

Center for Kliniske Retningslinjer
Institut for Medicin & Sundhedsteknologi
Aalborg Universitet
Fredrik Bajers Vej D2, 1.sal, lokale: E2-214
9220 Aalborg

København, den 11. juni, 2018

Høringsvar til klinisk retningslinje vedr. forebyggelse af komplicerede sorgreaktioner hos børn, unge, voksne og ældre efter ventet eller uventet dødsfald af nærtstående person

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringsvar til klinisk retningslinje vedr. forebyggelse af komplicerede sorgreaktioner hos børn, unge, voksne og ældre efter ventet eller uventet dødsfald af nærtstående person.

Generelt om retningslinjen

Dansk Psykolog Forening finder det meget positivt med opmærksomheden på feltet, og at der nu udarbejdes en retningslinje for forebyggelse af vedvarende sorglidelse, således at de mennesker, der tidligere er blevet overset eller har fået forkert behandling nu kan opspores, diagnosticeres og behandles korrekt. Den store vægt, der er lagt på det forebyggende og opmærksomheden på risikofaktorer, finder vi ligeledes særdeles positivt, så vi kan sikre os, at de mennesker der oplever tab, kan opfanges før sorgen udvikler sig til en mere alvorlig lidelse eller kronificeres. På denne måde er der mulighed for, at mennesker med problemstillingen kan afhjælpes med lettere tiltag i sundhedsvæsenet.

Komplicerede sorgreaktioner som paraplybegreb

Retningslinjen anvender betegnelsen komplicerede sorgreaktioner som et overordnet paraplybegreb, der favner forskellige komplicerede sorgreaktioner som nævnes som vedvarende sorglidelse, tabsudløst depression, tabsudløst PTSD, tabsudløst angst og somatiske lidelser udløst af tabet. Dansk Psykolog Forening finder denne opdeling og begrebsliggørelse meget problematisk, idet opdelingen hverken er repræsentativ for feltet eller har forskningsmæssig belæg. Og det er ikke i overensstemmelse med den måde, der diagnosticeres på i sundhedssystemet og har ikke reference til ICD 10 eller den kommende ICD 11. Vi mener ikke, at det er hensigtsmæssigt, at der indføres og anvendes begreber, som ikke er i overensstemmelse med den måde, som der i dag diagnosticeres på i det danske sundhedssystem. Det vil skabe forvirring og vil gøre retningslinjen svær at implementere. Og det kan skabe komplikationer både for opsporing og den behandlende indsats.

Det bliver således meget svært håndterbart at arbejde med definitioner af lidelser, som ikke bunder i diagnoser og det kan blive en problematisk tilgang til sorgområdet i sundhedssystemet, hvis sundhedsprofessionelle skal arbejde med flere forskellige begreber, hvoraf nogle er i det diagnostiske system og andre udenfor systemet. Det anbefales derfor at retningslinjen følger den dominerende litteratur på området samt at retningslinjen følger ICD-10 (og ICD 11, hvis/når den implementeres) og den diagnostiske kategori, der udarbejdes i forbindelse med udviklingen af ICD 11: *Vedvarende sorglidelse*. Tabsudløst depression, tabsudløst angst og tabsudløst PTSD er ikke anerkendte diagnosekategorier.

Dertil må opdelingen i paraply- og underbegreber betragtes som en sammenblanding af diagnose og årsag, hvilket kan få alvorlige konsekvenser for behandlingen og resultere i en fejlbehandling. Diagnoser er karakteriseret ved at være deskriptive og uafhængige af udløsende årsag. Retningslinjerne går med denne anvendelse af paraplybegreb og underbegreber imod den måde, diagnoser udformes på. Diagnoserne PTSD, depression, angst og den nye vedvarende sorglidelse er diagnoser, der ikke udelukker hinanden, dvs. de kan stilles samtidig, eller kun en ad gangen. Og disse diagnoser har forskellige, selvstændige syndromer, omend de kan være forbundet, både mht. symptomudvikling og udspring (udløsende årsag). Dvs. man kunne i princippet have OCD, en psykotisk tilstand, depression, angst osv., hvor tilstanden blev initieret af et dødsfald. Men når en given tilstand skal behandles, så kan det være, at der - uanset diagnose - skal arbejdes med tabet, men i andre tilfælde vil det selvom tabet faktisk initierede processer, der førte til det pågældende diagnostiske syndrom, slet ikke være tabsrelaterede forhold, der skal være genstand for behandlingsindsatsen. Men vigtigt er det selvfølgelig, at sorgreaktioner kan have betydning for (udvikling af eller forværring af) symptomer ved en række andre psykiske diagnoser.

