



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Så litet - och så stort...

En kvalitativ studie av barnmorskors respektive kvinnors föreställningar om tidiga missfall



Socionomprogrammet

C-uppsats

Höstterminen 2007

Författare: MarieLouise Andersson, Anna Marcusson

Handledare: Marie Törnbom

Abstract

Titel	<i>”Så litet – och så stort”.</i> En studie av barnmorskors respektive kvinnors föreställningar om tidiga missfall.
Författare	Anna Marcusson och MarieLouise Andersson
Nyckelord	Missfall, rutiner, bemötande, föreställningar
Syfte	Syftet med uppsatsen är att visa på skillnader i vårdens syn på vad god vård för en kvinna med missfall är, och vad kvinnan själv upplever att hon behöver. Syftet är även att belysa vilka föreställningar som finns om missfall, från vårdens respektive kvinnans sida.
Frågeställningar	Vad finns det för föreställningar om tidiga missfall hos barnmorskor? Vilka rutiner finns vid tidiga missfall och var har de fokus? Vilka föreställningar har kvinnor med tidiga missfall av sin upplevelse?
Metod	Halvstrukturerade intervjuer med fyra barnmorskor från tre olika sjukhus samt tre kvinnor med erfarenheter av tidiga missfall.
Resultat	Vårt resultat visar att barnmorskornas föreställningar om tidiga missfall domineras av det medicinska perspektivet så också rutinerna som de har att förhålla sig till. Det finns en medvetenhet hos de enskilda barnmorskorna om det känslomässigt svåra i det som kvinnorna går igenom. Rutinerna är dock utformade så att det känslomässiga stödet inte faller ut förrän vid återbesöket efter 3-4 veckor efter missfallet. Ett av sjukhusen har även en gräns vid graviditetsvecka sju för när de tar emot kvinnor på den gynekologiska akutmottagningens tidsbeställning. Kvinnornas föreställningar av tidiga missfall visar att de i det första skedet blir mycket rädda när missfallet sätter i gång. När sedan missfallet är ett faktum upplever de sig ha förlorat ett barn. Upplevelsen präglas av tomhet och sorg som kan vara olika länge beroende på vilken mening den drabbade lägger i händelsen. Kvinnorna beskriver att de inte tycker sig ha fått hela sin upplevelse bekräftad av vare sig sjukvården eller omgivningen.

TACK!

Ett stort och varmt tack till alla som hjälpt oss att genomföra denna uppsats. Särskilt tacksamma är vi gentemot kvinnorna och barnmorskorna som så generöst delade med sig av sina erfarenheter. Tack för att Ni tog Er tid.

Tack även till Marie Törnbom, vår handledare, som med engagemang har bistått oss både med värdefulla synpunkter och med material.

MarieLouise och Anna

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	6
1.1	Bakgrund.....	6
1.2	Förförståelse.....	7
1.3	Syfte, avgränsningar och frågeställningar.....	7
1.3.1	Syfte och avgränsningar.....	7
1.3.2	Frågeställningar.....	8
1.3.3	Etiska överväganden kring syfte.....	8
1.3.4	Ordförklaringar.....	8
2	Metod.....	8
2.1	Urval.....	9
2.1.1	Etiska överväganden kring urval.....	9
2.2	Genomförandet.....	9
2.3	Analys och tolkning av data.....	10
2.4	Validitet.....	11
2.5	Reliabilitet.....	12
2.6	Generaliserbarhet.....	12
2.7	Etiska överväganden.....	12
3	Teoretisk ansats.....	14
3.1	Socialkonstruktivism.....	14
3.1.1	Typifiering.....	15
3.1.2	Institutionalisering.....	15
3.1.3	Roller.....	16
3.1.4	Reifikation.....	16
3.1.5	Legitimering.....	16
3.2	Makt.....	17
3.3	Kris.....	18
3.4	Sorg.....	19
4	Tidigare studier.....	20
4.1	Missfall: Kvinnors erfarenheter och dess kumulativa förekomst.....	20
4.2	Påverkar medicinsk och psykologisk intervention kvinnors nedstämdhet efter missfall?.....	21
4.3	Missfall. Förekomst, behandling och framtida fertilitet.....	21
5	Resultat.....	23
5.1	Barnmorskornas föreställningar om tidiga missfall.....	23
5.1.1	Rutinerna.....	23
5.1.2	Tidiga missfall.....	23
5.1.3	Bemötandet.....	25
5.1.4	Kvinnornas behov.....	26
5.2	Kvinnornas föreställningar om tidiga missfall.....	28
5.2.1	Missfallet.....	28
5.2.2	Upplevelsen.....	29
5.2.3	Uppföljningen.....	30
6	Diskussion.....	31
6.1	Krock mellan institutioner.....	31

6.2	Kris	32
6.3	Sorg	33
6.4	Rörelsefrihet inom rutinerna	34
6.5	Ritualens betydelse.....	35
6.6	Maktbalansen i behandlingsrelationen	35
7	Avslutande kommentar.....	36
7.1	Förslag på framtida forskning	38

Bilagor:

Bilaga 1: Intervjuguide för barnmorskor

Bilaga 2: Intervjuguide för kvinnor

Bilaga 3: Brev till sjukhusen med förfrågan om intervjuer

Bilaga 4: Flygblad där vi söker kvinnor att intervjua

1 Inledning

1.1 Bakgrund

När vi valde ämne till vår uppsats, märkte vi att det fanns stora skillnader i omhändertagandet av kvinnor/par beroende på om de fått ett sent eller ett tidigt missfall. I de fall det handlade om ett sent missfall, sattes stora resurser in för att stötta de drabbade föräldrarna (vgregion.se 2007). Vid ett tidigt missfall var vårdkedjan betydligt glesare. Detta gjorde oss intresserade. Var det så att det inom vården fanns olika syn på tidiga och sena missfall, och vad kunde det i så fall bero på?

Det finns mycket skrivet om sena missfall, om bemötande av föräldrar och ritualer för att ta avsked av det döda barnet (Kohner 1995). Det finns betydligt mindre information om de tidiga missfallen, om man undantar den rent medicinska. Kohner (1995) tar upp önskvärda förhållningssätt och rutiner även kring tidiga missfall, och dessa skiljer sig inte nämnvärt från rekommendationer för sena missfall. Överlag finns dock relativt lite att hämta om hur kvinnor/par upplever ett tidigt missfall, om och i så fall hur man tillgriper ritualer för avsked samt hur man uppfattar ett eventuellt omhändertagande från vården.

En normal graviditet är 40 veckor. Det som räknas som tidigt missfall inträffar under de fyra första månaderna, eller de sexton första graviditetsveckorna (Growingpeople 2007). Med missfall menas att fostret stöts ut ur livmodern innan det har växt tillräckligt för att klara sig utanför kvinnans kropp. Den medicinska termen för missfall är **spontan abort** (Wikipedia 2007). Ibland kan man ha ett mycket tidigt missfall utan att ens märka det. Kvinnan tror bara att hennes menstruation är några dagar försenad (Vårdguiden 2007). Det sistnämnda gör att det är svårt att med säkerhet slå fast hur många procent av alla graviditeter som går till missfall. Om man räknar in *alla*, även de som kvinnan inte märker, slutar ungefär hälften av alla graviditeter med missfall (Growingpeople 2007). Man brukar dock uppskatta att ca 10-35% av alla kända graviditeter slutar i missfall, där bland annat stigande ålder hos modern för med sig en ökad risk (Floridon & Lund 2005). Flertalet tidiga missfall beror på kromosomskador som inte är förenliga med liv och som därför sorteras bort på ett tidigt stadium (Growingpeople 2007). De flesta missfall inträffar innan utgången av graviditetsvecka tolv (Floridon & Lund 2005).

Gränsen för omhändertagande av foster från sjukvårdens sida går också vid graviditetsvecka tolv. Efter denna tidpunkt kremeras varje aborterat foster, oavsett om det handlar om en spontanabort (missfall) eller en framkallad sådan (SOSFS 1990:8). Efter utgången av graviditetsvecka 28 räknas foster som föds dött som barn i juridisk mening, och samma regler gäller då som för alla svenska medborgare vad gäller begravningsförfarande (Begravningslag 1990:1144). Alla för tidigt födda barn som föds före graviditetsvecka 28 och överlever räknas som barn (Bergman & Normelli 2000).

WHO:s riktlinjer är att ett foster bör betraktas som ett barn efter 22 fulla graviditetsveckor, något som de flesta länder valt att följa, dock inte Sverige. En konsekvens är till exempel att kvinnan inte har rätt till föräldraledigt en månad efter förlossningen om barnet skulle födas dött före utgången av graviditetsvecka 28 (FoU 2006:4).

1988 tillsattes en arbetsgrupp med medlemmar från bland annat Socialstyrelsen. Denna grupp skulle utreda behovet av omhändertagande av sent aborterade foster. Innan hade alla dödfödda foster betraktats som biologiskt material och hanterats därefter. Eftersom många ansåg detta stötande, fanns ett behov av att se över dessa rutiner. Ett beslut togs slutligen om att ett foster som uppnått sådan storlek att man kunde identifiera mänskliga drag skall kremeras, anonymt om inte paret/kvinnan hade andra önskemål. Askas sprids därefter i minneslund. Inga ceremonier förekommer dock, varken kyrkliga eller andra. Detta får kvinnan/paret i så fall särskilt be om. De bestämmer även själva om de vill ha någon information om eller delta i omhändertagandet (SOSFS 1990:8). Sjukvårdspersonal avgör om och när det är lämpligt att informera om sjukhusets rutiner för omhändertagande. Detta görs oftast av en kurator (SOSFS 1990:8). Ett tidigt missfall i exempelvis graviditetsvecka nio, handhas däremot av sjukvården som biologiskt riskavfall. Anledningen till detta menas vara att det är svårt att vid så tidig graviditet kunna identifiera fosterdelar. Om detta ändå låter sig göras, kan dock samma rutiner som vid sena aborter tillämpas. Kvinnan/paret har även rätt att framföra särskilda önskemål angående omhändertagande av ett foster i tidig graviditet. I dessa fall bör samma rutiner som för sena missfall tillämpas (SOSFS 1990:8). Detta är dock rekommendationer, inga absoluta regler.

1.2 Förförståelse

Thurén (1999) beskriver förförståelse som något som starkt påverkas av våra värderingar, förutfattade meningar, ideologiska bakgrund samt erfarenheter. Förförståelsen är något föränderligt och vi får ständigt revidera den när nya erfarenheter och åsikter kommer till. Vi som skrivit denna uppsats har skilda förförståelser vad gäller fenomenet vi skriver om. Det som delvis format vår förförståelse av missfall är personliga erfarenheter. En av oss har en upplevelse av att förlora ett barn i graviditetsvecka 32. Omhändertagandet var då mycket gott från vårdens sida. Personer i omgivningen reagerade dock ganska varierande vilket styrker vår uppfattning att detta fortfarande är ett tabubelagt ämne. Den andra författaren å sin sida fick ett missfall i graviditetsvecka 11. Bemötandet från vården var lite blandat, från mycket bra till väldigt dåligt. Erfarenheten hon gjorde är att det dåliga bemötandet sätter djupare spår än det som är bra.

1.3 Syfte, avgränsningar och frågeställningar

1.3.1 Syfte och avgränsningar

Vårt syfte med den här uppsatsen är att visa på eventuella skillnader i vårdens syn på vad god vård för en kvinna med missfall är, och vad kvinnan själv upplever att hon behöver men i vissa fall kanske inte får. Syftet är även att belysa vilka föreställningar som finns om missfall, från vårdens respektive kvinnans sida. I de fall vi upptäcker dessa skillnader, är det vår intention att visa på hur de ser ut, samt vad de kan tänkas bero på. Intressant är även att undersöka i vilken mån personalen har rörelsefrihet att agera gentemot dessa kvinnor och hur pass flexibla eventuella rutiner är.

Vi har gjort ett medvetet val att inte intervjua männen som berörs av ett tidigt missfall. Vår studie inriktar sig på kvinnans subjektiva upplevelse och den är det endast hon som kan sätta ord på. Frågeställningarna har styrt dessa avgränsningar. Därmed inte sagt att det inte vore intressant att ta del av männens subjektiva upplevelse vid tidiga missfall. Vi har dock valt att inom ramen för vår uppsats inte göra detta då materialet då skulle ha blivit alltför omfattande.

1.3.2 Frågeställningar

- Vad finns det för föreställningar om tidiga missfall hos barnmorskor?
- Vilka rutiner finns inom vården och var har de fokus?
- Vilka föreställningar har kvinnor med erfarenhet av tidiga missfall av sin upplevelse?

1.3.3 Etiska överväganden kring syfte

Syftet med en undersökning bör enligt Kvale (1997) inte bara handla om själva kunskapen, utan också om att förbättra situationen i sig. För oss är det mycket önskvärt om vår undersökning på något sätt kan bidra till att kvinnor i den svåra situation som ett missfall innebär får ett annorlunda omhändertagande om det visar sig att det behövs.

1.3.4 Ordförklaringar

Cytotec läkemedel som verkar sammandragande på livmodern (FASS.se 2007).

Kirurgisk skrapning metod för att manuellt avlägsna allt från livmodern efter missfall eller abort(Blohm, 2006).

Missed abortion (missed AB eller MA) fostret har dött i livmodern men ej kommit ut i ett missfall, upptäcks genom ultraljud (Adolfsson, 2006)

MVC mödravårdscentral

Naturförlopp att inte ingripa i förloppet utan avvakta och se om fostret stöts ut på naturligt sätt (Blohm, 2006)

Ultraljud metod för att undersöka foster i livmodern, fostret syns då på en bildskärm (Adolfsson, 2006)

2 Metod

Val av metod styrs av forskningsproblemet (Nyberg 2000). Hade vi enbart intresserat oss för sjukvårdens rutiner kring tidiga missfall hade vi kanske kunnat nöja oss med att ta del av antingen skriftliga riktlinjer eller gjort ett enkätutskick för att få den information vi behövde. Vi använder oss av en kvalitativ metod, halvstrukturerade intervjuer, eftersom vi intresserar oss för *upplevelser* och *föreställningar* omkring ett givet ämne, tidiga missfall. En kvantitativ metod, som enkäter, hade inte kunnat ge oss samma möjlighet att be intervjupersonen

utveckla sina svar under samtalets gång. En variant hade i så fall varit att kombinera kvalitativ och kvantitativ metod. Till exempel med en kortare enkät inledningsvis och sedan några få frågor av mer öppen karaktär. Vi valde att hålla oss endast till frågor i intervjuform. Det kändes mest naturligt, eftersom vi satt mitt emot personen, att ställa de frågor vi hade direkt i muntlig form. Vi tänkte även att det som sker i mötet med människor ger en bättre uppfattning om det som är mer svårfångat, som till exempel personlighet och utstrålning.

