



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægekredsforening

Nummer 3. 2015 – 40. Årgang



Foto: Finn Eldon - billedet er taget ud af konsultationen i Nanortalik, i jan.2014.

Tillykke til Nakorsanut	3	Cardiologi i Grønland	20
Nakorsanut 40 år	4	Erhvervsastma i Grønland	21
Læge i godt 40 år, sku' det nu være noget?	5	Telemedicinsk behandling af svær højtrykslungeødem på 900 km afstand	24
Nakorsanut 40 år men smukkere og mere blomsterende end nogen sinde	7	Speciallægeuddannelse, Fagligt lægeforum, Nyt fra Kirurgisk afdeling, Meddelelser	26-27
Nakorsanut fast læsestof	8	Syfilis i Grønland	28
40 års jubilæum Nakorsanut ØNH indlæg	9	Som mangeårig læge på kysten har jeg naturligvis haft mange mindeværdige oplevelser	29
Anekdoter fra en svunden tid	12	Lægerne og forskerne	30
Kunsten at kede sig	15		
Hilsen fra Bo Larsen	16		
Mors ædle beskæftigelse	18		
Grønlands Center for Sundhedsforskning, 1. sprængning til nye bygninger	18-19		

Nakorsanut

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

Redaktion:

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

Layout: www.tita.gl

Oplag: 400

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeforeningens hjemmeside:
<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6gekredsföreningen%20Gr%C3%B8nland>

Grønlands Lægekredsföreningens bestyrelse

Formand:

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

Kasserer:

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

Næstformand:

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

Sekretær:

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

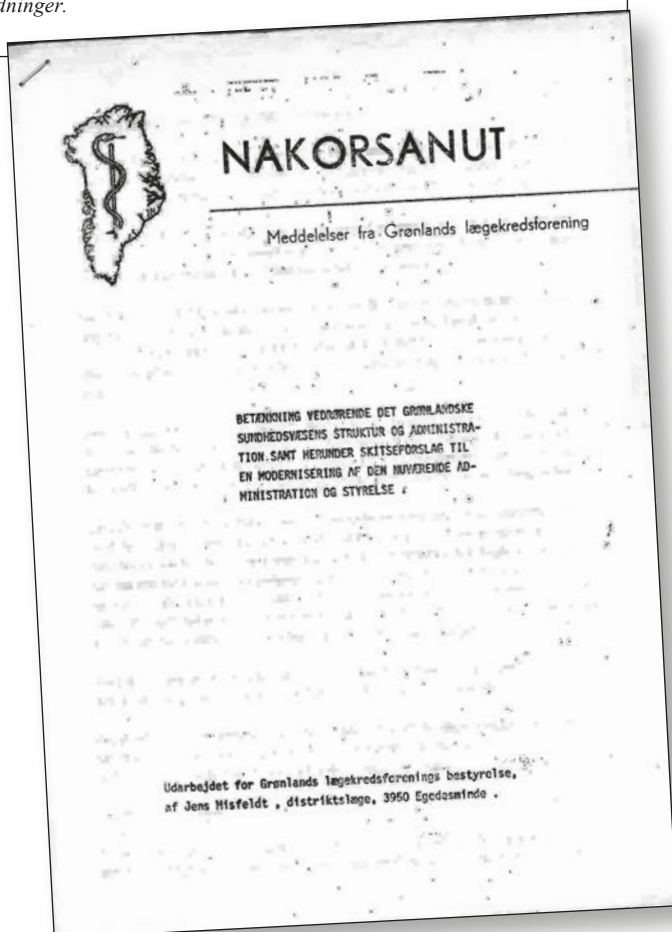
Menigt medlem:

Distriktslæge Jan Olsen – Sisimiut jano@peqqik.gl

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

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.



Leder

Grønlands lægeforenings blad fylder 40 år og det skal fejres med en reception lørdag d 16. oktober.

Her vil de fleste numre af Nakorsanut være til gennemsyn.

Det har været lidt af en detektiv opgave at finde numrene frem, desværre har de første årgange været vanskelige at finde frem. Men forsiden af et af de første numre, måske det først, ses nedenfor. Den første redaktør var Jens Misfeldt.

Nogle af de tidligere redaktører har også sat sig til tasterner, for at give lidt af historiens vingesus over dette jubilæums nummer af Nakorsanut.

Men et navn har gennem næsten alle 40 år været en del af Nakorsanut. Peder Kern har været redaktør, men først og fremmest drivkraften i alle dele, der hører til udgivelsen af et foreningsblad.

Fra et foredrag: *Tværfaglig viden i et lille samfund, kapacitetsopbygning gennem uddannelse, forskning og internationalt samarbejde.*

2 citater fra præsentation

Kapacitetsopbygning gennem Sundhedsforskning og uddannelse

Det er et af de store sundhedsmål som de arktiske samfund må stille sig

Uddannelse af vore egne læger og sygeplejersker vil kombinere den vestlige medicin og den lokale viden, sprog og lokal sundhedsperspektiv.

Grønlands Center for Sundhedsforskning og den lægelige videreuddannelse er vigtige skridt i kapacitetsopbygningen.

Når det specialiserede sundhedsvæsen i den vestlige verden når sin økonomiske smertegrænse, vendes blikket mod Vestnorden, hvor styrken i det **brede sundhedsvæsen** stadig lever og udvikles.

Vi har noget helt unikt i Grønland som vi skal styrke og værne om.

Nakorsanut vil også fremover være et vigtig talerør fra Grønlands lægeforening, lad os sammen være med til at bringe indhold og debat til kommende numre af bladet.

Nakorsanut 1975 et af de første numre

Tillykke til Nakorsanut



Hjertelig tillykke med 40 års jubilæet til Nakorsanut.

Det er fantastisk flot, at Grønlands Lægeforening på frivillig basis har kunnet opretholde det engagement, der skal til for selv at udgive bladet gennem alle disse år og dermed give os alle et indblik i, hvad der rør sig sundhedsvæsenet netop nu – set med jeres faglige øjne.

Jeg håber, at I vil fortsætte arbejdet så vi får glæde af Nakorsanut mange år fremover.

Nakorsanut har spændt over mange emner gennem tiden fra overenskomstforhandlinger, møder og videreuddannelse til artikler om brugskunst lavet af læger.

Et emne, der altid har fyldt meget i Nakorsanut, og som stadig fylder meget er den sundhedsvidenskabelige forskning i Grønland. At styrke sundhedsforskningen har også min store bevågenhed. Her tænker jeg både på den lokale forskning, som jeg selv er med til at støtte gennem Sundhedspuljen, og den store internationale forskning omkring fx miljøfremmede stoffer og klimaændringernes indflydelse på sundheden som ikke kun har betydning for os selv, men også på verdensplan. Grønland og Arktis er kommet på den internationale dagsorden indenfor sundhedsforskningen ikke kun som tilskuere, men som aktive deltagere i internationale forskerteams.

Nakorsanut har ikke kun været langt fremme omkring at formidle forskningen, men har også haft en stor og vigtig rolle omkring at udbrede, hvordan ny forskning bedst kan indføres i det grønlandske sundhedsvæsen. Vi har set mange eksempler over årene på, at grønlandske læger er innovative og hurtigt ser de potentialer, der er ved at implementere ny forskning og specielt forskning, der passer til ”de særlige grønlandske forhold” med vores store afstande og mindre sundhedsenheder. Sidst her i 2015 er startet screening for hjertesygdom hos nyfødte gennem at måle iltkoncentrationen i blodet. En nem, lille og billig undersøgelse, der kan få stor positiv betydning for de børn, hvis sygdom opdages og kan behandles tidligt og som selvfølgelig er omtalt i Nakorsanut.

Nakorsanut har også haft en vigtig rolle omkring at binde sundhedsvæsenet og lægerne sammen. Det er selvfølgelig naturligt som et medlemsblad, men det er alligevel en vigtig rolle, der skal fremhæves fordi det er med til at styrke sundhedsvæsenet. Jeg har kunnet finde 35 år gamle numre af bladet skrevet på skrivemaskine og frem til det professionelt opsatte blad i dag men samlet for dem er, at der har været præsentationer af nye distriktslæger, overlæger og – efter sundhedsreformen – også af nye regionslæger. Det er med til at gøre kommunikationen i sundhedsvæsenet bedre at lægerne kender hinanden. Det gør det lettere at tage kontakt – og så giver det fællesskabsfølelse.

Som læger uddanner i jer igennem hele jeres arbejdsliv.

Det forventer jeg som patient og som minister også af jer. Nakorsanut har gennem tiden været en vigtig formidler af ny viden som læger har taget med hjem fra uddannelse eller har fået på anden vis. Ikke mindst de sidste år, hvor lægekredsforeningen selv er blevet en meget aktiv kursusudbyder, har der været spændende artikler om kurser og efteruddannelse.

Netop fordi Nakorsanut har været så meget på forkant på mange områder kan det undre mig lidt, at sundhedspolitik og de politiske prioriteringer på sundhedsområdet ikke har fyldt mere i bladet. Jeg kunne ønske mig en bredere dialog i Nakorsanut omkring de sundhedspolitiske målsætninger.

Koalitionens værdigrundlag på sundhedsområdet er, at alle borgere skal serviceres hurtigt, troværdig og respektfuldt. Disse værdier er centrale for os alle. Jeg er stolt af at kunne sige at sundhedsvæsenet er godt i gang med at løfte de mål koalitionen har sat sig gennem fx på sundhedsområdet. Det gælder for eksempel ved at arbejde med forløbsbeskrivelser ved alvorlig sygdom, videreførelsen af kræftplanen, udbygning af den telemedicinske service til byer og bygder udenfor Nuuk og på at nedbringe ventelisterne. Herudover er venterummet for patienter i Kangerlussuaq allerede indviet og et børneafsnit på Dronning Ingrid's Hospital er under projektering og der arbejdes hårdt på forebyggelsesindsatsen målrettet børn og unge.

Der er dog også områder, som endnu ikke er løftet og hvor det er vigtigt at få jeres opbakning til at virkeliggøre mine og koalitionen ønsker ud fra en forståelse for mulighederne og konsekvenserne. Her er det særligt vigtigt, at I er med, når der skal findes gode lokale løsninger, fordi det er jer der ved, hvor pengene gør mest gavn og hvad vi endelig ikke må røre ved netop fordi det allerede fungerer på den bedste måde.

Jeg vil opfordre til at I som læger bidrager meget mere med jeres faglige viden til den sundhedspolitiske debat. Brug jeres organisation og brug Nakorsanut også til debat. I er dem, der bedst kan fortælle om de konsekvenserne af nye indsatser. Jeg behøver jeres faglige stemme i den politiske debat, men også jeres hjælp når der skal prioriteres.

Det er sundt for os politikere, at fagligheden oprustes i debatten - men det kunne måske også være sundt for jer at skulle se den politiske virkelighed i øjnene mere direkte.

Så velkommen i debatten – og stor tak for jeres indsats og tillykke med Nakorsanuts jubilæum.

*Doris Jakobsen
Naalakkersuisoq for Sundhed*

NAKORSANUT 40 ÅR



Knud Erik Kleist ved NUNAMED i 2007

Knud Erik Kleist: Bestyrelsen Grønlands lægekredsförening, sekretær 1979-82, formand 1982-84 + 91, redaktør Nakorsanut 1979-82.

I de go'e gamle dage blev Nakorsanut skabt ved stencilduplikering, hvor man skrev på specielle ark og klistrede indlæg på for så at køre de enkelte sider ud ved håndkraft, samle og klipse det hele sammen for endeligt at fordele dem ud.

Knud overtog redaktørposten efter Ole Krarup, reserve-læge ved medicinsk afdeling, DIH, og videregav stafetten til Torben Cordtz, assisterende læge, Lægeklinikken Nuuk. Torben førte Nakorsanut frem til det layout, vi kender i dag. Off-set trykning i to-spaltet format med billeder og reklamer. Et kvantespring ind i fremtiden.

Nakorsanut er lægernes interne kommunikations og diskussionsforum såvel orientering udadtil, som det er formuleret "Meddeleler fra Grønlands lægekredsförening". I 1978 udsendtes bestyrelsens "Redegørelse vedrørende nogle forhold indenfor det grønlandske sundhedsvæsen særlig set fra lægelig side". Numrene var fyldige med indlæg fra bestyrelsen, lægefagligt stof, overenskomstdiskussioner og meget andet.

Hjemmestyret indførtes i Grønland per 1.maj 1979, men sundhedsvæsenet hidrørte fortsat under ministeriet for Grønland, og dets øverste ansvarlige ledelse var Sundhedsbestyrelsen, bestående af rigsombudsmanden, landslægen, direktøren for arbejds og socialdirektoratet, landsygeplejersken tilforordnet samt to af landstinget valgte medlemmer. Landslægen var den daglige administrative leder men også embedslægen, som skulle sikre at alt gik rigtigt til. Han havde overblik over alle lægerne på en stor legoskærm, skulle godkende alle evakueringer - evakueringer skete dengang meget sjældent - og med embedslægekasketten på være garant for, at væsenet levede op til lovgivningen....

Det var ikke let at forhandle overenskomst med ministeriet: I 1979 meddelte Grønlandsministeren, at da man ikke kunne blive enige, ville man fremsætte en forlængelseslov i Folketinget, desuagtet at ingen AC-organisation, inklusive lægerne, overhovedet havde fremsendt krav! Siden kom Det offentlige Aftalenævn, og det blev det ikke

bedre af. I 1983 varslede lægernes Grønlandsudvalg på vegne af overlægerne ved DIH opsigelse af deres stillinger, da forhandlingerne om overlægernes overenskomst brød sammen. Overlægerne havde da deres egen overenskomst, som var sakket håbløst agterud. Overlægerne opnåede da forbedringer, herunder ret til vikar....

I 1979 fik foreningen hjemmehørende-problematikken inden for egne rækker. De hjemmehørende læger var på næsten alle punkter ringere stillet, ikke alene lønmæssigt men også på boligområdet. Allerede dengang gjorde bestyrelsen opmærksom på den manglende viden om de miljømæssige konsekvenser af en eventuel brydning af uranen på Kvanefjeldet ved Narsaq by, da forekomsten efterforskedes. Man diskuterede også dengang, om man skulle have et grønlandsk cancerregister. Ad syfilis, så refereredes en screening gennemført i det daværende Holsteinsborg 1977 med konklusion om bl.a. oplysningskampagne overfor befolkningen med særlig vægt på betydningen af kontaktopsporing. En af Sundhedsstyrelsen udarbejdet "Speciallægebetænkning" for Grønland diskuteredes flittigt. Hviletids-bestemmelser og vakancevederlag: ja, man forsinkede bare stillingsopslag eller lod helt være med at besætte stillinger. Uddannelse og efteruddannelse, meritering og tilbagevenden til Danmark samt ikke mindst boligerne var alvorlige emner i, hvad der i bund og grund drejede sig om rekruttering af læger.

Distriktslægemødet i København 1983 blev væsentligt på flere måder for det grønlandske sundhedsvæsen. Udover landslægen, læger fra Grønland og lægekredsföreningens bestyrelse deltog repræsentanter fra Sundhedsbestyrelsen i Grønland, ministeriet for Grønland m.fl. Man fokuserede på væsentlige og uopdyrkede områder indenfor sundhedsvæsenet, herunder opbygning af en egentlig embedslægeinstitution, lægelig rådgivning til Sundhedsbestyrelsen, lægerekruteringsproblematikken m.v. som gav grundlag for videre udvikling af det grønlandske sundhedsvæsen.

Dengang udkom Nakorsanut med 3-5 årlige numre. Dengang som nu var bladet vigtig for medlemmerne i deres interne faglige og lægefaglige kommunikation men bladet er også vores bedste aktiv for at fortælle vores omverden om de faglige og lægefaglige problemer, som sundhedsvæsenet rent faktisk også har i dag.

Nakorsanut, Pilluarit og fortsat god vind fremover.

Læge i godt 40 år, sku' det nu være noget?



Thomas Stensgaard

Ja for søren da, det kan anbefales!

Det her skal handle om, hvor dejligt det har været at være at arbejde som læge og det skulle nødigt komme til at handle alt for meget om mig.

Men lige i starten:

Jeg er kandidat fra 1974 og måtte som så mange andre den gang til Sverige for at finde arbejde.

Kiruna blev det for mit vedkommende og der blev jeg faktisk med nogle kortere afstikkere til DK frem til 1984.

