

7. november 2007

Sorg spares væk

At miste et barn

At miste et barn er en af de mest rystende begivenheder et menneske kan komme ud for. Et barn er jo ikke "bare" et andet menneske. Mit barn er MIT menneske i dybeste forstand.

En kvinde eller en familie der mister et barn bliver ramt på alt det der er det inderste og yderste, fortid og fremtid, det højeste og det mest jordbundne.

Ingen kvinde eller familie glemmer nogensinde den sorg og livsangst der knyttede sig til at miste deres barn.

Af de fleste opleves tabet som en omfattende følelse af meningsløshed og tab af livstro.

Derfor er det nødvendigt at yde den maksimale bistand for at bringe livet videre for disse mennesker.

Hvidovre Hospital har givet plads til et af de mest omfattende initiativer for at hjælpe forældre der har mistet deres barn ved fødslen.

Nu skal sorggrupperne spares væk

Hvidovre Hospital har – som et led i de stadig verserende sparerunder – besluttet at der fra begyndelsen af det nye år ikke længere er råd til at hjælpe familier der har mistet deres barn. Dette skal ses i forlængelse af de forringelser der er sket af tilbuddene til de gravide gennem de senere år. Besparelser der flere steder er i strid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det hjælper at hjælpe

Vedhæftede rapport (de 14 dokumenterende bilag kan rekvireres, hvis ønsket) er den første samlede systematiske fremstilling af arbejdet i sorggrupper for mødre/forældre der mister deres barn i graviditeten eller under fødslen. Arbejdet i sorggrupperne på Hvidovre Hospital opgøres og beskrives indgående.

Hovedkonklusionen er, at sorggrupperne på afgørende vis bidrager til, at de familier der har mistet et barn har kunnet komme videre med deres liv, fordi de har følt sig hørt, følt at der blev draget omsorg for dem og erfaret at de igen kunne se håb og dermed kunne møde fremtiden.

Jeg står gerne til rådighed for yderligere oplysninger og uddybninger.

Med venlig hilsen

Charlotte Grumme
Jordemoder
Mobil 20 32 69 30

Sorggrupper på Hvidovre Hospital

Dokumentation og rapport for perioden 08.06.2006 – 27.06.2007

CHARLOTTE GRUMME

jordemoder, psykoterapeut MPF

i samarbejde med

PIA WENG

jordemoder

INDHOLDSFORTEGNELSE

PROLOG	4
RESUMÉ AF RAPPORTEN.....	4
Kvantitativt	4
Kvalitativt	4
Ønsker til forbedring af tilbuddet.....	4
HENVISTE OG FREMMØDEHYPPIGHED	5
Statistiske opgørelser	5
Antal henviste/deltagere i alt	5
Perioden med én samlet gruppe (08.06.2006 – 02.10.2006)	5
Antal henviste/deltagere fra gruppen med børn født før ca. 28 uger	6
Antal henviste/deltagere fra gruppen med børn over 28 uger.	6
Diskussion.....	6
Antal dage fra fødsel til første sorggruppedeltagelse.....	7
Diskussion.....	8
HVORFOR SORGGRUPPE?	8
SORGGRUPPEARBEJDET FØR OG EFTER SOMMEREN 2006.....	9
Sorggrupper indtil juni 2006.....	9
Sorggrupperarbejdet siden juni 2006.....	10
OM AT SKABE KONTAKT	11
Procedure	11
Diskussion.....	12
ARBEJDET I GRUPPERNE.....	13
Formål	13
Grundkonceptet	13
Tid	13
Regler.....	14
"Runden"	14
Terapeutiske teknikker.....	14
Breve og fotos	14
Kvinder og par	15
"Hvem mister, hvad, hvordan og hvornår"	16
Omstændigheder ved barnets død.....	16
Farvel	17

EVALUERING	17
Om evalueringen.....	17
3 åbne spørgsmål.....	17
Deltagere og svarprocent	17
Sammenfattende opsummering af svarene fra evalueringen	18
Diskussion.....	19
Evalueringssvarene – pindet lidt ud	19
Spm. 1: Hvad synes jeg/vi har været godt?.....	19
Diskussion.....	20
Spm. 2: Hvad ville jeg/vi gerne have haft mere af?	20
Diskussion.....	21
Spm. 3: Hvilke forslag har jeg/vi, som kunne gøre sorggruppen bedre?.....	21
Diskussion.....	21
PERSPEKTIVER FOR FAMILIERNE.....	22
PERSPEKTIVER FOR HVIDOVRE HOSPITAL.....	22
NU, FØR OG FREMOVER.....	23
Om professionalisme, ressourcer og organisation	23
MODELLER.....	23
Svagheder ved den nuværende model	24
Svagheder ved de reducerede modeller	24
Den optimale model	24
LITTERATUR.....	26
BILAG.....	29

Prolog

I forsommeren 2006 blev det besluttet at reorganisere arbejdet med forældre, der havde mistet deres barn.

Reorganiseringen bestod primært i, at man fra hidtil at have afventet et tilstrækkeligt antal kvinder/familier til at danne en gruppe, før man iværksatte den, nu blev lavet løbende indtag, således at kvinden/familien kunne komme i gruppe umiddelbart efter tabet.

Samtidig tiltrådte jordemoder og psykoterapeut MPF Charlotte Grumme som ansvarlig for sorggruppearbejdet.

Bl.a. på grund af det stigende antal henviste, men også af organisatoriske og terapeutiske grunde indtrådte jordemoder Pia Weng i sorggruppearbejdet pr. 18.04.2007.

Denne rapport dokumenterer sorggruppens arbejde for perioden 08.06.2006 – 27.06.2007.

Resumé af rapporten

Kvantitativt

48 kvinder/familier har været "indberettet" til deltagelse i en sorggruppe.

40 kvinder/familier har deltaget.

I perioden 08.06.2006 – 2.10.2006 var der én gruppe.

I perioden 30.10.2006 – 27.06.2007 har der været to grupper.

I i alt 41 sorggruppemøder har der været et samlet deltagerantal på 295, hvilket vil sige at der i gennemsnit har været 7,2 deltagere pr. møde.

Kvalitativt

Der har været enstemmig stor tilfredshed med at sorggruppetilbuddet eksisterer, men man ser gerne at møderne finder sted med større hyppighed og at der også kan arrangeres møder udenfor normal arbejdstid.

Der har været enstemmig stor tilfredshed med jordemoderterapeuten (ofte kaldt "psykologen" i evalueringerne) og med den tolerance, forståelse og accept hun udstråler og det faglige niveau hun besidder.

Ønsker til forbedring af tilbuddet

Helt generelt ønskes der mere tid. Dels i form af den nævnte udvidelse af mødefrekvensen, men også i form af bl.a. tid til at sikre at grupperne ikke bliver for store, at der kan ydes individuel psykoterapeutisk bistand, at der kan laves opfølgning på de kvinder/familier der forlader gruppen, og at der kan ydes umiddelbar krisehjælp, når et barn dør.

Henviste og fremmødehyppighed

Statistiske opgørelser¹

Tabel 1: Oversigtsskema over deltagere, møder, fremmøde samt kvinder/partnere.	Antal kvinder/familier kontaktet	Samlet antal fremmødte	Antal møder	Gennemsnitlig mødedeltagelse	Kvinder - fremmøde antal gange	Partnere - fremmøde antal gange
08.06.2006 - 27.06.2007 ALLE	48	295	41	7,2	221	74
08.06.2006 - 02.10.2006 (en samlet gruppe ²)	17	70	7	10	47	23
30.10.2006 - 27.06.2007 (gruppe med børn født før ca. 28' uge)	21	116	17	6,8	90	26
30.10.2006 - 27.06.2007 (gruppe med børn født efter ca. 28' uge)	23	108	17	6,4	84	24

Antal henviste/deltagere i alt

- I perioden 08.06.2006 til 27.06.2007 er der i alt blevet "henvist" 48 kvinder/familier.
- I samme periode har 40 kvinder/familier benyttet sig af tilbuddet.
- 8 kvinder/familier er af uoplyste årsager aldrig dukket op.
- Der har været et samlet fremmøde i perioden på 295.
- Der har i alt været afholdt 41 sorggruppemøder.
- Der har gennemsnitligt været 7,2 deltagere.

Perioden med én samlet gruppe (08.06.2006 - 02.10.2006)

- I perioden 08.06.2006 til 02.10.2006 er der i alt blevet "henvist" 17 kvinder/familier.
- Der har været et samlet fremmøde i perioden på 70.
- Der har i alt været afholdt 7 sorggruppemøder.
- Der har gennemsnitligt været 10 deltagere (variation 4 - 16 deltagere).

