

DET NATIONALE SORGCENTER



Sorg i Grønland

- En undersøgelse af sorg og kortlægning af sorgaktører og tilbud

Af Tina Graven Østergaard (DNS), Birgitte Grube (DNS) og Christina Viskum Lytken Larsen (SDU)

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	3
1 INDLEDNING	5
1.1 MOTIVATION, PROBLEMSTILLING OG FORMÅL	5
1.2 OM DET NATIONALE SORGCENTER / BØRN, UNGE & SORG	6
1.3 SAMARBEJDSPARTNERE	7
2 NATURLIGE OG KOMPLICEREDE SORGREAKTIONER	8
2.1 NATURLIGE SORGREAKTIONER	8
2.2 KOMPLICEREDE SORGREAKTIONER	8
2.3 RISIKOFAKTORER FOR KOMPLICEREDE SORGREAKTIONER	9
3 BAGGRUND OM GRØNLAND	11
3.1 KORT OM GRØNLAND	11
3.2 GEOGRAFISK AFGRÆNSNING AF UNDERSØGELSEN	11
3.3 UNATURLIG DØD OG EFTERLADTE I GRØNLAND	12
4 METODE	17
4.1 FORUNDERSØGELSE	17
4.2 KVALITATIV UNDERSØGELSE I GRØNLAND	18
5 ANALYSE	19
5.1 KVALITATIV ANALYSE AF SORG I GRØNLAND	19
5.2 KORTLÆGNING AF SORGOMRÅDETS AKTØRER I GRØNLAND	23
5.3 SAMMENHÆNG PÅ SORGOMRÅDET	35
6 KONKLUSION	41
7 BILAG	45

Forsidefotos ophavsret: John W. Poole/NPR: Gravmarkeringer og nøgne buske begravet i sneen på en kirkegård i Nuuk.

Tabeller og Figurer

TABEL 1:	SORGREAKTIONER
TABEL 2:	OVERSIGTSTABEL - EFTERLADTE TIL SELVMORD OG ANDRE BELASTNINGER
FIGUR 1:	SORG SOM PARAPLYBEGREB
FIGUR 2:	KORT OG KOMMUNEOVERSIGT, GRØNLAND
FIGUR 3.1:	EFTERLADTES PSYKISKE SYMPTOMER
FIGUR 3.2:	EFTERLADTES SELVMORDSADFÆRD
FIGUR 4:	INTERVIEW TEMAER
FIGUR 5:	SORGFØRLØBSMODEL
FIGUR 6:	SAMMENHÆNG PÅ SORGOMRÅDET I GRØNLAND

Forord

”Vi ved ikke noget om Grønland, men vi ved noget om sorg og sorgterapi. Vil I dele jeres viden om og perspektiv på sorg og tab med os?” Sådan startede næsten hvert interview i dette projekt. Det blev positivt modtaget af alle de mange kompetente og generøse interviewpersoner, som vi mødte på vores vej og som fortalte og lærte os om Grønland, og om sorg i Grønland.

Stor TAK til hver og én af undersøgelsens mange interviewpersoner - eksperter, forskere, sundhedsprofessionelle, undervisere og fagfolk på det sociale område, præster, politifolk, ledere, politikere, organisationsfolk, embedsfolk på tværs af sektorer - for at I brugte jeres tid, delte jeres store faglige indsigt i og erfaring med tab og mennesker i sorg i Grønland, men også jeres personlige, svære og ærlige fortællinger om selv at miste og sørge.

Også stor TAK til vores uvurderlige samarbejdspartnere på projektet i henholdsvis Grønland, Norge og Danmark Steven Arnfjord, Ilisimatusarfik | Grønlands Universitet, Christine Ingeman, Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed (SDU). Anne Silviken, SANKS - Samisk Nasjonal Kompetanse-tjenestesenter – psykisk helsevern og rus i Norge. Projekt Arktisk Aldring (AgeArc) ved Tenna Jensen, Københavns Universitet og Kamilla Nørtoft Københavns Universitet og KADK. En særlig TAK til Christina Viskum Lytken Larsen, Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed (SDU), som har været en uvurderlig sparringspartner hele vejen og medforfatter på rapporten.

En stor TAK skal også lyde til Nordisk Ministerråd for at have bidraget økonomisk til undersøgelsen via The Nordic-Arctic Cooperation Programme 2017-2018.

Med denne rapport forsøger vi at sætte et bredt og samfundsmæssigt fokus på sorg og tab ved dødsfald i Grønland. Når flertallet har mistet nærtstående til selvmord i blandt så lille og tæt-forbundet befolkning med stor risiko for at udvikle behandlingskrævende, komplicerede sorgreaktioner, så bliver den enkeltes tab til alles tab, og omfang og konsekvenser af tab og sorg spredes som ringe i vandet. Derfor er det nødvendigt med et samfundsmæssigt fokus på sorg og sorgarbejde i Grønland.

Resumé

Denne undersøgelse sandsynliggør, at behandlingskrævende komplicerede sorgreaktioner i Grønland er en alvorlig problemstilling, der antager et vist omfang og kræver handling. Der er stort behov for målrettede indsatser til forebyggelse og behandling af komplicerede sorgreaktioner, og i udpræget grad over for særligt udsatte risikogrupper, herunder efterladte til selvmord og børn og unge.

På baggrund af denne rapport konkluderer vi, at der er et betydeligt behov for at sikre et koordineret og tværsektorielt fokus på sorg og sorgreaktioner, som skal starte med en overordnet institutionel og politisk prioritering af sorgområdet. Den prioritering bør bestå af en flerstrengt indsats og strategi for at sikre, at der fremadrettet bliver taget tilstrækkeligt og systematisk hånd om de mange efterladte, der enten er blevet syge af sorg eller er i risiko for at blive syge af sorg.

Den nødvendige indsats består af følgende:

- Udvikling og etablering af permanent, specialiseret og kulturelt tilpasset sorgbehandling, i første omgang med prioritet af primære risikogrupper (efterladte til selvmord og børn/unge). Fra start indtænkes muligheder og teknologi til for udbredelse (f.eks. web-baseret sorgterapi).
- Etablering af faglig koordinering på tværs af eksisterende psykologiske behandlingstilbud for i) at integrere fokus på forebyggelse og behandling af sorgreaktioner og for ii) at udvikle helhedsorienterede behandlingsmetoder til multiple belastninger.
- Udvikling og implementering af faglige og kliniske retningslinjer på tværs af alle sektorer (social, sundhed, uddannelse mv.) for at sikre opsporing, forebyggelse, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner.
- Udvikling af en samlet plan for kompetenceudvikling og supervision af sorgområdets aktører med fokus på opbygning og aktivering af lokal kapacitet inden for eksisterende enheder og tilbud på sorgområdet.

Befolkningens størrelse og mangel på fagfolk taget i betragtning gælder det for alle fire indsatsområder, at sorg og komplicerede sorgreaktioner *skal* inkorporeres i eksisterende strategier, handleplaner og tiltag, således at der opnås integrerede og koordinerede indsatser, der alle bidrager til at øge rækkevidden af sorgområdet i Grønland.

Med ovenstående forslag forbedres mulighederne således for at sikre den nødvendige koordinering og sammenhæng på sorgområdet i Grønland, hvor efterladte vil få adgang til rettidig støtte eller behandling.

Vi giver også forslag til en prioriteret og faseinddelt udmøntning af den nødvendige indsats, der tager højde dels for det akutte behov for at sikre behandlingstilbud hurtigt og dels for at sikre, at der opbygges et bæredygtigt og sammenhængende sorgområde på tværs af sektorer og eksisterende tiltag:

I fase 1 foreslås et fokus på børn og unge: etablering af en lokalt forankret specialistenhed på sorgområdet evt. i Socialstyrelsens hus. Integreret behandlingsmetode (sorg, overgreb, alkohol) udvikles og afprøves til efterladte børn og unge i tæt samarbejde med relaterede indsatsområder. En plan udarbejdes for udbredelse af den integrerede behandling til børn/unge (telemedicin/regionale hubs), herunder også implementering af behandlingsmetoden i regi af andre relevante behandlingstilbud. Eventuel udvidelse af Sorglinjen.dk til Grønland. Udvikling af en plan for kompetenceudvikling og supervision af sorgområdets aktører påbegyndes og særligt uddannelse af specialiserede sorgterapeuter og sorgrådgivere påbegyndes.

I fase 2 foreslås fokus udvidet til efterladte til selvmord på tværs af alder: Tilpasning og afprøvning af integreret behandling (sorg, overgreb, alkohol) til efterladte til selvmord på tværs af alder i tæt samarbejde med relaterede indsatsområder. En plan udarbejdes for udbredelse, herunder implementering i regi af andre relevante behandlingstilbud. Udvikling og etablering af regionale 'hubs' med sorgkompetence, evt. kommunalt forankret, der skal være spydspids for opbygning lokal rådgivning, koordinering og viden på sorgområdet.

I fase 3 foreslås fokus udvidet til tværsektorielt og sammenhængende sorgberedskab: Der udvikles og implementeres faglige og kliniske retningslinjer på tværs af alle sektorer for at sikre opsporing, forebyggelse, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner. Sideløbende sættes ind med systematisk kompetenceopbygning af lokal kapacitet inden for eksisterende enheder og tilbud.

1 Indledning

1.1 Motivation, problemstilling og formål

Det Nationale Sorgcenter / Børn, Unge og Sorg¹ har knap 20 års erfaring på sorgområdet i Danmark, Vi yder specialiseret behandling og arbejder med forskning, viden, formidling og efteruddannelse til fagpersoner. Vi er meget optaget af at sikre den nødvendige skelnen mellem naturlige og komplicerede sorgreaktioner, som er nødvendig for, at mennesker med komplicerede sorgreaktioner opspores og får målrettet og rettidig behandling.

Det Nationale Sorgcenter er blandt andet sat i verden for at sikre, at fagprofessionelle har de rette kompetencer til at skelne mellem naturlige og komplicerede sorgreaktioner hos efterladte. Det er relativt nyt, at man i Sundhedsstyrelsen i Danmark nu sætter fokus på komplicerede sorgreaktioner og udvikler mere formelle retningslinjer på området. Det sker på baggrund af, at diagnosen "Prolonged Grief Disorder" (på dansk "vedvarende sorglidelse") blev optaget i WHO's ICD 11 Diagnosemanual [1] i 2018.

Der skelnes mellem de naturlige sorgreaktioner og de komplicerede sorgreaktioner, som kan komme til udtryk som vedvarende sorglidelse, depression, PTSD, angst og somatiske konsekvenser, og som kræver behandling. Sorgforskning peger på, at nogle efterladte er i forøget risiko på grund af i) omstændigheder omkring dødsfaldet, ii) personlige faktorer og iii) forholdet til den afdøde.

De seneste år har vores organisation fået flere henvendelser fra lærere i Grønland, som har efterspurgt vores faglighed og rådgivning i forbindelse med at starte sorggrupper for skolebørn, som har oplevet flere voldsomme tab både i familier og i lokalsamfund. Henvendelserne indikerer, at der muligvis var og er særlige og måske udbredte problemstillinger omkring komplicerede sorgreaktioner i Grønland. Herunder måske manglende adgang til målrettet hjælp. Vi er optaget af sorg, og derfor satte vi os for at undersøge sorgområdet nærmere i Grønland.

I Danmark udvikler omkring 10-20 % af efterladte behandlingskrævende komplicerede sorgreaktioner [2-4] efter at have mistet en nærtstående. Grønland oplever en høj forekomst af alkohol- og hashmisbrug, seksuelle overgreb, omsorgssvigt og dertil kommer en høj rate af unaturlige og voldsomme dødsfald (ulykker, drab, selvmord) [5]. Alle risikofaktorer er således til stede i meget kondenseret form for at udvikle komplicerede sorgreaktioner i en lille og meget tæt forbundet befolkning.

Komplicerede sorgreaktioner udgør ét dobbelt-led i kompleksiteten af sammenhænge, der kan føre til selvmord. Hele 60 % af den voksne befolkning i Grønland, og 69 % af de 18-24 årige [5], har mistet venner eller familie til selvmord. At miste til selvmord øger risikoen for komplicerede sorgreaktioner hos efterladte [6]. Og ligeledes øger komplicerede sorgreaktioner efterladtes selvmordsrisiko [7]. Det understøtter vigtigheden af et systematisk sorgberedskab, der sikrer opsporing af mennesker med komplicerede sorgreaktioner, samt målrettet sorgterapi som en integreret del af selvmordsforebyggelsen.

Forskning peger på, at den kultur, vi er vokset op i, har stor indflydelse på vores sorg og den måde, vi sørger på [8]. Derfor er det relevant at undersøge, hvorledes sorg opfattes, kommer til udtryk og håndteres særligt hos de sorgaktører, som møder og skal hjælpe efterladte i Grønland, inden en mere systematisk indsats kan planlægges.

¹ Vi taler overvejende om organisationen samlet: Det Nationale Sorgcenter / Børn, Unge og Sorg. Kun i de tilfælde, hvor det alene handler om indsatser gennemført af enten Det Nationale Sorgcenter eller Børn, Unge & Sorg, anvender vi det enkelte navn.

På baggrund af ovenstående problemstillinger omkring komplicerede sorgreaktioner, tog vi initiativ til denne kvalitative undersøgelse med det formål:

- at undersøge hvordan sorg ser ud og kommer til udtryk og håndteres i en grønlandsk kontekst, herunder evt. særlige og kulturelt specifikke kendetegn;
- at kortlægge sorgområdets aktører i bred forstand og afdække, hvem har eller kunne have opgaven i forhold til opsporing/forebyggelse, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner;
- at identificere muligheder og udfordringer for at sikre et sammenhængende sorgberedskab.

Ovenstående er forsøgt afdækket dels igennem en forundersøgelse i Danmark og med udgangspunkt i grønlandske sorgaktørers viden, erfaring og perspektiv, som vi indhentede igennem kvalitative interviews. Denne rapport formidler således resultatet af den kvalitative undersøgelse, som gennemførtes dels med en forundersøgelse i Danmark og en interviewundersøgelse i Grønland.

1.2 Om Det Nationale Sorgcenter / Børn, Unge & Sorg

Det Nationale Sorgcenter / Børn, Unge & Sorg er tilsammen én specialistorganisation, som arbejder for, at sygdom og død ikke ødelægger livet. Det Nationale Sorgcenter står på Børn, Unge & Sorgs mangeårige erfaring, og Børn, Unge & Sorg er af Sundhedsstyrelsen i Danmark udpeget til at etablere centret med det formål at sikre, at alle relevante fagprofessionelle i Danmark får tilstrækkelig fagkundskab, kompetence og viden til at kunne forebygge, identificere og behandle mennesker med komplicerede sorgreaktioner, og at danske kommuners og regioners indsats på sorgområdet bliver udviklet. Primo 2019 lancerede Det Nationale Sorgcenter lancerede [Sorglinjen](#) for alle pårørende og efterladte mellem 13-99 år. Sorglinjen er åben ugens 7 dage kl. 17-21 og bemannes af frivillige i alderen 20-80 år, som alle har mistet en nærtstående og gerne vil bruge deres erfaringer til at hjælpe andre.

På sigt skal Det Nationale Sorgcenter også tilbyde sorgbehandling til sorgramte voksne og ældre. Børn, Unge & Sorg er et behandlingscenter, der yder specialiseret psykologisk behandling til pårørende børn og unge med alvorligt syge forældre/søskende og til efterladte børn og unge op til 28 år med komplicerede sorgreaktioner, som har mistet en nærtstående i nærmeste familie.

Som led i Det Nationale Sorgcenters indsamling og systematisering af viden om sorgarbejdet i danske regioner og kommuner har vi udarbejdet en kortlægning af sorg i Danmark og en [kortlægningsrapport med et specielt fokus på ældre og sorg](#). Det Nationale Sorgcenter (DNS) har ligeledes udarbejdet en *'Klinisk Retningslinje (KR) for forebyggelse af komplicerede sorgreaktioner hos børn, unge, voksne og ældre efter ventet eller uventet dødsfald'*, som har fokus på komplicerede sorgreaktioner bredt set. Den kliniske retningslinje er målrettet sygeplejersker og blev endeligt godkendt af Center for Kliniske Retningslinjer i Danmark i september 2018. DNS arbejder nu på at udbrede denne viden i Danmark. Derudover skal DNS udarbejde *'Kliniske Retningslinjer for identifikation og behandling af vedvarende sorglidelse'* for at understøtte implementering af den nye sorgdiagnose 'vedvarende sorglidelse', der er blevet optaget som en ny diagnose i WHO's diagnosemanual ICD11 i 2018. Formålet med disse kliniske retningslinjer er at identificere og formidle de bedst fungerende metoder og redskaber til identifikation og behandling af vedvarende sorglidelse hos voksne over 18 år. Viden og handlingsanvisninger i kliniske retningslinjer skal suppleres af systematisk kompetence-opbygning, så læger og psykologer kan anvende diagnosen i praksis og blive i stand til at skelne mellem forskellige komplicerede sorgreaktioner (depression, PTSD, angst, vedvarende sorglidelse).

1.3 Samarbejdspartnere

Vi har samarbejdet med en række forskere fra Grønland, Norge og Danmark, der har bidraget på forskellig vis med utrolig værdifuld viden i forhold til opgavens rammesætning og fremgangsmåde, litteratur, sparring, rådgivning, og gennemførelse af feltarbejdet.

- [Steven Arnfjord](#), lektor, ph.d., sociolog, afdelingsleder for Afdeling for Samfundsvidenskab, Ilisimatusarfik | Grønlands Universitet.
- [Christina Viskum Lytken Larsen](#), ph.d. sociolog, seniorrådgiver og leder af Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Christina er også medforfatter.
- [Christine Ingeman](#), videnskabelig assistent, MSc., Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Christine stod for at gennemføre samtlige kvalitative interviews i Tasiilaq.
- [Anne Silviken](#), ph.d., psykolog ved SANKS - Samisk Nasjonal Kompetansetjenestesenter – psykisk helsevern og rus. Anne har både i sin kliniske praksis og forskning fokus på selvmord og selvmordsadfærd.
- [Tenna Jensen](#), lektor ved CoRe, Saxo-Instituttet Københavns Universitet og projektansvarlig (PI) for forsknings- og udviklingsprojekt Arktisk Aldring(AgeArc) - Livsvilkår, livskvalitet og sundhedsfremme blandt ældre i Grønland.
- [Kamilla Nørtoft](#), post.doc ved CoRe, SAXO-Instituttet, Københavns Universitet. Kamilla er medansvarlig (co-PI) for forsknings- og udviklingsprojekt Arktisk Aldring (AgeArc).

2 Naturlige og komplicerede sorgreaktioner

I det følgende kapitel beskriver vi naturlige og komplicerede sorgreaktioner, risikofaktorer på baggrund af forskningsbaseret viden. Læs evt. uddybende om sorg i bilag 1.

2.1 Naturlige sorgreaktioner

De fleste mennesker oplever sorg på et tidspunkt i deres liv. Sorg har nogle universelle træk, men hvordan den opleves og kommer til udtryk afhænger i høj grad af individuelle forskelle og kulturelle normer. Sorg er altså forskellig fra person til person, og kan komme til udtryk på forskellig vis alt efter hvilken kontekst og kultur den efterladte befinder sig i [8]. I et naturligt sorgforløb oplever de fleste en akut sorg (i tiden lige efter dødsfaldet) med en række følelsesmæssige, fysiske, kognitive, adfærdsmæssige og eksistentielle reaktioner samt reduktion af funktionsniveauet (se tabel 1); gradvist bevæger den efterladte sig over i en tilstand af at "være i sorgen" og holde pause fra den, når det er nødvendigt; og til sidst oplever de fleste efterladte, at sorgen integreres som en del af livet, hvor den stadig spiller en rolle i den efterladtes liv, men er mindre forstyrrende. De efterladte vil typisk opleve en bedring 6 til 12 måneder efter tabet [9, 10].

TABEL 1 Sorgreaktioner, efter Mogensen & Engelbrekt [11] og Guldin [12]

Følelser	Fysiske reaktioner	Adfærds-reaktioner	Kognitive symptomer	Eksistentielle reaktioner
Chok	Søvnproblemer	Social isolation	Koncentrations-	Meningsløshed
Længsel	Appetitændring	Afhængighed	besvær	Identitetstab og -
Ked af det	Manglende energi	Undgåelse	Sanseforstyrrelser	forvirring
Vrede	Hovedpine	Uro, rastløshed	Forvirring	Isolation
Skyld, lettelse	Mavepine	Hyperaktivitet	Rumination	Oplevelse af uretfæ-
Hjælpeløshed	Kvalme	Ritualisering	Manglende beslut-	dighed
Angst, utryghed	Hjertebanken		ningsevne	"Hvorfor mig?"
			Selvmodstanker	

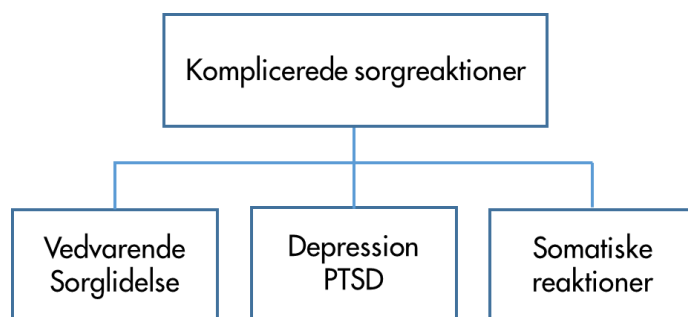
2.2 Komplicerede sorgreaktioner

Omkring 10 til 20 % af efterladte bliver ramt af komplicerede sorgreaktioner [2-4], hvor sorgen kan blive behandlingskrævende. De komplicerede sorgreaktioner minder om den akutte sorg i tiden efter dødsfaldet, men den høje intensitet af reaktionerne reduceres ikke, og den griber ind i den efterladtes funktionsniveau. For nogle efterladte udløser tabet psykiske lidelser, såsom depression, PTSD og vedvarende sorglidelse [13]. Andre udvikler somatiske lidelser [14], og nogle dør pga. alvorlige somatiske sygdomme eller pludseligt hjertestop forårsaget af komplicerede sorgreaktioner[15].

Når efterladte oplever komplicerede sorgreaktioner, er der noget, der blokerer for den naturlige sorgproces. Der er indre eller ydre omstændigheder, som forhindrer den efterladtes nødvendige arbejde med de tabs- og reetablerende processer (jf. figur i bilag 1). Efterladte med komplicerede sorgreaktioner kan opleve, at de selv mange år efter tabet ikke er i stand til at fungere i livet, som de gjorde før dødsfaldet, og de har svært ved at varetage familien, relationer til andre og deres arbejde/studie.

Optagelsen af "Prolonged Grief Disorder" [16] (på dansk "vedvarende sorglidelse" eller "forlænget sorglidelse") som diagnose i WHO's ICD11-manual [17] sker i erkendelse af, at selvom flere af symptomerne på vedvarende sorglidelse efter et tab kan være de samme som ved depression, PTSD eller angst, så adskiller syndromet sig markant fra de andre psykiske lidelser. Både vedvarende sorglidelse og de andre komplicerede sorgreaktioner kræver viden at opspore og identificere, samt kræver kendskab til specialiseret sorgterapi [18].

Begrebet 'Komplicerede sorgreaktioner' er det overordnede begreb for en række lidelser, som kan forårsages af et tab til dødsfald:



FIGUR 1: Sorg som paraplybegreb [19]

2.3 Risikofaktorer for komplicerede sorgreaktioner

Forskning har endnu ikke skabt et komplet billede af baggrunden for at udvikle komplicerede sorgreaktioner. Dog viser studier, at nogle efterladte er i forøget risiko på grund af i) omstændigheder omkring dødsfaldet, ii) personlige faktorer og iii) forholdet til den afdøde [20]. Vi skelner her mellem børn/teenagere og voksne/ældre.

Risikofaktorer hos voksne og ældre

Burke og Neimeyer publicerede i 2013 et review af 43 studier af risikofaktorer for komplicerede sorgreaktioner [20]. Resultaterne viste blandt andet øget risiko for at udvikle komplicerede sorgreaktioner ved følgende forhold.

Personlige faktorer: Der er højere risiko for komplicerede sorgreaktioner hos: efterladte kvinder; efterladte med ængstelig, undgående eller klyngende tilknytningsstil; efterladte med en høj grad af personlighedstrækket neuroticisme; efterladte som tidligere har haft en psykisk sygdom [21]; efterladte med lavt uddannelsesniveau, lav indkomst samt lav social støtte og netværk; efterladte som tidligere har oplevet tab pga. dødsfald; efterladte som mister en partner eller et barn (især for mødre).

