d. defense - Tuberculosis in East Greenland - Epidemiological and genomic insight into a TB high incidence setting .....	27
Supervision – den professionelle samtale og Robusthed og Stressforebyggelse .....	15		
Ny Ledende Regionslæge .....	16		

**Nakorsanut**

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25

Nakorsanut@greenet.gl

**Redaktion:**

Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

Ole Lind, oli@peqqik.gl

Layout: tita.gl

Oplag: 300

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

**Udgivet af Grønlands Lægekredsförening**

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeföreningens hjemmeside:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geföreningen/L%C3%A6gekredsföreningen%20Gr%C3%B8nland>

**Grønlands Lægekredsföreningens bestyrelse:**

*Formand:*

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

*Kasserer:*

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

*Næstformand:*

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

*Sekretær:*

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

*YL-repræsentant:*

HU Almen Medicin, Nadja Albertsen, naal@peqqik.gl

*Menigt medlem:*

Regionslæge Hans Christian Florian – Tasiilaq, hcflorian@hotmail.com

Regionslæge Nicolai H. Larsen, nihl@peqqik.gl

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

*Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.*

# Sundhedspolitik og Grønlands Lægeforening

Her følger et lille uddrag af Kræftplan for Grønland med et stort sundhedspolitisk indhold, lægeforeningen bør deltage i denne debat?

[http://www.inatsisartut.gl/dvd/em2013/pdf/media/1020448/pkt24\\_em2013\\_kraeftplan\\_2013\\_rg\\_dk.pdf](http://www.inatsisartut.gl/dvd/em2013/pdf/media/1020448/pkt24_em2013_kraeftplan_2013_rg_dk.pdf)

I 2009 pålagde et enigt Inatsisartut Naalakkersuisut udarbejdelsen af først en redegørelse på kræftområdet i 2011 og dernæst en egentlig Kræftplan senest i 2013. Forslag til Kræftplan, 2013 vil komme til at indgå som en delplan under den overordnede Nationale Sundhedsstrategi, som vil blive fremlagt i 2014.

Forslag til Kræftplan, 2013 bygger på de bedste faglige vurderinger. Forslaget er ikke fuldt finansieret og kræver derfor politisk stillingtagen til forslaget indhold, og ressourcebehov før den evt. kan iværksættes.

”Den bedst mulige kræftbehandling” skal findes ved en afvejning af tre forhold: økonomi, tilgængelighed og kvalitet, men ”den kvalitet og tilgængelighed af sundhedstilbud, som er typisk for de fleste vestlige lande, er ikke en realistisk referenceramme for det grønlandske sundhedsvæsen”. Kræftplanen er et udtryk for det, der er mest nødvendigt at gøre d.v.s kernen i tilbuddet. Indsatserne i Kræftplanen anbefales ud fra dels deres forventede effekt, dels ud fra ønsket om lighed i sundhed, samt ud fra ønske om en optimering af forholdet mellem ressourceforbrug og effekt.

Kræftplan 2013 vil:

- Styrke forebyggelse, tidlig diagnostik, patientforløb, rehabilitering, den palliative indsats og samarbejdet med og omkring patienten.
- Sikre kræftbehandling ud fra tilpassede internationale anbefalinger om antal operationer per kirurg.
- Sikre medicinsk kræftbehandling i Grønland, når det er muligt.

*Uddrag af områder i Kræftplanen*

**Behov indenfor diagnostisk, apparatur- og personalebehov og fysiske rammer.**

Det er anbefalet, at diagnostik af brystkræft på sigt ændres, så der kan indgå en triple-test (klinisk undersøgelse, ultralyd, mammografi - og ved behov biopsi). Der er nu etableret direkte elektronisk adgang til svar på patoanatomiske undersøgelser i den landsdækkende danske Pato-anatomiske database. Apparat- og personalebe-

hov. Da sundhedsvæsenet netop har fået en MR scanner er der kun få apparaturbehov før indkøb af en ny CT scanner er relevant i planens 3. periode. Der er fortsat behov for at arbejde på rekruttering og fastholdelse af personale samt at sikre dækning af personalebehov ved hjemtagning af flere behandlinger. Behovet omkring fysiske ramme er indeholdt i Selvstyrets Gælds- og investeringsstrategi.

**Uddannelse, forskning, data - og monitorering og evaluering.** Uddannelse er et kerneområde, der skal styrkes ud fra de nuværende og kommende behov. Kræftforskning skal støttes gennem prioritering ved tildeling af forskningsmidler. Data, der kan sikre overvågning, forskning og evaluering af indsatser skal styrkes og flere kræftdata skal monitoreres og afrapporteres løbende. Efter hver af Kræftplanens tre perioder er planlagt en evaluering af målopfyldelsen for de enkelte indsatser under planen.

**Økonomiske konsekvenser.** Som anført er planen ikke fuldt finansieret. Dette forslag til kræftplan adresserer de mest påtrængende elementer på kræftområdet.

Kræftbehandling er dyr behandling. Alene den nuværende udvikling i antal kræftpatienter vil betyde, at vi i 2025 skal betale 21,89 mio. kr. mere til sundhedsudgifter ved kræft. Hertil kommer rejse, ophold og andre udgifter relateret til behandlingen. Det kalder på øget forebyggelse, men effekten af forebyggelse er langsigtet. Gennemøget øget forebyggelse, hjemtagning af de dele af udredning og behandling, hvor det er muligt og omkostningseffektivt og ikke mindst gennem tidligere diagnostik og behandling samt optimering af rehabiliteringen kan vi på sigt få en udgift til kræft i sundhedsvæsenet, der bedre balanceres af det samfundsmæssige afkast. Udgifterne til gennemførelsen af indsatserne under Kræftplanen er mellem 2,1 mio. kr. i planens 1. år til højst knap 14,7 mio. kr. i planens 6. år, hvor der skal indkøbes en ny CT scanner.

Der bør i det omfang det er muligt udarbejdes en samfundsøkonomisk konsekvensberegning af forslaget, så også den samfundsmæssige gevinst ved en øget kræftindsats er tingænelig inden arbejdet med FFL 15 igangsættes.

# REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE AF LÆGER

debat mellem Bent Møller og Ivalu S. Frederiksen.

En vikarlæges perspektiv. Som respons på indlæg i forrige Nakorsanut en meningsudveksling/debat mellem skribent og en genganger i det Grønlandske sundhedsvæsen.

## Kære Ivalu.

Jeg har med stor interesse læst din artikel om Rekruttering og fastholdelse af læger i Nakorsanut 1/16. Jeg er fuld af respekt for Jer unge læger her. Der er bare for få.

I alt 17 gange har jeg arbejdet i Grønland som distriktslægevikar fra øst til vest og nord til syd siden 2009.

Min historie er, at jeg efter 35 år i almen praksis i DK i, fik opfyldt en mangeårig drøm om at arbejde her i landet. Et arbejde, som også var fyldt med udfordringer og var selvstændigt og uden de voldsomt stigende administrative pligter, som vi er plaget af i DK, og som siden nærmest er tiltaget exponentielt.

I min alder kan man ikke forvente fast ansættelse, så derfor er jeg ansat gennem vikarbureau. Også fordi det ikke er muligt, for mig i hvert fald, at rykke teltpælene op for en mindre årrække. Derfor har jeg kunnet opfylde mange ansættelsesmæssige huller her i landet, og med glæde.

## Så når jeg frem til kritikken.

Du skriver, at det for mange af Jer er demotiverende, at sådan nogle som os tjener det dobbelte for samme arbejde. Det kan muligvis være rigtigt, at vi tjener mere end Jer, hvis vi arbejdede på DIH. Men det gør vi aldrig.

De sytten gange, jeg har været her, har jeg arbejdet

som ene læge 75% af tiden, flere gange været alene i 2 lægedistrikt og ellers arbejdet med 1 eller 2 kolleger, f. ex i Upernavik, Maniitsoq og Qaqortoq. Ofte bruger den siddende cheflæge meget forståeligt lejligheden til at tage nogle af de optjente fridage, når vi kommer.

Når en af Hjemmestyrets læger arbejder sådan, er der så vidt jeg ved betydelige tillæg til lønnen, vagt, udstationering m.m.

Lægevikaren fra bureauet betales en fast løn uanset hvor man er, og der er ikke vagttillæg eller andet. Vi betaler også husleje, som dog er rimelig 120 kr pr. dag efter overenskomst.

De sidste 2 gange har jeg arbejdet i Narsaq, som vist er "din by", siger de. Her er normeret 1½ lægestilling, men også her er der i praksis kun 1 læge. Men det er helt fint.

Så vi har ikke fri nogensinde. Det er nok medvirkende til, at et vikariat sjældent bliver på over 3 måneder.

Men det er rigtigt, at en vikaransættelse gennem det grønlandske sundhedssystem ville være lidt billigere, men nok ikke særlig meget på de små Sundhedscentre (jeg kalder dem stadig sygehuse, selvom sparekniven har bragt status ned), da man har vagt altid.

Jeg har også set eksempler på, at grønlandsk ansatte læger har tjent betydeligt mere end vi.

Det, der gør vikarlægerne dyrere, er det salær vikar-

*Ivalu på fløjen sammen med Jacob, Finnur og Hans Chr.*



bureauet , beregner sig. Men det finder jo ned i andre lommer.

Det skal også påpeges, at de fleste vikarer her har en betydelig anciennitet.

Alt dette bare for at nuancere din i øvrigt gode artikel

I de syv år, jeg har arbejdet her, synes jeg forholdene for sygehusene er forringet, dermed også for de ansatte, hvis antal er beskåret ganske meget. Jeg forstår, at man sparer, men ind imellem er der sparet så meget, at det ikke står i rimeligt forhold til de nødvendige rationaliseringer.

Dette gælder også for lægerne. Der er færre og dårligere boliger bl.a.

Min holdning er, at i hvert fald personaler skal roses og værdsættes. Og det er ikke altid tilfældet. Det her er nok ikke et specielt grønlandsk problem, men det er alligevel lidt påtrængende.

Ros til lægen er lige meget, for han/hun er ofte alene.

Det sidste her var bare et lille hjertesuk.

Så jeg vil slutte mine udgydelser og håber, du kan bruge lidt af det.

*Venlig hilsen*

*Bent Møller*

*Vik. distr. læge, P.t. Narsaq*

### **Kære Bent**

Tak for mailen. Det er altid sundt at få feedback. Om det er ros el. kritik. Altid rarest med ros - så tak for det ;)

Beklager hvis det er kommet til at lyde som om I ikke er værdsat. Det er jo en stor hjælp at der er nogen, som vil komme og tage del i arbejdsbyrden. Om det er i den ene eller den anden form. Specielt er vi glade for gengangere. Eftersom de efterhånden får en ide om hvordan tingene fungerer her i landet og manøvrerer bedre. Til fordel for patienter og kollegaer.

Det her er ikke et forsøg på at stryge dig med hårene, men en indrømmelse af at artiklen godt kan være kommet til at lyde forkert i hht. min / vores holdning til de kollegaer der kommer op og yder deres bedste.

Dertil skal så knyttes kommentaren om at min udtalelse om "demotivering" handler mest om den del af pengene der lander i noget administration udenfor landet der ikke kommer patienterne til gode - og at den erfaring og tilpasning der kommer med en langvarig ansættelse burde komme de der higer efter det, af hensyn til deres patientpleje og faglig stolthed, burde lønne sig. For den er jo guld værd. Vi ved alle at de læger læger der har ydet en stor indsats herhjemme gennem mange år er næsten uundværlige for at systemet ikke skal kollapse. Men der bliver færre af dem. Du tager fejl hvis du virkelig tror at din alder er en hindring for fastansættelse - men forstår fuldt ud at meget få kan udholde at være læge alene i et distrikt i >1 måned ad gangen over en længere periode. Man har behov for at være andet end "lægen" og at kunne være 100% til stede hos sin familie. Fysisk som mentalt.

Hvis du ikke har noget imod det vil jeg videresende din mail til Gert Mulvad (Nakorsanut) mhp. at få den i bladet som debatindlæg. Sådant så også din holdning / oplevelse bliver fremlagt. Sammen med dette svar så det gøres tydeligt det ikke var meningen jeg ville lade hånt om jeres indsats.

Og ja - Narsaq er i den grad min hjemby :) Det definerer i den grad mig at jeg er derfra :)

Igen tak for respons. Det er værdsat.

Hvis det har interesse, og du fortsat er i Grønland, vil jeg gøre opmærksom på at vi, fra lægeforeningen, i går lige har været i live debat med et panel af politikere omkring rekrutteringsproblematikken vedr. Sygeplejersker og læger. Det bliver vist genudsendt i weekenden. "Qulaarppaa" hedder programmet i KNR. Jeg deltog i den Grønlandsksprogede debat, og Nicolai Hardenberg i den dansksprogede. Desværre kunne formanden Ole Lind ikke deltage idet han er til lægemødet i DK aktuelt.

*Mvh Ivalu S. Frederiksen,*

*YL, Grønland*

### **Kære Ivalu2**

Tak for dit hurtige svar. Det er dejligt med lidt "samtale". Og du er nærmest født til at skrive, meget velformuleret.