¹ Se endvidere:

Bilag 1: Fremmødestatistik for alle deltagere i perioden 08.06.2006 - 27.06.2007

Bilag 2: Fremmødestatistik før deling i 2 grupper i perioden 08.06.2006 - 02.10.2006

Bilag 3: Fremmødestatistik efter deling - Gruppen af forældre med børn født **før** 28' graviditetsuge - Perioden 30.10.2006 - 27.06.2007

Bilag 4: Fremmødestatistik efter deling - Gruppen af forældre med børn født **efter** 28' graviditetsuge - Perioden 30.10.2006 - 27.06.2007

Bilag 5: Fremmødestatistik - Deltagere fordelt på kursusdage

² En stor del af disse deltagere fortsatte i én af de 2 grupper der opstod efter gruppedelingen.

Antal henviste/deltagere fra gruppen med børn født før ca. 28 uger³

- I perioden 30.10.2006 til 27.06.2007 er der i alt blevet "henvist" 21 kvinder/familier.
- Der har været et samlet fremmøde i perioden på 116.
- Der har i alt været afholdt 17 sorggruppemøder.
- Der har gennemsnitligt været 6,8 deltagere (variation 3 - 12 deltagere).

Antal henviste/deltagere fra gruppen med børn over 28 uger.

- I perioden 30.10.2006 til 27.06.2007 er der i alt blevet "henvist" 23 kvinder/familier.
- Der har været et samlet fremmøde i perioden på 108.
- Der har i alt været afholdt 17 sorggruppemøder.
- Der har gennemsnitligt været 6,4 deltagere (variation 3 - 8 deltagere).

Diskussion

48 kvinder/familier har fået tilbud om at deltage i en sorggruppe. 40 kvinder/familier (ca. 83%) har deltaget, mens 8 kvinder/familier (ca. 17%) ikke har anvendt tilbuddet.

Der kan være mange grunde til at en sjettedel af kvinderne/familierne ikke anvender tilbuddet - fra manglende lyst, følelse af at få tilstrækkelig støtte fra familie eller andre til evt. bortrejse. Det væsentlige er ikke at 100% deltager, men at alle får tilbuddet på en hensigtsmæssig og nænsom måde.

Partnerne deltager i ca. 1/3 af de møder kvinderne deltager i. Naturligvis svinger dette tal fra familie til familie, men det har været et ofte gentaget ønske fra deltagerne, at møderne blev lagt på tidspunkter der gav partnerne bedre muligheder for at deltage udenfor arbejdstid. Dette er p.t. vanskeligt at imødekomme af organisatoriske og arbejdstilrettelæggelsesgrunde. Under de nuværende vilkår må en partnerdeltagelse som den dokumenterede anses for tilfredsstillende.

Det har været hensigtsmæssigt/nødvendigt at dele sorggruppen op i to grupper, idet deltagerantallet i gruppen var blevet for stort (ud af 7 møder var der mellem 11 og 16 deltagere til 4 møder).

Samtidig benyttede vi lejligheden til at dele grupperne i "små" børn (født før ca. 28' uge) og "store" børn (født efter ca. 28' uge), hvilket skaber bedre identifikationsmuligheder mellem forældrene og dermed giver bedre muligheder for spejling, hvilket er nyttigt for den terapeutiske proces. Alle deltagere har været glade for denne opdeling.

Kvinderne/partnerne er sårbare og har brug for at være i en så tryk gruppesammenhæng som muligt. Grupper over 8 deltagere kan vise sig kontraproduktive, mens omvendt for små grupper (under fire deltagere) kan komme til

³ Der er en gruppe med "store" børn, det vil sige børn født efter ca. 28 uge, og en gruppe med "små" børn, det vil sige børn der er født før 28 uge.

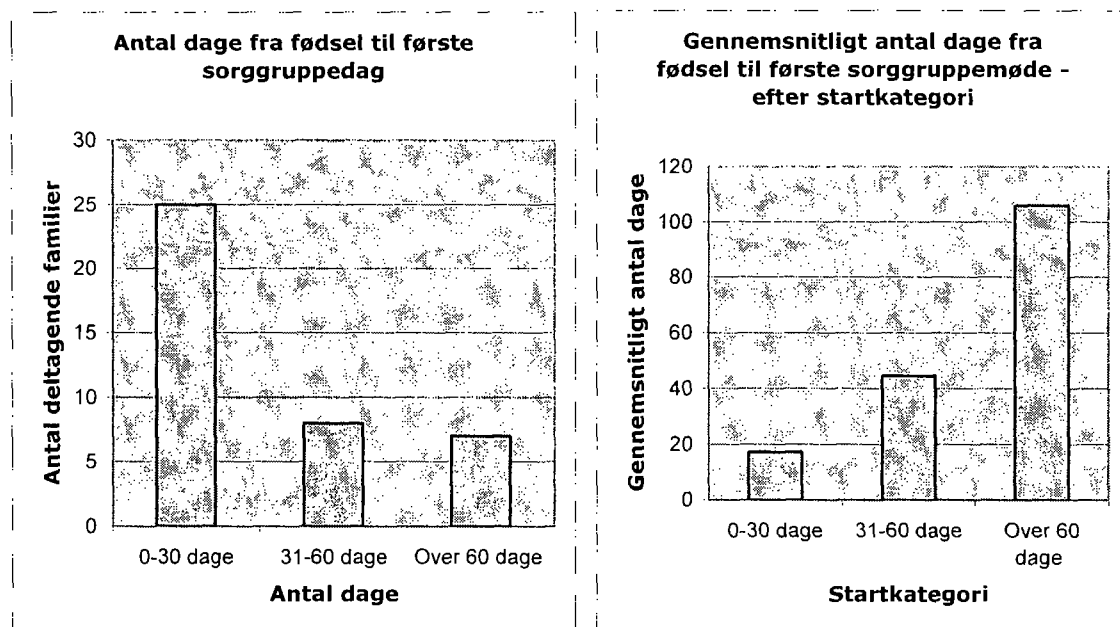
at savne "energi" og reducerede muligheder for at spejle sig i de andre deltagere.

Efter gruppedelingen har der været et rimeligt antal deltagere i grupperne (3 – 12 deltagere med et gennemsnit på 6,4 – 6,8), som formodentlig repræsenterer den variation, som må forventes med løbende optag og med sårbare mennesker, der skal have deres samlede liv til at fungere igen.

Det løbende indtag har vist sig at imødekomme ønsket om at de kvinder/familier der har mistet et barn kan få hjælp umiddelbart. Dette er en ubetvivlelig fordel, idet en hurtig indsats i sig selv har en kurativ effekt. Omvendt betyder det at grupperne ikke er stabile, men kan variere i fremmødetal. For at fastholde så stor stabilitet som muligt er det væsentligt at fastholde kadencen i mødehyppighed. Mange deltagere har udtrykt ønske om en større mødehyppighed, hvilket også udfra et terapeutisk synspunkt ville være ønskeligt.

Antal dage fra fødsel til første sorggruppedeltagelse

Statistisk går der for størsteparten relativt kort tid fra fødslen til første deltagelse i sorggruppen.



N = 40

8 af de registrerede 48 kvinder/familier mødte aldrig op.

Kvinder/familier der først mødte op efter 39, 74, 110 og 171 dage havde født længe før sorggruppens start. Se i øvrigt bilag 6 for detaljeret opgørelse over antal dage mellem fødsel og sorggruppedeltagelse.

Den første graf viser i 3 hovedkategorier, hvor mange der falder i hver af kategorierne: 62,5% (25 kvinder/familier) starter i sorggruppe indenfor 30 dage efter fødslen, 20% (8 kvinder/familier) efter 30-60 dage efter fødslen og 17,5% (7 kvinder/familier) efter 60 dage efter fødslen.

Den anden graf viser hvor mange dage der i gennemsnit går fra fødsel til første deltagelse i sorggruppen indenfor hver af de 3 hovedkategorier. For første ka-

tegoris vedkommende (0-30 dage) går der i gennemsnit ca. 17 dage fra fødsel til første møde i sorggruppen; for anden kategori (31-60 dage) går der i snit ca. 45 dage, mens der for den tredje kategoris vedkommende (over 61 dage) i gennemsnit går ca. 106 dage.

