



Værnemiddel kursus

Vil du være bedre rustet til at være læge på kysten? ... 3	Resistens og besværlige behandlinger 15
2 nye Videreuddannelsesforløb i Grønland er godkendte 5	Lægernes efter- og videreuddannelsesordning 16
Lægefagligt forum er igen på banen 6	Hvorfor deltagelse i Kulturnatten er en god idé 17
Et døgn med samfundsmedicin 7	Sushi og grønlandsk tangsalat data fra et 'randomiseret middagselskab 18
Steno Diabetes Center Grønland 9	Lancet Commission on Arctic Health 19
Diabetes i Grønland 12	Tang i Grønland 20
Introduktionskursus til arbejdet i Steno Diabetes Center Grønland 14	

Lægefagligt forum er igen på banen

Onsdag den 2. september bød Simon Bernth-Andersen og Alice Juhl Petersen til fælles lægefagligt forum i konferencelokale 2, DIH.

Efterfølgende var der lidt hyggeligt samvær med kolleger, hvor lægeforeningen bød på pizza.

GASTROINTESTINALE CANCERE var emnet

Onkolog LENE BÆKSGAARD JENSEN
som oplægsholder

Der blev primært fokuseret på udrednings- og behandlingsmuligheder inden for colorektalcancer og oesophagus-/ventrikelcancer, med særligt fokus på Grønlandske forhold. Herunder en saglig debat om hvilke cancertyper hvor udvalgt behandling især giver mening, mhp. prioritering i et økonomisk hårdt presset sundhedsvæsen.



Nakorsanut

Box 1001 · 3900 Nuuk · Fax: 34 44 25

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

Redaktion: Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

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

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

Oplag: 300

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeforenings hjemmeside:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6gekredsföreningen%20Gr%C3%B8nland>

Gr%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 Ivalu Spange Frederiksen, DIS
ivfr@peqqik.gl

Bestyrelsesmedlemmer: Overlæge Simon Olav Bernth-Andersen, Dr. Ingrid's Hospital,
sbea@peqqik.gl

Yngre Læge-repræsentant Marianne Welzel Andersen, Dr. Ingrid's Hospital
mwea@peqqik.gl

Yngre Læge-repræsentant Paneeraq Noahsen Landslægeembedet

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Vil du være bedre rustet til at være læge på kysten?



Ilulissat Regionssygehus

Så er uddannelsen i fagområdet Grønlandsk Medicin måske noget for dig! Uddannelsen giver en solid lægefaglig basis for at virke som læge på kysten.

Uddannelsens formål er målrettet at styrke kompetencerne for læger, der ønsker at arbejde på grønlandske kystsygehuse/sundhedscentre, og herigennem styrke lægernes håndtering af de mange forskelligartede situationer, man som læge kan stå med på kysten. Det er en målrettet uddannelse, der supplerer speciallægeuddannelsen, klinisk og

administrativt, på de områder, hvor lægegerning i på kysten i Grønland stiller specielle krav til viden og færdigheder. Uddannelsen har eksisteret i flere år, men nu er uddannelsen ved at blive revideret af en nedsat arbejdsgruppe, så den i højere grad afspejler de behov, der er i Det Grønlandske Sundhedsvæsen i dag og i fremtiden.

Til at forestå *revideringen af fagområdebeskrivelsen i Grønlandsk Medicin* har Det Grønlandske Sundhedsvæsen, Grønlands Center for Sundhedsforskning og Grønlands Lægeforening nedsat følgende arbejdsgruppe:

- Marianne Vedsted, regionslæge, Formand
- Gert Mulvad, regionslæge, repræsentant for Grønlands Center for Sundhedsforskning & speciallæge, der varetager landsdækkende og koordinerende opgaver på uddannelsesområdet
- Hans Christian Florian Sørensen, regionslæge, repræsentant for Grønlands Lægeforening
- Efa Olsen, ledende regionslæge
- Alice Juhl Petersen, uddannelsesansvarlig overlæge fra DIH

Det præcise formål for arbejdsgruppens virke fremgår af kommissoriet, som blev godkendt af Rådet for Lægers Uddannelse den 17. januar 2020. Kommissoriet kan udleveres ved henvendelser til larw@nanoq.gl eller krma@nanoq.gl

Arbejdsgruppen har til formål at lave en nutidig målbeskrivelse og identificere den liste af kompetencer, der er ønskelige til lægegering på kysten, samt kortlægge, hvordan disse kompetencer opnås og vurderes. Arbejdsgruppen er godt i gang og forventer arbejdet færdigt primo 2021.

Hvor lang tid tager uddannelsen og hvordan er den bygget op?

Målbeskrivelsen er bygget op i forskellige fagområder og omfatter kompetencer indenfor kirurgi, ortopædkirurgi, anæstesi, almen medicin, medicin, pædiatri, øjenssygdomme, gynækologi/obstetrik, psykiatri, folkesundhed og socialmedicin.

Målbeskrivelsen indeholder beskrivelser af, hvordan kompetencerne skal opnås, hvilke læringsstrategi, der anbefales, samt hvilken kompetencevurderingsmetode vejledere skal benytte ved kompetencevurderingen. Målene er forskellige for de forskellige kompetencer. De omfatter alt fra selvstændigt at kunne varetage en kirurgisk traume-patient til fx at have overordnet kendskab til regionale forebyggelsesudvalg.

Et eksempel er, at inden for fagområdet Medicin skal lægen bl.a. have kompetencer inden for hepatitis B, C, D. Dette indbefatter at have kendskab til de særlige instrukser, der er på Grønland, samt udredningsforløb, diagnos-

tik, behandling og kontrol for sygdommene. Det anbefales, at kompetencerne tilegnes gennem et fokuseret ophold på f.eks. Medicinsk Område, og at kompetencevurderingsmetoderne er den strukturerede vejledersamtale og vejledersamtale med henblik på vurdering af refleksionsevne.

Uddannelsen kan tages over tid. Tidsforløbet kan være meget individuelt. Uddannelsen ”skræddersys” afhængigt af kvalifikationer, og der kan søges om merit for forskellige dele af uddannelsen alt afhængig af tidligere erfaring/kompetenceniveau.

Den uddannelsessøgende har tilknyttet en vejleder under uddannelsen udpeget af Rådet for Lægers Uddannelse. Uddannelsen tilrettelægges af den uddannelsessøgende sammen med vejlederen.

I uddannelsen kan indgå:

- Fokuserede kliniske ansættelser/kliniske læringsophold på et kystsygehus/sundhedscenter og på DIH/DIS
- Fokuseret ophold på Landslægeembedet, NUN
- En obligatorisk skriftlig opgave
- Forskellige former for kursusaktivitet

Hvem kan tage uddannelsen?

Du kan påbegynde uddannelsen, hvis du har gennemgået KBU, har A og B autorisation samt gennemført en Introduktionsuddannelse i et speciale. Uddannelsen kan evt. gennemføres sideløbende med en hoveduddannelse. Speciallægeuddannelse i Almen Medicin eller andet bredt medicinsk speciale kan være en fordel.

Uddannelsen kan også påbegyndes af læger i Grønland med flere års erfaring som Regionslæger i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Dette kan ske ved, at disse kan lade sig kompetencevurdere på de enkelte mål. Hvis det vurderes, at de mangler nogle af kompetencerne i fagområdebeskrivelsen for Grønlandsk medicin, kan der tilrettelægges de nødvendige tiltag

Forfattere:

Marianne Vedsted, regionslæge

Gert Mulvad, regionslæge

Laura Winther, konsulent



2 nye Videreuddannelsesforløb i Grønland er godkendte

- Introduktionsuddannelse i Ortopædkirurgi ved DIH
- Hoveduddannelsesforløb i Samfundsmedicin med delansættelse ved Landslægeembedet.

Disse to uddannelsesforløb er nylig godkendte fra videreuddannelsesudvalget i Region Syd. De supplerer de allerede godkendte uddannelsesforløb:

KBU forløb: Her ansættes hvert halve år 2 nye læger, der har færdiggjort deres lægelige embedseksamen.

Almen medicin: Grønland kan fuldt ud varetage såvel hele introduktionsuddannelsen (6 eller 12 måneder) som hele hoveduddannelsen i Almen medicin (54 måneder).

Gynækologi-obstetrik: DIH kan indgå i introduktionsuddannelse for gynækologi-obstetrik med 6 af de 12 måneder. Opslaget sker i hvert enkelt tilfælde efter aftale om samarbejde med en gynækologisk afdeling i Region Syd (evt. Region Nord eller Øst) om at kunne bidrage med de øvrige 6 måneder. DIH er desuden godkendt til at kunne indgå i H-forløb med 6 måneders kirurgi (fase 1) og 2 x 6 måneders gynækologi (fase 2 og fase 4).

