



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægekredsforening

Nummer 1. 2015 - 40. Årgang



Pige med astma er til kontrol og måler peakflow

25 år som rejsende børnelæge i Grønland	3	PhD kursus invitation	24
Et ekko i natten	13	Fagligt lægeforum 2015	25
Ove Rosing Olsen	15	Møde i Dansk Endokrinologisk selskab med Grønlands islæt	25
4 nye Ledende Regionslæger	15	Greenland is a semiautonomous region	26
Præsentation af region Qeqqatas nye ledende regionslæge	16	Grønlandske Familielæger	26
Ledende Regionslæge i Region Disko	16	Otologi kursus	27
Danske læger på udebane	17	Nunamed 2016 1. announcement	28
PhD thesis Johan Emdal	20		

Nakorsanut

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

Redaktion:

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

Layout: www.tita.gl

Oplag: 400

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægekredsförening

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

Grønlands Lægekredsföreningens bestyrelse

Formand:

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

Kasserer:

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

Næstformand:

Læge Finnur Eldevig –DIS, 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.

Dette nummer af Nakorsanut har Barnet i Centrum

Velfærdsudviklingen

Velfærd handler om social og økonomisk tryghed for borgerne. Skal børnene være med til at sikre bedre velfærd for alle i fremtidens Grønland, er forudsætningen, at de gennem opvæksten oplever trivsel og tryghed samt at de sikres et godt helbred. Opvæksten i familien og samfundets tilbud til børnepasning, udvikling og uddannelse må opprioriteres gennem de næste årtier. Den hurtige udvikling i Grønland med ændring af familiestruktur, arbejdsmarked og økonomi, har skabt behov for et velfungerende socialvæsen til at afhjælpe de tab, der følger i kølvandet på udviklingen.

Social ulighed, ulighed om viden og ulighed i sprog

Skellet mellem rig og fattig i det grønlandske samfund er stigende efter hjemmestyrets indførelse. Ligeledes ses et øgende skel på kundskabs- og sprogområdet. Grønland er også en del af det globale samfund, hvor kommunikation og viden er væsentlige faktorer for den fortsatte udvikling.

Øget kundskab hos den enkelte er også midlet til at modvirke stigende social ulighed.

Grønlandsk er naturligvis førstesproget. Det er sproget, der giver identitet og den daglige kommunikation, men det globale samfund og den historiske tilknytning til Danmark gør det nødvendigt at være fuldt tresproget; grønlandsk, dansk og engelsk. Skolens undervisning må planlægges herefter.

Viden og kommunikation er fremtiden for os alle, og børn er de bedste til naturligt at tilegne sig disse færdigheder. Udviklingen skal planlægges med henblik på fremtiden og med behørig hensyntagen til fortiden. Den sociale ulighed er en af de største trusler mod sundhed og trivsel.

Familien og børnene skal prioriteres

Fra familier planlægges at få børn og frem til barnet afslutter grundskolen, skal der sættes fokus på den brede opfattelse af sundhed, som beskrevet af verdens sundhedsorganisation WHO.

På vuggestue- og børnehaveområdet skal pædagogerne opprioriteres, særlig fordi der i dag er stor mangel på uddannede pædagoger.

Her kan social- og sundhedsassistenterne indgå i et tæt samarbejde med pædagogerne, så børnene udvikles godt, både pædagogisk, sundhedsmæssigt og socialt.

Den gode skole skal have de nødvendige midler, og de nødvendige pædagogiske og faglige virkemidler. Med familien i fokus skal der skabes et meget tættere samarbejde mellem sundhedsvæsenet, socialvæsenet og skolevæsenet.

Familierne skal ikke opleve at blive kassebolde mellem systemerne. Det kræver en tæt personlig kontakt mellem fagfolk. Fritidsaktiviteter skal være et fælles ansvar i lokalsamfundene, men der skal offentlige midler til, både for at sikre en professionalisering inden for de forskellige fritidsområder, men også for at sikre og motivere det frivillige initiativ.

I dette nummer af Nakorsanut sættes der også fokus på personale ændringerne ved de Ledende Regionslæger, og et lille portræt af en af Grønlands mest markante læger gennem tiden.

25 ÅR

som rejsende børnelæge i Grønland

Som barn samlede jeg på den flotte hvide kryolit med masser af glimmer i.

Når skibene fra Grønland lagde til i Københavns Frihavn fulde af kryolitmalm fra minen i Ivittuut, blev malmen losset på hestevogne og kørt til den nærliggende kryolitfabrik Øresund til forarbejdning af aluminium og soda. Vognene rumlede i døgn drift over brostenene i min barndomsgade, og der faldt altid kryolitklumper af.

Kryoliteventyret sluttede i 1962, fordi minen nu var tømt. Der fandtes dog senere lidt mere men lavlødigt kryolit, som blev brudt.

I 1986 fløj jeg meget tæt ned over det kæmpestore kryolitbrud fyldt med vand, da vi skulle ned og have brændstof på i Grønnedal.

I skolen, da jeg var 11 år, havde vi temaugle om Grønland. Vi lavede mapper med klip, tegninger og tekster med "alt om Grønland".

På det gamle Rigshospital havde jeg i 1963 studentervagt på en stue med en grønlandsk kvinde, som var hjerteopereret. Hun kunne intet dansk, og jeg kunne intet grønlandsk. Men vi klarede os med godt humør og fagter. Hun læste tit i en lille salmebog, og jeg fik hende til at synge en salme. Den efterlignede jeg, så godt det kunne lade sig gøre, så vi kunne synge den sammen.

Et par måneder senere fik jeg det sødeste brev, skrevet af hendes datter, og oversat af hospitalets tolk. Nu var hun hjemme i Kangeq, det var så dejligt, og de havde festet i 3 dage.

I 1975 var jeg på en herlig vandreferie i Sydgrønland.

Hvordan startede det

Så jeg havde Grønland "godt inde under huden", da jeg i 1980 blev ansat som reservelæge på Rigshospitalets børneafdeling. Her var der mange og ret syge grønlandsk børn indlagt. Det var først langt senere, der blev ansat en overlæge i børnesygdomme på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

En sen aften ankom en lille 3 mdr. gammel pige fra en lille bygd på Østkysten. Hun var kun ledsaget af en sygeplejerske, som skulle retur med det samme.

Pigen havde gulsot, en forstørret lever, hudkløe og blødningstendens. I de medfølgende papirer var der oplysninger om, at flere søskende havde haft et lignende sygdomsbillede, og at de var døde inden de blev et år. Derfor blev jeg meget interesseret i at finde ud af mere og gik i arkiverne. Jeg fandt flere børn, som havde været indlagt



Børnelægen i fuldt polarudstyr – klar til 8 timer på hundslæde til bygden Siorapaluk

med lignende symptomer, både fra samme område og fra byer og bygder på Vestkysten. Det blev starten på min forskning i arvelige sygdomme i Grønland.

Efter jeg havde holdt foredrag i Grønlandsmedicinsk Selskab i 1985 og Dansk Pædiatrisk Selskab i 1986 om denne helt sikkert arvelige leversygdom, spurgte professor Zachau-Christiansen, som stod for at sende danske børnelæger på årlige konsulentrejser til de fleste byer i Grønland, om jeg ville være interesseret i at komme på sådan en rejse.

Det blev et stort ja tak og starten på 25 års børnelægearbejde i det store smukke land, med masser af oplevelser og gode samarbejder især med sundhedsplejerskerne, som udfører et stort og værdifuldt arbejde, men også med tolke, sundhedsassistenter, læger og sygeplejersker og alle andre på sygehusene, i bygderne og forvaltningerne.

Jeg har arbejdet on and off i Grønland fra 1986 til 2010. Det har især været som børnelæge-konsulent på kysten og Lægeklinikken i Nuuk, men også i de senere år som vikar for børneoverlægen på Dronning Ingrid's Hospital.

Rejserne har været fra 14 dage og helt op til 1½ måned. I de perioder har jeg haft orlov fra mine stillinger i Danmark.

Jeg har besøgt alle byerne i Grønland og nogle af dem flere gange. Tasiilaq topper med 20 besøg. I Nuuk har jeg været 22 gange, men nogle besøg har kun været til konferencer, undervisning eller møder. Desuden har jeg besøgt mange store og små bygder langs hele vestkysten og alle bygderne i øst kender jeg "som min egen bukselomme" fra talrige besøg.

Den omrejsende børnelæge

Ja, sådan stod der ofte i udskrivningsbrevene fra børneafdelingen på Rigshospitalet, hvis børn efter indlæggelsen skulle ses til kontrol på det lokale sygehus i Grønland. Og vi kunne da også godt ligne et omrejsende "cirkus", når vi ankom med båd, helikopter eller hundeslæde til de forskellige bygder med alt vores grej, idet opholdet godt kunne vare et par dage og evt. fortsætte til andre bygder. Så der var rygsække, papkasser med journalpapirer, papkasser med madforsyninger, og evt. vacciner, medicin og andet som sygeplejestationen havde rekvireret.

I en del år efter 2. verdenskrig var der kun pædiatriske konsulentrejser hvert 3. år!, men efterhånden fik stort set alle kystbyerne årlige pædiaterbesøg, og Lægeklinikken i Nuuk både forår og efterår.

I de seneste år indtil oprettelsen af en pædiatrisk overlægestilling i 2004 på medicinsk afd. Dronning Ingrid's Hospital, var vi 4 faste børnelæger, som hver betjente vores "eget område" i dette store land nemlig Nord-turen, Diskobugt-turen, Syd-turen og Øst-turen + Lægeklinikken i Nuuk.

Det gav god kontinuitet både for patienterne, hvor en del børn med kroniske sygdomme bliver set hvert år, og for forældrene og personalet, samt selvfølgelig også for speciallægen. Hvis man ved første konsultation havde lavet et grundigt resumé, var det nemt at følge op på, hvad der var sket siden sidst.

Og så bliver jeg nødt til at nævne de såkaldte A-kort. Det var et mareridt, at skulle finde hoved og hale i de mange papirer med notater og resultater og korrespondancer. Det krævede altid et stort bord at få foldet alle papirerne ud, lagt i overskuelig orden, få lavet et resumé og

så det værste, at skulle folde det hele sammen igen i A5 format og proppet ned i et alt for lille plastikchartek.

Samtlige mine rejserapporter, som man skulle udarbejde og sende til den ansættende myndighed, har altid sluttet med en dyb beklagelse over, at jeg nu igen havde været folde ud og folde sammen dame, og med et forslag til et mere brugervenligt journalsystem.

Nu er elektronikken heldigvis også taget i brug i Sundhedsvæsenet i Grønland.

Hvordan arbejder man? Hvad fejler børnene?

De spørgsmål får man ofte, når man kommer hjem fra en konsulentrejse.

Arbejdet

På hvert sygehus er der lister for de forskellige speciallæger, som kommer på de årlige tilsyn. På pædiaterlisten noteres de børn som lægerne, sundhedsplejersken, Dronning Ingrid's Hospital, Rigshospitalet eller det forrige års børnelægekonsulent ønsker, skal kontrolleres ved næste børnelægevisit.

Men da der kun er besøg 1x årligt, bliver børn med akutte sygdomme, som ikke kan behandles lokalt sendt til Dronning Ingrid's Hospital, Rigshospitalet eller Island (især fra Østkysten).

