

Udveksling i Sisimiut Grønland

August 2018



Navn: Pernille Dam

Hold: BSE16 Bornholms sundheds- og sygeplejeskole

Mail: 702162120@kb.dk

Klinisk undervisningssted: Sisimiut Regionssygehus -
Grønland

Begrundelse for min udveksling:

Jeg havde ingen tanker om at skulle i udveksling under mit studie indtil den dag vi havde et oplæg om det. Grønland vakte min interesse og jeg begyndte at læse om det Grønlandske sundhedsvæsen og de særlige udfordringer de har. Det skærpede min interesse. Det gjorde indtryk på mig og vakte min nysgerrighed at læse om hvor bredt man arbejder sammenlignet med de meget specialiserede afdelinger herhjemme. Jeg blev tiltrukket af tanken om den brede sygepleje.

Desuden mener jeg, at vi som sygeplejersker skal kunne rumme alle uanset hvad de kommer med, uanset hvilket liv de har levet og ikke mindst hvor forskellige de måtte være fra en selv. Jeg føler mig overbevist om, at jo mere vi udfordre os selv som mennesker og eksponere os for noget som er forskelligt fra os, jo bedre bliver vi i stand til at rumme dette, og jo bredere bliver vores horisont.

Det Grønlandske sundhedsvæsen:

Grønland er over 2 millioner km² stort men med en befolkningstæthed på bare 0,03 pr. km² mod 126,1 pr. km² i Danmark. Flertallet af de godt 56.000 grønlandere bor i hovedstaden Nuuk i Sydgrønland hvor klimaet også er mildest.

Det Grønlandske sundhedsvæsen, Peqqik, påbegyndte i 2011 en reform hvor et større antal distrikter blev lagt sammen til fem regioner. Hver af disse har et regionshospital. Det største, Dronning Ingrid's Hospital i hovedstaden Nuuk minder på mange måder om et hospital i Danmark, dog er patientbilledet bredere. Ud over de 5 regionshospitaller, er der i mindre byer Sundhedsstationer og i mindre bygder er der en bygdestation. Bemandingen på disse stationer er af varierende uddannelsesniveau, dog er et minimum en 22 ugers basal sundhedsuddannelse. Sundheds- og bygdestationerne hører under et regionshospital og har dette som faglig sparringspartner. Desuden blev der i 2008 indført en telemedicinsk enhed i bygder med mere end 50 indbyggere.

Særlige udfordringer:

Grundet de demografiske forhold, infrastrukturen samt klimaforhold er det en særlig udfordring at levere lighed i sundhedsydelser i Grønland. Behov for akut eller specialiseret behandling kan grundet nævnte faktorer ikke altid indfries. Ligeledes er der sundhedsudfordringer som er anderledes end i Danmark. Der er et stort antal rygere, der er høj forekomst af selvmordsforsøg, der er mange med et stort alkoholforbrug og der er mange tilfælde af incest samt mistrivsel blandt børn og unge. Som i hele den vestlige verden er livsstilssygdomme såsom diabetes i vækst.

Forberedelser:

På det praktiske plan har udvekslingskoordinatoren på min skole stået for at formidle min udveksling og da den var på plads, formidlede hun kontaktinformation til udvekslingsstedet til mig. Via disse har jeg selv stået for at anskaffe mig studiebolig under opholdet. Sisimiut sygehus har ofte studerende, både egne og i udveksling, derfor har de en 4-værelses lejlighed som fungerer som kollegie. Prisen er 850 kr. pr. måned. Der er linnede og håndklæder så man sparer på de kostbare tilladte 20kg bagage i flyet. Herudover har jeg forberedt mig på samme måde som jeg ville have gjort til enhver anden rejse.

Økonomisk har jeg via Nordkvist modtaget støtte som har dækket størstedelen af mine rejseomkostninger. Jeg har derfor valgt ikke at søge yderligere støtte andre steder. Mange yder kun støtte til ophold på minimum 3 måneder. Fagligt har jeg forberedt mig ved at forholde mig til mine læringsudbytter sammenholdt med den viden jeg indtil min rejse kunne finde om det Grønlandske sundhedsvæsen og sundhedsudfordringer og så har jeg ellers prøvet at indstille mig på at have et åbent sind omkring hvad jeg ville møde.

