



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Hur man hjälper i den tysta sorgen

—

en kvalitativ studie om hur kuratorn arbetar med patienter som fått tidiga missfall.

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare : Frida Gudmundsson och Madeleine Hall

Handledare: Gunilla Framme

Abstract

Titel: Hur man hjälper i den tysta sorgen – en kvalitativ studie om hur kuratorn arbetar med patienter som fått tidiga missfall.

Författare: Frida Gudmundsson och Madeleine Hall

Nyckelord: kris, kurator, missfall, metodbeskrivning.

Uppsatsen är ett uppdrag av en enhetschef inom kvinnosjukvården. Syftet är att beskriva hur kuratorerna arbetar med patienter som fått tidiga missfall. Vi har utgått från följande frågeställningar för att uppnå vårt syfte:

- Hur ser kuratorskontakten ut med avseende på innehåll och struktur?
- Vilka strategier och samtalstekniker använder sig kuratorerna av?

Uppsatsen är en kvalitativ studie där vi intervjuat fem kuratorer som är verksamma inom kvinnosjukvården. De har alla erfarenhet av att arbeta med patienter som fått tidiga missfall. Vi har valt att använda oss av Cullbergs kriteori och Bernler och Johnssons teori för psykosocialt arbete som teoretiska perspektiv.

Tidiga missfall kan i vissa avseenden uppfattas som en tyst sorg då människor i samhället inte pratar så mycket om ämnet. Sorgen tas inte alltid på allvar av omgivningen då det kan anses vara något naturligt. Uppmuntrande ord från omgivningen kan innebära att patienten inte får utrymme att sörja. Därför är kurators arbete mycket betydelsefullt som motvikt. *Hur* man konkret hjälper i denna tysta sorg råder det otydlighet om. Metodbeskrivningar av hur sjukhuskuratorn arbetar finns det i dagsläget få av. Denna uppsats är ett försök att ge viss struktur i hur sjukhuskuratorn arbetar med en specifik patientgrupp. Vi tänker att det är viktigt att i framtiden skapa tydliga beskrivningar av kuratorsarbetet för att tydliggöra kuratorsrollen. Denna uppsats blir förhoppningsvis ett litet steg i denna riktning.

Kuratorn får oftast kontakt med patienten i den akuta krisen men även när det gått ett tag efter missfallet och patienten befinner sig i en låst reaktionsfas. Samtal är det vanligaste innehållet i kuratorskontakten men kuratorerna ger även olika typer av praktisk hjälp. Vi har funnit att kurators arbete med patienten ofta är ”här och nu” inriktat och handlar om kortare kontakter på ca 1-5 tillfällen. Hur kuratorerna väljer att avgränsa sitt uppdrag skiljer dem till viss del åt, några kuratorer avgränsar specifikt till missfallet i samtalskontakten. Andra kan fortsätta att arbeta med patientens andra problemområden vilket ibland resulterar i en lång kontakt. Kuratorerna anser att det i början är viktigt att bara lyssna och erbjuda ett tillåtande klimat där patienten får uttrycka sig fritt. Därefter använder de sig bland annat av följande samtalstekniker som vi i uppsatsen beskriver utförligare: sammanhangsmarkeringar, att fungera som containing function, isomorfi- och anisomorfi strategier, omtolkningar samt hur man visar på det normala i krisen. Vi har även belyst andra medvetna strategier som kuratorerna använder sig av i sitt arbete exempelvis hur man ska få med mannen i samtalet då det ofta är kvinnan som söker kuratorskontakten.

Förord

Vi vill börja med att tacka er kuratorer som vi har intervjuat för att ni med visat intresse och trevligt bemötande tagit er tid att svara på våra frågor. Vår uppsats bygger på era svar vilka har varit mycket betydelsefulla och intressanta att ta del av. Vi vill också tacka Viveca Ekdahl Lindgren för visat förtroende och för tips inför uppsatsarbetet.

Vi vill även tacka vår handledare Gunilla Framme för inspiration, goda råd och idéer på vägen. De har varit värdefulla för vår uppsats.

Göteborg, december 2007.

Frida och Madeleine

1	INLEDNING.....	1
1.1	VÅRT UPPDRAG	2
1.2	VÅR FÖRFÖRSTÅELSE	2
1.3	DEFINITION MISSFALL (SPONTAN ABORT).....	2
1.4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	2
2	METOD	3
2.1	VAL AV METOD	3
2.2	URVAL	3
2.3	GENOMFÖRANDE.....	4
2.3.1	<i>Litteratur och materialsökning</i>	<i>4</i>
2.3.2	<i>Intervjuguiden och intervjusituationen</i>	<i>4</i>
2.3.3	<i>Bearbetning och tolkning av material.....</i>	<i>5</i>
2.3.4	<i>Analysmetod.....</i>	<i>5</i>
2.4	ETISKA ÖVERVÅGANDEN	6
2.5	STUDIENS KVALITETSASPEKTER.....	7
3	TIDIGARE FORSKNING	9
4	TEORETISKA PERSPEKTIV	10
4.1	KRISTEORI.....	10
4.1.1	<i>Krisens olika faser</i>	<i>11</i>
4.1.2	<i>Krisstöd.....</i>	<i>12</i>
4.2	TEORI FÖR PSYKOSOCIALT ARBETE	13
4.2.1	<i>Analys av patienten och dennes situation</i>	<i>14</i>
4.2.2	<i>Den tredelade handlingsmodellen</i>	<i>14</i>
4.2.3	<i>Strategier och samtalsmetoder.....</i>	<i>15</i>
5	INTERVJUSVAR MED ANALYS OCH TOLKNING	16
5.1	KURATORSKONTAKTENS STRUKTUR OCH INNEHÅLL	16
5.1.1	<i>Kontaktens aktualisering</i>	<i>16</i>
5.1.2	<i>Strukturen på kontakten:.....</i>	<i>17</i>
5.1.3	<i>Kontaktens innehåll</i>	<i>19</i>
5.1.4	<i>Att arbeta med patienten och hennes relationer till omgivningen.</i>	<i>21</i>
5.2	TEORIER, STRATEGIER OCH SAMTALSTEKNIK	23
5.2.1	<i>Teorier</i>	<i>23</i>
5.2.2	<i>Strategier och samtalsmetoder.....</i>	<i>24</i>
6	SAMMANFATTNING	27
7	SLUTDISKUSSION.....	28
	REFERENSER	30
	LITTERATUR	30
	AVHANDLINGAR	30
	C-UPPSATSER.....	30
	INTERNET	30
	BILAGA 1 - INTERVJUGUIDEN.....	31

1 Inledning

Utifrån våra erfarenheter av detta uppsatsarbete så pratas det inte så mycket om missfall eller för den delen om tidiga missfall. Det saknas till och med idag exakt statistik över hur många missfall som inträffar årligen¹. Det finns dock siffror som indikerar att hela ca 60 % av de graviditeter som befinner sig i den första månaden slutar i missfall. I de efterföljande månaderna anges siffror mellan 20 och 30 %².

Även om många kvinnor upplever ett missfall som en sorg över ett förlorat barn så innebär det olika konsekvenser för olika kvinnor. Några går hem och klarar sig igenom sorgen på egen hand eller med stöd och hjälp av anhöriga. Vissa kanske inte ens ser det som en sorg då graviditeten var oönskad. Andra kvinnor kan länge ha längtat efter ett barn och för dessa innebär missfallet en förlust av ett barn som de redan fantiserat om och "hållit i sin famn". Kvinnorna är alla olika men för somliga kan ett missfall betyda att de hamnar i kris. Då är det viktigt med ett adekvat bemötande och omhändertagandet från omgivningen, utifrån ett krisperspektiv för kvinnans psykosociala hälsa³. Ibland saknas anhöriga eller de saknar förmågan att stötta patienten i sorgen. Många patienter upplever att när de väl berättar om det tidiga missfallet så tar omgivningen inte tar deras sorg på allvar. Detta kan innebära att patienterna inte får utrymme att sörja och att deras känslor blir förminskade av de uppmuntrande orden som ges från omgivningen. Då spelar det professionella bemötandet särskilt viktig roll.

Vår uppdragsgivare menar att då kuratorerna inom sjukvården ofta saknar en beskrivning av hur de arbetar så finns det ett stort behov av en sådan. Utifrån våra litteraturstudier av tidigare forskning har även vi funnit det svårt att finna beskrivningar av hur kuratorer arbetar inom hälso- och sjukvård. Vi har fått ta del av ett PM för läkare som tydligt beskriver hur man handlägger ärenden då patienter har en missfallsbenägenhet. En sådan beskrivning av hur kuratorerna arbetar med samma patientgrupp saknar kuratorerna inom kvinnosjukvården på de sjukhus som vi har besökt. De har ingen tydlig redogörelse eller konkreta dokument som beskriver hur deras arbete bedrivs.

Önskan är nu från vår uppdragsgivare att skapa utförliga dokument med metodbeskrivningar över hur de arbetar med de olika patientgrupperna inom kvinnosjukvården. Dessa beskrivningar ska användas för att ge en ökad kvalitet i kuratorsarbetet. Detta genom att kuratorerna har något att hålla sig till då de arbetar och som stöd för nyanställda kuratorer i skapandet i deras yrkesroll. Beskrivningarna ska även finnas tillgängligt internt för annan personal på sjukhuset för att ge en ökad kunskap om kuratorernas arbete inom kvinnosjukvården. Beskrivningen kan även ligga till grund för en framtida utvärdering av verksamheten.

Uppsatsen ger konkreta beskrivningar av hur arbetet med målgruppen utförs av kuratorerna. Den kan därför vara viktig då den kan utgöra ett litet steg i riktningen mot att skapa en ökad tydlighet kring kuratorsyrket. De kuratorer vi intervjuat är alla socionomer. Socionomutbildningen fokuserar inte huvudsakligen på metodkunskaper utan har en mer teoretisk ansats. Detta leder till att kuratorerna istället får utgå från sin erfarenhet, utbildning och utifrån lagstiftningen utarbeta sina egna metoder i arbetet med patienterna. Vi är själva socionomstudierande och tycker att det är lärorikt att få en mer detaljerad beskrivning av kuratorsyrket samt kunskaper om olika konkreta metoder i samtalet, detta då det saknas i utbildningen.

¹Socialstyrelsen, Emma Nilsson (2007)

²Faxelid, Hogg, Kaplan, Nissen (2001)

³Cullberg (2006)

1.1 Vårt uppdrag

Vår uppdragsgivare är kurator och arbetar som enhetschef inom kvinnosjukvården. Hon önskar utforma tydliga beskrivningar som beskriver hur kuratorerna arbetar med olika patientgrupper då detta saknas. Inför detta arbete så behöver uppdragsgivaren ett underlag varför denna uppsats kommit till stånd.

Vårt uppdrag är alltså att göra en metodbeskrivning av hur kuratorerna arbetar med patienter som fått tidiga missfall. Detta utgör det första steget för att uppdragsgivaren ska kunna skapa ett dokument för hur kuratorerna arbetar specifikt med denna målgrupp.

1.2 Vår förförståelse

Vi är båda i slutet av vår utbildning på Socionomprogrammet, Göteborgs Universitet vilket har färgat vår förförståelse. Utformningen av utbildningen och den kurslitteratur som ingått i vår utbildning har påverkat vårt sätt att tänka kring socialt arbete och därmed vårt teorival, utformningen av frågeformuläret och analysen.

En av oss har gjort sin praktik som skolkurator vilket har påverkat hennes sätt att se på hur en kurator kan arbeta. Hon har under arbetets gång dragit paralleller mellan kuratorn i sjukvården och i skolan och använt sin praktikerfarenhet som referensram. För övrigt hade vi inledningsvis mycket lite kunskap om missfall och kurators arbete med patienter med denna specifika problematik.

1.3 Definition missfall (spontan abort)

De foster som föds döda före utgången av 28:e graviditetsveckan definieras som missfall. Om osäkerhet föreligger angående tidsbestämning av ålder definieras även foster mindre än 35cm långa som missfall. De missfall som inträffar före 14:e graviditetsveckan definieras som *tidiga missfall*. Dessa är de vanligaste och 80 % av alla diagnostiserade missfall definieras som tidiga. Många av de kvinnor som får missfall i första månaden märker dock inte ens att de varit gravida, de upplever det istället som en försenad menstruation. Det är inte alltid det går att fastställa orsaken till de tidiga missfallen. Hälften av dem anses ändå bero på felaktigheter i kromosomerna hos fostret. Tidiga missfall yttrar sig i små blödningar som senare blir rikliga och följs av krampliknande smärtor. Före graviditetsvecka 6 stöts oftast hela graviditeten ut, ett så kallat fullständigt missfall, något som kvinnan oftast uppfattar som en försenad, rikligare menstruation. Om däremot missfallet inträffar mellan graviditetsvecka 6 – 14 så kan de vara ofullständiga missfall och man måste då utföra en skrapning av livmodern vilket är ett medicinsk ingrepp⁴.

Begreppen missfall och spontan abort används synonymt inom sjukvården.

1.4 Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att beskriva hur kuratorerna arbetar med patienter som fått tidiga missfall. Vi har valt att undersöka hur kuratorerna anser att de arbetar med patienter med tidiga missfall. För att uppnå vårt syfte har vi formulerat följande frågeställningar:

- Hur ser kuratorskontakten ut med avseende på innehåll och struktur?
- Vilka strategier och samtalsmetoder använder sig kuratorerna av?

⁴Faxelid, Hogg, Kaplan, Nissen (2001)

2 Metod

2.1 Val av metod

Utifrån det definierade syftet för uppsatsen, att göra en metodbeskrivning av hur sjukhuskuratorerna arbetar, har vi valt att göra kvalitativa forskningsintervjuer. Vid en kvalitativ intervju intresserar sig forskaren för och försöker förstå området ur den intervjuades perspektiv⁵. Vi vill få reda på hur kuratorerna beskriver sitt arbete och har då bedömt att en forskningsintervju vore lämplig metod. I kvalitativa intervjuer finns det möjlighet att direkt vid intervjutillfället försäkra sig om att svaren tolkats riktigt av oss men också möjlighet att eventuellt ställa följdfrågor⁶. Eftersom vi inte har haft möjlighet till att göra uppföljande intervjuer för kompletteringsfrågor ansåg vi detta vara bra för att öka tillförlitligheten i svaren.

Kvantitativa metoder innebär att forskaren använder kvantiteter vid analys och tolkning av sitt material⁷. Utifrån vår förståelse har vi bedömt det som ett varierat område med de olika patienter som kuratorn får kontakt och arbetar med. Därför har vi varit beroende av deras berättelser för att få kunskap som kan besvara uppsatsens syfte och frågeställningar. Då vi försökt skapa beskrivande bild av kuratorernas arbete snarare än en kvantifiering, har vi valt bort kvantitativa metoder.

