



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Institutionen för socialt arbete*

*GÖTEBORG UNIVERSITY Department of Social Work*

# BLEV DET TILL HJÄLP?

KURATORNS PSYKOSOCIALA ARBETE  
MED FÖRÄLDRAR TILL DÖDFÖDDA BARN

*Lena Österman  
Magisteruppsats  
Hösten 2007*

*Handledare: Ulla-Carin Hedin*

## **TACK**

Ett varmt tack till alla föräldrar som gjorde denna studie möjlig. Utan er vilja att medverka och delge era upplevelser om den svåra upplevelsen att mista ett barn, hade det inte varit möjligt att utföra studien. Tack för att ni visat stort intresse, er tid, era kloka tankar, kunskaper och förslag till förbättringar.

Ett stort tack till min handledare Ulla-Carin Hedin för ditt engagemang, stöd och uppmuntran.

Ett stort tack till Viveca Ekdahl Lindgren för ditt engagemang, stöd, uppmuntran och inspiration. Tack för din hjälp med korrekturläsningen.

Tack till kollegor och arbetskamrater som stöttat mig och gjort denna studie möjlig. Tack speciellt till kollegorna på Kvinnokliniken för ert engagemang och er hjälp att validera arbetsmetoden.

Jag vill även rikta ett stort tack till min familj som gett mig stöd och uppmuntran. Det har varit ovärderligt för mig.

Tack även till vänner som visat intresse och givit mig uppmuntran.

Göteborg den 3 november 2007-11-05

Lena Österman

## ABSTRACT

Att mista ett barn redan innan det är fött är en traumatisk upplevelse för föräldrarna. Andelen av intrauterin fosterdöd dvs. dödfödda barn födda efter graviditetsvecka 28 är ca 3-4/1000 av födda i Sverige. Den bakomliggande orsaken är ofta okänd.

Syftet med studien är att beskriva och analysera arbetsmetoden avseende kurators psykosociala arbete med föräldrar som fått ett dödfött barn. Ytterligare syften är att undersöka om föräldrarna upplevt att de blev hjälpta av behandlingskontakten samt att ge kuratorerna mer kunskapsunderlag att utveckla arbetet/metoden. Frågeställningarna är: Hur föräldrarna upplever sin livskvalite idag? Vad interventionerna har betytt för föräldrarna som har fått kuratorshjälpen? Vad var bra och vad var mindre bra/dåligt avseende kontakten med kuratorn? Finns det förslag på förbättringar i arbetet?

Genom kvalitativa intervjuer med mödrar och fäder som fått ett dödfött barn genomfördes denna studie. Urvalet var föräldrar som fått ett dödfött barn år 2001 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg (Östra sjukhus och Mölndals sjukhus). Det genomfördes nio intervjuer som omfattade 14 föräldrar.

Det framkom i intervjuerna att alla upplevde att de hade en god livskvalite idag. De har bearbetat sorgen, upplever att de blivit hjälpta och fått en professionell behandling i sitt kris- och sorgearbete av kuratorn. Man kan inte dra för långtgående slutsatser om vad som påverkat deras rehabilitering av förlusten av barnet, då det finns många faktorer som är avgörande i en människas liv som kan ha påverkat deras förmåga att rehabilitera sig. Dock visar resultatet att kuratorsinsatsen varit professionellt med väl anpassade metoder i kombination med stor kunskap, erfarenhet, empati och personlig beredskap.

Föräldrarnas förslag på förbättringar är att, bli kallade på uppföljningssamtal efter avslutad kontakt samt att paren i någon del av processen blir erbjudna enskilda samtal.

Under studien har det växt fram övriga förslag på förbättringar. Det är att erbjuda föräldrarna någon form av nätverksmöte om de önskar. Syftet är att inventera vilket stöd som omgivningen kan utgöra samt att de närstående blir delaktiga och inte främmande för den sorg som föräldrarna uppvisar. Ett annat förslag är att det särskilt noteras i metoden, vikten att vara uppmärksam på eventuella barns situation i familjen. Till sist förslag om att det görs en utvärdering i varje enskilt fall i samband med sista uppföljningssamtalet och att det framarbetas ett material för det ändamålet.

Nyckelord: dödfött barn, intrauterin, psykosocialt arbete, socialt stöd, kris, sorg, föräldrar

# Innehållsförteckning

## Abstract

<b>1.</b>	<b>Inledning/bakgrund</b>	<b>1</b>
1.1	Definitioner av begrepp	2
1.1.1	Definition av barn	2
1.1.2	Definition av dödfödsel	2
1.2	Syfte/frågeställning	2
<b>2.</b>	<b>Psykosociala arbetet vid intrauterin fosterdöd</b>	<b>2</b>
2.1	Målsättning	3
2.2	Metoden	3
2.2.1	Interventioner vid det akuta skedet	3
2.2.2	Interventioner i det fortsatta arbetet med föräldrarna	4
<b>3.</b>	<b>Undersökningsmetod och genomförande</b>	<b>5</b>
3.1	Tidigare forskning	5
3.2	Kvalitativ studie	7
3.3	Urval/Bortfall	7
3.4	Intervjuerna/Intervjuguide	8
3.5	Bearbetning av data/analys	9
3.6	Etiska frågor	10
3.7	Validitet/trovärdighet och reliabilitet/tillförlitlighet	11
<b>4.</b>	<b>Teoretiska utgångspunkter</b>	<b>12</b>
4.1	Teori för psykosocialt arbete	12
4.2	Kristeori	14
4.3	Sorgeteori	14
4.4	Copingteori	15
<b>5.</b>	<b>Resultatredovisning och analys</b>	<b>16</b>
5.1	Inledning	16
5.2	Händelsen/vetskapen att barnet inte levde	16
5.3	Innehållet i kuratorsstödet i det initiala skedet	17
5.4	Mötet med kuratorn/innehållet i samtalen	19
5.5	Omgivningens reaktioner/stöd	20
5.6	Kvinnorna och männens olika behov av stöd	21
5.7	Vad var bra och till hjälp/nytta med kuratorsstödet?	22
5.8	Vad fungerade mindre bra eller dåligt avseende kuratorsstödet?	23
5.9	Nuvarande livssituation	24
5.10	Förbättringsförslag	26
<b>6.</b>	<b>Slutdiskussion</b>	<b>27</b>
6.1	Diskussion av resultat	27
6.2	Förbättringar av metoden	30

Referenser	32
------------	----

Bilagor	
---------	--

## 1. Inledning/Bakgrund

Att mista ett barn redan innan det är fött är en traumatisk upplevelse för föräldrarna. Förväntan och glädje byts mot förtvivlan, sorg och överklighetskänslor. Oftast inträffar händelsen utan förvarning, så möjligheten att förbereda sig är minimal. Kunskapen om bearbetande av psykiska trauman beträffande föräldrar som mister sitt barn före födseln har förändrats sedan 1970-talet. För 30 år sedan betraktades ett dödfött barn som en ickehändelse. För att skydda föräldrarna från sorgen förhindrades all kontakt med barnet. De fick ej heller veta vilket kön barnet hade. Idag är det motsatta förhållningssättet som intas. Nu konfronteras föräldrarna med verkligheten för att kunna påbörja ett sorgearbete (Rådestad 1998).

Andelen fall av intrauterin fosterdöd (IUFD) dvs. dödfödda barn födda efter graviditetsvecka 28 är ca 3- 4/1000 av födda barn i Sverige. Orsaken är ofta okänd. I olika arbeten visas att ca 50 % av samtliga fall förblir oförklarade. Intrauterin tillväxthämning är sannolikt en av de viktigaste orsakerna. Tillväxthämning associeras med missbildning, havandeskapsförgiftning, flerbördsgraviditet, kromosomavvikelse men i många fall vet man inte vad det beror på. Sjukdomar hos modern såsom bl.a. diabetes typ 1 och typ 2 och högt blodtryck kan också vara en orsak. Kromosomavvikelse och/eller missbildningar hos barnet ökar risken för perinatal död. Placenta- och navelsträngskomplikationer är även det en risk samt infektioner i moderkakan och fostret visar sig ha ett samband med IUFD. På senare år har ett stort antal studier som rör riskfaktorer publicerats. Bl.a. hög ålder hos modern, rökning under graviditeten, övervikt hos modern vikt, sociala faktorer såsom utbildningsnivå och socioekonomisk status. Skillnader i den perinatale dödligheten bland olika etniska grupper har rapporterats i flera arbeten (Petersson 2005).

I mitt arbete som kurator på Kvinnokliniken och Urologkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg finns ett stort behov att beskriva kuratorns arbete. Jag har valt att beskriva och belysa kuratorns arbete med föräldrar till dödfödda barn. I kuratorns uppdrag ingår att alla föräldrar blir erbjudna kuratorsstöd i samband med att de föder ett dödfött barn. Det är en speciell sorgprocess att sörja ett barn som aldrig fått leva. Det är ett mångfacetterat kuratorsarbete att stödja föräldrarna i deras kris- och sorgearbete. Förhoppningsvis skulle en sådan studie bli givande och utvecklande såväl för kollegor, för verksamheten samt bli till nytta för föräldrar som får ett dödfött barn.

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset har kuratorns psykosociala arbete med föräldrar som fått ett dödfött barn varit en klart definierad arbetsuppgift sedan i början på 1980-talet. Metoden har utvecklats systematiskt av kuratorerna på Kvinnokliniken och det finns skrivna PM och minneslistor. År 1997 skrevs en C-uppsats på uppdrag av Viveca Ekdahl Lindgren som beskrev kuratorns arbetsmetoder med föräldrar som fått ett dödfött barn, Hedman M & Johansson N (1997) *När drömmar och förväntningar plötsligt byts mot sorg och förtvivlan*. C-uppsats Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.

I den goda relationen som är en förutsättning för att göra ”nyttan” så ingår det bl a att kunna berätta för föräldrarna om lämpliga insatser, vad de innehåller, hur det brukar gå för dem som fått stöd/hjälp och hur det kan vara för människor att komma vidare i livet. Att kunna ge sådan information medverkar i hög grad till att skapa en förtroendefull relation som är en av hörnstenarna i psykosocialt behandlingsarbete och förhoppningsvis kan bidra till att stärka

föräldrarnas förmåga att hantera de psykologiska, sociala och praktiska följderna av förlusten av barnet.

## **1.1. Definitioner av begrepp**

### **1.1.1. Definition av barn**

Om inga hjärtljud registreras efter födelsen, beror det på vilket land barnets föds i, om det legalt ska betraktas som ett barn eller ett missfall. Som barn registreras i Sverige alla levande födda individer, men enbart dödfödda som föds efter 28 fullgångna graviditetsveckor. Om det föreligger osäkra uppgifter om antal kompletta graviditetsveckor ska barnet vara minst 35 cm långt för att registreras som barn. Världshälsoorganisationen (WHO) definition, som antogs i Genève 1989, är annorlunda. Alla barn (levande eller döda) som föds efter 22 fullgångna graviditetsveckor skall anmälas som barn enligt WHO. Om graviditetens längd inte är känd, för de barn som föds döda, ska istället barnets vikt eller längd avgöra om registrering som barn ska ske. Alla dödfödda barn som väger minst 500 gr, eller är minst 25 cm långa ska enligt WHO betraktas som barn då tidsbestämning av graviditeten saknas (Rådestad 1998). I studien används Sveriges definition av barn.

### **1.1.2 Definition av dödfödsel**

Ett annat medicinskt ord för dödfödsel är Intrauterin fosterdöd. Begreppet antyder att barnet dött i livmodern (latin: intra = inom, uterus = livmoder). Enligt WHO definieras barnet/fostret som dött vid födelsen om det ”inte andas eller inte visar andra livstecken såsom hjärtaktivitet, navelsträngspulsationer eller aktiva rörelser” (Worlds Health Organization). Närvaro eller avsaknad av dessa livstecken kan med hög säkerhet påvisas intrauterint med hjälp av ultraljud. Därför har ultraljudet blivit den metod med vilken diagnosen intrauterin fosterdöd (IUF) kan säkerställas (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi Arbets- & Referensgrupper 2002).

## **1.2. Syfte/Frågeställning**

Syftet är att beskriva och analysera arbetsmetoden avseende det psykosociala arbetet med föräldrar som fått ett dödfött barn. Att undersöka om föräldrarna har upplevt att de blivit hjälpta genom behandlingskontakten med kurator. Att ge kuratorerna mer kunskapsunderlag för att utveckla arbetet/metoderna.

Frågeställningarna är:

- Hur upplever föräldraren sin livskvalitet idag?
- Vad har interventionerna betytt för föräldrarna som har fått kuratorshjälp?
- Vad var bra och vad var mindre bra/dåligt avseende kontakten med kuratorn?
- Finns förslag på förbättringar/utveckling i arbetet?

## **2. Psykosociala arbetet vid intrauterin fosterdöd**

Som jag beskrivit inledningsvis är att få ett dödfött barn en traumatisk händelse för ett föräldrapar och innebär en stor förlust för dem med ett tungt och svårt sorgearbete som följd. Det innebär en projektförlust dvs. det man räknat med, väntat på, haft framtidsplaner om och skulle ha styrt resten av ens liv, har ryckts bort (föreläsning om Reproduktiva kriser, V Ekdahl 2002). Det blir en existentiell fråga avseende vad är meningen med livet? En traumatisk

upplevelse utlöser chock och kris. Som regel behöver föräldrarna då ett speciellt omhändertagande med stöd, hjälp och krisbearbetning.

Målsättningen och metoden är utarbetad av kuratorerna på Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

## **2.1 Målsättning**

Den specifika målsättningen för kuratorns arbete med föräldrar vid intrauterin fosterdöd i samarbete med barnmorska och läkare är att på strukturell, interpersonell och intrapsykisk nivå:

- ge stöd i kris och sorg
- stärka föräldrarnas förmåga att hantera de psykologiska, sociala och praktiska följderna av förlusten av barnet
- förebygga försvårande följdverkningar som kan uppstå vid obearbetad kris
- medverka till att föräldrarna successivt skall kunna återgå till ett fungerande vardags- och arbetsliv
- medverka till god livskvalitet och därmed stärka föräldrarnas motståndskraft mot påfrestningar framledes

Arbetet grundar sig på kris- och copingteori, teorin KASAM (känsla av sammanhang), teorier för psykosocialt behandlingsarbete som innefattar psykodynamisk teori, system- och kommunaktionsteori samt kognitiv teori. Definition av psykosocialt arbete enligt Bernler och Johnsson (2001), se bilaga 1.

## **2.2 Metoden**

### **2.2.1 Interventioner vid det akuta skedet (tiden runt förlossningen och upp till ca 1-2 veckor efter förlossningen)**

Vid intrauterin fosterdöd skall förlossningspersonal erbjuda föräldraparet kuratorskontakt. Ansvarig barnmorska förmedlar kontakten.

Det är önskvärt att kuratorn träffar föräldrarna i samband med förlossningen för att bl.a. etablera en behandlingsrelation för att kunna ge optimalt krisstöd. Tidpunkten när kuratorn träffar föräldrarna varierar från fall till fall.

Beskedet om intrauterin fosterdöd utlöser chock och kris. Det är viktigt att föräldrarna bereds möjlighet att samtala/berätta om upplevelsen när de fick reda på att barnet var dött och hur planeringen för vården sedan lades upp. För de flesta känns det mycket svårt och skrämmande att föda ett dött barn. Många reagerar med att de vill förlösas så snabbt som möjligt och att barnet skall tas ut från kroppen med kejsarsnitt. Huvudprincipen är dock att kvinnan skall föda vaginalt då det är bättre både för den fysiska och psykiska hälsan. Att få gå igenom en förlossning är en erfarenhet som gynnar den fortsatta bearbetningen. Ofta har sjukvårdspersonalen redan pratat igenom detta med föräldrarna.

Oavsett om kuratorn möter föräldrarna innan, under eller efter förlossningen är kuratorns viktigaste uppgift att möta paret i här- och nusituationen. De flesta vill samtala om hur förlossningen var och hur det kändes att möta sitt döda barn. Krisstödet i chockfasen innebär, lyssnande, visa förståelse, informera om olika fakta som gäller begravning, sjukförsäkring och

andra försäkringar. Man bör också tala om vad kurator kan hjälpa till med framöver såsom kris- och sorgbearbetande samtal på längre sikt. Kuratorn måste kunna bedöma när informationen är lämplig att ge. Kanske behöver man invänta andra samtalet innan information kan ges, eller att ge lite åt gången. I samtalet normaliseras föräldrarnas egna reaktioner och upplevelser, för att skapa trygghet för paret. Det är viktigt att stödja de egna läkningsresurserna hos föräldrarna. Kuratorn använder sig av egen aktion då föräldrarna är i kaos. Ex erbjuda att ta vissa telefonkontakter. Viktigt att inte ta över de aktiviteter som föräldraparet kan göra själva då direkt eller indirekt styrning då är förhållningssättet.