Det er ikke fordi, jeg opfattede dit indlæg i bladet, som om vi ikke var værdsat. Mange af os har da også og heldigvis megen erfaring med at arbejde her. Det jeg værdsætter er, som du allerede har forstået, den nære kontakt til patienter og til sundhedssystemet uden besværliggørelse ved en masse kontoriusseri.

Mange af mine samtidige falder desværre for alder (eller "sværdet"), så der skal nye og yngre kræfter til. Og så skal de først have erfaringen, ligesom vi andre fik hen ad vejen.

Mit første vikariat i 2009 var i Ittoqoortormiit, hvor jeg blev "oplært" af en sygeplejerske som havde arbejdet mange år her, og som var udstationeret fra Maniitsoq et par måneder. Det var guld værd for min senere færd her i landet.

Et læge distrikterne vil nok stadig blive betjent af vikarer, danske eller grønlandske. Ingen af de "små" steder kan i min optik spares væk.

Det er godt, der er unge ildsjæle som dig, men I er alt for få. Tænk bare, hvad der kunne spares på tolkeudgifter, hvis de fleste læger talte grønlandsk. Eller hvis danskundervisningen var mere effektiv.

Du er velkommen til at sætte brevet i bladet. Måske skulle den bemærkning om at grønlandske læger kan tjene rigtig meget censureres væk. Men det er din beslutning.

*Mange hilsner*

*Bent*



# At være udenlandske læge i Grønland

Som alle andre ansat i den grønlandske sundhedsvæsenet, følger jeg med stor interesse den nødvendige debat omkring rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonel i Grønland.

Der er blevet nævnt et par gange at man kunne overveje at ansætte læger og sygeplejersker fra andre lande end Norden. Jeg har den klare fornemmelse at mange ikke nordiske læger og sygeplejersker er meget interesserede i Grønland, dens folk, dens kultur og gerne vil komme til landet. Derudover er det løn der tilbydes her i landet langt højere end i de fleste andre lande. I den anledning, mener jeg at min erfaring som fransk læge kunne bidrage en smule til debatten. Stor kærlighed til landet er ikke nok. Man skal have en meget stærk vilje og et meget stort ønske om at være i Grønland for at komme igennem de to nålehuller som er den danske Udlændingsstyrelse (nu ”styrelsen for international rekruttering og integration” SIRI- Ændring af navnet har kun medført endnu strengere regler) og den danske sprog

1. De fleste indenfor sundhedsvæsenet ved nu at udenlandske statsborger, selv fra et EU land, kan ikke, sådan uden videre, arbejde i Grønland. Vi skal søge om arbejds- og opholdstilladelse og den skal fornyes hvert år. Dette selv om vi kommer fra Danmark og taler dansk og har allerede for længst en dansk autorisation. Der er udelukkende statsborgerskabet der tæller. Det er SIRI i Danmark der behandler vores sag. Disse tilladelser skal være i orden før man kommer til Grøn-

land. Det kræver at man udfylder ca. 16 sider oplysninger, at man vedlægger en kontrakt og at Sundhedsledelsen skriver under at der har ikke været muligt at finde en hjemmehørende medarbejder til stillingen. Hvis man vil have sin samlever med, kræves det at enten han/hun har også et arbejdskontrakt eller at man kan dokumentere at man har boet minimum 18 måneder sammen før man søger. Samleveren skal udfylde en anden blanket-også på 16 sider (familiesammenføringsblanket). Derefter er behandlingstiden i princip 3 måneder, ifølge ”nyidanmark” hjemmeside. For vores vedkommen blev den første behandlingstid på over 7 måneder!! Og heldigvis fandt vi et el-faktura fra vores tidligere lejlighed i Frankrig med vores to navne og kunne derved bevise at vi havde boet sammen i mindst 18 måneder!

Min arbejdsgiver havde ikke fortalt mig alle disse ting, så min samlever og jeg var allerede flyttet til Uummannaq, jeg var fastansat og var begyndt at arbejde før den lokale politimester, på en meget venlig måde, fortalte os at vi opholdt os illegalt i landet. Vi skyndte os at udfylde alle papirer med en meget dårlig smag i munden og en fornemmelse at vi overhoved ikke var velkommen her. Dog havde Udlændingestyrelsen dengang accepteret at jeg allerede var begyndt at arbejde før jeg søgte. Siden flygtningekrisen, er reglerne strammet væsentligt.

I Danmark findes der noget der hedder positivliste. Dette betyder at læger, tandlæger, sygeplejersker (eller andre faggrupper som er en manglende arbejdskraft i landet), som kommer fra tredjelande (udenfor EU og Norden) kan have særlige kunstige betingelser. De kan søge om opholdstilladelse, selv om de allerede er kommet til Danmark og deres tilladelse gælder 4 år hvis de har en fastansættelse. At dette IKKE er gældende for Grønland, ser jeg som grov diskrimination af landet som helhed, det grønlandske sundhedsvæsenet og den enkelte sundhedsmedarbejder.

Min samlever og jeg søger hvert år men lod datoen passere en gang fordi jeg var på orlov i Frankrig i 4 måneder og glemte alt om at søge om opholdsforlængelse. Da jeg så skrev til Udlændingsstyrelsen for at undskyldte mig og forklare at jeg havde været væk fra Grønland i 4 måneder, fik jeg at vide at jeg ikke måtte forlade Grønland uden at have en udrejsetilladelse (ingen havde fortalt mig det!!!) Derfor måtte vi starte alle ansøgninger forfra og jeg fik at vide at jeg ikke måtte arbejde mens de studerer vores sag. Dette på trods at det står i deres hjemmeside at man har tilladelse til at forlade Grønland i op til 6 måneder uden at miste ens arbejdstilladelse. Jeg meddelte dem at jeg kunne ikke, sådan, stoppe mit arbejde og fik i retur et brev at jeg vil blive politianmeldt og udvist af landet. Jeg havde et par dage for at forsvare mig, hvad jeg gjorde med hjælp af SL, men fik aldrig svar på mit brev. Kun en forlængelse af vores opholdstilladelse til december 2015! Vi søgte derefter om ny forlængelse i november 2015 og har, endnu, ikke fået svar. Den lokale politimester mener at, eftersom vi har sendt ansøgningen rettidigt, har vi tilladelsen til at være her mens vi venter!! Det håber vi!

Alligevel lidt svært at sluge når vi har boet i landet i snart 10 år, har været fastansat i snart 7, taler dansk og efterhånden en del grønlandsk, og er totalt integreret i vores lille lokalsamfund.

Helt galt gik det også da vi skulle fastansætte en fransk anæstesi-sygeplejerske (som har lært sig dansk). Rig af mine erfaringer, anbefalede jeg hende at søge arbejdstilladelsen fra Frankrig før hun kom til landet. Men hun skulle have en kontrakt og det kunne hun ikke få før hun havde fået sit opholdstilladelse som hun ikke kunne få før hun havde en kontrakt som hun ikke kunne få før. .... Det gik et år på den måde. Til sidst, fik hun en kontrakt og opholdstilladelsen fulgte efter. Sundhedsledelsen har nu, efter den sag, besluttet at sende kontrakter til udenlandske medarbejdere før de kommer til landet for at kunne søge rettidigt om opholdstilladelsen.

Derfor mener jeg at det første skridt mod ansættelsen af ikke nordiske læger og sygeplejersker er at lempe på disse totalt urimelige, meget rigide og diskriminerende krav fra SIRI. Vi skal kunne søge om arbejdstilladelse når vi er startet på arbejdet og flyttet til landet. Ellers, er det umuligt at rekruttere udenlandske læger. Og der skal gøres noget konkret nu. Jeg har flere gange hørt politiker og SL sige at det er lidt urimeligt, at der bør gøres noget ved det...men det sker intet.

2. Det danske sprog er det anden problem. Jeg er enig med vores lægeförening i at man bør kunne tale dansk for at arbejde i landet, da kommunikation ellers vil være meget besværliggjorte. Måske kan man, i ny og næ, acceptere en læge der kun taler engelsk, for eksempel en kirurg der har en spidskompetence som sundhedsvæsenet ville kunne bruge nogle måneder (men så er vi tilbage i de komplicerede arbejdstilladelser og den lang behandlingstid). Men skal man fastansættes på kysten, skal man kunne gøre sig forståelig på dansk. Og derved mener jeg at svensk og norsk er ikke dansk og medføre lige så mange kommunikationsproblemer!

Det danske sprog er svært at tilegne sig for en Franskmand eller en Spanier men ikke for en Tysker eller en Hollænder.

Blot skal vi have hjælp: man skal kunne lære dansk på et sprogskole i Grønland og man skal kunne bedømmes sprogligt at en komite i Grønland. Langt de fleste Franskmand jeg kender, som ønsker at arbejde i Grønland, ønsker absolut ikke at opholde sig i Danmark. Det er Grønland der tiltrækker, ikke Danmark. Derfor må de grønlandske myndigheder sørge for at sproget læres og godkendes i Grønland.

Vores franske sygeplejerske havde lært dansk på Universitet i Paris i 2 år før hun ansøgte om en stilling hos os. Forståeligt nok skulle hendes danske sprog vurderes og derfor ønskede SL at hun skulle bestå "Danskprøve 3". Men man kan ikke gå op til denne prøve i Grønland (jeg har spurgt sprogskolens i Sisimiut.) Man kan ikke gå op til denne prøve via skype eller andet telesystem. Man kan ikke gå op til den prøve i andre lande. Den eneste måde er -igen- at opholde sig i Danmark, følge undervisningen på sprogskolen i Danmark og udelukkende efter flere måneders undervisning, kan man gå op til prøven. Grønland burde have myndigheden for selvstændigt at bestemme om ens danske sprog er tilstrækkelig for at arbejde i Grønland.

Derudover har mange Grønlandere fortalt mig at ikke nordiske borgere er tit meget dygtigere til at lære grønlandsk, end dem der kommer fra Norden. Grønlandsk er, trods alt, det officielle sprog i landet!

I konklusion, vil jeg sige at jeg er af den opfattelse at der er totalt uoverskueligt at søge et arbejde i det grønlandske sundhedsvæsen når man er ikke nordisk statsborger. Vi kan dog være meget motiverede, meget interesserede i Grønland, kommer med fri sind, uden fordomme, er for de fleste meget tilfreds med det løn der tilbydes her. Skal Grønland skal have selvbestemmelse omkring disse spørgsmål og rive sig løs fra Danmarks hegemoni for at kunne tage selvstændige beslutninger.

*Annie Kerouedan,  
fransk statsborger, fastansat regionslæge i Uummannaq.*



# I det grønlandske sundhedsvæsen byder vi alle velkommen

Vi skal i det grønlandske sundhedsvæsen servicere et enormt område med en begrænset lægestab. Og til det vil vi gerne sikre os al den kvalificerede arbejdskraft, som vi overhovedet kan. Vi ved, at der er interesserede ansøger til stillinger i Grønland med mange forskellige nationaliteter, og i den forbindelse står ansøgerne overfor forskellige udfordringer og krav for at få opholdes og arbejdstilladelse. I Sundhedsledelsen er vi naturligvis interesseret i at lette processen så meget som muligt for vores kommende læger, og specielt de ansøgere som ikke kommer fra et nordisk land og derfor skal ansøge som opholds- og arbejdstilladelse for at kunne arbejde i Grønland.

Det gælder overordnet, at det er den enkelte ansøger som har ansvaret for at søge om dansk autorisation og opholds- og arbejdstilladelse. Når dette er sagt, så står den ansættende leder og personaleafdelingen i sundhedsvæsenet naturligvis til rådighed for rådgivning i forhold til Styrelsen for International Rekruttering og Integrations (SIRI) procedurer og ansøgningens form og indhold.

I Sundhedsledelsen er vi meget opmærksomme på udfordringerne ved ansættelser, hvor opholds- og arbejdstilladelse er relevant. Derfor har vi sammen med Departementet for Sundhed indledt en dialog om netop disse problematikker. Det er et komplekst område og en løsning er ikke lige om hjørnet. Det er derfor vigtigt, at man som kommende læge og også som leder i sundhedsvæsenet kender procedurerne, opgaver og ansvarsområder, hvilket nedenstående har til formål at belyse. Det kan måske også hjælpe, når man som kollega rådgiver og vejleder venner og bekendte om deres muligheder i Grønland.

*Cheflæge Anne Marie Ulrik*

## **10 ting du skal huske, når du ikke har nordisk statsborgerskab og søger ansættelse i det grønlandske sundhedsvæsen**

### **1. Hvornår kan du som læge få job i det grønlandske sundhedsvæsen?**

En læge skal have dansk autorisation for at arbejde som læge i Grønland.

Ansøgning om dansk autorisation skal indgives til Styrelsen for Patientsikkerhed, det har på deres hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk) en meget udførlig gennemgang, på både dansk og engelsk, for ansøgningsproces-

sen for læger både for de nordiske lande samt for land i og uden for EU. Overordnet kan det oplyses at læger fra både de nordiske lande og fra EU lande kan opnå dansk autorisation gennem ansøgning, mens læger fra lande udenfor EU skal gennem flere test og prøver hvorfor det kan være en langvarig proces der strækker sig over flere år. For nordiske læger kan der være en sagsbehandlingstid på op til 1 mdr. og for læger fra EU lande op til 3 mdr.