Vi har övervägt att ha en fokusgrupp inledningsvis då vi tänkte att detta kunde uppmuntra kuratorerna till att fundera över sina arbetssätt vilket skulle ge oss rikligare beskrivningar vid intervjuerna. Grundtanken med en fokusgrupp är att ge deltagarna möjlighet att ta del av varandras perspektiv på ett ämne, i vårt fall hur de arbetar med kvinnor som fått tidiga missfall. En fokusgrupp förmedlar en allmän mening och kollektiv bild av ett fenomen vilket också är meningen med vår studie⁸. Vi ansåg ändå att nackdelarna övervägde fördelarna med en sådan materialinsamlingsmetod. En av informanterna är chef över vissa informanter vilket skulle ge en osymmetri i fokusgruppen. Vidare misstänkte vi att det skulle innebära svårigheter att få alla informanter samlade tillsammans vid ett tillfälle. Några andra metoder för datainsamling var inte aktuellt då vi bedömde att de inte skulle passa för syftet med vår studie.

2.2 Urval

Kvalitativa undersökningar görs för att kunna exemplifiera och därför görs också selektiva urval av informanter⁹. I vårt fall fick vi av uppdragsgivaren kontaktuppgifter till sex kuratorer vilka arbetade på fyra sjukhus i regionen. Detta var kuratorer som uppdragsgivaren visste arbetade i olika stor utsträckning med patienter som fått tidiga missfall. Vi valde, efter diskussioner med vår handledare, att göra djupintervjuer med fem informanter. Vi ringde upp samtliga sex kuratorer för att boka tid. Alla svarade inte vid kontakttillfället utan vi fick lämna meddelande på telefonsvarare eller via sekreterare. De fem som vi fick kontakt med först valdes ut för intervju. Detta var vad vi ansåg nödvändigt för att få varierande men samtidigt utförliga intervjuer. Är antalet informanter för stort innebär det svårigheter att göra djupare tolkningar av intervjuerna vilket vi varit intresserade av. För få informanter innebär svårigheter i att kunna generalisera och jämföra mellan grupper¹⁰. Detta med att jämföra mellan grupper är inget vi har försökt göra anspråk på i denna studie. Däremot menar Kvale¹¹

⁵Larsson, Lilja, Mannheimer (2005)

⁶Kvale (1997)

⁷Larsson, Lilja, Mannheimer (2005)

⁸Larsson, Lilja, Mannheimer (2005)

⁹Svenning (2003)

¹⁰Kvale (1997)

¹¹Ibid.

att när forskaren börjar kunna urskilja mönster i intervju svaren så är fler intervjuer överflödigt. Efter den femte intervjun så upplevde vi att vi tydligt kunde se mönster i intervju svaren.

2.3 Genomförande

2.3.1 *Litteratur och materialsökning*

För att få en generell uppfattning om ämnet missfall har vi inlett med att göra en sökning på Internet med hjälp av sökmotorn Google. Vi har läst olika fakta kring ämnet men även chattsidor där kvinnor skriver om sina erfarenheter av missfall. En kvalitativ forskningsprocess inleds ofta med att forskaren studerar befintlig litteratur inom det relevanta området¹². Vi har sökt litteratur på Göteborgs universitetsbibliotek i databaserna GUNDA och IDA men även i den nationella databasen LIBRIS. Vidare har vi sökt artiklar i databaserna Kvinnsam, Social Services Abstracts samt Cinahl. De sökord som vi använt oss av i de olika databaserna är följande: missfall, miscarriage, kris, krisstöd, trauma, sjukhuskurator, kurator, sorg, ofrivillig barnlöshet, barnlöshet, metodbeskrivning. Backman¹³ uppmärksammar att en enda referensdatabas oftast inte är tillräcklig och heltäckande. Därför har vi försökt göra en bred litteratursökning och använt oss av flera olika databaser. Vår uppdragsgivare tipsade oss tidigt och lånade även ut olika böcker och tidigare forskning om ämnet. Även vår handledare gav tips om en tidigare forskning av ett närliggande område.

2.3.2 *Intervjuguiden och intervjusituationen*

En allmän intervjuguide innebär att undersökaren formulerar teman som är kopplade till problemformuleringen. Under dessa teman formuleras öppna underfrågor. Dessa underfrågor behöver inte ställas i samma ordning under alla intervjutillfällen utan kan mer ses som en checklista så att alla områden täcks in. En standardiserad intervjuguide med öppna frågor innehåller noggrant formulerade frågor som intervju personerna svarar på i en viss ordning¹⁴. Vi formulerade våra frågor noggrant med en medvetenhet om att hur frågorna formuleras och ställs kommer att spegla svaren vi får¹⁵. Däremot så ställde vi inte alltid frågan helt ordgrant eller i uppställd ordning utan valde att få intervjun att flyta smidigt istället. Dessutom ställde vi, när vi ansåg behov förelåg, kompletterande frågor för att förtydliga eller för att fördjupa svaren. Detta har förhoppningsvis gjort att vi fått mer kvalitativt nyanserade svar¹⁶.

Vi var båda närvarande vid intervjusituationen men valde att ha olika roller. En av oss hade huvudansvaret för intervjun och ställde frågorna medan den andra observerade och ställde följdfrågor. Detta gjorde att den observerande kunde ha en annan överblick samt en annan möjlighet till att lyssna på svaren informanten gav. Enligt Kvale¹⁷ krävs det snabbhet hos intervjuaren att tolka vad informanten säger för att kunna ställa uppföljande frågor. Det var därför viktigt för oss att vara två då vi båda var nya i rollen som intervjuare och sannolikt fokuserade mycket på själva intervjusituationen. Vi var måna om att ge informanterna utrymme att tala fritt för att få så innehållsrika och nyanserade svar som möjligt. Fyra av intervjuerna utfördes i informanternas rum på respektive sjukhus medan en utfördes i ett av informanten valt rum.

Efter den första intervjun så ändrade vi några frågor i intervjuguiden och lade till en fråga. Vi informerade informanten om att denne var först ut och vi bad att få återkomma med

¹²Ibid.

¹³Backman (1998)

¹⁴Larsson, Lilja, Mannheimer (2005)

¹⁵Kvale (1997)

¹⁶Larsson, Lilja, Mannheimer (2005)

¹⁷Kvale (1997)

kompletteringsfrågor. Informanten var positiv till detta. De resterande fyra informanterna fick därefter samma frågor.

2.3.3 *Bearbetning och tolkning av material*

Vi spelade in våra intervjuer på en MP3-spelare. Kvale¹⁸ menar att vid inspelning av intervjun kan intervjuaren fokusera på ämnet och dynamiken i intervjun. Det ger även möjlighet att gå tillbaka och lyssna på materialet flera gånger. Detta är något vi uppfattat som användbart då vi sökt informanternas berättelser och beskrivningar men också möjlighet att citera. Efter vi genomfört våra intervjuer diskuterade vi igenom våra upplevelser av intervjusituationen och vad som sagts. Vi transkriberade därefter två respektive tre intervjuer var.

Vid utskriften skrev vi ner ordagrant vad som sades med vissa undantag bl.a. för exempel som inte rörde våra frågeställningar. Stundtals hade vi svårt att från ljudkällan uppfatta ordagrant vad informanterna sade. Detta har vi markerat i intervjuutskriften och vi har inte använt dessa meningar för citering.

Vi använde oss av en hermeneutisk tolkningsmetod vid tolkning av intervjumaterialet. Detta innebär att forskaren växlar mellan helhet och delarna i försök att vinna en giltig och allmän förståelse av intervjutexterna. Detta är något som görs upprepade gånger och kontinuerligt i tolkningsprocessen och leder till en djupare förståelse av textens mening¹⁹. En grundtanke inom hermeneutiken är att allt vi tolkar gör vi mot en bakgrund av något, vår förförståelse²⁰. Den påverkar självklart vårt arbete genom hela processen, vi har vår utbildning och viss erfarenhet av kuratorsarbetet vilket har gjort oss benägna att se vissa mönster tydligare medan vi säkert har bortsett från andra möjliga tolkningar av resultatet.

Det finns olika strategier att angripa en studie utifrån. Vi har valt att kombinera deduktiva och induktiva forskningsstrategier. Vid deduktiva strategier så bestämmer forskaren vilka teorier som ska användas i studien och låter dessa styra hur empirin växer fram. Vid induktiva strategier utgår forskaren från empirin och låter teorierna växa fram ur det insamlade materialet. Att kombinera dessa två strategier kallas att arbeta abduktivt vilket vi har gjort med vår uppsats²¹. Utifrån vår förförståelse, information om vårt uppdrag och våra litteraturstudier valde vi teorier att utgå ifrån. Därefter konstruerade vi vår intervjuguide som därmed färgades av teorivalen. Vi hade redan en bild av hur vi ville ha möjlighet till att analysera vårt kommande intervjumaterial. Efter intervjuerna fick vi återigen söka bland teorier och begrepp då ny och för oss oväntad information framkom i intervjumaterialet.

En fara med att utgå från vissa teorier kan vara att forskaren ser det den vill se i sitt empiriska material vilket inte ger empirin en chans att påverka resultatet. Därför är det viktigt att utarbeta metoder för att pröva resultatets intersubjektivitet så att inte tolkningen blir ensidig²². Vi har under arbetets gång diskuterat våra respektive tolkningar av empirin för att i möjligaste mån undvika att en ensidig tolkning begränsar resultatet. Vi har under bearbetning av materialet varit öppna för nya infallsvinklar som kommit ur materialet.

2.3.4 *Analysmetod*

Vi började med att läsa igenom intervjuerna för att skapa oss en allmän översikt av materialet. Därefter sammanfattades det insamlade materialet och grupperades och identifierades i olika kategorier. Vi har hela tiden under analysen haft vårt syfte i åtanke, *hur* kuratorerna arbetar

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Kvale (1997)

²⁰ Gilje & Grimen (1995)

²¹ Larsson, Lilja & Mannheimer (2005)

²² Ibid.

med patienter som fått tidiga missfall. Utifrån uppsatsens syfte och frågeställningar har vi i de olika kategorierna funnit olika teman som överensstämmer med de teorier och begrepp som vi redan hade tagit del av. En del teman som vi fann var för oss nya vilket resulterade i att användbara teorier och begrepp söktes i olika litteraturer. Därefter har de olika temana vi funnit strukturerats ytterligare utifrån frågeställningarna, dvs. innehåll och struktur på kuratorskontakten samt strategier och samtalsmetoder som kuratorerna använder sig av. Vi använde oss av meningscentrering som analysmetod. Det innebär att längre meningar kortas ner för att uttryckas mer koncist²³. Vi plockade dock ut vissa citat, även om de stundtals varit långa, för att vi ansett dem talande för något vi velat presentera. Annars har vi sammanfattat utifrån teman vad de olika informanterna sagt.

2.4 Etiska överväganden

Vi har utgått ifrån de fyra huvudkrav som Vetenskapsrådet har sammanställt i Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning²⁴. Dessa krav innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Samtliga kuratorer har per telefon informerats om både uppsatsen och intervjuens syfte samt hur uppgifterna ska användas. Under telefonsamtalet bokades intervjutillfällena in efter samtycke givits av kuratorerna. Våra kontaktuppgifter lämnades till de flesta kuratorerna för att möjligheten skulle finnas att ångra sig eller ställa ytterligare frågor inför intervjun. Vid själva intervjuens inledning berättade vi åter igen om uppsatsens syfte och även om hur själva intervjuförloppet skulle komma att se ut. Vi informerade kuratorerna om konfidentialiteten samt hur svaren i intervjun kan komma att användas. Vi informerade även om hur vi avsåg att förvara vårt material²⁵. Ljudinspelningar och transkriberingar har förvarats i våra privata datorer och inga obehöriga har haft tillgång till dessa.

Några av kuratorerna kände redan till att uppsatsen skulle komma till stånd eftersom uppdragsgivaren hade diskuterat detta med dem. Däremot fick någonting informationen först när vi hörde av oss till dem per telefon. Att skicka ett brev för att på förhand informera kuratorerna om syftet med uppsatsen och intervjun och därmed ge dem lite betänketid hade varit en bra idé. Dock gavs ej tid till detta, avgränsningar i uppdraget gjordes av uppdragsgivaren en bit in i uppsatsarbetet vilket förändrade antalet presumtiva informanter. Det faktum att en del redan kände till uppdraget gjorde också att brevet kändes en aning överflödigt. Nackdelen blev därför att de som ej haft förhandsinformation innan telefonförfrågan inte gavs tid att fundera över sitt val att delta. Även om möjligheten till att ångra sig gavs så kan kuratorerna ha upplevt det som svårt att dra sig ur om så önskades.

Vi har funderat på huruvida frågorna som vi ställde kan ha upplevt som prestigefyllda av kuratorerna. Med detta menar vi att det kan finnas en risk att kuratorerna känner sig granskade av oss som socionomstudenter eller av de som senare kommer att läsa uppsatsen. Det kan finnas en rädsla för att deras professionalism skall jämföras, ifrågasättas eller kritiseras. Även om detta inte är uppsatsens syfte så har vi ändå valt att aidentifiera kuratorerna. Vi har valt att namnen på kuratorerna och de sjukhus som de arbetar på förblir konfidentiella. Detta eftersom sjukhuskuratorerna i regionen är relativt få och det vore enkelt att leda informationen till respektive källa.

Vi har reflekterat över möjliga konsekvenser med intervjuundersökningen ur ett etiskt perspektiv. Kvale menar att det är viktigt att de potentiella fördelarna skall uppväga skaderisken som undersökningen kan orsaka²⁶. De eventuella negativa effekterna med

²³Kvale (1997)

²⁴ www.vr.se

²⁵ Kvale (1997)

²⁶Ibid.

intervjun är att den kan upplevas som prestigefylld på ett negativt sätt men även risken att bli identifierad som informant. Dessa negativa konsekvenser tror och hoppas vi är mindre än de positiva fördelarna med intervjun. Vi tror att de positiva konsekvenserna med intervjun kan vara att uppsatsens kan vara till gagn för kuratorerna och deras fortsatta utveckling. Detta dels genom att alla kommer att få del av det färdiga resultatet men även för att det kan vara utvecklande i sig att stanna upp och reflektera över sitt arbete vilket intervjun uppmanar dem att göra.

2.5 Studiens kvalitetsaspekter

Begreppet *validitet* avser huruvida studien mäter det vi avser att mäta. Det går att skilja på en undersöknings interna och externa validitet.

Med *intern validitet* avses kopplingen mellan teori och empiri inom själva forskningsprojektet. Det kan exempelvis handla om att intervjua rätt personer för studiens syfte och ha frågor som ger möjlighet till informationsrika och beskrivande svar²⁷. Vid kvalitativa studier med ett litet urval strävar forskaren i första hand efter en hög intern validitet snarare än en hög extern validitet. Detta uppnås genom en intensiv och detaljerad undersökning för att kunna beskriva de få men typiska fallen noggrant. Det är dock svårt att veta hur typiska de valda informanterna är²⁸. Vi anser att vi har intervjuat rätt personer med avseende på att alla är kuratorer inom kvinnosjukvården och har erfarenhet av arbete med patienter som fått tidiga missfall. Däremot är det svårt att säga om våra informanter är så typiska att de kan anses representera kuratorer inom kvinnosjukvården i allmänhet.