För att kunna besvara ovanstående frågeställningar på bästa sätt ville vi försöka ge en dubbelsidig bild av situationen, dels från kvinnorna själva och dels från barnmorskorna.

Vi bekantade oss med området genom att ta del av tidigare forskning och läste relevant litteratur för att få en bra bild om vad tidiga missfall kan innebära. Vi har använt oss av Internet för att försöka kartlägga kunskapsläget inom vårt område (Nyberg 2000).

2.1 Urval

- Det är oftast barnmorskor på gynekologiska akutmottagningar som initialt möter kvinnorna som går igenom missfall. Därför valde vi att intervjua fyra barnmorskor från tre olika sjukhus, för att få möjlighet att jämföra rutiner.
- Vi planerade att intervjua fyra kvinnor, men en av dessa valde att avbryta sin medverkan i ett ganska sent skede på grund av personliga skäl. Därmed har vi intervjuat tre kvinnor med egna erfarenheter av missfall och mötet med vården i det sammanhanget.

2.1.1 Etiska överväganden kring urval

Etiska överväganden bör följa med genom hela arbetet (Kvale 1997). När det gäller urvalet av kvinnor att intervjua, gjorde vi bedömningen att det upplevda missfallet bör ligga några år bakåt i tiden, dels för att kvinnan då hunnit få lite perspektiv men främst för att undvika att riva upp gamla sår. Vi vill absolut inte åsamka någon kvinna ännu mer smärta på grund av vår studie. Det känns även viktigt att hon kan välja att inte prata om vissa saker om hon inte vill.

2.2 Genomförandet

För att samla in data använde vi oss av kvalitativa halvstrukturerade intervjuer med fyra barnmorskor från tre olika sjukhus och tre kvinnor med upplevelser av tidiga missfall. Vi skickade brev till verksamhetscheferna på fem olika sjukhus, varav två låg i samma landsting. Vi bad där att få intervjua tre barnmorskor på varje sjukhus, för att få en aning om hur mycket rörelsefrihet det fanns inom rutinerna. Vi fick positivt svar från tre av sjukhusen, men dessvärre färre intervjuer än vi räknat med. Det var naturligtvis ett bakslag, och vi bestämde oss då för att ta kontakt med ytterligare två sjukhus. Ett av dessa avböjde att vara med, då de precis höll på att utveckla nya rutiner kring tidiga missfall, det andra svarade för sent för att vi skulle hinna göra några intervjuer. I stället för nio planerade intervjuer med barnmorskor har vi således gjort fyra intervjuer.

Först tänkte vi begränsa oss till intervjuer av enbart sjukvårdspersonal då vi ju främst funderade kring sjukhusens rutiner kring tidiga missfall. Efter visst övervägande, där det tunna gensevret från sjukhusen spelade en betydande roll, bestämde vi oss för att även inkludera intervjuer med drabbade kvinnor i vår studie. Genom ett massutskick via universitetets mailsystem, samt ett antal uppsatta flygblad fick vi kontakt med flera kvinnor. Detta massutskick samt flygbladen var identiska med varandra (se bilaga 4) och nästan identiska med breven (se bilaga 3) som skickades till sjukhusen. Vi garanterar där anonymitet, att bandinspelningar förstörs, samt att man som informant kan avbryta medverkan när som helst.

Varje intervju har tagit mellan en och en och halv timme. Vi har haft två olika intervjuguider för de båda grupperna och således cirka tio olika frågor vardera (se bilaga 1 och 2). Vi har vid intervjutillfället lagt mer tid på vissa av frågorna och bett barnmorskorna och kvinnorna utveckla sina svar under tiden som intervjun pågick.

Med barnmorskorna satt vi ostörda under hela intervjun i enskilda rum på mottagningarna. Före intervjuerna frågade vi om de trodde vi skulle bli störda och om vi i så fall kunde vänta tills de var lediga igen för att där återuppta intervjun. Det blev dock aldrig aktuellt. Även kvinnorna kunde vi intervju ostört i enrum. Det gjordes på neutral plats utanför deras hem.

Vi har spelat in samtalen för att kunna gå tillbaka och lyssna och för att försäkra oss om att inte missa något som sagts i rummet. När intervjun genomfördes var vi alltid närvarande båda två. En höll i samtalet medan den andra antecknade och skötte bandspelaren. På det sättet var det möjligt för intervjuaren att helt kunna koncentrera sig på respondenten. Intervjuerna var halvstrukturerade då vi ville få informanterna att berätta ganska fritt och för att fånga in aspekter som helt strukturerade frågor kanske inte skulle fånga in (Kvale 1997). Helt ostrukturerade intervjuer vågade vi inte ge oss på då vi inte ville riskera att tappa fokus och inriktning i intervjun. Vår studie berör ett specifikt område och vi var måna om att hålla tråden genom intervjun. Risken var givetvis att vi istället styrde för mycket. Det var viktigt att undvika speciellt när det gällde kvinnorna med egna erfarenheter av missfall. Vi ville ge dem utrymme att beskriva hela händelseförloppet utan att vi avbröt. Målet var att dessa intervjuer skulle få en mer narrativ karaktär, där kvinnans berättelse står i centrum, samt att hon får ge sin version av sin upplevelse med så liten påverkan från oss som möjligt. Detta för att vi tror att ett missfall är en berättelse som inte bör ”styckas upp” (Sjöblom 2005). För att rätt förstå dessa kvinnors behov tror vi att det är viktigt att hela historien med alla tillhörande känslor får komma fram. Mycket kanske är sådant som kvinnan tänkt på först efteråt eller kanske till och med i samma ögonblick hon formulerar orden. Genom att hon använder egna ord, får vi också möjlighet att se kvinnan som person tydligare (Sjöblom 2005). Hela sammanhanget är också oerhört viktigt för att kunna förstå vad hon eventuellt hade behövt under tiden missfallet skedde.

2.3 Analys och tolkning av data

Vi har, som ovan beskrivits, hela tiden varit en som fört anteckningar under intervjuens gång. Vi bestämde oss därför för att inte transkribera materialet. Då det är mycket tidsödande att skriva ut hela intervjuer och vi ju redan hade noggranna anteckningar så valde vi bort det momentet. Det är möjligt att vi har gått miste om den process som det medför att arbeta med materialet på så sätt att man skriver ut det ordagrant, men vi valde att bearbeta och analysera på andra sätt. Eftersom vi har spelat in materialet direkt i en laptop så har vi haft möjligheten

att lyssna om och om igen på samtalen. På datorn syns det tydligt var i intervjun man befinner sig när man lyssnar så det underlättar när man vill gå tillbaka flera gånger till en passage. Det är annars lätt att missa små nyanser i det som sägs vid en första genomlyssning. Vi har under dessa genomlyssningar använt våra anteckningar och ringat in det som vi upplevt vara nyckelord i sammanhanget.

Eftersom vi ställt frågorna med vissa teman i bakhuvudet så sorterade vi svaren efter dessa teman. Vi ville även vara öppna för att andra teman än de vi satt upp kunde framträda i materialet, därav de många genomlyssningarna både var för sig och gemensamt. När vi delat upp svaren i kategorier, det vill säga meningskategorisering (Kvale 1997) började vi tänka i termer av teori. Vilka eller vilken teori kan ge en bra förståelseram för dessa uttalanden? Hur kan de tolkas på bästa sätt? Vårt mål var att, som Kvale (1997) uttrycker det, göra tolkningar utifrån en perspektivisk subjektivitet. Med det menas att vi utifrån olika perspektiv ställer olika frågor till vårt material för att få en så mångfacetterad tolkning som möjligt. Vi har förhoppningsvis genom intervjuerna tagit del av informanternas livsvärld (om än begränsat) och vi ville bemöda oss om att ta vara på de många nyanser som intervjuerna innehåller (Kvale 1997). Även ur teorihänseende kommer vi att använda flera olika teorier för att förstå och tolka empirin genom triangulering (Larsson 2005). Vi arbetade på ett abduktivt sätt med vår empiri. Det vill säga, vi ville både låta empirin tala och utgå från den och sedan växla över och utgå från teorin för att belysa empirin. Vi pendlar därmed mellan induktivt och deduktivt tolkningsförfarande med vårt material (Larsson 2005). Vi behandlade materialet från barnmorskorna för sig och kvinnorna för sig. Tanken var att vi sedan skulle jämföra resultaten med varandra.

2.4 Validitet

Validitet innebär att man mäter det man ursprungligen avsett att mäta. Detta handlade främst om kvantitativa metoder från början, men i ordets vidare betydelse menar Kvale (1997) att även kvalitativ forskning kan leda till valid vetenskaplig kunskap.

När det gäller en kvalitativ studie som vår egen talar Kvale (1997) om sju stadier av validering som bör följa genom hela forskningsprocessen. Till exempel kan validiteten i intervjuförandet styrkas genom att intervjuaren ställer enstaka kontrollfrågor, till exempel: *menar du att eller kan man tolka det som*. Det blir ett sätt att stämna av med informanten att man uppfattat det som sägs på det sätt som personen avsåg. Detta använde vi oss av kontinuerligt under intervjuernas gång. På liknande sätt kontrollerade informanterna med oss att de uppfattat frågorna rätt.

För oss handlar validiteten därmed till stor del om att vi ställt sådana frågor till våra intervjupersoner som leder till att vi får våra forskningsfrågor besvarade (Kvale 1997). Vi tror även att det handlar om att kontinuerligt ifrågasätta sina resultat, metoder och tolkningar. Om man dessutom löpande redovisar sitt tillvägagångssätt så ökar det studiens validitet. Det ska vara teoretiskt möjligt för en annan forskare att upprepa våra metoder och tillvägagångssätt och komma fram till liknande resultat (Kvale 1997).

2.5 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om tillförlitligheten i studien. Frågor om reliabilitet bör också följa genom hela forskningsprocessen menar Kvale (1997). Reliabilitet under intervjun kan röra intervjuarens sätt att ställa frågor. Vi hade till exempel båda den ovanan att vi gärna fyllde i mer än nödvändigt när respondenten skulle svara på frågan. Ibland var det som om vi både ställde frågan och svarade på den innan respondenten hunnit tänka efter. Detta blev mycket tydligt under genomlysningar av materialet. Förhoppningsvis så hjälper det att vi är medvetna om denna svaghet för reliabiliteten i uppsatsen så att vi kan skilja på våra och respondenternas åsikter. Kvale (1997) menar att det kan vara lämpligt med ledande frågor i den kvalitativa forskningsintervjun för att stärka tillförlitligheten i intervjuaren. Det måste alltså inte med nödvändighet innebära att intervjuaren påverkar respondenten åt fel håll, utan kan ses som att man snarare försäkras sig om att få fram det svar som är kärnan i frågeställningen så att den inte undviks.

2.6 Generaliserbarhet

I boken "Den kvalitativa forskningsintervjun" ställer sig Kvale (1997) frågande till en stark tonvikt på generalisering. Kvale beskriver att det postmoderna förhållningssättet till samhällsvetenskapen inte har fokus på om kunskapen är universell och generaliserbar utan snarare om undersökningen ger användbar kunskap. Vår förhoppning är att vår undersökning på något sätt ska komma till användning. Den bild som förmedlas i studien av tre olika sjukhus rutiner vid tidiga missfall har visat tre unika sjukhus med fyra unika barnmorskor och deras arbetssätt. Studien visar samtidigt på gemensamma mönster för dessa. Vi tänker att vi därmed har anledning att tro att det i övriga Sverige kan finnas liknande mönster när det gäller de olika behandlingar som finns att tillgå vid tidiga missfall samt bemötandet av kvinnorna. När det gäller kvinnornas upplevelser av missfallet och vårdens bemötande så gäller även där att deras erfarenhet givetvis är unik för dem men att vi kan skönja mönster i deras beskrivningar som liknar varandra. Kanske kan den kunskapen vara generaliserbar och användas av personer som vill veta hur det kan vara för kvinnor med tidiga missfall. Även de som redan har erfarenheten ges en möjlighet att känna igen sig i andras berättelser.

2.7 Etiska överväganden

Forskning är viktig för både ett samhälle och dess individer. Samtidigt har den enskilda individen rätt till skydd mot kränkningar, insyn, psykiska och fysiska skador samt olika slag av förödmjukelser. Detta skydd kallas *individskyddskravet*, och det som ligger till grund för forskningsetiska överväganden. När man bedriver forskning kommer detta skydd för individen att ställas mot *forskningskravet*, vilket innebär nödvändigheten att ta fram ny kunskap inom diverse områden. Det är denna avvägning som forskaren har att ta ställning till (Vetenskapsrådet 2002).

Det grundläggande individskyddet sammanfattas i fyra huvudkrav på forskningen;

Informationskravet

Här bör forskaren informera deltagare i projektet om deras uppgift i detsamma, samt de villkor som gäller för deltagandet. De ska få veta att deltagandet är frivilligt och att de har rätt

att avbryta sin medverkan. Denna information bör gälla allt som kan tänkas påverka deras villighet att delta i projektet (Vetenskapsrådet 2002).

Konfidentialitetskravet

”Uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem” (Vetenskapsrådet 2002:12)

Samtyckeskravet

Som forskare skall man inhämta samtycke från personer som deltar i projektet. Särskilt gäller detta undersökningar med aktiv insats från deltagarna. I en del fall, då det inte handlar om frågor av privat eller etiskt känslig natur, räcker det med samtycke från exempelvis arbetsgivare. Det förutsätts då att undersökningen sker på arbetstid samt inom ramarna för de vanliga arbetsuppgifterna (Vetenskapsrådet 2002).

Nyttjandekravet

Uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål. De får inte användas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften. De får heller inte användas för beslut eller åtgärder som direkt påverkar den enskilde (Vetenskapsrådet 2002, Nyberg 2000).

Etik genom forskningsprocessen

Kvale (1997) understryker att det är viktigt att etiska överväganden följer med genom hela forskningsprocessen. På ***planeringsstadiet*** handlar det om att erhålla samtycke från intervjupersonerna att delta, samt frågor om konfidentialitet och konsekvenser för de intervjuade, både positiva och negativa. Här bör man även informera, om man som vi skickar ut brev med förfrågningar om deltagande i en studie. (Se bilaga 3) Vi berättade i detta brev vilka vi var, var vi kom ifrån, vad vi avsåg att undersöka och vad vi önskade från eventuella deltagare. Då denna undersökning avsåg uppgifter kring ett arbete och en yrkesroll och inte personliga sådana, skickade vi breven till verksamhetscheferna på varje enhet. Vi förutsatte sedan att han/hon informerade om brevens innehåll till de barnmorskor som tillfrågades om att medverka. Vi informerade dock vid varje intervju att det inspelade materialet vid studiens slut skulle raderas.

När det gällde kvinnorna gick vi tillväga på ett annat sätt. Genom ett massutskick via universitetets mailsystem, samt ett antal uppsatta flygblad fick vi kontakt med flera kvinnor. Detta massutskick samt flygbladen var nästan identiska med breven som skickades till sjukhusen. (Se bilaga 4) Vi garanterar där anonymitet, att bandinspelningar förstörs, samt att man som informant kan avbryta medverkan när som helst.

