

Lunds Universitet
Socialhögskolan
SOL 064
HT 2002

När det oväntade inträffar

- en studie om hur barns behov av stöd uppmärksammas inom akutsjukvården, i samband med nära anhörigs oväntade död.

Författare: Linda Carsten och Linda Petersson
Handledare: Gunilla Lindén

**Det är fullkomligt gränsöverskridande att
arbeta med krisbearbetning.
Man arbetar från hjärta till hjärta.
Kriser jämnar ut olikheter.**

- Britt Karlsson

Abstract

The aim of this essay was to find out how children are paid attention to by staff at emergency wards, when a close relative unexpectedly passes away. We had five questions to help us to reach our aim:

- How can helpers work with children in acute crises?
- How can children in crises react?
- What apprehension does children have of death during different ages?
- How much should children participate?
- What do the helpers think about future development of support for children in crises?

To find this out, we gathered information through literature and interviews with professional workers such as priests, almoners and one psychologist. Our aim and the five questions above was answered in our theoretical and empirical material. To analyse our material we used a qualitative method. We chose parts that were especially interesting to analyse.

Children's participation were especially emphasised in the theoretical and empirical material. During the gathering of the empirical material an spiritual and existential aspect appeared, which wasn't emphasised in the theoretical material. We got the impression that the people we interviewed could give children in crises good care. The most fundamental conclusion was that we must carry our theoretical knowledge with the wisdom that each person is unique!

Förord

Vår ambition är att denna uppsats skall sprida kunskap som kan leda till att barn som anhöriga får ett så bra stöd som möjligt. Vår önskan att utöka våra kunskaper om barn i kris har infriats genom detta arbete. Vi har lärt oss oerhört mycket utöver det som är sammanställt i denna uppsats.

Vi vill rikta ett stort tack till våra intervjupersoner som har gjort denna uppsats möjlig. På fältet har vi mött omfattande kunskap, erfarenhet och framför allt ett stort engagemang.

Ett stort tack även till vår handledare Gunilla Lindén, som har väglett oss i uppsatsskrivandet. Ett särskilt tack för hennes generösa tillgänglighet, konstruktiva kritik och goda idéer.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	SID
Förord	4
1 INLEDNING	7
1.1 Problemformulering	7
1.2 Syfte och frågeställningar	8
1.2.1 Syfte	8
1.2.2 Frågeställningar	8
1.3 Metod och urval	8
1.3.1 Studiens upplägg	8
1.3.2 Urvalsmetod	9
1.3.3 Genomförande av datainsamling	10
1.3.4 Resultatens tillförlitlighet	10
1.3.5 Analys och transkribering av intervjuer	11
1.3.6 Källkritik	11
1.3.7 Etiska överväganden	11
1.3.8 Definition av begrepp	11
1.3.9 Fortsatt framställning	12
2 TEORI	13
2.1 Tidigare forskning	13
2.2 Teorigrund för uppsatsen	13
2.2.1 Kristeoretiskt perspektiv	13
2.2.2 Utvecklingspsykologiskt perspektiv	14
2.2.3 Risk- och skyddsfaktorer	14
2.3 Att delge barn dåliga nyheter	15
2.4 Den akuta krisen	16
2.4.1 Känsломässigt kaos	16
2.4.2 Omhändertagande av chockade	16
2.4.3 Försvarsmekanismer	16
2.5 Reaktionen	18
2.5.1 Direkta reaktioner	18
2.5.2 Barns reaktioner kopplat till ålder	19
2.5.3 Barns reaktioner kopplat till kön	20
2.5.4 Vad kan påverka reaktionerna?	21
2.6 Risk- och skyddsfaktorer för barn i kris	22
2.7 Barns uppfattning om döden	23
2.8 Barns delaktighet	25
3 EMPIRI	27
3.1 Presentation av intervjupersoner	27
3.2 Arbete med barn i akuta kriser	28
3.2.1 Upplysning	28
3.2.2 Grunden i hjälparens arbete	29
3.2.3 Första kontakten	31
3.2.4 Hjälparens roll i förhållande till barns ålder	32
3.2.5 Hjälparens roll i förhållande till barns kön	33
3.2.6 Hjälparens roll i förhållande till barns kultur och religion	33
3.2.7 Risk- och skyddsfaktorer för barn i kris	34
3.2.8 Ideal och verklighet	35

3.2.9 Särskilt viktigt	35
3.3 Reaktionen	36
3.3.1 Reaktionen utifrån barns ålder	36
3.3.2 Reaktionen utifrån barns kön	38
3.4 Barns uppfattning	38
3.5 Barns delaktighet	40
3.6 Framtida utveckling av stöd	42
4 ANALYS	43
5 SLUTDISKUSSION	45

Litteraturförteckning

Bilaga 1 Informationsblad

Bilaga 2 Intervjuguide

1 INLEDNING

1.1 Problemformulering

Varje år dör ca 3000 människor mellan 15 - 45 år i Sverige. Flera av dem är föräldrar och har ofta småbarn. Uppskattningsvis blir 4000 barn per år drabbade av att en förälder går bort för tidigt. Det är även många barn som dör, omkring 1500 barn per år, i åldrarna 0 - 14 år. Barn får uppleva föräldrar, syskon, släktingar och vänners död. Totalt dör ca 90 000 människor per år i Sverige (Dyregrov, 2000). Med dessa siffror i åtanke kan man föreställa sig hur många barn som drabbas av traumatiska upplevelser och som hamnar i kris. När katastrofen är ett faktum, vad har vi då för beredskap att hantera det? Hur kan vi kämpa med det svåra? Hur uppmärksammas de drabbade barnen och hur bör de bäst bemötas? Instinktivt vill vuxna ofta skona barn, men önskan att skona får ofta precis motsatt effekt. Fraser som *"pappa är bortrest för ett tag"* kunde förr i tiden användas till barn då en förälder dött. Det var de vuxnas förhoppning att barn skulle glömma, vilket de naturligtvis inte gjorde. Hur skulle man kunna glömma bort någon man älskat? (Andersson m fl, 1998)

Området *barn i kris* har uppmärksammas på ett större plan de senaste 20 åren, mer forskning och dokumentation har genomförts. Längre har man trott att barn knappt påverkas av traumatiska upplevelser överhuvudtaget. *"Borta från öga, borta från sinn"* är ett talesätt som har ansetts vara passande för hur barn fungerar (Dyregrov, 1997). Att barn är *'för små för att förstå'* är ofta motiveringen till att barn hålls utanför svåra händelser. Ofta är det vår egen rädsla för att möta barns sorg och reaktioner som är anledningen till detta (Björklund & Eriksson, 2001). *"I varje möte med ett barns utsatthet finns en påminnelse om vår egen hjälplöshet och otillräcklighet"* (Eriksson, 1998, s.20). Om vi däremot vågar möta barnet där det befinner sig, upptäcker vi att barnet ser, hör, känner och inte minst vill dela detta med oss vuxna (Björklund & Eriksson, 2001).

Intresset för uppsatsämnet väcktes hos en av oss under praktikterminen, efter en föreläsning av psykolog Kati Falk. Föreläsningen handlade om barn som anhöriga till svårt sjuka föräldrar. Kati Falk uttryckte att det fanns ganska lite sammanställt material kring hur sjukhuspersonal kan hjälpa barn i dessa situationer, vilket formade tanken för uppsatsen. *Barn i kris* är ett stort område och kan innefatta olika sorters kriser, uppkomna av olika anledningar. Vi har därför *avgränsat* oss till att titta närmre på hur barn i *akuta* kriser uppmärksammas. För att avgränsa oss ytterligare har vi inriktat oss på barn vars nära anhöriga plötsligt avlider.

Litteratur som allmänt beskriver *barn i kris* och *barn i sorg* finns att tillgå men mer ingående information om barn i akuta kriser har varit svårare att finna. Då det inte bara är inom sjukvården man möter barn i kris, är vår uppfattning att kunskap inom krishantering är värdefull för alla som arbetar med socialt arbete. Vår förhoppning med denna uppsats är att kunna bidra med kunskap inom ämnet.

1.2 Syfte och frågeställningar

1.2.1 Syfte

Vårt syfte är att undersöka hur barns behov av stöd uppmärksammas inom akutsjukvården, i samband med nära anhörigs oväntade död.

1.2.2 Frågeställningar

- Hur kan hjälpare arbeta med barn i akuta kriser?
- Hur kan barn i kris reagera?
- Vilken uppfattning har barn om döden i olika åldrar?
- Hur delaktiga bör barn få vara?
- Hur ser hjälparna på framtida utveckling av stöd för barn i kris?

1.3 Metod och urval

1.3.1 Studiens upplägg

Vår infallsvinkel i undersökningen är utifrån hjälparnas perspektiv. För att belysa vårt syfte lyfter vi även fram barnperspektivet. Vår uppsats bygger på insamlad teori och empiri. Empirin baseras på material insamlat genom *semistrukturerade intervjuer*, utifrån en av oss utarbetad intervjuguide (se bilaga 2). Semistrukturerade intervjuer har som fördel i vår uppsats att intervjuformen inbjuder informanten att utveckla sina idéer och tala mer utförligt utifrån frågan. Formen ger möjlighet till öppna svar där intervjupersonen kan utveckla sina synpunkter. Som intervjuare kan man vara mer flexibel när det gäller frågornas ordningsföljd. Semistrukturerade intervjuer har i sin strävan, till skillnad från strukturerade, mer funktionen att ”*upptäcka*” än att ”*kontrollera*” (Denscombe, 2000). Nackdelen med semistrukturerad intervjuform tror vi kan vara att öppna frågor erbjuder många svarsalternativ, vilket kan tänkas förvirra intervjupersonen. Vi har ibland stött på en viss undran hos intervjupersonen kring vad vi förväntar oss för svar. Ibland har vi fått förtydliga frågans innebörd. Vi valde semistrukturerad intervjuform för att öppenheten inbjuder intervjupersonerna till att tala

ganska fritt, vilket ger mer vidd och djup i svaren. Strukturen hjälper oss i vår sammanställning, då alla intervjupersoner har funderat utifrån samma frågor. Åtta av de nio intervjuer vi genomfört är inspelade på band. En intervju är antecknad på intervjupersonens önskan. Vår uppsats bygger på både primär- och sekundärdata. *Primärdata* består av en presentation av tidigare forskning och teoretiska perspektiv och *sekundärdata* består av det material vi samlat in genom våra intervjuer.

Vår insamling och analys av data är *kvalitativ*. Fördelar med kvalitativ analys är att datamaterialet och analysen är förankrad i verkligheten, den skildras inte på ett förenklat sätt. Det finns en tolerans för motsägelser och tvetydigheter då den sociala tillvaron inrymmer osäkerhet. Det finns även möjlighet till alternativa förklaringar och mer än en giltig förklaring tillåts i den kvalitativa analysen. Datamaterialet blir rikhaltigt och detaljerat. Kvalitativ forskning har en god förmåga att hantera komplicerade situationer och ge rättvisa åt det sociala livets nyanser (Denscombe, 2000). I analysdelen kommer vi att kommentera studiens syfte samt lyfta fram områden ur uppsatsen som vi reflekterat särskilt över.

1.3.2 Urvalsmetod

För att komplettera vår teori med praktisk kunskap och erfarenhet, valde vi att vända oss till kuratorer inom akut- och intensivvård samt präster inom sjukhuskyrkan. Valet av personalgrupper baserades på vår önskan att träffa de människor som är de första att möta barn i akuta kriser. Utöver präster och kuratorer valde vi att intervjua psykolog Kati Falk, som arbetar i ett Kris- och konsultteam vid Universitetssjukhuset i Lund. Hon erbjuder barnpsykiatrisk hjälp i form av stöd och behandling till barn i kris / barn i sorg. I Kati Falks uppdrag ingår också att på sjukvårdspersonalens begäran finnas tillgänglig som ett akut stöd för barn i akuta kriser. Utöver detta arbete föreläser hon för bl a sjukvårdspersonal runt om i landet. I början av uppsatsarbetet intervjuade vi Kati Falk, då hon främst arbetar med barn och familjer som drabbats av svåra sjukdomar och förluster. Det hon förmedlade i intervjun ville vi ha som grund för vårt fortsatta arbete, ett avstamp för vår teoridel. Den intervjuguide vi använde oss av för Kati Falks intervju har även använts för övriga intervjuer. Med anledning av att Kati Falk främst arbetar med det som vårt område berör kommer vissa delar av hennes utsagor att tydligt lyftas fram i uppsatsen.

Eftersom den organisatoriska uppbyggnaden ser olika ut från sjukhus till sjukhus, har vi fått lägga ner mycket tid på att finna de ”rätta” intervjupersonerna. Vi har kontaktat sjukhusen per

telefon och efterfrågat den personal som arbetar mot akut- och intensivvården med psykosocialt stöd. De som visat intresse för intervju har fått ett informationsbrev som mer ingående beskrivit vårt syfte och intervjuens innehåll (se bilaga 1). Vi har intervjuat nio personer tillhörande fyra olika sjukhus i Skåne. Ytterligare tre sjukhus har kontaktats men de har av olika skäl inte kunnat ställa upp på intervjuer. Våra informanter har i vissa avseenden varit tveksamma till om de varit de rätta personerna att intervjuas. Detta eftersom vissa av dem inte enbart arbetar mot akut- och intensivvården och därför kanske inte tyckt sig ha tillräckligt med erfarenhet av barn i akuta kriser. Vissa av kuratorerna har ett flertal ansvarsområden förutom akut- och intensivvårdsavdelningar. Eftersom utbudet av tilltänkta informanter inte var så stort, valde vi ändå att träffa dessa kuratorer. Vi vill betona att deras erfarenhet och kunskap har bidragit med minst lika mycket som de kuratorer som arbetar med direkt akutvård.

1.3.3 Genomförande av datainsamling

Intervjuerna skedde på kontorstid i hjälparnas egna rum och vid ett tillfälle i ett anhörigrum på en akutmottagning. Vid en av intervjuerna satt en kollega till intervjupersonen med under halva tiden. Vi har båda suttit med under intervjuerna, men intervjuat varannan gång. Vi upplevde att intervjupersonerna vände sig till oss båda, även om en av oss ställde frågorna. Åtta av nio intervjuer har spelats in på band och en har antecknats på intervjupersons önskan. Kvaliteten på bandinspelningarna har varit varierad. På grund av tekniska problem fattas delar av en intervju (fråga 5 - 8 och 11 – 20) med en av kuratorerna.

Empirisammanställningen kommer därför, att under dessa frågor, baseras på åtta av totalt nio intervjupersons svar. Av olika skäl fanns ingen möjlighet för oss att komplettera intervjun.

