TIKIUSAAQ

Stort tema om tab, sorg og omsorg

Fagblad for sygeplejersker i Grønland

POLITIKERNE MÅ IKKE LÆNGERE IGNORERE ELEFANTEN I RUMMET

Af Ken Jensen, formand PK

Det er ikke hver dag, vi som forening har en anledning til at rose politikerne. Derfor synes jeg også, at det er på sin plads netop at gøre det, når vores folkevalgte rent faktisk har lyttet og truffet beslutninger, som hviler på de anbefaler, de har fået fra os sygeplejersker.

For nyligt indgik samtlige partier med undtagelse af Demokraatit et nyt sundhedsforlig. Her lover de blandt andet, at de vil bevare de eksisterende fødesteder og oprette et uafhængigt sundhedsråd - begge dele noget, vi i PK har kæmpet for i flere år.

Især det kommende Sundhedsråd kan blive en gevinst for alle ansatte i sundhedsvæsenet. Rådet skal årligt udkomme med en rapport, der ser på "udviklingen i sundheden i samfundet samt udviklingen af sundhedsvæsenet" [1].

Hermed får vi styrket den saglige og faglige diskussion om sundheden i Grønland, hvilket kun kan være en fordel for os, der hver uge trækker i arbejdstøjet for at skabe det bedst mulige sundhedsvæsen.

Jeg mener, at vi her har et håndgribeligt bevis på, at vores arbejde nytter noget, og at vores stemme bliver taget alvorligt.

Det skal vi være stolte af!

Arbejdet stopper dog ikke her. For selvom der er positive takter i det nye forlig, så er det kun løfter. Der skal ikke herske nogen tvivl om, at vi i PK vil holde nøje øje med, om politikerne ret faktisk også leverer på deres flotte ord.

Når jeg læser sundhedsforliget, kan jeg ikke undgå at lægge mærke til, at der er en elefant i rummet, som politikerne vælger at ignorere. Ikke én gang i det sytten sider lange forlig nævner politikerne ordet "løn" eller "arbejdsvilkår".

Det er ellers to ting, som må forbedres, hvis vi skal løse de store problemer med rekruttering og fastholdelse.

Om få måneder indleder vi heldigvis forhandlingerne om den kommende overenskomstaftale. Her kan ingen ikke længere ignorere vores krav om, at lønnen skal op.

Sker det ikke, frygter jeg mildest talt konsekvenserne for sundhedsvæsenet og resten af samfundet.

Jeg vil slutte i en positiv ånd. I år har man endelig fået realiseret planerne om af få en palliativ indsats i Grønland. Der nu er ansat et team af medarbejdere, som skal forbedre sygeplejen til mennesker, som er uhelbredeligt syge. Det er et kvalitetsløft i sygeplejen!

Jeg er også begejstret over, at der på Ilisimatusarfik bliver forsket i sygeplejen med særligt fokus på trivsel, uddannelse og fastholdelse i sygeplejeprofessionen. Jette Markussen forsker blandt andet i traumer, tab og sorg, som har betydning for studerende og sygeplejerskers trivsel i mødet med patienter. Det kan man du læse mere om i denne udgave af Tikiussaq.

Juullimi ukiortaassamilu pilluaritsi!

[1] Sundhedsforlig 2023 - Politisk rammeaftale for arbejdet med en styrkelse af sundhedsområdet.

INDHOLD

Foto: Helle-Karin Helstrand.

Bestyrelsesarbejde og nye ansigter	3
Nyheder	4
Fordi der er så meget at kæmpe for	6
Palliation i et grønlandsk perspektiv	10
Sygeplejerskernes stemme	14
Sygeplejefaglige perspektiver på tab og sorg ved kritisk sygdom og død	15
Vi har alle et ansvar i kampen for bedre arbejdsforhold	24
Hele landet er min arbejdsplads	25

REDAKTIONEN

Carsten Juul Jensen, cajj@pk.gl
Berit Byg, beritbyg@gmail.com
Petra Luna Fuglø, plfu@pk.gl
Mads Malik Fuglsang Holm

Kom gerne med input
Ønsker du at skrive eller komme med ideer til en artikel, så kontakt os endelig.

Artikler og indlæg til Tikiusaaq bliver vurderet af redaktionen, som altid kan komme med forslag til redaktionelle justeringer.

Manuskripter skal sendes elektronisk som en Word-fil til cajj@pk.gl.
Illustrationer for eksempel billeder sendes i separate filer.

Vi glæder os til at modtage dit indlæg.

BESTYRELSESARBEJDE OG NYE ANSIGTER

Af Petra Luna Fuglø, tidligere næstformand PK

Vi har tidlige skrevet om bestyrelsesarbejde her i Tikiusaaq, men bringer det alligevel op igen. Det er nemlig bestyrelsesarbejdet, der driver vores forening og danner grundlaget for, at jer medlemmers krav og ønsker bliver til virkelighed.

Formanden arbejder sammen med sekretæren omkring den daglige drift. De tager sig af henvendelser fra medlemmer og forbereder arrangementer for medlemmerne. Hver måned inviterer formanden også til bestyrelsesmøde, hvor han sammen med sekretæren sammensætter en dagsorden med input fra de øvrige bestyrelsesmedlemmer.

Formanden har også en vigtig opgave i at holde en tæt kontakt med diverse samarbejdspartnere og politikere. Det gør han for at sikre sig, at der bliver lyttet til medlemmernes interesserer, og at man tager hensyn til dem, når man for eksempel laver nye politiske tiltag på sundhedsområdet.

I bestyrelsen er der lavet nogle arbejdsgrupper, hvor hvert medlem har mulighed for at arbejde mere dybdegående med et bestemt område. Vi har blandt andet en gruppe, som arbejder med Facebook og hjemmesiden, en gruppe som arbejder med fagbladet, og en gruppe som arbejder med de sygeplejestuderende.

I år har vi også haft grupper, som har arbejdet med vedtægterne, da de skulle behandles på årets generalforsamling. Desuden har hele bestyrelsen haft meget fokus på de forsalg og ønsker, som er kommet fra medlemmerne til den kommende overenskomstforhandling, som begynder i starten af 2024.

Til sidst er det også værd at nævne, at der i år har været valg til tre poster i bestyrelsen. Der skulle vælges en person til posten som næstformand og to almindelige bestyrelsesposter.

Inden valget var der én, som på forhånd havde meldt sit kandidatur. Hun blev valgt ved fredsvalg – som det hedder. Til selve generalforsamlingen blev de to andre poster besat, og der blev også fundet to nye suppleanter.

DEN NYE BESTYRELSE

FORMAND
KEN JENSEN

BESTYRELSESMEDLEMMER
TANIA VODSTRUP

LINE THUSHOLDT JAKOBSEN

NICOLE VINCENTZ

CARSTEN JUUL JENSEN

BERIT BYG

AIMA QUJAUKITSOQ

SUPPLEANTER
SIGNE JOHANSEN

KRISTINE SØRENSEN

MIRJAM HAAKONSDATTER

ELSE THYGESEN

NYHEDER

En hilsen fra et nyt bestyrelsesmedlem

Mit navn er Aima Qujaukitsoq. Jeg er gift, har to store børn og kommer oprindeligt fra Qaanaaq.

I dag bor jeg i Nuuk, hvor jeg også blev uddannet i 2005. Siden har jeg arbejdet flere steder - både på DIH og i Kommuneqarfik Sermersooq. Lige nu arbejder jeg på DIH som opvågningssygeplejerske under Anæstesi på Opvågning & Dagkirurgisk afdeling.

Jeg har længe ville melde mig til fagforeningsarbejdet, men der har altid været noget, der gjorde, at jeg udsatte dét gang på gang. Jeg har tidligere været engageret i sportsforeninger, men nu føler jeg, at tiden er komme til, at jeg skal fokusere på fagforeningsarbejdet.

Fagforeningen er jo grunden til, at vi kan eksistere som sygeplejersker her i Grønland, hvor vi blandt andet skal kæmpe for vores løn og bedre arbejdsvilkår. Jeg glæder mig til at dykke ned i de forskellige dele af overenskomsten og trække i arbejdstøjet for vores faggruppe.

MEDIEOMTALER

05. juli skrev AG, at man i Nunavik forsøger at løse problemet med personalemangel ved at tilbyde nogle sygeplejersker store bonusser og et højt antal frirejser. Avisen spurgte i den forbindelse Ken Jensen, formand for PK og PPK, om lignende løsninger bliver et krav forud for de kommende overenskomstforhandlinger. Her svarede Ken Jensen: *"Der findes ikke ét vidundermiddel, som løser de store udfordringer".* Han slår dog fast, at løn og arbejdsvilkår skal forbedres, hvis flere skal trække i sygeplejerskeuniformen. Hele artiklen kan læses af abonnenter her.

23. september bragte Sermitsiaq en artikel, hvor Ken Jensen efterspørger, at man styrker sygeplejerskeuddannelsen. Generelt skal det undersøgers, hvorfor mange vælger at forlade faget få år efter, at de er kommet i arbejde. Hele artiklen kan læses af abonnenter her.