Min udveksling:

Min udveksling var lidt anderledes end normalt idet det ikke var muligt at få en plads til mig grundet egne studerende. Men jeg blev tilbudt at rejse i min sommerferie, det vil sige at jeg havde overstået min 4. semester eksamen og derved indfriet mine læringsmål. Herved var jeg lidt mere fritstillet end jeg normalt ville have været. Der blev dog udformet en læringskontrakt med læringsudbytter som pejlepunkter.



Udvekslingssted:

Sisimiut, på dansk Holsteinborg, er Grønlands næststørste by beliggende 300 km nord for Nuuk på vestkysten. Der er ca. 5500 indbyggere. Byen huser et af de fem regionshospitaller, Sisimiut sygehus. Her er alt under et tag, det vil sige læge- og sygeplejerske konsultationer, sundhedspleje, hjemmesygeplejerske, jordemoder, psykiatrisk sygepleje, venereaklinik, skadestue, sengeafdeling, laboratorie, røgtgen, apotek og en mindre operationsgang.

Ankomst:

Forud for min ankomst havde min vejleder fået min rejseplan og informeret om at jeg ville blive hentet i lufthavnen af en medarbejder fra sygehuset. Jeg havde dog ikke forventet at blive hentet i ambulance! Man kan sige, at det var mit første møde med et anderledes sundhedsvæsen – et sundhedsvæsen hvor man må finde løsninger med de midler man har til rådighed, og en af dem er, at ambulanceførere også er portører, servicemedarbejdere, hjælpere ved forflytninger eller i skadestuen hvis der lige er brug for en stærk hånd til at klippe en fiskekrog over eller lægge pres på en pulserende blødning fra en skadet hånd. Jeg blev kørt til lejligheden hvor jeg skulle bo. Jeg havde nu dagen samt næste dag fri da min vejleder havde fri grundet weekendvagt. I lejligheden boede 2 andre, en Grønlandsk studerende og en dansk nyuddannet fysioterapeut som 3 uger forinden var blevet fastansat ved sygehuset. De var meget åbne og imødekommende og kunne bidrage med relevante informationer og hyggeligt selskab. Det var rart ikke at være helt alene nu jeg først skulle starte praktikken 1 ½ dag efter ankomsten.

Praktikken:

Jeg blev mødt af en frejdig, smilende sygeplejerske med en kraftig jysk accent - min vejleder som havde været på Sisimiut sygehus i 3 år. Hun arbejdede på sengeafsnittet, primært i aftenvagter og jeg fulgte hendes vagter. Hun viste mig rundt på sygehuset og fortalte mig lidt om arbejdsgangen i huset. Vi indledte herefter med en samtale om mine hidtidige praktikker og hvad jeg havde særligt interesse i. For eksempel har jeg i mine praktikker ikke håndteret medicin. Med udgangspunkt i dette blev mit arbejde tilrettelagt og jeg fik i meget høj grad lov at plukke ud blandt de aktuelle patienter eller procedurer jeg gerne ville lære, eksempelvis anlæggelse af PVK. På mine vagter stod jeg for medicinen således at jeg fik mulighed for at oparbejde rutine. I øvrigt er alt medicin gratis på Grønland. Et tiltag for at mindske ulighed og sikre lige behandling. Ligeledes er alle former for prævention gratis og lettilgængelig, men der er bekymrende mange provokerede aborter set i forhold til at prævention er gratis. Det hed sig på sygehuset, at var der en torsdag (som var dagen for det indgreb) uden provokerede aborter ville sygehuset give kage. Jeg hørte at det skete 2 gange året før. Jeg tænker at der skal andet og mere til end gratis prævention for at ændre den adfærd. Lidt senere i min tekst taler jeg om indsigt og viden om krop og sundhed i forbindelse med livsstilssygdomme men tænker, at det også er en stor del af forklaringen her, samtidig med en kultur, hvor man ikke har tradition for at reflektere så meget. Historisk har man levet et meget enkelt liv og refleksion har ikke haft den store plads der.

