



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægeforening

Nummer 2, 2021 – 46. Årgang



Generalforsamling, Seniorer

| | | | |
|--|----|--|----|
| Bestyrelsens beretning 2021 | 3 | Det grønlandske patienthjem går forrest i at hjælpe | |
| Grønlands Lægeforening | 5 | patienter med rusmiddelproblemer | 21 |
| Arbejdsglæde | 8 | Hvem bor i de grønlandske plejehjem | 26 |
| Nye medlemmer til Videnskabsetisk Udvalg | 10 | Tilpasning til jodrig kost hos grønlandske Inuit | 29 |
| Vaccination mod covid-19 i Siorapaluk og Qeqertat .. | 11 | Klinisk forskning om hudsygdomme i Grønland | 30 |
| Greenland Science Week | 14 | Syfilis i Grønland 2015-2019 | 31 |
| Making Science Matter | 15 | Giardia I Nuuk | 34 |
| World Diabetes Day 2021 – 100 år efter opdagelsen | | Forskning på psykiatrisk afdeling A1 | 35 |
| af insulin | 17 | NUNAMED 2022 Beskrivelse og information af tema | |
| Ph.d.-kursus om nye teknologier og lokale | | sessioner | 37 |
| perspektiver i arktisk sundhedsforskning | 18 | 2021 ICC Health Summit | 38 |
| Forekomst af borgere i Grønland, der modtager | | Lægeforeningens generalforsamling 2021 | 39 |
| inhalationsmedicin, samt behandlingskvalitet | 19 | | |

Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25

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

Redaktion: Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

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

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

Oplag: 300

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.

Bestyrelsens beretning 2021



Lægeforeningens bestyrelse

Ikke overraskende har bestyrelsens arbejde i det seneste år, været præget af Covid19, og deraf afledte problemer. Det er glædeligt at situationen er lettet så meget at de værste restriktioner er lempet, men skuffende med den svage vaccinations-tilslutning.

Der er afholdt månedlige bestyrelsesmøder og en ekstraordinær generalforsamling, hvor vi fik vedtaget forslag om vedtægtsændringer der senere er godkendt af Lægeforeningens Repræsentantskab. Vi har deltaget i det årlige lægemøde og i Overlægernes repræsentantskab.

Ved sidste års Generalforsamling lovede bestyrelsen at vi ville forsøge at få kompensation for de mistede kursus- og familie-kursus rejser. Det blev til en Holmgang mellem os og skiftevis SL og ASA. Det har ikke været mangel på forsøg fra vores side, men kognet ned til essensen må vi erkende at der intet kom ud af de anstrengelser – der har overhovedet ingen imødekommenhed været fra hverken SL eller ASA. Vi kan derfor konstatere at godt halvdanet års kursus rettigheder er tabt. Så er det selvfølgelig glædeligt at der nu igen er åbnet op for kursusrejser ud af landet. Men

vi må konstatere at den faglige udvikling har været sat i stå i mere end halvdanet år. Det er bekymrende i forhold til den sundhedsfaglige kvalitet i patientbehandlingen.

Lægeforeningens egen kursus aktivitet har været lagt ned, og det er vi kede af. Dog er det lykkedes at gennemføre et todages ultralydskursus og et aftenkursus i delir – der er en hel masse der skal indhentes og i vi håber at både ultralydskursus, ALSO og måske også AWLS bliver til noget næste år. ALSO og Ultralydskursus sandsynligvis i maj måned.

Nakorsanut er udkommet 2 gange i forgangne år, takket være Gerts utrættelige indsats. Næste nummer har deadline i midten af november. Vores fælles medlemsblad er et vigtigt ansigt udadtil – det bliver læst af en bred skare af beslutningstagere.

Lægeforeningen har i år inviteret en pensionsrådgiver fra Lægernes Pension og vi opfordrer så mange som muligt til at benytte sig af tilbuddet – det kan meget vel vise sig at være en virkelig god investering på lang sigt.

På plussiden må også nævnes at der er gjort et voldsomt stort stykke arbejde af tidligere bestyrelsesmedlem Marianne W. Andersen og Simon i forsøget på at få korrigeret udbetalingerne med opsat ferie. Det har været en noget træg omgang, men vi har mødt pæn forståelse fra vores modpart – ASA. Det er blevet til en sammenlagt tilbagebetaling til vores medlemmer på knap 2 millioner – desværre synes der fortsat at være problemer med korrekt beregning af opsat ferie. Ved møde med ASA i går blev dette emne vendt og det tyder på at det er en “teknisk fejl” som vi har fået lovning på vil blive rettet snarest.

Bestyrelsen har været involveret i større eller mindre grad i den uro der har været i de højere luftlag. Dårligt arbejdsklima, mobning, usikkerhed og manglende inddragelse i omstrukturings processen har virkelig sat sine spor. En kort opblomstring med positive vinde i form af Joanis, blev til skuffelse da Joanis smed håndklædet i ringen. Vi har desværre fået flere henvendelser fra kolleger der finder arbejdsforholdene uacceptable flere steder i vores sundhedsvæsen. Årsagerne er mange. Men for små bevillinger, manglende medinddragelse, totalt fejlslagne prioriteringer samt en hovedløs omstrukturingsproces er dele af forklaringen.

Læg dertil at vores Personaleafdeling har været voldsomt presset. Kun ganske få faste medarbejdere der virkelig slider i det. Lægeforeningen forsøger at holde trit med de mange ansættelseskontrakter og hjælper med at korrigere. Det sker i en god og ordentlig tone. Men faktum er at mange kontrakter er forsinkede og der er ledsagende for sene løn-udbetalinger til forståelig frustration hos medlemmerne.

Det er forstemmende at den personaleafdeling der var en af de bedst fungerende i sundhedsvæsnets net for bare 3 år siden, nu ligger i ruiner. Hvilket vi gentagne gange har advaret SL om – men for døve øren.

Lægeforeningen er repræsenteret i Sundhedskommissionen, men da medlemmerne af kommissionen er pålagt mundkurv, ved vi ikke noget om arbejdet. Det er selvsagt en vanskelig position for os som forening. På den anden side er det delvist forståeligt at kommissionen ønsker arbejds-

Lægeforeningen har deltaget i opdateringen af diplomuddannelsen “Fagområde Grønlands medicin”, som på engelsk er døbt “Polar Medicine”. Der foreligger nu en ganske detaljeret uddannelsesplan. Detaljegraden kan måske virke afskrækkende, men dybest set er der ikke megen forskel fra den tidligere uddannelsesplan. Lægeforeningen ønsker at udbrede kendskabet til diplomuddannelsen og opfordrer alle læger til at kigge på den nye uddannelsesplan – man kan sagtens starte med at opnå nogen af kompetencerne uden på forhånd at binde sig til hele uddannelsesforløbet. Måske vil lægen pludselig stå i en situation hvor der ikke er langt til målstregen og så gøre sig den sidste anstrengelse for at opnå diplom anerkendelsen.

Der er kun godt et år til at den nuværende overenskomst udløber. Det er derfor allerede tid til at påbegynde det indledende arbejde. Nærmere herom i overenskomst udvalgets beretning.

Der er i år valg til bestyrelsen. Vi har sagt farvel til Marianne i foråret, Paneeraq og Ivalu træder ud af bestyrelsen i forbindelse med denne generalforsamling.

Jeg vil benytte lejligheden til at takke dem alle for en fremragende indsats. Det har været en udsøgt fornøjelse at opleve vores bestyrelses arbejde – der er tydelig forskellige opfattelser og meninger, men sammen synes jeg at vi har stået stærkt udadtil og jeg synes vi har gjort en forskel til gavn for vores medlemmer.

Så, Igen, tusind tak til Ivalu, Paneeraq – og Marianne. Jeg håber I kommer tilbage til foreningsarbejdet, når det passer i jeres liv.

Der bliver ikke kampvalg jfr dagsordenens punkt 7, idet Anne Schou har trukket sig. Jeg er sikker på at den nye bestyrelse, vil vise sig at være en stærk og god bestyrelse med en rigtig fin blanding af nye kræfter og erfaring.

Det var så den beretning.

Grønlands Lægeforening



Bestyrelses medlem, Nicolai Hardenberg Larsen.

Regionslæge på DIS i Nuuk, fast regionslæge ved DIS siden februar 2014. Læge i Grønland siden maj 2008.

Jeg har taget min speciallæge uddannelse i almen medicin her i Grønland og således været omkring alle hospitalsafdelingerne på DIH og haft 1 år ved regionssygehuset i Qaqortoq.

Har læst ved Københavns Universitet og er kandidat fra 2005.

Jeg er 46 år og født i Nuuk og vokset op dels i Nuuk og dels i Helsingør i Nordsjælland, hvor har boet fra jeg var 10 år til jeg tog til Grønland som 32 årig, dog med ferie tilknytning i en årrække til Nuuk. Den oprindelige plan var klassisk idet jeg tog til Grønland i en forventning det skulle være et ophold på ca. 1 år, nu over 13 år senere sidder jeg her endnu.

Har 2 børn, Victor på 11 år og Adriana på 9 år, er dele forældre i et velfungerende samarbejde med børnenes mor.

Bestyrelsesarbejdet finder jeg spændende, der er dog ingen tvivl om drivkraften ligger i processen omkring overenskomstforhandlinger. Har erfaring fra mit nu 6 årigt virke som medlem af Grønlands Lægeforening med det øvrige bestyrelsesarbejde og også de opgaver som vedrører Tillids Repræsentant delen af Grønlands Lægeforenings område. Endvidere er jeg en del af Kollegialt netværk under lægeforeningen.

Jeg ser frem til endnu en periode i Grønlands Lægeforenings bestyrelse og den kommende overenskomstforhandling.

Nicolai Hardenberg Larsen

Bestyrelsesmedlem Simon Bernth-Andersen.

Født og opvokset i Århus hvor jeg i 2002 afsluttede medicinstudiet.

Efter turnustjeneste i Svendborg rejste jeg 6 måneder i Sisimiut, hvor jeg stiftede bekendtskab med hundeslæder, rensdyrjagt, arktisk forår og min hustru Tuparnak – så var jeg solgt.

Efter sammenlagt 2 år som reservelæge på kirurgisk afdeling i Nuuk, rejste vi til Norge, hvor jeg blev far til Aputsiaq og Aviaaja og speciallæge i kirurgi.

I 2012 tog jeg 1 års orlov fra min stilling i Oslo og vi flyttede tilbage til Nuuk på prøve.

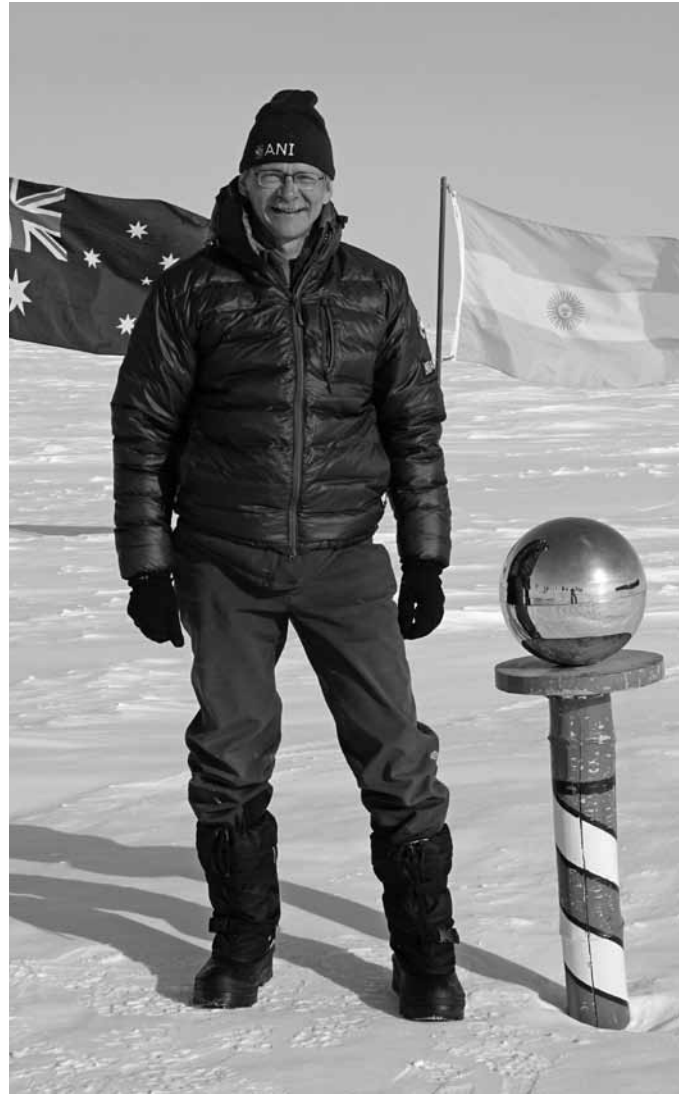
Herefter fulgte i hastig rækkefølge: lillebror Nanoq, fast ejendom og fast arbejde, som overlæge på verdens bedste lille kirurgiske afdeling. Og her er vi endnu...

Simon Bernth-Andersen



Bestyrelsesmedlem Hans Chr. Florian

“Efter få år som læge i Danmark, søgte jeg til Angmagssalik (som det hed dengang) i 1990. Her jeg har så været siden – dog med få afbrydelser, som har givet inspiration og yderligere kendskab til det grønlandske sundhedsvæsen. Jeg tror ikke der findes en bedre samling af kolleger end den læge gruppe der er i Grønland: Det er en fantastisk pose blandede bolcher med meget, meget forskellige personer og personligheder. Det er et privilegie at arbejde et sted hvor man hver dag er fagligt udfordret og hvor man med en smule stædighed og vedholdenhed virkelig kan gøre en positiv forskel. Udover vores umiddelbare patientrelaterede udfordringer og arbejdet for ordentlige løn- og arbejdsforhold, så ser jeg lægernes og Lægeforeningens vigtigste opgave som værende at kæmpe for det helt basale: “Helbrede – Lindre – Trøste”. Det er hvad der er hugget i sten over indgangen til det tidligere Aarhus Amts-sygehus hovedindgang. Jeg kan fortsat anvende størstedelen af min tid på netop dét – og det er jeg taknemmelig for.”



Bestyrelsesmedlem Trine Abelsen.

Kære læsere af Nakorsanut.

Mit navn er Trine Abelsen født og opvokset i Nuuk. Privat er jeg gift med Inuk, sammen har vi tre børn Pipaluk på 7 år, Kuluk på 4 år og Papik på 1 år. Jeg er et socialt menneske generelt nysgerrig på mennesker og nye oplevelser. Når tiden tillader det elsker jeg at strikke og er aktuelt i gang med at finde min motivation for løb igen ☺ Jeg blev færdig med Bioanalytikeruddannelsen i Aarhus i 2010, siden cand.med. fra Aarhus Universitet sommer 2019. Til dagligt er jeg KBU læge (snart intro-læge i almen medicin) i Dronnings Ingrid's Sundhedscenter . Jeg er nyligt blevet en del af bestyrelsen i Grønlands Lægeforening hvor jeg glæder mig utrolig meget til det fremtidige arbejde. Jeg vil efter bedste evne omfavne bredt og varetage alle medlemmernes interesser. Såfremt du har spørgsmål er du velkommen til at kontakte mig personligt via mail tria@peqqik.gl.