Med andre ord er det altså problematisk at skabe det nye overbegreb "komplicerede sorgreaktioner" og underordnet dette have en række diagnoser, hvoraf vedvarende sorg blot er en af dem og det er uhenigtsmæssigt at indføre nye begreber, der sammenblander diagnostik og udløsende årsag. Den forskning der har ledt frem til, at vi får den nye sorgdiagnose omhandler netop ikke de personer, der kan få diverse andre diagnoser, men dem som er blevet overset eller misklassificeret, og som i fremtiden, tilstandsmæssigt, vil kunne beskrives ved den nye diagnose. Hvis vi begynder at underklassificere med fx 'tabsudløst depression' så risikerer vi at miste hele pointen med den nye diagnose og med den forskning, som har ført til den nye diagnose. Hvis vi i sundhedssystemet fokuserer for bredt på betydningen af sorg i enhver henseende, risikeres, at det bliver for udvandet frem for at behandle målrettet, kvalificeret og effektivt for dem, som virkelig har brug for det.

Hertil kommer, at i litteraturen og blandt nogle af de førende forskningsenheder er 'prolonged grief' og 'complicated grief' benyttet med enslydende definitioner, men hvor der historisk har været en uenighed om kriterierne for sorgdiagnosen¹. Det er derfor problematisk for såvel det kliniske som det forskningsmæssige felt i Danmark, hvis man herhjemme begynder at benytte en anderledes betegnelse for kompliceret sorg. Som bekendt har der inden for de sidste år været diskussioner indenfor feltet om hvorvidt den kommende diagnose skulle kaldes "kompliceret sorg" eller "vedvarende sorg", men det er ikke repræsentativt for feltet at anvende begrebet kompliceret sorg, som et overbegreb.

I retningslinjen foreslås kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse som to forskellige fænomener: "*Vedvarende sorglidelse er én af de måder et kompliceret sorgforløb kan kommet til udtryk på (se bilag 1)*". Som ovenfor nævnt, er der ikke enighed om denne definition af begreberne i den internationale litteratur. Reference 8 og 9 kan ikke benyttes som udtryk for, at der er forskel på vedvarende sorglidelse og

¹ Det vises blandt andet i de følgende studier og publikationer: Bui et al. *Depress Anxiety*. 2015 Jul; 32(7): 485–492. The Structured Clinical Interview for Complicated Grief: Reliability, Validity, and Exploratory Factor Analysis. Published online 2015 Jun 9. doi: 10.1002/da.22385

Maciejewski PK & Prigerson H. Prolonged, but not complicated, grief is a mental disorder *British Journal of Psychiatry*. Volume 211, Issue 4 October 2017, pp. 189-191 <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196238>

Shear et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011 Feb;28(2):103-17. doi: 10.1002/da.20780.

kompliceret sorg men forklarer blot, at der er forskel på de diagnostiske syndromer depression, posttraumatisk stress, og dét der på daværende tidspunkt blev kaldt kompliceret sorg, men som nu generelt bliver kaldt vedvarende sorglidelse (ICD-11 diagnosen).

Center for complicated grief i New York, som har defineret og forsket indgående i kompliceret sorg, benytter en anden definition af kompliceret sorg end det foreslåede paraplybegreb. Centerets egen definition i reference 18, hvor kompliceret sorg defineres som:

"The condition of complicated grief, which is also called prolonged grief disorder, affects about 2 to 3 % of the population worldwide. This condition is characterized by intense grief that lasts longer than would be expected according to social norms and that causes impairment in daily functioning."

Og videre fra centerets hjemmeside:

*"Complicated grief is a persistent form of intense grief in which maladaptive thoughts and dysfunctional behaviors are present along with continued yearning, longing and sadness and/or preoccupation with thoughts and memories of the person who died. Grief continues to dominate life and the future seems bleak and empty. Irrational thoughts that the deceased person might reappear are common and the bereaved person feels lost and alone"*².

Der er i disse definitioner ikke tale om en sorg, der indbefatter syndromerne depression, angst og posttraumatisk stress. Derimod defineres kompliceret sorg her nærmest præcis som vedvarende sorglidelse. Det synes derfor yderst uhensigtsmæssigt, hvis vi i Danmark begynder at definere kompliceret sorg som et paraplybegreb, som foreslået i retningslinjerne.