Personalegruppen, som i øvrigt alle var enormt imødekommende og gode til at byde en velkommen trods de konstante og mange udskiftninger, er en blanding af danskere og Grønlandere, dog er lægerne udelukkende danske. Nogle er der i et vikariat, nogle i en rotationsordning (anæstesi) andre er fastansat.

Sproget er både Grønlandsk og dansk, og det tales i en blanding så man indimellem bliver lidt rundtosset over alle de skift i sprog. Alle skilte og tekst materiale er på begge sprog. Man løser det hvis der er brug for tolk, det er lidt en integreret del af arbejdet.

Som beskrevet er alt under et tag men alt er også småt og ressourcerne begrænset. Man har et røgtenrum men ikke nødvendigvis personale på vagt som kan betjene udstyret. Man har en skadestue men ikke en døgnbemanding. Man har læger, men ikke specialer og så fremdeles. Der er 15 + 4 senge på afdelingen. 14 almindelige senge, 1 akutstue med ekstra udstyr og 4 kælderpladser til patienter der kan klare sig selv, men som venter på at rejse videre til fx Nuuk eller gravide som bor i en bygd og venter her på terminen. Mine vagter var på sengeafsnittet og de fleste af dem om aftenen. Der er en sygeplejerske i vagt om aftenen, en portør samt to øvrige sundhedspersonale af meget varierende uddannelsesniveau. Der er assistenter som vi kender det, dog med en lidt kortere uddannelse, så er der en plejer med kortere uddannelse og der er også ufaglærte. Om aftenen har sengeafdelingen også ansvaret for det vi herhjemme kender som 1813 samt skadestuen. En aftenvagt er meget uforudselig alt efter om og hvad der kommer ind. Der er ingen læger i huset om aftenen, de skal kaldes ind ved behov.

Patientbilledet på sengeafdelingen er meget forskelligt fra det vi kender i Danmark. Her er der ingen specialer. Den psykiatriske patient ligger side om side med den ældre apoplektiske plejepatient som venter på en plads på plejehjemmet og overfor patienten med peritonealdialyse som har udviklet peritonitis. På stuen ved siden af ligger måske den nybagte mor og barn sammen med den suicidal patient. Umiddelbart oplevede jeg ikke denne blanding af patienter som et problem. Personalet tog de nødvendige hensyn når mulighederne tillod det og placerede patienterne med størst muligt hensyn til deres plejebenhov og udfordringer. Derimod oplevede jeg flere gange, at sociale forhold var problematiske. Idet byen er så lille, kender de fleste hinanden og mange har relationer. Vi kom flere gange til at placere patienter på samme stue som havde en eller anden social konflikt og måtte i gang med et puslespil for at imødekomme deres behov for at blive adskilt. Den ene gang var det plejemor og hendes middel aldrende plejedatter. Plejemor havde for mange år siden smidt plejedatteren ud hjemmefra og nu lå de der syge overfor hinanden på samme stue. Et aspekt jeg ikke har tænkt på hjemme.

Som nævnt er man i aftenvagt ene sygeplejerske og har det overordnede ansvar. Patientudsnittet skal indtænkes i tilrettelæggelsen af pleje og behandling men også kompetencer hos det øvrige personale. Da det er meget varierende, er det en vigtig faktor at indtænke i planlægningen. Det kliniske lederskab hos sygeplejersken er afgørende, hun kan aldrig forudse hvad der kommer ind i løbet af vagten pga. skadestue og 1813 telefonen og må prioritere sine opgaver herefter. Det kliniske lederskab kommer også i spil i vurderingen om der skal kaldes personale ind. Måske er der brug for et røgten billede, men kan det vente? Hvad udsætter jeg patienten for ved at lade det vente kontra at kalde et personale ind som måske har haft

mange vagter og igen skal på vagt dagen efter. Denne opvejning er et nyt aspekt af det kliniske lederskab jeg ikke har mødt tidligere eller tænkt på som noget jeg skulle stå med ansvaret for at vurdere som sygeplejerske. Jeg oplevede flere gange i begyndelsen at overhøre telefonsamtaler på 1813 hvor jeg tænkte åhhh så lad dem dog komme ind, det skader jo ikke. Men efterhånden som dagene gik begyndte det store billede at tegne sig og jeg forstod denne prioritering.

