



NAKORSANUT

Meddelelser fra Grønlands Lægeforening

Nummer 1. 2022 – 47. Årgang



NUNAMED 2022 Kultur, sundhed & et godt liv

En helt almindelig mandag efter weekendvagt	3	Professor i Arktisk Medicin	15
En dag på kirurgisk afdeling	5	2022 – Rapport fra AHRC-CfG – Aalborg	16
En fortælling om 80 11 11	6	Forekomsten af forkammerflimmer baseret på diagnosekoder og medicinordinationer	17
En dag i klinikken ved medicinsk afdeling	7	Undersøgelse af hjertesvigt i Grønland	19
Lægestuderende fra Aalborg på praktik ved Tasiilaq sygehus	10	Har du undersøgt patienten med ondt i maven for sukrase-isomaltase insufficiens?	20
Grønlands Lægeforening inviterer til Advanced Life Support in Obstetrics	11	Fagligt indhold NUNAMED 2022	22
Lederstjernen	12	Grønlands Center for Sundhedsforskning. Uddrag fra årsrapporten	23
Pioner og lægefaglig drivkraft	13	Is i maven	24
Det nye Institut for Sundhed og Natur ved Ilisimatusarfik	14		

Udfordringerne for sundhedsvæsenet:

- Pres i form af befolkningens øgede forventninger til behandling samt stigende antal ældre.
- Øget investeringsbehov i sundhedsvæsenet.
- Bosætningsmønstret udfordrer sundhedsbetjeningen i små samfund.
- Smådriftsulemper presser bemanningen.
- Specialisering af behandling er en udfordring på grund af det lille befolkningsgrundlag.
- Rekruttering og fastholdelse er en vedvarende udfordring.
- Utilstrækkeligt antal lokalt sundhedspersonale, der bliver i Grønland.
- Ingen sammenhængende flerårig plan for uddannelse og kompetenceudvikling.
- Fragmenteret og kortsigtet finansiering af uddannelse og kompetenceudvikling.
- Behov for at styrke samarbejde mellem kommuner og sundhedsvæsenet.
- Vigtigt at forny telemedicin-strategien, som skal følges op af kompetenceudvikling og infrastruktur.
- Tandsundheden i den voksne befolkning skal forbedres.

Kilde: Debatoplæg Sundhedskommissionen marts 2022

Nakorsanut

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

Redaktion: Gert Mulvad, gm@peqqik.gl

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

Tryk: Nuuk Offset Aps. 3900 Nuuk

Oplag: 300

ISSN 0904 2954 - Nøgletitel: Nakorsanut

Udgivet af Grønlands Lægeforening

Bladet kan på et tidspunkt læses på Lægeforenings hjemmeside:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20>

[L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6gekredsforeningen%20](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6gekredsforeningen%20)

[Gr%C3%B8nland](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6gekredsforeningen%20Gr%C3%B8nland)

Grønlands Lægeforenings bestyrelse

Formand: Regionslæge Hans Christian Florian Sørensen,
Tasiilaq Sygehus, hcflorian@hotmail.com

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

Kasserer: Regionslæge Nicolai Hardenberg Larsen,
Dronning Ingrid's Sundhedscenter, nihl@peqqik.gl

Sekretær: Yngre Læge-repræsentant Trine Abelsen,
DIS, tria@peqqik.gl

Bestyrelsesmedlemmer: Overlæge-repræsentant Andy Larfred,
Dr. Ingrid's Hospital, ANDY@peqqik.gl

Yngre Læge-repræsentant Andreas Brix Juel Pedersen,
HU Almen Medicin, abjp@peqqik.gl

Nakorsanut skal tjene til oplysning, refleksion og debat.

Artikler i Nakorsanut udtrykker ikke nødvendigvis bestyrelsens holdninger.

“En helt almindelig mandag efter weekendvagt”



Linda W. Løhde

Reservelæge Linda W. Løhde. Psykiatrisk afdeling, A1.

04.15: Vagttelefonen ringer. Politiet har bragt en ung mand til DIS; Han er fuld og selvmordstruet, velkendt i psykiatrisk regi. Patienten er i affekt, han kan ikke indgå aftaler, men samtykker til indlæggelse på A1. Besked modtaget.

Jeg bruger 1-2 minutter på at stirre ud i mørket. Ringer så efter en akut taxa, og derefter til afdelingen for at informere om den nye patient der er på vej; Patienten er allerede ankommet til afdelingen og forlanger sig udskrevet. Jeg suser ned til taxaen, fortsat noget søvndrukken, ankommer til SANA og må konstatere at vagttelefonen er væk. Shit! Men patienten forlanger sig udskrevet.

Jeg informerer personalet om situationen og går ind til patienten; Han ligger ind over bordet, hviler sit hoved på sine hænder. Han er svær at få i tale, men stemningsneutral, affekten er klinget af. Han husker ikke noget om nogle selvmordstanker, ønsker sig fortsat udskrevet og spørger efter en taxa. Patienten har flere selvmordsforsøg bag sig, alle forsøg i påvirket tilstand. Efter nogen overtalelse, går han med til at forblive på afdelingen og sove rusen ud. Godt!

Jeg tager en taxa tilbage; Chaufføren observerer tålmo-

digt mens jeg leder efter vagttelefonen i snedriverne foran blokken. Dét er den jo! Og den virker stadig. Den må være gledet ud af min lomme i farten. Og nu tilbage til afdelingen.

05.00: Jeg skriver indlæggelsesjournalen på plejepersonale-kontoret, sludrer lidt med mine kolleger undervejs. Da jeg endelig er færdig med journalen, kan det ikke betale sig at tage hjem. I stedet gennemgår jeg gårsdagens blodprøver og EKG'er.

Døren mellem plejepersonalekontoret og “skærmen” (det “lukkede” afsnit), står åben. Patienterne er tidligt oppe i dag, man kan høre en klukkende latter derindefra. En patient henvender sig; Det er en midaldrende mand med bipolar lidelse, manisk ved indlæggelsen, vred og opfarende de seneste dage. Han banker forsigtigt på døren, stikker hovedet ind, smiler, og hilser “godmorgen”. Han er tydeligt mere klar i blikket, og hans udtryk er blødt, mere mildt. Det går lige så stille fremad.

08.00: Morgenkonference; Orientering om nye – og akutte patienter, patienter på tvang og patienter på kysten. Planlægning af dagens stuegang. Desuden information om antal patienter til elektrochokbehandling og eventuelle tilsyn.

09.30: Første patient til stuegang er en mand i 40'erne med paranoid skizofreni og alkoholmisbrug. Han afventer en rekonstruerende operation på Rigshospitalet efter et mislykket selvmordsforsøg. Forudsætningen for operationen er, at patienten ophører med at misbruge, også tobak. Den primære behandling er derfor kontinuerlige motiverende samtaler for antabusbehandling og hjælp til ryggestop.

10.30: Næste patient til stuegang er en førstegangsyndlagt ung mand med selvmordstanker og tegn på svær depression. Patientens tankeunivers kredser om konkrete selvmordstanker og eksistentielle overvejelser. Selvom en svær depressiv tilstand fordrer overvejelser om behandling med elektrochok, forsøges symptomerne behandlet med anti-depressiv medicin, i første omgang. Der kan gå flere uger før den fulde effekt af behandlingen indtræder, hvorfor der formentligt er tale om en længerevarende indlæggelse med patienten under øget observation. Såfremt der ikke

observeres nogen effekt, må man genoverveje muligheden for behandling med elektrochok.

11.15: Sidste patient til stuegang er en ung mand med behandlingsrefraktær skizofreni. Patienten har gennem årene været forsøgt behandlet med stort set alle typer af anti-psykotika med varierende effekt, dog uden på noget tidspunkt at være symptomfri. Han er forpint af stemmer der taler devaluerende til ham og tabubelagte vrangforestillinger om ekstreme seksuelle udfoldelser. Han har en noget porøs selvfølelse og en oplevelse af, at andre omkring ham, har adgang til hans tanker. Mulighederne for anden medicinsk behandling er nærvædet udtømt, men der forsøges med en kombinationsbehandling med to-stofs-anti-psykotika. Samtalerne med patienten er en hårfin balancegang mellem at være lydhør og fordomsfri – således at han ikke fortrækker sig yderligere ind i sit psykotiske univers – og samtidig nedtone, og afgrænse patienten i, hans mere ekstreme vrangforestillinger.

12.30: Middagskonference; Der orienteres om problemstillinger, beslutninger, herunder beslutninger om tvang.

14.00: Der er anmodet om et tilsyn på en ældre kvinde med mulige depressive symptomer. Patienten har været

igennem et længerevarende sygdomsforløb med operation, tilstødende komplikationer og sequelae. Før sygdomsforløbet havde hun et højt dagligt funktionsniveau. Det er nu betydeligt nedsat og hun har svært ved at acceptere sine aktuelle livsvilkår. Hun er noget trist og mismodig. Heldigvis, har hun fortsat en grundlæggende lyst til livet. Det vurderes, at hun befinder sig i en eksistentiel krise uden dybere depressive symptomer og uden behov for opfølgning i psykiatrisk regi for nuværende.

14.30: Dokumentation. Dernæst de administrative opgaver; Planlægning af elektrochokbehandlinger, bestilling – og godkendelse af blodprøver og EKG'er m.m.

16.00: Endelig fyraften. Jeg har tid til massage – en perfekt måde at afrunde dagen på. Mange psykiatriske patienter har svært ved at mærke sig selv, mærke hjertebanken, berøring og smerte. Jeg tænker på huden som et hylster, som en beholder af sindet. Og om en bedre kropsfornemmelse kan modvirke sindets porøsitet og opløsning; Oplevelsen af, at de aller inderste tanker og følelser er frit tilgængelig for omverdenen.



En fuldstændig normal dag på kirurgisk afdeling, Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk – sådan da.

Benjamin Petersen. Læge Kirurgisk afdeling DIH

08.01: Morgenkonference. Folk venter pænt. Første punkt, fremlæggelse af vagtens indlæggelser. 24-timers-vagt. Mindst 50 patienter indlagt – tror jeg. Vi arbejder hårdt. Ny leder, ny rytme. Arbejdet fordeles. Dagen er i gang.

08.15: Røntgen-konference. Skanninger og røntgenbilleder fra de sidste 24 timer ses. Alt imellem himmel og jord. God læring. Overlægerne forrest, trægest, reservelægerne bagerst, rappest. Vi skal følge op. Ringe ind. Ny skanning. Henvielse til DK. Indkaldes til operation. Diskussion. Alt er fred.

