



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægeforening

Nummer 2, 2022 – 47. Årgang



Robåd – Kinguaarit Inuunerissut

Med familien på arbejde	3	Falck igangsætter droneflyvninger i Grønland	12
Bekymringsskrivelse på vegne af speciallægerne på		Kinguaarit Inuunerissut	14
Dronning Ingrid's Sundhedscenter	4	Enorm interesse for digital sundhed blandt læger	
Forskning om studerendes og nyuddannede		i Grønland	16
sygeplejerskers trivsel, uddannelse og arbejdsliv	7	Prioriterer læger i Grønland bred	
Fedtlevs sygdom blandt patienter med type 2 diabetes		sundhedsformidling?	18
mellitus i Grønland	9		

Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25

Nakorsanut@greennet.gl

Redaktion: Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

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

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

Oplag: 500

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægeforening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeforenings hjemmeside:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6gekredsforeningen%20Gr%C3%B8nland>

Grønlands Lægeforenings bestyrelse

Formand: Regionslæge Hans Christian Florian Sørensen,

Tasiilaq Sygehus, hcflorian@hotmail.com

Næstformand: Overlæge Simon Olav Bernth-Andersen,

Dr. Ingrid's Hospital, sbea@peqqik.gl

Kasserer: Regionslæge Nicolai Hardenberg Larsen,

Dronning Ingrid's Sundhedscenter, nihl@peqqik.gl

Sekretær: Yngre Læge-repræsentant Trine Abelsen,

DIS, tria@peqqik.gl

Bestyrelsesmedlemmer: Overlæge-repræsentant Andy Larfred,

Dr. Ingrid's Hospital, ANDY@peqqik.gl

Yngre Læge-repræsentant Andreas Brix Juel Pedersen,

HU Almen Medicin, abjp@peqqik.gl

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Med familien på arbejde:



The Wørmers i DIS

Medicinstuderende Mette Wørmer Poulsen var i foråret på IMCC-klinikudveksling til Dronning Ingrid Sundhedscenter. Under Mettes klinikophold kunne det hænde, at hun blev superviseret af storebror Morten i lægeklinikken eller indlagde en patient fra skadestuen hos storesøster Mia på kirurgisk afdeling. Mette var den første til at planlægge klinikopholdet i Nuuk, men blev overhalet på vejen nordpå – først af Morten, som har været introlæge i almen medicin ved DIS siden september, og siden af Mia, som stødte til som reservelæge på kirurgisk afdeling på DIH i marts. Tilbage i Ringkøbing, hvor de tre søskende er født og opvokset, havde mor Helen længe drømt om at rejse ud som sygeplejerske – tilmed mener hun, at hun nok fik ideen først – og kunne ikke længere lade stå til: Hjemmesygeplejen i Ringkøbing blev pauseret til fordel for 4 måneder som sygeplejerske ved Maniitsoq Sundhedscenter. Pappa-Poulsen måtte nøjes med at komme på sommerferie, for nogen skulle jo passe hus og have.

Vi synes, det har givet et ekstra lag til oplevelsen med at bo og arbejde i Grønland, at det også er blevet et familie-

føretagende. I Danmark bor vi i hver vores ende af landet – i Nuuk har vi tre søskende spist aftensmad sammen flere gange om ugen. Den fælles forståelsesramme omkring mange gode og spændende oplevelser undervejs forstærker indtrykket yderligere. Vi giver vores varmeste anbefalinger, hvis andre familier går med samme overvejelser! Måske gør din?

Vores ansættelser i Grønland går desværre på hæld for denne gang. Mette flyver videre i et forskningssår mellem Aarhus og Boston. Morten har forlænget lidt med september måned i Paamiut, inden hoveduddannelsen i pædiatri kalder hjemme i København. Mia bliver i Nuuk med hjemrejsedatoen åben vist nok lidt endnu, mens resten af en intro i gynækologi og obstetrik venter hjemme i Odense.

Kimmen er dog lagt til kontinuitet i det lange løb, og vi ser frem til næste gang vi ses – takuss!!

Bekymringskrivelse på vegne af speciallægerne på Dronning Ingrid's Sundhedscenter

Bekymringskrivelse på vegne af speciallægerne på Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) i Nuuk fra Marie Midelfart, Gitte Drachmann, Love S. Hove, Heidi Egede Noasen, Gert Mulvad og Nicolai Hardenberg Larsen.

Denne skrivelse til regionsledelsen i Region Sermersooq, Sundhedsledelsen og Departementet for Sundhed og til Naalakkersuisoq for Børn, Unge, Familier og Sundhed Mimi Karlsen.

Skrivelsen vil følgende som åbent brev også sendes til pressen til Sermitsiaq og AG.

Situationen i sundhedsvæsenet i Grønland er presset og der mangler varme kapable hænder i form af faglige sundhedspersoner til den håndtering af henvendelser og den service som efterspørges og der reelt er brug for i Grønland.

Denne situation er over hele Grønland. Manglen af disse sundhedsfaglige kapaciteter går ud over servicen, den oplevede kvalitet, øger risikoen for fejl og er destruktiv for fastholdelse og rekruttering af sundhedspersonale. Besøgende fra kysten til Nuuk opsøger også DIS når i byen for hjælp.

DIS har sygeplejerske flugt og nuværende er der under halvdelen af de sygeplejerske i stillinger som er vanligt under ansættelse i DIS. Dette til at betjene dagligdagsfunktionerne i DIS og vagterne i skadestuen. Det slider voldsomt på de resterende sygeplejersker at yde ind på denne måde.

DIS har i sine funktioner ført områder til sig som dermatologien/hudsygdomme og øjenområdet, området for seksuelt overførte sygdomme og nu også audiologien/høreområdet. Dette betyder at nogle af de resurser i speciallæge funktion som Regionslægerne udgør i DIS mindskes i at kunne betjene de almindelige borgere i Nuuk og dets bygder, almindelige speciallæge tider for borgerne/patienterne forsvinder og ressursen optages til andre områder til gode for sundhedsvæsenet samlet set her og nu, men fratager den vigtige speciallægetid i DIS for dets egne opgaver i det almen medicinske speciale.

Der er 5,5-6 kliniske almen medicinske speciallæger i DIS og 14-17 yngre læger til betjening af Nuuks borgere i den daglige almen medicin som klinik til almindelig henvendelse for borgerne og til betjening af vagter i skadestuen. Med Nuuks 20.000 indbyggere betyder det ved 17 yngre læger, der er 1175 patienter per yngre læge, som står for den egentlige dagsproduktion og de øvrige speciallæger har støttende funktioner således hjælp og supervisering. Reelt set er der 1 læge som er i Paamiut som yngre læge, og skadestuefunktionen optager 2,5 læge per dag, så man kan sige der er 13,5 læge til den direkte betjening af borgerne i Nuuk ved 17 ansatte yngre læger/vikarer, dette svare således til 1481 patienter per læge i DIS. De faste Regionslæger sætter nogle få patienter på deres program, men har meget få egentlige patientdage, oftest kun 1 dag per måned.

