



Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping

Kerstin Bergh Johannesson, Kristina Bondjers, Filip Arnberg,
Doris Nilsson, Teresia Ängarne-Lindberg och Mikael Rostila

NkaTM Linnéuniversitetet 

Nka Barn som anhöriga 2014:2

Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping

© 2014 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Kerstin Bergh Johannesson, Kristina Bondjers, Filip Arnberg,
Doris Nilsson, Teresia Ängarne-Lindberg och Mikael Rostila

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Svante Örnberg

ISBN 978-91-87731-14-3

TRYCKERI Webbversion

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Sammanfattande slutsatser	6
Introduktion	8
Barns sorg	8
Komplex sorgereaktion	9
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	10
Stöd	10
Krisstöd i akut skede	11
Barntraumateamet – en verksamhet för stöd vid plötslig död i barnfamiljer	11
Syfte	12
Socio-demografiska egenskaper bland barn som förlorat en förälder – en registerbaserad jämförelse	13
Syfte	13
Metod	13
Resultat	14
Sammanfattning	26
Enkätstudien	27
Syfte	27
Frågeställningar	27
Metod	27
Resultat	30
Sammanfattning	38
Intervjustudie	41
Syfte	41
Frågeställningar	41
Metod	42
Svaren på huvudfrågeställningarna	45
Analys av resultaten	50
Upplevelse av stöd	50
Sammanfattning	53
Slutsatser	54
Referenser	56

Sammanfattning

Denna rapport är resultatet av ett uppdrag från Socialstyrelsen med uppgift att utvärdera en del av verksamheten vid Barntraumateamet, Norrköping, under åren 2001 till 2010.

Varje år förlorar ca 3500 barn och unga i Sverige en förälder genom dödsfall. Cirka 600– 650 barn drabbas av förlust genom plötslig och oväntad död. Att tidigt i livet förlora en förälder är en stor påfrestning. Förlusten av en omsorgsperson som står för kärlek, trygghet och daglig omsorg kan medföra svåra konsekvenser på både kort och lång sikt. Även om många barn återhämtar sig väl efter en sådan händelse utvecklar en del barn större svårigheter. En förälders död kan medföra psykiska och fysiska problem, försämrat självförtroende och självkänsla och sämre utfall i arbetsliv och skola. Minderåriga barn som har förlorat en förälder lider också större risk att dö i förtid.

År 2010 införlivades nya bestämmelser som rör barn och unga i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL och 2011 i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Om barnets förälder, eller någon annan som barnet varaktigt bor tillsammans med, har någon psykisk störning, fysisk sjukdom, missbruk *eller oväntat avlider*, ska enligt HSL barns behov av information, råd och stöd beaktas. Mot bakgrund av ovanstående tillägg i HSL gjordes under 2012 en kartläggning i tre landsting som visade på brister i stödet och en oklar ansvarsfördelning mellan instanser inom landstingen.

Barntraumateamet i Norrköping har fyra uppdrag: att stödja barn och unga som förlorar en förälder genom plötslig död, stöd vid andra extrema trauman och vid förälders allvarliga sjukdom samt konsultation och kunskapsspridning. Teamet tillhör den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i landstinget i Östergötland. Verksamheten startade år 2000 och har ett team med en psykolog och en socionom. Stödet erbjuds familjer med barn och ungdomar under 18 år och eventuella äldre syskon. Fram till juni 2014 har teamet haft kontakt med ca 1400 enskilda barn och ungdomar och deras familjer. Ungefär hälften av dessa hade drabbats av plötslig död i familjen.

Barntraumateamet arbetar med tidiga och uppsökande insatser samt möjlighet till långtidsuppföljning. Den inledande kontakten har ett primärt fokus på information, akut krisbemötande och stöd. Kontakten kan övergå i behandling om behov uppstår. Stor vikt läggs vid föräldrastödjande insatser.

Syftet med denna rapport har varit att utvärdera Barntraumateamets insatser avseende stöd efter förälders plötsliga död mellan åren 2001–2010. Under denna period har totalt 269 barn varit i kontakt med Barntraumateamet efter en förälders plötsliga död.

Utvärderingen gäller om och på vilket sätt Barntraumateamets verksamhet varit till stöd för drabbade barn och vårdnadshavare i samband med förälders plötsliga död, samt eventuell påverkan på hälsotillståndet idag hos berörda. I syfte att ge en

bakgrund till Barntraumateamets förutsättningar har vi även utfört en registerbaserad studie där vi undersökt socio-demografiska skillnader mellan kommuner i Barntraumateamets upptagningsområde jämfört med övriga riket, för att värdera i vilken utsträckning Barntraumateamets upptagningsområde är representativt för landet i övrigt. Denna utvärdering innehåller därför tre delar: en registerstudie, en enkätstudie och en intervjustudie.

Registerstudien visade att 186 barn i Barntraumateamets upptagningsområde förlorat en mor mellan 2000 och 2008, medan 375 barn förlorat en far. En förlust av mor eller far genom en onaturlig dödsorsak som olycka, självmord eller mord var vanligare i Barntraumateamets upptagningsområde jämfört med övriga Sverige. Det var också vanligare att fäder avled genom en onaturlig dödsorsak än mödrar, både i upptagningsområdet och övriga riket. Det var något vanligare att mödrar avlidit till följd av självmord eller mord i Barntraumateamets upptagningsområde jämfört med övriga riket, medan dödsfall till följd av tumörer och sjukdomar i cirkulationsorganen var vanligare i övriga riket. Det var betydligt vanligare att förlora en far genom sjukdomar i cirkulationsorganen eller till följd av självmord eller olyckor i Barntraumateamets upptagningsområde jämfört med övriga riket, där dödsfall till följd av tumörer dominerade.

En betydligt större andel av barnen i upptagningsområdet som upplevt förälders död hade en låg utbildningsbakgrund, dvs. fäder som saknar gymnasial utbildning. En större andel barn som upplevt mors död bodde med båda föräldrarna i upptagningsområdet än i övriga riket.

Enkätstudien samlade in svar från 75 personer. Majoriteten av de svarande var mycket nöjda med det stöd de fått från Barntraumateamet. Som helhet mådde både barnen och föräldrarna relativt bra idag. Ett fåtal personer visade dock symptom på komplex sorgereaktion, posttraumatisk stress och generell psykisk ohälsa.

För såväl föräldrar som barn hade samtal, information och stöd vid avsked varit viktigt. Det framgick att också stöd från närstående och vänner hade varit av stor betydelse. Hälften av barnen upplevde att de inte hade fått något stöd från skolan eller annan sjukvård, trots att de ansåg att sådant stöd hade behövts. I relation till andra studier så fanns hos de svarande väsentligt mindre besvär när det gäller komplex sorgereaktion. Både barn och föräldrar som visade tecken på komplex sorgereaktion uppgav att de hade gott stöd idag.

Andelen barn som haft kontakt med sjukvård p.g.a. psykiska besvär var emellertid relativt hög. Barn med fler negativa livshändelser hade fler symtom på posttraumatisk stress. De barn som led av posttraumatisk stress hade samtliga berövats sina föräldrar genom mord eller suicid. En relativt stor andel av såväl barn som föräldrar hade under det senaste året haft suicidtankar.

Intervjustudien baserades på en kvalitativ innehållsanalys av intervjuer med 29 barn och föräldrar och fann att det övergripande temat *Upplevelse av stöd* sammanfattade de intervjuades upplevelse av kontakten med Barntraumateamet.

En huvudkategori var upplevelse av tillit och trygghet. De intervjuade förmedlade att förtroende för de personer som arbetade i teamet var en förutsättning för att kunna ta emot stöd. Förtroende byggde på upplevelsen av att teamets medlem-

mar besatt kunskap och erfarenhet, liksom på teamets förmåga att möta barnen, ungdomarna och föräldrarna på ett bra sätt. De intervjuade framhöll värdet av att ha fått ställa frågor kring egna känslomässiga reaktioner på dödsfallet och att få prata med någon som kunde svara på och reflektera över de tankar och känslor som dök upp. Ett annat värde var att få tankar och känslor normaliserade.

En annan huvudkategori pekade på betydelsen av att få hjälp med att skapa struktur, bland annat genom att bringa ordning i tankar och praktiskt konkreta saker. Att få förklaringar till saker man undrat över, att få kunskap om och hjälp med vad som går att få svar på, och slutligen att någon rent konkret tar kontakter samt stöttar genom personlig närvaro beskrevs som hjälpsamt. Att enkelt få kontakt med teamet när behov uppstår var också hjälpsamt.

Sammanfattande slutsatser

Enkätstudien pekade på att samtal, information och stöd vid avsked varit viktigt. Men också annat socialt stöd från närstående och vänner har varit av stor betydelse, liksom även bedömningen av den egna förmågan och krafterna. Hälften av barnen ansåg att de inte fått något stöd från skolan eller från annan sjukvård, trots att de ansåg att sådant hade behövts.

I intervjumaterialet bekräftades att drabbade barn och vårdnadshavare uppfattat Barntraumateamets arbete som stödjande. Teamets kunskap och erfarenhet skapade en känsla av tillit och trygghet. Föräldrar kunde för en stund lämna sitt barn i någon annans händer. Barnen och ungdomarna kunde prata och ställa frågor om tankar och sådant som de av hänsyn eller oro inte vågat prata med någon annan om. Resultatet pekar också på betydelsen av att få hjälp att bringa ordning på såväl tankar som praktiskt konkreta saker, och därigenom skapa struktur.

Barntraumateamets upptagningsområde skiljer sig från övriga landet på ett antal punkter: Det var i upptagningsområdet betydligt vanligare att mista såväl mödrar som fäder genom onaturliga orsaker, såsom olycka, självmord eller mord. En betydligt större andel hade föräldrar med en lägre utbildningsbakgrund. En större andel av barnen bodde med båda föräldrarna vid mors dödsfall. En något mindre andel än i övriga riket bodde med båda föräldrarna vid fars dödsfall.

En möjlig tolkning av ett relativt gott hälsotillstånd i den undersökta gruppen, trots närvaro av faktorer som generellt sett brukar ses som försvårande (föräldrars utbildningsnivå, förälders dödsorsak och föräldrar med separat boende), skulle kunna vara att den hjälp och det stöd gruppen fått av Barntraumateamet och hälso- och sjukvården i övrigt verkar ha haft effekt. Studiens resultat bör dock ses i ljuset av det ansevärda bortfallet som finns. Det är inte uteslutet att den grupp som studien fångat består av de individer som klarat sig bäst, är mest nöjda eller är den grupp som kunnat ta till sig just den erbjudna hjälpen. Bortfallet skulle kunna utgöras av personer som p.g.a. såväl psykisk som fysisk ohälsa inte orkat delta. En annan faktor som bör beaktas är den ansevärda tiden, i genomsnitt åtta år, som gått sedan förlusten.

Med bortfallet i åtanke kan vi dock konstatera att de som deltagit i enkätstudien och de som intervjuats till övervägande del mår bra och är mycket nöjda med den hjälp och det stöd de fått genom Barntraumateamets arbete. Barntraumateamet förefaller ha fyllt en viktig funktion för majoriteten av de svarande och kan ha bidragit till deras välmående idag.

De tycks särskilt viktigt att fånga upp särskilt utsatta barn i samband med förälders dödsfall, då barn med fler negativa livshändelser också visade fler symtom på posttraumatisk stress. Barn som berövats sina föräldrar genom mord eller suicid tycks vara i synnerligt behov av stöd. Denna studie pekar också på att barn som förlorat en förälder i högre utsträckning lider av suicidtankar i jämförelse med en motsvarande nationella åldersgrupp. Att följa upp dessa barn avseende suicidtankar är därför av vikt.

En sammanfattande slutsats med utgångspunkt från utvärderingen är att det stöd som Barntraumateamet förmedlat till barn som förlorat en förälder kan vara en viktig förutsättning för barn när det gäller att ta sig ur sorgeprocessen och fungera väl i det fortsatta livet. Eftersom resultaten i denna utvärdering generellt visar på positiva effekter av Barntraumateamets verksamhet, skulle liknande verksamheter i andra delar av Sverige kunna medföra att fler barn som förlorat en förälder får det stöd som hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen efterlyser. Mer forskning krävs dock om stödjande insatser för barn i sorg.

Sammantaget visar utvärderingen att barn och föräldrar som varit i kontakt med Barntraumateamet efter en förälders plötsliga död till stor del har varit hjälpta av det stöd de fått. Teamets arbete har upplevts som hoppgivande, bekräftande och normaliserande. De som deltog i utvärderingen tycks också idag vara vid relativt god psykisk hälsa, vilket antyder att teamets arbete kan ha fyllt en viktig funktion för återhämtningen. Vid eventuell implementering av liknande verksamheter i andra delar av riket bör hänsyn tas till skillnader i dödsorsaker och familjesammansättning, även om barns behov vid en förälders bortgång torde vara likartat oavsett sociodemografiska faktorer och typ av dödsfall.