Den *externa validiteten* tar också hänsyn till empiri och teori men handlar om projektet som *helhet* och i vilken utsträckning det är möjligt att generalisera utifrån studien²⁹. Vi har fokuserat på att få informationsrika och beskrivande svar från att få informanter snarare än från flera för att uppfylla studiens syfte. Därför gör vi inte heller några anspråk på att kunna generalisera utifrån vår studie. Antalet informanter är för få, samtidigt som vi tänker att kuratorerna är färgade av det geografiska område de arbetar inom men också vilken utbildning de läst. Vi tror ändå att studien är av intresse för övriga kuratorer inom kvinnosjukvården som arbetar med patienter med tidiga missfall. Studien kan ge nya infallsvinklar, tips på nya arbetsmetoder och även möjlighet till reflektion över sina egna arbetsmetoder.

Vi gjorde små ändringar i vår intervjuguide efter att ha utvärderat frågorna efter den första intervjun vilket vi anser ökat studiens interna validitet. Vi upplevde då att våra frågor blev lättare för informanterna att uppfatta så som vi önskade att de skulle göra. Detta torde ha gett ökad möjlighet för informanterna att svara på det vi frågar efter och en ökad möjlighet för oss att få informationsrika svar. Samtidigt så menar Kvale³⁰ att en kvalitativ studies validitet är starkt kopplad till forskarens skicklighet gällande förmågan att kontrollera, ifrågasätta och teoretiskt tolka sina upptäckter. Detta är den första studie vi gjort vilket gör att vi har begränsad erfarenhet av intervjustudier. Vi var ibland nervösa och fokuserade mer på intervjusituationen och mindre på informantens svar än vad en mer erfaren intervjuare sannolikt hade gjort. Vi upplevde däremot att vi blev mer trygga i rollen som intervjuare ju fler intervjuer vi gjorde. Genom att vara två personer med olika roller som kompletterade varandra vid intervjutillfällena, menar vi att vi ökat studiens validitet genom att i viss mån kompensera för vår bristande erfarenhet.

Många kuratorer hade också stundtals svårt att beskriva *hur* de arbetar. I efterhand tänker vi

²⁷Svenning (2003)

²⁸Larsson, Lilja, Mannheimer (2005)

²⁹Svenning (2003)

³⁰Kvale (1997)

att det hade kunnat vara en fördel om kuratorerna haft tillgång till frågorna innan intervjutillfället. Det hade gett dem ökad möjlighet till reflektion vilket också gett oss mer informationsrika beskrivningar av hur de arbetar. Vi inser också i efterhand att våra intervjufrågor kunnat uppfattas som långa av informanterna. Det kan också ha påverkat svaren vi fått genom att det blev svårt för informanten att hålla frågan i minnet och faktiskt svara på det vi frågade. Vi fick stundtals upprepa frågan och dela upp den vilket kan ha påverkat validiteten negativt.

Reliabilitet innebär att det finns tillförlitlighet i det vi mäter och att mätningarna är korrekt gjorda. En studie ska alltså med samma syfte och samma metoder kunna göras vid två olika tillfällen och visa upp samma resultat vid båda tillfällena³¹. Vårt syfte med studien är att studera hur kuratorerna arbetar med kvinnor som fått tidiga missfall. Genom intervjuer lyssnar vi till kuratorernas berättelser och gör en analys utifrån dessa. Det är alltså inte säkert att vi får beskrivningar av hur de faktiskt arbetar utan endast hur de uppger att de arbetar. Det kan exempelvis ha varit så att kuratorerna kände en viss prestige vilket kan ha påverkat utformningen av deras svar. Med detta menar vi att det kan finnas en risk att kuratorerna känner sig granskade av oss som socionomstuderande eller av dem som senare kommer att läsa uppsatsen. Det kan finnas en rädsla för att deras professionalism skall jämföras, ifrågasättas eller kritiseras. Vi har bl.a. försökt att utforma frågor där inget svar ska uppfattas som mer rätt än något annat men även garanterat kuratorerna anonymitet för att de ska känna sig fria att svara uppriktigt.

Ledande frågor har med intervjuarens reliabilitet att göra. Det finns fördelar med att medvetet lägga in ledande frågor, exempelvis att intervjuaren kan erhålla information som informanten håller undan eller väcka motstånd hos informanten³². I utformandet av intervjuguiden ingick några frågor som kunnat uppfattas som ledande. Detta på grund av att vi hade våra teoretiska perspektiv klara innan vi samlade in vårt material. Vi försökte att i möjligaste mån ställa frågorna enligt intervjuguiden för att intervjusvaren inte skulle påverkas av vem av oss som gjorde intervjun. Däremot började vi i slutet av intervjuerien se mönster i informanternas svar. Detta kan ha påverkat våra följdfrågor under intervjun, att vi i vår önskan att se mönster kanske blev mer benägna att ställa frågor för att få liknande svar vi fått tidigare. Följdfrågorna kan också ha varierat mellan de olika informanterna beroende på deras tidigare svar och vem av oss som intervjuade, vilket kan ha påverkat reliabiliteten negativt. Vi kan också tänka oss att genom ledande följdfrågor kunde vi få svar som var givande för studiens syfte. Att svara på hur man som kurator arbetar, tänker vi, kan upplevas svårt då hjälpen utformas individuellt beroende på vilken patient kuratorn arbetar med. Att generalisera och beskriva hur de arbetar konkret kan vi se som en eventuell svårighet för informanterna, då alla patienter är olika individer med olika situationer. Är frågan ledande kan det väcka tankar hos kuratorn kring hennes arbetsmetoder.

En fördel med intervjuer är att intervjuaren direkt kan reda ut eventuella oklarheter i informantens svar³³. Detta påverkar reliabiliteten positivt. Vi gjorde under intervjun vissa sammanfattningar av det kuratorerna berättat för att se om vi uppfattat resonemangen korrekt. Hade vi missuppfattat förklarade kuratorerna ytterligare vilket vi menar på har stärkt reliabiliteten. Eftersom vi kunde urskilja en likriktning i informanternas svar så tror vi inte att vi hade fått stora variationer i svaren om vi gjort intervjuerna vid ett senare tillfälle.

³¹Larsson, Lilja, Mannheimer (2005)

³²Kvale (1997)

³³Ibid

3 Tidigare forskning

Vi kommer i detta kapitel att redovisa den tidigare forskning som vi funnit relevant utifrån syftet med vår uppsats. I vår litteratursökning har vi inte lyckats hitta några metodbeskrivningar av hur kuratorer arbetar med kvinnor som fått tidiga missfall. Vi har därför vidgat vår sökning till att innefatta litteratur med olika anknytning till vår uppsats, exempelvis till sjukhuskuratorns roll mer generellt och till ett patientperspektiv på att förlora ett barn. Att hitta forskning om patientperspektiv på att få missfall har också varit svårt, den mesta litteratur kring detta har varit av skönlitterär art. Vi har också sett närmare på metodbeskrivning för hur kuratorer arbetar i närliggande områden, i det här fallet med patienter som fått dödfödda barn.

Siv Olsson³⁴ har i sin avhandling *Kuratorn förr och nu – Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv* tagit upp sjukhuskuratorns arbetsområde och arbetsuppgifter ur ett historiskt perspektiv. Hennes studie fokuserade på framväxten av och hur sjukhuskuratornsrollen varierat över tid från tidigt 1900-tal fram till 1989, med fokus på 1980-talet. I historiens början var kuratorns arbetsuppgifter att stödja och hjälpa patienterna praktiskt men över tid har arbetsuppgifterna blivit mer utredande till sin karaktär. Kuratorn har också under senare tid av avhandlingens tidsperiod fått mer av en samordnande och behandlarroll.

Författaren diskuterade vad sjukhuskuratorn gör rent konkret och visade på exempel såsom socialt utredningsarbete, stödsamtal, praktiska åtgärder och hänvisning till andra instanser inom vården och samhället. Olsson³⁵ exemplifierade arbetet inom olika områden inom sjukvården och visade t.ex. på att det psykosociala arbetet inom kvinnosjukvården innefattades av insatser på olika nivåer. Det kan ha varit praktisk hjälp när det gällt arbete och ekonomi, parsamtal där kuratorn hjälpt makarna att tala om det inträffade och en individuell stödkontakt för kvinnan. Författaren har dock inte behandlat konkreta arbetsmetoder eller interventioner utifrån ett krisperspektiv vilket vi saknar utifrån syftet med vår uppsats.

Fallna löv är en avhandling av Lars Rönmark³⁶ som tagit upp förlusten av ett barn ur den drabbade föräldrarnas perspektiv. Författaren har analyserat fem föräldrars berättelser utifrån teorier om trauma, coping och socialt stöd. Det vi fann intressant med avhandlingen var författarens fokus på copingstrategier, särskilt avsnitten som behandlat coping utifrån ett genusperspektiv. Rönmark³⁷ har beskrivit könsspecifika skillnader som framkommit i studiens material men har även pekat på internationell litteratur som visat skillnader i hur män och kvinnor upplevt och sört ett barns död³⁸. Kvinnor sört djupare och längre och var mer benägna än männen att prata om det döda barnet. Ofta kände männen krav på sig att vara starka och stödja sin partner vilket gjort att de kunnat förlora kontakten med sin egen sorg. Rönmarks³⁹ studie visade på att männen gjort något praktiskt, exempelvis byggt nytt badrum, för att kunna hantera det inträffade samtidigt som vikten av att få tala om det inträffade i ”pappagrupper” framkommit. Avhandlingen har också tagit upp att en parrelation där parterna inte finner stöd från omgivningen hamnat i en pressad situation. Förvisso har föräldrarna kunnat finna varandra i det svåra som inträffat men inte sällan anklagade parterna varandra för att den andra inte sört på rätt sätt. Inte heller denna avhandling har några konkreta arbetsmetoder.

Brolund och Englund-Lekiqi (2006) har utifrån en litteraturstudie skrivit en C-uppsats *Kvinnors behov av socialt stöd och dess effekter efter missfall*. Författarna har i sin uppsats

³⁴ Olsson (1999)

³⁵ Ibid.

³⁶ Rönmark (1999)

³⁷ Ibid.

³⁸ Dyregrov & Matthiesen (1987)

³⁹ Rönmark (1999)

kommit fram till att kvinnors behov av socialt stöd efter ett missfall är stort och bör förbättras. De menade att sjukvårdspersonalen ofta fokuserat på den medicinska behandlingen medan kvinnan önskat mer information och tid från personalen att diskutera möjliga orsaker till missfallet. Stödet från närstående och vänner upplevde kvinnorna istället som bra. Studien visade också på att kvinnan återhämtat sig och gått vidare snabbare då hon fått stöd från personal och anhöriga. Författarna definierade inte vilka professioner de innefattar då de diskuterat stöd från sjukvårdspersonal. Det är alltså oklart om kuratorn ingår i denna kategori.

Hedman och Johansson (1997) har i sin C-uppsats *När drömmar och förväntningar plötsligt byts mot sorg och förtvivlan – en studie av hur man kan arbeta psykosocialt med föräldrar till dödfödda barn* beskrivit hur man som kurator kan arbeta psykosocialt med kvinnor som fått dödfödda barn, det vill säga de barn som föds efter graviditetens vecka 28. De har beskrivit arbetet utifrån perspektiven, föräldrarnas, sjukvårdens och samhällets/omgivningens. Författarna har beskrivit utifrån Cullbergs kristeori och Bernler/Johnssons teori för psykosocialt arbete hur kuratorerna arbetar med patienterna.

De påtalade hur viktigt det är för kuratorerna att få igång en krisbearbetning hos föräldrarna efter de fött det döda barnet. Uppsatsen har också tagit upp kuratorns viktiga roll i att ha en ”containing function”, avdramatisera och normalisera föräldrarnas känslor och reaktioner, och även fungera som ett vikarierande hopp. De menade att arbeta med parrelationen för att föräldrarna ska få stöd i varandra och därmed undvika oförståelse och missförstånd i sorgearbetet var viktigt. Utifrån teorin för psykosocialt arbete tar författarna upp hur viktigt det är för kuratorn att ha teoretiska och praktiska kunskaper för att kunna utföra ett professionellt arbete. Uppsatsen tar utifrån detta upp bl.a. specifika samtalstekniker som kuratorn kan använda sig av i arbetet med patienter som fått dödfödda barn. Uppsatsen är intressant då den innehåller en beskrivning av hur kuratorerna kan arbeta med patienter med upplevelser som är närliggande missfall, utifrån kristeorin och teorin för psykosocialt arbete.

4 Teoretiska perspektiv

Syftet med uppsatsen är att beskriva hur kuratorerna arbetar med kvinnor som fått tidiga missfall. För detta krävs teorier om i vilken situation patienterna befinner sig i och hur man bör anpassa arbete efter detta. Vi har därför valt att se närmare på Cullbergs⁴⁰ kristeori för att skapa förståelse för vad patienten kan befinna sig i för tillstånd efter ett missfall. Den ger också kunskap om hur den professionella bör förhålla sig i mötet med en människa som befinner sig i kris och hur man kan arbeta med detta. Vi har också valt att se till Bernlers och Johnssons⁴¹ teori för psykosocialt arbete. Denna teori beskriver det psykosociala arbetet på ett utförligt och brett sätt men innehåller även konkreta metoder som professionella kan använda sig av. Teorin för psykosocialt arbete förenar en analytisk del och en praktisk del vilket vi anser gör teorin passande för studiens syfte. Vi har även använt Petitt-Olssons⁴² begrepp ”sammanhangsmarkering” då Bernler och Johnsson⁴³ saknade denna utförliga beskrivning av hur man inleder ett samtal. De teoretiska perspektiven kompletterar varandra bra då de ger både genererella teorier om det vi funnit i våra intervjuer men även specifika och konkreta metoder som vi ser att kuratorerna använder.

4.1 Kristeori

”Ett psykiskt kristillstånd befinner man sig i då ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och psykiskt bemästra den livssituation

⁴⁰ Cullberg (2006)

⁴¹ Bernler, Johnsson (2001)

⁴² Petitt, Olson (1994)

⁴³ Bernler, Johnsson (2001)

som man råkat in i”⁴⁴. Den utlösande situationen kan vara en plötslig och oväntad yttre påfrestning som tex. när en nära anhörig dör. Det som inträffar är därmed ett hot mot ens fysiska existens, sociala identitet och trygghet. När anledningen till den utlösta reaktionen är av ett yttre skäl så kallas det för en ”Traumatisk kris”. Människor reagerar olika på dessa yttre påfrestningar eftersom andra faktorer påverkar hur en kris uppstår. Dessa är bland annat vilken inre, personlig betydelse det inträffade har för patienten men även vilken aktuell livsperiod som personen befinner sig i, samt de sociala förutsättningarna så som arbets- och familjesituationen.

