



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægeforening

Nummer 1. 2020 – 45. Årgang



Lungefunktion måles med peakflow

| | | | |
|---|----|--|----|
| Kammak-læge | 3 | NUNAMED PhD kursus reflection | 17 |
| Yngre læge i Grønland | 5 | The Lancet Commission on Arctic Health | 18 |
| Thomas Stensgaard læge i godt 40 år | 6 | Vaccinationsdækning i Grønland | 19 |
| Erfaringer med syfilis i Tasillaq | 8 | Graviditetsdiabetes i Grønland | 20 |
| Rejsebrev | 11 | Arytmier i Grønland | 22 |
| Grønland – Antarktis t/r. | 13 | Coronavirus and other health Risks among Inuit | 23 |
| WONCA 2019 | 15 | Malene Demant PhD forsvar | 24 |
| Polarfont Temanummer om Sundhedsforskning i Grønland | 17 | | |

Forebyg smitte mod ny coronavirus - COVID 19

Ny coronavirus spreder sig typisk på steder med mange mennesker bl.a. via håndtryk og små dråber fra hoste og nys.

Beskyt dig selv og andre med disse gode råd.



Vask dine hænder tit og brug håndsprit.



Host eller nys i et lommetørklæde eller i dit ærme – ikke i dine hænder.



Undgå at spytte
Det kan være smittekilde for andre.



Undgå håndtryk, kindkys og kram – begræns den fysiske kontakt.



Vær opmærksom på rengøring – både hjemme og på arbejdspladsen.



Undgå at være steder med tæt kontakt til mange mennesker.



NUNATSINNI NAKORSAANEQARFIK
LANDSLÆGEEMBEDET



NAALAKKERSUISUT
GOVERNMENT OF GREENLAND

Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25

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

Redaktion: Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

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

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

Oplag: 300

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeföreningens hjemmeside:

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

Gr%C3%B8nland

Grønlands Lægeföreningens bestyrelse

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

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

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

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

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

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

Yngre Læge-repræsentant Paneeraq Noahsen Landslægeembedet

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Kammak-læge

En kommende ven

Mange ting i Medicinsk Område er under udvikling og vi synes, at vi på mange måder er kommet rigtigt langt. Vi har mange udfordringer med mangel på fast personale og stor udskiftning og korte ansættelser. Sådan har det været længe og selvom der gøres meget og det langsomt bliver lidt bedre, er introduktion af nyt personale noget, der tager tid og meget energi. Vi bruger rigtigt meget tid på introduktion af nyt personale i hele Grønland, ikke kun på i Medicinsk Område, men på alle afdelinger og i alle Regioner.

Set ud fra vores egen synsvinkel, kan vi tænke: har vi kræfter til dette ved siden af alle vores kliniske opgaver og administrative pligter? Har vi energi til at indgå i alle de nye relationer og involvere os? Vi har også vores egen familie at tage hånd om, vi har vores fritidsaktiviteter og andre forpligtigelser i samfundet og i vores hverdag. Har vi tid til at tage os af alle de andre – de nye kollegaer, der kommer hele tiden, flere gange om ugen, og som alligevel rejser igen? Er det værd at engagere sig? Nogle er her kun i 2 uger alligevel. Jeg har selv tænkt disse tanker mange gange – især de første år, jeg var ansat på DIH.

Jeg tænker det ikke så ofte længere. Hvorfor mon? Men måske slutter jeg med at tænke så meget over det, fordi jeg faktisk bliver mere træt af forholde mig til problematikken end selve dét, at tage imod og introducere nye kolleger?

For det første opdager man jo, at man ikke har noget valg – der kommer mange korttidsansatte og dét skal der fortsætte med at gøre; det fortsætter om du vil det eller ej.

For det andet er de fleste af dem som kommer utrolig søde mennesker og gode kolleger, som jeg faktisk rigtigt gerne ville have et forhold til og som stimulerer afdelingen og mig fagligt med input fra en medicinsk verden, som vi er en del af og nogle gange lidt langt væk fra. Vi undervises af dem på højt fagligt niveau og de kommer med inspiration. De er med til at muliggøre, at vi kan holde fri og få tid til familien, til foreningsarbejdet og fjeldturen. Mange af mine bedste venner er nogle, jeg har mødt igennem mit arbejde, de startede også engang som nye kolleger.

For det tredje er vi faktisk super gode til at byde velkommen og inkludere, hvilket de nye kolleger ofte er søde til, at minde os om. Vi er gode til at tage imod og introducere helt nye kolleger hele tiden, så de føler sig velkomne og imødekommet, hvis de har spørgsmål. De samme spørgsmål igen og

igen bliver besvaret oftest med et venligt smil og forståelse. Vi ved godt hvor svært det kan være at være ny her. At tage i mod nye og introducere dem, er så stor en del af dét at være fastansat i Det Grønlandske Sundhedsvæsen, at vi næsten ikke tænker over det i det daglige. Du introducerer i alt hvad du gør! Vi har ikke et færdigt udarbejdet introduktionsprogram for de nye læger på vores afdeling, det er lidt paradoksalt, men dét er et af de områder vi gerne vil videreudvikle og dét vi har erfaret er også, at det vigtigste redskab i denne proces er tid, så kan introduktionsprogrammet være nok så forgyldt. Tiden betyder noget også den første dag og de første dage – tiden til at sætte sig ned og tiden til at lytte og guide den nye kollega ”ind ad den rette dør”. Der kan vi som modtagere godt blive mere fokuserede og opmærksomme på, hvad der er vigtigt.

Man kan vende det om og se det fra den nye kollegas side, så er det oftest et kulturшок af dimensioner, at lande på grønlandsk jord og skulle forholde sig til sit fag på en måde, hvor alt er anderledes.

Sproget og arbejdet gennem en tolk, kulturen, arbejdsgangene og logistikken, behandlingsmulighederne, sygdomsopfattelsen, reaktionsmønstrene, kropssproget, kollegerne, værdierne – alt er nyt. Derfor er en god modtagelse og start på den nye arbejdsplads endnu vigtigere her.

Det sidste nye tiltag vi arbejder med i denne proces er begrebet ”kammak-læge”.

”**Kammak-læge**” (kammak betyder ven-ikke at forveksle med kamak, som betyder gal/vred) er en ”venne-læge”, mentor eller tutorlæger, der tildeles nye læger- uanset om de er uddannelses-læger eller korttidsansatte læger. Udover *kammak-læge* får uddannelseslægerne tildelt en klinisk vejleder. Hvor den kliniske vejleder mere er en formel tilknytning, er *kammak-lægen* en mere uformel kontakt for den nye læge via mail kontakt- og korrespondance INDEN han/hun kommer og NÅR han/hun ankommer med velkomst, modtagelse og introduktion til afdelingen og den nye tilværelse i Grønland og Nuuk.

Kammak-lægens funktion er i bredere forstand alt det, man kan forstille sig, den nye læge må gå og spekulere på inden han/hun ankommer til sin nye arbejdsplads i et nyt land med en ny kultur og uden familie og venner i nærheden. Lægen vil sikkert også have mange faglige spekulationer om, hvad



der kræves af ham/hende og hvordan man griber alt det nye an på den bedste måde. Kort sagt, så er det *kammak-lægens* rolle, at gøre tiden op til ankomsten til Medicinsk afdeling og starten på ansættelsen og tilværelsen i et nyt land, så tryk, god og informativ som muligt.

Kammak-lægen udpeges af Ledende overlæge Uka Wilhjelms Geisler, ca 2-3 mdr inden den nye læge ankommer med oplysning om navn, mailadresse og ansættelsesperiode. Det er så *kammak-lægens* opgave at tage kontakt til den nye læge (enten en mail eller en opringning eller begge dele), introducere sig selv og *kammak-læge* begrebet mht. hvad funktion *kammak-lægen* har og til hvad *kammak-lægen* kan/skal bruges. *Kammak-lægen* kan bruges til at få afklaret lidt af hvert, eller rettere til at få afklaret ALT dét, den nye læge må gå og gruble over og som han/hun måske holder tilbage og ikke synes, man kan skrive og spørge den ledende overlæge om.

Hvad kan man forvente og tænke sig, at *kammak-lægen* gør, når man bliver udnævnt som *kammak-læge* for en kommende ny kollega og ven, som man ikke kender i forvejen:

- Skriver en personlig mail 2-3 mdr før ankomst og løbende kontakt.
- Introducere ham/hende til *kammak-lægens* funktion og hvad de kan bruge hinanden til (vedhæfte *kammak-funktions* beskrivelsen).
- Introducere ham/hende til livet i Nuuk og som ny læge på Medicinsk Afdeling/DIH/ Grønland.
- FaceTime.
- Sende billeder fra Nuuk, DIH mm.
- Sende vagtplan, spørge ind til om der er noget uklart i Afdelings Instruksen.
- Fortælle om mulighederne/events i Nuuk.
- Svare på spørgsmål vedr bolig, rejse, patienttransporter, sprog og kultur, fritidsaktiviteter, skole og institutioner, beklædning, udstyr osv.
- Informere om medier i Grønland, Sermitsiaq.Ag, Nuuk Ugeavis, Qanoroq mm.