Forholdet til afdøde: Der er højere risiko for komplicerede sorgreaktioner hos: efterladte med høj afhængighed af den afdøde partner; efterladte med et problemfyldt forhold til afdøde; efterladte med lav familiemæssig sammenholdsfølelse ("cohesion"); efterladte som har oplevet mishandling og omsorgssvigt i barndommen [22]; efterladte med separationsangst som barn [23]; efterladte med kontrollerende forældre [24].

Omstændigheder ved dødsfald og dødsårsag: Der er højere risiko for komplicerede sorgreaktioner hos: efterladte, i særlig grad forældre [25, 26] og ægtefæller [26], der oplever unaturlige, voldsomme og voldelige dødsfald som selvmord, ulykker og drab; efterladte som fandt eller skulle identificere afdøde [20].

Religion: Man har i nogle studier undersøgt betydningen af religion og spiritualitet i relation til sorg. Et studie viser bl.a., at efterladte, hvor religion eller spiritualitet har haft en betydning for dem inden dødsfaldet, oplever at have reduceret sorg 6 og 18 måneder efter tabet, sammenlignet med de efterladte, hvor tro og religion ikke havde betydning før tabet [27]. I et studie foretaget af Esterling m.fl. fandt man ligeledes, at spirituel tro og et forhold til Gud hænger sammen med reduceret sorg [27]. I Coleman og Neimeyers studie [28] fandt man derimod, at efterladte, der søgte efter en mening med tabet, havde en højere sorgscore. Således er forskningen ikke helt entydig i forhold til betydningen af religion og tro ift. sorg og sorgreaktioner.

Risikofaktorer hos børn og teenagere

Der er på nuværende tidspunkt ikke en klar og entydig forståelse af, hvilke børn og unge der er i øget risiko for at udvikle komplicerede sorgreaktioner, men forskning peger på nedenstående faktorer:

Omstændigheder ved dødsfald og dødsårsag: Der er højere risiko for komplicerede sorgreaktioner hos: efterladte børn og teenagere, som mister nærtstående under voldelige og traumatiske omstændigheder [29, 30]; efterladte der mister til selvmord [31, 32]; efterladte, hvor en forælder myrder den anden (både traume/tab) [33]; efterladte som er vidne til et traumatisk dødsfald eller finder afdøde [33-38]; efterladte som har været vidne til et langt sygdomsforløb forud for forælders død [35, 39]; efterladte som mangler information om dødsfald, og mangler mulighed for frit at tale om sygdom og dødsfald [36, 39-41].

Personlige faktorer: Der er højere risiko for komplicerede sorgreaktioner hos: efterladte som tidligere har oplevet et tab [42]; efterladte som har haft problemer med depression eller anden psykisk lidelse [34, 40, 43, 44]; efterladte som føler skyld eller bebrejder andre for dødsfaldet [34, 40, 43, 44];

Forældre-faktorer: Der er højere risiko for komplicerede sorgreaktioner hos: efterladte med forældre, der selv udvikler komplicerede sorgreaktioner [43,37]; efterladte med forældre som har en emotionel reaktion præget af depression, vrede og andre mentale problemer [43, 45-49]; efterladte til drab mellem forældre i et familiemiljø præget af svigt, vold, misbrug, mental sygdom og økonomiske problemer [33].

Både hos børn, teenagere, voksne og ældre udgør komplicerede sorgreaktioner ét dobbelt-led i kompleksiteten af sammenhænge, der kan føre til selvmord. At miste til selvmord øger risikoen for komplicerede sorgreaktioner hos efterladte [6]. Og ligeledes øger komplicerede sorgreaktioner efterladtes selvmordsrisiko [7]. Det understøtter vigtigheden af et systematisk sorgberedskab som en integreret del af selvmordsforebyggelse, der har en systematik omkring målrettet opsporing, identifikation og behandling af efterladte til selvmord i risiko for eller med komplicerede sorgreaktioner (læs evt. uddybende om sorg i bilag 1).

3 Baggrund om Grønland

I dette afsnit beskriver vi kort kontekst, viden og data vedr. død, dødsårsager og efterladte, relevant for undersøgelsen og sorgområdet i Grønland.

3.1 Kort om Grønland

Ifølge Grønlands Statistik udgør befolkningen lige knap 56.000, hvoraf knap 6000 er født uden for Grønland [50]. Omkring 92 % af befolkningen bor på vestkysten og primært i de 16 hovedbyer. Dertil kommer ca. 60 bygder med mellem 50 og 500 indbyggere [5]. Befolkningen fordeler sig med 48.140 indbyggere i byer og 7.707 i bygder [51]. I Nuuk og Sisimiut – den største og næststørste by – bor der henholdsvis omkring 18.000 og 5.500 indbyggere [50]. Mange byer og bygder er isolerede og al transport foregår derfor ved skib, fly, helikopter, snescooter og/eller hundeslæder afhængigt af årstiden. Der er sket stor udvikling i telekommunikation i de senere år – stort set alle grønlændere har en mobiltelefon, men bredbånd er dyrt og begrænset til bygder med mindst 70 indbyggere. Tele Post/Tele Greenland har en ambitiøs strategi for 2017-2020, hvor 92 % af alle kunder i hele landet skal have adgang til højhastigheds-internet [52]. Facebook er udbredt og er en samlende platform, hvor knap 70 % af befolkningen har en profil [53].

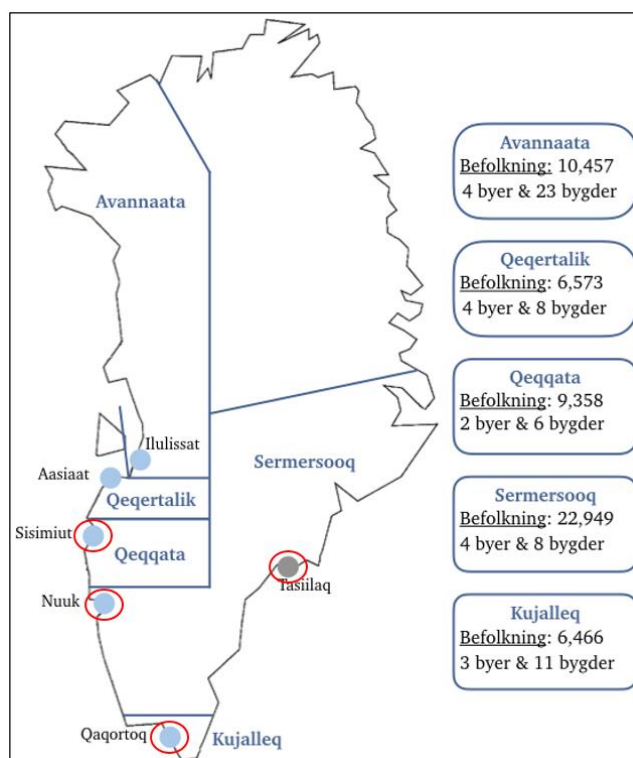
Befolkningen fordeler sig ved, at 90 % er født i Grønland, og 10 % er født uden for Grønland, overvejende i Danmark. Kalaallisut (grønlandsk) er det primære sprog og tales af ca. 85 % af befolkningen [50]. På grund af den historiske samhørighed med Danmark, og at mange familier består af både danske og grønlandske medlemmer, er der i dag omkring 15 % af befolkningen, der ikke taler grønlandsk men alene dansk. Andre 15 % er tosprogede og kan skifte mellem dansk og grønlandsk uden større vanskeligheder [5]. Overgangen til grønlandsk som førstesprog i folkeskolen har medført udfordringer for mange unge, da undervisning på gymnasier og videregående uddannelser indtil videre primært foregår på dansk [54].

”Der er fortsat store sociale og sundhedsmæssige udfordringer fremgår det af Befolkningsundersøgelsen i Grønland² 2018 [55] [56]. Rapporten bekræfter dog også en tendens til, at belastende hændelser i barndommen såsom vold, overgreb og alkoholproblemer er faldende blandt årgange fra 1995 og frem. Det er dog stadig omkring hver fjerde (26 %) blandt de 18-29 årige, der har været udsat for seksuelle overgreb inden 18 års alderen; og godt og vel en tredjedel (37 %) af de yngste årgange fra 1995 og frem vokser fortsat op med alkoholproblemer i barndommen. Omkring en femtedel af alle grønlændere har overvejet selvmord i det seneste år, og ligeledes er også andelen af selvmordsforsøg blandt de 18-29 årige uændret høj på omkring 10 % [56]. Som tidligere beskrevet er de alle faktorer, der øger risikoen og potentielt kan være udslagsgivende for, om man udvikler komplicerede sorgreaktioner senere i livet.

3.2 Geografisk afgrænsning af undersøgelsen

Vi udvalgte fire hovedbyer Nuuk, Sisimiut, Qaqortoq og Tasiilaq, i et geografisk område der strækker sig fra Vest-, Syd og Østgrønland for at inkludere så forskellige egne af landet og en bred repræsentation af aktører som muligt. Undersøgelsen inkluderer fire byer på tværs af tre kommuner: Nuuk og Tasiilaq ligger i Kommuneqarfi Sermersooq; Sisimiut ligger i Qeqqata Kommunia; Qaqortoq ligger i Kommune Kujalleq. Enkelte interviewpersoner kom også fra bygder.

² Undersøgelsen gennemføres af Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed (SDU) i samarbejde med og delvist finansieret af Departementet for Sundhed, Grønlands Selvstyre. Den gennemføres hvert fjerde år.



FIGUR 2 Kort og kommuneoversigt³

3.3 Unaturlig død og efterladte i Grønland

I det følgende redegør vi indledningsvist for dødstal og dødsårsager i Grønland, og dernæst belyser vi den tilgængelige viden og data om målgruppen af efterladte til selvmord, herunder demografiske karakteristika og forekomsten af belastende forhold i opvæksten.

Dødsårsager

Middellevetiden i Grønland steg fra 63 år til 71 år i perioden 1980-2011, og den er højere end blandt andre oprindelige folk, men betragtelig lavere end i Danmark og de fleste europæiske lande [5]. Tidligere døde befolkningen især af smitsomme sygdomme og ulykker, og i dag er de hyppigste dødsårsager kræft, hjertekarsygdomme og selvmord. Kræftsygdomme som dødsårsag har været jævnt stigende fra midt 1960'erne og til nu, hvor den begynder at falde en smule. Hjertekarsygdomme er en hyppig dødsårsag omend den har været let faldende. Selvmordsraten har siden 80'erne været høj og relativ konstant [5] med et årligt antal selvmord mellem ca. 35 og 55 pr. år [50]. I perioden 2013-2017 lå selvmordsraten på 75,1 pr. 100.000 indbyggere.⁴

Unaturlige dødsårsager

Som det fremgår af kapitel 2 kan komplicerede sorgreaktioner udløses af omstændigheder omkring dødsfaldet, personlige faktorer, og forholdet til den afdøde. Pludselige dødsfald og traumatiserende omstændigheder ved dødsfald nævnes som risikofaktorer for at udvikle efterfølgende komplicerede sorgreaktioner. Netop forekomsten af pludselige dødsfald med potentielt traumatiserende omstændigheder – drab, ulykker og selvmord – er høj i Grønland [57]. Det er vigtigt at understrege igen, at komplicerede sorgreaktioner også kan opstå efter en lang række andre forhold og omstændigheder i forbindelse med dødsfald og tab derudover.

Grønlands Statistik oplyser, at 1.184 af det totale antal dødsfald på 6.363 dødsfald i perioden 2000-2013 tilskrives såkaldte unaturlige dødsårsager (drab, ulykke og selvmord), hvilket svarer til 18.6 % af alle dødsfald i

³ Kort - ophavsret; Christine Ingemann, Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

⁴ Landslægeembedets opgørelse baseret på tal fra Grønlands Politi og Danmarks statistik, Kristeligt Dagblad, 24/11/2018

perioden [50]. Det er således knap en femtedel af alle dødsfald i denne periode, der skyldes unaturlig dødsårsag [50]. Til sammenligning udgjorde unaturlige dødsårsager 4.5 % af alle dødsfald i Danmark i samme periode [50].

Mænd dør i højere grad end kvinder af ulykker. Ikke mindst pga. jagt, fiskeri, færden og forsvinden i naturen, og også som følge af selvmord. Unge mænd i aldersgruppen 20-24 år er den gruppe, hvor flest dør ved selvmord i befolkningen [58]. I alt var der 644 selvmord svarende til 10 % af alle dødsfald i perioden 2000-2013 [50]. Forekomsten af selvmord i Grønland har været relativt konstant de sidste 40 år med et årligt antal selvmord mellem ca. 35 og 55 pr. år. I 2016 døde 47 personer ved selvmord, hvoraf 35 var mænd [50].

Efterladte til selvmord

Selv mord er den hyppigst forekommende unaturlige dødsårsag i Grønland, og 60 % af den voksne befolkning [5] har mistet venner eller familiemedlemmer til selvmord.

Der er meget begrænset viden og forskning om efterladte i Grønland generelt, endsi ge om målgruppen af efterladte, som mister til selvmord. Men i Befolkningsundersøgelsen i Grønland fra 2005-2010 [59] har et repræsentativt udsnit af befolkningen over 18 år besvaret mere uddybende spørgsmål om at være efterladt efter selvmord. (Jf. bilag 2 - SDU notat).

I undersøgelsen svarer 62,1 % af deltagerne (n=1481), at én inden for deres nærmeste familie eller venner er død ved selvmord, og 31.5 % (n=477) svarer at det er sket inden for det sidste år. Kvinder og mænd rapporterer i lige høj grad, om at have mistet et nært familiemedlem eller en ven til selvmord. Af alle kvinder i undersøgelsen rapporterede 62,8 % (n=703) om et sådan tab, og det samme var tilfældet for 61,4 % (n=778) af mændene. Det er således en stor del af det grønlandske samfund, der er mere eller mindre direkte berørt af at have mistet familie eller venner til selvmord (bilag 2).

I tabel 2 nedenfor fremgår den demografiske og sociale ulighed, der er knyttet til efterladte i Grønland. Af tabellen fremgår det, at især de unge under 35 år har mistet venner og familie til selvmord. Svarende til den ulige fordeling af selvmord i Grønland, ses også det højeste antal af efterladte i bygderne og i Østgrønland såvel som i Nordgrønland Avanersuaq (Thuleområdet).

Der er også sammenfald mellem belastende forhold i barndomshjemmet og det at være efterladt til selvmord. Blandt personer, der er vokset op med, at der ofte var alkoholproblemer i barndomshjemmet, havde 70 % mistet venner eller familie til selvmord. Samme tendens gjorde sig gældende for seksuelle overgreb i barndommen, hvor 72 % af dem, der havde været udsat for overgreb i barndommen, også gav udtryk for at have mistet venner og familie til selvmord.

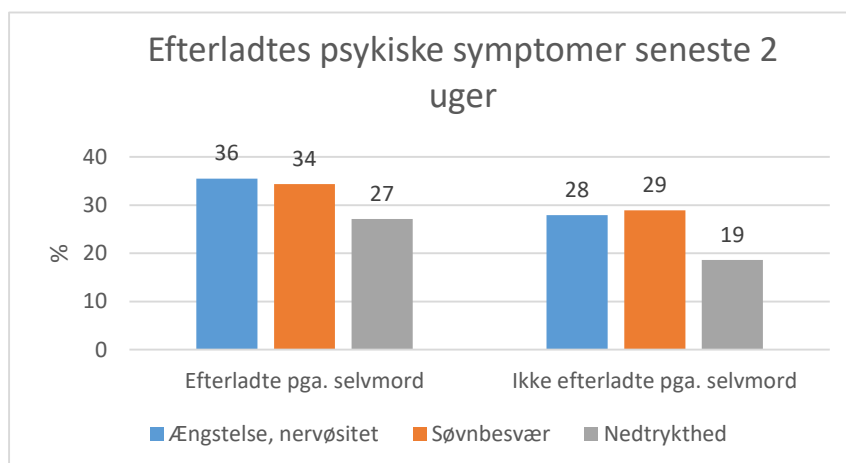
TABEL 2 Oversigtstabel over demografiske karakteristika samt belastninger i barndommen blandt efterladte til selvmord sammenlignet med personer, der ikke har mistet venner eller familie til selvmord. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Procent.

	Efterladte til selvmord (%)	Ikke efterladte til selvmord (%)	p-værdier
Demografiske karakteristika			
Køn			0,46
Kvinder	62,8	37,1	
Mænd	61,4	38,6	
Alder			<0,001
18-24 år	65,4	34,6	
25-34 år	70,0	30,0	
35-59 år	59,9	40,1	
60+ år	50,5	49,5	
Bopæl			<0,001
Nuuk	64,0	36,0	
By	58,6	41,4	
Bygd	72,0	29,0	
Region			<0,001
Sydgrønland	53,2	46,8	
Midtgrønland	63,7	36,3	
Nordgrønland	63,0	37,0	
Østgrønland	70,2	29,9	
Avanersuaq	73,3	26,7	
Belastende opvækstvilkår			
Alkoholproblemer i barndomshjemmet			<0,001
Ja, ofte	70,4	29,6	
Ja, af og til	65,7	34,3	
Nej, aldrig	54,9	44,1	
Seksuelle overgreb i barndommen			<0,001
Ja	71,9	28,1	
Nej	58,2	41,8	

Efterladtes psykiske helbred og selvmordsadfærd

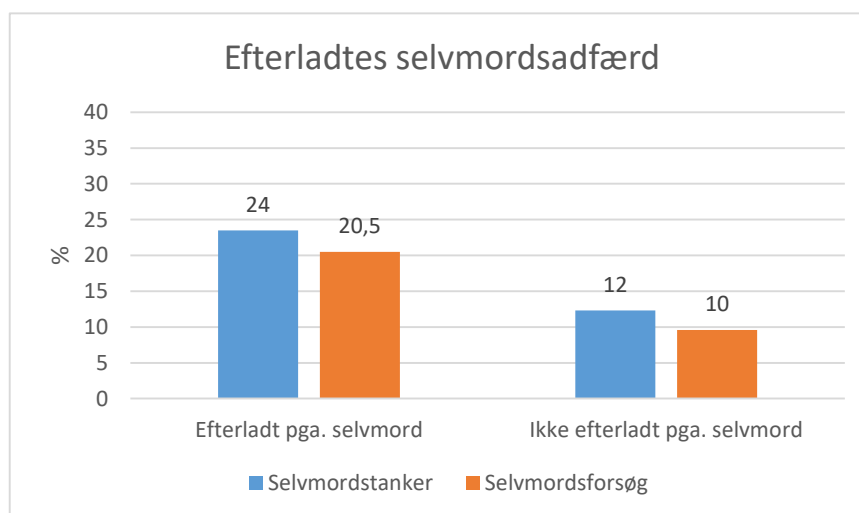
I Befolkningsundersøgelsen fra 2005-2010 er der også spurgt til enkeltstående psykiske symptomer som ængstelse, nervøsitet, søvnbesvær og nedtrykthed inden for de seneste 2 uger (figur 3.1), samt efterladtes selvmordsadfærd (figur 3.2).

Figur 3.1 viser, at efterladte pga. selvmord i højere grad oplever negative psykiske symptomer sammenlignet med personer, der ikke er efterladt til selvmord.



FIGUR 3.1 Efterladtes psykiske symptomer. Andel, der har været generet af ængstelse, søvnbesvær eller nedtrykthed de seneste 2 uger. Procent. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Justeret for alder og køn.

I figur 3.2 vises andelen af efterladte til selvmord og andelen af ikke efterladte til selvmord, der på et tidspunkt i livet har overvejet selvmord eller som har forsøgt at dø ved selvmord.



FIGUR 3.2 Andelen af efterladte og ikke efterladte, der har overvejet eller forsøgt at tage deres eget liv. Procent. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Justeret for alder og køn.

Figur 3.2 viser, at gruppen af efterladte til selvmord har en næsten dobbelt så høj forekomst af selvmordstanker sammenlignet med dem, der ikke har mistet venner eller familie til selvmord. Det er velkendt, at selvmordstanker også kan føre til selvmordsforsøg. Endvidere fremgår det, at gruppen af efterladte til selvmord har en dobbelt så høj forekomst af selvmordsforsøg sammenlignet med dem, der ikke er efterladte til selvmord.

Befolkningsundersøgelsen i Grønland (tabel 2 og bilag 2) viser således, at der er sammenfald mellem dét at miste familie og venner til selvmord og andre alvorlige sociale belastninger. De personer, der i forvejen er udsat for belastende opvækstvilkår, her målt ved alkoholmisbrug i barndomshjemmet, vold i barndomshjemmet og seksuelle overgreb i barndommen, er også dem, der i højere grad oplever at miste familie og nære venner pga. selvmord. Læs evt. uddybende i bilag 2.

Sorgforskningen peger jf. kapitel 2 ligeledes på, at mange af ovenstående sociale problemstillinger øger risikoen for at udvikle komplicerede sorgreaktioner i forbindelse med et tab. Dertil kommer, at komplicerede sorgreaktioner udgør ét dobbelt-led i kompleksiteten af sammenhænge, der kan føre til selvmord. Graden af sammenfald understreger den komplekse sammenhæng af forskellige belastninger, der ofte rammer udsatte familier, og det understreger ligeledes, hvor vigtigt det er at have en integreret og helhedsorienteret tilgang, når forebyggelses- og behandlingstiltag udvikles og sættes i værk.

Naalakkersuisuts nye strategi mod seksuelle overgreb 2018-2022, 'Killiliisa' [60], understreger og opfordrer netop til en helhedsorienteret indsats og ikke at betragte seksuelle overgreb som et isoleret problem, men derimod se det i sammenhæng med mængden af andre problemstillinger.

Med denne rapport peger vi således på, at også tab, sorg og sorgreaktioner bør indtænkes samt adresseres som et element i de helhedsorienterede løsninger

4 Metode

I dette kapitel gennemgås undersøgelsens metode.

4.1 Forundersøgelse

Det Nationale Sorgcenter / Børn, Unge & Sorg gennemførte en mindre forundersøgelse for at teste, om der var relevans og belæg for at gennemføre en større kvalitativ undersøgelse om sorg og sorgaktører i Grønland. Forundersøgelsen blev gennemført fra Danmark og indeholdte dokumentanalyse og interviews.

Ekspertgruppe: Vi samarbejdede med og konsulterede en række eksperter fra Grønland, Norge og Danmark, der bidrog på forskellig vis med værdifuld viden og sparring i forhold til undersøgelsens afgrænsning, design, metode, litteratur, interviewpersoner og gennemførelse af interviewundersøgelse i Grønland.

Dokumentanalyse: Vi gennemførte en søgning efter dansk og engelsk litteratur og dokumenter om sorg og sorgarbejde i Grønland (og Arktis), som gav beskedne resultater. Vi bredte ligeledes vores søgning ud i forhold til Grønland og andre bredere sundhedsmæssige samt sociale forhold og problemstillinger. Vi søgte efter både faglig litteratur, akademiske artikler, avisartikler, diverse dokumenter og publikationer på tværs af danske og internationale forskningsdatabaser, organisationer, institutioner og diverse google søgninger. Igennem de eksplorative interviews fik vi ligeledes henvisninger til relevante kilder og data. Vi afgrænsede os til at inkludere søgeresultater fra 2008-2018 (jf. bilag 4).

Interviews: Vi lavede indledende interviews med to af projektets eksperter om grønlandske forhold samt problemstillinger relevante for sorg og sorgområdet i Grønland. Vi gennemførte også interviews med 8 interviewpersoner, som vi identificerede via den såkaldte snowballing-metode gennem henvisninger fra ekspertgruppen. Den gruppe inkluderede både grønlandske og danske interviewpersoner bosiddende i Danmark. De kom fra meget forskellige sfærer – forskning - forvaltning – politik - kultur. De bidrog alle med at belyse tematikker, spørgsmål samt identificere relevante indgange og interviewpersoner til den kvalitative interviewundersøgelse i Grønland.

Identifikation af temaer: På baggrund af ovenstående indsamling af viden i forundersøgelsen samt Det Nationale Sorgcenters / Børn, Unge & Sorgs viden om sorg og sorgpraksis identificerede vi nedenstående spørgsmål som centrale at belyse i undersøgelsen.

