



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psykioterapeutprogrammet, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2012

**Från sorg till professionellt samtalsstöd  
i sorgearbetet efter en närståendes död**

– En kvalitativ studie utifrån fem sörjandes upplevelser

---

**From grief to use of professional therapeutic  
conversation in mourning the death of a loved one**

- A qualitative study of the experiences of five bereaved

**Författare:**

Teresa Elfström

## Sammanfattning/abstract

Syftet med studien har varit att undersöka varför, hur och med vilket resultat en del sörjande söker professionellt samtalsstöd efter en närståendes död. Som forskningsdesign valdes en kvalitativ deskriptiv studie omfattande halvstrukturerade intervjuer med fem sörjande. Datamaterialet analyserades enligt Tema Analys. Studiens resultat pekar på att deltagarna har upplevt att deras sorg och behov av en längre sjukskrivning i sorgearbetet inte tagits på allvar av varken läkare, försäkringskassan eller arbetsgivare, vilket har orsakat dem onödig stress som försämrat sorgearbetet. Samtalsstödet inom den offentliga vården hos sjukhus, akutmottagning och vårdcentral har upplevts som icke tillfredställande p.g.a. personalens bristande förmåga att bemöta, informera och stödja sörjande. Man har också upplevt att behandlingsmetoderna inte anpassas efter patienters specifika behov av hjälp utan utifrån politiska krav på lönsamhet och effektivitet. Den KBT-behandling som erbjuds upplevs inte vara lämplig för att kunna bearbeta en komplicerad sorg. Sörjande efterfrågar i stället psykodynamisk kris-/sorgterapi individuellt och/eller i grupp, som de upplevt positivt från privata vårdgivare, men som anses för dyrt. Svenska kyrkans kostnadsfria sorggrupper har också upplevts positivt, men icke troende och de som har en annan tro tvekar inför att söka sig dit. Det finns ett starkt behov av förbättringar inom professionellt samtalsstöd som idag erbjuds sörjande i Sverige. Det vore önskvärt att fler läkare utbildas till psykoterapeuter så att sörjande skulle kunna få både medicinsk och psykoterapeutisk behandling av en och samma person. Detta skulle bidra till ökad trygghet som är positivt i sorgearbete. Införande av den diskuterade diagnosen *förlängt sorgesyndrom* i det kommande DSM-V och ICD11, skulle förmodligen underlätta för sörjande att få rätt till sjukskrivning och ge enklare tillgång till lämplig och subventionerad samtalsbehandling. Detta skulle kunna bidra till bättre hälsa och snabbare återgång till arbetslivet, vilket är positivt både ur mänskligt såväl som samhällsmässigt perspektiv.

**Nyckelord:** DSM-V, ICD11, dödsfall, förlängt sorgesyndrom, professionellt samtalsstöd/ samtalsterapi, psykoterapi, sorg, sorgearbete.

**Keywords:** bereavement process, death, DSM-V, ICD11, Prolonged Grief Disorder, professional therapeutic conversation, psychotherapy, grief.

## Innehållsförteckning

1.	Inledning.....	1
2.	Teoretisk bakgrund.....	1
3.	Tidigare forskning.....	3
4.	Frågeställningar.....	4
5.	Metod.....	5
5.1	Undersökningsdeltagare.....	5
5.2	Undersökningsmetod.....	5
5.3	Datainsamlingsmetod.....	5
5.4	Bearbetningsmetod.....	6
5.5	Genomförande.....	6
5.6	Forskningsetiska övervägande.....	6
6.	Resultat.....	7
6.1	Anledningar till behov av professionellt samtalsstöd i sorgearbetet.....	7
6.2	Vägar till professionellt samtalsstöd.....	9
6.3	Förväntningar på och upplevelser av samtalsstöd.....	11
7.	Diskussion.....	16
7.1	Metoddiskussion.....	16
7.2	Resultatdiskussion.....	17
7.3	Förslag till fortsatt forskning.....	19
	Referensförteckning.....	19
	Bilaga 1 Förslag till kriterier för diagnosen PGD och ICD-11.....	22
	Bilaga 2 Ett brev till professionella som arbetar med sörjande.....	23
	Bilaga 3 Ett brev till sörjande.....	24
	Bilaga 4 Deltagandes medgivande.....	25
	Bilaga 5 Intervjuguide.....	26

## 1 Inledning

Inom samhällsmedicinsk vetenskap finns uppfattningen att sorg upplevs p.g.a. av en förlust. Däremot finns det varierande åsikter om huruvida man fortfarande ska hålla med Freud (1917) om att sorg inte är en sjukdom utan en normal och vanligt förekommande mänsklig reaktion efter en dödsförlust, som läks med sörjandes egna naturliga återhämtningskrafter. Tvekan beror på att det hörs allt fler röster (bl. a. Lewis, 1998; Keineman, 2008; Michel, 2010; Lennéer Axelsson, 2010; Lundmark, 2007), som uppmärksammar att en del sörjande känner sig sjuka av sin sorg efter en närståendes död så att deras normala funktionsförmåga hotas och livs- och arbetslust försvinner. De orkar inte arbeta och önskar att få vara hemma för att kunna bearbeta sin sorg i lugn och ro utan att känna sig ifrågasatta av läkare och Försäkringskassan. Läkare däremot känner sig obekväma med att sjukskriva sörjande patienter med diagnoser såsom depression eller utmattningssyndrom då det inte finns en diagnos relaterad till ”sorgsjuka” i DSM-IV och ICD-10. Vare sig sorgen är en sjukdom eller en del av livet eller bådadera, så är detta fenomen aktualiserat i dessa dagar efter att American Psychiatric Association har lagt fram ett förslag (Prigerson, m. fl., 2009) om att införa en diagnos om *förlängt sorgesyndrom*, PGD: Prolonged Grief Disorder i den kommande DSM-V och ICD-11, (bilaga 1). Man antar att införandet av en ”sorgdiagnos” skulle förbättra möjligheten för en tidig och korrekt bedömning av sörjandes hälsotillstånd och behov av och tillgång till både medicinsk och psykoterapeutisk hjälp, som enligt Lundmark och Grimby (Keineman, 2008) är bristfällig i Sverige, trots att behovet av ett gott omhändertagande av sörjande av kompetenta terapeuter är stort.

Syftet med studien har varit att undersöka varför, hur och med vilka förväntningar en del sörjande söker professionellt samtalsstöd i sitt sorgearbete, i samband med en närståendes död. Med professionellt samtalsstöd menas det individuella och gruppssamtalsstöd/-samtalsterapi som erbjuds sörjande av professionella kuratorer, psykoterapeuter, psykologer, diakoner och andra yrken, inom den offentliga och privata vården.

## 2 Teoretisk bakgrund

### 2.1 Sorg och kris

Enligt Freud (1917) är *sorg* ingen sjukdom utan ett vanligt mänskligt tillstånd av nedstämdhet som en reaktion på en kris orsakad av förlusten av en älskad person eller någon abstraktion såsom fosterland, frihet, ideal. Sorg ingår i livets villkor och försvinner med tiden genom individens egna inre återhämtningskrafter. Därför är de flesta sörjande kapabla att hantera sitt sorgearbete på egen hand.

Bowlby (1980), en central teoretiker när det gäller begreppet *sorg*, anser att Freud förminskar döden och sorgens påverkan på den sörjande människans liv. Sorg som är en speciell form av separationsångest, kan ju ofta innebära även en förlust av en trygg bas (secure base) genom stora förändringar i boende, socialt umgänge,

ekonomi samt brist på gemensamma upplevelser och planer för framtiden som man delat med den avlidne, t ex livspartner eller förälder. Hermansson (1985) noterar att det som uppfattas som svårast i sorgearbetet är att sörjande måste våga möta sin ångest och smärta.

Klein (1988) anser att vid förlusten av en älskad person regredierar den sörjande och då aktiveras i den normala sorgen tidig psykotisk ångest och man kan därför anta att den som sörjer faktiskt är sjuk. Rando (2000) noterar att man kan bli sjuk av sorg redan vid insikten om att en närstående lider av en obotlig sjukdom som inte ger någon chans till överlevnad. Denna s.k. utdragna anticeptatoriska sorg (Lindemann, 1944), utvecklas i takt med den döendes sista sjukdomstid och upplevs som väldigt pressande. En anhörig till en svårt sjuk och döende person uppvisar nedstämdhet, överdriven oro, ovilja att vara borta från den sjuke. Hammarlund (2002) noterar att obearbetad sorg till följd av en kris övergår till en komplicerad sorg med symptom som allvarlig nedstämdhet, påtaglig trötthet och tillbakadragande från sociala aktiviteter och oförmåga att återvända till tidigare prestationsnivåer och det välbefinnande som präglade tiden före förlusten. Det visar sig att 17-27 % av de efterlevande uppvisar depression under det första året efter en dödsförlust och 4-5 % har t o m självmordstankar upp till sex månader efter dödsfallet. Michel (2010) påpekar att trots att många sörjande uppvisar tecken på en långvarig kronisk sorg efter nära anhörigs död finns det inte någon särskild klassifikationskategori för psykopatologiska reaktioner efter dödsförlust i klassificeringssystemet DSM-IV och ICD-10. Det vore därför önskvärt att diagnosen *förlängt sorgesyndrom*, PGD: Prolonged Grief Disorder, som föreslagits av American Psychiatric Association (Prigerson, m fl., 2009), kommer att ingå i den nya utgåvan (bilaga 1).

