

Sorggrupper i sundhedsregi

Maria Baastrup

I disse år igangsættes og udbygges diverse samskabelsesprojekter mellem kirke og sundhedssektor. Det gælder også indenfor sorgområdet – og det mulige samspil om sorgindsats er derfor stadig mere relevant at reflektere over. Det er selvsagt ikke uden betydning for forståelsen af sorg, når sorgstøtte tilbydes i sundhedsregi og når vi som kirke og præster udbyder sorggrupper sammen med sundhedsprofessionelle. Samtidig er sundhedsvæsenet i stigende grad med til at mediere tidens sorgbegreb. Denne artikel er et forsøg på at opridsede nogle af de overvejelser og spørgsmål, som rejser sig i den sammenhæng.

Sorg som sundhedsanliggende

Sundhedsvæsenet interesserer sig i stigende grad for de sider af patienters og pårørendes liv, som ikke har direkte med sygdom eller sundhed at gøre.

Under overskriften *Eksistentielle samtaler vinder frem i sundhedsvæsenet* (Kristeligt Dagblad, 6. april 2025) hedder det, at “spørgsmål om liv og død og sorg stilles oftere på landets sygehuse. Hvad er meningen med livet? Hvad er håb? Hvad er sorg – og kærlighed?”

Artiklen henviser blandt andet til et initiativ, hvor en ny dialogmodel skal “sætte gang i tanker og dialog om meningen med tilværelsen”. Samtalerne skal foregå mellem sorgramte, pårørende og sundhedspersonale. Artiklen er blot ét eksempel blandt mange, som understreger, hvordan “det eksistentielle” i stadig højere grad bliver et anliggende for sundhedsvæsenet.

Og netop sorgområdet er et af de steder, hvor denne udvikling er særligt tydelig. Det viser et hurtigt opslag på www.sundhed.dk¹ – den fælles offentlige sundhedsportal for både borgere og sundhedsfaglige – her finder man fx henvisning til forskellige sorgindsatser og sorgstøttetilbud i sundhedsregi, samt artikler om sorg og tab i den del af portalen, der hedder “Patienthåndbogen”.

I Patienthåndbogen kan man slå op og læse diverse opslag skrevet af speciallæger og andre sundhedsfaglige eksperter om alt fra diabetes til knæskade og hundebid – og sorg.

Opslaget om ‘sorg’ er sat grafisk op på samme måde som opslagene om fx korsbåndsskade og type-2 diabetes: Indledningsvist en faktaboks med en række bullets og dernæst et afsnit under overskriften “Hvad er sorg/korsbåndsskade/diabetes....?” Herefter følger afsnit som handler om, hvordan tilstanden almindeligvis udvikler sig / hvilke symptomer man skal være særlig opmærksom på / hvornår man bør kontakte en læge osv.

Denne interesse fra sundhedsvæsenet for alle dele af den menneskelige tilværelse gælder ikke kun sorgområdet – man kan fx også slå “søskendejalousi” op i patienthåndbogen. Det gælder dog for både opslagene om søskendejalousi og sorg, at de betyder, at begge tilstande er normale og helt naturlige fænomener.... Men altså tilsyneladende ikke desto mindre et anliggende for sundhedsvæsenet.

Samtiden som sundhedsdomæne

Der er talt og skrevet meget om det psykologiserede og terapeutiserede samfund, hvor vi i høj grad iagttager menneskelivet gennem en psykologisk forståelsesramme. Denne samtale har også fyldt en del indenfor sorgfeltet.

Et fænomen, som der er talt mindre om, men som efterhånden synes forholdsvis gennemgribende – er den måde hvorpå sundhedstænkning i stadig

1. Portalen er finansieret af alle parterne i sundhedsvæsenet – regionerne, kommunerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet og anvendes efter eget udsagn “hver dag af 130.000 borgere og sundhedsfaglige for blandt andet at se prøvesvar, journaler eller få viden om sundhed og sygdom”.

højere grad gennemsyrrer vores måde at forstå og tale om den menneskelige eksistens på, jf ovenstående eksempler. Måske ligger forståelsen og rammesætningen af sorg i højere grad inden for dén kontekst efterhånden? Måske drejes vores tænkning og samtale om eksistensen langsomt men sikkert ind i sundhedsvæsenets logik(er)?