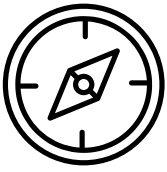
28. juli skrev KNR om den akutte mangel på personale i sundhedsvæsenet. I den forbindelse bad de formanden for PK komme med løsningsforslag. I artiklen siger Ken Jensen, at man bør se på løn og tillæg. Han sætter ikke tal på, hvor mange ekstra penge sygeplejerskerne skal have i lønposen, men siger: *"Det skal være et substantielt beløb"*. Artiklen kan læses af alle her.

08. september udtalte Ken Jensen, at han ikke ser udenlandsk sundhedspersonale som en oplagt løsning på bemandingsproblemerne i sundhedsvæsenet. Der er nemlig rigeligt med sproglige udfordringer i forvejen. *"Vi oplever allerede nu, at det er svært med dansk og grønlandsk"*, siger formanden. Læs mere her.

23. oktober kommer formanden med et opråb om, at der skal oprettes flere fødesteder i Grønland. Artiklen ligger her.

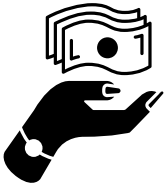
21. november roser Ken Jensen, i rollen som formand for PPK, at politikerne i det nye sundhedsforlig har lyttet til nogle af de ønsker, som PPK er kommet med angående oprettelsen af et Sundhedsråd og styrkelsen af de lokale fødesteder. Han efterspørger dog, at problemerne med rekruttering og fastholdelse bliver adresseret. Læs artiklen her.

OPSLAGSTAVLE



TR-kompasset: På Dansk Sygeplejeråds hjemmeside kan tillidsrepræsentanter finde TR-kompasset, som giver råd og vejledning til rolle som tillidsrepræsentant. Linket sendes til hver enkelt tillidsrepræsentant, men kan også tilgås her.

Der er ingen uddannelse for tillidsrepræsentanter i Grønland, men vi har seminar to gange årligt, som tilbydes alle tillidsrepræsentanter i PPK.



Fonde i PK: Husk, at vi hvert år giver sygeplejersker mulighed for at deltage i faglige arrangementer og studiebesøg - både i ind- og udland. På vores hjemmeside eller ved at klikke her kan man finde en oversigt over, hvad PK giver støtte til.

Kontakt os: Sekretariatet opfordrer til, at alle henvendelser sker via telefon eller e-mail. Det er sekretariatets målsætning, at alle henvendelser besvares indenfor to hverdage.
Indtalte beskeder vil ikke blive behandlet.

Vores kontor findes på: Sarfaarsuit 16, lejlighed 103 i Nuussuaq.

ÅBNINGSTIDER

MANDAG 9-14
TIRSDAG 9-14
TORSDAG 9-14
FREDAG 9-14

Sekretariat
Sarah Nielsen
Mobil: +299 58 26 69
e-mail: sl@pk.gl

Formand
Ken Jensen
Mobil: + 299 53 37 17
e-mail: formanden@pk.gl

FORDI DER ER SÅ MEGET AT KÆMPE FOR

Af Berit Byg, nyvalgt medlem af PK's bestyrelse

Næsten lige så længe jeg har været sygeplejerske, har jeg været aktiv i fagpolitik.

Jeg var kun lige blevet færdig med uddannelsen som anæstesisygeplejerske, da mine kolleger stod og manglede en tillidsrepræsentant. De kom og spurgte, om det var noget, jeg kunne tænke mig.

Hvad det kom til at betyde allerede kort tid efter, havde jeg selv med den største omtanke ikke været i stand til at forudse.

For da man i Danmark implementerede strukturreformen i 2007, bestemte regionsrådet, at de ville lukke det sygehus, som jeg arbejdede på, når man nu skulle være noget så fint som en helt ny region med nye opgaver og funktioner.

Jeg skal ikke trætte læseren med en lang række detaljer.

For at gøre en lang historie kort, lykkedes det os at rejse en bølge af folkelig sympati og en mur af modstand mod politikernes lukningsdrømme.

Om natten kørte vi rundt og satte skilte op ved samtlige indkørselsveje til kommunen, der på gul baggrund meddelte:

"Advarsel. Sygehusfri zone!"

Vi dannede sammen med befolkningen ring om sygehuset ved hjælp af en lang menneskekæde. Iklædte os sorte armbind. Vandt patienternes pris som Danmarks bedste sygehus. Gik i fakkeloptog. Deltog i borgermøder og høringer – naturligvis altid bevæbnet med gode spørgsmål til de centraliseringselskende politikere. Og fyldte avisernes debatsider med vores harmdirrende indlæg.

Resultatet var et utrolig stærkt sammenhold alle os ansatte iblandt på tværs af fagligheder. Men også at sygehuset blev reddet. Vi havde vundet befolkningens og pressens sympati. Og politikerne, der godt kunne tænke sig at blive genvalgt, turde ikke fastholde deres planer. Sygehuset er den dag i dag specialsygehus og et af Danmarks største indenfor elektiv ortopædi.

Foto: Helle-Karin Helstrand.

Sammen er vi stærkere
Hvorfor nu komme med denne svada om noget, der skete for så mange år siden i et helt andet land?

Jo, fordi det lærte mig noget om vigtigheden af stærke faglige fællesskaber og om betydningen af at have en kompetent og handlekraftig faglig organisation i ryggen.

Vores synspunkter havde næppe vundet gehør, hvis de bare var hentet ud af den blå luft. Men netop ved, at vi var så mange sundhedsfaglige, der stod sammen, kunne vi argumentere sagligt op imod den politiske forudindtagethed, der ikke kunne stå distancen, da det kom til stykket.

Og netop ved, at vi alle deltog, var ønsket om at bevare vores sygehus og drømmene for en bedre fremtid blevet en dybt forankret del af vores fælles historie.

Et meningsfuld job, men under dårlige vilkår
Den er god med dig, Berit, vil mange læsere måske tænke nu. Men hvad har det med os at gøre her i Grønland?

Jeg arbejder nu som sygeplejerske på Narsaq Sundhedscenter. Og jeg må medgive, at det er helt andre problemstillinger, jeg her beskæftiger mig med.

Byen har oplevet en del fraflytning. Dette blev ikke bedre, efter at Grønlands politikere ønskede at centralisere i tråd med deres danske kolleger.

Mange borgere kæmper med massive sociale problemstillinger, der gør det svært for dem at forstå og tage hånd om eget helbred.

BERIT BYG

56 ÅR OG UDDANNET SYGEPLEJERSKE I 1994

BLEV ANÆSTESISYGEPLEJERSKE I 2001

NU SYGEPLEJERSKE PÅ NARSAQ SUNDHEDSCENTER.

HAR ARBEJDET POLITISK SOM SYGEPLEJERSKE PÅ FORSKELLIGE NIVEAUER SIDEN 2001 OG NYVALGT TIL BESTYRELSEN I PK I EFTERÅRET 2023.

Samtidig vil jeg dog gerne gøre det helt klart, at jeg oplever mit arbejde som enormt givtigt og meningsfuldt.

Selv efter mange år i klinisk praksis går der næppe en dag, hvor jeg ikke føler mig udfordret fagligt og kommer hjem med den behagelige følelse, der opstår, når man lærer nyt og vinder indsigt.

Arbejdet er utrolig bredt og alsidigt, og der er stort set ikke det lægelige speciale, som vi ikke oplever med jævne mellemrum.

Hertil kommer, at jeg kan udøve min sygepleje i overensstemmelse med de værdier, jeg lægger i faget. Nemlig grundighed, ordentlighed og fremfor alt med det hele menneske for øje. Aspekter jeg anser for bydende nødvendige, hvis vi for alvor skal kunne hjælpe vores patienter.

Narsaq er ikke større, end at jeg kender mange af mine patienter rigtig godt.

Mange har ladet mig få indblik i det, der gør allermest ondt eller skaber den største glæde i livet. En tillid der fylder mig med dyb taknemmelighed.

Foto: Helle-Karin Helstrand.

Desværre lader løn og arbejdsvilkår en del at ønske tilovers. Også når jeg sammenligninger med det jeg kender fra Danmark og de andre nordiske lande.

Vi er her i Narsaq i lighed med mange andre steder i det grønlandske sundhedsvæsen afhængige af at rekruttere vikarer fra hovedsageligt Danmark og Norden.

Det betyder for det første en ekstra arbejdsbyrde for os fastansatte, der bruger tid på at oplære kolleger, der ofte kun er her i en relativt kort periode. Samtidig er vi ansvarlige for at sikre kontinuitet og kvalitet i arbejdsgange og patientforløb.

Tid og ressourcer, der helt sikkert kunne gøre mere gavn andre steder.

Jeg kommer nok aldrig helt til at forstå, at mit nye hjemlands politikere hellere vil smide penge i hovedet på private vikarbureauer, der kan generere et klækkeligt overskud for offentlige midler, end at investere i eget personale eller for den sags skyld de grønlandske patienter.

Håb for fremtiden

Jeg drømmer om, at vi skal blive uddannelsessted i Narsaq, hvilket med sikkerhed vil gøre det lettere at rekruttere og fastholde sygeplejersker i fremtiden.

Samtidig er jeg voldsomt bekymret over, at så mange grønlandsk uddannede sygeplejersker forlader faget indenfor en kort periode.

Jeg mener, at der er brug for både valid viden og sygeplejefaglig forskning om baggrund og muligheder. Men vi sygeplejersker skal også tale med høj og tydelig ryst for at skabe folkelig debat og ruske op i politikerne.

