



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægekredsforening

Nummer 2. 2014 - 39. Årgang



Lægedage Nuuk 2014

Formandens klumme	3	Afdeling for Miljø og Råstoffer ved	
Lægeugen 2014	4	Naturinstituttet, Pinngortitaleriffik	12
Ultralyd og ALSO kursus	4	Familiær disposition for Mamma/Ovarie- Cancer	
Fagligt lægeforum	5	i Grønland	13
Medicinsk afdeling har nu også fået en		Vitamin D og børn	15
grønlandsk født overlæge	6	Kommentar til Vitamin D og børn	17
Endnu en ualmindelig dag... ..	8	Autoimmun diabetes er sjældent i Grønland	18
Litteraturdatabaser	9	Lokale livsstilskurser	20
Grønlandske sygeplejersker fortæller.		Medfødte misdannelser og andre medfødte	
Anmeldelse	10	lidelser	21
Tiltrædelsesforelæsning som nyudnævnt		Fedme og former	22
professor	10	Forekomst af slagtilfælde	24
Tiltrædelsesforelæsninger ved Iisimatusarfik ...	11	Gonore er fortsat en stor udfordring	26

Nakorsanut

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

Redaktion:

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

Layout: Tegnestuen Tita, www.tita.gl

Oplag: 500

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, Nuuk. 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.

Generalforsamling i Grønlands Lægeförening

Skrevet af Jacob Kanstrup

Slå kryds i kalenderen: Der bliver GeneralForsamling **fredag d. 17. Oktober 2014**. GF afholdes i konference-lokalerne på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

Tidspunkt og tidsplan bliver meddelt senere pr. mail.

Som en appetit-vækker tilbyder LægeFöreningen et kursus dagen før GF. Det bliver **torsdag d. 16. oktober, kl. 12.00 – 17.30**. Kurset indeholder en træning og læring om ”intravaskulær adgang på børn”.

2 nyuddannede grønlandske læger

Heidi Egede Noasen og Anna Jacobsen har netop afsluttet lægeeksamen på Aarhus Universitet, og vender hjem til Grønland, for at starte på KBU stilling på DIH.

De ønskes stort tillykke og velkommen.

Formandens Klumme

Videreuddannelse af vores yngre læger er vigtigt. Det er vigtigt som en del af de tiltag der skal sikre rekruttering af læger udefra. Det er vores erfaring at mange af de læger der har gennemgået den almenmedicinske speciallægeuddannelse i Grønland vælger at blive i landet. Videreuddannelse af vores yngre læger er om muligt endnu vigtigere for at sikre videreuddannelsesmuligheder til de efterhånden mange Grønlandske læger som efter 6-10 års lægestudie i udlandet vender hjem. Skal vi sige til dem: ”beklager min ven du må lige tage 6-8 år mere i udlandet hvis du vil sikre dig en speciallægeuddannelse”

Jeg er sikker på at det store flertal helt op til højeste politiske niveau vil være enig med os i at sikring af videreuddannelsesmulighederne i Grønland for vores unge læger er en sag der bør prioriteres meget højt.

Alligevel har vi nu oplevet at overenskomstafdelingen har lagt en bombe under vores unge lægers videreuddannelsessystem.

Vi har de sidste 15 år heroppe med stor succes uddannet læger i almenmedicin. Forudsætningen for at uddannelsesforløbene godkendes af sundhedsstyrelsen i Danmark er at der er sikret supervision af færdiguddannede almenmedicinske læger, herunder også supervision af almenmedicinske læger under vagter i almen praksis. På DIS i Nuuk var der indtil 1/1-2014 etableret en bagvagtsordning, der bla sikrede lægerne denne supervision i vagterne. På kystsygehusene blev supervisionen sikret ved at de færdiguddannede læger uhonoreret agerede bagvagt. Bagvagtsordningen på DIS blev opsagt af overenskomstafdelingen den 1/1-2014. Grønlands lægeforening har forhandlet med overenskomstafdelingen for at finde en afløsning på den opsagte bagvagtsordningen. Vores oplæg var en ordning der også ville sikre formaliseret supervision for læger ansat i uddannelsesstillinger på kysten. De samlede udgifter til vores forslag lå langt under de udgifter man hidtil havde haft til bagvagtsordningen på DIS. Uddannelsesstillingerne er ikke defineret i syghusenes og DIS normeringer, men etableres ved at en stilling til en færdiguddannet læge for en periode konverteres til en uddannelsesstilling. Ordningen ville til og med kunne finansieres alene ud fra lønforskellen mellem speciallægelønnen og den uddannelsessøgende læges løn. Alligevel afbrød overenskomstafdelingen forhandlingen med henvisning til at ordningen ikke kunne accepteres på grund af økonomien i forslaget.

Det er region syddanmarks videreuddannelsesudvalg der godkender de Grønlandske uddannelsesforløb. Det har været en lang og sej kamp at nå til hvor vi er nu hvor vi ikke alene kan tilbyde den fulde speciallægeuddannelse i almen medicin, men også kan tilbyde dele af uddannelsen i hospitalsspecialerne. Det er fortsat en kamp, hvor vi jævnligt konfronteres med nye krav om dokumentation for at uddannelsesforløbene lever op til de gældende standarder. Vi har en absolut ikke en ubegrundet frygt for at region syddanmark fremover ikke vil godkende vores uddannelsesforløb, når det kommer dem for øre, at der er manglende supervision under vagterne. I sidste ende er det jo også patienternes ret til et kvalificeret behandlingstilbud, der står på spil. Det har de krav på, også når de henvender sig ud på aftenen og om natten.

Vi er fuldt ud forstående for landets begrænsede ressourcer, og har som sådan også accepteret et lønfejlsløb på ca 30% i forhold til lønniveauet i Danmark og det øvrige Norden. Dette til trods for at udligning af denne lønkløft væsentlig ville forbedre rekrutteringen, der som den er nu, er overordentlig vanskelig.

Vi er til gengæld fortørnede over at overenskomstafdeling og dermed også departement vælger at spille hasard med yngre lægers videreuddannelse, velvidende at udgiften for indførelsen af bagvagtsfunktionen hviler i sig selv når man som ovenfor anført tager i betragtning at uddannelsesstillingerne i stedet skal besættes med færdiguddannede specialelæger.

Jeg har svært ved at se hvordan dette ligger i tråd med landets overordnede politiske ønske om øget selvstændighed og uafhængighed af tilkaldt arbejdskraft.

Vi opfordrer overenskomstafdelingen og sundhedsdepartementet til at tage sagen op til fornyet overvejelse.

Jeg kan love medlemmerne at Grønlands lægeforening fortsætter kampen.

Med håb om en god Sommer

Ole Lind

Formand

Nakorsat Kattuffiat

Grønlands lægeforening

Skrevet af Jacob Kanstrup

I maj, uge 22 i 2014 har Grønlands LægeForening afholdt LægeUge. Det er faktisk første gang, at det lykkedes at samle lægerne i Grønland til et stort fagligt arrangement af denne karakter. Selvfølgelig undtaget NunaMed 2013. Men det at lave LægeUge 2014 er et vigtigt første-gangs-projekt.

Under LægeUgen blev afholdt TO kurser: Først var det to dage med "ALSO = Advanced Life Support in Obstetrics". Det er nu 3. gang, der inviteres til ALSO. Og i dagene derefter et meget velbesøgt kursus i avanceret ultralyd: "Ultralyd 2014 i Grønland".

LægeUgen 2014 har været i forberedelse i næsten et år. Projektet har været omfattende og startede allerede i august 2013.

LægeForeningen vil gerne takke alle, der har medvirket til at gøre denne uge i maj 2014 til en succes:

- 1) SL – SundhedsLedelsen for positiv opbakning: SL meldte tidligt ud, at der kunne skrues ned til vagtberedskab i kursusdagene.
- 2) Kantine og kantineleder Jens Ligaard: Vi indgik en ny aftale om mad og drikke og forsyninger tre gange på hver kursusdag. Fire dage i træk, og med frokost i kantinen.
- 3) Service-afdelingen: Kurserne fik hjælp og fin service med en god indsats – og frisk morgenkaffe.
- 4) Medico-teknik: Vi havde lavet en aftale om 4-døgns-akuthjælp. Det kom vi til at gøre stor brug af: Ikke mindst tak til Bo Tegen Nielsen (selv på en helligdag). Bo reddede vores UltralydKursus, da AV-teknikken var umedgørlig.
- 5) Senge-afdelingen: Tak for hjælp med mange senge og undersøgelses-lejer.

Samlet har i alt 40 læger/kursister deltaget på de 4 undervisningsdage ☺

Skrevet af Jacob Kanstrup

I maj 2014 har Lægeforeningen afviklet et kursus i Ultralyd for Læger. Kurset blev afholdt 29. og 30. maj.

Kurset blev udbudt i januar 2014, og interessen var stor. Egentligt havde vi planlagt et kursus med 12-14 deltagere, men tilmeldingerne kom hastigt. Det er positivt at opleve så stor interesse for et læge-kursus. Til slut endte vi med 26 deltagende læger fra hele Grønland.

Hele 12 ultralyds-apparater var det lykkedes at få samlet sammen, og deraf havde Santax særskilt sendt to store kasser herop indeholdende 4 apparater. Tak ☺

Underviserne på dette kursus var Overlægerne Lars Bolvig og Ulrich Fredberg:

To ultralyds-specialister, der har beskæftiget sig med dette i hele deres læge-karrierer. Med så mange læger (26) som kursister, blev der delt i to hold: Én dag koncentreret omkring den musculo-skeletale ultralyd med Dr. Ulrich Fredberg – og én dag med Dr. Lars Bolvig med den akutte ultralyd: FAST og FATE.

Som Lars Bolvig sagde: "Ultralyd er IKKE fremtiden – det er nutiden". Som læger i Grønland kan vi erkende: Det er nu, at ultralyd er vores virkelighed – det er nu, at ultralyd skal være en fast del af vores kliniske praksis.

ALSO kursus 2014

I dagene 27-28/5 blev det tredje Grønlandske ALSO kursus afholdt 14 læger, jordemødre og fødselsassistenter deltog.

ALSO er et intensivt kursus hvor kursisten understøttes med kompetencer til håndtering af akutte obstetriske situationer.

Ole Lind

Overlæge

Gynækologisk Obstetrisk afd.

Fagligt Lægeforum

Vi er mange læger på DIH/DIS, som arbejder hver for sig og sjældent mødes, selvom vi ofte arbejder omkring de samme patienter og egentlig er afhængige af hinanden i det daglige.

For at mødes indbyrdes og stimulere til et godt faglig undervisningsmiljø på DIH/DIS, er vi en gruppe læger som vil starte fælles undervisning med faglige emner, der har interesse og relevans for de fleste.

Disse faglige lægemøder er, som navnet angiver for læger og afholdes **sidste tirsdag i hver måned i konference-lokale 1 kl 14.30-15.30.**

Der vil være ca. 45 min undervisning og efterfølgende tid til spørgsmål og diskussion. Undervisningerne vil fordeles mellem afdelingerne.

For at komme i gang før sommeren blev første undervisning gennemført

Tirsdag den 17. juni kl. 14.30

Emnet er FORBRÆNDINGER v. anæstesi-læge Jacob Kanstrup DIH.

Jacob Kanstrup.



Undervisningstidspunkterne er for efteråret:

26. august 2014

Kir afd – Simon (Simon A: Colon-rektal cancer).

30. september 2014

Med afdeling Uka (Folmer Lynggaard: Nyresvigt og uræmi).

28. oktober 2014

Gitte H. Drachmann (Indlægsholder? Tema?).

25. november 2014

Parnûna H. Olesen (Indlægsholder? Tema?).

Håber det kan blive et godt indspil i hverdagen og glæder os til at se jer.

Med venlig hilsen

*Parnûna H. Olesen (psyk afd), Gitte H. Drachmann (DIS)
Gert Mulvad (DIS), Simon B. Andersen (kir afd) & Uka
Wilhelm Geisler (med afd)*

Medicinsk afdeling har nu også fået en grønland

Ved Brita Bjerregaard Jensen, kollega og dansk overlæge medicinsk afdeling, DIH.