1.3.4 Resultatens tillförlitlighet

De svar vi fått på våra intervjufrågor har av oss upplevts som en blandning av teoretisk kunskap och tillägnad erfarenhet. Vissa frågor har besvarats utifrån faktiska händelser och upplevelser och andra har besvarats utifrån teoretiska kunskaper inom ämnet. Då intervjupersonen inte kunnat svara på någon fråga har de talat om det. I vissa svar har intervjupersonen endast framfört tankar och funderingar, men dock har även dessa svar varit givande och användbara för vår uppsats. Vi har inte upplevt att det varit besvärande eller hämmande för intervjupersonen att vi båda varit med under intervjutillfället. För ljudkvalitetens skull har vissa intervjupersoner blivit ombudade att ha bandspelaren i sitt knä. Inte heller detta har av oss upplevts som besvärande för dem.

1.3.5 Analys och transkribering av intervjuer

Att använda bandspelare har underlättat under intervjusituationen och för vår bearbetning av materialet. Med hjälp av de utskrivna inspelningarna har spontana ordval, formuleringar och utsagor på ett mer precist sätt kunnat återges i vår empiridel. Vid transkriberingen av intervjuerna har vi delvis ordagrant återgett det inspelade och delvis sammanfattat det. Vi har ibland valt att citera våra intervjupersoner för att lyfta fram något av vikt, eller för att göra texten mer levande. Intervjuerna redovisas enligt teman som i första hand baseras på våra frågeställningar.

1.3.6 Källkritik

Vi anser oss inte kunna ifrågasätta den litteratur vi använt oss av, eftersom den till stor del bygger på författarens kunskap och förvärvad erfarenhet. Trots att vår använda litteratur är skriven av författare från olika länder, ser vi inga svårigheter i att omsätta deras kunskap och teorier till svenska förhållanden. Den kristeoretiska litteratur vi använt oss av är på många sätt likartad och vi tror att den är allmänt vedertagen i Sverige.

1.3.7 Etiska överväganden

Vi har i vår uppsats valt att intervjua hjälpare tillhörande sjukvården. Att intervjua drabbade barn och familjer har för oss inte varit aktuellt, eftersom uppsatsen berör ett känsligt område. De personer vi intervjuat har vi valt att framställa med namn och en kort arbetslivspresentation. Deltagandet i intervjuerna har varit frivilligt. Under vår empiriinsamling har vi varit diskreta inför informanterna om vilka andra personer vi tänkt intervjua. Detta eftersom vi inte ansett oss fåt medgivande till intervjun förrän den varit genomförd.

1.3.8 Definition av begrepp

Vi har valt att utgå från Johan Cullbergs (1992) definition av kris. Ordet *kris* betyder plötslig förändring eller avgörande vändning och härstammar från grekiskans *krisis*. ”Ett psykiskt kristillstånd kan man sägas befinna sig i dåman råkar in i en sådan livssituation att ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man skall förstå och psykiskt bemästra den aktuella situationen” (Cullberg, 1992 s.15). Cullberg talar om två olika sorters kriser, *traumatiska kriser* och *utvecklingskriser*. Vi kommer i uppsatsen att inrikta oss mot de förstnämnda. Traumatiska kriser kan vara oväntade förändringar och svåra yttre påfrestningar som exempelvis när en nära anhörig oväntat avlider. Den traumatiska krisen

kännetecknas av att den fysiska existensen och den sociala identiteten upplevs hotad. Tryggheten och grundtilliten i tillvaron ruckas (Cullberg, 1992).

Ordet *trauma* betyder skada eller slag (Cullberg, 1992), och används inom medicinen oftast för att beskriva en yttre skada till följd av våld, men även för att beskriva stora psykiska påfrestningar (Dyregrov, 1997). ”Ett trauma är en utomordentligt skrämmande upplevelse, som helt överträffar det man kan föreställa sig ska kunna hända. Händelsen blir därför överväldigande och total.” (Dyregrov, 1995, s. 10)

För att ytterligare förtydliga begreppen kris och trauma använder vi oss av psykolog Kati Falks definition. Hon används här som en teoretisk referent, trots att hon deltar i uppsatsen som intervjuperson. Enligt Kati Falk kan man egentligen inte skilja kris och trauma å förrän i efterhand, beroende på individens reaktioner. Det som är en kris för en person, kan vara ett trauma för en annan. Sker starka förändringar oväntat så är risken större att de är traumatiska. Att bli traumatiserad innebär att man får en stark känsla av vanmakt och hjälplöshet. Man känner sig som ett offer, en drabbad. Man vet inte vad man ska göra och reagerar antingen med ”*fight or flight*” (kamp eller flykt) eller med dissociation. Med dissociation menas att man ”*stänger av*” och då kan man bli okänslig, ovetande och okunnig. Det kan gå så långt att man blir medvetlös. Man kan alltså inte definiera kris och trauma utan att titta på den drabbades reaktioner (ur intervju med Kati Falk, 2002).

Med *hjälpare* avser vi de professionella som möter och arbetar med krisdrabbade barn.

Med *barn* avser vi personer mellan 0 – 18 år.

1.3.9 Fortsatt framställning

Här följer ett teoriavsnitt som behandlar barn i akuta kriser och hur man som hjälpare kan arbeta med dem. Vårt upplägg av teoriavsnittet har vi i stora drag placerat i en naturlig följd utifrån ett tänkt händelseförlopp. Därefter följer empiriavsnittet, som är en sammanställning av utförda intervjuer. Vi avslutar uppsatsen med analys och slutdiskussion.

2 TEORI

2.1 Tidigare forskning

I kommande avsnitt kommer en sammanställning att göras av funnet relevant material inom området *barn i akut kris*. På området *barn i kris / barn i sorg* finns en hel del tidigare forskning. Litteratur kring detta är ganska lätt att finna, men någon tidigare forskning som enbart berör uppmärksammande och bemötande av barn i *akuta* kriser har vi inte kunnat finna. Om man söker inom ämnet *barn i kris / barn i sorg*, i dess helhet, finner man Atle Dyregrov och Göran Gyllenswärd som exempel på kända företrädare inom området. Dessa m fl har vi använt oss av som referenter i kommande teoriavsnitt. Vi är medvetna om att det finns angränsande forskning om barn och separationer, av exempelvis John Bowlby.

På samhällsnivå har barn som anhöriga uppmärksammas allt mer. Bl a så har olika SOU-rapporter givits ut och vi kommer här att nämna två av dem. 1998 kom ett slutbetänkande av barnpsykiatrikommittén som heter ”*Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*”. I kapitlet ”*Insatser för att förebygga psykisk ohälsa*” tas barn vars föräldrar lider av svår sjukdom upp. Där pekar man på olika brister då det gäller uppmärksammandet av barn som anhöriga samt exempel på initiativ som tagits för förbättringar (SOU 1998:31). Ett delbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede gavs ut år 2000. Det heter ”*Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*”, och har som huvuduppgift bl a ”*att analysera och lämna förslag till hur man kan förbättra livskvaliteten och öka inflytandet för dem som är svårt sjuka och döende och deras familjer och närstående*” (SOU 2000:6, s. 3).

2.2 Teorigrund för uppsatsen

2.2.1 Kristeoretiskt perspektiv

I uppsatsen använder vi ett *kristeoretiskt* perspektiv, med utgångspunkt från Cullberg (1992). Enligt Cullberg kan man dela in den traumatiska krisens förlopp i fyra olika faser. *Chockfasen* är inledningsfasen, som efterföljs av *reaktionsfasen*, *bearbetningsfasen* och *nyorienteringsfasen*. Dessa faser är inte klart åskilda från varandra utan vävs samman. *Chockfasen* kan vara från ett kort ögonblick upp till några dygn. Under denna tid har individen väldigt svårt för att ”*ta in*” och bearbeta det inträffade. Reaktionsfasen utgör tillsammans med chockfasen krisens *akuta fas*. För att kallas akut bör den inte vara längre än fyra till sex veckor. *Reaktionsfasen* kan sägas börja då den drabbade tvingas öppna ögonen för

det som skett och försöka finna någon mening i den kaotiska situationen. Frågan ”varför” upprepas gång på gång. Det akuta skedet lämnas genom *bearbetningsfasen* som pågår kanske ett halvt till ett år efter traumat. Individen börjar under denna period att vända sig mot framtiden, gamla aktiviteter återupptas och nya erfarenheter börjar tas emot igen. Den sista fasen, som inte har någon avslutning, är *nyorienteringsfasen*. Här lever individen med det förgångna som ett ärr, som alltid kommer att finnas kvar men som inte behöver hindra kontakten med livet (Cullberg, 1992). Denna uppdelning av ett krisförlopp är ett konstruerat och teoretiskt sätt att försöka beskriva vad som händer med den som drabbas. Uttrycken och upplevelsen skiljer sig från person till person. Varje människa rör sig fram och tillbaka mellan olika känslolägen, därför finns det inte några klara skiljelinjer mellan krisförloppets olika faser (Foster, 1990). Vi kommer i den fortsatta framställningen främst att inrikta oss mot den akuta krisen.

2.2.2 Utvecklingspsykologiskt perspektiv

Ett annat perspektiv i uppsatsen är det *utvecklingspsykologiska* perspektivet. I detta lägger vi tonvikt vid såväl barns socioemotionella som kognitiva utveckling. Barns uppfattning av sin situation är beroende på deras ålder och mognad. Vi finner det nödvändigt att ha kunskap om den kognitiva och socioemotionella utvecklingen hos barn för att bättre kunna bemöta barn i krissituationer. Vi kommer inte att beskriva barns utveckling i bred bemärkelse utan med inriktning mot barns reaktioner i akuta kriser och mot deras upplevelser och uppfattning av döden.

2.2.3 Risk- och skyddsfaktorer

En annan teoretisk utgångspunkt är utifrån *risk- och skyddsfaktorer* för barn i kris, där det *salutogena* perspektivet kommer presenteras som en aspekt av skyddsfaktorer. Det salutogena perspektivet är lanserat av Aaron Antonovsky (1991). Detta perspektiv är inriktat mot faktorer som bidrar till hälsa och stor vikt läggs vid individens egna resurser. Antonovsky har i detta sammanhang myntat begreppet *Känsla Av Sammanhang* (KASAM). Väsentliga kvaliteter i KASAM är individens upplevelse av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1996). Vi uppfattar det salutogena perspektivet som fruktbart för förståelsen av hur inte enbart vuxna, utan även barn, förmår bearbeta den kris som en nära anhörigs död medför.

2.3 Att delge barn dåliga nyheter

Enligt John Elsegood (1996) bör man ge dålig information: hellre förr än senare, när alla som bör vara där är samlade, när alla anhöriga kan rikta sin fulla uppmärksamhet till vad som sägs, i bekant miljö (om det går), på en plats där reaktioner och gensvar inte hämmas och så att de anhöriga kan vara tillsammans efteråt. Det är mer troligt att ett besked blir mindre chockartat om den som ska ge beskedet har planerat och förberett sig. På så sätt ges dåliga nyheter till barn på ett ärligt och känsligt sätt, vilket kan hjälpa barn att acceptera verkligheten av förlusten. Barn blir medvetna om dåliga nyheter även om det försöks döljas för dem. Öppen kommunikation kring den dåliga nyheten skall uppmuntras men inte på bekostnad av barn – förälder relationen (Elsegood i Lindsay & Elsegood, 1996).

Specifika reaktioner hos barnet kräver specifika gensvar, men hur än barnet reagerar så kan det hjälpa att hålla sig till följande principer: stanna hos barnet (äldre barn kan föredra att få vara själv en stund), acceptera deras känslor och tankar, visa empati, dela känslor, uppmuntra samtal och möt specifika behov och önsknings av barnet (Elsegood i Lindsay & Elsegood, 1996).

Dåliga nyheter till barn bör ges successivt och introduceras fortlöpande steg för steg, där varje steg uppdagar lite mer av nyheten och vad det betyder för barnet. På detta sätt blir barnet gradvis förberett genom en serie ”varningsskott”, i en takt där nyheten i sin fulla vidd kommer långsamt för att förebygga att barnet överväldigas av chock. I processen av informationsgivande till barn så finns det behov och frågor från barnets sida som det kanske inte har närvaro eller trygghet till att uttrycka. Detta gör att de vuxna som är involverade behöver göra rimliga antaganden kring barnets tankar. Alla barn har olika bekymmer, men följande frågor kommer barnet troligen att undra över: Vad har hänt? Vad kommer att hända? Vad är sant? Kommer någon att ta hand om mig? Finns det något hopp? Är det mitt fel? Kan detta ”fixas” eller förbättras? Är det jag som är ansvarig för att ”fixa det” eller göra det bättre? Kan jag hjälpa till? Kan jag lita på människor? Kan jag lita på mitt eget omdöme och mina observationer? Är mina känslor passande och är det tillåtet att visa dem? (Elsegood i Lindsay & Elsegood, 1996) När barn inte får hjälp och tillåtelse att uttrycka sina känslor har de en förmåga att i stället dölja dem (Björklund & Eriksson, 2001).

2.4 Den akuta krisen

2.4.1 Känsломässigt kaos

Chock- och reaktionsfasen är förhållandevis kort sett ur perspektiv av hela reaktionsmönstret. Under dessa faser handlar det ofta om en kamp mellan den fruktansvärda verkligheten och individens förmåga att mot sin vilja försöka förstå vad som verkligen har hänt. Att försöka förstå och införliva det som skett trots att det leder till en personlig katastrof är oerhört svårt. Det som är typiskt för chockfasen är att den drabbade befinner sig i ett känsломässigt kaos där den sörjande ofta försöker hålla den smärtsamma verkligheten borta från sig. All kraft används för att värja sig mot insikten av en förlust (Foster, 1990). Någon väg för att ”*ta in*” och bearbeta vad som skett har ännu inte öppnats under denna fas. Den drabbade kan verka samlad och välordnad medan det är fullständigt kaos inombords (Cullberg, 1992).

2.4.2 Omhändertagande av chockade

Det är vanligt att man regredierar, man går tillbaka till en tidigare nivå i sin utveckling (Lindén, 1982). Genom ett gott omhändertagande markerar hjälparen sina ”*moderliga funktioner*”, vilket ger den drabbade tillåtelse att regrediera (Cullberg, 1992). Det är av stor vikt att den drabbade inte lämnas ensam eftersom oförståelsen, överklighetskänslan och förvirringen är stor. Då återhämtning från chocken och det förestående sorgearbetet kommer kräva all kraft, är det viktigt att den drabbade får mat, dryck och sömn. Att serveras varm dryck som soppa, mjölk, choklad e t c kan upplevas rogivande och tröstande (Foster, 1990). Ett omhändertagande i en trygg miljö med omgivande anhöriga kan vara nödvändigt för att bryta ett chocktillstånd. Det är oerhört viktigt att barn får en god omvårdnad, något som föräldrar i chocktillstånd kan vara oförmögna att ge. Det är därför viktigt att andra nära anhöriga och bekanta finns till hands. Om möjligt skall barnen inte skiljas från sina föräldrar. Tragedin har drabbat hela familjen och bör därför hanteras gemensamt. För att undvika att händelseförloppet blir mer skrämmande och obegripligt behöver barn redan från första början, då familjen är chockad och någon är borta, få förstäliga förklaringar (Foster, 1990).