” En kris upplevelse kan givetvis vara mer eller mindre stark och störande för den personliga funktionen. Man kan dela in *krisstyrkan i olika grader*. Vid den lägsta graden av störning kan man komma vidare med sin vanliga problemlösningskapacitet. Räcker emellertid inte detta, drabbas individen av ineffektivitet. Är krisen mera krävande än så, måste alla inre och yttre resurser mobiliseras för att personligheten ska kunna fungera. Vid de starkaste formerna av psykiska kriser ser man sammanbrott i personligheten”.⁴⁵

Nedan beskrivs Cullbergs⁴⁶ indelning av krisen i olika faser men viktigt att veta är att kriser kan se väldigt olika ut. Ibland kan en fas saknas eller gå in i en annan fas. Cullberg⁴⁷ menade även att det kan vara förenklat att tala om en kris då det oftast finns flera olika kriser under förloppet av en kris.

4.1.1 Krisens olika faser

1. Chockfasen:

Denna fas kan vara från ett kort ögonblick upp till några dygn. Patienten håller verkligheten ifrån sig med all kraft och kan inte ta in det skedda och bearbeta det. En känsla av kaos uppstår, medvetandet kan därmed vara grumlat då patienten vänder sig bort från den smärtsamma realiteten. En kris kan även börja stegvis och en egentlig chockfas märks då inte.

2. Reaktionsfasen:

Chock- och reaktionsfasen utgör *den akuta krisen*. Reaktionsfasen börjar då patienten börjar öppna ögonen för det inträffade eller det som komma skall. När patienten inte längre försöker att blunda för det som skett så blir det en häftig omställning för den ”psykiska apparaten”. Frågan ”varför?” upprepas ofta då patienten försöker finna en mening i kaoset och med det skedda. I detta skede kan orealistiska känslor av skuld uppkomma. Försvarsmekanismer som kan verka relativt primitiva mobiliseras då dessa har som uppgift att minska upplevelsen av hot och fara. Exempel på en sådan försvarsmekanism kan vara ”undertryckande av känslor”. Det kan innebära att patienten, i ett försök att socialt anpassa sig till omgivningens förväntningar, inte visar sin sorg. Man försöker att vara ”duktig och tar sig samman”. Att göra detta kan innebära att det blir en förlängning av krisprocessen. I reaktionsfasen kan även bortträngda minnen återvända, en så kallad ”unrepression”. Det är vanligt att tidigare minnen som är svåra dyker upp i en akut krissituation.

3. Bearbetningsfasen:

Under denna fas börjar patienten istället vända sig mot framtiden och är inte längre totalt ockuperad av det inträffade. Ett inlärande av alla nya sociala roller börjar ske. Skulden blir något lättare att försonas med eftersom tiden har skapat en distans till det inträffade. Det kan dock finnas svårigheter inför en bearbetning.

⁴⁴Cullberg (2006) sid 19.

⁴⁵Cullberg (2006) sid 142.

⁴⁶ Cullberg (2006)

⁴⁷ Ibid.

4. Nyorienteringsfasen:

Denna fas har ingen avslutning, utan det som skett finns alltid med som ett ärr. Skillnaden är dock att det nu inte längre hindrar livskontakten. Det kan givetvis fortfarande finnas jobbiga påminnelser om det inträffade men livet har gått vidare.

Den låsta reaktionsfasen:

När en kris låser sig så innebär det att en egentlig bearbetning inte har kommit till stånd. Det kan ha gått lång tid men patienten är fortfarande fixerad i olika symptom. Cullberg⁴⁸ menade att anledningar till detta kan vara att familjesituationen är laddad, förnekandet av känslor kring det skedda eller starka skuld känslor. Det är då viktigt att i detalj försöka få patienten att berätta om det som skett. Behandlaren frågar då efter de känslor och upplevelser som patienten haft kring det inträffade. Detta ger behandlaren viktiga upplysningar om hur patienten har hanterat sina känslor och om dessa har fått uttryckas eller hämmats. Behandlaren kan undersöka de övriga familjemedlemmarnas roller och lyssna till patientens egna teorier om det som skett.

4.1.2 Krisstöd

Cullberg⁴⁹ menade att i chockfasen så är det viktigt att det allmänna omhändertagandet är gott vilket har en stor symbolisk betydelse. Omhändertagandets trygghetsgivande innebörd har en moderlig funktion vilket tillåter den drabbade att regrediera. Kroppskontakt, som att hålla om någon, är en sådan symbolisk handling. Känslorna får då välla fram utan att man just då ska förvänta sig en förnuftsmässig bearbetning av det inträffade. Regressionen blir här ett sätt att samla sina krafter för att senare kunna ta itu med verkligheten och orka ta itu med det som inträffat. Den drabbade bör inte lämnas ensam om chocken är stark. Denna regression kan även återfinnas i reaktionsfasen men i detta skede är det nu viktigt att man får möjligheten att tala om det inträffade, att få verbalisera smärtan och andra känslor som är starka. När man uttrycker känslorna så får det en konkretare innebörd. Att man känner att man kan yppa dessa känslor för en annan människa och att man som behandlare förstår och accepterar dem är viktiga moment. Det har en stor betydelse för den drabbades egna erkännande av det som hänt.

Cullberg⁵⁰ menade att rent yrkesmässigt så är det oftast vid tre tillfällen som man kommer i kontakt med människor som är i kris: Antingen under chockfasen eller under reaktionsfasen men även då en krisutveckling har låst sig av olika anledningar och en människa inte har kunnat påbörja någon egentlig konstruktiv bearbetning av det som hänt.

Cullberg⁵¹ menade att målet i krisbehandlingen är att:

- Stödja den drabbades egna läkningsresurser. Genom att göra detta så får krisen genomlöpa en naturlig utveckling till bearbetning och därefter nyorientering.
- Stödja den drabbade i konfrontationen med verkligheten och motverka förvanskningar av den.
- Lindra lidandet. Kan innebära att t.ex. hjälpa till med att göra kortare sjukskrivningar.
- Ge stödåtgärder till anhöriga och andra nära människor till den drabbade. Att under en kort tid samverka med anhöriga för att bilda ett fungerande nätverk kring klienten.

⁴⁸ Cullberg (2006)

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Cullberg (2006)

⁵¹ Ibid.

- Ta med övriga familjemedlemmar i bearbetningen. Då kriser rör andra familjemedlemmar än den identifierade klienten så måste dessa inkluderas. Om inte detta görs utan det är behandlarens ansvar att hjälpa till i krisen så kan övriga familjemedlemmars känsla av ansvar minskas. Detta kan ytterligare störa den framtida kommunikationen inom familjen.

I medicinska fall kan patienten behöva saklig *information*, vilken kan behöva upprepas många gånger. Då det är svårt för patienten att ta till sig informationen i chockfasen så är det viktigt att i en dialog tar upp vilka frågor som är viktiga för patienten. Genom att aktivt lyssna så kan man komma patientens föreställningsvärld nära och ta reda på dennes frågor och farhågor. Först när man känner till patientens behov så kan en fullständig och adekvat information ges.

Det är även viktigt att behandlaren kan *visa på det normala* i krisen. Klienten kan ha svårt att förstå sina känslor, reaktioner eller handlande och upplever dessa som skrämmande. Om behandlaren har kunskaper om vad en kris innebär så kan dessa känslor sättas in i ett större sammanhang och behandlaren kan dela med sig av detta till patienten. Behandlaren kan förbereda patienten på hur krisens vidare förlopp kan se ut. Behandlaren ser klientens symptom som normala och påtalar detta. Detta kan lugna patienten och känslorna får då en mindre skrämmande innebörd. När den professionella har kunskaper om krisers natur och förlopp så kan denne förmedla en hoppfull attityd genom vetskapen om att detta är något som har sin övergång. Att vara ett *vikarierande hopp* blir därför mycket viktigt. Behandlaren kommer inte att behöva oroas av och kastas med i klientens alla olika känslolägen eftersom kunskaperna om krisens förlopp ger ett långsiktigt meningssammanhang. Detta innebär att behandlaren blir en stabiliserande faktor och ett stöd för klienten så att även denne ska kunna vara mer uthållig under krisens period. Att vara ett vikarierande hopp i krisen betyder däremot inte att man bagatelliserar känslorna

Cullberg⁵² menade att begreppet *containing function*, som är myntat av psykoanalytikern Bion, kan användas i krisstödet. Behandlaren tar emot och lyssnar till patienten och liknar detta vid en övertagande och hårbärgerande funktion, likt den som en förälder har inför sitt barn. Man delar sorgen men tar inte över den utan bildar snarare en resonansbotten för klientens känslor. Denna process är viktig men Cullberg⁵³ menade att detta sätt att arbeta på då blir svårt att beskriva i tekniska termer.

Bernler och Johnsson⁵⁴ menade på att en krisintervention är mycket en *"här och nu"* inriktad intervention. Det är inte tänkt att man i en kris skall gå igenom en individs livshistoria vilket tom kan vara antiterapeutisk. De skriver att då en individ är oerhört mottaglig för påverkan i en krissituation så kan små, snabba ingripanden ha en betydligt större effekt än att bygga upp en långvarig kontakt. Den som är i kris behöver en omedelbar hjälp och det är därför viktigt att behandlaren är tillgänglig. En krisdrabbad skall således inte sättas på en väntelista för att få behandling. I den akuta krisen så måste behandlaren ofta ta både ansvaret för intentionen som aktionen. Detta eftersom det i många fall finns behov av en strukturering av det kaos som patienten befinner sig i. Patienten kan åter ta över ansvaret då den akuta krisen klingat av och hjälpen kan då inriktas mer på att ge stöd åt patienten i dennes konfrontation av verkligheten.

4.2 Teori för psykosocialt arbete

Teorin för psykosocialt arbete utgår från generell systemteori och psykodynamisk teori. Bernler och Johnsson⁵⁵ menade att psykosocialt arbete kräver teori som möjliggör både en

⁵² Cullberg (2006)

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Bernler, Johnsson (2001)

⁵⁵ Ibid.

analys av situationen och metoder för handling. Därför innefattas teorin för psykosocialt arbete av både analytiska och aktionella komponenter. Utifrån teorin är det möjligt att göra en analys av klientens situation och därefter kunna förstå klientens problemsituation och vad dess orsaker kan vara. Samtidigt så måste teorin innehålla verktyg eller redskap för det praktiska arbetet som följer med klienten. Det räcker inte med en passiv insikt i problemet utan det behövs också kunskap om metoder i det psykosociala arbetet. Detta att välja ut olika tankegångar och begrepp som man tycker är bra och därefter förena dessa i en ”ny teori” kallas *eklekticism*. En eklektisk hållning måste dock alltid förenas med en prövning av teoriernas förenlighet.

4.2.1 Analys av patienten och dennes situation

I psykosocialt arbete försöker behandlaren bedöma situationen som klienten befinner sig i genom att göra en dynamisk analys av klienten och dennes situation. Det innebär att behandlaren försöker bedöma samtliga samspelande faktorer som bidrar till att klienten befinner sig i den situation som denne gör. Detta görs i en kontinuerlig process som löper genom behandlingen, det görs alltså ingen diagnos vid första mötet som sedan vidmakthålls under hela behandlingen. Bernler och Johnsson⁵⁶ menade på att det är viktigt att analysprocessen sker i dialog med klienten.

För att sträva efter att se klientens situation ur ett helhetsperspektiv gör det viktigt att kunna växla mellan olika *hierarkiska nivåer* i analysen. Detta då förklaringar eller lösningar på problem inte återfinns på endast en nivå:

På den *intrapsykiska nivån* fokuserar behandlaren på individen som system. T.ex. så görs detta när behandlaren lyssnar till klientens berättelse om olika problem och känslor. Behandlaren lyssnar och ställer frågor för att få en uppfattning om klientens styrkor och förmåga att arbeta med problemet.

Den *interpersonella nivån* hjälper oss att förstå exempelvis kommunikation, relationer interaktionsmönster etc. i för klienten viktiga system som tex. familjen.

Den *strukturella nivån* hjälper oss att förstå klientens livssituation i stort. Perspektivet omfattar då hela det sociala nätverket, närsamhälle men även samhället i stort i förhållande till klienten.

4.2.2 Den tredelade handlingsmodellen

Det psykosociala förändringsarbetet bedrivs utifrån tre förhållningssätt. Det är viktigt att kombinera de olika handlingsstrategierna i behandlingsarbetet och inte bara använda sig utav en av dem.

- Behandlaren åstadkommer förändringar i klientens situation genom *egen aktion*. Här tar behandlaren över ansvaret för förändringen. Klienten tar inget eget ansvar. Det kan handla om exempelvis sjukskrivning.
- Behandlaren åstadkommer förändringar i klientens situation genom *direkt styrning*. Behandlaren står för interventionen, denne kommer med förslaget på vad klienten ska göra. Klienten får dock agera själv och se till att handlingen utförs. Råd av olika slag är exempel på direkt styrning.
- Behandlaren åstadkommer förändringar i klientens situation genom *indirekt styrning*. Här arbetar behandlaren med insiktsskapande tekniker. Klienten tar själv ansvar för sin förändring men behandlaren ansvarar för att för att besluten fattas.

⁵⁶ Bernler, Johnsson (2001)

4.2.3 Strategier och samtalstekniker

Enligt ovan så har behandlaren ansvaret för förändringsprocessen i psykosocialt arbete. Det är endast möjligt att förändra genom handlingar, dvs. att man som behandlare har ansvar att handla i en behandlingssituation. Dessa handlingar ingår vidare i en handlingsstrategi. Begreppet interventioner avser enstaka handlingar som sker vid en viss omständighet. Strategier är olika interventioner som används även om förutsättningarna varierar. Vi presenterar nedan relevanta strategier för vår uppsats:

I etableringen av behandlingsrelationen så kan man använda sig av olika *isomorfi*strategier, även kallade samgående operationer eller matchning, för att den behandlande ska kunna öppna sig för påverkan av den behandlande. Med hjälp av olika strategier så kan man påvisa likheter som behandlaren har med systemet och därmed skapa en arbetsallians med klienten. En typ av strategi kan vara att påvisa banala likheter t.ex. ålder, kön, språk, intressen, civilstånd, värderingar, fysiska attribut såsom kroppslängd, klädsmak mm. En annan strategi är att ge uttryck för det emotionella stödet. Detta är interventioner som ”går med” systemet som t.ex. genom att lyssna, visa deltagande, förståelse och sympati. Men att bara gå med ett system möjliggör i sig självt inte behandlingsarbete utan kan tvärtom förstärka problematiken. ”För att hjälpa klienten att se andra aspekter av sitt liv, kan jag inte bara acceptera hennes konstruktion såsom hon presenterar den, utan att visa på alternativa bilder, dvs gå emot”.⁵⁷ Detta att gå emot kallas att använda sig av *anisomorfi*strategier. Det handlar alltså om att först ta sig in i systemet för att därefter ges möjlighet till att utföra förändringsarbete. Enligt Bernler och Johnsson⁵⁸ så vill de också de flesta klienter inte bara stödjas utan också bli bemötta med ett så kallat positivt ifrågasättande.

Det är viktigt att visa på olikheter mellan behandlaren och klienten som en resurs för att skapa hopp hos de sistnämnda. Genom att visa på att behandlaren genom sin erfarenhet känner igen vad klienten går igenom och har kännedom om detta. Att behandlaren har arbetat framgångsrikt med liknande problem väcker ett sådant hopp.