Bestyrelsesmedlem Andreas Brix.

Hoveduddannelseslæge i Almen medicin med forankring i DIS, Nuuk. Nuværende fase-2 læge (1½år inde i hoveduddannelsen) med nuværende arbejdsplads på Medicinsk afdeling, DIH. Læge i Grønland siden marts 2019.

Har læst på Aarhus Universitet, og er kandidat fra 2017.

Jeg er 31 år, født i Allerød i Nordsjælland men med familiær tilknytning til Skagen og Vendsyssel. Det var derfor naturligt for mig at søge mod det jyske for at læse. Inden jeg flyttede til Nuuk i 2019 med min hustru, havde jeg af flere omgange været rundt omkring i Grønland, både som studerende og turist. At arbejde i Grønland har derfor altid været et ønske, med en plan om en introstilling på et 1 år. Og nu snart 3år senere bor vi her endnu.

Med en fortid som bl.a. tillidsrepræsentant på tidligere arbejdspladser har bestyrelsesarbejdet i den Grønlandske lægeforening altid vækket interesse. Som bestyrelsesmedlem håber jeg på at kunne bidrage positivt til vores snarlige overenskomstforhandlinger, bidrage til fastholdelse af vores unge kollegaer som det skete for mig selv. Samt at øge kendskabet til vores aktiviteter og nuværende overenskomst blandt vores kollegaer i hele landet, som jeg har oplevet nødvendigt på mine kortere ansættelser på kyst-sundhedscentre. Endvidere er jeg en del af Kollegialt netværk under lægeforeningen.

Andreas Brix

Andy Larfred

Administrerende Overlæge Ortopædi Dronning Ingrid's Hospital



Arbejdsglæde

Festtale til ledelses-seminariet 18.okt 2022

Kære kolleger – kære venner!

Når man har fået lov at holde dette ledelsesseminars fest-tale, så bliver man taknemmelig og eftertænsom.

Når man er taknemmelig får man lyst til at give igen, give en gave. Derfor har jeg en gave til jer her i aften – lige om lidt.

Jeg har valgt at kalde min tale til jer for ARBEJDSGLÆDE eller nok nærmere ARBEJDE OG GLÆDE.

Vi har siden sidste ledelsesseminar og i løbet af de sidste dage, været igennem meget. Samarbejde, patientforløb, fastholdelse, lederskab osv – og I er allesammen så dedikerede; gode til lige netop dét I gør og det I står for. Bliv ved med dét.

Men vi er ikke gode til alt.

Leder af Uummannaq Børnehjem Ann Andreassen er kendt af mange og min gode ven. Hun har velfortjent modtaget flere priser. Hun har været en stor inspirationskilde for mig i min spæde lederkarriere.

Hun fik bl.a. en musikpris, fordi Børnehjemmet jo er kendt for sin musikalitet og optrædener. Lidt underligt, for som hun siger, så har hun ikke en tone i livet og er som person noget af det mest umusikalske. Men som hun siger om sig selv:” Jeg er egentlig ikke ret god til noget, men én ting kan jeg, og dét er at finde mennesker, der er bedre til tingene end mig selv”

Det tror jeg er en rigtig god egenskab som leder, som vi godt kan tænke lidt over og tage med os.

Dét som har gjort, at vi sidder sammen her, det er vores ARBEJDE; dét der har ført os sammen er ARBEJDE.

Men hvad er så dét, som gør, at vi bliver ved med at sidde her, at vi bliver ved med at gå på arbejde og holde på med dét vi gør – det tror jeg er ARBEJDSGLÆDE.

Men måske endnu bedre at dele ordet op i ARBEJDE OG GLÆDE. Da meget af den energi og glæde der er i vores arbejde også ligger udenfor vores arbejde – nemlig i naturen, fritiden og familien eller et helt andet sted.

Glæden i arbejdet kan ligge i at få muligheden for fri indimellem, rotationsordninger og fleksibilitet.

Når man snakker om arbejdsglæde, så er der især 3 faktorer der er vigtige:

1. Kompetence eller resultater, at arbejdet er meningsfyldt.
2. Selvbestemmelse
3. Relationer og et godt socialt fællesskab

Der skal være lidt af alle 3 dele, men for den enkelte helt individuelt hvad der er vigtigst.

For at relatere til et af Ann Andreassens udsagn: Hun blev af nogen anklaget lidt for, at forskelsbehandle børnene. Forskelsbehandle siger Ann – det er hendes allerfornemste opgave, det er lige netop dét hun er ansat til, at i varetage det enkelte barns behov ud fra den historie de har med sig og hvor de er i processen. Det ville være livsfarligt at skære dem over én kam og behandle dem ens.

Alle steder taler man om ligestilling, ligebehandling, ligestemte osv. selvom det er ukorrekt, kunne man så tænke sig, at vi som ledere, turde forskelsbehandle vores medarbejdere lidt mere. Blive bedre til at læse vores medarbejdere, for at give endnu mere trivsel og arbejdsglæde.

Vores medarbejdere har ikke brug for det samme:

Det er jo sat lidt på spidsen, når jeg bruger ordet forskelsbehandling. Man kan jo også bare kalde det individualisering.

Nogle har brug for en forskningsdag

Nogle har brug for udfordring

Nogle har brug for et klap på skulderen af en god kollega

Nogle har brug for at blive set

Nogle har brug for at blive forberedt og inddraget

Nogle skal bare have besked her og nu

Nogle er spontane og andre bestemt ikke

Nogle har brug for holdånd

Andre vil hellere arbejde alene

Nogle vil have flere vagter

Andre har brug for en fridag

Nogle har brug for en pause

Og de to sidste ting – en fridag og pause, skal vi nok ikke undervurdere betydningen af heller ikke hos os selv.

At huske punktummerne i sin hverdag.

Man skal kunne nå at glemme sine patienter og for den sags skyld sine kolleger, for at kunne glæde sig over at se dem igen.

Man skal lidt væk, for at kunne glæde sig over at komme tilbage og se hvor godt vi egentlig har det.

Glæden i arbejdet er ofte alt dette mellem linjerne.

For mig er glæden ved mit arbejdet alt dét I ved, dét jeg er ansat til, dét der er mine opgaver og dét jeg står for.

Men også alt dét I ikke ved.

Det er når Jesper (Jesper Olsen red.) og Michael (Michael Lynge Pedersen red.) kommer forbi mit kontor og sætter sig, istedetfor bare at sende en mail

Når Birtha (Birtha Bianco red.) sender en mail og der står: Uka nu er det bare for meget, ring til mig. Så kan det nok være, jeg lægger dét jeg har i hænderne. Og det er ikke småting, som vi skal løse og det lykkes kun, fordi vi kender hinanden og derfor kan handle når bålet brænder.

Det er arbejdsglæde når jeg kl 22.30 en aften sender en mail og Peter Vedsted i den anden ende 2 min efter svarer på den og slutter af med en lille kommentar: nå du arbejder også sent Uka.

Den der følelse af ikke at være alene.

Det er arbejdsglæde, når jeg til Berit (Berit Handberg red.) drøfter mine gode idéer og hun så svarer: "Uka jeg har helt tillid til dig." Den der følelse af, at nogen tror på én, at nogen tror mere på én end man nogle gange selv gør.

Det er arbejdsglæde, når Parnûna (Parnûna Heilmann red.) kommer forbi og spørger om vi skal gå en tur.

Det er arbejdsglæde, når der ligger et julebrev fra Anne Birgitte (Anne Birgitte Jensen red.) på bordet 23. Dec og når jeg omvendt, som forleden ikke kan lade være med at køre forbi Anne Birgitte på hendes fødselsdag med en pose frosne sortebær.

Det er arbejdsglæde, når Ella midt i et COVID møde viser mig et dejligt billede inde fra fjorden.

Alt dette og mere til er også ARBEJDSGLÆDE eller glæde, som vi tager med ind i vores arbejde.

Tak allesammen for at være der i det daglige og tak fra os allesammen til for at gennemføre dette længe ventede ledelsesseminar.

Der har været rigtigt meget godt.

Men der mangler også ligesom noget.

Der er noget, som der i vores hverdag generelt er for lidt af og som man ikke kan få for meget af. Det er ikke sikkert I har savnet det, før det egentlig opstår eller opdager at det ja rent faktisk mangler.

Men vi kunne godt bruge noget mere KULTUR og MUSIK.

Jeg ville gerne kunne give jer lidt af dette; stille mig op og synge eller spille for jer. Men dét er jeg ikke god til. Derfor har jeg – inspireret af Ann Andreassen, fundet én der er meget bedre til dette end mig selv og det er så min gave til jer alle.

Det er 3 sange der er skrevet og sunget af mit store idol TÛTU. TÛTU spiller også i det kendte band INUK og er et af Grønlands store multitalenter, han er netop fløjet ind efter at have spillet til Arctic Circle i Reykjavik, hvor han spillede i den store bygning Harpa.

Nyd ham og hans musik og til jer som ikke forstår teksterne, så skal I bare vide at de er fantastiske, og som det er med arbejdsglæde er det også med musikglæde, det er især alt dét mellem linjerne, der betyder noget.



*Uka Wilhelm Geisler
Ledende Overlæge, Medicinsk Område
Dronning Ingrid's Hospital Nuuk*



Nye medlemmer til Videnskabsetisk Udvalg

Naalakkersuisoq for Sundhed Kirsten Fencker har udpeget fire medlemmer til det Videnskabsetiske Udvalg for Sundhedsforskning. Udvalget har til opgave at sikre god forskningspraksis på sundhedsområdet. Regionslæge Gert Mulvad er genvalgt som formand.

Efter indstilling fra Grønlands Forskningsråd har Naalakkersuisoq for Sundhed udpeget 4 medlemmer til det videnskabsetiske udvalg for sundhedsforskning. Udvalget har til opgave at sikre, at sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter i Grønland gennemføres videnskabsetisk forsvarligt.

Udvalget sammensættes af to lægefaglige medlemmer og to lægmedlemmer. Regionslæge og æresdoktor ved Ili-simatusarfik, Gert Mulvad, er genvalgt som formand.

Medlemmer

- Gert Mulvad, MD, Doc Ph.d. hc., regionslæge, DIS – lægefagligt medlem
- Karsten Rex, MD. Ph.d., afdelingslæge ved DIH – lægefagligt medlem
- Aviåja Egede Lyng, Msc., Børnetalsmand, leder af MIO – lægmedlem
- Emma Kristensen, B.A., Chefkonsulent ved Pinngortaleriffik – lægmedlem

Afvejning af hensyn

Sundhedsdata og biologisk materiale indsamles, lagres, anvendes, kobles og udveksles i forskning som aldrig før. Udviklingen drives af en stigende efterspørgsel efter sund-

hedsdata fra forskere, det grønlandske sundhedsvæsen og samfundet, hvor også patientforeninger efterspørger ny viden.

I dag bliver ansøgninger om sundhedsforskning på mennesker, blodprøver, eller menneskeligt væv behandlet til godkendelse af det videnskabsetiske udvalg. Udvalget modtager årligt omkring 20 ansøgninger.

Overvejelser i den videnskabsetiske bedømmelse er præget af en bestræbelse på at etablere en balance imellem på den ene side Sundhedsvæsenets behov for forskningsbaseret behandling, der ikke bør begrænses unødigt, og på den anden side hensynet til forsøgspersonerne, der ikke bør lide unødigt overlast.

Det er med andre ord almindeligt anerkendt, at der til sundhedsforskning knytter sig mange etiske dilemmaer og afvejninger af beskyttelseshensyn. Der er sjældent et ja/nej svar.

Nyt digitalt ansøgningssystem skal sikre bedre oversigt

Landslægeembedet arbejder på at digitalisere ansøgningsproceduren for godkendelse til at gennemføre sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter i Grønland. Fremover, vil både ansøgninger og godkendte projekter samles på sullissivik.gl. Portalen vil være med til at sikre et bedre overblik over hvilke projekter, der finder sted på det sundhedsfaglige område, og hvor biologisk materiale bliver opbevaret.

Vaccination mod covid-19 i Siorapaluk og Qeqertat

af Peter Vedsted, ledende regionslæge Avannaq

Den 6. maj 2021, blev befolkningen i Siorapaluk vaccineret mod covid-19 med Moderna vaccinen.

Hermed er vaccination nået til de nordligst bosiddende indbyggere i Det Danske Kongerige.

Alle, og lidt til, deltog og havde fået at vide, at når helikopteren kom, skulle man gå til skolen. Piloten Jens og den ledende regionslæge Peter havde derfor aftalt, at den lige fik et par ekstra ture rundt over den smukt beliggende bygd

– til stor glæde for alle kunne man se på jorden. Festen var startet.

Den meget hvide kulisse af sne og havis badet i forårsso-len skabte det smukkeste bagtæppe for alle menneskene, der bevægede sig mod skolen. På heliporten blev vi modtaget af jublende børn og en ATV stod klar til at køre den dyrebare skat ned til skolen. Men den blev nu båret håndholdt på mest kyndige vis af farmaceut Camilla.



I Skolestuen i Siorapaluk



Landing på terræn i Qeqertat

Siorapaluk er den nordligste bygd via Qaanaaq, og ligger smukt neden for de smukke sneklædte klipper med solen der spillede i en smule dis. Det får man ikke flottere! Og hvilken velkomst til den lille gruppe med vaccinerne.

På skolen var alle samlet og sad klar. Kaffen var brygget og man var spændt. Hurtigt blev der indrettet et vaccinationslokale i biblioteket. Her stod Petrine for at informere og holde i hånd. Og så begyndte festen for alvor. En efter en gik man med ærefrygt ind af døren til det lille bibliotek. Satte sig på stolen, fik en lille samtale om vaccinen, og så skete det – man blev vaccineret til klapsalver og hvin fra tilskuerne. Og det fortsatte – alle 28 gange af 28 mulige!

Efter at vi alle havde givet ”high-five” til alle børnene lykkedes det os at komme op til helikopteren for at bringe de næste vacciner til Qeqertat. Hen over kanten af Indlandsisen viste Grønland sig fra noget af det mest fascinerende

og smukke landskab. Alle fire kunne blot måbende følge med, mens dette scenarie passerede og vi skiftedes til at holde den dyrebare skat.

I Qeqertat lavede vi efter de obligatoriske par ture rundt i luften en landing i frit terræn. Vi begav os til Skolen/Kirken/Forsamlingshuset, hvor der igen var mødt en god flok frem. Her blev vi mødt af den realitet at flere naturligvis var på fiskeri og boede ude på isen – og nogle var kommet fra Qaanaaq for at fiske. Så det med lister over indbyggere er ikke helt retvisende.

Alle de mulige stik blev givet og igen til klapsalver og glædesudbrud. Da vi var færdige måtte vi alligevel slukørede konstatere, at én ikke var mødt frem. Det ville klart ødelægge vores statistik markant. Da der ikke er mobildækning kunne vi ikke ringe. Og han kunne ikke kaldes på radioen.