2.4.3 Försvarsmekanismer

De omedvetna psykiska reaktionssätt som har till uppgift att minska upplevelsen av och medvetandet om hot och fara för jaget, kallas *försvarsmekanismer*. Dessa hjälper den drabbade att mera stegvis konfrontera den smärtsamma realiteten (Cullberg, 1992). Om försvarerna är extremt starka eller om man i början av krisen inte får hjälp att leva ut sin smärta och sorg, så kan försvarsmekaniserna dock bli ett hinder för läkningen (Lindén, 1982).

Förnekelse är en vanlig försvarsmekanism som innebär att man förnekar situationens egentliga innebörd (Cullberg, 1992).

”Först trodde Felicia, liksom såmånga andra som ställs inför en anhörigs plötsliga död, att det måste vara ett misstag, det var inte hennes mor som hade dödats utan någon annan kvinna, och hon krävde att få se moderns döda kropp” (Harris, 1996, s. 38).

Förnekelse hos barn kan ta sig uttryck i orealistiska fantasier, vilket gör att omgivningen felaktigt kan uppfatta att barnet inte tar förlusten särskilt allvarligt (Lindén, 1982).

Regression innebär att den drabbade antar beteenden och tankemönster som var karaktäristiska för tidigare utvecklingsskeden (Cullberg, 1992). Tillbakagång i funktioner som motorik, sömn och tal är vanliga, oftast tillsammans med ett småbarnsligt beteende överlag .

Projektion innebär att man skuldbelägger omgivningen då man har omedvetna skuld känslor för det inträffade (Lindén, 1982). Sjukhuspersonal kan bli utsatt för detta. *Isolering* av känslor är ett av de vanligaste försvarerna vid traumatiska upplevelser. Med detta menas att känslorna göms undan, man vet inte ens att de finns. I andras ögon upplevs den drabbade som lugn och sansad och omgivningen kan tycka att personen är ”fantastisk” och ”tar det såmoget”.

Undertryckande av känslor är en mer medveten handling än isolering. Den drabbade försöker ”ta sig samman” och ”vara duktig” för att anpassa sig till omgivningens förväntningar och krav (Cullberg, 1992). *Förskjutning* innebär att en otillåten impuls som inte är accepterad av personen själv, förskjuts till ett annat objekt eller en situation som är mer acceptabel. Ett exempel på detta är att ett barn kan ha sönder en leksak när det egentligen är föräldern det är ursinnigt på (Cullberg, 2000). *Bortträngning* innebär att en händelse kan vara så smärtsam att man tränger bort den ur sitt medvetande, man glömmer bort den. *Rationalisering* är då man söker förklaringar som är förnuftsmässiga och logiska till det som annars skulle vara outhärdligt hotande. *Annulering* innebär att man upphäver något som har skett d v s man reagerar och handlar som om detta aldrig inträffat (Lindén, 1982).

Ett förtvivlat skrik är ofta uttryck för att försvaret inte kan hålla emot de starka spänningar individen bär på. Chocktillståndet ger inget totalt skydd mot smärtan och paniken och känslorna hotar hela tiden att bryta igenom. Då den drabbade börjar visa sig känslomässigt berörd bryts chocken. Verkligheten kan inte längre hållas på avstånd utan en första förståelse börjar tränga in. Då kommer de första reaktionerna, oftast i form av gråt, skrik och jämrande (Foster, 1990).

2.5 Reaktioner

2.5.1 Direkta reaktioner

Dyregrov (1998) beskriver olika mänskliga mekanismer som mobiliseras för att hjälpa oss att möta fara. Då vi upplever hot av något slag kopplas mekanismerna in. Kunskaper och kliniska erfarenheter om krigsupplevelser tyder på att mekanismernas funktion även finns hos mycket små barn. På det *fysiska planet* mobiliseras olika kroppsfunktioner, såsom snabbare reaktionsförmåga och ökad muskelstyrka. Stresshormonerna adrenalin och noradrenalin utsöndras och smärtupplevelser dämpas eller till och med blockeras tillfälligt (Dyregrov i Berglund, 1998). Exempel på fysiska symtom kan vara andnöd, mag- och hjärtmärtor, yrsel, uppkastningar och svimningar (Foster, 1990). En *mental* mobilisering sker samtidigt som den fysiska. Hjärnan letar i ”*erfarenhetsbanken*” efter erfarenheter att använda sig av. De erfarenheter barnet har sedan tidigare, som kan användas för att hantera den aktuella situationen, kommer att aktiveras. Sinnena skärps då hjärnan har registrerat den farliga situationen, samtidigt som uppmärksamheten fokuseras på det som barnet upplever viktigast. Många barn kan berätta med oerhörd detaljrikedom om vissa delar av en traumatisk situation. Samtidigt kan andra delar av situationen upplevas som borta. Vissa saker ”*bränns in*” mer än andra. Den fokuserade uppmärksamheten tillsammans med den skärpta sinnesförmågan brukar kallas ”*superminne*”. Eftersom vi särskilt minns det som varit farligt, underlättar superminnet för oss för att i framtiden identifiera en liknande situation. Under den traumatiska situationen upplever många barn att de under en kort tid hinner tänka på väldigt många saker. En annan vanlig upplevelse är att allt tycks ske i slowmotion. Den förändrade tidsupplevelsen beror på att hjärnan bearbetar en stor informationsmängd under loppet av några få sekunder (Dyregrov, 1997). Chockreaktioner har ett stort överlevnadsvärde och är ändamålsenliga reaktioner (Dyregrov, 1996).

Under chockfasen försöker man på alla möjliga sätt att undvika att ta in det inträffade. Man kan inte förstå vad som hänt och man upplever allt som överkligt (Lindén, 1982).

Krisdrabbade använder ofta ord som ”*det kan inte vara sant*”, ”*det är som en dröm*” och ”*det var helt överkligt*”, vilket gör det klart att omvärlden upplevs på ett annorlunda sätt än normalt (Dyregrov, 2000). Barns akuta reaktioner varierar efter barnets ålder och mognad, typ av traumatisk upplevelse och närvaro av familjemedlemmar (Dyregrov, 1996).

Handlingsförlamning, förnekande, överklighetskänslor och känslöbedövning kan känneteckna en chock. Vissa människor reagerar med bestörtning, protest och tvivel medan andra reagerar

med apati och en slags känslomässig förlamning (Dyregrov, 2000). Barns reaktioner under en krissituation präglas dock oftast av rädsla och förvirring. Rädsla över att bli separerad från föräldrar och syskon och rädsla över att de själv eller andra ska dö (Dyregrov, 1996). Tvivel och misstro kan hos barn visa sig i vad de säger, t ex ”*du har fel*” eller ”*det kan inte vara sant*”. ”*Du ljuger, du ljuger, min pappa kommer visst tillbaka!*” utropade en sjuåring då han fick veta att pappan dött. Detta gäller framförallt lite äldre barn. Många barn kan under en period fortsätta som om inget hänt. Barnet kan t ex säga ”*får jag gå ut och leka nu?*” eller ”*varför är inte pappa hemma?*”. Barnet söker på så sätt trygghet i det vanliga och välkända då världen blir för kaotisk och otrygg. Detta beteende hos barnet kan provocera de vuxna som förväntat sig en helt annan reaktion (Dyregrov, 2000). Psykolog Göran Gyllenswärd, verksam inom Rädda Barnens projekt ”*Barn i sorg / Barn som anhörig*”, menar att barn inte sörjer på samma sätt som vuxna. Barn tar till sig insikten om någons bortgång i små portioner. Gyllenswärd säger att det är helt normalt att barn går ut och leker eller tjuvar om att få en hund precis efter att de fått ett dödsbud. Barn behöver tid för att orka ta sig in i smärtan. Han säger också att barn i princip aldrig reagerar på ett dödsbud med gråt. Dessa reaktioner hos barn kan få vuxna att tro att barnet inte förstått vad de nyss berättat (Gyllenswärd i Öst-Söderlund, 1995).

”Jag hade tänkt och tänkt på vad jag skulle säga, jag hade väntat mig en enorm reaktion och så kom det nästan ingen alls. Hon hade några frågor, men sedan så var hon glad och uppå som vanligt. Senare reagerade hon mycket starkare.” (Dyregrov, 2000, s. 16)

2.5.2 Barns reaktioner kopplat till ålder

Barns försök att bemästra det som hänt är beroende av deras ålder och mognad. Dock är de vanligaste reaktionerna detsamma oavsett ålder (Dyregrov, 2000). De *allra minsta* barnen reagerar inte på dödsfallet som sådant d v s att någon är borta, utan reaktionerna kommer sig främst av att mamman eller pappan förändras i sitt stämningsläge och i sitt sätt att vara. Vårdaren blir ofta känslomässigt svårtillgänglig då denne befinner sig i chock och i ett akut kristillstånd. Då barnet är äldre än åtta månader reagerar det tydligt på både fysisk och känslomässig separation. Barn sörjer om föräldrarna är förhindrade att på vanligt sätt ta hand om dem. Denna sorg kan observeras redan vid några månaders ålder. Barnets reaktioner visar sig främst genom att de blir ”*besvärliga*”: ilska, otröstlig gråt, klängighet och vredesutbrott. Efter bara några dagar övergår ilskan och den otröstliga gråten till mer ”*gnällighet*”. Barnen blir håglösa och tröstsökande och nallen eller ”*snuttefilten*” blir betydelsefulla. Det är bra att den vuxne håller barnet, sitter bredvid och bara finns där.

Förskolebarn förstår att ett dödsfall betyder att någon är borta. Till viss del reagerar de på själva frånvaron av den döde, men de huvudsakliga reaktionerna kommer fortfarande av familjens totala sorg. Förnekande är en vanlig reaktion för barn från tre år och uppåt. De kan reagera som om inget hänt eller som om de inte bryr sig om att någon är borta. De vanliga dagliga aktiviteterna ska fortsätta. Oberördheten är ett skydd mot de känslor som uppstår vid sorg. Dessa är mycket svårförståeliga för förskolebarn. De behöver veta vad som hänt och varför alla i familjen är ledsna och uppför sig som de gör (Foster, 1990).

Skolbarn förstår vad det innebär att någon dör samt att denne inte kommer tillbaka (Foster, 1990). Barn kan från och med tioårsåldern beskriva sina reaktioner på ungefär samma sätt som vuxna (Dyregrov, 1996). Ett skydd från de överväldigande känslorna kan vara att bli barnslig d v s de tar sin tillflykt till en tid i sina liv då de ännu inte insett att döden är slutgiltig. ”*Småbarnsbeteendet*” gör att barnen kan ta emot omvårdnad och tröst på samma sätt som när de var små. Beteendet är tillfälligt. Förnekande är vanligt även i denna ålder (Foster, 1990).

Tonåringar förstår innebörden av döden på samma vis som vuxna. Ungdomsåren är en tid av många starka känslor vilket speglas i deras reaktioner; snabba kast mellan olika känslor och tankar och mellan barnsliga och mogna resonemang. Liksom alla sörjande kan tonåringar förneka det inträffade (Foster, 1990). Med anledning av den emotionella intensiteten kan tonåringar i större utsträckning än yngre barn, tränga bort sina känslor och undvika att konfrontera dem. Reaktionerna tar sig mer uttryck genom yttre beteende och konflikter med omgivningen (Dyregrov, 1996). I linje med den normala frigörelseprocessen försöker många unga ”*klara sig själv*” igenom det svåra. Vissa bryter sig loss från familjen och flyr hemmet. Detta underlättas för den unge av att föräldrarna ofta är passiviserade i sin kris och inte kan kontrollera sina tonåringar som vanligt. Andra tonåringar iklär sig en vuxenroll. De tar på sig för mycket ansvar och plikter och drar sig undan från normala tonårsaktiviteter (Foster, 1990).

2.5.3 Barns reaktioner kopplat till kön

När det gäller könsskillnader i samband med trauman har relativt få studier gjorts. De undersökningar som gjorts är inte entydiga, då man fokuserat på olika aspekter av reaktionerna (Dyregrov, 1997). Skillnaden mellan pojkar och flickor berörs dock ofta av föräldrarna. Deras erfarenheter är att pojkarna har svårare att visa känslor än flickorna samt att de i högre grad undviker att tala om dödsfallet. Skillnaderna blir tydligare från sju års åldern

och är kanske som tydligast under puberteten (Dyregrov, 2000). Kliniska erfarenheter tyder på att flickor reagerar starkare än pojkar men samtidigt har flickor lättare för att sätta ord på eller uttrycka sina upplevelser (Dyregrov, 1996). En undersökning som gjorts i en klass där en elev omkommit i en olycka visar att flickorna i större utsträckning än pojkarna, ansåg att det hjälpt dem att prata om det inträffade. Flickorna ansåg på det stora hela också att möjligheten att uttrycka sina känslor genom att t ex gråta, prata eller skriva var till större hjälp jämfört med vad pojkarna tyckte. Flickor anförtror sig mer till varandra än vad pojkar gör. Pojkar har en tendens att komma med råd medan flickor mer uttrycker förståelse och inte är lika handlingsinriktade. Trots ovanstående finns det också stora individuella skillnader; flickor kan vara mer lika pojkar i vissa avseenden och tvärtom (Dyregrov, 1997). Dyregrov menar att de insatser och möjligheter till hjälp som finns för barn i kris, verkar passa flickor bättre än pojkar. Flickor tycks ha lättare för direkta samtal om känslomässiga reaktioner, vilket insatserna främst baseras på (Dyregrov, 2000).

2.5.4 Vad kan påverka reaktionerna?

Cullberg menar att det finns fyra aspekter som man bör ha kunskap om och som påverkar krissituationen och den drabbades reaktioner; *den utlösande situationen* (t ex ett hastigt och oväntat dödsfall), *den inre och privata betydelsen av det inträffade* (exempelvis närheten i relationen till den avlidna och den anhörigas personliga erfarenheter), *aktuell livsperiod* (t ex ålder och livssituation), och *sociala förutsättningar och familjesituation* (t ex familjesättning och relationer mellan familjemedlemmar) (Cullberg, 1992).

Enligt Dyregrov så är det främst tre faktorer som påverkar barns traumatiska reaktioner; *situationen* (t ex om barnet utsatts för starka sinnesintryck), *barnet själv* (t ex stresstolerans, temperament) och *den miljö barnen finns i* (t ex om föräldrarna missbrukar eller har psykiska problem) (Dyregrov, 1997). Detta kan kopplas till barnets socio-emotionella utveckling. Denna utveckling innefattar *individuella egenskaper* som t ex känslor, temperament och medvetande samt *sociala faktorer* som t ex relationer till andra och kulturens påverkan. De två områdena påverkar varandra sinsemellan mycket starkt och det är egentligen svårt att se dem som två separata företeelser. Barn har redan från början ett universellt känslspråk som utvecklas med åldern. Mycket små barn har vad man kallar ”grundkänslor” som t ex glädje, ledsenhet och förvåning. Efterhand som barnet utvecklas kognitivt uppkommer ”härledda” känslor som t ex skam, skuld och svartsjuka. Ju äldre barnet blir desto bättre kan de hantera situationer som väcker känslor (Hwang & Nilsson, 1996).

