



Grønland vinder af Nations tovtrækningskonkurrence ved ICCH i København 2018

Grønlands Lægeforenings bestyrelsesberetning 2018	3	Rejs med dine kolleger til Wonca Konferencen i Kyoto	16
Henning Sloth Pedersen En Grønlands læge, miljømediciner og stridsmand er gået bort	5	Preben Homøe tildeles Hildes Medalje 2018	16
Indlæg til Medier i Grønland	6	Hildes medalje	17
KNR Sundhedsvæsenet køre på pumperne	8	Jens Peder Hart Hansen Memorial Fund	18
Nakorsanut's redaktør blev tildelt årets ærespris 2018	8	Aviaja Lyberth Hauptmann tildeles Jens Peder Hart Hansen Memorial Fund 2018	18
Fastholdelse af læger i Grønland	9	På vej til NUNAMED 2019 "Bevægelse i Sundhed".	19
Teen-age-graviditeter	10	10 år med diabetes i Det grønlandske Sundhedsvæsen	20
Refleksion over artiklen Teen-age-graviditeter	11	Grønlands Center for Sundhedsforskning	24
Landslægeembedet: Svangerskabsafbrydelser i Grønland	12	Hva' Pokker The Great Imitator is back	26
Report WExchangeS International Internship General Practice in Greenland	14	Min interesse for udredning af demens i Grønland	28
		Beskrivelse af TBC1D4 proteinets funktion	29

Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25

Nakorsanut@greenet.gl

Redaktion:

Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

Layout: tita.gl

Oplag: 350

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 – Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsforening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeforeningens hjemmeside:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LaegerdkOm%20L%C3%A6geforeningenL%C3%A6gekresforeningen%20Gr%C3%B8nland>

Grønlands Lægekredsforenings bestyrelse:**Formand:**

Regionslæge Hans Christian Florian Sørensen

Tasiilaq Sygehus, hcflorian@hotmail.com

Næstformand & Kasserer:

Regionslæge Nicolai Hardenberg Larsen

Dronning Ingrid Sundhedscenter, nihl@peqqik.gl

Sekretær:

Yngre Læge-repræsentant Ivalu Spange Frederiksen

DIS, ivfr@peqqik.gl

Bestyrelsesmedlemmer:

Overlæge Simon Olav Bernth-Andersen

Dr. Ingrid Hospital, sbea@peqqik.gl

Overlæge Karen Marie Kielsen

Dr. Ingrid Hospital, kmki@peqqik.gl

Yngre Læge-repræsentant Marianne Welzel Andersen

Dr. Ingrid Hospital, mwea@peqqik.gl

Suppleant:

Regionslæge Hanne Lyng Rex

Dr. Ingrid Hospital, hannelyngrex@hotmail.com

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Vi bringer her Anders Koch velkomst til en vellykket konference omkring sundhed i Arktisk med temaet:

Moving Circumpolar Health Forward

Welcome to the 17th International Congress of Circumpolar Health (ICCH17).

The conference takes place August 12-15, 2018, in Copenhagen, Denmark. Overall organizer is the International Union for Circumpolar Health (IUCH), and local organizer the Danish Greenlandic Society for Circumpolar Health.

The ICCH congresses are held every third year in different locations in the circumpolar area and represent the largest scientific meetings worldwide on circumpolar health. The focus of the conferences is any aspect related to health in Circumpolar areas.

The overall focus of this year's conference is 'Moving Circumpolar Health Forward'. Arctic areas and populations in Arctic areas are at present going through major changes related to environmental, social and living conditions that all affect health. In this conference, we wish to focus on what the future may bring to health of populations in circumpolar areas, and how health of populations in these parts of the world may be improved.

The conference consists of keynote lectures and presentation of accepted abstracts in oral sessions or poster presentations.

In addition to the scientific content of the conference, each day ends with a social event that we hope as many participants as possible will attend.

While the conference is held in Denmark, the focus of the conference is health in Circumpolar areas. Therefore, Greenland and other circumpolar areas will be central in all aspects of the conference.

Traditional events of each ICCH conference include the general IUCH assembly and presentations of the Hildes and the Jens Peder Hart Hansen medals for distinguished and young researchers, respectively.

This year two new events will be introduced: 'Lunch with the experts' and a nation-wide sports cup between volunteer representatives from each circumpolar country/area. Stay tuned.

Also, a Summer School of Circumpolar Health and a PhD research course will take place immediately after the conference.

Copenhagen is beautiful in August, so besides an exciting scientific and social program, we hope that you will take your time to explore the capital of the Happiest people in the world.

On behalf of the IUCH, The Danish Greenlandic Society for Circumpolar Health and the organizing committee I wish you all a warm welcome to the 17th International Congress of Circumpolar Health, August 12-15, 2018, in Copenhagen, Denmark.

Anders Koch, MD, PhD, MPH

Professor, Ilisimatusarfik, University of Greenland

President, The 17th International Congress of Circumpolar Health

Grønlands Lægeforeningsbestyrelsesberetning 2018 – med enkelte senere tilføjelser

Indledningsvist holdt Gert Mulvad mindetale for Henning Sloth Petersen.

Generalforsamlingen 2017 betød udskiftning i bestyrelsen. Vi måtte sige farvel til vores formand Ole Lind, som efter en stor indsats havde valgt at tage sig en pause fra det fagpolitiske. Ligeledes måtte vi sige farvel til Malik Møller og Finnur Eldevig. Vi vil takke Ole for engagement, klare holdninger og et fantastisk samarbejde. Ikke mindst en kolossal indsats ved overenskomstforhandlingerne i 2015 – men også løbende, hvor der har været mange sager, som Ole har taget sig klogt og samvittighedsfuldt af. Malik og Finnur fortjener også ros for godt arbejde og muntre indlæg.

Den nye bestyrelse bestående af Nicolai, Ivalu, mig selv som gengangere og tre nyttilkomne: Simon, Marianne og Karen Marie, har forsøgt at føre det gode arbejde videre. Der er afholdt syv bestyrelsesmøder og et dagslangt overenskomst seminar.

Fra starten har der været enighed om at fokusere på to områder: De kommende overenskomstforhandlinger og kursusvirksomhed.

Bestyrelsen har forsøgt at markere Lægeforeningens holdninger i dagspressen. Vi har forsøgt at påvirke den politiske proces i en retning, hvor der gerne skulle bevilges det sundhedsfaglige område flere penge, som så forhåbentlig også betyder lidt bedre vilkår til de kommende OK-forhandlinger. Sidste gang – i 2015 – var vi jo noget hæmmede af den meget lille ramme for forhandlingerne, en ramme som det dog lykkedes at rokke en anelse ved, men ikke meget.

Vi kan konstatere, at det næppe har været meget vanskeligere at rekruttere læger til Kysten. Der er et flertal af distrikter helt uden fastansatte læger, men heldigvis er der da også lyspunkter. Der er bare langt imellem disse.

Afdelingerne på DIH er også svært ramt, både af rekrutteringsvanskeligheder, men også af manglende bevillinger generelt.

Bestyrelsen har forsøgt – og forsøger løbende – at dokumentere den diskrepans, der er mellem politikernes løfter til borgerne og hvad vi, i sundhedsvæsnen, rent faktisk er i stand til, for de midler der gives os. Det er en vanskelig ting at råbe politikerne op. Læger er højt lønnede og vores berettigede lønkrav møder ikke megen forståelse i den brede befolkning. Det forholder sig lidt anderledes med Sundhedsvæsnen som et hele, og man skulle tro, at politikere – eller i hvert fald flere end tilfældet er – ville råbe højere op om forbedrede kår for sundhedsvæsnen. Faktum er, at der intet som helst står i det nye regeringsgrundlag om sundhedsvæsnen. Det er ret deprimerende. Vores tidligere minister – langturschaufføren – er nu afløst af Martha Abelsen, som heldigvis har et ganske indgående kendskab til sundhedsvæsnen fra sit tidligere virke som departementschef samme sted. Vi kan håbe på bedre tider.

Tilbage står, at Finansloven for 2019 er udskudt. Det er landingsbaner der fylder hele det politiske landskab og man skal være meget optimistisk, såfremt man tror på en markant rammeforøgelse til de kommende overenskomstforhandlinger, men vi bør dog kunne argumentere, for en ramme der procentvis er mindst ligeså god, som den PPK fik for et år siden.

Sidste år var Ole, sammen med resten af bestyrelsen, meget stolt af at have fået en aftale igennem, der sidestillede de pædiatriske overlæger med hovedparten af de andre overlæger på DIH. Den aftale er bare ikke sat i værk. Selvstyrets Forhandlingsafdeling har været fuldstændig lagt ned, hvilket også har gjort det yderst vanskeligt for vores sygeplejekolleger i PPK. Deres aftale fra sidste år er fortsat ikke sat i værk. Nu har vi så netop idag, fredag d. 2.11., haft møde med Forhandlingsafdelingen og vi kan nu glæde os over, at pædiateraftalen er underskrevet og implementeres øjeblikkeligt.

(Lørdag d. 3.11. var der igen møde med Forhandlingsafdelingen/overenskomstkontoret, hvor vagttime opgørelsen for DIS, blev anerkendt og underskrevet. Bedre sent end aldrig.)



Hans Chr Florian

Af andre små lyspunkter bør nævnes, at der er oprettet – og besat – en uddannelsesstilling hos Landslægen. Det er virkelig et fremskridt, som kan betyde meget på den lange bane. Men her gælder det desværre også, at der endnu ikke foreligger en underskrevet aftale. Der er også indgået en seniorordning for et enkelt medlem – den mulighed eksisterer i overenskomsten og det virker til, at det ikke er så vanskeligt at forhandle sådan en aftale på plads.

Hele første halvdel af 2018 var præget af cheflæge firing og ansættelse. Det er aldrig godt for en organisation, når der er uro i toppen og det har da også kunnet mærkes. Vi håber på bedre tider og byder Berit Handberg velkommen i det grønlandske sundhedsvæsen.

Der er afholdt et eftermiddags-/aftenarrangement i medicinske sygdomme, samt et ALSO kursus i Lægeforeningens regi.

I det kommende år håber vi på at afholde et tredages kursus for yngre læger, et seminar i Infektionsmedicin, et ALS kursus, samt et AWLS kursus. Lægeforeningen ser

det som sin opgave at støtte kursusvirksomhed, men vi er afhængige af at medlemmerne hjælper os, både med ideer til kurser, men også med de praktiske forhold omkring kurserne.

Næste års generalforsamling vil blive lagt i tilslutning til NunaMed som afholdes i begyndelsen af oktober 2019.

Med overlæg blev Nakorsanut ikke nævnt i bestyrelsesberetningen. Overlægget skyldes at bestyrelsen havde besluttet at tildele Gert Mulvad lægeforeningens ærespris under dagsordenens “Eventuelt”. Se andetsteds i dette nummer af Nakorsanut.

*På vegne af bestyrelsen i Grønlands Lægeforening
Hans Chr Florian Sørensen*

Henning Sloth Pedersen.

En Grønlands læge, miljømediciner og stridsmand er gået bort



Henning Sloth Pedersen

Henning blev født dansker, men blev grønlænder i tankerne og hjertet. Han var en sand og lidenskabelig familielæge og en forsker inden for miljømedicin. Han dedikerede sit liv til Grønland og Arktis, en livslang relation til natur og venner, og alle hans patienter, selvfølgelig. Hvem ellers kunne være sådan en forbindelse mellem videnskab og patienter, med hans sprogkundskaber og hans empatiske attitude.

Henning kom til Grønland i 1979 med henblik på at blive timelærer i Qaarsut, hvor han fik lært det grønlandske sprog, den grønlandske mad, sang og humor. Et sprog med Uummannaq dialekt som hang ved. Det var kun begyndelsen på et livslangt engagement i Grønland, som læge forsker debattør og samfundsborger

Som kollegaer på Dronning Ingrid's Sundhedscenter har du for alle faggrupper været en mentor og drivkraft. Din lægegerning og forskning har bragt dig rundt til alle byer i Grønland. Dine besøg har været værdsat på alle sygehuse og blandt byernes borgere. Du var lægen der forstod den enkelte patient og deres behov.

Henning har deltaget i FN's fredsstyrke i Cypern, Elite

Gymnast i Danmark, Arbejdsmand og bygdeskolelærer i Grønland, 1 år i Uummannaq distrikt.

Henning har gennem mere end 25 år haft ansættelse i det grønlandske sundhedsvæsen .

PhD afhandling; Det grønlandske obduktionsprojekt: atherosclerose og intracerebral hæmorrhagi i relation til fedtsyresammensætningen i fedtvæv og validering af dødsårsagsmønstret.

Har i flere år forsket i Arktisk sundhed under AMAP, Arktisk Råds arbejdsgruppe, der overvåger forureningen af tungmetaller i bl.a. arktiske fangst dyr. Deltaget i adskillige større forskningsprojekter primært inden for det miljømedicinske område.

Aktiv deltager i flere miljømedicinske EU projekter bla CLEAR (Climate change, Environmental contaminants and Reproductive health).