Vad gäller själva ***intervjusituationen*** måste det här enligt Kvale (1997) stå klart hur man avser att hantera frågorna om konfidentialitet och konsekvenser. Angående barnmorskorna handlade det inte om några djupare personliga ämnen, så vi var inte så rädda för att riva upp känsliga saker hos intervjupersonerna. Vi informerade här om att inspelningar skulle raderas vid studiens slut.

Också när det gällde kvinnorna var det viktigt att gå igenom samma saker som vi redogjorde för ovan. Men även att under själva intervjun vara extra lyhörd för eventuell smärta eller

obehag hos kvinnan, och då kanske byta spår. Avsikten var inte att intervjun skulle bli terapeutisk.

Analysfasens viktigaste etiska spörsmål handlar enligt Kvale (1997) om hur mycket inflytande intervjupersonerna ska ha över hur deras utsagor bör tolkas. Risken finns att den ursprungliga meningen går förlorad eller kanske även förvrängs. Intervjupersonen kanske även vill ta tillbaka ett fullständigt uttalande (Kvale 1997). Vi kom överens med informanterna om att skicka en kopia på resultatdelen, där de yttranden vi valt kommer att finnas med. Detta gjorde vi för att ge alla en chans att kontrollera att de inte blivit felciterade eller att vi förstått uppgifter fel. Då vi inte kommer att nämna någon med namn eller ens vilket sjukhus man arbetar på, blir det dock möjligen svårt att se vad varje person har sagt.

Vid *rapportering* återkommer givetvis frågorna om konfidentialitet och konsekvenser. Att barnmorskorna inte känner sig utpekade, felciterade och/eller får problem antingen i arbetsgruppen eller med sina chefer eller både och på grund av vår studie, är självklart ingenting vi vill ska hända. Inte heller önskar vi att någon kvinna eventuellt känner att hennes upplevelse blivit förvrängd eller förminskad eller på annat sätt missförstådd.

Syftet med undersökningen bör enligt Kvale (1997) inte bara handla om själva kunskapen, utan också om att förbättra situationen i sig. För oss är det mycket önskvärt om vår undersökning på något sätt kan bidra till att kvinnor i den smärtsamma situation som ett missfall innebär får ett annorlunda omhändertagande om det visar sig att det behövs.

3 Teoretisk ansats

3.1 Socialkonstruktivism

Det råder viss osäkerhet när det gäller användandet av benämningarna socialkonstruktivism och socialkonstruktionism (Meuwisse 2000). Utan att närmare gå in på hur dessa skiljer sig åt, på grund av att vi inte fördjupat oss i frågan, vill vi klargöra att vi valde att välja att använda oss av ordet socialkonstruktivism. Detta för att det var det som användes i den litteratur som vi har utgått ifrån.

Vi valde det socialkonstruktivistiska perspektivet då frågorna vi ställer oss är sprungna ur föreställningen att det konstrueras olika syn på vad ett fenomen är och hur det skall definieras. Dessa olika synsätt kan till exempel röra en individs upplevelse av ett specifikt fenomen ställt mot en institutions arbetssätt med samma fenomen. Det socialkonstruktivistiska perspektivet tar hänsyn till att synen på ett fenomen är subjektivt. Det finns, enligt det sättet att se, inte ett rätt sätt. Människans egna upplevelse av ett fenomen blir giltigt och viktigt i och med detta perspektiv, inte vad som anses normalt, rätt eller fel. Berger och Luckmann (1998) som var de som utvecklade teorin menar att det intressanta är att analysera vilken verklighet och kunskap som har giltighet i ett samhälle och ställa sig frågan; varför är det så? Vilka processer ledde till konstruerandet av just den verkligheten och kunskapen? Hur kunskapen och verkligheten konstrueras beror på vilka förväntningar som fenomenet omgärdas av menar Payne (2000) i sin sammanfattning av socialkonstruktivism. Olika aktörer har olika förväntningar och föreställningar om ett fenomen. Man tänker och agerar i enlighet med dessa föreställningar och alla bidrar på så sätt till den process som kallas socialkonstruktion.

Berger och Luckmann (1998) talar om vardagslivets common sense kunskap som är, som vi tolkar det, den kunskap som vi delar med många andra, så kallad allmängiltig kunskap. En kunskap som vi internaliserat och oftast lever efter utan att ifrågasätta den. På ett kollektivt plan skapas denna kunskap eller gemensamma bild av verkligheten genom att beteenden upprepas tills de blir vanemässiga och internaliseras och legitimeras av de flesta individer i ett samhälle. Payne menar att det kan beskrivas som en cirkulär process där individer bidrar till skapandet av strukturer som sedan utgör ramen för samhällsliga strukturer och normer som i sin tur påverkar individen i sitt agerande. Han beskriver det som en spiral som ständigt förändras till följd av påverkan, skapande och återskapande av strukturer (Payne 2000).

När en person eller organisation får anledning att ta in ny kunskap inom ett område och då kanske är beredd att ändra eller lägga till ny kunskap till "common sense banken" så kan det på sikt leda till att normer och strukturer förändras.

Allt löper problemfritt ända tills olika verkligheter med skilda uppfattningar om samma fenomen ska mötas. Det är då det kan uppstå friktion och de inblandade får anledning att förhandla och kompromissa sig fram till en förståelse som båda kan acceptera inom de ramar de har att förhålla sig till.

Berger och Luckmann (1998) talar vidare om olika former av processer inom socialkonstruktivismen; typifiering, institutionalisering, roller, reifikation samt legitimering. För att det skall bli mer överskådligt för läsaren så redogör vi här för ett begrepp i taget.

3.1.1 Typifiering

Typifiering kan beskrivas som ett sätt för människor att gruppera sina intryck i exempelvis klasser eller kategorier. Olika handlingar blir inte bara en mängd aktiviteter utan kategoriseras i ett antal typiska aktiviteter (Barlebo Wenneberg 2000). Detta sätt att dela in verkligheten ligger till grund för hur vi uppfattar den, och gör den därmed "sann" för oss själva. Detta trots att vi förstår att andra människor har andra sätt att typifiera sin verklighet. Språket kan dock lägga grund för gemensamma typifieringar, exempelvis *svärmorsproblem* (Berger & Luckmann 1998). Detta är en typifiering som kan förstås och användas av *alla* svärsöner (som har problem med sin svärmor). Detta gör att en personlig upplevelse blir både subjektivt och objektivt verklig, även på ett allmänt plan. Typifieringar av egna och andras handlingar är ursprunget till varje institutionell ordning, exempelvis äktenskapet (Berger & Luckmann 1998).

3.1.2 Institutionalisering

Berger och Luckmann (1998) menar att all mänsklig aktivitet tenderar att bli vanemässig. "Nu gjorde vi det igen" blir så småningom "Så här brukar vi göra". Med historiens gång blir det snart en objektiv sanning; "Så här gör man i den här situationen, det har man alltid gjort". Detta är även en process som fungerar dialektiskt; ju mer människor säger "så här gör man" ju mer objektiv blir denna "sanning" för dem själva. Man har då förlorat utsikten bakåt och kan inte se hur det hela började. Något som började som en vana har blivit objektiv kunskap, en institution.

3.1.3 Roller

Även handlingar kan typifieras, det vill säga vem som helst kan utföra en viss handling om denna handling ingår i en viss typifiering. Till exempel kan vilken utbildad sjuksköterska som helst förväntas ta ett blodprov utan att detta anses onormalt. Men för att typifiera ett visst handlande krävs vad Berger och Luckmann (1998) kallar en lingvistisk objektifiering. Detta innebär att det utvecklas ett särskilt ordförråd runt en viss typ av handlingar, som även innefattar den språkliga struktureringen av hela sjukvården. Personliga handlingar uppfattas som något som *vem som helst* (med rätt kunskaper) kan utföra.

Under handlingens utförande identifierar sig jaget med handlingens objektiva innebörd, det vill säga handlingen bestämmer just då jaguppfattningen hos den som handlar. Personen identifierar sig med den socialt objektiverade handlingen. Efteråt kan aktören reflektera över sin handling, och detta pendlande mellan uppgående och avståndstagande tillämpas både på aktören själv och på andra handlande. Både det handlande jaget och handlande andra blir på detta sätt *typer* istället för individer.

När detta slags typifiering kombineras med ett objektiverat kunskapsförråd (som sjukvården) menar Berger och Luckmann (1998) att det skapas roller. Så snart en aktör har typifierats som en som utför en viss roll, har detta handlande fått ett inslag av tvång, eftersom de olika rollerna representerar en viss institutionell ordning (Berger & Luckmann 1998). En sjuksköterska får till exempel inte utföra en läkares uppgifter eller gå utanför den typifierade rollen på andra sätt utan att riskera sanktioner. Hon/han har ju även internaliserat rollen, vilket innebär att många av gränserna för rollen är självklara för henne/honom.

3.1.4 Reifikation

Reifikation betyder att mänskliga fenomen uppfattas som om de vore föremål, naturliga fakta, resultat av kosmiska lagar eller en gudomlig vilja. Människan har här glömt att hon skapat ett visst fenomen, som exempelvis könsroller eller hierarkier. Även yrkesroller kan reifieras, det vill säga ges karaktären av något som är en naturens ordning eller gudagivet. ”Som läkare har jag en skyldighet att ...” Detta gör att aktörens subjektiva distans mellan rollen och jaget minskar. Man blir så att säga rollen personifierad. Reifikation är ofta ett led i legitimeringen av institutioner. Om den institutionella ordningen framställs på ett sådant sätt att det verkar som om den inte kan förändras, att den reifieras, så legitimerar det att den är som den är. Som exempel kan nämnas vissa lagar eller yrkesroller (Barlebo Wenneberg 2000).

3.1.5 Legitimering

Legitimering är enligt Berger och Luckmann (1998) en process som förklarar och försvarar olika institutioner i ett samhälle. Författarna menar vidare att det finns olika nivåer av denna legitimering. Språket används för att införliva nya medlemmar till institutionen, till exempel genom barnens obligatoriska skolgång. Symboliska universa, som bäst kan beskrivas som parallella världar till människans, ger en övergripande tyngd åt olika institutioner. Berger och Luckmann nämner olika begreppsmaskinerier som exempelvis mytologi eller teologi för att vidmakthålla dessa symboliska universa. Naturvetenskapen nämns också i detta sammanhang.

3.2 Makt

Makt är en viktig ingrediens i konstruerandet av så kallad giltig kunskap. Om vi kan få andra att acceptera vår representation och vår kunskapssyn, får vi också makt över dem menar Payne (2000). Hörnqvist (1996) skriver i sin analys av Foucaults maktteori, att makt handlar om en relation mellan människor och att den finns i styrkeförhållandet mellan dessa människor. Det är momentant, det vill säga balansen i förhållandet kan förändras mycket snabbt. Det måste också hela tiden preciseras; i vilket avseende är det ett styrkeförhållande? Vari består den enes överläge?

Enligt Hörnqvist (1996) innebär detta ständigt upprepade sammanstötningar mellan två parter. Hela tiden prövas positionerna i en relation, och någon i underläge kan plötsligt byta handlingsmönster och ändra styrkeförhållandet. Hörnqvist (1996) menar att makt är det som *verkligen* händer när två eller flera människor drabbar samman.

Bernler och Johnson fortsätter till viss del detta resonemang genom att säga att parterna i en relation "tar, har eller får makt i relationer" (2001:183). Den makt man tar är då alltid en utvidgning av den makt man redan har. Författarna skiljer sedan på *resursmakt* och *tilldelad makt*. Med resursmakt menas makt som springer ur det faktum att den ena parten har större resurser av vad det nu är som är relevant för maktfördelningen. Med andra ord; har vad den andre behöver. Det kan gälla till exempel ekonomiska resurser eller kunskap. Denna typ av makt kan alltid missbrukas (ibid.). Tilldelad makt å sin sida har givits den ena parten av en tredje part utanför relationen eller den har givits till den ena parten av den andre. Sjukvården har givits makt av samhället att utföra sin uppgift, och den regleras av lagar, bestämmelser och sedvänjor som alla syftar till att reglera deras ansvar i förhållande till samhället (Bernler & Johnson 2001). En del yrkesgrupper har fler kontrolluppgifter och därmed också mer makt. Författarna menar att i en behandlingsrelation är det vitalt att denna makt inte negligeras och att man försöker minimera dess effekter så mycket som möjligt. För att kunna göra detta krävs dock att makten erkänns.

Människors interaktion kan benämnas *symmetrisk* respektive *komplementär*. Symmetrisk innebär att maktförhållandet är balanserat, komplementär att parternas handlingar kompletterar varandra och därmed gör maktbalansen sned. Bernler och Johnson benämner detta som att parterna är "one-up", "one-down" (2001:185). Den som är "one-up" styr den andre i relationen. För att till exempel en behandlingsrelation skall kunna bli metakomplementär, krävs det att klienten/patienten i en överenskommelse med behandlaren ger denne rätt att styra. Bernler och Johnson menar att en behandlingsrelation alltid måste bygga på bekräftad makt.

Berger och Luckmann (1998) berör maktaspekten även i förhållande till vem som språkmässigt dominerar. Den kunskap som skapas i olika sammanhang överförs lingvistiskt, det vill säga med hjälp av språket. Verkligheten skapas med ord (Berger & Luckmann 1998). Språket gör kunskapen tillgänglig för alla inom ett kunskapssamhälle. Det finns allmän kunskap som är tillgänglig för gemene man, och det finns specialkunskaper som bara vissa grupper har tillgång till, exempelvis jägare, seglare eller rättsväsende. Språket är en stor del av legitimeringen av en yrkeskår. Det blir särskilt tydligt inom sjukvården som ofta använder sig av latinska termer.

Att sätta ord på fenomen och upplevelser gör många gånger att de blir mer verkliga. När man benämner något så kan det bli mer hanterbart, men om någon annan sätter ord på en persons subjektiva upplevelse kan det bli mer problematiskt. Särskilt gäller detta om den som sätter ord har mer makt, exempelvis en läkare. Det kan då få till följd att man ignorerar sin egen upplevelse till fördel för den andres uppfattning.

Institutionella kunskaper (fackspråk) kan alienera oinvidiga även för saker som angår dem (Berger & Luckmann 1998).

3.3 Kris

Kristeorin har sin grund i ett psykodynamiskt perspektiv. Ett psykiskt kristillstånd är man i enligt Cullberg (2003) då man går igenom en situation där inlärda reaktionssätt och tidigare erfarenheter inte räcker till för att man ska förstå och mentalt klara av situationen man befinner sig i.

Cullberg skiljer på två typer av kriser.