Dyregrov menar att det är viktigt att å ena sidan vara uppmärksam på om barnet uppvisar *reaktioner* som kan tyda på att det behöver professionell hjälp, och å andra sidan uppmärksamma om det finns *riskfaktorer* hos / kring barnet som visar att man måste följa upp det (Dyregrov, 1997).

2.6 Risk- och skyddsfaktorer för barn i kris

Enligt psykolog Kati Falk är den allra mest övergripande tanken i arbete med barn i kris, att skapa en känsla av sammanhang - KASAM. Hon talar om sin *tolkfunktion*, då hon hjälper till att tolka för föräldrarna och andra vuxna vad barnet menar. Hon hjälper även till att få de vuxna att tala på ett sätt så att barnen förstår vad som hänt. Kati Falk menar att det salutogena perspektivet är något som vi alla behöver i svåra situationer, så att vi förstår vad som händer och så att vi får en balans för att uttrycka våra känslor och dela dem med någon. Enligt Kati Falk kan man säga att riskfaktorer för barn i kris ”är alla dem som är riskfaktorer för alla andra, dvs att livet har farit fram hårt med en, dåliga relationer i familjen och bristande trygghet. Riskfaktorer är faktiskt också ”självet”, om man har mycket svårt för att begripa sig på sammanhang, lite låg begåvning”. Hon nämner även att riskfaktorer kan vara att man har råkat ut för mycket som t ex uppbrott, separationer och problem i skolan. Enligt Kati Falk är skyddsfaktorer det motsatta; god social förmåga och trygghet i familjen d v s någorlunda stabilt liv (ur intervju med Kati Falk, 2002).

I boken ”*Risk och prognos i socialt arbete med barn*” tas generella risk- och skyddsfaktorer för barn upp, vilket kan knytas till Kati Falks kommentar ovan. Det finns enligt boken risker som kan knytas till *barnet* som: ålder, kön, fysisk och psykisk hälsa, beteende och vänskapsrelationer. Men det finns även risker som kan knytas till *föräldrarna* som: kriminalitet, psykisk sjukdom, mental retardation, arbetslöshet och missbruk. Risker som kan knytas till *familjen* kan vara: social status, livshändelser, samlevnadsformer och barn – förälder relationen. Flera riskfaktorer leder till ökad risk. Barn med *en* riskfaktor t ex ett fysiskt handikapp, och fler skyddsfaktorer som t ex hög känsla av sammanhang och goda relationer, löper inte förhöjd risk (Lagerberg & Sundelin, 2000).

Dyregrov nämner tre kategorier av riskfaktorer; *exponeringsfaktorer* (t ex känsla av ansvar för det som skett), *personlighet och tidigare livskriser* (t ex tidigare ångest och depression) och *omsorgsmiljön* (t ex dålig kommunikation och öppenhet i familjen). Riskfaktorerna skall

betraktas som varningssignaler för de vuxna så att de skall vara uppmärksamma på hur barnen reagerar den närmaste tiden, inte för att de nödvändigtvis kommer att ha starka och långvariga traumatiska reaktioner. Faktorer som bidrar till att barn klarar sig bra är: en personlighet som kräver och utlöser andras omsorg och hjälp, självständighet, självtillit, positiv social inriktning, humor, gott stöd från familj och vänner, nära relationer, popularitet, intellektuell förmåga, vilja att allt skall bli bra, förmåga att lösa problem m m (Dyregrov, 1997).

Antonovskys *salutogena perspektiv* inriktar sig på resurser som främjar hälsa. Han har utvecklat begreppet *Känsla av sammanhang* som definieras enligt följande:

'En global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att 1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga (begriplighet) 2) de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga (hanterbarhet), och 3) dessa krav är utmaningar, värda investeringar och engagemang (meningsfullhet)' (Hansson & Olsson, 2001 ur Antonovsky, 1991, s. 41)

Antonovskys teori bygger på att generella motståndresurser skyddar vid högrisksituationer. Han har upptäckt att en viktig del hos oss människor är att vi har en inneboende strävan att försöka förstå och begripliggöra vår värld (Hansson & Olsson, 2001). Cullberg beskriver känsla av sammanhang som en skyddsfaktor för barn i kris, att känna att man på ett psykologiskt och moraliskt plan existerar i en värld av mening och sammanhang. Upplevelsen av att vara ”*sedd*” och känslan av att stå i dialog med omgivningen är betydelsefullt för barnets självkänsla och därmed även för barnets reaktioner och hantering av krisen (Cullberg, 1992).

2.7 Barns uppfattning om döden

Barn utvecklar successivt en syn på sjukdom och död som främst är åldersrelaterad men där även andra faktorer som mognad, tidigare erfarenheter och omgivningens kultur och attityder har betydelse (Eriksson i Arlebrink, 1999). Jean Piaget, företrädare för kognitiv utvecklingspsykologi, har utvecklat fyra åldersrelaterade huvudstadier i den kognitiva utvecklingen. Dessa är: det *sensomotoriska*-, det *preoperationella*-, det *konkret operationella*- och det *formellt operationella stadiet*. Under det *sensomotoriska stadiet*, vilket infaller mellan 0-2 års ålder, använder barn sina sinnen och motoriska färdigheter för att förstå omvärlden. Barn lär sig att saker och ting finns även om de inte syns (objektpermanens). I denna ålder börjar barn minnas och kan i fantasin ta fram olika erfarenheter (mental representation) (Hwang & Nilsson, 1996). Barn upp till två år har ingen direkt uppfattning om döden eller att

någon "försvinner" (Foster, 1990). De kan inte begripa döden men kan erfara den som en övergivenhet, en totalt genomgripande upplevelse av frånvaro. Det kan verka meningslöst att tala med ett spädbarn om föräldrarnas död men om vi vuxna ger ord åt vår egen förtvivlan kan barnet lättare uppleva sammanhanget och "läsa" de signaler vi sänder genom tonfall, ansiktsuttryck och hållning. I och med detta startar en känslomässig delaktighet, en förmåga som barnet kan bära med sig hela livet (Falk & Lönnroth, 1999).

I tre- till fyraårsåldern kan barn ännu inte förstå och skilja begreppen "liv" och "död" åt.

Sådant som inte kan ses, höras, kännas eller smakas kan heller inte föreställas.

Referensramarna är konkreta och barnet måste för att förstå utgå från vad de själv erfarit med sina sinnen. Liv är lika med rörelse och aktivitet och död är det samma som passivitet, vila och sömn. Ibland kan död anta betydelsen av att "ha tråkigt". *'Det är synd om Kalles farmor, hon har såtråkigt, för hon har blivit död'* (Foster, 1990, s. 61). Att vara död betyder för en tre-fyra åring en stunds paus i livet. Att vara död utesluter inte att vara levande. Döden är alltså inte beständig i deras värld. Det magiska tänkandet har sin höjdpunkt ungefär vid fyra till sex års ålder. Med magiskt tänkande menas att barn tillskriver allting liv, känslor och behov. Detta bottnar i en bristande förmåga att se orsakssamband och mening i det som sker. Genom sin egen förklaring av saker och ting, får man svar på de frågor som gör omvärlden otrygg. Barn söker ofta förklaringar till händelser hos sig själv. De kan tro att något det gjort, sagt eller tänkt kan ha orsakat föräldrarnas eller syskonets död. Detta kan skapa outhärdliga skuld känslor hos barnet (Foster, 1990). Om barnet inte får någon förklaring till att pappa blev sjuk eller att systemen åkte in på sjukhus, så konstruerar barnet sin egen förklaring och utgår då från att det är de själva som orsakat det (Falk & Lönnroth, 1999). Det *preoperationella stadiet* infaller mellan två till sex års ålder. Då använder barn språk och symboliskt tänkande för att förstå och uppfatta omvärlden. Tankandet är i huvudsak egocentriskt och då ser barnet omvärlden endast ur eget perspektiv (Hwang & Nilsson, 1996). Trots att ordet död ingår i fem-sju åringars ordförråd har de inte någon klar förståelse för döden. Barn i denna ålder skiljer på "död i verkligheten" och "död på lek". Övertygelsen om att död innebär en stunds vila börjar överges. De tror att det finns flera alternativ; *'en del är döda länge, andra inte så länge, en del kommer inte tillbaka. Barn dör inte.'* (Foster, 1990, s. 67) Den vanliga uppfattningen är att man inte dör förrän man levat färdigt d v s när man är gammal. Barn har många frågor och funderingar av typen "varför dör man?", "hur känns det?" och "vart kommer man sen?" (Foster, 1990)

”Ofta kan man hos barn i samband med förlust av någon närstående möta en andlig tolkning av tillvaron, påsätt att barnet ofta ser sig själv och den döde i ett större sammanhang. Existentiella frågor kring livet, döden och Gud aktualiseras och sökandet efter mening och sammanhang blir ofta angeläget för barnet. Det är viktigt att fånga upp och med stor respekt ta emot barnets tankar, lyssna och förmedla något av vår egen tro och livstolkning, vilken form eller innehåll den än har. Många av barnens frågor kan vi inte ge några heltäckande svar på därför att vi som vuxna brottas med samma frågor.” (Eriksson i Arlebring, 1991, s. 160)

Det konkreta tänkande styr i huvudsak och det är vanligt att man konkretiserar döden på så vis att man föreställer sig den som en person eller ett väsen som kan komma och ”*ta någon*”. Barn i sex-sju årsåldern är särskilt sårbara eftersom man börjar förstå att föräldrarna inte är ”*allsmäktiga*”, att de inte kan klara allt. Ett dödsfall i familjen kan skaka barnets grundvalar och tryggheten i föräldrarnas allsmäktighet går förlorad. Detta kan innebära ett temporärt bakslag i barnets utveckling. Först i åtta-tio årsåldern börjar barn förstå att döden är oåterkallelig. Det konkreta tänkandet är fortfarande det dominerande, men man förstår att man inte genom egen kraft kan påverka livet eller dödens villkor (Foster, 1990). I det *konkret operationella* stadiet, vilket infaller mellan sju-elva års ålder, kan barn förstå och tillämpa logiska tankemönster (Hwang & Nilsson, 1996). De förstår att även deras eget liv måste komma till ett slut, vilket kan ge upphov till en existentiell ångest. För att bemästra dödsfruktan intresserar sig barn för detaljer kring död, sjukdom och olyckor. Berättelser är spänningslösande samtidigt som faktakunskaper erhålles (Foster, 1990). Det *formellt operationella* stadiet infaller vid ca tolv års ålder, och då kan barnet tänka över hypotetiska begrepp och abstrakta saker (Hwang & Nilsson, 1996). Då puberteten träder in kan de tankemässiga strukturerna sägas vara färdigbildade. Abstrakta begrepp kan föreställas på ett vuxet sätt. Tonåringar kan skapa fantasier, idéer och ideal utan att blanda det fantiserade med verkligheten. Begreppet död förstås på samma sätt som av vuxna men motvilligheten att godta döden som verklighet gör att förnekande ligger nära till hands. Det ligger också nära till hands att tänka i termer av skuld och straff. Frågor uppkommer av typen ”*vad har jag gjort för att förtjäna detta?*” (Foster, 1990)

2.8 Barns delaktighet

Vuxna kan i svåra situationer lämna barn utanför för att skona dem. Barnen lämnas i stället med känslor av utanförskap och att de inte är viktiga nog att få vara delaktiga i så allvarliga händelser (Foster, 1990). Att få vara delaktig i ett viktigt skeende är en förutsättning för att kunna hantera och ta sig igenom den smärta och utsatthet som döden innebär för ett barn (Eriksson i Arlebring, 1999). Barns delaktighet i familjen beror på en rad faktorer vilket t ex

kan vara att det inträffade är tabubelagt i familjen (Foster, 1990). Vuxna som förlorat en förälder i barndomen säger att inte få veta något och att man höll på sanningen, var ibland det mest traumatiska och det som gjorde mest skada. Många har uttryckt att de mycket hellre hade velat höra sanningen om vad som hänt än att ”skyddas av förnekandets tystnad” (Harris, 1996). Att erkänna ett dödsfall i familjen och att se sorgen som naturlig är bara början, enligt experter på barns beteende. Föräldrar uppmanas att även ge yngre barnen komplett information och låta dem vara delaktiga i beslut kring minnesgudstjänst och begravning (Planck, 1998). Enligt Dyregrov så har ritualer flera viktiga psykologiska funktioner bl a att; reducera överklighetskänslor, förhindra fantasier, stimulera känslouttryck, ge möjlighet till avsked och att ge barn och vuxna en gemensam upplevelse som senare kan ligga till grund för samtal. Jordfästning och visning konkretiserar det som hänt (Dyregrov, 1995).

Då ett barn ska delta vid visning är det viktigt att förbereda det väl. I det ingår bl a att berätta om hur visningen kommer att gå till, hur det ser ut inne i rummet, hur den döde ser ut, hur de andra anhöriga kan väntas reagera, att man gärna får röra vid den döde, att det är tillåtet att reagera precis som man vill och att man få vara där själv eller tillsammans med andra (Dyregrov, 1995). ”Vi tittade på mamma. Hon var jättefin och hade vanliga kläder på sig, det såg ut som att hon bara sov. Men hon var blek, man blir det när man dör.” (Danielsson, 2002, s. 26) Anledningen till att förberedelsen är så viktigt är för att undvika att negativa traumatiserade bilder ”etsar sig fast” hos barnet. Det kan vara klokt om en vuxen som barnet känner förbereder barnet och går med det in till den avlidne. Barn måste vid visning få lov att uttrycka sin sorg konkret t ex genom att lämna teckningar, leksaker, dikter, blommor och fotografier. Efter visningen är det bra om man har en samlingsstund där barn och vuxna kan ta upp frågor och funderingar (Dyregrov, 1995).

Barn bör inte delta vid visning då den dödes kropp är förändrad till oigenkännlighet. Om vissa delar av kroppen är svårt skadade kan man visa andra delar, där den döde kan igenkännas av de anhöriga. ”Jag känner igen händerna. Nu vet jag att det är han.” (Dyregrov, 1995, s. 37) Viktigt är att inte tvinga ett barn till att vara med under visning, men man bör försöka att motivera de barn som inte vill (Dyregrov, 1995).

Vi kommer nu att övergå till att presentera vårt empiriska material.

3 EMPIRI

3.1 Presentation av intervjupersoner

Intervjupersonerna presenteras i bokstavsordning.

Bernt Eriksson arbetar som sjukhuspräst vid Universitetssjukhuset i Lund. Han blev färdig präst 1970 och har sedan dess arbetat som sjukhuspräst i Lund. Sjukhuset är inom sjukhuskyrkan indelat i olika sektorer, där Bernt Eriksson har huvudansvaret för området *Barn och familj*.