Han har været forfatter eller medforfatter på mere end 100 videnskabelige artikler i peer-reviewed tidskrifter deltaget i vejledning af PhD studerende. Henning er tidligere lektor ved Centre for Arctic Environmental Medicine på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet.

I 2014 lektor ved Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Grønlands Universitet Ilisimatusarfik

I 2015 modtog Henning den Arktisk Hildes Medalje, samme år modtog han Grønlands lægeforenings ærespris.

Den 22. juni 2018 modtog han Nersornaat i sølv, Selvstyrets fortjeneste medalje

Hvile i fred, Henning. Du fortjener det efter alle dine kampe. Du betød meget for mange mennesker i Grønland og i Arktis.

Grønlands Lægeforening.

Indlæg til Medier i Grønland



*Nicolai Hardenberg Larsen.
Næstformand Grønlands Lægeforening
Regionslæge DIS Nuuk*

Grønlands Lægeforening har fulgt den debat og fokus som har været siden juli måned omkring vilkårene og udfordringen for et velfungerende sundhedsvæsen i Grønland.

Det er interessante ting som er kommet frem omkring de økonomiske vilkår som er for det Grønlandske Sundhedsvæsen. Forbruget over tid på vikarbureau er meget højt, Sermitsiaq bragte 30. juli 2018 en artikel omkring dette forbrug. Her kunne man se at forbruget til vikarbureau læger fra 2008-2017, altså en 10 årig periode, var på 131,6 mio. kr., det fremgik at omkostningen per læge her var ca. det dobbelte af en overenskomst ansat læge i det Grønlandske Sundhedsvæsen. Således er 65,8 mio. kr. af dette en direkte merudgift for det Grønlandske samfund i det at besætte de lægestillinger som skønnes nødvendige for at opretholde den bemanning man har sat sig for. Beløbet her skal formodentlig tillægges rejse omkostninger, løn under rejsedage, en ændret effektivitet i en periode til introduktion af disse læger til arbejds gange og IT systemer. Man kan kun formode at den økonomi disse tilkaldte sundhedsfaglige kapaciteter lægger i det Grønlandske samfund er

minimal, vist bliver det nok til en souvenir og en sejltur, men størsteparten af de tjente midler efter skat bliver taget ud af Grønland og bliver ej brugt til at skabe vækst og arbejdspladser i samfundet. Beløbet i samme periode for sygeplejersker var 193,1 mio. kr., såfremt ligeledes dobbelt udgift i forhold til overenskomstansættelse er den direkte merudgift her 96,55 mio. kr. Samlet set for læger og sygeplejersker i Vikarbureau stillinger er den rene merudgift over denne 10 årige periode altså 162,35 mio. kr. Eller 16.24 mio. kr. per år, eller 1,35 mio. kr. om måneden. Det er mange penge som man har syntes var nødvendigt at bruge for at løse et her og nu problem omkring en given bemandsingssituation.

Har man så lært af dette for at forbedre rekrutterings og fastholdelses vilkår for sit Sundhedsvæsen? Det er svært at se og sige ja til. Initiativer har der været men effekten er udeblevet i det store billede. Således er der regioner i Grønland som nu er helt uden faste læger. Ønsket om et fast læge i alle byer er nærmest umulig at honorere, og man må sige med nutidens lægefaglige uddannelser er dette måske ej heller ønskværdigt længere. Hvilken form er da så mulig? Det er en opgave at se på og forholde sig til. Men hvordan skal vi så blive flere fastelæger her i Grønland? Dette til gavn for både befolkningen og ikke mindst for de kollegaer som er fastansatte nu og for samfundsøkonomien på sigt. Debatten eller de indlæg som har været på medierne i Grønland siden juli 2018 har fokuseret de manglende forventningsindfrielser som er i Grønland omkring service og behandlingsniveau af sygdomme og lidelser, altså målet men ej midler til at komme derhen. Diskussionen blev af forhenværende sundhedsminister Doris Jacobsen sat på stand by ved at udmelde man så ville oprette en rekrutterings enhed og derved se på problemet. Kan man med god samvittighed sige at Grønland handler med rettidig omhu i sin drift og kvalitetssikring af sit Sundhedsvæsen i respekt og ansvar for sin befolkning? Nej det er svært. Det handler selvfølgelig også om økonomi, det er bestemmende for hvad der er råd til. Koalitionsaftaler som udmeldes af det politiske system lyder flot og stort og betryggende, men portrætterer dette så den realitet som er, nej det gør den ikke. Er der tydelige tiltag for så at bringe sundhedsvæsenet frem mod indfrielser af disse løfter i koalitionsaftalerne, dette er ligeledes svært at se. Grønland bruger en væsentlig mindre del af sin økonomi

på sit sundhedsvæsen end der hvor vi hyppigst sammenligner os med, Danmark. Ca. 8,4 % af vores Brutto National Indkomst (BNI) bruges på sundhedsvæsenet, til sammenligning er dette i Danmark ca. 10,6 % og af en væsentlig større indtægt vel at mærke. Det er en stor post og et stort beløb at forholde sig til i det samlede regnskab for Grønland, ca. 1,4 mia. kr. Sundhedsvæsenet er en kerneinstitution for samfundet, en vigtig institution, uden et fungerende sundhedsvæsen får man ikke et velfungerende samfund. De resurser som tildeles nu står ikke mål med opgavestørrelsen og de vilkår som er.

Lige nu støbes kuglerne til den finanslov som Grønland skal rette sig efter i den kommende tid. Hvad mon den indeholder for Grønlands Sundhedsvæsen? Grønland uddanner ikke selv nok af hverken læger eller sygeplejersker for at bemande sit Sundhedssystem, vi er afhængige af at kunne tiltrække og rekrutterer kollegaer og sundhedsfagligt personale udefra, hovedsageligt fra Danmark. Det vigtigste redskab i en sådan rekruttering og det som evt. tiltrækkende sundhedsfaglige ser på er den overenskomst som ligger på ens fagområde, den fortæller om løn og arbejdsvilkår hvis man vælger at arbejde i Grønland. Vel er der mange som i deres arbejdsliv har haft et ønske om på et tidspunkt at komme forbi Grønland og se og opleve Grønland, nogle vikarer kommer som gengangere grundet et ønske om at bidrage til vores samfund og kan lide at være her og har lidt netværk her, men ej grundet deres indkomst, når der skal tjenes penge er det vikariatet i Skandinavien som batter, ikke Grønland.

Hvis Grønland ønsker et velfungerende sundhedsvæsen må flere midler tilføres. Man bliver nødt til at forholde sig til at man overenskomstmæssigt er sakket meget bagud i forhold til de steder vi rekrutterer fra. Det meningsfulde liv for nyuddannede unge sygeplejersker og læger er ikke kun et fagligt udfordrende og spændende arbejdsliv, men også vilkår omkring barsel, ferier, boliger, intuitioner som skoler, børnehaver og vuggestuer.

Det at kunne tiltrække flere faste læger som er med til at præge vores sundhedsvæsen er overordentligt vigtigt. Grønland har de sidste 10 år oplevet et gradvist generationsskifte i de faste læger som er her i Grønland, tiderne er skiftet ligesom forventningen til udbuddet af behand-

linger, serviceniveau og sikkerheden inden for behandlingerne, det mærkes i Sundhedsvæsenet på deres økonomi og i opgave mængden i løbet af en arbejdsdag for det hårdtarbejdende sundhedsfaglige personale.

Grønlands Lægeforening stiller sig til disposition for Sundhedsledelsen og det politiske niveau i den diskussion det er for muligheder og konstellationer som kunne være med til at løse noget af opgaven. Det er Lægeforeningens holdning at det er nødvendigt med øget resurser og bedre vilkår for at få de nødvendige flere faste læger. Det er simpelt hen ikke i orden man med den ene hånd poster millioner ud af samfundet grundet kortids løsninger med dyre vikarbureau læger/sygeplejersker og samtidig løbende udhuler de overenskomster som er og blot pålægger det eksisterende personale at løse en større og større opgavemængde med tiltagende kompleksitet. Det mærkes i samfundet og utilfredsheden kan ses tydeligere og tydeligere, den viser sig mange steder og ikke blot i borgernes udtalte utilfredshed, heldigvis er der mange som fortsat er tilfredse og oplever en god faglig og professionel service, men for mange er forventningen ikke i overensstemmelse med den virkelighed og mulighed der er reelt til stede og det giver udslag. Dette ses i medierne og kommentarerne fra borgere og på de sociale medier som fylder mere og mere i debatten og meningskabelsen.

Vi har nu en ny minister for Sundhed og Sociale anliggender, Martha Abelsen, Grønlands Lægeforening håber ministeren er bekendt med den debat og fokus som har foregået det seneste halve år og med interesse ser på dette for at være med til at løfte denne opgave og med rettidig omhu at løfte opgaven omkring rekruttering og endnu vigtigere fastholdelse af sundhedsfagligt personale.

§37-svar: Sundhedsvæsenet kører på pumperne

21. september 2018 · 09:36
af Jens Thorin

Der er store rekrutteringsmæssige udfordringer på hele sundhedsområdet, fortæller naalakkersuisoq for sundhed, Doris Jakobsen Jensen, i et paragraf 37-svar om rekrutteringsproblemer i sundhedsvæset. Situationen i fremtiden ser ikke ud til at blive bedre, lyder den dystre melding.

Det er så svært at ansætte og fastholde sundhedspersonale, at Sundhedsvæsenet i dag har fokus udelukkende på at få den daglige drift til at fungere, herunder at sikre behandling af patienter, der har akut behov for behandling.

Men det bliver værre endnu.

I Danmark, hvorfra sundhedsvæsenet finder mange læger og andet personale, har kommunerne nemlig øget deres sundhedsindsats og ansat 1.500 flere sygeplejersker, og skal ansætte et betydeligt antal sundhedsplejersker inden for de kommende år.

- Dette vil påvirke konkurrencesituationen yderligere inden for disse faggrupper, skriver Doris Jakobsen Jensen.

Et andet problem er, at læger i Danmark bliver mere og mere specialiserede, og har vanskeligere ved at arbejde som læge på mindre steder som Narsaq, hvor det er nødvendigt med en bred faglig viden, fortæller Doris Jakobsen Jensen.

Grønlandske læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale vælger ofte Nuuk fremfor andre, mindre steder i landet. En tendens der også bidrager til manglende på personale rundt om i landet.



Nakorsanut's redaktør Gert Mulvad blev ved Grønlands Lægeforenings Generalforsamling tildelt årets ærespris 2018

Speciallæge i Almen Medicin ansat ved Dronning Ingrid's Sundhedscenter.

Har gennemgået: Fagområdet i Grønlands Medicin, populært kaldet Den grønlandsk Diplomuddannelse som er udviklet af Grønlands Lægeforening. Uddannelsen indeholder kompetence træning direkte rette mod varetagelse af lægefunktionen i de grønlandske distrikter.

Har siden 2011 været redaktør af Nakorsanut

Ansats også ved Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik, (Grønlands Universitet)

Ansats i Grønlands Sundhedsvæsen siden 1986. Sideløbende med det kliniske arbejde som læge, har der været fokus på den Lægelige videreuddannelse og Sygeplejerske uddannelsen. Forskningens udvikling og betydning for Sundhedsvæsenets funktion. Opbygning af Internationale Forskningsnetværk. Sundhedsvæsenets samspil med det øvrige samfund.

Har i mere en 25 år siddet i kommunens tværfaglige udvalg

Medlem af Grønlands forskningsråd og Grønlands Videnskabsetiske Udvalg

Formand for Naturinstituttet.

Han har forsket i et bredt spekter af sygdomme i Grønland. Medforfatter på hen mod 100 sundhedsvidenskabelige forskningsartikler. Blev på den baggrund udnævnt som æresdoktor på Ilisimatusarfik i 2015.

Fastholdelse af læger i Grønland

I to årtier har man forgæves forsøgt at løse lægebemandingen gennem rekruttering.

Mange hundrede læger har kortvarigt stiftet bekendtskab med det grønlandske sundhedsvæsen, færrest af dem har valgt gentagne vikariater.

Gennem de to årtier har antallet af fast ansatte læger ligget stabilt mellem 30-50 læger, men den øgede normering har udbygget problemet, men rekrutterings initiativer har på ingen måde kunnet følge med.

Fastholdelsesstrategien har med videreuddannelse været den stort set eneste løsning til at opnå nuværende fastholdelse af læger.

Det økonomiske incitament i fastholdelsen har været så minimal del af den fast løn at det må ses som mindre betydningsfuldt.

Bemandingssituationen sker der formentlig heller ikke nogen ændring på gennem det næste årti.

Der er derfor brug for struktur ændring i tilgangen til den grønlandske sundhedsbetjening.

En struktur der tager sit udgangspunkt i det faste grønlandske sundhedspersonale.

Der er brug for en struktur med mere central sundhedsfaglig planlægning og ansvar hos det faste sundhedspersonale. Et struktureret samarbejde mellem central og decentral sundhedsbetjening.

