

**Gruppenummer:** 33

**Fulde navn:** Mette Guttorm Jensen

**Studienummer:** 20190929

**4. Semester:** Kandidatspeciale i Socialt Arbejde

**Titel på projekt:** Konsekvenser af den nye sorgdiagnose Prolonged Grief Disorder -  
En kvalitativ undersøgelse af fagprofessionelles anskuelse af sorgen og diagnosen

**Vejleder:** Mustafa Kemal Topal

**Antal anslag:** 162.705

# Forord

Til minde om min mor Anette Jensen

1958 - 1996

Jeg først og fremmest gerne takke de mennesker, der har deltaget som informanter i dette speciale. Med jeres både personlige og professionelle anskuelser og oplevelser, har I bidraget med ny viden om sorg samt nye perspektiver på sorgdiagnose Prolonged Grief Disorder. Desuden vil jeg takke min vejleder Mustafa Kemal Topal for at hjælpe mig gennem specialeprocessen med en uundværlig positivitet, støtte og sparring. Derudover vil jeg gerne takke Lise, Mikkel, søster Sus og søster Lene for oversættelse, gennemlæsning, redigering, gode råd og ikke mindst børnepasning. Tilslut skal der lyde en stor tak min dejlige kæreste Peter, som tålmodigt og kærligt har støttet mig gennem specialeforløbet, hjulpet mig med at bevare roen i tilspidsede situationer og ikke mindst højne min motivation hele vejen igennem processen. Tusind tak til jer alle!

Jeg tilegner specialet mindet om min mor, Anette Jensen. Hun døde i en lys og varm sommernat i 1996. Hendes død har betydet, at jeg specialeprocessen igennem har haft et sært dobbeltperspektiv på min egen sorg - indefra i forhold til relationen mellem mor-datter, men også udefra, idet min viden om sorg er blevet nuanceret og udbygget gennem de teoretiske og empiriske tekster jeg gennem specialet har arbejdet med.

## **Indholdsfortegnelse:**

**ABSTRACT**

**FORORD - side 1**

### **KAPITEL 1 - INDLEDNING - side 4**

**Historisk udvikling af sorgens forståelse - side 5**

**De psykiatriske diagnosernes udviklingslinjer - side 9**

**Problemfelt - side 10**

**Eksisterende forskning på området - side 13**

**De sorgramtes syn på sorgen og diagnosen - side 14**

**De professionelles syn på sorgen og diagnosen - side 15**

**Kontekstualisering af specialet - side 16**

**Specialets teoretiske forståelse - side 17**

**Specialets empiri - side 18**

**Specialets problemformulering - side 18**

### **KAPITEL 2 – TEORETISK STÅSTED - side 19**

**Et Foucault-inspireret socialkonstruktivistisk perspektiv - side 19**

**1: Diskurs og magt i samfundet - side 21**

**2: Begrebet diagnosekultur - side 23**

**3: Afværgemekanismer - side 25**

### **KAPITEL 3 – METODE - side 27**

**Kvalitativ undersøgelsesform - side 27**

**Adgang til felt og rekruttering af informanter - side 28**

**Ethiske overvejelser - side 30**

**Interviewguide - side 31**

**Fokusgruppeinterview med de fire udvalgte informanter - side 33**

**Udførelse af interviews - side 33**

**Bearbejdning af data - 34**

## **Analysestrategi - 35**

### **KAPITEL 4 - DISKUTERENDE ANALYSE - side 36**

#### **Analysetilgang og opbygning - side 36**

#### **Analysedel 1: Sorgens væsen - side 37**

1.1 Sorgen er vanskelig at definere - side 37

1.2 Sorgen har ingen varighed - side 40

1.3 Sorgen er stadig tabu - side 43

Delkonklusion på analysedel - side 45

#### **Analysedel 2: Diagnosekulturen - side 45**

2.1 Sorgen bliver sygeliggjort - side 46

2.2: Diagnosen stigmatiserer - side 48

Delkonklusion på analysedel 2 - side 52

#### **Analysedel 3: Diskursen og magten - side 53**

3.1 Sproget har en større betydning end vi tror - side 53

3.2 Manglende sprog og termer i dokumentationen - side 56

3.3 Viden og magt over sorgen - side 59

Delkonklusion på analysedel 3 - side 62

#### **Analysedel 4 - De professionelle og sorgen - side 62**

4.1: Mangel på tid og ressourcer - side 62

4.2: Kom ind og få ordnet dit hjerte - og så hjem med dig - side 65

Delkonklusion på analysedel 4 - side 67

### **KAPITEL 5 - KONKLUSION - side 69**

### **KAPITEL 6 - PERSPEKTIVERING - side 73**

### **LITTERATURLISTE - side 75**

**Bilag 1** - Kriterier for Prolonged Grief Disorder

**Bilag 2** - Interviewguide

**Bilag 3** - Opfølgende spørgsmål til informanter i fokusgruppeinterview

## **Kapitel 1 - INDLEDNING**

Dette speciale omhandler, hvilke konsekvenser den nye sorgdiagnose, den såkaldte *Prolonged Greif Disorder* (Det Nationale Sorgcenter, 2022 (1)) potentielt kan få for det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde i Danmark<sup>1</sup>.

Specialet vil se nærmere på, hvordan de sundheds- og socialfaglige fagprofessionelle oplever og forstår sorg hos de patienter og borgere de møder i deres professionelle virke samt diskutere, hvilke konsekvenser *Prolonged Greif Disorder* (herefter PGD) potentielt kan få i forhold til forståelsen og håndteringen af sorg blandt de mennesker de fagprofessionelle møder i deres virke.

Begrebet sorg antages at være en grundlæggende menneskelig følelse, som alle på et tidspunkt kommer til at opleve i deres liv. Ifølge sorgforsker Mai-Britt Guldin er sorg den reaktion, vi oplever, når vi mister noget, der er betydningsfuldt for os. Vi kan sørge over mangt og meget: Et mistet job, en skilsmisse, venskaber, der går i stykker, personlige nederlag, sygdom - eller når menneske vi har kær dør (Guldin, 2019; 11). Da PGD er begrænset til at være en diagnose, som relaterer sig til det enkelte menneskes oplevelse af sorg over at have mistet et menneske i deres liv, retter dette speciale begrebet "*sorg*" mod den følelse og erfaring, som er forbundet til døden.

At mennesket sørger over den døde bliver således betragtet af flere forskere og filosoffer, som en alment menneskelig erfaring og et universelt, eksistentielt menneskeligt vilkår og et fænomen som i sin udtryksform varierer individuelt fra menneske til menneske (Freud, 1917; Brinkmann, 2021; 9, Guldin, 2019; 11).

Der er på den måde noget essentielt ved sorgen, som siger noget om, hvem vi er som mennesker. Vi knytter bånd til hinanden i kærlighed. Når et menneske vi elsker dør, forsvinder denne kærlighed ikke, men tager form af sorg. Den menneskelige eksistens kan således siges at være et spændingsfelt mellem kærligheden og erkendelsen af døden og dens uomgængelighed. Der hvor de to krydser hinanden, dér findes sorgen, argumenterer psykologiprofessor Svend Brinkmann (2018).

---

<sup>1</sup> PGD har endnu ikke fået en dansk oversættelse og er heller ikke blevet implementeret i det danske sundhedsvæsen endnu. Derfor vil diagnosens engelske betegnelse blive anvendt i dette speciale.

Brinkmann og Petersen argumenterer for at sorgen, som fænomen gennem tiden har undergået markante forandringer. Disse forandringer er understøttet af en lang række faktorer eksempelvis samfundets generelle udvikling, udbyggelse af nye sorgteorier, nye normative regler og ritualer i forhold til sorgpraksisser og senest opkomsten en ny sorgdiagnose, som dermed knytter behandling og patologisering til sorgen (Brinkmann & Petersen, 2021; 10).

Men hvordan kan det være at opfattelsen af sorgen har undergået en sådan udvikling? Og hvordan bliver sorgen egentlig betragtet i vores velfærdssamfund i dag? Hvilken betydning har det at en ny sorgdiagnose PGD er under implementering i Danmark? Og hvilken betydning har denne betragtning og denne kommende diagnose for de mennesker som rent faktisk står midt i sorgens kaotiske stormvejr? Motivationen for dette projekt er en undren over ovenstående spørgsmål, og i relation til mit professionelle virke som sygeplejerske, har jeg gennem mange år oplevet og erfaret, hvordan sorgen i stigende grad kan blive betragtet som noget der skal behandles, intervereres for og helst hurtigt skal forsvinde igen. At menneskelig lidelse - som sorg er - bliver set som noget negativt, noget sygeligt og noget som helst skal overstås, så den sørgende kan blive et glad og lykkeligt menneske igen.

### **Historisk udvikling af sorgens forståelse**

Ifølge sociologerne Michael Hviid Jakobsen og Anders Petersen er sorgen er et gammel fænomen og bevæger man sig tilbage i historien, kan man se at forholdet mellem de levende og de døde har gennemgået dramatiske ændringer op igennem historien (Jakobsen & Petersen, 2020: 5). Det ældste arkæologiske fund man har for menneskelig aktivitet, er fra ritualer og begravelsesceremonier og det ældste epos vi har, er fortællingen om Kong Gilgamesh's sorg over at have mistet sin gode ven Inkidu (Brinkmann, 2021: 143).

Således begynder hele litteraturen med tab, tabserfaring og sorg. Videre går det derud af med Homeriske digte, græske tragedier og således kan man sige, at sorgen kan anskues som en universel menneskelig erfaring (Brinkmann, 2018: 8).

I middelalderen blev døden i højere grad end i dag, opfattet som allestedsnærværende og forventeligt (Jakobsen & Petersen, 2020: 8; Kofod, 2017). Døden opnåede en grundlæggende accept og den blev imødekommet med meget enkle og udramatisk ritualer sammenlignet med vores tid. Ifølge den franske

mentalitetshistoriker Philip Ariés (Jacobsen & Petersen, 2020: 8) var der ingen skillelinje mellem de levende og de døde, og man havde en opfattelse af, at de begge eksisterede indenfor den samme tidsramme mellem to punkter; Den ene side var Skabelsen og Dommedag på den anden. Således havde man en ret tæt kontakt med de døde. De døde blev ikke gemt væk - de var synlige i samfundslivet og eksempelvis begravelserne, som fandt ofte sted tæt på, hvor folk boede og levede deres dagligdagsliv.

Ariés (Jacobsen & Petersen, 2020: 9) peger endvidere på, at hele denne periode bar præg af, at døden var kollektiv. Man kan betegne det som "*vores død*", idet det var og er vores allesammens fælles vilkår at dø og være dødelige.

Op gennem den sene middelalder, så bliver døden gradvist mere og mere individualiseret. Individet blev optaget af, hvordan man var ansvarlig for sit eget liv med mulighed for at påvirke sin egen skæbne i det hinsidige. Eksempelvis i form af at angre og gøre bod for sine synder. Denne drejning og nye tankegang kan betegnes som et udtryk for en gryende individualisering, som så også kommer til udtryk i forskellige praksisformer som udvikles i perioden (Jacobsen & Petersen, 2020: 9).

Senere hen i romantikken opstår et helt nyt og radikalt anderledes forhold til døden. Det som kommer i fokus i denne periode, bliver det man kan kalde for "*den andens død*". Med dette begreb fokuseres der nu i højere grad end tidligere på, hvad der sker med den overlevende part, som mister et menneske de har elsket. Dermed er der i romantikken ikke længere hovedfokus på den døde. Sorgen kommer nu i højsædet og bliver så at sige omdrejningspunktet for, hvordan man nu forholder sig til døden.

Hvis man skal forstå denne bevægelse, så bliver man også nødt til at se nærmere på hvilke samfundsmæssige og kulturelle ændringer, der fandt sted i samme periode. Det er en tid der er præget af industrialisering, urbanisering og kernefamilien begynder at få en ny betydning (Jacobsen & Petersen, 2020: 9). Døden individualiseres og trækkes langsom ud af fællesskabet og religionens måde at håndtere sorgen på. Denne udvikling i dødkulturen gør, at døden opleves skrækindjagende for det enkelte individ og noget som ikke er ønskværdigt at skulle forholde sig (Ibid.).

Dermed bliver sorgen i følge Ariés op gennem det 20. århundrede til det man kan kalde "*den forbudte død*" (Jacobsen & Petersen, 2020: 8). Sorgen og døden bliver i

perioden tabuiseret og fortrængt, hvilket kobler til de to verdenskrige, som medførte ubegribelige antal dødsofre og lidelser. I denne kontekst så fremstår døden og alt, hvad der kan associeres med døden eksempelvis sygdom, alderdom og sorg, tabuiseret og set som noget, der skal gemmes væk (Jacobsen & Petersen, 2020: 9). Sorgritualer og praksis knyttet hertil bliver nedtonet, forenklet og privatiseret. Sorgen bliver ifølge andre historikere bl.a. Gorer (1955) tilmed betragtet som pornografisk og en form for følelsesmæssig masturbation, som er forbundet med skam. Noget der helst skal foregå i det private og noget som helst "bare skal overstås" (Gorer, 1955). Der opstår i perioden således en ny måde at sørge på. Et ideal, hvor det for den sørgende handler om at "*komme igennem sorgen*", for så at vende tilbage til det normale hverdagsliv (Kofod, 2020: 25), som med Sigmund Freuds værk "Trauer und Melancholie" (Freud, 1917) blev skelsættende for den senere tids opfattelse og forklaring af sorgens væsen. Freud beskriver sorgen, som en afgrænset proces, hvor det naturlige mål for sorgprocessen var en følelsesmæssig adskillelse fra den afdøde, således at den sørgende kunne vende tilbage til det normale dagligdagsliv og reinvestere i fremtidige relationer (Kofod, 2020: 26). Som nedenstående citat fremhæver, anså Freud således sorgen som en naturlig, smertefuld og ganske langstrakt proces, som afveg fra menneskets daglige liv. Dertil mente han ligeledes at sorg ikke var noget man hverken skulle intervenere i eller sygeliggøre. Freud skriver:

*"Selvom sorg indeholder alvorlige afvigelser fra den normale indstilling til livet, falder det os aldrig ind at anse den som en patologisk tilstand og underkaste den medicinsk behandling"*  
(Freud, S., 1917)

I følge Kofod (2020: s. 26) var Freuds studier primært baseret på kliniske observationer af hans patienter, som derefter mere eller mindre eksplicit er blevet grundlaget for universelle teorier om sorgens forløb. Der sker desuden en bevægelse i sorgforskningen fra de oprindelige deskriptive modeller - baseret på kvalitative interviews, kliniske observationer til sidenhen omskrivelse til præskriptive modeller, eksempelvis hvordan et sorgforløb "*burde*" forløbe . Med denne bevægelse sker der således et skift i skelnen mellem at anskue "*normale*" sorgreaktioner" og "*sygelig*" eller patologiske sorgreaktioner (Ibid.).



I de senere udviklingstendenser i sorgforskning, begynder man at bevæge sig væk fra forestillingen om de førnævnte velafgrænsede og veldefinerede faser og stadier til fordel for modeller der giver mere rum for individuel variation og mindre afgrænsede sorgprocesser. Eksempelvis tosporsmodellen som blev udviklet af de to hollandske forskere, Margaret Stroebe & Henk Schut (Stroebe & Schut, 1999). Tosporsmodellen, som udspringer af traumeteori, tager udgangspunkt i, hvordan en traumatisk hændelse typisk medfører undgåelse og konfrontation med den traumatiske oplevelse. De to spor er gensidigt forbundne og centralt i modellen ser man det sorgramte menneske pendulere mellem det såkaldt *tabsrelaterede spor*, hvor mennesket er intenst optaget af sorgens følelser, og det *reestablerende spor*, hvor mennesket søger at tilpasse sig det nye liv og dermed finde ny mening med tilværelsen (Kofod, 2021; 33). I Modellen optræder ligeledes en øget opmærksomhed på, at målet om følelsesmæssig adskillelse fra afdøde, som Freud ellers var fortaler for, *ikke nødvendigvis* var målet for enhver sorgproces, men at der i stedet er et fokus på, at fortsætte båndet til den afdøde og at give plads til denne i et sorgforløb (Kofod, 2020: 33).

For at samle op på ovenstående historiske nedslag, så er den helt afgørende og væsentligste forandring, hvad angår synet på sorg, at mennesket går fra en religiøs kultur, hvor sorgen, ritualer og praksisser er til for "*den dødes*" skyld - og ikke for "*de efterladtes*" skyld, som man ser i det individualiserede samfund i dag. Hvordan den enkelte, som bliver ramt af sorg, kan have en oplevelse af at blive ladet alene uden rituelle eller fastlagte og på forhånd givne praksisser, som kan føre den efterladte igennem sorgen. I stedet blomstrer nye teoridannelser og metoder op, for at kunne forklare, favne og retningsanvise sorgens rammer for den sørgende. Denne bevægelse understøtter en i højere grad individualiseret anskuelse af sorg og sorgpraksisser, modsat tidligere tiders fællesskab i religion, tradition og regler.

Brinkmann & Petersen (2021) forklarer at denne individualisering af sorgen gennem de seneste år har betydet at der i dag er skabt en øget interesse i sorg (Brinkmann & Petersen, 2021; 8). Det individualiserede menneske "gør" sorg på mange forskellige måder og Interessen i forhold til sorg er på den måde en tendens i samtiden, som i den grad bliver sat på dagsordenen i forskellige samfundsmæssige arenaer. Eksempelvis sundhedspolitisk, hvor diagnosticering, sygeliggørelse og behandling

diskuteres. Desuden ses et stigende antal sorggrupper i foreningsregi, i kirker og på internettet. Det ses i populærkulturens tematisering af sorg i både litteratur, musik, tv-shows samt forskningsverdenen - for bare at nævne nogle. Man kan, som Brinkmann nævner det, tale om *“at sorgen er kommet i centrum for det moderne menneskes refleksion over tilværelsen”* (Brinkmann, 2018: 12).

### **De psykiatriske diagnosernes udviklingslinjer**

For at sætte sorgen i kontekst til sorgdiagnosen PGD, vil jeg herunder kort sætte fokus på diagnosernes historiske udvikling i den vestlige kultur samt på hvordan PGD-diagnosen opkomst i Danmark kan forklares ud fra disse historiske linjer.

Psykiske lidelser, blev i tiden før anden verdenskrig anskuet ud fra den biologiske arvelighedslære og gennem genetisk betingede faktorer (Ringø, 2016, Jensen, 2021; 3), Diagnoserne blev op gennem de 20. århundrede, udbygget og videreudviklet og langsomt blev forklaringsmodeller i den psykiatriske praksis transformeret til at have en mere sociologisk og psykoanalytisk karakter end tidligere (Ibid.). Nye diagnosesystemer blev op gennem 70'erne indført, eksempelvis Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og WHO's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (Ibid.). Med disse nye diagnosesystemer ændres de psykiatriske diagnoser karakteristisk; Fra at inddrage bagvedliggende generative eller indre mekanismer, til at nu at tage udgangspunkt i kvantitative evidensbaserede metoder og deskriptive kategoriseringer og modeller (Ringø, 2016, Jensen, 2021; 3).

Denne udviklingen af diagnosesystemerne repræsenterer et paradimeskift i de gældende sandhedsopfattelser, sygdomsmodeller samt anskuelse af sygdom og psykisk lidelse (Ibid.). Der sker derudover en øgede patologisering og ligeledes en ændring i opfattelsen af sygdom og lidelse samt et øget fokus på individet (Ringø, 2016; Nissen og Ringø, 2018). Psykiatriske og sociale problemer som tidligere blev anskuet, som værende på grund af samfundsmæssige forhold, bliver nu forklaret nu ud fra en samfundsmæssig individualisering med et øget fokus på patologi og diagnosticering (Ringø, 2016; Jensen, 2021; 4). Med denne diagnostisk og positivistisk anskuelse kan man sige, at menneskets lidelse og sygdomme ligger indlejret i individet selv. På den måde diagnosticeres individet og ikke samfundet (Brinkmann & Petersen, 2015). Problemet ved udelukkende at se på individets

symptomer, er at sociale forhold og ydre omstændigheder overses og overhøres. Faktorer som muligvis kunne forklare, hvorfor individet har det svært eller oplever ubalance i livet. På den måde bliver individet selv stillet til ansvar for og til bærer af problemet gennem denne diagnostiske logik (Brinkmann & Petersen, 2015; Jensen 2021; 3).

### **Problemfelt**

Men hvordan kan det være, at fokus på sorgen og den nye sorgdiagnose er under opblomstring netop nu? Og hvorfor er det netop nu at man finder det nødvendigt at diagnosticere sorgen - og således skelne mellem sorg som værende normal eller sygelig?

En mulig årsag til PGD opkomstbetingelser, kan ifølge Brinkmann og sociolog Anders Petersen, forklares ud fra at vi i Danmark og generelt i den vestlige verden i dag, lever i en *diagnosekultur* (Petersen, Brodersen & Saxstrup, 2021; 364, Brinkmann & Petersen, 2015; 7). En diagnosekultur kan karakteriseres som en samfundsmæssig udvikling eller kulturel situation, hvor man anvender diagnoser til en række formål, som de oprindeligt ikke var tiltænkt (Brinkmann & Petersen, 2015; 8). Diagnosekulturen kommer således til udtryk både i hverdags sproget og i omgangen med hinanden samt generelt i menneskers forståelse af liv og lidelse - herunder sorg (Ibid.). Et ganske særligt træk ved diagnosekulturen, er det diagnostiske og medicinske sprog, som anvendes generelt og af alle mennesker i samfundet - og således ikke kun er forbeholdt læger og psykiatere (Ibid.). Med dette sprog og denne diskurs skabes der et diagnostisk og psykiatrisk blik på mennesket og menneskelig lidelse, hvilket gør, at et fænomen som sorg kan blive forklaret ud fra diagnostiske forklaringsmodeller og forståelsesrammer. Således har sproget og forståelsesrammerne, som ligger indlejret i diagnosen - herunder i PGD-diagnosen - en vigtig rolle at spille i menneskets opfattelse af liv og lidelse (Brinkmann & Petersen, 2015:). I den sammenhæng skriver Brinkmann at mennesket ikke kun er offer *for* et diagnosesamfund, men også medskabere *af* et diagnosesamfund, og i den kontekst mister mennesket måske kontakten til de grundlæggende eksistentielle dimensioner af menneskelivet, som døden og sorgen repræsenterer (Brinkmann, 2018).