## 2. 2 Sorgearbetet

Freud (1917), som myntade begreppet *sorgearbete*, indikerar att sorgbearbetningen sker genom sörjandes aktiva arbete som en förutsättning för förändring. Hermansson (1985) anser att det som uppfattas som svårast i sorgearbetet är att sörjande måste våga möta sin ångest och smärta. O'Connor (1986) reflekterar att en slutlig acceptans av dödsförlusten är en lång och smärtsam väg till anpassning till det nya livet utan den man älskar. Bowlby (1980) urskiljer tre faser i sorgearbete: ofattbarhetsfasen - med förnekande, protest och desperat sökande efter den förlorade personen; desorganisationsfasen – med inslag av aggressivitet, depressivitet, tillbakadragande, ensamhet, tomhet och förtvivlan samt acceptansfasen av dödsförlusten. Cullbergs (1992) krismodell innehåller däremot fyra faser: chock- och förnekandefasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen - som varar ca några månader till ett år, samt nyorienteringsfasen – som innebär acceptans av dödsförlusten och inriktning på framtiden. Stroebe och Schut (1999) talar om pendlingsmodellen då sörjande som befinner sig i kris pendlar mellan en förlustorienterad och återuppbyggnadsorienterad process som påverkar sörjandes personlighet och sociala identitet. Genom att hitta rätta copingstrategier

upprätthålls en sund balans mellan att både bevara och samtidigt förändra gamla relationer och aktiviteter i det nya vidare livet utan den avlidne närstående. Davidsen Nielsen och Leick (1991) påpekar att då varje förlust handlar om anknytning och frigörelse handlar sorgearbete om frigörelse från den avlidne personen. Sorgen är ”den nödvändiga smärtan” som en sörjande måste genomgå i sitt sorgearbete som har cirkulärt förlopp och inte ett fasförlopp. Detta förklaras med att sorgearbete är ”... en frigörelseprocess som kan betraktas som fyra problem som skall lösas på gång, och som väver sig in i varandra.” (a.a. s. 35). Det cirkulära sorgearbetets uppgift är erkännande av förlusterna, förlösning av sorgens känslor, tillägnande av nya färdigheter i det förändrade livet och återinvestering av den känslomässiga energin för att kunna gå vidare med livet.

### 3 Tidigare forskning

#### 3.1 Vikten av samtalsstöd i sorgearbetet

Parkes (1974) noterar att det är ett känt fenomen att sörjande efter en svår dödsförlust konsulterar läkare oftare än de har gjort före förlusten. O`Connor (1986) anser att sörjande behöver olika typer av professionell hjälp, både medicinsk och psykologisk hjälp. Professionellt samtalsstöd i sorgearbetet är oerhört viktigt för att kunna ta sig ur ett tillstånd av förvirring, kraftlöshet, trötthet, sömnlöshet och utmattning som i många fall övergår till depression. Samtalsterapi kan hjälpa sörjande med att hantera den emotionella frigörelsen från den avlidne där besvikelse och vrede, de vanliga känslorna vid sorg, åstadkommer mycket psykisk smärta och är svåra att hantera på egen hand.

Antonovsky (1991) uppmärksammar berättandets betydelse vid återhämtning från kris, trauma och sorg. Berättandet bidrar till att skapa känsla av sammanhang, vilket är förutsättningen för att kunna bearbeta en svår livssituation och att kunna gå vidare med sitt liv. Worden (1991) betonar vikten av berättande i terapeutiskt sammanhang då: ”Terapeuten står för det sociala stödsystemet som är nödvändigt för allt framgångsrikt sorgearbete och som i grunden ger patienten tillåtelse att sörja. En tillåtelse som patienten inte fått i sin tidigare omgivning.” (a. a. s. 103). Även Lewis (1998) observerar att många sörjande känner att de inte får tillåtelse att sörja p.g.a. samhällets krav och press på prestation och arbetsförmåga, vilket bidrar till onödig stress i sorgearbetet. Haugsgjerd (1999) noterar att man inom psykiatrin tyvärr har sett många allvarliga komplikationer som har uppstått i sorgprocesser p.g.a. att sorgen förnekas eller hålls undan.

#### 3.2 Sörjandestöd i Sverige

Lundin (1995) observerar att det i allmänhet finns osäkerhet från omgivningen vad slags stöd man kan ge sörjande då de flesta dör på sjukhus nuförtiden och inte hemma som förr. Man förväntar sig att sörjande får hjälp i sitt sorgearbete på sjukhus där de anhöriga vårdas och dör. Grimby(1999) noterar att många sörjande dock inte upplevt att de fått tillräckligt stöd under sorgeåret från vården, trots att

de har rätt till det. Haugsgjerd (1999) anser att sörjandes problematik borde tas på allvar genom att betrakta sorg som en sjukdom och därmed ge sörjande rätt till sjukskrivning och professionell psykologisk hjälp. Fyhr (1999) och Grimby (1999, 2002)) poängterar att stöd och rådgivning underlättar sorgen. Jämför med andra länder har Sverige fortfarande ett ganska dåligt utvecklat och oorganiserat sörjandestöd. Det finns olika stödformer på olika vårdenheter utifrån deras vårdfilosofi, men långt ifrån alla har stödprogram för efterlevande. Ofta vet man på avdelningen inte ens vart man skall hänvisa sörjande. Sörjande lämnas att klara sig på egen hand eller med familjens stöd. Svenska kyrkan är den traditionellt största stödjaren i sorgesammanhang, men alla vågar inte eller tvekar inför att söka samtalsstöd där. Det finns också olika typer av privat samtalsstöd för sörjande, såsom icke professionell rådgivning individuellt och i grupp (lekmän - eller självhjälpsgrupper) och professionell psykodynamisk psykoterapi individuellt och i grupp. Lundmark och Grimby håller med i en artikel (Keineman, 2008) om att sörjande behöver mer stöd från samhället. De bedömer Sverige som ”ett u-land när det gäller sörjandestöd” (a.a. s. 4), då tillgång till både medicinsk och psykoterapeutisk hjälp är bristfällig. En adekvat och snabb samtalshjälp skulle minska onödigt psykiskt lidande och bidra till hälsa, snabbare återhämtning samt bättre prestation och effektivitet på arbetsmarknaden.

Dyregrov och Dyregrov (2008) observerar att många sörjande helst vill klara av sitt sorgearbete på egen hand och de flesta gör det. Somliga sörjande är dock ofta förvirrade av dödsförlusten och orkar inte med att söka professionell hjälp trots att behovet av samtalsstöd är väldigt stort. Lennér Axelsson (2010) anser att det är synd att inte alla behövande sörjande får möjlighet till bearbeta sin sorg med stöd av terapeut. Att berätta sin sorg i ett terapeutiskt sammanhang kan ju ha en läkande effekt: ”Man författar helt enkelt en hållbar sorgebiografi över den avlidna personen. Detta gör det lättare att integrera minnena av personen inom sig själv i relationen till varandra.” (a. a. s. 83) Med hjälp av adekvat professionellt terapeutiskt samtalsstöd i sorgearbetet kan den ofta smärtsamma livsomställningen efter ett dödsfall av en nära och kär person i den sörjandes liv bli betydligt lättare.

#### 4 Frågeställningar

- Vilka anledningar fanns att söka professionellt samtalsstöd i samband med dödsförlusten?
- Vilka vägar valdes i sökandet efter professionellt samtalsstöd i samband med dödsförlusten?
- Vilka förväntningar och upplevelser har funnits på det professionella samtalsstödet?

## 5 Metod

### 5.1 Undersökningsdeltagare

Urvalet består av fem vuxna sörjande, två kvinnor och tre män i åldern 45 till 62 år, vars närstående, far, son, son, fru och mor, dog oväntat till följd av hjärtinfarkt, cancer eller oförklarad anledning under perioden 2009 till 2010.

I början av oktober 2011 kontaktades psykoterapeuter på flera privata mottagningar som arbetar professionellt med sörjande, samt en församling inom Svenska kyrkan, alla belägna i Stockholm (bilaga 2), med förfrågan om hjälp med att komma i kontakt med sörjande som har gått i samtalsterapi. Information om studien till eventuella deltagare bifogades (bilaga 3). Förfrågan resulterade i att 11 personer visade intresse för att delta i studien; en via legitimerad psykoterapeut, sju personer via en privat mottagning för sorgebearbetning samt tre personer via Svenska kyrkan. Av praktiska skäl valdes sex personer som var bosatta i Stockholm. Av dessa sex personer bortföll en person som inte ville bli intervjuad personligen. En person tackade nej till intervjun p.g.a. tidsbrist. På så vis återstod fyra personer, tre män och en kvinna. Ytterligare en kvinna visade intresse för deltagandet i studien i samband med att hennes man blev intervjuad, vilket slutligen resulterade i totalt fem deltagare.

### 5.2 Undersökningsmetod

En kvalitativ deskriptiv studie valdes framför en kvantitativ studie. Enligt Kvale (1997) anses en kvalitativ studie lämpligast då fenomenet i fråga avser verkliga upplevelser, relationer och berättelser.