### **2. Hvorfor skal man søge om arbejds- og opholdstilladelse?**

Grønland er ikke medlem af EU. Derfor gælder retten til arbejdskraftens frie bevægelighed ikke i Grønland, og en arbejds- og opholdstilladelse til Danmark gælder ikke i Grønland. Grønland er til gengæld medlem af et nordisk fællesskab, som er reguleret ved den såkaldte Nordiske Konvention. Det betyder at alle nordiske borgere frit kan rejse til og arbejde i Grønland.

### **3. Hvem skal søge om arbejds- og opholdstilladelse?**

Enhver som ikke er nordisk statsborger, der søger ansættelse i Grønland, skal søge om arbejds- og opholdstilladelse og opfylde kravene som administreres af SIRI. Nordiske statsborgere indbefatter borgere fra Norge, Sverige, Finland, Island, Grønland, Danmark, Åland og Færøerne.

Det er vigtig at huske, at der ses på statsborgerskabet. Det er derfor lige meget om man fx tilhører det dansk-tyske mindretal og i øvrigt taler flydende dansk, har taget sin uddannelse i Danmark og har arbejdet i Danmark, inden man har søgt en stilling i Grønland. Hvis statsborgerskabet ikke er nordisk, så skal der søges om arbejds- og opholdstilladelse. For nærmere information henvises til <https://www.nyidanmark.dk> her er udførlig information på både dansk og engelsk.

### **4. Hvornår kan du søge om arbejds- og opholdstilladelse i Grønland?**

Der er mange ting, som gør sig gældende i forbindelse med udstedelse af en arbejds- og opholdstilladelse. Som udgangspunkt kan du søge om en arbejds- og opholdstilladelse, hvis du har fået en ansættelseskontrakt som læge i Grønland. Kontrakten vil i givet fald være betinget af du opnår arbejds- og opholdstilladelse.

### **5. Hvilke dokumenter kræves til ansøgningen om opholds- og arbejdstilladelse?**

Dit pas er et af de mest relevante dokumenter ved indleveringen af ansøgning om arbejds- og opholdstilladelse. Selvom mange lande primært bruger ID-kort



som legitimation, så er ID-kortet ikke tilstrækkeligt for din arbejds- og opholdstilladelse.

#### 6. Skal sundhedsvæsnet udfylde noget i ansøgningen?

Ja, sundhedsvæsnet skal som arbejdsgiver udfylde en del af ansøgningsformularen. Men det er vigtigt at huske, at det er ansøger, der har ansvaret for anskaffelsen af arbejds- og opholdstilladelsen.

#### 7. Hvornår skal en ansøgning indgives?

Ansøgningen skal indgives før ansøgeren ankommer til Grønland. Hvis en udlænding arbejder ulovligt i Grønland, kan vedkommende udvises af Grønland, og både udlændingen og arbejdsgiveren kan idømmes foranstaltninger efter kriminalloven for Grønland.

#### 8. Hvor lang er behandlingstiden?

SIRI skal ifølge loven og deres såkaldte servicemål på området behandle ansøgningen inden tre måneder. En ansøgning, der indgives få uger inden påtænkt ansættelse, kan derfor ikke forventes at blive færdigbehandlet i tide. Alle ansøgninger bliver prioriteret lige højt.

#### 9. Hvad er de typiske grunde til ophold i ansøgningsprocessen?

Et af de mest sandsynlige ophold i processen er, at der ikke er indleveret alle nødvendige dokumenter til en ansøgning.

#### 10. Hvor længe gælder min arbejds- og opholdstilladelse?

Arbejds- og opholdstilladelse gives for ét år af gangen, det betyder at medarbejderen skal huske at ansøge om forlængelse hvert år. Efter en årrække kan der søges om permanent opholdstilladelse.

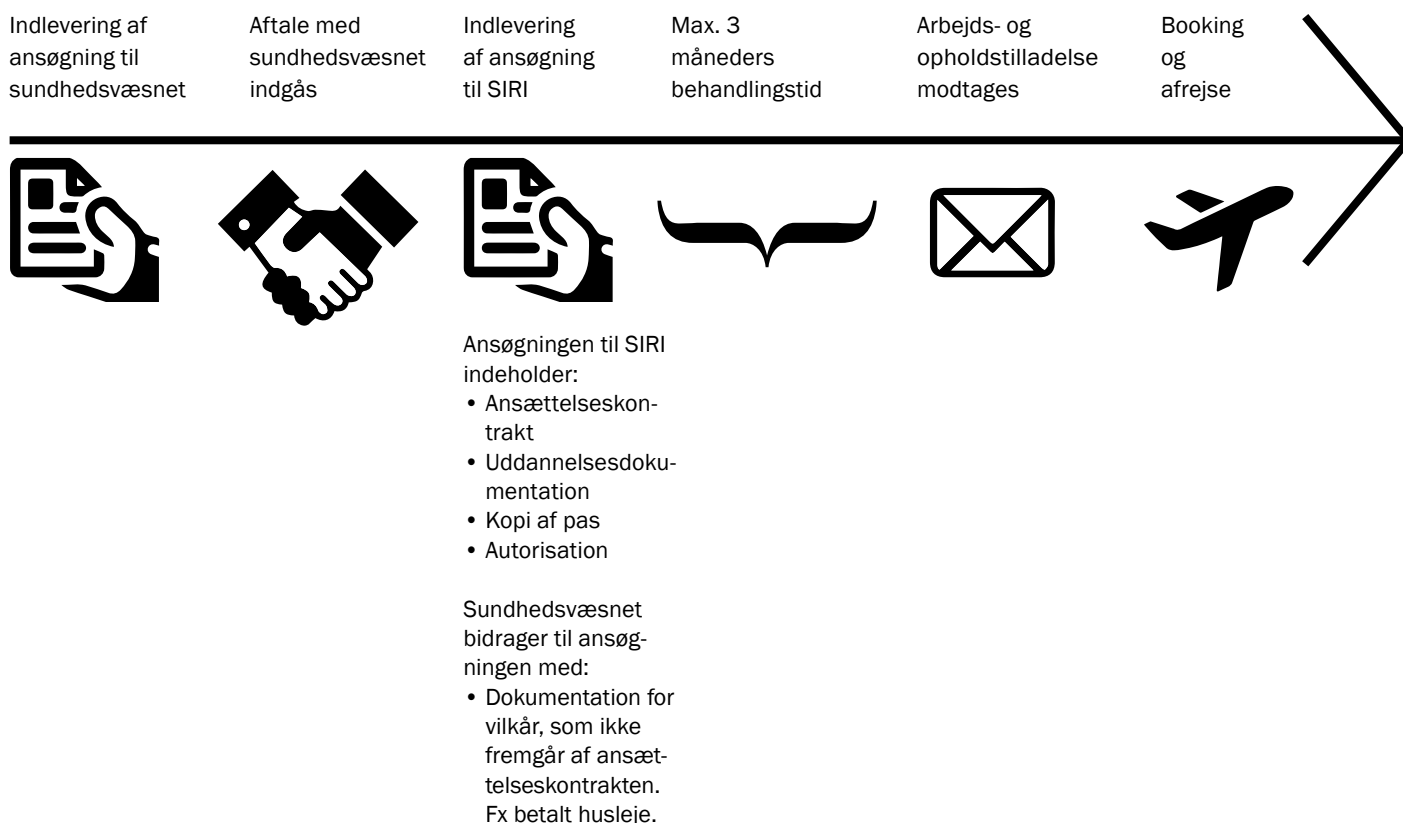
#### 1. Bortfald af opholdstilladelse

Har man arbejds- og opholdstilladelse i Grønland men vælger at rejse ud af Grønland i en længere periode – eller helt at opgive sin bopæl kan den allerede erhvervede opholds- og arbejdstilladelse bortfalde. Der vil i givet fald skulle ansøges om en ny.

#### 2. Er arbejdstilladelse og opholdstilladelse det samme?

En opholdstilladelse gives når opholdets årsag ikke er arbejde. For nogle borgere er det nødvendigt med et visum. Er en borger visumfri, kan borgeren lovligt opholde sig i Grønland i op til tre måneder. En arbejds- og opholdstilladelse gives således m.h.p. arbejde og er derfor væsentligt forskelligt fra et almindeligt ophold.

Følg processen for ansættelsen af ikke-nordiske statsborgere nedenfor. I grafikken antages det, at der foreligger en dansk autorisation.



# Plenumforedrag NUNAMED 2016

## Tema for NUNAMED 2016 "Samarbejde er udvikling"

NUNAMEDs formål er at fremme den sundhedsvidenskabelige forskning i Grønland. Dette søges gennemført ved:

1. at præsentere aktuelle grønlandsmedicinske forskningsresultater;
2. at motivere politikere og sundhedsvæsenets personale for en øget forskningsaktivitet;
3. at sætte aktuelle sundhedsfaglige og forskningsmæssige problemstillinger til debat i et tværfagligt forum i Grønland;
4. at øge sundhedspersonalets forudsætninger for at gennemføre kvalificeret forskning;
5. at fremme samarbejdet om sundhedsfaglig forskning i Grønland - mellem faggrupper og mellem sundhedsdistrikter.

De naturgivne forhold i Grønland, de hurtige sociale ændringer, der i disse år sker i det grønlandske samfund og teknologiens udvikling stiller store krav til mennesker i Grønland og skaber særlige sundhedsmæssige problemer.

Sundhedsproblemerne art og omfang er forskellige fra andre landes problemer. Den sundhedsfaglige indsats i Grønland må derfor bygge på en kombination af generel medicinsk viden og viden frembragt gennem studier af helbredsforhold i Grønlands befolkning.

En løsning af de sundhedsmæssige problemer i Grønland må ske på landets egne præmisser under medvirken af Grønlands eget sundhedsvæsen. En af forudsætningerne for en tilfredsstillende og stadig forbedret løsning af opgaverne er, at der løbende foretages den nødvendige kvalitetskontrol, dvs. løbende undersøgelser af, om den forebyggende og behandlende indsats er god nok. Det er samtidig nødvendigt, at der gennemføres nyskabende forskning.

Med henblik på at styrke den sundhedsfaglige forskning i og om Grønland blev der i maj 1991 afholdt den første grønlandsmedicinske konference i Grønland - NUNA MED '91, arrangeret af Grønlandsmedicinsk Selskab og Grønlands Lægekredsförening. Konferencen samlede mere end 150 deltagere, der kom fra det grønlandske sundhedsvæsen, sundhedsforvaltningen, kommuner og landsting, samt fra Danmark, Norge og Canada. Foredragene fra NUNA MED '91 blev publiceret i en konferencerapport, der fik vid udbredelse. Konferencen blev en stor succes. I september 1994 afholdtes den anden NUNA MED konference - NUNA MED '94, som samlede ca. 190 deltagere, og det blev samtidig fastlagt, at der i fremtiden stiles mod afholdelse af NUNA MED konferencer hvert tredje år. I 1997 var der over 200 deltagere, og i 2010 nåede deltagerantallet op på 230.

Siden 1971 har man med 3 års mellemrum afholdt internationale konferencer om arktisk sundhed og sygdomsforhold. I 2003 blev denne konference afholdt i Nuuk og slået sammen med NUNA MED; med 353 deltagere fra i alt 12 forskellige lande og 202 tilmeldte mundtlige foredrag og 42 posters, var konferencen en stor succes. Seneste NUNA MED blev afholdt i 2013.

Med henblik på NUNA MED 2016 har bestyrelserne for Grønlandsmedicinsk Selskab, Grønlands Lægekredsförening, Peqqissaasut Kattuffiat og Grønlands Center for Sundhedsforskning nedsat en arrangementskomite, og der er fastlagt en række temaer til konferencen, der afholdes den 1.-3. oktober år 2016.

Tilmeldingen til NUNAMED 2016 sker på hjemmesiden [www.nunamed.org](http://www.nunamed.org)

Plenumforedrag beskrives kort her for at inspirere til den kommende konference.