Der er utrolig meget at kæmpe for i det grønlandske sundhedsvæsen.

Det opnår vi kun i et stærkt fællesskab, baseret på faglighed, indsigt og klare politiske budskaber.

Et fællesskab, hvor hver enkelt af os tager del og forstår vigtigheden af, at lige netop mit bidrag er vigtigt. Hvor lille det end også måtte forekomme. Til gavn for sygeplejersker, patienter og det grønlandske samfund.

Narsaq Sundhedscenter

Sundhedscenteret har plads til syv indlagte patienter. Her drives desuden skadestue, sygeplejeklinik, apotek, laboratorium og røntgenafdeling.

For tiden lægedækning ustabil. Derfor kommer der i kortere eller længere perioder en lægelig assistance fra Dronning Ingrids Sundhedscenter i Nuuk.

Sundhedscenteret varetager sundhedsforsyningen for to bygder (Narsarsuaq og Qassiarsuk) samt en række fåreholdersteder.

Foto: Helle-Karin Helstrand.

JULEKONKURRENCE

Vind et gavekort på 500 kroner til enten
Brugseni/Pisiffik/Pilersuisoq.

Du skal bolt svare på følgende spørgsmål:

Hvornår udløber den nuværende overenskomst?

For at deltage i konkurrencen
skal du sende dit svar til: sl@pk.gl

Frist for deltagelse: 20. januar 2024

PALLIATION I ET GRØNLANDSK PERSPEKTIV

Af Helle Skot-Hansen, projektansvarlig sygeplejerske for udviklingen af palliation i Grønland

I 2020 besluttede Naalakkersuisut at sætte palliation på dagsordenen igen.

Behovet for en palliativ indsats har ulmet længe – nærmest de sidste 10 år, hvor Departementet for Sundhed har udgivet flere redegørelser og planer, som har peget på, at der er et stigende behov for rehabilitering og palliation [1].

Jeg blev spurgt, om jeg ville lede projektet med at udvikle fundamentet til Det Landsdækkende Palliativt Team, som skulle dække behovene i sundhedsvæsenet.

Min erfaring og viden om specialet og mit kendskab til den grønlandske kultur og patienterne og deres udfordringer gjorde, at jeg valgte at takke "ja" til projektet.

En retning for palliation i Grønland

Jeg er kliniker, forstået på den måde, at jeg er en "gammeldags" sygeplejerske, der er uddannet til at varetage pleje og behandling af patienter med differentierede behov. Men omsorgen for patienten har altid været det bærende element i mit virke. Derfor er palliation det speciale, hvor jeg trives bedst. Det er et håndværk, som kræver ydmyghed. Man skal have patienten i fokus og sætte sig selv i parentes.

En palliativ indsats er dog ikke kun noget, der sker i sundhedsvæsenet, men også ude i kommunerne, når patienten er udskrevet og hjemme igen. Derfor bærer både kommunerne og sundhedsvæsenet et ansvar for, at kvaliteten i de palliative tilbud er tilpasset og samstemt.

Tidligere var der ingen retningslinjer for den palliative indsats herhjemme, og derfor var kvaliteten meget svingende.

Fra politisk side har man derfor formuleret følgende ønsker til den palliative indsats:

HVAD ER PALLIATION?

"DEN PALLIATIVE INDSATS HAR TIL FORMÅL AT FREMME LIVSKVALITETEN HOS PATIENTER OG FAMILIER, SOM STÅR OVER FOR DE PROBLEMER, DER ER FORBUNDET MED LIVSTRUENDE SYGDOM, VED AT FOREBYGGE OG LINDRE LIDELSE GENNEM TIDLIG DIAGNOSTICERING OG UMIDDELBAR VURDERING OG BEHANDLING AF SMERTER OG ANDRE PROBLEMER AF BÅDE FYSISK, PSYKISK, PSYKOSOCIAL OG ÅNDELIG ART."

KILDE: WHO.

"Indsatsen omkring palliativ behandling og terminal pleje skal sikre en evidensbaseret, systematisk og tværfaglig vurdering af den enkelte patients palliative behov og problemstillinger gennem retningslinjer og samarbejdsaftaler mellem kommuner og selvstyre".

Konkret betyder det, at alle borgere med et palliativt behov ved livets afslutning skal have mulighed for at blive i deres nærmiljø.

Derfor skal Det Landsdækkende Palliative Team i Grønland være et "Hospice Uden Mure", så patienten kan blive i sit nærmiljø. Det står i kontrast til et centraliseret hospice i Nuuk.

[1] Kræftredegørelsen 2011, Kræftplanen 2013 og "Muligheder for rehabiliterende og palliativ indsats til personer med livstruende sygdom".

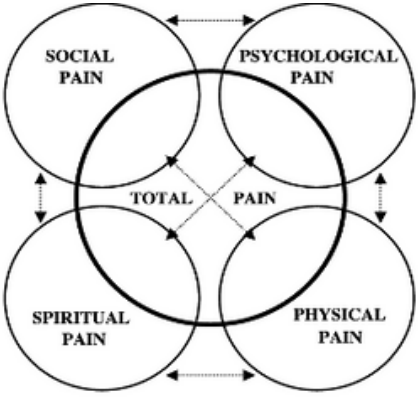
Fokus på det hele menneske
Traditionelt har der været meget fokus på de fysiske symptomer hos patienten, men de seneste års forskning har faktisk vist, at det ikke altid er dem, der er det største problem. Det underbygges også af den data, jeg har indsamlet.

Faktisk er den psykosociale del af det at være syg og have sygdom i familien meget større end forventet. Derfor er det noget, vi er meget opmærksomme på i arbejdet i Det landsdækkende Palliative Team.

Helt konkret arbejder vi ud fra en model om TOTAL PAIN.

Det gør vi for at sikre, at vi sundhedsprofessionelle har fokus på det hele menneske.

Kort sagt går ideen ud på, at opfattelsen af for eksempel smerte er påvirket af flere forskellige faktorer. Det kan være fysiske, emotionelle, sociale, kulturelle og eksistentielle problemstillinger. Disse skal forstås i et konstant samspil.



Figur: Mehta, A. and L. Chan, Understanding of the Concept of “Total Pain”.

Hvis en patient er tynget af angst for døden, kan det være på grund af:

- Ubærlig smerte
- Tanker om hvordan familien skal klare sig økonomisk
- Frygten for ikke at komme i Guds rige

Ønsket om at have fokus på det hele menneske, er dog udfordret i sundhedsvæsenet.
Det er der flere grunde til:

- Konstant udskiftning i personalet
- Et produktionskrav og en top-down styring, der gør, at det enkelte menneske egentlig ikke betyder så meget
- Øget specialisering, hvilket har den bagside, at patienter, der falder udenfor normen, og som har helt særlige individuelle behov, ikke i tilstrækkelig grad bliver imødekommet

Jeg ved, at ikke alle er enige i dette - indrømmet noget unuancerede billede, men ikke desto mindre er det det, jeg ser.

Jeg mener, at vi skal væk fra at se patienter som opgaver, der skal løses. I stedet skal vi se dem som mennesker, hvor vi gennem vores faglige, personlige og medmenneskelige kompetencer går ind i en relation og opfylder de behov og problemstillinger, patienten måtte have nu og her.

Alt for ofte ser jeg, at opgaverne blive defineret på stuegangskontoret. Det skaber en distance i relationen til mennesket, og vi risikerer, at der er behov, som bliver overset.

Det kan for eksempel være, at patienten har brug for hjælp til personlig hygiejne tidligt på dagen for at have overskud til et vigtig besøg over middag.

Her er vi nødt til at mærke, hvor vigtigt dette besøg er og observere behovet for hårvask og tilbyde et brusebad frem for etagevask. Samtidig skal det tilrettelægges, så patienten kan nå at hvile sig, før der kommer besøg.

Danske løsninger passer ikke nødvendigvis i Grønland
Siden jeg startede på projektet, har jeg fulgt cirka 70 patientforløb, hvor jeg dels har talt med patienter indlagt i Nuuk og haft kontakt til patienter og personale på kysten vedrørende palliative problemstillinger.

Løbende har mange ytret sig om, at de ikke forstår, at mine notater er sááá laaange. Det fortæller mig, at vi netop er kommet væk fra at dokumentere, hvad vi ser og mærker.

Vi gør, det vi plejer, uden at tage hensyn til, om det er det, borgeren har brug for lige nu. Det er tankevækkende for i palliationen er det jo netop patientens behov, der viser vejen for vores sygeplejehandlinger.

Mange grønlandske patienter oplever med rette, at det er svært at være i et system, der i den grad ikke giver plads til, at vi ser dem som mennesker. Det er der skrevet flere artikler om. Blandt andet har Mikaela Augustussen i sin ph.d.-afhandling og Tine Aagaard i sin forskningsrapport beskrevet, at patienter ikke oplever, at deres behov bliver forstået, ej heller gennem eget sprog. Det er et bevis på, at det palliative mindset er vigtigt.

Vi skal også have blik for de kulturelle forskelle.

Hvis man tager en ting som smerter, så vil danske patienter oftest ikke finde sig i at have ondt. Derfor er smertedækning et essentielt behov hos de fleste patienter i Danmark. I den grønlandske kultur er mange borgere vant til at have en eller anden form for smerte, som de har vænnet sig til at tåle. De er faktisk ikke optaget af smerten, men lever med den – i en eller anden grad.

