



Når fangst bliver til kunst, Øjvind Rosing (foto Finn Eldon)

Lægeforeningens æres pris	3	Arktisk infektionsuge i København	16
Årets æres pris	4	Facebookgruppen "Grønlandsk	
Fra studie bøgerne til livet som nyuddannet		Sundhedsforskning"	18
læge	7	Cardiologi i Grønland 2015	18
Kursus 2014 : Intravaskulær adgang på børn	8	Sundhedsforskningsuge 2.-6. oktober 2015	19
Fra et lægeliv i Sydgrønland	9	ICCH 16	19
Inua	10	Kollegialt netværk	20
En lille revolution, den grønlandske patient		Otologi i Grønland 2015	20
overtager sin egen journal	11	Dit Indlæg til NUNAMED i 2016	21
Fagligt lægeforum	12	Registrering og diagnosekodning i Cosmic	22
Uræmibehandling i Grønland Anno 2014	13		

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: 500

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

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

Grønlands Lægekredsföreningens bestyrelse

Formand:

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

Kasserer:

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

Næstformand:

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

Sekretær:

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

Menigt medlem:

Distriktslæge Jan Olsen – Sisimiut jano@peqqik.gl

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

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

Ærespriserne 2014

Skrevet af Jacob Kanstrup

Bestyrelsen for Grønlands Lægeförening – Nakorsat Katuffiat – havde til årets generalforsamling 2014 valgt, at to læger skulle modtage årets ærespris:

Tidl. chefdistriktslæge Jørn Breinholt og tidl. overlæge i psykiatri Poul Bisgaard.

Hans Christian Florian, Tasiilaq holdt sin tale for Poul Bisgaard. Florian beskrev indsatsen for tele-psykiatrien. Herefter kunne der på Lægeföreningens vegne overrækkes gaven til Poul, der som jæger fik et dejligt letvægtsgevær.

Alice Juul Pedersen holdt en varm tale til Jørn Breinholt. Alice tog sit udgangspunkt i Jørn's mangeårige virke som afholdt læge i Aasiaat og beskrev også hans omfattende interesse for naturen og Grønland – til lands og vands. Jørn Breinholt fik overrakt en flot hammer og en kasse søm. Et gavekort fra Lægeföreningen fulgte også med ☺

Jørn Breinholt



Poul Bisgaard



Lægeforeningens ærespris



Florian

- Går til en person som har ydet en særlig indsats i det grønlandske sundhedsvæsen.

Bestyrelsen har besluttet at uddele 2 ærespriser i år. Den første går til en kollega der stadig er aktiv indenfor faget – men som desværre ikke, for tiden, arbejder i Grønland.

Når man tænker på hvor få personalemæssige ressourcer der er i Grønland – hvor få grønlandske læger der er – hvor få dobbeltsprogede læger og hvor endnu færre dobbeltsprogede psykiatere der er – så er det jo pinagtigt at psykiater Poul Bisgaard led skibbrud under Det Store Psykiatriske Stormvejr.

Poul blev torpederet ud af sin stilling som overlæge, hvilket på sin vis giver mening – Pouls far, Tony Bisgaard, blev selv torpederet under anden Verdenskrig. Men Far Bis-

gaard overlevede, drev iland og slog rødder i det Sydgrønlandske. Så man kan sagtens sige at Poul er resultatet af et skibbrud der i sidste ende er gået godt.

Grønlands Lægeforening vil med tildelingen af æresprisen anderkende Pouls store indsats i den Grønlandske psykiatri og vi vil samtidig markere vores sympati for Poul, og vores afstandtagen fra de dispositioner der førte til hans afskedigelse.

Far Bisgaards Skibbrud endte godt – jeg er sikker på at historien vil gentage sig, således at Poul igen får fast grund under fødderne og således at de grønlandske patienter igen kan drage nytte af Pouls faglighed og empati.

Tillykke Poul !

Årets ærespris 2014

Det er nu efterhånden blevet en tradition i forbindelse med generalforsamlingen at uddele en ærespris til en person, som har gjort sig særligt positivt bemærket.

I år går prisen faktisk til 2 personer, og jeg har fornøjelsen af at sige nogle ord om den ene.

Det drejer sig om en kollega, som har tilbragt næsten hele sit lægeliv her i Grønland. Han har en stor kærlighed til både landet, befolkningen og sit fag.

Jeg vil fortælle jer om 2 sider af denne kollega: Lægen – og Eventyreren.

Allerede tidligt i livet stod Grønland som et mål i sig selv. Han overvejede derfor, hvilken uddannelse, der var mest hensigtsmæssig: Geolog ... Pilot eller Læge

Valget faldt så på lægeuddannelsen. Og tak for det.

Han blev udklækket som læge i 1974. Tog sine første lægejob i Norge med efterfølgende norsk autorisation.

Første ansættelse i Grønland som læge var i februar 1976 i Aasiaat. Med en Almen medicinsk baggrund.

Herefter fulgte en række ansættelser i Grønland, Sverige og Norge.

Det stod hurtigt klart for vores kollega, at for at være glad og føle sig kompetent i sit arbejde måtte han lære sig noget mere kirurgi. Så det gjorde han.

Efter forløb i Norge, Danmark og Grønland blev han i 1993 Speciallæge i Kirurgi med både dansk og norsk autorisation.

Målet var ikke at arbejde på DIH, i ”Det Beskyttede Værksted”, som vi jo er, men ude i det virkelige liv på Kysten.

Han har arbejdet fra Nanortalik i Syd til Qaanaaq i Nord. Så vidt jeg ved har han ikke arbejdet i Tasiilaq og Qaqortoq, men har ellers været stort set over det hele.

Første ansættelse i Grønland må have gjort et særligt indtryk, for det var i Aasiaat, han valgte at slå sig fast ned som Chefdistriktslæge. 1. Januar 1997. Og det har været udgangspunktet for al hans færden siden.

På det tidspunkt følte han sig godt nok rustet med kirurgi, gynækologi og også noget anæstesi. Og havde også snuset til både Røntgen og Ultralyd via en kollega i Norge. Tankerne omkring det at være læge på Kysten handlede om, hvordan man kombinerer ”Et Godt Liv” med sin Lægegerning.

Men også om muligheden for at holde lange arbejdsfrie perioder for at tilfredsstille eventyreren inden i sig.

De lange friperioder til længerevarende rejser har haft lidt trange kår, idet ansvaret for eget distrikt har vundet førsteprisen næsten hver gang.

Han er meget bevidst om, hvor vigtigt det er, at det er rart at være ansat ... og at man selv kan gøre en forskel. Så selvfølgelig har vores kollega altid beredvilligt taget personale med ud på oplevelser ... uanset om det var vikarer, faste, specialister eller studerende.

Det har været oplevelser i kajak, i jolle, på ski, på hundslæde.

Fra starten af sin tid som Chefdistriktslæge har han taget hånd om uddannelseslæger: Turnuslæger, Ammanuensis Læger samt Studerende i klinisk ophold.

Vi har haft flere af disse som reservelæger her på DIH efterfølgende.

Fagligt har han altid udfordret sig selv og gerne villet udvikle sig og blive bedre.

Han har ofte på den hårde måde måttet udvikle sig til at mestre næste kompetence.

Som da der en aften kom en ung mand ind med ondt i maven efter leg med sine børn.

Vores kollega mistænkte en miltruftur og fattede ultralydsapparatet.

En milt havde han aldrig fjernet før. Men efter et par timer mestrede han også denne kompetence.

Selv havde jeg første parket til operationen, idet jeg bedøvede patienten. Jeg var ganske imponeret fra min vinkel.

Jeg husker også en midaldrende mand efter en vådeskudsulykke, som ude i sin bygd havde ramt sig i armen med sin riffel. Det blødte vældigt, så han bandt rebet til bådens fortøjring om sin overarm og lod sig sejle den halve time ind til byen.

Jeg havde vagten og synes ikke, jeg havde overblik over blødningen og hvordan jeg kom videre. Så jeg ringede efter hjælp. Han kom selvfølgelig ... og efter en tid havde han etableret kontrol over blødningen og blodcirkulation til 2 fingre på trods af et stort knogle og vævstab på armen.



Årets ærespris Generalforsamling 2014

At de så ikke mestrede at fastholde det gode resultat her på DIH var jo ikke hans skyld! Armen blev amputeret ved albuen.

Han er altid beredt, altid villig og med en fantastisk evne til at løse opgaven samtidig med at sprede ro og tryghed omkring sig.

Tidligt havde han lyst til at lære at gastroskopere. Oplagt for en kirurg.

Kunne spare rejseudgifter for væsnet og tid for patienterne.

På DIH var man ikke klar til denne udvikling endnu, men vores kollega giver ikke så let op.

Det lokale Rotary endte efter ansøgning med at donere et gastroskop i 1999. Efterfulgt af en søjle og en skærm i 2002. Det gav en bedre arbejdsstilling at kunne kigge i skærmen i stedet for at skulle følge skopets skrvinger ned gennem patienten.

Og det er blevet meget flittigt brugt. Også af speciallæger fra DIH.