- Hvem er sorgområdets aktører?
- Hvordan oplever sorgområdets aktører muligheder og barrierer for at hjælpe efterladte?
- I hvilket omfang har sorgområdets aktører viden og kompetence om sorg?
- I hvilket omfang er der tilbud om sorgstøtte og sorgbehandling, og er der yderligere behov?
- Hvordan ser sorg ud i Grønland?
- Ser sorgområdets aktører en sammenhæng mellem komplicerede sorgreaktioner og andre sociale problemstillinger i det grønlandske samfund?

Disse spørgsmål kondenserede vi til 4 temaer (jf. figur 4), som definerer den overordnede struktur i interviewguiden (jf. bilag 3) for de kvalitative interviews.

TEMAER			
Sorgens udtryk	Naturlige og komplicerede sorgreaktioner	Sorg aktører og tilbud	Viden og kompetence-behov

FIGUR 4: Interview temaer

4.2 Kvalitativ undersøgelse i Grønland

På baggrund af forundersøgelsen fik vi bekræftet, at det var relevant at lave en større kvalitativ interviewundersøgelse blandt sorgområdets aktører i Grønland, som vi gennemførte over 3 uger i april 2018.

Interviewpersoner i Grønland: Vi udvalgte en bred målgruppe for vores interviews, der inkluderede beslutningstagere, fagprofessionelle, nøglepersoner og eksperter, som på forskellig vis interagerer fagligt i forhold til sorgområdet; møder efterladte og ser sorgens udtryk samt konsekvenser på forskellig vis qua deres jobfunktion. Interviewpersoner blev valgt på tværs af nedenstående institutioner og sektorer i Grønland:

- Selvstyret
- Kommuner
- Sundheds-, Social- og Uddannelsesområdet
- Kirke
- Politi

Interviewpersoner i Grønland blev igen hovedsageligt rekrutteret via snowballing-metoden gennem henvisninger fra eksperter og samarbejdspartnere i Grønland og i Danmark. Der blev indhentet informeret samtykke fra alle interviewdeltagere i undersøgelsen forud for interviewet.⁵

Interviewguide: På baggrund af de fire temaer og spørgsmål identificeret i forundersøgelsen udarbejdede vi en semistruktureret interviewguide med udgangspunkt i undersøgelsens spørgsmål og de overordnede temaer som struktur (jf. bilag 3).

Gennemførelse af interviews: Der blev gennemført 53 interviews overvejende på interviewpersonernes arbejdsplads. Interviews varede mellem 45 – 70 minutter og blev optaget på digital lydoptager. I mange interviews deltog flere interviewpersoner, der bidrog til meningsudveksling blandt deltagerne.

Interview-team: Interviews blev gennemført af tre medarbejdere fra Det Nationale Sorgcenter / Børn, Unge & Sorg på interviewpersonernes arbejdspladser i Nuuk, Sisimiut og Qaqortoq. Interviews i Tasiilaq blev gennemført af en medarbejder fra Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed (SDU). Ingen af interviewerne behersker grønlandsk, og interviewpersoner fik derfor tilbud om brug af tolk, som alle dog afslog.

Bearbejdning og analyse: Interviews blev systematisk aflyttet og herefter bearbejdet med fokus på relevante problemstillinger og temaer for at besvare ovenstående undersøgelsens spørgsmål. To teammedlemmer lyttede uafhængigt og sammenlignede efterfølgende notater og resultater. Interviews blev ikke transskriberet i noteform.

⁵ Interviewpersonerne er alle anonymiserede, men deres identitet er kendt af Det Nationale Sorgcenter.

5 Analyse

Følgende afsnit er inddelt i to dele – først undersøger vi, hvordan sorg ser ud og kommer til udtryk på baggrund af interviews med fagfolk, beslutningstagere og andre nøgleaktører; og dernæst kortlægger og gennemgår vi sorgområdets aktører i Grønland.

5.1 Kvalitativ analyse af sorg i Grønland

I den første del af analysen afdækker vi på baggrund af de kvalitative interviews med fagfolk, beslutningstagere og andre nøgleaktører de to første overordnede i temaer for undersøgelsen ”Sorgens Udtryk” og ”Naturlige og komplicerede sorgreaktioner”. Vi zoomer ind på temaer, som har været fremtrædende og gennemgående i interviews og forsøger blandt andet at belyse følgende spørgsmål:

- Hvordan ser sorg ud, og er det et tabu?
- Skelnes der mellem sorg, og i så fald hvornår oplever fagfolk, at sorg er kompliceret?
- Er der en sammenhæng mellem komplicerede sorgreaktioner og andre sociale problemstillinger

Hvordan ser sorg ud i Grønland?

Når vores interviewpersoner bliver spurgt om, hvordan sorg ser ud og kommer til udtryk hos mennesker i Grønland, fremgår nogle gennemgående temaer i deres karakteristik.

Sorgens omfang og hierarki: Interviewpersoner giver generelt udtryk for, at en grundlæggende forskel handler om omfanget af sorg – at der er så utroligt meget sorg blandt en så lille befolkning sammenlignet med andre lande. Alle har mistet og endda størstedelen til selvmord. Alle er generelt meget bevidste om, at tab og sorg fylder – hvis ikke alt – så ekstremt meget i Grønland både hos den enkelte, hos familier og i små og store lokalsamfund. Det er ikke nødvendigvis direkte synligt i hverdagen, og folk sætter ikke nødvendigvis mange ord på det, eller taler med hinanden om det i hverdagen. Men sorgen opleves som allestedsnærværende.

Dertil kommer en generel holdning til udtryk blandt majoriteten af interviewede fagfolk om, at sorg og sorgreaktioner ligger om ikke længst nede, så meget langt nede i hierarkiet af belastninger, som rammer individet. Fordi omfanget af borgere ramt af tab og sorg er så omfattende, og fordi der er så mange andre belastninger, der betragtes som værre, så sker der på en eller anden måde en kollektiv nedprioritering af, at sorg skulle være noget, der skal have lov til at fylde, eller som bør adresseres i velfærdsstaten på lige fod med andre alvorlige belastninger.

Naturlige og komplicerede sorgreaktioner

Det komplicerede bliver det nye normale: Interviewpersoner giver generelt udtryk for en opfattelse af, at der er rigtig mange, der har og lever med komplicerede sorgreaktioner i Grønland. Flere fagprofessionelle ytrer, at det nærmest hører til sjældenhederne at møde en person, der *ikke* er i sorg. Sorgområdets aktører giver i interviewundersøgelsen generelt udtryk for, at komplicerede sorgreaktioner er udbredt; at de som fagprofessionelle møder mange efterladte med komplicerede sorgreaktioner, og at det hører til sjældenhederne at møde en person, der ikke er i sorg.

Flere interviewpersoner laver koblingen mellem selvmord og komplicerede sorgreaktioner og giver udtryk for, at selvmord næsten er et grundvilkår, som alle vokser op med, og derfor er en stor del af befolkningen meget ofte PTSD- og traumeudsat. Sorgreaktioner står lidt i skyggen af mange andre og mere akutte problematikker. Til trods for at sorg meget ofte forbliver ubearbejdet, udviser man ikke nødvendigvis symptomerne, men interviewpersonerne er generelt enige om, at det bidrager til at øge selvmordsrisikoen.

Beskrivelse af komplicerede sorgreaktioner: Af interviews forsøger vi at afdække, dels om der er alment og fagligt kendskab til, at sorg er forskellig, og om eller hvordan det ser ud og kommer til udtryk som naturlige og komplicerede sorgreaktioner.

Af interviews fremgår det, at relativt få interviewpersoner kender og anvender disse faglige begreber. Men der er derimod genkendelse af, at sorg er forskellig ud fra sorgreaktionernes karakter og udtryk, og de er

ikke i tvivl om, at nogen belastes mere end andre. Interviewpersoner beskriver, at de oplever komplicerede sorgreaktioner i forbindelse med voldsomme og traumatiske omstændigheder omkring dødsfaldet; og lige så når der er tale om blandingssorg, hvor sorgen suppleres af andre problemstillinger og relationer (overgreb, alkohol, vold, svigt etc.), som man ikke har fået bearbejdet eller fået talt om med afdøde eller i familien. Når efterladte isolerer sig og lukker sig inde i deres sorg, er det ligeledes udtryk for komplicerede sorgreaktioner. Interviewpersoner ser overvejende en kobling mellem tab og sorg og forskellige sociale problemstillinger såsom ledighed, kriminalitet, misbrug.

Universel, individuel og kollektiv sorg: Interviewpersonerne betragter sorg på den ene side som noget følelsesmæssigt og relativt universelt for alle, som mister. Og på den anden side er Grønland et meget sammenfattet land, hvor netop sorg har mange kulturelle lag, som kan manifestere sig både meget ens og væsensforskellig afhængigt af konteksten. I mange interviews italesættes sorg som et meget kollektivt anliggende. Det kobles til, at Grønland er et stort land med en relativt lille befolkning og mange små og mindre samfund, hvor folk var og stadig til dels er afhængige af hinanden for livets opretholdelse og overlevelse i en barsk natur. Grønlandere er tæt forbundne i netværk, enten som familie eller storfamilie, kolleger, naboer, venner eller kender hinanden på anden vis, eller som minimum ved de, hvem hinanden er. Interviewpersoner giver udtryk for, at både afhængighed og relationer gør, at liv, død og sorg filtreres ind i hinanden. Det betyder, at når nogen dør i byen, bygden eller i andre relationelle sammenhænge, er der potentielt set mange, som mister og den kollektive sorg manifesterer sig ved, at alle ved besked og hele kollektiver af mennesker berøres af dødsfaldet og den efterfølgende sorg; og det er i særlig grad, når der sker et meget voldsomt dødsfald ved ulykke, forsvinden, selvmord eller mord. Den kollektive sorg kommer særlig synligt til udtryk ved alles deltagelse i ritualer i forbindelse med død og begravelse (jf. nedenfor).

I mange interviews sættes denne kollektivitet i kontrast til den mere individualistiske og opfattes som en mere ensom sorg og forbindes af mange med sorg i Danmark og andre lande. Kollektiv sorg i Grønland opfattes som en styrke, fordi man i højere grad oplever og føler et fællesskab i tabet og ikke er så umiddelbart alene i sorgen. Der er en bevidsthed om, at den kollektive sorg ikke er entydig, men har mange forskellige lag og udtryk afhængig af sted, individ, omstændigheder, men at kollektiviteten samtidig er en stærk og dyb kraft, der præger sorg og dens udtryk i Grønland.

Det fremgår også af interviews, at sorgen kommer mest kollektivt til udtryk i og omkring dødsfaldet og begravelsen. Bagefter bliver der mere stille; efterladte er ofte tilbageholdende og bange for at udvise svaghed eller bede om hjælp, og man er bekymret for lokalsamfundets snak (sladder) og syn på én og endda også at nogen kunne finde på at bruge det eller misbruge det mod én. Kollektivet af naboer, venner, kolleger etc. oplever på den anden side, at det er meget svært og lidt grænseoverskridende at række ud og spørge til, hvordan de efterladte har det efter begravelsen.

Fællesskabet og sammenholdet har således ofte svært ved at rumme og italesætte tab og sorg efterfølgende. I et land, hvor døden oftere er voldsom og traumatisk, og hvor sorgen ikke sjældent kompliceres af belastende personlige, relationelle eller sociale forhold, betyder dét at opleve sorg som et kollektivt også, at der hos kollektivets medlemmer hver gang tilføres nye lag af sorg oven i én alt andet lige anseelig mængde af ubearbejdet tab og sorg. Og i høj grad derfor giver mange interviewpersoner udtryk for, at der er mange, som ikke kan, tør eller magter at række ud til hinanden, fordi man selv oplever at være meget invalideret af egen sorg. Således fortæller præster, at de typisk får mange flere henvendelser fra efterladte med tidligere lignende tab, når der sker et nyt dødsfald eller selvmord i lokalsamfundet.

Døden og begravelse – fællesskab og ritualer: På spørgsmål i relation til, hvordan sorg kommer til udtryk, begynder mange interviewpersoner med at fortælle om ritualer og praksis omkring døden og begravelsen, som er meget vigtige for befolkningen i Grønland.

Af interviews med fagprofessionelle i sundhedssektoren fremgår det, at de generelt oplever, at døden er relativt synlig og ikke gemmes væk. Der er altid mange venner og familie omkring den døende og de pårørende, og man forsøger at skabe rum til dem på sygehuset og i hjemmet; og i den del af forløbet er der god støtte til

de pårørende/efterladte, og børn og voksne inddrages relativt meget i praktikken og samtaler omkring den forestående død.

Der er efterfølgende tradition for, at alle familiemedlemmer og venner, også børn og unge, ser den afdøde person på sygehus, i hjemmet eller på plejehjemmet. Her tager alle således typisk afsked med den døde, mange foretager udsyngning både i by og bygd, inden familien gør den afdøde i stand og lægger i kisten. Kisten kan således stå åben igen i kapellet, inden den kirkelige ceremoni. I de mindre byer deltager hele byen i begravelsen, og i de større byer som Nuuk og Sisimiut deltager mange familiemedlemmer og venner til den afdøde.

I forlængelse af begravelsen afholdes der kaffemik, hvor alle med den mindste tilknytning til den afdøde deltager for at tale om og vise respekt både over for den afdøde og de efterladte. Interviewpersoner giver udtryk for, at der ikke er noget, der hedder en privat begravelse som sådan, og at man deltager, selvom man ikke nødvendigvis kender den afdøde, men fordi man har medfølelse, og ofte selv har været noget lignende igennem.

Interviewpersoner er generelt af den opfattelse, at der er meget åbenhed og fællesskab igennem hele processen, herunder at også børn ofte er relativt meget inddraget i forløbet, fra evt. sygdom, til dødsfald, til begravelse og til kaffemik. Som beskrevet oven for er traditioner og ritualer et meget synligt og handlende udtryk for den kollektive sorg i Grønland, og er også i høj grad koblet til betydningen af tro og religion.

Natur, kultur, religion: I mange interviews refereres til tidligere tiders sagn og skikke, der af interviewpersoner tilskrives indflydelse på grønlandsk døds- og sorgkultur stadig i dag; og der er en opfattelse af, at den inuitiske kultur enten er integreret eller eksisterer parallelt med den kristne tro i Grønland. Interviewpersoner fortæller, at åndetro fortsat er til stede, og at det særligt blandt de ældre i bygderne er udbredt at møde fortællinger om spøgelser, hjemsøgte huse, ånder og åndemagere med særlig kontakt til de afdøde, som repræsenterer en måde at klare sorgen på. Der er altså en reminiscens af et verdensbillede, hvor livet og døden ikke er så adskilt, som tilfældet er i det kristne livssyn (jf. også nedenstående afsnit om tabu). Vi kan i denne undersøgelse ikke afdække, hvordan dette eventuelt har indflydelse på den enkeltes individuelle sorgproces. Som nævnt i kapitel 2 peger forskning på, at tro og religion både kan resultere i reduceret og forøget sorg.

Det er også en udbredt opfattelse blandt interviewpersoner, at naturen udgør en særlig kraft i forhold til liv, død, og sorg i Grønland. Naturens stilhed og naturens voldsomhed bliver en analogi for naturen, dels som livgivende og helende i sorgen, dels som livsberøvende. Interviewpersoner beskriver naturen som en støtte i svære situationer, hvor man kan glemme det svære, når man går på jagt eller på anden vis benytter sig af naturen. Men på den anden side berøver naturen også mange liv enten ved ulykker, forsvinden og selvmord. I interviews refereres til, at nogen, omend sjældent, går i fjeldet, som en reference til, at de går ud i naturen for at dø eller begå selvmord, og således bliver naturen en del af både den døendes og den sørgendes rejse.

Er død og sorg tabubelagt?

I interviewundersøgelsen lyttede vi til mange beskrivelser af, hvordan død og sorg opfattes som tabuiseret og svært at tale om, som det også er i Danmark og andre steder i verden. Vi kan på den baggrund ikke konkludere om sorg er mere eller mindre tabuiseret i Grønland, men alene skitsere nogle af de overordnede temaer, som gik igen i interviewene.

Stilhed: Af interviews fremgår det, at også i Grønland tales der ikke meget om sorgens følelser, som tilfældet er mange andre steder verden. Efter begravelsen og kaffemikken er slut og folk er gået hver til sit, opleves både stilhed i familierne og i det omkringliggende netværk og samfund indimellem så stille, som om vedkommende ikke havde levet. Flere giver udtryk for, at grønlandere helst ikke taler om dét, der gør ondt, måske fordi der er så meget, der gør ondt. Man handler i højere grad frem for at tale.

Flere interviewpersoner laver en analogi mellem stilheden og inuitisk kultur og skikke. Der trækkes paralleller fra sorgens stilhed til fangstens stilhed, som var bydende nødvendig for overlevelse. Interviewpersoner forbinder i vis grad stilheden med tidligere tiders forbud mod at nævne afdødes navn af frygt for at forhindre

fred i døden; dertil kommer en frygt for at give problemer eller måske give selve døden videre til andre, når man taler om den.

Den ældre befolkning håndterer generelt deres sorg i stor stilhed - ved ikke at omtale den døde eller vise følelser, men derimod signalere at man er alene og stærk i sorgen. Der udtrykkes en vis optimisme for fremtiden, fordi interviewpersoner oplever, at det er blevet lidt mere legitimt at tale om svære og psykiske problemer blandt unge i Grønland. De unge bruger i stigende grad Facebook til at fortælle, at livet er hårdt og gør ondt, herunder også om tab og sorg. Det står i kontrast til brugen af Facebook i mange andre vestlige lande.

Sorgens sprog: Flere interviewpersoner giver på forskellig vis udtryk for, at sorgens tabuisering også hænger sammen med, at man ikke har et sprog og tilstrækkeligt ordforråd til at udtrykke, hvad man selv føler, når man mister og skal sørge over tabet af nogen, man elskede. Men sproget mangler også til at kunne og turde tale med andre efterladte i deres sorg og om deres afdøde. Sorgens sprog efterlyses i interviews både meget konkret og i mere abstrakt forstand. Konkret refererer flere interviewpersoner til, at der på grønlandsk ikke findes et ord for sorg, og at man i stedet siger 'at have det svært i livet'. Dette sproglige aspekt er vigtigt at have med i overvejelserne omkring et fortsat arbejde i Grønland.

At give navnet videre: Mange interviewpersoner italesætter i relation til sorg og tabu en nutidig tradition og praksis omkring at give navne på afdøde videre til familiers nyfødte. Den har sit udspring i inuitisk livsanskuelse om sjælens efterliv i døden, som omhandler både navnets tabu og navnets videregivelse for at sikre afdøde sjælefred i døden og sikre, at afdødes sjæl og personlige karaktertræk og egenskaber levede videre i den nyfødte til, hvem navnet gives.

Af interviews fremgår det, at denne praksis med at give navnet videre er blevet mere udbredt i de senere år og står stærkere også blandt de yngre generationer, som bliver forældre. Men det er også en tradition, der er forskellige holdninger til.

Nogle interviewpersoner ser det som udtryk for, at inuitisk livsanskuelse tages med og fortsat præger tro og praksis omkring død og sorgkultur i det moderne Grønland. Det ses som en smuk tradition og en konkret måde at mindes, fejre og have afdøde med videre i livet og således også en anden måde at håndtere sorg på, særligt nu når det at tale om tab og sorg falder svært.

Andre igen giver udtryk for, at tabet måske ikke helt bliver bearbejdet, fordi fokus og følelser flytter over til den nyfødte med samme navn; og afdødes liv får ligesom lov til at fortsætte med risiko for, at det uigenkaldelige tab ikke helt bliver erkendt af de efterladte. Kritiske røster sætter fokus på det nyfødte barn og dennes ret til at skabe sin egen identitet, som ikke bør udstyres med en præ-defineret personlighed og nogle egenskaber, der jo som regel både er gode og dårlige. Der peges i interviews på, at børn der opkaldes efter en afdød kan ende med at få en præferencestatus med en opfattelse af, at navngivning bidrager til en oplevelse af forskelsbehandling.

Tabu og dødsårsag: Vi har spurgt ind til, om en eventuel opfattelse af, om tabuisering på nogen måde gradbøjes eller varierer efter dødens årsag – sygdom, ulykke eller selvmord. Det har vi gjort med reference til Grønlands høje selvmordsrate og en befolkning, hvor de fleste har mistet venner eller familie til selvmord. Gør det mon noget ved tabuet omkring selvmord. Flere interviewpersoner beskriver på forskellig vis, at selvmord og det at miste nogen til selvmord er blevet et af livets grundvilkår. Grønlandere er igennem flere årtier vokset op med selvmord, og de møder det jævnlige, repetitivt og i såkaldte 'clusters', hvor flere unge i samme by eller bygd dør ved selvmord inden for en kortere periode. Nogle interviewpersoner tillægger dødsårsagen mindre betydning og ser det mere som en generel berøringsangst for at tale om det at have mistet, den man har mistet og for at blive konfronteret med de mange svære følelser og tanker, der følger med sorgen. Flere interviewpersoner nævner dog også, at for efterladte til én, der har begået selvmord kan det være meget sværere og tabubelagt at tale om tabet og den afdøde på grund af den skyld og skam, der ofte følger med i forhold til, om man kunne have gjort noget for at forhindre selvmordet. Nogle føler sig decideret som medskyldige. Der er også nogle interviewpersoner, der giver udtryk for, at der i samfundet nok har udviklet sig lidt af en rangorden eller et hierarki med kategorier af, hvordan man helst skal dø, som

blandt andet kommer til udtryk i den måde, hvorpå der udvises stor opbakning til alvorlige sygdomsforløb med stor opmærksomhed og indsamlinger for at støtte op omkring den syge og familien.

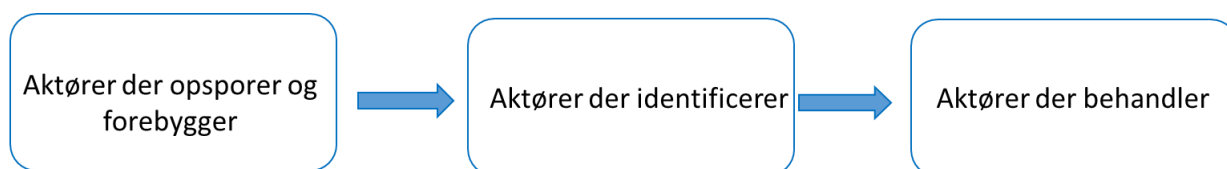
5.2 Kortlægning af sorgområdets aktører i Grønland

Indledning

I anden del af analysen adresseres de to overordnede temaer for undersøgelsen "Sorgaktører og sorgtilbud" og "Viden og behov for Kompetencer" (jf. figur 4). På baggrund af de kvalitative interviews med fagfolk, beslutningstagere og andre nøgleaktører forsøgte vi at afdække og besvare fire overordnede spørgsmål:

- Hvem er sorgområdets aktører?
- Hvordan oplever sorgområdets aktører muligheder og barrierer for at hjælpe efterladte?
- I hvilket omfang har sorgområdets aktører viden og kompetence om sorg?
- I hvilket omfang er der tilbud om sorgstøtte og sorgbehandling, og er der yderligere behov?

Vi tog udgangspunkt i nedenstående sorgforløbsmodel som en overordnet ramme omkring kortlægningen af sorgområdets aktører i Grønland. Det Nationale Sorgcenter har blandt andet anvendt modellen i forbindelse med at udarbejde de kliniske og nationale kliniske retningslinjer på sorgområdet i Danmark.



FIGUR 5: Sorgforløbsmodel

Modellen skitserer en klar rollefordeling på sorgområdet mellem aktører, der opsporer/forebygger, aktører der identificerer og aktører der behandler mennesker med komplicerede sorgreaktioner, hvilket understøtter den sammenhæng og systematik på sorgområdet, som er nødvendig for at sikre, at de efterladte med komplicerede sorgreaktioner får den nødvendige behandling. Modellen illustrerer den optimale situation, hvor sorgarbejde foregår integreret og systematiseret.

I kortlægningen inkluderer vi sorgområdets aktører i bred forstand på tværs af flere sektorer – sundhed – social – justits – civilsamfund. Vi har interviewet aktører, der forebygger eller kunne forebygge; aktører der identificerer eller kunne identificere; aktører der behandler eller kunne behandle komplicerede sorgreaktioner.

Efter kortlægning og gennemgang af aktører, forsøger vi så vidt muligt at indplacere sorgområdets aktører i modellen i henhold til deres rolle og funktion i dag, og ligeledes i forhold til aktører, hvor der måtte være et potentiale med den fornødne viden og efteruddannelse.