Intern medicin: DIH kan varetage et fuldt I-forløb i de interne medicinske specialer (12 måneder). DIH vil desuden efter særlig aftale og godkendelse ad hoc kunne indgå i H-forløb i enkelte interne medicinske specialer med ophold af typisk 6 måneders varighed.

Kirurgi: DIH kan varetage en fuld introduktionsuddannelse i kirurgi (12 måneder). DIH er desuden godkendt til

at kunne indgå i H-forløb med 2 x 12 måneder (afventer et revideret uddannelsesprogram efter nyeste målbeskrivelse).

Her følger uddrag af uddannelsesprogrammerne for de to nye uddannelsesforløb.

Introduktionsuddannelse i Ortopædkirurgi
 Ansættelsessted: Ortopædkirurgisk Afdeling, Kirurgisk Område, DIH, Nuuk, Grønland.
 Varighed: 12 mdr.

Præsentation af Kirurgisk Område

Kirurgisk Område består af sengeafdelingerne ortopædkirurgisk K1, parenkymkirurgisk K2, gynækologisk-obstetriske K3, Kirurgisk Ambulatorium, Fødeafdeling og Patienthotel/Daghospital samt Patient Koordineringen bestående af Patient Koordinering og Rejse Koordinering.

Kirurgisk Dagafsnit og Operationsafdeling er tilknyttet Akut Området, som herudover består af Anæstesiafdeling og Intensivafdeling. Skadestuen er beliggende i Akut Området og betjenes af DIS.

Kirurgisk Afdeling

Kirurgisk afdeling har 54 sengepladser fordelt ligeligt på ortopædkirurgisk afdeling, hvor også øre-næse-hals patienter indlægges, parenkymkirurgisk og gynækologisk-obstetriske afdeling, 8 senge på dagafsnit samt 7 børnesenge til deling på medicinsk afdeling og 4 vugger. Endvidere 66 senge på patienthotellet, der deles mellem hospitalets øvrige afdelinger og DIS, og hvor også udenbys patienter til undersøgelse og behandling indlægges (daghospital-funktion) (Kirurgisk Område råder over 31 senge).

Afdelingen er normeret til 11 overlæger med 3 i hvert speciale og 1 overlæger i ØNH-specialet. Herudover er der normeret med en afdelingslæge-stilling i kirurgi. Der er en specialeansvarlig overlæge for hvert speciale samt uddannelsesansvarlige overlæger. Endvidere 7 reservelæger.

Kirurgisk afdeling har årligt ca. 5400 indlæggelser, 500 fødsler og der udføres omkring 2800 operationer. I ambulatoriet er der årligt 11.500 konsultationer fordelt på reservelæger og speciallæger. Der foretages ambulante småindgreb samt diagnostiske undersøgelser.

Under ansættelsen på DIH afholdes et fokuseret ophold i Danmark, for at sikre, at introduktionslægen opnår sine traumatologiske kompetencer.

Dette ophold sker som hovedregel på: Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt, Region Syd, Danmark.

Varighed: 4 uger.

Fokuseret ophold mhp. kvalifikationer inden for traumemodtagelse

For at introduktionslægen i ortopædkirurgi kan få opfyldt alle de kompetencer i logbogen, der vedr. traume-modtagelse, suppleres med 4 ugers fokuseret forløb på dansk sygehus med ortopædkirurgisk afdeling med traumefunktion. Opholdet skal være på et level 1 eller 2 traumecenter.

Der tages i denne aftale udgangspunkt i Kolding Sygehus. Aftalen omkring denne ansættelse indgår i ansættelseskontrakten. Dog kan der indgås aftale omkring fokuseret ophold med et vilkårligt dansk sygehus med en ortopædkirurgisk afdeling med traumefunktion.

Under det fokuserede ophold på dansk level 1 eller 2 traumecenter medgives lægen løn fra egen afdeling, dvs. Kirurgisk Område i Nuuk. I forbindelse med fokuseret ophold i Danmark, tilbydes uddannelsessøgende læge deltagelse på ATLS-kursus. Kirurgisk Område betaler rejse, opholdsudgifter, dagpenge, mv., afledt af det fokuserede ophold.

Som udgangspunkt tilbydes introduktionslægen således 4 ugers ophold på Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus, Danmark. I løbet af de første 2 måneder i introduktionsuddannelsen afklares tidspunkt for det fokuserede ophold i Danmark og der træffes konkrete aftaler om dette.

SAMFUNDSMEDICIN

Nunatsinni Nakorsaaneqarfik/Landslægeembedet i Grønland

Nedenfor findes kort beskrivelse af det ansættelsessted lægen skal ansættes på i denne del af speciallægeuddannelsen. Beskrivelsen er tilstræbt kort.

1. Ansættelse

Ansættelsen er ved Landslægeembedet i Grønland i Nuuk. Landslægeembedet har egen hjemmeside - <http://nun.gl/>

Ansættelsesstedet generelt

Landslægeembedet varetager et meget bredt spektrum af samfundsmedicinske opgaver som i Danmark er spredt på Sundhedsstyrelsen, den nye patientklagestyrelse, Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsdatastyrelsen og Lægemiddelstyrelsen.

Afdelingens leder er landslæge Henrik L. Hansen, der også er uddannelsesansvarlig.

Arbejdet varetages i et samarbejde mellem flere faggrupper.

Organisation af specialer og faglige arbejdsfunktioner (funktionsbeskrivelse)

Landslægeembedet har flekstid med en arbejdsuge på 40 timer. Dog forudsættes det, at arbejdsfunktioner er dækket, herunder at institutionens telefontid fra kl. 10 – 14 er dækket alle ugens dage. Der forekommer i begrænset omfang arbejdsopgaver uden for kontoret.

Konkret vil en uddannelseslæge have funktion i løbet af ansættelsen inden for alle nedenstående hovedarbejdsområder:

- Telefonisk og skriftlig rådgivning om sundhedsjuridiske problemstillinger.
- Medicinalstatistiske opgaver, herunder analyse og afrapportering.
- Sundhedsplanlægning og organisering af det grønlandske sundhedsvæsen.
- Sager vedrørende brug af lægemidler, herunder kopi-eringspligtige lægemidler.
- Rådgivning af Politiet i forbindelse med afholdelse af retslægelige ligsyn.
- Rådgivning af myndigheder og enkeltpersoner om smittsomme sygdomme.
- Rådgivning af myndigheder i miljøsager med sundhedsmæssigt indhold.
- Tilsyn med institutioner i sundhedsvæsenet, herunder alderdomshjem.
- Tilsyn med sundhedspersoner.
- Behandling af klagesager.
- Vurdering af helbredsmæssige forhold ved ansøgning om kørekort.
- Opgaver i relation til sundhedsberedskab.
- Besvarelse af sundhedsfaglige spørgsmål fra Departementet for sundhed og det politiske system.

Uddannelseslægen kan efter aftale blive inddraget i andre af institutionens arbejdsopgaver.



Et døgn med samfundsmedicin

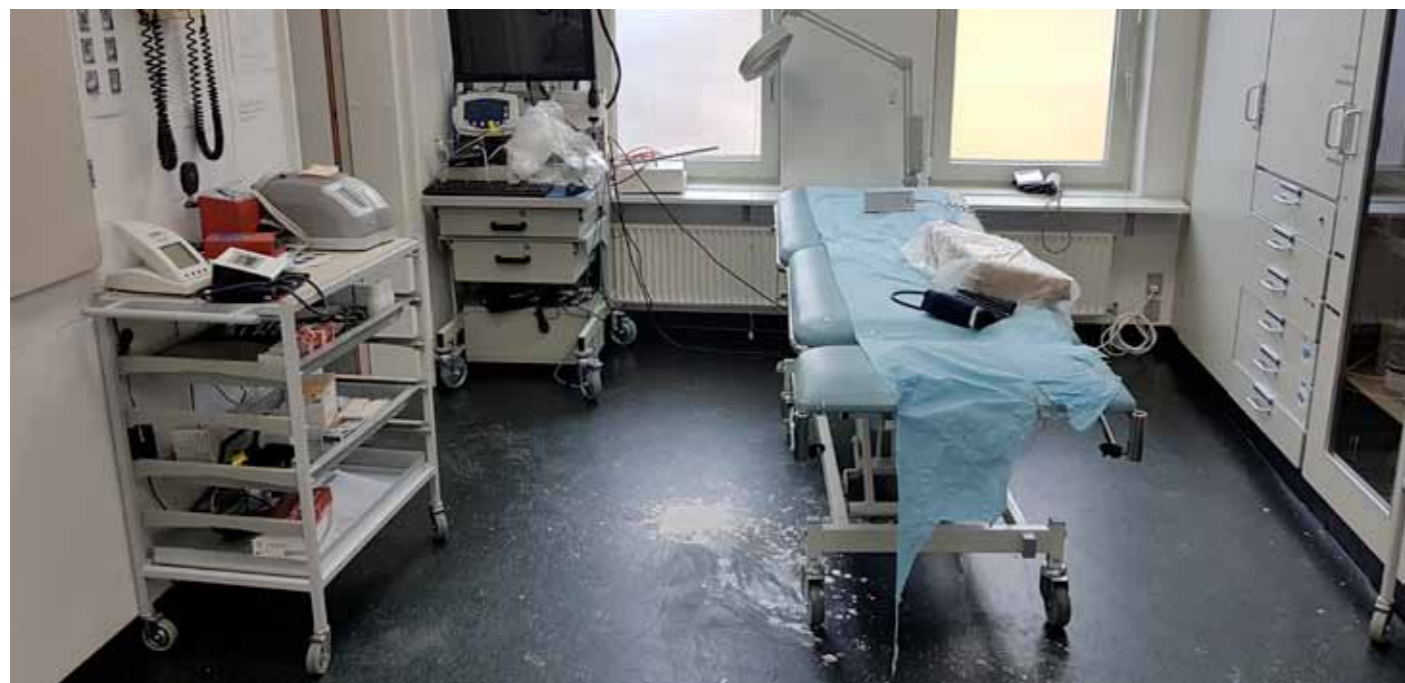
Som led i min uddannelsesstilling i samfundsmedicin, var jeg på en tilsynstur med Tulu (den gamle inspektionsskib Tulugaq) og sejlede fra Nuuk til den sydligste beboede sted i Grønland Narsarmijit. Rejsen startede på min sidste dag som introduktionslæge, så min første dag som hoveduddannelseslæge var i Paamiut, hvor der natten til min ankomst var sket en tragedie.