Strukturen skal udnytte den grønlandske infrastruktur udvikling, hvor et samlet sundhedsvæsen kommer endnu tættere på hinanden, med en samlet journal system, mange nye elektroniske muligheder, kortere og mere stabile rejsetider mellem byerne.

Strukturen med ansvar ved det faste grønlandske sundhedspersonale vil sikre klare retningslinjer og opgaver hos vores uddannelseslæger og sygeplejersker, samt de vikarer vi også i fremtiden vil være afhængig af.

De faglige ansvarsområder skal nøje vurderes i planlægning og udførelse, hvor implementering monitorering og evaluering vil være helt centralt i udviklingen.

Et interessant emne er Peri Natal omsorg i sin opbygning og afvikling. Hvad var det lige der skete??? Lukning af fødsler i Aasiaat blev det næste skridt!

Speciallægebetjeningen i Grønland og kystrejserne, her er der megen erfaring at hente fra hvert enkelt speciale, hvad går godt og hvor er der plads til forbedring.

Venerea betjeningen har længe været decentraliseret med flere ukoordinerede indsatser, resulterende i stigning i antal af kønssygdomstilfælde inden for alle kønssygdomme.

Livsstils/diabetes området med centralisering er et af de få områder som har haft en struktureret planlægning, monitorering og løbende evaluering. Det planlægges videreført og udbygget.

Med udbygningen af infrastrukturen i Grønland kan den centraliserede faglige ansvar godt tage sit udgangspunkt i flere regioner.

Det er vigtigt at løsningen af den grønlandsk sundhedsbetjening tager sit udgangspunkt i det fast grønlandske sundhedspersonale og derfor er en struktur ændring nødvendig og en samlet faglig klar struktur i sundhedsbetjeningen og klar ansvarsfordeling inden for det fast personale er nødvendig.

Med ny klar ansvarlighed hos det faste sundhedspersonale, giver det for mig god mening at de mange midler der i dag benyttes til i nogen grad meningsløs rekrutterings forsøg, i stedet udmøntes i fastholdelse af personale, hvor ansvaret ligges ved overenskomst forhandlingerne.

Gert Mulvad Regionslæge

Teen-age-graviditeter

Da jeg i 1976 arbejdede som sekretær på Seminarieskolen i Nuuk, fik jeg somme tider indblik i de 13-årige pigers sundhedsjournal. Der stod kort og godt; har fået anlagt Depo-Provera, altså depot-gestagen -præparat som prævention. Jeg var ikke til stede, når det skete, men jeg forestiller mig en meget autoritær lægerolle, hvor man har orienteret pigen om, hvad der ville være godt for hende.

Da jeg i 2013 og igen i 2018 arbejdede som børnelæge i Nuuk, var jeg forfærdet over at se mange teen-age-graviditeter, og se de mange plejebørn og børnehjemsbørn.

Så jeg spekulerede på om pendulet er svinget for langt fra autoritær til laissez-faire: Vi fremlægger, de mange muligheder for prævention for den unge kvinde, uden at komme med en præcis anbefaling til netop dette menneske.

Jeg kender mange velbegavede og strukturerede kvinder, der har haft en uønsket graviditet, men ingen af dem er blevet teen-age-mødre, og ingen af dem har født et uønsket barn, men selv for disse kvinder er det altså svært at anvende præventionen korrekt.

I Danmark anvender man fortsat depotpræparat, p-stav, til de unge, der ikke har tilstrækkelig modenhed og struktur i deres liv, til at håndtere det aktive valg at tage-pillen hver dag, og/eller anvende kondom ved hvert eneste samleje.

Jeg tænker at man i Grønland kan gøre en indsats for at nedbringe antallet af teen-age-graviditeter.

Jeg tænker, sundhedsplejersken allerede når pigerne er 13 år, bør anbefale p-stav til de piger hun skønner vil have svært ved at håndtere det aktive valg at tage-pillen hver dag, og/eller anvende kondom ved hvert eneste samleje, så snart de er ved at være seksuelt aktive.

Jeg håber, at skolesundhedsplejersken har en kontakt til sundhedsvæsenet, så hun kan gøre opmærksom på, at netop denne unge pige har et særligt behov for beskyttelse og omsorg, så hun undgår det traume det fortsat er, at få en uønsket graviditet.

Jeg håber, skolesundhedsplejersken inviterer de mest sårbare piger til at komme til hende, så hun kan ledsage dem til den første konsultation vedr. prævention.

Jeg er klar over, at det faktum at man kan få en medicinsk abort, nedsætter noget af bevidstheden om proceduren, og er måske også med til at svække pigernes opmærksomhed så flere kommer så langt hen, så de må gennemføre graviditeten.

Jeg vil desuden foreslå, at alle unge piger der har født, og ikke har et ønske om en ny graviditet, skal have nem adgang til at få oplagt en spiral.

Jeg er klar over, at der i regionerne er nogle læger, der er tilbageholdende, ikke føler de er i stand til at foretage proceduren.

Måske skulle man som i Sverige oplære jordemødre/fødselshjælpere i anlægge spiralen. Jordemødrene er vant til at foretage eksplorationer, og trykke ved at arbejde med kvindens underliv.

Måske kan nogle af de rejsende kirurgiske lægekonsulenter oplæres i proceduren.

Alternativt må man tilbyde kvinden overflyttelse mhp anlæggelse af spiralen.

Og som et andet alternativ må man stærkt anbefale anlæggelse af hormonelt depot-prævention.

I promedicin.dk anføres det, at man savner erfaring med p-stav til kvinder under 18. I P-stav anvender man et 3.generations gestagen, men man har mange års erfaring med depo-provera, et 2.generations gestagen. Men jeg mener, at risikoen opvejes af den terapeutiske fordel.

Jeg vil desuden anbefale, at man udarbejder en automatisk sms-service, som hver dag i forhold til cyklus sender en sms, med påmindelse om at man skal tage sin p-pille.

Jeg deltager meget gerne i en diskussion om emnet. Som sagt er jeg børnelæge, men det er en væsentlig del af mit daglige arbejde at tage mig af de unge mennesker, som har størst behov for særlig omsorg. At sætte et uønsket barn i verden er en stor belastning, og årsag til en kaskade af ulykkelige hændelser. Jeg håber, vi kan gøre noget for at ændre det.

Bente Hansen. Overlæge, Hillerød børneafdeling

Refleksion over artiklen: Teen-age-graviditeter

Jeg er som tidligere glad for, at der kommer fokus på emnet, men jeg mener stadig, at fokus skal være rettet på det gode, vi allerede gør, og at indlægget skal være baseret på statistik og fakta.

Bente udtrykker forfærdelse over de mange teenage graviditeter, der er i Grønland. Jeg ville også ønske, der var færre. Antallet af teenage graviditeter er ca. 17% af alle graviditeter.

Mange af de aspekter Bente nævner, gør vi allerede. Blandt andet:

- Giver kvinden anbefalinger til prævention i forhold til hendes alder, hendes udtryk for om hun kan huske noget dagligt, en gang om måneden eller andet.
- Vi anvender også Implanon til yngre kvinder, hvis de giver udtryk for at de ikke kan huske piller. Igen kommer det an på hvad kvinden giver udtryk for i samtalen med sundhedspersonalet.
- Der er altid nem adgang til spiral. Vi ved godt, at piller ikke altid er bedste løsning, og anbefaler kvinden en længere varende løsning. Hvis spiralen ikke kan lægges i bygden, bliver den lagt, når lægen kommer eller kvinden sendes ind til byen.
- Der er app udviklet til at minde kvinder om prævention. Denne app kan indstilles til alle typer prævention, så man får påmindelse som det passer til typen. Her skal kvinden selvfølgelig aktivt gøre en indsats for at få påmindelsen.

Vi kan altid blive klogere på arbejdet med at forebygge og blive bedre til at møde patienterne, hvor de er. Jeg har givet udtryk for til den nye strategi, at man bør høre kvinderne i forhold til, hvorfor prævention fravælges. (Min undersøgelse viste, at kvinderne vidste at de skulle bruge prævention, men spørgsmålet er så hvad var årsagen så til fravalget). Jeg er enig i, at vi kan gøre mere på dette område, og jeg ville om nogen ønske, at der var flere ressourcer til det, men der er meget forebyggelse og mange sygdomme, der skal prioriteres i sundhedsvæsenet.

Vi må sammen arbejde for at den nationale strategi udarbejdes efter vores erfaringer og viden, så den giver udtryk for dagligdagen og for arbejdet med seksuel sundhed på alle parametre i fremtiden.

Det er godt med input udefra. Men input skal være fagligt begrundet og med en viden, der kan underbygge påstandene. Det håber jeg også Nakorsanut tænker over, når I vælger at bringe et indlæg.

Ikinngutinnersumik inuulluaqqusillunga

Med venlig hilsen

Best regards,

Stine Brenøe

gynækologisk specialeansvarlig sygeplejerske

Nunatsinni Nakorsaaneqarfik Landslægeembedet

Svangerskabsafbrydelser i Grønland

Antallet af foretagne svangerskabsafbrydelser varierer lidt hen over de seneste 10 år (Figur 1). De nyeste tal fra 2017 viser et totalt antal svangerskabsafbrydelser på 883.

Samlet set har abortraten har været forholdsvis konstant siden 2008 (Figur 2).

I 2017 var abortraten 67,5 pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen 15 til 49-år. Abortraterne for 2008 til 2017 kan aflæses på Figur 2, men specifikke abortrater for årene 2013 til 2017 kan findes i Tabel 1.

Også i 2017 kunne de højeste abortrater findes hos kvinder i aldersgrupperne 18-19 og 20-24 år (Tabel 1). Dette er også illustreret grafisk i Figur 3.

I Tabel 2 er vist antallet af svangerskabsafbrydelser fordelt på de enkelte regions- og sundhedsdistrikter. Da svangerskabsafbrydelser fra nogle distrikter i perioder udføres i et andet distrikt på baggrund af personalsituationen, kan dette influere på raten i det enkelte distrikt. Desuden har der i de senere år har der været en mulighed for at få udført en medicinsk svangerskabsafbrydelse fremfor en kirurgisk, hvilket kan influere på, at der igen i mindre sundhedscentre sker en stigning i antallet.

I Tabel 3 er vist antallet af svangerskabsafbrydelser fordelt på den svangerskabsuge, som de blev udført i. Langt de største andele af alle svangerskabsafbrydelser blev i 2017 udført i svangerskabsuge 7 og 8 med henholdsvis 25,1 %

og 23,2 %. Til sammenligning blev de fleste svangerskabsafbrydelser i 2008 udført i svangerskabsugerne 8 og 9 med henholdsvis 30,5 % og 19,6 %. Forskellen af fordelingen af indberettede svangerskabsuger i 2008 og 2017 er også illustreret i Figur 4.

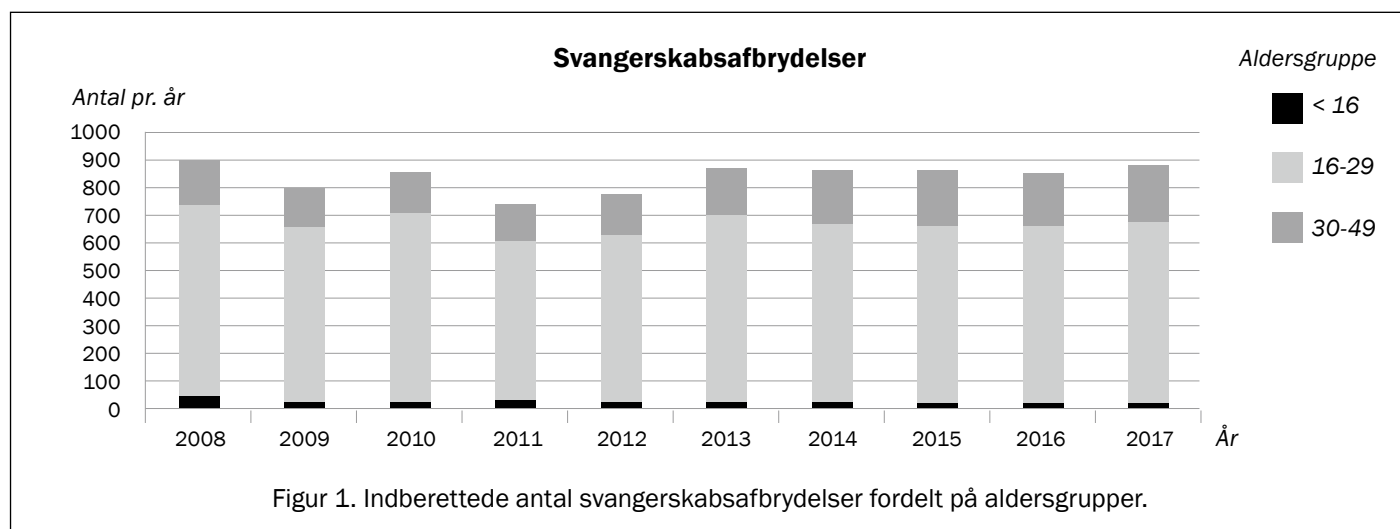
Blandt alle indrapporterede svangerskabsafbrydelser i 2017 og 2008 var der henholdsvis 0,1 % og 3,6 %, hvor svangerskabsugen var uoplyst i forbindelse med indberetningen. Der er dog ikke nogen grund til at formode, at det skulle være de specielt tidligt eller sent udførte, som ligger blandt de uoplyste svangerskabsuger.