- Hvis *kammak-lægen* ikke selv kan svare på alle spørgsmålene, skal han/hun videresende den nye læge til rette personer mht. hvem han/hun skal kontakte og snakke med.
- *Kammak-lægen* er den, der har ansvar for den gode start og som den nye læge kan komme til, hvis noget er for nyt eller svært.
- Sørg for kitler den første dag.
- Anvis nøgler, Dueslag, koder og funktion første dag (vise afdelingen hvor den nye læge f.eks. skal gå stuegang).
- *Kammak-lægen* kan evt. modtage den nye læge i lufthavnen og følge ham/hende ned på afdelingen.
- Aftale at mødes 15 min før den første dag og lige byde velkommen inden alle andre kommer.
- *Kammak-lægen* kan f.eks. sørge for en blomst eller en personlig kaffekop på bordet første arbejdsdag.
- Velkomst samtale 2.dag (15 min.)
- Opfølgende trivselssamtale efter 1,2,3 og 4 uger (15 min).

Kammak-lægen opleves på Medicinsk Afdeling som et godt tiltag og kan gøre starten mildere og bedre. Det er et led i udviklingen af en bedre introduktion af nye læger på vores afdeling. Håber at dette kan være en inspiration til andre faggrupper og for læger på andre afdelinger også ude i Regionerne; alle er velkomne til at stjæle begrebet. Hvis nogle har gode forslag til videreudvikling af dette begreb, så modtager jeg gerne disse.

Hvad er det, der betyder mest for vores nye kolleger? Erfaringerne viser, at det er tiden op til og den/de allerførste dage, der betyder mest for, hvordan den nye kollega falder til og det kan vi alle nyde godt af.

Tikilluaritsi!

Uka Wilhjelms Geisler
Overlæge Medicinsk Område

Yngre læge i Grønland



Min kone og jeg har længe gået med tanker om at flytte fra Danmark. Hun er fra Sverige (ca. på højde med Maniitsoq) og vi var begge trætte af ræset i København og savnede ro, familietid og en ”rigtig” vinter. Så da muligheden ved et tilfælde bød sig, var vi begge enige om at det var den helt rigtige beslutning at flytte.

Eftersom man ikke kunne ”gå forbi og sige hej”, var jeg afhængig af, at jeg kunne komme i kontakt med nogen. Jeg havde et stort behov for at få besvaret nogle helt simple spørgsmål om hverdagslivet, så vel som mere specifikke om mine kommende arbejdsopgaver. Jeg var meget taknemmelig for at få tilsendt (lidt sent i forløbet dog) et gennemarbejdet introduktionshæfte til sygehuset og generelt som tilflytter. Det var en stor hjælp.

Til min overraskelse fik jeg en mail fra Hjalte, der var min Gammak-læge på Sana. Han var ansat i samme stillingsbetegnelse som jeg ville blive. Han fortalte lidt om afdelin-

gen, spurgte hvad jeg interesserede mig for, og stillede sig til rådighed hvis jeg havde nogle spørgsmål til arbejdet eller byen generelt. Selvom jeg ikke brugte det meget, var det dejligt at have mulighed for at tale med en i samme situation som mig selv. På den måde var der heller ikke grund til at spørge Uka om alt. ☺

Jeg kommer fra en geriatrisk afdeling, og mente selv at man har fik bred intern medicin, men efter den første uge var jeg overbevist om, at man burde have en fast klumme i Ugeskriftet, med alle de mærkelige cases man ser heroppe! Her ser man virkelig alt, og det må næsten være den bredeste intern medicinske afdeling jeg har hørt om! Jeg er utroligt imponeret over, hvor bredt man favner heroppe, og hvor meget man kan, før en overflytning til Danmark er nødvendig.

Sproget er svært, og man skal vende sig til at arbejde med tolk. Man vænner sig dog hurtigt til det, da patienterne og personalet er vant til det. Lige så stille lærer man at sige et ord eller to; illillu, narkosaaq, qujanaq osv. Man mærker at folk bliver glade, når man forsøger at lære sig lidt, selvom der kun er høflighedsfraser og introduktion indtil videre.

Eftersom der er mange ikke grønlandsk talende læger, er der mange tolke ansat.

Jeg bliver også nød til at nævne det fine kursus, som Grønlands Repræsentation havde sat sammen til nyansatte det strakte sig over to dage. Det bød på spændende foredrag om geopolitik, erhvervslivet, det traditionelle fangersamfund, og meget mere. Det var med til både at udvide min horisont men også til at få omtalt og knust eventuelle fordomme. Tak for det.

Summa summarum. Det er en spændende og velfungerende arbejdsplads, en dejlig by og et fantastisk land. Mine varmeste anbefalinger til det hele!

Takuss!

Emil Lykke Lundgren,

læge på medicinsk afdeling, DIH

Læge i godt 40 år, sku' det nu være noget?

Ja for søren da, det kan anbefales!

Thomas Stensgaard

**født 26. april 1946 døde alt for pludseligt
den 23. november 2019**

Læge i Ittoqqortoormiit og Nuuk, Chefdistriktslæge på Lægeklinikken i Nuuk, Formand for Grønlands Lægeforening, Redaktør af Nakorsanut, Præsident for International Union for Circumpolar Health, Nordisk Telemedicinsk Netværk, NUNAMED arrangementskomite.

Det er nogle af de steder hvor Thomas gennem sit læge liv har præget det grønlandske Sundhedsvæsen.

Vi vil mindes Thomas med genoptryk af hans egen artikel i Nakorsanut fra 2015

Det her skal handle om, hvor dejligt det har været at være at arbejde som læge og det skulle nødigt komme til at handle alt for meget om mig.

Men lige i starten:

Jeg er kandidat fra 1974 og måtte som så mange andre den gang til Sverige for at finde arbejde.

Kiruna blev det for mit vedkommende og der blev jeg faktisk med nogle kortere afstikkere til DK frem til 1984.

I 1983 vikarierede jeg i 5 mdr i Scoresbysund og selvom guderne skal vide at jeg returnerede til Sverige med meget blandede følelser omkring det at leve i og arbejde i Grønland/Scoresbysund, se gerne Nakorsanut fra 1983, så var der sket et eller andet, for i 1984/85 var jeg tilbage i Marmorilik et par mdr, sommeren 1985 som vikar i Scoresbysund og det vikariat gled så over i 3 års ansættelse som fast dilæ – eller chefdilæ var det vist allerede blevet til dengang.

Så syntes jeg, at både patienterne og jeg trængte til en pause, hvad der for mit vedkommende førte til 1 1/2 års ansættelse i embedslægevæsenet i DK.

Der skal ikke bores i det, men efteråret 1989 var jeg tilbage i Scoresbysund hvor jeg blev til 1992.

Så syntes jeg på ny at patienterne og jeg trængte til en pause; det fik vi også, jeg rejste til Nuuk, giftede mig, var tilbage som korttidsvikar i 1993 og 1994, men blev så ellers i Nuuk til 2011, hvor jeg nåede både at være dilæ, chefdilæ, eller rettere konstitueret chefdilæ, i små 10 år blev det vel til, lægekredsforeningsformand, Nakorsanut-redaktør, Nuna-Med-arrangør og hvad ved jeg.

2011 flyttede jeg til DK og har siden vikarieret nogle (formid) dage/uge i samme lægepraksis og har så iøv hævet min pension.

Det var sådan den korte fortælling om de 41 år.

Og den lange skal jeg nok skåne jer for.

Det som er mit ærinde, er at fortælle lidt om min glæde over, hvor spændende det har været og min fascination over, at det lige netop blev det forløb.

Eller egtl er det vel mit ærinde at understrege, hvor rige muligheder for et godt liv, som lægeuddannelsen giver den, der lige gør sig det besvær at kæmpe sig gennem uddannelsen – som sgu ikke var for spændende dengang, hvor jeg tumlede rundt på Københavns Universitet.

Men det var der så så meget andet der var!

Gennem årene har jeg mødt en del medstuderende og har jævnlige undret mig/glædet mig over, hvordan det lige er gået dem.

Der var ham fra det første studieår, som jeg så en del år senere mødte i Grønland, hvor han med en juridisk baggrund nu var i færd med at få KGH/KNI på rette fod.

Der var ham der Peter, som efter et par års klinik skyndte sig over i et andet område og fik en – stadig væk – flot akademisk karriere inden for det Grønlandske.

Så var der et par stykker, som ikke virkede for skarpe, og nogle af dem har fået flotte karrierer på fine hospitaler – det var der sgu ingen, som havde gættet på den gang!

Der var også nogle rigtigt skarpe som gik den lige vej gennem studiet, og fik tilsvarende fine karrierer.

Andre – og der kunne altså også være nogle skarpe ho-



Thomas Steensgaard

veder imellem dem, gik i praksis, i provinsen sågar! Og fik et liv der.

Jeg erindrer mig også kolleger, som ganske hurtigt har forladt det kliniske arbejde og sat sig bag et skrivebord, og lavet godt arbejde der.

Og så var vi jo så nogle stykker, der endte med at få et langt læge liv i Grønland.