I 1983 vikarierede jeg i 5 mdr i Scoresbysund og selvom guderne skal vide at jeg returnerede til Sverige med meget blandede følelser omkring det at leve i og arbejde i Grønland/Scoresbysund, se gerne Nakorsanut fra 1983, så var der sket et eller andet, for i 1984/85 var jeg tilbage i Marmorilik et par mdr, sommeren 1985 som vikar i Scoresbysund og det vikariat gled så over i 3 års ansættelse som fast dilæ – eller chefdilæ var det vist allerede blevet til dengang.

Så syntes jeg, at både patienterne og jeg trængte til en pause, hvad der for mit vedkommende førte til 1 1/2 års ansættelse i embedslægevæsenet i DK.

Der skal ikke bores i det, men efteråret 1989 var jeg tilbage i Scoresbysund hvor jeg blev til 1992.

Så syntes jeg på ny at patienterne og jeg trængte til en pause; det fik vi også, jeg rejste til Nuuk, giftede mig, var tilbage som korttidsvikar i 1993 og 1994, men blev så ellers i Nuuk til 2011, hvor jeg nåede både at være dilæ, chefdilæ, eller rettere konstitueret chefdilæ, i små 10 år blev det vel til, lægekredsforeningsformand, Nakorsanut-redaktør, Nuna-Med-arrangør og hvad ved jeg.

2011 flyttede jeg til DK og har siden vikarieret nogle (formid) dage/uge i samme lægepraksis og har så i ø hævnet min pension.

Det var sådan den korte fortælling om de 41 år.

Og den lange skal jeg nok skåne jer for.

Det som er mit ærinde, er at fortælle lidt om min glæde over, hvor spændende det har været og min fascination over, at det lige netop blev det forløb.

Eller egtl er det vel mit ærinde at understrege, hvor rige muligheder for et godt liv, som lægeuddannelsen giver den, der lige gør sig det besvær at kæmpe sig gennem uddannelsen – som sgu ikke var for spændende dengang, hvor jeg tumlede rundt på Københavns Universitet.

Men det var der så så meget andet der var!

Gennem årene har jeg mødt en del medstuderende og har jævnligt undret mig/glædet mig over, hvordan det lige er gået dem.

Der var ham fra det første studieår, som jeg så en del år senere mødte i Grønland, hvor han med en juridisk baggrund nu var i færd med at få KGH/KNI på rette fod.

Der var ham der Peter, som efter et par års klinik skyndte sig over i et andet område og fik en – stadig væk – flot akademisk karriere, inden for det Grønlandske.

Så var der et par stykker, som ikke virkede for skarpe, og nogle af dem har fået flotte karrierer på fine hospitaler – det var der sgu ingen, som havde gættet på den gang!

Der var også nogle rigtigt skarpe som gik den lige vej gennem studiet, og fik tilsvarende fine karrierer.

Andre – og der kunne altså også være nogle skarpe hoveder imellem dem, gik i praksis, i provinsen sågar! Og fik et liv der.

Jeg erindrer mig også kolleger, som ganske hurtigt har forladt det kliniske arbejde og sat sig bag et skrivebord, og lavet godt arbejde der.

Og så var vi jo så nogle stykker, der endte med at få et langt lægeliv i Grønland.

Jeg tror det er Jens Peter Jensen – Uffe Ellemann-Jensens far – som har sagt, at journalistik kan føre til hvad som helst.

Udsagnet må siges i den grad også at gælde for lægefaget.

Et eller andet sted ser jeg jo som klinisk arbejdende lægemødet mellem lægen og patienten som grundydelsen i sundhedsvæsenet.

Når jeg sådan ser mig omkring, og også ser på, hvad jeg selv har haft fingrene i gennem årene, så er der også meget andet nyttigt, som læger kan beskæftige sig med. Og det giver ikke rigtigt nogen mening at forsøge at gøre det til en konkurrence om, hvem der gør mest nytte.

Meget af det lægelige arbejde er jo ganske nødvendigt.

Der skal snakkes med patienter, det skal der, der skal laves parakliniske undersøgelser – som skal kvalitetssikres – der skal diagnosticeres og lægges behandlingsplaner; der skal opereres. Der skal forskes, der skal administreres og – ja der er rigtigt mange lægetjanser og de er alle sammen spændende, forestiller jeg mig.

Der har været gange, hvor jeg har været misundelig på dem, der f.eks. kunne koncentrere deres indsats om kirurgi i øjets forreste del og dermed regne med at blive rigtigt dygtige til det. Og der har ved Gud også været mange tidspunkter, hvor jeg har glædet mig over, hvor overraskende, det kunne være, hvad det var der kom ind fra venteværelset.

Ja og så har der selvfølgelig også været dage, hvor man ud på natten har synes, at nu behøver der ikke komme flere overraskelser – ja der behøver faktisk slet ikke komme noget som helst!

Det fascinerende i det her er jo mangfoldigheden.

Man forlader universitetet med sit eksamenspapir og, ja der er vel ikke frit valg på hylderne, men der er godt nok mange muligheder for at få sig en spændende tilværelse og et godt arbejdsliv.

Jeg er ikke blind for, at tilfældighederne kan spille en rolle for, hvor man havner, og jeg orker slet ikke gå ind i filosofiske overvejelser om, hvad der får een til at vælge.

Jeg vil nøjes med at konstatere, at der er rigtigt mange måder at være læge på, og til det hører også en erkendelse af, at man hen ad vejen kan afprøve flere af disse muligheder. Og få glæde af det.

Selv er jeg nu endt i rollen som “medicinsk daglejer”, møder op om morgenen, ser de patienter, som er sat op til mig og er dermed tilbage ved “grundydelsen”.

Fedt job – og det har det været hele vejen igennem.

Næsten!

Thomas Stensgaard

Nakorsanut – 40 år – men smukkere og mere blomsterende end nogensinde

Niels Kristian Kjær ph.d

Tidligere distriktslæge i Ilulissat og tidligere formand for Grønlands lægekredsforeningen

Jeg har fulgt Nakorsanut gennem min tid i Grønland og i faktisk også i årene efter.

Det er i dette blad jeg har læst om de positive skælsættende begivenheder, som da hjemmestyret hjemtog sundhedsvæsenet i 1992, det er her jeg har læst om intense faglige diskussioner mellem kollegaer ofte i et herligt frispog, som jeg ikke har set i andre faglige tidsskrifter og her har jeg læst om faglige problemstillinger, der har udviklet min viden og forståelse. Disse eksempler illustrerer den brede, der har præget Nakorsanut gennem alle årene.

Nakorsanut har altid været vidt favnende og det har nu gennem 40 år fungeret som en slags sundhedsfaglig kamik post, bindeled og informationsplatform for læger og sundhedspersonale i Grønland.

Hvis vi ser bort fra alle dem som klumper sig sammen i Nuuk, så bor man spredt og lang fra hinanden i Grønland. Lægerne på kysten ser ikke hinanden så tit, men heldigvis har Nakorsanut virket som en "afstandsforkorter" blandt lægerne og spillet en vigtig rolle i den faglige identitetsudvikling, der er nødvendig, hvis man skal udvikle sig i det grønlandske sundhedsvæsen.

Mit første indlæg i Nakorsanut var i 1991. Anledningen var trist, et helikopter styrt ud for Ummanaaq den 4 januar 1991. Blandt de omkomne var distriktslægen Jens Møller Jensen og jeg havde dermed mistet en god ven og en kollega. Siden er det også blevet til et par uendeligt mindre dramatiske indlæg i bladet. Nakorsanut kunne rumme det hele.

Nakorsanut har fulgt opturene og nedturene i det grønlandsk sundhedsvæsenet, og det er opløftende at læse om den betydelige forskningsaktivitet, der nu finder sted i Grønland og om uddannelsesaktiviteterne af de mange nye grønlandske læger. Det varmer om hjertet hos en gamle ven af Grønland.

Men ved et hvert jubilæum bør man standse op og tænke på muligheder, styrker, svagheder og trusler mod fortsat



Bent Harvald og Niels Kristian Kjær

udvikling. Det grønlandske sundhedsvæsen er præget af stor "turn-over" både centralt og på kysten, lægelige institutioner som Knud Erik Kleist, Jørn Breinholt, Gert Mulvad og få andre er desværre undtagelser, der bekræfter reglen. Det er derfor uendeligt vigtigt med et blad, som kan bevare den historie som vil svinde ved hyppige personale skift.

Sundhedsvæsenet har altid stået med store udfordringer, og ser man i gamle blade ser man at mange problemstillinger ikke er af ny dato. Viden der bliver samlet, blandt andet i Nakorsanut, vil kunne hjælpe nutiden med at bruge tidligere gjorde erfaringer.

Der tales idag meget om ledelse og management, excelark og power point præsentationer er blevet konge i sundhedsvæsenet. Men for den enkelte grønlandske patient er det stadig mødet med den enkle faglige person der tæller, uanset om det er den erfarne bygdejordmoder, en kompetente sundhedsmedhjælper eller overlægen på SANA.

Det er på af grund af disse patienter, at vi overhovedet har et sundhedsvæsen. Det må vi altid have os for øje. Derfor er successen af det grønlandske sundhedsvæsen afhængig af den kvalitet hver enkel ansat leverer i mødet med deres patienter, og derfor bør der være stor respekt om dem der i patientens øjne gør en forskel. Derfor bør vi betragte de mange fagpersoner i alle deres forskellige funktioner, og deres forskellige uddannelser med respekt og en vis grad af ydmyghed overfor deres faglighed.

Nakorsanut har i 40 år fortalt historien om disse mange fagpersoner, der gennem tiden har virket i Grønland i kortere og længere tid. Jeg håber Nakorsanut vil fortsætte med at fortælle disse historier, hånd i hånd med arbejdet for at løfte fagligheden og styrke fælleskabet.

Nakorsanut: Fast læsestof på Regionssygehuset i Ilulissat

Alle ansatte på Ilulissat Regionssygehus, Region Avannaana ønsker Nakorsanut, tidsskriftet for det grønlandske lægeforening hjertelig tillykke med 40 års jubilæum. Nakorsanut har igennem mange år været fast læsestof på sygehuset i Ilulissat, og er fast inventar i venteværelser, konferencerummet, lægekonsultationer samt personaleboliger. Tidsskriftet skal roses for en fantastisk varieret indhold med bl.a. personlige beretninger, artikler om Grønland-relaterede sygdomsbilleder, Grønland-relateret forskning, nye udviklinger indenfor det Grønlandske Sundhedsvæsen, information om nye kurser, beskrivelser af afholdte kurser og meget mere. Desuden har Nakorsanut givet rum for vigtig debat om lægefaglige og

sundhedsfaglige emner indenfor det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Vi vil meget gerne takke nuværende redaktører Gert Mulvad og Ole Lind for deres store arbejde for Nakorsanut. Vi vil gerne afslutte med at ønske Nakorsanut endnu en gang tillykke med et meget flot jubilæum, og vi håber at tidsskriftet vil eksistere i rigtig mange år fremover.

*Luit Penninga,
Ledende Regionslæge,
Region Avannaana, Ilulissat Sygehus*



Regionssygehuset Ilulissat Personalet

40 års jubilæum Nakorsanut

ØNH-indlæg af Preben Homøe

”Aluu, tikilluarit – hvorfor kommer du så i dag?”. Mit grønlandske stopper efter velkommen. Patienten som er en mand 50’erne svarer gennem den rare tolk, at han fik et brev med en indkaldelse. ”Jamen hvad generer dig?” spørger jeg. ”Ikke noget” svarer manden. ”Der står på mit papir du lider af svimmelhed?”. ”Nå, men det var vist før jul” siger patienten ”og det er gået over nu”. I A-kortet kan jeg nu se patienten (som jo slet ikke er patient) er henvist af en vikarlæge i oktober måned og nu er vi august måned næsten et år senere. ”Hvorfor har du så ikke meldt afbud” spørger jeg, fordi jeg er lidt overrasket. ”Jamen jeg fik jo brev om jeg skulle komme og da jeg ikke vidste hvorfor, tænkte jeg at jeg hellere måtte møde op”.

Dette er blot en af mange fantastiske oplevelser i det grønlandske, som jeg har været heldig at opleve både gennem øre-næse-halskonsulentrejser, men også gennem forskning i Grønland. Historien viser noget om de kulturforskelle som møder en udover de mange andre oplevelser som Grønland gavmildt deler ud af.

Grønland har altid budt på otorhinolaryngologiske udfordringer siden speciallægebetjeningen blev oprettet gennem landslægeembedet i 1954. Det var øre-næse-hals- (ØNH) lægen Vagn Melton (1918-1993), der på en 3

måneder lang skibsrejse fra Sydgrønland til Uummannaq konstaterede et stort behov for årlig regelmæssig øre-næse-halsspeciallægebetjening i Grønland. Det var særligt, ligesom nu, de kroniske mellemøresygdomme som dominerede. Melton så 929 patienter, hvoraf 50% var børn og 16% af disse børn havde kronisk flydeøre.

Siden 1956 har Vestgrønland været besøgt årligt og siden 1959 også Østgrønland. I begyndelsen var det længerevarende rejser med skib, senere blev rejserne opdelt i distrikter og betjentes af 5-8 ØNH-konsulenter. Den audiologiske service blev oprettet i 1962 efter audiologen Christian Røjskjær (1914- 2015), som var leder af Statens Hørecentral i Odense, påviste et stort behov for hørerehabilitering både blandt børn og voksne i Grønland. Denne funktion er siden da blevet varetaget af audiologisk afdeling i Odense.

Ret hurtigt indgik Landslægeembeddet en aftale med ØNH-afdelingen på Rigshospitalet som planlagde og arrangerede konsulentrejserne i samarbejde med distriktslægerne. Denne ordning fungerede indtil 2005, hvor Grønland hjemtog ØNH-specialet. Mange danske ØNH-læger har berejst Grønland og mange har fattet stor kærlighed til landet. Der var en lang venteliste på at blive ØNH-konsulent i Grønland, men af faglige grunde var det en stor fordel at benytte de mest erfarne. En af disse særlig er-



Ørekirurgi, Preben Homøe



farne var øre-næse-halskirurgen Ole Greisen (1935-) fra Ålborg. Greisen har berejst hele Grønland og hans engagement resulterede i 2002 i udgivelsen af ”Ordbog og miniparlør grønlandsk/dansk, dansk/grønlandsk for øre-, næse-, halslæger og andet sundhedspersonale”. Greisen havde god hjælp, men taler selv hæderligt grønlandsk, som han selv udtrykker det med nordjysk underdrivelse. Parløren blev støttet af flere fonde og benyttes rundt omkring.

Konsulenternes opgave var at diagnosticere og behandle så mange ØNH-lidelser lokalt som muligt og foretage mindre operationer såsom adenotonsillektomier, næseseptum korrektioner, o.l.. Patienter med behov for ørekirurgi blev alle henvist til operation på Rigshospitalet. På visse tidpunkter sendtes næsten 200 grønlandske patienter til ørekirurgi årligt. Resultaterne var imidlertid langt fra tilfredsstillende og det var omkostningstungt. Det medførte, at vi efter aftale med Direktoratet for Sundhed opstartede ørekirurgiske projekter i Grønland i 1998. Projekterne organiseredes af Christian Siim (1948-) og Poul Bretlau (1937-) og undertegnede organiserede et kvalitets- og forskningsmæssigt opfølgingsprojekt gennem de næste 6 år. Vi kaldte det ”mobile ear surgery”. Resultaterne, som er publiceret internationalt, viste en klar forbedring i forhold til tidligere både med hensyn til antal intakte trommehinder og høreforbedring selvom resultaterne fortsat ligger under, hvad man opnår i eks. DK. Dette skyldes med stor sandsynlighed de mere kroniske forandringer som man ser blandt grønlandske patienter. Disse ørekirurgiske projekter er derfor blevet fortsat og stort set al ørekirurgi foregår nu lokalt i Grønland med

alle de fordele dette har for den grønlandske befolkning og samfundet. Ventelisterne ligeledes klart reducerede.