Paneeraq Noahsen, Uddannelseslæge i Samfundsmedicin

Jeg sejler med folk fra Arbejdstilsynet og vi er kommet til Paamiut i løbet af natten. På grund af nattens hårde søgang sov vi længe og fik en sen morgenmad. Jeg skal mødes med lederen af alderdomshjemmet klokken ni, så der er heldigvis god tid. Efter en lækker morgenmad med friskbagte grovboller, forlader jeg de andre, for at få lidt ro til min kop kaffe og nyheder (a.k.a. Facebook og Insta). Jeg får min kaffe galt i halsen da jeg læser, at der i nat har været en brand i Paamiut med tre omkomne og flere tilskadekomne. På det tidspunkt ved jeg ikke om der er en læge på sygehuset, eller om der kun er sygeplejersker. Jeg smider min kop fra mig og skynder mig i overtøjet, mens jeg fortæller de 2 andre læger (en ortopædkirurg, som er på tur med Arbejdstilsynet og hans gastroenterologiske kone) om nattens hændelser.

Sygehuset er låst og der hænger et skilt om, at der er lukket for ikke-akutte henvendelser på grund af nattens hændelser. Udenfor står 3 pårørende og ser helt chokerede ud. Jeg ringer på klokken og sundhedsmedhjælperen åbner døren for mig. Hele sygehuset lugter af røg, personalet ser trætte ud. De akutte er overstået. Jeg finder lægen, som fortæller mig om nattens hændelser og de tilskadekomne. Politiet kommer ind, de vil gerne have de omkomne i bodybags og på køl til retsmedicinerne kommer om 2 dage. Der er ikke brug for mig, så jeg går i gang med tilsynsarbejdet.

Jeg skynder mig over til alderdomshjemmet, som er en topmoderne nybyggeri, forbundet med sygehuset med en svalegang. Jeg mødes med lederen, som jeg mødte første gang i november, da jeg sidst var her. Hun fortæller mig om de tiltag de har lavet siden sidst og om de udfordringer de fortsat har, mens vi går rundt i alderdomshjemmet.



Paamiut skadestue

Vi gennemgår også alderdomshjemmets coronaberedskab. Det ser fornuftigt ud. Jeg takker for gæstfriheden og går tilbage til sygehuset.

Jeg kender sygehuset fra før og går lidt rundt for mig selv og snakker med service- og plejepersonalet. De er simpelthen så glade for, at der nu er en læge på sygehuset, især set i lyset af nattens hændelser. Jeg mødes med afdelingssygeplejersken og vi drøfter alt fra de fysiske rammer til bemanning. Der er sket meget siden sidst og jeg noterer løs, mens hun snakker. Efterfølgende sætter vi os ned med plejepersonalet og får lidt kaffe og snakker videre. Vi får en melding om, at DIS sender 2 sygeplejersker, som skal tage vagten i aften/nat og aflaste nattens helte. Jeg hjælper lidt til med stuegang, men der er ikke så meget jeg kan gøre. Så jeg pakker mine ting og tager ned til skibet igen.

Så sejler vi videre sydpå. Skipperen fortæller os, at vi skal smøre madpakker til i aften, da der vil være for høj søgang til at lave aftensmad. De fleste skynder sig i deres kahytter bevæbnet med søsygetabletter. Jeg sætter mig oppe på dækket med mit strikkesæt ved siden af navigatøren, som lytter til en lydbog om Hans Hedetofts forlis, mens han elegant styrer båden gennem bølgerne. De detaljerede beskrivelser om forliset er næsten ikke til at klare, når man sidder i en gyngende båd omgivet af 2-3 meter høje bølger. Det kan ikke være sjovt, at komme i vanskeligheder i disse farvande.

Vi sejler indenskærs, chefen styrer nu båden og fortæller røverhistorier fra de gode gamle dage. Aasiaat radio kører i baggrunden og pludselig hører vi brudstykker af en samtale over radioen. ”Motorstop”, ”Arsuk”, ”politi”. Vi

kan kun høre kald fra Aasiaat radio, men ikke kald fra jollen. Skipperen kalder Aasiaat radio og forhører sig om der er nødstedte i nærheden og om vi kan komme dem i undsætning. Kommunikationen er ikke den bedste, men vi får at vide, at der er en jolle med 2 ombord, som har fået motorstop og driver i land. De er i vores rute, vi kan være der om 3 timer. Vinden tager til og bølgerne bliver større og større. Solen går ned og det er ved at blive mørkt. Først nu kommer Aasiaat radio med en PAN-meddelelse om de nødstedte. Kort efter får vi at vide, at politiet har valgt at sende Triton til undsætning, så vores redningsaktion bliver afblæst.

Det er en mørk aften, fuldmånen er kommet frem bagfra de høje fjelde. Bølgerne bliver højere for hver en minut der går. Aasiaat radio kommer stadigvæk med PAN-meldinger om de stakler. Vi lytter med på radio. Triton kan ikke sejle hen til dem, der er for lavvandet. Så de sender helikopteren i stedet for. Vi er snart ved positionen, men vi vil ikke kunne komme tæt nok på, for at kunne se dem, eller for at kunne hjælpe dem. Hvis det er for lavvandet for Triton, er det også for Tulu. Pludselig ser vi et lille rødt lys i horisonten. Det er bagbordsiden af helikopteren, som er nået til de nødstedte. Vi hører kald fra Tritons helikopter ”Kom i land! Flyt jer væk fra jollen, den bliver blæst ind i klipperne!”. Stilhed. ”Hoist manden fra jollen først!”. Stilhed. Denne gang føles minutterne som timer. Og endelig kommer der en melding fra Triton om, at de nødstedte er kommet ombord på skibet og at de efter omstændighederne har det godt.

Efter en dramatisk dag, går jeg lettet i seng og bliver vugget i søvn af de høje bølger. Næste stop Qassimiut.

Steno Diabetes Center Grønland

Steno Diabetes Center Grønland MB. Backe

Selvom en reel bygning først forventes færdig i 2024, åbnede Steno Diabetes Center Grønland dørene op 1. juli 2020 som en integreret del af Sundhedsvæsenet. Denne artikel beretter om baggrund, vision og målsætninger for centret, samt snitfladerne og samarbejdet med resten af Sundhedsvæsenet.

Baggrund – samarbejde mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden

Den danske erhvervsdrivende fond Novo Nordisk har i Danmark bidraget til etablering af fem Steno Diabetes Centre. I 2016 indledte Novo Nordisk Fonden en dialog med Selvstyret og Sundhedsvæsenet i Grønland med ønske om at styrke behandlingstilbuddet til patienter med diabetes i hele landet, for at medvirke til at patienter med diabetes skal modtage den bedste behandling samt forebygge komplikationer. Grønland oplever, som mange andre lande i verden, en hastig stigning i forekomsten af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. I november 2018 vedtog Naalakkersuisut og Novo Nordisk Fondens bestyrelse en fælles vision om at styrke livsstilsindsatsen i landet med etablering af Steno Diabetes Center Grønland. Hvordan denne vision skulle opnås blev herefter beskrevet i en Drejebog, der havde til formål at danne basis for etableringen og den fremtidige drift af et Steno Diabetes Center Grønland. Drejebogen blev godkendt i foråret 2020 af Naalakkersuisut og Novo Nordisk Fondens bestyrelse, og Steno Diabetes Center Grønland blev en realitet 1. juli i år.