Kati Falk arbetar som psykolog i Kris- och konsultteamet vid Universitetssjukhuset i Lund. Hon är legitimerad psykolog och har sedan åtta år arbetat i Kris- och konsultteamet, som är ett specialistteam inom barn- och ungdomspsykiatri. I teamets uppdrag ingår att arbeta mot somatiken, dels mot barnkliniken och dels mot övriga kliniker då det finns barn som anhöriga till svårt sjuka eller döende föräldrar. Ett annat uppdrag är att arbeta inom psykiatri med barn till psykiskt sjuka föräldrar. Tidigare har Kati Falk arbetat 15 år inom barnpsykiatrisk öppenvård samt 10 år med vuxna i privat regi. Hon har även, under 12 år, undervisat inom utvecklingspsykologi på Psykoterapeututbildningen. Idag undervisar och handleder hon på utbildningen.

Marie Fehre arbetar som kurator vid Helsingborgs lasarett AB. Hon är utbildad socionom och har vidareutbildning i socialt behandlingsarbete. I tjänsten ingår kliniskt arbete samt ett chefsuppdrag. Marie Fehre har tidigare arbetat 16 år inom vuxenpsykiatri som kurator. Hon har även arbetat som kurator inom kirurgkliniken i Helsingborg, där arbete på akutmottagningen ingick.

Rut Flensmark arbetar som kurator vid Kristianstad Centralsjukhus. Hon blev klar socionom 1972 och arbetar idag som kurator på Kirurgkliniken. Hon arbetar mot ett flertal olika avdelningar samt akutmottagningen. Rut Flensmark har tidigare arbetat 14 år inom vuxenpsykiatri. Hon har därefter arbetat på kirurgkliniken med avstickare till primärvården och som personalkonsulent inom kommunen. Rut Flensmark har vidareutbildningar som forskningsförberedande utbildning, psykosocialt behandlingsarbete och en handledarutbildning.

Peeter Hellstrand arbetar som kurator vid Kristianstad Centralsjukhus. Han är socionom sedan 1995 och arbetar idag som kurator på Kirurgkliniken. Peeter Hellstrand arbetar mot ett flertal olika avdelningar som t ex intensivvårdsavdelningen samt akutmottagningen. Han har tidigare arbetat som kurator på en ortopediklinik samt som socialsekreterare med missbrukare och psykiskt långtidssjuka.

Britt Karlsson arbetar som präst i Hässleholms församling. Hon blev färdig präst 1978 och arbetar sedan 1993 som präst inom sjukhuskyrkan 50 % och som församlingspräst 50 %. Hon arbetar bl a mot akutmottagningen och med KVH (kvalificerad vård i hemmet). Britt Karlsson har tidigare arbetat som församlingspräst och samarbetskyrkopräst, samt en kortare tid som vårdbiträde.

Mats Persson arbetar som sjukhuspräst vid Helsingborgs lasarett AB. Han har arbetat som sjukhuspräst sedan 1982 och har idag en heltidstjänst inom sjukhuskyrkan. Mats Persson har tidigare arbetat som församlingspräst, lärare och som ungdomskonsulent vid Lunds stift. Under tiden som sjukhuspräst har han arbetat sju år inom psykiatrin. Idag arbetar han mot somatiken. Mats Perssons ansvarsområde inom sjukhuskyrkan är akutmottagningen.

Anki Tuve arbetar som kurator vid Universitetssjukhuset i Lund. Hon har arbetat som kurator på akutmottagningen sedan 1998. Innan dess har hon under många år arbetat med rehabiliteringsverksamhet.

Kerstin Vidmark arbetar som kurator vid Hässleholms sjukhus. Hon arbetar som kurator på medicinkliniken vilket innefattar ett flertal olika avdelningar som t ex intensivvårdsavdelningen samt akutmottagningen. Hon har tidigare arbetat som kurator på vårdcentral, inom flyktingverksamhet och inom socialtjänsten som ekonomihandläggare.

3.2 Arbete med barn i akuta kriser

3.2.1 Upplysning

Då vi fattas svar från en intervjuperson på fråga 5-8 och 11-20 ur intervjuguiden, kommer följande sammanställning att under vissa teman baseras på åtta istället för nio intervjupersoners svar.

3.2.2 Grunden i hjälparens arbete

Prästerna uppger att deras arbete bygger på en kristen tro och en kallelse. Arbetet bygger på teologiska och själavårdande kunskaper. En av prästerna säger att sjukhuskyrkans uppgift är att förkunna evangeliet om Jesus Kristus genom ord och handling samt att förvalta sakramenten. Det kan man göra på olika sätt när det gäller barn, t ex genom att finnas hos barnet, att lyssna och att respektera barnet där det finns nu. Prästerna har fortbildat sig inom sjukhuskyrkan. I utbildningen ingår att läsa om hur man skall ta hand om barn och hur deras reaktioner kan se ut. Cullberg nämns som kristeoretisk grund. Det påpekas att det trots teoretiska kunskaper är viktigt att ha i åtanke att möten med barn inte alltid stämmer överens med vad böckerna säger. Det är viktigt att ha teorier och kunskaper men man måste bearbeta dem.

”Se varje barn som ett unikt tillfälle, varje gång vi kommer ner och möter någon så är det ett unikt tillfälle. Vi har aldrig mött denna människa förr och den personen har aldrig varit i denna situationen förr, och jag har heller aldrig varit i denna situationen tillsammans med det barnet dådennes pappa dog. Det är nytt för oss allihopa” säger en av prästerna.

Den bästa krishjälparen är den som inte har några ambitioner då denne går in i ett möte. Man måste först inställa sig och ställa sig i den verklighet som är, se och höra vad människorna upplever och våga vara kvar. De tre H:na nämns av en präst som ett tankesätt i arbete med barn i kris. De tre H:na är; *hålla om* - att omfamna barnet om det vill, *hålla tyst* - om det inte finns något att säga och *hålla i* - ge något varmt att dricka som barn tycker om t ex varm choklad. En annan präst nämner tre huvudfrågor som går att urskilja då man samtalar om existentiella frågor: *Vem är jag?* (identitetsområdet), *Relationer?* (vilka är mina nära relationer?) och *Vad är meningen?* (Rättvisa, varför drabbas jag?)

Två av prästerna tar upp i intervjuerna att de yrkesgrupper som arbetar psykosocialt skall skiljas åt, eftersom *”präster är präster”* och inte kuratorer, psykologer eller terapeuter. Dock menar de att dessa grupper kompletterar varandra. En av prästerna säger att han vill använda sig av *sina* kunskaper som präst, men menar att bara för att man är präst så behöver man inte predika så fort man möter drabbade.

”Vi kan predika evangeliet genom att vara medmänniskor, att finnas där, att lita på den kärlek som vi tror på utan att säga det. Tröst, det definierar jag som ärlig närvaro ./../ Att verkligen finnas där med hela mig. Hela min kropp och hela min empati. Och då kan jag finnas där utan att säga något./../ Man brukar säga att det fanns någon mening med att Gud gav oss en mun och två öron. Vi ska lyssna dubbelt så mycket som vi pratar.”

Att arbeta som sjukhuspräst är en spetskompetens och idag krävs det fem års erfarenhet som församlingspräst för att kunna söka en tjänst som sjukhuspräst. En präst menar att legitimiteten i arbetet ligger i kunskap och erfarenhet, där tystnadsplikten är det stora redskapet. En annan präst säger att det inte går att peka på direkta direktiv som styr arbetet, men att det finns bestämmelser som identifierar arbetsuppgifterna. Man har inte så många olika verksamhetsuppgifter, utan man ska erbjuda stöd och hjälp till människor i utsatta situationer.

Sammanfattningsvis så säger kuratorerna att de inte arbetar efter en specifik teori, utan använder sig av teoretiska ”hop-plock” och förvärvade erfarenheter. Några uppger att de har läst böcker inom ämnet som de använder sig av i arbetet. Katastrofpsykolog och författare Atle Dyregrov nämns. Cullbergs teori tas upp som en användbar kristeori. Systemteori har också nämnts som en användbar grund. ”*Man pejar läget. Ser hur barnen är och försöker göra sig en bild av vilken barnets roll har varit i familjen, hur familjen har fungerat*”.

Basgrunderna i mötet med människor är respekten för den enskilde individen, förmågan till empati och tanken att mötet är viktigt. En av kuratorerna arbetar med att försöka förmedla att den psykiska kris som en patient drabbas av, är en del av den somatiska sjukdomen. Man ska inte skilja kropp och själ åt utan kunna ta hand om båda delar på en somatisk klinik.

Kuratorerna uppger att arbetet utgår från Hälso- och sjukvårdslagen samt Sekretesslagen. Ett ytterligare direktiv för någon av kuratorerna, är att vara tillgänglig och kunna ställa upp med handledning för personalen.

Psykolog Kati Falk uppger att hennes arbete grundas i de utvecklingspsykologiska teorierna samt på traumaforskning. Tanken är att man så fort som möjligt skall komma i kontakt med traumatiserade människor för att förhindra att de utvecklar psykiska men till följd av traumat. I utvecklingsteorin använder hon sig främst av kunskapen om hur barn utvecklas, speciellt deras kognitiva förmåga. Kati Falk säger att barn föds med ett välutvecklat känslö- och affektliv. Det som förändras med åldern är förmågan att balansera det med våra tankar och vårt förstånd. Att förstå varför vi blir glada eller arga och vilka konsekvenser det får för vårt beteende. Kati Falk arbetar med affekternas kroppsliga ursprung, alltså hur det känns i kroppen. Att sätta ord på och ge uttryck för de kroppsliga reaktionerna är viktigt för den psykiska hälsan. Den allra mest övergripande tanken är att skapa en känsla av sammanhang, KASAM. I svåra situationer behöver alla det salutogena perspektivet. Att få balans för att uttrycka sina känslor och dela dem med andra. Kati Falk ser sig själv som en slags ”tolkare”

eftersom hon i arbetet får tolka för föräldrar och andra vuxna vad barnet menar, samtidigt som hon hjälper de vuxna att tala på ett sätt så att barnen förstår vad som hänt. Kati Falk nämner samma direktiv för arbetet som kuratorerna ovan.

3.2.3 Första kontakten

Hjälparna blir tillkallade via telefon eller sökare av personal på sjukhuset. Hjälparna uttrycker att den första kontakten kan se väldigt olika ut. Vanligtvis ringer en sjuksköterska eller läkare och talar om att de behövs och då går de till avdelningen eller mottagningen. Prästerna kommer när det har framförts en uttrycklig önskan om detta från anhöriga, patienten själv eller personalen. En kurator säger att man oftast inte har någon uppfattning om vad som komma skall, men då man kommer till akutmottagningen brukar man få en kort information om det inträffade. Kati Falk menar att detta är viktigt för att kunna ha sina ”egna saker” på plats innan man möter de drabbade. Hjälparna säger att de efter informationen går in till de anhöriga, hälsar och presenterar sig. De flesta akutmottagningar har speciella anhörigrum.

En präst säger att situationen och stämningen kan variera mycket i rummet. Känslorna kan pendla mellan verklighet och överklighet. Dessa ständiga ytterligheter kännetecknar det akuta skeendet. Det kan vara kaotiskt och förvirrat i rummet. En annan präst säger *”det är grå och det är skrik och det är allt vad som kan finnas, och man går fram och tillbaks i detta”*. En av prästerna säger att då det är så här, är det viktigt att man själv är lugn. *”Jag tror på att, kommer det in en människa i ett rum som själv är lugn, så tror jag att det kan på något sätt smittar av sig till andra.”* Det betonas att det i dessa situationer är viktigt att man har granskat sig själv, tänkt efter hur man reagerar i olika situationer och bearbetat sin dödsångest. Detta för att inte samma ångest och smärta som strömmar ur de anhörigas ögon också kommer ur hjälparens ögon. Situationen då man kommer in i rummet kan även kännetecknas av tysta och avvaktande anhöriga. De anhöriga och hjälparna känner inte varandra, så stämningen kan vara lite laddad. Man behöver *”känna av”* varandra för att kunna anförtro sig. Det första mötet kan vara lite trevande och det nämns att man bör vara väldigt varsam när man möter de anhöriga. Det får lov att ta tid och man måste inte konversera, man kan bara sitta där. En kurator säger *”man bör ta så lite plats som möjligt egentligen, man bara är. För går man in och börjar styra direkt så blir det inte bra.”* En annan kurator menar att man bör låta de anhöriga styra vad som behöver komma fram. *”Det är inte alltid man kan sitta och prata så mycket med människor i kris, utan det är ofta mycket aktiviteter som sker. Det är mycket som ska ske i det akuta läget, polisen kanske ska komma hit, man ska ringa anhöriga och så”* Några av

prästerna nämner att det kan vara väldigt spänt och laddat då de kommer, eftersom det kan uppfattas som något definitivt då en präst visar sig. En präst associeras ofta med döden.

”Min närvaro utlöser någonting. Vissa ställer frågor och tycker att det är skönt att man är där, andra ber en dra å skogen”. Vid dessa reaktioner säger prästen att han går ut ur rummet, men att han finns kvar utanför. Då har de drabbade ändå tillgång, om de skulle vilja.

Kati Falk säger att hon oftast träffar de vuxna först för att gå igenom vad som hänt. Dels för att själv vara förberedd inför barnen och dels för inte sätta de vuxna i en situation där de är oförberedda på vad som skall sägas inför barnen. Därefter träffar hon barnen tillsammans med föräldrarna och då går hon noggrant igenom med barnen vad de upplevt, hört, sett, luktat, tänkt e t c. Kati Falk försöker redan i det akuta skedet bekräfta för barnet att vad de än gjorde då ex pappa föll död ner, så var det rätt. Om de gav katten mat då pappa dog, så bör man säga *”vad bra att du gav katten mat, annars hade nog ingen annan tänkt på det!”* Det är viktigt att ge barnet en känsla av kompetens, att de gjorde något som var bra. Detta för att motverka den hjälplöshet och vanmakt som kan infinna sig.

3.2.4 Hjälparens roll i förhållande till barns ålder

Hjälparna beskriver inga större skillnader i deras förhållningssätt gentemot barn i olika åldrar. Många framhäver att varje kontakt med ett barn är individuell. Ibland får man en nära kontakt, ibland inte. Dock menar de att de anpassar hjälpen samt formen för kontakten, efter barnets ålder. Förhållningssätt, språk och information anpassas efter barnet. Med äldre barn kan man ha enskilda samtal, vilket man oftast inte har med de yngre. Kati Falk säger att hon arbetar mer genom föräldrarna då det gäller yngre barn. Dock beror detta även på hur barnet är, dess förmåga att gå i dialog. Föräldrarna är definitivt alltid med upp till 9-10 års ålder, men sedan kan man kanske tänka sig att barnen kommer själv. En kurator upplever sig kunna vara ett större stöd till lite äldre barn som hon kan ha en dialog med. Småbarn tyr sig oftast till sina föräldrar, vilket är bra eftersom det är mamma och pappa som ska vara barnets trygghet. Hjälparen försvinner så småningom ur de drabbades liv. Kati Falk menar att syftet med hjälpen är att återupprätta barnets och föräldrarnas egna resurser för att klara sig vidare. Stödet av Kati Falk skall inte vara för tid och evighet, utan hennes uppgift är att mobilisera stödet hos dem själv och hos de anhöriga. Hjälparna nämner olika nyckelord för bra kommunikation med barn i olika åldrar: naturlighet, empati, inlevelse och spontanitet.

