

Stöd och rådgivning underlättar i sorgen

Interventionsprojekt bland äldre nyblivna änkor och änklingar i Göteborg

Efterlevande kan utgöra en riskgrupp för ohälsa och låg livskvalitet, men är trots det en stor, ouppmärksam och eftersatt grupp i samhället vad gäller hälsa och välbefinnande. Sorg är – i sig – inget sjukdomstillstånd. Men sorg kan ge symptom som liknar sjukdom, och i många fall leda till sociala funktionssvårigheter. I vissa fall kan den psykiska stress som sorgen medför framkalla fysisk och psykisk sjuklighet och för tidig död.

Den sörjande upplever i de flesta fall att han eller hon mår sämre, både till kropp och själ. Hos den äldre generationen är det fortfarande ganska vanligt med negativa attityder till att söka professionell hjälp (psykolog/psykiater).

Eftersom psykisk smärta vid sorg ofta tar sig kroppsliga uttryck, söker man i stället somatisk vård, där terapeutiska samtal oftast inte kan ges något större utrymme. I de fall där det onda inte kan definieras och inte låter sig botas, kan läkarbesöken bli många.

Ett flertal studier har visat på ökad sjuklighet, dödlighet, medicin- och alkoholkonsumtion hos änkor och änklingar, särskilt under det första året efter makens/makans bortgång [1-9]. Ät- och sömnstörningar är vanliga. Sänkt stämningsläge, missmod inför framtiden, sämre funktion i det dagliga livet, dålig självkänsla, upplevelser av försämrade tanke- och minnesförmåga, stark ensamhetskänsla och sänkt livskvalitet präglar

den vanliga sorgebilden under det första året efter förlust av make/ maka [10-13].

Den patologiska sorgebilden utmärks av djupa förstämningstillstånd, suicidförsök/-tankar, ökad medicinkonsumtion, kraftig viktminskning, social isolering, svåra skuldkänslor och självförebåelser för dödsfallet [14].

»Håller jag på att bli tokig?«

Oron för de egna reaktionernas normalitet är ibland stor. I synnerhet har de vanligt förekommande förmimmelserna (post-bereavement hallucinations/illusions) av den bortgångne väckt motstridiga känslor av stark ängslan för sinnessjukdom och stor glädje över känslan av att den bortgångne »finns kvar» på något sätt [15-17]. Lugnande besked om förmimmelsernas normala natur har visat sig vara en både enkel och effektiv intervention bland sörjande.

Ofta föregås dödsfallet av långvarig vård i hemmet och på sjukhus, vilket utgör en tröttnande och traumatisk period för make/maka med nattvak och oro [18, 19]. Sjukhuspersonalen känner ansvar för den överlevande partnern, men uppföljningsmöjligheterna är oftast starkt begränsade. Att känna till att den efterlevande inte kan erhålla fortsatt stöd och hjälp i sorgen upplevs ofta som mycket frustrerande av vårdansvariga.

Många nyblivna efterlevande, särskilt kvinnor, tycks oroas för ekonomi, boende och kvarlåtenskap [10]. De praktiska, ekonomiska och juridiska frågeställningarna är många. I en situation där minne, tankeförmåga och koncentration inte fungerar som vanligt är det svårare än tidigare att fatta adekvata beslut [11]. Samtal med äldre sörjande har givit vid handen att det inte är ovanligt att man utsätts för profitörer. Onödigt tragik skulle kunna undvikas med rådgivning.

I USA har med stor framgång funnits bearbetningsgrupper vid sorg, s k widow-to-widow-grupper, som arbetat på volontär/ideell basis [20]. Det innebär att en person som själv upplevt, bearbetat och kommit igenom en sorge-situation tar kontakt med den efterlevande för att erbjuda stöd. Metoden är enkel, naturlig och har visat sig ha god terapeutisk effekt.

SERIE ReHABILITERING

Syftet med föreliggande projekt var att genomföra en forskningsinriktad intervention av efterlevande till terminalt vårdade för att studera konsekvenserna av den stressituation som förlust av make/maka utgör, samt att undersöka anpassningen till situationen som ensamstående (Änkeprojektet). Projektet avsåg även att starta försöksverksamhet med änka-till-änka-grupper, där sörjandestöd ges på volontär basis av andra änkor och änkemän, dvs utan professionellt aktiva.