Her tænkes ikke kun på patologiseringsbegrebet, som særligt har været diskuteret i forlængelse af opkomsten af sorgdiagnosen, hvor flere kritiserede den dertil hørende mulige *patologisering* af sorgen. Spørgsmålet er dog, om ikke den stigende optagethed af sorg i sundhedsregi i endnu højere grad skal tilskrives den tiltagende *medikalisering* af samtiden.

Her er en begrebsafklaring og sondring mellem henholdsvis patologisering og medikalisering nødvendig, især fordi særligt sidstnævnte begreb bruges forskelligt i diverse sammenhænge.

Patologisering henviser til den proces, hvor nogle af menneskelivets almindeligt forekommende lidelsesfulde fænomener overgår til at forstås som sygdom eller forstyrrelse. (Brinkmann 2018, 188-189)

Medikalisering derimod er en betegnelse for den glidende udvikling, der sker i samfundet, hvor større og større dele af menneskelivet defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme og derved bliver til et anliggende for sundhedsvæsenet også selvom det ikke defineres eller anskues som "sygeligt". (Hvas 1999; Hvas et al. 2011)

Medikalisering skal således i denne sammenhæng ikke forstås som "farmaceutikalisering" – altså forestillingen om sorg som noget, der skal behandles med lægemidler, men netop mere bredt, som en betegnelse for de kulturelle konsekvenser af, at det medicinske område udvides. (At medikaliseringen af sorg sandsynligvis potentielt kan bane vejen for et stort marked for den farmakologiske industri, er en helt anden historie...)

Den medicinske tænkning trænger altså ind i vores måde at opfatte vores samlede tilværelse på. Både i forhold til fysiske, sociale og eksistentielle forhold. Det gælder vel at mærke ikke kun når vi eller vores nærmeste er syge – men også når vi ikke er. Udvidelsen af det medicinske område fra primært at handle om syge mennesker, til nu også at fokusere på raske, handler for en

stor del om forebyggelsesområdet. Næsten alt i vores liv – er en mulig risiko for vores helbred. Derved bliver endnu flere af livets aspekter et anliggende for sundhedsvæsenet: Hvis vi (endnu) ikke er patienter er vi i hvert fald ‘risikanter’, der muligvis kan udvikle sygelige tilstande, hvis ikke vi får den nødvendige støtte (Hvas et al. 2011).

Hvad enten det er i behandlende eller forebyggende øjemed eller blot trivselsrelateret indsats, så betyder denne udvikling, at flere og flere livs-områder som fx sorgområdet er omfattet af sundhedstilbud og -ydelser fra diverse sundhedsinstitutioner – heriblandt tilbud om sorggrupper.

Sorggruppen som normativ praksis

Sorg er altså gået fra at være et overvejende privat anliggende til også at være et institutionelt ansvarsområde (Suhr 2021). Sorggrupper tilbydes i det hele taget i stigende grad inden for rammen af forskellige institutioner. Både skole, dagtilbud og altså også sundhedsvæsen er centrale aktører, når det handler om at tilbyde sorgindsatser til både børn og voksne.

Særligt i det sundhedsfaglige felt har udviklingen taget fart og de offentlige institutioner har historisk set udviklet disse tiltag i samspil med NGO’er som fx patientforeningen Kræftens Bekæmpelse, der tillige i mange år har tilbudt gratis indsatser på sorgområdet også i eget regi, heriblandt sorggrupper til efterladte.

Men hvilke implikationer har det at etablere sorggrupper i institutionelt regi? Nærmere bestemt sundhedsregi?

Når sorggruppen bliver et sundhedsorganiseret tilbud, må det nødvendigvis have betydning for (i hvert fald den implicite) forståelse af sorgbegrebet – både i det konkrete tilbud men måske også i medieringen af sorgbegrebet mere generelt set.

På baggrund af en undersøgelse af efterladte forældres erfaringer med fællesskabsorienterede sorgstøttetilbud, argumenterer Ester Holte Kofod for, at sorgstøttetilbud må forstås som iboende normative praksisser og de ansvarlige aktører må derfor forholde sig kritisk og reflektivt til egen praksis (Kofod 2019, 61). En sorggruppe i sundhedsregi må i forlængelse heraf antages ikke kun at udgøre de ydre rammer hvori sorgen udspiller sig, men

også indgå i selve den måde deltagerne forstår, forholder sig til og "praktiserer" deres sorg. (Sådan som det i øvrigt må være tilfældet for sorggrupper i ethvert regi).