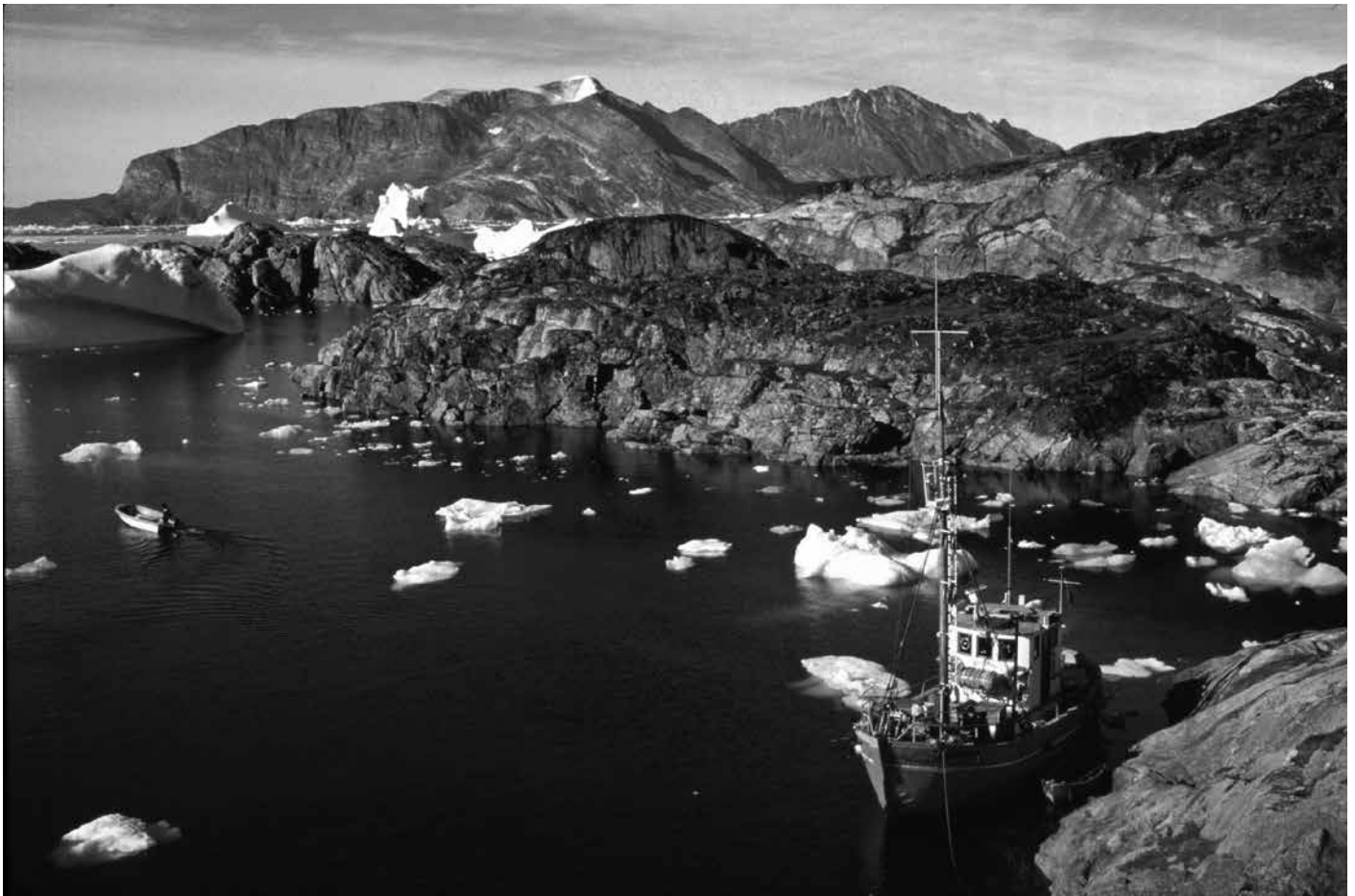
Konsultationerne foregår på sygehuset i sundhedsplejens lokaler sammen med sundhedsplejersken, den sundhedsassistent, som er tilknyttet sundhedsplejen samt tolk, som er nødvendig til langt de fleste konsultationer.

Der er som regel afsat ½ time til hver konsultation. Det er ikke meget tid, når der skal tolkes, og forældrene skal have god tid til at forklare om de problemer, der har ført til henvisningen. Børnene skal undersøges grundigt, måske også have lavet en neurologisk vurdering, de skal måles og vejes, de har meget tøj, der skal af og på, og så skal der være tid til endnu en samtale om diagnose og handleplan, samt bestille evt. undersøgelser som blodprøver, urinprøver og røntgen, og måske skrives recept. Til slut skal man også gerne nå at diktere/skrive resume af sygehistorien, undersøgelsen, diagnosen og handleplan.

Hvis der er mange børn, der skal ses i de større bygder, rejser man ud med båd, helikopter eller hundeslæde med alt udstyret og holder konsultation på sygeplejestationerne eller i sundhedshusene.

Sygdomsmønstret

De grønlandske børn fejler stort set det samme som danske børn. Dog er der flere med medfødte hjertefejl, der kræver operation og kontrol på Rigshospitalet, en del børn med neuropædiatriske lidelser som epilepsi, cerebral parese og retarderet psykomotorisk udvikling, og flere børn med specielle og sjældne sygdomme og syndromer, som ofte er udredt eller forsøgt udredt på Rigshospitalet.



ULIMAUT venter, mens børnelægen er oppe i bygden og undersøge en patient

I flere familier er der børn med adrenogenitalt syndrom. Flere børn er i behandling for total væksthormonmangel, og forholdsvis mange har Mb. Calvé- Perthes' sygdom. Mange børn er svært plaget af børneeksem, Prurigo Besnier.

Astmatiske bronkitis og pneumoni var tidligere et meget stort problem, hvor børnene ofte fik kroniske lungeproblemer med bronkiektasier. Jeg har i de første rejseår set talrige røntgenbilleder af børnelunger med store infiltrater og atelektaser, billeder som ikke var kontrolleret, og hvor børnene igen og igen fik Paradryl med efedrin og Noskapin, fordi de hostede så meget og forstyrrede deres egen og hele familiens nattesøvn.

Billedet er heldigvis vendt, takket være mange nye og bedre boliger i byerne og bygderne. En osende skibsovn i familiens eneste stue er afløst af oliefyr eller fjernvarme, mere bevidsthed hos forældrene om "at kvitte smøgerne" eller at ryge udenfor (bl.a. pga. god oplysning fra Paarisa i TV), samt ikke mindst med den gode og effektive behandling med bricanyl og spirocort via elektrisk forstøvermaskine eller spacer.

Jeg introducerede spaceren i Grønland i forbindelse med de mange kurser i børnesygdomme, hvor jeg underviste. Jeg havde også spaceren med på mine rejser, så sygehuspersonalet og forældrene kunne se, hvor nem og

effektiv den var at bruge. Den første spacer var en plastikbobbel, men den blev hurtigt efterfulgt af en metalspacer. Medicinalfirmaet Astra hjalp med en oversættelse til grønlandsk om brugen og rengøringen af deres spacer (NesSpacer), og apoteket i Herlev var behjælpelige med at komme vejledningen i æsken inden forsendelse til Grønland. Astra havde også lavet en vældig fin video, om brugen af spaceren. Den var god at vise både til personalet og til forældrene inden de skulle prøve at bruge spaceren. I dag er der flere forskellige typer spacer i brug også i Grønland.

Jeg håber, det er slut med brug af Noskapin og Paradryl m. efedrin til børn.

Morgenkonference, stuegang og akut arbejde

Mens man arbejder på sygehuset er det en god ide, at deltage i morgenkonferencen, hvor der orienteres om nye patienter og gives en opfølgning på de indlagte, samt drøftes andet af relevans for hele personalet. Er der indlagte børn kan man gå stuegang sammen med lægen, og desuden deltage i den akutte behandling på stuerne eller i skadestuen, hvis det ønskes.

Her kommer nogle eksempler på akut arbejde:

I 1986 i Paamiut blev der indlagt en lille dreng med en



Nuussuaq- dreng fordriver ventetiden

svær falsk strubehoste. Vi fandt et ”tågetelt” en kroupette – oppe på loftet, og fik det rigget til. Det er et plastiktelt, som hænges over sengen, og hvor det er muligt at pumpe forstøvet vand, ilt og evt. helium ind i. Desværre skulle jeg videre med helikopteren et par timer senere, så jeg kunne ikke følge op på, hvor godt behandlingen hjalp.

I 1989 var jeg på Sygeplejestationen i en lille bygd på østkysten, og var i gang med en konsultation, da der pludselig lød råb og høje skrig og støvletrampen. Og løbende ind i konsultationen kom en far med sin lille dreng, der var blevet bidt af en hund. Han havde mange dybe sår og flænger, heldigvis kun lidt i ansigtet, men højre ydre øre hang løst. Og der var blod overalt. Vi skyllede og forbandt ham, så godt vi kunne, og han fik lidt smertestillende og beroligende medicin. Helikopteren kom hurtigt og hentede ham ind til behandling på sygehuset. Næste år så jeg drengen igen, han havde det godt, og hans sår var syet så flot og helet, så man næsten ikke kunne se arvævet. Øret sad også fint på plads. Det var et plastik-kirurgisk mes-

terværk, udført af distriktslægen - jeg var meget imponeret.

I 1993 så jeg lige efter ankomsten til et lille sygehus på Vestkysten en 2 mdr. gl. pige med en svær gastroenterit. Hun var dårlig, meget dehydreret og havde stadig diare. Hun fik drop, og vi måtte selv blande lidt passende elektrolytter i glucosen, da der ikke fandtes færdige børneblandinger. Allerede næste dag havde hun det bedre, men var begyndt at hoste, havde normal lungestetoskopi, men et infiltrat på rtg., og startede antibiotika i.v. Desværre skulle jeg hurtigt videre, så jeg kunne ikke følge op på, hvordan det gik med hende.

I 2004 havde vi i Tasiilaq en lille pige, som var rigtig dårlig med en svær pneumoni og astmatisk bronchitis. Hun var i intensiv behandling med drop til antibiotika og fik hyppige inhalationer med bricanyl og spirocort på jetforstøver. Det tog lang tid før vi kunne spore bedring.

Hun havde 1 års fødselsdag, mens hun var indlagt, og hun fik en meget fin Kenzo kjole, som jeg egentlig havde købt til sundhedsplejerskens barn, men det var et fejkøb, fordi hun havde født en dreng. Jeg har set den lille pige og hendes plejemor ved alle de efterfølgende pædiater kontroller. Hun trives og har efterhånden ”rene” lunger, og kun sjældent brug for spacer.

Da pigen ikke kunne passe kjolen længere, blev den hængt op på væggen i stuen som pynt, og i **2010** hang den der stadigvæk, fortalte plejemoderen med et stort smil.

Rapport

Når man er færdig med alle konsultationerne på hvert enkelt sygehus, drøfter man den sidste dag, alle de patienter man har set, og de planer man har lagt, med lægerne, sundhedsplejersken og sundhedsassistenten.

Når man er vel hjemme i Danmark udarbejder man en rapport om hele rejsen, og laver lister over det antal patienter, man har set, hvor de er set, deres aldersfordeling og deres diagnoser. Denne rapport sendes til den ansættende myndighed, og i kopi til de sygehuse man har besøgt.

Undervisning

Inden jeg skulle af sted den første gang, ringede jeg til landslæge Bøggild, og forhørte mig om der var nogen ønsker om undervisning.

”**Ja, de er sultne**” sagde han, og så var den samtale slut – der var frit valg!

I min rygsæk rejste jeg så rundt med adskillige lys-

billeder (det var lang tid før USB-stik og powerpoint), men de kom ikke i brug. Programmet var særdeles kompakt, og personalet også presset på tid.

Men siden da er det blevet til meget undervisning om mange forskellige emner både for sygehuspersonale, personale i vuggestuer, børnehaver, børnehjem, i mødregrupper i værestederne, samt forældremøder, som har været holdt forskellige steder bl.a. i institutionerne, forsamlingshuse, kirkemøderum og medborgerhuse.

Det har også i forbindelse med konsulentrejserne været muligt at lægge 2 kurser om pædiatri arrangeret af Grønlands Lægekredsforening, og 5 kurser om obstetrik og pædiatri arrangeret af Direktoratet for Sundhed, som opfølgning på undersøgelsen af børnedødsfald i Grønland 1987-1991 (ref. 4).

Møder

På hver eneste rejse har sundhedspersonalet og jeg forsøgt, at finde tid til møder med socialforvaltninger, PPR, skoler, vuggestuer og børnehaver, børnehjem m.m. for drøftelse af børn med særlige sygdomme/problemer.

Nogle af møderne er jeg blevet indkaldt til, men de fleste har jeg selv taget initiativ til.

Det har altid været behagelige møder i en positiv ånd og med ønsket om at gøre en særlig indsats, der hvor vi påpegede problemer. Det glædelige for mig, har så været at komme tilbage året efter, og se, at der rent faktisk er taget hånd om sagerne. Men desværre også af og til skuffelse over, at nogle børn og familier stadig ikke havde fået den nødvendige hjælp.

Hvordan bor man?

Indkvarteringen er meget forskellig, nogle gange luksus andre gange ret primitivt, men man sover altid godt!

På sygehusene er der nogen steder gæsteværelse på loftet eller i kælderen, på sygeplejestationerne kan man låne en patientseng og så håbe, at der ikke i nattens løb dukker en patient op, som har brug for sengen. På lægebåden "Laurent" nåede jeg kun at sove en middagslur i "Lægens Kahyt", da vi nåede i havn inden aften. På båden "Ulimaut", sov sundhedsplejersken, sundhedsassistenten og jeg i et rum lige under kommandobroen. Der var et bord i midten og køjer rundt om ude i siderne, samt en lille vask og et kogeapparat. Vi skulle kravle op og "krølle" os godt sammen, for at kunne glide ned i de meget smalle og "lavloftede" køjer. I kahyttens lille vask, "klatvaskede"

vi os efter tur, før vi lavede morgenmad samme sted. Vi havde det sjovt. Jeg har også boet på mange forskellige hoteller og vakantboliger, og haft en kahyt på Kununnguaq.

Hvad laver man i fritiden?

Fritiden er sparsom, da men hele tiden er på vej hen til et nyt sted med nye udfordringer.