I anledning af, at Uka pr. 1. maj 2014 blev ansat som overlæge og speciallæge i både almen medicin, intern medicin og hjertesygdomme ved Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk har jeg spurgt Uka om hendes vej til den nye rolle og hendes tanker om lægearbejdet, Grønland og fremtiden for Sundhedsvæsenet i Grønland .

Uka er født og opvokset i Grønland, nærmere betegnet i Kangaatsiaq, hvor hendes far var præst. Hun begyndte også i skole i byen, men drog som 7-årig til Danmark, hvor hun var i 20 år. Uka har aldrig tvivlet på at hun ville hjem til Grønland igen. Efter gymnasiet var Uka tilbage i Kangaatsiaq et år, hvor hun kun blev endnu mere overbevist om, at hjem – det skulle hun.

Så da Uka var færdig som læge, blev hun som en af de første ansat i blokstilling i Nuuk, det vil sige at hele uddannelsen til distriktslæge kunne tages her. Herefter var tanken, at Uka skulle arbejde som distriktslæge, men skæbnen ville, at hun kom tilbage til medicinsk afdeling på DIH og fandt ud af, at det var det rigtige.

Men hun ville mere. Så Uka drog med sin grønlandske mand og 4 børn til Norge, hvor hun var indtil 2013 og det var der, hun fik sine to nye specialuddannelser. Det er altså en særdeles bredt uddannet og kvalificeret overlæge, som DIH kan glæde sig over.

Det eneste Uka synes, hun mangler, er at prøve at arbejde på kysten, men hun er nu begyndt at tage på kystbesøg, hvor hun især tager sig af hjertepatienterne.

Forresten har Uka heller aldrig arbejdet i Danmark!

Du er jo en af de første i den nye generation af grønlandere, hvor mange får akademiker-uddannelser. Hvad tror du er medvirkende til, at der kom denne udvikling?

Der kom jo politisk fokus på, at vi skulle kunne mere her i Grønland. Men specielt opbygningen af de gymnasiale uddannelser har været rigtig positiv, og de unge stimulerer jo også hinanden til at se, at ting kan lade sig gøre.

Hvorfor valgte du at tage til Norge?

Det var af to vigtige grunde. Den ene var, at vores familieliv med 4 børn skulle hænge sammen og hensynet til min mand, som tog det store arbejde med at tilpasse børnene til livet i udlandet, men samtidig kunne han blive ved med at dyrke sin interesse for fjeldlivet og den store natur. Den anden grund var, at jeg i Trondheim i Norge kunne blive i den samme by og få hele uddannelsen, mens det i Danmark er nødvendigt at være på 2-3 forskellige hospitaler i forskellige byer.

Hvordan kan vi som læger her i DIH være med til at fremme/sikre sundheden i Grønland?

Vi kunne blive mere synlige, vi kunne deltage i debatter og oplysningsprogrammer. Vi repræsenterer jo en meget bred viden fra mange specialer. Og vi ved der er en vis autoritetstro hos grønlanderne, og det kunne bruges positivt til at vejlede befolkningen om sundhed og sygdom.

Hvilke ønsker og visioner kunne du have for DIH og Det grønlandske Sundhedsvæsen?

For os her på Dronning Ingrid's Hospital drejer det sig ikke kun om akut behandling.

Vi skal arbejde på med al vores viden, at vi hele tiden har den enkelte patient i fokus, så man faktisk kan give en målrettet personlig behandling.

Det er min erfaring fra Norge, at man kan nå dette ved at være læger fra flere specialer eller underspecialer, som mødes omkring en patientsituation, hvor man så drøfter de forskellige behandlingsmuligheder.

Vi skal arbejde for at få en større gruppe af faste læger, fordi lægernes viden indenfor de enkelte specialer har udviklet sig så kolossalt.

Så længe vi ikke har det, vil jeg ønske, at vi kan etablere flere konsulentfunktioner med Rigshospitalet eller andre dygtige specialafdelinger – for eksempel indenfor mit eget område med specialister indenfor børn med hjertesygdomme. Det skulle være en fast funktion, der ville gøre, at lægerne også fik nogle, der forstod de særlige vilkår i Grønland.

andsk født overlæge – Uka Wilhelm Geisler

Vi skal også acceptere og bruge al den viden vi får udefra – for eksempel fra de forskellige vikarierende læger, vi har her, som noget positivt, og ikke tro vi kan alt selv – endnu.

Vi skal udbygge de blokstillinger vi har og sikre at de læger, som får uddannelse her, får en bred viden om resten af sundhedsvæsnet på kysten, for eksempel ved at man skal arbejde 1 år på kysten, så vi dels udveksler viden, men også får større forståelse for hinandens arbejdsvilkår – det er det jeg savner mest fra min egen uddannelse, at jeg aldrig har nået at arbejde på kysten.

Jeg vil også ønske, at man med de få faste læger, der er på kysten, ville arbejde for, at de lokale sundhedshjælpere, sundhedsassistenter og faste sygeplejersker fik mulighed for at opretholde deres viden med efter/videreuddannelse og bedre løn og arbejdsvilkår, de er en uundværlig del af sundhedsvæsnet.

Der er jo også et liv udenfor lægearbejdet, hvad med det?
Jeg deltager aktivt med skolebestyrelsesarbejdet, da uddannelse for grønlænderne er det allervigtigste fokusområde, og den gode skolegang og vejen til uddannelse begynder allerede i 1. klasse.

Hele familien er vild med naturen, og det blev ikke mindre af årene i Norge. Jeg undrer mig over, at Nuuk borgerne er så meget byboere, jeg ville ønske, at de brugte fjeldene og naturen omkring os meget mere.

Fagligt lægeforum Uka og Jacob.



Endnu en ualmindelig dag.....

Uka Wilhjelm Geisler – Kardiolog på Medicinsk Afdeling

Jeg vil skrive om en almindelig dag på arbejdet – give et indtryk af, hvad vi fordriver tiden med på medicinsk afdeling og ikke mindst et billede af, hvad der sker med patienter, som kommer i vore hænder. Første dag med en lille blok i lommen og små notater løbende indtil kl. 10 – så havde jeg glemt alt om det og godt det samme, det var en lidt kaotisk dag. Næste dag var for atypisk, da min datter blev syg og jeg måtte gå hjem, tredje dag ikke repræsentativ... sådan går dagene og må sande, at der ingen almindelige dage findes.

...Og fjerdedagen, i sådan lidt ”ugeskrift for læger”-stil bliver så en af de mange ualmindelige dage, som I skal høre om.

Kl. 06.30

Vågner ved at Iphonen vibrerer under hovedpuden. Sætter mig ved vinduet med avisen og kaffen og går en tur med hunden... er det ikke sådan de plejer at starte, de der læger i Danmark? Her er hverken avis eller hund, men Araba-kaffen er der. En 10 årig, der græder og ikke vil i skole, fordi de skal have matematik og som jeg bare forlader. Kaffen bliver aldrig drukket op. Verdens mest præcise bus transporterer mig fra den ene ende af byen til den anden på 9 minutter – jeg er en af Nuuks moderne pendlere.

Kl. 08.15

Medicinsk morgenmøde – kommer altid som en af de sidste, der er allerede 13 omkring bordet inkl de medicinstuderende fra Danmark – min plads findes ikke, men jeg presser mig ind, der hvor den plejer at være. Spændt på at høre om vagten, for jeg havde haft min første rigtige akutte evakuering som ny overlæge – en sepsis patient, som trods 10 liter ilt/minut stadig havde stort iltbehov og ilten i hans by var ved at slippe op; at han også var en rhinopharyngs-cancer patient med stridor, havde jeg i telefonen enten overhørt eller glemt igen og det var vel hele humlen. Hmm, det er stadig vigtigt med god kommunikation og den lyttende læge – også i telefonen, så fik jeg lært det – igen. Super dygtige, arbejdssomme reservelæger refererer døgnets begivenheder og kommenterende, underviserende overlæger kendetegner vores afdeling og fællesmøder.

Kl. 08.45

Det er aldrig lykket os at komme til tiden på Røntgenkonferencen. I dag er der 33 billeder og undersøgelser, som skal gennemgås. Heldigvis har vi en røntgenlægevikar, som krydrer den slaviske gennemgang og billederne af de mange ”sure gamle lunger”, som hun kalder dem. Jeg må forlade konferencen 3 gange pga opringer, men får vist det vigtigste med.

Kl. 10.00

Ambulatoriedagen er startet, dem har jeg har mange af og dem kan jeg godt lide. Aldrende mænd med iskæmisk hjertesygdom og yngre damer med hjertebanken. Pacemaker-test og event- aflæsninger afløst af ekkokardiografier både fra byen og de indeliggende patienter; håber på en enkel udeblivelse, så jeg kan nå en af de 8 ekkokardiografier, som ligger og venter. Den ene har altså ventet 4 dage og en anden skal på operationsbordet om 3 timer... anæstesen vil ikke operere uden, at han har fået lavet ekkokardiografi.

Min sygeplejerske i ambulatoriet i dag er superbruger i vores nye EPJ-system COSMIC, hun lærer mig at printe recepter ud fra patienternes elektroniske medicinliste. Det bliver den håndskrevne receipts død i dag. Bliver pludselig kaldt på operationsafdelingen, hvor de lægger en pacemaker, den testes og har en fin tærskelværdi og lav modstand i ventrikel-ledningen – lige som den skal være. Det fungerer godt samarbejdet med kirurgerne og for en mediciner er det godt at se lidt blod indimellem. Det skal ikke blive sidste gang i dag, at jeg støder ind i kirurgerne.

Kl. 13.00

Ambulatorieprogrammet blev sprængt og jeg kommer en halv time for sent til middagskonferencen. Sniger mig ubemærket ind på min plads. Med lavt blodsukker og konfirmation om 1 uge bliver det til et par absencer. Jeg må huske at gå lidt før i dag, skal snakke med vinsælgeren og købe vin til konfirmationen.

Kl.14.00

Tilbage i ambulatoriet står der kaffe og saft til mig. En patient med ledsymptomer, normale blodprøver og masser af symptomer, umuligt at få specificeret – ”bare over det hele” udbryder hun for 3.gang – jeg kan ikke finde noget objektivt. Der er taget en masse specielle blodprøver af

nogen, som er klogere end mig og gudskelov er der ikke svar på dem alle endnu. Hun køber den – vi må jo vide, hvad hun fejler inden vi kan give hende behandling. Reddet på målstregen – ny tid om 2 måneder. Får afviklet ambulatoriet og patienten der skal til operation, men når ingen ekkokardiografier fra afdelingen.

KL.15.30

Går ud af sygehuset og det føles som den første forårsdag i Nuuk. Køber vin til konfirmationen og tager nogle af flaskerne med hjem – ved busstoppestedet kommer busen ikke, den som ellers altid er så præcis. Telefonen ringer, de har brug for en akut ekkokardiografi på skadestuen – bussen har påkørt en cyklist. I fuld firspring med poser fulde af klirrende vinflasker, løber jeg ned mod skadestuen – et kønt, men nødvendigt, syn – når jeg at tænke. Kommer frem og møder kirurgerne igen, de er i gang med åben thorakotomi. Stor aktivitet og mange mennesker – ordproget siger ”stilhed før storm”, men da det hele afsluttes er stemningen nu ”stilhed efter storm”.

KL.17.11

Busserne kører igen, som om intet er sket; for mange er det ikke nogen almindelig dag og for mig en af de evige ualmindelige arbejdsdage. På vej hjem virker det uendelig ligegyldigt, hvilken vin de får til konfirmationen; men jeg glæder mig til at komme på arbejde igen til endnu en ualmindelig dag.



Uka.

Litteraturredatabaser

Jeg har nu fornøjelsen at kunne fortælle jer, at vi er nået til vejs ende med etablering af adgange til litteraturredatabaserne. Jeg har i dag fået bekræftelse på det sidste forlag samt TDnet som administrerer link-resolveren om at alle adgange er konfigureret og på plads.

