

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Med livet kommer döden
– psykologers arbete med döden inom mödra- och
barnhälsovården**

Agnes Lilja Löwenmark

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Hösttermin 2020

Handledare: Mats Eklöf

Med livet kommer döden – psykologers arbete med döden inom mödra- och barnhälsovården

Agnes Lilja Löwenmark

Syftet med studien var att undersöka hur psykologer inom mödra- och barnhälsovården möter döden i sitt arbete, hur de arbetar med detta samt hur de hanterar det. Fem legitimerade psykologer verksamma inom mödra- och barnhälsovården rekryterades för att intervjuas. Intervjumaterialet analyserades genom tematisk analys. Analysen resulterade i två huvudteman, ”Med livet kommer döden” och ”Sanna möten”. Döden var ett närvarande ämne inom patientarbetet i mödra- och barnhälsovården, i form av dödsångest, frågor i föräldraskapet och förlust. Deltagarna ansåg att det var ett viktigt, givande och stundtals tungt ämne att arbeta med och tog även upp uppdragets begränsningar. I diskussion lyfts cykler av undvikande, det speciella med perinatal förlust och sorg, vad psykologer kan bidra med samt deras behov.

Irvin Yalom (1980) menade, i ett arbete om existentiell psykoterapi, att döden är en ursprunglig källa till ångest och därmed en primär källa till psykopatologi. Trots detta såg Yalom (1980) att döden lyste med sin frånvaro inom det psykologiska fältet, både inom forskning, teori och praktik. Detta motsägs av Kastenbaum och Costas (1977) översikt där de gick igenom olika psykologiska perspektiv på döden genom tiderna. De menade att döden började studeras på allvar inom psykologin på 1950-talet och att det således var ett väletablerat fält (Kastenbaum & Costa, 1977).

Robert och Tradii (2017) redogjorde i sin översikt om dödsförnekande för hur Freud banade vägen för idén när han skrev att människor vet att döden existerar men betar sig som att den inte gör det. Freud menade även att vi behöver förbereda oss för att dö för att kunna leva (Razinsky, 2013). Dock skrev Freud också att vi inte har förmågan att föreställa oss vår egen död (eftersom vi i föreställningens värld fortfarande överlever som åskådare) och att döden således inte existerar i vårt undermedvetna (Robert & Tradii, 2017). Freuds synsätt var en av inspirationerna till teorin om att det moderna samhället är fundamentalt dödsförnekande som växte fram under 1950-talet (Robert & Tradii, 2017). Psykologins forskning om döden fokuserade främst på teorin om dödsförnekande fram till 1970-talet då dödsrelaterade studier växte starkt och mycket kritik väcktes då gentemot dödsförnekandeteorin (Robert & Tradii, 2017). Trots en mängd kritik på både metodologiska och teoretiska grunder samt studier som visar på motsatsen så kvarstår enligt Tradii och Robert (2017) narrativet om dödsförnekande.

Döden studeras också inom ett eget tvärdisciplinärt fält, kallat tanatologi (Chapple et al., 2016). Inom tanatologin studerar man hur döden och döendeprocessen uppfattas och definieras världen över, sorg och teorier kring sorg, ritualer och beteenden relaterade till döden samt sociala faktorer påverkan på föregående ämnen (Chapple et al., 2016). I mina erfarenheter under utbildning och praktik har dödens psykologi ägnats relativt lite utrymme och uppmärksamhet. Under min praktik inom mödra- och barnhälsovården lade

jag märkte till att döden var närvarande där på ett sätt som jag inte hade föreställt mig tidigare. Jag blev därför intresserad av att utforska området närmre.

Döden kan betraktas som ett existentiellt faktum vi alla på ett eller annat sätt behöver förhålla oss till (Chapple et al., 2016). Rädsla och ångest inför döden kan handla om flera närliggande men olika saker. Vissa rädslor kretsar kring själva händelsen att dö, hur det kommer gå till och ifall det kommer vara smärtsamt (Yalom, 1980). Dessa rädslor handlar alltså om ens personliga död. Stiwne (2018) skrev i en antologi om existentiella frågor relaterat till psykisk hälsa att tiden för när vår egen död kommer ske och hur dödsprocessen kommer se ut är ovetbar och okontrollerbar men samtidigt omöjlig att undvika. En annan aspekt som kan väcka rädsla och oro handlar om hur det kommer gå för ens nära och kära efter man har dött (Yalom, 1980). Dessa rädslor relaterar mer till oro om andra snarare än ens egna person. Yalom (1980) menade att kärnan av dödsångest utgörs av en tredje aspekt; rädslan inför att sluta existera, att inte längre kunna erfara något eller utföra något. Strang (2018) menade att detta är skrämmande eftersom livet är det enda vi känner till och döden blir därmed något som vi per definition inte kan få kännedom om.

Det finns många olika uppfattningar och idéer om vad döden är, när döden sker och vad som händer efter döden (Chapple et al., 2016), men det är omöjligt att veta helt säkert. Belfrage (2018) beskrev hur ångest ofta uppfattas som något sjukligt i vår tid och som därför bör behandlas. Dock menade han att ångesten inför döden inte går att behandla eller bli av med eftersom det är något vi behöver möta förr eller senare (Belfrage, 2018). Chapple et al. (2016) menade också att de flesta människor inte behöver professionell hjälp med att möta sin egen död eller förlust och sorg. Det finns alltså inget sätt att bemästra eller undvika döden och kanske inte heller ett behov att göra det. Detta betyder inte att alla tankar på döden är av ondo. Yalom (1980) menade att döden kan bidra positivt till livet genom att ge livet vikt och betydelse, utgöra katalysatorn till viktiga personliga förändringar och öka känslan av autenticitet.