08.45: Morgenkaffe på operationsgangen. Der skal planlægges og prioriteres blandt de akutte og elektive operationer. Alle vil skære og skrue, sidstnævnte mest ortopæderne.

09.05: Stuegang på K2. Blodprøverne mangler, men kaffen er varm. Godkender blodprøver/skanninger. Klargøring til operation. Samtale med patienter og pårørende.

09.21: Kaldes til OP – godnat til patienten. Galdeblæren skal ud. Tilbage til stuegang.

09.35: Operationen starter. Sjøvt. Cysticus mangler? Fuck. Der var den. Godt.

10.40: OP-notat skrives. Tilbage til stuegang. Hurtig, hurtigere, hurtigst. Obs cancer. Obs ileus. Obs GI-blødning. Hjem i dag? Hjem i morgen? Hvad kan de derhjemme? Styr på medicinen? Lægeerklæring. Telefonskonsultation med overlæge, hvad skal vi gøre? Aner det ikke.

11.50: Der mangler en koloskopi i endoskopien. For pokker en lang tarm.

12.30: Frokost på OP. Mulighed for hurtig konference med senior.

12.50: Post-OP-info til galden. Må sendes hjem om et par timer. Lægeerklæring og recepter udfærdiges.

13.10: Godnat til næste patient. Galdeblæren skal ud.

13.15: Hurtig stuegang på K2.

13.30: Operationen. Lidt svært grundet inflammation, sjøvt.

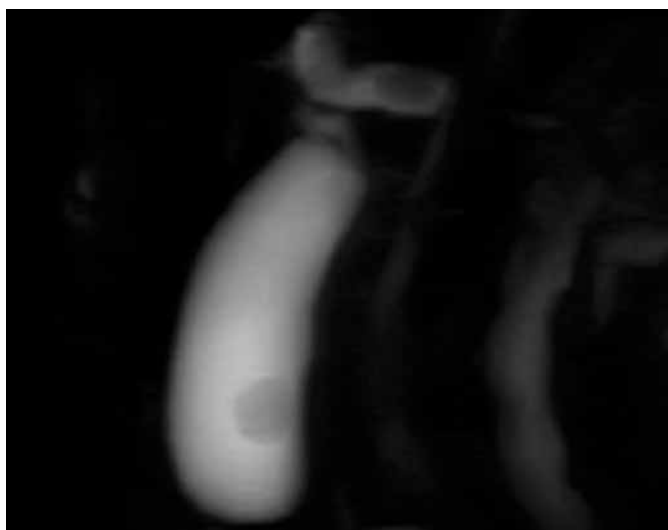
15.00: Stuegang på patienthotellet. Der ligger et par galder, som mangler samtale og planlægning.

15.30: Administration. Godkender patologi-svar, følger op, godkender ambulante blodprøver, læser på næste dags ambulatorie-program. Halleluja.

16.15: Post-OP-info til den sidste galde. Må sendes hjem lidt senere. Lægeerklæring og recepter udfærdiges. Jeg går hjem. Farvel og tak.



Ultralysskanning af en galdeblære med en enkelt sten



MRCP med en sten i galdeblæren og i ductus Choledochus

En fortælling om "80 11 11"

Af Læge Inge M. E. Pedersen

På 1. sal i Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk findes et 20 kvm² stort lokale. Det første, der fanger øjet er et skråt vinduesparti vendt mod nordvest. Lokalet er indrettet med én central førerpult med to skærme omgivet af 7 hævesænke-arbejdsstationer. Hver plads er udstyret med computer, telefon og headset, som afskærmes fra naboen med sorte og bordeaux filtrumdelere. Bag de to skærme midterst sidder en speciallæge med overblik over lokalet og front mod døren. Speciallægen fungerer som supervisor for de yngre læger, samt besvarer den evigt voksende indbakke på doktor.gl.

Straks klokken slår 8:15 begynder lokalet at summe, idét slusen for telefonopkald til 80 11 11 åbnes. Opgaven for sundhedscenterets ufaglærte tolke består i at indhente persondata, kontaktoplysninger og booke borgerne på såkaldte ringelister. Efter klokken 10:00 kan der ikke længere ringes ind, men køen for de allerede "optagede" færdiggøres.

En flok yngre læger støder til lokalet klokken 9. De sætter sig ved næsten faste pladser udstyret med en kop kaffe og trætte morgenøjne. Opgaven for klinikkens læger består i at håndtere 200-270 kontakter per dag. Dette høres tydeligt på lydniveauet efter klokken 9, som når nye højder. Således er lokalet de næste mange timer indhyldet i samtaler på grønlandsk, dansk eller engelsk efter borgerens ønske.

Varigheden af samtalerne er afhængigt af problemstillingen mellem 1-20 minutter. Nogle har flere spørgsmål eller ønsker til samtalen, mens andre blot ønsker receptfornyelse. Borgerne visiteres til at se an, blive behandlet over telefonen, blive set i konsultationen eller i skadestuen. Slutteligt kan man blive opfordret til at ringe igen en anden dag i håbet om at få en konsultation dér.

I halvandet år har jeg været ansat ved Dr. Ingrid's Sundhedscenter. Her har minimum en fjerdedel af min arbejdsdag foregået fra én af arbejdsstationerne i lokalet på 1. sal. Derfra har jeg foretaget i omegnen af 4.500 telefonkonsultationer. En konsultationsform, som er tilstrækkelig i mange sammenhænge, men som ikke sjældent må suppleres med en personlig konsultation. Under disse telefon-samtaler har jeg lagt ører til lidt af hvert – og mere end forventet.



Inge Merete Engberg Pedersen

Først og fremmest har jeg udøvet sundhedsfremme og rådgivet borgere om kropsforståelse og almen sygdomslære. Dernæst har jeg haft samtaler med borgere i dyb krise. Bekymrede forældre har spurgt til håndtering af omgangssyge, beskrevet udslæt og angivet mængder af våde bleer. Et utal af gange er jeg blevet spurgt til placering på ventelister eller stillet spørgsmål til behandlinger indenfor andre specialer. Endnu flere gange har jeg ikke kunne hjælpe og har måtte skuffe borgeren. Netop derfor har nogle været vrede og har lagt på. Andre har fået de svar, som de behøvede, takket og været tilfredse med samtalen. Målet med hver eneste konsultation har uanset været at hjælpe borgeren og besvare deres spørgsmål.

Det interessante ved opkaldene fra ringelisterne er, at man aldrig ved, hvad der venter sig eller hvordan borgeren beskriver sin problemstilling. Ydermere lægger man i et call-center lignende set-up ufrivilligt ører til naboens samtaler. Ikke sjældent har jeg trukket på smilebåndene af en kollegas svar.

Igennem hele min ansættelse har 80 11 11 været genstand for megen frustration og været tidskrævende for lægestaben i Dr. Ingrid's Sundhedscenter. Min forestillingsevne rækker ikke til, at dette vil ændre sig foreløbigt. Om det er den rigtige brug af lægeressourcer skal jeg ikke gøre mig til dommer over, men ressourcetungt er det.

Når jeg ultimo marts siger: "Du har ringet 80 11 11, du taler med Inge. Hvad kan jeg hjælpe dig med?" for sidste gang, så vil jeg tænke tilbage på alt dét, jeg har hørt og lært i dét lokale. Derudover vil jeg glæde mig over de kolleger, som jeg har delt opgaven med igennem tiden. Endeligt vil jeg se frem til færre telefonkonsultationer.

Kære læser. Hvis du ikke havde hørt om 80 11 11 fra maskinrummet før, så har du det nu.

En dag i klinikken med forvagt på medicinsk afdeling DIH

Jos Dalvad Vesterdal

Reservelæge i uklassificeret stilling på medicinsk afdeling DIH. Ansat siden marts 2021, fortsætter i introstilling pr. 1. april 2022.

07:00 – Det er en kold tirsdag morgen i januar. Mit vækkeur ringer og jeg står op, går i bad, spiser morgenmad. Som yngre læge på Medicinsk afdeling, veksler arbejdet mellem stuegang, ambulatorie, administrativt arbejde, og vagt. I dag er det mig har forvagts tjansen.

08:00 – Møder på reservelægekantoret og klæder om. Logger på computeren og ser hurtigt de ny-indlagte patienter igennem. De øvrige yngre læger møder så småt ind.

08:15 – Morgenmøde med plejepersonale fra afdelingen i de forskellige stuegangsgrupper inden morgenkonference.

08:30 – Morgenkonference. Fælles morgenkonference for alle læger på medicinsk afdeling og de pædiatriske overlæger.

Ledende overlæge Uka Wilhjelm Geisler fortæller kort om de seneste nyheder, og denne pågældende dag i januar drejer det sig om omkring opdateringer indenfor Covid-restriktion.

Vi hører fra den afgående forvagt og bagvagt (både medicinsk bagvagt og pædiatrisk bagvagt) omkring nye patientindlæggelse det seneste døgn. Der har været 3 voksne som er blevet indlagt og 4 indlæggelser med selvmordsforsøg af personer under 18, den sidste er lige meldt fra skadestuen for en halv time siden og er endnu ikke set af forvagten, så det bliver indkomne forvagt (mig) der skal tage imod og lave indlæggelsesjournalen. Patienten har taget overdosis paracetamol og kommer til M1 sengeafdeling. Der er startet NAC-drop fra skadestuen og patienten samarbejder til indlæggelse, så jeg kan godt vente med at tilse patienten til efter røntgenkonference.

Der er en ny reservelæge som er startet på afdelingen i januar, og i dag skal han med på følgevagt sammen med mig.

08:50 – Hver tirsdag og torsdag har vi morgenundervisning. Jeg er ansvarlig for undervisningsplanen og har denne dag inviteret Freya, som er fysioterapeut på DIH, til at komme og fortælle lidt om deres daglige arbejdsdag.

09:10 – Vi går til røntgenkonference på røntgenafdelingen hvor vi ser skanninger igennem som er foretaget det seneste



Jos Dalvad Vesterdal

døgn. Det drejer sig både om de indlagte patienter på M1/M2, IMA og ITA, ambulante patienter, samt patienthotels patienter. Ud fra radiologens beskrivelse tager vi kort stilling til om der skal yderligere udredning til, og sikrer os at de har en opfølgende tid til svar.