Ligeledes fandt han en særlig glæde ved at bruge ultralydsapparatet. Han ville gerne lære sig at eccocardiografere.

Så han læste, tog på kursus og øvede sig med det almindeligelige udstyr uden doppler og måleudstyr.

Han søgte supervision, når der kom mediciner på kystbesøg. Så selvfølgelig ville han også gerne anskaffe og bruge et "rigtigt" ekko apparat.

Men det går ikke at få bevilget på Væsnet's regning.

Men en af nøglemedarbejderne på sygehuset, sundheds-

medhjælper Bebiane, ville gerne bakke sin dygtige læge op, og iværksatte en indsamling. For når han kunne lave undersøgelserne, behøvede patienterne jo ikke rejse til DIH.

Så hun brugte næsten et år indsamlingen sammen med byens borgere og kunne i 2007 overrække byens gave til deres Chefdistriktslæge: et Eccocardiografi udstyr.

Alt dette samler sig om nogle nøgleord som

Faglig kompetence,

Faglig udvikling,

Arbejdsglæde,

Tryghed

Tillid

Samarbejde

Og ikke mindst en enorm vilje og styrke. En vellidt person. Et rigtigt menneske.

Samlet har han arbejdet op mere end 32 år i Det Grønlandske Sundhedscæsen

Helt kort bliver jeg nødt til også at nævne lidt af det, som har optaget vores kollega i de frie stunder, han trods alt har fundet:

Han har en særlig passion for kajakken.

Han har sejlet fra Kap Alexander i Nord til Nanortalik i Syd – inc. Melvillebugten

I Tasiilaq området. Rundt om Diskøen

Og har nu fundet en særlig kærlighed til Nordøstgrønd, som har dannet rammen for kajakture i 2008, 2009 og 2012 Mellem Mesters Vig og Danmarkshavn.



Tidl. chefdistriktslæge Jørn Breinholt

Han har bygget 13 grønlandske kajakker i alt. Senere overgået til havkajakker og endeligt til ”Folde-Sammen-Kajakker” som er særligt velegnede til transport i fx mindre helikoptere.

Langt de fleste kajakture er padlet sammen med hans livsledsager.

Der var dog en enkelt tur, hvor han sneg sig afsted alene. Fra Aasiaat til Diskoøen over helt åbent hav, hvor Disco Bugten og Davis Strædet mødes.

Han tog afsted en tidlig morgen i en fri-weekend, hvor han var alene hjemme. Han havde ”glemt” at sige, at han tog afsted. En tur på 2 dage over helt åbent hav.

Han fortalte senere, at de store dønninger var tæt på at vugge ham i søvn.

Han fik lidt skæld ud, da han kom hjem over sit vovemod, men selv havde han nået endnu et mål.

Han har også en passion for ski og for at udfordre sig selv:

3 gange har han gennemført Arctic Circle Race, 2010/2011/2012.

Har gennemført Vasaløbet i 2014 + Birkebeinerløbet i 2014

Han elsker sine slædehunde:

Som han selvfølgelig har haft alle årene i Aasiaat. Drømte om en stor tur, men det blev der aldrig mulighed for. Men mange mindre ture ... især tidligere, hvor havisen var bedre.

Så holder han af jollesejls – de større både må være for andre:

I 2000 sejlede han fra Aasiaat til Qaanaaq i en Witt 400 – en 4 meter lang jolle

Og nu i forbindelse med flytningen til Nuuk i 2013 sejlede han sin Poca jolle fra Aasiaat til Nuuk

Jeg har haft fornøjelsen af at arbejde tæt sammen med dette fantastiske menneske og denne fantastiske læge i 8 år i Aasiaat og nyder nu at følge, hvordan han er ved at finde sig tilrette som nypensioneret, som livsnyder og eventyrer.

Hvilke eventyr der venter forude ved du bedst selv Jørn Breinholdt.

Jeg synes du skal komme herop.

Vi har ikke villet lægge os fast på en gave til dig, men vil gerne overrække dig en bidrag til endnu en af dit livs store oplevelser, som du selv må være med til at forme.

Hvem ved ... måske Sydpolen trækker næste gang. Nordpolen kender du jo ...

Tusind tak for din indsats ...

Mens du finder ud af, hvordan din pris skal anvendes er her en lille ting til at få tiden til at gå med ... jeg ved jo, at du bygger flittigt på en hytte ude i fjeldet.

Fra studiebøgerne til livet som nyuddannet læge!

Efter mange års studier blev jeg i juni færdiguddannet fra Aarhus universitet (AU), som de første på den nye kandidat ordning, hvor der på hvert semester har været kliniske ophold, masser af fokus på kommunikation og de 7 lægeroller.

Overgangen fra studie til nyuddannet læge har været noget at et spring, i stedet for at sidde og terpe pensum over et bestemt tidsrum med efterfølgende bedømmelse i form af en eksamen, så sidder man nu tilbage hvor man skal indgå i et kollegialt samarbejde og med et ansvar over for en patient der forventer en masse af en, men på trods af dette føler jeg at universitet har gjort sit for at ruste mig til at være en god læge som tør sige fra og spørge om hjælp, når jeg føler jeg har behov dette.

Jeg er opvokset i grønland, og har hele tiden vidst at jeg ville hjem igen. Nu er jeg her, sammen med en tidligere medstuderende fra AU, som også har grønlandsk baggrund. Vi startede vores KBU på Medicinsk Afdeling i midten af august. Vi har haft stor glæde af hinanden før start og har det endnu, det giver en tryghed at vide, at der er en i samme båd, man kan dele frustrationer og glæder sammen. Generelt er vi blevet taget imod med åbne arme af vores kollegaer, det gør at man føler sig tryk og kan være om man er.

Fra at sidde til forelæsninger og sidde på læsesal hele dagen, så ændres dagen til et 8 til minimum 16 job, med konferencer og stuegang eller elektive journaler, til tider meget grænseoverskridende, da man kender en del af patienterne fra ens egen by, men man lærer hurtigt hvordan ens kittel bæres uden at det føles forkert. Som KBU-læge indgår man i vagt-arbejde, hvor man tager sig af akutte indlæggelser, man har muligheden for at kunne ringe til en mellemvagt, en god måde at sikre at man gør det korrekte for patienten. Man har som ny læge lige så mange patienter som de garvede, man er håbløst langsom den første tid og de første par uger er man der ofte længe efter man har fået fri, men man bliver hurtigere og med tiden bedre til at prioritere.

Før jeg startede min KBU havde jeg intentioner om at jeg gerne ville nå at læse lidt når jeg kom hjem, gerne om noget jeg havde set i løbet af. Meget hurtigt efter min start fandt jeg ud at det var umuligt, jeg var kronisk træt de



Fra Studiebøgerne til klinik.

første par måneder og åbnede aldrig en bog når jeg kom hjem, jeg gik nærmere med direkte ti køjs.

Jeg er gået fra at være en tryk studerende med en struktureret hverdag til en ung læge som stadig har en kaotisk hverdag, som skal kunne rumme at tage ansvar, rumme egne og patienternes frustrationer/glæder og samtidig have ansvar for egen læring fremadrettet i min fremtidige karriere. En ting jeg har fundet ud af heroppe, er at det er en gave at kunne det grønlandske sprog og have en forståelse for kulturen.

Man ved aldrig hvad dagen byder på heroppe, men det er fedt, og jeg har ikke fortrudt mit valg!

Heidi Egede Noasen

Kursus 2014: Intravaskulær adgang på børn

Skrevet af Jacob Kanstrup



2014 Okt. Børne-kursus (1)

I oktober 2014 har Grønlands Lægeforening afviklet et kursus, hvor focus var: ”Hvordan skaffes intravaskulær adgang på børn”. Kurset blev afholdt 16. oktober – dagen før Generalforsamlingen.

Tidspunktet var valgt for at sikre bedst mulig tilslutning til både kursus og GF.

Derfor var det også positivt, at **19 læger** valgte at få trænet og øvet de svære teknikker.

Endvidere havde vi tilbudt anæstesi-sygeplejersker reserverede pladser på dette kursus, og i alt 5 deltog: 2 fra Nuuk og 3 fra Kysten.

Det er et ”hands-on”-kursus opbygget i tre dele.

Del 1: Intravenøs adgang på små blodkar. Alle deltagere trænede og øvede sig på hinanden.

Der skulle trænes to-personers teknik og anvendes de mindste kanyler i størrelserne 0,6 – 0,7 mm. Det gav ”flotte” hæmatomer på mange, men det er bedst at øve sig på ”frivillige” – selvom det nok kom som en overraskelse for kursusedtagerne selv at skulle lægge vener til.

Del 2: Intra-ossøs teknik. Alle deltagere trænede med BIG = Bone Injektion Gun, der er den teknik, vi anvender i Grønland. Anlæggelsen af IO foregår med en fjeder-be-

lastet ”kanon-teknik”, hvor den intraossøse kanyle sendes direkte ind i knoglemarven. Kan anvendes til børn ned til 3 mdr. – og til voksne.

Del 3: NavleKateter-teknik. Kursisterne trænede på rigtige navlesnore, som var indsamlet gennem flere måneder og var blevet nedfrosne for at være klar til kursus. Et navlekateter kan have sin plads til syge nyfødte og præmature.