### **Fysisk Aktivitet som helbredende faktor.**

*Bente Klarlund Pedersen Dr.med. overlæge på Rigshospitalet og professor ved Københavns Universitet.*

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

### **Grønlands bioteknologiske skatte – forskning for samfundet.**

*Aviaja Lyberth Hauptmann, biolog fra Københavns Universitet, PhD -studerende*

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

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

*Peter Gibson, Professor, Newcastle, Australia.*

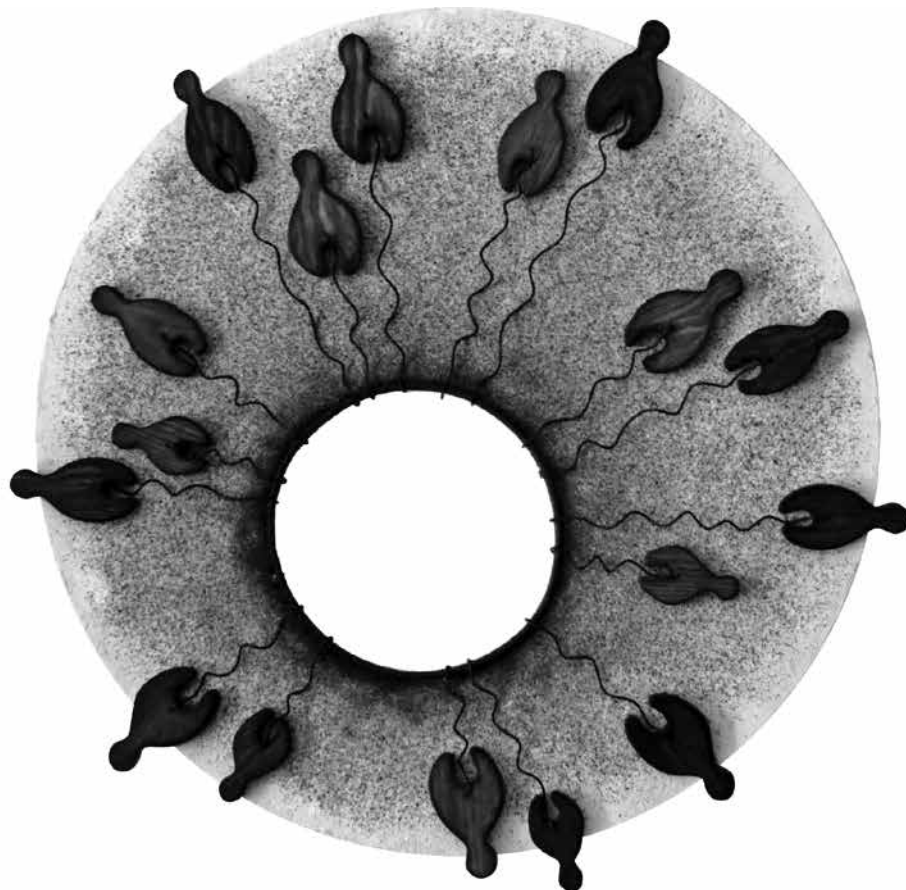
There is widespread geographical variation in the prevalence of chronic diseases throughout the world. This is especially true for chronic airway diseases such as asthma.

## NUNAMED 2016

– en grønlandsmedicinsk konference

### Samarbejde for Udvikling

Nuuk, 1.-3. oktober 2016  
www.nunamed.org



## ANNOUNCEMENT

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

### Velsmag og velvære fra havet.

*Ole G. Mouritsen dr. scient. og professor i molekylær biofysik ved Syddansk Universitet*

Mad fra havet, især fisk, skaldyr og tang, er en væsentlig kilde til essentielle fedtstoffer og desuden basis for den femte grundsmag, umami. På grund af en heldig kombination af nogle specielle indholdsstoffer i havets organismer bliver umami særlig kraftig i føde fra havet. Indsigten i, hvordan velsmagen virker, kan udnyttes ikke kun til at lave velsmagende mad, men også sundere mad.

### Monitorering af patienter i eget hjem vha telemedicin

*Olav Bjørn Petersen, Ph.D., overlæge og adj lektor ved*

*Aarhus Universitetshospital, Afd. for Kvindesygdomme og fødsler.*

Der er i forbindelse med et stort telemedicinsk projekt (KIH-Klinisk Integreret Hjemmemonitorering) blevet udviklet en telemedicinsk platform: OpenTele, et system baseret på frit tilgængelig Open Source software, til anvendelse på standard (android) tablet. Dataoverførsel sker via mobilnet eller WiFi til central server, hvor data kan ses og vurderes via standard webbrowser.

Selv- og hjemmemonitorering er dermed blevet en økonomisk overkommelig mulighed, og er etableret inden for en række tilstande og sygdomme, herunder diabetes, KOL, kronisk hjertesvigt og kompliceret graviditet.

Da systemet er baseret på frit tilgængelig Open Source kode, er der gode muligheder for videreudvikling af applikationer og funktionalitet til andre sygdomsgrupper.

### Håndtering af videnskabelig redelighed og det modsatte i Danmark

*Kirsten Kyvik, leder af Klinisk Institut ved Syddansk Universitet og professor ved Odense Patient data Explorative Network ved Odense Universitetshospital*

Danmark var det første land i verden der fik en lovgivning om videnskabelig uredelighed og et system til behandling af dette. I 2015 fik vi også en Code of Conduct som bl.a. alle universiteter har tilsluttet sig. I talen vil der blive fokuseret på uredelighed i forsknings generelt, den danske lovgivning, samt forslag til hvordan sidstnævnte bør ændres.

### **Arctic Health and Well-Being: Working Better Together**

*Rhonda Johnson, DrPH, MPH, FNP Professor of Public Health University of Alaska, Anchorage, Department of Health Sciences*

This presentation will briefly highlight several current health issues in the North, viewed through a social determinants lens and health equity framework. Examples of participatory and integrated approaches will be shared and some questions we should consider together will be raised. The primary intent is to provide some 'food for thought' and to foster new partnerships and perspectives.

### **"I want to go to the South Pole!" Adventure tourism in the Antarctic**

*Dr Martin Rhodes MA, MBChB Chief Medical Officer, Antarctic Logistics & Expeditions*

A day (or two) in the lives of the doctors at Antarctic Logistics & Expeditions' Field Camp, Union Glacier 80°S. Who are our clients? How do we screen them? What are their expectations? What are the risks? How do we manage these? Who are our doctors? What are their skills? Are there any lessons for Arctic tourism?

### **Læring af 25 års forskning i grønlandske flydeører – hvad mangler?**

*Preben Homøe, PhD, dr. med., klinisk professor i øre-næse-halssygdomme ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Overlæge, Institut for Kliniske Medicin, Køge Sygehus.*

Mellemørebetændelse er en meget hyppig børnesygdom som kan medføre kroniske problemer og hørenedsættelse resten af livet. Hørelsen er en vigtig sans med henblik på at erhverve sig færdigheder og at kunne kommunikere. Desværre er dette problem ofte forekommende i Grønland ligesom i Canada og Alaska. WHO vurderer at en forekomst af kroniske flydeører på mere end 4% i en befolkning udgør et stort og hastende sundhedsproblem. I Grønland er forekomsten adskillige gange fundet væsentlig højere. Mange faktorer gør sig gældende, men det er sikkert, at det ikke skyldes mangel på hør. En aktiv grønlandsk øre indsats med indførelse af et "børneøre-program" bør involvere information, forebyggelse og energisk behandling.

### **Tuberkulose i Grønland**

*Anders Koch: MD, PhD, MPH. Seniorforsker, infektionsepidemiologi, Statens Serum Institut & Rigshospitalet. Formand for Grønlandsmedicinsk Selskab og Præsident for the International Union for Circumpolar Health (IUCH).*

### **Primadonnaer og ledelse**

*Helle Hein, seniorforsker, cand.merc. og ph.d., Copenhagen Business School*

### **Genetisk forskning i en lille population**

*Torben Hansen, videnskabelig direktør og professor ved afdelingen for metabolisk genetik på Metabolismecentret (The Novo Nordisk Foundation Center for Basic Metabolic Research), Københavns Universitet*

Genetic studies of small and isolated populations provide a foundation for investigating genetic factors of importance for metabolism. There are fewer genetic variations in isolated population compared to large populations such as Chinese or European. However, the variations that exist are more common than in other populations.

We recently identified a common nonsense variant in TBC1D4 in the Greenlandic genome, which has a population-wide impact on glucose-stimulated plasma glucose, serum insulin levels, and T2D. The variant defines a specific subtype of non-autoimmune diabetes characterized by decreased post-prandial glucose uptake and muscular insulin resistance. Furthermore we have described variation in the Greenlandic genome of importance for cold and diet adaptation. Our studies in Greenlanders provide proof of the value of conducting genetic association studies outside the traditional setting of large homogenous populations. Some information gained from these studies can be translated to other populations; other findings are population-specific. Notably, population-specific loci can still identify potential pathways involved in the pathogenesis of clinical traits and diseases, as illustrated by the TBC1D4 variant identified in Greenland. This can in turn generate new knowledge of general disease mechanisms, and may eventually lead to new preventive initiatives and drug targets.

# Læge på afveje

“Min mor hun har sagt, gennem hele mit liv: Du skal tænke dig om og lægge lidt til side” (KESI - Dumme Penge).

Tjæe.... Hvis jeg nu havde fulgt de mange, mange gode råd jeg har fået så var meget nok gået anderledes. Men hvor mange unge mennesker følger de råd, som deres forældre giver dem?

Og hvem siger at de gode råd fører derhen hvor man får det bedst?

Mine forældre - stereofonisk psykiatri i 25 år - var faktisk ret tilbageholdende med at give alt for mange råd og stille alt for høje forventninger....

Hvor vil jeg nu hen med at det? Kan det om muligt interessere læseren af Nakorsanut?

Måske, måske ikke. Du kan jo stoppe læseriet her.

Ved et lykketræf (adgangsbegrænsningen til medicinstudiet var netop indført) kom jeg, efter et par år som mislykket skovhugger og maskinmester, ind på medicinstudiet. Det var virkelig fedt. Og det var superfedt at blive færdig med studiet og komme igang med arbejdet. Ortopædien, under fantastisk ledelse af Ole Helmig, fængede og jeg mindes ikke at have haft en eneste dårlig arbejdsdag på hans afdeling. Så ortopæd, det ville jeg være. Skade at forskning dengang var et ultimativt krav om adgang til de eftertragtede kursusstillinger. En lørdag på ortopædisk hospitals forskningslaboratorie - med udsigt over en solbeskinnet Ringgade (vi er i Aarhus, forstås) - gik det op for mig at jeg langt hellere ville cykle til Mols end at sidde og skære i knæ-brusk....Den ortopædiske karriere fik et skud for boven. Jeg søgte til Grønland, men Aase Nygaard (som de der ikke er alt for historieløse i grønlandsk sundhedsvæsens sammenhæng, kender til) mente at jeg var for ung. Helmig fik mig lirket ind på anæstesiologisk afdeling og efter godt et år dér, søgte jeg igen til Grønland. Denne gang fandt jeg nåde hos Aase - og landede en oktober eftermiddag i Angmagssalik.

Det var jo en helt anden verden end en ortopædkirurgisk afdeling på et universitetssygehus. Overvældende og mange gange skræmmende. Svære uforståelige ting, en kultur der var meget fremmedartet, men også meget spændende og sympatisk - hvad foregår der egentlig under overfladen? Så det år - eller to - som jeg regnede med skulle være min Grønlands oplevelse, trak gevaldigt ud. Der er simpelthen for meget at lære og forsøge at forstå. Jeg er her jo endnu og har fortsat kun kradset i over-



*Hans Chr på Sydpolen.*

fladen. Det bliver ikke dårligere jo længere man kommer ned.

Man kan sige mange negative ting om det Grønlandske Sundhedsvæsen. Og det bliver gjort i rigt mål - alt for meget, synes jeg. Jo, der er uendelig meget der kunne være bedre, men her i Grønland tror jeg at borgerne får langt mere sundhed for pengene end de gør nogen andre steder. Lægerne har det faktisk heller ikke alt for skidt. Ja, lønnen halter bagefter, rekruttering og fastholdelse har der været talt om i alle de år jeg har været her - men; jeg har fået mulighed for at uddanne mig i “Mountain Medicine” (International Mountain Medicine Diploma) og jeg har erhvervet mig diplom i “Grønlandsk Medicin” - og været på en masse vældig fine kortere kurser i vidt forskellige emner .

Det, kombineret med den ret rigelige frihed vi har til at tage fri i længere perioder, har bragt mig vidt omkring. På afveje vil nogen måske sige: Hundeslædefører og guide over Indlandsisen, læge og guide på Aconcagua og i Grand Canyon, læge på Antarktis og på Københavns Universitets Iskerne projekt på Indlandsisen. Sidst fik jeg lov til at styre både Pisten Bully og Twin Otter - federe kan det faktisk ikke blive.

Jeg har det fortsat bedre end godt i Tasiilaq. Jeg fulgte ikke de gode råd om at forske og dermed blive ortopæd. Havde jeg gjort dét - så sad jeg nok nu og var specialist i højre knæ på en kæmpefabrik hvor man ikke kunne få lov til at operere en blindtarm, lægge en pleuradrænage, starte en antidepressiv behandling - eller skrive en vejledende distriktslægeerklæring.

Nu er jeg efterhånden så aldersstegen at det er mig der siger “... du skal tænke dig om, og...” få din speciallæge uddannelse i hus.

Det er mit råd - men med den lille fodnote at sommetider så lander runestavene på en heldig måde og selv ukloge dispositioner ender med et lykkeligt resultat.