Deres opfattelse af livskvalitet er meget mere centreret om de familiære bånd, samvær og nærvær, de aftryk de har sat i livet og det at grine. For dem er det mindre vigtigt, om de har smerter på niveau 4 eller 6 på NRS-skalaen.

Mange grønlændere ønsker ikke nødvendigvis at være helt smertefri. De føler sig hurtigt dopede.

Mine observationer fortæller mig, at flere af de grønlandske patienter gerne vil mærke deres krop, og at det betyder meget for dem.

”Hvis jeg får så meget smertestillende, så jeg ikke kan mærke min krop, så bliver jeg først bange… jeg har brug for at mærke min krop.”

Sådan lyder det ofte fra flere af de patienter, jeg har talt med.

Op til dødsfald oplever jeg også tit, at de grønlandske patienter ikke nødvendigvis ønsker at døse i de sidste dage, men snarere at være nogenlunde smertefri og kunne tage imod besøgende, der kommer for at sige farvel. Det er en gestus, som vi ikke kender i Danmark.

I Danmark lader vi ofte kun den døende og de allernærmeste være alene i de sidste dage/timer.

Det er den respekt, vi forstår.

Arbejdet er kun lige begyndt

Det har været rigtig spændende for mig at være med til at udvikle den palliative indsats her i Grønland. Nu er fundamentet langt, men det skal hele tiden justeres, og jeg håber, at Det Landsdækkende Palliative Team, som fremover skal løfte palliationen i Grønland, vil blive besat af grønlandske sygeplejersker og assistenter med det nødvendige mindset.

Det er nemlig vigtigt, at de, der arbejder tættest på patienten, så vidt muligt behersker det grønlandske sprog og kender kulturen. Så undgår man nemlig de mange utilsigtede misforståelser, som opstår i dag.

Jeg har benyttet mig af tolk i rigtig mange tilfælde, og det er ganske tydeligt, at det sætter en barriere mellem patienten og mig. Jeg opnår ikke den samme kommunikative nærhed. Mine år i Grønland har dog lært mig at udvikle mine sanser betydeligt, så jeg kan opfatte og forstå, en del af det der ikke italesættes.

Tilbagemeldingerne på de palliative forløb, jeg har været involveret i, har været meget positive fra patienter og pårørende. Det betyder noget, at nogen rækker ud, at nogen tør dele, hvad der måtte opstå undervejs. Derfor skal vi forsætte med udbredelsen af palliation her i Grønland.

I foråret 2024 er der etablere et samarbejde med undervisere fra Danmark, som er dybt forankrede i det palliative speciale. De har udviklet to uddannelsesforløb, hvor sygeplejersker kan deltage og gennem fire uger få viden om basal og lettere specialiseret palliation.

Kurset vil svare til et modul i en diplomuddannelse. Derudover udbydes et kursusforløb for assistenter i 11 byer i Grønland af en uges varighed.

Det er forhåbningen, at 150-200 fastansatte i Grønland vil opnå øgede kompetencer på det palliative område og dermed højne det faglige niveau herhjemme.

Debatsektionen

Psst!

Som noget nyt vil vi fremover gøre plads til en debatsektion, hvor du kan få bragt et læserbrev med lige præcis det budskab, du har på hjerte.

Retningslinjer for læserbreve
Længden må maksimalt være på én normalside. Det svarer til cirka 2.400 tegn eller 350 ord.

Generelle tips:
Vær klar og præcis i din formulering.
Undgå unødvendige gentagelser.
Hold altid en høflig og respektfuld tone.

Redaktionen er behjælpelig med at læse korrektur, hvis det ønskes. Vi forbeholder os også retten til at afvise et læserbrev, hvis vi vurderer, at indholdet er af stødende karakter.

Vi håber, at I vil spidse blyanten og deltage i debatten!

SYGEPLEJERSKERNES STEMME

Af Berit Byg, sygeplejerske i Narsaq og medlem af PK's bestyrelse. Læserbrevet er udelukkende udtryk for forfatterens personlige holdning.

For nylig landede et nyt sundhedsforlig. Et forlig, der nyder bred politisk opbakning blandt partierne i Inatsisartut.

Jeg synes, at forliget på mange måder indeholder nogle gode takter, der sender et tydeligt signal til os sundhedsprofessionelle om, at man fra politisk side ved, vi kæmper, og at man vil os.

Når det er sagt, synes jeg dog også, at forliget på en række punkter mangler både tyngde og substans. Tillad mig at komme med et enkelt nedslagspunkt. Partierne bag forliget retter i 'tema 6' blikket på rekruttering, fastholdelse og uddannelse.

Det finder jeg grundlæggende godt og fornuftigt, al den stund at jeg anser den enorme mangel på kvalificeret sundhedsfagligt personale som en ganske væsentlig udfordring i vores daglige arbejde.

En udfordring der er så omfattende, at den efter min mening roligt kunne have været prioriteret som nummer 1 og ikke nummer 6 ud af 8, som tilfældet er. Men lad det nu hvile.

Hvad, jeg derimod ikke mener, man kan sidde overhørig, er, at forligspartierne ganske vist anerkender de store omkostninger, der er forbundet med den konstante mangel på blandt andet sygeplejersker (så som implikationer for kvalitet og patientsikkerhed og den merbelastning, det betyder for de fastansatte), men ikke en eneste gang spørger sig selv, hvordan mon det kan være, at man har disse problemer.

Hvorfor finder man det ikke interessant at undersøge, hvor næsten halvdelen af alle grønlandsk uddannede sygeplejersker er forsvundet hen efter endt uddannelse?
I Grønland er de i hvert fald ikke. I det mindste ikke i sundhedsvæsnet.

Ligeledes må man glæde sig over, at vores parlamentarikere gerne vil uddanne flere unge grønlændere som sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Men hvad har man tænkt sig at gøre for at tiltrække flere til disse studier?

Og hvordan vil man efterfølgende fastholde dem? Da jeg læste, at man vil se på muligheden for et øget samarbejde med private aktører for at sikre opgavevaretagelsen i sundhedsvæsnet, var jeg lige ved at få min te af grønlandske urter i den gale hals.

Udover det strider mig inderligt imod, at private virksomheder skal generere et økonomisk overskud for offentlige midler og på ryggen af menneskers behov for sundhedsfaglig hjælp, finder jeg det dybt besynderligt, at ingen tilsyneladende undrer sig over, at Grønland på mange måder halter langt bagud de øvrige nordiske lande, hvad løn og arbejdsvilkår angår.

Kunne man måske forestille sig, at det spiller bare en lille smule ind, når det er så svært at rekruttere og fastholde, som tilfældet er? Eller tror man i rammeste alvor, at arbejdet stadig bærer lønnen i sig selv?

Som sagt sætter jeg stor pris på, at der nu er kommet så stærkt et politisk fokus på udfordringerne i sundhedsvæsnet.

Men udspillet kunne have vundet betragteligt i kvalitet, hvis man havde involveret de faglige organisationer under udarbejdelsen.

Heldigvis er det endnu ikke for sent at høre på sygeplejerskernes stemme, så de gode intentioner kan blive til virkelighed.

SYGEPLEJEFAGLIGE PERSPEKTIVER PÅ TAB OG SORG VED KRITISK SYGDOM OG DØD

Af Jette Marcussen, ph.d., cand.pæd.i pæd.psyk, sygeplejerske, forsker i tab og sorg og er ansat ved Institut for Sundhed og Natur, Ilisimatusarfik

Sorg er et tilstedeværende fænomen i det grønlandske samfund og i sygepleje. Patienter og familier oplever tab og sorg ved kronisk eller kritisk sygdom og efterfølgende død samt ved pludselig uventet eller traumatisk død, som for eksempel ved selvmord eller ulykker.

Som sygeplejersker må vi ikke overse de konsekvenser tab og sorg kan have for det enkelte menneske, der mister, da komplikationer ved sorg kan have konsekvenser for den mentale sundhed. Sygeplejersker er dem, der oftest yder omsorg til mennesker med tab og sorg, det er derfor væsentligt, at vi har den rette viden til kunne forstå, håndtere og støtte patienter, borgere og familiers oplevelser med tab, sorg og traumer.

Introduktion

Denne artikel har til formål at bidrage til inspiration og refleksive dialoger og forståelser af tab og sorg med fokus på at fremme omsorg for patienter og deres familier.

Tab og sorg er genkendelig i mange af livets forhold. Tab og sorg ses ikke udelukkende ved død, men kan i mange tilfælde overføres til andre oplevelser af tab.

Forskning viser, at tab og sorg for eksempel kan opleves, når ens børn, forældre, søskende eller partner har kronisk eller kritiske sygdom [1, 2].

Grønland kan tab også relateres til livsforhold som det at være et ”gavebarn”, eller oplevelsen af at man som barn blev adopteret væk og mistede geografisk og biologisk tilknytning (3,4).

Det kan også opleves hos de piger eller kvinder, som blev påført svangerskabsforebyggelse (spiralsagen).

I Grønland kan tab også relateres til livsforhold som det at være et ”gavebarn”, eller oplevelsen af at man som barn blev adopteret væk og mistede geografisk og biologisk tilknytning (3,4).

Det kan også opleves hos de piger eller kvinder, som blev påført svangerskabsforebyggelse (spiralsagen).