3.2.5 Hjälparens roll i förhållande till barns kön

När det gäller lite äldre barn kan hjälparens roll skilja sig beroende på barnets kön. Pojkar upplevs överlag som svårare att tala med eftersom de ofta är mer tysta och inbundna. Flickor upplevs som spontanare och verkar ha lättare att uttrycka känslor, vilket underlättar kommunikationen. Dock pekar hjälparna på att detta är individuellt. Kati Falk säger att hon kanske inte är lika direkt med pojkar, om de inte är redo för det. *”Det handlar om att respektera och känna av alla människor på olika sätt.”* Hon säger vidare att då det gäller lite äldre killar är det, om möjligt, bättre att de får träffa hennes manliga kollega. En av prästerna leker med tanken att man kan använda sig av någon form av identifikation, *”vi grabbar emellan”*, när man erövrar förtroenden. Då vården är kvinnligt dominerad behövs mer manlig representation för ett större utbud av identifikationsobjekt.

3.2.6 Hjälparens roll i förhållande till barns kultur och religion

Några av hjälparna har uttryckt att ett barns religion eller livsåskådning kan vara en hjälp i utsatta situationer. Detta eftersom barnet då ofta har ett sorts språk, mönster eller förklaringsmodell kring det inträffade. Religionen har ofta svar på frågorna *”varför”*. En präst betonar att det är viktigt att handskas varsamt med ett barns tro eftersom ett religiöst resonemang ibland kan bli väldigt fel, t ex att säga *”Gud älskade din mamma så mycket att han tog henne till sig”*.

”Det går ju inte, det är ingen tröst i det, då blir man ju bara arg. Och undrar varför han måste älska så till den milda grad att han tar henne ifrån mig. Det är nog bäst att inte vara så älskad, att Gud inte älskar mig för mycket, då kan jag ju dö. Barn kan ju koppla ihop så. Man tröstar med en sådan här förklaringsmodell, ’han är för god för denna världen’ o s v. Då gäller det att inte vara för god, för då kan man åka på en smäll.”

En av prästerna säger att man är *”människa först, sedan kristen”*. Religionen har en underordnad betydelse, hjälpen kommer först. Religionen är inte utslagsgivande för om man ska trösta eller inte. *”Det är fullkomligt gränsöverskridande att arbeta med krisbearbetning. Man arbetar från hjärta till hjärta. Kriser jämnar ut olikheter”*. En annan präst nämner att om de drabbade önskar, kan man även tillkalla andra religiösa hjälpare än kristna.

Kati Falk menar att det är viktigt att i vissa situationer använda sig av sjukhuskyrkan t ex då man stänger av en persons respirator. Där har prästerna mandat. Det är prästen som skall vara där, då det är denne som kan markera övergången mellan liv och död. Kati Falk säger att

sjukhuskyrkans präster är mycket kunniga och duktiga på att säga några få ord, och göra det ”heligt” i dess allmänna betydelse.

När det gäller kultur säger hjälparna att man måste ta hänsyn till denna, men att man arbetar efter det synsätt som vi har på landets sjukhus. Även om man kommer från Sverige kan man ha olika kultur och familjemönster. Några beskriver att de drabbades kultur kan påverka deras sätt att ge utlopp för sorg samt deras sätt att tala kring det inträffade. Inom vissa kulturer, kanske främst sydeuropeiska och utomeuropeiska, talar man nästan inte om sjukdom och speciellt inte om allvarlig sjukdom, vilket är av tradition i Sverige.

3.2.7 Risk- och skyddsfaktorer för barn i kris

”Barn lever ju i de mest skilda miljöer och förutsättningar. Alla barn har det ju inte bra. Det finns ju barn som kommer med ibland svåra livsvillkor. Det är klart det ibland finns risker i det då att barn redan bär på någonting som är svårt för dem, som aktualiseras eller späds på ytterligare med det här”, säger en präst. En kurator nämner att missbruk inom familjen påverkar barnets kris negativt. Om barnet själv missbrukar kan det ha svårt att komma i kontakt med sina känslor. Andra riskfaktorer kan vara att ”livet farit hårt fram med en”, upprepade separationer, skolproblem m m. Som skydd nämns kamrater. I många fall kan kamrater vara ett bättre stöd för barnet än hjälparen, särskilt för tonåringar, och framförallt för tjejer för de har ofta en nära relation till någon annan. Tonåringar är kanske extra utsatta för risker, t ex genom grupstryck. Familjemönster och relationer kan både vara risk och skydd. En präst menar att om ett barn har varit otryggt tidigare, blir det ännu mer otryggt då något sånt här händer. ”I vems famn ska jag falla?” Om familjemönstret däremot är gott har man möjlighet att kommunicera och uttrycka känslor i ord.

Flera av hjälparna säger att det är viktigt att någon vuxen tillåter och orkar möta barnets svåra frågor och känslor. För barnets skull är det viktigt att föräldern orkar vara kvar fysiskt, psykiskt och själsligt annars får en professionell vara det. Om barnet inte får utlopp för sin sorg kan det stanna kvar i den och inte komma vidare. Barnet kan få men i framtiden om det inte får vara delaktigt i vad som sker. En präst framhåller att den viktigaste bearbetningen alltid sker i familjen. Nätverket kring barnet har en stor betydelse. Skydd kan vara att någon utanför familjen faktiskt vet hur man har det. Den fysiska skyddsfaktorn kan vara t ex mormor eller farmor, som kan göra konkreta insatser som t ex att komma och läsa kvällssagan. ”Att det finns andra att prata med och en famn att luta sig i. Men också att få hjälp med det

praktiska som t ex att fåmiddagen lagad.” God social förmåga hos barnet kan ses som en skyddsfaktor. En kurator säger att en annan skyddsfaktor kan vara vårt mänskliga psyke. Vi har omedvetna försvar som hjälper oss i utsatta lägen (försvarsmekanismer). ”*Själv*” kan även ses som en riskfaktor t ex om man har svårt för att begripa sig på sammanhang och har lite låg begåvning, säger Kati Falk.

3.2.8 Ideal och verklighet

De flesta av hjälparna tycker att de arbetar såsom de önskar. Flertalet upplever inte att tid och resurser är något hinder i deras arbete med barn i akuta kriser, eftersom dessa ärenden är högprioriterade. Om hjälparna skulle förändra något i sitt arbete, skulle det exempelvis vara mer och tätare uppföljning med barn och föräldrar samt samarbete med BUP. En kurator framför önskemål om ett diskussionsforum för personalen, där man kan ventilera tankar och känslor samt utarbeta nya metoder. Några säger att det är positivt att de är välkända bland personalen och att de har ett gott rykte på sjukhuset.

Hinder i hjälparnas arbete kan vara att barnet inte kommer till sjukhuset överhuvudtaget. Det kan också vara så att barnet är närvarande, men att det själv eller föräldrarna inte vill ta emot någon hjälp. Detta är viktigt att respektera, så att man som hjälpare inte tvingar sig på någon. Ett annat hinder som nämns är om det finns starka konflikter inom familjen. En av prästerna nämner att ett stort hinder kan vara att man som hjälpare inte tillkallas.

”Någon gör en bedömning att det inte behövs, eller att det kanske blir värre om en präst tillkallas. Man kan ha fördomar. Eller att man väcker frågor som är jobbiga eller ’vad kan prästen göra här?’ eller ’präster kommer bara och läser böner och sjunger psalmer’. Att någon annan identifierar din funktion och profession i de här sammanhangen. /.../ Det kan vara ett hinder ibland, att man inte ser att det här är en situation som också uttrycker existentiella, andliga frågeställningar.”

Sist men inte minst så uttrycker några av hjälparna att hindret kan ligga hos en själv t ex då man upplever brist på erfarenhet och kunskap kring den aktuella situationen.

3.2.9 Särskilt viktigt

Som särskilt viktigt att tänka på i arbete med barn i akuta kriser nämns främst *”se och bekräfta barnet”*. En av prästerna säger *”Se barnet! Uppmärksamhet, uppmärksamhet, uppmärksamhet! Öva, öva, öva! Detta är inget kunskapsämne, även om man måste ha en massa kunskap, utan det är ett övningsämne.”* Det är viktigt att synliggöra och se vad personen vill uttrycka. Som viktigt framhåller Kati Falk *”Se att barnet har starka, intensiva*

känslor inför det som händer. Att de också behöver förstå och få en känsla av sammanhang.”

Flera menar att respekt för barnets tankar, känslor och frågor är av stor betydelse. Viktigt är också att tala konkret, använda barnets förmåga till att skapa och bejaka dess oro och rädsla. Som hjälpare bör man ha i åtanke att barns reaktioner är normala, även om de inte yttrar sig som hos vuxna. De flesta betonar vikten av delaktighet för barnet, de skall inte stängas ute. En kurator pekar på flexibiliteten hos hjälparen, att hela tiden omvärdera sina egna uppfattningar. En annan kurator poängterar vikten av att ha rejält med tid för att undvika att vara stressad. *”Detta tror jag är A och O för att man skall skapa en bra kontakt. Att man har tid, att man känner sig avslappnad, att man har tid att lyssna, har tid att vara helt enkelt.”*

Enligt hjälparna är det viktigt att undvika att försöka ge råd och trösta genom att t ex säga *”det blir nog bra”*. En av prästerna säger att en vanlig föreställning är att man som präst skall förmedla någonting som kan göra det lättare för den som har det svårt. *”Det är inte tröst människor behöver, utan kärlek. Kärlek som betyder: jag ser, jag, hör, jag bekräftar den verklighet som är din.”* Man skall undvika att säga halvsanningar och försköningar som t ex *”gått bort”* eller *”somnat in”* istället för död. Man skall använda döden som ord för att inte skapa missförstånd, samt undvika att inte tala om hur det faktiskt är. Beträffande visning av den döde skall man undvika att det blir chockartat för barn. Förberedelser är viktigt. I kontakten med den drabbade familjen bör man, enligt en kurator, tänka på att inte ta över föräldrarollen. Man skall undvika *”att ta något för givet. Att tro och tycka att jag vet och kan detta, då blir det fel direkt./.../ Varje individ man möter är så suverän, och fungerar på sitt sätt, så man måste hela tiden ’pejla’ in läget.”*

3.3 Reaktionen

3.3.1 Reaktionen utifrån barns ålder

Kati Falk säger att hon tror att den känslomässiga reaktionen hos barn i olika åldrar är likartad. Vi har i huvudsak två sätt att reagera på vid ett kraftigt trauma. Vi kan antingen reagera med hyperaktivitet, vi blir på vår vakt, pulsen ökar och vi blir stirriga, på gränsen till panik, eller så reagerar vi med dissociation d v s det rakt motsatta sättet. Då kopplar man ner, får låg puls, känner yrsel och kan svimma eller bli medvetlös. Man kan säga att man reagerar med *”fight or flight”*. De är de grundläggande överlevnadsmekanismerna vi har vid kraftig fara eller hot. Kati Falk menar att reaktioner beror på vilken kompetens och personlighet man har. *”Ju äldre man blir desto större betydelse har det vilket liv man levtt.”* En präst pekar på att

även relationen till den avlidne har stor betydelse för reaktionerna. I en syskonskara kan barnen reagera väldigt olika. Somliga kan stänga av och inte låta sig beröras, andra blir panikslagna och rädda. En annan gråter och en tredje blir väldigt kapabel, tar tag i saker och försöker vara den som håller ihop familjen.

Här följer en sammanfattning av intervjupersonernas beskrivning av barns reaktioner i olika åldrar.

Spädbarn - för ett spädbarn är en förälders död ett lika stort trauma som för ett äldre barn. Man har inget dödsbegrepp i spädbarnsåldern utan bara en frånvaroupplevelse där man inte har någon uppfattning om vidden av det som hänt. Man måste tala med barnet, hålla i det och ej bespara barnet från att den vuxne gråter. Det tar emot emotionella signaler även om det inte förstår vad man säger. Hos småbarn kan ångest ta sig uttryck i oro och rastlöshet. Det som väcker ångesten är det lilla barnets rädsla för att bli övergivet.

Förskole- och skolbarn - i förskoleåldern börjar man förstå begreppen "liv och död", man kan faktiskt dö. Man har kanske haft ett djur som dött, som man har begravt och haft en ceremoni kring. Typiskt för barn i denna ålder är att de kan bli jätteledsna och arga, och några minuter senare leka som vanligt. Ingen kan se på dem att det hänt något speciellt. Barn uttrycker ofta sina tankar och känslor i leken, de är väldigt konkreta. De kan leka doktor och patient eller leka att man är sjuk eller död. Ju äldre barnen blir desto mer förstår de intellektuellt betydelsen av döden och att försvinna för alltid. Graden av denna insikt påverkar barnets reaktioner. Barn kan gå tillbaka till tidigare utvecklingsstadier och bli sängvätare eller vilja sova hos mamma och pappa. Detta måste man se som normala reaktioner i ett svårt läge. Barn är de bästa tröstarna p g a deras spontanitet och äkthet, de tröstar ofta vuxna i svåra situationer. De säger ibland förlösande saker som hjälparen kan ta tag i. Det är bra att låta barn kommunicera med teckningar. På vissa akutmottagningar finns material för detta.

Tonåringar - många hjälpare upplever tonåringarna som de svåraste att hjälpa. Detta eftersom de befinner sig i gränslandet mellan att vara barn och vuxen. De har erövat vissa vuxna funktioner, men dras tillbaka till tidigare stadier och blir väldigt beroende då något svårt händer. Att hantera denna dubbelhet, att försöka vara vuxen i sin känsla men samtidigt inte vara det, är väldigt jobbigt. Tonåren är en tid då den egna utvecklingen kan vara svår; man söker sin identitet, försöker relatera till andra än föräldrarna, umgås mycket med vänner,

utvecklas fysiskt och kämpar med den hormonella omställningen i kroppen. Det gör att ungdomar ibland blir väldigt stumma och får något stelnat över sig. Tonåringar har ofta en hög förnekelse och upplevs som svåra att nå. Vissa tonåringar ger sken av att de inte bryr sig och att allt kommer ordna sig, men samtidigt förstår de oftast vidden av det inträffade. Vid tillit till hjälparen kan den unge börja tala om det svåra.

3.3.2 Reaktionen utifrån barns kön

Nästan alla hjälparna upplever en generell skillnad mellan könen. Dock märks skillnaderna inte så mycket i de lägre åldrarna utan kan mer urskiljas i tonåren. Man kan generellt säga att flickor har lättare att visa sitt känsloliv och uttrycka känslor. Pojkar är tuffare och går ofta in i tystnad. En präst menar att pojkar blivit fostrade till en osund tystnad, pojkar ska inte gråta. Hjälparna knyter detta till vår kultur och dagens mansbild med de förväntningar som finns på mannen. Trots dessa generaliseringar, poängteras att varje individ är unik.