Jeg tror det er Jens Peter Jensen – Uffe Ellemann-Jensens far – som har sagt, at journalistik kan føre til hvad som helst.

Udsagnet må siges i den grad også at gælde for lægefaget.

Et eller andet sted ser jeg jo som klinisk arbejdende lægemødet mellem lægen og patienten som grundydelsen i sundhedsvæsenet.

Når jeg sådan ser mig omkring, og også ser på, hvad jeg selv har haft fingrene i gennem årene, så er der også meget andet nyttigt, som læger kan beskæftige sig med. Og det giver ikke rigtigt nogen mening at forsøge at gøre det til en konkurrence om, hvem der gør mest nytte.

Meget af det lægelige arbejde er jo ganske nødvendigt.

Der skal snakkes med patienter, det skal der, der skal laves parakliniske undersøgelser – som skal kvalitetssikres – der skal diagnosticeres og lægges behandlingsplaner; der skal opereres. Der skal forskes, der skal administreres og – ja der er rigtigt mange lægetjanser og de er alle sammen spændende, forestiller jeg mig.

Der har været gange, hvor jeg har været misundelig på dem, der f.eks. kunne koncentrere deres indsats om kirur-

gi i øjets forreste del og dermed regne med at blive rigtigt dygtige til det. Og der har ved Gud også været mange tidspunkter, hvor jeg har glædet mig over, hvor overraskende, det kunne være, hvad det var der kom ind fra venteværelset.

Ja og så har der selvfølgelig også været dage, hvor man ud på natten har synes, at nu behøver der ikke komme flere overraskelser – ja der behøver faktisk slet ikke komme noget som helst!

Det fascinerende i det her er jo mangfoldigheden.

Man forlader universitetet med sit eksamenspapir og, ja der er vel ikke frit valg på hylderne, men der er godt nok mange muligheder for at få sig en spændende tilværelse og et godt arbejdsliv.

Jeg er ikke blind for, at tilfældighederne kan spille en rolle for, hvor man havner, og jeg orker slet ikke gå ind i filosofiske overvejelser om, hvad der får een til at vælge.

Jeg vil nøjes med at konstatere, at der er rigtigt mange måder at være læge på, og til det hører også en erkendelse af, at man hen ad vejen kan afprøve flere af disse muligheder. Og få glæde af det.

Selv er jeg nu endt i rollen som “medicinsk daglejer”, møder op om morgenen, ser de patienter, som er sat op til mig og er dermed tilbage ved “grundydelsen”.

Fedt job – og det har det været hele vejen igennem.

Næsten!

Thomas Stensgaard

Syfilis

Erfaringer med syfilis i Tasiilaq

Regionslæge Tasiilaq Lydia Helms

Syfilis var i en årrække en næsten glemt sygdom i lægernes hverdag – kun 2 syfilistilfælde blev anmeldt i hele Grønland i perioden 2000 frem til 2010.

Først i 2011 blev der igen anmeldt tilfælde af syfilis – de første fra Vestkysten af Grønland.

I juli 2014 kom syfilisbølgen også til Tasiilaq i Ostgrønland, der sammen med de omkringliggende 5 bygder bebos af alt ca. 3000 indbyggere.

Identifikationen af det første syfilistilfælde i Tasiilaq var lærgigt og kendetegnende for den senere håndtering af syfilis, skulle det vise sig. Syfilis var meget mere end blot en kønssygdom.

Den var en kvinde med et sår på mundslimhinden. Primært mistænkt for malignitet. Efter et langt og grundigt arbejde på patologisk institut fandtes endelig noget – dog ikke malignitet, men derimod spiroketter med navnet *Treponema Pallidum*. Ved efterfølgende revurdering af et tidligere præparat indeholdende genitale kondylomer fra samme patient fandtes også her *trep.pall.*, som ikke var blevet erkendt ved den første præparatbeskrivelse.

Efterfølgende gik det stærkt med syfilis.

Nogle fakta omkring patientpopulationen

Fra juli 2014 frem til 1. december 2019 blev der i Tasiilaq diagnosticeret syfilis hos i alt 88 patienter – 59% kvinder og – 41% mænd. En tilsvarende kønsfordelingen vistes i en opgørelse af 75 anmeldte tilfælde fra hele Grønland i perioden 01.01.2018 – 10.09.2018.

Grønland adskiller sig dermed fra Danmark, hvor der i 2018 blev anmeldt 526 syfilistilfælde fordelt på 16% kvinder og 84% mænd.

Syfilistilfælde fandtes i stort set i alle aldersgrupper af seksuelt aktive. Den yngste patient var 15 år den ældste 76 år. 10% (8 patienter) var yngre end 19 år på diagnosetidspunktet.

Med 30,8 år var kvinder gennemsnitligt 11 år yngre end mænd men 41,2 år. For samlet gruppe var 35,0 år gennemsnitsalder.

I Danmark i 2018 viste sig en lignende fordeling med en gennemsnitlig diagnosealder på 39 år for mænd og 29 år for kvinder. Opgørelsen for hele Grønland i 2018 indeholdt ingen eksakte tal for alder, men her viste det sig, at også i

denne opgørelse var kvinder gennemsnitligt yngre end mænd på diagnosetidspunktet.

Syfilis var i Tasiilaq ikke begrænset til hverken specifikke aldersgrupper eller køn

Aktiv tilgang

73% (64 pt.) af alle patienter blev opsporet gennem aktiv indsats fra sundhedsvæsenets side. Det vil sige, at langt hovedparten af diagnosticerede syfilistilfælde ikke foregik på patientinitiativ på grund af symptomer, men via en aktiv indsats fra sundhedsvæsenet. Således blev næsten 3 ud af 4 syfilispatienter identificeret via

- kontaktsporing af seksualpartnere (42 %),
- ved klinisk lægelig inspektion i veneria (30 %)
- og/eller screening i graviditeten (1%).

Det var tankevækkende og motiverende for os.

- Kontaktsporingen

Det viste sig med at være et yderst effektivt instrument til identifikation af smittede. Kontaktsporingen forgik ved, at alle patienter med ny diagnosticeret syfilis blev indkaldt til en personlig samtale. Denne strategi gav god compliance i opsporingen af potentielt smittede og var befordrende for det videre samarbejde i behandlings- og kontrolforløbet.

Smitterisikoen for syfilis antages ifølge litteraturen at ligge på ca. 10-30% per seksuel kontakt.

- Veneria-konsultationen:

Denne varetages i Tasiilaq af lægerne 4 gange ugentligt som ”Walk In”, altså uden tidsbestilling og således med ret ukompliceret tilgang. Alle patienter bliver fysisk lægeligt undersøgt i Veneria. Suspekke genitale sår og inguinale glandler vakte mistanke om mulig *trep.pall.*-infektion.

Primære chancre-læsioner giver i mange tilfælde ikke smerter eller ubehag, og bemærkes derfor ofte ikke af patienten selv. På grund af de manglende gener vurderede flere patienter, at såret ikke var ”farligt”. Denne neglekt blev yderligere retfærdiggjort af, at såret forsvandt spontant igen efter nogen uger. Nogle af disse hud- og slimhinde-læsioner blev ”tilfældigt” fundet ved den lægelige genitale inspektion i veneria-konsultationen – ofte uden, at pa-



tienten selv havde bemærket læsionen forinden.

- Screening i graviditeten:

Der blev hos 1 gravid diagnosticeret syfilis ved rutinescreening i graviditeten.

5 gravide blev rutinemæssigt screenet i graviditeten efter, at de kort tid forinden havde fået syfilisbehandling. Disse gravide var fortsat positive ved *Treponema Pallidum* screening, hvilket umiddelbart skabte lidt uro indtil smittestatus blev serologisk fuldt afdækket.

En kedelig sygdom?

Behandlingen af syfilis kan næppe beskrives som krævende. Syfilis responderer på penicillin – ganske enkelt – og der er ingen kendt resistensudvikling.

Derimod kan diagnostikken være en klinisk udfordring, idet de kliniske manifestationer er mangeartede, hvis der da overhovedet er kliniske symptomer. Syfilis kan fremstå som en imitator og præsentere sig med mange forskellige symptomer. De klassiske symptomer i de forskellige stadier er velbeskrevet i faglitteraturen.

Alligevel et kort overblik over syfilissymptomer:

Klassisk for primær syfilis er lokalt begrænsede forandringer i form af den primære chanker ano-genitalt og i munden, almindeligvis men ikke altid er chanker smertefri og forsvinder spontant igen. Chanker findes ofte ledsaget af lymfadenitis.

Sekundær syfilis viser sig 6 uger til 6 måneder efter den primære chanker og er et dissimineret stadium af syfilis med systemiske symptomer, hvor der findes hud- og slimhindeforandringer med høj infektiositet, neurologiske symptomer og almen sygdomsfølelse.

Tertiær syfilis findes som lokal manifestation med gummata men også om diffus form med neurosyfilis og kardiovaskulær syfilis.

I Tasiilaq præsenterede patientpopulationen sig med 5 hovedsymptomer på sygdommen på diagnosetidspunkter: Primær chanker (genital, oral/labial), erosioner/ulcera slimhinder ved sek. Syfilis, condylomata lata, eksanthem og lymfadenitis inguinalis hvilket nogle patienter selv mistænkte at være en lyskebrok men viste sig at være syfilis.