- Traumatiska kriser - utlöses av yttre tydliga händelser, till exempel en nära anhörigs död, en svår olycka eller uppsägning från jobbet.
- Utvecklingskriser eller livskriser - är kopplade till faser som människan går igenom men som i vissa fall kan bli övermäktiga för individen, till exempel att flytta hemifrån, få barn eller att pensioneras.

Det är viktigt vid bemötandet av en person som befinner sig i kris att ta hänsyn till vilken mening eller vikt det inträffade har för personen. Cullberg (2003) menar att det underlättar om man kan få en vidare uppfattning av personens sammanhang både socialt och individuellt. En person som befinner sig i kris kan behöva ett mer aktivt och handgripligt omhändertagande. (Fyhr 2004).

Det är individuellt hur en person i kris reagerar, men olika faser kan ändå skönjas även om de ibland går in i varandra. I Cullbergs (2003) beskrivning av den traumatiska krisens förlopp delas den in i fyra faser.

- Chockfasen - kan vara en kort stund men även flera dagar. Den drabbade håller verkligheten ifrån sig, och har inte tagit in det som hänt. Personen kan verka lugn och kontrollerad men inuti är det kaotiskt. Det är vanligt att personen glömmer information som ges i det här skedet.
- Reaktionsfasen - chockfasen och reaktionsfasen hör till den akuta delen av krisen. Tillsammans pågår de cirka 4-6 veckor. Reaktionsfasen tar sin början då individen sakta börjar öppna ögonen för verkligheten. Personen frågar sig varför detta hände och det är vanligt med skuld känslor kring det inträffade. Vid förlust av någon som stod personen nära är man upptagen med föreställningar och tankar om personen som dött. Övergivenhetskänslor som sorg och tomhet är en stor del av den akuta krisen.
- Bearbetningsfasen - individen kan gradvis börja se framtiden an istället för att ständigt se bakåt och syssla med det inträffade.

- Nyorienteringsfasen - den sista fasen av den traumatiska krisen innebär att individen lever vidare med sin erfarenhet som ett ärr men utan att för den skull ha förlorat livsgnistan. Händelsen är i bästa fall bearbetad och blir en del som alltid finns med i individens liv.

3.4 Sorg

”Definition av sorgen:

- Förlusten ger ett psykiskt sår
- Sorgens uppgift är att bearbeta förlusten och läka såret.
- Läkningprocessen kallas sorgearbete” (Fyhr 2003:24)

Sorg förknippas oftast med en förlust som är betydande för den drabbade. Denna förlust behöver inte vara synlig för andra människor, det väsentliga är att den upplevs som stor för den som drabbats. Individen själv är också den enda som kan bedöma betydelsen av förlusten (Fyhr 2003).

Ett sorgearbete tar ofta lång tid eftersom det kräver mycket energi, både fysisk och psykisk. Men sorg består även till stor del av besvikelse. Detta är en smärtsam känsla som psyket kan hantera mycket lite av åt gången, vilket innebär att just besvikelsen är en betydande orsak till att sorgearbetet tar så lång tid. Det kan också vara så att det är svårt att släppa taget om det förlorade innan man har en rimlig ersättning för det. Sorg är även en anpassningsprocess till en tillvaro utan det som gick förlorat. En sorgprocess fokuserar på framtiden, på drömmar och förväntningar som inte längre gäller (Fyhr 2003).

Fyhr (2003) påpekar att ingen sorg är den andra lik, det finns alltid individuella variationer i varje sorgprocess som är viktiga att ta hänsyn till. Sorg och kris kan ibland blandas ihop som om de vore en och samma process. En sorg kan ofta börja som en kris, men behöver inte göra det. Ett sorgearbete har dock inte samma tidsramar som en kris, och detta är nödvändigt att ta hänsyn till. Även en okomplicerad sorg tar ofta betydligt längre tid än en kris. Fyhr (2003) påpekar att människor kan fara illa om man försöker pressa en kris tidsramar på ett sorgearbete. Det finns inga tidsramar för sorgprocessen som gäller för alla människor. Saker som hur förlusten gick till, vilken typ av förlust och dess betydelse för den som drabbades samt omgivningens reaktioner är några saker som spelar in. Även tidigare separationer i personens liv spelar roll för hur ett sorgearbete utvecklar sig. Ett sorgearbete rubbar en människas inre trygghet, och det är därför viktigt att omgivningen kan förse den drabbade med en yttre trygghet som compensation. Denna yttre trygghet måste nå upp till en miniminivå. Annars är det risk för att den drabbades psyke drar sig för att gå in i ett sorgearbete. Yttre trygghet kan handla om att låta den sörjande sörja i sin egen takt och på sitt eget sätt. Det betyder att den sörjande måste tillåtas vara svag och inte förväntas klara sig själv.

Att gå in i ett sorgearbete när sorgen är aktuell är att föredra, eftersom en obearbetad sorg aldrig försvinner. I stället kan den dyka upp lång tid efteråt, då i skepnader som kan vara svåra att förstå. Diffus ångest, ryggont och hypokondri är några exempel på hur en obearbetad sorg kan yttra sig. Men ibland kan omgivningen hindra en sorgprocess. Den kanske markerar att det inte är tillåtet att sörja genom uttalanden som: ”Men du har ju två barn kvar” eller ”Det var ju bara ett jobb, du hittar snart ett nytt”. Likväl handlar det om en förlust som måste sörjas. Men det är svårt att uttrycka en sorg om inte omgivningen accepterar uttrycken eller sätter tidsramar för hur länge man ”får” sörja (Fyhr 2003).

När det gäller att ge känslig information som kan tänkas leda till reaktioner av kris och sorg, är det viktigt att trygghet finns när denna information ges. Känslighet hos den som ger informationen är också vital. Denna person bör enligt Fyhr (2003) bland annat vara kunnig i det hon informerar om, anpassa sitt förhållningssätt till stämningläget i situationen samt vara mer intresserad av den andres problem än sina egna.

4 Tidigare studier

4.1 Missfall: Kvinnors erfarenheter och dess kumulativa förekomst

En doktorsavhandling gjordes 2006 som handlade om tidiga missfall. Avhandlingen heter *Miscarriage: Women's experience and it's cumulative incidence* och skrevs av Annsophie Adolfsson. Den byggde på fem studier där hennes syften bland annat var att ta reda på hur vanligt missfall var bland svenska kvinnor samt att undersöka om frekvensen av missfall förändrats över tid. Studien som besvarade de två ovanstående frågorna var kvantitativ. Materialet bestod av det Svenska Medicinska Födelse Registret (MFR) från åren 1983-2003 som omfattade cirka 2 miljoner kvinnor. Av kvinnorna var det cirka 360 000 som haft missfall. Det visade att en ökning hade skett av antalet missfall i Sverige under den aktuella perioden. Adolfsson menade att tänkbara orsaker till denna ökning kunde vara den ökade medelåldern bland förstföderskor, men hon trodde främst att införandet av känsligare graviditetstester omkring år 1990 har haft betydelse.

Vidare beskrev Adolfsson kvinnors upplevelser av tidiga missfall. Av kvinnorna i registret så intervjuades tretton personer som haft missfall. Det skedde fyra månader efter händelsen. I hennes intervjuer framkom att kvinnorna fyra månader efter missfallet upplevde tomhet och skuld. De uppvisade olika tecken på sorg och de kände sig övergivna båda av sin partner och av vården. Adolfsson menade att dessa upplevelser influeras av tidigare erfarenheter i livet, till exempel oavslutade sorgprocesser efter dödsfall i familjekretsen. Vidare framkom i studien att kvinnan hade en föreställning om att hennes identitet i samhället skulle styrkas av moderskapet. Det var ofta välplanerade graviditeter, ibland efter flera års barnlöshet. Missfallet kunde ibland upplevas som ett straff för tidigare genomgångna aborter. Kvinnorna mindes exakt var och när missfallet inträffade, och de beskrev att de saknade kontroll över vad som hände i kroppen. När de kommit till akutmottagningen kunde det bli en lång väntetid då deras besvär inte hade högsta prioritet. Många gånger anade kvinnorna att något inte stött rätt till med deras graviditet men de förträngde det tills ultraljudet visade på fakta. I studien beskrev kvinnorna att de fått tröst till viss del men att de ändå saknade en förståelse för det de gått igenom. För dem innebar missfallet en förlust av att kunna bli mor nu. De upplevde en rädsla för en ny graviditet eftersom de tänkte att det var något fel i deras kropp som orsakade missfallet. De var också rädda för att de skulle bli för gamla innan de hann bli mödrar. För de kvinnor som hade barn tidigare så försvann möjligheten att kunna vara föräldraledig en sammanhängande period. De beskrev också att ekonomin påverkade chansen att planera för en ny graviditet. Kvinnorna uppgav i Adolfssons studie att de inte bara hade förlorat en tidig graviditet och ett foster på några millimeter. Det var drömmar, framtidsplaner och en del av identiteten som havande kvinna och blivande mor som hade gått förlorad.

Adolfsson använde sig av en skala som översattes till svenska för att mäta sorg efter missfall, en så kallad Perinatal Grief Scale (PGS). Hon undersökte kvinnors behov av återbesök till

barnmorska efter missfall och om ett strukturerat återbesök kunde minska sorgen fyra månader efter missfallet.

Sorgen i sig undersöktes också för att jämföra om den var lika stor vid missfall som vid förlust av en nära anhörig. Hon kom fram till att upplevelsen var att likna vid en förlust av en nära anhörig. Hon undersökte om intensiteten i sorgen samvarierade med kvinnans ålder, antal barn, tidigare missfall samt typ av missfall. I de fall en kvinna gått igenom så kallad missed abortion (se ordförklaring) var det vanligare att hon vid ett återbesök efter fyra månader mådde sämre än vid ett besök fyra veckor efter missfallet. Adolfsson menade att det kan bero på att kvinnor med missed abortion har vagare symptom på missfall. Dessa kan lätt förväxlas med ofarliga blödningar som är vanliga under tidig graviditet. Det kunde resultera i att de i sin första kontakt med vården inte bemöttes utifrån sin oro och känsla av att inte allt stod rätt till med graviditeten. Övriga variabler, det vill säga ålder, antal barn samt tidigare missfall visade inget samband med intensitet i sorg i Adolfssons studie.

4.2 Påverkar medicinsk och psykologisk intervention kvinnors nedstämdhet efter missfall?

I en brittisk vetenskaplig artikel har man undersökt kvinnors nedstämdhet efter missfall (Nikcevic et al 2007). Namnet på artikeln var: *"The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage."* Syftet med undersökningen var, som titeln antyder, att undersöka om kvinnors nedstämdhet kunde lindras efter missfall genom medicinsk och psykologisk konsultation. De använde sig av enkäter och undersökte kvinnor med missed abortion. De 66 kvinnor som ingick i studien fick först genomgå en undersökning för att utreda orsaken till missfallet som även följdes upp av en medicinsk konsultation. Dessa kvinnor blev sedan slumpvis uppdelade i två grupper. Den ena gruppen fick fortsatt psykologiskt inriktade samtal och den andra gruppen fick inget ytterligare. De jämfördes sedan med en kontrollgrupp som inte hade fått något specifikt samtalsstöd efter sitt missfall. Resultatet blev att symptomen minskade för alla tre grupperna över tid. Det som bland annat mättes var grader av sorg, om man skuldbelägger sig själv och oro. Gruppen som fick fortsatta stödsamtal hade en markant lägre nivå över tid speciellt vad gällde sorg och oro. De som inte fick fortsatta stödsamtal utan bara det medicinska i början hade lägre nivåer i att skuldbelägga sig själva. De som hade fått utrett orsaken till missfallet och där man även funnit en orsak, hade lägre ångestnivåer och skuldbelade inte sig själva i lika stor omfattning som de som inte funnit någon orsak till missfallet visar deras studie.

4.3 Missfall. Förekomst, behandling och framtida fertilitet

Febe Blohm är läkare och skrev även hon en svensk doktorsavhandling år 2006 som heter *"Miscarriage. Incidence, management and future fertility."* Hon har genomfört fyra studier. Den första studien var longitudinell och dess främsta syfte var att beskriva hur inrapporterade graviditeter slutade. Man ville även undersöka förekomsten av missfall. Undersökningsgruppen var kvinnor födda 1962, 1972 och 1982. De följdes från det att de fyllt nitton år, sedan fick de fylla i ett frågeformulär var femte år. Studien startade 1981 och varje gång den genomförts har cirka 550 kvinnor svarat på den. Resultatet visade att av dem som blev gravida fick 12 % missfall. Den andra studien utvärderade hur det fungerade att vänta ut missfall utan att genomföra någon kirurgisk skrapning. Den undersökta patientgruppen var 263 kvinnor som under åren 1995-1998 sökte sjukvård på grund av pågående eller

ofullständigt missfall. Kvinnorna fick genomgå en undersökning samt fylla i ett formulär. Resultatet av studien visar att det ofta är onödigt med kirurgisk skrapning av livmodern vid tidiga missfall. Blohm beskrev att det länge var den enda åtgärden för kvinnor som kommit till akutmottagningen på grund av ett tidigt missfall. Ingreppet kräver att man blir nedsövd och innebär en skrapning av livmodern. Den nya metoden går ut på att kvinnan istället avvaktar i hemmet när ett tidigt missfall hotar. Om hon har ont kan hon ta smärtlindring. Det går även att ta medicin som verkar sammandragande så att tömningen av livmodern går snabbare. Om kvinnan får mycket ont eller om blödningsen tilltar så kan hon få rådet att uppsöka sjukhus säger Febe Blohm i sin avhandling. I den tredje studien inom ramen för Blohms avhandling undersöktes huruvida det var fördelaktigt med medicinsk behandling för att underlätta tömning av livmodern eller ej. Det var cirka 120 kvinnor som deltog i studien. De uppsökte vård på grund av tecken på missfall. 62 av kvinnorna fick placebo och övriga fick läkemedel. Studien visade att med läkemedlet blev behandlingen av missfallet effektivare på så sätt att det gick fortare och det var mindre vanligt med infektioner. En nackdel var dock att kvinnorna hade mer ont under missfallet när de fick läkemedlet och behövde därmed mer smärtlindring beskriver Blohm .

Febe Blohms fjärde studie har undersökt hur fertiliteten påverkats beroende av vald behandling vid missfall. 127 kvinnor har svarat på ett frågeformulär som de fått hemskickat på grund av att de tillhörde en grupp som fick missfall under 1993-1994. Man undersökte hur fertiliteten såg ut 24 månader efter missfallet. Resultatet visade att de som fått missfall genom naturalförloppet inte har fått sämre fertilitet än de som fått kirurgisk skrapning.