Andelen af indberettede svangerskabsafbrydelser udført i svangerskabsugerne fra 13 og fremefter i årene fra 2008 til 2017 var mindst i år 2011 med 0,8 % og højst i 2016 og 2017 med henholdsvis 2,8 % og 1,8 %.

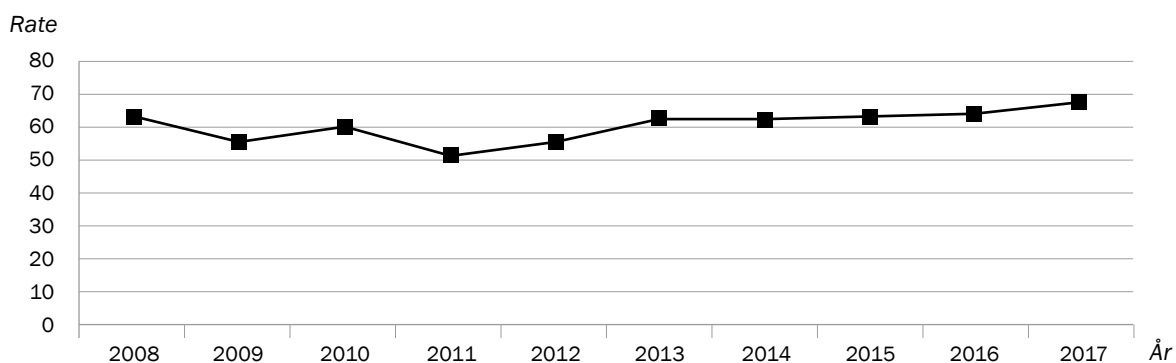
Svangerskabsafbrydelser, som udføres efter udløbet af 12 svangerskabsuge kræver tilladelse på baggrund af lægelige og sociale oplysninger fra et samråd af 3 personer, hvoraf 2 er sundhedsfaglige medlemmer og 1 er socialfagligt medlem. Dette reguleres af lovgivningen vedrørende svangerskabsafbrydelse, som blandt andet kan findes på

www.nun.gl. Landslægeembedet udsender i øvrigt snart et formaliseret skema til samrådsafgørelser såvel som indberetning af aborter, så dette kan blive nemmere at håndtere.

Tabeller kan ses (<https://nun.gl/?lang=da>)

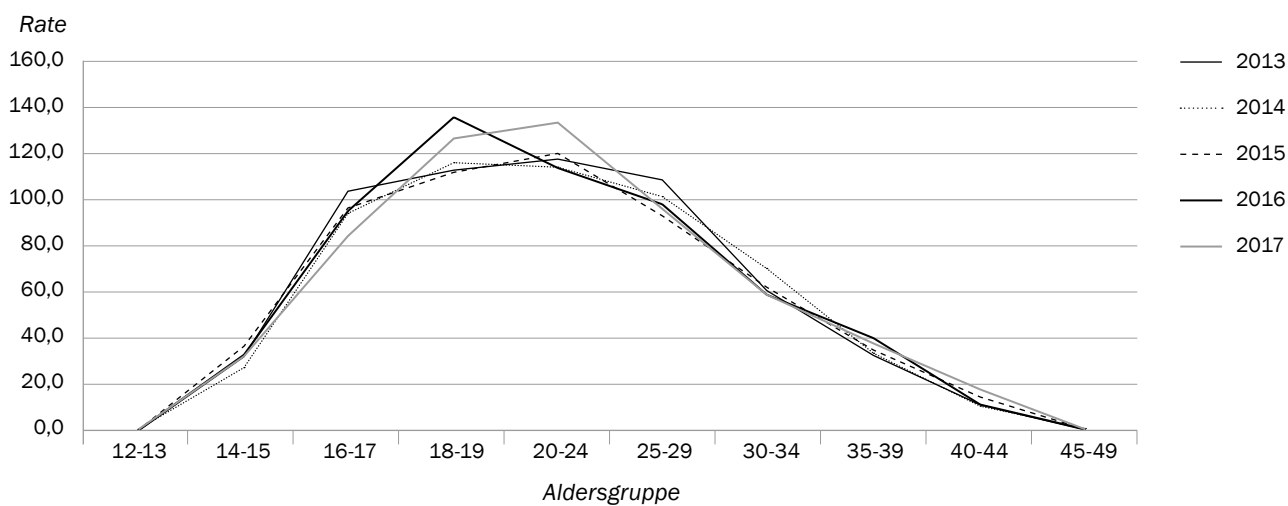


Abortrate pr. 1.000 kvinder blandt 15 - 49-årige

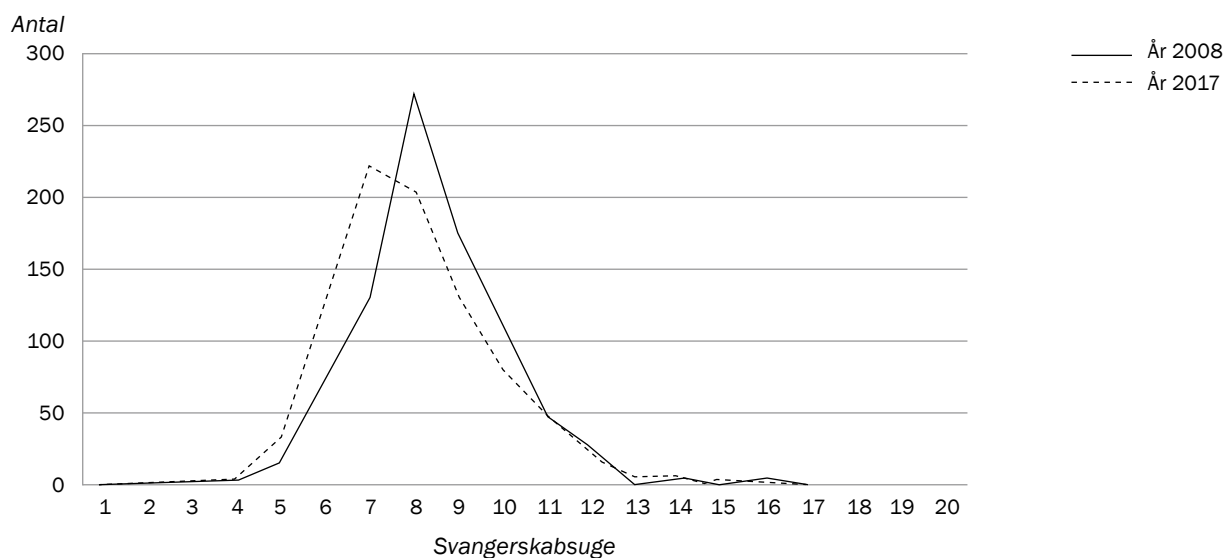


Figur 2. Den totale abortrate pr. 1000 kvinde i aldersgruppen 15 til 49 år.

Abortrate pr. 1.000 i aldersgrupper



Figur 3.



Figur 4. Fordelingen af indberettede svangerskabsuger ved svangerskabsafbrydelse i år 2008 og 2017

WExchangeS international internship Primary Care in Greenland



Name intern General Practice: Alexandra Tsaparas
Dates internship: 10-9-2018 until 25-9-2018
Locations: Queen Ingrid's Hospital,
National Hospital of
Greenland, Nuuk
Ilulissat Hospital,
Ilulissat
Supervisors: Dr. Jesper Olesen (Head
of the GP clinic in Nuuk)
Dr. Peter Vedsted (Head
of the GP clinic in
Ilulissat)

In my last months of training to become a General Practitioner, I went on an international internship to Greenland. Greenland is part of the Danish Kingdom, where the two spoken languages are Danish and Greenlandic. The population of Greenland is approximately 56.000, from which 16.000 live in the capital Nuuk.

I was based in the primary care setting of the biggest hospital in Greenland, Queen Ingrid's Hospital in Nuuk. I was mainly placed in the Emergency Department, which was run by General Practitioners and Emergency Care nurses. The hospital staff was very friendly and welcoming. Next to the senior General Practitioners and nurses, there were also young doctors (without specialization yet) and medical students from Denmark.

The day usually went like this: the patients could call in the morning the doctors or the nurses to discuss their medical problem. If the problem was considered urgent, the patient was told to come to the ER on the same day. If the problem was not considered urgent, but worth seeing a doctor or nurse for it, the patient would get an appointment at the primary care clinic within 2-3 weeks. Sometimes only an advice or recipe was enough. E-mail consultations were also possible. I was surprised to find out the doctors themselves would answer every day the phone; in the Netherlands it's the health care assistant that answers the phone and decides who gets an appointment or not. On the other hand, the distances in Greenland are immense, not everybody has easy access to a health care facility. Therefore I understand that it's better that the doctor or nurse takes responsibility for the decision to see the patient or not, instead of a health care assistant.

The communication with the patients was mostly in Danish. The doctors and nurses translated for me in English. Interestingly, not all patients spoke Danish while most doctors and some nurses did not speak Greenlandic. Sometimes another person (staff member or family member) was needed in order to translate. The Danish language was for me quite possible to understand, since there are a lot similarities with the Dutch language. The Greenlandic sounded very foreign to me, and I did not understand much.

In the clinic, efforts were made to spend some time with each other to bond. Every day around 10 o'clock there was a coffee break for all the (para)medical personnel, with fresh bread and lots of butter (the Danish really love butter). Every Friday this coffee break was turned into "Singing Friday", where everybody would sing together; this was much appreciated and funny. Every week there was also time for an educational presentation about a medical

topic or to discuss a current case/problem.

The most medical cases I saw were related to mental health problems and/or social problems. In my short stay, I have seen people with depression, suicide attempts and psychotic episodes due to intoxication with alcohol and/or drugs (or the withdrawal from it). In the city I saw some safe houses/shelters for victims of domestic abuse and rehab clinics. Also quite some children I saw in the ER were living in foster houses or orphanages. Although I knew these problems were present in Greenlandic society beforehand, it still made an impression that these types of problems were so big in this small society.

Apart from the mental health problems, I saw common primary care things like sick children with a fever and/or rash, a lot of respiratory tract and urinary tract infections, some minor traumata of the musculoskeletal system and patients with abdominal pains. Also the amount of (recurrent) sexually transmitted diseases (STD's) at young ages made an impression, even though free condoms are available at every health care point in the country. I believe there is still much education needed to the public about the topic of sexual health.

What surprised me in a positive way, was that all health care professionals (regardless their function and working place in Greenland) had access to the same digital patient file. In my opinion this is perfect, because in this way you can see who all treated the patient, without having to rely only on what the patient tells you. In the Netherlands we have a problem with all the different digital patient files; this problem even got bigger with the new European Privacy Legislation Law. I wonder how it is possible that in Greenland this system can function, while in the Netherlands there is no functioning unified digital patient system.

Another striking point were the difficulties in finding enough adequate staff to run the health care centers. There were quite a lot people coming for a short term period to work from Denmark. This resulted in a high turnover of the staff. There are efforts being made to educate more of the Greenlandic people with a local nursing school in Nuuk. Hopefully some Greenlandic doctors that are trained in

Denmark will return to work in Greenland. For the time being, the costs of this system and the effort of finding every time enough adequate staff, are probably high.

In Nuuk I was living in apartment with visiting Danish nurses. I also spent a lot of time with the medical students from Denmark. We talked a lot about the health care systems in the Netherlands as well as in Denmark and the differences with the Greenlandic system. Especially the fact that the health care and medication in Greenland is entirely free was a big difference. I was surprised that people showed up in the ER and had not taken any medication, not even paracetamol. Later I discovered that paracetamol was free of charge if prescribed by a doctor, so I understood better why people would come in without taking any painkillers.

In the last part of my stay in Greenland, I visited the hospital of Ilulissat, where dr. Peter Vedsted showed me around. The location of the hospital was perfect; from every hospital room you had view of the floating icebergs in the water surrounding the city. Ilulissat was a smaller city, therefore having a hospital with slightly less facilities. The staff tried hard to provide a wide range of medical care, and only refer to Nuuk if absolutely necessary. The community was also tighter than in Nuuk, which resulted in more social control, which has its positive and negative sides.

The Greenlandic people I met outside the hospital were very friendly, even though communicating was sometimes difficult, because of the language barrier. The Greenlandic kitchen was in my opinion quite exotic, I tasted reindeer and musk ox and local fish. Seal and whale I was a bit anxious to taste. Also the local craftsmanship of carving stone and bone I found very beautiful.

While being in Greenland, I also took the opportunity to see the arctic nature. I was hiking around Nuuk and Ilulissat, saw glaciers and icebergs and even some wales. I believe Greenland is a beautiful wild country, which is not discovered yet by mass tourism. This short internship was truly a great opportunity to visit such a different and far-away place in the world, while having a brief insight in the Greenlandic society and health care system.