Validitet innebär att kravet på ett forskningsmaterial ska vara relevant avseende problemställningen: mäta det som skall mätas dvs. det undersökta fenomenet (Hartman, 1990). Ett argument för att denna studies validitet är god stärks av den deskriptiva karaktären, som har till syfte att beskriva de fem utvalda deltagarnas egna upplevelser av sin situation och genom citat låta dem själva komma till tals. Deltagarna fick också verifiera och komma med synpunkter efter att de erhållit den första versionen av uppsatsen under arbetsrubriken ”Från sorg till professionell hjälp i sorgearbete” i mitten av april 2012.

Reliabilitet innebär att man ska kunna lita på data oavsett vad det är för typ av data, dvs. att kunna upprepa studien med likartat resultat (Hartman, 1990). Genom tydligt klagörande av forskarens position och tillvägagångssätt samt genom att undersökningsresultatet kopplas till teorier som studien utgått från, kan studiens reliabilitet bekräftas.

### 5.3 Datainsamlingsmetod

Som metod att genomföra studien valdes halvstrukturerade intervjuer, baserade på en intervjuguide (bilaga 5). Intervjuguiden, bestående av 15 frågor, berörde de



forskningsområden som studiens frågeställningar sökte svar på, d.v.s. om anledningar till, förväntningar på och upplevelser av professionellt samtalsstöd i sorgearbetet efter en närståendes död.

## 5.4 Bearbetningsmetod

Datamaterialet analyserades enligt Tematisk Analys. Den induktiva, tematiska analysens grundprinciper innebär att man analyserar datamaterialet utifrån olika tema som utarbetas utifrån det insamlade materialet. Den kvalitativa tematiska analysens olika steg innebär ett systematiskt arbete som leder till att leta fram svar på studiens frågeställningar (Langemar, 2008). Det första steget har varit transkriberingen av datamaterialet från bandinspelning till skriven text, som påbörjades omgående efter genomförda intervjuer. Hela materialet har skrivits ut ordagrant, d.v.s. även pauser, hostningar, fnitter, skratt, gråt och ”hummanden”. Därefter lästes hela texten i sin helhet för att kunna få en god överblick. På detta följde analysstegen för tematisk analys, som påbörjades med förnyad läsning av texten med markering av nyckelord som är relevanta till studiens frågeställningar samt sortering av relevanta citat och/eller nyckelord utifrån olika preliminära teman. Vidare grupperades data under varje tema. Därefter söktes relevanta underteman. Efteråt sammanställdes materialet med egna ord under varje tema och respektive undertema med belysande citat.

## 5.5 Genomförande

För att ge möjlighet att förbereda sig inför intervjuerna skickades i förväg information om studien och om vad det innebär att delta i studien (bilaga 3), deltagarens medgivande (bilaga 4) samt en intervjuguide (bilaga 5) till fyra deltagare. Den femte deltagaren läste igenom dessa dokument i samband med intervjun. Intervjuerna genomfördes 10 - 24 november år 2011. Fyra intervjuer ägde rum i deltagarnas hemmiljö och den femte hemma hos forskaren, enligt deltagarens önskemål.

Inför varje intervju gjordes en genomgång av studiens syfte och deltagarens rättigheter och forskarens skyldigheter (bilaga 4). Deltagarna informerades om hur intervjun skulle gå till och uppmuntrades att svara i monologform på frågorna i intervjuguiden (bilaga 5), och/eller att använda sig av egna anteckningar. Därefter startades en bandinspelning och intervjun påbörjades. Intervjuerna skedde i monologform som ibland avbröts för att ställa kompletterande frågor eller räkna fram näsdukar då det var väldigt känsloladdade samtal. Varje intervju varade i ca två timmar. Datamaterialet omfattar ca 10,5 timmar inspelat material.

## 5.6 Forskningsetiska överväganden

Etiska riktlinjer kring psykologisk forskning omfattar forskningskravet och individskyddskravet. Här ingår informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Forskningsetiska överväganden skedde i enlighet med dessa krav.

Informationskravet följdes genom att deltagarna i förväg blev informerade om forskningsuppdragets syfte (bilagorna 3 och 5). Samtyckeskravet innebar att deltagarna själva bestämde över sin medverkan och själva anmälde sitt intresse för deltagande i undersökningen (bilaga 4). Konfidentialitetskravet medförde att deltagarna blev informerade om att uppgifter om alla deltagare behandlas med största möjliga konfidentialitet och att personuppgifterna förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem (bilaga 4). Nyttjandekravet följdes genom att deltagarna försäkrades om att insamlat material om deltagarna endast kommer att användas för forskningsändamål (bilaga 4).

## 6. Resultat

Studiens resultat presenteras under tre huvudteman:

- Anledningar till sörijandes behov av professionellt samtalsstöd i sorgearbetet.
- Vågar till professionellt samtalsstöd.
- Förväntningar på och upplevelser av professionellt samtalsstöd.

### 6.1 Anledningar till behov av professionellt samtalsstöd

Anledningar till sökande efter professionell hjälp i samband med en dödsförlust hänger ihop med upplevelser av dödsförlusten och den efterföljande krisen och komplikationer som uppstod i sorgearbetet. Faktorer som påverkar är chocken då dödsfallet kom oväntat, psykosomatiska besvär och stress vid sorg p.g.a. samhällets krav på effektivitet och snabb återgång till arbetslivet.

#### 6.1.1 Chocken p.g.a. oväntat händelseförlopp

Deltagarna har upplevt att sorgen förvärrades efter att de hamnade i kris i samband med dödsfallen p.g.a. olika faktorer.

– *Dödsfallet kom plötsligt och oväntat*

”Det var absolut inte väntat.” ”Pappa var helt frisk hela sitt liv.”

”Jag visste inte att mamma var så dålig.”

– *Dålig upplysning om den sjukes hälsotillstånd*

Somliga klagar på sjukhuspersonalens bristande kompetens och dåliga kommunikation med anhöriga till patienterna.

”Varken hon eller läkarna sade någonting om hur pass allvarligt det var, så kom ändå hennes bortgång väldigt dramatiskt överraskande.”

– *Osämja och splittring i familjen*

En deltagare drabbades av oväntad osämja i familjen.

”Modern hade förbjudit obduktion av pappas kropp, låtit kremera kroppen mot den avlidnes vilja samt att hon med hjälp av advokat hade skrivit över större delen av familjens förmögenhet på den ende sonen genom ett snillrikt och lögnaktigt avtal. Det var inte heller väntat att med fars död, den hittills perfekta bilden av den sammansvetsade familjen med den goda modern, skulle splittras och att jag skulle förlora inte enbart min döde far, utan även min fortfarande levande mor och bror.

### 6.1.2 Sjuk av sorgen

Deltagarna har upplevt att de oväntade dödsfallen och de svåra omständigheterna kring dem, samt de efterföljande konsekvenserna blev en för stor och för omtumlande livsomställning som ledde till att de kände sig riktigt sjuka av sorgen.

– *Galen av sorg*

Deltagarna har upplevt en känsla av att hålla på att bli galen av sorg.

”När man är förälskad är man galen av kärlek och då tänker man bara på sin kärlek. När man sörjer är man galen av sorg. Man kan inte tänka på något annat än sorg och den förlorade personen”

”Jag tänkte dygnet runt på moderns svek och kunde inte koncentrera mig på något annat.”

– *Psyiskt lidande och psykosomatiska besvär*

Deltagarna har upplevt psykiskt lidande och psykosomatiska besvär.

”... nedstämdhet, sömnsvårigheter, ont i hela kroppen och stopp i huvudet”

”Det var väl ett överklighetstillstånd..., men jag var inte hungrig. Jag var torr i munnen. Jag gick ner sex, sju kilo på några dagar. På nätterna svettades jag och fick besöka toaletten hela tiden.”

– *Känsla av panik*

Panikkänsla har ofta förekommit i sorgearbetet p.g.a. olika anledningar. I ett fall handlade det om hopplöshet och maktlöshet inför det som närmade sig.

”Det är svårt att beskriva den känslan av panik. Det var den totala frustrationen, paniken, skräcken, mardrömskänslan...”

”... alla de känslorna gjorde att jag hade panikångest och jag grät mycket och så vidare.”

– *Starka negativa känslor*

Vrede och ilska var ofta förekommande inslag i sorgearbetet. Deltagarna kände sig arga p.g.a. olika faktorer. Att en kär och nära anhörig dog så plötsligt och saknaden efter den avlidne var så påtaglig att det var svårt att kontrollera sitt beteende. I andra fall handlade det om ilska p.g.a. besvikelse över sjukhuspersonalens bristande kompetens.

”Jag var arg! Jag var jättearg att... att det blev så här. Jag var så arg! Men jag bestämde mig för att inte vara bitter. Men det är en kamp ibland.”

– *Dåligt samvete.*

”Rädslan att jag kunde påverkat handlingarna kommer till och med i dag. Jag kunde inte sluta att tänka på händelserna runt döden och ville ändra trots att jag visste att jag inte kunde, kunde inte levat i dåtiden.”

– *Depression, maktlöshet, hopplöshet och meningslöshet*

Samtliga har varit deprimerade och upplevt en känsla av maktlöshet, hopplöshet och meningslöshet.

”Man faller in i den hopplöshet som är svår att komma till rätta med. Tråkigt på alla sätt (med gråtande röst). Det är svårt att se fram emot någonting. Man bara sover. Jag kände att inget kunde ersätta förlusten av min älskade hustru.”