“Sygelig sorg” eller “patologisk sorg” er ifølge sorgforsker Ester Holte Kofod et af de områder, som har genereret mest aktivitet i de seneste årtiers sorgforskning (Kofod, 2017, Kofod 2020). Mange forskellige begreber knyttet sig til termen: Forlænget sorg, kompliceret sorg, traume sorg, morbid sorg, fraværende sorg, kronisk sorg, udskudt sorg, fortrængt sorg med flere. Alle sammen eksempler på, hvordan sorgen beskrives, som noget der kan adskille sig det “normale”, det “sunde” og “ideelle” sorgforløb. Tages der udgangspunkt i ICD-11’s nuværende kriterier på PGD (se bilag 1 eller Det Nationale Sorgcenter, 2022 (1)), så adskiller symptomer og reaktioner sig ikke væsentligt og kvalitativt fra sorg i almindelighed (Kofod, 2017, s. 39). Diagnosekriterierne peger på en række følelsesmæssige, kognitive, adfærdsmæssige og kropslige symptomer hos den enkelte sørgende, som til forveksling ligner psykologiens lærebogers beskrivelser af sorg: Længsel og savn efter afdøde, optagethed af den afdøde, følelsesmæssig smerte herunder tristhed, skyldfølelse, vrede og benægtelse, vanskeligheder ved at indgå i sociale aktiviteter, med videre (Ibid.).

Der hvor PGD adskiller sig fra den “normale” sorg, er ifølge de foreløbige kriterier i ICD-11, vedrører varighed og intensitet (se bilag 1 eller Det Nationale Sorgcenter, 2022 (1)). Med andre ord, kan et sørgende menneske blive diagnosticeret med diagnosen PGD, hvis sorgen har stået på i 6 måneder efter dødsfaldet eller har varet atypisk længe i forhold til, hvad der anses for “normalt” i den sørgendes kultur, hvilket kan antages at være et individuelt og personligt anliggende.

Med ovenstående argumenter fra forskere på området, kan det således anskues at være et dilemmafyldt farvand at skulle søsætte PGD i det danske sundhedsvæsen, og ét af de spørgsmål som i den forbindelse melder sig er, hvilke udfordringer og konsekvenser diagnosens snarlige implementering vil medføre? Ikke blot på samfundsniveau i forhold til de sundheds- og sociale institutioner samt de fagprofessionelle, men også hvilke ressourcemæssige og menneskelige konsekvenser diagnosens kan tænkes at få eller få betydning for?

I Danmark dør ca. 55.000 mennesker om året (Danmarks Statistik, 2022). Det betyder at hver 10. menneske som mister en nærtstående person i deres liv, bliver ramt af PGD (Lundorff, et. al., 2017; Killikelly & Maercker, 2017, Det Nationale Sorgcenter, 2020 (1)). Med andre ord; hvis man i gennemsnit regner med, at det

afdøde menneske har fire nærtstående pårørende, må man antage at et betragteligt antal mennesker i Danmark potentielt vil kunne få stillet den kommende sorgdiagnose og dermed adgang til terapeutisk behandling (Det Nationale Sorgcenter, 2022 (1)).

Interesseorganisationen Det Nationale Sorgcenter blev stiftet i 2000 af direktør Preben Engelbrekt under mottoet "Sorg må ikke ødelægge livet (Det Nationale Sorgcenter, 2022 (3))". Organisationens mål er at give relevante fagprofessionelle kompetencer og viden til at forebygge, identificere og behandle mennesker komplicerede sorgreaktioner (Det Nationale Sorgcenter, 2022 (2)). Derudover at sikre ny viden på området bliver koblet med fagprofessionelles praktiske erfaringer, som aktivt kan anvendes i sorgterapien. Dette gøres blandt andet ved at interesseorganisationen udbyder kurser, seminarer, webinar og uddannelser inden for sygdom og sorg (Det Nationale Sorgcenter, 2022 (2)). Det Nationale Sorgcenter mener, at PGD-diagnosen kan bidrage til en bredere national og offentlig anerkendelse af sygdommens alvor blandt de ca. 10% af de mennesker som rammes af PGD. Centret argumenterer således for at PGD skal betragtes som en psykiatrisk behandlingskrævende sygdom, da det sørgende menneske er i risiko for at udvikle alvorlige ledsagesymptomer, herunder social tilbagetrækning, depressive følelser, somatiske lidelser. Det Nationale Sorgcenter har således et ønske om at imødekomme implementering PGD i Danmark og ovenstående aktiviteter i sker bl.a. i kølvandet af Verdenssundhedsorganisationen WHO's fremlæggelse af diagnosen i 2018.

I forbindelse med udgivelsen af den nyeste version af diagnosemanualen ICD-11 fremlagde WHO i 2018 den nye diagnose PGD. Baggrunden var som før nævnt, at de ca. 10% af sorgramte mennesker ville udvikle sygdommen.

Dog skildte den nye sorgdiagnose imidlertid vandene blandt landets forskere og fagprofessionelle i Danmark; Sundhedsstyrelsen havde inviteret en arbejdsgruppe bestående af psykiatere, praktiserende læger, psykologer samt interesseorganisationen Det Nationale Sorgcenter, til at udforme diagnosens kriterier og symptomerbeskrivelser - som alle diagnoser kræver for at blive stillet (Petersen, Brodersen & Saxtrup, 2021; 369). De forskellige fagprofessioner skulle blandt andet nå til enighed netop omkring udarbejdelsen af den danske version af diagnosen,

men grundet forskelligartede anskuelser af sorgens væsen og indholdsmæssige interessekonflikter, fik arbejdsgruppen aldrig udarbejdet de endelige kriterier. De praktiserende læger og psykologer påpegede problemer omkring selve grundlaget for udformningen af diagnosen samt på, hvordan man validt kunne afgrænse PGD i forhold til andre lidelser. Disse faggrupper kunne desuden ikke genkende sorgforskningens resultat om udbredelsen på 10% af sygdommen fra deres egen praksis (Petersen, Brodersen & Saxtrup, 2021; 370). Det Nationale Sorgcenter argumenterer imidlertid for, at forskningen var valid og at sorgdiagnosen ville kunne åbne op for en bredere og bedre mulighed for at forebygge og identificere en patologisk sorg blandt befolkningen (Petersen, Brodersen & Saxtrup, 2021; 370, Det Nationale Sorg Center, 2020 (1)).

Status i foråret 2022 er, at Sundhedsstyrelsen hverken har givet PGD en dansk oversættelse og eller er blevet implementeret i det danske sundhedsvæsen (Det Nationale Sorgcenter, 2022 (1); Petersen, Brodersen & Saxtrup, 2021; 369).

I forhold til Danmarks udfordring af implementeringen af diagnosen, anerkender WHO at der er problemer i forhold til kriterier og evt. en tiltagende medikalisering af en naturlig del af tilværelsen (ICD-11, 2021; 7).

Men hvorfor er det så svært for ovenstående fagprofessionelle at nå til enighed omkring denne sorgdiagnose? Hvad skyldes denne modstand på en diagnose, som umiddelbart har til formål at hjælpe mennesker i dyb sorg over at have mistet én de har kær? Findes denne uenighed om sorg og diagnose ligeledes blandt andre faggrupper, som i deres daglige praksis møder mennesker i sorg? Og afspejler denne uenighed en tendens i samfundet generelt?

For at prøve at forstå dette, vil jeg vil kigge nærmere på, hvordan anskuelser og traditioner for sorgen og døden har ændret sig over tid - lige siden mennesket oprindelse og op til i dag samt på, hvordan sorgforskningen på historisk vis forklarer fænomenet sorg.

### **Eksisterende forskning på området**

I 2016 og i forbindelse med den dengang ventede introduktion af PGD-diagnosen i WHO's diagnosemanual ICD-11, blev oprettelsen af Forskningscentret "Sorgens Kultur" en realitet (Kofod & Sköld 2021: 1, Sorgens Kultur, 2021). Centrets forskning

løb over fem år fra 2017-2022 og involverede et tværfagligt samarbejde mellem forskere fra Aalborg Universitet, Aarhus Universitet, Københavns Universitet og blev finansieret af Den Obelske Familiefond. Sigtet for dette store forskningsprojekt var at *“undersøge sorgerfaringer specifikt, men også de kulturelle rammer og forestillinger om lykke og lidelse, som sorg udspiller sig indenfor i vor tid”* (Kofod & Sköld 2021: 1). Dette sigte med udgangspunkt i og bidrag fra sociologiske, psykologiske, filosofiske og litteraturvidenskabelige perspektiver. Forskningsprojektet udmundede i udgivelsen af antologien *“Menneskets Sorg - et vilkår i forandring”* (2021), som blev lanceret i forbindelse med centrets afslutningskonference i december 2021 (Petersen & Brinkmann, 2021). Med udgangspunkt i denne nyeste viden og forskning vedrørende forskellige sorgerfaringer og kulturelle rammer samt forestillinger om lykke og lidelse, har jeg til specialet udvalgt anvendelse af følgende fire tekster fra netop denne udgivelse:

I første kapitel i bogen, *“Sorg i historisk perspektiv: Hundrede års sorgteoretiske udviklingslinjer”*, undersøger og diskuterer Ester Holte Kofod den vestlige verdens sorgudvikling og hvor sorg, eksistens og sygdom belyses (Kofod, 2021; 23-44).

I et samtidsdiagnostisk perspektiv undersøger Anders Petersen og Michael Hviid Jacobsen sorgen hvordan sorgen har undergået forandringer, som har påvirket vores nutidige opfattelse af udtryk og håndtering af sorg (Jacobsen & Petersen, 2021; 69-92). Ester Holte Kofod og Svend Brinkmann sætter i *“Sorgens normativitet: At sørge i en lykkekultur”* (Kofod & Brinkmann, 2021; 93-117) fokus på den vestlige kulturs optagethed af at *“være lykkelig”* og samtidig ville forebygge og minimere lidelse - herunder sorg.

Sluttelig giver teksten *“Sorgdiagnosen på (over)arbejde”*, skrevet af Anders Petersen og venner (2021; 361-383), praktiske perspektiver på sorgen og på potentielle dilemmaer i forhold til indførelsen af PGD og risikoen for overdiagnosticering.

### **De sorgramtes syn på sorgen og diagnosen**

Hvordan italesætter sorgramte mennesker selv udsigten til en ny sorgdiagnose? Det har blandt andet Ester Holte Kofod, undersøgt i sin ph.d.-afhandling fra 2017. I denne undersøger hun forældres sorgerfaringer i forbindelse med tabet af et spædbarn herunder, hvordan forældre oplevede mødet med omverdenens forventninger i deres sorg (Kofod, 2017; 11). Gennem hendes interviews med de sorgramte forældre, finder Kofod, at de er begejstrede over den nye diagnose og

dermed udsigten til endelig at kunne få mulighed for at få "blåstemplet" og anerkendt deres sorg (Kristeligt Dagblad, 2021; 3, Forældre & Sorg, 2022; 1). Kofod finder i sin ph.d.-afhandling ligeledes, at forældrene ikke ønsker at blive sygeliggjort, men at diagnosen slet og ret vil give dem anerkendelse og rettigheder til hjælp og støtte - idet diagnosen kan agere adgangsbillet til hjælp, støtte og lindring (Kofod, 2017; 166-168). Citatet herunder illustrerer netop dette:

*"Jeg kan da godt se, at en diagnose kan købe noget fri. En diagnose kan købe noget forståelse (...). (Men) jeg vil have ro til at sørge (...). Jeg vil have respekt om mit tab og min sorg. Der har nok været tidspunkter, hvor jeg godt ville have noget ærefrygt, simpelthen (...). Og jeg vil også gerne have psykologhjælp til det. Men jeg vil fandme ikke sygeliggøres."* (Mor til dødt barn, (Kristeligt Dagblad, 2021; 3))

Citatet herover viser, hvilket dilemma, en mor til et dødt barn, oplever, når PGD-diagnosen på den ene side bliver ønskelig for hende at opnå, grundet den oplevede sorg, men på den anden side risiko for at blive sygeliggjort. Hun anskuer således diagnosen PGD til, at være nøglen til hjælp og lindring, men oplever omvendt ikke at selv som værende syg eller ønsker at andre sygeliggør hende.

### **De professionelle syn på sorgen og diagnosen**

Med begreberne *sorg* og *diagnose*, som er blevet fremlagt herover, vender jeg nu blikket tilbage på de fagprofessionelle specifikt. Uenigheden var som tidligere nævnt tydelig at bemærke blandt læger, psykologer og interesseorganisationer (Petersen, Brodersen & Saxtrup, 2021; 369). Men hvordan oplever og forstår andre fagprofessionelle sorgens væsen i skyggen af den nye sorgdiagnose?

I rapporten "Kortlægningsrapport – Ældres sorg" (Det Nationale Sorgcenter, 2020). foretaget af Det Nationale Sorgcenter, afdækkes, hvilken viden og kompetencer de sundhedsprofessionelle aktører i ældresektoren har om sorgramte ældre borgere i Danmark. Dette med henblik på at styrke og koordinere forskning på ældreområdet med fokus på at sikre behandling af komplicerede sorgreaktioner (Det Nationale Sorgcenter, 2020: 6).

De involverede aktører i grupperne var: Social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, forebyggelseskonsulenter, hjemmesygeplejersker, sygeplejersker i somatisk og geriatrisk regi, læger i somatisk og geriatrisk regi,



praktiserende læger, psykologer med flere (Ibid.). Metoden for rapporten var todelt og bestod dels af en spørgeskemaundersøgelse, dels af fokusgruppeinterview med udvalgte aktører i ældresektoren.

Som det fremgår af resultaterne og de ni anbefalinger i rapporten, er der - modsat arbejdsgruppen i Sundhedsstyrelsen i 2018 - stor enighed at spore blandt de interviewede faggrupper (Det Nationale Sorgcenter, 2020: 10). Det gælder eksempelvis vedrørende kompetenceløft til at kunne understøtte forebyggelse og identifikation af PGD.

Desuden peger de fagprofessionelle i rapporten på:

*“(...) at de har svært ved at skelne mellem naturlig sorg og en kompliceret sorgreaktion eller ikke har kendskab til risikofaktorer for en kompliceret sorgreaktion hos ældre.” (Det Nationale Sorgcenter, 2020; 10)*

Således finder Det Nationale Sorgcenter, som er forfatterne bag kortlægningsrapporten, konsensus blandt de interviewede fagprofessionelle om, at der både findes en naturlig sorg og en patologisk sorg blandt ældre mennesker, men at den er svær at skelne fra hinanden.

Det der imidlertid undrer mig er, at der er så stor forskel på antagelserne og anskuelserne blandt fundende i kortlægningsrapporten sammenlignet med de fagprofessionelle i tidligerenævnte arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, hvilket gør mig nysgerrig på at undersøge feltet dybere.

Jeg gerne vil derfor undersøge feltet nærmere for at forstå de individuelle bagvedliggende anskuelser og forståelsesrammer, som de enkelte fagprofessionelle oplever i forhold til sorg og i forhold til, hvilke konsekvenser PGD kan tænkes at få for det arbejde som de fagprofessionelle udfører i praksis og i omgangen med mennesker i sorg.

### **Kontekstualisering af specialet**

Som ovenstående viser, er der således forskelligrettede opfattelser og undersøgelser af hvordan fagprofessionelles forståelse og anskuelser af sorg med den nye sorgdiagnose PGD som bagtæppe bliver opfattet. Som angivet har sorgforskningen indtil videre, primært været centreret om selve sorgdiagnosen, dens

kriterier generelt samt forebyggelse og identifikation. Jeg vil derfor i specialet fokusere på, hvordan sorgforståelser hos fagprofessionelle kommer til udtryk i lyset af den kommende implementering af sorgdiagnosen samt se på, hvilke konsekvenser PGD muligvis kan have for det arbejde, som fagprofessionelle udfører i praksis.

At undersøge hvilke sorgforståelser de fagprofessionelle har i forbindelse med både diagnosens kommende implementering, mener jeg er relevant at belyse, idet disse kan have i betydning for den fremtidig praksis af sorgramte mennesker som søger støtte, hjælp og lindring af sorgen.

Mit ønske og mål for specialet er således at undersøge, hvordan specifikke fagprofessionelles selv italesætter deres sorgopfattelser i en dansk kontekst og sætte fokus på, hvilke konsekvenser den kommende diagnose PGD kan tænkes at få i det sociale og sundhedsmæssige arbejde i Danmark.

Specialet vil ikke fokusere på selve implementeringen af sorgdiagnosen PGD. Specialet vægter fokus på udvalgte fagprofessionelles anskuelser af sorg og konsekvenser af en kommende sorgdiagnose ud fra en dansk kontekst. Dette har jeg valgt, da viden på dette felt næsten er udforsket i Danmark.

### **Specialets teoretiske forståelse**

For at rammesætte specialet har jeg på baggrund ovenstående antagelser og forud forståelse af en implementering af en sorgdiagnoses mulige konsekvenser for det sociale og sundhedsrelaterede arbejde, taget teoretiske afsæt i nedenstående teorier og begreber.

Gennem et socialkonstruktivistisk Michel Foucault-inspireret perspektiv (Collin, 2021), vil jeg introducere mit teoretiske genstandsfelt og positionering.

Dernæst vil jeg anvende Foucaults (Foucault, 1987; Mikk-Meyer & Villadsen, 2007) diskurs- og magtbegreb i forhold til, hvordan sorg kan blive anskuet og rammesat gennem magtfulde diskurser og styringsteknologier på individ og samfundsplan. For at forstå sorgen i forhold til den nye diagnose PGD anvender jeg Brinkmann og Petersens (2015) "Diagnosekultur"-begreb, idet jeg har en anskuelse af, at dette begreb kan være med til at forklare hvorfor PGD er udvikling og implementering. Sidst men ikke mindst vil jeg gennem Michael Lipskys (2010) teori se nærmere på, hvordan det sociale og sundhedsrelaterede arbejds frontmedarbejdere anskuer

sorgen og mulige udfordringer i forhold til indførelse af PGD på baggrund af samfundsmæssige, organisatoriske og personlige rammer.

### **Specialets empiri**

For at undersøge min ovenstående interesse, har jeg valgt at anvende en kvalitativ undersøgelsesform og foretage individuelle interviews af fagprofessionelle. Desuden har jeg efterfølgende foretaget et fokusgruppeinterview med samme udvalgte informanter til besvarelse af relevante emner, som er opstået i forbindelse med de forudgående individuelle interview.

Der er udvalgt i alt fire informanter til specialet, som alle er anonymiserede: To sygeplejersker, som vil repræsentere det sundhedsfaglige felt samt to socialrådgivere som repræsentanter for det socialfaglige felt. De fire informanter er alle bosiddende i Danmark og fordelt over tre regioner - Region Hovedstaden, Midt- og Nordjylland. En mere fyldestgørende præsentation af undersøgelsens informanter vil blive fremført senere i specialet, Kapitel 3 - Metode: "Adgang til felt og rekruttering af informanter".

### **Specialets problemformulering:**

*Hvilke konsekvenser kan den nye sorgdiagnose PGD ifølge de fagprofessionelle potentielt medføre i det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde i Danmark?*

## **KAPITEL 2 - TEORETISK STÅSTED**

I dette afsnit vil jeg redegøre for specialets teoretiske ståsted samt præsentere mine anvendte teorier. Først vil jeg kort argumentere for teoriernes relevans i forhold til specialet omdrejningspunkt, og efterfølgende præsenterer jeg teorierne enkeltvis.

Betragtninger om Michel Foucaults begreber om diskurs og magt (Mikk-Meyer & Villadsen, 2007) er udvalgt på baggrund af de diskursive forskelligheder og kampe, som jeg antager vil komme til udtryk på individ- og samfundsplan. Betragtningerne om begrebet diagnosekultur (Brinkmann & Petersen) er udvalgt, idet specialets omdrejningspunkt, den nye PGD-diagnose, er til stor diskussion i forskellige faglig, politiske og andre samfundsorienterede arenaer. Det er derfor min antagelse at begrebet diagnosekultur, kan give et perspektiv på, hvordan PGD kan anskues. Sluttelig vil jeg inddrage betragtninger fra Michael Lipskys teori, om hvordan de fagprofessionelle agerer i en organisatorisk kontekst. Denne teori er valgt på baggrund af at jeg i specialet er interesseret i at anskue det fagprofessionelle i det sociale- og sundhedsfaglige felt specifikt.

### **Et Foucault-inspireret socialkonstruktivistisk perspektiv**

I mit videnskabsteoretiske ståsted søger jeg at anvende en socialkonstruktivistisk tilgang som er forankret i Michels Foucaults værker og tanker, som således danner bagtæppe for mit samlede perspektiv.

Generelt er socialkonstruktivismen en samling af en række beslægtede teorier og udviklinger inden for samfundsvidenskabelige, naturvidenskabelige og humanistiske retninger, som blandt andet betoner fænomeners praksis og fortolkninger (Collin, 2021; 13). Den socialkonstruktivistiske position afviser videnskabens grundidé om, at det er muligt at komme sandheden nærmere gennem videnskaben. Videnskabens centrale opgave er derfor ikke at finde sandheden om virkeligheden eller at komme til bedre forståelse af den, men at dekonstruere fremherskende sandhedsforståelser. Således handler socialkonstruktivismen om aktørernes anskuede og konstruerede virkeligheder. Dette henviser til, at specialet søger at forstå og undersøge informanternes virkelighed, som i dette perspektiv er konstruerede og fortolket socialt. Jeg indtager således en perspektivistisk tilgang til bearbejdning og behandling af informanternes udsagn.

Tanken bag socialkonstruktivismen ligger i, at ville erkende noget og at skaffe sig viden om noget i verden. Det indebærer et subjekt som erkender og et objekt som erkendes. Menneskets sociale praksisser, sprog og kollektive tænkning kan i et socialkonstruktivistisk perspektiv betragtes som historisk variable (Collin, 2021; 13). For Michel Foucault er formålet med det socialkonstruktivisme perspektiv og idé således ikke at sige noget om, hvordan eksempelvis socialt arbejde normativt bør udføres eller hvad der eventuelt er en rigtigt eller forkert virkelighedsopfattelse. Formålet er at vise, hvordan det sociale arbejde er blevet til det, det er i dag og hvordan det er konstrueret historisk og tid (Collin, 2021; 129).

Med dette perspektiv afvises positivismens ambition om at finde sandheden om virkeligheden. I socialkonstruktivismens perspektiv er sandheden en social og diskursiv konstruktion, som ønsker at dekonstruere fremherskende sandheder og vise hvordan de historiske er blevet til det, de er i dag.

Ved at problematisere de gældende sandheder og fremherskende virkelighedsforståelser, åbner det Foucault-inspirerede perspektiv op for en kritisk refleksion af socialkonstruktivistisk opfattelse. I perspektivet handler kritik ikke om at vise at noget er rigtigt eller forkert, kritikens opgave er ifølge Foucault at stille spørgsmål og ryste virkelighedsopfattelse og vanlige forestillinger. Han ønsker således at vise, at det der tages for naturligt og uforanderligt, i virkeligheden kan blive anderledes og tidligere har været anderledes (Collin, 2021; 127).