For at få adgang til databaserne, skal man benytte følgende tre links:

Link til TDnet's link resolver:

<http://www.tdnet.com/defnet>

Her fra kan man søge i følgende databaser: British Medical Journals, EBSCO, Wiley, Clinical Key – Elsevier, Springer samt Talyer & Francis Journals.

Cochrane nås via linket <http://www.cochrane.dk/>

PubMed nås via linket:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Jeg har testet, at jeg kan nå alle tre links og ser ud til at have adgang fra sundhedsvæsenet. Da adgangene er baseret på IP adresser og er bundet til de IP adresser i har oplyst mig, skal jeg bede jer teste fra jeres egne organisationer og vende tilbage til mig hvis der eventuelt skulle være problemer. Husk at adgangene kun fungerer så længe befinder jeg på et sted der benytter de IP adresser i har oplyst mig.

For sundhedsvæsenets vedkommende vil jeg nu tage fat i Allan Iversen og sikre at vi får lagt et menupunkt til litteraturredatabaserne in på vores intranet, men for de øvrige organisationer skal i selv tage de nødvendige skridt til at kommunikere ud omkring adgangene.

Det har været en lang proces, men jeg håber nu, at alle vores brugere i de respektive organisationer får glæde af de nye muligheder for litteratradgang.

Med venlig hilsen,

Martin Dombernowsky

Grønlandske sygeplejersker fortæller

De grønlandske sygeplejersker skal fejres, det er et af formålene med denne bog. Et andet er at beskrive sygeplejen i Grønland set fra grønlandske sygeplejerskes perspektiv. Det gøres i 11 unikke selvbiografiske kapitler, forfattet af grønlandske sygeplejersker som giver en bred beskrivelse af hvad det vil sige at være sygeplejerske i Grønland, af sygeplejefaget og de mange muligheder der eksisterer for en karriere inden for sygeplejen i Grønland.

Forfatterne beskriver det livsbekræftende, ufordrende og somme tider belastende ved at være sygeplejerske i Grønland. Derudover beskriver de hvordan det har været at være blandt de første uddannede grønlandske sygeplejersker, kampen for at opnå respekt som grønlandsk faggruppe, og hvordan et flerkulturelt sundhedssystem kan være både besværligt og berigende. Med yderligere tre kapitler som giver en historisk og nutidig beskrivelse af sygeplejeuddannelsen og sygeplejen i Grønland, kan bogen bruges som inspiration for nye studerende og som kilde til oplysning for udefrakommende sygeplejersker om sygeplejen og sygeplejerskerne i Grønland.



Tiltrædelsesforelæsning som nyudnævnt professor

Preben Homøe holdt d. 11. april 2014 sin tiltrædelsesforelæsning som nyudnævnt professor i øre-næse-halssygdomme i Auditoriet på Køge Universitetssygehus. Indholdet og titlen afspejlede i høj grad Prebens store engagement for øre-næse-halsfaget i Grønland. For et fyldt auditorium courserede Preben om sin grønlandsrelaterede forskning og de milepæle, der er nået gennem de sidste 20 år. Titlen var: Fra Kipling til Høeg, over Paleontologi og Biofilm til Konfirmandinden og verdenrekorder i Mellemeøresygdomme.

Nævnes kan det, at Preben i sin tid som ung tjente til studierne som portør ved netop Køge Sygehus, hvor han også efter endt eksamen havde sine første ansættelser, inden han valgte øre-næse-halslægeuddannelsen på Rigshospitalet. Gennem årene har Preben bibeholdt sin bopæl i Køge, ligesom han i Køge Badminton-klub gennem en årrække dyrkede sin badmintonkarriere på eliteplan. Nævnes kan det også, at Øre-Næse-Halsafdelingen i Køge er landets næststørste, kun overgået af den tilsvarende afdeling på RH.

Der var mange rosende ord og lykønskninger fra Københavns Universitet, Sygehusregion Sjælland og fra den gamle afdeling på RH. Nakorsanuts udsendte medarbejder var også mødt frem for at sige PILLUARIT.

René Birger Christensen



Foto: Lisbet Lyager

Tiltrædelsesforelæsninger ved Ilisimatusarfik

ILISIMATUSARFIK Grønlands Universitet.

Tiltrædelsesforelæsninger

I auditoriet på Ilimarfik fredag d 9/5 kl 13-16

Kl. 13.00 velkomst

Kl. 13.05 Tiltrædelsesforelæsning professor Lise Hounsgaard.

Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab

Titel: **Sygeplejeforskning er kommet for at blive i Grønland**

Forelæsningen uddyber forskeruddannelsesinitiativer ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab og trækker på forskningsprojekter som har afsæt i sundhedsfaglige problemstillinger i Grønland med overvejende feltarbejde som forskningstilgang. Desuden kigger jeg i krystalkuglen som forskningsleder og professor ved instituttet med ansvar for praksisnær og anvendelsesorienteret forskning.

Kl. 13.45 Tiltrædelsesforelæsning adjungeret professor Peter Bjerregaard.

Grønlands Center for Sundhedsforskning.

Titel: **35 års forskning i folkesundhed i Grønland.**

Forelæsningen er en personlig rejse rundt i det grønlandske forskningslandskab og geografiske landskab. Folkesundhed er et bredt tema, og den nyudnævnte adjungerede professor har fornøjelsen af at være ansvarlig for forskning i de store folkesundhedsproblemer i Grønland. Det begyndte i Upernavik, og det var en tidligere Landslæge, der uforvarende satte det hele i gang. I 1980'erne var der fokus på analyser af dødsårsager; i 1990'erne blev samarbejdet omkring Befolkningsundersøgelserne etableret med det nyoprettede Direktorat for Sundhed; i 2000'erne blev dette samarbejde udbygget og formaliseret, og i 2010'erne er fokus vendt mod Inuuneritta, risikoadfærd og psykisk helbred.

Kl. 14.40 Tiltrædelsesforelæsning adjungeret lektor Henning Slot Pedersen.

Grønlands Center for Sundhedsforskning.

Titel: **Kalaalimerngit – en hjertesag**

Med den traditionelle grønlandske kost som omdrejningspunkt gennemgås udviklingen siden 1982 af forskningen i hjertesygdomme, knogleskørhed, truslen med giftige kemikalier og senest klimaforandringer. Kost og miljø hænger tæt sammen, rent vand og et rent ude- og indemiljø er ligeledes essentielt for sundheden nu og i fremtiden. Hvordan forskning omkring kost og kemi kan bidrage til sundhed. For den enkelte og for samfundet.

Kl. 15.20 Tiltrædelsesforelæsning adjungeret klinisk lektor Michael Lyng Pedersen.

Grønlands Center for Sundhedsforskning.

Titel: **Sundhedstjenesteforskning i Grønland**

Forelæsningen fokuserer på sundhedstjenesteforskning og kvalitetsudvikling

Indenfor sundhedsvæsenet i Grønland. Gennem eksempler illustreres forskellige forskningsmæssige og uddannelses tiltag indenfor sundhedsvæsenet. De fremadrettede styrkede muligheder for forskning, uddannelse, kompetanceopbygning og kvalitetsudvikling belyses.



Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Ilisimatusarfik, Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab.

De først professorer og lektorer er nu tilknyttet GCS, d. 9/5 2014 blev der afholdt tiltrædelsesforelæsninger.

Afdeling for Miljø og Råstoffer ved Naturinstituttet, Pinngortitaleriffik

Tale af bestyrelsesformanden for Pinngortitaleriffik Gert Mulvad ved det officielle åbning af Afdelingen for Miljø og Råstoffer i Pinngortitaleriffik den 26. maj 2014.

Kære gæster og ansatte her på instituttet.

Som formand for Pinngortitaleriffiks bestyrelse byder jeg jer hjertelig velkommen til denne reception i forbindelse med indvielsen af den nye faglige afdeling i instituttet.

Afdelingen har fået navnet Afdeling for Miljø og Råstoffer og vi – både bestyrelsen og instituttets personale – er rigtig stolte over, at det er lykkedes os at få afdelingen op at stå. Det betyder jo for os, at vi forsat er i udvikling og har viljen til at søge nye veje og ikke mindst udvide vores horisont.

Med oprettelsen af afdelingen har vi påtaget os et stort ansvar. For ikke nok med, at vi skal opbygge viden inden for miljøområdet forpligter det også os, at den viden og kunnen, vi opbygger, er mindst på højde med DCE's ekspertise på området.

Det er faktisk ret sigende, at det netop i år er 40 år siden, det daværende Grønlands Miljøundersøgelser i dag omdøbt til DCE, Nationalt Center for Miljø og Energi, Aarhus Universitet, startede med miljøundersøgelser i Grønland. Pioneren inden for området seniorforsker Poul Johansen er netop for nylig gået på pension. Det er der-

for i den anledning passende, at takke Poul for den store indsats, han har ydet for Grønland og i særdeleshed Pinngortitaleriffik.

Det er faktisk en kæmpe stor ekspertise GM og senere DCE har opbygget i de 40 år, og den ekspertise kan vi ikke blot over få år flytte til Grønland. Det vil kræve fornuftig omtanke om hele processen og ikke mindst snilde.

Men, med åbningen af den nye afdeling har vi taget et skridt. Et vigtigt og et naturligt skridt at tage for både Pinngortitaleriffik og Grønland. Vi vil også gerne udvikle os, og på sigt vil vi selv kunne klare ansvaret med miljørådgivningen. Vi kan jo ikke blive ved med at overlade ansvaret på det område til andre uden for Grønland.

Derfor er vi taknemmelige for den støtte, vi har fået fra fondene Oak Foundation og VILLUM Fonden over de kommende 3 år. Den tillid I har udvist, vil vi leve op til, og vi skal gøre vores yderste for at indfri de ønsker, I nærer for os.

Her til sidst vil jeg lykønske personalet i Pinngortitaleriffik med det, de har opnået i dag. Det er stort og med den dygtighed I fortsat yder, er jeg sikker på, at det nok – også på den front – skal lykkes jer. Stort tillykke til jer og ikke mindst tillykke til Grønland med det skridt, der er taget.

Qujanaq.



Naturinstituttet og Universitetet

Familiær disposition for Mamma/Ovarie- Cancer i Grønland

*Ole Lind
Overlæge
Gyn/Obst Afd. DIH*

Det har i mange år været kendt at der er familier med ophobning af bryst og ovariecancer. I 90'erne fandt man at mutationer i det der senere blev kaldt BRCA 1 og BRCA 2 generne gav anledning til en øget risiko. Der var dog stadig familier med ophobning af MC/OC som ikke havde mutationer, og man har siden fundet mutationer i andre gener der ligeledes giver anledning til en øget risiko. Disse dog ikke i så høj grad som det er tilfældet for BRCA generne. Der er på verdensplan hidtil fundet mere end 1500 mutationer, der hver især er dominerende forskellige steder i verden.

Der opstår hele tiden beskadigelse af cellernes DNA. BRCA generne koder for proteiner der indgår i reparationen af disse defekter. Når reparationsprocessen ikke fungerer optimalt øges risikoen for udvikling af kræftceller. Der er forskel på hvor meget de enkelte mutationer ændrer på proteinerne, og derfor er der også forskel på kræfttrisikoen for de enkelte mutationer, men det anslås at der ca er en livstidsrisiko på 80% for at få MC eller OC. Risikoen for MC er betydelig større end for OC. I Grønland har vi fundet 2 BRCA1 foundermutationer der unikke for Grønland. Den ene mutation har vi hidtil kun fundet i 2 små familier, som kan føres tilbage til at stamme fra Hunde Island. Mutationen er derfor formodentlig forholdsvis nyopstået. Den anden mutation er udbredt i mange familier over hele Grønland, men der er en ophobning i familierne på østkysten hvor den formentlig er opstået. Endvidere har vi hidtil fundet en enkelt familie som har en dansk BRCA 2 mutation.

Vores tal er endnu for små til at vi kan beregne livstidsrisikoen, men det er vores indtryk at risikoen er noget lavere, og at risikoen er større for at få OC end ved andre mutationer. Vi vil forhåbentlig, hvis den centrale registrering af BRCA undersøgelserne fortsætter, på et tidspunkt, kunne sætte tal på disse ting.

