

# Sorg hos gamle – å leve videre alene

«Sorg er lik en ubuden gjest som trenger seg inn i hjemmet og influerer på alle aspekt i ens liv, familie, relasjoner og helse» (Moules 2004).

I denne artikkelen vektlegges først og fremst sorg i de eldste aldersgruppene. Etter hvert som en blir eldre, gjennomleves mange ulike tap. En må ta farvel med sitt arbeidssted, ektefelle, familie og venner dør, og ens egen helse svikter. Gjertsen (2004) beskriver tap av ektefelle som en viktig overgangsfase i alderdommen. Det er vanskelig å ta innover seg, berører mange livsområder og innebærer for de fleste et avgjørende brudd i tilværelsen. Sorg er felles for alle, uansett alder. Her sammenlignes sorg hos gamle som skiller dem fra yngre sørgende. Vi vil også se på kjønnsforskjeller og hva som kan hindre eller fremme et godt sorgarbeid.

Betegnelsen «gamle» blir brukt om mennesker over 80 år, mens «eldre» brukes som en samlebetegnelse for alle over 67 år (Romøren 2005:62). Engelskspråklige tidsskrifter bruker betegnelsen «older people» på dem over 65 år. I denne artikkelen vil vi referere til forskningsarbeider som har ulike aldersinndelinger og betegnelser.

## Fra to til en

Gamle ektepar vet at på ett eller annet tidspunkt vil en av dem falle fra. Likevel er det vanskelig både intellektuelt og følelsesmessig å forberede seg på en slik skilsmisse. Når helsen begynner å svikte, forsøker enkelte å legge om til en sunnere livsstil, men de fleste forsetter sin vante livsførsel. Det er ofte fysisk svekkelse, og ikke viljen, som hindrer ulike gjøremål. Mange gamle trenger kirurgiske inngrep og medisinsk behandling for kroniske lidelser. Gamle ektefeller støtter og hjelper den av dem som til enhver tid er svakest. Thoresen mener at ektefelleomsorg i mange tilfeller kan betraktes som omsorg til felles beste (1994). Ektefellene utfyller hverandre, slik at de sammen kan fungere relativt bra i egen bolig. Hvordan den gjenlevende skal klare seg når den andre dør, snakker de mindre om.

Når ens livsledsager i kanskje mer enn 50 år dør, er det noe fundamentalt som blir borte. En føler at kroppen ikke fungerer, en er lammet av sorg, for den som en har kunnet dele sorger og gleder med, er der ikke mer. Det å oppleve at ektefellen dør, er et av de mest grunnleggende tap et menneske kan gjennomleve.

## En verdig død legger grunnlaget for en god sorgprosess

Dersom ektefellene opplever en god avskjed ved dødsleiet, er det lettere for den etterlatte å leve videre alene. Ca. 80 % av alle dødsfall i Norge skjer i institusjon, like mange på sykehjem som på sykehus. For de gamle er det lettere å kunne besøke sin kjære når vedkommende er i sykehjem, siden dette vanligvis vil være i hjemstedskommunen. Sykehuset ligger ofte langt unna. De gamle kan bli avhengig av om familie eller venner har muligheter for å kjøre dem, fordi reisen kan oppleves vanskelig. På sykehjem har de fleste beboerne enerom, slik at det er mulig legge forholdene tilrette etter eget ønske. På sykehus er det vanskeligere å få være alene, men i samarbeid med personalet kan det også her bli en verdig avskjed. De fleste etterlatte opplever det godt å få være til stede i dødsøyeblikket. Gjertsen (2004) snakket med Oskar etter at hans kone, 81 år, døde på sykehuset.

«Ho blei dårligare og dårligare, så vi skjønnte jo kor dår bar. Eg var der då ho døde. Då satt eg og holdt ho i handa. Eg hadde den ene handa under haue hennes når ho døde.»

Oskar opplevde det godt å få være sammen med kona da den endelige atskillelsen kom, døden. Dette var en god død, hvor han opplevde å ha vært delaktig i omsorgen rundt dødsleiet.

For de eldste ekteparene kan de bli tungt når den ene blir pleietrengende. Den andre kan ha nok med å ta vare på seg selv, så sykehjem kan bli den beste løsningen. Dette kan oppleves som et nederlag. Dersom ektefellen dør like etter innflytningen i sykehjem, bebreider enkelte seg for at de ikke holdt ut litt til. Det at ektefellen dør på sykehus, skaper ikke den samme skyldfølelsen (Sørbye 1990). Gjertsen (2004) beskriver følgende situasjon: Mannen til Mari var svært pleietrengende og tilbrakte de siste månedene på sykehjem før han døde ... Mari maktet ikke å ha ham hjemme lenger, etter å ha hatt omsorgen for ham i flere år. «*Dæ blei tyngre og tyngre. De (hjemmetjenesten) meinte at eg sleit meg ut.*» Enkelte av de etterlatte har i likhet med Marie, behov for å forklare hvorfor de ikke klarte ha mannen eller kona hjemme den siste tiden.

Det er sykehjemspersonalets ansvar å gi en så god omsorg til pasient og pårørende som mulig, slik at de opplever at sykehjemmet er det beste stedet for den døende, slik situasjonen er akkurat da.