Da alt var pakket lød der pludselig råb udenfor – han er på vej. Nogle havde spottet hundeslæden i fuld fart mod Qeqertat – langt ude på isen. Da han havde set helikopteren havde han sat alt ind for at nå det. Det sidste stykke løb han op fra iskanten til Skolen og kastede sig ind i håbet om at nå det. Således fik den sidste også sin Moderna i den nordligste del af kongeriget.

Personlig kommentar. Som læge oplever man mange ganske særlige ting – gode som triste. Jeg skal indrømme, at

jeg her måtte give mig hen – mærke det historiske sus fra ”Den Store Slædetur” ved at vaccinere børnebørn til slædekuskene fra dengang, fornemme mine forgængeres heltemodige indsatser mod infektionssygdomme og at være her, som et lille sandkorn i det kæmpestore polarunivers med den store sol over det hvide hav – ganske som Erfalasorput. Det er at gøre noget for fællesskabet!



Det hurtigt opstillede vaccinationssted i Qeqertat

Greenland Science Week

Forskningsfestival med aktiviteter i Sisimiut, Kangerlussuaq, Sarfannguit og Nuuk 1.-14 november



Nogle nedslag fra Forskningsfestivalen Verdensarvsfestival og Greenland Science Week

I år er Qeqqata Kommunias Verdensarvsfestival lagt samtidig med Greenland Science Week, der tidligere kun har været holdt i Nuuk. Målet er fælles: At præsentere resultater af forskning, foretaget i Grønland, fra udgravningerne på Nipisat til jordbrände set fra satellitter. Især, at vise hvad man kan bruge forskningen til, gennem workshops, demonstrationer og historiefortællinger omkring et kort.

Forskning i Ulighed

I seminaret fremlægges forskning omkring ulighed i Grønland og i Arktis. Det store canadisk ledede, tvær-arktiske projekt WAGE præsenteres – et forskningsprojekt, der handler om ulighed på en lang række dimensioner i de Arktiske lande. Ulighedens art og dens sociale, økonomiske, kulturelle og økologiske aspekter undersøges i forskningsprojektets mange delprojekter. Vi vil her især lægge vægt på ulighedens forskellige aspekter og deres samvirken her i Grønland. Ulighedens-forskningens betydning for den samfundsmæssige diskurs, planlægning og udvikling belyses og diskuteres i seminaret.

Greenland Ecosystem Monitoring programmet kan nu fejre de første 25 år

Siden midten af 1990'erne har forskere systematisk overvåget grønlandske økosystemer under Greenland Ecosystem Monitoring (GEM) programmet. Programmet undersøger effekterne af klimaforandringer til vands, til lands og i luften gennem studier af økosystemprocesser og ind-

samling af lange data- tidsserier. GEM blev etableret ved Zackenberg Forskningsstation i Nordøstgrønland i 1995 i et samarbejde mellem danske og grønlandske forskningsinstitutioner og myndigheder. Programmet bidrager til Arktisk Råds monitoringsprogrammer for miljø, klima (Arctic Monitoring and Assessment Programme, AMAP) og biodiversitet (Conservation of Arctic Flora and Fauna, CAFF). I dag har GEM udviklet sig til det mest omfattende klima- og biodiversitetsovervågningsprogram i Arktis, hvor forskere hvert år indsamler data på over 2000 forskellige parametre. Greenland Ecosystem Monitoring programmet kan nu fejre de første 25 år – og er mere relevant end nogensinde. En ny GEM Strategi 2022-2026 for de næste 5 år udstikker rammerne for programmet og fremtidens natur- og klimaovervågning i Grønland.

PHD COURSE: NEW TECHNOLOGY AND COMMUNITY PERSPECTIVES IN ARCTIC HEALTH RESEARCH

Grønlands Center for Sundhedsforskning, Grønlands Universitet, inviterer ph.d.-studerende til at søge om deltagelse i dette ph.d.-kursus. Kurset er fokuseret på forskningsmuligheder inden for folkesundhed og sundhedsforskning. Programmet vil omfatte nye teknologier såsom kunstig intelligens, telemedicin og maskinlæring samt forståelse og integration af samfunds- og patientperspektiver i arktisk sundhedspleje og sundhedsforskning. Kurset vil også introducere teori og metoder inden for implementeringsvidenskab og udfordre deltagerne til at reflektere over, hvordan deres egen forskning kan implementeres for at skabe forandring på tværs af sundhedsvæsenet i Arktis

Making Science Matter

Josephine Nymand

Formand for Grønlands Forskningsråd

Asasakka peqataasut tamassi

Thank you to the organizers for inviting me to talk here at the closing of the second Arctic Research Days held in Greenland. I am truly honored to be here today, and I appreciate that we are all here with the purpose of making science matter – one way or another – for and with Greenland.

I am also honored that I was given half an hour for my talk. That someone believed that I could make sense for half an hour after the program we have been through, the icebreaker at Ilimmarfik, the banquet last night, and the program we have before us today and tomorrow.

Focus:

Two years ago, we were here in this building, talking about the arctic, science, collaboration, sharing, knowledge in all its forms. We talked about connecting communities and science.

Today we are here again; so many people with different skills and knowledge, sharing results from our work, new ideas. We have moved forward within some areas and not so much within others.

For a long period, we did not know if we could go through with GSW this year due to the circumstance. We have been through a somehow different couple of years.

We are, however, very skilled at navigating in chaos in Greenland, so we have all adjusted to the circumstances. Our ability to navigate in chaos is, I think, a result of our – in many ways – unpredictable surroundings. We can make plan A, B, C and so on, and none of them will be realized because of the weather, or something else will impact our plans so we must come up with solutions – and what happens then is that if someone is in need – someone else steps up....

An example of this is something I learned from an anesthesiologist who had taken part in evacuating sick or injured people from more remote areas in Greenland to Nuuk. No matter how things work at the hospitals, when it comes to acting on emergency everything falls into place.

The same principle exists among researchers: When someone has a problem that he or she cannot solve alone,

someone else steps in with ideas and solutions. We are not afraid of sharing. We must not be afraid of sharing.

Arctic societies and people now need action from the researchers so that things will fall into place, so we do not need the evacuation because of climate changes, dwindling fish stocks.

I am not saying that you shall never make plans – I am just saying that don't be afraid that your plans do not come through – you will find a way with help from others around you.

What we have seen here during this week is the mix of cultures and heritages that makes the research community – us – strong. And if we reach out to our own communities and collaborate and share across borders and we learn to communicate with each other and the communities that surround us, we can use this strength to mitigate impacts of some of the problems facing Arctic communities – be it climate change or our young people committing suicide.

Greenland is very much a part of the Arctic and as such we have experienced the effect of climate change more rapidly and severe than in many other places. We have seen extreme events such as the landslides that have generated tsunamis. Science and research can help us predict and mitigate the next event (so incidental loss of human life can be avoided).

We are facing changes in the distribution of the living resources around and within Greenland. Being it from climate change, hunting or other disturbances. Science and research can help us mitigate the effects of this.

We heard yesterday that Natuk Lund Olsen learned something very important from a foreign scientist that opened her eyes to her own culture and made her realize that she had to dig deeper into what later became her PhD-project. As surprising and even frightening that may have been, it also very precisely shows us, that we do indeed need one another. We can be inspired by other ways of seeing things and by answering questions that may seem to have obvious answers but in other contexts create new insights.

I attended a webinar this Monday on One Health food security in Alaska by Melissa Chlupach. In Alaska, apparently, it is not given that hospitalized indigenous peoples have the food they know and are used to. Hospitalized first nations, elders, cannot have it unless provided for by special organizations.

It seemed to me that something was missing – the human dimension was missing. Even though we have some way to go with our own health care and re-discovering Greenland food, Kalaalimernit is a natural part of healing in our hospitals. And we can be proud of this. We are role models for other Arctic countries.

In the last couple of weeks, a marine species that most Greenlanders have an opinion on has received a lot of attention – Narwhales, Qilalukkat qernertat. Yesterday and today, we have seen presentations from the scientists on the work that has been done for many years with narwhales. It is no secret that there are disagreements between the scientific advice on harvest and local communities' wish for higher hunting quotas. This has been the case for quite some time.

The gap between science and hunters on the perception of the distribution and the number of narwhales in Greenland seems huge. It sometimes even seems overwhelming to try to bridge the gap.

This is, however, what we have to do. We must be creative and find new ways of building bridges between hunters and scientists to establish the trust and partnership of the different disciplines, languages, regions. When I say languages, I am not only thinking of English, Greenlandic, Danish. I also think of the language spoken by scientist, hunters. We have to break down the barriers that – if they are not broken down – will prevent us from finding solutions to critical problems.

This is not only true in the case of the narwhale but also in many other topics.

Sometimes it seems scary to touch upon a topic that in one way or another seems sensitive. But if we do not start the dialogue, we never find the solution. So don't hesitate to ask questions, start the dialogue..

We all experience social media that overflow with misinformation and ignorance. This was also addressed in the opening speech held by Naalak. Naja Nathanielsen. If we, as scientist do not have a trustful relationship with the communities, our science will not become beneficial for

the Greenland communities. We need to develop setups for engaging with society – to make science matter and to make science relevant and understandable for everyone.

Our new research strategy that has been mentioned a couple of times, addresses this by emphasizing the need for strengthening co-production in research. It also addresses several other important issues like developing ethical guidelines, embedding knowledge within Greenland institutions, improve communication between researchers and communities.

The bottom line is that we all agree that research and science in all its forms are parts of the solutions to the sustainable economic and social development of Greenland.

Closing remarks:

Today, Greenland's new research vessel. Tarajoq, leaves the port in Spain and will start its journey to Greenland Waters. Our new ship is the biggest investment in Greenland science ever. My hope – and plan – is that our new ship will be a platform where we will continue the work and discussion, like we have had the last couples of days and where there will be space and time for developing knowledge, science that matter for Greenland.

I also hope that we will meet again within a couple of years here at GSW and until next time, you all have a task to do. You must all go back to your institutions and organizations and create space and time for discussions, dialogues, sharing.

And do remember that while it is important to meet other researcher and people from different communities, business and industry during Greenland Science Week and other events like this – it is the other 360 days of the year that really matter. That is when we transform. That is where we make things happen.

I will end her by stating what Nick Duelund told us: be creative, open your eyes and learn!

World Diabetes Day 2021

– 100 år efter opdagelsen af insulin

Michael Lyng Pedersen, SDCG

Verdens diabetes dag blev markeret mange steder i Grønland med en dejlig gåtur. De mange dejlige billeder blev delt på Steno Diabetes Center Grønlands Facebook side.

Dagen blev også markeret på Grønlands Center for Sundhedsforskning, Ilisimatusarfik, hvor Steno Diabetes Center Grønland stod i spidsen for dagens program ved årets phd kursus "New Technology and Community Perspectives in Arctic Health Research" med deltagere fra store dele af det arktiske område. Kurset var et blandet fysisk og virtuelt kursus.

Verdens sundhedsorganisationen, WHO, og det internationale diabetes forbund, IDF, udnævnte i 1991 14. november i anledning af 100 året for Sir Frederic Bantings fødselsdag.

Sammen med kollegaerne Charles Best og John Macleod fra Toronto opdagde han insulin i 1921 og allerede

januar 1922 fik en 14 årig canadisk dreng med diabetes verdens første indsprøjtning med insulin. Banting modtog i 1923 nobelprisen for den epokegørende opdagelse.

Den dansk fysiolog August Krogh havde allerede i 1920 fået Nobelprisen for sin forskning og var således meget anerkendt. Han var gift med forskerkollegaen Marie Krogh, som led af diabetes. August tog kontakt til de canadiske forskere og fik rettigheder til at udvikle og producere insulin produktion i Skandinavien. I 1936 opfandt den danske diabetes specialist Hans Christian Hagedorn langtidsvirkende insulin, som blev indført som diabetes behandling i 1950'erne.

Banting ønskede at opdagelsen skulle komme diabetes patienterne til gavn, hvilket blandt andet er baggrunden for Novo Nordisk Fondens donation til Steno Diabetes Center Grønland.



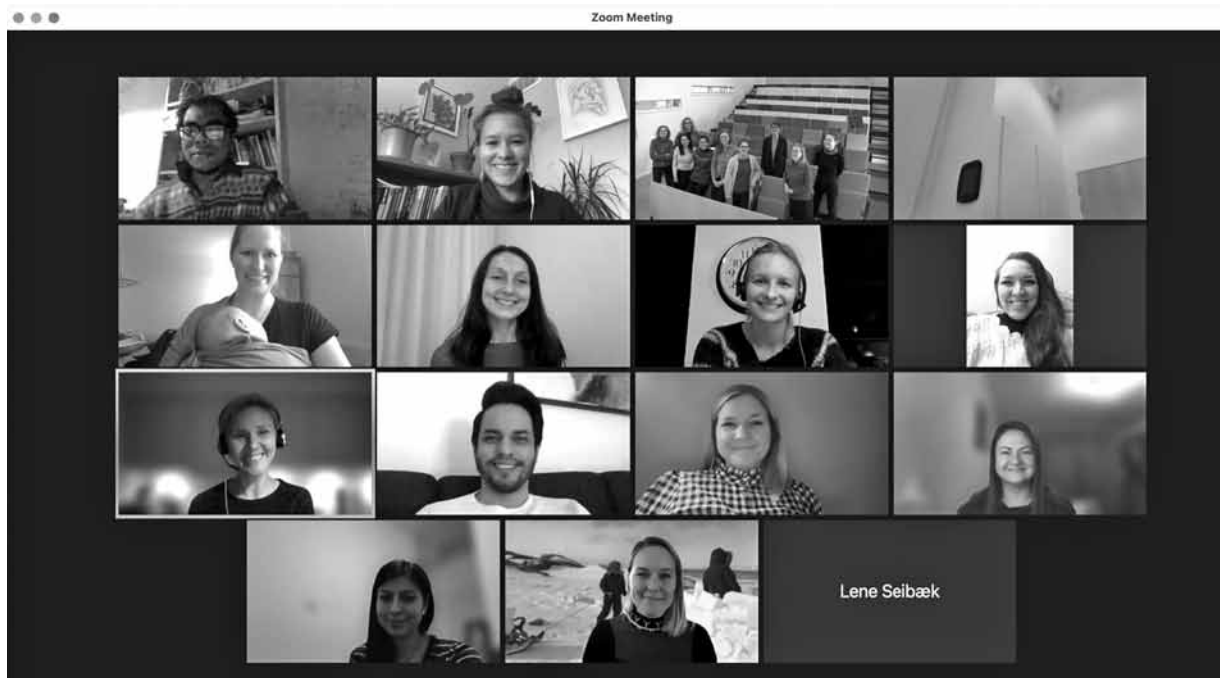
Se hvor mange du kan få til at gå sammen med dig og indsend et billede fra gåturen, så deltager du i lodtrækningen om flotte præmier.

Så tag billeder fra jeres gåtur og del dem med os i kommentarfeltet 📷

Vi ønsker alle en god gåtur på søndag!



