



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægekredsforening

Nummer 2. 2015 – 40. Årgang



Cardiologi kursus maj 2015

Cardiologikursus, tale ved festmiddagen	3
Klinisk Elektrokardiologi	7
Landslægeembedet skifter profil	8
Retningslinjer ved sundhedsforskning og for forskning ved sundhedsvæsenets Institutioner ..	10
ALS, ATLS og ALSO kurserne	11
Stor tilslutning til Hjemmeblodtryksmåling i Nuuk	12
Timiga Et sundhedsfremmende projekt	14
Psykiatridagen	16

Lægefagligt Forum	18
The Siutit Study	19
Resistens blandt gonokokker	20
HPV Vaccinations Dækningsgrad	21
God forskningspraksis i Grønland	23
Forskningsdag	25
Projektræning, Fra ide til virkelighed	26
Læge vs. Gravid og på Barsel.....	27
Nyt screeningsprogram.....	29

Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25
Nakorsanut@greenet.gl

Redaktion:

Gert Mulvad, gm@peqqik.gl
Ole Lind, oli@peqqik.gl

Layout: www.tita.gl

Oplag: 400

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeföreningens hjemmeside:
<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geföreningen/L%C3%A6gekredsföreningen%20Gr%C3%B8nland>

Grønlands Lægekredsföreningens bestyrelse**Formand:**

Overlæge Ole Lind – Gyn/Obs. , DIH., Nuuk. oli@peqqik.gl

Kasserer:

Overlæge Jacob Kanstrup - Anæstesi., DIH, Nuuk jkan@peqqik.gl

Næstformand:

Læge Finnur Eldevig –DIS, Sisimiut. fmel@peqqik.gl

Sekretær:

Læge Ivalu S. Frederiksen – Nuuk ivfr@peqqik.gl

Menigt medlem:

Distriktslæge Jan Olsen – Sisimiut jano@peqqik.gl

Distriktslæge Hans Christian Florian – Tasiilaq. hcflorian@hotmail.com

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Herre i eget hus

Det kunne godt være overskriften på et indlæg om selvstyre, og det er det på sin vis også. Skal hver familie i Grønland tage ansvar for eget liv, er en af de grundlæggende forudsætninger at de kan være herre i eget hus.

Det store flertal for et ja til selvstyreloven viser med klar tydelighed at der er en stor parathed til at tage ansvar. Ansvar kan man kun tage når nogle fundamentale forudsætninger er i orden.

En familie fungerer, når der er mad i køleskabet, en seng at sove i, og tag over hovedet. De største sociale problemer i dette land, skal løses med disse enkle forudsætninger. I Nuuk bygges der huse, men samtidig vokser boligventelisten. Det er helt uacceptabelt, at en familie med nyfødt barn, som af sociale årsager tildeles en social bolig, skal vente mere end et år på til-delning.

Barnets første år og familiens levevilkår i denne periode, vil præge det nyfødte barn livet igennem. Social boligtil-delning, hvor børn er involveret skal løses.

Landsstyret og Nuuk kommune må sætte sig sammen og sikre at fundamentet for selvstyre er i orden. Landsstyret og hele det kommunale system skal måske gentænkes??

Den grønlandske familie, som har de grundlæggende forudsætninger, mad, husly og sammenhold er parat til at tage ansvar for Grønlands udvikling med selvstyre. Lad familien Grønland, blive herre i eget hus.

Graviditet og barsel er også et grundlæggende prioritetsområde for et sundt samfund, også som læge opleves og beskrives det i dette nummer af Nakorsanut.

Høj faglig standard udvikles løbende i Grønlands Sundhedsvæsen. Dette nummer af Nakorsanut beskriver en række kurser som afholdes og styrker den faglige viden i landet. Udvikling af den faglige viden og høj faglig standard er forudsætning for et godt sundhedsvæsen. Denne viden skal opbygges af os selv i det grønlandske sundhedsvæsen. Grønlands Lægeförening er parat til at påtage sig et medansvar for denne opgave. Cardiologi kurset, ALS, ATLS og ALSO kurserne og Lægefagligt forum er gode eksempler på en faglig udvikling i det grønlandske Sundhedsvæsen.

Faglig viden og forskning hænger sammen. Mange nye forskningsprojekter udvikles, specielt ses en udvikling af forskningsprojekter der tager udgangspunkt i den kliniske hverdag i det grønlandske sundhedsvæsen. For at denne vigtige udvikling skal fortsætte, skal vi som klinikere også udvikles med en forskningstilgang til problemstillingerne, og de rette rammer for forskningen skal være tilstede.

Flere artikler i dette nummer er omkring dette emne.

Næste nummer af Nakorsanut bliver et jubilæums nummer. Nakorsanut fylder 40 år. Gode input i denne forbindelse bedes sendt til redaktøren eller Grønlands Lægeförening.

Uddrag af tale ved Festmiddagen 1.maj 2015



Cardiologi i Grønland 2015



Gruppearbejde

Det er vigtigt, at vi holder sammen i Grønland, det gælder som samfund, som folk – men også som sundhedsvæsen og lægegruppe. Det er dette kursus med til at gøre, når vi kan mødes på denne måde takket være Grønlands Lægeforening og Sundhedsledelsen. Et andet forum vi har, er vores lægeblad Nakorsanut, og takket være en af vores medlemmer Gert Mulvad, udkommer det 3-4 gange årligt. Det er også med til at holde os sammen som lægegruppe, ellers kan man godt føle sig ensom som læge. Fysisk alene sidder man ofte ude på kysten, men også i DIS og i ambulatorierne, kan man sidde en hel dag alene – uden at dele det med andre end sig selv.

Som jeg nævnte ved kursets begyndelse, så har de sidste dage været lidt af en drøm, som er gået i opfyldelse for mig. At holde et kursus for de læger, som tjener landet i ikke mindre end det emne, som jeg brænder allermost for – nemlig kardiologien. Netop for jer, fordi jeg synes I fortjener det allermost. I står med disse patienter dagligt og oftest alene – om I vil det eller ej. Der er altså ikke mange, som må stå med en patient med ventrikulær takykardi helt alene i times vis, vente på at et fly arran-

geres helt fra Nuuk og flyver 1000-vis af km, når endelig frem uden at kunne gøre noget og derefter tage patienten med hele den lange vej tilbage til Nuuk – vel at mærke, stadig med ventrikulær takykardi. Jeg har kun at sige, jeg bukker mig i respekt for både patienterne, lægerne og det Grønlandske sundhedsvæsen, som arbejder under disse forhold. Og det er egentlig alle jer, som jeg bukker mig for og med dette kursus ønsker at sige, tak for indsatsen her og derude.

Min første ide til et sådant kursus fik jeg, da jeg i Norge var på et ugekursus i EKG – forstil jer, en hele uge kun med EKG, ikke kardiologi, som vi har haft det her, men bare EKG. En hel time, kun om P-takker osv – så tænkte jeg, sådan et kursus må vi holde i Grønland engang, det blev så ikke kun om EKG, det ville blive lige nørdet nok, men så i generel kardiologi. Det var så for 1,5 år siden, at Steen (Pehrson red.) kom her op for at kontrollere ICD'er. Jeg var med Steen et par dage i ambulatoriet og var faktisk utrolig benovet over at få lov til at arbejde sammen med dig, Steen. Det betyder meget det samarbejde og den kontakt vi har til Rigshospitalet og for mig ikke

Cardiologi i Grønland 29. april -1. maj 2015

PROGRAM



Cardiologi i Grønland 2015

Onsdag 29. april 2015:

- 12.00-12.30 ANKOMST & REGISTRERING i Konferencelokale 1 - DIH
- 12.30-13.30 FROKOST i kantinen DIH
- 13.30-13.45 Velkomst (JK+UWG)
- 13.45-14.05 Kardiologisk epidemiologi i Grønland (AG)
- 14.05-14.25 Hjertediagnoser Grønland-Rigshospitalet (HB)
- 14.25-15.05 Grundlæggende EKG (SP)
- 15.05-15.20 PAUSE
- 15.20-15.45 Risikofaktorer for iskæmisk hjertesygdom (LK)
- 15.45-16.30 Akut koronarsyndrom (AKS) STEMI + NSTEMI (LK) + case 8 (HO)
- 16.30-16.45 AKS -Behandling og komplikationer (LK)
- 16.45-17.45 EKG træning/øvelser (UWG+SP)

Torsdag 30. april 2015:

- 08.25-08.45 Indledning (præcis)
- 08.45-09.30 Billeddiagnostik (Ekko) og Kardiomyopier (LK) + case 5 (TG)
- 09.30 -10.00 Myocarditis, Pericarditis (HB) +case 9 (AJP)
- 10.00-10.15 PAUSE
- 10.15-10.45 Endocarditis (HB) + case 11 (GD)
- 10.45-11.30 Akut hjertesvigt og Klapsygdom (LK) + case 2 (NA)
- 11.30-11.45 PAUSE
- 11.45-12.30 Supraventrikulære arytmier (SP) + case 8 (JO)
- 12.30-13.10 FROKOST I KANTINEN DIH (kl. 13.10-13.25 Fællesfotografering)
- 13.30-14.15 Arvelige hjertesygdomme og pludselig hjertedød (HB) + case 10 (HR)
- 14.15 -15.15 EKG-øvelser (UWG+SP)
- 15.15 -15.45 PAUSE
- 15.45 -16.30 Atrieflimmer – behandling og AK (CHA2DS2-vasc) (SP) + case 4 (PN)

Fredag 1. maj 2015 (Store Bededag):

- 08.25-08.45 Indledning (præcis)
- 08.45 -09.20 Ventrikulære arytmier (SP) + case 6 (AJ)
- 09.20-10.00 AV-blok (SP)
- 10.00-10.15 PAUSE
- 10.15-11.00 Kronisk Hjertesvigt og behandling (LK)
- 11.00-11.10 PAUSE
- 11.10-11.50 VT/VF –hjertestop & genoplivning (UWG) + case 1 (ND)
- 11.50-12.30 Pacemaker-typer/behandling inkl CRT +ICD (SP) + case 6 fortsat(AJ)
- 12.30-13.30 FROKOST I KANTINEN DIH
- 13.30-13.45 Transport af hjertepatienter (UWG)
- 13.45-14.30 Dyslipidæmi (HB) + case 3 (HN)
- 14.30-15.00 EKG træning/øvelser (UWG+SP)
- 15.00-15.15 PAUSE
- 15.15-15.45 EKG gennemgang (UWG+SP)
- 15.45-16.00 Afslutning/Evaluering (JK+UWG)

- 18.30- FESTMIDDAG for deltagere og undervisere (Hotel Hans Egede)

SP- Steen Pehrson, LK-Lars Køber, HB- Henning Bundgaard, AG-Allan Gelvan, JK-Jacob Kanstrup, UWG-Uka Wilhelm Geisler, HO-Helle Olsen, JO-Jan Olsen, AJP-Alice Juhl Petersen, HR-Hanne Rex, GD-Gitte Drachmann, ND-Nick Duelund, PN-Paneeraq Noahsen, NA-Naasunnguaq Ashton,HN-Heidi Noasen, AJ-Anna Jacobsen,TG-Theis Gielstrup

Cardiologi i Grønland 29. april - 1. maj 2015

Arrangeret af Grønlands LægeForening



Cardiologi i Grønland 2015

DELTAGERLISTE

NR	NAVN	TITEL	STED	MAIL
1	Jacob Kanstrup	Overlæge	Int afd	jkan@peqqik.gl
2	Uka Wilhjelm Geisler	Overlæge	Med afd	uwg@peqqik.gl
3	Nick Duelund	Reservelæge	Med afd	nick@peqqik.gl
4	Paneeraq Noahsen	Reservelæge	Med afd	pano@peqqik.gl
5	Alice Juhl Petersen	Afdelingslæge	Med afd	ajp@peqqik.gl
6	Karsten Rex	Reservelæge	Kir afd	kare@peqqik.gl
7	Hanne Rex	Reservelæge	Kir afd	halr@peqqik.gl
8	Tobias Todsen	Reservelæge	DIS	toto@peqqik.gl
9	Michael L. Pedersen	Distriktslæge	DIS	milp@peqqik.gl
10	Gitte Drachmann	Distriktslæge	DIS	giha@peqqik.gl
11	Henning Sloth Pedersen	Distriktslæge	DIS	hsp@peqqik.gl
12	Jesper Olesen	Regionslæge	DIS	joel@peqqik.gl
13	Marie Middelfart	Distriktslæge	DIS	mami@peqqik.gl
14	Nikolai Hardenberg Larsen	Distriktslæge	DIS	nihl@peqqik.gl
15	Helle Olsen	Regionslæge	Sisimiut	helo@peqqik.gl
16	Jan Olsen	Distriktslæge	Sisimiut	jano@peqqik.gl
17	Tommy Preisler	Distriktslæge	Paamiut	hjernevrider@gmail.com
18	Ina Kilimi Mikaelson	Sygeplejerske	Med afd	inam@peqqik.gl
19	Naasunnuaq Ashton	Reservelæge	Med afd	nflm@peqqik.gl
20	Heidi Noasen	Reservelæge KBU	Kir afd	hnoa@peqqik.gl
21	Karl Vitt	Distriktslæge	Upernavik	kavi@peqqik.gl
22	Anne Marie Ulrik	Cheflæge	SL	amu@peqqik.gl
23	Anne Møller	Distriktslæge	Aasiaat	anmo@peqqik.gl
24	Karen Vindfeldt	Reservelæge	Kir afd	karv@peqqik.gl
25	Vicky Wetterstrand	Distriktslæge-vikar	Aasiaat	viwe@peqqik.gl
26	Anna Jacobsen	Reservelæge KBU	Kir afd	anja@peqqik.gl
27	Nikolaj Hjortholm	Distriktslæge-vikar	DIS	nhjo@peqqik.gl
28	Lena Hjortholm	Distriktslæge-vikar	DIS	lehj@peqqik.gl
29	Allan Dorland	Distriktslæge	Pittuffik	ALD@gc.gl
30	Lone Sommer Fleischer	Sygeplejerske	Med amb	loso@peqqik.gl
31	Anni Helene Kanstrup	Sygeplejerske	DK	ahl57@hotmail.com
32	Johanne Svendsen	Sygeplejerske	Med afd	josv@peqqik.gl
33	Theis C. Gielstrup	Reservelæge	Kir afd	tcgi@peqqik.gl
34	Brita B. Jensen	Overlæge	Med afd	brbb@peqqik.gl
35	Ivalu S. Frederiksen	Reservelæge	DIS	ivfr@peqqik.gl
36	Torben G. Clausen	Ledende Overlæge	Int afd	tgcl@peqqik.gl
37	Anas A. Turkykahw	Reservelæge KBU	Med afd	anas@peqqik.gl
38	Clemens Prischl	Reservelæge	Kir afd	clpr@peqqik.gl
39	Jørgen Tilma	Reservelæge KBU	Med afd	joti@peqqik.gl
40	Signe Sloth Madsen	Distriktslæge-vikar	Aasiaat	sism@peqqik.gl
41	Ida Schneider	Reservelæge-vikar	Med afd	idas@peqqik.gl
42	Anne-Sofie Lynnerup	Reservelæge	Med afd	lyas@peqqik.gl
	Steen Pehrson	Overlæge	Kard afd B	Rigshospitalet
	Lars Køber	Overlæge	Kard afd B	Rigshospitalet
	Henning Bundgaard	Overlæge	Kard afd B	Rigshospitalet