Men jeg prøvede så vidt muligt, hvis der var tid, at besøge de lokale museer og kirker, gerne i forbindelse med gudstjenester. Jeg gik også altid en eller flere rundture i byerne/bygderne for at kigge på de mange forskellige hustyper, og besøge butikkerne og "brættet" for at fornemme stemningen. Hvis der var tid, nød jeg at gå ud i fjeldet og plukke sortebær, hvis det var sæson, og i øvrigt nyde flora og fauna, samt den enorme stilhed, når man bare er lidt væk fra byen/bygden. Engang var jeg lige ved at træde på en rype, den var i sommerdragt og ganske kamufleret i vegetation og fjeld.

Jeg kom gerne, når der var optræden i forsamlingshuset, korsang i kirken, langrendskonkurrence, hundeslædevæddeløb og præmieuddelingsfest.

Jeg har tidligere været næstformand i "Foreningen Grønlandske Børn". I flere byer og bygder oprettede vi væresteder, hvor børn trygt kunne komme og lege og hygge sig, få lidt at spise og drikke, samt en snak med personalet. Det er også muligt i weekender at overnatte. Jeg har altid prioriteret højt at besøge disse steder, og få en snak med personalet og gerne også børnene, som altid virkede glade for at være der.

Og så er der det fantastiske Nordlys, som kan være så flot, at det kan være svært at slippe det, for bare at få lidt nattesøvn.

Forskning

Både i forbindelse med mit arbejde i 1980'erne på børneafdelingen på Rigshospitalet, hvor der var indlagt en del grønlandske børn, og gennem de 25 år jeg har rejst som børnelægekonsulent i Grønland er jeg blevet opmærksom på flere forskellige sygdomme, som så ud til at være arvelige, alvorlige og med et dødeligt forløb.

Det har derfor været naturligt, at prøve at finde ud af mere i håb om at kunne hjælpe de berørte familier.

1. Om leversygdommen - Cholestasis Familiaris Groenlandica (CFG): Siden 1943 er i alt 47 tilfælde af CFG diagnosticeret hos grønlandske Inuit børn. Syge per-

soner dør generelt meget unge pga. leversvigt. Kun to lever stadig, og begge er levertransplanterede. Sygdommen skyldes en *missense mutation*, 1660G→A (D554N) i *ATP8B1* genet på kromosom 18q21. Denne mutation er kun fundet hos grønlandere, samt tre canadiske Inuit børn. Mutationen findes over hele Grønland, men forekommer hyppigere i nogle områder end i andre. Anlægsbærerfrekvensen varierer fra 1- 27%.

2. **Om stofskiftesygdommen - Propionacidæmi (PA):** Siden 1976 er 13 tilfælde af PA diagnosticeret hos grønlandske Inuit børn. Alle børnene er døde i løbet af de første levedage. Adskillige andre børn blandt de syge børns nærmeste familier er døde af pludselig uventet spædbarnsdød (PUS). Det må mistænkes, at PA kunne være årsagen. PA skyldes mangel på enzymet propionyl CoA-carboxylase (PCC). Mutationen 1540insCCC er lokaliseret til genet for β -underenheden af PCC (**PCCB**), og er indtil nu kun fundet i Grønland. Anlægsbærerfrekvensen varierer fra 2 – 8%.
3. **Screeningen for CFG & PCCB:** Siden 2006 har alle gravide grønlandske kvinder fået tilbud om screening for, om de er anlægsbærer af en eller begge sygdomme. Er de anlægsbærer, tilbydes en undersøgelse af barnefaderen. Er begge forældre anlægsbærere af den samme sygdom, tilbydes de fosterdiagnostik (fostervandsprøve) i 14.-16. graviditetsuge. Hvis fostret er homozygot for CFG, PCCB eller begge, kan graviditeten afbrydes, hvis forældrene efter uvildig rådgivning ønsker det.
4. **Toppen af isfjeldet:** Børnedødsfald i Grønland 1987 – 1991.
5. **Epilepsy among children in Greenland.**
6. **A high frequent BRCA1 founder mutation identified in the Greenlandic population.**
7. **Novel mutation in *ATP13A2* widens the spectrum of Kufor-Rakeb syndrome (PARK9).** Mutationen er fundet hos seks personer i samme grønlandske inuit familie, og de er alle svært invaliderede motorisk, kognitivt og psykisk.
8. **GJB2 (Connexin-26) mutations are not frequent among hearing impaired patients in east Greenland.**

Referencer:

- 1a. Fatal familial cholestatic syndrome in Greenland Eskimo children. I-M. Nielsen, K. Ørnvold, B. Brock Jacobsen, L. Ranek. Acta Pædiatr Scand. 1986; 75: 1010-16.
- 1b. Fatal familial cholestatic syndrome in Greenland Eskimo children. A histomorphological analysis of 16 cases. K. Ørnvold, I-M. Nielsen and H. Poulsen. Virchows Archiv A Pathol Anat Histopathol. 1989; 415:275-281.
- 1c. Linkage studies on cholestasis familiaris groenlandica (CFG) with polymorphic protein and blood group markers. Eiberg H. and Nielsen I-M. Clin Genet 1990; 40:103.
- 1d. Linkage studies of Cholestasis Familiaris Groenlandica/

Byler-like disease with polymorphic protein and blood group markers. Hans Eiberg og Inge-Merete Nielsen. Hum. Hered 1993; 43:250-256.

- 1e. Linkage of Cholestasis Familiaris Groenlandica/Byler-like disease to Chromosome 18. Hans Eiberg and Inge-Merete Nielsen. Int J of Circumpolar Health. 2000; 59:57-62.
- 1f. A Missense Mutation in FIC1 is associated with Greenland Familial Cholestasis. L. Klomp, I-M. Nielsen, H. Eiberg, R. Houwen et al. J of Hepatology. 2000; 32:1337-1341.
- 1g. Cholestasis Familiaris Groenlandica/Byler like disease - A population study. Eiberg H, Nørgaard-Pedersen B, Nielsen IM. Circumpolar Health Sup. 2/2004: 189-191
- 1h. Cholestasis Familiaris Groenlandica: An epidemiological, clinical and genetic study. Nielsen I-M, Eiberg H. Circumpolar Health Sup. 2/2004: 192-194.
2. High Incidence of Propionic Acidemia in Greenland is Due to a Prevalent Mutation, 1540insCCC, in the gene for the Beta-Subunit of Propionyl CoA Carboxylase. Kristine Ravn, Inge-Merete Nielsen, Flemming Skovby, Marianne Schwartz et al. Am J Hum Genet. 2000; 67:203-206
3. Fra forskning til forebyggelse i Grønland. Inge-Merete Nielsen, Peder Kern og Hans Eiberg. Ugeskr Læger 2007; 169/12: 1105
4. Peter Bjerregaard, Jens Misfeldt, Peder Kern og Inge-Merete Nielsen. 1994; DIKE.
5. Blichfeldt S, Bille T, Nielsen I-M, Nielsen SM. ICCH 2003, Nuuk
6. Theresa Larissa Harboe, Hans Eiberg, Peder Kern, Bent Ejlertsen, Inge-Merete Nielsen, Marie Luise Bisgaard et al. Familial Cancer. 2009; 8:413-419.
7. H. Eiberg, IM. Nielsen, OR Olsen, JE. Nielsen et al. Clin Genet. 2011. Short Report.
8. Homøe P, Eiberg H, Nielsen IM et al. Int J Audiol. 2012; 51(6):433-6.



Kaffemik

I 1986 i Paamiut lærte jeg, hvordan man opfører sig til kaffemik.

På sygehuset havde jeg set en 4½ måned gammel pige. Hendes trivsel var ikke tilfredsstillende, hun havde en påvirket vejrtrækning og let læbecyanose. Hun havde en mislyd ved hjertestetoskopi, som jeg tolkede som en VSD, endvidere let forstørret lever. Efter konference med børnekardiologerne på Rigshospitalet kunne hun modtages med første maskine. Hun blev sat i behandling med digoxin og lasix.

Forældrene ville gerne have hende døbt inden afrejsen. Så der var barnedåb og efterfølgende kaffemik, hvor jeg deltog sammen med sundhedsmedhjælper Amalie, som stod for sundhedsplejen i distriktet.

Der var mange gæster til kaffe og kager. Snakken gik livligt, men pludselig samlede Amalie sin kop og tallerken og sagde – nu skal vi gå! – jeg var et stort?, men Amalie var meget bestemt i blikket, så vi drog af sted. Forstod efterfølgende, at sådan foregår kaffemik, så der hele tiden er plads til kaffe og kage til nye gratulanter, og den skik har jeg efterlevet siden da.

Gudstjeneste

Jeg har så vidt muligt deltaget i søndagsgudstjeneste i alle de byer, jeg har besøgt. Første gang var jeg meget overrasket over den uro, der var. Mange børn løb og legede op og ned af kirkegulvet og trapperne, mødre ammede og små babyer græd. Men præsten, kordegnen, organisten og menigheden lod sig ikke forstyrre. Det var faktisk ret befriende at opleve den uhøjtidelige stemning, og at der var plads til alle.

Svingdørsbørn

Efter et bygdebesøg på en smuk skærgårds ø på vestkysten, stod tolken og jeg i næsten 1 time i isnende kulde og ventede på helikopteren, mens himlen blev mere og mere orangerød af den nedgående sol. Da jeg kom hjem til sygehuset, lå der en besked om, at der var varm hvidkålsuppe oppe på Børnehjemmet. En herlig besked til en bundfrossen børnelæge.

Her hørte jeg for første gang udtrykket svingdørsbørn. Jeg var godt bekendt med de særdeles mange omsorgssvigtede børn i Grønland, og det store behov for at hjælpe dem, og at der derfor var oprettet børnehjem i mange byer. Men jeg forstod så i samtalens løb, at ikke så få børn var på børnehjemmet i kortere eller længere perioder, og kom hjem men ikke altid med det ønskede resultat, hvorefter de så blev anbragt igen igen.

Næste dag var jeg et smut forbi en børnehave, og en lille gut genkendte mig fra aftenen før på børnehjemmet, og sagde med et stort smil til pædagogen: Vi havde fest i går! Jeg blev meget rørt, og det var rigtigt - der var fest

og en herlig stemning. Børnene var med til at lave dej og bage pandekager. Der blev dækket bord med servietter og levende lys og spist masser af pandekager med is og flødeskum.

Det var virkelig dejligt at opleve et så godt og trygt miljø for de børn, hvis skæbne er at skulle opholde sig på institution.

Transporten

I gamle dage sejlede lægerne ud til bygder og udsteder med **Lægebåden**, som vist nok fandtes i hver af de større kystbyer. Jeg kan huske at ældre læger, der havde arbejdet i Grønland altid fik ”julelys” i øjnene, når snakken faldt på Lægebådene, som var opkaldt efter læger, der havde gjort en stor indsats for de syge og for sundheden i Grønland. Det var meget smukke egetræsbåde med forstærkning til at klare sejlads i isfyldte farvande, flot udstyret med mahogni og indrettet med kahytter til lægen, medfølgende personale, samt evt. patienter, som skulle ind og behandles på sygehuset.

Jeg har været så heldig i 1986, at sejle med ”Laurent” både i Qaqortoq og Narsaq distrikter, og med ”Alf Bertelsen” til Nanortalik, hvor vi siksakkede gennem revner i storisen, efter anvisning fra en matros, som stod i stævnen og pegede.

I 1988 i bygden Atammik var det på med heldragten og ned i en lille åben båd med påhængsmotor for at sejle til Napasok. Vandet var spejlblankt, sæler tittede op, hvaler slog med halen og sendte flotte blåser op.

Ellers er jeg kommet rundt med små og lidt større motorbåde, hundeslæde, Dash-7, Sikorsky helikopter, indenskærs rutebåde, de store kystskibe Kununnguaq og Disko, en lille helikopter Bell 212 på Østkysten, og i 1990 i en endnu mindre helikopter Ecureuil, som blev chartret af Direktoratet, da det viste sig, at der var gået kuk i rejseplanen. Så jeg fløj som eneste passager i 3 timer lavt hen over den smukke og meget varierede Vestkyst fra Ilulissat til Upernavik med groundstop i Maarmorilik for fuel, og kunne kigge over på den netop nedlagte bly- og zinkmine ”Den Sorte Engel”.

Jeg besøgte Qaanaaq i 1995 før de fik en lufthavn. Først fløj vi med det canadiske ”First Air” til Pituffik (Thule Air Base), hvor vi blev gennet ind i en stor kold hangar og ventede i et par timer, før afgang til Qaanaaq. På hjemturen var der overnatning på basen i en hotelbarak, hvor vi skulle betale med amerikanske dollar. En bus hentede os næste morgen til en kæmpestor Dining Hall. Der var mange soldater og officerer med talrige medaljer på brystet, og en hel speciel stemning – det var lige før man selv slog hælene sammen og gjorde honnør. Og så var der et formidabelt morgentraktament. Der var en meget lang buffet med alskens lækkerier bl.a. friske tropiske frugter. Bag skranken stod der mange kokke klar til at servicere

med diverse lækre retter. Så scrambled æg blev valgt fra denne morgen.