Visionen

Samarbejdet mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden bygger videre på det arbejde og de indsatser, som Livsstilsgruppen i Nuuk godt hjulpet af livsstilsambulatorierne rundt om i landet i mange år har udført. Livsstilsgruppen og livsstilsambulatorierne har siden 2011 haft indsatser målrettet patienter med diabetes (særligt type 2 diabetes), men derudover også patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og forhøjet blodtryk (hypertension). Alle disse indsatsområder er blevet en del af visionen for Steno Diabetes Center Grønland, så målet er at styrke forebyggelse af komplikationer og behandlingen af patienter med diabetes, KOL og hypertension, uanset hvor i landet, de bor.

En styrket behandlingsindsats

En fremskrivning af patientantallet viser, at der i 2030 vil være ca. 9.300 patienter med diabetes, KOL eller hypertension her i landet. For at styrke kvalitet og tilgængelighed af behandlingstilbuddet til denne store gruppe patienter, vil Steno Diabetes Center Grønland udvikle og drive nye supplerende aktiviteter indenfor følgende områder:

Behandling og patientuddannelse

Steno Diabetes Center Grønland vil forbedre den samlede behandlingsindsats og patientuddannelse for patienter med diabetes, KOL og hypertension. Forebyggelse af diabeteskomplikationer samt et behandlingsforløb, der er tilpasset den enkelte patient med flere sygdomme, er et centralt element af denne indsats. Patienter vil uændret modtage behandling lokalt, mens Steno Diabetes Center Grønland tilbyder faglig sparring og samarbejde.

Forskning

Steno Diabetes Center Grønland skal styrke og videreudvikle de eksisterende forskningsmiljøer indenfor diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Centret skal derfor videreudvikle et internationalt og arktisk funderet forsknings- og uddannelsesmiljø, som er kendetegnet ved et nært samspil mellem forskning og praksis.

Tværgående samarbejde og forebyggelse

Steno Diabetes Center Grønland skal understøtte et stærkt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med kommuner, det øvrige Sundhedsvæsen og civilsamfundet om forebyggelse af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Et særligt indsatsområde vil være forebyggelse målrettet overvægtige børn, da denne målgruppe har markant øget risiko for at udvikle livsstilssygdomme. Dialog, samarbejde og koordinering med både selvstyreniveauet, det kommunale niveau og civile aktører om en sammenhængende sundhedsindsats er derfor en grundlæggende forudsætning for centrets virke.

Kompetenceudvikling

En styrket behandlingsindsats forudsætter, at der arbejdes målrettet og struktureret med kompetenceudvikling af alle involverede personer. Steno Diabetes Center Grønland vil være drivkraften bag en styrket kompetenceudvikling af ansatte i Sundhedsvæsenet og udvikle projekter og tilbud målrettet ansatte i kommunerne.

Telemedicin

Grundet landets særlige geografi og de til tider vanskelige vejrforhold, er øget anvendelse af telemedicin helt afgørende for at sikre, at alle borgere får adgang til de indsatser, der udvikles og tilbydes af centret. Et vigtigt indsatsområde de første år af centrets levetid bliver at implementere nye telemedicinske løsninger i hele landet.

Arbejde i / samarbejde med Steno Diabetes Center Grønland

Steno Diabetes Center Grønland er en integreret del af Sundhedsvæsenet, og får derved et landsdækkende virke. Sundhedsvæsenet bidrager til behandlingsopgaver på SDCG, og der vil derfor være medarbejdere i Sundhedsvæsenet, der løfter SDCG-opgaver, men som er ansat et andet sted i Sundhedsvæsenet. For klinisk personale gør tre ansættelsesforhold sig gældende:

- Fuldtidsansat i SDCG med mulighed for funktion på f.eks. DIH eller DIS
- Deltidsansat på SDCG/anden enhed i Sundhedsvæsenet
- Fuldtidsansat på anden enhed i Sundhedsvæsenet med funktion på SDCG

Steno Diabetes Center Grønland skal udveksle viden, ideer og samarbejde med alle andre enheder i Sundhedsvæsenet. Etableringen af centret ændrer ikke ved de eksisterende rammer og aftaler for opgavevaretagelse og ledelsesmæssigt ansvar i Sundhedsvæsenet. Behandling af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme vil derfor fortsat være forankret i sundhedsregionerne. Det betyder, at behandlingsansvaret fortsat vil være hos den ansvarlige læge i patientens bopælsregion, med mindre patienten er henvist til behandling ved centret.

Med etablering af Steno Diabetes Center Grønland skal Sundhedsvæsenets ressourcer og kompetencer inden for diabetes- og livsstilsområdet i højere grad ses som en samlet mængde. Hvis der f.eks. opstår en vakance i et livsstilsambulatorie eller der af andre årsager er behov for at supplere med ressourcer i en periode, skal der være mulighed for at trække på ledige ressourcer og nye metoder, modeller og indsatser, der understøtter, at ressourcer og kompetencer inden for diabetes- og livsstilsområdet anvendes som en samlet mængde.

Siden åbningen 1. juli

Ansættelser

Antallet af ansatte i centret steget fra 5 til 8 med tiltrædelse af speciallæge i almen medicin Ivalu Fencker, sygeplejerske Anna Petersen og forskningskoordinator Marie Backe.

Fysiske rammer

Da der ingen bygning er endnu, råder Steno Diabetes Center Grønland fast over 6 lokaler på Dronning Ingrid Sundhedscenter (DIS) samt 2 på Dronnings Ingrid Hospital (DIH). Der er ydermere lavet aftale med DIS om at det kliniske personale fortsat er samlet på DIS.

Journalføring i livsstilstabellen og diagnosekodning

Cosmic er fortsat den landsdækkende patientjournal, som binder alle afdelinger i Sundhedsvæsenet tæt sammen, og er dermed det vigtigste fundament for vidensdeling på tværs af alle enhederne uanset geografi.

Standardiseret dataopsamling er helt centralt. Livsstilstabellen bruges til opsamling af data på ambulante patienter – børn og voksne – og indeholder information om livsstilsforhold såsom rygning, fysisk aktivitet, højde, vægt, og andre væsentlige værdier i forhold til forhøjet blodtryk, diabetes, KOL og hjertesvigt. Både aktiviteten og kvaliteten af indsatserne monitoreres på baggrund af journalføring i livsstilstabellen.

Der er oprettet et separat område til Steno Diabetes Center Grønland i Cosmic, som gør det muligt for personale i regionerne og i DIS at lave planlægningsgrundlag for patienter, der skal behandles i Steno Diabetes Center Grønland. Der er endvidere oprettet forskellige aktivitetsmuligheder, samt en kalender for samtlige klinikere i Steno.

K86	Ukompliceret hypertension
T83	Overvægt
T89	Diabetes type 1
T90	Diabetes type 2
R95	Kronisk obstruktiv lungesygdom
R96	Astma
F83	Retinopati
N94	Perifer neuropati

Tabel 1. Eksempler på diagnosekoder hyppigt anvendt i Livsstilstabel (kilde: ICPC-2, WICC).



Steno Diabetes Center Grønland, konsultation.

Alle patienter i Grønland med erkendt diabetes har en diagnose kode (se Tabel 1). Dette har medvirket til den relativt høje kvalitet i behandling af diabetes i Grønland. På samme måde er det vigtigt at få diagnosticeret patienter med KOL, astma og hypertension, således at patienterne kan få den bedst mulige behandling.

Kliniske vejledninger

Der er udarbejdet kliniske vejledninger på diabetes, KOL og hypertension, og derudover er vejledninger på bl.a. nyrefunktion blevet opdateret. Alle vejledninger er tilgængelige på D4.

Kursus for DIS-personale og regionerne

Et todages introduktions kursus er i slutningen af september blevet afholdt i Nuuk for læger og sygeplejersker i DIS og medicinsk afdeling for at sikre et kendskab til diagnostik og behandling af diabetes, KOL og hypertension. For at arbejde i Steno Diabetes Center Grønland forudsættes deltagelse i dette kursus. Endnu et todages kursus vil blive afholdt i slutningen af oktober. For yderligere information omkring deltagelse, kan henvendelse ske til sund@peqqik.gl. Det var planen, at samle alle livsstilsmedarbejdere

til et fælles kursus, men på grund af corona-restriktionerne arbejder vi på en alternativ model.

Nordtur

Steno Diabetes Center Grønlands diabetessygeplejerske og fodterapeut har i september måned været afsted på medico-teknisk afdelings tur i Nordgrønland. Dette gav mulighed for at tilse patienter og mødes med livsstilspersonalet i Qeqertarsuaq, Upernavik, Uummannaq og Qasigiannguit. Vi glæder os til flere besøg i regionerne og til det fremtidige samarbejde.

Kontaktoplysninger

Der er oprettet en e-mail til brug for sundhedspersonale, som ønsker hjælp til patienter med diabetes, KOL eller hypertension i form af råd eller med ønske om skype eller telefon konsultation direkte med patienten.