De olika delmålen var att 1) utveckla och sprida en tvärdisciplinär modell för uppsökande verksamhet; 2) utarbeta instrument för fysisk och psykologisk bedömning av efterlevande; 3) utveckla instrument för vårdpersonal för bedömning av sorgereaktioner; 4) minska personligt lidande hos de sörjande; 5) motverka och behandla fysisk och psykisk morbiditet; 6) underlätta social återanpassning; 7) erbjuda praktisk, ekonomisk och juridisk rådgivning för efterlevande; 8) utveckla informationsmaterial för mål-, anhörig- och vårdgrupper; 9) genomföra en försöksverksamhet med änka-till-änka-grupper; 10) utveckla undervisnings- och informationsmaterial för olika målgrupper, samt 11) utvärdera projektet i termer av välbefinnande, sjuklighet och mortalitet.

Målgruppen var efterlevande till terminalt vårdade patienter på (dåvarande) geriatriska kliniken, Östra sjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Attityden till att delta i projektet registrerades vid första kontakten per telefon och visade sig vara positiv. De 50 deltagarna (39 änkor och 11 änklingar) var mellan 51 och 89 år gamla, med en medelålder på 77 år (för kvinnorna 76 år, männen 81 år). Majoriteten hade varit gifta eller sammanboende länge, i genomsnitt 49 år.

Erbjöds tre hembesök

Vårt erbjudande om stöd innebar tre hembesök av sjuksköterska (cirka en, tre och tolv månader efter dödsfallet).

Författare

AGNETA GRIMBY

med dr, leg psykolog, geriatrik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg.

Under intervjuerna, som utgick från strukturerade frågeformulär, fick den sörjande stort utrymme att själv styra innehållet när känsla och tanke så erfordrade. Samtidigt erbjöds ett årslångt, vidgat stöd och rådgivning från ett team bestående av klinikens läkare, psykolog och kurator. Fysiska, psykiska och sociala förhållanden registrerades, och en rimlig intervention gavs i relation till uppdagade brister och önskemål.

Första kontakten togs som regel fyra veckor efter dödsfallet. Vår sjuksköterska ringde upp, berättade vem hon var, redogjorde för vår uppsökande verksamhet och erbjöd en enklare hälsoundersökning, medicininventering etc i samband med hembesöken.

Medan fyra av fem av de tillfrågade accepterade erbjudandet om hembesök av sjuksköterska och återkommande besök, sade sig mycket färre (en av tio) behöva läkar-, psykolog- och kuratorstöd. Eftersom hembesöken av sjuksköterska tycktes vara den högprioriterade av insatserna utökades sjuksköterskans intervjudel till att omfatta kritiska undersökningsvariabler även från de övriga yrkesgruppernas områden.

RESULTAT

Första hembesöket

– en månad efter förlusten

Hälften kände sig friska men trötta.

Trots diverse besvär kände sig hälften friska men trötta, oftast i förening med sömnbesvär. De vanligaste besvären var av muskuloskeletal art samt från lungor/andningsvägar, nerver och sinnesorgan. Under månaden efter partnerns dödsfall hade över en fjärdedel besökt läkare och lika många hade ökat sin medicinkonsumtion. Nio av tio personer medicinerade; det genomsnittliga antalet läkemedel var 3,6 (för kvinnorna 4,0 och för männen 2,5).

Hälften hade varit närvarande vid dödsbädden. Ingen hade haft make/maka/sambo som dött i hemmet. Majoriteten av de döende var inte kontaktbara i slutskedet, men mindre än hälften av änorna och änklingsarna kände till att medvetlösa kan förnimma tal och beröring. Bara två efterlevande var med och »gjorde i ordning» kroppen. Majoriteten (90 procent) såg den döde på avdelningen för att ta farväl.

De flesta hade också samtalat med sjuksköterska, läkare eller annan vårdpersonal, oftast med flera, innan de lämnat vårdavdelningen. Hälften av de efterlevande hade fått veta den direkta dödsorsaken, 20 procent var osäkra trots information, medan 30 procent sade sig inte ha fått veta dödsorsaken. Oftast var det läkare som givit informationen om dödsorsaken (mest cancer- och hjärtsjukdom).