Minneskapande åtgärder med föräldrarna är en uppgift som förlossningspersonalen (främst barnmorskorna) har inledningsvis. Skälet att skapa minnen av barnet är att paren kommer att ha få minnen av sitt barn. Att göra det som man skulle ha gjort med ett levande barn, är av betydelse för bearbetningen. Förlossningspersonalen alternativt sjukhusfotografen tar fotografi med digitalkamera. Fot- och handavtryck skall också tas, samt hårlock om det är möjligt. Kurators uppgift i början av kontakten är att fortsätta att uppmuntra till minneskapande åtgärder.

Kuratorn arbetar med direkt styrning genom direkta råd, bl.a. uppmuntra föräldrarna att familj och andra närstående medverkar i olika aktiviteter, samt att de möjliggörs för dessa att se barnet för att kunna dela minnen med föräldrarna. Att kuratorn ser barnet är bra (om det är möjligt) för att få en gemensam erfarenhet av barnet. Det är viktigt att bekräfta paret i detta sammanhang, t.ex. genom att benämna vilka likheter de ser med dem i barnet samt nämna det fina hos barnet.

Enligt lag är begravning påbjuden beträffande dödfödda barn efter vecka 28. Däremot är jordfästning/begravningsakt inte obligatorisk. Sjukhuskyrkan på Östra sjukhuset hjälper föräldrarna med begravningsplanering och på Mölndals sjukhus är det kurator som hjälper föräldrarna med den uppgiften. Om dessa inte önskar medverka i att ordna begravning, uppmanas föräldrarna kontakta begravningsbyrå.

Kurator på Östra sjukhus förmedlar kontakt med sjukhuskyrkan. Kurator på Mölndals sjukhus har som arbetsuppgift att informera om hur jordfästning/begravning kan gå till. Detta behöver man samtala om vid flera tillfällen. Vid påföljande samtal ges fortsatt information om jordfästning och begravning. Om föräldrarna önskar ordna begravning/minnestund och jordfästning själva informeras de om vilka kontakter som de bör ta samt "gången" i att ordna en begravning och kistnedläggningen på bårhuset. Mer detaljerad lista över vad kuratorn skall informera och delge föräldrarna avseende praktiska göromål och nödvändiga kontakter finns angivet i "Minneslista för kuratorer i samband med intrauterin fosterdöd", se bilaga 2.

Föräldrarna kan på olika sätt möta sorgen genom eget engagemang vid omhändertagandet av barnet. Detta främjar kris- sorgearbete, vilket idag är en erfarenhet och kunskap inom sjukvården. Det är viktigt förmedla till föräldrarna att det man gjort i de avseende ångrar man inte, utan det man kan ångra är det man inte gjort. Det föräldrarna inte förmår göra själv, skall de få hjälp med. Redan i detta skede kommer ofta upp tankar om nytt barn och framtiden.

### **2.2.2 Interventioner i det fortsatta arbetet med föräldrarna (efter ca en vecka till avslutad kontakt)**

I det fortsatta kris- och sorgbearbetande interventionerna är det av vikt att kuratorn växlar mellan olika förhållningssätt, såsom att vara stödjande, lyssnande, konfrontativ, container,



copingvägledare, pedagog, krislots, social nätverksagent, hjälpjag, behjälplig med vissa praktiska göromål samt ombud i vissa frågor. Detta sker på olika nivåer såsom egen aktion, direkt och indirekt aktion.

Då föräldrarna befinner sig i reaktionsfasen kan parterna befinna sig på olika nivåer i kris- och sorgearbetet. Deras inbördes relationer kan påverkas. Viktigt är att få tala om hur sorgen ser ut för den enskilde och hjälpa paret att förstå varandra. Kurator normaliserar reaktioner, informerar om krisförloppet och på så sätt minskar parets ångest över att deras reaktioner kan vara onormala. Kurator hjälper paret att stå ut med sorgen genom att härbärgera känslor och ge dem hopp om att de kommer må bättre efter ett tag dvs. vara vikarierande hopp.

Kurator ger paret möjlighet att tala om det döda barnet, sina önskningar, drömmar, planer de hade under graviditeten, det chockartade beskedet om dödsfallet och händelserna i samband därmed. Parets förståelse fördjupas och situationen görs alltmer verkligt. Kuratorsarbetet handlar ofta om föräldrarna konkreta problem, ex. omgivningens reaktioner och hur paret har reagerat på dem. Vardagen och sorgen börjar långsamt integreras för paret och en djupare innebörd av förlusten börjar växa fram.

I bearbetningsfasen börjar förlusten integreras alltmer. Paret känner att de har kontroll över känslor och reaktioner. Kuratorn använder ungefär samma interventioner som i reaktionsfasen men oftast mer av indirekt styrning. Parets egen förmåga stärks. När paret tar upp olika problemsituationer hjälper kuratorn parterna att komma till insikt om ev. förändringar som behöver göras. Ex hur man skall gå tillväga för att möta arbetskamrater, sjukskrivning och kontakter med Försäkringskassan.

Ytterligare och mer specificerade interventioner/arbetsprinciper samt teman under samtalen finns nedskrivet, ”Kuratorn bör vara föräldrar behjälplig med” bilaga 3.

Frekvens och längd avseende kuratorskontakten varierar. Från några samtal (ovanligt) till årslånga kontakter och inte sällan fram tills paret får ett nytt barn. Under kuratorskontakten stämmer man av med paret hur de mår på alla nivåer. Nyorienteringsfasen avlöser bearbetningsfasen och det kan vara när det som skett blivit integrerat inom föräldrarna men inte utgör något hinder i tillvaron. Det förutsätter att paret har försonats med vad som hänt. När målen börjar uppnås och paret känner att de inte längre är i behov av kontakten, avslutas den.

Om det finns flera trauman i parets liv, ex tidigare förluster av närstående eller att ny graviditet uteblir kan det försvåra och förlänga kris- och sorgförloppet och vara en anledning att kontakten med kurator förlängs. Kurator samarbetar med förlossningspersonal, läkare, sjukhuskyrkan, Försäkringskassan och primärvården.

### **3. Undersökningsmetod och genomförande**

#### **3.1 Tidigare forskning**

I mitt sökande av tidigare forskning 2007-02-02 och 2007-02-08, har jag använt mig av GUNDA och Libris sökfunktioner inom Göteborgs Universitetsbibliotek.

Jag har bl.a. använt mig av sökorden, *dödfött barn, intrauterin, psykosocialt arbete, socialt stöd, kris, sorg, föräldrar.*

Ingela Rådestad (1987) *Sorgereaktioner och vård vid förlust av ett perinatalt dött barn* är en litteraturstudie (uppsats 20 p) som kartlägger vad olika artikelförfattare skriver om olika sorgereaktioner och vård vid perinatal död. Studien bygger på 40 engelsk- och svenskspråkiga artiklar från 1962 och framåt. Uppsatsen avslutas med rekommendationer för vården av de föräldrar som förlorat sitt barn.

Ingela Rådestad (1998) har skrivit två avhandlingar avseende intrauterin fosterdöd, *Att föda ett dött barn. Vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter barnets död*, samt (1997) *Att föda ett dött barn – komplikationer och välbefinnande tre till fyra år efter förlossningen* (Licentiatavhandling) Hon har skrivit flera böcker bl. a. (1998) *När barn föds döda* där hon fastslår att kuratorn är oftast den som har en längre uppföljande kontakt med föräldrarna och att många kliniker har utvecklat vårdplaner för hur kuratorn tidigt kan skapa en kontakt med föräldrarna och att de är en naturlig part i teamet runt föräldrarna redan på förlossningen.

Karin Säflund (2003) har i sin avhandling *An analysis of parents experiences and caregivers role following the birth of stillborn child*, skrivit att internationellt har det prenatalt döda barnet och sorgprocessen uppmärksammats från mitten av 1960-talet och framåt. Ett fåtal studier omfattar läkarens roll och faderns situation. Svensk forskning har företrädesvis studerat hur modern till det döda barnet kan stödjas. Säflund har i sin avhandling studerat läkarens roll vid omhändertagandet av föräldrar till dödfödda barn. Hon har även studerat föräldrarnas upplevelser av anknytning till sitt dödfödda barn och sjukhusets omhändertagande både retrospektivt och prospektivt. Säflund har kartlagt sex kritiska moment som föräldrarna upplevt och viktiga vändpunkter i vårdens omhändertagande: Stöd i kaoset, Stöd i att möta och separera från barnet, Stöd i sorgen, Diagnos, Vårdens organisation och Att förstå sorgens kärna.

FOU-rapport Jessica Andersson och Kerstin Petersson, 2 006:4 *Föräldrars upplevelse av att förlora ett barn under perinatalperioden och av bemötande i vården*, fastställer i sin rapport bl att professionell hjälp med uppföljande samtal efter hemkomsten är av vikt för att bearbeta upplevelsen.

Berit Nilsson (2002) *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv?* Hon kartlägger hur olika faktorer relaterar till KASAM och vad som utgör en väg både vad gäller att förstå hur politiska beslut påverkar skilda sektorer i samhället och var enskilda människor befinner sig i olika processer vid hälsa och sjukdom.

Inger Benkel (2005) *”Bara att det finns någon där”* är en magisteruppsats för psykosocialt arbete som är en kartläggning av socialt stöd till närstående efter att en patient har avlidit på en palliativ enhet. Där framkommer att socialt stöd till en närstående efter ett dödsfall är viktigt för att kunna bearbeta sorgen. Studien visar även att närstående till största delen får socialt stöd inom sitt nätverk. Stöd från professionell personal ges ofta i kombination med nätverket. Vilken form av stöd som den enskilde personen behöver beror till stor del på vilket sätt man hanterar sorgen och vilken relation man har haft till den avlidne. Olika sätt att hantera sorgen är att ta paus från sorgen, vara förberedd på dödsfallet och att när den närstående dött göra att avslut. De flesta i studien skattar att de mår bättre när ett år gått efter dödsfallet och man förefaller ha bearbetat sin sorg.

Under år 2007 har det kommit ut en bok författad av socionomerna Annica Lundin, Inger Benkel, Gerd de Neergaard, Britt-Marie Johansson och Charlotta Öhrling, *Kurator inom Hälso- och Sjukvård*, där kuratorsyrket beskrivs i ett historiskt, juridiskt, organisatoriskt och professionellt perspektiv. Författarnas fokus ligger på patientarbetet som kopplas till kunskap om samhället samt teoretiska perspektiv. Boken beskriver innehållet i kuratorsarbete samt ger exempel på hur psykosocialt behandlingsarbete kan bedrivas.

Således har jag inte funnit något skrivet svenskt material avseende det psykosociala kuratorsarbetet med föräldrarna som fått ett dödfött barn.

### **3.2. Kvalitativ studie**

Valet för mig att göra en kvalitativ studie utgår från bla tanken att det finns många verkligheter som inte är objektivt beskaffade utan snarare är en funktion av varseblivning och samspel mellan andra människor (Merriam 1994).

Att använda en kvalitativ metod med halvstrukturerade öppna frågor i studien har jag noga övervägt. Det har varit en önskan att få riklig, nyanserad information och att kunna fokusera på sammanhangen. Man får vara medveten om att man kan påverka resultatet genom det faktum att man är närvarande vid intervjun. Det är viktigt att skapa en ömsesidig tillit för att få tillitsfulla svar.

Enligt Repstad (1999) kan man använda sig av observationer och kvalitativa intervjuer. om man vill ha insikter om grundläggande eller det särpräglade i en viss miljö, inte minst hur något konkret har utvecklats över tid – utan att bry sig hur ofta det förekommer eller hur vanligt det är. Man kan observera det sociala samspelet i miljön och skapar en mer direkt bild av de sociala relationerna än om man genomför en enkätundersökning som skickats ut till individer som man aldrig träffar. I grova drag är det texten som är det centrala uttrycket och arbetsmaterialet när det gäller kvalitativa arbetsmetoder, medan det är tal och siffror i arbetsmaterialet i kvantitativa metoder.

Enligt Repstad går kvalitativ forskning i princip ut på att forskaren har ett mindre eller vagt formulerat tema, letar efter och observerar fakta som kan belysa temat och efter hand utvecklar hypoteser som passar fakta som registreras. Förhoppningsvis är forskaren tillräckligt vaken, ärlig och professionell för att i analysen och tolkningen också ta in fakta som inte stämmer överens på hans eller hennes förväntningar och hypoteser. Det existerar ingen absolut objektivitet, bara mer eller mindre trovärdiga tolkningar av verkligheten – det gäller all samhällsvetenskap, oavsett metod.

I arbetet som kurator ingår ofta moment där intervjuer/samtalet är ett redskap att få kunskap om personers bakgrund, livssituation, erfarenheter och upplevelser, vilket har varit en bra erfarenhet att ha som intervjuare i denna studie. Det har varit viktigt att vara flexibel och att kunna utnyttja informationen som man fått till nästa intervju.

### **3.3. Urval/Bortfall**

Urvalet var föräldrar som fått ett dödfött barn under år 2001. Valet att göra en retrospektiv studie var bl a för att föräldrarna skulle ha en distans till de inträffade och ett perspektiv på upplevelsen. Svårigheter kunde förstås skönjas då det fanns risk för att föräldrarna inte mindes och därigenom hade svårt att svara på vissa frågor.

Människor kommer ihåg konkreta händelser bättre än tankar och känslor. De kommer dessutom bättre ihåg det som var viktigt för dem. Det är viktigt att koppla intervjun till konkreta händelser och upplevelser än allmänna redogörelser. Man bör vara vaksam på idealisering av händelsen och sådana minnesförskjutningar skall man vara vaksam på redan under intervjun med sonderande uppföljningsfrågor (Repstad 1999).

Det underlättar att ha kunskap om den grupp urvalet utgörs ifrån och det viktigaste kriteriet är att intervjupersonerna har relevant kunskap och intresse att vilja dela med sig av sina erfarenheter utifrån forskarens frågeställning (Repstad 1999).

Ett slumpmässigt urval gjordes med hjälp av diagnoslistor från år 2001. Utifrån den så gjordes ett slumpmässigt urval på 10 kvinnor som fött ett dödfött barn (intrauterin fosterdöd). År 2001 var det 36 som fick diagnosen IUFD på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (innefattar Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset). Avgränsningen var att det dödfödda barnet hade framfötts efter graviditetsvecka 28, då det i juridisk mening i Sverige betraktas som ett barn.

Jag har gjort nio intervjuer, fem gjordes med par, en enskilt med en man och tre med kvinnor (8 kvinnor, 6 män). Studien omfattar åtta dödfödda barn. Alla fick först en förfrågan per telefon om man fick skicka ett informationsblad till dem om studiens syfte od (se bilaga 4). De som ringde upp föräldrarna var antingen kuratorn som hade träffat paret år 2001 eller enhetschefen på kuratorsenheten. Detta tillvägagångssätt valdes för att det inte skulle komma ett brev hem utan förvarning. Svåra minnen kunde väckas och möjligheten att eventuellt få prata med den som de hade fått stöd av, skulle kunna vara positivt. Det fanns även möjlighet att ställa frågor och ventilera tankar med den kuratorn som ringde upp. Alla gav sitt godkännande att skicka informationsbladet. I informationsbladet framgick att det fanns möjlighet till samtalsstöd om behovet skulle uppstå.

Efter ca en till två veckor ringde jag föräldrarna och frågade om de ville delta i studien. Alla utom ett föräldrapar ville delta. De övriga var positiva till att berätta sin historia och vara delaktiga i studien. Viktigt var att tillmötesgå föräldrarnas önskan om plats, tid och vilka som skulle delta i intervjun. Vissa föräldrapar valde att enbart kvinnan skulle intervjuas. Ett par valde att intervjuas var för sig. Inga övertalningsförsök gjordes för att ändra deras ståndpunkt i något avseende. I två fall bestämde paret att de skulle delta båda två i studien, men vid intervjutillfället kom endast kvinnan.

### **3.4. Intervjuerna/intervjuguide**

Samtliga intervjuerna utfördes under mars-augusti år 2007. Fem intervjuer utfördes i informanternas respektive hem och fyra intervjuer utfördes på mitt tjänsterum på Sahlgrenska sjukhuset. Samtliga intervjuer är inspelade på band och transkriberade. Alla intervjuade fick skriva på samtyckesformulär, bilaga 5.