I 1990’erne blev det tiltagende klart, at med den voksende befolkning i Nuuk var to konsulentbesøg i Nuuk pr år ikke tilstrækkeligt. Samtidig ønskede Grønland meget naturligt at hjemtage ØNH-specialet. Man indgik derfor fra 1995 vikaraftaler med flere danske ØNH-læger herunder Svend Vang Pedersen (1942-), Bendt Kløft (1928-) og Sven Holm-Jensen (1945-). Der oprettedes en egentlig øre-klinik under kirurgisk ambulatorium. Sygeplejerske Birthe Egede var det faste omdrejningspunkt, idet Birthe havde gennemgået uddannelse på ØNH-afdelingen i Gentofte. Der indkøbtes udstyr til ørekirurgi på DIH og i 1997 kunne man opstarte disse operationer på DIH. Imidlertid var det vanskeligt at rekruttere og efter Sven Holm-Jensen måtte man igen nøjes med den indgåede aftale med ØNH-Rigshospitalet som så varetog ØNH-betjeningen også i Nuuk igen. Det var i denne periode at DIH og ØNH-Rigshospitalet indgik aftale om at indkøbe transportabelt udstyr til at udføre ørekirurgi også på kysten. Idet mange har dobbeltsidig kronisk øresygdom forsøgte vi under et ørekirurgiprojekt i Tasiilaq i 2004, at udføre bilaterale øreoperationer i samme indgreb. Dette var for mange ørekirurger grænseoverskridende, idet man altid har ment, at man først vil se resultatet på det ene øre før det andet blev opereret. Resultaterne var tilfredsstillende, men ikke optimale selvom flere patienter opnåede intakte trommehinder bilateralt og god høreforbedring. Der udføres nu rutinemæssigt både unilateral og bilateral ørekirurgi i Grønland.

Grønland ønskede fortsat at hjemtage specialet og i 2005 oprettedes ØNH-specialet endelig som selvstændigt speciale med egen afdeling i kirurgisk regi på DIH. Efter udbud ansattes Jørn Rosborg (1939-) som den første egentlig fastansatte overlæge i ØNH-sygdomme. Der var egentlig normeret to stillinger. Rosborg opbyggede afdelingen med stor omhu og iværksatte forbedringer inden for konsulentrejserne, hvor der ud over anæstesiassistance fra DIH også medudsendtes en sygeplejerske til at assistere ØNH-konsulenten både til de ambulante patienter, men også ved operationerne. Tidligere havde man stillet tolk til rådighed lokalt, men sygeplejerske assistance var ukendt ligesom anæstesi udførtes af medrejsende anæstesiologer fra DK. Udstyret i rejsekufferterne moderniseredes. Rosborg systematiserede også kontroller og follow-up af de grønlandske hoved-halskræft patienter som var behandlet i DK. Tilstedeværelsen af ØNH-specialet i Grønland medførte yderligere klare forbedringer herunder ikke mindst muligheden for anvendelse af øremikroskopi på konsulentrejserne. Den diagnostiske sikkerhed forbedredes betydeligt, hvilket utvivlsomt har sparet en hel del henvisninger til både ØNH-DIH og ØNH-RH. Der indførtes obligatorisk screening af nyfødte med otoakustiske emissioner og der indkøbtes tympanometri apparatur til alle distrikter. Tympanometri har dog desværre endnu ikke fundet almindelig anvendelse endnu. Den anden overlæge stilling var vikarbesat med flere kolleger og bl.a. vikarierede Susanne Brofeldt (1951-) flere gange. Brofeldt overtog og videreførte i 2008 som ansvarlig overlæge videreudviklingen af ØNH-specialet. Blandt andet udvikledes rehabiliteringen af hovedhalskræftpatienterne lokalt med initiativer inden for ernæring og faste kontroller. Siden 2014 har ØNH-betjeningen på DIH været besat gennem en vikarordning, hvor bl.a. den første grønlandske ØNH-speciallæge, Jens Geelmuyden Fleischer (1968-) deltager. Måske bliver Fleischer en kommende gennemgående figur og det bliver spændende at følge og medvirke til den videreudvikling af ØNH-specialet i Grønland.

Mange andre medicinske specialer har udviklet sig hastigt i Grønland gennem de sidste 20 år. Indførelsen af både CT-scanning og MR-scanning er afgørende for kvaliteten inden for diagnostik og kontrol. Dette har ØNH-specialet også haft gavn af. I 2001 indopereredes for første gang et cochlear implant på en døv patient fra Grønland.

Det forskningsmæssige område indenfor ØNH i Grønland er særlig domineret af mellemøresygdomme og næsesvælgkræft. Dette skyldes naturligvis disse sygdommes udbredelse i Grønland. Udover mange internationale artikler gennem årene har forskningen indenfor ØNH-området også medført 5 afhandlinger sidst af Ramon G. Jensen (1975-). ØNH forskningens fremtid i Grønland ligger indenfor såvel mellemøre- som hovedhalskræft området. Flere undersøgelser pågår heriblandt et yderst spændende ph.d.-projekt som udføres af Malene Nøhr Demant (1984-). Projektet er en randomiseret kontrolleret undersøgelse (RCT) af effekten af drænanlæggelse på forebyggelse af kroniske trommehindeperforationer og hørenedsættelse. En sådan undersøgelse er ikke tidligere udført i verden og håbet er naturligvis at drænanlæggelse har effekt. Det er imidlertid uvist. Projektet er igangsat. Så vidt vides er det den første RCT i Grønland.

Det er mit håb, at ØNH-specialet vil udvikle sig i Grønland og at specialet vil kunne afhjælpe de mange ØNH-problemer som den grønlandske befolkning desværre fortsat er ramt af.

Preben Homøe

Anekdoter fra en svunden tid

Finn Eldon

Stort tillykke til Nakorsanut som fylder 40. Jeg har altid ment, at vores blad er et vigtigt kommunikationsorgan og et frirum for meningsudveksling, vel vidende at publikationen også læses af de bestemmende parter.

Selv har jeg været med i Grønland i 30år og har oplevet sundhedsvæsenets udvikling på tættest hold, og gennem årene har jeg flere gange på denne platform bl.a. skrevet om lægerekruttering og om hvad der kræves af en læge på kysten.

Det er ingen nyhed, at vi i dag står i den situation, at et kraftigt stigende antal kirurgiske tilstande bliver evakueret til DIH, senest også helt banale legale aborter. Udviklingen dræner sundhedsbudgettet og vi er snart nået derhen hvor sundhedsvæsenet kunne have sit eget flyselskab!

Jeg skal ikke her komme nærmere ind på årsagerne til denne udvikling; det har jeg og mange andre sagt og skrevet meget om. I stedet vil jeg gerne her i jubilæumsnummeret bringe nogle helt personlige autentiske oplevelser som læge på kysten, fra dengang vi klarede det meste selv. Oplevelser der tydeliggør udviklingen, men også nogle der har formet mig både som læge og menneske.

Jeg kom første gang til Grønland i april 1985, i et halvårs vikariat som ass.distriktslæge i Maniitsoq. Jeg var kun 4-års kandidat og var løbet sur i de helt urimelige publikationskrav man dengang stillede til en ortopædkirurgisk kursusstilling. Grønland var et tiltrængt pusterum.

Udover skadestueerfaring, så kunne jeg blot lidt basal ortopædkirurgi såsom operation af en brækket ankel og den slags. Jeg havde dog også haft lidt anæstesi, så da distriktslæge og gynækolog i Maniitsoq Bjørn Marshall hørte dette sagde han nærmest helt opløftet: 'Hør, de næste to dage har vi to planlagte kejsersnit, i morgen kan du så bedøve mens jeg opererer, og dagen efter bytter vi!' Jeg skal blankt indrømme, at jeg var ved at skide grønne grise ved tanken, men efter at have kigget på tegningerne i Falck Larsens lille bog 'Klinisk obstetrik' og set Bjørns operation, så lavede jeg dagen efter mit første sectio. Og mirabile dictu, både mor og barn overlevede! Sådan var vilkårene dengang for en ung læge med mod på at lære nyt og flytte egne grænser.



Passet ved Siorarsuit april 1985

Efter Maniitsoq tog jeg direkte på gyn.afd. på Gentofte og lærte proceduren mere formaliseret, men håndværket kunne jeg jo, hvilket siden er kommet mig til gode et utal af gange her i Grønland. I dag er det imidlertid ved at være sidste udkald for sectio ude på kysten, men de akutte sectio vil altid dukke op og hvem skal så lave dem?

Tilbage til 1985. Kun et par uger efter min ankomst til Maniitsoq ringede vagttelefonen en søndag morgen: en mand i Kangaamiut havde dræbt sin kone med en salonriffel hvorefter han havde forsøgt at suicidere ved at skyde sig i brystkassen. Blot en halv time efter befandt jeg mig i politimester Store Siverts båd, iført en harboøre habit, på vej til Kangaamiut, medbringende blot en lægetaske med det mest elementære. Sivert prøvede først at sejle udenskærs, men det var regulær kuling, hvorfor vi i ste-



det tog turen indenskærs. Med 40knob/t sejlede vi som en strømpil op forbi Hamburgerland, indtil den store halvø, der tvinger én udenskærs, medmindre man sejler igennem et smalt pas, som skjuler sig bag en indsø. Da vi nåede indsøen fik Sivert en noget bekymret mine, hvorfor jeg klogeligt tænkte, at den skulle jeg nok også påtage mig. Årsagen var, at passet var blokeret af 25-30cm tyk fastis over en bredde på ca. 200m. Alle andre i den vide verden ville være vendt om, men ikke Store Sivert: med sin 200Hk Mercury påhængsmotor sejlede han stille hen til iskanten og satte så fuld skrue på. Båden løftede sig op på isen og pga. motorens store vægt knækkede isen, der kastede sig ud til siden i store blokke! Godt på den anden side af isen fløj vi over den oprørte Evighedsfjord, fra dønningetop til dønningetop. I alt havde vi blot været 50 min. undervejs!

Fremme i Kangaamiut lagde jeg min karrieres første pleuradræn tilsluttet en simpel Heimlich ventil på manden, mens Sivert minutiøst fotograferede indskuds- og udskudsåbninger og meget andet på afdøde. 3 timer senere var Politikutteren ankommet og den uheldige mand anbragt midtskibs med dræn i brystet og iv.drop. Men på de 3 timer var det blæst op til regulær storm og jeg er absolut ikke nogen søulk. Knap var vi ude af havnen før jeg blev det mest ekstremt søsyge jeg har været i mit liv. Nær patienten stod skibskokken og kogte sælsoase – det fremmede ikke just søsygen! Jeg måtte fortælle kokken hvordan han skulle se efter patienten, mens jeg gik ud og tømte indvoldene udover rælingen og bad til Vor Herre om udfrielse.

Turen hjem til Maniitsoq tog 4 timer, den værste pinsel i mit liv. Bjørn forbarmede sig over mit hærgede legeme og overtog vagten.

Næste dag sad jeg og skrev på dødsattesten, da tele-

fonen ringede, det var Store Sivert i røret: ‘Har du beskrevet ind- og udskud på afdøde præcist?’, spurgte han. ‘Ja da, men hvorfor spørg’ du?’ ...Lang pause, hvorefter han noget nølende fremstammede: ‘Jeg glemte at komme film i kameraet!’

Jeg har flere gange siden mødt Store Sivert og hver gang griner vi højlydt af denne oplevelse, som bragte os tæt sammen. Han er et stort menneske i mere end én forstand. Men oplevelsen var i den grad en ‘game changer’ for mig: enten rejser man hjem til Danmark med det samme, eller også vælger man at blive. Jeg gjorde det sidste. Men jeg har aldrig lært at spise sælsoase!

Nogle år senere, i 1998, havde jeg sagt ja til 3 mdr. som alenelæge i Paamiut. Kun guderne ved hvorfor! Sygeplejerske Kim tog imod mig i heliporten en dejlig august eftermiddag og kørte mig til distriktslægens flotte gamle gule bolig. 10min. senere, hvor jeg kun lige havde åbnet min kuffert, ringede telefonen med Kim i røret: ‘Du må komme NU!’ Ovre på sygehuset, som jeg endnu ikke var introduceret til, sad en stakkels mor og hulkede og på skadestuelejet lå hendes 8-årige datter, Arnavaraq, der på alle måder lignede en sprængt blindtarm, højfebril og voldsomt peritoneal. Der havde ikke været noget læge i et stykke tid og mor var sikker på, at datteren ville dø. En vurdering som ikke var helt forkert, hvis ikke der skete noget nu! Jeg spurgte Kim om hvor operationsstuen var samtidig med, at jeg beroligede mor og lovede, at hendes datter nok skulle blive rask – håbede jeg, i mit stille sind! Ketalar blev fundet frem og 45min senere kørte datteren ud af op-stuen, en rumperet appendix mindre.

Arnavaraq blev udskrevet efter 2 dage og jeg tænkte ikke mere over det. En uge senere bankede det på døren til distriktslægeboligen. Uden for stod Arnavaraq og hendes mor og ville give mig en gave som tak. Det skal si-



ges, at moren ikke ejede kongens mønt, men hun havde for sparepenge købt en ramme og sat et af de få fotos i som hun havde af sin datter, med en undertekst der lød: 'Tak til nakorsaq Finn fordi du reddede mit liv'. Jeg har sjældent været så bevæget og rørt til tårer.

En sidste anekdote fortæller på sin egen forunderlige vis hvor det grønlandske sundhedsvæsen er på vej hen i dag. En fredag i november 2008 mødte jeg som vanligt op til kirurgisk morgenkonference på DIH, nu som uddannet ortopæd. Der var indløbet besked om, at en mand fra guldminen Nalunaq var indkommet på Nanortalik sygehus med tegn på en perforeret appendicit og han skulle evakueres snarest til DIH, da der ikke var kirurgisk ekspertise på stedet. Det plejer at være en af reservelægerne fra DIH der tager afsted for at hente disse patienter, men denne dag var der ingen der kunne. Jeg havde ikke noget specielt på programmet og tilbød min assistance. Som sagt så gjort og kort efter lettede jeg med King Air'en på vej sydpå, vel at mærke i tiltagende kuling. I Narsarsuaq var vejret dog fint og canadieren Bradly, som minearbejderens hed, var fløjet ind med helikopter. Han så syg ud, diagnosen var oplagt. Vi hastede derfor retur mod Nuuk, men ak, her var det nu blæst op til regulær orkan.

Efter 45 min's kredsen over Nuuk måtte vi flyve videre til Kangerlussuaq, da tanken var ved at være tom. Her måtte der træffes en hurtig beslutning, for pilotens plan var, at vi skulle prøve Nuuk igen; men da jeg spurgte ham om muligheden for landing indrømmede han, at den var om muligt ringere end før. Derimod kunne han fortælle, at vejret var stille i Diskobugten. 'Fint', sagde jeg, 'hvis jeg får grønt lys til det, vil du så flyve os til Ilulissat?' 'No problem!' Efter et par telefonopkald, dels til Ilulissat sygehus, som jeg kendte, og dels til min gode ven og kollega og vagthavende kirurg Øjvind, fik jeg ok til at flyve nordpå og behandle pt. dér. Situationen var jo absolut akut.

Vi blev taget vel imod i Ilulissat og en time efter ankomsten havde jeg fjernet en meget syg blåsort og rumperet appendix fra Mr. Bradly. Først om søndagen blev vejret sydpå godt nok til flyvningen hjem, og på morgenkonferencen mandag på DIH blev vi enige om, at det for fremtiden nok var bedst som første valg at sende en ortopædkirurg, når denne type pt. skulle hentes!

Mr. Bradly var dybt taknemmelig for den storartede behandling han havde fået: efter diagnosestillelse på ét sygehus bliver man fløjet godt 1000km nordpå og opereret på et andet, for så at rekonvalescere på et tredje. 'Yes, this is the way we do it here!', sagde jeg med et smil.

Jeg håber med disse fortællinger at have givet et indtryk af dels hvordan det var 'i gamle dage' og i forlængelse heraf måske en eftertænksomhed omkring hvordan situationen er her i 2015, hvor alting bliver sendt til Nuuk. Måske kan det ikke være anderledes, men man har så heller ikke fra centralt hold gjort ret meget for, at det kunne have været anderledes. Man har forsøgt sig med regionalisering i et forfængeligt håb om at højne kvaliteten i sundhedstilbuddet til befolkningen og fremme nærheden til borgeren; måske er dette lykkedes på regionssygehuse, mens de øvrige til gengæld nu er blevet drænet for kompetencer. Det kunne man spinde en lang ende over, men det må blive en anden gang.

For mig personligt har arbejdet som læge i Grønland været en regulær revolution. Fagligt har jeg lært mere end man kan i flere lægeliv og menneskeligt har jeg oplevet helt ind i sjælen med hvilken varme og taknemmelighed grønlandere møder én i arbejdet. Det er stort.