I en bok om graviditetens psykologi beskriver Brodén (2004) hur föräldrablivandet är en viktig övergångsperiod i livet. Hon definierade en övergångsperiod som en period av förändring som främst innefattar omstrukturering av identiteten (Brodén, 2004). I sin bok om att bli mor gick Stern m.fl. (1998) ett steg längre och beskrev hur omställningen till föräldraskapet innefattar att som kvinna gå in i en helt ny psykisk organisation. Den nya organisationen innefattar att behöva hantera den fruktan som kommer med att vara ytterst ansvarig för ett helt liv, barnets liv (Stern m.fl., 1998). Brodén (2004) beskrev hur omställningen till föräldraskapet kan aktualisera existentiella frågor och funderingar kring liv och död. Döden och dödsångest kan aktualiseras under föräldrablivandet på olika sätt. Förlossningen kan medföra oro och rädsla över om barnet ska överleva (Brodén, 2004). Brodén (2004) listade även anledningar kvinnan kan vara rädd för egen del inför förlossningen, däribland fanns rädslan att dö, rädslan att skadas, gå sönder, tappa kontrollen, komma in i ett gränsland, etc. I sin studie fann Brodén att döden kunde ingå i orsakerna till att kvinnor sökte professionell hjälp under graviditeten. Sökorsakerna inkluderade svårigheter på grund av en tidigare förlust av barn, rädsla från tidigare traumatiska förlossningar samt förlust av viktiga närstående under eller innan graviditeten (2004).

Att död i samband med föräldrablivandet kan medföra psykologiska negativa följder bekräftas av ett antal studier. I en studie om perinatal depression, vilket innebär depression som uppstår under eller efter graviditet, fann man att förlust av en familjemedlem var associerat med ökad risk (Gaviria, Duque, Vergel & Restrepo, 2019). Hunter, Tussis och Macbeth (2017) fann i sin metastudie att erfarenheten av perinatal förlust var associerad med högre grad av rapporterad ångest och depression under efterföljande graviditeter. Perinatal förlust definierades i den studien som missfall, abort till följd av allvarliga missbildningar, dödfödsel och död strax efter förlossningen (Hunter m.fl., 2017). Erfarenheter av död i samband med föräldrablivandet kan på så sätt leda till behov av professionell psykologisk hjälp.

I Sverige finns det psykologer inom mödra- och barnhälsovården (MBHV) som arbetar specifikt med de psykiska problem och frågor som kan uppstå i och med föräldrablivandet och den första föräldratiden. MBHV-psykologerna arbetar på primärvårdsnivå med ett folkhälsofrämjande syfte (Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, 2018). Det ingår i deras uppdrag att utföra kortare psykologiska interventioner och ge föräldrastöd till gravida och föräldrar som är i behov av dem (Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, 2018). På så sätt kan MBHV-psykologer komma i kontakt med ärenden där döden eller dödsångest i samband med föräldrablivandet spelar en central roll.

En översikt av Callan och Murray (1989) fann att föräldrar ofta upplevt att de inte fått det stöd de behövt från vården efter en förlust av ett dödfött eller nyfött barn, så kallad perinatal död. De kom fram till att terapeuter som arbetar med sådana ärenden kan behöva stötta patienterna genom att hjälpa dem genom sorgprocessen, ge psykoedukation kring vanliga reaktioner på sorg, hjälpa patienterna att mobilisera sitt nätverk och agera kommunikatör med annan vårdpersonal (Callan & Murray, 1989). I sin studie fann Cacciatore och Thieleman (2019) också att föräldrar ofta inte får det stöd de behöver efter en perinatal förlust och kom med liknande rekommendationer till vårdpersonal. Dessa studier utgick från patienternas behov och hade inte med terapeuternas upplevelser eller perspektiv. Ett par studier har undersökt upplevelser hos vårdpersonal av att arbeta med perinatal död. Två översikter kom båda fram till att sådant arbete kan ha en stark påverkan på vårdpersonalens psykiska välmående och att det behövs mer utbildning och stöttning inom verksamheterna för att hjälpa dem att hantera detta (Gandino, Bernaudo, Fini, Vanni, & Veglia, 2017; Shorey, André, & Lopez, 2017). Ingen av dessa studier inkluderade dock psykologer.

Flertalet studier har undersökt hur det är att arbeta med döden som psykoterapeut, bland annat inom palliativ vård (Treggaleles & Lowrie, 2018) och inom sorgeterapi (Breen, 2011), men ingen som jag har hittat har fokuserat just på arbetet med perinatal död. Det fanns alltså inga studier jag kunde hitta i förberedelsen till det här arbetet som specifikt hade tittat närmare på hur det är för psykologer att arbeta med död och dödsångest i samband med patienternas föräldrablivande.

Syftet med studien var att undersöka hur psykologer inom mödra- och barnhälsovården möter döden i sitt arbete, hur de arbetar med detta samt hur de hanterar det. Eftersom det inte finns så mycket tidigare forskning valde jag att ha en bred och utforskande ansats. Frågeställningarna för studien var: Hur möter MBHV-psykologer

döden och dödsångest i sitt arbete? Hur arbetar de med döden och dödsångest? Hur påverkas de av arbetet med döden och dödsångest?

Metod

Deltagare

Deltagarna i studien var fem psykologer inom mödra- och barnhälsovården i Göteborgsområdet. Rekryteringen gick till genom att en förfrågan om deltagande skickades till verksamhetschefen för en psykologenhet för mödra-och barnhälsovården (MBHV) i Göteborgsområdet. Verksamhetschefen vidarebefordrade deltagandeförfrågan till hens anställda. Av de trettio psykologer som fick förfrågan svarade totalt fem att de var villiga att delta. Urvalet var således ett bekvämlighetsurval.

Deltagarna bestod av fem kvinnor som alla var verksamma inom MBHV vid tillfället för intervjun. Ålder, utbildning och antal år av erfarenhet inom yrket varierade men samtliga deltagare hade arbetat inom MBHV i mer än 5 år. Samtliga deltagare var legitimerade psykologer.

Instrument

Data samlades in genom en semistrukturerad intervju. Anledningen till detta var att utgå från samma frågor till alla deltagare och samtidigt ha friheten att följa deltagarnas svar och ställa följdfrågor. Intervjuguiden bestod av ett antal frågor som ställdes till alla deltagare, samt varierande följdfrågor och fördjupande frågor (se Bilaga 1). Alla deltagare ombads ge exempel på situationer där döden aktualiserats i deras arbete samt hur de arbetat med de situationerna. Deltagarna tillfrågades också om deras upplevelse av att arbeta med ämnet. Den första och sista frågan ställdes alltid i samma ordning. Ordningen på frågorna där emellan varierade från intervju till intervju. Exempel på huvudfrågor var: "Hur tycker du det är att arbeta med det här ämnet?". Utöver huvudfrågorna i guiden ställdes följdfrågor med syfte att fördjupa eller klargöra deltagarnas svar. Exempel på följdfrågor var: "Hur tänker du kring döden som psykolog?", "Brukar du arbeta enligt någon specifik metod?".

