



Tema: Arbejdsmedicin i Grønland



Stort foto: Fugt, Skimmel og Helbred

Lille foto: Nye bygninger der skal indholde Grønlands Center for Sundhedsforskning og Naturfaglig uddannelse

Beretning fra Grønlands Lægeforening	3	Vi fødes som kopier og dør som originaler	21
Nu er der sat pris på udgiften til overtagelse af Grønlands Arbejdstilsyn	6	Graviditetsdiabetes i Grønland	23
Arbejdsmedicinsk forskningsprojekt: Arbejdsskader indenfor fiskeri og fiskeindustrien i Grønland	7	Lungefunktionsundersøgelser i Grønland	25
International Minekonference og Workshop i Odense om Miljø og Sikkerhed i Minedrift	11	Community health perspectives	27
Fugt, Skimmel og Helbred	12	Spiral anlagt i forbindelse med provokeret abort nedsætter risikoen for ny abort	29
Læger i Grønland: husk jeres anmeldepligt	14	Fagområde i Grønlands Medicin	31
Forbedring af barselsvilkårene, tak	15	Ny bygning til naturvidenskabelig uddannelse og sundhedsforskning	32
Er der behov for telemedicin mellem regionerne og DIH?	18	Rejsegilde	34

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.

Notat fra Bestyrelsen

Siden sidst er Nadja Albertsen trådt ud af bestyrelsen. Hun har forladt landet mhp videreuddannelse. Vi takker Nadja for hendes indsats i foreningen og ønsker hende god vind fremover.

Malik Møller reservelæge kir afd DIH er i stedet indtrådt i bestyrelsen. Velkommen. Henviser i øvrigt til www.laeger.dk hvor information om bestyrelsens sammensætning samt vores overenskomst kan hentes.

Må I alle få et rigtigt godt nytår



Inussiarnersumik inuulluaqqusillunga
Med venlig Hilsen

Ole Lind

Formand

Nakorsat Kattuffiat · Grønlands Lægeförening

I dette nummer af Nakorsanut sættes der fokus på Arbejdsmedicin

Naalakkersuisut ønsker at hjemtage arbejdsmiljøområdet og planlægger i den forbindelse at overtage det danske arbejdstilsyns afdeling i Grønland. I en artikel taget fra Sermitsiaq beskrives nogle af konsekvenserne ved en overtagelse af området. Her i dette nummer vil vi så beskrive nogle af de Arbejdsmedicinske områder, der er fokus på gennem forskning og konferencer. Der ligger store væsentlige opgaver inden for arbejdsmedicinen som giver udfordring for det Grønlandske Sundhedsvæsen. Nye mine i Grønland stiller krav inden for det arbejdsmedicinske område. Grønlands økonomiske livsnerve, fiskerisektoren har brug for et arbejdsmedicinsk gennemsyn, som er i gang i et tæt samarbejde med arbejdsgivere og arbejdstagere. Hele boligområdet, indeklimate og sundhedsproblemerne er et fokusområde for en stor del af befolkningen, hvor der er brug for mere viden. Iden for vores eget arbejdsområde er der behov for bedre vilkår på barselsområdet.

Generalforsamling i Grønland

Lægeforening 30. september 2016

Tilstede: 39 medlemmer inkl. bestyrelsen og kasserer.

Referent: Nadja Albertsen

1. Valg af dirigent:

Knud Erik Kleis foreslås og accepterer.

2. Bestyrelsens beretning:

Formand Ole Lind gennemgik resultaterne for overenskomstforhandlingerne i 2015, da det ikke havde muligt på generalforsamlingen i 2015, idet formanden sad fast i Kangerlussuaq på grund af vejret.

Sammen med repræsentanter fra Foreningen af Speciallæger i Danmark og Yngre læger forhandlede Overenskomstudvalget overenskomstfornyelsen med Selvstyret. Overenskomstudvalget – som bestod af dele af bestyrelsen – havde valgt, at hele bestyrelsen udgjorde forhandlingsbaglandet for gruppen. Det betød, at ikke alle deltog i forhandlingerne, men at alle overenskomstgrupper deltog i det forberedende arbejde. Der blev arbejdet intenst i en uge med arbejdsgrupper og koordinering – og der blev opnået rigtigt gode resultater på trods af, at udvalget blev mødt med meget snævre økonomiske rammer – som ikke kunne forhandles!

Den økonomiske ramme var dikteret – og ikke til at ændre. Udvalget fik dog forhandlet, at de lønstigninger, der kunne opnås indenfor den fastlagte ramme, blev udmøntet tidligst muligt – allerede den 1.4.2015 – så stigningen fik den største værdi. Stigningerne kan ses på nettet.

Det blev ligeledes aftalt, at der gives tillæg til læger, som gennemgår uddannelsen i arktisk medicin (grønlandsmedicinsk fagområde). De får et tillæg på omkring 1500 kr. pr. måned.

Der blev givet tilsagn om, at til lægerne på DIS er der mulighed for at få honoreret den belastning, der har været som følge af vakancer. Der arbejdes på et oplæg til Selvstyret.

Der blev indgået en aftale om honorering af evakueringer på samme vilkår gældende for alle, der deltager i evakueringer. Der blev lavet et stort udredningsarbejde over

omfanget, som mundede ud i en aftale. Et område, der ellers havde været usikkerhed omkring. Det er den klare opfattelse, at alle er glade for aftalen.

Der blev kæmpet for bedre barselsvilkår – og der er lagt op til nye drøftelser ved de næste overenskomstforhandlinger. I denne periode blev det aftalt, at ingen gravide kan pålægges vagter fra 4 uger, før det forventede fødselstidspunkt.

Selvstyret blev overbevist om, at det var nødvendigt at få aftalt en egentlig vagtordning for de små specialer (pædiatri, ØNH, øjne og røntgen). Der blev forhandlet en aftale om honorering for vagterne på kr. 2500 pr. vagt ud fra en forudsætning om, at vagterne var belastet med omkring en time. Efterfølgende har det vist sig, at forudsætninger for aftalen ikke holdt. Der er derfor blevet lavet en vagtopgørelse for pædiaterne, der har vist, at vagterne er langt højere belastet. Aftalen forsøges derfor justeret

Vagtstrukturen på DIS er blevet ændret, så der er indført en honoreret bagvagt for fase 1 og 2 læger på DIS. Der er også indført en bagvagt på kysten for fase 3 læger, der også honoreres. Det har været vigtigt at sikre den bedst mulige supervision, men også at dette skulle honoreres. Det er det nu blevet. Der er ikke længere tale om arbejde con amore.

Lønstrukturen er aftalt ændret, så fase 3 læger ansættes som afdelingslæger. Et betydeligt lønløft.

Der er indgået en aftale om, at X-dage nu kan udbetales, hvis de ikke har kunnet afholdes inden for 6 måneder. Det er en stor forbedring – og en sejr for fleksibiliteten. Det er rigtigt godt for de vikarer, der kommer til Grønland. Og det er godt for alle andre.

Modparten havde stillet krav om tillæg til ansvarshavende på kysten. Det var udvalget naturligvis enig i, men ville ikke betale ud af den økonomiske ramme. Det måtte de. Der var allerede betalt for det samme ved regionsdannelsen, hvor administrationstillæggene for læger på sundhedscentre blev fjernet for at finansiere de ledende regionslæger. Selvstyret var enig i, at der var administrative for-

pligtelser på sundhedscentrene og det blev derfor aftalt, at overenskomstens § 20 kunne anvendes. Så er det bare om at søge.

Der blev aftalt en rotationsordning – også udenfor rammen. Rotationsordningen betyder, at hvis en læge forpligter sig til at yde minimum 4 mdr. om året i en årrække, udløses et tillæg pr. mdr. på op til 8.000 kr./mdr. Hvis flere læge sikrer en stilling i en årrække, udløses yderligere en særlig bonus. På den måde håber vi at kunne fastholde flere vikarer.

Det er aftalt med modparten, at vi i overenskomstperioden undersøger, om hviletidsbestemmelserne overholdes. Der er udsendt et spørgeskema til alle læger, men kun 25 har svaret. Formanden opfordrede kraftigt, at medlemmerne skal huske at besvare skemaet, der gend sendes. Det er nødvendigt, da svarene skal underbygge kravet til modparten om, at overholdelse af hviletiden er et problem. Der skal foretages en grundig undersøgelse, som forventes færdig næste sommer.

Formanden konkluderede, at det alt i alt havde været en overenskomstforhandling, hvor der virkelig var arbejdet hårdt på at forbedre forholdene for lægerne, hvor der blev brugt meget tid på at gennemarbejde forslag, hvor modparten – og cheflægen – lyttede hvor der blev opnået gode resultater.

Formanden berettede yderligere, at der i det i det forgangne år er arbejdet på at få gennemsigtighed i forhold til prisen på lægeboligerne. Der har været afholdt et møde med boligadministrationen, hvor en forenklet model for betaling af boligerne er blevet foreslået, så prisen for alle boliger er ens. Departementet har lovet at vende tilbage med et eventuelt forslag. Der er rykket flere gange.

Der er fortsat stort fokus på videreuddannelse. Yngre læger skal kunne tiltrækkes – også på den lange bane. Der er en stor udfordring i forhold til generationsskifte. Også en udfordring i forhold til at yngre læger er smallere uddannet i forhold til før i tiden.

Der henvises i øvrigt til den information, som formanden og cheflægen havde udsendt den 29. december 2015.

Sidst men ikke mindst: Formandens funktionstid udløber ved næste generalforsamling. Formanden opfordrede til, at det er tid til at overveje, om man har lyst til at kaste sig ud i arbejdet i bestyrelsen. Det er et virkelig spændende og udfordrende arbejde at have mulighed for at forme fremtidens sundhedsvæsen.

Forsamlingen debatterede herefter formandens beretning.

Det blev foreslået, at der arbejdes mere med medierne allerede nu i forhold til de kommende overenskomstforhandlinger for at få forståelse for lægernes forhold. Det er overvejet at forsøge at gøre større brug af medierne for at sætte fokus på hvilke udfordringer og muligheder, der er i det grønlandske sundhedsvæsen, eventuelt nedsættelse af et udvalg med henblik på dette eller ansættelse af en journalist

Herefter bringes uddannelsen af yngre læger på banen. Samarbejdet med Region Syd fungerer godt, men det er svært for afdelingerne i huset og på kysten at undvære de yngre læger, når der er meget kursusaktivitet i forbindelse med uddannelsesstillingerne. Det foreslås, at man evt. opretter en pulje til at dække udgifterne i afdelingerne i forbindelse med at den yngre læge er væk, og at man skal kigge på, om der overhovedet er plads til, at de yngre læger er så meget væk fra afdelingerne.

Det diskuteres herefter, om sammensætningen af læger i bestyrelsen er tidssvarende (fordelingen af overlæger, distriktslæger, yngre læger etc.). Umiddelbart mener bestyrelsen er sammensætningen er fin og repræsentativ, men påpeger, at det er svært at rekruttere folk til bestyrelsen og opfordrer folk til at stille op ved næste bestyrelsesvalg!

Der var ikke yderligere kommentarer til formandens beretning, der således blev taget til efterretning.

3. Udvalgenes beretninger:

Overenskomstudvalget: beretningen er inkluderet i formandens tale.

Attestudvalget: har ikke nyt at berette, men tager gerne imod forslag, hvis man synes nogle takster ikke er tidssvarende eller der mangler nogle attester på listen.

Netværkslæger: Oplever løbende kontakt fra kolleger fra hele landet og oplever, at der er et behov for, at de er der. De oplever dog også, at der er et behov for synliggørelse af udvalget.

4. Godkendelse af regnskab

Jakob Kanstrup (kasserer) fremlægger regnskabet for 2015:

Det påpeges, at det er en lille forening, og at det er vigtigt at melde sig ind.

I 2015 blev der arrangeret flere store kurser af Lægeforeningen med blandt andre undervisere fra Danmark, nemlig kursus i Otologi, Ultralyd i obstetrik og Kardiologi i Grønland. Deltagelse var gratis for medlemmer, og der var god tilslutning.

Da vores tidligere bogholder er død, er regnskabet ikke revideret, da det ikke har været muligt at få et samarbejde op at stå med en ny bogholder. Lige nu er planen, at regn-

skabet for 2015 og det kommende for 2016 skal bogføres i samarbejde med Lægeforeningen, som har tilbudt en aftale.

Det fremgår dog af regnskabet, at vi i 2015 har haft et underskud på 47.774 kroner, samlede likvider på 1,4 millioner, og at der aktuelt er 250.000 kroner i forskningsfonden.

Da regnskabet ikke er revideret, kan det ikke godkendes, og det vil derfor komme på til næste generalforsamling.

5. Fastsættelse af kontingent

Nuværende kontingent fastholdes.

6. Forslag til vedtægtsændringer

Der er blevet sendt et forslag rundt om at gøre det muligt at sidde som formand i bestyrelsen i 6 år, selvom man har siddet som menigt medlem i bestyrelsen forinden. Aktuelt er det "kun" muligt at sidde 6 år samlet. Der er enighed om, at formuleringen af forslaget er dårligt, men idéen god, da det gør det muligt for erfarne bestyrelsesmedlemmer at sidde som formand i længere tid. Forslaget vedtages.

7. Nakorsanut

Der stilles spørgsmålstejn ved, om det skal fortsætte som trykt medie eller udelukkende skal være digitalt.

Gert Mulvad fortæller, at hvert nummer har samlede omkostninger for ca. 30.000 kr. Noget af det er layout, og man er begyndt at sætte flere billeder i – dette vil være en udgift uanset hvilket medie, man vælger. Han understreger, at det er vigtigt med en løbende diskussion af emnet, også da der på et tidspunkt vil komme en ny redaktør af bladet.

Aktuelt er der enighed om, at det er et godt og flot blad, som bl.a. fungerer som rekrutteringsværktøj, og som mange foretrækker på papir. Det nævnes også, at det er vigtigt at støtte det lokale erhvervsliv... :-)

Bladet kan læses digitalt på Lægeforeningens hjemmeside under Grønland.

Det vedtages, at bladet fortsætter i sin nuværende form.

8. Valg af eksterne revisorer:

Da der ikke har været et revideret regnskab at godkende, vælges der ikke nye.

Nicolai Hardenberg, Michael Lyng Pedersen og Tommy Preisler (suppleant) fortsætter (kun NH var dog tilstede ved generalforsamlingen).

9. Valg til udvalg:

Ingen ændringer i sammensætningen af diverse udvalg:

Overenskomstudvalg: Ole Lind, Nicolai Hardenberg, Ivalu Spange Frederiksen, Hans Christian Florian, Finnur Eldevig, og Paneeraq Noahsen.

Attestudvalg: Finnur Eldevig og Jesper Olesen.

Netværkslæger: Nicolai Hardenberg og Parnuuna Heilmann.

10. Fastsættelse af honorar til formand og kasserer

Nuværende honorar fastholdes.

11. Eventuelt

– **Hviletid:** De tilstedeværende medlemmer opfordres endnu engang til at udfylde spørgeskemaet om overholdelse af hviletid! Det er sendt ud til alle og kun 23 har udfyldt, hvilket vanskeliggør arbejdet omkring dette.

– **Forslag til kurser i det kommende år:** Uka W. Geisler har talt med Anders Koch, (SSI/RH), om at afholde et kursus i 2017 om infektioner i Grønland. Tanken er, at det skal strække sig over 3 dage og holdes af 2-3 undervisere fra Danmark. Kurset vil sandsynligvis blive i maj. Jesper Olesen: der er planer om et ALS og et Immediate Life Support-kursus i 2017 og man håber på at kunne tilbyde begge dele samtidigt.

Anne-Marie Ulrik fortæller, at der er lavet et "Klaring-til-transport"-kursus, som kunne være en mulighed.

– **Velkomstfolder/introduktionsbrev:** Nye læger, både DIH og kysten, oplever at der mangler et velkomstbrev eller anden form for introduktion, når man påbegynder et job i Grønland. Jacob Kanstrup fortæller, at der tidligere blev sendt et brev ud, og at dette fungerede fint. Anne-Marie Ulrik påpeger, at alle indstillinger til ansættelser også sendes til Ole Lind, som fortæller, at han grundet tidsmangel arkiverer dem.