Der er indtil nu kun lavet en enkelt undersøgelse som viser at den østgrønlandske mutation findes hos ca 1% af befolkningen. Siden 2012 er vi begyndt at screene alle nyopdagede mamma/ovariecancer patienter. 2-3 årligt har vist sig at være positive. 454 patienter er hidtil BRCA undersøgt hvoraf 135 fordelt på 39 familier har vist sig at

være positive. 63 af disse er registreret til en eller anden form for screening.

BRCA mutationerne er dominant arvelige. De BRCA positive er heterocytot positive. Der er mig bekendt i litteraturen kun beskrevet 1 tilfælde der var homocytot positiv, som havde multiple misdannelser. Tilstanden er formodentlig i de fleste tilfælde lethal. Den BRCA positive vil derfor videreføre sit raske gen til 50% sine børn, og det syge gen ligeledes til 50% til sine børn. Et barn af en BRCA positiv som selv er påvist BRCA negativ kan ikke videreføre videreføre genet til sine børn. Vedkommende behøver derfor ikke bekymre sig om sine efterkommere, dog med det forbehold at de jo selvfølgelig kan arve genet hvis partneren er positiv. Omvendt bør en BRCA positiv få undersøgt sine børn. Man skal være 18 år og myndig før at undersøgelsen kan tilbydes. BRCA undersøgelsen er ikke gratis. For tiden er prisen knap 4.000 kr for en undersøgelse for en af de Grønlandske foundermutationer og det dobbelte hvis der skal undersøges for begge. Endelig koster en fuld undersøgelse for alle BRCA 1/2 mutationerne ca 14.000 kr. Det sidste kan være indiceret hvis der massiv disposition for MC/OC. Der har været år hvor de samlede udgifter til undersøgelserne har ligget omkring 400.000 kr. Vi arbejder på at få priserne på undersøgelserne ned.

De BRCA positive kvinder tilbydes screening med mammografi hvert 2 år fra 30 års alderen. Alternativet er profylaktisk mastectomi, som nogle vælger. Det er også et tilbud i det Grønlandske sundhedsvæsen. Det bør dog kun vælges efter nøje overvejelse da det er voldsomt indgreb der påvirker både fysisk og psykisk. Der er mange teknikker til dette både med og uden rekonstruktion, og nye kommer løbende til så det vil være for omfattende at komme ind på dette her. Patienterne vil typisk blive henvist den plastikkirurgiske konsulent som vurderer hvilken teknik der er bedst egnet for patienten. Mammografien udføres aktuelt på Rigshospitalet, men i henhold til kræftplanen arbejdes der på at hjemtage dette. Undertegnede henviser i juni og december dem der skal mammograferes det næste halve år.

De BRCA positive kvinder tilbydes endvidere gynækologisk undersøgelse med Ultralyd og blodprøve med CA-125 en gang årligt, enten ved rejsende gynækolog eller i gynækologisk ambulatorium på DIH. Endvidere tilbydes



Ole Lind.

profylaktisk salpingooforectomi (BSO) senest omkring menopausen, men også gerne tidligere når patienten har fået sine børn. Det har vist sig at BSO, ud over at reducere risikoen for ovariecancer, også reducerer risikoen for at få mammacancer. Effekten er størst hos de BRCA 1 positive, som det jo er tilfældet for de fleste BRCA positive i Grønland, hvor risikoen reduceres med op til 70 %. Dette er en ganske betragtelig reduktion, så vi er blevet mere aggressive med at tilbyde BSO til patienter helt ned til 30 års alderen, forudsat at de har fået de børn de ønsker. De kan efterfølgende hormon substitueres frem til 45-50 års alderen.

BRCA positive mænd har en let forhøjet risiko for at få mammacancer (ca 1% livstidsrisiko). Man tilbyder ikke screening, men det er klart at en knude i brystet skal fjernes så snart den opdages. Endvidere er der let øget risiko for pancreas og prostatacancer, men denne øgning er størst hos de BRCA 2 positive, der som bekendt indtil nu kun findes hos en enkelt familie. Mænd kan som anført ovenfor videregive genet til sine børn, så hvis han har store børn kan det være indiceret at få ham undersøgt helst før man går i gang med at undersøge børnene. Han kan jo være negativ, og yderligere undersøgelse af familiegrenen vil derfor være overflødig.

Jeg overtog området fra Torben Myrhøj i 2011. Siden da har vi som ovenfor anført indført screening af alle de

nyopdagede MC/OC patienter. Vi håber på denne måde med tiden at få fanget alle de afficerede familier. Når en ny familie opdages forsøger vi at få relevante familiedømmer indkaldt til undersøgelse. Dette bør i princippet ske ved at den BRCA positive patient informerer sine pårørende om at de kan kontakte sundhedsvæsenet mhp råd og vejledning samt evt blodprøve. Det giver den enkelte en mulighed for at sige fra for at lade sig undersøge. Det kan være en psykisk belastning at have kendskab til den øgede risiko. Nogle vælger ikke at ville kende til det, og det må man respektere. I dette arbejde har jeg haft stor hjælp af interesserede læger på kystsygehusene, som har indkaldt og undersøgt potentielle bærere. En stor tak til jer alle, og en speciel stor tak til Doris Palvio i Tasiilaq som har lagt mange timer i at udforske stamtræer og indkalde patienter i den region, hvor incidensen utvivlsomt ligger langt over gennemsnittet.

I Danmark henvises alle patienter til samtale med speciallæge på en klinisk genetisk afdeling inden blodprøvetagning. Her i Grønland bliver der på eget initiativ lavet mange undersøgelser på kystsygehusene. De fleste er relevante, men der er en del eksempler på overflødige undersøgelser af patienter hvor faderen eller moderen allerede er testet negativ, eller hvor der er undersøgt for begge de Grønlandske foundermutationer, hvor det kun havde været nødvendigt at undersøge for familiens mutation. Endelig er der nogle der på et meget tyndt grundlag får lavet en fuld screening der som ovenfor anført koster 14.000 kr. Undertegnede får kopi af alle svarene. Det kan være et detektivarbejde at finde ud af hvorfor prøven er taget og hvilken familie patienten tilhører. Det er ikke altid der er notat i æskulap om dette. Jeg ville derfor være jer dybt taknemmelig hvis I inden blodprøvetagning kontakter mig pr mail. Det ville lette mit arbejde betydeligt, og det ville også kunne bidrage til at nedbringe udgifterne til undersøgelserne der som ovenfor nævnt enkelte år har ligget omkring 400.000 kr. Jeg forsøger at svare hurtigt på henvendelser, men der kan gå nogen tid i ferie/kursus perioder.

Har I spørgsmål er I altid velkomne til at kontakte mig.

Ole Lind
Overlæge, Gyn/Obst Afd DIH
E-mail: oli@peqqik.gl

Vitamin D og børn

Jan Færk, Qaqortoq Sygehus

På grund af Grønlands nordlige beliggenhed har flere interesseret sig for D-vitamin. Der er to kilder til D-vitamin: sollys og kost. D-vitamin dannes i huden under påvirkning af UVB stråler. Solen skal have en vis højde på himlen for at UVB strålerne kan trænge gennem atmosfæren. Grønlands nordlige beliggenhed gør, at det kun er få måneder af året (maj – september), hvor det er muligt at danne D-vitamin i huden. Det kolde klima gør tillige, at kun en begrænset del af huden (ansigt og hænder) får sol.

Desværre har der ikke været megen interesse omkring børn, selv om børn altid er en oplagt del af befolkningen at undersøge, hvis man interesserer sig for mangel på næringsstoffer. For børn gælder det nemlig ikke bare om at dække et basalt behov, der skal også næring til vækst og udvikling.

D-vitamin er mest kendt for sin rolle i knogleopbygningen, og mangel på D-vitamin fører som bekendt til rakitis (engelsk syge) og deraf følgende reduceret vækst og ”knoglemisdannelser” i form af genu varus (og i nogle tilfælde også genu valgus). Man skal ikke opholde sig mange timer i Grønland for at opdage at en stor del af den ældre befolkning har haft rakitis som børn. Men har grønlandske børn i dag også D-vitamin mangel?

Vi har undersøgt en del børn i Sydgrønland (Qaqortoq, Nanortalik, Narsaq og nogle bygder) for bl. a. D-vitamin status og jern-status. Børnene var mellem 1 og 16 år gamle, men langt de fleste var over 10 år. Her er fokus kun på D-vitamin. De komplekse forhold omkring jern må vente til en senere udgave af Nakorsanut. Vi har startet med at se på børn med vækst og udviklingsproblemer, og de havde alle lavt D-vitamin i blodet. Det har ført til at vi fik målt D-vitamin status systematisk på 52 skolebørn. Resultaterne er vist i tabellen. D-vitamin status vurderes ud fra S-25 OHD, og normal værdi angives at være > 50 nmol/l. Det er i sig en kontroversiel værdi, og f.eks. de canadiske sundhedsmyndigheder anbefaler 25-OHD > 75

nmol/l. Alle målte værdier hos de undersøgte børn – uanset symptomer og årstid – var < 50 nmol med en spredning fra 0 – 45 nmol/l

Vi er ikke færdige med at afklare problemets omfang, idet der bl.a. mangler flere målinger på mindre børn og gravide, og der mangler en detaljeret analyse af kostindtaget.

D-vitamin og barnets udvikling

D-vitamin er ikke kun interessant i forhold til knoglemineralisering og vækst. Det spiller utvivlsomt en rolle i immunforsvaret og der har været mange spekulationer omkring D-vitamins rolle i forhold til f.eks. udvikling af kræft, hjertekarsygdomme, sukkersyge og skizofreni, men ingen af disse eventuelle sammenhænge er solidt velunderbyggede. I forhold til børn er det derimod interessant at se på D-vitamins indflydelse på den mentale udvikling. To meget store studier fra henholdsvis Spanien (1) og Australien (2) har set på sammenhængen mellem D-vitamin status hos gravide i første halvdel af graviditeten og barnets senere udvikling. I det spanske studie fandt man en signifikant lineær sammenhæng mellem moderens 25-OHD niveau og barnets mentale og psykomotoriske udvikling i 1 – 2 års alderen (vurderet ved Bayley Development Scale, som er en anerkendt metode), og i det australske studie fandt man en lineær sammenhæng mellem moderens 25-OHD niveau og barnets sproglige udvikling i 5 – 10 års alderen. Det var store undersøgelser med tilsammen mere end 2.500 mor-barn par. Noget tyder altså på, at vi også skal interessere os for de gravides D-vitamin status og måske især for de unge kvinders status før de bliver gravide, da vitamintilskud til gravide ofte først indledes efter de grundlæggende strukturer i fosterets hjerne er udviklet og det nuværende anbefalede vitamintilskud alligevel ikke er nok til at rette op på en mangeltilstand. Der er også D-vitamin mangel i Spanien og Australien, men slet ikke så udtalt, som i Grønland, så man må formode uden at vi kan vide det med sikkerhed, at grønland-

Antal børn	Alder (gennemsnit) – år	25-OHD (gennemsnit) – nmol/l
Alle undersøgte: 97	12	17
Systematisk undersøgte: 52	12 ½	15

ske børns mentale udvikling i endnu højere grad påvirkes negativt af D-vitamin mangel. Man kan jo ikke helt vide, om det specifikt er mangel på D-vitamin, der er årsag til de følgevirkninger man kan påvise, eller D-vitamin mangel bare er et udtryk for, at der også er andre mangler, som der bare ikke er ledt efter.

Behandling

Sundhedsstyrelsen i Danmark (som ikke forholder sig til Grønland) anbefaler 10 mikrogram sv.t. 400 IE D-vitamin til børn under 2 år (D-dråber), til gravide og til børn, der bærer en tildækkende påklædning om sommeren. D-vitamin med calcium anbefales kun til voksne (osteoporose forebyggende).

Disse anbefalinger er formentlig helt utilstrækkelige til grønlandske forhold. Det er tænkeligt, at grønlandske børn også skal have calcium sammen med D-vitamin, da calciumindtaget generelt er lavt. For en del af de børn, hvor vi har målt 25-OHD, har vi også målt calcium-ion, som også har været lavt. Calcium-ion er ikke et pålideligt mål for calciumstatus (dertil kræves f.eks. DEXA-scanning), da calcium-ion koncentrationen er nøje reguleret bl.a. af parathyreoideahormon. Men at børnene ikke kan opretholde et normalt S-calciumion er i sig selv et alarmende tegn.