Tillvägagångssätt

Intervjuerna genomfördes under en fyraveckorsperiod hösten 2020. Sextio minuter avsattes för varje intervjutillfälle, inklusive information och samtyckesförfrågan. Fyra av intervjuerna genomfördes personligen på deltagarnas respektive arbetsplats, en av intervjuerna genomfördes digitalt via ett videokonferensprogram. Längden på de slutgiltiga intervjuerna var i genomsnitt 35 minuter (från 24 till 48 min). Ljudet från intervjuerna spelades in för framtida transkribering. Innan intervjun fick varje deltagare läsa ett papper med information om studien. Pappret beskrev studiens syfte, vad som förväntades av deltagarna, hur lång tid intervjun beräknades ta, information om hur inspelningen och datahanteringen skulle gå till, deltagarnas frihet att när som helst avsluta sitt deltagande samt deras möjlighet ta del av det slutgiltiga resultatet. Deltagarna fick

skriva under att de tagit del av information och gett sitt samtycke att delta i studien. Efter detta följde de semistrukturerade intervjuerna.

Dataanalys

Valet av metod motiverades av att jag ville utforska erfarenheter av arbete med döden inom MBHV och kunna svara på frågeställningarna med ett detaljerat djup. Ansatsen till studien var att ha en delvis induktiv och deduktiv position. Induktiv på så sätt att jag ville hålla mig nära materialet i min analys och deduktiv på så sätt att jag fokuserade analysen utifrån mina frågeställningar och hade med mig min förförståelse in i analysen. Min förförståelse bestod främst av de teorier som nämnts i inledningen. Efter intervjuerna transkriberades materialet, varpå analysen påbörjades. Analysen var en tematisk analys som följde de sex steg Braun och Clarke (2006) beskriver i sin artikel. Ansatsen för analysen var att först koda materialet på en mer semantisk nivå för att sedan göra mer tolkningar när metakoder och teman skapades. Materialet lästes först igenom flera gånger och därefter påbörjades kodningen. Först gjordes en initial kodning där meningsfulla delar av data markerades med utgångspunkt i frågeställningarna. Dessa koder namngavs och definierades. De initiala koderna sattes sedan ihop till metakoder baserat på hur koderna relaterade till varandra. Under processen jämfördes koderna tillbaka med råmaterialet för att säkerställa att det inte skedde förvrängningar eller bortfall. Nedan följer exempel på kodningsprocessen.

Tabell 1

Exempel på kodningsprocessen

| Metakoder | Koder | Rådata exempel |
|--|--------------------------------|--|
| Viktigt med egen reflektion kring döden som psykolog | Behöver ha koll på en själv | "... man behöver ha lite koll på sig själv och sin egen kanske också dödsångest." |
| | Behöver tänka på döden | "Det här med, jag tror det är svårt att jobba som psykolog och aldrig ha tänkt på döden till exempel." |
| Hur pratar man med barn om döden | Ärendetyp: Hur prata med barn | "...nu har morfar dött vi vet inte hur vi ska prata med barnen..." |
| | Tala sanning med barn/ej mörka | "Jag brukar framförallt säga att man ska säga sanningen, men man har ingen anledning att säga hela sanningen utan man anpassar den till en ganska enkel nivå och sen inte försöka överinformera heller..." |

Utifrån metakoderna skapades preliminära teman baserat på hur metakodernas innehåll hängde ihop med varandra. Denna process resulterade i tre huvudteman med 3 underteman vardera. Därefter granskades dessa i enlighet med Braun & Clarke (2006)

genom att undersöka om de stämde med data samt om de var intern homogena och externt heterogena. Efter granskningen kvarstod två huvudteman med tre underteman för det första huvudtemat och två underteman för det andra huvudtemat.

Resultat

Frågeställningarna inför arbetet var: Hur möter MBHV-psykologer döden och dödsångest i sitt arbete? Hur arbetar de med döden och dödsångest? Hur påverkas de av arbetet med döden och dödsångest? Analysen resulterade i två huvudteman med tre underteman under det första huvudtemat och två under det andra, se Tabell 2 nedan för en översikt. Temana är strukturerade efter den första frågeställningen om hur psykologerna möter döden och de två senare frågeställningarnas svar finns invävda i båda temana.

Tabell 2

Överblick över tema och undertema

1. Huvudtema: Med livet kommer döden

1.1 Föräldraskap medför existentiell ångest.

1.2 När barnen undrar.

1.3 En komplicerad sorg.

2. Huvudtema: Sanna möten

2.1 Viktigt att döden ges utrymme.

2.2 Uppdragets begränsningar bidrar till problem och etiska konflikter.

1. Med livet kommer döden

Ett framträdande tema i intervjuerna var att *döden är en del av livet och oundvikligen så*. Psykologerna som deltog beskrev att döden dyker upp som ämne i ärenden inom mödra- och barnhälsovården (MBHV) på flera sätt. Det kan handla om rädsla och oro att patienten själv eller någon annan ska dö under graviditeten, förlossningen eller under föräldraskapet. Det förekommer också att personer drabbas av förlust och sorg som leder dem till att söka psykologhjälp, eller att tidigare sorg aktiveras på nytt. Några uttryckte att det är ett *vanligare ämne än vad man kanske väntar sig inom MBHV*, både som patient och som psykolog.

*”... det här med att föda och liv är väldigt kopplat till död, tänker jag. /---/
Och det tror jag att också väldigt många föräldrar och gravida är väldigt förvånade över.” (Psykolog 2)*

Psykologerna menade att döden eller rädslan för döden oftast finns med i sökorsaken om det blir aktuellt i kontakten men att man ibland kan behöva fråga vidare lite innan det benämns. Flera psykologer påpekade att de sällan själva tar upp döden eller dödsångest. *Döden kan dock finnas i bakgrunden i samtalen* utan att det tas upp direkt. En deltagare sa att det ibland kan finnas något magiskt förbjudet över det och att man som psykolog då behöver göra det talbart.

”... man märker nästan att de inte vill säga ordet /.../ som att det är lite magiskt och att man kanske måste säga det till slut för att våga prata om det. /.../ Men det är ju inte så att jag frågar alla föräldrar /.../ om det inte är det som är, man förstår det ingår på något sätt.” (Psykolog 5)

1.1: Föräldraskap medför existentiell ångest. Flera deltagare pratade om att rädslan och oron inför *döden kan komma som en chock* för många när de blir föräldrar. Det beskrivs som att föräldraskapet väcker nya existentiella frågor, tankar och rädslor på ett sätt som man kanske inte hade väntat sig innan. Dödens realitet kan plötsligt bli väldigt påtaglig.