I Kulusuk lufthavn var der i mange år kun et lille skur med 2 rum og flere tønder til at opsamle vand der dryppede lystigt ned gennem loftet. Når der ventedes fly, var der fyldt med voksne og børn, der ventede på pårørende. Og udenfor holdt der altid en masse slæder med flotte hundespand. I dag er der en fin ny lufthavnsbygning og en vej ned til byen, så nu er det ikke hunde, men 4-hjulere, ”højbenede” biler og snescootere, der holder og venter på en.

I Ammassalik distrikt har vi i 1988 og 1989 sejlet rundt til alle 5 bygder og 2 udsteder i GTO (Grønlands Tekniske Organisation) båden ”Ulimaut”, hvor vi også kunne sove ombord. Ellers har vi benyttet helikopter eller sejlet rundt i små motorbåde med kahyt, hvor skipper har sovet, mens vi andre har spist og sovet på sygeplejestationerne eller i sundhedshusene. Nogle gange har det blæst godt (rester af Neqajaq), så der har været høje bølger og meget store dønninger, hvor båden hoppede op, lettede, for klask at falde ned på vandet igen, og det var lidt ubehageligt at være passager. En gang havde vi motorstop og drev hastigt ind mod et stort isbjerg, men heldigvis fik skipper gang i motoren igen, og vi smuttede tæt forbi bjerget.

På alle turene har jeg virkelig nydt den smukke natur med de høje fjelde, indlandsisen, gletscherne, og de enormt store og flotte isbjerge, og set mange hvaler, sæler og fugle bl.a. rider (taateraq), mallebukker, tejste, skråber, rødstrubet lom, ryper og 2 vandrefalke samt flere havørne.

Vente, vente, vente på bedre vejr

Det er vilkårene, når man rejser i Grønland, og talrige hoteller i Grønland og Island har fået uventede gæster.

Dengang der stadig var amerikansk base i Sdr. Strømfjord, kunne man benytte deres biograf. Straks man passerede elven, var det som at komme i en helt anden verden. Der var masser af soldater, de var meget karseklippede, og de talte meget amerikansk. I forhallen til biografen kunne man fylde kæmpebægre med popkorn og cola, og så var der et skilt, hvor der stod, at når den amerikanske nationalsang blev spillet, så skulle man stå op. Og man ville blive bortvist **for ever**, hvis man ikke adlød denne ordre.

Det er jo heller ikke så ringe endda, at skulle vente i Reykjavik på bedre vejr. Så kan man nyde de dejlige udendørs svømmebassiner og boblebade.

Eller sidde hos flyvelederne i Constable Pynt og vente i 6 timer på fly, mens man spotter store flokke med tusinder af bramgæs, som på vej til Sibirien lige mellemlander ved **Gåselven** for at fouragere.

En slags rejseleder har jeg også været. Vi var vel ca. 16

personer fra Ittoqqortoormiit, som lige nåede at komme over til Constable Pynt, inden det blev snestorm. Vi overnattede der og blev næste dag fløjet til Reykjavik, men her var der ikke noget fly, der ventede på os. Ingen fortalte os noget, og lufthavnspersonalet kiggede bare forskrækket på alle os ”vilde” fra det mærkelige land på den anden side af Danmarks Stræde.

Så det var på med ”kasketten” og forlange taxaer og hotelværelser og lave en liste med alle navnene, og hvem der skulle dele værelser. Vi blev indkvarteret på Hotel CABINN, det var udmærket, og børnene elskede, at de bare kunne tappe forskellige sodavand fra de store maskiner helt gratis.

De fleste skulle til Nuuk, nogen kun til Tasiilaq. Men én mand skulle faktisk til DK til et kursus for brandfolk. Det var straks mere problematisk. Men det lykkedes at få skaffet taxa til Keflavik, hotel og en ny flybillet, så jeg håber, at han nåede frem til kurset.

Patientledsager

Når man rejser så meget rundt, er det tit man kan være behjælpelig som patientledsager, i stedet for at en af det faste personale skal frigøres.

På min første konsulentrejse, fik jeg til opgave at ledsage en gravid tvillingemor, som skulle til Nuuk for at føde. Hun lå på en bære i helikopteren, og fødte heldigvis ikke undervejs.

Da jeg skulle hjem efter min allerførste tur og kom op i Danmarksmaskinen i Sdr. Strøm, bemærkede jeg en lift og et dropstativ lidt foran min plads. Tænkte at jeg måske kunne hjælpe, og kontaktede derfor den mand og kvinde, som sad og passede det lille barn. Barnet (en pige) havde vejet 1000g ved fødslen, havde ligget på neonatalafdelingen på Rigshospitalet indtil nu, hvor hun vejede 2000g, og havde været på vej hjem til Qaanaaq sammen med sin mor, da hun var blevet slap og cyanotisk. Blev genoplivet af en læge, som var på vej til en stilling på Thule Air Base. Her tog de barnet ind og behandlede hende, lagde drop og gav sepsisbehandling, før lægen så nu var på vej tilbage til DK med barnet sammen med en sygeplejerske. De havde overnattet i Sdr. Strøm. Der gik kun få sekunder efter jeg havde meldt mig på banen, så var lægen overmåde taknemmelig på vej ud af maskinen for at returnere til Thule. Turen til København gik uden problemer.

Således har jeg gennem årene ledsaget mange, både børn og voksne. Og det har nogle gange især fra Østkysten, hvor der er flere transportskift og overnatninger været lidt dramatisk.

En 2 mdr. gl. dreng med hoste, lungebetændelse, en mislyd og cyanoseanfald skulle til Rigshospitalet. Han havde anæmi og fik transfusion inden afrejsen. Både i Dash-7 og i SAS-maskinen var der brug for, at han fik ilt. På Rigshospitalet lå han længe i CPAP.



Dreng stetoskoperes, mens hele familien ser på. Tidligere røntgenbilleder ligger klar på bordet til at blive vurderet.

En voksen mand havde fået kraftige rygmerter. Kunne dog gå ved hjælp af et par krykkestokke. Vi skulle med helikopter, og så videre med fly til Reykjavik for overnatning, og først videre næste dag til Keflavik. I lufthavnen opdagede jeg, at vi havde billet til to forskellige flyafgange. Men vi fik god hjælp af det islandske lufthavns personale både til ombooking, og til bestilling af en ambulance i Kastrup. Da vi landede kunne han ikke selv gå. Ambulancen kørte os hurtigt til neurokirurgerne på Rigshospitalet, og jeg tror han blev opereret akut. Jeg mødte ham tilfældigt ½ år senere på Det grønlandske Patienthjem, han fik stadig træning og behandling, men var glad og tilfreds.

Nine eleven 2001 – en dag vi alle husker

Rejste fra Kastrup kl. 09:20 til Sdr. Strøm, og videre kl. 12:00 med Dash-7 til Kulusuk. Vejret var fint, klart og solrigt. Jeg havde lige siddet og kigget ned på indlandsisen og set radarstationen DYE I, da Kaptajnen meddelte, at han har fået besked om, at der var et fly, som var fløjet ind i det ene af World Trade Centers tårne, og der vist nok også var et fly, som havde ramt Pentagon. Han ville vende tilbage med mere information senere. Det var en meget mærkelig besked, og flere af passagererne mente, at det kunne være en joke!! Men ærlig talt – det er da ikke noget man spørger med. Kort tid efter vendte Kaptajnen tilbage med oplysninger om, at et andet fly var fløjet ind i det andet tårn.

Det var helt surrealistisk, at befinde sig i et fly højt over indlandsisen og den amerikanske radarstation og så få sådanne informationer.

Da vi landede i Kulusuk, var der allerede indført skærpet sikkerhedskontrol, som vi skulle igennem.

Kulinariske oplevelser i en klasse for sig

Mange lækre og meget forskellige fiskesupper med masser af ”fyld”

Selvfangede ammassat, vendt i rugmel og pandestegt.

Grønlandsk lammekølle og lammepaté.

Rå sæl lever (en lille bid).

Stegt sæl lever.

Rejer, laks og hellefisk.

Havkat, rød fisk, torsk, og uvaq (fjordtorsk).

Stegte teiste.

Hjemmerøget hvalkød.

Hvalbøf i løg-tomat sovs.

Rensdyrbøf – dilæ's egen fangst – da jeg var heldig at komme i sæsonen for rensdyrjagt.

Mattak.

Narhvalbøf stegt på stranden inde i Scoresbysund fjorden.

Isbjørnekød kogt i 3 timer.

Den herligste frokost ikke i det grønne, men i det hvide i Thule distriktet. Vi var på vej til verdens nordligste bygd Siorapaluk, og gjorde holdt midt ude på den islagte fjord.



Dreng med astmatisk bronchitis får medicin på babyspacer af faderen

Hundene hvilede, is blev smeltet i en kasserolle på pri-mussen til te og til at koge røde pølser. Solskin, høj blå himmel, glimtende sne og tusinder af søkonger i formationsdans over vores hoveder, hvor solen også stod og snurrede rundt hele døgnet. Min slædekusk Peter havde dog mere kikkertsigtfokus på noget, som bevægede sig langt ude i horisonten – en isbjørn – måske – geværet kom dog ikke i brug.

Og den skønneste aftensmad om bord på GTO skibet ”Ulimaut”. Skipper Karl Pivat havde skudt en sæl. Kødet havde kogt i et par timer m. løg og ris, og det gav den mest velmagende sælsuaasat (sælsuppe), som vi spiste på dækket med udsigt til den 3 km høje indlandsis farvet lyserød af den nedgående sol, og med kæmpestore isbjerge ”sejlende” forbi os båret frem af højvandets komme. Da det blev mørkt begyndte Nordlyset at danse hen over himlen i flotte formationer og farver.

STOR TAK til de mange, som gennem årene har inviteret mig til hyggelige middage med alskens grønlandske lækkerier.

En lille sjov historie: Vi sad i personalekantin og spiste økonoma Paula’s dejlige mad, denne dag sæl. Flere af de grønlandske medarbejdere sad og pillede kød af sælluffer, andre suttede ivrigt på nogle sælluffer. Jeg indskød en bemærkning om, at syltede grisetæer er en stor delikatesse i Danmark. Det udløste en tsunami af latter, som ingen ende ville tage. Aldrig havde de hørt noget **så** ulækert.

SLUT- replik

Det har været spændende og begivenhedsrige 25 år, som jeg med glæde tænker tilbage på.

Jeg håber også, at jeg har gjort en forskel for mange af de **2.922 børn**, jeg har set på mine konsulentrejser.

Jeg har besøgt Grønland 37 gange i alt, og besøger fortsat Grønland og andre arktiske egne i forbindelse med møder og konferencer, og som turist bl.a. på en 7 dages sejl- & telttur i Scoresbysund fjorden og dens sidefjorde indtil og ”lidt forbi” skiltet **National Park**.

Selv om det nu er slut med konsulentrejserne, har jeg ikke ”sluppet” Grønland.

Jeg fortsætter med den forskning, som tog sin begyndelse i 1980, da jeg blev ansat som reservelæge på børneafdelingen på Rigshospitalet, og som har været i et godt og frugtbart samarbejde siden 1989 med genetiker Hans Eiberg, og siden 2005 desuden med genetiker Marie Louise Bisgaard, om forekomsten af indtil flere arvelige sygdomme i Grønland. De er begge ansat på genetisk afd. (ICMM) på Panum Institutet, hvor jeg har været ansat som speciallægekonsulent fra 2005.

Hjemmestyret nu Selvstyret for Grønland godkendte og startede 1. januar 2006 på initiativ fra os den screening for de to alvorlige og arvelige (vigende arv) sygdomme - leversygdommen CFG og stofskiftesygdommen PCCB, som tilbydes alle gravide grønlandske kvinder.

Screeningen udføres og styres af os tre samt vores tre laboranter på ICMM, Panum Institutet, Københavns Universitet.

*Inge-Merete Nielsen
Børnelæge*

e: imn@sund.ku.dk

e: inge-merete.nielsen@dadlnet.dk

”Et ekko i natten...”



Af Uka Wilhjelm Geisler
Kardiolog Medicinsk Afdeling DIH

Vejen til et menneskes hjerte går gennem en ekkokardiografi, den ultimative undersøgelse af hjertets struktur, funktion, bevægelse, trykforhold og flow. Hjertet er i evig bevægelse – fra vi bliver skabt til vi dør; selv et lille ”hvil” på mere end 3 sekunder vil ofte skabe problemer. Jeg bliver til stadighed dybt fascineret af denne muskel, som nogle tillægger kærlighed og følelser, andre igen betragter hjertet som en mekanisk pumpe, som følger vand og rør princippet. I bund og grund er den vel begge dele. For mit eget vedkommende går min kærlighed til kardiologien i hvertfald blandt andet igennem ekkokardiografien og da vi på Medicinsk Afdeling netop har fået et nyt og meget fint ekkokardiografi-apparat af mærket Phillips Equq 7, vil jeg bruge anledningen til at dele nogle ekkokardiografiske overvejelser og tanker.