Der beskrives i litteraturen mange flere symptomer på syfilis end dem vi har fundet hos Tasiilaq-populationen. Tankevækkende for os er det, at ingen syfilisbetingede neurologiske symptomer endnu er blevet identificeret. I litteraturen beskrives allerede ved sekundær syfilis, at 25-60% af patienterne udvikler forbigående "early neurosyfilis" med senere fuld restitution efter nogle uger. Tertiær syfilis med neurologiske symptomer forventes senere i forløbet, typisk efter 1-46 år.

En kedelig sygdom? Nej, på ingen måde.

Forskellige stadier af syfilis

Afgørende for håndteringen af syfilis er viden om, hvilket stadium af sygdommen patienten befinder sig i. Stadiet har konsekvenser for behandlings- og kontrolforløb, kontaktsporing og behandlingsprognose. Skemaet fra Statens Seruminstitut (SSI), som også findes på D4, er et meget nyttigt redskab at tolke syfilisserologien. Men serologien må ikke stå alene.

En meget tidlig syfilisinfektion kan eksempelvis ikke altid påvises serologisk. Ved en klinisk eller anamnestisk mistanke om syfilis og samtidig negativ serologi bør den serologiske undersøgelse gentages. Flere patienter blev fundet i Tasiilaq med et klinisk prim chanker ligende suspekt sår hvor serologisk syfilis ikke kunne påvises endnu. Ved gentagelse af kontrol lidt senere viste syfilis sig

også serologisk. Findes der hud-eller slimhindelæsioner kan et infektiøst sekret indeholdende trep.pall. inklusive deres DNA eventuelt påvises ved en podning allerede inden, at patienten er sero-positiv.

Podning for trep. pall. DNA var positiv i 12 af vores 88 patienter. Ikke alle fundne hudlæsioner blev der podet fra.

I Tasiilaq blev diagnosen syfilis stillet overvejende i det prim. og sek. stadium af syfilis med næsten ligelig fordeling. 2 patient blev fundet i sent latent syfilis stadium. Indtil videre er der ikke fundet senere stadier af syfilis i Tasiilaq. Det kan delvis forklares med at sygdommen først er kommet til byen for 5½ år siden. Men efterhånden burde vi kunne forvente at finde de senere stadier af sygdommen.

Ifølge litteraturen udvikler 14-40% af patienter, som ikke har fået behandling, tertiær syfilis og dermed irreversible skader. Tertiær syfilis kan meget variabelt forventes 1-46 år efter smitte.

Syfilis uden behandling udvikler sig ikke lineært gennem de forskellige stadier.

I latensfasen, som er af variabel længde, er sygdommen klinisk usynlig og samtidigt stor set ikke smitsom. 25% af patienter i latensfasen kan vende tilbage til sekundær syfilis indenfor de første 2 år. Hver 3. patient, som befinder sig i latentfasen, forbliver i denne fase resten livet.

Kun 1/3 del af alle patienter uden behandling vil udvikle tertiær syfilis i form af gummatøs sensyfilis (15%) kardiovaskulær syfilis (10%) og/eller neurosyfilis i (67%).

1/3 af patienterne bliver spontant helbredt efter infektion med trep.pall.

Patientens syfilis stadium har betydning for længden af kontrolforløbet efter endt behandling.

I Tasiilaqs patientpopulation blev patienter i det primære stadium af syfilis ved behandlingsstart i gennemsnit afsluttet efter 10 måneder, i det sekundære stadium, tog det 18 måneder og efter gennemsnitligt 25 måneder kunne sent latente patienter serologisk betragtes som helbredt.

Bemærkelsesværdig var at 5 patienter med meget tidlig primær syfilis blev afsluttet efter kun 3 måneder.

For både patienter, men også for behandler, var kontrol-

forløbet nogle gange udtrættende, men det betalte sig at være vedholdende.

7 reinfektioner blev fundet i kontrolforløbet – gennemsnitlig 1-2 patienter med reinfektioner hvert år.

Graviditet og syfilis

Syfilis var til stede i 7 tilfælde hos gravide patienter en af dem blev fundet ved screening i graviditeten. Desværre var infektion med trep.pall hos en anden gravid formentlig årsagen til foetus mortuus i uge 32+5.

Alle børn født af tidligere inficerede gravide var IgG positive umiddelbart post partum. Både de nyfødte børn og deres mødre blev post partum kontrolleret hver 3. måned i det første år. Efter 1 år kunne der ikke længere påvises IgG hos nogen af børnene. IgM – som vil være tegn for sygdom hos de nyfødte – har ikke kunnet påvises hos børnene på noget tidspunkt.

Syfilis – fascinerende og respektindgydende

Det var fascinerende og respektindgydende at se, hvordan et udbrud af en infektionssygdom kunne udvikle og sprede sig i et lille samfund indenfor kort tid. Ikke mange læger har mulighed at opleve noget lignende.

På trods af de mange forskellige symptomer hvorpå syfilis gør opmærksom på sig, og på trods af syfilis nemt kan behandles med penicillin, er sygdommen fortsat en trussel og ikke ”udryddet” endnu – hverken i Tasiilaq og slet ikke på verdensplan. Fascinerende og respektindgydende.

Men:

Syfilis kan aktivt opspores.

Syfilis kan nemt behandles.

Syfilis har en god prognose for ”restitutio ad integrum”.

Vær aktiv – tænk på syfilis – hav respekt for syfilis – syfilis er mere en blot en kønssygdom .

Rejsebrev

Parnûna Heilmann

Kommende ledende overlæge i psykiatrisk område

Jeg har endnu engang valgt at tage orlov fra min faste stilling på psykiatrisk afdeling på Dr. Ingrid's Hospital for at opleve en arbejds hverdag på en psykiatrisk afdeling i Danmark.

Denne gang er valget faldet på Sct. Hans Hospital afdeling M for dobbeltdiagnose patienter i Roskilde, hvor jeg fra 1. september frem til juleferien 2019 er ansat som afdelingslæge.

Overvejelserne forud for orloven fra hverdagen på A1 i Nuuk var mange. Faglige, såvel som muligheden for at komme til Danmark og opleve et regnfulde blæsende efterår og mørke vinter måneder i nærheden af venner og familie jeg ikke ser til hverdag. En periode som 'den nye i job' i det danske sundhedsvæsen giver indblik i, hvordan det er at være ny kollega på en arbejdsplads, hvor der hver måned siges velkommen og farvel eller på gensyn til en masse kolleger.

Psykiatrisk afdeling på Dr. Ingrid's Hospital i Nuuk er en lille afdeling med 12 sengepladser, omkring 55 ansatte, heraf 6-7 læger i gennemsnit. Vi har en distriktspsykiatri i Nuuk med omkring 160 patienter tilknyttet, en stor ambulatorie funktion, hvor både speciallæger i psykiatri og psykologer ser ambulante patienter både over Skype og ved fremmøde. Patientgrundlaget er varieret og dækker over både børne- og unge patienter, akut psykisk syge patienter med svære depressioner, psykoser eller manier, patienter med misbrug, retspsykiatriske patienter, surrogatfængslede eller patienter med suicidal tanker, planer eller forsøg. Psykiatrisk afdeling dækker også konsulentfunktion på kysten, således at der hvert år kommer en tilrejsende psykiater til alle landets byer, ligesom børnepsykologerne kommer på besøg i regionerne. Efter mange års arbejde på Psykiatrisk afdeling A1 bliver man generalist i 'psykiatri i Grønland', og udfordringen bliver en mere specialiserede faglige udvikling. Meget kan man læse sig til, men at arbejde og få en hverdag på en mere specialiseret afdeling, giver mange fordele, viden og erfaring. En stor del af de psykiatriske patienter i Grønland har udover en psykiatrisk sygdom også et misbrug, hyppigst cannabis eller al-



Afd. M Sct Hans

kohol, men også ludomani fylder en del. Allorfik gør en stor indsats for at hjælpe borger i Grønland med behandling af deres misbrug, men behandlingen af patienter med misbrug OG psykiatrisk sygdom er en meget kompleks opgave.

Baggrunden for at vælge Afdeling M for dobbeltdiagnose patienter på Sct Hans Hospital var at få indblik i specialistopgaven med behandlingen af patienter med alvorlig psykiatrisk lidelse og svært behandleligt misbrug (dob-

beltdiagnose). Derudover yder afdelingen undervisning, uddannelse af personalet i kognitiv adfærdsterapi, forskning og kvalitetsudvikling indenfor specialet. Afdelingen har 78 sengepladser fordelt på 3 afdelinger og har til huse i en knap 150 årig smuk gammel 3 etagers bygning lige ud til Roskilde fjord, og har tilknyttet en stor ambulansfunktion med patienter fra hele Region Sjælland der kommer i forskellige kognitive forløb.