Sygeplejersker oplever dagligt møder, der kræver faglige kompetencer til at støtte patienter og familier med traumer, tab og sorg. Ud over forskning om selvmord og rapporten”sorg i Grønland” fandt jeg ved litteraturgennemgang ikke meget viden om tab og sorg. Studier om traumer, tab og sorg viser dog, at langt de fleste grønlændere har oplevet egne traumer, tab eller sorg, eller oplevet det hos nære pårørende [1, 2].

Disse oplevelser lever i vores liv og fortællinger og aktiveres ofte, når vi møder nye tab eller traumer ved for eksempel sygdom og død, som er omfattende i Grønland sammenlignet med andre lande trods det sparsomme befolkningsgrundlag.

TAB I GRØNLAND

GRØNLANDSK STATISTIK VISER, AT DER HVERT ÅR DØR CIRKA 500 INDBYGGERE I GRØNLAND.

CIRKA 45 DØR AF SELVMORD, I 2019 DØDE 38 AF ULYKKER, 133 DØDE AF KRÆFT OG CIRKA 160 DØDE AF SYGDOMME RELATERET TIL HJERTE, RESPIRATION ELLER CIRKULATION. RESTEN DØDEDE AF ANDRE LIDELSER ELLER OMSTÆNDIGHEDER [7].

Den "normale" sorg og forståelser af tab og sorg
I en grønlandsk kontekst kan vi med rette stille spørgsmålet: Hvad er normal sorg? Kan man overhovedet sige, at det er normalt at miste, og hvornår er sorgen så ikke normal, men kompliceret?

Begrebet normal sorg kommer af en forståelse om, at sorg er et eksistentielt grundvilkår. Det er generelt normalt, at vi mister ved død. Det eneste der er sikkert i livet er, at vi alle en dag skal dø.

Tab er at miste noget eller nogen, som har værdi for en. Tabsforståelse har i denne artikel en dobbeltbetydning og kan både være relateret til ikke-dødelige tab, og det konkrete tab af en elsket, nær person ved død eller adskillelse [8].

I relation til sygdom kan tab opleves som for eksempel; tab af funktion, tab af tid, tab af sociale relationer, tab af dagligliv, tab af erhvervsevne, tab af håb og mening. Flere sygeplejerskestuderende i vores studie beskrev tab af relationen til forælder efter deres skilsmisse, som en stor belastning i deres barndom, og at komplikationer i de nære relationer kunne fylde for dem under deres studie. Lige som sorg ved død er tab et grundvilkår alle mennesker vil blive konfronteret med i deres liv [2,9].

Sorg forstås som den proces, der opleves, når vi som barn, ung, voksen eller ælder skal mestre de følelsesmæssige belastninger og forandringer, det kræver at lære at leve med tab.

Det kan være enten de ikke-dødelige tab eller de konkrete tab af en elsket person ved død eller adskillelse. Sorgens intensitet har sammenhæng med den værdi, som det eller den man har mistet, har haft for en [8].

I vores foreløbige ikke publicerede data med de grønlandske sygeplejestuderendes oplevelser af tab og traumer, beskriver de, at de anvender mange forskellige sorgreaktioner og mestringsstrategier. Udover de almindelige beskrevne reaktioner er der en del af de studerende, som har traumeoplevelser og selvmordsrelateret sorg, som ikke har delt deres følelser og oplevelser med andre (undvigelse/tilbagetrækning). Det på trods af, at de beskriver, at de egentlig har et behov for at tale om det.

Efter et interview med en studerende, der havde oplevet en nær persons selvmord, kom hun efterfølgende og fortalte mig, at nu havde hun delt det med studiekammerat.

Historisk har der eksisteret mange forståelser af sorg. Den klassiske freudianske forståelse af sorg har inspireret en del til tænkning af sorg, som noget mennesker kommer sig over. Teorier har sat fokus på sorgprocessen, hvordan mennesker mestrer sorg, hvilke copingstrategier der er, og hvilke forhold der kan komplicere sorgen.

En af de meget anvendte forståelser i sundhedsvæsenet er den psykodynamiske tænkning præsenteret af psykiater Johan Cullberg. Den handler om, at krise forløber i fire faser; chok, reaktion, bearbejdning og nyorientering [10]. Denne teori får i dag en del kritik, da den bygger på faser. I forskning har den primært vist sig relevant til at forstå nogle menneskers sygdomsforløb, når de er forholdsvise forudsigelige.

Nyere evidensbaseret viden har gjort op med tænkningen om sorg i faser, samt at sorg over tid kan forsvinde. Denne artikel præsenterer denne nyere viden og forståelse af sorg præsenteret af de hollandske psykologer og forskere Margaret Stroebe og Henk Schut. Denne blev første gang præsenteret i et internationalt tidsskrift i 1999. Siden da har tænkningen udviklet sig og rummer perspektiver relateret til for eksempel komplikationer i sorg [11], forståelse af risikofaktorer ved sorg og familieperspektiver i sorgen. En del studier har også afdækket og testet forskellige perspektiver fra forskernes tænkning i interventioner [12].

To-procesmodellen (også kaldet tosporsmodellen) beskriver de stressfaktorer, som kan eksistere ved tab af en elsket person, og hvordan mennesker håndterer tab og tilpasser sig tab på sunde og usunde måder. Lykkedes mestring af tab, så fremmes den psykiske og fysiske sundhed.

To-processen ved tab og sorg består af tabsstressorer og restaureringsstressorer samt pendling mellem disse stressorer [10, 13]. De tabsorienterede stressfaktorer er de stressfaktorer, der på en eller anden måde relaterer sig til selve tabsoplevelsen, såsom sorgarbejdet, at bryde og knytte bånd, at fortrænge og undgå savn, at have følelsesmæssige reaktioner og generelt oplevelser af sorgens påtrængenhed.

De sekundære restaureringsorienterede stressfaktorer er også relateret til tabet, men de omfatter også konsekvenser af tabet og sorgen, såsom at være i stand til at gøre nye ting, acceptere livsændringer, at kunne distrahere sig fra sorg, undgåelse af savn og nye roller/identitet/relationer.

Disse orienteringer er kilder til stressfaktorer involveret i mestringsprocessen af sorg og kan være forbundet med stress og angst.
I vores studie ser vi, at flere sygeplejerskestuderende, som har svære oplevelser, anvender det at gå på studiet som en pause (restitution), samtidig kan de beskrive, at de har dage, hvor de ikke magter at komme af sted og må blive hjemme (de er i tabet). En studerende beskriver:

”Jeg fortæller ikke, hvordan jeg virkelig har det, for så vil de måske sige, jeg skal have orlov.”

De pendler således mellem de to rum i sorgen. Pendlingsprocessen bliver af Stroebe og Schut beskrevet som en dynamisk reguleringsproces, hvorved den sørgende dels undgår og dels konfronteres med sorgopgaver [13]. At kunne pendle mellem tabsorienteringen og restaureringsorientering er grundlæggende for sund mestring. Hvis sørgende oplever sig overloaded (overbelastet) i sorgen, kan det ifølge Stroebe og Schut beskrives som at; ”den efterladte har en oplevelse af at skulle håndtere mere end han/hun føler sig i stand til at mestre” – Det kan være for mange livsforandringer, krav, oplevelser eller andre stimuli” [14].

Sorgens reaktioner
Det Nationale Sorgcenter i Danmark støtter i øjeblikket Grønland i at etablere aktiviteter, der fremmer sorgarbejdet i befolkningen. I samarbejde med flere institutioner og indsatser er sorgstøttetilbuddet ”Aliasoqatit/Sammen om Sorg” etableret. Her tilbyder man sorgstøtte efter dødsfald. Selvom kulturen og normer i et samfund har indflydelse på, hvordan mennesket sørger, så er det enkelte menneskes sorgreaktioner efter tab individuelle.

Internationale studier viser, at cirka 20 procent af efterladte ikke har særligt stærke reaktioner på sorg og forholdsvis hurtigt tilpasser sig deres nye liv, men størstedelen af sørgende reagerer på sorgen.

I det følgende beskrives eksempler på følelsesmæssige, tankemæssige, fysiske, adfærdsmæssige og eksistentielle sorgreaktioner [10]. Der ses stor variation i følelsesmæssige reaktioner som tristhed, savn, overvældethed, vrede og angst.

Mange sørgende beskriver, at de ikke kan genkende deres følelsesreaktioner, eller de føler, de ændrer sig følelsesmæssigt i forhold til før deres sorg. De tankemæssige reaktioner, der ses ved sorg, kan for nogen være irrationalitet, for andre sørgende rationaliserer de deres tabsoplevelser, en del sørgende har tendens til at gruble meget over det skete og tænker måske, hvad de kunne have gjort for at undgå det. Andre bekymrer sig for om de selv har den samme sygdom og udvikler måske sygdomsangst.

Fysisk reagerer kroppen ofte med fysiske stressreaktioner. Dette kan give hovedpine, mavesmerter, smerter relateret til det som den der er syg eller døde havde, rastløshed samt søvnløshed. Enkelte sørgende udvikler stressudløst ”broken heart syndrome,” der ligner en blodprop i hjertet. Så man kan også dø af sorgen!