5 Resultat

5.1 Barnmorskornas föreställningar om tidiga missfall

5.1.1 Rutinerna

Bland de tre sjukhus som ingick i vår studie var mycket av rutiner och organisering kring tidiga missfall lika, men en del skiljde sig också åt. Vid samtliga sjukhus sorterade tidiga missfall under den gynekologiska akutmottagningen. Alla sjukhusen föredrog i första hand naturalförloppet framför ingrepp som skrapning eller medicinering. Det man hade att förhålla sig till i sitt arbete var en mängd lagar som till exempel hälso- och sjukvårdslagen och sekretesslagen. I de fall man arbetade med aborter gäller även abortlagen. Det som barnmorskorna mest framhöll att de hade att förhålla sig till var det PM som var utformat tillsammans med doktorer, sjuksköterskor och barnmorskor. Där stod det hur det medicinska arbetssättet kring kvinnor med tidiga missfall ska se ut på respektive mottagning. Inget av sjukhusen har däremot något PM vad gäller rutiner kring bemötande, endast ett som avser medicinska rutiner.

Det gjordes inte särskilt många skrapningar på något av de tillfrågade sjukhusen. Istället uppmanade man kvinnorna att i första hand avvakta i hemmet för att se om missfallet kom igång av sig själv. Detta gällde bland annat missed abortions. Om det inte gjorde det kunde man komplettera med läkemedel som verkar sammandragande på livmodern, så kallat Cytotec (se ordförklaring). Detta prövas också i första hand när missfallet inte är komplett.

”Kommer du och blöder och det är missed abortion i första hand avvakta, missed abortion tar längre tid, tillbaka efter 2 veckor så visar ultraljudet om det eventuellt blött ut om det inte är klart så kan vi ge Cytotec med vissa intervall.”

Det framkommer under våra intervjuer att det har skett förändringar inom vården för kvinnor med tidiga missfall. Ett av sjukhusen har till exempel infört tidsbeställning för kvinnorna från graviditetsvecka sju. Detta för att undvika att kvinnor kommer in och blir tvungna att vänta många timmar på akutmottagningen. På akutmottagningen är personalen tvungen att prioritera de mest akuta patienterna som kommer in. Barnmorskorna uttrycker förståelse för att kvinnor med missfall kan känna sig bortprioriterade, men menar att situationen tyvärr är som den är. Som vårdpersonal är man tvungen att prioritera de mest brådskande (medicinskt sett) patienterna.

”Kvinnorna ser ju inte det vi ser. Det kanske ligger en nyopererad kvinna som är jättedålig..”

5.1.2 Tidiga missfall

De beskrivningar som barnmorskorna gav av tidiga missfall präglades av det medicinska, biologiska perspektivet. Det handlade därmed mycket om hur kvinnans blödning vid missfallet såg ut. Det kunde handla om allt från en ljusbrun flytning i början till kraftiga blödningar som innehöll klumpar. Man beskrev det ofta som en försenad menstruation, med kramper över livmodern som kan bli kraftiga. Barnmorskorna upplyser om att det är vanligt,

att det är naturens sätt att rätta till något som gått fel och att det inte finns något som någon kan göra för att hejda ett tidigt missfall. Ofta rekommenderar de något varmt på magen, kanske i kombination med smärtstillande läkemedel. Man informerar om att kvinnan kan se klumpar i blodet, ibland eventuellt lite vävnad. Men oftast ser man ingenting vid ett tidigt missfall, menade barnmorskorna.

”Är de väldigt tidiga så ser man ofta inte så mycket det är ju mest som blod”

Det visade sig att sjukhusen skilde sig lite åt på en punkt. Ett av sjukhusen hade valt att sätta en gräns vid vecka sju för hur tidigt en patient kunde komma på en tidsbeställd tid medan det på det andra sjukhuset inte fanns någon sådan begränsning avseende veckor. Något som däremot förenade barnmorskorna vad gällde tidiga missfall var att samtliga hade en rationell, praktisk förklaring till rutinerna. Om en kvinna ville komma in på grund av ett hotande missfall i tidig graviditet så förklarade barnmorskan över telefon att det är svårt att se något på ultraljudsskärmen och att det därmed inte är meningsfullt att komma in för undersökning. Man avrådde kvinnan att söka sig till mottagningen personligen och informerade om att man ändå ingenting kan göra för att stoppa ett missfall i tidig graviditet. Kanske gav man rådet att avvakta i hemmet, ta en värktablett om smärtorna känns besvärliga och ringa tillbaka om blödningen eller smärtorna tilltar.

”Det går faktiskt bra att sköta detta i hemmet.”

”Om en kvinna ringer in i vecka 6 och säger att hon blöder, vi kan inte ta in henne förrän i vecka sju...vi kan inte se någonting.”

”Man kan ändå inte göra något så här tidigt..”

Det som finns i livmodern eller som kommit ut vid missfallet benämndes av barnmorskorna på lite olika sätt. Ofta sade man ”fostret”, ibland kallades det helt enkelt ”graviditeten”.

”Graviditeten kanske är kvar, men det finns ingen hjärtaktivitet.”

Efter till exempel en skrapning benämns ofta det som avlägsnas ur livmodern som ”fosterrester”. Vid ett par av sjukhusens informationsblad benämns det som kommer ut vid ett naturlförlopp som ”graviditetsrester”. En av barnmorskorna menade i det här sammanhanget att man kanske inte skulle använda så många omskrivningar.

”Man ska inte vara rädd för att benämna det för vad det är, det är ju ett foster.”

I samtalen med barnmorskorna pratade vi även om omhändertagande av foster som dött, och då kom vi in på den lagliga aspekten på när ett barn blir ett barn. Från och med graviditetsvecka tolv bjuder lagen att man kremerar alla aborterade foster, både ofrivilligt (missfall) och frivilligt. Före graviditetsvecka tolv hanteras fostren däremot som vanligt biologiskt avfall. Många av barnmorskorna menar då att man före tolfte graviditetsveckan har svårt att se att det verkligen är ett barn, då det är för litet och outvecklat. Frågor från föräldrar angående omhändertagande av ett förlorat foster som är yngre än tolv graviditetsveckor händer mycket, mycket sällan. De flesta av våra intervjuade barnmorskor berättade att de aldrig hade fått frågan. Någon berättade att det förekommit, men att det då handlat om föräldrar från en annan kultur. De flesta menar dock att det otvivelaktigt är så att varje kvinna/par är olika och att man därmed känner olika i frågan om omhändertagandet av ett aborterat foster.

5.1.3 Bemötandet

Den första kontakten med kvinnan som barnmorskan har sker oftast över telefon. Det är under det samtalet som barnmorskan inhämtar nödvändig information om kvinnan som har ett hotande missfall. Barnmorskorna beskriver hur viktig den personen är som svarar i telefonen. Det är inte bara medicinska symptom som är viktigt. Även det känslomässiga spelar en betydande roll. Alla barnmorskorna menar att lyhördhet är en nödvändighet, eftersom olika kvinnor signalerar olika mycket och man bara har ett telefonsamtal på sig att skapa en bild av kvinnan som ringer. Det är viktigt att man lyckas fånga upp de kvinnor som mår dåligt, anser de flesta barnmorskorna.

”De indikatorer som finns på om man måste ta in patienten, det får man ju avgöra på telefon.”

En del barnmorskor uttryckte det positiva med att finnas tillgängliga på telefon, och att det uppskattades av många kvinnor. På ett sjukhus fanns möjligheten att ringa dygnet runt. Barnmorskan menade att de hade fått goda reaktioner från kvinnorna på detta. Vid ett av sjukhusen har vissa barnmorskor provat att ringa upp igen senare på dagen om en kvinna ringt in på morgonen och berättat att hon blöder. Då får kvinnan en chans att berätta hur hon mår och känner att hon får stöd även mitt under pågående missfall. Detta har enligt det aktuella sjukhuset varit mycket uppskattat av kvinnorna, som fått tillfälle att ge feed-back på detta förfarande. Vid ett annat av sjukhusen framkommer det som en uttalad rutin att alltid fråga efter tidigare graviditeter och eventuella missfall redan vid första telefonsamtalet. En av barnmorskorna beskriver att det kan vara lite beroende av hur situationen ser ut på akutmottagningen hur samtalet blir, men de flesta menade också att självklart är de olika som individer och det präglar också hur samtalet med kvinnan blir.

”Det är nog lite olika hur vi som sitter i telefonen, hur mycket vi pratar. Alla är olika, alla har vi olika erfarenheter med oss. En del pratar mer en del pratar mindre. Lite olika hur det ser ut på akuten, har vi mycket, många dåliga patienter, då är vi nog lite kortare.”

En del av vårt material ger även en antydning om ett visst svängrum för barnmorskorna, man är inte fullständigt låst av de rutiner PM förordar.

”Verkar hon väldigt orolig erbjuder jag en tid, trots att vi kanske inte kommer att se någonting.”

Möjligheten att hjälpa på olika sätt, till exempel att patienten får en kuratorskontakt, är oftast upp till barnmorskan att bedöma, såvida inte kvinnan själv tar kontakt med kurator. På ett av sjukhusen var det mer regel än undantag att man erbjöd kontakt med kurator, på alla ges information om kurator och dennes telefonnummer på det informationsblad om missfall man ger till kvinnor i denna situation. Så gott som alla barnmorskorna menade att de ganska väl märker när en kvinna är i behov av en kurator. I vissa fall har barnmorskorna själva samtalat med en kvinna om hon märkt att behovet har funnits och situationen på akuten tillåtit.

”Det har hänt att jag har tagit in patienten till mig.”

Läkarens, det vill säga gynekologens, makt att styra över vilken behandling patienten ska välja berörs av ett par av barnmorskorna.

”Man kommer in som kvinna och kan ingenting, vet ingenting. Då får man ju lita på att doktorn säger det som är bra.”

5.1.4 Kvinnornas behov

En del av barnmorskorna menade att det är de som får försöka kompensera för något som kvinnorna saknar. Många av kvinnorna med annalkande missfall som ringer in, nöjer sig med att få information om vad som stundar och hur det yttrar sig. En barnmorska sa att yngre kvinnor idag saknar ett naturligt nätverk att vända sig till när det gäller kunskaper av denna sort. Generationerna är långt ifrån varandra, både geografiskt och på andra sätt, och sjukvården blir den naturliga instansen att vända sig till. En annan barnmorska uttryckte det som att hon ibland får ”utbilda” kvinnorna, alltså att ge handfast information om missfall. Flera av de intervjuade barnmorskorna menade att de får tillhandahålla något som kanske inte egentligen ingår i deras roll som barnmorska.

Barnmorskorna använder olika ord för att beskriva kvinnornas känslor i samband med ett missfall. Utan undantag visar man förståelse för att de går igenom något mycket upprivande och att de flesta är ledsna och upprörda.

”Många är ju ledsna och så..”

Några av barnmorskorna menade att ett missfall för många handlar om sorg, att sorgen är en naturlig del av ett missfall. När ett missfall upptäcks i samband med en undersökning med ultraljud, där kvinnan inte alls har anat oråd, beskriver barnmorskorna oftare deras reaktioner som chock.

”Vid missed abortion blir det som en chock för kvinnan vid ultraljudet.”

Samtliga tre sjukhus där vi talat med barnmorskor har återbesök för de kvinnor som haft missfall.

”Om du blött klart och det är ett fullbordat missfall i medicinsk mening så är det återbesök efter cirka 3 veckor. Då pratar vi om hur du mår och så vidare, återbesöket har upplevts som positivt av kvinnorna, de menade att det gjorde att det blev som ett avslut.”

Kurator finns tillgänglig för de kvinnor som har ett behov av att prata mer om sin erfarenhet. Kurators telefonnummer står med på det informationsblad som kvinnorna får med sig efter ett besök på respektive sjukhus. Om kvinnan inte ringer på eget initiativ så är det som tidigare nämnts barnmorskan som avgör om ett sådant behov finns. På ett av sjukhusen tyckte barnmorskorna att de hade ett mycket nära samarbete med sin kurator. De uppmanade ofta kvinnorna att ringa henne.

”Vi är frikostiga med samtal med kuratorn.”

De andra sjukhusen hade också tillgång till kurator och uppmanade ibland kvinnor att kontakta henne. Här menar de intervjuade att det är mycket upp till barnmorskan att avgöra

när en kurator bör kopplas in. Detta under förutsättning att inte kvinnan ringer själv, på eget initiativ.

”Möjligheten finns att erbjuda fler samtal, det får man avgöra från fall till fall.”

En av våra frågor under intervjuerna var om barnmorskorna var nöjda med den vård kvinnor med tidiga missfall fick samt om det fanns något som borde vara annorlunda, under förutsättning att det fanns obegränsat med resurser. De flesta av barnmorskorna var i stort sett nöjda med den vård de gav kvinnorna. En önskan som flera av barnmorskorna ändå nämnde var att de gärna velat ha fler tider att erbjuda de kvinnor som ringde.

”Jag önskar att vi hade fler tider (...) för jag känner ibland när jag pratar med kvinnor att det finns en oro där, men alltså rent medicinskt så behövs det inte(...)ibland har jag tagit in dem till mig bara för att prata.”

5.2 Kvinnornas föreställningar om tidiga missfall

Vi har tagit del av tre kvinnors berättelser om tidiga missfall. De beskriver hur det var för dem och hur mötet med sjukvården och dess rutiner såg ut. Vi vill förtydliga att dessa kvinnor inte med nödvändighet har haft kontakt med de sjukhus eller de barnmorskor som vi mött. Dessa kvinnors perspektiv är med för att det är de som bäst beskriver sin personliga upplevelse.

En av kvinnorna har varit med om två missfall, övriga två har haft ett missfall vardera. Vi har valt att kalla dem för Lena, Annelie och Karin.

5.2.1 Missfallet

Kvinnorna har liknande erfarenheter av den första kontakten med sjukvården. Det varierar vem man har kontaktat först. En av kvinnorna ringde MVC (se ordförklaring) och en annan ringde sjukvårdsupplysningen. Man har då fått förklarat för sig att det kan stämma att det är missfall på gång men att det inte går att göra något annat än att avvakta. Annelie beskriver att hon arbetade kväll när hennes första missfall satte i gång.

”Jag ringde sjukvårdsupplysningen och de sa: - Ja, ja det är nog ett missfall, men det är ju ingenting som vi kan göra något åt, så du kan ju stanna där du är. Det är ingenting farligt, men om du känner att du vill så kan du ju åka in akut. - Och jag menar, hela min värld vändes ju upp och ner.”

Annelie väljer att åka in akut och får vänta länge innan hon får göra ett ultraljud där det konstateras att fostret är dött. Två av kvinnorna hade så kallade missed abortions och Annelie var en av dem. Hon blev hemskickad med beskedet att hon skulle vänta hemma för att se om missfallet satte i gång av sig självt. Detta råd har samtliga av kvinnorna fått.