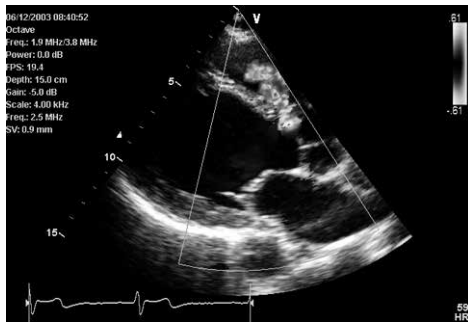
En af mine læremestere sagde til mig, at en ekkokardiografi kræver hudløs ærlighed, i det man kan skrue på knapper og indstillinger og ændre på probe-position og egentlig få frem det billede man ønsker; ekkokardiografi er en dynamisk undersøgelse, som aldrig kan stå alene uden klinik, blodtryk, stetoskopi. EKG og medicin-gennemgang. Det er et nyttigt redskab i klinikken til forståelsen af menneskets kardiopulmonale cirkulation og funktion, samt de sygdomme der ligger i spektret herimellem.

Indikationer:

- Uafklaret årsag til hjerterinsufficiens, hjerteforstørrelse eller dyspnø.
- Uafklaret årsag til mislyd med samtidig graduering af årsagen til mislyden, evt. kontrol af kendt klappelidelse.
- Kvantitering af venstre ventrikels funktion.
- Feber og hjertesygdom, hyppigst endocarditis mistanke men undertiden også mistænkt myocardit eller pericardit.
- Mistænkt tromboemboli af kardial oprindelse.
- Uafklarede bryst smerter (mistænkt aortadissektion, iskæmi/AMI, lungeemboli, pericardit).
- Mistænkt lungeemboli.

Forleden vagt ved midnatstid kom patienten med akut opstået dyspnø, gispende og urolig, kramt svedende og desaturerede med smerter og lavt blodtryk – overvejelserne er mange: Myocardieinfarkt? Lungeemboli? Aortadissektion? Pneumothorax? Hjertesvigt? Lungeødem? KOL i exaservation? Pneuoni og sepsis? Hjertetampnade? Hvis man kan komme på flere er det fint, i hvert fald er der mange muligheder og selvfølgelig skal flere personer inddrages og flere undersøgelser til, for at samestykke den rigtige diagnose og så kan man komme rigtigt langt også uden en ekkokardiografi. Men dér i nattens mulm og mørke er det nu rigtigt godt med en lille ekko-undersøgelse. På mindre end 5 minutter kan man udelukke pericardievæske, hjerteinfarkt, lungeemboli, pleuravæske, aortadissektion og KOL – fordi ekkokardiografien viser en dilateret venstre ventrikel med reduceret funktion og en ejektion fraktion (LVEF) på 30 %; - det kan næsten kun være klinisk lungeødem. Den efterfølgende halve time tigger så de andre svar ind med høj BNP, hvide lunger med vattede infiltrater på rtg thorax, negative troponiner og D-dimer og normale fasereaktanter. Selv en akut hæmodynamisk betydende arytmi, som årsag til patientens symptomer kan udelukkes på en ekkokardiografi; atrierne og ventriklernes kontaktioner ses og der er EKG-registrering synkront med kontraktionerne under hele undersøgelsen. Kan så sepsis udelukkes på en ekkokardiografi? – måske, for vi ser en klausibel årsag til patientens dyspnø, nemlig den dårlige venstre ventrikel. Udover oplysningerne ved ekkokardiografien, er den vigtigste parameter om patienten tisser – der er blodtrykket og så er det man kan kalde ”tisse-trykket” (det laveste blodtryk hvor patienten stadig har mulighed for at producere urin) – og det er ”tisse-trykket” som er vigtigt at opretholde og urinproduktionen er en meget vigtig parameter for vurdering af den akutte patient. Hos intensiv patienten er ekkokardiografien også brugbar til at vurdere patientens hydreringsgrad ud fra måling af fyldningstrykket og de højresidige kamres størrelse (fyldning).

Ekkokardiografiens begrænsninger er langt hen ad vejen den enkelte udøvers erfaring og egne begrænsninger

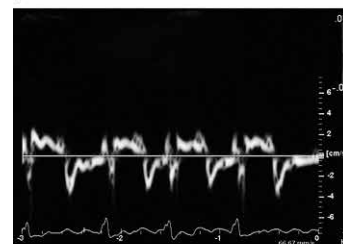
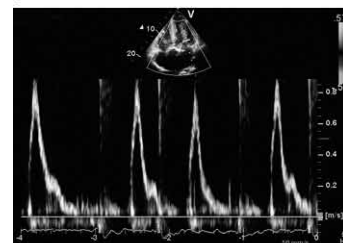
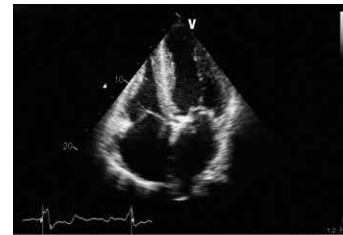


og så betyder udstyrskvaliteten en del. Dét at være ydmyg og vide at flere af de mål, man foretager er estimater og ikke eksakte fakta, at indsynet hos nogle patienter er dårligt og dermed svækkes præcisionen af ens målinger og antagelser, ligesom dét man finder i én projektion, skal kunne genfindes i andre projektioner for at kunne antages at være valide. Med vores nye ekkokardiografi-apparat (Phillips Equip 7) kan vi ikke skylde på dårlig udstyrskvalitet længere, da har vi det bedste apparat der findes på området og det vil gøre en stor forskel. De to "Vivid-I" ekkokardiografi-apparater vi har brugt de sidste 10 år er nogle, som er forsvundet helt fra afdelingerne andre steder; men de er stadig gode til at løbe rundt med på gangene i nattens mørke og rejse med på kysten, for de er små og lette.

På Medicinsk Afdeling laver vi i gennemsnit 4-6 ekkokardiografier dagligt og på kystbesøgene er det op imod 10- 14 ekkokardiografier dagligt.

En anden og lidt uventet begrænsning ved ekkokardiografien opdager jeg en dag, hvor jeg sidder med en ældre mand fra bygden Niaqornaarsuk ved Kangaatsiaq og undersøger ham med ekkokardiografi pga endokarditis. Han kender min far og jeg kender hans kone fra den tid, da jeg selv boede i Kangaatsiaq. Vi snakker lidt inden undersøgelsen, men sidder ellers uden at veksle ord i en længere stund. Han ser løbende nogle af billederne under undersøgelsen og bryder da endelig tavsheden og siger:

"Jeg har i mange år fanget store dyr, rensset og spist deres døde hjerter; det er første gang i mit lange liv, jeg ser et levende hjerte, - et levende hjerte, som bevæger sig – og så er det endda mit eget. Jeg har været gift med min elskede kone i 55 år og jeg elsker hende højt endnu. Det gør ikke så meget, du ikke kan hjælpe mig, jeg har haft mange gode år, jeg vil hellere hjem til min kone end at blive for længe i Nuuk. Jeg har et ønske, jeg vil så gerne hvis du på billederne dér (han peger på ekko-billederne af sit hjerte) - hvis du kan vise mig hvor kærligheden sidder".



På Medicinsk Afdeling laver vi i gennemsnit 4-6 ekkokardiografier dagligt

Ove Rosing Olsen



En markant kollega stopper sit lange lægevirke i Sisimiut. Efter 37 år som læge hvoraf de fleste som chef for sygehuset i Sisimiut har han valgt at søge nye udfordringer.

Ove har altid mange jern i ilden. Hans interesser og engagement favner bredt. Han har været borgmester i Sisimiut samt sundhedsminister i 4 år. Ved siden af lægejobbet har der altid været mange arbejdsopgaver. Har blandt andet haft et dampvaskeri, udlejning af boliger samt bestyrelsesposter i fiskeriet ved siden af.

Ove er kendt for sit guitar spil og og sang. Der behøver ikke den store anledning inden guitaren kommer frem. Repertoiret er stort, han er dog mest kendt for sømandsviserne. De fleste morgener kan der høres sang fra kaffestuen hvor personalet synger, ofte akkompagneret af Ove sang og guitar spil. Fritiden bruges til familien, snowboard, at sejle og fiske.



Han har 5 børn, hvoraf den yngste er 8 år.

Otiummet må udsættes lidt da der allerede er nye projekter der skal prøves. Når han stopper 1. april venter jobbet som seniorrådgiver i Royal Greenland.

Vi fra Sisimiut sygehus har haft stor gavn af hans lange virke og håber at han vil komme forbi med sin guitar en gang imellem.

*Finnur Eldevig
Distriktslæge
Sisimiut Sundscenter
Box 1013
3911 Sisimiut*

Fire nye ledende Regions læger.

Ledende regionslæge Anne Marie Buch
REGION KUJATAA

Ledende regionslæge Luit Penninga
REGION AVANNAA

Ledende regionslæge Henrik Trykker
REGION DISKO

Ledende regionslæge Helle Olsen
REGION QEQQA

Anne Marie Buch den nye ledende regionslæge i Region Kujataa

Anne Marie er 47 år gammel, speciallæge i anæstesiologi, men med en bred lægefaglig erfaring, der bl.a. indebærer en del ansættelser inden for almen medicin,

inden hun gik over i sit endelige speciale. Inden for sit speciale har hun bl.a. arbejdet med Yngre Lægers videreuddannelse og været ansat i det palliativt team i Sønderjylland.

Anne Marie kommer aktuelt fra en stilling som Coordinating Doctor, International SOS Beijing, hvor hun har siddet med en hel del udfordringer af samme karakter, som vi ser i Grønland i forhold til udfordrende logistik og rekrutteringsudfordringer.

Luit Penninga den nye ledende regionslæge i Region Avanna

I næste nummer af Nakorsanut bringes et portræt af Luit og hans første periode i Ilulissat.

Ledende regionslæge i region Disko - Henrik Trykker



Jeg vil gerne bruge mine faglige og ledelsesmæssige kompetencer til at lede en sundhedsfaglig institution, der forankret i lokalsamfundet stræber efter at implementere den grønlandske Sundhedsreform fra 2011.

Jeg har igennem en del år erhvervet mig en solid ledelsesmæssig og administrativ indsigt ved arbejde såvel nationalt i Danmark som internationalt.

De sidste 5 år har jeg været enhedschef i den danske Sundhedsstyrelse, hvor jeg har været en del af chefgruppen og været ledelsesrepræsentant i Sundhedsstyrelsens medarbejderudvalg.

Jeg har især arbejdet med embedslægelige opgaver herunder retsmedicin, tilsynsopgaver, forebyggelse af smitsom sygdom og beredskab og miljø.

I forbindelse med mit internationale arbejde havde jeg i en næsten 3 års periode haft ledelsesansvar for ca. 70 sundhedspersoner og har gennemført projekter lokalt og reformer nationalt.

Jeg har gennemgået en række kurser i ledelse, projektledelse og jeg har projekterfaring fra såvel danske som udenlandske projekter. I den forbindelse vil jeg pege på, at jeg har gennemgået Statens Center for Kvalitets- og Kompetenceudviklings undervisningsforløb i Excellence modellen.

Jeg har deltaget aktivt i uddannelse og undervisning af kommende speciallæger i samfundsmedicin og har været vejleder for speciallægers videnskabelig projekter hos embedslægerne. Desuden har jeg udarbejdet undervisningsprogrammer for læger under uddannelse.

Min erfaring med at arbejde i Grønland stammer fra et vikariat i 1985 i Uummanaq og fra to korte vikariater (1-2 måneder) inden for de sidste 6-7 år i Grønlands Embedslægeinstitution i Nuuk, hvor jeg vikarierede for den administrerende embedslæge.

Med venlig hilsen
Henrik Trykker

Præsentation af region Qeqqatas nye ledende regionslæge



Helle Olsen, 52 år. Født og opvokset i Hvidovre, af blandet dansk/grønlandsk herkomst. Har boet i Sisimiut fra 12-16 års alderen, og igen som laborant på sygehuset frem til start på medicinstudiet. Mor til 2 voksne sønner. Gift med Jan Olsen der også er læge på Sisimiut regionssygehus. Vi har arbejdet i Sisimiut siden 2004. Er kandidater fra 1998 og har tidligere arbejdet på DIH, dels i turnus samt første del af speciallægedannelsen til almen medicin. Uddannelsen færdiggjort i sønderjyllands amt, derefter flyttede vi til Sisimiut igen.

I Sisimiut trives vi rigtig godt. Både på sygehuset med kollegaerne og de øvrige faggrupper. Tillige har vi et godt og aktivt fritidsliv.

Vi bruger mange gode timer sammen med vores 12 slædehunde om vinteren. Og jeg har stor fornøjelse af mine islandske heste om sommeren. Hytteturene i rensdyrjagten er vi også fælles om, heldigvis. For det er rigtig godt at have nogle pusterum fra en arbejds hverdag der til tider kan være ret krævende, men også spændende.

Nu får jeg så en anden arbejdsopgave pr. 1. april, og håber på jeg om et par år kan sige det er ligeså spændende og tilfredsstillende som det arbejde jeg hidtil har udført i det grønlandske sundhedsvæsen.