I DK er gennemsnittet nu ca. 1600 patienter per erfaren speciallæge med kendte egne patienter i egen praksis i almen medicin med egne faste sygeplejersker og uddannelseslæger og muligvis ansatte medicin studerende, dette uden servicering og håndtering af skadestuens opgaver og samme omfang af skiftende personale. I Danmark kan mange patienter direkte henvende sig til praktiserende speciallæger i andre specialer som for eksempel Øre-Næse-Hals, Gynækologer og Øjenlæger, denne mulighed findes ikke i Grønland. DIS har også medicin studerende i kliniske ophold som også ser egne patienter. Således kan man sige DIS har stort set samme normering for service med de vilkår som beskrives ovenfor, blot med yngre læger som ej kender deres patienter i samme omfang. Det har kæmpe betydning for det produkt og service som er muligt at levere for en institution som DIS. Når vi så mister vigtig kapacitet betyder det meget for den service som er mulig og den oplevelse brugerne har og den arbejdsglæde og trivsel som er for de sundhedsfaglige ansatte.

Der er ingen sundhedsansatte som ønsker at lave fejl. Der er ingen som har valgt deres profession inden for det sundhedsfaglige for at være ligegladd med deres virke og faglighed og deres patienter. Det er meningsfuldt at gøre sit arbejde godt og yde sin faglige virksomhed og omsorg for de patienter man håndterer. Når realiteterne og vilkårene for dette svigter og antallet af opgaver i en tidsbegrænset arbejdsdag blot stiger og stiger, da svinder det meningsfulde med ens job og virke. Når man overlades til disse



Lone S. Hove

vilkår og udsættes for vedvarende kritik som for det meste må tilskrives systemets mangler på resurser og det mulige samarbejde med brugerne, men man skal stå på mål for angreb på ens faglige stand eller ens arbejdsplads og institution, da er arbejdslivet svært, hårdt og ubehagelig. Tænk hvis denne kritik rettelig blev adresseret til de ledere som reelt bestemmer vilkårene for den service som er.

DIS betjenes lægemæssigt hovedsageligt af læger som er i starten af deres karriere, yngre dygtige læger, men med begrænset erfaring og under oplæring til deres lægegering i den praktiske kliniske hverdag. Disse læger er her oftest i perioder på op til ½-1 år og derefter fortsætter deres lægekarriere i Danmark. Der er få yngre grønlandske

læger, ligesom der samlet set er få grønlandsktalende læger.

Det har betydning for kvaliteten af den oplevede service, når en institution som DIS konstant har behov for at skifte en så stor andel af deres ansatte i yngre læger, sygeplejersker og øvrige sundhedsfaglige og alle andre ansatte ud så ofte og løbende og de nye skal lære hvordan sundhedssystemet i Grønland fungerer, de kulturelle og sproglige kløfters betydning i kommunikationen og hvordan tandhjulene i det maskineri, som en institution som DIS er fungerende, for at det køre glat, jævnt og med tilfredsstillelse for brugere og ansatte.

Der er megen uro og udskældende retorik i medierne og



Nicolai Hardenberg Larsen

de sociale medier omkring sundhedsvæsenet og meget lidt retur svar fra Sundhedsvæsenet og det politiske niveau. Oplevelsen kan nemt være man konstant skal undskylde for de klager som fremføres i medierne og sundhedspersonalet kan nemt få en rolle som sydebukke for manglende professionalisme og faglighed, dette er opslidende, forkert og kontra produktivt for fastholdelsen af sit sundhedspersonale og den gode service som ønskes. Der skal ledelser og politikere tage deres opgave alvorligt og træde aktivt, opsøgende og synligt frem.

Det er korrekt at læger og sundhedspersonale kan lave fejl i skøn og vurderinger af kliniske situationer og her betyder tid per opgave/henvendelse noget, her betyder muligheden for forløb hos samme læge noget. Det sundhedsfaglige personale kan kun vurdere ud fra den viden som er tilgængelig i situationen og som indhentes via undersøgelser, her er samarbejdet og kommunikationen overordentlig vigtigt mellem patienten og den sundhedsfaglige med forståelse for den sproglige og kulturelle kløft som oftest er væsentlig for tidsforbruget til den tilfredsstillende konsultation og den vidne som reelt kan opnås ved konsultation/samtale som er mellem patient og læge/sundhedsfaglige for at afdække symptomer og forløb. Fejl skal selvfølgelig håndteres og klagesystemet er et godt redskab hertil.

Sundhedsvæsenet i dets ledelse har loyalt nok forsøgt løbende at løse udfordringerne, men er endt i en situation, hvor resursen og de mulige fagligheder tilgængelige er ude af trit med det behov og den virkelighed som er. Det er en negativ spiral som pludselig koster for borgerne, patient-

terne, service og kvalitet, også prisen også da man køber faglighed ind via dyre løsninger igen ved vikarbureauer. Det koster for de faste sundhedsfaglige medarbejdere som også er en del af samfundet.

Der er brug for opråb og fokus på de rammer som er for et velfungerende sundhedsvæsen og fastholdelse af dets medarbejdere, et kollaps koster alle, her patienterne, de ansatte, samfundet og økonomien. Rekrutteringen i samfundets andre facetter presses endvidere af bevidstheden om et sundhedsvæsen med dårlig kapacitet og service.

Hvis personalet på DIS skal kunne fungere og trives og yde det som de selv ønsker og kan, hvis DIS skal være en velfungerende institution for borgerne som almen medicinsk klinik, da må lederne i hele systemet og særligt det politiske niveau forstå at vilkårene er kritiske og der er akut behov for hjælp. Resurserne i de penge som er til rekruttering og specielt fastholdelse af sundhedsfagligt personale står ikke mål med opgavens størrelse og forventning. Vi er for få og det er de erfarne sygeplejersker og de erfarne læger som mangles i stor stil. Tag jeres ansvar på jer og vær synlige for alle i den situation sundhedsvæsenet og jeres medarbejdere står i.

Resurserne står ikke mål med søgningen fra borgerne og de syge og derved opgaven med givne vilkår og udfordringerne for at levere meningsfulde sundhedskonsultationer i DIS af høj kvalitet for både personale og brugere, udfordringerne er store og væsentlige, dette over en bred kam. VI HAR BRUG FOR HJÆLP.

Forskning om studerendes og nyuddannede sygeplejerskers trivsel, uddannelse og arbejdsliv



Institut for Sundhed og Natur

Carsten Juul Jensen, Anna Kleist Egede, Lene Seibæk, Jette Marcussen

Sygeplejerskeuddannelsen ved Institut for Sundhed og Natur ved Ilisimatusarfik starter i efteråret 2022 to parallelle forskningsprojekter relateret til uddannelse og fastholdelse af flere sygeplejersker i Grønland. Jette Marcussen og Carsten Juul Jensen vil som de projektansvarlige i samarbejde med projektmedarbejdere fra Ilisimatusarfik og Sundhedsvæsenet i Grønland undersøge trivsel blandt studerende og nyuddannede sygeplejersker og herfra udvikle og implementere trivsels- og fastholdelsesfremmende aktiviteter, der kan støtte under studiet og i et begyndende arbejdsliv.