09:30 – Morgenmøde på IMA og ITA. Her er deltager medicinsk forvagt, bagvagt, pædiatrisk bagvagt, anæstesi bagvagt, samt plejepersonale fra IMA og ITA. Vi gennemgår de indlagte på begge afsnit og hører omkring pladssituationen på Medicinsk sengeafdeling M1/M2.

Intermediær Monitorerings Afsnit (IMA). Her er 6 sengepladser, fordelt på 2 enestuer og en åben fællesstue med 4 senge. IMA er forbeholdt de medicinske patienter som kræver tættere monitorering. Når IMA er fyldt, er der 1 sygeplejerske om 2 patienter i dagtid, 1 sygeplejerske om 3 patienter om aftenen/natten. Her har vi mulighed for at monitorere patienter med telemetri og skop.

09:45 – Alle morgenmøder/konferencer er nu overstået og jeg går til M1 for at tilse den tidligere meldte patient. Patienten har taget overdosis paracetamol i suicidalt øjemed. Mornen er blevet medindlagt, da patienten er under 18. Patienten siger ikke meget, men tager afstand fra sine handlinger og samarbejder til indlæggelse, så det bliver en kort indlæggelsesjournal og patienten skal være indlagt til behandling med NAC-drop i minimum 20 timer. Vi tager blodprøver efter 16

timers behandling, og hvis levertallene er normale, kan behandlingen ophører efter i alt 20 timer.

11:15 – Røntgenafdelingen ringer. De har en patient til CT-KAG, men pulsen er for høj til de kan foretage skanningen. Vi foretager en del CT coronar angiografier (KAG), som alternativ til invasiv KAG, som vi ikke kan lave på DIH, men hvor patienterne skal til Rigshospitalet for at få dem lavet. Bliver CT-KAG lavet korrekt kan vi få fremstillet coronarkarrene og eventuelle forsnævring og dermed med større sikkerhed, vurdere om patienterne har behov for udredning og behandling på Rigshospitalets kardiologiske afdeling. Men en CT-KAG kræver at patienten har puls under 65, og gerne under 60. På trods af præmedicin med betablokker og beroligende har den aktuelle patient en puls på omkring 70-72 nede i skanneren, og det er derfor radiografen ringer. Jeg går til CT skanneren og giver patienten 5 mg metoprolol intravenøst, af 2 omgange, hvorefter pulsen falder tilstrækkeligt til at vi kan lave skanningen.

11:45 – Der bliver meldt en ny patient fra skadestuen ses af lægen jeg har med på følgevagt. Patienten er en midaldrende kvinde som har feber, almen utilpashed og høje infektionstal. Vi mistænker urinvejsinfektion og begyndende urosepsis. Vi udreder med blod- og urindyrkning og opstarter patienten i bredspektret iv. antibiotika og væsketerapi.

12:15 – Vi går til frokost og middagskonferencen starter kl. 12:30 og varer ca. en 30 minutter. Middagskonference bruges til gennemgå problemer der skulle være opstået, diskussion af komplicerede patienters behandlingsforløb, samt følge op på tilsynsanmodninger fra de andre afdelinger. Der opstår ofte spændende faglige diskussioner.

13:00 – Der er ankommet en ældre herre som er evakueret fra Aasiaat, Obs neuroinfektion. Patienten indlægges på IMA. Han er vågen, men kognitivt påvirket og kan ikke følge opfordringer eller svare på spørgsmål. Bevæger arme og ben frit. Planen er at han skal udredes med CT-cerebrum med kontrast, lumbalpunktur, blodprøver og telemetrisk overvågning. Vi når dog kun CT-skanningen, som giver mistanke om cerebral absces, med kommunikation til ventrikelsystemet. En kollega overtager behandlingsforløbet og konfererer med infektionsmedicinsk overlæge og neurokirurgisk overlæge på Rigshospitalet. Vi opstarter 2-stofs bredspektret antibiotika og binyrebarkhormon intravenøst. Patienten skal formodentligt overflyttes til Rigshospitalet til videre behandling en af de kommende dage.

14:30 – Opkald fra Kirurgisk afdeling. 2 patienter indlagt på kirurgisk afdeling er testet positiv for covid og skal flyttes til covidafsnittet, som er beliggende på afdeling M2. Vi er efterhånden vant til flere overflytninger til covidafsnittet dagligt, de fleste af dem er indlagt med andre sygdomme og deres

covid infektion er sjældent behandlingskrævende. Den ene af patienter er dog højgravid og lettere respiratorisk påvirket og har behov for nasalt ilttilskud. Der konfereres med obstetrisk bagvagt og ifølge retningslinjerne skal patienten opstartes i blodfortyndende behandling. Dette bliver iværksat.

15:45 – Eftermiddagsmøde med IMA og ITA. Kort gennemgang af de indlagte på ITA og IMA med de samme deltagere som ved morgenmødet. Vi laver en prioriteret rækkefølge for hvilke af patienterne på IMA der kan flyttes på M1/M2, hvis der skulle blive pladsproblemer pga. mange indlæggelser i løbet aften/nattevagten.

16:00 – De andre læger begynder så småt at gå hjem og plejepersonalet har haft vagtskifte. Der falder altid en ro over afdelingen når vi går ind i aftenvagten. Det er en tilfredsstillende følelse, og dejligt med en smule arbejdsro.

16:30 – Skadestue forvagten ringer. De har en mand med sløret syn og forhøjet tryk i det ene øje. De mistænker akut glaukom. Jeg indlægger ham på IMA, da der er mange indlagt på M1, og kontrollerer øjentrykket ved ankomst. Der er allerede givet diamox intravenøst i skadestuen. Trykket er faldet, men ikke tilstrækkeligt. Jeg konfererer med øjenlægevagten på Glostrup sygehus som instruerer mig i 4-stofs øjendråbe behandling og kontrol 1 time efter.

18:00 – Øjentrykket er faldet hos glaukompatienten på IMA og vi lægger en plan for at han går hjem på orlov med øjendryppe-regime. Han kommer til kontrol af øjentrykket i morgen formiddag. Den videre opfølgning foregår i øjenklinikken ved DIS. Jeg har sendt en mail og lavet en henvisning om at de skal indkalde ham til undersøgelse senere på ugen. Jeg går efterfølgende op på M1/M2 til aftenstuegang.

19:00 – Der er ankommet 3 patienter med et aftenfly, en mand i 20'erne med nyopstået facialisparesse og 2 midaldrende kvinder hvor man mistænker apopleksi. De er henvist fra kysten. Normalt vil de få optaget journal i dagtid dagen efter ankomst, men disse patienter er subakut overflyttet og 2 af dem med mistanke om apopleksi, så der skal afklares om der er tale om iskæmisk infarkt eller cerebral blødning. De skal derfor tilses af læge ved ankomst og CT-skannes i aftenvagten. Hos den ene af patienterne er symptomerne næsten remitteret, men den anden har persisterende lateraliserede neurologiske udfald. Jeg ringer til radiologen og informerer om at patienterne er ankommet og jeg gerne vil have dem skannet. Radiologen kalder røntgenpersonale ind og de 2 patienter bliver skannet ca. 1 time senere. Radiologen ringer og giver mundtlig overlevering af skanningssvaret. Patienten med symptomremission har en blank skanning, men patienten med persisterende symptomer har hvad der ligner et iskæmisk infarkt som nok er 5-7 dage gammelt, hvilket stemmer overens med symptom debut. Jeg opstarter forebyggende antiko-

gulationsbehandling, og sikrer mig at der er sendt henvisning til fysio- og ergoterapien, bestilt apopleksi-blodprøvepakken, EKG, samt røntgen thorax. Alt dette er standard udredning for patienter med mistanke om apopleksi og kommer til at foregå de kommende dage.

Den unge mand har en perifer facialisparesse og behøver ikke blive CT-skannet.

21:30 – Jeg er kommet igennem arbejdsbyrden og har nu første gang i denne vagt ingen hængepartier. Jeg forhører plejepersonalet på IMA og M1/M2 om der er noget jeg skal følge op på. Det er der ikke, så går jeg hjem, spiser aftensmad, ser tv og slapper af.

22:30 – Ringes op fra skadestuen angående et 8 mdr. gammelt barn med øvre luftvejsinfektion og besværet vejrtrækning. Vagthavende læge i skadestuen vil gerne indlægge barnet, så dette bliver på isolationsstue på M1. Barnet har fået saltvandsinhalation i skadestuen og har det allerede bedre da jeg tilser hende. Mor instrueres i at give saltvandsinhalationer efter behov, og jeg bestiller blodprøver til i morgen.

23:30 – Jeg er netop færdig med den ny-indlagte 8 mdr. gamle pige, og bliver kaldt akut til fødestue 3. En kvinde er i fødsel og jordemoderen har behov for hjælp. Der er påvirket CTG. Den gravide er på isolationsfødestue da hun er covid positiv. Jeg når lige at få isolationstøj på og komme på stuen, hvorefter mor føder en velskabt pige. Babys vejrtrækning er en smule knirkende og jeg får hende kortvarigt på Sechers bord til CPAP i et kvarters tid, hvorefter hun er god nok til at komme over til mor. Da jeg kommer ud af isolationsstuen og isolationstøjet, er jeg gennemblødt af sved. Kombinationen

af isolationstøj, varme-lampen på Sechers bord, og adrenalin der pumper i kroppen, har i den grad fået sveden til pible frem. Jeg skifter til et nyt sæt tøj.

01:30 – Jeg er færdig med at skrive notater i cosmic. Jeg går hurtigt forbi M1/M2 og IMA for at høre om alt er som det skal være. Det er det, og jeg kan nu gå hjem i seng. Jeg falder i søvn ved 02:30-tiden, og bliver kun vækket en enkelt gang af et opkald, hvor problemet kan klares over telefonen.

07:00 – Mit vækkeur ringer. Jeg står op og går over på sygehuset, lykkelig over at have haft en stille nat. Jeg rydder hurtigt op i konferencelokalet og sætter kaffe over. Jeg printer indlæggelsesnotater ud, på alle patienterne jeg har indlagt det seneste døgn, og prøver på at danne mig et overblik, så jeg kan kort og præcist kan gengive det til morgenkonference. Det er onsdag og det vil sige jeg skal forberede en case som jeg skal præsentere. Hver onsdag og fredag har vi Dagens Case, hvor afgående forvagt har valgt en case fra vagten, som gennemgås til morgenkonference. Jeg vælger den unge herre med facialisparesse.