”... många som aldrig ens har liksom tänkt på döden eller reflekterat över det /.../ kommer ett liv så kommer också döden in samtidigt på något konstigt sätt.” (Psykolog 5)

Psykologer pratade om att omställningen till föräldraskap bland annat ofta medför en stark känsla av ansvar över den nya bebisen. Föräldern inser att de nu *bär ansvaret för en annan människas liv* och att det är upp till dem att skydda barnet och förse det med vad det behöver. Detta kombinerat med det existentiella faktum att döden är oviss och bortom vår kontroll kan väcka mycket ångest, oro och vånda. Rädslan och oron kan gälla både att barnet ska dö eller att föräldern ska dö från sitt barn.

”... det [dödsångest] är inte ovanligt heller bland nyblivna föräldrar /---/ som är lite tagna av den här omställningen /---/ Rädslan att man själv ska dö ifrån sitt barn, för det är ju något av det mest förbjudna man kan göra på något sätt, det får liksom inte hända.” (Psykolog 4)

Många av deltagarna menade att de rädslor inför döden och den dödsångesten som kan väckas i och med föräldraskapet är normalt och något som ingår i föräldraskapet. Det beskrevs som om *det kunde vara en del av våra ursprungliga instinkter* som människor. En deltagare påpekade att graviditet och förlossning är skeenden som medför tydliga hälsorisker för både den födande och barnet. Några deltagare spekulerade om att även om modern medicin minskat mödra- och barndödligheten betydligt så är det inte otänkbart att oro och rädsla associerat med föräldraskapet finns kvar i våra instinkter. De pratade om att en förhöjd beredskap i form av oro och rädsla kan hjälpa människan att förbereda sig på det kommande ansvaret, vilket i sin tur kan bidra till mänsklighetens överlevnad.

”... det här att föda barn i sig, även om det är väldigt tryggt och väldigt säkert i Sverige nu så har det ju inte alltid varit så /.../ realiteten är ju att väldigt många dör när de föder barn. /---/ när man träffar sin bebis för första gången till exempel att man ser liksom hur vackert men också hur skört det är på något sätt och vis.” (Psykolog 2)

Utöver att normalisera och arbeta med att försöka stå ut med och acceptera ovissheten och bristen på kontroll betonade flera deltagare vikten på att *våga ändå*. Våga närma sig barnet, våga lita på kroppen eller våga hoppas på att det kommer gå bra, trots oron och rädslan. Flera psykologer pratade om att *hitta balansen* mellan att acceptera och utforska dödsångesten och oron och samtidigt inte helt fastna i katastroftankar eller bli paralyserad av sin ångest. De betonade också vikten av att *inte försöka undvika känslorna eller tankarna* då det sällan fungerar att försöka kontrollera sin oro på det sättet.

”...det handlar väldigt mycket om rädsla att inte ha någon kontroll vad som händer i magen och inte ha någon kontroll vad som händer uppe på förlossningen. /---/ ändå våga närma sig barnet och skapa en relation till det oavsett om man är rädd för att förlora det eller att man själv ska dö.”
(Psykolog 1)

1.2: När barnen undrar. Alla deltagarna hade erfarenheter av att frågor kring hur man kan hjälpa barn genom sorg eller förklara döden för dem kom upp. Hur man kan prata med barn om döden och hur man kan möta barns frågor beskrevs också som en del av föräldraskapet. Det *ingår i barnens utveckling att skapa sig en förståelse för döden* och de existentiella frågor som hör till döden, därmed blir det också något man behöver hantera som förälder. Några psykologer menade att det kan upplevas väldigt konfronterande och obehagligt för föräldrarna när barn nämner döden eller börjar ställa frågor om döden.

”... frågor kommer jag dö någon gång? /.../ Men det är ju också teman som kommer upp. Att barn i 4-5-6-årsåldern, de förstår ju någonstans att de kommer att dö.” (Psykolog 2)

När det handlar om att prata med barn om döden så betonade samtliga psykologer vikten av att uppmuntra patienterna till att våga prata med sina barn om det, svara på deras frågor, förklara på ett tydligt sätt och att säga sanningen. Den gemensamma inställningen för alla deltagare var att man inte bör använda abstrakta omskrivningar eller försöka mörka sanningen på andra sätt. Några talade också om att man kan förklara för barn att det finns olika sätt att se på döden och vad som händer efter döden, att man kan tro olika men att det inte är någon som vet säkert. En psykolog menade också att det oftast är *vuxna som tycker det är svårt att prata om döden, inte barnen*. Några deltagare pratade om hur det kan vara viktigt att förklara för patienter att barns sorgprocess kan verka konstig för vuxna då den kan yttra sig lite annorlunda. Till exempel kan barn gå in och ut ur sorgen på ett mer märkbart sätt och till synes glömma vad som hänt där emellan. Barn kan också gå och leta efter personen som dött eller bilda egna förklaringar för vart personen tagit vägen.

”... man ska säga sanningen, men man har ingen anledning att säga hela sanningen /.../ Hellre ta det i omgångar och framförallt vänta på frågor. Många kan ju bli väldigt förvånade när de pratar med sina barn och så får de ett liksom 'ahopp, kan jag gå och leka nu?' till svar. Och så kan det komma långt senare att det har väckt någonting eller att det kommer frågor och så. /---/ För barn krånglar ju sällan till det, det är ju vi som gör det.” (Psykolog 4)

1.3: En komplicerad sorg. Ett annat vanligt sätt som döden kommer in i arbete som MBHV-psykolog är *när patienten har varit med om någon form av förlust*. Alla deltagare nämnde flera sådana situationer. Det kunde handla om förlust av barn, både under graviditeten och under småbarnsåren, eller förlust av en partner eller förälder i samband med föräldrabilivandet. Flera deltagare beskrev faktorer som kan komplicera förlusten och sorgen. En sådan var *en upplevd press att vara glad* och försöka lägga sorgen åt sidan, något som kunde yttra sig som en rädsla för den egna sorgen. Bilden av att vissa patienter verkar tycka att det finns något förbjudet eller *farligt med att gå in sin sorg* återkom i materialet. Det beskrevs som problematiskt när patienten försöker undvika eller kontrollera de egna känslorna. En psykolog beskrev det på följande vis:

"...då är det en del kvinnor som /.../ blir så rädda för sin egen sorg. Och för döden. /---/ de försöker tränga bort tankarna på det /---/ de själva bestämmer sig för att nu så är allting bra, jag har fått en levande frisk bebis och nu så [gör ett scht-ljud] försöker vi stänga dörren till det här "döden" som har varit där och närvarande hela tiden. /.../ det blir liksom antingen eller." (Psykolog 1)

När flera av psykologerna som intervjuades beskrev hur de arbetar med ämnet betonade de vikten av att *vara i känslan som är* och inte undvika. Det beskrevs som viktigt att hitta balansen mellan sorgen och glädjen och att tillåta sig själv att ha de känslorna man har. Känslorna försvinner inte genom att man undviker dem eller försöker tränga bort dem.