Steno Diabetes Center Grønland kan kontaktes på: sund@peqqik.gl

Har du konkrete patientrelaterede spørgsmål, kan du skrive på: steno@peqqik.gl

Diabetes i Grønland – Forekomst, dødelighed og behandlingskvalitet

I Grønland er forekomsten af diabetes – som i resten af verden – stigende. For lidt over et halv århundrede siden var diabetes stort set ikke eksisterende i Grønland, men i kølvandet på en hastig samfundsudvikling udvikling fra et traditionelt jægersamfund til et moderne samfund, fulgte livsstilsrelaterede sygdomme med. En befolkningsundersøgelse fra 2002 afslørede, at ca. 10% af den grønlandske befolkning ældre end 35 år havde diabetes, og yderligere 20% havde nedsat glukosetolerance. Det blev endvidere vurderet, de fleste patienter med diabetes (70-80%) ikke vidste at de havde det.

Siden da har der været øget fokus på diabetes i Grønland. I 2008 blev et nationalt diabetesprogram implementeret, hvor man blandt andet påbegyndte registrering af alle diabetespatienter i et landsdækkende elektronisk patient journal system (EPJ). I 2011 blev programmet erstattet af et livsstilsinitiativ med fokus på generel forebyggelse og behandlingskvalitet af patienter med hypertension, kronisk obstruktiv lungesygdom og/eller diabetes. Registreringen af diabetespatienter er fortsat siden 2011 og udviklingen har således kunne følges løbende. I 2018 var antallet af patienter diagnosticeret med diabetes steget til knap 1500 sammenlignet med ca. 450 patienter 10 år tidligere. Detaljerne af undersøgelsen præsenteres herunder.

Diabetesforekomst

Forekomsten af diagnosticeret diabetes i aldersgruppen 20-79 år blev i 2018 estimeret til at være 3,6% (3,5% blandt mænd og 3,6% blandt kvinder), og var højest i aldersgruppen 70-79 år (15,2%). I aldersgruppen 30-39 år var forekomsten højere hos kvinder sammenlignet med mænd, mens der i øvrige aldersgrupper ingen forskel var på mænd og kvinder. Omkring 3,5% af diabetes patienterne var diagnosticeret med type 1 diabetes mens langt hovedparten (96,5%) havde type 2 diabetes. Antallet af nydiagnosticerede patienter blev beregnet til 171 per 100.000 personer per år. I samme periode blev dødeligheden beregnet til 286 per 10.000 person per år. Sammenlignet med baggrundsbeholdningen blev mortalitetsratio estimeret til 0,81.

Generel karakteristik af diabetespatienter i Grønland

Omkring 52% af patienterne var mænd og 48% var kvinder. De fleste af patienterne bor i byerne (90%), mens 10% var bosiddende i bygder. Udover at veje mere og være

højere end kvinder, modtog en større andel mænd medicin mod forhøjet blodsukker, kolesterol og blodtryk, mens en højere andel kvinder røg cigaretter på daglig basis. Patienter bosiddende i byer var generelt højere og vejede mere end patienter bosiddende i bygder, mens en større andel af bygdepatienter modtog medicin mod forhøjet blodsukker. Som forventet vejede patienter diagnosticeret med type 2 diabetes mere og var ældre end patienter med type 1 diabetes. Sammenlignet med type 1 diabetes-patienter modtog en større andel patienter med type 2 diabetes medicin mod forhøjet blodtryk og kolesterol. Patienter med type 1 diabetes var generelt højere og havde højere langtidsblodsukker niveau, samt havde haft sygdommen i længere tid end patienter med type 2 diabetes.

Knap halvdelen af alle patienterne havde tegn til en eller flere følgesygdomme. Der var således 48% med af tegn på følgesygdom i nyre, 45% med nervebetændelse, og 11% med tegn på følgesygdom i øjne. Flere mænd end kvinder led af nervebetændelse, mens forekomsten af tegn på følgesygdom i øjne var højere blandt patienter med type 1 diabetes sammenlignet med type 2 diabetes-patienter (40% vs. 10%). Omkring 13% af patienter havde kendt åreforkalkning og oplevet enten slagtilfælde eller blodprop i hjertet. Hjertekarsygdom blev observeret hos flere mænd end kvinder.

Kvalitetsindikatorer for behandling

Kvaliteten af diabetesbehandling blev vurderet ved hjælp af indikatorer foreslået af OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) og NDQIA (National Diabetes Quality Improvement Alliance). Kvaliteten vurderedes baseret på hvor stor en andel patienter, der havde fået foretaget relevante undersøgelser og målinger indenfor henholdsvis 1 og 2 år.

Langtidsblodsukker var målt hos 88% af patienterne, og i 53% af tilfældene lå niveauet under det ønskede (53 mmol/mol). Blodtryk var blevet målt hos 80% af patienterne, og i 60% af tilfældene var det under 140/90 mmHg. En højere andel kvinder havde fået målt langtidsblodsukker og blodtryk indenfor det sidste år i forhold til mænd. Derudover havde flere kvinder langtidsblodsukker-niveau under 53 mmol/mol og blodtryk under 140/90 mmHg sammenlignet med mænd.

Kvaliteten af diabetes-behandlingen i byer og bygder adskilte sig ikke væsentligt, dog havde færre patienter fra

bygder fået undersøgt deres urin det forgangne år i forhold til patienter bosiddende i byer. Øjenundersøgelser var udført hos knap 80% af patienterne indenfor de sidste to år, mens fodundersøgelser var udført hos 45% af patienterne indenfor de sidste to år.

Diskussion

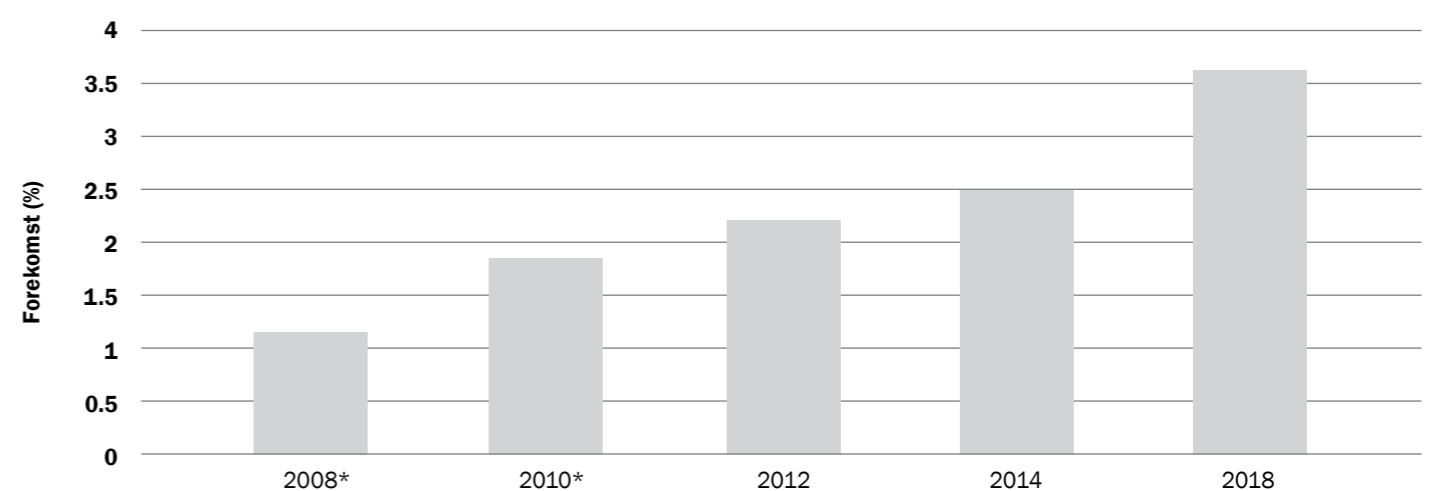
Forekomsten af diagnosticeret diabetes blev i 2018 fundet til at være 3,6%, og er dermed højere end forekomsten fundet tilbage i 2014 (2,5%) (se figur). Udover at være i overensstemmelse med en global stigning, skyldes den observerede højere forekomst formentlig også øget diagnostisk aktivitet i Grønland som resultat af det nationale diabetesprogram samt livsstilsinitiativet. Ganske rigtigt viser en nyere befolkningsundersøgelse, at andelen af udiagnosticerede mennesker med diabetes i Grønland er faldet til ca. 25%. Den øgede forekomst observeret blandt kvinder 30-39 år skyldes højst sandsynligt øget diagnostisk aktivitet relateret til rutineundersøgelser i forbindelse med graviditet. Kvinder benytter sig generelt mere af sundhedsvæsenet i Grønland, hvilket formentlig også forklarer hvorfor langtidsblodsukker og blodtryk måles hyppigere hos kvinder end hos mænd. Der var stort set ingen forskel på

kvaliteten i byer og bygder, hvilket overraskede da patienter i bygder ikke har samme adgang til en række sundhedsydelser som patienter bosiddende i byer. Udover en global stigning i forekomsten af diabetes samt øget diagnostisk aktivitet, kan også lavere dødelighed medvirke til højere forekomst. Den estimerede mortalitetsratio indikerer en lavere dødelighed, hvilket kan skyldes mindre rygning blandt diabetespatienter, rutineundersøgelser inklusiv monitorering af risikofaktorer, samt hyppig anvendelse af blodtryks- og kolesterolsænkende medicin.