08:15 – De øvrige læger møder ind og jeg giver forvagtstelefonen videre til min afløser. Jeg deltager i morgenkonference og røntgenkonference. Kl. 09:30 har jeg fri, og skal først møde igen i morgen.

Alt i alt en begivenhedsrig vagt, med komplicerede såvel som simple medicinske problemstillinger hos både gamle og unge, hvor der samtidig var tid til at få sovet. Jeg er ikke så træt, så jeg vil nyde min fredag/sovedag, men måske tage en eftermiddagslur lidt senere.



Morgenkonference Medicinsk afdeling

Lægestuderende fra Aalborg på praktik ved Tasiilaq sygehus



Lægestuderende fra Aalborg, Jacob og Kristoffer under bygdetur til Sermiligaaq

På kandidatuddannelsen i medicin ved Aalborg Universitet bliver vi kaldt 'lægestuderende' i stedet for 'medicinstuderende', og al læring foregår på sygehuset. Så vi burde blive godt rustet til arbejdet med patienterne og deres problemer. Men selv med en uddannelse på Aalborg Universitet, hvor patientkontakt, patientens problemer og det kliniske arbejde prioriteres højt, bliver de kliniske færdigheder sat på prøve, når de testes et sted som sygehuset i Tasiilaq i Østgrønland. Det er mange eksempler.

Et eksempel fra vores hverdag i Tasiilaq kommer her: En dreng på 11 år kom på sygehuset til konsultation med længere tids hoste. Han blev set af lægen sammen med vi to lægestuderende.

Lægen optager anamnese, og vi lytter på lungerne. Derefter vender Lægen sig mod os og spørger "er drengen syg?"

Efter en tænkepause siger vi med stolthed i stemmen "det kan vi ikke udtale os om endnu". Vi skal først have RTG Thorax, infektionstal samt alle andre relevante parakliniske undersøgelser, vi kan komme i tanke om.

Lægen smiler og siger: "En 11 årig dreng skal ikke trække

vejret på den måde. Både frekvens og lyd er forkert, og farven i ansigtet er anderledes. Drengen er syg, og vi skal nu finde ud af, hvad han fejler."

Herefter minder han os om det første, han sagde, da vi ankom: "det kliniske håndværk er det bedste og vigtigste værktøj lægen har."

Efter en lille måned ved sygehuset i Tasiilaq må vi indrømme, at han har ret, og at det også er helt centralt, at lægen anvender det kliniske blik, selv på universitetshospitalet, hvor alle undersøgelser kan, men ikke nødvendigvis skal udføres. De skal bruges med omtanke. Så at være medicinstuderende et sted som Østgrønland satte tingene i relief og gjorde, at vi virkelig blev mindet om, hvor vigtig de kliniske færdigheder er. Vi fik dem at se foldet ud i fineste stil, og nødvendigheden af at kunne bruge dem, når ikke man har alt udstyr til rådighed, var krystalklar. Det er den vigtigste læring, vi tager med hjem: vær læge med hjerne og hjerte, ikke med papir og paraklinik.

Vi tager hjem med minderne om et fantastisk eventyr i Grønland og en nyfundne begejstring og respekt for det kliniske håndværk.

Grønlands Lægeforening inviterer til Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) kursus - sommer 2022

Dato: 7., 8. og 9. juni 2022.

Sted: Hotel Hans Egede, Nuuk.

Pris: 18.000 kr. per person (uden transport). Forplejning og festmiddag inkluderet.

Læger kan få dækket kursusafgift inkl. rejseomkostninger ved at søge midler fra fælles kursusfonden. For jordemødre kan kursus søges i PPKs kursusfond, der kan søges om dækning af rejseomkostninger og overnatning for de, som kommer fra Kysten.

Der er i alt 15 pladser som fordeles mellem læger og jordemødre af lægeforeningen. Det er først til mølle princippet, der gælder.

Vedhæftet er program for kursus.

Til deltagere fremsendes faglig litteratur som skal gennemlæses inden kursusstart.

Tilmelding for læger:

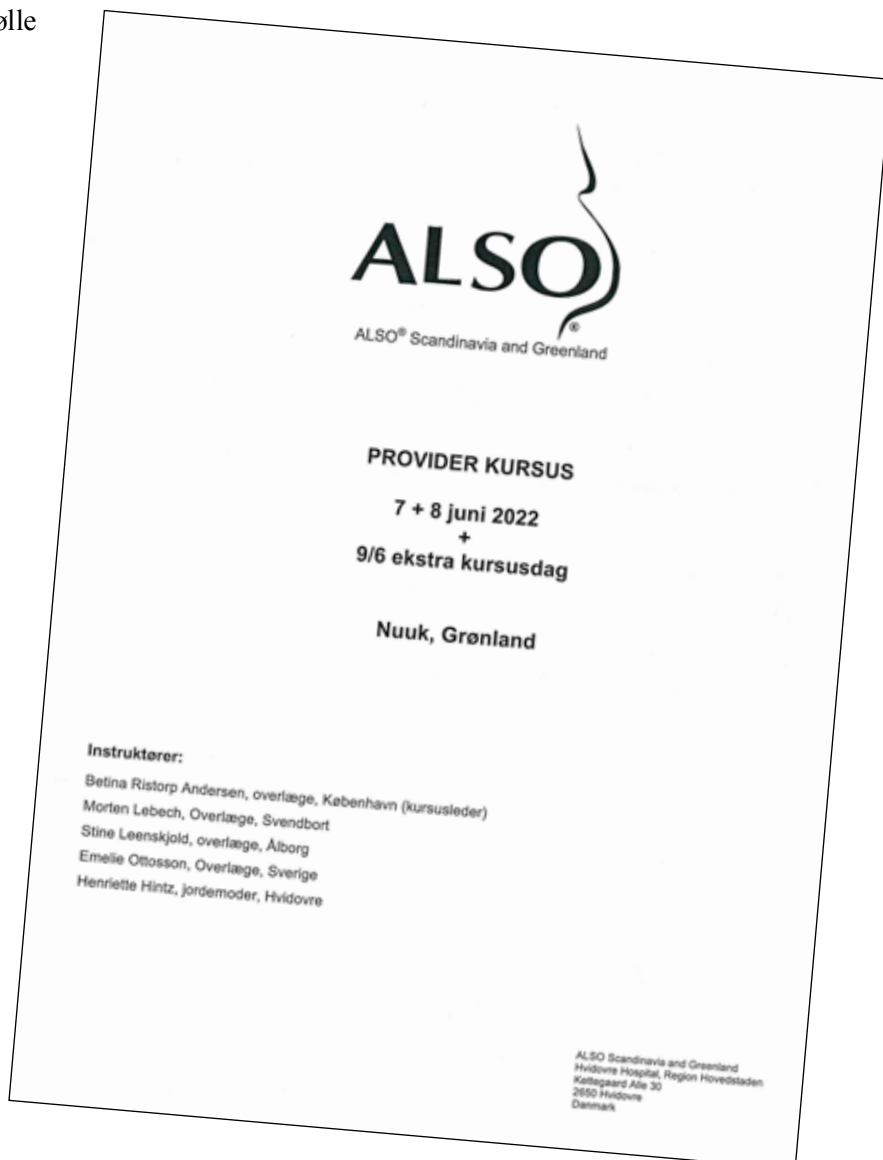
Trine Abelsen tria@peqqik.gl

Tilmelding for jordemødre:

Aininaq Willesen, konst. ledende jordemoder aniw@peqqik.gl

Med venlig hilsen

Grønlands Lægeforening



LEDE(R)STJERNEN

Karin Ladefoged

Født 10.02.1943 Esby (Helgenæs)

Død 02.03.2022 Hospice Djursland

Til Karin

Heldig er vi, som har mødt dig på vores vej og har oplevet at have dig med i nogle kapitler af vores karriere.

Du var læge og du var gastroenterolog fra Køge, da du flyttede til Grønland i 2001 og som en vind og lokomotiv løftede hvor du kom. Du startede ud med 4 måneder i Tasiilaq og satte en ære i, at kunne underskrive dig som distriktslægevikar i Tasiilaq, da det nye Medicinske Kompendium blev genoptrykt og du for hvilken gang skrev afsnittet om 'Parenteral ernæring'. Afsnittet lignede meget sig selv med kun små opdateringer og justeringer, men ændringen af din nye titel var stor og den var du stolt af.

Jeg vil beskrive dig som den mest belæste pragmatiker, du passede som fod i hose til vores Medicinsk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital, hvor jeg arbejdede som reservelæge, da du ankom.

Hvor andre har kriminalromaner, dameblade og skønlitterære bøger liggende på natbordet, så lå du og læste om atrieflimmer, pacemakere og lignende, inden du skulle sove; nye områder, som du lige måtte vide lidt mere om, som ledende overlæge på vores brede intern medicinsk afdeling. For som du kunne sige det: "Det der hjerte-noget, det har jeg sgu ikke tænkt på var så vigtigt før" og der gik ikke længe, så kunne du sidde og have detaljerede faglige diskussioner også på dette – for dig – nye felt. Sådan erobrede du det ene område efter det andet, om det var HIV, TB, infektioner i hele Arktis, opstart af onkologisk behandling og kemoterapi i Grønland, forskningsprojekter store som små – du havde en finger med i det hele. Du kunne det hele, sådan oplevedes det, at være under dine vinger. Du tog os i hånden, når vi græd og du skubbede os ud, hvor vi ikke kunne bunde, men du lærte os at svømme.

Dit speciale og forkærlighed var tarmsystemet og ernæring, og stakkels den reservelæge, der ikke havde sørgt for, at der var taget en vægt på patienten og som ikke havde lavet rektaleksploration i indlæggelses journalen.

Når man så beklagede sig over, ikke at kunne nå bagkanten af prostata ved rektaleksploration, så svarede du bramfrit: "Bare bliv ved – fingeren vokser med erfaringen!"

Jeg tror, at jeg snakker på vegne af mange, men for mig er du min 'medicinske mor' og vil altid være det, du var min overlæge, min leder og du formede min karriere og lærte mig lægekunsten.



Karin Ladefoged

Du blev sammen med Torben (Myrhøj red.) mange familiers gode venner, et samlingspunkt for mennesker på tværs og aldrig bleg for at invitere til dejlige arrangementer.