Kofod peger på, hvordan sorgstøttetilbuddene inddrages i etableringen af identitet som efterladte og fungerer som erfaringsmæssige repertoarer, der indgår i deltagerens refleksive mediering af sorgen (Ibid., 66).

De valg der træffes i forbindelse med tilrettelæggelse af sorgstøttetilbud, er således med til at skabe mulighedsbetingelser, der tilskynder til såvel som begrænser bestemte handlemåder og forståelser i relation til sorg og tab (Ibid., 79).

Den ramme, indenfor hvilken sorgstøttetilbuddet er etableret kommer følgelig til at muliggøre og begrænse bestemte normative praksisser og fortolkninger knyttet til sorg og identitet (Ibid., 66).

Når man tilrettelægger sorggrupper i sundhedsvæsenet eller i samarbejde med sundhedsfaglige må man derfor også være opmærksomme på de normative implikationer, der er forbundet hermed.

'Godhedsmagt'

Det er svært at være kritisk overfor etablering af sorgindsatser. Hvem vil ikke gerne, at sørgende skal sikres hjælp og støtte – også i sundhedsvæsenet?

Der er uden tvivl mange sørgende, som oplever sig godt hjulpet af de forskellige indsatser både i primær- og sekundærsektor. Og indsatserne er inddiskutabelt sat i værk på baggrund af oprigtige og velmenende intentioner om at hjælpe sørgende på bedst mulig måde.

Ærindet her er, som det fremgår ovenfor, at pege på, at det ikke er uden betydning for sorgbegrebet, at det bliver et institutionelt ansvarsområde. Ligeledes er det sandsynligvis ikke uden betydning for sørgendes måde at forholde sig til tilbud om sorggruppe på, at det tilbydes i sundhedsregi.

Det kan potentielt være vanskeligere at takke nej til tilbud om deltagelse i sorggruppe i det øjeblik det får karakter af, at takke nej til en sundhedsydelse. De fleste vil oplagt have en forventning om, at dette tilbydes på grundlag af en antagelse om, at netop denne hjælp er relevant og om ikke nødvendig, så i hvert fald gavnlig, set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv.

Dette rejser sandsynligvis spørgsmål fra både den sorgramte og dennes omgivelser – om hvorvidt det nu ikke vil være uklogt at takke nej til sådan et tilbud, når det ligefrem kommer fra et sted der om nogle ved et og andet om sundhed og risiko og forebyggelse osv.

Man er med andre ord i forvejen sat i en relation til udbyderen, hvor man er at betragte som modtager af de sundhedsydelser der udbydes og man har en generel forventning til sundhedsvæsenet om, at sundhedsvidenskabelig evidens er et væsentligt element i prioritering af sundhedsopgaver og indsatser.

Dette må unægtelig sætte tilbuddet om deltagelse i sorggruppe i et sundhedsregi i et særligt lys.

Det er imidlertid, som tidligere nævnt, vanskeligt at være kritisk eller skeptisk overfor sorginterventioner. Dette skyldes blandt andet sammenkoblingen af intention og intervention.

De gode intentioner kan blive til en såkaldt 'godhedsmagt' som blandt andet skaber en form for immunitet overfor kritik.

I forbindelse med forskellige indsatser på skoleområdet i norsk sammenhæng har blandt andet Pettersvold og Østrem således peget på det, de kalder 'godhedsargumenter frem for gode argumenter', når det handler om at iværksætte tiltag, som har børns bedste for øje (Suhr 2021, 227). I forlængelse heraf kunne man stille spørgsmålet om ikke også selve forestillingen om sorggrupper som gode og gavnlige for sørgende, er så stærk, at det vanskeliggør kritiske spørgsmål til interventionens karakter og berettigelse i sundhedssammenhæng?

Er sorggrupper fx overhovedet en (relevant) opgave for sundhedsvæsenet? Og skal folkekirken deltage i samskabelse omkring dette? Hvad er i så fald muligheder og begrænsninger i den sammenhæng?