Ændrer den søgende meget sine adfærdsmønstre, så skal de professionelle være særligt opmærksomme. Skift i adfærd er et advarselstegn på, at sorgen kan udvikle sig til at blive kompliceret.

Det ses for eksempel, at unge fra sårbare skilte familier og/eller mænd, der bliver skilt eller mister en partner, har øget risiko for at udvikle alkoholmisbrug [2, 15].

Andre sørgende kan pludselig blive meget seksuelt aktive, hjemløse eller voldelige. Børn skifter måske fra at være meget sociale til at blive inaktive. Mange sørgende oplever også eksistentielle reaktioner; tabet kan synes meningsløst, ensomheden fylder, og håbløsheden eller angsten overtager det, som før har føltes meningsfyldt i livet.

En del af de sygeplejerskestuderende, vi har talt med, beskrev, at de følte sig ensomme, når de havde det svært.

De mange og forskellige sorgreaktioner, der ses som resultat af tab, er ofte afhængige af alder, køn, individ og omstændigheder ved det tab, man oplever [2, 10]. Sker død eller sygdom for eksempel pludseligt og uventet eller traumatisk, eller er man i langvarige sygdomsforløb, så viser forskningen, at sorgen ofte kan kompliceres.

LIDT OM MIG OG MIN FORSKNING

MIN INTERESSE FOR TAB OG SORG HAR UDSPRING I KLINISK PRAKSIS, FRIVILLIGT ARBEJDE I SORGGRUPPER I KRÆFTENS BEKÆMPELSE, MANGE SAMTALER MED PATIENTER, PÅRØRENDE OG SYGEPLEJERSKESTUDERENDE.

MIN PH.D. HANDLEDE OM TAB OG SORG HOS BØRN OG UNGE, DER MISTER EN SKILT FORÆLDER TIL KRÆFT OG DERES BEHOV FOR STØTTE.

VED ILISIMATUSARFIK ER VI I GANG MED PROJEKTER OM TRIVSEL, UDDANNELSE OG FASTHOLDELSE I SYGEPLEJEPROFESSIONEN, HVOR JEG HAR ANSVAR FOR PROJEKT OM STUDERENDES OG NYUDDANNEDE SYGEPLEJERSKERS OPLEVELSER MED TRAUMER, TAB OG SORG, OG HVORDAN DET PÅVIRKER TRIVSEL, FASTHOLDELSE OG BEHOV FOR STØTTE.

Når sorg bliver kompliceret

I Grønland er der endnu ingen studier, der viser hvor mange sørgende, der oplever komplicerede sorgreaktioner. Sorgen har, ifølge en rapport lavet i samarbejde med Det Nationale Sorgcenter, været underprioriteret. De mange unaturlige dødsfald der ses i samfundet, kombineret med mange tilfælde af alkoholmisbrug, krænkelser, seksuelt misbrug og vold, sandsynliggør dog, at sorgreaktioner fylder meget i Grønland. Rapporten viser for eksempel, at mister man en nær person til selvmord, som mere end 60 procent af grønlændere har oplevet, øges risikoen for komplicerede sorgreaktioner, hvilket også kan øge risikoen for selvmord [2, 6].

Det er vigtigt for de grønlandske sundhedsprofessionelle at være opmærksomme på, at for nogle sørgende kan sorgen og sorgreaktionerne blive så kompliceret, at den forringer livskvaliteten, trivslen og det daglige funktionsniveau hos sørgende og/eller de efterladte. Komplicerede sorgreaktioner er så intense, at de der sørger over tab eller er efterladte, ofte kan opfylde diagnosekriterier for psykiske lidelser og kræver behandling. En del patienter i psykiatrien har ofte oplevet tab og har komplicerede reaktioner på tab, men også personer med normal sorg kan opleve, at sorgen kompliceres. Taler man med hjemløse på gaden, så har de ofte oplevet tab eller traumer. For at forstå sorg og behandling af sorg kan det være essentielt at rangordne de komplicerede sorgreaktioner.

Dette ses i figur 1 (Larsen, L, Rettig Lauritzen L, O´Connor M. (2018), Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse, i Psyke og Logos). Figuren beskriver, at de komplicerede sorgreaktioner kan ses som dels symptomer på diagnosen ”vedvarende sorg” eller som psykiske lidelser for eksempel depression, angst eller PTSD.

Komplicerede sorgreaktioner kan også udvikle sig som fysiske lidelser og/eller tidlig død. Komplicerede nære relationer kan i forbindelse med tab også komplicere sorgen. Så når vi møder familier med konflikter, skal vi som sundhedsprofessionelle også være opmærksomme på behov for støtte [16].

Den nye sorgdiagnose: Vedvarende sorg (prolonged grief disorder)
10-15 procent af sørgende antages ud fra forskning at kunne opfylde kriterierne for vedvarende sorglidelse. Denne diagnose kom med i WHO ICD-11 diagnosesystemet og er først nu på vej til at blive implementeret i sundhedssystemet i Danmark [17].

I Grønland, som også arbejder under diagnosesystemet, er diagnosen heller ikke implementeret. Men det er vigtigt, at vi som sygeplejerske og sundhedsprofessionelle nu og i fremtiden kan møde de mennesker, der har denne lidelse alle vegne; for eksempel på hospitalerne, i regionerne, i bygder, på uddannelser, og hos sundhedsplejerskerne. Endnu dækker diagnosen kun den voksne, men symptomer kan også identificeres hos børn. Selv har jeg identificeret i et survey med unge, at 13% af dem, der mister en skilt/ikke skilt forælder ved død har symptomer på vedvarende sorg [18]. Vedvarende sorg er også identificeret hos familiemedlemmer, der yder omsorg hos kritisk syge og døende nære relationer [19].

Reaktioner på vedvarende sorg er karakteriseret af: vedvarende længsel efter afdøde og/eller vedvarende optagethed af afdøde. Den sørgende oplever en intens emotionel smerte (f.eks. i form af skyld, skam, vrede, tristhed, benægtelse/undgåelse, manglende accept af dødsfaldet, mangel på positive følelser, følelsesløshed, oplevelse af at have mistet en del af sig selv, samt svært ved at engagere sig i sociale eller andre aktiviteter).

Diagnosen kan tidligst stilles seks måneder efter tabet. Og lige som ved kompliceret sorg, så medfører sorgen en signifikant svækkelse af funktionsniveau for eksempelsocialt og i forhold til arbejdsevne. De reaktioner, der ses, overskrider typisk de normalt gældende sociale, kulturelle eller religiøse normer i samfundet [16, 17].

I et af mine studier møder jeg ”Tanya,” (anonymt), hun har trukket sig ind i sig selv, er holdt på uddannelse, kan ikke arbejde, oplever depression og angst, og skal have sin telefon ved sig hele tiden for at kunne ringe autosvar til sin afdøde mor op, så hun kan høre hendes stemme [15].

Hendes symptomer på sorg afspejler den vedvarende sorg, som fylder hele hendes dagligdag og fratager hende muligheden for at kunne fungere og trives.

Ventesorg (Anticipatory grief)
I Grønland er der mange mennesker, der lever med og har levet med traumatiske oplevelser selv og i deres familier. I sygeplejen kan vi derfor ofte møde tilstande af ventesorg hos patienter og familiemedlemmer, der oplever langvarig kritisk sygdom [1, 2, 9]. Her er det ofte truslen om død, mængden af tab og styrken af sygdommens påvirkning på patienten og familiens dagligdag, som resulterer i belastninger, der udløser en følelse af sorg. Som om man venter på døden.

I Grønland er der også stor udbredelse af kroniske livstilsrelaterede og kritiske sygdomme, som over tid også resulterer i dødsfald [7].

Ventesorg er også tidligere blevet beskrevet som en fremskyndet sorgreaktion. Oprindelig er to-procesmodellen udviklet til at forstå sorg ved død, men den kan også overføres til den oplevelse, mennesker kan have ved belastninger i ventesorg. Hvis man ikke formår at pendle mellem oplevelsen af tab og dagliglivet, kan det give en følelse af overbelastning i sorgen [14].

En af de unge pårørende til forælder i hæmodialyse i et af mine studier, beskriver om sin forælder, at ”det var lettere, hvis han var død [9]”.

Det, at betragte et nært familiemedlem, der lider, eller skulle rumme truslen om døden rundt om hjørnet, kan give så stor en stressbelastning, at det resulterer i ventesorg og risiko for udvikling af komplicerede sorgreaktioner [1. 9]. En af de studerende beskrev denne sorg i konfrontationen og truslen om at miste sin mormor, som var den person i hendes familie, hun havde følt sig stærkest tilknyttet, da begge forældre havde haft et overforbrug af alkohol.

Det er væsentligt, at sygeplejersker kender til denne ventesorg hos patienter og familie, så man kan forstå deres oplevelser af tab og sorg og støtte og forebygge komplicerede sorgreaktioner eller vedvarende sorg.

Hvilken rolle har sygeplejersker ved tab og sorg?
I projekt "Trivsel, uddannelse og fastholdelse i sygeplejeprofessionen" har jeg erfaret, at sygeplejersker på imponerende vis tager ansvar for at yde omsorg til patienten og de pårørende ved tab og sorg trods kæmpeudfordringer i det grønlandske sundhedsvæsen. Og i uddannelsen til sygeplejerske formidles viden om sorg og sårbare samtaler.