Daibetes walk



Ph.d.-kursus om nye teknologier og lokale perspektiver i arktisk sundhedsforskning på Iisimatusarfik netop afsluttet

15. november 2021

På trods af den vedholdende coronasituation lykkedes det igen i år for Grønlands Center for Sundhedsforskning på Iisimatusarfik at gennemføre et internationalt ph.d.-kursus i weekenden. Der var i alt 18 deltagere på kurset. Deltagerne kom fra Canada, Rusland, Danmark, Norge og Grønland. Halvdelen af de studerende mødtes i auditoriet i Piki-laarfik bygningen og den anden halvdel tunede ind fra resten af verden via kursets virtuelle platform. Kurset kunne derfor fint afholdes inden for rammerne af det nuværende forsamlingsforbud på 20 personer i Nuuk.

Kurset blev muliggjort af en bevilling fra University of the Arctic og planlagt i samarbejde mellem tre forskningsmiljøer, der alle er en del af centeret. Disse er Steno Diabetes Center Grønland, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab (Iisimatusarfik) og Center for Folkesundhed i Grønland (Iisimatusarfik og Statens Institut for Folkesundhed, SDU).

”Vi står overfor skelsættende nye teknologiske muligheder inden for arktisk sundhedsforskning med brugen af telemedicin og kunstig intelligens. Det kræver en række helt grundlæggende diskussioner på tværs af miljøer og fagdiscipliner med et særligt blik for borgere og patienters perspektiv og brugerinddragelse i den sundhedsvidenskabelige forskning. Det har derfor været en fornøjelse at diskutere netop disse emner med deltagerne på kurset”, fortæller kursusansvarlig og adjungeret seniorforsker ved Ii-

simatusarfik, Christina Viskum Lytken Larsen. ”Det hybride kursusformat med både online og fysisk deltagelse fra undervisere og studerende fungerede igen i år forrygende”, afslutter Christina Viskum Lytken Larsen.

På kurset var der fokus på implementering af sundhedsfremmende indsatser, diabetesforskning, brugerinddragelse, forskerpositionering, komplekse interventioner og brugen af kunstig intelligens i sundhedsforskningen. Kurset faldt desuden sammen med verdensdagen for diabetes, så deltagerne begav sig i fællesskab ud på en kold gåtur som en del af det verdensomspændende initiativ på dagen Global Diabetes Walk 2021.

Grønlands Center for Sundhedsforskning blev etableret ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab i 2008. Centeret arbejder for at fremme og forankre forskningssamarbejdet inden for Grønland, og for at lette samspillet mellem forskere fra andre lande med det grønlandske samfund. Læs mere om centeret her (<https://da.uni.gl/forskning/groenlands-center-for-sundhedsforskning.aspx>)

The University of the Arctic (UArctic) er et netværk af universiteter og forskningsinstitutter verden over, der arbejder med uddannelse og forskning i Arktis. Læs mere om UArctic her (<https://www.uarctic.org/>)

Kontaktperson:

Gert Mulvad

E-mail: gm@peqqik.gl, mobil: 483253

Forekomst af borgere i Grønland, der modtager inhalationsmedicin, samt behandlingskvalitet

Marie Backe,

Forsker phd Steno Diabetes Center Grønland

Introduktion

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) skyldes nedbrydning af lungevævet. Sygdommen forringer patientens livskvalitet, og er skyld i hver tredje dødsfald i verden. Der findes adskillige risikofaktorer, men den væsentligste er rygning. I Grønland er andelen af rygere høj (55% af voksne >15 år ryger på daglig basis), hvorfor der kan forventes en høj forekomst af KOL. Den præcise forekomst af KOL i Grønland har længe været ukendt grundet utilstrækkelig brug af spirometri. Steno Diabetes Center Grønland igangsatte i foråret 2020 et projekt, der skulle afdække forekomsten af KOL i Grønland ved hjælp af øget fokus på diagnostik og brug af spirometri.

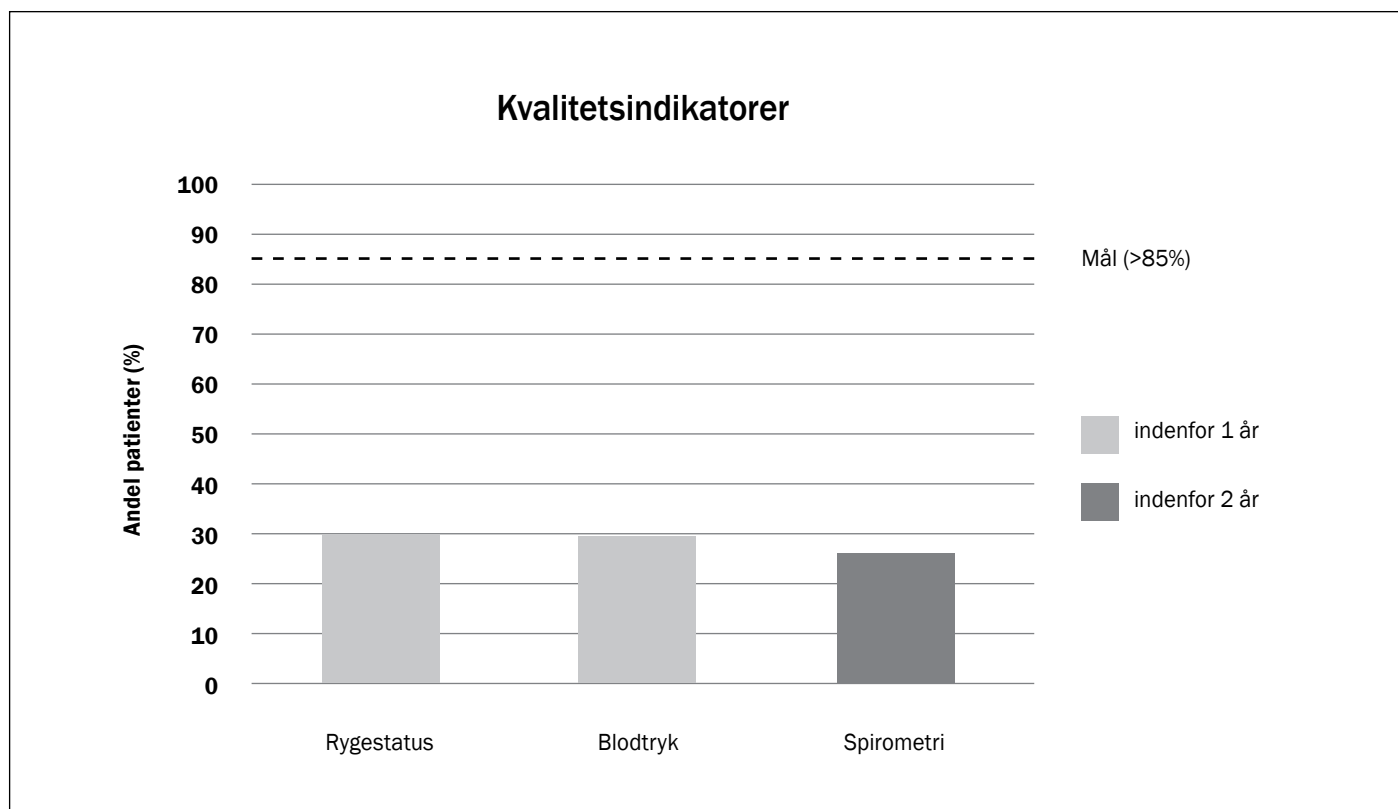
Projektets formål var således at estimere forekomsten af patienter i Grønland, der modtog inhalationsmedicin, samt evaluere behandlingskvaliteten. Resultatet præsenteres herunder.

Forekomst af patienter, der modtog inhalationsmedicin

Den totale forekomst af patienter 20-79 år, der modtog lungemedicin, blev estimeret til at være 7,5%. Forekomsten blandt de 40-79-årige var 9,7%, mens den var lavere hos de 20-39-årige (4,4%). Der var signifikant flere mænd diagnosticeret med KOL end kvinder (6,4% versus 4,5%), mens flere kvinder end mænd var diagnosticeret med astma (4,0% versus 2,4%). Samlet set var henholdsvis 5,2% og 3,4% af patienterne, der modtog inhalationsmedicin, diagnosticeret med KOL eller astma.

Generel karakteristik af patienterne

De 2.947 patienter, der modtog inhalationsmedicin, bestod af 64,3% kvinder og 35,7% mænd. Mænd var generelt ældre, vejede mere, var højere samt havde et højere blodtryk (systolisk og diastolisk) sammenlignet med kvin-





der. Derudover havde mænd en lavere FEV1 og FVC i forhold til forventede, og dermed også en signifikant forringet lungefunktion (FEV1/FVC-ratio) sammenlignet med kvinder.

Blandt de 2.947 patienter havde godt en tredjedel fået registreret rygestatus, og af disse var henholdsvis 47,4% kvinder og 51,9 mænd registrerede som rygere.

Mens der ingen forskel var på andelen af rygere blandt de 20-39-årige sammenlignet med de 40-79-årige, så havde de 40-79-årige en signifikant forringet lungefunktion (FEV1/FVC-ratio) sammenlignet med de 20-39-årige. Dette stemte overens med at en højere andel af de 40-79-årige KOL-diagnoser var diagnosticerede med KOL (6,47% versus 0,14%), mens flere af de 20-39-årige var diagnosticerede med astma (5,09% versus 3,03%).

Kvalitetsindikatorer for behandling

Behandlingskvaliteten blev vurderet ved hjælp af indikatorer fra GOLD guidelines (Chronic Obstructive Lung Disease), hvor kvaliteten blandt andet vurderes ud fra hvor stor en andel af patienterne, der har fået foretaget lungefunktionsundersøgelse inden for et år.

Total set havde henholdsvis 29,8% og 43,2% af patienterne fået registreret rygestatus indenfor 1 og 2 år, mens henholdsvis 29,2% og 41,1% havde fået målt blodtryk. 15,9% af patienterne, der modtog inhalationsmedicin, havde fået foretaget lungefunktionsundersøgelse indenfor 1 år, og 26,0% indenfor 2 år (se figur herunder).

Diskussion

Forekomsten af patienter 20-79 år, der modtog inhalationsmedicin, blev fundet til at være 7,5%. I 2016 blev forekomsten fundet til at være 7,9% hos patienter >50 år. Sammenligner vi dette tal med vores estimerede forekomst blandt de 40-79-årige, ser forekomsten ud til at være steget. Denne tilsyneladende stigning i forekomsten af patienter, der modtager inhalationsmedicin, skyldes muligvis et øget

fokus på livsstilssygdomme i Grønland, som kan resultere i flere recepter på inhalationsmedicin.

Den højere forekomst observeret blandt kvinder sammenlignet med mænd kan muligvis være associeret med at flere voksne kvinder end mænd får astma. Kvinder er derudover hyppigere i kontakt med Sundhedsvæsenet end mænd, hvilket også kan tænkes at bidrage til den højere forekomst hos kvinder. Selvom en højere forekomst af kvinder modtog inhalationsmedicin, så var det samlet set kun mænd, der havde obstruktion (FEV1/FVC-ratio < 70). Dette er i overensstemmelse med, at flere mænd var diagnosticeret med KOL end kvinder.

Den samlede behandlingskvalitet var lav, og ingen af indikatorerne var registreret hos flere end 50% af patienterne. Dette er langt fra hvad internationale og danske retningslinjer anbefaler; f.eks. at blodtryk, lungefunktionsundersøgelse og rygestatus skal måles/foretages hos >85% af KOL-patienter årligt.

Konklusion

Behandling med inhalationsmedicin bruges regelmæssigt i Grønland. Dog er behandlingskvaliteten, inklusiv lungefunktionsundersøgelse for at stille en diagnose, lav. Dette medfører, at kun en brøkdel af patienterne, der modtager inhalationsmedicin, er diagnosticeret. Det anbefales således at en ny strategi introduceres for at forbedre behandlingskvaliteten for patienter med symptomer på obstruktiv lungesygdom, herunder aktivt finde frem til rygere, have let adgang til spirometri og andet diagnostisk udstyr, således at brugen af diagnosekodning kan øges.

Lauridsen MV, Backe MB, Bonefeld-Jørgensen EC, Skovgaard N, Pedersen ML. Prevalence and quality of care among patients using medication targeting obstructive lung disease: a cross-sectional study in the five regions of Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* 2021, vol. 80.

Det grønlandske patienthjem går forrest i at hjælpe patienter med rusmiddelproblemer

Af Birgit Niclasen, Allorfik; Birtha Bianco, leder af DGP; Bjarne Egholm, Leder af Alkohol og Samfund, Else Carstens, Rusmiddelbehandlingen i København; lægefaglig konsulent på DGP Folmer Lynggaard; professor Ulrik Becker, Syddansk Universitet; praktiserende Sverre Barfod.

I slutningen af 2020 fik Det grønlandske Patienthjem (DGP) i København midler til at tage initiativ til at kunne give et tilbud til borgere med rusmiddelproblem, som opholder sig på patienthjemmet. Det blev starten på kvalitetsprojektet: ”Identifikation og behandling af rusmiddelproblemer hos patienter på Det grønlandske Patienthjem (DGP) i København”.

Det overordnede formål med projektet er at identificere og håndtere rusmiddelproblemer blandt patienter på DGP.

Baggrunden for projektet

Alkohol og hash er veldokumenterede og hyppige belastninger i den grønlandske befolkning og rusmiddelproblemer forsvinder jo ikke fordi man får andre behandlingskrævende sygdomme og bliver patient i det grønlandske sundhedsvæsen. Patienter vil tage belastningerne fra deres rusmiddelproblem med sig ind i sundhedsvæsenet og med på rejsen, når de sendes til behandling i Danmark.

Patienter fra Grønland behandles primært i Region Hovedstaden. Det vil sige på hospitalerne: Rigshospitalet, Hvidovre, Glostrup m.v. Mange af disse patienter opholder sig under deres behandlingsforløb på Det Grønlandske Patienthjem (DGP) i København. DGP huser eller har kontakt til omkring 1000 patienter om året. Der er cirka 100 pladser, heraf 60 på selve patienthjemmet i Omøgade, 20 på hotel og resten bor privat. I alt har hjemmet ansvar for patienter med omkring 32.000 overnatninger om året.

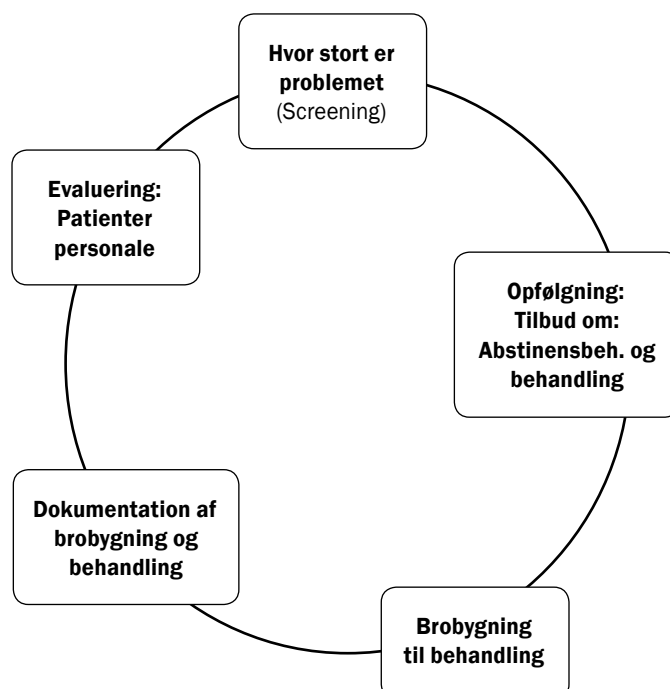
Det er erfaringen fra DGP, at rusmiddelproblemerne kan forhindre formålet eller forringe resultatet af behandlingen i Danmark enten fordi planlagte undersøgelser og behandlinger forsømmes eller udskydes, hvilket medfører længere ophold på DGP, eller fordi påvirkning af alkohol eller hash påvirker tilstanden så meget at en evt. meget kost-

bar behandling som kemoterapi eller organtransplantation ikke kan gennemføres eller gennemføres med dårligere resultat. Hertil kommer at påvirkning med alkohol eller hash kan give uro og utryghed blandt de øvrige beboere på DGP, hvoraf mange har alvorlige sygdomme som for eksempel cancer og har rigeligt selv at skulle håndtere.