Omtolkning är en medveten intervention vilken innebär att sätta en uppfattning eller ett sakförhållande i en annan ram än den klienten presenterar. Detta ger möjligheten att vända en negativ uppfattning till en positiv. Svåra beteenden eller situationer kan då ses i ett nytt ljus. Tex. kan en negativt uppfattad egenskap i ett sammanhang kan vändas till en bra egenskap som är en tillgång för klienten, i en annan situation.

För att oklarhet inte ska råda i en klientkontakt så är det viktigt att göra en *sammanhangsmarkering* menade Petitt-Olson⁵⁹. ”Syftet med detta är att tydliggöra de förväntningar som finns i ett klientärende och vad vi har för avsikt med att träffas”⁶⁰. En primär sammanhangsmarkering görs framförallt i början av en kontakt och innebär en definiering av förutsättningarna för samspelet med klienten. Följande frågor klargörs i den primära sammanhangsmarkeringen: Vem är jag? Vem är du? Vad gör vi tillsammans? Vad betyder detta för mig och för dig? Frågorna ställer behandlaren både till sig själv och till klienten. Det skapar en tydlighet i målsättningen med varför man träffas och klargör vem man är samt hur man uppfattar varandra.

Vem är jag och vem är du?

I ett professionellt sammanhang så blir det viktigt att belysa yrkesrollen, kompetensen och anställningsförhållandena. Till detta hör eventuella lagar, regler, riktlinjer som förknippas med arbetet samt rättigheter och skyldigheter. Att klargöra vilka möjligheter och

⁵⁷ Bernler och Johnsson (2001) sid 218

⁵⁸ Bernler, Johnsson (2001)

⁵⁹ Petitt, Olson (1994)

⁶⁰ Ibid.

begränsningar som man som professionell har t.ex. genom att informera om vad behandlaren tror att den kan göra för en viss klient, vem vi är som kan hjälpa eller inte hjälpa en klient men även ev vilka teorier eller metoder man arbetar efter. På frågan ”vem är du?” frågar sig den professionella hur man ser på klienten och vilka teorier som man har om klientens problem. Nästa steg är att låta klienten svara på frågorna ”Vem är jag och vem är du?”. Då får vi reda på hur klienten uppfattar sig själv och sitt problem i förhållande till sin omgivning. Men även vad den professionella är för klienten och hur denne uppfattas. Den sekundära sammanhangsmarkeringen sker hela tiden i den pågående kontakten med en klient. I samtalen så uppmärksammas hela tiden vad vi säger till varandra och hur vi reagerar på varandra. Därmed förmedlas ständigt våra olika uppfattningar om varandra.

Vad gör vi och vad betyder detta?

Genom att ställa denna fråga så klargörs syftet med att träffas och vilket resultat som önskas uppnås. Det är vanligt att klienten och behandlaren har olika uppfattningar om hjälpen och syftet med denna. Det är även viktigt att även ta reda på vilken betydelse kontakten har samt betydelsen av relationen.

5 Intervjusvar med analys och tolkning

Vi har valt att i vår redovisning varva resultat med analys och tolkning. Först kommer det ett avsnitt resultat och därefter analyseras det i ett nytt avsnitt. Vi börjar med att beskriva vilken situation patienten kan befinna sig i och vilka olika sätt som kontakten kan aktualiseras på. Därefter ges en beskrivning på hur kontaktens struktur ser ut och vidare vad kontakten innehåller. Den första delen avslutas med en beskrivning av hur kuratorn arbetar och analyserar patienten, dennes relationer och omgivning. Denna första del ger läsaren en översikt i hur kuratorshjälpen ser ut. Nästa del som vi valt att kalla ”Strategier och samtalstekniker” beskriver mer specifikt hur kuratorn arbetar i samtalet. Detta görs genom att beskriva de teorier, strategier och samtalstekniker som kuratorerna använder sig av i arbetet med patienter med tidiga missfall. Följande begrepp används: eklekticism, sammanhangsmarkering, containing function, isomorfi- och anisomorfi-strategier, att visa på det normala och omtolkning.

5.1 Kuratorskontaktens struktur och innehåll

5.1.1 Kontaktens aktualisering

De patienter som kuratorerna har berättat om har alla fått ett tidigt missfall men situationen de befinner sig i kan vara mycket olika. Kuratorerna berättar att ibland kan missfallet inträffa efter en mycket efterlängtd graviditet men även efter en oönskad. Det kan vara patientens första missfall eller en i raden av många. Missfallet kan redan ha skett eller så håller det på att ske vid aktualiseringen av kuratorskontakten. Patienten som kuratorn träffar kan vara kvinnan, partnern eller båda.

Långt ifrån alla patienter som fått ett tidigt missfall kommer alltså i kontakt med en kurator. De patienter som kuratorn dock träffar får ofta kontakt med kuratorn på lite olika sätt. Detta kan bero dels på händelse förloppet men även beroende på vilket sjukhus kuratorn arbetar inom. Dessa aktualiseringssätt av kontakten är de huvudsakliga:

- Det vanligaste är att barnmorskor, sjuksköterskor eller undersköterskor som kommit i kontakt med patienten meddelar kuratorn att behov av kontakt finns.
- Läkaren skriver ibland en remiss eller en mindre formell lapp till kuratorn om önskad kontakt.

- Patienten själv kontaktar kuratorn. Detta sker oftast efter utskrivning och då de fått ett telefonnummer till kuratorn med sig hem.
- Mindre vanligt men förekommande är att en anhörig till patienten kontaktar kuratorn.

Kuratorerna menar att de flesta patienter som de träffar kommer i direkt anslutning till missfallet. Det kan i praktiken innebära att kuratorn träffar dem direkt efter eller under missfallet när kvinnan fortfarande befinner sig på avdelningen eller akutmottagningen. Det innebär även att kuratorerna ibland får kontakt med patienten då det har gått några dagar efter missfallet och patienten har återvänt hem. Kuratorerna berättar även att de får kontakt med patienter där det kan ha gått en längre tid efter missfallet, allt från några veckor till flera månader. Det är ofta patienter som trodde att de inte skulle behöva något professionellt stöd men nu upplever att de inte kan gå vidare:

Oftast är det väldigt kompetenta kvinnor som lägger locket på. Det här ska man klara...dom förhåller sig väldigt rationellt och så upptäcker dom att dom är mer omskakade än vad de föreställt sig och kommer inte ur det, känner inte igen sig själva och sin reaktion...och kommer inte vidare. Då behöver man hjälp och så hör man av sig, så kan man säga. Hade man träffat dom från början hade man kunnat hjälpt dem mycket snabbare så dom hade inte behövt ha det här lidandet så länge så att säga.

Cullbergs⁶¹ definition av traumatisk kris stämmer in på situationen patienterna som fått tidiga missfall befinner sig i. Detta då det ofta är en plötslig och oväntad yttre påfrestning som är ett hot mot ens fysiska existens, sociala identitet och trygghet. Cullberg⁶² menar att en kris kan variera och vara mer eller mindre stark för en person och han delar in krisstyrkan i olika grader. Patienterna som fått tidiga missfall upplever således det olika starkt och det är ju bland annat därför det finns många patienter som kuratorerna aldrig kommer i kontakt med.

De patienter som kuratorerna träffar kommer oftast i kontakt med kuratorerna i direkt anslutning till missfallet. Detta beskriver Cullberg⁶³ som den akuta krisen. Den akuta krisen, dvs. när patienten befinner sig i chock- eller reaktionsfasen, menar han, är just det skede som de professionella oftast kommer i kontakt med patienter i kris. Kuratorerna berättar även att de får kontakt med patienter långt efter missfallet då de inte har kunnat komma vidare. Detta fenomen kallar Cullberg⁶⁴ för den ”låsta reaktionsfasen” dvs. det har gått en lång tid men en egentlig bearbetning har inte kommit till stånd. Cullberg⁶⁵ nämner patientens förnekande av känslor kring det skedda som en anledning. Kuratorerna beskriver en del av dessa patienter som kompetenta kvinnor som är vana att klara det mesta och inte tror att missfallet är någonting jobbigt för dem. Detta kan ses som ett förnekande av känslorna kring det inträffade och en låst reaktionsfas.

5.1.2 Strukturen på kontakten:

Samtliga kuratorer anser att det är mest fördelaktigt att träffa patienten så tidigt som möjligt efter missfallet. Detta då de anser det vara lättare att skapa en relation i ett tidigt skede och för att snabbare hjälpa patienten att bearbeta det inträffade för att någorlunda kunna återgå till sitt vanliga liv. Att komma in så tidigt som möjligt efter det inträffade är ofta en medveten strategi hos kuratorerna. En ytterligare anledning till detta är då omgivningen men även annan sjukvårdspersonal ofta kan komma med tröstande kommentarer vilka kan förminska och bagatellisera patientens känsla av sorg. Kuratorerna vill snabbt kunna erbjuda dem ett tillåtande klimat och ett förhållningssätt som gör att patienten får möjlighet till att sörja.

⁶¹ Cullberg (2006)

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Cullberg (2006)

⁶⁵ Ibid.

Samtliga kuratorer uppger att det oftast rör sig om kortare samtalskontakter vid tidiga missfall. Kuratorerna tyckte att det var svårt att uppge ett genomsnittligt antal samtal i dessa kontakter. Dock har de flesta uppgett att de träffar patienter med tidiga missfall ca 1-5 ggr. Om det däremot förhåller sig så att patienten har mycket av annan problematik så kan det bli längre kontakter. Annan problematik uppges bland annat vara: om patienten har ett problematiskt förflutet, problem i relationen med partnern eller om patienten har haft flera missfall vilket skapar en stor oro över eventuell barnlöshet. En del kuratorer har därför längre kontakter med patienter där samtalen kanske inte handlar så mycket om missfallet alltid.

Ja, jag ser ju på mitt arbete som att ska man hjälpa människor så får man göra det med det som de själva tycker att de behöver hjälp med och allting hänger ju ihop. Men biljetten in till oss är ju de olika diagnoserna vi har. Men om man har fått ett missfall och det visar sig att det är andra saker i ens liv som är problematiskt, man kommer inte tillrätta med missfallet om man inte tar i annat också. Det är min erfarenhet, jag tror inte vi kan dela upp oss så som människor, vi är dom vi är, hela tiden.

Andra avgränsar samtalen tydligare till själva missfallet.

...ja, det är väldigt svårt att säga för det är så individuellt, jag har dom som gått här kanske 15 gånger i samtal och de som räcker att de kommer hit en eller två gånger...det är så väldigt individuellt...hur man är som person och vad man har i bagaget och...då fokuserar vi ju bara på spontan aborten...det är så många som kommer hit som har annan problematik med sig.. och det är väldigt viktigt att man sätter upp ett mål att nu ska vi prata om missfallet då.

Kuratorerna remitterar ibland vidare patienten till en annan instans, exempelvis familjerådgivning eller psykiatrin. Detta görs då problematiken är utanför kuratorns kompetensområde eller då det anses vara utanför det faktiska ansvarsområdet. Kuratorerna skiljer sig åt i hur de avgränsar samtalet och när vissa anser att det är utanför ansvarsområdet så finner vissa att det inte är det.

Alla kuratorerna uppger att de har en tätare kontakt i början av kontakten och att samtalens täthet sedan glesas ut. Detta är en medveten strategi hos kuratorerna då det ser en täthet på samtalen inledningsvis som fördelaktigt. Detta för att behovet anses vara som störst i början men även för att man snabbt ska kunna skapa en relation och kunna hjälpa patienten snabbt.

En kurator brukar på förhand bestämma ungefärligt hur många gånger de ska träffa patienten och utvärderar kontakten med patienten efter ett par samtal. Övriga kuratorer har svarat att de inte har antalet samtal förbestämt. De brukar känna av när patientens behov inte är lika stort längre av att träffas. Några har uttryckt att de märker det när patienten allt oftare pratar om andra vardagliga saker som t.ex. vilka kläder man köpt och samtalet inte rör missfallet längre. När en samtalskontakt ska avslutas så gör samtliga kuratorer någon typ av summering och/eller utvärdering av kontakten.

Jag går igenom och bara konstaterar, då blir det som en avstämning. Man går igenom vad vi sysslat med, ”hur var det när du kom och hur är det nu? Hur tänker du framåt och vad tycker du det här har givit dig? Vad tycker du att vi har sysslat med och på vad sätt har det här varit till hjälp för dig?”, för det behöver jag ju veta för egen del.

Alla kuratorerna har även uppgett att det alltid finns en möjlighet att komma tillbaka efter avslutad kontakt.

Bernler och Johnsson⁶⁶ menar att det är viktigt att patienten i kris får en omedelbar hjälp. Detta försöker också samtliga kuratorer att göra genom att snabbt ta kontakt med patienten och skapa en tät kontakt inledningsvis. Detta dels då de vill ge en snabb hjälp så att bearbetningen kommer igång men också för att snabbt hjälpa innan omgivning har hunnit komma med allt för många tröstande kommentarer.

⁶⁶ Bernler, Johnsson (2001)

Cullberg⁶⁷ menar att just omgivningen kan vara en anledning till att en patient hamnar i en låst reaktionsfas och en bearbetning inte kommer till stånd. Kuratorernas strategi kan därför vara ett sätt att minska risken för att patienten förnekar sina känslor och hamnar i den låsta reaktionsfasen. Genom att tidigt visa på och erbjuda ett tillåtande klimat där patienten får möjlighet till att sörja så förebyggs risken att det blir en negativ utveckling av patientens bearbetning.

Bernler och Johnsson⁶⁸ skriver att en individ är oerhört mottaglig för påverkan i en krisituation och att då kan små, snabba ingripanden ha en betydligt större effekt än att bygga upp en långvarig kontakt. De menar att krisinterventionen skall vara mycket "här och nu" inriktad. Samtliga kuratorer uppger att det oftast rör sig om kortare samtalskontakter med patienter som fått tidiga missfall, ca 1-5 ggr.

Om det däremot finns mycket annat som är problematiskt i patientens liv så kan kuratorerna agera på olika sätt. Bernler och Johnsson⁶⁹ menar att när en patient befinner sig i ett kristillstånd så kan gamla obearbetade kriser aktualiseras. Dessa kan i krisinterventionen få sin indirekta lösning men kan även vara ett starkt hinder i bearbetningen. Om detta är fallet så menar Bernler och Johnsson⁷⁰ att en mer långvarig insiktsorienterad behandling då kan vara nödvändig. Hur kuratorerna agerar i dessa fall är alltså lite olika. Dels beror det på vad det är för typ av problematik som stör bearbetningen, t.ex. beskriver vi nedan att de flesta försöker att arbeta med parets svårigheter att kommunicera. Det beror också på hur tydlig kuratorn är i sin avgränsning till missfallet i samtalet och huruvida kuratorn anser att problematiken är utanför dennes kompetensområde. Den långvariga behandlingen som Bernler och Johnsson⁷¹ hävdar är viktig kan alltså hos vissa kuratorer erbjudas av dem själva och hos andra så blir det en remittering till annan instans.