Det foreslås, at man evt. kunne få boligkontoret til at sætte foldere i boligerne.

Bestyrelsen vil tage forslaget op ved de næste møder.

– **Spindoktor:** Ivalu Frederiksen fortæller, at det i bestyrelsen har været overvejet at ansætte en til at synliggøre os i medierne, som f.eks. kampagnen "Den Gode Historie", som har kørt i Danmark. Anne-Marie Ulrik fortæller, at der er en kommunikationsmedarbejder ansat i Sundhedsledelsen, som kan varetage det, hvis det drejer sig om formidling af den slags opgaver.

Knud Erik Kleist nævner, at der tidligere var et sundhedspolitisk udvalg, som varetog den slags, og at dette også kunne være en mulighed. Det nævnes også, at Nakorsanut fungerer som et talerør for sundhedsvæsenet og bl.a. bliver sendt til medierne og politikerne.

Jesper Olesen påpeger, at udfordringen bliver, hvad vi gerne vil formulere/have sympati for.

Ole Lind foreslår, at man eventuelt kunne ansætte en spindoktor/kommunikationsrådgiver i visse perioder og forsamlingen giver tilladelse til at arbejde videre med dette.

Generalforsamlingen 2017 afsluttes

Nu er der sat pris på udgiften til overtagelse af Grønlands Arbejdstilsyn

Anja Rosa, Sermitsiaq

Naalakkersuisut ønsker at hjemtage arbejdsmiljøområdet og planlægger i den forbindelse at overtage det danske arbejdstilsyns afdeling i Grønland.

Pris: 8.3 millioner årligt, samt en engangsudgift på 300.000 kr.

Nyt navn og flere ansatte

Afdelingen skal skifte navn fra Grønlands Arbejdstilsyn til Arbejdstilsyn, og der skal ansættes ekstra personale til at løfte opgaven med at sikre gode og sunde forhold på arbejdspladserne.

Det fremgår af bemærkninger til inatsisartutlov om arbejdsmiljø, som Naalakkersuisut har sendt i høring forud for forårssamlingen, hvor loven skal behandles.

– I forbindelse med overtagelsen af sagsområdet overtages det danske arbejdstilsyns afdeling i Grønland. Afdelingen består i dag af ½ chefstilling, fem tilsynsførende og én administrativ medarbejder. Den halve chefstilling opgraderes ved overtagelsen til en hel chefstilling, og der opgraderes med en ekstra administrativ medarbejder, fremgår det af bemærkningerne.

Sparring koster over 1 mio. kr.

De årlige omkostninger til blandt andet løn og IT forventes at løbe op i 6,7 mio. kr.

– Hertil skal lægges det yderligere behov for juridisk og teknisk-faglig støtte og sparring, som er nødvendigt, hvis man skal sikre opretholdelse af den høje faglighed i Arbejdstilsynet ... Det årlige udgiftsniveau hertil forventes at variere i henhold til aktivitetsniveauet, indenfor den økonomiske ramme på 1,3 mio. kr., som er fastsat i samarbejdsaftalen.

Nyt kontor

Derudover forventes Arbejdsmiljørådets aktiviteter at koste 0,3 mio. kr. Engangsudgiften på 300.000 kr. er afsat til indretning af Arbejdstilsyns lokaler i Nuuk.

– Der vil være eventuelle udgifter forbundet med omrokeringer og ny indretning af kontorer og lokaler i Nuuk, som skal anvendes til at huse den nye styrelse, anføres det.

Ikke udgifter trods miner

I den kommende lov om arbejdsmiljø er der taget højde for uforudsete udgifter til tilsyn inden for råstof- og vandkraftsektoren.

I forslaget § 72 gives der mulighed for refusion for Arbejdstilsynets eventuelle udgifter til de to områder, hvilket svarer til retsstillingen før overtagelse af arbejdsmiljøområdet.

– Reglerne sikrer, at udgifterne til det offentlige ikke vil stige i forbindelse med øgede aktiviteter indenfor råstofsektoren, f.eks. i forbindelse med opstart af mineprojekter, fastslås det i bemærkningerne til lovforslaget.

Arbejdsmiljøuddannelse

Det fastlægges også, at arbejdsgiverne skal betale visse udgifter til uddannelse.

– Endelig gives i § 71 mulighed for at opkræve gebyrer fra arbejdsgiverne til dækning af Arbejdstilsynets omkostninger ved afholdelse af arbejdsmiljøuddannelsen.

Arbejdsskader indenfor fiskeri og fiskeindustrien i Grønland

Baggrund

Der foreligger beskeden forskningsbaseret eller på anden måde systematisk viden om arbejdsmiljøproblemer i Grønland. Der mangler viden om omfang og typer af de mest relevante eksponeringer og arbejdsskader, hvilket er nødvendigt, hvis der skal skabes overblik over arbejdsmiljøproblemer, og kunne iværksættes forebyggende indsatser.

Antallet af arbejdsskadesanmeldelser i Grønland er relativt få og svingende over årene. Diagnosemønstret i anmeldte arbejdsbetingede sygdomme korresponderer dårligt med hvad man vil forvente i forhold til erhvervsstrukturen og kun få anmeldelser vedrører industri og fiskeri. Den læge der først konstaterer eller får mistanke om at en lidelse skyldes arbejdet har pligt til at anmelde dette til Arbejdstilsynet / Arbejdsmarkedets erhvervs-sikring. Anmeldelser af arbejdsulykker påhviler arbejdsgiveren – også her er der indikationer på en betydelig underanmeldelse i Grønland. De officielle statistikker er næppe retvisende.

Risici i arbejdsmiljøet ved fiskeri og arbejde i fiskeindustri er associeret med en varietet af helbredsproblemer: allergi i hud og luftveje, sygdomme i arme, skuldre og ryg samt risiko for arbejdsulykker. Astma og anden allergisk sygdom i luftvejene anses at være det mest prævalente problem. Den foreliggende videnskabeligt baserede viden stammer især fra canadiske studier, således viste et studie fra 2010 blandt 215 arbejdere beskæftiget med snekrabbeproduktion, en andel af sensibiliserede for snekrabber på 18,4% mens 15,4% havde arbejdsbetinget astma. Problemer relateret til rejeproduktion er belyst i mindre grad. Flere studier har vist sensibiliseringsrater på 14-16%. Et norsk studie har vist øget forekomst af luftvejssymptomer, mens der ikke foreligger klinisk-epidemiologiske undersøgelser vedr astma, alene kasuistiske meddelelser indikerer problemet.

Projektet

Denne undersøgelse er det første arbejdsmedicinske studie der intenderer at skabe overblik i en samlet branche i den dominerende del af den industrielle sektor, fiskeri i fiskeindustri, som i 2014 beskæftigede ca 15% af Grønlands ca 25.000 aktivt beskæftigede.

Undersøgelsens formål er:

1. Kortlægning af omfang og typer af erhvervsygdomme



Arbejdsmedicinsk forskningsprojekt

Foto (Royal Greenland)

- i fiskeri og fiskeindustri, med fokus på bevægeapparatlidelser og allergiske sygdomme i hud og luftveje.
2. Kortlægning af bevægeapparats- og luftvejsexponering i fiskeri og fiskeindustri mhp årsagsrelation for arbejdsbetingede lidelser samt viden mhp forebyggelse, i de pågældende brancher og i relation til myndighedernes indsats.
 3. Kortlægning af omfang og typer af arbejdsulykker og risikovurdering i arbejdsmiljøet.
 4. Etablering af forskningsbaseret viden om arbejdsmiljø og helbredsforhold mhp vidensopbygning og forebyggelsesaktiviteter i den berørte industrielle sektor, i sundhedsvæsenet samt hos relevante myndigheder.

Undersøgelsen gennemføres af en gruppe danske arbejdsmedicinere med mange års erfaring indenfor allergiforsk-



Arbejdsmedicinsk forskningsprojekt

ning samt bevægeapparats- og ulykkesforskning. Projektgruppen omfatter:

- Kurt Rasmussen, speciallæge i arbejdsmedicin lektor, ph.d., Arbejdsmedicinsk Klinik, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning, og Aarhus Universitet. (projektleder)
- Niels Ebbehøj, overlæge, dr. med., Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Universitetshospital.
- Torben Sigsgaard, læge, professor, ph.d., Sektion for Arbejde og Sygdom, Institut for Folkesundhed, Århus Universitet.
- Jakob Bønløkke, overlæge, ph.d., Arbejdsmedicinsk Klinik, Aalborg Universitetshospital.
- 3 grønlandske og 1 dansk lægestuderende.

Den samlede undersøgelsespopulation er planlagt til ca. 500 personer fra fiskeindustri og ca. 120 fra fiskeflåden, begge dele fra Royal Greenland og Polar Seafood.

Der er tale om en klinisk epidemiologisk undersøgelse hovedsagelig af tværsnitskarakter og for nogle deles vedkommende med et follow up design.

Projektet er opdelt i 2 faser. Den første del er finansieret af virksomhederne, Grønlands Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, arbejdsmarkedets parter, Arbejds miljørådet og Grønlandsbanken. Anden del er finansieret af en nylig bevilling fra Arbejds miljøforskningsfonden under det danske Beskæftigelsesministerium.

Dataindsamling til 1. del blev gennemført i okt.-nov. 2016 og det er nogle overordnede resultater herfra der beskrives i denne artikel. De endelige resultater vil blive

rapporteret til virksomhederne og de relevante grønlandske instanser hen over sommer/efterår 2017, og dernæst i videnskabelige tidsskrifter.

De indsamlede data

Vi undersøgte medarbejdere fra fabriksfaciliteter i Nuuk, Sissimiut, Illulisat, Kangatsiak, Ikerasaarsuk og Sarfanguit, og endvidere 3 store fabriksstrawlere. Deltagerne var de der var direkte beskæftiget i produktionen samt øvrige der ofte opholdt sig i produktionslokalerne som laboranter, rengøringsfolk og reparationsmede.

Vi undersøgte i alt 311 personer, 243 fra industri og 48 fra skibene.

Undersøgelsen fandt sted ude på fabrikkerne hvor arbejderne fik fri til deltagelse i arbejdstiden.

Deltagerne var gennem 4 undersøgelsesstationer omfattende: Spøgeskema/lægeligt interview, lungefunktionsundersøgelse, blodprøver samt priktest, undersøgelse af huden og undersøgelse for de vigtigste sygdomme i øvre bevægeapparat. Undersøgelsen tog ca 1 time per deltager. Der var tæt på 100 %'s deltagelse på alle lokaliteter blandt de der var til stede mens vi var der. Der er dog en løbende udskiftning af arbejdskraften, virksomhederne har en større bruttopulje af medarbejdere at trække på – den samlede undersøgelsesprocent blev 85% på trawlerne og 75% fabrikkerne.

Blodprøverne analyseres i Tromsø Norge og i Australien på forskningslaboratorier hvor man har mulighed for forfinede analyser af reje- krabbe- og fiskeantistoffer.

Desuden blev der foretaget 80 personbårne målinger af 3 timers varighed, hvor exponering af allergener i arbejdsmiljøet kan analyseres. Dette materiale er omfattende og unikt sammenlignet med den foreliggende i litteraturen. Der kan via disse målinger ske en direkte kobling mellem arbejdsmiljø og helbredsforhold på allergiområdet. Det giver mulighed for at identificere hotspots i arbejdsmiljøet hvor forebyggende tiltag er særligt indikeret.

Arbejds miljøet i fiskeindustri og på trawlere

Forarbejdning af rejer gennemløber faserne: indhandling, modning i store kar, kogning, en række forskellige funktioner med maskinel og manuel fjernelse af skaller og afsluttende med pakkefunktioner. Krabbeproduktionen starter med slagtning og dernæst lignende forløb som hos rejerne. Særligt reje- og krabbeforarbejdning indebærer dannelse af aerosoler i væske- eller dampform, som i nogle af rummende driver rundt som skyer med mulighed for personexponering. I reje- og krabbeproduktionen er de fysiske bevægeapparatsbelastninger begrænset til start- og slutfunktionerne. Forarbejdning af hellefisk og torsk



Arbejdsmedicinsk forskningsprojekt, håndeksem

er betydeligt mere fysisk belastende arbejde af typer der belaster både øvre bevægeapparat og ryg. Arbejde med fiskene indebærer endvidere exponering for fiskeaerosoler samt fiskesaft på huden

En hel del af disse funktioner foregik i et arbejdsmiljø hvor der er gode muligheder for at sætte ind med forebyggende tiltag. Desuden kan virksomhederne med fordel etablere et mere systematisk arbejde med sikkerhed og arbejdsmiljø.

På trawlerne var forholdene i fabrikslokalerne under dæk lignende exponeringerne i land, på nogle områder forstærket af de tætte og snævre produktionsforhold der eksisterer på fabrikstrawlerne. Hertil kommer at arbejdet på skibene, der sejler i stort set al slags vejr, indebærer en betydelig risiko for arbejdsulykker – det er sikkerhedsmæssigt farligt at arbejde på trawlerne. Til gengæld havde de trawlere vi så betydelig opmærksomhed rettet mod dette risikofyldte arbejdsmiljø og arbejdede ganske målrettet og systematisk med arbejdsmiljø – omend der også her er plads til forbedringer.

Foreløbige resultater

Vi startede med at bruge spørgeskemaet på traditionel vis med selvudfyldelse – der var tale om et forholdsvist omfattende forskningsspørgeskema som det tog 20-30 min at udfylde. Spørgeskemaerne forelå på både dansk og grønlandsk. Trods professionel oversættelse af spørgeskemaet oplevede vi ret hurtigt problemer med udfyldelse pga af læsevanskeligheder, vanskeligheder ved at forstå de medicinske spørgsmål, og flere kropsdele har forskellige navne på grønlandsk og anvendes forskelligt aha lokaliteter i landet. Vi skiftede derfor hurtigt til at spørgsmålene blev gennemgået individuelt med deltagerne – altså som et regulært lægeligt interview. Det var uden problemer muligt idet vi havde 3 grønlandske stud meder med i forskerteamet. Det at vi havde disse grønlandsk talende til rådighed gav endvidere mulighed for sproglig assistance

hvor der var forståelsesmæssige problemer ved de øvrige undersøgelsesstationer – deres tilstedeværelse har været afgørende for at projektet er lykkedes i så høj grad som tilfældet blev, sådan at vi kom hjem med rigtigt gode data. Analyserne er i gang men der vil gå nogen tid før et så omfattende datasæt er færdiganalyseret og vi dermed kan præsentere færdige resultater. Enkelte hovedresultater kan dog gives her.

Priktest omfattede test med standardpanel (pollen, husstøvmider, skimmelsvamp, dyr) samt histamin som reference og endvidere specialfremstillede arbejds effekter, ekstrakt af rejekød, rejekogevand, rå samt kogte krabber. Blandt de nuværende og tidligere beskæftigede med processering af krabber var 27,5% sensibiliserede. Ved sammenligning med de øvrige medarbejdere i produktionen gav det en overrisiko på en faktor 3 svt til en oddsratio på 3,18. Sammenligningsgruppen færdes overordnet i de samme produktionslokaler og overrisikoen må betragtes som et minimumsfund, men en sådan specifik undersøgelse vedr reje- og krabbeallergi findes ikke i baggrundsbefolkningen så dette er det bedste sammenligningsgrundlag vi kan etablere. Man skal være opmærksom på at sensibilisering ikke er det samme som klinisk sygdom som kun er tilstede ved relevant symptomatologi.

Blandt de der var beskæftiget med rejeproduktion var sensibiliseringsraten 10,2%, hvilket var uden overrisiko sammenlignet med de øvrige arbejdere.