I forhold til viden og kritikens opgave, siger Foucault:

*”Kritikkens opgave er ikke at sige, at tingene ikke er gode, sådan som de er. Kritikkens opgave er at analysere, hvilke typer af antagelser, almindelige idéer, etablerede ikke-undersøgte tænkemåder, de accepterede praktikker bygger på. (...) Kritik består i at afdække tænkemåder og i at problematisere dem – i at vise, at tingene ikke er så indlysende, som mennesker tror, og sørge for, at hvad der tages for givet, ikke længere tages for givet. At udøve kritik er at vanskeliggøre handlinger, som i dag er alt for lette”.* (Foucault 1994: 454f – oversættelse Søren Juul)

Ovenstående citat viser Foucaults socialkonstruktivistiske tilgang til viden og kritik. Perspektivet tager således afstand fra normativ forankret kritik og perspektiv. I stedet

handler dette perspektiv om, at dekonstruere, ryste og problematisere gældende opfattelser af sandhed i samfundet.

Med min videnskabsteoretiske position og perspektiv i specialet, anskuer jeg at virkeligheden og de institutionelle rammer er præget og formet - og er i konstant forandring - af informanternes erkendelse af virkeligheden og verden. Et menneskeligt, samfundsmæssigt og kulturelt fænomen som sorg er således ikke en fastdefineret og evig form, men er foranderlig og derfor et produkt af informanternes praksisser og processer.

Sorgens væsen er på den måde skabt i kraft af informanternes anskuelser og konstruktioner, og opfattes og konstrueres ud fra hver enkelt informants erkendelse af den sociale virkelighed.

Den socialkonstruktivistiske tilgang i specialet betyder for mig, at jeg ikke forholder mig til om informanternes normative begrebsapparat vedr. sorg og den nye sorgdiagnose PGD, er sandt eller falsk. Dét som jeg i undersøgelsen er interesseret i at finde er, hvordan sorg og PGD er konstruerede sandheder og at begreberne kan fortolkes og forklares anderledes alt efter hvilket perspektiv, hvilken sandhed og hvilken tid man er en del af.

### **1: Diskurs og magt i samfundet**

I et Foucault-perspektiv kan det sociale arbejde opfattes som en styringsstrategi (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 17). Denne magt er i liberale demokratier, som det danske, ikke en styring, som foregår imod det enkelte menneskes vilje. Det afgørende i styringen er, at få mennesker til at styre sig selv i overensstemmelse med samfundets overordnede mål og idealer (Ibid.). En governmental styring til selvstyring, hvor mennesket styres til at blive kompetente samfundsborgere og gøre dem i stand til at styre sig selv i overensstemmelse med samfundets idealer og værdier.

Foucault anskuer ligeledes, at selvom den pastorale magtform, som op gennem tiden fik en reduceret betydning, ikke forsvandt, men i stedet blev moduleret og genetablere via de fagprofessionelle som agerede en slags systemrepræsentanter (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 18). Derfor fik psykiatere, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og andre fagprofessionelle en rolle at spille som autoritære sandhedens eksperter, der havde til opgave at behandle, bestemme, bearbejde og

eliminere, ifølge samfundets normer, uhensigtsmæssige adfærdsformer og opfattelser hos borgerne. Hensigten - at skabe kompetente borgere, der vil det med dem selv, som samfundet ønsker de skal ville. Dermed er den vigtigste form for styring i moderne liberale demokratier ifølge Foucault, er en slags "stille magtudøvelse" - eller en "kontrol i det stille" (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 21).

Ifølge Foucault bygger denne viden eller magt, som føromtalte sandhedseksperter repræsenterer, hovedsagelig på videnskabelig viden (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 21). Styringen sker således ikke gennem tvang, men med henvisning til, hvad der fremstår som "rigtige viden". Derfor bliver styring og viden nærmest to sider af samme sag - en snæver kobling - som ikke kan adskilles fra hinanden (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 22). I dette Foucault-perspektiv ses specialet evidensdiskursen som et eksempel på en fremherskende moderne vidensmagt. En positivistisk diskurs der søger at finde den "sandheden" gennem den "bedste evidensbaserede viden" samt søge metoder der har en dokumenteret effekt.

Michel Foucault udarbejde i sin tid ikke egentlige teorier om magt og diskurs. I stedet var hans forfatterskab baseret på utallige studier, analyser og analytiske begreber. For at konkretisere magtens og diskursens betydning i forhold til de fagprofessionelles forståelse af sorg og PGD, opererer jeg i specialet med Foucaults tre analytiske dimensioner, som han stiller til rådighed. Disse tre dimensioner hænger ifølge Mik-Meyer & Villadsen uløseligt sammen, så for at skabe overblik og fokus i det senere analysearbejde, anvender jeg netop disse tre nedenstående fikspunkter (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 22-23):

1: Diskurs

2: Magt og magtteknologier

3: Selvstyring og selvteknologier

1: *Diskurs* handler om, hvordan der sker en objektivisering af mennesket i videnskabelige diskurser eksempelvis inden for medicin, psykologi, biologi med videre. Desuden handler diskurs om at undersøge, hvordan denne videnskabelige viden er forbundet med sociale og magtmæssige forhold eksempelvis politiske og organisatoriske faktorer (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 22). I forhold til specialet vil jeg se nærmere på hvordan informanterne italesætter deres anskuelse af det

sorgramte menneske samt på hvordan informanterne begriber PGD i forhold til organisatoriske rammer.

2: *Magt og magtteknologier* handler om institutionelle procedurer og magtfulde, praktiske instrumenter, som anvendes til styring af mennesker. Med fokus på synliggørelse af menneskekroppen og kategoriseringer af eksempelvis sorgramte mennesker. Fokus er ligeledes måden institutioner samgrupperer individer på, hvilket kan muliggøre en institutionel styring og disciplinering af mennesket. Denne institutionelle magtudøvelse støtter sig til den videnskabelig viden (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 23). Konkret i specialet, vil jeg kigge nærmere på, hvordan institutionelle magtteknologier eksempelvis journalsystemer, kan have indflydelse på og betydning for informanternes anskuelse af sorgramte mennesker.

3: *Selvstyring og selvteknologier* handler om, hvordan mennesket styrer sig selv. Altså menneskets arbejde med selvet selv, hvilket forudsætter forskellige teknologier og procedurer, som mennesket kan trække på for at ændre eller eliminere en adfærd og styringsproblemer, som samfundet finder uhensigtsmæssig. Denne form for styring igangsættes eller bistås ofte af forskellige sandhedseksperter på det givne område. Det være sig læger, terapeuter, fagprofessionelle med videre (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 22).

Ved at anvende Foucault ovenstående tre analytiske fikspunkter og begreber, er det min hensigt bedre at kunne forklare og analysere, hvordan samfundsmæssige og institutionelle strukturer samt diskurser kan have betydning for den måde informanterne i specialet anskuer sorgen i dag samt hvilke konsekvenser PGD

## **2: Begrebet diagnosekultur**

Mit udgangspunkt for at anskue og forstå begrebet diagnosekultur vil jeg anvende Svend Brinkmanns og Anders Petersen beskrivelser af fænomenet (Brinkmann & Petersen, 2015). Ordet *diagnose* stammer fra græsk og betyder "sondring" eller "bedømmelse". Deler man ordet op betyder *dia*, "gennem" eller "via" og *gnosis* betyder "erkendelse" (Brinkmann, 2015: 37). Ordet anvendes første gang på engelsk i 1681, og blev op gennem 1800-tallet særlig anvendt, idet man i stor stil søgte at sygdomsklassificere, opmåle og specificere alverdens egenskaber og afvigelser i organismen. Sygdomsspecificitet betegner ifølge medicinhistoriker Charles Rosenberg, moderne tids antagelse om at sygdomme har en form for selvstændig



eksistens uden for deres unikke manifestationer hos det syge menneske (Brinkmann, 2015; 37). Denne betegnelse er, ifølge Rosenberg, en indgroet idé i nutidens lægelige praksis og en selvfølgelighed - ligeledes for lægmand (Ibid.). Dette gør sig gældende især for de somatiske sygdomme, men efterhånden er den en lige så fasttømret idé indenfor det psykiatriske felt (Brinkmann, 2015; 38). Udbredelsen af psykiatriske diagnostiske kategorier er i særlig grad sket op gennem det 20. århundrede, gennem de to diagnosesystemer, *DSM* fra USA samt *ICD*, som er WHO's diagnostiske klassifikationssystem. Når ideen om, at diagnoserne udpeger objektivt eksisterende instanser af universelle lidelsesformer, er blevet alment accepteret, kan man kalde det en diagnosekultur (Brinkmann, 2015; 38).

Ifølge Brinkmann og Petersen, kan en diagnosekultur karakteriseres som en samfundsmæssig udvikling eller kulturel situation, hvor man anvender diagnoser til en række formål, som de oprindeligt ikke var tiltænkt. I det moderne samfund som det danske kommer diagnosekulturen til udtryk både i hverdags sproget og i omgangen med hinanden samt generelt i menneskers forståelse af liv og lidelse (Brinkmann & Petersen, 2015; 8). Som det fremgår ovenfor har læger og psykiatere gennem tiderne anvendt diagnosesystemer og diagnosebegreber, men det som er særegent ved diagnosekulturen er, dens udbredelse af et diagnostiske og medicinsk sprog, som nu er blevet allemandseje (Ibid.). Med dette sprog og denne diskurs følger ligeledes et medikaliseret og psykiatrisk syn på mennesket og menneskelig lidelse.

Mennesket har alle dage haft brug for at finde mening med livet samt at forstå den lidelse det oplever. Derfor bliver det for mennesket nærliggende at anvende til det sprog og de begreber, som allerede er findes og er dominerende i samfundet. Med rod i positivismen og biovidenskaben, griber mennesket derfor til de diagnostiske sprog og termer, når lidelse og sociale problemer skal forklares og forstås. Sproget og forståelsesrammerne, som ligger indlejret i diagnoserne, har på den måde en vigtig rolle at spille i menneskets opfattelse af liv og lidelse (Brinkmann & Petersen, 2015: 358). Det som imidlertid kan være problematisk i forhold til *kun* at anskue dette igennem diagnosekulturens paradime er, at andre videnskaber og forståelsesrammer hurtigt kan blive marginaliseret og falde bort, hvis paradigmet alene skal kunne forklare menneskelig sygdom, lidelse og sociale problemer. (Brinkmann & Petersen, 2015). Ovenstående betragtningerne om diagnosekulturen har jeg udvalgt, idet PGD-diagnose, er til stor diskussion i forskellige faglig, politiske

og andre samfundsorienterede arenaer. Det er derfor min antagelse at begrebet diagnosekultur, kan give et perspektiv på, hvordan PGD kan anskues.

### **3: Afværgemekanismer**

Med udgangspunkt i den amerikanske politolog, Michael Lipskys værk, "*Street Level Bureaucracy— Dilemmas of the Individual in Public Service*" seneste udgave fra 2010, vil jeg i dette speciale anvende dele af hans teori for at rammesætte forståelsen af, hvordan specialets informanter forstår og agerer i arbejdet med mennesker i sorg på baggrund af de samfundsmæssige, organisatoriske og personlige rammer. Jeg har valgt at anvende Michael Lipskys teori, idet den blandt andet kan være med til at forklare, hvilke konsekvenser det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde kan få for det sundheds- og socialrelaterede arbejde, når PGD bliver implementeret.

I afsnittet vil jeg fokusere på to af de begreber som Lipsky opererer med, og som der kan opstå i det sociale- og sundhedsfaglige arbejde omkring mennesker i sorg. Selvom Lipskys tilbyder flere operationelle begreber i sin teori, vælger jeg kun at fokusere og præsentere nedenstående to, da empirien var særligt udslagsgivende i forhold til disse fikspunkter. De to begreber er:

1: *Krydspres*

2: *Creaming*

1: *Krydspres* - Ifølge Lipsky (Lipsky, 2010) har at frontmedarbejderen, og i dette speciale sygeplejersker og socialrådgivere, stor indflydelse på patientens/borgerens liv og udfoldelsesmuligheder. På samme tid står frontmedarbejdere ofte i en dilemmafyldt situation, da overordnede rammer og organisatoriske beslutninger skal overholdes af netop frontmedarbejderen. Dette betyder at frontmedarbejderen ofte ikke har ubegrænsede ressourcer til sin rådighed og på denne baggrund, kan der opstå en vanskelig og problemfyldt arbejdsgang. Dette dilemma er blandt andet, hvad Lipsky definerer som et krydspres frontmedarbejderen er udsat for (Lipsky, 2010). Lipsky beskriver desuden at frontmedarbejderen forventes at udføre sit virke i feltet på professionel vis og i overensstemmelse faglige skøn for dermed at fastholde sin faglige integritet. Der kan i dette krydsfelt opstå en oplevelse hos

frontmedarbejderen af, at han eller hun ikke har nok indflydelse på sin arbejdsgang, hvilket kan føre til frustration samt en creaming-proces, som anført herunder.

2: Creaming - er en proces, som frontmedarbejderen, der er udsat for et krydspres, kan vælge benytte i sit arbejde, for at beskytte sin faglighed og sin professionelle integritet (Lipsky, 2010; s. 107). Creaming-processen kan opstå når frontmedarbejdere, på baggrund organisationens opsatte mål, opdeler patienter/borgerne i bestemte grupper, ud fra frontmedarbejderens egne fordomme og ønsker (Lipsky, 2010; s. 107). Denne creaming kan opstå, hvis frontmedarbejderne ikke føler sig værdsat og set af ledelse eller organisationen i det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde, de udfører i praksis. Så på den ene side ønsker frontmedarbejderne grundlæggende at hjælpe alle mennesker med en given problematik, men en manglende værdsættelse, kan på den anden side afholde frontmedarbejderne i at gøre dette.

## **KAPITEL 3 - METODE**

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for mine metodiske overvejelser og valg i forhold til specialets undersøgelsesform.

Mit metodiske formål for specialet var, at få indsigt i de fagprofessionelles anskuelser og meninger i forhold til sorg og PGD. Relevansen for at belyse ovenstående, var at for at opnå en forståelse af, hvordan fagprofessionelles sorgforståelser kommer til udtryk i deres praksisfelt og hvordan fagprofessionelle anskuer konsekvenser af en nye psykiatrisk diagnose.

### **Kvalitativ undersøgelsesform**

Til indsamlingen af empiri til specialet har jeg valgt at gøre brug af det semistrukturerede interview som er en kvalitativ undersøgelsesform.

Idet sigtet med specialet er at opnå viden om hvordan sorgdiagnosens opkomst kan medvirke til en revideret anskuelser og forståelser af sorg blandt fagprofessionelle, som møder sorgramte borgere/klienter/patienter gennem deres daglige virke.

For at søge og opnå viden om sådanne oplevelsesverdener og subjektive forståelsesrammer kan man med fordel vælge at anvende interviewet som metode. Denne kvalitative tilgang har jeg valgt, idet jeg søger at finde de fagprofessionelles oplevelser, forståelser og anskuelser af deres verden. Med netop et forskningsinterview er der gode mulighedsbetingelser for at indfange informanternes livsverden, da denne form giver mulighed for at belyse, hvordan udvalgte individer forstår og anskuer bestemte oplevelser i deres liv.

Gennem det kvalitative interview, er det mit ønske og hensigt at frembringe de interviewedes anskuelser samt at udfolde deres oplevelser, med det formål at producere ny viden (Kvale & Brinkmann, 2009; 17). De interviewede informanter opfordres til, at beskrive følelser og handlinger, så nøjagtigt som muligt, hvorefter det er forskerens opgave, jævnfør Kvale og Brinkmann (2009; 48) efterfølgende at kondensere og vurdere, hvad der eventuelt ligger til grund for, hvorfor informanterne handler eller reagerer som de gør.

Interviewene er i dette speciale semistrukturerede og er således placeret mellem en åben hverdags samtale og en lukket interviewguide (Kvale & Brinkmann, 2009; 45).

Denne semistrukturerede form har jeg valgt, idet jeg søger at finde ind til temaer i den livsverden, som de fagprofessionelle oplever.

### **Adgang til felt og rekruttering af informanter**

I det følgende afdækkes, hvordan jeg fik adgang til feltet samt hvordan jeg rekrutterede informanter til specialet. Jeg vil ligeledes afdække overvejelser og valg i forhold til den indsamling af empiri.

For at besvare specialets problemformulering på bedste vis søgte jeg at målrette min udvælgelse af informanter, som ofte kan være at foretrække i kvalitative studier frem for en tilfældig udvælgelse (Monrad, 2018; 128). Med udgangspunkt i problemstillingen søgte jeg at få afdækket fagprofessionelles oplevelser og anskuelse i forhold til sorg og PGD. Jeg ønskede adgang til fagprofessionelle informanter indenfor det sundheds- og socialfaglige felt, som udover deres fagprofession havde viden om og klinisk erfaring i at arbejde med mennesker i sorg. For at indfange og belyse det sundhedsfaglige felt ønskede jeg at rekruttere sygeplejersker, idet denne professions kernekompetencer bl.a. er omsorgen for et ofte lidende og sørgende menneske. Derudover ønskede jeg at rekruttere repræsentanter fra det socialfaglige felt og valgte socialrådgivere, idet denne faggruppes arbejdsfelt ligeledes rækker ind i den medmenneskelig omsorg og således har betydning for mennesker i krise og sorg. Således er det min forhåbning at forskellene i disse karakteristika kan danne viden og kaste lys over, hvilke betydninger det kan have i forhold til specialets problemstillingen.

Med ovenstående karakteristika in mente opstillede jeg inklusionskriterier for informanter i undersøgelsen. Inklusionskriterierne lyder:

Fagprofessionelle fra det sundhedsfaglige og socialfaglige felt med minimum syv års klinisk erfaring i arbejdet med mennesker i sorg. Grunden til at jeg opstillede netop syv års klinisk erfaring for begge fagprofessionelle var, at jeg gerne ville rekruttere informanter, der havde et større erfaringsgrundlag samt evt. havde oplevet en udvikling eller ændring over tid i forhold til den kliniske praksis af sorgramte mennesker.

I følge Merete Monrad kan man overordnet set kan man søge adgang til et felt gennem i alt fire strategier: Adgang gennem netværk, adgang via informanter man ikke kender, adgang gennem gatekeeper og sluttelig adgang via adgang gennem sneboldmetoden (Monrad, 2018; 132). Til dette speciale valgte jeg at gøre brug af

både adgang til informanter jeg ikke kendte på forhånd samt sneboldmetoden. Til rekruttering af sygeplejersker benyttede jeg mig førstnævnte strategi. Gennem et selvoprettet opslag i den lukkede facebook-gruppe "Jeg er sygeplejerske", beskrev jeg specialets problemformulering og formål samt forventninger til informanten, således at jeg kunne sikre mig identifikation af de informanter, som jævnfør problemstillingen, egnede sig bedst til deltagelse (Monrad, 2018; 133). Overordnet set har denne facebook-gruppe "Jeg er sygeplejerske" til formål at give sygeplejersker og sygeplejestuderende mulighed for at diskutere sygeplejens virksomhedsfelt, udveksle og efterspørge viden, drøfte etiske dilemmaer, give gode råd og hjælp til sygeplejersker på efter- og videreuddannelse, diskutere for sygeplejen relevante sundhedspolitiske spørgsmål og andet der relaterer sig til sygeplejen. Derfor fandt jeg det oplagt og søge informanter gennem denne vej. Her fik jeg 21 henvendelser, hvoraf syv ønskede at deltage i undersøgelsen og ud af dem, valgte jeg to informanter som jeg fandt relevante til deltagelse i undersøgelsen. I forhold til adgang til socialrådgivere, havde jeg lidt sværere ved rekruttering. Derfor gjorde jeg brug af udvælgelsesstrategien, "adgang via netværk" (Monrad, 2018; 132), hvor jeg gennem henvendelse til mine medstuderende på kandidatuddannelsen i socialt arbejde, efterspurgte informanter fra deres socialrådgivernetværk. Jeg var selvfølgelig opmærksom til ulemperne ved anvendelse af denne udvælgelsesstrategi (Monrad, 2018; 132), men i og med at jeg ikke tidligere havde haft kontakt med netværket eller medlemmerne, hverken privat eller professionelt, anså jeg denne strategi for værende valid. Fire informanter var interesseret i deltagelse i undersøgelsen og to blev udvalgt.

Jeg er således endt ud med at have i alt fire informanter til undersøgelsen:

Anna: 39 år. Uddannet sygeplejerske i 2008 og er videreuddannet intensivsygeplejerske. Arbejder som sygeplejerske på hjertemedicinsk afdeling.

Barbara: 50 år. Uddannet sygeplejerske i 2004, med erfaring fra bl.a. børnecancer-området og intensivområdet. Arbejder som sygeplejerske på hepatologisk afdeling (Afdeling for leversygdomme) og er kandidatstuderende.

Christine: 46 år. Uddannet socialrådgiver i 2005, med erfaring fra bl.a. cancer-området (voksne) og er videreuddannet sorgrådgiver. Arbejder som selvstændig sorgrådgiver.

Dorthe: Uddannet socialrådgiver i 2007, med erfaring fra bl.a. Handicapområdet og syge- og dagpengeområdet. Arbejder som socialrådgiver i en ungeenhed.

For de udvalgte informanter vægter jeg således både at sammenholde professionernes ligheder og indbyrdes karakteristika samt dernæst eventuelt at finde variation og spredning i forhold til informanternes forskellige placeringer på de enkelte specialiserede afdelinger, som arbejder med sorgramte mennesker.

Som Brinkmann & Tanggaard påpeger, bestemmes antallet af informanter altid ud fra undersøgelsens rammer, varighed og ressourcer (Brinkmann & Tanggaard, 2020; 32). Så selvom det kunne være hensigtsmæssigt for specialets validitet at interviewe et større antal informanter, vurderer jeg at fire informanter passende i forhold til specialets ressourcer, rammer og varighed.

### **Etiske overvejelser**

Som udgangspunkt anvender jeg Svend Brinkmanns (Brinkmann, 2015; 477-478) fem etiske retningslinjer som vejledende karakter.

Som det første retvisende punkt gør jeg mig overvejelser om, hvorvidt dette speciale kan siges at leve op til videnskabelig standard (Brinkmann, 2015; 477).

Som det andet punkt indhenter jeg mundtlige og skriftlige tilladelser fra de interviewede informanter samt fremsender beskrivelsen af specialets sigte og formål. Således har informanterne mulighed for at gennemlæse og eventuelt revurdere deres deltagelse inden selve interviewet. På den måde er opnår jeg mest mulig transparens i forhold til informanternes medvirken i undersøgelsen (Brinkmann, 2015; 477).

Jævnfør tredje punkt er jeg opmærksom på, at informanterne kan blive præget af interaktionen, hvilket eventuelt kan få indvirkning på deres arbejde (Brinkmann, 2015; 477). Derfor forsøger jeg kontinuerligt at agere og handle transparent omkring, temaer for spørgsmålene, således at det er op til informanterne selv at vurdere, hvilke spørgsmål de ønskede at besvare.