Introduktion

En av de mest traumatiska händelser ett minderårigt barn kan drabbas av anses vara att en förälder avlider (1, 2). Omkring fyra procent av barn i västervärlden upplever en förälders bortgång (2–5). Enligt en registerstudie förlorar ungefär 3500 minderåriga barn upp till 18 år en förälder varje år i Sverige (6). Barn under 18 år står i stark beroendeställning till sina föräldrar och förlust av en förälder kan följas av socioekonomiska svårigheter, vilket har visat sig ytterligare öka barns stressnivåer (7, 8). De flesta barn upplever ledsenhet och stark sorg efter att en förälder avlider. Även om många barn återhämtar sig väl efter en sådan händelse utvecklar en del större svårigheter (1, 7). Barn som förlorat en förälder har på gruppnivå visat sig ha mer psykiatriska problem, högre grad av missbruk, ångest, lågt självförtroende och självskadebeteende (9). Symtom på dysfori och depression är vanligt förekommande hos dessa barn, även efter att man kontrollerat för psykopatologiska tillstånd hos föräldrarna och tidigare psykopatologi hos barnen (10, 11). Om bortgången skett på ett dramatiskt sätt, löper barn risk att utveckla post-traumatiskt stressyndrom (PTSD), vilket kan leda till ytterligare svårigheter att hantera förlusten samt till annan senare psykopatologi (10, 12). Barn som förlorat en förälder löper även större risk att uppvisa kriminellt beteende (12).

Melhem et al (2011) har på basis av en longitudinell studie som undersökt riskfaktorer och psykiatriska symtom hos sörjande barn rekommenderat att barn med sorg bör screenas för depression, PTSD och komplex sorgereaktion samt vid behov få tillgång till adekvat vård (13).

Barns sorg

Liksom vuxnas sorg ser barns sorg olika ut för olika personer. Barns sorg beskrivs ibland som ”randig”, då de går in och ut ur den och även långt efteråt kan få starka reaktioner efter att ha verkat tillfreds under en längre tid. Barn anses ta in sorg i doser som de kan hantera, och varva detta med perioder av undvikande (7, 14). En del visar somatiska symtom och oro för hur de själva och andra mår som en del av sorgereaktionen (7, 15).

Mer än hälften av barn och ungdomar återhämtar sig relativt snabbt efter en förlust, med en stadig minskning av symtom efter sex månader (13). För vissa tar dock sorgprocessen längre tid. Omkring 30 procent visar en mer långsam minskning av symtom och ca tio procent visar på långvariga och ihållande symtom nästan tre år efter föräldrarnas bortgång. Detta är vanligare hos barn med tidigare depression och korrelerar också med annan psykopatologi (13, 16).

Barn som förlorar en förälder kan uppleva en ökad känsla av hjälplöshet eller ansvar inför utifrån kommande händelser. De kan till exempel känna att det är deras uppgift att ta hand om den kvarvarande föräldern. Ett skydd mot psykisk

ohälsa kan vara att barnet får hjälp att öppet uttrycka sina känslor till föräldern och andra vuxna. Föräldrarnas egna psykiska svårigheter påverkar också barnet (14, 16). En mycket viktig del i den psykologiska relationen mellan barnet och föräldern är anknytningen dem emellan (17). Studier har visat att anknytningen mellan föräldern och barnet är särskilt stark i unga åldrar och den är förmodligen starkare ju yngre barnet är (17, 18). Därför kan det antas att förlusten av en förälder är en särskilt smärtsam och svår händelse för minderåriga barn. Anknytningsteori betonar att barn har ett behov av en trygg relation med sina föräldrar. Saknas denna så kan den sociala och emotionella utvecklingen skadas. Därför kan förlusten av en förälder innebära emotionella och beteendemässiga svårigheter, separationsångest samt psykiatriska störningar (19)

Ålder vid förlusten kan vara en potentiell prediktor för depressiva symtom som vuxen. Även den kvarvarande vårdnadshavarens beteende, exempelvis om denna har haft svårt att uppfylla sina föräldrauppgifter i form av tröst och närhet eller visat restriktiva sorgebeteenden (1, 15, 16), har visat sig vara av betydelse. Att kunna tala fritt med den överlevande föräldern och andra familjemedlemmar samt att behålla positiv interaktion med signifikanta andra tycks skydda mot senare depressiva symtom (14, 20).

Komplex sorgereaktion

Att känna sorg är en naturlig reaktion på förlust av en närstående. I vissa fall pågår dock sorgen längre än förväntat och med fler komplicerade och begränsande symtom. Personer som utvecklar sådana komplexa sorgereaktioner löper högre risk för hjärtproblem, rökning och högt blodtryck utöver vad som vanligtvis förklaras av depression och ångest (21). Ett flertal studier visar att komplex sorgereaktion skiljer sig från depression, PTSD och andra ångestsyndrom (22, 23). I DSM-5 (24, 25) är tillståndet listat som diagnosförslag under namnet *Persistent Complex Bereavement Syndrom*, men mer forskning anses nödvändig. Symtomen utgörs bland annat av upptagenhet av tankar på den avlidne, stark längtan efter den avlidne, misstro, bitterhet och ilska kring dödsfallet, en känsla av avstängdhet inför förlusten och att inte acceptera denna, undvikande av påminnelser om dödsfallet och den avlidne, att känna sig chockad och bedövad, förvirring över sin roll i livet samt en känsla av att livet är meningslöst. Reaktionen ska ha pågått längre än sex månader efter dödsfallet (26).

Barn med komplex sorg visar tidigare debut av egentlig depression, vilket gör att tillståndet på ett unikt vis kan bidra till psykisk ohälsa (13, 16). Risken förefaller öka om beroendet av den bortgångna varit stort. För barn innebär även en förändring i stödet från vårdnadshavare en ökad risk. Kvinnor löper en högre risk än män att utveckla komplex sorgereaktion (24).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) definieras utifrån DSM-IV (27) som ett tillstånd som uppkommer efter att individen utsatts för en traumatisk händelse där man upplevt, bevittnat eller konfronterats med en allvarlig händelse som inneburit död, hot om död eller allvarlig skada, hos sig själv eller annan. Personen ska ha reagerat med stark rädsla eller hjälplöshet. Hos barn kan detta också ta sig uttryck som ett desorganiserat beteende. I DSM-5 har definitionen av PTSD ändrats något, men då de mått som använts i de studier som beskrivs i denna rapport bygger på beskrivningen av PTSD i fjärde utgåvan av DSM utgår nedanstående beskrivning från denna. PTSD orsakar svåra hinder för individen och karaktäriseras hos barn av tre symtomkategorier: återupplevande, undvikande och överdriven vaksamhet (24, 28). Återupplevande kan ta sig uttryck i mardrömmar och flashbacks, återgestaltning i lek eller påträngande minnen av händelsen. Undvikande kan bestå av undvikande av vissa situationer och händelser samt att barnet förlorat intresse för tidigare uppskattade aktiviteter och vänner. Överdriven vaksamhet innebär bland annat att barnet kan ha sömnstörningar, koncentrationssvårigheter, irritabilitet och somatiska besvär såsom huvudvärk och magsmärtor (28, 29). På lång sikt kan PTSD hos barn leda till påverkan på personlighet, relationer till andra människor och synen på tillvaron (28).

Studier som undersökt förekomst av PTSD hos barn visar varierade resultat. De flesta undersökningar har gjorts bland äldre tonåringar och visar på en förekomst på mellan 0.4 och tio procent i normalpopulationen. Efter en traumatisk upplevelse drabbas mellan fem och 70 procent av PTSD (30). De stora skillnaderna mellan olika studier förklaras av varierande metod, mått, tid när data samlats in samt olika typer av händelser, men visar tydligt att barn efter traumatiserande händelser riskerar att drabbas av PTSD. Även barn som upplevt förälders plötsliga död löper högre risk att drabbas av PTSD under första och andra året efter dödsfallet (11, 28).

Stöd

Barn som utsatts för traumatiska händelser reagerar precis som vuxna på olika sätt och behöver därmed olika typer av stöd (29). För barn som förlorat en förälder anses bland annat stöd från vänner vara centralt. Många rapporterar dock att de drar sig undan från vänner och aktiviteter, p.g.a. rädsla att bli retad, att vänner upplever obehag kring att diskutera händelsen eller p.g.a. förändrade värderingar (31). Vad gäller de yngsta barnen kan deras reaktioner på förluster komma till uttryck i form av repetitiv lek, men också i form av gråtattacker och aggressionsutbrott, liksom även separationsrädsla och ökad rädsla för mörker. Stödet behöver därmed anpassas utifrån barnets ålder och utvecklingsnivå (29).

Flertalet forskare är överens om att psykopedagogisk information till barn och föräldrar är centrala i behandling av traumatiska upplevelser hos barn, eftersom föräldrar fyller en viktig funktion kring att skydda barn från psykisk ohälsa (16, 29, 32). Studier har visat att positiva upplevelser såsom aktivt umgänge med den kvar-

varande familjen och familjesammanhållning bidrar till förbättrad psykisk hälsa hos barnet (16, 33, 34). På samma sätt korrelerar en ökning av negativa livshändelser med nedsatt psykisk hälsa hos barnet, och negativa livshändelser har också visat sig påverka relationen mellan förälders bortgång och psykisk ohälsa (33, 35).

Det rekommenderas att vårdgivare försöker skapa en miljö där berövade barn kan sörja och hjälpa dem att bygga kognitiva och beteendemässiga förmågor för att hantera sorgen, såsom att uttrycka sina känslor och behov på ett tydligt sätt (16). Det saknas dock tillräcklig forskning på vilken typ av interventioner som bäst hjälper barn att hantera en förlust av förälder.

Krisstöd i akut skede

Internationella riktlinjer för krisstöd i ett akut skede rekommenderar att drabbade ska få information om normala reaktioner och bemästringsstrategier, råd för att kunna använda sig av befintligt socialt stöd samt information om hur man söker sig vidare vid ytterligare behov. Vidare rekommenderas att stödet bör vara individanpassat och basera sig på en aktuell behovsinventering hos de drabbade. Hobfoll et al (2007) (36) har fört fram ett antal principer som kännetecknar ett gott krisstöd. Dessa är att främja känslan av säkerhet och självtillit samt tillit till samhällets förmåga att klara av svårigheterna, vidare att förstärka samhörighet, lugna dem med uttalade reaktioner och främja hopp.

För att uppfylla dessa principer har ett program för psykologisk första hjälp tagits fram av National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) och National Centre for PTSD (NCPTSD) i USA. Detta innefattar följande mål: att etablera kontakt på ett medmänskligt och inkanande sätt, öka personens förmåga till självhjälp, tillgodose basala behov, lugna drabbade, praktiskt stöd, socialt stöd, information om reaktioner och bemästring samt hjälp med kontakt till vidare stödinstanser.

Barntraumateamet – en verksamhet för stöd vid plötslig död i barnfamiljer

Barntraumateamet i Norrköping arbetar bl.a. riktat mot barn som förlorat en nära anhörig och deras familjer. Uppdraget är att stödja barn 0–18 år, med första prioritet för insatser avseende förälders plötsliga död (Socialstyrelsen, 2012). Andra målgrupper är barn och ungdomar som upplevt andra svåra trauman samt de vars föräldrar är allvarligt sjuka. Teamet erbjuder konsultation till sjukvård, skola och socialtjänst.

Teamet består av en psykolog och en socionom med vidareutbildningar inom psykoterapi, kris- och katastrofpsykologi, suicidprevention samt särskilda behandlingsmetoder. Verksamheten är organisatoriskt knuten till Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) vid Vrinnevisjukhuset. Upptagningsområdet utgör en

tredjedel av Östergötlands läns landsting. Aktuella kommuner är Finspångs, Norrköpings, Söderköpings och Valdemarsviks kommun (med ca 36 500 barn och ungdomar under 18 år i upptagningsområdet).

Teamets verksamhet startade år 2000. Teamet har till och med juni 2014 haft kontakt med ca 1400 enskilda barn och ungdomar och deras familjer utifrån sitt uppdrag. Omkring hälften av dessa har drabbats av plötslig död inom familjen på grund av sjukdom, självmord, olyckor eller mord.

Barntraumateamets grundsyn är att erbjuda tidiga och utsträckande insatser såväl som långtidsuppföljande. Den inledande kontakten med Barntraumateamet har primärt fokus på information, akut krisbemötande samt psykosocialt och psykopedagogiskt stöd. Ibland är teamet med och lämnar dödsbudet till familjen i hemmet. Stödet kan sedan övergå i terapeutisk behandling om och när behov uppstår. Den viktiga kontinuiteten kan därmed behållas.

Remissförfarandet är förenklat för snabb kontakt, oftast genom ett direkt telefonsamtal till teamet. Den vanligaste remittenten vid plötslig död är akutkliniken, tätt följd av någon i den drabbade familjen. Uppdrag kommer även från övriga kliniker på sjukhuset, kyrkan, skola, socialförvaltning, ambulans, räddningstjänst och polis. Få barn kommer på remiss från primärvård. Samverkan är mycket viktig för stöd vid plötslig död i barnfamiljer. Teamet har byggt upp ett stort kontaktnät i sitt upptagningsområde. Teamet lägger stor vikt vid föräldrastödjande insatser. Föräldrastöd blir ibland det enda stöd som blir möjligt att ge till familjen (37).

En kartläggning från tre landsting i Sverige har visat att det i hög grad saknas tillgång till akut stöd för barn som förlorar en förälder, främst beroende på avsaknad av tydlig ansvarsfördelning och rutiner för omhändertagande av barn i dessa situationer (38). Det är följaktligen relevant att undersöka huruvida modellen vid Barntraumateamet i Norrköping har varit till hjälp för de barn och föräldrar som mottagit stöd därifrån.