Lungefunktionsundersøgelsen var sat op således at reduktion i FEV1/FVC på mindst 20% i forhold til forventet, suppleret med astmasymptomer, medførte reversibilitetstest med beta2 agonist. Hvis dette giver en forbedring på mindst 12% tyder det på astma. For at vurdere om astmaen er arbejdsbetinget blev der hos disse personer suppleret med peakflowmonitorering 6 gange dagligt over 14 dage, indeholdende både arbejds- og fritidsperioder. I alt 30 personer blev sat i PEF over 2 uger. I alt 20,6% havde symptomer på astma, mens 8,3% havde symptomer på kronisk bronkitis. Prævalensen af arbejdsbetinget astma var signifikant højere blandt snekrabbearbejderne sammenlignet med dybvandsrejarbejderne (11,9% vs 3,7%) altså en overrisiko med en faktor 3,3. Resultaterne af lungefunktionsundersøgelsen er ikke færdiganalyseret.

Blodprøver er ikke analyseret endnu på de udenlandske speciallaboratorier, så her kan der ikke gives resultater.

Klinisk inspektorsk hånd-armeksem blev fundet hos 15 personer hvor der efterfølgende vil ske diagnostisk vurdering hos speciallæge i dermatologi. Disse personer havde anamneser foreneligt med arbejdsbetinget eksem, som sandsynligvis skyldes forskellige eksponeringer som gummihandsker, fiske/skaldyrssaft og mekanisk friktion. An-

Hvem er du?

Find dig selv og din plus og minus adfærd

Selvindsigt og medindsigt

BY APPOINTMENT TO THE ROYAL DANISH COURT
Royal Greenland

Dominance Dominans		D	Tilpasning Compliance	
+	÷		+	÷
Handlekraftig	Direkte		Metodisk	Udiplomatisk
Viljefast	Dominerende		Disciplineret	Mistroisk
Krævende	Utålmodig		Eksakt	Reserveret
Resultatorienteret	Aggressiv		Objektiv	Kontrollerende

Influence Indflydelse		I	Stabilitet Steadiness	
+	÷		+	÷
Idérig	Overfladisk		Harmonisk	Tilbageholdende
Snakkesalig	Indiskret		Forstående	Ængstelig
Kontaktsøgende	Letsindig		Loyal	Nærtagende
Entusiastisk	Påståelig		Hensynsfuld	Overforsigtig

www.royalgreenland.com

tallet med tidligere eller nuværende symptomer og anamnese tydende på arbejdsbetinget eksem var betydeligt højere.

Der blev fundet i alt 10 personer med kliniske tegn på sygdom i øvre bevægeapparat, karpaltunnelsyndrom, tennisalbue eller rotator cuff tendinit (overbelastning af skuldersenemanchetten). Denne skulderlidelse blev fundet i manifest grad hos 4 personer der havde betydeligt bevægeapparatsbelastende arbejde med løft af 40-50 kg tunge fiskekasser i skulderhøjde – her blev der givet råd til virksomhederne og de pågældende blev henvist til fysioterapeutisk behandling.

De der havde klare og klinisk betydelige helbredsfund blev henvist til det lokale sygehus.

Tilbage melding og undervisning i Grønland

På både fabrikker og trawlere blev der foretaget en sikkerhedsaudit som består i et interview med den daglige sikkerhedsledelse samt en gennemgang af arbejdsmiljøet.

I relation til selve helbredsundersøgelsen fik deltagerne umiddelbart de resultater hvor der var et direkte udfald, primært allergitesten i huden samt lungefunktionsundersøgelsen. Efterfølgende er der lavet et individuelt brev med egne samlede resultater.

Ved afslutning af undersøgelserne blev der holdt møde med ledelsen hvor de foreløbige resultater af helbredsundersøgelserne samt vurderingen af arbejdsmiljøet blev gennemgået. Der planlægges en dyberegående tilbage-

melding til virksomhederne med konkrete råd om forebyggende tiltag. Vi tilbyder endvidere at klæde sikkerhedsorganisationerne på til at arbejde mere gennemgående og systematisk med sikkerhed og arbejdsmiljø – der findes en række afprøvede redskaber og systemer som vi har erfaring med fra danske virksomheder.

Fra samtaler med ledende medarbejdere i sundhedsvæsnen er det vores indtryk at der er behov for videnskabelig opgradering af læger og sygeplejersker i arbejdsmedicin generelt og med særlig vægt det grønlandske arbejdsmiljø. Sundhedsvæsnen vil blive tilbudt en sådan indsats. Endelig vil det være relevant at erfaringerne fra dette projekt videregives til en række øvrige instanser som Arbejdstilsynet, Arbejds miljørådet og arbejdsmarkedets organisationer.

Det samlede projekt indeholder som nævnt en fase 2 som formentlig vil køre af stablen i efteråret 2017. Planerne omfatter indtil videre inklusion af flere reje-krabbe personundersøgelser, follow up af priktestpositive og personer med arbejdsbetinget sygdom samt et større kontingent af trawlere end det var muligt i fase 1.

Vi vil dog ikke afvente resultaterne af denne del, som først vil foreligge ind i 2018, men anvende den allerede indsamlede betydelige viden så ovennævnte forebyggende og undervisningsmæssige tiltag kan iværksættes, formentlig sommer/efterår 2017.

Kurt Rasmussen

International Minekonference og Workshop i Odense om Miljø og Sikkerhed i Minedrift

Kære Nakorsanut og arbejdsmiljøkolleger i Grønland!

Vedlagte 'first call' annoncerer en kommende International Minekonference og Workshop i Odense om Miljø og Sikkerhed i Minedrift, hvor vi håber, at I fra Grønland vil komme ned og deltage.

Konferencen afholdes i Odense til august 2017 i samarbejde med jeres Center for Sundhedsforskning i Grønland, ICOH's videnskabelige komité for Arbejdsmiljø i Miner (ICOH SC MinOSH), Nordisk Institut for Uddannelse i Arbejdsmiljø (NIVA), International Social Security Agency Mining Section (ISSA Mining), Danske Universiteter, Dansk Selskab for Arbejdsmedicin, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø m.fl.



Combined International Scientific Conference and Workshop on Occupational Health in Formal and Informal Mining Odense 21.-25. August 2017

Organized by ICOH Scientific Committee on Mining and Occupational Health and Safety (MinOSH) together with the Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)

Objective

The scientific program will cover major topics of current research in occupational health and safety (OHS) in mining. The conference promotes the dissemination of findings from local and global research. The conference and workshop will illuminate current health issues and work environment as well as alternatives to reduce mining-related health effects and environmental pollution. The program will include lectures during the conference and special training on selected topics during the workshop. This event is directed towards young and senior researchers as well as mining specialists and health care workers dealing with or being interested in OHS in mining.

Topics of the conference (21-24 of August)

- Surveillance, diagnosis and prevention of diseases
- Miner's diseases - Noise, musculoskeletal diseases, pulmonary diseases, stress, poisonings, cancer.
- Special health issues affecting women and children in mining - poisonings, reduced fertility and negative effects on off spring, and child work.
- Community health - Pollution and poisoning of people living in mining communities and at a global level.

Miner er en af de farligste arbejdspladser der findes og et godt arbejdsmiljø og styr på miljøforureningen er alfa omega. Minedrift spænder over et stort spektrum fra store mineselskaber, til små minecooperativer eller illegal enkeltmandsminedrift. På konferencen og workshoppen deles erfaringer med kolleger indenfor arbejdsmiljøarbejde i miner overalt i verden. Store arbejdsmiljøproblemer i minerne som støvlunger, ulykker, forgiftninger, høretab, ergonomi, kræftsygdomme m.v. vil blive præsenteret og forebyggelsesmetoder diskuteret.

Se mere på www.niva.org/conference/mining og www.icoh-minosh.com

*Asannittumik inuulluaqqusillunga og håber vi ses,
Erik Jørs, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, OUH*

Topics of the workshops (24-25 of August)

The workshops will go in depth with some relevant issues and provide experiences and practical guidelines for prevention.

- Pneumoconiosis
- Poisonings with heavy metals
- Practical tools and methods for prevention.

Speakers

The conference will bring together key-note speakers from universities, social partners and industry providing options for learning and shearing experiences with each other.

Venue

The conference takes place in Odense the city of H.C. Andersen. Odense is located on the isle of Funen in the very center of Denmark with enticing tourist attractions and the most beautiful nature. The venue of the conference is the old agricultural school, now part of the University of Southern Denmark, were stay, food and conference is held, <http://dalumls.dk/english/>.

IMPORTANT DATES

- The conference call for papers with deadline 30. of April 2017.
- Early bird registration 30. of May 2017.

For more information see www.NIVA.org and www.MinOSH.org or contact Florencia on mail Florencia.harari@gmail.com or Erik on mail erik.joers@rsyd.dk.

<http://dalumls.dk/english/> Co-Organizers and supporters: MinOSH, NIVA, SDU, Greenland Center for Health Research, NFA, DASAM, AMK-OUH, WHWB, ISSA with logotypes

Fugt, skimmel og helbred

Niels Ebbelhøj, Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling,
Bispebjerg Hospital

At bo eller arbejde i fugtige bygninger er forbundet med en overrisiko for udvikling af astma og forværring af astma. Det er ikke afklaret om det er skimmelsvampene eller fugten der er den skadevoldende, men de to faktorer følges også ad, så det er ofte ikke til at skelne (WHO 2009). Det kolde klima i Grønland udgør en risikofaktor for udvikling af fugt og skimmel indendørs, men også manglende vedligehold og dårligt udført byggeri har givet anledning til problemer. Undersøgelser i Finland tyder på at problemerne er værre jo længere nord på man kommer (Karvala 2010).

En række andre symptomer og enkelte mere alvorlige diagnoser som allergisk alveolitis er muligvis også relateret til udsættelse for fugt og skimmel, men det er mindre underbygget og er formentlig i lige så høj grad relateret til andre indeklimatefaktorer ()

Der er skimmelsvamp i grønlandske bygninger. Det er ikke noget nyt, men opmærksomheden har tilsyneladende været stigende vurderet ud fra anmeldelser til Center for Arbejdsskader i Nuuk. I den offentlige debat og i sundhedsvæsenet fylder skimmel i hjemmet godt, og på grund af mange tjenesteboliger i Grønland kommer det

også med i arbejdsskadestatistikken. Også i pressen er der jævnligt debat om skimmelsvamp.

Boligforhold og helbred

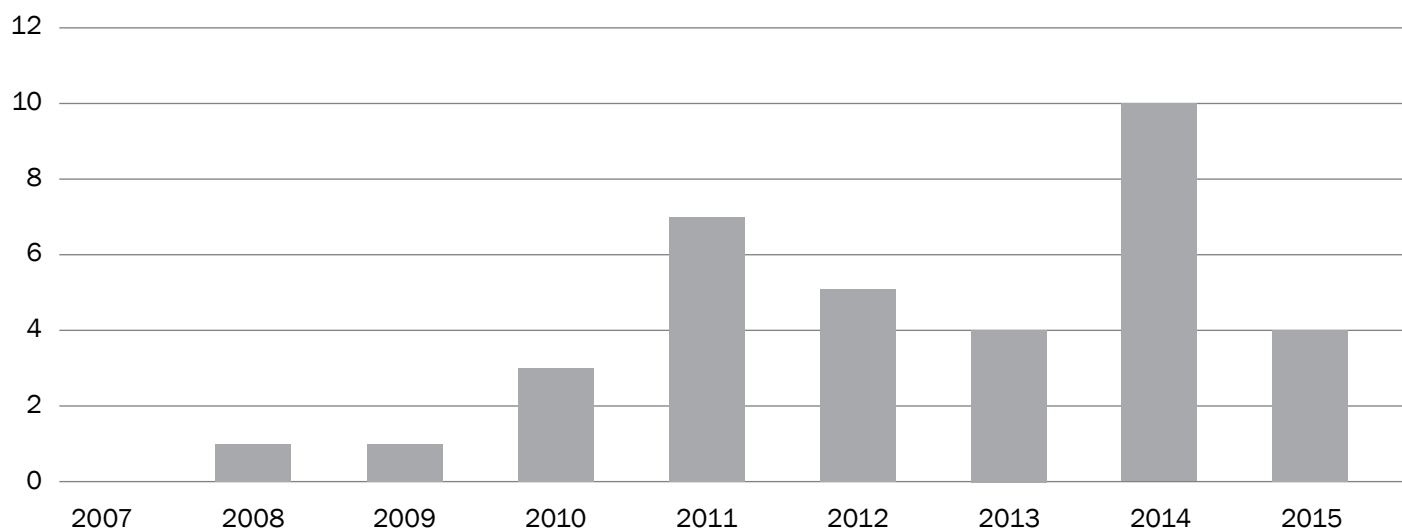
Boligforholdenes betydning for helbredet har været inddraget i begrænset omfang i befolkningsundersøgelserne i Grønland. Her har man fundet at mange beboere i små lejligheder øger risikoen for dårligt mentalt helbred (Riva, 2014) og i Ramons undersøgelser hvor flere rygere i hjemmet øger risikoen for otitis media hos børn (Jensen, 2013). Det er imidlertid aldrig gjort noget systematisk forsøg på at beskrive sammenhængen mellem Grønlands boligmiljø og helbred. Det kræver en grundig beskrivelse af boligerne, en masse oplysninger om helbred og diagnoser. Endelig skal man have mulighed for at koble oplysningerne sammen på person-niveau.

Boligforhold

De overordnede ”bygningfysiske” forhold er relativt overskuelige. Der er få fremherskende boligtyper og relativt få aktører på boligområdet. Det er formentlig muligt via boligselskabet at få en oversigt over bygningstype og bygningsår for en meget stor del af boligmassen.

Med hensyn til bygningernes stand vil konsulentfirmaer, som undersøger og står for reovering af bygninger

Skimmelsvamp i Grønland



Figur 1. Anmeldelser til Center for Arbejdsskader i Nuuk vedr. skimmel i indeklimaet



Fig 1: Fra Biskoppens bolig til kontorbygning. Huset fremkaldte astma hos mindst en beboer og en ansat inden en gennemgribende renovering blev foreslået. (Foto N Ebbehøj)

kunne give værdifulde oplysninger. Opgaven med bygningsbeskrivelserne kan håndteres ved at opstille en matrice, som indeholder alle de relevante boligoplysninger med oplysning om årstal. En Bolig Eksponerings Matrice, så man ud fra viden om en persons adresse i et givet tidsrum kan beskrive den boligmæssige eksponering.

Helbred

Der findes desværre ikke nogen specifik indeklimasygdom, som man bare kan trække ud af lands-patientregistret. Interessen samler sig om luftvejssygdomme og allergiske sygdomme hos børn og voksne. De vil samlet set give sig udslag i henvendelser på sygehuset med astma, bronchitis eller måske flydeører. Her er de registreret som kontakter til sundhedsvæsenet og diagnoser, og man kan måle om det giver sig udslag i medicinforbrug som er registreret i apotekerne. Man kan, måske i en anden omgang se på andre diagnoser, som kunne tænkes relateret til boligforhold eller måske sociale forhold.

Erhverv og mange andre forhold har også betydning for udvikling af sygdomme, og derfor må man også have oplysninger om en række andre forhold hos de personer man undersøger (confoundere). En del findes i registre, noget vil være registreret i andre undersøgelser, og endelig kan det blive nødvendigt med spørgeskema og evt. interview for at få alle oplysninger.

Konklusion

Skimmelsvamp fylder i den offentlige debat og i konsultationerne på sygehusene. Tiden er inde til at få boligernes

betydning for sundheden undersøgt, og det fordrer et større samarbejde mellem bolig- og sundhedssektorerne. Dette indlæg er en invitation til samarbejde.

Referencer

WHO 2009. WHO guidelines for indoor air quality: Dampness and mould. World Health Organization 2009. ISBN 978 92 890 4168 3. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf

Karvala; 2010. Kirsi Karvala, Elina Toskala, Ritva Luukkonen, Sanna Lappalainen, Jukka Uitti, Henrik Nordman: New-onset adult asthma in relation to damp and moldy workplaces. *Int Arch Occup Environ Health* (2010) 83:855–865

Riva M, Larsen CV, Bjerrregaard P. Household crowding and psychosocial health among inuit in Greenland. *Int J Publ Health*. 2014 Oct;59(5):739-48. doi: 10.1007/s00038-014-0599-x.