For børn med 25-OHD mellem 12 og 50 nmol/l kan man roligt give min. 800 IE (20 mikrogram) D-vitamin dagligt i min. 6 måneder. For børn med 25-OHD < 12 nmol/l bør man nok give 1400 IE (35 mikrogram) D-vitamin dagligt i 6 måneder. 25-OHD bør kontrolleres – helst i vintermånederne, hvor 25-OHD med størst sandsynlighed er lavest. Man skal være opmærksom på store complianceproblemer, da børnene (og forældrene) har vænnet sig mangeltilstanden, så der skal jævnlige spørgsmål til indtaget.

Forebyggelse

Det vigtigste til sidst. D-vitamin mangel kan forebygges gennem solseksposition i sommermånederne. 15 – 30 minutters sol i ansigt på hænder, arme og ben 3 gange om ugen er tilstrækkeligt, men virker altså kun især i juni, juli og august. Vigtigste kostindtag i Grønland er fed fisk dvs. hellefisk, laks og vel også snart makrel og sild. Torskelever er også godt. Der er også D-vitamin i sæl og hval, men desværre også alt for mange giftstoffer (fra den globale forurening), så hverken sæl eller hval bør være

hovedkilden til D-vitamin hos børn og gravide.

- (1) Morales E. et al: Circulating 25-Hydroxyvitamin D3 in Pregnancy and Infant Neuropsychological Development. *Pediatrics* 2012; 130(4):913-920.
- (2) Whitehouse AJO et al: Maternal Serum Vitamin D Levels During Pregnancy and Offspring Neurocognitive Development. *Pediatrics* 2012; 129(1):485-493.



Kommentar til Vitamin D hos børn

Inga Hjuler, Britta Olsen, Hanne Lyngge Rex & Stig Andersen, Dronning Ingrid's Hospital

Vitamin D har globalt fået meget opmærksomhed de seneste år, og vi glæder os over John Færks artikel, der støtter berettiget fokus på emnet. Vi vil knytte et par kommentarer til artiklen.

Grønland ligger så langt mod nord, at man skulle forvente et meget begrænset bidrag fra solen. Det er dog ikke tilfældet (1), og der er rimelige niveauer af vitamin D hos voksne (2,3). Der er dog ikke systematisk viden om, hvordan det ser ud hos børn.

Det er derfor positivt, at der er lavet en systematisk undersøgelse af 52 skolebørn. Det kunne være fint med information om, hvorvidt det var alle skolebørn, hvordan de var udvalgt, og lignende. Ikke desto mindre er den rapporterede middelværdi af vitamin D i serum på 15 nM lav. Men hvilket niveau skal der sigtes imod?

Anbefalingerne vedrørende vitamin D niveau baseres på konsensus-beslutninger, som hviler på begrænsede data. Om der skal stiles mod et niveau på 100, 75, 50 eller 25 nM i serum er således et valg. Det er veldokumenteret, at der ved vitamin D under 20 nM opstår muskulære symptomer. Ligeledes associerer variationer i vitamin D niveau under 50 nM med PTH, hvilket med rimelighed kan tolkes således, at mængden af tilgængeligt calcium er kompromitteret. Således er de danske anbefalinger, at der tilrådes vitamin D niveau på 50 nM i serum.

Betydningen af lavt D-vitamin for en række andre sygdomme og organsystemer er beskrevet ved associationsstudier. Disse fortæller ikke noget om årsager, og skal derfor tolkes varsomt. F.eks. har patienter med reumatoid artrit lavere vitamin D end raske. Denne association er velbeskrevet, men afklarer ikke årsagen: skyldes det sygdommen i sig selv, eller er det blot fordi de syge løber færre ture, og dermed er mindre udendørs i solen? Randomiserede studier med vitamin D har ikke kunnet dokumentere effekt på andet end muskler og knogler, selv om associationsstudier har foreslået det. Mental effekt

hos voksne er således udeblevet i randomiserede studier (4), selv om de var til stede i associationsstudier (5). Derfor må der rådes til varsom tolkning af betydningen af lavt D-vitamin også for den mentale udvikling hos børn før der kommer randomiserede studier.

JF beskriver, at calcium indtaget er lavt. Dette kan mistænkes ud fra traditionel kost, men dennes betydning er aftagende, især hos gravide og små børn. Pædiater Britta Olsen har således set på calcium hos 70 børn henvist til børneambulatoriet på DIH med en række forskellige sygdomme. Ingen havde lavt calcium trods lavt vitamin D (middelværdi 24 nM i serum). Det er ikke afgørende beviser, men tyder i hvert fald ikke på, at lavt calcium er et større problem.

Som John Færk skriver, det vigtigste til sidst: For at overholde anbefalingerne om vitamin D er det vigtigt, at der gives tilskud af vitamin D til børnene: 10 mikrogram dagligt til alle i første leveår, og længere ved begrænset eksponering for sollys. De nødvendige tiltag for at sikre dette kan kun støttes.

- (1) Andersen S et al. Vitamin D status in North Greenland is influenced by diet and season: indicators of dermal 25-hydroxy vitamin D production north of the Arctic Circle. *Br J Nutr* 2013, 110, 50-7.
- (2) Andersen S et al. Vitamin D status in Greenland is influenced by diet and ethnicity: a population-based survey in an Arctic society in transition. *Br J Nutr* 2013, 109, 928-35.
- (3) Rejnmark L et al. Vitamin D insufficiency in Greenlanders on a westernized fare: ethnic differences in calcitropic hormones between Greenlanders and Danes. *Calcif Tissue Int* 2004, 74, 255-63.
- (4) Kjærgaard M et al. Effect of vitamin D supplement on depression scores in people with low levels of serum 25-hydroxyvitamin D: nested case-control study and randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2012, 201, 360-8.
- (5) Kjærgaard M et al. Low serum 25-hydroxyvitamin D levels are associated with depression in an adult Norwegian population. *Psychiatry Res* 2011, 190, 221-5.

Autoimmun diabetes er



Michael Lynge Pedersen, Peter Bjerregaard, Marit Eika Jørgensen

Introduktion

Diabetes er på verdensplan blevet en af de hyppigste ikke smitsomme sygdomme. Specielt er der indenfor de sidste 10-15 år sket en fordobling i antallet af tilfælde. Tidligere var diabetes nærmest ikke eksisterende i Grønland. Dette har ligeledes ændret sig markant, således at diabetes idag er en almindelig forekommende sygdom. Ændringen har været sat i forbindelse med hurtig ændring af samfundet fra et traditionelt Inuit samfund til mere et vestlig domineret samfund. Insulin resistens relateret til overvægt og fysisk inaktivitet har på verdensplan og i Grønland været opfattet som hoved årsagen den stigende diabetes forekomst. Imidlertid er utilstrækkelig insulin produktion også blevet erkendt som en mulig forklaring på den stigende forekomst specielt blandt asiatiske befolkninger. Det er muligt, at også utilstrækkelig insulin produktion kan være en del af forklaringen til den stigende forekomst af diabetes i Grønland. Autoimmunitet, hvor kroppens egne antistoffer, tilintetgør de insulin producerende celler, kan således være en af forklaringerne. De såkaldte GAD antistoffer (glutamin-acid-decarboxylase antistoffer), som er indvolveret i destrueringen af de insulin producerende celler findes således hos 90 % af patienter med type 1 diabetes (absolut insulin mangel). De findes imidlertid også hos 5-10 % af patienter med type 2 diabetes (relativ insulin mangel). Forekomsten af autoimmune antistoffer blandt grønlandske diabetes patienter er imidlertid ukendt. Formålet med dette studie var derfor at sammenligne forekomsten af GAD antistoffer blandt

grønlandere med diabetes og alders og køn matchede grupper af grønlandere med forskellig glukose tolerance.

Metode

Studiepopulationen bestod dels af deltagere fra befolkningsundersøgelsen (Gruppe 1) og dels af patienter med diabetes tilknyttet Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk (Gruppe 2). Kun grønlandske voksne over 18 år bosiddende i Grønland blev inkluderet.

Befolkningsundersøgelsen blev udført blandt tilfældigt udvalgte voksne grønlandere bosiddende i Grønland. Deltagerne gennemgik et interview, hvor oplysning om køn, alder, diabetes blev indsamlet ligesom der blev foretaget en blodprøve. Endelig gennemgik deltagerne en standardiseret glukose belastning (75 g glukose). På basis af glukose belastningen blev deltagerne inddelt i fire grupper: 1) normal glukose belastning (NGT) 2) med moderat forhøjet faste glukose (IFG) 3) nedast glukose tolerance (IGT) og endelig 4) tidligere uerkendt diabetes (DM). Personer med kendt diabetes fik ikke foretaget glukosebelastning. Der blev endvidere foretaget bestemmelse af GAD antistoffer samt insulin og proinsulin på alle deltagerne.

Patienter med klinisk diabetes tilknyttet Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk blev tilbudt undersøgelse for GAD antistoffer i forbindelse med deres rutinekontrol. For nærmere beskrivelse af metoderne henvises til reference 1.

Resultat

Halvtreds personer med kendt diabetes (4 med type 1 og 46 med type 2) i Nuuk (Gruppe 2) blev inkluderet i studiet.

sjældnen i Grønland

et sammen med 43 personer med kendt diabetes fra befolkningsundersøgelsen (Gruppe 1). Der blev således inkluderet ialt 93 personer med kendt diabetes. Herudover blev der inkluderet 124 personer med normal glukosebelastning, 103 med moderat forhøjet faste glukose, 113 med nedsat glukose tolerance og endelig 101 personer, som på basis af glukosebelastningen havde diabetes (nyopdaget DM). Basis data for de fem grupper fremgår af tabel 1. Det ses, at der findes stigende vægt (Body-MassIndex) gennem grupperne med tiltagende forværret glukosebelastning. Ligeledes ses højere værdier af insulin og proinsulin gennem grupperne med undtagelse af gruppen med kendt diabetes.

I alt havde 6 personer forekomst af GAD antistoffer, 4 personer med kendt diabetes svarende til en forekomst på 4,3 % og mindre end 1 % blandt personer uden kendt diabetes. To ud af fire personer med type 1 diabetes havde GAD antistoffer.

Diskussion

Forekomsten af GAD antistoffer både blandt grønlandske patienter med diabetes (4.3 %) og blandt grønlandere uden

diabetes (1 %) er lav, hvilket indikerer at diabetes i Grønland sjældent skyldes autoimmunitet. Dette er i overensstemmelse med en ældre undersøgelse blandt Inuit i Alaska, hvor der ligeledes påvist lav forekomst af autoimmun diabetes. De observerede lavere BMI, insulin og proinsulin niveauer hos personer med normal glukosebelastning sammenlignet med personer med nedsat glukose tolerance antyder, at overvægtsrelateret insulin resistens er hovedmekanismen bag diabetes forekomsten i Grønland. Blandt patienter med fænotypisk type 1 diabetes kan autoimmunitet dog godt spille en væsentlig rolle, idet 2 ud af 4 type 1 diabetes patienter havde GAD antistoffer i blodet.

Udvidet abstrakt baseret på nedstående reference:

GAD65 antibodies among Greenland Inuit and its relation to glucose intolerance.

Pedersen ML, Bjerregaard P, Jørgensen ME. Acta Diabetol. 2014 Feb 19.

Tabel 1. Basis data for studie populationen, middelværdier eller procenter.