Psykiatriske patienter i Danmark har et varieret misbrugsmønster, hvor opioider (fx morfin, kokain, og metadon), sedativa og hypnotika (fx benzodiazepiner og GHB) og centralstimulerende præparater (fx kokain, amfetamin og MDMA) fylder meget udover alkohol og cannabis misbruget. Mit mål var udover det faglige var også at komme på kurser, der vanligvis er udfordrende at deltage i, da mange kursus forløb i Danmark afholdes over 1-2 dage af gangen med ugers mellemrum over flere måneder og dertil hørende udfordret rejseaktivitet.

Mit udbytte af ansættelsen og opholdet på Sct. Hans Hospital er udover at have lært en masse om misbrugsområdet, vigtigheden af at patienten er motiveret for at komme ud af misbruget og behandling med udgangspunkt i den kognitive model. Kombinationen af kursusforløb i kognitiv terapi, selv at have ambulante patienter i forløb, have lægesamtaler med indlagte patienter, hvor kontaktpersonen og tilgangen til samtalerne også er baseret på samme kognitive model, gav et indblik i hvad denne terapiform har af muligheder. Under ansættelsen var deltagelse i undervisning og forskningsoplæg på området relevant og inspirerende og motiverende for opstart af forskning på psykiatrisk afdeling.

Relationer og netværk er meget væsentlig for fortsat at kunne rekruttere psykiatere og yngre læger, psykologer og andre faggrupper til Grønlandske sundhedsvæsen. Under opholdet i Danmark har jeg holdt oplæg om psykiatrien i Grønland både på afdelingen, men også i andre sammenhænge, blandt andet transkulturelt psykiatrisk center. Det har været muligt at mødes med flere af de psykiatere jeg kender fra ansættelser på A1, ligesom jeg har fået mulighed for at mødes med flere interesserede læger i blandt andet ansættelsesøjemed.

Når man arbejder et andet sted bliver man opmærksom på forskelle og ligheder, fordele og ulemper og alt på trods fik jeg følelsen af at 'vi gør det godt i det grønlandske sundhedsvæsen'. Vi kan tilbyde vores patienter et sammenhængende patientforløb med fagligt kompetent personale med både en evidensbaseret behandling, men også fleksibel tilgang, der synes mere smidig end den danske forløbs – og pakketilgang. Vi har mange dygtige specialister ansat kortere eller længere tid, der kan byde ind med et bredt varieret og højt fagligt specialist niveau. Cosmic er et fantastisk godt EPJ system sammenlignet med Sundhedsplatformen. Jeg vil fremover glæde mig hver dag over at åbne cosmic og tænke i mit stille sind 'stakkels SP-kolleger på Sjælland'.

Overvejelser om ansættelse på en afdeling fremfor for eksempel et klinisk ophold er en vægtning. I min ansættelse fik jeg en normal dagligdag med kolleger og patienter, en personalebolig, flere kursusforløb, egne patientforløb, arbejdede 37 timer om ugen og derfor tid til en masse private aktiviteter. Set i bakspejlet skulle jeg have tilmeldt mig et motionscenter fra starten, købt flere billetter til kulturelle events og tilegnet mig den danske planlægningskalender kultur med det samme. Ulemperne er dobbeltudgifter, savn af familie, venner og hverdag.

Jeg har gennemgået 3 faser under opholdet: 'forelskelsesfasen, hvor alt er nyt og spændende, krise fasen (hvor man frustreres over praktiske ting som SP og ikke når at gennemskue sundhedsvæsnets og de kommunale muligheder og regions(be)græninger) og så den sidste periode, hvor tingene falder på plads og man gerne ville have haft mere tid.

Jeg glæder mig til at komme hjem til mit interessante job på psykiatrisk afdeling, min hverdag med familie og venner – og er allerede ved at overveje hvor jeg skal hen næste gang.



Concordia

Grønland – Antarktis t/r

Nadja Albertsen Læge, PhD studerende

En frygtindgydende opgave i at begrænse sig. Sådan føles det at skulle koge 13 måneders arbejde og oplevelser som læge for the European Space Agency på en forskningsstation på Antarktis ned til én side til Nakorsanut. Men når Gert Mulvad beder om én side, så er det selvfølgelig dét, han får (næsten).

Min vej til Antarktis startede i Grønland – fra Nordpolen til Sydpolen. Det var dér, drømmen om at komme til Antarktis begyndte at virke bare en lille smule udførlig – dels pga. storslåede oplevelser i den grønlandske natur, men også inspireret af kolleger. Én fra Grønland – og én fra England, som, skulle det senere vise sig, havde været i Antarktis i kraft af netop den stilling som jeg senere fik. Endeligt var det i det lille køkken på førstesalen i sygehuset i Ittoqqotoormiit, jeg trykkede ”send” på den an-

søgning, som nogle måneder senere fik mig til Antarktis. Efter ansøgningen var sendt afsted, gik det stærkt. Samtaler, undersøgelser, træninger hos både forskerhold, redningshold i alperne og det franske polarinstitut, og en masse administrativt, som skulle ordnes, inden jeg godt et halvt år senere for første gang kunne sætte fødderne på isen på Antarktis. Og flyet landede netop på det klare, blå is ved den italienske Mario Zuchelli-base – en sommerbase ved kysten, som nok er mest berømt for at have en soft ice-maskine og hvor landskabet minder om det grønlandske – dog med pingviner.

En lille uge efter landede jeg i et endnu mindre fly på plateau’et i Antarktis – midt i et hvidt, fladt landskab med en uendelig blå himmel over sig og hvor kulden river i næsen på selv den varmeste sommerdag. Om sommeren ligger temperaturen omkring -20 C og om vinteren omkring -60 C, med hyppige dyk ned i -80’erne.



Ingen sol, men skumringen tiltager

Min arbejdsplads, den fransk-italienske base Concordia, ligger i 3200 meters højde, men da den ligger tæt på sydpolen, svarer lufttrykket til 3600 meter ved ækvator – så luften er tynd. Der er 1000 km til kysten og 600 km til nærmeste nabo-base, russiske Vostok, og pga. de lave temperaturer kan man kun tilgå basen i sommerperioden – det vil sige fra medio november til starten af februar. Resten af året er basen totalt afskåret resten af verden, på nær et uhyggeligt langsomt internet (det tog mig ca. 2 dage at downloade 30 MB) og via satellit-telefoni. Der er altså ingen mulighed for at evakuere folk, få nye folk ind, få friske gulerødder eller en ny tandbørste tilsendt i 9 måneder af året – en periode, hvor kun det allermest nødvendige personale for at opretholde basens drift, inkl. forskning, befinder sig i basen. Vi var 13 - 7 italienere, 5 franskmænd - og mig.

Vi var to læger – én i hospitalet, i vores tilfælde en italiensk traumekirurg, og mig, som primært skulle føre 5 forskningsprojekter for ESA ud i livet, sørge for vandanalyser og varetage træning af redningsholdet – og være backup i hospitalet. Heldigvis forløb vores tid i basen ganske udramatisk og uden behov for både udrykninger og større behandlinger i sygehuset, hvor der i øvrigt både var tandlægeudstyr, røntgenudstyr, udstyr til respiratorbehandling og en del kirurgi. Og blærekatetre nok til at holde en urologisk afdeling kørende i et par år.

Forskningsmæssigt omhandlede alle projekter aspekter af, hvordan langvarig isolation og ophold i tynd luft påvirker os mennesker. Jeg lavede scanninger af knogler og muskler, kropsanalyser, motoriske og kognitive tests, pilot-tests, og tog blodprøver, urinprøver, spytpøver og samlede af-

føringsprøver. Hvordan vi påvirkes af stress, manglende og/eller dårlig søvn, manglende motion og manglende lys om vinteren var vigtige faktorer, men også hvordan f.eks. vores immunsystem påvirkes af, at vi ikke konstant bombarderes af bakterier og vira som i den ”normale” verden.

ESA udfører disse projekter i Concordia, da det er et af de steder på jorden, som minder allermest om at være i rummet. Netop manglen på vira og bakterier, den manglende mulighed for at komme væk, en mangel på et ”normalt” døgn med nat og dag og den tynde luft, er også faktorer, som astronauter udsættes for i rummet – og faktisk er det lettere at komme ”væk” fra den internationale rumstation, ISS, end fra Concordia.

Pladsen på siden rinder ud – undskyld, Gert. Men kort fortalt – det var et fantastisk år både arbejdsmæssigt og personligt – og jeg fortæller gerne mere til dem, der er interesserede. Ikke kun kan jeg nu bande på både fransk og italiensk, men jeg har også siddet på isen under den mest fantastiske stjernehimmel, har oplevet både ”diamantstøv”, massevis af halo'er, sydlys, de mest fantastiske skumringer, solnedgange og -opgange og glæden ved at sætte tænderne i et sprødt æble efter at have undværet det i et lille år.

På flere måder var der mange lighedspunkter med min tid i Grønland og på andre måder var det en hel anderledes oplevelse. Men én ting er i hvert fald sikkert – jeg havde aldrig fået den mulighed, hvis jeg ikke havde haft privilegiet af at arbejde i Grønland med fantastisk dygtige og inspirerende kolleger. Tak til alle jer!

WONCA 2019 – tanker om generalisme og fremtiden



WONCA 2019 Erik Jarnbjer

”Specialism, now a necessity, has fragmented the specialties themselves in a way that makes the outlook hazardous. The workers lose all sense of proportion in a maze of minutiae. Everywhere men are in small coterie intensely absorbed in subjects of deep interest, but of very limited scope. (...)