FOTO: MAGNUS GOTÅNDER

FOTO: MAGNUS GOTÅNDER

Sjuksköterskans intervention mångfasetterad. Enskilda behov och önskemål tillgodosågs i möjligaste mån vid de olika hembesöken. De vanligaste interventionsåtgärderna – utförda eller förmedlade (av sjuksköterskan) på platsen – var att ordna med dödsbevis, läkar-, psykolog-, hemtjänst- och anhörigkontakter samt retur av och information om mediciner.

Andra hembesöket

– tre månader efter förlusten

Ökade sömnbesvär och bröstsmärtor. Ett andra hembesök gjordes hos 82 procent. Trötthetskänslan hade i allmänhet minskat; å andra sidan hade sömnbesvären ökat. Något fler hade

bröstsmärtor jämfört med vid första besöket. 30 procent bedömdes av sjuksköterskan som friska, och 44 procent ansågs vara adekvat behandlade för olika besvär/sjukdomar.

Yrsel vanligt besvär. Fyra av fem klarade sin personliga vård, och tre av fem var helt oberoende av hjälp för hemmets skötsel. Två av tre gick obehindrat, medan en av sex gick med käpp och lika många med annat stöd. Över hälften besvärades dock av yrsel, mest som allmän ostadighet, dålig balans eller upplevelse av rotation av omgivningen. Bland brukarna av hjälpmedel var stödhandtag, badbräda och trygghetslarm vanligast.

Bodde kvar hemma efter förlusten.

Ett fotografi av den avlidne

kunde ibland bilda utgångspunkt för samtalet vid hembesöket. För intervjuerna och hembesöken i projektet svarade legitimerade sjuksköterskan Eivor Niklasson (t h), som här ses tillsammans med Ingrid Svensson.

Ethel Svensson, själv änka, har varit resursperson i änka-till-änka-grupperna. Dessa vänder sig till efterlevande »ute på stan», och hjälpen ges på frivillig basis av andra änkor och änklings. (Artikelförfattaren ses till höger i bakgrunden.)

Nästan en tredjedel bodde i egen villa/radhus, två tredjedelar i flerfamiljshus och några på servicehus. Alla utom en bodde kvar hemma efter förlusten, men åtta hade planer på att flytta. Någon hade haft sitt barn boende hos sig tiden efter.

Sämre promenad- och matvanor. Hälften promenerade dagligen i 15–60 minuter beroende på väder och årstid. Vanligaste promenadmålen var inom det egna kvarteret och till närliggande butiker. 40 procent hade inte ändrat sina motionsvanor efter förlusten. Några vågade dock inte alls gå ut ensamma; detta gällde särskilt kvinnor och kvällstid. Mer än en tredjedel åt sämre/mindre efter förlusten; bara några få åt bättre. Några angav att de drack mer alkohol och rökte mer efter förlusten.

Negativ syn på framtiden hos var tredje. Nästan var tredje hade en negativ framtidssyn. De flesta hade mer än en vän som de umgicks med, men intresset av att träffa andra minskade något efter förlusten. Flertalet var dock intresserade av dagsaktuella frågor.

Förnimmelser av den döde. 56 procent (lika stor andel män som kvinnor) rapporterade förnimmelser av den döde. De vanligaste var samtal med den avlidne, närvarokänsla och hörsel- och synförnimmelser. Två personer angav beröringsupplevelser. Två kvinnor hade samtliga fem förnimmelsetyperna. Några hade drömt mycket »levande» om den döde eller haft synupplevelser av andra döda. Många kände till att förnimmelser kan uppträda efter svåra förluster.

Tredje hembesöket – ett år efter förlusten

Var femte hade ökade bröstsmärtor. Fyra av fem önskade en tredje kontakt tolv månader efter förlusten. Något fler (66 procent) än tidigare kände sig friska. Vikt och blodtryck visade inga signifikanta förändringar, och muskuloskeletala besvär var fortfarande mest frekventa. 20 procent hade känt ökade bröstsmärtor det senaste halvåret. Lika stor andel som vid andra undersökningen bedömdes vara friska. Trots att nio av tio sade sig ha regelbunden läkarkontakt, bejakade var tredje frågan om de hade behov av mer läkarkontakt. En av tio använde inte något läkemedel; en person använde 10, en annan 13 och en tredje 19 olika preparat. I genomsnitt användes 3,7 läkemedel (nu lika bland kvinnor och män).

Fler (56 procent) kände sig allmänt trötta, och många hade haft ökade sömnbesvär under det senaste halvåret. 27 procent sov tillfredsställande mycket, 39 procent sov bra på sömntabletter, 17 procent sov inte bra, och lika stor andel sov dåligt trots sömntabletter.