Der er i Grønland i det hele taget et stigende fokus på sundhedsprofessionelles kompetencer til denne omsorg, og på Dronning Ingrids Hospital er der blevet implementeret et palliativt team fra november 2023. Teamet skal støtte personale og patienter, der lever med livstruende sygdom. Samtidig er der blevet udviklet et tilbud for alle sygeplejersker i Grønland om at deltage i et kursus i palliation.

I projekt Trivsel, uddannelse og fastholdelse har projektgruppen feltnoter og interviews med nyuddannede sygeplejersker, der bliver tildelt yngre patienter. For eksempel i fyrrene, som er i udfordrende palliative forløb, fordi de, som de færreste af sygeplejerskerne i Grønland, er grønlandsktalende. Dette kan være en udfordring, når man er nyuddannet sygeplejerske, der måske selv har en tung bagage med tab og sorg i rygsækken. Samtidig kan det være et dilemma, da det kan være vigtigt for patient og familie at kunne tale på sit grønlandske sprog med en sygeplejerske, som kender kulturen, når man oplever at have det svært med lidelse.

Behovet for omsorg ved tab og sorg vil være forskelligt fra person til person afhængigt af de omstændigheder, der er ved tab, samt den intensitet og påvirkning sorgen har [10]. I dette afsnit beskrives nogle af de udfordringer, som sygeplejersker kan opleve ved sorgarbejde i Grønland, samt forskellige interventioner som sygeplejersker, patienter og pårørende beskriver i forskningen, der kan støtte ved sorg. Der rundes af med hvilke kompetencer sygeplejersker efterspørger for at yde omsorg ved tab og sorg.

Sygeplejersker er en af de faggrupper, som er mest til stede ved menneskers oplevelser med sorg i sundhedssystemet. For at kunne yde den rette omsorg er det vigtigt, at sygeplejersker har viden om sorg og kommunikative kompetencer til at støtte patienter og familier [2, 20].

Sygeplejersker i Grønland yder omsorg ved tab og sorg til en lille befolkning, som er fordelt på store geografiske afstande. Dette kan betyde, at lokale sygeplejersker kan opleve stor sandsynlighed for at have kendskab til den døende eller sørgende familie, deyder omsorg for, hvilket kan gøre det svært ikke at blive berørt af lidelsen [20].

Foreløbige data fra et af vores studier med nyuddannede sygeplejersker i det grønlandske sundhedsvæsen om traumer, tab og sorg viser, at de inden for kort tid efter deres start som færdiguddannede sygeplejersker oplevede at skulle yde omsorg i forbindelse med mange forskellige former for dødsfald. Dette krævede omsorgskompetencer rettet til patienter og familiemedlemmer, der oplever pludselig og uventet hjertestop, alvorlig ulykke, selvmord samt død efter langvarig sygdom. Sorgen kunne fylde så meget for de familier og børn med tab, som sygeplejerskerne skulle yde omsorg for, at de selv kunne opleve en sorg og belastning, som de skulle mestre uden nødvendigvis at få supervision eller støtte.

Der er intet problem i at blive berørt af andres lidelser, men bliver man så berørt, at man bliver udbrændt af det eller omsorgstræt, eller at det skygger for ens omsorg til patienten og familien, så bliver det en udfordring. Forskning peger på, at vi som sygeplejersker skal kunne håndtere omsorgen for sørgende, men at når vi selv oplever sorg på grund af tab i eget liv eller patienter eller de pårørendes liv, så kan det netop være svært at yde omsorg [20]. Det er vigtigt for sygeplejersker at få støtte til at kunne bevare den følelsesmæssige robusthed, så man er i stand til at yde den bedste pleje til dem, der oplever sorg.

Patienter og familier beskriver, at de har behov for støtte ved tab og sorg. De ønsker omsorgsfuld opmærksomhed, samtaler og viden, samt støtte til at håndtere udfordringer i nære relationer [20]. Sygeplejeinterventioner til støtte for patienter og deres familier under tab og sorg dækker over et bredt spektrum af interventioner. Et internationalt litteraturstudie har identificeret mere end 20 modeller og teoretiske forståelser til sorgstøtte inden for sygepleje.

For eksempel kan sørgende have gavn af kunst; kulturel og åndelig omsorg, samtaler samt understøttende mestringsstrategier.

Studiet identificerede blandt andet interventioner som: ”To-procesmodellen for håndtering af sorg”; ”Skilt familiefokuseret omsorg”; ”Familie Styrkende Terapeutiske samtaler”; samt en tilgang om forståelser af børns sorgproces [20].

Flere grønlandske sygeplejerskestuderende bekræfter også, at kulturen kan være en støtte. For eksempel beskriver de naturen som et sted, de kan arbejde med sorgen: ”Derude kan jeg være mig selv.”

Det er også væsentligt at kunne yde omsorg på tværs af generationer. Unge, der har fået gruppestøtte efter at have mistet en forælder til kræft, beskriver, at det de oplevede, som hjalp dem i deres sorg i gruppen, var; at kunne fortælle sin historie, at få viden og forståelse om sorg, at modtage støtte til at forstå sine egne reaktioner, støtte til at finde positive minder frem (dette kan forebygge kompliceret sorg), støtte til at håndtere konflikter i relationer, samt støtte og samtale til at tænke på sin fremtid uden den mistede.

International forskning bekræfter dette og beskriver også at gode og kontinuerlige relationer for børn og unge til både bedsteforældre, skole/institution, venner og naboer, stedfamilie samt fritidsaktiviteter og kommunale/statslige foranstaltninger kan have indflydelse på at fremme sundhed ved tab og sorg [20].

Hvis pårørende, der yder omsorg for døende eller efterladte udviser symptomer på komplicerede sorgreaktioner, kan de særligt have behov for støtte og professionel indsats. Her er det væsentligt at kunne identificere, hvorvidt intensiteten i sorgen påvirker deres funktioner i dagligdagen, samt den varighed som dette har [20].

Ifølge Stroebe og Schuts to-proces model så vil sørgende, som har udfordringer med at pendle mellem tabet og restaurering, udfordres på deres mentale sundhed og kan udvikle symptomer på kompliceret sorg [14]. Udvikler borgere disse symptomer, viser forskning, at de kan have behov for psykoterapeutisk indsats.

Ifølge de foreløbige data fra samtaler og interview, som vi har haft med studerende og sygeplejersker på tværs af det grønlandske sundhedsvæsensamt anden forskning om sygeplejerskers behov for kompetencer, udtrykker sygeplejersker behov for mere viden om tab og sorg for at kunne støtte patienter og familier i kritiske livssituationer; behov for organisationelle rammer og tid, og behov for at udvikle kompetencer til at kommunikere, og samtale om de eksistentielle perspektiver relateret til tab [9, 20]. Sygeplejersker har dog også behov for supervision i forhold til at kunne håndtere deres belastninger; deres personlige såvel som faglige erfaringer med tab og sorg, så disse ikke kommer til at stå i vejen for deres omsorg.

Opsummering og perspektivering

Denne artikel rummer nogle af de handlemuligheder og tanker, som måske kan kvalificere sygeplejen i Grønland. Der er nemlig et behov for i sygeplejen for at kunne yde omsorg til patienter og familie ved tab og sorg under kritisk sygdom og efter død.

Artiklen har beskrevet en generel viden om tab og sorg, som vi kan anvende i forståelse og støtte af patienter og familier, dels for selv at have viden, og dels for at kunne formidle viden og omsorg til patienten og familier. Viden og forståelse af to-procesmodellen kan støtte både de, der oplever ventesorg, og de, der er efterladte i at forstå deres egen mestring med tab, og legitimere, at der er dage og rum til savn, og dage og rum til at fokusere på nutid og fremtid. Mestres pendling mellem disse to dimensioner i sorgen, så fremmes den mentale sundhed. Modsat, hvis sørgende ikke mestrer dette, vil de kunne udvikle komplicerede sorgreaktioner.

Det er vigtigt, at vi som sundhedsprofessionelle kan anvende den beskrevne viden og identificere symptomer på kompliceret og vedvarende sorg, således af patienter og familier kan få den rette støtte. I denne artikel har jeg ikke dækket de muligheder, der er for støtte i samfundet, men det er vigtigt, at vi som sygeplejersker også kan henvise til tværfaglige samarbejdspartnere, når der er behov for det.

For eksempel foregår der i øjeblikket en træning blandt professionelle i forhold til selvmord. Der er mange støttemuligheder, men der er behov for mere viden og forskning i det grønlandske samfund og i sygeplejen om borgeres mestring af tab og sorg og deres behov for støtte.

På Ilisimitusarfik, Institut for Sundhed og Natur er vi i gang med to tiltag relateret til traumer, tab og sorg.

Dels, arbejder vi på at udvikle trivselsfremmende indsatser til sygeplejestuderende relateret til deres personlige og faglige oplevelser med traumer, tab og sorg - også for at fastholde flere grønlandske sygeplejerskestuderende og sygeplejersker i sundhedsvæsenet.

Dels udvikler vi en sorgrådgiveruddannelse i samarbejde med 'Det Nationale Sorgcenter' i Danmark. Den vil kunne tilbydes på tværs af omsorgsuddannelser og kvalificere sygeplejersker eller sundhedsprofessionelle med viden og kompetencer til at mestre de møder, du har med patienter og familier med tab og sorg. Det forventes, at uddannelsen kan starte op i efteråret 2024.