Diskussion

Da det er af stor terapeutisk betydning, at kvinderne/familierne får adækvat omsorg så hurtigt som muligt efter de har født deres døde barn (stadig under respekt for at de selv skal føle sig parat til at arbejde med tabet) er det tilfredsstillende at næsten 2/3 vælger at starte indenfor 30 dage efter fødslen. Den anden kategori der vælger at starte mellem 31 og 60 dage efter fødslen omfatter en del af de kvinder/familier, hvor sorgen først skal "modnes" og den almindelige omverdensstøtte begynde at svigte, før de føler behovet.

Den tredje kategori, hvor der går mere end 60 dage efter fødslen, består hovedsageligt af kvinder/familier der har måtte vente meget længe p.g.a. den tidligere sorggruppeprocedure: 4 kvinder/familier fødte før den "nye" sorggruppeprocedure blev effektueret pr. 08.06.2006. Disse kvinder/familier har ventet hhv. 74, 110, 171 og 39 dage før de kunne starte i sorggruppe. De resterende 3 kvinder/familier har haft brug for megen tid, før de fandt det nødvendigt at bearbejde deres situation gennem deltagelse i sorggruppen.

Uanset at det utvivlsomt ville være bedst for kvinderne/familierne, hvis alle startede i løbet af de første 30 dage, må respekten for den enkeltes egen følelse og oplevelse fastholdes, selv om det betyder, at der for nogle kvinder/familier kan gå endog meget lang tid, før de føler sig parate til at arbejde med deres tab.

Hvorfor sorggruppe?

En kvinde/familie der mister et barn – hvad enten det sker før eller efter fødslen – bliver ramt af et tab der implicerer alle lag af personligheden, ægteskabet og troen på fremtiden.

For nogle er tabet så personlighedseroderende, at de slår psykisk fra og bliver alvorligt syge.

Af de fleste opleves tabet som en omfattende følelse af meningsløshed og tab af livstro.

De fleste forældre der mister deres barn bliver således ikke direkte syge, men en række uhensigtsmæssige psykologiske reaktionsformer kan konservere eller forvride tabet og dermed deformere personligheden. Hvis ikke der sker en hensigtsmæssig bearbejdning og omtolkning af traumatet kan det f.eks. medføre, at der så at sige ligger et slør af sorg over alle livets hændelser og/eller at der udvikles uhensigtsmæssige følelses- og reaktionsformer eller direkte risiko for at udvikle kronisk eller patologisk sorg.

Dette er ulykkeligt for de voksne der bærer sorgen, og kan bidrage til, at de børn der senere måtte komme til i familien får hæmmet deres naturlige udvikling. Det er derfor af stor vigtighed at sorgen og chokket får mulighed for at finde sin naturlige plads i forældrenes personligheder. Det er dette sorggruppen skal hjælpe til med.

Det er sorghelbredende og helende at få bearbejdet sin sorg over at have mistet et barn i en gruppe af ligestillede. Det er det bl.a. fordi alene det at "være i samme båd" som andre er helende i sig selv. Når man starter i gruppen, oplever man, at der er deltagere der er "længere" fremme. De sorggruppedeltagere der er nået nogle skridt videre er levende bekræftelser på, at man kan komme til at se lyset igen selv om kaos, fortvivlelse og den manglende tro på, at man kan komme til at se lyset forude, dominerer hele ens oplevelsesfelt.

Når man starter kan man ikke tro på at ens verdensbillede kan forandre sig.

Familie, venner og bekendte forsøger for det meste at trøste/opmuntre ved f.eks. at sige: "Du skal se det går nok"/"Du får et andet barn"/"Se nu at komme videre"/"Nu kan det ikke vare længere, nu må du se at komme i gang igen" ... og så videre og så videre. Udtalelser som for den der udtaler dem sikkert er ment trøstende og hjælpsomt, men som for den der har mistet opleves aldeles meningsløse og upassende.

Til forskel herfra er sorggruppen nyttelig og brugbar, fordi man der kommer sammen med mennesker der er i samme situation som en selv. Det er mødre og fædre der har mistet, kvinder og mænd der kan indleve sig i hinandens sorg, kan forstå hinandens frustrationer og kan leve sig ind i hinandens følelser. Mennesker der kan, vil og tør følge med hele vejen. Som ikke viger for smerten, angsten, fortvivlelsen og meningsløsheden. Mennesker der selv har været ved tilværelsens nulpunkt, men har oplevet at der er veje frem. At det er muligt atter at finde lyset, håbet og troen på at lyset ikke stander ved livets kyst, men kan give nyt liv. At man kan få et andet barn og at man kan blive glad igen.

Sorggruppearbejdet før og efter sommeren 2006

Sorggrupper indtil juni 2006

Før juni 2006 var sorggruppen tilrettelagt sådan, at en kvinde der havde mistet et barn blev skrevet op til at deltage i en sorggruppe. Når der så var 5-6-7 par der havde mistet, blev de inviteret til at deltage i en sorggruppe. Der var ikke forældre til børn under 28 uger i disse grupper.

Deltagerne blev inviteret til at deltage i i alt 6 møder med forskellige overskrifter, som f.eks. "Fortæl om fødslen", "Hvad med næste graviditet?" og "Hvad med søskende?"

Konsekvenserne af denne tilrettelæggelse var, at grupperne blev meget uegale: Nogle havde lige mistet deres barn og var både motiverede og parate til at mødes med andre. Andre havde mistet for 3, 4 eller 5 måneder siden. På grund af

den manglende synkronisering var deltagerne for forskellige steder i sorg- og helingsprocessen til at det var rigtigt meningsfuldt for alle at deltage i den fælles helingsproces.

I deltagerevalueringerne var der som sådan ingen utilfredshed med selve forløbet, men frustration over, at man, hvis man havde mistet for for "længe siden", havde andre behov, end da man netop havde mistet. Smerten og sorgen havde ikke nødvendigvis fundet sin plads og var blevet integreret hos de kvinder/familier der først kunne komme i sorggruppe efter en rum tid, men de var af livets lov blevet tvunget til at gå videre med livet og hverdagen på hver deres måde. Den fortrængning der ofte er den psykologiske mekanisme der gribes til i sådanne situationer kan være umiddelbart livsnødvendig, men er sjældent hensigtsmæssig set i det længere perspektiv.

En anden – utilsigtet – konsekvens af "opsamlingsmodellen" var, at kvinderne/familierne kunne opleve det som smerteligt absurd, at de skulle vente på at der døde yderligere nogle børn, før de kunne få hjælp til sorgen over at have mistet netop deres barn. Et signal som naturligvis ikke er til at forholde sig til. Hvis man har mistet et barn, så kan man ikke vente på, at der skal dø andre, før man kan komme i en gruppe.

Et yderligere problem ved måden sorggrupperne var tilrettelagt på var tematiseringen af møderne. De formelle rammer med temaoverskrifter på gruppemøderne kunne tendere til at fastlåse samtalen og forhindre den emotionelle autenticitet og spontanitet der er følelsens centrum. Dette medfører let en uvendiggørelse af det der i sin natur er inderligt. Et eksistentielt problem risikerer at blive uløseligt, når det indskrives i et sprog eller en struktur der ikke har eksistensen som genstand.

Endelig var afgrænsningen af tilbuddet til kvinder/familier der havde mistet deres barn efter 28' uge ikke rimelig. Mennesker der oplever at de har mistet noget dyrebart lægger ikke sorgen på en vægt. Sorgen og fortvivlelsen har ingen tid, intet rum og ingen vægt, men fylder al tiden, hele rummet og har en knusende vægt.

Sorggruppearbejdet siden juni 2006

Da Charlotte Grumme blev opfordret til at tage sig af sorggruppen, var forudsætningerne:

- at gruppen havde løbende indtag, hvor man kommer ind, når man har mistet et barn og føler behov for støtte
- at gruppen var tidsmæssig åben, således at der ikke er en fast slutdato eller antal gange man må komme
- at der ikke var nogen aldersafgrænsning
- at gruppen skulle kunne "køre" hele året (dvs. uden ferie- eller andre afbrudsperioder)

Det løbende indtag betyder, at der bliver skabt bedre synkronicitet mellem den kriseudløsende fødsel og den hjælp der tilbydes. Herved optimeres den hjælp

der kan ydes, idet arbejdet med tabet kan tage sin begyndelse, når behovet er allerstørst. Dette indebærer i sig selv, at deltagelsen i sorggruppen bliver så hjælpsom som muligt. Ydermere – hvad der også bidrager til "helingen" – at hjælpen bliver oplevet som imødekommende og omsorgstagende, fordi den bliver tilbudt på det tidspunkt, som passer ind i kvindens/familiens oplevelse af behov for at "blive taget sig af".