### 6.1.3 Att inte känna sig tagen på allvar

Tre personer, som varit i behov av sjukskrivning i samband med närståendes sjukdom före dödsfallet och i samband med dödsfallet, har upplevt att sorgen har blivit mer komplicerad p.g.a. stress i samband med ständigt ifrågasättande av deras sjukskrivning av försäkringskassan, läkare och arbetsgivare samt påtryckningar om att återgå till arbetet så fort som möjligt.

– *Försäkringskassans krav*

”... och försäkringskassan... de ville ha ut mig till arbetsmarknad och förmedling. Jag vet att det handlar om politik och statistisk... Jag kände liksom att jag kanske skulle behöva vara sjukskriven längre... att de inte... att jag inte blev tagen på allvar... Så det känns som om man inte fått tillåtelse från samhället att sörja.”

– *Läkares krav*

”Det kändes väldigt konstigt liksom att all energi går åt på diagnoser att man mår dåligt, att man mår så dåligt för att man inte blir tagen på allvar på... Jag kände mig inte redo för arbetsmarknaden. Men läkaren insisterade på det... De vill inte att man går sjukskriven för länge.”

– *Påtryckningar från arbetsgivare*

”Hon ringde och undrade och ville att jag skulle komma tillbaka till jobbet: Det är nog bra att komma i gång, sa hon. Sonen var inte ens jordfäst när jag skulle komma tillbaks. Jag satt helt okoncentrerad. Jag kommer inte ihåg någonting. Jag behövde hjälp men den fanns inte på kartan.”

– *Stress vid sorg:*

Deltagarna menar att ett ständigt ifrågasättande av sjukskrivning vid sorg leder till att sorgearbetet hindras.

”Man kan inte liksom riktigt koppla av i sorgen när man vet att någon där ifrågasätter det här att jag går hemma och inte gör någonting...”

– *Att få rätten till ”sorgdiagnos” och sjukskrivning*

Deltagarna anser att hanteringen av sörjande och deras problematik är bristfällig i dagens Sverige. Samhällets krav på återgång till arbete har bidragit till onödig stress, som förlängt läkningen i sorgearbetet. De anser att rätten till ”sorgdiagnos” och sjukskrivning till följd av komplicerad sorg borde vara en självklarhet.

”Ingen ska behöva vara sjukskriven för depression eller någon annan sjukdom om man är sjuk av sorg. Sorg borde få en egen diagnos. När man tänker i ekonomiska termer, som samhället nästan alltid gör, så är det ekonomiskt bättre att komma tillbaka till jobbet än att vara sjukskriven. Man vill inte sjukskriva. Man får 14 dagar eller tio dagar för sorg”.

”Jag tycker att samhällets uppfattning bör ändras och man borde jämställa sorg med en svår inre kris helt enkelt. Tillåta den tid som behövs”.

## 6.2 Vägar till professionellt samtalsstöd

Samtliga deltagare önskade sig att kunna klara av sin sorg på egen hand. De komplicerade sorgereaktioner som uttrycktes i känslan av att man höll på att bli ”galen av sorgen” och som hindrade återhämtning i sorgearbetet blev dock som en varningssignal. Detta samt samhällets krav på effektivitet och att återgå till arbetet blev för somliga anledningen till att söka professionell hjälp.

Man kan urskilja två typer av deltagarnas väg till professionell samtalshjälp i sorgearbetet: hjälpen som erbjöds och hjälpen som söktes på egen hand.

### 6.2.1 Samtalsstöd som erbjöds

– *Genom sjukhus för anhöriga till sjuka och döende patienter:*

Flera deltagare blev erbjudna att träffa kurator och psykoterapeut på sjukhus där deras anhörig vårdades och dog:

”Två stycken kuratorer fanns det och sedan var det psykoterapeuter, som man vid behov fått träffa...”

– *Genom att blivit uppsökt:*

Två deltagare blev uppringda av en privat sorgmottagning:

”Och de ringde och undrade om vi ville träffas i en grupp (...). De höll på att ringa oss fler gånger och jag var så trött! Jag ville absolut inte träffa någon... några andra föräldrar. Det var för kort efter sonen dog och jag pallar inte att höra andra livsöden.”

### 6.2.2 Samtalsstöd som söktes på egen hand

Fyra deltagare sökte på olika sätt aktivt hjälp på egen hand på olika institutioner:

– *Via vårdcentral:*

De flesta deltagarna visste inte vilken hjälp för sörjande som fanns att tillgå i samhället eller var sådan fanns. Det kändes därför naturligt att vända sig till sin husläkare på vårdcentralen där de brukade gå när de behövde någon hjälp med sin hälsa och då de kände sig bekväma med sin husläkare, som man känt sedan tidigare:

”En och en halv månad efter dödsfallet vände jag mig till min husläkare på vårdcentralen och berättade hur jag mådde. Jag upplevde att jag behövde hjälp därför att mitt liv var sönderslaget. Det jag efterfrågade var terapeutisk hjälp.”

– *Via psykiatrisk akut:*

En deltagare har kämpat på egen hand med sorgbearbetning under ett år, men en kväll när sorgen kändes för tung bestämde han sig för att ringa psykakuten, då han tog för givet att dit ska man vända sig vid akuta psykiska besvär:

”Det kändes som om jag skulle bli galen så jag ringde till psykiatrisk akut men de ville inte att jag skulle komma utan de ville att jag skulle först till en vanlig doktor...”

– *Via Svenska kyrkan:*

Två deltagare sökte sig till sorggrupper inom svenska kyrkan. För den ena, som tillhörde svenska kyrkan, kändes det som en naturlig väg att få hjälp, men för den andra, som beskriver sig som icke troende, var valet inte så lätt:

”Jag läste infobladet från kyrkan om samtalsstöd för sörjande. Trots att jag inte är religiös ringde jag en diakon. Hon bad mig att komma samma dag... Det skulle börja en grupp. Jag tänkte att eftersom den andra ledaren var en kurator så jag hoppades att bearbetningen inte skulle rikta sig mot andlighet och religion...”

– *Via privata sorgmottagningar:*

Två deltagare hittade vägen till en privat sorgmottagning, som arbetar med grupper, via nätet respektive av en slump:

”Och ibland när jag gick från jobbet, så gick jag förbi där och det var innan min son blev sjuk överhuvudtaget. Jag tror, när sonen blev sjuk, då gick jag förbi och blev påmind lite om att det fanns och sedan gick jag på deras hemsida och tittade lite så här... (...). Men på hösten var jag där ute (...) och då tänkte jag: Jag knackar på och kollar vad det är liksom för att jag varit på deras hemsida, men jag ville liksom ha normala bilder.”

– *Genom rekommendation:*

En deltagare, som varit besviken på den hjälp som sjukhuset erbjudit honom, bestämde sig för att söka vidare på egen hand och blev rekommenderad en läkare: ”Så jag hittade en genom rekommendation, en fantastisk psykiater, som behandlar en annan typ av cancerpatienter på ett annat sjukhus.”

– *Genom att kombinera olika former av hjälp:*

Två deltagare sökte olika former av professionell hjälp. En av dem, som förutom att ha deltagit i sorggrupper på två olika privata mottagningar, har även gått i individuell psykoterapi med både psykodynamisk och KBT-inriktning:

”Det gäller att hitta rätt.”

Den andra deltagaren håller med genom att säga:

”Jag sökte all sorts hjälp för att utröna vilken hjälp som passar mig bäst. Eftersom all hjälp jag sökte gav värdefulla bidrag fortsatte jag med alla.”

### 6.3 Förväntningar på och upplevelser av samtalsstöd

Här förmedlas undersökningsdeltagarnas berättelser om deras förväntningar på och upplevelser av professionellt samtalsstöd som de fått erfara på olika institutioner såsom: sjukhus, psykisk akutmottagning, vårdcentraler, olika sorgmottagningar, Svenska kyrkan samt hos privata psykoterapeuter.

#### 6.3.1 Förväntningar

De förväntningar som studiens deltagare hade kan beskrivas i följande teman:

– *Att få hjälp av en professionell person:*

Det var viktigt att få en professionell hjälp:

”Att få en utomstående hjälp då man inte klarade av sitt sorgearbete på egen hand”.

– *Behov av medicinering och psykoterapi:*

Behov fanns av både medicinsk och psykoterapeutisk hjälp:

”Jag hoppades på att husläkaren, förutom att skriva ut medicin, som skulle stilla ’galenskapen av sorgen’, skulle remittera till psykoterapeutisk hjälp. Jag upplevde att jag behövde hjälp därför att mitt liv var sönderslaget. Det jag efterfrågade var terapeutisk hjälp.”

– *Att få träffa en empatisk medmänniska:*

Förväntan fanns att få träffa en empatisk medmänniska:

”En empatisk människa som tar galenskap av sorg, besvikelse över moderns och broders helt oväntade handlingar på allvar.”

– *Att få hjälp med jobbiga tankar:*

Samtliga upplevde sig ”galna av sorgen” p.g.a. omtumlande jobbiga tankar och känslor och ville få hjälp med det:

”Jag hoppades att psykoterapin skulle hjälpa mig med att sortera alla jobbiga tankar och känslor som hindrade mig att leva ett normalt liv.”