Rejs med dine kolleger til Wonca Konferencen i Kyoto, Japan, 15. - 18. maj, 2019, med efterfølgende rundrejse til bl.a. Hiroshima og Tokyo

Kære Kolleger,

Vi har i dette år deltaget med delegationer i to Wonca konferencer, nemlig i New Delhi og Seoul, samt i The American Academy of Family Physicians' årlige "Assembly", kaldet FMX, som fandt sted i New Orleans. Det har været et travlt år.

Hvis du ikke nåede at deltage, kan du lægge planer for næste år, som bliver mindst lige så spændende som dette. Det kan du se på vor kongreskalender.

Næste års absolut mest spændende destination er Kyoto i Japan, hvor vore japanske kolleger inviterer os til at deltage. Vi har deltaget før, nemlig i 2005, også i Kyoto. Dengang bad delegationen om at besøge en lokal lægekonsultation. Vi delte også i syv hold og det blev en festlig aften kun for os, hvor vi også blev inviteret til middag i de små kroer ude på landet. Vi håber at kunne gentage det denne gang.

Efter den spændende og meget anderledes konference, som begynder den 15. maj og slutter den 18. maj, 2019 skal vi på en rundrejse, som efter de nuværende planer går bl.a. til Hiroshima og Tokyo.

Japan har så meget at byde på. Benyt denne chance i 2019. Vi udsender et rejseprogram i begyndelsen af december. Det er en god ide, allerede nu at meddele din interesse i at deltage ved at sende en mail til apelch@dadlnet.dk –

Send gerne denne meddelelse videre til jeres kolleger, således at alle får viden om denne Wonca Conference og vor deltagelse i den.

Med venlig hilsen,

*Lægerne Peter Juel Hansen og Allan Pelch
The Scandinavian Delegation of Family Physicians
www.scandinaviandelegation.dk*



Preben Homøe tildes Hildes Medalje 2018

Preben Homøe, MD, Ph.d, Dr. Med. er øre-næsehalsspecialist og overlæge og forskningsansvarlig ved Øre-næse-hals og kæbekirurgisk afdeling ved Sjællands Universitetshospital i Køge. Preben udnævntes i oktober 2016 til adjungeret professor ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik, Grønlands Universitet. Preben har siden begyndelsen af 1990'erne udført mange undersøgelser særligt mhp. at studere forekomst og årsager til den høje forekomst af kronisk mellemørebetændelse i den grønlandske befolkning herunder særlig hos børn. Sygdommen medfører varig hørenedsættelse. Indtil videre er dette arbejdet udmundet i 5 afhandlinger om emnet. Aktuelt arbejder Preben med en prospektiv randomiseret undersøgelse af effekten af øredræn som mulig forebyggelse af udvikling af mellemørebetændelse hos grønlandske børn. Preben interesserer sig også for hoved-halskræft sygdomme i Grønland.

About Dr. John Arthur Hildes (1918-1984)

Dr. Jack Hildes was born on January 22, 1918 in Toronto, Canada. He received his medical degree at the University of Toronto. From 1941 to 1946 he served in the Royal Canadian Army Medical Corps, serving in Burma and Singapore, and rising to the rank of Lieutenant Colonel.

After the war he pursued postgraduate studies in Internal Medicine, Gastroenterology and Physiology in England as well as Canada. He received his MRCP degree in England in 1948, and his Fellowship in the Royal College of Physicians of Canada in 1949.

In the 1950s and 60s he engaged in physiology research, particularly with regard to cold adaptation. He assumed a provincial leadership role in the early 1950s, when an outbreak of polio assumed epidemic proportions. He had an active practice in Internal Medicine and Gastroenterology at the University of Manitoba, becoming full professor in 1966.

His work in cold physiology after the war led him to undertake numerous trips to the arctic regions of Canada as well as other circumpolar arctic regions. He developed a deep understanding of the medical needs of arctic peoples, and the challenges that face health care workers in remote regions. In 1970 he formed the Northern Medical Unit within the University of Manitoba. The Unit now bears his name, and continues its mission based on his founding principles of health care service delivery, teaching and research. He was an early advocate for the empowerment of aboriginal people in health and health care issues.

Dr. Hildes served as a consultant, researcher, teacher, clinician and friend to aboriginal people from coast to coast within Canada, and internationally. He was a co-founder and chairperson of the Canadian Society for Circumpolar Health, and was active within the International Union for Circumpolar Health. He was a mentor and friend to several generations of doctors, nurses, scientists, community health workers and advocates within circumpolar regions. In turn he was sustained and nurtured in his personal and

professional life by the love and support of his wife Marianne, and his children Elske, Joseph and David.



The Medal

Dr. Hildes died of cancer in 1984. In 1987 the Canadian Society for Circumpolar Health, with a grant from the Donner Canadian Foundation, struck a medal in honour of Dr. Hildes, to be awarded at each International Congress on Circumpolar Health. The four recipients are chosen by each of the adhering bodies of the International Union of the Circumpolar Health (IUCH), those being the Canadian Society for Circumpolar Health, the Nordic Society of Arctic Medicine (formerly the Nordic Council for Arctic Medical Research), the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, and the American Society for Circumpolar Health. Beginning at the 12th International Congress in Circumpolar Health, to be held in Nuuk, Greenland in 2003, a fifth medal will be awarded to an individual nominated by the Danish/Greenlandic Society for Circumpolar Health, a new adhering body of the IUCH.

The award is one of prestige and honour, to be given to those working in any of the circumpolar nations with the dedication exemplified by that of Dr. Hildes. It is an international prize, awarded to individuals demonstrating excellence in northern medicine and health, in consideration of their contributions through service, research and humanitarianism.

Jens Peder Hart Hansen Memorial Fund

The mission of the fund is to foster the ideals of Jens Peder Hart Hansen (1936-1998), to increase international cooperation in circumpolar health research and education by mentoring and encouraging emerging researchers and workers in the field. Starting in 2003, each adhering body has recognized and honored an emerging circumpolar health worker to encourage their continued efforts. The fund emphasizes support of indigenous workers, as defined by each adhering body.

Selection process

Every 3 years each adhering body will nominate, and with the help of the Jens Peder Hart Hansen Memorial Fund (JPHHMF), support emerging circumpolar health workers to encourage their continued efforts to improve circumpolar health. This fund will emphasize support of indigenous workers, as defined by each adhering body, within the spirit that gives everyone the opportunity to compete on equal terms.

Each adhering body nominates 1-3 emerging circumpolar health workers. These workers are invited to submit a two-page abstract of their proposed presentation or a short description of the study that they wish us to review. The adhering body selects the recipients on the basis of these abstracts and local criteria. The adhering bodies may choose to submit one or all the proposals to the JPHHMF Subcommittee for final approval.



Aviaja Lyberth Hauptmann tildeles Jens Peder Hart Hansen Memorial Fund 2018

Aviaja Lyberth Hauptmann er PhD, postdoc ved Grønlands Universitet, Ilisimatusarfik, tilknyttet Grønlands Center for Sundhedsvidenskab og Greenland Perspective.

Aviaja er projektleder ved Ilisimatusarfik i samarbejde med forskningsgruppe ved Københavns Universitet. Fokus er på mikroorganismer fra traditionel grønlandsk fødevarer og Inuit tarm microbiota.

I ”Ingeniøren” Grønlandsbloggen skriver Aviaja om grønlandsk videnskab og udvikling samt om sin egen forskning i grønlandske mikroorganismer, der kan gøre verden til et grønnere sted at være.

På vej til NUNAMED 2019

”Bevægelse i Sundhed”

Der er nu mindre end 1 år til den 10. NUNAMED konference de fleste plemforedrag og temasessioner er ved at være på plads samt PhD kurset som afholdes i relation til NUNAMED.

Vi ser frem til at læger og øvrig sundheds personale begynder at forberede abstract. Vi regner med spændende indlæg, der kan sætte fokus på temasessionens mange interessante emner.

Plenum foredrag

Magritt Brustad: D-Vitamin i arktisk
Uka Wilhjelm Geisler: Grønlandsk Hjerter
Lone Frank: Genetik
Bente Klarlund: Motion og velvære
Niels Erik Ebbenhøj eller Jakob Bønløkke: Arbejdsmiljø i Fiskeindustrien
Eske Willerslev: Genetik i fortid og fremtid
Asii Narup: Sund by
Christoph Lange: TB Resistens
Michael Lyng Pedersen/ Marit Eika Jørgensen: Diabetes i Grønland
Gwen Healey: Health Research in Nunavut
Tenna Jensen: Arktisk aldring

Temasessioner

Øre (Preben Homøe, Marlene Demant)
Fulbright Arctic Initiative (Beth Rink; Christina Wiskum Lytken Larsen)
Diabetes (Michael Lyng Pedersen, Marit E Jørgensen)
Infektion (Anders Koch, Karen Bjørn Mortensen)
Northern Nursing Education and Research (Suzanne Møller, Lise Hounsgaard)
Hjertesygdomme (Uka Wilhjelm Geisler)

Miljømedicin (Eva B Jørgensen og Gert Mulvad)
Psykiatri (Parnûna Heilmann og Ann B. Kjeldsen)
Telemedicin (Kent Kleinschmidt)
Misbrug og behandlingsmetoder (Birgit Niclassen)
Rehabilitering (Anne Birgitte Jensen)
Patientsikkerhed (Kent Kleinschmidt og Ann B Kjeldsen)
Selvmordsforebyggende initiativer (Christina V Larsen, psykologer fra AI og Tina Evaldsen)
Youth Mental Health (Christina V Larsen og Beth Rink, Fulbright-gruppen)
Sundhedsfremme (Tine Pars)
Kræft
Sundhedsetik (Rikke Bruun de Neergaard)

Grønlandsk sproget tema sessioner (Karsten Rex og Paneeraq Noahsen)
Genetik (Torben Hansen)
Vold mod kvinder (Berit Schei)
Social/samfunds temasession (Peter Berliner)

PhD kursus: Community based health research – methods and strategies

Lectures about general population in the Arctic. Planning Community based health research and implementation Case study in Arctic Health: Group work. Lecture to introduce the multidisciplinary research, collaboration, questions of ethics from research examples. All session will have group work and discussion NUNAMED conference will be a part of the PhD course and all students have a presentation at the NUNAMED conference.

Community Based Health Research Gwen Healey MSc, PhD, Executive Director Qaujigiartiit Health Research Centre **Beth Rink** Associate Professor, Community Health, Montana State University

Arctic Health and Diet Magritt Brustad Professor, dr.scient., Instituttleder ved Institut for samfundsmedicin, University of Tromsø **Jon Ø Odland** Professor of Global Health University for Science and Technology, Trondheim

Diabetes and Inuit Michael Lyng Pedersen MD GP Associated professor Ilisimatusarfik, **Marit E Jørgensen** Professor PhD Ilisimatusarfik and Steno Diabetes Center Copenhagen.

Health research at the Hospital Lene Seibæk, associate professor, PhD Ilisimatusarfik **Karsten Rex** MD, GP, PhD Ilisimatusarfik Research, Ilisimatusarfik

To be old in the Arctic Tenna Jensen Associated Professor SAXO Institute Stig Andersen Professor Ilisimatusarfik and Aalborg University

Examples of Arctic health research project Contaminant, Ear diseases and Infectious diseases, Community Based Research, Research on sensitive topics Anders Koch Professor Ilisimatusarfik Preben Homøe Professor Ilisimatusarfik and Copenhagen University Eva Bonefeld-Jørgensen Professor Ilisimatusarfik and Aarhus University Peter Vedsted Professor Ledende regionslæge Ilulissat Berit Schei Professor Women's Health Norwegian University of Science and Technology

10 år med diabetes i Det grønlandske Sundhedsvæsen

Af Michael Lyng Pedersen

For 10 år siden, i 2008, indledte Det grønlandske Sundhedsvæsen et nationalt 3 årigt diabetes projekt finansieret af Novo nordisk A/S. Til at gennemføre projektet blev der ansat en DiabetesGruppe bestående af Bodil Foldø, fodterapeut, Anna Rask Lyng, Bachelor i Human Sundhed, Jytte Lindskov Jacobsen, sygeplejerske, og Michael Lyng Pedersen, læge. Diabetes projektet blev i 2011 reorganiseret til også at omfatte forhøjet blodtryk og kronisk obstruktiv lungesygdom og indsatsen blev omdøbt til Livsstilsambulatorium. DiabetesGruppen skiftede navn til Livsstils-Gruppen.

Høj forekomst af uopdaget diabetes

Befolkningsundersøgelse, B99, dokumenterede i 2002 en høj forekomst af udiagnosticeret diabetes i den grønlandske befolkning. Dette gav i begyndelsen af 2000-tallet anledning til flere mindre initiativer med henblik på at øge fokus på diabetes indenfor det grønlandske sundhedsvæsen. I perioden 2006-2008 kørtes et fællesprojekt mellem i Nuuk og Aasiat med fokus brug af kvalitetssikringsdatabase. Novo Nordisk A/S donerede i 2007 10 millioner danske kroner til sundhedsvæsenet til et nationalt diabetes projekt.

