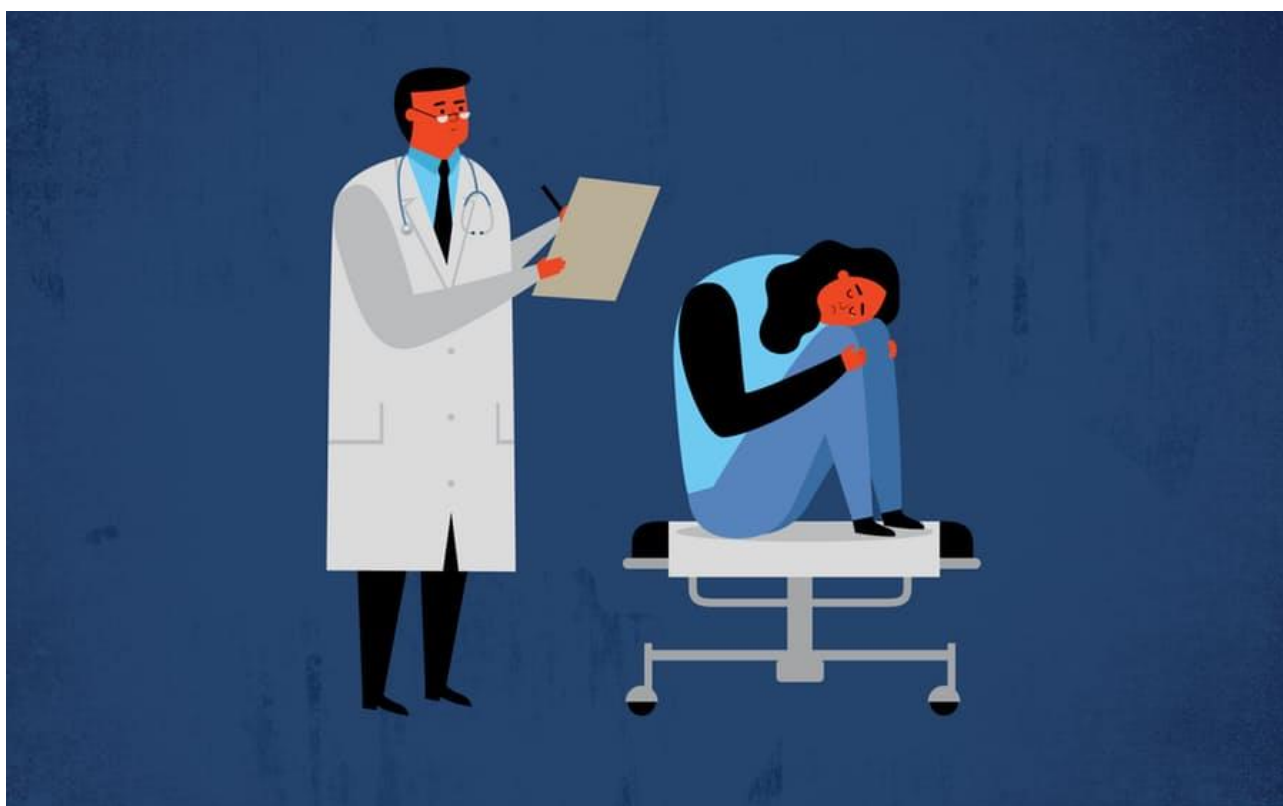


Når sorgen bør forstås og praktiseres som en sygdom.

Om professionsforståelser af sorg og sorgdiagnose.



En kvalitativ undersøgelse af hvordan sorg og sorgdiagnose opfattes og praktiseres i samtiden.

Mia Wolff. Stud. Cand. Mag i Læring og Forandringsprocesser, Aalborg Universitet CPH, Sommer 2019. Anslag m. artikel: 138.226

Indholdsfortegnelse

Abstract	4
Læsevejledning	6
INDLEDNING	7
Om sorg og sorg som psykiatrisk diagnose	7
Om sorgdiagnose og samtidens sorgopfattelser	10
Problemfelt	14
Motivering og værdirationalitet	16
Specialets problemformulering	17
Forskningsspørgsmål	17
VIDENSKABSTEORI	18
Epistemologi og ontologi	18
Socialkonstruktivistiske grundtanker & centrale begreber	19
Videnskabsteoretisk indflydelse	20
METODE	21
Kvalitativ undersøgelsesform	21
Mit forskningsdesign	21
Rekruttering af informanter	22
Etiske overvejelser	23
Interviewform	24
Interviewguide	25
Interviews	26
Beskrivelse af løbende ændringer og tilføjelser	27
Transskription	28
Meningsfortolkning	28
Metodisk tilgang	29
TEORI	30
Hvad er meningsskabelse?	30
Meningsskabelse er en aktiv og igangværende proces	30
Du vil altid skabe din egen mening	33
Meningsskabelse sker imens du handler	34
At skabe mening i sociale processer	35
Søgen efter mening sker (u)afhængigt af andre	36
Meningsskabelsens substans	38
ANALYSE	39

Et indblik i samtidens professionsforståelser af sorg.....	39
Del 1.....	41
En præsts professionsforståelse af sorg og sorgbehandling.....	41
Del 2.....	46
En læges professionsforståelse af sorg og sorgbehandling.....	46
Del 3.....	51
En psykologs professionsforståelse af sorg og sorgbehandling.....	51
KONKLUSION	56
DISKUSSION	58
Reference liste.....	61
Bøger:.....	61
Projekter:.....	62
Online dokumenter og websides:	62
Bilag 1	65
Bilag 2.....	66
Bilag 3.....	67
Bilag 4.....	68
Bilag 5	82
Bilag 6.....	89
ARTIKEL	97

Abstract

The following text is a summary, which briefly introduces the main themes and the investigative work of the present thesis. The thesis primarily discusses the theme; Professional understandings of grief and Complicated Grief Disorder.

Grief, as a result of death, is a painful and heartbreaking feeling which varies greatly in its individual form of expression.

You can say, that the phenomenon of grief has come in the spotlight, not only for the self-reflection for the modern individual, but also in the public debate on health and psychiatry.

Grief related to death, can be divided into two main categories; normal grief reaction and complicated grief reaction. The reaction of normal grief is the foreseeable reaction, where the creature of grief is strongest the first 6-12 months. And the reaction of the complicated grief does not reduce within 6-12 months, and often invalidates the grieving person physically, mentally and socially.

In 2018 WHO added a new diagnostic manual, called ICD-11, where the ' Prolonged Grief Disorder ' (complicated grief reaction) is added to the list "mental disorders". Since then is 'Complicated Grief Disorder' considered as a clinical and psychological diagnosis. The new diagnostic manual is now ready for implementation in all Member States, which is why, the Danish health system has allocated 8 million DDK for the establishment and operation of a competence and development center for ' Complicated Grief diagnosis '.

The diagnosis of Complicated Grief Disorder is implemented in the Danish health System 2020.

Over the past few years, the most prominent international and national researchers have investigated the phenomenon of grief, which now also contains terms of psychological and pathologically perspectives and cultural consequences.

But there is a great knowledge gap in the research from an organizational perspective. The professionals who practice and handle mourning/grief on a daily basis, are not involved in the research results, and there is a lack of knowledge of professional understandings of grief and practice of grief diagnosis.

The purpose of this study is to contribute with an organizational insight into grief understandings, both as the phenomenon and as a professional practice, based on the upcoming Complicated Grief Disorder.

This thesis is a qualitative study based on three semi-structured interviews with a priest, general practitioner and a psychologist, which all are representatives of organizations, in which grief and grief managing are part of their work descriptions.

The aim of the thesis purpose is, to illuminate and highlight how professional actors create meaning in their understandings of grief and treatment, especially based on the understandings of the implementation of Complicated Grief Disorder in the Danish health System.

Læsevejledning

Denne vejledning har til formål at anskueliggøre opbygningen af nærværende speciale. Læsevejledningen er tiltænkt som en kort beskrivende oversigt af, hvad de forskellige kapitler indeholder.

Kapitel 1: Består af specialets indledning, problemfelt og et kort afsnit om motivering og værdirationalitet. Herefter følger specialet problemformulering og forskningsspørgsmål.

Kapitel 2: Præsenterer valgte undersøgelsesdesign. Første del indeholder en præsentation af specialets videnskabsteoretiske ståsted, hvori de socialkonstruktivistiske grundtanker og centrale begreber udfoldes.

Anden del består af metode. Metodeteorien har stor betydning for specialets undersøgelsesform og derfor skal dette anses for, at være de overvejelser som ligger til grund for undersøgelsesarbejdet.

Kapitel 3: Består af en præsentation af specialets teoretiske perspektiv, henhold til det kommende analysearbejde. Først introduceres der til organisatorisk meningskabelse, som det er skrevet ifølge Karl E. Weick, 1995. Herefter følger der en beskrivelse og redegørelse af fire særlige karakteristika for meningskabelse, og afslutningsvis følger en redegørelse for meningskabelsens substans.

Kapitel 4: Indeholder specialets analyse, som tager afsæt i de kvalitative forskningsinterviews, som er foretaget i forbindelse med specialet. Analysen er delt i tre afsnit for, at anskueliggøre hvilke professionsforståelser udvalgte informanter italesætter, når de taler om sorg og sorgbehandling.

Kapitel 5: Indeholder, på baggrund af analysearbejdet, en konklusion samt diskussion. Afslutningsvis forekommer tilhørende artikel. Artiklen tager afsæt i specialet.

KAPITEL 1

INDLEDNING

I forestående afsnit har jeg foretaget en litteratursøgning omkring fænomenet sorg, sorgbehandling samt sorgdiagnosen 'kompliceret sorg'. Jeg har valgt at fokusere på de mest fremtrædende forskere i et både internationalt og nationalt perspektiv, såsom Dr. Katherine Shear, Mai-Britt Guldin, Preben Engelbrekt, Svend Brinkmann og Ester H. Kofod.

Om sorg og sorg som psykiatrisk diagnose

Begrebet sorg bliver anvendt bredt i det offentlige rum og bruges ofte til, at beskrive følelser som er knyttet til hvor hårdt, krævende eller overvældende noget kan være (Mogensen & Engelbrekt, 2013). Mennesker kan sørge og sørger over mange forskellige ting i livet, og sorg kan for eksempel komme til udtryk i og over en skilsmisse, et personligt nederlag, sygdom, et job man har mistet, over penge som er tabt, eller over en ven eller et familiemedlem som er gået bort (Bo & Jacobsen, 2015).

Sorg i almen anvendelse, og i dette speciale, retter sig mod det sidstnævnte; en følelse og en erfaring, som er forbundet til døden.

Sorgen over at have mistet en nærtstående er en alment menneskelig erfaring, et universelt menneskeligt vilkår og et fænomen som i sin udtryksform kan variere meget fra menneske til menneske.

Selvom sorg betragtes som en negativ følelse – alene fordi den er hjerteskrærende og smertelig – er sorgen ofte, og med rette, anset for at være en yderst meningsfuld og en dyb respons på et tab af en man har elsket og værdsat (Brinkmann, 2018). At føle og opleve sorg er nemlig en direkte måde, hvorpå man kan bekræfte, at menneskelivet leves i et netværk af forpligtende, følelsesmæssige og vigtige relationer til andre mennesker, hvilket mærkes igennem sorgen, når dem vi elsker dør.

Menneskets evne til at etablere interpersonelle bånd til hinanden, gør desuden sorgen til en basal og universel følelse. Sorg er derfor en erfaring, som alle mennesker enten kender til, eller vil opleve én eller flere gange i løbet af livet (Mogensen & Engelbrekt, 2013).

Sorgens udtryksformer er lige så komplekse og nuanceret som mennesket selv, og derfor kan sorgens væsen variere stærkt i det individuelle udtryk (Guldin, 2018). Nogle mennesker oplever, at reagerer voldsommere i sorg end andre. Det blandt andet er set, at mennesker meddeler symptomer som dårligere søvn, ringere immunforsvar og nedsat påvirkning af de kognitive funktioner, mens andre mennesker reagerer anderledes og mindre tydeligt på ovennævnte parametre.

Sorgens udtryksform og karakter afhænger dels af hvem man har mistet, hvilken betydning mennesket havde for én, hvem man selv er, samt hvilken livshistorie man bringer med ind i sorgen (Guldin, 2018). Selvom sorgen har mange individuelle udtryksformer, kan sorg alligevel inddeles i to hovedkategorier; normal sorg og kompliceret sorg (Mogensen & Engelbrekt, 2013).

Forskningsenheden på Århus Universitet, heriblandt psykolog og sorgforsker Mai-Britt Guldin, har for nyligt været involveret i verdens største populationsstudie baseret på sorgforskning (FEAP, 2018). Studiet var ledet af World Psychiatric Association¹.

Forskningen viser, at langt de fleste sørgende melder, at de oplever en normaliseret hverdag 6-12 måneder efter et tab. Undersøgelsen viser også, at sorgen opleves som en smertefuld og stressende følelse i tiden lige efter tabet, og de fleste sørgende udtrykker, at sorgen aldrig forsvinder, men med tiden træder i baggrunden, og lejlighedsvist kun dukker op på bestemte dage eller situationer.

Denne form for sorg defineres som en normal og forventelig sorgreaktion (Guldin, 2018).

Derudover fremtræder det af undersøgelsen, at sorgreaktionen, for nogle mennesker, *ikke* aftager indenfor tidsperioden på 6-12 måneder, og særligt har sorgen vist sig som værende en invaliderende følelse hos det sørgende menneske, både psykisk, fysisk og socialt. Undersøgelsen har især påvist, at grupper med forskellige sårbarheder, er i højere risiko for at gå videre i livet med psykisk sygdom, og i få tilfælde selvmord. Dette kommer til udtryk ved, at nogle mennesker lider så meget i sorgen, at deres lidelse kan karakteriseres, og stå på linje med en ubehandlet psykisk sygdom såsom depression, skizofreni eller PTSD². Når sorgen på denne måde bliver forklaringen på langvarig nedsat livskvalitet og dårligere kognitive evner, defineres sorgen som en kompliceret sorg (Guldin, 2018).

¹ WPA er en sammenslutning af nationale psykiatriske samfund, med det formål, at øge viden og færdigheder, som er nødvendige for arbejdet med mental sundhed og pleje af psykisk syge. WPA medlemsforeninger er pt. på 140, og som spænder over 120 forskellige lande og repræsenterer med mere end 200.000 psykiatere.

² Posttraumatic stress syndrome.

Forskningen tog afsted i 1,4 millioner tilbagemeldinger fra voksne sørgende, og det fremgik, at kompliceret sorgreaktion er til stede i 8% af det fulde antal sørgende. Hvilket betyder, at i 8% af voksne sørgende, vil sorgreaktionen udvikle sig til en langvarig og kompliceret psykisk tilstand, som kan få konsekvenser for menneskets psykiske og fysiske helbred (FEAP, 2018).

Kigger vi på det gennemsnitlige dødsantal på Danmarks Statistik, hvor dødsårsag sorteres ud fra både alderdom, sygdom og ulykke, dør der ca. 55.000 mennesker årligt i Danmark. Ét enkelt dødsfald efterlader i gennemsnit, fire nærtstående i sorg, hvilket betyder, at der er 220.000 nye efterladte mennesker i sorg hvert eneste år (Danmark Statistik, 2019).

Som forskningen har forudset vil 8% af disse sørgende altså lide af kompliceret sorg, hvilket svarer til, at godt 17.000 mennesker om året, kan risikere at udvikle en kompliceret sorgreaktion (FEAP, 2018).

Den kompliceret sorgreaktion har været på det internationale forskningsprogram i meget længere tid end i Danmark, nemlig i over 20 år. Særligt har sorgforsker Dr. Kathrine Shear, som er professor og direktør for 'Center for Complicated Grief' i Columbia, USA, forsket og behandlet sørgende mennesker med kompliceret sorg siden år 2010 (Shear, 2010).

Shears behandling består af en kombination af samtalerapi- og antidepressiv medicin³, og behandlingen kaldes 'Complicated Grief Treatment', ('CGT') (Shear, 2010).

Shears mangeårige forskning og terapibehandling vurderes som, at have særligt gode resultater i USA, da undersøgelser viser, at det er langt mere effektivt at behandle mennesker, som har kompliceret sorg med 'CGT' end med almindelig psykoterapi. Disse resultater er målt på forskellige 'adjustment scales' hvor voksne sørgende, blandt andet har meddelt, at de oplever forbedringer/styrke i både socialt liv og arbejde efter behandling af 'CGT'. (Bilag 1: illustrerer patienters tilbagemeldinger på symptomer på CGT og IPT "Individual psychiatry therapy").

De sidste 20 år har international forskning argumenteret for, at kompliceret sorg bør og skal behandles klinisk, hvilket nyligt resulterede i, at verdensorganisationen WHO⁴, i juni 2018, opdaterede kapitlet 'Psykiske lidelser' med sygdommen '*Prolonged Grief Disorder*' (oversat til

³ Serotonin-active anti-depressant medication (Shear. 2010)

⁴ World Health Organization

sorgdiagnose). Dette betyder, at kompliceret sorg, er tilføjet en ny og revideret diagnosemanual⁵ kaldet ICD-11⁶. Hvilket henviser til, at 'Prolonged Grief Disorder', betragtes som en klinisk diagnose, og nu står på linje med andre psykiske/kliniske diagnoser såsom depression, angst, ADHD⁷, PTSD⁸ mv. (PLOS, 2009)

Med ICD-11 frigivet af WHO til implementering i alle medlemslande, følger der store ændringer for diagnostikken, i blandt andet den danske sundhedssektor (Psykiatrisk Tidsskrift, 2018).

Dette har medført, at den danske Sundhedsstyrelse har afsat midler på 8 millioner kroner via satspulemidler til etablering, drift og forankring af et center for den kommende sorgdiagnose.

Puljen er til offentlige og private danske organisationer, som vil hjælpe kommuner og regioner med kompetenceudvikling af medarbejdere, identifikation af sørgende, tilbyde og yde tidlig indsats til risikogrupper, diagnosticere samt behandling af patienter med sorgdiagnose.

Den danske implementering af følgende sorgdiagnose, dets forebyggelse, håndtering og behandlingskriterierne heraf, forventes indfaset i Danmarks sundhedssystem i år 2020 (Sundhedsstyrelsen).

Om sorgdiagnose og samtidens sorgopfattelser

Efter en overordnet definition på fænomenet sorg og en præsentation af den kommende nationale sorgdiagnose, vil jeg nu vende mig mod de primære videnskabelige diskussioner og opfattelser af sorgdiagnosen. Til dette præsenterer jeg nyeste sorgforskning, hvori der indgår argumenter for og imod diagnostik af sorg.

I 2012 introducerede psykolog og sorgforsker **Mai-Britt Guldin** kompliceret sorg i sin Ph.d.-afhandling. Guldin anvendte en kvantitativ tilgang, hvori formålet var adresseret de udfordringer, der måtte være i vores sundhedssystem, ved håndteringen af sorg blandt efterladte til særligt kræftpatienter (Hansen, 2018). Guldins resultater viste blandt andet at:

⁵ Diagnosemanual 'ICD' bruges som WHO's globale kodesystem, og benyttes af sundhedspersonaler over hele verden, til diagnosticering af kendte og dertil velundersøgte sygdomme og lidelser.

⁶ The International Classification of Diseases

⁷ Attention Deficit/hyperactivity Disorder

⁸ Post traumatisk stressyndrom

A) At miste en ægtefælle til kræft kan have en udtalt påvirkning på forbrugsmønstret af sundhedsydelse, og denne effekt er tydelig, allerede flere måneder før dødsfaldet og indtil mindst to år efter dødsfaldet.

B) Undersøgelsen viste, at samtlige efterladte til kræftpatienter udvikler symptomer på kompliceret sorg, og i forbindelse med dette, mangler der sundhedsprofessionelle kliniske vurderinger af specifikke sorgreaktioner.

C) At information om sorg til praktiserende læger, spiller en rolle i deres identifikation af symptomer og efterfølgende behandling af kompliceret sorg (Hansen, 2018).

Guldins afhandling var særligt fokuseret på identifikationen og fremtidig behandling af kompliceret sorg (Ibid.).

Efterfølgende deltog Guldin i samarbejdet med FEAP og World Psychiatric Association⁹ hvori studiet blandt andet fulgte sørgende borgere i en 20-årig periode (Guldin, 2018). Et af forskningens formål var også, at undersøge hvor stort antallet var af sørgende, som var i *yderligere* risiko for, at udvikle kompliceret sorg. Det centrale for forskningen var, at der udsprang hel specifikke grupper af mennesker, som fremstod mere udsatte og sårbare end andre sørgende, som for eksempel forældre som har mistet et barn, søskende og pårørende til pludselig død. Disse specifikke sårbare grupper af mennesker, mener Guldin, skal defineres som "Risikogrupper", dette for at anskueliggøre identifikationen af sørgende til fremtidig diagnosticering og behandling i det danske sundhedssystem (Guldin, 2018).

Preben Engelbrekt, som dagligt leder Det Nationale Sorgcenter, (som er et videns- forsknings- og kompetence- center) deler den internationale interesse for sorgdiagnose, og støtter derfor op om indfasningen af diagnosen i det danske sundhedssystem 2020. Dette tydeliggøres i centrets søgen efter at få skabt rammerne for, hvordan behandlere og klinikere kan identificere de sørgende, som er i risiko for, at udvikle kompliceret sorg. Dette med henblik på, at der efterfølgende kan tilbydes relevant professionel behandling.

Engelbrekt argumenterer for at sorgdiagnosen, offentligt, skal betragtes som en særligt behandlingskrævende lidelse, da den sørgende kan risikere at udvikle alvorlige fysiske ledsage-

⁹ WPA er en sammenslutning af nationale psykiatriske samfund, med det formål, at øge viden og færdigheder, som er nødvendige for arbejdet med mental sundhed og pleje af psykisk syge. WPA medlemsforeninger er pt. på 140, og som spænder over 120 forskellige lande og repræsenterer med mere end 200.000 psykiatere.

symptomer, såsom udviklingsforstyrrelser, depressive følelser, somatiske lidelser og social tilbagetrækning (Mogensen & Engelbrekt. 2013). Engelbrekt mener, at en sorgspecifikation kan bidrage til en national og offentlig anerkendelse af, hvor alvorligt det er for den gruppe sørgende, som rammes af kompliceret sorg.

Engelbrekt byder sorgdiagnosen særligt velkommen, grundet centers tidligere erfaringer med over-, under- og fejlbehandlinger af efterladte sørgende. Han mener, at der har været en ”overbehandling” grundet sygesikringsordningen – som tilbyder terapi til efterladte – uanset kompleksiteten af sorgen, samt en fejl- og underbehandling af mennesker med kompliceret sorgreaktion. Han forklarer dette med, at psykologerne generelt ikke er specialiseret i at behandle kompliceret sorg, samt at de almene praktiserende læger, har svært ved – og dårligt har tid til – at skelne mellem kompliceret sorgreaktion og depression. Hvilket Engelbrekt mener at have ledt til den forkerte behandling i praksis.

Engelbrekts argumenterer altså for, at den manglende sorgdiagnose hidtil har hindret psykologer og læger i, at udføre deres arbejde korrekt (Mogensen & Engelbrekt. 2013).

Derfor står Engelbrekt også i spidsen for at udvikle kliniske retningslinjer til tværfagligt sundhedspersonale, for på denne måde, at forbedre en målrettet kompetenceopbygning af praktikere og behandlere indenfor sorgdiagnose i sundhedssektoren (Det Nationale Sorgcenter).

Svend Brinkmann som er psykolog og forsker ved Aalborg universitet, har også fået interesse for fænomenet sorg og særligt sorgens transformation i vores samtid. På nuværende tidspunkt leder Brinkmann et nyere og større forskningsprojekt ’Sorgens kultur’, og dette projekt har frem til 2022 et mål om, at opbygge et internationalt førende forskningsmiljø for sorgforskning. Sorgcentret vil beskæftige sig med alle sorgens mange facetter såsom de psykologiske, kulturelle og kliniske aspekter, og ét af forskningens mål er blandt andet, at begribe sorgen som fænomen, taget den kommende sorgdiagnose i betragtning. Dette jævnført med muligheden for at studere pågående ændringer i menneskers opfattelser af sorg specifikt.

Inde på forskningsprojektet hjemmeside stilles der disse forskningsspørgsmål:

”Hvad betyder indfasningen af ny diagnose? Hvordan vil opfattelsen af sorg udvikle sig i de følgende år?” (Sorgens Kultur, 2019).

Forskningsprojektet ’Sorgens Kultur’ er desuden et af de første danske forskningsenheder, som vil beskæftige sig med sorgopfattelser qua diagnoseindfasningen.

Centralt for Brinkmanns forståelse af kommende sorgdiagnose er, at han mener, at det generelt er en fejl at konkludere på, at bestemte interventioner hjælper med at lindre smertefulde eksistentielle tilstande. Brinkmann beskriver blandt andet, at psykoterapi med stor sandsynlighed vil gavne alle mulige psykologiske og eksistentielle problemer, uden nødvendigvis at udgøre et bevis for, at disse problemer er psykiske sygdomme (Brinkmann, 2018). Brinkmann mener, at der på sigt vil opstå en betydelig omkostning og konsekvens ved, at ”give sorgen væk” til det psykiatriske system, og derved bidrage til en yderligere medikalisering¹⁰ og patologisering af fænomenet.

Brinkmann taler ikke kun om en økonomisk konsekvens, men nærmere tabet af enhver form for tristhed som patologisk – forudsat af den er intens og langvarig nok (Brinkmann, 2018).

I et af Brinkmann nyeste værker, som er skrevet i forbindelse med hans sorgforskning, skriver han blandt andet; at mennesket risikerer at miste kontakten til de grundlæggende eksistentielle dimensioner af menneskelivet (Brinkmann, 2018). Han mener, at vi er med-skabere af et ”diagnosesamfund”, hvilket overordnet betegner det forhold i dag, at medicinske diagnoser fra psykiatrien, anvendes til en lang række formål, og også uden for traditionel psykiatrisk praksis (Brinkmann 2010).

Brinkmann oplever at den danske befolkning bruger alverdens diagnostiske termer når vi taler om de problemer, som vi eller vores børn oplever i hverdagen, såsom; stress, udbrændthed og depression.

Brinkmann bekymrer sig særligt for sorgfænomenets fremtidige definition, forståelse og opfattelse (Brinkmann, 2018).

I min søgen efter forskning og viden om sorg og sorgforståelser, har jeg bemærket, at det ikke kun er den internationale og nationale forskning som har fået øjnene op for sorgforståelser.

Det viser sig, at der i løbet af de seneste par år er udgivet særligt mange nationale selvbiografier om sorg, sorgopfattelser og erfaringer med sorgbehandling. Eksempler herpå er selvbiografierne: *'Min usynlige søn'* af Journalist Esben Kjær, (2016), *'Jeg løber'* af Anders L. Schmidt, (2018), hvor læseren får et indblik i metoder til at tage sit frirum i en mørk tid. Samt bogen *'Vi ses i morgen'*, (2009), som er skrevet af journalist Eva Jørgensen, med henblik på at råde og støtte andre pårørende i et sygdomsforløb. Der er ydermere sendt flere tv- indslag og -dokumentarer om sorg og sorghåndtering, som for eksempel på TV2 i *'Go' morgen Danmark'* hvor TV-værten Ida Wohlert

¹⁰ Når fænomener bliver placeret i en medicinsk ramme.

interviewer en ung pige, som har mistet en søskende, (TV2, 2018), samt på Danmarks Radio med dokumentarserien *'Kunsten at miste'*, (DR, 2017).

Et andet eksempel på, at sorgen er kommet i fokus, fremgår særligt på internettet, hvor der optræder flere og flere "eksperter" på området. Inde på Googles søgeside får man de første tyve tilbud om sorggruppe, samtaleterapi og ikke mindst, kan man blive informeret om de normale og unormale sorgreaktioner samt faresignalerne heraf. På Google får man også '5 gode råd' til, hvordan man kan mærke forskel på, hvorvidt man er i sorg eller har en depression (Google, 2019).

Sidst men ikke mindst afholdte Danmark i september 2018 sin første sorgkonference, hvor nogle af de førende internationale og nationale sorgforskere, såsom Dr. Katherine Shear, psykolog og lektor Maja O'Connor og sorgforsker Mai-Britt Guldin delte viden om sorg, både teoretisk og praktisk (Det Nationale Sorgcenter). Sorgkonferencens centrale formål var, at dele og fremlægge resultater og viden om normal- og kompliceret sorg, med det afgørende mål at læger, psykologer og sygeplejersker kunne forberede og forbedre både sundhedstilstand og trivsel hos de efterladede. (Sorgkonference, 2018)

Der er altså mange forskellige undersøgelser, erfaringer, oplevelser og ikke mindst opfattelser af sorg og sorgbehandling, ligesom at der er mange professionaliseret tilbud og vejledninger at finde i både selvbiografier, på TV, på internettet og via de nationale videns- og behandlingscentre.

Problemfelt

Med ovenstående taget i betragtning, er der mange tegn på, at sorgen er kommet i fokus for det moderne menneske, og ikke kun for menneskets egen refleksion over sorgen og tilværelsen, men i den grad i den offentlige debat om folkesundhed og psykiatri (Brinkmann, 2018).

Man kan ikke undgå at tænke, at fænomenet sorg har bevæget sig ind i en sundhedsmæssig interesse, hvor sorgen både kan være en normal menneskelig reaktion på at have mistet, samtidigt med at sorg kan opfattes som en klinisk og behandlingskrævende diagnose, hvori bestemte grupper af mennesker er i særlig risiko.

Der må givetvis være opstået særligt mange "eksperter" på området, og på denne måde kan man sige, at der i de seneste par år, er frembrudt et "marked" for sorgdiagnostik og behandling. Hvilket må betyde, at der er en større interesse i både sorgbehandling-, opfattelser og erfaring (Brinkmann, 2018).