Tak til læge Henriette Ammundsen, der deltog som medkursusleder. Lægeforeningen mener, at yngre læger skal medvirke ved planlægning og ledelse af kurser.

Tak til Jordemødrene på D.I.H. for stor hjælp med at indsamle navlesnore til kursus.

Tak til overlæge Ulf Thyge Larsen fra Skejby for supervision.

Tak til pædiater overlæge Inge Hjuler for hjælp og indsats.

Tak til Keld Arentoft, firma Medak og fotograf Christina Pedersen

Dette kursus har været afholdt to gange i Grønland. Kurset bliver ikke gentaget i 2015. Derimod planlægges allerede nu nyt kursus som optakt til GF2015 – se opslag andetsteds i Nakorsanut ☺

'Fra et lægeliv i Sydgrønland'

Finn Eldon

I den første weekend i august i år holdt jeg fri fra lægearbejdet i Narsaq og besøgte Alluitsup Paa. Om lørdagen skulle kronprinseparret besøge bygden og inden vi vidste af det, var min kone og jeg blevet indforskrevet til, at tage imod de kongelige og bl.a. servere kaffe og kage i bygdens gymnastiksal! Da lørdagen oprandt var vejret skiftet helt om fra højsommer til blæst og silende regn. Vi gik ned til havnen for at tage imod og jeg nåede kun, at fedte med mit kamera inde under regnfrakken, stående i en smal passage, da H.K.H. prinsesse Mary og prins Henrik pludselig stod foran mig og dette situationsbillede blev taget!

Th for Mary ses Rigsombudsmanden i Grønland, Mikaela Engell. Bemærk alle de glade smil, skomagerdrene til trods.

Det særlige ved dette besøg var oplevelsen af, at det grønlandske folk alle som én elsker kongehuset, samtidig med at den daværende politiske leder i Grønland – ingen nævnt og ingen glemt – som jo fulgte med de kongelige rundt i landet, stod frem på TV og fornægtede rigsfællesskabet. Tankevækkende!



Alluitsup Paa, 2. august 2014.

I august i år, 90 år efter grundlæggelsen af Qassiarsuk i Sydgrønland, havde jeg fornøjelsen af et bygdebesøg dér. Erik den Røde var dog først på stedet i året 985, hvor han grundlagde Brattahlid, Østerbygden. Små tusind år senere, hvor nordboerne for længst på mystisk vis er forsvundet (datidens klimaforandringer?), ankommer fåreholder Otto Frederiksen i 1924 til stedet og genopliver bygden, nu Qassiarsuk. 3 år senere fødes den første i Qassiarsuk, Ottos søn, som får navnet Erik Røde, efter den berømte nordboer.

På billedet ses denne stoiske og stolte gamle fåreholder, Erik Røde Frederiksen, elsket og højt respekteret af alle i bygden. Sikken et levet liv!



Erik Røde Frederiksen.

”INUA”

Redaktøren har bedt mig komme med et lille indlæg om min kunst og husflid. For nogen tid siden skrev jeg om jagt. Så hvis man ellers kan holde ud at læse mere om mine drifter er her følgende lille ting:

”INUA” De gamle eskimoers begreb for, at ting, måske specielt fangstredskaber og brugsting, har en iboende sjæl, et indre liv. Eksistensen af denne opfattelse bevirkede, at man gjorde sig umage for at fremstille de smukkeste mulige redskaber, at besjæle dem ved f. eks. at indbygge stiliserede dyr eller dyrellemmer i tingene. Et dyr ville ikke lade sig nedlægge af et grimt redskab.

Skønhed og proportioner kan diskuteres, men der må alligevel være en eller anden formel som er universal og almen menneskelig. F. eks er det umuligt at finde et grimt gammelt bondehus i det Danske landskab eller på frilandsmuseet. De er alle velproportionerede og smukke.

Der er en tendens til at jo mere ”civiliseret” og teknisk udviklet et folk bliver jo mere primitive og grimme bliver deres ting og redskaber. Det paradoks undrede mig meget som dreng, også før jeg blev bevidst om ovennævnte begreb. Jeg har altid været besat af at lave brugsting af træ, ben, tand, læder og fedtsten. Kajakker, slæder, kanoer, snesko, knive, skydestokke og smykker. Jeg forsøger efter fattig evne at besjæle tingene. Om det lykkes må andre vurdere.

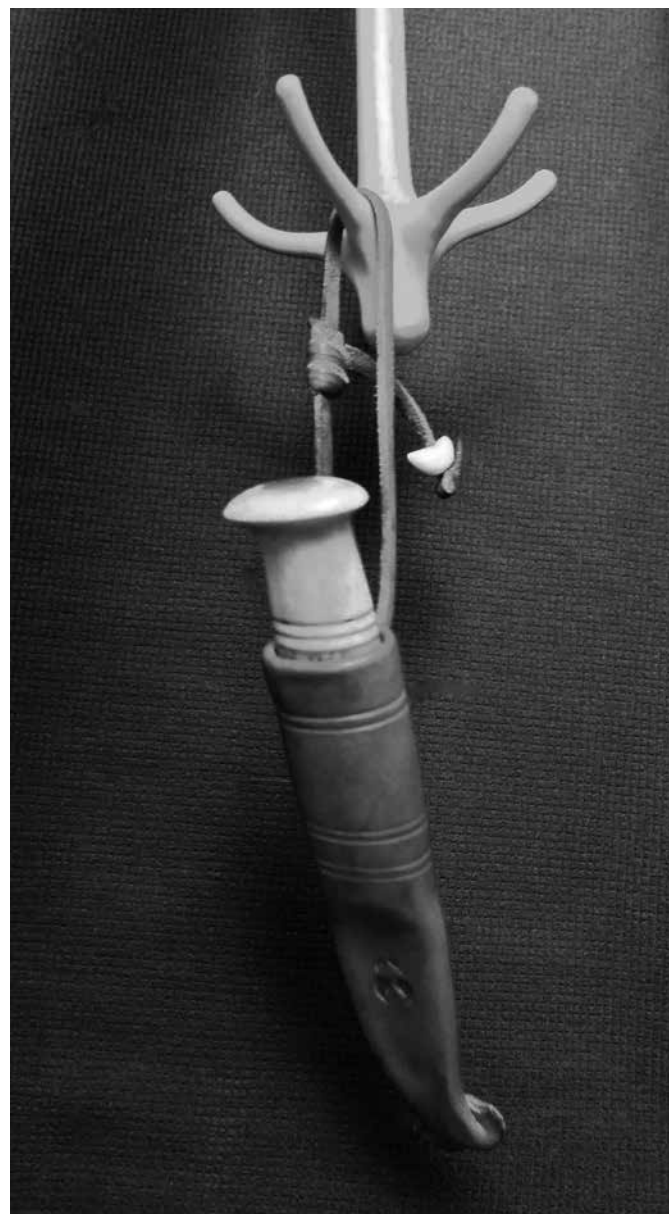
Driften til at lave husflid er uforklarlig, men formentlig netop en drift. Det giver ro i sjælen og jeg har lagt mærke til at produktionen er størst når jeg er i psykisk overskud, og når jeg er i kulkælderens, midt imellem er der åbenbart ikke så stort et behov.

Inspirationen henter jeg i naturen, nok mest på rypejagt. Rypen fascinerer mig mere end nogen anden skabning. Den er smuk skulpturel, den færdes i de landskaber der taler mest til mig, og den er den mest velsmagende fugl jeg kender. Omstændighederne ved jagten er vidunderlige.

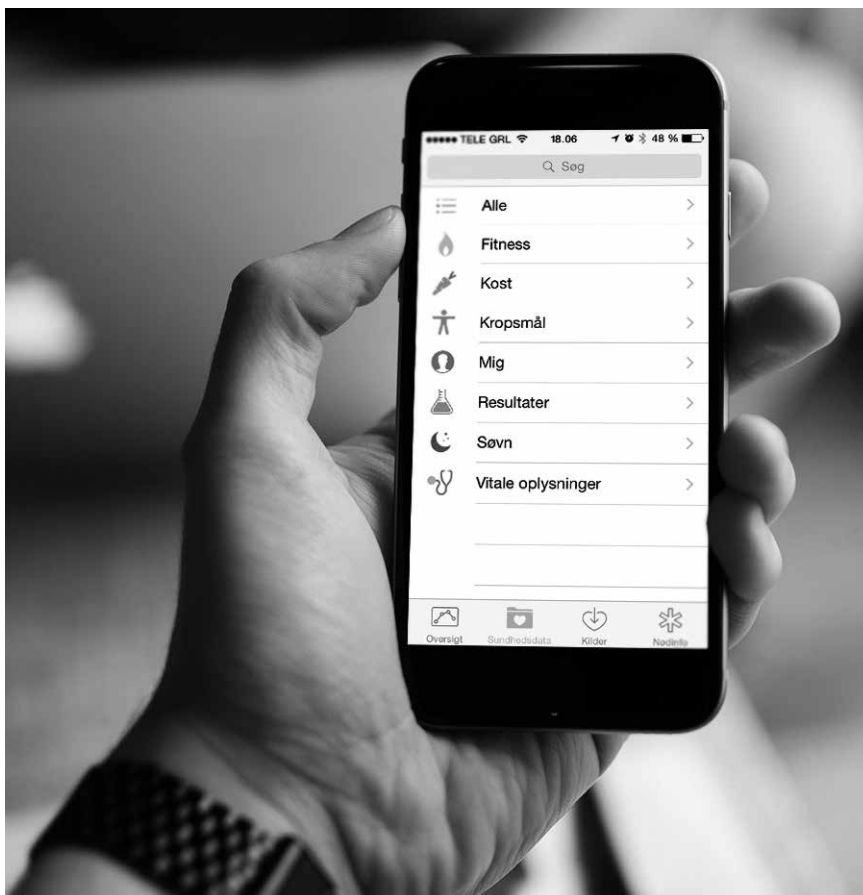
Rypens anvendelsesmuligheder er mange. Svingfjerene er ideelle piberensere, fødderne er med deres behåring fine til smykker eller dekorationer når de er tørret i en smuk facon. Kroen (en udposning på spiserøret) kan blæses op og anvendes som rangle, eller som dekoration med sit indhold af tørre plantedele. Rypen spiser i dagens lyse timer og fylder sin kro med skud og knopper. Den kan rumme det meste af en kop fuld. Om natten lader den sig tilsne, eller graver selv en lille hule i en snefane, hvor den sidder og lader føden passere ned i tarmsystemet og