Formålet med diabetes projektet var at øge fokus på diabetes i det grønlandske sundhedsvæsen herunder opsporing af uopdaget diabetes og kvalitetssikring af diabetes omsorgen, samt støtte op om forebyggende initiativer.

National monitoring af diabetes siden 2008

Projektet blev indledt med en initial analyse af forekomsten diagnosticeret diabetes i Grønland samt kvaliteten af diabetes omsorgen. Samtidigt blev tidligere erfaringer fra Grønland og udenlandske erfaringer studeret. Særligt diabetes indsatsen blandt Inuit og andre oprindelige folk i Alaska var inspirerende og umiddelbart brugbar. Der blev etableret en diabetes profil i den landsdækkende elektroniske patientjournal patientjournal, Æskulap, således at denne kunne fungere som klinisk database. Således kunne diabetes forekomsten og kvaliteten af diabetes omsorgen monitoreres nationalt. Der blev årligt lavet bench-

marking og givet feedback til de enkelte klinikker. Der blev etableret lokale tovholdere på diabetes området, afholdt årlige kurser i diabetes, udarbejdet nationale kliniske vejledninger, udarbejdet grønlandsk sporget information om diabetes på skrift og video, indkøbt udstyr til patientnære målinger, udvidelse diagnostiske muligheder, etablering af fundusfoto, afholdt diverse sundheds-events og undervisningsseancer i og udenfor sundhedsvæsenet og meget mere. Der blev samarbejdet på tværs i sundhedsvæsenet både med primær og sekundær sektoren i Grønland og med samarbejdspartnere i Danmark blandt andet med Steno Diabetes Center og Øjenlægernes Hus.

Livsstilsambulatoriet – og forskning

Diabetes konceptet blev løbende monitoreret og indsatsen justeret og i 2011 omlagt til et egentlig Livsstilsambulatorium med fokus på diabetes, forhøjet blodtryk og kronisk obstruktiv lungesygdom.

Metoden med kontinuerlig monitoring og justering af indsatsen blev videreført. Dette har bidraget med værdifuld viden om implementering i et sundhedsvæsen med særlige store udfordringer i forhold til at levere høj kvalitets sundhedsydelser i tyndbefolkede øde områder. Den forskningsbaserede indsats har også ført til øget viden på andre områder ligesom flere studerende og læger med tilknytning til Grønland har haft mulighed for at samarbejde og træning omkring forskningsprojekter, kandidatspecielle med videre.

Livsstilstabellen i cosmic

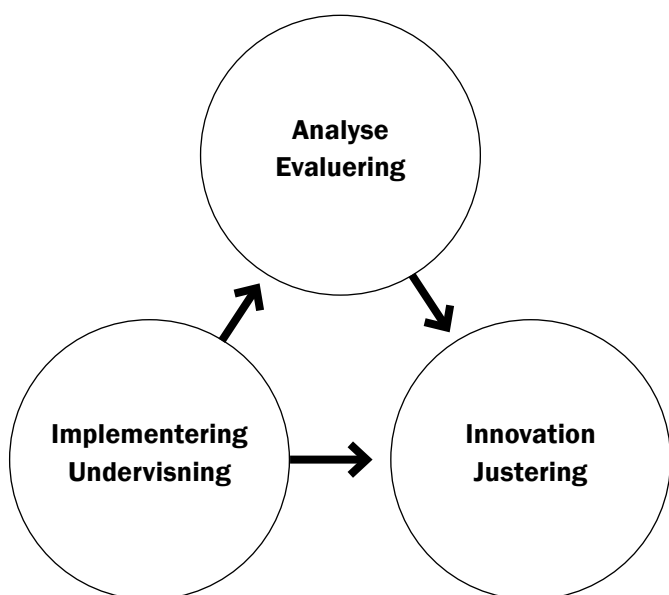
Som en hel central del af konceptet er at den tilstrækkelige viden fremskaffes før de kliniske beslutninger tages. Hertil er livsstilstabellen i Cosmic i et uundværligt redskab til at skabe overblik i den enkelte konsultation, regionalt og nationalt. Tabellen bruges til at journalføre oplysninger om ambulante patienter inklusiv rygning, fysisk aktivitet, højde, vægt, BMI, hjemmeblodtryk, diabetes debut, langtidsblodglukose, screening for diabetes komplikationer, lungefunktion, saturation, New York Heart Association klasse og hjerte ejection fraktion. Den rummer således centrale værdier til vurdering af generel livsstil, forhøjet blodtryk, diabetes, kronisk lungesygdom og hjertesvigt.

Flere diabetes patienter og bedre kvalitet – men ikke godt nok endnu

Antallet af diabetes patienter mere end tredoblet på blot 10 årsom udtryk for stor diagnostisk aktivitet. En undersøgelse fra 2017 viste at knap en fjerdedel af alle voksne var blevet testet for diabetes indefor en 2 års periode. Ligeledes er kvaliteten af behandlingen bedre idag end i 2008. Også screening for graviditetsdiabetes er forbedret. Der er dog stadig muliger for at forbedre indsatsen på flere områder.

Visioner

Siden indføreslen af fælles elektronisk patient journal i det meste af Grønland er vejen til fælles patienter ligefrem. Visionen er at alle patienter med diabetes og gerne også andre kroniske sygdomme får adgang til video konsultationer med regionale og centrale ambulatorier. Det er også værd at overveje om muligheden for et sejlene analyse-skib med mulighed for blodprøvetagning, urinundersøgelser, øjenscreening, lungefunktion, røngten med mere som tidligere praktiseret med undersøgelsesskibet Misigssût til betjening af befolkningen i bygder og mindre byer. Med de nye diabetes gen fund blandt Grønlændere er der også mulighed for at diagnostik og behandling indenfor få år bliver meget mere præcis og designet til den enkelte patient.



LIVSSTILSAMBULATORIET på Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS)

Der tilbydes kontrol af din behandling på
Livsstilsambulatoriet



Livsstilskonceptet er en kvalitetssikret metode til at arbejde med diabetes, hypertension, KOL og generel forebyggelse af livsstilssygdomme i sundhedsvæsenet. Det er hensigten at arbejde mere proaktivt med forebyggelse indenfor sundhedsvæsenets rammer, i stedet for kun reaktivt, når skaden er sket.

DRONNING INGRIDIP PEQISSAAVIA · DRONNING INGRIDS SUNDHEDSCENTER

INUUNERISSARFIK
LIVSSTILS

Café
2018

MAANI PAASILLUAKKIT UKU:

- Illit BMI-it
- Aappit naqitsinera
- Qitikkut uuttornitit
- Puappit sulineri uuttortit
- ... immagalu ap. sukk. ... aallugu

HER KAN DU ...

- Dit BMI
- Dit blodtryk
- Dit aljemaal
- Din sukk. inklusion
- og evt. dit langtidsblodsukker

SISAMANGORNEQ
TORSDAG

29 November

kl. 16.00 - 17.30

10 ÅRS JUBILÆUM
UKIUT 10-INNGORLUGIT NALLIUTTORSIORNEQ

- peqqissutit imm. annasunni
misissortit, aqaloga ...

- få et livsstilstjek og en snak!

Peqqissutit aqaloga ...
annasunni immagalu aamma
sisamangorneqarnera aallaavigalugit. Peqqissutit
sisamasunut 18-leereersimasunut tunngavut.

livsstilstale på baggrund af højde,
vægt, blodtryk og evt. langtidsblodsukker
til voksne over 18 år.

AGGIALLUARISI !!

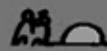
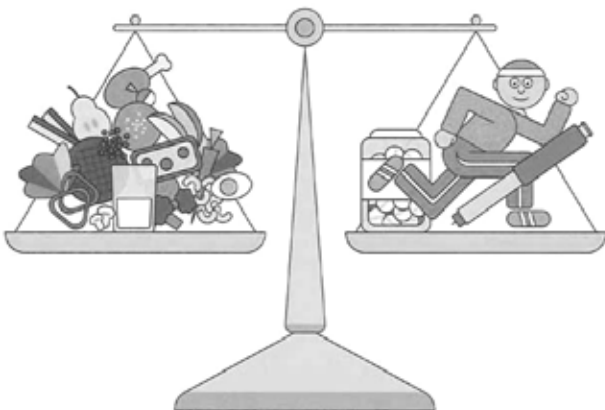
VEL MØDT !



Tamulugassaqaasaq
Få lidt godt til ganen

INFO DESIGN · NUUK · 2-2018

DIABETES TYPE 2
PATIENTVEJLEDNING



Livet er en gave
- din opgave!



"Livsstilshåndbog"



Litteratur

Jørgensen ME1, Bjeregaard P, Borch-Johnsen K. Diabetes and impaired glucose tolerance among the inuit population of Greenland. *Diabetes Care*. 2002 Oct;25(10):1766-71.

Grarup N, Moltke I, Andersen MK, Dalby M, Vitting-Seerup K, Kern T, Mahendran Y, Jørsboe E, Larsen CVL, Dahl-Petersen IK, Gilly A, Suveges D, Dedoussis G, Zeggini E, Pedersen O, Andersson R, Bjerregaard P, Jørgensen ME, Albrechtsen A, Hansen T. Loss-of-function variants in ADCY3 increase risk of obesity and type 2 diabetes. *Nat Genet*. 2018 Feb;50(2):172-174. doi: 10.1038/s41588-017-0022-7. Epub 2018 Jan 8.

Pedersen ML. High awareness of diabetes in the health care system in Greenland measured as a proportion of population tested with glycosylated haemoglobin within 2 years. *Diabetol Metab Syndr*. 2017 May 3;9:30. doi: 10.1186/s13098-017-0230-4. eCollection 2017.

Pedersen ML. Microvascular complications in Nuuk, Greenland, among Greenlanders and non-Greenlanders diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018 Feb;136:1-6. doi: 10.1016/j.diabres.2017.11.030. Epub 2017 Dec 1.

Viskum ES, Pedersen ML. Prevalence of diagnosed diabetes and quality of care among Greenlanders and non-Greenlanders in Greenland. *Diabetes Res Clin Pract*. 2016 Nov;121:91-98. doi: 10.1016/j.diabres.2016.09.006.

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

Pedersen ML, Bjerregaard P, Jørgensen ME. GAD65 antibodies among Greenland Inuit and its relation to glucose intolerance. *Acta Diabetol*. 2014 Feb 19. [Epub ahead of print]

Reis AY, Pedersen ML. Smoking among patients in the health primary care in Nuuk, Greenland. *Clinical Nursing Studies*. DOI: <https://doi.org/10.5430/cns.v2n4p74>

Damsgaard L, Pedersen ML. Use of glycosylated haemoglobin as diagnostic tool in Greenland: prevalence of diagnosed diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2013, 5:59.

Pedersen ML. Diabetes mellitus in Greenland. *Dan Med J*. 2012 Feb;59(2)

Pedersen ML, Jacobsen JL. Improvement of diabetes care in a small but geographically widely spread population in Greenland. Effects of a national diabetes care programme. *Diabet Med*. 2011 Nov;28(11):1425-32.

Pedersen ML, Jacobsen JL, Jørgensen ME. Prevalence of gestational diabetes mellitus among women born in Greenland: measuring the effectiveness of the current screening procedure. *Int J Circumpolar Health*. 2010 Sep;69(4):352-60.

Pedersen ML, Jacobsen JL, Lyngge AR. Micro- and macrovascular complications among Greenlanders and Danes with type 2 diabetes mellitus in Nuuk, Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2010 Apr;69(2):195-207.

Pedersen ML. Management of type 2 diabetes mellitus in Greenland, 2008: examining the quality and organization of diabetes care. *Int J Circumpolar Health*. 2009 Apr;68(2):123-32.

Pedersen ML. Prevalence of diagnosed type 2 diabetes mellitus in Greenland 2008: the impact of electronic database implementation on the quality of diabetes care. *Int J Circumpolar Health*. 2009 Feb;68(1):34-41.

Grønlands Center for Sundhedsforskning (GCS)

Den Rådgivende komite fremlægger årsrapport for 2017.

Her et lille uddrag af årsrapporten

Formål

Grønlands Center for Sundhedsforskning/Kalaallit Nunaanni Peqqissusermik Ilisimatusarfik/Greenland

Center for Health Research (GCS) har som overordnet mål at højne sundhedstilstanden i den grønlandske

befolkning gennem initiering, koordination og formidling af sundhedsforskning, herunder specielt at forankre forskningen lokalt.

Mission

Styrke koordinering mellem forskningsinstitutioner.

Udvikle, udveksle, formidle og anvende forskningsbaseret viden.

Danne nationale og internationale netværk.

Opbygge lokal viden gennem mentorordninger og Ph.d. programmer.

Udvikle samfundets involvering og lokale partnerskaber.

Vision

At højne sundhedstilstanden i Grønland gennem initiering og koordinering af sundhedsforskning.