Jensen RG, Koch A, Homøe, P, Bjerregaard P. Tobacco smoke increases the risk of otitis media among Greenlandic inuit children while exposures to organochlorine remains insignificant. *Environ Int* 2013 Apr. ; 54: 112-8

Læger i Grønland: Husk jeres anmeldepligt

Af *Therese Hansen og Niels Ebbenhøj*

I Grønland har læger pligt til at anmelde formodede erhvervssygdomme, præcis som i Danmark. Alligevel bliver kun få erhvervssygdomme anmeldt, og det har en række konsekvenser, både for de grønlandske borgere og for samfundsøkonomien.

Ifølge lov om arbejdsskadesikring i Grønland, skal læger, der får mistanke om, eller konstaterer en erhvervssygdom, anmelde den til Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring (tidligere Arbejdsskadestyrelsen).

Men det halter bagefter med anmeldelserne af erhvervssygdomme i Grønland, og det influerer både på kendskabet til hvorfor folk i Grønland bliver syge af deres arbejde, og på den offentlige økonomi.

Skæve tal

I Danmark blev der anmeldt knap 18.000 arbejdsulykker og 17.000 erhvervssygdomme i 2016. Grønland er proportionelt langt bagefter på erhvervssygdomsområdet med over 700 anmeldte arbejdsulykker, og knap 100 erhvervssygdoms anmeldelser i 2016.

Og de tal får chefen for Center for Arbejdsskader i Nuuk, Kristina Nordby, til at mistænke, at der er langt flere erhvervssygdomme end dem der anmeldes:

”Når man kender til den kontekst mennesker arbejder i her i Grønland, hvor der ofte er langvarige fysiske og psykiske belastninger, og herefter kigger på antallet af anmeldte erhvervssygdomme, så må der være sygdomme, som ikke bliver anmeldt.” siger Kristina Nordby.

Underanmeldelse er også forårsaget af, at borgere og arbejdsgivere ikke har et udbredt kendskab til muligheden for at anmelde erhvervssygdomme, og i sidste ende få erstatning. Men ifølge tallene fra Center for Arbejdsskader tyder det altså også på, at det kan være fordi lægerne ikke er så flittige til at anmelde erhvervssygdommene her i Grønland som i Danmark.

Der mangler generelt opmærksomhed på, at anmeldepligten er den samme som i Danmark, men også travlhed og interne systemer, der taler dårligt sammen med andre systemer gør det ressourcetungt at anmelde, og opgaven nedprioriteres derfor ofte.

Fordele ved at anmelde

Når en erhvervssygdom bliver anmeldt har det en række fordele, både for borgeren og for samfundet.

Får hvis en længerevarende belastning kan anerkendes som en erhvervssygdom, kan skadelidte have ret til dagpenge, godtgørelse for varige mén og erstatning for erhvervsevnetab.

Samtidig er der mulighed for at få dækket forskellige behandlingsudgifter, eller at blive undersøgt af en specialist fra Danmark, som rejser til Grønland. Alt sammen udgifter der er dækket af arbejdsskadeforsikringen. For det grønlandske samfund er det også en klar fordel, at der kommer speciallæger til landet, på rejser som er betalt af arbejdsskadeforsikringen. Lægernes undersøgelser bidrager til at vi får anvendelige data og statistik til forebyggelse, som igen bidrager til vores viden om de mest hyppige erhvervssygdomme og de påvirkninger der forårsager dem. Samtidig aflastes sundhedsvæsenet idet at de skadelidte bliver diagnosticeret, og efterfølgende kan blive behandlet.

Du kan læse mere om lægers anmeldepligt på cfa.gl og anmelde på anmeld.gl

Tabel. Anmeldte arbejdsulykker og erhvervssygdomme i 2016

	Danmark	Grønland
Ulykker	18.000	712
Ulykker/1000 indb.	3,2	12,7
Erhvervssygdomme	17.000	99
Erhvervssygd./1000 indb.	3,0	1,8

www.anmeld.gl:

The screenshot shows a web browser window displaying the reporting form. At the top, there are logos for 'Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring cfa' and 'Center for Arbejdsskader Sulisilluni Ajoqusernermik pillugit Sulisissivik'. Below the logos, the title 'Sulisilluni ajoqusernermik nalunaarutigini' is visible, followed by the subtitle 'Ajoqusernermik nalunaarutiginninneq'. The main heading is 'Ajoquserertoq'. There are three input fields with asterisks indicating required fields: 'Inuup normua', 'Ateq', and 'Najugaq'.

Forbedring af barselsvilkårene, tak!

Vi har her i landet i alt 34 ugers barselsorlov, hvoraf 2 er op til terminen, mens man i Danmark i alt har 54 ugers betalt barselsorlov, og endnu længere i Sverige. Flere undersøgelser tyder på at længere barselsorlov reducerer spædbørnsdødeligheden og risikoen for livsstilssygdomme, giver højere fødselsvægt, bedre psykisk helbred etc. Barselsreglerne i Grønland er sidst blevet ændret på i 2009, mon ikke det er på tide at kigge på dem igen?

Paneeraq Noahsen Uddannelseslæge og PhD studerende DIS

Barselsvilkår i Grønland versus Danmark

I Danmark har man graviditetsorlov 6-8 uger før termin (sundhedsfaglige 8 uger før termin), mens man her i Grønland først går fra 2 uger før termin.

Hvad angår barselsorlov har vi lidt bedre forhold end det danske, her får vi nemlig hele 15 ugers barselsorlov til kvinden og 3 uger til manden, mod hhv. 14 og 2 uger i Danmark. Det er dog nok det eneste vi kan prale af, for når det kommer til forældreorloven er der igen markante forskelle at se. I Danmark har man 32 ugers forældreorlov hver især, med ret til fuld barsels dagpenge i 32 ud af 64 uger, mens vi i Grønland i alt har 17 ugers forældreorlov til deling mellem forældrene. Der er ikke meget til overs for manden, hvis kvinden vælger at følge WHO's anbefalinger om fuld amning i 6 måneder.

Det sundhedsmæssige aspekt

Talrige undersøgelser har vist at amning er associeret med lavere risiko for SIDS (sudden infant death syndrome) (1-4), nekrotiserende enterokolitis (2, 3), luftvejsinfektioner (1-3, 5), forhøjet blodtryk (6, 7), diabetes (2, 3, 6, 7), astma (1-3), fedme (2, 3, 7) og børneleukæmi (1-3). Man har ligeledes fundet positiv association mellem amning og barnets kognitive udvikling, selvom evidensen her er svag (6, 8, 9).

Der er dog nok ikke så mange kvinder i Grønland, som har mulighed for fuld amning i 6 måneder, når man tager den tidlige indkøring i vuggetuen i betragtning. Der findes desværre ingen litteratur omkring amningsfrekvensen og længden i Grønland, men i Canada har man fundet evidens at længden af barselsorloven påvirker amningen. Baker og Milligan (10) fandt en 40 % stigning i fuld amning i 6 måneder, efter at man forlængede barselsorloven i Canada.

Endnu et studie fra Canada viste, at risikoen for fød-



Paneeraq Noahsen

selskomplikationer faldt i takt med graviditetsorloven blev øget (11), mens man i et amerikansk studie har fundet 4 gange lavere risiko for kejsersnit hos kvinder som er gået på graviditetsorlov 4 uger før termin (12), end dem uden graviditetsorlov. Da man i Mexico city sammenlignede gravide, som havde mulighed for at tage graviditetsorlov, med gravide som var på arbejde indtil fødslen, fandt man 50 % større risiko lav fødselsvægt (Small for Gestational Age) hos fødende uden mulighed for graviditetsorlov, samt højere risiko for for tidlig fødsel. Forskellen var der stadig efter justering for confoundere, såsom rygning (13). Det vakte bekymring hos forskerne, da der er høj morta-

Tabel 2. Gennemsnitlig personindkomst fordelt på fødested, køn og højest fuldført uddannelse 2014 (1.000 kr.)

	Født i Grønland		Født uden for Grønland	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Alle	207	175	494	344
Folkeskole	168	130	342	182
Gymnasieuddannelse	223	154	506	384
Erhvervsuddannelse	290	239	510	321
Suppleringskurser	200	172	-	-
Videregående uddannelse	450	367	661	471

Kilde: Statistikbanken, <http://bank.stat.gl/INDP8>

litet associeret til SGA og præmature børn, med mere end 4 gange større risiko for spædbarnsdødelighed hos SGA spædbørn (14). Man mener at stress i slutningen af graviditeten kan være en årsag til for tidlig fødsel (15, 16).

I Norge forbedrede man barselsvilkårene i 1977 fra 3 måneders ulønnet barselsorlov til 4 måneders betalt orlov, med mulighed for forlængelse med 12 måneders jobbeskyttet ulønnet barselsorlov. I 2006 blev der lavet et sammenlignende follow-up studie, som fandt en positiv effekt på IQ, antallet af unge på videregående uddannelser samtidig med reduktion af frafald, samt færre teenage-graviditeter hos børn født efter forbedring af barselsvilkårene (17).

Det samfundsmæssige aspekt

For ikke så længe siden publicerede Grønlands statistik gennemsnitlig personindkomst fordelt på fødested, køn og uddannelsesniveau. Fokus blev desværre hurtigt sat på forskellen i løn om man er født i eller uden for Grønland. Der var ingen kommentarer om forskellen i lønindkomst mellem kønnene, som ses uanset uddannelse og fødested. Det er tankevækkende, så stor en forskel der er. Det kan der være flere grunde til, men kunne en af dem måske skyldes de dårlige barselsvilkår vi har her i landet? Det er jo velkendt at vi i Grønland har 5 fødesteder, som de gravide fra kysten må rejse til 3-4 uger før termin. Hvad sker der med deres indkomst i ugerne op til graviditetsorloven? Eller dem med fysisk krævende arbejde, der må sygemeldes sidst i graviditeten? Reduktionen af lønindkomsten må da i den sidste ende også betyde mindre barsels dagpenge for den fødende. Det er ligeledes

velkendt, i hvert fald i Nuuk, at der er en lang ventetid på vuggestuepladser. Mange mødre (til tider fædre), må oftest forlænge barslen med ferie eller ulønnet orlov, indtil de får pasningsplads. Det må være dyrt for den lille familie, men også for samfundet i form af tabt arbejdskraft. Man kan argumentere imod forbedringen af barselsvilkårene ved at sige, at samfundet ikke har råd til det. Men kan det nu passe? Når flere store studier har vist en korrelation mellem gode barselsvilkår og reduktion af spædbørnsdødeligheden, samt andre helbredsmæssige gevinster, der strækker sig helt til voksenalderen, kan man forestille sig at forlængelse af barselsorloven kan give økonomiske besparelser på lang sigt, ikke kun i form af udgiftsreduktion for Sundhedsområdet, men også generelt. Man kan jo forestille sig, at forlænget orlov også vil betyde mindre pres på vuggestuerne, hvis børnene kan blive hjemme i længere tid? Det må i sig selv give nogle besparelser.

Og hvis vi kunne være så heldige at reproducere de norske resultater med forbedring af uddannelsesniveau hos børn født efter forbedring af barselsvilkårene, så kunne det da løfte vores samfund gevaldigt!

Med den viden vi har omkring de gavnlige effekter af bedre barselsvilkår, og den realitet vi har med få fødesteder og manglende vuggestuepladser, synes jeg, at det er på tide, at vi i fælleskab – tværs over fag, uddannelsesniveau, bosted – kræver en markant forbedring af vores barselsvilkår, så vi nærmer os det danske. Mindst! Det ideelle ville selvfølgelig være at kopiere den svenske model, men så langt rækker min optimisme desværre ikke.



Laura Cortzen, Sygeplejerske DIS

Referencer:

- 1) Dieterich, C.M.; Felice, J.P.; O'Sullivan, E.; Rasmussen, K.M. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clin. North Am.* 2013, 60, 31–48.
- 2) Eidelman, A.I. Breastfeeding and the Use of Human Milk: An Analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeed. Med.* 2012, 7, 323–324.
- 3) Ip, S.; Chung, M.; Raman, G.; Chew, P.; Magula, N.; DeVine, D.; Trikalinos, T.; Lau, J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid. Rep. Technol. Assess.* 2007, 153, 1–186.
- 4) Mitchell, E.A. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: A discussion document. *Arch. Dis. Child.* 2007, 92, 155–159.
- 5) Horta, B.; Victora, C.; World Health Organization. Short-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013.
- 6) Horta, B.; Victora, C.; World Health Organization. Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013.
- 7) Kelishadi, R.; Farajian, S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Adv. Biomed. Res.* 2014, 3.
- 8) Belfort, M.B.; Rifas-Shiman, S.L.; Kleinman, K.P.; Guthrie, L.B.; Bellinger, D.C.; Taveras, E.M.; Gillman, M.W.; Oken, E. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: Effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatrics* 2013, 167, 836–844.
- 9) Victora, C.G.; Bahl, R.; Barros, A.J.D.; França, G.V.A.; Horton, S.; Krasevec, J.; Murch, S.; Sankar, M.J.; Walker, N.; Rollins, N.C. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016, 387, 475–490.
- 10) Baker, M.; Milligan, K. Maternal employment, breastfeeding, and health: Evidence from maternity leave mandates. *J. Health Econ.* 2008, 27, 871–887.
- 11) Xu, Q.; Séguin, L.; Goulet, L. Beneficial effect of maternity leave on delivery. *Can. J. Public Health* 2002, 93, 72–77.
- 12) Guendelman, S.; Pearl, M.; Graham, S.; Hubbard, A.; Hosang, N.; Kharrazi, M. Maternity leave in the ninth month of pregnancy and birth outcomes among working women. *Womens Health Issues* 2009, 19, 30–37.
- 13) Cerón-Mireles, P.; Harlow, S.D.; Sánchez-Carrillo, C.I. The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City: The effects of working conditions and antenatal leave. *Am. J. Public Health* 1996, 86, 825–831.
- 14) Regev, R.H.; Ayala, L.; Tzipora, D.; Ita, L.; Shmuel, A.; Brian, R. Excess mortality and morbidity among small-for-gestational-age premature infants: A population-based study. *J. Pediatrics* 2003, 143, 186–191.
- 15) Mulder, E.J.H.; Robles de Medina, P.G.; Huizink, A.C.; van den Bergh, B.R.H.; Buitelaar, J.K.; Visser, G.H.A. Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum. Dev.* 2002, 70, 3–14.
- 16) Cole-Lewis, H.J.; Kershaw, T.S.; Earnshaw, V.A.; Yonkers, K.A.; Lin, H.; Ickovics, J.R. Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychol.* 2014, 33, 1033–1045.
- 17) Carneiro, P.; Pedro, C.; Løken, K.V.; Salvanes, K.G. A Flying Start? Maternity leave benefits and long-run outcomes of children. *J. Political Econ.* 2015, 123, 365.

Er der behov for telemedicin mellem regionerne og DIH?

Retrospektiv analyse af patientforløb fra et telemedicinsk perspektiv

Malik Møller, reserve læge kirurgisk afdeling, DIH

Introduktion

I perioden juni-november 2016 udarbejdedes en rapport af flowet af patienter fra regionerne til DIH. Baggrunden for rapporten er at man på sigt ønsker at implementere øget telemedicin mellem Regionerne og DIH. Man derfor havde brug for nyere tal med henblik på vurdering af behov, mulige besparelse samt indsatsområder. Formålet med rapporten var således at vurdere hvor vidt der er behov for telemedicin, hvilke besparelser der kan opnås samt udvikle forslag til hvorledes dette kan opnås. Dette blev til en rapport, hvor uddrag kan læses her. Den fulde rapport kan findes på Intranettet (Sulisunut) eller ved at kontakte undertegnede på malm@peqgik.gl

Baggrund

Baggrunden for projektet er først og fremmest at antallet af patienter der overflyttes fra regionerne er steget fra 3500-4500 om året over en kort årrække (tal fra SL). Dette har del ført til større pres på DIH samt øgning af transportudgifterne.