fordøjer. I nattens løb kan den producere en hop af små aflange, tørre lorte, som hvis de lægges i forlængelse af hinanden, kan udgøre over en meter. Kroindholdet er meget delikat og består af udvalgte plantedele, som ikke har undergået nogen forandring, men er som da rypen plukkede dem på fjeldet. Den bedste anvendelse er til fremstilling af kryddersnaps. Snapsens smag er ikke som noget andet kendt, men i familie med smagen af poresnaps. Farven smuk cognacfarvet. Alt i alt et fint lille nyttigt dyr at have rendende rundt i naturen.

Øjvind Rosing, overlæge kirurgisk afd.



En lille revolution, den grønlandske patient overtager sin egen journal



Gert Mulvad regionslæge DIS

Samtidig med udviklingen af en fælles elektronisk patientjournal i Grønlands Sundhedsvæsen, tegner der sig et billede for større interesse i selv at søge viden om egen sundhed gennem de elektroniske medier.

I Nuuk er net-doktor blevet en naturlig del af kontakten til Sundhedsvæsenet, og hermed bliver større dele af den elektroniske patient journal fyldt med patientens egne data og observationer.

Næste skridt i udvikling af netdoktor bliver at ligge billeder og filmklip suppleret til tekst muligheden.

Når det gælder kontrol af blodtryk udleveres blodtryksapparat og trykt blodtryksjournal som føres af patienten selv, med en række data, hvor regulering af blodtryk netop er på basis af disse oplysninger og fast skemalagt medicinsk vejledning. Patientens egen vurdering og forståelse af blodtrykket er meget vigtig i behandlingen af en livslang problematik.

Flere patienter med hudsygdomme, møder op med billedfiler, der viser historik i resultat af behandlingen,

denne billedhistorik giver helt klart en egen vurdering af anviste behandling af bla kroniske eksem behandlinger.

Mange kroniske sygdomme som diabetes, kronisk obstruktive lungelidelser har et behov for løbende vurdering hvor patientens egen journal sikre en egn kontrol af de nødvendige vurderinger.

Fremadrettet med brug af tekst, billede, film og lyd samlet systematisk i egen journal, hvor muligheder med også at benytte blodtryk, peakflow, skridttæller mm. giver muligheder for en helt ny dialog mellem patient og læge i det fremtidige sundhedsarbejde.

Med de mange elektroniske muligheder giver det også nye mulighed fra bygd til by at indgå i en langt mere kvalificeret dialog.

Egne observationer omkring betydningen af indeklima, arbejdsmiljø og arbejdsbetingede lidelser, udredning af allergi, symptomer på mistanke om kræft vil i egen journal og dialog med sundhedsvæsenet give en klar opkvalificering af sundheden.

Fagligt Lægeforum

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

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

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

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

Siden sidste nummer af Nakorsanut har 3 speciallæger holdt spændende indlæg i emner, som de har stor indsigt i. Det har været til stort udbytte for de mange tilhørende læger der møder op.

- Simon B Andersen fra kirurgisk afdeling fortalte om Colon-Rektal cancer.
- Folmer Lynggaard fra medicinsk afdeling fortalte om Nyresvigt og uræmi.

- Endelig fortalte Henning Sloth Pedersen fra DIS om Kemikaliers indvirkning på infektioner, neurologisk udvikling, fertilitet mm.
- Psykiatrisk afdeling afslutte dette års Faglig Lægeforum.

Næste års program er under planlægning, datoerne er allerede fastlagt:

Lægefagligt Forum i tidsrummet kl 14.30-15.30

Tirsdag den 3. februar 2015.

Tirsdag den 3. marts 2015.

Tirsdag den 7. april 2015.

Tirsdag den 5. maj 2015.

Tirsdag den 2.juni 2015.

Tirsdag den 1. september 2015.

Tirsdag den 6. oktober 2015.

Tirsdag den 3. november 2015.

Tirsdag den 1. december 2015.

Parnûna H. Olsen(Psyk afd), Gitte H Drachmann (DIS), Simon B Andersen (Kir afd), Uka Wilhjelms Geisler (med afd) og Gert Mulvad (DIS).



Fagligt lægeforum Simon



Fagligt lægeforum Folmer



Fagligt lægeforum Henning

URÆMIBEHANDLING I GRØNLAND ANNO 2014

Nuuk 1.11.2014

Folmer Lynggaard

Ledende overlæge

Speciallæge almen medicin, intern medicin og nefrologi

Nyrerne er livsvigtige organer og uden nyrefunktion kan livet kun opretholdes i få dage. Nyrene udskiller vand og affaldsstoffer, regulerer syre-baseforhold og danner hormoner som f.eks. renin og erythropoitin. Man kunne derfor tro at nedsat nyrefunktion ville give mange symptomer, men dette er ikke tilfældet. Et tidligt fund ved nyresygdom kan være hypertension, men ellers kommer der først symptomer når nyrefunktionen er under 20% af det normale, og her ofte helt uspecifikke symptomer som træthed, nedsat appetit og vægttab. De egentlige uræmiske symptomer kommer først ved en nyrefunktion på omkring 5% og derunder.

Traditionelt defineres nedsat nyrefunktion som nedsat GFR og måles ved P-creatinin. Det skal her bemærkes, at P-creatinin først stiger når GFR er under 50 ml/min så udtrykket "let forhøjet creatinin" betyder altså at nyrefunktionen er under halvdelen af det normale! Man bør derfor altid når man ordinerer P-creatinin tage eGFR. Patienter med DM kan have normal GFR men alligevel betydende nyresygdom visende sig ved proteinuri, så i dag defineres nyresygdom som nedsat GFR og/eller proteinuri. På grund af de uspecifikke symptomer vil nyresvigt ofte opdages "tilfældigt" fx. ved fund af en P-creatinin på 600!

Behandlingen af svær nyresvigt kan være konservativ eller aktiv. Tidligere, hvor kapaciteten på dialyseafdelingerne var begrænset, udvalgte man patienter egnede til dialyse. I dag er det omvendt, her bør alle patienter i princippet tilbydes aktiv behandling med mindre specielle forhold gør aktiv behandling meningsløs.

Aktiv behandling er dialyse og transplantation. Som ved alle andre sygdomme skal også patienter med nedsat GFR og/eller proteinuri udredes for hvilken nyresygdom det drejer sig om med henblik på specifik behandling af denne tilstand, så patienter med creatinin 150 og derover ved flere målinger bør henvises til DIH (hvis alle patienter med nedsat nyrefunktion kunne behandles med 2 liter saltvand ville det ikke tage 5 år at blive nefrolog...). Når

Fig. 1.



patienten er udredt lægges plan for kontrol på hjemmesygehus i samarbejde med medicinsk overlæge f.eks. ved årlig kystbesøg eller telemedicin. Når GFR er 10-20 er det igen tid at komme på DIH til drøftelse af konservativ/aktiv uræmibehandling. Patienten vil her gennemgå en række supplerende undersøgelser og besluttet aktiv behandling henvises pt. til Nefrologisk afdeling P på Rigshospitalet når GFR er omkring 10. Dialysegrænsen er 8-10 ml/min.

I Danmark er der 3 centre der foretager nyretransplantation (RH, OUH og Skejby) og dialyseafdeling på 20 hospitaler fordelt ud over hele landet. Alle egnede patienter tilbydes peritonealdialyse (PD), men de fleste foretrækker hæmodialyse (HD) og der er således 2000 patienter i HD og 550 i PD. Blandt de 2000 i HD er 1800 i center-hæmodialyse (langt den dyreste), 100 i limited care og 100 i hjemme-hæmodialyse.