KUNSTEN AT "KEDE SIG"



Sika, Alma, Naaja og Veronica – døtre til Uka

Multikunstneren Josef (Juuserfissuaq) Josefsens hus fra 1953 ligger ved bygden Kapisillit i bunden af Godthåbsfjorden – cirka 3 timers sejlads fra Nuuk. Det hus blev vores i 1999 og har været rammen om vores liv siden da i op til 8 uger årligt af mindst en uges varighed ad gangen. Huset er enestående – uden elektricitet, vand eller træk-og-slip-toilet.

**”...det er som om alt smager godt i Kapisillit....”
Naaja 8 år**

Hvad laver man så derinde, når man er barn – uden skolekammerater, uden internet eller fjernsyn, kun med de samme irriterende søskende og sure forældre, som man alligevel altid er sammen med til hverdag? Den første dag er det kamp til stregen og repeterende udbrud af ”hvad skal vi lave?”...”det gider vi ikke!”...”hvad nu?” osv. Tomrummet, omstillingen, den nøgne tilværelse og øredøvende stilhed – det kan bedst beskrives som ’roens rastløshed’!

**”... vi keder os...”
Pigerne**

Men der er grænser for hvor meget og hvor længe man gider at kede sig – og der sker i løbet af de første par dage noget – de sure forældre er søde og de irriterende søskende er fantastiske legekammerater. Dagen flyver afsted med at hente vand, tømme lortespand, plukke bær, vandreturer, jagt, fiskeri og røgeri i Juuserfissuaqs gamle røgeovn. Når man skal hente vand og vaske op selv, går der sport i, hvor lidt vand det er muligt at bruge – dette medfører, at vi spiser havregrød om morgenen på skift af den samme

tallerken og det passer meget godt med, at først vågner den ene og så den anden.

**”...et lille urværk inde i mit bryst...”
Halfdan Rasmussen**

For hver gang vi er i Kapisillit opstår der en ”dille” – det er ofte perlesyning og kortspil, men også bygning af træguitarer, tegne tegneserier, folde papirdyr og bage pizzasnegle. Sidste gang fandt vi Halfdans Rasmussens ”Børnerim” i boghylden og det ene fantastiske rim blev lært udenad efter det andet og reciteret igen og igen. Har valgt at medtage et af rimene her, for at give dette indlæg bare en lille snært af kardiologisk faglighed!

**”...jeg savner vores fattige (primitive red.) liv i Kapisillit....”
Alma 11 år**

En efterårsferie havde vi katastrofalt ikke et kortspil i huset; pigerne brugte så 2 dage på at lave deres eget kortspil – komplette 52 kort med fuld dekoration af konger og dronninger, ruder og kløver figurer, for-og bagside osv og til sidst ”laminere” dem alle sammen med brug af 3-4 ruller klisterpapir. Jeg udbød min begejstring for dette store projekt og det flotteste kortspil i mands minde – hvor til svaret fra én af pigerne lød: ”hvad skulle vi ellers lave”?

**”...Man skal have tid til at kede sig”...
Mor til fire**

Uka Wilhelm Geisler, Medicinsk Afdeling

Hilsen fra en god kollega Bo Larsen

Efter aftale med Bo Larsen bringes her uddrag af mail beretning.



Bo Larsen

Efter længerevarende hovedpine foretages større udredning.

Jeg har lungecancer med spredning til begge lunger, lymfekirtler på hals og brysthulen. Spredning til begge binyre og 2 hjernemetastaser.

Har valgt behandling i form af stereotaktisk strålebehandling af hjernemetastaserne og Prednisolonbehandling.

Kemoterapi har jeg takket nej til. Der er ingen kurativ behandling mulig, kun palliativ i form af tvivlsom livsforlængelse.

Går efter livskvalitet og maximal udnyttelse af tiden til afsked, minder, kærlighed og varme med mine nærmeste.

21/7-2015

Været til 3D MR scanning af hjernen med kontrast.

Begge metastaser er vokset. Der er ikke påvist nye.

Er derfor henvist til konference med h. på opstart af stereotaktisk strålebehandling af disse to metastaser.

Desuden henvist til 10 strålebehandlinger af brysthulen (mediastinum) m.h.på at få de mange hævede kirtelmetastaser til at skrumpe.

Pladsen er ved at være optaget.

Det er rart og betryggende at have fundet en fantastisk læge som tovholder på mit fortsatte palliative forløb.

(Ovl. Peter Meldgaard, Kræftafdelingen Århus Kommunehospital).

Jeg er fuld af taknemmelighed og ydmyghed.

Vi ser frem til en uge i sommerhus på Slettestrand med alle børn og børnebørn. Uge 33

Jeg vil primært fremover holde jer orienteret på denne måde. Har ikke kræfter til de mange personlige kontakter. Håber I forstår.

tidligere Distriktslæge i Nuuk

30/7-2015

Jeg har haft en stille uge med ventetid og justering af min smertebehandling.

Stille også på en anden måde. Den 23/7 var min stemme forsvundet p.g.a. lammelser af højre stemmelæbe forårsaget af tryk på nerven.

Det kniber således med pladsen p.g.a. voksende metastaser.

Min Prednisolon dosis blev øget med yderligere 50 mg med god effekt. Kan gøre mig forståelig for det meste af tiden, men det svinger.

I går var Aase og jeg sammen med vore 3 døtre til samtale hos min tovholder Peter Meldgaard. Et rigtig godt og varmt møde.

Eksperterne har konstateret flere små nye hjernemetastaser og en lidt større. Dette umuliggør stereotaktisk strålebehandling af hjernen.

I stedet skal jeg have 10 svagere strålinger rettet diffust mod hjernen.

Strålebehandlingerne mod mediastinum, (brysthulen) er uændret planlagt med start 4/8 og det er jo heldigvis snart.

Går alt planmæssigt vil min hovedpine aftage og stemmen normaliseres og jeg vil kun blive lettere dement, ingen grønsag.

Peter udfærdigede en såkaldt terminalerklæring, der kort fortalt er en enkeltbillet der vil gøre den sidste del af rejsen mindre kompliceret.

Den tid der går godt kommer ikke dårligt tilbage.

Mit liv er fortsat en fantastisk oplevelse. Jeg går fra den ene stjernestund til den anden.

Hver dag er det en glæde at lave min daglige selvransagelse. Ydmyghed og taknemmelighed.

Nu trænger vi til at lade sygdommen trænge lidt i baggrunden, må indrømme at den på det sidste har fyldt for meget.

Så nu skal der leves igennem. Vi glæder os svært til en uge med børn og børnebørn i poolhus ved Slettestrand i uge 33. Og det skal ikke være et Oxfordmøde, men ferie, fælles oplevelser og samvær, kun afbrudt af en daglig tur til strålebehandling i Århus.

Ugens kodenavn skal være KÆRLIGHED.

Søgården, 27/8-2015, ankomst midnat

Jeg er rimelig meget psykotisk. Synshallucineret. Ved sådan en tilstand er der positive sider og negative sider.

Jeg kan pludselig forstå hvorfor megen god billedkunst er lavet i kodyle Absinth-brandeter, prædelirøse tilstande, eller p.g.a. andre rusmidler. For ikke at tale om syfilis 3. stadie. Men det er pinefuldt. Hug en hæl og klip et øre.

Siden jeg kom på Søgården i aftes har jeg sovet 24 timer. Fået en fantastisk modtagelse. Søgården er fantastisk. Dejligt at opleve den som indskrevet. I ved alle at jeg elskede mit arbejde.

Søgården 28/8-2015, middag

Vågnet glad og lykkelig trods grådabilitet. Uændret gangbesvær, synkesmerterne begyndende aftagende, så det ser lovende ud, alt taget i betragtning.

Hosten er blevet produktiv og ikke så smertende. Jeg er sikker på at det er lungemetastaserne jeg hoster op. Det ser sådan ud.

Stor kæmpetak for de mails I har sendt mig. Det varmer utroligt om hjertet når jeg får mail. Emnet er ligegyldigt, bare det at se dig på mail viser at du tænker på mig. Gør det ikke af pligt men af kærlighed.

Uden Jer, ingen mig.

11/9 2015.

Så et lille pip fra mig igen.

Jeg har det stadig meget skidt, er trappet ud af prednisolonen, og er ikke psykotisk mere. Desværre er de andre bivirkninger fra strålerne stadig meget generende, jeg er træt træt, og kan ikke samle tanker og holde koncentrationen.

Jeg var godt en uge på Søgaarden, og nød det i fulde drag, men ikke det rette sted for mig at være.

Det lykkedes os at få et ophold på Hospice Djursland, hvor der nu er gang i en gennemgang af al min medicin. Her er supersmukt og dejligt roligt, alle chancer for at komme godt til hæfterne igen. Jeg skal være her i en til to uger mere, og så forhåbentligt tilbage til Smedegade i Horsens. Vi tager dog på en lille udflugt derned i morgen, jeg glæder mig til at se mit hjem igen.

Mors ædle beskæftigelse

Nu skriver jeg noget ganske ærligt, lidt tabu, for det lyder lidt selvhøjtideligt. Men er der ikke en grad af sandhed i det når jeg skriver at vi som læger, i det hele taget som sundhedsfagligt personale uanset stand, anser os mere eller mindre essentielle? Vi laver ikke ligegyldige ting i vores daglige arbejde. Det er meningsfyldt og de fleste af os ser os vel som et godt forbillede for vores børn. Jeg tager mig ofte i at sige til mine børn at ”mor skal hen og hjælpe en syg mand” når ungerne bliver ked af jeg går hjemmefra når jeg har vagt. Så kan de acceptere det.

En dag spørger vi så vores datter på fire år under aftensmaden: ”Nå asasara. Hvad vil du så være når du bliver stor?” Vores lille Eva ser lidt forbløffet ud. Hun har ikke en alder hvor hun endnu har en fornemmelse af at man skal ”være noget” andet end sig selv. Så vi præciserer: ”Jo, anaana hun er læge og hjælper syge mennesker. Ataata, han er maskinmester, så han hjælper maskinerne når de er syge, og reparerer motorer på skibe så de kan sejle uden problemer. Kunne du tænke dig at være noget af det?”

Så lyser hun op og siger ”Jeg skal være ligesom anaana!”



En lille pige der har valgt sig et udfordrende hverv der kræver en del gåpåmod og selvdisciplin.

Har nogle år til at vælge noget mindre belastende...

Hold op mor her er stolt. Ikke så overrasket, for det giver jo mening for alle. Så fortsætter hun ”Jeg skal nemlig ordne vasketøj ligesom anaana!”

Så meget for vores ædle, meningsfulde fag til gavn for alle. Der er større udfordringer i vasketøjskurven, hvis bund man aldrig ser når man har mere end et barn ...

Ivalu S. Frederiksen, YL, Nuuk

Nye Bygninger til Naturfaglig uddannelse og Sundheds forskning



Fra pressemeddelelse Grønlands Naturinstitut

Byggeriet af Grønlands første naturvidenskabelige uddannelse og Grønlands Center for Sundhedsforskning er sat i gang ved en fjeldsprængning

Naalakkersuisoq for miljø, natur og justitsområdet, Mala Høy Kúko og naalakkersuisoq for uddannelse, kultur, forskning og kirke, Nivi Olsen, har i dag, onsdag eftermiddag, trykket i fællesskab på knappen til første sprængning for en ny bygning i Nuuk.

Bygningen vil skabe ramme om Grønlands første naturvidenskabelige uddannelse og Grønlands Center for Sundhedsforskning.

Uddannelsen udvikles

Den naturvidenskabelige uddannelse udvikles i samarbejde mellem Naturinstituttet, Ilisimatusarfik og danske universiteter frem til bygningen står færdig i 2017.

Her skal kandidater med arktisk naturfaglig baggrund udklækkes til undervisning, forskning, forvaltning og private virksomheder.

Og Grønlands Center for Sundhedsforskning, der ikke tidligere har haft selvstændige faciliteter, får med bygningen mulighed for at udvide sundhedsforskningen til gavn for Grønland.

- Jeg håber, at de nye fysiske rammer kan være med til at forbedre uddannelsen og forskningen i Grønland og dermed imødekomme det stigende behov for akademisk arbejdskraft med naturvidenskabelig baggrund, udtaler Mala Høy Kúko.

Internationalt niveau

- Denne sprængning er også en sprængning af rammerne for, hvad der er muligt for vore unge. Udvidelsen af Grønlands Naturinstitut, vil for første gang i vort lands historie give plads til oprettelse af naturvidenskabelige uddannelser på internationalt niveau, siger naalakkersuisoq for uddannelse, Nivi Olsen, der var med til at trykke på sprængningsknappen.

De samlede omkostninger for byggeriet, inklusiv inventar og specialudstyr til laboratorierne, udgør 50 millioner kroner.

Første sprængning for nye bygninger til Uddannelse og Forskning

Gert Mulvad

Bygninger der skal rumme Grønlands Center for Sundhedsforskning

Tale ved Bestyrelses formand for Grønlands Naturinstitut Gert Mulvad

Jeg vil gerne indlede med en tak til Naalakkersuisoq for Natur, Miljø og Justitsområdet Mala Høy Kúko og Naalakkersuisoq for Uddannelse, Kultur, Forskning og Kirke Nivi Olsen for at have gennemført den første sprængning til de nye bygninger.

I september 2013 samledes 40 Phd studerende her i Naturinstitutets kantine.

2 PhD kurser afholdt i Nuuk arrangeret af Natur Institutet og Grønlands Center for Sundhedsforskning

Det var en af de gode oplevelser, hvor Grønland viser kapaciteten til at kunne samle og dele viden på højt fagligt niveau.

Ved udvikling af Klimacenteret har vi set betydningen af et stærkt samarbejde mellem Naturinstitutet, Ilisimatusarfik og udenlandske Universiteter. Det har været essentiel for at sikre den høje kapacitet, hvor Grønlands Naturinstitut med Klimaforskningscenter fortsat scorer højt fagligt, sammenlignet med andre universiteter og forskningsinstitutioner omkring Arktisk forskning.

Fortsættelsen af dette samarbejde er vigtigt i udviklingen af de Naturfaglige uddannelser.

Også for Sundhedsforskningen er samarbejdet med udenlandske universiteter og forskningscentre væsentlig for at kunne sikre det høje faglige niveau. Samarbejdet med Sundhedsvæsenet er også af afgørende betydning.

Udviklingen af uddannelsen i klima og naturfag i Grønland, har betydning for at kunne tiltrække studenter til arktisk videnskab, og fremme deres interesse for arktisk, det er afgørende for udvikling af Naturinstitutet med fortsat videns kompetence.

Uddannelse i Naturfag på kandidat niveau er allerede opstartet i 2014 med finansiering via midler fra U-Artic, specielt i et samarbejde mellem Natur Institutet og Aarhus Universitet.

Her planlægges også et samarbejde mellem Naturinstitutet og Ilisimatusarfik, ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, hvor Grønlands Center for Sundhedsforskning er placeret. Vi er i gang med at planlægge efterårsemester 2016, under temaet sundhed og miljø, som indgår som en del af den naturfaglige kandidat uddannelse.

Campusområde

Naturinstitutet og Ilisimatusarfik har udfærdiget en samarbejdsaftale, og ønsker herigennem at medvirke til udviklingen af et flerinstitutionelt campusområde. Samarbejdet mellem samfundsforskning og naturforskning ved de to institutioner er allerede styrket betydeligt gennem oprettelsen af Grønlands Klimaforskningscenter, der har forskergrupper ved begge institutioner. Dette tværvidevidenskabelige samarbejde udvikles for tiden i forhold til miljøspørgsmål i forbindelse med råstofprojekter, og er naturligt blevet udvidet yderligere med sundhedsforskningen. På denne måde skabes der forbedrede muligheder for en bredere tilgang til sammenhængende problemstillinger vedr. samfund, sundhed, natur og miljø.

Jeg vil gerne slutte med en tak til fondene Aage V. Jensen Charity Foundation, Karen Elise Jensens Fond, Jelling Foundation, NOJ-Fonden og Holkegaardfonden, der alle er stiftet af personer med relation til Aage V. Jensen, samt Maersk Oil Kalaallit Nunaat (med partnere Tullow Oil og Nunaoil) som har gjort disse bygninger muligt.

Samtidig ønskes medarbejder og kommende studerende, en god udnyttelse af faciliteter og muligheder.