På trods af øget forekomst af diabetes i 2018 i forhold til 2014, har det altså været muligt at opretholde samme kvalitet. Der er dog stadig plads til forbedring. Med det nye Steno Diabetes Center Grønland er det målet, at 85% af alle diabetespatienter årligt får registreret rygning, målt blodtryk og langtidsblodsukker inden for 1 år, får lavet screening for nyresygdom med urin prøve og nervebetændelse med fodundersøgelse indenfor 2 år samt bliver screenet for øjensygdom mindst hvert 4. år.

*Steno Diabetes Center Grønland
MB. Backe, ML. Pedersen*

Forekomst af diagnosticeret diabetes blandt voksne 20-79 år



*Forekomsten udregnet i 2008 og 2010 inkluderer patienter over 79 år.

MB. Backe, ML. Pedersen, Prevalence, incidence, mortality, and quality of care of diagnosed diabetes in Greenland, Diabetes Research and Clinical Practice (2019).

Introduktionskursus til arbejdet i Steno Diabetes Center Grønland

Anna Rask Lyng, Steno Diabetes Center Grønland



Oppe ved storskærmen starter musikken og alle kigger op og er klar ved mobilerne. Musikken stopper og spørgsmålede toner frem på skærmen. Sekunderne tikker, hjerterne banker og lyden af de indkommende svar bipper højt i lokalet. Hvem er hurtigst på tasterne med det rigtige svar?

I slutningen af september 2020 blev der afholdt det første 2-dages introduktionskursus til arbejdet i Steno Diabetes Center Grønland. De 22 deltagere var sygeplejersker og læger fra Dronning Ingrid Sundhedscenter og medicinsk afdeling på Dronning Ingrid Hospital, samt personale i Steno.

Der var introduktion til arbejdsgange i Steno, inklusiv organisering, journalføring, diagnosekodning og kvalitets sikring. Målet for kurset var derudover, at deltagerne kunne diagnosticere hypertension, diabetes og KOL, samt vurdere sværhedsgrad af sygdommen og have kendskab

til almindelige komplikationer og at initiere og revurdere medicinsk behandling.

Det hele blev krydret med Kahoot – en online quiz, som blev brugt som en anderledes opsamling med spørgsmål vedrørende de forskellige emner. Der var god stemning og skarp konkurrence blandt deltagerne.

Fremadrettet vil der blive tilbudt kurser og undervisning løbende til alle i Grønland under hensyntagen til corona situationen.

Steno Diabetes Center Grønland kan kontaktes på:
sund@peqqik.gl

Har du konkrete patientrelaterede spørgsmål, kan du skrive på:
steno@peqqik.gl

Resistens og besværlige behandlinger

Lone Storgaard Hove, Speciallæge i almenmedicin, Regionslæge på DIS, Ansvarlig for dermatologien i Grønland.

Fnatepidemi i Grønland

Fnat har i de sidste 2 år bredt sig voldsomt her i Grønland. Denne stærkt kløende sygdom er både besværlig og dyr at komme af med. Hen over de to år er fnatmiderne ligesom i resten af de nordiske lande blevet tiltagende resistente og vi må konstatere her i sensommeren 2020 at vi faktisk ikke længere kan bruge den behandling med Nix (Permetrin) som ellers tidligere har været førstevalget til behandling af fnat. Permetrin er et pesticid som er udviklet fra blomsten Krysantemum (nu produceres det kunstigt) og bliver på verdensplan mest brugt imod myg og andre skadedyr. Men det har altså også kunnet bruges til behandling af Fnat.

Der er ikke indberetningspligt for fnat, så vi har ikke nogle eksakte tal for hvor mange patienter vi har med smitte. Men det er min klare fornemmelse at vi har mindst 8-10 dobbelt antallet af smittede i forhold til for få år siden. Og apoteket melder også om en voldsom stigning i forbruget af fnat midler – primært Nix creme.

Fnat rammer i Norden typisk i epidemier med 30-40 års mellemrum. Sidst var det i 1970'erne. Tidligere blev fnat betragtet som en kønssygdom på lige fod med fladlus og var voldsomt stigmatiserende. Dette er heldigvis ikke tilfældet mere – og slet ikke i Grønland hvor befolkningen generelt har en mindre stigmatiserende holdning til smitsomme sygdomme.

For 2 år siden var Permetrin et udmærket 1.-valg til behandling af fnat. Det er let at bruge, skal bare smøres på hele kroppen inden sengetid og vaskes af igen næste morgen. Til de patienter der udviste resistens brugte vi som 2.-valg tablet Stromectol (Ivermectin) som stadig er meget effektiv til behandlingen, selvom der er begyndt at komme resistens i Sydeuropa. Ivermectin er et anti-parasitært stof, der er udviklet i Japan som middel imod flodblindhed og andre parasitter. Man har tidligere også kendt til behandlinger med svovl og andre produkter som tjære eller tea tree oil og andre mere eller mindre antiseptiske eller pesticide midler.

Svovl har været brugt til behandlingen af fnat i mindst 2.000 år, både som sæbe og creme, og det bruges i dag mest i de fattigere lande i verden. Blandingen med svovl og vaselin er vist nok opfundet i Bagdad i Irak, hvor et studie viste at en blanding med 10% svovl i vaselinen påsmurt 3 døgn i træk stort set slog alle mider ihjel hvis det blev gjort rigtigt. Mens de patienter i studiet som fik 8% tilblanding af svovl eller kun 1 døgn behandling havde meget mindre effekt.

Da det blev evident at vores Nix kure slet ikke virkede mere, hverken første, anden eller tredje gang vi udskrev kuren, blev vi nød til at overveje alternative muligheder for



Indlagt patient med infantil fnat. Heldigvis er svovlvaselin grundlæggende ufarligt for mennesker. Og det kan derfor anvendes også på de helt små babyer.

behandling. Da vi ønsker at bibeholde Stromectol til at behandle vores svageste patienter (Indlagte, nyopererede, immunsupprimerede og patienter på alderdomshjem som er i risiko for at udvikle skorpefnat/norsk fnat), valgte vi i samarbejde med landsapoteket at prøve at bestille magistret fremstillet svovlvaselin. Svovlvaselin bliver ikke produceret eller markedsført i Danmark.

Det blev i første omgang til bare 30 tuber, men det viste sig hurtigt, at ingen af de patienter som blev behandlet med svovlvaselin kom tilbage igen med recidiv og desuden svandt deres hudsymptomer ganske hurtigt efter de 3 døgn behandling. Så fik vi travlt med at lave 1.-valget om til 10% svovlvaselin og vi har siden da ikke haft en eneste patient i DIS med recidiv.

Men behandlingen med svovlvaselin er en besværlig behandling. Den klistrede og let ildelugtende vaselin skal påsmøres efter bad hver aften i 3 dage i træk. Og det skal sidde på kroppen hele døgnet i alle 3 dage. Det er bøvlet og det kræver en grundig instruktion hvis det skal gøres korrekt og vi har skrevet en patientvejledning som vi har måttet tilpasse den grønlandske befolkning og selvfølgelig har lavet på både dansk og grønlandsk. Og fordi at fnat smitter ved tæt kontakt har vi en ekstra udfordring i at vi her i Grønland ofte bor mange sammen og lever tættere sammen end i Danmark. Vi skal typisk udskrive mange tuber til hver familie der jo skal behandles samtidig for ikke at de skal gensmitte hinanden. Apoteket har svært ved at følge med og det er dyrt for sundhedsvæsenet. Men vi har lige nu optimisme for at vores svovlvaselin virker ved første behandling og at vi snart kan få epidemien overstået. Så har vi forventeligt mindst 30 år til næste store udbrud.



Lægernes efter- og videreuddannelsesordning

Hans Chr Florian Sørensen, Sygehuset Tasiilaq

I tillæg til overenskomsten findes bestemmelserne om lægernes efter- og videreuddannelses ordning. Det er en ordning der har eksisteret i over 3 overenskomst perioder som minimum og sikrer alle fastansatte læger, med mere end 1 års ansættelse, midler og tjenestefrihed til ”efter- og videreuddannelsesvirksomhed m.v. der skal være til gavn for det grønlandske sundhedsvæsen og relevant for den pågældende læge...”. Det er essensen i aftalen om lægernes personlige uddannelsesfond.