Deltagere

mindst til Kardiologisk afdeling; med jer i ryggen får hjertepatienterne her i Grønland, en så fagligt korrekt og god behandling, – forholdene taget i betragtning. Så Henning, Lars og Steen, håber at I vil tage dette budskab med jer til Kardiologisk afdeling B; For mig er denne rygstøtte i faglige vanskelige situationer guld værd, det skal I vide.

Da Steen så var færdig med at teste ICD'er dengang, tog vi ham med ud at spise, sørgede for han fik rigeligt med rødvin og jeg fik dér vidst fremstammet, noget med om han ikke ville være med til at holde et kursus sammen med mig. Det er ikke nogen hemmelighed, at jeg følte det lidt som sådan en ukendt fan, der spørger sit skuespiller idol, om de ikke skal indspille en film sammen! Men han sagde sørme ja, – og her er vi så, og jeg synes, det var en god rigtig aftale, vi der fik i stand.

Et kursus er ikke bare fagligt indhold, det er især alt det som er udenom – planlægning og arrangement, alt det praktiske. I har måske været på kursus i kardiologi, men

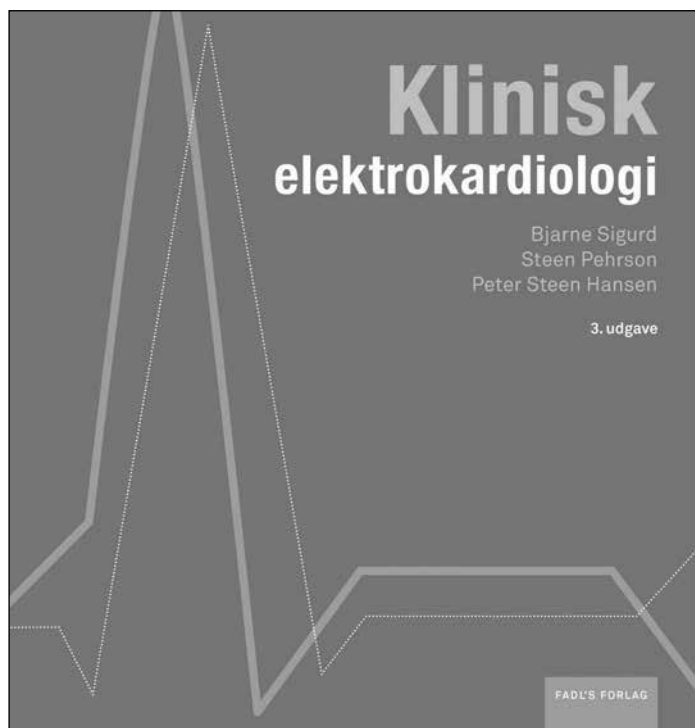
Nick, Paneeraq og jeg har også været på kursus i ”kursusafholdelse” – og Jacob (Kanstup red.), du har prøvet det før og været en rigtig god læremester. Tak for samarbejdet, det har været rigtigt sjovt.

Af Uka Wilhelm Geisler

Overlæge Medicinsk Afdeling, DIH

”Klinisk elektrokardiologi”

Produktbeskrivelse



FADL's FORLAG – Pris: 859,95 kr

Denne 3. udgave af ”Klinisk elektrokardiologi” er opdateret på alle punkter i forhold til forrige udgave. Samtlige kapitler har gennemgået stor revision, blandt andet er undersøgelsesmetoder, behandlingsprocedurer og farmakoterapi ført helt up to date.

Dertil kommer, at bogens omfangsrige billedmateriale er helt nyttegnet til denne udgave. Der er lagt vægt på forståeligheden og overskueligheden via de mange EKG-illustrationer, og bogen præsenterer sig som et uomgængeligt værk om klinisk elektrokardiologi på dansk.

Elektrokardiologi i klinisk sammenhæng er i fokus. Derfor vil bogen være brugbar for både den praktiserende læge, den medicinske specialist og den kardiologiske specialist. Derudover vil den være til nytte for sygeplejersken og lægen i koronarafsnittet. Desuden kan den med fordel benyttes af medicinstuderende.

Om bogens forfattere:

BJARNE MÜHLDORFF SIGURD, MD, FESC.
Specialist i intern medicin og kardiologi.
Tidligere overlæge og klinisk lektor ved Kardiologisk afdeling Y, Bispebjerg Hospital, København og Københavns Universitet.

STEEN PEHRSON, overlæge.
Specialist i kardiologi.
Overlæge ved Hjertemedicinsk Klinik B, Hjertecentret, Rigshospitalet.

PETER STEEN HANSEN, overlæge.
Specialist i kardiologi.
Overlæge ved Privathospital og Hjertecenter Varde.

*Bogen kan bestilles hos Uka Wilhelm Geisler,
uwg@peqqik.gl med 30% rabat (porto skal påregnes)*

Landslægeembedet skifter profil

Af Thomas Rendal og Turid B. Skifte

Med udgangen af juni 2015 forlader landslæge Flemming Kleist Stenz sit embede for at gå på pension. Med sin klare faglige profil har Flemming sat sit markante præg på Landslægeembedet og gennem en årrække sikret en stærk fagligt funderet enhed, som med vægt på sundhedsfaglig evidens og gældende lovgivning, har leveret saglig og nøgtern rådgivning til såvel politiske beslutningstagere som sundhedsvæsenet. Flemming har i såvel sin rådgivning som i varetagelsen af tilsyn og i behandlingen af sager vægtet uvildigheden højt. Dette er netop det fundament, som giver Landslægeembedet sin særlige berettigelse.

Flemming indledte sin karriere i Grønland som distriktslæge i Aasiaat i 1991 og blev i 1992 den første chefdistriktslæge i Kangaatsiaq, hvor han mødte Debora. Flemming stortrivedes i Kangaatsiaq, og havde det ikke været for Deboras udlængsel, havde han såmænd nok været der endnu. Det var godt for den daværende Embedslægeinstitutionen, for familien søgte nye udfordringer i Nuuk, hvor Flemming blev embedslæge i 1993. Fraset perioderne 1996-97 og 2002-06 har Flemming siddet i stolen lige siden.

Flemming har gennem hele sit virke sat fagligheden i højsædet ved sin rådgivning af politikere og sundhedsvæsen, og han har arbejdet vedholdende for at få gennemført fagligt funderede indsatser. Opgaverne i Landslægeembedet er mangeartede og dækker bredt. Sundhedsberedskab, epidemikommission og overvågning af smitsomme sygdomme er alle opgaver, som kræver kontinuerlig opmærksomhed, og som Flemming har varetaget med lige dele omhu og ildhu. Især tuberkulosebekæmpelsen har været et hjerte barn, og Flemming har med udarbejdelsen af den seneste Nationale Strategi til Bekæmpelse af TB opnået yderligere øremærkede ressourcer til området hvilket har medført forbedret diagnostik, forbedret overvågning, flere personale-ressourcer på frontlinjen samt ambitiøse men realistiske mål for indsatsen.

Landslægeembedet er en uvildig enhed, som har tilsynsfunktioner i forhold til de sundhedsfaglige forhold på sundhedsvæsenets institutioner samt persontilsyn, som især er rettet mod det autoriserede sundhedspersonale. I vidt omfang har det været Flemmings tilgang at varetage det institutionsrettede tilsyn ved interessere og nysgerigt at se på funktionerne med den udefrakommendes øjne. Gennem en åben dialog med ledelserne på de respektive enheder har tilsynene medvirket til at sikre overensstemmelse med kravene. Denne tilgang har gennem årene resulteret i mange positive tilkendegivelser fra distrikter og regioner, og besøg af Landslægeembedet har været efterspurgt mange steder fra.

Den sundhedsfaglige rådgivning dækker bredt og et væsentligt tiltag for at forbedre folkesundheden er et vel-fungerende børnevaccinationsprogram. Børnevaccinationsprogrammet er i flere omgange blevet suppleret med nye vaccinationer. I erkendelse af at sygdomsmønstret i Grønland er anderledes end i Danmark, har Flemming i årenes løb samarbejdet tæt med eksperter både på Statens Serum Institut og internationalt, blandt andet gennem det circumpolare samarbejde International Circumpolar Surveillance, og har fulgt nøje med i sygdomsmønstret i de respektive lande samt i udviklingen af nye vacciner. I 2010 blev eksempelvis både vaccinationer mod Hepatitis og pneumokokker inddraget i børnevaccinationsprogrammet efter et grundigt forarbejde for at sikre, at der var overensstemmelse mellem vaccinerne og de typer bakterier, der gav de alvorligste konsekvenser i form af sygelighed og dødelighed i Grønland.

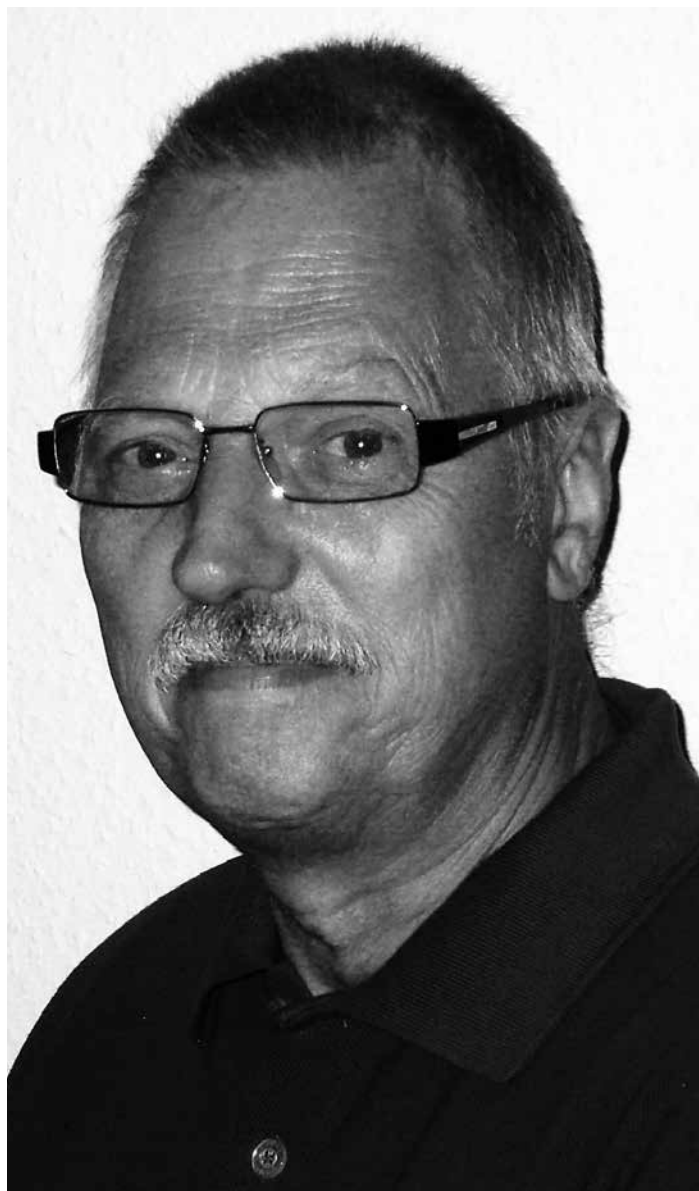
En anden væsentlig opgave, som har ligget Flemming på sinde kontinuerligt at forbedre er indsamlingen af sundhedsdata i en omfattende sundhedsfaglig database og opbygningen af valide registre. Arbejdet med at gøre data mere tilgængelige og anvendelige for sundhedspersonale og forskere gennem statistikbanken pågår, og en række data kan fremover trække direkte fra databasen. Derud-

over har Flemming sikret, at data udveksles med relevante samarbejdspartner i Danmark Internationalt samarbejde: NOMESCO (Health Statistics in the Nordic Countries). Senest har Flemming etableret samarbejde med det europæiske netværk EUROCAT, som samler data om medfødte misdannelser. Efterhånden som mængden af grønlandske data bliver større vil det blive muligt at se sammenhænge og mønstre i forekomsten af medfødte misdannelser.