Jeg gjorde det desuden klart for informanterne både skriftligt og mundtligt klart, at de til enhver tid kunne undlade at svare samt trække sig som informant for undersøgelsen.

Forud for anvendelsen af det kvalitative interview som metode, er jeg opmærksom på de etiske overvejelser denne metode medfører. I interviewsituationer og generelt i mødet med mennesker man ikke kender på forhånd, kan der potentielt opstå uforudsete og komplekse situationer. Jeg er derfor opmærksom på min rolle som forsker i interviewsituationen, når informanterne skal beskrive deres personlige oplevelser og anskuelser. Eksempelvis kan det have mikro-etiske konsekvenser, hvis informanterne påvirkes følelsesmæssig af interviewspørgsmålene. Som forsker er jeg derfor opmærksom på egen dømmekraft og praktiske viden for således at kunne handle etisk forsvarligt i situationen (Brinkmann, 2015: 478). Med bevidstheden om den magtposition som forskerrolle indtager, forholder jeg mig på den baggrund løbende reflektivt i interviewsituationen igennem.

For samtlige informanter i projektet gør jeg det klart, at deres grad af anonymitet vil bestå i, at deres navn, arbejdsplads og andre informationer som kunne henvise tilbage til informantens identitet, ikke bliver nævnt (Brinkmann, 2015; 478).

Vedrørende opbevaring af oplysningerne, gemmer jeg lydfileerne på et eksternt usb-stik i et aflåst skab, indtil afsluttet eksamen jf. retningslinjerne herom.

Efter færdigskrevet transskription giver jeg alle informanter mulighed for at gennemlæse hver deres transskriberede interview. Således giver jeg informanterne mulighed for at kommentere på det transskriberede og eventuelt rette misforståelser og med videre.

Derudover lytter jeg interviewene igennem flere gange, så jeg på den måde sikrer mig at det transskriberede materiale bliver gengivet og fortolket på rette vis. Således er det mit ønske at imødekomme og sikre informanternes loyalitet, så de ikke føler at deres udtalelser er blevet fordrejet. Som forsker er jeg desuden opmærksom på, ikke at anvende absolutte fortolkninger på en sådan måde at informanten føler sig misforstået eller overhørt, eller hvor der ikke er plads til en anden fortolkning end den jeg som forsker har (Brinkmann, 2015; 476 og 477).

### **Interviewguide**

Forud for interviewene har jeg på baggrund af specialets problemfelt, identificeret seks relevante temaer for specialets interviewguide. Disse temaer er dels teoretisk



funderet samt baseret på læst litteratur. Interviewguiden indeholder en opdeling af forsknings- og interviewspørgsmål. Årsagen til denne opdeling mellem spørgsmålene er, at forskningsspørgsmål sjældent er gode interviewspørgsmål i det interviewspørgsmål bør være mere "mundrette" og passe ind en hverdagssamtale (Brinkmann & Tanggaard, 2020; 46). Derudover søger forskningsspørgsmål typisk at forklare fænomener og sammenhænge, hvor interviewspørgsmål ofte søger at beskrive disse (Brinkmann & Tanggaard 2020; 47).

De seks temaer/forskningsspørgsmål er som følger (se bilag 2):

- Identitets- og professionsforståelse?
- Oplevelse og beskrivelse af sorgens væsen?
- Hvordan over informantens begreb diagnose?
- Hvordan oplever informanten sammenhængen mellem begreberne sorg og diagnose?
- Diskurs og menneskesyn i samfundet
- Hvordan oplever informanten en lykkekultur i samfundet?

Gennem de seks forskningsspørgsmål har jeg udarbejdet i alt 25 interviewspørgsmål. Disse 25 interviewspørgsmål i interviewguiden sikrer at jeg holdt fokus på de overordnede og udvalgte temaer, således at interviewet ikke fik en karakter af en hverdagssamtale. Samtidig var jeg ikke låst til kun at anvende interviewspørgsmålene, men havde mulighed for at forfølge andre emner, som informanterne fandt betydningsfulde eller at jeg som forsker, kunne spørge dybere ind til spørgsmål. Det er muligt, at jeg havde fundet en mere sammenlignelig viden, hvis jeg havde valgt en mere struktureret interviewguide. Omvendt kan jeg med anvendelse af det semistrukturerede interview opnå viden, der indeholder mere kompleksitet, som givetvis kan give min videre analyse en mere nuanceret og detaljeret indhold. Med erindringen om, at jeg som forsker er medskabere af det datamateriale der bliver produceret, var det vigtigt at skabe en vis generaliserbarhed i undersøgelsen. Derfor forsøgte jeg at indtage den samme rolle under alle fire interviews, og på den måde stille spørgsmål til informanterne og på samme måde, for således skabe en standardisering af interviewene (Monrad, 2018; 121).

### **Fokusgruppeinterview med de fire udvalgte informanter**

For ikke kun at indfange den enkelte informants oplevelse og anskuelse af begrebet sorg, vil jeg i specialet, ud over det individuelle kvalitative interview, benytte mig metodisk af interview i fokusgruppe med deltagelse af førnævnte informanter. Ifølge Bente Halkier (2020) er en fokusgruppe er anvendelige til dataproduktion omhandlende sociale grupperes fortolkninger og normer (Halkier, 2020; 169). Dette grundet at den enkelte informant i fokusgruppen, ikke får samme lange taletid sammenlignet med det individuelle forskningsinterview. Derudover har intervieweren eller moderatoren heller ikke samme mulighed for at stille dybere spørgsmål til informanternes erfaringer og forståelser i fokusgruppen (Ibid.). Som Halkier (2020) videre nævner det, er en anden styrke ved at anvende fokusgruppe som metode, er dens evne til at bidrage til koncentreret data om et bestemt fænomen - i dette speciale sorg. Sammenlignet med eksempelvis feltstudier og deltagerobservation er fokusgruppe overfor informanterne en mere ikke-påtrængende og forholdsvis tilgængelig metode at anvende (Halkier, 2020; 170).

Kombinationen af individuelle semistrukturerede interviews og fokusgruppe interview af samme informanter, finder jeg anvendelig i dette speciale, idet den dataproduktion, som metoderne hver især repræsenterer, komplimenterer hinanden på en anvendelig måde, således at jeg får et bredt datagrundlag og billede af fænomenet sorg på gruppe- og individuel niveau.

### **Udførelse af interviews**

Forud for de fire individuelle interview fremsendte jeg pr. mail kriterierne for PGD, da jeg gerne ville have at informanterne havde samme udgangspunkt og definition af diagnosen samt at informanterne reflekterede over denne inden interviewene blev udført. Dette forarbejde ud fra en tesen om, at informanterne muligvis ikke var bekendt med diagnosekriterierne specifikke indhold og således formentlig ikke havde reflekteret over disse tidligere. En eventuel ulempe ved at give informanterne disse informationer, kan imidlertid være at jeg i interviewsituationen muligvis mister spontane ytringer fra informanterne (Monrad, 2018; 121).

Grundet geografiske forhold og Covid-19-situationen er alle interviews foretaget over den digitale, virtuelle tjeneste Teams og har en varighed på mellem 35 og 59 minutter. I forhold til interviewsituationen følger alle fire interviews i store træk den på

forhånd udarbejdede interviewguide, dog med undladelse samt tilføjelse af i situationen relevante spørgsmål.

Som utrænnet, ene forsker kan det i interviewsituationen være vanskeligt at både at overskue overholdelse af interviewguide, fokus på nye emner og tematikker som informanterne bringer op samt nærvær og indlevelse i informantens livsverden (Tanggaard & Brinkmann; 47). Ved anvendelse af primær og sekundær interviewer kunne man have imødekommet ovenstående problematikker i højere grad. Derfor er det væsentligt at være opmærksom på dette i det færdige interviewmateriale.

Det endelige vidensbidrag i nærværende speciale består således af semistrukturerede interviews med fortællinger, oplevelser og anskuelser fra fire informanter som er uddannet hhv. sygeplejersker og socialrådgivere. Geografisk er informanterne bosat og har deres professionelle virke i både Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland og er således spredt over hele Danmark, i forsøget på at give mit vidensbidrag til denne undersøgelse et ganske bredt perspektiv uanfægtet geografisk placering, afdeling eller speciale.

I forhold til afholdelse af fokusgruppeinterviewet, havde jeg planlagt at dette skulle foregå gennem samme digitale platform som anvendt i de individuelle interviews, grundet informanternes geografiske spredning og covid-19-situationen. Imidlertid var der udfordringer i forhold til at samle alle de implicerede informanter i et fælles forum, hvilket gjorde at jeg må foretaget en ændring i mit metodiske setup. På baggrund af besvarelse af de individuelle interviews, endte jeg ud med at stille fire nye og uddybende spørgsmål individuelt til informanterne (se bilag 3). Denne løsning var som beskrevet ikke en del af den overordnede metodiske tilgang, dog har jeg alligevel valgt at inkludere informanternes svar i empirien og videre i analysen.

### **Bearbejdning af data**

Efter at have indsamlet min empiri til undersøgelsen, foretog jeg en manuel transskribering af samtlige interviews. Ved udarbejdelse af transskriptioner foretages der en form for fortolkning af det indsamlede materiale, således at den verbale interaktion gøres forståeligt og anvendeligt for læseren (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Ved "oversættelsen" af det talte sprog til et mere læseligt skriftsprog, valgte jeg at gøre blandt andet at skrive informantens uafsluttede sætninger til ende,

hvorved jeg som forsker foretog et skøn af sætningens betydning og meningsdannelse (Ibid.).

Jeg fravalgte at transskribere udsagn, som "øh" og "hmm" væk, med mindre jeg vurderede, at det gav mening og understregede en betydning i forhold til interaktionen. Jeg har i transskriberingen valgt, at notere synlige nonverbale udtryk med parentes ( ), hvis informanter griner, holder pause eller betoner bestemte ord i det talte sprog. Nogle af citaterne i analysen er "plukket" eller sammensat af et længere citat. Sådanne tilfælde er noteret med en parentes omkring tre punktummer (...) for at indikere, at der er tekst, som er udeladt. At transskribere fra en lydfil til en skreven tekst, er at transformere fra en form til en anden. Det betyder, at en mængde informationer er gået tabt gennem min transskribering. Det være sig kropssprog og stemmeføring, hvilket man som forsker og læser skal være opmærksom på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 236).

### **Analysestrategi**

De fire bearbejdede interviews er udarbejdet med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns fem meningskondenseringstrin (Kvale, & Brinkmann, 2015).

Først gennemlæste jeg de fire transskriberinger og dannede mig på baggrund af disse et helhedsindtryk. Således blev det muligt for mig at udvælge relevante citater, som kunne jeg kunne kategoriseres til mindre meningsenheder.

Efterfølgende, i det tredje trin, kategoriseret jeg disse mindre meningsenheder til temaer, som dannede grundlag for hovedoverskrifterne på analysens fire temaer. Afslutningsvis redegjorde jeg for, hvordan citaterne i analysen kan fortolkes jævnfør Kvale, & Brinkmann (2015).

## **KAPITEL 4 - DISKUTERENDE ANALYSE**

I følgende analyse tager jeg udgangspunkt både i den indsamlede empiri via interviews af informanter fra det sociale- og sundhedsfaglige felt, den teoretiske viden samt forståelse for feltet gennem Brinkmann, Foucault og Lipskys teorier og analytikker. Målet med analysen er at besvare specialets problemformulering:

*Hvilke konsekvenser kan den nye sorgdiagnose PGD ifølge de fagprofessionelle potentielt medføre i det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde i Danmark?*

### **Analysetilgang og opbygning**

Med en begrebsstyret kodning og med udgangspunkt i det empiriske fænomen - altså sorgen - retter jeg opmærksomheden på sorgen gennem en induktiv analysetilgang. Efter gennemlæsning af mine transskriptioner og med det teoretiske begreb - sorgen - i tankerne, har jeg operationalisere det teoretiske begreb og opstillet flere temaer til en kodningsproces. Efterfølgende har jeg forsøgsvis kodet en mindre del af empirien for sluttelig at udvalgt nøglecitater fra transskriptionerne. Dette for at se nærmere på, hvad begrebet sorg kan sige noget om samt hvilke konsekvenser den nye sorgdiagnose potentielt kan have for det social- og sundhedsmæssige arbejde i Danmark.

Opbygningen for analysen løber i fire dele med tilhørende undertemaer. Hver af de fire analysedele afsluttes med en kort delkonklusion, som tilsammen udmunder i en konklusion af det samlede analyseafsnit.

De fire analysedele med undertemaer er som følger:

Temaer i fire analysedele:

- 1: Sorgens væsen
- 2: Diagnosekulturen
- 3: Diskursen og magten
- 4: Fagprofessionerne og sorgen

## **Analysedel 1: Sorgens væsen**

I denne analysedel 1, vil jeg vil se nærmere på hvordan informanterne forstår og forklarer sorgen væsen. Jeg vil undersøge, hvordan de med egne ord beskriver sorgen og hvilke sproglige nuancer, ligheder og forskelle de anvender i deres fremstilling og beskrivelser. Dette for at opnå et klarere billede af, hvordan informanterne hver især forstår og anskuer sorgen i det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde, for således at finde dele af svar på specialets problemformulering. Gennem spørgsmål fra interviewguiden (bilag 2) har jeg i dette analyseafsnit identificeret i alt tre undertemaer:

1.1: Sorgen er vanskelig at definere

1.2: Sorgen har ingen varighed

1.3: Sorgen er stadig et tabu

### **1.1: Sorgen er vanskelig at definere**

I dette undertema vil analysere empirien ud fra et enkelt interviewspørgsmål, idet informanternes svar viste en tydelig tendens, at begrebet *sorg* blev anskuet gennem sorgteorier og modeller, bl.a. den i dag meget anvendte to-sporsmodel af Stroebe og Schuts, 1999, Kofod, 2021; 38).

Interviewspørgsmålet lyder: "Vil du prøve at beskrive, din forståelse og opfattelse af begrebet *sorg*?". Til dette svarer Anna:

*Anna: "Det er ens måde at reagere og håndtere og mestre denne her livsomvæltning, det nu er - enten med en dødelig diagnose eller én der er død. Så det er alt, hvad jeg kan observere og mærke og fornemme, som denne her patient eller pårørende gør og siger. Både verbalt og nonverbalt. Det er sådan en sammensætning af det hele kan man sige. (pause)*

*Og jeg har også tidligere læst alt mulige definitioner på sorg og stadigvæk ikke fundet den som jeg synes... Fordi det er jo svært at sætter fingeren på - og det er jo også derfor det er svært at arbejde med." (Anna, Informant A, s.*

*Interviewer: "Ja? (pause)"*

*Anna: "Fordi vi ikke helt ved, hvad det er. Men i min verden, der er det meget - igen tilbage til denne her to-sporsmodel - det er det jeg kigger efter." (Anna, Informant A, s. 9)*

Med denne interview-sekvens ser man, hvordan informanten Anna anskuer sorg hos en patient. Hun angiver sorgen både som en tilstand hun fysisk kan observere, men ligeledes en emotionel følelse og forklarer dernæst at sorgen er summen af flere forskellige faktorer. Anna beskriver at sorgens væsen er vanskelig at definere teoretisk også selvom hun har søgt efter forskellige definitioner på sorgen, finder hun

ikke at nogle af dem passende i forhold til klinisk anvendelse. Til trods for at sorgen opleves som "svær at arbejde med" anvender hun Stroebe & Schuts tosporsmodel (1999) i sit arbejde for bedre at kunne identificere sorgens væsen og sorgen forløb hos patienten.

Informanten Anna giver således udtryk for at sorgens væsen er vanskelig for hende at håndtere og definere og søger derfor at forklare sorgens væsen ud fra en på forhånd givne teoretisk model.

Informant Barbara svarer på samme førnævnte interviewspørgsmål herunder. Hun anvender et anderledes ordvalg til sin beskrivelse af sorgen:

*"Mmm...(pause). Det er et godt spørgsmål. Jeg tænker, at sorg er en...(pause). Jeg ser i virkeligheden sådan en lidt sky-agtig ting for mig, som er meget plastisk og kan formes og sommetider være meget lille og samtidig kan fylde det hele, altså. Hvis man forestiller sig, at man sidder indeni, så kan den gå helt ud i arme og ben, ikke? (pause) Jeg tænker, det er sådan en plastisk størrelse - en følelse som indimellem kan fylde det hele og andre gange kan fylde ingenting. (...) altså i min familie har vi faktisk prøvet det der med at miste et barn - og jeg syntes det var så fascinerende at se hans søskende kunne gå ud og ind af det. Altså, kunne være enormt kede af det - og komme ud og græde - og så 5 minutter efter, så traller de rundt og leger et eller andet. (...) Altså, at man sådan kan konsultere det og gå væk fra det, og konsultere det og gå væk fra det. Fordi det er et vilkår. Man kan ikke fjerne den." (Barbara, Informant B, s. 5)*

Informanten Barbara anvender i ovenstående citat et meget billedligt og nærmest poetisk sprog til beskrivelse af sorgens væsen. Hun anvender desuden en meget kropslig beskrivelse, som kan indikere at sorgen udover at være en stærk emotionel og psykologisk oplevelse for den sørgende, ligeledes er et fænomen som mærkes rent kropsligt og fysisk hos det sørgende menneske. Barbara beskriver desuden, hvordan sorgen kan ændre karakter og i det ene øjeblik opleves fuldstændig overvældende for derefter at skifte form til at være af mindre betydning for den enkelte. Uden at nævne føromtalt tosporsmodel, kan Barbaras besvarelse indirekte fortolkes, som at hun anskuer sorgen gennem denne model i hendes beskrivelse af, hvordan barnet der kan pendulere mellem konfrontation og undgåelse af sorgtraumet, som netop er en central pointe i tosporsmodellen (Stroebe & Schuts, 1999).

I det nedenstående citat besvarer informant Dorthe samme interviewspørgsmål og tager i citatet afstand fra tanken om det som kan betegnes som et freudiansk sorgarbejde og fasetænkning, som jeg indledningsvist har redegjort for i specialets Kapitel 1. Derimod beskriver hun sorgen, som noget mennesket bærer med sig hele livet igennem og at denne sorg har betydning for individets væren i verden uden den afdøde. Hun fortæller:

*“Sorgens væsen. (pause) Jeg ser det som et mærke på vores sjæl eller på vores indre, som altid vil være der. Det her med, at man skal igennem sorgen og så bliver man ligesom en anden person, når man kommer ud af sorgen på den anden side. Hvor jeg mere ser det, at det er noget, vi bærer med os gennem hele vores liv. Og det kommer til at have en betydning i forhold til, hvordan vi er i verden - uden den del - uden den pårørende - uden barnet - eller uden drømmen. Den kommer til at definere en ny version af os selv. Giver det mening?” (Dorthe, Informant D, s. 3)*

Informanten Christine fortæller i nedenstående citat, at hun er bekendt med mange forskellige definitioner og anskuelser af sorg og angiver at definitionerne kan lyde som trivialiteter, som muligvis ikke er helt dækkende i forhold til hendes egen personlige forståelse af sorg. Hen imod slutningen af citatet, vender hun blikket tilbage til tosporsmodellen. Hun formulerer:

*“Jeg er bange for, at det kommer til at være nogle floskler, fordi jeg jo også har læst så mange definitioner på sorgen. Men sorg for mig er jo, at tabe eller at miste noget som man holder rigtig meget af. Altså, en kærlighed til et menneske som man ikke kan komme af med. Og som ikke forsvinder bare fordi, at mennesket ikke er der fysisk mere... (pause). Ja, det tænker jeg, er definitionen af sorg. Og at man savner og mangler én i sin dagligdag og sin tilværelse. Et menneske som har udfyldt en rolle og en plads i ens liv, som bare ikke er der mere. (...) Fordi sorgen den vil jo altid være der i mit perspektiv - i større eller mindre grad. Og når man også kigger på tosporsmodellen, så pendulerer den jo (...).” (Christine, Informant C, s. 2)*

Christine beskriver i ovenstående citat hvordan den kærligheden, som den efterladte oplever efter at have mistet et menneske de elsker, ikke bare forsvinder men tager form af sorg. Dette udsagn er på linje Brinkmann (2021; 143) antagelsen om, at den menneskelige eksistens kan siges at være et spændingsfelt mellem kærligheden og erkendelsen af døden og dens uomgængelighed. Videre anskuer hun, som ovenstående informanter, sorgen gennem Stroebe & Schuts (1999) psykologiske og deskriptive tosporsmodel, som ifølge Kofod er en dominerende model for forståelse af sorgens proces i samtiden i dag (Kofod, 2021, 38).



At sorgen til tider vanskelig at definere fyldestgørende for den enkelte informant, ses tydeligt i citaterne herover. Alle informanter anvender således forskellige forklaringer af sorgens væsen og fortæller ud fra deres egen individuelle oplevede virkelighed og faglige praksis. Dette ligger i tråd med flere forskeres anskuelse af, at sorgen er et dynamiske, kulturelt og historisk betinget fænomen, og at sorgen i et moderne liberalt samfund som det danske, ofte gøres til et individuelt anliggende og problem (Kofod & Brinkmann, 2021; 93, Petersen, Brodersen & Saxtrup, 2021; 381).

Alligevel vægter flere informanter, at anskue sorgen gennem modeller og teorier, eksempelvis den i dag meget anvendte tosporsmode (Stroebe & Schuts, 1999), som tidligere beskrevet i specialet. Modellen tager sit udgangspunkt i, at den sørgende pendulerer mellem konfrontation og undgåelse af sorgen traume (Kofod, 2021; 33). Samtidig åbner modellen op for en bredere variation forskellige sorgreaktioner, modsat det freudianske "sorgarbejde", hvor mennesket skulle "igennem sorgen" og løsrive sig fra den døde (Kofod, 2021; 35). Ifølge Kofod afspejler tosporsmodellen imidlertid vores samtids krav om individualistisk fleksibilitet i alle livets aspekter, idet penduleringen, som er centralt i modellen, udgør en form for universel standard for adaptiv sorg, uden hensyntagen til menneskets kulturelle eller personlige baggrunde (Kofod, 2021; 35). Så selvom informanterne i nogen grad ikke mener at modellerne er fyldestgørende i forhold til at forklare og definere sorg, bliver det alligevel nærliggende for dem at ty til modeller og begreber, som allerede er tilgængelige og som er dominerende i samfundets "vidensbank. En bevægelse eller strømning som Brinkmann har beskrevet og som er et særligt træk ved diagnosekulturen (Brinkmann, 2010; 16). Altså at et fænomen som sorg, netop bliver forklaret gennem de ansuelser, som er dominerende i samfundet. Dette betyder ligeledes at modellen opererer normativt og således skelner mellem en naturlig og en patologisk sorg - og dermed opstiller grænser for, hvad der kan karakteriseres som sund og usund sorg. På den måde er modellen med til at psykiatisere sorgen, hvilket kan medføre at sorg som et historisk og kulturelt betinget fænomen, bliver overset.