Målet med projektet er at skabe bedre trivsel for studerende og sygeplejersker og uddanne og fastholde minimum ti sygeplejersker mere årligt i uddannelse og arbejdsliv for at reducere manglen af fastansatte sygeplejersker med ca. 50% i løbet af de næste ca. ti år.

Baggrunden for projekterne er at den grønlandske befolk-

ning har behov for flere sygeplejersker i et samfund, der som i resten af verden har stigende antal ældre og samtidig har en befolkning med store sociale, psykiske og fysiske livsstilsrelaterede udfordringer.

Der er 300 normerede sygeplejerskestillinger i sundhedsvæsenet, hvoraf ca. 50% er fastansatte, ca. 25% vikarer og korttidsansatte, og ca. 25% står ledige (3,11,12). Dette svarer til 5,2 sygeplejerske pr. 1000 indbyggere, hvilket ligger under Danmark og EU-gennemsnittet, hvor tallet er henholdsvis 16,7 og 8,4 (13). De sygeplejersker, der findes, må nødvendigvis prioritere den akutte sygdomsbehandling og nedprioritere den sundhedsfremme, der ellers kunne forebygge omkostningstunge indlæggelser og genindlæggelser med transport til større byer og Danmark (4–7). Sundhedsydelse kan generelt være så forringede i mindre bygger sammenlignet med resten af landet, at nogle beboere vælger at flytte derfra til større byer og måske til Danmark for at få professionel sundhedshjælp (8).

En medvirkende årsag til manglen på sygeplejersker er, at der ganske simpelt uddannes for få sygeplejersker. Eksem-

pelvis tilbydes der kun 14 studiepladser pr. år, fordi praktikstederne skønner, at de ikke kan garantere de studerende kvalificeret vejledning og uddannelse fra erfarne fastansatte sygeplejersker. Samtidig er der mange studerende, der må gå om eller helt falder fra uddannelsen. F.eks. var der kun 7 studerende, der dimitterede juni 2022, hvoraf kun 3 var tilbage fra det oprindelige hold på 15 studerende.

Frafald kan skyldes udfordringer med trivsel, der kan stå i vejen for evnen til at tilegne sig faglig viden, hvilket kan være forårsaget af en opvækst i hjem med et overforbrug af alkohol, som er tilfældet, er i 37%, eller tab og sorg efter at have mistet venner/familie til selvmord, som er tilfældet for 69% af unge generelt. De faglige udfordringer kan forværres af, at omkring 90% af de studerende ikke er opvokset i Nuuk (10), hvor man er vant til at håndtere udfordringer med grønlandsk/dansk kultur og sprog og derfor lettere taler og læser uddannelsessproget dansk.

Projektets overordnede formål er derfor at uddanne og fastholde flere sygeplejersker i uddannelse og arbejdsliv ud fra disse forskningsspørgsmål:

Hvordan kan man sikre trivsel under uddannelse og fastholdelse af flere sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker i sundhedsvæsenet i Grønland?

- Hvordan oplever sygeplejestuderende i skole og praktikforløb samt nyuddannede sygeplejersker trivsel, traumer, tab og sorg?
- Hvilke muligheder er der for at implementere fastholdelses – og trivselsfremmende aktiviteter på tværs af det grønlandske sundhedsvæsenets institutioner?

Fra efterår 2022 til efterår 2024 vil der blive gennemført flere studier, der skal danne grundlag for et efterfølgende interventionsprojekt (se tabel 1)

Design	Spørgsmål
Data fra trivselsmåling forår 2022 ved Ilisimatusarfik. Survey der måler traumer, tab, sorg og trivsel.	Hvordan trives studerende ved Ilisimatusarfik generelt på uddannelsen? Hvordan har traumer, tab, sorg og trivsel betydning for deres fastholdelse og frafald?
Deltagerobservationer med individuelle interviews	Hvad kendetegner velfungerende praktikforløb for sygeplejestuderende, og hvordan er mulighederne for etablering af flere praktikpladser?
Interview om traumer, tab sorg, trivsel og støtte	Hvilke erfaringer har sygeplejestuderendes og nyuddannede sygeplejersker med traumer, tab og sorg og hvordan påvirker dette deres trivsel og behov for støtte?
Refleksionsseancer med studerende i praktikforløb, uddannelsesansvarlige/kliniske vejledere og nyuddannede sygeplejersker	Hvilke aktiviteter kan udvikles til at fremme uddannelse og fastholdelse af sygeplejersker i Grønland?
Evaluerings	Virkningsevaluering af hvad, hvordan og hvorfor de implementerede aktiviteter og indsatser virker eller ikke?
Udvikling af intervention på baggrund af data fra ovenstående studier	Hvilke aktiviteter kan fremme studerendes og nyuddannede trivsel og fastholdelse?
Implementering	Testning af intervention og evaluering

(tabel 1)

Fedtleversygdom blandt patienter med type 2



Fisk renses (Kinguaarit Inuunerissut)

*Af: Rasmus Hvidbjerg Gantzel,
Gerda Elisabeth Villadsen,
Karsten Fleischer Rex,
Henning Grønbæk og Michael Lyng Pedersen.*

Introduktion:

Forekomsten af metabolisk associeret fedtleversygdom (MAFLD) er stigende på verdensplan. Metabolisk sygdom omfatter overvægt, type 2 diabetes mellitus (T2DM), forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk, og MAFLD anses som værende levermanifestationen af det metaboliske syndrom. Vedvarende fedtophobning i leveren stimulerer til betændelse og arvævsdannelse med risiko for udvikling af skrumpeliver. Forekomsten af både T2DM og overvægt har været stigende i Grønland igennem de seneste 30 år. Et nyligt udgivet studie har dog vist at forekomsten af nogle følgesygdomme til T2DM er lavere blandt grønlændere [1]. Dette tværsnitsstudie havde derfor til formål, at afdække forekomsten af MAFLD hos patienter med T2DM i Grønland.

Studiepopulation:

Vi indhentede data fra det elektroniske journalregister i Grønland på 1713 patienter diagnosticeret med T2DM. Dernæst blev patienterne opdelt efter om de var født i Grønland eller Danmark. Vi ekskluderede alle med type 1 diabetes mellitus (T1DM), alle som ikke var født i Grønland eller Danmark, og alle uden måling af levertallet alanin aminotransferase (ALAT). I alt inkluderede vi 1409 grønlændere og 182 danskere, som alle var bosiddende i Grønland (Figur 1).

Markører for fedtleversygdom:

Vi benyttede ALAT som markør for fedtaflejring i leveren (steatose), foruden to non-invasive mål for arvævsdannelse (fibrose) i leveren: FIB-4 scoren = $(\text{alder} \times \text{ASAT}) / (\text{trombocytter} \times \sqrt{\text{ALAT}})$ og APRI = $(\text{ASAT} / 40) / \text{trombocytter}$.

Metabolisk syndrom:

Hvis patienterne opfyldte mindst tre af de følgende fem

kriterier, blev de anset som havende metabolisk syndrom: 1) T2DM, 2) BMI >30 kg/m², 3) Triglycerider >1.7 mmol/l eller i lipidsænkende behandling, 4) HDL <1.0/1.3 mmol/l (mænd/kvinder) eller i lipidsænkende behandling, og 5) blodtryk >130/85 mmHg eller i blodtryksænkende behandling [2].