Nye bygninger der skal indholde Grønlands Center for Sundhedsforskning.

Cardiologi i Grønland 2015



Cardiologikursus

Man kunne næsten forledes til at tro, at Grønland lå øde hen – drænet for læger under Grønlands LægeForenings kursus-event ”Cardiologi i Grønland 2015” i dagene 29.april-1.maj. Tilslutningen til kurset var stor og det betød at 2/3 af hele Grønlands faste lægebemanding mødtes 3 dage i Nuuk i Konferencelokalet på Dronning Ingrid's Hospital. Afdelingerne kørte på lavblus, som i weekender-og helligdage, og på kysten var der arrangeret vikarer, så de faste kunne rejse til Nuuk.

Kursusets form

Kursisterne blev ført igennem hele kardiologien på 3 dage af 3 af de mest kompetente inden for området. Det teoretiske blev krydret med 11 cases fra ”den virkelig grønlandske verden” præsenteret af særligt dedikerede reserve- og distriktslæger og alle 3 dage blev afsluttet med en times EKG-træning og tolkning. Overlæge Steen Pehrson er danmarksmester i EKG og medforfatter på den netop nyudgivne EKG bog på Fadl's forlag ”Klinisk elektrokardiologi” og underviste i grundlæggende EKG, arytmier, pacemakere og ICD'er. Denne EKG-bog bør være tilgængelig på alle sygehuse, ligesom den må hver mands øje – spørger man mig. Overlæge Henning Bundgaard underviste i områderne pericarditis, myocarditis, dyslipidæmi, arvelige hjertesygdomme samt pludselig hjertedød. Et stort område inden for kardiologien er iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt, hvilket vi illustrativt blev ført igennem af Overlæge Lars Køber, som visualiserede hvordan man vurderer hjertefunktionen ved ekkokardiografi og billeddiagnostik af de forskellige klapsygdomme og behandlingen heraf. At hele kardiologien mere eller mindre kunne dækkes af kun 3 undervisere var imponerende, de supplerede og afløste hinanden godt, så alle deltagere, uanset niveau, fik stort udbytte af kurset. Der var 3 sygeplejerske fra Medicinsk Afdeling, der deltog i kurset ud fra den tanke, at skal man have engagerede sygeplejersker og fastholde dem på afdelingen, så er det vigtigt med videreuddannelse og subspecialisering også på denne front.

Kardiologiske patienter

Kardiologien er et stort område inden for det medicinske speciale og udgør 30-40% af de patienter, der indlægges på medicinske afdelinger. Der findes mange hjertepatienter på kirurgiske afdelinger og inden for psykiatrien er mange medika-

menter proarytmiske med risiko for udvikling af maligne arytmier. På kysten og på Dronning Ingrid's Sundhedcenter i Nuuk står distriktslægerne med det hele, så kardiologien er relevant for de fleste, som arbejder med patienter her i landet.

Faglig udvikling

På afdelingerne og ude i distrikterne hviler ansvaret for opdatering og vedligeholdelse af faglige viden langt mere på én selv end når man arbejder på store universitetsafdelinger rundt omkring. På store afdelinger er der undervisning hver morgen og man kan næsten ikke undgå at få den allernyeste viden med sig. Derfor er undervisning af hinanden, også selvom om man er få, eller netop fordi man ikke er så mange, utrolig vigtigt. Det er den eneste vej frem mod faglig udvikling og årvågenhed inden for sit fag – derfor er kurser vigtige, men næsten vigtigere er dét, som til daglig foregår på afdelingerne og ude i distrikterne. Morgenundervisning et par gange ugentligt bør være et must, hvis man skal holde gejsten og fagligheden oppe. Det vil jeg stærkt tilråde, hvis man ikke allerede gør det. Det er en af grundene til, at der arbejdes på at få tilkoblet distrikterne til den fælles undervisning, der er etableret det sidste års tid i form af ”Fagligt lægeforum” 1.tirsdag i hver måned på DIH.

”Cardiologi i Grønland 2015”

Det betyder meget, at vi har mulighed for at arrangere sådan et kursus for lægerne i Grønland. Det har jeg haft et stort ønske om længe, fordi hjertesygdommene er mange og forskelligartede, hvorfor det er vigtigt med videreuddannelse inden for området, så sygdommene kan behandles så godt som muligt. Mere viden, som sådan et kursus giver deltagerne, giver også større interesse og fokus på hjertesygdomme. Håber at det kan udvikle sig videre, så vi får en bedre oversigt over sygdomsmønstrene inden for dette spændende og vigtige område.

Hvem ved, måske hedder de næste kurser ”Den grønlandske abdomen 2017”, ”Pædiatri i Grønland 2018” eller ”Infektionsmedicin i Grønland 2019”, emnerne er udtømmelige – jeg giver stafetten videre!

Medarrangør Uka Wilhjelm Geisler
Overlæge, Kardiolog – Medicinsk Afdeling, DIH

Erhvervsastma i Grønland

Af Niels Ebbenhøj, arbejds- og miljømedicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital
ebbehøj@dadlnet.dk

Astma kan forårsages af påvirkninger på arbejdet (erhvervsastma) eller eksisterende astma kan forværres af påvirkninger på arbejdet (arbejdsrelateret astma). Forskellige bud sætter omkring 10% af astma hos voksne som arbejdsudløst eller – forværret, men specielt for det sidstes vedkommende er tallet nok undervurderet.

I DK anmeldes ca 200 tilfælde af astma årligt til Arbejdsskadestyrelsen, og tendensen er stigende de eneste år. I Grønland er anmeldt i gennemsnit tilfælde pr år siden 2007 (Tabel 1) af astma og rhinitis, hvoraf vel omkring halvdelen er astma. Her er tendensen mindre eentydig, på grund af de små tal.

Men arbejdsbetinget astma er et relevant emne i Grønland. Der er to eksponeringer, som har givet anledning til størstedelen af de anmeldte tilfælde af astma, skimmelsvamp på arbejdspladser og udsættelse for aerosoler i forbindelse med rengøring i fiskeindustrien.

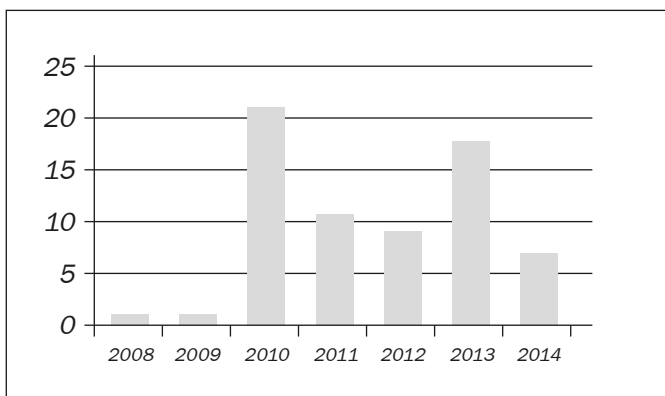


Fig 1. Anmeldte tilfælde af astma, rhinitis og allergi i Grønland (Arbejdsskadestyrelsen 2015).

Udredningen af erhvervsastma på sygehistorien og dokumentation af eksponeringen. Der skal være en diagnosticeret astma ud fra reversibel bronkokonstriktion. Sygdomsdebut skal være efter start på eksponeringen, og der skal være arbejdsrelaterede symptomer og fald i FEV1/peakflow på arbejde. Endelig skal der være en dokumenteret udsættelse for et kendt astmafremkaldende agens eller luftvejsirritant, eller en positiv specifik bronkial provokation ved eksponering. De første punkter sker i kon-

sultationen, de sidste ved peak-flow målinger under anstrengelse eller på arbejdspladssen.

Skimmelsvamp

Der er god evidens for at det er muligt at udvikle astma ved at bo eller arbejde i fugt og skimmelramt byggeri. Frekvensen er ukendt, men det er velbeskrevet at arktisk byggeri har særlige udfordringer i henseende til at sikre et sundt og tørt indeklima.

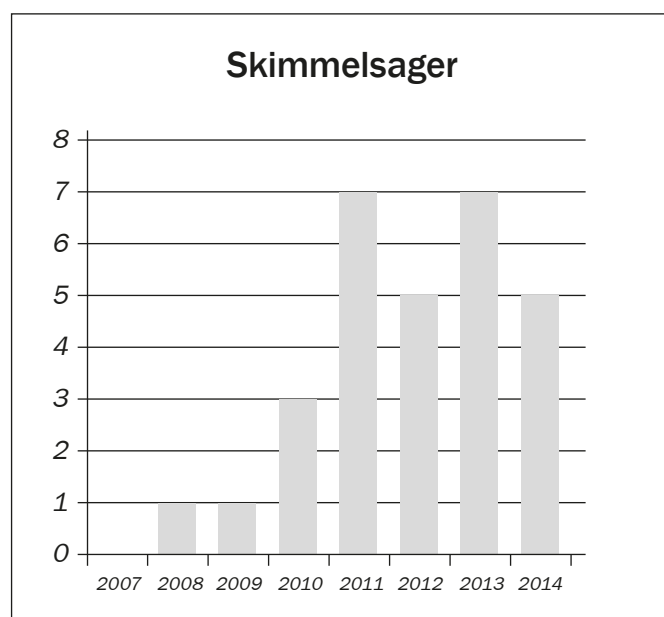


Fig 2. Anmeldte tilfælde af indeklimasager med skimmelsvamp i Grønland

For en dokumentation af årsagssammenhængen er det vigtigt at der foreligger en god beskrivelse af eksponeringen. Hvordan er huset konstrueret, hvor udbredte er fugt og skimmelskader, hvor længe har de stået på. Med henblik på en senere allergidiagnostik er det godt at gemme en prøve af angrebet materiale, så der kan laves HR-test.

Fiskeindustrien

Undersøgelser har vist at omkring 30 % sensibiliseres ved arbejde i skaldyrsindustrien eller fiskeindustrien. Forekomsten af astma er noget mindre, men risikoen er højest i forbindelse med aerosol-dannende processer som rengøring. Her er samtidig udsættelse for rengøringsmidlerne, som i sig selv giver en høj risiko for astma. Udredningen i disse arbejdsskadesager adskiller sig ikke fra andre:

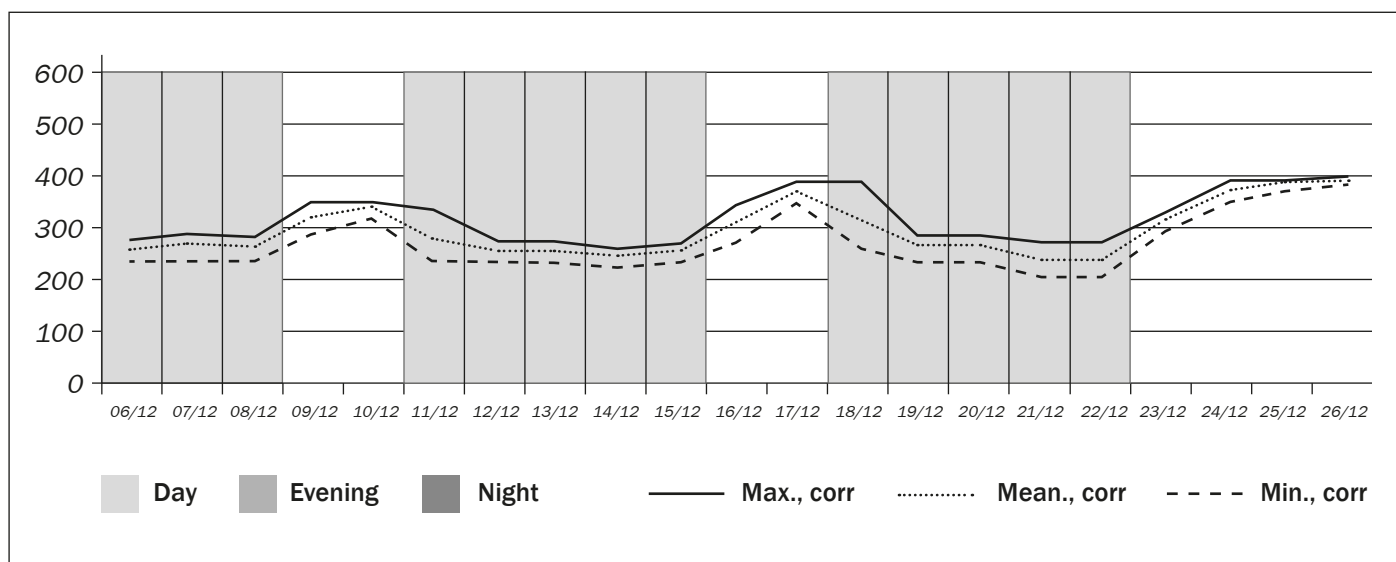


Fig 3. Peakflow monitorering på en 41 årig kvindelig butiksejer. Butikken var fugtskadet og svært angrebet af skimmelsvamp, hovedsageligt Penicillium Spp.

Beskrivelse af sygehistorien, en diagnose efter gældende kriterier og beskrivelse af eksponeringen.

Til dokumentation af den tidsmæssige sammenhæng er peakflow monitorering meget anvendelig, hvis læge og patient kan få det til at fungere (Fig 3). Som vist i sygehistorie 1 kan én-dags peakflow bruges hvis man har en veldefineret eksponering at måle op imod.

Allergi

Astma kan udløses på allergisk eller irritativ baggrund. Ved påvisning af en specifik allergi er dokumentationen ikke så vanskelig. I sygehistorien i fig 4 var symptombeskrivelse og priktest tilstrækkelig dokumentation. I skimmelsvampesagerne er en positiv HR-test overfor svampe fra den aktuelle bygning en god dokumentation, men det er sjældent at det lykkes at påvise en allergi. Dels på grund af de logistiske udfordringer med HR-testen, dels fordi det tilsyneladende er en mindretal af de skimmelsvampe udløste tilfælde af astma der er på allergisk baggrund. I så fald kræves en nøjere beskrivelse af den tidsmæssige sammenhæng: Peakflow-måling før og efter ophold i huset. Det er ofte vanskeligt dag reoveringen af bygningerne sjældent afventer arbejdsmedicinerens alt for sjældne besøg i lige netop den by.

Konklusion

Erhvervsastma i Grønland findes, hyppigheden er ukendt. Mistanken og erhvervsastma skal anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen så patienten kan få den erstatning og hjælp til at finde andet arbejde, som han/hun har krav på.

For arbejdsskadesagen er det vigtigt at diagnosen stilles efter gængse kriterier og at der bliver mulighed for en udredning af årsagssammenhængen med de redskaber der er beskrevet i artiklen.

Erhvervsastma er astma sygdom, som er udløst af et allergen eller en irritativ påvirkning på arbejdspladsen. Arbejdsrelateret astma er astmasygdom som er opstået af anden årsag, men som forværres blivende eller hvor anfald kan udløses af en påvirkning på arbejdspladsen.

Referencer

Baggrundsmateriale om erhvervsastma:

<http://armoni.dk/node/28>

Program til håndtering af peakflow-målinger:

www.web-pef.com

Hjemmeside til anmeldelse af arbejdsbetingede lidelser:

www.anmeld.gl

Sygehistorie 1

50 årig kvinde ansat på et kommunalt kontor, der havde til huse i en ældre bygning med utæt tag og opstigende grundfugt. Bygningsundersøgelse viste skimmelsvamp i luften på patientens kontor efter at hun var flyttet til andet arbejde. Hjemmet angives pænt og rent uden skimmel.

Ingen atopihistorie eller allergisk disposition. Pt. fik tiltagende vejrtrækningsbesvær gennem et år og fik sit første astma anfald på vej hjem hvor det gik stejlt op ad bakke. Sat i behandling med inhalationssteroid 1 pust om morgenen. Efter at have flyttet arbejde svandt de daglige symptomer, men pt. havde stadig vejrtrækningsbesvær om natten og på vej op ad bakkerne i byen.

Ved undersøgelsen var spirometrien normal. Pt. præsterede et PF på 400 L/min som faldt til 350 ved 15 min. ophold på et andet skimmelramt kontor i byen og til 250 L/min efter en hurtig tur op ad bakken.