Forskningsintervjun är en mellanmänsklig situation. Det är ett samtal mellan två parter om ett tema med ömsesidigt intresse. I ett forskningssammanhang är det upp till intervjuaren att på kort tid skapa en kontakt så att de intervjuade känner sig trygga nog för att tala fritt om sina upplevelser och känslor. Detta innebär en balans mellan kunskapssökande och etiska aspekter (Kvale 1997). En grundläggande metod att få reda på människors upplevelser är att ställa frågor. Jag har utgått från olika teman och använt mig av halvstrukturerade öppna frågor runt frågeställningarna. Kvale (1997) beskriver hur forskningsfrågor leder fram till intervjufrågor

och menar att intervjuguiden bör skapas utifrån två syften. Dels temamässigt utifrån syftet med studien, dels dynamiskt för att på så sätt bidra till gott samspel i situationen. Temana är framtagna utifrån arbetsmetoden som fanns, samt från kollegornas respektive egna erfarenheter av arbetet med föräldrar som fått ett dödfött barn se Tema/intervjuguide, bilaga 6.

Intervjun inleddes med att samtala om bakgrunden och syftet med studien. Informerade återigen om att det fanns möjlighet till samtalskontakt på Kvinnokliniken om det skulle komma upp frågor eller känslor efter intervjun som behövde besvaras eller bearbetas.

Att sedan övergå till en social fas där frågor och dialog med temat *Nuvarande livssituation* för föräldrparet blev naturligt. Då framkom deras sociala situation där frågor om ex barn, arbete/sysselsättning ingick. Frågor om hur de mådde återkom jag oftast till i slutet av intervjun, om inte föräldrarna själva tog upp det vid det tillfället. Temat *Händelseförloppet/förlusten* att få ett dödfött barn var ett tema som föräldrarna pratade och berättade länge och detaljerat om. Temana *Innehållet i kuratorsstödet i det initiala skedet*, *Första mötet med kuratorn – innehållet i samtalen* och *Kvinnor och mäns olika behov av stöd*, handlade om bla första kontakten med kuratorn, vilka interventioner de minns var värdefulla för dem samt skillnaden och likheter i männens och kvinnornas upplevelser och behov. Temat *Omgivning reaktioner och stöd* var ett tema som vävdes in i alla teman. I temana *Vad var bra och vad var det till hjälp med kuratorsstödet*, *Vad fungerade inte/eller var dåligt i kontakten med kurator* försökte jag fånga föräldrarnas upplevelser vad som var betydelsefullt i kontakten med kuratorn och vad som var mindre bra. Temat föräldrarnas *Nuvarande livssituation* som bl.a. innefattade frågor hur de upplevde sitt mående och sin livskvalité idag

Avslutningsvis lämnade föräldrarna *förslag på förbättringar i kuratorsarbetet* med föräldrarna. Därefter återgav jag mina tankar och tolkningar vad jag uppfattat vad som var bra och vad som inte varit bra med stödet från kuratorn. Ett syfte var att göra en sammanfattning och att kontrollera om jag hade tolkat dem rätt. Intervjun avslutades med att ”jag har inga fler frågor och har du/ni något som ni vill tillägga eller ta upp innan intervjun avslutas”. Efter avslutad intervjun ställdes frågan hur de hade upplevt intervjun.

Det har varit viktigt med en flexibilitet i intervjun och att de intervjuade fick utrymme att få berätta sin historia i den ordning som för dem blev naturligt. Ansvaret för mig var att föra/gå tillbaka till olika teman om det funnits anledning därtill. Intervjuerna har tagit mellan 1-2 timmar. Under intervjun har det av och till uppkommit frågor och känslor som varit i behov av att ”stanna upp vid”, varför intervjuerna även av och till har fungerat som ett stödjande samtal. Det har varit viktigt att försöka ge de intervjuade ett omsorgsfullt och professionellt bemötande i de situationerna.

Intervjupersonerna har över förväntan visat en oerhörd välvilja med att säga ja till att bli intervjuade, tillföra sina kunskaper, tankar och erfarenheter. De har även visat förtroende genom att bl. a. under intervjutillfällena detaljerat berättat om sina upplevelser. I de intervjuer där det varit ett föräldrpar, har jag försökt möjliggöra att båda kommit till tals och ställt riktade frågor till var och en.

### **3.5. Bearbetning av data/analys**

”Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun har sagts vara att beskriva och tolka de teman som förekommer i intervjupersonens livsvärld. ”Det råder ett obrutet sammanhang mellan beskrivning och tolkning” (Kvale 1997 sid. 170).

Jag har använt mig av ad hoc modellen i intervjuanalysen vilket innebär att man har olika angreppssätt och växlar mellan olika tekniker för skapande av mening (Kvale 1997). Efter varje utskrivna intervju läste jag igenom den och skaffade mig ett allmänt intryck. Därefter gjorde jag minnesanteckningar av centrala fynd. Jag gjorde även markering i texten (kodningar) så att de olika temana lätt skulle återfinnas. Jag kodade också informationen som låg utanför temana, om det var något som var återkommande i material eller var intressant. Intervjuerna har jag därefter läst igenom flera gånger. Analys och tolkning pågick under hela processen. I studien redovisas ett antal illustrerande citat med analys och egna reflektioner. Teorierna som varit till hjälp i tolkningsarbetet har varit teorier för psykosocialt arbete, copingteori, samt kris- och sorgeteori.

De intervjuade har haft många känslomässiga upplevelser avseende förlusten av barnet. De har reflekterat över relationer till andra och även fått personliga värderingar av vad som har hänt. Mitt tolkningsarbete har inte startat från en analytisk nollpunkt, utan kunnat ta vid de intervjuades egna tolkningar slutar (Kvale 1997).

### **3.6. Etiska frågor**

Att göra en studie om andras svåra livsupplevelser kan väcka en del motstridiga känslor hos de medverkande. Av detta skäl har studien genomförts med hänsyn till etiska aspekter där både sekretess och samtycke har beaktats (Kvale 1997). Valet att låta en kurator som var känd för paret (om kuratorn fortfarande var anställd) eller enhetschefen ta första kontakten med paret per telefon, var noga genomtänkt. Tanken var att paret skulle få en möjlighet att säga nej direkt utan få informationsbladet hemskickat. Att direkt kunna resonera med någon om sina funderingar vad ett eventuellt deltagande i studien kan innebära för paret var också en möjlighet för dem. Att minnas kan väcka ångest hos de intervjuade därför erbjöds alla uppföljningssamtal/stödsamtal hos kurator på enheten.

Jag samtalade med verksamhetschefen på obstetrikern, kvinnokliniken SU/Sahlgrenska 070122. Verksamhetschefen gav sitt godkännande till att göra studien samt valet av metod. Vi bedömde att det inte behövde inhämtas ett godkännande av etiska prövningsnämnden då studien var en undersökning/kvalitetssäkring samt att den inte skall publiceras i någon tidskrift. Jag samtalade i februari 2007 med en medlem i regionala etiska prövningsnämnden i Västra Götaland, som informerade om att det är huvudsak forskningsstudier som skall tas upp i etiska nämnden och att Institutionen för Socialt arbete ansvarar för att etiska riktlinjer följes.

Kvale 1997, skriver i sin bok "Den kvalitativa forskningsintervjun" att etiska avgörande skall ske under hela forskningsprocessen och det har jag gjort.

Informationskravet innebär att de inblandade blir informerade om syftet med undersökningen. I studien tillfrågades föräldrarna per telefon om informationsblad fick skickas och om jag fick ringa dem och förhöra sig om de ville delta i studien/utvärderingen. Informationsbrevet skickades och i det framgick syftet, information om konfidentialitet och om fördelar och risker med att delta i studien samt möjlighet till stödsamtal om behovet skulle uppstå. Det framgick även hur hanteringen av materialet skulle ske samt vem som var ansvarig för studien.

Samtyckeskravet innebar att var och en bestämmer över sin medverkan. Det betonades i informationsbrevet och även i inledningen av intervjun om frivilligheten att delta och att när

helst var det möjligt att avbryta intervjun utan att behöva förklara varför. Någon beroendeställning har inte förevarit då intervjuaren inte tidigare haft kontakt med föräldrarna och samtliga informanter hade avslutat kontakten med kuratorn på kliniken.

Konfidentialitetskravet innebär att utsagor och personuppgifter anonymiseras. Kvinnornas namn och telefonnummer togs fram av mig men jag har inte studerat några journaler. Samtliga intervjuer utfördes av mig och spelades in. I arbete har inga namn röjts och försiktighet har tillämpats avseende citat.

Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifterna endast används för det syfte som angetts. Uttalanden har inte förmedlats till någon kurator förutom vid några tillfällen då den intervjuade åter önskade få kontakt med kuratorn som de hade träffat år 2001 eller önskade stödkontakt. Då har jag endast givit nödvändig information såsom namn och telefonnummer samt önskan om kontakt. Utskrifterna av banden kommer att förstöras efter examination.

### **3.7. Validitet/trovärdighet och reliabilitet/tillförlitlighet**

Kvale (1997) för resonemang om hur man inom samhällsvetenskaperna kan diskutera verifiering av kunskap i relation till begreppen validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Validitet handlar om giltighet/trovärdighet. Kvale menar att man utifrån ett positivistiskt förhållningssätt ofta definierar validitet med frågan, mäter du vad du tror dig mäta? En vidare tolkning av begreppet validitet handlar om huruvida en metod undersöker vad den är avsedd att undersöka och utifrån detta anser Kvale (1997) att kvalitativ forskning kan leda till valid vetenskaplig forskning. Således är validiteten beroende på undersökningens uppläggning, hur metoden valts och frågorna liksom urvalen relevans och konstruktion. Det är viktigt hur frågorna ställts och hur intervjuerna genomförs, samt att intervjuerna förmedlas korrekt och att analys, tolkning och rapport är logisk och rimliga. Vid redovisning av en kvalitativ intervjuundersökning kan citat från de intervjuade styrka validiteten hos tolkningar och resultat (Kvale 1997).

Utifrån antagande av att validitet är en social konstruktion tar Kvale (1997) upp tre kriterier för validitet. Det första är forskarens hantverksskicklighet vilket handlar om trovärdighet inte bara i resultatredovisningen utan även forskaren som person. Det andra är kommunikativ validitet där kommunikation av kunskapen får betydelse samt det tredje är pragmatisk validitet som handlar om att resultaten kan användas (Kvale 1997).

Med inre validitet menas att man skall kunna granska och bedöma trovärdigheten i en undersökt process. En viktig princip är att försöka undvika styrning i intervjusituationerna samt genom öppna frågor ge de intervjuade möjlighet för spontana redogörelser för vad de upplevt (Merriam 1994).

Reliabilitet/tillförlitligheten handlar om i vilken utsträckning resultaten i undersökning kan upprepas. Hög reliabilitet har man om man med oberoende mätningar av ett och samma fenomen får samma resultat (Holme Solvang 1997). Med samma frågor och begrepp ska undersökningen kunna göras om med samma resultat. Hur frågorna är formulerade och är konstruerade påverkar undersökningens reliabilitet. I denna studie har jag inte kunnat kontrollera reliabilitet med mätverktyg, så det är svårt att diskutera denna.

I studien har validitet och reliabilitet efterstävats genom att relevanta frågor som har utgått från fastställda teman har ställts. Temana/frågeställningarna har framarbetats i utifrån

metoden för psykosocialt arbete vid intrauterin fosterdöd. Metoden har validerats av kuratorerna på Kvinnokliniken, Östra sjukhuset samt Sahlgrenska/Mölndals sjukhus. Det framkommer att den stämmer överens med hur arbetet bedrivits år 2001 och fortfarande bedrivs år 2007. Frågeställningarna/temana har granskats av handledaren i förhållande till studiens syfte. Jag har ställt frågor under intervjun som är konstruerade för att täcka temana/frågeställningar. De intervjuade har fått välja plats för intervjun för att möjliggöra att de upplever situationen så trygg som möjligt. Efter att granskning av det transkriberade materialet nogt, har deras berättelse återgetts så trovärdigt som möjligt. Citat har använts till stöd för tolkningen.

Min förförståelse i rollen som socionom/kurator har naturligtvis påverkat min tolkning och går inte att bortse ifrån. Yrkeserfarenhet, värderingar, intressen och utbildning finns med i förförståelsen och samspelar genom hela processen. Jag har intagit ett aktivt och medvetet förhållningssätt till min förförståelse och för att minimera min påverkan av förförståelsen, vara kritisk i mina reflektioner och till det material jag valt att presentera i studien.

#### **4. Teoretiska utgångspunkter**

I detta avsnitt redogör jag för de teoretiska perspektiv som jag valt att diskutera och analysera utifrån i resultatredovisningen. Den teoretiska analysen och diskussion har en abduktiv ansats då jag genomlyser mitt material mot bakgrund av de teoretiska perspektiven (Wallen 1996). Jag kommer inte att beskriva teorierna i sin helhet utan tar upp relevanta delar ur teorierna som är kopplade till analysen av materialet. Jag har valt att analysera mitt material utifrån **teori för psykosocialt arbete** av Bernler och Johnssons (2001), **kristeori** utifrån Cullberg (1980, 1984) och Hillgaard, Keiser & Ravn (1998), **sorteori** Fyhr (2003) och **copingteori** utifrån Lazarus & Folkman (1984) och Rönmark (1999).

##### **4.1. Teori för psykosocialt arbete**

Teori för psykosocialt arbete bygger på systemteori och psykodynamisk teori. Systemteori utgår från ett cirkulärt helhetstänkande där relationen, interaktioner och transaktioner fokuseras. Varje människa är delaktig i flera system och i systemet pågår en ömsesidig påverkan. För att kunna förstå systemet måste man se till delarna och för att förstå delarna måste man tvärtom se till helheten.

Det psykodynamiska perspektivet ger en fördjupad förståelse för individen i dennes verklighet i ett socialt sammanhang. Perspektivet bidrar med en fördjupad förståelse av individens intrapsykiska värld och kan förklara individens upplevelser och reaktioner i olika situationer. Inom den psykodynamiska teorin brukar man betona att insikt leder till förändring och den avsedda förändringen är anpassning och beteendeförändring. Insikten är ett medel att uppnå förändringen (Bernler och Johnsson 2001).

Det psykosociala arbete består av tre delar vilka behandlaren måste ha teoretiska och praktiska kunskaper för att kunna utföra ett professionellt arbete, behandlingsrelationen, analys och handling. Mellan dessa råder det ett inbördes samband. Behandlaren är ytterst ansvarig för relationen och står för hållfasthet, delaktighet, varaktighet, ärlighet, öppenhet, stöd och bekräftelse. Behandlingsrelationen används som ett redskap att få till stånd en förändring. Hjälpens grundläggande form är möjlighet till en relation och en förutsättning för behandling – utan relation ingen behandling (Bernler och Johnsson 2001).



För att kunna etablera en behandlingsrelation är en strategi att använda sig av isomorfi strategier och matchning. Isomorfi strategier syftar att visa på likheter mellan behandlaren och individen. Inom familjeterapin har man beskrivit det som samgåendeoperationer. Isomorfi strategier måste vara sanna. Behandlaren kan endast dela och visa likheter som har en verklighetsbas. Manipulativa och oärliga isomorfi strategier tenderar lyckligtvis att ha en sämre effekt. Matchning är att behandlaren anpassar sig till ex individens språkbruk, stämningsläge, kroppshållning, röstlägen m.m. Behandlaren har ansvaret för att behandlingsrelationen upprättas. Hon har även ansvar för sin kunskap, kompetens och sitt engagemang. Behandlaren har ansvar för att veta vad gränserna för sin förmåga går. Behandlingsrelationen är till en börja asymmetrisk eller komplementär, dvs. behandlaren förhåller sig till individen på ett annat sätt än denne till behandlaren. Behandlaren försöker medvetet utforma relationen på ett sätt som gynnar behandlingen framöver och strävar mot en större symmetri. Mot slutet av en framgångsrik behandling har behandlingsrelationen blivit symmetrisk (Bernler och Johnsson 2001).

De förväntningar som behandlaren har och de som mottar hjälpen handlar inte bara om innehållet utan även hur hjälpen skall ges, dvs. i vilken form. Man urskiljer fyra hjälpformer, att kunna fylla en brist, att avbörda sig något negativ, att jobba/arbete med något och att förändras. Den vanligast förekommande formen av hjälpförväntning, enligt Bernler och Johnsson, är önskan att få avbörda sig något och dela sin situation med behandlaren.

Det andra området är att behandlaren måste ha förmåga att kunna analysera det problem/den situation som hon tillsammans med den hjälpsökande har till uppgift att förändra. Det är en dynamisk analys där man bedömer samtliga samspelande faktorer som bidrar till problemets uppkomst och vidmakthållande. Det är en dynamisk förståelse till individens förmåga till utveckling och förändring samt att betona styrkorna och resurser. Bernler och Johnsson urskiljer fyra huvudformer av psykosociala otillräcklighetstillstånd, tillfällig svikt, permanent svikt, kris och utslagning. Det är viktigt att analysera vilket psykosocialt otillräcklighetstillstånd som individen befinner sig i för att kunna ge adekvat hjälp.