DANSKE LÆGER PÅ UDEBANE

Artiklen er blevet til på baggrund af specialet "kommunikation i kulturmøder" af Stine Kofoed og Katrine Moesgaard Rasmussen. Dronning Ingrid's Sundhedscenter.

Af Stine Kofoed, cand.mag.comm & Katrine Moesgaard Rasmussen, cand.mag.comm

Mange danske læger tager til Grønland for at arbejde i en kortere eller længere periode. Livet som dansk læge i Grønland kan byde på kommunikationsmæssige udfordringer, da lægerne dagligt møder patienter, der har et andet modersmål end dansk. Denne artikel fokuserer derfor på, hvilke kommunikative udfordringer, der kan opstå i en dansksproget konsultation mellem en dansk læge og en grønlandsk patient.

I forbindelse med vores kandidatafhandling i kommunikation fra Aalborg Universitet København tog vi i februar 2014 til Nuuk for at undersøge kommunikationen mellem danske læger og grønlandske patienter.

Emnet for afhandlingen udsprang af en viden om, at en stor procentdel af patientklager i Grønland og Danmark skyldes dårlig kommunikation mellem læge og patient. Vi valgte derfor at undersøge sundhedskommunikation i Grønland, da mange danske læger tager til Grønland for at arbejde.

Vores undersøgelse tager udgangspunkt i yngre danske lægers arbejde på Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk. Vi er dog overbeviste om, at vores resultater kan bruges af alle læger i deres kommunikation med patienter. Med baggrund i vores resultater vil vi afslutningsvis fremlægge, hvilke områder lægerne kan fokusere på i deres kommunikation i konsultationen.

Nye ansigter på Sundhedscentret

Dronning Ingrid's Sundhedscenter fungerer i store træk som et dansk lægehus. Sundhedscentret er det eneste sted, Nuuks borgere kan henvende sig i dagtimerne, da der ikke findes andre lægeklinikker i Nuuk.

I Danmark er mange vant til at have én fast praktiserende læge, men i Nuuk er patienterne ikke tilknyttet en fast læge.

Det skyldes, at mange læger er ansat i vikariat i kortere eller længere forløb. Derfor har læge og patient ikke nødvendigvis et forhåndskendskab til hinanden, når de mødes.

Video som vidne

I vores undersøgelse har vi benyttet os af videoobservation som primær metode. Det har givet os mulighed for

at gennemgå de optagede konsultationer flere gange og udvælge enkelte sekvenser, som var interessante i forhold til vores undersøgelse.

Konsultationerne, som vi har optaget, kan sammenlignes med den type konsultationer, som vi i Danmark har ved vores praktiserende læge. Der er bestilt tid på forhånd, og samtalen er af et kvarters varighed.

Vi har filmet 11 konsultationer mellem yngre danske læger og grønlandske patienter. Vi var ikke selv tilstede under konsultationen, da vi vurderede, at det ville forstyrre lægen og patienten i deres samtale. Vi er dog klar over, at tilstedeværelsen af de to kameraer kan have fungeret som et forstyrrende element for deltagerne i konsultationen.

Taler du dansk?

De danske læger på sundhedscentret fører både konsultationer med og uden tolk. Vi har udelukkende optaget dansksprogede konsultationer, da vi ønskede at undersøge lægepatient kommunikation uden en tolks tilstedeværelse.

Det betyder også, at lægen benytter sig af sit modersmål, mens det forholder sig anderledes for langt de fleste patienter, da de har grønlandsk som modersmål.

Dermed kan lægen og patientens kommunikation også afspejle dette forhold i løbet af konsultationen, da der foruden en fastsat tidsramme også er sproglige hensyn, som lægen skal tage højde for.

Afhandlingens resultater

På baggrund af vores iagttagelser og analyser af de 11 optagede konsultationer er vi kommet frem til nogle temaer, der optræder i flere af konsultationerne. Der er her tale om brugen af kropssprog i *konsultationerne, lægens sprogbrug og patienternes livshistorier*.

Kropssprog i konsultationen

I de optagede konsultationer har vi iagttaget, at kropssprog spiller en betydelig rolle i kommunikationen mellem den danske læge og den grønlandske patient.

Kropssproget bruges især af begge parter i de tilfælde, hvor patienten ikke taler et flydende dansk. Vi er kommet frem til, at der er en større grad af forståelse for det sagte, når det understøttes af kropssproget.

I enkelte af konsultationerne var der tilfælde, hvor kropssproget blev brugt i stedet for tale. Det viste sig for

eksempel ved, at patienten peger, trækker på skuldrene og ryster let på hovedet.

Ikke alt kropssprog er lige tydeligt, men ud fra vores analyser af konsultationerne bliver der opbygget en forståelse mellem læge og patient, hvor kropssproget spiller en væsentlig rolle.

Lægens sprogbrug

Udover kropssproget i konsultationerne har vi iagttaget en række kommunikationsmønstre i lægernes sprogbrug. Kropssproget bliver brugt til at lette forståelsen i konsultationen. Det samme gælder for den måde, som lægen stiller spørgsmål på.

Vi har iagttaget en række eksempler, hvor sprogbarrieren hæmmer forståelsen af det sagte. Det gør således en væsentlig forskel, når lægen omformulerer sit spørgsmål i stedet for blot at gentage det samme spørgsmål, som patienten til at starte med ikke forstod.

Derudover har vi observeret, at lægen i enkelte tilfælde stiller mange spørgsmål på én gang. I de tilfælde skaber det forvirring hos patienterne, som ikke kun skyldes en sproglig barriere, men også kan være afledt af mængden af spørgsmål.

I de optagede konsultationer har vi yderligere iagttaget, at en læge benytter ordet ikke i dialogen med en patient, der ikke taler et flydende dansk. Ordet ikke eksisterer ikke i det grønlandske sprog, idet ikke indgår i bøjningen af ord og dermed bliver en del af verbet eller det udsagn, der benægtes. Vi er bevidste om, at der på sundhedscentret i Nuuk er fokus på at udelade ordet ikke i blandt andet skriftligt materiale. Vi har dog observeret, at der opstår problemer med forståelsen mellem den grønlandske patient og den danske læge, fordi lægen benytter sig af det pågældende ord.

Relevant info?

Under konsultationerne fortæller patienterne historier fra deres liv. Historierne er forskellige, men de knytter sig alle til samfundsmæssige forhold. Vi er kommet frem til, at historierne kan ses som et udtryk for den måde, patienten profilerer sig over for lægen og samtidig udviser en bekymring omkring det, som de bliver undersøgt for under konsultationen.

Livshistorierne knytter sig eksempelvis til forhold som arbejde, druk og en sund livsstil.

De historier, som patienterne fortæller, kan alle ses som

et udtryk for mødet mellem to kulturer i konsultationen. Det er ikke nødvendigvis kun et møde mellem en læge og en patient, men også et møde mellem en dansker og en grønlander. Vi har derfor bidt mærke i den respons, lægen kommer med i forbindelse med patienternes fortællinger.

Lægen reagerer i de fleste tilfælde ikke på fortællingen, men begynder at tale om noget andet. Vi er klar over, at det en vurdering fra lægens side, hvad der skal bruges tid på i det begrænsede tidsrum, der er sat af til konsultationen.

I enkelte af konsultationerne opstår

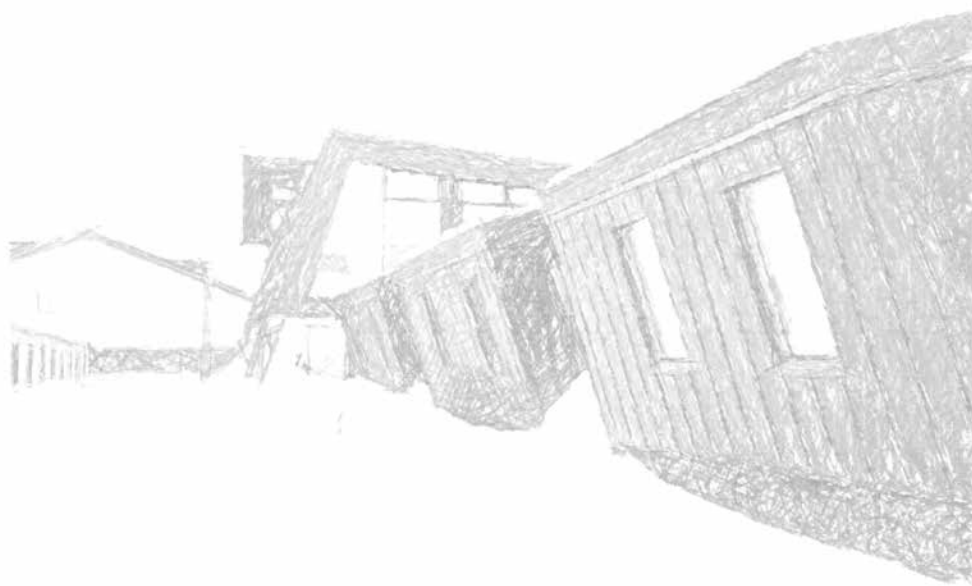
der gnidninger mellem lægen og patienten, da patienten ikke får respons fra lægen på fortællingen. Det resulterer i, at historien dukker op andre steder i konsultationen, og der bliver brugt tid på gentagelser.

Vores råd

Med baggrund i vores resultater har vi tre råd til, hvordan læger kan skærpe kommunikationen med patienter, der har et andet modersmål.

1. Det første råd er at være bevidst om værdien af at kunne afkode og benytte sit kropssprog i konsultationen. Vær opmærksom på patienten da dele af kommunikationen kan foregå udelukkende gennem kropssproget. Det kan derudover være en fordel, hvis kropssproget bruges til at understrege det sagte. Det kan for eksempel ske ved at supplere et spørgsmål omkring patientens højre knæ ved at pege på netop det højre knæ.
2. Læger, der arbejder på Grønland, bør være opmærksom på deres brug af ordet *ikke*. Det er selvfølgelig ikke sådan lige at udelukke det fra ens ordforråd, men lægen kan have fokus på at omformulere et spørgsmål, hvis patienten ikke forstår det i første omgang.
3. Vores sidste råd er, at lægerne lytter og spørger ind til de historier, som patienterne fortæller - også selvom de ikke umiddelbart opfattes som relevante for konsultationen. Fortællingerne kan i visse tilfælde give vigtig information om patientens symptomer, hvis der bliver spurgt ind til dem. Det kan derfor være givtigt at undersøge, hvorvidt fortællingen er relevant eller ej, så kommu-

DANSKE LÆGER PÅ UDEBANE



Dronning Ingrid's Sundhedscenter

Artiklen er blevet til på baggrund af specialet "kommunikation i kulturmøder" af Stine Kofoed og Katrine Moesgaard Rasmussen.

nikationen mellem læge og patient ikke bærer præg af, at patienten ikke føler sig hørt og der dermed opstår gnidninger mellem parterne.

Vores opfordringer

Når vi møder andre kulturer, kan der være nogle forskelle, som er svære at håndtere, hvis vi ikke har den rette viden.

Derfor kan det gøre lægers arbejde nemmere, hvis de har en forståelse for patientens situation – uanset nationalitet, baggrund og alder. Hvis der ikke er mulighed for at få informationer om kulturelle forskelle, kan det eksempelvis være en idé at opsøge kollegaer, der har erfaringer med at være på udebane.

Kernen af vores resultater er, at lægerne lægger stor vægt på det fysiske i konsultationerne. Ud fra vores iagttagelser har de mentale aspekter også en betydning for patientens tilstand. Som kommunikationsuddannede ser

vi derfor en fordel i, at kommunikationen mellem læge og patient rummer begge.

Det kan få betydning for kommunikationen mellem læge og patient, hvis lægen kun fokuserer på patientens fysiske tilstand. Konsekvensen kan være, at patienten gang på gang bringer det samme emne op, hvis det ikke bliver drøftet og anerkendt. Det kan i værste fald ende ud i en konflikt mellem læge og patient, hvis informationernes relevans ikke bliver afklaret.

PhD thesis

Johan Emdal Navne, M.D.

Epidemiology of Streptococcus pneumoniae in Greenland Colonization, Invasive Disease and Vaccine Impact

DANSK SAMMENDRAG

Baggrund

I lighed med inuitter i Canada og Alaska har befolkningen i Grønland en meget høj forekomst af infektionssygdomme forårsaget af bakterien *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokker), der er forbundet med højere sygelighed og dødelighed end hos individer med anden etnisk baggrund.

Baggrunden for denne etnisk betingede ulighed i sygelighed er fortsat ikke afklaret, men er formentlig multifaktoriel. Det er imidlertid velkendt at det at bære bakterien i næsesvælget (kolonisering) er et nødvendigt første trin i udviklingen af pneumokoksygdomme. Herfra kan bakterien enten blive fjernet af immunforsvaret eller smitte andre individer. Endvidere kan bakterien forårsage lokale infektioner i luftvejene såvel mellemørebetændelse som lungebetændelse eller trænge ind i ellers sterile dele af kroppen og medføre alvorlig såkaldt invasiv pneumokoksygdom (IPS) såsom blodforgiftning eller meningitis.