Både alkohol og hash er lettere tilgængeligt og meget billigere i Danmark. Når man så samtidig er stresset og urolig på grund af sin sygdom, så kan de rusmiddelproblemer man rejste ned med, let forværres. Samtidig oplever DGP, at ingen af de patienter med rusmiddelproblemer, der kommer til DGP, er i behandling for deres rusmiddelproblem.

Elementer i projektet

Fordi projektet er et kvalitetssikringsprojekt er det fundet vigtigt også at se på hvilke fremmede faktorer og hvilke hæmmende faktorer, der kan være for at udrede for alkoholproblemer på DGP og give et behandlingstilbud. Projektets elementer er:



1) Dokumentation af problemets omfang gennem screening:

Alle patienter, der kommer til DGP, tilbydes at blive screenet for problemer med rusmidler. Der screenes for alkohol med (AUDIT), for stoffer med (DUDIT). Screening tager cirka 10 minutter. Det har været vanskeligt den første måned, men nu ser det ud til at fungere rigtig fint. Forventningen er at komme op på, at over 80 % af nyindskrevne i DGP screenes.

Et problem var at finde ud af hvor screeningen kunne dokumenteres i SHV's journalsystem COSMIC, men det er der nu fundet en løsning på. Styregruppen håber så, at data også kan hentes ud igen.

2) Opfølgning på screeningen sker ud fra internationale anbefalinger omkring opfølgning på score på AUDIT og DUDIT.

For alkohol (AUDIT) (max score 40):

Score 0-7 tyder ikke på et alkoholproblem og følges ikke op.

Score 8-15 (storbrug): følges op på DGP med samtale om forbruget, som evt. følges op.

Score 16 og derover (skadeligt forbrug og afhængighed): tilbydes behandling.

For stoffer (DUDIT) (Max score 44):

Score under 2 for kvinder og under 6 for mænd tyder ikke på et stofproblem og følges ikke op.

Score på 2 og derover for kvinder og 6 og derover for mænd: Ny samtale om forbruget og tilbud om behandling ved behov.

Projektet har betydet, at DGP's personale har skullet oplæres i at screene og har skullet overkomme den barriere, det er for mange, at skulle spørge til rusmiddelproblemer. Som det kom frem, så var personalet lidt bange for at blive upopulære hos dem med problemer, men samtidig fandt de ud af, at dem uden rusmiddelproblemer, har været rigtig glade for initiativet, da de angav at rusmiddelproblemerne giver uro og skaber utryghed på DGP.

Det har også været en udfordring af skulle udføre opfølgningen på dem, der har et storbrug, men ikke er

egentlig behandlingskrævende. Samtalen med dem har personalet lært, men opgaven varetages nu overvejende af en grønlandsksproget tolk på DGP, der også er uddannet rusmiddelbehandler.

3) Systematisk opfølgning af patienter for abstinenser:

DGP havde ikke tidligere set patienter med behov for abstinensbehandling, men den, der leder skal finde. Kort inde i projektet blev den første patient med svære abstinenser behandlet på DGP. Abstinensbehandlingen sker i hht retningslinjer i Allorfik (ambulant abstinensbehandling) og på Region Hovedstaden (afrusning og abstinensbehandling).

4) Tilbud om behandling:

Rusmiddelbehandlingen i Grønland koordineres og varetages af Allorfik. Tilbuddet er lidt kompliceret p.g.a bosætningsmønstret. Allorfik har behandlingscentre i de 5 største grønlandske byer drevet af Allorfik selv. Allorfikcentrene giver 62 % af befolkningen direkte adgang til behandlingen. Borgere i byer uden et Allorfikcenter behandles lokalt gennem tilrejsende behandlere fra Katsorsaavik Nuuk, som Selvstyret har aftale med. Borgere fra bygder behandles oftest i Nuuk. Samtidig har alle borgere et tilbud om behandling over telefon eller internet.

Ønsket var, at der kunne gives et behandlingstilbud på begge sprog. I projektet bliver alle patienter med et kortere ophold i Danmark og som ønsker behandling visiteres til Allorfik til et internet baseret tilbud fra DGP med Allorfikcentret i patientens hjemkommune. Det betyder, at patienterne kan fortsætte tilbuddet enten ved fysisk fremmøde eller over nettet også efter hjemkomsten til Grønland.

DGP har fået adgang til Allorfiks visitationssystem og direkte kan selv henvise patienter til behandling. Da der er lovkrav iht. grønlandsk lovgivning om, at der også skal laves en social opfølgning efter endt behandling (en efterforløbsplan) for alle borgere, der henvises til rusmiddelbehandling, laver DGP's socialkonsulent denne.

Nogle patienter på DGP er i Danmark i mange måneder eller år. De skal selvfølgelig have et tilbud i Dan-

| År: 2020/2021 | December/ januar | Februar | Marts |
|-------------------|------------------|------------|-------------|
| I alt indskrevne | 158 | 88 | 100 |
| Screenet | 45 | 8 | 69 |
| % screenet | 28 % | 9 % | 69 % |

| AUDIT score | mænd (%) | kvinder (%) |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Intet alkoholproblem (score 0-7) | 24 (56 %) | 20 (77 %) |
| Storbrug | 17 (40 %) | 6 (23 %) |
| Potentielt skadeligt forbrug | 1 (2 %) | 0 (0 %) |
| Sandsynlig afhængighed | 1 (2 %) | 0 (0 %) |

mark. Det er – lidt ekstraordinært – aftalt med Københavns Kommunes rusmiddelbehandling, at de kan modtage disse patienter. En fordel er, at der bruges samme behandlingsmetoder i Københavns kommune og i Alorfik.

5) Evaluering

Det er planen at vurdere projektet i samarbejde med personalet på DGP. gennem fokusgruppeinterviews at beskrive DGP's plejepersonalets opfattelse af screenings-arbejdet. For eksempel: hvordan det har været at udføre screeningen, at rådgive patienterne og at henviser til behandling? Hvilken betydning har projektet haft generelt på DGP for DGP's aktiviteter? Desuden spørges til personalets vurdering af effekten af disse indsatser på patienternes behandlingsforløb. Projektet følges også i DCG med løbende månedlige projektmøder.

Evalueringen med patienterne er tænkt som fokusgruppeinterviews, der skal afdække patienternes oplevelse af at blive screenet, at blive rådgivet, og at blive henvist, samt deres opfattelse af indsatsens effekt på opholdet i DGP og på deres behandling.

Projektet vil blive fremlagt på NunaMed konferencen i 2022, mens styregruppen stadig overvejer, om det er egnet til en egentlig international publikation. Herud-

over vil projektet blive afrapportering til Nordatlantisk Pulje, der har bevilliget midler til projektet.

Hvordan er det gået indtil nu?

Efter en lidt svær start med bl.a. sygdom hos den projektsvarlige var der i marts 2021 69 %, der blev screenet.

Indtil nu har screeningen kun omfattet alkohol, men fra i maj 2021 indgår også stoffer, der i grønlandsk sammenhæng er stort set de samme som brug af hash.

Screeningen for alkoholproblemer viser for marts måned, at kun få af de screenede havde et alvorligt alkoholproblem. Der var kun 2 af de screenede, der angav et forbrug svarende til potentielt skadeligt forbrug eller sandsynlig afhængighed. Samtidig var der en stor andel på 20 %, der angav, at de slet ikke drak alkohol.

Milepæle for projektet

Projektets milepæle er og var:

November-december 2020:

Undervisning af personale i AUDIT

Januar 2021:

Færdiggørelse af Projektbeskrivelse og godkendelse (Styregruppen)



Februar 2021:

Opstart screening, visitering, behandling

April:

DGP kan visitere selv. Systematisk abstinensbehandling.

Maj:

Undervisning i DUDIT (Else Carstens, Bjarne Egholm)

August 2021:

Fokusgruppeinterview på DGP samt evaluering og justering (Styregruppen)

Januar 2022:

Evaluering og første afrapportering (Styregruppen)

Konklusion

Rusmiddelproblemer hos patienterne har jo altid været der og har altid haft betydning for deres ophold på DGP, deres behandling og deres behandlingsresultat, men det blev set som et vilkår og ikke som noget, der kunne ændres. Men gennem en stor vilje fra ledelsen i DGP ser personalet i dag projektet som en mulighed for at gå forrest i at kunne give patienterne en helhedsorienteret behandlingsindsats, der også dækker deres rusmiddelproblemer – til gavn for dem og til gavn for DGP.

Det har været en stor mundfuld for DGP og det har helt sikkert krævet en holdningsændring til rusmiddelproblemer både generelt og til problemer hos de patienter. Når forandringens vinde blæser har nogle sat læhegn op og andre har sat vindmøller op.

For styregruppen har det været fantastisk spændende at skulle binde denne tværsektorielle indsats sammen over Atlanterhavet – og der har været meget læring og forbavsende få knaster hen ad vejen, da alle ville projektet.

Vi ved allerede nu, at ikke alle med et rusmiddelproblem ønsker behandling, men vi ser projektet som en mulighed for at så et frø og vise, at der er mulighed for at få hjælp, hvis det ønskes.

Referencer:

AUDIT manual http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=4712F7BFB904BB3F87E4FF8EE840EFDA?sequence=1

Sverre Barfod, Ulrik Becker et al. Spørg til alkoholvanerdiagnostik og behandling (2010). Sundhedsstyrelsen og DSAM 2010 <https://www.dsam.dk/files/9/alkoholvaner.pdf>

Bjarne Elholm, Klaus Larsen, Nete Hornnes, Finn Zierau, Ulrik Becker. Assessment and Detection. A psychometric validation of the Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS). *Alkohol & Alcoholism*, Vol 45 no 4 pp 361-365. 2010.

Bjarne Elholm, Klaus Larsen, Nete Hornnes, Finn Zierau, Ulrik Becker. Treatment. Alcohol withdrawal syndrome: Symptom-triggered versus fixed-schedule treatment in an outpatient setting. *Alkohol & Alcoholism*, Vol 46 no 3 pp 318-323. 2011.

DUDIT manual. https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-dudit_en

Gossop M, Keaney F, Stewart D, Marshall EJ, Strang J. A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychometric properties. *Addict Biol.* 2002 Jan;7(1):37-43

Christina V L Larsen et. al. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Levevilkår, livsstil og helbred. Oversigt over indikatorer for folkesundheden. . *SIF's Grønlandsskrifter* nr. 30. Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2019

Lægehåndbogen/ www.sundhed.dk
Birgit Niclasen, Julie Flyger, Ulrik Becker, Bent Nielsen, Anette Søgaard Nielsen: Implementation of AUDIT in the treatment, planning process for alcohol use disorder in Greenland.
Nordic Journal of Psychiatry, DOI: 10.1080/08039488.1814407. 2020

Ivalu Katajavaara Sørensen, Sverre Barfod, Birgit V Niclasen, Ulrik Becker, Luit Penninga, Christina Viskum Lytken Larsen. Prevalence of problems with alcohol, marijuana and gambling among patients in a Regional Hospital in Northern Greenland: investigating the potential for brief interventions in a hospital setting.
Int. J. Circumpolar Health Jan 1. 79(1):1771950. 2020 doi: 10.1080/22423982.1771950.2020

Yderligere information om behandlingstilbuddet i Grønland ved rusmiddelproblemer.

Du kan finde mere information om afhængighed og behandling på www.allorfik.gl og www.paarisa.gl.

Du kan også kontakte dit lokale Allorfik behandlingscenter eller Allorfik, Videncenter om Afhængighed:



Allorfik Avannaq
Nuisariannguaq 41, B-137
3952 Ilulissat Tlf.: +299 222550
mail: allorfik.avannaata@allorfik.gl

Allorfik Kujalleq
Kiimmernat B 1580
3920 Qaqortoq Tlf.: +299 346693
mail: allorfik.kujalleq@allorfik.gl

Allorfik Qeqertalik
Niels Egedesvej 57, B-145
3950 Aasiaat Tlf.: +299 539838
mail: allorfik_qeqertalik@allorfik.gl

Allorfik Qeqqata Nasiffimmut 9, B-608
3911 Sisimiut Tlf.: +299 584343
mail: allorfik.qeqqata@allorfik.gl

Allorfik Sermersooq
Kangillinnguanut 1
3905 Nuussuaq Tlf.: + 299 531242
mail: allorfik.sermersooq@allorfik.gl

Allorfik, Videncenter om Afhængighed
Tlf./SMS: +299 525343,
mail: allorfik@allorfik.gl



Hvem bor i de grønlandske plejehjem?

Nadja Albertsen

”De ældre,” vil de fleste nok tænke. Og det er heller ikke løgn – men der er mere til svaret end det. De første resultater fra en større dataindsamling i grønlandske plejehjem kan læses i artiklen ”Who lives in care homes in Greenland? A nationwide study of demographics, functional level, medication use and comorbidities”, som blev publiceret i BMC Geriatrics i september 2021.

Plejehjemsprojektet

8 plejehjem er blevet besøgt af artiklens forfattere, som alle er læger. Plejehjemmet i Ilulissat blev besøgt som det første i 2001 (og igen i 2011), og mellem 2010 og 2016 blev også plejehjemmene i Nuuk, Upernavik, Sisimiut, Tasiliq, Qaqortoq, Nanortalik og Narsaq aflagt et visit.

Hvert sted udfyldte lægen sammen med plejepersonalet,

og i et enkelt tilfælde også borgerne selv, et spørgeskema om den enkelte borger bosat på plejehjemmet. Skemaet omhandlede bl.a. funktionsniveau, vurderet ud fra blandt andet borgerens evne til at gå og udføre daglige opgaver som spisning og bad, forældres fødested, rygning, alkohol, højde og vægt, kendte sygdomme og medicin, samt hvor længe de havde boet på plejehjemmet og hvorfor de var flyttet derhen.