Applying themselves early to research, young men get into backwaters far from the main stream. They quickly lose the sense of proportion”

Med William Oslers 100 år gamle profetiske ord, indleder Sir David Haslam, en praktiserende læge fra Storbritannien, én af WONCA-konferencens mest fascinerende keynote speeches.

Vi var 3 læger fra Dronning Ingrid Sundhedscenter i Nuuk, som i maj 2019 rejste til Kyoto for at deltage i WONCA (World Organization of Family Doctors) Asia Pacific Regional Conference, der forløb over 4 dage. Konferencen samlede almen medicinere fra næsten hele verden, og der var rigeligt fagligt indhold på programmet, med flere parallelle sessioner. Der var forelæsninger, præsentationer af studier og workshops, hvor man kunne lære noget om

alt fra Zen-ideologi til hvordan et godt mentor-mentee-forhold kan udvikles.

Selvom primær sektoren er vidt forskelligt struktureret rundt i verdenen, var der budskaber som gav en global genklang. Haslam havde en tydelig pointe; generalisten har altid været uundværlig, og aldrig har han været vigtigere end i den moderne tidsalder. Samtidig er udfordringerne for den brede tilgang til medicin voksende. Fordi hvordan kan nogen bevare overblikket i dagens komplekse sundhedsvæsen? Som eksempel blev det konstateret, at en ambitiøs almen mediciner, som læser 2 fagrelevante videnskabelige artikler hver dag, ved årets ende vil være tusindvis af artikler bagud. I en verden hvor sundhedstilbuddene og den medicinske viden vokser eksponentielt i alle retninger, bliver evnen til at prioritere en tiltagende vigtig faktor i alle lægers arbejde. Det er tid til at definere ”the good enough doctor”, en pendant til landsmanden Donald Winnicotts begreb ”the good enough parent”, som blev møttet i 1950’erne. Winnicotts hensigt var at fjerne forældres angst om at komme til kort, ved anerkendelsen om at ingen kunne være perfekt, og at forsøg herpå ofte ville skabe den modsatte effekt.

At have respekt for en generalistisk tilgang er at anerkende mennesket som et komplekst, sammensat system. Det drejer sig om at anskue helbred og sygdom i en bredere kontekst, med hensynstagen til det menneskeliv og den livsstil, som altid ledsager patologien. At fragmentere det samlede overblik over patienten er desuden at overse en stor del af menneskelig lidelse, hvor især lidelser, som ikke kan passes ind i veldefinerende nosologiske kategorier undervurderes.

”Specialisme” fører ikke blot til at sundhedsudgifterne løber løbsk, men også til et tunnelsyn, der genererer polyfarmaci og overdiagnostik- og behandling. På trods af denne kendsgerning er generalismen under hårdt angreb på verdensplan. I en global kultur hvor teknologi og udvikling skrider fremad, synes opfattelsen af almen medicin i høj grad at være af parodisk karakter. Sat på en spids betyder det, at generalisten famler i mørket og forsøger sig på behandlinger uden specialisterne viden, og derfor ofte blot står i vejen for kontakten til det ”moderne” sundhedssystem. Der er på verdensplan en manglende anerkendelse af almen medicin som et vigtigt håndværk, og i værtslandet Japan er speciallæge-uddannelsen i almen medicin blot få år gammel.

Specialistmedicinen har skabt gode udrednings- og behandlingstilbud indenfor mange områder. Almen medicinen befinder sig dog konsekvent i ”the trailing end of technology”, og har en konservativt syn på nye behandlingsmetoder. Han foretrækker afprøvede metoder over eksperimentelle. Man kan ikke holde sig fra at beundre de teknologiske fremskridt som har tilladt, at man fysisk fjerner blodproppes fra et infarceret hjerte. Det er betydelig sværere at forholde sig til den blodprop man aldrig fik, fordi man fik god vejledning i livsstilsændringer. En optimalt fungerende primær sektor skaber få overskrifter, da meget af håndværket ligger i forebyggelse.

Generalisme er dog ikke en egenskab som er begrænset til almen medicinere. Det er heller ikke en egenskab som alle almen medicinere besidder. Det er en anskuelse som i nogen grad kan og bør implementeres af alle lægelige specialer; et kontinuum fra specialisme til generalisme, hvor man afhængigt af temperament vil ligge forskellige steder. I conferencecenterets pragtfulde Annex Hall, hvor man en gang påtegnede Kyoto-protokollen, var der dog en tydelig konsensus i luften i disse lune japanske forårsdage; den moderne læge er læge for hele mennesket.



WONCA 2019

Polarfont Temanummer om Sundhedsforskning i Grønland

Polarfronten giver i dag den grønlandske sundhestilstand et tjek. Det gør vi i et temanummer med 14 artikler om sundhed og sundhedsforskning i Grønland. Som andre sundhedsvæsen oplever det grønlandske sundhedsvæsen både fremskridt og det modsatte. Få bl.a. svar på, om der er problemer med diabetes i Grønland, om multiresistent tuberkulose er på vej ind i befolkningen, og om der er forskelle på den måde grønlandere og danskere sørger.

De 14 artikler:

- Arktisk sundhedsforskning og sundhed
- Grønlands sundhedsvæsen på briksen
- Adgang til sundhedsydelser og forebyggelse i Grønland
- Diabetes som velstandsbarometer
- Cancerbehandling i Grønland med udfordringer
- Tænk nyt i kampen mod kønssygdomme i Grønland

- Forsker: Grønland bør udrydde tuberkulose
- Community fokus på psykisk sundhed i Grønland
- Hjemløse i Grønland er udenfor kategori
- Arbejdsmiljø i Grønland: Skadelige skaldyr
- Telemedicin i Grønland giver øjenkontakt
- Forskerhold vil undersøge giftstoffers effekt på grønlandske børn
- Sorg skal på dagsordenen i Grønland
- Manglende hænder i ældreplejen i Grønland

Temanummeret er gratis og kan læses her:

<https://www.polarfronten.dk/tema-groenlandske-sundhedsvaesen/>

Venlig hilsen

Uffe Wilken, Redaktør

NUNAMED PhD kursus reflektion

Ninna Senfleber

In October, I participated in NUNAMED for the first time, as well as the PhD course in connection with the conference. The course gave me an insight into aspects of circumpolar research, and research in general, that I have not been as aware of before. Especially regarding the importance of having no biased opinions on what is most important for the target group and how difficult that is. At the conference, I was surprised how well researchers communicated their knowledge and I think everyone put some extra effort into making their research digestible due to the broad audience. This makes NUNAMED a great conference for both the audience and the presenters in my opinion. Explaining my research in diet gene interactions in a simple way in just 10 minutes was a challenge, but one that I really enjoyed.

Maria Tvermosegaard

Thank you very much for the travel grant I recieved to partici-

pate in NUNAMED 2019 in Nuuk. The conference was a colorful blend of factual, serious and entertaining presentations, all which sought to present health among Inuit, challenges and solutions. The warm culture and astonishing beauty of the country did not go unnoticed or unmentioned. I was particularly moved by a local medical doctor, giving a talk on the Greenlandic heart. The talk described facilities, patients and diseases in Queen Ingrid's Hospital, while simultaneously emphasizing that, as a doctor in Greenland you are never alone and all who work with the patients help each other the best way they can. I gave a talk on a genetic variant called TBC1D4. During my days in Nuuk I was so fortunate to go sailing during a very beautiful sunset, I walked up Little Malene and went for some runs around Nuuk. All were wonderful experiences in an astonishing landscape. Thank you again for this grant. I went home with new knowledge on health in the Arctic, a larger network and very nice memories.



PhD uddannelse NUNAMED Gruppébillede

Shared Vision Statement

As members of the Lancet Commission on Arctic Health, we hold a shared vision about the people and living environment of the Arctic. We collectively recognize that ingenuity and strength remain at the core of our being as Inuit, Sami, First Nations, and the many diverse Arctic Indigenous peoples across the Russian north and others working in partnership to advance the right to health.

We honor the inherent rights of Indigenous peoples and recognize that the right to self-determination is the prerequisite to the exercise and enjoyment of all other human rights. Those of us living in the Arctic have adapted to our unique environment due to a profound, intimate relationship that we have to the lands, territory, and diverse resources. The lands, coastal seas, sea ice, and animals reflect highly complex, interrelated, interconnected and indivisible ecosystems that have sustained Indigenous peoples of the Arctic for centuries and form the basis of our way of life and world perspective, including spiritual dimensions. When one is impacted, all are impacted.

Since colonization began, the health and well-being of distinct Arctic Indigenous peoples – our overall integrity has been dramatically impacted. The state of nature is generally one of decline.

From climate change to ocean acidification to destruction of biodiversity, the current health of our planet is dire. Because the Indigenous worldview and our relationship to homelands is holistic, the stark reality of its status and conditions have been compromised in every conceivable fashion.

Deterioration of our Arctic environment means deterioration of the Arctic peoples' whole health.