Rådgivning omkring de sundhedsfaglige påvirkninger af befolkningen fra miljøet favner vidt. Miljøsagerne kan omhandle affaldshåndtering, aktiviteter indenfor vandspærrezoner, forureninger af vand, luft og jord, sort og gråt spildevand osv. Også på dette område har Flemming varetager rådgivningen ud fra en fagligt forsvarlig vurdering uden skelen til hverken erhvervs-mæssige eller politiske interesser.

Flemming har med sin stoiske ro og velovervejede måde at håndtere opgaverne på sikret, at Landslægeembedet har ligget som en klippe i et til tider politisk oprørt hav. Kursen er med tiden blevet justeret, men Landslægeembedets målsætninger har altid været klare og synlige, og retningen har aldrig været i slinger. Fokus har været at medvirke til at overvåge sundhedstilstande i befolkningen og forbedre folkesundheden.

Som chef har Flemming aldrig været bange for at uddelegere svære og profilerede opgaver til sine medarbejdere samtidig med, at der aldrig har været tvivl om, at vi har haft hans fulde opbakning i både med- og modvind. De to ting i samspil har skabt en arbejdsplads med enorme muligheder for faglig udvikling under trygge rammer, hvilket ingen af os har taget for givet og ikke ville have været foruden. Enstemmigt vil vi gerne sige tak til Flemming for de mange gode, spændende, inspirerende og lærerige år, som vi har haft sammen.



Flemming Kleist Stenz

Retningslinjer ved sundhedsforskning og for forskning ved sundhedsvæsenets Institutioner

Departementet for Sundhed og Infrastruktur har i samarbejde med Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse fundet det nødvendigt at udarbejde nedenstående regelsæt omkring forskning ved sundhedsvæsenets institutioner. Retningslinjerne træder i kraft 1. januar 2014. Revideret februar 2015.

Alle forskningsprojekter, der foregår i sundhedsvæsenets institutioner eller i samarbejde med personale i det grønlandske sundhedsvæsen skal indberettes til Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse

Efter videnskabetisk bedømmelse fremsendes samme materiale til Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Herudover skal fremsendes et særligt notat omkring samarbejdet med Sundhedsvæsenet, herunder hvor projektet skal foregå, tidsperiode og forventet ressource-træk i sundhedsvæsenet, samt redegørelse for hvordan sundhedsvæsenet kompenseres. Brug af Sundhedsvæsenets registre skal godkendes af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

Ved projekter af karakter af befolkningsundersøgelser, som forventes at foregå i flere regioner eller lokaliteter, skal projektet sendes til Departementet for Sundhed

Det Videnskabetiske udvalg fra Grønland skal i forbindelse med deres godkendelse af projektet sikre, at Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse informeres og overfor forskerne understrege, at brug af Sundhedsvæsenets registre skal godkendes af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

Formål

Formålet med retningslinjerne er:

- At forskningsprojekter belaster befolkningen så lidt som muligt.
- At sikre viden om de til enhver tid igangværende forskningsprojekter med relation til sundhedsvæsenet og hvem der står bag dem.
- At forskningsprojekter ikke virker negativt ind på initiativer og projekter, der er væsentlige for at opretholde folkesundheden, kvalitet i sundhedsvæsenet eller som monitorerer sundhedsvæsenets indsatser.
- At projekterne ikke trækker på ressourcer i sundhedsvæsenet og dermed sker på bekostning af sundhedsvæsenets øvrige kerneydelser.

- At Departementet for Sundhed og Infrastruktur og Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse får kendskab til sundhedsvæsenets engagement i forskningsprojekter.
- At hjælpe til at sikre koordination og samarbejde mellem projekter omhandlende samme problematik eller samme gruppe.

Sagsbehandling af Forskningsprojekter

Efter godkendelse i det Videnskabs Etske Udvalg skal forskningsprojekter tilsendes Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse pr mail til sundhedsledelsen@peqgik.gl.

Projekter, der benytter registerdata fra Det grønlandske Sundhedsvæsen eller projekter, der indebærer et ressource-træk i Sundhedsvæsenet, må afvente Styrelsen for Sundhed og forebyggelses udtalelse.

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse behandler forskningsprojekter på de ugentlige (tirsdage) møder i Sundhedsledelsen.

Forskningsprojekter, der benytter Sundhedsvæsenets registre eller indebærer et ressource-træk i Sundhedsvæsenet får efterfølgende afgørelsen, som også meddeles Det Videnskabs Etske Udvalg.

Øvrige projekter som er Videnskabetisk godkendt tages til orientering med mindre Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse afslår ansøgningen.



ALS, ATLS og ALSO kurserne

ALS, ATLS og ALSO er alle kurser der er rettet mod læger der skal kunne håndtere akutte livstruende situationer. Alle 3 kurser, eller tilsvarende, skal også være bestået for at få at blive Grønlandsk mediciner.

Advanced Trauma Life Support ATLS er afholdt en gang i Nuuk. Kurset fokuserer på traume modtagelsen. Her omhandler kursusscenerierne oftest raske personer, der kommer ud for en ulykke. Traumeholdet har til opgave at stabilisere patienten og sikre at tilstanden ikke forværres.

Advanced Life Support in Obstetrics, ALSO er afholdt 2 gange i Nuuk. Ole Lind er den grønlandske instruktør. På kurset trænes i de akutte situationer der kan opstå i forbindelse med graviditet og fødsel.

Advanced Life Support ALS er primært rettet mod kardiale katastrofer og deltagerne træner intensivt i hjertestops behandling og de forhold der relaterer sig til dette. Ofte vil sygehistorien vise at patienten i forvejen lider af hjertesygdom eller anden komplicerende tilstand op til hjertestopet. ALS er afviklet 1 gang i Nuuk.

For alle 3 kurser gælder at der trænes på avancerede fantomdukker, afvikles med et meget stramt program, forudsætter forudgående læsning af stort pensum og en eksamen som skal bestås i slutningen af kurset.

Kurserne er konceptopbygget og man takler problemstillinger ud fra en fast model eller algoritme. Der kan være andre metoder der kan virke lige så effektive, men fordi hele holdet arbejder ud fra samme metode bliver resultatet bedre eller som minimum bliver oplevelsen for det personale der er en del af fx hjertestopbehandlingen bedre. Kurserne afsætter kun lidt tid til diskussioner. Der er til gengæld megen træning i den indlærte metode.

Jeg har været på alle 3 kurser og kan anbefale dem alle. Det kan anbefales at gentage kurset med års mellemrum. De tilstande der trænes er grundlæggende akutte situationer som andet sundhedsfagligt personale forventer lægen magter. Der vil også blive præsenteret en række sjældne situationer. Her er kurset med til at give en tryghed der giver større chance for at man som læge tænker rationelt, når man står i en akut situation.

Jeg har mest erfaring med ALS kurserne, hvor jeg er instruktør. Hvis instruktørgruppen på kurset finder en kursusedtager egnet som instruktør, indstilles man til at deltage i et specialkursus for instruktører (instruktør potential, IP), der omhandler de pædagogiske forhold for kurset. Bestås dette kursus er man Instruktør Candidate IC. Herefter skal man undervise på 2 kurser, hvor man er superviseret. Først herefter vil man endeligt blive vurderet til om man er instruktøregnet og for at bevare sin instruktørstatus skal man undervise hvert år på ALS kurser.

Den 21. og 22. Maj 2015 deltog jeg på et nyt 'bogstavs' kursus, der er ved at blive etableret i Danmark; Immediate Life Support ILS. Kurset skal sikre at patienter med hjertestop hurtigt får konstateret dette, at patienten modtager korrekt hjertelungeredning og stødbare rytmer hos patienter behandles hurtigst muligt.

Kurset er rettet mod sundhedsfaglig personale, der ikke forventes at komme til at stå som leder af et traume- eller hjertestop-hold.

Det er det første af denne type kurser, der kan tilpasses den gruppe, der skal undervises, fx til jordemødre eller tandlæger. Kurset afvikles på en dag, hvor en stor del vil være scenarie træning.

Efter jeg selv både har deltaget og undervist på kurset, er det min klare vurdering at kurset vil kunne få en central plads i undervisningen af sundhedsfagligt personale i Grønland.

Undervisningsmaterialet til ILS kurset forventes at være oversat til dansk i begyndelsen af 2016. Så snart en sikker dato for den danske udgave foreligger, vil planlægningen af det første ILS kursus i Grønland begynde.

Der er flere oplysninger på følgende hjemmesider:

<http://genoplivning.dk>

<https://www.erc.edu>

Jesper Olesen

Ledende Regionslæge, Sermersooq

Stor tilslutning til hjemmeblodtryksmåling i Nuuk

Emma Lauritsen, Michael Lyng Pedersen

Introduktion

Globalt er forhøjet blodtryk et stort folkesundhedsproblem. Årligt dør der 17 millioner mennesker som følge af hjertekarsygdomme, hvoraf komplikationer af forhøjet blodtryk udgør 9,4 millioner. Det drejer sig om åreforkalkning, slagtilfælde og hjertesvigt; sygdomme, som også er højaktuelle i Grønland, hvor mere end hvert 5. dødsfald registreres som hjertekarsygdom. Forhøjet blodtryk er som oftest symptomfrit, hvilket medfører, at mange lever uvidende med sygdommen. For at opdage forhøjet blodtryk må der blodtryk måles. Andelen af voksne over 25 år, der inden for de seneste fem år har fået målt deres blodtryk, er således en international (OECD) indikator for national kvalitet af primær sundhedstjeneste. Nylige undersøgelser viser, at hjemmeblodtryksmåling har en lang række fordele ved bl.a. at være billigt, let tilgængeligt samt meget brugbare sammenlignet med andre målemetoder. Netop hjemmeblodtryksmåling er pr. 1. april 2014 blevet indført på Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) i Nuuk. Formålet med dette studie er at undersøge, hvor mange der i alt har fået målt blodtryk, og om skemaerne er udfyldt korrekt.

Metode

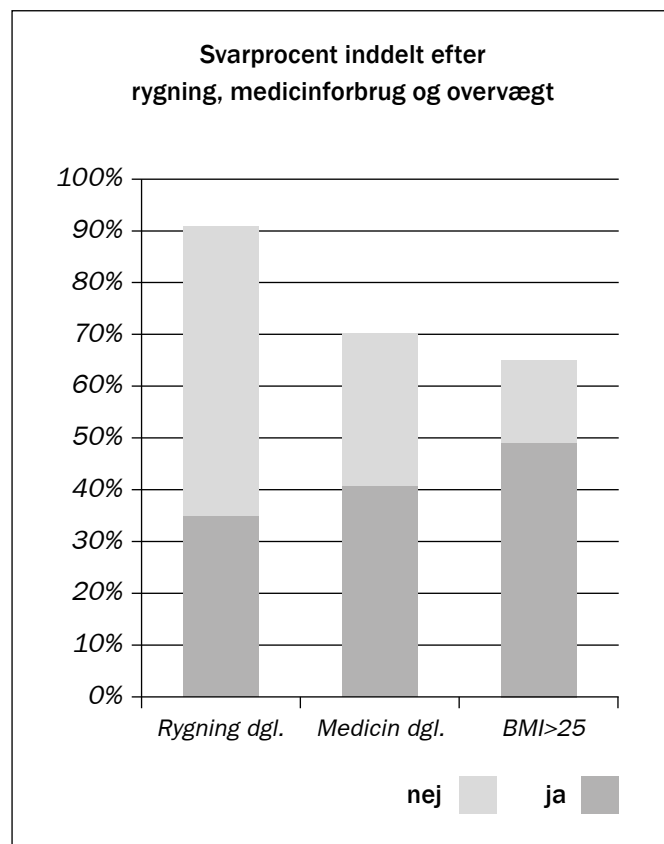
Studiet var designet som observationelt tværnsnitsstudie, hvor data blev indsamlet fra 1. april 2014 til 1. maj 2015.

Setting

DIS er det eneste sundhedscenter i Nuuk og betjener indbyggerne i Nuuk samt de to tilhørende bygder Kapisillit og Qeqertarsuaasiaat med primære sundhedsydelse. Siden 1. april 2014 har alle, der ønsker blodtrykmåling, kunne møde op i DIS og få udleveret en blodtryksmåler. Tilbudet gælder således både primær undersøgelse samt som kontrol af diagnosticerede patienter. Der måles blodtryk tre gange morgen og aften i tre dage. Resultaterne indføres i et skema. Skemaet indeholder derudover spørgsmål vedrørende rygning, højde, vægt samt brug af medicin. Efter aflevering af udfyldt skema ringer en læge til borgeren inden for tre uger med svar på resultaterne.

Studiepopulationen

Studiepopulationen var alle, der fik målt sit blodtryk med hjemmeblodtryksmåler i perioden 1. april 2014 til 1. maj



2015, og som afleverede skemaet med udfyldt CPR-nummer samt blodtryksmålinger.

Definition af variable

Blodtryk blev beregnet som et gennemsnit af blodtrykket målt på 2. og 3. dagen. Forhøjet blodtryk blev defineret som gennemsnitligt systolisk blodtryk (SB) over 135mmHg eller gennemsnitligt diastolisk blodtryk (DB) over 85 mmHg. Middelblodtryk (MAP) udregnes ved $MAP = DB + 13(SB - DB)$. Body Mass Index (BMI) udregnes ved hjælp af vægt og højde. Medicin mod forhøjet blodtryk blev defineret som medicin tilhørende ATC-gruppe (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) C02, C03 og C07-C09.