For at afhjælpe stigningen var det nødvendigt at man undersøgte forløb på patienter fra Regionerne der har været på DIH. Dette med henblik på udpegning af mulige indsatsområder, som kan nedbringe antallet af overflytninger og sænke behandlingstiden og derved sikre bedre behandling til de patienter der har brug for det, ligesom det samfundsøkonomisk og for patienterne selv vil være en gevinst.

Telemedicin i Grønlandsk sammenhæng

I Grønland er der grundet landet og befolkningens størrelse stort incitament for telemedicin, og det er en del af sundhedsvæsenets strategi. Logistisk set er det oplagt; journal og prøvemateriale kan tilkomme overalt. Det nye elektroniske journalsystem Cosmic implementeres i hele Sundhedsvæsenet og inden for det næste år vil man have ens journalsystem på alle enheder.

Fra enkelte specialer er telemedicin fra Regions- sygehus til DIH, begrænset til telefonsamtaler, blodprøver, journalmateriale og røntgen. Årsagen er sandsynligvis begrænset kendskab til muligheder samt gængs praksis. Der er mulighed for videokommunikation i form af Skype for Business, men dette bliver aktuelt brugt sparsomt, fraset i psykiatrien. Med opgradering af it udstyr og trans-

missionskæder øges muligheden for video-kommunikation, hvorfor der mellem hospitaler må være grobund for konferering og vurdering af patienter ansigt til ansigt. Dette både i akutte og mindre akutte situationer som ved stuegang samt ambulante patienter.

Spørgsmålet er om det kan betale sig i Grønland og investere i dette, og for eksempel føre telemedicinske ambulatorier. En del af dette projekt er med henblik på at vurdere i hvor høj grad man dels kan undgå at transportere patienter fra Regionerne til Nuuk ved brug af telemedicin, dels om man kan afkorte indlæggelsestiden. Dette gælder både ambulante, indlagte men også evakuerede patienter.

Metode

Der er tale om en eksplorativ rapport, der tager udgangspunkt i data fremskaffet ud fra analyse af patientforløb bestående af patienter fra november 2015 samt samtlige evakuerede 2015. Patienterne blev udvalgt på baggrund af at de kom fra kysten og havde en indlæggelse på DIH der startede i november måned 2015. Journalsystemerne Æskulap, Cosmic og PHS blev gennemgået, og for hver patient blev i alt 40 parametre, heraf speciale, diagnose, behandling, tid til behandling, indlæggelsestid med mere noteret. Yderligere vurderedes om behandling kunne være foretaget på lokalsygehus samt om telemedicin kunne have haft en effekt.

Efterfølgende blev data analyseret i Excel og ud fra dette blev et billede af forløb opbygget.

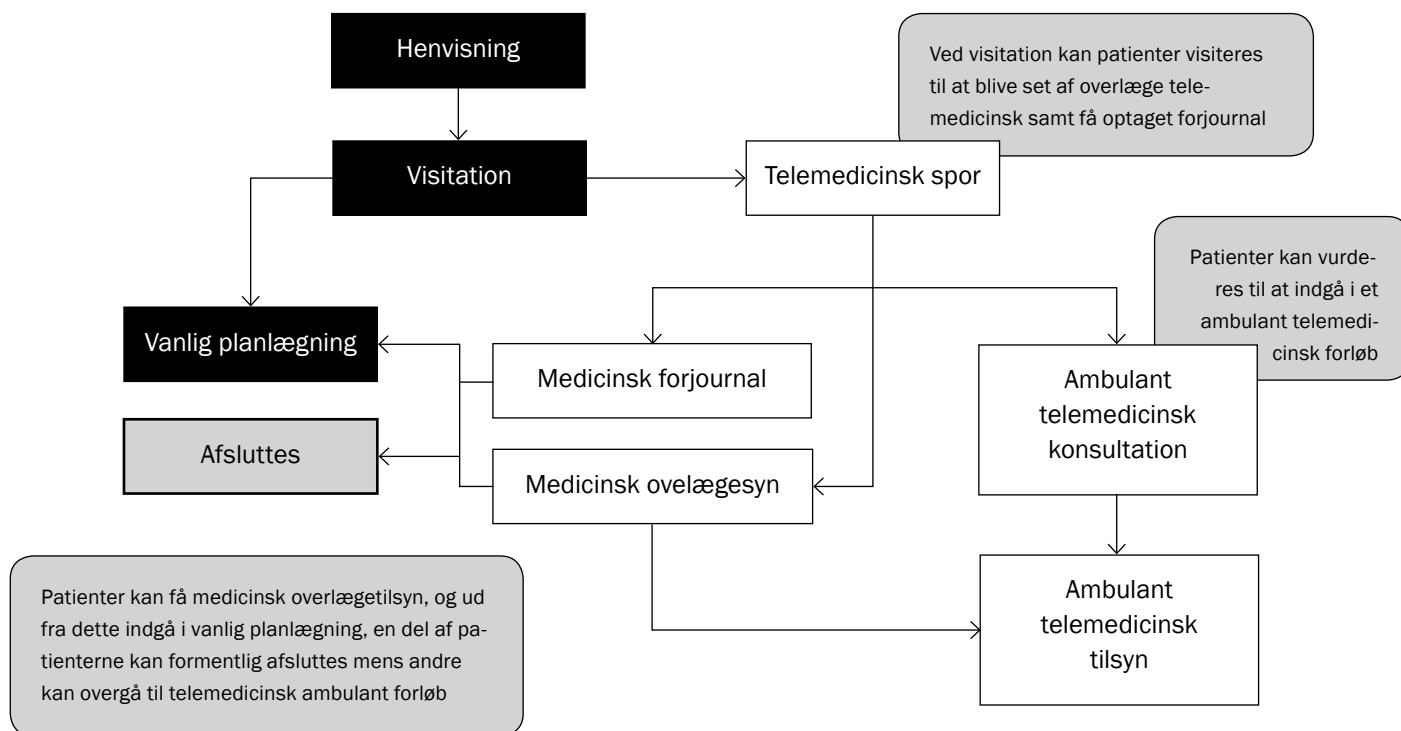
Med henblik på vurdering af de økonomiske gevinster blev mulige besparelser ved implementeringer af forslag vurderet ud fra besparelse af transportudgifter samt senge- dage.

Sideløbende udarbejdedes skema over arbejdsgange for patienters forløb fra kysten til DIH. Dette ud fra data samt samtaler med ansatte patientkoordineringen, rejse- koordineringen samt afdelingerne. Denne gren af resultaterne er ikke med i denne artikel.

Data blev behandlet ud fra flere underspørgsmål, hvoraf tre underspørgsmål bliver behandlet her:

- 1) Hvor stor en andel af patienter der kunne behandles på lokalsygehus.
- 2) Hvordan en gennemsnitligt patient forløb ser ud samt hvor meget tid man kan spare ved at planlægge forløb.
- 3) Hvilken effekt kan indførelse af telemedicin have på forløb og flow af patienter til DIH.

Figur 1. Oversigt over mulig model. Sort: vanligt planlægningsforløb. Hvid: telemedicinsk spor. Grå: forklaringsboks



Data blev efterfølgende brugt til udarbejdelse af en model for hvordan telemedicin kan implementeres samt hvordan patientforløb kan se ud ved brug af telemedicin.

Tilsvarende blev udarbejdet for evakueringer – der henvises til rapporten for mere om disse.

RESULTATER

Delresultat 1 – patienter der kunne være behandlet på lokalsygehus

Samlet blev 351 patienter fra kysten indlagt på DIH i november 2015 og de optog samlet 2966 sengedage. Ud af disse blev der vurderet at 50 (15%) patienter andragende 378 (13%) sengedage kunne have undgået overflytning til DIH. Dette er samlet og består således at patienter der ikke behøvede behandling på DIH samt patienter der, hvis man indførte telemedicin og anvendte telemedicinske ambulatorier, kunne være behandlet lokalt. Eksempler er patienter der var blevet raske i ventetiden, ikke ønskede behandling, fik behandling man kunne give lokalt eller hvor man ikke fandt nogen indikation for behandling.

Delresultat 2: oversigt over forløb.

For samtlige patienter noteredes tid fra indlæggelsestidspunkter til nøglepunkter samt indlæggelsestid. Der henvises til rapport for uddybning for valg af disse. Endvidere blev patienter opdelt efter indlæggelsestype, sted mm. Patienten venter i gennemsnit 1,7 dage til denne ser en læge første gang. Det viser sig også at der det har effekt på tid til behandling samt indlæggelsestid hvis prøver er bestilt i forvejen; det ses at man bliver undersøgt efter

2,1 dag mod 3,6 dag ligesom indlæggelsen er kortere; 6,9 mod 9,9 dag. Der er ikke her taget højde for diagnoser hvilket kan have en effekt på forløbet da, akutte patienter hvor man ikke forudbestiller, kan have diagnoser der kræver længere indlæggelser.

3. Vurdering af muligheder for brug af telemedicin

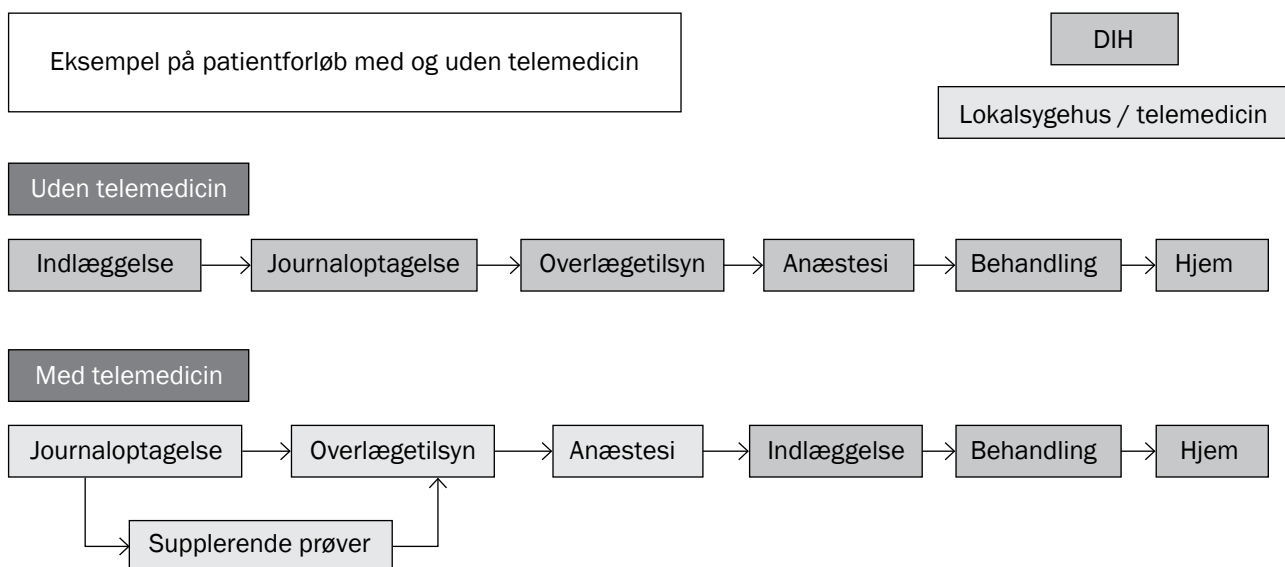
Journaler blev vurderet ud fra, hvorvidt man kunne have foretaget hele eller en del af journaloptagelsen ved hjælp af telemedicin. De inddeltes i tre kategorier; ja: hvis det kunne lade sig gøre, nej: hvis det ikke kunne lade sig gøre, samt "ej relevant". Dette er eksempelvis ambulante patienter eller patienter der skulle indlægges på sengeafdeling. Endvidere er også noteret, om man ville kunne have opnået bedre forløb med henblik på at få bestilt de rigtige undersøgelser og prøver inden patienten ankom. Af 351 patienter blev det vurderet at de 181 kunne få foretaget journal optagelse telemedicinsk mens de øvrige 170 ikke kunne. Dertil kommer 24 patienter der kunne behandles udelukkende med telemedicinsk konsultation. Desuden blev 91 patienter vurderet at kunne have gavn af telemedicin med henblik på optimering af indlæggelsen.

Eksempler på ambulante telemedicinske patienter er medicinske og pædiatriske som var på DIH henblik på blodprøvesvar samt kirurgiske patienter hvor der ikke blev foretaget dybere objektiv undersøgelse.

4. Forslag til brug af telemedicin

Ud fra analyse af arbejdsgangene i forbindelse med planlægning og arrangement af ophold på DIH opstilles hermed

Figur 2. Nedenstående figur viser eksempel på et forløb på en patient med og uden telemedicin.



et muligt forslag til anvendelse til telemedicin.

En løsningsmodel er at indføre et telemedicinsk spor hvor lægerne på DIH involveres direkte. Her sikrer man sig at patienten der indkaldes, stadig har lidelsen, ønsker behandling for denne, pauserer med relevant medicin og at man kan bestille relevante undersøgelser inden patienten kommer til DIH.

Ovenstående spor vil køre ved siden af de normale spor (vanlig planlægning), hvor visiterende læge på DIH visiterer patienten til indlæggelse og journaloptagelse på DIH. Ved at lave et telemedicinsk spor vil visse patienter kunne undgå at komme til DIH, men andre vil have bedre planlagte forløb. Visiterende læge vil fortsat have mulighed for at henvise til normalt forløb

Et eksempel på hvordan det kan have effekt på et forløb kunne være således

5. Mulige besparelser ved implementering af telemedicin:

Den samlede udgift for patienter ankommet i november måned andrager 4.443.515 kroner, ved 351 patienter. Ved 51 mindre overflytninger svarer dette til en besparelse på 645.639 kroner. Dette med den antagelse at man ved indførelse af telemedicin opfanger de patienter der ikke behøver komme til DIH.

Med henblik på antal sengedage kan der spares 378 sengedage (se resultatafnit 1) på patienter der ikke skal til DIH. For de patienter der kommet til DIH der tale om 91 tilfælde hvor vurdering af patient inden den kom til DIH ville have haft en effekt på forløb. Såfremt alle disse fik forkortet indlæggelsestid med 3,0 dag (6,9 mod 9,9) er der tale om besparelse på 273 sengedage. Sammenlagt 651 sengedage eller næsten 22 patienter mindre om dagen. Endvidere vil der også være besparelser af tid ved at

patienten ikke skal være indlagt og vente på overlægetilsyn, journaloptagelse med mere.

Konklusion

Svaret på om telemedicin har en rolle mellem regionssygehusene og DIH må være et utvetydigt ja. Som det ses indkaldes patienter som kunne behandles lokalt, ligesom en del af disse har forløb der kunne afkortes betragteligt. Der er således både sengedage og transportomkostninger at spare og af en sådan størrelse at implementering af telemedicin giver mening. Udover det økonomisk aspekt for sundhedsvæsenet er det dog lige så vigtigt at huske at man tager patienterne væk fra deres hjem, familie og arbejde i den periode de er indlagt på DIH og dette kan have store personlige konsekvenser.

Det skal dog nævnes at der ikke har været data nok til at undersøge hvor stor en effekt planlægning og telemedicin vil kunne have for de enkelte sygdomme og fagområder. I stedet har man måttet foretage analyse af en samlet patientgruppe, hvorfor den samlede forskel på dage for hhv. planlagte og ikke planlagte forløb nok er mindre i realiteten. Der er dog utvivlsomt tid at spare ved planlægning af forløbene.

Udfordringer ved indførelse af ovenstående er under hvilke rammer det skal ske, da det vil føre til ekstra arbejde på regionssygehusene samt på DIH; dette foreksempel til personale der skal assistere til patienter der skal have foretaget en telemedicinsk konsultation. Ligeledes skal man sikre sig at det fungerer optimalt på DIH, teknisk samt organisatorisk, da eventuelle fordele nemt kan forsvinde.

Kan man få løst de udfordringer og få oparbejdet et velfungerende system vil der være en gevinst at hente.

Mvh Malik Møller



Vi har alle brug for støtte...