JAG ÄR ÄNKA

ÄNKA – vilket ord!

Kommer det från

EN ENA ENSAM

Är det bildat till ÄÄN

Fadd. Konturlös, något ingenting

Tag bort prickarna

En ANKA vaggas fram

Nej! Jag vill inte –

Jag är en efterleverska

Ragnars efterleverska

Jag lever vårt livs alla minnen

Men – en efterleverska

Har också ett eget liv

(Ur *Bilder i moll*, opublicerad diktsamling av Karin Blomqvist, 85-årig efterleverska)

Ökat behov av trygghetslarm. Färre besvärades av yrsel jämfört med tidigare. Hälften promenerade dagligen, vilket var en liten ökning jämfört med vid andra hembesöket. Över hälften åt bättre och ingen hade ökat sin alkoholkonsumtion. Andelen med trygghetslarm hade ökat vid tredje hembesöket. Intresset för att träffa vänner hade också stigit, medan föreningsaktiviteterna minskat.

Många problem förknippade med förlusten. Nästan hälften skötte sin ekonomi helt själv, en av tio skötte den inte alls själv, och övriga hade viss hjälp främst av barnen, vänner eller bankman. Fyra av fem kände inte någon uttalad oro för ekonomin; dock önskade över hälften rådgivning, helst av barn, vänner eller någon bankman. Problem med praktiska bestyr hade över hälften, och även då vände man sig helst till barn eller släktingar. En av sex sade sig behöva juridisk hjälp.

Dålig coping vid svåra livshändelser. Nästan hälften av alla som tidigare genomgått negativa livshändelser tyckte att de inte alls eller ganska dåligt klarade av sådana påfrestningar. En tredjedel hade aldrig tidigare upplevt någon annan riktigt svår livshändelse än förlusten av make/maka. Det främsta stödet hade i allmänhet utgjorts av barn, nära släkt och vänner, men var femte angav att de fått otillräckligt stöd under sorgåret.

Annorlunda som änka och änkeman.

Månaden efter dödsfallet var för de flesta den svåraste perioden, men även ett år efteråt hade många fortfarande behov av att tala om tiden kring makens/makans död. Över hälften tyckte att de hade förändrats som person sedan maken/makan dött, och var tredje ansåg att anpassningen till tillvaron som ensamstående inte hade gått bra.

Hembesöken gjorde stor nytta. Majoriteten bedömde nyttan/hjälpen av våra hembesök som mycket eller ganska stor. På frågan om man skulle kunna rekommendera andra att få hembesök vid förlust av make/maka svarade samtliga ja. Många ansåg att »ingen skulle lämnas ensam direkt efter förlusten», och två av tre kunde tänka sig att själva bli en resurs för att stödja andra.

Ensamhet, nedstämdhet, gråt och ångslan vanligast. Självskattningen av sorgereaktioner som gjordes ett år efter förlusten visade att nedstämdhet, ensamhet, gråt och ångslan var de vanligaste reaktionerna. Pessimism inför framtiden, obeslutsamhet och minnesproblem förekom hos något mindre än hälften, medan koncentrationssvårigheter, trötthet, oengagemang, självförbränelser och aggressivitet var mindre vanliga. Några kvinnor kände sig mindre värda (sänkt självkänsla) som änkor. De kraftigast uttalade (intensivaste) reaktionerna var ensamhet, ångslighet, trötthet och pessimism inför framtiden.

ÄNKA–TILL–ÄNKA–GRUPPER

Enkel, naturlig stödverksamhet. »Widow-to-widow» är en framgångsrik amerikansk modell för efterlevandestöd, där hjälpen ges på frivillig basis av andra änkor och änkemän, dvs utan professionella [20]. Våra första »externa» (utanför kliniken) grupper startade bland de änkor och änklingsor som ringde eller skrev brev för att komma med i Änkeprojektet men som inte tillhörde målgruppen (dvs var efterlevande till någon som dött på vår klinik).

Genom massmedial uppmärksamhet av vårt projekt, i bl a Livslust, Västnytt, TV4, radio, samt fack-, dags- och veckopress, tycktes det normala sörjandet bland äldre ha fått ett tydligare ansikte, liksom de så vanliga förnimmelserna/illusionerna av den döda livskamraten. Reaktionerna tyder på minskad oro och ångslan inför olika sorgereaktioner. Upplysningsarbetet, som bl a gått ut på att visa att inte finns någon gyllene standard för hur sorgen kan eller får se ut, tycks ha »gått hem».