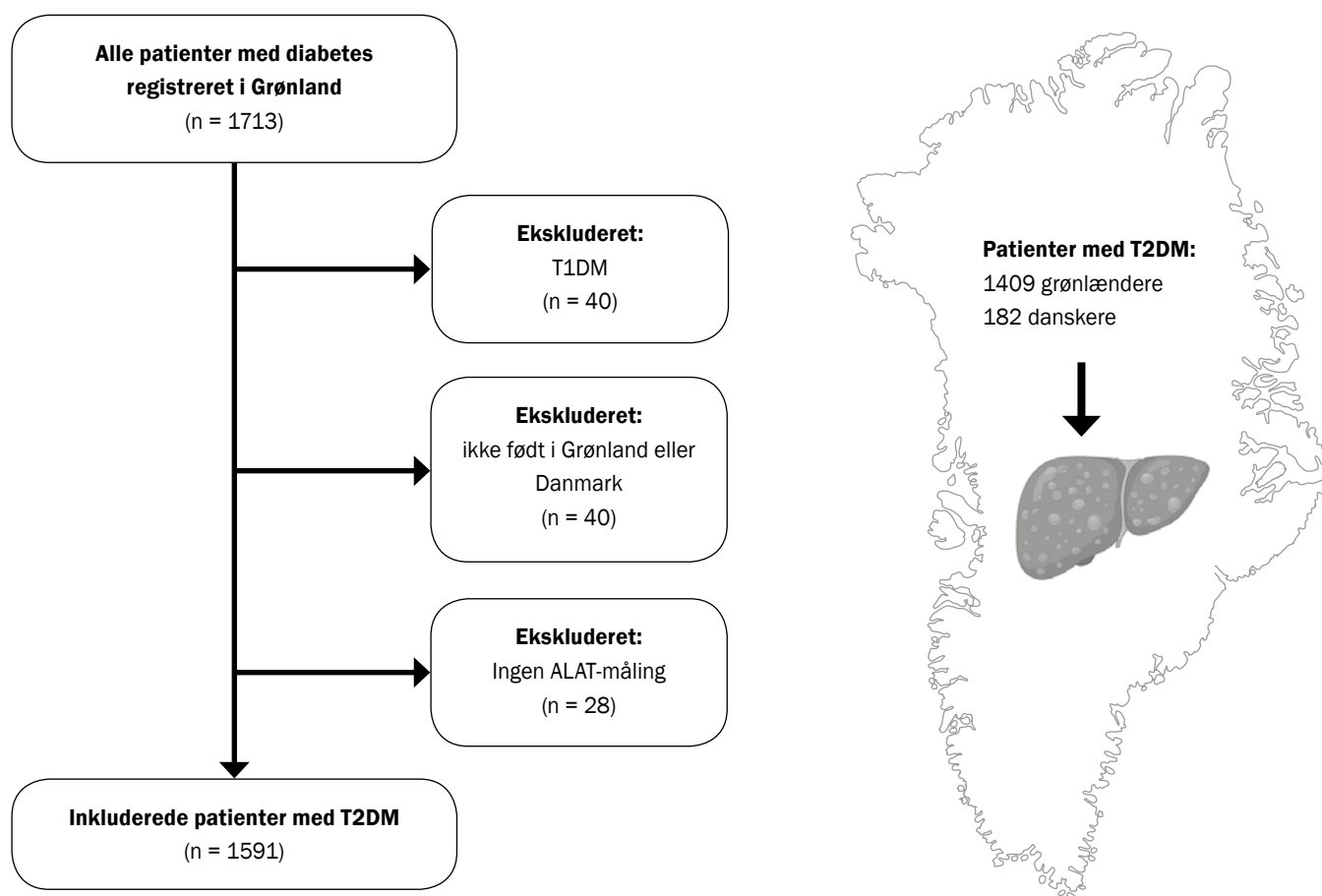
Resultater:

Vi fandt at gruppen af grønlandere havde lavere langtidsblodsukker (HbA1c) og færre med behov for antidiabetisk medicin, men højere kolesterolniveauer end gruppen af danskere (Tabel 1). Dette var ikke uventet, da ca. 17% af grønlandere bærer en genetisk variation, som bevirker insulinresistens, men uden den velkendte association med udvikling af diabetiske komplikationer. Hvad angik lever sygdom, så var andelen af grønlandere med en ALAT-

værdi over den øvre referencegrænse højere end for danskerne. ALAT steg med 8% (95% CI: 5.2-10.9%, p<0.001) for hver ét opfyldt kriterium i det metaboliske syndrom. FIB-4 scoren var markant lavere blandt grønlandere end danskere, mens APRI var ens i de to grupper (Tabel 1). Kun få patienter havde en FIB-4 score >2.67 eller APRI >1.0, som udtryk for avanceret fibrose. Dertil fandt vi FIB-4 scoren upåvirket af sværhedsgraden af det metabolisk syndrom.

Konklusion:

Dette er det første studie omkring forekomsten af fedtleversygdom i Grønland [3]. Studiet er begrænset til patienter med T2DM, men viser at grønlandere med T2DM har bedre blodsukkerkontrol til trods for højere kolesterolniveauer og højere BMI end danskere bosiddende i Grøn-



Figur 1: Flowchart med in- og eksklusion. Lavet med BioRender.com.

VARIABLER	GRØNLÆNDERE	DANSKERE
BMI (kg/m ²)	31.9 (27.9-36.5)	30.5 (26.9-33.9)
P-ALAT (U/l)	41 (29-59)	39 (28-54)
Forhøjet P-ALAT	289 (20,5%)	21 (11,5%)
HbA1c (mmol/mol)	52 (47-61)	56 (48-67)
Total kolesterol (mmol/l)	4.6 (3.8-5.4)	4.0 (3.4-4.8)
FIB-4 score	0.91 (0.66-1.27)	0.97 (0.78-1.34)
< 1.45	737 (84%)	96 (80%)
1.45-2.67	114 (13%)	22 (18%)
> 2.67	23 (3%)	2 (2%)
APRI	0.23 (0.17-0.32)	0.23 (0.18-0.30)
Antidiabetisk medicin	937 (69%)	149 (82%)
Lipidsænkende medicin	855 (61%)	115 (63%)
Blodtrykssænkende medicin	1057 (75%)	147 (81%)
Metabolisk syndrom		
1 kriterie (kun T2DM)	37 (3%)	4 (2%)
2 kriterier	94 (7%)	6 (3%)
3 kriterier	184 (13%)	28 (15%)
4 kriterier	476 (34%)	75 (41%)
5 kriterier	618 (44%)	69 (38%)

Tabel 1: Karakteristika for kohorten. Tallene angiver medianværdier med 25- og 75-percentiler eller antal med procent.

land. I forhold til forekomsten af MAFLD, har grønlændere med T2DM højere ALAT men lavere FIB-4 score sammenlignet med danskere. Det antyder, at grønlændere kan tolerere en højere grad af fedtphobning i leveren førend der opstår arvævsdannelse. Vi håber, at studiet vil hjælpe til øget opmærksomhed på fedtleversygdom i Grønland, samt være startskuddet på en mere dybdegående afdækning af fedtleversygdom i arktiske befolkninger.