”VI FØDES SOM KOPIER OG DØR SOM ORIGINALER”

Ældrestrategi

”Mange ældre har oplevet et møde mellem det traditionelle samfund og det moderne. I et traditionelt samfund har slægten og fællesskabet stor betydning og ældre er en del af dette samfund. I det moderne samfund spiller religion, slægt og traditioner en langt mindre rolle, her tales endda om det kulturelt frisatte samfund. Prisen for at bevæge sig fra et traditionelt samfund til et moderne kan være identitetstab”.

Grønland har en ældrestrategi, som er udarbejdet af Naalakkersuisut ”Ældre i fremtidens Grønland 2012 – 2015”- indledende tekst er taget fra denne rapport.

Når der medtages et afsnit om kultur i en ældrestrategi, er det for at Naalakkersuisut ønsker at ovennævnte betragtninger tænkes ind i de tiltag der kommer til at ske på ældreområdet. Naalakkersuisut ønsker, at der skal ta-

ges vare på de ældres visdom og udvise respekt for de ældres værdier og normer og i størst mulig udstrækning gøre brug af de ældre, så de er en del af samfundet og ikke bliver betragtet som en byrde.

Kransekagen

Mange erhvervsaktive i Grønland flytter til Danmark, når de pensioneres, fordi forholdene som pensionist siges at være bedre dér. Men alligevel bliver vi flere og flere ældre i Grønland; ofte kan det fremlægges som et problem med alle disse gamle, men egentlig er det netop det modsatte, eller sagt på en anden måde: det er resultatet af den kæmpe mæssige indsats, der gøres for at bedre sundheden, mindske ulykker og selvmord, nedsætte børnedødeligheden, reducere rygning- og alkoholmisbruget, bedre boligforhold osv. Faktisk er de ældre medaljen af den indsats, det synlige bevis på landets fremdrift og succes. Og det er sådan vi skal vi se dem, de der gamle – toppen af vores kransekage og behandle dem derefter. Måske så flere ville gøre noget for at blive gamle, der ville være noget at kæmpe for, flere ville blive boende i Grønland, hvis de havde et valg.

Ingen garanti – men troen på det alligevel

Når jeg sidder i ambulatoriet og f.eks. har hjertepatienter som stadigvæk ryger, selvom de lige har haft den største livsadvarel man kan få, nemlig en blodprop i hjertet og gudskelov har overlevet det; hvad skal man så sige til dem? Jeg ved det ikke – bare jeg vidste det. Men med tiden bliver jeg nok mindre idealistisk og forskningsbaseret og mere konkret i min tale og snakker med patienterne om, at hvis de vil give sig selv en gave og forlænge deres liv med 10 år og se deres børnebørn blive konfirmeret, så var det måske en motivation, der var værd at leve efter. Det er ikke sikkert vi får advarsel nummer 2, livet har ingen garanti, heller ikke mit ”løfte” om 10 år ekstra. Men det er til at forstå og tror man nok på det, skal det nok virke.

Middellevealderen

En forventet gennemsnits levealder kan virke som et tørt tal – men i dette begreb ligger der så meget sundhed og liv, at det er værd at glædes over, at Grønland oplever en markant stigning i forventet middellevealder – i dette stigende tal ligger der hårdt arbejde og en stor succes. Stadig ligger vi ikke blandt de lande vi gerne sammen-

ligner os med, men vi er på vej i den rigtige retning og det er flot. Middellevetiden for kvinder er fra 1970 til 2008 steget fra 65,1 til 71,6 år og for mænd fra 54,4 til 66,6 år. Forsigtige fremtidsprognoser for de kommende år viser, at i 2030 forventes middellevealderen for kvinder at være steget til 74 år og for mænd 70 år. Den erhvervsaktive del af befolkningen vil forblive uændret, men gruppen af ældre >65 år vil vokse fra nu 3700 til 9200 i 2040 (Velfærdskommissionen 2010b). Det vil selvfølgelig betyde noget for udfordringerne til den fremtidige velfærd med udgifter til alderspension, sundhed og pleje.

Vision

Visionen for Naalakkersuisuts strategiplan for ældre i Grønland er mere selvbestemmelse og mere personlig ansvar med opsparring af egen pension, flere og mere selvhjulpne ældre, udbygning af ældre boliger og ældreinstitutioner samt mere støtte til demente. Dette svarer godt overens med undersøgelser over de ældres egne ønsker om mere økonomisk tilfredshed, et godt liv og eget hjem så længe som muligt. En sidste ting som løbende overvejes og diskuteres er senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, nemlig at hæve pensionsalderen fra nuværende 65 år.

Kim Larsen synger i en af sine sange “...den gang da jeg var lille var verden vidunderlig” – det skulle den gerne blive ved med når vi bliver gamle også selvom det bliver udfordrende.

*Uka Wilhelm Geisler
Medicinsk Afdeling*

Graviditetsdiabetes i Grønland

Michael Pedersen, Jesper Olesen, Marit Eika Jørgensen, Peter Damm

Gennem de sidste 20 år er forekomsten af graviditetsdiabetes steget globalt. Graviditetsdiabetes diagnosticeres ved forhøjet blodsukker under graviditet og er en alvorlig lidelse som kan føre til række komplikationer for moder og barn i forbindelse med graviditet, fødsels og efterforløb. Kvinder med graviditetsdiabetes har 50 % større chance for at udvikle diabetes senere i livet og børn af kvinder med graviditets diabetes er i større risiko for at udvikle fedme og diabetes, og dermed bidrage til den eksisterende epidemi af disse sygdomme på verdensplan. Forekomsten af graviditets diabetes varierer i forhold til etnicitet og geografisk område. Forekomsten af graviditets diabetes i Europa har en tendens til at være højere i Sydeuropa og studier fra USA og Australien har fundet højere forekomst blandt asiater, afrikanere og latinamerikanere end blandt folk af kaukasiske afstamning.

I Grønland har forekomsten af diabetes og overvægt været stigende gennem de sidste par årtier. Der eksisterer kun

et studie omhandlende graviditets diabetes udført på et begrænset antal deltagere i Nuuk, som viste en lav forekomst af graviditets diabetes, dette dog på baggrund af en lav screenings rate. Derfor er forekomsten af graviditets diabetes på et nationalt plan stadig ukendt i Grønland.

Test for graviditets diabetes er ikke konsekvent international og klinisk praksis varierer fra land til land, selv blandt europæiske lande. Klinisk praksis kan bestå i at teste alle gravide kvinder til at teste på baggrund af enkelt stående vurderinger fra patient eller sundhedsprofessionel. I Grønland testes for graviditets diabetes hos gravide i høj risiko på baggrund af kriterier anvendt i Danmark. Test effektiviteten i Grønland er tidligere blevet rapporteret lav, og den nuværende test effektivitet kendes ikke. Halvdelen af alle fødsler foregår i på landshospitalet i hovedstaden Nuuk, hvor den eneste fødeafdeling er. Fødeafdelingen modtager kvinder fra hele landet, hvis der har været komplikationer eller findes øget risiko herfor

Ultralydsskanning af en gravid



gennem graviditeten, ellers foregår fødsler på de mindre regionale sygehuse.

På baggrund af ovenstående var formålet at bestemme forekomsten af graviditets diabetes i Grønland samt undersøge test effektiviteten blandt alle gravide kvinder i Grønland i 2014.

For at bestemme forekomsten af graviditets diabetes samt test effektiviteten blev der udført et tværnsnitstudie på baggrund af register data og journal data. Test af graviditets diabetes er baseret på følgende risikofaktorer: Overvægt, historik af diabetes i familien, tidligere fødsel barn med en fødselsvægt på over 4.5 kg, tidligere graviditets diabetes samt fund af sukker i urin. Test udføres ved en glukose belastningstest som udføres i uge 28 af graviditeten eller uge 18, hvis flere risikofaktorer er til stede. Data omkring fødsler bliver rapporteret til embedslægen samt i en såkaldt perinataljournal.

Alle kvinder som havde født i 2014 blev identificeret fra register data. Information omkring alder, antal tidligere fødsler, graviditetsuge, fødselstype, barnets køn, barnets vægt og barnets længde var tilgængeligt for alle kvinder. Yderligere blev der indsamlet udvalgte data fra perinatal journal omkring moderens vægt, højde, urin undersøgelse for indhold af sukker, tidligere graviditeter, familie historik om diabetes, rygestatus, alkoholforbrug og etnicitet. De inkluderede kvinder blev opdelt i grønlandsk og ikke-grønlandsk alt efter om kvinderne var født i Grønland eller i et andet land. Kun kvinder gravide med et barn blev inkluderet, yderligere blev kvinder med tidligere præ graviditets diabetes og kvinder behandlet med steroider udelukket.

Resultaterne viste at de grønlandske kvinder var yngre, lavere, hyppigere rygere, havde født flere gange og fik foretaget færre kejsersnit end ikke-grønlandske kvinder. Næsten halvdelen af kvinder havde mindst én risikofaktor for graviditets diabetes, hvor overvægt blev fundet ved næsten en tredjedel af alle kvinderne. Testhyppigheden blandt kvinderne med mindst en risikofaktor var omkring 69 % på landsplan, mens andelen var 85 % i Nuuk. Totalt blev lidt under 1/3 af kvinderne testet under deres graviditet. Blandt de testede grønlandske kvinder var forekomsten af graviditets diabetes 3.3 % sammenlignet med

12.5% blandt de testede ikke-grønlandske kvinder. Forskellen var dog ikke statistisk signifikant når der blev taget højde for at de grønlandske kvinder var yngre. Forekomsten af graviditetsdiabetes blandt alle kvinderne var 1.0 % blandt de grønlandske kvinder og 4.5 % blandt de ikke-grønlandske kvinder.

Forekomsten af graviditets diabetes i Grønland er lignende med et tidligere studie foretaget i Nuuk, hvor forekomsten var på 4.3%. Generelt kan forekomsten af graviditets diabetes sammenlignes med forekomsten i Nordeuropa. Yderligere, er forekomsten sammenlignelig blandt den ikke latinamerikanske befolkning i U.S.A. og ikke-aboriginere i Australien, hvor forekomsten af graviditets diabetes er større blandt den indianske-, asiatiske-, latinamerikanske- og afroamerikanske befolkning i U.S.A. og blandt den aboriginske befolkning i Australien. Dette står i kontrast til resultaterne fra dette studie, hvor den laveste forekomst blev observeret blandt de grønlandske kvinder, selvom forskellen dog ikke var statistisk sikker, når der blev justeret for at grønlandske kvinder var yngre end ikke-grønlandske kvinder.

Undersøgelsen viser, at forekomsten af diagnosticeret graviditetsdiabetes fortsat er relativ lav i Grønland. Test effektiviteten er meget bedre end for 6 år siden, men der er fortsat rum for forbedringer specielt uden for Nuuk. En simplificeret screenings strategi, hvor alle gravide testes for graviditetsdiabetes i løbet af graviditetsuge 24-28 kan overvejes.

Sekundær publikation baseret på

Pedersen ML, Olesen J, Jørgensen ME, Damm P. Int J Circumpolar Health. 2016 Aug 24;75:32167. doi: 10.3402/ijch.v75.32167. Gestational diabetes mellitus in Greenland: a national study of prevalence and testing efficacy.

Lungefunktionsundersøgelser i Grønland

Lasse Overballe Nielsen,
Studieadjunkt, Institut for Sygepleje og Sundheds-
videnskab, Ilisimatusarfik – Grønlands Universitet

Baggrund

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en sygdom med stigende global forekomst og det forventes at op mod en tredjedel af alle dødsfald i verden vil skyldes denne i 2020. KOL rammer specielt rygere og tidligere rygere, og hyppigheden stiger med alderen. I Grønland, er mere end halvdelen af den voksne population daglige rygere, derfor formodes det, at KOL kan være en hyppig sygdom. Men, det vides ikke med sikkerhed, hvor mange borgere i Grønland, som lider af sygdommen. KOL diagnosen stilles på baggrund af blandt andet en lungefunktionsundersøgelse ifølge internationale kliniske retningslinjer. Studier har dog vist at sammenhængen mellem kliniske retningslinjer for brugen af lungefunktionsundersøgelser og klinisk praksis ikke altid hænger sammen. I Danmark er målsætningen at 90 % af alle patienter med diagnosticeret KOL får foretaget en lungefunktionsundersøgelse årligt.

Det har siden implementeringen af den telemedicinske løsning ”Pipaluk” i 2008 været muligt at lave lungefunktionsundersøgelser i alle byer og bygder med en population på mere en 50. I 2011, kom der fornyet fokus på brugen af lungefunktionsundersøgelser ved etableringen af livsstilsgruppen på Dronning Ingridis Sundhedscenter, hvor fokus var på forebyggelse og behandling af hypertension, diabetes og KOL patienter. I Grønland, har et tidligere studie fra 2011 fundet et begrænset antal af udførte lungefunktionsundersøgelser blandt patienter i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom på 14.1% ⁽¹⁾. Den manglede brug af lungefunktionsundersøgelser repræsenterer en stor udfordring i det grønlandske sundhedsvæsen og studiet fra 2011 foreslog; øget opmærksomhed på lungefunktionsundersøgelser, diagnose og behandling af KOL, samt udvikling af nationale kliniske retningslinjer med fokus på dokumentation af recepter, rygestatus og årlig lungefunktionsundersøgelse. Siden 2011, har livsstilsgruppen udviklet nationale retningslinjer for KOL behandling samt brugen af lungefunktionsundersøgelse, hvori registrering af rygestatus, årlig lungefunktionsundersøgelse samt yderligere livsstilsfaktorer indgik. Samtidigt har livsstilsgruppen holdt

årlige kurser for sundhedspersonale, hvor undervisning i lungefunktionsundersøgelsen indgik. Dog, er antallet af patienter i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom ukendt og derfor vides ikke hvilket effekt tiltagene fra livsstilsgruppen har haft.

Formålet med studiet var derfor, at estimere, hvor mange patienter i aldersgruppen 50+ som var i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom og i hvilken grad disse havde fået lavet en lungefunktionsundersøgelse.

Metode

Studiet var designet som et tværsnitstudie, hvor data blev udtrukket fra den elektroniske patient journal i Grønland i perioden oktober 2013 til oktober 2015.

Studie population og variable

Studiet inkluderede patienter fra Grønlands seks største byer, således at to tredjedele af befolkningen var repræsenteret pr. 1. januar 2015. Inklusion kriterierne var som følgende: permanent adresse i Grønland, 50+, fået ordineret medicin målrettet obstruktiv lungesygdom indenfor en periode på 15 måneder før dataudtræk i oktober 2015. Lungemedicin blev defineret som medicin tilhørende ATC gruppe R03. Antal udførte lungefunktionsundersøgelser blev fastslået ved manuel gennemgang af journaler i både COSMIC og Æskulap. Udførelse af lungefunktionsundersøgelse blev dokumenteret i tabel. Fra journalgennemgang dokumenteres værdierne FVC (Forced Vital Capacity), FEV1 (Forced Expiratory Volume, 1 sekund) og FEV1/FVC (<70% med udført reversibilitetstest indikerer KOL). Kun den nyeste test blev dokumenteret, ved flere test samme dag, blev værdier registreret fra den bedste test.

Statistisk analyse

Antal patienter 50+ i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom blev estimeret ud fra baggrundsbefolkningen i Grønland pr. d. 1. januar 2015. Hyppigheden mellem køn og Nuuk/andre byer blev sammenlignet med χ^2 -test. En p-værdi på under 0.05 blev anvendt som signifikansniveau.

Resultater

I alt blev 782 patienter i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom i alderen 50+ identificeret

med en gennemsnitsalder på 64.1 år (se tabel 1). Dette svarer til at 7.9%, af baggrundsbefolkningen pr. 1. januar 2015, i alderen 50+ i de seks udvalgte byer. Der ses signifikant flere kvinder i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom end mænd, $p < 0.001$ (se tabel 1). Lungefunktionsundersøgelser blev lavet på 34.8% af de identificerede patienter. Der blev ikke observeret en signifikant forskel mellem kønnene (se tabel 1). Andelen af patienter med en FEV1/FVC på under 70% var 50.0%. Der var signifikant forskel mellem kønnene, da flere mænd (63%) end kvinder (41.5%) havde en FEV1/FVC på under 70% (se tabel 1).