Syfte

Ett övergripande syfte med undersökningen, som genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen, var att utvärdera om och på vilket sätt Barntraumateamets verksamhet i Norrköping varit till stöd för drabbade barn och vårdnadshavare i samband med förälders plötsliga död samt eventuell påverkan på hälsotillståndet idag hos berörda. Tre delstudier har genomförts: en registerstudie, en enkätstudie och en intervjustudie. Delstudiernas syfte, metod och resultat redovisas separat och följs av en sammanfattande diskussion. Studien har genomgått etisk prövning och fått godkännande av Etikprövningsnämnden vid Uppsala universitet, dnr 213/143.

Socio-demografiska egenskaper bland barn som förlorat en förälder

– en registerbaserad jämförelse

Syfte

Denna del av utvärderingen av Barntraumateamet syftar till att ge en registerbaserad översikt kring hur barn som upplevt förälders dödsfall fördelar sig avseende olika socio-demografiska bakgrundsvariabler i teamets upptagningsområde jämfört med övriga riket.

Mer specifikt studeras hur många barn som förlorar en mor eller far i Barntraumateamets upptagningsområde och hur dessa dödsfall fördelas på olika dödsorsaker. Därutöver studeras föräldrars utbildningsbakgrund, födelseland och familjetyp bland barn som förlorat en förälder i teamets upptagningsområde jämfört med övriga riket. Översikten ger en deskriptiv bakgrund till de mer detaljerade analyser kring Barntraumateamets verksamhet som presenteras i senare delar.

Metod

Denna del av utvärderingen, genomförd vid Stockholms universitet, baseras på analyser av anonymiserade data i nationella register för alla barn som föddes i Sverige under 1973–1978, som fortfarande var folkbokförda i Sverige det år de fyllde 18 (enligt Registret över Totalbefolkningen) och som inte hade rapporterat att de hade flyttat ut ur Sverige någon gång under uppföljningstiden, till och med 2008. Föräldrar och barn kopplades samman genom Statistiska Centralbyråns Flergenerationsregister. Dödsfall bland föräldrar registrerades genom kopplingar till Dödsorsaksregistret. Från Statistiska Centralbyråns Longitudinella Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) hämtades uppgifter om socio-demografiska egenskaper.

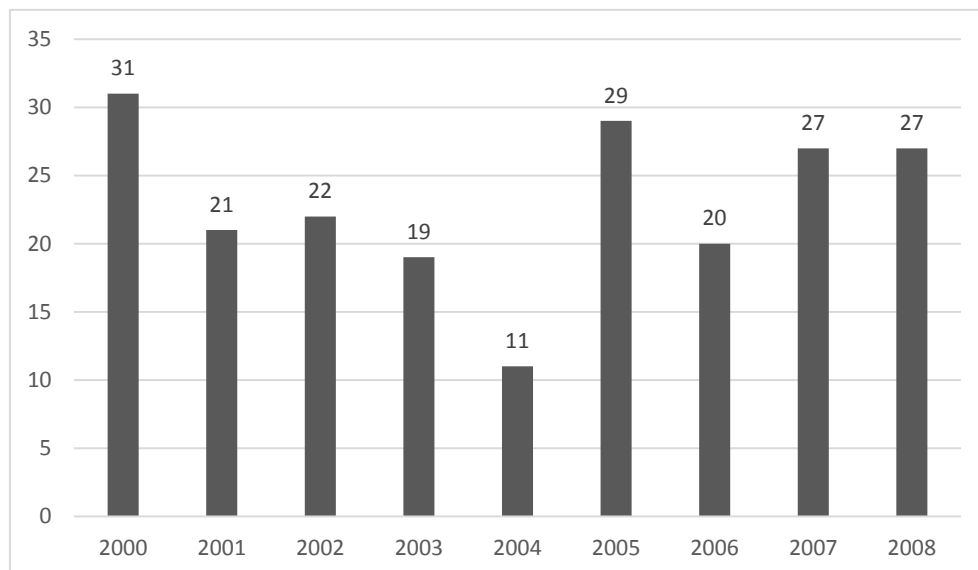
Avlidna föräldrars *dödsorsaker* kategoriserades först som "Onaturliga" och "Naturliga orsaker" och sedan i mer specifika orsaker såsom "Cirkulationsorganens sjukdomar", "Tumörer", "Olycksfall", "Självmod", "Mord" och "Andra orsaker". Föräldrarnas *utbildningsnivå* kategoriserades efter faderns utbildning som "Mindre än 9 års grundskola", "Förgymnasial utbildning 9 (10) år", "Gymnasial utbildning", "Eftergymnasial utbildning <2 år" och "Eftergymnasial utbildning <2 år". Familjen kategoriserades som *Kärnfamilj* (ja/nej), där ja innebär att barnet bodde tillsammans med bägge sina föräldrar. På basis av uppgifter från Registret över Totalbefolkningen kategoriserades *Utländskt ursprung* efter

föräldrarnas födelseland som "Sverige", "EU", "övriga Norden" och "Utanför EU". Om bägge föräldrarna var utlandsfödda, men i olika delar av världen, kategoriserades familjen efter moderns födelseland.

I huvudsak baseras den registerbaserade översikten på deskriptiva analyser av procentuella andelar av samtliga barn (0–18 år) som upplevt förälders död efter bakgrundsvariablerna förälders dödsorsak, mor och fars utbildningsnivå, barnets födelseland, och familjeförhållanden (dvs. om barnet bodde med en eller båda föräldrarna vid dödsfallet). Jämförelser görs sedan mellan Barntraumateamets upptagningsområde (kommunerna Finspång, Norrköping, Söderköping och Valdemarsvik) och riket i sin helhet (dvs. övriga kommuner i Sverige) i syfte att undersöka om det finns skillnader mellan barnen i upptagningsområdet som utsatts för förälders död jämfört med barn i övriga riket. Eftersom uppföljningstiden endast är fram till slutet av 2008 fångas inte samtliga år av Barntraumateamets verksamhet. Vi kan dock anta att övergripande mönster när det gäller exempelvis socio-demografiska skillnader inte förändrats nämnvärt från och med 2008.

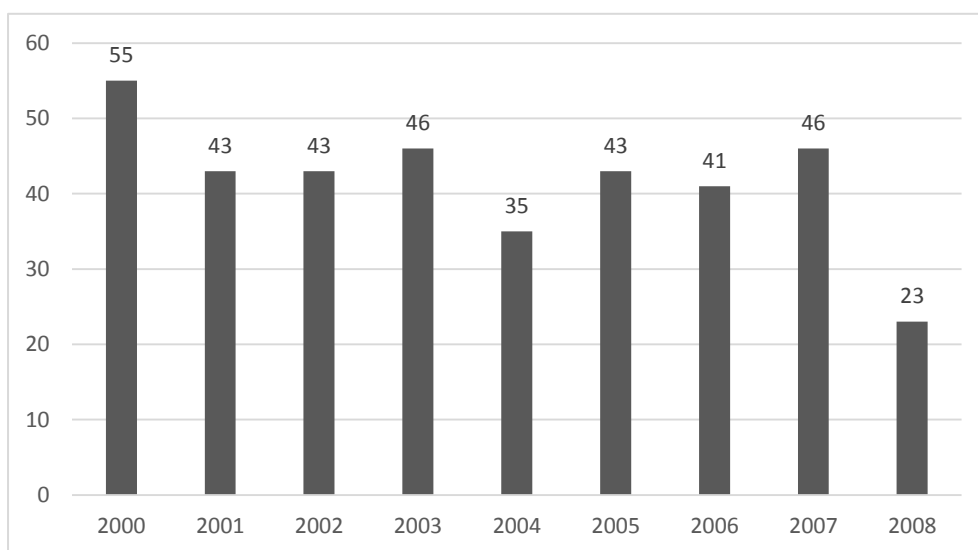
Resultat

Figur 1 visar att 186 barn i Barntraumateamets upptagningsområde förlorade sin mor mellan 2000 och 2008. Antalet varierade något från år till år.



Figur 1. Antal barn 0–18 år som förlorade en mor mellan år 2000 och 2008 i Barntraumateamets upptagningsområde (Finspång, Norrköping, Söderköping och Valdemarsvik), totalt 186 barn.

Figur 2 visar att 375 barn förlorade sin far i Barntraumateamets upptagningsområde mellan 2000 och 2008. Antalet varierar årsvis, men är som lägst år 2008. Det viktigaste resultatet är dock att det är betydligt fler barn som förlorar en far än de som förlorar en mor. Totalt var det 561 barn som förlorade en förälder, dvs. mor eller far, i Barntraumateamets upptagningsområde under perioden. Även här varierar antalet från år till år. I Figur 1 och Figur 2 framgår att totalt 561 barn mellan 0 till 18 år förlorade en förälder i Barntraumateamets upptagningsområde mellan år 2000 och år 2008.



Figur 2. Antal barn 0–18 år som förlorade en far mellan år 2000 och 2008 i Barntraumateamets upptagningsområde, totalt 375 barn.

Figur 3 och Figur 4 visar att en större andel barn i Barntraumateamets upptagningsområde (ungefär 28 procent) har mödrar som avlidit genom en onaturlig orsak, såsom självmord, olycka eller mord, än i övriga riket (22 procent).

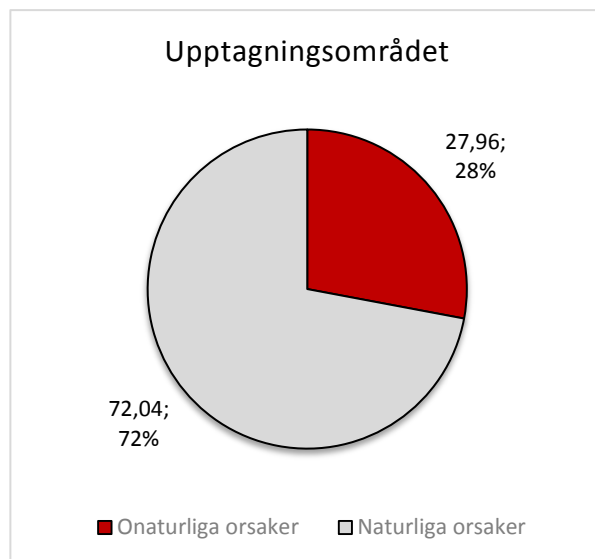
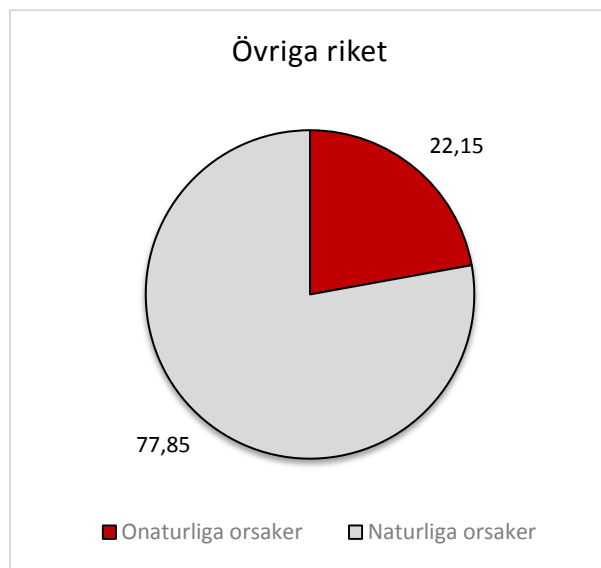
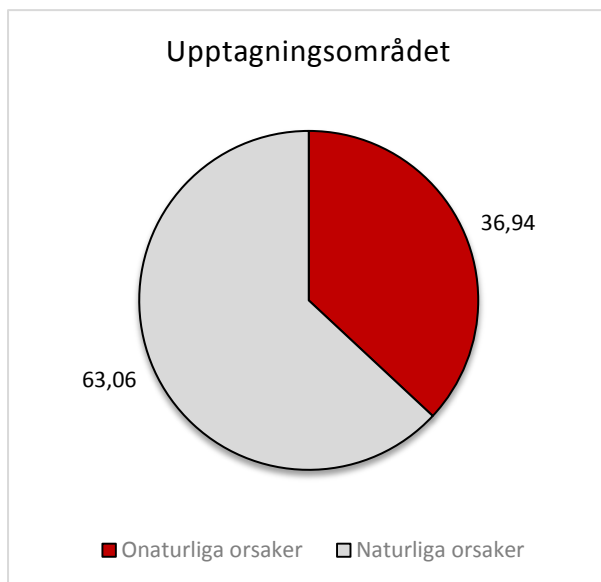


Fig. 3. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde efter mors dödsorsak mellan år 2000–2008.

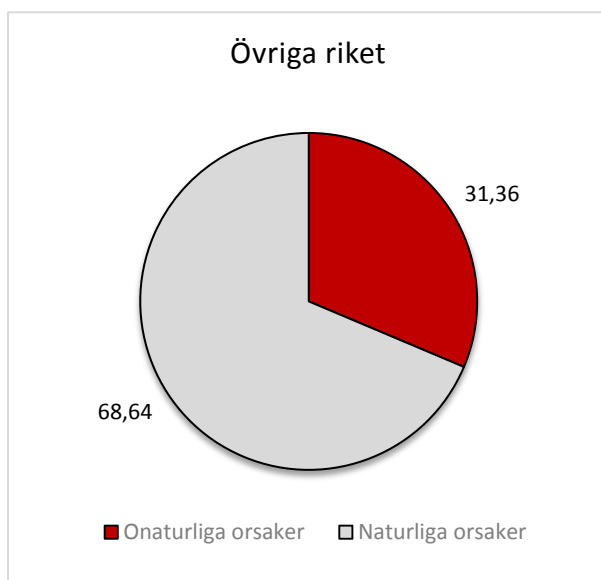


Figur 4. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner i övriga riket efter mors dödsorsak mellan år 2000–2008.