Referencer:

1. Pedersen ML. Microvascular complications in Nuuk, Greenland, among Greenlanders and non-Greenlanders diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract Ireland*; 2018;136:1–6.

2. Huang PL. A comprehensive definition for metabolic syndrome. *Dis Model Mech* 2009;2:231–7.
3. Muhammad AG, Hansen FO, Gantzel RH, et al. Non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes in Greenland: a register-based cross-sectional study. *Int J Circumpolar Health* 2022;81:2065755.

Falck igangsætter droneflyvninger i Grønland

Frem mod november 2022 skal Falck og Det Grønlandske Sundhedsvæsen afprøve brugen af droner til transportere medicin og diagnostiske prøver mellem byer og bygder. Intentionen med projektet er at afsøge, hvordan droner kan styrke sundhedsindsatsen i bygderne, hvor infrastrukturen er en udfordring, og der er langt til nærmeste hospital.

I samarbejde med Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse (Grønlands Selvstyre) og Grønlands Center for Sundhedsforskning tager Falck endnu et vigtigt skridt frem mod integrationen af droner på sundhedsområdet. Beboerne i den grønlandske Region Sermersooq bliver de første i Grønland, der skal være med til at afprøve, hvordan brugen af droner i Sundhedsvæsenet kan binde bygderne tættere på hospitalet.

Falck har arbejdet med implementering af droner i sundhedsvæsenet i en årrække, og har igennem et tæt samarbejde med sundhedsvæsenet solid erfaring med etablering

af organisatoriske logistikforløb, der passer sammen med den omkringliggende organisation. Sammen med de grønlandske sundhedsmyndigheder, der kender den eksisterende organisation og borgernes behov, skal partnerne i fællesskab udvikle et set-up, der organisatorisk understøtter integration af droner i sundhedsvæsenet.

”Vi er spændte på, hvordan dronerne kan bidrage til vores sundhedsvæsen og hjælpe de borgere, der bor langt fra nærmeste hospital. Der arbejdes lige nu på at sikre en opsætning, der fungerer godt sammen med de arbejdsgange og processer, som vores sundhedsvæsen allerede er bygget op omkring i dag” siger Ella Skifte, chefsygeplejerske i Sundhedsvæsenet i Grønland.

Konkret skal dronerne transportere medicin som fx antibiotika og diagnostiske prøver fra Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk til bygderne Kapisillit og Qeqertarsuatsiaat. Da distancerne imellem bygderne til det nærmeste hospital er store, kan brugen af dronerne afhjælpe med en hur-



Drone over Nuuk



tigere diagnosticering og gøre det nemmere og hurtigere at få livsvigtigt medicin frem på de lange distancer.

”Vi er utrolig glade for samarbejdet med Det Grønlandske Sundhedsvæsen og deres fremsynethed, så vi nu for alvor kan afprøve, hvordan sundhedsdroner fungerer i praksis over lange distancer og i sammenspil med det eksisterende sundhedsvæsen. Det er afgørende erfaringer, vi gør os nu, og det kommer til at danne det fundament, som vores videre implementering af droner i sundhedsvæsenet skal bygge ovenpå,” siger, Nicolai Søndergaard Laugesen, der er udviklingsdirektør og ansvarlig for droneprojekter i Falck.

Vigtigheden af hurtigere diagnosticering

Ledende regionslæge i Region Sermersooq håber ligeledes på, at dronerne både kan hjælpe med hurtigere diagnosticering og levering af medicin.

“Et hurtigere behandlingsforløb kan i sidste ende have stor betydning ved mere alvorlige sygdomstilfælde. Så jeg ser frem til at se, hvorledes dronerne kan bidrage til at reducere oplevelsen af afstandene i vores region og forhåbent-

lig være med til at højne vores sundhed,” siger Jesper Olesen.

Ventetid grundet de store afstande er både kostbart og kan i nogle tilfælde være helt afgørende for en patients forløb. Derfor forventes droneprojektet på sigt at kunne bidrage til et mere effektivt patientforløb med mulighed for hurtigere svar på undersøgelsesresultater og dermed hurtigere igangsætning af behandling.

”Grønlands geografi og bosætningsmønster stiller særlige betingelser og udfordringer, når det kommer til borgernes adgang til sundhedsydelser. Vi ser i Grønlands Center for Sundhedsforskning frem til at indsamle viden på baggrund af projektet, der kan medvirke til at styrke sundhedsindsatsen mellem bygder og byer,” siger regionslæge og formand for Grønlands Center for Sundhedsforskning Gert Mulvad.

Projektet er forankret hos ledende regionslæge Jesper Olesen i Region, Sermersooq og Falcks udviklingsenhed Vertical, der igennem en årrække har arbejdet med implementeringen og brugen af droner i sundhedsvæsenet.

Kinguaarit Inuunerissut – A cultural camp for youth and older people

Kamilla Nørtoft

Background

Suicide is a general problem in the Arctic regions including Greenland (Young et al 2015). Canadian and American research in suicide prevention among Inuit and Alaska Natives show that youth participating in activities focused on nature, cultural values and identity experience improved well-being and mental health (Noah & Healey, 2010; Redvers et al., 2015; SDWG, 2015). Lately, Greenland has seen a range of social and political initiatives focusing on the well-being of children and youth. However, the documentation of these initiatives is scarce (Ingemann & Larsen, 2017; Karsberg, 2016). We know that knowledge of, access to and experience with nature are crucial cultural values for older Greenlanders' identity and well-being (Nørtoft & Jensen 2017; Nørtoft et al. 2018). Transmission of cultural skills and knowledge from older to younger people through spending time together and storytelling has always been central in Inuit culture (Laugrand & Oosten, 2009).

Kinguaarit Inuunerissut is a pilot project running from 2020 to 2022. The purpose is to develop a concept for cultural camps bringing older people and youth together to share cultural activities and thereby strengthen participants' cultural identity as well as improving their well-being. The project is conducted in collaboration between Center for Public Health in Greenland (CPHG), Kommuneqarfik Sermersooq and Qeqqata Kommunia and is funded by Karen Elise Jensens Fond.

The camps

The two municipalities engaged in the project in very different ways. Kommuneqarfik Sermersooq gave access to a school and a campsite and announced the camp in their catalogue of summer activities for school children. Thus, it was the facilitators from CPHG arranging all activities and recruiting older participants as well as youth since only a few had signed up through coordinated municipal summer activities. In Qeqqata Kommunia prevention consultants, leisure consultants, sustainability consultants arranged and organized all activities and recruited the older participants. The school consultants helped recruiting

youth participants from two schools. They recruited youth that were socially marginalized in different ways. The municipality gave access to a school and campsite. Furthermore, municipal employees were co-facilitators during camps.

The camps and meetings in Kommuneqarfik Sermersooq took place in Nuuk from July 2021 to March 2022 and included a five-day summer camp, an evening meeting in November and a one-day winter camp in March. The camps and meetings in Qeqqata Kommunia took place in Sisimiut and included a three-day wintercamp in April, a one-day meeting in June and a three-day summer camp in August.