## Å få dø i eget hjem

Det er relativt få gamle som dør hjemme etter lengre tids sykdom. Dette kan skyldes at det er vanskeligere å forutsi hvor lang tid dødsleiet vil ta. Gamle døende har ofte et mindre uformelt nettverk som prioriterer å sette av tid til langvarig pleie i hjemmet. En enke forteller at mannen Peder som var ca. 85 år, fikk beskjed på sykehuset om at han hadde kort tid igjen å leve. Han ønsket da å komme hjem. En slektning flyttet inn, hjemmesykepleien stilte opp, og en sykehusseng ble plassert i stua. Enken som aldri hadde hatt hånd om økonomien, Ada, spurte mannen flere ganger:

«'Kordan skal det gå med meg når eg blir alene?' Og han smilte og tulla meg, så måtte eg flire. Han godtok at han skulle dø, og klaga aldri. Han sa 'vi e jo kommet i dauingsalder, vi skal jo bort, så en dag fra eller til, spille ingen rolle.' Han va så rolig, og han gjorde meg rolig ... Peder ønska å sove inn i sitt eget hjem, og det skulle bare mangle at han ikkje skulle få være i hjemme i huset han sjøl bygde.»

Ada var svært fornøyd med den hjelpen hun fikk fra hjemmetjenesten.

«Om så eg hadde hatt fleire som skulle ha gått den veien, så ville eg ha gjort det igjen.» Erfaringer med menneskes død gjorde henne også rolig overfor egen død. «Alle som har anledning til det, bør få dø hjemme. De eldre må få den hjelpa de treng. Eg må håpe eg får lov te å sove inn her eg også» (Nilsen 2003).

**Merknad [AMH1]:** Skal denne setningen være med større bokstaver og uten innrykk, som linjen over?

Reeds og Lutkins (1967) beskrev tidlig hvilken positiv betydning for sorgarbeidet det hadde å pleie sin ektefelle hjemme. Ved å leve side om side med den døende ble avskjeden mer reell. De som valgte å la ektefellen dø hjemme, følte at de fikk gjort mer for den døende enn de som hadde sin ektefelle på sykehus.

## Sorg som starter med sjokk

Dødsøyeblikket kan komme uventet, selv om mange eldre kan ha vært alvorlig syke over tid. I Norge er gjennomsnittlig liggetid ved siste innleggelse på sykehus bare ett døgn. Den gamle kan ha vært ut og inn av sykehuset flere ganger det siste halvåret, men når vedkommende dør, går det ofte fort. Enkelte rekker ikke å få medisinsk hjelp i det hele tatt.

En enke beskriver sin situasjon slik: Visstnok hadde det vært forvarsler. Hennes mann, Arnold, hadde lenge visst at han var hjertesyk. Men sykdom er én ting – døden noe helt annet.

«Min søster, som bodde i Trondheim, døde av hjertesvikt, og jeg hadde vært i hennes begravelse. Om morgenen 6. juni snakket jeg med Arnold, som var hjemme i Tromsø, på telefonen. Jeg hørte at han var tungpustet, og han sa at han dessverre ikke var i form til å komme og hente meg på flyplassen. Flyet landet i Tromsø om ettermiddagen – og min niese møtte meg der. Hun tok omkring meg, gråt og sa: 'Tante Judith, han onkel Arnold e død ...' Han hadde ramlet om på stuegulvet. Med det samme tok jeg det helt rolig, nærmest mekanisk. Jeg ordnet med alt det praktiske. Først senere kom sjokket, den virkelige reaksjonen. Det var så ufattelig, at det mennesket jeg hadde levd sammen med i 52 år, nå bare var – borte ...» (Johansen 2002).

Å oppleve uventet dødsfall kan føre til en transelignende tilstand. En kan gjøre de riktige tingene, slik enken etter Arnold beskriver, men en går på en måte på siden av seg selv. Anderson og Diamond (1995) uttrykker at de gamle mestrer sjokktilstanden bedre enn yngre. De gamle får ikke samme opplevelse av fortvilelse som de yngre. Livets skole har lært dem å mestre uventede situasjoner.

## Å bære tapet alene

Tradisjonelt har sorgarbeid blitt betraktet som en lineær prosess, langs en tidsakse, med en begynnelse og en slutt, og med enkelte topper. Hegge og Ficher (2000) har sammenlignet sorg hos senior-enker (60–74 år) og eldre enker (75–90 år). De beskriver i stedet sorgprosessen som en sirkel med intense topper og dype daler, kraftanstrengelser og tilbakefall, før den sørgende gradvis aksepterer tilstanden

Når samfunnet forventer at sorg er noe en bør komme over etter en viss tid (jf. et sørgeår), kan dette medføre at sørgende skjuler sin sorg i det offentlige rom, og i stedet finner private måter å sørge på (Moules mfl. 2004). Mange kan oppleve at det er noe i veien med dem siden de fortsatt sørger, og oppleve utilstrekkelighet, trekke seg tilbake, isolere seg og bli deprimert. Ektefellens død aktiverer tidligere tap, som en far som døde for ung, eller et dødfødt barn. Jo eldre en blir, desto flere tap må en forholde seg til. Kastenbaum (1969) hevder at i den siste delen av livet kommer tapene så ofte at det blir for liten tid til virkelig å sørge over hver enkelt situasjon.