Fig 1. viser en typisk hæmodialysemaskine. Den kunstige nyre (fig.2) sættes i holderen nederst til venstre. Der etableres adgang til karbanen og blodet ledes gennem små



Fig. 2.

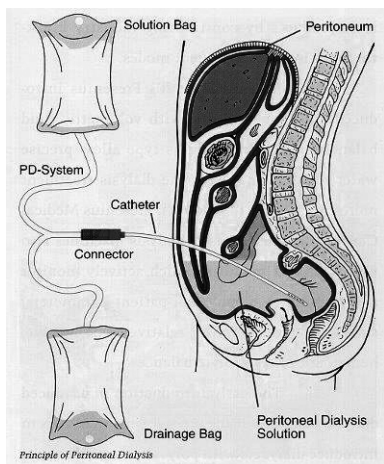


Fig. 3.

rør i den kunstige nyre med 200 ml/min og omkring rørene løber dialysevæsken med 600 ml/min. Affaldsstoffer fjernes og dialysevæsken indeholder stoffer som pt. mangler f.eks. bikarbonat (renal acidose). Behandlingen varer 4 timer og gives 3 gange ugentlig. Vi har ingen hæmodialysemaskine i Grønland.

Fig.3 viser den grønlandske dialysemodel. PD er vores standardbehandling af uræmi! Der indopereres på Rigshospitalet et dialysekateeter i bughulen (fig.4) og patient + ægtefælle/medhjælper oplæres i PD hvilket tager 4-5 uger hvorefter pt. kan hjemsendes og foretage behandlingen i hjemmet. Der kræves intet udstyr ud over poserne med dialysevæske (2 liter ind/ud 4 gange i døgnet). Vi har 16 patienter i denne behandling fordelt over hele Grønland i bygd og byer. Vanlig kontrol og behandling af mindre komplikationer sker på hjemmesygehus, kontrol DIH 1-2 gange årligt og RH 0-1 gang årligt. Selve dialysen justeres (vi har 4 forskellige typer væske) og den medicinske behandling justeres, ud over dialyse vil patienten typisk få 4-8 forskellige medikamenter. Medens HD gives 12 timer ud af ugens 168 timer er PD-patienten i konstant

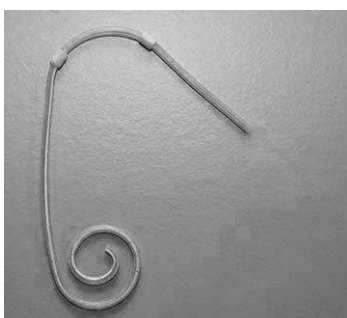


Fig. 4.

dialyse døgnets 24 timer hvilket giver en "blid" behandling men jo også i langt højere grad end HD kræver patientens medvirken, man har aldrig fri og man skal i hjemmet afsætte plads til de mange poser. I modsætning til HD (maskine/el/vand) kan PD gives hvor som helst, i hjemmet, i båden, på en 1 uges tur inde i fjorden osv. Dertil kommer at det er langt den billigste dialyseform. Men er PD nu lige så god som den store og dyre hæmodialysemodel? Vurderet på hard end-point (mortalitet) er der ingen forskel mellem PD og HD og vi har patienter her i Grønland der har levet mere end 15 år med PD. Hvert år d. 1.november måles alle dialysepatienter i Europa med 17 "bløde" kvalitetsindikatorer (som f.eks. hæmoglobin, creatinin, PTH, CRP) og her er der heller ingen forskel.

Enkelte patienter kan af forskellige grunde ikke køre PD og de må i HD, og da dette ikke er et tilbud i Grønland må patienten permanent flytte til København. Behandlingen foregår her på RH eller Frederiksberg. Dette er naturligvis en meget dramatisk ændring i patientens hverdag. Vi har aktuelt 4 patienter i HD med hjemby fordelt på hele kysten, et tal der har været ret konstant i en lang årrække. Der er jo her i Grønland en politisk målsætning om behandling så nær hjemstedet som muligt, dette tilgodeses ved PD men ikke HD. Der er stor politisk bevågenhed på dette område og jeg har flere gange fået forespørgsel om hjemtagning af HD, men med så få patienter kan der ikke skabes faglig grundlag for oprettelse af et hæmo-dialysecenter også selv om min hovedinteresse i 25 år indenfor nefrologien har været hæmodialyse.

Fremtiden? Den bedste behandling for en nyrepatient er en vellykket nyretransplantation (Tx) og vi har 5-6 patienter med en fungerende fremmed nyre. Donornyrer kan være nekronyrer fra hjernedøde patienter typisk liggende i respirator på neurokirurgiske afdelinger. Alle patienter med terminal nyreinsufficiens vurderes med henblik på transplantation, de indledende undersøgelser foretages her på DIH og afsluttende undersøgelser på RH. Er man egnet kommer man på en transplantationsventeliste og mange venter i årevis, her i Grønland er der yderligere det problem at efter tilbud skal man være på RH i løbet af 24 timer. Vi er derfor blevet mere aktive omkring mulige levende donorer, det være sig familie, ægtefælle, nær ven eller lign. Både nekronyre donation og donation fra levende donor rejser stadig en lang række

etiske spørgsmål. Tidligere var vi som læger mere passive og lod patienten komme og fortælle at hans mor gerne ville give en nyre, nu er vi mere aktive og anmoder patienten sondere terrænet. Der er flere grunde hertil: nyre TX er stadig den bedste uræmi-behandling, der er problemer om nekronyretilbud til patienter i Grønland og moderne anti-immunosuppressiv behandling giver mulighed for transplantation trods uforlig i blod- og vævstyper. Kontrol af patienter med nyreTx som for patienter i dialyse.

ET nyt behandlingstilbud er blevet drøftet de sidste måneder, det er hjemme-hæmo-dialyse. I Danmark er der ca. 100 patienter som har indrettet et rum hjemme til HD med apparatur osv. Kræver el og vandtilslutning samt afløb og en meget velfungerende patient der selv kan stå for opsætning af apparatet, til- og frakobling af blod, indstilling af apparatet osv. Der bør være en medhjælp hvis der sker uheld, behandlingen er potentielt livsfarlig uden opsyn. Vi har haft en enkelt patient i denne behandling. I DK er det rimelig ufarlig, i Grønland vil der være betydende risiko hvis der f.eks. kommer nedbrud af apparatur og lign. HD apparatet er så teknisk avanceret at de større dialyseafdelinger i DK har eget medico-teknisk afdeling! Vi er ved at undersøge om behandlingen kunne være et tilbud til en eller flere af de patienter vi aktuelt har i DK. Økonomisk vil det ikke være et stort problem, men det rejser igen etiske spørgsmål. Selv om det er patienten der bestemmer kan vi jo som læger ikke fralægge os et fagligt ansvar.

Akut uræmi skal kort omtales. Årsagen er oftest såkaldt shock-nyre, en tilstand med næsten eller hel nyresvigt i forbindelse med BT-fald, større operationer, traumer, forgiftninger m.v. Tilstanden oftest fuld reversibel, men dødelig i løbet af få dage uden behandling. Patienten skal straks flyttes til intensiv afdeling DIH hvor vi har mulighed for at lægge et akut PD-kateter og køre akut P-dialyse. Behandlingen kan være direkte livreddende og gøre patienten transportabel til enten RH eller Island til regelret HD-behandling og vi har efterhånden ikke helt få succes-historier hos både børn og voksne.

Konkluderende kan siges, at grønlandske uræmipatienter alle bør vurderes med henblik på aktiv behandling og at alle principielt bør tilbydes aktiv behandling. Nogle pa-

tienter fravælger det hvilket skal respekteres. P-dialyse er fortsat hjørnesteinen i behandlingen og synes meget velegnet til grønlandske forhold med behandling i hjemmet uanset hvor man bor. Er HD eneste mulighed foregår dette indtil videre i København, men muligheden for hjemme-HD-behandling undersøges ligesom vi af flere grunde bør være mere aktive omkring spørgsmålet om levende nyredonation.

Ligesom i DK kan vi fremover forvente flere patienter som skønnes egnet til aktiv uræmi-behandling, herunder især ældre patienter og patienter med alvorlige konkurrerende lidelser hvilket giver ekstra udfordringer for sundhedsvæsenet. Uræmi er en kompliceret tilstand og behandling med dialyse eller transplantation kræver et nøje samarbejde mellem kystens sygehuse, DIH og RH. Dette samarbejde har fungeret rigtig godt de mange år jeg har arbejdet i det grønlandske sundhedsvæsen og er simpelt hen en forudsætning for at vi kan varetage denne livreddende behandling af vore nyrepatienter.

Arkisk infektionsuge

Møder i infektions-arbejdsgrupper, september 2014

Anders Koch (ako@ssi.dk), seniorforsker, Afdeling for Epidemiologisk Forskning, Statens Serum Institut, København.

Der er et aktivt internationalt samarbejde om infektionssygdomme i de cirkumpolare lande. I 2006 mødtes hepatitis-forskere under ICCH-kongressen i Novosibirsk og stiftede en videnskabelig arbejdsgruppe, der efterfølgende har mødtes hvert år. I de efterfølgende år blev der dannet grupper indenfor *Helicobacter pylori* og tuberkulose, og i 2010 en gruppe om infektionssygdomme og klimaforandringer.