Under alle omstændigheder er der, når man som præst eller anden kirkeligt ansat indgår i en sorggruppe i sundhedsregi eller etablerer en gruppe i samarbejde med sundhedsfagligt personale, et par opmærksomhedspunkter at tage i betragtning:

Opmærksomhedspunkter i forbindelse med sorggrupper i sundhedsregi

- *‘Ceci n’est pas une behandlingstilbud’*

Når sorggrupper tilbydes i sundhedsregi – enten af en hospitalsafdeling, et hospice eller en patientforening – eller i en sognekirke med en sundhedsfaglig sorggruppeleder – defineres gruppen oftest som et samtaletilbud og ikke et behandlingstilbud. Det er med andre ord at betragte som et “lavtærskeltilbud” (Flor og Kennair, 115) og ikke egentlig sundhedsfaglig behandling.

Selvom indholdet i selve sorggruppen er såkaldt normaliserende, kan selve det at gruppen tilbydes i et sundhedsregi dog medvirke til en forståelse af tilbuddet som en sundhedsydelse og sorg som et fænomen, der kræver støtte fra autoriseret sundhedspersonale.

Der er noget paradoksalt i at dét sundhedsvæsen, som er sat i verden for og har til opgave at behandle sygdomme – samtidig med at det tilbyder sorggrupper, skal formidle at sorg er helt naturligt og slet ikke sygeligt. Der er noget med formatet, som kan virke kontraproduktivt i forhold til intentionen. (Flor og Kennair, 118)

Når sorgen flyttes (fra uformelle) til formelle og institutionaliserede netværk, kan det være med til at drive en udvikling, hvor efterladte tænker, at det nok er for risikabelt for sorgprocessen at overlade støtten til så uprofessionelle mennesker som ens familie og venner – eller til en sorggruppe uden sundhedsfagligt personale (Overskende mange præster er tilsvarende optagede af, at lave sorggrupper sammen med sundhedsprofessionelle. Hvad dét skyldes, kan man kun gisne om).

- *Kirkelig livsytring eller sundhedsindsats?*

I opslaget om sorg på sundhed.dk hedder det, at “nogle mennesker får god hjælp ved at tale med andre, der også er i sorg. Fx i sorggrupper i Folkekirken, kommunale tilbud eller i patientforeninger mm. Prøv eventuelt også at slå op på sundhed.dk og sundhedstilbud i din kommune eller spørg din præst.”

Folkekirkens tilbud om sorggrupper nævnes altså hér i sammenhæng med en offentlig sundhedsindsats på sorgområdet.

Dét betyder – som beskrevet ovenfor – at folkekirkelige sorggrupper, selv om det modsatte måske ønskes og italesættes, de facto i flere sammenhænge forstås som en del af en ‘sundhedsindsats’.

Samtidig understreger det, at tiden med modsætningsforhold mellem de to aktører – kirke og sundhedsvæsen – er forbi og i relation til samtidens sorgbegreb er kirke og præster ikke de eneste der indtager standpunktet, at “sorg er et helt naturligt livsvilkår”.

Det er glædeligt, at sundhedsdiskursen nu tilsiger, at det ikke er unaturligt at sørge, og at sundhedsvæsenet understreger, at sorg ikke i sig selv er et sygeligt fænomen. Og at sundhedsvæsenet således har indtaget folkekirkens favoritstandpunkt par excellence: ‘sorg er ikke en sygdom men et alment vilkår’, åbner samtidig for en væsentlig refleksion over, hvad der så mere er at sige om den sag set fra et teologisk perspektiv. Hvordan kan man fortsat forstå sorggruppen som en kirkelig livsytring og ikke som en sundhedsindsats?

Hvad er det nærmere bestemt præst og kirke bidrager med i et samvirke med sundhedsaktører i sorgfeltet?

Vi må udfolde, hvad det vil sige at tænke og tale teologisk om sorg og gennemtænke, hvordan det sættes i spil til gavn for sorggruppearbejdet.

- *Teologiske perspektiver på sorg*

Det kan ikke rummes indenfor rammerne af denne artikel – men der er rige muligheder for at gå i gang med at eftertænke en række teologiske perspektiver på sorg. Her følger afslutningsvist et par bud på sådanne perspektiver, som jeg mener det er afgørende at bringe i spil:

- Sorghjælp er i kristen forstand ikke hjælp til at hele det brudte. Det er tværtimod hjælp til at leve i det stykkevise og brudte. Forholdet mellem det hele og det brudte i det sørgende menneskes selv- og livsforståelse er central at tage op til overvejelse. Hvad vil det sige, at vi i en teologisk forståelse af menneskelivet lever efter faldet, i det stykkevise og brudte? Denne grundtanke har åbenlyst noget væsentligt at bidrage med i en samtid og en sundhedsdiskurs, der

i høj grad opererer med en helhedsorienteret logik. Her kan hentes inspiration fra blandt andre Christine Tind Johannessen og Pamela Cooper-White (Johannessen og Iversen 2019; Cooper-White 2019).