Det er planen at de indsamlede data kommer til at danne grundlag for flere artikler, og i denne valgte vi at fokusere på de undersøgelser, der blev lavest tættest på hinanden tidsmæssigt, nemlig dem fra 2010 til 2016. Vi valgte endvidere at undersøge om der var forskel på mænd og kvinder, samt om der er forskel på plejehjemsbeboernes karakteristika, alt efter om de bor i Nuuk, i en større by eller i

Tabel: Cause of admission, comorbidity and Barthel Index.

| | Capital | Major towns | Minor towns | Total |
|---|-----------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Cause of admission (%) | | | | |
| "Old age" | 0 (0.0) | 11 (10.8) a** | 3 (3.9) | 14 (5.7) |
| Social causes | 12 (18.8) a** | 5 (4.9) | 10 (12.8) | 27 (11.1) |
| Dementia | 14 (21.9) | 32 (31.4) | 16 (20.5) | 62 (25.4) |
| Stroke | 10 (15.6) | 19 (18.6) | 18 (23.1) | 47 (19.3) |
| Mental illness | 6 (9.4) | 2 (2.0) | 8 (10.3) c* | 16 (6.6) |
| Neurological disease | 12 (18.8) a *b* | 5 (4.9) | 4 (5.1) | 21 (8.6) |
| Musculoskeletal disease | 6 (9.4) | 5 (4.9) | 12 (15.4) c* | 23 (9.4) |
| Unknown/not stated | 2 (3.1) | 21 (20.6) a** c** | 3 (3.9) | 26 (10.6) |
| Comorbidities (%) | | | | |
| Dementia | 20 (31.3) | 33 (32.4) | 19 (24.4) | 72 (29.5) |
| Neurological disease | 16 (25.0) a* b* | 10 (9.8) | 8 (10.3) | 34 (13.9) |
| Eye disease | 7 (10.9) | 10 (9.8) | 6 (7.7) | 23 (9.4) |
| Stroke | 26 (40.6) | 27 (26.5) | 22 (28.2) | 75 (30.7) |
| Cardiovascular disease | 10 (15.6) | 22 (21.6) | 21 (26.9) | 53 (21.7) |
| Pulmonary disease | 0 (0.0) | 10 (9.8) a* | 12 (15.4) b** | 22 (9.0) |
| Gastrointestinal disease | 0 (0.0) | 12 (11.8) a** | 4 (5.1) | 16 (6.6) |
| Urogenital disease | 9 (14.1) a* | 4 (3.9) | 6 (7.7) | 19 (7.8) |
| Musculoskeletal disease | 17 (26.6) a* | 20 (19.6) | 26 (33.3) c* | 63 (25.8) |
| Mental illness | 14 (21.9) a* | 9 (8.8) | 10 (12.8) | 33 (13.5) |
| - Depression | 9 (14.1) a* | 5 (4.9) | 7 (9.0) | 21 (8.6) |
| Endocrine disease | 13 (20.3) | 10 (9.8) | 13 (16.7) | 36 (14.8) |
| - Osteoporosis | 4 (6.3) | 5 (4.9) | 5 (6.4) | 14 (5.7) |
| Cancer | 3 (4.7) | 6 (5.9) | 5 (6.4) | 14 (5.7) |
| Other | 5 (7.8) | 6 (5.9) | 11(14.1) | 22 (9.0) |
| Unknown/not stated | 1 (1.6) | 17 (16.7) a** c** | 2 (2.6) | 20 (8.2) |
| Barthel Index (0-20), Median (IQR) | 13 (5;16) | 12.5 (4;17) | 14.5 (8;19) b* | 13 (6;17) |
| Full dependency (ADL 0) (%) | 4 (6.3) | 5 (4.9) | 4 (5.2) | 13 (5.3) |
| Full independency (ADL 20) (%) | 2 (3.1) b* | 12 (11.8) | 12 (15.4) | 26 (10.7) |

*p<0.05, **p<0.01.

en lille by. Vi valgte at gøre sidstnævnte for både at sikre anonymiteten af deltagerne, da der på nogle plejehjem var meget få beboere, men også fordi vi overvejede om der kunne være forskelle på beboerne, da der mulighederne i det nære sundhedsvæsen kan være forskellige, alt efter om man bor i bygder, eller små eller større byer.

Hvem bor så på plejehjemmene?

I alt 244 beboere deltog i undersøgelsen. Og uden at remse alle resultaterne op, kan jeg løfte sløret for følgende:

Overordnet var ca. 60% af plejehjemsbeboerne kvinder, og de var ældre end mændene på både studietidspunktet og på det tidspunkt, hvor de flyttede på plejehjem. Også andre studier har vist, at flere kvinder kommer på plejehjem end mænd og at de generelt er ældre, når de flytter. Begge dele kan have sammenhæng med at kvinder, også i Grønland, lever længere end mænd. Under halvdelen af borgerne var aktive rygere og færre end 10% drak mere alkohol end anbefalet af Sundhedsstyrelsen, hvilket er langt færre end i Danmark.

Fem procent af borgerne i undersøgelsen var fuldstændigt afhængige af hjælp til dagligdags aktiviteter, mens 11% var helt selvhjulpne på de målte parametre. Vi kunne dog se, at der her var en markant forskel på, hvor man bor – i Nuuk var 3% helt selvhjulpne, mens det i de små byer var hele 15%. Det kan indikere, at der er forskel på hvornår og hvorfor man kommer på plejehjem, måske med baggrund i de sundhedstilbud der findes de forskellige steder.

Overordnet var demens, apopleksi og sociale de hyppigst registrerede årsager til at borgerne var flyttet på plejehjem. Vi kunne dog se, at demens var mindre hyppigt blandt Nuuk-borgerne, som i stedet var registreret med flere neurologiske sygdomme. Denne forskel kan skyldes, at man kun i hovedstaden har adgang til CT- og MR-scannere og sandsynligvis kan stille mere præcise diagnoser her end på kysten. Det underbygges af, at vi kunne se at langt flere plejehjemsbeboere i de små byer havde en ”ukendt” årsag til at være på plejehjem end i Nuuk.

Nedenstående tabel fra artiklen viser funktionsniveau, komorbiditet og årsager til at komme på plejehjem for de deltagende borgere:

Til slut vil jeg nævne hvor meget medicin, borgerne fik. Middelværdien for antal præparater var 6 per borger, og plejehjemsbeboerne i Nuuk fik overordnet flere forskellige præparater end plejehjemsbeboere i mindre og små byer. Disse tal adskiller sig ikke væsentlig fra plejehjem andre steder i verden, så der er umiddelbart ikke grund til at tro, at plejehjemsbeboere i Grønland får hverken mere eller mindre medicin end plejehjemsbeboere i andre lande. Det skal dog i den forbindelse nævnes, at vi ikke fik oplysninger om de præcise doser af medicinen, eller hvorfor det var ordineret, så det er ikke muligt at konkludere noget om, hvorvidt borgerne fik for meget, for lidt, rigtig eller forkert medicin. Og så en lille teaser: vi skriver mere om medicinen og mulige interaktioner i en, forhåbentlig, kommende publikation baseret på samme data-sæt.

Artiklen giver således et lille indblik i hvem, der bor i Grønlands plejehjem. Der skal selvfølgelig tages hensyn bl.a. til at undersøgelsen er lavet over adskillige år og de brugte spørgeskemaer var på dansk, hvilket kan have givet udfordringer. Men studiet kan også bidrage til større kendskab om den aldrende befolkning i Grønland generelt og bidrage til planlægningen af fremtidens sundhedsvæsen i Grønland.

En meget stor tak til borgerne og personalet på plejehjemmene for deres gæstfrihed og store interesse og vilighed til at deltage i projektet. Også stor tak til projektets andre læger og medforfattere: Thomas M. Olsen, Tine G. Sommer, Anna Prischl, Hans Kallerup og Stig Andersen.

Artiklen kan læses her:

Who lives in care homes in Greenland?

A nationwide survey of demographics, functional level, medication use and comorbidities | BMC Geriatrics | Full Text (biomedcentral.com)

Grønlændere tilpasset jod-rig grønlandsk kost vurderet ud fra mønsteret af stofskiftesygdom i Grønland

Paneeraq Noahsen, Karsten Rex, Inge Bülow Pedersen, Gert Mulvad, Hans Christian Florian Sørensen, Michael Lynge Pedersen, Stig Andersen
Thyroid. 2021 Oct 4. doi: 10.1089/thy.2021.0342. Online ahead of print.

Sygdomme i skjoldbruskkirtlen ses hyppigt i alle undersøgte befolkningsgrupper, og miljøfaktorer samt gener har indflydelse på forekomsten af disse sygdomme.

Kostens indhold af jod betyder meget for forekomsten af stofskiftesygdomme i befolkningen. Lav jodindtagelse er associeret med øget forekomst af struma og forhøjet stofskifte, og kritisk jodmangel kan hæmme hjernens udvikling. Også for høj jodindtagelse giver sygdom, og autoimmune stofskiftesygdomme ses med en øget risiko for udvikling af lav stofskifte. I Grønland er der dertil nogle særlige forhold. Miljøfaktorer såsom jodindtagelse og kuldeeksponering er unikke for den arktiske befolkning. Til trods for dette, fandtes der kun sparsom viden om forekomsten af sygdomme i skjoldbruskkirtlen hos befolkningen i Grønland.

Vi undersøgte derfor forekomsten af stofskiftesygdomme i to områder i Grønland med forskellige kostvaner og jodindtagelse.

50 til 69-årige i Nuuk og i Ammassalik området deltog i undersøgelsen, hvor der blev indsamlet informationer om livsstil, kostvaner og sygdom. Der blev opsamlet urin og blodprøver. Deltagerne blev målt og vejede, og undersøgt

for struma. Jod og kreatinin blev målt i urinprøverne, og TSH, T4, T3, Thyroglobulin (Tg) og TgAb i serum.

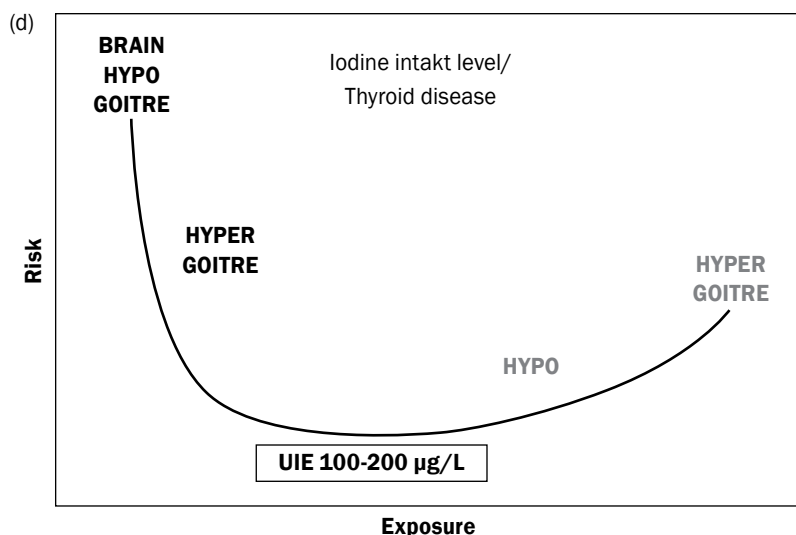
Vi fandt, at Inuit i Nuuk havde en jodindtagelse på niveau med WHO's anbefalinger (169 µg/24h), mens Inuit i Østgrønland havde en jodindtagelse, der var lidt mere end anbefalet (226 µg/24h).

I Nuuk havde 11% af de 50 til 69-årige Inuit forhøjet stofskifte (4,3% mænd, kvinder 16,3%), lidt højere end i Østgrønland, hvor vi fandt forhøjet stofskifte hos 7,8% af befolkningen (3,8% mænd, 12,8% kvinder).

Lavt stofskifte fandt vi hos 2,7% af 50 til 69-årige i Nuuk (0% mænd, 5% kvinder) og 5,6% (5,6% mænd, 5,6% kvinder) i Østgrønland.

Mønsteret med høj forekomst af forhøjet stofskifte og en lav forekomst af lav stofskifte ligner det sygdomsmønster, som ses hos befolkningsgrupper med jodmangel. Derudover fandt vi, at 83% af dem med stofskiftesygdomme var af let grad og ikke tidligere diagnosticerede.

Vores fund giver anledning til spekulationer om, om Inuit i Grønland har tilpasset sig den højere jodindtagelse gennem århundreder. Konsekvensen vil være, at der er brug for højere indtagelse af jod end det, der er anbefalet af WHO for at forebygge stofskiftesygdomme. Det kan være sket gennem flere trin i kroppens anvendelse af jod i produktionen af stofskiftehormoner. Det er foreløbig kun overvejelser, og vi har flere undersøgelser på vej til beskrivelse af sammenhængen mellem jodindtagelsen og forekomsten af stofskiftesygdom i Grønland.



Figuren beskriver sammenhængen mellem jodindtagelse og forekomsten af jodrelaterede sygdomme. Vores undersøgelse kan tyde på, at kurven er forskudt mod højre blandt grønlandere, og vi beskriver mekanismer, der kan bidrage til en sådan tilpasning til en højere jodindtagelse over generationer i Grønland.

Klinisk forskning om hudsygdomme i Grønland



*Af Sofia Botvid,
Reservelæge ved
Dr. Ingrid's Sundhedscenter, Nuuk*

Alle lægers arbejde tager udgangspunkt i forskningsbaseret viden, og aktiv forskning er en del af hverdagen for os, som læger. Jeg kommer oprindeligt fra Sverige, er uddannet i Frankrig og i Danmark, og har en særlig interesse for dermatologi og venerologi og klinisk forskning.

På nuværende tidspunkt arbejder jeg som reservelæge ved Dr. Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk, hvor jeg har iværksat et forskningsprojekt mhp. at undersøge prævalensen af hudsygdommen Hidradenitis Suppurativa (HS) i Grønland. Derudover, er jeg i gang med at undersøge prævalensen af psoriasis samt metaboliske komorbiditeter i Grønland, i samarbejde med Steno Diabetes Center Grønland.

Hidradenitis suppurativa

HS er en kronisk inflammatorisk hudsygdom, der er karakteriseret ved tilbagevendende eller kroniske smertefulde bylder og arvæv omkring hårfolliklerne i aksiller, anogenitalregionen, inguinen, og under mammae. HS rammer globalt set ca. 1% af befolkningen. Kvinder rammes ca. 3 gange så hyppigt som mænd. HS varierer i sværhedsgrad hos den enkelte patient, over tid. Sygdommen er associeret med andre sygdomme såsom diabetes, overvægt, artrit og depression. Årsagen til sygdommen er endnu ikke fuldt klarlagt. Flere risikofaktorer er anerkendt, herunder miljømæssige risikofaktorer, såsom rygning, stress, og fedme.

Der er tale om et anonymiseret studie, hvor deltagerne skal besvare et spørgeskema om symptomer på HS. Formålet med dette studie er at bestemme forekomsten af HS i Grønland samt at beskrive karakteristika i form af alder- og kønsfordeling og livsstilsforhold.

Hvis spørgeskemaet indikerer, at en person lider af sygdommen HS, vil de berørte hudområder blive undersøgt og evt. fotograferet. Fotografierne er anonymiserede, og vil kun bruges til studiet. Hvis personen ønsker behandling mod HS, vil personen modtage dette, efter at studiet er afsluttet.

Studiet er et samarbejde mellem Dr. Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk, Lone Storgaard Hove som er speciallæge i Almen Medicin i Nuuk og ansvarlig for dermatologien i Grønland, samt Gregor Jemec som er ledende overlæge

ved Dermatologisk afdeling ved Sjællands Universitetshospital i Roskilde, Danmark. Studiet er godkendt af Videnskabsetisk Udvalg i Grønland, og støttet af Grønlands Lægeforenings Forskningsfond.