Formålene med grupperne er lidt forskellige fra gruppe til gruppe, men er overordnet at udveksle data om sygdommene over det cirkumpolare område, at overvåge sygdommens udbredelse og at samarbejde om videnskabelige undersøgelser.

Deltagelse i møderne er åbne for alle interesserede og koster intet, bortset fra rejse og ophold.

Gruppemedlemmerne er forskere og andre, primært public health folk, der arbejder med infektionssygdomme i Arktis. Medlemmerne kommer hovedsageligt fra Alaska (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), fra Canada (Public Health Agency of Canada) og fra Grønland/Danmark. Et vekslende antal medlemmer kommer fra de øvrige skandinaviske lande og fra Rusland. Endeligt er repræsentanter fra WHO og ECDC inviteret med. Arbejdsgrupperne er blevet optaget som et projekt under the Greenland – Danish – US Joint Committee hvis formål er at styrke samarbejde mellem disse lande (<http://denmark.usembassy.gov/gl/jc.html>).

Arbejdsgruppemøderne holdes sædvanligvis i september i København, ikke fordi København er et centralt arktisk land, men fordi København ligger bekvemt for deltagerne som helhed.

I 2014 foregik møderne i ugen 19. – 23. september på Sta-

tens Serum Institut. Der var gennemgående 12-16 deltagere til hvert møde, nogle via Skype.

Ved **hepatitisarbejdsgruppemødet** blev givet oversigter over en række aktuelle studier fra Alaska, hvor megen hepatitforskning foregår; om studier af vaccinationsdækning i Canada; og om metoder til helgenomsekventering af HBV og HCV som foregår i Aalborg og som kan få stor betydning for forskningen i Arktis. Igangværende og nye internationale studier indenfor gruppen blev diskuteret – studier, der særligt drejer sig om fylogeni af HBV, dvs. slægtskaber mellem HBV fra forskellige dele af Arktis.

Ved ***Helicobacter pylori* arbejdsgruppemødet** blev givet oversigter over igangværende projekter, særligt større studier om antimikrobiel resistens i Alaska, som er høj, muligvis p.g.a. udbredt brug af antibiotika mod veneriske sygdomme; om re-infektionsrater efter succesfuld *Helicobacter*-eradikation; om sammenhængen mellem *H. pylori* infektion og ventrikelcancer; og om *Helicobacter*-projekter i Canada, der delvist er initieret af bestemte communities, og hvor forskellige behandlingsregimer testes. *Helicobacter*-arbejdsgruppen har forfattet en artikel med anbefalinger vedrørende diagnostik og behandling af *H. pylori*-infektion i Arktiske og andre områder med samme incidens af *H. pylori* infektion, der aktuelt er under review. Endeligt blev mulige fælles projekter og forskningsideer diskuteret.

Infektions- og klimaforandringsarbejdsgruppen har netop udgivet artiklen 'Climate change and infectious diseases in the Arctic: establishment of a circumpolar working group' I International Journal of Circumpolar Health (IJCH 2014, 73: 25163). Ved mødet blev diskuteret mulige fælles projekter til monitorering af effekterne af klimaforandringer på infektionssygdomsmønstret. Der blev givet oversigter over studier fra Alaska dels vedrørende seroprævalens af klimapåvirkelige zoonoser, dels af klimarelaterede forandringer i 20 bygder i det vestlige Alaska; over udfordringer i Grønland om hvordan sundhed

i København



Dress code blandt mødedeltagere i København 2014: Anders Koch, Statens Serum Institut, Alan Parkinson og Tom Hennesy, CDC, Anchorage, Alaska.

bevares for dyr og mennesker i forbindelse med klimaforandringer; og over det internationale og tværfaglige INTERACT studie hvis formål er kapacitetsbygning i arktiske områder til identifikation, forståelse, forudsigelse og respons på miljømæssige forandringer i det tyndtbefolkede Arktis, hvor der ikke findes de samme muligheder for observationer som i andre dele af verden.

Tuberkulosearbejdsgruppen har tilsvarende netop lavet to studier, dels et sammenlignende studie af TB-overvågningssystemer i de enkelte lande og landområder i Arktis, dels en opgørelse af TB-incidenser i områderne 2006-2012. Herudover blev nye metoder til TB-diagnostik med betydning for arktiske områder blev primært diskuteret på mødet.

Det blev foreslået at etablere en ny cirkumpolar gruppe til studier af **seksuelt overførte sygdomme** i Arktis. Dette

har der været interesse for i flere år blandt infektionsforskere, og Public Health Agency of Canada vil stå i spidsen for etableringen.

Grupperne har i fællesskab foreslået emner for sessioner og plenumforedrag ved den kommende ICCH-kongres i Oulu, juni 2015, og infektionssygdomme vil som tidligere forhåbentligt fylde en del ved kongressen.

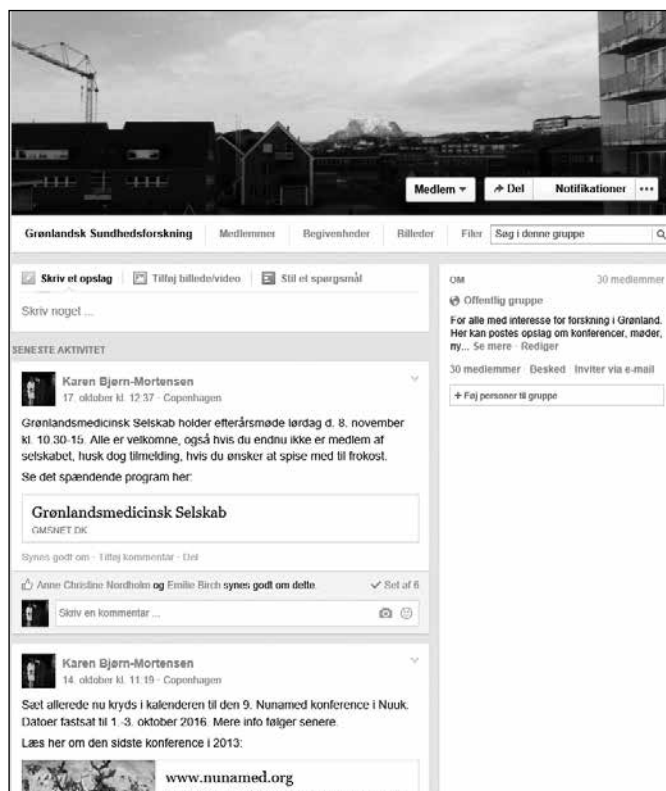
Samarbejdet i arbejdsgrupperne er særdeles frugtbar og det internationale aspekt er en af de ting, der gør forskning i Arktis spændende og sjovt. Arbejdsgrupperne er ikke lukkede klubber – tværtimod. Grupperne har en hjemmeside www.arcticinfdis.com hvor man kan orientere sig om grupperne, møderne og de arktiske infektionssuger. Hvis man har lyst til at deltage, er man mere end velkommen. Kontakt blot undertegnede eller formanden for den pågældende gruppe.

Er du blevet medlem?

Et nyt uformelt forum for Sundhedsforskning i Grønland har set dagens lys. Facebookgruppen "Grønlandsk Sundhedsforskning" er åben for alle med interesse for forskning i Grønland. Gruppen er en mulighed for at dele nyheder om konferencer, møder, nye publikationer og andet af relevans for Grønlandsk Sundhedsforskning.

Alle kan poste opslag til gavn for andre og håbet er, at facebookgruppen kan bidrage til åbenhed og vidensdeling.

Velkommen til



Cardiologi i Grønland 2015

Grønlands LægeForening inviterer til kursus om Cardiologi i Grønland:

KURSET:

Et 2 ½ dages intensivt klinisk cardiologi-kursus, hvor man føres gennem alle store områder inden for cardiologien:

- Hjertesvigt.
- Arytmier.
- Iskæmisk hjertesygdom.
- Infektiøse/inflammatoriske tilstande i hjertet.

Der vil blive lagt vægt på klinik og behandling samt EKG tolkning og EKG træning til hvert emne. Kurset henvender sig til alle læger og enkelte specialsygeplejersker i Grønland - både uøvede og mere erfarne, alle vil få stort udbytte af kurset.

TID OG STED:

- Onsdag 29.april 2015 ca kl 14.00-18.00.
- Torsdag 30.april 2015 ca kl 8.30-16.30.
- Fredag 1.maj 2015 ca kl 8.30-16.30 (Storebededag).
- Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk.

UNDERVISERE:

3 af Danmarks førende kardiologer fra Rigshospitalet

- Overlæge Henning Bundgaard.
- Overlæge Lars Køber.
- Overlæge Steen Pehrson.

KURSUSAFGIFT

Kr. 8.500,- Inkluderer:

- Frokost, kaffe/the, frugt og drikkevarer er inkluderet på kursusdagene.
- Afsluttende kursusmiddag fredag aften.
- Lægernes fælles uddannelsesfond dækker kursus, rejse og ophold.