Der er umiddelbart ingen tvivl om, at de fremtrædende forskere betragter sorg som delvist et eksistentiel menneskeligt vilkår, men også som en sygdom og en klinisk diagnose, som skal behandles på lige fod med andre psykiske sygdomme.

Undtagelsesvis af denne sorgopfattelse, er Brinkmann, som argumenterer for, at den kommende diagnose er et tegn på yderligere medikalisering og patologisering af et fænomen, som han mener, at vi kun har få ritualer tilbage af (Brinkmann, 2018). Brinkmann mener, at sorg er et menneskeligt vilkår og erfaring, som samfundet forsøger at fjerne fra tilværelsen ved, at kategorisere sorgen som patologisk. I hans seneste værk 'Det sørgende dyr' (2018) skriver han blandt andet:

"Hvad bliver der af de eksisterende måder at hjælpe mennesker i sorg på, når det bliver en psykiatrisk diagnose og dermed en sag for sundhedsvæsenet?" (Brinkmann, 2018, s. 191).

Paradoksalt nok, kan manualer og diagnoser jo have det formål, at give nye måder, at dels behandle mennesker på, men også give nye måder at opfatte det "normale" på, selvom en diagnose jo dybest set benyttes til at definere noget unormalt (Brinkmann, 2018).

I forhold til sorg og fænomenets umiddelbare dobbelthed må et af de største spørgsmål være, om de professionelle aktører forstår sorg som sygelig og særlig behandlingskrævende?

Har de professionelle aktører et indtryk af, at den kommende sorgdiagnose, kræver "afkrydsningsskemaer" og skabeloner for korrekt behandling?

Spørgsmålet er, om forståelserne af sorgdiagnosen udfordrer, begrænser eller faciliterer sorgbehandling i praksis, hvilket selvfølgelig afhænger af, hvordan de professionelle forstår deres praksis omkring sorg og ikke mindst hvordan de opfatter sorg og sorgdiagnose. Hvilke professionelle opfattelser er der sorg og sorgbehandling? Og indgår termer som; psykisk lidelse og diagnose også i de professionelles forståelse af sorg?

For at kunne besvare disse spørgsmål må det være nødvendigt, at undersøge hvilke professionsforståelser der er af sorg og sorgbehandling, og særligt centraliseret omkring den kommende sorgdiagnose og forestillingerne omkring fremtidig praksis.

På nuværende tidspunkt er der, i den eksisterende sorgforskning bred enighed om, hvordan sorg skal forstås og ikke mindst behandles (klinisk) i fremtidens Danmark. Der findes virkelig begrænset viden, og derfor meget få undersøgelser af, hvordan organisatoriske/professionelle aktører samt

privatpersoner opfatter og forstår sorg – særligt omkring forståelserne og holdningerne til sorgdiagnose.

Der er dog én undtagelse i sorgforsker Ester Holte Kofod, som i 2015, forskede i hvordan forældre, som har mistet et spædbarn, oplever og meddeler deres sorg (Brinkmann, 2018).

I denne undersøgelse har Kofod identificeret fire primære udtryksformer, hvor de efterladte forældre udtrykker holdninger til muligheden for, at få deres sorg diagnosticeret. Forældrene giver, via kvalitative interviews og spørgeskemaer udtryk for, at de mener at der er følelsesmæssige og materielle fordele ved en mulig sorgdiagnose, såsom ”at få ret til at sørge”, adgang til sygeorlov samt økonomisk og terapeutisk støtte. Desuden meddeler forældrene i undersøgelsen at de mener, at der er relationelle fordele ved en mulig sorgdiagnose, da en diagnostisk kategori ville kunne give dem en legitim måde at udtrykke deres lidelse til andre på (Brinkmann, 2018).

Motivering og værdirationalitet

Som ovenstående har påvist, forekommer der altså et videnshul i den eksisterende forskning omkring professionelle aktørers opfattelser og forståelser af sorg og sorgbehandling, særligt taget indfasningen af sorgdiagnosen i betragtning. Som angivet har forskningen indtil videre, primært været fokuseret på de forskningsbaserede aspekter, i forhold til den omdiskuteret og kommende sorgdiagnose. Jeg vil derfor fokusere på de organisatoriske professionsforståelser af sorg, sorgdiagnose og sorgbehandling.

Jeg mener at det er vigtigt at undersøge hvilke professionsforståelser der er, i forbindelse med sorgbehandling og diagnose, da det er samfundsmæssigt relevant at belyse, hvilke implikationer disse kan have i forbindelse med fremtidig praksis af sorgdiagnose.

Mit mål med specialet er derfor at undersøge, hvordan specifikke organisatoriske aktører opfatter og praktisere sorg, særligt med udgangspunkt i deres professionsforståelser af sorg og sorgbehandling qua sorgdiagnose.

Jeg ønsker at få et indblik i de professionelles sorgopfattelser for, at bidrage til forskningen om sorgopfattelser samt viden om den nuværende udvikling af sorg som fænomen.

Specialet vil ikke koncentrere sig om selve implementeringsfasen af sorgdiagnosen.

Jeg vælger udelukkende, at fokusere på udvalgte organisatoriske professionsforståelser af sorg og sorgbehandling og ud fra en dansk organisatorisk kontekst. Dette har jeg valgt, da fænomenet i

Danmark næsten er udforsket fra et organisatorisk perspektiv. Jeg har valgt at anvende begreberne 'kompliceret sorg' og 'sorgdiagnose' frem for andre begreber, da de i en dansk kontekst er de mest anvendte udtryk (FEAP, 2018).

Specialets problemformulering

Hvordan opfattes sorg og den kommende sorgdiagnose blandt forskellige professionelle sorghjælpere? Og hvilke organisatoriske variationer af sorgbehandling kan der være?

Min problemformulering er todelt således, at jeg først besvarer delen omkring hvordan sorg og sorgdiagnose opfattes og praktiseres blandt udvalgte sorghjælpere. Her vil jeg – ved at anvende en kvalitativ undersøgelsesform – interviewe repræsentanter for organisationer, hvori sorgbehandling er en del af arbejdsbeskrivelserne.

I anden del af problemformuleringen vil jeg, med inspiration fra det meningsskabende perspektiv af organisationsforsker Karl E. Weick (1995), forsøge at fremstille og betone de professionsforståelser der er af sorgbehandling ud fra italesættelser af de organisatoriske kommunikative strukturer, rammer og vilkår. Dette gør jeg for at blive klogere på hvilke implikationer disse kan have i forbindelse med fremtidig forståelse af sorg samt praksis af sorgdiagnose.

Forskningsspørgsmål

- Hvordan italesætter aktørerne deres professionsforståelse af sorg og sorgbehandling?
- Hvordan italesætter og forstår de professionelle aktører sorgdiagnosen?
- Hvilke organisatoriske udfordringer, strukturer og/eller vilkår kan være begrænsende eller faciliterende for praksis af sorgbehandling?

Jeg ønsker med min problemformulering og forskningsspørgsmål, at bidrage til videns tilegnelse til aktører som organisatorisk praktisere sorg og fremtidigt skal behandle mennesker med sorgdiagnose, samt for andre institutioner og privatpersoner som interagerer med efterladte sørgende.

KAPITEL 2

VIDENSKABSTEORI

Videnskabsteoretisk er dette speciale inspireret af den socialkonstruktivistiske tolkning og tradition. I det kommende afsnit redegøres derfor først for begrebet socialkonstruktivist epistemologi og ontologi, da disse er centrale for den videnskabsteoretiske forståelse. Herefter beskriver jeg de socialkonstruktivistiske grundtanker og centrale begreber. Hertil ekspliciteres grundlaget for valg af videnskabsteoretisk ståsted og dets indflydelse på specialets undersøgelse, samt den viden som der vil blive stræbet efter at producere.

Epistemologi og ontologi

Epistemologi søger hvordan vi kan vide, at vi rent faktisk ved noget, altså *”læreren om videns forhold til det, man ved noget om”* (Olsen & Pedersen, 2015, s. 329).

Epistemologi er fokuseret mod hvilke kriterier, som opstilles forud for en bestemt opfattelse af sandhed, også kaldet sandhedsforståelse (Olsen & Pedersen, 2015). Derfor beskæftiger epistemologi sig med hvilke muligheder der skabes, med henblik på de opstillede respektive sandhedskriterier for forståelse.

Desuden kan man inddele epistemologi i to retninger; objektivisme og perspektivisme. Den objektivistiske epistemologi arbejder med sandheden, som værende objektiv – hvilket gør at man konkret kan efterprøve og konkludere på hvad der undersøges. Den perspektivistiske epistemologi søger det modsatte af sandhedskriterier, altså at en virkelighed ikke kan objektiveres, da virkeligheden altid vil være konstrueret og fortolket. Derudover søger den socialkonstruktivistiske ontologi, at det kun er den sociale virkelighed som er konstrueret (Olsen & Pedersen, 2015).

For at begribe min videnskabsteoretiske position for specialets undersøgelse, handler den socialkonstruktivistiske epistemologi og ontologi derfor om aktørenes fortolkede og konstruerede virkelighed. Hvilket henviser til, at den eneste virkelighed, specialet anskuer og undersøger, er den konstruerede og fortolket sociale virkelighed, hvilket udgør mit videnskabsteoretiske perspektiv. Jeg indtager altså en perspektivistisk tilgang til bearbejdning og behandling af min empiri.

Socialkonstruktivistiske grundtanker & centrale begreber

Mit valg af videnskabsteoretisk tilgang har omfattende betydning for specialets problem- og løsningsorientering, da det har betydning for måden der rationaliseres og arbejdes med viden på. Ydermere har mit videnskabsteoretiske udgangspunkt indflydelse på min undersøgelsesform samt mit metodevalg.

Socialkonstruktivismen er en samfundsvidenskabelig retning, som betoner de samfundsmæssige fænomeners praksis og fortolkninger. Selvom socialkonstruktivismen er mangeartet og et komplekst begreb, kan man i almen forstand, sammenligne sociologi med socialkonstruktivisme, idet sociologien beskæftiger sig med at analysere sociale fænomener og processer. Til forskel for den fysiske natur er det centrale og kendetegnet ved, at det ender som produkt af den menneskelige praksis, altså er socialt konstrueret (Fuglsang og Olsen, 2007).

”Den socialkonstruktivistiske tradition hævder, at et fænomen som vi normalt opfatter som uafhængigt eksisterende i vores verden, er konstrueret og dermed frembragt gennem menneskers sprog, tænkning og social interageren.”

(Lindsel & Wolff, 2016, s. 31).

Grundtanken bag socialkonstruktivisme er erkendelsesobjektet (verden). At ville erkende noget og at skaffe sig viden om noget i verden indebærer, at der er et subjekt, som erkender, og et objekt som erkendes. Disse er bekendelsens redskaber og eksisterer også i sproget, hvilket desuden betyder, at det, at have erkendt noget er ensbetydende med at være i stand til at formulere det sprogligt.

Socialkonstruktivister bruger begrebet kontingens, hvilket betyder at fænomener ikke er ’tilfældige’, i den forstand, at de hverken er logiske eller metafysiske nødvendige. Derimod kan det ikke udelukkes, at de kan forklares ud fra andre empiriske lovmæssigheder. Hvilket betyder, at fænomener ikke er vilkårlige, og derfor kunne disse have set anderledes ud og have været anderledes (Collin, 2013).

På baggrund af de mange facetter som socialkonstruktivismen rejser, har jeg ladet mig inspirere af den danske filosof Finn Collin, 2013, som argumenterer for, at de sociale konstruktioner produceres af mennesker og af det samfund mennesket interagerer i. Det betyder at konstruktionerne nødvendigvis ikke er en bevidst aktivitet.

Collin mener, at den menneskelige og sociale konstruktion af fænomener, selvom få eller ingen bemærker det, sker helt af sig selv i den sociale virkelighed. Hvorfor at socialkonstruktivismen hævder, at den fysiske *eller* den sociale virkelighed er skabt af menneskelige begreber, som vi selv har beskrevet og beskriver dem, eller i de kategorier hvori vi tænker dem (Collin, 2013).

Videnskabsteoretisk indflydelse

Når der her i specialet arbejdes med en socialkonstruktivistisk tænkning, er det en væsentlig faktor, at det ikke er den individuelle bevidsthed, som skaber grundlaget for mening, sproget eller opdagelsen af verden, men, at mening produceres gennem koordination mellem mennesker og de sociale praksisser, som de interagerer i, handler i og som bekræftes i relationerne.

Dette gengiver menneskets konstruktion af virkeligheden og henviser til, at den menneskelige stabilisering og organisering af relationer, knytter subjekter og objekter sammen i en bestemt form for meningsfuldhed (Collin, 2013).

Min videnskabelige metodik er socialkonstruktivistisk, da jeg søger at betone og tydeliggøre de professionsforståelser der er af sorg og sorgbehandling. Med et socialkonstruktivistisk perspektiv på min empiri, kan jeg med fordel betone mine aktørers italesættelser og fortællinger ud fra et socialkonstruktivistisk meningsskabende perspektiv, ved at fremhæve dem som en form for 'talehandlinger' (Fuglsang & Olsen, 2007).

Jeg er desuden af den videnskabsteoretiske forestilling, at virkeligheden er præget og formet, og i konstant forandring af menneskets erkendelse af virkeligheden og verden. Jeg forestiller mig, at et menneskeligt, samfundsmæssigt og kulturelt fænomen som sorg ikke er evigt, men er foranderligt og derfor et 'produkt' af menneskelige processer og praksisser. Hvilket også forklarer sorgens transformation og dobbelthed i samtiden.

Fænomenet sorg er skabt og konstrueret på baggrund af vores opfattelser og konstruktioner, og er i transformation grundet de menneskelige sociale igangværende [*ongoing*] processer (Weick, 1995) Sorgen opfattes og konstrueres ud fra hver enkelt individs erkendelse af den sociale virkelighed, og derfor beskrives sorgens væsen også med udgangspunkt i aktørernes konstruktion af social praksis (Fuglsang & Olsen, 2007).

METODE

Dette metodeafsnits formål er at eksplicitere og tydeliggøre mit empiriske undersøgelsesarbejde. Jeg beskriver og begrunder mine metodiske overvejelser og valg, samt redegøre for den empiriske metode, som ligger bag tilgangen til specialets kvalitative undersøgelsesarbejde. Dette er ligeledes for, at give et indblik i de valg jeg har foretaget i empiri- og analysearbejdet for, at kunne besvare specialets problemformulering.

Kvalitativ undersøgelsesform

Som det læses ud fra mit videnskabsteoretiske ståsted, vil jeg anlægge et socialkonstruktivistisk og meningsskabende perspektiv på det som udforskes, hvilket ydermere fører mig til at anvende kvalitative forskningsmetodikker.

Min socialkonstruktivistiske positionering søger professionelles italesættelser som transformationsmiddel i den sociale praksis, samtidigt med at den socialkonstruktivistiske tradition, frembringer mine informanternes opfattelser og konstruktioner af den sociale praksis. Afslutningsvis skal denne tilgang udgøre en analyse af, hvordan meningsskabelsen i delprocesser er konstrueret i informanternes beskrivelser og forståelser af profession, sorg og sorgdiagnose (Brinkmann, 2013).

Jeg gør brug af den kvalitative metode, hvilket ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015) betyder, at jeg på humanistisk og samfundsvidenskabelig vis, anvender metoder til at opnå viden om menneskers livssituation, deres meninger, holdninger og erfaringer (Brinkmann, 2013).

I den kvalitative metodeform anvendes beskrivelser og handlinger til, at få fokus på samt fremhævet det meningsfulde. Dette for at få et indblik i og en forståelse for de menneskelige opfattelser af virkeligheden.

Mit forskningsdesign

Jeg søger, som det typisk er for undersøgelser foretaget ud fra en socialkonstruktivistisk position, at få en dybere forståelse af informanternes opfattelser og konstruktioner, herunder opfattelserne af profession, sorg og sorgbehandling i praksis (Brinkmann, 2013). Jeg har derfor ikke søgt at designe en undersøgelse, hvori mine resultater udgør af en repræsentativ stikprøve eller kvantitativ strategi for at kunne generalisere ud fra en større population.

En passende metodik, til at udføre en brugerperspektivundersøgelse, er det kvalitative interview, som jeg desuden mener, åbner mulighederne for at indsamle detaljerede og personlige opfattelser og forståelser af fænomenet, samtidigt med, at en kvalitativ undersøgelse søger informanternes konstruktioner af meningsskabelse.

Rekruttering af informanter

Jeg har valgt at min undersøgelses data er sammensat og forankret ud fra et semistruktureret interview, med rekrutterede informanter med specifikke fagprofessioner.

Inden rekrutteringen af informanterne havde jeg besluttet mig for, hvilke professioner jeg ville søde og tage udgangspunkt i, for at give undersøgelsen og analysen et mindre, men nuanceret indblik i professionsforståelser af sorg og sorgbehandling.

Tre informanter blev rekrutteret og jeg har interviewet en tjenstemandsansat sognepræst, en læge som har været i egen praksis samt arbejdet på medicinsk afdeling, og til sidst, har jeg interviewet en psykolog praktiserende i et sundhedshus.

Jeg trak på disse fagprofessioner/informanter da jeg ved, at disse aktører arbejder med sorg i en eller anden grad i deres dagligdag.

Jeg forestillede mig blandt andet, at sognepræsten mødte sorg i mange afskygninger, både i forbindelse med begravelser, hospicearbejde og i mødet med pårørende. Jeg valgte at rekruttere en sognepræst da jeg ydermere ønskede at få et indblik i, hvordan en præst forstår sorg, sorgdiagnosen og ikke mindst praktiserer sorgbehandling. Jeg forestillede mig inden interviewstart, at præsten varetog sorgbehandling ud fra en kristen tilgang og ofte med udgangspunkt i religiøse ritualer. Jeg forestillede mig, at præsten ville henvise til Gud ved samtaler, og aldrig til andre fagprofessionelle med henblik på evt. klinisk eller psykologisk hjælp. Min tese bar særlig præg af, at præsten ikke nødvendigvis ville betragte sorg som en potentiel diagnose, men nærmere som kærlighedens vilkår og pris. Jeg valgte desuden at interviewe en præst, da jeg ved, at sorg er en del af en præsts kerneopgave. Formålet med at rekruttere en præst tager afsæt i min nysgerrighed om præsteembedets praksis og forståelse af sorgbehandling.

Jeg har ydermere valgt at interviewe en almen praktiserende læge, da jeg forinden interviewstart havde en tese om, at læger behandler sorg ud fra det udgangspunkt, at sorg kan opfattes lige så patologisk som en depression. Jeg forestillede mig, at en almen praktiserende læge ikke har tid til at bearbejde sorgen med patienten, og derfor tænkte jeg, at sådanne informant kunne be- eller afkræfte

min hypotese om, at lægen, uden tøven, henviste patienter til andre fagprofessionelle indenfor sorgbehandling.

Jeg rekrutterede denne profession/informant, da jeg antog at min undersøgelse da vil få en diametral modsatrettede professionsforståelse end en præsts professionsforståelse af sorg. Dette er delvist med ønsket om, at fremvise mindst to forskellige opfattelser af sorg, samtidigt med håbet om, at jeg kan få be- eller afkræftet hypotesen; at en almen praktiserende læge mener, at sorg skal henvises til øvrige professionelle såsom; psykologer, terapeuter eller andre klinikere, da jeg antager, at der ikke er ressourcer/tid i almen lægepraksis til ”udvidet” sorgbehandling. Denne hypotese er vigtig for mig at få afklaret, da dette kan betone hvilke det kan have for fremtidig praksis af sorgdiagnosen.

Sidst men ikke mindst valgte jeg, at rekruttere og interviewe en psykolog. Jeg inddrogede en psykologs professionsopfattelser af sorg, med forestillingen om, at psykologer betragter og praktiserer sorg ud fra sorgens umiddelbare dobbeltbetydning. Med dobbeltbetydning henviser jeg til, at sorgen både kan anses som en menneskelig og naturlig erfaring samtidigt med, at sorgen potentielt kan være patologisk og derfor kræve klinisk behandling.

Mit valg om at rekruttere en psykolog, tog afsæt i min umiddelbare opfattelse af, at psykologer arbejder med behandling af menneskers psyke, både i forbindelse med helt konkrete forandringer i menneskets hverdag, men også behandling af sorg.

Karakteristisk for mine tre informanter er, at de alle praktiserer sorgbehandling, i en eller anden grad i deres dagligdag, og med udgangspunkt i dette vil jeg søge deres professionsforståelse og deres italesættelser af, hvordan sorg forstås og behandles.

Jeg har fundet relevans i at tage udgangspunkt i få aktører, som skal repræsentere tre organisatoriske kontekster, hvori sorgbehandling er en del af de professionelles arbejdsbeskrivelser. Dette valg er foretaget grundet mit ønske om at kunne bidrage til videns tilegnelse inden for opfattelser af sorg og sorgdiagnose i praksis, samtidigt med at mit valg af få informanter også er taget ud fra specialets omfang og tidshorisont.

Etiske overvejelser

Mine informanter blev rekrutteret via et opsøgende arbejde, hvor jeg har søgt sorgbehandlere via Google. Derfor har kontakten til informanterne, inden interviewstart, foregået over e-mail. I mailen beskriver jeg meget kort mit speciales emne ’sorg og sorgforståelser’, og at jeg søger professioner

som dagligt beskæftiger sig med sorgbehandling. Derfor er mine informanter ikke blevet informeret yderligere om speciales problemstillinger eller undersøgelsesdesign, hvilket er et vilkår de har accepteret ved deres deltagelse.

Mine informanter fik, inden interviewstart, mulighed for at underskrive en informeret samtykkeerklæring, som indbefattede undersøgelsens overordnede emne, dvs. sorg og sorgforståelser. De blev oplyst, at jeg optager interviewet med henblik på at transskribere i fuld længde, samt at interviewet vil anvendes til mit speciale, hvorefter optagelserne vil blive slettet fra enheden. Informanterne blev oplyst om, at specialet afleveres som offentligt tilgængeligt, og derfor skulle de tænke over mulige risici ved ikke, at vælge anonymitet. Alle tre informanter valgte at være anonyme, hvorfor mine informanter har fået et pseudonym. De ønsker ikke at gennemlæse eller modtage specialet ved færdiggørelse. Skriv til samtykkeerklæring er vedlagt som bilag 3.

Interviewform

Jeg har valgt at lade mig inspirere af det Brinkmann kalder et semistrukturerede ansigt-til-ansigt interview. Jeg har valgt denne metodik, da et semistruktureret interview udnytter dialogens videns produceret potentialer ved, at give et meget større spillerum for opfølgning på de vinkler og opfattelser, som mine informanter anser for, at være vigtige undervejs i deres besvarelse af interviewet (Brinkmann, 2013).

Jeg valgte desuden et ansigt-til-ansigt interview, på baggrund af den forbundne interpersonelle kontakt, samt den kontekstfølsomhed som kan opstå i denne form for interview. Dette mente var særlig relevant med henblik på specialets emne.

Ydermere finder jeg den fleksibilitet, som formen giver, særlig brugbar i forhold til videns indsamling. (Brinkmann, 2013) Metoden er særlig fleksibel, da der er åbenhed for at springe i emner, spørgsmål samt give informanterne plads til at uddybe og reflektere over svar.

Interviewformen er tillige åben for, at jeg som interviewer kan spørge ind til emner som ikke fremgår af interviewguiden.

Jeg har anvendt det semistruktureret interview for at have en fleksibel tilgang til interviewguiden og samtalen – hvis informant skulle bevæge sig væk fra temaet – men også for, at åbne op for emner som jeg nødvendigvis ikke selv havde set forinden interviewet. Derudover har jeg tidligere erfaret, at et semistruktureret interview tillader, at jeg kan ændre mine spørgsmål til informanterne undervejs i samtalen, samt tillader at jeg bede om uddybelse af et konkret svar. Jeg har altså valgt at

trække på tidligere erfaringer med en semistruktureret interviewform, da jeg tidligere har fået suppleret flere af mine emner og refleksioner ved denne metode (Brinkmann, 2013).

Interviewguide

Min interviewguide er udarbejdet ud fra en simpel liste med spørgsmål i en specifik rækkefølge (se bilag 2). Dette valgte jeg for, at gøre mit overblik bedre i selve samtaleprocessen, samt for at sikre mig en fuldt dækkende besvarelse af mine temaer og spørgsmål. Dette er netop for at undgå, at forbigå eller glemme relevante emner, problematikker og beskrivelser af undersøgte fænomen.

Min interviewguide består af 14 spørgsmål, som jeg mener, er fyldestgørende til besvarelse af mine forskningsspørgsmål.

Umiddelbart kan 14 spørgsmål, til at afdække et så komplekst og universelt fænomen og begreb som sorg synes at være relativt få, men jeg mener, at mine få spørgsmål har givet mig den fordel, at jeg kunne lære guiden udenad, i så høj grad som muligt. Hvilket har betydet at jeg har kunne bevare øjenkontakten med min informant undervejs i samtalen – hvilket jeg tillægger høj værdi for at skabe en rolig stemning – samtidigt med at jeg ved tidligere kvalitativ forskning har erfaret, at en interviewguide med relativt få spørgsmål, kan sikre en gensidig forståelse af samtals spørgsmål og emner (Brinkmann, 2013). Dette giver informanten mulighed for at dykke ned i impulsive tanker og emner samtidigt med, at vi i samtalen vil undgå misforståelser i spørgsmål/besvarelser. Jeg har erfaret, at få spørgsmål og en åbenhed for skift i samtaleemner, ofte appellere til yderligere udvidelse af interviewspørgsmål.

Jeg oplevede også at denne form gav ro undervejs i interviewet, tid til refleksion samt uddybelse af svar. Det var tydeligt at mærke, at jeg var rolig og kontrolleret under interviewet, hvilket selvfølgelig også påvirker informanternes åbenhed og tillid til mig som forsker og interviewer.

Da sorg som fænomen i sig selv kan være sensitivt, var en delvist responsiv og aktiv interviewertilgang at foretrække.

Mine første interviewspørgsmål i guiden var udarbejdet med et deskriptivt aspekt, dette for at afdække nogle helt grundlæggende fakta om udvalgte fagprofessioner og for undersøgelsens fundament, såsom; informantens profession, stilling og antal års erfaring i faget.

En kort beskrivelse af informantens profession er relevant for min undersøgelse, da jeg søger professionsforståelserne af sorg og sorgbehandling, og dette kan en typeinddeling og kategorisering af professionerne anskueliggøre og bidrage til.

Jeg forestiller mig desuden, at der kan være nogle professionelle eller organisatoriske vilkår, som kan være afgørende for informantens praksis af sorgbehandling. Jeg har derfor valgt at inddele informanterne, i professioner, dette for senere i specialet, at kunne case-beskrive samt eksemplificere eventuelle variationer af professionernes sorgforståelse.

Derudover har min interviewstil været af delvist formel karakter, dels da interviewet har foregået i informantens eget hjem, men også for at have en respekt for informantens autoritet.

Mine interviews er foretaget i informantens eget hjem, da jeg ved henvendelse og rekruttering oplyste informanten om, at jeg tilgodeså, at samtalen foregik på informantens præmisser, dette med henblik på, at samtalen skulle foregå så bekvemt som muligt. Denne information betragter jeg som afgørende for, at alle informanter valgte at afholde interviewet i eget hjem.

Samtidigt med dette har samtlige af mine spørgsmål søgt informantens beskrivelser og italesættelser af sorg, sorgbehandling og praksis, hvorfor jeg f.eks. har formuleret mine interviewspørgsmål med: *”Vil du beskrive dette for mig, hvordan forstår du dette og hvordan oplever du?”*

Sådanne formuleringer mener jeg er gode interviewspørgsmål, da de udover at være åbne spørgsmål, ligger op til at give informanten tid og rum til at reflektere over sine svar (Brinkmann, 2013).

Interviews

Mine informanter er blevet interviewet af mig i februar og marts 2019. Alle interviews blev efter skriftligt samtykke, optaget og senere transskriberet og udskrevet i fuld længde. Mine interviews havde en gennemsnitlig varighed på 40-60 minutter.

Mine informanter har tillige fået valget om anonymitet, hvilket alle tre ønskede. Dette har ingen relevans for mit speciales undersøgelses- og analysearbejde. Min undersøgelse tager afsæt i de respektive professioners forståelser af sorg og sorgbehandling som henholdsvis; sognepræst, læge- og psykolog, og ikke i specifikt udvalgte navne eller personligheder inde for sorgbehandlingsområdet.

Mine interviews blev alle indledt med, at informanterne blev bedt om at præsentere sig selv, samt kort at fortælle om deres profession, praksiserfaring samt hvor længe de har praktiseret i den konkrete praksis. På denne måde fik jeg mulighed for at få et nærmere kendskab til informanternes baggrund, herunder fagprofessionelle erfaringer. Herefter blev informanterne bedt om, at fortælle om deres viden om sorg samt hvordan sorg spiller en rolle i deres arbejdsliv og arbejdsbeskrivelser.

Jeg har lagt vægt på, at lade informanter fortælle og beskrive. Denne metodik er vigtig, når man som jeg, søger konstruktioner, italesættelser og beskrivelser af de sociale processer.

De blev ydermere bedt om at beskrive, hvordan de oplever og forstår at sorg praktiseres i den organisatoriske kontekst hvori de selv praktiserer. Dette for at få et indblik i de professionsforståelser der er af de organisatoriske rammer og vilkår, som jeg antager sætter rammerne og forudsætningerne for deres profession af sorgbehandling.

Som nogle af de sidste spørgsmål i interviewet, fik mine informanter mulighed for at give deres mening/positionere sig, både generelt og mere specifikt i forhold til den kommende sorgdiagnose.

Imellem mine spørgsmål i interviewet spurgte jeg alle tre informanter, om de ønskede at tilføje noget til det specifikke emne/spørgsmål, eller om de mente at noget manglede at blive belyst. Ofte gav dette anledning til, at mine informanter gjorde sig yderligere overvejelser. Præsten gav for eksempel udtryk for, at hun i sjælesorgsamtalerne med borgerne trak på sine erfaringer med at tale om både gode og dårlige minder. Dette gjorde hun for at nærme sig borgerens sorg i alle dens facetter; for eksempel sorgen over at føle sig som en dårlig veninde til afdøde.