*Hans Chr. Florian Sørensen, Regionslæge og Læge i Fagområdet Grønlandsmedicin, Tasiilaq*





# FARETRUENDE FORFALD

Inden for kirurgien gives der situationer, hvor man ikke kan flytte patienten, da situationen kræver akut indgriben. Med min erfaring fra distriktssygehusene gennem 31 år, har jeg oplevet sådanne situationer et utal af gange. Knivstik i mave og brystkasse, lavtrykkede ligblege unge kvinder med en bristet graviditet uden for livmoderen og sprængt blindtarm er blot nogle af de yderst velkendte tilfælde i det grønlandske sygdomsbillede, hvor der skal handles her og nu, hvis man ikke vil risikere patientens liv.

Men der er så sandelig også rigtig mange kirurgiske tilfælde, hvor akut indgriben redder patientens førlighed, herunder ledeskred (ankler, albuer, hofte- og skulderled), der alle omgående skal på plads, hvis ikke man vil risikere blivende ledeskade. F.eks. faldt en ung kvinde af hesten i Sdr. Igaliko, hvor hendes hofte gik af led. Det er en meget alvorlig skade, hvor bl.a. ledhovedet er i fare for at dø, hvis ikke leddet kommer på plads inden for en time, maks. to. Hun kom ind på Narsaq sygehus, blev kortvarigt bedøvet og leddet sat på plads. Det tog 5 min, og efter 6 uger med aflastning af leddet med krykkestokke, gik hun helt normalt rundt i byen. Alternativet kunne nemt have været en kunstig hofte.

Så hvor vil jeg mon hen med dette?

Inden for de sidste par år er der sket en beklagelig afvikling og nogle steder ligefrem demontering af de små distriktssygehusenes kirurgiske kompetencer, således at der reelt ikke længere kan foretages akut kirurgi. Nogle steder har man monteret en telefon uden for sygehusets dør, hvor akutte henvendelser bliver besvaret af en sygeplejerske på regionssygehuset; andre steder har man simpelthen fjernet alt nødvendigt udstyr på operationsstuen og tømt skuffer og skabe for bedøve medicin, sprøjter, kanyler og nål og tråd, således at kirurgi er helt utopisk. Nævnes i flæng gælder forfaldet bl.a. sygehusene i Narnortalik, Narsaq, Paamiut, Ittoqqortoormiit, Qasigianniguit og Qeqertarsuaq.

I forlængelse heraf står der ikke længere i stillingsopslagene til distriktssygehusene, at der kræves kirurgiske

færdigheder, men blot anerkendelse som almen mediciner. Denne ændring er ganske vidtgående og har fået lov til at passere helt ubemærket hen.

Da regionaliseringen blev indført i 2011 lovede man befolkningen i en landsomdelt brochure, at regionaliseringen ville betyde en ensartet behandling, uanset bosted, og samtidig en højnelse af kvaliteten i behandlingen. Jeg har meget vanskeligt ved at se dette løfte indfriet.

Tværtimod har man efter min bedste vurdering nu skabt nogle forhold, hvor man sætter patienternes liv og førlighed på spil. Selvfølgelig står det beslutningstagerne frit for at gøre dette, men så bør man anstændigvis også gå ud og fortælle befolkningen i de små byer, at der bare er nogle ting, som de ikke må fejle! Det ville være en fair måde at gøre det på.

Jeg er udemærket klar over, at det i dag er vanskeligt er rekruttere læger med kirurgiske færdigheder, men sværere er det så heller ikke. De findes stadig, og hvis man vil betale det det koster, så kommer de også. Den Grønlandsk medicinske diplomuddannelse er rigtig godt på vej med flere unge veluddannede læger, der kan det der kræves, også kirurgisk. Endelig kan man jo flytte en kirurg ind fra regionssygehuset på kort tid, men det hjælper jo ikke noget, hvis operationsstuen ikke kan bruges!

Narkosemæssigt er det naturligvis at foretrække, at der også er én på stedet, der kan fuldbedøve, men selv har jeg aldrig i disse akutte kirurgiske situationer været ude for tilfælde, der ikke kunne være klaret med en rygmarvsblokkade, hvilket enhver kapabel grønlandsmediciner kan udføre.

Jeg håber med dette indlæg, at vække en tiltrængt diskussion om hvilken sundhedsmæssig standard man ønsker at tilbyde befolkningen. Men først og fremmest vil jeg ønske, at man er ærlig og fortæller hvad man vil, for lige nu tror folk, at alt stadig er ved det gamle.

Fotoet er åbent for fri fortolkning.

*Finn Eldon  
ortopædkirurg*

# Supervision – den professionelle samtale og Robusthed og Stressforebyggelse

2 workshops afholdt af Yngre Læger d. 4. juni 2016



Yngre Læger i Danmark tilbyder en lang række gratis kurser/workshops for yngre læger og vi havde lokket to af deres undervisere, Mette Krøigaard og Nynne Lykke Christensen, til at afholde to workshops for os på en solskinslørday i starten af juni.

Den første workshop omhandlede Supervision og Debriefing, mens vi om eftermiddagen arbejdede med Robusthed og Stressforebyggelse.

Alle læger i Grønland var inviteret og ca. 10, både reserve- og speciallæger, mødte op til begge workshops. Fokus var vores egen dagligdag og der blev sparret, arbejdet to og to og i større grupper.

En gennemgående ting i begge workshops er vigtigheden af at skabe et rum, hvor en kollega kan fortælle, f.eks. om en svær situation i den faglige dagligdag eller en succesoplevelse, mens der bliver lyttet professionelt.

Dette blev naturligvis afprøvet og efterfølgende fik resten af gruppen mulighed for at stille spørgsmål til refleksion eller komme med feedback, bl.a. omkring hinandens styrker ud fra det fortalte.

Det lyder måske ganske let og naturligt, men når man sidder i øvelsen, går det op for én, hvor lidt vi egentlig praktiserer at lytte netop professionelt til hinanden i en travl hverdag og hvor svært det kan finde netop det rum, hvor man kan sparre, læse af og/eller blive styrket – og også drage læring ud fra de svære situationer, vi hver især kan finde os i.

Vi fik også lov til at arbejde med os selv og vores tanke- og handlemønstre, særligt i Robustheds-/Stressforebyggelsesdelen. Og mens der naturligvis ikke blev givet konkrete svar, blev der givet masser af stof og værktøjer til eftertanke og til at arbejde videre med selv.

Et stort tak til de engagerede deltagere og undervisere! Der kan læses mere om de tilbudte kurser på [ylkurser.dk](http://ylkurser.dk) og kurserne er som sagt gratis – også når de bliver afholdt i Grønland.

## Supervisionsgruppe på DIH

Inspireret af den afholdte workshop 4. juni, vil vi gerne inviteret til opstart af en supervisionsgruppe mandag d. 5. september 2016 i Konf. 1 på DIH kl. 16.

Fokus vil være den professionelle samtale og den kan foregå på flere forskellige måder, f.eks. i plenum eller to og to, afhængig af behov og ønsker. Vi forestiller os derfor, at behovet bliver afstemt fra gang til gang og at vi vil mødes ca. 1 gang om måneden.

Der er selvfølgelig ikke forventning om fremmøde hver gang :-)

Alle læger, speciallæger som yngre læger, er inviterede, og vi håber at se så mange som muligt.

Og I kan selvfølgelig finde os på Facebook som Supervisionsgruppe SANA og I er selvfølgelig også velkomne til at kontakte os med spørgsmål.

*Med venlig hilsen*

*Marie Odgaard ([modg@peqqik.gl](mailto:modg@peqqik.gl)) og*

*Nadja Albertsen ([naal@peqqik.gl](mailto:naal@peqqik.gl))*



## Ny Ledende Regionslæge i Region Disko



Ledende regionslæge Ove Ammitzbøll

Jeg er speciallæge i almen medicin og har arbejdet som praktiserende læge i Danmark i en årrække. I 1999 havde jeg lyst til nye udfordringer og solgte min praksis og rejste til Nordnorge, hvor jeg var kommunelæge i en lille kommune i nærheden af Tromsø i 3 år. Det var på samme nordlige breddegrad som Aasiaat, så jeg er vant til midnatssol og mørke om vinteren. Samtidig havde man dette år snerekord i Nordnorge, hvor sneen lå 2 m højt i flere mdr. En speciel oplevelse med de snemængder, man har nu i Danmark.

Derefter har jeg arbejdet forskellige steder i Norge, Sverige og på Færøerne samt været 3 gange i Grønland, Maniitsoq og Uummannaq.

Siden 2005 har jeg haft min hovedbeskæftigelse på Regionshospitalet Randers. Jeg blev først ansat ved ortopædkirurgisk afdeling, hvor jeg efter et par år blev overlæge med ansvar for skadestuen. I 2010 skiftede jeg spor til akutmedicin, blev overlæge på Akutafdelingen og gennemførte uddannelse i akut medicin og har godkendelse i akut medicin som fagområde.

Jeg har ventet på den rette mulighed for at vende tilbage til Grønland og er meget glad for ansættelsen som ledende regionslæge i Aasiaat. Med min faglige baggrund vægter jeg selvfølgelig, det kliniske arbejde højt, og ser det som en af mine hovedopgaver, at være med til at sikre og udvikle kvaliteten af de tilbud, vi kan give borgerne.

Jeg glæder mig til, sammen med de ansatte i region Disko, at udvikle mulighederne i sundhedstilbudene til borgerne og optimere udnyttelsen af de ressourcer, der er til rådighed. Jeg finder det vigtigt, at skabe gode arbejdsforhold og et godt arbejdsklima for de ansatte. Jeg tror på, at hvis de ansatte trives, og der er et godt forhold på arbejdspladsen, smitter det af på arbejdsindsatsen til gavn for borgerne.

*Med venlig hilsen.*

*Ove*

## Ny Ledende Regionslæge i Region Kujataa

Efter en grundig ansættelsesproces er der nu ansat en ny ledende regionslæge i Region Kujataa. Valget faldt på Efa Olsen, som er velkendt i såvel Region Kujataa som hele Grønlands Sundhedsvæsen. Vi glæder os til at få Efa som et engageret medlem af sundhedsvæsenets ledergruppe.

Efa har lige rundet de 50 år og er nu klar til at møde de nye udfordringer, der ligger i at bevæge sig fra det rent kliniske arbejde til at løfte ledelsesopgaven i et tæt samarbejde med Inge. Efa har en stor og bred klinisk erfaring, men ingen ledelseserfaring fra Sundhedsvæsenet. Det er ikke usædvanligt, når man som læge vælger at blive

leder. Derfor lægger vi som ledelse stor vægt på at støtte Efa i hans arbejde som leder og ved, at I alle vil gøre det samme, så vi kan fastholde en dygtig grønlandsk læge og leder i Sundhedsvæsenet.

*Anne-Marie Ulrik*

*Nakorsat Qullersaat/Cheflæge/Executive Medical Officer*



### Lægefagligt forum AWG

Tirsdag 5. April kl 14.30- 15.30, er der igen Lægefagligt Forum i konference lokale 1.

Ledende regionslæge **Jesper Olesen** holder oplæg om: **AWG – set med sundhedsvæsenets øjne.**

Hvad betyder:

- 15 % øgning i befolkningstal
- Journalføring på engelsk
- En anden forventning til sundhedsvæsenet end vi oplever til daglig
- Kan sundhedsvæsenet lære noget af AWG ugen

Husk at informere nye kolleger.

*På lægeforums vegne*

*Gitte H. Drachmann, DIS*



Tirsdag den 7. juni kl. 14.30-15.30 i Konf. 1

Børnekardiolog **Klaus Juul**, fra Rigshospitalet underviser om: **"GENOPLIVNING AF BØRN"** og gennemgår de nye retningslinjer inden for området.

Håber at så mange som muligt griber denne flotte mulighed til at få genopfrisket og lært denne vigtige kunnen.

*Med venlig hilsen*

*Uka Wilhjelm Geisler, på vegne af Fagligt lægeforum*



### "Gonore i Grønland"

Forekomst og Forebyggelse

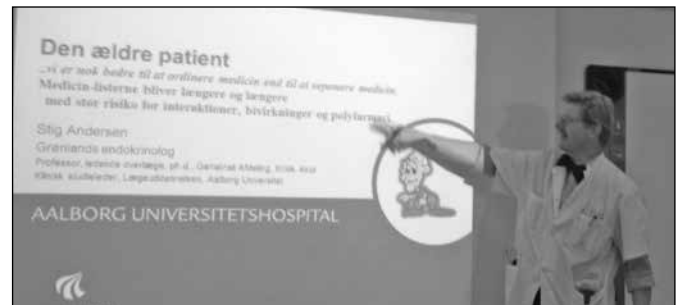
Historisk review ved Reservelæge på DIS, **Sine Berntsen**

Tirsdag den 3.maj kl 14.30-15.30 i Konf. lokale 1

*Takuss\**

*Med venlig hilsen*

*Gert Mulvad, Simon Bernth-Andersen, Parnûna H. Olesen, Gitte Drachmann & Uka Wilhjelm Geisler*



Fagligt Lægeforum – Tirsdag den 1.marts kl 14.30-15.30

Ved vores Grønlands endokrinolog, **Stig Andersen** **"POLYFARMACI"** ..vi er nok bedre til at ordinere medicin end til at seponere medicin.

Medicin-listerne bliver længere og længere med stor risiko for interaktioner, bivirkninger og polyfarmaci. Dette er hverdag på geriatrike afdelinger, hvor Stig har sin gang.... Velmødt til et altid spændende indlæg.