Tilmeldingsfrist 28. februar 2015.

Skriv til Uka Wilhjelm Geisler uwg@peqqik.gl

Grønlands Center for Sundhedsforskning inviterer til netværksmøder under temaet Sundheds forskningskoordinering

Mandag d 5.oktober 2015. kl. 9-17 om aftenen fællesspisning.

Mødet er en fortsættelse af tidligere netværksmøder.

Netværksmødet er lagt i relation til PhD sommerskole og forskningstrænings kursus.

Vi regner med deltagelse af PhD vejledere, PhD studerende og aktive forskere fra Danske og Grønlandske Forsknings Centre, der arbejder med Grønlandske/Arktisk Sundhedsforskningstemaer.

Forskningskoordinering er temaet for netværksmødet.

Ph.d Summerschool - Forskningsmetoder i arktisk sundhedsforskning

Formålet med dagene er, at give ph.d-studerende mulighed for at mødes med andre forskere inden for arktisk sundhedsforskning. Deltagerne vil få et indblik i, hvad der pågår indenfor de arktiske forskningsmiljøer lige nu, samt de forskellige metodiske tilgange, der anvendes i dag.

Program:

- Introduktion
- Oplæg ved undervisere om forskellige metodiske tilgange:
 - Folkesundheds surveys
 - kliniske studier
 - feltarbejde med deltagerobservation og interview
 - spørgeskemaundersøgelser??
 - klinisk registerbrug
 - eksperimentelle studier
 - Epidemiologiske studier
 - Mixed method
 - med flere??
- Fremlæggelse og diskussion af deltagerens igangværende ph.d-studier

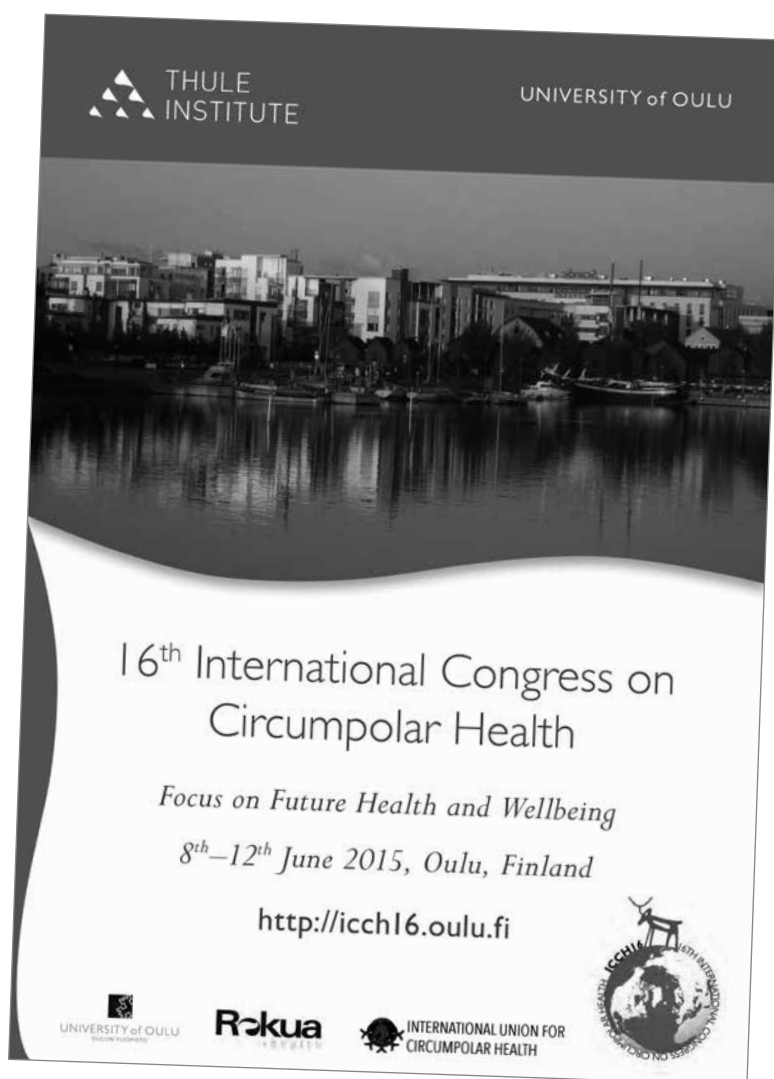
Projekt træning – Fra idé til virkelighed

Formålet med dagen er, at introducere til at arbejde videre med et projekt, som kan danne baggrund for en præsentation og diskussion af resultater ved Nuna Med 2016. Der vil være mulighed for at drøfte den problemstilling, man vil arbejde med, og der vil blive givet vejledning til, hvordan projektet kan gennemføres.

Program:

Velkomst

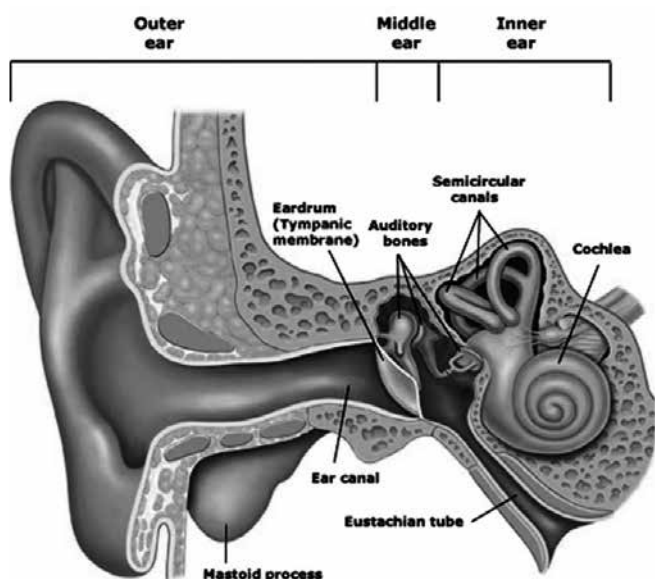
- Introduktion til forskningsmetoder og litteratursøgning
- Hvad er et forskningsspørgsmål?
- Forskningsprotokol – hvad skal den indeholde?
- Miniworkshops med udgangspunkt i egne projekter – (PhD studerende deltager som vejledere).
- Hvordan kommer man videre? Vejleder? Tilladelser? Finansiering?
- Præsentation af projekt – Abstract – Mundtlig præsentation.
- Der vil blive mulighed for efterfølgende at få tilknyttet en vejleder til gennemførelse af projektet.



Otologi i Grønland 2015

Grønlands LægeForening indbyder allerede nu til et nyt kursus i 2015.

- Tidspunkt:** Oktober 2015.
Kurset afholdes dagen før Generalforsamlingen i Grønlands Lægeforening.
- Omfang:** 1 dag – kl. 09 – 17.
- Deltagere:** Alle læger i Grønland, der ønsker en opdatering i Øre-Næse-Hals-sygdomme.
- Undervisere:** Overlæge John Jakobsen – Plus 1-2 otologer mere.
- Kursusledelse:** Jacob Kanstrup – plus en Yngre Læge.
- Tilmelding:** Når tidspunktet for GF2015 er fastlagt, bliver den officielle kursusposter udsendt. Antageligt i foråret 2015.
- Indhold:** En opdatering på Otologi – ”state of the art”.
”Hvad skal en Læge i Grønland vide om otologi”? – Behandlingsprincipper
Kurset vil også indeholde en beskrivelse af fagets nyeste tiltag og behandlingsmuligheder.



Kollegialt netværk i Grønland



Rådgivning til lægekolleger i krise.

Kollegialt netværk er en selvstændig og faglig uafhængig del af lægeforeningen der har eksisteret siden 1992.

Kollegialt netværk har omkring 90 netværksrådgivere, heraf 2 i Grønland – alle læger – og som arbejder frivilligt og ulønnet. Netværksrådgiveren tilbyder en fortrolig samtale med en kollega omkring de kriser man som læge kan komme ud for.

Kriserne kan omhandle situationer som klagesager, svær sygdom, medieomtale, misbrug, skilsmisse eller andre personlige kriser.

Det er væsentligt at pointere at netværksrådgivere ikke er læge eller behandler for den kriseramte læge, men rådgiver, der kan støtte, hjælpe og guide den kriseramte læge videre i behandlingssystemet eller anden form for etableret behandling.

Der føres ikke journal, henvendelserne kan være anonym og lægers pårørende er også velkomne til at kontakte det kollegiale netværk.

Netværksrådgivere:

Parnûna Heilmann Olesen
Distriktslæge, nu afdelingslæge på psykiatrisk afdeling A1, Dr. Ingrid's Hospital i Nuuk.
Kontaktet på mobil: 530507 og mail: paho@peqqik

Nicolai H. Larsen
Regionslæge DIS Nuuk.
NIHL@peqqik.gl.

Folder fra kollegialt netværk:

’Tiden sårer alle læger’
http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=9088893.PDF

Dit indlæg til NUNAMED 2016

Som læge i Grønland oplever man utrolig mange spændende udfordringer. Arbejdet er alsidigt og der er nok af det. Det fleste læger i Grønland føler formodentlig at de ofte gør en forskel. Og det gør de.