– *Att få hjälp med att gå vidare i livet:*

Tillståndet att vara sjuk av sorg upplevdes som hindrande för att leva ett normalt liv i nuet. Därför önskade de att den professionella hjälpen skulle påskynda återhämtningsprocessen: ”Jag förväntade mig att i den gruppen kanske skulle jag kunna få någon liten start”. En annan deltagare tillägger: ”Att få hjälp att fungera normalt igen för att kunna återgå till mitt arbete. Jag kände ju krav från samhället”.

– *Att få hopp om framtiden:*

Samtliga kände sig deprimerade. Hade svårt att koncentrera sig på att leva i nuet och planera för framtiden. De ville få hjälp med att återfå hopp om framtiden: ”Jag ville få hjälp med återhämtning. Att få med professionell hjälp ett hopp om framtiden.”

### 6.3.2 Upplevelser av samtalsstöd på sjukhus och på vårdcentral

De personer som sökte hjälp på psykakuten eller hjälp på hospiceavdelningar på sjukhus, där deras närstående vårdades och dog, känner besvikelse över att de inte fick det stöd i sitt sorgearbete, som de förväntade sig. Här kommer några exempel på besvikelse över:

– *Att sorgen inte blev tagen på allvar:*

En deltagare, som inte var van vid att be om hjälp var väldigt spänd när han ringde psykakuten för att boka tid för ett läkarbesök där, blev väldigt förvånad när han fick höra: ”Nej, du kan inte komma hit för att du måste gå till en läkare först, till en vanlig läkare, för att han måste remittera dig om han anser att du behöver hjälp”. Det gjorde ont att inte känna sig tagen på allvar när man höll på att bli ”galen av sorg”. Han blev så besviken på bemötandet så att han aldrig mer sökte sig till någon läkare utan fortsatte med att hjälpa sig själv på egen hand.

– *Att sjukhuspersonalen var okunnig att hantera sörjande:*

Somliga blev besvikna över sjukhuspersonalens oförmåga att hjälpa och trösta anhöriga till patienter. Det kändes därför naturligt att avstå från den hjälpen: ”Två stycken kuratorer fanns det och sedan var det psykoterapeuter som man fick träffa vid behov, men jag kände att det gav inte så mycket. Jag upplevde att de som jobbar med väldigt svårt sjuka och döende barn inte kan hantera det... de har gått i försvarsställning. Det blev så klart så otroligt dramatiskt, så mycket frågor, aggressioner och allt som kommer upp, så att... (...) De gick liksom på filt och klarar inte av. Liksom ville inte att man ställer några frågor, det var liksom ingen respons. De var ju livrädda för att säga någonting som kunde tolkas fel... (...) Så jag kände dessvärre att vid sådana tillfällen... det gav inte så mycket”.

– *Att sjukhuspersonalen inte hade förmåga att visa empati och närhet:*

Kuratorer och psykoterapeuter på sjukhus upplevdes förutom okunniga också som kalla och reserverade.

”I många fall är de, ursäktat jag säger så, de andra på sjukhuset var faktiskt mycket bättre än kuratorer och terapeuter på det sättet att de kunde tillåta sig

kroppskontakt. Det skulle inte med en halvförstående kurator eller terapeut kunna göra...”.

– *Att sjukhuspersonalen inte kunde upplysa om vad som väntade:*

En deltagare, som fått remiss till en terapeut från sin husläkare på sin vårdcentral, blev besviken över att inte få veta vilken terapeut som hon skulle få träffa eller hur länge hon skulle få gå i terapi eller vilken sorts terapi som erbjöds henne. När hon väl fick träffa en kvinnlig KBT-terapeut blev hon förvånad över att de skulle träffas varannan vecka och totalt bara tre till fyra gånger, men reflekterade: ”... De visste bättre hur man kan hjälpa sörjande så det måste gå bra för mig också”.

– *Att man nu för tiden erbjuder enbart KBT i sorgearbete på vårdcentral:*

En deltagare blev förvånad över att behöva välja endast ett problem att bearbeta vid KBT-terapi och bedömer att den metoden med endast tre-fyra sessioner, som erbjöds på vårdcentralen inte fungerar då sorgearbete är en lång och krävande process. Förvåning fanns över att överhuvudtaget erbjudas den metoden: ”Det kan likna vid på något sätt... Man kan ta en cancersjuk patient och då får man tid på sjukhus. Och så skär de upp och konstaterar: Joho, du har cancersvulst men vi har inte resurser att operera dig så... men vi har en operationssjuksköterska som syr ihop dig i alla fall. Det känns ju så.”

### 6.3.3 Upplevelser av individuell psykoterapi

Upplevelser av individuell terapi finns i form av psykodynamisk terapi och KBT.

Det som uppskattades mest var:

– *Att kunna få träffa kompetenta och empatiska medmänniskor:*

En deltagare, som inte kände sig nöjd med den hjälp som erbjöds på sjukhuset sökte hjälp privat och blev mycket nöjd med den medicinska och psykologiska hjälpen från en psykiater och psykoterapeut med egen erfarenhet av sorg, på ett annat sjukhus:

”Hon var precis det jag behövde. Hon kunde liksom ge... ja, stöd och tröst och ja, lite uppmuntran kan man säga...”.

– *Att kunna få konkreta råd:*

Flera uppskattade att deras terapeuter visade mer engagemang och kunde ge konkreta och realistiska råd som var till stor hjälp, t ex:

”Hon kunde ge lite konkreta råd hur jag ska hantera det här, hur jag skulle tänka, vad jag skulle göra. Och det var jättebra att hon skrev ut medicin också...(…) Det fungerade för mig”.

Samma deltagare, som senare fick möjlighet att få träffa en terapeut några gånger på sin vårdcentral, uppskattade att även denna KBT-legitimerade psykoterapeut bidragit med: ”... vardagskonkreta råd och hjälpt till med att fokusera på vad man bör göra för att må bättre, såsom fysisk träning, att läsa m.m., vilket var viktigt just då när det fanns krav på att återgå till arbetet efter två års sjukskrivning.”

– *Att höja förståelsen för sorgearbetet:*

Terapin har gett kunskap om att sorgearbete är en lång process som kräver eget arbete:



”Man blir inte frisk med en gång... Du måste jobba med det själv. Även om de är bra så... så... är det ... ingenting som kommer, liksom får mig helt att bli fri från sorgen... och lyfta mig från den där liksom mardrömmen ändå...”

– *Att kunna prata av sig:*

Trots att man eftersträvade verktyg för att hantera sorgen har man kommit fram till att det som var väldigt viktigt var att få möjlighet att prata av sig:

”När man går dit då kunde man må djävligt dåligt, men efteråt när du gick därifrån så var du uppenbart ... ska inte säga lättad, men det var ändå skillnad ... efter att jag har suttit och ventilerat en timme... Men det räcker inte med att prata med vem som helst... inte med sin familj heller, eftersom alla är drabbade och förlamade av sorgen... Då krävs det någon utomstående som tar tag i det här.”

– *Att hjälpen kom av sig själv:*

En deltagare, som från början varit negativt inställd till en privat sorgmottagning som gång på gång ringt upp och erbjudit hjälp i den akuta fasen direkt efter sonens oväntade död, uppskattade det i efterhand:

”Jag var arg först att de ringde så djävla mycket men sedan uppskattade jag jättemycket...”. Hon upplevde den hjälpen väldigt positivt och var glad för att inte själv behöva söka hjälp, då hon inte visste var eller vilken hjälp som fanns för sörjande. Dessutom skulle det vara för svårt att överhuvudtaget orka leta efter hjälp.

– *Att känna sig hjälpt av psykodynamisk psykoterapi:*

En deltagare, som har provat på olika former av hjälp och stöd i sitt sorgearbete, uppskattar mest den individuella psykodynamiska terapin:

”Man blir aldrig kvitt sorgen, men det professionella stödet har hjälpt mig att gå vidare. Min psykolog är specialiserad på sorgebearbetning och har arbetat med Estonia- och tsunamikatastrofen. Vissa erfarenheter och slutsatser, fakta som hon redogjorde för gjorde mig mycket hoppfull inför framtiden. Det är en slags kunskap man förvärvar, som man inte kommer i kontakt med så ofta. Men den är nödvändig för att kunna gå vidare”.

### 6.3.4 Upplevelser av deltagande i sorggrupper

Deltagarna har deltagit i sorggrupper organiserade av olika institutioner, såsom Svenska kyrkan, Röda korset och två privata sorgmottagningar.

#### ***Positiva upplevelser***

Det som har uppskattats mest var personalens engagemang, kompetens och bemötande, träffarnas upplägg, den starka sociala och unika gemenskapen med andra sörjande, som positivt påverkat deras välbefinnande och återhämtningsprocess i sorgarbetet:

– *Bra struktur och att träffarna var väl organiserade:*

Att upplägget av sorggruppernas träffar med tydlig struktur, samma tid och rum, och ett tydligt tema för varje träff var väldigt uppskattat. Det gav en trygghetskänsla och en känsla av att bli tagen på allvar. En deltagare, som deltagit i en tre dagar lång sorgebearbetningskurs, tillägger att detta bidragit till en fin atmosfär:

”Det kändes väldigt bra. Det fungerade oerhört bra hela upplägget. Vi var inte många på den kursen men vi jobbade tre och tre. Fasta personer i grupper med de övningarna. Och man fick väldigt mycket ödmjukhet för varandra och väldigt... alltså man var väldigt öppen, oerhört öppen både i att ge och ta emot, så det var en väldigt fin atmosfär och det var väldigt nyttiga övningar som vi fick göra.”