All together 14 youth and eight older people participated in the camps.

The activities varied from camp to camp depending on local possibilities and resources available. The main content of both camps was related to Greenlandic culture – including dogsledding, sailing, fishing, shooting, collecting edible plants, cooking, building igloos, Inuit tattoos, drum dance and more. Other activities were exercises focused on perceptions of self, the body, the town etc.

Preliminary results

Our immediate observations and evaluation of the camps show that participants had a good time, learned more about their culture including what to do on the land and how to do it. They also made new friends and got to know new people from different age groups. It turned out to be an important feature to let participants meet several times over a longer period. During the first days, youth and older participants stayed mainly with their own age group and only interacted when necessary. Later the interaction between generations came more natural as especially youth participants became less shy and more confident around the older participants as well as the facilitators. The interaction and the relations were especially strengthened during activities on the camp sites, when everyone worked



together on fishing, preparing fish, cutting reindeer meat, cutting seal collecting plants, cooking, doing dishes etc.

Based on evidence from the pilot project in two municipalities, the next step is to develop a flexible concept and curriculum that can be implemented in the municipalities in various ways according to the local needs, resources and possibilities. Follow-up research on such initiatives in the municipality can provide evidence for the benefits of these camps for the well-being and cultural identity for youth as well as for older people in Greenland.

References

- Ingemann C & Larsen CVL. (2017). Midtvejsevaluering af Inuuneritta II. Gennemført i 2017, SIF december 2017.
- Karsberg, S. (2016). Mental health among youth in Greenland: Who is responsible? What is being done? Nordic Centre for Welfare and Social Issues. <https://nordicwelfare.org>
- Laugrand F & Oosten J. Transfer of Inuit qaujimagatuqangit in modern Inuit society, *Études/Inuit/Studies* 33 (1-2): 115-131, 2009.
- Noah J & Healey G. Youth Health and Wellness Camps: A review of programs and literature in the North. Qaujigiartiit Health Research Centre (Nunavut), 2010. <https://www.qhrc.ca/docs>
- Nørtoft, K, Carroll, S, Siren, A, Bjerregaard, P, Larsen, CVL, Brædder, M, Hounsgaard, L &
- Jensen, T (2018). Enhancing Well-Being Among Older People in Greenland through Partnerships of Research, Practice and Civil Society, *Arctic Yearbook* 2018, s. 235-252.
- Nørtoft, K & Jensen, T (2017). Aldringsidentitet i spændingsfeltet mellem fangersamfund og velfærdsstat, *Psyke og Logos*, 38(1), 32-50.
- Redvers J, Bjerregaard P, Eriksen H, Fanian S, Healey G, Hiratsuka V, Jong M, Larsen CVL, Linton J, Pollock N, Silvik-en A, Stoor P, Chatwood S. (2015) A scoping review of Indigenous suicide prevention in circumpolar regions. *Int J Circumpolar Health*. 2015;74:27509.
- Sustainable Development Working Group (SDWG) (2015). *Sharing Hope. Circumpolar Perspectives on Promising Practices for Promoting Mental Wellness and Resilience*, 2015. Report prepared for the Arctic Council.
- Young TK, Revich B, Soininen L.(2015). Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *International Journal of Circumpolar Health*. 2015;74(1):27349.

Enorm interesse for digital sundhed blandt læger i Grønland



Af Johan Skov Bundgaard (Læge, Nuuk) og Kristine Andersen (Læge-studerende, Steno Diabetes Center Grønland)

For nyligt så Johan en patient i Dronning Ingrid's Sundhedscenter, der ville vise sit EKG som han var bekymret for, men vi havde ikke taget et EKG. Derefter blev patienten lidt uforskammet, da han tog sin telefon frem og bladrede i den, samt kiggede på sit ur uden at sige noget. Eller rettere. Jeg misforstod patienten, der ville vise sit EKG som han selv havde optaget på sit Apple Watch. Vi er ikke de eneste i Grønland, der gerne vil lære mere om digital sundhed – det svarer 88% af de 51 læger i Grønland vi spurgte (spørgeskema til læger, primært Nuuk), at de gerne vil.

Hvordan skal jeg forholde mig til hans Apple Watch EKG? Er det validt? Kan vi bruge det i diagnostisk øjemed? Det er formentlig spørgsmål vi vil støde på i stigende hyppighed og derfor skal læger (samt andre sundhedsfagligt personale) rustes til at håndtere stigende brug af sundhedsteknologiske produkter. Men først – hvad er digital sundhed? Det er et paraply-begreb for en bred vifte af teknologier, inkluderende både hardware (fysiske enheder) og software (instruktioner, der styrer teknologi) til benyttelse indenfor sundhedsområdet.¹ Digital sundhed omfatter således områder som telemedicin, elektroniske patient-journaler, robotkirurgi, chat-bots, mobile apps, smartwatches (wearables), etc.

Forslag om en ottende lægerolle

Johan var med til at skrive en kronik i Ugeskrift for Læger med titlen ”Skal vi have en ottende lægerolle – digital sundhed?” For er digital sundhed et buzzword, allerede ankommet til sundhedsvæsenet eller noget ude i fremtiden? Svaret er nok ja til alle tre. I forbindelse med denne kronik spurgte Johan og andre 60 læger i Danmark om, hvorvidt de kunne forestille sig, at digitale kompetencer bliver så central en del af lægegerningen, at de kunne blive en decideret lægerolle. I undersøgelsen i Danmark angav omtrent halvdelen (52%) af de 60 læger, at digitale kompetencer godt kunne blive en ny lægerolle. Dog med opmærksomhed på, at ”kompetence-bægeret” ikke skal flyde over. Det må holdes for øje, at digitale kompetencer ikke er målet i sig selv, men fremtidens patienter vil formentlig konsulteres via telemedicin og behandlings-algoritmer kunne gå hen og blive ”black boxes” for læger, hvis vi ikke er på forkanten, når sundhedsteknologierne kommer i endnu højere grad. Vi stillede i øvrigt det samme spørgsmål om interessen for at lære om digital sundhed til de danske læger, hvor 87% svarede, at de gerne vil lære mere om digital sundhed (mod 88% i Grønland).

Digitale læger er et varmt emne

Det må erkendes som et uomtvisteligt faktum, at vi be-

finder os i en teknologisk guldalder. Det var ikke muligt at finde tal for Grønland, men aktuelt anvender cirka 40% af danskere sundhedsapps på smartphones eller ”wearables” til måling af fysisk aktivitet og fra officiel side har *Grønlands Nationale Sundhedsstrategi 2014-2017* også sundhedsteknologi som et fokus punkt til gavn for borgerne.^{II} Digitale sundhedsløsninger kan gavne både patienten og lægen og et systematisk review fra 2018 fandt, at sundhedsteknologiske løsninger ofte havde en positiv effekt på medicinske outcomes.^{III} En nylig artikel med titlen ”Digital health competencies in medical school education: a scoping review and Delphi method study” fra Danmark undersøgte, hvilke emner det var vigtigst, at lægestuderende skulle undervises i, når det drejer sig om uddannelse af kommende læger.^{IV} I Danmark har sundhedsdatastyrelsen i 2018 lavet en rapport med titlen ”Strategi for digital sundhed 2018-2022” og EU-kommissionen har skrevet: *”Training in digital knowledge and skills should become a new core component of training for future and current doctors in all Member States.”*^V Grønland er ikke med i EU, men ovenstående tyder på, at ændringer er på vej. Tyskland er endnu længere fremme og har indført ”ordinerbare apps”, hvor digital sundheds apps kan ordineres af læger med tilbagebetaling via sundhedsforsikring.^{VI}

Hvad mener læger i Grønland ellers?