”sedan fick jag en tid nästa vecka. Jag blir stor väldigt fort, så det syntes väldigt väl att jag var gravid, och eftersom det var så sent, i vecka fjorton, så hade vi ju redan berättat för alla att jag var gravid. Några dagar senare hade vi bestämt att ha fest, och alla klappade mig på magen och gratulerade och... Ja... Man var så i chock... Och missfallet kom aldrig igång. Efter några dagar kände jag att, nej, jag kan inte vänta till nästa vecka. Så jag åkte in till akuten och sa att: - Jag åker inte härifrån förrän ni har tagit bort det. Och då blev jag inlagd efter mycket om och men. Men jag fick vänta till sent på natten. Och så blev jag skrapad och sedan åkte jag hem.”

Karin fick sitt missfall i hemmet efter att ha väntat några dagar.

”Det tog några dagar innan själva missfallet kom igång. Det var en väldigt jobbig tid, det där. Att gå omkring och veta att jag hade en död bebis i magen. Jag hade fått ett papper med mig hem också där det stod ungefär hur det skulle vara när missfallet väl kom igång. Det lät ungefär som att det skulle bli en ovanligt jobbig mens. Och i början var det så. Men sedan blev det värre och värre och jag tänkte att det här är ju som en förlösning. Det kändes som krystvärkar. Och när barnet väl kom ut slutade smärtan, bara så där. Det hade ingen sagt. Och ingen hade sagt att det skulle vara så stort heller. På papperet lät som att man inte skulle kunna se någonting alls, men det här... Jag kände mig helt chockad. Och vad skulle jag göra med det?!”

5.2.2 Upplevelsen

De känslor som kvinnorna beskriver att de har kring missfallet är mycket starka. När kvinnorna talar om sitt missfall beskriver de det som att förlora ett barn eller ett foster. De talar om graviditeten som att vänta barn, eller att vara med barn.

När missfallet sätter i gång är det en stark ångest och rädsla för vad som kan vara på väg att hända som dominerar. När de sedan har fått beskedet att missfallet är ett faktum beskrivs känslan som ett chocktillstånd. Karin hade en blödning i vecka 10 men på grund av att hon inte hade så ont så fick hon ingen akuttid på sjukhuset. Karin ringde då åter följande dag då hon fortfarande hade mindre blödningar och hittade på att hon även hade ont. Hennes rädsla och ångest var stor och hon ville verkligen komma in på en undersökning.

När Karin fick komma till en läkare för ultraljud beskrev hon sin rädsla men läkaren ställde sig oförstående till hennes reaktion.

”Varför då?” frågade hon (läkaren vår anm.), och jag minns att jag tänkte att förstår hon verkligen inte? Sedan gjorde hon ultraljudet, det tog lång tid och hon sa ingenting. Och ju längre hon var tyst, ju mer förstod jag hur det var. Barnet var dött. – Ja, sa hon till slut, var det det här du var rädd för eller? Det var allt hon sa. Inte ”jag är ledsen att behöva säga” eller ”det här är väldigt tråkigt att berätta”. Ingenting sådant. Bara det där hon sa. Och efter det hörde jag ingenting. Hon fortsatte att informera om en massa saker, men det blev liksom bara babbel. Det betydde ingenting. Sen fick jag träffa en barnmorska, och hon var rar och snäll och medkännande, och då började jag gråta, för då började jag liksom fatta vad det var som verkligen hade hänt. Jag var nog helt chockad därinne hos den där hemska läkaren.”

Kvinnorna beskriver tiden efter missfallet som en sorgperiod. Lena upplevde det som att hon fick åka hem och bära den stora sorgen själv.

”Eftersom allt togs så lättsamt minns jag att jag nästan inte vågade vara så ledsen som jag egentligen var, man var tvungen att istället visa sig stark och fick vackert smälta de kommentarer som kom: - Det var ju så litet ändå, säkert en missbildning, lika bra att det kom ut. Just allt det där hade i alla fall jag och min man gärna fått prata med någon om då, höra att man visst fick sörja över bebisen som liksom aldrig blev, för alla börjar planera och tänka på sitt kommande barn redan första dagen man ser de där lyckliga strecken på stickan. Och när det där bara plötsligt är borta blir det fruktansvärt tomt och man tror liksom inte att man skall orka igen.”

Många kvinnor får sina missfall inom sjukhusets väggar och det ingår inte i rutinerna vid tidiga missfall att erbjuda kvinnorna att få se fostret förrän vid senare missfall. För två av våra kvinnor har det inte varit aktuellt att se fostret eller få ett omhändertagande av det. Det är heller inte alla kvinnor som önskar det. Karin, som fick sitt missfall hemma, berättar att hon ville göra ett bra omhändertagande av sitt döda foster när det hade kommit ut.

”För mig var det otänkbart att spola ner det i toaletten. (... ..) Till slut la jag den i en liten låda och grävde ner den under syrenbusken. Jag bäddade fint med bomull och så, för det kändes viktigt att det var mjukt och varmt i lådan. Det var hemskt att gräva ner den, tårarna bara rann, men nu efteråt tror jag att det var bra. Det blev ett väldigt definitivt avslut, det blev mycket gråt och smärta i några dagar, men sedan var det värsta över. Man hade fattat. Och i och med ”graven” så har man också en sorts påminnelse. Det hände. Det är över nu, men det hände. Och det är en erfarenhet.”

Kvinnorna beskriver att de inte upplevde det som att deras förlust och sorg fick ett erkännande vare sig av vården eller av omgivningen. Man möttes av förklaringar om hur vanligt det är med tidiga missfall.

”Jag tyckte det var jobbigt med allt prat om hur vanligt det är. Det är ju sant, men det hjälper liksom inte just då, när det händer. För mig slocknade hela dagen där på sjukhuset, och jag kände inte att någon riktigt förstod det. Inte hur djupt det gick, liksom. Jag önskar också att jag fått mer handfast information med mig hem, om hur det verkligen skulle bli. De kallade det graviditetsrester på papperet, det som skulle komma ut. Men det var ju faktiskt ett barn. Mitt barn. Vilket j-a ord förresten. Om jag varit bättre förberedd, hade jag nog inte blivit riktigt så tankeförlamad när det väl hände. Jag menar, jag hade verkligen ingen aning. Det har nog ingen som är med om det första gången. För ingen vill prata om det. Det var många som beklagade och så efteråt, men jag märkte att ingen hade lust att prata om det. Och efter några veckor var det ingen som ens nämnde det. Fast jag ofta tänkte på det. Det gör jag fortfarande ibland.”

Kvinnorna berättar att missfall inte är något man egentligen pratar om i sin vänkrets. Men efter att de själva har haft tidiga missfall så är de mer öppna för att prata med andra om det. De reaktioner de fått från omgivningen har varit olika. Men det finns en tanke hos kvinnorna att om de pratar om den här upplevelsen så kanske det leder till att kunskapen ökar. Man tänker att andra kvinnor/par kan vara bättre förberedda än vad de var och få ett bättre stöd än vad de fick. Annelie menar att hon ville vara öppen för samtal om någon i hennes omgivning drabbades av missfall.

”... jag tar inte avstånd om vänner får missfall utan jag har pratat.”

5.2.3 Uppföljningen

Lena ringde till MVC för att avboka sin tid för inskrivning efter missfallet och upplevde då att det hade varit ett bra tillfälle att få prata med någon om händelsen, men på MVC avbokade man bara tiden och kontakten var därmed avslutad. Annelie ringde även hon till MVC för att avboka sin tid och lämnade meddelande på telefonsvaren.

”Jag sa att hon kunde avboka ultraljud och sådär, men hon ringde aldrig tillbaka. Jag fick inget återbesök till sjukhuset heller, utan bara information om att om jag fick feber eller ont eller en större blödning, så skulle jag höra av mig. Annars var det ingenting.”

Annelie säger att hon hade önskat ett erbjudande om uppföljning även om hon inte hade tackat ja till den. Själva vetskapen att det fanns någon att kontakta menar hon hade ingivit trygghet. En av kvinnorna var nöjd med den uppföljning hon fick. Den bestod av ett antal samtal med kurator. Hon beskriver att hon under de samtalen fick möjlighet att om och om igen gå igenom missfallet.

6 Diskussion

6.1 Krock mellan institutioner

En betydande del av hur man konstruerar sin verklighet beror enligt socialkonstruktivismen på vilka ord man använder. I sin förlängning innebär detta vilka ord man får *lära sig* att sätta på ett fenomen. Känner man inte till den historiska framväxten av en institution, lär man sig den bland annat genom de ord som används om densamma (Berger & Luckmann 1998). Ett missfall är för de flesta moderna kvinnor något man kommer i kontakt med på allvar först när man har oturen att drabbas av ett. Av många olika orsaker finns ingen självklar kunskap om detta hos kvinnorna själva, det är ingenting som förs vidare från generation till generation. En kvinna som får missfall har inget ”så här har vi alltid gjort när vi får missfall” eller ”så här brukar vi göra” att luta sig mot om eller när det händer. Med Berger och Luckmanns (1998) resonemang om hur institutioner skapas, skulle detta innebära att det bland gemene kvinna inte finns någon institution för missfall. Den institution som finns är formad kring sjukvårdens föreställningar. Kvinnorna saknar egna ord om fenomenet missfall; ord om vad som händer, ord för vad man känner, ord om det som så småningom kommer ut och vad man förväntas göra med det.

Den första kontakten kvinnan har med en barnmorska är över telefon. Då börjar deras gemensamma förhandling om hur missfallet ska definieras. I barnmorskans värld, det vill säga sjukhusets värld så är det medicinska perspektivet förhärskande. Barnmorskan identifierar sig med det perspektivet då hon i sin roll företräder sjukvården. Yrkesrollen inom sjukvården erbjuder ett eget språk som till stor del legitimerar de handlingar som utförs inom institutionen (Berger & Luckmann 1998). Även om barnmorskan inte genomgående använder det språket när hon talar med kvinnan så är det likväl del av hennes grund i samtalet. Barnmorskan har bilden av en tidig graviditet som säger att det som växer där inne är oerhört litet. Den föreställningen försvarar att det inte är nödvändigt för kvinnan att komma in akut. Om hon skulle komma kan de inte se något på ultraljudet. De förklarar att de inte kan göra något för att stoppa missfallet heller. Barnmorskan representerar sjukvården med dess typifiering och rutiner kring missfall som säger att före vecka sju, eller om de inte har tillräckligt ont, kan vi inte ta emot dem. De regler och rutiner som sjukhuset arbetat fram bygger på medicinska fakta och utgör därmed den verklighet och kunskap som är giltig i den sfären (Berger & Luckmann 1998, Blohm 2006). Detta är förankrat i det naturvetenskapliga begreppsmaskineriet, som i sin tur upprätthåller det symboliska universa som större delen av västvärlden hämtar sina föreställningar ur. Följaktligen har även kvinnornas symboliska universa sin grund i naturvetenskapen. I och med dennas frammarsch och den därpå följande sekulariseringen, fick människor svårare att se vad som höll ihop deras värld (Berger & Luckmann 1998). Istället för Gud satte man sin lit till olika experter. Dessa fick bli dem man vände sig till i stunder av nöd, i stället för till en högre makt. Eftersom symboliska universa enligt Berger och Luckmann skänker legitimitet åt ett samhälles olika institutioner, blir det naturligt för en kvinna med hotande missfall och begränsad kunskap om detta, att i första hand vända sig till sjukvården för hjälp och stöd.

Naturvetenskapens symboliska universa ger dock mycket litet utrymme för det som inte kan förklaras vetenskapligt. Den del av kvinnans upplevelse som är mer diffus, till exempel instinkter och känslor, verkar innefatta mer än vad sjukvården är rustad att bistå med. En av kvinnorna beskrev hur hon bäddade med bomull för att det kändes viktigt att det var mjukt

och varmt i lådan. Det kan tolkas som att hon instinktivt ville ta hand om sitt barn och ge det bästa möjliga omsorg. För henne handlade det redan om institutionerna moderskap och barn.

När dessa båda synsätt möts i en missfallssituation, uppstår det ibland svårigheter att nå varandra. En del kvinnor tar illa vid sig av sjukvårdens terminologi. Man möts från två olika institutioner där man har två olika föreställningar om vad ett missfall innebär, och två olika språk. Även hos kvinnorna själva uppstår en krock mellan olika institutioner; sjukvården å ena sidan, moderskap och barn å den andra.

De institutioner som påverkar kvinnors förhållningssätt till missfall - moderskap och barn - är även dessa mycket starka och innebär för de flesta omsorg, kärlek, vårdande, värnande och en livslång relation. Detta är ingenting som börjar först när barnet föds efter nio månader; det är en process som börjar långt, långt tidigare. En av kvinnorna beskrev det som att redan när graviditetstestet visade positivt så började hon planera för sitt kommande barn. Detta visar även Adolfsson (2006) i sin studie. I den berättade kvinnorna att de inte bara har förlorat en tidig graviditet och ett foster på några millimeter. Det är drömmar, framtidsplaner och en del av identiteten som havande kvinna och blivande mor som har gått förlorad. Men detta är inte synligt och greppbart på samma sätt som smärta och blod och svårare att sätta ord på. Från sjukvården får kvinnorna däremot höra ord som foster, graviditetsrester och lite vävnad. Barnmorskorna brukar även beskriva att man kan känna sig ledsen och upprörd efteråt men att det är oerhört vanligt. Eftersom detta ofta är den första (och enda) kunskap kvinnorna får om sitt missfall förutom den egna upplevelsen, blir det alltså den objektiva verklighet om fenomenet missfall de tar till sig, om än motvilligt (Berger & Luckmann 1998). Problemet är att sjukvårdens konstruktion av tidigt missfall främst fokuserar på det medicinska, på det som händer i kvinnans kropp. De ord som finns upplevs inte stämma överens med det som kvinnan går igenom. En stor del av institutionen missfall saknar adekvata ord även av sjukvården. Detta kan vara en förklaring till att många kvinnor står med en diffus känsla av att inte ha blivit förstådda eller sedda, trots att de kanske blivit både inkännande och vänligt bemötta. Men *hela* deras upplevelse har inte erkänts. Och detta beror inte på okänslighet hos vårdpersonal. Om orden saknas för ett fenomen, "finns" det heller inte, eftersom verkligheten konstrueras till stor del genom ord (Berger & Luckmann 1998). Alla barnmorskor vi intervjuade menade att det var viktigt att möta kvinnorna "där de är" i sin upplevelse av det de går igenom. Men om varken kvinnorna eller sjukvården har ord för det kvinnan känner, blir det ogripbart för bägge parter.

Vårt resultat visar dock att det finns en stor medvetenhet och medkänsla hos barnmorskorna för kvinnor med tidiga missfall. De använder kraftfulla uttryck som chock och sorg när de beskriver kvinnans upplevelse. Införandet av återbesök ser vi som en medvetenhet från sjukhusens sida att det finns behov av uppföljning, både fysiskt och psykiskt efter missfallet. Detta är också något som tidigare studier tydligt lyft fram (Adolfsson 2006, Nikcevic et al 2007).