This is a reality of the present, but we do not want this to be so for future generations. Arctic Indigenous worldviews, assessments and energies can inform the multiple and huge gaps in Arctic health and set down guidelines for achieving results and outcomes that are beneficial to all throughout the Arctic.

Through this Lancet Commission on Arctic Health we hope to advance knowledge about Arctic Indigenous peoples to share this critical information with health, human

rights, and climate change professionals. Our objective is to alter our collective path toward one of respect for and recognition of the individual and collective rights of Arctic peoples in order to secure a healthy future – a future that remains tied to our Arctic homelands. Together we intend to survey the economic, social, cultural, and political determinants of health and their impacts on the distinctive approach to individual good health and collective well-being.

We will work to identify solutions that are consistent with our understanding of the environment and our human rights.

This initiative also intends to prepare Arctic youth to become problem solvers as well as assist them as a constant source of energy to maintain the balance, ingenuity and strength of their communities.

While this work will be prepared primarily for policy makers; Indigenous peoples and their communities; health-care and social workers; researchers of health and Indigenous studies; and the global health community, we know that it will have broader application.

We believe that the world community is not only waiting for Indigenous wisdom and solutions, but that humanity will also benefit from Indigenous peoples' conceptions, including those that we hold in relation to our health and well-being.

Kommissionens grønlandske medlemmer

Gert Mulvad, Læge, Dronning Ingrid's Sundheds Center, Doctor hc. Grønlands Center for Sundhedsforskning, Iisimatusarfik.

Karsten Rex, Læge, Medicinsk afdeling DIH, PhD Grønlands Center for Sundhedsforskning, Iisimatusarfik.

Gitte Adler Reimer, Rektor, Iisimatusarfik.

Christina Viskum Lytken Larsen, PhD, Arctic Fulbright Scholar. Senior forsker Grønlands Center for Sundhedsforskning, Iisimatusarfik.

<https://sites.google.com/dartmouth.edu/lancetarctic/shared-vision-statement>

Vaccinationsdækning i Grønland

Sundhedskonsulent Anna Rask Lynge

Uddrag fra artiklen: Coverage rates of the children vaccination programme in Greenland¹

Introduktion

Formål med undersøgelsen var at fastslå den landsdækkende vaccinationsdækning for vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet.

Metode

Undersøgelsen var et observationelt tværsnitsstudie, hvor der i perioden mellem 5. juli og 8. juli 2019 blev udtrukket data i EPJ. Der blev udtrukket vaccinationsdata for perioden 1. marts 2018 til 16. juni 2019, for de børn, som ifølge folkeregisteret var bosat i Grønland i det tidsrum, hvor de skulle have de forskellige vaccinationer. For hver vaccination blev vaccinationsdækningen udregnet. Beregningerne på regionsniveau kan ses i tabellen.

Nuuk – MFR

Det kom frem at MFR-dækningen var lav i Nuuk, hvor kun 57,8% (167/289) havde fået den første MFR-vaccination. En måned efter dataindsamlingen blev der i Nuuk sendt en SMS-reminder til forældre angående manglende MFR vaccination med information om mulighed for drop-in vaccination uden tidsbestilling. Efterfølgende blev der fulgt op på vaccinationsdækningen efter 4 uger.

Resultater og diskussion

Generelt var der en høj vaccinationsdækning, dog for nogle vaccinationer lavere end WHO's anbefaling på en vaccinationsdækning på minimum 90%.

Der sås regionale forskelle og en generelt højere dækning for de tidligste vaccinationer.

Særligt bekymrende var vaccinationsdækningen for MFR i region Sermersooq, som var lav. Efter indsatsen med SMS-reminder i Nuuk steg vaccinationsdækningen for MFR1 fra 57,8% til 75,5%.

Der er brug for en fokuseret indsats for at forbedre den landsdækkende vaccinationsdækning. Der kan tænkes i flere forskellige tiltag fx SMS-reminder, direkte telefonkontakt med forældre, opfølgning på vaccinationsstatus ved kontakt til sundhedsvæsenet og ved indskoling og i børneinstitutioner.

Der er nedsat en national vaccinationsgruppe, som udarbejder en strategi for at sikre øget vaccinationsdækning. Herunder er der aftalt, at der fremadrettet hvert kvartal vil blive sendt vaccinationsstatus-rapporter til alle regionsledelser med lister over de børn, som mangler vaccination i de forskellige aldersgrupper.

¹ N. Albertsen (2020), Coverage rates of the children vaccination programme in Greenland, International Journal of Circumpolar Health

Tabel – vaccinationsdækning i regionerne

| | Tuberkulose 0 mdr. | Pneumokok 3 mdr. | Pneumokok 5 mdr. | Pneumokok 12 mdr. | MFR1 15 mdr. | MFR2 4 år | HPV 12 år | HPV 12,5 år |
|------------|-----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Avannaá | 99,1 % (215/217) | 89,9 % (196/218) | 81,7 % (161/197) | 80,4 % (148/184) | 88,3% (159/180) | 87,6 % (141/161) | 93,2 % (69/74) | 73,0 % (54/74) |
| Disko | 97,3 % (109/112) | 99,1 % (114/115) | 89,3 % (100/112) | 91,4 % (106/116) | 89,4 % (110/123) | 82,1 % (78/95) | 96,1 % (49/61) | 82,4 % (42/51) |
| Qeqqa | 92,4 % (159/172) | 95,7 % (154/161) | 93,1 % (148/159) | 92,4 % (159/172) | 85,3 % (145/170) | 49,6 % (58/117) | 84,5 % (49/58) | 79,3 % (46/58) |
| Sermersooq | 97,6 % (319/327) | 93,0 % (277/298) | 84,5 % (257/304) | 74,6 % (241/323) | 56,8 % (176/310) | 40,9 % (104/254) | 85,9 % (116/135) | 71,1 % (96/135) |
| Kujataa | 99,1 % (108/109) | 100 % (108/108) | 97,4 % (111/114) | 92,9 % (105/113) | 87,1 % (101/116) | 92,0 % (69/75) | 82,4 % (28/34) | 41,2 % (14/34) |
| Grønland | 97,1 % (910/937) | 94,3 % (849/900) | 87,7 % (777/886) | 83,6 % 759/908 | 76,9 % (691/899) | 64,1 % (450/702) | 88,4 % (311/352) | 71,6 % (252/352) |

Graviditetsdiabetes underdiagnosticeres i Grønland

Michael Lyng Pedersen

Graviditets diabetes er defineret ved forhøjet blodsukker, som opstår under graviditeten. Tilstanden er relateret til komplikationer hos både mor og barn. I forbindelse med graviditeten er der således øget risiko for svangerforgiftning, for tidlig fødsel, fosterdød, akut behov for kejsersnit, høj fødselsvægt og med fastsiddende skulder under fødslen. I dagene efter fødslen er barnet i øget risiko for at få for lavt blodsukker og for gulsot. Moren har øget risiko for at udvikle diabetes 2 senere i livet – livsstilsrisiko på omkring 50%. Børn født af mødre med graviditets diabetes har større risiko for at udvikle overvægt og diabetes tidligt i livet. Risikoen for fedme og diabetes øges på denne måde fra generation til generation.

Effektiv behandling – kost, fysisk aktivitet og blodsukkerkontrol

Siden 2008 har der foreligget evidens for at behandling af graviditetsdiabetes nedsætter risikoen for komplikationer før, under og efter fødsel. Behandling af graviditets diabetes indebærer først og fremmest fokus på kost særlig fokus på begrænse at indtag af simple kulhydrater og spise mindre måltider særligt om morgenen samt bevaret eller øge den fysiske under graviditeten. Mange gravide kvinder er motiverede for at følge kostrådene og anvende skridttæller til at monitorere den fysiske aktivitet. Endelig er det vigtigt med løbende blodsukker monitorering for at vurdere om der er behov for supplerende behandling med insulin. Insulin behovet stiger gradvist under den normale graviditet fra omkring graviditetsuge 14, særligt de sidste 12-16 uger af graviditeten.

Ingen symptomer – skal alle testes eller kun særlige højrisiko grupper?

Da graviditets diabetes hos de fleste ikke giver anledning til symptomer opdages tilstanden kun ved at teste de gravide. På verdensplan er der imidlertid ikke enighed om, hvordan man bør teste for graviditetsdiabetes. Nogle lande tester gravide i særlig risiko for graviditetsdiabetes, mens andre lande tester alle. Der er udbredt enighed om at diagnosen bedst stilles ved en 2 timers sukkerbelastning. Der er dog heller ikke her international enighed om hvilke grænseværdier, der bør anvendes til at stille diagnosen.

Test for graviditets diabetes i Grønland

I Grønland testes gravide i risiko for graviditetsdiabetes. Dette gælder gravide, som er overvægtige (BMI over 27 kg/m²), tidligere har haft graviditetsdiabetes, tidligere har født et stort barn (over 4500 g), har forældre eller bedste forældre med diabetes, er gravid med tvillinger eller trillinger, har polycystisk ovarie syndrom samt alle med sukker i urinen. Testen udføres i graviditets uge 28. Derudover testes alle med 2 risikofaktorer eller hvis de tidligere har haft graviditetsdiabetes i allerede uge 18. Er testen normal i uge 18 gentages den i uge 28. Algoritmen kan virke kompleks og undersøgelser fra Grønland viser da også at det er under 70% af dem som opfylder kriterierne for at blive testet, der rent faktisk bliver testet. Problemet er størst uden for Nuuk. Omkring hver anden gravide kvinde i Grønland opfylder mindst et kriterium for at blive testet. Der er altså tale om en stor gruppe gravide som ikke bliver testet i løbet af graviditeten.