Et vigtigt nyere fremskridt i kampen mod pneumokoksygdomme er den konjugerede pneumokokvaccine (PCV). I modsætning til tidligere vacciner er PCV'en i stand til at fremkalde et tilstrækkeligt immunrespons hos børn < 2 år, den aldersgruppe der sammen med ældre > 65 år har højest sygelighed og dødelighed af pneumokoksygdomme. Vaccinen dækker imidlertid kun et fåtal af de 93 serotyper (undertyper) der kendes til. Den første generation af PCV'en dækkede 7 serotyper (PCV-7) og reducerede effektivt IPS-tilfældene forårsaget af de 7 vaccintyper (VT), men til gengæld steg IPS-tilfældene forårsaget af de andre serotyper, der ikke var inkluderet i vaccinen (såkaldte non-vaccine typer eller NVT). Dette erstatningsfænomen (eng. 'replacement') er observeret i de fleste lande efter vaccinen er taget i brug, men fraset visse befolkningsgrupper, oftest kun i beskeden grad. Dog særligt blandt Inuit og den øvrige oprindelige befolkning i Alaska, er effekten af vaccinen blevet markant udlignet pga. store stigninger i IPS-tilfælde forårsaget af NVT. På

trods af et overordnet fald i IPS tilfældene, har den store 'replacement' effekt samlet set resulteret i en endnu større ulighed i IPS-forekomsten blandt Inuitter i Alaska sammenlignet med den generelle amerikanske befolkning.

Udover effekten på IPS, har tidligere studier vist, at vaccinen er effektiv til at forebygge næsesvælg koloniseringen af vaccine-type (VT) pneumokokker. Dette er observeret både hos vaccinerede og ikke-vaccinerede, idet smittekæden fra næsesvælget stoppes og dermed spredningen af bakterier i samfundet. Denne positive effekt kaldes for flok-immunitet (eng. 'herd immunity'). Imidlertid er der sket en tilsvarende stigning i koloniseringen af pneumokokker der ikke dækkes af vaccinen (non-vaccine typer - NVT) og dermed er netto effekten på den overordnede pneumokokkolonisering meget lille eller ikke eksisterende. Nylige studier viser, at frekvensen af andre bakterier der koloniserer næsesvælget formentlig også påvirkes af vaccinen, hvilket har givet anledning til bekymring om hvorvidt sygdomsmønstret for andre bakterier efter længere tids vaccinebrug vil ændres.

Formål

Formålene med denne afhandling var dels at bestemme bærergraden og risikofaktorerne for at have pneumokokker og andre bakterier, der hyppigt er relateret til luftvejsygdomme, i næsesvælget (*S. aureus*, *M. catarrhalis* og non-typeable *Haemophilus influenzae* - 'NTHi').

Derudover ville vi evaluere effekten af den nyligt indførte PCV vaccine i Grønland, der dækker 13 serotyper, på henholdsvis næsesvælg koloniseringen og forekomsten af IPD. Endelig var det målet at beskrive epidemiologien af IPS i Grønland (incidens, aldersfordeling, regional variation, serotypefordeling, risikofaktorer og dødelighed) over en 40 årig periode i Grønland (1972-2013).

Metoder

Vi udførte to populationsbaserede tværnsnitstudier af unge børn bosat i Vest- og Øst-Grønland (Sisimiut og Tasiilaq) i henholdsvis 2011 og 2013. Via et randomiseret registerudtræk fra det centrale personregister, identificerede vi grønlandske børn under 7 år, og inviterede dem (via forældre) til at deltage i undersøgelserne. Efter forældre samtykke, blev et spørgeskema udfyldt vedrørende potentielle risikofaktorer for at have bakterier i næsesvælget. Efter-

Moraxella catarrhalis

www.eucast.org

Cephalosporins

	MIC breakpoint (mg/L)		Disk content (µg)	Zone diameter breakpoint (mm)	
	S ≤	R >		S ≥	R <
	Cefactor	-		-	-
Cefadroxil	-	-	-	-	
Cefalexin	-	-	-	-	
Cefazolin	-	-	-	-	
Cefepime	-	-	-	-	
Cefixime	4	4	30	20	20
Cefotaxime	0.5	1	5	21	18
Cefoxitin	1	2	5	20	17
Cefpodoxime	NA	NA	-	NA	NA
Ceftaroline	IP	IP	10	IP	IP
Ceftazidime	IE	IE	-	-	IE
Ceftibipenem	-	-	-	-	-
Ceftibipenem	IE	IE	-	-	IE
Ceftolozanone	IE	IE	-	-	-
Ceftriaxone	1	2	30	-	-
Cefuroxime	4	8	30	-	-
Cefuroxime	0.125	4	30	-	-

PhD thesis Johan Emdal Navne



PhD thesis Johan Emdal Navne

følgende tog vi en næsesvælg podning til senere analyser på Statens Serum Institut.

For at kunne beskrive naturhistorien for invasive pneumokosygdomme i Grønland, udførte vi et matchet case-kontrol studie i den grønlandske befolkning. For at få så komplet som mulig identifikation af alle IPS-tilfældene, indhentede vi oplysninger fra tre forskellige registre. Dels fra pneumokok databasen på Statens Serum Institut, dels fra det mikrobiologiske laboratorium på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk og endelig fra Embedslægeinstitutionen i Nuuk. Efter at have identificeret alle IPS tilfælde, blev de individuelt matchet 1:10 med en kontrolgruppe tilfældigt udvalgt fra den grønlandske befolkning men matchet på fødselsdato og etnicitet. Informationer vedrørende potentielle risikofaktorer blev indhentet fra forskellige nationale registre i Grønland og Danmark.

Resultater (studie I og III)

Bærerstudierne viste at den bakterielle kolonisering starter i en tidlig alder (allerede fra 2-ugers alderen) og at bærerfrekvensen af bakterier toppe i det andet leveår og forbliver relativt højt op gennem barndommen indtil førskolealderen. Desuden var børnene ofte koloniseret med flere bakterier på samme tid. Vi fandt følgende risikofak-

torer for at være koloniseret med bakterier: ung alder, køn, etnicitet (dog kun en svag sammenhæng), PCV-13 vaccination, bopæl i Tasiilaq, at have søskende i en daginstitution samt at have haft en nylig luftvejsinfektion inden for de seneste tre måneder. Vi fandt endvidere nogle interessante positive og negative associationer mellem pneumokokkerne og de andre bakterier. I 2013 så vi en markant ændring i pneumokokserotyperne efter 3 års anvendelse af PCV-13 vaccinen i Grønland, både blandt vaccinerede og ikkevaccinerede børn. Mere specifikt fandt vi en reduktion i koloniseringen med VT der blev udlignet af en stigning af NVT. Yderligere fandt vi påfaldende ændringer i raterne af de andre koloniserende bakterier blandt de vaccinerede børn i forhold til ikke vaccinerede, herunder en stigning i *M. catarrhalis* frekvensen og en reduktion i *S. aureus* frekvensen.

Resultater (studie II)

Studiet vedrørende IPS epidemiologien i Grønland demonstrerede at incidensraten af IPS steg med op til en faktor 10 under studieperioden. Den overordnede incidensrate af IPS var 22.6/100.000 person år, højest blandt små børn < 2 år og voksne mellem 50 og 65 år. Vi kunne bekræfte at Inuitter har en højere risiko for IPS i forhold til individer med anden etnisk baggrund.

Yderligere risikofaktorer for IPS var at være mand, at have kroniske underliggende sygdomme og at bo alene. Dødeligheden af IPS var højere blandt Inuitter, særligt blandt unge børn < 2 år og voksne i alderen 50 til 65 år, blandt patienter med meningitis og dem med høj grad af konkurrerende sygdomme (Charlson score ≥ 2) samt hos individer bosat i yderdistrikterne. Endelig viste studiet de første tegn på vaccine effekten på forekomsten af IPS tilfælde, hvor en overordnet reduktion kunne ses, både af de tilfælde forårsaget af VT og tilfældene forårsaget af NVT. Dermed er der foreløbigt ikke set tegn på 'replacement' sygdom i Grønland.

Diskussion

Noget uventet fandt vi i denne population af børn i høj risiko for luftvejsinfektioner, en koloniseringsgrad af bakterier der var sammenlignelig med befolkningsgrupper med lav risiko for luftvejsinfektioner i vestlige lande. Derimod adskiller den tidligere kolonisering vi så blandt grønlandske børn (fra 2 ugers alderen) sig fra vestlige børn, hvor median alderen for første kolonisering med bakterier typisk er 6 måneder. Dette mønster med en tidlig kolonisering, og multiple bakterier koloniserende på en gang, samt et vedvarende højt infektionstryk op gennem barndommen, kan medvirke til en bærertilstand, karakteriseret ved en kronisk inflammationstilstand af næsesvælgslimhinden og dermed en øget risiko for infektioner. Dette kan muligvis medvirke til at forklare den høje sygdomsbyrde af luftvejsinfektioner i Grønland. De risikofaktorer vi identificerede for kolonisering bekræfter tidligere studier, hvor crowdingrelaterede faktorer dominerer samt nylige infektioner. Derimod indikerer den meget svage sammenhæng mellem etnicitet og kolonisering, at en eventuel genetisk følsomhed næppe er betydende for koloniseringen i Grønland, men nok snarere skal tillægges miljømæssige eksponeringer. Det tydelige skift i serotypfordelingen der kunne demonstreres både hos vaccinerede og ikke vaccinerede børn, peger på en flok-immunitets effekt, idet vaccinen direkte reducerer koloniseringen med VT hos vaccinerede børn som dermed i mindre grad indirekte vil smitte andre individer med VT. Derimod kan den observerede stigning i NVT pege i retningen af såkaldt 'serotype replacement', og dermed udlignes den overordnede effekt af vaccinen på den samlede pneumokok kolonisering. Ud over dette serotype skift, observerede vi ændringer i raterne af koloniseringen med an-

dre bakterier blandt vaccinerede børn. I hvilket omfang dette vil påvirke forekomsten af infektioner relateret til disse bakterier er uvist og vil kræve yderligere monitorering at belyse. Forekomsten af IPS i Grønland svarede til de observationer der er set i andre arktiske lande før indførelsen af PCV vacciner. Imidlertid er vores estimater formentlig noget konservative da det må formodes at en betydelig underdiagnosticering finder sted i distrikterne, hvor adgangen til mikrobiologiske faciliteter er meget begrænset. Individer af Inuit oprindelse havde en højere risiko for IPS samt højere dødelighed sammenlignet med Inuit fra Alaska og Canada såvel som danskere.

For børn < 2 år var dødeligheden af IPS op til 5 gange højere end danske børn med IPS, og for voksne mellem 50 og 60 år dobbelt så høj. Baggrunden for denne etniske ulighed i sygelighed kan muligvis skyldes en genetisk betinget følsomhed for infektioner samt en højere grad af komorbiditeter blandt grønlandske voksne, men dette er fortsat uafklaret. Idet vi så en stigning i NVT bærertilstanden, kunne man forvente en tilsvarende stigning i forekomsten af IPS forårsaget af NVT. Imidlertid viste den foreløbige opgørelse af IPS forekomsten efter de første tre års brug af PCV-13 vaccinen et samlet i forekomst af IPS, både blandt tilfælde forårsaget af VT og NVT.

Dermed er der ikke set tegn på 'replacement' sygdom i Grønland indtil videre. Dette kan muligvis forklares i den meget heterogene grad af sygdomspotentiale de enkelte serotyper har. Således har nogle mere tilbøjelighed til at kolonisere slimhinden, mens andre er mere virulente.

Overordnet kan disse studier bidrage til den eksisterende viden om pneumokoksygdomme i Grønland og vil kunne supplere overvågningen af vaccine effekten på pneumokoksygdomme.

Endelig kan resultaterne supplere sundhedsfagligt personale ved risikostratificeringen af patienter mistænkt for pneumokoksygdom, samt medvirke til den fremtidige planlægning af vaccinstrategier i Grønland.



PhD kursus:

Arktisk Sundhedsforskning

**Forskningsmetoder i en lille population.
Forskningsmiljøer i Grønland og Danmark.**

2.-5. oktober 2015

- 2. oktober: kl 13-17.
- 3. oktober: kl 8-16.
- 4. oktober: Forskningsdag (åbent møde). Institutionernes forskningsplaner 2016.
- 5. oktober: kl 8-16.

Forskningsugen 2015:

- PhD kurset er en del af Forskningsugen.
- 4. oktober: Sundhedsforskningskoordinering. Institutionernes forskningsplaner for 2016.
 - 6. oktober: Introduktion til forskning og projektarbejde frem mod NUNAMED 2016.

Sted:

DIH konference lokale 1.

Deltagere:

PhD studerende og postdocs indenfor arktisk sundhedsforskning.