Statistisk analyse

Prævalensen af borgere i Nuuk, som har fået målt hjemmeblodtryk, blev udregnet ved brug af populationen i Nuuk fra 1. januar 2015 som baggrundsbefolkning. Normalfordelte parametre blev beskrevet med middelværdier og standarddeviation (SD). Test af normalfordeling blev udført ved QQ-plot. Middelværdier blev sammenlignet

Tabel 1.
Baseline
Karakteristika

Variable	N i alt	Mænd Middel (SD) (Min-Maks)	Kvinder Middel (SD) (Min-Maks)	P-værdi
Alder (år)	463	57 (12,8) (15-92)	55 (11,4) (16-84)	P=0,074
BMI (kg/m ²)	302	29,5 (4,6) (18,5-40,6)	29,2 (7,1) (17,2-70,9)	P=0,654
Systolisk blodtryk (mmHg)	463	138 (15,4) (108-180)	136 (18,1) (85-210)	P=0,364
Diastolisk blodtryk (mmHg)	463	85 (10,2) (58-112)	82 (10,5) (59-129)	P=0,027
Middel blodtryk	463	102 (11,0) (77-133)	100 (12,0) (67,7-156)	P=0,076
		% (n/N)	% (n/N)	
Rygning	425	28,3 (51/180)	46,5 (114/245)	P<0,001
Antihypertensiv medicin	327	58,6 (82/140)	60,4 (113/187)	P<0,001
Systolisk blodtryk >135 mmHg	463	53,6 (105/196)	46,4 (124/267)	P=0,013
Diastolisk blodtryk > 85 mmHg	463	45,4 (89/196)	37,5 (100/267)	P=0,011
Systolisk > 135 mmHg ell. Dia > 85 mmHg	463	62,8 (123/196)	53,6 (143/267)	P<0,001
Middel blodtryk > 110 mmHg	463	19,9 (39/196)	20,6 (55/267)	P=0,641

ved hjælp af t-test, hvor p-værdier på 0.05 blev anvendt som signifikansniveau. Korrelation mellem variabler blev bestemt med simpel lineær regressionsmodel. P-værdier mindre end 0.05 blev anset for signifikante.

Resultater

Fra april 2014 til og med april 2015 er der i alt indsamlet 619 blodtryksmålinger. Der blev indsamlet færrest i april

2014 (n=17) og flest i november 2014 (n=77). I gennemsnit blev der indleveret 47,6 skemaer pr. måned. Af de 619 skemaer havde 101 af borgerne afleveret flere skemaer henover de 13 måneder (mellem to og ni gange), hvilket betyder, at der var 463 individer til beregning fordelt mellem 196 mænd og 267 kvinder. I alt var 98,5 % af svarpersonerne over 25 år (456/463), hvilket svarer til målinger udført på 4,1 % af Nuuks befolkning i denne aldersgruppe.

Timiga et sundheds

Udpluk fra projektbeskrivelsen

Der var 92 %, der havde besvaret spørgsmålet om rygning, 72 % havde svaret på højde, mens 71,6 % havde noteret deres vægt, og 73 % havde svaret på indtag af medicin. Karakteristika på studiepopulationen er beskrevet i tabel 1.

I alt havde 57,5 % (266/463) forhøjet blodtryk. Blandt disse var 69,3 % i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk, hvilket indikerer mulighed for intensiveret blodtryksbehandling. Der var flere mænd (62,8 %) end kvinder (53,6 %), der havde forhøjet blodtryk, selvom flere kvinder var i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk.

Den væsentligste forskel mellem mænd og kvinder var, at signifikant flere kvinder (46,5 %) end mænd (28,3 %) var rygere ($p < 0,001$), mens flest mænd havde forhøjet blodtryk. I øvrigt var der ingen kønsforskelle (**Tabel 1**).

Gennemsnitligt systolisk blodtryk var for mændene positivt korreleret med stigende alder ($\beta = 0,278$; $p = 0,001$) og stigende BMI ($\beta = 1,113$; $p < 0,001$). Det samme billede tegnede sig for kvinderne med stigende alder ($\beta = 0,587$; $p < 0,001$) samt stigende BMI ($\beta = 0,657$; $p = 0,001$).

Diskussion

Alt i alt blev der på de første 13 måneder udført og indleveret 619 hjemmeblodtryksmålinger fra 463 borgere i Nuuk. Heraf havde 57,5 % forhøjet blodtryk, hvoraf 69,3 % allerede var i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk. Langt de fleste havde udfyldt oplysninger om rygning, vægt, højde og medicin. Resultaterne tyder på stor tilslutning af hjemmeblodtryksmåling. De mange målinger samt det store aldersspænd vidner ydermere om høj grad af anvendelighed.

Hjemmeblodtryksmålingerne indbefatter i dette studie måling af 456 voksne over 25 år, således er der blevet målt ca. 4,1 % af befolkningen over 25 år i Nuuk inden for de 13 medregnede måneder. Dog er der mulighed for at udvide promoveringen yderligere blandt borgerne, idet mindst 60 % af besvarelserne kom fra borgere, som allerede var i behandling med blodtryks-sænkende medicin. Systemet kan anbefales til andre klinikker i resten af Grønland.

Referencer

Referenceliste kan rekvireres hos forfatterne.

"TIMIGA-betyder "min krop" på grønlandsk. TIMIGA er et projekt hørende under foreningen Nakorsannorniat-foreningen for grønlandske lægestuderende. Projektet bliver afholdt af otte grønlandske medicinstuderende og en professionsbachelorstuderende i Ernæring og Sundhed. Projektet har desuden en læge fra Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, der vil agere som rådgivnings konsulent, dermed opnår vi en tværfaglig bred kompetence i sundhedsfremme- og forebyggelsesinitiativer. Befolkningen i Grønland vil præsenteres for sundhedskampagner og forebyggelse på det folkeligt niveau og på deres eget sprog...

...TIMIGA sætter fokus på sundhed og forebyggelse af folkesygdomme. Målet er at bruge to dage i hver by. Målet for projektet er, at besøge minimum en-to by i hver kommune, svarende til fire-otte byer. Vi vurderer, at der kræves minimum to projektansvarlige til udførelse, men gerne flere. Dagene skal give borgerne information om krop, sundhed og forebyggelse af folkesygdomme på folkets sprog. Målet vil være, at borgerne vil få bedre indsigt i deres egen krop og gøre overvejelser om kroppens funktion. TIMIGA er ikke ment som en løftet pegefinger, men som inspirationskilde til, at lære sin krop bedre at kende, hvor sundhed ikke er dyrt, besværligt eller kedsommeligt.

På førstedagen er målet, at have samtaler på gaden med befolkningen og høring om hvad folk har lyst til at høre om deres krop, samt arrangere en sportslig begivenhed for hele byen.

På andendagen opstilles stande, hvor ovennævnte studerende står med informationer om sygdomme, sundhed, generelle informationer om kroppen, samt forebyggelse. Kampagnen slutter med et foredrag om et emne, udvalgt af medicinstuderende, og en spørgerunde samt udfyldelse af et spørgeskema inden foredrag. Spørgeskema 2 udfyldes, som er magen til den man startede med, når foredrag er færdig. Dette bruges til sammenligning, samt som dokumentation for udbyttet. På denne måde får borgeren også selv fornemmelse af, at have fået noget ud af kampagnen".

TIMIGA projektets kerne startede i et sygehus i Grønland. Stud. med. Najannguaq Jørgensen havde nogle interesselimer og fik lov til, at følge dagens gang på sygehuset. Flere aborter om ugen vækkede en frustration hos den unge nakorsannorniaq. Hvorfor er der så mange som får foretaget abort? Årene går og studiet fortsætter. En aften blandt venner heriblandt 2 nakorsannorniat falder diskussionen på sundhedsvaner, blandt den Grønlandske befolkning eller måske mangel på samme. En diskussion fører til en ambition om, at lave et eller andet, der kan fremme sundheden blandt grønlandere.

I efteråret 2014 kommer cheflæge Anne-Marie Ulrik til Aarhus. Hun mødtes med os Nakorsannorniat. Snakken falder på hvordan vi som nakorsannorniat kan bruges i det Grønland-

fremmende projekt



ske sundhedsvæsen, udover et klinik ophold på 7. Semester som er tilfældet for os fra Aarhus. En masse ideer kommer frem lige fra forskning til vikariater og projekter. Najannguaq kommer hjem fra mødet med ild i sjælen en ild der brændte for, at få et sundhedsfremmende projekt oppe at køre.

I januar 2015 tilkalder hun til et møde blandt os nakorsanngor-niat. Et møde for os som var interesseret i at høre om TIMIGA. Vi var 5 fremmødte den dag og flere var interesserede, men kunne ikke den pågældende dag. Hurtigt blev interessen til begejstring og vi fik sat en arbejdsgruppe i gang. Vi søgte fonder og begyndte så småt at sætte rammer for projektet; hvilke emner skal vi have fokus på, hvem er målgruppen, hvem udfører projektet og hvor mange af os skal afsted?

Vi kontaktede en del mennesker heriblandt Anne-Marie Ulrik og Gert Mulvad. Begge var interesseret i vores projekt. Interessen for TIMIGA førte til et indlæg hos Nakorsanut, indbydelse til NUNAMED så vi kan præsentere TIMIGA og ligeledes en invitation til ledelsesseminar i Sisimiut, hvor projektet ville fremlægges. Vi voksede fra små grønlandere højder til langt over 2 meter. Vi var ellevilde, og den ild som brændte for projektet blussede stort op. Arbejdsgruppen fik travlt, og vi fik for alvor sat rammerne for projektet op. Vores fokus blev cancer og børnevaccinationer som hovedemner. Som basis emner som er tiltænkt altid værende en del af projektet blev kost, rygning, alkohol, motion samt sexuel sundhed. Vi valgte cancer blandt andet fordi man skønner at 50% af cancer tilfælde i Grønland kan forebygges, og vi valgte børnevaccinationer for vigtigheden, at forebygge mulige livstruende infektioner hos små børn, bekæmpe nye tilfælde af TB samt for at mindske fremtidige udgifter i sundhedsvæsenet. Udover de store emner

finder vi det yderst relevant altid, at implementere de basale emner som har været i fokus ved mange andre forebyggelsesprojekter.

Vi er klar over de udfordringer der er foran os. Blandt udfordringerne er, at finde midler til projektet så den kan realiseres og udføre projektet så vores målgruppe som er den brede grønlandske befolkning, også viser interesse og et reelt ryk i deres viden om eget ansvar for sundhed.

Vores ild brænder endnu dog på lav blus under eksamenslæsning. Men vi ved, at vi nok skal få projektet oppe at stå. Måske ikke til sommer, som et fuldbåren projekt. Men som et pilotprojekt for, at samle erfaring og ikke mindst, at mærke efter hos målgruppen. Vi fortsætter projektet efter eksamen, hvor vi vil arbejde intenst for, at få et pilotprojekt oppe at køre, til udførelse i Nuuk, Qaqortoq samt Sisimiut.

Vi vil fortsætte med, at finpudse projektet så den udføres solidt til sommeren 2016. Derefter har vi ambitioner om, at projektet skal udføres på årsbasis. For hvert år med forskellige hovedemner såsom sygdomme i centralnervesystemet herunder psykiske lidelser, lungelidelser og mange andre emner. Udover den nuværende arbejdsgruppe, har vi i fremtiden udsigter for andre samarbejdspartnere såsom psykologistuderende, sygeplejerskestuderende i Nuuk, fysioterapeutstuderende, studerende i Ernæring og sundhed m.fl.

Med de bedste hilsener fra arbejdsgruppen fra TIMIGA.

Stud.med.'er: Najannguaq, Rakel, Kristina, Naja, Inaluk, Lotte, Ane-Kersti, Trine og dr. med. Naasunnguaq.

Husk de psykisk syge!



Tale på Psykiatridagen 2015

Jeg er blevet bedt om at holde tale i dag, fordi jeg er ny ledende overlæge for psykiatrien i Grønland.

Jeg skal skynde mig at sige, at jeg IKKE er hjerneskadet – man kunne godt tro, at de fleste psykiatere er det med al den omtale af hjerneskadede psykiatere.

Som ledende overlæge kan jeg ikke udtale mig politisk om mit fagområde, men jeg synes det er svært at sige noget i en tale – uden det kan tolkes politisk. Derfor holder jeg denne tale som privatperson – men jeg vil fortælle om noget af det, jeg oplever på mit arbejde.

De fleste i Grønland siger ”A1”, når de omtaler psykiatrien i sundhedsvæsenet. Det er lidt en forenkling, fordi A1 er det vores sengeafsnit hedder. A1 har plads til ca 12 indlagte patienter. Jeg synes folk skal vide, at de 12 patient-

er kun udgør en lille del af de 100-vis af patienter, vi har i behandling hele tiden. Mine kolleger har plancher med og kan fortælle om alle de andre funktioner, vi har i psykiatrien.

Der er stor forskel på, hvor syge vores patienter er. Mange bliver raske og kan passe et arbejde efter vores behandling – mens andre bliver handicappede af deres sygdom. De mest syge har brug for støtte til helt basale ting i hverdagen, selv når de får den bedste behandling, vi kan give.

Det er denne gruppe af sårbare borgere i Grønland, jeg vil sige noget om.

Når man bliver indlagt på A1, så er det ofte sidste udvej. Så har kommune, familie og alle andre opgivet at hjælpe mere. Nogle er så syge, at de ikke engang selv kan søge hjælp og må indlægges mod deres vilje – med tvang. Disse

*Jacob Lindholm Psykiatrisk overlæge, Angutinnguaq
Johnsen Socialpædagog.*

mennesker har brug for støtte fra mange andre end mig og mine kolleger i psykiatrien. Mange må førtidspensioneres og har brug for støtte i dagligdagen. Nogle har brug for hjælp af personale hele døgnet og må derfor bo i boenhed eller på institutioner som Aaqa og Aja.