Lægen gav udtryk for, at interviewet havde sat tanker i gang, samt har gjort ham opmærksom på sorg som diagnose i fremtidens lægepraksis. Tanker som han ikke havde lejlighed til at tænke på, på nuværende tidspunkt.

Beskrivelse af løbende ændringer og tilføjelser

Selvom jeg havde gjort mit forarbejde med en interviewguide forinden første interview, opstod der en åbning for yderligere tilføjelser af spørgsmål til min guide. Min guide udviklede sig derfor allerede efter første interview med sognepræsten. Hvilket betyder at jeg re-designede min guide, da der undervejs i samtalen, dukkede relevante emner og spørgsmål op, som jeg ikke selv havde set i udarbejdelsen.

I samtalen med præsten fortæller hun om forskellige perspektiver og tilgange til begrebet sorgprocesser og faser, hvilket jeg ikke selv havde skrevet ind i mine spørgsmål. Derfor valgte jeg at tilføje spørgsmålet: *”Mener du at den sørgende er i et konkret sorgforløb, og i så fald, hvordan vil du beskrive det?”*

Jeg tilføjede yderligere spørgsmålet: *”Og i så fald, hvor lang tid varer en sorgreaktion?”*. Disse spørgsmål fandt jeg særligt relevante at tilføje, da de kunne give min undersøgelse et indblik i mine informanters opfattelse af sorg som proces, samt en beskrivelse af sorgens varighed. Det var vigtige

elementer at få besvaret, da dette kunne frembringe mere detaljeret italesættelser af deres professionsforståelse omkring sorgopfattelser.

Desuden kan besvarelsen af disse spørgsmål inviterer mig ind i en forståelse af informantens håndtering af den sørgende, særligt med henblik på at begribe, om der er et tidspunkt i den såkaldte sorgproces, hvor sorgen kan opfattes som potentielt patologisk, dette uden at antyde til dialog om sorgdiagnose.

Transskription

Selvom jeg valgte at udføre tre semistruktureret ansigt-til-ansigt interviews, hvor der undervejs var mulighed for at springe i spørgsmålene, gestikulerer og smile, har jeg ikke været optaget af kropssprog og ansigtsudtryk. Disse oplysninger anså jeg ikke som relevante for besvarelsen af problemformuleringen. Jeg mener ikke, at mine informanternes grin eller gestikulationer var vigtige for analysearbejdet, da jeg undersøger problemformuleringen ud fra en socialkonstruktivistisk position, hvori forskeren søger beskrivelser, opfattelser og konstruktioner af et givent fænomen (Brinkmann, 2013).

Jeg valgte at optage alle tre interviews, da jeg mente, at dette kunne give en form for afslappethed under interviewet, særligt da jeg som interviewer bedre ville kunne fokusere på forskellige aspekter, såsom; dynamik, åbenhed for spring og variation i/af spørgsmål.

Meningsfortolkning

Selvom jeg er positioneret med et socialkonstruktivistisk perspektiv, og derfor griber undersøgelsen ud fra en konstruktion af italesættelser, er jeg ikke desto mindre nødt til, at fortolke og analysere ud fra egen forståelse. Et af grundene hertil er, at livsverdenfænomenet i egen forstand ikke er gennemsigtigt, og derfor tillader det mange forskellige læsninger og fortolkninger (Brinkmann, 2013). Forskellen på livsverdenfænomenet som går tilbage til fænomenologiens grundlægger, Edmund Husserl (Brinkmann, 2013), og på min socialkonstruktivistiske tilgang til empirien, er dog, at jeg *ikke* betragter mine informanternes beskrivelser som resultater, (som man oftest gør ud fra en fænomenologisk position), men i stedet fokuserer på informanternes konstruktioner af fænomenet og den sociale praksis.

Jeg har delvist kunne undgå egen tolkning ved at optage og transskribere mine interviews ordret, men jeg kan i forlængelse af mine informanternes fortællinger og beskrivelser, for eksempel ikke sige hvad beskrivelsen af sorg og sorghjælp betyder for min informant. Dette er ikke muligt da jeg

selvfølgelig ikke har fuld myndighed over, hvordan jeg præcis skal forstå beskrivelsen, fordi jeg ikke har – og aldrig kan få – fuld indsigt i min informants livsverden (Brinkmann, 2013).

Desuden kan der stilles mange forskellige spørgsmål undervejs i én undersøgelse om samme fænomen, disse spørgsmål kan besvares meget forskelligt, og desuden vil/kan forskellige fortolkere finde forskelligt meningsindhold, i de samme spørgsmål og interviews.

Dette betragter jeg ikke som en begrænsning for den kvalitative undersøgelsesform, da jeg er meget bevidst om, at andre forskere vil kunne få noget andet ud af samme data. Men jeg argumenterer for at den kvalitative interviewform har den force, at jeg ikke selektivt søger svar på egne opfattelser og tolkninger ved fænomenet, men i stedet forholder mig perspektivisk subjektivt, hvori jeg anlægger forskellige perspektiver og spørgsmål til samme fænomen. Dette i bestræbelsen efter, at jeg kan komme frem til forskellige konstruktioner af sorgopfattelser og sorgbehandling i praksis. Hvilket kan give min undersøgelse substans samt yderligere mulighed for, at andre forskere kan efterprøve mine fortolkninger og besvarelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

Metodisk tilgang

Jeg har været inspireret af den induktive tilgang til undersøgelsesarbejdet, da jeg er gået til undersøgelsen uden at have al for mange forudfattede forståelser og opfattelser af fænomenet, men snarere ville lade min empiri skabe projektet, samt afgøre hvilke specifikke spørgsmål som var værd at få besvaret undervejs.

Valget af antal rekrutterede informanter, er grundet specialets omfang og tidshorisont. Jeg valgte at tage udgangspunkt i få interviews, da jeg ved planlægning af specialets rammer vægtede at kunne transskribere og påbegynde behandlingen af data hurtigst muligt.

Jeg har ydermere prioriteret at være interaktiv i min undersøgelsesform, da jeg har været inspireret af, at lade min empiri forme forskningen løbende. Denne tilgang har været oplagt eftersom, at jeg er tilgået emnet uden forudfattede meninger.

Jeg har søgt at få et indblik i mine informanters professionsforståelse ud fra deres italesættelser af, hvordan sorg skal håndteres og behandles, særligt med udgangspunkt i den kommende sorgdiagnose. Dette svar søger jeg for, at bidrage til forskningen om sorg og sorgopfattelser.

KAPITEL 3

TEORI

Hvad er meningskabelse?

I nærværende kapitel introduceres der til mit teoretiske genstandsfelt og positionering som er inspireret af organisationsforsker Karl E. Weick.

Derfor vil jeg indledningsvist præsentere det meningskabende [*sensemaking*] perspektiv, som Karl E. Weick, 1995, selv beskriver det i hans værk '*Sensemaking in Organizations*', 1995.

Weick anvender termen "*Sensemaking perspective*", hvorfor begrebet meningskabelse vil beskrives som perspektiver på meningskabelse og ikke som en teori om meningskabelse.

Jeg lader mig inspirere af Weicks perspektiv på meningskabelse, da Weick argumenterer for, at perspektivet kan anvendes til at fremhæve organisatoriske indlejrede normer, kommunikative koder og institutionelle vilkår ved, at betone aktørernes meningskabelser ud fra deres italesætter. Jeg vil derfor anvende Weick meningskabelsesperspektiv som en hjælp til, at fremhæve og tydeliggøre mine informanternes sorgforståelse qua deres italesættelser af deres professionsforståelse.

Weicks meningskabende perspektiv består af syv karakteristika, som han opstiller som meningskabelsens primære processer. Jeg vil benytte mig af fire af de syv, for at skærpe blikket for – og udfolde – de meningskabelser som er i spil i min empiri.

Undervejs i kapitlet vil jeg redegøre for mine valg af karakteristika samtidigt med, at jeg vil forsøge at tydeliggøre hvorledes disse fire meningskabende perspektiver finder særlig anvendelse i mit speciales undersøgelse.

Meningskabelse er en aktiv og igangværende proces

Ifølge Weick omhandler meningskabelse om den proces, hvori organisatoriske aktører, både individuelt og i samspil med andre, søger at organisere hverdagen for at gøre virkeligheden mere begribelig. Meningskabelse muliggør en indsamling og indramning af begivenheder og situationer – af de mange informationer og indtryk – som aktørerne oplever i dagligdagen.

Meningskabelsesperspektivet gør herved verden mere enkel og kontrollerbar (Hammer & Høpner, 2014).

Ifølge Weick er meningskabelse en aktiv og igangværende [*ongoing*] proces, hvor den naturlige udvælgelse og særlige form for organisering af virkeligheden, er essentielt for begrebets forståelse og anvendelse (Weick, 1995).

Det værdifulde ved det aktive og skabende element i den meningskabende proces er, at perspektivet sætter fokus på den skabelse, som går forud for den fortolkende proces.

Dette betyder at meningskabesperspektivet kan fremhæve bestemte elementer i aktørernes omgivelser – som særligt udvalgte – og det er disse elementer som betoner mine aktørers meningskabelser omkring professionsforståelser af sorgbehandling.

Weick mener, at meningskabelse af virkeligheden er en handling og en aktivitet, da meningskabelsen både sker interaktionelt og institutionelt. Meningskabelse sker i interaktion med andre individer i organisatoriske kontekster, og også som en individuel aktivitet. Mening dannes altså ud fra en generering af tolkninger som individet foretager interaktionelt og institutionelt, i både et socialt samspil og som en individuel aktivitet (Weick, 1995).

At skabe mening er både noget aktørerne skaber sammen med hinanden og uafhængigt af hinanden. Desuden er meningskabelse indlejret i kulturer (organisatoriske normer og værdier) og sproglige og sociale strukturer (organisatoriske regler, roller og rutiner), som alle tilbyder et allerede etableret meningsreservoir, som aktørerne kan trække på, så de ved, hvad de skal mene og hvorfor de skal mene som de gør. Disse forestillinger er normbaseret og skaber derfor en fælles institutionel referenceramme for mening (Weick, 1995).

Da mine informanter indgår i en begrænset interaktion med andre aktører i samme organisation (de praktiserer sorg og sorgbehandling selvstændigt), har jeg valgt at kategorisere dem som repræsentanter for de organisatoriske kontekster hvori de praktiserer sorgbehandling.

Hvilket betyder, at jeg skal skærpe mit blik på den individuelle aktivitet og meningskabelse, samtidigt med, at jeg skal søge kodning af de kommunikative organisatoriske strukturer, i bestræbelsen efter, at fremhæve de organisatoriske rammer og vilkår, som udgør forudsætningerne for aktørernes professionsforståelser og italesættelser af sorg og behandling.

For at jeg kan anvende meningskabesperspektivet som et analytisk værktøj, er det vigtigt at anvende begrebet ud fra sin dobbeltbetydning. Weick har konstrueret en dobbeltbetydning i ordet 'sense', da ordet både betyder 'mening' og 'sans'. Dette vil sige, for begrebets analytiske

anvendelse, at meningskabelse er en proces, hvori aktørerne selv er med til at opleve, forme og skabe deres egne omgivelser. Aktørerne oplever altså ikke kun deres omverden – de er selv aktive i udvælgelses- og afgrænsningsprocessen om det der skabes mening af (Andersen, 2017, s. 58).

” To sense something sounds like an act of discovery. But to sense something there must be something there to create the sensation. And sensemaking suggests the construction of that which then becomes sensible.” (Weick, 1995, s. 14).

Ifølge Weick skal processen betragtes som et mentalt kort over egne omgivelser. Kortet ser ikke nødvendigvis ens ud for alle aktører i samme praksis, men det vigtige er, at de forskellige kort i en given organisation/praksis, er tilstrækkeligt ens, så det tillader aktørerne at koordinere og organiserer deres projekter (Weick, 1995). Meningskabelsesprocessen er en aktivitet, fordi aktørerne optegner og skitserer deres mentale landkort over deres omgivelser og virkelighed, som hele tiden re-designes og testes løbende i praksis. Landkortet re-designes fordi det dels gennem kommunikation, og dels gennem aktørens handlinger i praksis, ændrer sig ud fra de organisatoriske kontekster.

Sognepræsten er for eksempel uddannet ud fra samme vilkår og kommunikative koder, som landets andre (kristne/Luthers) præster, og praktiserer derfor ud fra de samme organisatoriske rammer, vilkår og professionsforståelser. Nogle sognepræster har som eksempel på forskellige landkort, flere samtaler med sørgende i egen embedsboligen, mens andre præster har samtaler i forbindelse med deres gang på hospitaler, hospice eller i kirkens egne lokaler.

Meningskabesperspektivet kan inspirere og bidrage til en særlig opmærksomhed på de processer som sker omkring mine aktørers udvælgelse af disse elementer, frem for alene på det endelige resultat (landkortet).

Det skal hertil tilføjes, at handling også kan være undladelse af handling, idet meningskabelse også kan resultere i *”an understanding that action should not be taken or that a better understanding of the event or situation is needed”* (Andersen, 2017, s. 59 & Weick, 1995, s. 5)

Dette kan for eksempel vise sig ved, at lægen erkender at der eksisterer en sorgdiagnose, men ikke handler på at stille diagnosen, da hans professionsforståelse af sorg ikke stemmer overens med, at han skal behandle sorg klinisk.

I forhold til at fremhæve sorgopfattelserne ud fra mine respektive professioner, og deres optegnelse af landkort, kan man forestille sig, at kortene – i henholdsvis forståelse af fænomenet og handling i praksis – er skitseret forskelligt. Dette både i forhold til hinanden og i forhold til andre sorghjælperes professionsforståelse i samme organisation. Dette kan forklares ud fra de elementer som aktørerne særligt udvælger på baggrund af de forudbestemte normer og strukturer. Ydermere bidrager aktørerne også med bestemte individuelle og intersubjektive forståelsesrammer, som også er med til at skabe rammerne for det mentale landkort (Weick, 1995).

De individuelle landkort – som mine aktører forholder sig til og viderefortolker på – er dét, som jeg skal søge efter i bearbejdelsen af min empiri.

Med inspiration fra dette perspektiv kan jeg fremhæve de elementer, som udgør den sociale praksis og skaber rammerne for deres opfattelse af sorg og professionsforståelse.

Jeg skal for eksempel være opmærksom på, hvis lægen giver mig et indblik i tidligere personlige erfaringer med sorg, som eventuelt påvirker hans fagprofessionelle håndtering i en konkret situation med en sørgende patient i praksis. Eller, hvis lægen informerer om bestemte vilkår for lægepraksis, som eventuelt begrænser eller udfordre hans praksis omkring sorgbehandling. Disse skal jeg have øje for, da det giver et indblik i professionsforståelserne ud fra italesættelserne af, hvordan sorg skal håndteres/behandles, hvilket udgør meningsskabelsen.

Weick udpeger syv elementer [*characteristics*] som væsentlige i en meningsskabelsesproces, og jeg vil nu udfolde fire af dem, som jeg mener vil fremhæve min aktørers professionsforståelser i forhold til sorg (Weick, 1995).

Du vil altid skabe din egen mening

Meningsskabelse starter med en 'identitet'.

"How can I know what I think until I see what I say?" (Weick, 1995, s. 18).

På denne måde tager meningsskabelsesprocessen udgangspunkt i den person, som skaber meningen. Derfor er mening ikke noget i sig selv, men *skal skabes*, fremskaffes og tildeles af nogen – en meningsskaber – en identitet.

Denne meningsskaber (identitet) er ifølge Weick, *"A parliament of selves"* (Weick, 1995, s. 18), og derfor skabes meningen også med udgangspunktet i, hvordan mennesket opfatter sig selv og opfatter omverden. For at undgå at aktøren bliver "forvirret" i alle mulige situationer og organisatoriske kontekster, mener Weick, at aktøren (ubevidst) påtager sig flere identiteter og roller

for at kunne navigere og indgå i hverdagslivet. Dette parlament af identiteter og roller, dannes og skabes af de organisatoriske rammer og strukturer og i interaktionen med andre mennesker af samme praksis (Lindsel & Wolff, 2016, s. 26).

I forlængelse af dette, mener Weick, at aktøren har brug for et positivt og sammenhængende selvbillede for at kunne navigere og organiserer. Og derfor foregår der en vekselvirkning mellem aktørens selvopfattelse ('Jeg'et') og af 'jeg'ets' omgivelser.

”Vi forestiller os altid, og i denne forestilling forestiller vi os den andens dom”

(Weick, 1995, & Hammer & Høpner, 2014, s. 72)

Citatet illustrerer koblingen mellem hvordan mennesket opfatter sig selv, hvordan der skabes mening i verden omkring, samt hvordan denne meningsskabelse påvirker menneskets egen opfattelse. Hvilket henviser til den ubevidste vekselvirkning, som sker i de mange 'Jeg'er'.

Processen om meningsskabelse har intersubjektive karakterer og er derfor dynamisk. Hvilket betyder, at for anvendelse af dette perspektiv er det essentielt, at jeg har fokus på, hvilke meninger mine informanter konstruerer omkring deres profession- og sorgforståelse, samt ud fra hvilke individuelle og institutionelle forudsætninger og udgangspunkter disse sorgforståelser er opstået. Det er altså vigtigt for perspektivets forståelse og anvendelse, at medregne den enkeltes aktørs forestillinger om sig selv – dels i sit arbejde, praksis og omgivelser – samtidigt med at have fokus på, hvordan aktørerne oplever at andre opfatter og ser dem (Andersen, 2017, s. 64).

[Meningsskabelse sker imens du handler](#)

Meningsskabelse tager udgangspunkt i Weicks eget begreb 'Enactment' som Hammer & Høpner har oversat til '*at skabe i handling*' (Hammer & Høpner, 2014).

Begrebet 'Enactment' (enactive) tager udgangspunkt i, at alt skabes og konstrueres af aktørerne selv, og derfor er det ikke uundgåeligt, at aktørerne påvirker omgivelserne omkring sig.

“When people enact laws, they take undefined space, time and action and draw lines, establish categories, and coin labels that create new features of the environment that did not exist before”

(Weick, 1995, s. 31).

Et eksempel med udgangspunkt i ovenstående citat kunne være, at en psykolog har en session med en sørgende klient, hvor han/hun giver udtryk for et smerteligt afsavn til afdøde, og i denne forbindelse udtrykker ringe livskvalitet, manglende glæde og selvmordstanker. Psykologen kan enten spørge ind til tankerne eller lade være. Uanset hvad psykologen vælger at gøre, er valget med til at skabe omgivelserne og den virkelighed, som virker tilbage på psykologen (Weick, 1995).

Weick mener, at vi normalt forholder os til, at omgivelserne er noget som er udenfor os selv og noget udefra givet. Derfor overser og ignorerer vi ofte, at vi selv er en del af vores omgivelser og virkelighed. Men som Weick fastslår, er det i høj grad aktørerne selv, som udvælger hvad der påvirker vores omgivelser, og derfor er vi (aktørerne) 'med-skabere' af vores egne omgivelser. Dette er grundet vores handling og tingsliggørelse af omverden og mødet i den. Ydermere kan vi ikke undgå at kategoriserer og generaliserer vores omverden, og ud fra det skaber vi også mening (Lindsel & Wolff, 2016, s. 27).

"Til sidst bliver tingsliggørelsen og italesættelsen så fastgroet i vores forståelser af omgivelserne, at de i sig selv udgør de begrænsninger og muligheder, som mennesket handler og agere i"
(Lindsel & Wolff, s. 27).

I forhold til mit speciale, betyder Weicks begreb om 'enactment', at jeg skal være opmærksom på, hvordan mine aktører italesætter og beskriver deres profession – som er forudsætningen for deres meningsskabelse – samtidigt med, at jeg skal fremhæve deres måder at tale om deres opfattelser af sorg på, hvilket er med til både, at fremhæve de fastgroet organisatoriske og individuelle forståelser af sorg og sorghjælp, som forhåbentlig kan betone hvilke implikationer disse kan have på fremtidig forståelse af sorg og praksis af sorgbehandling.

At skabe mening i sociale processer

Meningsskabelse er en '*social proces*' da mening skabes socialt og intersubjektivt. (Hammer & Høpner, 2014, s. 94). Dette betyder, at aktører skaber mening qua deres uddannelse, professionelle-, arbejdsmæssige- og personlige erfaringer. Disse erfaringer indgår dernæst i kontinuerlige (re)konstruktioner af aktørernes intersubjektive meninger, opfattelser, fælles sprog og normer, og disse skaber rammerne og forudsætningerne for den sociale meningsskabelsesproces.

De sociale processer omkring meningsskabelse sker også uden et direkte og fysisk nærvær af andre aktører (Weick, 1995).

Det betyder for behandling af min empiri, at det forestillede eller implicite nærvær af andre aktører, er lige så afgørende for meningsskabelsesprocessen, som den fysiske tilstedeværelse af andre aktører. Det sociale aspekt har en betydning for meningsskabelsesprocessen, da perspektivet tager udgangspunkt i, at aktørerne altid tænker det sociale ind i deres forståelser af omverden.

Det vil sige at lægen tænker: *"Hvordan vil dette påvirke mine kollegaer eller patienter, hvordan vil patienten tage imod dette, eller hvad kan der ske hvis jeg siger det på denne måde og ikke en anden måde?"* (Hammer & Høpner, 2014, s. 96)

På trods af at mine informanter er udvalgt som organisatoriske repræsentanter og praktiserer sorg selvstændigt, vil de institutionelle normer, værdier og allerede forudbestemte strukturer og vilkår, skabe rammerne for den praksis som de dagligt indgår og navigerer i.

For at jeg kan fremanalysere de socialt konstrueret processer på, skal jeg derfor have fokus på de måder mine informanter udlægger og fremlægger deres profession på, italesætter deres meninger på om sorgdiagnose samt forstår sorgbehandling. Dette er vigtige elementer, da de er påvirket og delvist betinget af andre aktørers måder at forholde sig på i samme organisation (Ibid.).

Søgen efter mening sker (u)afhængigt af andre

Da min empiri undersøges ud fra tre professionsforståelser og italesættelser af sorg og sorgbehandling, og informanterne kun indgår i en begrænset social interaktion med andre professionelle aktører, har jeg valgt at udfolde Weicks begreb om 'ledetråde' [cues] (Weick, 1995). Jeg udfolder processen om ledetråde, da ledetråde søger de allerede etableret strukturer, normer og kommunikative koder som mine informanter trækker på, i deres forsøg på at skabe mening (u)afhængigt af andre.

Det vil sige, at jeg vil udfolde forestillinger og betone italesættelser, f.eks. omkring aktørernes kollegaer og praksis, for at fremhæve deres professionsforståelse.

For at anskueliggøre denne proces, mener Weick, at man skal anvende [cues], da meningsskabelse er *'fokuseret på og udgår fra ledetråde'* (Hammer & Høpner, 2014, s. 103).

Hvilket betyder, at meningsskabelse sker i processen om, at aktørerne fokuserer på bestemte elementer i en situation eller en begivenhed. Dette gør vi for at helheden kan forstås. Elementerne skal betragtes som 'ledetråde' [cues], hvori meningen med situationen eller begivenheden skabes (Weick, 1995).

Processen om meningsskabelse fokuseret på ledetråde, handler altså om, at aktører forstørre de små ledetråde som indgår i hverdagslivet. I den forbindelse sonderer Weick mellem det at være

opmærksom på noget, og det at skabe mening om noget. Det første handler om at filtrere, sammenligne og klassificere, mens meningsskabelse *om* noget, handler om fastsættelse af, hvad det er for ledetråde, man er blevet gjort opmærksom på for herefter at fortolke på dem.

Weick sammenligner processen om 'ledetråde' med en plantes frø; På den ene side har frøet forudbestemt hvilken mening som skabes, mens konteksten (det udefra givne) er med til at påvirke hvilken mening ledetrådene konstruerer. Det betyder, at når vi planter et frø, har vi en ide og en forestilling om hvad frøet udvikler sig til, men det endelige resultat af frøet kendes ikke (Lindsel & Wolff, 2016 s. 30).

Konteksten og dens ledetråde er altså afgørende for meningsskabelsen, da den er bestemmende for hvilke elementer mine informanter bemærker i deres omgivelser, samt hvordan elementerne bliver bemærket (Weick, 1995). Konteksten er desuden bestemmende for, hvad der bemærkes qua de allerede etablerede strukturer, rutiner og normer, som er afgørende for, hvilke tegn og informationer fra omverden der rettes opmærksomhed mod.

Mine informanters rutiner, normer og forventninger er altså, ifølge Weicks meningsskabesperspektiv, også med til at definere omverden.

Endeligt har mine informanters personlige dispositioner også en betydning for, hvilke ledetråde som udtrækkes og gives opmærksomhed. Som et eksempel kan forventningerne til psykologers uddannelse og erfaring med sorgbehandling, ændres i forbindelse med diagnosespecifikationen, hvilket vil få en betydning for praksis strukturer, opgaver og rutiner.

Ydermere er en vigtig pointe ved Weicks forståelse af konteksten og den meningsskabende proces, at ledetrådene forbinder elementer kognitivt til en samlet forståelse af en situation. Det betyder, at når sognepræsten handler på baggrund af egen professions- og sorgforståelse, er hun med til at virkeliggøre selvsamme situation. Derfor er sognepræstens ledetråde ikke kun 'udledte ledetråde', de er også 'selvskabte ledetråde' som er [*enacted*]. Sognepræstens ledetråde er derfor en slags selvopfyldende profeti, fordi præsten ser det, som hun forventer at se – gennem en kombination af selektive opfattelser af omverden og handlinger på baggrund af netop denne opfattelse (Weick, 1995).

Meningsskabens substans

Mit foregående afsnit havde til hensigt at beskrive og fremhæve meningsskabelse som en proces.

Men for at begribe meningsskabelsesprocessen, er det imidlertid også vigtigt at søge at forstå, hvad der indgår i selve processen, når aktører skaber mening.

“Sense is generated by words that are combined into the sentence of conversations to convey something about our ongoing experience. [...] Words constrain the saying that is produced, the categories imposed to see the saying, and the labels with which the conclusions of the process are retained” (Weick, 1995, s. 106).

Weick rejser spørgsmålet om meningsskabens substans, som et værktøj til, at finde ud af hvilke forståelsesrammer og vokabularer (oversat af mig til; ord) aktørerne trækker på, når de konstruerer roller, tolker objekter og strukturer (Weick, 1995, s. 106). For at fremstille og beskrive meningsskabens substans, anvender Weick betegnelsen *'minimal sensibel structures'* (Weick, 1995, s. 109). Disse er fundamentet til den meningskabende proces, da de dels består af rammer [*frames*] med hver deres sæt af bestemte abstraktioner og typificeringer, og som er baseret på tidligere erfaringer og socialiseringer (Andersen, 2017, s. 70).

Mening skabes og får en relationel mening, idet ramme og ledetråd kobles, og derfor består meningsskabens substans altså både i rammen, i bestemte elementer i en oplevet begivenhed/erfaring [*cues*] og i forbindelsen mellem dem. Meningsskabelsen sker derfor, idet aktørerne udtrækker bestemte elementer fra en oplevelse og forbinder disse med bestemte forståelsesrammer. Rammerne og de kontekstuelle strukturer, er desuden genereret på baggrund af aktørernes tidligere oplevelser og socialisering (Andersen, 2017, s. 70). Hvilket svarer til, at lægen behandler sørgende ud fra praksiserfaring.

Herudover opstår mening også på baggrund af de sproglige og sociale betydninger, for eksempel i de diskursive rammer og sproglige kategorier, som rummer aktørernes hidtidige oplevelser og opfattelser. Dette henviser til, at mine informanternes måder at italesætte sorg på, er socialt konstrueret af både egne tidligere erfaringer med sorg, deres professionsforståelse samt de organisatoriske diskursive rammer og strukturer.

De diskursive rammer tager delvist afsæt i ideologier [Ideology] (Weick, 1995, s. 111) Ideologier er en fælles sammenhængende konstellation af overbevisninger, normer og værdier, som binder aktører sammen og som støtter dem i, at skabe mening (Trice & Beyer, 1993; Weick, 1995).

Ideologier indeholder endvidere årsag-effekt forhold [*cause-effect relations*] som er præferencer for bestemte typer af udfald, samt hvilke forventninger der er, til den rette form for adfærd.

Præsten kan for eksempel fortælle i interviewet, at hun tidligere har praktiseret sorgbehandling med udgangspunkt i det eksistentielle vilkår, uanset kompleksitet og varighed. Men indfasningen af sorgdiagnosen betyder, at præsten er nødsaget til, at ”mestre” og behandle sorg med udgangspunkt i, at ”kategorisere” de sørgende. Dette kan tage afsæt i forestillinger om, at der vil være nogle forventninger til, hvordan sorg skal håndteres og behandles fremover i forhold til diagnosen.

Ydermere tager meningsskabens substans afsæt i ”Tredje-order kontrol” (oversat af mig) fra *Third-Order Controls*. Dette begreb har Weick lånt af Perrow, 1998, (Weick, 1995, s. 113), Tredje-ordens kontroller nævnes også som [*premise controls*] (Weick, 1995, s. 114), da de påvirker de præmisser, som aktørerne benytter til at handle og tage beslutninger i, i konkrete situationer. Disse tredje-ordens kontroller kan have stor betydning for mine informanternes meningsskabelse, da de tager udgangspunkt i de antagelser og tolkninger, som tages for givet. Som for eksempel bestemte måder, at tale og praktisere sorg på, særlige rammer og strukturer at arbejde med sorg under, og de forudbestemte organisatoriske fremgangsmåder og regler der er for at praktisere sorghjælp. Ved at betragte tredje-ordens kontroller som væsentlige elementer til, at undersøge hvad der italesættes, opfattes og derfor handles på, vil mine informanternes repertoire af sorg og måder at praktisere sorg på, blive fremhævet og tydeliggjort.