## Varig tilknytning

Silvermann og Klass (1996) har innført begrepet «varig tilknytning» («continuing bond») og har skapt en ny teori innen sorgarbeid. De hevder at i stedet for å ta avskjed med den vi elsker, skal vi finne måter å bevare tilknytningen på, samtidig som vi går videre med våre liv. De mener at dersom en bygger videre på de bestående emosjonelle båndene som var mellom ektefellene, i stedet for løsrivelse fra den døde, vil videreutvikling av slike bånd være en styrke i det videre sorgarbeidet. Costello (2002) har intervjuet etterlatte og mener at den tradisjonelle sorgteorien ikke passer for eldre. Setninger som stadig går igjen, er: «Jeg føler at han er til stede.» «Fornemmer en indre stemme og utviklingen av en dialog med den avdøde.» Bør en knytte eller kutte emosjonelle tilknytning til den avdøde når ektefellen dør etter et langt samliv? Costello (ibid.) mener at spesielt for eldre viser det seg at det å bevare en tilknytning til den avdøde gir en åndelig støtte og hjelper den gjenlevende i sorgprosessen.

Field og Friedrichs (2004) har intervjuet enker over 55 år. Den ene halvparten av dem hadde vært enker i fire måneder og den andre halvparten i mer enn to år. Hensikten med undersøkelsen var å se i hvilken grad enkene brukte uttrykk som var typiske for teorien om «varig tilknytning»:

- Jeg har hatt en innbilt (eller det jeg trodde var en virkelig) samtale med min mann.
- Jeg har forsøkt å gjøre ting som jeg vet ville gjort min mann glad.
- Jeg har forsøkt å tenke på gode minner om mannen min.
- Jeg har forestilt meg hvordan det vil være å møte han i himmelen.
- Jeg har brukt bilder eller ting som har tilhørt ham, for å føle meg nærmere ham.
- Jeg har forestilt meg eller følt at han veileder meg, passer på meg eller trøster meg.

Field og Friedrichs konkluderer sin undersøkelse med at de som nylig har blitt enker, benytter uttrykksmåter som gir uttrykk for «varig tilknytning», mye oftere enn de som har vært enker i mer enn

**Merknad [AMH2]:** Skal denne setningen egentlig stå i anførselstegn?

to år. Det viser seg også at ved langvarig bruk av slike uttryksmåter kan dette føre til negative sinnsstemninger. I motsetning til disse hevder Anderson og Diamond (1995) at fortsatt opplevelse av kontakt med den avdøde gir trøst og støtte. De har intervjuet eldre enker og har sammenlignet resultatene med en undersøkelse foretatt av yngre kvinner. De konkluderer med at uansett alder og andre karakteristika er det store likhetstegn.

## Aktivt tilbakeblikk

Å foreta et aktivt tilbakeblikk over livet, enten i grupper eller individuelt, kan være en viktig terapeutisk tilnærming. Det å være bevisst sin livshistorie vil sikre kontinuitet når gamle mister sin ektefelle, må skifte bolig eller innlegges i institusjon. Coleman (1986) har undersøkt nærmere betydningen av slike erindringer. Noen gamle opplever fortiden som verdifulle skatter som det er godt å dvele ved. Andre kommer tvangsmessig tilbake til områder de ikke klarer å fortrenge, atter andre igjen opplever ikke noe av betydning ved å gå tilbake til fortiden, mens noen bevisst unngår dette fordi det gjør dem deprimeret. Colemans' oppsummering er at flertallet av de som deltar i et slikt tilbakeblikk, verdsetter sine minner høyt og finner dem nyttige i forhold til det å mestre sin alderdom. Tabell 1 viser ulike karakteristika ved yngre og gamles sorg. Dette er en videreutvikling av erfaringene til Hegge og Fisher (2000).

Tabell 1. Ulike karakteristika ved yngre og gamles sorg

Yngre < 75 år	Gamle > 75 år
Akutt dyp fortvilelse, ujevnt sorgforløp med intense topper og daler.	Uvirkelig, problem med å fatte at det er sant. Sjokk, men et mer jevnt sorgforløp
Opplevelse av kaos	Dyp tristhet, tomhet og ensomhet
Ektefellen dør på sykehus	Flere av ektefellene dør på sykehjem
Ofte den første nære som dør	Har opplevd mange nære dødsfall, til sammen kompliserer dette sorgarbeidet
Redd for følelsesmessig sammenbrudd	Tidligere tap har alltid vært delt med ektefellen, dette store tapet må bæres alene
Fysiske symptomer på sorg	Ofte plaget av kronisk lidelser i tillegg til sorgreaksjoner
Mange familiære og sosiale forpliktelser	Savn av noen som trenger en
Bruker sjelden floskler eller personlig filosofiske betraktninger	Livet må gå videre, tiden leger alle sår, ektefellen lider ikke lengre, nå har han/hun fått hvile. Det er godt at

	han/hun fikk gå først. Han/hun hadde ikke klart seg alene.
Er/har ofte vært yrkesaktiv, har tillært seg ferdigheter som tradisjonelt har ligget under mannens domene	Tradisjonelt kjønnsrollemønster. Hjemmевærende husmor, har ofte ikke sertifikat, mannen har styrt økonomi, forsikringsordninger og offentlige anliggender
Få har umiddelbare planer om å skifte bolig	Engstelig over ikke å klare seg i egen bolig
Nyorientering	Mer tilbakeblikk enn nyorientering

## Sorgreaksjoner hos gamle

Hvor stort tapet etter den avdøde er, er avhengig av hvilke relasjoner det har vært mellom ektefellene. Uansett om båndene har vært svake eller sterke, har 50–60 års samliv satt dype spor, og det er vanskelig å leve videre alene.

## Uvirkelig

Mange har problemer med å fatte at det er sant, at ektefellen virkelig er død.