Figur 5 och Figur 6 visar att det även är vanligare att barn i Barntraumateamets upptagningsområde förlorat sin far genom en onaturlig dödsorsak som självmord, olycka eller mord.

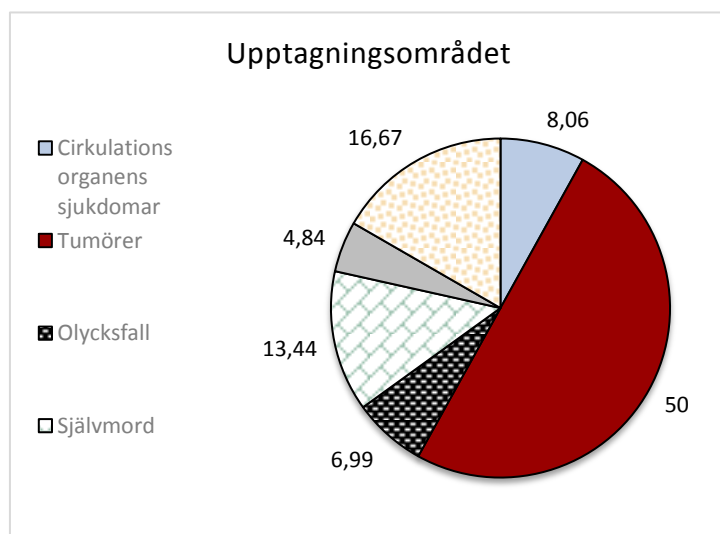


Figur 5. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde efter fars dödsorsak mellan år 2000–2008.

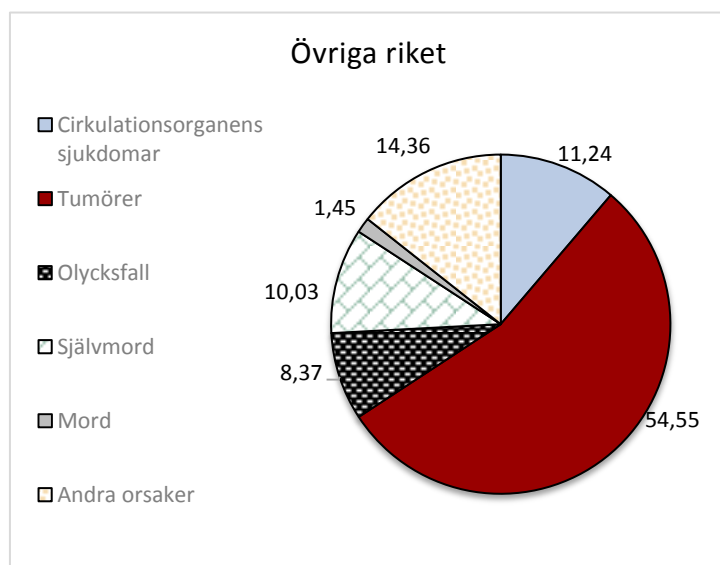


Figur 6. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i kommuner i övriga riket efter fars dödsorsak mellan år 2000–2008.

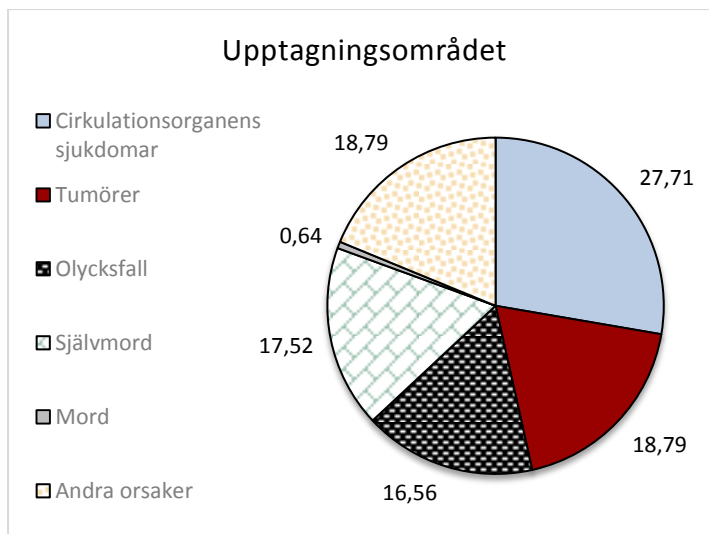
I Figur 7 till Figur 10 presenteras mer specifika dödsorsaker, såsom cirkulationsorganens sjukdomar (t.ex. hjärtinfarkt och stroke), tumörer, olycksfall, självmord, mord och övriga orsaker. Figur 7 och Figur 8 visar att den vanligaste dödsorsaken bland mödrar i både Barntraumateamets upptagningsområde och övriga riket är tumörer av olika slag. Det är som redan nämnts något vanligare att mödrar avlidit till följd av självmord och mord i Barntraumateamets upptagningsområde jämfört med övriga riket, medan dödsfall på grund av tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar är vanligare i övriga riket.



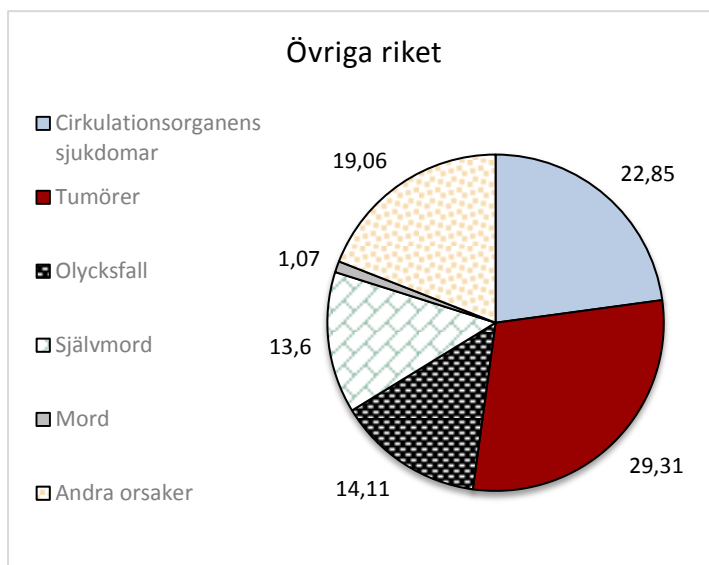
Figur 7. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde efter mors specifika dödsorsak mellan år 2000–2008.



Figur 8. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner i övriga riket efter mors specifika dödsorsak mellan år 2000–2008.



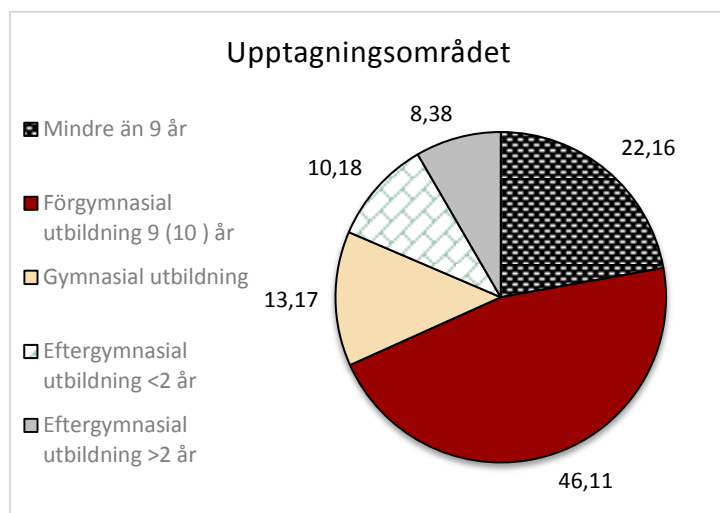
Figur 9. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde efter fars specifika dödsorsak mellan år 2000–2008.



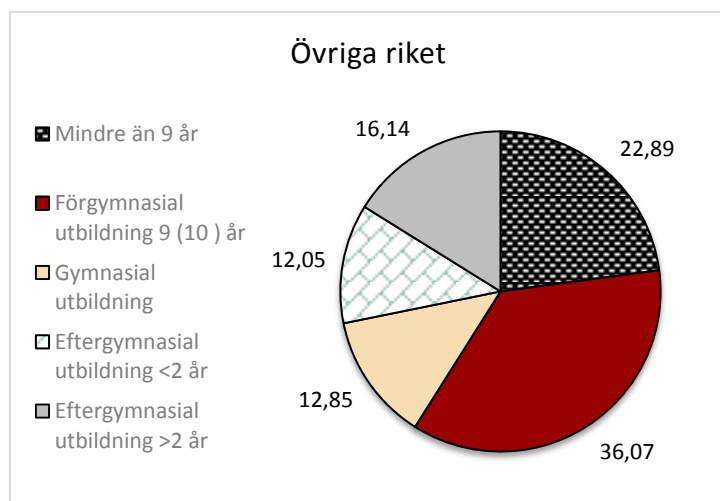
Figur 10. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i kommuner i övriga riket efter fars specifika dödsorsak mellan år 2000–2008.

Figur 9 och Figur 10 visar att cirkulationsorganens sjukdomar och tumörer är de dominerande dödsorsakerna i både Barntraumateamets upptagningsområde och övriga riket. Det är dock betydligt vanligare att fäder avlider till följd av sjukdomar i cirkulationsorganen eller på grund av olycksfall och självmord i Barntraumateamets upptagningsområde. Detta förstärker bilden av att oväntade och plötsliga dödsfall är vanligare bland fäder i upptagningsområdet.

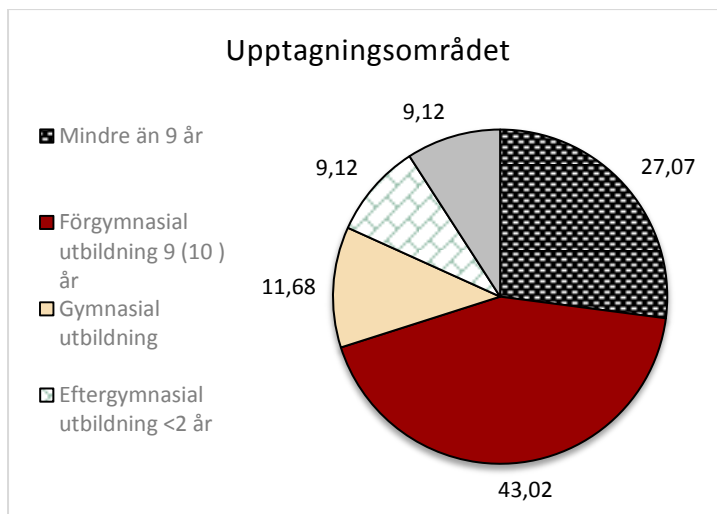
I nästkommande figurer (Figur 11 till Figur 22) undersöks andelen barn som förlorat en förälder efter en indelning enligt förälders utbildningsnivå, födelseland och huruvida de bodde med en eller båda föräldrarna (dvs. i kärnfamilj). Figur 11 och Figur 12 visar att det är betydligt vanligare att förlora en mor om far saknar gymnasieutbildning, dvs. har mindre än nio års grundskola eller förgymnasial utbildning, både i Barntraumateamets upptagningsområde och i övriga riket. I upptagningsområdet är det dock betydligt vanligare bland dem som förlorat en mor att far saknar gymnasial utbildning, Nästan 70 procent av alla barn som upplevt mors dödsfall i Barntraumateamets upptagningsområde har fäder som saknar gymnasial utbildning, medan motsvarande siffra bland barn som upplevt mors död i övriga riket är närmare 60 procent.



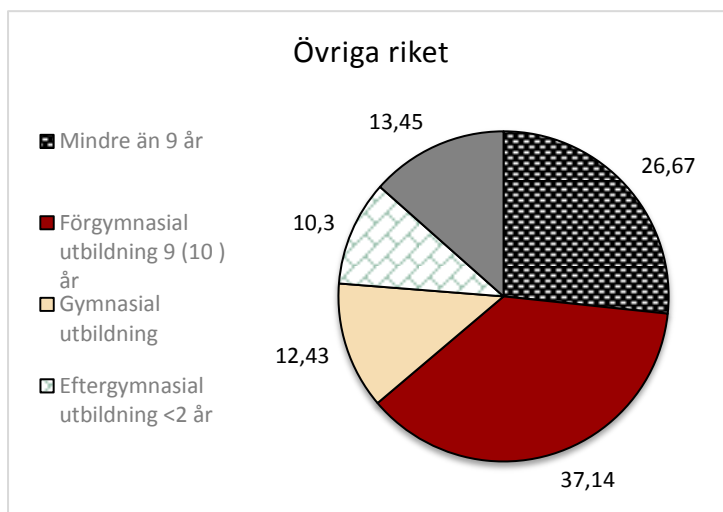
Figur 11. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde efter fars högsta utbildningsnivå mellan år 2000–2008.



Figur 12. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner i övriga riket efter fars högsta utbildningsnivå mellan år 2000–2008.