Sorg- og helingsprocesser har deres eget forløb, som er forskellig fra menneske til menneske. Det er derfor vigtigt at strukturen er så tilpas åben, at ingen føler et pres i retning af at skulle "blive færdige" eller at skulle passe deres følelsesforløb ind i en foruddefineret ramme. Det er således vigtigt at grupperne er tidsmæssigt og strukturelt åbne. Man bliver i gruppen til man "føler sig klar" til at stoppe. Sorgproces kan man ikke sætte terminer på, nogle har brug for meget tid, andre kortere tid. Der er naturligvis store forskelle på tidsbehovet. Der kan være forskel på, om man er en ung kvinde på 22 år der oplever en sen abort, eller om man er en kvinde på 46 der i årevis har forsøgt at blive gravid og så mister sit barn. Derudover er mennesker jo forskellige, nogle har en medfødt fighternatur, andre lader sig lettere slå ud. Forskelle i f.eks. under hvilke omstændigheder man mister, i hvilken livsfase man mister og hvordan ens psykiske habitus er tilgodeses ved, at man kan være med i sorggruppen så længe man føler behov.

Som nævnt kan sorg ikke meningsfuldt defineres som andet end det det sørgende menneske selv føler. Sorgen kan være lige så stor over at miste sit barn i 20' uge som i 32' uge. Enhver hjælp må derfor tage udgangspunkt i, hvad det enkelte menneske selv føler.

Det har vist sig vanskeligt at realisere ønsket om at sorggruppemøderne skal kunne afholdes hele året uden afbrydelser, fordi en eneterapeut, som alle andre, kan blive syg, skulle på ferie, deltage i efteruddannelse eller lignende. Det har derfor været et stort skridt i retning af at fastholde kontinuiteten i sorggrupperne, at jordemoder Pia Weng er blevet tilknyttet sorggruppearbejdet som co-terapeut, og kan fastholde kontinuiteten i gruppearbejdet, når Charlotte Grumme af den ene eller anden grund ikke kan være tilstede.

Om at skabe kontakt

Procedure

Proceduren for henvisning til sorggrupperne er, at den jordemoder fra fødegangen eller den sygeplejerske fra gynækologisk afdeling der har været involveret i forløbet sender en mail til Charlotte Grumme med oplysninger om navn, fødedato, telefonnummer og eventuelt en kort forløbsbeskrivelse.

Charlotte Grumme kontakter en uges tid efter dødsfaldet kvinden/parret pr. telefon. Når der skal gå et lille stykke tid efter hjemkomsten skyldes det for det første, at kvinden/familien den første uge er optaget af allehånde nødvendige gøremål, kontakt til familie og venner, stillingtagen til begravelse, selve begra-

velsen m.v. og for det andet at sorgen ofte "kommer bagfra" og er lidt tid om at "indhente" kvindens/familiens realtid.

I samtalen – som også er en omsorgssamtale – fortæller Charlotte Grumme om sorggruppen og inviterer til deltagelse i møderne.

Alle er umiddelbart glade for opringningen og de fleste er interesserede i at modtage tilbuddet om at deltage i en sorggruppe. De får at vide hvor og hvornår det næste sorggruppemøde holdes samt får tilsendt en pjece (se bilag 7) om sorggruppen.

Andre giver udtryk for at de ikke tror en sorggruppe er nødvendig. Da tilbuddet på ingen måde skal presses ned over kvinden/familien er det adækvate – og sædvanlige – svar f.eks.: "Det lyder da dejligt, det er nu heller ingen naturlig at man skal gå i sorggruppe, dejligt hvis du/I har et netværk der kan støtte jer, men hvad ville du sige til om jeg lige ringede om en fjorten dages tid, og lige hørte hvordan du har det, ville det være OK." Reaktionen på dette har aldrig været afvisende, men tværtimod et "Ja tak, det ville da være dejligt". Når så de fjorten dage er gået og kvinden bliver ringet op igen, er det ofte sket, at hun siger, at hun troede hun kunne klare det alene sammen med min mand, men at det alligevel ikke var nok og at hun/parret meget gerne vil have hjælp, så de har besluttet sig for at komme næste gang.

Efter telefonsamtalen fremsendes en folder med informationer om sorggruppen samt angivelse af tid og sted for næste sorggruppemøde.

Diskussion

Det har været diskuteret, om kvinden eller hendes partner skulle give tilladelse til at jordemoderen/sygeplejersken sender besked til Charlotte Grumme om dødsfaldet, og enkelte jordemødre har tilkendegivet, at de finder det uetisk at sende oplysninger videre uden kvindens/partnerens tilladelse. Uanset det principielt rigtige i at informere/indhente accept er det netop i krisituationer ikke hensigtsmæssigt og kan måske direkte vise sig at være i modstrid med kvindens/familiens interesse.

Et menneske i chok/krise kan normalt kun håndtere få helt konkrete og nærværende spørgsmål. Abstrakte eller fremtidsorienterede spørgsmål ligger så at sige ikke indenfor et kriseramts menneskes forståelses- eller beslutningssfære. En kvinde/partner der mister et barn skal derfor ikke spørges om ret meget, ja de skal faktisk kun spørges om det allermest nødvendige, de spørgsmål som absolut ikke kan vente, f.eks. Akillessenebiopsi/obduktion. Den omsorg omgivelserne skal give, er at tage ansvaret for at informere og meddele sig konkret og relevant, f.eks. skal parret ikke spørges om personalet må viderebringe oplysninger til Charlotte Grumme, men de kan informeres med f.eks. "Vi plejer altid at give den jordemoder der har sorggruppen besked, I vil høre fra hende" eller sådan noget lignende.

Selve telefonsamtalen foregår altid fra hjemmet. Det er alvorlige samtaler så der skal være god tid og ro omkring den. Den kan derfor ikke foregå fra et kontor i afdelingen med idelige forstyrrelser, eller når man har vagt og har andet at

se til. Det er vigtigt at der er god tid. Nogle har brug for at snakke længe, andre kortere tid, men i gennemsnit er samtalens længde vel en 20-30 minutter.

Selv de der fra starten siger fra og ikke har brug for at komme i en sorggruppe, er glade for at blive kontaktet, og sædvanligvis aftales det, at de bliver ringet op igen om et par uger for at høre om de fortsat klarer sig eller måske nu har behov for at deltage i en sorggruppe. Hvis de fortsat klarer sig fint selv, bliver de afsluttet, og modtager ingen yderligere henvendelser. Og selv om de stadig ikke er interesserede i at deltage i gruppen, er de altid glade for opringningen og den omsorg de føler ved at blive ringet op.

Erfaringen er, at flere ved andet opkald alligevel mærker behovet for at være i en gruppe, for, som mange siger: "Nu er mine omgivelser ligesom ikke så interesseret i at tale om det længere, så det er nok en god ide at gå i en gruppe med ligestillede og tale om det".

Sammenfattende er erfaringen at de anvendte kontaktformer ikke i et eneste tilfælde har givet anledning til at nogle har følt sig forulempet eller på anden måde har været utilfredse med at blive kontaktet. Alle tilkendegiver stor tilfredshed og glæde ved at blive kontaktet, og følt at der var nogen der tog hånd om dem.

Arbejdet i grupperne

Formål

Arbejdet i sorggrupperne kan anskues som en sorgfrigørelsesproces. Formålet er at bearbejde chokket og sorgen på en sådan måde, at det bliver muligt for kvinden/forældrene at gå videre i livet med et minde som, selv om det vil blive ved at smerte, også er fyldt med glæde.

Grundkonceptet

Selve sorggruppekonceptet tager sit udgangspunkt og har grundlag i deltagerens aktive bearbejdning af deres følelser og er lagt til rette som individuel terapi i en gruppekontekst. Hver enkelt kommer "på" og modtager individuel terapi i gruppen. Pointerne ved dette set-up er, at der på den ene side bliver taget hånd om den enkelte, samtidig med at dennes historie og reaktioner af tilhørerne indsættes og bearbejdes i tilhørernes egne følelser, fantasier og tanker. Det der således sker når én er på, er, at de lyttende arbejder med på deres indre nethinde, således at alle i praksis "arbejder" terapeutisk på den ene eller anden måde.

Tid

Grupperne mødes hver anden onsdag i 3½ time. De første 2½ time er med terapeut, den sidste time er gruppedeltagerne alene uden terapeut.