Vedr. målgruppen børn og unge

I retningslinjens afsnit 4.1: 'Uddybning af redskaber til at måle komplicerede sorgreaktioner' beskrives: *"Den kommende diagnose kommer ikke til at gælde for børn og unge under 18 år. Desuden er der ikke på nuværende tidspunkt enighed, hverken på nationalt eller internationalt plan blandt klinikere og forsker, om hvor lang tid der skal gå efter et dødsfald, og hvilke symptomer der skal udvises, før man kan fastslå, at et barn eller en ung under 18 år har en kompliceret sorgreaktion"*.

Fagligt ved vi, at der er stor faglig uenighed omkring, hvilke parametre, der er risikofaktorer for børn og unge i forhold til at udvikle vedvarende sorg. Der er ikke meget forskning på området i forhold til børn og unge. Som det nævnes i retningslinjen, så er der fundet meget få studier at basere anbefalingerne på. Hertil kommer, at evidensen på den forskning der er, ikke er overbevisende. Dertil omhandler diagnosen vedvarende sorglidelse (som ovenstående citat også illustrerer) ikke personer under 18 år. Der er på nuværende tidspunkt heller ikke udsigt til at diagnosen udvides til børn og unge. Man kan derfor stille spørgsmål om, hvorvidt det er for tidligt at inkludere børn og unge under 18 år i retningslinjen og om det overhovedet er hensigtsmæssigt at lave en retningslinje og anbefalinger på det grundlag og med de faglige uenigheder, der er blandt forskere og fagfolk. Som nævnt er data på feltet meget mangelfulde, ikke-repræsentative og svære at gennemskue. Der er risiko for at der foretages forkerte beslutninger på baggrund af det datamateriale, der foreligger lige nu. Hvis retningslinjen og anbefalingerne opretholdes ift. børn og unge, så bør man samtidig oplyse om det spinkle grundlag, det er bygget på.

² <https://complicatedgrief.columbia.edu/professionals/complicated-grief-professionals/overview/>

Risikovurdering og systematisk opsporing

Der anbefales systematisk opsporing af risikofaktorer for alle målgrupperne og ”med systematisk opsporing menes, at opsporing bør finde sted for alle pårørende til en nærtstående, hvor kurativ behandling ikke er mulig, samt hos alle efterladte” (s. 21, afsnit 5.2).

I retningslinjens afsnit 5.3.2 står der: ”Det anbefales at udføre en risikovurdering inden for 6-8 uger efter dødsfaldet for at opspore øget risiko forbundet med eventuelle psykologiske, fysiske, og sociale belastninger samt eventuelle traumatiske oplevelser relateret til dødsfaldet. Kan evt. foregå telefonisk eller som et fysisk møde.

- Der anbefales et opfølgende telefonopkald eller møde omkring 12 uger efter dødsfaldet, med efterladte som tidligere er blevet vurderet til at være i risiko, med henblik på at undersøge om yderligere vurdering eller støtte er nødvendig”.

Ifølge denne anbefaling lyder det som om det anbefales at udføre risikovurdering på alle sørgende efter et dødsfald. Der er ikke defineret en specifik gruppe. Det vil betyde at der skal foretages opsporing og forebyggelse blandt >200.000 sørgende hvert år. Men det er uklart, hvordan vi i sundhedssystemet finder frem til alle sørgende efter et dødsfald? Det er også svært at se ud fra disse anbefalinger, hvem der skal foretage denne risikovurdering. Er det egen læge, er det stedet for dødsfaldet eller hjemmeplejen?

Dette er en voldsom anbefaling til et helt sundhedssystem – set i lyset af, at det er baseret på god klinisk praksis på baggrund af en konsensusproces og at der ikke fandtes et eneste studie, der kunne belyse spørgsmålet om, hvilken evidens, der er for, at risikofaktorer præcist og akkurat kan identificere henholdsvis pårørende til syge, hvor kurativ behandling ikke er mulig og efterladte, der er i risiko for at udvikle komplicerede sorgreaktioner efter et ventet og uventet dødsfald af en nærtstående person. Det synes ikke hensigtsmæssigt, at alle sørgende skal igennem en risikovurdering i lyset af, at det er 10-12 %, der er i risiko for at udvikle reaktioner. Det kommende arbejde må være, at indsnævre og identificere målgrupper, som så risikovurderes.