*Ikinngutinnersumik inuulluaqqusillunga / Med venlig hilsen*

*Uka Wilhjelm Geisler*

*Nakorsaaneq/Overlæge, Medicinsk Afdeling Dronning Ingrid's Hospital*

# En Billedkunstners "fingeraftryk" på Grønlands Sundhedsvæsen

## Billedkunstneren Anne-Birthe Hove døde i 2012.

Når hun nu pludselig "dukker op" i Nakorsanut skyldes det, at redaktøren har bedt mig skrive lidt om, hvilke "fingeraftryk" Anne-Birthe har sat på SHV.

Det gør jeg gerne; jeg var gift med Anne-Birthe de sidste 20 år af hendes liv, - og ja, hun var en dejlig kone og en dygtig kunstner.

I Grønland har man ikke - med mindre der lige er blevet ændret noget for nyligt - nogen regel/lov om, at der i budgetteringen af offentlige byggerier skal afsættes penge til udsmykning af den planlagte bygning.

Det har man f.eks i Danmark - og lige på det punkt kunne man da godt have lagt sig op af den gamle kolonimagt!! Synes kunstnerne - og en del andre.

Det har i Grønland betydet, at udsmykning som oftest ikke har været indtænkt i byggeriet fra starten af, men i stedet har været noget, som er dukket op hen ad vejen, når nogen er kommet i tanke om, at sådan noget skulle man også have. Og udsmykningerne er så nogle gange kommet lidt på tværs af diverse planlægningsting, ja der er sågar eksempler på, at entreprenøren har fundet det så upraktisk, så han har spændt ben for det.

Der er undtagelser, og gode eksempler på, at udsmykninger er tænkt ind i byggeriet på et tidligt tidspunkt.

I det følgende vil jeg fortælle om de udsmykninger, som Anne-Birthe har lavet inden for rammerne af SHV; jeg vil fortælle lidt om historie og teknik, men afholde mig fra at vurdere den enkelte udsmykning; hun var min kone og min kæreste, og jeg synes jo bare hun var enestående god!!

Anne-Birthes ældste udsmykning i SHV findes i kapellet på DIH - og mange af jer har sikkert set den. Den er fra 1988. Der er tale om keramik og en del af baggrunden for den er, at Anne-Birthe på Akademiet i København arbejdede med glasurer baseret på grønlandske granitter. Udsmykningen hedder Livet og Døden. Udsmykningen blev finansieret af Statens Kunstfond - en del år efter at bygningen stod klar - med Bodil Kaalund som konsulent og drivkraft. Motivet er elementer fra Grønlands natur

Anne-Birthes næste "SHV" - udsmykning er fra 1997, og

den er der garanteret ikke mange af læserne som har set. Gennem mange år blev psykiatriske patienter fra Grønland - som ikke kunne behandles hjemme i Grønland - sendt til Statshospitalet i Vordingborg (senere Amtshospitalet) og i de senere år, inden behandlingen flyttede til Riisskov, foregik det på en særlig afdeling. Anne-Birthe udsmykkede afdelingen med et antal bemalede træplader som var placeret over en del af dørene på afdelingen. Motiverne var Grønlands Natur, ikke altid naturalistisk og for nogle af billedernes vedkommende med en særlig twist. De grønlandske patienter er idag i Riisskov - hvis de da ikke er et helt 3. sted - og udsmykningen er flyttet med dem - men ikke monteret op. Det er faktisk ikke lykkedes mig at få rede på, hvor den er. Så vidt jeg husker blev udsmykningen finansieret af Storstrøms Amt som en del af kontrakten med Grønland.

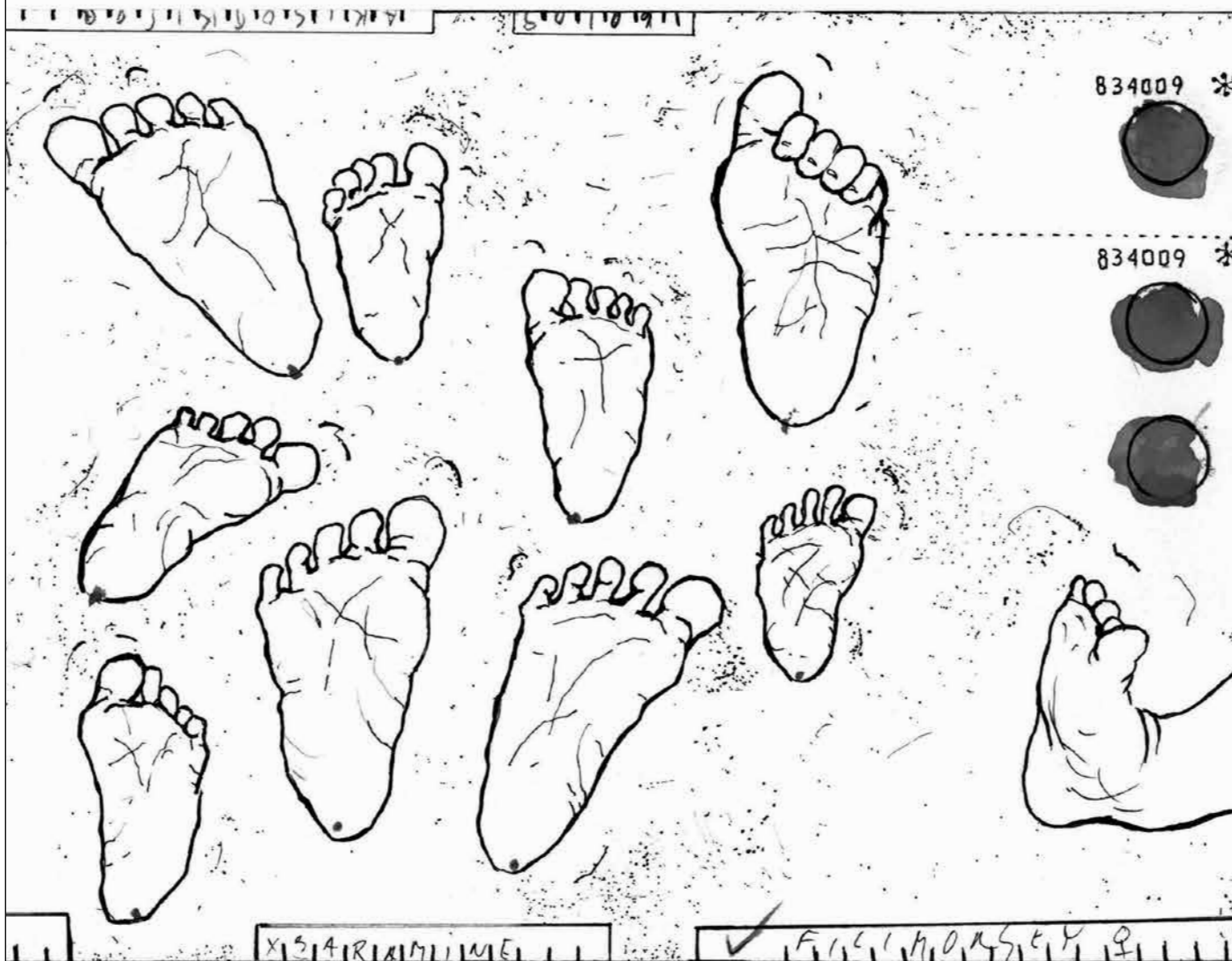
Anne-Birthes 3. udsmykning for SHV er en række store billeder til psykiatrisk afd på DIH, udført i 2001. Materialet er kraftige krydsfinersplader, som blev bearbejdet med overfræser og håndværktøj, så hun kom ned på forskellige niveauer i pladen og derved fik strukturen i pladen til at fremstå ganske stofflig; pladerne blev derefter bemalt. Teknikken havde hun lånt fra en canadisk kunstner, som vi så på en udstilling i Montreal i 1999. Motiverne er overvejende non-figurative. Anne-Birthe synes der skulle være ro i billederne, idet hun forestillede sig, at patienterne havde det tilstrækkeligt uroligt i deres sind. Daværende overlæge Fatuma Ali tog initiativ til udsmykningen og skaffede, så vidt jeg erindrer, også fondsmidler til den.

Den 4. og sidste udsmykning, Anne-Birthe har lavet til SHV, er fra 2011 og sidder i indgangspartiet til Dronning Ingrid's Sundhedscenter. Materialet er igen bemalede krydsfinersplader og motiverne, skal vi kalde det for biologiske detaljer: struktur i nethinden, spermatozoer, buegange fra det indre øre osv osv. Det var sådan lidt Anne-Birthes favoritmateriale, idet hun havde stor glæde af at arbejde med sine hænder. Initiativet til udsmykningen udgik fra folk på DIH og undertegnede havde også en finger med i spillet. Finansieringen kom dels fra Direktoratet for Sundhed, dels fra et 3-mdrs kulturelt arbejdslegat til kunstneren.

MEN så er der også lidt mere:



## TEMA: Screening i Grønland



**SCREENING – fordele, ulemper og beslutningsgrundlag, side 3**

**Screening og arvelig cancer, side 6 - 8**

**Screeningsprogram for børn i Grønland, side 9 - 12**

**Prænatal screening for leversygdommen (CFG)  
og stofskiftesydommen (PCCB), side 12 - 17**

**Screening mod Livmoderhalskræft Grønland, side 18 - 19**

**Skolebørn med latent TB – Resultater fra den årlige screening, side 20 - 21**

**Tuberkulosescreening i Grønland, side 22 - 23**



*En Billedkunstners "fingeraftryk" på Grønlands Sundhedsvæsen. Indgangsparti ved DIS*

E-lægen har lige siden starten haft en serie foto's øverst, som en del af lay-out'et; de er faktisk taget og udvalgt af Anne-Birthe! Og inden nogen nu råber nepotisme så højt, at det kan høres, skal jeg fortælle, at hun ikke fik noget honorar for det - så vidt jeg husker. Det fik hun dog for noget af nedenstående.

NUNA MED konferencerne har en tradition for at bede en grønlandsk kunstner om at lave forsiden til program, konferencerapport mv. Anne-Birthe blev bedt om at lave den i 1994, - og da havde jeg altså ikke noget med det at gøre! Det havde jeg derimod i 2003, hvor NUNA MED blev kombineret med ICCH 12 og hvor hun igen blev bedt om at lave forsiden.

Derudover har der også været nogle forsider til Nakorsanut - hvor jeg jo også var redaktør nogle år!

Ja, det er vist det hele.

Forhåbentlig har ovenstående gennemgang givet læserne lyst til at se på værkerne - de er der, måske lige bortset fra værkerne på Riisskov.

Og prøv en gang at forestille jer rummene uden udsmykning og et NUNA MED uden en forside som ikke bare signalerer konference.

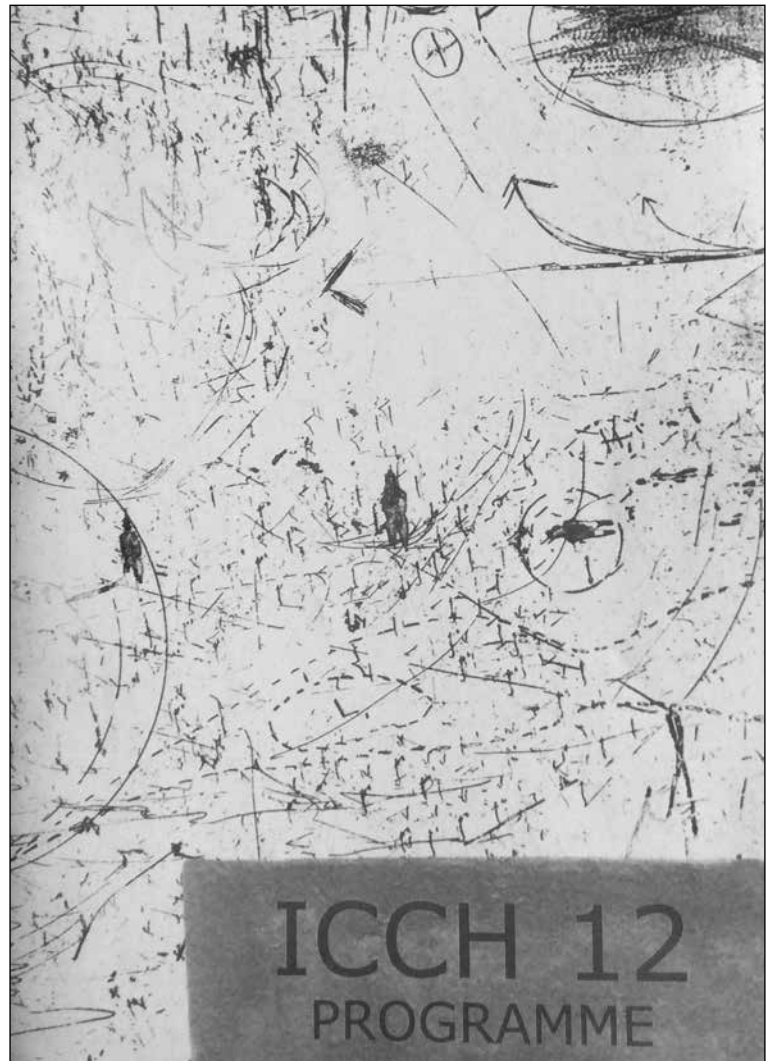
Så sker det nogle gange, at man rigtigt får øje på dem.