Sundhedsvæsenet i Grønland er på mange måder helt unikt. Vi har en række særlige udfordringer i forbindelse med at befolkningen og dermed også sundhedsvæsenet er geografisk spredt på et meget stor område. Samtidig er klima og vejrforhold på mange måder ekstreme byder på særlige udfordringer ligesom stor udskiftning af sundhedspersonale gør det. Udfordringerne fremmer innovation og kreative løsninger, som kan være til glæde i det daglige arbejde, og også i nogle situationer være værdifulde for andre.

Sundhedsvæsenet i Grønland er også unikt ved at være et samlet sundhedsvæsen for hele landet – og snart med en fælles elektronisk patient journal. Samtidigt er sundhedsvæsenet relativt lille og hele tiden omstillingsparat i forhold til de nye udfordringer, som hele tiden opstår. Der kan træffes beslutninger og optimeres løbende.

Sundhedsvæset er blevet og vil altid skulle tilpasse sig. Som et vigtigt element heri er observation og dataindsamling, som kan belyse omfanget og kvaliteten af de kliniske udfordringer. Som læge eller sundhedsfaglig person iøvrigt er det på alle måder berigende, fagligt udviklende og tilfredsstillende at arbejde med at forbedre den kliniske behandling. Dette kan gøres i større eller mindre grad med små kvalitetsudviklingsprojekter, evalueringsprojekter eller enddog som egentlige forskning.

Læger i Grønland har en lang tradition for at lave klinisk forskning, og der er meget store muligheder for at lave større eller mindre projekter.

Hvis også du har lyst til at forbedre behandlingen af patienter i Grønland og udvikle dig fagligt og personligt er her en invitation til hvordan du kommer igang.

Tænk over om der er et projekt du brander for? Er der noget du har opdaget, som må kunne gøres bedre? Eller har du lyst til at komme med i et projekt sammen med andre? Vil du bruge tiden på det?

Spørg en kollega til råds. Forfatterne herunder hjælper gerne med råd og vejledning.

Næste år holdes forskningsuge 2.-7. oktober, hvor der også vil være en dag om forskningstræning.

Forskningstræningskurset laves i samarbejde med NUNAMED, så din ide kan præsenteres ved NUNAMED 2016.

Der er mulighed for formidling i Grønlandsk medicinsk selskab, i Nakorsanut, ved ICCH i Oulu 8.-12. juni 2015, NunaMed 1.-3. oktober 2016, International Journal of Circumpolar Health og mange flere steder.

Der er også god mulighed for økonomisk støtte til mindre projekter i sundhedspuljen ved departement for sundhed (ansøgningsfrist 1. Marts og 1. Oktober), pulje fra Grønlands Forskningsråd, lægekredsforeningens forskningsfond m.fl.

God arbejdslyst

Gert Mulvad og Michael Lyng Pedersen

Dronning Ingrid's Sundhedscenter, Nuuk.

Registrering og diagnosekod

Anne-Marie Ulrik, Kent Kleinschmidt og Michael Lyngge Pedersen

Cosmic

Den nye landsdækkende elektroniske patient journal, Cosmic, er i fuld gang med at blive implementeret i Grønland. Flere afdelinger på Dronning Ingrid's Hospital er siden foråret begyndt at bruge systemet. I løbet af næste år starter så udrulningen i regionerne.

Det er enestående, at hele Grønlands sundhedsvæsen vil kunne operere i et samlet system uden skodder mellem afdelinger, sundhedscentre og regionssygehuse, kun de psykiatriske journaler vil der være begrænset adgang til.

Sundhedsinformation giver mulighed for mere sundhed

Hermed åbnes der for mulighed for en langt bedre information om den enkelte patient, om de forskellige sundhedsfaglige arbejdsgange, om de enkelte afdelinger, om de enkelte faggrupper. Samtidig bliver det også muligt at samle informationer om hele sundhedsvæsenet og alle patienter.

Den sikring af information og sundhedsdata skal være med til at løfte den sundhedsfaglige kvalitet på en række områder.

I mødet med patienten i den enkelte konsultation vil systematiske tilgang til den samlede mængde af information give mulighed for større overblik og dermed større mulighed for at lave den bedste mulige sundhedsfaglige vurdering.

I de enkelte enheder vil løbende overvågning og overblik over af sygdomsforekomst, diagnostiske procedurer, behandlingsprocedurer, komplikationer mv. være et meget stærkt redskab til planlægge, organisere og tilpasse såvel den enkelte afdeling til den løbende udvikling som hele Sundhedsvæsenet.

På strategisk niveau vil overblik over sygdomsforekomst

og dødelighed mv. samt sundhedsydelse og –aktiviteter kunne bidrage til løbende optimering af organisationen og kan således bidrage til at gøre sundhedsvæsenets tilbud til borgeren bedre.

Endelig vil en løbende overvågning af sygdomsudviklingen kunne bidrage væsentligt i forhold til hurtig erkendelse af nye sundhedsfaglige udfordringer både på det forebyggende og helbredende plan. Dette kan være med til at identificere områder med behov for særlige indsatser ligesom nye indsatser kan evalueres i forhold til de mål, der er fastlagt.

Fundamentet

Som et led i de daglige aktiviteter i sundhedsvæsenet – lige fra den først henvendelse til den afsluttende behandling – indsamles således dagligt et væld af værdifulde informationer – dels i forhold til den enkelte behandling, men som anført også værdifulde i forhold til løbende forbedring af sundhedsvæsenet og på sigt folkesundheden.

Ensartet landsdækkende journalføring

Det afgørende er, at informationer bliver opsamlet og journalført ensartet. Dette lyder måske meget enkelt, men har i praksis vist sig at være udfordrende.

Det handler om at registrere oplysningerne på det samme sted og på den samme måde i den elektroniske patient journal. Det kan sammenlignes med, at de fleste køkkener har en skuffe med bestik, hvor alle brugere af køkkenet ved, at de kan finde knive, gaffler osv. Og hvor de så også lægger dem igen efter endt brug. Det er tidsbesparende i forhold til at skulle lede efter knive i alle skuffer og skabe eller skulle ud at købe nye knive (eller indsamle informationer på ny for at blive i billedsproget).

Det er på samme måde væsentligt, at der bruges diagnose koder – dels start diagnoser i primær sektoren (ICPC-koder) og slut diagnoser eller udskrivningsdiagnoser efter indlæggelse (ICD-10) – ligesom operationsdiagnoser og en række procedure koder er vigtige – uanset hvor proceduren udføres fra ambulatorie til operationsafdeling.

ning i Cosmic

Arbejdsgruppe nedsat – den svære balance

Sundhedsledelsen har nedsat en arbejdsgruppe til at arbejde med registrering og diagnosekodning i for at opnå en ensartet registrerings og diagnosekodning.

Arbejdsgruppen er fuldt ud bevidst om, at der eksisterer en hårfin balance mellem indsamling af nødvendig information og registrering på den ene side og tidsforbrug på den anden side. Registrering i sig selv må ikke tage ekstra tid (end der spares), men skal spare tid ved at alle ved hvor informationerne er. Der er set eksempler på, at selve registreringen tager ekstra tid, som så går fra den egentlige sundhedsydelse, og dermed bliver kvaliteten i arbejdet ikke øget. Arbejdsgruppen fokuserer således på at data

- ofte kan registreres automatisk
- skal være enkle, entydige og lette at registrere (valide)
- være klinisk og organisatorisk betydningsfulde
- kan genbruges landsdækkende
- kunne bruges og ses af de enkelte klinikerne (feed-back)

Som et naturligt led i undervisningen af Cosmic vil der således også blive undervist i journal og registrerings- og diagnosekodning i praksis.

Der vil fra Sundhedsledelsens side blive lagt stor vægt på, at registreringen bliver både valid og genkendelig, så den kan give det rigtige billede af det unikke sundhedsvæsen, vi har i Grønland. Der er netop ansat en medarbejder, som vil have fokus på dette område. Medarbejderen er finansieret af Kræfthandleplanen og skal derfor sikre opfølgning på de tiltag, der er indeholdt i kræftplanen. Fra udgangen af året vil der løbende blive udtrykket rapporter fra Cosmic som dels vil give et billede af aktiviteten, men som også vil danne grundlag for opfølgning på registreringspraksis og – validitet, således at vi løbende kan ændre uhensigtsmæssig registreringspraksis både overordnet og på individuelt niveau. På den måde vil vi også kunne vise omverdenen, at vi på trods af ganske særlige vilkår og udfordringer har et godt og velfungerende sundhedsvæsen med kvaliteten i højsædet.

Og nej – vi skal ikke tilnærmelsesvist ind i det registreringspres, vi ser i Danmark – vores registrering skal give mening og rapporterne skal være grundlaget og incitamentet til udvikling og forbedring .

Med ønske om fortsat god arbejdslyst i et endnu bedre sundhedsvæsen.





Peber og saltkar i fedtsten inspireret af paleoeskimoisk spæklampe, Øjvind Rosing (foto Finn Eldon)



Kniv, Øjvind Rosing.