

Läkarens roll vid sorg och förlust

Artikel i *Annals of Internal Medicine* ger praktiska råd till kliniker

■ På 1960-talet stod det klart att obearbetad sorg är en allvarlig somatisk sjukdomsfaktor. Trots att denna kunskap är gammal idag, och trots att läkaren ofta kommer i kontakt med sorg, har sorg och förlust till stor del kommit att hamna utanför medicinens fackområden. Det hindrar inte att många läkare i alla tider aktivt och kompetent varit ett stöd för döende och deras anhöriga. I en artikel i *Annals of Internal Medicine* [1], som refereras här, beskrivs de färdigheter som en kliniker kan behöva för att hjälpa personer vars nära anhöriga avlidit eller är döende. Fyra aspekter av sorgprocessen behandlas: anticipatorisk sorg, akut sorg, normal sorgreaktion och komplicerad sorg. För varje aspekt diskuteras metoder för bedömning, rekommenderade interventioner samt indikationer för remittering.

De akuta sorgreaktionerna och symtomen förbundna med ett normalt sorgförlopp är väl kända och i regel lätta att iakttä och förstå. Detta referat inriktas därför på de processer där läkaren löper risk att komma i tvivelsmål beträffande hur symtomen skall värderas. Så kan vara fallet vid så kallad anticipatorisk sorg och vid komplicerad sorgreaktion.

Anticipatorisk sorg

Nära anhöriga till en svårt sjuk/döende patient kan förete symptom på sorg trots att den anhörige fortfarande lever. Denna anticipatoriska sorg kan bland annat yttra sig som nedstämdhet, till och med gråt, eller överdriven oro och ovilja att vara borta från den sjuke ens korta stunder. Många inskränker sitt sociala umgänge och slutar upp med de regelbundna aktiviteter som tidigare varit viktiga för dem, till exempel umgänge med vänner eller deltagande i föreningsliv. Det livshot som alltså drabbat en familjemedlem startar en process där vänner och familj konfronteras med den förestående förlusten. Anticipatorisk sorg är ett multidimensionellt syndrom bestående av vrede, skuld, oro, irritabilitet, nedstämdhet, känslor av förlust samt ökad oförmåga att utföra vardagliga uppgifter. En läkare som konstaterar dessa symtom överväger naturligtvis olika förklaringar, inklusive depression, men förekomsten av den tydliga stressfaktor som familjemedlemmens/vännens omedelbart förestående död utgör indicerar att läkaren i första hand bör tolka symtomen som tecken på anticipatorisk sorg. Läkarens primära mål blir då att erbjuda stöd, främst i form av samtal där man underlättar för patienten och hans/hennes närmaste att, både tillsammans och enskilt, öppet få tala om sin situation och sina känslor.

Komplicerad sorgreaktion

Vid komplicerad sorg kan man konstatera att den efterlevande/sörjande fortfarande flera månader efter förlusten uppvisar

SAMMANFATTAT

En artikel i *Annals of Internal Medicine* beskriver de färdigheter som en kliniker kan behöva för att hjälpa personer vars nära anhöriga avlidit eller är döende.

Läkaren är en nyckelperson för att förebygga onödigt lidande, och bör känna till de viktigaste uttrycken för sorg.

Tidig och korrekt bedömning av sorgprocessen underlättar för samtliga berörda och skulle troligen leda till bättre hälsa hos de anhöriga.

De föreslagna åtgärderna, exempelvis systematiska frågor enligt ett intervju-schema, tar inte lång tid och har visat sig vara effektiva.

Skulle man på någon punkt ifrågasätta artikelns relevans för svenska förhållanden är det främst bilden av hur läkarsamtalen på ett självklart sätt stöds av andra åtgärder från angränsande professioner, till exempel så kallad livskrönika tillsammans med pastor, psykolog eller kurator. Den svenska läkaren har kanske inte alltid tid och möjlighet att utöva den samordnande och kontinuerligt stödjande funktion som den amerikanska kollegan uppges ha.