Vedr. opsporingsskemaer:

På baggrund af konsensusprocessen er der udarbejdet opsporingsskemaer, ”der kan bruges i praksis til systematisk opsporing af personer, der er i risiko for at udvikle komplicerede sorgreaktioner” (s. 19, afsnit 4.5). Der er i retningslinjen og i bilag 17-20 beskrevet opsporingsskemaer til 4 målgrupper.

I afsnit 5.2 i retningslinjen står der ”Opsporingskemaet kan ikke stå alene, men bruges i kombination med en faglig vurdering og den pårørendes eller efterladdes præferencer”.

Arbejdet med at udvikle gode og valide redskaber til opsporing og screening er vigtigt. Der er med arbejdet i konsensusprocessen taget nogle skridt i retning af at udvikle relevante screeningsredskaber, men de kan på den baggrund ikke anses for at være hverken færdige, afprøvede eller validerede ift. rent faktisk at kunne få fat i de mennesker, som er i risiko for at udvikle vedvarende sorglidelse. For at udvikle screeningsredskaber kræves jo bl.a. at et sådan skema og de enkelte items testes og afprøves i forskellige sammenhænge og både ift. mennesker, som udvikler/ikke udvikler lidelsen. Og de beskrevne vurderingsskemaer i bilag 17-20 er ikke testet eller afprøvet. Vi kan ikke anbefale, at man på denne baggrund implementerer skemaerne. Risikoen er, at der vil være alt for mange falsk positive og at man bruger ressourcer uhensigtsmæssigt. Det kan desuden anbefales også at undersøge, hvilke opsporingsskemaer, der allerede anvendes i dag overfor sørgende.

Hertil kommer, når man kigger på de enkelte items, at mange af de kriterier, der indgår er så uspecifikke, at de kunne være risikofaktorer for flere andre lidelser end sorg og risikoen er, at vældig mange mennesker vil slå ud på dem uden at de har nogen gener i en størrelsesorden, så de skal have behandling eller forebyggende indsats.

Der savnes også overvejelser over, hvem, der skal foretage risikovurderingen med skemaerne, hvornår og med hvilken faglighed. Det foreslås i retningslinjerne, s. 21 og s. 22, at risikovurderingen evt. kan foretages i en telefonsamtale. Men nogle af spørgsmålene kan ikke besvares via en telefonsamtale og kræver bestemte kvalifikationer og forudsætninger for at kunne foretage den faglige vurdering, som skal til for at svare på spørgsmålet. Dette ses fx ved spørgsmålet om *"den pårørende har en ængstelig, undgående tilknytningsstil"*. Dette er ikke noget, man bare lige vurderer, og det kræver bestemte faglige forudsætninger at kunne foretage denne vurdering. Dertil er der items, som *"om den efterladte har stærke symptomer på depression"* eller *"har stærke posttraumatiske symptomer"*. Men hvad er *"stærke"*? Det skal defineres og beskrives – ikke baseres på en tilfældig vurdering foretaget af den sundhedsperson, der udfører risikovurderingen. Der er jo netop udviklet assessment redskaber til at hjælpe i den diagnostiske proces med at fastslå fx graden af depression, fordi det ikke er simpelt at svare på, hvilken grad en depression har, og fordi vurderingen skal være på baggrund af nogle diagnostiske kriterier. Det er meget bekymrende, at anvende sådanne spørgsmål til identificering af risiko uden at det er undersøgt og valideret, at de rent faktisk udpeger målgruppen og er anvendelige af det personale, som skal bruge dem.

I nedenstående påpeges en række mere specifikke forhold i retningslinjen:

Naturlige og komplicerede sorgreaktioner

I dette afsnit (2.1) benyttes udelukkende udenlandske referencer, og ikke danske undersøgelser, som med fordel vil kunne benyttes i en dansk retningslinje.

Forekomsten af komplicerede sorgreaktioner sættes i denne retningslinje til 10-15 %, men der benyttes en reference som er 10 år gammel og hvor førsteforfatteren har målt sorgreaktionener på baggrund af depressive symptomer. Der bør benyttes nyere litteratur, da det forefindes, og ligeledes litteratur, som er baseret på sorgsymptomer.