Som nævnt tidligere, er forekomsten af livsstilssygdomme i vækst i Grønland. Der var et ganske stort antal af patienter med type 2 diabetes. Nogle kom ind af anden grund men en del kom også fordi de ikke fulgte nogen behandling hjemme og deres almene tilstand var dårlig. Jeg fik den klare opfattelse under mit ophold at mange Grønlændere ikke har nogen særlig viden eller slet ingen viden om sundhed, sygdomme og sammenhæng mellem livsstil og sygdom. Det oplevede jeg som problematisk. En af de vigtige redskaber i forhold til at forebygge og bekæmpe netop denne type sygdom er forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, men hvordan forebygger man og arbejder sundhedsfremmende men en befolkning hvor flertallet som stort set ingen indsigt og viden har? Jeg oplevede at patienterne i stor grad lagde ansvaret helt fra sig når de blev indlagt. Nu var de på sygehuset og så var det vores opgave og mange forstod ikke deres egen rolle. De var ikke nysgerrige, undrende, reflekterende omkring deres situation, det var ligesom ikke deres opgave. Lidt som at aflevere sin bil til mekanikerne, der forventer man heller ikke at man hverken skal deltage i løsningen af problemet eller forstå problemet, for at sætte det lidt på spidsen. Der er ingen tvivl om, at det Grønlandske samfund har en stor opgave i at skabe større viden og indsigt i befolkningen for at forebygge livsstilssygdomme.

En anden udfordring som jeg tidligere har nævnt, er den høje forekomst af selvmord og selvmordsforsøg. Desværre oplevede jeg også det i min praktik. I løbet af de første 10 dage var der 4 suicidal patienter. I alt var der 5 under mit ophold. De 4 var unge mellem 16 og 19 år. Vores opgave i forhold til disse patienter var primært medicinsk behandling, observation og almindelig pleje hvorefter vi faciliterede den tværfaglige kontakt til familiecentret. Jeg oplevede det som uforløsende ikke at gå dybere ind i situationen end den medicinske behandling og observation, men her er nok et eksempel på konsekvensen af ikke at have specialer. Jeg havde det svært med, at vi ikke tilbød dem andet end en seng og medicinsk behandling. Netop det at der ikke er specialer og konsekvenserne af dette oplevede jeg talrige eksempler på. Alle gør sit bedste og mange har en meget bred viden og mangfoldige kompetencer, men man kan nu engang ikke CT scanne uden en CT-scanner, så når der kommer en patient ind med obs. apopleksi så er de ikke lige så godt stille som havde de boet i Nuuk, sådan er det. Tidsfristen for at bringe en sådan patient til Nuuk for udredning og dermed også mulighed for at begynde behandling er 7 dage – her er den 24 timer. Jeg skulle bruge lidt tid på at affinde mig med at der var ting vi ikke kunne. Når man ved at noget er en mulighed og kan se et behov, men vi har bare ikke muligheden her, kan det være en udfordring af finde

fred med at arbejde sådan et sted. Det oplevede jeg i høj grad at personalet og også patienterne formåede. Et eksempel var en patient som vi frygtede ville udvikle sepsis hans CRP var 480 og hans PVK gik subcutant. Der var særlige udfordringer omkring anlæggelse af et nyt. Optimalt ville man have anlagt et CVK så han var sikret sin intravenøse behandling, men der var ingen med den kompetence. Jeg gik nogle dage med frustration over at en så relativt enkelt procedure ikke var mulig og mente at det måtte der da være en læge som ville kunne lære. Mine tanker og reaktioner tænker jeg bundet meget i de muligheder vi har hjemme og den "vi-skal da-løse-det-kultur". Men essensen af at være i Grønland er netop i høj grad at forstå og mentalt indstille sig på, at sådan er det ikke der. Ressourcerne er begrænset og mulighederne ligeså. Der er som jeg siger ingen afkørsel, er man landet der i en by hvad enten det er med skib eller fly, er man DER og ikke alle mulige andre steder.