Andelen af patienter, som havde lavet en lungefunktionsundersøgelse indenfor en periode på to år varierede mellem byerne fra 22.0% til 49.0% ($p = 0.008$).

Diskussion og konklusion

Antallet af patienter i medicinsk behandling for en obstruktiv lungesygdom er steget med omkring 25% sammenlignet med de 6.3% som blev observeret i 2011.(1) Dette afspejler en mulig stigning i ordineret medicin målrettet obstruktiv lungesygdom eller en forbedring i brugen af elektroniske ordinationer. Samtidig, kan der være sket en naturlig stigning af obstruktive lungesygdomme. Siden 2011 er antallet af ældre 65+ steget med 10%, hvilket også kan forklare stigning antallet af patienter i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom. Flere kvinder end mænd er i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom, hvilket kan skyldes, at kvinder er i hyppigere kontakt med det primære sundhedsvæsen. Dette ses også i andre nordiske lande. Antallet af udførte lungefunktionsundersøgelser indenfor en periode på to år er mere end fordoblet, når der sammen-

lignes med de 14.1% fra 2011 studiet.(1) Dette indikerer et fornyet fokus på brugen af lungefunktionsundersøgelser i det grønlandske sundhedsvæsen. Det kan antyde en effekt af de tiltag livsstilsgruppen har haft arbejdet med siden 2011.

Det kan konkluderes, at brugen af medicin målrettet obstruktiv lungesygdom blandt patienter 50+ er almindeligt. Til trods for en øget opmærksomhed på KOL i sundhedsvæsenet i Grønland, er det stadig kun en tredjedel af de identificerede patienter som havde fået foretaget en lungefunktionsundersøgelse indenfor en to år. Ud fra dette må det vurderes hvorvidt, ikke udforskede barrierer eksisterer i arbejdet med udbredelse af lungefunktionsundersøgelser. Det grønlandske sundhedsvæsen stiler mod at følge internationale standarder i behandlingen af KOL og for at øge antallet af udførte lungefunktionsundersøgelser anbefales yderligere forskning i sundhedsprofessionelles brug af lungefunktionsundersøgelser i de forskellige rammer som eksisterer indenfor det sundhedsvæsenet.

Referencer

1. Olsen S, Jarbøl DE, Kofoed M, Abildskov K, Pedersen ML. Prevalence and management of patients using medication targeting obstructive lung disease: A cross-sectional study in primary health-care in Greenland. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2013 Feb 28 [cited 2015 Oct 19];72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3585771/>

Artikel er baseret på:

Nielsen, Lasse Overballe et al. "Spirometry in Greenland: A Cross-Sectional Study on Patients Treated with Medication Targeting Obstructive Pulmonary Disease." *International Journal of Circumpolar Health* 75 (2016): 10.3402/ijch.v75.33258.

Tabel 1. Antal udførte lungefunktionsundersøgelser på patienter i behandling med medicin målrettet obstruktiv lungesygdom

Variabler	Total (95% CI) (n/N)	Kvinder (95% CI) (n/N)	Mænd (95% CI) (n/N)	P
Gennemsnitsalder	64.1 (±9.5)	63.7 (±9.7)	64.6 (±9.1)	0.224
Antal patienter i medicinsk behandling indenfor en periode på 15 mdr.	7.9 (7.4–8.5%) (782/9,853)	11.0 (10.1–11.9%) (492/4,483)	5.4 (4.8–6.0%) (290/5,370)	<0.001
Lungefunktionsundersøgelser udført indenfor 2 år	34.8 (31.4–38.2%) (272/782)	33.3 (39.2–37.5%) (164/492)	37.2 (31.7–42.8%) (108/290)	0.268
FEV1/FVC under 70 %	50.0 (44.1–55.9%) (136/272)	41.5 (33.9–49.0%) (68/164)	63.0 (53.9–72.1%) (68/108)	<0.001

Public Health and Community Services, Community health perspectives

Gert Mulvad, MD, Greenland Center for Health Research, University of Greenland.

Input til rapport om Arktisk Forskningsstrategi i EU.

Community health perspective can be gained from four concepts: Capacity Building, Training in Communities, Rapid Transitions, and Cultural Connection. Despite serious challenges, Arctic communities have proved resilient in adapting to environmental and social change. However, large challenges remain and new partnerships between scientists, medical professionals, and communities are essential to increase local capacity, participation and control over health care and wellness programs. The view of community health issues in the Arctic region is shifting from one solely based on problems and deficits to one that builds on examples of community resilience, promotes capacity building, and disseminates successful outcomes. Furthermore, the focus on children, family values, family traditions and family responsibility is becoming increasingly important in rapid changing communities. This focus on family values and the health and wellness of children and youth as the key priorities is part of the Inuit Circumpolar Council (ICC) Strategy for Family Health and Wellbeing. This strategy emphasizes selflessness, sharing and respect for each other, as well as fostering traditional values with the help of elders in the community. It also emphasizes the need for individuals to take responsibility for their own health and families to take responsibility for the health and wellness of their children. Communities must also take ownership over responses to emerging crises and rely less on external support.

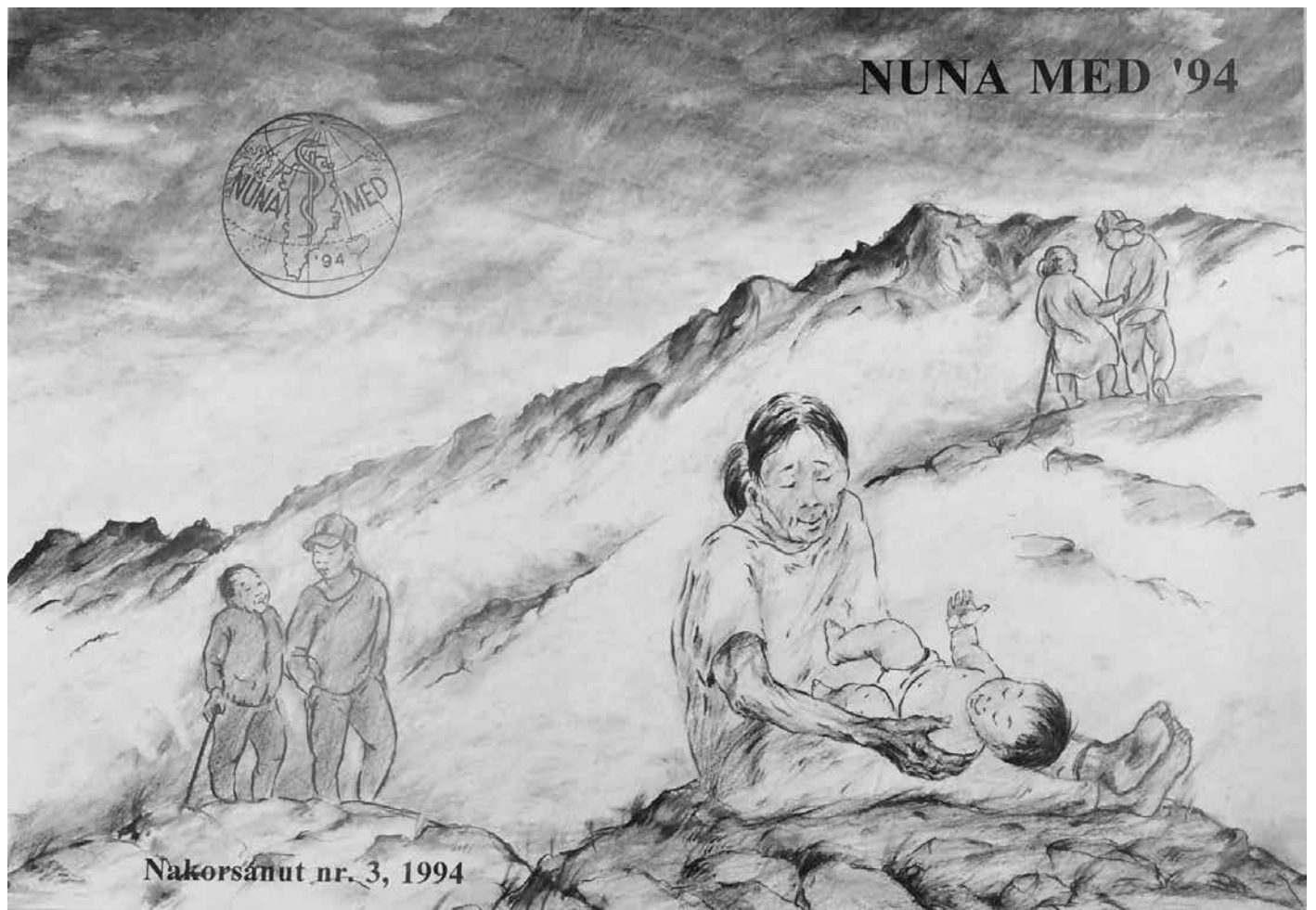
Capacity building is required to develop new graduate and medical training programs that instill a better understanding of research ethics and responsibilities when working with communities, and promote an appreciation of the values of traditional knowledge in forming research plans and relationships with communities. Researchers should be encouraged to form authentic partnerships with local communities based on questions developed in cooperation with the community and designed to produce tangible benefits to the community. Social-ecological restoration needs to be incorporated as a component and measure of community health. It is also necessary to in-

crease the number and quality of professional health staff, particularly Indigenous people with native language skills. The local capacity of current health programs to meet the physical and mental health needs of individuals and the community is highly strained.

To meet these aims, the Greenland Center for Health Research is developing PhD courses in Greenland to develop knowledge to elevate the health status in Greenland to its optimum level. The University of the Arctic and Oulu University in Finland offer a Master of Science course specializing in health and the environment in Greenland and in the Arctic. The aim is to enhance capacity building to develop new graduate and medical training so that about 50% of the nurses and 15% of the doctors will be Inuit.

In communities, there is a need to place health education, programs and services in a holistic framework of personhood that links personal responsibilities for health with social obligations to family, neighbor, and community. Furthermore, it is not possible or desirable to separate the health of Arctic residents and communities from the health of their culture, language, and educational systems. Innovations in community health care delivery need to be based on the level of community involvement and local determination of health care benchmarks. This involves reframing health research from a problems and deficits model to one seeking to understand what protects community health. This approach necessarily draws upon traditional knowledge, culture, spirituality, language and local resources to define community-based solutions to health challenges. Health care solutions to problems in the North will require practices and solutions designed by people of the North in collaboration with 'outside' expertise.

Food security is a situation that exists when all people, at all times, have physical, social and economic access to sufficient, safe and nutritious food that meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life (FAO). Climate change is having an impact on fisheries, agriculture and wildlife harvesting, and globalization affects trade, with a focus on fisheries in the Arctic for local food and commercial interest.



Cultural Connection

As Arctic societies develop at record-breaking speed both economically and politically, the traditional family structure has been transformed. Norms and value systems, including gender and intergenerational relationships, have also changed dramatically. With these changes within society, many social and psychological problems have been brought to the surface. The family has always been the basis for childhood; it is necessary to maintain the family perspective in a community in transition. Priority needs to be given over the next decades to ensuring that children grow up in the family and that community services are available for childcare, development and training. Schools must have the necessary resources as well as appropriate educational and professional tools, with the family in focus, to create a much closer collaboration between health care, social services and the school system. The rapid development in Greenland, with changes in family

structure, labor and economy, has created a need for a functioning social service to alleviate losses in the wake of these developments. A close collaboration between health, social and educational systems must lay the groundwork for better welfare for families in Greenland.

Welfare is about social and economic security for citizens. People in the North have a desire to be economically independent in the future. Innovative research in fisheries, mining and infrastructure can be the way to attain economic independence, but local capacity building is an essential issue for this development.

Spiral anlagt i forbindelse med provokeret abort nedsætter risikoen for ny abort

Pia Snedker Boman, Peder Kern, Karen Bjørn-Mortensen, Michael Lyng Pedersen,.

Introduktion

I 2002 blev der udført 822 aborter i Grønland (1). Departement for Sundhed satte dengang det mål, at antallet af aborter skulle nedsættes med 50% indenfor en 5-årig periode (2). Trods dette steg antallet af aborter til 868 i 2012 (1). Abortraten i Grønland på 2,1 aborter per 1000 kvinder i fertil alder er vedvarende den højeste i Norden mod eksempelvis 0,48 i Danmark og 0,43 i Island (3).

Der er tidligere udført studier med fokus på eventuelle årsager til uønskede graviditeter og aborter i Grønland (4,5). I en ældre undersøgelse fra 1996 oplyste 56% af abortsøgende kvinder, at de ikke havde brugt prævention (5).

Prævention er gratis i Grønland og andelen af kvinder, der har fået udskrevet et hormonelt præventionsmiddel er højere end i andre nordiske lande (3). Dette indikerer, at flere bruger prævention idag, end da ovenstående undersøgelse blev lavet. Men der er fortsat mange uønskede graviditeter i Grønland.

Formål

Formålet med denne undersøgelse var dels at undersøge karakteristika af de abortsøgende kvinder for at kunne målrette forebyggelsen af gentagnelsesaborter samt at undersøge om valg af prævention i forbindelse med abort påvirker risikoen for ny abort indenfor et år.

Materialer og metoder

Alle kvinder som fik foretaget abortus provocatus (graviditetsuge 12 eller derunder) på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) efter henvisning fra Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) i Nuuk mellem 1. Januar 2012 og 31. December 2012 blev inkluderet.

Information om kvindens alder, tidligere graviditeter, tidligere fødsler og valg af prævention på aborttidspunktet samt efter henholdsvis 4 og 12 måneders follow-up blev indsamlet ved gennemgang af journaler på DIH, DIS samt Landsapoteket. Herefter blev kvinder med ønske om "kondom" eller "sterilisation" som prævention ekskluderet.

Kvinderne blev inddelt efter præventionsvalg og data blev opgjort i antal, procent og median med interquartil range (IQR). Hyppigheden af præventionsfastholdelse og ny abort inden for et år blev udregnet og p-værdier blev udregnet med chi-test med signifikansniveau på 0,05.

Studiet er godkendt af det Videnskabetiske Udvalg for Grønland.

Resultater

I alt fik 232 kvinder fra Nuuk foretaget abort i 2012. Karakteristika var tilgængelige for 201 af disse.

Kvinderne var mellem 14 og 43 år med en medianalder på 24 (IQR 21-28) år. De havde 0-5 fødsler bag sig (median på 1; IQR 0-2) og 0-10 tidligere aborter (median 1; IQR 0-3). I alt 42 % af kvinderne havde ikke tidligere født mens 57% havde fået foretaget en eller flere aborter tidligere.

Knap en femtedel af kvinderne (18%, 37/201) fik foretaget en ny abort indenfor et år.

Præventionsvalg i forbindelse med abort fremgår af figur 1. Omkring en tredjedel af kvinderne valgte p-piller, mens de øvrige præventionsvalg lå mellem 10 og 18%. Under halvdelen af alle kvinderne (44 %, 89/201) fastholdt prævention ved 4 måneders follow-up.

Omkring halvdelen af kvinder, der valgte spiral som antikonception, fik spiralen anlagt i forbindelse med aborten. Den anden halvdel afventede senere anlæggelse. Kvinder, der fik anlagt spiral under indgrebet, adskilte sig fra de øvrige kvinder, idet præventionsfastholdelsen var på 97% ved 4 måneders follow-up og kun 3% fik en ny abort indenfor et år. Af de 36 kvinder, der skulle have anlagt spiral efter indgrebet, fik kun 7 kvinder (19%) anlagt spiral inden for det næste år, 2 kvinder (3%) valgte at starte anden prævention, mens 78% (28 kvinder) ikke startede nogen former for prævention. I gruppen af kvinder med planlagt efterfølgende spiralanlæggelse, fik 28 % (10/36) en ny abort indenfor et år.

Konklusion

Der var stor bredde i alder samt antallet af tidligere aborter og fødsler blandt de abortsøgende kvinder. Kampag-

ner og undervisning skal således rettes mod flere målgrupper.