«Det er rart å tenke på at jeg er enke. Det er veldig vondt å vite at han aldri kommer til å være hjemme her sammen med meg» (enke 85 år). Selv om de fleste har vært forberedt, så er det likevel et sjokk når døden faktisk inntreffer. Vissheten om at dødsfallet er en realitet, blir gradvis oppfattet, og de erkjenner at det er slik det er. Når de blir spurt direkte om de synes at døden kom til rett tid, svarer de fleste bekreftende på dette (Sørbye 1992).

## Tristhet, gråt, tomhet og ensomhet

Det er helt normalt å bli overmannet av en ubegripelig tristhet. Det er så uforståelig at den en har vært så nært knyttet til, er borte for alltid. Lauridsen (1994) har gjennom sitt arbeid med sorggrupper erfart at eldre reagerer mindre voldsomt i tiden umiddelbart etter tapet, men prosessen blir for noen aldri helt avsluttet.

Sorg og tårer hører sammen. Det er vanskelig å snakke om den avdøde ektefellen uten at tårene kommer. Gråt forekommer hyppigst den første tiden etter dødsfallet. Enkelte tror at de skal skåne den sørgende med å ikke snakke om den avdøde. Alt som minner om den som er død, blir også pakket vekk. Noen forsøker å slette ut alle spor. Yndlingsplatene eller yndlingscdene blir ryddet bort eller gitt vekk, fordi musikken setter i gang følelser slik at tårene kommer.

Å gråte er en viktig del av sorgprosessen. La tårene komme. Den som er til stede når gråten kommer, skal ikke skynde seg å prate om et nytt tema eller avlede på annen måte. Den tilstedeværende skal gi nærhet og empati (Parkes 1976).

## Depresjon

For enkelte avtar ikke tristheten, men symptomene blir sterkere og kan gå over i depresjon. Man regner med at 10–15 % av de eldre har en moderat eller alvorlig depresjon som krever behandling. Prigerson mfl. (1995) presiserer at det er et skille mellom symptomer på alvorlig sorg og symptomer på depresjon. Selv om det å bli enkemann har en sterk depressiv effekt på menn, er det ingen signifikante utslag på enker. Det kan virke som om kvinner klarer å tilpasse seg relativt bra i det lange løp (Feldman, Byles og Beaumont 2000). Moksnes (1998) mener at eldre med depressive trekk eller eldre som har hatt nære slektninger med depressive trekk, er mer utsatt enn andre. I en studie av enker/enkemenn 2–25 måneder etter at ektefellen døde (Zisook 1997), fant en at tidligere depresjoner (før dødsfallet) ga økt risiko for alvorlig depresjon. Flere enkemenn enn enker blir deprimert etter ektefellens død (van Grootheest mfl. 1999, Lee, DeMaris, Bavin og Sullivan 2001). Dersom de depressive trekkene blir så alvorlige at det hindrer den sørgende i å mestre dagliglivets aktiviteter, vil det være behov for kontakt med helsepersonell. I en overgangsfase kan medikamentell behandling være til nytte. Dersom en slik behandling ikke fører frem, kan det være nødvendig med hjelp innen alderspsykiatrien.

Depresjon kan også være en medvirkende årsak til nedsatt matlyst.

## Mister matlysten

For mange eldre har tiden før dødsfallet vært slitsom. Den nære pårørende har vært opptatt av den sykes behov med lange dager og våkenetter, og har hatt liten tid til å ta vare på seg selv. Når så døden har inntrådt, kan alle kreftene være oppbrukt.

Ektefellens død fører til en endring i det sosiale rom. Den sosiale meningen som et måltid tidligere hadde, blir borte. De gode minnene kan gi en negativ effekt. I en akutt sorgsituasjon er det mange som ikke orker å spise (jf. Rosenbloom og Whittington 1993). Dersom matinntaket og tilførselen av energi blir for lav, øker faren for sykdommer. Lav tilførsel av næringsstoffer svekker immunforsvaret og disponerer for infeksjoner (Nes 1993). Dersom en er i tvil om den sørgende spiser tilstrekkelig, bør vekten registreres regelmessig. I noen tilfeller kan også feilernæring og trøstespising være et problem. Enkemenn er spesielt utsatt, mange trenger ekstra motivasjon og stimulering for å interessere seg for matlaging.

## Enker og enkemenn sørger forskjellig

Menn og kvinner uttrykker sorg på forskjellige måter. Dette kommer til syne både gjennom skjønnlitteratur og folkevisdom. Et «enkemannsstøt» (det å slå albuen mot noe hardt) gjør fryktelig vondt, men går fort over. Følgende typiske kjønnsforskjeller går ofte igjen:

- Funksjonsfriske enkemenn kommer seg oftere ut enn enker.
- Enkemenn gifter seg igjen langt oftere, sammenlignet med de som er blitt enker.
- Gjennomsnittlig tid for gjengifte etter ektefellens død er kortere for menn enn for kvinner.
- At ektefellen dør, kan være mer problematisk for menn, fordi de har mer å tape.
- Menn får ofte dårligere helse enn kvinner etter at ektefellen dør.
- Enkemenn er ofte frustrert over å måtte gjøre husarbeid.
- Enker har nærmere relasjoner til andre og mottar mer støtte fra slektninger og venner enn det enkemenn gjør.

Gjertsen har erfart at de funksjonsfriske enkemennene klarer seg bedre enn enkene. Mennene kommer seg oftere ut, opparbeider et nytt sosialt nettverk og finner seg nye partnere (2004).