Den terapeutfri time er vigtig, fordi den giver deltagerne mulighed for at tale utvunget med hinanden og bidrager dermed til at den enkelte så at sige får mulighed for at få sig "talt-sig-ud" af gruppen, og gøre sig klar til at vende tilbage til den almindelige verden. Det har vist sig, at gruppemedlemmerne ofte bliver i længere tid, end den time der er aftalt. Dette kan kun tolkes som at deltagerne føler behov for blot at kunne tale med andre mennesker i samme situation som

dem selv. Dette fremgår også af at flere af gruppemedlemmerne danner netværk, mødes privat, arrangerer skovture, går på café, mailer sammen, og i det hele taget danner fællesskaber.

Regler

Der er visse "regler" i gruppen: Når man er startet, kommer man til alle møderne (hvis man - hvad naturligvis kan ske - er forhindret i at komme til et møde, ringer man om morgenen, så alle ved, hvem der deltager). Når man skal til at slutte, siges det til mødet gangen inden, således at alle kan forberede sig på at et medlem slutter og man kan sige ordentligt farvel. Om selve indholdet i gruppemøderne, se senere.

Hvis én i gruppen af personlige grunde må gå før tiden, meddeler de det allerede ved starten af gruppemødet.

"Runden"

Terapeuten styrer en "runde", det vil sige at alle "kommer på" - alle får talt. Tidsfaktoren spiller en rolle og terapeuten er ansvarlig for, at tiden fordeles, om end ikke ligeligt på minutter, så dog således at alle stort set får lige meget tid.

Terapeuten vurderer individuelt hvad der skal til, for at den enkelte kommer lige et par skridt videre. Skal der skrives breve til det døde barn? Skal der laves album og mindekasse om det døde barn? Eller, er dødsfaldet så nyligt, at det der skal til blot er menneskelig og kærlig omsorg, så kvinden/parret kan få lov til at tale om det døde barn?

Terapeutiske teknikker

Det er meget forskelligt hvilke psykoterapeutiske teknikker der skal anvendes, men de skal under alle omstændigheder tilpasses den enkelte, således at hver eneste menneske, både bliver mødt der hvor han eller hun er, dels får et "lille skub" fremad i den retning der hedder "at få det bedre". Så den overordnede "teknik" er kombinationen af blide "skub" og individuelle hensyn.

De direkte terapeutiske samtaler suppleres med undervisning af alle f.eks. ved at særlige emner eller detaljer almindeliggøres, generaliseres eller perspektiveres, således at alle føler sig undervist/taget vare på.

Essensen af sorgarbejde i gruppe - at kunne dele sine følelser og tanker med andre er afgørende for personlig vækst.

Breve og fotos

En af metoderne i gruppen er, at den enkelte skriver breve til sit døde barn. I starten breve om hvad drømmene og håbet og længslen var for barnet, for langsomt at ende op med at skrive et "farvelbrev" til det døde barn. Formålet er at få kvinden/familien til at tage afsked med deres barn, idet dette er en væsentlig forudsætning for at kunne sige rigtigt "goddag" til det næste barn.

Mange vander sig ved tanken om at skrive et farvelbrev til deres døde barn, men erfaringen er, at når de får skrevet det (og ment og følt det) sættes de så

at sige fri, og kan se fremad mod et nyt barn. Som én sagde en dag i gruppen (til nogle nye deltagere) "Ja, så skal I også en dag skrive det famøse farvelbrev, og jeg siger jer, jeg strittede så meget imod og det var så svært både at skrive og læse det højt, men da jeg endelig fik det gjort, så følte det bare så rigtigt og så fik jeg en indre følelse af, ja, nu kan jeg glæde mig til det næste barn". Smukkere og mere rigtigt kan det næppe siges.

Farvelbrevet bliver skrevet hjemme, og derefter læst op i gruppen. Selv når brevet er skrevet kan der være lang vej til at læse det op. Tit skal der tilløb til. Nogle skriver det og har det med i tasken. Først når de bliver tilskyndet til det, tager de måske op af tasken og sidder med det i hånden. Næste eller måske næste gang igen, kan de lukke det op og læse det højt.

Deltagerne har desuden billeder med af deres døde barn. Også billederne kan det være svært at "vise" frem. Her bruges samme teknik som ved farvelbrevet: "Sid du bare med dit billede med dit lille døde barn i hånden...", og så tager de det frem og viser det til de andre, når de er parate.

At vise andre et billede af sit døde barn, giver for det første den gevinst, at man har "vidner" på sit barn (det er der jo ikke så mange der har, til forskel fra andre der dør og som mange måske kender og kan tale med om) for det andet så kan andre beundre det døde barn, se ligheder, "Av, jeg kan godt se den lille næse ligner..." eller "Sikke lange fingre, det er ligesom dine..." og så videre. Mange i gruppen har oplevet at andre i deres almindelige omgangskreds har sagt nej tak til tilbuddet om at se et billede af deres døde barn. Afslagene virker sårende og gør dem kede af det. Derfor er det vigtigt at de i gruppen har billeder med af deres døde barn, så de sammen med andre kan glæde sig over deres dejlige barn.

Deltagerne tilskyndes endvidere til at samle alt hvad de har fra det døde barn, det være sig journaler, scannerbilleder, breve fra venner og familie samt hvad der ellers måtte være af ting der bærer minderne med sig. Man har jo så kort tid og så få minder om det døde barn, så det gælder om at samle så meget sammen som muligt. Dette, samt alle de breve der skrives på vej til "farvelbrevet", udgør de røde tråde i det terapeutiske arbejde. Tråde der efterhånden samles til livstråde der fører ud af skyggeriget.

Kvinder og par

De fleste deltagere i grupperne er kvinder alene. En mindre del har deres partner med. Partneren falder ofte fra efter et par uger, på grund af at barselorloven er forskellig fra kvinde til partner og partneren derfor skal genoptage sit arbejde, hvilket gør det vanskeligt at deltage i gruppemøderne, idet de jo ligger indenfor almindelig arbejdstid.

I arbejdet med de par der består af såvel kvinde som partner er det vigtigt at være opmærksom på de forskelle der er på at være kvinden der har været gravid og født og være hendes partner. Begge kan være både kede af det og ulykkelige, men deres reaktioner er forskellige. Den ene har båret barnet, har været bombarderet med hormoner og både fysisk og psykisk været indstillet på at skulle være moder, den anden har "stået på sidelinjen". Det giver forskellige re-

aktioner som det er vigtigt at respektere. Dette "undervises" der i, fordi det er vigtigt for begge parter at forstå og respektere hinandens forskellighed, således at forskelligheden ikke bliver til konflikt.

"Hvem mister, hvad, hvordan og hvornår"

"Hvem mister, hvad, hvordan og hvornår" er vigtige spørgsmål, når man skal hjælpe mennesker der har mistet. Er det f. eks. en ung kvinde på 22 år der mister et barn i 17' uge, eller er det en kvinde på 46 år der har knoklet i årevis for at blive gravid som mister sit lille barn? Ikke at vi her skelner imellem, hvem der er "mest-ked-af-det" for sorg kan ikke gradbøjes, men det enkelte menneskes situation og livs-fase-sted er i allerhøjeste grad afgørende for, hvorledes forskellige mennesker reagerer på og bearbejder tabet af et lille barn.

Vi mennesker fødes med forskellig psykisk habitus ligesom vi gennem vort liv har udviklet forskellige strategier til at håndtere modgang og medgang. Nogle er født sådan "tumlingeagtigt" de rejser sig op når de er blevet lagt ned, andre er præget af en mere "depressiv" forholdelsesmåde og har sværere ved at rejse sig ved modgang. Den ene reaktionsform er ikke mere rigtig eller forkert end den anden, de er bare forskellige. I sorggruppen er der, fordi gruppen og den enkelte deltagers deltagelse er "open-ended" mulighed for at arbejde med - og tage hensyn til - disse forskelligheder. Nogle er i gruppen i kort tid, andre i lang tid.

Marianne Davidsen-Nielsen & Nini Leick formulerer nogle mulige konsekvenser af uerkendt forskellighed i "Den nødvendige smerte" således: "Et barns død er en stor belastning for et parforhold. Enten bringer sorgen forældrene tættere sammen, eller det får dem til at glide fra hinanden, ofte med skilsmisse til følge. Et af problemerne hos et par der mister et barn er at forældrene ofte sørger på forskellig måde. Eksempelvis er det almindeligt at manden føler at han må være stærk og handle for at tage sig af familien. Han udskyder måske sin sorg eller viser den andre steder end sammen med hustruen. Dette kan resultere i kritik fra hustruen om at han ikke sørger tilstrækkeligt eller på den rette måde. Parterne har ofte svært ved at acceptere at de ikke har lidt det samme tab, men at de havde hver deres forhold til det døde barn og derfor har mistet noget forskelligt. Det kan også være svært for dem at acceptere at de ikke er samme sted i deres adskilleelsesproces, og dette kan igen føre til gensidig kritik."