"Det kan jag tycka är svårt när jag vet att men du måste ha med dig döden in i livet här på något sätt för att det ska bli bra på riktigt. /---/ på sikt så är ju det [undvikandet] ohållbart /.../ en jätteångest." (Psykolog 1)

Bilden av att *sorgen ofta blandas med skuld* återkom i materialet. Deltagarna beskrev att det ofta blir en krock mellan liv och död, glädje och sorg, när patienter är mitt i eller står inför en förlust samtidigt som de får barn. De motstridiga känslorna kan skapa skam och skuld hos patienterna. I de situationerna menade psykologerna att det är viktigt att försöka hitta en balans och att tillåta de känslor som kommer utan att döma sig själv. Det beskrev också att *omgivningen ofta kan vara oförstående* eller oförmögen att ge det stöd patienten behöver. Psykologer menade att det ibland kan handla om att personer i omgivningen tycker det är jobbigt att prata om döden och sorg eller att de tycker att patienten borde komma över sorgen snabbare. På så sätt kan patienten känna skam och skuld både utifrån och inifrån.

"...så är det väl med sorg generellt, /.../ att den är randig, att man går i och ur den. /---/ det tycker jag ofta är väldigt hjälpsamt för patienterna, att man får öppna upp för glädjen utan skuld. /---/ det betyder inte att man sörjer mindre, det är bara att man kan inte vara i det här svåra tunga hela tiden." (Psykolog 4)

2. Sanna möten

Ett annat tydligt tema i materialet var deltagarnas upplevelser av att arbeta med döden och dödsångest. Arbetet med döden beskrevs som speciellt och annorlunda än

andra ämnen. Många betonade att det var givande och intressant att arbeta med döden men att det stundtals kunde vara *tungt att bära*. Några deltagare beskrev att det blir speciellt att arbeta med döden eftersom det *slår an något universellt* som vi alla kan dela.

"... det är en känsla som vi alla kan ha /.../ vi vill ju inte dö [skratt] /.../ vi kan alla vara rädda för att dö om det händer någonting eller hända ens barn någonting..." (Psykolog 5)

Döden beskrevs av deltagare som ett ämne som *berör och kan påverka psykologerna på ett personligt plan*. En psykolog menade att man behöver tänka på hur man påverkas av arbetet och att det kan vara bra att ha luft kring tunga besök av den anledningen. En deltagare betonade vikten av att själv reflektera kring döden och sin egen dödsångest.

"... jag tror det är svårt att jobba som psykolog och aldrig ha tänkt på döden /---/ man behöver ha lite koll på sig själv och sin egen kanske också dödsångest." (Psykolog 2)

Även om de flesta av psykologerna uttryckte att ämnet kan vara tungt berättade de alla att de samtidigt tycker att det kan vara intressant och givande. En av deltagarna uttryckte det som att *döden fördjupar livet*. En annan deltagarna tyckte att det var enkom positivt att arbeta med döden. Ord som "givande", "intimt" och "viktigt" användes för att beskriva hur psykologer kände inför arbete med döden och dödsångest.

"... de är också väldigt sanna och nära /---/ det blir väldigt intimt /.../ man skalar bort allt det här utanpå. Det spelar ingen roll vem du är och hur du är utan det här är något så primitivt, på något sätt en sådan djup känsla." (Psykolog 4)

2.1: Viktigt att döden ges utrymme. Några deltagare uttryckte att det är särskilt givande att arbeta med ämnet eftersom de upplever att det *finns ett stort behov av att få prata om döden, sorg och sin dödsångest*. De tyckte det var fint att MBHV kunde erbjuda det utrymme att tala om det. Flera deltagare berörde att det *kan finnas ett tabu* kring att prata om döden. Patienterna kan känna sig hämmade när det kommer till att prata om döden både på grund av en egen inställning eller på grund av ett tabu de uppfattat från sin omgivning.

"Jag märker att det finns en sådan längtan om att få prata om döden hos människor /---/ så jag tycker oftast att finns någonting befriande med att kunna prata om döden. /---/ Och att mina patienter i det blir väldigt lättade i att möta en person som inte har problem med det utan som kan /.../ vara i döden tillsammans med dem." (Psykolog 1)

Även om deltagarna ofta pratade om döden i sitt patientarbete så var det flera som anmärkte att det kan vara ett ämne som inte kommer upp så ofta i deras yrkesliv utanför patientarbetet, exempelvis under utbildningen eller under fortbildningsdagar och arbetsmöten. Detta beskrevs som förvånande och underligt. Flera deltagare uttryckte att de hade önskat att man talade mer om döden och dödsångest inom yrkeskåren, andra menade att det kunde vara bra för verksamheten.

”...det dyker ju upp i våra samtal på ett eller annat sätt ganska ofta /.../ det är ju inte så att vi pratar jättemycket om det /---/ man kanske skulle behöva mer, prata mer om det /.../ hur ska man prata med de patienterna som kommer med de här frågorna” (Psykolog 5)

2.2: Uppdragets begränsningar bidrar till problem och etiska konflikter. De som inte är inskrivna på mödravårdscentral eller barnavårdscentral ingår inte i MBHV-psykologers uppdrag. Några psykologer nämnde att det kan uppstå problem och etiska konflikter på grund av detta då *patienter kan riskera att falla mellan stolarna* och inte ha tillgång till stöd. Det kan exempelvis gälla de som har fått upprepade missfall och de som inte vågar gå in i en graviditet över huvud taget även om de egentligen vill det. För dessa patienter finns andra vårdinstanser men några av psykologerna menade att det är synd att den särskilda expertisen MBHV-psykologer har inom ämnet inte kommer till sin nytta för patienterna då.