Lee mfl. (2001) har funnet at menn giftet seg om igjen fem ganger så hyppig som kvinner. Schneider mfl. (1996) har funnet at 61 % av mennene og 19 % av kvinnene hadde giftet seg på nytt 25 måneder etter dødsfallet. Kvinnene gir uttrykk for flere negative følelser med tanken på å innlede et nytt forhold. Yngre gifter seg oftere på nytt enn eldre. Moss og Moss (1996) beskriver hvordan den avdøde spiller en viktig rolle og influerer på det nye forholdet. Forfatterne kaller det psykososialt bigami, båndene til den avdøde er fortsatt sterke. Det følgende eksempelet fra Pilkingtons (2005) arbeid kan illustrere dette:

Herr C er 84 år gammel. Han starter en samtale angående sorg og tap med å fortelle om skilsmissen fra sin andre kone som han var gift med i ti år. Han kan ikke forstå hvorfor dette har skjedd. Han hadde et så nært forhold til sin første kone som døde, og kan ikke skjønne at den nye kona kan ha hatt noen grunn til å forlate ham.

Det er aldri lett for en ny partner å skulle erstatte en godt fungerende ektefelle. Ved skilsmisse har parforholdet ofte blitt nedbygget over tid, men atskillelse etter et dødsfall er mer sårbart. Opplevelsen av at den alvorlig syke og døende er uerstattelig, intensiveres rundt dødsfallet og tiden like etterpå. Det er derfor ofte uheldig å starte for raskt med et nytt parforhold.

Enkemenn er ofte frustrert over å måtte gjøre husarbeid. Når ektefellen dør, bruker enkene mye mindre tid på husarbeid, mens enkemennene bruker mye mer tid (Umberson mfl. 1992).

Enker har gjerne nærmere relasjoner til andre og mottar mer støtte fra slektninger og venner enn det enkemenn gjør. Enkemenn går sjeldnere i kirken, de misliker husarbeid og har mindre evne til å assistere barna sine. Enker finner ofte god støtte i andre enker, mens enkemenn ikke så ofte treffer andre enkemenn.

## Vanskeligere for menn

Menn er ofte mer følelsesmessig avhengig av støtte fra sine ektefeller enn motsatt, og har derfor mer å tape når de dør. Menn får ofte dårligere helse enn kvinner etter at ektefellen dør. Årsaken til dette kan

Merknad [AMH3]: Slettes?



være dårligere kosthold eller en høyere hyppighet av dårlige helsevaner enn hos kvinner, eksempelvis økt forbruk av tobakk og alkohol. Alkoholforbruket er ikke relatert til i hvilken grad de selv gir uttrykk for at de har symptomer på sorg eller psykologisk uro. Årsakene til dette drikkemønsteret kan være tap av ektefellens omsorg og/eller kontroll (Bryne, Raphael og Arnold 1999).

Voldelig død og selvmord forekommer oftere hos dem som har mistet ektefellen ved død, enn hos gifte. Voldelig død er hyppigst innen seks måneder etter ektefellens død, oftere blant yngre enn eldre, og oftere blant menn enn kvinner (Martikainen og Valkonen 2000). Tap av sosial støtte eller dårligere evne til å mestre stress kan være noen av forklaringene. Bojanovsky (1980) har undersøkt enkemenn som har tatt sitt eget liv, og har funnet at mer enn 25 % begikk selvmord i løpet av første halvår. Li (1995) har foretatt en oppfølgingsstudie over 12 år av enker/enkemenn og gifte på 60 år og eldre. Dødsraten ved selvmord er 28,7 per 100 000 gifte og 40,4 for enker/enkemenn. Risikoen for enkemenn er 3,3 ganger så høy som for gifte. Snoek og Engedal (2000) mener at eldre mennesker med mild og moderat grad av depresjon viser selvmordsatferd i like stor grad som yngre pasienter med alvorlig depresjon. Dette medfører at spesielt eldre enkemenn har behov for oppfølging med tanke på å forebygge selvmord. Når gamle folk velger å ta sitt eget liv, blir det en stor belastning for de nærmeste pårørende. Sammenlignet med sorg etter forventet død, sliter de etterlatte med stigmatisering, skam, avvising og spesielle reaksjoner (Harwood mfl. 2002).

## Utsatt for annen sykdom

For mange gamle vil det å miste sin ektefelle ha innvirkning på både fysisk og psykisk velvære. Byles, Feldman og Mishra (1999) har sammenlignet helse hos eldre enker og eldre gifte kvinner. Enkene vurderer sin helse langt dårligere enn de som er gift, og er også hyppigere bekymret for egen helse. Baumann mfl. (1998) har i tillegg til sivilstatus også sett på grad av sosialt nettverk. Eldre med liten sosial kontakt har en langt høyere dødelighet enn de med et godt fungerende sosialt nettverk.

## Gamles mestring av tap og støtte fra helsepersonell

Sorg er ingen sykdom, om den er aldri så smertefull. Den enkelte må finne sin egen vei gjennom sorgen. Det er i de tilfellene hvor veien videre alene blir for tung, at helsearbeidere kan være til støtte. Helsearbeideren bør kjenne til faktorer som er med på å hindre et godt sorgarbeid. Den etterlatte kan trenge hjelp til å sette ord på sorgen, gjennomleve det som har skjedd, relatert til tidligere tapsopplevelser, se sitt liv i en større sammenheng og finne mening i det tilsynelatende meningsløse.

## Hva hindrer sorgarbeid?

Det er flere faktorer som kan være med på å hindre et godt sorgarbeid ved forventet død.