Da du sluttede i Det Grønlandske Sundhedsvæsen i 2011 og blev spurgt om, hvad du gerne ville huskes for, sagde du, at du gerne ville huskes for, hende, der havde overlevet at sidde fast 1 uge i bygden Sermiligaaq. Forhistorien var, at dårligt var du ankommet til Tasiilaq, førend du blev sendt på bygdebesøg til Sermiligaaq og blev fanget af snestorm. Du havde kun et gammelt dameblad, som du til sidst kunne udenad forfra og bagfra.

Det var typisk for dig, du var altid jordnær, humoristisk og hurtig i replikken.

Du var ledende overlæge på Medicinsk Afdeling og jeg husker mange af de ting du stod i dengang og forstår dem måske først nu, hvor jeg selv besidder netop dén stilling, som jeg til en hver tid, vil synes er din stilling og som jeg prøver at fylde ud, lige så godt som du gjorde, dét er ikke enkelt. Når jeg bliver i tvivl, så tænker jeg på, hvad du mon ville have gjort i givende situation.

Selvom du ikke er blandt os længere, så vil du altid være her til inspiration, min lede(r)stjerne og bedste ven.

Tak Karin.

Fra
Uka Wilhelm Geisler
Ledende Overlæge
Medicinsk Område

"dronningingridshospital #festblus #numselæge #superwoman #psykoviggo #ledendeoverlæge #underfrankeret #rektaleksploration #lederstjerne #vægt #forbillede #altfordamerne #medicinskkompendium #parenteralernæring #langfinger #TBstrategi #kammak

Pioner og lægefaglig drivkraft

Tidligere landslæge Jens Christian Misfeldt er død

Af Jesper Hansen

Tidligere landslæge Jens Christian Misfeldt, 81 år, døde 22. december 2021 efter en trafikulykke, oplyser hans datter Mai Misfeldt.

Jens Christian Misfeldt var født i Dronninglund, voksede op i Aalestrup, og blev uddannet læge i 1968 fra Københavns Universitet.

Misfeldt kom til Grønland i 1973 og blev ansat som distriktslæge i Aasiaat, hvor han arbejdede frem til 1978.

I 1975 skrev han på vegne af den grønlandske lægekredsforenings bestyrelse en betænkning om det grønlandsk Sundhedsvæsen struktur i foreningsbladet Nakorsanut. Betænkningen førte til hans senere ansættelse som landslæge i 1987, hvor han afløste Jørgen Bøggild, da han gik på pension.

En af hans vigtigste opgaver dengang var at opdele Landslægeembedet i en forvaltning og en embedslægeinstitution som forberedelse til sundhedsvæsenets overdragelse til Grønlands Hjemmestyre i 1991.

Jens fortsatte herefter i embedslægeinstitutionen, som han selv betegnede som Landslægeembedet og her fortsatte han til 1992, hvor han blev embedslæge i Viborg frem til sin pension i 2010.

- Jeg havde et godt samarbejde med Jens Christian Misfeldt i perioden 90 til 92, specielt omkring det store grønlandske obduktionsprojekt i samarbejde med Louisiana State University i New Orleans hvor vi sammen med Henning Sloth Pedersen deltog i møder, oplyser speciallæge i almen medicin ved Dronning Ingrid's sundhedscenter Gert Mulvad, der også fremhæver Jens Christian Misfeldts arbejde i forbindelse med den første Nunamed-konference i 1991.

- Netop på forsknings-området var Misfeldt en drivkraft, som også var med til at opbygge kapacitet i Grønland, siger Mulvad.

Jens Christian Misfeldt blev begravet 5. januar 2022 i Viborg.



Jens Christian Misfeldt

Det nye Institut for Sundhed og Natur ved Ilisimatusarfik blev fejret 17. marts



Institut for Sundhed og Natur

Kære alle sammen

Qujanarujussuaq takkukkassi, jeg er meget glad for at se jer alle sammen.

Jeg vil gerne byde jer alle velkommen til denne reception i anledning af at Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab udvides med en naturvidenskabelig uddannelse. Ved samme lejlighed skifter Instituttet navn så det fremover kommer til at hedde Institut for Sundhed og Natur.

Vi har glædet os rigtig meget til i dag.

Der ligger allerede et stort arbejde bag at vi nu er nået til at det er blevet aktuelt at vi udvider os i Instituttet, og dermed gør os klar til at etablere en naturvidenskabelig uddannelse på bachelor niveau. Uddannelsen er endnu ikke finansieret, men Aage V. Jensens fond har bevilget 10 mio. kr. til at vi med Aviaaja Hauptmann i spidsen, kan

påbegynde arbejdet med at realisere biologiuddannelsen. – Det er virkelig en stor dag for os i Ilisimatusarfik.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at takke de mennesker vi har omkring os: Gert Mulvad, Morten Meldgaard samt ikke mindst Pinngortitaleriffiks direktør Klaus Nygaard, fordi vi sammen gennem visionen om en ny biologiuddannelse arbejder for at etablere et tæt samarbejde mellem Pinngortitaleriffik og Ilisimatusarfik. Det betyder meget, at I også lægger så meget energi i arbejdet om at realisere biologiuddannelsen. Jeres støtte og jeres tro på os betyder meget for mig & Aviaja, I gør samtidig også muligt at Sundhed & Natur bliver tæt forbundene.

Instituttet har udviklet sig meget igennem årene, lige fra dengang det startede med at en tanke blev født i 1980'erne om at etablere en sygeplejerskeuddannelse i Grønland på internationalt niveau. Der var dog modstand fra

såvel det politiske system i Danmark som fra distriktslæger og ledende sygeplejersker mod etablering af sygeplejerskeuddannelsen og der skulle gå 20 år før sygeplejerskeuddannelsen i 2010 blev lagt sammen med Ilisimatusarfik, og de nyuddannede sygeplejersker blev bachelors of Science. Samme år blev den første ph.d. studerende indskrevet ved Institutet. Vi har indtil videre uddannet omkring 200 sygeplejersker, 3 har opnået ph.d.-grad ved instituttet og lige nu har vi omkring 45 sygeplejestuderende.

I 2014 fik instituttet tilknyttet de første professorer og lektorer. Det drejer om Lise Hausgaard, Peter Bjerregaard, Henning Slorth Pedersen og Michael Lyng Pedersen.

Siden er der kommet flere til og den sundhedsfaglige forskning, som er forankret i Grønlands center for Sundhedsforskning, er vokset gennem årene. I instituttet favner vi bredt:

På uddannelsesområdet sidder jeg som Institutleder og afdelingsleder på sygeplejerskeuddannelsen, der er 6 ansatte, alle med sygeplejefaglig baggrund og med forskellige grader af akademisk overbygning, lige fra en uddannelsesstilling til ph.d. og professorgrad. I tilgift er der etableret en række samarbejdsaftaler med bl.a. danske sygeplejerskeuddannelser samt sundhedsvæsenet i Grønland.

Der er desuden ved Grønlands Center for Sundhedsforskning 5 adjungerede professorer, 2 lektorer, samt post-docs, forskningsassistenter og seniorforskere. Sidst men ikke mindst er 11 ph.d.-studerende indskrevet ved Institutet og yderligere 2 på vej, alle med bred uddannelsesbaggrund og faglighed, og et stort engagement i at forbedre den grønlandske befolknings sundhed.

Vi er omgivet af en storslået natur, som vi særligt har relation til og forbinder ofte med stærke værdier og med vores sundhed og velvære. Derfor betyder det også rigtig meget for mig at vi arbejder stærkt på, at etablere en biologiuddannelse der tager afsæt i de værdier og kultur vi lever i, i vores kroppe, vores sind og vores natur.

At forankre den igangværende og kommende forskning og forskningsbaserede undervisning i et nyetableret Institut for Sundhed og Natur er en opgave vi tager på os med stor ydmyghed. Vi er bevidste om at opgaven kræver nytænkning, samarbejde og en målrettet indsats både af os selv og af vores mange gode og engagerede samarbejdspartnere, uden hvem dette ikke havde været muligt – 1000 tak endnu engang for støtten.

Med de ord, vil jeg ønske jer en rigtig god eftermiddag med plads til dialog og drøftelser. Nu vil jeg slutte med at give ordet videre til dig Aviaja, så du kan præsentere tanker om biologi uddannelsen, takanna.

Qujanaq

Institut leder
Anna Kleist Egede

Det nye Institut for Sundhed og Natur ved Ilisimatusarfik blev fejret 17. marts.

Professor i Arktisk Medicin blev samtidig annonceret



Nu vil jeg dele endnu en god nyhed med jer: det er mig en glæde at meddele at instituttet får ansat endnu en professor.

Det drejer sig om dr. med. Michael Lyng Pedersen, som bliver oprykket fra klinisk lektor til professor i arktisk medicin. Michael Lyng Pedersen har gennem sit lektorat deltaget aktivt i opbygningen af specielt sundhedstjeneste forskningen i Grønland og adskillige af hans publikationer om sundhedsforhold i Grønland er udgået fra Institutet. Han har ligeledes bidraget væsentligt til undervisning på diverse kurser afholdt på universitetet og stået i spidsen for forskningstræningskurset for læger i speciallæge uddannelsen.

Et enigt bedømmelses udvalg har derfor fundet ham værdig til titlen som professor i arktisk medicin Michael vil således med virkning fra første 1 maj 2022 blive oprykket fra klinisk lektor til professor i arktisk medicin ved Institutet.

Vi afholder tiltrædelsesforelæsning på et senere tidspunkt og vi melder dato & tidspunkt ud senere...

Tillykke til Michael og tillykke til os.
Institut leder Anna Kleist Egede

V/AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Start?

Først læge i Grønland. Derpå idé og vilje. Der blev til en ny ansættelse på DIH under ferie fra Danmark. Ferien blev brugt på at samle data ind til en videnskabelig undersøgelse: blod og urin indsamlet med blod-sved-&-tårer. Med stor opbakning fra folk i Nuuk. Og i Ammassalik. Wow, som det gik. Den store taknemmelighed for hjælpen skal gives tilbage.

Rate-limiting-step?

Men vilje og idé er ikke nok når indsamlede data skal finde vej tilbage til virkeligheden, de kommer fra. Det koster penge: materiale til opsamling af prøver, prøver transporters, opbevares i fryser, strøm, indkøb af assays til analyser i et laboratorier, løn til bioanalytiker, resultater indtastes i computer, program til analyse af svar, resultater beskrives, og endelig skal konklusioner tilbage til Grønland. Enkelt og ligetil? Et er sikkert: båden sejler ingen steder uden brændstof, som skal betales.

Hvem betaler?