Vi kan alle blive enige om, at det bedste er at forebygge sygdom. Forebyggelse i form af information om sund levevis, risikoen ved misbrug osv. kan desværre ikke forebygge alle sygdomme. Men forebyggelse kan også være at forebygge, at syge mennesker bliver mere syge. Kroniske sygdomme som fx skizofreni har ofte forløb, hvor der er forværring i perioder. Symptomerne kan være angst, patienterne sover måske om dagen og er vågne om natten, der kan komme selvmordstanker, nogle har voldsom vrede – som andre ikke forstår, patientens tale kan blive svær at forstå for andre og patienterne har i det hele taget ofte svært ved at være sammen med andre, som derfor også har svært ved at hjælpe den syge.

Mange indlæggelser på A1 skyldes forværring i tilstanden hos patienter, der har haft skizofreni i flere år. En forværring skyldes ofte, at patienten ikke har taget sin medicin eller har oplevet belastninger i tilværelsen som boligmangel, pengemangel, misbrug eller utilstrækkelig støtte i hverdagen. Ofte bliver det en kombination af flere faktorer.

Efter hver sygdomsforværring kan der gå måneder før patienten får det godt igen – og der er hver gang risiko for, at handicappet ved sygdommen forværres, så patienten klarer sig dårligere end før. Derfor er det vigtigt, at forebygge disse perioder med forværring i sygdommen.

For de mest syge kræver dette et samarbejde mellem sundhedsvæsenet og mange andre – blandt andet kommunerne. Jeg kan forstå, at kommunens socialrådgivere kan synes det er svært at møde os fra sundhedsvæsenet, når vi ar-

gumenterer for disse sårbare menneskers behov og krav på hjælp.

I skal ikke være bange for os – vi ved godt, at I repræsenterer et system, hvor der er mangel på ressourcer. Vi er på samme hold. Vi må hjælpe hinanden med at hjælpe disse mennesker. Vi må gøre det så godt som muligt med de midler der er.

Vi der kender psykisk syge ved, at det ofte kan være svært at få den nødvendige hjælp/ Problemet er, at der i kommunerne er for få ressourcer til at hjælpe mennesker med svær psykisk sygdom. Der er behov for bo-enheder og uddannet, engageret personale. Jeg synes, det er vigtigt at sige det højt, for de fleste af disse sårbare mennesker kan ikke selv gøre tilstrækkelig opmærksom på deres situation.

Der er økonomiske problemer i Grønland, og mange siger, der er tegn på, at det bliver værre i fremtiden. Når der er mangel på ressourcer, bliver der kamp om de ressourcer, der er.

Vi må gøre opmærksom på de psykisk syge, så de ikke bliver glemt.

Vi må sige det til politikerne og til vores omgangskreds.

Nu har jeg sagt det her i dag. Tak for opmærksomheden.

Jacob Lindholm, speciallæge i psykiatri.

LÆGEFAGLIGT FORUM 2015

APRIL:

Tirsdag den 7. april, ved pædiatrisk reservelæge Li Juel Mortensen og pædiatrisk overlæge Inga Hjuler.

”Screening af medfødt hjertefejl og anden alvorlig sygdom hos nyfødte”

I mange andre lande og nogle steder i Danmark er man begyndt at screene nyfødte med saturationsmåling for at opdage medfødte hjertefejl og anden kritisk sygdom med stor succes. Dette skal indføres i hele Grønland.

MAJ:

Lægefagligt forum tirsdag den 5. maj 2015, hvor ledende overlæge i psykiatrisk område Jacob Lindholm holdt oplæg:

Psykologisk autopsi studie af de 7 selvmord i Tasiilaq i 2011

En gennemgang af journaler fra sundhedsvæsenet, politirapporter, kommunale akter og interviews med pårørende.

Denne undersøgelse omhandler få tilfælde af selvmord, som beskrives mere detaljeret, end ved tidligere grønlandske undersøgelser.

Undersøgelsens resultater blev præsenteret.

JUNI:

Lægefagligt forum tirsdag den 2. juni ved Regionslæge Gert Mulvad:

Forskning og læges videreuddannelse

Bygninger til Grønlands Center for Sundhedsforskning er for tiden i licitation.

10 PhD studerende arbejder for tiden med Grønlandske Sundhedsvidenskabelige temaer.

En historisk gennemgang af doktordisputater og PhD forsvar viser en spændende varierende forskningsaktivitet i Grønlandske sundhedsemner.

Lægers videreuddannelse udvikles fortsat, ligesom kurser med daglige kliniske problemstillinger tilbydes her i landet også i en fortsat udvikling.



Lægefagligt forum Li Juel Mortensen Pædiatrisk.



Lægefagligt forum Jacob Lindholm.



Mulig forebyggelse af kronisk otitis media og hørenedsættelse

Som kliniker i Grønland kan mange nok nikke genkendende til børn med ”flydeøre”. Infektioner i mellemøret fylder en hel del i den kliniske hverdag og Grønland har da også en kedelig verdensrekord i andelen af børn med kronisk otitis media. Kronisk otitis media (Chronic Suppurative Otitis Media, CSOM) defineres af WHO som flåd gennem en perforation i trommehinden, varende mere end 14 dage. Studier fra Nuuk og Sisimiut har vist at 9-14% af alle børn udsættes for kronisk otitis media og at hørelsen vil være påvirket permanent hos >90% af disse børn. Hørenedsættelsen sker tidligt i børnenes liv, og kan dermed have konsekvenser for sprogfærdigheder og indlæring.

Der findes endnu ikke et målrettet nationalt program for forebyggelse og behandling af kronisk otitis media og hørenedsættelse hos børn og unge i Grønland.

I eksempelvis Danmark behandles sekretorisk otitis media og recidiverende akut otitis media hos børn med drænanlæggelse, hvilket øger barnets trivsel, bedrer hørelsen og nedsætter formentlig antallet af børn med kronisk otitis media. I Grønland anlægges der imidlertid ikke rutinemæssigt dræn, idet der ikke er øre-næse-halsspecialister til rådighed mere end ca. 1-2 uger årligt blandt kystens byer.

Effekten af drænanlæggelse i en befolkning med så høj forekomst af kronisk otitis media som i Grønland er aldrig undersøgt. I dette randomiserede, enkelt-blindede studie vil vi ved tympanometri selekttere 400 børn i 1-års alderen med væske i mellemøret (flade kurver på tympanometeret) til enten drænanlæggelse eller konservativ behandling. Indtil barnet fylder 4 år registreres antal af episoder med akut mellemørebetændelse og flydeøre, og trommehinden vurderes ved afsluttende kontrol. Endvidere udfyldes spørgeskema om livskvalitet og diverse risikofaktorer. Alle børn vil som minimum blive behandlet efter de nuværende retningslinjer i Grønland; der er således ingen børn der bliver stillet ringere end børn der ikke deltager i projektet.

Formålet med dette projekt er således at undersøge effekten af drænanlæggelse hos børn i Grønland, så dette er klarlagt før man evt. indfører drænanlæggelse hos børn overalt i landet. Vi håber at kunne bane vej for at reducere antallet af børn med hørenedsættelse samt at øge deres livskvalitet.



FOTO: RAMON GORDON JENSEN.

Hul på trommehinde med øreflåd. Kronisk otitis media.

Det er selvfølgelig en kæmpe udfordring at få implementeret inklusion af børnene i en travl hverdag og det logistiske aspekt af projektet er ekstensivt. I maj måned har jeg besøgt de fleste af de deltagende byer, og vi har forsøgt i samarbejde at finde en løsningsmodel som kan fungere til mindst mulig gene. Alle har været overordentligt positive og imødekommende – tusind tak for dét!

Projektet skydes i gang til august og skal således forløbe over de næste 4-5 år. Det indgår som led i mit ph.d.-studie, som jeg er indskrevet med på Københavns Universitet under vejledning af Professor Preben Homøe på Øre- Næse- Hals- og Kæbekirurgisk afdeling på Køge Sygehus.

Jeg selv flytter til Nuuk med min familie og skal inkludere patienter på DIS og jeg glæder mig til at blive en del af hverdagen i Grønland, som jeg ellers kun har oplevet i min tid som assisterende distriktslæge i Aasiaat.

Jeg bidrager meget gerne med yderligere information om projektet hvis det skulle have interesse, og kan kontaktes på mail malenedemant@gmail.com.

På gensyn!

Læge, ph.d.-studerende Malene Nøhr Demant

Hurtig udvikling af ciprofloxacin resistens blandt gonokokker i Nuuk har medført ændring i behandlingsstrategi

Forekomsten af seksuelt overførte sygdomme, herunder infektioner med gonokokker (gonoré), er høj i Grønland. For år tilbage udvikledes penicillin resistente gonokokker, hvilket medførte at penicillin blev erstattet af ciprofloxacin som engangsdosis som standard behandling af gonoré. I mellemtiden er også ciprofloxacin resistente gonokokker blevet særdeles hyppige i store dele af verden.

I 2012, viste et studie, at 32 gonokok stammer fra Nuuk var fuldt følsomme for ciprofloxacin. Siden da har sundhedspersonalet i Nuuk overvåget gonokok stammers følsomhed for ciprofloxacin. Indtil 2014 udviste alle undersøgte prøver fuld følsomhed for ciprofloxacin, men herefter blev en ændring observeret. Dette studie beskriver således fundet af ciprofloxacin resistens blandt grønlandske gonokok stammer samt gonoré forekomsten i Grønland i 2014.

Siden januar 2005 stilles diagnosen gonoré ved påvisning af gonokok DNA fra podning, og siden 2011 gonokok DNA fra urinprøver. Alle mænd i Nuuk med en positiv urinprøve for gonokokker eller en behandlingsresistent gonoré infektion er siden 2012 blevet opfordret til at blive podet fra urinrøret med efterfølgende dyrkning og resistensbestemmelse. Metoden er beskrevet i detaljer andetsteds. I oktober 2014 blev overvågningen intensiveret således, at alle kvinder med en positiv urinprøve ligeledes blev opfordret til at blive podet fra livmoderhalsen.

Laboratorie resultater fra 1. januar – 31. oktober 2014 blev indsamlet fra Central Laboratoriet i Nuuk. Baggrundsbeholdningen pr. 1 juli 2014 fra Grønlands statistik blev brugt til at beregne forekomsten af gonoré per 100.000 indbyggere.

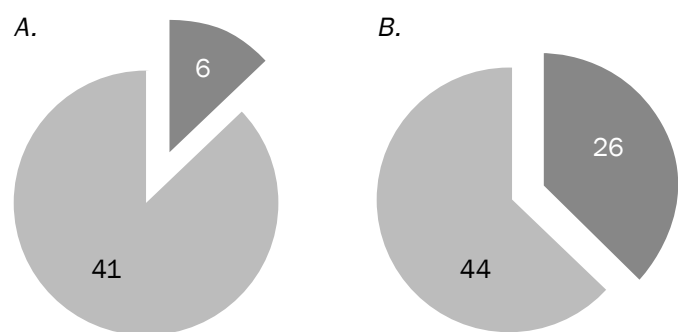
I perioden januar-oktober 2014, blev 5.436 urin analyser foretaget i Nuuk. Af disse var 422 positive (8%) svarende til en forekomst på 3.017 gonoré tilfælde pr 100.000 indbyggere pr. år. Til sammenligning blev 9.031 urin analyser foretaget i resten af Grønland, hvoraf 820 (9%) af disse var positive, svarende til en forekomst på 2.491 gonoré tilfælde pr 100.000 indbyggere pr. år. I Nuuk var 85 podninger positive for gonokokker, hvoraf 32 (38%) var ciprofloxacin resistente. Det første tilfælde af ciprofloxacin resistens blev fundet i januar 2014, hvorefter yderligere 5 blev fundet frem til august 2014. I september fandtes ciprofloxacin resistens i 3 (38%) podninger og i oktober i 23 (62%) podninger. Dette var en ændring fra 15% (6/41) i januar-august til 59% (26/44) i september-oktober ($p < 0.01$).

rofloxacilin resistens i 3 (38%) podninger og i oktober i 23 (62%) podninger. Dette var en ændring fra 15% (6/41) i januar-august til 59% (26/44) i september-oktober ($p < 0.01$).

Dette studie beskriver fundet af ciprofloxacin resistens blandt et højt antal gonokokker fra podninger i Nuuk inden for en kort periode. Dette står i modsætning til fundet to år tidligere, hvor alle undersøgte gonokokker var fuldt følsomme. Andelen af gonokokker med ciprofloxacin resistens i Nuuk, svarer til rapporter fra andre europæiske lande.

Overvågningen har således formået at påvise den nylige resistensudvikling, hvilket allerede har medført en ændring i anbefalet behandlings strategi. Der behandles nu i henhold til Europæiske guidelines behandles gonokok infektioner i Grønland nu med en enkelt dosis ceftriaxon 500 mg i.m. i kombination med tablet azithromycin 2 g. Bekymring for udvikling af resistens blandt andre mikrobiologiske organismer persisterer, når hyppigt brug af bredspektret antibiotisk behandling som denne indføres. Fortsat monitorering af antibiotika resistens udvikling anbefales derfor. Fremtidige forebyggende strategier overfor seksuelt overførte sygdomme må overvejes.

Sekundær publikation, baseret på følgende artikel:
Rolskov AS, Bjorn-Mortensen K, Mulvad G, Poulsen P, Jensen JS, Pedersen ML. *Rapid change in the ciprofloxacin resistance pattern among Neisseria gonorrhoeae strains in Nuuk, Greenland: time to reconsider preventive and treatment strategies.* Int J Circumpolar Health. 2015 May 5;7



Figur 1: Andelen af ciprofloxacin resistente gonokokker (rød) af alle dyrkede prøver positive for gonokokker (blå) for perioden januar-august 2014 (A) og september-oktober 2014 (B). Tal viser antallet af positive dyrkninger.