Psoriasis

Psoriasis er en hyppigt forekommende kronisk inflammatorisk hudsygdom, der er karakteriseret ved kløe, og velafgrænsede, røde, skællende elementer på ekstensorsiderne af ekstremiteter, krop, samt genitalier og i hårbund. Psoriasis rammer globalt set ca. 2-10% af befolkningen. Der er ingen kønsforskel. Sygdommen varierer i sværhedsgrad hos den enkelte patient, over tid. Psoriasis er associeret med andre sygdomme såsom diabetes, overvægt, hypertension, koronarsygdom, artrit, og depression. Årsagen til psoriasis er ikke fuldt klarlagt, men genetiske og immunologiske mekanismer antages at være centrale faktorer i sygdomsudviklingen. Flere risikofaktorer er anerkendt, herunder familiehistorie og miljømæssige risikofaktorer, såsom rygning, stress, fedme og alkoholforbrug.

Der er tale om et registerbaseret case-kontrol-studie med data fra det nationale journalkodningssystem EMR. Formålet med dette studie er at undersøge prævalensen af psoriasis i Grønland, samt at beskrive karakteristika og komorbiditeter.

Studiet er et samarbejde mellem Steno Diabetes Center Grønland, Lone Storgaard Hove som er speciallæge i Almen Medicin i Nuuk og ansvarlig for dermatologi i Grønland, Dr. Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk, samt Carsten Sauer Mikkelsen som er speciallæge i dermatologi og venerologi i Danmark. Studiet er godkendt af Videnskabsetisk Udvalg i Grønland.

Bedre behandling

Der findes i dag ingen kurativ behandling mod de to kroniske inflammatoriske hudsygdomme, men der findes gode behandlingsmuligheder. Desværre er både HS og psoriasis underdiagnosticeret og underbehandlet mange steder i verden. En forudsætning for at styrke behandlingsindsatsen er at kende prævalensen og karakteristika.

Studierne vil blive publiceret som artikler i internationale anerkendte tidsskrifter, samt blive præsenteret til NUNAMED 2022 i Nuuk, Grønland. Den opsamlede viden vil blive brugt til at forbedre håndteringen og behandlingen af HS, psoriasis, og andre hudsygdomme i Grønland.

Syfilis i Grønland 2015-2019

Af Marianne Welzel Andersen

Hvert år rapporteres antallet af nye tilfælde af syfilis i Grønland via Landslægeembedet. Dette gøres ud fra indkomne anmeldelser og tendensen har stort set kun været stigende siden 2011. Læge Nadja Albertsen lavede et studie over incidensen af syfilis i Grønland fra 2010 til 2014¹, hvor hun mistænkte, at en epidemi var under opsejling. Hun opdagede, at ikke alle syfilistilfælde blev anmeldt, ved at undersøge, hvor mange personer der var blevet behandlet for syfilis. Her i Nakorsanut har læge Lydia Helms også tidligere beskrevet tilfælde fra Tasiilaq, samt anvendte strategier, for at forsøge at vende tendensen². I et nyt og netop publiceret forskningsprojekt har vi set på incidensen af syfilis i Grønland i perioden 2015 til 2019 inkl. karakteristika som køn, alder, region, seksuel transmission, syfilisstadie på diagnosetidspunkt, behandling og opfølgning, med det mål for øje, at få en større indsigt i epidemien, som evt. kan give basis for forbedrede strategier til at vende den opadgående trend³. Vi ønskede samtidig, at undersøge forskelle regionerne imellem i forhold til incidens og opfølgning, dette blev gjort ud fra den almindelige opdeling af sundhedsregioner i Grønland, men Sermersooq blev dog opdelt i en vest og en øst del.

For at finde syfilistilfældene i perioden blev der opsat tre forskellige datasæt: 1) anmeldelser hos Landslægeembedet, 2) oprettet recept på Benzathin benzylpenicillin i Cosmic eller Æskulap og 3) udtræk fra BCC på alle med en RPR >0 (det var dog ikke muligt at få data fra BCC fra før 15. marts 2016). Tilfælde og CPR-numre fra de tre datasæts blev sammenkørt og alle individer/tilfælde blev nøje gennemgået med fuld gennemgang af journaler i både Cosmic og Æskulap (om nødvendigt) og alle tilgængelige prøvesvar i BCC (både blodprøver, spinalprøver og PCR-tests fra sår). Anamnese, klinik og paraklinik blev således sammenholdt og ud fra dette blev tilfældet enten inkluderet eller ekskluderet, desuden blev syfilisstadie vurderet i samme åndedrag. Dato for positiv serologi afgjorde diagnosetidspunktet og var årsagen til at 6 anmeldte tilfælde blev ekskluderet, de faldt udenfor perioden. Som noget mere interessant blev 50 anmeldte tilfælde ekskluderet da de ikke opfyldte inklusionskriteriet om at være et nuværende tilfælde af syfilis. De fleste af disse viste sig at være tidligere tilfælde, som var blevet anmeldt igen som

nye tilfælde, dvs. en overstået infektion og ikke re-infektion. I alt blev 357 tilfælde inkluderet fra anmeldelserne, 23 fra gennemgangen af recepter på benzathin benzylpenicillin og 43 ud fra udtrækket fra BCC på RPR >0. Som et bifund var der et enkelt tilfælde af kongenit syfilis, som blev ekskluderet.

I alt blev 423 tilfælde af syfilis i perioden inkluderet i studiet, hvoraf 178 var mænd og 245 var kvinder. Der var 27 individer med to tilfælde i perioden og en enkelt med tre tilfælde. Medianalderen på diagnosetidspunktet var 26 år, lidt højere for mænd end kvinder og langt de fleste var blevet testet pga. enten symptomer eller kontaktopsporing, evt. begge dele. De fleste af tilfældene blev fundet i de tidlige stadier af infektionen (primær, sekundær og tidlig latent). Ingen tilfælde blev klassificeret som tertiær syfilis. To tredjedele af tilfældene havde ukendt smittevej i forhold til seksuel transmission, af dem med kendt seksuel transmission rapporterede 9% som mænd der har sex med mænd (MSM).

Vi fandt en stigende incidens i syfilistilfælde fra 107,4 til 246,8 pr. 100.000 indbyggere i Grønland fra 2015 til 2019, kun i 2017 var der et ”dyk” i kurven. Incidensen var stigende både blandt mænd og kvinder, men for øvrigt højere blandt kvinder end mænd gennem alle årene. Incidensen var stigende i alle regioner af Grønland, med undtagelse af Sermersooq Øst, hvor incidensen i 2015 var højere end i 2019, men fra 2017 til 2019 var der dog en stigende tendens (Tabel 2). For de seneste år i studieperioden, 2018 og 2019, så vi en klar stigning i incidens hos aldersgruppen 15-29 år, som sprænger skalaen for disse år, sammenlignet med de tidligere år i studieperioden (Figur 3).

Behandlingen blev for de tidlige stadier i de fleste tilfælde givet korrekt med benzathin benzylpenicillin og i helt sjældne tilfælde (allergi eller mangel på benzathin benzylpenicillin) doxycyclin. Dog fandt vi, at mange i de tidlige stadier havde fået to injektioner, hvor kun en var nødvendig. Kun lidt mere end halvdelen af tilfældene i de senere stadier (sen latent) var blevet behandlet korrekt med tre injektioner. Alligevel havde 95% af dem som blev fulgt op med blodprøver et sufficient serologisk respons. Vi fandt

store forskelle i opfølgningen regionerne i mellem, dette både mht. anmeldelsesrate, kontaktopsporing og serologisk opfølgning. Test for HIV blev udført hos langt de fleste og kun et meget lavt antal af syfilistilfælde blev identificeret med HIV gennem studieperioden.

I artiklen³ diskuteres ovennævnte incidenstal og karakteristika af tilfældene (køn, alder og seksuel transmission) i relation til incidenstal og karakteristika fra Danmark, USA og Canada. Det står herudfra klart, at incidensen i Grønland er meget høj. Som noget interessant så vi en nogenlunde sammenfaldende start på øgning i antal syfilis tilfælde i bl.a. Nunavut i Canada og blandt indfødte i Alaska, USA, i disse områder er der også mere lighed mellem fordeling på køn og dermed primært heteroseksuel transmission, hvor det ellers i de fleste vestlige lande er MSM, der er stort repræsenteret. Vi finder som konklusion i studiet, at køns- og aldersfordeling for syfilis tilfælde i Grønland i perioden ligner meget den man finder for andre kønssygdomme i Grønland (bl.a. klamydia og gonoré), som peger på heteroseksuel transmission. Desuden er der ud fra tallene mistanke til, at gruppen af yngre mænd er underdiagnostiserede, som kan være en mulig forklaring på at epidemien fortsættes trods tiltag i perioden. Screening

for syfilis må gøres med lav tærskel i Grønland og bør specielt rettes mod den yngre aldersgruppe og herunder især de yngre mænd. Der ser også ud til at være forskelle på håndteringen af syfilis regionerne imellem.

For de interesserede, er den fulde artikel netop udkommet i det internationale tidsskrift Sexually Transmitted Diseases som open access. Projektet har modtaget støtte fra NIS Grønlandsk Forskningsråd og Steno Diabetes Center Grønland fra Novo Nordisk fonden. Resultater fra projektet forventes at blive præsenteret ved NunaMed 2022.

1. Albertsen N, Mulvad G, Pedersen ML. Incidence of syphilis in Greenland 2010–2014: The beginning of a new epidemic? *Int J Circumpolar Health*. 2015;74(1):28378.
2. Helms L. Syfilis – Erfaringer med syphilis I Tasiilaq. Nakorsanut - Grønlands Lægekredsförening. 2020;45(1):8-10.
3. Andersen MW, Johansen MB, Bjorn-Mortensen. Syphilis in Greenland 2015-2019. *Sex Transm Dis*. 2021 Oct 18 – Online ahead of print.

Figure 3 – Annual incidence of syphilis per 100,000 inhabitants by age in Greenland, 2015-2019.

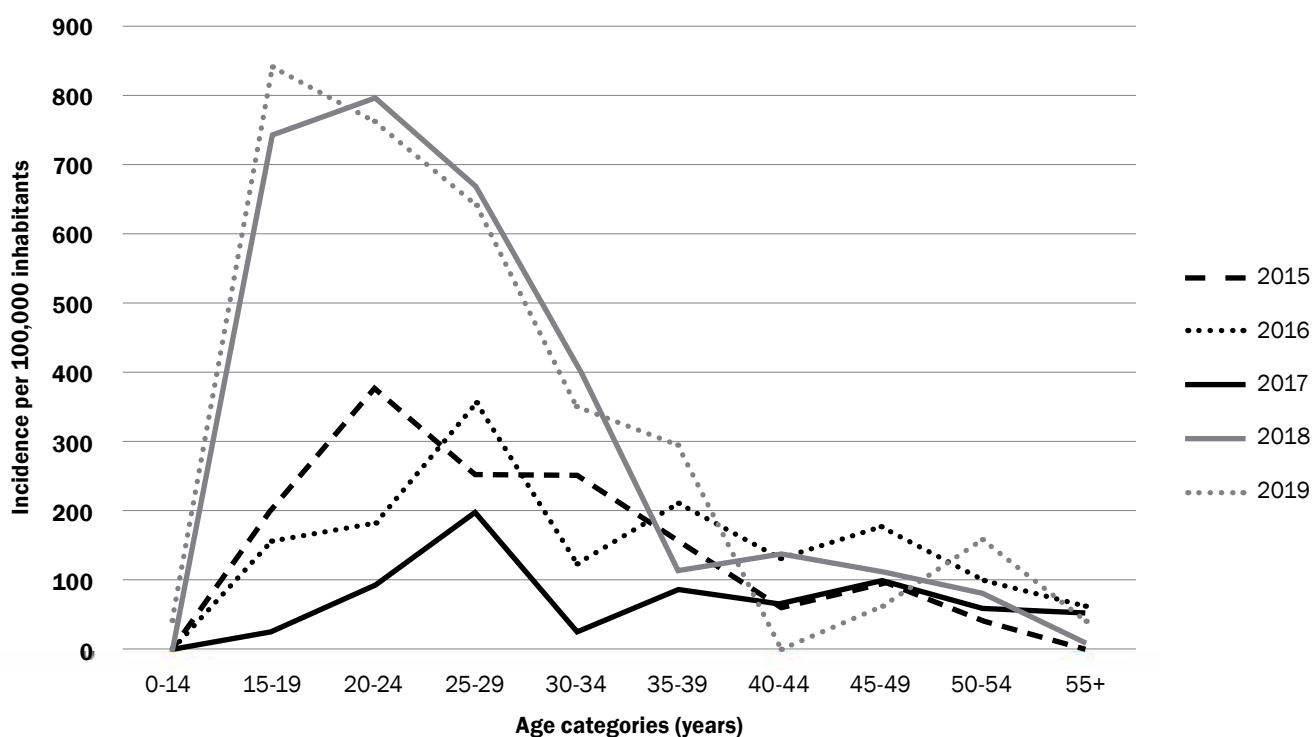


Table 2 – Gender- and region-specific annual incidence (I) of syphilis cases (n) in Greenland, 2015-2019, per 100,000 inhabitants.

| Popu- lation size ^a | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | | 2019 | | |
|--------------------------------------|--------|----|---------------------|------|---------------------|----------|---------------------|-----|---------------------|------|---------------------|----------|------|---|----------|
| | n | I | (95% CI) | n | I | (95% CI) | n | I | (95% CI) | n | I | (95% CI) | n | I | (95% CI) |
| Total | 55,801 | 60 | 107.4 (80.3-134.6) | 66 | 118.4 (89.9-147.0) | 33 | 59.2 (39.0-79.4) | 126 | 225.9 (186.5-265.3) | 138 | 246.8 (205.7-288.0) | | | | |
| Gender | | | | | | | | | | | | | | | |
| Males | 29,438 | 25 | 84.9 (51.6-118.2) | 30 | 101.9 (65.5-138.3) | 15 | 51.0 (25.2-76.8) | 52 | 176.8 (128.8-224.9) | 56 | 189.9 (140.2-239.6) | | | | |
| Females | 26,363 | 35 | 132.6 (88.7-176.5) | 36 | 137.0 (92.3-181.7) | 18 | 68.3 (36.8-99.9) | 74 | 280.6 (216.8-344.5) | 82 | 310.4 (243.3-377.4) | | | | |
| Region | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avannaa | 10,572 | <5 | 18.9 (0.0-45.0) | <5 | 9.5 (0.0-28.2) | 0 | 0 - | 12 | 113.4 (49.3-177.5) | 18 | 171.1 (92.1-250.0) | | | | |
| Disko | 6,538 | <5 | 15.2 (0.0-45.1) | 16 | 245.9 (125.5-366.2) | 8 | 123.1 (37.8-208.3) | 11 | 168.4 (69.0-267.8) | 20 | 303.6 (170.8-436.5) | | | | |
| Kujataa | 6,708 | <5 | 14.3 (0.0-42.5) | <5 | 14.7 (0.0-43.5) | <5 | 44.8 (0.0-95.5) | 0 | 0 - | 10 | 155.2 (59.1-251.4) | | | | |
| Qeqqa | 9,353 | 10 | 106.4 (40.5-172.3) | 8 | 84.9 (26.1-143.7) | 18 | 54.1 (6.7-101.5) | 18 | 193.7 (104.3-283.0) | 16 | 170.0 (86.8-253.3) | | | | |
| Sermersooq East | 3,333 | 24 | 692.8 (416.6-969.1) | 23 | 684.3 (405.6-963.0) | 11 | 303.9 (115.8-491.9) | 11 | 339.3 (139.1-539.5) | 16 | 484.1 (247.5-720.8) | | | | |
| Sermersooq West | 19,298 | 22 | 116.7 (68.0-165.4) | 17 | 88.9 (46.7-131.2) | 74 | 36.1 (9.4-62.9) | 74 | 379.6 (293.2-465.9) | 58 | 295.3 (219.4-371.2) | | | | |

^a Average population size January 1, 2015-2019, but population size for each year per January 1, is used in the calculations of incidence

Giardia I Nuuk

Astrid Thomas Medicinsk afd DIH

I December 2020, henvendte en 38 årig tidligere sund og rask mand sig til lægetelefonen med en måneds varende fedtede ublodige diarréer, afkræftethed og mavesmerter. Pt havde ingen rejseanamnese. Han var VVS mand i Nuuk, og gik på jagt i sin fritid. Objektivt undersøgelse inklusiv abdominal undersøgelse var helt upåfaldende.