Noget kommer ad feriens og frivillighedens vej, men det går altså hurtigere, når man har råd til benzin til båden. Jeg startede forskning i Grønland for 25 år siden. Min første bevilling fra Aalborg Bys Julelotteri gav moralsk rygstøtte, men var begrænset. Den blev fulgt op af den største og klart mest betydningsfulde bevilling fra Karen Elise Jensens Fond, der katapulterede Grønlandsforskning fra min hånd. Den betød tid og fundament for, at jeg kunne fuldføre en række projekter:

- Jod
- Stofskifte
- Hepatitis
- Leverfunktion
- Nyrefunktion
- Knogler & Osteoporose
- Vitamin D
- Gamle: hvem bor på alderdomshjem
- Hjertesygdomme

Hvor & Hvem?

Præsentation af resultater ved Grønlandsmedicinsk Selskab - NunaMed - ICCH - ECE - ETA - ATA - med-mange-flere: Grønlandske data præsenteret ved en perlerække af kongresser, fra jod-data ved kongres i Florida for 20 år siden, via leverbetændelse i Fairbanks i Alaska for 10 år siden, til undervisning af læger i Grønland i år.

Obs for 'de grønne mapper' i konferencen på med.afd. på DIH med særprint af undersøgelser fra Grønland, om Grønland, i Grønland. Mapperne er hellige og opdateres årligt.

Mangler du viden til dit arbejde i sundhedssektoren i Grønland, kan du slå op i mapperne i konferencen i medicinsk afdeling på DIH. Der er et svar.

Hvordan?

... udtrykker man sin taknemmelighed overfor uegennyttig støtte? Man kan f.eks. fortælle, hvor støtten kom fra og så glæde sig over, at man blev ramt – i hjertet og i turbonålen, så der kom noget godt og brugbart ud af det. Det var at bliver samspilsramt på den gode måde, hvor der pludselig er økonomi til at sikre, at de projekter, man har foldet og sat i søen, også får lov at sejle, vokse og blive til virkelighed – tilbage i virkeligheden i Grønland.

Projekter udført i Grønland med støtte fra Karen Elise Jensens Fond:

JODERNÆRING
STOFKIFTESYGDOM
LEVERSYGDOMME
KNOGLESYGDOMME
NYRESYGDOMME
ALDERDOM
FEDME
HJERTE

Forekomsten af forkammerflimmer baseret på diagnosekoder og medicinordinationer

Af: *Nadja Albertsen*

I januar 2022 blev første artikel fra ph.d.-studiet ”Cardiac Arrhythmias in Greenland” publiceret i det internationale tidsskrift *Journal of Circumpolar Health* [1]. Resultaterne bygger videre på ældre studier, der har peget på at forkammerflimmer er sjælden – og hyppig – i Grønland.

Hjertearytmier

Hjertearytmier er tilstande, hvor hjertet slår i en uregelmæssig rytme. Der findes forskellige former, og mange af os oplever i perioder, at hjertet slår uregelmæssigt, men hvor det er ganske ufarligt. Der findes dog enkelte typer, der kan medføre komplikationer som f.eks. blodpropper i hjernen, og forkammerflimmer, eller atrieflimmer som det oftest bliver kaldt i sundhedsfaglige termer, er en sådan arytmie. Forkammerflimmer er derfor vigtigt at opspore, da blodfortyndende behandling kan forebygge mange af blodpropperne.

Forkammerflimmer i verden og i Grønland

Man anslår, at 43,6 millioner mennesker på jorden levede med forkammerflimmer i 2016. Risikoen stiger med alderen, og i takt med at levetiden bliver længere og man bliver bedre og bedre til at forebygge komplikationer, bliver der flere og flere, der lever med sygdommen. Dertil kommer, at f.eks. overvægt, forhøjet blodtryk og sukkersyge også øger risikoen for forkammerflimmer, og disse livsstilssygdomme bliver også hyppigere på verdensbasis.

I Grønland har man tidligere undersøgt forekomsten af forkammerflimmer hos både den almindelige befolkning og blandt patienter med blodprop i hjernen.

I 2009 lavede Marie Kjærgaard og medforfattere en undersøgelse af hjertekardiogrammer foretaget i 1963 på 181 østgrønlændere i alderen 18 år og ældre, og fandt kun ét tilfælde af forkammerflimmer [2]. Og i 2004 undersøgte Jens Kjærgaard og Allan Gelvan årsager til blodpropper i hjernen hos patienter indlagt på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) fra 2001 til 2002. De fandt, at én patient med blodprop i hjernen havde forkammerflimmer ud af 37 patienter, hvilket svarer til ca. tre procent [3]. Det er lavt, da man ellers anslår at ca. hver femte blodprop i hjernen er

forårsaget af forkammerflimmer. Og i 2013, da Karen Bjørn-Mortensen og medforfattere undersøgte forekomsten af forkammerflimmer hos patienter indlagt med blodprop i hjernen fra 2011 til 2012, fandt de, at knap en tredjedel havde forkammerflimmer [4].

Så er forkammerflimmer sjældent eller hyppigt i Grønland?

Diagnosekoder og medicinordinationer

I Grønland får alle patienter som udskrives fra DIH, én eller flere diagnosekoder. Koderne angiver, hvorfor de var indlagt og forbliver i patientens elektroniske patientjournal. Koderne hjælper dermed andre læger og sundhedsfaglige med at skabe overblik over en patients tidligere og nuværende sygdomme. Det bliver også mere hyppigt, at lægerne i sundhedscentre koder patienters kroniske sygdomme, selvom patienten ikke er indlagt.

Ved at benytte det elektroniske journalsystem, kan vi som forskere finde data som køn, alder og bestemte sygdomme på alle patienter med en bestemt diagnosekode, f.eks. for forkammerflimmer, uden at få adgang til personfølsom information som f.eks. CPR-nummer, navne og adresser. Det benyttede vi os af i dette studie, hvor vi ved at benytte denne metode kunne vi inkludere 97 procent af den grønlandske befolkning i undersøgelsen. Det forudsætter selvfølgelig, at sygdommen er kodet korrekt. For at ”fange” patienter som ikke havde fået kodet diagnosen for forkammerflimmer selvom de har sygdommen, udnyttede vi, at man på samme måde kan få data ved at søge på medicinordinationer. Vi kunne dermed inkludere patienter ordineret én af de to typer af blodfortyndende medicin som i Grønland benyttes til at forebygge blodpropper hos patienter med forkammerflimmer.

Vores resultater: Hvor mangel lever med forkammerflimmer i Grønland?

I alt fandt vi 790 personer, som i Grønland enten har en diagnosekode for forkammerflimmer, eller er i forebyggende behandling mod blodpropper med den type medicin, som bruges ved forkammerflimmer. Det svarer til 1,4 procent af befolkningen, hvilket er i samme niveau som i rest-

en af den vestlige verden, hvor man anslår at hyppigheden ligger mellem to og fire procent [5]. Nedenstående skema viser fordelingen på alder og køn. For statistiske tests og yderligere detaljer, henvises der til artiklen [1]:

	Mænd	Kvinder	I alt
Alle deltagere som procent af befolkningen	1.8	1.0	1.4
Alder under 60 år, som procent af befolkningen i denne aldersgruppe	0.6	0.3	0.4
Alder 60-69 år, som procent af befolkningen i denne aldersgruppe	5.9	2.6	4.5
Alder 70 år eller ældre, som procent af befolkningen i denne aldersgruppe	11.9	10.1	11.0

Som det fremgår af tabellen, var der generelt flere mænd end kvinder med forkammerflimmer, men forekomsten blev mere ens med stigende alder. Dertil steg hyppigheden af forkammerflimmer med alderen. Alle mønstre som også ses andre steder i verden.

Ved at kigge på andre sygdomme hos deltagerne, kunne vi se, at ca. 10 procent af patienter med en diagnosekode for forkammerflimmer og som umiddelbart opfyldte anbefalinger for at få blodfortyndende behandling, ikke fik denne behandling. Det betyder dog, at man i Grønland er bedre til at få sat disse patienter i den vigtige forebyggende behandling end mange andre steder i verden [6], men at der muligvis er rum til forbedring. Dog med det forbehold, at det ikke muligt for os at se, om disse patienter måske ikke tåler behandlingen eller om der er andre årsager til, at medicinen ikke er registreret i systemet.

Konklusion

Kort opsummeret, ser det altså ud til at forekomsten af atrieflimmer i Grønland hverken er mere sjælden eller mere hyppig end andre steder i verden. Der skal fortsat være fokus på opsporing og korrekt behandling af patienter med forkammerflimmer og fremtidige studier vil forhåbentlig bringe yderligere viden.

- [1] Albertsen N, Riahi S, Pedersen ML, et al. The prevalence of atrial fibrillation in Greenland: a register-based cross-sectional study based on disease classifications and prescriptions of oral anticoagulants. *Int J Circumpolar Health*; 81. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.1080/22423982.2022.2030522.
- [2] Kjaergaard M, Andersen S, Holten M, et al. Low occurrence of ischemic heart disease among Inuit around 1963 suggested from ECG among 1851 East Greenland Inuit. *Atherosclerosis* 2009; 203: 599–603.
- [3] Kjærgaard J-J, Gelvan A. Risk factors for ischaemic stroke in young Greenlanders. *Int J Circumpolar Health* 2004; 63: 287–289.
- [4] Bjorn-Mortensen K, Lynggaard F, Pedersen ML. High prevalence of atrial fibrillation among Greenlanders with ischemic stroke - Atrial fibrillation found in more than 30% of cases. *Int J Circumpolar Health*; 72. Epub ahead of print 22 November 2013. DOI: 10.3402/ijch.v72i0.22628.
- [5] Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. Epub ahead of print 29 August 2020. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
- [6] Gamra H, Murin J, Chiang CE, et al. Use of antithrombotics in atrial fibrillation in Africa, Europe, Asia and South America: insights from the International RealiseAF Survey. *Arch Cardiovasc Dis* 2014; 107: 77–87.

Undersøgelse af hjertesvigt i Grønland

af: Hjalte Larsen

Hjertesvigt (HS) er en tilstand hvor hjertets evne til at pumpe blodet rundt i kroppen er kompromitteret hvilket kan medføre symptomer som øget væske i kroppen, åndenød og manglende energi. Det er estimeret at ca. 1-2% i høj indkomst lande har HS. Tilstanden er forbundet med nedsat funktionsniveau og livskvalitet samt øget dødelighed. Forekomsten af HS i Grønland har hidtil været ukendt.