## **1.2 Sorgen har ingen varighed**

I dette undertema vil jeg se nærmere på et af sorgsdiagnosens kriterier, som er omhandlende det tidsaspekt, som er indlejret diagnosen på nuværende tidspunkt (se bilag 1 eller Det Nationale Sorgcenter, 2022 (1)). Dette kriterium, betyder at et menneske som mister én de har kær, seks måneder efter dødsfaldet, potentielt kan

blive diagnosticeret med PGD. Nedenfor besvarer de fire informanter interviewguidens spørgsmål 12: *“Vil du mene, at sorg har en bestemt varighed?”*. Svarene fra informanterne er overordnet set ens, idet ingen af informanterne mener, at man kan tidsangive sorg. Derfor ser man i nedenstående svar dilemmaet omkring - på den ene side sorgdiagnosens teoretiske ramme og på den anden side de sociale- og sundhedsfaglige repræsentanternes praktiske erfaringer fra feltet, som ikke stemmer overens.

Herunder besvarer informant Anna spørgsmålet. Hun fortæller:

*“Nej, men jeg tror da, at vi har en tendens til eller at tænke at der er nogle dødsfald der gør mere ondt end andre. Altså for et eksempel børn. Jeg havde en ældre kvinde her for nyligt, som havde mistet en datter for 15 år siden og stadig græd, da hun fortalte om det. Men omvendt kunne jeg også mærke at hun også var glad og fortalte om sin bridge-klub og sådan noget. Så det tror jeg faktisk ikke har nogen udløbsdato.”* (Anna, Informant A. s. 9)

Anna oplever således ikke, at der kan fastsættes en ramme for, hvor lang tid mennesket sørger, men at det er individuelt fra menneske til menneske. I stedet mener hun at det er relationen til afdøde, som kan være afgørende for tidsaspektet i det efterfølgende sorgforløb. Anna taler sig således ind i en eksistentiel forståelse og anskuelse af sorg, hvor det sørgende menneske ikke følger et fastlagt og tidsangivet mønster og sørgeperiode, som tidligere tider havde tradition og ritualer for (Kofod, 2021; 24). Med sin afvisning om, at sorgen og sorgforløbet herefter ikke kan tidsangives, bliver dilemmaet mellem sorgsdiagnosens kriterier og informantens erfaringer og anskuelser tydelig. Dette betyder at sorgdiagnosens kriterium omkring tid, teoretisk set ikke kan udmøntes i praksis idet, sorgen er individuel og forankret i det enkeltes menneskes kulturelle og sociale baggrund, som er varierende fra menneske til menneske - og fra kultur til kultur.

Den samme afvisning i forhold til varighed af sorg, findes i svaret fra Barbara. I citatet herunder, lægger sygeplejerske Barbara vægt på samme anskuelse, som informant og sygeplejerske Anna taler om, nemlig at sorg og perioden hvor lang tid mennesket sørger, er individuelt.

Hun fortæller:

*“Nej. Det tænker jeg ikke. Jeg tænker at... (pause)”*

*Jamen altså, farve og intensitet kan svinge. Og jeg tænker ikke at "tiden læger alle sår", men tid betyder helt klart noget. Og jeg tænker, at tid er god på den måde, at den arbejder for os i forhold til at få det hen et sted, hvor det kan blive en håndterbar størrelse. Men jeg tænker, det er helt individuelt hvor lang tid sådan noget varer(...). Jeg synes jo vi er nødt til at sige: "Jamen for nogle går der måske bare nogle uger, og for andre går der måske flere år". Det rører os jo på forskellige måder, alt afhængig af, hvem vi er og hvad vi har med os." (Barbara, Informant B, s. 6)*

Citatet herover ligger Barbara vægt på at tiden i forskellige kontekster har betydning for, hvordan den sørgende bedre kan mestre sorgen og gøre den mere håndterbar. Men at rammesætte i forhold til en diagnose, kan ud af Barbaras udsagn, tolkes som vanskeligt.

Informant Christine og Dorthe, som arbejder i det socialfaglige felt, afviser som de to øvrige informanter fra det sundhedsfaglige felt, sorgdiagnosens forslag om et tidsangivet kriterium. De fortæller:

*"Nej, og jeg arbejder ikke med varighed. Jeg arbejder med et sted, hvor den enkelte har en oplevelse af at de kan være alene eller stå alene i deres sorg, med dem selv og deres sociale netværk eller omgangskreds." (Christine, Informant C, s. 2)*

...

*"Nej. (pause) Det tænker jeg er meget individuelt og jeg tænker det har meget at gøre med, hvad sorgen er koblet til. Jo mere dyrebart, det er - jo længere vil vores sorgproces vare. Og så tænker jeg også det afhænger af, hvor i livet vi er (pause). Da jeg var barn mistede jeg en undulat. Den døde mens jeg var på spejderlejr. Altså det fyldte jo helt vildt meget. Så Jeg tænker også det her med, hvordan situationen er, dér hvor vi mister. Og at for et barn kan det være en evighed, selvom det måske objektivt set er et 1/2 år eller et eller andet." (Dorthe, Informant D, s. 4)*

Som det fremgår at ovenstående citater er der således ingen af specialiets informanter, der oplever at sorg kan tidsbegrænses eller har en bestemt varighed. I stedet peger informanterne på, at varigheden af sorgen er kontekstafhængig og afhænger af, hvilken relation den sorgramte har haft til afdøde, samt hvilke individuelle, sociale forhold den sorgramte står i.

Med sorgdiagnosens snarlige implementering i det danske sundhedsvæsen, er det klart at diagnosen netop kræver klare kriterier for, hvordan de fagprofessionelle håndterer diagnosen og gør den operationaliserbar. Dilemmaet ligger i de forskellige videnstraditioner, som skilte vandene mellem fagfolk i forsøget på at udarbejde diagnosens kriterier (Petersen, Brodersen & Saxtrup, 2021; 369) som tidligere nævnt

indledningsvist i dette speciale, Kapitel 1. Videnstraditioner og sproglige konstruktioner som sætter diagnosen med opkomst i positivismens vidensregime på den ene side - og sorgen, med dens normative og kulturelle betingelser på den anden side.

Ud af dette kan tolkes at en konsekvens af en given tidsangivelse, som er et forslag i den kommende sorgdiagnose er, at den kan blive vanskelig for de social- og sundhedsfaglige repræsentanter at håndtere og operationalisere, fordi sorgen og dens varighed ikke lader sig mål og veje som andre symptomer i andre klart definerede diagnoser.

### **1.3: Sorgen er stadig tabu**

I interviewene nævner flere af informanterne at de oplever sorgen blive tabuiseret og ikke-italesat. Denne tabuisering oplever informanterne kommer til udtryk på forskellig vis og nævner blandt andet at sorgen tabuiseres internt i fagfællesskaber, i det offentlige rum og i forhold til personlige og nære relationer. Informanterne oplever at det kan være vanskeligt at sætte ord sorgen på grundet berøringsangst for at tale om følelser og at individet eksempelvis selv oplever ubehag når vedkommende bliver konfronteret med sin egen dødelighed. I lyset af sorg- og dødshistoriens perspektiv (Jacobsen & Petersen, 2020; 9), kan denne afstandstagen og berøringsangst i forhold til sorg, forklare hvorfor informanterne fortsat oplever tabuiseringen af sorg i et moderne samfund som det danske.

Barbara fortæller i interview-sekvensen herunder, hvordan hun oplever tabuiseringen af sorgen. Hun angiver hvordan sorgen er ét af de tabuer der stadig findes i Danmark og at sørgende mennesker oplever tabuiseringen i form af, at blive undgået og overset. Hun mener desuden at både fagprofessionelle og mennesker generelt i samfundet bør opnå kompetencer indenfor sorg, for at imødekomme denne tabuisering og potentielt komme den til livs. Overordnet set ønsker Barbara at sorg bliver "en civil kompetence".

Interviewspørgsmålet lyder: "*Hvem mener du, skal håndtere mennesker i sorg. Altså sorg efter et dødsfald?*"

*Barbara: Mit ønske ville være, at det skal vi alle sammen (pause). Altså i virkeligheden er det en af de få tabuer vi har tilbage, ikke også. Og folk oplever jo rent faktisk, dét der med at blive undgået, når de er i sorg, ikke. Men jeg tænker, at vi trænger rigtig, rigtig meget til at*

*blive dygtigere til det, som en bred kompetence - så vi forstår at håndtere os selv og hinanden...*

*Interviewer: Mmm.*

*Barbara: Jeg kunne rigtig godt tænke mig, at der ikke i så stor udstrækning - som det er tilfældet - er behov for blå blik og krisepsykologer, men det er noget man kan håndtere i fællesskab. For et eksempel på en arbejdsplads, hvor man møder op igen efter at man har mistet, eller i en familie, eller hjemme på vejen. Så jeg kunne egentlig godt tænke mig, at det blev sådan en civil kompetence.” (Barbara, Informant B, s. 4)*

Anna forklarer herunder, i tråd med Barbara, hvorfor hun mener at tabuiseringen af sorgen fortsat er at finde i menneskets måde at omgå sorgen på. Hun fortæller:

*“(...) det er nok stadigvæk lidt tabu, men jeg tror der sådan lidt berøringsangst omkring det, fordi det kan jo også godt gøre lidt ondt og man kan også blive konfronteret med sin egen dødelighed. Og man skal også kunne hvile i, at livets store følelser de kan folde sig ud på rigtig mange måder. Både med vrede og frustration” (Anna, Informant A, s. 7)*

At mennesket lever i en individualiseret samtid og at sorgen ligeledes er individualiseret, kan anspores i nedenstående citat, hvor Barbara ser tilbage på tidligere tiders sorgritualer og traditioner. Hun finder hér forklaring på, hvordan og hvorfor kulturen omkring sorgen har ændret sig over tid og giver udtryk for at hvordan der mangler et fællesskab og en nærhed i sorgen, som ligger på linje med Jacobsen & Petersens beskrivelse af *den individualiseret sorg* (2020; 15), hvor sorgen bliver en opgave, som individet skal løse og forvalte på bedst mulig måde (Jacobsen & Petersens, 2020; 15).

Barbara fortæller:

*“Men jeg kunne rigtig godt tænke mig - lidt ligesom i gamle dage. Når man døde, så døde man derhjemme og så sang man den afdøde ud af huset. Og havde dem liggende og man kunne kigge på dem - og så blev man båret gennem landsbyen og alle vidste at nu var hun død, ikke. Der var på en eller anden måde en nærhed omkring det, som jeg tænker var god - og som er barsk og hård (...) Og så kan man sige, at i gamle dage var der ikke mulighed for at lægge det fra os og putte det et andet sted hen. Der var det der og man var nødt til at tage sig af det. Nu har vi mulighed for at lægge det ubehagelige over til sygehusvæsenet eller plejehjemmet.” (Barbara, Informant B, s.5-6)*

Ifølge (Jacobsen & Petersen, 2020) har død og sorg historisk set altid været forbundet, men efter 1800-tallet sker der skred i den vestlige opfattelse af død og sorg. Døden og sorgen individualiseres og trækkes langsomt ud af en tidligere en sanselige, fælles og rituel måde at håndtere sorgen på. Erstatningen bliver en

fremmedgjorthed over for sorgen og noget mennesket ikke tør tale om (Jacobsen & Petersen, 2020; 9). Denne fremmedgjorthed kan ud fra informanternes udsagn, tolkes fortsat at være på spil. I citatet herover giver Barbara udtryk for at mangler et fællesskab og rituelle handlinger i forbindelse med sorgen, hvilket gør at den tabuiseres og “gemmes væk” i institutionaliserede rammer på hospitaler og plejehjem.

### **Delkonklusion på analysedel 1**

I denne første analysedel kan jeg konkludere informanterne finder sorgen vanskelig at definere og at informanterne trækker på teoretiske modeller i deres forklaringer af sorgen væsen. Disse modeller, eksempelvis den udbredte to-sporsmodel, har opkomst i den videnskabelige og evidensbaserede viden, er med til at psykiatisere sorgen, hvilket kan medføre at sorg, som et historisk og kulturelt betinget fænomen, bliver overset.

Dette kan tolkes, at konsekvensen af en given tidsangivelse, som er forslaget i den kommende sorgdiagnose, er at det kan blive vanskelig for de social- og sundhedsfaglige repræsentanter at håndtere og operationalisere sorgen, fordi dens varighed ikke lader sig mål og veje som andre symptomer i andre klart definerede diagnoser.

Videre kan jeg konkludere at informanterne oplever at kulturen omkring sorgen har ændret sig over tid. De giver udtryk for at der mangler et fællesskab og en nærhed i sorgen og som kan karakteriseres som *den individualiseret sorg* som Jacobsen og Petersen argumenterer for (2020; 15). For at komme denne individualiserede og tabuiserede sorg til livs, er der blandt informanterne et ønske om, at sorg og håndteringen af denne, bliver “en civil kompetence”, som både fagprofessionelle og lægmand bør blive uddannet i. Sorgen bliver således “sat på formel” og tidligere tiders fællesskaber og rituelle handlinger over går og “gemmes væk” til de fagprofessionelle i institutionaliserede og organiserede rammer.

### **Analysedel 2: Diagnosekulturen**

I analysedel 2, vil jeg vil se nærmere på hvordan informanterne anskuer og forstår sorgen og PGD ud fra det begreb, som Brinkmann og Petersen (2015) kalder for diagnosekultur og som de påpeger er kendetegnende for vores nutidige samfund i dag. Gennem det empiriske materiale, gav informanterne udtryk for at sorgen i

stigende grad blev patologiseret og patienterne og borgerne i risiko for at gennemgå en stigmatiseringsproces. Gennem empirien kunne jeg således identificeret to undertemaer. De to undertemaer er som følger:

2.1: Sorgen bliver sygeliggjort

2.2: Diagnosen stigmatiserer

### **2.1 Sorgen bliver sygeliggjort**

I mit empiriske materiale fremkom der anskuelser af hvilken betydning PGD vil få for sorgramte mennesker. Informanterne pegede blandt andet på et diagnostisk blik kan medføre en sygeliggørelsen af mennesker i sorg.

I nedenstående citat fortæller socialrådgiver Christine om hendes syn på implementeringen af den nye PGD.

Hun fortæller:

*“(...) jeg synes, at det er en trist udvikling for sorgområdet, at vi begynder at putte diagnoser på den måde. Vi gør jo meget ud af at i sorgsamtaler at normalisere, hvordan du har det. Og når vi så diagnosticerer, så fortæller vi lige nøjagtig, at du ikke er normal. Og det tænker jeg kan være rigtig, rigtig svært i arbejdet. Fordi sorgen er jo stadigvæk almindelig og normal (...). Ja. Det tror jeg, er mine tanker om det.” (Christine, Informant C, s. 3)*

Christine giver i citatet udtryk for at ikke opfatter udviklingen af diagnosen PGD, som en positiv måde at hjælpe mennesker i sorg på. Hun fortæller endvidere at hun gennem sit arbejde oplever at en diagnose kan være med til at give mennesket som er i sorg en oplevelse af at være unormal eller at have det unormalt. Det finder Christine problematisk i arbejdet med det sorgramte menneske, i det hun anskuer sorgen som en normal og almindelig reaktion på at opleve et tab.

Ud fra Christines udsagn, fortolker jeg hendes udsagn, som et udtryk for, at hun hverken betvivler det sorgramte menneskets oplevelse af lidelse eller sorg, men at hun stiller spørgsmålstejn ved, er om denne lidelse - sorgen - kan opfattes som en patologisk tilstand med dertilhørende diagnose. Ifølge Brinkmann (2010; 19) er det naturligt at alle mennesker før eller siden, vil opleve livsproblemer eller at afvige fra normen indimellem, uden at det betyder, at man nødvendigvis har en psykisk sygdom eller psykisk forstyrrelse. Det som kan blive problemet med et diagnostisk

perspektiv er, at sorgen som fænomen, bliver en skelnen mellem en almindelig sorg og diagnosticeret sorg. Gennem Christines ovenstående udsagn, kan en skillelinje mellem *det normale* og *det unormale* ligeledes fortolkes. En sondring, som Michel Foucault har arbejdet med gennem hans studier om magt og afvigelser i forhold til eksempelvis psykiatriske lidelser, som PGD vil blive kategoriseret som, når diagnosen bliver implementeret, seksualitet og kønsnormer (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 21). Denne skelnen mellem normalt og unormal er ifølge Foucault er måde, hvorpå systemet kan udøve magt over for samfundets borgere, og gennem systemets repræsentanter fx. socialrådgivere og sygeplejersker, sørge for, at normalisere, behandle og eliminere adfærdsformer og opfattelser så som sorg, som samfundet finder uhåndterbart og unormalt. (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 21). Derudover gør sondringen mellem normal og unormal individet - altså mennesket i sorg - til bære af problemet og således bliver det individets opgave at tage ansvar for sin oplevelse af sorg.

I forlængelse af ovenstående betragtninger, påpeger Brinkmann at i skyggen (eller i lyset, om man vil) af diagnosekulturen følger et medicinsk og diagnostisk sprog, som fylder vores samtid (Brinkmann, 2010; 16). En sundhedsdiskurs, som ifølge ham, bevidner om en øget bevidsthed og et ideal om at være *sund* og ikke *usund*. Modsat samfundets tidligere diskussioner og modsætningspar, som *det gode/det onde* eller det medicinske områdes begrebspar *det syge/det raske*, er nu i højere grad blevet erstattet med parret *sund/usund* (Brinkmann, 2010; 16). Denne sundhedsdiskurs bliver på den måde anvendt til at opnå anerkendelse - på både individ- og samfundsplan samt til at vi som individer forstår os selv (Brinkmann, 2010; 16).

Denne dobbelthed, som Brinkmann italesætter, fremkommer det ligeledes i nedenstående citat, hvor Barbara beretter om sine overvejelser vedrørende implementeringen af PGD. Hun svarer på spørgsmål nr. 14: "*Oplever du at begreberne sorg og diagnose kan forenes? Altså - hvordan vil du beskrive din forståelse og anskuelse af fx. den nye sorgdiagnose PGD?*" (Bilag 2) :

Sygeplejerske Barbara fortæller:

*"Jamen, den kan være med til at sygeliggøre noget naturligt. Og det kan være med til at fastholde mennesker i en bestemt situation, som ikke er ønskværdig for dem.*



*Men samtidig kan den også være - måske er det mest for vores samfunds håndterings skyld - altså så har man et eller andet tal og en diagnosekode (...). Men altså, det skulle jo gerne være noget som er virkningsfuldt og konstruktivt for et menneske. Så man kan få den hjælp, man skal bruge. (Barbara, Informant B, s. )*

Barbara mener at PGD dels kan patologisere sorgen, som hun anskuer er naturlig - dels mener hun at PGD kan fastholde og sætte mennesker i sorg i en position som de ikke ønsker. Omvendt har Barbara en vis forståelse for, samfundets argumentation vedrørende at opdele, kategorisere mennesker i sorg gennem eksempelvis en diagnose som PGD. Afslutningsvis giver hun udtryk for at PGD gerne skal være til virkningsfuldt og lindrende for det menneske, som oplever sorgen, og ikke for samfundet og diagnosens skyld.

Brinkmann & Petersen (2015; 351) påpeger at diagnosekulturen har et helt centralt paradoks, nemlig at mennesket på den ene side gøres ansvarlige for deres eget liv, men på den anden side, hvis dette gøres ud fra en diagnostisk logik, som netop ligger indlejret i diagnosekulturen, kan ansvaret blive taget fra dem. Dilemmaet, som Barbara oplever, vedrørende den kommende implementering af PGD står derfor klart, idet diagnosekulturen, som PGD repræsenterer, står i kontrast til den anskuelse Barbara har af fænomenet sorg og de værdier og faglige idealer hun repræsenterer.

En anden konsekvens man kan drage på baggrund af den føromtalt sundhedsdiskurs og fokusering på sundhed er, at man på den måde begynder at betragte fænomener som sorg og reaktioner på sorg, som et sundhedsproblem. Den diagnostiske sprogbrug risikerer således at dreje fokus væk fra de samfundsmæssige betingelser for sorgen eller lidelsen og resultatet bliver det som Brinkmann & Petersen (2015; 352) beskriver som - en normal reaktion på et syge omgivelser.

## **2.2: Diagnosen stigmatiserer**

I forlængelse af ovenstående undertema 2.1, som omhandlede en sygeliggørelse af sorgen, vil jeg i dette indeværende undertema sætte fokus på anden komponent i diagnosekulturen: Stigmatisering<sup>2</sup>. Flere gange i empirien dukkede netop denne

---

<sup>2</sup> Stigma; Henvises der til Erving Goffmans forståelse af stigma. At identiteter og/eller handlinger i vores samfund opfattes - i den brede befolkning - som socialt afvigende, og de medfører derfor en afstandtagen, nedvurdering eller moralsk fordømmelse. - Goffman, E. (1975). "Stigma. Notes on the management of spoiled identity", Dansk udgave, 1975, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag, København.

komponent op, hvilken jeg herunder vil gengive og vise via informanternes anskuelse af, hvordan diagnoser kan stigmatisere. I forhold til PGD fandt jeg imidlertid nuanceforskelle i informanternes tilgang til selve PGD-diagnosen og i måden hvorpå informanterne fandt diagnosen stigmatiserende.

I nedenstående citat lægger socialrådgiver Christine ud, og fortæller i nedenstående citat om, en bekymring i forhold til kategorisering og stigmatisering af mennesker på baggrund af PGD. Christine fortæller:

*“(...) i det her diagnosesamfund - så kan jeg blive bekymret for, at der er nogle mennesker, som kommer ind i en eller anden kasse, hvor vi i vores tilgang til den enkelte, ligesom har puttet dem ind i denne her diagnosekasse. Og hvad er det så for nogle anbefalinger der følger med?” (Christine, Informant C, s. 3)*

Med sin bekymring om, at mennesket i sorg kommer til at havne i en “diagnosekasse”, som Christine udtrykker det, bevidner om at hun frygter at det sørgende mennesket kategoriseres og stigmatiseres på baggrund af diagnosen PGD. I citatet anskuer jeg desuden, hvordan Christine gerne vil møde det enkelte menneske, dér hvor det er, uden på forhånd at have sat mennesket “i bås” - uden på forhånd at kende til en PGD-diagnose eller andre former for kategoriseringer og “mærkater”. Sidst i citatet stiller Christine spørgsmålstejn ved, at ved, om de “anbefalinger”, kriterier og retningslinjer, som følger med den diagnosen, er gældende eller passende i forhold til det sorgramte menneske.