5.1.3 Kontaktens innehåll

Kontaktens innehåll kan se olika ut. Kuratorerna arbetar mest med olika typer av samtal för att hjälpa patienter som fått tidiga missfall. Samtalen kan ske enskilt eller t.ex. i form av parsamtal.

Olika typer av praktisk hjälp kan även ges till patienten och i huvudsak handlar det om att hjälpa till med kortare sjukskrivningar. Detta görs ofta tidigt i kontakten vilket betyder att kuratorerna skriver utlåtanden till läkarna eller förmedlar en kontakt mellan patient och läkare. En kurator har även nämnt hjälp att söka fondbidrag då patienten har en svår ekonomisk situation som en typ av praktisk hjälp.

Kuratorerna ger ofta patienten viss information exempelvis att patienten efter tre missfall har möjlighet att få en fertilitetsutredning. Patienter som fått missfall har ofta många frågor kring orsakerna till missfallet samt den framtida fertiliteten. Kuratorerna ger ibland svar på enklare medicinska frågor om de anser sig ha kunskaperna att göra detta. Dock uppmanar kuratorerna oftast att ta dessa frågor med medicinsk personal. Många hjälper även patienten att skaffa sig information om missfall genom att låna ut eller rekommendera relevant litteratur. Då patienterna ibland har ett intresse av att ta del av hur andra har upplevt samma situation så ger kuratorerna information om hur detta kan göras. Det finns dels böcker som beskriver hur olika kvinnor upplevt och genomgått missfall men även Internet sidor med diskussionsforum där

⁶⁷ Cullberg (2006)

⁶⁸ Bernler, Johnsson (2001)

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

missfall och upplevelser kring detta diskuteras. En av kuratorerna berättade även att hon efter förfrågan har förmedlat kontakt mellan två patienter som båda genomgått missfall.

Patienter som har medicinska frågor som ligger utanför kuratorns kompetens eller att kuratorn upptäcker att patienten har väldigt många frågor om sin situation, så kan de hänvisa patienten tillbaka till läkaren eller barnmorskan. Kuratorn kan då hjälpa till med att förmedla kontakten mellan patienten och sjukvårdspersonalen. Då patienten har sådan problematik som ligger utanför kuratorns kompetens eller ansvarsområde kan patienten remitteras vidare till en annan instans, exempelvis psykiatrin eller familjerådgivning. Detta görs efter patientens samtycke.

Kuratorerna berättar att de har en skyldighet att dokumentera arbetet med kvinnor som fått missfall. På grund av att uppgifterna är av känslig natur och är tillgängliga för annan personal så görs enbart kortare anteckningar i journalerna. Vissa kuratorer har därutöver en konfidentiell fil där de kan skriva ner en utförligare beskrivning av vad samtalen innefattat. Andra försöker hålla denna information i minnet.

Olsson⁷² beskriver i sin avhandling att kuratorns arbete omfattas av socialt utredningsarbete stödsamtal, praktiska åtgärder och hänvisning till andra instanser. Kuratorerna som vi intervjuade nämner dessa tre sistnämnda typer av hjälp i arbetet med patienter som fått tidiga missfall. Kuratorerna nämner dock utöver detta att de ger information som de anser vara en typ av hjälp.

Bernler och Johnsson⁷³ delar upp det psykosociala förändringsarbetet utifrån den *tredelade handlingsmodellen*. Kuratorernas arbete finner vi på alla tre nivåerna och ofta i en kombination.

Då behandlaren tar över ansvaret för förändringen så kallas det för en *egen aktion*. I den akuta krisen så måste behandlaren ofta ta över ansvaret både för intention som aktion. Detta då det ofta finns ett behov av en strukturering i det kaos som patienten befinner sig i⁷⁴. Exempel på en egen aktion finner vi när kuratorerna ger patienten praktisk hjälp som t.ex. sjukskrivning. Detta gör kuratorerna ofta just i den akuta krisen vilket kan ses som ett sätt att hjälpa med att strukturera kaoset som patienten befinner sig i. Cullberg⁷⁵ menar att man på detta sätt lindrar lidandet för patienten. Att söka fondbidrag åt patienten som befinner sig i en svår ekonomisk situation är ett annat sätt att lindra lidandet på och är exempel på egen aktion. Att remittera en patient vidare till en annan instans är också en form av egen aktion då kuratorn står för både intention och aktion. Att kuratorerna agerar utifrån egen aktion betyder inte att de inte har patientens samtycke till aktionen.

En *direkt styrning* görs då behandlaren står för intentionen men klienten själv får agera. Exempel på när kuratorerna agerar utifrån den direkta styrningen är när de ger patienten rådet att ta kontakt med läkare eller annan sjukvårdspersonal men inte aktivt förmedlar kontakten. Direkt styrning sker även när kuratorerna ger patienten information, lånar ut eller rekommenderar böcker som handlar om missfall. Kuratorn som sammanförde två patienter är också ett bra exempel där patienten själv fick agera och ta steget för att till slut träffa den andre patienten.

Samtalet är ett exempel på *indirekt styrning* vilket också är kuratorernas huvudsakliga arbetssätt. Samtalet är insiktsskapande där patienten själv får ta ansvar för förändringen. Att kuratorn i dialogform samtalar och ställer frågor samt använder sig av de tekniker som vi

⁷² Olsson (1999)

⁷³ Bernler, Johnsson (2001)

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Cullberg (2006)

presenterar nedan är exempel på en insiktsskapande arbetsmetod. Cullberg⁷⁶ menar att i den akuta krisens inledande skede så är en förnuftsmässig bearbetning av det inträffade inte att förvänta. Kuratorerna använder inte heller sig av den indirekta styrningen i chockfasen utan det får komma senare i kontakten.

5.1.4 Att arbeta med patienten och hennes relationer till omgivningen.

Kuratorerna arbetar mycket individuellt med patienten. Det mesta som beskrivs i intervjuerna utgår från det individuella samtalet med kvinnan. Då det ofta kan bli mycket problemfokuserat i denna kontakt så försöker kuratorerna även att fråga om patientens resurser, exempel på detta kan vara att fråga om vilket stöd de har från omgivningen och vilka de kan prata med. De frågar även efter vilka lösningar som patienten själv kan se och försöker att lyfta fram patientens positiva egenskaper. Kuratorerna försöker visa på och påtalar för patienten vilka olika strategier som patienten använder sig utav för att hantera sin situation och att dessa strategier är en styrka för patienten.

När vi skriver om paret så menar vi en man och en kvinna. Detta då kuratorerna nästan aldrig har haft kontakt med en patient vars partner är en kvinna.

Alla kuratorer uppger att de gärna ser att både mannen och kvinnan ingår i samtalskontakten. Däremot är det ofta enbart kvinnan som ingår i samtalskontakten. Några kuratorer använder därför sig av olika strategier för att försöka få med sig mannen i samtalen.

Jag brukar alltid fråga när jag ringer om dom kommer själva (syftar på kvinnan), för att på något sätt väcka.. att de förstår att faktiskt mannen får följa med om dom vill.

En kurator berättar om en mer direkt förfrågan:

Det är fråga om etik hur mycket man kan.. hur enträgen man kan vara när det gäller honom. Jag brukar säga till mannen att "jag vill gärna träffa dig för att jag ska förstå hur ni har det och bättre kunna hjälpa din partner" och då kommer dom oftast. Men om jag säger att "jag tror att du ska komma för att du behöver det", då blir det inte bra. /.../ Men jag tycker det är bra, fördelaktigt om båda är med, för det är ju oftast ett par det handlar om.

Många uppger att sorgen efter ett missfall upplevs större för kvinnan. Detta för att det är kvinnan som burit barnet och känt graviditeten redan innan det är synligt för omgivningen. De menar att det är i hennes kropp det sker och som är i fokus och det är även kvinnan som blir patient. Detta kan betyda att kvinnan inte känner sig förstådd av sin man och att kommunikationen kring missfallet blir svår. Andra skäl som uppges är att män och kvinnor har olika sätt att uttrycka sina känslor på och att det är ett typiskt kvinnligt sätt att vilja prata om det som hänt medan mannen sörjer på andra sätt. Kuratorerna arbetar då ofta med parsamtal för att försöka få dem att tala med varandra och förstå varandra i sorgen.

Där tar jag mer en pedagogisk roll och pratar om att det är vanligt att man reagerar olika och "det kan bero på så och så", så att de kan förstå varandra och sen stötta varandra.

Kuratorn hjälper även paret konkret med att förbättra kommunikationen dem emellan:

Om jag frågar kvinnan någonting så hör ju han det och då är de ju tvungna att lyssna. Som man kanske inte gör när man går och bråkar hemma. Man kan ju fråga på så sätt att: "vad tyckte du om det som hon sa nu?" Men det är inte så att jag jobbar med relationen utan mer att jag försöker att få dem att förstå varandra och lyssna på varandra.

Om kvinnorna kommer ensamma på samtal så frågar kuratorerna oftast om hur de har det med sina olika relationer. Vilka personer som är viktiga och som kan vara ett stöd. Även om

⁷⁶ Cullberg (2006)

mannen inte är närvarande under samtalen så försöker kuratorn hjälpa kvinnan att sätta ord på vad hon behöver i sin relation:

Hur den här kvinnan kan få ett stöd och bli förstådd och det har ju väldigt mycket att göra med hur hon kan formulera vad hon behöver. Talar man om en partner kan det handla om att, ett väldigt vanligt mönster när det gäller partnern är att han inte orkar med att prata om det, att han inte orkar med då hon är ledsen utan kan vara avfärdande eller så. Och då handlar det ofta om, visar det sig, att han fungerar så att han inte vet vad han ska göra. Då brukar jag fråga: "vad vill du att han ska göra"? "Han ska bara vara där och lyssna och visa att han också är ledsen för detta, inte komma med lösningar". "Kan du säga det till honom då?" "Ja det kan jag". "Gör det då, för vet dom vad dom ska göra för att hjälpa så gör dom ofta det då" och det gäller ju även andra viktiga relationer.

En del kuratorer berättar att det inte pratas så mycket om missfall i samhället. Det är kvinnornas hemliga och tysta sorg:

Det krävs ju faktiskt att man pratar! Att människor berättar, tänker jag. Det säger ju många kvinnor att "vad konstigt, varför är det aldrig någon som har... varför pratar ingen om detta?" och så när de själva, på sin arbetsplats eller i sin kompisgrupp, börjar prata och faktiskt berätta att "jo jag fick ju missfall" och hur det är, hur hon mår och det att hon är ledsen. Först då får hon många andras berättelser. Det är någonting som jag skulle vilja ändra på!

Många patienter upplever att när de väl berättar om det tidiga missfallet så tar omgivningen inte deras sorg på allvar. De anses ofta att missfall är något naturligt vilket man repar sig snabbt ifrån. Detta kan innebära att patienterna inte får utrymme att sörja och att deras känslor blir förminskade av de uppmuntrande orden som ges från omgivningen. Då blir kuratorskontakten väldigt viktig eftersom det här ges utrymme att tala om det inträffade och kuratorerna tar sorgen på allvar.

det här att "missfall inte är så farligt". Det är väl det som man som patient kanske upplever. Att individerna i samhället och att man på arbetsplatsen... "att missfall, det är väl ingenting, man blöder lite och sen är det väl över. Kan inte du jobba, va?" /.../.Att folk kanske inte sluter upp runt kring den personen som man hade velat. "Men det är ju bara att försöka igen" att man försöker peppa upp den här personen, man förstår inte vad det är som den har förlorat. Så det påverkar ju på det sättet att många känner sig besvikna på omgivningens reaktioner.

Bernler och Johnsson⁷⁷ menar att det är viktigt att skifta mellan de olika *hierarkiska nivåerna* då en förklaring eller lösning på problem inte återfinns på endast en nivå. Vi ser att kuratorerna kan förhålla sig till missfallsproblematiken på samtliga nivåer både i det konkreta arbetet men även rent analytiskt i hur de ser på problemet.

Intrapsykisk nivå: Kuratorerna förhåller sig ofta på den intrapsykiska nivån när de talar om sina patienter med tidiga missfall. Detta även i det direkta arbetet då det ofta sker på individnivå. Att lyssna på patientens och dennes upplevelser om det som hänt och vad som är svårt. Att hitta en patients personliga resurser och styrkor och se hur denne kan använda sig av dessa i krisen är exempel på hur kuratorerna analyserar och arbetar intrapsykiskt.

Interpersonell nivå: Att fråga patienter om deras relationer är viktigt för att se vilket stöd som finns. Både att tala om patientens relationer när patienten är ensam eller att tala med paret är att fokusera på och försöka förstå den interpersonella nivån. När kuratorn talar med ett par så synliggörs olika roller och interaktionsmönster som finns dem emellan. Cullberg⁷⁸ menar att om man inte tar med de familjemedlemmar som det inträffade faktiskt rör så minskas deras känsla av ansvar vilket stör den framtida kommunikationen. Kuratorerna hjälper paret att kommunicera med varandra och förstå varandra för att de även i framtiden ska kunna hjälpa

⁷⁷ Bernler, Johnsson (2001)

⁷⁸ Cullberg (2001)

varandra. Rönmarks⁷⁹ avhandling tar upp problematiken kring hur olika mannen och kvinnan upplever och sörjer ett barns död och att de använder sig av olika copingstrategier. Kvinnor är mer benägna att tala om det svåra men mannen däremot har andra mer praktiska strategier. Mannen förlorar även ibland kontakten med sin sorg då han känner krav på sig att stärka och stödja kvinnan. Även om detta inte riktigt är samma problematik som missfall så uppmärksammar kuratorerna detta även i sina berättelser. Denna kunskap använder de sig av då de berättar för paret om olikheterna i att sörja. Kuratorerna försöker med olika strategier att få med mannen i samtalet. En strategi är just att använda sig av mannens vilja att stödja kvinnan för att få honom att komma med på samtalet.

Strukturell nivå: Att förstå och tala om patientens upplevelser av omgivningen är att fokusera på den strukturella nivån. Att samhället inte talar om missfallet eller inte tar sorgen på allvar är viktiga iakttagelser som kuratorerna gör. Detta kan i sig påverka hanterandet av krisen då det enligt Cullberg⁸⁰ är viktigt att inte förneka känslor eftersom en bearbetning då inte fullt görs. Det är viktigt för kuratorn att uttröna om patienten befinner sig i en sådan omgivning. Kurators roll blir då mycket betydelsefull som motvikt.

5.2 Teorier, strategier och samtalsteknik

5.2.1 Teorier

Samtliga kuratorer uppger att de arbetar efter många olika teorier. Teorier som nämns är bland annat kristeorin, systemteorin, teorin för psykosocialt arbete, psykodynamisk teori, kognitiv beteendeterapi med flera. Dessa teorier har format kuratorernas sätt att se på situationer och används därför både på ett medvetet och ett omedvetet plan. "...t.ex. systemteorin som jag tycker är väldigt central för mig som socionom, det har ju format mitt sätt att tänka". Flera olika konkreta arbetsmetoder och strategier som har sin bakgrund i teorierna nämns även i intervjuerna vilka vi går närmare in på nedan. Några av kuratorerna uttrycker en stor medvetenhet kring vilka teorier och metoder de använder sig av i sitt arbete. De reflekterar mycket över sitt arbete och drar tydliga paralleller mellan teori och det praktiska arbetet. Några kuratorer anser dock att det är svårt att beskriva vilka teorier de arbetar efter och hur detta görs. Detta då de efter lång erfarenhet har integrerat och förenat teorierna i sitt arbetssätt.