Psykosocialt arbete handlar om handling av något slag. Bernler och Johnsson beskriver tre olika typer av förändring. Förändring av 1:a ordningen vilket innebär anpassning på ett icke omstrukturerat sätt. Förändring av andra ordningen innebär att systemet förändrar sin förmåga att förändras, systemet omstruktureras för att bära nya kvalitativa förändringar inom systemet. Förändring av tredje ordningen innebär att man fokuserar på systemets självbild, systemet förändrar sin bedömning att kunna förändras.

Det psykosociala förändringsarbetet bedrivs utifrån tre olika förhållningssätt.

- Egen aktion vilket innebär att behandlaren åstadkommer förändring genom egen handling och tar över ansvaret för att en förändring kommer till stånd.
- Direkt styrning innebär att behandlaren åstadkommer förändring genom att föreslå, uppmana eller t.o.m. beordra individen att vidta vissa åtgärder. Behandlaren ansvarar för vilken slag förändring som bör komma till stånd. Individen ansvarar för att handlingen utförs.
- Indirekt styrning innebär att behandlaren åstadkommer förändring genom insikt eller medvetenhetsskapande tekniker. Kuratorn tar ansvar för processen genom att problemsituationen lyfts fram. Individen själv tar ansvar för såväl intentionen som aktionen. Syftet är att individen själv tar ansvar för sin förändring (Bernler och Johnsson 2001).

## 4.2. Kristeori

Cullberg beskriver psykisk kris som ”ett psykiskt krisstillstånd kan man sägas befinna sig i då man råkat in i en sådan livssituation att ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man skall förstå och psykiskt bemästra den aktuella situationen” (Cullberg 1980, sid.13).

Krisen beskriv utifrån fyra faser, chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen, nyorienteringsfasen. Även om faserna ofta delas upp kan man inte schematisera dem och tro att utvecklingen följer ett speciellt och lika mönster. Faserna representera en modell som kan användas som hjälpmedel att klargöra krisförloppet.

Chockfasen kan vara från några ögonblick till några dygn. Chockens funktion är att stänga ute den verkliga händelsen. Det är kraftig psykisk process och där individen använder hela sin energi för att avleda uppmärksamheten hon inte kan bemästra. Den krisdrabbade tycks inte reagera, kan verka förlamad, känsloladdad, kan reagera ”onaturligt”, bagatellisera, skrika och uppträda hysteriskt (Hillgaard, Keiser, Ravn 1998).

Chockfasen och reaktionsfasen utgör krisens aktiva faser och kan vara upp till sex till åtta veckor. I reaktionsfasen reagerar man känslomässigt på det som hänt. Man börjar på djupet av hela sig förstå händelsen. Det är i dessa faser man behöver försvarsmekanismer för att inte sprängas sönder inombord. Försvarsmekanismerna är normala och nödvändiga för att orka med krisen. Uppgiften är att reglera ångesten och oron för att kunna möta vardagen. De kan utvecklas fel och förhindra anpassning. Försvarsmekanismer är för många en första reaktion vid ex. beskedet att deras barn inte har några hjärtljud, förnekelse. Övriga försvar som kan förekomma i krisen är bortträngning, reaktionsbildning, isolering, förskjutning, identifikation, projektion och regression (Cullberg 1984). Upplevelser av kaos, meningslöshet visar sig ofta i olika grader. Ångest och ständigt frågande om varför, stereotypa omtagningar och tal om händelseförloppet och behovet att hitta förklaringar till det skedda är vanligt förekommande. Bearbetningsfasen pågår under kanske ett halvt år till ett år efter traumat. Förnekelse och försvar minskar i och med bearbetningen. Under denna fas börjar individen vända sig mot framtiden, och återgå till vardagen. En anpassning har skett, positiv eller negativ. Det går inte att uthärda den intensiva smärtsamma reaktionerna under längre tid (Hillgaard, Keiser, Ravn 1998). I nyorienteringsfasen börjar individen ta nya kontakter, kan tala realistiskt om händelsen utan att överväldigas av de smärtsamma känslorna. Individen intresserar sig för framtiden. Händelsen kan nu ses som en del av livet. Det som hänt styr inte vardagen men finns med. Vissa dagar känns det svårare, men man kan hantera det. Många upplever att händelsen får nya betydelser under kommande perioder i deras liv (Cullberg 1984).

## 4.3. Sorgeteori

Sorg och krisprocesserna blandas ofta ihop, men sorgprocessen skiljer sig delvis från krisförloppet. Sorg är enligt psykologen Gurli Fyhr (2003) en naturlig läkningsprocess och sorgprocessens startar efter varje väsentlig förlust. Definition av sorg enligt Fyhr (2003):

- Förlusten ger psykiska sår
- Sorgens uppgift är att bearbeta förlusten och läka såret
- Läkningsprocessen kallas sorgearbete

Sorgen och krisens akuta skede är ofta likartade men har olikheter och är i olika processer. I krisen kan man inte psykiskt bemästra den aktuella situationen men i sorgen kan man ofta

både förståndsmässigt och psykiskt göra det. Man kan säga att sorgen tar vid i krisens bearbetningsfas.

Sorgeprocessen leder till många delinsikter och det tar olika lång tid att arbeta igenom stadierna. Man kan befinna sig i olika stadier samtidigt. Sorgeprocessen kan ta olika lång tid och är beroende på hur förlusten skett och vad den innebär för den enskilde. Gurli Fyhr har indelat sorgprocessen i olika faser:

- Strävan att återfinna det förlorade som innefattar längtan efter det förlorade och protest mot att det tas ifrån den sörjande, gråt, vrede, rop på hjälp, avvisande anklagelser av otacksamhet, glapp mellan känsla och förstånd
- Verkligheten tränger undan drömmen, förtvivlan, besvikelse och de känslomässiga banden som är bundna vid det förlorade klipps av
- Drömmen krossas – tillvaron löses upp, drömmarna har inte längre något mål, framtiden "finns" inte, rastlöshet, depression
- En ny dröm för framtiden växer fram – tillvaron byggs upp igen delvis i samband med den tidigare verkligheten men även i samband med den nya verkligheten (Fyhr 2003).

"Sorgearbetes mål och resultatet av sorgearbetet är att man blir känslomässigt fri från det man förlorat. Man ser den nya verkligheten mer som den är nu – inte så som man vill att den ska vara. Drömmarna om framtiden och hoppet om framtiden vilar nu mer på verkligheten än på orealistiska drömmar" (Fyhr 2003 s 37). Inom samma familj kan sorgprocessen se olika ut beroende på att förlusten kan ha olika betydelse för var och en av de berörda. Fyhr skriver att det är riskabelt att inte sörja. Sorgen är en levande läkningsprocess och om förlust inte sörjs, trängs undan, dyker den ofta upp igen när allt flyter i livet.

#### **4.4. Copingteori**

Copingteori sätter fokus på människors olika sätt att hantera stress, kriser och svårigheter. Lazarus och Folkman (1984) har definierat coping som de beteendemässiga och kognitiva ansträngningar som en individ använder för att bemästra en svår situation. Individens handlande baseras till stor del av individens tidigare erfarenheter i livet. Målet med copingprocessen är anpassning och individen använder sig oftast två olika former av copingstrategier.

- Problemfokuserad coping vilken visar vilken förmåga som finns att söka information, att analysera problemet och sedan försöka förändra omgivningen eller det egna beteendet. Innehåller även strategier för att planera och fatta beslut.
- Känslomässig coping vilket innebär att reglera de egna känslorna utan att det egentliga problemet förändras. Syfte är att minska upplevelsen av stress. Känslomässig coping kan vara att söka stöd hos närstående, professionella, samtala med andra som varit med om liknade situationen.

Lars Rönmark beskriver att det är könsspecifika skillnader i hur föräldrar hanterar sorgen. Kvinnan behöver längre tid att bemästra sorgen. Männerna är mindre benägna att prata om sorgen och känner kravet att vara starka och stödja sina kvinnor. Männerna vill ofta sysselsätta sig med något praktiskt. Kvinnorna vänder sig mer inåt och har behov att sätta ord på sina känslor (Rönmark 1999).

Variationen på vilka copingmetoder en individ använder sig av, beror på omständigheter och individens personliga resurser och gränser. De som har en stor copingrepertoar och en god flexibilitet, anses klara sig bäst genom kriser (Lazarus & Folkman 1984).

## 5. Resultatredovisning och analys

### 5.1. Inledning

Intervjuerna utgick från temana och intervjuguiden som omnämndes under rubriken Intervjuerna/intervjuguide. Jag vill tillägga att temat omgivningens stöd avser två typer av stöd, det informella stödet ex. familj vänner, arbetskamrater, föreningar samt det professionella stödet (ej inberäknat kuratorns stöd) ex. sjukhuspräst/diakon, medicinsk sjukvårdspersonal. Under temat nuvarande livssituation ställdes frågor bl. a. utifrån om de intervjuade upplevde att de fått tillbaka sin livskraft, fungerar psykologiskt och socialt, känner glädje och hyser framtidshopp. Det är de intervjuades egen tolkning om hur de upplever sin livskvalitet, vilket framgår i avsnittet.

### 5.2. Händelsen/vetskapen att barnet inte levde

De flesta föräldrar fick reda på att deras barn inte hade några hjärtljud i samband med en undersökning hos barnmorskan i primärvården. De fick då åka till Mölndals sjukhus eller Östra sjukhus för vidare kontroll och ett konstaterande att barnet var dött. Det var inte ovanligt att de fick åka hem över natten efter beskedet och komma åter dagen efter för att sätta igång förlossningsarbetet.

Jag vill redovisa några av de intervjuades skildringar av dödfödelsen då den är orsaken till kontakten med kuratorn. Ofta återkommer föräldrarna i intervjuerna hur de blev informerade att deras barn var dött och vilka känslor som invaderade dem. I samtliga intervjuer framkommer att beskedet om att deras barn inte har några hjärtljud, var oerhörd chockartat och ledde till överklighetskänslor hos föräldrarna. Det framkommer i de flesta av intervjuerna att det inte fanns tid för förberedelse att ta in det negativa beskedet. Längtan och glädjen att få ett barn försattes i förvirring och maktlöshetskänsla. Några kvinnor beskriver att fram tills barnet var framfött fanns ett hopp, om än litet, att barnet levde. De flesta beskriver förlossningen som en viktig process och de kan i efterhand förstå att det var bra att gå igenom den processen. I nedan beskrivna händelser har inte föräldrarna haft något samtal med kuratorn. I intervjuerna kunde jag uppleva att det fanns ett uppdämt behov av att återigen få möjlighet att prata om händelsen och med någon som faktiskt själv hade önskat det.

*Hanna; Vi fick veta på vårdcentralen och så fick vi åka till Östra sjukhuset, den biten från barnmorsegruppen till Östra, då var man i ett chocktillstånd. Det var ju hemskt, jag vet inte om man kunde ha gjort det på ett annat sätt, man var ju helt chockad.*

*Jag hade nog inte kunnat ta mig dit själv. Min man körde ju och vi fick träffa en kvinnlig läkare och gjorde ultraljud igen. Det var ju väldigt skönt att de gjorde det igen.*

*Vi var ju där och pratade med massa olika människor. Sen fick vi åka hem.*

*Jag var ju helt chockad för dom berättade att han skulle födas fram. Jag tyckte, ta bort det, ta bort det, lyft ut det och sy ihop mig. Det kändes ju helt fruktansvärt då, men så här i efterhand är jag jätteglad, hur hemskt det än kan låta att jag gick igenom det.*

*Carina; De lyssnade, hittade inga hjärtljud och hon började gråta därinne, barnmorskan alltså, vi hade gått hela graviditeten där. Min man var ledsen, men jag tog inte in det. Åkte direkt till sjukhuset och de hittade inga hjärtljud. Då slog det på en autopilot i mig jag tänkte de skall få se, de skall få se, han lever vad knasiga de är. Det finns väl ingen baby som kan dö i magen. Sen satte de igång oss. Vi gick till affären, jag ville ha tidningar, men jag grämde*

*mig för jag glömde köpa tandborste - det var helt sjukt! Och hela tiden tänkte jag de skall få se, de skall få se, han lever.*

Det är utan tvivel så att alla som får beskedet att deras barn inte lever drabbas av ett chocktillstånd. Det kan beskrivas såsom en känsla av hjälplöshet, händelsen övergår allt förstånd, det som inträffat kan inte tänkas, känsla av överklighetskänslor och att situationen upplevs som en mardröm. Den drabbade känner ett extremt obehag, en upplevelse av makt- och hjälplöshet för vad som händer och det känns som ett psykiskt sönderfall (Rönmark 1999).

I de intervjuades beskrivningar är det inte ovanligt med försvarsmekanismer såsom förnekelse och bortträngning och deras uppgift är att stå ut i det ofattbara. Chockfasen är från några timmar till någon dag och har som funktion att stänga av och stänga ute verkliga händelser. Personer kan uppträda välordnat och rationellt i denna fas men bakom fasaden är det kaos (Cullberg 1984). De börjar successivt integrera beskedet och får möjlighet att komma igenom chockfasen för att komma vidare till reaktionsfasen. I reaktionsfasen börjar man förstå, inte bara intellektuellt utan även känslomässigt, vilket innebär att föräldrarna då kan uppleva och ta intryck från förlossningen, utan att hålla verkligheten ifrån sig.

### **5.3. Innehållet i kuratorstödet i det initiala skedet**

Det skiftade i tid när föräldrarna första gången träffade kurator. Några hade träffat kuratorn innan förlossningen, några samma dag efter förlossningen och några någon dag eller några dagar efter förlossningen. Anledningen till att det dröjt några dagar beror på vilken veckodag eller vilken tid på dygnet som barnet väntades födas eller fötts.

Det har framkommit att kuratorn initialt (även under senare del av kontakten) arbetat med bl.a. informera i ekonomiska frågor, föreslå och uppmuntra föräldrarna till olika handlingar samt även direkt tagit över i vissa göromål, såsom ex beställa en kista och kontaktat försäkringskassan. Oftast har föräldrarna själva ansvarat för handlingarna såsom ordnat med jordfästning, gravsättning, och tillsammans med personal från sjukhuskyrkan eller kuratorn klätt sitt barn inför kistnedläggning. Föräldrarna har själva samtalat med anhöriga för att be dem var delaktiga i ex begravningen och att träffa barnet på sjukhuset. Det var och är viktigt att göra så många minnesskapande åtgärder som möjligt och det kan ske i form av handlingar och ting. I skedet när barnet var fött var det ansvarig barnmorska som hjälpte föräldrarna att genom samtal informera av vikten om det. Kuratorns uppgift var att fortsätta motivera till att skapa minnen av barnet.

I två fall framkommer det att ovan inte blev till fullo genomfört. Ett föräldrapar åkte hem utan att "tagit till sig barnet" som kvinnan uttryckte sig, samt en brist på foton. I detta fall var det under semestertid och enligt de intervjuade var det en ovan kurator som samtalade med dem. Det andra föräldraparet menade att kuratorn kanske kunde ha övertygat dem om att ett foto på en liten hand skulle var bättre, än inget foto alls.

*Inga; Jo det var jätte bra att man hade en kurator. Det var väldigt snabbt som hon kom, några timmar efteråt när jag var klar med barnet, det var snabbt.*

*Intervjuaren; Vad var det som var bra med det tyckte du?*

*Inga; Man kunde prata verkligen om allt du vet, sorger blir blandat med andra sorger, det var svårt det var blandat! Man kunde göra någon sorts sortering. Det hjälpte mig i mitt känsloliv, det var väldigt bra. Det var väldigt bra man kunde beställa flera samtal, det var*

*inte så att det var 10 eller 15, utan det var så mycket som du behövde. Det fanns en flexibilitet, man behövde inte tänka ska jag säga allting nu, så hon var väldigt bra. Det var ett bra sätt att lyssna på och kuratorn upplyste väldigt bra vad man skall tänka på praktiska grejer och information om föreningar. Jag hann sy en klänning till honom (inför kistläggningen, författarens kom.) och jag sydde pärlor på filten, det kändes väldigt bra att få engagera sig. Man hade liksom inte hunnit göra någonting för honom på något sätt innan.*

*Carl; Alla minnen är nog viktiga, man har ju inga andra minnen eftersom han dog innan förlossningen, det finns ju ingenting. Man får ta de saker man får tag på alltså. Kuratorn pratade mycket om att för sin egen skull så skulle man göra så mycket som möjligt själv, jag ringde, begravning alla papper kremeringstillstånd det ringde jag runt från det ena till det andra stället, bokade kyrka präst.*

*Agneta; Det var efter klockan fyra, o ja vi åkte hem och lämnade honom där. Hade kuratorn kommit, det har jag ju läst om massa efteråt, att man får hjälp att ta till sig barnet, klä på det bädda ner det, ta massa bilder. Vi har en bild, det var det som sjukhusfotografen tog och då lämnade vi bara honom där och åkte hem. Hade kuratorn kommit där då hade vi fått hjälp att ta mer kort. Jag hade ju med mig kameran men de sa att ni inte behöver ta några kort för det tar sjukhusfotografen. Nästa dag när kuratorn kom så sa hon det är klart ni skall ta upp honom och då kände jag han var ju alldeles iskall, jag låg ju och peta på honom samma eftermiddag men då kände jag ... jag vet att jag såg en film och de hade ett barn som de vägra släppa och då tänkte jag, att så knäpp får jag inte bli det är lika bra att släppa direkt Anders; Jag höll honom första dagen också och tittade. Dagen efter blev det mer.*

De flesta av de intervjuade träffade kuratorn efter födelsen. Föräldrarna har då oftast blandat sin chock och överklighetskänsla med början till verklighetsanpassning och övergått till en kaotisk reaktionsfas. Där smärtan som händelsen förorsakat bryter fram i hela sin vidd (Cullberg 1984).