KAPITEL 4

ANALYSE

Et indblik i samtidens professionsforståelser af sorg

Det centrale for mit speciales undersøgelse er, at frembringe de respektive professionsforståelser af sorg via meningsskabesperspektivet. Jeg anvender meningsskabesperspektivet som en hjælp til, at undersøge og analysere mine aktørers professionsforståelser i deres italesættelser af, hvordan de forstår, praktisere og behandler sorg.

Herunder søger jeg italesættelser af, hvordan mine aktører organiserer og konstruerer omgivelserne, og de meninger som mine aktører skaber i praksis omkring sorgbehandling.

På denne måde konstruerer jeg viden om henholdsvis præsteembedet-, lægepraksis- og en psykologs professionsforståelser af sorg som både; fænomen, diagnose og praksis.

Denne måde at arbejde med meningsskabelsesperspektivet på, er inspireret af den socialkonstruktivistiske tanke som beror på, at der ikke er én bestemt virkelighed, som alle i og uden for den organisatoriske kontekst referere til, ligesom der heller ikke er én bestemt organisatorisk virkelighed at afdække.

Desuden vil min behandling af data også tage udgangspunkt i min forskningsposition og fortolkning. Jeg erkender, at det er uundgåeligt at jeg pålægger egne konstruktioner og meningsskabelser i analysearbejdet.

I nærværende afsnit vil jeg tydeliggøre de tre professionsforståelser af sorg, ved at inddele disse ud fra de tre organisatoriske kontekster; sognepræst, læge og psykolog. Jeg gør det for at anskueliggøre de forskellige professioner, opfattelser og praksisser af sorgbehandling. Jeg vil søge, at anskueliggøre de organisatoriske og institutionelle kontekster, som antageligt påvirker og præger professionernes meningsskabelser omkring forståelserne og praksis af sorg. Jeg vil betone de lokale værdier, normer, forestillinger og opfattelser af og til sorgpraksis, for senere at kunne besvare specialet problemformulering.

Jeg vil derudover også søge at afdække aktørernes forestillinger og forventninger til, hvordan de fremtidigt vil praktisere sorgbehandling qua diagnosen. Det gør jeg for at få et indblik i forståelserne af den kommende diagnose, særligt med afsæt i professionernes opfattelser af eventuelle og kommende struktur- og -opgaveændringer.

Jeg forventer desuden at mine informanternes konstruktioner af meningsskabelse, delvist er påvirket af deres personlige og fagprofessionelle baggrunde såvel, som af de institutionelle (mere eller mindre eksplicite formulerede) forventninger, samt deres forståelser til egen rolle som sorgbehandlere. Desuden antager jeg, at mine informanter er påvirket af de(n) opgave(r) de står med/i, samt deres orientering mod borgeren, patienten og klienten. Disse forventninger udgør derfor en del af den forståelsesramme og vokabularer/ord, som mine informanter trækker på, i deres meningsskabelse omkring sorg og praksis.

Undervejs i analysen vil jeg forsøge at opstille de organisatoriske konteksters vilkår og rammer, og via den måde få be- eller afkræftet samtlige hypoteser om professionsforståelserne af sorg.

Del 1

En præsts professionsforståelse af sorg og sorgbehandling.

Min første repræsentant for sorghjælp er en tjenestemandsansat sognepræst, som fremover vil have pseudonymet Bodil. Hun er uddannet cand.theol. fra Københavns Universitet og har arbejdet som sognepræst i 6 år.

Sorgbehandling er en stor del af Bodils arbejdsliv og arbejdsbeskrivelse, mest i forbindelse med dødsfald, men også når borgere søger hendes råd og drøftelse af store og små spørgsmål om både liv og død.

Bodil praktiserer og tilbyder borgerne det som kaldes 'sjælesorgsamtaler'. Det er samtaler hvori præsten yder omsorg for sjælen, og det indbefatter alle slags samtaler af eksistentiel karakter.

I interviewets begyndelse beder jeg Bodil fortælle mig, hvordan hun forstår fænomenet sorg. Årsagen er, at jeg ønsker hendes upåvirkede fortælling og opfattelse af begrebet. Når jeg bruger begrebet 'upåvirket', mener jeg, at jeg ikke søger fortællinger, som kan være farvet af vores løbende samtaleemner. Jeg er inspireret af en narrativ tilgang, da jeg på denne måde kan få et fortællende perspektiv på Bodils forståelse af sorg. Jeg vælger at have et narrativt perspektiv, fordi Weick selv redegøre for, at tænkning og skabelse er noget som hele tiden sker i samspillet i den sociale kontekst, og derfor opstår der også fortællinger og historier om omverden – narrativer – som er fortællinger/italesættelser af handlings- eller hændelsesforløb (Hammer & Høpner, 2015 & Weick, 1995). Ligesom meningsskabelse er dynamisk, er narrativer også dynamiske størrelser, da de hele tiden ændres i relationen til vores samspil og konstruktioner af den sociale verden (Ibid.).

I Bodils fortælling om sorg fremstilles fænomenet som et universelt og eksistentielt vilkår. Hun fortæller blandet andet:

"... teologisk ' – ' sorg er en del af et menneskeliv. Et menneskeliv indeholder lys og mørke, godhed og ondskab, og indeholder glæde og sorg. Og man kan ikke i nogle af de her "menneskeparametre" der er, kun få den ene del ' – ' der vil altid være et par. Og det vil sige, at kærlighedens pris, det er sorg. Fordi, at hvis man elsker nogen, så vil man også enten miste dem på et tidspunkt, eller der vil være en frygt for at miste ' – ' det der forfærdelige ordsprog; 'at tiden læger alle sår', det gør den ikke, og det fortæller jeg altid folk, at sorgen ikke forsvinder ' –

' men sorgen ændre form ' – ' og finder sin plads ved hjerteroden"
(Præst, sp. 4).

Desuden fortæller Bodil, at hun møder sorg i mange afskygninger i hendes arbejdsliv. Hun fortæller at hun møder akut sorg " [...] hvis jeg bliver kaldt ud, eller jeg kommer til et dødsfald, som lige er sket ' – ' kommer til ulykker ' – ' eller yngre" (Præst, sp. 5). Hun mener, at der eksisterer "gammel sorg og ren sorg "som kan være mange ting og ikke kun i forbindelse med dødsfald" (Præst, sp. 3). Bodil udlægger sorg som en del af livet " [...] ligesom at trække vejret ' – ' men det er sjældent, at jeg møder et rent savn ' – ' liv og kærlighed er jo kompliceret" (Præst, sp. 4 + 20).

I denne fortælling er det væsentlige i forhold til meningsskabesperspektivet, at Bodil forstår liv, kærlighed og sorg som en del af de menneskelige parametre. Hun beskriver menneskelivet som særligt kompliceret i sig selv. Jeg mener det afspejler, hvilket narrativ hun har konstrueret omkring sin sorgforståelse.

I min søgen efter, at betone delprocesserne i meningsskabelsen beder jeg Bodil om, at beskrive hvornår liv og kærlighed er kompliceret.

"Jeg begraver også af og til folk, hvor der ikke er nogle pårørende. Men hvor vi trækker de pårørende og snakker måske med en datter, hvor jeg informerer om, at din far er død ' – ' og datteren svarer, at hun ikke har set ham i 35 år ' – ' men hvor hun alligevel dukker op til begravelsen og græder. Det er jo virkelig en kompliceret sorg ' – ' det er jo også en kompliceret sorg, at der er glæde og had, eller lettelse efter lang tids sygdom ' – ' man kan være flov over, at man ikke er ked af det, at man måske sidder der på kirkebænken og fryder sig, men at man burde se ked ud af det ud' – ' det er simpelthen generelt så kompliceret (Præst, sp. 20).

Bodil fortæller, at hun mener, at sorg og reaktion ofte kan inddeles ud fra menneskets alder. Hun erfarer, at der er stor forskel på at have sjælesorgsamtaler med et barn, en teenager, en ung voksen eller en ældre mand på 90 år. Hun oplever også, at der forskel på sorgreaktioner ud fra køn, social klasse og livshistorie "det er sådan meget umoderne at sige, men der er stor forskel på at snakke med en kvinde og en mand" (Præst, sp. 12). Den måde Bodil rationaliserer hendes erfaringer med forskelsbehandlingen i samtalerne på "man kan aldrig stoppe folk ned i en eller anden gruppe", når

det handler om sorg og reaktioner refererer til, at hun forstår sorg universelt og mener, at ingen mennesker uanset alder, kultur eller livshistorie, kan kategoriseres ud fra deres sorgreaktion. Det finder jeg interessant, da Bodils professionsforståelse af sorgbehandling ligger langt fra sorgforsker, Guldin, (2018) forståelser af sorgreaktion og risikogrupper. Forskellen på de to sorgforståelser tager afsæt i Guldins forskningsresultater, som påviser at mennesker med forskellige sårbarheder som; alder, tidligere sygdom og livshistorie, skal og bør kategoriseres til eventuel tidlig indsats og behandling.

Jeg bemærker, at Bodil anvender hendes uddannelse og praksiserfaringer til at imødekomme de forskellige behov for sjælesorgsamtaler (akut sorg, gammel sorg, børn, yngre eller ældre). Dette er ifølge Weick, fordi Bodil har konstrueret og bærer på flere identiteter som hun kan trække på, når hun skal ”klæde sig på” til en sjælesorgssamtale.

Bodil trækker på hendes tidligere erfaringer, som er hendes referencerammer, så hun ved, hvordan hun skal imødekomme borgeren: ”ikke fordi jeg har en liste, men jeg har alligevel lidt af et arsenal af spørgsmål, som jeg ved kan åbne nogle skuffer i folks sorg og minder” (Præst, sp. 6).

Dette eksempel fremhæver processen i hendes konstruktion af meningskabelse, hvilket tillige får hende til at fremstå professionelt i mødet med borgerne. Bodil opnår på denne måde et positivt selvbillede af egen professionalitet – hvilket er et af de vigtige elementer i skabelsen af mening (Weick, 1995).

Under interviewet viser det sig, da vi taler om organisatorisk sorghåndtering i praksis, at Bodil er i begrænset social interaktion med andre præster eller organisatoriske aktører. Bodil forestiller sig, at andre præster håndterer sorg ud fra samme forudsætninger som hende selv. Bodil har dog en forudfattet opfattelse og mening af, at en arbejdsdag med mange begravelser på programmet, påvirker hver enkelt præst meget forskelligt ” [...] sorgen er for de pårørende, og ikke for den professionelle præst ’ – ’ det er vi meget uenige om, vi præster. Men det er min mening, at præsten gerne må blive berørt ’ – ’ men der skal være en professionalitet” (Præst, sp. 23).

I søgen efter de organisatoriske normbaseret rutiner og fælles forståelser af sorg, spørger jeg yderligere ind til, hvordan Bodil oplever praksis af sorgbehandling i hendes fag. Det centrale i følgende citat er, at Bodil besvarer spørgsmålet ud fra personlige værdier og forestillinger, og ikke på baggrund af social interaktion med andre fagprofessionelle. Citatet betoner desuden Bodils professionsforståelse af præsteembedet; at det er meget personbåret.

”Jeg tror egentlig at det er meget forskelligt, fordi præsteembedet, selvom det ikke burde være det, så er arbejdet personbåret. Så ens tilgang til sorg, vil altid afspejle præstens personlige tilgang til sorg. Man kan sige, at det som er fælles er, at jeg ikke tror, at man finder en eneste præst der ikke vil sige, at sorg og sorghåndtering ikke er en del af vores kerneopgaver. ’ – ’ jeg tror at præster vil sige, at sorg er en af de vigtigste arbejdsområder ’ – ’ men jeg tror, vi har meget forskellige tilgange til, hvordan vi taler om sorg. Og dog ’ – ’ jeg tror de fleste præster også vil sige, at sorg ikke er noget man slipper af med eller bekæmper. [...] De fleste vil sige, at sorg ikke er en sygdom, noget man kan kurere” (Præst, sp. 8+9).

Bodil fortæller ydermere, at der er nogle præster i provstiet (der er 10 sogn i én kommune) som praktiserer sorggrupper. Disse præster har en master-uddannelse i, hvordan man etablerer og leder en sorggruppe. Bodil har, med de ledetråde som hun giver opmærksomhed i de sociale omgivelser, skabt mening og en positiv opfattelse af sorggrupper. Bodil fortæller at sorggrupperne har god virkning for de sørgende da de ”opdager at de ikke er alene”, og at ”det fjerner ensomhedsfølelsen og giver en følelse af håb” (Præst, sp. 14).

Man kan forvente, at denne forståelse og mening er skabt ved, at andre præster har italesat deres oplevelse(r) af sorggrupper, som altså er de vokabularer som Bodil trækker på når hun beskriver sorggruppe for mig i interviewet. Det væsentlige er, at Bodil betragter præsteembedet som en personbåret ”organisation”, hvori der er nuancerede måder at begribe sorg og sørgende på. Dette er altså Bodils professionsforståelse, når hun italesætter sorg, sorggruppe- og behandling. Jeg mangler svar på hvorfor Bodil siger, at præsteembedet er personbåret, selvom det ikke burde være det. Denne kommentar finder jeg interessant.

Ved at anvende meningskabelsperspektivet til, at få et indblik i aktørens mentale landkort og hvordan de sociale omgivelser konstrueres, fremgår det tydeligt, at Bodil har konstrueret et mentalt landkort, som bygger på både kristne og personlige grundværdier. Det løbende re-design af landkort udfoldes, når hun fortæller om en almindelig dagligdag:

” [...] sorg, gør noget ved mig ’ – ’ jeg har nogle gange en halv time til at skifte mellem en begravelse og et bryllup ’ – ’ det skal jo ikke gå ud over det glade brudepar, at jeg lige har begravet en mand. Nyd det imens

I kan, der er ingen der ved, om en af jer dør i morgen, altså. Det ville jo være forfærdeligt ' – ' hvis jeg ikke kunne lave et skift imellem de to ting, ville jeg ikke kunne fungere professionelt (Præst, sp. 22).

I denne fortælling giver Bodil udtryk for, at sorg skal behandles professionelt, ellers ville hun ikke kunne fungere, i de skift hun foretager i en almindelig hverdag med både begravelser og bryllupper. Derudover fremgår det også af citatet, at Bodil tilpasser sig professionelt i hverdagens opgaver og projekter. Eksempler på dette kommer til syne, når Bodil fortæller, at hun kan sympati-hade ” [...] så døde det dumme svin, endeligt, som har ødelagt hele din barndom ' – ' og der kan det være meget interessant at snakke om ' – ' at han har ødelagt hele dit liv, men at du også har en sorg over det” (Præst, sp. 20). Jeg mener at fortællingen illustrerer, at Bodil på fortællertidspunktet taler fra en mere sikker position, hvor hun er tydelig angående, hvad hun er ”god til” og særligt omkring hvad der ”forventes” af hendes profession i visse samtaler med borgerne. Disse forestillinger kommer givetvis af institutionaliseringen, og heraf professionsforståelse og identitet. Hun forstår, at der er visse forventninger til hvordan man ”bør” være som præst.

Endnu et vigtigt element i Weicks meningsskabesperspektiv er begrebet og følelsen af 'flow' (Weick, 1995). Dette begreb vil jeg udfolde med følgende citat:

”Sorgen er en ting, som ikke skal bekæmpes eller dyrkes, og der adskiller jeg mig meget. Jeg har nogle venner som er psykologer, og der kan jeg se ' – ' at jeg ikke bekæmper sorgen. Sorgen skal heller ikke dyrkes ' – ' for mig som præst gælder det altid om, at folk skal acceptere og lærer at bruge sorgen til et eller andet. Det er meget, det jeg gør, i forhold til hvis man møder en psykolog” (Præst, sp. 4).

Bodil oplever, at andre fagprofessionelle praktiserer sorg med et element af dyrkelse og bekæmpelse. Dette kan givetvis fremgå som en forstyrrelse i hendes meningsskabelse, for det første giver det anledning til, at Bodil skal forholde sig til andre fagprofessionelles holdninger og erfaringer, i form af at skulle argumentere for, at sorgen ikke er sygelig ” [...] man kan ikke dyrke det ene og udelukke det andet” (Præst, sp. 10). Forstyrrelsen kan desuden være anledning til, at Bodil må engagere sig i meningsskabelsen med henblik på at forstå og tolke ledetrådene angående egen fagprofessionelle identitet, som Bodil og psykologernes (vennernes) samspil ligger op til. De andre aktørers meninger og handlinger bliver ledetråde, da de bærer en slags signalværdi til, hvordan andre fagprofessionelle betragter Bodils professionelle arbejde (Andersen, 2017).

Imens vi drøfter, hvad sjælesorgssamtaler indebærer, nævner Bodil, at hun enkelte gange har set at borgerens sindstilstand er blevet psykisk dårligere end ved forløbets begyndelse. Bodil nævner ” [...] hvis man er nået til et punkt, hvor man kan sige, at mine kompetencer ikke længere rækker ’ – ’ er det min opgave at hjælpe folk hen til et andet sted, hvor de kan få hjælp” (Præst, sp. 16). Bodil udtrykker at det er vigtigt at kende sine egne begrænsninger ” [...] altså, sorg er ikke en sygdom i sig selv, men sorg kan godt blive blandet sammen med en depression” (Ibid.).

I forlængelse af dette kommer vi omkring emnet psykiske sygdomme og psykiatri. Bodil beskriver hendes opfattelse af psykiatrien ” [...] som et spædbarn, da psykiatrien økonomisk set, ikke er sidestillet med somatiske sygdomme - der er jo al for få sengepladser ’ – ’ det er heller ikke sidestillet med befolkningen, forstået på den måde, at det er langt mere tabubelagt at have en bipolar lidelse, skizofreni eller en depression, end det er at have et dårligt hjerte” (Præst, sp. 24). Af citatet afspejles Bodils tolkning og konstruktion af de sociale omgivelser og af egen virkelighed. Bodil fortæller mig op til flere gange i interviewet, at hun ikke betragter sorg som en sygdom og heller ikke som en lidelse som skal helbredes. Dette synes at udgøre en vigtig del af hendes erfaringsvokabular, dvs. en ramme for Bodils meningskabelse, som støtter hende i at udvælge og forstå ledetrådene i hendes omgivelser (Weick, 1995).

Selvom Bodil op til flere gange udtrykker en skepsis til sorgdiagnosen, synes det ikke at være grundet tidligere erfaringer i praksis. Hendes fortælling synes derimod at repræsentere en eventuel generel debat, som Bodil forestiller sig, kan sprede sig i såvel forståelsen om den fremtidige behandling af sorg. Udsagnet vil jeg begrunde med følgende citat: ” [...] men man snakker jo om det man kalder ’kompliceret sorg’ – som et fagudtryk. Der er en hel del om det i medierne. Og på den ene side er jeg ikke så vild med det begreb og den opmærksomhed sorgen får, for al sorg er kompliceret. Man kan også snakke om kompliceret liv” (Præst, sp. 18).

Imidlertid er et af de syv karakteristika/elementer for meningskabelsesprocessen, at mening er drevet af plausibilitet og ikke af akkuratesse (Weick, 1995). Det væsentlige er derfor ikke, hvorvidt Bodils fortælling er objektivt ”sand”, men at fortællingen hjælper hende til en plausibel og sammenhængende forklaring på den kommende sorgdiagnoses indfasning (Weick, 1995).

Del 2

En læges professionsforståelse af sorg og sorgbehandling

Min anden repræsentant for professionel sorghjælp er uddannet læge og har praktiseret siden 2015.

Lægen giver jeg pseudonymet Lars.

På interviewtidspunktet var Lars ansat som Ph.d.-studerende, men informanten har tidligere både praktiseret i kommunal almen lægepraksis, samt været ansat på en medicinsk afdeling.

Sorgbehandling har været en stor del af hans arbejdsbeskrivelse, hverdag og praksis, da han har haft daglig gang og samtaler med patienter om tilstande samt helbred. Lars har henvist patienter til fagprofessionelle (psykologer, psykiatere mv), samt stået med svære opgaver i akutte situationer. Dette både i forbindelse med, at videregive alvorlige beskeder til patienter og deres pårørende. På nuværende tidspunkt har Lars ikke meget patientkontakt.

I Lars fortælling om sorg, fremhæver han begreber som forløb og sorgfaser, og ved anvendelse af meningsskabelsesperspektivet, bemærker jeg et særligt mønster for, hvordan Lars både forstår og har praktiseret sorgbehandling. Lars måde at forstå sorg på er konstrueret qua hans tidligere erfaringer, lægevidenskabelige uddannelse samt hans tolkning og meningsskabelse (altså hans professionsforståelse) af de institutionaliserede normer og rammer. I følgende citat fremhæver jeg et eksempel på, hvordan Lars ser en sammenhæng mellem sorg og sorgfaser:

[...] det har ikke et bestemt forløb, og det er der heller ingen forskning som ville kunne give mig ret i, hvis jeg sagde. Det har al forskning på depression jo også vist, at der ikke er noget som tyder på, at det er af bestemt varighed eller forløb. Men det man kan se, også inde for depression er, at over tid, så bedres de fleste mennesker. Og det gælder også sorg ' – ' af de patienter jeg har set, har jeg da oplevet et slags mønster. For eksempel første gang man møder mennesket, kan man blive helt skræmt over hvor dårligt de har det ' – ' man har nærmest lyst til at indlægge dem. Men når man så ser dem efter et par dage - så opstår der den der fase med ro og ked-af-det-hed ' – ' og til sidst hvor de skal i gang igen, kan der også være en indkøringsfase til det rigtige liv" (Læge, sp. 9).

Af citatet fremgår der dels referencer til lægevidenskab og forskning, samt referencer til sygdommen depression, idet Lars italesætter sin forståelse af sorg, hvorfor jeg mener, at hans meningsskabelse om hans profession er konstrueret via de ledetråde, som de institutionaliseret omgivelser for lægepraksis har præsenteret. Derudover er det også meget interessant, hvordan Lars knytter sin opfattelse af, hvordan sorg bør behandles med relation til naturvidenskaben og

evidensbaseret forskning. Denne fortælling illustrerer særligt, hvordan Lars forstår professionens allerede etablerede strukturelle normer og kulturer.

Desuden mener Lars, at der er en sammenhæng mellem fænomenerne; sorg og depression, særligt i forbindelse med hans definitionen af sorgreaktioner og depressionssymptomer. Som eksempel nævner Lars, at lighederne kan betragtes ud fra menneskets følelse af livsomvæltning, nedsat livskvalitet og sygemeldinger (Læge, sp. 9).

Den måde Lars drager paralleller på til de to begreber, er givetvis ud fra en institutionaliseret forståelse, da ovennævnte udsagn, også er et udtryk for en meget generel forståelse af sorg og depression (Mogensen & Engelbrekt, 2013). Ydermere fremgår det, at Lars knytter sin sorgforståelse til en positivistisk tilgang til fænomenet, hvilket også forklarer hvorfor han refererer til forskning.

Jeg bemærker yderligere en italesættelse af institutionaliseringen da Lars fortæller ” [...] vi har en del om sorg på studiet, stimulanstræning. At overgive dårlige beskeder, alvorlige beskeder til patienter. Hvor skuespillere så stimulerer forskellige situationer efter at have modtaget en alvorlig besked” (Læge, sp. 4).

I nedenstående citat vil jeg forsøge at udfolde, hvordan Lars fortæller om sin praksis med sørgende, dette med henblik på at kunne tydeliggøre hans opfattelse af sorghjælp i lægepraksis:

” [...] lægens primære formål er at lindre og i begrebet lindre, ligger ordet anerkende folks sorg. Men i takt med, at der findes flere muligheder og behandlinger, og det som fylder inde for lægevidenskaben er ’ – ’ at vi først og fremmest skal behandle og diagnosticere. Og når der er taget hånd om det, er der selvfølgelig også et element af sorgpleje ’ – ’ at tage sig af patientens sorg. Men det er ofte noget som vil blive forskubbet til andre faggrupper (Læge, sp. 5)

I denne kontekst forstår Lars at sorghjælp omhandler lindring og behandling, og ofte med udgangspunkt i en henvisning til anden fagprofessionel. Jeg bemærker at Lars bruger ordet ”forskubbet til andre faggrupper”, hvilket jeg syntes bekræfter min hypotese om, at den almen praktiserende læge ikke tøver med at henvise patienter videre til andre fagprofessionelle, med henblik på behandling. Denne bekræftelse er endnu et indblik i Lars professionsforståelse af sorg.

Jeg vil udfolde udsagnet med endnu et citat, hvor jeg mener, at Lars trækker på de organisatoriske strukturer og allerede etablerede referencerammer når han beskriver sin profession:

” [...] det har helt sikkert noget at gøre med, at praktiserende læger har så travlt, så det der med at sætte en halv time af til én patient, det sker ikke ’ – ’ at lade sorg fylde mere i almen praksis, fordi det fylder hos rigtig mange mennesker. Men det får ikke plads. Systemet er presset, så man er nødt til at prioritere fysiske og psykiske sygdomme [...] folk har mistet en pårørende eller har været udsat for et eller andet, så henviser vi dem jo til en psykolog, og det er netop fordi, at de er bedre til at håndtere og er uddannet i det; det er man ikke som alment praktiserende læge. Og det er netop for at give plads til, at man som læge kan tage sig af andre ting” (Læge. Sp. 8 & 5)

Endnu et interessant aspekt i interviewet med Lars, opstår da han fortæller mig:

” [...] når man sidder i praksis, og det som mange mennesker ikke er klar over er, at patienten har mulighed for at gå til samtaleterapi hos egen læge. Hvor man kan gå 6-8 gange af en halv times varighed ’ – ’ det kræver ikke en specifik diagnose eller henvisning, i modsætning til hvis man som læge skal henvise til psykolog, så er der 8 kriterier som man skal opfylde for at blive henvist ’ – ’ det er ikke noget nyt. I en alment praksis er man jo på ydelsesbasis, hvilket vil sige, at når man ser en patient, så får man nogle kroner og øre, for at have én konsultation. Det vil sige, at hvis du har en konsultation, og den har taget meget længere tid end beregnet til, så mister man penge. Det kan fungere rigtig godt, det at have mulighed for at give et længere tidsforløb. Men jeg ved ikke, hvor udbredt det er (Læge, sp. 8).

Citatet betoner især de institutionaliserede diskursive rammer, som påvirker Lars meningskabelse i forhold til professionsforståelserne omkring sorgbehandling. På interviewtidspunktet forestiller Lars sig, at samtaleterapi er noget som kan ”rykke ret meget ’ – ’ fordi folk generelt har stor tillid til egen læge”.

Jeg bemærker at Lars forstår lægepraksis som presset, og derfor ikke kan fungere som en praksis for 'sorgpleje'. Lars forstår givetvis henvisningen af patienten til anden fagprofessionel, som nødvendig, da lægen ikke selv kan få forretningen til at køre, med længere konsultationer. Hans opfattelse af almen lægepraksis har betydning for, hvordan han forholder sig til omgivelserne, hvad han forventer, og hvad han bemærker og derfor hvilke referencer han trækker på. Herved begrænses de ledetråde som han hæfter sig ved, samt hvilke forbindelser som skabes mellem dem og de kontekstuelle strukturer. Dette kan, ifølge meningsskabesperspektivet, begrænse Lars muligheder for at skabe ny mening i samme kontekst, da det vil give anledning til frustrationer og forstyrrelser i meningsskabelsen.

I Weicks meningsskabesperspektiv indgår der en tæt forbindelse mellem meningsskabelse, følelser og forstyrrelser. Disse forhindrer organisatoriske aktørers handlinger, tanker eller projekter (Weick, 1995). Dette kan betyde, ud fra Lars fortælling om hverdagen i almen praksis, at de organisatoriske strukturer sætter rammerne for, hvordan Lars konstruerer mening om sine arbejdsopgaver. Som et eksempel mener Lars, at hans primære arbejdsopgave er at lindre og behandle; "at tage sig af lægeting, og at trække en halv time ud til én patient er at føre en dårlig forretning" (Læge, sp. 8). Hvilket muligvis bidrager til frustration og irritation.

"At vores system er så presset" synes som nævnt i (Læge, sp. 6) at bero på, at der er tale om opgaver og måder at arrangere arbejdet på, som tager tid fra det som Lars anser som det centrale i arbejdet, nemlig lindring, behandling, diagnosticering og henvisning til anden fagprofessionel. Lars udtrykker sin irritation på følgende vis: "[...] det har helt sikkert noget at gøre med, at praktiserende læger har så travlt, så det der med at sætte en halv time af til én patient, det sker ikke. Man booker 10 minutter, og det med at sætte længere tid af, det er en luksus, som man kun har nogle steder" (Læge, sp. 8)

I følgende citat vil jeg yderligere tydeliggøre, at Lars forbinder sorgbehandling med arbejdsopgaver som umiddelbart falder uden for hans arbejdsbeskrivelse:

[...] når man er læge, skal man primært beskæftige sig med lægeting, og det her med sorg er i et spændingsfelt mellem mange områder ' – ' kan også være en lægeting, men det kan lige så godt være en psykologisk ting. Læger har ikke ubegrænsede muligheder, men der er nok mange som vil mene, at de skal bruge deres tid på at behandle patienterne i stedet (Læge, sp. 5).