Diagnostik af astma

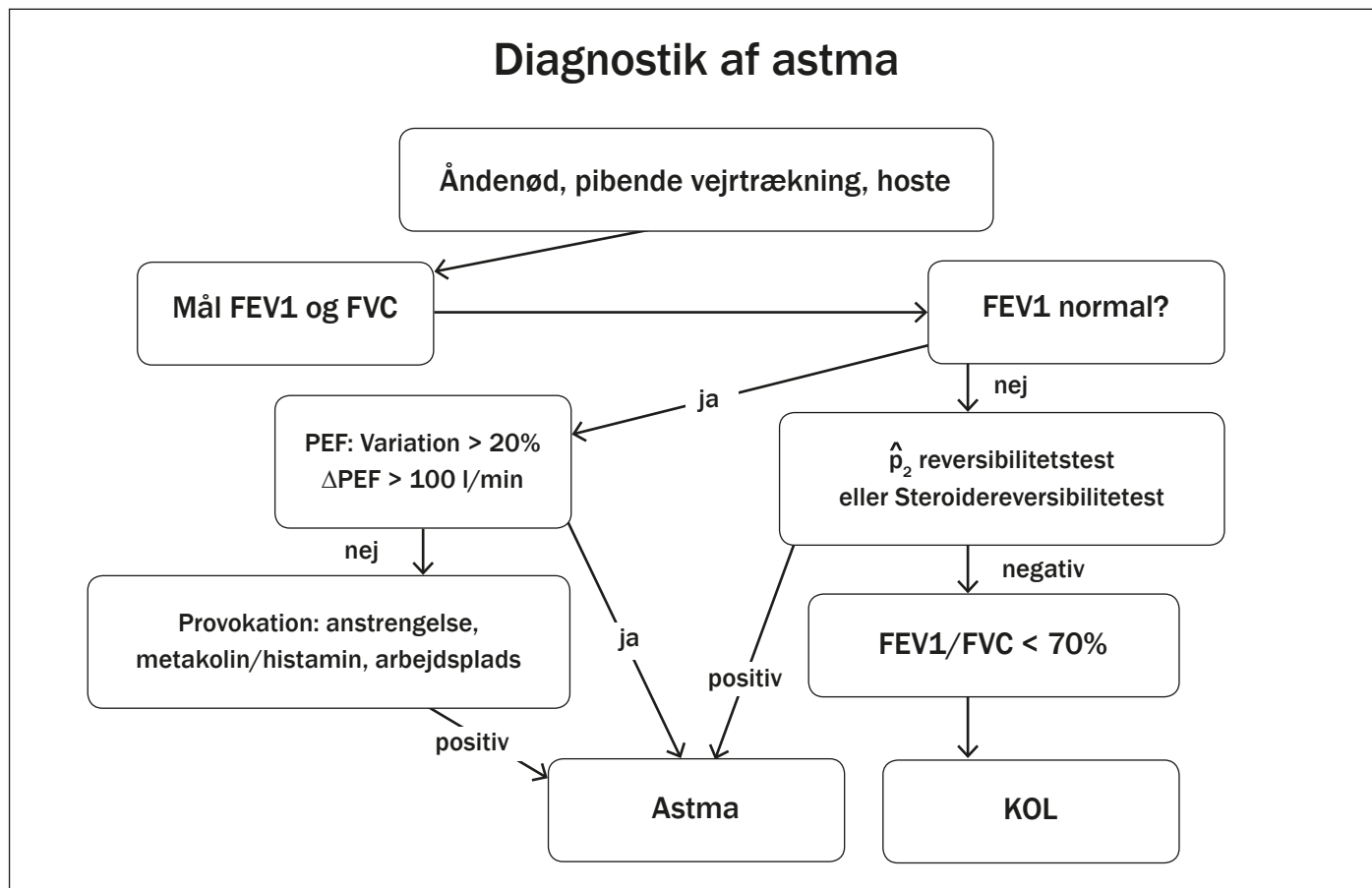


Fig 4. Algoritme til udredning af erhvervsastma. Fra Ulrik CS et al. Diagnostik og behandling af astma bronkiale hos voksne. Ugeskr læger, Klaringsrapport 3, 2002

Konklusion: Astma på irritativ baggrund udløst af fugt og skimmel på kontoret. Fortsatte symptomer efter eksponeringsophør. Tilrådet kontakt til sygehuset mhp yderligere behandling

Sygehistorie 2

55 årig mand ansat ved sælskindsproduktion. Har i 5 år betjent en maskine der sliber bagsiden af tørre garvede sælskind. Massiv støvudvikling i produktionen, ineffektivt udsug på maskinen, støvforurening af omgivelserne. Brugte ikke åndedrætsværn. 1 gang om ugen tømte han filteret på udsugningen, og var her eksponeret for støv og skimmelsvamp.

Efter 5 år tiltagende pibende og hvæsende vejrtrækning, mest på arbejde. Fik et egl. astmaanfald her. På grund af nedsat FEV1 sat i behandling med inhalationssteroid og β_2 -agonist med nogen virkning. Symptomerne aftog gradvist da pt blev flyttet til en anden afdeling i firmaet men han piber fortsat på vejen op ad bakkerne. Er ophørt med behandling.

Konklusion: Arbejdsbetinget astma, formentlig på allergisk baggrund udløst af støv fra sælskind. På grund af de fortsatte symptomer tilrådes kontakt til sygehuset mhp genoptagelse af behandling.



Verdens første positive priktest overfor moskusokse hos en astmatisk moskusjæger i Kangerlussuaq. Foto Niels Ebbehøj, 2008

Telemedicinsk behandling af svær højtrykslungeødem på 900 km afstand

Geografiske afstande er stor i Grønlands nordligste sundhedsregion, Region Avannaq. Regionens nordligste bygd Siorapaluk, det nordligste naturlige bosted i verden, og regionens sydligste bygd Ilimanaq, som ligger lige syd for Ilulissat isfjord ligger 1138 kilometer fra hinanden. Regionens sydligste by, Ilulissat og regionens nordligste by Qaanaaq ligger 1073 kilometer fra hinanden. Desuden kan afstande fra en by til de tilhørende bygder også være stor. For eksempel er afstanden mellem Upernavik og Upernaviks nordligste bygd Kullorsuaq 204 kilometer. Disse store geografiske afstande samt til tider ekstreme vejrforhold giver sundhedsvæsenet svære udfordringer. Telemedicinske konsultationer er et vigtigt værktøj for at optimere diagnostik og behandling af grønlandske patienter. Det gælder elektiv behandling af sygdomstilstanden, men det gælder særdeles også ved akutte livstruende sygdomme.

Jeg vil hermed give et eksempel på succesfuld anvendelse af telemedicinsk behandling af en patient som præsenterende sig med svær lungeødem i en af regionens nordligste bygder. Patienten var en muskuløs fanger som tidligere på dagen havde været ud på narhvalfangst. Han var sund og rask og uden dagligt medicinforbrug. Igennem årene har han kun været meget sjældent i kontakt med sundhedsvæsenet. Sent om aften blev han pludselig tiltagende dyspnøisk, og han blev bragt til sundhedsstationen i bygden. Bygdesundhedsmedarbejderen kontaktede sygehuset for at få rådgivning. Udover at man klart fik indtryk af patienten var i en kritisk tilstand lykkedes det ikke over telefonen at få afklaret hvad patienten fejlede og vagthavende læge på Ilulissat Sygehus blev involveret. Den vagthavende læge kontaktede den ledende regionslæge for at få afklaret om patienten skulle evakueres fra bygden til sundhedscenteret i byen. Der blev etableret telemedicinsk videokonsultation mellem lægekantoret på Ilulissat Sygehus og Pipaluk i sundhedsstationen i bygden. Kameraet fra Pipaluk var rettet direkte mod behandlingslejet i konsultationen, hvor der befandt sig en svær dyspnøisk patient med en respirationsfrekvens på 75 vejrtrækninger per minut. Med Pipaluk blev der målt blodtryk og saturation, og patienten havde et meget høj blodtryk og lav saturation. Patienten lå med skum i munden, som han kastede op, og han kunne hverken drikke eller tage piller. Hver gang han fik noget i munden spyttede han det ud, og blev næsten kvalt på grund af hans respiratoriske tilstand. Han kunne hellere ikke tale. Ved videokonsultation kunne man klart se at patienten ikke havde et

forlænget ekspirium, KOLD eller astmaanfald, men klinisk havde patienten svær højtrykslungeødem. Videokonsultation via Pipaluk var af god kvalitet og også detaljer som halsvenestase kunne klart ses. På grund af den kritisk respiratoriske tilstand blev der iværksat evakuering af patienten per helikopter som var stationeret på Thule Air Base. En læge og anæstesisygeplejerske fra Thule Air Base var så venligt at tilbyde deres hjælp; det var fantastisk, og det skal de begge have stor tak for. Imens startede vi telemedicinsk behandlingen af patienten. På lægekantoret i Ilulissat sad vi tre personer; vagthavende læge, ledende regionslæge, og en grønlandsk-talende sygeplejerske som også havde kendskab til Thule-dialektet. Hvad skulle vi give patienten? Sundhedsbygdemedarbejderne kan ikke give intravenøst medicin, og patienten kunne ikke tage noget per os. Og hvad findes der af medicin på bygdesundhedsstationen? Heldigvis har der inden sommerferien lige været en gennemgang af det medicin som skal være i bygderne, så jeg vidste hvad der burde være iaf forskellige typer medicin i bygdesundhedsstationen. Vi bad bygdesundhedsmedarbejderen om hun havde visse præparater og spurgte om hun kunne vise disse præparater til kameraet, både piller og injektionsvæsker. Vi blev glad der bygdesundhedsmedarbejderen viste os Furosemide tabletter, men dem kunne patienten jo ikke synke. Hun viste os en del ikke relevante præparater. Vi blev også glad der hun viste os nitroglycerin sublinguale tabletter. Vi bad sundhedsmedarbejderen om at prøve at lægge en nitroglycerin tablet under tungen. Ja, det lykkedes med besvær, bygdesundhedsmedarbejderen holdt tungen ned med fingeren i et stykke tid, og han spyttede den ikke ud. Vi roste hende for det flotte arbejde, og vi afventede effekten, og det lignede som om hans vejrtrækning var blevet marginal bedre. Bygdesundhedsmedarbejderen blev bedt om at måle saturation og blodtryk med Pipaluk, og så snart hun havde målt dem rettede hun kameraen kortvarig hen mod Pipaluk, så vi kunne se saturationen og blodtryk med det samme. Vi gav patienten endnu en gang sublingual nitroglycerin, og hans vejrtrækning blev igen en smule bedre. Bygdesundhedsmedarbejderen målte løbende vitale værdier, og vi roste hende løbende for det arbejde hun udførte. Behandlingen blev gentaget, og mængden af skum i munden aftog, respirationsfrekvensen faldt, og vejrtrækningen blev langsom bedre, også normaliserede blodtrykket sig langsomt. Patienten reagerede på behandlingen, og nu forsøgte vi at give ham en furosemide tablet som han før havde spyttet ud. Han tog tabletten i munden, og han kunne nu synke den.



Telemedicin

I løbet af to timer var denne svær dyspnøiske patient med højtrykslungeødem blevet klinisk markant bedre; hans vejrtrækning havde normaliseret sig, skummen i munden og opkastninger var forsvundet, og han sad op og kunne drikke lidt vand. Det høje blodtryk var normaliseret, og patienten havde også fået en fin saturation. Der var også to andre personer i bygdesundhedsstationen, som naturligvis havde været panisk og urolig i starten, men nu tydeligvis var lige så lettet som os andre at patienten nu havde fået det så overraskede godt. Der var styr på situationen, og der kom frisk kaffe frem i sundhedsstationen i bygden. Pludselig hørte vi det kendte larmende lyd; helikopteren var nu i nærheden og ville snart lande i bygden. Efter et kort stykke tid kom det sundhedsfaglige personale som var fløjet til bygden ind i bygdesundhedsstationen, patienten fik foretaget relevant klinisk undersøgelse, vi kommunikerede omkring patienten, og der blev aftalt at patienten blev evakueret med helikopteren til sundhedscenteret i byen. Patienten kunne selv gå til helikopteren. Det var nærmest mirakuløst som patienten havde rettet sig, Ved patientens ankomst til sundhedscenteret i byen blev der startet videre diagnostik udredning.

Ovenstående er et eksempel på hvordan telemedicinske videokonsultationer kan anvendes til behandling af akutte livstruende tilstande. Telemedicinske konsultationer giver mu-

lighed for hurtig at kunne iværksætte, overvåge og styre behandlingen på andre geografiske steder for eksempel i bygder, dette langt hurtigere end et lægefagligt evakueringshold kan nå frem til patienten. Desuden giver telemedicinske konsultationer mulighed for at overvåge og behandle patienten, imens et lægefagligt evakueringshold er på vej. I denne sammenhang er det særdeles vigtigt at telemedicinske konsultationer sørger for at vores sundhedsbygdemedarbejdere ikke stå alene med ansvar og behandling af akutte kritisk syge patienter for eksempel i den periode hvor et lægefagligt evakueringshold er på vej. Desuden giver telemedicinske konsultationer af akut påvirkede patienter bedre grundlag for en kvalificeret beslutning om patienten overhoved skal evakueres eller om patienten kan forblive i bygden. Telemedicin er under hurtig udvikling og i denne forbindelse er det vigtigt at der er fokus på nuværende muligheder og fremtidige behov. Bl.a. vil mobile videokameraer i bygder kunne sikre at telemedicinsk konsultation også kan foregå andre steder i bygder end på bygdesundhedsstationen, for eksempel i hjemmet hos patienter som er blevet akut syge og ikke kan komme til bygdesundhedsstationen.

*Luit Penninga
Ledende regionslæge
Region Avannaa, Ilulissat Sygehus*

Speciallæge uddannelsen i Almen Medicin

Betydningen af uddannelsen til Almen Medicin beskrives her ved navne på læger i specialet.

Betydningen ikke mindst set i lyset af den aktuelle offentlige debat om rekrutterings vanskeligheder i Grønlands Sundhedsvæsen.

Psykiatrisk afdeling: Jakob og Parnûna

Medicinsk afdeling: Uka og Alice

Kirurgisk afdeling: Rasmus

DIS: Jesper, Mikael, Marie, Gitte, Nicolai, Henning, Gert

Sisimiut: Helle, Jan, Finnur

Øvrige: Birgit, Kent, Efa (et par andre læger er også speciallæger i Almen Medicin som Øjvind, Ove, Jørn)

Aktuel blok læger i

Almen Medicin: Karsten, Hanne, Ivalu, Nadja, Tommy

Inden for de sidst 5 år har 6 bloklæger gennemført 5 års uddannelsesforløb i Almen Medicin her i Grønland og herefter taget til DK. Michael, Signe, Lars, Kim, Peter, Lars.

30 læger nævnt som alle har været i mere end 5 år i Grønlands Sundhedsvæsen, og de 23 er fortsat fast tilknyttet til Grønland.

Den lægelige Videreuddannelse

Der er fast 4 KBU læger på DIH, Medicinsk og Kirurgisk afdeling. Rigtig mange grønlandske læger har været gennem dette forløb.

Den store udfordring de næste år er videreuddannelsen inden for hospitalsspecialerne.

Vi må sikre Introduktions forløb i vores egne hospitals specialer.

Vi må søge muligheder for at det Grønlandske Sundhedsvæsen og specielt de Grønlandske læger på vej gennem hospitalsspecialerne kan knyttes sammen, gennem kortere eller længere ophold i Grønland.

Uddannelse og vidensopbygning inden for de forskellige specialer med udgangspunkt i Grønland, kan også knytte de Grønlandske læger på vej gennem hospitals specialerne til landet. NUNAMED med sine forskellige faglige Workshops kan bla være et af tilknytningspunkterne, sammen med løbende ansættelser på DIH.

Lægefagligt Forum

Tirsdag den 1. september

”Perioperativ regulering af antithrombotisk behandling”

Ved Reservelæge Hanne Lyngé Rex

Næste gang er:

Konference lokale 2	6. oktober 2015
Konference lokale 1	3. november 2015
Konference lokale 1	1. december 2015



Nyt fra Kirurgisk Afdeling, DIH



Simon Bernth-Andersen er per 1. maj 2015 udnævnt til overlæge ved kirurgisk afdeling. Simon har fra 2004 arbejdet på DIH, i Sisimiut og Tasiilaq. Han har taget sin generel kirurgi – uddannelse i Oslo, Norge og er siden juli 2012 ansat ved Dronning Ingrid's Hospital. Simon har udover Tupårnak og deres 3 børn interesse for jagt og kajakroning (endnu?). Han kan kirurgi i bred forstand, herunder traumatologi, og står for afdelingens nye implementering af laparoskopisk herniekirurgi samt er uddannelsesansvarlig for kirurgien. Han er en go' mand at have i det grønlandske sundhedsvæsen.