Kortlægningen er kvalitativ og ikke udtømmelig og kan fortsat blive udbygget, hvis vi har overset relevante fagfolk.

Gennemgang af aktører

I det følgende gennemgår vi sorgområdets aktører. Vi inddeler gennemgangen af aktører på sundhedsområdet i det sociale område, uddannelsesområdet, justitsområde og civilsamfundet.

Nogle aktører har vi ikke haft mulighed for at interviewe, og vi angiver derfor, om vores gennemgang baserer sig på research, interview eller begge dele.

SUNDHEDSOMRÅDET

Departementet for Sundhed (*interviews er foretaget på embedsmandsniveau*)

Departementet for Sundhed er ansvarlig for lovgivning og organisering af de overordnede rammer for sundhedsområdets aktører, herunder sundheds- og forebyggelsesstrategier og initiativer. Styrelsen for Sundhed refererer til departementet og har det overordnede driftsansvar for sundhedsvæsenet.

Der er øget særskilt fokus på pårørende og efterladte ift. at forebygge selvmord med udgangspunkt i den nationale strategi for selvmordsforebyggelse i Grønland 2013-2019 [61]. "I den tidligere strategi var pårørende og efterladte en overset gruppe, der senere har vist sig at være en væsentlig risikogruppe for selvmordsforsøg. Derfor skal der fremadrettet være en meget mere målrettet indsats over for netop disse målgrupper" [61].

Med udgangspunkt i strategien implementerer Departementet for Sundhed følgende indsatser med fokus på bedre koordinering mellem systemer og fagprofessioner; handlingskæder, uddannelse og mental sundhedsfremme, herunder nedenstående initiativer:

- Lokale handlingskæder for at sikre effektiv ansvarsfordeling kommune, politi og sundhedsvæsen ift. trusler, forsøg og fuldbyrdet selvmord. Primært fokus på den akutte krisehåndtering.
- Uddannelse i selvmordsforebyggelse lokalt af fagfolk i alle kommuner i samarbejde med Socialstyrelsen i Grønland og [Livslinjen](#)⁶.
- Robusthedsprogrammet [ThinkInuk](#)⁷ udbredes i kommuner som mental sundhedsfremme til borgere. Programmet adresserer også temaer om død, tab og sorg.

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at en væsentlig systemisk udfordring ligger i at sikre det tværsektorielle samarbejde og koordinering mellem forskellige aktører og myndigheder - kommune, sundhedsvæsen og politi - i forbindelse med selvmordsforebyggelse, og som en del af dette også opfølgning over for pårørende og efterladte til blandt andet selvmord. Af interviews fremgår det ligeledes, at der ligger en betydelig barriere for sundhedsprofessionelle, der som individer selv bærer på egne voldsomme oplevelser med tab og sorg. De giver udtryk for, at de selv i vidt omfang også bærer på mange tab af nærtstående også under voldsomme og traumatiserende omstændigheder. Og de er bevidste om, at dette faktisk afholder og/eller forhindrer dem i at kunne yde en indsats over for patienter, som måtte være i risiko for at udvikle eller have udviklet komplicerede sorgreaktioner. Der udtrykkes i udpræget grad behov for systematisk supervision af sundhedsprofessionelle, der møder selvmord og andre voldsomme dødsfald og begivenheder i deres arbejde.

Sundhedsprofessionelle

Vi interviewede sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sundhedsplejersker fra sygehus, sundhedsklinikker og alderdomshjem. Der er fem sundhedsregioner med et regionssygehus i hovedbyen, samt enten et sundhedscenter, en sygeplejestation eller en bygdekonsultation i regionens øvrige byer og bygder. Regionsledelsen varetages af en ledende regionslæge (lægefagligt ansvar) og en ledende regionssygeplejerske

⁶ Livslinjen er en selvmordsrådgivning i Danmark

⁷ Thininuk bygger på det danske koncept [Robusthed.dk](#). Det er ved at blive oversat og tilpasset en grønlandsk kontekst.

(sygeplejefagligt ansvar), som refererer til Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse. Lægebetjening og akut beredskab skal primært ske på regionssygehuse med Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i Nuuk som centralsygehus for hele landet⁸ [62]. Der er telemedicinsk teknologi til rådighed i alle bygder med 50 indbyggere og derover [63].

Der foreligger en landsdækkende retningslinje, der skal sikre samme arbejdsgange i sundhedsvæsenet for vurdering og observation af patienter, der er selvmordstruede. I henhold til denne retningslinje spørges der ikke specifikt ind til eventuelt forudgående tab hos den selvmordstruede.⁹ Vi har ikke mulighed for at vurdere om, eller i hvilket omfang, komplicerede sorgreaktioner er på den lægefaglige radar, endsige hvilke henvisningsmuligheder de eventuelt måtte have eller gøre brug af.

En alvorlig og gennemgående barriere og udfordring i det grønlandske sundhedsvæsen er mangel på og fastholdelse af alle sundhedsfaglige professioner i hele landet, men udpræget i bygder. Mange stillinger bemandes igennem korte og tidsafgrænsede ansættelser. Sygeplejersker og plejepersonale uddannes i Grønland, mens læger og psykologer uddannes i Danmark.

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter

Vi har interviewet sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fra sygehus, sundhedsklinikker og alderdomshjem. På sorgområdet spiller sygeplejersker og sundhedsassistenter en særdeles central rolle, da de i deres observation, pleje og samtale med borgere, patienter og eventuelle pårørende kan forebygge og/eller identificere sorg-relaterede problemstillinger, herunder komplicerede sorgreaktioner, som måtte kræve henvisning til behandling.

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at disse faggrupper ser og anerkender deres centrale position og rolle i forhold til at tale om tab og sorg qua deres interaktion med borgere og patienter. Både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter efterlyser faglig viden i forhold til at skelne mellem naturlige og komplicerede sorgreaktioner; herunder særligt redskaber til, hvorledes de kan spørge ind og starte en samtale med borgere og/eller patienter, således at de kan få dem til at tale om deres eventuelle tab og sorg. At tage disse samtaler kræver mere tid og ikke mindst henvisningsmuligheder til sorgstøtte eller sorgbehandling, så de oplever at kunne yde patienterne konkret hjælp videre.

I interviews peges der på en gennemgående barriere ift. egne og ofte ubearbejdede tab, som de bærer på som privatpersoner bag deres fagprofession. Det forhindrer dem i vid udstrækning i at række ud for at hjælpe patienter og borgere, for de er bange for, hvilken reaktion det kan afstedkomme hos dem selv, hvis de går ind i samtaler med patienterne om tab og sorg. For at beskytte sig selv, vender de det blinde øje til, selvom de burde handle. De efterlyser generelt supervision og hjælp til at bearbejde egne tab.

I forlængelse heraf fremgår en problemstilling særligt i de små lokalsamfund, hvor professions- og privatsfærens roller og relationer ofte er sammenblandede og vanskelige at navigere i, særligt i forhold til sensitive temaer som tab og sorg, og man derfor bevidst eller ubevidst ikke **kan, vil** eller **tør** pege på tab og sorg som en problemstilling. Det resulterer i yderste konsekvens til svigt af patienter og borgere.

Sundhedspleje (vi interviewede sundhedsplejersker)

Sundhedsplejersker er sygeplejersker med en specialuddannelse, som varetager hjemmebesøg til småbørn, helbredsundersøgelser og ind/udskolingsundersøgelser, sundhedsvejledning til forældre, formidling af kontakt til lægelig, social eller pædagogisk sagkundskab ved behov.¹⁰ Sundhedsplejersker samarbejder på tværs af daginstitution, skole, kommune og familie og bliver et centralt bindeled, der gør dem til en nøgleaktør i sorgarbejdet ift. oplysning, forebyggelse og identifikation af komplicerede sorgreaktioner.

⁸ DIH har områderne medicinsk, kirurgisk og akut, det psykiatriske område med akutmodtagelse, sengeafsnit og ambulatorier.

⁹ Retningslinje vedlagt som bilag til Nakkerlakkersuisut's svar vedr. § 37 spørgsmål nr. 249 i 2018

¹⁰ Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 4 af 14. februar 2005 om helbredsundersøgelser og sundhedspleje for børn

Udfordringer og muligheder: På baggrund af research og interviews vurderes sundhedsplejen til allerede at have fokus på konsekvenser af tab og sorg blandt børn under 18 år, og at de har særligt gode muligheder for at monitorere og handle i forhold evt. at identificere risikoadfærd og eventuelle komplicerede sorgreaktioner hos børn og unge særligt i skolealderen. Derudover har de også potentielt adgang til og kontakt med børnenes familier, hvilket giver mulighed for et holistisk blik på hele familien. Det fremgår også af interviews, at de i deres arbejde som sundhedsplejersker oplever barrierer i forhold til at henvise børn til psykologisk behandling i de kommunale familiecentre, hvor vurdering og visitation ofte munder ud i afslag og/eller manglende ressourcer.

Psykologer (vi interviewede psykologer)

Der arbejder mellem 50-55 psykologer i Grønland, hvoraf omkring 35 taler grønlandsk¹¹ [64]. Flest psykologer befinder sig i Nuuk¹² samt i hovedbyerne i Grønland, som tilstræber at dække bygder ved tilrejse og telemedicinsk behandling eller skype. Mange psykologer er ansat i offentlige stillinger i kommune eller under selvstyret, andre er privatpraktiserende psykologer, og andre kombinerer begge dele i deres virke som psykolog. Man kan ikke uddanne sig til psykolog i Grønland¹³. Selvstyret oprettede i 2017 en psykoterapeutuddannelse¹⁴, hvor 28 studerende over 4 år på deltid uddannes til psykoterapeuter. De kommer med en social- eller sundhedsfaglig baggrund og er ansat i offentlige system, hvor de på sigt skal styrke den forebyggende indsats for udsatte børn og unge i Grønland.¹⁵ Psykologer er primær aktør med den formelle kompetence til at varetage specialiseret terapeutisk behandling af komplicerede sorgreaktioner. Der kan være og er i mange tilfælde psykologer ansat på følgende områder: Kommune – familiecentre og Misi (PPR Pædagogisk Psykologisk Rådgivning); Sundhedsvæsen (hospital); Selvstyrets behandlingstilbud til specifikke målgrupper; Privat praksis og døgninstitutioner.

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at der er stort behov for og mangel på psykologer særligt i de mindre byer og bygder, og i dette vadede bliver man ofte nødt til at anvende faggrupper, som varetager klinisk arbejde, men ikke nødvendigvis er fagligt klædt på til dette. Udover flere psykologer efterlyses også i højere grad opbygning af faglig og klinisk specialistkompetence hos psykologer. Psykologer fortæller, at de møder mange klienter, som utvivlsomt har komplicerede sorgreaktioner, men hvor fokus typisk kommer på andre og mere akutte problematikker såsom misbrug, seksuelle overgreb, mistvivsel, selvmordstanker mv. Tab og sorg reduceres mere til et grundlivsvilkår, som alle bærer med sig mere end, at det ses som roden til deres klienters problematikker. Indimellem er der sorggrupper typisk i familiecentre, men deres opståen er lidt tilfældig og som ofte initieret af ildsjæle, og derfor forankres de ikke som permanente tilbud. I vores interviews henvises alene til Sorggruppen i Nuuk¹⁶ igennem 4 år i 90'erne som det eneste systematiske og faste sorgbehandlingstilbud. Psykologer anerkender behov for at skelne mellem sorg, og de efterlyser mulighed for at oprette systematiske behandlingstilbud og metoder. Det har på baggrund af research og interviews ikke været muligt at danne et fuldstændigt klart billede af systematik og praksis for henvisning til psykologbehandling i Grønland. Borgere kan på forskellig vis henvises og visiteres til en række forskellige gratis, offentlige tilbud om psykologbehandling i familiecentre og andre problem/målgruppe-specifikke behandlingstilbud (mere herom nedenfor). Men vi har ikke kunnet identificere, om der er eventuel praksis for henvisning til behandling hos privatpraktiserende psykolog ud over de offentlige tilbud.

¹¹ Til sammenligning arbejdede omkring 8 psykologer i Grønland i midt 90'erne

¹² 17-25 psykologer i Nuuk nævnes i flere interviews, men vi har ikke fundet en officiel kilde på dette.

¹³ Der findes ikke en psykologlov i Grønland, og titlen er ikke beskyttet med autorisation, hvilket den grønlandske afdeling af Dansk Psykologforening arbejder for at ændre.

¹⁴ Etableret af Systemisk Institut for Familierapi (SIF), Danmark

¹⁵ 'Ny psykoterapeutuddannelse skal uddanne offentligt ansatte i Grønland', Nyhed på Dansk psykoterapeutisk forenings www, 19. jan. 2017.

¹⁶ Sorggruppe i NUUK http://psykologi.gl/?page_id=91.

Allorfik (ikke interviewet)

Allorfik er en driftsenhed under Departementet for Sundhed med henblik på at implementere Selvstyrets nationale plan for fremtidens misbrugsbehandling¹⁷. Allorfik er et gratis, nationalt tilbud til voksne med rusmiddel- og spilproblemer. Allorfik, Videncenter om Afhængighed har i 2016-2018 oprettet et behandlingscenter i hver af de fem kommuner med 3 behandlere pr. center.¹⁸ Misbrugsbehandlere har typisk en mellem-lang fagprofessionel uddannelse, som uddannes i behandlingen. Tilbuddet er overvejende gruppebaseret med udspring i en kognitiv adfærdsterapeutisk behandlingsmodel, som er ambulant over 17 uger i byer og dagsbehandling over 6-8 uger i bygder ved et rejsehold; dertil kommer 26 ugers efterbehandling. Tilbuddet er gratis og inkluderer eventuel rejse og ophold i forbindelse med behandlingen. Henvi sning/visitation sker via kommunal sagsbehandler, Allorfik eller arbejdsgiver. Der ydes også behandling til pårørende.¹⁹

SOCIALOMRÅDET

Departementet for sociale anliggender og justitsområdet (Interviews er foretaget på embedsmandsniveau)

Departementet har ansvar for social og justitsområdet, herunder de socialpolitiske hovedområder: Udsatte børn, udsatte voksne, handicappede, ældre og familier og børn. De samarbejder tæt med kommunerne om at implementere sociallovgivning og monitorere socialområdet.²⁰

Socialstyrelsen (vi interviewede embedsfolk)

Socialstyrelsen blev etableret i 2017 under departementet i forbindelse med vedtagelsen af en ny lov om støtte til børn²¹. Socialstyrelsen skal rådgive, vejlede og supervisere de kommunale forvaltninger og ledelser i sagsbehandlingen af børnesager.²² De står for driften af offentlige døgninstitutioner og handicapinstitutioner. Socialstyrelsen varetager også sociale vanskeligheder for voksne udsatte, og de vejleder, rådgiver og gennemfører kursusvirksomhed i kommuner og institutioner.²³ Under Socialstyrelsen ligger en række enheder og/eller tilbud med forskellige foci, mål- og aldersgrupper:

- **Telefonrådgivninger**

I Grønland i offentligt regi er der 4 landsdækkende telefonrådgivninger og en sms-rådgivning²⁴ med forskellige målgrupper, telefonnumre og åbningstider, og fra primo 2019 er disse samlet under Socialstyrelsen og lanceret som én telefonrådgivning TUSAANNGA med fast daglig åbningstid fra kl. 16-22. Fremover kan alle med behov for en samtale henvende sig. Rådgiverne vil blive kompetenceudviklet til at være særligt opmærksomme på at spotte selvmordsadfærd. Der bliver igangsat en informationskampagne om rådgivningstelefonerne og den udvidede åbningstid.²⁵

- **Det Centrale Krisebereb skab (ikke interviewet)**

Kommunerne kan ansøge Selvstyret om akut krisehjælp i forbindelse med mord, selvmord, alvorlige ulykker eller lignende, når dette ikke kan organiseres/etableres lokalt.²⁶

¹⁷ [National plan for fremtidens misbrugsbehandling](#).

¹⁸ Center for Ludomani varetager behandling af spilafhængighed enten via skype eller ved ophold i Odense.

¹⁹ Allorfiks: <https://www.allorfik.gl/>

²⁰ Naalakkersuisut, Departementet: <http://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Departementer/Sociale-Anliggender-og-Justitsvaesen>

²¹ Inatsisartutlov nr. 20 af 26. juni 2017 om støtte til børn

²² Paragraf 12 Inatsisartutlov nr. 20 af 26. juni 2017 om støtte til børn og https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2018/12/0712_tusaannga

²³ Naalakkersuisut, Socialstyrelsen: <https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Departementer/Sociale-Anliggender-og-Justitsvaesen/Socialstyrelsen>

²⁴ Telefonrådgivninger: https://www.peggik.gl/Kontakt/Telefon_Raadgivning

²⁵ Naalakkersuisut: https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2018/11/0711_forebyggelse og https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2018/12/0712_tusaannga

²⁶ Naalakkersuisut, Socialstyrelsen: <https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Departementer/Sociale-Anliggender-og-Justitsvaesen/Socialstyrelsen>

- **Den Centrale Rådgivningsenhed**

Den Centrale Rådgivningsenhed (CR) er en integreret enhed i Socialstyrelsen, som har til formål at rådgive og vejlede kommunerne på området for udsatte børn og unge, med henblik på at styrke den juridiske og socialfaglige viden og praksis på det samlede myndighedsområde. Via call-center og rejsehold yder Den Centrale Rådgivningsenhed rådgivning, supervision, kompetenceudvikling og udviklingsunderstøtning til kommuner for at styrke kvaliteten af sagsbehandlingen.²⁷ Saaffik er et landsdækkende center, i regi af Den Centrale Rådgivningsenhed, som har til opgave at etablere lokalt beredskab i familiecentre særligt i forbindelse med seksuelle overgreb på børn. Saaffik har et børnerejsehold, som rejser rundt i landet og tilbyder behandling til børn udsat for overgreb og anden bistand lokalt, herunder i yderdistrikter.²⁸

- **Rejseholdet for senfølger af seksuelle overgreb** *(vi interviewede tidl. psykolog ansat ved rejseholdet)*

Rejseholdet blev etableret i 2013 for at lindre og behandle voksne med senfølger af seksuelle overgreb og deres børn. Rejseholdet består af 4 psykologer, der tilbyder individuel- og gruppebehandling eller psyko-edukation til voksne med senfølger af seksuelle overgreb [65]. Rejseholdet opholder sig i hver by eller bygd i en uge hver måned i 11 måneder, hvor borgere får 2 behandlinger. Siden 2013 har ca. 550 personer været i behandling i 12 ud af 17 byer og 2 bygder [60]. Der er tværfagligt samarbejde med kommunen for at sikre forankring af viden lokalt, og opkvalificere lokale fagfolk, f.eks. ved netværksmøder, supervision og kurser. Den lokale forankring er vanskelig både pga. mangel på fagfolk og kvalifikationer. Behandlingseffekten er ikke undersøgt, men vurderes virkningsfuld. Rejseholdets indsats i forhold til bygderne har været udfordrende, da borgere rejser til byen i en uge med megen logistik og spildtid til følge [65]. I 'Naalakkersuisuts strategi mod seksuelle overgreb 2018-2022, Kiiliisa – Lad os sætte grænser' foreslås, at behandling tilbydes alle ofre og pårørende for seksuelle overgreb med behov, og at Saaffiks Børnerejsehold og Rejseholdet udvides.²⁹

Som led i den 'Nationale strategi og handlingsplan mod vold 2014-2017' [66] etablerede "Departementet for Sociale Anliggender og Justitsområdet" nye behandlingstilbud til både voldsofre (Illernit) og udøvere af vold (Alliaq):

- **Illernit** *(ikke interviewet)*

I 2015 etableredes Illernit i Qeqertarsuaq Kommunia. Illernit er et landsdækkende krise- og behandlingscenter til voldsramte kvinder med børn, hvor de kan få professionel behandling i op til et års varighed [66]. Derudover ligger der krisecentre til midlertidigt ophold i Nuuk, Qaqortoq og Paamiut. Henvielse til Illernit sker via kommunen, og behandling foretages af psykologer/terapeuter baseret på systemisk terapi individuelt og i grupper med fokus på at styrke sunde relationer i familien. Behandlingen viser god effekt i en nylig foretaget evaluering [67].

- **Alliaq** *(ikke interviewet)*

I 2016 etableredes Alliaq, som er behandlingstilbud til mænd og kvinder, der har volds- og aggressionsproblemer i forhold til deres partner. Alliaq har psykologer i Nuuk, Sisimiut, Ilulissat og Qaqortoq. Der ydes individuel psykologbehandling i 8 timer samt 2 timers samtale med en evt. partner. Tilbuddet er gratis og til alle fra 15 år, på baggrund af visitation.

²⁷ Naalakkersuisut, Socialstyrelsen: <https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Departementer/Sociale-Anliggender-og-Justitsvaesen/Socialstyrelsen> og <https://www.centralraadgivningsenhed.gl/>

²⁸ Naalakkersuisut: https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2018/11/0711_forebyggelse

²⁹ Naalakkersuisut: https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2018/08/1608_kiiliisa_lancering

Kommuner og Kriminalforsorgen kan oplyse borgere om tilbuddet. Alliaq samarbejder med [Dialog Mod Vold](#) i København om supervision og behandlingsmodel.³⁰

- **Døgninstitutioner** (*vi interviewede medarbejdere*)

Der er i alt omkring 21 døgninstitutioner, hvoraf Socialstyrelsen er overordnet ansvarlig for driften af ca. halvdelen. 10 døgninstitutioner er for børn og unge og resten er en række private og selvejende døgninstitutioner.³¹ I 2010 blev det anslået, at 7 % af alle børn (0-17 år) i Grønland var anbragt uden for hjemmet, hvoraf lidt over 75 % var i plejefamilier og resten på døgninstitutioner [68]. Børn og unge kommer på baggrund af alvorlige og varierende problematikker. Der har været kritisk fokus på levevilkår og faglighed på døgninstitutionsområdet, og en lang række tiltag er iværksat for at forbedre situationen [69]. Ansatte er typisk fagprofessionelle med mellemlang uddannelse fra socialområdet, og få psykologer. Det er typisk kommuner, der visiterer børn til døgninstitutioner, som oplever at få meget begrænset viden om barnets baggrund og historie.

Udfordringer og muligheder (*samlet for Departement for Sociale Anliggender og Justitsområdet og Socialstyrelse*): Af interviews og research fremgår det, at der i de senere år er kommet et øget udbud af sociale tilbud i Grønland, der hver på sit område yder vigtig støtte og behandling til forskellige målgrupper, dog ikke med et fokus på efterladte og sorg. Der efterlyses øget tværsektorielt samarbejde og koordinering ift. henvisning og visitation til de forskellige psykologtilbud. Der er blandt fagfolk en erkendelse af, at sorg og konsekvenser af komplicerede sorgreaktioner er en signifikant faktor i mistrivsel hos børn, unge og voksne, men det vurderes ikke umiddelbart ligeså akut eller alvorligt og kommer derfor i anden række ift. de mange andre problematikker. Der er behov for mere viden om sorgreaktioner på tværs af infrastrukturen af sociale tilbud. Mangel på kompetente fagfolk kombineret med en generel høj omsætning af medarbejdere er en stor udfordring for opbygning og forankring af viden og kompetence generelt på det sociale område. Socialstyrelsen bruger train-the-trainer koncepter i et forsøg på at øge forankringen af viden og opbygge lokal kapacitet. Generelt har modellen med rejsehold af psykologer vist sig både effektive og bæredygtige, og netop med det koncept har behandling, lokal kapacitetsopbygning og forankring af viden vist sig at gå hånd i hånd. Måske rejseholdstilgangen også rummer et potentiale for sorgområdet, suppleret også af udvikling og øget anvendelse af eksisterende telemedicinsk infrastruktur til psykologbehandling for at øge udbud og rækkevidden af psykologbehandling i hele landet.

Kommuner (*Vi interviewede forskellige fagfolk og ledere*)

Kommunerne har det lokale, operationelle ansvar på socialområdet.

Lokale forebyggelsesudvalg og forebyggelseskonsulenter (*vi interviewede sidstnævnte*)

Lokale forebyggelsesudvalg skal styrke forebyggelse og sundhedsfremme. Det er en tværprofessionel og tværsektoriel struktur, hvor sundhedsvæsen, tandpleje, socialforvaltning, folkeskole, politi og kriminalforsorg mødes hvert kvartal, laver årlig handleplan og koordinerer lokal forebyggelse³² [61]. *Forebyggelseskonsulenter* er ansat i kommunalt regi og er blandt andet ansvarlige for at implementere forebyggelsespolitik og handleplaner; samarbejder og koordinering af den tværfaglige forebyggende indsats i by og bygd; igangsætte nye initiativer, projekter og lokale oplysningskampagner; Forebyggelseskonsulenten er typisk koordinator/sekretær for forebyggelsesudvalget. Hver kommune har en eller flere forebyggelseskonsulenter [70].