Mycket talar för att omhändertagande enligt de linjer artikeln skissar samtidigt skulle avlasta personalens etiska och existentiella stress, vilket skulle minska risken för utbrändhet.

påtaglig trötthet, anhedoni och tillbakadragande från sociala aktiviteter. Dessa symtom kan visserligen vara en del i ett normalt sorgarbete, men de kan också utgöra tecken på komplicerad sorgreaktion eller depression och innebära oförmåga att återvända till de prestationsnivåer och det välbefinnande som präglade tiden före förlusten. Eftersom både komplicerad sorgreaktion och depression indicerar ytterligare stöd eller till och med psykoterapi bör läkaren överväga och aktualisera detta. Givetvis bör läkaren fastställa huruvida den sörjandes symtom är organiskt betingade eller verkligen beror på den aktuella förlusten. Det är naturligt att först överväga tecken på

depression. Artikelförfattarna redovisar statistik där 17–27 procent av de efterlevande uppvisar depression under det första året efter en förlust, och så många som 54 procent av de efterlevande har självmordstankar upp till sex månader efter dödsfallet.

Sorg eller depression?

Läkaren kan finna det svårt att särskilja sorg från depression eftersom skuld känslor, dödstankar och psykomotorisk retardation kännetecknar båda tillstånden. Emellertid uppstår symtom orsakade av depression signifikant senare, minst 1–2 månader efter förlusten, och kvarstår flera månader efter densamma. Det är också troligare att depression är den riktiga diagnosen när symtomen är konstanta, när tankar/föreställningar om självmord samt genomgripande ändringar i aptit och sömn förekommer och i övrigt när avsevärda funktionsnedsättningar är för handen. Inget av dessa kriterier är absolut, men de uppfordrar till övervägande av antidepressiv behandling eller remiss till psykiater.

Intervjuschema

Artikelförfattarna redogör för ett intervjuschema som kan vara till hjälp för att bedöma sorgprocessens progression respektive förekomsten av komplicerad sorg [2]. Genom schemats systematiska frågor kan läkaren hjälpa den/de efterlevande att lämna undvikande/flykt och erkänna förlusten, reagera på densamma, återuppleva och bearbeta förlusten av relationen samt slutligen lösa upp bindningen till den avlidne och återinvestera emotionellt i framtiden.

Det betonas alltså att en läkare bör känna till dagens distinktioner mellan anticipatorisk sorg, akut sorg och komplicerad sorg, men man väger också in att ett så kallat normalt sorgförlopp har ett tämligen brett spektrum av reaktioner och symtom, många gånger individuellt eller kulturellt betingade, och i de flesta fall förståeliga och adekvata i sitt sammanhang. Utöver ovan nämnda schema ger artikelförfattarna flera översikter av såväl olika symtom på och manifestationer av sorg som strategier för läkarens interventioner i olika situationer.

Relevans för svensk sjukvård

Artikeln har tvivelsutan god tillämplighet i dagens svenska situation vad gäller de medicinska, psykologiska och psykosociala aspekterna. Den kan därför rekommenderas som en utbildningsartikel i ämnet omhändertagande. Den problematik som behandlas är allmängiltig och berör de flesta kategorier vårdpersonal. Mötas och skiljas är livets gång, och just förlust och separation är ofrånkomliga mänskliga erfarenheter. Artikeln åskådliggör de olika tänkbara reaktionerna och förloppen genom en detaljerad fallbeskrivning. Patienten, de anhöriga, de ansvariga läkarna med flera beskrivs på ett trovärdigt sätt. Det förefaller inte heller finnas avgörande skillnader mellan amerikanskt och svenskt synsätt i de grundläggande frågorna.

Skulle man på någon punkt ifrågasätta artikelns relevans för svenska förhållanden är det kanske främst den bild av en optimal, multidisciplinär hälso- och sjukvård som tonar fram. De öppenhjärtiga, kognitivt inriktade läkarsamtalen stöds på ett självklart sätt av andra åtgärder från angränsande professioner, till exempel så kallad livskrönika (retrospektiv genomgång för att utveckla en känsla av fullbordad eller avslutning av livet, och bland annat med hjälp av foton ur familjealbum förhöja känslan av att man gemensamt delar det för gångna) tillsammans med pastor, psykolog eller kurator.