Historisk udvikling

Grønlands Center for Sundhedsforskning blev etableret den 28. maj 2008. Baggrunden var, at en række forskningsinteresserede personer inden for det grønlandske sundhedsvæsen gennem længere tid havde fundet, at der var behov for en forskningsinstitution placeret i Grønland. Ideen var, at en sådan institution skulle medvirke til kompetenceoverførsel til Grønland, være hjemsted for Ph.d. studerende, give de tilknyttede forskere en grønlandsk identitet ikke mindst i de internationale forskningsnetværk samt være udgangspunkt for forskningsbaseret undervisning i forbindelse med sygeplejerskeuddannelsen, sundhedspersonalets videreuddannelse og en eventuel arktisk MPH og Ph.d. uddannelser.

Centret har til dato været med til at uddanne 4 Ph.d.er, og har 4 nuværende Ph.d.-studerende tilknyttet.

Ph.d.-studerende

Sygeplejerske, cand.scient.san. Mikaela Augustussen

Læge, Karsten Rex

Læge, Paneeraq Noahsen

Cand. Mag. Antropologi, Mette Mørup Schlütter

Forskere 2017

Æresdoktor Gert Mulvad

Professor Lise Hounsgaard

Læge, ph.d., klinisk lektor Michael Lyng Pedersen

Adjunkt Tine Aagaard

Postdoc. Aviaaja Lyberth Hauptmann

Forskningsassistent Ingelise Olesen

Forskningsassistent Trine Jul Larsen

Adjungerede forskere

Læge, professor Peter Bjerregaard

Læge, professor Stig Andersen

Læge, ph.d. lektor Henning Sloth Pedersen

Læge, professor, ph.d. Marit Eika Jørgensen

Læge, professor, ph.d. Preben Homøe

Professor, ph.d. Eva Cecilie Bonefeld-Jørgensen

Læge, professor, ph.d. Anders Koch

Rådgivende Komite 2017

Cheflæge. Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse

Professor Peter Bjerregaard. Departementet for Sundhed

Prorektor og Institutleder Suzanne Møller. Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab

Læge Gert Mulvad. Grønlandsmedicinsk Selskab, lokalafdelingen i Grønland

Forskningskoordinator Sten Lund. Departementet for Uddannelse, Kultur, Forskning og Kirke.

Landslæge Henrik L. Hansen. Landslægeembedet.

Tilforordnet: Læge Michael Lyng Pedersen. Grønlands Center for Sundhedsforskning.



Grønlands Center for Sundhedsforskning

FORSKNING VED GRØNLANDS CENTER FOR SUNDHEDSFORSKNING.

Aktuel forskning ved læger tilknyttet Grønlands Center for Sundhedsforskning

Klinisk Lektor Michael Lyng Pedersen

Diabetes Klinik og Forskning, Helsetjeneste forskning

Professor Preben Homoe

Mellemørebetændelse I Grønland

Professor Marit Eika Jørgensen

Befolkningsundersøgelse, Diabetes forskning, Genetisk forskning omkring diabetes og hjertesygdomme

Professor Anders Koch

Register forskning, Infektions medicinske forskning

Professor Stig Anderesen

Stofskifte sygdomme, Cohorte opfølgninger, Funktionsniveau på Alderdomshjem

Professor Eva Bonefeld- Jørgensen

AMAP Human Health , Fødsels kohorte

Æresdoktor Gert Mulvad

AMAP Human Health, Videnskabs etik, UArctic Thematic network Health and Wellbeing in the Arctic, ICC Health Committee

På Centeret hjemmeside ved Ilisimatusarfik kan der læses om mange Sygeplejerskefaglige forskningsaktiviteter

Hva' Pokker? *The Great Imitator* is back

Michael Pedersen, Gert Mulvad, Jesper Olesen, Anne Lindegaard, Lisa Lind Jensen & Henrik L. Hansen.

“Runde egale pupiller med naturlig lysreaktion” har mange læger skrevet i forbindelse med indlæggelse af patienter eller ved undersøgelse af patienters øjne i andre sammenhænge. Det er nok lidt færre læger der har skrevet “Små pupiller uden lysreaktion men med bevaret konstriktion ved akkommodation”, Argyll Robertson pupiller, som det kan ses ved neurosyfilis. Og neurosyfilis er da også et sjældent klinisk billede i Grønland. Det er syfilis i andre stadier derimod ikke længere, og der er gennem de sidste år sket en stigning år for år – måske med 2017 som en undtagelse. Landslægen offentliggjorde således, at der allerede per 1 oktober var anmeldt over 70 nye tilfælde af syfilis i Grønland i 2018. Det er det højeste tal i dette århundrede. Der er endvidere grund til at antage, at en del syfilis-tilfælde ikke er blevet individuelt anmeldt.

Der blev stort set ikke anmeldt nogen tilfælde i perioden fra 2000 og frem til 2010, hvorefter der er set en gradvis stigning i antallet af smittede tilfælde og en spredning til flere og flere byer. Små lokale epidemier (under 20 tilfælde) i Maniitsoq 2012 og Sisimiut 2013 var blandt de første der blev rapporteret i forbindelse med det aktuelle udbrud. Antallet af årlige syfilis tilfælde er dog fortsat små i forhold til rekordårene 1976 med 746 tilfælde og 1987 med 658 tilfælde. Syfilis er formentlig, ligesom HIV, importeret fra Danmark i en række tilfælde og medført lokal spredning. Der har også i Danmark været en stærkt øget forekomst af syfilis det seneste årti, men til forskel fra i Danmark optræder den i Grønland helt overvejende blandt heteroseksuelle. I 2018 er der konstateret syfilis hos en del flere kvinder end mænd. De fleste er i aldersgruppen 20 til 30 år, men der er også konstateret syfilis hos ganske unge mennesker.

Er det syfilis, lues, pokker?

The Great Imitator er et medicinsk øgenavn for syfilis, og som navnet antyder, kan sygdommen give sig udslag i et utal af symptomer fra forskellige organsystemer. Dette gør den både interessant og vanskelig at bekæmpe. Sygdommen skyldes en spiralformet bakterie kaldet *Treponema Pallidum*. Bakterien overføres mellem mennesker ved seksuel kontakt. Den kan også overføres fra mor til foster, hvilket vi har set det første eksempel på i år.

Der går typisk omkring 3 uger fra smitte til udvikling af et sår – en såkaldt chanker. Det være synligt og sidde på penis

eller ved skedeindgangen, men det kan også sidde gemt inde i skeden, i endetarmen eller i svælget. Sårene er selvsagt smitsomme. Denne tidlige fase af sygdommen kaldes første stadie. Hvis ikke sygdommen bliver behandlet kan der efter 1-2 måneder ske spredning til blodet og der kan opstå feber, udslæt, og slimhindehindeforandringer. Dette stadium kaldes andet stadium og opstår hos omkring 50% af ubehandlede tilfælde. Efter en længere periode – den såkaldte latensfase – af måneder til års varighed, kan der opstå syfilis i tredje stadium. Symptomerne i dette stadium er meget forskelligartede og kan udgå fra forskellige organsystemer inklusiv hjerne og nervesystem, pulsåren, knogler, led og hud. Som læge må man altid have *the great imitator* i baghovedet ved uforklarlige symptomer.

Uden behandling vil cirka en tredjedel blive raske, en tredjedel vedblive at have latent syfilis og en tredjedel udvikle neurosyfilis.

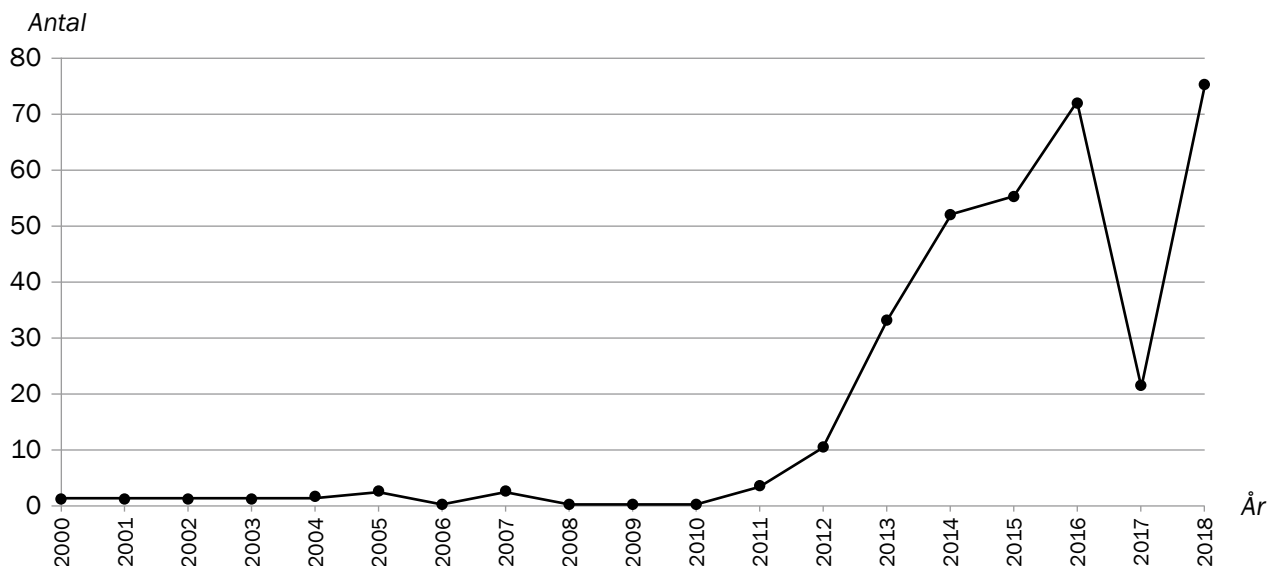
Ny vejledning

Den aktuelle stigning er sket trods relativ stor bevågenhed på området med genindførelse af individuel anmeldepligt i 2012, rapportering om mindre epidemier, opgørelse over de første tegn på udvikling af en egentlig epidemi, anvendelse af langtidsvirkende penicillin til syfilis tilfælde, opsporing og behandling af seksuelle kontakter, forebyggende tiltag og offentlige debatter og indlæg om emnet.

Der er behov for en yderligere indsats udviklingen skal bremses. Sundhedsvæsenet har derfor udarbejdet en ny syfilis-vejledning med fokus på at øge den diagnostiske følsomhed. Vejledningen er blevet til i et samarbejde mellem landslægen, ledende regionslæger, medicinsk område, kirurgisk område, Statens Serum Institut og andre interessenter. Hele vejledningen kan findes på sundhedsvæsenets informationsplatform D4.

Alle må gøre en indsats

En ny vejledning for hvordan syfilis håndteres i sundhedsvæsenet er dog ikke tilstrækkeligt til at stoppe den negative udviklingen. Syfilis er ikke den eneste sygdom, som overføres ved seksuel kontakt. Klamydia, gonoré, HIV, herpes, og leverbetændelse er eksempler på andre hyppige seksuelt overførbare sygdomme i Grønland. Det er nødvendigt, at vi bliver bedre til at passe på os selv og hinanden. På sundhedsvæsenets hjemmeside findes følgende råd til borgerne om hvad du selv kan gøre:



Figur 1. Antallet af anmeldte syfilis tilfælde i Grønland. Tallene for 2018 dækker perioden 1. januar – 1. oktober 2018.

- dyrke sikker sex med kondom
- blive testet, hvis du tror du er smittet
- gå i behandling, hvis det viser sig, at du er smittet
- fortælle det til din seksualpartner, hvis du tror, du kan have smittet ham eller hende

Tilsvarende postede Dronning Ingrid's Sundhedscenter for nylig følgende råd til borgerne på Facebook:

”SYFILIS, KLAMYDIA, GONORRÉ!

Vi ser en stigning i sexsygdomme for tiden – og de kan være alvorlige.

Ubeskyttet sex og skiftende partnere øger risikoen for smitte.

Er du bekymret for om du kan være smittet, så henvend dig personligt ved receptionen i lægeklinikken, mandag-fredag inden kl 12, for at blive testet.

HUSK at opfordre dine sexpartnere til også at blive testet!

Hvis du er smittet, bliver du kontaktet inden for 2 uger"

Opslaget blev set af 8.799 personer, delt 63 gange og *liket* af 22 personer.

Hvad bliver det næste der vender tilbage? Ulcus molle? Det er nødvendigt at følge udviklingen tæt, lære og justere indsatsen løbende.

Referencer

Salado-Rasmussen K1, Katzenstein TL, Larsen HK. Syphilis. *Ugeskr Læger*. 2018 May 14;180(20).

Zachariae H. *Lyst og nød*, Hovedland, Danmark, 2002.

Albertsen N1, Mulvad G2,3, Pedersen ML2,3. Incidence of syphilis in Greenland 2010-2014: the beginning of a new epidemic? *Int J Circumpolar Health*. 2015 Jul 17;74:28378. doi: 10.3402/ijch.v74.28378. eCollection 2015.