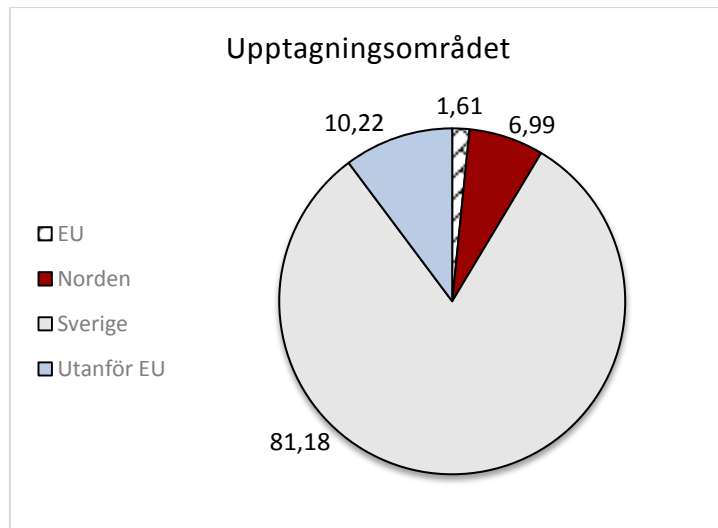
Figur 13. Andel barn 0-18 år som upplevt fars död i kommuner inom barntraumateamets upptagningsområde efter fars högsta utbildningsnivå mellan år 2000-2008.



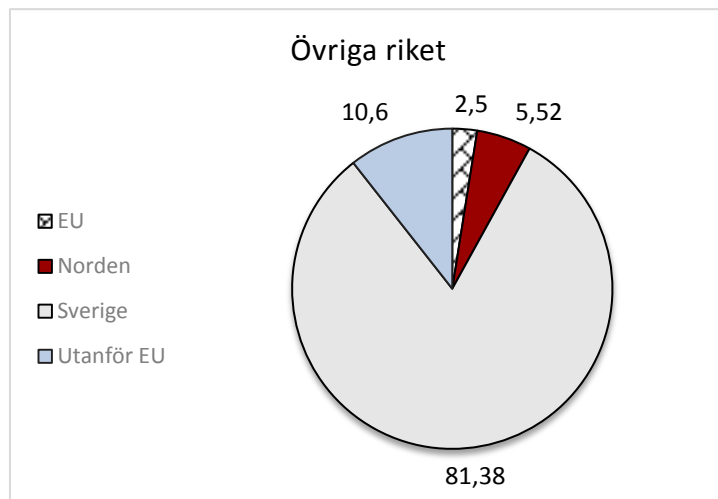
Figur 14. Andel barn 0-18 år som upplevt fars död i kommuner i övriga riket efter fars högsta utbildningsnivå mellan år 2000-2008.

Figur 13 och Figur 14 visar att också barn i upptagningsområdet som upplevt fars död generellt har lägre utbildade fäder än barn som förlorat en far i övriga riket.

I likhet med tidigare figurer kring utbildningsnivå, har barn som upplevt förälders död i Barntraumateamets upptagningsområde i betydligt större utsträckning en far som saknar gymnasial utbildning. Ungefär 70 procent av barnen som upplevt förälders död i upptagningsområdet har en far som saknar gymnasial utbildning, medan motsvarande siffra för barn i övriga riket är ungefär 60 procent. Slutsatsen blir alltså att betydligt större andel av barnen i Barntraumateamets upptagningsområde som förlorat en förälder har låg utbildningsbakgrund.

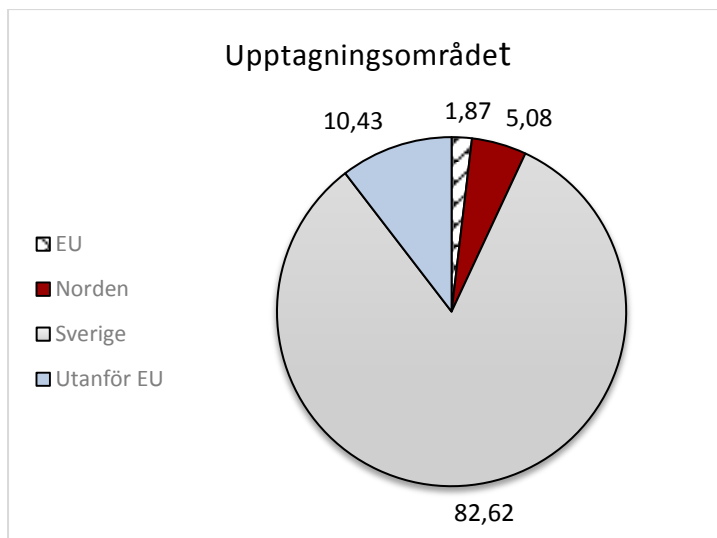


Figur 15. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde efter födelseland.

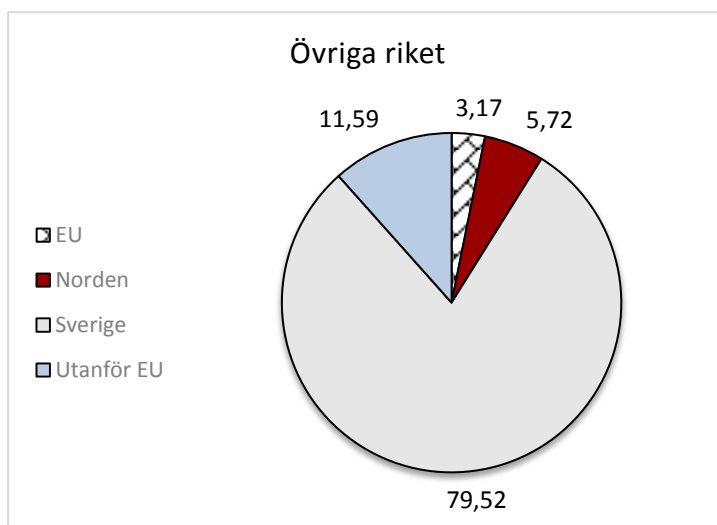


Figur 16. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i övriga riket efter födelseland.

Figur 15 och Figur 16 visar att en något större andel av barnen i upptagningsområdet som förlorat en mor har föräldrar som är födda i de nordiska länderna än i övriga riket. I övriga riket är det dock vanligare att barn som förlorat en mor har föräldrar som är födda inom övriga EU-länder. Trots detta är andelen barn som förlorat en mor och har föräldrar med bakgrund i Sverige ungefär lika stor i upptagningsområdet och övriga riket.



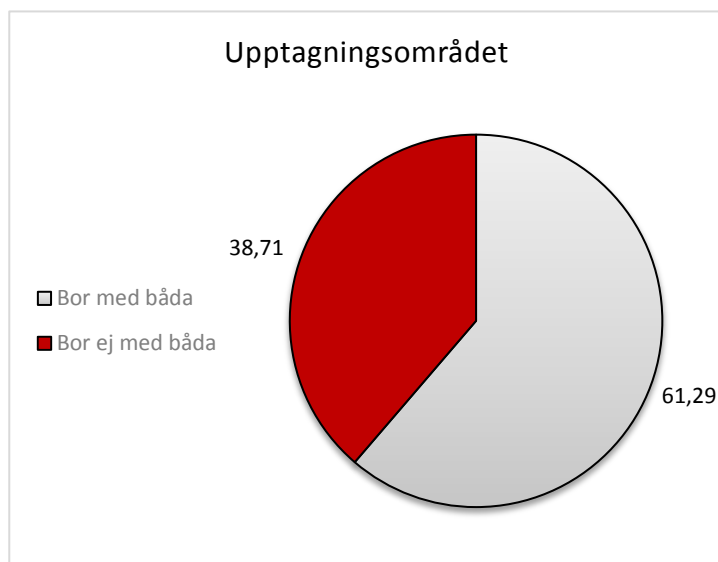
Figur 17. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde efter födelseland.



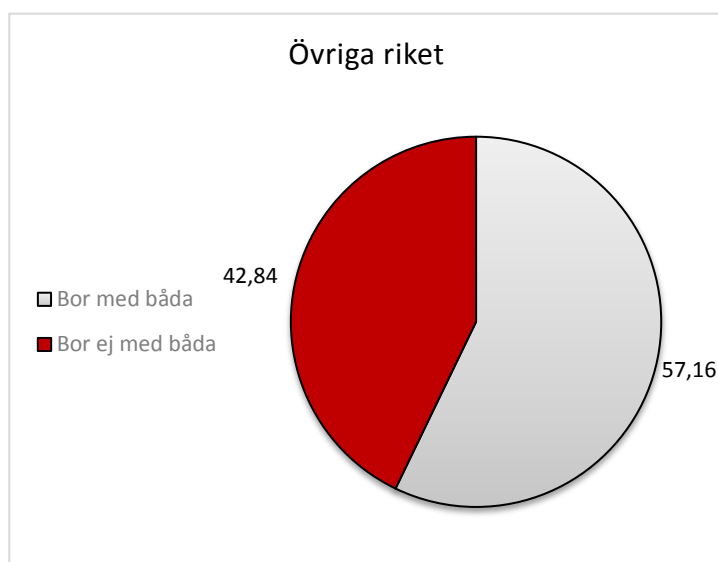
Figur 18. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i övriga riket efter födelseland.

Figur 17 och Figur 18 visar att en större andel av barnen som förlorat en far i Barntraumateamets upptagningsområde har föräldrar födda i Sverige än i övriga riket, där en större andel som upplevt fars död har föräldrar med utländsk bakgrund. Det är framförallt en större andel av barnen i övriga riket som har föräldrar som är födda i övriga EU (utanför Norden) och utanför EU.

En större andel av barnen som förlorat en förälder i Barntraumateamets upptagningsområde har föräldrar som är födda i Sverige, medan en större andel av barnen i övriga riket har föräldrar med utländsk bakgrund, framförallt födda i EU eller utanför EU.

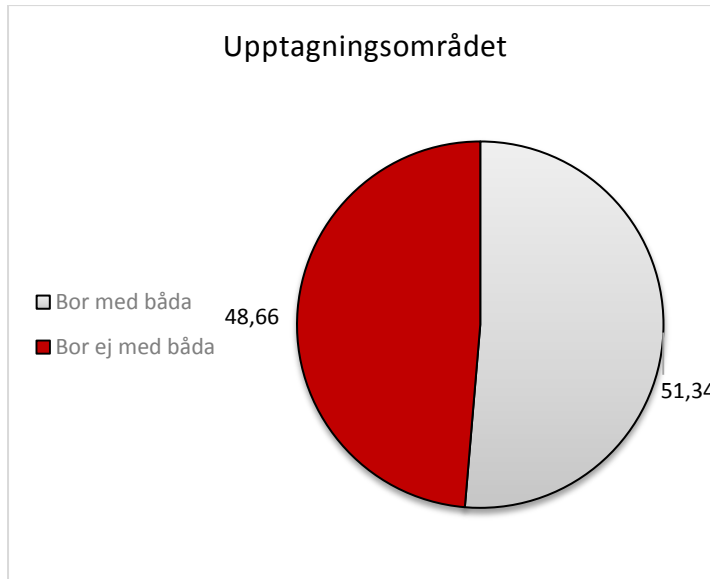


Figur 19. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde som bor med båda föräldrarna (kärnfamilj).

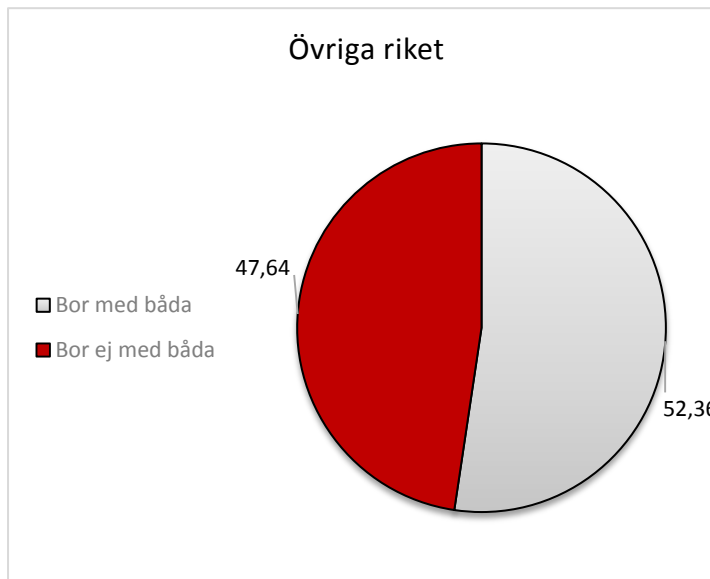


Figur 20. Andel barn 0–18 år som upplevt mors död i övriga riket som bor med båda föräldrarna (kärnfamilj).

En viktig förutsättning när det gäller att skyddas mot eventuella negativa konsekvenser av att förlora en förälder är att bo med båda föräldrarna vid dödsfallet, dvs. i en kärnfamilj. Figur 19 och figur 20 visar att en större andel av de barn som upplevt mors död bodde med båda föräldrarna vid dödsfallet i upptagningsområdet jämfört med övriga riket.



Figur 21. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i kommuner inom Barntraumateamets upptagningsområde som bor med båda föräldrarna (kärnfamilj).



Figur 22. Andel barn 0–18 år som upplevt fars död i övriga riket och som bor med båda föräldrarna (kärnfamilj).

Figur 21 och Figur 22 visar att en något större andel barn i övriga riket bodde med båda föräldrarna vid tidpunkten för fars död än i upptagningsområdet. En större andel som upplevt mors död bodde i en kärnfamilj i jämförelse med dem som upplevt fars död. Detta gäller i både Barntraumateamets upptagningsområde och övriga riket.