Omstændigheder ved barnets død

Omstændighederne ved tabet kan også spille en afgørende indflydelse på den psykiske reaktion.

Er det en kvinde der hjemmefra har mærket liv, er til terminen og glæder sig til fødslen, som kommer ind på fødeafdelingen, hvor jordemoderen hører hjertelyden, hvorefter hun føder et dødt barn? Eller er det en kvinde der ikke har mærket liv, efter et par timer får stillet diagnosen foetus mortus, og som så er tre-fire dage om at få veer og føde?

Er det et sygeligt kromosomsvar der medfører at parret vælger en provokeret abort, eller er det et par, hvor kvinden får en pludselig blødning og derefter går i fødsel?

Også måderne at modtage patologernes svar på er forskellige. Nogle synes at det er trøstende at "der var noget galt" med barnet, andre vil helst have et "der var ingen forklaring" på dødsfaldet.

Endnu engang: Mennesker er mennesker og sorg er sorg, der kan derfor ikke siges noget om, hvem der sørger mest, men det er vigtigt at kunne tage hensyn til forskellighederne. Netop forskellige oplevelser som de ovenfor beskrevne viser sig i terapiarbejdet i grupperne.

Farvel

Når den enkelte føler sig parat til at gå ud af gruppen, meddeles det til gruppen gangen før, således at alle kan indstille sig på at sige farvel. Det er jo det vi gør i gruppen, siger farvel.

Evaluering

Om evalueringen

Når deltagere fra gruppen føler sig klar til at forlade gruppen opfordres de til at udfylde et evalueringsskema.

3 åbne spørgsmål

Evalueringsskemaet består af 3 åbne spørgsmål:

- Hvad synes jeg/vi har været godt?
- Hvad ville jeg/vi gerne have haft mere af?
- Hvilke forslag har jeg/vi som kunne gøre sorggruppen bedre?

Spørgsmålene er formuleret som åbne brede spørgsmål, fordi vi i evalueringen er interesserede i at opfange bredden og variationen i deltagernes oplevelse af sorggruppeforløbet. Præcise spørgsmål og formuleringer er ikke hensigtsmæssige, bl.a. fordi evaluator så på forhånd kommer til at definere indenfor hvilket genstandsfelt svarene kan komme og dermed "tvinger" bestemte forståelsesformer nedover respondenterne. Eller for at sige det mere populært, så kan følelser og oplevelser ikke måles med målebånd eller termometer.

Ikke alle har besvaret spørgsmålene direkte, men har afleveret mere frie fremstillinger. Disse indgår i den "Sammenfattende opsummering af svarene fra evalueringen" (se nedenfor), men ikke i de mere "udpindede" opgørelser (s. 19-21).

Deltagere og svarprocent

Evalueringsskemaerne har ikke været brugt fra starten, hvorfor det kun har været muligt for 20 deltagere at udfylde evalueringsskemaet (ud af den samlede population på 48 har 8 ikke været i gruppen, en del forlod gruppen før evalueringerne blev iværksat og en del er fortsat i en af sorggrupperne og har derfor ikke kunnet afgive en slutevaluering). Ud af de 20 mulige respondenter har 14 udfyldt skemaet, mens 4 har afgivet andre former for skriftlige besvarelser. Svarprocenten er således 90%. Denne høje svarprocent kombineret med vort

kendskab til gruppemedlemmerne gør, at vi vurderer svarene som pålidelige og gyldige.

Sammenfattende opsummering af svarene fra evalueringen

Nedenstående er et forsøg på - i generelle træk - at opsummere nogle af de svar, der er fremkommet gennem evalueringen.

Deltagerne er yderst imødekommende overfor evalueringsskemaet, og gennemgående er svaret på, "Hvad synes jeg /vi har været godt?", at hver enkelt "føler sig hørt, draget omsorg for og ledt på vej til igen at se håb og dermed kunne møde fremtiden".

Der udtrykkes taknemmelighed over at blive kontaktet, især fordi omsorgen fra omverdenen efterhånden bliver mindre. Alle udtrykker glæde over at "møde ligestillede, især når omverdenen ikke længere kan rumme sorgen", og ligeledes glæde over at kunne vise billeder af sit døde barn og mærke en oprigtig interesse og omsorg fra de andre deltagere i gruppen.

Sorggruppen er ligeledes "et rum, hvor alle følelser er tilladte", og "sorggruppen er rummet, hvor man taler om sit døde barn", - og måske det eneste sted.

En bearbejdelse af sorgen kan kun foregå sammen med andre. "De "nye" deltagere kan her spejle sig i de "gamle" og se, hvor langt de "gamle" er nået i deres sorgbearbejdelse mod heling og at gøre sig fri af sorgen. Det giver håb!"

Det terapeutiske arbejde giver deltagerne "redskaber til at bearbejde sorgen", og deltagerne udtrykker også "at kunne bruge disse redskaber til håndtering af sorg i det hele taget".

På spørgsmålet om, "Hvad ville jeg/vi gerne have haft mere af?" er det generelle svar: "mere tid i sorggruppen til sorgbearbejdelse". Der udtrykkes ønske om/behov for at "mødes oftere, dvs. en gang om ugen", samt ønske om mulighed for "konsultationer med psykolog, terapeut, socialrådgiver" og lign.

Der udtrykkes følelser som forargelse, at være rystede over, at der ikke gives akut krisehjælp i forbindelse med at miste et barn. Oplevelsen af, "midt i en krise at være overladt til at sig selv" medfører behov for hjælp til sorgbearbejdelse. Deltagerne opfordrer derfor til, at sygehuset stiller med "akut bistand fra psykolog og/eller socialrådgiver umiddelbart efter tabet". At miste et barn kræver, at man forholder sig til situationer, man i virkeligheden har modstand mod, og der er hermed behov for hjælp..... "terapi ER altså nødvendigt".

Der er stort behov for at "sorggruppemøderne ikke aflyses i forbindelse med afvikling af ferie, kurser etc., og at der indsættes en vikar".

Under punktet: "Hvilke forslag har jeg/vi til at kunne gøre sorggruppen bedre?" udtrykkes behov for at udvide sorggruppen til senere på aftenen, så mænd og de, der er påbegyndt arbejde har bedre mulighed for at deltage. Der er et generelt ønske om mere tid til den enkelte og derfor foreslås flere og mindre grupper, evt. kønsopdelte.

At forlade sorggruppen er samtidig et farvel til "rummet, hvor der ydes omsorg og hjælp til sorgbearbejdelsen". Der udtrykkes ønske om ressourcer til "opfølgning på de, der har sagt farvel til sorggruppen". - Et ønske om at blive kontaktet for at høre, om det er lykkedes vedkommende at gøre sig fri af sorgen over det døde barn.

Diskussion

Sammenfattende udtrykker deltagerne behov for endnu bedre betingelser for sorgarbejdet.

Der er et stort ønske om, at der umiddelbart efter fødslen stilles krisehjælp til rådighed fra hospitalets side.

Deltagerne er taknemmelige over at blive kontaktet mhp at deltage i sorggruppen. Her møder deltagerne ligestillede, og sorggruppen beskrives som rummet, hvor alle følelser er tilladte, - stedet, hvor man taler om det døde barn, viser billeder af sit døde barn, oplever oprigtig interesse og føler sig rummet i og draget omsorg for.

Når man mister et barn, er behovet for omsorg stort. Derfor appelleres til ikke af aflyse i forbindelse med ferie, kurser etc.

Dette ønske er allerede imødekommet, idet sorggruppen fra 18/4 2007 varetages af 2 jordemødre, den ene med uddannelse i psykoterapi bl.a. med fokus på tab og traume, den anden i gang med uddannelse inden for dette område. Ved nu at være 2 jordemødre til stede, bliver sandsynligheden for aflysning mindre.

Til slut er der et behov for ikke at blive glemt. At forlade sorggruppen er samtidig et farvel til rummet, hvor man oplever omsorg og samvær med ligestillede. Derfor udtrykkes et ønske om opfølgning i form af at blive kontaktet og spurgt, hvordan det går, - gerne flere gange, indtil vedkommende har været processen igennem og oprigtigt kan sige: Jeg har gjort mig fri af sorgen.