Kun 24% af lægerne i vores spørgeskemaundersøgelse i Grønland mente, at de blev informeret nok om muligheden for – og oplæring i digital sundhed (e.g. telekommunikation) i deres daglige arbejde. Så interessen er enorm, men oplæringen ellers kompetenceløftet følger måske ikke helt med? Aktuelt benyttes Cosmic som patientjournal system (som betegnes under paraplyen digital sundhed) i Grønland, men står måske til udskiftning. Hele 55% af lægerne angav, at de bedre kan lide Cosmic end andre IT-systemer indenfor sundhedsområdet som de har prøvet. Slutteligt blev lægerne spurgt om de mener, at de benytter tele-konsultationer i deres daglige kliniske arbejde og her svarede 43% ja.

Borgerne/ patienterne, lægerne og myndigheder viser således alle interesse for digital sundhed. Tiden er måske inde til at grønlandske læger rustes endnu bedre til at bruge digitale sundhedsteknologier som patienterne allerede bruger. Det tyder på, at læger i Grønland ønsker at være

klar til et mere digitaliseret sundhedsvæsen, men sådan en udvikling kommer ikke af sig selv og lægerne angiver, at der mangler oplæring.

Referencer

- ^I FDA, What is Digital Health?, 2020, Link: <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/what-digital-health>
- ^{II} National Sundhedsstrategi 2014-2017, Naalakkersuisoq for Sundhed og Infrastruktur <http://www.asg.gl/Portals/0/gamlefiler/hoeringsbilag/Sundhedsstrategi%20til%20h%F8ring%20DK%20%5BDOK1497900%5D.PDF>
- ^{III} Health Information Technology Continues to Show Positive Effect on Medical Outcomes: Systematic Review, Kruse et al, 2018, J Med Internet Res.
- ^{IV} Digital health competencies in medical school education: a scoping review and Delphi method study, Khurana et al, 2022, BMC Medical Education
- ^V <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/digital-transforming-medical-doctors-daily-work-deans-and-student-doctors-agree-common>
- ^{VI} Want to See the Future of Digital Health Tools? Look to Germany, Stern et al., 2020, Harvard Business Review

Prioriterer læger i Grønland bred sundhedsformidling?

Af Johan Bundgaard (Læge, Nuuk) og Aske Høck (Læge, Nuuk)

Hvordan udbredes sundhedsinformation i Grønland? Fra lægelig side foregår det under konsultationer, når man sidder overfor en patient. Det er her hovedparten af lægers tid bruges, men hvis man skal nå ud til flere mennesker må andre midler tages i brug. Det gælder både skriftlige og mundtlige muligheder, når læger agerer "kommunikator" – som en af de 7 lægeroller tilskrives.

Sundhedsformidling i Grønland er en kompleks størrelse, der ikke er blevet mindre kompleks i takt med, at nye aktører som influencere har gjort entré på det stigende antal platforme. Sundhedsformidling inkluderer således både mundtlige overleveringer, offentlige udmeldinger, lægepatient samtaler, osv., men megen formidling eller kommunikation foregår på gamle såvel nye sociale medier. Hvor står den enkelte læge i denne formidlingskamp for opmærksomhed – som det af og til går hen og bliver? Den enkelte læge hverken kan eller skal agere myndighed, men har vi et ansvar for formidling indenfor vores respektive områder til at bidrage med oplysning i de mange forskelligartede sager, der florerer og bliver diskuteret livligt? Hvis vi fortsat mener, at sundhedsfremmer, samt kommunikator bør indgå i de 7 lægeroller, bør der måske gøres en større indsats for at sættes fokus på dem. Vi har udformet et spørgeskema og adspurgt 51 læger i Grønland til, hvorvidt de prioriterer sundhedsformidling til den brede befolkning, om politikerne lytter til lægefagligt input, samt en række andre spørgsmål. En undersøgelse med få respondenter fordrer forsigtig konklusionsdragning, men udgør en betydelig andel af læger i Grønland og kan give et indblik i holdningen til sundhedsformidling.

På daglig basis stifter læger bekendtskab med ny viden som vi benytter i behandling af patienter, men formidler vi også denne viden til befolkningen, samt beslutningstagere som politikere? I en kronik i Dagens Medicin med titlen "Giv fageksperterne nøglen til indflydelse på Christiansborg"¹ tyder det på, at omtrent halvdelen af læger i Danmark "ikke er bekendt med, hvordan de via embedsværk, civilsamfund eller medier kan skabe offentlig opmærksomhed om deres erfaringer eller forskning, og hvor-

dan de herved kan skabe politisk forandring mod en mere hensigtsmæssig sundhedsindsats." Mangler lægestandens klinikere og forskere kompetencerne for at få vores viden ind, hvor vigtige sundhedsbeslutninger tages? Har vi gået igennem 6 år på universitetet, 5 år i hoveduddannelse, samt diverse andre tillægsstillinger som forskning uden at lære at manøvrere i det sundhedsformidlende landskab? Er det bevidst fravalgt fra universiteterne, arbejdspladserne og fagorganisationerne eller blot ikke højt nok oppe på prioritetslisten? Eller er lægens plads kun foran patienten og i laboratoriet? Vi mener, at rollen som kommunikator er væsentlig – også udover sundhedsformidling til den enkelte patient – for at gøre akademisk viden tilgængelig for ikke-sundhedsfaglige og skabe strukturelle forandringer til gavn for patienter og sundhedsvæsenet i sin helhed.