Sammanfattning

Resultaten från registerstudien visade att 186 barn förlorade sin mor i Barntraumateamets upptagningsområde mellan år 2000 och år 2008 medan ett betydligt större antal barn förlorade sin far (375 barn). Totalt identifierades att 561 barn förlorat en mor eller far under tidsperioden.

Att förlora en förälder genom en onaturlig dödsorsak kan vara betydligt mer traumatiskt och oväntat för minderåriga barn. I fortsatta analyser jämfördes därför mors och fars dödsorsak mellan upptagningsområdet och övriga riket. Resultaten visade att förlust av mor och far genom en onaturlig dödsorsak som olycka, självmord eller mord var betydligt vanligare i Barntraumateamets upptagningsområde. Det var också betydligt vanligare att förlora en far genom en onaturlig dödsorsak, medan mödrar i större utsträckning dog av naturliga orsaker. Det var något vanligare att mödrar avlidit till följd av självmord eller mord i Barntraumateamets upptagningsområde jämfört med övriga riket, medan dödsfall till följd av tumörer och sjukdomar i cirkulationsorganen var vanligare i övriga riket. Det visade sig också vara betydligt vanligare att förlora en far genom sjukdomar i cirkulationsorganen eller till följd av självmord eller olyckor i Barntraumateamets upptagningsområde än i övriga riket, där dödsfall till följd av tumörer dominerar.

En betydligt större andel av barnen i Barntraumateamets upptagningsområde som upplevt förälders död hade en låg utbildningsbakgrund, dvs. fäder som saknar gymnasial utbildning. En större andel av barnen som förlorat en far i upptagningsområdet hade också föräldrar födda i Sverige än i övriga riket, där en större andel hade utlandsfödda föräldrar. Bland barn som förlorat en mor var andelen med inrikes födda föräldrar nästan identisk mellan upptagningsområdet och övriga riket. I jämförelse med övriga riket så bodde en större andel av barnen i upptagningsområdet med båda föräldrarna vid mors dödsfall och en något mindre andel med båda föräldrarna vid fars dödsfall. Dock var det betydligt vanligare att bo i en kärnfamilj om mor avlider jämfört med fars dödsfall i både Barntraumateamets upptagningsområde och övriga riket.

Enkätstudien

Syfte

Syftet med denna delstudie var att med hjälp av en enkät utvärdera stödet från Barntraumateamet i samband med förälders/anhörigs plötsliga död samt svarandes psykiska hälsotillstånd i dagsläget. Populationen utgjordes av barn och vuxna som inom en 10-årsperiod, 2000–2010, haft kontakt med Barntraumateamet. Symtombilden undersöktes genom självskattningsformulär för posttraumatisk stress, komplex sorgereaktion, allmän psykisk hälsa samt negativa livshändelser före och efter traumat. Delstudien genomfördes vid Kunskapscentrum för katastrof-psykiatri, Uppsala universitet.

Frågeställningar

De frågeställningar vi ville få belysta var följande

- Hur har de personer som deltagit i studien upplevt kontakten med Barntraumateamet?
- I vilken mån upplever de att de fått stöd?
- Vad för sorts stöd har man tyckts få? Har stödet upplevts som hjälpsamt?
- Finns det något de önskat istället eller mer av?
- Hur ser deras hälsotillstånd ut idag avseende generellt psykiskt välbefinnande, posttraumatisk stress och eventuella tecken på komplex sorgereaktion?

Metod

Deltagare

Gruppen utgjordes av barn i åldrarna 15–17 år och unga vuxna från 18 år och uppåt samt vårdnadshavare som varit i kontakt med Barntraumateamet mellan 2001–2010 på grund av förälders/annan närstående vuxens plötsliga död. Gruppen barn som under den aktuella tidsperioden haft kontakt med Barntraumateamet har idag en medelålder på 23 år (min 16 – max 34) och det hade 2014 i snitt gått nio år sedan dödsfallet (min 4, max 14). 46 procent hade förlorat en förälder genom sjuk-

dom, 13 procent genom olycka, 35 procent genom suicid och 6 procent genom mord.

Totalt inkom 75 enkätsvar, varav 36 från barn och 39 från vårdnadshavare. 13 av barnen hade föräldrar som också svarade på enkäten. Bland dem som svarade hade vårdnadshavarna en medelålder på 51.5 år (23–71) och 95 procent var kvinnor. Barnens medelålder var 22.5 år (16–34) och 12 av barnen (35 %) var pojkar. De flesta av barnen hade föräldrar från Sverige. Ett fåtal hade en förälder från ett annat land. Medelåldern vid förlusten av förälder var 13.7 år (6–24) och det hade i genomsnitt gått 8.1 (3–12) år sedan dödsfallet. Majoriteten av barnen (16) hade förlorat sin förälder genom självmord, elva barn genom sjukdom, fyra genom mord och tre genom olycka.

De barn som samtyckt men inte svarat på enkäten hade en medelålder på 21.3 år (16–27). Åtta var pojkar och nio flickor. Det hade i genomsnitt gått åtta år (4–13) sedan deras förälder gick bort. De var i genomsnitt 13 år (8–18) vid dödsfallet. Åtta av dessa barn hade förlorat sin förälder genom sjukdom, fyra genom olycka, tre genom självmord och två på grund av mord.

Tabell 1. Demografisk data för respondenter. Utbildningsnivå, huvudsaklig sysselsättning och boende form.

Utbildningsnivå				
	Universitet/ högskola	Gymnasium	Grundskola/ Antal(%)	
	Antal (%)	Antal (%)		
Föräldrar	17 (45)	12 (32)	9 (24)	
Barn	5 (15)	23 (68)	6 (18)	
Huvudsaklig sysselsättning (övrigt = arbetslös, föräldraledig, sjukskriven)				
	Studerar	Heltid	Deltid	Övrigt
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Föräldrar	–	17 (49)	9 (26)	9 (26)
Barn	16 (47)	8 (23)	4 (12)	6 (18)
Boendeform, civilstatus				
	Gift/sambo	Ensamstående med barn	Ensamstående utan barn	Med förälder
	Antal (%)	Antal(%)	Antal (%)	Antal(%)
Föräldrar	14 (40)	12 (34)	8 (23)	1 (3)
Barn	12 (35)	–	5 (15)	17 (50)

Procedur

Den utvalda gruppen blev via Barnpsykiatriska kliniken vid Vrinnevisjukhuset tillsända en förfrågan från Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri om samtycke att ingå i studien. Om personen inte var myndig fick dennas förälder ett informationsbrev. Efter att deltagarna lämnat skriftligt samtycke skickades en särskilt framtagen enkät med svarskuvert ut. Efter fyra veckor skickades en påminnelse.

På grund av låg svarsfrekvens valde forskargruppen att skapa en webbenkät för att möjligen öka antalet inkomna svar. Förfrågan om samtycke angående deltagande i detta skickades ut till de deltagare som inte svarat på den tidigare enkäten eller inte lämnat samtycke för deltagande (totalt 287). Totalt fem personer svarade på denna förfrågan, från vilka fyra enkätsvar inkom.

Material

Enkäten bestod av tre delar. I den första delen gav de svarande demografiska uppgifter, tid sedan dödsfallet samt omständigheter kring dödsfallet. Enkätens andra del innehöll frågor om vilken typ av stöd de fått, omfattningen av detta samt upplevelsen av stödet. Enkätens tredje och sista del hade frågor om skolgång och arbete samt vårdutnyttjande och innehöll skattningsskalor om deltagarnas hälsotillstånd idag, avseende generellt psykiskt välbefinnande, posttraumatisk stress samt komplex sorgereaktion. I denna del fanns också frågor om andra potentiellt traumatiska livshändelser. Skattningsskalorna beskrivs nedan.

General Health Questionnaire.

General Health Questionnaire (GHQ-12)(39) är ett självskattningsinstrument avsett för att mäta generell psykisk hälsa. En summapoäng på tre eller högre indikerar nedsatt psykisk hälsa. I denna studie hade även en extra fråga lagts in om suicidtankar under senaste månaden, med svarsalternativen: *ja*, *nej*, eller *minns inte*.

Prigerson Sorgeskala (PG-13).

Prigersons sorgeskala (PG-13) är en självskattningskala som undersöker förekomsten av komplex sorgereaktion. En totalpoäng på över åtta innebär att svaranden uppfyller kriterierna för komplex sorgereaktion.

Posttraumatic Stress Scale-10.

Posttraumatic stress scale-10 (PTSS-10) är ett självskattningsinstrument som mäter symptom på posttraumatisk stress (40). En poäng över 35 brukar anses visa en hög sannolikhet att svaranden uppfyller kriterierna för PTSD (41, 42).

World Assumptions Scale.

För att mäta förändringar i antaganden kring livet hos deltagarna användes World Assumption Scale, en skala som mäter förändring i åtta viktiga antaganden om livet (43). En poäng på noll indikerar att ingen förändring skett avseende livsantagan-

den, en negativ poäng att en försämring skett och en positiv poäng att ens livssyn blivit stärkt.

Life event scale (LES).

LES är ett självskattningsformulär som undersöker negativa händelser som en person kan ha drabbats av. De flesta upplever ett fåtal negativa livshändelser, men kumulativa händelser kan orsaka påtaglig stress hos individen och leda till senare psykiska svårigheter (44). Formuläret består av 14 frågor inom fyra olika grupper (tekniska katastrofer/naturkatastrofer, interpersonellt våld, somatisk sjukdom/skada och socioekonomiska trauman). Personen skattar om dessa händelser har hänt före och efter förlusten genom att kryssa i ja eller nej. En högre poäng innebär att personen har drabbats av ett högre antal potentiellt traumatiska upplevelser.

Resultat

Kontakten med Barntraumateamet

Hälften av föräldrarna och 41 procent av barnen hade kontakt med Barntraumateamet under ett år eller mer.

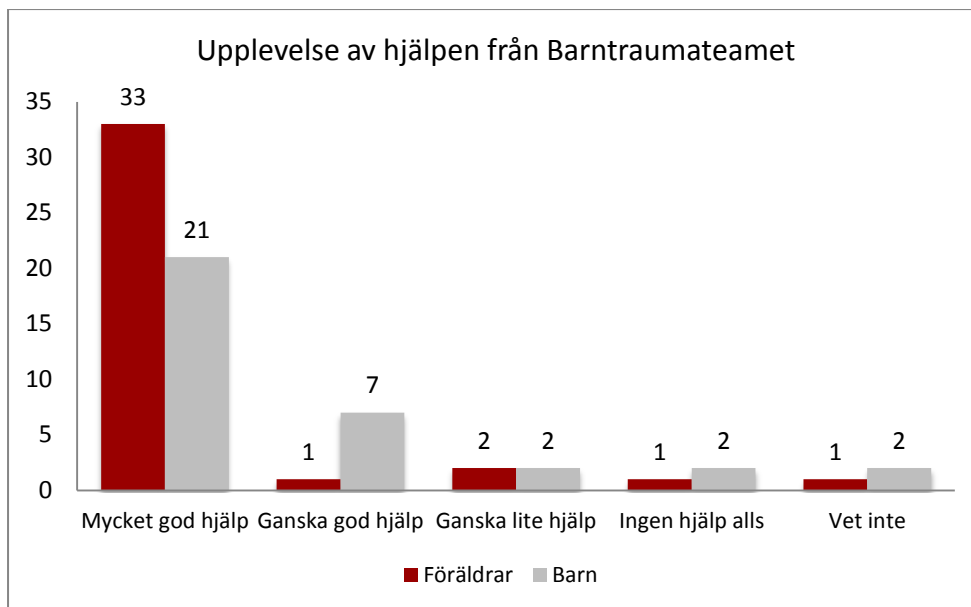
Tabell 2. Längd på kontakten med Barntraumateamet.

	Enstaka tillfälle		Flera veckor		Flera månader		Ett år eller mer		Minns inte	
	Antal (%)		Antal (%)		Antal (%)		Antal (%)		Antal (%)	
Föräldrar	4	(11)	7	(18)	5	(13)	19	(50)	2	(5)
Barn	8	(24)	3	(9)	6	(18)	14	(41)	3	(9)

Upplevelse av hjälp

En majoritet av barnen (n =30; 94 %) ansåg att de fått hjälp i tid, två (6 %) angav att de inte fått hjälp i tid och två underlät att svara. Av föräldrarna tyckte 90 % (n=34,) att de fått hjälp tillräckligt fort, två (5 %) att de inte fått det och två underlät att svara.

Bland barnen svarade mer än hälften (62 %) att de fått mycket god hjälp och en femtedel (21 %) att de fått ganska god hjälp (se figur 1). Av föräldrarna rapporterade majoriteten (87 %) att de fått mycket god hjälp. För barn fanns ett medelstarkt samband mellan hur nöjda de varit med hjälpen och hur länge de fått stöd från Barntraumateamet ($r = .419, p < .05$).



Figur 1. Upplevelse av hjälpen från Barntraumateamet redovisad i antal svaranden per alternativ.

Gällande vilka delar av hjälpen man värderat som viktiga ansåg en majoritet av barnen att samtalsstöd, information och stöd vid avsked varit mycket viktigt. En liten del av de svarande (6 personer) tyckte att annat stöd varit mycket viktigt eller viktigt och uppgav att hjälp att kontakta skolan, kontakt med sjukhuspräst och att prata med andra varit betydelsefulla stödfunktioner (tabell 3).