– *Empatiska, sympatiska, engagerade och kompetenta ledare:*

Sorggruppernas ledare upplevdes som mycket engagerade, kompetenta och vänliga personer. En deltagare tyckte att det kändes bra att en av de vänliga och kompetenta ledarna i kyrkan, förutom en diakon, var en utomstående som inte arbetar i kyrkan, och var specialist i ämnet:

”Jag tycker att det var bra att man i kyrkan har en kurator bredvid, någon som är specialiserad, som är mer specialist på sorg och sorgearbete.”

– *Den sociala gemenskapens betydelse i sorgearbetet:*

Det upplevdes som väldigt bra att få möjlighet att träffa andra sörjande som befann sig i liknande livssituation och uppleva den sociala gemenskapen med dem i sitt sorgearbete. Det var viktigt att känna att man talar samma språk med andra sörjande och känna sig förstörd av dem:

”... Bra ha människor som förstår... alltså hur man... när man pratar om gravstenar, känslor och förbjudna känslor och konstiga känslor. Bara en sådan sak som hur många barn har man? Vad svarar man? Ett i himlen och ett på jorden”.

– *Att få uppleva att man börjar må bättre:*

De deltagare som deltagit i sorggrupper inom Svenska kyrkan är generellt mycket nöjda. De uppskattar förutom bra struktur på träffarna, vänligt bemötande med kaffe och bullar, ledarnas ödmjukhet och kompetens, och den sociala gemenskapen.

”Men det känns faktiskt så... Att se andra människor hur de haft det och hur de hade och ... sin egen relation. Man kunde se alla människor ”lyckliga”.

En deltagare som motvilligt gick på den första informationsträffen på en privat sorgmottagning blev överraskad av sina positiva upplevelser:

”Det väldigt skönt att prata om min son. Och sedan... Vi gick hem. Det var första natten som jag sov hela natten. Det säger sig självt att det var bra att prata”.

En annan deltagare menade:

”... sorgen försvinner inte men man lär sig försonas med sorgen”, och det är av stort värde för att kunna gå vidare. ”... att den sociala gemenskapen med andra och personalens varma bemötande utgör läkande krafter som ger styrka i sorgearbetet. Deltagarna i gruppen hjälpte mig att bryta med ensamheten och isoleringen och fick mig att tänka på något annat än sorgen.”

### ***Negativa upplevelser***

Det har framkommit en del kritik p.g.a. följande faktorer:

– *Att behöva välja enbart en sorg att bearbeta:*

En deltagare, som behövde hjälp med att bearbeta fler förluster tyckte att det negativa med den metoden har varit att man tvunget måste välja bara *en* förlust: ”Man kan tro att man vet vad man vill bearbeta”. Deltagarna förmedlar en allmän

uppfattning att det inte går att urskilja en sorg p.g.a. en dödsförlust från andra sorger som ofta uppstår i samband med dödsfallet.

– *Att metoden och tiden inte är tillräcklig för att bearbeta en djup sorg:*

Det har varit svårt när sorggruppen skulle sluta träffas eftersom man inte kände sig färdig än med sitt sorgearbete:

”Jag tänkte att: förlora en son är ändå mycket tyngre och behöver mer tid att bearbeta, mer än ett år...”. Han tycker dock i efterhand att det är bra att kombinera både deltagande i en sorggrupp och individuell psykodynamisk insiktsterapi, då han upplever att det inte är möjligt att bearbeta en komplicerad sorg på några träffar i en grupp. Han ansåg att det viktiga sorgearbetet måste ske individuellt och i sin egen takt under en längre tid och med en utomståendes terapeutiska hjälp.

– *Att privat professionell hjälp är för dyr och ses som en klassfråga:*

Deltagarna tycker att det är för dyrt med privat professionell hjälp för sörjande i Sverige, vilket gör denna form av hjälp till en klassfråga. En deltagare, som inte kände sig färdig med sitt sorgearbete efter några gångers KBT-behandling på sin vårdcentral, ville prova på en bearbetningskurs på en privat sorgmottagning efter en öppen föreläsning:

”Det kostade över femtusen kronor, pengar jag inte hade.”

Efter den upplevelsen önskade sig denne deltagare att kunna få gå i individuell psykodynamisk insiktsterapi för att bearbeta sina förluster, men hade inte råd och anmälde sig till en sorggrupp i Svenska kyrkans regi med bra rykte och som är gratis. En annan deltagare, som har provat på olika former av professionell hjälp håller med om att privat professionellt samtalsstöd är för dyrt, vilket är synd då: ”Sörjande skriker efter professionella som förstår sig på sörjande.” Han anser att han själv inte hade kunnat få hjälp av sin psykoterapeut som sjukskriven om han inte hade haft ekonomiska resurser bestående av sparkapital och arv.

## 7 Diskussion

### 7.1 Metoddiskussion

Den valda kvalitativa deskriptiva metoden har visat sig lämplig för att ge relevanta svar på framförda frågeställningar (Kvale, 1997; Langemar, 2008). Deltagarna söktes genom olika privatpraktiserande legitimerade psykoterapeuter och olika privata sorgmottagningar samt Svenska kyrkan och resulterade i nio intresserade personer. Kanske skulle fler personer ha hört av sig om även andra vägar valts för att söka deltagare, t.ex. genom annonsering i tidningar, men då skulle urvalsprocessen förmodligen blivit mer komplicerad. Man hade förmodligen vunnit ännu mer kunskap med flera informanter om sörjandes upplevelser av professionellt samtalsstöd i sorgearbetet, som man då skulle kunna dra mer generella slutsatser av än från denna kvalitativa studie med bara fem informanter. Det känns ändå bra att denna studie berör olika typer av dödsförluster och olika erfarenheter av professionellt samtalsstöd i sorgearbetet, vilket ändå ger tillfredsställande bredd av det undersökta fenomenet.

## 7.2 Resultatdiskussion

Det fanns från början en undran om varför en del sörjande inte kunde klara av sitt sorgearbete på egen hand då det sedan Freud (1917) råder en allmän uppfattning om att sorg efter ett dödsfall inte är någon sjukdom utan ett vanligt mänskligt tillstånd av nedstämdhet, som lindras med tiden och den sörjande återhämtar sina krafter så småningom. Grimby (2002), Dyregrov & Dyregrov (2008), Lennéer Axelsson (2010) och Michel (2010) pekar på att många sörjande dock uppvisar tecken på en långvarig kronisk sorg i form av depression och självmordstankar efter nära anhörigs död. I studien framgår att deltagarna sökt professionellt samtalsstöd eftersom sorgen blivit komplicerad på grund av vissa negativa och oväntade faktorer. Till dessa räknas: det oväntade dödsfallet, dålig upplysning om den sjuka närståendes hälsotillstånd från sjukpersonalen, sjukhuspersonalens upplevda bristande kompetens, osämja inom familjen och familjens splittring i samband med dödsfallet. Deltagarna har känt sig sjuka i samband med dödsfallen, vilket alla beskriver med ett typiskt uttryck som: ”Jag blev galen av sorgen”. Det blev en för stor och omtumlande livsomställning som ledde till att deltagarna var i behov av professionellt samtalsstöd kort efter dödsfallet. I flera fall blev den förlängda antecipatoriska sorgen komplicerad då det uppenbarade sig att man inte fått adekvat upplysning om att döden var nära. Att se sitt älskade barn försvinna bort under en utdragen behandling respektive att inte kunna säga adjö till sin älskade fru, gav dessa deltagare en känsla av maktlöshet, meningslöshet och onödigt lidande, vilket bekräftas av tidigare forskning (Haugsgjerd, 1999; Lindeman, 1944; Rando, 2000). Att sorgen och saknaden efter frun fick en deltagare att få en känsla av ”att sluta leva”, visar sig inte heller vara helt ovanligt bland änklingar enligt tidigare studier (Stroebe & Schut, 1999; Grimby, 1999; Hammarlund, 2002). Det är inte heller ovanligt att i flera fall komplicerats sorgearbete p.g.a. skuldkänslor över att inte ha kunnat förstå och hantera det försämrade hälsotillståndet dagarna innan en anhörigs dödsfall. Det har i tidigare forskning (Klein, 1988) framkommit att vid förlusten av en älskad person förekommer regression med aktivering av depressiv position som kännetecknas av ångest, skuldkänslor, sorg och saknad och det indikerar komplicerad sorg. Upplevelse av sorg varierar och är mycket individuell och var och en reagerar på en dödsförlust på olika sätt. Deltagarna upplevde dock att de inte var kapabla att hantera sin sorg på egen hand. De var i stort behov av professionellt samtalsstöd i sitt sorgearbete för att kunna ta sig ur depressionstillståndet, som hindrade dem från att varken kunna leva i nuet eller inrikta sig på framtiden. Detta bekräftar tidigare studier av Parkes (1974) och Worden (1991). Hermansson (1985) och Lennéer Axelsson (2010) menar att det inte är ovanligt att sörjanden söker professionellt samtalsstöd.

Deltagarna sökte i första hand medicinsk hjälp, antidepressiva medel och sukskrivning, och terapeutisk hjälp i andra hand. De upplevde att situationen förvärrades av att det tycks råda allmän förvirring angående information om lämpligt professionellt samtalsstöd till sörjande. Detta stämmer väl överens med andra sörjandes erfarenheter (Grimby, 2002; Keineman, 2008).