Tidligere initiativer i Grønland

Vi spurgte Gert Mulvad, der som læge i Dronning Ingrid Sundhedscenter og aktiv i adskillige komiteer og bestyrelser har god indsigt i sundhedskommunikation i Grønland, hvordan det populærvidenskabelige sundhedskommunikationslandskab har set ud tidligere i Grønland. Gennem de sidste 20 år har der været flere initiativer for sundhedskommunikation til den brede befolkning. Disse inkluderer bl.a. "Kærlige råd fra lægen" i ugeavisen omkring almen medicinske problemstillinger (e.g. influenza), en lægebrevkasse hos KNR, en tema-session hos Polarfronten (et populærvidenskabeligt medie) og små videoklip om ernæringsråd i TV. Ovenstående initiativer florerer ikke længere og til det svarer Gert "Det er et ressource-spørgsmål". Der foregår dog stadig noget sundhedsformidling bl.a. Minprævention.gl's kampagne, der er aktuel på busstoppesteder og som er super informativt. Derudover kan nævnes NunaMed konferencen m. pressedækning og streaming af oplæg, samt Grønlandsk medicinsk Selskabs populærvidenskabelige beskrivelser af videnskabelige artikler. Det er svært at sætte et niveau for, hvornår mængden er tilpas, men det handler ikke kun om mængde, men også indholdet. Følges Facebook, Sermitsiaq.ag eller Nuuk ugeavis fylder negative historie om sundhedsvæsenet meget. Den seneste tid har især negative historier om børn med hudsygdomme fyldt en del. Negative enkeltsager kan ikke undgås i et sundhedsvæsen, men for os som læger får man indtrykket af, at der et disproportionalt forhold mellem den dårlige og gode omtale. Det kan næsten virke som

om det primært er reaktiv besvarelse på negativ omtale, hvorimod positiv proaktiv sundhedskommunikation kunne fylde mere. Vi spurgte derfor Gert Mulvad omkring hans holdning til dette, hvortil han svarede *”Jeg tror på den langsigtede gode sundhedskommunikation i stedet for kun krisehåndtering af enkeltsager”*. En sådan eksisterer måske, men den er i så fald ikke bekendt af os som medarbejdere i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Borgeres kilde til sundhedsinformation og lægers ansvar

Har dit barn et udslæt? Er sundhedsvæsenet under pres? Hvad viste den forskning, hvor jeg var forsøgsperson? Skal jeg tage D-vitamin? Hvordan får man som borger i Grønland svar på spørgsmål som disse udover at ringe til lægeklinikken eller selv at Google rundt, hvor nogle hjemmesider kan være mangelfulde? Hvor er den gode kilde til sundhedsinformation på grønlandsk såvel dansk sprog? I vores perspektiv kan det være ligeså vigtig som konsultationer – vores arbejde er at fremme sundhed blandt borgere i Grønland og kan virke forebyggende. Læger får naturligvis ikke altid vores holdninger gennemført, men vi har indsigt og bør måske derfor være mere aktive på denne front. Et interessant eksempel fra Danmark er sagen om kronisk træthed, hvor læger blev overruled.¹¹ Et enigt Folketingsvalgte at rykke diagnosen for kronisk træthed fra funktionelle lidelser til en fysisk sygdom på trods af, at flere læger flere protesterede og Sundhedsstyrelsen i et notat skrev *”ud fra en samlet vurdering af både tilgængelig viden på området og den faglige konsensus kan Sundhedsstyrelsen således ikke anbefale, at kronisk træthedssyndrom ‘tages ud’ af kategorien funktionelle lidelser”*. Politikernes mål har været ens med lægernes – at forbedre vilkårene for patienterne, men sagen er interessant, da den sundhedsfaglige viden måtte vige. Lægeforeningens formand udtalte *”Det er helt uforståeligt, at det kan foregå”*, da han mente, at politikere begyndte at blande sig i spørgsmål, der burde være faglige og ikke politiske. Det er svært at konkludere, at det er fordi vi ikke sundhedskommunikerer nok, men sagen illustrerer, at det er vigtigt, at vi giver vores mening til kende, når vi fra et sundhedsekspert synspunkt er uenige.

Spørgeskema tyder på diskrepans

Hele 65% (31 ud af 48) af læger i Grønland i vores undersøgelse angav, at de oplever, at grønlandere i høj grad informeres om sundhedsfagligt stof fra folk uden sundhedsfaglig baggrund eller belæg. I et lignende spørgeskema blandt læger i Danmark var dette tal 85%.¹¹¹ Samtidigt mener kun 12% (5 ud af 43) af lægerne i Grønland, at læger generelt ses og høres nok i den offentlige sundhedsdebat i Grønland. Læge-standen vil således gerne have læger til

at fylde mere i den offentlige sundhedsdebat. Trods dette svarer kun 25% (13 ud af 51) af de adspurgte læger i Grønland (35% blandt læger i Danmark), at de selv på nuværende tidspunkt prioriterer formidling af deres viden til den brede befolkning i populærvidenskabelige artikler eller på anden vis i den offentlige debat (radio, fjernsyn, sociale medier)? Der er således en diskrepans mellem den rolle, de adspurgte læger mener, læger bør indtage og den de selv indtager. I det sammenlignelige spørgeskema blandt læger i Danmark omkring danske forhold vurderede kronikørerne, at forklaringen skulle findes i bekymring fra lægernes side, samt manglende kompetencer indenfor sundhedsformidling. Om det forholder sig ligeledes blandt læger i Grønland kan vi ikke vurdere, men 58% (29 ud af 50) af de adspurgte læger i vores undersøgelse i Grønland svarede, at de var bekymret for, hvordan deres budskab vil blive modtaget, hvis de deltog i den offentlige debat. Sundhedsformidling til borgere er vigtig, men også kommunikationen til politikere kan være vigtig og vi spurgte derfor lægerne i Grønland i, hvorvidt politikerne lytter i tilstrækkelig grad til det lægefaglige input forud for nye tiltag – hvilket 85% (34 ud af 40) svarede nej til. Er det unikt højt for Grønland? Nej, i Danmark svarede 88% af lægerne nej til selvsamme spørgsmål blot omkring danske forhold.

Etableringen af et læge-teknokrati er ikke løsningen, men sundhedsfaglig viden – både ny og gammel – er meningsløs, hvis den samler støv i et hjørne. Lægernes viden og holdninger kan sjældent oversættes direkte til politiske handlinger, men kan nuancere holdninger og bred sundhedsfaglig formidling kan oplyse borgere. Vi opfordrer således forskere, klinikere, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter til at formidle jeres viden udenfor hospitalernes matrikler – også selvom vi måske ikke inviteres til bordet. Vi opfordrer politikere og arbejdspladser til at tilbyde sundhedsfaglige uddannelse i skriftlig såvel mundtlig populærvidenskabelig kommunikation – altså udover patientcentreret kommunikation. Lad os sammen fortælle succeshistorierne som sundhedsvæsenet i høj grad også har.

Referencer

¹ <https://dagensmedicin.dk/giv-fagekspertes-noeglen-til-indflydelse-paa-christiansborg/>

¹¹ <https://www.zetland.dk/historie/sowGLZdA-aO9kVR61-4e74a>

¹¹¹ <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art8156237/Her-er-fire-forslag-der-kan-styrke-lægernes-rolle-i-sundhedsdebatten>

Kultur, sundhed & et godt liv / Kulturi, peqqissusseq & inuunerissuunerl



Kom til gratis åbent arrangement i Katuaq!

Tid og dato: 1. oktober kl.10.30-12.30

Sted: Katuaq

I år åbner vi dørene for alle der har lyst til at se med. Du kan opleve:

NUNAMED 2022 – En konference om medicin og sundhed i Grønland – Finder sted 30. september – 2. oktober 2022 i Nuuk.

- Poster-session med Ph.d-studerendes spændende arbejde indenfor det grønlandske sundhedsområde
- Få målt dit blodtryk. Se og prøv andre forskningsinstrumenter
- Shop husflid af lokale kunstnere

Der vil være kaffe og kage til alle der deltager!

www.nunamed.org



NUNAMED

En grønlandsmedicinsk konference