HPV vaccinations dækningsgrad årgang 2001 i Nuuk



Lena Hjortholm forrest til højre.

Baggrund:

Human papillomavirus (HPV) er en seksuelt overført virus der kan føre til kønvorter og livmoderhalskræft. Der findes over 100 forskellige undertyper af virus, 40 af disse kan give anledning til infektioner omkring kønsorganerne og. Omkring 70 % af livmoderhalskræft skyldes HPV type 16 eller 18. Omkring 90 % af kondylomer skyldes type 6 eller 11. I Danmark er der ca. 400 nye tilfælde af livmorhalskræft årligt.

HPV vaccinen Gardasil® beskytter mod HPV type 6, 11, 16 og 18 til og forebygger således kræft og forstadier hertil samt udvikling af kønvorter. f. Der er ligeså fundet sammenhæng mellem kræft i mandlerne og HVP-infektion. Vaccinen blev godkendt af amerikanske food and drug administration i 2006, og der er på verdensbasis givet ca. 175 millioner vaccinationer.

Vaccinen er en meget effektiv forebyggelse af celleforandringer hos kvinder med HPV type 16 og 18 (100% samt forebyggelse af kønvorter der forekommer med HPV 6, 11, 16 og 18 (99%))

Pr. 1. september 2010 blev Gardasil vaccinen derfor indført som en del af det grønlandske vaccinationsprogram. Piger i 12 års alderen blev tilbudt 3 vacciner, givet med 2 måneder og 4 måneders interval. I 2014 blev tilbuddet ændret til 2 vacciner givet med 6 måneders mellemrum, da det har vist sig lige så effektiv. I Nuuk gives vaccinen i skolerne af sundhedsplejerskerne.

Med henblik på at forbygge kønvorter, celleforandringer og livmoderhalskræft i Grønland er det afgørende med en høj vaccinationsdækning. Den aktuelle vaccinationsdækning er imidlertid ikke kendt ligesom det er uvist, om det er muligt at opnå øget dækning ved telefonisk opfølgning hos piger, som ikke er fuldt vaccineret. Formålet med denne undersøgelse var derfor at undersøge vaccinationsdækningen hos piger fra årgang 2001 i Nuuk samt undersøge villighed til at tage imod tilbud om tid til vaccination.

Metode:

Alle vaccinationer noteres i den elektroniske patientjournal (EPJ), som anvendes i Nuuk. Ved hjælp af et statistik modul blev der lavet et udtræk af alle piger født i år 2001.

Kun piger med folkeregisteret adresse i Nuuk blev medtaget. På basis af gennemgang af registrerede vaccinationer blev pigerne karakteriserede som fuldt vaccinerede, når alle 3 vacciner var givet. Piger, der ikke havde fået alle tre vacciner blev karakteriserede som ikke fuldt vaccinerede. Ikke fuldt vaccinerede pigers forældre blev kontaktet og fik information om vaccinen, samt tilbudt tid til vaccination på Dronning Ingrid's Sundhedscenter.

Resultat:

Der blev identificeret 128 piger født i 2001 med permanent adresse i Nuuk. Blandt disse var 99 fuldt vaccinerede svarende til en vaccinationsdækning på 77,3 % (99/128). Der var 29 piger, som ikke var fuldt vaccineret. Af disse havde 9 ikke fået nogen vaccination, mens 4 havde fået første vaccine og 6 fået første og anden vaccination. Det lykkedes at opnå telefonisk kontakt med 22 ud af de 32 ikke fuldt vaccinerede piger/forældre. To af pigerne boede dog ikke reelt i Nuuk trods permanent adresse registreret i Nuuk. Der var således 20 piger, som blev tilbudt tid til vaccination. Af disse ville 75 % (15/20) gerne vaccineres og fik tid til vaccination og 46,6 % (7/15) kom til den først aftalte tid.

Diskussion:

Studiet viste at 77,3 % af piger havde taget imod det oprindelige vaccinationstilbud, hvilket indikerer en relativ høj tilslutning til vaccinationsprogrammet. Til sammenligning har SSI lavet et udtræk fra danske lægepraksisser. Der var raten for vaccination for piger født i perioden 1996 til og med 1999 74-82 %.

Blandt de ikke vaccinerede ønskede hele 60 % vaccinationen, mens 46,6 % faktisk mødte op til første tilbudte vaccinationstid, hvilket indikerer at en telefonisk opfølgning vil kunne hæve vaccinationsdækningen. Der er ikke grund til at tro, at de ikke-vaccinerede piger har en mindre general risikoadfærd i form af usikker sex end de vaccinerede. Samtidig er det veldokumenteret at usikker sex er hyppigt forekommende blandt unge i Grønland, og dermed er risikoen for smitte med HPV tilstede i befolkningsgruppen. Nærværende undersøgelse viste at antallet af vaccinerede piger kan øges med en relativ lille men proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side. Det kan

anbefales, at etablerede et system til elektronisk overvågning af antallet af ikke fuldt vaccinerede og følge op med reminder til disse.

Erfaringer med reminder breve fra Statens Serum Institut i Danmark har ligeledes medført øget vaccination tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet. HPV vaccinationsprogrammet er en samfundsmæssig investering i folkesundheden og gevindsten skulle gerne være færre kønsvorter og færre antal livmoderkræfttilfælde. Forudsætningen for at gevinsten modsvarer udgiften er således høj tilslutning. Blandt de der ikke vaccineret/delvist vaccineret der det kunne opnås telefonisk kontakt var det til sammen 75 % piger (15 af 20) der ønsket tid til vaccination.

Efter en telefonsamtale var der 15 piger i en årgang af 128 (11,7 %) der gerne ville have en tid til vaccination med en compliance på 46,6 % (7/15).

Referenceliste kan fås ved henvendelse til forfatteren

*Lena Hjortholm
Assisterende Regionslæge
Dronning Ingrid's Sundhedscenter*

GOD FORSKNINGSPRAKSIS I GRØNLAND – EN VEJLEDNING

Grønlandsmedicinsk Selskab har udarbejdet et sæt praktiske retningslinjer, der skal hjælpe forskere med at udføre sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter i Grønland. Det overordnede formål med vejledningen er at sikre et optimalt forhold mellem forskerne og befolkningen i Grønland til gavn for både forskerne, deltagerne i undersøgelserne, sundhedsvæsenet og det grønlandske samfund. Vejledningen omfatter dels en række krav til forskeren, der er stillet af de grønlandske og danske myndigheder, dels nogle gode råd fra en arbejdsgruppe nedsat af Grønlandsmedicinsk Selskab. Kravene **skal** følges, de gode råd **bør** følges.

Mange lande med oprindelige befolkninger, blandt andre Canada, USA, Australien og New Zealand, har formuleret retningslinjer for forskning blandt oprindelige folk. Retningslinjerne har til formål at beskytte sårbare befolkningsgrupper og at henlede forskernes opmærksomhed på bl.a. kulturforskelle og risiko for stigmatisering. Grønland er på de fleste områder et selvstændigt land, og den grønlandske befolknings situation adskiller sig fra de nævnte minoriteters. Ikke desto mindre er der ofte tale om, at en dominerende (dansk) forskergruppe forsker i en anden befolknings helbred.

For Grønlands vedkommende varetages etiske forhold på individniveau i relation til Helsinki-deklarationen II af Det Videnskabetiske Udvalg for Grønland¹. Relationen mellem forskerne og sundhedsvæsenet reguleres af skrivelse af 28. december 2013 fra Departementet for Sundhed og Infrastruktur, som senest er revideret februar 2015². Håndtering af data skal leve op til det danske Datatilsyns regler³.

I modsætning til f.eks. de tilsvarende canadiske retningslinjer⁴ handler de nævnte regler og denne vejledning om alle indbyggere i Grønland. Hvor der i Canada opereres med et ofte vanskeligt operationaliserbart begreb som ”aboriginal communities”, er det tilsvarende ”community” i Grønland hele det grønlandske samfund, som overordnet er repræsenteret af Selvstyret og dets forvaltningsorganer.

1. Hvad er grønlandsforskning, og hvem er i denne sammenhæng grønlandsforskere?

Grønlandsk sundhedsforskning omfatter enhver form for sundhedsrelateret forskning, hvor personer bosiddende i Grønland leverer eller har leveret personlige data, uanset om der er tale om spørgeskemaer, interview, registre, kliniske undersøgelser eller indsamling af biologisk materiale. Grønlandsforskere er forskere, der udfører denne forskning, hvad enten de bor i Grønland, i Danmark eller i andre lande og uanset deres uddannelsesmæssige baggrund og eventuelle tilknytning til det grønlandske sundhedsvæsen. Der er tale om den samme definition af anmeldelsespligtig sundhedsforskning, som det videnskabetiske udvalg for Grønland benytter, og altså en bredere definition end den, de danske videnskabetiske komitéer bruger. Personer bosat i Grønland, som midlertidigt opholder sig i Danmark f.eks. i forbindelse med hospitalsbehandling, er omfattet af begrebet. Derimod er personer af grønlandsk afstamning, som er bosat i Danmark, ikke omfattet.

2. Videnskabetisk godkendelse og anmeldelse til Datatilsynet.

Al forskning i Grønland som defineret i punkt 1 skal anmeldes til det Videnskabetiske Udvalg for Grønland⁵ og må først påbegyndes efter godkendelse. Dette gælder også nye analyser af allerede indsamlede data. Til forskel fra sundhedsforskning i Danmark gælder dette krav også f.eks. registerforskning. Hvis projektet helt eller delvist påtænkes udført på sundhedsvæsenets institutioner, skal forskeren ifølge vejledningen fra det Videnskabetiske Udvalg, allerede ved ansøgning redegøre for hvilke aftaler, der er truffet med det lokale sundhedsvæsen med henblik på gennemføreligheden af projektet i den påtænkte periode.

For forskere bosat i Danmark er reglerne for anmeldelse af et projekt til Datatilsynet de samme for forskning i Grønland som for forskning i Danmark. Vejledning om anvendelse, håndtering og opbevaring af data samt om datasikkerhed og anmeldelse af sundhedsvidenskabelig forskning

¹ <http://nun.gl/>

² Se bilag

³ <http://www.datatilsynet.dk/>

⁴ CIHR guidelines for health research involving aboriginal people. Ottawa, Canadian Institutes of Health Research, 2007.

⁵ <http://nun.gl/>

kan findes på Datatilsynets hjemmeside⁶. Forskere bosat i Grønland skal følge Datatilsynets regler.

3. Kontakt til deltagerne

Det er vigtigt at adskille forskningssituationen fra behandlingssituationen. Dette er især en udfordring for forskere med sundhedsfaglig baggrund, der naturligt indgår i begge sammenhænge. Potentielle deltagere skal allerede ved rekruttering have klar information om, at der er tale om en videnskabelig undersøgelse og ikke en lægelig undersøgelse på sygehuset. Det skal derfor fremgå tydeligt af invitationsbrevet og eventuelle efterfølgende henvendelser, at det er en forskningsinstitution/en forsker og ikke det grønlandske sundhedsvæsen, der udfører undersøgelsen. Undersøgelsens formål og indhold skal fremgå tydeligt, og graden af anonymitet skal beskrives. Deltageren skal have en reel mulighed for at sige nej tak, og dette nej skal respekteres. Ligeledes er det vigtigt, at den potentielle deltager forstår, at der er mulighed for at trække sig fra undersøgelsen på ethvert tidspunkt, og at det ikke påvirker ens fremtidige kontakt med sundhedsvæsenet, hvis man ikke ønsker at deltage. Vigtigheden af dette forhold forstærkes af, at der er en kulturelt indlejret respekt for lægens autoritet, ligesom måder at sige 'nej tak' og 'nægte' på, kommer til udtryk anderledes blandt grønlændere end blandt danskere.

4. Samarbejde med sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenets kerneopgave er pleje og behandling af patienter, hvorfor forskeren ikke kan forvente at sundhedsvæsenet involverer sig i undersøgelsens udførelse. I 2014 blev der indført et krav om, at alle forskningsprojekter, der foregår i sundhedsvæsenets institutioner eller i samarbejde med personale i det grønlandske sundhedsvæsen skal indberettes til Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Dette sker ved, at der efter videnskabsetisk bedømmelse fremsendes samme materiale til Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, som blev indsendt til det videnskabsetiske udvalg. Herudover skal der fremsendes et særligt notat omkring samarbejdet med sundhedsvæsenet, herunder hvor projektet skal foregå, tidsperiode og forventet ressourcestræk i sundhedsvæsenet, samt redegørelse for, hvordan sundhedsvæsenet kompenseres. Tilbagemeldinger til samarbejdspartnere om undersøgelsens fremgang i løbet af undersøgelsesperioden og en aktiv involvering af lokalt forankrede sundhedspersoner bør tilstræbes.

5. Feltarbejde

Feltarbejde under anvendelse af sundhedsvæsenets lokaler eller personale kan kun gennemføres med tilsagn fra det grønlandske sundhedsvæsen både lokalt og centralt. Forskeren bør præcisere sine ønsker til lokaler, personalebistand (f.eks. tolk) og evt. udstyr. Det forventes, at forskeren medbringer

eget udstyr, på forhånd får oversat nødvendigt informationsmateriale til både grønlandsk og dansk og tilpasser sig de lokale forhold. En klar aftale om brug af personaleressourcer skal foreligge og aftaler skal indgås med regionsledelsen og en fast, lokal sundhedsperson, gerne den ledende distriktslæge. Aflønning af lokal tolk og andet personale er forskerens ansvar, og det tilstræbes, at tolke/personale aflønnes så hurtigt som muligt. Den ansatte skal inden ansættelsens start informeres om forventet tid fra ansættelse til aflønning. Den konkrete fremgangsmåde aftales med regionsledelsen og det lokale sundhedsvæsen. Brug af sundhedsvæsenets registre skal godkendes af Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.