Överfört på svenska förhållanden kan man konstatera att samma kunskaper och kompetenser som omnämns i den amerikanska artikeln visserligen finns även hos oss, men att den svenska läkaren kanske inte alltid har tid och möjlighet att ut-

öva den samordnande och kontinuerligt stödjande funktion som den amerikanska kollegan uppges ha. I Sverige är det, åtminstone enligt min erfarenhet, dessutom så att ett multidisciplinärt omhändertagande av den modell som skildras i artikeln försvåras av den rådande ekonomiska incitamentstrukturen och den stora mängd aktörer och gränssnitt som patienter med sviktande autonomi blir beroende av. Den samordning av de medicinska och psykosociala åtgärderna som de svenska klinikernas kuratorer traditionellt har ansvarat för kan idag alltmer sällan komma till stånd. I detta läge synes läkarens nyckelroll ytterligare förstärkas och det blir än viktigare att läkaren är observant på negativa komponenter i en sorgprocess, som visserligen kan leda till allvarliga problem och/eller sjukdomstillstånd men som också kan åtgärdas om adekvat intervention görs i tid.

Man har länge hävdats att det viktigaste stöd en sörjande behöver företrädesvis bör ges av vänner och familj. Dagens svenska vårdssituation uppvisar dock ett stort antal döende med få eller inga anhöriga och litet så kallat nätverk. Frågan om vård i livets slutskede ansluter till flera viktiga samhällsfrågor. Dessa berör omsorgen om nästan, lidandets problem, den mänskliga värdigheten och känslan av mening. Vi står inför en situation där allt fler människor, av demografiska skäl, kommer att ha sviktande hälsa, vara svårt sjuka och döende. Även på grund av civilrättsliga och etniska orsaker kan hälso- och sjukvården bedömas komma att ställas inför ytterligare problem. Ett gott omhändertagande enligt de linjer artikeln skissar skulle troligen leda till bättre hälsa hos de anhöriga och tillgodose deras existentiella behov. Mycket talar för att det samtidigt skulle avlasta personalens etiska och existentiella stress, vilket skulle minska risken för utbrändhet. På många håll i dagens Vårdsverige söker man också bygga ut ett samarbete mellan klinikerna, sjukhuskyrkan och olika frivilligorgan för att hjälpa döende och efterlevande. I Sverige kunde stödåtgärder, av till exempel typen livskrönika, skapas genom ett samarbete mellan sjukvården och de anhörigas lokala församlingar, där man idag på många håll anordnar så kallade sorggrupper för personer som mist sina anhöriga.

Utmaning för läkare

För såväl amerikansk som svensk sjukvård gäller naturligtvis att vården av döende, sörjande och förlustrubbade bjuder på många utmaningar. Dock ger situationen även många möjligheter. Förtrogenhet med sorgens olika aspekter gör det lättare för läkaren att förstå hur sorgens sår kan läka med tiden. Tiden i sig läker inga sår, men alla sår behöver tid för att läka. De interventioner läkaren kan göra för att underlätta ett tillfredsställande sorgförlopp tar inte lång tid att utföra, och läkaren har unika möjligheter att identifiera och orkestrera stödfunktioner som på avgörande sätt främjar läkning och återhämtning. Förutsättningen är givetvis att läkaren får resurser och tid att utöva läkekonsten samt att man förstår de fenomen och reaktioner som man möter hos såväl den allvarligt sjuka alternativt döende patienten som dennes anhöriga. Få tillfällen erbjuder en läkare så grundläggande kontakt med livet självt som att vara närvarande vid patientens död. Här finns en sällsynt möjlighet att vara »doktor« i ordets ursprungliga betydelse av »lärare«, och att hjälpa patienten och dennes familj genom en svår tid av såväl tragedi som personlig mognad.

Referenser

1. Casarett D, Kutner JS, Abraham J, for the End-of-Life Care Consensus Panel. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Intern Med* 2001;134(3):208-15.
2. Rando TA. Treatment of complicated mourning. Champaign, IL: Research Pr; 1993.