Tak til lektor, ph.d. og sygeplejerske, Karen Marie Sangild Stølen, Professionshøjskolen, KP, Hillerød og Udviklings og udviklings- og uddannelsessygeplejerske, Louise Lennert Olsen, Dronning Ingrids Hospital, for fagfællebedømmelse.

Referencer

[1] Shore JC, Koch LM, Gelber MW, Sower E. Anticipatory Grief: An Evidence-Based Approach. J Hosp Palliat Nurs 2016;18(1):15-21.

[2] Det Nationale Sorgcenter, Graven Østergaard, T., Grube, B., Viskum Lytken Larsen C. Sorg i Grønland - En undersøgelse af sorg og kortlægning af sorgaktører og tilbud. 2020.

[3] Rink E, Reimer GA, Anastario M, Watson Z. The influence of kinship networks and family relationships on pregnancy dynamics in North Greenland. Elementa (Washington, D.C.) 2021;9(1).

[4] Jensen EL, Nexø SA, Thorleifsen D. Historisk udredning om de 22 grønlandske børn, der blev sendt til Danmark i 1951. Kbh: Regeringen; 2020.

[5] Bolliger L, Gulis G. The tragedy of becoming tired of living: Youth and young adults' suicide in Greenland and Denmark. Int J Soc Psychiatry 2018;64(4):389-395.

[6] Seidler IK, Tolstrup JS, Bjerregaard P, Crawford A, Larsen CVL. Time trends and geographical patterns in suicide among Greenland Inuit. BMC Psychiatry 2023;23(1).

[7] Statistics Greenland,. Greenland in figures. 2022 :34 sider.

[8] Stroebe M, Hansson RO, Schut H, Stroebe W. Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2008.

[9] Marcussen, J., Madsen, R., Bonner, A., Agerskov, H. Perceptions of haemodialysis nurses regarding patients' and families' loss and grief . 2023(Journal of Renal Care).

[10] Giv sorgen ord : sorgkultur i forandring. 1. udgave udg. Kbh.: Munksgaard; 2019.

[11] Stroebe M, Schut H, van dB. Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2013.

[12] Fiore J. A Systematic Review of the Dual Process Model of Coping With Bereavement (1999-2016). Omega (Westport) 2021;84(2):414-458.

[13] Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade On. Omega 2010;61(4):273-289.

[14] Stroebe M, Schut H. Overload. Omega: Journal of Death & Dying 2016;74(1):96-109.

[15] Marcussen J, Thuen F, O´Connor M, Hounsgaard L, Wilson R. Double bereavement, mental health consequences and support needs of children and young adults - when a divorced parent dies of cancer. J Clin Nurs 2020;29(7-8):1238-1253.

[16] Larsen L,f.1966-11-08, O'Connor M, Lauritzen LR. Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse: begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. Psyke & logos 2018;39(1):15-36.

[17] World Health Organisation. ICD-11 6B42 Prolonged grief disorder. 2018.

[18] Marcussen J, Hounsgaard L, O´Connor M, Møller S, Wilson R, Thuen F. Parental death in young adults with divorced compared to non-divorced parents: The effect on prolonged grief and mental health. Death Stud 2021;45(45):437-450.

[19] Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin M. Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. J Pain Symptom Manage 2017;53(3):540-550.

[20] Madsen R, Larsen P, Fiala Carlsen AM, Marcussen J. Nursing care and nurses' understandings of grief and bereavement among patients and families during cancer illness and death - A scoping review. Eur J Oncol Nurs 2022;62:102260.

VI HAR ALLE ET ANSVAR I KAMPEN FOR BEDRE ARBEJDSFORHOLD

Af Petra Luna Fuglø, tidligere næstformand PK

Vores nuværende overenskomst udløber 1. april 2024.

Det betyder, at vi i begyndelsen af næste år skal forhandle en ny overenskomst på plads.

Og netop kampen om ordentlige arbejdsvilkår er essensen af fagforeningsarbejdet. Det var fagforeningerne, der kæmpede for kortere arbejdsdage med sloganet:

”8 timers arbejde, 8 timers frihed, 8 timers hvile”.

Gennem overenskomstforhandlinger har fagforeningen også sikret retten til barsel og et større antal feriedage – noget, som mange i dag tager forgivet.

Men hvorfor er det ofte en kamp at få overenskomsten på plads? Det burde jo være i alles interesse, at vi har gode løn- og arbejdsvilkår.

Sundhedsvæsenet har dog kun en vis sum penge at gøre godt med, og ved hver overenskomstforhandling skal disse penge fordeles

Den en part (arbejdsgiverne) presses af politikerne til at skære ned på udgifterne og effektivisere.

Omvendt vil vi som lønmodtagere have en løn og arbejdsvilkår, som afspejler vores værdi i samfundet.

Internt har vi også forskellige ønsker. Nogen vil have højere løn, mens andre hellere vil have mere frihed. Derfor kan bølgerne gå højt, når der i PK’s bestyrelse diskuteres, hvilke ønsker, der skal kæmpes for.

Det er formanden, der sidder ved forhandlingsbordet.

Derfor er det også ham, der står for skud, hvis medlemmerne ikke er tilfredse med det resultat, der er forhandlet frem til.

Det betyder dog ikke, at det kun er formanden, der har fejlet, hvis vi ikke opnår vores ønsker. Vi har alle et ansvar for at tage del i kampen. Derfor skal vi også give vores mening til kende, hver gang muligheden byder sig. På den måde bliver det nemlig sværere for politikerne at ignorere os, når der skal afsættes midler til sundhedsvæsenet.

Snart mødes fagforeningerne og arbejdsgiverne for at udveksle krav, inden man går i gang med de endelige forhandlinger.

Hele denne proces er forholdsvis hemmelig, hvilket kan være ganske frustrerende for os medlemmer. Der er dog en grund til, at kortene holdes tæt på kroppen.

De to sider ønsker nemlig ikke, at den anden part ved, hvad man har at forhandle med. Det svarer lidt forsimplet til den forhandling, man har i forbindelse med et boligkøb. Her vil køber gerne have boligen billigst muligt, mens sælger vil have en høj pris. Derfor er det bedst, hvis sælger ikke kender købers økonomi, da de så kan presse prisen op.

På vores hjemmeside og Facebook-side kan du følge med i, hvornår der planlægges informationsmøder omkring vores næste overenskomst. Vi opfordrer alle til at engagere sig i debatten og støtte op om det arbejde, der ligger foran os.

HELE LANDET ER MIN ARBEJDSPLADS

Af Mads Malik Fuglsang Holm

Mininnguaq Olsen har oplevet mange steder i Grønland gennem arbejdet som sygeplejerske. Hun ser det som en mulighed for at møde nye mennesker og opleve Grønlands mangfoldighed.

Hvornår vidste du, at du ville være sygeplejerske?
- Det var meget tilfældigt. Efter GU havde jeg et ønske om at afprøve mine personlige grænser, og så faldt valget på sygeplejeskolen.

Beskriv en typisk dag på arbejdet:
- Hjemmesygeplejen i Sisimiut er tilknyttet sygehuset og består af en sygeplejerske og en sundhedsassistent. Vi arbejder mandag til fredag fra kl 8-16 og har vores egne patienter.

Arbejdsdagen starter med, at vi planlægger og forbereder os til dagens patienter. Som regel er der 1-8 hjemmebesøg. Vi arbejder meget selvstændigt og med mange forskellige patienter, så hver dag er unik.

Eftermiddagen bruges til dokumentation af dagens patienter og på at pakke medicin.

KORT OM MININNGUAQ OLSEN

FØDT OG OPVOKSET I SISIMIUT

BLEV I 2004 UDDANNET I NUUK SOM SYGEPLEJERSKE I PEQQISSAANERMUT ILINNIARFIK

ARBEJDER SOM SYGEPLEJERSKE I HJEMMESYGEPLEJEN PÅ REGIONSSYGEHUSET I SISIMIUT

Hver tirsdag arbejder vi på grund af personalemangel i konsultationen/ lægeklinikken.

Hvad er det mest positive i arbejdet som sygeplejerske?
- Jeg elsker mit job som sygeplejerske. Det er meningsfyldt at hjælpe andre mennesker, patienter og pårørende, ind i livet, gennem livet og ud af livet.

Hvis man ser positiv på tingene, byder jobbet som sygeplejerske på et hav af muligheder.

Hvad er den største udfordring i arbejdet som sygeplejerske?
- Svære samtaler med patienten og pårørende. Inden samtalen er det vigtigt at gøre sig klart, hvilken information patienten og de pårørende skal have. Man skal mærke deres verbale og nonverbale kommunikation og prøve at få stemningen til at blive så afslappet, som muligt.

Hvad har du af drømme for fremtiden?
- Vil gerne læse videre. Jeg kunne også godt tænke mig at komme ud og arbejde alle steder i Grønland. Jeg elsker at rejse og møde andre mennesker, kulturer mv.

Jeg er ofte i Kangerlussuaq for at arbejde på sygeplejestation. I år har jeg også været i Narsaq på sygehusets sengeafdeling/konsultation og i Maniitsoq for at arbejdet på sengeafdelingen.

Hvad har du af drømme for fremtidens sundhedsvæsen i Grønland?
- Flere uddannede grønlandske sygeplejersker.