	Normal (NGT)	Øget faste glukose (IGF)	Nedsat glukose tolerande (IGT)	Nyopdaget diabetes	Kendt diabetes
N	124	103	113	101	93
Alder (år)	57	58	57	58	58
Mænd (%)	42	37	41	34	30
Faste glukose mmol/l	5,2	6,3	6,5	7,3	7,1
2 timer glukose mmol/l	5,5	6,3	9,1	11,2	8,3
Faste proinsulin pmol/l	448	627	628	656	733
2 timer proinsulin pmol/l	1860	2172	3218	2870	2274
Faste insulin pmol/l	27	41	47	46	54
2 timer insulin pmol/l	107	125	299	271	150
BMI (kg/m ²)	25	27	28	28	31
HbA1c (%)	5,7	5,9	5,8	6,1	7,2
GAD positiv (%)	0,8	0	0,9	0	4,3

LOKALE LIVSSTILSKURSER

LivsstilsGruppen har de seneste 6 år afholdt årskurser for sundhedspersonale i det grønlandske sundhedsvæsen. Først i diabetesprogrammet og siden 2011 i Livsstilsambulatoriefunktionen. Kurserne har hidtil været afholdt i Nuuk i lokaler ved Institut for Sygepleje og Sundhed, Grønlands Universitet.

På baggrund af ønske fra tidligere kursister, samt formodning om endnu større deltagelse afholdes kurset lokalt i sundhedsregionerne i 2014.

Der har indtil nu været afholdt kursus for personalet fra Livsstilsambulatoriet på Dronning Ingrid's Sundhedscenter i april, i Ilulissat i maj måned og i Sisimiut i juni måned. I september går turen til Region Kujalleq.

Status

Kurset i Ilulissat for **Region Avannaa** og **Region Disko** havde i alt 16 deltagere fra 7 byer og 5 bygder. Kurset var



Ilulissat maj 2014 - hold 2

opdelt i to hold i hhv. et grønlandsk- og dansksproget hold. Kurset i Sisimiut for Region Qeqqa havde i alt 23 deltagere fra 2 byer og 5 bygder. Også på dette kursus var deltagerne opdelt i to hold.

Vi ser frem til kurset i **Region Kujalleq** i primo september.

Erfaringer og tilbagemeldinger

Indtil nu har vi erfaret at regionale kurser giver øget tilslutning, både fra byer, men specielt fra bygder.

Der har været et stort deltagerengagement og der er givet udtryk for at kursusindholdet var brugbart og nemt at implementere i praksis.

Umiddelbart efter første kursus har vi fået tilbagemelding om at man i én af bygderne allerede har taget brug af LivsstilsCafé-konceptet.



Sisimiut, juni 2014

Kursusindhold

Kurset retter sig til sundhedsfagligt personale i Sundhedsvæsenet – i by og bygd.

Kurset omhandler håndtering af patienter med diabetes, forhøjet blodtryk og kronisk obstruktiv lungesygdom. At ensarte, optimere og kvalitetssikre behandling, pleje og omsorg for disse patientgrupper.

Undervisningen er teoretisk og praktisk med henblik på at give viden om og praktiske råd og færdigheder i forbindelse med systematisk tilbud til patienter med diabetes, forhøjet blodtryk og kronisk obstruktiv lungesygdom KOL i Grønland.

Hvad er LivsstilCaféer?

LivsstilsCaféer er events, hvor det lokale sundhedscenter åbner dørene op for borgere og tilbyder en livsstilssamtale om rygning, fysisk aktivitet, kost og vægt.

Der kan suppleres med måling af blodtryk, lungefunktionsundersøgelse og screening for diabetes.

Der er udarbejdet materiale, plakater og vejledninger. For at motivere og inspirere anbefaler kan skridttæller og Livsstilshåndbog udleveres.

Medfødte misdannelser og andre medfødte lidelser i Grønland

Overlæge, børnelæge Britta Olsen

Der har i Grønland været tradition for at indberette medfødte synlige misdannelser i gennem mange år. Indberetningerne har været og er forsat varetaget af jordmødrene og lægerne. Indtil 1992 blev det registreret i det eksisterende misdannelsesregister i Danmark, men efterfølgende blev det sendt til Landslægen i Grønland. Her er det blevet behandlet manuelt og opbevaret i mapper.

Formålet med registrering af medfødte misdannelser og andre medfødte sygdomme er flere. At have let tilgængelige data om antallet af og karakteren af handicaps er vigtig med henblik på planlægning af sundhedsvæsenets og socialvæsenets ressourcer. Derfor er det også af stor betydning, at få registret misdannelser eller lidelser som ikke er synlige ved fødslen, men som man diagnosticerer senere i barnets opvækst.

Der har både i Danmark og Grønland været tradition for kun at medtage misdannelser som blev diagnosticeret i første leveår, men mange lidelser som f.eks. i urinvejene bliver ofte først diagnosticeret senere i barnealderen.

Man har også sjældent registreret sygdomme som f.eks. stofskiftesygdomme eller genetiske sygdomme som ikke er synlige ved fødslen, sygdomme som for manges vedkommende først erkendes senere.

Hvis man også ønsker en overvågning af teratogener (fosterbeskadigende faktorer) kræves der desuden data om spontane og provokerede aborter samt om dødfødte.

Definition af medfødt misdannelse omfatter makroskopiske erkendelige, strukturelle, funktionelle eller stofskifte afvigelser fra normen, som er til stede ved fødslen og som resulterer i fysisk eller mental funktionsnedsættelse eller død.

Denne definition inkluderer ikke alle medfødte stofskiftelidelser og heller ikke skader betinget af meget tidlig fødsel og senfølger til fødselskomplikationer.

Der er meget store internationale forskelle i omfanget af misdannelsesregistrering, men i Grønland har vi forholdt sig til de danske vejledninger, men har alligevel, igennem de senere år, også modtaget en del sen-registreret informationer om medfødte misdannelser.

Imidlertid har det været betydelig kompliceret i Grønland at få gode registreringer både pga de lange afstande og det meget skiftende personale (specielt ude på kysten). Mulighederne for diagnosticering af medfødte misdannelser (synlige og usynlige) i Grønland er blevet betydelig bedre i løbet af det sidste årti, men specielt de sidste år.

Der har siden 2004 været fast pædiatrisk ekspertise på Dronning Ingrid's Hospital, sygehuset har anskaffet CT og MR-scannere, og laboratoriet har muligheder for at lave/sende materiale til mere avancerede undersøgelser af f.eks. kromosomer og gener.

Det er derfor ønskeligt med en mere systematisk registrering af medfødte misdannelser og medfødte lidelser i Grønland. Samtidig ville et samarbejde både på europæisk plan, men særlig på arktisk plan være værdifuldt mht at kunne bruge de registrerede informationer til en bedre forståelse af årsager til sygdommene, således at forebyggelse og effektiv behandling kunne blive så optimalt som muligt.

Landslægeembedet har nu sørget for at Grønland er blevet en del af EuroCat projektet og fremtidige data vil blive registreret heri.

Undertegnede har gennemgået mange af de pædiatriske notater fra 2005-2013, både pædiatriske konsulentnotater fra kysten og notater fra børneambulatoriet og børneafsnittet på Dronning Ingrid's Hospital. I den forbindelse har jeg registret et par hundred børn/ungdom, som på et eller andet tidspunkt i deres opvækst har fået en ikke-registreret diagnose som stemmer overens med definitionen af medfødt misdannelse eller lidelse.

De fleste børn med synlige misdannelser er blevet registreret, men det er børn med f.eks. pylorus stenose, mindre alvorlige hjertefejl, urinvejssygdomme som f.eks. hydronefrose, metabolske sygdomme, kromosomsygdomme mm. hvor det ofte er ”glippet” med registreringen.

Dette har været diskuteret i landslægeembedet, og man blev enige om, at det var ønskeligt at få registreret alle ikke-tidligere-registrerede børn/ungdom med medfødte misdannelser og lidelser for børn/ungdom op til 18 år og brev er sendt ud til alle distriktslægerne i december 2013 angående dette.

Det er vigtigt, at misdannelsen/sygdommen er diagnosticeret og det er ikke tilstrækkeligt, at man har mistanke om en lidelse (ved hjertemislyd skal der foreligge en ekkokardiografi, ved kromosom sygdom et svar på kromosom undersøgelsen etc.).

Fra pædiatrisk side har vi mistanke om, at der er flere medfødte misdannelser/lidelser i Grønland end vi skulle forvente, men vi har ikke tilstrækkelige med data informationer til at bekræfte dette og derfor er en systematisk registrering uhyre vigtig.

Fedme og former i Grønland

Fedme topper WHO's liste over tilstande, der truer sundheden. Det er et problem for samfundet, og det er derfor vigtigt at følge med i, hvordan det går. Også i Grønland. Og sætte det under en lup, så de forskellige nuancer kommer frem, for der er forskel på bl.a. by og bygd viser en ny undersøgelse.

Fedme truer sundhedstilstanden globalt på grund af følgesygdomme som diabetes, dyslipidæmi og åreforkalkning. Antallet af overvægtige stiger globalt, og WHO anbefaler at udviklingen monitoreres. I Grønland bliver den stillesiddende livsstil mere og mere fremtrædende, og det er derfor ekstra vigtigt at holde øje med udviklingen i overvægt og fedme.

Det specielle for Grønland er, at der findes nogle gamle tal, som giver helt særlige forudsætninger for at vurdere udviklingen i overvægt, vurderet ved body mass index (BMI; vægt divideret med højden 2 gange) i Grønland. Datakort fra den tidlige undersøgelse var endt på et gammelt, støvet loft, men dukkede ved et lykketræf op i Grønland for godt 10 år siden. De har siden dannet basis for sammenligning med nyere undersøgelser, så vi i dag har et mere klart billede af udviklingen i overvægt i Grønland.

De gamle data blev indsamlet af Uffe Sagild, Carsten Sand Jespersen, Søren Andersen og Jørgen Littauer i perioden 1962-1964, og de har således 50-års jubilæum i år. Fra de oprindelige 4200 undersøgte personer er 1851 datakort fra Ammassalik bevaret. Deltager-% var 97% og alle fik målt højde og vægt, som BMI kan beregnes ud fra. Det er således noget nær komplette data med høj troværdighed.

Ud fra de oprindelige data fra omkring 1963 blev det beregnet, at den øvre grænse for normal BMI for en ung Grønlænder var omkring 27 kg/m². WHO angiver den øvre grænse til omkring 25 kg/m². Denne forskel passer fint med andres målinger af, at grønlændere har en relativt større torso i forhold til længden af ekstremiteterne end andre folkeslag. Dette fortæller dog ikke noget om risikoen for følgesygdomme af fedme, så det er stadig vigtigt at holde øje med udviklingen i BMI.

Siden 1960'erne er samme population undersøgt i 1998 og 2008, og en direkte sammenligning har derfor været

mulig. Det er disse tal, der netop er offentliggjort. Den opfølgende opgørelse omfattede mænd og kvinder i Ammassalik distrikt og i Nuuk.

Fra 1963 til 1998 steg antallet af overvægtige mere i Nuuk end i by og bygd i Ammassalik. Dette ændrede sig fra 1998 til 2008, hvor antallet af overvægtige steg en smule i Nuuk, mens stigningen var 2-3 gange større i by og bygd i Ammassalik, med undtagelse af mænd i bygder.