Evalueringssvarene – pindet lidt ud

Mere systematisk opgjort peger evalueringerne på en række hovedsvar på de tre overordnede evalueringsspørgsmål. De refererede svar/udsagn kan findes i forskellige formuleringer i evalueringerne (se bilag 8, 9 og 10⁴). Svarene er rimeligt repræsentative, selv om en række svar kun er formuleret af enkelte deltagere.

Spm. 1: Hvad synes jeg/vi har været godt?

(jf. bilag 8)

En række svar beskæftiger sig med de organisatoriske forhold:

- At det er godt at sorggruppen er der.
- At vi kunne komme i gang så hurtigt efter, at vi havde mistet.

⁴ Bilag 8: Hvad synes jeg/vi har været godt?

Bilag 9: Hvad ville jeg/vi gerne have haft mere af?

Bilag 10: Hvilke forslag har jeg/vi som kunne gøre sorggruppen bedre?

- At Du kan komme lige så længe Du vil.

Andre svar forholder sig til gruppen som gruppe:

- At man føler sig velkommen i gruppen.
- At man kan fortælle uden at forklare, fordi alle er i "samme" situation.
- At tale med andre forældre til døde børn.

Og endelig er der en række svar de reflekterer de psykologiske dimensioner:

- At føle at blive lyttet til og forstået 100%.
- At det er dejligt og lettende at spejle sig i de andre.
- At man fik følelsen af forståelse og accept.
- At tænke på at sorgen er en normal reaktion.

Diskussion

De organisatoriske rammer – og de ressourcer der stilles til rådighed – har naturligvis afgørende betydning for hvilke ønsker man kan imødekomme i sorggrupperne.

De ønsker kvinderne/familierne har kombineret med sorggruppeterapeuternes/Hvid-ovre Hospitals ønske om at give kvinderne/familierne maksimal støtte og omsorg er søgt sammenfattet og systematiseret i de "Sorggruppemodeller med relevante variable" der vil blive fremstillet senere i rapporten.

Udsagnene om sorggruppen som sådan er grundlæggende meget positive. Der bliver dog peget på en enkelt episode som uheldig (en deltagers noget fremfærd) og der fremkommer et par forslag til mindre praktisk forbedringer.

Det psykologiske indhold og ledelsen af sorggrupperne får luttet positive kommentarer, idet der lægges vægt på medmenneskeligheden og den høje faglige standard.

Spm. 2: Hvad ville jeg/vi gerne have haft mere af? (jf. bilag 9)

Der er stor tilfredshed med arbejdet i grupperne og terapiens professionelle standard.

De ønsker der formuleres vedrører alle de organisatoriske rammer:

- Mere tid.
- Sorggruppe en gang om ugen.
- Overskuelige grupper.
- Bedre normering.
- Mere terapeuttid.
- Aftenmøder.

Diskussion

Det mest fremtrædende træk er kvindernes/familiernes behov for at grupperne er af begrænset størrelse, at der er bedre tid til det enkelte møde, at møderne holdes en gang om ugen, at der bliver muligheder for møder sen eftermiddag/aften og at der bliver mulighed for individuelle konsultationer.

Spm. 3: Hvilke forslag har jeg/vi, som kunne gøre sorggruppen bedre? (jf. bilag 10)

Også mht. forslag til forbedringer rangerer forbedringer af de organisatoriske rammer højst:

- At der var ressourcer til sorggruppemøde en gang om ugen.
- At gruppen ikke bliver for stor.
- At grupperne højst består af forældrene til 4-5 børn.
- At lave opfølgning på de par som stopper i gruppen f.eks. ½ år efter (pr. tlf./brev) for at høre om de klarer sig godt.
- At sorggruppen ikke holdt ferie.
- At sorggrupperne lå om aftenen eller bare efter arbejdstid.
- Sorggrupper burde være ét tilbud blandt andre.
- Individuel terapi ER altså nødvendig.
- Krisehjælp, når et barn dør.

Vedrørende selve arbejdet i grupperne, foreslås:

- At dele mænd og kvinder op udvalgte steder i forløbet..
- At der blev spurgt mere ind til ens inderste tanker og følelser.

Endelig er der enkelte forslag der vedrører forskellige andre forhold:

- En lille folder om gruppen med telefonnumre, så man kan ringe og spørge om noget eller aflyse.
- At mændene holdt mere konsekvent på, at de skulle have fri fra arbejde til at gå i sorggruppe hver 14' dag.

Diskussion

De fleste forslag angår tids- og ressourcemæssige rammer. Man ønsker helt generelt at der afsættes mere tid og flere ressourcer til sorggruppearbejdet.

For selve gruppearbejdets vedkommende er der forslag om lejlighedsvis kønsopdeling (hvilket allerede praktiseres i et vist omfang) og at der bliver tid til at stille mere dybdegående spørgsmål.

Den ønskede folder eksisterer allerede og spørgsmålet om mændenes arbejdstider må siges at ligge udenfor hospitalets faglige domæne og kompetenceområde.

Perspektiver for familierne

At miste et barn er en af de mest rystende begivenheder et menneske kan komme ud for. Et barn er jo ikke "bare" et andet menneske. Mit barn er MIT menneske i dybeste forstand.

En kvinde eller en familie der mister et barn bliver ramt på alt det der er det inderste og yderste, fortid og fremtid, det højeste og det mest jordbundne.

Ingen kvinde eller familie glemmer nogensinde den sorg og livsangst der knytter sig til at miste deres barn.

Derfor er det nødvendigt at yde den maksimale bistand for at bringe livet videre for disse mennesker.

En sorggruppe er et godt skridt, men som det er fremgået af denne rapport og især af deltagerevalueringerne, er det ikke tilstrækkeligt.

Vores opgave som hospital, som jordemødre, som terapeuter er i denne sammenhæng at yde den optimale bistand og den maksimale omsorg.

Selv da er der ingen garanti for, at alle der har mistet et barn kommer "ud på den anden side" med en velintegreret sorg. Men vore erfaringer viser, at det er muligt at hjælpe mange til et liv som de synes er værd at leve - og til en fremtid hvor de igen tør ønske at få et barn.

Der er stadig meget der kan gøres bedre. En række tilbud kan forbedres og en række nye initiativer kan tages. Men først og fremmest bør vi indrette indsatsen på, at imødekomme den mangefold af hjælp, som de der har lidt tabet beder om.

Hvis vi fra Hvidovre Hospitals side yder det ypperste, vil mange forældre, selv om de ikke kommer sig over sorgen, føle at der er ydet dem ægte menneskelig omsorg og hjælp.

Perspektiver for Hvidovre Hospital

Hvidovre Hospital er nu et landets to største fødesteder. Det forpligter. Ikke bare vedrørende den fysiske del af behandlingen, men lige fuldt af den psykiske.

Hvidovre Hospital bør forpligte sig til at være "second to none" vedrørende fødsler fra undfangelse til liv - og undertiden død.

Hvidovre skal gerne have ry for at gøre umenneskeligt meget for at være medmennesker der yder det optimale for enhver patient - og ikke mindst for dem der har det sværest.

Sorggruppen er en lille brik i den ambition.

Nu, før og fremover

Det første år har givet os en række erfaringer, som vi har beskrevet i det foregående. Vi ønsker at disse erfaringer skal anvendes til yderligere at udvikle omsorgen for kvinder/familier der har mistet et barn.

Om professionalisme, ressourcer og organisation

På nuværende tidspunkt er sorggruppearbejdet meget personafhængigt. Det skal imidlertid ikke glemmes, at en god håndsrækning til de mennesker der har lidt et tab har en række specifikke faglige, ressourcemæssige og organisatoriske forudsætninger der i princippet er personafhængige.

Som til ethvert andet arbejde kræves der såvel erfaringsballast som uddannelsesrigdom. Omfattende erfaring som jordemoder og gennemførelse af anerkendte terapeutiske uddannelser. Hvidovre Hospital må derfor støtte interesserede jordemødre i at dygtiggøre sig terapeutisk, hvilket ikke blot vil være til gavn for de kommende sorggrupper, men til glæde for det daglige arbejde på afdelingerne.

Ressourcer er ikke bare penge. Det er det også. Men i et sundhedssystem er de egentlige ressourcer de mennesker der er i systemet. Som hjælpere eller som hjælpsøgende. Ambitionen for et sundhedssystem må altid være at helbrede, lindre og forebygge. Ambitionen må også være at betragte alle mennesker som hele mennesker og ikke blot som specialer af den ene eller anden art. I sorggrupperne har vi delt disse ambitioner med det øvrige sundhedspersonale.