Lars skeptiske positionering i forhold til den kommende sorgdiagnose italesætter han således:

” [...] hvad er det vi vil tilbyde dem? Vil vi give dem medicinsk behandling? Intensiv terapeutisk behandling? Hvis man er så ramt af sorg, at man stopper med at spise og man vil dø af sult. Det er vel patologisk sorg. Eller hvis man kommer så langt ud, at man vil begå selvmord ’ – ’ sorg kan helt sikkert udvikle sig. Hvis man bliver så indadvendt og inaktiv, at man ikke kan være en mor overfor sine børn, fungere i sit parforhold så det ødelægges, så er det ikke en hensigtsmæssig sorg. Den type sorg tjener intet formål. Det må man håndtere ’ – ’ nu er sorg en firkantet ting, og nu skal du opfylde de her kriterier, og når du bevæger dig ud over de her, så skal det betyde noget og have nogle konsekvenser. En diagnose skal jo betyde behandling”
(Læge, sp. 12 +14)

Afslutningsvis fremgår det af Lars fortællinger om sorg og sorgdiagnose, at han forestiller sig, at det vil medføre nogle organisatoriske og personbåret konsekvenser (for de mennesker som bliver diagnosticeret). Hans meningsskabelser og identitet vil derfor blive udfordret med den kommende sorgdiagnose, da han endnu ikke har fået be- eller afkræftet om behandling af sorgdiagnose har gode resultater, om der er evidens for diagnosens indfasning og/eller hvilke konsekvenser diagnosen vil få for parterne. Lars mener, ligesom Bodil, at sorgen skal have et formål. Men i modsætningen til Bodils sorgopfattelse, kan den syge sorg ikke bruges til noget og derfor må den nødvendigvis defineres som klinisk og behandlingskrævende. Jeg kan ikke undgå at bemærke, at Lars søger at forstå diagnosen ud fra et positivistisk perspektiv.

Del 3

En psykologs professionsforståelse af sorg og sorgbehandling

Min tredje og sidste repræsentant for professionel sorghjælp er uddannet psykolog og har praktiseret i 4 år. Hun får pseudonymet Helle.

Helle har sin praksis i et sundhedshus, hvor der praktiserer yderligere tre andre psykologer under samme tag.

Samtale og psykologiske teknikker, i forbindelse med sorghåndtering, er en stor del af hendes arbejdsbeskrivelse. Helle møder mange mennesker i sorg og ser sorg i mange forskellige facetter, grader og mønstre hver dag.

Som psykolog får man henvist klienter ud fra forudbestemte forhold og kriterier, som klienten skal opfylde inden henvisning til det givne psykologforløb.

Da Helle er tværfagligt sammensat med tre andre psykologer, er det vigtigt at nævne, at Helles professionsopfattelse af sorgbehandling kan variere fra de andre tre psykologers forståelse af sorg og sorgbehandling.

Da Helle beskriver sin opfattelse af sorg, refererer hun til nogle følelser som hun mener er sorgens fællestræk:

” [...] hvert menneske har sin egen sorg. Og måder at sørge på. Så sorg er meget komplekst og en følelse som kan være svært at beskrive. Men sorgen har nogle fællestræk i sit udtryk. Og det er f.eks. ked-af-det-hed, gråd, ulykkelighed, ensomhed, magtesløshed, skyld, vrede ’ – ’ ja - der er mange fællestræk. Alle mennesker vil på et tidspunkt i deres liv, og ofte flere gange, miste en de elsker - en nærtstående. Og her indtræder sorgen. Og derfor er sorg noget som vi alle ved hvad er. Men som kan være svært at beskrive og konkretisere ’ – ’ den er meget individuel”.
(Psykolog, sp. 2).

Desuden fortæller Helle om tidligere opfattelser af sorg, som ifølge hende, bestod af bestemte faser, reaktioner og overbevisningen om at sorgen havde en ende/afslutning ” [...] faserne var noget med chokfasen, reaktionsfasen osv.” (Psykolog, sp. 7). I interviewet bemærker jeg, at Helles meningskabelse omkring sorg, afspejler Bodils (præstens) opfattelser. Opfattelserne er sammenlignelige, da Helle også mener, at sorgen er et eksistentielt vilkår, kærlighedens pris og meget individuel i sin udtryksform ”hvert menneske har sin egen sorg” (Psykolog, sp. 2).

Helle fortæller at sorgbehandling er en stor del af hendes praksis, da hun dagligt har forløb og samtaler med mennesker i sorg; ”folk kommer til mig for at tale om det, som de ikke altid kan rumme, kan tale med deres netværk eller pårørende om” (Psykolog, sp. 5).

Helle beskriver derudover, at hun oftest møder mennesket efter at den akutte sorg er drevet over ” [...] det er sjældent at jeg har haft klienter inde så hurtigt efter et tab ’ – ’ hvor vi snakker om den relation som var, og vi genskaber gode og ikke så gode minder og situationer. Og det gør jeg for at få min klient til at bearbejde” (Psykolog, sp. 5). Af dette citat fremhæves hvilke referencerammer

Helle trækker på, når hun har forløb med klienter. Hun mener at sorgen skal bearbejdes via minder om tidligere relation til afdøde, både via gode og dårlige minder, og dette støtter hun klienten i via samtale.

Det værdifulde ved det aktive og skabende element i Weicks meningsskabelsesperspektiv er, at jeg blandt andet kan udfolde hvilke organisatoriske elementer og referencerammer, som Helle trækker på, når hun fortæller om hendes måde at praktiserer sorgbehandling på.

Som et eksempel fortæller Helle:

” [...] jeg udvikler mig hele tiden i forhold til at håndtere og rådgive mine klienter. Jeg deltager i kurser, seminarier og kompetenceudviklingskurser med andre fagprofessioner. ’ – ’ en her i huset som praktiserer NADA, som er en form for akupunktur. Nå, men så kan vi mødes og sparre, drøfte og diskutere. Vi kan give hinanden vejledning i øvelser omkring mind-set, vejrtrækning og grounding. Øvelser som jeg f.eks. ikke har lært gennem min uddannelse, men noget som jeg kun kan videreudanne mig i, på kurser eller aftenskoler ’ – ’ det giver måske et lille billede af, hvordan vi her i huset gør brug af hinandens kompetencer og uddannelser” (Psykolog, sp. 4).

Jeg bringer dette citat ind i min analyse, da det giver et billede af, hvilke organisatoriske strukturer og aktive elementer, som Helle udvælger og trækker på, når hun skaber mening om sorg og praksis af sorg (altså hendes professionsforståelse). Delprocesserne i Helles meningsskabelse sker på baggrund af Sundhedshuset allerede etablerede rammer, hvorfra hun vælger hvilke ledetråde og elementer, som er særligt meningsskabende for hende.

I modsætning til mine to andre informanter (præst og læge), skaber Helle mening med andre professionelle aktører, da hun er tilknyttet et sundhedshus (organisation), hvor flere aktører interagerer og praktiserer. Derfor trækker Helle på nogle sproglige og sociale strukturer når hun fortæller om sorgbehandling. Disse strukturer kan udfoldes med følgende citat: ” [...] jeg holder også frokost med andre ansatte her i huset, og i den anledning sparrer og debatterer vi forskellige problemstillinger. Det er meget givende. Omgivelserne her i huset, for os ansatte, giver dejlige muligheder for både sparring og kollega-hygge” (Psykolog, sp. 4).

I denne fortælling udfoldes de indlejrede organisatoriske kulturer, som allerede tilbyder et etableret meningsreservoir, hvilket påvirker Helles mening om Sundhedshuset som arbejdsplads. Dette både i

forhold til de fagligt udviklende elementer, forståelse om behandling af sorg samt det kollegiale samspil.

I Helles fortælling om første møde med en henvist tidligere klient, konstrueres en nær forbindelse mellem hendes mange organisatoriske og professionelle identiteter. Hun fortæller blandt andet, at hun altid begynder et forløb med at beskrive Sundhedshuset som organisation og som tilbud, og dernæst præsenterer hun sig selv. Denne fortælling belyser, hvordan Helle har skabt et parlament af identiteter, dels for at passe ind i Sundhedshuset rammer og strukturer, og dels for at kunne imødekomme samt skabe tillid til de mange forskellige klienter, som hun har ugentlige forløb med.

” [...] ved at præsentere sundhedshuset her, forsøger jeg også at skabe en form for tilknytning til stedet, at her er man velkommen, også i motionscentret, efter en samtale med mig, hvis man f.eks. har brug for det. Bagefter præsenterer jeg mig selv ’ – ’ Jeg giver både lidt information om mine faglige erfaringer men også, at jeg selv er fraskilt og har tre børn. Det mener jeg giver en form for bro til videre relation og tillid. Der er jo en stor kløft imellem en psykolog og en klient, ved det første møde ’ – ’ Det er selvfølgelig både via mine uddannelser og erfaringer med mange klienter, at jeg efterhånden har lært, at denne måde at møde en klient på, for første gang, det anlægger ligesom en god sti for videre samtale og opbygning af tillid” (Psykolog, sp. 7).

Af citatet fremgår det, at Helle har en mere kommerciel tilgang til sorgarbejdet, i modsætning til mine to andre informanter. Helle betragter den sorgramte som en kunde/klient, som gerne skal føle en god tilknytning til organisationen og til hende som fagprofessionel. Derfor vælger Helle at præsentere Sundhedshuset og sig selv.

Jeg mener også at det blandt andet er gennem Helles uddannelse og erfaring, at hun efterhånden har fået en særlig god fornemmelse af sit faglige ståsted som sorgbehandler og som repræsentant for Sundhedshuset. I Helles fremstilling af sorgbehandling, bemærker jeg, at Helle fortæller at hun oparbejder kompetencer og kvalificerer sig fagligt via kurser og sparring med kollegaer. Hvilket jeg mener, betoner Helles forståelse af sin profession som psykolog. Denne opfattelse står i modsætning til mine andre informanter, som trækker på deres erfaringer når de praktiserer sorg, særligt da de ikke har de organisatoriske rammer til faglig sparring og ”kollega-hygge”.

Ved afslutningen af interviewet stiller jeg et af mine sidste spørgsmål, som omhandler selve sorgdiagnosen og dens indfasning i dansk sundhedsvæsen. Den kommende sorgdiagnose har allerede fået stor indflydelse på Helles forståelse af fremtidig praksis omkring sorg. Helle fortæller, at hun har planer om at deltage i en sorgkonference sommeren 2019, hvor hun forventer, at ”drøfte diagnosen og fremtidig behandling”. Hun forventer at der vil deltage mange forskellige fagprofessioner, dette med håb om at få skabt et fælles fundament for ”behandlingskriterier og diagnosticering” (Psykolog, sp. 11).

Helle fortæller også at:

” [...] jeg er positiv, jeg tror på at en specifikation kan forbedre behandlingsmulighederne. Jeg tror at vi med den rette uddannelse – eller hvis jeg får nogle kurser i, hvordan jeg konkret skal behandle en sørgende, så vil det give nogle gode betingelser – både for klientens fremtidige liv ’ – ’ altså - det er jo nok ikke sidste gang han/hun vil opleve at miste. Men det vil helt sikkert også give min måde at praktisere sorg på en ny dimension. I den forstand, at jeg kan arbejde med sorg på en dybere måde. Jeg glæder mig til at komme dybere ind i sorgens væsen – det må jeg sige” (Psykolog, sp. 11).

Citatet illustrerer ikke eksplicit Helles holdning eller opfattelse af sorgdiagnosen, men fremhæver særligt hvordan Helle efterspørger at være fagligt klædt på til den kommende diagnose, hvorfor at Helle søger at kvalificere sig ved brug af kurser. Helles meningsskabelse omkring sorgdiagnosen kan blive udfordret, da hun endnu ikke føler sig kompetent til den ”nye” praksis omkring sorgbehandling. Modsat mine andre informanter, ser Helle positivt på den kommende sorgdiagnose, og hendes opfattelse af diagnosens behandlingsmuligheder afspejler både Guldin og Engelbrekt opfattelse, da de alle tre er enige om, at specifikationer vil forbedre behandlingsmulighederne for de pårørende. Jeg savner dog at få psykologens opfattelse af selve sorgdiagnosen.

Til sidst fortæller Helle at ” [...] den praktiserende læge ofte har ansvaret for at videresende patienten til et forløb hos mig ... så jeg håber, at de almen praktiserende læger også får kompetencerne til at udspecificere, hvilke patienter som skal tilbydes et psykologforløb under kriteriet ’sorgdiagnose’ ” (Psykolog, sp. 12). Generelt indikerer denne beskrivelse, at Helle lægger meget energi i at finde ud af, hvem hun skal være, hvad hendes fremtidige opgaver bliver, samt

hvordan hun fremadrettet skal positionere sig i forhold til organisationen og de andre sundhedsfaglige aktører, som har indflydelse på Helles praksis omkring sorgbehandling.

KAPITEL 5

KONKLUSION

Jeg har med inspiration fra det meningsskabende perspektiv, og på baggrund af tre kvalitative interviews af henholdsvis en præst, almenpraktiserende læge og en psykolog, undersøgt tre professionsforståelser af hvordan sorg og sorgdiagnose italesættes og opfattes.

Mit mål med at lade mig inspirere af Weicks perspektiv på meningskabelse, tog særlig afsæt i, at jeg ved anvendelse af nogle af Weicks meningskabelseskarakteristika kunne tyde og betone, hvilke professionsopfattelser der blev italesat, når mine informanter fortalte og beskrev sorg.

Det centrale for min undersøgelse var, at bidrage med viden til et emne, som endnu ikke er undersøgt ud fra en organisatorisk kontekst.

Undersøgelsens problemstilling og forskningsspørgsmål lød således:

Hvordan opfattes sorg og den kommende sorgdiagnose blandt forskellige professionelle sorghjælpere? Og hvilke organisatoriske variationer af sorgbehandling kan der være?

- Hvordan italesætter aktørerne deres professionsforståelse af sorg og sorgbehandling?
- Hvordan italesætter og forstår de professionelle aktører sorgdiagnosen?
- Hvilke organisatoriske udfordringer, strukturer og/eller vilkår kan være begrænsende eller faciliterende for praksis af sorgbehandling?

Jeg vil i det følgende afsnit kort redegøre for mit speciales resultater med udgangspunkt i problemstillingen og mine forskningsspørgsmål.

Nærværende speciale præsenterer hvordan sorg opfattes og italesættes af tre organisatoriske repræsentanter for henholdsvis præsteembedet, den almenpraktiserende læge og praksis som psykolog.

Med henblik på hvordan mine udvalgte sorghjælpere konstruerer deres sociale omgivelser og derved italesætter deres professionsforståelse af sorg og sorgbehandling, viser specialets empiri og analyse, at informanterne forstår fænomenet sorg forskelligt. Dog blev der påvist nogle fællestræk i sorgopfattelserne, såsom; at sorg er et eksistentielt vilkår, relationernes og kærlighedens pris samt, at sorg opfattes som en smertefuld men uundgåelig følelse og erfaring.

Ingen af mine informanter opfatter sorg som en direkte klinisk diagnose og derfor som en særligt behandlingskrævende psykisk tilstand.

Flere nedslag i interviewet med præsten påviste, at Bodil er skeptisk over sorgdiagnosens implementering, men hun forventer ikke markante ændringer i sine arbejdsbeskrivelser og/eller opgaveændringer i forbindelse med forankringen af sorgdiagnosen. Bodils profession som præst forstår hun som tydeligt personbåret, og derfor trækker hun også på sine værdier og tidligere erfaringer når hun praktiserer sorgbehandling, hvilket særlig lægger til grund for, hvorfor hun ikke mener at diagnosen vil påvirke hendes praksis af sorg.

Med nedslag i nogle af lægens beskrivelser, bliver det tydeligt at Lars tilgang til den kommende sorgdiagnose er præget af en positivistisk professionsforståelse. Lars efterspørger videnskabelig evidens for sorgdiagnosticering og behandling. Lars har, som almen praktiserende læge, derfor svært ved at forestille sig, hvordan sorgen skal kunne identificeres som kompliceret eller patologisk, samt hvilken behandlingsform der fremover skal tilbydes til patienterne fra den almene lægepraksis. Lars mener derudover at hans profession består af, at lindre og behandle, og selvom sorg burde have mere plads i almen praksis, henviser han gerne patienter til andre fagprofessionelle, som han mener er bedre kvalificeret og uddannet til at håndtere sørgende.

I interviewet med psykologen fremgår en mening om sorgdiagnose ikke eksplicit. Helle fortæller at hun ser frem til diagnosen, da hun mener at sorgspecifikationer kan forbedre sorgbehandlingen.

Men hun tilkendegiver ikke sin professionelle mening om den kliniske sorg.

Dog er Helles måde at behandle sorg på, tydeligt præget af hendes professionsforståelse; Helle betragter den sørgende som en kunde/klient, og derfor udvikler og oparbejder Helle løbende sine

faglige kompetencer via sparring med kollegaer, kurser og konferencer. Dette for at vedligeholde/opretholde en god tilknytning og professionalitet til klienten.

Helle giver desuden udtryk for, at hun er skeptisk for det øvrige fagprofessionelles forarbejde i forbindelse med forankringen af sorgdiagnosen (læger, psykiatere mv), da henvisninger til et givent psykologforløb hos Helle, eller mangel på samme, kan synes at få en stor betydning for Helles praksis som psykolog.

Selvom mine tre informanter (organisatoriske repræsentanter) opfatter og behandler sorg forskelligt, mangler jeg stadig svar på hvilke implikationer det har for de borgere/patienter som er/bliver diagnosticeret med sorgdiagnose, især taget de forskellige sorgopfattelser i betragtning. Dette ville være oplagt at undersøge nærmere efter år 2020, når sorgdiagnosen har påbegyndt sin implementering og forankring i det danske sundhedssystem.

DISKUSSION

Jeg har med tre kvalitative interviews fået et indblik i, hvordan en sognepræst, en almenpraktiserende læge og en psykolog forstår og praktiserer sorg, centraliseret omkring aktørernes egne professionsforståelser. Qua aktørernes italesættelser af deres professioner er jeg særligt blevet klogere på, hvordan informanterne opfatter og forstår den kommende sorgdiagnose og de mulige opgaveændringer som følger af den nye diagnosemanual.

Jeg har med inspiration af Weicks meningsskabelsesperspektiv, fået hjælp til at forstå min empiri og derved fået søgt de forskellige ledetråde og sociale konstruktioner, som mine informanter foretager, ud fra de omgivelser som de organiserer og navigerer i. Perspektivet har gjort det muligt at udfolde professionsforståelserne, grundet de italesættelser af sorg og sorgbehandling som er fremgået i afholdte interviews. Herunder har jeg desuden fået betonet de mest fremtrædende organisatoriske strukturer og vilkår, som skaber retningen for – og omfanget af – de handlemuligheder, som mine informanter søger og skaber mening på baggrund af.

Desuden fremgår det af min analyse, at selvom der er en overordnet fælles og generel forståelse af sorg som fænomen, forstår og behandler de fagprofessionelle sorg forskelligt, netop med udgangspunkt i deres profession og forståelserne heraf. Dette oplever jeg som et af mine

hovedpointer i specialet; netop at mine informanter italesætter sorgbehandling ud fra deres professions- og identitetsforståelse.

Selvom der er påvist ligheder i sorgforståelser, bærer mine informanters perspektiver på sorg særligt præg af deres profession, herunder hvilke måder man er ”en rigtig” psykolog på, hvordan man gør sorgsamtaler korrekt og hvordan man som læge skaber mening og handler qua naturvidenskaben og evidensbaseret viden.

I forlængelse af dette, kunne det derfor være interessant at undersøge professions- og -identitetsforståelser, set i lyset af de organisatoriske normbaserede vilkår, samt hvilke samfundsmæssige betingelser for, hvad der er ”rigtigt” og ”forkert” som fagperson.

På trods af, at jeg ikke har anvendt Weicks fulde analyseapparat, og kun har forholdt mig til fire ud af de syv karakteristika for meningsskabelsesprocessen, mener jeg alligevel, at det har været muligt at påvise tre forskellige professionsopfattelser af sorg og den kommende sorgdiagnose. Samtidigt med dette, har jeg med hjælp af Weick og hans organisatoriske tænkning, formået at fremhæve nogle organisatoriske strukturer og rammer, som delvist påviser hvilke referencerammer mine informanter trækker på i deres forståelse, samtidigt med at perspektivet implicerer begrænsninger for praksis; særligt i forhold til de professionelles forståelse af fremtidig praksis med sorgbehandling. Et eksempel på mulige begrænsninger fremgår i lægens udsagn om, at almen praksis er for presset til at varetage en ”udvidet” sorgbehandling.

Jeg er dog stødt på udfordringer i forbindelse med anvendelsen af Weick og det meningsskabende perspektiv. Udfordringerne er blandt opstået på baggrund af, at Weicks perspektiv på meningsskabelse ofte bruges til at fremvise og *løse* organisatoriske udfordringer, som skabes i de sociale omgivelser af *flere* deltagende aktører. Hvor jeg modsat har søgt svar over tre enkelte ansigt-til-ansigt interviews, samt at mine udvalgte tre aktører praktisere sorgbehandling selvstændigt og derfor uafhængigt af andre organisatoriske aktører. Derudover har jeg ikke søgt at være løsningsorienteret.

I indsamlingen og behandlingen af min empiri er det tillige blevet tydeligt for mig, at det kan være svært at operationalisere og bruge Weicks perspektiv til, at afdække et så komplekst fænomen som sorg. Det skyldes delvist at meningsskabesperspektivet ideelt set, kræver et meget indgående

undersøgelsesarbejde og særligt i de sociale interaktioner, men særligt fordi fænomenet sorg er så komplekst og universelt.

Det kunne have været oplagt også at interviewe en eller flere psykologer praktiserende i Sundhedshuset, eller en fagperson som afholder/styrer et sorggruppeforløb. Det kunne formentlig have bidraget med et bedre empirisk udbytte og indblik i de sociale processer og meningsskabelser ved, at fortage observationer under én eller flere af præstens sjælesorgssamtaler. Men havde jeg valgt at medtage dette i min empiriindsamling, ville jeg have haft det dobbelte af informanter samt feltnotatsbeskrivelser, hvilket jeg vurderede som værende for omfattende i forhold til omfanget. Det er her vigtigt at pointere, at jeg primært af hensyn til specialets omfang bevidst fravalgte at inddrage flere informanter.

På trods af ovennævnte udfordringer og begrænsninger ved specialets undersøgelsesform, mener jeg, at nærværende studie bidrager til viden om professionelle sorgforståelser og praksis af sorgbehandling i forhold til den kommende sorgdiagnose.

Reference liste

Bøger:

Bo, I. & Jacobsen, M. (2015) *Hverdagslivets følelser. Tilstande, relationer, kulturer*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2018) *Det sørgende dyr, om sorgen, selvet og samfundet*. Klim.

Brinkmann, S. (2014) *Det kvalitative interview*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag, København

Brinkmann, S. (2010) *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Kap. 1 & kap 13. Forfatterne og Klim.

Collin, F. (2013). *Konstruktivisme*. Side 11-33. 1. udgave, 4. oplag. Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag.

Hammer, S. & Høpner J. (2015) *Meningsskabelse, organisering og ledelse - en introduktion til Weicks univers, med forord af Karl Weick*. Del 1. Organisering: Kap 2, 3. Del 2 Meningsskabelse. 1. udgave, 3. oplag. Samfundslitteratur

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Olsen, P. B. & Pedersen, K. (2015) *Problemorienteret projektarbejde*. Kapitel 6 & side 190. 4. udgave. Samfundslitteratur

Roesgaard, M. & Engelbrekt, P. (2013) *At forstå sorg. Teoretiske og praktiske perspektiver*. 1. udgave. Samfundslitteratur.

Tanggaard, L., og Brinkmann, S. (2015) Kvalitative metoder – en grundbog. 2. Udgave. Hans Reitzels Forlag.

Weick, Karl E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Kapitel 1: The nature of sensemaking, kapitel 2: Seven properties of sensemaking, kapitel 5: The Substance of Sensemaking. 2nd edition. Publishing in the organizational sciences

Projekter:

Andersen, V. *Meningsskabelse i det nære sundhedsvæsen*. PH. D afhandling. AAU. 2017.

Hansen, M. (*Kompliceret*) sorg. *En kritisk diskursanalyse af fænomenet sorgdiagnose i danske massemedier*. 10. semester, Sociologi. F2018

Lindsel, N. & Wolff, M. *Videndeling kan vel også være forstyrrende?* 8. semester opgave, LFP, AAU, CPH, F2016

Online dokumenter og websides:

Danmarks Statistik (2019) Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:

<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/doedsfald-og-middellevetid/doedsfald>

Det Nationale Sorgcenter (2019) Sorgkonference. Lokaliseret sidst 15. maj 2019 på World Wide Web: <https://sorgcenter.dk/sorgkonference-2019/>

FEAP. (9. november 2018). *Kompliceret sorg*. Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: <http://feap.au.dk/forskning/tab-sorg/kompliceret-sorg/>

Google. (2019, 14. maj). ”Sorg”. Lokaliseret 12. januar 2019 på World Wide Web:

https://www.google.com/search?ei=94raXKfYGZDWwQKllpG4Aw&q=sorg&oq=sorg&gs_l=psy-ab.3..0i7118.0.0..4825...0.0..0.0.0.....0.....gws-wiz.Ynqgay7I5-g

Guldin, M. (21. marts 2019). *Hvad er sorg?* Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:
<https://altompsykologi.dk/2017/09/hvad-er-sorg/>

Guldin, M. (28. sep. 2018). *Sorgkonference: Giv sorgen betydning. Om forebyggelse af vedvarende sorglidelse.* Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:
<https://www.youtube.com/watch?v=LeO0uMMGH54>

Guldin. (2018). *Sorg skal ikke bare føles væk.* Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:
<http://feap.au.dk/nyheder/#news-12910>

Kristeligt Dagblad. (2016). *Svend Brinkmann: Sorg siger meget om vores liv.*
Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjael/svend-brinkmann-skal-forske-i-sorgens-kultur>

PLOS, Medicine. (2009). *Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11.* Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:
<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000121>

Psykiatrisk Tidsskrift. (2018) *Flere nye diagnoser giver store ændringer i diagnostikken.*
Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:
<https://medicinsktidsskrift.dk/behandlinger/psykiatri/1367-flere-nye-diagnoser-giver-store-aendringer-i-diagnostikken.html>

Sorgens Kultur. (2019) Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:
(<https://www.kommunikation.aau.dk/forskning/vidensgrupper/cqs/sorg/>)

Shear M. K. (2010). *Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. Bereavement care: for all those who help the bereaved*, 29(3), 10–14. doi:10.1080/02682621.2010.522373.
Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156458/>

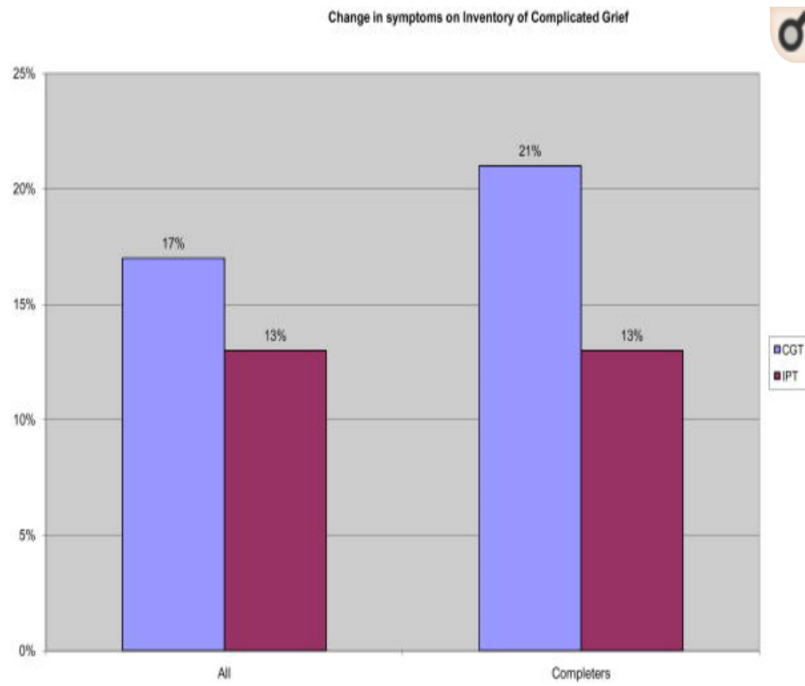
Sundhedsstyrelsen. (2019). *Center for kompliceret sorg*. Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: <https://www.sst.dk/da/puljer/center-for-kompliceret-sorg>

TV2. (2018) *Mistede 5-årig lillesøster til kræft, og satte egne behov til side*. Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: <http://livsstil.tv2.dk/video/Z29jYW5jZXJ0aGVkMjY>

DR. (2017) *Kunsten at miste*. Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: <https://www.dr.dk/tv/se/kunsten-at-miste/kunsten-at-miste-2/kunsten-at-miste-1-4>

World Psychiatric Association. (2019) Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=4

Bilag 1



Change in impairment on Work and Social Adjustment Scale



Bilag 2

Interviewguide

1. Fortæl kort om din profession, din stilling og antal år du har praktiseret?
2. Vil du beskrive din forståelse/viden om sorg som fænomen?
3. Hvordan er sorg og håndtering en del af din praksis?
4. Hvordan praktiserer du sorghåndtering?
5. Hvad er grunden til at du gerne vil have sorghåndtering som en del af dit arbejde?
6. Hvordan oplever du at sorg praktiseres i din organisation?
7. Hvorfor kommer folk til dig og snakker om sorg?
8. Mener du at den sørgende er i et konkret sorgforløb, og i så fald, hvordan vil du beskrive det?
9. Har sorg en bestemt varighed?
10. Håndtere du de sørgende forskelligt – i så fald hvordan og hvornår kommer det til udtryk?
11. Hvad gør det ved dig at arbejde med mennesker i sorg?
12. Hvordan mener du at sorg skal håndteres?
13. Hvem mener du skal håndtere mennesker i sorg, og hvorfor?
14. Hvordan forholder du dig til diagnosen 'kompliceret sorg'?
15. Hvordan forholder din praksis sig til diagnosen 'kompliceret sorg'?
16. Mener du at der et sted i sorgen hvor den kan blive 'syg'?

Bilag 3

Informeret samtykkeerklæring.

Jeg (Mia Wolff) er specialestuderende, tilknyttet Aalborg Universitet CPH, hvor jeg studerer på Institut for Læring og Filosofi. Du samtykker til at være deltager, som informant i et interview, som skal bruges som data i mit kandidatspeciale, hvor jeg undersøger fænomenet sorg. Du vil blive optaget og optagelsen bliver slettet på min recorder efter endt uddannelse.