Deltagarnas förväntningar på professionell samtals hjälp i sorgearbetet handlade om att få hjälp med att hantera chocken över den oväntade dödsförlusten och dess olika konsekvenser, samt om att hantera den nya livssituationen. Sorgearbete har för samtliga varit en lång och smärtsam väg till återhämtning och till det nya livet. Detta förlopp bekräftas av tidigare studier (Grimby, 2002; Lennéer Axelsson, 2010; O`Connor, 1986). Det handlade om att få hjälp med att hitta olika copingstrategier för att kunna hantera pendlingen mellan att både bevara och samtidigt förändra gamla relationer och aktiviteter i den nya livssituationen, vilket också Stroebe och Schut (1999) visat. Det handlade om att få råd om hur man går vidare med livet efter en närståendes död och att man samtidigt skulle hantera stressen p.g.a. samhällets krav på en snabb återgång till arbete, som även tidigare forskning pekade på (Lewis, 1998). Den komplicerade sorgen, som även kallas traumatisk sorg eller komplicerad sorgstörning (Michel, 2010), som samtliga deltagare har upplevt, blev för svår att hantera på egen hand.

Deltagarna har generellt upplevt brister i information och bra professionellt omhändertagande av sörjande inom sjukvården. Ett tydligt exempel på det är en deltagare, som en natt vänt sig till en psykiatrisk akut, men blivit hänvisad till sin husläkare. Besvikelse fanns också avseende både bemötande och bristen på kommunikation angående sina närstående döendes hälsotillstånd, vilket borde vara en självklarhet i fråga om god vård (Cullberg, 1992).

Deltagare som fått tillgång till samtalsstöd på sjukhus har upplevt brister i personalens förmåga att ta hand om sörjande p.g.a. att kuratorer och psykoterapeuter har upplevts som ”förlamade” och förhöll sig helst tysta i stället för att trösta och ge råd. Det samtalsstödet upplevdes som att det ”inte gav mycket”. Det saknades bättre kommunikation och mer empatisk mellanmänsklig närhet i form av en klapp på axeln eller en kram. Bättre kontakt mellan vårdpersonal och anhöriga till döende patienter skulle kunna bidra till en känsla av trygghet och delaktighet, vilket enligt Antonovsky (1991) skulle bidra med en känsla av sammanhang i en krissituation som skulle ha underlättat sorgearbetet. Deltagarna uppfattade således sjukhuspersonalens insatser som bristfälliga, vilket bekräftas av Fyhr (1999) och Grimby (1999, 2002).

Deltagarna ifrågasatte också varför man nu för tiden erbjuder endast KBT-behandling på vårdcentraler. En deltagare, som sökte samtalsstöd i krisens akutfas några veckor efter dödsfallet, blev besviken på att i den metoden ingick att behöva välja bara ett problem då det fanns många problem som uppstått till följd av dödsfallet. En annan deltagare bedömer att metoden inte fungerar kort efter dödsfallet men kan vara någorlunda behjälplig vid aktivering av positiva resurser inför återgång till arbetslivet efter en långvarig sjukskrivning. Deltagande i olika sorggrupper bedöms som mycket positiva. Förutom personalens empatiska bemötande och kunskap uppskattades möjligheten till att få uppleva den sociala gemenskapen med andra sörjande, som generöst delat med sig av sina upplevelser och goda råd och tröstat varandra. Privat psykodynamisk psykoterapi, både

individuell och i grupp, har också upplevts positivt men för dyrt och har därför ansetts som en klassfråga. Det upplevdes väldigt positivt och önskvärt att samtidigt kunna få både medicinsk och samtalshjälp av en läkare som är utbildad psykiater och psykoterapeut. Kanske skulle man då förhindra den aktuella situationen då det är nästan nödvändigt att parallellt använda sig av olika samtalsstödformer för att kunna gå vidare i sitt sorgearbete.

### 7.2.1 Slutsatser

Studiens resultat bekräftas av tidigare forskning om att det finns stora brister i professionellt omhändertagande av sörjande i Sverige (Fyhr, 1999; Grimby, 1999; Keineman, 2008). Det verkar råda en allmän förvirring kring vilket professionellt samtalsstöd som erbjuds och var den finns att tillgå, vilket inte underlättar för de krisdrabbade och ofta förvirrade sörjande att hitta rätt. Enligt Michel (2010) skulle sörjandes situation förmodligen underlättas om diagnosen *förlängt sorgesyndrom* fanns i det kommande DSM-V. Detta skulle underlätta rätten till sjukskrivning och ge bättre underlag för subventionering vid behandling, vars inriktning (helst psykodynamisk som verkar ge bästa resultat) och längd borde anpassas till den sörjande patientens individuella behov.

Det vore önskvärt att fler läkare utbildas till psykoterapeuter så att sörjande samtidigt skulle kunna få både medicinsk och psykoterapeutisk behandling av en och samma person, vilket skulle vara en fördel i sorgearbetet. Även bemötande av sörjande från sjukvården, försäkringskassan, arbetsgivaren borde förbättras och inte vara avhängigt politiska direktiv utifrån krav på ekonomisk lönsamhet. Man kan förmoda att bättre, snabbare och billigare tillgång till professionellt samtalsstöd i sorgearbetet skulle bidra till bättre hälsa, reducera psykosociala problem och ge större möjligheter till återhämtning i sorgearbetet och därmed snabbare återgång till arbetslivet, vilket är positivt ur både ett mänskligt såväl som ett samhällsperspektiv.

### 7.3 Förslag till fortsatt forskning

Då denna studie baseras på enbart fem sörjandes upplevelser av professionellt samtalsstöd i sorgearbetet finns det behov av att vidare studera det undersökta fenomenet på en större population av sörjande för att kunna dra mer generella slutsatser. En kvantitativ studie baserad på en enkätundersökning skulle då vara en lämplig metod då den skulle kunna omfatta en större population av sörjande och härmed förmodligen bidra med ett bredare dataunderlag för analys. Det skulle också vara intressant att studera fenomenet utifrån flera olika perspektiv, t.ex. genusperspektiv, vuxen- och barnperspektiv, familjeperspektiv samt i relation till typen av dödsförlust m.m.

## Referensförteckning

- Antonowsky, A. (1991), *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bowlby, J. (1980), *Attachment and Loss*. Vol 3, Loss: Sadness and Depression. NY: Basic Books.
- Cullberg, J. (1992), *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Daidsen Nielsen, M.& Leick N. (1991), *Den nödvändiga smärtan*, Stockholm; Almqvist & Wiksell.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2008), *Det sociala nätverkets stöd vid plötsligt dödsfall – när livet måste gå vidare*. Lund: Studentlitteratur.
- Freud, S. (1917), *Mourning and melancholia*. The standard Edition of the Complete psychological Works of Sigmund Freud Standard Edition, 1962/1957: Vol XIV (1914-1916). London: Howard
- Fyhr, G. (1999), *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Grimby, A. (1999), *Stöd och rådgivning underlättar sorgen*. Stockholm: SPF. (Efter Fyhr, 1999)
- Grimby, A. (2002), *Sorg och stöd bland äldre. Kunskapsöversikt och rekommendationer*, Stockholm: SPF Förlag. (Efter Fyhr, 1999)
- Hammarlund, C-O. (2002), Läkarens roll vid sorg och förlust, Stockholm: *Läkartidningen* nr 1-2, sid. 25-26.
- Hartman, S. (1990), *Handledning*. Linköping: Linköpings Universitet.
- Haugsgjerd, S. (1999), *Psyiskt lidande. Psykodynamisk bakgrund och diagnostik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hermansson, S. (1985), *Sorgen söker ord*. Stockholm: Liber Förlag.
- Keineman (2008), Sverige är ett u-land när det gäller sörjandestöd. Stockholm: *Psykologtidningen*, 8, sidor 4-9.
- Klein, M. (1988), *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S. (1997), *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Stockholm: Studentlitteratur AB.
- Langemar, P. (2008), *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi*. Stockholm: Liber AB.

- Lewis – Herman, J. (1998), *Trauma och tillfrisknande*. Mölndal: Psykoterapihuset.
- Lennéer Axelson, B (2010), *Förluster. Om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lindeman, E. (1944), Symptomatology and management of acute grief. *American Journal Psychiatry*, 101:141-148.
- Lundin, T. (1995), Den oundvikliga sorgen, i: Beck–Friis B. & Strang P. (red.) ”*Palliativ medicin*”. Stockholm: Liber AB.
- Lundmark, A-K. (2007), *Sorgens olika ansikten*. Ingarö: Columbus Förlag AB.
- O`Connor, N. (1986), *När en anhörig dör*. Stockholm: Prisma.
- Michel, P-O, red. (2010), *Psykotraumalogi*. Lund: Studentlitteratur.
- Parkes, C. M. (1974), *När den närmaste dö*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Prigerson, H.G; Neimeyer, R, G; Block, S, S; Kissane, D; Boelen, P; Marcher, A; Litz, B, T; Johansson, J, G; First, M; B; Maciejewski, P, K; Horowitz, M, J; Brayne, C; Jacobs, S, C; Parkes, C, M; Aslan, M; Goodkin, K; Raphael, B; Marwit, S; Wortman, C. (2009), Prolonged grief disorder: *Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11*. PloS Med, ISSN 1549-1277, Volym 6, nr 8.
- Rando, T (2000), *Kliniska Dementins of Anticipatory Mourning. Practice in Working with the Dying, their Loved Ones and Caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
- Stroebe, M & Schut, H (1999), The dual Process Model of Coping with Bereavement in Rationale and Description. *Death Studies*, 23:3, 197-224.
- Vetenskapsrådet (2002), *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Worden, J. W. (1991), *Sorgerådgivning och Sorgterapi*. Lysekil: Slussens bokförlag.