Muligheder og udfordringer: På baggrund af research og interviews fremgår det, at tab og sorg ikke er fremtrædende i det aktuelle forebyggelsesarbejde, og at fokus forsat er meget stærkt i forhold til forebyggelse af misbrug og fysisk sundhed. Men i den Nationale strategi for selvmordsforebyggelse 2013-2019 forsøges lo-

³⁰ Alliaq hjemmeside <https://alliaq.gl/da>

³¹ Oversigt på Døgninstitutionsafdelingens hjemmeside, <https://www.uupi.gl/da/Institutioner>

³² Jf. § 3, stk. 4 i Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation og i Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 18 af 18. maj 2001 om lokale forebyggelsesudvalg

kale forebyggelsesudvalg inddraget mere i selvmordsforebyggelse, herunder bl.a. indsatser ift. kriseberedskabsplaner, opkvalificering og vedligeholdelse af viden hos lokale fagpersoner. Der foreligger dog ikke dokumentation for, i hvor høj grad det er sket. Den tværsektorielle tilgang i det lokale forebyggelsesarbejde ville potentielt set kunne understøtte sorgområdet og dets aktører ift. henholdsvis forebyggelse, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner.

Familiecentre (*Vi interviewede socialrådgivere og psykologer*)

Der er familiecentre under hver kommune med ansvar for familiebehandling, forebyggelse, rådgivning, krisehjælp og behandlingsarbejde. Organisering sker flere steder med et centralt familiecenter i kommunens hovedby med mindre afdelinger eller familiehuse i mindre byer. I nogle kommuner er der til familiecentret tilknyttet et rejsehold, der rådgiver, uddanner og yder kriseberedskab og behandling lokalt [71]. I hovedfamiliecentrene er der en åben rådgivning en dag om ugen, hvor forældre og børn kan henvende sig uden henvisning. Familiecentret samarbejder med kommunen om udredning og undersøgelse og i sidste ende er det kommunen som myndighed, der visiterer til evt. behandlingsforløb i familiecentret. Familiecentre kan alene yde behandling til familier og børn, og ikke andre målgrupper. Sundhedsregionen har ansvar for sundhed og kommunen for det sociale område, og organisering ift. snitflader mellem de to områder, samarbejde og ansvarsfordeling er generelt vanskeligt. Det vil også udgøre en barriere for koordinering og mere sammenhæng på sorgområdet [63].

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at medarbejdere på familiecentre møder mange borgere med tab og sorgreaktioner. Men problematikker omkring sorg og komplicerede sorgreaktioner kommer ofte i anden række pga. de mange andre akutte problemstillinger. Andre problematikker kan komme til at skygge for, at et tab måske er roden og udløsende faktor for trivslen.

Alle familiecentre har i teorien psykologer ansat, men ikke altid i praksis, da der i længere perioder kan være ubesatte stillinger og store udfordringer med at rekruttere og fastholde særligt psykologer i familiecentre. På grund af psykologmangel anvender man andre faggrupper, særligt socialrådgivere, til at lede samtale- og/eller behandlingstilbud til familier. Vi støder på familiecentre, som kører rene sorggrupper indimellem, men det er ikke et fast og systematisk tilbud. Det afhænger af ressourcer og sammenfaldende henvendelser. Og som nævnt før er Sorggruppen i Nuuk den eneste reference til et eksempel på systematisk, sorgterapeutisk behandlingstilbud.

Der gøres indsatser for at nå ud til små byer og bygder fra kommunen. Man tilstræber så vidt muligt at bruge digital kommunikation (skype) for at øge sammenhængen ml. by og bygd, og derudover organiserer man 14 dages ophold med et planlagt program af blandt andet borgerrettede indsatser og behandling. Kommuner udsender lokalt kriseberedskab i alvorlige situationer i forbindelse med mord, selvmord, alvorlige ulykker eller lignende. Kriseberedskabet tilbyder som oftest en krisesamtale, og skal ikke betragtes som et behandlingstilbud. Kommunerne kan søge Selvstyret om akut krisehjælp via det centrale kriseberedskab, når hjælpen ikke kan organiseres/etableres lokalt. Komplicerede sorgreaktioner udvikler sig typisk først 4-6 mdr. efter et tab, men aktører ift. akut krisehjælp kan være vigtige aktører ift. en første vurdering på baggrund af hændelser.

Misi - Pædagogisk psykologisk rådgivning (*Vi interviewede socialrådgivere og psykologer*)

Misi – PPR tilbyder pædagogisk-psykologisk rådgivning til forældre og fagfolk, som arbejder med børn og unge i alderen 0-18 år. Forældre, lærere og pædagoger kan henvende sig til Misi, når de oplever problemstillinger omkring børn og unges trivsel og udvikling. Misi undersøger problemstillingen i direkte kontakt med de involverede og yder rådgivning. Der rådgives om pædagogisk-psykologiske problemstillinger om børns udvikling, trivsel og læring, men der ydes ikke behandling.

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at Misi (PPR) ofte møder børn og deres familier, hvor der er opstået problemer ift. til børnenes udvikling, trivsel og læring, og ligeledes hvor man identificerer, at der er tab og sorg, som forhindrer dem i at have en velfungerende hverdag i hjem og skole. Der er samarbejde med folkeskoler, hvor lærere eller socialrådgivere kontakter Misi ved adfærdssændringer, koncentrations- og indlæringsvanskeligheder foranlediget af, at et barn har mistet. Sorgarbejde er dog ikke

øverst på deres dagsorden, da der er så mange andre og umiddelbart mere alvorlige problematikker blandt børn og familier. Misi's psykologer rådgiver børn, men yder ikke psykologbehandling og vil for nærværende derfor alene kunne understøtte forebyggelse og identifikation af evt. komplicerede sorgreaktioner hos børn og unge.

Ældrepleje og plejehjem *(vi interviewede medarbejdere og ledere)*

Også i Grønland sker der i disse år en markant stigning i antallet af ældre. En længere levealder medfører alt andet lige, at ældre vil opleve flere tab af slægtninge og venner med sorg og sorgreaktioner til følge. Der er omkring 18-20 alderdoms- og plejehjem fordelt i de fire kommuner, typisk et eller flere i byerne [72].

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at ældreplejen er udfordret i Grønland. Ældre kan kun få døgnpleje ved at flytte på plejehjem, der i mange tilfælde ligger dagsrejser fra deres hjem og familie, og som ofte medfører isolation og ensomhed. Plejepersonalet har begrænset kompetence i forhold til at yde både fysisk og psykisk omsorg og pleje til de ældre. En stor del af plejepersonalet er ufaglært eller uddannet som sundhedsassistenter og har ikke i deres uddannelse haft særligt fokus på sociale og psykiske problemer, endsige problemstillinger med tab, sorg og sorgreaktioner. På alderdomshjem nævnes det igen som en særlig problemstilling, at personalet kæmper med egne tab, traumer og andre problemer, hvilket har negativ effekt på deres evne til at imødekomme og adressere sorg og sorgreaktioner hos ældre beboere med behov.

UDDANNELSESOMRÅDET³³

Herunder ligger både skole, uddannelse, rådgivning samt kirken.

Folkeskolen *(vi interviewede lærere, socialrådgivere og inspektører)*

Grønlands Folkeskole ligger administrativt under kommunen, og der er skoler i alle byer og bygder, men i mindre bygder ofte kun til 7.klasse. Herefter må børnene flytte væk fra bygden og bo på elevhjem³⁴ og forsætte skolegangen i nærmeste by [73].

Udfordringer og muligheder: Fra interviews fremgår det, at tab og sorgreaktioner fylder meget. Det er overvejende op til den enkelte lærer, hvorledes tab og sorg skal takles og tales om i klassereg. I meget varierende omfang etablerer skoler sorgstøtte ad hoc eller endsige som et fast tilbud. I de større byer ansættes i stigende grad socialrådgivere på skoler, som nogle steder varetager sorgstøtte og samtalegrupper. Hvor der ikke er en socialrådgiver, er det op til lærerne. Nogle skoler har etableret grupper til forskellige alderstrin, men på de mindre skoler er grupper blandede i forhold til alder. Enkelte skoler har delt børn og unge efter køn i deres sorgstøttegrupper, da deres erfaring viser, at begge grupper taler mere åbent iblandt eget køn. En skole beretter at have organiseret sorgstøtte ved at efterladte elever kan starte med individuelle samtaler med skolens socialrådgiver forud for evt. indtræden i en sorgstøttegruppe. I alvorligere tilfælde med større grad af mistrivsel, henviser skolen til familiecentre, men der kan være langt imellem visitation til behandlingstilbud. Viden og kompetence blandt sorggruppeledere er varierende – nogle har været på kursus og andre har ingenting. Socialrådgivere og lærere med mere kompetence i sorg henviser i mindre grad til psykologbehandling. Lærere og socialrådgivere spiller i dag en central rolle ift. Sorgarbejde, samt forebyggelse og opsporing af komplicerede sorgreaktioner. Men der er behov for systematisk opbygning af faglig viden og redskaber til at skelne mellem sorgreaktioner og viderehenvise børn med komplicerede sorgreaktioner og alene drive sorgstøttegrupper for børn med naturlige sorgreaktioner.

³³ Vi har ikke interviewet Departementet for Uddannelse, Kultur, Kirke og Udenrigsanliggender.

Departementet har ansvar for uddannelse og forskning, kultur og kirke. Afdelingen for Uddannelse og Forskning dækker fagområderne: Førskoleområdet, Folkeskoleområdet, Erhvervsuddannelser, Gymnasiale uddannelser, Videregående uddannelser og Forskning.

³⁴ Vi har ikke interviewet fagfolk på elevhjem, men via research og andre interviews konstaterer vi, at der er udfordringer med børns generelle trivsel på elevhjem dels fra Børnetalesmanden og dels fra Nakkerlackersuisut: https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2017/02/090217_elevhjem

Nationalt Center for Vejledning / Studenterrådgivningen *(vi har interviewet psykologer)*

Nationalt Center for Vejledning blev etableret under Departementet for Uddannelse, Kirke, Kultur og Ligestilling i 2013³⁵. Formålet er dels at udvikle og kvalitetssikre uddannelses- og erhvervsvejledning samt udbyde uddannelse i vejledning til både uddannelses- og erhvervsvejledere. Derudover blev der i regi af Nationalt Center for Vejledning etableret en landsdækkende social og psykologisk rådgivning – i daglig tale Studenterrådgivningen.

Studenterrådgivningen har rådgivningsafdeling i de 5 største byer Ilulissat, Aasiaat, Sisimiut, Nuuk og Qaqortoq, hvorfra de yder et offentligt, gratis og anonymt tilbud om social, psykologisk og psykiatrisk rådgivning og behandling. Der ydes også telefonisk og webrådgivning til uddannelsessøgende i byer, hvor de ikke er fysisk til stede. Målgruppen er elever og studerende på ungdomsuddannelser, videregående uddannelse og arbejdsledige i uddannelsesforløb hos Majoriaq. Studenterrådgivningens medarbejdere er psykologer, socialrådgivere samt medarbejdere med psykoterapeutisk efteruddannelse.³⁶

Udfordringer og muligheder: I studenterrådgivningen hjælper og behandler de også ofte unge med problematikker relateret til tab og sorg, og derudover en lang række andre sociale og psykiske udfordringer: angst, depression, ensomhed, forældre, koncentrationsproblemer, motivationsproblemer, omsorgssvigt, selvværd, tab og sorg, turde-tale-problemer. I Studenterrådgivningen tilbyder de både individuelle forløb og gruppeforløb. Varighed afhænger af problematik og faglig vurdering af den enkeltes behov.³⁷

Majoriaq *(vi interviewede medarbejdere og ledere)*

Majoriaq er bindeled mellem uddannelse, arbejdsmarked og erhvervsliv. Med et center i alle 17 byer udgør Majoriaq en samlet organisatorisk, kommunal enhed, der varetager sagsbehandling, vejledning og opkvalificering med henblik på at få arbejdsledige borgere videre til uddannelse og beskæftigelse.³⁸

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at Majoriaq møder tabs- og sorgproblematikker hos de arbejdsledige borgere, som de skal hjælpe i job eller uddannelse. Interviewpersoner giver udtryk for, at det ofte ikke er evnen til at lære eller passe et arbejde, der resulterer i ledighed, men derimod ubearbejdede livsbegivenheder. Majoriaq arbejder helhedsorienteret med fokus på sociale og psykologiske forhold, og de henviser til psykologisk behandling i Studenterrådgivningen under Center for National Vejledning. De henviser også klienter med tab og sorgreaktioner, hvor det fylder så meget, at de står i vejen for beskæftigelse. Således spiller Majoriaq-centre som aktør en potentiel væsentlig rolle i forebyggelse og opsporing af komplicerede sorgreaktioner, som kunne systematiseres og suppleres med viden, henvisningsprocedure og registrering.

Kirken *(Vi interviewede præster, kateket og embedsfolk)*

Kirken i Grønland er en selvstændig kirke inden for den danske folkekirke. Grønland er opdelt i tre provstier, 17 præstegæld med i alt 73 kirker.

En biskop, 3 provster og ca. 25 præster, samt 60 kateketer dækker 17 byer og 57 bygder.³⁹ Kateketer er hjælpepræster med kortere uddannelse⁴⁰, som kan varetage dåb, gudstjeneste og begravelse. Kristendom er den dominerende trosretning, og med 95 % af befolkningen døbt er næsten alle medlem af folkekirken.⁴¹ I 2018

³⁶ Nationalt Center for vejledning og Studenterrådgivningens hjemmeside <https://aqgut.gl/>

³⁷ Nationalt Center for vejledning og Studenterrådgivningens hjemmeside <https://aqgut.gl/>

³⁸ Majoriaq hører under Departementet for Erhverv, Arbejdsmarked, Handel og Energi: hjemmeside: <http://majoriaq.gl/da>

³⁹ Kirken i Grønland, www.ilagiit.gl/ - Sydprovsti (Provstearfik Kujataa), med fire præstegæld, Midtprovsti (Provstearfik Qeqqa Tunulu), fem præstegæld og Nordprovsti (Provstearfik Avannaa), med otte præstegæld

⁴⁰ Kateket uddannelsen er en 3-årig kursusuddannelse. Uddannelsen er opbygget af tre fremmødemoduler, hver af ca. 5 ugers varighed, med mellemliggende læse- og opgaveperioder.

⁴¹ <http://www.dagensgronland.dk/religion>

lancerede kirken Sjælesorg online⁴² - et website og anonym chat bemandet af præster, som fik 50 henvendelser den første måned.

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at kirken og konkret præsten eller kateketen spiller en central rolle i sorgstøtte. Kirken er den institution i Grønland med størst rækkevidde geografisk og i antal, hvis man indregner menighederne. Præster og kateketer udbyder sorggrupper, omend i sporadisk omfang og mange fagfolk fortæller, at de henviser dertil, når man oplever, at en borger eller patient er i sorg. Fagprofessionelle fortæller, at de i høj grad henviser sorgramte borgere til præsten, og kirken er et holdepunkt i krise og sorg, der har stor tillid og opbakning, både blandt unge og gamle. Det er typisk særligt i de mindre samfund, at præst eller kateket besøger den døende på sygehuset eller i hjemmet, og er ligeledes den første efterladte møder og italesætter tabet over for. I mindre byer og bygder kender præst og kateket til et hvert dødsfald og kommer uanmeldt i hjemmet. Når begravelsen er afviklet kan der dog gå lang tid, før præsten kommer i kontakt med efterladte igen, ofte først i forbindelse med navngivning i familien. Der er ikke udbredt praksis for, at præster selv opsøger de efterladte efter begravelsen.

Kirken arbejder på at uddanne/efteruddanne alle præster og kateketer i sjælesorg og få dem til at oprette flere sorggrupper. Kirkerne oplever stor interesse for sorggrupper, men at det kniber med modet og fremmøde ved opstart. Visionen er, at alle kirker i Grønland på sigt udbyder sorggrupper. Der er erkendelse af, at sorggrupper i kirken bør være til mennesker med naturlige sorgreaktioner, men i praksis er det svært, dels fordi det kræver viden at vurdere, dels fordi det kræver afvisning af mennesker uden at kunne henvise dem andetsteds. I lighed med andre faggrupper er det også i regi af kirken en væsentlig problemstilling og barriere for sorgstøtte, at præster og kateketer i vid udstrækning er belastet af egne, ubearbejdede sorgtraumer, som reelt kan forhindre dem i at række ud og yde sorgstøtte og sjælesorg til menigheden. Supervision og psykologbehandling er tilgængeligt i vist omfang efter godkendelse af provst/biskop.

JUSTITSOMRÅDET

Politi (*vi interviewede medarbejdere og ledere*)

Politikredsen i Grønland hører under Justitsministeriet i Danmark og ledes af Politimesteren i Nuuk, som også er formand for Det Grønlandske Kriminalpræventive Råd. Der er 18 politistationer med politipersonaler fordelt i hele landet og en landsdækkende vagtcentral i Nuuk modtager og koordinerer alle henvendelser ml. kl. 16.00-08.00.⁴³ Af Politiets Årsstatistik 2017 fremgår det, under andre operative sager: 41 selvmord, 94 selvmordsforsøg og 832 selvmordstrusler [74], dertil kom 55 sager om mistænkeligt dødsfald/dødfundne. Politiet giver hvert år omkring 100 underretninger om dødsfald til efterladte familier.⁴⁴ Politifolk har adgang til psykologisk debriefing og kollegastøtteordning i Grønland og via Rigspolitiet i Danmark. Uddannelsen ved Politiskolen i Nuuk er den samme som udbydes til politifolk i Danmark.⁴⁵

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at politiet ser sig selv som en aktør med en særlig mulighed for at bidrage til forebyggelse og opsporing af komplicerede sorgreaktioner, og at de allerede spiller en rolle i dag. Politiet er i høj grad i frontlinjen både som først på stedet ved meget voldsomme hændelser som selvmord, drab og ulykker mv., og siden i forbindelse med de mange underretninger om dødsfald til de efterladte. Her er det i første omgang mennesker i akut og ekstrem krise, politiet møder, som de måske møder senere igen i andre og måske kriminelle sammenhænge, særligt i de mindre samfund. Dertil kommer, at politiet er i berøring med 100vis af selvmordstruede, socialt belastede og kriminelle borgere, hvor tab og sorg alt andet lige kan være en faktor [75]. Særligt i de små samfund har politibetjenten en social rolle som

⁴² Sjælesorg online på både dansk og grønlandsk, Åben for chat mandag, onsdag og fredag eftermiddag og aften, <http://www.artors-arneq.gl/>

⁴³ Politiet i Grønlands årsstatistik 2017 <https://politi.gl/statistik/aarsstatistik> og Politiet i Grønland: https://www.politi.dk/Groenland/da/om_os/om_politikredsen/

⁴⁴ Interview med Politimesterembede, april 2018.

⁴⁵ https://www.politi.dk/Groenland/da/om_os/om_politikredsen/

én, man går hen og taler med også om sine problemer. Politiet peger på to overordnede problemstillinger – den manglende koordinering og den uklare ansvarsfordeling blandt aktører, samt for få eller for svært tilgængelige tilbud at henvise sårbare mennesker til.

Dertil kommer en væsentlig problemstilling relateret til det psykisk belastende arbejde for politifolk i Grønland, og som i de mindre byer og bygder udgør en særlig udfordring, da politibetjente ofte arbejder helt alene. Også i politistyrken bærer mange på egne oplevelser med død og tab, som påvirker dem i deres arbejde. Der ytres behov for og efterlyses et mere lokalt grundfæstet set-up for psykologisk støtte og supervision til politifolk. Der efterlyses generelt mere faglig viden om sorg, samtaleteknikker, kriser og voldsomme hændelser.

Kriminalforsorgen (*vi interviewede leder/socialrådgiver*)

Kriminalforsorgen i Grønland hører under Justitsministeriet i Danmark med i alt 170 ansatte, særligt anstaltsbetjente, socialrådgivere, beskæftigelseskonsulenter mm.⁴⁶ I Grønland domfældes man til samfundstjeneste, tilsyn eller anbringelse i anstalt. Med en ny anstalt, samt lukket afdeling i Nuuk fra 2019, er der 174 pladser fordelt på 6 anstalter⁴⁷. Et sundhedsafsnit med 2 psykologer, 1 psykiater og 1 sygeplejerske tilknyttedes den lukkede afdeling.⁴⁸ Programmet MUMIK er et fast program om adfærdsændring til indsatte i de større anstalter⁴⁹. Forløbet varer 8 uger med 2 x 2 timer ugentlig undervisning. Instruktører er anstaltsbetjente og socialrådgivere på baggrund af et 4-dages kursus [76].

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at Kriminalforsorgens ansatte, herunder særligt socialrådgivere, ofte møder problematikker og reaktioner afledt af tab og sorg hos de gnsn. 250-300 domfældte klienter; heraf vurderes flertallet at bære på tab og sorg enten ved egen eller andres kriminelle handling (vold og drab), eller til selvmord, ulykke og sygdom. Socialrådgivere varetager løbende samtaler med domfældte. Man henviser i mindre grad klienter med behov for psykologbehandling til kommunen og så vidt muligt til behandlingstilbud, der adresserer andre problematikker – Alliaq (vold), Allorfik (misbrug), Rejsehold (overgreb) mv. Der er udpræget manglende erkendelse blandt klienter af, hvad psykologbehandling kræver og derfor fuldføres forløb sjældent. Der efterlyses mere viden og kompetence i forhold til sorg og krise og andre psykologiske problematikker i Kriminalforsorgens stab til i højere grad at forebygge, opspore og udvikle indsatser samt henvise til, meget gerne flere, terapeutiske behandlingsmuligheder.

MIO - Børnetalsmand og børneråd (*vi interviewede Børnetalsmanden og medarbejder*)

MIO er en politisk uafhængig børnerettighedsinstitution nedsat af Selvstyret i 2012, som består af Børnetalsmanden, der er formand for Børnerådet og leder af sekretariat/videnscenter om børn og unge. Børnetalsmanden udpeges for 3 år af Naalakkersuisut. Med udgangspunkt i FN's Børnekonvention skal MIO rådgive og vejlede børn og unge, forældre, offentlige og private institutioner om børns rettigheder; sikre lovgivning og praksis omkring børn og unge iht. FN's Børnekonvention; vurdere forhold, indsamle og formidle information for og om børn og unge; deltage i samfundsdebat, foreslå tiltag der styrker børns vilkår, samt opfordre børn og unge til deltagelse.⁵⁰

Udfordringer og muligheder: Af interview fremgår det, at der fra Børnetalsmanden og Børnerådets side er generel fokus på at synliggøre behovet for psykisk hjælp til børn, herunder også til børn med komplicerede sorgreaktioner, da der er for få tilbud om psykologhjælp målrettet børn. I MIOs strategi 2018-2021 indgår det således som fokus: "børn får den hjælp de har ret til".

⁴⁶ Kriminalforsorgen i Grønland; <http://kriminalforsorgen.gl/>

⁴⁷ Anstalter: Tasiilaq, Qaqortoq, Nuuk, Sisimiut (inkl. ungdomspension), Ilulissat og Aasiaat, Kriminalforsorgen i Grønland; <http://kriminalforsorgen.gl/>

⁴⁸ Kriminalforsorgen, jobopslag 10/2018, <http://www.psykologjob.dk/resultat/2-kliniske-psykologer-til-kriminalforsorgen-i-groenland-lia-66794943.aspx?jobid=LJA-66794943>

⁴⁹ Nuuk, Sisimiut og Ilulissat

⁵⁰ MIOs [www. http://mio.gl/](http://mio.gl/) og Inatsisartutlov om Børnetalsmand og Børneråd. http://lovgivning.gl/Lov?rid=%7b4108B854-62D8-4C42-9E68-FC39F76FE299%7d&sc_lang=da-DK

I gennem rejser til 34 steder i landet har MIO identificeret et stort behov blandt børn og unge for psykisk hjælp pga. forskellige svære og traumatiske oplevelser i barndommen. Også børn, der ikke oplever svigt og traumer, kan få behov for psykisk hjælp. MIO vil arbejde for, at børn får den hjælp, de har ret til ved at sætte fokus på en lang række meget relevante problematikker og områder, herunder også børn i sorg, herunder: i) den almindelige og den komplicerede sorg og ii) børn som pårørende [77].