Dato _____ Underskrift _____

Fortrolighed og anonymitet

Informant ønsker at være anonym i interview, transskriberingen af interviewet og derfor også i gengivelsen i specialet.

Dato _____ Underskrift _____

Bilag 4

Interview med sognepræst, ”Bodil”.

Dato: 21. marts 2019

Spørgsmål 1: Fortæl mig kort om din profession.

Svar: Jeg er sognepræst, jeg er uddannet cand.teol fra København Universitet, og efter det har jeg taget et pastoralseminarie, også i København. Så har jeg aflagt præsteløfte, ved biskoppen i Helsingør stift, og derfra er jeg blevet sognepræst.

Spørgsmål 2: Hvor mange år har du praktiseret som sognepræst?

Svar: Jeg har været præst i ... kan jeg ikke engang huske, 5-6 år. Snart 6 år. Jeg har været det som hed HK præst først, dvs.

Overenskomstpræst ved en kirke, hvor man ikke er tjenestemand og ikke har bolig, men man arbejder som præst. Og så har jeg været hospitalspræst, på deltid i en periode. Og nu er jeg tjenestemand ansat sognepræst. Hvilket betyder at man har nogle forpligtigelser, man skal bo inde for sit sogn, i en embedsbolig, og man er ... jeg har det som hedder rådighedsordning, hvilket betyder at jeg er til rådighed 24 timer i døgnet, for mit sogn, 6 dage om ugen. Og det er jeg forpligtiget til.

Spørgsmål 3: Er sorg en del af din praksis?

Svar: Ja, det må man sige. På alle mulige måder. Mest i forbindelse med dødsfald. Men

også med de store, sidste spørgsmål. Som både liv og død. Så vi taler meget om sorg. Naturligvis i forbindelse med dødsfald, men jeg sidder også ved dødsleje, og er med de sidste timer. Jeg taler med folk, jeg taler med syge folk. Men jeg taler også meget med ældre folk – som ikke står til at skulle dø, men som gerne vil snakke om døden selv, og gerne vil tale om det liv, som de har haft, hvor der altid er en del sorg. Men også i forbindelse med fødsel og dåb, hvor der også kan tales om sorg. Det kan fx være ... meget typisk er det, at hvis nogen skal have døbt et barn, at der så ligger en med en mor eller en bedstemor, som ikke nåede at opleve det her lille barn blev født... så sorg er, på både godt og skidt, en rigtig stor del af det jeg laver.

Spørgsmål 4: Vil du forsøge at beskrive, din forståelse/opfattelse af sorg, som fænomen?

Svar: Øhm, ja... Sorg er ... teologisk... sorg er en del af et menneskeliv. Et menneskeliv indeholder lys og mørke, godhed og ondskab, og indeholder glæde og sorg. Og man kan ikke i nogle af de her menneskeparametre der er, kan man ikke kun få den ene del. Det er altid... der vil altid være et par. Og det vil sige, at kærlighedens pris – det er sorg. Fordi at hvis man elsker nogen, så vil man også enten miste dem på et tidspunkt, eller der vil være en frygt for at miste dem – så relationer indeholder glæde og sorg. Og sorgen er en ting, som ikke skal bekæmpes, mener jeg. Og

der kan jeg adskille mig meget ... jeg har nogle venner som er psykologer, og der kan jeg se, at hvor vi adskiller os ... jeg er ikke prøver at bekæmpe sorgen. Sorgen skal heller ikke dyrkes, men for mig som præst, gælder det altid for mig, at folk skal acceptere og lærer at bruge sorgen til et eller andet. Så det er meget det jeg gør, i forhold til hvis man fx møder en psykolog.

Folk skal leve med den her sorg.

Jeg plejer tit at sige, i mange af mine begravelsestaler, der taler jeg tit om man nemt kommer til at møde folk, som siger, at efter nogen tid, så skal man også komme videre, eller komme over sorgen. Og der plejer jeg at sige, at det skal man ikke.

Det der forfærdelige ordsprog, ”at tiden læger alle sår” - det gør den ikke. Og det fortæller jeg altid folk. At sorgen forsvinder ikke. Men jeg gør meget ud af at sige, at det som der sker med sorgen, det basere jeg simpelthen bare på erfaring med folk, jeg taler med igennem livet, at sorgen den ændre form ... hvor, når jeg står ved siden af en kiste, så kan jeg se, at folk, fysisk, er helt tynget af sorg, at sorgen – hvis man bruger billedet – ligger på folks skuldre ... øm. Og det som der sker, de fleste, vil jeg tro, at med tiden så synker sorgen, den synker ind og ligger sig sådan til plads ved hjerteroden. Så sorgen, med tiden, ikke bliver nogen man bærer ovenpå sig, men noget man bærer indeni sig, noget man bærer

med sig. Og det er dét der kan ske, men sorgen forsvinder ikke. At den går fra at ligge ovenpå skuldrene, til at ligge på plads inde i én, og der bliver den nemmere at bære. Men den vil altid være der. Sorg er et livsvilkår, som simpelthen høre til livet, lige som at trække vejret, hvis man har relationer til andre mennesker.

Spørgsmål 5: Du var lidt inde på det, men du må gerne forklare, hvordan du praktisere håndteringen af sorg.

Svar: Det aller første .. der er jo stor forskel på sorg. Jeg møder akut sorg, som måske har mere at gøre med chok. Og dem møder jeg selvfølgelig hvis jeg, øm, hvis jeg bliver kaldt ud, eller jeg kommer til et dødsfald som lige er sket. Eller hvis jeg kommer til ulykker. Og det er måske knap så meget sorg, jeg møder der. Det er nok ofte mere chok, alt efter hvem det er. Altså ... hvis det er en gammel en, og man har siddet længe og ventet, så er det måske ikke så meget chok. Men hvis det er ulykker eller yngre. Men der begynder, selvfølgelig, også en eller anden form for sorgbearbejdelse. Og så møder jeg gammel sorg .. sorg kan jo være mange ting – det er jo ikke kun i forbindelse med dødsfald.

Men noget af det som er aller mest vigtigt, det er jo virkelig at lytte. Og lade folk fortælle. Og det med at lytte, er ikke ens betydende med, at man skal være stille. Man skal selvfølgelig lade folk tale, men nogle gange,

så er det med at lytte faktisk også det, at man kan stille de rigtige spørgsmål, for det er ikke alle i sorg, som kan bare kan fortælle derud af. Så der er det vigtigt at man kan stille de rigtige spørgsmål. Og der har jeg med tiden, og i kraft af min uddannelse, ikke fordi jeg har en liste, men jeg har alligevel lidt af et arsenal af spørgsmål, som jeg ved kan åbne kan åbne nogle skuffer i folks sorg og minder. Hvis vi nu snakker et gammelt ægtepar, de har været sammen i 70 år, og den ene er død. Og hvis man ligesom skal have gang i ... ikke den glade del, men Noget jeg typisk vil spørge om der, når vi sidder der .. det er ikke et spørgsmål som sådan, det kommer jo løbende i en samtale. Men ... det kunne fx være at spørge enken eller enkemanden om hvordan de mødte hinanden. Der kan nogle gange sidde børn eller børnebørn, som nogle gange slet ikke aner hvordan bedstemor og bedstefar mødte hinanden. Så der kan jeg jo se, hvordan der kommer en mindeskuffe frem, når de fortæller, at jeg var faktisk 17 år og han var mælkedreng, eller en om, at manden var soldat og kvinden var danser inde i tivolis glassal, og han havde siddet og kigget på hende. Og det er en del af sorgbearbejdelsen, at få folk til at fortælle om hele deres liv. Det er noget om, hvordan jeg praktiserer det. Jeg har forskellige typer spørgsmål, lidt inde på rygraden, til forskellige situationer og typer.

Og så selvfølgelig, at lytte når folk spørger, og når de så går i stå, at så spørge videre.

At stille de spørgsmål som får folks hukommelse i gang.

Spørgsmål 6: Er det så ofte spørgsmål som trækker på de positive mindeskuffer?

Svar: Nej

Spørgsmål 7: Og er der negative?

Svar: Ja. Og det er faktisk vigtigt, også, at ... noget af det som jeg ofte taler om i min tale ... Mange begravelsestaler bliver tit 'hæderstaler'. Det bliver tit alle de gode ting, og der er det jo mit job som præst, og der er jeg efterhånden rigtig god til, at lytte mellem linjerne, og også høre ... for man ved bare at der er ikke nogen mennesker som er helgen, men det er mennesket når det dør. Men ... så det er også at lytte efter, om der er noget vi ikke taler om.

Og det er meget vigtigt for mig at få sagt, at man skal huske de mennesker, med alt hvad de var. Netop gode og dårlige sider. Og det er ikke fordi, at jeg spørger folk, decideret, om: "havde hende her som er død, havde hun også nogle dårlige sider?" ... Men jeg kan godt spørge udenom, hvor der kan komme et eller andet frem: "Hun var også stædig". Jeg kan også spørge "hvordan var din mor som mor"? Altså ... og der kan det godt komme frem, at hun fx var en god mor, men hun var ikke en kærlig mor. Ikke at de ikke havde følt sig elsket. Og så kan man snakke lidt ind i det.

For jeg tror faktisk at det er meget meget vigtigt, for en sorgbearbejdelse, og det er jo også det vi arbejder med i kristendommen - det hele menneske.

Og det er jo derfor vi arbejder med et begreb som synd.

For en Luthers kristen som mig, der er synd ... det betyder fra latin: det at ramme ved siden af målet. Øm... og det at være et syndigt menneske, det er, at alle mennesker er syndige, og vi kan ikke være syndefri. Og det at være et syndigt menneske, det er at man ikke altid gør det som er bedst. Og det har ikke noget med druk og hor at gøre. Det er simpelthen noget at gøre med, at det simpelthen ligger i menneskets natur, at vi vil alle sammen komme til at gøre noget i vores liv, som såre folk, eller som gør folk kede af det. Det behøver ikke, decideret, at være ondsindet eller kriminelle handlinger. Men ethvert menneske som har relationer, vil og til komme til at gøre andre mennesker kede af det. Eller man vil komme til at gøre noget, som man enten fortryder eller gøre noget, som man gøre, men som man ikke skulle have gjort. Og det er det som ligger i et syndigt menneske – at vi ikke altid gør det perfekte og det gode. Og det er rigtig vigtigt og få med. Og lade mennesket være et menneske, med både kærlighed og synd. Det kan måske godt virke meget nærliggende for folk, når de lige har mistet, så husker de al det gode. Men det

kan gøre det rigtig svært, i en sorgproces senere, hvis det er en helgen man har begravet. Og man skal virkelig huske på, at når man sidder og taler med folk ... at hvis der er tre pårørende, så er der tre historier og tre opfattelser. Og folk er meget høflige, og man kan være far på mange måder, og der kan godt være et barn, som havde en anden type far end de to andre. Og de børn kan godt være meget høflige ... at hvis de to første sidder og lovpriser deres far, så sidder den tredje og tænker, at så har jeg heller ikke lyst til at være den, som siger jeg havde faktisk en anden barndom.

Og derfor er det meget vigtigt, at jeg på en eller anden måde får det frem. Altså ... at det er ikke moder Teresa vi begraver. Det er det faktisk meget sjældent.

Spørgsmål 8: Hvordan oplever du at sorg praktiseret i din organisation? Altså, den måde du, som præst, praktisere og håndtere sorg, oplever du en fælles enighed omkring sorghåndtering med andre sognepræster?

Svar: Altså, jeg tror egentlig at det er meget forskelligt, fordi præsteembedet, selvom det ikke burde være det, så er det personbåret. Så ens tilgang til sorg vil altid afspejle præstens personlige tilgang til sorg. Man kan sige, at det som er fælles er, at jeg ikke tror, at man finder en eneste præst der ikke vil sige, at sorg og sorghåndtering ikke er en del af vores kerneopgaver. Jeg tror lige meget om man

ligger på den kirkelige venstre, eller fra højrefløjen, om man er fra Missionen eller om man er Luthers, så tror jeg at præster vil sige, at sorg, er en af de vigtigste arbejdsområder. Men jeg tror at vi kan have en meget forskellig tilgang til, hvordan vi taler om sorg. Og dog, uden at vide det, så tror jeg faktisk også at de fleste præster også vil sige, at sorg er ikke noget man kan slippe af med eller bekæmpe. Jeg tror at de fleste vil sige, at det er en del af livet. Og det ikke er noget man kan komme over.

Spørgsmål 9: Så selvom at vi ikke kan skære alle over en kam, og vi ikke kan undgå at have vores menneske med, så tænker du, at alle præster vil ...

Svar: Jeg tror også at de fleste præster, umiddelbart vil sige, at sorg ikke er en sygdom. Men at sorg er en grund- et livsvilkår. Og det er ikke en sygdom vi kan kurere.

Det tror jeg at de fleste af mine kollegaer ville sige. Det er et gæt. Men det kunne jeg næsten ikke forestille mig, at der var nogle der

Spørgsmål 10: Du siger at sorg er en del af din kerneopgave, som præst. Hvad er grunden til at du gerne vil arbejde med sorghåndtering – hvad betyder det for dig?

Svar: Jamen det er jo simpelthen, at det at være præst, det er at forkynde Kristus, og det af være med i hele livet. Og sorgen er bare en del af livet. Sorg og kærlighed er nogle af de

største ting i livet, og det kan ikke skilles fra et menneske. Så hvis jeg skulle tale med mennesker om noget af det, som er det vigtige, og ikke bare tale om vejret, så er sorg simpelthen noget som ikke kan skilles ud. Og som heller ikke kan skilles ud fra Evangeliet. Fordi, det jeg skal forkynde, handler om den største glæde, nemlig at et barn er født, og Gud er kommet til Jorden. Men også om den største sorg, nemlig at Kristus blev korsfæstet fordi sønnen er i verden. Og Kristendommen er spændingsfeltet. Livet er imellem det gode og det onde, og vi må erkende at begge dele eksistere. Og jeg tror på at man får et rigere liv som kristen. Jeg er præst. Så det tror jeg selvfølgelig på. Ikke at sige, at man ikke får et rigt liv som ikke-kristen. Men at man erkender at man lever et liv i et spændingsfelt, mellem godt og ondt, og mellem kærlighed og sorg. Og man kan ikke dyrke det ene og bekæmpe det andet.

Spørgsmål 11: Håndtere du de sørgende forskelligt?

Svar: Ja, alle. Det er i hvert fald en del af ens uddannelse og erfaring. Præsteembedet er faktisk et erfaringsjob. De fleste præster bliver bedre med årene. Man kan læse rigtig meget teori om sorg og håndtering af mennesker. Men det kræver ... dem jeg har i sjælesorg nu, får nok bedre sjælesorg end dem jeg sad de aller første jeg sad med. Fordi man hver gang møder en ny type og en ny

situation. Og på et tidspunkt har man mødt så mange mennesker, så man er begyndt at kunne have sådan lidt ... men folk springer stadig i kategorier.

Spørgsmål 12: Hvornår udtrykker den helt konkrete forskel sig?

Svar: Det er selvfølgelig alder. Der er voldsom forskel på at snakke med et barn, snakke med en teenager. Snakke med en på 25 som har mistet. Eller en på 90.

Der er også stor forskel på at snakke med køn. Det er sådan meget umoderne at sige, men der er meget stor forskel på at snakke med en kvinde og en mand. Der er stor forskel på enkemænd og enkekvinder.

Der er stor forskel på social klasse, historie ... hvad er ens livshistorie. Man kan aldrig stoppe folk ned i en eller anden gruppe, når man taler med dem umiddelbart.

Men det man kan gøre, når sorgen er sunket en lille smule ind – altså når vi er væk fra den akutte sorg. Så vil man kunne samle nogle grupper. Det er bl.a. Det nogle af mine kollegaer praktiserer, at lave sorggrupper. Og der har vi forskellige i provstiet (vi er ti kirker sammen i kommunen) og der er et par af præsterne som har en master i sorggruppe og sorghåndtering. Og som har grupper, som vi andre kan henvise til. Og der skal man ikke være ens, men man skal på en eller anden måde passe en smule ind i en gruppe. En på 17 som har mistet sin mor, har bare en anden

sorg end en enke på 85, som har mistet sin mand. Men der kan være nogle fællestræk. Men det er to meget forskellige måder at håndtere sorg på. Men for mig der er det noget nyt, hver eneste gang.

Spørgsmål 13: Du har sjælesorgsamtaler, hvad går de ud på?

Svar: Sjælesorgsamtaler, det er egentlig alle de typer samtaler jeg har. Hvis man skal have en samtale med en præst, så kalder man den sjælesorg. Og det er omsorg for sjælen, der ligger i det. Sjælesorgsamtaler, det kan også være samtaler om glade ting. Samtaler med gravide, hvor der ikke på den måde, er noget sørgeligt, men det at blive mor ... alle de tanker som kan være i det. Det er også en sjælesorg. Jeg har også samtaler med folk i skilsmisse, hvordan jeg får fortalt mit teenagebarn, at jeg har fundet en anden – det er også sjælesorgsamtaler.

Man skal ikke ligge vægt på 'sorg', for det ligger i, det at have omsorg for sjælen. Og som præster, der sjælesørger man. Det betyder at man er 'medvandre'. Man er ikke behandler, man går på linje med og ved siden af. Man lytter og sparre. Det er alle former for samtaler.

Og så er der nogle præster, som decideret har grupper. Og det er så grupper for folk i sorg. Og det kunne fx være, at her samler vi kvinder. Eller mænd og kvinder som har mistet en ægtefælle – og det kan så være én

gruppe. Og der er også nogle sorggrupper for børn, hvilket giver mening ift. børn som har mistet en forælder. Og det er tiltag som alle præster har lov at lave, men som de fleste præster, heldigvis har selverkendelse nok til, så ved de at det kræver ekstra uddannelse. For vi kan jo alle sammen snakke med folk i sorg, men det at lede en gruppe og få gruppen til at sparre, det kræver helt naturligt en form for undervisning. Det er jo ikke sådan at folk bare sådan skal sidde på skift og tale i munden på hinanden. Det handler om at få de forskellige historier til at spille sammen. Og det kan man så på det, som hedder præsternes efteruddannelse, hvor man kan tage kursus og en master... altså... Hvordan man etablerer sorggrupper og bliver sorggruppeleder.

Spørgsmål 14: Hvordan forholder du dig til sorggrupper?

Svar: Det er så rigtigt at gøre og rigtig godt. Det er ikke alle mennesker som passer ind i det. Det er ikke et vidundermiddel. Det er ikke alle mennesker som får noget ud af det. Men nogle af dem som får noget ud af det, de får faktisk rigtig meget Det ser man også i andre former, fx misbrugsbehandling ... rigtig mange som har været ofre for det ene eller andet ... incest, pårørende... det at møde andre som er i samme situation som dig, det er jo ikke ens ... men bare det at man står i at møde andre, høre andres historier, som på en eller anden måde minder en lille smule om en

... kan være enormt givende .. for det første opdager man at man ikke er alene, og der bliver skabt et rum, hvor her, de næste to timer, der er det i orden at fortælle alt ... der skal man ikke også lige huske, at fungere som et almindeligt liv. Her har vi et par timer hvor ... der er det okay at det hele handler om det her. Og man kan spørge hinanden om ting, og der er skabt et trygt rum.

Og det er så sorggruppelederens opgave, både at holde samtalen på det rette spor, men selvfølgelig også sørge for ... for folk i sorg kan jo også begå verbale overgreb på hinanden, altså sørge for at holde en tone, at der er tid til at trække sig.

Men for nogle ... både for meget talende mennesker, men også for dem som er ikke-talende mennesker, kan det være rigtig godt at have et par gange i sorggruppen, hvor man bare lytter... det at være et sted, hvor man kan høre, at andre, måske, oplever noget af det samme. Det fjerner en ensomhedsfølelse, og en følelse af Og for nogle kan det også give en smule håb, når man høre fra nogle, hvor slemt det har været, men at de nu har ... der er måske også lidt lys for mig en dag ...

Spørgsmål 15: Ser du den samme progression når du har sjælesorgsamtale med det enkelte menneske, som du nævner der er i sorggruppe?

Svar: det er meget forskelligt... det er bare forskelligt....

Spørgsmål 16: Så det er ikke sådan at du kan beskrive en sjælesorgsproces?

Svar: Nogle gange, så kan jeg ... og andre gange kan jeg ikke. Nogle som bare have en enkel samtale, og andre har jeg måske samtale med en gang om året, hver halve år, og andre gange har jeg et forløb hvor vi ses en eller to gange om ugen i en måned.

Det er meget forskelligt. Nogle kan have gavn af at tale med mig nogle gange, og så kan jeg henvise dem til en gruppe. Og andre har ikke lyst, eller hvor jeg tænker ... og nogle mennesker kan jeg jo også se står i stampe, og nogle gange ender jeg jo også med ... og må sige til folk, jeg kan ikke hjælpe dig mere. Vi kan godt fortsætte med at tale sammen, det vil jeg gerne. Der kan jo være omsorg i et møde at drikke en kop kaffe. Men hvis man vil rykke sig, så er vi nået til at punkt, hvor man kan sige at mine kompetencer, som en der kan hjælpe dig videre ... jeg kan mødes med dig som et medmenneske.

Nogle gange ser jeg jo også folk som får det dårligere, og der er det min opgave at hjælpe folk hen til et andet sted, hvor de kan få hjælp. og der er det jo vigtigt som præst at kende sine egne begrænsninger. At her er vi ude i noget ... hvor at der spiller noget sygdom ind. Sorg kan Altså... sorg er ikke en sygdom i sig selv, men sorg kan blive blandet sammen ... der kan opstå en depression.

Og der er det vigtigt som præst at man lærer at spotte, hvad er sorg og hvor er vi nu mere ude i noget depression. Som præst kan man måske hjælpe i lette former for depression, lommeulds kognitiv terapi. Men hvornår går det over i noget lægeligt eller psykiatrisk hjælp. og jeg vil gerne være med på sidelinjen med samtaler, men vi er ude i noget her, hvor min faglige kompetence afløses af et andet fagligt felt.

Og det tror jeg er rigtig vigtigt, at man er klar over.

Spørgsmål 17: Er der et decideret sted i sorgprocessen, hvor den bliver syg? Eller kalder du det noget andet end syg?

Svar: Jeg kalder den ikke syg. Jeg vil aldrig sige at sorg er en sygdom – i sig selv. Men der kan oveni sorgen komme en sygdom, som gør at det bliver farligt. Altså ... en lungebetændelse er ikke i sig selv farlig, men hvis der kommer to-tre sygdomme oveni, så bliver lungebetændelse pludselig farligt. Og sorgen kan gå hen og blive farlig for det enkelte menneske, hvis der kommer noget andet oveni.

Spørgsmål 18: Men det er sideløbende sygdom?

Svar: Ja! Betragter ikke sorg som en sygdom. Som på samme linje som man også kan snakke om, at forelskelse er en sygdom. Hvor man bliver skør og kuldret, og ikke tænker

rationelt. Det kan man også blive af sorg. Så jeg ser ikke sorg som en sygdom.

Men man snakker jo om det man kalder 'kompliceret sorg' – som et fagudtryk. Der er en hel del om det i medierne for tiden. Og på den ene side er jeg ikke så vild med det begreb og den opmærksomhed sorgen for, for al sorg er kompliceret. Man kan også snakke om kompliceret liv.

Jeg bryder mig ikke om at sorg bliver kategoriseret som en sygdom. Men hvis vi siger at kompliceret sorg er sorg, og en masse andre ting, så kan jeg godt gå med på det udtryk. For der kan jo komme depression og mani. For der kan jo godt ligge en tidligere depression og lure.

Jeg kender jo ikke folks liv. Der kan jo godt ligge en sygdom som altid har været der, som pludselig bliver forstærket af sorg. Og det er selvfølgelig Ikke altid at man som præst kan skelne det. Men forhåbentlig kan man, med andre fagfællesskaber, på en eller anden måde, hjælpe et menneske

Spørgsmål 19: Så ... hvis jeg forstår dig korrekt, så ser du sorgen som ... et vilkår og en del af menneskelivet, og hvis sorgen går hen og bliver kompliceret, så er det grundet menneskets livshistorik, familie, biologi ... som kan opstå sideløbende med sorgen og på denne måde påvirke?

Svar: Ja. Det er korrekt. Man kan jo godt have folk, som oplever sorg flere gange i sit

liv, og den ene gang bliver det til sorg. Og et sorgforløb ... og det er ikke noget med forløb. Sorg kan vare i lang tid, man kan være i sorg i flere år. Og et forløb kan også være kort, men meget voldsomt, hvis der fx ryger en depression ind.

Og det er jo det med at skelne. Hvordan kan man tjekke depression ... en skala på WHO, sådan en point system, som er en måde ... og nogle af de ting som er på den score, det er bl.a. Nedsat appetit, man kan ikke sove, nedsat sexlyst, og alle mulige forskellige ting. Og de ting kan man jo også have i forbindelse med sorg. Så man kan ikke altid regne med det. Så jeg mener altså, at det kan være rigtig, rigtig svært, at skelne fysiske faktorer i sorg til noget sygdom. Det er noget med tid. Det kan være meget normalt at man har nedsat appetit i fx 14 dage, men hvis det nu fortsætter, og man ser mig, og jeg kan se, at man henover en periode på tre måneder taber sig ... så går det på et tidspunkt hen og bliver noget fysisk. Og der vil jeg jo så nævne at man måske skal have fat i en læge, når appetitten overhovedet ikke kommer igen. Det som jeg tit ser i ren sorg, det svinger. Jeg kan have forældre som har mistet børn, og man tænker. tænk at de overhovedet kan smile, grine ... der er en kæmpe sorg i livet, men der er også glæde, der er måske en søskende.

Folk der bliver ramt af en depression, de ryger ligesom ned og bliver der. Og livslysten forsvinder. Jeg kan godt snakke med folk i sorg, og få dem til at snakke om det de er glade for i deres liv, hvor ofte folk med en depression, vil ikke kunne se glæde.

Hvis det nu er folk som har mistet et barn, og måske har et barn i forvejen. Der vil folk, i ren sorg, stadig være lykkelige for at de har et andet barn og stadig elske deres barn, hvor folk i depression også ofte vil miste glæde for det andet barn, og sige ... jeg er en belastning for det andet barn, jeg er en dårlig far, jeg er knust hele tiden, og det ville også være bedre for mit levende barn hvis jeg ikke var her. Og der er vi ovre i noget depressivt. Og det er der jeg vil spidse øre, hvor folk begynder at se sig selv som en belastning for andre.

For folk i ren sorg, er ofte meget tit, glade for at der er andre og nogle som tager sig af dem.

Spørgsmål 20: Du mener at der er sorg, og så er der sygdomme som kan sideløbe med sorgen. Hvornår indtræder kompliceret sorg, bruger du det?

Svar: Jeg bruger det ikke sådan selv, hvor jeg tænker ... dette er kompliceret sorg. Men hvis jeg skal bruge det, så er det ... her har vi sorg og en anden sygdom. Eller en krise.

Kompliceret sorg... Kompliceret er hvor der er flere elementer. Det kunne være at man var i sorg over at have mistet sin ægtefælle gennem 75-årigt ægteskab ... og det er ikke

kompliceret, det er bare sorg. Og så kan der jo ske noget andet ... at man falder og brækker sin hofte og skal på plejehjem, det er en anden form for krise. Eller et andet familiemedlem også dør eller bliver sygt, eller ... nogle gange kan det også være andre ting, imens man selv er i sorg, og ens barn så skal skilles ... at man så tænker meget på det...

Så flere ting, oveni, kan udløse en form for akut krise... og så kan man jo også snakke om kompliceret sorg, fordi der er mange ting ...

Hmm, jeg sidder også og tænker på ... måske ... et eller andet sted er sorg jo altid

kompliceret. Det er meget sjældent at jeg møder et ren savn. Rent savn og kærlighed.

Men liv og kærlighed er jo kompliceret. Jeg ser også ved dødsfald en blanding af sorg og lettelse. En lettelse. Lang tids sygdom. Og ikke kun ændre mennesker. Men at folk også ser døden som en udfrielse for den syge. Så der er en sorg over at have mistet men også en lettelse over, at den syge ikke lider mere. Det kan også være hvis der har været en del had forbundet med et menneske.

Jeg begraver jo også mænd der har tyranniseret og banket deres koner, drukket sig for sans og samling, taget andre former for misbrug. Jeg begraver også af og til folk, hvor der umiddelbart ikke er nogle pårørende. Men hvor vi trækker de pårørende, og snakker måske med et barn, hvor jeg informerer om, at din far er død ... og datteren svare, at hun

ikke har set ham i 35 år pga. ... alt muligt.
Men hvor de alligevel dukker op til
begravelsen og græder – og det er jo virkelig
en kompliceret sorg. Jeg har ikke set min far i
35 år, og han har misbrugt mig som barn, men
der er alligevel også en sorg over at han er
død. Og måske også en sorg over at livet blev
som det blev. Og det er jo også en
kompliceret sorg, når en man hader, dør. Men
at man ikke bare danser rundt på graven, i rød
kjole, det er ikke en glæde at han er død. Det
er jo også en kompliceret sorg, at der er glæde
og had, eller lettelse ved lang tids sygdom.
Og det tror jeg, at jeg som præst skal være
med til at sympati-hade. så døde det dumme
svin, endeligt, som har ødelagt hele din
barndom ... og der kan det være meget
interessant at snakke om, at ... jeg kan godt
forstå at han har ødelagt dit liv, men at du
også har en sorg over det. Eller ... omvendt.
At man kan være flov over, at man ikke er
ked af det. At man måske sidder der på
kirkebænken og fryder sig, men at man burde
se ked ud af det.
Folk kan blive flove over, at de har ønsket
ham død så længe, og nu er han det ... gør det
mig til et ondt menneske.
Sorg er bare ... det er simpelthen så
kompliceret, generelt!
Spørgsmål 21: Et menneskeliv er bare
kompliceret, så derfor mener du, at
kompliceret sorg Det er ...