Föräldrarna uppskattade den värme och engagemang alla upplevde från kuratorn samt att det fanns tid för dem att få berätta detaljerat om förlossningen och olika reaktioner. De upplevde att kuratorn kunde härbärgera föräldrarnas känslor, vilket ingav ett lugn. Enligt all forskning avseende hur man skall behandla människor i kris så framgår att inledningsvis är det viktigt med att var ett hjälpjag, ge värme och ett engagerat lyssnande. Många föräldrar uppger att de i efterhand inte kunde förstå sin egen rationalitet i denna situation och förmodligen använde de sig av copingstrategier såsom ex förnekelse, självkontroll och distansering.

I intervjuerna framkommer att kuratorn, när behovet funnits, hjälpt föräldrarna med att ta kontakter med myndigheter. För några föräldrar (vars barn var fött på Mölndals sjukhus) beställdes kista av kuratorn samt var behjälpliga med att klä barnet vid kistnedläggning. Här arbetade kuratorn efter den tredelade handlingsmodellen utifrån Bernler och Johnsson teorier i psykosocialt arbete (2001). Kuratorn åstadkom förändringar i föräldrarnas situation genom egen aktion. Genom direkt styrning föreslog eller till och med ibland uppmanades föräldrarna till någon åtgärd. Kuratorn ansvarade här för intentionen och tog ansvaret för vilken slags förändringar som borde komma till stånd. Föräldrarna ansvarade för handlingen. Det framkommer i intervjuerna att kuratorn vid behov fortsatte att med motiverande och stödjande samtal påvisa vikten av att skapa många minnen av barnet. Kuratorn samtalade även med föräldrarna om att dela minne med närstående, såg barnet och var med vid olika aktiviteter såsom ex minnesstunder o.d. om det var lämpligt.

I två intervjuer framkom att kuratorn inte träffade föräldrarna så fort som de i efterhand hade önskat. Dessa föräldrar saknade fler foton av barnet och ångrade att de inte skapade fler minnen av sitt döda barn. De var ju det enda beviset på att barnet funnits, upplevde föräldrarna. Konkreta föremål har för föräldrarna blivit mycket värdefulla.

#### 5.4. Mötet med kuratorn/innehållet i samtalen

Det har framkommit att hur föräldrarna uppfattade kuratorn i första mötet varit betydelsefullt för förtroendet för kuratorn. Kuratorns erfarenheter och kunskaper i ämnet var av stor betydelse för föräldrarna, det var så gott som alla som tyckte det var oerhört viktigt. Det ingav hos föräldraren upplevelsen av stabilitet och trygghet.

Hur länge som föräldrarna gick på samtal hos kuratorn varierade mycket. Allt från endast fem samtal till att samtalskontakten varade över ett år. Två par hade tagit kontakt med kuratorn, efter avslutad kontakt, då de hamnade i en ny kris. Det som var genomgående i materialet var att kvinnorna gick på samtal längre än männen. Av de sex männen var det två stycken som tyckte att de inte behövde fler kuratorssamtal, efter att de gått på några samtal. Alla män hade vetskap om att det var möjligt att fortsätta och att även återkomma till kuratorn, vilket skedde vid något tillfälle, på kvinnans önskan. Kuratorn har enligt de intervjuade stått för strukturen, härbärgerat deras ångest, givit dem möjlighet att få prata om händelsen med någon, som de inte behövde oroa sig för att hon inte skulle orka lyssna eller bli ledsen. Kuratorn har informerat om adekvata krisreaktioner och gett dem hopp om att de kommer att komma vidare i sin kris och sorg.

Att beskriva innehållet i samtalen var för många av föräldrarna svårt att konkretisera och beskriva nyanserat. Tidsperspektivet på ca fem år tillbaka i tiden har givetvis påverkat minnet.

*Carina; Det första jag kommer ihåg av henne, det var att hon sa att man får va arg man fick bli arg Jag kommer ihåg hon frågade hur länge vi hade varit tillsammans och då hade vi varit tillsammans i åtta, nio år tror jag det var. Min man tog hand om allt med kyrkan och skattemyndigheten, registrerar namn och sånt kyrkan hela den praktiska biten. Jag var ju den svagare, sen blev det ju upp och ner, ibland föll han och då var ju den starkare. Jag var ju den som hade störts behov av få prata och älta det ur mig, jag är en ältare. Vi gick hos henne ganska ofta i början och då gav hon oss verktyg hur vi skull göra. Kuratorn var väldigt viktig, jag har inte kunnat radera henne från telefonboken. Hon betydde faktiskt väldigt mycket.*

*Fanny; Det är ju lite roligt hon är ju lite speciell men det passade ju mig.*

*Intervjuaren; På vad sätt passade hon dig tror du?*

*Fanny; Jag vet inte egentligen, jag är ju inte den som går till någon kurator och pratar och har svårt att släppa fram känslor. Men jag kände mig avslappnad när jag var hos henne. Alltid när man kom dit så frågade hon, vad vill du prata om idag och så sa man jag vet inte, efter en stund så kom det bara något. Ju mer man gick dit så kom det upp andra saker i ens liv och så rullade det på och det är jätte bra. Saker förändrades.*

*Inga; Jag behövde bara att man skulle lyssna på mig, och jag behövde liksom att någon och att den personen verkligen är här för mig, jag ville bara ha den kontakten, jag ville prata. En vän kan man också prata med, men här är det liksom, att den personen har kunskap och erfarenhet.*

En relation mellan behandlare och patient startar asymmetriskt och ojämnt, men har en intention mot ökad symmetri och jämlikhet. Relationen är en förutsättning för behandling – utan relation ingen behandling. Relationen är alltså en hjälp samtidigt om den bär hjälpen. Det bör alltid läggas ner en omsorg i relationsskapet. En behandlare skall kunna ”känna in” sin patient, att ”sätta sig in” i patientens situation men också ”känna med honom” (Bernler och Johnsson 2001). I intervjuerna har framkommit att kuratorerna har skapat en behandlingsrelation med föräldrarna samt även visat på kunskaper, empati, självkänedom (som är starkt kopplat till den empatiska förmåga) erfarenheter, vilket har skapat ett förtroende och ingett hopp om att komma vidare livet.

I denna fas hade föräldrarna kommit i reaktionsfasen och föräldern pendlade mellan motstridiga känslor, kaos och förvirring. Sorgearbetet påbörjades här. Den krisdrabbade når botten av sin förtvivlan, hjälplöshet och är utlämnad åt den definitiva händelsen (Hillgaard, Keiser, Ravn 1998). I intervjuerna har föräldrarna ofta angivit att kuratorn hjälpte dem genom att tala om att det är viktigt att strukturera vardagen, försöka ”vila från sorgen” och göra någon positiv aktivitet.

Att ”få prata” och ge uttryck för sina känslor, längtan efter det förlorade och få protestera mot det som förlorats är viktigt, vilket många av de intervjuade tyckte att kuratorssamtalen innehöll. Det är vanligt att de sörjande under en period fokuserar i sorgearbete på förlusten av drömmar, livsinnehåll och ett socialt liv (Fyhr 2003). Det är viktigt att kuratorn kan växla mellan olika förhållningssätt såsom att vara stödjande, lyssnande, konfrontativ, copingvägledare, pedagog, hjälpjag, ombud i vissa frågor och inte minst social nätverksagent.

## **5.5. Omgivningens reaktioner/stöd**

Alla intervjuade beskriver det oerhört svårt och smärtsamt att komma hem efter sjukhusvistelsen utan ett barn. Att möta andra människor var ofta svårt. Det fanns närstående och vänner som var ett stort stöd för dem, men de intervjuade beskriver även många svårigheter. De beskriver t.ex. en omgivning som tar avstånd och inte är förstående över deras sorg över barnet. Föräldrarna upplever också att för en del vänner och närstående är det en händelse som de har svårt att förstå och därigenom svårt att vara ett stöd för föräldrarna.

Många av de intervjuade beskriver hur varmt och professionellt omhändertagande de fått av såväl barnmorskor och personal från sjukhuskyrkan. Hälften av de intervjuade valde att gå med i någon stödförening och var för dem en positiv upplevelse. Att få möta andra människor som varit med om något liknande och få dela deras tankar och upplevelser var bra. För några var det mindre bra, då de upplevde att de inte var i samma fas som de övriga i gruppen och kände då ett utanförskap.

Det framgår i intervjun att kuratorssamtalen handlade om att hjälpa föräldrarna hur omgivningens reaktioner kunde förstås och hanteras samt att föräldrarna fick redskap att hantera olika situationer i det avseendet.

*Carl; Vi fick stöd för kontakten med omgivningen, reaktionerna, hur det var hemma om det var någon som vi tyckte reagerade konstigt och då kunde kuratorn förklara för oss om det var någon som inte reagerade som vi förväntade oss, så hjälpte hon oss att förstå varför.*

*Agneta; Din mamma fyllde år ingen frågade, fem veckor efter det hade hänt, ingen säger något, ingen vågade fråga. Din pappa frågade bara, om jag var sjukskriven och sa varför det!*



*Intervjuaren; Var ni med i stödföreningen?*

*Fanny; Vi var med i änglarna jag var med där, han gick inte med där, det var positivt vi träffas ju fortfarande en tjej har jag riktigt nära kontakt, skönt att ha någon som varit med om samma sak.*

*Intervjuaren; Vad var det bästa med den hjälpen?*

*Fanny; Jag tyckte det var bäst med den att bara gå dit och prata, skratta, gråta och höra vad dom varit med om.*

Föräldrarna kommer hem från sjukhuset och konfronteras med verkligheten och omgivningen. I denna fas blir det än mer tydligt för föräldrarna att det inte är en ickehändelse. Förståelsen för vad som har hänt börjar växa fram och den nya tillvaron börjar bli verklig (Fyhr 2003). Det är en händelse som de sörjer och som oavsett vad man gör eller inte gör, påverkar deras liv på något sätt.

Många vittnar om att närstående inte orkade härbärgera deras smärta och fort ”glömde” att de fått ett dödfött barn. En del föräldrar tyckte det var oerhört jobbigt att möta andra människor och förklara vad som hänt och isolerade sig inledningsvis. En del föräldrar var med om att bekanta gick över på andra sidan gatan när de mötte dem. Det kan upplevas som en andra traumatiserad upplevelse.

Socialt stöd har en gynnsam effekt på fysisk och psykisk hälsa, underlättar och bemästrar kriser och förändringar i livet. Socialt stöd har en upplevelse aspekt, en relationell aspekt och en innehållsaspekt (Rönmark 1999). De föräldrar som har haft närstående som engagerat sig tycker det varit ovärderlig hjälp, då det är människor som finns i dess närhet och på alla tider på dygnet.

Hälften av föräldrarna upplevde att vara verksam/deltagare i en ideell stödförening var mycket givande, då de fick prata med dem som haft liknande upplevelser. ”De kunde bekräfta de ovanliga känslorna på ett mycket äkta sätt - de har förstått!” Få dela sina upplevelser med andra som varit med om liknande var mycket värdefullt. Att se andra människor som varit med om liknade trauman och att de kommit vidare och fått en distans till det inträffade. Det uppstod vänskapsband mellan föräldrarna som för vissa fortfarande består.

Föräldrarna upplevde det bra att få möjlighet att samtala och sätta ord på sina tankar om omgivningens reaktioner och få stöd i att ta kontakter med stödföreningen. Det var bra för föräldrarna att få kunskap om hur en omgivning kunde reagera och få hjälp med verktyg att hantera omgivningen. Föräldrarna använde här känslomässig coping där syftet är att minska upplevelsen av stress genom att bl. a. söka stöd hos andra som varit med om något liknande (Lazarus och Folkman 1984). Kuratorn har arbetat med indirekt och direkt styrning genom att de har fått lyfta fram problemsituationer och därigenom kommit till insikt om hur de kan ändra hur de använder strategier för att möta omgivningen (Bernler och Johnsson 2001).

## **5.6. Kvinnorna och männens olika behov av stöd**

Samtala och få kunskap om kvinnors och mäns ofta olika sätt att hantera krisen och sorgen, menade några av de intervjuade var mycket värdefullt. Några av de intervjuade beskriver att männen ofta ”skjuter fram” kvinnan i samtalen. Att kvinnan fick möjlighet att samtala om det svåra som hände, menar en del män, att det hjälpte dem i sin maktlöshet och i deras upplevda utanförskap. Männen började förvärvsarbeta avsevärt mycket tidigare än kvinnorna. I viss

mån kanaliserade männen sin ledsenhet i praktiska göromål. Endast två män gick i samtal hos kuratorn under lika lång tid som kvinnan. Någon man hade ett enskilt samtal med kurator.

*Dag; Jag gick med, men som vanligt (skratt) man var med och lyssnade det är "min fru" som brukar prata.*

*Intervjuaren; Fick du utrymme?*

*Dag; Ja det fick jag, jag vet inte det var ju väldigt bra att träffa henne och prata och så men samtidigt det gav inget.*

*Dina; Men du vet ju inte vad som hade hänt om du inte var med.*

*Gerd; Det var skönt att båda ville gå dit, det tyckte jag i alla fall, det var väldigt skönt att du ville gå med och att vi tyckte det var viktigt båda två.*

*Gunnar; Det är så maktlöst står utanför på något sätt.*

*Gerd; Jag tror det är väldigt stor skillnad, ja det är ju kvinnan som får ta allting det sparkar ju inne i magen. Jag tror kanske om jag väntar barn och hade burit det här så pass länge så är det ju inget som du upplevde på det sättet och som det att föda fram, jag tror inte det går att jämföra. Innan han var född så visste dom att han inte skulle leva något längre men vår förhoppning var ju att han hade levt lite så att vi hade fått möta honom.*

*Gunnar; Jag respekterar det som varit*

*Gerd; Jag var väldigt besviken, jag hade velat titta på honom sett ögonen om det bara vara några timmar.*

*Hanna; Det var precis efteråt och han (maken) blev också sjukskriven men sen tyckte han det var skönt att få gå och jobba han vill inte att folk skall ställa frågor om hur han tog det.*

Det finns i litteraturen flera undersökningar som pekar på skillnader i hur kvinnor och män hanterar och upplevelser ett barns död. Man har funnit i vissa undersökningar att kvinnor sörjer djupare och under längre tid än männen. Männen känner ofta kravet på sig att vara starka och stödja kvinnan. Kvinnan behöver längre tid på sig att bemästra traumat. Männen vill i högre utsträckning sysselsätta sig med något praktiskt. Det stämmer väl överens med det som framkommit i mitt material. Mannen har börjat förvärvsarbete långt tidigare än kvinnan. Att det finns skillnader i copingstilar hos män och kvinnor är omtalat. Det förefaller som könsrollerna blir mer stereotypa i en sådan här krisreaktion. Männen tar sig ofta rollen som beskyddare åt kvinnan och kvinnorna tar det mesta av utrymmet i samtalen (Rönmark 1999).

Att få kunskap om mäns och kvinnors olikheter i att sörja och hantera händelsen kan ha förebyggande verkan avseende parets relation. Det framgår att kvinnorna vars män var med på många samtal, upplevde det positivt. Även om männen inte tagit eller fått så mycket samtalsutrymme i kontakten med kuratorn, hade mannen ändå varit med i processen och blivit delaktig i kvinnans berättelser i samtalen.

### **5.7. Vad var bra och till hjälp/nyttan med kuratorsstödet?**

Under detta tema fick föräldrarna uppge vad de tyckte var bra med kuratorsstödet och vad som de tyckte var mindre bra/dåligt. Genomgående i resultat avseende detta tema är att föräldrarna uppskattade och upplevde en förståelse från kuratorn samt att kuratorn hade erfarenhet genom att de mött andra föräldrar i samma situation. De uppskattade att det fanns en struktur runt omhändertagandet, men även lyhördhet utifrån hur ofta och hur länge som de kunde/önskade få stöd av kuratorn. Att få hjälp och vägledning med praktiska göromål var viktigt samt att lotsa dem i kris- och sorgearbetet. Att få möjlighet att formulera sin smärta

och sorg samt att kuratorn kunde härbärgera oron var av stor vikt. Många uttryckte att när de varit hos kuratorn kände de en lättnad, förståelse för sorgens olika skepnader och att de kände att de inte var onormala i sina sorgereaktioner.