- Paradokshåndtering som alternativ til forestillingen om sorgstøtte som overvejende harmonisering og afklaret accept af dødens indgriben. Hvor naturligt det end er at dø – så må det ikke give anledning til at forfalde til sværmerisk lidelsesromantik. Døden kalder trods alt stadig på vores protest! Lidelse findes, angst findes, sorg findes OG livskraft findes, håb findes, opstandelse findes. Begge dele er sandt og det ene kan ikke opløses i det andet i én harmoniseret suppe. Der er god grund til at arbejde videre med, på hvilken måde kristendommens insisteren på det absolutte paradoks muliggør både solidaritet *med* den lidende og håb *for* den lidende på én og samme tid (Vesterdal 2020).
- Det er en almindelig forestilling blandt sørgende, at den døde lever videre i fortællinger, i minder, bæres med i hjertet osv. I den forbindelse har vi i en kirkelig sammenhæng et vigtigt perspektiv at føje til; at der er fortsat liv for den afdøde – som ikke er afhængigt af den efterladtes erindring. Den afdøde har derimod fortsat liv hos Gud og skal så at sige ikke “holdes i live” af den sørgende. Det kan for den sørgende være en stor aflastning, at den døde er et sted, hvor relation stadig er mulig mellem afdøde og efterladte, men hvor det også er muligt at slippe forbindelsen uden at tage livet af den døde en gang til, fordi den døde i evighed er sat ind i et andet fællesskab – med Gud og måske med andre afdøde. Hvad denne forestilling indebærer, må vi kunne tale med mennesker om. Sorghjælp i en kirkelig sammenhæng må derfor også være hjælp til at tale om de helliges samfund og det evige liv (Gregersen 2021).

Litteratur

Brinkmann, Svend 2018: *Det sørgende dyr*. Aarhus: Klim.

- Cooper-White, Pamela 2019: "Mange stemmer: En pastoral-teologisk multiplacitetspsykologi": I Christine Tind Johannessen-Henry og Hans Raun Iversen (red.), *Mangefoldet tro og sjælesorg*. København: Eksistensen Akademisk, 39-61.
- Flor, Jørgen A. og Leif E. Ottesen Kennair 2019: *Skadelige samtaler*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Gregersen, Niels Henrik 2021: *Ind i fællesskabet – en samtidsteologi om gudsriget og det evige liv*. København: Eksistensen.
- Hvas, A.C. 1999: "Sygeliggørelse og "medikalisering"". I *Ugeskrift for Læger* 161:5783-5.
- Hvas, L. et al. 2011: "Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?". I *Månedsskrift for almen praksis*, 877-885.
- Johannessen-Henry, Christine Tind og Hans Raun Iversen (red.) 2019: *Mangefoldet tro og sjælesorg*. København: Eksistensen Akademisk.
- Kofod, Ester Holte (2019): "Her vidste alle, at jeg havde et barn. Forældres erfaringer med fællesskabsorienterede sorgstøtte tilbud". I *Psyke & Logos Nr. 1, Tema: Sorgens psykologi – del 2: Empiriske og kliniske perspektiver på sorgens psykologi*. København: Dansk Psykologisk Forlag, 61-83.
- Pedersen, Ida Kragh 2025: *Eksistentielle samtaler vinder frem i sundhedsvæsenet*. Kristeligt Dagblad, Liv & Sjæl 6. april.
- Suhr, Anne 2021: "Sorg i et institutionelt perspektiv". I *Menneskets sorg – et vilkår i forandring*. Aarhus: Klim, 211-233.
- Vesterdal, Lone 2020: "Om død og sorg". I *Det skrøbelige menneskeliv*. Red. Uldall, Inger og Lone Vesterdal. København: Eksistensen, 213-275.

Maria Baastrup

Studielektor for pastoralseminarieuddannelsen, København, Folkekirken Uddannelses- og Videnscenter, og fhv. hospitalspræst ved Rigshospitalet.
E-mail: mbaj@km.dk