*Thomas Stensgaard*

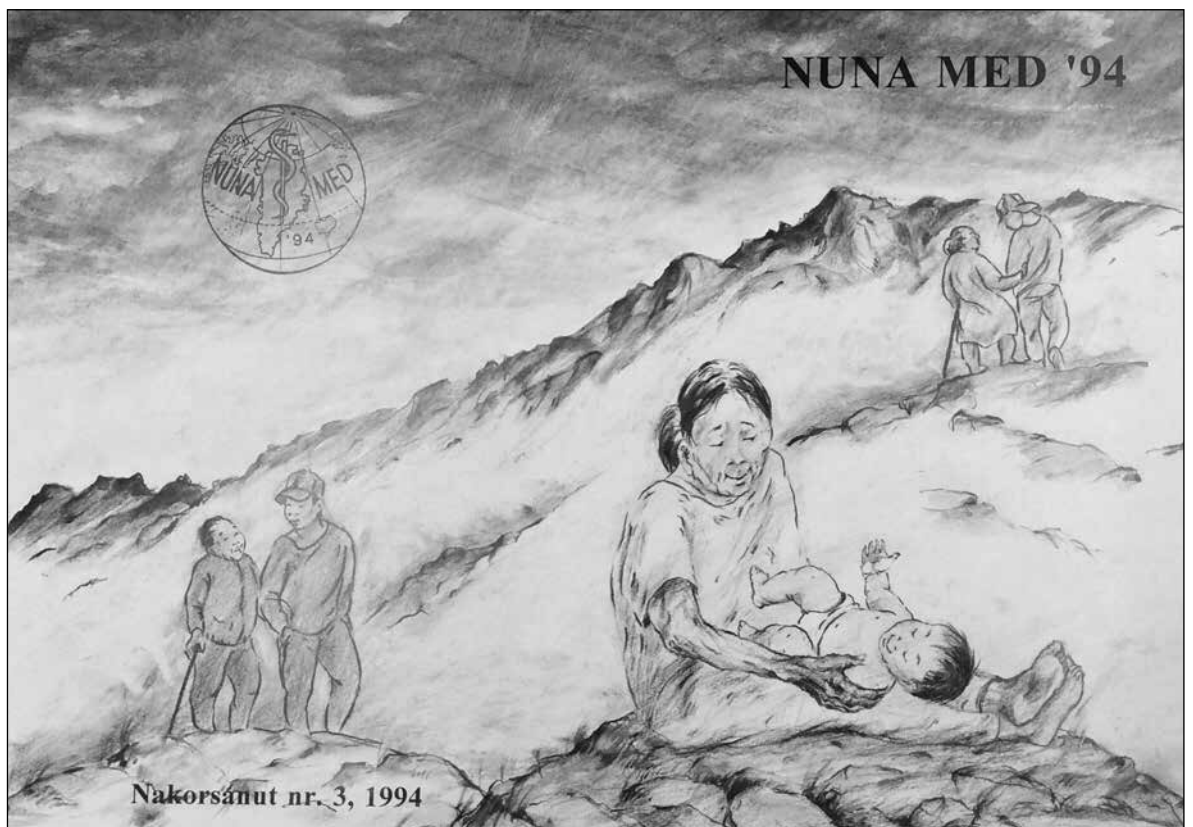




En Billedkunstners "fingeraftryk" på Grønlands Sundhedsvæsen. Kapellet ved DIH

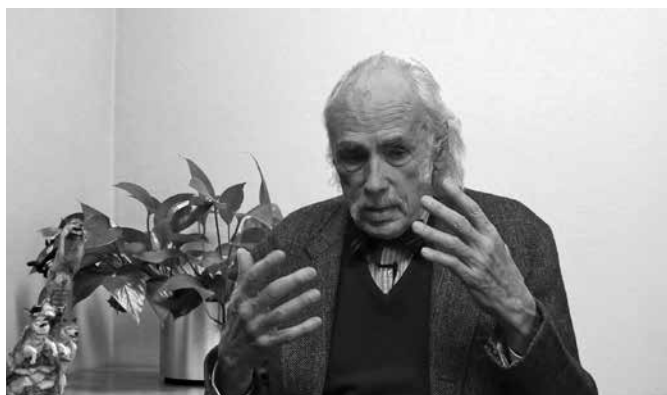


ICCH12 En Billedkunstners "fingeraftryk" på Grønlands Sundhedsvæsen.



En Billedkunstners "fingeraftryk" på Grønlands Sundhedsvæsen.

# LAWRENCE D. LONGO, PERINATAL FORS



Professor Lawrence D. Longo var en af de førende i verden indenfor føtal og neonatal forskning. Han døde den 5. januar 2016, og hans liv og død har påvirket mig. Jeg arbejdede i hans Center for Perinatal Biologi i USA for 20 år siden på spændende forskningsprojekter, og siden da har vi holdt ugentlig kontakt. Longo var enorm dedikeret, vedholdende og målrettet. Han var yderst innovativ, fantastisk inspirerende, og havde en kæmpe viden om alt. Desuden var han fantastisk venligt.

I mere end 50 år lavede han forskning indenfor det perinatale område, og undersøgte de mekanismer som regulerer og påvirker den føtale og neonatale udvikling. Han forskede i betydningen af motion og rygning under graviditeten, og vigtigheden af ilt for mor og barn. Han skrev guidelines om motion under graviditeten, og ja, man må godt løbe en maraton selvom man er gravid<sup>1</sup>.

Som uddannet obstetriker udviklede Longo interesse for børn født med hjerneskader, og han forsøgte at finde årsagen til disse hjerneskader. Mere specifik ledte han efter den pato-fysiologiske basis for udviklingen af spastisk lammelse, epilepsi, mental retardering, og lignende tilstande. Han undersøgte også hvorfor børn har en lavere fødselsvægt end gennemsnitligt når de har været underernæret eller anæmisk under graviditeten, har været udsat for graviditet gennemført på stor højde (high-altitude hypoxia), eller når de er født af mødre som har røget under graviditeten.

Igennem tiden udviklede Longo's fokus sig fra fysiologisk, farmakologisk og biokemisk forskning til immuno-

histokemiske og molekylærbiologiske metoder. Specifik havde han stor interesse i epigenetisk forskning. Selvom, vi arver gener fra vores forældre kan epigenetiske faktorer sandsynligvis sørge for at der kan tændes og slukkes for disse gener under graviditeten. Livsstilsfaktorer under graviditeten kan have en stor betydning for barnets sundhedstilstand. Livsstilssygdomme som optræder i voksenalderen som type II diabetes, hypertension, og overvægt har sandsynligvis til en vist grad deres årsag i den føtale periode. Teorien at ernæringstilstanden og andre faktorer under graviditeten kan medføre vedvarende ændringer i kroppens metabolisme og medføre kroniske sygdomme er også kendt som Barkers hypotese, efter den engelske læge og epidemiolog David Barker<sup>2</sup>. Mest kendte eksempel kommer fra et epidemiologisk studie fra den hollandske 'hunger winter' under anden verdenskrig som viste at børn født med lav fødselsvægt på grund af mangelende ernæring under graviditeten har en markant øget forekomst af kardiovaskulære sygdomme i voksenalderen<sup>3</sup>.

Grunden til at jeg skriver om Longo's forskning her i Nakorsanut er at det også kan relateres til Grønland.

Her i Grønland har der været meget fokus på sund ernæring, og betydningen af bl.a. tungmetaller og andre kemiske stoffer som den gravide bliver udsat for under graviditeten. Vi oplever i øjeblik en stor fedmeepidemi, og den sidste befolkningsundersøgelse viste at 27 % af de grønlandske befolkning har en BMI over 30, og vi ser flere overvægtige gravide<sup>4</sup>. Desuden er der fortsat en stor del af de gravide som ryger. Endvidere har vi på grund af landets geografi en særlig udfordring med præmature fødsler. I nogle tilfælde forekommer disse præmature fødsler i bygder og byer hvor der normalt ikke varetages fødsler, fordi den gravide når ikke at blive transporteret fra bygden eller byen.

Longo havde en drøm: 'that every pregnant uterus is a center of excellence'. Denne drøm om at skabe de bedste vilkår for barnet under graviditeten prøver vi også til dagligt at realisere i vores kliniske arbejde. Gravide i Grønland får rådgivning om ernæring, og om at undgå rygning og misbrug af alkohol og hash. Desuden kontrollerer vi for vægt, blodtryk, og diabetes under graviditeten, og mange andre ting under graviditeten. Derudover er det ekstremt vigtigt at vi forsker indenfor dette område. Der er blevet udført meget relevante og spændende forsknings-



# KNING, OG GRAVIDITETER I GRØNLAND



(Lawrence) Ultralydsskanning af en gravid i Ilulissat

projekter. Det er flot fordi projekterne kan være udfordrende og resultaterne først nogle gange komme mange år senere, fx hvor meget bliver intelligensen og den neuropsykologiske udvikling påvirket af et øget indtag af tungmetaller.

Jeg håber at vi også fremover både klinisk, forskningsmæssigt og socialt har stor fokus på den perinatale periode.

*Luit Penninga*

*Ledende Regionslæge Avannaá, Ilulissat Sygehus*

## **Litteraturliste:**

- 1) Zavorsky GS. Longo LD. Viewpoint: Are there valid concerns for completing a marathon at 39 weeks of pregnancy? *J Appl Physiol* 1985; 113(7):1162-5
- 2) Barker DJ. Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ* 1995; 311: 171-4
- 3) Roseboom TJ, et al. Effect of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. *Moll Cell Endocrin* 2001; 185: 93-8
- 4) Dahl-Petersen IK et al. Befolkningsundersøgelse i Grønland 2014-levevilkår, livsstil og helbred.

## Grønlandsk artikel fik international opmærksomhed

En grønlandsk artikel som omhandlede ’antibiotisk behandling af appendicit under graviditeten’ blev publiceret i maj måned. Efterfølgende blev første forfatter Trine Dalsgaard Jensen kontaktet af det amerikanske nyhedsbureau Live Science. Artiklen havde vakt interessen hos nyhedsbureauet, og Trine Dalsgaard Jensen, dengang ansat på Ilulissat Sygehus, blev interviewet af en af deres journalister. Efterfølgende bragte de historien både på engelsk og spansk, og mange nyhedsbureauer delte interviewet.

<http://www.livescience.com/54933-appendicitis-during-pregnancy.html>

1) Dalsgaard Jensen T, Penninga L. Appendicitis during pregnancy in a Greenlandic Inuit woman; antibiotic treatment as a bridge-to-surgery in a remote area. *BMJ CR* 2016; doi: 10.1136/bcr-2016-214722

### Perfect storm:

## Pregnant woman gets appendicitis during blizzard

A pregnant woman in remote Greenland faced a scary medical emergency after doctors diagnosed her with appendicitis in the middle of a blizzard, hundreds of miles away from the nearest surgical center, according to a new case report.

The 32-year-old Greenlandic Inuit woman came to the local health center when she was 12 weeks pregnant, after experiencing abdominal pain, nausea and vomiting. At first, doctors thought she had a stomach bug, because she had just eaten raw meat, according to the case report, published online May 18 in the journal *BMJ Case Reports*.

But soon, the woman’s pain moved to her lower right abdomen, suggesting she had appendicitis, the doctors said. Moreover, she had a fever, an elevated white blood cell count and high levels of a protein called C-reactive protein, which increases during times of inflammation. All of these signs indicated that the woman’s body was mounting an immune response, said report co-author Dr. Trine Jensen, an internist in the obstetrics and gynecology department at Herning Hospital in Denmark.

To make matters worse, the weather was horrible and the woman was in the wilds of northwest Greenland, in Qaanaaq, about 730 miles (1,173 kilometers) from Ilulissat, the city

with the closest regional hospital, said Jensen, who was working at Ilulissat Hospital at the time, and treated the woman.

Appendicitis can lead to a perforated, or burst, appendix, Jensen said. Moreover, appendicitis during pregnancy can lead to preterm birth and even fetal loss, she said.

The doctors wanted to remove the wo-

man’s appendix, but there was no way to get her to Ilulissat Hospital for the operation, Jensen said.

“It was pretty far,” Jensen told Live Science. “There are no roads, you can’t just take a car or an ambulance and drive. You need to take airplanes.”

### Blizzard treatment

Because surgery wasn’t an immediate option, the doctors in Qaanaaq started the woman on antibiotics.

According to a study published in the June issue of the journal *JAMA*, antibiotics can be an effective treatment for appendicitis. Of the more than 250 people in the study who received antibiotics for their appendicitis, 70 patients (about 27 percent) went on to need surgery to remove their appendix within the next year, the researchers found.