Den sidste ting jeg gerne vil fortælle lidt om, som jeg oplevede anderledes end i Danmark er familien. Familien betyder alt og din eksistens er meget tæt forbundet med din familie. Der er sociale ydelser som understøtter folk så din eksistens kan på et praktisk plan opretholdes uden din familie, men kulturelt, socialt og mentalt er man meget stærkt knyttet til sin familie. Det har jeg oplevet både gode og dårlige sider af. Rent praktisk betyder det, at der på sengeafsnittet ofte er mange besøgende døgnet igennem. Jeg oplever at man rummede det helt fantastisk og i mange tilfælde udgjorde de pårørende en ressource som aktivt blev inddraget i plejen, det var helt naturligt. På afdelingen havde vi en meget dårlig patient gennem hele min praktikperiode, på et tidspunkt var der tvivl om denne patient ville overleve. Patienten havde et barnebarn der skulle døbes og sådan lidt uden at afklare det med personalet fik familien som i øvrig var talstærkt repræsenteret under hele forløbet, arrangeret at barnedåben blev afholdt på afdelingen. Det håndterede personalet med en skuldertrækning og et smil. Det tænker jeg ikke var gået hjemme, men det var da en smuk og fantastisk løsning.

Jeg nævnte at jeg både har set gode og dårlige sider af de stærke familiebånd. Min personlige tolkning er at netop de stærke familiebånd samtidig kan være medvirkende årsag til at nogle unge vælger at forsøge selvmord når de står i en for dem uløselig situation. Vi taler meget om den sociale arv og om at bryde med den sociale arv, men jeg tænker at jo stærkere familiebåndene er jo sværere er det at bryde med den sociale arv. Det faktum, at der som jeg tidligere sagde, "ikke er nogen afkørsel" gælder også rent mentalt. Din skæbne er forbundet med din familie og bryder du med din familie er der ikke noget alternativ. I Grønland er der mange tilfælde af incest og overgreb på børn og unge og det har været og er stadig i nogen grad tabu. Det er man som samfund ved at gøre op med og forskellige politiske initiativer er sat i værk. Allerede på min rejse derop så jeg et eksempel herpå, da jeg mellemlandede. I ventesalen var der en planche som meget visuelt beskrev børns rettigheder og gjorde op med tidligere tiders kultur. Min pointe er, at man som samfund kan og skal gøre meget for at beskytte børn og unge via lovgivning og praktiske

foranstaltninger, ved at ændre på normalitetsbegrebet, men den kulturelle arv og adfærd er stærk og lader sig ikke ændre i takt med indførsel af love, regler og kampagner. Hvor går man hen i et samfund hvor familien betyder alt og man ikke har tradition for at eksistere eksplicit som individ? Nogle af de suicidale unge vi havde indlagt, oplevede jeg som eksempler på denne konflikt. Der er ingen tvivl om at man som samfund er på rette vej, men som jeg ser det, efterlader tidens ændringer mange i et tomrum.

Afrunding:

Nogle af de emner jeg har taget op i mit rejsebrev, er i den tunge ende og kan gøre min beretning noget trist. Men afslutningsvis vil jeg gerne fortælle at trods det har jeg oplevet Grønland som et fantastisk sted og Grønlændere som et folk der har let til latter og smil og som er meget åbne og gæstfrie. De lever i meget højere grad i fred med det der i mit perspektiv er store udfordringer der skal "fixes". De evner med et smil at få det bedste ud af det de har at gøre med uden at forfalde til modløshed og brok over det de ikke kan og det gør dem livskraftige mennesker. Det er i min optik noget af det bedste jeg har taget med mig hjem – at anlægge et PVK kan jeg lære alle steder men denne indsigt skulle jeg nok rejse for at opnå.