*Bengt; Kuratorn tog tag i de praktiska sakerna jag visste inte ett dugg hur jag skulle göra jag visste inte hur jag skulle göra med begravningen och försäkringar, det var bra.*

*Intervjuaren; Var det något i kuratorskontakten som var speciellt bra?*

*Carl; Det som var bra var att det var kontinuerligt bearbetning efterhand. Kuratorn följde nog en plan, steg för steg, hon var nog väldigt duktig på att känna av var vi var i processen.*

*Carina; Ja hon var väldigt lyhörd det var efter mina behov. Märkte hon att jag behövde mer. fick man komma oftare och efteråt har jag förstått att hon ju jobbat mycket med min självkänsla. Samtalen har ju hjälpt mig att formulera mig och jag vet att jag kan klara sorger.*

*Intervjuaren; Minns ni något speciellt med kuratorskontakten ni hade?*

*Dina; Det var väl att man fick bekräftat att man inte var onormal och att alla är unika i sin sorg. Man ifrågasatte sig själv varje dag det var bra var det, att samtala om det.*

*Intervjuaren; Var det något speciellt positivt i kontakten med kuratorn?*

*Fanny; Det var väl mest att man fick bra kontakt att det kändes bra att gå dit och att det var skönt att gå därifrån. Man kände sig alltid lättad när man gick därifrån. Trodde ett tag några år efteråt att vi kanske hade problem i förhållande och då gick vi tillsammans till kuratorn igen.*

*Intervjuaren; Var det någon nytta?*

*Fanny och Fred; Det blev bra.*

I så gott som alla intervjuerna beskriver föräldrarna på olika sätt att de upplevt att de haft en positiv behandlingsrelation till kuratorn. Föräldrarna har uppskattat deras engagemang kunskap och erfarenhet. Att kuratorn genom egen aktion och direkt styrning avseende praktiska frågor har i huvudsak männen uttryckt varit till stor hjälp.

Det har varit värdefullt och positivt för föräldrarna, menar de, att ha en person som följt dem kontinuerligt genom deras kris- och sorgprocess och lotsat dem igenom krisen (verkat som en krislots). Att kuratorn genom indirekt styrning lyft fram problemsituationer med föräldern och att föräldern har fått redskap att själva komma fram till hur situationen bäst löses för att vid behov kunna få till stånd förändring, framkommer i intervjuerna (Bernler och Johnsson 2001). Under intervjuerna har det framkommit att hälften av de intervjuade någon gång efter avslutat kontakt med kuratorn på Kvinnokliniken, återigen sökt samtalsstöd då de drabbades av sorg eller kris.

## **5.8. Vad fungerade mindre bra eller var dåligt avseende kuratorsstödet?**

I intervjuerna har det nästan endast framkommit positiva omdömen av hur föräldrarna blivit bemötta och hjälpta i sin sorg och kris, vilket är mycket glädjande att de upplevde att de fått stöd och hjälp på ett bra sätt. I intervjuerna har frågan ställts vid många olika tillfällen om det var något som en kurator kunde ha gjort annorlunda eller om det var något som inte fungerade eller upplevdes bra i kontakten.

Nedan är några omdömen som var av negativ karaktär. Vid något tillfälle hade ett föräldrapar inledningsvis fått stöd av en oerfaren vikarie. Flera intervjuade menar att det skulle vara bra om mannen och kvinnan fick enskilda samtal, vid något eller några tillfällen. Det framkommer även att några föräldrapar tyckte att kuratorns arbetstider inte helt var anpassade efter föräldrarnas behov. Några av föräldrarna träffade kuratorn för sent för att bl. a. få stöd i att fatta viktiga beslut.

*Agneta; När den ordinarie kuratorn kom tillbaka och tog vid då hjälpte hon mig, men den andra kuratorn var så ung hon hade ju inga barn och kunde inte relatera till det. Det var bra ändå, men det märktes att hon inte hade så mycket erfarenhet, men hon var snäll. Vi fick ju hjälp praktiskt och hon försökte få oss att öppna oss, servetterna framme, tyckte jag var provocerande, här har ni ifall ni skall börja gråta, jag skulle bara hålla mig. Ha dom i en låda istället!*

*Intervjuaren; Är det något ni kan tänka er att kuratorn borde ha gjort annorlunda eller på ett bättre sätt?*

*Dag; Att vi fick erbjudande om egen tid.*

*Dina; Kanske mannen för sig. Att man får höra av kuratorn att ens partner inte är onormal så reaktion inte blir, att du inte sörjer lika mycket som jag! Jag tror det är viktigt att om det endast är bara fem minuter, jag tror det är viktigt att man får den chansen.*

*Hanna; Kanske hade jag behövt träffa kuratorn på kvällen. Det hände så dumt det här hände en fredag och jag fick inte träffa kuratorn förrän på vardagen. Behövde stöd att vilja ta kort på barnet. Det är svårt att ta beslut, hade jag fått träffa kuratorn kanske hon hade stöttat mig i den frågan. Då kanske hon hade hjälpt till med att de tog ett kort åtminstone på handen (barnet var missbildat, min kom.).*

Att parterna får eget samtalsutrymme skulle säkert gagna dem. Då det redan nämnts att mäns och kvinnors coping kan se annorlunda ut och att männen oftast låter kvinnan få mer samtalsutrymme.

Att få möta en oerfaren kurator i detta fall var olyckligt. Att arbeta med att stödja föräldrar i kris- och sorgearbetet efter att mist ett barn är ett svårt arbete. Stora kunskaper kan givetvis vara till stor nytta men olyckligtvis i detta fall så fungerade inte det till fullo.

Isomorfi-strategier (vilka syftar på likheter mellan kurator och föräldern) har inte kunnats användas av kuratorn vilket föräldern uppmärksammat. Föräldern blev fokuserad på att kuratorn inte hade egna barn. Kuratorn har förmodligen inte förmått/kunnat framhålla andra likheter, så en matchning har inte ägt rum (Bernler och Johnsson 2001).

Att träffa kuratorn ett par dagar efter händelsen var enligt en förälder inte bra då föräldern efterhand tror att hon kunde ha blivit motiverad av en kurator att säga ja till att barnet skulle fotograferas.

## **5.9. Nuvarande livssituation**

Alla förutom ett par av de intervjuade är fortfarande gifta alternativt sambo. Ett par separerade år 2007, vilket de anför inte har med förlusten att göra. Alla par förutom ett har fått biologiska barn, efter år 2001. Ett par har några år efter händelsen adopterat ett barn. Av de 13 intervjuade personerna är alla förutom en person i arbete/sysselsättning. I fyra fall har föräldrarna fått en förklarad orsak till varför deras barn föddes dött. Ett dödfött barn var ett IVF barn (provrörsbarn). Endast ett dödfött barn föddes med kejsarsnitt, de övriga genom

vaginal förlossning. Ett föräldrapar har vid ytterligare två tillfällen fått dödfödda barn, ett barn före 2001 och ett barn efter 2001. Fyra föräldrapar hade barn innan de fick ett dödfött barn. Föräldraparen hade alla haft en relation över två år, år 2001.

I intervjun samtalade ett par om att mannen upplevde ett utanförskap och en maktlöshet.

*Intervjuaren; Händelse något i relationen er emellan?*

*Gerd; Jag tror snarare att vi blev tätare.*

*Gunnar; Ja det blev vi.*

*Intervjuaren; Har händelsen påverkat ert förhållande tycker ni?*

*Britta; Vi har faktiskt fått det bättre.*

*Bengt; Jag har inte sett någon skillnad.*

Föräldrarna har genom sina svar på frågor och beskrivningar om deras vardag givit svar på, hur de upplever att de mår och hur de upplever sin livskvalitet, om de kan känna glädje när det händer något lustfyllt, har förmåga att uppleva tillfredsställelse, om de fungerar adekvat i sociala sammanhang och om de känner hopp inför framtiden, samt om de upplever att de bearbetat sorgen. Alla beskriver att de upplever att deras livskvalité är god och att de har bearbetat sorgen. Dock framkommer från alla de intervjuade att upplevelsen att få ett dödfött barn, har satt djupa spår i många hänseenden och att det är en händelse som varit något bortom allt annat.

*Intervjuaren Hur mår du idag?*

*Anders; Ja, det finns fortfarande med en men ja, jag mår bra. Det kan vara saker som utlöser tankarna.*

*Intervjuaren; Är det något som hindrar dig i ditt liv idag?*

*Agneta; Nä inte nu men det tog ju långt tid innan jag började jobba, ca ett år. Nu njuter jag, förr var jag sån att jag kände att jag besvärar folk med min sorg, men nu njuter jag att jag har kommit över det så, jag har kommit vidare.*

*Intervjuaren; Upplever ni i dag att ni kom igenom det här på ett bra sätt?*

*Gerd; Inte mycket rester kvar, livskvalitén har känts ok.*

*Gunnar; Ja men det har medfört föränderligt i livet. Den finns med starkt och när det finns andra situationer som man tycker är svåra eller konstiga, men med en sådan referens, erfarenhet som man inte kan läsa sig till utan måste upplevas, så är de situationerna inte så svåra.*

*Gerd; Jag tycker det blivit bättre. Man har utvecklats väldigt.*

*Gunnar; Man vet vad man kan klara av.*

*Hanna; Vi har, vad vi tror, en god livskvalité. Hade man inte fått några fler barn hade det nog varit värre, men vi hade nog adopterat.*

Alla förutom ett par är fortfarande gifta eller sambo. De som separerat har gjort det mer än fem år efter förlusten av barnet. Det är välkänt att kriser och olyckor alltid blir en svår prövning för familjemedlemmarnas inbördes solidaritet. Dock kan det i denna studie inte hänföras till att krisen förorsakat separationen. Många intervjuade uttrycker att deras relation och livskvalité är god och att de fått andra värden i livet som betyder mycket för dem. Att livet inte är en självklarhet är för föräldrarna något som de ofta tänker på. Många säger att händelsen stärkt deras relation eller inte påverkat den negativt.

Alla par har barn och alla förutom ett par har fått barn efter år 2001. Detta är förmodligen även en stor orsak till deras mående. Många av föräldrarna vittnar om att det varit oerhört

betydelsefullt att få ett barn och att det blev en del i deras bearbetning av händelsen. Önskan att få ett barn har uppfyllts så det har inte blivit någon ”dubbel sorg”, vad det kan bli om man förlorat ett barn och därefter blivit ofrivilligt barnlösa.

Alla intervjuade menar att minnena efter att de fått ett dödfött barn, inte hindrar dem i vardagen. Händelsen finns fortfarande starkt inom dem, men en försoning till det inträffade visar alla upp på något sätt. Det stämmer väl överens med Cullbergs nyorienteringsfas som avlöser bearbetningsfasen och har ingen bestämd tidsangivelse för när den upphör. En förutsättning att man har försonats med det som skett är att händelsen inte innebär något hinder i tillvaron och har blivit en del av vardagen (Cullberg 1984).

Man kan även hänföra att när man uppnått adaptation har den drabbade återfått livskraft och kan uppleva tillfredställelse och känna glädje. Samt fungera psykologiskt, socialt och känna glädje och hysa framtidshopp (Rönmark 1999). Alla de intervjuade föräldrarna uppvisar ovan kriterier. Dock vid intervjutillfället var det några som genomgick ett nytt sorgearbete, men de menade att innan den händelsen så hade de mått psykiskt bra.

### 5.10. Förbättringsförslag

Studien har utmynnat i några förbättringsförslag från föräldrarna avseende kuratorns arbete med föräldrar till dödfödda barn. De kommer att redovisas nedan.

*Carl; Då kände jag inte så stort behov av att prata, men man skulle nog vilja ha gått själv, egen tid, ja.*

*Dag; Vi fick erbjudande om egen tid, men jag tog inte den.*

*Intervjuaren; Skall kuratorn vara mera enträgna?*

*Dag; Jag tror det, det tror jag nog*

*Dina; Jag tror det är viktigt att om det endast är bara fem minuter, jag tror det är viktigt att man får den chansen det tror jag inte är helt fel att få den chansen.*

*Intervjuaren; Vad det är det något som ni kan tänka er som kuratorn kunde ha gjort bättre eller annorlunda?*

*Gunnar; Det är alltid bra med en uppföljning. Att man få träffas och prata om det som varit, när man har fått sakerna på plats och fått distans till saker. Prata om hur man har ändrat synsätt och värderingar och sånt. Uppföljning ja så där om ett halvår kanske lite längre en så men inom ett år, för frågor som hänger kvar som man inte tänkt på innan.*

Ett förslag som nästan genomgående har framkommit i intervjuerna är att föräldrarna önskat en **uppföljning med kuratorn en tid efter avslutad kontakt**. Även om föräldrarna oftast fått veta i avslutande samtalet att det var möjligt att kontakta kuratorn vid behov, menar de att det vore bättre om kuratorn tog kontakten med dem. En del uttrycker att de ”inte ville besvära” eller som i efterhand tror att det varit bra att få sammanfatta och eventuellt ställa en del frågor som inte hade ställts innan. En del har önskat i samband med intervjun att återigen få samtala med ”sin kurator” om hon fortfarande är i tjänst.

Ytterligare ett förbättringsförslag var att kuratorn är än mer tydliga med att **männen och kvinnan erbjuds enskilda samtal**. Förslagsvis skulle det kunna vara mer en självklarhet och rutin att kuratorn i en del av processen erbjuder dem enskilda samtal. Samt att kuratorn är mer enträgen och talar om att det kan vara viktigt, med den erfarenheten som kuratorerna besitter

idag. Innehållet i de samtalen kan givetvis variera och vara upp till den föräldrarnas behov i det skedet.

Kurators arbetstider var för en del föräldrar, som fött sitt barn på kväll eller helger, en nackdel menade de. Dock är det en organisatorisk fråga samt idag är det en mycket utvecklad arbetsmetod hos barnmorskorna att hjälpa och motivera föräldrar att skapa minnen av barnet. På Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus är även kyrkans personal i tjänstgöring kvällar, nätter och helger och kan träffa föräldrarna om de är i behov av samtal. Men det kan inte negligeras att en snabb kontakt med den kurator som föräldrarna skall få psykosocialt stöd av, är av vikt och gagnar det fortsatta arbetet tillsammans.

## 6. Slutdiskussion

Mitt syfte har varit att beskriva och analysera kurators arbetsmetoder i psykosocialt behandlingsarbete med föräldrar som fått ett dödfött barn och om föräldrarna upplever sig blivit hjälpta av kuratorn. Utifrån teorierna, metoden och vad föräldrarna svarat så har de bekräftat att metoden är bra och de har upplevt att de blivit hjälpta i kontakten med kuratorn. Studien har även utmynnat i förslag till förbättringar av metoden.

### 6.1. Diskussion av resultatet

Föräldrarna har generöst berättat och svarat på frågor om hur det upplevde kurators stöd utifrån den svåra händelsen att mista ett barn. Att få ta del av deras tankar och funderingar har varit en mycket lärorik och givande process.

Föräldrarnas upplevelse är att de har en **god livskvalité** i dagsläget. Det har varit ett genomgående resultat i studien. En ny dröm om framtiden har byggts upp igen, delvis i samband med bilden av den tidigare verkligheten och delvis i samband med den nya verkligheten. En ny dröm om framtiden, där det förlorade inte ingår utan annat än som minnen. De sörjande är inte längre vänd mot förut, utan mot nuet eller framtiden. Efter sorgearbete lever de drabbade med en svår erfarenhet men den hindrar inte eller förstör inte deras tillvaro mer. Sorgearbetet har varit svårt och har oftast tagit väldigt lång tid (Fyhr 2003).

I studien framkommer att föräldrarna upplevt att de **blivit hjälpta av kuratorn** att komma vidare i sitt liv. De uttrycker att de fått ett professionellt bemötande, att kuratorn har förmedlat kunskap, erfarenhet och engagemang.

Detta stämmer med den idealtypiska **behandlingsrelationen** som enligt Bernler och Johnsson förutsätter att behandlaren förmår klyva sitt engagemang helt, dvs. att vara sig själv med sina känslomässiga reaktioner och samtidigt iaktta sina egna och föräldrarnas reaktioner. Förmåga att klyva sig utmärker den erfarne och skicklige behandlaren. Närvaron innebär att hon kan uppleva och förmedla sin empati för föräldrarnas och samtidigt analysera och bedöma föräldrarnas situation och det som sker i rummet (Bernler och Johnsson 2001).