Tabell 3. Barns värdering av stöd från Barntraumateamet.

	Mycket viktigt		Mindre viktigt		Oviktigt		Inte aktuellt		Antal som ej svarat
	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	
Samtalsstöd	32	(84)	1	(3)	1	(3)	3	(9)	2
Information	22	(71)	4	(13)	2	(7)	3	(10)	3
Stöd vid avsked	17	(59)	6	(21)	2	(7)	4	(14)	5
Praktisk hjälp	4	(15)	6	(22)	2	(7)	15	(56)	7
Annat	4	(18)	6	(27)	1	(5)	11	(50)	12

Även en majoritet av föräldrarna tyckte att samtalsstöd, information och stöd vid avsked varit mycket viktigt. Omkring en fjärdedel tyckte att praktisk hjälp varit mycket viktig. Ingen deltagare uppgav att samtalsstöd eller praktisk hjälp varit oviktigt (tabell 4).

Tabell 4. Föräldrars värdering av stöd från Barntraumateamet.

	Mycket viktigt		Mindre viktigt		Oviktigt		Inte aktuellt		Antal som ej svarat
	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	
Samtalsstöd	33	(92)	2	(6)	–		1	(3)	2
Information	27	(79)	4	(12)	1	(3)	2	(6)	4
Stöd vid avsked	23	(70)	2	(6)	1	(3)	7	(21)	5
Praktisk hjälp	8	(25)	6	(19)	–	–	18	(56)	6
Annat	5	(24)	1	(5)	–	–	15	(71)	17

Ytterligare önskemål i kontakten med Barntraumateamet

De svarande gavs i enkäten möjlighet att med egna ord beskriva vad som saknats i kontakten med Barntraumateamet. En person önskade att ha fått träffa en kvinnlig psykolog istället för en manlig. Två personer önskade möjlighet att få träffas efter ett par år för uppföljning och ordentligt avslut. En person önskade möjlighet att få träffa andra barn som varit med om samma sak och en person att teamet ”stått på sig lite mer för att få mig att prata med någon”. En person önskade att Barntraumateamet själv sökt upp denna och en person att Barntraumateamet hade varit med redan när polisen meddelade dödsfallet. Tre personer efterfrågade stöd och empati. Det framkom att dessa varit missnöjda med kontakten. En person tyckte att deras mamma inte fått hjälp tillräckligt fort och en förälder hade önskat att själv bli lot-sad till en kontakt.

De svarandes egna ord om vad som varit bra

Som helhet var både barn och föräldrar mycket nöjda med kontakten med Barntraumateamet. Flertalet (31 personer) nämnde samtal, lyssnande och råd som de viktigaste punkterna. Flera tog upp att hjälpen sattes in snabbt, att teamet blev en trygghet och gav ett lugn i en kaotisk situation, att få information om normala re-

aktioner för såväl föräldrar som barn, professionalitet och kunnighet. Flera personer uttryckte explicit att hjälpen varit livsavgörande. Att träffa ett annat barn i samma situation hade varit mycket viktigt för en person.

Annat stöd i samband med förlusten

Vad gäller annat stöd i samband med förlusten svarade en majoritet av barnen (n=25, 76 %) att de hade fått mycket bra stöd från sin familj. Omkring hälften uppgav att de hade mycket bra stöd från andra släktingar (n=18, 55 %), från grannar och vänner (n=16, 50 %). Nästan hälften uppgav att de inte fick något stöd alls från skolan (n=14, 44 %) eller annan sjukvård (n=18, 56 %). En femtedel (n=8, 22 %) uppgav stöd från andra som mycket eller ganska bra och uppgav då partners, kvarvarande förälders nya partner, präster, föreningar, skolsyster eller nya vänner (tabell 5).

Tabell 5. Barns upplevelse av annat stöd.

	Mycket bra stöd		Ganska bra stöd		Inget stöd		Inte aktuellt		Antal som ej svarat
	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	
Familj	25	(76)	6	(18)	1	(3)	1	(3)	1
Andra släktingar	18	(55)	13	(39)	1	(3)	1	(3)	1
Grannar/vänner	16	(50)	10	(31)	5	(16)	1	(3)	2
Skolan	9	(28)	8	(25)	14	(44)	1	(3)	2
Annan sjukvård	1	(3)	4	(13)	18	(56)	9	(28)	2
Andra	3	(12)	5	(20)	7	(28)	10	(40)	9

Bland föräldrarna tyckte majoriteten (n=29, 78 %) att det stöd de fått från sin familj varit mycket bra. Nästan hälften ansåg att de fått mycket bra stöd från sina släktingar (n=15, 44 %) och från grannar och vänner (n=15, 42 %) (tabell 6).

Tabell 6. Föräldrars upplevelse av annat stöd.

	Mycket bra stöd		Ganska bra stöd		Inget stöd		Inte aktuellt		Antal som ej svarat
	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	
Familj	29	(78)	6	(16)	1	(23)	1	(23)	1
Andra släktingar	15	(44)	10	(30)	6	(18)	3	(9)	4
Grannar/vänner	15	(42)	17	(47)	2	(6)	2	(6)	2
Skolan	2	(6)	13	(41)	9	(28)	8	(25)	6
Annan sjukvård	5	(15)	7	(21)	9	(27)	12	(36)	5
Andra	3	(10)	5	(17)	5	(17)	17	(57)	8

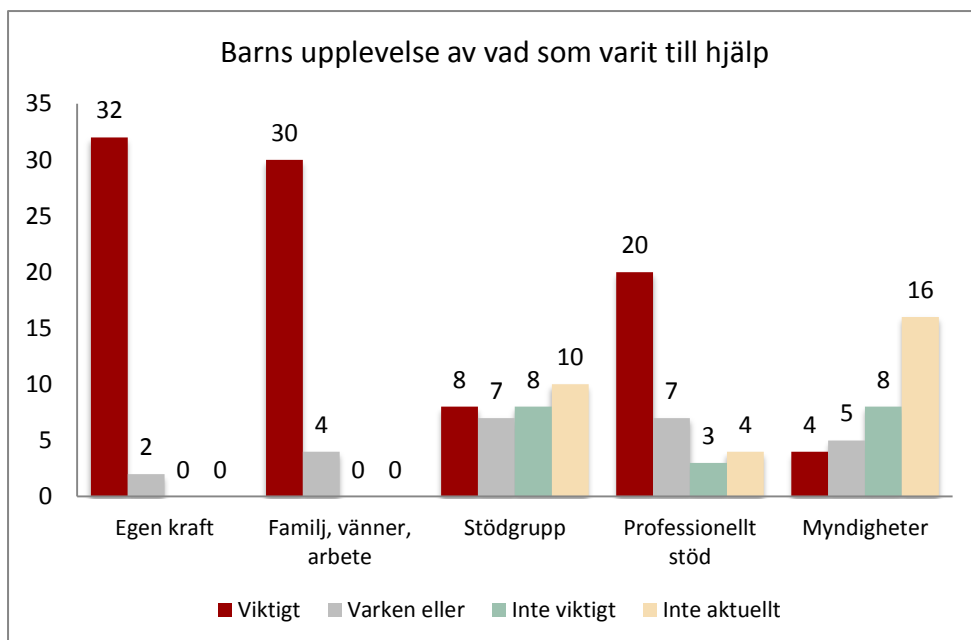
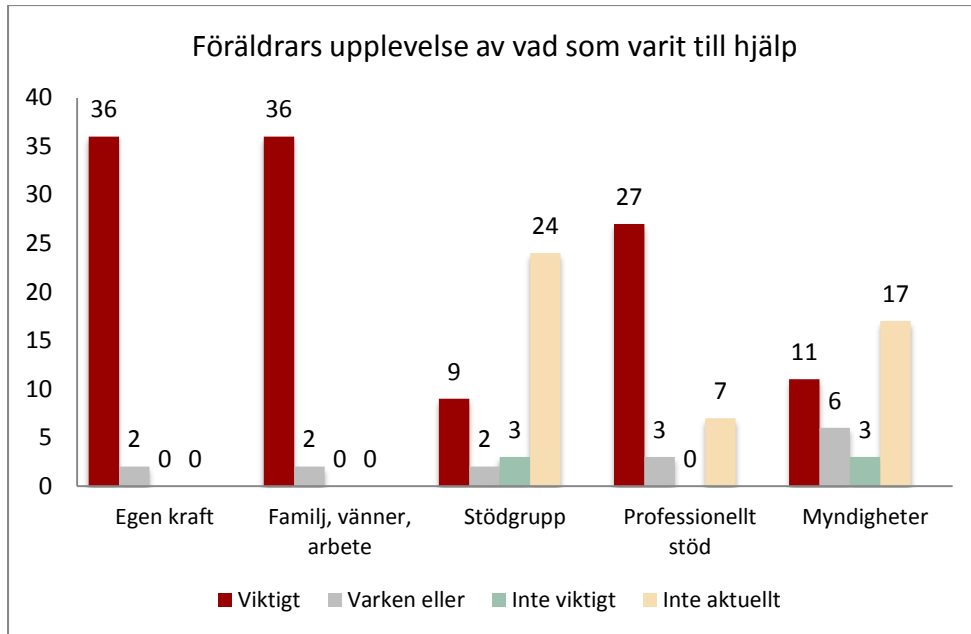
Stöd idag

Mer än hälften av barnen rapporterade att de idag hade mycket bra stöd från sin familj och omkring en tredjedel att stödet från andra släktingar eller grannar och vänner var mycket bra. Omkring en femtedel tyckte dock att stöd från andra släktingar eller grannar och vänner inte fanns. Drygt hälften tyckte att stöd från skolan inte fanns. Över en tredjedel upplevde att stöd från annan sjukvård inte fanns. För strax under hälften var dock sådant stöd inte aktuellt.

Drygt hälften av föräldrarna uppgav att de idag hade mycket bra stöd från sin familj. En person uppgav att stöd från andra var mycket viktigt, och specificerade detta som stöd från sin sambo och från socialtjänsten. Stöd från andra släktingar samt från grannar och vänner ansågs inte aktuellt för omkring hälften av föräldrarna. Detsamma gällde stöd från skola och annan sjukvård som för en majoritet inte ansågs vara aktuellt. Av dem som fick stöd från dessa instanser tyckte de flesta att stödet var mycket eller ganska bra.

Vad har ansetts varit till störst hjälp efter förlusten?

En majoritet av de svarande har rankat egen kraft och familj/vänner/ arbetskamrater som viktigt stöd efter förlusten. Lite mer än hälften av barnen ansåg att professionellt stöd varit viktigt och omkring tre fjärdedelar av föräldrarna ansåg detsamma. Av föräldrarna svarade två att kyrkan och barnen varit viktiga som hjälp.



Figur 2. Föräldrars och barns upplevelse av vad som varit till störst hjälp efter förlusten redovisat i antal.

Hälsa

Större delen av föräldrarna ansåg att deras arbete eller skolgång inte alls påverkats negativt av förlusten under det senaste året och lite mer än hälften av barnen ansåg detsamma (tabell 7). 41 procent av barnen hade haft kontakt med hälso- och sjukvård på grund av kroppsliga besvär och 41 procent på grund av psykiska besvär de senaste åren. Av föräldrarna hade hälften haft kontakt med hälso- och sjukvård på grund av kroppsliga besvär och 20 procent på grund av psykiska besvär (tabell 8).

Av föräldrarna hade tre personer varit sjukskrivna på heltid, två personer på halvtid, två personer 25 procent och övriga 31 hade inte haft någon sådan frånvaro från arbete eller skola. Ett av de svarande barnen hade varit sjukskrivet 25 procent under det senaste året, medan övriga inte varit sjukskrivna.

Tabell 7. Påverkan på arbete och skolgång av förlusten det senaste året.

	Mycket N (%)	En hel del N (%)	Lite grand N (%)	Inte alls N (%)
Barn	3 (9)	4 (12)	7 (21)	20 (59)
Föräldrar	5 (14)	2 (5)	3 (8)	27 (73)

Tabell 8. Vårdkontakter senaste åren (antal).

	Kroppsliga besvär				Psykiska besvär			
	0 ggr	1-2 ggr	3-5 ggr	>6 ggr	0 ggr	1-2 ggr	3-5 ggr	>6 ggr
Barn	20	7	3	4	22	8	3	1
Föräldrar	19	11	3	5	30	5	-	3

De svarande fick möjlighet att med egna ord beskriva hur deras mående påverkats. Fyra personer beskrev stress och koncentrationssvårigheter, en led av sömnlöshet och ångest och en hade svårt att befinna sig i vissa situationer, såsom att läsa våldssamma böcker eller att tala om självmord. En person beskrev att det var svårt att vara ensam förälder.

Psykisk hälsa och välmående

I tabell 9 redovisas medelvärde och standardavvikelse för samtliga formulär knutna till psykisk hälsa och välmående.

Allmän psykisk hälsa

Tolv av föräldrarna (33 %) uppfyllde kriterierna för nedsatt psykiskt välbefinnande mätt med General Health Questionnaire. Fem av föräldrarna (14 %) hade haft suicidtankar under det senaste året. De uppvisade högre grad av komplex sorgereaktion, PTSD, nedsatt psykisk hälsa och en större sänkning av livsantaganden.