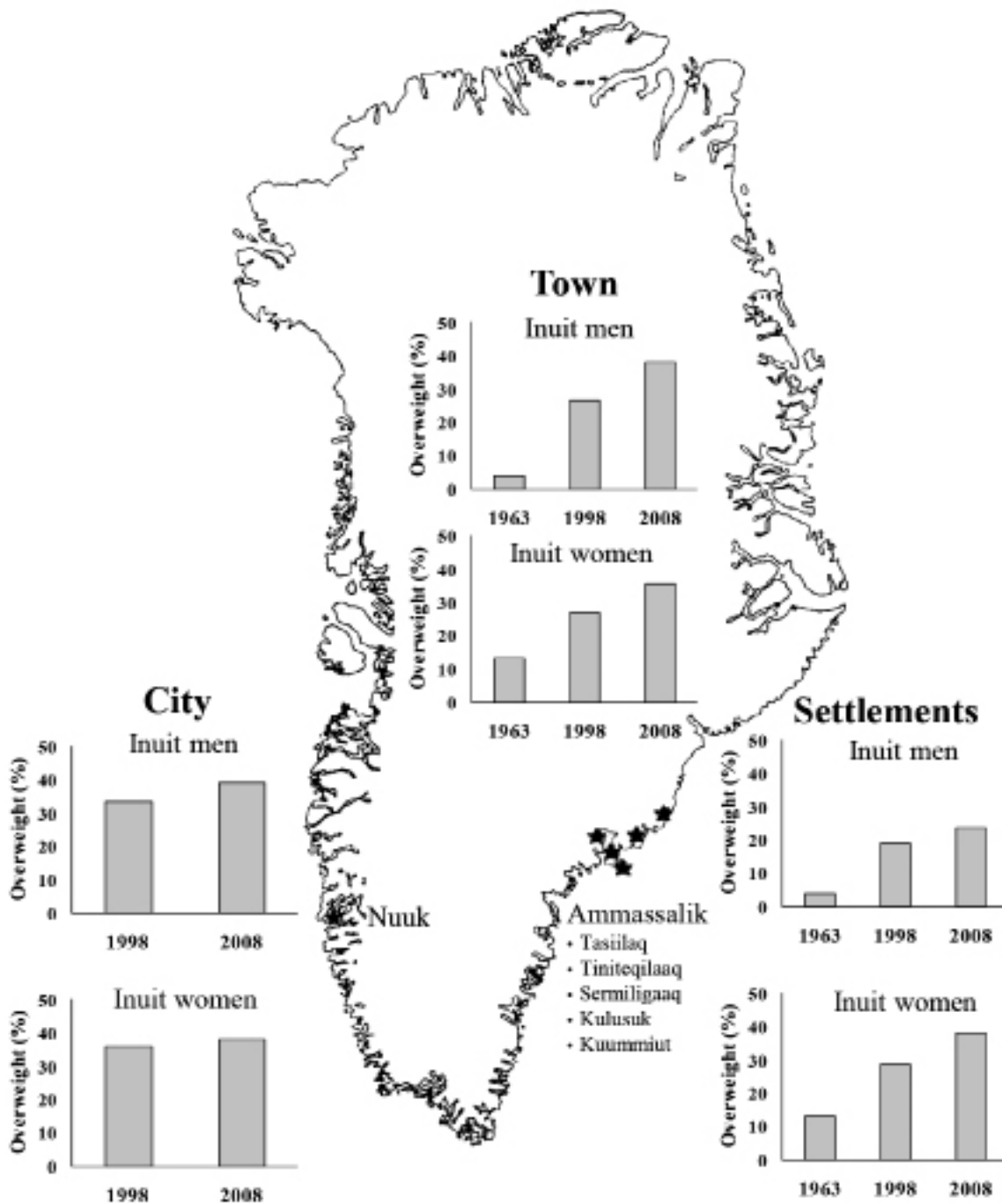
Således havde 2.0% af mænd BMI over 30 kg/m² i 1963. Det var 18.7% hhv 12.7% i Nuuk hhv Tasiilaq i 1998, og steg til 27.5% hhv 22.4% i 2008. I bygder var tallet 8.9% og 12.5% i 1998 og 2008. Mænd i bygder er således stadig slanke – som de eneste.

Blandt kvinder steg antallet af personer med BMI over 30 kg/m² fra 8.5% i 1963 til 23.9% og 22.0% i Nuuk og Tasiilaq i 1998. I 2008 var det 27.9% og 19.2%. I bygder var antallet af overvægtige steget fra de 8.5% til 23.8% og senest 30.0%. Således har kvinder i bygderne nu en førerposition i andelen med overvægt. Det skyldes også, at kvinder i Nuuk ikke har haft så kraftig en stigning i andelen med BMI over 30 kg/m². Det må stadig bemærkes, at med den grønlandske definition på overvægt er det i dag 39% af mænd og 38% af kvinder i Nuuk, der er overvægtige. Kysten er ved at indhente Nuuk med henholdsvis 38% og 36% overvægtige i denne undersøgelse.

Det må altså konkluderes, at små 40% af grønlændere er overvægtige – efter den specielle grønlandske definition. Hvis WHO definitionen bruges er det i dag 65% af mænd og 72% af kvinder i Nuuk, og 57% af mænd og 55% af kvinder i kystby, der er overvægtige. Antallet er højt uafhængigt af, hvilken definition der bruges, og det må derfor klart anbefales at pille batterierne ud af fjernbetjeningen, lade bilen stå, og gå en rigtig god, lang tur i fjeldet. Så ofte som muligt. For fedme er i dag også et problem i Grønland – og ikke kun i Nuuk.

Figuren og tallene er fra en artikel publiceret af Stig Andersen, Karsen Fleischer Rex, Paneeraq Noahsen, Hans Chr Florian sørensen, Nicolai Hardenberg Larsen, Gert Mulvad og Peter Laurberg i American Journal of Human Biology, 2014, nr 26, side 511-517.

Figure 1



Højere forekomst af slagtilfælde hos yngre i Grønland end i Danmark

På verdensplan rammes årligt mere end 15 millioner personer af et slagtilfælde, hvoraf mere end 60 % enten dør eller bliver afhængige af andre. Et slagtilfælde defineres som en akut indsættende skade på grund af en blodprop eller en blødning i hjernen. Den aktuelle forekomst af slagtilfælde i Grønland er ukendt.

Ny diagnostisk strategi gør opgørelse mulig

Fra 1. januar 2010 indførtes en ny strategi for diagnosticering og behandling af patienter med slagtilfælde i Grønland. Efter denne dato tilstræbes det, at alle patienter mistænkt for at have et slagtilfælde skal transporteres til Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i Nuuk til grundig undersøgelse, opstart af medicinsk behandling samt genoptræning. Antallet af patienter indlagt med et slagtilfælde på DIH repræsenterer derfor alle de patienter, som har overlevet et slagtilfælde og kan bruges som et estimat for forekomsten af slagtilfælde i hele Grønland.

Blodprop årsag til de fleste slagtilfælde

Et tværsnitsstudie af alle grønlandske patienter indlagt med slagtilfælde på DIH i 2011-2012 blev gennemført i foråret 2013. Formålet med dette studie var at undersøge den alders- og kønsspecifikke forekomst af slagtilfælde i Grønland samt at undersøge forekomsten af hjerteblim-mer hos disse patienter. Studiet viste, at forekomsten af grønlandske patienter indlagt med et slagtilfælde på DIH var 155/100.000 indbyggere per år. Slagtilfældet var forårsaget af en blodprop i 89 % af tilfældene og af en bristet udposning på et blodkar i 6,5 % af tilfældene. Forekomsten af slagtilfælde var højest i gruppen af patienter mellem 65-74 år.

Den beregnede forekomst af slagtilfælde i Grønland ligger i samme brede interval som flere lande i Europa. Ved at sammenligne WHO's estimater for Danmark med de alders-specifikke forekomster fra dette studie, ses dog en interessant forskel. I Grønland får lige mange mænd og kvinder og langt flere yngre et slagtilfælde end i Danmark. Det må samtidig understreges, at den beregnede forekomst af slagtilfælde i dette studie er en minimumsberegning, idet det at en række patienter med slagtilfælde aldrig bliver undersøgt på DIH trods strategisk intensi- on herom. Det kan dreje sig om patienter, som dør kort tid efter slagtilfældet, er for svækkede til transport med videre.

En tredjedel af patienterne havde hjerteblim-mer

I denne undersøgelse fandtes at 5 % af patienterne havde en kendt hjerteblim-mer ved indlæggelsen, mens det under indlæggelsen fandtes at mere end 30 % havde en konstant eller periodevis hjerteblim-mer. Dette fund antyder, at hjerteblim-mer kan være en medvirkende årsag til at få en blodprop i hjernen hos grønlændere. Tidlig diagnostik og behandling af hjerteblim-mer hos grønlændere kan formentlig bidrage til forebyggelse af slagtilfælde i Grønland. Samtidig er det vigtigt at gøre en indsats for at nedbringe andre risikofaktorer som rygning og forhøjet blodtryk med flere.

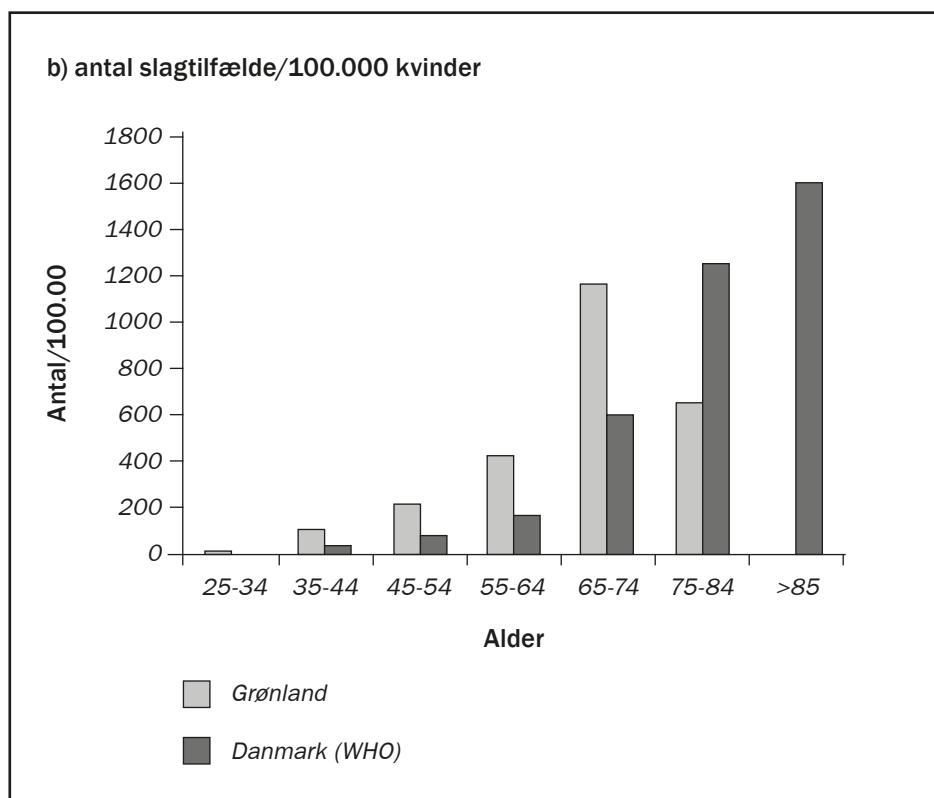
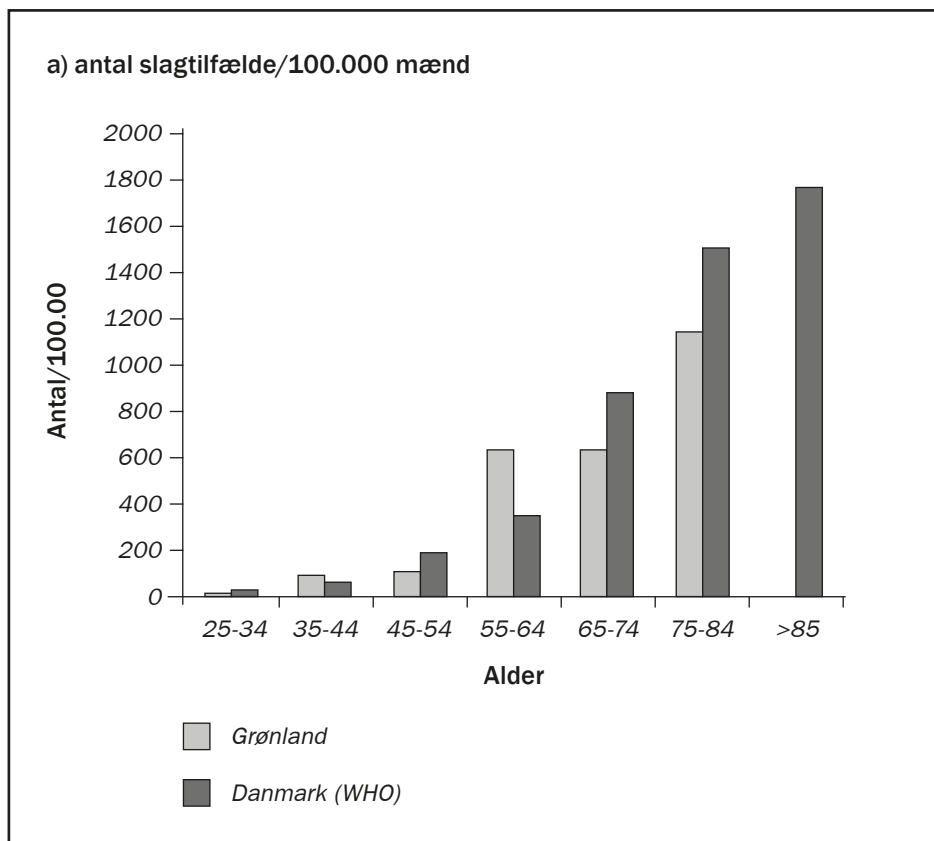
Af: Karen Bjørn-Mortensen, Afdeling for Epidemiologisk Forskning, SSI. Tlf. 3268 8483

Kilder:

1. Bjorn-Mortensen K, Lynggaard F, Pedersen ML. Incidence of Greenlandic stroke-survivors in Greenland: a 2-year cross-sectional study. *Int J Circumpolar Health*. 2013; 72:22626.
2. Bjorn-Mortensen K, Lynggaard F, Lyng Pedersen M. High prevalence of atrial fibrillation among Greenlanders with ischemic stroke - atrial fibrillation found in more than 30% of cases. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72:22628.