6. Grønlands Center for Sundhedsforskning.

Med etableringen af Grønlands Center for Sundhedsforskning (GCS) ved Institut for Sygepleje og Sundhedsforskning ved Grønlands Universitet er det i højere grad blevet muligt at forankre sundhedsforskningen i Grønland. GCS arbejder for at koordinere og skabe overblik over den forskning, der foregår. Det er allerede nu muligt at tilknytte forskere til GCS gennem forskellige former for samarbejdsaftaler. GCS bestræber sig på at hjælpe forskere uden fast bopæl i Grønland med kontorpladser og indkvartering i forbindelse med forskningsophold i Nuuk. Se centerets hjemmeside for nærmere information⁷.

7. Formidling af forskningsresultater

Forskeren bør afrapportere sine resultater til befolkningen og deltagerne i undersøgelsen og formidle projektets resultater i videnskabelige fora. Afrapportering til befolkningen kan ske ved borgermøder, gennem aviser, tv og radio, eller som en rapport på grønlandsk og dansk. Sundhedsledelsen bør informeres i relevant omfang og så tidligt som muligt specielt ved kontakt med pressen. Forud for offentliggørelse af resultater fra en større undersøgelse, bør der udsendes en pressemeddelelse. Departementet for Sundhed orienteres inden udsendelse af pressemeddelelsen.

8. Tilbage melding til deltagerne og sundhedsvæsenet

Hvis resultatet af en eller flere undersøgelser kan have betydning for deltagerne i en sundhedsundersøgelse, bør der gives skriftlig eller mundtlig tilbage melding direkte til den enkelte deltager. Anmeldelsen til det videnskabsetiske udvalg skal indeholde en præcis beskrivelse af, hvilken information det er planlagt at give deltagerne om resultaterne. Ved større undersøgelser, hvor der kan forventes mange deltagere med behandlingskrævende fund, bør sundhedsvæsenet tillige underrettes, såfremt deltageren har givet tilladelse hertil.

⁶ <http://www.datatilsynet.dk/>

⁷ <http://da.uni.gl/forskning/greenland-center-for-health-research.aspx>



Forskningsdag (åbent møde) Institutionernes forskningsplaner 2016

Søndag 4. okt. 2015, kl. 9-16 mødelokale 1 på DIH

Program

Forskningsmiljøer i Grønland og Danmark.

Kl. 9-11: Sundhedsvidenskabelig forskning i Grønland.

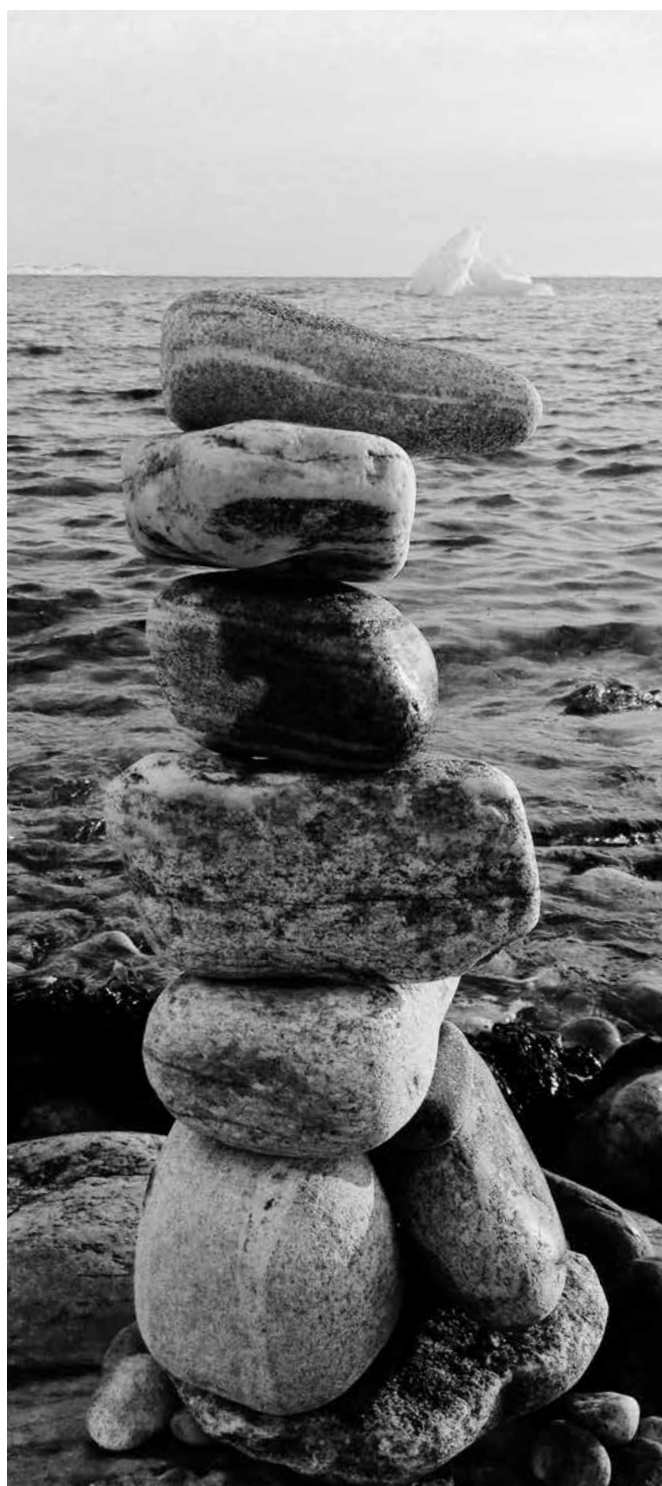
- Anders Koch, formand for Grønlandsmedicinsk Selskab:
God forskningspraksis i Grønland – en vejledning
- Anne-Marie Ulrik, Cheflæge Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse:
Retningslinjer ved sundhedsforskning og for forskning ved sundhedsvæsenets institutioner.
- Gert Mulvad, formand Videnskabsetiske udvalg:
Forretningsorden.

Kl. 11-16: Forskningsplaner 2015-16, samarbejde og koordinering.

- Center for Sundhedsforskning i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed
- Epidemiologisk forskning i Grønland Ved Statens Serum Institut
- Center for Grønlandsforskning ved Aalborg Universitetshospital
- Center for Arktisk Sundhed ved Aarhus Universitet
- Institut for Klinisk Medicin ved Køge Sygehus
- Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik.

Tilmelding

Tilmelding senest 15. september til Institutleder Suzanne Møller, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab: sum@pi.uni.gl. deltagelse er gratis, der serveres kaffe formiddag og eftermiddag samt sandwich til frokost.





Projekttræning – Fra ide til virkelighed

Tirsdag den 6. okt., kl. 9-15 i mødelokale på DIH

Formål

Formålet med dagen er, at introducere til at arbejde (videre) med et projekt, som kan danne baggrund for en præsentation og diskussion af resultater ved Nuna Med konferencen i 2016.

Der vil være mulighed for at drøfte den problemstilling man vil arbejde med, og der vil blive givet vejledning til, hvordan projektet kan gennemføres.

Program

- Hvad er et forskningsspørgsmål.
- Forskningsprojekt/protokol – hvad skal den indeholde
- Litteratursøgning – hvorfor og hvordan.
- Miniworkshops med udgangspunkt i egne projekter – forskere med kompetencer inde for forskellige forskningsmetoder medvirker i grupperne.
- Hvordan kommer jeg videre – vejledere, tilladelser, finansiering.
- Præsentation af projektet – abstract, poster, mundtlig præsentation.

Der vil efter kurset være mulighed for efterfølgende at få tilknyttet en vejleder til projektet frem til NunaMed konferencen i 2016.

Litteratur

- Inger Bak Andersen & Peter Matzen (red), *Evidensbasere Medicin*, Kap. 1-4 (s. 17-74) i 3. udg. 2010, Gads Forlag, Danmark.
- Esther Hjälmhult & Kirsten Lomborg, *Anvendelse af tabeller, figurer og bokser i kvalitative undersøgelser*, *Klinisk Sygepleje*, nr.4: 2010, 53-63 side.

Supplerende litteratur (som ikke forventes bekendt)

- Hans Lund, Carsten Juhl, Jane Andreassen og Ann Møller, *Håndbog i litteratursøgning og kritisklæsning – Redskaber til evidensbaseret praksis*. 2014, Munksgaard.
- Ania Wikkman, PeterStoltz, Christel Bathsevani, *Evidensbaseret Sygepleje – en bro mellem Forskning og den kliniske virkelighed*, (2007) Gads Forlag.

Undervisere/vejledere

- Lise Hounsgaard. professor og forskningsleder, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik.
- Michael Lynge Pedersen, ekstern klinisk lektor, speciallæge almen medicin, Grønlands Center for Sundhedsforskning, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik & distriktslæge, Dronning Ingrid's Sundhedscenter.
- Steven Arnfjord, post doc, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik.
- Tine Aagaard, post doc, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik.
- Mikaela Augustussen, ph.d.-stud., Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik.

Kursusbevis

Der udstedes et kursusbevis med 1 ECTS som vil kunne optimeres med yderligere 2 point ved at gennemført poster eller foredrag ved Nuna Med konferencen i 2016.

Tilmelding

Tilmelding senest 25. september til Institutler Suzanne Møller, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab: sum@pi.uni.gl. Kurset er gratis og der serveres kaffe formiddag og eftermiddag samt sandwich til frokost.

Læge vs. gravid og på barsel

I henhold til ”Inatsisartutlov nr. 14 af 7. december 2009 om orlov og dagpenge ved graviditet, barsel og adoption” er man som gravid med fast bopæl, og er tilmeldt folkeregisteret i Grønland, berettiget til orlov ved graviditet og barsel.

En kvinde har ret til orlov på grund af graviditet, når der skønnes at være 2 uger til fødslen og indtil 15 uger efter fødslen. Inden for disse 15 uger kan manden tage tre ugers orlov. Der står ikke noget om at de tre uger skal tages i eet stræk.

I umiddelbartilknytning til de første 15 uger efter fødslen eller modtagelsen af barnet har forældre eller adoptanter tilsammen ret til forældreorlov i indtil 17 uger. Denne forældreorlov kan kun udnyttes af en af forældrene ad gangen.

Der gælder særregler hvis man får tvillinger mm.

Læger har i hht. §32 i overenskomsten ret til sædvanlig løn defineret ved stk. 2 i paragraffen.

Så oprandt dagen! Vores lille datter skulle være storesøster! Dette hændte efteråret 2013. Hvilken fryd. Min erfaring var at en graviditet var en sød ventetid der ikke frembød problemer. Det der med sygemeldinger gr. smerter, kvalme mm, det var for de kvinder der ved naturen ikke havde været heldige at blive givet en krop der kunne holde til det. Det hændte ikke for nogen i vores familie. Graviditet er jo ingen sygdom! Min bedstemor havde født 11 børn samtidigt med hun ikke var forskånet for hårdt arbejde. Min mor havde båret på tre børn samtidigt med hun arbejdede som sundhedsmedhjælper, hvilket ofte, og især dengang, var præget af en del fysisk krævende arbejde.

Jeg blev hurtigt klogere... Havde godt hørt noget om at ikke én graviditet var ens.

Den søde ventetid.

1. og 3. trimester blev slet imod min forestilling ikke så sød – i hvert fald 1. og 3. trimester. Så var der heldigvis det der var ind imellem. I første termin var det egentlig ganske fint – så længe man kunne få lov at sove ca. 16-17 timer i døgnnet. Dette var ikke helt foreneligt med mine 24 timers vagter på kir. afd. på Sana. Disse vagter var præget af en døgnvarig kvalme og hormoner der gjorde

mig noget psykisk uligevægtig samtidigt med trætheden. Denne blev igen særligt udtalt af mit behov for søvn. Det kom dog nogle patienter til gode. Den af min tilstand udledte sympati for diverse patienter udløste en omsorg der gjorde mig ualmindeligt rundhåndet med Primperan. Mange af dem fik det ordineret PN bare ved tanken om at det KUNNE tænkes de fik behov for det.

Således gik 1. termin på vagterne med at få arbejdsopgaverne til at passe ind imellem hyppige toiletbesøg og povernaps.

Sygeplejerskerne var, som de nu er bedst, ualmindeligt omsorgsfulde fra første øjeblik de fik nyheden. De sørgede også for at beordre mig ud af OP-stuen fra de spændende ortopædkirurgiske indgreb. Tilbage var der lidt springfingre der ikke krævede gennemlysning og/eller cement.

Andet trimester gik hurtigt med velvære og ædeorgier der resulterede i en slutvægt på omtrent 100kg+ fordelt på 164cm i højden. Hertil kom en meget lav tolerancetærskel for varme. Formåede, igen af de søde omsorgsfulde sygeplejersker, at blive gennet ud af OP-stuen. Under protest. De påstod jeg var bleg. Jeg havde det selv fint. Sad på en stol da det var ved at blive besværligt at stå ved lejet pga. den struttende mave. For det der med at blive dårlig under en operation – det var da lidt for svæklinge. Men så var jeg jo åbenbart det... For da jeg modvilligt rejste mig, så jeg, for første og sidste gang i mit liv, stjerner for øjnene, og kunne bekræfte deres observation i mit spejlbillede.

I tredje trimester blev det lidt besværligt at ankomme ubemærket nogetsteds. Min skikkelse var svær at sidde udenfor nogens synfeldt. Skulle der være nogen der havde overset mig skulle mine komprimerede lunger nok få folk til at kigge. Når jeg kom prustende op ad trapper el. lignende.