”Jag tycker att det är synd att det inte ingår i vårt uppdrag /---/ det är så många som inte söker och som inte får stöd efter att ha förlorat barn. /---/ har man fått hjälp med förlusten så har man gjort jättemycket jobb inför nästkommande graviditet.” (Psykolog 1)

Det förekom också att psykologer hade jobbiga erfarenheter av att behöva avvisa patienter eller avbryta kontakter för att följa riktlinjerna. Det var även flera deltagare som gav exempel på tillfällen då de gjort undantag gentemot riktlinjerna för att kunna göra det som kändes etiskt rätt för dem. En deltagare berättade att det ibland uppstår missförstånd med samverkansparter. I dessa fall hamnar båda patienterna och psykologerna i kläm.

”... det kräver en otrolig ansträngning att söka hjälp när man är i kris och sorg. Å man vill inte avvisa om man inte måste. /---/ trots att det här egentligen är glasklart så hamnar vi ibland i att de hänvisar till oss när de egentligen borde hänvisa till sjukhuset. Och då blir det jättesvårt tycker jag.” (Psykolog 4)

Diskussion

Syftet med min studie var att undersöka hur psykologer inom mödra- och barnhälsovården möter döden i sitt arbete och hur de hanterar det. Resultatet visade att psykologer inom mödra- och barnhälsovården (MBHV) möter död och dödsångest relativt ofta i sina patientärenden. Det beskrevs också under tema ”Med livet kommer döden.” att detta kunde upplevas som oväntat och förvånande. Oftast fanns döden med i sökorsaken men det kunde även finnas i bakgrunden. Detta stämmer överens med hur Yalom (1980) menade att döden alltid finns närvarande som en sorts grundångest. Att föräldrablivandet kan vara en tid då denna ångest aktiveras stämmer också överens med Brodés (2004) och Sterns (1999) iakttagelser. Samtidigt beskrivs detta som något förvånande, både för studiedeltagarna och för patienterna de möter. När det handlar om dödsångest kanske detta kan förstås utifrån att dödsångest i relation till föräldrablivande verkar vara ett relativt outforskat område. I den litteratur som handlade specifikt om döden jag fann inför arbetet nämndes inte föräldrablivandet som en livshändelse som aktiverar existentiell ångest eller dödsångest. Rädsla inför döden eller dödsångest

nämndes i litteraturen om föräldrablivande, fastän i mycket liten utsträckning. I studiet av döden och dödsångest verkar inte föräldrablivande komma upp, men att dödsångest kan vara aktuell i och med föräldrablivandet observeras i litteraturen om föräldrablivande. Är det något särskilt som gör att livshändelsen föräldrablivande verkar saknas från studiet av dödsångest? Kanske är det bara ett hittills utforskat område, men även det väcker frågan om varför.

Generationscykel av undvikande

Det skulle kunna vara att det finns ett större motstånd att tänka på döden i samband med skapandet av nytt liv. Samtidigt kommer tankar och frågor om döden komma upp, om inte för föräldrarna själva så för barnen. Kastenbaum och Costa (1977) menade att barns uppfattning om döden ingår i utvecklingen av deras världsuppfattning och att det därmed inte utgör en speciell, avskild del av deras utveckling. De ställde sig kritiska till idén att barn inte skulle kunna förstå död och att det skulle vara skadligt för barn att prata om döden (Kastenbaum & Costa, 1977). Tema ”När barnen undrar.” pekar också på att barns uppfattning av döden är en utvecklingsuppgift och således en föräldrauppgift. Hur föräldrar vägleder sina barn genom detta kan i sin tur bidra till att fostra nästa generations uppfattning om döden.

Det nämndes i resultatet att det sällan är barnen som tycker det är svårt att prata om döden utan att det är svårt för de vuxna. Detta kanske kan förstås utifrån att vuxenvärden generellt vill skydda barnen från realiteter av livet som är obehagliga eller farliga. Det kanske också är så att föräldrar helt enkelt tycker det är för svårt att associera sina barn med döden på något sätt över huvud taget och därför hellre undviker att prata om det. Kastenbaum och Costa (1977) pekade också på dessa möjliga förklaringar bakom vuxenvärldens motstånd till att prata om döden med barn.

Det skulle också kunna vara att det helt enkelt är svårt att prata om döden eftersom det är ett ämne vi inte har några enkla svar eller förklaringar kring. I vår sekulariserade samtid har de förklaringarna man använt historisk förlorat inflytande och det som kvarstår är kanske bara att förklara döden som ett icke-varande. Men vad är icke-varande? Kanske är det en psykiskt omöjlig uppgift att föreställa oss och förstå icke-varande på samma sätt som Freud menade att det var psykiskt omöjligt att föreställa sig döden (Razinsky, 2013).

När föräldrar själva har svårt att formulera hur de tänker kring och föreställer sig döden följer det naturligt att det också blir svårt att förmedla något till barnen. Om barnen möter att föräldrarna blir obekväma till följd av barnens naturliga utforskande av existentiella frågor kanske det i sig kan ha en hämmande eller skrämmande effekt. Föräldrarna kanske själva har liknande erfarenheter från när de var små, vilket i sin tur gör det svårare att prata om döden när själva blir föräldrar. Om föräldrar istället kunde prata om det kanske man istället kan dela det obehag och den ångest som döden kan väcka med varandra, vilket i sin tur kan göra det lättare för alla att bära. Även om det enda man kan prata om och bära tillsammans är ovissheten.

Det unika med perinatal förlust och sorg

Studiet av döden och dödsångest har ofta fokuserat på när personer själva står inför döden eller hur personer hanterar sorg efter en förlust (Chapple et al., 2016). I dessa

fall kan man tänka sig att döden går att tala om och studera eftersom den blivit ett oundvikligt faktum. Även vid perinatal förlust har döden blivit ett faktum. Man kan tänka sig att perinatal förlust kanske fungerar likt annan sorg, men studierna på perinatal förlust pekar på att det finns unika aspekter som kan behöva tas i beaktning. Att omgivningen kan vara oförstående återfanns både i mitt resultat, under tema ”En komplicerad sorg”, och i studier av Callan och Murray (1989) och Cacciatore och Thieleman (2019). Det beskrevs som att stödet från människor i omgivningen kan avta innan föräldrarna känner att de bearbetat förlusten (Callan & Murray, 1989). Människor kan även möta en oförstående attityd från vårdpersonal (Cacciatore & Thieleman, 2019). Jag fann inga studier som undersökt hur bemötandet från vårdpersonal ser ut i Sverige men om det kan vara på liknande sätt här så tyder det på att det kan vara viktigt att ha möjligheten att bearbeta dödsfrågor med en psykolog.