Änketräffar »på stan»

För att åtgärda det stora, ständiga behovet av tröst och stöd har Änkeprojektet vidgat sin verksamhet genom att

ANNONS

knyta kontakter med olika stadsdelscentra i Göteborg. Träffarnas »arbetsätt» är att ha sorgen som huvudtema, men ibland bara hantera den »mellan raderna» eller som »efterprat».

En av grundprinciperna i änka-till-änka-grupperna är att deltagarna skall vara utslutande efterlevande. Det ger deltagarna känslan av att man »kan komma precis som man är», som en änka uttryckte sig, dvs med sorgens nakna ansikte. Känslorna får synas utanpå. Att utse en ledare i gruppen har visat sig vara bra (för sammankallande, för framtagande av material för diskussion, som kontaktperson utanför träffarna etc).

Sjuksköterska, dietist, psykolog och kurator informerar. För att öka tryggheten i det dagliga livet för deltagarna i änkegrupperna har en försöksverksamhet genomförts med korta informations-träffar med sjuksköterska, dietist, psykolog och kurator. Deltagarna blir uppmärksammade på vad som kan vara fallgropar i den dagliga livsföringen och om hur de bättre kan hantera sin situation.

SLUTSATSER

Erbjudande om stöd vid nypåkommen sorg har mötts med positiva reaktioner. Efterlevande tycks värdesätta stöd från hjälpare utanför familj och vänskrets, både för deras professionella bakgrund och för att det lättar på bördan för de övriga i familjen som också sörjer. En sjuksköterska med lämplig bakgrund och goda personliga förutsättningar har i vårt projekt fyllt en viktig och i många avseenden tillräcklig roll som hjälpare. Hembesöken med frågor och samtal både kring kritiska och mer all dagliga spörsmål tycks för många efterlevande vara just den kontakt med sjukvården som ger dem den behövliga tryggheten att fortsätta sorgeprocessen.

Kanske tillgodoses tillräckligt många behov vid sjuksköterskans tre hembesök under sorgeåret för att den nyblivna änkan/änklingen inte skall behöva söka sjukvård mer än andra i samma ålder. Om några år kan effekter kanske avläsas i den intervenerade gruppen och jämföras med änkor/änkemän som inte fått stöd enligt modellen.

Resultaten från en tidigare studie [Grimby, Mellström, von Sydow, Svanborg, 1985–1987, opublicerat material] av äldres efterlevandeproblematik, och genomförd på liknande sätt, tydde på att överlevnad och sjukvårdskonsumtion bland ett 50-tal intervenerade äldre efterlevande inte skilde sig signifikant från gifta personer i samma ålder (grupperna hade jämförbar vårdkonsumtion de närmaste åren före mätningen).

De eventuella ekonomiska och samhälleliga vinsterna med uppsökande

verksamhet vid sorg kan vara betydande. Det kan också antas att ett tidigt insatt stöd, med samtal och enklare hälso- och rådgivning enligt föreliggande modell, kan bespara den sörjande oro och lidande som leder till »rundgång» bland allmänläkare och på vårdcentraler för rådgivning kring en smärta som till allra största delen sitter i själen.