Helsepersonell bør være oppmerksomme på disse forskjellige reaksjonsmønstrene for å hjelpe den etterlatte til å komme videre:

- **Benekting:** Ektefellene kan forsøke å narre seg selv. Han eller hun klarer ikke å ta innover seg at sykdommen er så alvorlig at ektefellen kommer til å dø, og klamrer seg til håpet om at dette skal gå bra likevel. Ektefellen ser ikke at han eller hun fratar seg selv muligheten til å ta innover seg hva døden innebærer, å snakke ut med den døende og å ta farvel med den han eller hun har delt hele sitt voksne liv med.
- **Dårlig kommunikasjon:** Døden kan bli spesielt vanskelig i familier hvor det er liten tradisjon på å snakke åpent ut om problemer. Samtalen ved sykeleiet kan lett bli overfladisk. Mange er redd for å skremme den døende og å påføre vedkommende unødvendige bekymringer. Mange tror de vil ta bort håp om bedring, slik at den syke kommer til å gi opp for tidlig. Når vedkommende så er død, får de problemer med alt de skulle ha sagt og drøftet med den avdøde.
- **Mangel på støtte:** De som har et svakt sosialt nettverk, har vanskelig for å godta at ektefellene er i ferd med å dø. De opplever at det er svært få, om i det hele tatt noen, som bryr seg eller forstår hvordan de har det. Mange eldre i denne situasjonen er ikke selv i stand til å oppsøke hjelp. Det er viktig at aktuelle institusjoner som møter pårørende, har rutiner for oppfølging av sårbare etterlatte.
- **Dødsperioden strekker seg over tid:** I enkelte tilfeller kan det ta uventet lang tid fra det tidspunktet man regner med at døden vil inntreffe, til det faktiske dødsøyeblikket. Det kan være en stor fysisk og psykisk påkjenning å forvente kanskje hver dag i uker eller måneder at dette er den siste dagen han/hun lever. Alle planer blir lagt til side. All tid og krefter blir konsentrert om den døende, og nære familiemedlemmer kan gå hverandre på nervene. Det formelle hjelpeapparatet må kunne gi ekstra støtte og avlastning i slike situasjoner.
- **Andre kompliserende faktorer:** Det kan være uoversiktlige familieforhold. Ektefellen er den døendes andre kone. Barn fra første ekteskap ønsker at faren skal begraves sammen med deres mor. Slike gamle og nye familiebånd kan skape svært vanskelige situasjoner. Krangling om praktiske gjøremål kan hindre involverte parter i å samle tankene om den døende. All energi blir brukt på mindre viktige aktiviteter.
- **Det kan være annen sykdom i familien.** Den «friske» ektefellen kan selv være meget skrøpelig. Bekymringer om hvordan den etterlatte vil kunne klare seg alene, er ofte reelle. Vedkommende vil kanskje måtte flytte på institusjon når ektefellen dør. Helsepersonell må formidle trygghet om at den etterlatte skal bli ivaretatt på en forsvarlig måte.

## Å finne mening

«Det er nok en mening med at dette skulle skje.» er en setning som går igjen i ulike variasjoner. For mange er det viktig å finne en mening, til tross for at alt kan virke meningsløst. Bair (1985) hevder at det er en fundamental forskjell på de to utsagnene «å oppdage meningen i livet» og «å skape mening i livet». Gonzalez (1999) tolker dette videre: «Å oppdage en mening i livet, impliserer at det er en filosofisk mening «der ute» som man vil oppdage dersom man søker denne. Å skape mening i livet sitt, impliserer at vi har et eget ansvar for at mening etableres». Brown mfl. (2004) har gjennomført en oppfølgingsstudie av eldre enker og enkemenn. De sørgende øker sin religiøse tilknytning sammenlignet med en kontrollgruppe. Usikre sørgende finner oftere trøst i religion enn andre. Walsh mfl. (2005) har intervjuet 135 slektninger og nære venner til pasienter som var dødende og deretter døde ved en palliativ enhet. Forskerne konkluderte med at fravær av «spiritual belief» er en risikofaktor for forsinket eller komplisert sorg.

Merknad [AMH4]: dette

Ritualene hjelper en til å se liv og død i et helhetlig perspektiv. Den kristne kirkes lære om legemets oppstandelse er med på å skape mening. Håpet om at en vil møte sin kjære igjen, gjør sorgen mindre tung å bære. For mange blir graven et konkret sted hvor en kan få gitt uttrykk for sin sorg. Her har ulike familier forskjellige tradisjoner. I Norge har det for mange vært vanlig å besøke graven på julaften. I de siste 10–20 årene er også allehelgenssøndag blitt en felles dag for sørgende. Mange praktiserer også å besøke graven på den avdødes fødselsdag, dødsdag eller andre merkedager.

## Familie og venner

Den beste støtte i sorgarbeidet er den sørgendes nærmeste. Ingen fagperson eller organisasjon kan erstatte betydningen av å ha hjelp fra familie og nære venner. Livshjelpsutvalget (NOU 1999:2) har lagt vekt på at nære pårørende må få støtte, veiledning og ressurser til å hjelpe den nærmeste gjennom alvorlig sykdom, død og tiden etterpå. Spørsmål om arveoppgjør skaper store problemer for mange. Den gamle ønsker kanskje å sitte i uskiftet bo, men barna stoler ikke på den gjenlevendes evne til å forvalte verdiene i boet. Den gamle vil gjøre det på sin måte. Det kan ende opp med at søsken blir uvenner, og at den gamle blir sittende alene. Det er heller ikke enkelt for fagpersoner å gripe inn. I de tilfeller hvor geografisk avstand eller annen atskillelse har ført til at den eldre sørgende blir overlatt til seg selv, er det ekstra viktig at det formelle hjelpeapparat er med på bygge nye relasjoner der dette er hensiktsmessig.