Så flyttede man lige over i DIS/lægeklinikken Nuuk. Der er langt mellem lægeklinikken og skadestuen! Sygeplejerskerne nåede oftest at ringe to gange, før jeg var på skadestuen til kørsel 1-ere. Andet opkald kom som regel når jeg burde være ankommet; når jeg var omtrent halvvejs. Det kunne der heldigvis rådes bod på med et løbehjul jeg lånte af en veninde. Måttei midlertid opgive ævred da jeg en gang i uge 36-37 havde så hævede fødder jeg ikke længere kunne komme i mine træsko. Midt på da-

gen blev vagten givet videre til en kollega der ikke behøvede at rende rundt på strømpefødder.

Barselen

Så kom barselen – ca. samtidigt med ALSO-kursus. Så må man spørge hvor smart det egentligt er at tage ALSO-kursus to uger før termin. Få repeteret alle tænkelige fødselskomplikationer. Det gik dog udmærket.

Efterfølgende kunne jeg komme hjem – og agere lidt husmor. Det var da en helt ny rolle. Den stakkels mand i hjemmet måtte jo ofte overtage de fleste funktioner i hjemmet grundet en travl hverdag på arbejdet. Efter man var blevet højgravid strandede man ofte på sofaen som den hval man var blevet.

Fik hygget med at bage boller, lave mad og gøre hjemmet i stand til manden var hjemme. Lillepigens nød godt af man havde tankerne derhjemme.

Så kom lillemanden. 12 dage over tid. Fødslen langvarig, men god. Undervejs lod man al kontrol overgå til jordemødrene. Erfaringen fra jobbet var at de kunne deres kram, og at man derfor helt skulle blande sig udenom medmindre de spurgte om noget. I et øjeblik ALSO-glimt/refleks nåede man da lige at sikre sig de havde mit perineum. Det havde de selvfølgelig.

Tilbage

Det var – og er stadig fantastisk at være mor til to. Der gik en del tid med at nyde ungerne og vende sig til tanken. Efter et par måneder med at lege husmor, amme, skifte bleer, vaske tøj begyndte man at tage sig selv lidt i at drømme lidt om luksationer, rtg. thorax og lige hvide gamle lærebøger frem for at afklare en pludselig indskydelse om at man havde glemt noget teoretisk i et sygdomsforløb eller en behandling. Jeg valgte derfor, da min søn var fire måneder, at medvirke i Lægedage. Det var ganske rart.

Så da de otte måneder var overstået var jeg helt klar til at møde på arbejde. Ikke mindst til det kollegiale samvær og udfordringen i det daglige arbejde.

Og det daglige arbejde var i særdeleshed ganske udfordret i og med man selvfølgelig ikke havde beskæftiget sig med

faget i lige knap 9 mdr. Hvad der var hårdt var tilvænningen i at være væk fra de små, der havde vænnet sig til at man var omkring døgnnet rundt. Og bemanningen var da således at undertegnede skulle have døgnvagter fra dag tre på arbejdet. Sådan er forholdene herhjemme jo – men der er under hele forløbet plads til masser af forbedring! Det starter dog ved en selv. Man skal være villig til at acceptere at ikke alt kan gå efter ens hoved og planer. At man erkender øjeblikke/perioder med svaghed og underligger sig dem. I stedet for, som en kollega en gang klogt sagde "...løbe de sidste 500 meter selvom blæren er fuld".

De fleste ledere bør imidlertid vurdere hver enkelt situation. Vi er som læger en pligttopfyldende flok der sommetider er bange for at "lade de andre i stikken". Med de forhold vi arbejder under herhjemme ved vi at en fra i flokken kan betyde en betydelig mængde arbejdsbyrde for de øvrige. Derfor løber vi ofte de sidste 500m med blæren fuld. Medmindre nogen fortæller os det er OK at stoppe op og tage en pause.

*Ivalu Spange Frederiksen
Uddannelseslæge DIS*

Man har under barslen ret til at afholde op til en uges barsel uden at det regnes som et afbrud af barslen. Jf. "Inatsisartutlov nr. 14 af 7. december 2009 om orlov og dagpenge ved graviditet, barsel og adoption" kap. 8 §18. I sundhedsvæsenet har man fastsat denne "begrænsede deltagelse i kortvarige konferencer, kurser, temadage..." til at være en uge. For at være helt på den sikre side bør man kontakte personaleadministrationen.

Det er en forudsætning at kurset er relateret til det nuværende arbejde og kan forventes at styrke den faglige kunnen.

Saturationsmåling til detektion af medfødt kritisk hjertesygdom hos samtlige nyfødte i hele Grønland

Et nyt screeningsværktøj, kaldet pulsoximetri (POX) er netop blevet vedtaget udført på samtlige nyfødte i Grønland

Hvad går det ud på?

Alle nyfødte skal screenes for medfødt kritisk hjertesygdom ved en simpel spot-saturationsmåling på højre hånd samt den ene fod. Saturationsmålingen skal ske når barnet er 4-24 timer gammelt, dog senest inden udskrivelse.

Barnet kategoriseres i én af 3 mulige grupper:

- Tilfredsstillende SAT, afsluttes.
- Intermedier SAT, gentages.
- Abnorm lav SAT, vurderes af læge.

Ved dette simple værktøj vil man fange en nævneværdi andel af børn med såkaldt ductus afhængigt kredsløb, som ellers er i risiko for kollaps, når ductus i timer/dage efter fødslen lukkes.

Lidt om medfødt hjertesygdom

Medfødt kritisk hjertesygdom er ansvarlig for 6-10% af alle dødsfald blandt spædbørn og 30% af disse dødsfald sker i hjemmet. Hjerter-kar misdannelser er den hyppigste type medfødte misdannelse, idet omkring 1-2% har disse i større eller mindre grad (1). Danske tal viser at omkring 8/1000 nyfødte har medfødt hjertesygdom og kun 34% af disse fanges ved prenatal ultralyd (2)

For at hindre cirkulatorisk kollaps/svær desaturation er det vigtigt at børn med medfødt kritisk hjertesygdom opspores umiddelbart efter fødslen. Disse børn har højere morbiditet og mortalitet, såfremt diagnosen først stilles, efter barnet er udskrevet til hjemmet (3).

En normal børneundersøgelse ved fødslen, udelukker desværre ikke alvorlig hjertefejl.

POX screening af nyfødte (saturationsmåling) har en sensitivitet på 76,5% en specificitet på 99,9% for medfødt hjertesygdom, en falsk positiv rate på 0,14% hvoraf 45-70% vil have anden alvorlig behandlingskrævende sygdom (4).

Lidt om POX screening

I stort set hele Norge, Sverige og Finland er POX allerede implementeret og i Danmark er man så småt begyndt (5).

Sundhedsledelsen og regionslægerne i Grønland har pr. maj 2015 vedtaget indførelse af POX screening af samtlige nyfødte i Grønland.

Det indførte screeningsprogram følger de Skandinaviske instrukser (5) og er ligeledes blevet godkendt af Børnekardiolog Klaus Juul fra Rigshospitalets børneafdeling.

Opstart vil ske løbende med implementering forventet medio juni 2015 på alle fødesteder i landet.

POX screening er anbefalet af mange af de store amerikanske organisationer, så som The Secretary of Health and Human Services i USA, American College of Cardiology Foundation, the American Heart Association og endelig American Academy of Paediatrics

Hvad fejler barnet?

Som nævnt er målet med POX screening at opspore nyfødte børn med kritisk medfødt hjertefejl, dette kunne være cyanotisk hjertesygdom (f.eks. transposition, pulmonal atresi), eller kritisk hjertesygdom med obstruktion af udløbet fra den venstre ventrikel (f.eks. coarctatio, svær aortaklapstenose).

En del af de nyfødte med lav SAT vil dog være hjerteriske. Disse vil i stedet, af anden årsag, have lav saturation, f.eks. lungesygdomme (f.eks. RDS, pneumoni, meconium aspiration eller pneumothorax), neonatal sepsis, hypothermi eller persisterende pulmonal hypertension (dvs. forsinket omstilling fra fosterkredsløbet med højre-venstre shunting igennem foramen ovale og/eller ductus arteriosus).

Således vil der ved POX screening være en andel af "falsk positive" nyfødte, som altså er hjerteriske, men lider af andre behandlingskrævende tilstande.

Uanset hvad barnet fejler, af ovenstående differentialdiagnoser, bør der konfereres med en læge.

Såre Simpelt!

Et simpelt værktøj, at måle en spot-SAT, skal hjælpe til at bedre mortalitet og morbiditet for den kommende generation af nyfødte børn, her i Grønland.

En stor tak til alle jordmødre, sygeplejersker, assistenter, plejepersonale og læger i hele landet som har sagt ja til at yde de få minutters ekstra indsats, der potentielt kan rede liv.

Og en stor ros til sundhedsledelsen og regionslægerne for vedtagelse af POX screening på landsplan.

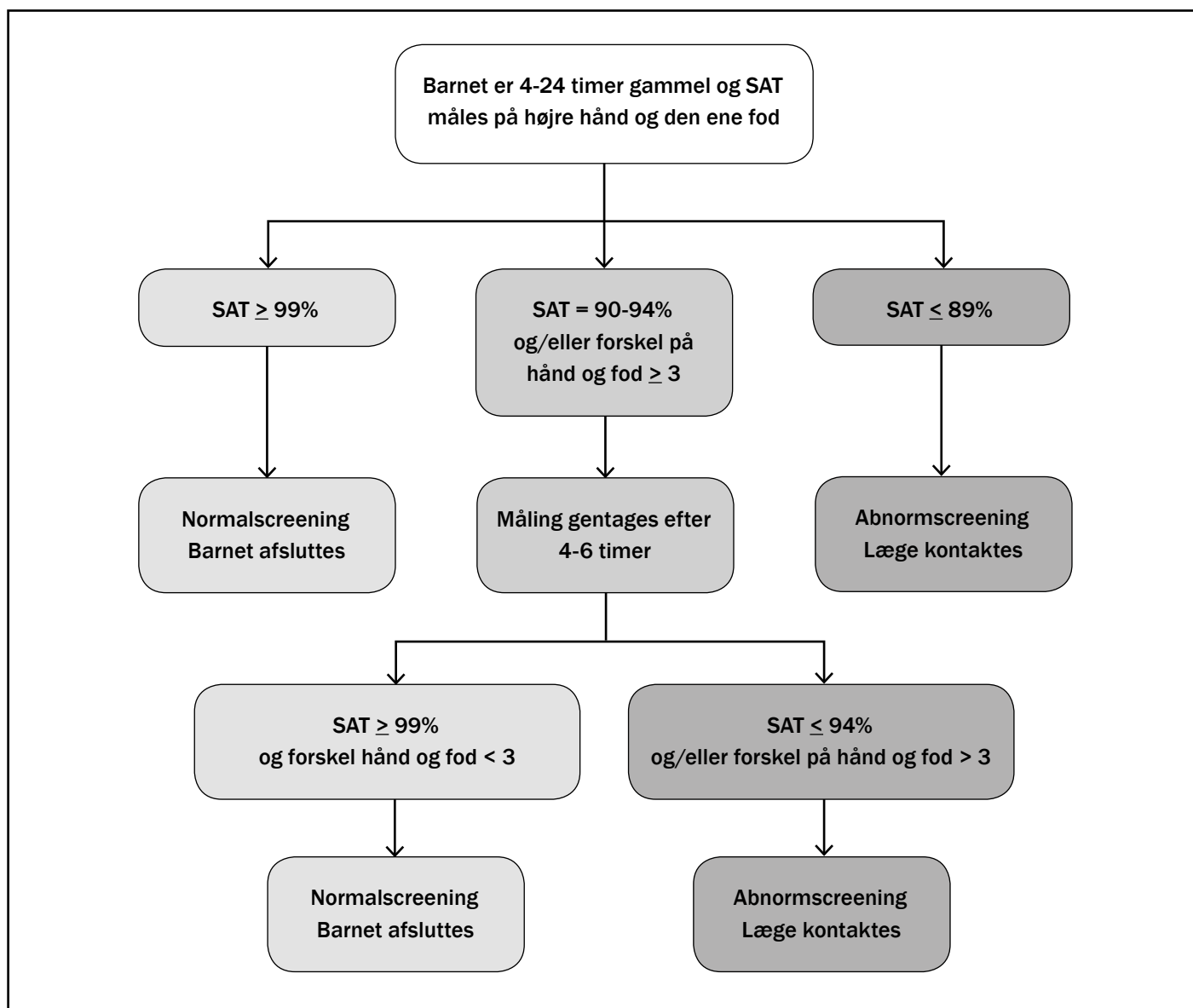
*Li Juel Mortensen
Pædiatrisk reservelæge,
Medicinsk afd, DIH
lijm@peqgik.g*

REFERENCER

1. Abu-Harb M, Hey E, Wren C. Death in infancy from unrecognised congenital heart disease. *Arch Dis Child* 1994;71:3-7
2. Wehner B. Saturationscreening af nyfødte, mulig effekt på morbiditet og mortalitet hos børn med morbus cordis congenitus. En retrospektiv opgørelse. Frit foredrag Neonatal Symposium 2011 GI Avernæs
3. Granelli et al. Impact of pulse oximetry screening on the detection of duct dependent congenital heart disease: a Swedish prospective screening study in 39 821 newborns. *BMJ* 2009; 338
4. Thangaratinam S, Brown K, Zamora J, Khan KS, Ewer AK. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 2459–64.
5. Granelli A et al. Nordic pulse oximetry screening – implementation status and proposal for uniform guidelines. *Acta. Paediatric.* 2014 July 25: 2758



Her ses sygeplejerske Maja Steffens i færd med at måle saturation på nyfødt pige Marcussen.



Nyt Screeningsprogram.

Saturationsmåling til detektion af medfødt kritisk hjertesygdom hos samtlige nyfødte i hele Grønland.



Cardiologi kursus maj 2015