Svar: ... Altså sorg er kompliceret! Og nu har
WHO lavet det der, så det nu hedder
'kompliceret sorg'. Og hvis de ikke havde
stjålet ordet kompliceret ... og jeg vil ikke
kategorisere sorg som en sygdom ... men ja
der kan komme sygdom ind i sorgen, som gør
at det kan være svært at adskille sorgen fra
sygdommen, og så skal der anden hjælp end
det en præst kan give.

Spørgsmål 22: Hvad gør det ved dig, som
menneske, at arbejde med mennesker i sorg?

Svar: hvis det slet ikke gjorde noget ved mig,
så tror jeg ikke at jeg ville være en særlig god
præst. For det gør det. men jeg er jo
professionel ... hvis jeg skulle tage alt ind, så
ville jeg jo slet ikke kunne passe et familieliv
eller privatliv ... overhovedet. Og jeg ville
heller ikke kunne passe mit arbejde, fordi jeg
nogle gange kun har en halv time til at skifte
imellem en begravelse og et bryllup. Og hvis
jeg ikke kunne lave et skift imellem de to
ting, så ville jeg jo ikke kunne fungere
professionelt. For det skal jo ikke gå ud over
det glade brudepar, at jeg lige har begravet en
mand ... nyd det imens i kan, der er ingen der
ved om en af jer dør i morgen, altså ... det
ville jo være forfærdeligt.
Jeg ville ikke kunne overleve, privat, hvis jeg
skulle gå hjem og være ked af det. Nogle
gange begraver jeg flere mennesker om ugen.
Nogle dødsfald berører mig. Og hvad det lige
er, det er faktisk aldrig til at sige. Det er ikke

fordi at et dødsfald ved en over 85, ikke berører mig, det er små ting som gør det. Min egen teori er, at hvis noget ligesom vækker genklang i ens eget liv, så er det klart at det berører mig på en måde ... men det er jo ikke sådan, at hvis det er en jeg ikke kan lide, så syntes jeg ikke at det er synd. Men nogle gange er der en menneskelig kontakt.

Men fælles for alle, tror jeg... så berører det altid ekstra meget når det er yngre. Forældre som har mistet et barn. altså ... og aller værst, at begrave børn. Det tror jeg ikke at der er nogle præster som syntes er ... sjovt ... og unge. Ulykker. Som medfører døden. Helt almindelig ulykke, ud af det blå. Det berørte mig jo også på den måde, fordi jeg pludselig tænkte ... gud, det kunne være mig, eller min mand eller en anden jeg kender.

Og jeg kan da se nu, at efter jeg selv er blevet mor. Der tænker jeg, ville jeg kunne begrave en på 1 år? Der har jeg før tænkt ... det kan jeg godt, men det vil kræve noget. Jeg vil også sige at det skal berøre. Det skal det! Præsten skal ikke være den der græder mest.

Spørgsmål 23: Må præsten græde?

Svar: Ja, det må præsten gerne. Men man må ikke stortude og hulke. Man må trække sig hvis det er. Det er vi meget uenige om, vi præster. Men det er min mening at præsten gerne må blive berørt og få tårer i øjnene, men der skal være en professionalitet. Jeg har

da sat mig ud i min bil og tænkt, hold nu op, hvad skete der der ...

Spørgsmål 24: Mine sidste to spørgsmål, er en lidt anden kategori, men du har selv været lidt inde på det. Men hvordan forholder du dig til den kommende diagnose 'kompliceret sorg'? Som bliver implementeret i Danmark, sommeren 2020?

Svar: Umiddelbart bryder jeg mig ikke om det, da jeg ikke mener at sorg er en sygdom. Så umiddelbart bryder jeg mig ikke om at det bliver implementeret.

På den anden side ... det jeg kan se den kan være god for, at den kan hjælpe nogle mennesker som er i et limbo. Nu kender jeg ikke til psykiatri behandling i andre lande, men i Danmark er psykiatri et spædbarn på en eller anden måde. Det er jo, økonomisk set, slet ikke sidestillet med det somatiske sygdomme, overhovedet. Der er al for få sengepladser osv.

Det er heller ikke sidestillet med befolkningen ... forstået på den måde at det er langt mere tabubelagt at have en bipolar lidelse, skizofreni eller depression, end det er at have dårligt hjerte. Og vi ved jo hvor mange mennesker der har et eller andet, en form for psykisk lidelse. Det er en ret høj procentdel af den danske befolkning, som på et tidspunkt, kommer i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen. Og jeg tænker at det med at man bruger sorgen, som løftestang, at det kan

gøre at der kan komme noget mere fokus på det, og der kan komme flere penge i systemet, som gør at man kan behandle flere mennesker. For der er mange mennesker i dag som går rundt med lette og moderate depressioner, som ikke behandles. Eller som "bare" behandles af egen læge.

Og det at sorg, kan føre til noget andet, at det bliver anerkendt.

Så jeg er ikke imod det, men jeg vil sige at ... at det er ærgerligt. Det jeg frygter er, at tung sorg bliver sygeliggjort. For det som sygdom betyder, er at man kan helbrede og behandle. Og jeg tror ikke på at sorg kan helbredes eller behandles. Men som vi har snakket om, så kan det være noget sideløbende, som så kan behandles.

Jeg kommer ikke selv til at sige i en sjælesorgssamtale, at jeg tror de lider af kompliceret sorg. Jeg kan sagtens sige, at for mig lyder det som om at du har en klinisk depression, og det skal nok undersøges. Men jeg vil aldrig sige til en, at jeg tror, at du lider af kompliceret sorg.

Det vil ikke gøre noget for sorgen, men måske løfte noget for psykiatrien. Måske gøre psykiske sygdomme mindre tabuiseret.

Forhåbentlig kan det løfte noget tabu væk fra det.

For de fleste kender til sorg. Men det er ikke alle som kender til fx depression.

Spørgsmål 25: Så du tror på at det vil hjælpe på fx depression og ikke for sorgen?

Svar: Der hvor jeg ser at det kan give bagslag, det er hvis folk begynder at opfatte sorgen som en lidelse. Fordi ... så kan man risikere at folk i langvarig sorg, vil folk undre sig over, hvorfor de ikke bliver, i gåseøjne, raske. At sorgen ikke forsvinder, at behandlingen ikke virker.

Det kan også få folk til at tro, at nu er de kede af det, kan de så få en pille imod min sorg.

Det er jo lidt samme diskussion man havde engang om alkoholisme. Altså ... er alkoholisme en sygdom? Kan man bede folk om at sige ... altså, du hælder det selv ned, du er selv skyld i at du drikker – eller kan man sige, det er en sygdom, jeg kan ikke tåle alkohol. afhængighed er en sygdom.

Altså... nogle alkoholikere finder ro i at det er en sygdom. Jeg har et gen som gør at ... men der er også nogle som siger, at hvis det er en sygdom, så har jeg ikke ansvaret.

Og det er både godt og skidt.

Og man kan ende i det samme i sorgen. For nogle vil det hjælpe at sige, det er noget det her, det er ikke bare mig som ikke kan tage mig sammen. Men for nogle kan de også tænke ... altså så er jeg syg, en ekstra ting af bære rundt på, midt i sorgen. Og hvis det nu er en sygdom, og jeg er i behandling. Hvorfor bliver jeg så ikke rask og får det bedre? Og tror at de en dag kan komme helt ud af ked-

af-det-heden. Og det kan man ikke. Hvis man virkelig har mistet en man elsker, så vil det fylde resten af ens liv. Men det skal ikke være det første man ser, når man vågner, efter 50 år. Men man kommer aldrig over at miste nogle man elsker. Den dag man kommer over det, så er man glemt. Og det tror jeg ikke, at de sørgende ønsker, at glemme dem de har mistet.

Spørgsmål 26: Hvem mener du er de rette professioner til at håndtere sorg?

Svar: Det er dem vi har. Mit fag som præst, folk som har noget med sindet at gøre. Psykologer, terapeuter, psykiatere og evt. Praktiserende læger. Alt efter ... det er de faggrupper som i forvejen beskæftiger sig med det. Jeg vil sige at vi skal være gode til at arbejde om det sammen. Vi skal inde for faggrupperne være gode til at vurdere og se, at der er noget jeg ikke kan som andre kan. Langt de fleste hospitaler har jo også præster ansatte.

Spørgsmål: Det er interessant at du nævner kliniske og ikke kliniske professioner, til at varetage sorghåndtering. Er det grundet din opfattelse af, at noget klinisk kan være sideløbende?

Svar: Ja, der vil jo være ting hvor det kliniske vil hjælpe i en sorg.

Altså hvis man siger, at vi er sørgende, og der er ikke noget depressivt inde over, der er ikke dopamin fald osv. Man kan ikke måle det, men hvis man kunne måle det, og så kunne konkludere at der ikke er et fald, eller noget i det ... så. det er ren sorg. Men at den sørgende ikke har sovet meget mere end en time ad gangen i en måned. Så kan det kliniske måske hjælpe, altså ... med sovepiller eller ... at man slet ikke kan komme ud af sin ... mistet til en ulykke. At man fik dårlige nerver, alle sanser er skærpet pga. sorgen. Så kunne det være at man ville udskrive et præparat som oxazepam. Som er mildt angstdæmpende. Noget man lige får i 14 dage, som gør at man kommer ud af den der spiral. Sådant noget hvis man ikke får sovet, det ender nogle gange i en ond spiral, og hvis de så får noget for at hjælpe søvnen lidt på vej, så kommer de lige som ud af det. På samme måde som hvis man tænker meget, man skal måske begrave en man elsker, og man har hovedpine, så kan man tage to Panodiler. Selvom, at Panodiler ikke kurerer sorg, men det kan fjerne hovedpine, som kommer af al det tænkeri, som kommer af sorgen. Så det kliniske spiller i høj grad sammen med det som jeg oplever, sammen med folk i sorg.

Bilag 5

Interview med læge "Lars".

Dato: 26. Februar 2019

Spørgsmål 1: Fortæl kort om din profession, stilling og hvor længe du har praktiseret.

Svar: Jeg er uddannet læge, og det har jeg været siden 2015. Jeg har blandt andet taget min turnus, KBU som det hedder nu, hvor jeg har siddet i praksis i et halvt år, og været på en medicinsk afd. I et halvt år. Og nu er jeg i gang med en PH.D, hvor jeg sidder og forsker i noget, hvor der ikke er så meget patientkontakt.

Spørgsmål 2: Arbejder du eller har du arbejdet med sorghåndtering?

Svar: Ja, det kan man godt sige. I almen praksis møder man mange som kommer ind og har det dårligt. Både akut, hvor de kommer ind og ... hvor det hele ligesom ramler sammen, og her er det så den praktiserende længe den første person man møder. Og det har jo også ... givet mig det privilegie af, at få lov til at følge de her bestemte faser i det her forløb. Nogle har jeg blandt andet fulgt over længere tid, og så at få lov at afslutte dem, og nu er vi ligesom kommet igennem den her sorgproces eller forløb. Og også på hospitalet, hvor det er en anden måske mere voldsom og overvældende sorg. Både i forhold til

patienterne, hvis de får en diagnose ... fx hvis de får konstateret et hjerteanfald, noget galt med deres nyre. Og så selvfølgelig også deres pårørende, når de står som tilskuere og skal håndtere dem. Og også i meget hyper-akutte situationer, hvor du har patienter, som kommer ind, bogstaveligtalt, på lejet, og kommer ind på akut stue og de pårørende som står ved siden af. Så både at skulle forholde sig til patienten og de pårørende. Som en del af den samlet behandling.

Og det er klart, at de pårørende håndterer jeg ikke først, men dem skal jeg jo også snakke med... altså bagefter. Jeg har altid en samtale med dem, når der ligesom er kommet styr på patienten. Og prøve at hjælpe dem på vej. Ja, det har jeg haft en del af. Og det har de fleste læger. Jeg har svært ved at forestille mig, at nogle læger ikke håndtere sådan noget. Det er vel kun dem, som ikke har med patienter at gøre, fx røgten læger eller dem som analysere DNA prøver. Så stort set alle læger, vil fra dag 1. møde sorg i forskellige arter.

Spørgsmål 3: Vil du beskrive hvad sorg er som fænomen?

Svar: Sorg er, i modsætning til depression, er defineret som en reaktion på en voldsom livshændelse. Sorg er en følelsesmæssig reaktion på noget som sker i ens liv. Og ofte oplever jeg det som fysisk, men også af psykisk sygdom. At det er noget som kommer oven i en fysisk sygdom fx og hos de

pårørende, er det så naturligt at der kommer en sorg reaktion på det, som der sker med dem de kender. Det er primært sådan jeg har oplevet det.

Spørgsmål 4: Så sorg er både en fysisk og psykisk reaktion?

Svar: Nej, ikke reaktion. altså ... hvad er sorg og hvad er depression. Der er jo mange, især inde for psykiatrien, som gerne vil operationalisere det lidt, og ligesom at sige ... at de første uger er det sorg og så udvikler det sig som en depression. Og det mener jeg ikke at man kan, sorg er et fænomen som er forskelligt fra person til person, og som giver sig til udtryk på mange forskellige måder, nogle er meget eksplicitte omkring det, nogle har svært ved at snakke om det og være i det. Men som udgangspunkt er der mange ting som går igen. Man kan være ked af det og ulykkelig, og svært ved at forstå hvad der sker. Sorg er ufatteligt komplekst begreb, det kommer også an på hvornår i sorgen man møder folk. Er det lige når det sker, eller er det når der er gået noget tid, og folk har fået noget tid, til at begribe hvad der foregår. Det gør det jo svært at arbejde med. Og også at definere det. Sorg kan man ikke sætte på en formel... altså, hvis du har gået og haft det dårligt og ondt i maven, og har grædt hver dag i tre dage, så skal du have en sorgdiagnose – så opfylder du kravene for sorg. Det er individuelt. Og det er også

individuelt for læge til læge, hvornår man synes det er sorg og hvornår det er noget andet. Det er også forskelligt hvad man tænker er naturlig sorg og ikke naturlig sorg. Det er svært at definere.

Vi har en del om sorg på studiet, simulations træning. At overgive dårlige beskeder, alvorlige beskeder ... til patienter. Hvor skuespillere så simulere forskellige situationer efter at have modtaget en alvorlig besked, akut sorgreaktion, nogle der bliver meget stille, andre meget ud reagerende osv. Nogle som ikke vil forstå, anklagende eller aggressive. Det er jo alt sammen sorg. Sorg på hver sin måde. Men som er udtryk for det samme.

Spørgsmål 5: Hvordan oplever du sorghåndtering i din profession?

Svar: det er et godt spørgsmål, for det er jo noget, rent historisk set, har lægefaget handlet om hvor man ikke har kunne gøre så meget for sørgende. Så var lægens fremmestok var at lindre. Lægens primære formål er at lindre, og i begrebet lindre, ligger ordet anerkende folks sorg. Men i takt med, at der findes flere muligheder og behandlinger, så er det som fylder inde for lægevidenskaben, og derfor handler det nu om, at vi først og fremmest skal behandle, og diagnosticere. Og når der er taget hånd om det, er der selvfølgelig også et element at sorgpleje, at tage sig af patientens sorg. Men det er også ofte noget som vil blive

forskubbet til andre faggrupper. Hvis man sidder i en praksis, og folk har mistet en pårørende, eller har været udsat for et eller andet, så henviser vi dem jo til en psykolog fx og det er netop fordi, at de er bedre til at håndtere og er uddannet i det, det er man ikke som almen praktiserende læge. Og det er netop for at man kan give plads til, at man som læge kan tage sig af andre ting, der er flere ressourcer inde for sundhedsvæsnet. Når man er læge, skal man primært beskæftige sig med lægeting, og det her med sorg er i et spændingsfelt imellem mange områder, og det er ... kan også være en lægeting, men det kan lige så meget være en psykologisk ting. Læger har ikke begrænset muligheder, men der er nok mange som vil mene, at de skal bruge deres tid på at behandle patienter i stedet.

Spørgsmål 6: Så det er ofte set at I henviser?

Svar: Ja, det kan man jo sagtens gøre ... det er en del af vores muligheder, hvis vi vurderer at patienten ikke kan få det overstået på 1. eller 2 sessioner. Og det derfor er godt at der kommer en psykolog ind over. Men der er jo ... når man sidder i praksis, og det er der mange mennesker som ikke er klar over, så har lægen mulighed for at gå til samtaleterapi hos egen læge. Hvor man kan gå 6-8 gange af en halv times varighed, og det kan man så gøre over en periode.

Spørgsmål 7: Hvornår kan man det?

Svar: Det kan man når man som læge vurderer at det er det som skal til. Det kræver ikke en specifik diagnose eller henvisning. I modsætning til hvis man som læge skal henvise til psykolog, så er der 8 kriterier man skal opfylde for at blive henvist... men hos egen læge ... hvis jeg snakker med en, og jeg tænker, at det giver godt mening at vedkommende kommer igen, og patienten gerne vil komme igen og have et forløb. Det kan sagtens fylde meget i en læges hverdag ... praksis.

Spørgsmål 8: Er det nyt, eller har det altid været et tilbud?

Svar: Det er ikke nyt. Det er noget man har mulighed for, og det er noget man som praktiserende læge ... du får en ydelse som svare til, at du så bruger den tid på patienten. Det hedder samtaleterapi, og det vil sige, at i en almen praksis er man jo på ydelsesbasis, hvilket vil sige at når man ser en patient, så får man nogle kroner og øre, for at have én konsultation. Og det vil sige at hvis du er har en konsultation, og den har taget meget længere tid end beregnet til, så mister man penge. Og det er en dårlig forretning, og derfor har man for politisk side, givet mulighed for at sætte tid af til at tage disse samtaler.

Det kan fungere rigtig godt, det at have mulighed for at give en længere tids forløb,

hvor patienten kommer retur, og snakker om hvad der sker. Det ... kan rykke ret meget. Også fordi folk generelt har ret stor tillid til deres egen læge. Så føler de sig trygge og man kan starte det med det samme, og tage sorgen imens den er der. Det er en ret stærk mulighed.

Men jeg ved ikke hvor udbredt det er. Jeg ved ikke hvor tit det bliver brugt. Du havde fx aldrig hørt om det. Der er mange måske. Det er ærgerligt.

Det har helt sikkert noget at gøre med, at praktiserende læger har så travlt, så det der med at sætte en halv time af til en patient – det sker ikke. Man booker 10 minutter, og det med at sætte længere tid af, det er en luksus som man kun har nogle steder. Det er absurd. Man kunne virkelig tage mange ting på den måde. At lade sorg fylde mere i almen praksis, fordi det fylder hos rigtig mange mennesker. Men det får ikke plads. Systemet er presset så man er nødt til at prioritere fysiske og psykiske sygdomme.

Spørgsmål 9: Mener du at sorg har et konkret forløb og/eller varighed?

Svar: Ja til dels. Det har ikke et bestemt forløb, og det er der heller ingen forskning som ville kunne give mig ret i, hvis jeg sagde. Det har al forskning på depression jo også vist, at der ikke er noget som tyder på, at det er af bestemt varighed eller forløb. Det er der ikke noget som beviser. Men det man kan se,

også inde for depression, at over tid, så bedres de fleste mennesker. Og det gælder også sorg. Over tid vil de fleste få det bedre.

Om der er bestemte faser ... det er der muligvis. Af de patienter jeg har set, har jeg da oplevet et slags mønster. Fx første gang man møder mennesket, kan man blive helt skræmt over hvor dårligt de har det, og hvordan de reagerer, og man har nærmest lyst til at indlægge dem, fordi de virker så dårlige ... men når man så har set dem efter et par dage, og de er kølet ned, så er der faldet meget mere ro på. Og så opstår der en fase med ro og ked af det hed. Og nogle gange går der flere måneder, og man tænker, nu må der være styr på det, og så er der det alligevel ikke ... til sidst hvor de skal i gang igen, kan der også være en indkøringsfase til det rigtige liv. Fx hvis folk har været sygemeldte fra arbejdet... hvor der er en form for tilpasningsreaktion. Men om der er en tre-fase model... det er ikke noget jeg har lært om. Jeg tror ikke at der et bestemt forløb. Men jeg tror bestemt på, at der over tid vil være en bedring hos de fleste.

Spørgsmål 10: Hvad er over tid, et halvt år, flere år eller hele livet?

Svar: Det er også svært at definere. Hvad er vores endemål? Måler vi det på hvornår folk har det godt nok til at gå på arbejde. Så er det måske inde for et par måneder. Er det om de føler sig velfungerende og ikke sorg længere,

så er det måske aldrig. For har du mistet en pårørende eller har fået en svær diagnose, så vil det altid følge dig. Det vil du aldrig slippe. Den del vil man ikke slippe.

Det er en form for eksistentielt vilkår, som man ikke kan give slip på.

Men den medgørlige sorg. Den som forhindrer dig i at være til stede socialt, tage del i dine omgivelser, udad søgende, gå til sport eller hvad der nu gør mennesket glad. Det skal jo helst ikke vare hele livet. Men at sætte tid på det, vil jeg ikke. Når man har været udsat for et eller andet stort og livsomvæltende, så skulle det jo helst gå bedre i løbet af et par måneder, det vil jeg da helst se. Og ofte ser. Det med at man er i patologisk sorg efter to uger, med ICD-11 ... Hvor kommer det fra. Det er ikke empirisk. Men det er der jo ikke mange diagnoser som er.

Spørgsmål 11: Hvem/hvilke professioner mener du skal håndtere sørgende?

Svar: Det mener jeg er op til den sørgende selv, det er en personlig ting hvad man vurderer man har bedst af. Det er man bedst selv egnet til at vurdere, har man behov for professionel hjælp, religiøst... familien... hvis der kommer en enke til mig, og siger at hun er ked af det efter at have mistet sin mand, så må jeg gå i dialog med hende og høre hvad hun forestiller. Og det som man ofte høre som læge er, at folk ikke ved hvad de vil og de

tager til egen læge fordi det er der man starter. Man ringer ikke til psykolog eller går til sin præst, det er der i hvert fald ikke mange der gør. Og så er det jo op til lægen og vurdere om der skal gribes ind. Det er jo ikke sikkert at der skal noget andet til, end det ene møde med lægen. Og først og fremmest, skal man ikke sygeliggøre vedkommende, fordi de går og har det dårligt. Det handler om at finde ud af, hvad er omfanget og hvad kan vi gøre som læge ... ville det være fint at se dem i praksis i et forløb. Men det er 100% den sørgende selv, som skal bestemme hvad der skal gøres.

Altså i en akut sorg, så er man jo nødt til at tage hånd om patienten, fordi de ikke ved op eller ned på det tidspunkt i sorgen, fx på et hospital. Sådan skal det være.

Spørgsmål 12: Hvordan forholder du dig som læge til den kommende diagnose kompliceret sorg, som implementeres i 2020?

Svar: Ja, nu har jeg jo selv snakket lidt om det. En diagnose skal være Vi skal ... vi skal bruge diagnoser fordi de giver mening, klinisk. Vi skal bruge diagnosen til at hjælpe patienten. Og diagnoser skal først og fremmest være empirisk funderet, jeg har ikke kigget på evidensen bag ... så jeg ved ikke hvor empirisk den er... jeg kunne forestille mig at den ikke var empirisk funderet. Man skal passe på med diagnoser, fordi sorg er noget vi alle oplever i større eller mindre

grad. Med mindre at vi lever i en jordhule og ikke har nogen forbindelse eller relationer med omverden. Så vi vil alle opleve sorg, flere gange i vores liv. Og det er der ikke noget sygeligt i. Eller patologisk. Det er et livsvilkår. Det at gøre sorg til en forkert ting og som ligger ude fra et spektrum som vi definere normalt, det skal vi være meget opmærksomme på. For hvad har det af konsekvenser for de her mennesker som får denne diagnose. Hvad er det vi vil tilbyde dem? Vil vi give dem medicinsk behandling? Intensiv terapeutisk behandling? Hvad skal konsekvensen være for de her mennesker? Og det skal vi være meget opmærksomme på. For diagnoser er kun nyttige hvis vi kan hjælpe folk. Hvis man bare stiller en diagnose for at stille den, og ikke kan gøre noget for folk og det ikke har nogle konsekvenser for folk – så skal vi ikke stille alle de diagnoser. Det er det samme med ... screening eller andre tiltag, hvor der bliver lavet en masse ting, uden det har konsekvenser for folks liv.

Jeg er spændt på hvad det kommer til at have af konsekvenser for folks liv. Hvad anbefalingerne bliver. Vil den patologiske sorg betyde at de her patienter skal tilbydes antidepressive eller andet ... jeg er meget spændt. Som det er nu, er der ikke mange som ved hvad anbefalinger vil være. Og jeg ved som sagt heller ikke hvad evidensen er. Er der lavet lægevidenskabelige forsøg, hvor folk

har fået en patologisk sorgdiagnose, hvor folk er blevet behandlet med det ene eller andet ... det ved jeg ikke. Men som udgangspunkt, skal man være opmærksom på hvad det vil have af konsekvenser. Hvis man kan hjælpe nogle, og de kan få det bedre, så ... hvis det bare er for at diagnosticere og ikke kan tilbyde noget, så er det lidt noget andet.

Spørgsmål 13: Hvad tror du at det vil gøre ved folk generelle opfattelser af sorg?

Svar: Der er jo en stor risiko for, at det skaber en skævvridning ... så kommer der fokus, hvis du har været ked af det i antal uger, så er du syg ... det er en form for at operationalisere en ting som er fluffy, for hvad er sorg ... at sætte tidsgrænse på, så må du ikke opleve mere sorg. Det er en meget sort/hvid måde. Hvem siger at det er rigtigt? Og vil nødvendigvis gøre ... hvad vil det betyde for dem som er i sorg over længere tid. Man kan vel også have nogle som, har en reaktion efter en stor hændelse i deres liv, som burde ... der bør handles på før de 6 måneder. Det kan have flere uheldige konsekvenser.

De positive effekter er måske, at der kommer noget opmærksomhed på dem som man måske bare ville lade stå til.

Altså . jeg vil gerne se nogle tal. At der er nogle positive effekter ved at sætte en grænse, og jeg vil også gerne se hvad det så er vi kan tilbyde disse mennesker. At sætte en grænse

kan jeg ikke se giver mening. Det kan jeg ikke se hjælper.

Spørgsmål 14. Mit sidste spørgsmål går ud på, om du mener at der er et sted i sorgen, hvor man kan betragte den som syg?

Svar: Ja, selvfølgelig er der det. Begrebet skal man passe på med. Men hvis man er så ramt af sorg, at man stopper med at spise og man vil dø af sult ... det er vel patologisk sorg. Eller hvis man kommer så langt ud at man vil begå selvmord, som i affekt... Tja, jeg ved ikke om det er sygt, men det er måske noget, at hvis man greb ind i tide ... hvis man kunne hjælpe og snakke med dem ... at man håndterede den, at de så ikke ønskede selvmord. Men om det er sygt, det ved jeg sgu ikke. Det er svært. Men ja, sorg kan helt sikkert udvikle sig. Enten overfor folk som selv oplever sorg, eller overfor de pårørende. Hvis man bliver så indadvendt og inaktiv, at man ikke kan være en mor overfor sine børn, fungere i et parforhold så det ødelægges, at man ikke kan arbejde ... at man ikke fungere. Så er det ikke en hensigtsmæssig sorg i hvert fald. Om man skal kalde den syg, det ved jeg ikke, det er firkantet. Men den type for sorg, tjener intet formål ... den er jo bare ødelæggende. Det må man håndtere. For så er det jo netop at det kan have konsekvenser. Men det at være i sorg er jo i sig selv ikke

patologisk. Men det skal have konsekvenser som rækker ud over en selv.

Det at lide, det er jo et element i sorgen, i sig selv. Vi definerer vel sorg som at lide, i en eller anden grad. Sorg er jo mange ting. er det at være ked af det, for man kan jo være ked af mange ting, at man ikke nåede sit tog i morges. Men hvis man har mistet en når pårørende, så er det en lidelse som ... sorg er komplekst. Så det kan jo sagtens påvirke ens måde at være i, i verden. Men spørgsmålet er jo om det så er en patologisk ting – det er jo som sagt, et livsvilkår. At være i verden medføre en form for lidelse, og også en lidelse som vi ikke kan gøre noget ved. Det er individuelt hvornår noget bliver for meget. Som udgangspunkt, er diagnosen fin. Men man skal være opmærksom på patienten og de konsekvenser det har. Så behandling ikke bare startes op uden hjælp. jeg er spændt på at se hvad det kommer til at betyde. Nu er sorg en firkantet ting, og nu skal du opfylde de her kriterier, og når du bevæger dig ud over de her, så skal det betyde noget og have nogle konsekvenser. Det må det nødvendigvis betyde ... en diagnose skal jo betyde behandling. ja, hvad er behandlingen og ... ja, jeg er nok skeptisk. Jeg ved ikke meget om det inde for det område.

Bilag 6

Interview med psykolog, ”Helle”.

Dato: 13. marts 2019

Spørgsmål 1: Fortæl mig kort om din profession, stilling og hvor længe du har praktiseret?

Svar: Jeg er uddannet psykolog, og jeg har arbejdet i 4 år. Jeg arbejder her sammen med tre andre psykologer. Hvor en af os også er børnepsykolog.

Spørgsmål 2: Vil du beskrive din forståelse af sorg som fænomen?

Svar: Jeg forstår sorg som en menneskelig reaktion på at have mistet. Jeg tænker at du søger opfattelsen af sorg, i forbindelse med et dødsfald ... så det er en menneskelig reaktion, som kan komme til udtryk lige så forskelligt som mennesket optræder. Sorg hører til os alle sammen. Sorg er noget vi får hvis vi knytter os til andre mennesker. Og mennesket i den sociale verden, kan ikke undgå relationer.