Homøe AS, Knudsen AK, Nielsen SB, Grynnerup AG. Sexual and reproductive health in Greenland: evaluation of implementing sexual peer-to-peer education in Greenland (the Sex-Inuk project). *Int J Circumpolar Health*. 2015 Oct 28;74:27941. doi: 10.3402/ijch.v74.27941. eCollection 2015.

Berntsen S, Karlsen APH, Pedersen ML, Mulvad G. Gonorrhoea in Greenland, incidence and previous preventive measures: a review to improve future strategies. *Int J Circumpolar Health*. 2017;76(1):1350092. doi: 10.1080/22423982.2017.1350092. Review.

Johansen MB, Koch A, Wohlfahrt J, Kamper-Jørgensen M, Hoffmann S, Soborg B. Increased incidence of gonorrhoea and chlamydia in Greenland 1990-2012. *Int J Circumpolar Health*. 2017;76(1):1324748. doi: 10.1080/22423982.2017.1324748.

E From. Some aspects of venereal diseases in Greenland. *Br J Vener Dis*. 1980 Apr; 56(2): 65–68.

Alle må gøre en indsats for at bekæmpe syfilis. www.Peqqik.gl

Syfilis epidemi raser i Sisimiut www.knr.gl

Syfilis. www.SSI.dk

Min interesse for udredning af demens i Grønland

Inaluk Kleist, læge fra 2018, DIH, Nuuk

Det startede med en interesse, der blev til mit speciale. Til specialet rejste jeg rundt i Grønland og samlede data ind 3 steder i Sydgrønland med anvendelsen af ét demensredskab (Folstein test, MMSE). Specialet var et pilotprojekt om, hvorvidt man kunne overføre demensudredning fra Danmark til forskellige steder i Grønland. Min interesse og tidlige undersøgelse bygger jeg nu videre på som læge i Grønland.

Demens, eller kognitiv svækkelse, er komplekst at vurdere. Og der kan være mange forskellige årsager. Resultaterne af en test skal vurderes under hensyntagen til den kulturelle baggrund, uddannelse og de livserfaringer, som en person har. Derfor kommer vi i Grønland ikke uden om indflydelse af den grønlandske kultur og tankemåde, når vi skal undersøge for demens, altså må vi gøre det 'på grønlandsk'. Men hvordan gør vi det? Og er vi sikre på, at det vi så gør, er i orden?

Ja, jeg synes stadig, at det er spændende, og derfor arbejder jeg videre med demens.

Vi mødtes derfor i februar i en gruppe med deltagelse fra neurologien, geriatrien, terapien, og psykiatrien. Jeg lavede et oplæg om 5 mulige redskaber til demensudredning, udvalgt ud fra litteraturen. Vi diskuterede, hvilke redskaber, der kunne være velegnede, og vi designede et projekt til at validere de valgte redskaber. På basis af diskussionen udvalgte vi 2 redskaber til anvendelsen på forskellige trin i vurdering af kognitiv svækkelse i Grønland: RUDAS og Mini-COG.

Vi stiler mod at få et screeningsværktøj, der kan bruges på regionsygehuse og mindre sygehuse på kysten. På lokalsygehuse undersøges patienterne af både danskere og grønlandere, og der kan være forskellige tolkninger af

spørgsmålene ved de forskellige tolke. Det minimeres ved, at materialet udvikles på både grønlandsk og dansk, og at oversættelsen er mere end en sproglig oversættelse. Vi har derfor i foråret og sommeren sikret oversættelser tilpasset Grønlandsk kultur og tankemåde. Næste skridt er så at afprøve dem i Grønland på personer over 65 år:

Screeningsværktøjet skal valideres.

Samtidig med RUDAS og Mini-COG skal personen udføre en praktisk ting efter mundligt instruktion (simpel ADL-funktion), således at det ikke er alene er spørgsmål der skal besvares og huskes.

Personer får også lavet en almindelig neurologisk. Hvis det samlede billede tyder på demens henvises personen til DIH mhp. CT-scanning af hjernen og blodprøver.

Nu går vi gang med den spændende proces, hvor vi afprøver værktøjet i praksis. I efteråret er der

derfor endnu en rejse på kysten, hvor jeg bruger disse værktøjer på forskellige mennesker. Til specialet inkluderede jeg Sydgrønland, så denne gang er det Nordgrønland. Vi indsamler således data i efteråret, så vi kan gøre dem op næste forår.

Demens ses oftest hos ældre, og andelen af ældre vokser i Grønland i takt med den stigende middellevetid. Det vil udfordre os alle, og derfor er det et vigtigt arbejde at få brugbare og troværdige hjælpemidler til udredning af demens. Så det arbejder jeg målrettet på sammen med ledende fysioterapeut Jørgen Jalving, oversygeplejerske Anne Birgette Jensen, neurolog Ole Grdal og professor Stig Andersen.

Beskrivelse af TBC1D4 proteinets funktion i forbindelse med regulering af glukosemetabolismen ved akut fysisk aktivitet og insulin stimulering

Jonas Møller Kristensen

Postdoc

Department of Nutrition, Exercise and Sports

Faculty of Science, University of Copenhagen

Fysisk aktivitet virker forebyggende for udviklingen af type 2 diabetes (T2D) og mindsker den insulinresistens, der er en risikofaktor for udvikling af T2D, og som er karakteristisk for skeletmuskulaturen hos T2D patienter. Forekomsten af overvægt og T2D er stærkt stigende blandt

oprindelige folk i det arktiske område. Der er begrænset viden omkring samspillet mellem genetik og livsstil, herunder fysisk aktivitet, i forhold til risikoen for at udvikle T2D hos denne befolkningsgruppe (Dahl-Petersen et al., 2013). For nylig blev en mutation i genet, der koder for en muskelspecifik variant af TBC1D4 proteinet beskrevet (Moltke et al., 2014). Mutationen forekommer hos 17% af den oprindelige grønlandske befolkning og forklarer omkring 15 % af T2D forekomsten i Grønland. Personer der er homozygote bærere af denne TBC1D4 variant (per-



TBC1D4 proteinets funktion Foto af forsøgsdel-tager og forskningsmed-arbejder Trine

soner der har 2 kopier af TBC1D4 p.Arg684T varianten) er karakteriseret ved nedsat insulinfølsomhed samt en 10 gange forøget risiko for udvikling af T2D.

På det cellulære niveau medfører mutationen et stærkt reduceret TBC1D4 proteinindhold i skeletmuskulaturen hos homozygote bærere af denne TBC1D4 variant (Baus et al., 2008; Moltke et al., 2014; Treebak et al., 2009). Udtrykket af TBC1D4 er ikke ændret i væv som bugspytkirtlens betaceller, leverceller og fedtvævsceller. TBC1D4 proteinet er i celle- og dyreforsøg vist at være vigtig for reguleringen af musklers sukkeroptagelse (Cartee and Wojtaszewski, 2007). Proteinet bliver reguleret under fysisk aktivitet og menes at være af betydning for den øgede insulinfølsomhed, som ses efter fysisk aktivitet (Treebak et al., 2009; Treebak et al., 2014). Desuden viste vi fornylig, at insulinresistens hos T2D patienter var associeret til TBC1D4 dys-regulering i skeletmuskulaturen hos disse patienter. Vi observerede samtidig, at fysisk træning som mindskede insulinresistensen hos T2D patienterne var sammenfaldende med normalisering af signaleringsdefekterne til TBC1D4 (Vind et al., 2011). I studiet med T2D patienterne samt andre humane studier har det dog hidtil ikke været muligt at undersøge en direkte kausalitet mellem TBC1D4 proteinets regulering af glukosemetabolismen i skeletmuskulaturen hos mennesker.

Ved at sammenligne personer med TBC1D4 mutationen med en kontrolgruppe med normalt TBC1D4 proteinindhold i skeletmuskulaturen, undersøges TBC1D4 proteinets betydning for effekten af akut fysisk aktivitet på glukosemetabolismen og insulinfølsomheden hos mennesket. Endvidere ønsker vi at undersøge fedtmetabolismen, idet en potentiel kompromitteret glukosemetabolisme hos TBC1D4 varianterne kunne tænkes at påvirke substratudnyttelsen (det relative bidrag fra kulhydrat og fedt) over den arbejdende/tidligere arbejdende muskel, og dermed indirekte påvirke fedtmetabolismen.

Studiet vil desuden bibringe viden omkring de bagvedliggende årsager til den markant øgede forekomst af T2D hos bærere af TBC1D4 mutationen.

Undersøgelsen af effekten af TBC1D4 varianten i forhold til akut fysisk aktivitet hos Inuitter vil bidrage til en øget

forståelse af TBC1D4 proteinets rolle, i den komplekse insulin og fysisk aktivitets regulerede glukosemetabolisme der ses hos mennesker. Vi har således mulighed for at definere en potentiel kausalitet mellem TBC1D4 proteinet og arbejdsinduceret forbedring af insulinfølsomheden hos mennesker. Dette er en unik mulighed for undersøgelse af patofysiologiske mekanismer i mennesker, hvor vi undgår ekstrapolering af observationer fra reduktionistiske genetisk modificerede isolerede cellesystemer og dyremodeller. Den viden vi opnår forventes at bidrage til en bedre forståelse af den øgede forekomst af insulinresistens og T2D hos TBC1D4 genvariant bærerne. Konkret forventes at studiet vil tilvejebringe relevant information i forhold til om fysisk aktivitet har en rolle i forebyggelse af type 2 diabetes hos den store gruppe af personer som er hetero/homozygote for TBC1D4 varianten. Vi forventer, at denne forøgede indsigt, vil være brugbar og værdifuld med henblik på fremtidig udvikling af interventionsanbefalinger for disse patienter. Vi håber desuden at resultaterne kan være med til at kvalificere en screeningsdebat samt ikke mindst at studiet kan bidrage med vigtig viden omkring forebyggelse og behandling af type 2 diabetes hos grønlandere, baseret på studier af grønlandere og ikke på baggrund af viden ekstrapoleret fra europæiske befolkninger.

De relativt omfattende kliniske undersøgelser forsøgsdeltagerne gennemgår i forbindelse med deltagelsen i forskningsprojektet giver dem oplysninger omkring deres sundhedstilstand i forhold til kropssammensætning (BMI, muskelmasse og fedt %), fysiske form (kondition) samt deres evne til at optage og omsætte næringsstoffer fra kosten (undersøgelse af fedt- og sukkerstofskifte og insulinfølsomheden).

Forskningsprojektet afvikles dels ved Center for Sundhedsforskning, Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk, Grønland og dels i København, ved Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet. Forsøget udføres af danske forskere ansat ved Københavns Universitet i tæt samarbejde med grønlandske forskere fra Grønlands Universitet og Dronning Ingrid's Sundhedscenter.

LITTERATUR

Baus, D., Heermeier, K., De, H. M., Metz-Weidmann, C., Gassenhuber, J., Dittrich, W., Welte, S. and Tennagels, N. (2008). Identification of a novel AS160 splice variant that regulates GLUT4 translocation and glucose-uptake in rat muscle cells. *Cell Signal*. 20, 2237-2246.

Cartee, G. D. and Wojtaszewski, J. F. (2007). Role of Akt substrate of 160 kDa in insulin-stimulated and contraction-stimulated glucose transport. *Appl. Physiol Nutr. Metab* 32, 557-566.

Dahl-Petersen, I. K., Bjerregaard, P., Brage, S. and Jorgensen, M. E. (2013). Physical activity energy expenditure is associated with 2-h insulin independently of obesity among Inuit in Greenland. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 102, 242-249.

Moltke, I., Grarup, N., Jorgensen, M. E., Bjerregaard, P., Treebak, J. T., Fumagalli, M., Korneliusen, T. S., Andersen, M. A., Nielsen, T. S., Krarup, N. T. et al. (2014). A common Greenlandic TBC1D4 variant confers muscle insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature* 512, 190-193.

Trebak, J. T., Frosig, C., Pehmoller, C., Chen, S., Maarbjerg, S. J., Brandt, N., MacKintosh, C., Zierath, J. R., Hardie, D. G., Kiens, B. et al. (2009). Potential role of TBC1D4 in enhanced post-exercise insulin action in human skeletal muscle. *Diabetologia* 52, 891-900.

Trebak, J. T., Pehmoller, C., Kristensen, J. M., Kjobsted, R., Birk, J. B., Schjerling, P., Richter, E. A., Goodyear, L. J. and Wojtaszewski, J. F. (2014). Acute exercise and physiological insulin induce distinct phosphorylation signatures on TBC1D1 and TBC1D4 proteins in human skeletal muscle. *J. Physiol* 592, 351-375.

Vind, B. F., Pehmoller, C., Trebak, J. T., Birk, J. B., Hey-Mogensen, M., Beck-Nielsen, H., Zierath, J. R., Wojtaszewski, J. F. and Hojlund, K. (2011). Impaired insulin-induced site-specific phosphorylation of TBC1 domain family, member 4 (TBC1D4) in skeletal muscle of type 2 diabetes patients is restored by endurance exercise-training. *Diabetologia* 54, 157-167.



Grønland vinder af Nations tovtrækningskonkurrence ved ICCH i København 2018