6.2 Kris

För de flesta kvinnor är upplevelsen att beteckna som en traumatisk kris, då den har utlösts på grund av en yttre tydlig händelse (Cullberg 2003). Enligt Adolfsson (2006) så är ett tidigt missfall lika svårt för många kvinnor som det är att förlora en nära anhörig. Kvinnan är inledningsvis i ett chockartat tillstånd och det är vanligt att man glömmer information som ges i den här fasen (Cullberg 2003). Det är således inte meningsfullt att ge information till en

människa i chock. En av kvinnorna i vår studie upplevde doktors information som obegripligt prat vilket är förståeligt i ljuset av att kvinnan befann sig i ett chocktillstånd. När hon sedan fick empati och medkänsla från en barnmorska så öppnade hon sig och vågade släppa fram de känslor hon hade inom sig. Cullberg (2003) beskriver det som att reaktionsfasen börjar när man kan känna och ta in vad det är som hänt. I chockfasen däremot har man ett behov av att skydda sig och hålla verkligheten ifrån sig. Givetvis kan det vara så att kvinnan fortfarande delvis var i chockfas men hennes reaktion när hon mötte barnmorskan tyder på att hon gradvis började inse vad det är som hänt. Att genomgå ett missfall är en mycket ursprunglig process, lika fundamental som att föda, men en förlossning förbereds man vanligen för och den för med sig något gott. Att uppleva en lika obönhörlig process utan att ha erforderliga verktyg att hantera den, kan försvåra chockreaktionen. Cullbergs (2003) definition av kris inbegriper just detta. När en persons tidigare reaktionssätt och erfarenheter inte räcker till leder det till ett psykiskt kristillstånd.

6.3 Sorg

Alla kvinnorna i vår studie upplevde att deras känslor av sorg inte riktigt erkändes. Ett missfall är en förlust, och i kölvattnet av en betydande förlust kommer nästan alltid reaktioner av sorg (Fyhr 2003). Sjukvården uttrycker förståelse för att en kvinna som får missfall ofta känner sorg, men ger samtidigt information till de drabbade kvinnorna att missfall är något mycket vanligt, och att barnet säkert var skadat ändå. Här krockar sjukvårdens typifiering av missfall; att det är en så liten och tidig förlust att man snabbt kommer över sorgen, med sorgens tidsram som säger att sorgen inte har någon tidsram. Varje människa sörjer på sitt eget sätt och det tar olika lång tid för alla (Fyhr 2003). Eftersom förlusten för kvinnorna handlar om drömmar och föreställningar om livet som växer i deras mage (Adolfsson 2006), blir deras förlust osynlig för andra. Men en förlust måste inte synas för att den ska upplevas som stor för den som drabbats (Fyhr 2003). Att sörja det som inte blev kan rentav tänkas bli tyngre, eftersom man då inte har något konkret att koppla sorgen till. Fyhr (2003) diskuterar besvikelse och menar att detta är en svår och komplicerad känsla för psyket att hantera. Den kan bara bearbetas i små portioner i taget. Detta medför att just besvikelse är en betydande orsak till att ett sorgearbete kan ta lång tid. Att förlora drömmar och förhoppningar måste otvivelaktigt innebära en mycket stark känsla av besvikelse. Man kan därför anta att sorgen hos en kvinna som fått ett tidigt missfall tar betydande tid i anspråk att bearbeta.

Många av kvinnorna som får tidiga missfall har inte ens ett synminne av det de förlorade, ännu färre har utfört någon form av ritual för att markera ett avslut, något som kan hjälpa till med bearbetningen av en förlust. (Vi utvecklar detta ytterligare under rubriken "6.5 Ritual".) För att ändå ha en rimlig chans att kunna sörja behövs dock en omgivning som tillåter en person att gå in i sorgen. Det innebär bland annat att sorgen som hon/han känner erkänns och tas på allvar. Att i de bästa avsikter försöka trösta kvinnor som just fått missfall med att det är så vanligt och kanske lika bra eftersom barnet säkert var skadat ändå, är att antyda för kvinnan att det inte är tillåtet att sörja. Risken finns då att många drabbade kvinnor försöker "skynda sig" att komma över det som hänt, eller förminska det hon själv känner. Berger och Luckmann (1998) menar i det här sammanhanget att om någon annan sätter ord på en persons subjektiva upplevelse kan det uppstå problem. Särskilt gäller detta om den som sätter ord har mer makt, i detta fall som kunskap, exempelvis sjukvårdspersonal. Det kan då få till följd att man ignorerar sin egen upplevelse till fördel för den andres uppfattning. En av kvinnorna uppgav just att hon inte kände att det var tillåtet att sörja över sitt missfall, att den sjukvårdspersonal hon hade kontakt med tog så lätt på det som hänt. Det kan få till följd att sorgen inte blir ordentligt bearbetad, utan dyker upp långt senare som olika diffusa besvär

(Fyhr 2003). Även om kvinnan inte känner en stor sorg, kan hon lämnas med känslan av att inte riktigt ha blivit tagen på allvar.

Hur svåra och känsliga besked ges har också betydelse i hur senare reaktioner blir (Fyhr 2003, Kohner 1995). En av kvinnorna i vår studie kände sig illa behandlad av en läkare, en annan reagerade på hur de svarade henne i telefon. Att ett väntat och efterlängtat barn har dött må vara rutin för en läkare, men det är inte rutin för en förälder. Frånvaron av ett erkännande om att en katastrof just inträffat, kan riskera att försvåra en redan svår situation (Fyhr 2003, Kohner 1995). Att anpassa sitt förhållningssätt till den situation som råder är viktigt, dels för att en trygg omgivning underlättar för mottagaren att ta till sig ett svårt besked, dels för att det främjar sorgprocessen (Fyhr 2003, Kohner 1995). Alla barnmorskor i vår studie var medvetna om detta, men några uppgav också att situationen på akutmottagningen ibland försvårade ett ultimatum bemötande.

6.4 Rörelsefrihet inom rutinerna

Även om det inte finns beskrivet i något PM så finns det exempel på barnmorskors medvetenhet om behovet av känslomässigt stöd vid tidiga missfall. Det finns de som via telefon följer kvinnan under pågående missfall och bildligt talat håller dem i handen genom hela upplevelsen. Att följa upp en kvinna med pågående missfall via telefon är inget som ingår i rutinerna utan det är enskilda barnmorskor som går utanför den institutionella ordningen (Berger & Luckmann 1998). Man har funnit ett behov hos kvinnan och går helt enkelt förbi de invanda rutinerna på mottagningen. Det kan ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv ses som att kvinnan som går igenom missfallet har vunnit mark i förhandlingen kring vad ett tidigt missfall är. Detta till följd av en process där kvinnans behov och förväntningar har styrt barnmorskans handlingar snarare än institutionens regler och rutiner. De skapar tillsammans en ny föreställning som innebär att man ser mer till kvinnans emotionella behov än tidigare (Payne 2000).

Resultatet visar att även om barnmorskorna i stort sett säger samma saker vid första kontakten via telefon så finns det individuella skillnader. Detta kan variera beroende på situationen på akutmottagningen. Samtliga informanter understryker hur viktigt detta första samtal är. Barnmorskorna betonar också kompetensen hos personen som svarar. Inget av sjukhusen har en tydlig manual angående det första samtalet. Det blir därmed upp till den enskilda barnmorskan att utforma samtalet i stunden. Hur utfallet blir beror på många olika faktorer, till exempel barnmorskans erfarenhet, stress och tidsbrist. Barnmorskan har i den här situationen relativt stor rörelsefrihet inom institutionen vilket kan få både positiva och negativa konsekvenser för kvinnan. När Berger och Luckmann (1998) diskuterar roller beskriver de hur man pendlar, går upp i samt tar avstånd ifrån rollen. De menar att man efteråt kan reflektera över sin handling om det ges tillfälle. För barnmorskan skulle detta innebära en möjlighet att reflektera över hur man agerar i telefon. Det skulle då behövas en distansering till rollen i till exempel en handledningssituation.

6.5 Ritualens betydelse

För en del kvinnor är det viktigt att få se vad som kommer ut under ett missfall. Somliga kan även uppleva att det är viktigt med ett omhändertagande av fostret (Kohner 1995). Många kvinnor får sina missfall hemma och kan göra som de finner bäst efteråt. Karin berättade att hon begravt sitt foster efter ett tidigt missfall. Hon beskriver hur detta hjälpt henne att bearbeta sin förlust. Detta menar även Fyhr (2003) är viktigt för ett sorgearbete. Graven gjorde att händelsen blev konkret och finns kvar som en påminnelse av hennes missfall och barnet som aldrig blev. Eftersom upplevelsen är att jämföra med en förlust av en nära anhörig så bör tanken på ritual inte vara främmande i det här sammanhanget. Barnmorskorna nämnde behovet att få göra ett avslut. Det handlade då om fördelen med ett återbesök. När graviditeten har passerat graviditetsvecka tolv så finns tanken på ett omhändertagande med även från sjukvårdens sida. Enligt Cullberg (2003) är det viktigt att försöka ta reda på vilken mening händelsen har för den drabbade för att på bästa sätt kunna bemöta individen. Vår studie och tidigare forskning tyder på att för kvinnan har även ett tidigt missfall den betydelsen att hon förlorar ett barn (Adolfsson 2006). Lagen säger visserligen att man har rätt till ett omhändertagande även före graviditetsvecka tolv men då måste paret själva speciellt be om detta (SOSFS 1990:8). Det blir i praktiken så att det är mycket upp till vårdpersonalen hur man ställer sig till det. Kanske blir det så att det som kvinnan inte får information om, det ber hon inte heller om. Efter graviditetsvecka tolv finns det ganska klara regler för hur barn/foster ska tas om hand. Aborterade foster (gäller även vid missfall) kremeras och strös sedan i minneslund. Före graviditetsvecka tolv hanteras foster som biologiskt riskavfall. Vi tolkar det som att typifieringen av det tidiga missfallet får ett genomslag även på det här området (Berger & Luckmann 1998). Typifieringen säger att tidigt i graviditeten så finns det inget att se. Man beskriver det som blod eller klumpar och påpekar att det är mycket vanligt. En del av typifieringen är att smärtan och blödningen kan liknas vid en kraftigare mens. Sjukvårdens föreställningar om tidiga missfall är att det visserligen är svårt och smärtsamt men ingenting som kräver en begravningsritual (Berger & Luckmann 1998). Dessa föreställningar vidarebefordras sedan till kvinnorna, som inte ifrågasätter något de inte får information om. Då inte sjukvården, som ur kvinnans synvinkel har all kunskap relevant för situationen, lyfter frågan så väcks inte heller tanken hos kvinnan. Skulle hon däremot vilja ha en ritual, krävs det att hon mycket tydligt och kraftfullt uttrycker detta.

6.6 Maktbalansen i behandlingsrelationen

Vid mötet med sjukvården befinner sig kvinnan på flera sätt i underläge. När man inte vet eller förstår varför eller hur något händer, vänder man sig instinktivt dit man vet att det finns kunskap som kan hjälpa en att klara det som händer. För en kvinna som står inför ett missfall handlar denna kunskapsbank om sjukvården. Den representerar hjälp, stöd och trygghet, någon som vet vad som bör göras och hur. Sjukvårdens överläge i detta förhållande består alltså av kunskap om den okända situation kvinnan befinner sig i; sjukvården har i detta fall resursmakt (Bernler & Johnson 2001). I och med detta blir relationen mellan kvinnan och sjukvården komplementär; sjukvården har något som kvinnan behöver (Bernler & Johnson 2001). Då denna relation i samband med ett missfall oftast är både kortvarig och tillfällig, finns ingen möjlighet att försöka forma en metakomplementär interaktion, något som rekommenderas för en fruktbar behandlingsrelation (Bernler & Johnson 2001). För att kunna forma en dylik, krävs att makten erkänns från sjukvårdens sida samt att den drabbade kvinnan ger sitt godkännande för sjukvården att styra. Men i en stressig miljö på en akutmottagning finns ingen möjlighet att bygga längre relationer, även om viljan kanske många gånger finns. Följden blir att de komplementära relationerna till patienterna består.

Sjukvårdspersonalen kan ses som representanter för all denna kunskap, och det de säger och gör kan uppfattas som sanningar för en drabbad kvinna. Kunskapen är reifierad både från kvinnans, sjukvårdens sida samt samhället i övrigt (Berger & Luckmann 1998). En av barnmorskorna beskrev det som att om doktorn har sagt något så är det inget man ifrågasätter. För en kvinna att ifrågasätta doktorn eller övrig sjukvårdspersonal skulle kunna betyda att riskera den enda trygghet hon just då har.

Vår empiri visar att en kvinna som råkat ut för upprepade missfall har större egen kunskap om det som sker, både om sina egna reaktioner och om det som händer fysiskt. Hon kan då på ett helt annat sätt ställa krav på sjukvården, eftersom relationen till sjukvården blivit mer symmetrisk. Hon har större tilltro till sig själv, hon vet vad hon har att vänta sig och hon vet hur hon ska hantera det. Både kvinnorna och barnmorskorna nämnde att det finns kvinnokunskap som inte sprids. Tidiga missfall är fortfarande inget man talar så mycket om. Man talar inte heller om tidiga graviditeter. Det här tycks bero på att risken för missfall är så stor de första tolv graviditetsveckorna. Troligen hänger denna tystnad ihop med att kvinnan upplever missfall som ett misslyckande, då en del av hennes identitet, den som havande och mor, då går förlorad vid ett missfall (Adolfsson 2006). Att bryta tystnaden skulle kunna reducera en känsla av misslyckande, då det blir uppenbart hur många som delar erfarenheten. Det fanns också en tanke bland våra informanter, både från kvinnor och från barnmorskor, om att om kvinnor delar sina erfarenheter och kunskapen ökar så skulle det kunna vara till hjälp för dem som får tidiga missfall i framtiden. Ur ett maktperspektiv innebär det även att kvinnan får en bättre position i förhållande till sjukvården. Genom hennes ökade kunskap kan hennes beroende av sjukvården antas bli mindre. Balansen i styrkeförhållandet ändras då till kvinnans fördel (Bernler & Johnson 2001).