Kati Falk berättar att Dyregrov påpekar att de rutiner vi har för omhändertagande, är mer anpassade för flickor än pojkar. Killar tycker inte om att sitta ansikte mot ansikte i en krissituation och prata om hur det är. De sitter ofta lite avsides och ”pillar” på någonting. Då Kati Falk möter killar låter hon dem sitta lite bortvända, med ”jackan på och kepsen nerdragen”, svarandes lite från sidan. Hon säger vidare att Dyregrov har sagt att man med killar egentligen ska gå ut och promenera, fiska eller bowla och prata under tiden. En av kuratorerna tycker att killar kräver mer arbete än tjejer. En kurator säger att när det gäller killar ”*får man dra ur dem grejor och fråga dem på ett helt annat sätt än tjejer. För med tjejer så kommer det oftast naturligt, det bara kommer. Och då kan man bara sitta och lyssna och se vad som kommer helt enkelt.*”

3.4 Barns uppfattning av det inträffade

De flesta hjälparna säger att barn uppfattar mer än man tror. De är väldigt skarpögda och kan känna stämningar. En kurator säger ”*barns uppfattning beror säkert lite på ådern. Men jag tror att man kan underskatta barns uppfattning om vad som sker, och man måste hjälpa dem att finnas med. Man måste kanske inte alltid säga så mycket, men de är precis lika viktiga som någon annan*”. En präst menar att barnet måste få vara med i föräldrarnas krisreaktioner. Fantasierna är värre än verkligheten. ”*När man är ganska liten så greppar man inte sådana begrepp som liv och död, och finnas till och att inte finnas till, utan då har man en mycket*

mer konkret uppfattning av hur saker och ting ser ut", säger en kurator. Hon beskriver vidare hur barns konkreta syn oftast visar sig i deras teckningar, "*hur man klättrar upp på en stege till molnen, och där kan man titta ner*". Små barn frågar ofta mycket, medan äldre barn är mer tysta och har färre frågor. De äldre barnen förstår vidden av det inträffade och har samma existentiella frågor som vi vuxna; Vad händer när jag dör? Finns det liv efter detta? Kommer jag att kunna ha någon form av kontakt med mamma, trots att jag inte kan se henne?

Kati Falk har utförligt beskrivit barns uppfattning av sin situation utifrån olika åldrar, varför vi vidare valt att använda hennes utsaga under denna rubrik. Hon säger att barn *under två år* egentligen inte kan förstå situationen på ett kognitivt plan. De har bara känslomässiga erfarenheter av att någonting är förändrat. Det som de ofta upplever starkast är att omgivningens känslor är starka, att alla andra är djupt förtvylade, ledsna, rädda och oroliga. Det kanske är en mamma eller pappa som har dött. Alla är jättebekymrade och tyngda av djupt förtvylade känslor. Även om de inte direkt uttrycker det, utan lyckas att behärska sig, så känner barn av vad som egentligen rör sig inom de vuxna men de förstår inte. Då får man försöka att sätta ord på det till barnen, trygga dem och kanske ibland se till att de inte är hos de anhöriga som är så djupt förtvylade. Att kanske inte vara hos pappa då mamma precis har dött. Barnet kan faktiskt vara hos goda vänner, som är ledsna men inte *lika* förtvylade. Detta för att barnet skall få vara i en normalare känslomässig miljö en stund. Det är den förändrade känslomässiga miljön som är det svåra för småbarnen.

Kommer man sen till de lite äldre barnen, *förskolebarnen*, så har de tillgång till språket och fantasin och kan successivt börja förstå lite grann av vad det är som har hänt. De behöver ofta jobba med det på olika sätt och har mycket fantasifulla och magiska tankar kring döden, dödsfall och det som har hänt. De tror också att den känslomässiga förändringen i omgivningen beror på dem. De tror kanske inte att det är deras fel att mamma dog, men de kan tro att det är deras fel att pappa, mormor och storasyster är så ledsna. De tar ansvar för de känslomässiga stämningarna eftersom barn *alltid* är angelägna om att deras föräldrar ska må bra, att vara föräldrarna till lags på det sättet att de ska vara glada och nöjda. Så är det även i dessa situationer.

Skolbarnen kan förstå mer på en rent intellektuell nivå av vad som har hänt. Stannar hjärtat så dör man, då pumpas inte blodet runt. De har en mer konkret förståelse för händelsen. Samtidigt kan de barnen också vara väldigt sårbara, och de har precis börjat förstå att det finns

risker med livet och börjat förstå att ”*kan det hända andra så kan det också hända mig*”. 9-10 åringen kan bli väldigt skakad av sådant som händer andra. Under en period kan de bli extra oroade men oftast lever de fortfarande i trygghet av föräldrarna och familjen i vetskap om att någon tar hand om dem.

Tonåringarna kan mer förstå konsekvenserna av en händelse. Tonåringar sörjer oftast inte bara personen, utan också personen i framtiden. ”*Att pappa inte kommer vara där när jag gifter mig, att mamma inte kommer få se det första barnet.*” De kan tänka långt fram och sörja sin förlorade framtid. De kan förstå konsekvenserna för sig själva och för andra. Tonåringarna är mitt uppe i en mycket turbulent tid där de ska hitta sin nya identitet, sin riktning i livet och frigöra sig. Det kan vara väldigt hotfullt att möta olyckor, sjukdom och död vilket gör att det ibland är svårt att nå tonåringar. De värjer sig på olika sätt: genom att dra sig undan, göra revolt, ta droger, skolka m m. Starka känslor av meningslöshet och hjälplöshet kan leda till depression.

3.5 Barns delaktighet

Samstämmigheten är stor kring att barn bör vara delaktiga, så delaktiga som de behöver för att kunna hantera situationen. Barn ska inte hållas undan från verkligheten, man kan inte skydda barn från död, död existerar. De bör få adekvat information anpassad till deras ålder. Detta kan hjälparna medverka till. De vuxna i omgivningen kan sätta olika gränser för detta. Vissa vill inte att barnen ska vara med, få en viss information o s v. Detta kan begränsa hjälparnas påverkningsmöjligheter. Man kan inte tvinga föräldrarna att göra barnen delaktiga, men man kan försöka motivera till det. Barn bör få ta avsked av sina anhöriga, både före och efter döden.

”Får de inte vara med, så gör de upp alla dessa bilder som finns, man skapar egna bilder av döden och man skapar dem ofta efter videofilmer och sådant man ser på TV. Och döden är väldigt dramatisk med skrik och blod och allt vad det nu är. Att få vara med hela tiden och se att döden ibland är så men inte alltid, ’så var det inte när pappa dog’. /.../ Det behöver inte vara det här drastiska som vi tyvärr matas med.”

Vissa av hjälparna nämner att det finns skillnader på barns delaktighet i olika kulturer. Människor från vissa kulturer vill absolut inte berätta för barnen att någon ska dö eller har dött. Man vill skydda dem. I andra kulturer kan det vara så att man ”öser” ut allt inför barnen. De får följa med och förstå så mycket de kan.

Viktigt för barnets fortsatta bearbetning är att det får se sin döda anhörig. Flera av hjälparna säger att det är mycket viktigt att noga förbereda barnet inför visning av den avlidna. En präst beskriver att han innan visning går in i visningsrummet och tittar på hur rummet ser ut, hur och var den avlidne ligger och vilka eventuella skador som är synliga. Så många detaljer som möjligt bör registreras för att kunna förbereda de anhöriga på vad de ska få se. De ska få en chans att ställa frågor innan de går in. Svårt skadade kroppsdelar bör vara övertäckta men någon del bör synas som barnet kan känna igen t ex sin förälders hand. En annan präst menar att det dock finns situationer då visning ej bör ske p g a för omfattande skador. Om man upplever rädsla hos barnet och det t ex står stelt, tittar och inte vågar röra någonting så kan hjälparen gå fram och röra vid den döde. Man kan även muntligen uppmuntra beröring genom att t ex fråga ”*vill du hålla pappa i handen?*” Man kan hjälpa till att lyfta upp barnet om det vill krama sin förälder. Först nämnda präst säger vidare att hjälparna kan ha en stor uppgift här, samtidigt som han betonar att man inte ska gå in som om man känt den avlidne alltid.

Några av hjälparna nämner att det kan vara bra för barnet att få lämna något hos den döde t ex en teckning eller blomma. Barn kan, om de vill, vara delaktiga i att göra i ordning kroppen för begravning. De kan t ex kamma håret, knäppa knappar och sätta på strumpor och skor. Vissa vill absolut vara med i detta, andra inte och det kan skilja sig åt bland syskon.

En präst säger ” visst, det är oftast bra för barn att se den döde för att bearbeta det hemska, men ibland kan man på ett intuitivt sätt, fast man inte vet allt om deras bakgrund, känna att det finns en skörhet hos det här barnet, som gör att man inte vill riskera att utlösa någonting som kan bli en mycket djupare och inte normal krisreaktion”.

Många säger att det är mycket viktigt att barnet inte tvingas till att delta vid visning. En präst menar att det är viktigt att ha respekt för barns integritet. Det handlar om ett förhållningssätt mot de som inte själva kan gestalta sin integritet och autonomi – sin rätt att bestämma. Man kan alltid försöka att motivera, men om barnet fasthåller att det inte vill så är det viktigt att man inte skuldbelägger barnet. Kati Falk nämner att man kan säga ”*okej, jag kan ge en hälsning från dig. Jag kan ta den här blomman med mig in*”.

Några av hjälparna tycker att barn i *alla* åldrar bör få vara med vid visning. Viktigt är att även spädbarn får vara med för att de i efterhand ska veta att de varit där. Det var inte för litet, för obetydligt för att vara med. En av prästerna säger också att det är viktigt att hela familjen är samlad, att alla syskonen är där, för att undvika känslor av utanförskap. Kati Falk nämner att det är bra om någon annan än de absolut närmsta tar ansvar för barnen under visningen. De

vuxna kan vara så upptagna med sin egen sorg, ”ibland är det fullt med folk i rummet, och barnen kommer lite i skymundan”. Hon säger vidare att man kan göra en egen visning bara för barnen, detta för att barnen inte ska behöva vara där lika länge som de vuxna.

”Där kan man säga att när det gäller tonåringar, så är det värsta som kan hända dem, det är att bryta samman. Man vill inte bryta samman, därför att de är såsköra i sin identitet. Man vill inte börja störtgråa och så. Därför är det kanske extra viktigt för tonåringar att få en avgränsad tid, de orkar inte behärska sig hur länge som helst.”

Kati Falk säger att man som regel inte bör krama en tonåring då man möts för första gången. Man får vara försiktig och känna efter om de inbjuder till det.

Flera av hjälparna upplever att de barn som fått vara delaktiga, exempelvis genom information och visning, har kunnat hantera situationen väldigt bra. De har kunnat finna någon form av trygghet trots detta stora trauma. Kati Falk säger ”det handlar om att hitta vägar, att planera och förbereda - att tänka på barnen.”

3.6 Framtida utveckling av stöd

”Vi har ju blivit bättre på att prata kring döden. Det har ju varit lite tabubelagt”, säger en kurator. En annan kurator menar att då det gäller att ta emot hjälp är de nyare generationerna, 50-,60- och 70-talisterna av en annan uppfattning än de äldre. Äldre generationer har aldrig ställt krav på kuratorer och psykologer, det har ansetts skamligt att behöva hjälp. Flera hjälpare tror på en framtida utveckling för stöd till barn i kris. Som förslag på utveckling av stöd tror en kurator att samhället kan hjälpa till med att utveckla stödmodeller som är anpassade för barns behov. Hon tror också att barn kan hjälpa varandra exempelvis genom barngrupper, där man inte bara kan prata utan även hitta på saker tillsammans. En präst tror att man mer och mer har insett barns behov av stöd. Man kan t ex se att leken har fått en helt annan betydelse för krisbearbetning och att man på många sjukhus har särskilda lekterapiavdelningar. Kati Falk säger att det kommer mer och mer forskning som säger att det är viktigt med tidiga insatser för att undvika långtgående effekter för barnen. En präst säger ”man ser, tror jag, mer och mer vad det betyder om ett barn får hjälp när det är väldigt litet, och då kanske redan som spädbarn”. En kurator hoppas på att anhörigomhändertagandet byggs upp så att det blir ett naturligt led i sjukvården. En önskan finns också om att ha en koppling till barnpsykiatrin. En av prästerna uttrycker en viss oro inför sjukhusprästernas framtid då återväxten inom yrket ej är tillgodosedd.

4 ANALYS

Vårt syfte med uppsatsen har varit att undersöka hur barns behov av stöd uppmärksammas inom akutsjukvården i samband med en nära anhörigs oväntade död. Vi anser att vårt empiriska material och analysen av det, så här långt, besvarar de frågeställningar som vi formulerade i början av uppsatsen. Nedan lyfter vi fram det som vi har reflekterat särskilt över under arbetet med uppsatsen.

Under uppsatsens skapande har vi sett att barn som anhöriga är ett aktuellt ämne på samhälls- och vårdnivå. På regeringens uppdrag har utredningar gjorts kring barn som anhöriga och vad som kan förbättras i omhändertagandet av dem. Vi ser att den hjälp barn får både beror på *strukturella* faktorer och på faktorer knutna till *hjälparen*. På en strukturell nivå gör vi en indelning av faktorerna på två olika plan. På det *övre* planet ser vi faktorer på regeringsnivå som t ex direktiv och beslut om resurser. På det *undre* planet tänker vi oss faktorer knutna till sjukhuset som t ex sjukhusets resurser samt prioritering av psykosocialt stöd (antalet tjänster, samt hjälparens tillgänglighet). Faktorer knutna till hjälparen kan vara t ex kompetens och individuella egenskaper. Kopplat till ovanstående, tycker vi att det är intressant och positivt att hjälparna *inte* anser att tid och resurser är ett hinder i deras arbete med barn i akuta kriser. Dessa ärenden nämns som högprioriterade.

Intervjupersonernas svar på hur man kan arbeta med barn i kris, upplever vi till stora delar samstämmiga med det som vår valda litteratur föreskriver. Under intervjuerna med prästerna togs dock två för oss, nya tankemodeller upp. Den ena är den om de tre H:na (hålla om, hålla tyst och hålla i) som är direkt användbar i krissituationer. Det var intressant att se att punkterna i denna modell lyftes fram av många hjälpare på olika sätt, när det gäller vad man bör tänka på i omhändertagande av chockade. Mot bakgrund av allt vi genom detta arbete fått veta, så tycker vi att de tre H:na har en djupare och mer omfattande innebörd än ordens direkta betydelse. Den andra tankemodellen bygger på en reflexion som en präst tog upp. Prästen menar att det finns tre huvudfrågor som kan urskiljas vid samtal om existentiella frågor: Vem är jag? Relationer? Vad är meningen? Detta ser vi som ett användbart redskap då man lättare kan identifiera vilket område samtalet rör sig om. Som nämnts i uppsatsens inledning har vi inte kunnat finna någon krishanteringsteori för vårt ämne, men ovan nämnda tankemodeller är konkreta och de kan, som vi uppfattar det, i sin helhet användas vid arbete med de barn vi har i åtanke.