Ifølge Svendsen (2010, 60) er at diagnosticere mennesket - det samme som at stigmatisere det. Dette er selvfølgelig sat på spidsen og en klar overdrivelse, hvilket Svendsen selv pointerer, men med sætningen mener han, at der over de senere år har været en tendens til et misbrug af diagnoser, eksempelvis i form af overdiagnosticering eller opkomst af videnskabelige, svagt funderet diagnoser. Når Christine udtrykker bekymring vedrørende, om mennesket i sorg kommer i en “diagnosekasse”, kan det være et udtryk for denne tendens er gældende i det diagnosesamfund, som Christine oplever at der er.

I nedenstående citat fortæller Barbara ligeledes hendes opfattelse af PGD og begrebet diagnose og berører, som Christine, ligeledes stigma. I hendes svar, lægger hun imidlertid vægt på at diagnosens skal fjernes igen, når den ikke længere

tjener sit formål. Sygeplejeske Barbara besvarer samme spørgsmål som herover: "Vil du prøve at beskrive din forståelse og opfattelse af begrebet diagnose?"

Hun svarer:

*"(...) jeg synes, at diagnoser er en fantastisk ting - og jeg synes, at diagnoser er en ganske rædselsfuld ting(...). Altså et mennesket er ikke sin diagnose. En diagnose er noget et menneske har(...). Og sådan er det jo også med psykiatriske diagnoser, at der arbejder man jo meget med at diagnoserne ikke skal blive hængende på folk. Altså, ligesom man kan få diagnosen "blindtarmsbetændelse" - så går det jo over igen. (...) Og dér skal man kunne komme videre fra. Og det er rigtig vigtigt, når man snakker diagnoser, at det er noget man også skal kunne slette igen, når man ikke har brug for det mere". (Barbara, Informant B, s. 8)*

Som det fremgår af ovenstående citat, finder Barbara både fordele og ulemper ved diagnosen. Hun fortæller om, hvordan der gennem årene har været en tendens til at psykiatriske diagnoser ikke bliver fjernet i fra patienternes journaler, på lige fod med somatiske sygdomme, hér eksemplificeret med en "blindtarmsbetændelse". Når den psykiatriske diagnose figurerer i journalsystemet, bliver patienten ikke bare stigmatiseret på baggrund af sin psykiske sygdom, patient bliver yderlig og unødigt stigmatiseret til trods for, at diagnosen ikke længere har sin relevans eller er gældende for patienten længere. Denne dobbelte stigmatisering af patienten mener Barbara er vigtig i forhold til håndteringen af diagnoser. Barbara påpeger endvidere at der i stigmatiseringsprocessen kan ske det, at patienten ikke har en diagnose, men bliver til den. Ifølge Svendsen (2010; 62) er en af de væsentligste grunde til, at en psykiatrisk lidelse ofte bliver betragtet som et stærkt stigma er, at det omhandler menneskets selv og dennes personlighed. Derfor gør en diagnosticering eksempelvis en PGD både noget ved, hvordan mennesket selv opfatter sig, men også den måde hvorpå andre opfatter mennesket på (Svendsen, 2010; 62).

Derfor er en diagnose også en måde at give mennesker en ny social identitet og ny selvidentitet (Ibid.). Diagnoser er således være kraftfulde mærker at sætte på mennesker og i det lys bliver en identificering med sin diagnose nærliggende, præcis som Barbara oplever det. Når mennesket identificerer sig med sin diagnosen, vil andre omkring dette menneske sandsynligt foretage en lignende identifikation (Svendsen (2010; 62). Dette betyder at det sorgramte mennesket reduceres til en kategori og en diagnosekasse, som intet siger noget om menneskets ressourcer og muligheder for at komme tilbage på sporet af livet igen.

I forhold til diagnosticeringen med PGD var der i empirien imidlertid andre anskuelser af, hvordan mennesket i sorg kunne reagere på diagnosen. I nedenstående citat beskriver sygeplejerske Anna, hvordan hun anskuer implementeringen af PGD. I selve interviewsituationen har interviewer og Anna en dialog omkring ovenstående problematik vedrørende fejl- og overdiagnostik, hvortil Anna oplever at en sorgdiagnose er "naturlig" end andre diagnoser.

Dette kan læses følgende i samtalen med Anna og mig som forsker:

*Interviewer: "Så du oplever at patienterne tænker, at en sorgdiagnose er mere naturlig? Er det sådan jeg skal forstå det?"*

*Anna: "Ja. Det tror jeg! (...) Det vil da være lettere for patienterne at håndtere, tror jeg: "Jamen du har faktisk en sorgreaktion efter at du har mistet din mand". Så vil alle jo sige: "Nå ja, jamen selvfølgelig". Eller det her med, at du har fået en depression: "Nå, er der så andre ting, du også er ked af?". Altså, på en eller anden måde, tror jeg at en sorgdiagnose vil være med til at koble det lidt mere op på det dødsfald eller det der nu har forløst det. Og det tror jeg måske vil være lettere på patienter og pårørende at håndtere. Det ved jeg ikke, men det tænker jeg det ville være. (Anna, Informant A, s. 14-15)*

Som det fremgår af samtaler herover, er Annas anskuelse PGD en noget anderledes side af de øvrige informanternes oplevelse af diagnosen. Man kan sige at hun anskuer spørgsmålet i to dele. Det ene grundet det, at Anna sætter PGD over for andre psykiatriske diagnoser, som tidligere er blevet anvendt diagnosticering, afdækning og behandling af sorg i det medicinske felt. Dermed har Anna en oplevelse af, at en sorgdiagnose er mere "naturlig" og mere mindre stigmatiserende end en depression, som hun i citatet eksemplificerer. Den anden del af hendes anskuelse går på, at det sorgramte menneske, gennem PGD og det diagnostiske sprog og perspektiv, finder en forståelsesramme og på den måde en forklaring på vedkommendes sorg og lidelse. Dette mener hun kan komme det sorgramte menneske til gavn, idet det gennem denne diagnostiske forståelsesramme og sproget bedre kan håndtere sorgen.

Også ifølge Brinkmann & Petersen (2015; 358) har mennesket til alle tider haft brug for at forstå den lidelse det oplever, for at kunne finde en mening og mål med livet. Ifølge de herre, lever vi i en tid, hvor psykiatriske diagnoser sætter rammen for, hvordan menneskelig lidelse - herunder sorg, skal anskues og fortolkes. Derfor bliver det nærliggende for os mennesker, at anvende diagnosekulturens sprog og begreber, eftersom deres holdning, er den dominerende forståelsesramme i

samfundet i øjeblikke (Brinkmann & Petersen, 2015; 358). Det som imidlertid kan blive dilemmaet i *kun* at anskue sorgen og PGD gennem denne diagnostiske og medicinske tilgang er, at andre videnskaber og forståelsesramme, som eksempelvis tidligere tiders religion, kan blive overset, overhørt og falde bort (Brinkmann & Petersen, 2015). Denne betragtning findes også hos Michel Foucault (som jeg iøvrigt vil udbrede i specialets analysedel 3, "Diskursen og magten") og hans anskuelse og studier om diskursens og magtens betydning på historiens scene - altså at måden vi mennesker forstår verden på - i dette tilfælde gennem diagnosekulturen - altid er dynamisk og altid har og vil ændres over tid (Mikk-Meyer & Villadsen, 2017; 20).

I citatet det bliver således diagnosekulturens diagnostiske sprog, som bliver den dominerende forståelsesramme, idet PGD der bliver forklaringen på, at mennesket har det som det har det og oplever sorg, og ikke tidligere tiders religiøse eller eksistentielle forklaringsmodeller, som jeg har redegjort for i specialets indledende kapitel 1.

### **Delkonklusion på analysedel 2**

For at opsummere denne analysedels hovedpointer, på baggrund af informanternes udsagn, kan jeg herunder konkludere følgende:

Informanterne betvivler ikke rigtigheden af, at mennesket oplever sorg og lidelse, men sætter spørgsmålstegn ved om menneskelig sorg og lidelse skal sidestilles med en psykisk sygdom eller psykisk forstyrrelse gennem en PGD-diagnose. I arbejdet med sorgramte mennesker, mener informanterne at det er problematisk, at anvende en PGD-diagnose, idet det kan give menneske en oplevelse at blive og af at være unormal eller at have det unormal, hvilket kan føre til en stigmatisering af mennesket.

Informanterne udtrykker desuden en bekymring i forhold til, at mennesker i sorg hurtigt kan blive fejl- eller overdiagnosticeret, grundet det diagnostiske blik og den dominerende forståelsesramme, som definerer diagnosekulturen i dag. Derudover peger empirien i retning af, at hvis mennesker i sorg bliver placeret i en bestemt "diagnosekasse", og således bliver diagnosticeret med PGD, skal diagnosen fjernes igen, når denne ikke er relevant mere, idet det kan føre til en dobbelt stigmatisering.

Et andet blik, som én af informanter giver er, at PGD ses som en mere "naturlig" diagnose og som er mindre stigmatiserende end andre psykiske diagnoser. Idet informanten mener, at det sorgramte menneske finder forklaring på sorg og lidelse

gennem et diagnosticeret perspektiv og diagnosekulturens forståelsesramme. Dette mener informanten kan komme det sorgramte menneske til gavn, idet det gennem denne diagnostiske forståelsesramme bedre kan håndtere sorgen.

Sluttelig kan det fortolkes at PGD, bliver det redskab, som den dominerende diagnosekultur har til formål at anvende i dag, idet PGD kan anvendes som forklaringsramme i forståelsen og forklaringen af mennesket sorg og lidelse. På den måde tyder empirien på at forståelsesrammer og forklaringer baseret på tidligere tiders religiøse eller eksistentielle forklaringsmodeller, ikke bliver taget i brug og således marginaliseret i den samtid vi lever i dag.

### **Analysedel 3: Diskursen og magten**

I analysedel 3, vil jeg se nærmere på, hvordan informanterne forstår og anskuer sig selv dels i deres praktiske arbejde i forhold til den faglige diskurs, som er gældende i samfundet. Set i det lys, vil jeg undersøge, hvordan de anskuer og forstår mennesket i sorg og PGD. Gennem Michel Foucaults analytiske fikspunkter og begreber vedrørende diskurs, magtteknologier og selvstyringsteknologier (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 22-23).

I dette analyseafsnit 3 har jeg identificeret følgende tre undertemaer:

3.1: Sproget har en større betydning end vi tror

3.2: Manglende sprog og termer i dokumentationen af sorg

3.3: Viden og magt over sorgen

#### **3.1 Sproget har en større betydning end vi tror**

I dette første undertema omkring, hvordan informanterne anskuer diskursen og magten i kontekst til PGD-diagnosen og forståelse af sorg, vil jeg gerne undersøge, hvordan diskursen og sproget i feltet former og udfolder sig. Dette vil jeg gøre gennem interviewguidens spørgsmål nr.21: *“Har sprogbrugen på arbejdspladsen betydning for det faglige skøn i forhold til mennesker i sorg?”* (Se bilag 2).

I nedenstående citat beretter sygeplejerske Barbara om, hvordan hun mener at både det verbale og nonverbale sprog har betydning for, hvordan sorg bliver rammesat. Hun lægger op til, at der mangler et sprog for at kunne rumme sorgen:

*“Jamen, det mener jeg helt klart, at det har. Altså jeg tror at sproget har en meget, meget større betydning end vi tror. Jeg tror virkelig vi er med til at skabe - med det sprog, vi taler. Så når vi vender øjne af nogen, vi synes sørger for længe f.eks. - det er jo også sprog - og har en enorm betydning for hvad for en stemning man skaber omkring det, at have behov fordi man er i sorg. (pause)*

*Og igen - fordi vi er uformående, fordi vi mangler redskaber - så bliver vi sådan kliche-prægede. Vi kommer til at sige de samme ting, unuancerede ting (pause) Nogle gange kan man godt have lyst til at sige noget andet end: “Ej, hvor må det være hårdt for hende”, eller... (pause) Og noget af det, er nok fordi sorgen nok ikke kan rummes i ord. Men jeg tror godt at vi kan nuancere det og tale om det på mere udfoldede måder.*

*Og jo mere vi gør det og jo mere vi konfrontere det og jo mere detaljerigdom der kan blive omkring det - jo bedre kan mennesket også føle sig hjulpet af det og være heldig, at noget af det rammer dem - så de føler sig set og hørt. Ja.” (Barbara, Informant B, s. 10)*

Som det fremgår af citatet, har Barbara en oplevelse af, at sproget har en rolle at spille i forhold til det faglige skøn sygeplejersker udøver i omgangen med mennesker i sorg. Hun oplever desuden at mennesket selv, er medskaber af sproget og den måde det forstår og oplever eksempelvis sorg hos andre mennesker på. Omvendt ser hun, hvordan sygeplejersker og mennesker generelt mangler ord og redskaber til at favne sorgen. Hun mener, at sygeplejersker kan blive bedre til at hjælpe sorgramte mennesker gennem en mere nuanceret og konfronterende sprogbrug i feltet. Dermed sætter Barbara spørgsmålstejn ved den måde sproget og dermed diskursen udfolder sig på på hendes arbejdsfelt. Ifølge Foucault er diskursen historisk betinget og skal dermed ikke vurderes efter om det afspejler sandheden eller ej (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 24). Med Foucaults begrebsapparat kan man således udlede, at sorgen i dag opfattes gennem en bestemt diskurs, som Barbara oplever er til stede i det praksisfelt hun arbejder i. Barbara mener, at den sorgdiskurs, som er til stede i vores samtid lige nu, ikke altid er dækkende i forhold til at indfange den menneskelige sorg. Hun mener, at mennesket bør søge efter andre måder at håndtere og hjælpe de sorgramte mennesker. Således taler Barbara ind i Foucaults tanker om at - enhver diskurs - sin sandhed, som står i relation til tiden og historien (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 24). Udover ovenstående Foucault-fortolkninger, kan man i Barbaras udsagn ligeledes se, hvordan diagnosekulturen kan have en rolle at spille i sygeplejerskernes forståelsesrammer. Barbara lægger i citatet herover vægt på at: *“(...) sproget har en meget, meget større betydning end vi tror.”* og at *“(hun) tror virkelig vi er med til at skabe - med det sprog, vi taler.”* (Barbara, Informant B, s. 10). Brinkmann og Petersen (2015) argumenterer for at vi i diagnosekulturen, som vi i dag alle er en del af, både er ofre for og

medskabere af det sprog og de termer, som vi anvender til at beskrive menneskets oplevelse af liv og lidelse - herunder sorg (Brinkmann & Petersen, 2015: 358). Videre følger der med dette sprog og denne diskurs ligeledes et medikaliseret og psykiatrisk syn på mennesket lidelse (Brinkmann & Petersen, 2015: 358). Således bliver sproget og forståelsesrammerne, som ligger indlejret i PGD-diagnosen en vigtig markør for den måde sygeplejerskerne forstår mennesket sorg og lidelse. Ud fra Barbaras udsagn, kan jeg ligeledes udlede at PGD, udover dens samfundsmæssige konsekvenser, som diskurs kan være med at opnå nye forståelser af mennesker i sorg.

For at vise spændvidden af informanternes udsagn vedrørende diskursens betydning i forhold til sorg og PGD, vil jeg herunder se nærmere på det svar, som socialrådgiver Christine udtrykker til spørgsmålet om, hvorvidt hun mener at sprogbrugen på arbejdspladsen har betydning for det faglige skøn i forhold til mennesker i sorg?

Christine fortæller:

*“Nej. Det håber jeg ikke (griner). Det har det ikke for mig. Men det er jo selvfølgelig interessant og følge med og forstå det, for det er jo også det, som man sidder overfor (...). Og oftest har den, man sidder overfor jo en forståelse af, hvordan de skal være eller hvordan sorgen skal være. Og det kan jo sagtens være på grund af det, som man hører ude i samfundet om, hvordan sorg bliver italesat. Så på den måde er det interessant i arbejdet.” (Christine, Informant C, s. 6)*

I citatet oplever Christine at sprogbrugen og diskursen, som anvendes i hendes felt, ikke har betydning for det faglige skøn. Således er hun af den opfattelse, at skønnet som den professionelle udøver, er det samme uanfægtet, hvilken diskurs eller sprogbrug, som anvendes. Hun finder imidlertid emnet interessant at anskue, og lægger især vægt den på diskurs og sprogbrug, som mennesket i sorg selv oplever. Hun mener at mennesket i sorg, kan have bestemte normative opfattelser af, hvordan sorgen “bør” være eller “bør” udfolde sig på.

Når diskurser forandres, eksempelvis ved implementering af PGD, forandres også sandhederne, og denne gensidige påvirkning mellem disse elementer spiller en central rolle i Foucaults analyser (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 40). Med Foucaults tænkning kan Christines oplevelse af diskursens betydning for hendes felt, således ses som et udtryk for, at hun finder en sandhed og en “rigtighed” i den diskurs, som



hun anvender i praksis. Hun er opmærksom på og anerkender, at der gennem de sorgramte mennesker hun møder, findes andre diskurser. Ifølge Foucault har diskurser en stor rolle at spille i sociale relationer, for det er via diskurserne, at forskellige magtrelationer dannes. Foucaults fokuserer i sine studier hovedsageligt på magt på mikro-niveauet, hvilket er den magt, der foregår mellem mennesker (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; s. 22). Denne betragtning om relationer og magt kan ligeledes have en betydning i det arbejde, som socialrådgiver Christine udøver overfor det sorgramte menneske. Forstået på den måde, at den diskurs som socialrådgiveren anvender i arbejdet med det sorgramte menneske, rammesætter en bestemt virkelighed og sandhed - ikke blot i situationen men også i relationen mellem de to individer, selvom Christine ikke er bevidst om dens magt.

### **3:2 Manglende sprog og termer i dokumentationen**

I dette undertema vil jeg vise hvordan informanternes forståelse og anskuelse af det sprog og de termer, som anvendes i det praktiske arbejde med det sørgende menneske kommer til udtryk. Dette gælder både det talte samt det skrevne sprog i det praktiske og kliniske arbejde omkring de sorgramte mennesker, som informanterne møder. Dette for at undersøge sprogets betydning i forhold til forståelsen af sorg. Som nedenstående citater viser, kom der udsagn fra informanterne frem, som kan tolkes som institutionelle magtteknologier, som Foucault ville kalde det (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 23).

Barbara fortæller i nedenstående citat om hendes oplevelse af det skrevne sprog i dokumentationen af det sørgende menneske. Hun fortæller:

*“Jeg sådan en kæphest med hele det dér “Sundhedsplatforms-sjov” (Sundhedsplatformen, journalsystem, red.). (...)*

*Og så er der for et eksempel også noget (en rubrik i systemet, red.) der hedder: “Psykisk: Indenfor definerede grænser”, ikke. Den kan man hakke af.*

*Og jeg kan bare mærke, at alting stritter i mig. Jeg kan slet ikke holde det ud. Altså, hvad fanden er det for noget, altså (griner)! Bare det at man tænker, at man kan lave sådan en rubrik. Hvad er det for et syn på tilværelsen og på mennesker, som det repræsenterer? Det synes jeg virkelig er vildt!*

*(...) Altså, og jeg må jo nok bare sige, at jeg kan ikke benytte mig af det dér (rubrikken i Sundhedsplatformen, red.), så jeg skriver. Og skriver det, som jeg synes skal til, for at den kollega, der kommer efter mig, kan følge godt op på dér, hvor patienten er, ikke.*

*Det kan jeg ikke “hakke” mig frem til. Det må jeg bare sige, det går ikke (griner). Det går altså virkelig ikke! (pause). Og igen, jeg forstår jo godt, at der skal noget rationalitet til. Der er noget effektivt i det der med, at man har nogle kategorier og det kan da godt være rigtig smart. Der er bare ting i denne her tilværelse, som ikke lader sig “putte” i sådan nogle kasser. Og det er for et eksempel fænomenet sorg.” (Barbara, Informant B, s. 6-7)*

I det lidt længere citat herover, beskriver Barbara hvordan sproget og termene, der via det implementerede journalsystem i regionen hvor hun arbejder, danner rammen for italesættelse og dokumentation af sorg. Først forklarer hun, hvordan journalsystemet er baseret på rubrikker og på forhånd afgrænsede og definerede rammer, hvilket Barbara oplever er en dehumaniserende måde at beskrive og dokumentere menneskets handlinger, følelser med videre på. Dernæst forklarer hun at netop denne dehumanisering og forsimpning af mennesket gør det vanskeligt for hende, at favne hele det sørgende menneske og således sorgens væsen i det skrevne sprog. Man kan i citatet anskue, hvorledes Barbara tager skarpt afstand fra denne dokumentationsmodel og finder det paradoksalt og måske på grænsen af det komiske, at man anvender et journalsystem som i den grad kategoriserer og simplificerer mennesker. Denne modstand på dokumentationssystemet og magtteknologi, er et eksempel på det Foucault, vil kalde for modmagt, idet han argumenterer for, at dér hvor der magt, vil der altid opstå en modmagt (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 41).

Det bliver på den måde vanskeligt for Barbara at udfolde, hvordan sorgen påvirker det sørgende menneske, på skrift i systemet, hvilket er et eksempel på hvordan overordnede og magtfulde strukturer - hér i form af det implementerede journalsystem - forsimples og kategoriserer mennesket, som oplever sorg. Ifølge Foucault (Foucault, 1987; 103, Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 22-23) kan ovenstående magtteknologi - altså journalsystemet - betegnes som et praktisk instrument og institutionel procedure, der anvendes til at styre både ansatte, patienter og borgere med. Fokus er på synliggørelse af den kategorisering, som foregår af det sorgramte mennesket. Ikke på det enkelte sorgramte menneskets oplevelser og erfaringer i sig selv. Gennem denne institutionelle måde at opdele og og kategorisere mennesker på, bliver det muligt at styre og samtidig opnå ny viden om de styrede mennesker (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 23). En magtudøvelse som understøtter den videnskabelige viden, som kan sige at være den dominerende viden og sandhed i det danske, moderne, liberale velfærdssamfund. Dette betyder at sygeplejersken eller anden fagperson som arbejder med det sorgramte menneskes data fra journalsystemet, så og sige kan kategorisere, forenkle og dermed styre den videnskabelige viden som heraf bliver dannet (Ibid.). Dette har selvfølgelig sine fordele i form af indsamling af ny viden, som kan understøtte og muligvis resultere i

ny behandling og opsporing til sorgramte mennesker. Ulemperne kan imidlertid være at denne forsimpning, kategorisering og risikotænkning stigmatiserer mennesker i sorg på en sådan måde, at mennesket bliver set - og ser sig selv som værende syge og afvigende, men samtidig sikre institutionens og kulturens overlevelse (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 28).