However, the Greenlandic woman’s health did not improve after she took the antibiotics. So, once the weather got better, she was flown to Ilulissat Hospital. There, the doctors did an abdominal ultrasound to confirm that she had appendicitis, and 64 hours after the episode started, they removed her appendix.

“She actually woke up and she was singing, ‘I can keep my baby,’” Jensen said. “She was so happy.”

The woman later had the baby without any complications, and both are doing well now, the report’s other co-author, Dr. Luit Penninga, the head of Ilulissat Hospital, told Jensen.

The report is a good example of how doctors can treat pregnant women with appendicitis who don’t have immediate access to surgery, said Dr. Robert Glatter, an emergency physician at Lenox Hill Hospital in New York City, who was not involved in the case report.

“Antibiotics present a reasonable option for treatment,” Glatter told Live Science. “If you’re in a remote situation, that’s a reasonable first choice. But at this time, it’s generally recommended to have the appendix out because of the risk to the fetus, as well as the mom.”

Original article on Live Science: <http://www.livescience.com/54933-appendicitis-during-pregnancy.html>



# Ansøgning om førtidspension, afklaringsforløb og revalidering

Ny lovgivning om førtidspension betyder at hver enkelt førtidspension revurderes hvert femte år.

Det sætter nye krav til lægeerklæringerne med diagnoser og vurdering af arbejdsevne, og det stiller nye krav til arbejdsmarkedet.

Uddrag af to tidligere artikler i Nakorsanut sætter fokus på samspillet mellem lægeerklæringer og arbejdsmarkedet.

Når borgerne henvender sig til kommunen for at få tilkendt førtidspension, skal der indhentes lægeerklæring med bla diagnoser og vurdering af arbejdsevne.

Vejlednings- og opkvalificeringscentre laver en vurdering af ansøgerens ressourceprofil, hvad personen kan, diagnoser der foreligger, vurdere om der er arbejdspladser hvor vedkommende kan være.

Her er samarbejdet mellem kommunerne og arbejdsmarkedspartnerne vigtigt for at opgaven kan løftes. Der skal findes arbejdspladser hvor der skal være plads til no-

gle med dårlig ryg som måske kun kan arbejde 20 timer ugentlig.

Førtidspensionisternes arbejdsevne skal revurderes hvert 5 år.

*Nakorsanut nr. 1 2011*

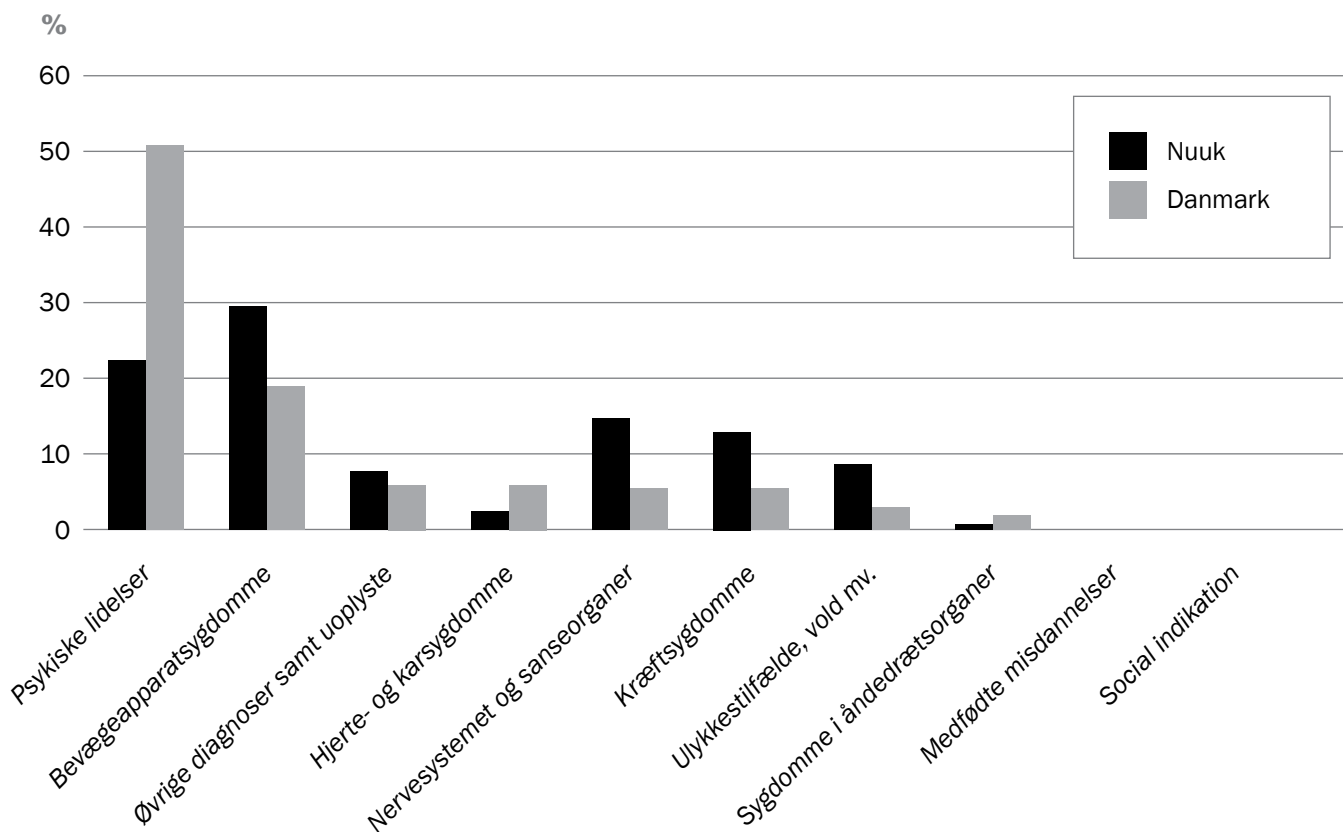
## Retrospektiv opgørelse af nytildelte førtidspensioner fordelt på diagnose, køn og alder i Nuuk 2008-09.

Nytilkendelser i Nuuk og Danmark fordelt efter hoveddiagnoser.

Antal nytildelte FP i årene 2008-09 i Nuuk var 115. (73 M og 42 K).

Aldersgennemsnit for nytildelte FP var 46,7 år.

Når man ser på gennemsnitsalderen indenfor diagnosegrupperne ses at FP med psykiske lidelser er yngre (31,9 år) end FP med bevægeapparatssygdomme (53,9 år),



nervesystemet og sansorganer (48,9 år) og kræftsygdomme (51,4 år). Samlet set er der ingen signifikant kønsforskel.

### **Perspektivering:**

Skatte- og velfærdskommisionen er for nyligt kommet med et udspil omkring revision af førtidspensionssystemet i Grønland. Desuden er Sermersooq Kommune i gang med at se på proceduren omkring indstilling og tildeling af førtidspension (7). Man ønsker bedre muligheder for revalidering og flexjob.

Der er således stort fokus på området aktuelt og det kan forventes at der sker ændringer i lovgivning og procedurer omkring tildeling af FP i Grønland indenfor en kortere årrække.

Vores anbefaling ud fra projektet er en revidering og kvalitetssikring af selve lægeerklæringen.

Ved en mere standardiseret udfyldelse af LK og specielt hoveddiagnose vil udviklingen kunne følges bedre indenfor tilgrundliggende diagnoser.

Som nævnt i indledningen skal lægen udtale sig om helbred og erhvervsevne. Læger er generelt gode til at vurdere patienters helbred, men vurdering af erhvervsevne kræver kendskab til muligheder for revalidering, flexjob, skånevilkår og forhold indenfor patientens arbejdsområde.

Man kunne formentlig løfte kvaliteten af lægeerklæringerne ved bedre kendskab til lovgrundlag, arbejds-gange og den enkelte patient.

*Nakorsanut nr. 2 2012*

### **Den gode grønlandske arbejdsplads giver også plads til medarbejdere med helbredsproblemer.**

### **Lægeerklæring om uarbejdsdygtighed bør også afskaffes i Grønland.**

I Danmark er lægeerklæringen afskaffet og erstattet af en mulighedserklæring, som i første omgang udfyldes i samarbejde mellem leder og medarbejder.

Lægen kan ved behov vurdere, om de fundne løsninger er lægefagligt forsvarlige.

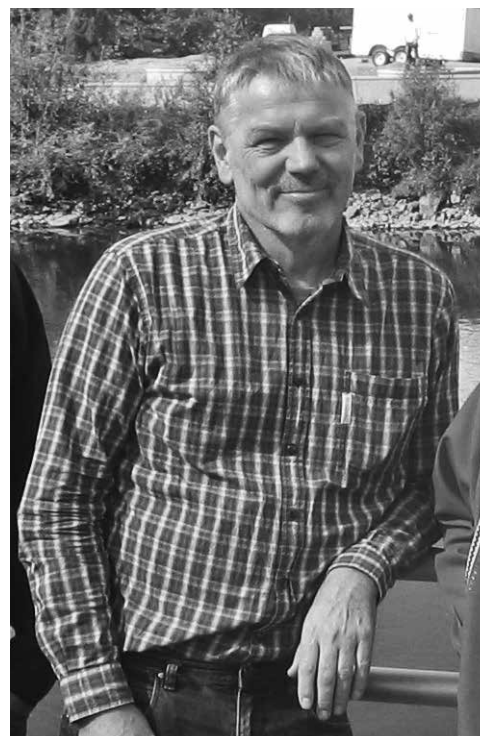
Der er ingen tvivl om, at dialog skaber det bedste grundlag for hvilke muligheder medarbejderen har for at blive fastholdt på arbejdspladsen på trods af helbredsproblemer.

Vurdering af mulighed for at bibeholde tilknytning til arbejdsmarkedet kan være velegnet ved længerevarende sygdom på grund af stress, ryg problemer eller lignende, fravær under hospitalsindlæggelse og operation, i forbindelse med graviditet og hyppigt sygefravær med uklar årsag.

Leder og medarbejder kan i fællesskab finde frem til og nedskrive, hvad der kan gøres for at fastholde medarbejderen, eksempelvis med ændrede arbejdsfunktioner eller nedsat tid.

Det er vigtigt at denne dialog og dette ansvar tages op af både leder og medarbejder i udviklingen af den grønlandske arbejdsplads.

*Gert Mulvad, Regionslæge DIS*





**Ph.d. defense - Tuberculosis in East Greenland**

# Epidemiological and genomic insight into a TB high incidence setting



*PhD thesis · By Karen Bjørn-Mortensen*

Department of Epidemiology Research & International Reference Laboratory of Mycobacteriology /  
Institute of Clinical Medicine, University of Southern Denmark / Greenland's Center of Health Research

I Østgrønland steg forekomsten af tuberkulose dramatisk efter 2008. Forud for dette var områder med høj tuberkuloseforekomst og områder fri for *Mycobacterium tuberculosis* smitte blevet dokumenteret. Efterfølgende viste befolkningsundersøgelser for *M. tuberculosis* infektion, at en stor procentdel af befolkningen var smittede - især i en tidligere smittefri bygd. Samtidigt blev et stort antal personer med erythema nodosum, et hududslæt på benene, registreret på det lokale hospital. Næsten alle *M. tuberculosis* stammer var fra to store klynger med meget ens genotyper. Alt dette bidrog til en generel erkendelse af, at et tuberkuloseudbrud var i gang i Østgrønland. Formålet med denne afhandling er at studere de faktorer, som har drevet tuberkuloseudbruddet efter 2008 i dette unikke, isolerede arktiske område. Afhandlingen har til formål at identificere risikogrupper under udbruddet og at vurdere, om erythema nodosum var forbundet med efterfølgende tuberkulose. Derudover, har afhandlingen til formål at karakterisere smitemønstre ved hjælp af helgenomsekventering af alle *M. tuberculosis* stammer fra området og via dette at vurdere, hvorvidt kontaktopsporing identificerede en potentiel smittekilde for personer med tuberkulose.

Tuberkulose- og erythema nodosumforekomsterne i Østgrønland var høje. Procentdelen af personer smittet med *M. tuberculosis* steg dramatisk, især blandt teenagere og personer fra den tidligere smittefri bygd. Blandt de smittede personer var erythema nodosum signifikant associeret med efterfølgende udvikling af tuberkulose. Helgenomsekvensanalyser viste, at smitte var overraskende geografisk begrænset, og at størstedelen af de østgrønlandske *M. tuberculosis* stammer stammede fra en fælles forfader indført i området for ca. 100 år siden. De to vigtigste klynger udvikledes i 1990'erne, en tid med manglende opmærksomhed på tuberkulose. Ved sammenligning af helgenomsekventeringsdata og kontaktopsporingsdata fandtes kun en potentiel smittekilde for 50% af tuberkulose tilfældene.

Ved at bidrage med vigtige oplysninger om bestemte risikogrupper og smitemønstre i et område med høj tuberkuloseforekomst kan denne afhandling inddrages og anvendes i det fremtidige tuberkulosekontrolarbejde i Østgrønland samt i tilsvarende områder med høj tuberkuloseforekomst i resten af verden.



Colberger Heide - Trillingerne - 2015



Colberger Heide. Foto Hans Chr.