Blodprøver viste leukocytose, men normal CRP. Fæces calprotectin var let eleveret, mellem 50 og 200 microgram/g. Fæcesprøver for tarmpatogene var positiv for Giardia Lamblia.

Patienten blev behandlet med Metronidazol i henhold til guidelines, med god effekt.

Patienten blev interviewet igen efterfølgende med henblik på at afklare ekspositioner. Han fortalte at han en måned før symptom debut havde drukket ufiltreret vand fra vandfaldet der drænerer cirkussøen. Endvidere er han i kraft af hans erhverv som VVS'er i kontakt med spildevand.

Giardia Lamblia er en protozo der forårsager infektiøs gastroenteritis, med ublodige diarréer, Overføres ved feco-oral smitte eller ved indtag af kontamineret vand eller fødevarer.

Protozoen findes i en Trophozoit form, samt i en cysteform. Cysterne er meget modstandsdygtige mod diverse kemikalier og desinfektionsmidler.

Traditionelt er Giardiasis associeret med rejseanamnese, indtag af ufiltreret vand og friluftsliv, men giardia lamblia er tilstede i hele verden, inklusivt andre områder af Arktis.

I December 2019 fik laboratoriet på DIH et nyt PCR baseret system, ved navn BioFireFilm Array. BioFire systemet tester for 22 forskellige årsager til infektiøs gastroenterit, og har en høj sensitivitet og specificitet for Giardia.

Forud for dec 2019, blev fæces prøver taget i Nuuk sendt til SSI mhp analyse. Det er stadig tilfældet på kysten. Disse



prøver bliver ikke automatisk undersøgt for Giardia Lamblia, og bliver undersøgt afhængigt af klinisk mistanke.

Den præsenterede patient var den første med en positiv fæces prøve for Giardiasis, ud af 342 undersøgelser lavet med BioFire systemet.

Nogle måneder efter var der yderligere tre tilfælde af Giardiasis i Nuuk. Det vides ikke hvor disse patienter har fået infektionen fra.

Det tyder på at der er en øget tilstedeværelse af parasitten i Nuuk, alternativt har den være underdiagnosticeret som årsag til infektiøs gastroenteritis grundet manglende klinisk mistanke eller mistænkelig rejseanamnese. Hvis der rent faktisk er øget forekomst af giardiasis og af parasitten i Nuuk, kan dette tilskrives øget import af hunde, som ikke rutinemæssigt undersøges for parasitten inden rejse til Grønland. Endvidere kan man varmere temperaturer som følge af klimaforandringer forvente en øget overlevelse af parasitten i naturen.

Denne case illustrerer behovet for at inkludere Giardiasis som differential diagnose hos vores patienter med mistænkt infektiøs gastroenteritis, uden rejseanamnese.

Læs hele artiklen:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34328057/>

Forskning på psykiatrisk afdeling A1

F. Alberdi, P. Heilmann

Psykiatriske lidelser er ofte forbundet med udtalte psykosociale problemstillinger og har en tendens til at fremkalde opgivenesshed, også fra politisk side. Ikke desto mindre udgør de psykiatriske lidelser en stor belastning for patienterne og deres pårørende og har store sociale konsekvenser som man er nød til at håndtere. Vi vil i artiklen give et kort overblik over den forskning som er udgået fra afdeling A1 i de seneste år og sætte det i relation til den nærmeste fremtids planlagte organisatoriske ændringer.

I den seneste oversigtsartikel i Ugeskrift for Læger over psykiatriens status i Grønland blev det dels konstateret en betydelig mangel på aktuel forskning om psykiatriske lidelsers status og udviklingstendenser i landet, bortset fra epidemiologisk og sociologisk forskning om selvmordspro-

blematikken (1). Det paradoksale har i mange år været at, mens forskningen om indbyggernes sundhedstilstand, også befolkningens generelle psykiske sundhedstilstand, har været velundersøgt i en række kendte undersøgelser (2,3), har man i samme periode næsten ikke undersøgt noget om psykiske sygdom hyppighed, fremtræden og konsekvenser. Undersøgelser af børne- og ungdoms psykiatriske lidelser har været et meget forsømt område, og undersøgelserne af voksne patienters psykotiske og effektive lidelser foretaget i 1980 og i 1990erne er ikke blevet ajourført (4).

De seneste år har man forsøgt at indhente det forsømte og man har undersøgt forholdene omkring skizofreniens aktuelle prævalens, patienternes psykosocial baggrund og deres somatisk status (5). I seneste nummer af Nakorsa-



nut kan man læse et fyldig resumé af artiklen (6). Vi har også undersøgt patienternes forbrug af antipsykotika samt deres behandlingsmønster, eventuel polyfarmaci og døgn-dosis i forhold til danske patienter (7). Det er som bekendt sådan, at forbrug af medicin i Grønland er langt under forbruget i de skandinaviske lande. Dette gælder dog for alt andet medicin end antibiotika og antipsykotika, hvorfor en undersøgelse af antipsykotikas forbrugsmønster har været påkrævet. Konklusionen er at patienterne i Grønland behandles oftere med polyfarmaci og med højere doser end i Danmark. Medvirkende til disse forhold er blandt andet den højere andel af mandlige patienter i Grønland og deres yngre alder i forhold til Danmark samt Grønlands særlige retspsykiatriske problematik. Disse forhold er blevet undersøgt for nylig og denne undersøgelse kaster lys over de behandlings- og administrative problemer man vil møde i psykiatrien i de nærmeste år (8).

Et aspekt med betydning for hele sundhedssystemet i Grønland er de sproglige og kommunikative problemer mellem patienterne og behandlerne. Dette aspekt er særligt vigtigt i psykiatrien, hvor sproget og kommunikationen er helt grundlæggende for at kunne stille diagnosen og etablere en holdbar terapeutisk alliance. De særlige sproglige og kulturelbetingede måder at relatere sig til behandlerne og at udtrykke sindstilstande på er blevet undersøgt og beskrevet i en nylig artikel i Bibliotek for Læger (9).

Somatiske sygdom blandt psykiatriske patienter er et felt med international bevågenhed på grund af den globalt set konstateret forøget sygelighed og tidlig død blandt psykiatriske patienter. Mange og komplekse psykosociale aspekter samt behandlingsmæssige og organisatoriske aspekter i sundhedsvæsenet er involveret i denne problematik. Vi har af den grund sat fokus på denne problematik og foretaget den første undersøgelse af den somatiske status blandt psykotiske patienter i Nuuk. Undersøgelsen er i skrivefasen. Vi håber meget på at denne forøget opmærksomhed om patienternes somatisk status vil forbedre deres sundhed.

Der vil i løbet af de næste år påbegyndes en nybebyggelse af en psykiatrisk afdeling. Denne afdeling vil være indrettet med enkeltstuer og med flere fleksible skærmede sengepladser. Der vil også indrettes 2 sengestuer på afde-

lingen, som bedre vil kunne rumme, hvis det bliver nødvendigt at indlægge børn eller unge.

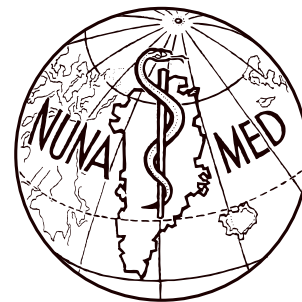
Den nye psykiatribygning vil også kunne rumme distriktspsykiatrien Ikaarsaarfik, som vil komme til at ligge i forbindelse med psykiatrisk ambulatorium.

Udvidelserne vil ikke være tilstrækkelige til at afdelingen vil være i stand til at klare behandlingen af alle retspsykiatriske patienter i Grønland. Samarbejde med Region Midtjylland, Skejby Retspsykiatrisk afdeling R3 om denne gruppe patienter vil derfor fortsætte endnu i en årrække.

1. Alberdi, f. Psykiatriske lidelser i Grønland. Ugeskr læger. 2019; 181: V06190345
2. Bjerregaard P. Folkesundhed i Grønland. Rapport nr 1. Inussuk. 2004.
3. Dahl-Pedersen IK., Bjerregaard P. befolkningsundersøgelsen i Grønland, 2014. Statens Institut for Folkesundhed. 2016.
4. Lyng I. Psykiske lidelser i det grønlandske samfund. Doctoral thesis, 2000. Aarhus University Hospital, Denmark.
5. Jakobsen AS., Pedersen ML. Schizophrenia in Greenland. Dan Med J. 2021, Janu 7; 68(2): A03200159.
6. Jakobsen AS. Skizofreni i Grønland. En registerundersøgelse. Nakorsanut, 2021. 46. årgang;15-18.
7. Alberdi F, Jakobsen AS., Rasmussen J. Antipsychotic drug use in Greenland and Denmark. Longitudinal and cross-sectional data. Nord J Psychiatry, 2021, Juli 26;1-6.
8. Jentz Ch., Heilmann P., Nathanielsen N et al. Suicidal attempts among Greenlandic forensic psychiatric patients. I review-fase.
9. Mondrup L. Sprog og tavshed i grønlandsk psykiatri. Bibliotek for Læger, 2020. 212,2:144-65.

NUNAMED 2022

Beskrivelse og information af tema sessioner



For at få et overblik over de temasessioner de forskellige gerne vil afholde på NUNAMED 2022, vil vi gerne bede jer om at udfylde nedenstående. Den korte overordnede beskrivelse af sessionen vil vi bruge på hjemmesiden for at tiltrække konference deltager samt at give muligheden for at man også kan submitte et abstract til en målrettet session. Udover at I aflever herværende beskrivelse er det

vigtigt at I informerer og sørger for at alle jeres oplægsholdere indsender/submitter et abstract og tilmelder sig konferencen.

I meget velkommen til at lave andet end den typiske session med 5 oplægsholdere, fx kan det være en workshop eller paneldiskussion.

| Ansvarlig | | | |
|---|-------------------|------------------------|-------------------|
| Session titel | | | |
| Beskrivelse af sessionen på dansk og/eller engelsk og/eller grønlandsk | | | |
| | | | |
| Forventede oplægsholdere | | | |
| Navn | <i>Evt. titel</i> | <i>Sprog for oplæg</i> | <i>Bekræftet?</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Andet? | | | |
| | | | |



Online for a Month – Focusses on Links Between Inuit Culture and Health

The Inuit Circumpolar Council (ICC) is pleased to announce the virtual Inuit Health Summit taking place from September 20 to October 26, 2021. The Circumpolar Inuit Health Steering Committee (CIHSC) has been planning this summit for over two years.

“As Inuit, we know cultural continuity is a protective factor against suicide,” said ICC Chair Dalee Sambo Dorrough. “The Inuit Health Summit is a space where youth can openly discuss what supports and doesn’t support their connection to culture and foster a space where we all belong. Youth are joined by Elders and senior Inuit leaders eager to hear their perspective and support them in this journey to carry Inuit culture forward for our collective wellbeing. I commend the organizers of this summit for their creativity and persistence in holding the 2021 ICC Health Summit virtually.”

The 2021 ICC Health Summit begins today with over 50 Inuit from across Inuit Nunaat (Alaska, Canada, Chukotka, Greenland). They include youth, Elders, CIHSC members, and ICC leaders. Their words will be graphically recorded so they can be shared widely and help guide the work of policy makers, program managers and other leaders in mental wellness.

“I am looking forward to welcoming all participants to the 2021 ICC Health Summit,” stated CIHSC Chair Min-

nie Grey. “We’ve all been through a lot over the past 18 months and we have found new ways to connect Inuit from various communities. This virtual format has proven to be very effective during the Local 2 Global Virtual Knowledge Exchange held online in February and March 2021. Over the next weeks participants can look forward to a summit that is tailored to Inuit needs and cultural values.”

Three groups of 18 people will participate in six sessions from September 20 to October 26, 2021. The three-hour sessions will be held on Zoom. The summit is accessible to Greenlandic, Inuktitut, Russian, and English speakers. The final session on October 26th will bring everyone together in a cultural celebration and discussion of next steps.

The summit will see participants in activities such as “Tree of Life”, “the Cultural Iceberg”, “Parenting with Inuit Values”, “Cultural Reclamation”, and actionable items in suicide prevention.

This summit is a direct result of the 2018 Utqiagvik Declaration, which mandated ICC to “host a Circumpolar Inuit Summit on Health and Well-being focusing on efforts and initiatives to reduce and eradicate health disparities harming our families and prioritizing mental wellness, addictions, and suicide prevention.”

| Time (Eastern Time) | Item |
|---------------------|---|
| 3:30 pm | Session starts: Welcome word and agreements |
| 3:45 pm | Opening address by Dalee Sambo Dorrough, ICC International Chair |
| 3:55 pm | Overview of the insights amassed during the summit's past 5 past weeks |
| 4:05 pm | Singing and drumming by Kuka Fleischer from Greenland |
| 4:20 pm | Presentation by Gert Mulvad, Representative for Greenland of Circumpolar Inuit Health Steering Committee |
| 4:35 pm | Presentation by Aviâja Edege Lynge, National Spokesperson for Children in Greenland |
| 4:55 pm | Presentations by 7 youths on parts of culture their team wants to see revitalized in support of mental wellness |
| 6:00 pm | Crowdsourced program list, Connector and Uvagut Inuit social media campaign |
| 6:10 pm | Traditional dances from Chukotka – White Sail Ensemble |
| 6:25 pm | Closing remarks by Her Excellency the Right Honourable Mary May Simon, Governor General of Canada |
| 6:30 | Session ends |

Lægeforeningens generalforsamling 2021





Nuuk, Grønland

30. sept. - 2. okt. 2022



www.nunamed.org

ANNOUNCEMENT

Offentlig Poster Session og Event:
Katuaq Foyer 1. oktober