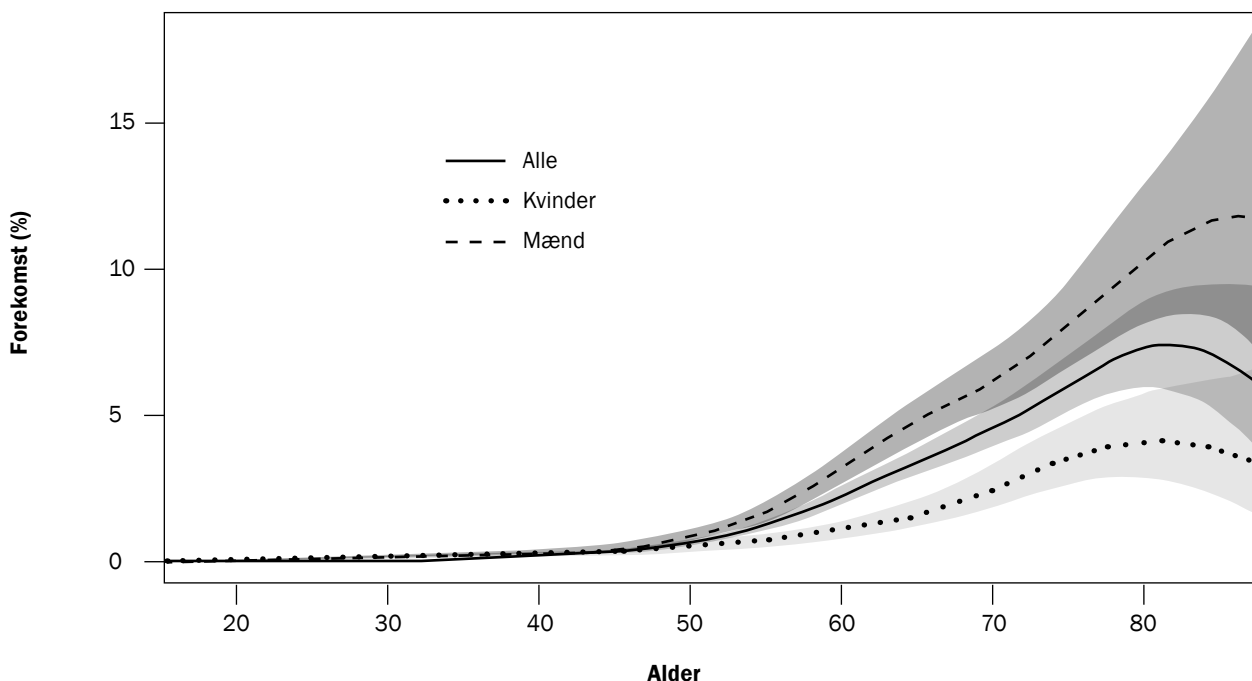
Personer mistænkt for at have HS skal undersøges med ekkokardiografi, startes i medicinsk behandling og ofte udredes for iskæmisk hjertesygdom. Mange skal ses til ambulante kontroller lokalt, nogle skal ses til kontrol ved speciallæge i kardiologi, nogle vil have behov for behandling under indlæggelse, enkelte tilbydes specialiseret udredning og behandling på Rigshospitalet i Danmark. HS er altså en tilstand med alvorlig indflydelse på den enkeltes tilværelse, men som også stiler høje krav til sundhedsvæsenet.

Igangværende Ph.d.-projekt om HS i Grønland har fundet af forekomsten af HS i Grønland, baseret på diagnosekode for hjertesvigt eller behandling med medicin mod

hjertesvigt, er som forventet mellem 1-2%. Dog ses der en højere forekomst blandt mænd i nogle aldersgrupper (55-64, 65-74 og 75-84 år) sammenlignet med danske mænd i samme aldersgrupper. Kun en mindre andel (16%) af HF-patienterne har diagnose på iskæmisk hjertesygdom, som anses for at være en hyppig forklarende tilstand til HS. Større HS populationsstudier har vist at denne andel var omkring 50%. Dette fund kunne tyde på at der findes en anden årsagsmekanisme til HS blandt den grønlandske befolkning. Projektet har desuden incidens analyse af flere kardiovaskulære sygdomme undervejs, disse er baseret på registerdata fra 1987 og frem. Endeligt er et klinisk genetisk studie af personer med HS i Grønland planlagt. Det skal inkludere case gruppe bestående af personer med HS som ikke har iskæmisk hjertesygdom. Findes der en genetisk disposition til ikke iskæmisk HS i Grønland forventer vi at finde den her.

Projektet er et samarbejde mellem Medicinsk afdeling, Dronning Ingrid's Hospital, Steno Diabetes Center Grønland, Grønlands Universitet – Ilisimatusarfik og Københavns Universitet. Støttet af Karen Elise Jensens Fond.

Forekomst af hjertesvigt afhængig af alder og køn



Hjertesvigt i Grønland, baseret på diagnosekoder eller specifik medicinsk behandling mod hjertesvigt.

Har du undersøgt patienten med ondt i maven for Sukrase-isomaltase insufficiens?

Af Overlæge Marit Eika Jørgensen og Postdoc Ninna Senftleber, Steno Diabetes Center

Det har været kendt i mange år at Sukrose-Isomaltose malabsorption er hyppig i Grønland forårsaget af Sukrase-Isomaltase (SI) insufficiens, og den specifikke genetiske årsag hertil er identificeret for nyligt. Studier tyder på at bærere af SI varianten er sundere med lavere vægt og lipidniveau og med lavere risiko for hjertekarsygdom. Bagsiden af medaljen er varierende grader af gastrointestinale symptomer ved indtagelse af sukker og stivelse. Foreløbige studier tyder på, at mange af disse patienter gennem årene gennemgår omfattende diagnostiske undersøgelser, og genetisk testning kan måske i fremtiden få en plads i den gastrointestinale udredning.

Baggrund

Allan McNair og Eivind Gudmand-Høyer beskrev i BMJ i 1972 at Sukrose Intolerance fandtes hos 10% af voksne grønlandere¹. Sukrose (hvidt sukker) er et disakkarid sammensat af monosakkariderne fruktose og glukose med en glukosidbinding, og Isomaltose (en del af stivelse) består af glukosemolekyler sammensat af en alfa-1-6 binding. Disakkariderne omdannes til absorberbare monosakkarider når de spaltes af enzymet Sukrase-Isomaltase. I 2015 identificeredes hos Inuit i Canada en loss-of-function variant (c.273_274delAG) som årsag til en sukrase-isomaltase variant, der i sin homozygote form giver malabsorption af sukrose og isomaltose². Denne variant blev også identificeret i befolkningsundersøgelserne i Grønland med en allelfrekvens på 17% i den voksne grønlandske befolkning³. Ca. 2,2% af befolkningen er homozygote bærere.

En sundere fænotype

Befolkningsundersøgelserne viste, at disse homozygote bærere er sundere end ikke-bærere med lavere vægt (ca. 5 kg) og lavere niveauer af triglycerid og aterogene lipoproteiner. Homozygote bærere har en grænsesignifikant lavere risiko for arteriosklerotisk karsygdom som ikke forklares af eventuelle forskelle i kost. Befolkningsundersøgelserne viste, at homozygote bærere har langt højere plasmakoncentrationer af acetat, formentlig opstået ved bakteriel fermentering af sukker og stivelse i tarmen. Det indikerede, at ikke-absorberet sukker og stivelse virker som kostfibre.

Kliniske manifestationer

Bærere af SI varianten vil dog opleve en række gastrointestinale symptomer ved indtagelse af sukker. Symptomer på malabsorption er meteorisme, flatulens, mavekramper, diarré og nogle gange hovedpine og opkastning. Mange vil gennem et langt liv have vænnet sig til at spise mad med lavere sukkerindhold for at undgå disse symptomer.

En igangværende kostundersøgelse

For at belyse effekter af SI-varianten har vi igangsat et klinisk studie, der har til formål at undersøge forskelle mellem bærere og kontroller på: 1) kulhydratmetabolisme i en kostintervention; 2) mikrobiota og fermentering i kostinterventionen; 3) fødevarer- og smagspræferencer. Kostinterventionen består af 3 dages traditionel grønlandske kost, rig på fedt og protein og lav på sukrose og stivelse, samt 3 dages vestlig kost med et højt indhold af stivelse og et vist indhold af sukrose. Studiet vil hjælpe os med at forstå det komplekse samspil mellem livsstil, genetik, tarmbakterierne og kroppens omsætning af næringsstoffer.

Et brugerstudie med kliniske implikationer

Som led i forskningsprojektet har vi gennemført en brugerundersøgelse af et mindre antal SI-bærere og kontroller for at få input til studiet om relevans, perspektiver på genetisk forskning samt konkret input til studiedesign i forhold til tolereret mængde sukker i interventionskosten. Brugerundersøgelsen har lært os, at adskillige bærere af SI-varianten gennem mange år har haft relativt udtalte gastrointestinale symptomer uden at kende årsagen. Iagttagelsen hviler på et lille antal personer, men tyder på, at flere kan have gennemgået undersøgelsesprogrammer inkl. skopier, CT scanning, tyndtarmspassage m.m. Vi er derfor i gang med systematisk at kortlægge eventuelle forskelle i kontakter til sundhedsvæsenet, henvisninger, diagnostiske undersøgelser og behandling hos SI variant bærere og kontroller.

Behandling

Den primære behandling af sukrose-intolerance er kostvejledning, bestående af vejledning i hvilke fødevarer, der har et højt indhold af sukrose og dermed bør undgås, samt hvilke andre sukkerarter der findes og kan erstatte sukrose. For langt de fleste SI-bærere vil det sandsynligvis ikke være nødvendigt at afholde sig helt fra at indtage suk-



rose for at undgå gener. Desuden har vi en hypotese om at sukrose i små mængder er gavnligt for SI-bærere, og man bør derfor råde SI-bærere til at undgå sukrose i store mængder, men også at finde en balance for hvor meget de kan tåle at spise uden at få gener der forringer deres livskvalitet.

Implikationer

Vi forventer at resultaterne af kostundersøgelsen og journalstudiet vil gøre os klogere på SI varianten – både de mulige helbredsmæssige fordele på den ene side og de til tider udtalte gastrointestinale gener på den anden side. Tilstanden kan allerede nu diagnosticeres med en sukrosebelastningstest, og specifik genetisk testning som alene kræver en blodprøve, bliver forhåbentlig i fremtiden et økonomisk acceptabelt tilbud som kan spare disse patienter og sundhedsvæsenet for unødvendige undersøgelser.