Under valgkampen 2018 bad MIO børn om at formulere deres ønsker til politikerne og ønske nr. 11 lød: *'Samtaler for børn i sorg, "Hvem vil arbejde for sorggrupper på skolerne?"'. Henvendelsen sker fra en som har mistet en far og en bedstefar. På grund af sorg har vedkommende oplevet mindre lyst til at gå i skole. Og oplever stadig at blive bange for at miste. Foreslår et sted for børn hvor man kan tale sammen'*.⁵¹

På den baggrund arbejder MIO nu for at synliggøre og sætte en dagsorden for mere og bedre psykisk hjælp til børn, også de pårørende og efterladte⁵² i hele landet.

Civilsamfunds-aktører (Vi interviewede repræsentanter)

Vi interviewede repræsentanter for en række forskellige organisationer - Red Barnet, Foreningen Grønlandske Børn, Bedre Børneliv, Røde Kors, Kræftens Bekæmpelse, Livet er smukt (Inuuneruna Iggoraarsuk), Grønlands Ildrætsforening, ældreforening, virksomheder/arbejdspladser og IMAK, lærernes fagforening. De interviewede organisationer har meget forskellige fokusområder, målgrupper og indsatser.

Udfordringer og muligheder: Af interviews fremgår det, at ingen organisationer eller foreninger har et direkte fokus på tab og sorg, men har en bevidsthed om, at sorg og tab fylder i mange grønlanderes liv. Foreningslivets fællesskab giver den indirekte og uformelle støtte til børn, unge og voksne, når de har ondt i livet, men tabs- og sorgproblematikker italesættes ikke direkte og er ikke umiddelbart på radaren. Frivillighed har generelt været båret på få ildsjæles hænder og med vanskelig forankring og bæredygtighed, men en bevægelse hen imod en mere aktiv frivillighedskultur er så småt begyndt at tage form, dels med frivillige i kommuner, sociale organisationer, foreninger og virksomheder, der ligeledes tager et frivilligt, socialt ansvar. Arbejdspladsens opbakning fremhæves som vigtig, og nogle arbejdspladser har gratis psykologhjælp i forbindelse med tab. Nogle få arbejdsgivere giver både frihed og dækker rejseomkostninger i forbindelse med begravelsen. Flere udtrykker ønske om at samle organisationer, foreninger og ngo'er på samme adresse for at tænke i synergi og mangfoldighed ift. indsatser, frivillighed og kompetenceudvikling. Og dette rummer et potentiale for på den kortere bane at opbygge viden om tab og sorg hos foreninger, organisationer og arbejdspladser for at sætte fokus på, forebygge og identificere, komplicerede sorgreaktioner. På den lange bane kan man måske forestille sig systematisk, frivillig-drevne sorgstøttetilbud i regi af sociale organisationer. Indtil videre må det antages, at de fleste er for belastede af egne tab og traumer til at kunne hjælpe andre.

5.3 Sammenhæng på sorgområdet

Som nævnt ovenfor tog vi i kortlægningen udgangspunkt i sorgforløbsmodellen (figur 5), der understøtter et sammenhængende sorgområde med fokus på at skelne mellem naturlige og komplicerede sorgreaktioner og sikre ret og rettidig hjælp til efterladte.

På baggrund af vores undersøgelse og kortlægning af sorgområdets aktører, indplaceres de således i nedenstående sorgforløbsmodel, der understøtter den nødvendige sammenhæng og systematik på sorgområdet for at sikre, at sorgarbejde foregår integreret og systematiseret.

Aktører indplaceres i forhold til deres funktion og rolle over for efterladte, og i indplaceringen i modellen ligger også en vurdering af det potentiale, som en given aktør eller aktørgruppe måtte have for at tage et øget ansvar over for efterladte og sorgramte borgere på et sammenhængende sorgområde.

⁵¹ Sermitsiag artikel, 3. april 2018, <https://sermitsiag.ag/node/204788>

⁵² KNR artikel 22. sept. 2018, <https://knr.gl/da/nyheder/der-skal-v%C3%A6re-bedre-psykisk-hj%C3%A6lp-til-b%C3%B8rn>



FIGUR 6: Sammenhæng på sorgområdet i Grønland

I det følgende gennemgår vi modellens aktørgrupper og skitserer de overordnede barrierer, udfordringer og muligheder, vi har identificeret i forhold til at etablere et sammenhængende fokus ift. forebyggelse, opsporing, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner i Grønland.

Som det fremgår af modellen, kræver det et bredt, tværfagligt og ikke mindst koordineret fokus at sikre den nødvendige sammenhæng på sorgområdet.

Aktører med fokus på politik, lovgivning og rammer: Vi har suppleret sorgforløbsmodellen med en kategori af 'Aktører med fokus på politik, lovgivning og rammer'. Denne gruppe af aktører og ikke mindst beslutningstagere er afgørende for at sikre, at sorg og komplicerede sorgreaktioner sættes på dagsordenen både i samfundet og på tværs af sektorer, institutioner og faglige områder.

Kortlægningen peger nemlig på, at der på overordnet politisk og sektorniveau er behov for et systemisk fokus og politisk prioritering af sorg og komplicerede sorgreaktioner for at sikre efterladte med behov den nødvendige hjælp og for at sikre, at fagfolk dels har handlemuligheder og dels er klædt på til at handle i mødet med efterladte, som har dels naturlige og komplicerede sorgreaktioner.

Koordinering på tværs af sektorer er en enorm udfordring i Grønland - også på det overordnede institutionelle niveau. Alle efterspørger bedre samarbejde og øget koordinering af indsatser og bedre sammenhængskraft. I forhold til at skabe sammenhæng på sorgområdet bør det starte på det institutionelle niveau ved at skitsere den overordnede rolle og ansvarsfordeling for alle aktører involveret i sorgarbejde på tværs af sektorer.

De institutionelle aktører er afgørende for at sætte den dagsorden og sikre de rammer, viden, retningslinjer og procedurer, der kan understøtte et sammenhængende og tværsektorielt fokus på at identificere og yde behovsbaseret hjælp til gruppen af efterladte, uanset om de mødes i skolen, på hospitalet, i kirken eller i regi af politiet mv.

Det kræver bred og tværsektoriel prioritering af sorgområdet, hvis den nødvendige sammenhængskraft skal opnås på tværs af forebyggelse, opsporing, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner.

Aktører der forebygger og opsporer: På baggrund af vores kortlægning og som afspejlet i modellen under 'aktører der forebygger og opsporer', kan vi konstatere, at der er en meget stor gruppe af fagprofessionelle på tværs af alle sektorer, som i dag møder efterladte i sorg.

Denne gruppe af forskellige fagprofessionelle ser og oplever allerede i dag et ansvar for de efterladte og sorgramte, som de møder, men de står tvivlende over for, hvordan netop de skal hjælpe, herunder hvordan de skal tage den meget svære samtale med målgruppen; og i sidste ende til hvad eller hvor de skal viderehenvise dem på mere systematisk vis. Der er generel frustration over manglende handle- og henvisningsmuligheder og også en opfattelse af, at ansvaret for den efterladte måske ligger et andet sted – en anden kollega – en anden faggruppe – en anden institution. Denne gruppe genkender generelt, at sorg er forskellig, også selvom de ikke kender begreberne eller har viden og redskaber til at skelne specifikt mellem naturlige og komplicerede sorgreaktioner.

Blandt denne gruppe er der et stort aktørpotentiale at bygge på i forhold til at sikre en systematisk forebyggelse og opsporing og eventuel henvisning til videre udredning eller sorgstøttetilbud. Og i et sammenhængende sorgberedskab har denne gruppe potentiale, position og rækkevidde til at spille en nøglerolle i forhold til dels at bidrage til at forebygge og opspore komplicerede sorgreaktioner og derved at spotte risiko eller risikoadfærd blandt borgere langt tidligere end tilfældet er i dag, og dermed bidrage til at færre når at blive syge af sorg. Det kræver dog yderligere faglig viden, end denne gruppe af aktører har i dag.

Det er på baggrund af kortlægningen ret klart, at Grønlands Kirke og Grønlands Politi har geografisk rækkevidde samt stor eksponering over for efterladte. Det understøtter et særligt potentiale hos disse to aktører ift. en landsdækkende infrastruktur i forebyggelse og opsporing af komplicerede sorgreaktioner, der kan sikre adgang til også de meget små og fjernt beliggende egne af landet. Det vil kræve målrettet efteruddannelse at påtage en sådan landsdækkende funktion, og det vil ligeledes kræve, at der også er en infrastruktur af tilgængelige sorgtilbud både fysisk eller online.

Hvis man generelt skal sikre, at gruppen af *'Aktører der forebygger og opsporer'* samlet set kan løfte opgaven med forebyggelse og opsporing af efterladte, kræver det, at de klædes fagligt på med den fornødne viden og kompetence om sorg og sorgreaktioner til at kunne foretage en første screening og opsporing og viderehenvise til enten *'aktører med fokus på sorgstøtte og samtaletilbud'* for mennesker med naturlige sorgreaktioner eller til *'aktører der identificerer'*, som kan foretage den reelle sundhedsfaglige vurdering af eventuelle behandlingskrævende sorgreaktioner.

Aktører der identificerer: På baggrund af vores kortlægning, og som afspejlet i modellen under *'aktører der identificerer'*, er det læger og psykologer, som bør foretage identifikation og diagnosticering ved begrundet mistanke om komplicerede sorgreaktioner hos borgere. Det kræver behandlingsorienteret sundhedsfaglighed og specialiseret viden at kunne diagnosticere og skelne komplicerede sorgreaktioner fra andre psykiske lidelser.

Vi har ikke haft mulighed for at undersøge, om eller i hvilket omfang læger har sorg på den lægefaglige radar, og det vil være nødvendigt at forstå aktuel praksis, viden og eventuelt potentiale hos læger ift. at identificere og viderehenvise efterladte med komplicerede sorgreaktioner.

Psykologer anerkender, at sorg og sorgreaktioner er forskellige og kan være behandlingskrævende. Men sorg ses nok ikke helt som en selvstændig prioritet højt nok på listen blandt de mange og meget alvorlige problemer og belastninger, der også fylder. En del psykologer er beskæftiget og tilknyttet tilbud med særligt fokus på specifikke problemstillinger som f.eks. vold, alkohol eller seksuelle overgreb. Måske derfor er der heller ikke en udpræget praksis for eller fokus på identifikation af netop sorgreaktioner i dag. Der mangler også mere specialiseret viden og kompetence til at identificere og skelne sorgreaktioner blandt psykologer.

På baggrund af kortlægningen har det ikke været muligt at danne et fuldstændigt klart billede af systematik og praksis for henvisning til psykologbehandling i Grønland. Borgere kan på forskellig vis henvises og visiteres til en række forskellige gratis, offentlige tilbud om psykologbehandling i familiecentre og andre problem/målgruppe-specifikke behandlingstilbud. Men vi har ikke kunnet identificere, om der er eventuel praksis for henvisning til behandling hos privatpraktiserende psykolog ud over de offentlige tilbud.

Det er vigtigt, at der eksisterer en klar, ensartet og synlig systematik omkring identifikation og viderehenvisning, hvis man skal opnå den nødvendige sammenhæng, hvor hver sorgaktør skal kunne udfylde sin funktion samt honorere sit respektive ansvar for at sikre et sammenhængende, systematisk og målrettet sorgberedskab, som bygger på målsætningen om at sikre ret og rettidig hjælp på baggrund af behovsvurdering.

En korrekt diagnose er en forudsætning for at henvise videre til korrekt behandling, og psykologer og læger skal være klædt på til blandt andet at skelne mellem f.eks. depression og komplicerede sorgreaktioner, som kræver forskellig behandling (jf. bilag 1).

Aktører med fokus på behandling/sorgterapi: På baggrund af vores kortlægning kan vi konstatere, at det forekommer formentligt ikke sjældent, at fagprofessionelle uden den fornødne kompetence kommer til at indgå i rollen som behandler eller i hvert fald bevæger sig i en gråzone, hvor de som fagprofessionelle kommer til at påtage sig et større og behandlingsorienteret ansvar uden at have den fornødne faglige viden og kompetence.

Det er i vist omfang en logisk konsekvens af den generelle mangel på kvalificerede og faste psykologer og andre behandlere i Grønland. Det er også et udtryk for utilstrækkelig viden og anerkendelse af, hvor grænsen går for egen faglighed og kompetence, og hvornår en anden SKAL tage over. Det er naturligvis et ledelsesmæssigt ansvar at sikre, at medarbejdere ikke overskrider deres faglige kompetence. Men i en situation med mangel på personale er det også nødvendigt at tænke på tværs af faglighed og udvise fleksibilitet for at sikre løsning af opgaven.

Socialrådgivere, lærere og præster/kateketer og andre fagprofessionelle har f.eks. en central rolle på sorgområdet i Grønland, men de har ikke faglig kompetence til at gennemføre sorgterapi eller sorgterapi-lignende interventioner. I bedste fald er en sådan intervention virkningsløs, og i værste fald kan det have meget alvorlige konsekvenser for efterladte, som er meget belastede af komplicerede sorgreaktioner.

Kombinationen af en mangelsituation ift. psykologer og et krav til specialiseret behandlerkompetence udfordrer naturligvis sorgforløbsmodellen og stiller krav til forsat at øge antallet af psykologer i Grønland, samt at forsøge at opnå mere fleksibel og effektiv udnyttelse af behandlerressourcen på faglig forsvarlig vis.

I et spædt forsøg på at imødekomme udfordringen omkring den akutte mangel på psykologer og andre behandlere har vi i sorgforløbsmodellen udvidet gruppen af *'aktører der behandler'* til i) psykiatere og andre læger med en eventuel terapeutisk efteruddannelse, samt ii) psykoterapeuter fra en nystartet psykoterapeutuddannelse i Grønland, ud over gruppen af iii) psykologer. For alle tre forskellige grupper af behandlere er der behov for at sikre etablering af et specialiseret niveau af viden om sorg, sorgreaktioner og sorgterapeutiske behandlingsmetoder.

Der er yderligere et bud på en fleksibel tilgang inkluderet i sorgforløbsmodellen, som har til formål at sikre en mere helhedsorienteret udnyttelse af tilgængelige behandler-ressourcer i Grønland.

Ud over psykologer tilknyttet kommune, sundheds- og uddannelsessektor, samt privatpraksis identificeres i kortlægningen som før nævnt en række psykologbemandede behandlingstilbud, som er udviklet og etableret til specifikke alders- og/eller målgrupper af mennesker (studerende, familier mv.) udsat for specifikke belastende og behandlingskrævende belastninger, så som f.eks. vold, misbrug, overgreb mv.

På tværs af disse specifikke behandlingstilbud ligger der umiddelbart et potentiale for at integrere et fokus på komplicerede sorgreaktioner og derved sikre mere systematisk identifikation af behandlingsbehov hos efterladte med komplicerede sorgreaktioner. Dertil kommer et potentiale i forhold til at udvikle en mere helhedsorienteret behandling og metoder til dobbelt-belastede borgere, hvor man integrerer eksempelvis alkoholmisbrug eller seksuelle overgreb i barndommen med sorgterapi. Med en terapeutisk vidvinkel, om man så må sige, vil man klinisk identificere den belastning, som er primært udslagsgivende for alvorlig psykisk mistrivsel og gennemføre en mere helhedsorienteret behandling med vægt på den udslagsgivende belastning, men samtidig med et integreret fokus på den anden belastning.

Fra kapitel 3 ved vi, at særligt mange efterladte til selvmord har flere sociale og psykiske belastninger og er derfor potentielt set dobbelt-belastede. Og på baggrund af kortlægningen konkluderer vi, at der i dag er overvejende risiko for, at komplicerede sorgreaktioner overses og ikke tillægges tilstrækkelig betydning og alvor sammenlignet med andre belastninger.

Med denne tilgang vil der således ligge et potentiale for at aktivere en større gruppe af *'aktører der identificerer og behandler'*, som vil kunne understøtte den nødvendige sammenhæng og ligeledes anlægge en mere helhedsorienteret og fleksibel tilgang til behandlingen.

Aktører med fokus på sorgstøtte/samtaletilbud: På baggrund af vores kortlægning, og som skitseret i modellen under *"aktører med fokus på sorgstøtte og samtaletilbud"*, spiller netop socialrådgivere, lærere og præster/kateketer og andre fagprofessionelle en central rolle på sorgområdet, hvor de i stort omfang møder efterladte via deres arbejde og omgang med elever, sognebørn, klienter og patienter. Selvom det ikke er praksis i dag, vurderer vi, at også sygeplejersker vil være vel-positioneret til at etablere sorgstøtte/ samtaletilbud på sundhedsområdet i region eller kommune, hvor der vil være en naturlig tilgang til pårørende og efterladte borgere i forbindelse med dødsfald. I sporadisk omfang forsøger de at etablere sorgstøtte og samtaletilbud i regi af skole, kirke og nogle steder også i regi af familiecenter.

I sorgforløbsmodellen er det afgørende, at denne gruppe af *'aktører med fokus på sorgstøtte/ samtaletilbud'* alene hjælper og støtter efterladte med naturlige sorgreaktioner. Med relevant og sorg-specifik efteruddannelse er disse aktører kvalificerede til at gennemføre sorgstøtte og samtaletilbud til efterladte med naturlige sorgreaktioner. Det springende punkt er, at der i sorgstøtte-grupper alene sidder borgere med naturlige sorgreaktioner, og derfor skal der forud for gruppestart foretages en vurdering af deltageres sorgreaktioner. Fagprofessionelle gruppeledere skal have viden for at skelne sorgreaktioner og spotte de normalt sørgende, men det er afgørende, at de også ved, hvornår og hvordan de viderehenviser til næste led i modellen *"aktører der identificerer"*.

Fælles for sorgtilbud: At skelne skarpt mellem sorgstøtte og sorgterapi (se nedenfor) er afgørende for at sikre den nødvendige skelnen mellem naturlige og ikke-behandlingskrævende sorgreaktioner. På baggrund af kortlægningen konstaterer vi, at der ikke umiddelbart er praksis eller tilstrækkelig faglig viden og kompetence på sorgområdet til, at denne skelnen efterleves systematisk i udbuddet af sorgtilbud, og derfor er det vores indtryk at efterladte med henholdsvis naturlige og komplicerede sorgreaktioner sammenblandes i sorgtilbud.

- **'Sorgstøtte'** udbydes af fagprofessionelle eller frivillige aktører, og kan være rådgivning (chat, telefon) eller individuelle eller gruppebaserede samtaler med en præst, sygeplejersker, socialrådgiver eller andre fagfolk med en efteruddannelse inden for sorg. Sorgstøtte kan også ledes af frivillige med eget tab, som bruger egne erfaringer til at hjælpe andre efterladte i samme situation. Sorgstøtte kan være forebyggende, men anvendes alene til ikke-behandlingskrævende, naturlige sorgreaktioner.
- **'Sorgterapi'** er behandling, som tilbydes af psykologer, læger eller psykoterapeuter med en specialisering/efteruddannelse i sorg. Det kan være individuel eller gruppebaseret sorgterapi. Sorgterapi anvendes alene til behandlingskrævende, komplicerede sorgreaktioner. Som nævnt i bilag 1 peger forskning på, at forebyggende terapeutisk behandling af naturlige sorgreaktioner ikke har effekt og muligvis kan forværre sorgreaktioner over tid [78].

Der eksisterer i begrænset omfang sorgterapi og sorgstøtte, som typisk etableres i regi af familiecentre, studenterrådgivning, skoler, kirker og private psykologer. Særligt kirken har en vision og gør en indsats for at sikre den nødvendige kompetence hos præster og kateketer til at drive sjælesorg og sorgstøttetilbud og for at få det udbredt i hele landet. På nogle skoler i større byer etableres også sorgstøttetilbud med en vis frekvens.

Men fælles for disse tilbud er, at de ikke bliver udbudt som permanente og kontinuerlige tilbud, men mere som overgangstilbud, når behovet lige opstår, eller der er særligt stort behov på baggrund af mange henvendelser. På grund af den midlertidighed er det meget svært for borgere og fagfolk, dels at få overblik og finde dem, endside henvise borgere til disse tilbud.

Dertil kommer, at ovenstående lokale initiativer ofte bliver igangsat af ildsjæle – fagprofessionelle - som ser behovet for at handle og hjælpe efterladte. Det er vores indtryk, at de målrettede sorgtilbud til efterladte er overgangstilbud med en kort levetid, fordi den pågældende ildsjæl rejser, eller der ikke er økonomi til at fortsætte. I sådanne tilbud er der ofte heller ikke indlejret tilstrækkelig faglig viden om sorg eller skelnen mellem sorgreaktioner, samt indsigt i hvilke processer man, uden den nødvendige terapeutiske viden og kompetence, kan komme til at sætte i gang hos efterladte.

Der efterspørges i høj grad sorgtilbud på grønlandsk, fordi det er nemmere at udtrykke sine følelser på sit eget sprog. Men andre erfaringer peger dog på, at tosprogede grupper med både dansk og grønlandsk har vist sig velfungerende. Det er afgørende, at sorgterapi i Grønland bygger på grønlandske kulturelle værdier og normer for død, tab og sorg.

Der er en udpræget skævhed mellem sorgtilbud i hovedstad, byer og bygder i forhold til, hvordan de, der har mistet et nærtstående familiemedlem eller ven til selvmord fordeler sig geografisk (jf. bilag 2). Der er et klart behov for at etablere et sorgberedskab med større geografisk rækkevidde. Det er ikke vores indtryk fra kortlægningen, at telemedicinsk teknologi og infrastruktur bruges i nævneværdig omfang til at gennemføre sorgstøtte eller sorgterapi, og at der heri ligger et fremtidigt potentiale.

Der er særligt behov for systematiske og sammenhængende indsatser over for specifikke risikogrupper, som forud for dødsfaldet udsættes for langvarig, alvorlig sygdom, og risikogrupper af efterladte, som mister til unaturlige dødsårsager (selvmord, drab eller ulykke) eller andre voldsomme omstændigheder omkring dødsfaldet. Der er gode og målrettede anbefalinger i forhold til efterladte til selvmord i Den Nationale Strategi for Selvmordsforebyggelse 2013-2019, men i undersøgelsen har vi ikke kunnet identificere, at en systematisk praksis er på plads eller undervejs.

Det kræver særskilt politisk opbakning til og prioritering af sorgområdet, hvis en sådan sammenhæng og sammenhængskraft skitseret i sorgforløbsmodellen skal opnås ift. identifikation, forebyggelse og behandling af komplicerede sorgreaktioner.

6 Konklusion

Sorgens udtryk

Sorgens følelser, udtryk og tabu er på den ene side meget universelle i Grønland. Fra et individuelt perspektiv præger mange faktorer, såsom familie, opvækst, traditioner, generation, geografi, sociale problemer på forskellig vis, sorgen og den individuelle måde at være i sorgen på. Og samtidig er der mange forskellige kulturelle lag, der også kommer til udtryk i sorgen.

Sorg er (også i Grønland) komplekst og tabuiseret, og det er for mange vanskeligt at tale om. Det er ikke som udgangspunkt noget, man deler i det offentlige rum, og heller ikke altid i familien; ofte er man alene med sig selv. Endda i de små samfund, hvor alle ved det og er tæt knyttet til hinanden, kan det være svært at dele med andre. Samtidig er sorg også i høj grad et kollektivt anliggende og har et kollektivt udtryk i hele Grønland, og særligt i mindre byer og bygder, hvor alle kender hinanden og er afhængige af hinanden.

Natur, kultur, religion og historie præger sorgens udtryk i Grønland og befolkningens måder at være i sorgen på. Der er en række traditioner med rod i inuitkulturen, der præger sorgens udtryk integreret i det moderne samfund. De kommer blandt andet til udtryk som en udpræget stilhed både om afdøde og en stilhed om sorgens følelser; og i det at give afdødes navn videre til et nyfødt som en sorg- og mindepraksis

Præst og kirke er en stor del af det grønlandske liv, og unge som gamle har stor tiltro til præsten, også i døden og sorgen. De kristne ritualer lever side om side med inuitkulturen i det moderne Grønland; med et mere tavst og tabuiseret forhold til at miste og sørge, hvilket særligt kommer til udtryk blandt de ældre. Generelt efterlyses et sorgens sprog både meget konkret i form af ord for sorg og i mere abstrakt forstand ift. tabu og berøringsangst omkring død og tab. Tabet betragtes ikke som mere eller mindre tabuiseret, om man har mistet ved alvorlig sygdom eller selvmord.