7 Avslutande kommentar

Vi har märkt under studiens gång att många framsteg gjorts på området kring tidiga missfall. Vi trodde att det var mer utforskat än vad det faktiskt var. Det vi ändå fann som fortfarande verkar vara en brist inom detta område är hur man hjälper en kvinna i den stund hon går igenom missfallet. Det som förespråkades av samtliga sjukhus och som också forskning visar, är att det är bäst med naturalförloppet vid tidiga missfall, det vill säga missfallets naturliga förlopp utan vare sig kirurgiska eller medicinska åtgärder. Man rekommenderar kvinnorna att stanna hemma. Detta innebär att kvinnorna inte kommer in akut. I stället är de lämnade att ensamma ta sig igenom missfallet. Vi frågar oss hur man skulle kunna tänka sig att utforma någon form av stöd för dessa kvinnor? Vi har sett hur många av dem söker hjälp och stöd av andra med liknande erfarenheter på chatsajter på Internet. Kanske är det en del av lösningen, och ett sätt att sprida kunskap i ämnet. Vi har berört i uppsatsen att det saknas common sense kunskap bland kvinnor i allmänhet vad gäller missfall. Men på Internet får man möjlighet att berätta om sin upplevelse och ställa frågor som man annars kanske inte haft möjlighet att ställa. Det framkom i vår studie att detta inte var något som omgivningen ville tala särskilt mycket om, men på dessa sajter möter man andra kvinnor som har samma behov av att tala om och fundera kring det man varit med om. Det är givetvis inte bara bland kvinnor som denna kunskap behöver spridas. Kvinnorna i Adolfssons studie beskrev att de saknade stödet från sin partner när de gick igenom missfallet. För partnern är nog det tidiga missfallet en ganska diffus upplevelse. Men om kunskapen sprids och man pratar mer öppet om fenomenet så kan stödet och förståelsen öka från partners/mannens sida i synnerhet och omgivningens

sida i allmänhet. Kanske vore det bra med självhjälsgrupper som leds av en professionell person? Idag finns det sorggrupper för personer som upplevt svåra förluster. I en sådan grupp kan personerna på ett liknande sätt som på en sajt få dela med sig och stötta varandra i sorgearbetet. Det blir självklart en helt annan närhet i en sådan grupp och man kan tänka sig att en del föredrar det, att få prata ansikte mot ansikte med personer som har liknande erfarenheter som man själv. Sedan kan man själv få stötta andra som är nya i sin sorg och lotsa dem till en bra bearbetning. Kanske är det så att en stor del av de psykosociala aspekterna av missfallet inte ska administreras från sjukvården utan lösas på andra sätt. Det skulle till exempel som nämnts ovan kunna vara genom självhjälsgrupper i en förening för kvinnor med den här erfarenheten.

Resultatet visar på att det finns en motstridighet och en dubbelhet i barnmorskans roll då hon å ena sidan är tvungen att hindra kvinnan från att komma in till akutmottagningen samtidigt som hon inser att många skulle önska att få komma in direkt. Vår tanke när vi har studerat detta ämne är att det borde organiseras på ett annat sätt. Vi är medvetna om att ekonomiska och organisatoriska resurser är ett hinder när det gäller detta. När vi funderat i banor av en alternativ lösning har vi inte tagit hänsyn till detta. Vi har försökt tänka i termer av vad som vore bäst ur kvinnans perspektiv. Det idealiska vore en separat missfallsmottagning som inte är kopplad till akutmottagningen. Man skulle då kunna undvika att kvinnor som genomgår tidiga missfall måste ställas i förhållande till andra patientgrupper som har ett mer akut tillstånd. Vi upplevde det som mycket olyckligt att man behöver säga till en kvinna i chock att man ingenting kan göra och att hon ska stanna hemma. Vi är medvetna om att man rent medicinskt inte kan göra något men vi anser att vår studie och tidigare forskning visar att kvinnorna många gånger behöver ett akut stöd när missfallet börjar, och kanske även under processens gång. Vi menar då ett stöd av mer känslomässig karaktär. Kanske skulle detta även medföra att behov av kurator för att efteråt bearbeta upplevelsen minskade. Om kvinnan själv anser att det inte behövs så är det givetvis inte nödvändigt. Men för dem som så önskar så borde möjligheten finnas. I viss mån finns den idag men inte som en regel eller rutin. Idag finns möjligheten men bara om kvinnan signalerar tillräckligt tydligt. Vår uppfattning är att den signalen måste vara väldigt tydlig och bestämd från kvinnans sida. I den här situationen är hon den svagare parten och vår åsikt är att det inte borde krävas något av henne.

Vi har i vår studie tagit del av några kvinnors erfarenheter när det gäller det första bemötandet i telefon. Det är uppenbart att det betyder oerhört mycket för kvinnorna hur orden faller i en sårbar och utsatt situation. Vi har även tagit del av barnmorskornas arbetssituation, och inser att det inte alltid är möjligt att genomföra det optimala samtalet på en akutmottagning. Men att ha en genomarbetad manual vad gäller bemötandet i telefon skulle öka chanserna att alla kvinnor i alla situationer blir liknande bemötta. För att undvika onödiga störningsmoment, vore det även önskvärt att den barnmorska som har ansvaret för telefonen en viss tid, inte samtidigt förväntas utföra andra arbetsuppgifter.

I vår inledning beskriver vi hur lagen legitimerar föräldraledigt i en månad om barnet dött efter 28:e graviditetsveckan. Vi beskriver också vad lagen säger om begravningsförfarandet vid sena missfall. Detta sammantaget tror vi bidrar till att sorgearbetet erkänns och underlättas för dem som går igenom detta. Därmed inte sagt att det inte är en mycket tung och svår upplevelse ändå. Men att samhället genom lagar och regler erkänner hela upplevelsen blir som ett kvitto på att man "får sörja". Att de som går igenom tidiga missfall inte har denna lagliga legitimitet för sin sorg där det ingår till exempel någon form av ritual tror vi gör att kvinnan får svårare att för sig själv och för andra visa hur djup sorgen är. Kanske borde det

inte finnas den typen av graderingar från samhällets sida. Vid tidiga missfall skulle kvinnans egen upplevelse få vara vägledande i högre utsträckning än vad den är i dag.

7.1 Förslag på framtida forskning

Nu när det tidiga missfallet oftare sker i hemmet så tror vi att det blir mer vanligt att kvinnor själva tar hand om det som kommer ut. Det vore intressant att ta reda på mer kring hur ritualer utformas och hur kvinnorna själva ser på det.

Det vore också spännande att ta del av mannens perspektiv på tidiga och sena missfall.

REFERENSER

Tryckta källor

Barlebo Wenneberg, Sören (2000): *Socialkonstruktivism: positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber AB

Berger, Peter & Luckmann, Thomas (1998): *Kunskapssociologi: hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Wahlström & Wistrand

Bergman, Olle/ & Normelli, Anna (2000): *Den lilla sorgen, en bok om missfall*. Wahlström och Widstrand

Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (2001): *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Blohm, Febe (2006): *Miscarriage: Incidence, management and future fertility*. Göteborgs universitet, Department of Obstetrics and Gynaecology, The Institute of Clinical Sciences Sahlgrenska Academy

Cullberg, Johan (2003): *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur

Fyhr, Gurli (2003): *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur och Kultur

Hörnqvist, Magnus (1996): *Foucaults maktanalys*. Stockholm: Norstedt

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kohner, Nancy (1995): *Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals*. London: SANDS Stillbirth and Neonatal Death Society

Larsson, Sam & Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Meeuwisse, Anna, Sunesson, Sune & Swärd, Hans (2000): *Socialt arbete, en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur

Nyberg, Rainer (2000): *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar, med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur

Payne, Malcolm (2001); *Modern teoribildning i socialt arbete*, Stockholm: Natur och kultur

Sjöblom, Yvonne (2005): *Att bli utstött hemifrån – en narrativ analys*. i Larsson, Sam & Lilja, John & Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Thurén, Torsten (1999): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber

Elektroniska källor

Abort, fosterfördrivning

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Abort>

Hämtad 2007-11-26

Adolfsson, Annsofi (2006): *Miscarriage: Women's experience and it's cumulative incidence.*

Linköpings universitet, Faculty of health sciences

<http://www.ep.liu.se/abstract.xsql?dbid=6204>

Hämtad 2007-11-10

Andersen, Jessika & Petersson, Kerstin (2006): *Föräldrars upplevelser av att förlora ett barn under perinatalperioden och av bemötandet i vården.*

FoU-rapport 2006:4

http://www.ltkronoberg.se/upload/Dokument/Om_landstinget/Arbetsomraden/Forskning/Att%20förlora%20ett%20barn,%20Jessika%20Andersen,%20arbetsex..pdf

Hämtad 2007-11-26

Begravningslag 1990:1144

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1990:1144>

Hämtad 2007-11-20

Floridon & Lund (2005): *Missfall*

<http://netdoktor.passagen.se/default.ns?lngItemID=3400>

Hämtat 2007-11-20

FASS.se : Cytotec

Hämtat 2007-12- 18

Intrauterin fosterdöd - handläggning

<http://www.vgregion.se/upload/NU/LWA/Intrauterin%20fosterd%C3%B6d.doc>

Hämtad 2007-11-26

Nikcevic.V, Andrzej R. Kuczmierczyk & Kypros H. Nicolaides (2007): "The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage". London Department of Psychology, City University, London, United Kingdom, Harris Birthright Research Centre for Fetal Medicine, King's College Hospital Medical School

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17719366&ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

Hämtad 2007-11-10

Missfall (Ofrivillig abort)

<http://www.varguiden.se/Article.asp?c=2492>

Hämtad 2007-11-26

Missfall

Varför får man missfall?

<http://www.growingpeople.se/templates/Page.aspx?id=3402>

Hämtat 2007-11-25

Socialstyrelsens allmänna råd rörande omhändertagande av foster efter abort SOSFS 1990:8

http://www.sos.se/sosfs/1990_8/1990_8.htm

Hämtat 2007-11-20

Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.*

http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf

Hämtad 2007-11-21

Intervjuguide

Frågor till barnmorskor.

1. **År inom yrket?**
2. **Vad gjorde att du valde att bli barnmorska?**
3. **Vad har du att förhålla dig till i ditt nuvarande arbete?** Vilka lagtexter, riktlinjer och eventuella regler finns? Säger de något om missfall före vecka tolv?
4. **a) Vilka uttalade rutiner har ni vid tidiga missfall?** (Typ arbetsbeskrivning)
b) Har du några tankar om varför dessa rutiner ser ut som de gör? (Varför man valde just dessa rutiner istället för att göra på något annat sätt)
5. **Hur ser dina egna rutiner och arbetssätt ut? Kan du beskriva och ge exempel på vad du säger till en kvinna som ringer eller kommer in.**(första kontakten, vad sägs, hur många gånger ses man, vad händer, brukar man fråga om kvinnans obstetriska och gynekologiska bakgrund)
6. **a) Finns det olika sätt att ta hand om kvinnan som tagit kontakt?** (stödsamtal, skrapning, se fostret, smärtstillande...)
b) Vad styr detta? . Påverkar det ditt bemötande tror du? På vilket sätt?
7. **Skulle du vilja ändra på några av de nuvarande rutinerna? På vilket sätt?**
8. **Har du något exempel från en situation där du önskat att du kunnat göra annorlunda? På vilket sätt?**
9. **Vet du hur dina kolleger arbetar?** (Vad skiljer sig, vad är lika, varför?)
10. **Har någon kommit tillbaka i efterhand och klagat?** Tar ni samtal själva eller hänvisas till kurator? Vad styr det?
11. **Har ni handledning?** Hur ofta?
12. **Vad är det bästa och det svåraste med det här jobbet?**
13. **Hur ser du personligen på livets uppkomst? När börjar livet enligt dig?**

Intervjuguide

Frågor till kvinnor med erfarenhet av missfall.

Introduktion

Vi ger information om att vi spelar in och att banden kommer att raderas. Du får del av ett råmanus i slutet av november om du vill och kan komma med åsikter om det är något som vi missuppfattat

Presentation av varför vi valde detta ämne samt egna erfarenheter. Förslag på hållpunkter under intervjun om det inte flyter på.

- **Vill du berätta om hur missfallet var för dig?** Hur började det? Vilken vecka var du i?
- **Vad hade du för tankar om missfall innan det drabbade dig?** Vad trodde du om vårdens omhändertagande.
- **Hur såg din första kontakt med vården ut i samband med missfallet?** Vad sa de? Vad kände du? Vad tänkte du?
- **Såg du fostret?** Fick du frågan från vården om du ville se det? Frågade de om hur det såg ut efteråt? Fanns det möjlighet att ta hand om det som kom ut?
- **Fanns det återkoppling från vårdens sida efteråt?** Återbesök? Erbjudande om stödsamtal? Hur skulle du önska att det var?
- **Tycker du att insatserna från vården var tillräckligt bra?** Fick du det du behövde? Om nej, vad fattades?
- **Vad tänker du om omgivningens reaktioner?** Berättade ni? Varför/varför inte tror du?
- **Hur ser du på missfall idag, med avseende på veckogränser?**
- **Har du barn?**
- **Påverkar din erfarenhet dig idag, tror du?**

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för socialt arbete

2007-10-11

Hej

Vi är två studenter på socionomprogrammet i Göteborg. Vi gör sista terminen och ska därför börja skriva vår C-uppsats. Vår handledare på institutionen är Marie Törnbom.

Vårt intresseområde är tidiga missfall (före 12:e graviditetsveckan) och sjukhusets rutiner kring dessa. Vi undrar nu om vi möjligtvis skulle kunna få intervjua tre barnmorskor från Er avdelning/sjukhus. Dessa intervjuer beräknas ta ca 1 timme, och ni är fria att bestämma tid och plats. Det skulle dock vara bra om de kunde genomföras inom den närmaste månaden. Vi planerar även att använda oss av bandinspelning av intervjuerna. Dessa inspelningar kommer att raderas efter avslutat projekt.

Vi följer de forskningsetiska riktlinjer som finns, vilket bland annat innebär att eventuellt deltagande är frivilligt, anonymitet om man så önskar samt rätt att avbryta deltagandet när som helst. Vi kommer även att delge Er de resultat vi så småningom kommer fram till.

Vi vore oändligt tacksamma om några medarbetare hos Er har tid och möjlighet samt lust att ställa upp. Då tiden för C-uppsatsen tyvärr är mycket begränsad, vore vi även tacksamma för ett snabbt svar, positivt eller negativt.

Vänliga hälsningar

Anna Marcusson

MarieLouise Andersson

Kvinna!

Vi är två studenter på socionomprogrammets sjunde termin. Vi skriver nu under hösten 2007 vår C-uppsats, där vi vill titta på vilka rutiner sjukhusen har för omhändertagande av kvinnor med missfall samt hur dessa rutiner uppfattas av de kvinnor som drabbas. Vi kommer att intervjua barnmorskor men vill även ha kvinnornas eget perspektiv.

Vi söker nu dig som haft missfall de senaste tre, fyra åren och som då hade någon form av kontakt med sjukvården. Vi skulle gärna vilja intervjua dig om din erfarenhet. Hur du uppfattade att vården tog hand om dig. Hur var bemötandet?

Vi planerar att använda halvstrukturerade intervjuer, som beräknas ta ca 1 timma.

Vi garanterar dig självklart fullständig anonymitet, och du har rätt att avbryta medverkan när som helst. Du bestämmer också vad du vill eller inte vill svara på.

Om du känner att du kan ställa upp för en intervju, är vi oändligt tacksamma!

Du bestämmer tid och plats!

Hör av dig till oss så fort som möjligt:

MarieLouise Andersson

Anna Marcusson