Figur 1:

Alders-specifik forekomst af slagtilfælde hos (a) mænd og (b) kvinder i Grønland sammenlignet med estimeret forekomst af slagtilfælde i Danmark ifølge WHO.



Gonoré er fortsat en stor udfordring i

Michael Pedersen, Peter Poulsen, Hanne Nyborg, Jørgen Skov Jensen

Gennem adskillige år har de seksuelt overførbare infektioner – herunder gonoré – udgjort et stort problem i Grønland (1,2). I 2012 var der således ifølge endnu ikke offentliggjorte tal 1.455 tilfælde af påvist gonoré i hele Grønland svarende til 2.529 tilfælde per 100.000 indbyggere. Det drejer sig først og fremmest (71 % af tilfældene) om unge i alderen under 25 år (3). Til sammenligning blev der samme år påvist 12,3 tilfælde per 100.000 indbyggere i Danmark, altså 205 gange færre (4). Gonoré bliver i Grønland traditionelt behandlet på sygehusene og de lokale sundhedscentre. Tidligere blev undersøgelse for *Neisseria gonorrhoeae* foretaget med podning og efterfølgende dyrkning og resistensbestemmelse, men siden 2005 er diagnostik for *N. gonorrhoeae* blevet udført med metoder baseret på DNA-påvisning (p.t. med strand displacement amplification (SDA) teknik). Dette har ført til en manglende overvågning af resistensforholdene, da der ikke på urinprøverne kan foretages dyrkning med resistensbestemmelse. Positive resultater afgiver indikation for standard behandling med ciprofloxacin 500 mg som engangsdosering (5). Imidlertid er ciprofloxacin resistens særdeles hyppig i resten af verden og både amerikanske (6) og europæiske (7) guidelines fraråder nu anvendelse af ciprofloxacin til behandling af gonoré uden forudgående resistensbestemmelse. Bekymring for den manglende overvågning af resistensmønstret førte til at iværksættelse af et pilotforsøg, der skulle bedømme mulighederne for at implementere resistensovervågning ved at foretage dyrkningsundersøgelse i forbindelse med behandlingsbesøget på klinikken i Nuuk. I november 2011 indsamledes således 32 *N. gonorrhoeae* stammer som alle var fuldt følsomme for ciprofloxacin (8). Undersøgelsen var dog for lille til entydigt at konkludere på. Der blev derfor efterfølgende indsamlet yderligere ca. 100 stammer, som alle var fuldt følsomme for ciprofloxacin, hvilket indikerer at nuværende behandling med ciprofloxacin er tilstrækkelig i Nuuk. Samtidig er der nu indført begrænset overvågning af resistensudviklingen i Nuuk, idet alle mænd, der får konstateret gonoré, tilbydes podning med undersøgelse for ciprofloxacin resistens. Den meget hyppige forekomst af gonoré i Grønland øger imidlertid risikoen for, at en importeret resistens hurtigt vil sprede sig i befolkningen. I resten af verden har resistensudviklingen været dramatisk, og der anbefales nu i både europæiske og amerikanske guidelines behandling med cef-

triaxon som intramuskulær injektion sammen med tabletbehandling med enten azithromycin eller doxycyclin. Denne kombinationsbehandling er indført, idet der er observeret en gradvist øgende resistens mod cephalosporiner. Således er det første højresistente europæiske isolat af *N. gonorrhoeae* fundet i Frankrig i 2010 (9) og der er på verdensplan stor bekymring for at gonoré kan blive en infektion man ikke kan behandle (10). Ud over at injektionsbehandlingen belaster arbejdet i sundhedsklinikkerne og muligvis kan resultere i at patienter uden symptomer ikke ønsker behandling, er injektionsbehandlingen væsentlig dyrere. Der er således både et økonomisk og specielt et praktisk incitament til at bevare ciprofloxacin behandlingen så længe som muligt. Det er derfor ønskeligt at der sikres en overvågning af ciprofloxacin resistens i Grønland.

Da det ikke er praktisk muligt at udføre dyrkning for *N. gonorrhoeae* udenfor Nuuk kunne det være en mulighed at etablere en molekylærbiologisk metode til påvisning af ciprofloxacin resistens for alle *N. gonorrhoeae* positive prøver der identificeres på Centrallaboratoriet på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Metoden vil kunne udvikles på Statens Serum Institut (SSI), hvor der er stor ekspertise i udvikling af molekylærbiologisk diagnostik. I en afprøvningsfase ville alle analyser skulle udføres på SSI, men hvis metoden er egnet, vil teknologien kunne overføres til Centrallaboratoriet i Nuuk

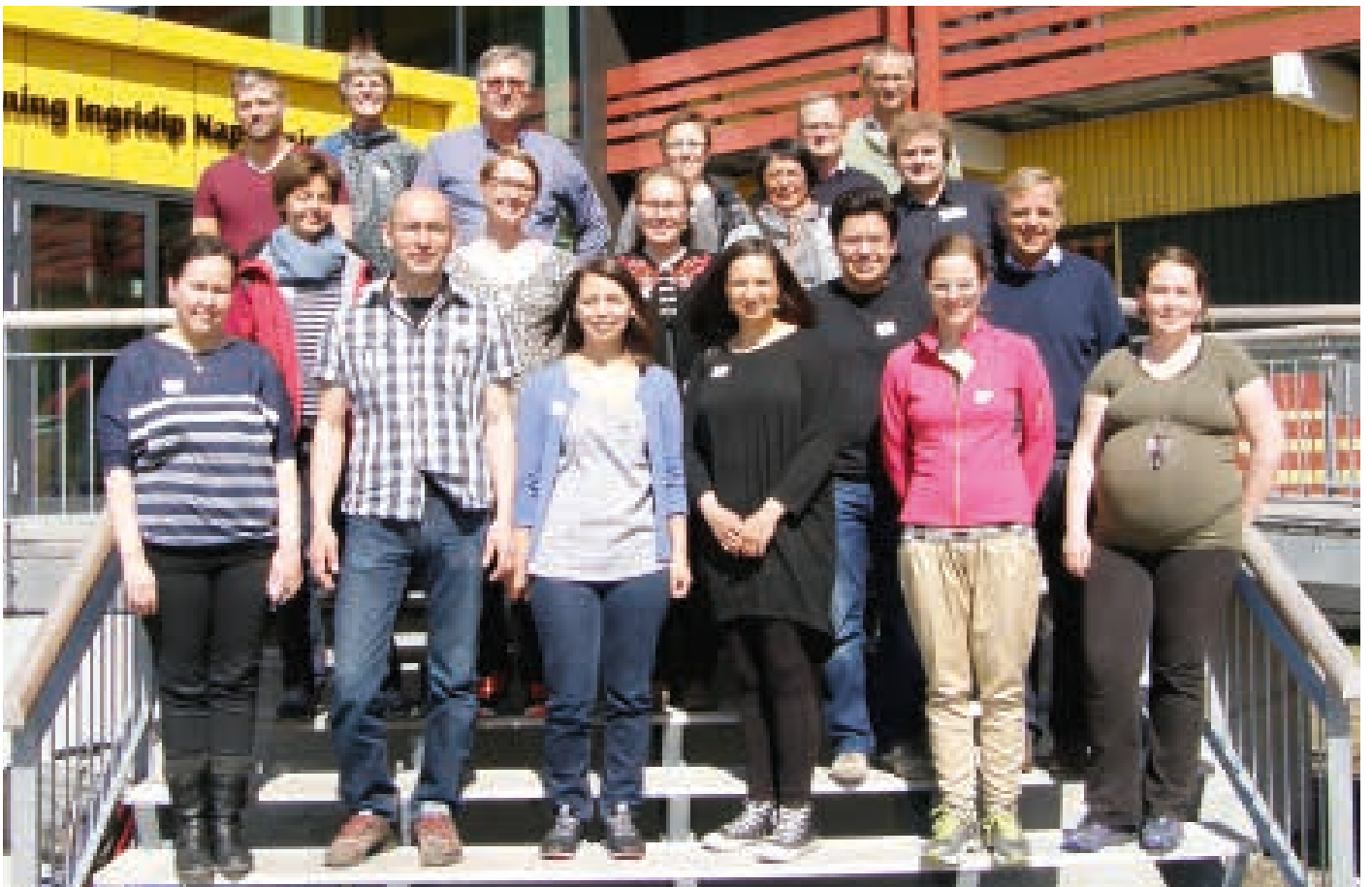
Referencer

1. From E. 1980. Some aspects of venereal diseases in Greenland. *Br.J.Vener.Dis.* 56:65-68
2. Mardh PA, Lind I, From E, and Andersen AL. 1980. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections in Greenland. A seroepidemiological study. *Br.J.Vener.Dis.* 56:327-331
3. Landsemettet i Grønland. Årsberetning 2009. <http://dk.nanoq.gl/Emner/Landsstyre/Departementer/Landslaegeembedet/Udgivelser/Aarsberetning/2009.aspx> . 2009.
4. Søborg, B., Cowan, S., Jensen, J. S., and Hoffmann, S. Gonoré 2012. *EPI-NEWS* (35). 2013.
5. Sand, C. and Serup, J. Vejledning for behandling af venerea i Grønland . <http://www.peqqik.gl/upload/venerologi.pdf> . 2006.
6. Workowski KA and Berman S. 2010. Sexually trans-

det Grønland



- mitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm.Rep.* 59:1-110
7. Bignell C and Unemo M. 2013. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int.J.STD AIDS* 24:85-92
 8. Pedersen ML, Clausen-Dichow P, Poulsen P, Nyborg H, and Jensen JS. 2013. Low prevalence of ciprofloxacin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in Nuuk, Greenland. *Sex.Transm.Dis.* 40:639-640
 9. Unemo M, Golparian D, Nicholas R, Ohnishi M, Galloy A, and Sednaoui P. 2012. High-Level Cefixime- and Ceftriaxone-Resistant *Neisseria gonorrhoeae* in France: Novel penA Mosaic Allele in a Successful International Clone Causes Treatment Failure. *Antimicrob.Agents Chemother.* 56:1273-1280
 10. Ohnishi M, Golparian D, Shimuta K, Saika T, Hoshina S, Iwasaku K, Nakayama S, Kitawaki J, and Unemo M. 2011. Is *Neisseria gonorrhoeae* initiating a future era of untreatable gonorrhoea?: detailed characterization of the first strain with high-level resistance to ceftriaxone. *Antimicrob.Agents Chemother.* 55:3538-3545
 11. Grad YH, Kirkcaldy RD, Trees D, Dordel J, Harris SR, Goldstein E, Weinstock H, Parkhill J, Hanage WP, Bentley S, and Lipsitch M. 2014. Genomic epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* with reduced susceptibility to cefixime in the USA: a retrospective observational study. *Lancet Infect.Dis.*



Lægedage i Grønland, Ultralyd og ALSO kursus.