...man har ju en del... det sitter ju där bak någonstans.. det sitter ju i ryggmärgen.. lite grann... och sedan så jobbar man ju på.. sen blir det ju en blandning av allt möjligt... fastän det inte är så att man kan säga att "här jobbar jag så, och i detta skedet så jobbar jag efter den teorin"...

Kuratorerna uppger alla att det inte är någon som bestämmer åt dem hur de ska arbeta med avseende på teori och metodval. Däremot är det något som diskuteras med andra kuratorer i olika grupper beroende på arbetsplats. En kurator menar på att det blir en insocialisering i arbetsgruppen då man hela tiden hör hur de andra kuratorerna resonerar kring sitt arbete och vilka begrepp och teorier som används.

...Vi är väldigt fria hur vi arbetar, vi kuratorer. Vi arbetar ju i en medicinsk värld och det är ingen annan i den här världen som vet mer än vad vi vet om detta. Vi ligger så långt före alla andra så det är ingen som har några idéer om detta. Det är annorlunda med psykiatrin där det är så många som har uppfattningar om vad som ska gälla men vi gör som vi vill här. Vi talar om de här teorierna i vår grupp /.../ vi resonerar kring det, vad vi tycker är användbart men när det gäller mig själv så är det jag som bestämmer...

Kuratorerna arbetar *eklektiskt*. Bernler och Johnsson⁸¹ beskriver eklekticism som när en behandlare väljer ut och förenar olika tankegångar och begrepp för att på så sätt bilda en "ny

⁷⁹ Rönmark (1999)

⁸⁰ Cullberg (2001)

⁸¹ Bernler, Johnsson (2001)

teori”. Kuratorerna har successivt valt ut och tagit till sig olika tankegångar som de tycker fungerar vilka tillsammans och bildar ett fungerande arbete och en ”ny teori”. För vissa kuratorer kan det vara svårt att se vilka delar den nya teorin innehåller och för andra blev detta tydligare.

Bernler och Johnsson⁸² skriver att teorierna som används i behandlingsarbetet måste innehålla såväl analytiska som aktionella komponenter. Kuratorerna använder sig av många olika teorier som just ger denna bredd som Bernler och Johnsson⁸³ efterfrågar. Dels kan kuratorerna använda en teori som förståelse och förklaringsmodell, detta både på ett medvetet och på ett omedvetet plan. De nämner även hur de rent praktiskt använder sig av de olika teorierna i sitt arbete. En del valda teorier innehåller även exempelvis samtalsstrategier som de konkret kan använda sig av i det direkta arbetet.

5.2.2 Strategier och samtalsteknik

Oavsett om första kontakten med patienten sker per telefon, på avdelningen i en direkt anslutning till missfallet eller i form av ett inbokat möte så inleder kuratorerna kontakten oftast på följande sätt: kuratorerna börjar med att presentera sig själv. De berättar därefter hur de arbetar och vad de kan erbjuda patienten för hjälp. Hjälpen som kuratorerna kan erbjuda får ibland återupprepas senare i kontakten om det blivit missförstånd. Därefter berättar de vilken information de har om patienten och patientens situation. Detta ger patienten en möjlighet att bekräfta om informationen stämmer och en chans att få berätta med egna ord. Dock brukar de flesta kuratorerna inte ha så mycket information om patienten och dennes situation innan de träffar patienten. För en del är det även en medveten strategi att inte ta reda på någonting innan mötet patienten. De vill bilda sig en egen uppfattning och låter därför patienterna berätta med egna ord och därmed inte påverkas för mycket av den övriga sjukhuspersonalens uppfattning av patienten. En del kuratorer informerar på ett tidigt stadium om tystnadsplikt och journalföringen. Däremot så brukar diskussioner om förväntningar inte göras i inledningen. Detta kan dock komma upp senare i kontakten eller i slutet då kuratorn summerar eller utvärderar kontakten med patienten.

”Däremot så hör man det nästan alltid efter första kontakten, då man träffas andra gången... att ”det var så skönt att få prata med dig. Jag har aldrig pratat med en kurator men det var jättebra” Så då kommer förväntningarna”.

Om det däremot är en mycket akut och svår situation så brukar kuratorerna oftast ha så lite information i inledningen som möjligt. Samtliga kuratorer låter patienten fritt berätta om det inträffade efter att de har presenterat sig själva. Samtliga av kuratorerna intar en lyssnande roll men ställer ett fåtal frågor för att uppmuntra informationsflödet.

...då brukar jag ofta be dem berätta för mig ”kan du berätta för mig vad som har hänt dig, känner du för att göra det”. Och de här patienterna gör oftast det, de vill väldigt gärna göra det. Och då brukar de ju börja med att berätta när de fick reda på att de var gravida eller jag brukar försöka få dem att göra det i alla fall, att de börjar där. Och om de berättade för någon att de var gravida, vad som hände och varför de sökte sig hit och så får de berätta hela historien. Och då brukar jag prata så lite som möjligt och bara lyssna. Och det är ju oftast det första samtalet där dom får berätta allt och då kommer det ju fram väldigt mycket, vad som har varit jobbigast.

Även om kuratorn inledningsvis intar en lyssnande roll så finns det exempel på viktiga frågor som ställs i inledningsfasen. Många gör tidigt en mindre kartläggning och brukar höra sig för om sjukskrivning och patientens stöd av nära som t.ex. en ev. partner. Samtliga kuratorer berättar även att de har funderat igenom hur de framstår och vilket första intryck de förmedlar. De visar sig intresserade av patienterna genom att visa på att de vill veta och förstå patienten och dennes situation. Kuratorerna vill skapa en trygg och tillåtande miljö där det

⁸² Bernler, Johnsson (2001)

⁸³ Ibid.

finns utrymme för patienten att säga vad denne tänker på och uttrycka sina känslor och funderingar.

”Ja, att man är tillåtande så man får faktiskt säga de här sakerna om någon annan, att de mist det här barnet som de väntat på så länge” medan våra grannar minsann inte vill ha sina barn” eller ”dom får barn på löpande band”. Det får man sitta och säga här inne och det är okej. Därför blir man viktig. Det brukar jag säga, ”du får säga vad du vill här inne, du får säga precis vad du vill här inne och hur många gånger som helst”, det tycker dom är skönt...”

En patient som befinner sig i chockfasen kan ha svårt att ta till sig information enligt Cullberg⁸⁴. Patienterna som kuratorerna träffar kan ju, som tidigare sagt, finna sig i olika skeden när kuratorn träffar patienten för första gången. Därför är det inte alltid som det är på sin plats med en omfattande *sammanhangsmarkering*. En sammanhangsmarkering är viktig för att oklarhet inte ska råda i en klientkontakt menar Petitt-Olson⁸⁵. Kuratorerna gör inte en regelrätt sammanhangsmarkering enligt efter den modell som Petitt-Olson⁸⁶ presenterar men mycket kan kännas igen.

”Vem är jag?” I den *primära sammanhangsmarkeringen* så presenterar kuratorn vem hon är, hur hon arbetar och vad hon kan erbjuda, respektive *inte* erbjuda patienten för hjälp. Tystnadsplikten och annan information som exempelvis journalföringen hör också hit vilket en del kuratorer meddelar redan i inledningen.

”Vem är du?” Om kuratorerna har information om patienten så brukar de berätta vad de vet om patienten och dennes situation. Kuratorn brukar därefter oftast låta patienten börja berätta om sig själv och sin situation och därmed svara på frågan ”Vem är jag?”. Patienten får då möjligheten att berätta om kuratorns information om denne stämmer.

”Vad gör vi och vad betyder detta?” Detta är inte frågor som kuratorerna brukar ställa i inledningen av kontakten men det kan komma upp senare i samtalskontakten. Det blir då som en *sekundär sammanhangsmarkering* i den pågående kontakten eller mot slutet av kontakten.

Cullberg⁸⁷ menar att det är viktigt i reaktionsfasen att tala om det inträffade och verbalisera smärtan för att det ska få en konkretare innebörd. Att förstå och acceptera känslorna har en stor betydelse för den drabbades egna erkännande av det som hänt. Då behandlaren tar emot, lyssnar och hårbärgerar känslorna så används begreppet *containing function*. Kuratorerna träffar som vi tidigare nämnt patienterna ofta i reaktionsfasen. Samtliga kuratorer beskriver att de i början låter patienten fritt berätta om vad som hänt, vilket är viktigt i detta skede. Kuratorerna vill skapa en trygg och tillåtande miljö och genom att ställa frågor få patienten att berätta vad som hänt. Citatet ovan visar på att patienter kan uttrycka känslor som kanske anses lite förbjudna att ha. Detta får då en stor betydelse för patientens egna erkännande av det som hänt. Att orka lyssna och ta emot dessa känslor gör just att kuratorerna fungerar som en *containing function*.

Vidare uppger kuratorerna att de till viss del försöker anpassa efter patienten redan på ett tidigt stadium av kontakten. Det kan handla om att de försöker känna av patientens personlighet:

Och sen att jag kan matcha just den personen för folk är ju olika. Allt från den som man kan gå rätt på och vara väldigt rak och snabb, till den som man får vara oerhört återhållsam och vänta in, så det handlar ju om att kunna matcha den andra i det, så att man inte känner sig överkörd eller övergiven eller vad det nu är. Så att man passar någorlunda ihop.

⁸⁴ Cullberg (2006).

⁸⁵ Petitt, Olson (1994).

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Cullberg (2006).

Det kan också handla om praktiska saker som kuratorn omedvetet eller medvetet tar efter eller försöker likna patienten i. T.ex. hur man sitter och vilket språk man använder.

Man försöker ju matcha, jag matchar hur man sitter, så att man är på samma våglängd.. Eftersom jag är ung själv så kanske det är många unga kvinnor.. och det är ju också en matchning.. att man matchar i ålder. Och i språket också försöker jag matcha /.../ Man kanske inte kan ha sex som förr och det kan ju kännas lite.. och då försöker jag använda samma ord som dom som jag träffar. Så att det inte, det kan ju vara pinsamt så, så att man inte sitter och använder ett medicinskt språk eftersom jag träffar många som då inte gör det. Så det försöker jag ju göra. Men det är nog någonting som jag gör hela tiden och inte bara i inledningen.

Bernler och Johnsson⁸⁸ visar på vikten av att använda sig av olika *isomorfistategier*, även ibland kallat *matchning*. Isomorfistategier kan t.ex. användas i etableringen av behandlingsrelationen men även under hela kontakten. Detta gör kuratorerna konkret t.ex. genom att använda samma språk som patienten, sitt sätt att vara i samtalet men även, som i exemplet ovan, att visa på banala likheter som att man har samma ålder. Detta menar Bernler och Johnsson⁸⁹ kan göra att en arbetsallians skapas vilket är en viktig förutsättning för att patienten ska öppna upp för påverkan. Detta är en strategi som kuratorerna använder sig av redan i början av kontakten för att ta sig in i systemet. Tidigare har vi berättat att kuratorerna i inledningen av kontakten intar en lyssnande och bekräftande roll. De låter patienten berätta om sin situation och är då sparsamma med frågor och vill inte ”gå på för mycket”. Detta är enligt Bernler och Johnsson⁹⁰ en annan typ av isomorfistategi som även den gör att man tydligt går med systemet inledningsvis. Detta görs genom att lyssna, visa deltagande, förståelse och sympati. Dessa strategier är viktigt för att kuratorn ska kunna gå emot systemet vid ett senare tillfälle och kanske visa på alternativa bilder.

”Jag kanske har ätit någonting eller gjort någonting, har jag ansträngt mig?” Och då kan jag ju säga att ”det är inte så”! /.../ ”på det sättet påverkar man ju inte missfallet!””

Citatet visar på att kuratorn kommer med en tydlig motbild och går därmed emot systemet. Att göra en *omtolkning* som vi nedan ska beskriva är också en metod som går emot systemet och kan användas då man redan skapat en arbetsallians i sin behandlingsrelation med patienten. Att visa på en hoppfullhet som vi nedan kommer att beskriva är också ett sätt att gå emot patientens ibland för starka problemfokusering. Det är också ett exempel på en anisomorfistategi.

Samtliga kuratorer berättar att de i samtalen med patienten försöker visa på att reaktioner och känslor som patienten upplever är normala. Många intar då en pedagogisk roll och berättar för patienten hur en kris kan se ut enligt teorierna och därmed visa på vad de har att vänta framöver. Kuratorerna kan även berätta om sin erfarenhet av att träffa andra patienter i samma situation. Kuratorerna upplever att de då också förmedlar ett hopp genom att exempelvis kunna berätta om kvinnor som fått flera missfall men sedan lyckats att få barn.

Cullberg⁹¹ menar att patienter kan ha svårt att förstå sina känslor eller reaktioner och uppleva dessa som skrämmande. Det blir då viktigt att dels *visa på det normala* i krisen men också att fungera som ett *vikarierande hopp*. Kuratorerna fungerar som ett vikarierande hopp då de har kunskaper och erfarenheter av hur människor reagerar i en kris. De behöver därför inte oroa sig för patientens reaktioner då de vet att detta är vanligt i en kris. Kuratorerna fungerar då som en stabiliserande faktor och ett stöd för patienten då de kan se ett slut på krisen. Situationen som patienten befinner sig i kan innehålla en ovisshet om framtiden. Genom att berätta om andra som lyckats få barn till slut så förmedlas hopp och kuratorerna hjälper patienten att vara uthållig i krisen.

⁸⁸ Bernler, Johnsson (2001)

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Bernler, Johnsson (2001)

⁹¹ Cullberg (2006)

Att visa på det normala i krisen kan göras då behandlaren har kunskaper om krisens natur. Cullberg⁹² menar att detta innebär att känslorna och reaktionerna kan sättas in i ett större sammanhang. Behandlaren kan då dela med sig av detta till patienten och förbereda denne på krisens vidare förlopp. Kuratorerna gör just detta. De både informerar om krisen och påtalar det normala i patientens reaktioner och känslor. De berättar även om sina erfarenheter av andra patienter vilket även har en normaliserande effekt.

Vissa kuratorer försöker vända det negativa som patienterna säger till något positivt. Här beskriver en kurator hur hon använder sig av detta som en medveten strategi:

...Det var någon som sa att” jag är väldigt bra på att lägga locket på och dålig på att visa vad jag känner”. Då säger jag att det är jättebra att kunna behärska sig. Det kan vara jättebra, en bra egenskap att ha. Ibland kan det vara väldigt bra att lägga locket på för man kanske inte orkar ta det just då. Så man kan få människor att se det som en resurs /.../ Att se det, att faktiskt hjälpa människor att se vad de har för resurser, att gå tillbaka och se hur de tidigare tacklat svårigheter och säga ”du har ju faktiskt klarat av en massa saker här, du verkar ju oerhört handlingskraftig”, kan man säga och folk har inte uppfattat sig så /.../ alltså peka på det jag uppfattar som bra och som inre resurs och så lyfta det, sånt som människor inte tänkt på om sig själv, så att man vidgar självbilden då.