Diagnosen vedvarende sorglidelse

I retningslinjens afsnit 2.2, s. 5 står: *"Det betyder, at forebyggende indsatser bør finde sted senest inden for det første halve år efter dødsfaldet"*. Denne sætning er ikke i overensstemmelse med definitionen på sorgstøtte i palliativ indsats, hvor sorgstøtte finder sted allerede før dødsfaldet og fra indgangen til palliativ indsats og hvor hele pårørendestøtten forstås som forebyggende i forhold til familiens sorgreaktioner. Se WHO's definition af palliativ indsats, hvor sorgstøtte beskrives som integreret i hele den palliative indsats. Desuden viser en stor dansk undersøgelse, at pårørende har mange sorgreaktioner allerede inden dødsfaldet³.

³ Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin M. Preloss grief in family caregivers during end-of-life cancer care: A nationwide population-based cohort study. *Psycho-oncology*: <https://doi.org/10.1002/pon.4416>

Redskaber til at måle komplicerede sorgreaktioner

I retningslinjens afsnit 4.1: 'Uddybning af redskaber til at måle komplicerede sorgreaktioner' står: "*Da komplicerede sorgreaktioner kan komme til udtryk på forskellige måder, har vi valgt at inkludere valide-rede redskaber, der dækker bredt dvs. sorgredskaber, depressionsskalaer, angst og PTSD-skalaer*".

Vi skal gøre opmærksom på, at assessmentredskaberne nævnt i afsnit 4.1 og oplyst i bilag 3 ikke er redskaber til at "måle komplicerede sorgreaktioner". Det er et godt eksempel på den begrebsforvirring, det skaber at anvende "kompliceret sorg" som et paraplybegreb på den beskrevne måde. Flere af de nævnte redskaber er ganske vist rettet mod kompliceret sorg, patologisk sorg eller vedvarende sorg. Men eksempelvis BDI (Beck Depression Inventory) er udviklet ift. depression og har intet med sorgreaktioner at gøre. Det samme gælder redskaberne, som er rettet mod angst og PTSD. Og helt generelt er de nævnte skemaer assessment-redskaber, som er udviklet ift. og anvendes i den kliniske praksis som supplement til den diagnostiske proces. Dette er et godt eksempel på, at man er nødt til at skelne ift. de forskellige lidelser ellers risikerer man at forvirre hvilken diagnostisk kategori man taler om, behandler eller forebygger og det er sundhedssystemet ikke sat op til, og det kan føre til misforståelser og fejlbehandling.

Voksne og ældre

I retningslinjens afsnit 5.6.2: 'Voksne og ældre' står der: "*Forebyggende psykosociale interventioner til voksne og ældre pårørende kan indeholde følgende*

- *Rådgivning til konfliktfyldte familier med henblik på at reducere belastninger i familien, styrke kommunikationen og familiefunktionen.*
- *Psykoedukation (undervisning og vejledning omkring sygdomsforløbet og forventelige reaktioner). Arbejdsgruppen vurderer, at psykoedukation kan foregå individuelt eller i et gruppeformat.*
- *Rådgivningssessioner med fokus på elementer fra kognitiv adfærdsterapi med henblik på at styrke færdigheder og tilpasning (individuelt eller i gruppe) Arbejdsgruppen foreslår, at det kan indeholde: Rådgivning omkring hvilke reaktioner (tanker, adfærd og følelser) kan være forventelige og hvordan pårørende kan håndtere disse, således at det kan hjælpe tilpasning til sygdomsforløbet og det forestående dødsfald*".

Man kan undre sig over, at der i forbindelse med forebyggende psykosociale interventioner ikke nævnes noget om psykologordningens interventioner eller kommunernes indsats overfor opsporing af sårbare ældre og hvordan dette kan benyttes i sundhedssystemet. Der savnes i retningslinjen en tættere integration med den indsats, der faktisk foregår i øjeblikket med henblik på at benytte eksisterende ressourcer i systemet til forebyggelse.

Derudover mener Dansk Psykolog Forening ikke, at der er basis for at nævne specifikke psykoterapiformer, idet kognitiv adfærdsterapi blot er en af flere effektive muligheder og fordi evidensen for at benytte kognitiv adfærdsterapi overfor vedvarende sorglidelse er meget svag og ikke velundersøgt i forhold til andre terapiformer. Vi foreslår at dette udelades, da det kan forhindre at erfarne aktører og psykologer kan benytte andre effektive metoder, som i klinisk praksis har vist sig effektive, men som ikke nævnes her. Alternativt vil vi foreslå at der står, at evidensen for kognitiv adfærdsterapi i forhold til vedvarende sorglidelse er svag og andre terapiformer og interventioner, der endnu ikke er systematisk undersøgt, også kan

være effektive. Da der er så få systematiske undersøgelser er det lidt arbitrært, hvad der er undersøgt på nuværende tidspunkt, og det virker ikke hensigtsmæssigt, at de få undersøgelser skal få betydning for hvordan erfarne klinikere kan behandle eller at gode indsatser i sundhedsvæsenet ikke inddrages, fordi der endnu ikke ligger systematiske studier om det.