Hvert menneske har sin egen sorg. Og måder at sørge på... Så sorg er meget komplekst og en følelse som kan være svært at beskrive. Men sorgen har nogle fællestræk i sit udtryk. Og det er fx ked-af-det-hed, gråd, ulykkelighed, ensomhed, magtesløshed, skyld, vrede ... ja... der er mange fællestræk. Alle mennesker vil på et tidspunkt i deres liv,

og ofte flere gange, miste en de elsker ... en nærtstående. Og her indtræder sorgen. Og derfor er sorg noget som vi alle ved hvad er. Men som kan være svært at beskrive og konkretisere ... den er meget individuel. Sorg er også en hel naturlig proces, og en proces som mennesket skal erkende og anerkende, som en del af livet.

Sorg er overvældende og kan bedst beskrives som en meget intens følelse . i begyndelsen . men vil efterhånden finde sin plads og ikke være lige så overvældende ...

Jeg tror på at hvis mennesket erkender, at livet ikke kan leves uden kærlighed, død og sorg, så kan lives leves mere fyldestgørende. Altså ... ikke at sige at vi alle går rundt i tro på det evige liv, men jeg forestiller mig, at det er de færreste som forholder sig til døden. Jeg mener ikke at vi skal forholde os til at vi skal dø, og derfor tage sorgen på forskud . hvis man kan sige det sådan . men jeg har den opfattelse, at hvis mennesket anerkender at livet ender, uden viden om hvornår eller hvordan, så vil vi nyde og leve mere... Ja, det er måske en anden snak.

Spørgsmål 3: Hvordan er sorg en del af din praksis?

Svar: Sorg er en del af min praksis i den forstand, at jeg har samtaler med sørgende i forskellige situationer, liv og i forskellige grader. Det kan være en kvinde som kommer ind efter at have mistet et barn. Det kan også være flere ufrivillige aborter, som der også er en stor sorg i. Jeg kan også have et forløb med en herre, som sørger over sin afdøde hustru, eller længere tids sygdom. enten egen sygdom eller ægtefællens sygdom. Sorg kan også bære på følelsen af lettelse, fx i tilfældet med sygdom. Jeg kan også have et forløb med en klient, som er blevet udsat for noget frygteligt igennem barndommen, og har brug for at bearbejde det svigt og sorg. Sorg er mange ting . min erfaring er at med sorgen følger lidelse... Hvis ... altså, jeg kan også have et forløb med en som måske lider af angst, og det er der også en sorg i. En ked-af-det-hed over at have følelsen af ikke at kunne slå til, fungere normalt eller uforstyrret i hverdagen, måske med vedkommendes familie...

Spørgsmål 4: Hvordan oplever du at sorg praktiseres i dine organisatoriske rammer?

Svar: Hvordan vi, psykologer arbejder med sorg? ... Det gør vi jo igennem sessioner og samtaler. Vi er uddannet til at være en guide og en støtte, en rådgiver ... og så foregår det jo sådan at klienten henvises her hos mig, til et forløb over 10-12 sessioner, og ofte ud fra nogle kriterier som klienten så skal opfylde. Klienten har ofte været ved egen

praktiserende læge inden... hvor de har haft en samtale om hvad klienten kan have brug for, og ud fra denne, er det så klientens eget ansvar at opsøge en psykolog eller anden behandler. Nogle gange får klienten også en liste hos egen læge, med psykologer i nærheden – som en hjælp.

Når, men så praktiseres sorg jo på den måde ... at vi er uddannet i at give forskellige redskaber til at kunne være . at kunne indgå socialt, arbejdsmæssigt, kognitivt eller hvad klientens udfordring nu er ...

Jeg udvikler mig hele tiden i forhold til at håndtere og rådgive mine klienter. Jeg deltager i kurser, seminarier og kompetenceudviklingskurser med andre fagprofessioner. Jeg holder også frokost med andre ansatte her i huset, og i den anledning sparre og debatterer vi forskellige problemstillinger. Det er meget givende. Omgivelserne her i huset, for os ansatte, giver dejlige muligheder for både sparring og kollega-hygge. Vi har mødelokaler, hvor vi har mulighed for at booke os ind i tidsintervaller, og her kan jeg og en af de andre psykologer, eller en af de andre . fx en i huset som praktiserer NADA, som er en form for akupunktur. Nå, men så kan vi mødes og sparre, drøfte og diskutere. Vi kan give hinanden vejledning i øvelser omkring mindset, vejtrækning og grounding. Øvelser som jeg fx ikke har lært gennem min uddannelse,

men noget som jeg kun kan videreudanne mig i, på kurser eller aftenskoler. Så ja, det var lige et sidespring. Men det giver måske et lille billede af, hvordan vi her i huset gør brug af hinandens kompetencer og uddannelser.

Vi her i bygningen, er uddannet som det samme, så at sige... og derfor forestiller jeg mig, at vi håndterer sørgende ens ... men ud fra de forudsætninger og ... ja, hvilket menneske vi nu har et forløb med. Alle er jo forskellige. Og det er vi her i bygningen jo også. Ja, jeg ved ikke om det var svar på dit spørgsmål ...

Spørgsmål 5: Hvorfor kommer folk til dig og snakker om sorg?

Svar: Folk kommer til mig for at tale om det, som de ikke altid kan rumme, kan tale med deres netværk eller pårørende om. Her i rummet er alt legitimt og der er plads, ro og professionel hjælp at få. Klienter kommer her fordi de, ofte, er henvist af egen praktiserende læge ... de skal opfylde nogle kriterier for at kunne få henvisning til et forløb ... i hvert fald så det er støttet af sygesikringen ... og disse kriterier udgør så det forløb som jeg tilrettelægger. Fx kan jeg have et forløb med en klient, som er pårørende til en psykisk syg. Klienten er i en slags sorg, fordi der er en følelse af magtesløshed, tab og ... ja, en masse udfordringer, bekymringer for fremtiden eller ... ja, måske klienten har brug for at snakke om, hvordan han eller hun skal navigere i hjemmet, når partneren er

uforudsigelig eller udad reagerende. Hvis der fx er mindre børn i hjemmet. Så har min klient brug for at drøfte de situationer, som enten har været, og som sidder dybt inde i kroppen, sætter sig som angst eller andet. Og så kan jeg støtte i denne samtale og give nogle redskaber til, når eller hvis der opstår flere situationer i hjemmet.

Den erfaring jeg har med klienter i sorg er, at de ofte kommer til, når den akutte sorg er afsluttet ... den akutte sorg er dagene, og nogle gange ugerne, efter tabet. Den akutte sorg er ofte den reaktion, som tyngder og handlingslammer mennesket voldsomt. Det er også i denne reaktion, at man som behandler kan sidde og tænke, puha, du burde ikke være alene, eller kan du nu komme forsigtigt hjemad. Det er sjældent at jeg har haft klienter inde så hurtigt efter et tab. Der er jo desværre også en del ventetid i forhold til at komme til her i praksissen. Nå, men jeg ser ofte mine klienter et par uger, måske måneder efter tabet. Hvor vi snakker om den tidligere relation som var, som ikke er længere, vi genkalder gode og ikke så gode minder og situationer. Og det gør jeg for, at få min klient til at bearbejde. Jeg har nogle redskaber som kan få klienten til at lukke op for de gode minder og for de dårlige, og på denne måde, kan jeg have et forløb med en klient i sorg, som både smiler, griner, hulker og som kan have lyst til at skribe – alt er tilladt.

Spørgsmål 6: Hvordan vil du beskrive dit første møde med en klient?

Svar: Jeg starter altid med at præsentere huset her, hvad huset består af ... altså de andre sundhedsfaglige som arbejder her. Jeg fortæller at vi her i huset, møder klienter med en gensidig respekt og ... vi fortæller at alle mennesker, alle problemer eller sårbarheder er lige vigtige og lige ... har værdi for menneskelivet. Der kan jo komme mange bekymringer, problematikker, udfordringer eller hvad jeg skal kalde det, ind ad døren her. Altså ... mine klienter kan komme med alt mellem himmel og jord. Og det er vigtigt, at de føler det vigtigt og relevant, når vi går i gang.

Ved at præsentere sundhedshuset her, forsøger jeg også at skabe en form for tilknytning til stedet, at her er man velkommen, også i motionscentret, efter en samtale med mig, hvis man fx har brug for det. Bagefter præsentere jeg mig selv, bare et lille indblik i hvem jeg er. Jeg giver både lidt information om mine faglige erfaringer men også, at jeg selv er fraskilt og har tre børn. Det mener jeg giver en form for bro til videre relation og tillid. Der er jo en stor kløft imellem en psykolog og en klient, ved det første møde. Og her, mener jeg, at det handler om at få åbnet lidt op, så samtalen de efterfølgende gange kan være flydende og der er tryk og tillid... Det er selvfølgelig både

via mine uddannelser og erfaringer med mange klienter, at jeg efterhånden har lært, at denne måde at møde en klient på, for første gang, det anlægger ligesom en god sti for videre samtale og opbygning af tillid.

Spørgsmål 7: Er der et bestemt sorgforløb og varighed på sorg?

Svar: Hmm, nej ikke umiddelbart. Tidligere troede man at sorgen var inddelt i bestemte faser og reaktioner, og når man ligesom var ved enden af denne fasemodel, så var man ikke i sorg længere. Man diskuterede sikkert, om disse faser så var livslange. Når ... men faserne var noget med chokfasen, reaktionsfasen osv. Men nej, jeg mener at sorg, som faser, er noget man går ind og ud af, hele livet. I nogle tilfælde kan sorg være vanskeligt at håndtere for den enkelte selv, og det er så her, at enten jeg som psykolog eller anden professionel kan hjælpe. Sorgen kan være så tung, at klienten ikke kan bære den selv. Netværket kan måske være småt, familien omkring min klient kan også selv være i sorg. Ja, der er mange faktorer som gør, at man søger til en psykolog. Men jeg er der ikke for at guide igennem et bestemt forløb, og vi afslutter heller ikke, på baggrund af en bestemt varighed. Sorg varer hele livet, mennesket skal lære at kunne gå ind og ud af sorgen, og på sin måde også acceptere, at det

er en følelse som vil følge resten af livet. Ikke fylde så meget som den gør, de første mange uger, måske måneder... men hele livet. Så nej, sorg har ikke en bestemt varighed. Jo, livets længde. Min opgave er at få sorgen til at falde på plads i klientens liv. At den hverken fylder for meget, eller glemmes helt.

Spørgsmål 8: Sørger mennesket forskelligt og hvordan kan dette komme til udtryk?

Svar: Ja selvfølgelig gør vi det. Der er både forskel på hvilket tab mennesket har været udsat for. Er det en søskende som har mistet, som 20-årig eller en 75-årig . det er der forskel på. Ulykker, sygdomme, unge, ældre. Vores livshistorie, psykiske tilstand, biologi og gener. Jeg oplever sorgen som meget individuel. Hos nogle er den tung og for andre lettere. Og det er ikke ens betydende med, at tabet så har været mildere ... at den som man har mistet er ... var ... mindre betydningsfuld. Det er klart, at sorgen over at miste en forælder i en ulykke er en anden, eller kan være en anden ... end sorgen over at miste sin gamle oldefar, som havde haft et langt og herligt liv med hustru, børnebørn og oldebørn. Sorgen kan i hvert fald udtrykke sig som en anden, ja det er jo ikke til at slå ned på. Jeg er af den forståelse, at mennesker er forskellige, så er deres relationer og dertil følelser. Og derfor er følelsen af kærlighed og sorg også forskellige og kommer derfor forskelligt til udtryk.

Spørgsmål 9: Hvad gør det ved dig at arbejde med sørgende?

Svar: Øhm, jamen det ... altså det gør jo noget. Men jeg ved ikke præcis hvad det gør. Det giver mig måske en følelse af, at livet er unikt. Livet er vigtigt og nu og her. Jeg lever selv meget i nuet – jeg forsøger i hvert fald kraftigt på det. Og det er nok også denne tilgang til livet, jeg gerne har med i mine forløb. I en eller anden grad, selvfølgelig. Jeg er selvfølgelig professionel. Jeg tager ikke alle disse liv med mig hjem, for så ville jeg slet ikke kunne fungere. Men jeg har da min egen psykolog, som jeg går hos. Det er ikke noget jeg gør, fordi jeg ellers ikke ville kunne fungere eller arbejde, men fordi jeg er fortaler for, at man skal reflektere og arbejde med sit livs udvikling, udfordringer og de relationer som livet går ind og ud af.

Spørgsmål 10: Hvordan mener du at sorg skal håndteres?

Svar: Jeg mener at sorg skal håndteres ved samtale, eventuelt med en behandler som jeg. Hvis folk er religiøse, anbefaler jeg en præst. Sorg skal snakkes om, deles og være en del af mennesket. Ved at tale om sorgen kan vi dels bearbejde den relation som ikke er længere, og dels udtrykke det savn og kærlighed vi har til afdøde. Snakker vi ikke om sorgen, fyldes kælderen op med svære og tunge følelser, som til sidst vil oversvømme ... Jaa. Sorg kan være svært at tale om, sorg er ikke lige frem

det man tager op ved middagsbordet en lørdag aften med gode venner ... men det burde det være ... men fordi det ikke er noget vi går og drøfter med ... både dem vi har nær, og det netværk som ikke er tætte på os, så mener jeg at alle burde få et professionel og behandlende forløb ... for at få sorgen indlejret i livet. Hvis vi ikke taler om den, forsvinder den ikke, men den får heller ikke lov at være. Og det er en ond spiral. Jeg må sige, at jeg ser frem til denne nye sorgdiagnose ... hvis du har hørt noget om den?

Spørgsmål 11: Ja, det har jeg. Det er også med afsæt i implementeringen af diagnosen 2020, jeg skriver speciale. Vil du fortælle mere om det?

Svar: Ja det kan du tro. Altså ... jeg er positiv, jeg tror på at en specifikation kan forberede og forbedre behandlingsmulighederne. Jeg tror at vi med den rette uddannelse – eller hvis jeg får nogle kurser i, hvordan jeg konkret skal behandle en sørgende, så vil det give nogle gode betingelser – både for klientens fremtidige liv ... altså ... det er jo nok ikke sidste gang han/hun vil opleve at miste. Men det vil helt sikkert også give min måde at praktisere sorg på en ny dimension. I den forstand, at jeg kan arbejde med sorg på en dybere måde. Jeg glæder mig til at komme dybere ind i sorgens væsen – det må jeg sige.

Jeg skal deltage i en konference i den kommende sommer, hvor vi skal drøfte diagnosen og fremtidigt behandling. Jeg forventer at der deltager mange fagprofessioner, så vi sammen kan diskutere hvordan sorg fremadrettet skal betragtes og ikke mindst håndteres ude i praksisserne. Vi skulle jo helst have en vis konsensus ... eller enighed om behandlingskriterier og diagnosticering. Vi skal undgå at fejl diagnosticere, og det håber jeg at vi kan klæde os på til, ved at dygtiggøre os ved fx konferencer og andre arrangementer hvor vi kan videns dele.

Jeg har haft mange forløb med sørgende, hvor jeg har tænkt, at der skal mere end en samtale forløb hos mig til ... altså, det er ikke fordi jeg tænker at vi skal medicinere sørgende. Men nogle gange kan de have brug for en kortere periode med medicinsk støtte. Fx hvis en sørgende har utrolig svært ved at være der for sine børn, fordi mennesket for et halvt år siden, mistede sin ægtefælle. Jeg støtter ikke medicinalbranchen, men hvis han bedre kan magte sin faderrolle ved hjælp af et medicinsk præparat, så ... Ja. Jeg glæder mig til at der kommer nogle kriterier på, hvornår man opfylder kravene til sorgdiagnose, og så ser jeg frem til, at vi psykologer bliver klædt på til det arbejde. Det ser jeg frem til.

Spørgsmål 12: Hvem mener du skal håndtere sorg og sørgende?

Svar: Sorgen er for den sørgende og den nærliggende familie. Sorgen skal deles og italesættes, og på denne måde får mennesket udtrykt sin kærlighed og sit savn til afdøde. Ofte er det desværre bare sådan, at familie og netværket omkring den sørgende, ikke kan rumme alt det savn og ulykke, og derfor møder jeg ofte mennesker, som sørger indeni dem selv, og her gør sorgen al for ondt. Det er i hvert fald min erfaring. Derfor mener jeg, at når man mister en nærtstående, så skal man lade sorgen fylde en, man skal lade den være til stede, også eksplicit. Og efter en rumstid, så skal sorgen sættes på plads i livet. Og her kan jeg hjælpe. Så jeg mener . selvfølgelig . at psykologer skal være de fagprofessioner, som har forløb og måske behandler mennesker med kompliceret sorg. Den praktiserende læge har ofte ansvaret for at videresende patienten til et forløb til mig, og her, håber jeg, at de almen praktiserende læger også får kompetencerne til at udspecificere hvilke patienter som skal tilbydes et psykologforløb, og hvem der måske kan nøjes med en samtale forløb hos egen læge. Det er deres opgave. De sender dem dog oftest videre, uden at have drøftet kompleksiteten først. Sådan virker det i hvert fald. Nogle gange sker det sgu, at jeg starter et forløb med en klient, som ikke rigtig har så meget at drøfte med mig. Ja. Jeg ønsker

at alle fagprofessioner bliver klædt på til det her, ellers kan vi ikke samarbejde. vi skal jo helst imødekomme denne diagnose ... altså ... det nytter ikke noget hvis jeg og andre psykologer, behandler og støtter op om diagnose, hvis den almen praktiserende læge, som har ansvaret for at henvise patienterne, ikke kan se hvornår det handler om en normal sorgreaktion eller en kompliceret sorgreaktion.

Spørgsmål 13: Hvad tror du at det vil gøre ved folks generelle opfattelser af sorg?

Svar: vores opfattelser og forståelser af fænomener ændrer sig jo hele tiden. Og sorgen må også gerne ændre sig. Det vigtige for mig, som psykolog, er, at sorg ikke patologiseres i sådan en forstand at behandling af sørgende tilhører psykiatrien. Dels fordi jeg ikke mener at sorg er en psykisk sygdom, men særligt fordi ... ej . det lyder selvfølgelig åndssvagt, men hvis sorg bliver et psykiatrisk anliggende, så vil sørgende søge samtaler andet sted end hos mig. Sorgen vil i værste fald blive så tabuiseret, at det heller ikke er noget vi taler med hinanden om. Det kan jeg virkelig frygte. Det er jo ikke ligefrem fordi, at vi går og snakker med vores nabo om vores maniodepressive perioder. Psykisk sygdom er bare ikke sidestillet med somatiske sygdomme, og derud må sorgen ikke komme. Det ville være synd for mennesket. For sorgen

er i den grad en del af menneskelivet. Og det kan man altså ikke sige, at en depression er.

Selvom, at depressioner også uddeles som slikposer. Ej det er en spøg.

Når sorgen bliver en diagnose.

Mia Wolff

Stud.cand.mag. I Læring og Forandringsprocesser
Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi
Aalborg Universitet

Abstract

Selvom forskelligartede sorgreaktioner er anerkendte, har fænomenet sorg de seneste par år været i fokus i den offentlige debat om folkesundhed og psykiatri. Der er efter meget forskning i både ind- og udland opstået en fælles forståelse for, at der findes en type af sorgreaktion, der er så vedvarende og psykisk, at reaktionen behøver klinisk behandling. Forskningen og debatten har medført, at WHO har tilføjet en ny diagnosemanual ICD-11 hvori Prolonged Grief Disorder er inkluderet under manualen 'psykiske lidelser'. Der er gode behandlingsresultater i USA, og derfor forventer nationale forskere, at sorgdiagnostikken vil mindske underbehandling. Landets praktikere er dog skeptiske.

Sorg.

Begrebet sorg bliver anvendt bredt i det offentlige rum og bruges ofte til, at beskrive følelser som er knyttet til hvor hårdt, krævende eller overvældende noget kan være (Mogensen & Engelbrekt, 2013). Mennesket kan sørge og sørger over mange forskellige ting i livet. Sorg kan for eksempel komme til udtryk i og over en skilsmisse, et personligt nederlag, sygdom, et job man har mistet, over penge som er tabt, eller over en ven eller et familiemedlem, som er gået bort (Bo & Jacobsen, 2015). Sorg i almen anvendelse, og i denne artikel, retter sig mod det sidstnævnte – en følelse og en erfaring, som er forbundet til døden.

Den sorg vi føler efter at have mistet en nærtstående, er et universelt menneskeligt vilkår og et fænomen som i sin udtryksform kan variere meget fra menneske til menneske. Og selvom vi betragter sorgen som en negativ følelse – alene fordi den er hjertesøkærende og smertelig – er sorgen ofte, og med rette, anset for at være en yderst meningsfuld og en dyb respons på et tab af en person som man har elsket og værdsat (Brinkmann, 2018). At føle og opleve sorg er nemlig en direkte måde, hvorpå vi kan bekræfte, at menneskelivet leves i et netværk af forpligtende, følelsesmæssige og vigtige relationer til andre mennesker, hvilket vi mærker igennem sorgen, når dem vi elsker dør.

Sorgens udtryksformer er yderst komplekse og derfor veksler sorgens karakter og kræfter i det individuelle udtryk (Guldin, 2018). Nogle mennesker oplever at reagerer voldsomt i sorg, mens andre mennesker reagerer mindre tydeligt.

Hvad er forskellen på sorg og kompliceret sorg?

Den normale sorgreaktion beskrives som den proces der løber forventeligt, hvilket betyder, at sorgen følger et mønster, som er genkendeligt hos størstedelen af alle sørgende (Mogensen & Engelbrekt, 2013).

I et normalt sorgforløb opstår der intense følelser i tiden lige efter tabet af en nærtstående, men ofte ses det, at efter nogle måneder aftager intensiteten, og følelserne og reaktionerne i sorgen fylder herefter på en mere velkendt måde. Det centrale i den normale sorgreaktion beskrives som, at følelserne kan aftage af sig selv, og uden professionel hjælp, men med støtte af familie og venner. Når sorgen bliver kompliceret, opleves intensiteten af følelserne overvældende for den sørgende, og ofte, aftager reaktionerne og følelserne ikke af sig selv og vedbliver derfor i længere tid – hvorfor det typisk viser sig, at disse vil blive behandlingskrævende, dette for at afvikle reaktionerne. Det afgørende for, om sorgreaktionerne er normale eller kompliceret, er intensiteten, varigheden og fleksibiliteten mellem undgåelse og overvældelse af sorgreaktionerne (Mogensen og Engelbrekt, 2013).

Den kompliceret sorgreaktion har været på det internationale forskningsprogram i meget længere tid end i Danmark, nemlig i over 20 år.

I USA har Dr. Kathrine Shear behandlet sørgende mennesker med kompliceret sorg siden 2010. Shears behandling 'Complicated Grief Treatment' består af en kombination af samtaleterapi- og antidepressiv medicin (Shear, 2010). Denne form for terapi- og medicinsk behandling vurderes til at have særligt gode resultater i USA, da undersøgelser viser, at det er langt mere effektivt at behandle mennesker, som har kompliceret sorgreaktion, med 'CGT' end almindelig psykoterapi. Resultaterne måles på forskellige 'adjustment scales' hvor sørgende blandt andet har meddelt, at de oplever forbedringer/styrke i både socialt liv og arbejde, efter behandling af 'CGT'.

De gode behandlingsresultater har resulteret i, at verdensorganisationen WHO tilføjede en ny og forbedret diagnosemanual, som siden juni 2018 har indeholdt Complicated Grief Disorder (sorgdiagnose). Den nye diagnosemanual, ICD-11, medfører store forandringer i diagnostikken for alle medlemslandene, hvorfor Danmark skal indfase sorgdiagnosen i sundhedsvæsenet i 2020.

Verdens største sorgstudie kortlægger hvilke mennesker som er i særlig risiko.

Sorgforsker Mai-Britt Guldin har ledet det hidtil største nationale populationsstudie i sorg og sorgreaktioner. Undersøgelsen har fulgt 1,4 millioner danske sørgende over en 20-årig periode, og resultaterne var påfaldende.

Undersøgelsen viste, at sorgreaktionen for nogle mennesker, ikke aftager indenfor den forventelige tidsperiode på 6-12 måneder, og sorgen har særligt vist sig som værende en invaliderende følelse hos det sørgende menneske både psykisk, fysisk og socialt. Undersøgelsen har desuden angivet, at grupper med forskellige sårbarheder, er i højere risiko for at gå videre i livet med psykisk sygdom, og i få tilfælde selvmord.

Du er i særlig risiko for kompliceret sorgreaktion hvis du er:

- Forældre der har mistet et barn
- Yngre voksne der mister en ægtefælle
- Søskende kan også være i risiko
- Mennesker der tidligere har lidt af psykisk sygdom
- Pårørende efter selvmord
- Pårørende efter pludselige og uventede dødsfald (Sorgkonference, 2018)

Preben Engelbrekt som er direktør i Det Nationale Sorgcenter, som er et videns- forsknings- og kompetence- center, mener, at en sorgspecifikation med dertilhørende risikogrupper forhåbentlig vil mindske over-, under- og fejlbehandling af efterladte sørgende. Engelbrekt har registreret ”overbehandling” af sørgende, særligt grundet vores sygesikringsordning – som tilbyder terapi til efterladte – uanset kompleksiteten af sorgen, samt en fejl- og underbehandling af mennesker med kompliceret sorg. Engelbrekt mener at vores psykologer generelt ikke er specialiseret i at behandle kompliceret sorg, samt vores almene praktiserende læger, har svært ved – og dårligt har tid til – at skelne mellem kompliceret sorg og depression (Mogensen & Engelbrekt, 2013).

Det Nationale Sorgcenter har – med støtte fra Sundhedsstyrelsen – udarbejdet retningslinjer med anbefalinger til det fremtidige arbejde med forebyggelse af kompliceret sorgreaktioner. Dette er muligt efter at Sundhedsstyrelsen oprettede et videns- og kompetencecenter for kompliceret sorg, støttet af satspuljemidler (Det Nationale Sorgcenter).

Hvad siger eksperterne?

Selvom sorgdiagnosen er i sin spæde start og først indføres i Danmarks sundhedssystem 2020, udtaler flere professionelle sorgbehandlere, at de ikke mener at deres professioner er ”klædt på” til, eller har ressourcer til, hverken at diagnosticere sorg og/eller behandle sørgende med potentiel sorgdiagnose.

En tidligere almen praktiserende læge udtaler:

” [...] det har helt sikkert noget at gøre med, at praktiserende læger har så travlt, så det med at sætte en halv time af til én patient, det sker ikke ’ – ’ at lade sorg fylde mere i almen praksis, fordi det fylder hos rigtig mange mennesker. Men det får ikke plads. Systemet er for presset” (Læge, sp. 8).

En repræsentant for præsteembedet fortæller i et interview, at hun endnu ikke har forberedt sig på den nye diagnosemanual og kommende sorgdiagnose. Delvist da hun ikke forventer at hendes praksis omkring behandling af sorg ændres markant med indfasning af diagnosen. Hun udtrykker særlig skepsis over, at sorgens væsen patologiseres og derfor frygter hun, at sørgende i fremtiden vil forvente behandling og hurtigere bedring, hvori hun og andre i provstiet ikke vil kunne tilbyde ”behandlingsgaranti”. Sognepræsten fortæller:

” Jeg betragter ikke sorg som en sygdom. Jeg ser sorg på samme linje, som man også kan snakke om, at forelskelse er en sygdom, hvor man bliver skør og kludret og ikke tænker rationelt. Det kan man også blive af sorg. Så jeg ser ikke sorg som en sygdom.

Man snakker jo om det man kalder 'kompliceret sorg' – som et fagudtryk. Og på den ene side er jeg ikke så vild med det begreb, for al sorg er kompliceret. Man kan også snakke om kompliceret liv. Jeg bryder mig ikke om, at sorg bliver kategoriseret som en sygdom. Men hvis vi siger at kompliceret sorg er sorg og en masse andre ting, så kan jeg godt gå med på det udtryk. For der kan jo godt ligge en tidligere depression og lure" (Præst, sp. 18).

Der forekommer givetvis nogle fremtidige udfordringer i forbindelse med indfasningen af sorgdiagnosen. En udfordring kunne for eksempel opstå i det øjeblik, hvor den praktiserende læge ikke, som forventet, forstår at diagnosticere sorg og/eller henvise en patient til et kvalificeret psykologforløb, hvilket antageligt kan få personlige og organisatoriske konsekvenser.

Spørgsmålet er hvilke organisatoriske forventninger og krav der vil opstå og gøre sig gældende i den fremtidige behandling af sorg? Og kan vores eksperter på området behandle sørgende uden et "afkrydsningsskema" eller en manual? Det må tiden vise.

Referencer

Bøger:

Bo, I. & Jacobsen, M. (2015) *Hverdagslivets følelser. Tilstande, relationer, kulturer*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2018) *Det sørgende dyr, om sorgen, selvet og samfundet*. Forfatteren & Klim.

Mogensen, R. J., & Engelbrekt, P. (2013) *At forstå sorg. Teoretiske og praktiske perspektiver*. 1. udgave. Samfundslitteratur.

Online dokumenter og websides:

Det Nationale Sorgcenter. (2019) Nye kliniske retningslinjer skal forebygge komplicerede sorgreaktioner. Lokaliseret sidst 16. maj 2019 på World Wide Web: <https://bornungesorg.dk/news/nye-kliniske-retningslinjer-skal-forebygge-komplicerede-sorgreaktioner/>

FEAP. (9. november 2018). *Kompliceret sorg*. Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: <http://feap.au.dk/forskning/tab-sorg/kompliceret-sorg/>

Guldin, M. (2014). *DIAGNOSE?* Psykolog Nyt, s. 6. Lokaliseret sidst 16. maj 2019 på World Wide Web: <http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/18268.pdf>

Guldin, M. (28. sep. 2018). *Sorgkonference: Giv sorgen betydning. Om forebyggelse af vedvarende sorglidelse*. Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web: <https://www.youtube.com/watch?v=LeO0uMMGH54>

Shear, M. K. (2010). *Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. Bereavement care: for all those who help the bereaved*, 29(3), 10–14. doi:10.1080/02682621.2010.522373.

Lokaliseret sidst 14. maj 2019 på World Wide Web:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156458/>