Föräldrarna visar med sina utsagor i intervjuerna att kuratorn har **använt sig av den tredelade handlingsmodellen egen aktion, direkt styrning och indirekt styrning**. Avseende egen aktion har kuratorn hjälpt föräldern med vissa praktiska göromål såsom exempelvis ringa till myndigheter. Kuratorn har genom direkt styrning visat på och förmedlat kunskap om vikten att låta närstående dela vissa aktiviteter med föräldrarna, exempelvis vid gravsättningen. I det första akuta krisstödet har föräldrarna upplevt att kuratorn har varit

mycket viktig för dem. Hon har hjälpt dem med att skapa struktur i situationen samt i samtalen. Kuratorn har förmedlat trygghet och utgjort ett vikarierande hopp och hjälpjag. Att få hopp om att sorgen kommer att klinga av, har föräldrar upplevt som oerhört betydelsefullt, då det känts outhärdligt i vissa stunder för dem. Kuratorn har informerat om relevanta krisreaktioner. Det är inte ovanligt att en person som är i kris tror sig reagera annorlunda och blir orolig för sina ambivalenta känslor som invaderar det inre känslolivet. Kuratorn har uppmärksammat föräldrarnas egna copingresurser och ibland lärt dem andra copingresurser.

Kuratorn har arbetat med indirekt styrning. Föräldrarna har själva tagit ansvar för aktionen och förändringen men kuratorn har ansvarat för processen. Det finns exempel i studien där föräldrarna upplever att självkänslan har förbättrats och redskapen att förändra saker i livet har stärkts genom stödet från kuratorn. Föräldrar upplevde att de genomarbetade sorgen. Kuratorn tog tillsammans med föräldern upp problemsituationer och genomarbetade dem, vilket har inneburit för dem positiva förändringar i det fortsatta livet.

Handlingsmodellen visar på nödvändigheten för behandlaren att inta en aktiv hållning. Grundinställningen är att behandlaren skall ta ansvar för interventionerna genom att utforma dem till medvetna strategier (Bernler och Johnsson 2001). Kuratorn kommer till föräldrarna och erbjuder sitt stöd och tar sorgen på allvar, vilket bidrar till att föräldrarna börjar tala. På det sättet sker en återupplevelse och därmed frigörs de smärtsamma känslorna och vägen till befrielse underlättas (Hillgaard, Keiser och Ravn 1998).

Specifikt vad föräldrarna uttryckte vad som var bra med kuratorsstödet var, bl.a. den praktiska hjälpen (varav flest män uttryckte det), att det fanns en struktur runt omhändertagande, såväl av dem som föräldrar och hjälpen att skapa det i vardagen. De tyckte även att det var värdefullt att få möjlighet att formulera sin smärta och sorg med någon som de upplevde kunde härbärgera oron. Samt bekräftelsen att ”man inte var onormal” i sina sorgereaktioner var en lättnad, menade en del. Något som var genomgående var att föräldrarna upplevde att de fått ett varmt och engagerat bemötande. Återigen bekräftas att relationen mellan behandlaren och föräldrarna är avgörande för utfallet av behandlingen.

Behandlingsrelationen har två sidor den medmänskliga och den instrumentella, vilket innebär en dubbelhet och ibland upplevs som en kluvenhet i rollen som behandlare. ”Mötet mellan klient och behandlare är ett yrkesmässigt och medmänskligt möte” (Bernler och Johnsson 2001 sid. 141). Vilket stämmer med resultatet.

I intervjuerna har det nästan enbart framkommit positiva omdömen om föräldrarnas uppfattning om kuratorsstödet och vad det inneburit för dem. Dock framkom att männen och kvinnorna i en del av intervjuerna, ansåg att det skulle ha varit bra om de hade fått enskilda samtal. Vid ett tillfälle fanns kritik över att föräldrarna mött en oerfaren kurator i inledningen av kontakten, även om paret var noga med att säga att hon inte varit ”dålig”. Paret märkte att när den ordinarie kuratorn kom tillbaka så fanns det en annan säkerhet och erfarenhet, som gjorde dem tryggare och mer avslappnade i kontakten.

Man kan konstatera att föräldrarna anser att de har en god livskvalitet och att de upplever att de blivit hjälpta och fått en professionell behandling i sitt kris- och sorgarbete av kuratorn. Men man kan inte dra för långtgående slutsatser om vad som har påverkat deras rehabilitering av förlusten av barnet, då det finns många faktorer, som är avgörande i en människas liv och som kan ha påverkat deras förmåga att rehabilitera sig i en svår kris.



Att ha förmåga att hantera svåra händelser kan hänföras till vilka copingresurser en person innehar och således hur personens liv tidigare har gestaltat sig och vilka förmågor som föräldern har fått och förvärvat i det avseendet enligt Rönmark (1999). Studien har inte inriktats på att undersöka, hur livssituationen var för föräldrarna då händelsen skedde, vad de hade med sig för tidigare kriser/livsvillkor och uppväxt villkor. Vilket behövs för att kunna analysera de intervjuades tidigare resurser och förmågor att hantera händelsen/förlusten.

Man kan fundera över, problematisera och fråga sig varför det i denna svåra kris och sorg inte funnits mer kritik och besvikelse över kuratorns insats. Man kan bortse från att föräldrarna är i en beroendeställning av verksamheten. Är det så att händelsens art är så svår och traumatisk att allt annat överskuggar den? Är det är en tacksam arbetsuppgift att få hjälpa föräldrarna i detta kris- och sorgearbete? Eller kan man resultatet konstatera att metoden och kuratorernas arbete med dessa föräldrar var mycket bra. Att kuratorsarbetet varit professionellt med väl anpassade metoder i kombination med stor kunskap, erfarenhet, empati och personlig beredskap. Jag menar att föräldrarnas utsagor och beskrivningar av upplevelsorna är oerhört viktiga och för dem givetvis sanningen och skall tas på allvar. Hälften av de intervjuade har efter kontakten med kuratorn tagit förnyad kontakt i form av samtalsstöd då de åter kommit i en svår situation eller kris. Några av de intervjuade har vänt sig till kuratorn på kliniken för stöd. Även några av de intervjuade har återgett i intervjuerna att de "vet att man kan bli hjälpt" av samtalsstöd. Det vittnar om att de upplevt att de blivit hjälpta och har en tro på samtalet som hjälp.

På frågan i intervjun vilka förbättringsförslag som föräldrarna har, uttryckte många att bli kallade till ett **uppföljningsamtal** skulle ha varit bra. Alla hade blivit erbjudna att ta förnyad kontakt vid behov vid det avslutande samtalet. Föräldrarna uttrycker att de skulle uppskattat att bli kallade efter en tid, för att tillsammans med kuratorn göra en sammanfattning och få ta upp problem som uppstått eller kvarstått. Att få möjlighet till ytterligare samtal med någon som varit med dem i det sorgearbetet skulle ha varit bra, menade de. Omgivningen hade då ofta gått vidare och det var svårt för föräldrarna att ta upp frågor och tankar med närstående. Vardagen hade oftast kommit och båda föräldrarna hade kanske börjat arbeta och nya problem kunde uppstå. Det var otänkbart att tänka bort det inträffade vilket omgivningen oftast hade gjort efter en tid, varför en uppföljning skulle kunna vara av stor betydelse. Enligt Rönmark (1999) förefaller stödet från närstående inriktat mot att så snart det är möjligt återställa normalstillståndet och föräldrarna skall bli som förr och återta sin vanliga roll.

Ett annat förbättringsförslag var att erbjuda **föräldrarna enskilda samtal**. Det skulle vara bra enligt många då de upplevde sig vara i olika processer i sörjandet, de sörjde på olika sätt och olika mycket. Det konstaterades att kvinnan ofta gick längre tid på samtalsstöd än mannen och fick mer egen tid. Männens beskriver att de oftast var med intensivt i början för att sedan mer och mer tunna ut kontakten. Oftast var det i samband när mannen började förvärvsarbeta, vilket ofta var ca en månad efter förlusten. Kvinnorna var ofta sjukskrivna flera månader och upp till året. Det framkom i intervjuerna att kvinnan upplevde att hon tog mycket plats i samtalet och att mannen inte tyckte sig behöva det. Under intervjuerna med männen så framkom det ofta att de tyckte att det skulle ha varit bra med något eget samtal, där hänsyn till kvinnan inte behövdes tas.

Män är mer rationella i sin sorg och förefaller inriktade på att göra något praktiskt. Trots det är samtalet ett huvudsakligt medel att bearbeta den även för män (Rönmark 1999). Behärskning och kontroll är ledmotiv i könsrollstänkande hur en man bör vara. Detta kan tyvärr leda till att män kan bli "rädda för sig själva" då okända krafter sätts igång och man

inte har fått lära sig eller har utvecklat resurser för att härbärgera ångest och smärta som kommer upp vid förlust/skilsmässa. Skillnaderna är minst påtagliga direkt efter en traumatisk händelse då både män och kvinnor har behov av att prata om det som skett. Det ges inga könsrollsaspekter om att prata eller "inte få prata" om en "hemska händelse" från gemene man. Dock har många män större svårigheter att uttrycka känslor och har en ordfattighet som hämmar (Lenner-Axelsson 1996). Ovan är generella antagande och givetvis finns det män som utvecklar liknande kvinnors beteende, likväl som det finns kvinnor som har utvecklat männens beteende i sorg.

## 6.2. Förbättringar av metoden

Förutom föräldrarnas förslag till förändringar har jag under studiens gång funderat över ytterligare förslag till förbättringar. Jag kommer nedan att nämna tre förslag.

Det första är att **erbjuda föräldraparen någon form av nätverksmöte**. Närståendes vikt och ibland avsaknad av närståendes stöd, förståelse och hjälp har ofta kommit upp i intervjuerna. Enligt min bedömning skulle det vara en bra intervention i en del av processen, för de föräldrar som önskar. Det är givetvis något som föräldraparen skall vara delaktiga i och anse kan vara till hjälp. Syftet kan bl.a. vara att inventera vilket stöd som de viktiga personerna för föräldrarna kan utgöra. En vinst kan vara att de närstående blir delaktiga och inte är främmande för den sorg som föräldraparen uppvisar, om så är fallet.

Sociala nätverket har stor betydelse i en kris och är viktig och främjar hälsa och utveckling. Forskningen inom socialt stöd har tre dimensioner, relationer och sociala band, resurser som utbyts i en interaktion och som mottagaren behöver, samt upplevelsen eller känslan hos mottagaren. Det finns ett samband mellan stöd och coping, dvs. hur närstående griper in i den drabbades egna försök att hantera situationen, t.ex vid sjukdom eller kris. Man har funnit att ett adekvat stöd tillför värdefulla resurser och förstärker ex en sörjandes förmåga till coping. Men det finns stöd som kan bli missriktade då den stödjande har egna behov av att få stödja. Samma stödhandling kan således få helt olika innebörd beroende på relationen till den sörjande och vilken förmåga den stödjande har att utgöra ett adekvat stöd i krissituationen. Behovet av socialt stöd är givetvis olika för varje individ och utifrån vilken situation den sörjande befinner sig i (Hedin 1994).

I det inledande arbetet med att stödja föräldrarna i krisen så ingår det i metoden att inventera och analysera föräldrarnas psykosociala behov och situation. Där ingår att ta reda på eventuella barns åldrar och deras reaktioner över det som inträffade. Det andra förslaget är att göra en tydlig skrivning i arbetsmetoden om vikten av att analysera och inventera eventuella **barns situation i familjen**. Att stödja föräldrarna och bistå dem avseende hur de kan hantera uppkomna situationer avseende barnens reaktioner är en självklar uppgift, samt att tillsammans med föräldrarna bedöma om barnet behöver stöd utanför familjen. Detta bör **särskilt noteras i metoden**.

Det ligger i ett barns natur att knyta an till vuxna som finns i närheten och som ger stöd och skydd. Genom band till modern och fadern utvecklar barnet en förvisning om en trygg omvärld (Larsson Holmqvist 2001). Om en förälder drabbas av en stor kris och inte finns tillgängliga för barnet i samma utsträckning som förut, såväl psykiskt som fysiskt, är det oerhört viktigt att föräldrarna hanterar det på ett bra sätt. Beroende på barnets ålder och dess egen reaktion på det inträffade, förklara och förvissa barnet om deras fortsatta kärlek. Allt för att förebygga så att barnet inte reagera med otrygghet och utvecklar en skörhet.

Det tredje förslaget är att det görs en **utvärdering** i varje enskilt fall avseende kuratorsstödet till föräldrarna, i samband med uppföljningssamtalet. Att **framarbete ett utvärderingsmaterial** kan bli ett fortsatt arbete för att utveckla metoden. Målet med en utvärdering är att metodarbetet utvecklas kontinuerligt och grundas på kunskaper och erfarenheter. Samt att utvecklingsarbetet görs tillsammans med föräldrar, kuratorer och eventuellt andra samarbetspartner.

## Referenser

- Andersson, J och Pettersson, K (2006,4) *Föräldrars upplevelse av att förlora ett barn under perinatalperioden och bemötande i vården*. FOU-rapport: Landstinget Kronoberg
- Benkel, I (2005) *"Bara att det finns någon där" - Kartläggning av socialt stöd till närstående efter att en patient avlidit på en palliativ enhet*. Göteborg Universitet  
Institutionen för socialt arbete, Magisteruppsats i psykosocialt arbete
- Bernler, G och Johnson, L (2001) *Teorier för psykosocialt arbete*. Borås: Natur och kultur
- Cullberg, J (1980) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur
- Cullberg, J (1984) *Dynamisk psykiatri*, Arlöf: Natur och Kultur
- Fyhr, G (2003) *Hur man möter människor i sorg*, Stockholm: Natur och Kultur
- Hedin, U-C (1994) *Socialt stöd på arbetsplatsen*. Göteborg: Göteborgs Universitet,  
Institutionen för socialt arbete
- Hedman, M och Johansson, N (1997) *När drömmar och förväntningar plötsligt byts mot sorg och förtvivlan*. C-uppsats Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete)
- Hillgaard, L / Keiser, L, / Ravn, L (1998) *Sorg och kris*. Stockholm: Liber AB
- Holme & Solvang (1997) *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson Holmqvist, M-B (2001) *Den blomstertid nu kommer*. Smedjebacken: Mareld
- Lazarus R & Folkman, S (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing company, Inc.
- Lenneer-Axelsson, B (1996) *Männens röster i kris och förändring*. Stockholm: Natur och Kultur
- Lundin, Benkel, de Neergaard, Johansson, Öhrling (2007) *Kurator inom hälso- och sjukvård*, Polen: Studentlitteratur
- Merriam, S B (1994) *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Nilsson, B (2002) *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv?* Avhandling Umeå  
University Medical Dissertations
- Petersson, K (2,2005) *Medicinska orsaker: Intrauterin fosterdöd*. Tidsskriften Socionomen  
Tema: När ett barn dör
- Repstad, Å (1999) *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur

Rönmark, L (1999) *Fallna löv - om coping vid förlust av små barn*. Avhandling Institutionen för socialt arbete Göteborgs Universitet

Rådestad, I (1987) *Sorgereaktioner och vård vid förlust av perinatalt dött barn*, uppsats 20 p

Rådestad, I (1987) *Att föda ett dött barn- komplikationer och välbefinnande tre till fyra år efter förlossningen*. Licentiatavhandling

Rådestad, I (1998) *Att föda ett dött barn. Vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter barnets död*, Kongl Carolinska Medico Chirurgiska Institutet

Rådestad, I (1998) *När barn föds döda*. Lund: Studentlitteratur

Säflund , K (2003) *An analysis of parents experiences and caregivers role following the birth of stillborn child*. Stockholm: Avhandling Karolinska Institutet för Danderyds sjukhus

Rönmark, L (1999) *Fallna löv Om coping vid förlust av små barn*. Floda: Zenon förlag

Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi Arbets- & Referensgrupper rapport nr 47, 2002, *Intrauterin fosterdöd*

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wallen,G (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Worlds Health Organization (Of. Rec.950, 28,17,1967,160,11, and, Annex 18, and 1976,233,18)

Föreläsning

Ekdahl Viveca, 2002-01-21. Reproduktiva kriser.

### Definition av psykosocialt arbete

Följande fem kriterier kännetecknar arbetet enligt Bernler och Johnsson (2001 sid 19-20).