Sætningerne: "*Opmærksomhed bør rettes mod følgende interventioner til voksne og ældre efterladte, som har vist ingen eller negativ effekt*

- *Til efterladte efter pludseligt, traumatisk dødsfald kan korttids-, familiebaseret adfærdsterapi á 4x2 timer kan ikke anbefales (ingen effekt).*
- *Den standardiserede manual-baseret tabsintervention, som beskrevet i (51) kan ikke anbefales som enkeltstående intervention (ingen effekt).*
- *Håndskrevet kondolencebrev udsendt 15 dage efter dødsfald på akutte sygehusafdelinger, som enkeltstående intervention frarådes (ingen, muligvis negativ effekt). "*

foreslås slettes, da retningslinjen ikke bør beskrive, hvad der ikke virker. I så tilfælde vil der jo være mange andre aspekter, der skal beskrives. Desuden må også disse anvisninger siges at bero på meget få og snævre studier, da data ikke er danske, robuste eller repræsentative og risikerer at pålægge forkerte retningslinjer i det danske sundhedssystem.

Anbefalingernes implikationer for praksis

I retningslinjens afsnit 7.0: 'Anbefalingernes implikationer for praksis' står der: "*Det er nødvendigt at afsætte tid og ressourcer til implementeringen af retningslinjens anbefalinger i klinisk praksis, herunder lokal tilpasning og instrukser til sundhedspersonalet. Se evt. Sundhedsstyrelsens håndbog til implementering af nationale kliniske retningslinjer.*

Der vil være et øget ressourceforbrug forbundet med personalets tid til at afholde samtaler og familierådgivning, samt evt. til udarbejdelse af materiale (fx til psykoedukation) og internetbaserede interventioner".

Retningslinjens udformning gør det svært at se, hvor præcis, hvilken opsporing skal foregå, og hvem der har ansvar for udførelsen. Der forestår et stor arbejde med implementering og med afklaring - hvem er det og hvilke faggrupper er det, der skal foretage eksempelvis psykoedukation, familierådgivning og internetbaserede interventioner. Flere af anbefalingerne er endvidere så brede og overordnede, at retningslinjerne risikerer ikke at kunne få den rigtige 'impact'.

Inddragelse af relevante repræsentanter fra sundhedssystemet

Der er i Danmark og i Sundhedsstyrelsen en tradition for at inddrage relevante faggrupper og relevante faglige selskaber, når der udarbejdes faglige retningslinjer. Dette bl.a. for at sikre faglighed og sikre ejerskab ift. implementering. Det synes uklart i beskrivelsen af processen og i beskrivelsen af udvælgelsen ift. eksempelvis konsensusmetoden i hvor høj grad relevante interessenter er blevet involveret i processen og i udarbejdelsen af retningslinjerne. Vi er i Dansk Psykolog Forening blevet præsenteret for kritik af netop dette. Vi anser det for hensigtsmæssigt for et felt – og især når noget nyt skal implementeres indenfor et fagligt felt, at repræsentationen er bredt funderet. Det er uheldigt, hvis retningslinjen er udviklet udenfor

sundhedssystemet og uden involvering af relevante repræsentanter for feltet såsom centrale sorgforskere, som har indblik i litteraturen samt faglige selskaber som eksempelvis Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Psykiatrisk Selskab, repræsentanter for psykologordningen, DMCG-PAL og Fagligt selskab for psykologer i onkologi og Palliation, som i mange år har arbejdet med sorgstøtte/forebyggelse i det danske sundhedssystem. Det er ærgerligt og bekymrende, hvis meget af den kliniske ekspertise og de tiltag, der er opbygget i sorgstøtten eksempelvis i palliativ indsats og i primær og sekundær sektor i sundhedssystemet ikke er inddraget i retningslinjen. Der kan også nævnes flere patientforeninger indenfor sorgområdet, eksempelvis 'Landsforeningen Spædbarnsdød', 'Efterladte efter selvmord' eller Forældreforeningen 'Vi har mistet et barn', som også kunne have noget væsentligt at bidrage med og som ikke er nævnt i retningslinjen.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening

Merete Strømning
Næstformand, Dansk Psykolog Forening