**Bilaga 1: Förslag till kriterier för diagnosen PGD och ICD-11**

Tabell 5

**Förslag till kriterier för diagnosen Prolonged Grief Disorder (PGD) i DSM-V och ICD-11****Kriterium A**

Händelse: Sorg (förlust av närstående)

**Kriterium B**

Separationskris: Den sörjande upplever en uttalad längtan (trängtan och trånad efter den omkomne: fysiskt eller emotionellt lidande som följd av en oönskad men uppfylld återförening med den döde) dagligen eller på en handikappande nivå.

**Kriterium C**

Kognitiva, emotionella och beteendemässiga symtom: Den sörjande måste uppvisa fem (eller fler) av följande symtom dagligen eller på en handikappande nivå:

1. Känsla av förvirring om sin egen roll i livet eller minskad känsla för det egna jaget (känsla av att en del av en själv har dött)
2. Svårigheter att erkänna dödsfallet
3. Undvikande av sådant som påminner om den verkliga förlusten
4. Oförmåga att lita på andra efter förlusten
5. Förbittring och ilska relaterat till förlusten
6. Svårighet att fortsätta med livet (träffa nya vänner, fortsätta med sina intressen)
7. Psykisk tomhet (frånvaro av känslor efter förlusten)
8. En känsla av att livet är uppfyllt, tomt och meningsöst
9. En känsla av att vara bedövad, förvirrad eller chockad

**Kriterium D**

Tid: Diagnosen ska inte anges förrän åtminstone sex månader passerat dödsfallet.

**Kriterium E**

Funktionsnedsättning: Störningen orsakar kliniskt signifikant försämring i sociala, yrkesmässiga eller andra viktiga funktionsområden (till exempel ansvar för egna hemmet)

**Kriterium F**

Förhållande till andra psykiska störningar: Störningen beskrivs inte bättre genom att ange diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom

För fullständig diagnos måste alla huvudkriterier (A-E) vara uppfyllda, varav fem av kriterierna i huvudkriterium C.

-----  
Källa: Michel (2010), efter Prigerson, m.fl. (2009)

**Bilaga 2:** Ett brev till professionella som arbetar med sörjande**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psyko­te­ra­peut­pro­gram­met: 90 hp  
Psyko­dy­namisk in­di­vi­du­alpsyko­te­ra­pi vuxna  
Exa­men­suppsats, Avancerad nivå 15 hp  
Handledare: Björn Elwin, prefekt  
Student/Författare: Teresa Elfström, PUT09

Hej,

Jag vänder mig till dig som arbetar med människor i kris för att fråga om du kan hjälpa mig att komma i kontakt med de vuxna sörjande som har sökt/gått stödsamtal hos dig eller dina kollegor i samband med en/ fler dödsförlust/er? Jag söker några deltagande till min forskningsstudie

(Arbetsrubrik)

**FRÅN SORG TILL PROFESSIONELLT SAMTALSSTÖD  
– en kvalitativ deskriptiv studie utifrån fem sörjandes perspektiv.****Syftet med studien:**

**Att undersöka varför, hur och med vilket resultat  
sörjande söker professionellt samtalsstöd efter en närståendes död.**

Denna studie är mitt examensarbete på en treårig legitimationsgrundande psyko­te­ra­piut­bil­dning som avslutas under vårterminen 2012. Undersökningen baseras på intervjuer med sörjande enligt en frågeguide som undersökningspersonerna får innan vi träffas för en personlig intervju. Jag försäkrar att intervjumaterialet kommer att a­vi­den­ti­fi­eras och behandlas konfidentiellt. Studien ska vara klar i december 2011, därför är jag mycket tacksam för snabb hjälp. Jag bifogar en information om studien och är tacksam om du förmedlar den till sörjande.

Med vänliga hälsningar

Teresa Elfström

E-post: [psyko­te­ra­pi.elfstrom@gmail.com](mailto:psyko­te­ra­pi.elfstrom@gmail.com)

tel. 070 436 52 60, 072 245 48 40



**Bilaga 3:** Ett brev till sörjande

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psyko­te­ra­peut­pro­gram­met: 90 hp

Psyko­dy­namisk in­di­vi­du­alpsyko­te­ra­pi vuxna

**Sökes deltagande till en forskningsstudie:**

(Arbetsrubrik)

**FRÅN SORG TILL PROFESSIONELLT SAMTALSSTÖD**

– en kvalitativ deskriptiv studie utifrån fem sörjandes perspektiv.

**Syftet med studien:**

Att undersöka varför, hur och med vilket resultat

sörjande söker professionellt samtalsstöd efter en närstående död.

Hej!

Är du en sörjande som förlorat en nära anhörig och som efteråt har sökt eller går/har gått i samtalsstöd/psyko­te­ra­pi? I så fall är du välkommen att delta i min forskningsstudie, som är ett examensarbete på det treåriga legitimeringsgrundande psyko­te­ra­pi­pro­gram­met vid S:t Lucas utbildningsinstitut, som jag avslutar under Vt. 2012.

Studien baseras på intervjuer efter en frågeguide som du får via e-post så snart du kontaktar mig. Du kommer att vara anonym då intervjumaterialet kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt.

Är du intresserad? I så fall är du hjärtligt välkommen att kontakta mig via e-post: [psyko­te­ra­pi.elfstrom@gmail.com](mailto:psyko­te­ra­pi.elfstrom@gmail.com) så fort du kan!

Med vänliga hälsningar

Teresa Elfström



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

#### Bilaga 4: Deltagandes medgivande

### S:t Lukas utbildningsinstitut

Psyko­te­ra­peut­pro­gram­met: 90 hp  
 Psyko­dynamisk indi­vidualpsyko­te­ra­pi vuxna  
 Exa­mens­uppsats, Avancerad nivå 15 hp  
 Exa­mens­datum: vår­ter­min­en 2012  
 Hand­ledare: Björn Elvin, prefekt  
 För­fattare: Teresa Elfström, PUT09

(Arbetsrubrik)

#### FRÅN SORG TILL PROFESSIONELLT SAMTALSSTÖD

– en kvalitativ deskriptiv studie utifrån fem sörjandes perspektiv.

#### Syftet med studien:

Att undersöka varför, hur och med vilket resultat sörjande söker professionellt samtalsstöd efter en närstående död.

### Deltagandes medgivande

Härmed intygas att jag frivilligt deltar i studien ”Varför söker sörjande professionellt samtalsstöd” under förutsättning att:

- Inkommet material kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras efter godkänd examination.
- Ingen, varken jag eller andra jag nämner i intervjun, kommer att kunna identifieras i samband med studieskrivningen.
- Jag när som helst kan avstå från deltagandet i studien.

Jag tillåter att:

- En intervju med mig spelas in på ett band.
- Materialet från intervjun får användas som underlag för studien.
- Jag bli kontaktad under studiens genomförande om eventuella klargöranden eller kompletteringar behöver göras.

Underskrifter:

Deltagandens

Intervjuarens

Namn­förtyd­ligande:



## S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykoterapeutprogrammet: 90 hp

Examensuppsats, Avancerad nivå 15 hp

Författare: Teresa Elfström, PUT09

(Arbetsrubrik)

### FRÅN SORG TILL PROFESSIONELLT SAMTALSSTÖD

– en kvalitativ deskriptiv studie utifrån fem sörjandes perspektiv.

**Syftet med studien:** Att undersöka varför, hur och med vilket resultat sörjande söker professionellt samtalsstöd efter en närstående död.

### Intervjuguide:

1. Vem sörjer du?
2. Hur var din relation till den avlidne?
3. När och hur dog personen? Berätta gärna om omständigheter kring dödsfallet.
4. Hur har det varit för dig efter dödsfallet? Hur upplevde/ hanterade du sorgen och hur var ditt vidare liv efter dödsförlusten?
5. Har du varit sjukskriven? Om ja. Hur länge har du varit sjukskriven? Av vem? Vilken diagnos du fick?
6. Hur lång tid efter dödsfallet sökte du professionell hjälp och varför just då?
7. Vad ville du få hjälp med i ditt sorgearbete?
8. Hur sökte du hjälpen?
9. Fanns det andra alternativ till professionell hjälp än den som du valde?
10. Hur kom det sig att du valde just den hjälpen?
11. Vilka förväntningar hade du på den professionella hjälpen?
12. Blev dessa förväntningar uppfyllda? I så fall i vilken utsträckning? Var det något specifikt som du uppskattade i den professionella hjälpen du fick?
13. Skulle du rekommendera andra den hjälp som du valde?
14. Skulle du i efterhand valt en annan väg för att få professionell hjälp i ditt sorgearbete?
15. Är det något annat som jag borde fråga dig om?

Tack för din medverkan!