1. ”Psykosociala synsättet. Allt socialt arbetet bör präglas av det psykosociala synsättet och i detta ses samspelet människa - miljö, människa – samhälle som grundläggande för såväl utveckling av personlig identitet som för skapandet och vidmakthållande av psykosociala problem. I det sociala arbetet måste individen alltid ses i sitt sammanhang och yttre och inre faktorer måste ses i ett samspel.
2. Teorier för psykosocialt arbete. Det psykosociala arbetet måste utgå från en generell teori eller ett sammanhängande teoretiskt perspektiv. Psykosocialt arbete är en systemisk och målinriktad verksamhet. För att arbeta på detta sätt krävs att man har teorier som hjälper en med såväl analys som handling. I denna teoribildning är analys och handling interrelaterade; de ingår i en helhetssyn på arbetet.
3. Metoder. Psykosocialt arbete omfattar sådana metoder eller förändringsstrategier inom socialt arbete som används i relation till individer, familjer och grupper i förebyggande eller behandlande syfte.
4. Systeminriktning. Psykosocialt arbete bedrivs med inriktningen på det sociala sammanhang/system i vilka klienten ingår och som bedöms viktiga för behandlingsarbetet. Av betydelse för det psykosociala arbetet är de processer som försiggår inom och mellan dessa olika system.
5. Handlingsmodell. Psykosocialt arbete är ett förändringsarbete som bedrivs utifrån tre olika förhållningssätt. Behandlaren åstadkommer förändringar i klientens/klienternas livssituation genom:
  - egen aktion (behandlaren tar över ansvaret för att en förändring kommer till stånd)
  - genom direkt styrning (behandlaren ansvarar för intentionen, dvs. tar ansvar för vilken slags förändring som bör komma till stånd, medan klienten ansvarar för aktionen, dvs. att handlingen utförs)
  - genom indirekt styrning (arbeta med insikts- eller medvetandeskapande tekniker). Syftet är att klienten själv tar ansvar för sin förändring, behandlaren har ansvar för processen, klienten ansvarar för intention och aktion.”

## **Minneslista för Kuratorer i samband med Intrauterin fosterdöd.**

Kurator informerar om och ger vägledning och stöd i följande frågor:

- Begravning. För SU/Mölnbalds sjukhus erbjuder kuratorerna praktisk hjälp med begravningsarrangemang och kistnedläggning. På SU/Östra sjukhus erbjuds paren hjälp av Sjukhuskyrkan med ovan. Föräldraparen kan alternativt vända sig till begravningsbyrå.
- Sjukskrivning/Föräldrapenning
- I vissa kommuner finns barnförsäkringar som ibland ger ersättning till begravningshjälp. I Göteborgs stad är alla barn och ungdomar försäkrade via kollektiv olycksfallsförsäkring hos Länsförsäkringar. Ersättning betalas även ut för barn som avlidit intrauterint fr.o.m graviditetsvecka 29.
- Andra försäkringsfrågor
- Familjerättsfrågor
- Information om föräldraföreningar

**Att tänka på om föräldrarna väljer att själva ordna minneslund/begravning av sitt döda barn.**

### **Dödsbevis**

Dödsbevis skrivs av läkare och skickas automatiskt från förlossningen till Folkbokföringen, Lokala Skattemyndigheten.

### **Intyg kremering / gravsättning**

- Ett gravsättningsintyg måste beställas från Folkbokföringen Lokala skatt och skickas till föräldrarna. Beställning av intyget kan göras av föräldrarna eller någon annan. Intyget skickas sedan till Kyrkogårdsförvaltningen, och i Göteborg är det till Kvibergs Kyrkogårdsexpedition, Kortedalavägen, 415 05 Göteborg. Vid kremering ska intyget alltid till både kyrkogårdsförvaltningen och krematoriet.
- Kopia på gravsättningsintyget kan föräldrarna ta med och ge till krematoriet samtidigt som de lämnar kistan med barnet (vid kremering).
- För foster används, istället för intyg för kremering/gravsättning, läkarintyg för omhändertagande av foster.

### **Beställningsblanket**

Beställningsblankett för gravplats eller minneslund beställs hos Kvibergs

Kyrkogårdsexpedition och kan skickas hem till föräldrarna för att fyllas i av dem. Den skickas sedan till Kvibergs Kyrkogårdsexp. Adress som ovan. Beställning av blanketten kan göras av föräldrarna eller annan. Vid kremering ska blanketten skickas eller tas med till krematoriet.

### **Namnanmälan**

- Anmälan om förnamn måste göras inom 3 månader från förlossningsdagen. Detsamma gäller anmälan om efternamn., om det är aktuellt. Det finns färdiga blanketter för namnanmälan hos Lokala skatt att skicka efter. En fritt formulerad namnanmälan från föräldrarna går lika bra. Namnanmälan fylls i av föräldrarna och skickas till Folkbokföringen Lokala skatt. Om föräldrarna ej är gifta och barnet skall ha pappans efternamn måste faderskapet fastställas.

### **Registrering av barnet på Folkbokföringen**

- Dödfött barn får inte personnummer. Föräldrarna kan få barnet registrerat på sina personbilder. De måste skriftligt begära detta genom att exempelvis skriva ned önskemålet på blanketten om förnamn som skickas till Folkbokföringen Lokala skatt.

### **Omhändertagandet av barnet**

- Föräldrarna måste ta ställning till om barnet ska kremeras eller jordbegravning.
- Barnet kommer till bårhuset och om det ska vara obduktion utförs den på Sahlgrenska sjukhuset.
- Föräldrarna har oftast klätt på barnet på förlossningen. Viktigt informera dem om, att om obduktion görs kan kläderna efteråt bli lite fläckiga. Det är i undantagsfall som obduktionspersonal tar på barnet kläderna igen. Det kan då vara bra om föräldrarna har nya kläder med sig till kistnedläggningen
- Vid kistnedläggning och vid andra besök av föräldrarna på bårhuset för att se barnet igen, måste tid för detta beställas. Kuratorn kontaktar bårhuspersonalen. Bårhuspersonal är ej med när föräldrar ser sitt barn utan kurator eller annan sjukhuspersonal måste vara med.
- Innan visningen ser kurator till att allt är i ordning inne på visningsrummet. Ta med tändstickor till att tända ljusen med i visningsrummet. Ta med sax för borttagning av band.
- Kista kan beställas av begravningsbyrå eller kan föräldrarna själva göra en kista om de önskar. Om kista beställs av Fonus begravningsbyrå tar Fonus med sig kistan till bårhuset. Kurator eller föräldrarna själva kan beställa kistan. Man kan få en namnbricka med barnets namn på kistan om man ber Fonus om det. En kista kostar c:a 700 – 800 kr. Namnbricka på kistan ingår.
- Vid kistläggningen är kurator (barnmorska om möjligt) med och hjälper föräldrarna om barnet är fött på Mölndals sjukhus. Föräldrarna bestämmer själva hur mycket hjälp de vill ha. Samtala med föräldrarna innan visningen om vilka önskemål de har. Ibland vill de själva klä sitt barn och lägga det i kistan. Eller kanske de vill att barnet är



färdigklätt innan och att barnet är lagt i kistan, vilket kurator ombesörjer. Viktigt att de vet att de exempelvis kan fotografera, lägga ned minnessak till barnet, ett gossedjur och teckning från syskon. Det måste vara brännbart material.

- När kistan med barnet stängs och skruvas igen behövs det ibland skruvas med stjärnskruvmejsel. Se till att en sådan är tillgänglig. Man kan höra innan med begravningsbyrån hur låsanordningen fungerar.
- Efter kistläggningen tar föräldrarna med sig barnet i kistan och åker själva och lämnar vid krematoriet eller kyrkogården. Detta ska de ha bestämt innan och avtalat tid med vaktmästare om de ska till en kyrka eller kyrkogård. Krematoriet är öppet vardagar till kl 15.00.

### **Begravningsceremoni**

- Föräldrarna behöver ta ställning till om de vill ha en jordfästning/minnesstund och i så fall själva kontakta präst och kyrkogårdsförvaltning om sina önskemål, och planera begravningen.
- Muslimska par tar oftast själva kontakt med en imam. Ett muslimskt gravfält finns på Billdals kyrkogård.

## **Kuratorn bör vara föräldrarna behjälplig med i den fortsatta kontakten**

- Ta emot, normalisera och härbärgera olika slags känslor som föräldrarna kommer med.
- Det är viktigt att föräldrarna får beskriva detaljer vad som hänt, det ingår i genomarbetningen/bearbetningen.
- Skapa struktur i livssituationen i vardagen (ex samtal om vikten om att planera sin dag) och runt samtalen (sammanhangsmarkera).
- Utgöra ett hjälpjag och ett vikarierande hopp. Samtala om erfarenheten om att det går att komma vidare.
- Varsamt konfrontera föräldrarna mot insikt och verklighetsanpassning.
- Hindra ”onödiga” motstånd och försvar som kan begränsa eller föröda fortsatt utveckling/anpassning. (Ex att överaktivera sig, inte sjukskriva sig, ”fly”)
- Analysera och arbeta för relevant stöd för den krisdrabbade i relation till närstående och övriga berörda.
- Förhindra desperat coping och kumulativa kriser, kris konkurrens eller konfliktupptrappning mellan närstående. (ex. kan bli konflikter mellan anhöriga om vem av de anhöriga som vet mest och eller vem som ”mår sämst” av det inträffade. I sådana situationer kan föräldrar behöva vägledning och stöttning)
- Förmedla relevanta kunskaper kring krisreaktioner.
- Göra bedömning av ev. psykosociala problem som har samband med krisen.
- Viktigt att påpeka att man behöver vila från att sörja och försöka hitta positiva aktiviteter, kunna/få känna glädje som möjliggör att hämta kraft.
- Medvetandegöra vilka copingstrategier föräldrarna har. Resonera om vilka konsekvenser det har för dem och eventuellt lära dem andra copingstrategier (kognitivt förhållningssätt) - förmedla och bidra till konstruktiv coping.

### **Teman under dessa samtal är bl.a.**

- Återkommande fokusering på förlossningsupplevelsen och barnet
- Gå igenom förlossningsjournalen med förlösande barnmorska
- Symptom på stress - känslor av tomhet, maktlöshet, ilska, trötthet och koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, ångest. Sorgen tar sig många olika uttryck.
- Sorg övergående till vemod
- Vrede/ilska övergående till försoning
- Längtan – saknad
- Skuldkänslor (har jag gjort allt rätt)
- Kontroll och försvar (ofta brist på kontroll men peka på vad de faktiskt har kontroll över)
- Innebörden av projektförlust (minnenas betydelse)
- Parrelationen, manligt och kvinnligt, skillnader i sorgprocessen
- Föräldraskapets – ambivalens – motiv till att få barn - glädje
- Omgivningens reaktioner, stöd och avsaknad av stöd
- Framtiden, nytt barn



## **INFORMATION TILL DIG OM STUDIEN ATT UTVÄRDERA KURATORNS INSATS.**

Bästa.....

Hänvisar till telefonsamtalet då kurator.....frågade er/dig om att delta i en studie/utvärderingen. Jag tackar på förhand för möjligheten att kontakta dig/er.

Jag vill på detta sätt ge en kortfattad information om min studie/upsats som ingår i en avslutande del av magisterexamen i socialt arbete med inriktning på psykosocialt arbete. Samt informera hur insamlade uppgifter kommer att användas.

### **Syfte**

Studien avser att utvärdera kuratorns stöd/kontakt med föräldrarna för att beskriva vilken form av stöd de har fått, få klarhet i vad som fungerade väl, vad som fungerade mindre bra samt vad som behöver förändras/förbättras för att så långt det är möjligt ge ett optimalt stöd i sorgen.

### **Studiens genomförande**

Studien är retrospektiv (tillbakablickande). De tänkta intervjuade föräldrarna var patienter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under år 2001. Du/ni kommer att intervjuas om nuvarande livssituation (familj, sysselsättning, välbefinnande) och dina tankar om mötet med kuratorn och dess nytta, samt om du/ni har förslag till förbättringar. Intervjun beräknas ta ca 1,5 timma.

### **Fördelar – risker**

Studiens resultat kan förhoppningsvis ge en ökad kunskap om vilka olika behov som föräldrarna har, om kuratorns insatser uppfyller förväntningar och behov, samt förslag till förbättringar. För dig/er som deltar kan tankarna om hur sorgen var upplevas tungt. Det finns möjlighet till samtalsstöd om behovet skulle uppstå.

### **Hantering av material, deltagande**

Du kan när som helst avbryta ditt deltagande, avstå från att svara på frågor eller avbryta intervjun utan förklaring.

Jag vill gärna använda bandspelare vid intervjutillfället då det är lättare för mig att dokumentera vad som sägs under intervjun samt underlättar mitt fortsatta arbete. De insamlade uppgifterna behandlas konfidentiellt under sekretess och förvaras på ett sådant sätt att en obehörig inte kan ta del av dem. Vid utskriften av intervjuerna kommer vissa uppgifter som ex namn att ändras så att du inte kan identifieras av utomstående. Efter utskrift raderas bandet.

**Ansvarig**

Ansvarig för studien är kurator/auktorerad socionom Lena Österman, Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Är det något du undrar över så kontakta mig på tel 031-34 26 306, ([lena.osterman@vgregion.se](mailto:lena.osterman@vgregion.se)), eller min handledare fil dr Ulla-Carin Hedin, Göteborgs Universitet, tel 031-7861591 ([ulla-carin.hedin@socwork.gu.se](mailto:ulla-carin.hedin@socwork.gu.se)).

Jag kommer ringa för att förhöra om du/ni önskar medverka och om så är fallet bestämma tid och plats för en intervju.

Tack för din medverkan

Lena Österman  
Kurator på Kvinnokliniken  
Området för Särskilda Specialiteter  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Blå Stråket 6  
413 45 Göteborg



## **SAMTYCKE**

### **DELTAGANDE I STUDIEN ATT UTVÄRDERA KURATORSSTÖD**

Deltagandet i studien är helt frivillig. Du har rätt att när som helst avbryta ditt/ert deltagande utan att behöva ge något skäl.

Om du/ni har frågor kan du kontakta Lena Österman, Kvinnokliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansvarar för studien.

**Jag/vi har tagit del av patientinformationen.**

**Jag/vi ställer mig/oss positiv till att delta i studien.**

**Jag/vi ställer oss positiva att bli intervjuade och kommer att bli uppringda för att avtala tid och plats.**

**Jag/vi samtycker att mina/våra personuppgifter behandlas som jag blivit informerad.**

Göteborg den            /            2007

.....  
Underskrifter

.....  
Namnförtydligande

Lena Österman  
Kurator Kvinnokliniken  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Blå Stråket 6  
413 45 Göteborg  
031-34 26 306

## **TEMA/INTERVJUGUIDE**

### **NUVARANDE SITUATION**

Parförhållandet

Barn ? hur gamla?

Boende

Arbete/sysselsättning/försörjning

Fritid

Nätverk

### **HÄNDELSEFÖRLOPPET/FÖRLUSTEN**

Hade ni misstankar om att ngt var fel

Vilken vecka? IVF?

Vem informerade om att barnet var dött

Åkte ni hem efter beskedet?

Fanns det hopp om att det levde?

Förlossningen, framfödande, kejsarsnitt?

Psykisk smärta/fysisk smärta

### **PRAKTISKT STÖD (direkt aktion/styrning)**

När och var träffade ni kuratorns första gången

Minnesmaximering/skapa minnen ex Hårtofs, Foto, Fotavtryck

Mötet med barnet

Anhöriga såg ngn barnet, vilka?

Vem, vilka förde fram vikten av ovan?

Hur länge var ni kvar på sjukhuset?

Information/ praktisk hjälp?

### **Efter sjukhusvistelsen**

Hur var det att komma hem?

Möta omgivningen? bemötandet

Kistnedläggning, Klädde barnet, Begravning/ceremoni, Annons

Sjukskrivning hur länge (föräldraledig)

### **SAMTALSSTÖD (indirekt styrning)**

Kuratorns stöd - Hur länge varade kontakten? Hur ofta? Relationen till kuratorn

Vad var fokus på samtalen upplevde ni?

Var samtalen till hjälp i sorgen?

Bearbetning, (kris, sorg, vrede, förtvivlan, likgiltighet, förlikning, nytt hopp)

Skillnad i bearbetningen mellan mannen och kvinnan?

Vad kommer du mest ihåg av samtalen?

Var det något speciellt som var bra/blev positivt i kontakten med kuratorn?

Var det något som fungerade dåligt?

Är det något ni ångrar som inte blev gjort, sagt?

### **STÖD AV OMGIVNINGEN**

Hur såg den ut?

Vad var bra?

Var det något som fungerade riktigt dåligt?

### **HUR BLEV DET SEN?**

Hur mår ni idag

Bearbetat sorgen?

Har ni behövt ytterligare stöd? av vem?

Livskvalitefrågor;

Har du/ni förmåga till energi i vardagen

Känna glädje när det händer något lustfyllt

Hopp inför framtiden, bryr sig om att planera

Fri från smärtan och bedrövelse

Förmåga att uppleva tillfredställelse

Fungerar adekvat i sociala sammanhang i olika roller ex som partner, förälder och i övriga samhället

### **FÖRSLAG PÅ FÖRBÄTTRINGAR**