Komplicerede og naturlige sorgreaktioner

Sorgforskning peger på, at det er nødvendigt at skelne mellem sorg, hvor naturlige sorgreaktioner ikke er behandlingskrævende, og komplicerede sorgreaktioner derimod er behandlingskrævende. Komplicerede sorgreaktioner udgør ét dobbelt-led i kompleksiteten af sammenhænge, der kan føre til selvmord. At miste til selvmord øger risikoen for komplicerede sorgreaktioner hos efterladte [6]. Og ligeledes øger komplicerede sorgreaktioner efterladtes selvmordsrisiko [7].

En række risikofaktorer for komplicerede sorgreaktioner er til stede i Grønland, herunder blandt andet tab til selvmord; andre unaturlige dødsårsager og omsorgssvigt kombineret med tab i barndommen eller senere. På baggrund af data fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland (jf. kap. 2, bilag 2) konstateres det i rapporten, at de personer, der i forvejen er udsat for belastende opvækstvilkår - her målt ved alkoholmisbrug i barndomshjemmet, vold i barndomshjemmet og seksuelle overgreb i barndommen - også er dem, der i højere grad oplever at miste familie og nære venner pga. selvmord.

Der er således sammenfald mellem det at miste familie og venner til selvmord og en række andre belastninger og risikofaktorer for at udvikle komplicerede sorgreaktioner. Med denne undersøgelse kan vi ikke kvantificere omfanget af behandlingskrævende komplicerede sorgreaktioner blandt efterladte. Men på baggrund af denne undersøgelse sandsynliggøres det, at komplicerede sorgreaktioner alt andet lige er en alvorlig problemstilling, der antager et vist omfang og kræver handling i Grønland.

Sorgområdets aktører giver i interviewundersøgelsen generelt udtryk for, at komplicerede sorgreaktioner er udbredt; at de som fagprofessionelle møder mange efterladte med komplicerede sorgreaktioner, og at det hører til sjældenhederne at møde en person, der ikke er i sorg. Men sorgreaktioner gøres ikke til genstand for et særlig professionelt fokus. Det står derimod i skyggen af mange andre og mere akutte problematikker såsom misbrug, seksuelle overgreb, mistrivsel, selvmordstanker mv. Tab og sorg reduceres i hierarkiet af problemstillinger således til et luksusproblem og et grundlivsvilkår, som alle bærer på og må bære med sig; og sorgen opfattes i mindre grad som en potentiel risikofaktor, der kan være udslagsgivende for den psykiske mistrivsel.

Vi konkluderer, at der blandt sorgområdets aktører sker en kollektiv hierarkisering/nedprioritering og normalisering af komplicerede sorgreaktioner, hvor det komplicerede, og potentielt behandlingskrævende, bliver gjort til den nye normal-tilstand. Det er naturligvis risikabelt og ikke befordrende for, at sorgområdets aktører har sorg på deres professionelle radar i forhold til at spotte og handle særligt i forhold til den behandlingskrævende, komplicerede sorg.

Sorgaktører, sorgtilbud, sammenhæng

I undersøgelsen har vi kortlagt og gennemgået ikke alle, men mange centrale aktører og sorgtilbud på tværs af sorgområdet i Grønland. Der mangler systematiske, varige og forankrede sorgtilbud til både naturlige og komplicerede sorgreaktioner. Der bør sættes ind over for særligt udsatte risikogrupper som f.eks. efterladte til selvmord, omsorgssvigt og tab i barndommen mv., herunder særligt hos sorgramte og efterladte børn og unge. I kortlægningen af aktører på tværs af sektorer blev en række barrierer og muligheder identificeret som centrale for at sikre et effektivt og systematisk sorgberedskab.

En central barriere er manglende sammenhæng og koordinering mellem sorgområdets aktører. Vi konkluderer, at den systematik og sammenhæng på sorgområdet, som illustreres i sorgforløbsmodellen, på tværs af identifikation, forebyggelse og behandling af komplicerede sorgreaktioner vil understøtte, at efterladte med behov vil få den rette og rettidige støtte og/eller behandling.

Vi konkluderer, at arbejdet for at sikre bedre sammenhæng starter hos de *institutionelle aktører* ved at sætte sorg og sorgreaktioner på dagsordenen og sikre tilstrækkelige rammer, herunder ansvarsfordeling, viden, retningslinjer og procedurer mv. Det kræver politisk opbakning til og prioritering af sorgområdet, hvis aktører på tværs af sektorer skal koordinere deres arbejde mere målrettet med fokus på sorgarbejdet.

Viden, kompetence og supervision

Undersøgelsen peger på, at viden og kompetencer på sorgområdet i Grønland er varierende og uensartet, og meget afhængigt af dels eksisterende lokale initiativer og professionel interesse i sorg. Der er generel genkendelse af, at sorg er forskellig, men på trods af dette er der behov for faglig viden og kompetence til reelt at kunne skelne mellem naturlige og komplicerede sorgreaktioner.

På tværs af alle faggrupper efterlyses mere faglig viden om sorg, sorgreaktioner og herunder viden og redskaber til at skelne naturlige og komplicerede sorgreaktioner. Behovet for viden er forskelligt og skal målrettes den rolle og funktion, som fagprofessionelle skal udfylde i sorgforløbsmodellen, på tværs af forebyggelse, opsporing, identifikation, sorgstøtte eller sorgterapi.

Vi konkluderer på baggrund af undersøgelsen at der er en alvorlig og gennemgående barriere ift. egne og ofte ubearbejdede tab, som fagfolk bærer på som privatpersoner bag deres fagprofession. Det forhindrer dem i vid udstrækning i at række ud for at hjælpe patienter og borgere, fordi de er bange for, hvilken reaktion det kan afstedkomme hos dem selv. For at beskytte sig selv, vender fagfolk i vist omfang det blinde øje til, selvom man bør handle. Alle fagfolk efterlyser generelt supervision og hjælp til at bearbejde egne tab. Dette bør adresseres, hvis man skal sikre en opbygning af et sammenhængende og bæredygtigt sorgberedskab, som bygger på, at hver faggruppe og fagperson har viden og evne til at udfylde deres specifikke funktion og rolle.

I forlængelse heraf fremgår også en problemstilling særligt i de små lokalsamfund, hvor professions- og privatsfærens roller og relationer ofte er sammenblandede og vanskelige at navigere i særligt i forhold til sensitive temaer som tab og sorg, og man derfor bevidst eller ubevidst ikke peger på tab og sorg som en problemstilling. Denne udfordring skal medtænkes i fremtidige handlinger på området for at sikre alle borgere bedst mulig adgang til hjælp omkring deres sorg, når de har behov for det.

Next steps

På baggrund af denne rapport konkluderer vi, at der er et betydeligt behov for at sikre et koordineret og tværsektorielt fokus på sorg og sorgreaktioner i Grønland, som skal starte med en overordnet institutionel og politisk prioritering af sorgområdet. Den bør bestå af en flerstrengt indsats og strategi for at sikre, at der fremadrettet bliver taget tilstrækkeligt og systematisk hånd om de mange efterladte, der enten er blevet syge af sorg eller er i risiko for at blive syge af sorg.

Den nødvendige indsats består af følgende:

- Udvikling og etablering af permanent, specialiseret og kulturelt tilpasset sorgbehandling, i første omgang med prioritet af primære risikogrupper (efterladte til selvmord og børn/unge). Fra start indtænkes muligheder og teknologi til for udbredelse (f.eks. web-baseret sorgterapi).
- Etablering af faglig koordinering på tværs af psykologiske behandlingstilbud for i) at integrere fokus på forebyggelse og behandling af sorgreaktioner og for ii) at udvikle helhedsorienterede behandlingsmetoder til multiple belastninger.
- Udvikling og implementering af faglige og kliniske retningslinjer på tværs af sektorer for at sikre opsporing, forebyggelse, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner.
- Udvikling af samlet plan for kompetenceudvikling og supervision af sorgområdets aktører med fokus på opbygning og aktivering af lokal kapacitet inden for eksisterende enheder og tilbud på sorgområdet.

Befolkningens størrelse og mangel på fagfolk taget i betragtning gælder det for alle fire indsatsområder, at sorg og komplicerede sorgreaktioner *skal* inkorporeres i eksisterende strategier, handleplaner og tiltag, således at der opnås integrerede og koordinerede indsatser, der alle bidrager til at øge rækkevidden af sorgområdet i Grønland.

Med ovenstående forslag forbedres mulighederne således for at sikre den nødvendige koordinering og sammenhæng på sorgområdet i Grønland, hvor efterladte vil få adgang til rettidig støtte eller behandling.

Vi giver også forslag til en prioriteret og faseinddelt udmøntning af den nødvendige indsats, der tager højde for, dels det akutte behov for at sikre behandlingstilbud hurtigt, dels for at sikre at der opbygges et bæredygtigt og sammenhængende sorgområde på tværs af sektorer og eksisterende tiltag:

I fase 1 foreslås et fokus på børn og unge: etablering af en lokalt forankret specialistenhed på sorgområdet evt. i Socialstyrelsens hus. Integreret behandlingsmetode (sorg, overgreb, alkohol) udvikles og afprøves til efterladte børn og unge i tæt samarbejde med relaterede indsatsområder. En plan udarbejdes for udbredelse af den integrerede behandling til børn/unge (telemedicin/regionale hubs), herunder også implementering af behandlingsmetoden i regi af andre relevante behandlingstilbud. Eventuel udvidelse af Sorglinjen til Grønland. Udvikling af en plan for kompetenceudvikling og supervision af sorgområdets aktører påbegyndes og særligt uddannelse af specialiserede sorgterapeuter og sorgrådgivere påbegyndes.

I fase 2 foreslås fokus udvidet til efterladte til selvmord på tværs af alder: Tilpasning og afprøvning af integreret behandling (sorg, overgreb, alkohol) til efterladte til selvmord på tværs af alder i tæt samarbejde med relaterede indsatsområder. En plan udarbejdes for udbredelse, herunder implementering i regi af andre relevante behandlingstilbud. Udvikling og etablering af regionale 'hubs' med sorgkompetence, evt. kommunalt forankret, der skal være spydspids for opbygning lokal rådgivning, koordinering og viden på sorgområdet.

I fase 3 foreslås fokus udvidet til tværsektorielt og sammenhængende sorgberedskab: Der udvikles og implementeres faglige og kliniske retningslinjer på tværs af alle sektorer for at sikre opsporing, forebyggelse, identifikation og behandling af komplicerede sorgreaktioner. Sideløbende sættes ind med systematisk kompetenceopbygning af lokal kapacitet inden for eksisterende enheder og tilbud.

7 BILAG

Bilagsliste

1. Mere om sorg – to-procesmodel, økonomiske konsekvenser og behandlingsinterventioner
2. Notat ”*Efterladte der har mistet venner og familie til selvmord i Grønland*”, Charlotte Brandstrup og Christina Viskum Lytken Larsen, Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed (SDU)
3. Interviewguide
4. Litteratur og referencer

Tabeller og Figurer i bilag

Figur 1: To-proces-modellen

Tabel 1: Andelen der har oplevet at miste familie eller venner til selvmord

Tabel 2: Andelen der har oplevet at miste forskellige personer/relationer til selvmord

Tabel 3: Andelen der har oplevet at miste familie eller venner til selvmord fordelt på bosted.

Tabel 4: Andelen der har oplevet at miste familie eller venner til selvmord fordelt på region

Tabel 5: Andelen af efterladte til selvmord i relation til alkoholproblemer i barndomshjemmet

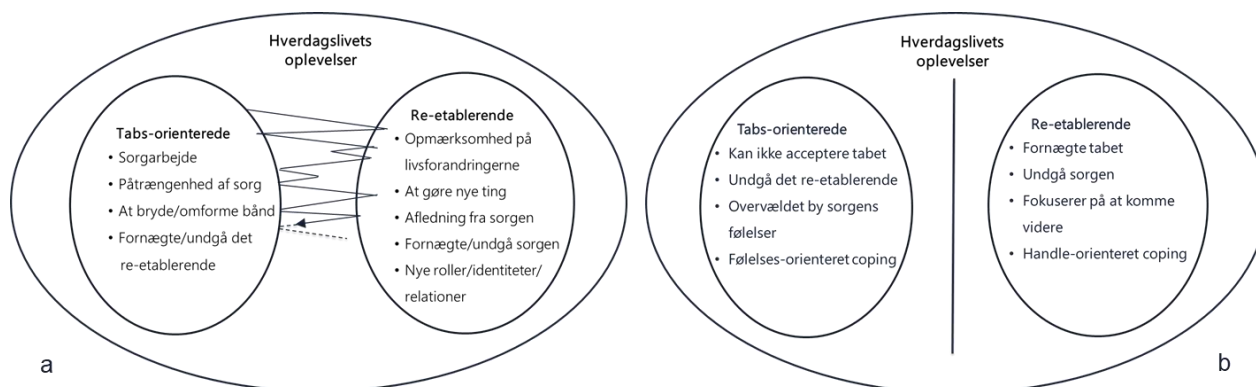
Tabel 6: Andelen af efterladte til selvmord, der har oplevet vold i deres barndomshjem

Tabel 7: Andelen af efterladte til selvmord, der har været udsat for seksuelle overgreb

BILAG 1 MERE OM SORG

To-proces-model

To-proces-modellen (Stroebe & Schut) har inspireret ny forskning på sorgområdet og udvikling af behandlingsmetoder.



FIGUR 1 To-proces-modellen [79]

I det naturlige sorgforløb er sorg og sorgarbejde en dynamisk proces, hvor den efterladte pendulerer mellem processer, der fokuserer på tabet (for eksempel accept, svære følelser) og processer, der fokuserer på at etablere et nyt liv uden afdøde (for eksempel, lære nye ting og etablere nye forhold) jf. figur 1a. Det naturlige sorgforløb har ikke en endelig afslutning. Sorgen er forbundet med tabet af afdøde og vil altid være hos den efterladte. Men sorgen integreres på en måde, hvor den optager mindre af den efterlattes liv og er mindre forstyrrende. Den udvikling sker automatisk og naturligt for de fleste efterladte.

Men for den gruppe af efterladte, som udvikler komplicerede sorgreaktioner, er der noget, der blokerer for den naturlige sorgproces, og de fastholdes og fastlåses i stedet enten i det tabsorienterede eller i det reetablerende fokus på sorgen jf. figur 1b. Der er indre eller ydre omstændigheder, som forhindrer den efterlattes nødvendige arbejde med og pendulering mellem de tabs- og reetablerende processer. Efterladte med komplicerede sorgreaktioner kan opleve, at de selv mange år efter tabet ikke er i stand til at fungere i livet, som de gjorde før dødsfaldet, og de har svært ved at varetage familien, relationer til andre, og deres arbejde/studie.

Økonomiske konsekvenser ved komplicerede sorgreaktioner

Udover store menneskelige konsekvenser, har ubehandlede komplicerede sorgreaktioner meget store omkostninger for samfundet og således potentielle økonomiske gevinster ved at sikre målrettet opsporing, identifikation og behandling af efterladte i risiko for eller med komplicerede sorgreaktioner.

Det Nationale Sorgcenter/Børn, Unge & Sorg har taget initiativ til en dansk undersøgelse gennemført af Deloitte, som på baggrund af skønsmæssige beregninger anslår, at 'komplicerede sorgreaktioner' hos voksne i Danmark koster samfundet 3,4 milliarder kroner årligt i sygefravær, udgifter til sygedagpenge, nedsat produktivitet med videre [80].

For børn og unge med komplicerede sorgreaktioner kan det være svært at begå sig i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet og i andre sociale sammenhænge. Langvarige problemer med koncentrationsbesvær, depression, posttraumatisk stress, somatiske lidelser, misbrug og kriminalitet kan spille en rolle. I et samfundsøkonomisk perspektiv, kan konsekvenser af komplicerede sorgreaktioner medvirke til: øgede sundhedsudgifter; øgede uddannelsesmæssige omkostninger, pga. specialundervisning, uddannelsesafbrud, frafald, og reduceret produktivitet; lavere selvforsørgelsesgrad og højere overførselsindkomster; omkostninger relateret til øget kriminalitet og foranstaltninger; færre skatteindtægter fra beskæftigelse [75]. I 2012 foretog Rambøll en cost-benefit-analyse ved brug af registerdata for at estimere de samfundsøkonomiske besparelser i Danmark forbundet med effektiv behandling af komplicerede sorgreaktioner; og Rambøll kunne beregne, at

for børn i alderen 0-17 år med komplicerede sorgreaktioner kan der spares ca. 236.000 kr. pr barn i gennemsnit over deres levetid, og ca. 288.000 kr. pr ung i alderen 18 – 28 år [75].

Behandling af komplicerede sorgreaktioner

En undersøgelse gennemført blandt samere i det nordlige Norge "The need for and barriers to professional help – a qualitative study of the bereaved in Sámi areas" peger på, at et sorgberedskab har stor betydning for efterladte - særligt ved voldsomme dødsfald og deres efterfølgende sorgproces. Man har særligt undersøgt beredskabets indhold, rammer, begrænsninger og behovet for lokal tilpasning til den specifikke samiske kultur. I undersøgelsen konkluderes, at der forekommer at være universelle behov for støtte og hjælp på tværs af forskellige kulturer, særligt i forbindelse med voldsomme dødsfald som f.eks. selvmord [81].

Det er afgørende at kunne foretage en skelnen mellem naturlige og ikke behandlingskrævende sorgreaktioner. Forskning peger på, at forebyggende terapeutisk behandling af naturlige sorgreaktioner ikke har effekt og muligvis kan forværre sorgreaktioner over tid [78]. Naturlige sorgreaktioner bør derfor alene afhjælpes igennem støtte fra netværk, familie, venner og eventuelt sorgstøtte-tilbud, hvor efterladte kan møde ligesindede i samme situation, og i denne spejling føle sig mindre alene i sin sorg.

Det kan ligeledes være vanskeligt at skelne mellem f.eks. depression og komplicerede sorgreaktioner, som kræver forskellig behandling. Førstnævnte behandles ofte medicinsk, hvorimod målrettet sorgterapi har demonstreret effekt til behandling af komplicerede sorgreaktioner, hvor medicin kun i nogle tilfælde er virksom [82].

Der er på nuværende tidspunkt tre typer af psykologisk behandling, som kan anbefales på baggrund af positive resultater fra to uafhængige randomiserede interventionsstudier for hver intervention. Disse interventioner er: "Complicated Grief Treatment" [82, 83], "cognitive behavioural therapy" [84, 85] og "therapist assisted online cognitive behavioral therapy" [86, 87].

Der er flere lovende interventioner til børn og unge med komplicerede sorgreaktioner i internationalt regi og i Danmark:

En amerikansk gruppe forskere med Dr. Irwin Sandler i spidsen, har udviklet et 'The Family Bereavement Program', som består af gruppeterapiforløb for efterladte børn og deres forældre. Behandlingen fokuserer på, 1.) hvordan de efterladte forældre håndterer deres egen sorg og samtidig støtter deres børn, og 2.) at give børnene ressourcer og redskaber til at håndtere deres sorg. Behandlingen har demonstreret langsigtet effekt hos målgruppen [88, 89].

I Holland har Mariken Spuij og kollegaer udarbejdet et individuelt terapiforløb [90, 91], som er baseret på en kognitiv-adfærdsterapi model. Behandlingen går ud på at hjælpe børnene til at acceptere tabet, ændre negative tankemønstre og stoppe mal-adaptiv adfærd. Børnenes forældre bliver inddraget i forløbet, dels for at styrke forholdet til deres efterladte børn, dels for at forældrene kan lære, hvordan de bedst kan hjælpe deres børn. Der er gennemført et pilotstudie for at måle behandlingseffekt og publicering af resultat afventes.

I perioden 2014-2019 har Det Nationale Sorgcenter/Børn, Unge & Sorg på baggrund af egne metoder udviklet en evidensinformeret sorgterapi til behandling af komplicerede sorgreaktioner hos børn og unge op til 28 år. Det teoretiske udgangspunkt er to-proces-modellen[79]. Den terapeutiske tilgang er eklektisk, hvor elementer af psykodynamiske, kognitiv adfærdsterapeutiske og narrative teknikker indgår. Gruppeinterventionen løber over ti temabaserede gruppesessioner:

1. Velkomst. At lære hinanden at kende
2. Hvem var min far/mor som person
3. Sygdom/pludseligt dødsfald
4. Da forælderen døde
5. Bisættelse/begravelse
6. Gravstedet, og hvad man tror der sker, når man er død
7. Sorgens følelser/svære følelser

8. Kammerater og skolen
9. Hvordan familien har ændret sig og traditioner
10. Fremtiden og måder at have den mistede med i livet på

Den efterladte forælder inddrages og orienteres undervejs i forløbet. Der afholdes et forældremøde med psykoedukation om sorgreaktioner og sorgstøtte til børn, og efter den sidste gruppegang afholdes en afsluttende samtale, hvor forælder og barn deltager. Analyser af resultaterne fra effekt studiet er under udarbejdelse.

Fra 2019-2021 udvikles og afprøves ligeledes en behandlingsmetode til ældre efterladte fra 65 år med komplicerede sorgreaktioner i et samarbejde mellem sorgforskere ved Århus Universitet og Det Nationale Sorgcenter.

BILAG 2: NOTAT

Efterladte der har mistet venner og familie til selvmord i Grønland

Af: Charlotte Brandstrup Hansen og Christina Viskum Lytken Larsen, SDU

Udarbejdet i 2018-2019 til Børn, Unge & Sorg i forbindelse med kortlægningen af sorgarbejdet og sorgaktører i Grønland

Herværende notat handler om efterladte, der har mistet venner og familie til selvmord i Grønland. Analyserne bygger på data fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland, som gennemføres ca. hvert 4. år af Statens Institut for Folkesundhed (SDU) på mandat fra Departementet for Sundhed, Grønlands Selvstyre⁵³.

Omfanget af efterladte til selvmord, er kun i begrænset omfang undersøgt og dokumenteret. I den grønlandske befolkningsundersøgelse fra 2005-2010 [92] har 3112 grønlændere besvaret spørgsmål om at være efterladt pga. selvmord. Derfor kan der, via denne undersøgelse, udledes en karakteristik af de personer, der har mistet venner og familie til selvmord. De efterfølgende analyser er baseret på data fra deltagere, der har defineret sig selv som "grønlændere" og data er vægtet efter køn, alder og geografi.

I undersøgelsen svarer 62,1 % af deltagerne (n=1481), at én inden for deres nærmeste familie eller venner er død ved selvmord og 31,5% (n=477) svarede, at det var sket inden for det sidste år. Kvinder og mænd rapporterer i lige høj grad, om at have mistet et nært familiemedlem eller en ven til selvmord. Af alle kvinder i undersøgelsen rapporterede 62,8 % (n=703) om et sådan tab, og det samme var tilfældet for 61,4 % (n=778) af mændene. Det er således en stor del af det Grønlandsk samfund der er mere eller mindre direkte berørt af at have mistet familie eller venner til selvmord.

Der ses dog aldersforskelle i hvem der oplever tab, se tabel 1.

Tabel 1. Andelen, der har oplevet at miste familie eller venner til selvmord i fire aldersgrupper. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Kilde: [92]

Alder	Andel der har mistet et nært familiemedlem eller ven, som følge af selvmord.	p-værdi
18-24 år	65,4 %	<0,001
25-34 år	70,0 %	
35-59 år	59,9 %	
60+ år	50,5 %	

Tabel 1 viser, at de yngste aldersgrupper i højere grad end de ældre har oplevet at miste nærtstående til selvmord. Tilsyneladende har de unge oplevet flere tab end de ældre, selvom de har haft et tilsvarende kortere liv.

At unge grønlændere i høj grad oplever tab til selvmord ses også i undersøgelsen: "Unge trivsel i Grønland 2011"[93]. Her blev 481 unge mellem 15-17 år spurgt til hvem de havde mistet til selvmord. Se tabel 2

⁵³ <https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/groenland>

Tabel 2. Andelen, der har oplevet at miste forskellige personer/relationer til selvmord. Unges Trivsel i Grønland 2011. Kilde: (2).