Referenser

1. Rees WD, Lutkins SG. Mortality of bereavement. *BMJ* 1967; 4: 13-6.
2. Mellström D, Nilsson Å, Odén A, Rundgren Å, Svanborg A. Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 1982; 10: 33-41.
3. Davies ADM, Hulligan A. Perception of life stress events by older and younger women. *Percept Mot Skills* 1985; 60: 925-6.
4. Glick I, Weiss RS, Parkes CM. The first year of bereavement. New York: John Wiley & Sons, 1974.
5. Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health – a study of the medical records of widows. *BMJ* 1964; 2: 274-9.
6. Clayton PJ, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968; 125: 168-78.
7. Clayton PJ. Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 747-50.
8. Mor V, McHorney C, Sherwood S. Secondary morbidity among the recently bereaved. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 158-63.
9. Kraus AS, Lilienfeld AM. Some epidemiologic aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *J Chronic Dis* 1959; 10: 207-17.
10. Grimby A. Bereavement among elderly people; grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 72-80.
11. Grimby A, Berg S. Stressful life events and cognitive functioning in late life. *Aging (Milano)* 1995; 7: 35-9.
12. Grimby A, Wiklund I. Health-related quality of life among ambulant elderly persons in Sweden. *Scand J Soc Med* 1994; 22: 7-14.
13. Grimby A. Aspects of quality of life in old age. Studies on life events, bereavement and health. Thesis. Göteborg: Göteborgs universitet, 1995.
14. Gallagher DE, Breckenridge JN, Thompson LW, Peterson JA. Effects of bereavement on indicators of mental health in elderly widows and widowers. *J Gerontol* 1983; 38: 565-71.
15. Olson PR, Suddeth JA, Peterson PJ, Egelhoff C. Hallucinations of widowhood. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 543-7.
16. Rees WD. The hallucinations of widowhood. *BMJ* 1971; 4: 37-41.
17. Grimby A. Hallucinationer vid förlust av make/maka. Vanliga och normala upplevelser hos äldre. *Socialmedicinsk tidskrift* 1994; 71: 333-8.
18. Niklasson E, Rundgren Å. Omhändertagandet av döende och deras anhöriga. Intervjuer med anhöriga till personer som avlidit på Vasa sjukhus. Rapport. Göteborg: Vasa sjukhus, 1992.
19. Niklasson E. Information till anhöriga om dödsorsak. Ett problem som behöver uppmärksammas. Rapport. Vårdhögskolan, 1993.
20. Silverman PR, Cooperband A. On widowhood. Mutual help and the elderly wid-

ow. *J Geriatr Psychiatry* 1975; 8: 9-27.

Studien har möjliggjorts genom anslag från Socialstyrelsens stimulansbidrag för habilitering/rehabilitering. Vårdalstiftelsen, Svenska Läkaresällskapet, Forskningsrådsnämnden, Handlanden Hjalmar Svenssons forskningsfond, Letterstedtska föreningen, Stiftelsen Clas Groschinskys minnesfond, Rådman och fru Ernst Collianders stiftelse.

Leg sjuksköterskan Eivor Niklasson genomförde hembesöken, intervjuerna och flertalet stödinsatser, och medverkade vid sammanställningen av frågeformulär och rapporter.

Stort tack till samtliga avdelningar, företrädesvis avdelning 20, geriatrik, Sahlgrenska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, för värdefull medverkan i studien. Varmt tack också till Ethel Svensson, själv änka och resursperson i änka-till-änka-grupperna, som haft den sammanhållande, uppsökande och stödjande funktionen för änkor och änkemän »på stan».

Projektgruppen har bestått av: Agneta Grimby, leg psykolog, med dr, projektledare; Ulla Molander, leg läkare, med dr och ansvarig för läkarundersökningarna i projektet; Eivor Niklasson, leg sjuksköterska; Åke Rundgren, överläkare, docent och huvudansvarig för projektet; Ann Runsteen, socionom, sjukhuskurator, och Inga Lill Landin, sjukhusdietist, båda rådgivare för änkegrupperna; Valter Sundh, fil kand, statistiker och konsult vid resultatbearbetningen; Ethel Svensson, studiecirkelledare.

En mer detaljerad version av artikeln liksom frågeformulären för de tre hembesöken kan rekvideras från: Med dr Agneta Grimby, Paviljong 10, Vasa sjukhus, 411 33 Göteborg.

Summary

Support and counselling ease grief; as shown by intervention among recently bereft widows and widowers in Gothenburg

Agneta Grimby

Läkartidningen 1999; 96: 1838-42

Bereavement counselling at one, three and twelve months after bereavement was offered to a consecutive series of 50 newly widowed elderly Swedish citizens. House calls by a nurse were the most appreciated form of non-familial support. The nurse performed semi-structured, longitudinal interviews covering medical, psychological and socio-economic aspects of widowhood. The compliance rate was high (80 per cent), and the multidisciplinary examinations yielded an abundance of information suggesting, for example, that there was no increase in morbidity or mortality during the support period. Widow-to-widow groups were successfully established to provide help to self-help for other widows and widowers outside the project. The participants are to be reinvestigated after a further five years, to evaluate the longitudinal effects of early bereavement intervention.

Correspondence: Agneta Grimby, Paviljong 10, Vasa sjukhus, SE-411 33 Göteborg, Swe-