Registrering:

Sidste frist 1. august 2015 til gm@peqqiq.gl
(samtidig ansøgning om Rejsestipendie og kollegie)

Program/temaer:

- Store befolkningsundersøgelser, tekniske løsninger i store survey.
- Epidemiologisk feltarbejde.
- Register studier.
- Kliniske studier, randomiserede undersøgelser.
- Miljømedicinsk Risk Assessment.
- Forskningsetik, 'Plagiarism'.

- Moleculær epidemiologi.
- Mor-barn kohorte studier.
- Feltarbejde som forskningstilgang med deltagerobservation, interview og spørgeskemaer.

Undervisningen deles op i 5 moduler af hver ½ dag. Hvert modul tilrettelægges af undervisere fra et forskningsmiljø. Udover undervisning planlægges fremlæggelse ved kursus deltagene om forskningsmetode med udgangspunkt i deres forsknings projekt.

Undervisere:

Preben Homøe, Henning Sloth Pedersen, Peter Bjerregaard, Marit E Jørgensen, Stig Andersen, Anders Koch, Henrik Krarup, Lise Hounsgaard, Helle Tiim, Eva C. Bonefeld-Jørgensen.

Socialt program:

Der tildeles ETCS point fra Grønlands Universitet, PhD udvalg.

Økonomi, rejse, indkvartering:

Deltagergebyret er 500 kr, som betales ved kursus start. Der kan søges om rejsestipendie på 6.000 kr ved registrering, Bestil rejse tidligst muligt. Der undersøges mulighed for indkvartering i kollegie eller SHV indkvartering, hvilket kan søges ved registrering.

*Mvh Gert Mulvad og Lise Hounsgaard
Grønlands Center for Sundhedsforskning.*

Fagligt Lægeforum



Fagligt Lægeforum, Brita holder oplæg om Ukendt Primærtumor.

Årets første undervisning blev afholdt 3. februar 2015.

”Ukendt Primærtumor”

Hvordan udreder vi for ukendt primærtumor.
Hvem skal vi udrede? Eksempler fra virkeligheden.
v/ Overlæge Onkolog Brita Bjerregaard Jensen (med afd)

3. marts 2015

”Stofskifte ude og inde, Arktisk og Tropisk”

Forandringer i stofskiftet ved miljøskift, kronisk sygdom, store operationer/traumer, graviditet & p-piller og ved psykopharmaka- og meget mere!
v/ Overlæge Phd Stig Andersen

Der arbejdes på at tilslutte kyst byerne til Fagligt Lægeforum via Lync.

Kommende datoer for undervisning bliver:

- 7. april 2015
- 5. maj 2015
- 2. juni 2015
- 1. september 2015
- 6. oktober 2015
- 3. november 2015
- 1. december 2015

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

Med venlig hilsen

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

Dansk Endokrinologisk Selskabs møde med Grønlandsk islæt

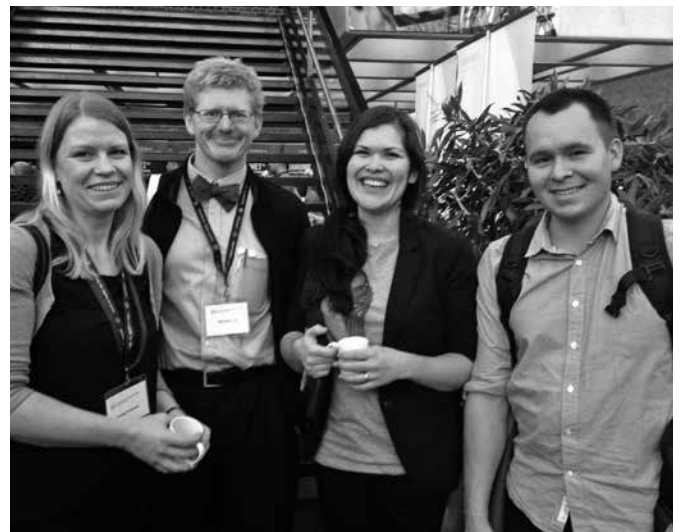
Den grønlandsk/danske delegation sætter sit præg på mødet

Deltagere er Louise, Stig, Paneeraq og Inuuteq .
Inuuteq var til det videnskabelige møde i Dansk Endokrinologisk Selskab, hvor han holdt foredrag.

Han har analyseret røntgenbilleder af hofter for hoftevin- kel og kortikal karakteristik, og holdt så sit første fore- drag. Han gik uimponeret til opgaven, og det gik rigtig godt. Han charmede simpelthen salen (ca 200 tilhørere). Han har ikke så mange resultater endnu, da det tager en del tid, men han har analyseret 37 af de små 200 røntgen- billeder fra Grønland, så det var en præliminær analyse. For at se, om det gik. Det gjorde det.

Abstract er godkendt til ICCH i Oulu, så han også får en præsentation ved en international kongres på sit CV. Herefter kan der skrives artikel om hofteknogle hos folk i Grønland. Han har en stilling på Ortopædkirurgisk afde- ling i Randers, hvor han opbygger en operations liste til CV'et. Med de ting er han godt på vej til HU stilling i or- topædkirurgi.

Ved DES fortalte Louise om D-vitamin, kost og inflam- mation i Grønland, og Stig havde nogle døgn-urin-data med fra Nordgrønland. Det var et friskt pust fra Nord, som blev godt modtaget.



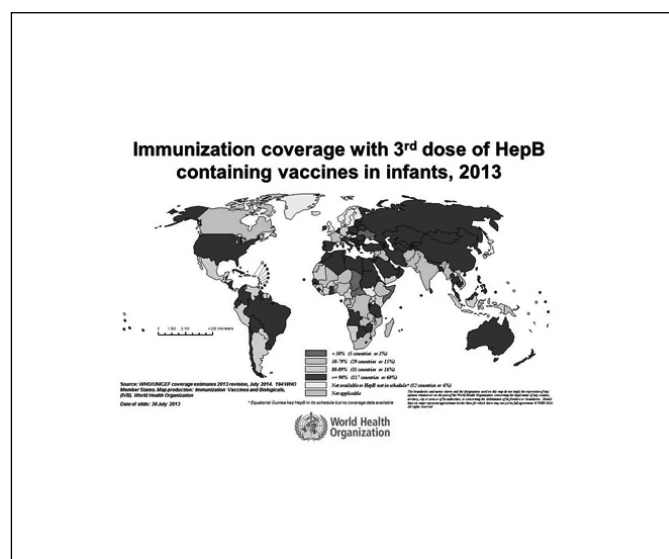
Louise, Stig, Paneeraq og Inuuteq deltager aktivt i Dansk Endokrinologisk Selskabs møde

“Greenland is a semiautonomous region”

I just went on the WHO website to update the slide below from the one I had that covered the period through 2010 for a talk I will be giving next month at an AASLD meeting and I noticed that Greenland still has the color indicating that hep B vaccination at birth is not on schedule, same as Denmark. Greenland is a semiautonomous region that has it's own Health Ministry. HBsAg prevalence there ranges from 8%-12%. The Ministry of Health introduced universal infant vaccination about 4-5 years ago and now has a childhood catchup program going. Drs. Femming Stenz and Gert Mulvad can give you more details if you need them. Though there is only about 60,000 people who live there, changing Greenlands color on the map from white/gray to blue will make the map look more awesome, since Greenland takes up a large amount of space. Please pass this on to the folks at WHO who update the map.

*Best regards,
Brian McMahon*

Lad os se om Grønland med Selvstyre kan ”slå igennem” i WHO.



Kære Grønlandske familielæger

Familielæger har utroligt mange muligheder for at kombinere efteruddannelse med besøg i det meste af verden. Wonca's kongresser viser vejen til denne attraktive kombination.

Du finder Wonca's kongresser på vor hjemmeside: www.scandinaviandelegation.dk

Her finder du også de kongresser, hvortil jeg planlægger rejser for mine kolleger i Danmark, Norge og Sverige.

I 2015 besøger vi Uruguay og Argentina, Taiwan og Japan, Ghana, Melbourne, Denver og Istanbul. Og måske andre, hvis der viser sig interesse for dette. I 2016 besøger vi Brasilien! Der er allerede nu meget stor interesse for denne kongres og den følgende rundrejse.

De, som har deltaget i Woncas kongresser, og vore rejser dertil, har fået oplevelser for livet. Vi har naturligvis også vore ægtefæller, børn/børnebørn med på rejserne. Familielæger har familier og Wonca's kongresser har altid noget at tilbyde familierne – og jeres venner.

Wonca's kongresser godkendes af både Efteruddannelsesfonden og Specialitetskomiteen. Hvilket gør det ekstra attraktivt at rejse med os.

Kig nu over på www.scandinaviandelegation.dk - og beslut dig!

Få et nyhedsbrev med alt om kongresrejserne – send din email adresse til mig: apelch@dadlnet.dk og bliv opdateret flere gange om året.

Kopier gerne dette: ”Ja, jeg vil gerne modtage ’Delegationens nyhedsbrev! Venlig hilsen (dit navn og din mail adresse)”. Adressér den til apelch@dadlnet.dk - så bliver du opdateret helt automatisk!

*Med venlig hilsen,
Allan*

Læge Allan Pelch

The Scandinavian Delegation of Family Physicians
www.scandinaviandelegation.dk

Otologi i Grønland 2015

Tid:

Fredag d. 16. Oktober 2015.

Tidspunkt:

Kl. 09 - 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

Pris:

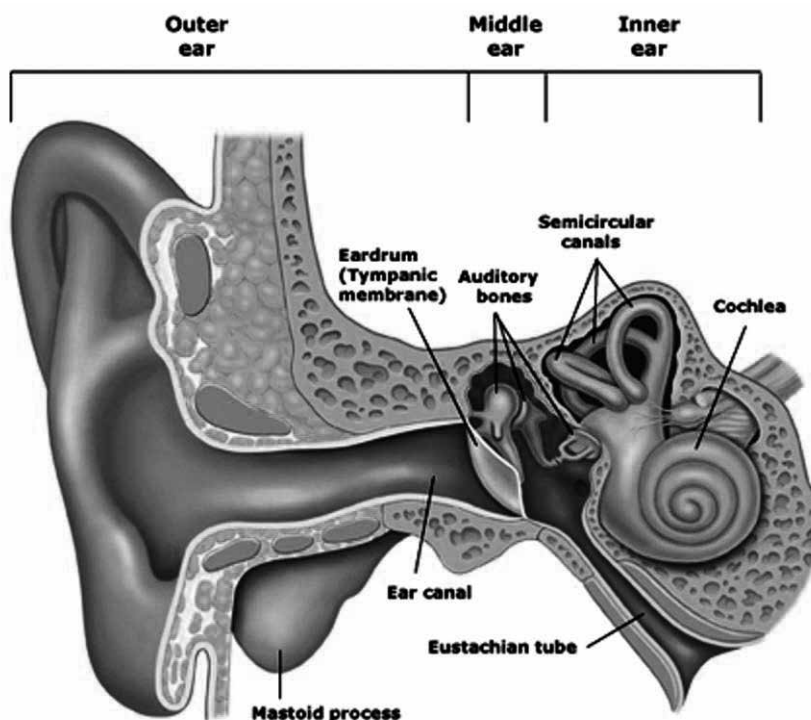
Kr. 3.000

For læger dækkes kursUSDeltagelsen gennem Fælles-KursusFonden.

Kommer du fra kysten dækkes rejse og ophold.

Specielt for sygeplejersker:

Der kan ansøges via PKK – **Vigtigt:** Kursusbeløbet skal være betalt INDEN kursusstart. Kvittering skal foreligge for sygeplejersker.



NUNAMED 2016

– en grønlandsmedicinsk konference

Samarbejde for Udvikling

Nuuk, 1.-3. oktober 2016
www.nunamed.org



ANNOUNCEMENT

NUNAMED 2016

– en grønlandsmedicinsk konference

Samarbejde for Udvikling

NUNAMED er for alle med aktiv interesse i grønlandsmedicinsk forskning og finder sted i Nuuk den 1.-3. Oktober 2016.

Konferencesproget er fortrinsvis dansk. PhD Summer School er på engelsk. Workshops på både engelsk, grønlandsk og dansk planlægges. Pris: 3.000 kr. For studerende 1.000 kr.

Frist for indsendelse af abstracts: 15. august 2016.

PhD Summerschool og Masterclass 28.-30. september:

Der planlægges forskningskurser på PhD- og Masterniveau i tilknytning til konferencen. Tema for PhD Summerschool er "Ethics and Research in Small Populations in Changing Environments".

Optaktskonkurrence 1. April 2016:

For yngre grønlandsforskere bosat i Danmark. Bedste oplæg præmieres med deltagelse i Nunamed. Se mere om programmer, registrering, indsendelse af abstracts, støttemuligheder, indkvartering og rejser på: www.nunamed.org



Adresselabel

Med venlig hilsen
Arrangementskomitéen
Box 2031, 3900 Nuuk
post@nunamed.org