Andel der har et familiemedlem, der har begået selvmord	32 %
Andel der har en god ven, der har begået selvmord	18 %
Andel der har en kammerat fra skolen, der har begået selvmord	18 %
Andel der kender "en anden", der har begået selvmord	42 %

Tabel 2 viser, at de unge i "Unges trivsel i Grønland i 2011" ligesom de yngste deltagere i Befolkningsundersøgelsen 2005-2010, er berørte af selvmord i deres omgangskreds. I Befolkningsundersøgelsen ser vi desuden forskelle knyttet til, hvor man bor og om man har oplevet et tab i sin nærmeste omgangskreds, som følge af selvmord se tabel 3.

Tabel 3. Andel, der har mistet familie eller venner til selvmord fordelt på bosted. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Kilde (1).

Bopæl	Andel der har mistet et nært familiemedlem eller ven, som følge af selvmord.	p-værdi
Nuuk	64,0 %	<0,001
By	58,6 %	
Bygd	72,0 %	

Tabel 3 viser, at der i bygderne findes den største andel, der har mistet et nærtstående familiemedlem eller en ven til selvmord, hvorimod den mindste andel findes i byerne, hvor Nuuk ikke medregnes. På samme vis findes der forskelle i fordelingen af efterladte til selvmord i forskellige regioner (se tabel 4).

Tabel 4. Andel, der har mistet familie eller venner til selvmord fordelt på region. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Kilde: (1).

region	Andelen der har mistet et nært familiemedlem eller ven, som følge af selvmord.	p-værdi
Sydgrønland	53,2 %	<0,001
Midtgrønland	63,7 %	
Nordgrønland	63,0 %	
Østgrønland	70,2 %	
Avanersuaq (Thule)	73,3 %	

I tabel 4 ses det, at flere i Østgrønland og Avanersuaq (Thule) har mistet et nært familiemedlem eller ven pga. selvmord. Tabel 3 og 4 afspejler også den geografiske selvmordsfordeling i Grønland [58], hvor selvmordsraterne de seneste år har været højest i netop Østgrønland og Avanersuaq, sammenlignet med 1970'erne, hvor forekomsten var højest i Nuuk, da de høje rater af selvmord startede.

Belastende opvækstvilkår mere udbredt blandt efterladte

Den enkeltes opvækstvilkår kan have stor betydning for, hvordan man klarer udfordringer i sit videre liv. I Befolkningsundersøgelsen fra 2005-2010 er der spurgt til deltagernes opvækstvilkår. Herunder om man har oplevet problemer med alkohol i sit barndomshjem eller har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb som barn. I tabel 5 vises andelen af efterladte til selvmord i relation til en opvækst med alkoholproblemer i barndomshjemmet.

Tabel 5. Andelen af efterladte til selvmord i relation til opvækst med alkoholproblemer i barndomshjemmet. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Kilde: (1).

Oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet	Andel der har mistet et nært familiemedlem eller ven, som følge af selvmord.	p-værdi
Ja, ofte	70,4 %	<0,001
Ja, af og til	65,7 %	
Nej, aldrig	54,9 %	

Tabel 5 viser, at forekomsten af efterladte til selvmord er størst i den gruppe, der angav, at der ofte var problemer med alkohol i deres barndomshjem. På samme vis undersøges forskelle i andelen af efterladte til selvmord i relation til at have oplevet vold i barndomshjemmet mellem gruppen af personer, der har oplevet vold i barndomshjemmet og gruppen, der ikke har (tabel 6).

Tabel 6. Andel, der har oplevet vold i deres barndomshjem blandt efterladte til selvmord. Procent. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2009-2010. Kilde: (1)

Oplevet vold i barndomshjemmet	Andel der har mistet et nært familiemedlem eller ven, som følge af selvmord.	p-værdi
Ja, ofte	80,0 %	0,013
Ja, af og til	71,7 %	
Nej, aldrig	59,9 %	

Tabel 6 viser, at der i gruppen, der ofte har oplevet vold i barndomshjemmet, også er en større andel, der har mistet et nært familiemedlem eller ven til selvmord. Dette spørgsmål indgik dog kun i en mindre del af befolkningsundersøgelsen og er derfor ikke et landsdækkende gennemsnit.

Ligeledes ses der også en sammenhæng mellem at have været udsat for seksuelle overgreb som barn og at have mistet familie eller venner til selvmord (tabel 7).

Tabel 7. Andelen af efterladte til selvmord i relation til at have været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2010. Kilde: (1).

Udsat for overgreb som barn	Andel der har mistet et nært familiemedlem eller ven, som følge af selvmord.	p-værdi
Ja	71,9 %	<0,001
Nej	58,2 %	

Det ses af tabel 7, at der i gruppen, som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen også findes en større andel, der har mistet familie og venner til selvmord sammenlignet med gruppen, der ikke har været udsat for overgreb i barndommen.

Ovenstående tabeller (5-7) viser, at de personer, der i forvejen er udsat for belastende opvækstvilkår, her målt ved alkoholmisbrug i barndomshjemmet, vold i barndomshjemmet og seksuelle overgreb i barndommen, også er dem, der i højere grad oplever at miste familie og nære venner pga. selvmord.

Tanker om selvmordsadfærd blandt unge 15-17-årige

I en grønlandsk kontekst kan denne sammenhæng mellem at være efterladt til selvmord og egen selvmordsadfærd også ses via citater fra undersøgelsen "Unges trivsel i Grønland 2011", hvor de unge giver begrundelse for deres eget selvmordsforsøg:

"Jeg har forsøgt at efterligne min ældre søskende. Vedkommende har også begået selvmord."

"Jeg savner min mor. Og hun begik selvmord, så jeg vil være sammen med hende. Jeg vil meget gerne se hende. Og jeg tror, at hvis jeg selv begår selvmord, så kan jeg se hende. Jeg er bare en dum pige..."

"Jeg længdes efter min salige mor og bedstemor. Min mor begik selvmord, da jeg var 8 år. Og min bedstemor blev fundet død i vandet." [94]

Den hyppigste forklaring på selvmordsforsøg hos de unge i undersøgelsen handler om savnet af folk, der er døde[94].

Data fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland fra 2005-2010 samt "Unges trivsel i Grønland 2011" viser, at en stor del af undersøgelsesdeltagerne har mistet familie og venner til selvmord. Mere specifikt kan det siges, at efterladte til selvmord ofte er personer under 35 år, der ofte har oplevet belastende opvækstvilkår i deres egen barndom. Analyserne indikerer desuden, at negative psykiske symptomer forekommer hyppigere hos efterladte til selvmord sammenlignet med de, der ikke er efterladte til selvmord. Data viser endvidere, at der er sammenhæng mellem at være efterladt til selvmord og egen selvmordsadfærd. Analyserne bekræfter, at efterladte til selvmord i Grønland er en risikogruppe for selvmord, der kræver et særligt fokus.

BILAG 3: INTERVIEWGUIDE

Indledning

Kort præsentation af BU&S og DNS (vi giver dem årsrapporten og vores visionsoversigt)

Vi har i Børn, Unge & Sorg – Det Nationale Sorgcenter i Danmark de sidste par år modtaget henvendelser fra skoler i Grønland, som har kontaktet os for at få hjælp, mere faglig viden og råd omkring sorg og sorgarbejde hos børn og unge blandt andet i forbindelse med at starte sorggrupper. Det er sket på baggrund af mange og ofte voldsomme dødsfald ved selvmord, ulykke eller drab i lokalsamfund, som har haft store konsekvenser for den mentale trivsel blandt andet hos børn og unge.

Vi vil derfor undersøge hvordan sorg ser ud i Grønland og kortlægge hvilke aktører og tilbud er tilgængelige. Nordisk Ministerråd støtter undersøgelsen økonomisk. Vi er interesserede i at blive klogere på de fagprofessionelles (sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, socialarbejdere, skolelærere, politi, præster, psykologer etc.) viden og tilbud til sørgende.

DNS ved noget om sorg – men vi ved kun lidt om Grønland. Vi er her for at lytte og lære om sorg i jeres land.

Formålet med dette interview er at drøfte fænomenet sorg i Grønland og indsamle viden og praksis på sorgområdet.

Kort informere om formalia

- Interviewet vil blive optaget på diktafon
- Optagelserne bliver slettet bagefter
- *Informere om, at der tavshedspligt – kun relevant i fokusgruppeinterview*
- Interviewet vil tage omkring 1 time

Interviewet

Vi indleder med nogle baggrundsspørgsmål:

- Navn, alder, titel, arbejdssted, *antal års erfaring – kun relevant i fokusgruppeinterview*
- Fortæl kort om din erfaring med Grønland

Specifikt for interviewet med politikere/departements/kommunal

- Fortæl om jeres indsats og fokus ift. Grønland
- Herunder specifikke tiltag som vi evt. er vidende om – *(vi udarbejder et lille skriv på hver informant/organisation, som ligger sammen med denne guide)*
- Fortæl om evt. fremtidige strategier/tiltag for Grønland

Sorg i Grønland (indkredsning af fænomenet sorg)

- Fortæl, ud fra dit ståsted/din opfattelse, om den grønlandske kultur i forhold til at miste og sørge
- Oplever du at sorg er et tabu i Grønland? Hvorfor?
 - Er der forskel på tabu ift. den måde, man har mistet på? Fx ved selvmord?
- Oplever du at man kan tale med familie eller venner om det at miste eller sørge? Hvordan? Hvorfor ikke?
- Tror du der er forskel på hvordan man sørger og taler om sorgen i en grønlandsk kontekst?
- Hvad tror du tro og spiritualitet betyder for sorg i Grønland?

Kompliceret sorg

- Hvornår oplever du, at sorg bliver kompliceret i Grønland?
- Kan du tænke på nogen i dit professionelle eller privatliv, som du vil mene har kompliceret sorg? Hvad begrundes det med? Hvordan ser du det ud? Hvilke konsekvenser har det for vedkommende? Hvorfor tror det er kompliceret?

Sammenhæng mellem sorg og andre sociale problemstillinger

- Er der en sammenhæng mellem sorg og andre sociale problemstillinger i det grønlandske samfund

Kortlægning af tilbud og aktører

- Hvor møder du sørgende i dit professionelle liv?
- Hvilken rolle har du i forhold til at varetage denne rolle?
 - Taler du med dine patienter/klienter/elever om sorg
- Føler du dig klædt på til at varetage den rolle? Hvordan/hvorfor?
 - Hvor har du den viden/kompetencer fra?
 - Behov for yderligere viden og kompetencer
- Er der et sted du kan henvise til, hvis du mener den sørgende har brug for mere hjælp? Børn, teenagere, voksne eller ældre? Online/face to face/Facebook

Tilbud og kompetencer fremadrettet

- Ser du at der er et behov for yderligere støtte eller tilbud
 - Hvilke regi? Hvordan? Hvorfor?
 - Hvad er særligt vigtigt at være opmærksom på i en grønlandsk kontekst, hvis området skal udvikles? By/bygd etc.

Og er der en afsluttende kommentar – noget vi ikke har tænkt på som du mener er væsentligt at vi er opmærksomme på? Nogen vi bør tale med?

BILAG 4 LITTERATUR OG REFERENCER

1. WHO. *ICD11 Diagnose Classification*. 2018; Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> og <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>.
2. Bonanno, G., Boerner, K., Wortman, C.B. , *Trajectories of grieving*, in *Handbook of Bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. 2008, American Psychological Association.: Washington, DC. p. 287-307.
3. Bonanno, G.A., M. Westphal, and A.D. Mancini, *Resilience to loss and potential trauma*. *Annu Rev Clin Psychol*, 2011. **7**: p. 511-35.
4. de Groot, M. and B.J. Kollen, *Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study*. *BMJ*, 2013. **347**: p. f5519.
5. Bjerregaard, P. and C.V.L. Larsen, *Three lifestyle-related issues of major significance for public health among the Inuit in contemporary Greenland: a review of adverse childhood conditions, obesity, and smoking in a period of social transition*. *Public Health Rev*, 2018. **39**: p. 5.
6. Tal Young, I., et al., *Suicide bereavement and complicated grief*. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012. **14**(2): p. 177-86.
7. Latham, A.E. and H.G. Prigerson, *Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality*. *Suicide Life Threat Behav*, 2004. **34**(4): p. 350-62.
8. Rosenblatt, P.C., *Grief across cultures: A review and research agenda*, in *Handbook of Bereavement Research and Practice*. 2008, APA, Washington DC.
9. Bonanno, G.A. and S. Kaltman, *The varieties of grief experience*. *Clin Psychol Rev*, 2001. **21**(5): p. 705-34.
10. Bonanno, G.A., et al., *Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss*. *J Pers Soc Psychol*, 2002. **83**(5): p. 1150-64.
11. Mogensen, R.J., Engelbrekt, P., *At forstå sorg - Teoretiske og praktiske perspektiver*. 2013: Samfundslitteratur.
12. Guldin, M., *Tab og sorg*. Vol. 1.udgave 2.oplag. 2014: Hans Reitzels forlag.
13. Boelen, P.A., et al., *Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes*. *J Affect Disord*, 2010. **125**(1-3): p. 374-8.
14. Mostofsky, E., et al., *Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study*. *Circulation*, 2012. **125**(3): p. 491-6.
15. Stroebe, M., H. Schut, and W. Stroebe, *Health outcomes of bereavement*. *Lancet*, 2007. **370**(9603): p. 1960-73.
16. Astrup, E. *Snart bliver sorg en diagnose*. 2016; Available from: <http://politiken.dk/indland/art5614584/Snart-bliver-sorg-en-diagnose>.
17. WHO. *Diagnosemanual*. 2018; Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> og <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://idwho.int/icd/entity/1183832314>
18. Boelen, P.A. and G.E. Smid, *Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder*. *BMJ*, 2017. **357**: p. j2016.
19. Larsen, L., L. Lauritzen, and M. O'Connor, *Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse*. *Psyke & Logos*, 2019. **39**(1): p. 15-36.
20. Burke, L.A. and R.A. Neimeyer, *Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature*, in *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. 2013, Routledge/Taylor & Francis Group: New York, NY, US. p. 145-161.
21. Melhem, N.M., et al., *Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief*. *J Clin Psychiatry*, 2001. **62**(11): p. 884-7.
22. Silverman, G.K., J.G. Johnson, and H.G. Prigerson, *Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people*. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2001. **38**(3-4): p. 202-15.

23. Vanderwerker, L.C., et al., *An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life*. J Nerv Ment Dis, 2006. **194**(2): p. 121-3.
24. Johnson JG1, Z.B., Greer JA, Prigerson HG., *Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community*. J Nerv Ment Dis. , 2007. **195**(1): p. 26-30.
25. Cleiren, M., *Bereavement and Adaptation: A Comparative Study of the Aftermath of Death* 1 edition ed. 1992: Taylor & Francis
26. Keesee, N.J., J.M. Currier, and R.A. Neimeyer, *Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning*. J Clin Psychol, 2008. **64**(10): p. 1145-63.
27. Easterling, L.W., et al., *Spiritual experience, church attendance, and bereavement*. J Pastoral Care, 2000. **54**(3): p. 263-75.
28. Coleman, R.A. and R.A. Neimeyer, *Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in late-life*. Death Stud, 2010. **34**(9): p. 804-34.
29. Layne, C.M., et al., *Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2008. **47**(9): p. 1048-62.
30. McClatchey IS1, V.M., Lee J, Bride B., *Traumatic and complicated grief among children: one or two constructs?* Death Stud. , 2014. **38**(1-5): p. 69-78.
31. Cerel, J., et al., *Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006. **45**(6): p. 681-90.
32. Pfeffer, C.R., et al., *Child survivors of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioral outcomes*. Psychooncology, 2000. **9**(1): p. 1-10.
33. Alisic, E., et al., *Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review*. Clin Child Fam Psychol Rev, 2015. **18**(4): p. 328-45.
34. Brent, D., et al., *The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death*. Am J Psychiatry, 2009. **166**(7): p. 786-94.
35. Kaplow, J.B., K.H. Howell, and C.M. Layne, *Do circumstances of the death matter? Identifying socioenvironmental risks for grief-related psychopathology in bereaved youth*. J Trauma Stress, 2014. **27**(1): p. 42-9.
36. Melhem, N.M., et al., *Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(4): p. 493-9.
37. Melhem, N.M., et al., *Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2008. **162**(5): p. 403-10.
38. Pynoos, R., *Grief and Trauma in Children and Adolescents*. Bereavement Care, 1992. **11**(1): p. 2-10.
39. Dyregrov, K.o.D., A. , *Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv?* 2011, Senter for Krisepsykologi. .
40. Melhem, N.M., et al., *Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide*. Am J Psychiatry, 2004. **161**(8): p. 1411-6.
41. Tremblay, G.C. and A.C. Israel, *Children's Adjustment to Parental Death*. Clinical Psychology , Science and Practice, 2006. **5**(4): p. 424-438.
42. Webb, N.B., *Helping bereaved children: A handbook for practitioners* 2nd ed. 2002, New York, NY: Guilford Press.
43. Melhem, N.M., et al., *Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death*. Arch Gen Psychiatry, 2011. **68**(9): p. 911-9.
44. Weller, R.A., et al., *Depression in recently bereaved prepubertal children*. Am J Psychiatry, 1991. **148**(11): p. 1536-40.
45. Brown, E.J., et al., *Childhood traumatic grief: a multi-site empirical examination of the construct and its correlates*. Death Stud, 2008. **32**(10): p. 899-923.
46. Kalter, N., Lohnes, L.L., Chasin, J., *The Adjustment of Parentally Bereaved Children: I. Factors Associated with Short-Term Adjustment*. Journal of Death and Dying, 2003. **46**(1).
47. Kranzler, E.M., et al., *Early childhood bereavement*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990. **29**(4): p. 513-20.

48. Lin, K.K., et al., *Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2004. **33**(4): p. 673-83.
49. Van Eerdewegh, M.M., P.J. Clayton, and P. Van Eerdewegh, *The bereaved child: variables influencing early psychopathology*. Br J Psychiatry, 1985. **147**: p. 188-94.
50. Statistik, G. *Grønlands Statistik*. Available from: <http://www.stat.gl>
51. Statistik, G., *Befolkning*, in *Statistisk Årbog*. 2016, Grønlands Statistik.
52. TELE-POST. *Strategi for telepost*. 2017; Available from: https://telepost.gl/sites/default/files/strategi_17-20_dk.pdf.
53. Nordlund, M., *Facebook samler Grønland*, in *Greenland Today*. 2016.
54. M., R., *Grønlandisering har ødelagt folkeskolen*, in *Kaalallit Nunaata Radioa*. 2018.
55. Bjerregaard, I.K.D.-P.P., *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014; Levevilkår, livsstil og helbred*. 2016: Statens Institut for Folkesundhed.
56. Lytken Larsen, C., et al., *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 – Levevilkår, livsstil og helbred. Oversigt over indikatorer for folkesundheden*. 2018, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
57. Silviken, A.G., LS.; Berntsen, G.; Dyregrov, K., *Sudden and unexpected death in Sami areas in Norway - A qualitative study of the significance of religiosity in the bereavement process*. Suicidology Online, 2015. **6**: p. 53-62.
58. Bjerregaard, P. and C.V.L. Larsen, *Time trend by region of suicides and suicidal thoughts among Greenland Inuit*. Int J Circumpolar Health, 2015. **74**(1): p. 26053.
59. Bjerregaard, P., *Inuit Health in transition, Survey 2005-2008, Population sample and survey methods*. 2009, Syddansk Universitet: Statens Institut for Folkesundhed.
60. Greenland, G.o., *Killiliisa - Lad os sætte grænser - Naalakkersuisuts strategi mod seksuelle overgreb 2018-2022*. 2018.
61. Greenland, G.o., *Grønlands Regerings Nationale strategi for selvmordsforebyggelse 2013-2019*. p. 7.
62. Greenland, G.o., *Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010*. 2010, Departementet for Sundhed.
63. Ingemann, C., Lytken Larsen, C.V., *Evaluering af Grønlands Sundhedsreform*. 2018: Statens Institut for Folkesundhed, Center for Sundheds-forskning i Grønland, Denmark.
64. Arnfjord, S., Sonniks, M., Berliner, P., Trondheim, T., *Psykologi i Grønland - en refleksion*. Psyke og Logos, 2017. **31**(1).
65. Departementet for Familie, L.o.S.A., *Rejseholdet - behandling af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, En redegørelse af rejseholdets behandlingsrejser og behandlingsarbejde fra indsatsens igangsættelse i september 2013 frem til og med januar 2015*, . 05-03-2015.
66. Justitsvæsen, D.f.F.o., *Bryd tavsheden - Stop volden. NAALAKKERSUISUT'S STRATEGI OG HANDLINGSPLAN MOD VOLD 2014-2017*. 2013.
67. Socialstyrelsen, *EVALUERING 2018 -Illernit: Landsdækkende krise- og behandlingscenter* 2018.
68. Justitsvæsen, D.D.f.S.A.o., *Analyse og evaluering døgninstitutionsområdet*. 2011.
69. Socialstyrelsen, D., *Initiativ om understøttelse af det grønlandske selvstyre på området for socialt udsatte børn og unge i Grønland*. 2017.
70. Statens Institut for Folkesundhed, C.f.S.-f.i.G., *Midtvejsevaluering af Folkesundhedsprogrammet Inuuneritta august 2011*. 2011.
71. Socialstyrelsen, *Initiativ om understøttelse af det grønlandske selvstyre på området for socialt udsatte børn og unge i Grønland*. 2017.
72. Velfærdskommissionen, N.S.-o., *Vores Velstand og Velfærd - kræver handling nu. Skatte- og Velfærdskommissionens betænkning*. 2011.
73. Daugaard Andersen, L., *Uddannelsessystemet i Grønland*, in *Dagens Grønland*. 2015: Det Grønlandske Hus i København.
74. Politi, G. *Politiet i Grønlands årsstatistik 2017*; Available from: <https://politi.gl/statistik/aarsstatistik>.
75. Management, R., *Cost-benefit undersøgelse 2012: Børn, Unge & Sorg*.
76. Grønland, K., *Årsrapport 2013* 2013.
77. MIO, B., *MIOs Strategiplan og mål 2018-2021*. 2017.

78. Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., van Heeringen, K., *The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis*. Clin Psychol Rev., 2011. **31**(1): p. 69-78.
79. Stroebe, M. and H. Schut, *The dual process model of coping with bereavement: rationale and description*. Death Stud, 1999. **23**(3): p. 197-224.
80. Deloitte, *Kompliceret sorg - Vurdering af de økonomiske potentialer ved en kvalificeret og evidensbaseret indsats over for kompliceret sørgende - notat*. . 2016.
81. Dyregrov, K.B., G.; Silviken, A., *The need for and barriers to professional help – a qualitative study of the bereaved in Sámi areas*. Suicidology Online, 2014. **5**: p. 47-58.
82. Shear, M.K., et al., *Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry, 2016. **73**(7): p. 685-94.
83. Shear, K., et al., *Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial*. JAMA, 2005. **293**(21): p. 2601-8.
84. Boelen, P.A., et al., *Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling*. J Consult Clin Psychol, 2007. **75**(2): p. 277-84.
85. Bryant, R.A., et al., *Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry, 2014. **71**(12): p. 1332-9.
86. Eisma, M.C., et al., *Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial*. Behav Ther, 2015. **46**(6): p. 729-48.
87. Wagner, B., C. Knaevelsrud, and A. Maercker, *Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial*. Death Stud, 2006. **30**(5): p. 429-53.
88. Ayers, T.S., et al., *The Family Bereavement Program: description of a theory-based prevention program for parentally-bereaved children and adolescents*. Omega (Westport), 2013. **68**(4): p. 293-314.
89. Sandler, I.N., et al., *Long-term effects of the family bereavement program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents*. J Consult Clin Psychol, 2010. **78**(2): p. 131-43.
90. Spuij, M., van Londen-Huiberts, Boelen, B.A., *Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study*. Cognitive and Behavioral Practice, 2013. **20**(3): p. 349-361.
91. Spuij, M., et al., *The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial*. Trials, 2013. **14**: p. 395.
92. Bjerregaard, P., *Inuit Health in Transition: Greenland Survey 2005-2010: Population Sample and Survey Methods*. 2011: Statens Institut for Folkesundhed.
93. Pedersen, C.P. and P. Bjerregaard, *Det svære ungdomsliv. Unges trives i Grønland 2011-en undersøgelse blandt de ældste folkeskoleelever [The Challenging Years in Youth. A Survey of the Well-being among Secondary School Respondents]*, 2011.
94. Pedersen, C.P. and P. Bjerregaard, *Det svære ungdomsliv - Unges trives i Grønland 2011 - en undersøgelse blandt de ældste folkeskoleelever [The Challenging Years in Youth. A Survey of the Well-being among Secondary School Respondents, in Danish]*. 2012.

DET
NATIONALE
SORGCENTER