Under tema ”En komplicerad sorg” beskrivs det också som att patienter ibland har ett motstånd till att tänka på döden och gå in i förlusten för att istället fokusera på livet. Det verkar finnas en press på att vara glad och fokusera på det som är positivt som kan komma både från omgivningen och föräldern. Det kan också upplevas rent av skrämmande eller farligt att tänka på förlusten och gå in i sorgen. Även här kan möjligheten att kunna prata med en psykolog vara av betydelse för personers välmående.

Är det något speciellt med perinatal död som gör att omgivningen är mindre förstående eller att det känns mer förbjudet att sörja? Något som är speciellt med perinatal död är att det är en reell förlust som skett, samtidigt har barnet som dött inte riktigt hunnit bilda relationer med människor eller kunnat visa vem de är eftersom ett ofött barn eller dödfött barn aldrig levt utanför livmodern. För föräldrarna finns det ofta en rik och detaljerad bild och fantasi om hurdant barnet är och hur deras liv kommer se ut, något Brodén (2004) beskriver i detalj. För dem har ett helt potentiellt liv gått förlorat, drömmar gått i kras och samtidigt har de lämnats med mycket få, om några, glada minnen av barnet att ha kvar och minnas. För omgivningen kanske det kan vara svårt att förstå magnituden av vad som förlorats eftersom de inte haft samma bild av barnet och relation till det. Att den sörjandes upplevelse kan krocka med omgivningens förväntningar är känt, samt att detta kan ha konsekvenser för den sörjande (Chapple et al., 2016). Här kan psykologer spela en viktig roll för patienterna genom att dels erbjuda ett utrymme att sörja, normalisera sorgen och bidra med förståelse kring varför omvärlden reagerar som den gör.

I omgivningen kan det också finnas en vilja att ”lösa” de sörjandes förlust genom att uppmuntra dem att gå vidare genom att fokusera på ett nytt barn. Tema ”En komplicerad sorg” indikerar att föräldern också kan känna den här pressen att undvika tanken på det förlorade barnet för att istället fokusera på ”livet”. Det är som att det finns något förbjudet eller tabu med att beblanda barn och död, både när det gäller förlust av barn, övergången till föräldraskap och att prata med barn om döden. Även här kan psykologen assistera genom att inte gå i fällan att ge råd eller försöka ”lösa” sorgen eller bidra till att trycka undan känslor. Vikten av att prata om döden och att tillåta sig sörja återkommer i resultatet. Under tema ”En komplicerad sorg” beskriver en deltagare att det också skapar ångest att inte tänka på döden och sörja en förlust. Det går alltså inte att undvika ångest genom att undvika tankarna och känslorna kring döden, utan vägen framåt verkar vara att gå igenom det.

Psykologens behov och bidrag

Vikten av att prata om döden återkommer i tema "Viktigt att döden ges utrymme" där deltagarna beskriver att det är positivt att man kan erbjuda ett utrymme att tala om döden inom mödra- och barnhälsovården (MBHV). Det uttrycks att det finns ett stort behov att tala om döden samtidigt som det också kan finnas ett tabu. När psykologerna beskriver sin upplevelse av att arbeta med döden återkommer en liknande kontrast. Under tema "Sanna möten" används ord som givande, viktigt och intimt för att beskriva hur det är att arbeta med dessa ärenden. Samtidigt kan man se i tema "Viktigt att döden ges utrymme" att döden inte är ett ämne som verkar komma upp så ofta i deltagarnas yrkesliv utanför patientarbetet och eventuell handledning gällande dessa ärenden. Det är en intressant kontrast att det verkar finnas en dragning till att prata om döden hos både patienterna och psykologerna samtidigt som ämnet lyser med sin frånvaro utanför terapeut-patientmötet.

Att arbeta med döden i ärenden beskrevs i tema "Sanna möten" som något speciellt för att det slår an något universellt som vi alla kan dela. På så sätt kan man tänka sig att dessa ärenden kan ha en särskild påverkan på psykologernas egna mående, eftersom det är något de kan relatera till. Detta stämmer överens med vad Gandino m.fl. (2017) och Shorey m.fl. (2017) fann i sina metastudier av vårdpersonal (dock ej psykologer). I enlighet med ovanstående studier kan man därför tänka sig att det är viktigt att verksamheter som MBHV kan erbjuda sina arbetande adekvat stöd och utbildning för att arbeta med död och dödsångest. Psykologer inom MBHV kan också bidra med sin kunskap och erfarenhet gällande att arbeta med döden till andra yrkesgrupper inom verksamheten. Det skulle kunna bidra till en ökad öppenhet för att kunna prata om döden och dödsångest i andra delar av MBHV, i de fall där det inte redan finns ett sådant utrymme. I tema "Uppdragets begränsningar bidrar till problem och etiska konflikter" beskrevs också hur psykologer kan hamna i etiska konflikter till följd av uppdragets begränsningar. Kombinerat med behovet av att kunna prata om döden och bearbeta förluster i samband med föräldrablivande som diskuterats ovan belyser detta vikten av att det finns verksamheter i samhället där det finns plats för patienter att få stöd vid behov, samt att det finns tydliga samarbeten och riktlinjer dem emellan. Det är viktigt att sträva efter att psykologer inte ska hamna i etiska konflikter och att patienter inte ska falla utanför vårdkedjan och gå utan stöd på grund av organisatoriska gränsdragningar.

Studiens begränsningar

Studien begränsas av att det var ett mycket litet deltagarantal och att deltagarna alla kom från samma verksamhet med liknande demografisk bakgrund. Det går därmed inte att göra några generaliseringar utifrån resultatet utan studien skall helst tolkas som en begynnande utforskning av ett relativt utforskat område. Det är också möjligt att jag har missat viktig tidigare forskning i mitt förarbete. Utöver detta kan det finnas teorier eller verk som jag antingen inte stött på eller valt att inte ha med i mitt arbete vilka kan anses vara relevanta för arbetet. Resultaten av analysen och efterföljande diskussion har påverkats av min förförståelse och mitt sätt att tolka och förstå underlaget. Även intervjuförfarandet informerades av min förförståelse och den efterforskning jag gjorde innan datainsamlingen start. Det är därför viktigt att betona att studien inte kan tolkas som

objektiv eller utan subjektivitet. Min relativa brist på erfarenhet gällande forskningsförfarande kan också ha haft en påverkan på metodiken och dess resultat.