Vi ser vidare en stor samstämmighet mellan intervjupersonernas svar och litteraturen då det gäller synen på och betydelsen av barns delaktighet i samband med en nära anhörigs oväntade död. Detta ser vi som mycket positivt, eftersom delaktigheten har stor påverkan för barnet på många plan, både i det akuta skedet och i framtiden. Vi har utifrån våra intervjuer fått en bredare förståelse för begreppet delaktighet. Vi har inspirerats av hjälparnas medvetenhet kring olika sätt att göra barn både *indirekt* och *direkt* delaktiga. Det har framkommit att indirekt delaktighet är ett alternativt tillvägagångssätt för att göra barn delaktiga. Vi tror att även detta sätt kan ha stor betydelse för barn.

Utifrån vår infallsvinkel i undersökningen, som främst är hjälparens perspektiv, så har vi funderat kring hjälparens roll i arbetet. Det finns en stor medvetenhet hos hjälparna angående deras egen roll och dess betydelse för de människor de möter. De har reflekterat kring sin profession och titel och vad det kan utlösa hos de drabbade. Medvetenheten hos hjälparen leder till respekt för individen. De har även utifrån sina professioner pekat på vikten av att ha klart för sig vilka uppgifter som är egna och vilka som är andras. Då de har detta klart för sig, kan de med fördel till den drabbade identifiera vilken hjälp som behövs samt vem eller vilka som skall ge den.

Våra intervjupersoner har framhållit det unika hos varje människa. De har givit en djup och levande bild av barn i kris. Våra intervjufrågor har ställt krav på generaliserbarhet i svaren. Efter generella svar har det oftast av intervjupersonerna betonats att man måste se varje barn som unikt och varje situation som speciell. Man bör undvika att gå in i en situation med förutfattade meningar. Man kan aldrig veta vad som väntar. Det är viktigt att vara flexibel och kunna omvärdera sin tankemodell.

Utifrån de intryck och den kunskap intervjupersonerna givit oss, är vår upplevelse att de kan ge barn ett gott omhändertagande. Vi ser en stor kompetens och medvetenhet beträffande barn och vi har fått en känsla av att barn väcker en speciell form av uppmärksamhet hos hjälparna.

5 SLUTDISKUSSION

Som en grund för uppsatsen ligger bl a det utvecklingspsykologiska perspektivet. Även om det inte är direkt knutet till akuta kriser så är det relevant för att skapa en helhetssyn av barnet. I utvecklingspsykologin finner man generella utvecklingsstadier hos barn, samt olika individuella faktorer som påverkar. Att använda denna teori som en grund i arbete med barn i kris kan underlätta för hjälparen att få ett grepp om var barnet befinner sig i sin utveckling, både tanke- och känslomässigt. Det är viktigt att ha kunskap om barns begreppsuppfattning och tankevärld för att kunna ålders- och individanpassa hjälpen.

Vi har funderat kring barns samspel med sin omgivning och de olika system som barnet ingår i. Även om vår uppsats främst rör tiden på sjukhuset så har vi funderat på barns tillgång till stöd utanför. De samhälleliga resurserna inom t ex skola och barnomsorg kan påverka barnet i kris- och sorgearbetet. Genom att se barnet i ett större perspektiv så kan man som hjälpare använda sig av ett *utvecklingsekologiskt* tankesätt. Anknätningsmönster, relationer och kommunikation inom familjen är faktorer som har stor betydelse för barnets förmåga att hantera krisen.

Under skapandet av teoriavsnittet kände vi att vi fattades en dimension i arbetet. Trots vårt valda ämne upplevde vi delar av litteraturen som lite för ”*teoretisk*”, texten kändes inte ”*fullständig*”. I en analys av vårt material har det ur empirin dock framträtt en aspekt som inte direkt lyst igenom i den litteratur vi använt oss av, nämligen den andliga / existentiella aspekten. Våra intervjuer tillförde denna aspekt och vi såg tydligt att den är en stor och naturlig del i ett kris- och sorgeförlopp. Det andliga och existentiella perspektivet gav oss den helhet vi sökt för uppsatsen. Under vår empiriinsamling fick vi tillgång till en bok skriven av präst Bernt Eriksson, där den andliga och existentiella aspekten fått en mer framträdande roll än i annan litteratur. Den andliga och existentiella aspekten knyter vi till Antonovskys begrepp Känsla av sammanhang - KASAM. Frågor som *vad är meningen?* och *varför?* uppkommer ofta i krissituationer. Oftast finns inga svar men vi tror att en grundläggande känsla av sammanhang och trygghet kan ”*bära*” personen i den mycket svåra livssituationen. KASAM kan även knytas till delaktighet. Att få ingå i ett sammanhang, att känna samhörighet med familjen och andra nära. För barn är det av stor vikt att tillskrivas samma betydelse som de vuxna genom att få uttrycka sina känslor och funderingar, få stöd och information samt att få tillåtelse att närvara.

Vi har reflekterat kring att den akuta krisen kan vara olika länge. Den kan pågå lång tid efter att man kommit hem från sjukhuset. Uppsatsen utgår från hjälparen, vars stöd är mycket kortvarigt sett ur krisens hela förlopp. Vi har funderat kring hjälparens insatser som, trots att de kan vara få och kortvariga, kan ha betydelse för den drabbade.

För att återknyta till vårt resonemang i analysen angående vilka faktorer som påverkar hjälpen barn kan få, vill vi komma tillbaka till faktorer hos hjälparen. Vi tror att viktiga egenskaper hos en hjälpare är lyhördhet, empati och självkänedom. Begreppet *lyhördhet* innebär för oss att man bör försöka "känna av" de människor man möter. Att ha en intuition som talar om för en när man exempelvis bör ta ett steg framåt eller ett steg tillbaka. Detta kan gälla inom områden som hjälparens närvaro, kommunikation och fysisk kontakt med de drabbade.

Empati är för oss att i dessa situationer "känna med" de drabbade och vara tillgänglig med kropp och själ. Det är viktigt att se sin roll med klarhet, att man representerar något annat än vad de drabbade gör för varandra. *Självkänedom* är ett tredje begrepp som kan vara viktigt för hjälparen att ha. För att kunna närvara totalt psykiskt sett, behövs en viss distans till det egna "självet". Vi menar att man till viss del måste använda sig av sina egna känslor, men att starka känslor kring egna svåra upplevelser måste stå till sidan under arbete med drabbade. Balansen mellan närhet och distans tror vi byggs upp med erfarenhet.

Vi har funderat kring vad som kan ha påverkat uppsatsens positiva utfall. Vi syftar då på vår upplevelse av att hjälparna kan ge ett gott omhändertagande. Den stora kompetens och gedigna arbetslivserfarenhet, som intervjupersonerna i vår uppsats har, kan kanske ha varit en påverkansfaktor. Vi har vidare funderat på om dessa personer är representativa för den totala grupp som arbetar inom detta område. Är den kompetens vi sett generell? I kontakten med intervjupersonerna har det framkommit att deras kunskap om omhändertagande av barn i akuta kriser, till stor del bygger på erfarenheter i yrket samt på eget kunskapsinhämtande. Vi tycker att det ska vara obligatoriskt att man i socionomutbildningen eller i fortbildning genom arbetsplatsen får kunskap om de områden uppsatsen berör. Prästutbildningen vet vi lite om. Den kunskap som har sammanställts i vår text, ser vi som något av en grund som hjälparen kan bygga sitt arbete på. Men det är av yttersta vikt att hjälparen förhåller sig till denna grund som en sorts orientering inom området, inte som en mall! Vissa generella antaganden kan tas ur den kunskapsbas man har, men det viktiga är att ständigt anpassa arbetet efter den person man möter. Vi tycker oss kunna säga att den viktigaste lärdomen vi tagit av uppsatsen är att vi skall bära vår teoretiska kunskap med oss, med insikt om att varje människa är unik!

Litteraturförteckning

- Andersson C., Jakobsson T. & Dahlgren C. (1998) När sorgen sätter barnets balans ur spel. *Västerbottens-Kuriren*, 1998-04-14, 10.
- Andersson G. (2002) *Utvecklingsekologi och sociala problem*. I Meeuwisse A. & Swärd H. (red): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Antonovsky A. (1996) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur. Första utgåvan, sjätte tryckningen.
- Berglund G. (1998) Stora katastrofer & vardagsolyckor. *Socionomen*, 2, 87-92.
- Björklund L. & Eriksson B. (2001) *Barnet - i mötet med livets mörka sidor*. Stockholm: Verbum Förlag AB.
- Cullberg J. (1992) *Kris och utveckling – en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och Kultur. Tredje något reviderade upplagan.
- Cullberg J. (2000) *Dynamisk psykiatri – i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur. Femte reviderade utgåvan.
- Danielsson M. (2002) Min mamma är död. *Kamratposten*, 10, 26-27.
- Denscombe M. (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov A. (1995) *Att ta avsked – ritualer som hjälper barnet genom sorgen*. Rädda barnens förlag. Första upplagan: 3.
- Dyregrov A. (1996) *Katastrofpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov A. (1997) *Barn och trauma*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov A. (2000) *Barn i sorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Elsegood J. (1996) *Breaking bad news to children*. I Lindsay B. & Elsegood J. (red) *Working with children in grief and loss*. London: Baillière Tindall.
- Eriksson B. (1998) Barn i sorg. *Barn och familj – livet kring döden*, 5, 20-22.
- Eriksson B. (1999) *Barn och död*. I Arlebring J. (red) *Döden och döendet – etiska, existentiella och psykologiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Falk K. & Lönnroth A. (1999) *Nära döden – nära livet. En bok om mod och livsvilja*. Wahlström & Widstrand
- Foster S. (1990) *Barn, död och sorg – om barn i sörjande familjer*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
- Gyllenswärd G. (2001) *Stöd för barn i sorg*. Rädda barnens förlag. Första upplagan: 2.

- Hansson K. & Olsson M. (2001) Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi*, 53 (3) 238-255 ur Kompendium SOL 034 (2002) *Kunskapsproduktion och kunskapshantering i socialt arbete*. Lunds universitet.
- Harris M. (1996) *För alltid borta – hur barn påverkas av en förälders för tidiga död*. Stockholm: Cordia.
- Hwang P. & Nilsson B. (1996) *Utvecklingspsykologi – från foster till vuxen*. Stockholm: Natur och Kultur. Första utgåvan, andra tryckningen.
- Lagerberg D. & Sundelin C. (2000) *Risk och prognos i socialt arbete med barn – forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.
- Lindén G. (1982) *Byta föräldrar - en bok om familjevårdens möjligheter och omöjligheter*. Liber Förlag. Upplaga 1:3
- Planck N. (1998) When Children Grieve. *Time*, 1998-01-12, 12:42, 43-45.
- Rönnberg H. (1998) Det värsta som kan hända. *Kamratposten*, 1, 16-18.
- SOU 1998:31 *Det gäller livet – stöd och vård av barn och ungdomar med psykiska problem*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2000:6 *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Öst-Söderlund M. (1995) Sorgen efter storebror. *Barn i hem, skola, samhälle: Sveriges största tidning för skolbarnsföräldrar*, 8, 16-18.

Bilaga 1 Informationsblad

Lund 2002-11-....

Hej!

Vi, Linda Petersson och Linda Carsten, vill påförhand tacka dig för att du valt att ställa upp för en intervju. Vi skickar dig detta informationsblad för att ytterligare beskriva vårt ämnesval, samt vilka områden vi önskar få veta mer om.

Vi läser 6:e terminen vid Lunds Socialhögskola och arbetar nu med en C- uppsats som skall komma att handla om hur barn som anhöriga bemöts i krisutlösande situationer. Vi är intresserade av att fånga den kunskap och erfarenhet som finns på fältet kring hur man arbetar med barn (0-18 år) i akuta kriser.

Vårt syfte är att undersöka hur barns behov av stöd uppmärksammas, i samband med nära anhörigs oväntade död.

Vi avser att i uppsatsen kort presentera intervjupersonerna vid namn och profession. I framställningen av det insamlade materialet kommer man i vissa delar att känna igen de medverkande intervjupersonerna.

Vi finner ämnet mycket intressant och ser fram emot att genom denna fördjupning få ökad kunskap inom området.

Intervjufrågorna kommer bli att handla om:

- ☒ ditt arbete och din funktion
- ☒ grunden för ditt arbete (ev. teorier och erfarenheter)
- ☒ vad bör ett barn få veta och se av det inträffade och vilken påverkan kan detta ha för barnet?
- ☒ barns ålder, kön och kultur kopplat till deras reaktioner, uppfattning och hjälparens roll
- ☒ organisationens uppbyggnad
- ☒ eventuella förordningar/direktiv som kan styra ditt arbete

Vi avser att spela in intervjun på band och hoppas att det går bra för dig. Om vi inte lyckas täcka in alla viktiga aspekter med våra frågor, så uppskattar vi om du tar upp dessa ändå. Handledare för uppsatsarbetet är Gunilla Lindèn, tel. Tack påförhand!

Vi bekräftar tid för intervju den

Med Vänlig Hälsning

Linda Petersson, tel.

Linda Carsten, tel.

Bilaga 2 Intervjuguide

1. Berätta om vad du tidigare arbetat med och vad du gör idag.
2. När kallas du in och på vems initiativ?
3. Vad bygger ditt arbete på? (ev. teorier, erfarenheter)
4. Vad använder du dig av i teorierna och hur tillämpar du detta?
5. Finns det förordningar eller direktiv som styr ditt arbete? I så fall vilka?
6. Kan du beskriva hur den första kontakten med en krisdrabbad familj kan se ut?
7. Vill du beskriva barns reaktioner utifrån spädbarn, förskolebarn, skolbarn och tonåringar?
8. Hur är barns uppfattning av situationen, sett utifrån olika åldrar?
9. Kan din roll som hjälpare skilja sig åt då du möter barn i olika åldrar? I så fall hur?
10. Kan man urskilja några skillnader när det gäller flickors respektive pojkars reaktioner i krissituationer?
11. Skiljer sig din roll som hjälpare åt beroende på om du möter pojkar eller flickor? Hur i så fall?
12. Har barnets religion och kultur någon inverkan på ditt arbete? I så fall hur?
13. Vad bör ett barn få veta och se av det inträffade, och vilken påverkan kan detta ha för barnet?
14. Finns det något man som hjälpare bör undvika? I så fall vad?
15. Finns det risk- och skyddsfaktorer för barn i kris?
16. Händer det att hinder uppstår för att du ska kunna arbeta såsom du tänker och vill med ett barn? I så fall: vill du beskriva hur hindret kan se ut?
17. Såsom du oftast arbetar, är det såsom du önskar arbeta?
18. Hur ser du på framtida utveckling av stöd till barn i kris?
19. Om du skulle lyfta fram något som du tycker är särskilt viktigt att tänka på i arbetet med barn i kris, vad skulle det vara?
20. Finns det något du skulle vilja tillägga?