Præventionsfastholdelse er generelt lav og der ses høj abort gentagelseshyppighed indenfor et år. Kvinder, der fik anlagt spiral under indgrebet, adskilte sig markant med både højere præventionsfastholdelse og lavere abort gentagelseshyppighed.

Øget fokus på sekundær forebyggelse og præventionsfastholdelse er ønskelig.

Litteratur:

- 1) Historical abortion statistics, by Wm. Robert Johnston
- 2) Meldgaard S, Reducing unwanted pregnancies in Greenland, Circumpolar Health, 2003
- 3) Nomesko, Nordisk medicinalstatistisk Kometé, 2012
- 4) Bielecki A, Gentagne aborter blandt grønlandske kvinder. Mulige årsagsforklaringer? Masterafhandling, 2005
- 5) Bjerregaard P, Provokeret abort i Grønland, Ugeskrift for Læger, 1996

Præventionstype	P-piller	Vaginal ring	Depo-provera	Implanon	Spiral efter Indgreb*	Spiral indbret under	P-værdi
Præventionsvalg (%)	32 (65/201)	14 (29/201)	10 (20/201)	10 (20/201)	18 (36/201)	15 (31/201)	
Fastholdt Prævention (%)	28 (18/65)	34 (10/29)	40 (8/20)	85 (17/20)	17 (6/36)	97 (30/31)	<0.001
Abortus provocatus indenfor 1 år (%)	17 (11/65)	24 (7/29)	30 (6/20)	10 (2/20)	28 (10/36)	3 (1/31)	<0.001

*Planlagt (7 spiraler anlagt)

Fagområde i Grønlandsk medicin

Ved Grønlands Center for Sundhedsforskning, Ilisimatusarfik – Grønlands Universitet,
og Grønlands Sundhedsvæsen

Baggrund: En supplerende uddannelse, der kan styrke kompetencerne for læger, der ønsker at arbejde på grønlandske kysthospitalet, har længe været ønsket. Uddannelsen er en kort og målrettet uddannelse, der supplerer lægeuddannelsen, klinisk og administrativt, på de områder hvor lægegerning i arktiske områder stiller specielle krav til viden og færdigheder.

Forudsætninger: Gennemgået turnusuddannelse. Speciallægeuddannelse i almen medicin vil være en fordel. Andre speciallægeuddannelser med bred medicinsk tilgang vil også være en fordel.

Uddannelsens forløb: Uddannelsens varighed er et år, samt tid til studierejsen. Den består af tre fokuserede kliniske ansættelser, et ophold på Embedslæge Institutionen, et ophold på Kystledelsen, tre opgaver og et studieophold.

- **KIRURGI, GYNÆKOLOGI, ANÆSTESI & LABORATORIE:** 6 måneders ansættelse i reservelægelaget på kirurgisk afdeling, D.I.H. Under ansættelsen følger kursisten en speciallæge i anæstesi i 2 uger, og følger arbejdet på laboratoriet i en uge.
- **MEDICIN, PÆDIATRI OG BILLEDDIAGNOSTIK:** 3 måneders ansættelse i reservelægelaget på medicinsk afdeling, D.I.H. Under ansættelsen følger kursisten en speciallæge i klinisk radiologi i 2 uger.
- **PSYKIATRI:** 2 måneders ansættelse i reservelægelaget på psykiatrisk afdeling, DIH.
- **LEDELSE, ADMINISTRATION OG MEDICINALSTATISTIK:** En måneds ansættelse som ”reservelæge” på Landslægeinstitutionen og Sundhedsledelsen.
- **Deltagelse i kurser i primær behandling ved akut hjertesygdom, traumer og obstetrik.** Henholdsvis ACLS (Acute Cardio-pulmonal Life Support), ATSL (Acute Trauma Life Support) og ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics), der afholdes med mellemrum på DIH.
- **OPGAVELØSNING:** En klinisk opgave, en administrativ opgave og en socialmedicinsk opgave. Opgaverne udleveres ved ansættelsen, og afleveres før uddannelsens afslutning. Opgaverne vil typisk være på 10-20 sider med litteraturliste. Opgavernes relevans er knyttet til en Grønlandsk/Arktisk kontekst.
- **STUDIEREJSE:** Nordnorge, Lapland, Alaska eller Canada. Varigheden er valgfri, men mindst 14 dage. Der skal aflægges en skriftlig rapport på 5-10 sider, som attesteres af vejleder.

Kursisten har under uddannelsen en vejleder udpeget af kystledelsen. Hvis kursisten kan dokumentere at nogle af målbeskrivelsens kompetencer er opnået, kan et eller flere af de nævnte ansættelsesforløb forkortes eller undlades. Det vil være relevant for speciallæger og læger der har været i en uddannelsesstilling på DIH. Uddannelsen ”skræddersyes” afhængig af kvalifikationer. Det er ikke ansættelsens varighed, der tæller, men opnåelse af checklisten kompetencer. Uddannel-

sen tilrettelægges af den uddannelsessøgende sammen med vejlederen, og studieplanen godkendes af udvalg nedsat af bestyrelsen for Grønlands Center for Sundhedsforskning, ved Grønlands Universitet..

Under uddannelsens kliniske del opretholder kursisten løn, og udfylder en reservelægestilling. Grundløn afhængigt af kvalifikationer og anciennitet, vagthonorering i henhold til gældende overenskomst. Under opholdet på Kystledelse /Embedslægeinstitution forhandles lønnen individuelt med de grønlandske sundhedsmyndigheder.

Ved ansættelsen udleveres en checkliste, svarende til uddannelsens målbeskrivelse. Checklisten attesteres løbende. En fuldt attesteret liste er forudsætning for at opnå diplom.

Opgaverne bedømmes af udvalg nedsat af Grønlands Center for Sundhedsforskning og består af 3 speciallæger, Speciallæge i Almen Medicin, Speciallæge inden for de kirurgiske specialer og Speciallæge inden for de Medicinske specialer.

Bedømmelsen ”bestået”, er en forudsætning for at opnå diplom.

Uddannelsen godkendes og attesteres af Grønlands Center for Sundhedsforskning, ved Ilisimatusarfik, Grønlands Universitet og attesteres af Videreuddannelsesudvalget i det grønlandske sundhedsvæsen og formanden for Grønlands Lægeforening.

Uddannelsen indledes ved at tilbyde Speciallæger i Grønland med flere års erfaring som distriktslæger i Grønlands Sundhedsvæsen at lade sig kompetence vurderer og ved behov tilbydes supplerende kurser med benyttelse af de kursusmidler distriktslægerne indebærer i deres overenskomst.

Logbog med kompetence beskrivelse, samt opgave løsninger indsendes til Formand for Grønlands Center for Sundhedsforskning Gert Mulvad gm@peqqik.gl.

Til bedømmelse nedsætter Grønlands Center for Sundhedsforskning bedømmelsesudvalg efter ovennævnte retningslinjer.

Efter beståelse udfærdiges ”Diplom” fra Grønlands Center for Sundhedsforskning og Grønlands Videreuddannelsesudvalg for Læger.

Uddannelsen indledes ved at tilbyde Speciallæger i Grønland med flere års erfaring som distriktslæger i Grønlands Sundhedsvæsen at lade sig kompetence vurderer og ved behov tilbydes supplerende kurser med benyttelse af de kursusmidler distriktslægerne indebærer i deres overenskomst.

Læger i Grønland der er kompetencebedømt:
Luit Penninga, Jørn Breinholt, Jesper Olesen, Hans Christian Florian, Erik Krongaard Hansen og Gert Mulvad.

Desuden har Tommy Preisler gennemført uddannelsen.



Ny bygning til naturvidenskabelig uddannelse og sundhedsforskning

Grønlands Naturinstituts nye bygning, der står færdig i 2017, bliver basis for videregående naturvidenskabelige uddannelser, der hidtil ikke har eksisteret i Grønland. Bygningen kommer også til at rumme Grønlands Center for Sundhedsforskning.

To funktioner i samme hus

Grønlands Center for Sundhedsforskning, der har eksisteret siden 2008, indgår i dag under Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab ved Ilisimatusarfik. Den ny bygning giver nu centeret egne fysiske rammer med klinikrum og plads til 10 medarbejdere og ph.d.-studerende. Dette vil styrke sundhedsforskningen og forankringen af viden om sundhedsforhold i Grønland.

Derudover vil bygningen danne rammen om en naturvidenskabelig uddannelse, som Grønlands Naturinstitut udvikler i samarbejde med Ilisimatusarfik og danske universiteter. Der er allerede etableret kurser på kandidatniveau, og fra 2018 forventes Ilisimatusarfik at starte en naturvidenskabelig basisuddannelse. Denne skal efter planen videreudvikles til bachelorniveau.

Kurser for naturvidenskabelige kandidatstuderende

Et af de kurser, som Grønlands Naturinstitut afholder, hedder Arktisk Marin Økologi, hvor kandidatstuderende får indsigt i økosystemerne i havet omkring Grønland. Her udnyttes Naturinstituttets egne klimamoniteringsprogrammer fuldt ud ved, at de studerende aktivt deltager i instituttets togter.

– De studerende, der er med på togterne, udfører deres egne feltprojekter uafhængigt af Naturinstituttets undersøgelser, som de naturligvis får mulighed for at observere. På den anden side får vi ekstra data ind gennem studenternes projekter, så begge parter får gensidigt udbytte af togtet, siger forsker og uddannelseskoordinator Thomas Juul Pedersen og fortsætter:

– Vi har god erfaring i at sammensætte og udbyde kurser i samarbejde med Ilisimatusarfik og Århus Universitet, og samarbejdet bliver helt sikkert kun stærkere, når vi får den nye bygning. Ilisimatusarfik afholder også et tværfagligt kursus om fiskeri og fangst i Grønland.

– Flere af de grønlandske naturvidenskabelige studerende, der læser på danske universiteter, kommer hjem for at deltage i kurserne eller for at tage et semester i hjemlige omgivelser. Det er med til at styrke muligheden for, at de studerende kommer tilbage til Grønland efter endt uddannelse, siger Thomas Juul Pedersen.

Målgruppen af studerende

De grønlandske og danske universitetsstuderende er den primære målgruppe for kurserne.

– Men på sigt kunne vi godt tænke os, at det bliver uddannelser og kurser også med international deltagelse, så udenlandske studerende også får mulighed for at melde sig til de kommende uddannelser, siger Thomas Juul Pedersen og fortsætter:

– Det er planen, at vi skal kunne udbyde enkeltkurser, f.eks. sommer- eller vinterkurser, målrettet kandidat- eller ph.d.-studerende, som får mulighed for at lære om et specifikt emne inden for eksempelvis biologi på land eller i ferskvand. Det er desuden tanken, at kurserne fremadrettet også målrettes læreruddannelsen og de gymnasiale uddannelser i Grønland for at fremme de naturvidenskabelige linjer på disse uddannelser. Så selvom der er meget fokus på de universitetsstuderende, så lægges der også vægt på at løfte andre uddannelsesinstitutioners naturvidenskabelige niveau.

Fakta om huset

Instituttets nye 1.500 m² toetagers bygning er tegnet af TNT Nuuk, mens entreprenørselskabet Permagreen står



Præsentation af Grønlands Center for Sundhedsforskning

for opførelsen. Bygningen kommer til at rumme undervisningslokaler, klinikker, laboratorier, kontor/forskerlokaler og et auditorium samt 6 lejligheder til gæsteforskere og lærere.

De samlede omkostninger til byggeriet, inklusive inventar og specialudstyr til laboratorierne, udgør godt 50 mio. kroner. Hovedparten af midlerne er tilvejebragt gennem

Aage V. Jensen Charity Foundation, Karen Elise Jensens Fond, Jelling Foundation, NOJ Fonden og Holkegaard-fonden, der alle er stiftet af personer med relation til tømrermester Aage V. Jensen. Mærsk Oil Kalaallit Nunaat med partnere Tullow Oil og Nunaoil støtter opførelsen af laboratorierne gennem en koncessionsaftale med Grønlands Selvstyre.

Rejsegilde:

Nye bygning for naturvidenskabelig uddannelse og

Opførelsen af Grønlands Naturinstituts nye bygning for naturvidenskabelig uddannelse og sundhedsforskning er ved at nå frem til sin sidste fase, hvor bygningen skal lukkes til. I den forbindelse inviterer Grønlands Naturinstitut til rejsegilde torsdag den 8. december 2016 fra kl. 15:00. Når bygningen står færdig, vil den danne rammen om flere naturvidenskabelige uddannelsesinitiativer og Grønlands Center for Sundhedsforskning. Kommende studerende og kursister vil få en unik indsigt i den grønlandske og arktiske natur og i klimaets og miljøets påvirkning af arktiske økosystemer.

”Det er en stor glæde at kunne medvirke til denne udvikling af naturfaglig uddannelse og til kobling af forskning mellem natur, miljø og sundhed”, udtaler Naturinstituttets bestyrelsesformand Gert Mulvad.

Undervisningen vil blive forskningsbaseret med direkte udgangspunkt i den igangværende naturvidenskabelige forskning i Grønland og den lokale grønlandske viden. Uddannelsesaktiviteterne udvikles i et samarbejde mellem Grønlands Naturinstitut, Ilisimatusarfik og danske og internationale universiteter. De studerende vil derfor få et stærkt fundament til at kunne arbejde med naturfaglig undervisning, forskning og forvaltning samt i private virksomheder i Grønland.

Grønlands Center for Sundhedsforskning, der hidtil ikke har haft eget hus, får med sin indflytning i den nye bygning mulighed for og faciliteter til at udvide sundhedsforskningen til gavn for hele Grønland.

”Jeg håber, at den nye bygning vil skabe de bedste ram-



Invitation

Rejsegilde for
ny bygning til brug for naturvidenskabelig
undervisning og sundhedsforskning

8. december 2016 kl. 15.00

Det vil glæde os, hvis du/I kan deltage.

Med venlig hilsen
Direktør Klaus Nygaard
Grønlands Naturinstitut

 **Grønlands Naturinstitut**
Pinnqortitaleriffik · Greenland Institute of Natural Resources

PERMAGREEN Arssarnerit **HJ-TEK A/S** Inuplan **tnt nuuk**

sundhedsforskning

mer for sundhedsforskningen i Grønland og være med til at højne den lokale interesse for de sundhedsfaglige uddannelser og sundhedsforskning i takt med det stigende behov for arbejdskraft på sundhedsområdet. Grønlands Center for Sundhedsforskning har som mål at fremme forskningssamarbejdet i Grønland ved at styrke samarbejdet mellem udenlandske forskere og lokalt sundheds-personale samt lette samspillet mellem forskere og det grønlandske samfund”, udtaler Susanne Møller, Institutleder på Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab.

De samlede omkostninger for byggeriet, inklusive inventar og specialudstyr til laboratorierne, udgør 50 mio. kroner, hvoraf hovedparten er tilvejebragt gennem Aage V. Jensen Charity Foundation, Karen Elise Jensens Fond, Jelling Foundation, NOJ Fonden og Holkegaardfonden,

der er stiftet af personer med relation til tømrermester Aage V. Jensen. Mærsk Oil Kalaallit Nunaat med partnere Tullow Oil og Nunaoil støtter opførelsen af laboratorierne gennem en koncessionsaftale med Grønlands Selvstyre.

Bygningen er tegnet af TNT Nuuk, og Permagreen står for opførelsen.



Qaaqqussut

Nuannaarutigissavarput Pinngortitalerinemik
Ilisimatusarfeqarfiup Peqqissutsimillu
Ilisitusarfeqarfiup

illutassaata 8. december 2016 nal. 15

nappaanersiorneqarnissaanut
peqatigisinnaagutsigut.

Inussiarnersumik inuulluaqqusillunga
Pisortaq Klaus Nygaard
Pinngortitaleriffik

 Grønlands Naturinstitut
Pinngortitaleriffik - Greenland Institute of Natural Resources

PERMAGREEN Arssarnerit HJ-TEK A/S inuplan tnt nuuk

NUNAMED 2016