## Videre alene – behov for forskning

Det tar tid å omstille seg til en tilværelse uten ektefellen. Det er vanskelig å godta sin endrede livssituasjon, spesielt er det vanskelig å ikke være i stand til å dele beslutninger angående planer for

fremtiden. Mange minner gjør at det er vanskelig å forstå at personen er død. De fleste vil gradvis rydde vekk ektefellens personlige eiendeler, mens andre lar klær og gjenstander være urørt i årevis og synes at det er godt slik. Det er lett å lage seg myter om hvordan gamle enker og enkemenn har det. Flere av de undersøkelsene jeg har referert til, bygger på et relativt lite antall informanter. For å kunne hjelpe de gamle trenger vi mer forskning. Valdimarsdóttir mfl. (2005) har intervjuet enker tre år etter at ektefellen deres døde av cancer prostata eller cancer vesica. Diagnosen var kjent minimum tre måneder før dødsfallet. Bare 26 % av enkene hadde på forhånd fått informasjon om sorgreaksjoner eller hvilke reaksjoner en kunne vente seg etter dødsfallet. 67 % svarte at de ikke hadde hatt tilgang på slik hjelp i løpet av de seks første månedene etter mannens død. Konklusjonen var at svenske enker hadde liten tilgang på hjelp med sorgarbeidet. Tilgjengeligheten for profesjonell hjelp var ikke rettet mot de som var i risikogruppen for patologiske reaksjoner. Det er nærliggende å anta at disse erfaringene fra Sverige også kan overføres til de andre nordiske landene.

## Oppsummering og konklusjoner

Det som kjennetegner det å bli enke eller enkemann i eldre år, er først og fremst tapet av en person som har fulgt en gjennom et langt liv. De gjenlevende gir uttrykk for klare rollefordelinger og gjensidig utfylling av hverandres funksjonsområder. Tap av ektefelle i høy alder skjer samtidig som en selv blir redusert fysisk og psykisk, samtidig som jevnaldrende slektninger og venner dør. Eldre som mister ektefellen, er mer utsatt for helsemessige forandringer. Mange har problemer med å mestre dagliglivets aktiviteter, både instrumentelt og kroppslig. Personer som tidligere selv har hatt depressive trekk, er mer utsatt for å gå inn i en depresjon etter tap av sin ektefelle. Enkemenn finner seg oftere en ny partner i løpet av kort tid og er mer utsatt for alkoholmisbruk og voldelig død enn enker. Enker klarer seg på sikt meget bra. Det er viktig å kunne leve videre med en balanse mellom tilknytning og løsrivelse fra den avdøde.

Det viktigste forebyggende aspektet er å hjelpe den sørgende til å ta vare på sine sosiale relasjoner, eventuelt å bygge opp nye. Ensomhet og isolasjon fører til økt dødelighet.

Tilbud om kontakt og oppsøkende virksomhet er viktige ledd i det forebyggende arbeid. Hjelp til sørgende kan organiseres i samarbeid med frivillige organisasjoner, eldresenter, menigheter og kommunehelsetjenesten. Det er behov for videre forskning for å lære mer om risikoutsatte grupper og for å vurdere effekten av ulike tiltak.

## Sluttnote

Denne artikkelen er en redigering og en videreutvikling av to tidligere publiserte artikler om sorg hos eldre (Sørbye 2003, 2005).