Framtida forskningsförslag

Då mitt arbete syftade till att utforska ett relativt outforskat område hade jag en bred ansats. Detta lämnar utrymme för vidare fördjupning. Det vore intressant att utforska närmare hur föräldrablivandeperioden hänger ihop med dödsångest och andra existentiella frågor. I mitt arbete beskrivs det att föräldrablivande kan aktualisera dessa frågor, men i hur stor utsträckning sker detta? När och varför blir det ett problem för personerna? Det vore också intressant att vidare utforska perinatal död och förlust på ett mer fenomenologiskt plan. De studier som jag fann har ofta studerat perinatal död med en mer deskriptiv ansats. Frågan vad, om något, som är unikt med just den här typen av förlust och sorg skulle därför kunna vara aktuell. Djupare studier på hur man som psykolog bäst kan arbeta med dessa typer av ämnen skulle också kunna vara av intresse. Generellt vore det också bra med större studier och studier med andra typer av metodologi inom ämnet för att bredda kunskapsbasen och understödja generaliseringar.

Referenser

- Belfrage, L. (2018). Existentiell hälsa, andlighet och sökandet efter mening – exemplet sårbarhet i prästämbetet. I D. Stiwne (Red.), *Existens och psykisk hälsa: om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa* (s. 133-158). Lund: Studentlitteratur.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Breen, L. J. (2011). Professionals' Experiences of Grief Counseling: Implications for Bridging the Gap between Research and Practice. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 62(3), 285-303. doi:10.2190/om.62.3.e
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter: En tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cacciatore, J., & Thieleman, K. (2019). Normal Complications and Abnormal Assumptions After Perinatal Death. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(1), 6-12. doi:10.1097/nmc.0000000000000486
- Callan, V. J., & Murray, J. (1989). The Role of Therapists in Helping Couples Cope with Stillbirth and Newborn Death. *Family Relations*, 38(3), 248. doi:10.2307/585048
- Chapple, H. S., Bouton, B. L., Chow, A. Y., Gilbert, K. R., Kosminsky, P., Moore, J., & Whiting, P. P. (2016). The body of knowledge in thanatology: An outline. *Death Studies*, 41(2), 118-125. doi:10.1080/07481187.2016.1231000
- Gandino, G., Bernaudo, A., Fini, G. D., Vanni, I., & Veglia, F. (2017). Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 65-78. doi:10.1177/1359105317705981
- Gaviria, S. L., Duque, M., Vergel, J., & Restrepo, D. (2019). Perinatal depressive symptoms: Prevalence and associated psychosocial factors. *Revista Colombiana De Psiquiatría (English Ed.)*, 48(3), 166-173. doi:10.1016/j.rcpeng.2017.09.011

- Hunter, A., Tussis, L., & Macbeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, 153-164. doi:10.1016/j.jad.2017.07.004
- Kastenbaum, R., & Costa, P. T. (1977). Psychological Perspectives on Death. *Annual Review of Psychology*, 28(1), 225-249. doi:10.1146/annurev.ps.28.020177.001301
- Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård. (2018). *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård*. Hämtad 2020-12-21 från <https://www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/foreningen/Nationell-malbeskrivning1/>
- Razinsky, L. (2013). *Freud, psychoanalysis and death*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robert, M., & Tradii, L. (2017). Do we deny death? I. A genealogy of death denial. *Mortality*, 24(3), 247-260. doi:10.1080/13576275.2017.1415318
- Shorey, S., André, B., & Lopez, V. (2017). The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 68, 25-39. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007
- Stern, D. N., Bruscheiler-Stern, N., & Freeland, A. (1999). *En mor blir till: Hur moderskap förändrar dig för all framtid*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stiwne, D. (2018). Det är inte lätt att leva väl – erfarenheter från en existentiell terapipraktik. I D. Stiwne (Red.), *Existens och psykisk hälsa: om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa* (s. 89-110). Lund: Studentlitteratur.
- Strang, P. (2018). Existentiell kris och kroppsliga symptom hos döende – hur ser sambandet ut?. I D. Stiwne (Red.), *Existens och psykisk hälsa: om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa* (s. 159-175). Lund: Studentlitteratur.
- Tradii, L., & Robert, M. (2017). Do we deny death? II. Critiques of the death-denial thesis. *Mortality*, 24(4), 377-388. doi:10.1080/13576275.2017.1415319
- Treggalles, K., & Lowrie, D. (2018). An exploration of the lived experience of professional grief among occupational therapists working in palliative care settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(4), 329-337. doi:10.1111/1440-1630.12477
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Bilaga 1

Intervjuguide

1. Kan du berätta om en situation där döden aktualiserats i ditt arbete?
Följdfråga: Hur arbetade du med den situationen?
2. Finns det någon annan situation när ämnet aktualiserats? Även mer indirekt (ifall de inte nämnt sådana situationer)?
Följdfråga: Hur arbetade du med den situationen?

Fortsätter med dessa frågor tills deltagaren inte kommer på fler situationer.

3. Hur kommer ämnet upp?
4. Hur tycker du det är att arbeta med det här ämnet?
Följdfråga (om något negativt i svaret): Hur hanterar du det?
5. Någon specifik aspekt som du tycker är extra svår att jobba med?
Följdfråga: Hur gör du för att hantera det?
6. Är det något mer du kan komma på som du vill säga?

Ovanstående frågor ställdes till alla deltagare. Utöver dessa ställdes frågor med syfte att fördjupa något av deltagarnas svar. Exempel på sådana frågor är listade nedan.

- Hur pass vanligt tycker du ämnet är i ditt arbete?
- Hur tänker du kring döden som psykolog?
- Upplever du att ämnet är tabubelagt?
- Brukar du arbeta enligt någon specifik metod?
- Pratas det för lite om döden, generellt eller professionellt?
- Hur brukar du hantera det när det finns organisatoriska gränser för vad du får göra?