Organisation er nødvendig. Men man kan skabe frigørende eller kvælende organisationer. I frigørende organisationer undgår man overorganisation, fordi målet er at frisætte den kreativitet, energi og livstro der er forudsætningen for udvikling, fornyelse og engagement. I sorggrupperne er vi blevet støttet til at udføre arbejdet optimalt indenfor de mulige rammer. Og vi har nydt den tillid der har gjort os til den bedste udgave af os selv.

Denne rapport er vores "kvittering" for den støtte og tillid vi har fået.

Modeller

De erfaringer vi har indhøstet har vi valgt at illustrere ved en række modeller der spejler en række forskellige betingelser for at udføre sorggruppearbejdet.

I hhv. "Sorggruppemodeller med relevante variable" (bilag 11) og "Oversigtskemaer over modeller" (bilag 12) fremstilles en række forskellige handlinger/initiativer/konsekvenser af følgende 4 hovedmodeller:

- En optimal model
- Den nuværende model
- Reduceret model I
- Reduceret model II

Modellerne er udarbejdet med udgangspunkt i de normeringer der har været/er gældende samt i normeringer der har været diskuteret.

Alle fire modeller opfylder følgende krav:

- Tilbud om deltagelse i sorggruppe
- Åbne sorggrupper med løbende indtag
- Hurtig kontaktprocedure

Svagheder ved den nuværende model

Den nuværende model er på mange måder tilfredsstillende. "Svaghederne" bliver derfor den manglende opfyldelse af fire væsentlige ønsker fra de hidtidige sorggruppedeltagere:

1. Hyppigere gruppemøder – helst én gang om ugen.
2. Individuelle konsultationer med terapeuten.
3. Et sorggruppehold sen eftermiddag/tidlig aften.
4. Opfølgning på deltagerne en passende tid efter de har forladt sorggruppen.

Herudover skal peges på forventningen om, at kvinder der har deltaget i sorggruppen og bliver gravide igen, fremover skal knyttes til "Specialgruppen", der bl.a. forestår en udvidet svangeromsorg og fødselsforberedelse.

Svagheder ved de reducerede modeller

Reduceret model I's væsentligste svagheder er:

- Modellen udelukker realiseringen af de initiativer de hidtidige deltagere har ønsket (se ovenfor).
- Sorggruppen holder lukket i sommertiden.
- Sorggruppen skal fungere alene indimellem.
- Nye gruppedeltagere kommer undertiden til at vente ganske længe på at komme i gang.

Reduceret model II's væsentligste svagheder er:

- Brud på kontinuitet og stabilitet p.g.a. terapeutens fravær ved sygdom m.v.
- Sorggruppen holder lukket i terapeutens ferier.
- Sorggruppen skal fungere alene indimellem.
- Nye gruppedeltagere kommer undertiden til at vente ganske længe på at komme i gang.

Den optimale model

Den optimale model er udtryk for de ønsker der kunne være til den ideelle sorggruppe på det nuværende videns- og erfaringsniveau.

Udover den praksis den nuværende sorggruppe har indenfor de eksisterende ressourcemæssige rammer, kan der peges på:

- Sorggruppemøder én gang om ugen.
- Individuelle konsultationer med terapeuten.

- Et sorggruppehold sen eftermiddag/tidlig aften.
- Opfølgning på deltagerne en passende tid efter de har forladt sorggruppen.
- De kvinder der har deltaget i sorggruppen knyttes til "Specialgruppen" for kvinder der tidligere har mistet et barn
- "Specialgruppen" forestår en udvidet svangeromsorg og fødselsforberedelse for de kvinder fra sorggruppen der bliver gravide igen
- Hjemmeside, hvor sorggruppedeltagerne kunne skrive sammen, og hvor terapeuterne svarede/kommenterede
- Fysiske aktiviteter, fysioterapeut
- "Emergency-mobiltelefon"
- Særlige - og særligt hyggeligt indrettede - lokaler til sorggruppemøderne
- Mulighed for at give blomsterbuketter til deltagerne, når de forlader gruppen
- Frie Kleenex-servietter
- Fri kaffe og te til møderne

Sådanne initiativer vil medvirke til at Hvidovre Hospital kommer til at repræsentere "state-of-art" m.h.t. genuin omsorg for og hjælp til kvinder/par der har mistet et barn.

Det er det, vi har ønsket at bidrage til ved denne rapport om sorggruppernes første år på Hvidovre Hospital.

Slutteligt vil vi gerne rette en tak til Charlottes mand, cand. psych. Ove Lund, for hans store hjælp til udformningen af denne rapport. Vi har naturligvis fortsat det fulde ansvar for rapportens indhold.

17. juli 2007

Charlotte Grumme

Pia Weng

Litteratur

Berggren, Grete (1992)

Fødselsdepression – en beretning
Frydenlunds Socialserie

Berggren, Grete (red.) (1994)

Den skjulte lidelse
Frydenlund

Brodén, Margareta (2004)

Graviditetens muligheder
Akademisk Forlag

Daidsen-Nielsen Marianne & Nini Leick (2. udgave, 2001)

Den nødvendige smerte
Gyldendals Bogklubber

Dyregrov, Atle (1996)

At tage afsked
Hans Reitzels Forlag

Dyregrov, Atle (4. oplag 1999)

Sorg hos børn
Dansk psykologisk Forlag

Fyhr, Gurli (1987)

Den forbudte sorg
Komiteen for Sundhedsoplysning

Golemann, Daniel (2006)

Social intelligens
Borgen

Hansen, Anni Schwartz (1983)

Forældre i krise
Social- og sundhedspolitiske Studier

Hansen, Anni Schwartz (1988)

Den usynlige sorg
Hans Reitzels forlag

Hansen, Anni Schwartz (2001)

Jeg savner dig
Gyldendal Uddannelse

Hansen, Bent (2002)

Kommunikation der skaber lederskab
Samconsult

Hendrix, Harville (1999)

Se dit barn som det er

Borgen

Hendrix, Harville (2002)

Kærlighed og samliv

Borgen

Holm, Karsten (1987)

Julie er død

Gyldendal

Jacobsen, Anne (1994)

Børn og sorg

Hans Reitzels Forlag

Jensen, Allis Møldrup (1999)

Tør du se min smerte

Dansk psykologisk Forlag

Lindhardt, Jan & Mogens Stiller Kjærgaard (red.) (1987)

Døden – at sige verden farvel

Munksgaard

Lund, Ove (1988)

Børn og unge som Danmarks bedste råstof

i "Barndom" – børns vilkår og sundhed før og nu (red. Joav Merrick, Peter Skeel

Hjorth, Lene Gården)

Dansk Sygeplejeråd

Madsen, Birgit (red.) m.fl. (2001)

Mit barn døde

Kroghs forlag i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse

O'Toole, Donna (1993)

Marvi Myrebjørn fatter håb

Ørnens forlag

Olesen, Peter (idé og redaktion) (2. oplag 1999)

Min mor døde – min far døde

Kroghs forlag i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse

Rasmussen, Leif Normann (1992)

Sorgomsorg

Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag

Ringsted, Mette Ziemendorf (idé) (2000)

Meget små børn – en beretning om for tidligt fødte børn

Munksgaard

Roug, Pernille (2003)
Marte meo i praksis
Socialpædagogisk Bibliotek

Siegel, Daniel J. m. fl. (2006)
Forældre indefra
Akademisk Forlag

Simon, Jette Sindkjær (2005)
Imago, kærlighedens terapi
Dansk psykologisk Forlag

Yalom, Irvin D. (1999)
Eksistentiel psykoterapi
Hans Reitzels forlag

Bilag

- Bilag 1: Fremmødestatistik 08.06.2006 - 27.06.2007 – ALLE deltagere
- Bilag 2: Fremmødestatistik for perioden 08.06 - 02.10.2006 – før deling i 2 grupper
- Bilag 3: Fremmødestatistik 30.10.06 - 27.06.07 - Børn født før ca. 28' graviditets-
uge
- Bilag 4: Deltagerstatistik 30.10.2006 - 27.06.2007 – Børn født efter 28' uge
- Bilag 5: Antal deltagere fordelt på kursusdage
- Bilag 6: Samlet oversigt over antal dage mellem fødsel og start i sorggruppe for
samtlige deltagere (N = 48)
- Bilag 7: Folder om sorggruppe
- Bilag 8: Hvad synes jeg/vi har været godt?
- Bilag 9: Hvad ville jeg/vi gerne have haft mere af?
- Bilag 10: Hvilke forslag har jeg/vi som kunne gøre sorggruppen bedre?
- Bilag 11: Sorggruppemodeller med relevante variable
- Bilag 12: Oversigtsskema - Hovedvariable ved forskellige sorggruppemodeller