## Referanser

- Andersen, K.L. og M.F. Diamond (1995): «The experience of bereavement in older adults». *J. Adv. Nurs.*, 2:308–315.
- Baumann, A., B. Filipiak og J. Stieber et al. (1998): «Family status and social integration as predictors of mortality: a 5-year follow-up study of 55- to 74-year-old men and women in the Augsburg area» (article in German). *Z. Gerontol. Geriatr.*, 3:184–192.
- Baird, R.M. (1985): «Discovered or Created?» *Journal of Religion and Health*, 2:117–124.
- Brown, S.L., R.M. Nesse og J.S. House et al. (2004): «Religion and emotional compensation: results from a prospective study of widowhood». *Pers. Soc. Psychol. Bull.*, Sep.; 30(9):1165–1174.
- Byles, J.E., S. Feldman og Mishra, G. et al. (1999): «For richer, for poorer, in sickness and in health: older widowed women's health, relationships and financial security». *Women Health*, 1:15–30.
- Byrne, G.J., B. Raphael og E. Arnold (1999): «Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men». *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 5:740–747.
- Coleman, J.C. (1986): *Ageing and Reminiscence Processes: Social and Clinical Implications*. Chichester:Wiley.
- Costello, J. og K. Kendrick (2000): «Grief and older people: the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life». *J. Adv. Nurs.*, Dec.; 32 6:1374–1382.
- Feldman, S., J.E. Byles og R. Beaumont (2000): «'Is anybody listening?' The experiences of widowhood for older Australian women». *J. Women Aging*, 3–4:155–176.
- Field, N.P., M. Friedrichs (2004): «Continuing bonds in coping with the death of a husband». *Death Stud.*, 7:597–620.
- Gjertsen, H. (2004): *Tap av ektefelle i eldre år: Sorg og mestring en sosiologisk analyse*. Tromsø: Institutt for sosiologi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Gonzalez, M.T. (1995): «Mening og meningsrelaterte fenomener – sentrale tema i sykepleie: Teoretiske referanserammer og perspektiver». *Vård i Norden* 19: 40–45.
- Harwood, D., K. Hawton og T. Hope et al. (2002): «The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study». *J. Affect Disord.*, 2:185–194.
- Hegge, M. og C. Fischer (2000): «Grief responses of senior and elderly widows. Practice implications». *J. Gerontol. Nurs.*, 2:35–43.
- Johansen, G. (2000): «Alene etter 52 år». *Vi over 60*. <http://gammel.viover60.no/lesestoff/reportasjer02/alene.html> (Tilgang november 2005).
- Kastenbaum, R.J. (1969): «Death and bereavement in later life». In A.H. Kutscher (red.): *Death and bereavement*. Springfield IL: Charles C. Thomas s. 28–54.
- Klass, D., P.R. Silvermann og S.I. Nickman (eds.) (1996): *Continuing bonds: new understanding of grief*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Lauridsen, I.E. (1994): *Sorg: livets trofaste følgesvend*. København; Frydenlund Grafisk.
- Lee, G.R., A. DeMaris og S. Bavin et al. (2001): «Gender Differences in the Depressive Effect of Widowhood in Later Life». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56:56–61.
- Li, G. (1995): «The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: An historical cohort study». *Soc. Sci. Med.*, 6: 825–828.
- Lichtenstein, P., M. Gatz, S. Berg (1998): «A twin study of mortality after spousal bereavement». *Psychol. Med.*, 3:635–643.
- Martikainen, P. og T. Valkonen (1996): «Mortality after the death of a spouse: Rates and causes of death in a large Finnish cohort». *Am. J. Public Health*, 86(8 Pt 1):1087–1093.
- Moksnes, K.M. (1998): *Depresjonsbehandling hos eldre*. Universitetet i Oslo. Suicidologo nr. 1.
- Moules, N.J., K. Simonson og M. Prins et al. (2004): «Making room for grief: walking backwards and living forward». *Nurs. Inq.*, 2:99–107.

- Nes, M. (1993): «Kroppslige endringer og krav til kostholdet i eldre år». I: Elvebakk (red.): *Mat, alderdom og eldreomsorg*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Nilsen, E.T. (2003): *Hjemmedød – de pårørende sine erfaringer*. Fordypningsoppgave i aldring og eldreomsorg. Tromsø: Høgskolen i Tromsø, avdeling for helsefag.
- NOU 1999:2: *Livshjelp – behandling, pleie og omsorg av alvorlig syke og døende*.
- Parkes, M. (1976): *Sorg*. Oslo: Gyldendal.
- Pilkington, F.B. (2005): «Grieving a loss: the lived experience for elders residing in an institution». *Nurs. Sci. Q.*, 3:233–242.
- Prigerson, H.G., E. Frank og S.V. Kasl et al. (1995): «Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses». *Am. J. Psychiatry*, 1:22–30.
- Rees, W.D. og S.G. Lutkins (1967): «Morality of Bereavement». *BMJ*, 4:13–16.
- Romøren, T.I. (2005): «Gamle mennesker i Norge». I Nord, R., G. Eilertsen og T. Bjerkreim (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademiske; s. 62–69.
- Rosenbloom, C.A. og F.J. Whittington (1993): «The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons». *J. Gerontol.*, 4:223–229.
- Rustøen, T. (1991): *Livskvalitet – en sykepleieutfordring*. Oslo: Gyldendal.
- Schneider, D.S., P.A. Sledge og S.R. Shuchter et al. (1996): «Dating and remarriage over the first two years of widowhood». *Ann. Clin. Psychiatry*, 2:51–57.
- Snoek, J.E. og K. Engedal (2000): *Psykisatri – kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe.
- Sørbye, L.W. (1992): *Omsorg og pleie ved livets slutt i sykehjem, sykehus og hjemme. Faglige og etiske utfordringer i en storbysektor*. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, Nr. 9.
- Sørbye, L.W. (2003): «Sorg i eldre år – det er så mye å miste». I Bugge, K.E. & Eriksen, H. (red) *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget; s. 150–168.
- Sørbye, L.W. (2005): «Omsorg og verdighet», «Omsorg ved livets slutt», «Sorg og sorgreaksjoner». I: Tuntland, Hanne (red.): *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. Oslo: Dam; s. 247–336.
- Thorsen, K. (1994) *Omsorg i samspill*. Oslo: NGI-Rapport 4.
- Umberson, D., C.B. Wortman og R.C. Kessler (1992): «Widowhood and depression: explaining long-term gender differences in vulnerability». *J. Health Soc. Behav.*, 1:10–24.
- Valdimarsdóttir, U., A.R. Helgason og C.J. Furst et al. (2005): «Need for and access to bereavement support after loss of a husband to urologic cancers: a nationwide follow-up of Swedish widows». *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 4:271–276.
- van Grootheest, D.S., A.T. Beekman og M.I. Broese van Groenou et al. (1999): «Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more?» *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 7:391–398.
- Walsh, K., M. King og L. Jones et al. (2002): «Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study». *BMJ*, 324:1551–1556.
- Zisook, S., M. Paulus og S.R. Shuchter et al. (1997): «The many faces of depression following spousal bereavement». *J. Affect Disord.*, 1–2:85–94.