Glukose belastning i Grønland

Ved glukose belastningen måles blodsukker koncentrationen om morgenen efter en nats faste. Derefter drikker den gravide et glas vand tilsat 75 mg glukose. Efter 2 timer måles blodsukkerkoncentrationen igen. Diagnosen graviditetsdiabetes stilles, hvis blodglukosekoncentrationen efter 2 timer er 9 mmol/l eller derover. Denne grænseværdi er højere 8.5 mmol/l end anbefalet af de fleste internationale guidelines WHO (World Health Organisation), FIGO (International Federation of Gynaecology and Obstetrics), ADA (American Diabetes Association) og højere end 7.8mmol/l anbefalet af NICE (National Institute for Health and Care Excellence, UK). Endvidere indgår faste blodsukkerkoncentrationen ikke i vurderingen af om der foreligger graviditetsdiabetes i Grønland (og Danmark). Dette er i modsætning til de alle de nævnte internationale guidelindes. Undersøgelse blandt gravide i Grønland viser dog at faste blod glukose er relateret til højere fødselsvægt.

Tid til at overveje en ny simpel model

Med den nuværende håndtering af graviditetsdiabetes i Grønland undersøger vi således for få kvinder for om de har graviditetsdiabetes og ved kun at vurdere 2 timers blodsukkerkoncentrationen i forhold til en høj tærskelvær-



di diagnosticeres meget få med kvinder med graviditetsdiabetes i Grønland. Hermed mister vi som sundhedsvæsen en gylden chance for at forebygge komplikationer i graviditeten og omkring fødslen hos mor og barn. Det er derfor vigtigt at overveje om der er behov for en ny strategi.

FIGO har tidligere foreslået en simpel model, hvor alle gravide screenes én gang i graviditeten omkring uge 24. Ved også at inkludere faste blodsukker som diagnostisk kriterium behøves kvinden ikke belastes med at indtage glukose hvis der foreligger forhøjet faste blodglukose.

Referencer:

Pedersen ML, Lind O, Abelsen T, Olesen J, Jørgensen ME. Gestational diabetes and macrosomia among Greenlanders. Time to change diagnostic strategy? *Int J Circumpolar Health*. 2018 Dec;77(1):1528126. doi: 10.1080/22423982.2018.1528126.

Pedersen ML, Olesen J, Jørgensen ME, Damm P. Gesta-

tional diabetes mellitus in Greenland: a national study of prevalence and testing efficacy. *Int J Circumpolar Health*. 2016 Aug 24;75:32167. doi: 10.3402/ijch.v75.32167. eCollection 2016.

Pedersen ML, Jacobsen JL, Jørgensen ME. Prevalence of gestational diabetes mellitus among women born in Greenland: measuring the effectiveness of the current screening procedure.

Int J Circumpolar Health. 2010 Sep;69(4):352-60. Epub 2010 Aug 17.

Rasmussen KV, Nielsen KK, Pedersen ML. No association between early maternal HbA1c and offspring birth-weight among women without pre-existing diabetes in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2020 Dec;79(1):1702798. doi: 10.1080/22423982.2019.1702798.

Arytmier i Grønland



Nadja, Stig og Inuuteq på konference i Oulu

Nadja Albertsen Læge, PhD studerende

I 2020 tager vi hul på et PhD-projekt omhandlende kardielle arytmier i Grønland – et emne, vi på nuværende tidspunkt ikke ved særligt meget om.

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

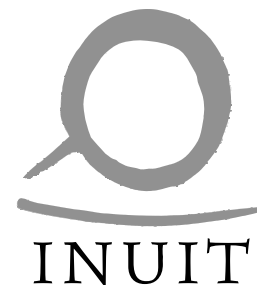
Atrieflimmer er den hyppigste af arytmierne og den kan være svær at fange på et almindeligt EKG, hvis ikke den er konstant til stede. Hos patienterne med apopleksi overvåger man derfor ofte hjerterytmen i 5 dage, for, forhåbentlig, også at fange de tilfælde, hvor atrieflimren kommer og går. På den måde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

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

Ved siden af ovennævnte håber vi bl.a. også på at kunne undersøge, hvor høj hyppigheden af atrieflimmer er blandt patienter med iskæmisk apopleksi aktuelt, hvor mange af disse patienter, der får blodfortyndende behandling (og hvis ikke, hvorfor), samt hvordan det går dem i tiden efter deres blodprop.

Vi glæder os til at komme i gang med projektet!

Coronavirus and other health risks among Inuit



March 3, 2020 – Anchorage, Alaska – As the world community initiates response to increasing number of coronavirus outbreaks, ICC expresses concern about how our rural, remote communities are potentially at much higher risk and exposure to such epidemics due to the chronic lack of basic infrastructure, including lack of sewer and running water in many of our communities.

The spread of the coronavirus highlights the urgent need to remedy the profound infrastructure deficit in Inuit Nunaat that contributes to vulnerability and underlies the health challenges experienced by too many of our people. Inuit communities historically experienced devastating loss of life due to lack of immunity to preventable diseases such as influenza, tuberculosis, and other viruses and diseases. The lethal impacts of disease were compounded by the absence of the resources and infrastructure required to effectively prevent and respond to them. The basic conditions that contributed to vulnerability in the past continue to exist in too many of our communities today, contributing to a high prevalence of tuberculosis, respiratory infections, and greater susceptibility to other viruses and diseases.

Despite being the original inhabitants of some of the most affluent countries in the world, gaps in basic infrastructure continue to contribute to severe health risks. Overcrowding, food insecurity, lower life expectancy, and a high prevalence of tuberculosis are among the inequities experienced by our people that are linked to poor infrastructure. Many homes lack running water and a flush toi-

let. Many more depend on aging and deteriorating piped and haul systems. These conditions contribute to severe and multiple illnesses, including invasive pneumococcal disease that are among the highest in the world. Household overcrowding has numerous interrelated adverse impacts, from mental well-being to physical health.

ICC calls on governments to close the infrastructure gaps throughout Inuit Nunaat through major new investments in our communities, prioritizing basic infrastructure such as housing, water, and sewer. And, ensuring that this investment supports climate resilient infrastructure critical for our communities that are dealing with the most significant impacts of climate change. This is the only way to create social and economic equity, support population health, and reduce vulnerability to virus and disease. In addition, when designing local, regional and national response and preparedness to the coronavirus and other infectious diseases, governments must acknowledge the challenges that Inuit communities face. Because of these conditions, combined with looming threats such as the coronavirus, Inuit leaders across the Arctic are concerned about the compounded threats to our basic health and well-being and cultural integrity.

Contact:

| | |
|--|---|
| Kelly Eningowuk ICC (Alaska) 907-274-9058 kelly@iccalaska.org | Carole Simon ICC (Canada) 613-563-2642 CSimon@inuitcircumpolar.com |
|--|---|

The Inuit Circumpolar Council (ICC) is an Indigenous Peoples' Organization (IPO), founded in 1977 to promote and celebrate the unity of 180,000 Inuit from Alaska (USA), Canada, Greenland, and Chukotka (Russia). ICC works to promote Inuit rights, safeguard the Arctic environment, and protect and promote the Inuit way of life. In regard to climate change, we believe that it is crucial for world leaders and governments to recognize, respect and fully implement the human rights of Inuit and all other Indigenous peoples across the globe.

Definition of otitis media

Chronic suppurative otitis media



Chronic inflammation

Perforation of the tympanic membrane

Discharge > 14 days



UNIVERSITY OF COPENHAGEN
FACULTY OF HEALTH AND MEDICAL SCIENCES

Invitation til ph.d.-forsvar

Malene Nøhr Demant

Otitis media in Greenlandic Inuit children

Management, intervention and perceptions in a high-risk population

Fredag den 29. november klokken 14.30

Auditoriet, Sjællands Universitetshospital, Køge

Lykkebækvej 1, 4600 Køge

Etter forsvaret vil Sjællands Universitetshospital være vært for en reception i Mødelokale 1. Alle er velkomne.

Assessment committee

Professor Anders Koch (chair)
University of Greenland, Ilisimatusarfik,
Greenland and University of Copenhagen,
Denmark

Professor Peter Morris
Menzies School of Health Research, Australia

Professor Sten Hellström
Karolinska University Hospital, Sweden

Primary academic advisor

Professor Preben Homøe
Zealand University Hospital, Køge, Denmark

Academic co-advisors

Professor Ann Hermansson
Lund University Hospital, Lund, Sweden

Associate professor Ramon Gordon Jensen
Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

External advisor

Professor Jørgen Lous
University of Southern Denmark, Denmark

REGION ZEALAND
ZEALAND UNIVERSITY HOSPITAL



Malene Demant PhD forsvar

Vejlederkursus for Grønlandsk Speciallæger