I interview-sekvensen herunder beskriver sygeplejerske Anna hendes oplevelse af det skrevne sprogs betydning i forhold til de sorgramte mennesker hun møder i sin dagligdag på hospitalet. Hun fortæller:

*Anna: (...) Og hele vores dokumentationsdel af det og den måde vi ser på de efterladtes reaktioner. (...) Altså vi har ikke nok fokus på at der også er denne her psykiske reaktion (...). Hvor der kunne jeg godt tænke mig, at det er en lidt mere integreret del af vores sygepleje. Fordi at når vi står der og vasker og plejer og serverer mad og sondemad og "you name it", så har man også en unik mulighed for at kigge ind i de andre faktorer. Og det kan også godt være at vi gør det, mere end jeg er klar over. Men jeg kan bare ikke se, at vi gør det, i den måde vi dokumenterer det på. (Anna, Informant A, s. 6)*

(...)

*Interviewer: "Så der er noget i dokumentationen, der er svært at få med? Altså at den psykiske tilstand ikke bliver beskrevet i høj nok grad i dokumentationen?"*

*Anna: Ja, den er simpelthen mangelfuld. Og det er måske også fordi vi heller ikke de faglige termer og ordene til at sætte på det i virkeligheden, altså." (Anna, Informant A, s. 13)*

I dette interview-uddrag beretter Anna om hendes oplevelse af at mangle de "faglige termer og ordene" i forhold til at beskrive og dokumentere et sorgramt menneskes oplevelse og følelse af sorg. Denne oplevelse har hun til trods for, at man i hendes citatet af sine egne arbejdsgange på hospitalet, får et billede af, at hun opnår et indgående kendskab til og indblik i det menneskes livsverden, som hun drager omsorg for. Alligevel oplever Anna, at dette menneskes sorg og psykiske tilstand ikke bliver italesat og dokumenteret i journalsystemet. På den måde udelades og overhøres sorgens stemme hos det menneske der sørger. Man kan ud fra denne situation forklare Annas dilemma ud fra Foucault (2001) diskursbegreb, hvor han forklarer, at for at kunne skrive inden for en bestemt disciplin, skal man anvende dennes regler, begreber og metoder for at kunne angive og beskrive gyldige udsagn (Foucault, 2001, Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 24). Dette vil med andre ord sige, at den diskurs, som Anna og hendes kollegaer anvender i dokumentationen og

journaliseringen af det sorgramte menneskes oplevelser og følelser af sorg, skal opfylde dennes regler og linjer for at vinde anerkendelse og gyldighed. Dilemmaer opstår, når sorgens væsen ikke lader sig indfange gennem faglige termer og ord, som måske ikke er gyldige eller findes i den diskurs, som sygeplejerskerne anvender i praksis og i dokumentationen af mennesker i sorg. Foruden denne ovenstående betragtning, kan journalsystemets logik og dokumentationsregler yderlig spille en rolle i forhold til diskursens anvendelse for sygeplejerskerne. Forstået på den måde at når journaliseringssystemer anvender forudbestemte og på forhånd definerede termer og fraser (som forrige citat med informant Barbara tydeliggjorde), bliver det vanskeligt for sygeplejerskerne at anvende og fokusere på andre diskurser og måder at udtrykke sig. Det bliver på den måde nærliggende for sygeplejerskerne at udtrykke sig i et sprog og i en diskurs, som allerede findes i systemet og som derfor er tilgængeligt. Der er med stor sandsynlighed en bestemt biovidenskabelig og medicinsk diskurs i sygeplejerskernes sprog og anskuelser, idét sygeplejefaget læner sig op ad det medicinske speciale.

Således bliver et diagnostisk blik og sprog, nærliggende for sygeplejerskerne at anvende i dokumentationen af menneskets sorg, som Brinkmann skriver pointerer det (kilde). Dette betyder at kun én diskurs eller forklaringsramme bliver gyldig i begribelsen af menneskets sorg og således opstår risikoen for at overse eller få øje på andre "sandheder" og fortolkninger i dokumentationen.

### **3.3 Viden og magt over sorgen**

I dette tredje undertema vil jeg vise, hvordan der i empirien var en opfattelse af, at informanternes egen faggruppes viden og uddannelse om sorg, var mangelfuld. Flere informanter gav ligeledes udtryk for et ønske om, at alle mennesker i vores samfund generelt skal blive bedre og mere kompetente i håndteringen af og måde at forholde sig til sorg på. En opfattelse af at håndteringen af sorg skal blive en "*civil kompetence*". På linje med Jacobsen og Petersen (2021), kan informanternes udsagn tolkes som en professionaliseret sorg, hvor uddannelse, viden og evidens går hånd i hånd (Jacobsen & Petersen, 2021; s.).

Denne viden og uddannelse i sorg kan ligeledes trække tråde til Foucault og hans begreber om selvstyring og selvteknologier (Foucault, 2001, Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 23), som jeg vil udbrede herunder.

Barbara fortæller i nedenstående citat, hvordan hun mener at håndteringen af sorg skal være en kompetence som alle mennesker skal besidde. Til interviewguidens spørgsmål nr. 7 (bilag 2) *“Hvem mener du, skal håndtere mennesker i sorg?”*, svarer Barbara følgende:

*“Mit ønske ville være, at det skal vi alle sammen (pause) (...). Men jeg tænker, at vi trænger rigtig, rigtig meget til at blive dygtigere til det, som en bred kompetence - så vi forstår at håndtere os selv og hinanden. (...) Jeg kunne rigtig godt tænke mig, at der ikke i så stor udstrækning, som det er tilfældet, er behov for blå blik og krisepsykologer; men det er noget man kan håndtere i fællesskab.(...) Så jeg kunne egentlig godt tænke mig, at det blev sådan en civil kompetence.”* (Barbara, Informant B, s. 4)

Som det fremgår af Barbaras udtalelse heroppe, har hun et ønske om at håndteringen af mennesker i sorg blev en civil kompetence - altså et “hverv” som alle mennesker i teorien kan bestride. Dette dog forudsat af, at mennesker bliver *“dygtigere til det (...) så vi forstår at håndtere os selv og hinanden”*, som hun siger. Derudover fornemmer man i Barbaras udsagn, at hun et ønske om, at sorgen ikke bliver gjort til noget farligt eller sygeligt, hvor der er behov for akutberedskab og særlige indsatser.

Foucault havde i sine analyser af viden og magt fokus på selvstyring og selvteknologier (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 23). Disse beskriver, hvordan menneskets arbejde med sig selv, forudsætter forskellige handlinger, som mennesket kan trække på for at komme uuhensigtsmæssig adfærd og styringsproblemer til livs. Denne form for styring igangsættes eller bistås ofte af forskellige faggrupper på det givne område, som agerer en form for sandhedseksperter (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 23). Man kan i Barbaras udsagn ovenfor anskue en vis lighed med Foucaults betragtninger i det, denne efterspørgsel og ønske om at *“forstå at håndtere os selv og hinanden”* i forhold til at opnå en civil kompetence i sorghåndtering, kan oversættes som en slags governmental styring af mennesket. Dette kan betyde at for at mennesket kan opnå en civil kompetence i håndteringen af sorg, må mennesket lære at forstå sig selv, som samfundet gerne vil have at de skal ville. Det bliver på den måde en form for stum tvang, som anvendes i feltet og hvor ansvaret er placeret hos det enkelte individ. En slags kontrol i det stille, som er den vigtigste form for styring i moderne demokratier, som Mik-Meyer & Villadsen udtrykker det (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; 21).

I citaterne herunder beretter sygeplejerskerne Anna og Barbara om deres perspektiv på faggruppens viden og uddannelse i håndtering af mennesker i sorg. I disse citater vil jeg vise, hvordan viden og magt hænger sammen med den professionalisering af sorg Jacobsen & Petersen argumenterer for.

Sygeplejersker fortæller:

*“Jeg tror simpelthen, at vi skal uddanne os sygeplejersker. (...) Så jeg tror ikke vi har nok fokus på det. Jeg tror, at vi skal uddanne hinanden og ikke mindst kigge bredere på sorg. Altså være bedre til at fokusere på, at det måske i virkeligheden er det, det handler om. Jeg tror at vi er for dårlige til at få øje på det.” (Anna, Informant A, s. 4)*

Barbara udbreder emnet nærmere i dette citat:

*(...) der er bevægelse i det felt! Ikke kun sundhedsfagligt men i samfundet som helhed (...) Der er brug for mere fokus, så det bliver et mere tilgængeligt felt for flere. Sundhedsvæsenet har en central rolle og forpligtelse her – vi må gå foran, vise vejen, for befolkningen er generelt dårligt stillet – lidt ”sorgens analfabeter”, på en måde. Mangler generelt redskaber og sprog, når det gælder sorg. (Barbara, fokusgruppespørgsmål nr. 1, Bilag 3)*

Både Anna og Barbara har en oplevelse af at sygeplejersker og sundhedsprofessionelle generelt mangler viden om sorg og uddannelse i sorghåndtering. De mener begge at der i sundhedsvæsenet ikke er nok fokus på sorgen og på mennesker i sorg. Derudover mener Barbara at de sundhedsprofessionelle bør være rollemodeller for den generelle befolkning, i det hun oplever dem som havende mindre viden om sorg og sorghåndtering, i det de mangler kompetencer i form af sprog og værktøjer. Lidt forenklet kan man sige, at informanterne ønsker sorgen ordnet og håndteret korrekt.

Anders Petersen & Michael Hviid Jacobsen (2020) argumenterer for at der i takt med den stigende individualisering af sorgen, er sket en professionalisering af sorgen (Jacobsen & Petersen, 2020; 17). I kraft af diagnosekulturen, som tidligere beskrevet i specialet, anlægges der et medicinsk blik på sorgen, som medfører et stigende antal videns- og uddannelseseksperter inden for sorg, som bl.a. tilbyder sorguddannelser, overbygningskurser med videre, henvendt til fagprofessionelle i det sundheds- og socialrelaterede felt (Jacobsen & Petersen, 2020; 17). Det Nationale Sorgcenter er bare én af de aktører som tilbyder netop uddannelse og kompetenceudvikling som jeg har gjort rede for i specialets Kapitel 1, og som muligvis er denne form for viden og uddannelse, som informanterne efterspørger.

Ifølge Jacobsen & Petersen (2020) er bagsiden af denne professionalisering af sorgen, imidlertid at sorgen bliver gjort kommerciel og således omdannet til en handelsvarer, der kan købe og sælges.

### **Delkonklusion på analysedel 3**

Med Foucaults begrebsapparat kan man således udlede, at sorgen i dag opfattes gennem en bestemt diskurs, som Barbara oplever er til stede i det praksisfelt hun arbejder i. Barbara mener, at den sorgdiskurs, som er til stede i vores samtid lige nu, ikke altid er dækkende i forhold til at indfange den menneskelige sorg. Hun mener, at mennesket bør søge efter andre måder gennem andre diskurser, at håndtere og hjælpe de sorgramte mennesker.

Barbara mener bliver sproget og forståelsesrammerne, som ligger indlejret i PGD-diagnosen en vigtig markør for den måde sygeplejerskerne forstår mennesket sorg og lidelse.

Noget med at informanterne ønsker mere viden og uddannelse i sorg som muligvis kan komme af at diskursen i samfundet i dag er optaget af sundhed, lykke og behandling af sygdom.

Der fx. igennem to-sporsmodellen som repræsenterer en bestemt slags viden som er "moderne" i dag. vil informanterne gerne opnå ny viden om sorg - en videnskabelig viden Derfor kan man sige, i et foucault perspektiv, at informanterne søger en selvteknologi i form af viden og uddannelse fx. via Det Nationale Sorgcenter som netop understøtter samfundets videns- og sandhedsregime og således diskursen i samfundet netop nu.

### **Analysedel 4 - Fagprofessionerne og sorgen**

I denne fjerde analysedel vil jeg vise, hvordan informanterne oplever og italesætter de organisatoriske rammer og vilkår i forhold til det sorgramte menneske, samt i forhold til informanternes egen anskuelse af sin profession. Jeg vil ligeledes undersøge om informanternes oplevede professionsforståelse har betydning for deres anskuelse af PGD, idet jeg søger at finde svar på om, dette videre kan have en betydning for informanternes forståelse af sorg.

I empirien fandt jeg at særligt to gennemgående temaer, som jeg gennem Michael Lipskys (2010) teori vil redegøre for herunder. Jeg har udvalgt Lipskys teori fra hans

værk "Street-Level Bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Service", idet den kan belyse og rammesætte forståelsen af, hvordan en profession eller frontmedarbejderes forstår og agerer i arbejdet med mennesker i sorg på baggrund af de samfundsmæssige, organisatoriske og personlige rammer. De to begreber er: *Krydspres og creaming*, som er en del af de afværgemekanismer som frontmedarbejderen kan gøre brug af i det sociale- eller sundhedsrelaterede arbejde han eller hun udfører. Selvom Lipskys teori tilbyder flere begreber i sin teori, vælger jeg i analysen kun at fokusere på disse to, idet disse begreber er gennemgående temaer i informanternes anskuelse af det sundheds- og socialfaglige arbejde.

Analysedel 3 løber i to undertemaer:

4.1: Mangel på tid og ressourcer

4.2: Kom ind og få ordnet dit hjerte - og så hjem med dig

#### **4.1: Mangel på tid og ressourcer**

I dette undertema vil jeg vise, hvordan informanterne Barbara og Anna oplever, at institutionens ressourcer og rammer til arbejdet med sorgramte patienter, kan være utilstrækkelige, mangelfulde og konfliktende i forhold til informanternes arbejdsgange og faglige profession.

Herunder fortæller først Barbara sin anskuelse om en såkaldt MORS-samtale<sup>3</sup> på sin arbejdsplads og hvordan hun oplever at denne samtale er et udtryk for en standardiseret arbejdsgang, som ikke tilgodeser det sørgende menneskes behov.

Hun fortæller :

*"(...) Altså der er jo sjældent sat tid af til den slags. (pause) For et eksempel i børneonkologien, så laver man, når forældre har mistet et barn, så kan de komme ind til en MORS-samtale, ikke. Og nogle gange kan det jo virke voldsomt eller systematiseret at begynde at kalde det noget og putte det ned i en kasse. Altså, det handler jo om det vildeste man kan opleve i sit liv - og så er der sådan én samtale der er sat af, altså. (pause) Hvad nu hvis man havde brug for to, eller syv eller, ikke? Og der kan da godt mærke, at der kan jeg godt være lidt i opposition. Altså jeg er da fuldstændig enig i at der skal være struktur og at vi er nødt til at have arbejdsgange og guidelines og sådan noget, men jeg tænker måske også at en af vores fornemmeste opgaver er*

---

<sup>3</sup> "Døds-samtale" mellem relevante professionelle på et hospital og pårørende til patient efter at døden er indtruffet. Samtalen styres af de pårørende, ofte om temaer omkring afdødes sygdomsforløb, afsked med afdøde, psykiske og praktiske aspekter. m.v. Der findes ingen nationale retningslinjer for MORS-samtaler. Det er op til den enkelte lokale afdeling, at definere hvad en MORS-samtale har til formål.



*at tænke os om - hele tiden, mens vi bruger dem (arbejdsgange, guidelines, red.) og finde ud af hvad der er brug for i dét her tilfælde - og så gøre det.” (Barbara, Informant B, s. 3)*

Barbara giver i citatet herover først og fremmest udtryk for, at der ofte ikke er tid til at yde en tilstrækkelig omsorg og sorgstøtte til efterladte pårørende efter et dødsfald. Hun eksemplificerer, hvordan det for hende kan være vanskeligt at yde rette omsorg og sorgstøtte til forældre i dyb sorg efter at have mistet et barn, gennem blot én enkelt MORS-samtale. Barbara anerkender nødvendigheden af standardiserede arbejdsgange, men tager samtidig afstand fra denne metode. Dette dilemma er hvad Lipsky betegner som et krydspres (Lipsky, 2010, s. 107.), idet frontmedarbejderen - her i specialet repræsenteret gennem sygeplejerske Barbara, på den ene side har stor indflydelse på borgerens handlemuligheder og dennes liv generelt. På den anden side oplever Barbara, at hun skal holde sig indenfor overordnede institutionelle rammer og organisatoriske beslutninger - altså en enkelt MORS-samtale - og hun har således ikke har ubegrænsede ressourcer til at imødekomme et eventuelt behov i form af flere samtaler med de sorgramte pårørende. I forhold til dette krydspres og dilemma, kan jeg fortolke at denne ene MORS-samtale, i Barbaras optik, ikke rammer mål med hendes professionelle værdisæt om individuel tilpasset omsorg og sorgstøtte til de sorgramte pårørende.

I interviewet med informant Anna spørger interviewer ind til, hvorfor patienter kommer til sygeplejersken for at tale om sorg? (Bilag 2, spørgsmål nr. 3) I en længere dialog frem og tilbage informant Anna og interviewer imellem, falder talen på, hvordan hun oplever, at der ikke er tid og ressourcer til at tilgodese og holde fokus på mennesker med psykiske reaktioner på sorg i et travlt hospitalsafsnit. Anna giver desuden udtryk for, at hun ville ønske at omsorg og sorgstøtte i højere grad var en implementeret del af sygeplejen på hendes arbejdsplads. Anna fortæller:

*”Jamen altså, tid og ressourcer, det er jo en kæmpe faktor i vores hverdag (...). Altså vi har ikke nok fokus på, at der også er denne her psykiske reaktion og hele denne her med, at tage hånd om, og får øje på “Hvad er det vi bør gøre her? (...). Hvor der kunne jeg godt tænke mig, at det er en lidt mere integreret del af vores sygepleje.” (Anna, Informant A, s. 6)*

I citatet herover viser hvorledes Anna står i et krydspres mellem på den ene side, gerne at ville holde et større fokus på det sorgramte menneske, mens på den anden side, opleve ikke at have tid og ressourcer til dette i hendes hverdag på hospitalsafsnittet. Centralt vil Lipskys i sin teori gerne vise, hvad der sker i det råderum, hvor frontmedarbejderen - her i citatet sygeplejersken - udøver et fagligt skøn, men oplever følelsen af at være fanget i et krydspres mellem hospitalsafdelingen og dennes rammer og vilkår på den ene side, og det sorgramte menneske på den anden (Lipsky, 2010, s.196-201).

Lipsky forklarer yderligere i sin teori, hvordan der på baggrund af et sådant dilemma, som Anna beskriver, på den måde kan opstå en konfliktfyldt arbejdsgang, i det sygeplejersken har en oplevelse af, ikke at have nok indflydelse på arbejdsgangen men stadig ønsker at agere professionelt og kompetent over for den sorgramte menneske og således fastholde sin faglige integritet.

#### **4.2: Kom ind og få ordnet dit hjerte - og så hjem med dig**

I dette undertema vil jeg vise, hvordan informanterne oplever at krydspres kan resultere i en afværgemekanisme, hvor Lipskys begreb om "creaming" (Lipsky, 2010; 107) kan anskues og fortolkes. I interviewene igennem fandt jeg eksempler på, hvordan informanterne oplevede at menneskers reaktioner på sorg blev tilsidesat, udskudt, negligeret eller uddelegeret til andre faggrupper.

I forbindelse med interviewspørgsmålet "*Vil du mene at sorg har en bestemt varighed?*" (Bilag 2, spørgsmål 12), sætter informant Anna i løbet af interviewsamtalen blandt andet fokus på, hvordan patienternes reaktion på sorg ikke bliver imødekommet eller set af sygeplejerskerne, idet de er fokuserede på den opgave, som er specialiseret deres afdeling (hjerтеаafdeling) omkring hjerteproblematikker. I stedet bliver opgaven skubbet og videregivet til en anden fagprofession. Sygeplejerske Anna fortæller:

*"(...) Og hvis vi - det gør vi typisk hos os - bestiller et psykiatrisk tilsyn, så kommer der en eller anden ung psykiatrisk forvagt herover og lavet et 2-siders notat om alle de her følelser patienten har - og så tænker jeg: "Hold da op! Gud! Ej, hvor er der også meget, som denne her stakkels patient tænker på! Det har jeg da slet ikke fået øje på eller fået set!"  
Altså, og der tror jeg - også når man arbejde i somatikken - så er vi sådan meget med: "Kom ind og få ordnet dit hjerte og så hjem med dig!" (Anna, Informant A, s. 13)*

Anna fortæller videre:

*“ (...) Og i virkeligheden så er det nok et af vores største problemer, ikke også. Fordi jeg tror, at vi som sygeplejegruppe kan have en tendens til at tænke, at det ikke kun er os. Og især på sygehusene, fordi vi slipper dem ret hurtigt.*

*De har måske en indlæggelsestid på 3-4 dage(...). Og så tænker man “Nå men på 3-4 dage der kan jeg jo ikke rigtig nå at gøre noget (...). Og så sørger vi selvfølgelig for at der er plads til de pårørende også og sådan noget. Men jeg tror, at vi nogle gange kan have en tendens til at skubbe opgaverne lidt væk fra os.” (Anna, Informant A, s. 8)*

I citaterne herover, fortæller sygeplejerske Anna om, hvordan hun oplever, at der ikke i høj nok grad bliver sat fokus på sorgramte mennesker i hendes afdeling på hospitalet, men at opgaven i stedet bliver uddelegeret til en anden faggruppe - i citatet eksemplificeret via en psykiater, som foretager en udredning af det sorgramte menneske. Anna giver udtryk for, at denne opgaveglidning ses som en generel tendens i somatisk regi og at sygeplejersker på hendes afdeling. Hun udtrykker, at sygeplejerskerne er meget fokuseret på den specialiserede opgaveløsning vedrørende mennesker med hjerteproblematikker, og at sygeplejerskerne ikke har tid og ressourcer til at sætte ind overfor samme menneske med reaktion på sorg. En detalje i sidste sætning i citatet, indikerer en travlhed og en tidsfaktor, som jeg fortolker er i spil på afdelingen: *“Kom ind og få ordnet dit hjerte og så hjem med dig!”*, hvorfor jeg kan udlede at sygeplejerskerne har en travl arbejdsdag.

Denne måde at “skubbe” arbejdsopgaver til andre faggrupper, kan være et udtryk for at sygeplejerskerne oplever et krydspres i forhold til manglende tid, som resulterer i “creaming”-proces, som er et begreb Lipskys tilbyder i sin teori om afværgemekanismer (Lipsky, 2010;). “Creaming” er en proces, som sygeplejersken kan ende ud i at anvende i bestræbelsen på at ville beskytte sin faglighed. I følge Lipsky, betyder det, at sygeplejersken så at sige “inddeler” patienterne i afdelingen i grupper, ud fra sygeplejerskens egne fordomme og ønsker (Lipsky, 2010; s. 107). Creaming sker således ud fra sygeplejerskens prioriteringspræferencer set ud fra hjerteafdelingens overordnede mål, hvor jeg antager, jævnfør informantens udtalelse i citatet, at fokus primært er på mennesker med hjerteproblematikker og ikke på reaktioner på sorg. Dette kan ifølge Lipsky ske, hvis sygeplejerskerne ikke føler sig værdsat og set af organisationen - i dette eksempel afdelingen. Så på den ene side ønsker sygeplejerskerne at hjælpe alle patienterne i afdelingen, men en manglende værdsættelse fra afdelingen, kan på den anden side afholde sygeplejerskerne i at holde fokus på problematikker vedrørende mennesker i sorg.

