



# Når påskemorgen ikke slukker sorgen

---

REDAKSJONELT

DAAE C

---

*Hva kan leger gjøre overfor pasienter som rammes av tap og sorg?*

Når påskesalmen lyder i de norske kirker, kan det optimistiske innholdet virke fjernt for den som bærer på sorg. Selv om budskapet peker fremover, kan påskefortellingen lite lindre fortvilelse og lidelse her og nå. Men hvem kan gi hjelp og trøst?

En tydelig trend i den medisinske debatt er et ønske om avgrensning av faget og beskyttelse mot befolkningens overdrevne forventninger til oss leger. Vi har gjennom Tidsskriftet fått tilbud om en informasjonsplakat til pasientene som klargjør at vi som leger ikke kan skjerme pasienter fra smerter, lidelser og sorg (1). Vi advares på lederplass mot “misbruk” av omsorg i legearbeidet (2). Dette kan gi bivirkninger som dårlig medisinsk utredning og behandling, oppmuntring til avhengighet, hjelpeløshet og det som verre er; utslitte leger.

Men hva med pasienten som er rammet av tap, livskriser og sorg og som oppsøker helsetjenesten? Kan eller skal vi som leger bidra? Hvor går grensen mellom vårt faglige ansvar, ren medmenneskelighet og uprofesjonell, kanskje skadelig om enn velment omsorg?

Tapsopplevelser, død og sorg er en del av livet og noe de fleste leger møter i sitt virke hver eneste dag. Tap som fører til sorgprosesser omfatter mer enn dødsfall. I en artikkelserie i British Medical Journal, som nylig er utkommet i bokform (3), omtales så ulike former for tap som samlivsbrudd, kirurgiske inngrep, invasive undersøkelser, aldring, nedsatte sensoriske og kognitive funksjoner og arbeidsløshet. Leger innenfor alle fagområder tar hånd om pasienter som er utsatt for tapsopplevelser.

En norsk studie fra allmennpraksis viser at 15% av pasienter med psykososiale lidelser, som utgjør 1/3 av samtlige konsultasjoner, bærer på en sorg de selv mener har betydning for egen helse (4). Tap gir økt risiko for sykdom og økt forbruk av helsetjenester (5, 6). Og dette er ikke bare smertefullt for den som sørger, men representerer en alvorlig belastning for nettverket omkring.

Samtidig som tap og sorg kan betraktes som “risikopregede” situasjoner der mestringsmekanismene settes på strekk, er dette allmennmenneskelige fenomener og i en forstand helt alminnelig. En annen viktig tvetydighet beskrives av det kinesiske ordtaket som sier at “en krise er en farefull sjanse”. Lidelse kan også gi vekst, modning og utvikling.

Sorg- og kriselitteraturen er omfattende (se side 1169). Klassiske sorgteoretikere med Freud og Lindermann i spissen har beskrevet tapsreaksjoner som et typisk forløp med bestemte faser og tidsangivelser. Nyere forståelsesmodeller vektlegger sorg som et komplisert sett av reaksjoner med et dynamisk indre liv, preget av forhold ved enkeltindividet som f.eks.

sårbarhet, men også av ytre faktorer som f.eks. om traumet var ventet eller uventet (3, 7-9). Teorien om de rigide fasene er forlatt, sorg utvikler seg ikke etter skjemaer eller i en kronologisk orden. Ulike reaksjoner vil vekse i styrke og tid, de kan komme og gå for så å komme tilbake igjen. Tilpasning til tapet omfatter mulighet for fortsatt sørging. Disse mer komplekse modellene ivaretar de store individuelle forskjeller og samsvarer bedre med sorgprosesser slik de reelt oppleves av de sørgende. Viktig forskning rokker ved gamle sannheter som f.eks. at et vellykket sorgarbeid forutsetter fullstendig løsrivelse fra den avdøde (10) eller at benekting nødvendigvis er uheldig og fører til patologiske sorgreaksjoner (8, 11). Selve begrepet sykkelig eller patologisk sorg er omdiskutert.

Leger kan ikke skjerme pasienter fra livet selv, men vi kan bidra til bedret mestring (3, 12). Forskning viser at det er grunn til å være på vakt hvis omstendighetene omkring et tap er spesielt dramatiske eller pasienten på forhånd spesielt sårbar (3, 5, 6). Det å ha kjennskap til normale og mulige psykiske, så vel som fysiske, reaksjoner på tap kan gi trygghet til å støtte, alminneliggjøre og forberede pasienten på det videre forløpet. Det kan være av avgjørende betydning for å unngå svekket helse (3, 5, 6). Det er imidlertid et stort behov for en kritisk oppsummering av studier som omhandler effekt av intervensjoner i forhold til sørgende som f.eks. selvhjelpsgrupper, sorggrupper, støttesamtaler og profesjonelle oppfølgingsprogrammer. Det er klart at mange tiltak er iverksatt i beste mening, men uten nødvendige krav til en systematisk tilnærming som kan vise virkninger og avsløre potensielle bivirkninger.

Alvorlige tap er risikopregede situasjoner; de kan forårsake sykdom. Folk oppsøker helsevesenet når de lider, ikke minst av sorg fordi det ofte gir helseplager. Normale reaksjoner på tap skal ikke profesjonaliseres eller medikaliseres. Samtidig har vi som leger en forpliktelse til å møte våre pasienter godt forberedt og profesjonelt, omsorgsfullt og trøstende. Vi må være kritiske til vår trang til å intervensjonere, men ha respekt for pasientens ønske om og rett til å bli hørt. Overser man faresignaler og behov for hjelp, kan resultatet bli like destruktivt for funksjon og livskvalitet som et beinbrudd grodd i feilstilling, bare vanskeligere å korrigere.

*Cecilie Daae*

---

#### LITTERATUR:

1. Holmen J. Legene kan ikke... Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3168-71.
2. Brekke M. Allmennpraktikeren - en omsorgsarbeider? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3917.
3. Parkes CM, Markus A. Coping with loss. London: BMJ Publishing Group, 1998.
4. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. BMJ 1997; 314: 1014-8.
5. Parkes CM. Bereavement: studies of grief in adult life. London: Tavistock/Routledge, 1996.
6. Stroebe W, Stroebe MS. Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
7. Horacek BJ. Toward a more viable model of grieving and consequences for older persons. Death Studies 1991; 15:459-72.
8. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989; 57:349-57.
9. Müller O. Sorgen som varer livet ut. Tidsskr Nor Psykologforen 1994; 31: 131-8.
10. Dyregrov A, Raundalen M. Sorg hos barn. Tidsskr Nor Psykologforen 1996; 33: 510-20.
11. Malt U. Mestring ved store legemlige og psykiske påkjenninger. Og livet går videre. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
12. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. Mental health promotion in high risk groups. Effective Health Care 1997; 3, nr. 3: 1-12.

---

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no