Dertil indeholder ordningen lægernes Fælles uddannelsesfond som har meget vide rammer for tildeling af midler til efter- og videreuddannelse, således at også vikarer og læger med mindre end 1 års ansættelse kan ansøge om midlerne.

Aftalerne om efter- og videreuddannelse indeholder bestemmelser der fastslår at midler der ikke er anvendt indenfor et kalenderår er helt eller delvist tabte. I hvert fald for de personlige kursus midlers vedkommende. Det er aktuelt et stort problem på grund af COVID19 restriktionerne. Oprindeligt var disse bestemmelser konstrueret med henblik på at motivere de enkelte læger til hvert år at søge efter- og videreuddannelse, således at det faglige niveau i Grønland kunne bedres eller i det mindste opretholdes.

Nu er vi i en situation hvor de personlige midler er tabte pr. 1.01.2021.

Derfor har Lægeforeningen forsøgt at etablere en dialog med Sundhedsledelsen og ASA, som er lægeforeningens forhandlingsberettigede modpart.

Lægeforeningens forslag går ud på at det økonomiske loft for fællesfonden fjernes for en begrænset periode og at man samtidig anlægger en endnu mere favnende fortolkning af anvendelsesmulighederne for fællesfondens midler, således at lægerne, når COVID19 situationen bedres, har mulighed for at indhente noget af det tabte.

I skrivende stund er der intet konkret resultat af disse for-

slag, men Sundhedsledelsen og Lægeforeningen har startet en dialog, hvor Sundhedsledelsen udtrykker forståelse for forslaget om midlertidig fjernelse af Fællesfondens økonomiske loft. Samtidig afventer vi svar fra ASA på vores anmodning om den midlertidige ændring af Fællesfondens bestemmelser.

Der er dog ikke megen tid tilbage inden året er gået og slaget om kursus midlerne vil være tabt. Samtidig er der stor risiko for, at COVID19 restriktionerne fortsætter i 2021.

Uanset hvorledes det går med de aktuelle planer, så giver dette anledning til en indtrængende opfordring fra lægeforeningen til alle vores medlemmer: Brug jeres kursus rettigheder! Og husk at det er jeres ret – og pligt – til efter og videreuddannelse. I må selv bestemme hvad det er I ansøger om. Jo, det skal være relevant for både den enkelte læge og for det grønlandske sundhedsvæsen, men det er ikke midler der kan disponeres af Sundhedsledelsen. Konkrete forslag fra Lægeforeningen aktuelt, under de givne restriktioner på udrejse, kunne være kliniske ophold på andre steder/afdelinger i Grønland, relevant selvstudie, e-learningkurser eller for eksempel adgange til artikellæsning.

Lægerne i Grønland har et særligt behov, og en særlig forpligtigelse til, at efter- og videreuddanne sig. Vi er få, har mange patienter og mange af os arbejder i små og fjerntliggende enheder. Det stiller også krav til lægens nærmeste leder, der skal godkende en kursusansøgning. Den nærmeste leder skal ikke tage stilling til det faglige indhold, men alene om enhedens drift kan klare lægens fravær. Vurderingen af den faglige relevans tager videreuddannelsesudvalget sig af.

Lægeforeningen vil gøre alt hvad der står i vores magt for at vi bibeholder og meget gerne forbedrer vores efter- og videreuddannelses ordning. Vi vil holde fast i, at det fortsat skal være den enkelte læge der bestemmer over sine personlige kursusmidler og vi vil arbejde for at fællesfondens midler i større grad kan anvendes til gavn for alle læger i Grønland.

Hvorfor deltagelse i Kulturnatten er en god idé

Desværre er kulturnat 2021 aflyst, Vi ser frem til næste kulturnat med dette indlæg fra kulturnatten 2020

Medicinske udtryk og medicinsk forståelse er for menigmand det samme uoverstigelige volapyk som matematik er for mange. Om en infektion skyldes en virus eller en bakterie er for den almindelige borger hip som hap. Langt de fleste mennesker har ingen som helst idé om forskellen – eller om der i det hele taget er en forskel.

Når vi sundhedspersoner snakker om at bakterier kan behandles med antibiotika mens virus ikke kan – så går folks hjerner i stå, begynder at springe informationer over og holder op med at fungere som de normale læringsprocessor de ellers er. Når almindelige borgere bliver syge vil de bare have hjælp til at blive raske hurtigst muligt – altså medicin = antibiotika.

De går skuffede hjem fra lægen eller sygeplejersken når de ikke har fået penicillin, men derimod ”bare en snak om virus og et par panodiler i hånden”.

Her næsten 100 år efter opdagelsen af antibiotika har de fleste mennesker stadig ikke en klar forståelse for hvad mikroorganismer er – ej heller hvordan antibiotika fungerer. De har heller ikke det store overblik over hvordan man forebygger smitte eller hvordan og hvorfor vacciner virker. (det går dog lidt bedre med forståelsen af forebyggelse efter corona udbruddet).

Vi ved fra utallige skoleundersøgelser, at den matematiske forståelse fremmes ved leg og ved at skolebørnene ved at bruge sin egen krop til leg og rollespil øger den spatielle og den logiske forståelse og tankegang der skal til for at kunne følge den matematiske formel.

Min overbevisning er at nøjagtig det samme gør sig gældende for hvordan vi kan lære den almindelige ikke-faglærte borger at forstå de forholdsvis komplicerede forhold vi dagligt beskæftiger os med i den lægelige dagligdag.

Derfor valgte vi at deltage i kulturnatten i Nuuk i år med et lille ”kammerspil” der skulle få de besøgende gæster til nysgerrigt og uden den normale hjerneblokering at tænke og fundere over de forhold som gør sig gældende for mikroorganismer. I dette tilfælde holdt vi os specifikt til virus.

Vi lavede en lille detektivhistorie om en patient der kom ind til lægen med forskellige symptomer, men desværre endte med at dø af sin sygdom. Mysteriet på DIS gik så ud på at de besøgende inddelt i hold skulle finde clues til

at opklare hvad der var sket. Undervejs fik de lov til at prøve forskellige ting på egen krop. Og i samarbejde med vores sundhedsfaglige aktører diskutere betydningen af f.eks. feber og blodtryk – hoste og spredning af virus – hvor sidder de indre organer (arrangeret som torso puslespil)? – håndvask og god hygiejne osv. De fleste besøgende var i stand til at deducere sig frem til at patienten var død af en ”frygtelig” virus – netop fordi vi ikke havde antibiotika til at behandle patienten med.

Efterfølgende fik deltagerne udleveret et multiple choice spørgeskema om det som de lige havde oplevet og lært om. Der var flere hundrede familier som diskuterede og svarede på spørgsmålene inden de gik videre ud i Kulturnatten.

Dette foregik på DIS (lægeklinikken) i Nuuk på kulturnatten den 23. januar 2020. Ca. 2 dage før at WHO holdt sit første hastemøde om coronakrisen i Kina. Og ca. 14 dage før covid-19 spredte sig til resten af verden. Det var den helt rigtige timing.

Regionslæge på DIS Nuuk, Lone Storgaard Hove



Sushi og grønlandsk tangsalat: data fra et randomiseret middagsselskab – SUIT undersøgelsen

Paneeraq Noahsen, Inaluk Kleist, Helene Matilde Larsen, Peter Laurberg, Stig Andersen, Grønlands Universitet & Aalborg Universitetshospital, Arctic Health Research Centre

Formål

At undersøge effekten på jodudskillelsen og stofskiftet af et enkelt sushimåltid. Sushi består af tang, som har et højt indhold af jod. Jodindtagelse er essentielt for thyroidea-funktionen. På grund af tangs høje indhold af jod kan det mistænkes, at sushi påvirker thyroidea-funktionen.

Materiale og metoder

Vi serverede sushi og tang til undersøgelsespopula-tionen, som blev randomiseret til 3 grupper, for hvem der blev serveret hhv.: a) Sushi uden salat; b) Sushi og grøn-landsk tangsalat; c) Sushi og japansk tangsalat. Der blev opsamlet urin og blodprøver med standard teknik. Vi målte jod og creatinin i urinprøverne, og thyrotropin/TSH, thy-roxin/T4 og thyroidea-peroxidase antistof/TPOAb i serum. Alle fik lavet ultralyd af thyroidea.