I nedenstående citat kan Lipskys creamings-proces udledes påny, blot på det socialfaglige felt. Socialrådgiver Dorthe fortæller om hendes arbejds erfaring fra jobcenter-regi, og hvordan hun oplever at sorgramte mennesker kan blive negligeret og overset. Nedenstående citat er et svar på det overordnede spørgsmål: *“Har sprogbrugen på arbejdspladsen betydning for det faglige skøn i forhold til mennesket i sorg?”* (Bilag 2). Svaret som kommer til udtryk herunder, er udtrykt efter en længere dialog informant og interviewer imellem.

Dorthe fortæller:

*“(...) hvis man søger hjælp og møder en, som ikke forstår andet end at: “Ja, ok - du er i krise, det hører til et andet sted. Nu skal vi have fokus på, at du skal tilbage på dit arbejde. Så hvordan gør vi det?”, Så det er jo at blive mødt af en “ikke-forståelse”. Det er jo at blive (pause) talt ned til og negligeret: “Jamen, som menneske betyder du ikke ret meget, du er en ting, der skal gøres noget ved”.”* (Dorthe, Informant D, s. 8)

Dorthe giver i citatet herover udtryk for at mennesker i sorg kan blive overset og overhørt i mødet med den professionelle i jobcenter-regi. Dorthe har en oplevelse af at nogle professionelle er så fokuserede på opgaveløsningen i forhold til at få det sorgramte menneske tilbage i arbejde igen, at denne bliver mødt, som Dorthe beskriver det, af en *“ikke-forståelse”*. Hun giver i citatet desuden udtryk for, at det sorgramte menneske kan blive tingsliggjort og negligeret i omgangen og samtalen med professionelle i jobcenteret. I forhold til denne situation, som Dorthe beskriver, kan Lipskys creaming-proces fortolkes og udledes. Forstået på den måde, at den professionelle kun har øje for at få det sorgramte menneske tilbage på arbejdsmarkedet og således opfylde jobcentrets formelle krav og forpligtelser i forhold opgaveløsningen, i det denne del af opgaveløsningen giver den professionelle anerkendelse og værdsættelse (Lipsky, 2010;). Imidlertid overses og -høres mennesket sorgproblematik, hvilket ifølge Lipsky, kan være et udtryk for, at den professionelle udformer et handlingsmønster, der forsimple arbejdet og skaber kontrol, således at arbejdspresset, som den professionelle oplever, kan overkommes (Lipsky, 2010;).

#### **Delkonklusion på analysedel 4**

I denne fjerde analysedel kan jeg konkludere at informanterne er udsat for et krydspres. Informanterne holder på den ene side lidt af det sorgramte menneskes liv i deres hånd og har således stor indflydelse på dennes liv og videre udvikling. På den anden side oplever informanterne, at de skal holde sig indenfor overordnede institutionelle rammer og organisatoriske rammer og har således ikke ubegrænsede ressourcer til rådighed for at imødekomme de sorgramte menneskers behov for omsorg og sorgstøtte. Dette pres konflikter med informanternes værdisæt om individuel tilpasset omsorg og sorgstøtte til det sorgramte menneske. En konfliktfyldt arbejdsgang kan således opstå, i det informanterne har en oplevelse af, ikke at have indflydelse på arbejdsgangen, men samtidig ønsker at fremstå professionelt og kompetent over for den sorgramte menneske.

Jeg kan ligeledes konkludere at informanterne oplever at der kan opstå et krydspres, som ifølge Lipsky, kan betegnes som en creaming-proces. Informanternes arbejdsopgaver kan glide videre til andre faggrupper, i lyset af at informanterne vil beskytte deres faglighed og anerkendelse, set ud fra hospitalets eller jobcentrets overordnede mål og formelle krav om opgaveløsning. Dette kan ske på baggrund af manglende værdsættelse på hospitalet eller på jobcentret.

Sluttelig kan jeg konkludere at informanterne, havde en oplevelse af, at arbejdsgange blev forsimplet og faglige skøn blev nedprioriteret og tilsidesat. Konsekvensen og bagsiden af denne nedprioritering bliver at mennesket i sorg overses og overhøres af de fagprofessionelle.

## **KAPITEL 5 - KONKLUSION**

Nærværende specialeafhandling har taget udgangspunkt i en empirisk undersøgelse *Hvilke konsekvenser kan den nye sorgdiagnose PGD ifølge de fagprofessionelle potentielt medføre i det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde i Danmark.*

Dette med henblik på at skitsere, hvilke sorgforståelser der gør sig gældende i det sociale- og sundhedsrelaterede felt netop nu, samt danne et billede af hvilke konsekvenser PGD, ifølge de interviewede fagprofessionelle på sigt kan få i det felt de arbejder i.

Mit videnskabsteoretiske ståsted tager afsæt i et socialkonstruktivistisk Michel Foucault-inspireret perspektiv og gennem en kvalitativ undersøgelsesform er der i specialet foretaget fire individuelle interviews samt fokusgruppeinterview med henholdsvis to sygeplejersker, som repræsenterer det sundhedsfaglige felt samt to socialrådgivere som repræsenterer det socialfaglige felt.

For at danne overblik over specialets fund, har jeg opdelt denne konklusion i fire dele, som ligeledes indikerer de fire temaer, som analysen er opdelt efter:

*1: Sorgens væsen:* I dette første afsnit benytter jeg mig af Ester Holte Kofods perspektiver på sorg og sorgteoretiske udviklingslinjer.

*2: Diagnosekulturen:* Til dette afsnit anvender jeg Svend Brinkmann og Anders Petersen's begreb om diagnosekultur i en dansk kontekst.

*3: Diskursen og magten:* I afsnittet anvender jeg Michel Foucaults begrebsapparat om diskurs, magt og styringsteknologier på individ- og samfundsplan.

*4: De fagprofessionelle og sorgen:* Sluttelig benytter jeg mig af Michael Lipskys teori om afværgemekanismer blandt fagprofessionelle i det institutionaliserede sociale- og sundhedsrelaterede arbejde.

**Sorgens væsen:** Det kan konkluderes at alle informanter i undersøgelsen finder sorgen svær at definere og beskrive. Dog synes der at være en fælles indflydelse fra Stroebe & Schut (1999) tosporsmodel, i den måde de professionelle rammesætter og forstår sorgens væsen. En konsekvens af at anskue sorg gennem denne psykiatriserede model er, at andre forklaringsrammer, som måske kunne forklare sorg og lidelse på andre udfoldende måder, bliver udeladt, marginaliseret og måske glemt. Dette kan resultere i at de fagprofessionelle kun anskuer sorg gennem et psykiatrisk og perspektiv, som ligeledes indeholder en normativ standard for sorg. Derudover har alle fire informanter en anskuelse af, at sorg ingen varighed har. Dette konflikter med PGD's kommende diagnosekriterier, som netop arbejder ud fra et varighedskriteriet. Informanterne peger på, at dette kan få konsekvenser for de fagprofessionelles arbejdsfelt, idet disse kriterier står hævet over deres autonomi og faglige skøn i arbejdet. Derudover bliver en anden konsekvens ved indførelsen af PGD, at den skaber homogeniseret af sorgen, som ensretter symptomer på og behandling af sorgen.

**Diagnosen:** Det kan konkluderes at informanterne sår tvivl om, hvorvidt sorg kan sidestilles med en diagnose. I dette lys giver PDG et billede af, at mennesket som værende unormalt, hvilket påfører dem et stigma. Derudover peger empirien i retning af, at hvis mennesker i sorg bliver placeret i en bestemt "diagnosekasse", og således bliver diagnosticeret med PGD, skal diagnosen kunne fjernes igen, når denne ikke er relevant mere, idet det kan føre til en dobbelt stigmatisering.

En yderlig konsekvens, som nogle informanter finder bekymrende er en oplevet fejl- og overdiagnosticering af psykiatriske diagnoser, herunder PGD. Denne konsekvens grundet det diagnostiske blik som Brinkmann og Petersen argumenterer for, er den dominerende forståelsesramme, som definerer diagnosekulturen i dag.

I lyset af diagnosekulturen, finder en enkelt informant, PGD som en mere "naturlig" diagnose, som er mindre stigmatiserende end andre psykiske diagnoser. Idet sorgramte menneske, gennem et diagnostisk perspektiv og forståelsesramme, finder en forklaring på sorg og lidelse. Dette mener informanten kan komme det sorgramte menneske til gavn, idet det gennem denne diagnostiske forståelsesramme bedre kan håndtere sorgen. PGD bliver således det redskab, som den dominerende diagnosekultur har til formål at anvende i dag, idet PGD både anvendes som forklaringsramme i forståelsen og forklaringen af mennesket sorg og lidelse, samt

gør sorgen operationaliserbar for de professionelle. På den måde tyder empirien på at forståelsesrammer og forklaringer baseret på tidligere tiders religiøse eller eksistentielle forklaringsmodeller, ikke bliver taget i brug og således marginaliseret i den samtid vi lever i dag.

**Diskursen og magten:** Jeg kan konkludere at sproget og forståelsesrammen, som ligger indlejret i PGD-diagnosen er en vigtig markør for den måde hvorpå sygeplejerskerne italesætter og forstår mennesket sorg på. Udover PGDs samfundsmæssige konsekvenser kan, diskursen ligeledes være med til at opnå en ny forståelse af de professionelle.

Det kan derudover konkluderes, at der blandt de adspurgte informanter var forskellige anskuelser af, hvordan de fagprofessionelle oplever diskursens magt i relation til deres forståelse af sorg. Således fandt specialet eksempler på, hvordan nogle informanter kunne være "blinde" for diskursens betydning. Dette kan have betydning og konsekvenser for det arbejde den fagprofessionelle udfører i praksisfeltet, idet magtrelationen har betydning for den måde mennesket i sorg forstår sig selv og andre på.

Undersøgelsen viste derudover, at flere informanter fandt dokumentationen af sorg i sundhedsvæsenet unuanceret, kritisabel og dehumaniserende. De fagprofessionelle oplevede at dokumentationssystemerne har en rigid og forsimplet anvendelsesform, som kan fortolkes og sidestilles, som en magtfuld styringsmekanisme, der har til formål at klassificere, normalisere og i sidste ende stigmatisere en menneskelig adfærd - altså sorgen. Dokumentationssystemerne således en form for stum tvang, som de fagprofessionelle skal anvende, hvor der ikke er plads til individuelle betragtninger og vurderinger for sorgens væsen.

**De fagprofessionelle og sorgen:** Jeg kan derudover konkludere, at flere informanter efterspørger mere viden, opkvalificering og uddannelse i sorg, i forbindelse med implementeringen af PGD. Informanterne ønsker sorgen og dermed PGD håndteret, efter deres overbevisning, korrekt og ordentlig måde. I det lys, kan en konsekvens af PGD, blive at sorgen bliver kommercialiseret og gjort til en vare, der kan sælges/købes for højestbydende, hvilket Det Nationale Sorgcenter i disse tider benytter sig af, som specialet indledningsvist satte fokus på.



Jeg kan konkludere at informanterne er udsat for et krydspres i forhold de organisatoriske rammer de arbejder under. På den ene side er det de fagprofessionelles opgave at tage vare på det sorgramte menneskes liv, hvilket har stor indflydelse på dennes liv og videre udvikling. På den anden side oplever de fagprofessionelle, at de skal overordnede institutionelle og organisatoriske rammer og har således ikke nok ressourcer til rådighed for at imødekomme de sorgramte menneskers behov for omsorg og sorgstøtte. Dette krydspres konflikter med informanternes værdisæt om individuel tilpasset omsorg og sorgstøtte til mennesket i sorg. En konfliktfyldt arbejdsgang kan på baggrund af ovenstående opstå. Videre dette kan føre til creaming-proces idet manglende værdsættelse fra organisatorisk hold foranleder til en udvælgelse af bestemte mennesker i sorg, som "passer ind" i den enkelte fagprofessionens arbejdsfelt.

Sluttelig kan jeg konkludere at informanternes arbejdsgange forsimples, således at de fagprofessionelle oplever, at det sociale- og sundhedsrelaterede arbejdet kan overkommes. Konsekvensen af denne forsimples bliver imidlertid, at mennesket i sorg overses og -høres af de fagprofessionelle.

Nærværende undersøgelse viser at, implementeringen af PGD har flere konsekvenser for det sociale- og sundhedsrelaterede arbejde i Danmark. De adspurgte informanter ser både fordele og ulemper ved indførelsen af PGD og anvendelse af diagnosen - både på individplan og samfundsplan.

Diskussionen om indførelsen af PGD fortsætter og det er et dilemmafyldt felt at dykke ned i, hvilket Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe måtte sande, som nævnt indledningsvist i specialets Kapitel 1. Alligevel er vi som mennesker, borgere og velfærdssamfund nødt til at forholde os til PGD, idet diagnosen snart vil være en del af det repertoire som ICD-11 og diagnosekulturen stiller til rådighed. Spørgsmålet er så, hvordan vi ønsker at forstå at anskue PGD i forhold til at yde den nødvendige hjælp og støtte for mennesker i sorg har brug for og krav på.

## **KAPITEL 6 - PERSPEKTIVERING**

Dette speciales resultater giver et billede af fagprofessionelles oplevelse af sorg samt hvilke konsekvenser PGD potentielt kan medføre i det sociale- og sundhedsrelaterede felt i Danmark. Dermed ligger mange spørgsmål fortsat ubesvarede hen, i forhold til den kommende implementering af PGD. Eksempelvis hvorfor vi i Danmark lige nu implementerer PGD, og således betragter sorg til en medicinsk lidelse? Om mennesker med andre alvorlige, behandlingskrævende, psykiske sygdomme bliver nedprioriteret i fokuseringen på PGD? Og ikke mindst om der er økonomiske og tidsmæssige ressourcer til opsporing, behandling og opfølgning af PGD i et i forvejen presset social- og sundhedsvæsen, i form af problemer med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, nedlæggelse af hospitalssengepladser samt nedskæringer og spareøvelser generelt på social- og sundhedsområdet?

Et af dette specialets hovedresultater var netop, at de fagprofessionelle oplevede et krydspres i form af manglende ressourcer og tid i arbejdet med sorgramte mennesker. Så for at overkomme arbejdet, oplevede de fagprofessionelle at arbejdsgange blev forsimplet og faglige skøn samt etiske kodeks, blev nedprioriteret og tilsidesat grundet denne ressourcemangel. Dette betød at bagsiden af ovenstående, gjorde at mennesket i sorg blev overset og -hørt af de fagprofessionelle. Dette fund, taler direkte ind i en samfundsdebat, som er et af tidens "hotte" i øjeblikket. Nemlig diskussionen om fremtidens sundhedsvæsen og den kommende Sundhedsreform 2022, som fortsat er under udarbejdelse. I en pressemeddelelse fra Sundhedsministeriet, anføres det i aftalen blandt andet, at:

*“Aftalepartierne er endeligt enige om at nedsætte en kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, der skal komme med konkrete anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven.” (Sundhedsministeriet, 2022)*

Aftalepartierne er således opmærksomme på samme problematik, som specialets informanter blandt andet efterspørger. Altså at tilføre flere ressourcer i form af flere hænder til at løfte det sundhedsrelaterede arbejde samt sikre mere tid til kerneopgaven i arbejdet. Hvordan dette tiltag konkret skal udformes i praksis og om denne aftale får nogen større betydning for implementeringen af PGD og sorgområdet generelt, må tiden vise. Sorgdiagnosen må betragtes som barn af sin tid, og derfor må vi blive ved med at diskutere, både på individ- og samfundsplan, hvad PGD i fremtiden kommer til at få af betydning, når den endeligt bliver implementeret i Danmark.

## LITTERATURLISTE

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). Kapitel 1: Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.) Kvalitative metoder - en grundbog (s. 32-63), Hans Reitzels Forlag

Brinkmann, S. (2018). Det sørgende dyr. Aarhus, Forlaget Klim

Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). Diagnoser i samtiden: En introduktion. I: S. Brinkmann & A. Petersen (red.) Diagnoser - Perspektiv, kritik og diskussion (s.7-16), Forlaget Klim

Brinkmann, S. (2010). Kapitel 1: Patologiseringsstenen: Diagnoser og Patologier før og nu. I: S. Brinkmann (red.). Det diagnosticerede liv – Sygdom uden grænser (s. 15-31), Forlaget Klim

Collin, Finn. (2021). Socialkonstruktivism - En introduktion. Indledning: Socialkonstruktivismens genealogi (s.13-26). 4. Den sociale og menneskelige virkelighed som konstruktion: Nogle centrale forfatterskaber (s. 126-134), Forlaget Samfundslitteratur

Danneris, S. & Monrad, M. (2018). Kapitel 2: Litteraturgennemgang. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.) Forskningsmetode i Socialt Arbejde (s. 61-82), Hans Reitzels Forlag

Foucault, M. (2012). Talens Forfatning. Nietzsche - genealogien, historien. (s. 57-81), Hans Reitzels Forlag.

Foucault, M. (1987 (1984)). Hvad er oplysning?, Slagmark, 9: (s. 90-104)

Gorer, G. (1955). The ponography of death (revised). Death, Greif, and Mourning in Contemporary Britain, 5 (1955), (s. 221-235)

Guldin, M-B. (2019). Tab og sorg. En grundbog for professionelle. Indledning (s. 11-20), Hans Reitzels Forlag

Halkier, B. (2020). Kapitel 6: Fokusgrupper. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.) Kvalitative metoder - en grundbog. (s. 167-184), Hans Reitzels Forlag

Jacobsen, M. H. & Petersen A., (2021). Sorg i et samtidsdiagnostisk perspektiv. I: A. Petersen & S. Brinkmann (red.) Menneskets sorg - et vilkår i forandring (s. 69-92), Forlaget Klim

Jacobsen, M. H. & Petersen, A. (2020), Dødkultur og sorgkultur - om (nye) måder at gøre død og sorg på. Nordiske udkast, Årgang 48, nr. 2, 2020, (s.5-21), Syddansk Universitetsforlag

Kofod, E. H. & Brinkmann, S., (2021). Sorgens normativitet: At sørge i en lykkekultur. I: A. Petersen & S. Brinkmann (red.) Menneskets sorg - et vilkår i forandring (s. 93-117), Forlaget Klim

Kofod, E. H. (2021). Sorg i historisk perspektiv: Hundrede års sorgteoretiske udviklingslinjer. I: A. Petersen & S. Brinkmann (red.) Menneskets sorg - et vilkår i forandring (s. 23-44), Forlaget Klim

Kofod, E. H. (2019). Den nye sorgdiagnose rejser nye dilemmaer. Kristeligt Dagblad (s. 1-5),  
<https://www.kristeligt-dagblad.dk/kronik/den-nye-sorgdiagnose-rejser-nye-dilemmaer>

Lipsky, M. (2010). Street-Level Bureaucracy – 30<sup>th</sup> Anniversary Expanded Edition: Dilemmas of the Individual in Public Service. New York: Russell Sage Foundation.

Mikk-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007), Magtens former (s. 9-42), Hans Reitzels Forlag

Monrad, M. (2018). Kapitel 4: Tilvirkning af data. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.) Forskningsmetode i Socialt Arbejde (s. 107-142), Hans Reitzels Forlag

Petersen, A., Brodersen, J. & Saxtrup, N. (2021). Sorgdiagnosen på (over)arbejde. I: A. Petersen & S. Brinkmann (red.) Menneskets sorg - et vilkår i forandring. (s. 361-383), Forlaget Klim

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23 (3), p. 197-224.

Svendsen, L. Fr. H. (2010), Kapitel 3: Patologisering og Stigmatisering. I: S. Brinkmann (red.). Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser. (s. 58-74), Forlaget Klim

## Internetkilder

Danmarks Statistik (2022), Dødsfald. Grundlaget for statistikken er data fra CPR om dødsfald for personer, der har bopæl i Danmark på dødstidspunktet:

<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald>

Dansk Sygeplejeråd (2022). Kliniske retningslinjer.

<https://dsr.dk/fag-og-forskning/fakta-om-faget/kliniske-retningslinjer>

Det Nationale Sorgcenter (2022) (1). Forlænget Sorglidelse: En ny diagnose:

<https://sorgcenter.dk/videnscenter-for-det-nationale-sorgcenter/vedvarende-sorglidelse-en-ny-diagnose/>

Det Nationale Sorgcenter (2022) (2). Uddannelser og kurser.

<https://sorgcenter.dk/kompetencecenter/>

Det Nationale Sorgcenter (2022) (3). Sorg må ikke ødelægge livet. Sorgpanel for efterladte.

<https://sorgcenter.dk/>

Det Nationale Sorgcenter (2022) (4). Viden om sorg.

<https://sorgcenter.dk/videnscenter-for-det-nationale-sorgcenter/viden-om-sorg/>

Center for kliniske retningslinjer (2018). Kliniske Retningslinjer til Forebyggelse af komplicerede sorgreaktioner hos børn, unge, voksne, og ældre efter ventet eller uventet dødsfald af en nærtstående person.

[https://cfkr.dk/wp-content/uploads/attachments/final\\_version\\_140918.pdf](https://cfkr.dk/wp-content/uploads/attachments/final_version_140918.pdf)

Det Nationale Sorgcenter (2020). Kortlægningsrapport – Ældres sorg. En kortlægning af sundhedsprofessionelles viden og kompetencebehov inden for ældre og sorg i Danmark.

<https://sorgcenter.dk/wp-content/uploads/2020/06/Kortl%C3%A6gningsrapport-%C3%86ldre-og-sorg-final.pdf>

Forældre & Sorg (2022), En sorgdiagnose er nødvendig:

<https://foraeldreogsorg.dk/en-sorgdiagnose-er-noedvendig/>

ICD-11(2018). ICD-11, Kapitel 6: Psykiske-, adfærdsmæssige lidelser og neuroudviklingsforstyrrelser. Videnskabeligt grundlag samt retningslinjer. (s. 1-10)

<https://www.dp.dk/wp-content/uploads/icd-11-kap-1.pdf>

Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of*

Psychotraumatology, 8(sup6), 1476441.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>

Sorgens kultur (2021), Center for qualitative studies, Aalborg Universitet.  
<https://www.kommunikation.aau.dk/forskning/vidensgrupper/cqs/sorg/>

Sundhedsministeriet (2022). Nyheder. Bred aftale om sundhedsreformen. Senest set d. 31.05.22 på:  
<https://sum.dk/nyheder/2022/maj/bred-aftale-om-sundhedsreformen>