Til Medlemmerne af Grønlands Lægekredsforening

Kære kolleger,
Hermed indkaldes til ordinær generalforsamling

Lørdag, d. 17. Oktober 2015 , kl. 15.00

Generalforsamlingen afholdes på Hotel Hans Egede i konference-salen

Dagsordenen følger vedtægternes § 6.

Der er i år valg til bestyrelsen.
Omkring reglerne for valg og stemmeafgivelse – se vedtægternes § 9.
Vedtægterne findes i deres fulde ordlyd på vores hjemmeside www.lkf.gl

En læge, der ønsker at opstille til bestyrelsen, skal give skriftlig meddelelse til formanden på mail:
Senest 1. oktober 2015 til oli@peqqik.gl

Efter generalforsamlingen inviteres medlemmerne til spisning på HHE i Gertrud Rask lokalet kl. 18.30

TILMELDING TIL MIDDAGEN ER NØDVENDIG. Senest 9. Oktober 2015 til formanden: oli@peqqik.gl
(Obs: Har du allergi for et fødeemne – eller hvis du er vegetar – skal du beskrive det i din tilmelding !)

Den endelige dagsorden og en oversigt med kandidater til bestyrelsen udsendes ca. én uge før GF. Stemmeseddel til valget sendes pr. mail, og kan tillige udleveres på selve generalforsamlingen.

Med venlig hilsen
Ole Lind
Formand

Grønlands LægeForening
Mobil: 23 23 48 · Mail: oli@peqqik.gl

Grønlands Lægeforening – Nakorsat Kattuffiat: Vi tilbyder igen et nyt og lærerigt kursus:

Otologi i Grønland 2015

Tid: Fredag d. 16. Oktober 2015.

Tidspunkt: Kl. 8.45 - 17.

Hvor: Konference-lokalerne,
Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk.

Målgruppe:

Læger i Grønland - Du ønsker dig en vigtig opdatering på fagligt top-niveau med nyeste viden om faget Oto-Rhino-Laryngologi.
Der er pladser til 4 sygeplejersker.

Undervisere:

Overlæge, Hoved/Hals-kirurg John Jakobsen,
Odense Universitets Sygehus.

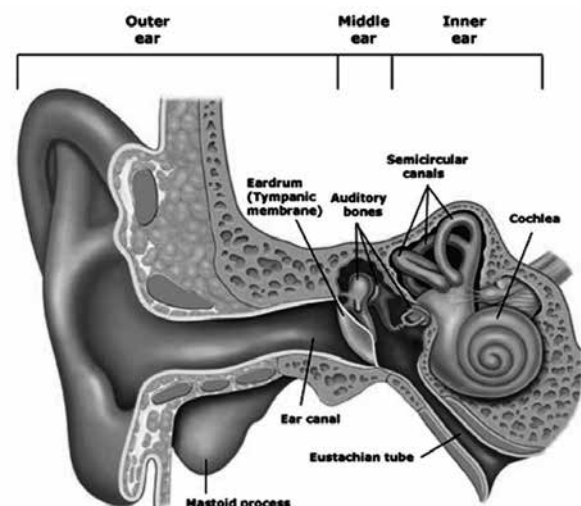
Speciallæge Søren Gade,
ÅUC – Århus Kommunehospital.
Odense Universitets Hospital.

Tilmelding: Er Åben ☺

Kursusleder:

Overlæge Jacob Kanstrup
Skriv til: jkan@peqqik.gl

Mere info om mødested og kursusplan: Tlf.: 557 559



Syfilis i Grønland – en ny epidemi?

Nadja Albertsen, Uddannelseslæge Almen Medicin, Medicinsk afdeling DIH

I foråret 2014 fandt vi i Dronning Ingrid's Sundhedscen-ter flere tilfælde af syfilis, hvilket ansporede en under-søgelse af incidensen f.o.m. 2010 t.o.m. 2014.

Nedenstående artikel er en kort gennemgang af resul-taterne, der også kan læses som en short comment i In-ternational Journal of Circumpolar Health vol 74 (2015).

Som I sikkert alle ved, er kønssygdomme særdeles hyp-pige i Grønland, særligt chlamydia og gonnoré. Syfilis har tidligere været særdeles udbredt, men efter to større epidemier tog man i slutningen af 1980'erne godt fat i problematikken og fik næsten udryddet sygdommen i Grønland. Desværre begyndte den at dukke op igen om-kring år 2011 og blev derfor igen gjort individuelt an-meldelsespligtig til Landslægeembedet. I 2012 blev der registreret et større udbrud i Maniitsoq og siden da har incidensen kun været stigende.

For at komme så tæt som muligt på den egentlige inci-dens af sygdommen, indhentede vi data på indberettede tilfælde fra Landslægeembedet og søgte det elektroniske journalsystem for patienter behandlet med Benzathinpeni-cillin, Doxycyclin eller Tetracyclin, som alle kan bruges som behandling af syfilis. Alle fundne journaler blev gennemgået og i alt fandt vi 94 tilfælde af syfilis fra og med 2010 til og med 2014.

Foruden en stigning i antallet af tilfælde, fandt vi også en geografisk spredning; fra 1 by i 2012 til 7 byer i både 2013 og 2014.

Halvdelen af tilfældene var under 27 år gamle, hvilket ty-der på at sygdommen er hyppigst i de aldersgrupper man må formode udviser størst risikoadfærd (f.eks. skiftende partnere og ubeskyttet sex).

I gennemgangen af journalerne fandt vi også, at der var dokumenteret kontaktopsporing i 81 % af tilfældene og at hele 33 % af tilfældene var blevet fundet ved hjælp af kontaktopsporing. Det tyder altså på, at det ikke over-raskende er en effektiv metode til at opspore og forhåbent-lig begrænse sygdommen, men at det desværre ikke bli-ver udført konsekvent.

Vi fandt også, at 16 % af de fundne tilfælde ikke var indberettet til Landslægeembedet, hvilket desværre van-skeliggør overvågning af sygdommen.

Så, for at konkludere:

Incidensen af syfilis er steget gennem de sidste 4 år, og selvom vi har tiltag til at overvåge og begrænse sygdom-men, er vi ikke konsekvente nok i udførslen af disse.

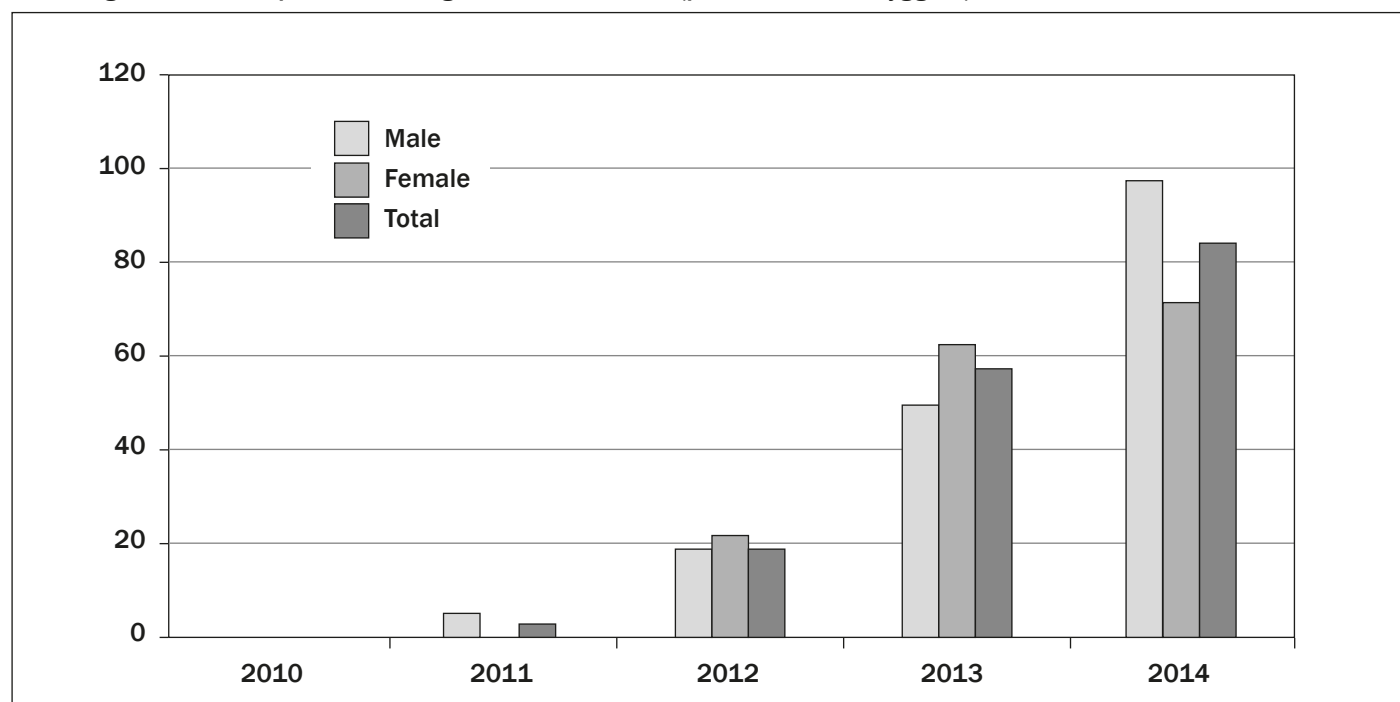
Spørgsmålet er også, om vi skal tænke i nye baner for at komme de seksuelt overføre sygdomme til livs?

OBS:

Skema til indberetning af syfilis kan findes på Landslægeembedets hjemmeside nun.gl – det er dog et gam-melt skema, hvor syfilis ikke fremgår som individuelt an-meldelsespligtigt.

Jeg vil samtidig gøre opmærksom på, at der er kommet en ny syfilis-instruks på D4, herunder fortolkning af se-rologi.

Fordelingen af tilfælde på de forskellige år ser således ud (per 100.000 indbyggere):



Som mangeårig læge på kysten har jeg naturligvis haft flere mindeværdige oplevelser

Jørn Breinholt

Her er et lille udpluk:

For mange år siden blev jeg ringet op fra en bygd af sundhedsmedarbejderen der oplyste at en ældre dame sad forpustet på de mellemste trin til butikken og ikke orkede bestige de sidste trin.

Havde der været noget helbredsmæssigt med damen som kunne forklare det, spurgte jeg.

Jo, hun havde haft kraftig næseblødning i 3 dage men det var nu stilnet af.

Jeg foreslog hun blev taget med ned på klinikken og fik målt BT og puls.

Efter nogen tid ringede hun tilbage.

Det sagde: bum...bum... og bum.

Det gik op for mig at hun havde glemt hvordan man måler BT og heller ikke forstod at tælle bum pulsen.

Et snarligt besøg i bygden var påkrævet.

Ved inspicering af medicinskabet bemærkede jeg at der i medicinglassene var blandet sammen en mængde medicin i forskellige farver og former.

Systemet den gang var at hvert præparat havde et nr. som var uafhængig af evt. skift i præparat navn.

Jeg forholdt hende at hvis jeg f. eks. ordinerede nr. 27 x 3 så fik patienten måske nogle helt andre piller end tilsigtet.

Jamen, forklarede hun, flere af hendes pilleglas har blevet knust og så måtte hun ja hælde dem over på de andre glas, det måtte jeg jo nok kunne forstå!!!!



Jørn Breinholt 60 års fødselsdag



Foto: Jørn Breinholt

Under et vikariat i Qaanaaq blev jeg ringet op fra Savigsivik. En flere gange gravid kvinde var gået i fødsel, prætermt.

Før jeg kunne nå at give nogle råd blev der råbt: Nu føder hun og røret blev lagt på i bygdebutikken som havde den eneste telefon i bygden.

En time senere ringede de op igen. Barnet, der var født i sædestilling, levede. Det vejede kun 1800 gr.

Grundet dårligt vejr lykkede det først næste dag at evakuere mor og barn, en pige, ind til Qaanaaq.

Barnet var dårligt og blev lagt i kuvøse. Præsten blev tilkaldt akut og barnet blev nøddøbt.

Vi etablerede fast vagt.

Vagtholdet bestod af undertegnede, Inge (nuværende landsapoteker) som var i Qaanaaq på juleferie og sygeplejersken. Da barnet fik daglige åpnø episoder sad vi på således på skift og knipsede barnet under fodsålerne.

Efter 14 dage blev jeg afløst af en ny vikarlæge.

Vi tænkte efterfølgende tit på hvordan det mon var gået med barnet.

5 år senere kom vi forbi Savigsivik i jolle på vej fra Aasiaat til Qaanaaq. Vi holdt ind i Savigsivik for at proviantere.

I butikken genkendte vi blandt kunderne moderen som gik rundt med en pige der var alderssvarende til vores patient fra den gang.

De forsvandt ud af butikken for hurtigt at komme tilbage. Moderen førte barnet hen til os.

Pigen gav os hånd og forærede os en bjørneklo som tak for hjælpen.

Lægerne og forskerne

Sascha Wilk Michelsen, Emilie Birch, Tyra Krause & Anders Koch samt kolleger ved Sektion for Grønlandsforskning, Afdeling for Epidemiologisk Forskning, Statens Serum Institut.

Et forskningsprojekt med feltarbejde i Grønland er altid en stor udfordring, men en af de udfordringer, som rigtigt mange af os, der har prøvet det, mindes med et smil trods mange timers hårdt arbejde, mulige og umulige logistiske udfordringer og meget andet. De fleste hospitaler/sygehuse i Grønland har igennem tiden haft besøg af sundhedsvidenskabelige forskere, og de fleste læger har derfor mødt dette folkefærd – forskerne. En forsker rejser naturligvis aldrig nogen steder uden en voldsom mængde udstyr af forskellig art, så som blodprøveudstyr, diverse typer af måleudstyr, og naturligvis spørgeskemaer i kilo-vis! Ind imellem rejser de også i grupper og de har stort set altid behov for at engagere lokal arbejdskraft til fx tolkning eller sejlsads til bygder.

Som forsker har vi pligten til at spørge om lov til at besøge det pågældende sygehus. Vi har også pligten til at give en beskrivelse af hvad vi skal lave og ofte spørger vi om vi må låne fx laboratoriet om aftenen, eller måske også om dagen hvis vi lover ikke at gå i vejen. Det går rigtig ofte meget godt, faktisk er det helt utroligt med den venlighed, der kommer ud af de ofte forsigtige (forsigtigheden og familiariteten kan variere fra forsker til forsker ☺) forespørgsler vi forskere sender til lægerne og andet personale på sygehusene i Grønland. I en forsigtig forespørgsel skrev en forsker en gang til en læge om det var muligt at stille et varmeskab et sted? Jo - det var det da, men hvor stort var nu dette varmeskab. Det var ca. 1 x 1 m. Lægen mente at det måtte være et virkelig særpræget varmeskab, det var jo tyndt som en plakat! Det særprægede varmeskab, som viste sig også at have et breddemål, kunne naturligvis godt stå på sygehuset. Ind imellem har forskerne oplevet, at læger eller andet personale har været så venlige simpelthen at tage billeder af noget af det udstyr de har på stedet for at høre, om det evt. kunne bruges.

Efter planlægningen kommer ankomsten. Først og fremmest ved man jo aldrig med 100% sikkerhed om man kommer frem, hvilket naturligvis giver en del nerver for forskeren (meget sjældent for lægen). Når det så alligevel lykkedes trods flere forbindelser, teknik, is i luften eller storm så er det helt fantastisk de gange der er andre fra sygehuset der også skal hentes og mange af os har oplevet at få et lift til sygehuset med ambulancen eller andre former for køretøjer.

På trods af den hektiske hverdag der præger en del af Grønlands sygehuse er der ofte interesse for det der forskning, specielt når vi formår at forklare, hvad det er vi rent faktisk laver. Mange af os er temmelig nørdede, men det er de fleste læger jo også, så det går faktisk rigtig godt med fagsnakken. Og meget ofte er inputs eller interesserede spørgsmål fra lægerne meget brugbare for forskerne – og kan hive de fleste forskere ud af deres univers og ind i en mere klinisk kontekst. Meget ofte er disse faglige diskussioner blevet vendt over en kop kaffe eller en middag. De fleste forskere har også stor glæde af at deltage i enkelte morgenkonferencer så de kan få en fornemmelse af dagligdagen – og igennem tiden har det formentlig også fået et par stykker til at vende tilbage – som læger? I det hele taget bliver de fleste forskere inkluderet i de lokale sygehuses forskellige traditioner, som fx morgensang, morgenkaffe eller eftermiddagskaffe, og det er vist også sket, at en forsker har været inviteret med til julefrokost.