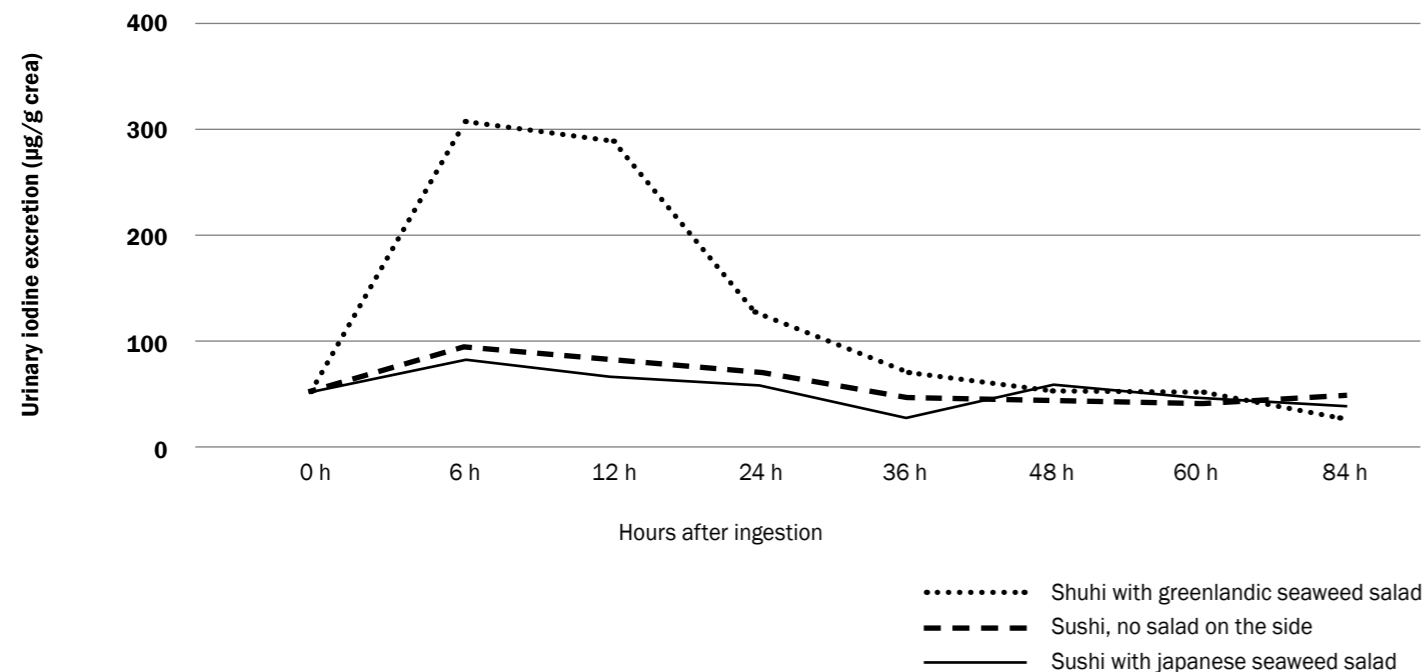
Resultater

Undersøgelsespopulation bestod af 9 personer, median al-der 30 år. Ingen tog jodholdige præparater i undersøgelses-

perioden. To havde hhv en lille cyste og en lille knude i thyroidea. TPOAb var negativ hos alle. TSH og T4 var in-denfor referenceområdet ved alle målinger og basis urinjod var mellem 45 og 128 µg/g creatinin (UIE). Et sushi måltid øgede UIE fra 75 til 116 µg/g (p<0,001). Tillægget af ja-pansk hhv grønlandsk tangsalat øgede jodudskillelsen med 19 hhv. 287 µg/g. Serum TSH steg fra 1,48 til 1,81 mU/L umiddelbart efter måltidet, men s-T4 var uændret under jod-load. Variationen steg for både s-T4 og s-TSH, men as-sociationen mellem jod og disse var normal.

Konklusion

Deltagerne havde som udgangspunkt let jodmangel. Ind-tagelse af sushi øgede jodudskillelsen markant. Japansk tangsalat havde minimal jod effekt, mens grønlandsk tang-salat gav jodindtagelse 2-3x det anbefalede niveau. Der var øget variation i T4 og TSH, men kun normal effekt på thyroidea af et sushi måltid med tangsalat, hvorfor et besøg på en sushi restaurant ikke kan frarådes.



Iodine in Edible Seaweed, Its Absorption, Dietary Use, and Relation to Iodine Nutrition in Arctic People

Stig Andersen, Paneeraq Noahsen, Karsten F Rex, Hans Christian Florian-Sørensen, Gert Mulvad

Dietary iodine is important to human health, and both low and high iodine intake levels increase the risk of disease. Seaweed is rich in iodine and it is a common component in both Asian and in Arctic cuisines. While the intake and impact are known for Asian people, data are lacking for Arctic people. We aimed to (1) measure iodine content of dietary seaweeds in Greenland, (2) estimate iodine absorp-tion, and (3) assess the impact on iodine intake in Arctic people. A hunter in East Greenland donated household seaweed for (1) measurement of iodine content and (2) in-gestion of 45 g by each of eight individuals with subse-quent urine collections. (3) In Ammassalik, 96% of 50-

69-year-old Inuit reported on the frequency of intake of seaweed and provided a spot urine sample for iodine mea-surement. Seaweed species provided were and . (1) The iodine content was 47 and 102 mg/g, respectively. (2) An estimated 1.1 and 1.9 mg of the ingested 2.1 and 4.6 of io-dine in seaweed were excreted in the urine within 2 days. (3) More than two in three Inuit reported some dietary use, and 41% (109 of 268) reported a weekly intake of dietary seaweed, which was associated with iodine excretion. In conclusion, the iodine content of edible seaweeds in the Arctic is very high and bioavailable. Dietary intake con-tributed to the recommended iodine intake level, but marked variation in iodine excretion calls for evaluation of the im-pact on thyroid function.

Lancet Commission on Arctic Health

Kommissionens grønlandske medlemmer

Gert Mulvad

Læge Dronning Ingrid's Sundheds Center

Grønlands Center for Sundhedsforskning, Ilisimatusarfik

Karsten Rex

Læge Medicinsk afdeling DIH Grønlands Center for Sund-

hedsforskning, Ilisimatusarfik

Gitte Adler Reimer

Rektor Ilisimatusarfik

Christina Viskum Lytken Larsen,

Arctic Fulbright Scholar Senior forsker Grønlands

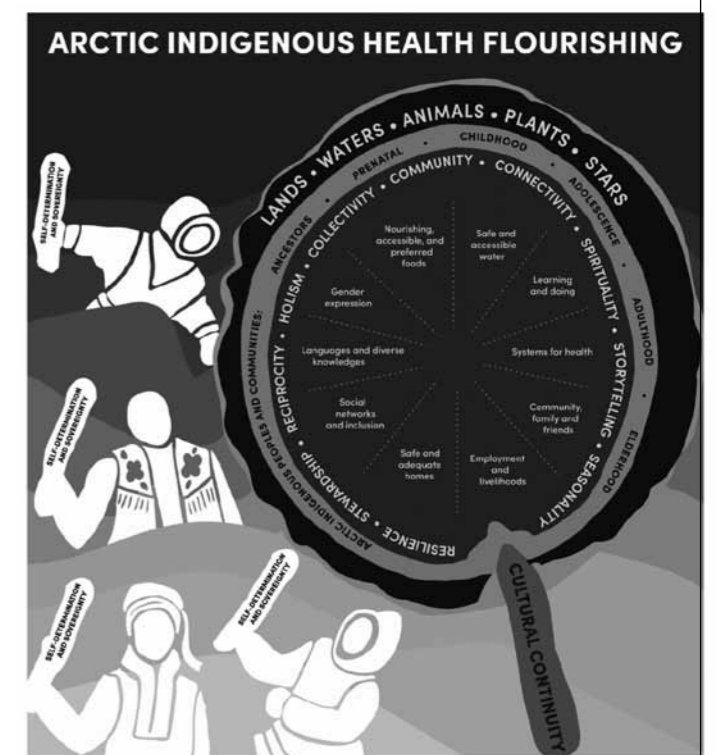
Center for Sundhedsforskning, Ilisimatusarfik.

What Makes a Lancet Commission Great?

1. Develop a compelling story with a strong narrative and visual presence
2. Convey bold messages that are provocative
3. Provide actionable conclusions that outline responsibilities and call people to action
4. Be optimistic and foster hope for the future

Conceptual Framework

The following is the most recent version of the conceptual framework which will guide the writing of the commission re-port, and within which its solutions and recommendations will be grounded.



Tang fra Grønland

Globalt er tang en yndet og helt almindelig spise.

I Grønland har der også tilbage i tiden været tradition for brug af tang og stadig indgår tang i madlavningen i mange familier.

Fagligt er tang også interessant som en kilde til jodindtag, se abstract fra grønlandsk læger omkring dette emne.

Den grønlandske tang har mange muligheder og her billed-

mæssigt inspireres til brug af den grønlandske tang med det let tilgængelige sukkertang, langstilket blad tang og søl.

Bruges til saltudvinding salt udkrystalliseres på tang stængler, tørres til chips, granuleres til krydderi, til bagning, i smør, til fiskesuppen, til det blødkogte æg samt til Mattaq.

God fornøjelse med den grønlandske tang.



Søl plukkes



Søl til tørring



Granuleret søl i smør og indbagt knækbrød



Tørret sukkertang og langstilket bladtang, kan benyttes til chips eller granuleres til krydderi