1. McNair A, Gudmand-Hoyer E, Jarnum S, Orrild L. Sucrose malabsorption in Greenland. *Br Med J.* 1972 Apr

1;2(5804):19-21. doi: 10.1136/bmj.2.5804.19.PMID: 5015965

2. Marcadier JL, Boland M, Scott CR, Issa K, Wu Z, McIntyre AD, Hegele RA, Geraghty MT, Lines MA. Congenital sucrase-isomaltase deficiency: identification of a common Inuit founder mutation. *CMAJ.* 2015 Feb 3;187(2):102-107. doi: 10.1503/cmaj.140657. Epub 2014 Dec 1.PMID: 25452324
3. Andersen MK, Skotte L, Jørsboe E, Polito R, Stæger FF, Aldiss P, Hanghøj K, Waples RK, Santander CG, Grarup N, Dahl-Petersen IK, Diaz LJ, Overvad M, Senthleber NK, Søborg B, Larsen CVL, Lemoine C, Pedersen O, Feenstra B, Bjerregaard P, Melbye M, Jørgensen ME, Færgeman NJ, Koch A, Moritz T, Gillum MP, Moltke I, Hansen T, Albrechtsen A. Loss of Sucrase-Isomaltase Function Increases Acetate Levels and Improves Metabolic Health in Greenlandic Cohorts. *Gastroenterology.* 2021 Dec 13:S0016-5085(21)04065-8. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.236. Online ahead of print.

Fagligt indhold NUNAMED 2022

Vi offentliggør herme allerede nogle af de keynotes du kan forvente til NUNAMED 2022, samt nogle temasesioner som inspiration til hvad du kan glæde dig til at høre om. Beskrivelserne af keynotes og temasesioner er kun foreløbige og der tages forbehold for eventuelle ændringer. Et hvert emne indenfor sundhedsområdet er velkomment til NUNAMED, så tøv ikke med at indsende dit abstract og tilmeld dig konferencen! Konferencen vil rumme tre sprog: Grønlandsk, Dansk og Engelsk.

Inviterede keynotes

The COVID 19 pandemic in Greenland – Direct and indirect effects of the COVID-19 pandemic on health and health care in Greenland v. Henrik Hansen og Paneeraq Noahsen

Panel om ”Kulturel relevant og dialogbaseret sundhedsfremme og forebyggelse” v. Christina VL Larsen og Ingelise Olesen

Diabetes og Steno Diabetes Center Grønland v. Marit Eika Jørgensen, Michael Lyng Pedersen og Jannik Hilsted

5 kvik-præsentationer af PhD-projekter v. 5 PhD-studerende

Health Research in the Arctic v. Arja Rautio

Antropologi og Skønlitteratur – Niviaq Korneliussens Blomsterdalen v. Niviaq Korneliussens

Panel-session med Aviaja Lyberth Hauptmann: Mad som medicin – mad som motion, mad som venskab, mad som familie, Mad er mere end mad. Hvad er mad også – og hvorfor?

Hvad sker der med etikken ved et stort skift af sundhedsfagligt personale? v. Jacob Birkler

Ann Ragnhild Broderstadt & Jon Petter Stoor

Tilmeldte temasesioner (der vil løbende blive tilføjet nye emner for temasesioner)

- Infektionssygdomme
- Sundhedsprofessionelles krydspresede hensyn mellem mennesker og organisation
- Child rearing in the Arctic
- Arbejds miljø/-skader/-medicin
- Trivsel hos unge med tab og sorg – Et fælles samfundsproblem? – Paneldiskussion
- Ageing well? Experiences with ageing across the Arctic
- Brugernes erfaringer – som grundlag for udvikling af sundhedsvæsenet
- Psykiatri
- Obstructive lung diseases in Greenland
- Health Technology
- Osteoporose og D-vitamin
- Miljømedicin
- Allorfik Misbrugsbehandling
- Diabetes og overvægt
- Øjne
- Klima/POLAR
- Kost
- Hjertekarsygdomme
- Genetik
- Sundhedsprofessionelles mange hensyn i det grønlandske sundhedsvæsen

Offentlig Postersession

Lørdag den 1. oktober inviteres byens borgere til offentlig postersession i Katuaq 10.30-11.00. Den efterfølgende plenum session vil også være offentlig.

Alle inviteres til at deltage med offentlige postere om deres arbejde.

Bedste poster vil blive præmieret.

Postere kan deltage i efterfølgende vandrestilling på regionssygehusene i Grønland

Grønlands Center for Sundhedsforskning.

Uddrag fra årsrapporten

Letter from the Chair

Our vision at Greenland Center for Health Research is to improve the health status in Greenland through initiation and coordination of health research. Building local capacity through PhD programs and mentoring is an important step forward. Currently, eleven PhD students are enrolled at Ilisimatusarfik with affiliation to Greenland Center for Health Research (GCHR).

This year has also been marked by the Covid-19 pandemic. The situation in the Arctic countries has been special in many ways. Several online sessions about the Covid-19 pandemic in the Arctic countries have been held throughout the year with participation from GCHR.

As the COVID-19 pandemic swept across the globe, Arctic Indigenous communities recognized the threat posed by the coronavirus to their communities. Action by Indigenous leadership averted the introduction of cases in many communities, aimed at protecting their vulnerable membership from the worst outcomes seen in other Indigenous communities globally. The effectiveness of these early responses, reflected in low infection rates, highlights important lessons for other global regions while underscoring the need to address persistent health disparities in Arctic Indigenous communities. Through Inuit Circumpolar Council reports have been delivered to the United Nations on dealing with the pandemic among indigenous peoples in the Arctic. The pandemic has also affected our work in the Lancet Commission on Arctic Health. The Commission will continue the work in 2022 on 'Urgently Accelerating Indigenous Health and Well-being identifies the health and wellness challenges experienced by Arctic Indigenous peoples'.

Ilisimatusarfik is UArctic partner and GCHR are leading the Thematic Network on Health and Well-being in the Arctic. The goal of the Thematic Network on Health and Well-being in the Arctic is to support sustainable development on health and well-being in populations in the circumpolar regions. The network will base its research and higher education activities on the contemporary needs and priorities of the circumpolar regions and aims to promote

a multidisciplinary approach to improve social circumstances for the populations, both regarding health and well-being as well as delivery of health care and social services in the Arctic. As a Thematic Network activity, a PhD course on 'New technologies and local perspectives in Arctic health research' at Ilisimatusarfik was held in connection with Greenland Science Week.

As a member of the Inuit Circumpolar Health Steering Committee, the Virtual Health Summit was planned. One of the biggest outcomes was that youth very much appreciate the opportunity to connect as Inuit youth in a safe, inclusive space - a space where youth can connect and be comfortable and accepted as they are, which is very much needed.

As Inuit, we understand health as much more than an individual being physically well. Good health includes healthy families, healthy communities, a healthy environment and a vibrant culture. Health means: food security, living in safe housing, having access to culturally appropriate education, having income opportunities, speaking our language, and expressing ourselves in ways that are relevant and meaningful to us. Being well physically, mentally, emotionally, and spiritually is good health.

The first steps have been taken in the planning of the Greenlandic medical conference NUNAMED 2022. The title of the 11th edition of NUNAMED is 'Culture, health and a good life / Kulturi, peqqissusseq & inuunerissuunerl'. The conference will be held from September 30th til October 2nd, 2022, in Nuuk. The purposes of NUNAMED is to present current Greenlandic medical research results, to put current Greenlandic medical research issues up for debate in an interdisciplinary forum, and to promote collaboration on health research between professional groups and between health districts. In connection with NUNAMED 2022, a PhD course will be held on September 27th - 29th, 2022.

Gert Mulvad, Chairman



FRYDENLUND

Pressemeddelelse



I Grønland overgås fantasien kun af virkeligheden

I de seks måneder forfatteren var udsendt som kirurg i Grønland, skrev hun hver dag tre linjer – små historier om sine oplevelser med mennesker i det grønlandske sundhedsvæsen. **Is i maven!** er en poetisk dagbogsskildring fra Grønland – om misforståelser, pud-sigheder og om den helt specielle grønlandske kultur – en kultur som danskerne har blandet sig i på godt og ondt, og som måske er ved at forsvinde.

»For 4 dage siden accepterede jeg en akut evakuering af en patient med tarmslyng fra Qeqertarsuaq på Diskøen. En klat af tåge umuliggjorde flyvningen. Patienten blev transporteret med båd til Aasiaat, men tågen indhentede ham, før flyet lettede. Videre med båd til Ilulissat. Samme scenarie. Vi venter stadig.«

Hospitalet i Nuuk er det eneste reelle hospital i Grønland. Det er et minisamfund med patienthotel, apotek, bandagist, tolke- og evakueringservice. Her samles folk fra hele landet – unge som gamle – hvis helbredet svigter, og hvis ikke vanskelig geografi, besværlig logistik og umulige vejrforhold dikterer anderledes.

I bogen **Is i maven!** skildrer forfatteren sin hverdag som udstationeret dansk kirurg i Grønland. I korte dagbogsnotater beskriver hun sine oplevelser i et land, hvor alt er både velkendt og fremmed, hvor afstandene er enorme, og hvor man slæber sit jagtbytte hjem, før man søger læge for at få behandlet sine egne sår.

Fortællingerne skildrer et sundhedsvæsen underlagt naturens kræfter og et folk, som står imod, og de beskriver, hvordan det er at arbejde inden for det Rigsfællesskab, som vi danskere kun ved ganske lidt om.

Is i maven! er både på dansk og grønlandsk.

Marie Louise Malmstrøm arbejder på kirurgisk afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød. Hun har tidligere udgivet digtsamlingen *Stregkoden og andre kitteldigte* (2012).



Is i maven!
– 156 dage som kirurg i Nuuk

Marie Louise Malmstrøm

FAKTA
175 sider
Illustreret i farver
Indbundet
249 kr. (vejl.)

UDKOMMER
24. april 2022

På www.frydenlund.dk/pressemateriale kan du downloade pressemeddelelse og bogens forside samt læse mere om forfatteren. For yderligere oplysninger eller kontakt med forfatteren er du velkommen til at kontakte Malou Andersen. Information ses nedenfor.

Alhambravej 6 | 1826 Frederiksberg C | Telefon 3318 8131 | E-mail: malou@frydenlund.dk | CVR: 2885 6679