Udstyr, skilte og nye mennesker giver tit anledning til en del spørgsmål blandt de folk der almindeligvis kommer og går på sygehuset og det kan også give et større flow af folk, der henvender sig i lægekonsultationen. Men det giver også meget ofte anledning til, at patienter på sygehusene kommer og henvender sig til forskerne og gerne vil deltage. Det samme gør personalet, og det på trods af at de kan risikere at støde ind i en forsker på de underligste tidspunkter. Ind imellem arbejder forskerne sent, ind imellem tror de også de er alene og enkelte kan finde på at synge, når de tror de er alene, og måske er en enkelt også set sovende.



Forskere og sundhedspersonal i Tasilaq

Et besøg til distrikternes bygder er meget ofte en ekstra stor oplevelse for forskeren og den gæstfrihed, man møder her, er meget ofte helt exceptionel. Så kan det godt være at man må sove en nat ved siden af en væg af dialysevæske, på en drømmeseng i konsultationsrummet eller på konsultationsbriksen, men imødekommenhed og brede smil er der masser af. En tandlægestol er også et fortrinligt leje.

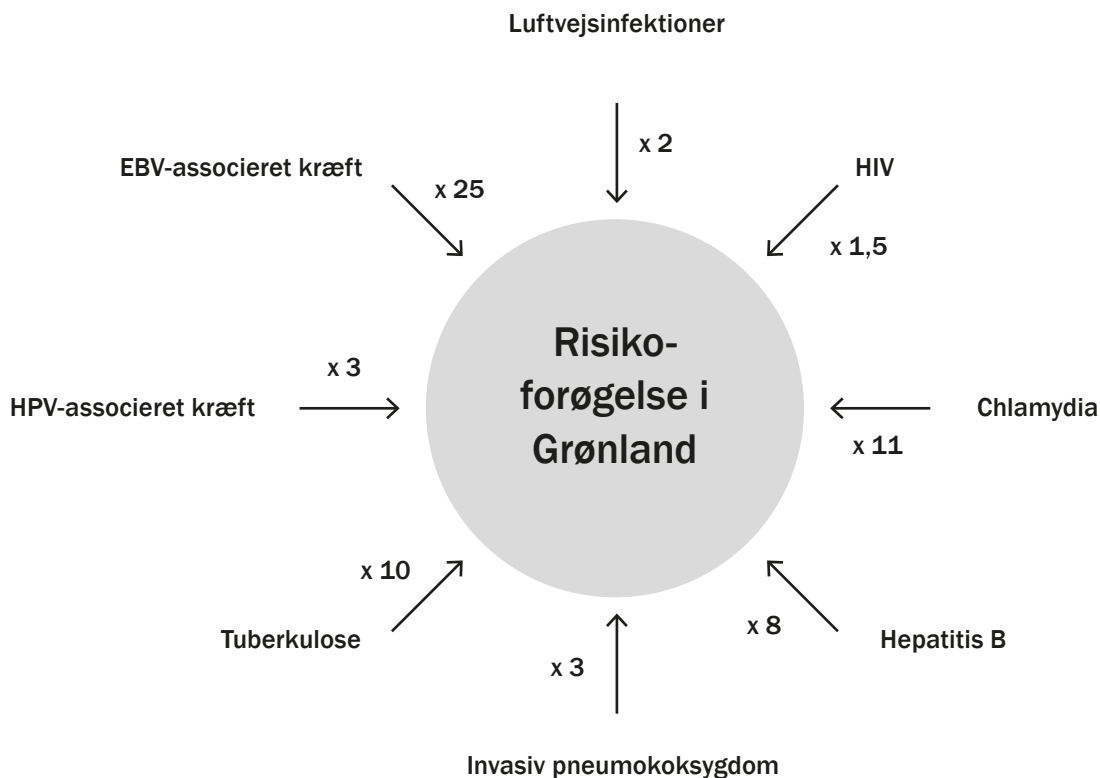
En gang imellem kommer en forsker i nød. Det kan være at forskeren bliver forsinket, løber tør for noget udstyr, løber tør for tid, strandede på grund af vejret eller lignende. Det er der meget ofte råd for hvis der er brug for det. Det er sket at en læge eller en anden der alligevel skulle flyve, har kunne tage nogle små, men essentielle ting, med til den nødstedte forsker. På samme måde kan forskerne hjælpe sundhedsvæsenet f.eks. ved at ledsage patienter eller transportere blodprøver, der alligevel skal samme vej.

Nogle gange kan de fysiske forhold dog blive lidt for meget for forskerne. På et tidspunkt strandede en forsker på østkysten i 10 dage op til jul, hvor vejret var skrækkeligt.

Sygehusets personale var så venlige at fortælle hvor hyggeligt der var til jul på et grønlandsk sygehus og at det ville være en oplevelse for forskeren at opleve jul på østkysten i regn og rusk med julelys i vinduerne. Det beroligede ikke forskeren. Adspurgt oplyste de lokale læger, der havde set det hele før, at forskeres og andres reaktioner, når vejret ikke tillod flyvning, kunne variere fra det steniske til det hysteriske. Selv blev forskeren betegnet som stoisk, og så er der jo ikke andet at gøre end at slappe af og leve op til værdigheden. Og forskeren kom hjem til jul.

I det hele taget har forskerne meget at lære af lægerne i Grønland. En forsker, der fik ansættelse som læge i Grønland, skulle i starten ofte have hjælp af den erfarne chefdistriktslæge. Spørgsmålene blev indledt med 'Jeg står her med en 44-årig mand med KOL, etc, etc.' eller 'Det drejer sig om en 85 årig kvinde med...'. Herefter ville chefdistriktslægen altid spørge 'Hvem er det? hvorefter den yngre læge måtte tilbage til journalen for at finde ud af hvem det var. Som oftest ville chefdistriktslægen herefter kunne fortælle alt om patientens tidligere sygehistorie, familieforhold, og eventuelle andre psykosociale faktorer der

Øget hyppighed af udvalgte infektionssygdomme i Grønland i forhold til Danmark



kunne have betydning for sygdomsforløbet og i høj grad også for behandlingen. Så det var i Grønland den unge læge for alvor lærte disciplinen socialmedicin, hvor man ser og behandler patienten ud fra et helhedsperspektiv. Tak for det!

Lægerne i Grønland er hårdføre. En chefdistriktslæge inviterede en af de nærværende forfattere og en anden gæst fra Danmark med til vedkommendes hytte i en nærliggende fjord. Bekymret for overlevelsen købte vi danskerne en større grillpakke i KNI så vi kunne klare os udenfor civilisationen. Da lægen så vores indkøb spurgte han, hvad vi skulle med det. 'Vi fanger maden selv', sagde han. Han bliver klogere, tænkte vi, og regnede med han ville takke os når han blev sulten. Men nej, lægen fangede torsk som han kogte på en sten og serverede med kvan- og rosenrodssalat, og da vi vendte hjem to dage senere gav han grillpakken til hundene.

Vi tror ikke vi overdriver (eller fornærmer nogen) ved at sige, at lægerne i Grønland ofte er mere farverige end læger i almindelighed. Det kræver sin mand/kvinde at passe sundhedstilstanden i en by, ofte med kun ganske få og meget skiftende kolleger. Det kræver en bred viden og mangeartede kundskaber, som man ikke kan forvente alle har. En af forfatterens første møde med en læge i Grønland var som ung stud.med. for ca. 30 år siden, hvor han besøgte et sygehus i Midtgrønland og stødte ind i den stedlige distriktslæge. Han sagde 'Jeg har lige lavet en duodeno-jejunostomi p.gr.a. pancreascancer' hvilket den unge stud.med. var noget imponeret over kunne lade sig gøre i et ét-lægedistrikt i Grønland. 'Men ham der' sagde han og pegede på en dansk patient, 'han har sukkersyge, og det aner jeg ikke en skid om, så han skal til Danmark'!

Tilbage til feltstudierne. Den store velvilje der er i samarbejdet med de Grønlandske sygehuse ved feltstudier og

den viden, lægerne har om lokale forhold er helt essentiel for at den slags studier overhovedet kan lade sig gøre. Nogen spørger nok, jamen hvad er der så egentlig kommet ud af alle de feltstudier? Ofte går der en del tid fra feltarbejde til der er resultater. Men rigtig meget af det feltarbejde der laves i Grønland omsættes til viden der potentielt kommer borgerne til gavn. Eksempelvis kan vi nævne, at indenfor infektionssygdomsområdet har forskningsresultater om hepatitis og invasiv pneumokoksygdom været medvirkende til indførelse af vacciner i børnevaccinationsprogrammet i Grønland. Forskningsresultater om kronisk mellemørebetændelse har dannet baggrund for nationale behandlingsprogrammer og -algoritmer. Forskningsresultater om tuberkulose har medvirket til at sætte fokus på sygdommen og dens bekæmpelse. Indenfor metaboliske sygdomme er epokegørende resultater fremkommet indenfor de senere år, der vil få stor betydning for forebyggelse og sygdomsbekæmpelse i fremtiden.

Forskningen bliver præsenteret nationalt, f.eks. via Grønlandsmedicinsk selskab, til NUNAMED og i de grønlandske medier, og internationalt ved internationale kongresser og i internationale tidsskrifter. Og der bliver lagt mærke til forskningsresultaterne fra Grønland, såvel nationalt som internationalt.

Vi vil med denne artikel sige tak til lægerne og det øvrige sundhedspersonale for mange års godt og inspirerende samarbejde fuldt af gode oplevelser. Samtidigt vil vi ønske Grønlands Lægekredsforenings medlemsblad Nakorsanut stort tillykke med de 40 år. Vi er sikre på de næste 40 år bliver lige så gode.



En forsker på feltarbejde

Nakorsanut 40 år

På vegne af Sundhedsledelsen skal der lyde et stort tillykke med et enestående jubilæum.

En gang en kæmpe blandt mange, i dag Rigsfællesskabets eneste lokale lægefaglige blad med en bred, tværfaglig tilgang til de emner, der tages op. Nu, som før, inspirerende læsning for kollegaer såvel i som uden for Grønland.

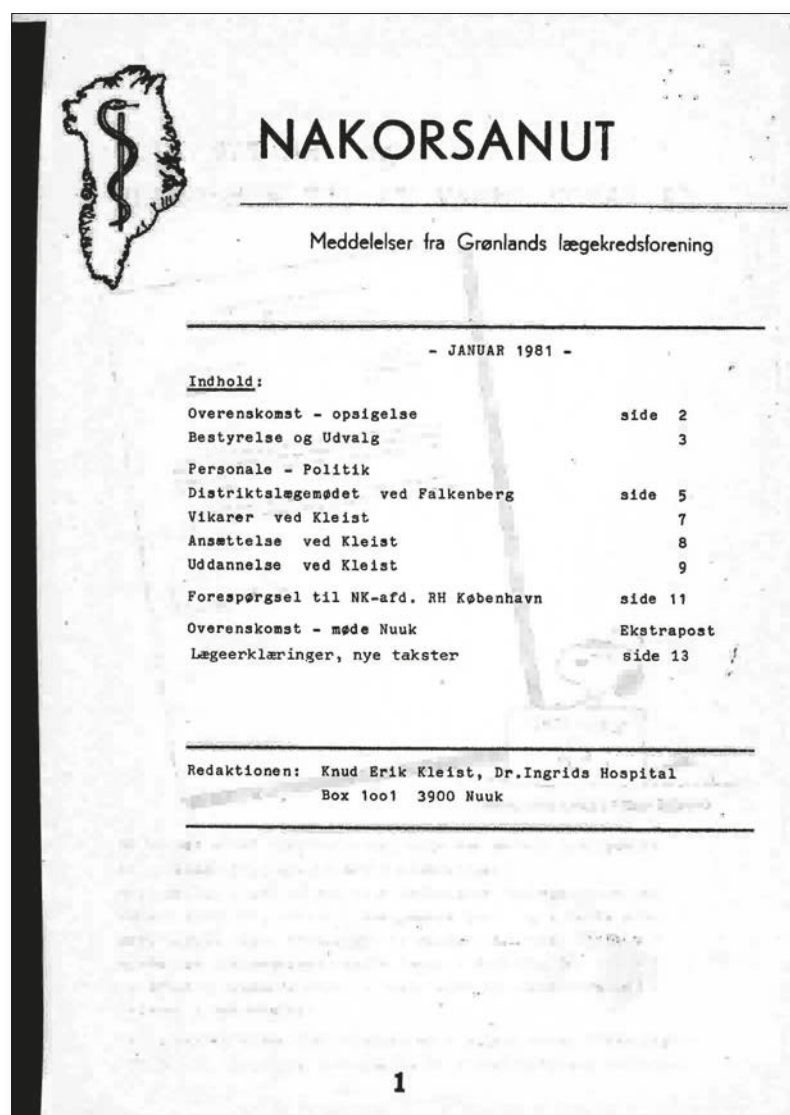
Personligt var Nakorsanut for mig det grundlag, jeg hvilede min første introduktion til Grønlands Sundhedsvæsen på. Ved min ansættelsessamtale i 2002 havde jeg forberedt mig ved at læse de seneste fire numre af bladet – og dermed vidste jeg meget omkring, hvad der rørte sig såvel lægefagligt som organisatorisk i Grønland – en fantastisk mulighed for en flyfrisk leder.

Også i dag giver jubilaren Sundhedsledelsen en enestående mulighed for i sit visions – og strategiarbejde at se tilbage på tidligere decenniers arbejde og med et solidt afsæt i historien sætte kursen for fremtidens Sundhedsvæsen i Grønland.

Vi håber, at Nakorsanut har mange år tilbage i sig – både som det traditionelle blad, vi alle kan tage med i flyet, men også i en elektronisk version med de udviklingsmuligheder, det indebærer.

Endnu en gang stort tillykke og al mulig held og lykke i fremtiden i Grønlands Sundhedsvæsen.

Cheflæge Anne-Marie Ulrik



Nakorsanut 1981



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands lægekredstøring

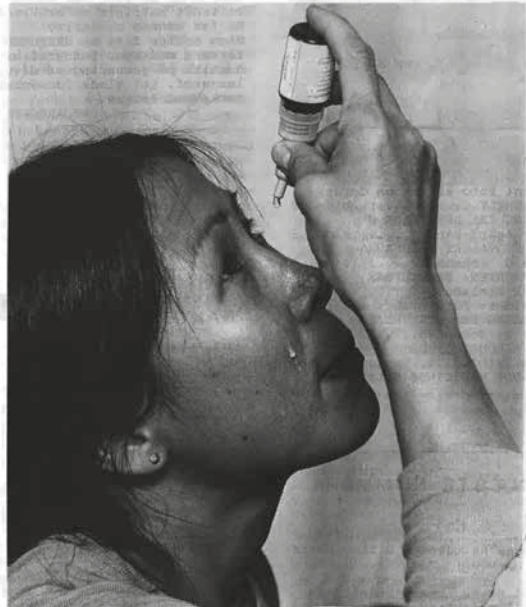
Nr 2 juli 1984



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands lægekredstøring

Nr 3 december 1984



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands lægekredstøring

NUMMER 2 - MAJ 1990



FOTO LISBET LYAGER

BRUGSANSVING SIDE 2 2



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands lægekredstøring

Tema: Speciallæger



Indhold

Landsstyremedlemmets nytårshilsen	3
NunaMed '91 - en boganmeldelse	4
Grønlandske medicinstuderende i Danmark	5
Legat	6
Kan sundhedsvæsenet være tjent med et kvart landsstyremedlem for sundhed?	8
Pædiatrikursus	9
Speciallæger i distrikterne	10
Anæstesi-læge-betjeningen	11
Speciallægerejser	12
Om speciallæger - et svar	13
Referat fra Forsknings- og Videreuddannelsesudvalget	14
Dansk Selskab for Kvalitetssikring i Sundhedssektoren	15
Sundhedsvæsenets overdragelse	16



Hvad fremtiden bringer – kan Havets moder give svar?