En kurator berättar om olika samtal med par som upplever svårigheter i kommunikationen med varandra. Hon förtydligar för paret hur hon ser det hela:

...då kan jag säga ”ni verkar ju bry er om varandra väldigt mycket, det är ju bra att ni har varandra” och så, att de ser resurserna i varandra”/.../ det tycker de ju om att höra.

Att visa på ett annat sätt att se på saken kan vara ett sätt att gå emot systemet som vi tidigare nämnt. En *omtolkning* innebär, enligt Bernler och Johnsson⁹³, att sätta en uppfattning eller ett sakförhållande i en annan ram än den klienten presenterar. De nyss nämnda citaten är exempel på där kuratorerna använder sig av positiva omtolkningar för att hjälpa patienterna att se situationer och beteenden i ett annat ljus. Omtolkningar, eller ”*reframing*” som det även kallas, är därför en medveten strategi som syftar till att vända en negativ uppfattning till en positiv.

6 Sammanfattning

Syftet med denna uppsats har varit att beskriva hur sjukhuskuratorer arbetar med patienter som fått tidiga missfall. De frågor som vi har besvarat är hur kuratorskontakten ser ut med avseende på innehåll och struktur samt vilka strategier och samtalstekniker som de använder sig av. Vi kommer nu att kort sammanfatta vad vi kommit fram till i denna uppsats.

De patienter som fått tidiga missfall och som kuratorn träffar befinner sig i en kris. Oftast kommer patienten i kontakt med kuratorn i den akuta krisen men även i en låst reaktionsfas. Kuratorernas inledande strategi innebär att de så snabbt som möjligt försöker att komma i kontakt med patienten för att erbjuda denne ett tillåtande klimat. De upplever att omgivningen ibland kan bidra till att det blir en negativ utveckling av patientens bearbetning och vill därför fungera som en motvikt till detta. På detta sätt bidrar de till att en bearbetning av det inträffade kommer till stånd och att det inte blir en låst reaktionsfas.

Kontakten är oftast ”här och nu inriktad” och utgörs oftast av endast ca 1-5 antal samtal. Patienter kan dock ha mycket problematik av annan karaktär och en kris kan aktualisera gamla oberbetade kriser. En långvarig behandling kan då vara viktig. Här har vi sett att

⁹² Cullberg (2006)

⁹³ Bernler, Johnsson (2001)

kuratorerna arbetar olika. En del erbjuder detta själva och andra avgränsar tydligare och kanske remitterar till en annan instans.

Kuratorerna agerar utifrån egen aktion i det akuta skedet då det finns behov av att strukturera i det kaos som patienten befinner sig i. Detta kan vara att ordna med sjukskrivningar men även att i ett senare skede remittera vidare. Exempel på när kuratorerna agerar utifrån direkt styrning är när de informerar, lånar ut böcker och dylikt samt när de råder patienten att ta kontakt med annan sjukvårdspersonal. Samtalet är det viktigaste arbetssättet för kuratorn när de arbetar med en patient som befinner sig i kris och ett exempel på indirekt styrning.

Kuratorerna analyserar och arbetar på samtliga av de hierarkiska nivåerna. På den interpersonella nivån så innefattas patientens relationer. Kuratorerna arbetar helst med paret men oftast blir det individuella samtal med kvinnan. Kuratorernas berättelser om kvinnans och mannens olika sätt att reagera på missfallet stärks även av tidigare forskning av Rönmark. Kuratorerna försöker då ofta att hjälpa paret att kommunicera med och förstå varandra. En del kuratorer har utformat strategier för hur de ska få med mannen i samtalen. Kuratorerna menar utifrån den strukturella nivån att missfall är något som man inte pratar om i samhället utan är en tyst sorg. Patienten upplever ofta då de berättar för omgivningen om missfallet att deras sorg inte tas på allvar. Kurators arbete blir därför viktigt då omgivningen förminskar och inte ger den drabbade utrymme att sörja och därmed bearbeta sorgen.

Kuratorerna arbetar eklektiskt med teorier och använder sig av följande strategier och samtalstekniker. De börjar med att göra en kortare sammanhangsmarkering skapa klarhet om vad de kan erbjuda och vilka de är. Därefter låter de patienten fritt få berätta om det inträffade och därmed verbalisera smärtan de känner. De försöker att skapa en trygg och tillåtande miljö och att fungera som en containing function. Att göra detta betyder att man går med systemet, dvs. en isomorfi strategi, att lyssna och bekräfta samt matcha patientens språk och personlighet. En anisomorfi strategi kan då vara att t.ex. komma med nya perspektiv såsom att visa på det normala i en kris. Detta är något som görs dels genom att kuratorerna har kunskap om krisens natur och därför inte oroas av patientens reaktioner. Kunskaperna används också i informativt syfte då kuratorerna berättar för patienten om krisens förlopp. Att berätta om andra patienter i samma situation som nu lyckats att skaffa barn och att var en stabiliserande faktor och stöd för patienten kallas att vara ett vikarierande hopp. Detta för att därefter kunna ge nya perspektiv och gå emot systemet. En annan typ av anisomorfi strategi är att omtolka det som patienten säger och hjälpa denne att se något i ett annat ljus. Vid kontaktens avslut så görs oftast en summering eller utvärdering.

7 Slutdiskussion

Det framgår i vårt material att kuratorerna arbetar eklektiskt vad gäller teorival. En del kuratorer kunde i våra intervjuer på ett tydligt sätt redogöra för de olika teorierna men även arbetsmetoder som de använder sig av. Andra hade svårare att beskriva detta. Vi tror att detta kan bero på många olika faktorer. Kanske är somliga mer reflekterande i sitt yrke men även att själva intervjusituationen kan göra det svårt att spontant precisera detta. Att arbeta eklektiskt innebär ju att förena olika tankegångar och begrepp vilket gör att en ny teori bildas och då kan det efter en tid vara svårt att se de olika delarna tydligt. Då vissa kuratorer beskriver det som att "det sitter i ryggen" så tror vi att det kan förhålla sig så att de internaliserat teorierna i sitt arbete och därmed nu har svårt att bena upp detta för att se vilka olika delar man satt samman. Den insocialisering i arbetsgruppen som beskrivs kan kanske också bidra till svårigheten att definiera teorierna som man arbetar efter. Kuratorerna plockar då lite här och där under tidens gång och till slut inte vet vart alla metoder och synsätt man innehar kommer ifrån.

Under våra intervjuer så har vi upplevt det svårt att få svar på frågan om *hur* de arbetar.

Denna svårighet att beskriva hur det faktiska arbetet utförs och vilka teorier som används kan vara en anledning till att tydliga metodbeskrivningar saknas. Å andra sidan så tror vi att denna osäkerhet om hur man faktiskt arbetar upprätthålls då det inte finns någon metodbeskrivning över arbetet. Vi hoppas därmed att denna uppsats är ett steg i denna riktning att skapa tydlighet kring sjukhuskurators arbete. Dock behövs det mycket mer och omfattande studier kring detta ämne. Vi tror att det är viktigt att öka förståelsen och kunskapen om kuratorsarbetet både bland kuratorerna själva och bland dess omgivning. Vi tror att detta både kan öka kvaliteten och statusen för kuratorsyrket.

Vår studie hade inte som avsikt att belysa skillnaderna i hur de intervjuade kuratorerna arbetar men skillnader har ändå påträffats. Exempelvis så avgränsar några kuratorer specifikt till missfallet i samtalskontakten. Andra fortsätter att arbeta med patientens andra problemområden vilket kan resultera i en lång kontakt. Detta innebär att hjälpen ser olika ut beroende på vilken kurator patienten kommer till. Självklart är kuratorerna olika som personer och har även bland annat olika påbyggnadsutbildningar vilket påverkar utformningen av arbetet. Vi anser dock att en ökad likriktning i arbetet skulle skapa en större rättvisa för patienterna. Vi tror att det finns möjlighet att öka medvetenheten och likriktningen i arbetet samtidigt som det är möjligt att behålla flexibiliteten i arbetet. Denna flexibilitet är viktig i utformningen av arbetet med patientens unika behov.

Vi ser det som positivt att samtliga kuratorer uppger att det är mest fördelaktigt att arbeta med paret i samtalen. Två kuratorer berättar att de har medvetna strategier för att även få med mannen i samtalen. Vi har beskrivit dessa strategier för att det är viktigt att kuratorerna kan lära av varandra. Rönmarks avhandling visar på att kvinnor och män använder sig av olika copingstrategier och uttrycker sin sorg på olika sätt. Då detta är någonting som kuratorerna också uppmärksammat tror vi att det kan finnas en risk att dessa stereotypa bilder cementeras. Vi menar med detta att det är viktigt att fortsätta att aktivt erbjuda männen stöd och möjlighet att uttrycka sin sorg. Vi menar inte på att kuratorerna har möjlighet att samhälleligt förändra invanda könsroller. Däremot tycker vi det är viktigt att de hela tiden utmanar sina egna sätt att tänka kring manligt och kvinnligt. Det är lätt att bara acceptera olikheterna och inrikta sig på kvinnorna. Men det är vår tro och förhoppning att tiderna sakta men säkert förändras och långt ifrån alla män och kvinnor infaller i dessa normer.

Det har ibland varit en svår balansgång att ge uppdragsgivaren vad vi tror önskas och samtidigt skapa en uppsats. Vi hoppas dock att kuratorerna kan ha användning av denna uppsats i sitt vidare arbete med att beskriva kuratorsarbetet. Mer forskning behövs som sagt inom detta område för att synliggöra kurators arbete. Många saknar kunskap om kuratorernas arbete, inte minst vi socionomstudenter som oftast bara får teoretiska kunskaper och mycket lite av konkreta arbetsmetoder.

Referenser

Litteratur

- Backman, J (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bernler, G/Johnsson, L (2001). *Teori för psykosocialt arbete*. (3e Uppl.) Stockholm: Natur och kultur.
- Cullberg, J (2006). *Kris och utveckling*. (5 e Uppl.) Stockholm: Natur och kultur.
- Dyregrov, A/Matthiesen, S B (1987a) Similarities and differences in mother's and fathers' grief following the death of an infant. *Scandinavian Journal of Psychology* Vol. 28 sid 1-15.
- Faxelid, E/Hogg, B/Kaplan, A/Nissen, E (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Gilje, N/Grimen, H (1995). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalso.
- Kvale, S (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S/Lilja J/Mannheimer K. (2005). *"Forskningsmetoder i socialt arbete"*. Lund: Studentlitteratur.
- Petitt, B/Olson, H (1994): *Om svar anhålles: en bok om interaktionistiskt förändringsarbete: teori och analys*. Stockholm: Mareld.
- Svenning, C (2003). *Metodboken: Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling: Klassiska och nya metoder i informationssamhället: kritik på Internet*. Eslöv: Lorenz.

Avhandlingar

- Olsson, S (1999). *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, nr 1999:1.
- Rönmark, L (1999). *Fallna löv, om coping vid förlust av små barn*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, nr 1999:8.

C-uppsatser

- Brolund, F/Englund-Lekiqi, V (2006). *Kvinnors behov av socialt stöd och dess effekter efter missfall*. Karlstad: Karlstad Universitet, Institutionen för hälsa och vård.
- Hedman, M/Johansson, N (1997). *"När drömmar och förväntningar plötsligt byts mot sorg och förtvivlan – en studie av hur man kan arbeta psykosocialt med föräldrar till dödfödda barn"*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.

Internet

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

Bilaga 1 - Intervjuguiden

Bakgrundsinformation

1. Vad har du för utbildning, yrkeserfarenhet och hur länge har du jobbat här?

Initiering eller aktualisering av kontakt

2a. På vilka sätt aktualiseras kontakten mellan patienten som fått ett tidigt missfall och dig?

2b. Hur påverkas din kontakt med patienten utifrån sättet kontakten aktualiserades på?

3a. Vilken förhandsinformation får du om patienten och patientens situation innan första mötet?

3b. Hur påverkar förhandsinformationen dina förberedelser inför första mötet?

3c. Berättar du för patienten om vilken förhandsinformation du har fått?

4a. I vilka olika skeden befinner sig patienter som fått tidiga missfall i vid första kontakten?

4b. Har du någon uppfattning om i vilket skede det är mest fördelaktigt att ha första kontakten med patienter som fått tidiga missfall?

5a. Hur kan en kontakt se ut med avseende på antal samtal, täthet på samtalen?

5b. Med avseende på antal och tätheten av samtal vad anser du var mest fördelaktigt för ett bra arbete med patienten?

6a. Ingår andra personer i kontakten än kvinnan som fått missfall, inkluderas mannen eller annan partner?

6b. Vad har du för tankar kring att arbeta med kvinnan eller par, något som är mer fördelaktigt än det andra?

Inledningen av samtal

7a. Hur kan en inledning av första samtalet se ut utifrån vilket skede patienten befinner sig i?

7b. Vilken typ av information ger du vid inledningen?

8a. Är dina egna och patientens förväntningar på kontakten något som diskuteras vid inledningen av samtalet?

8b. Hur kan dina respektive patientens förväntningar på kontakten se ut?

9. Vad har du för tankar kring hur du skapar ett första intryck, vilka medvetna strategier använder du dig av?

10. Vad har du för tankar om skapandet av relationen och vilka medvetna strategier använder du dig av?

Det psykosociala arbetet

11. Vilka olika typer av hjälp eller åtgärder ger du patienter med tidiga missfall? (praktiska sociala åtgärder, information, rådgivning och hänvisning och psykosocialt samtal)

12a. Vilka huvudsakliga teorier arbetar du efter med patienter som fått tidiga missfall och hur

arbetar du med dessa teorier?

12b Hur bestäms ditt arbetssätt och teorival?

13. Finns det faktorer som gör det svårare för patienten att hantera missfallet och hur arbetar du med detta?

14. Hur påverkar patientens förflutna arbetet och hur arbetar du med detta?

15. Arbetar du med patientens resurser och i så fall hur kan det arbetet se ut?

16. Hur samtalar du med patienten om dennes relationer?

17. Vad betyder det sociala sammanhanget och nätverket som patienten befinner sig i och hur arbetar du med detta?

18. Vad kan samhällets syn betyda för patienten med tidiga missfall och hur arbetar du med detta?

19. Hur växlar du mellan de olika nivåerna i samtalet dvs. reflektioner och tankar på en högre nivå respektive basnivå?

20. Hur dokumenterar du arbetet med kvinnor som fått tidiga missfall

Avslut/separation

21. Hur förbereder du patienten på avslutet av kontakten och hur genomför du avslutet?

22. Är det något som du vill tillägga av hur du arbetar med kvinnor som fått missfall?