Av barnen uppfyllde nio (27 %) kriterierna för nedsatt psykiskt välbefinnande. Åtta av barnen (24 %) hade haft suicidtankar under det senaste året. Denna grupp skilde sig dock inte från dem utan suicidtankar avseende grad av PTSD, komplex sorgereaktion, nedsatt psykiskt välbefinnande, förändring i livsantaganden eller ålder.

Komplex sorgereaktion och posttraumatisk stress

Flertalet av föräldrarna (88 %) visade inte tecken på komplex sorgereaktion. Av barnen uppfyllde endast en person kriterierna för komplex sorgereaktion. Elva (27 %) av föräldrarna och sex (15 %) av barnen hade poäng över gränsvärdena för posttraumatiskt stressyndrom.

Förändringar i livsantaganden efter förlusten

Omkring en fjärdedel av föräldrarna (n = 9) angav ingen förändring i sitt sätt att se på världen, medan 18 personer (49 %) angav en försämring. Fem av barnen (15 %) angav ingen förändring i sitt sätt att se på världen, medan strax över hälften (55 %) angav en försämring. Barn som upplevt en försämring i sina livsantaganden var i genomsnitt två år yngre vid förlusten (13 år mot 15) än gruppen som inte upplevt någon försämring. Denna skillnad var dock inte statistiskt signifikant. Det antagande som förändrats mest i negativ riktning var känslan av att världen är rättvis. Det antagande som förändrats mest i positiv riktning var känslan av att livet är meningsfullt.

Tabell 9: Medelvärde (M) och standardavvikelse (SD) för General Health Questionnaire (GHQ), Prolonged Grief Reactions (PGR), Posttraumatic stress scale-10 (PTSD) och World Assumptions Scale (WA) (min – 14 max 14). Andel över cut-offgränsen på GHQ (3 p) och PGR (8 p).

	GHQ			PGR			PTSD		WA	
	M	Sd	Över cut-off	M	Sd	Över cut-off	M	Sd	M	Sd
Föräldrar	2.8	2.99	N = 12	1.79	3.06	N = 4	26.5	15.8	-1.62	3.85
Barn	2.02	3.12	N = 9	1.97	2.1	N = 1	26.2	15.85	-1.24	6.0

Negativa livshändelser

Lite mer än hälften av barnen (63 %) hade före förlusten upplevt en eller flera negativa livshändelser och 76 procent en eller flera sådana händelser efter. Av föräldrarna hade 90 procent upplevt en eller flera negativa livshändelser före förlusten och 87 procent en eller fler händelser efter.

Bland barnen var den vanligaste negativa händelsen konflikter i familjen, skilsmässa eller ekonomiska problem. Omkring hälften hade upplevt en sådan situation innan förlusten och nästan tre fjärdedelar efter förlusten. Negativa mellanmänniskliga händelser hade upplevts av en fjärdedel av barnen innan förlusten och av nästan en tredjedel efter förlusten. Även bland föräldrarna var de vanligaste negativa händelserna familjekonflikter, skilsmässa eller ekonomiska problem. Mer än hälften av föräldrarna hade upplevt sådana händelser före förlusten, fyra femtedelar indikerade en eller flera sådana händelser efter förlusten. Minst vanligt var negativa mellanmänniskliga händelser.

För barn fanns ett samband mellan negativa livshändelser före förlusten och symtom på posttraumatisk stress idag. För föräldrarna fanns samband mellan såväl livshändelser före som efter förlusten och posttraumatisk stress idag.

För att undersöka om dödsorsak hade ett samband med hälsan idag undersöktes skillnader i medelvärde på självskattningsskalorna och besök i hälso- och sjukvård mellan fyra olika grupper (förlorat förälder genom suicid, mord, sjukdom respektive olycka). Inga statistiska samband framkom mellan dödsorsak och hur man mätte idag (resultat på skattningsskalor samt besök i hälso- och sjukvård). Dock hade samtliga barn med höga nivåer av symtom på posttraumatisk stress förlorat sin förälder genom suicid eller mord. Det framkom inte heller några statistiska samband mellan tid sedan dödsfall och hur man mätte idag (resultat på skattningsskalor samt besök i hälso- och sjukvård).

Ytterligare kommentarer från de svarande

Ytterligare kommentarer från deltagarna i studien innefattade bland annat en uttalad önskan hos flera om att verksamhet som Barotraumateamet ska göras tillgänglig för alla i en liknande situation samt finnas i samtliga landsting. Flertalet respondenter uttrycker tacksamhet mot Barotraumateamet och även stor tacksamhet mot polis och akutverksamhet.

Sammanfattning

Kontakten med Barotraumateamet och stöd vid förlusten.

Majoriteten av de svarande angav att de var mycket nöjda med det stöd de fått från Barotraumateamet. De flesta hade haft kontakt med teamet under minst ett år. För såväl barn som föräldrar hade samtal, information och stöd vid avsked varit viktigt, vilket ligger i linje med annan forskning (16, 32). En fjärdedel värderade praktisk

hjälp högt, men för de flesta var sådan hjälp inte aktuell. Hjälp med att kontakta skolan och andra instanser var också viktigt stöd. Flera svaranden uppgav att stödet från Barntraumateamet genererade lugn i en annars kaotisk situation. Ett fåtal ansåg att hjälpen från Barntraumateamet dröjt för länge, och hade på egen hand sökt upp teamet.

Utöver stödet från Barntraumateamet angavs stöd från närstående och vänner som viktigast, vilket är i enlighet med andra studier (16, 34). Detta angavs även idag vara det vanligast förekommande stödet. Annat viktigt stöd ansågs komma från skolsköterskan, kvarvarande föräldrars nya partner eller nya vänner. Anmärkningsvärt är att nästan hälften av barnen ansåg att de inte fått något stöd från skolan eller från annan sjukvård, trots att de ansåg att sådant stöd hade behövts.

Majoriteten av de svarade ansåg att den egna kraften var det viktigaste för att hantera förlusten. Dessa resultat är i överensstämmelse med vad överlevande efter tsunamikatastrofen angav vid en uppföljning efter 14 månader (45). Minst viktigt i denna studie ansågs stödgrupper och myndigheter ha varit.

Hälsa

Som helhet var hälsoläget hos de svarande relativt gott idag. Ett fåtal personer visade tecken på komplex sorgereaktion, posttraumatisk stress och generell psykisk ohälsa. Dessa skilde sig inte avsevärt från andra svaranden avseende hur länge kontakten med Barntraumateamet varat, hur nöjda de varit, annan typ av stöd som de fått eller stöd som de har idag. Jämfört med nationella undersökningar var andelen barn med nedsatt psykisk hälsa inte förhöjd, medan föräldrarna hade en större andel med tecken på nedsatt psykisk hälsa (46). De barn som visade symptom på posttraumatisk stress hade samtliga förlorat sin förälder genom mord eller suicid. Dock hade inte samtliga barn som förlorat sin förälder på detta sätt symptom på posttraumatisk stress.

Andelen barn som har haft kontakt med sjukvård på grund av psykiska besvär var väsentligt högre jämfört en nationell jämförelsegrupp. En undersökning från Socialstyrelsen 2013 (47) visade att sju procent av män 18–24 år och tio procent av kvinnorna i motsvarande åldersgrupp har haft kontakt med sjukvård på grund av psykiska besvär. Motsvarande siffra i vår grupp var 41.2 procent. Denna grupp hade dock en något bredare åldersspridning (16–34 år).

Det är värt att notera att en mycket liten andel av barn och föräldrar visade tecken på komplex sorgereaktion. Tidigare studier indikerar att omkring 30 procent av barn som berövats en förälder visat en långsam minskning av symptom på komplex sorgereaktion och tio procent fortfarande tre år efter dödsfallet haft ihållande symptom (13). Dock var genomsnittlig tid sedan dödsfallet åtta år i denna studie, vilket kan vara en tänkbar förklaring till det låga antalet individer med komplex sorgereaktion. Både de barn och de föräldrar som visade tecken på komplex sorgereaktion uppgav att de hade gott stöd idag.

En relativt stor andel av såväl barn som föräldrar hade under det senaste året haft suicidtankar. En dansk studie från 2000 av en normalpopulation visade att 13

procent av männen och 12.7 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–24 år haft suicidtankar senaste året. (48). Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät visar att tio procent i ålderskategorin 16–34 år har haft suicidtankar och mellan tre och sex procent i åldrarna från 34 år och uppåt (46). Tidigare studier av tsunamidrabbade personer visar att 16–20 procent haft suicidtankar 14 månader efter tsunamin (49). I den aktuella gruppen tycks suicidtankar förekomma i ungefär samma utsträckning som hos andra traumatiserade grupper, men i väsentligt högre grad jämfört en nationell jämförelsegrupp. Bland barn som förlorat sina föräldrar genom suicid visar tidigare forskning att de löper väsentligt högre risk att själva göra suicidförsök (50). Det är därför av stor vikt att följa upp och stödja denna grupp.

Begränsningar

De slutsatser som är möjliga att dra av denna studie begränsas av ett anseeligt bortfall. Dels består bortfallet av den grupp som inte samtyckt till att delta i studien och därför inte fick någon enkät, dels av den grupp som efter samtycke valt att inte besvara enkäten. Av de 100 personer som samtyckte till att delta valde 25 procent att inte besvara enkäten. Gruppen svarande skiljer sig dock inte från gruppen icke svarande avseende ålder, tid sedan förlust eller könsfördelning. Utöver detta saknar studien en jämförelsegrupp som inte mottagit stöd efter förälderns död. Resultaten har kontrasterats mot tidigare studier för att kompensera för detta, men en jämförelsegrupp hade ytterligare kunnat belysa och styrka resultaten.

Intervjustudie

Syfte

Syftet med den aktuella studien var att genom djupintervjuer få kunskap om hur berörda barn, ungdomar och föräldrar uppfattat det stöd de fått, erbjudande om stöd, den kontakt de haft med Barntraumateamet, vidare om samt på vilket sätt de upplever att insatsen varit hjälpsam. Delstudien genomfördes av forskare vid Linköpings universitet.

Frågeställningar

Nedan följer de frågeställningar som vi önskade få belysta, med exempel på frågor ur intervjuguiden i kursiv stil:

- Hur har de personer som intervjuats upplevt kontakten med Barntraumateamet?
- *Hur skulle du vilja beskriva kontakten med Barntraumateamet?*
- I vilken mån upplever de att de fått stöd av Barntraumateamet?
- Vad för sorts stöd har de tyckt sig få av Barntraumateamet?
- *Om du upplever att du fått stöd av Barntraumateamet, hur skulle du vilja beskriva det stödet?*
- Har stödet från Barntraumateamet upplevts som hjälpsamt?
- *I det fall du upplevde stödet som hjälpsamt, vad tänker du att det var som var hjälpsamt?*
- Finns det något som de önskat i stället eller mer av?
- *Är det något du skulle önskat mer av, istället eller önskat varit annorlunda kring det erbjudna stödet?*
- Om någon i din närhet skulle råka ut för samma sak som du, vad/vilken hjälp skulle du råda honom/henne till?
- *Om någon i din närhet skulle råka ut för samma sak som du, vad/vilken hjälp skulle du råda honom/henne till?*

Metod

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen utgjordes av 269 barn och ungdomar i åldrarna 15–18 samt unga vuxna från 18 år och uppåt vars föräldrars död inträffat plötsligt. De var hemmahörande i Barntraumateamets upptagningsområde och hade varit i kontakt med Barntraumateamet mellan åren 2000–2010.

Ur denna grupp gjordes ett urval på ca tio procent. Hänsyn togs till kön, ålder (nu och vid händelsen) samt hur lång tid som gått sedan föräldern dog. Åldern 15 år som lägst sattes med tanke på att det är en ålder då den unga har nått en tillräckligt hög mognadsgrad för att förstå intentionen med intervjun och själv kunna ta ställning till deltagande eller inte. Det var också angeläget att de intervjuade hade möjlighet att kognitivt kunna bearbeta de eventuella känslor av sorg som kunde uppkomma.

Eftersom Barntraumateamets verksamhet också innebär kontakt med de efterlevande föräldrarna intervjuades även föräldrar. Sammantaget gjordes 29 intervjuer med 15 barn (7 kvinnor, 8 män) och 14 föräldrar (13 kvinnor, 1 man). En förälder kunde ha fler barn.

Se tabell 1.

Tabell 1. Fördelning av intervjuade utifrån kön, ålder och tid sedan förlust.

Gruppfördelning	Antal	
	Förälder	Barn
1a) K 15–18, 3–5 år	1	0
1b) K 15–18, 6–10 år	0	1
2a) M 15–18, 3–5 år	2	1
2b) M 15–18, 6–10 år	0	0
3a) K 18 →, 3–6 år	2	2
3b) K 18 →, 7–10 år	3	5
4a) M 18 →, 3–6 år	1	1
4b) M 18 →, 7–10 år	7	5
Totalt	16	15

Bortfall

Antalet som ville medverka i de olika grupperna indelade efter ålder, kön och tid sedan förälders död varierade. Ingen anmälde intresse för att delta i gruppen pojkar/män i åldern 15–18 år, där sex till tio år hunnit passera sedan föräldern dött.

Flest svarande finns i gruppen flickor/kvinnor 18 år och äldre där set till tio år gått sen dödsfallet samt gruppen pojkar/män där sju till tio år gått sedan föräldern dog. En tendens som går att avläsa är att avstånd i tid sedan dödsfallet ökar sannolikheten att delta. Kanske har de tillfrågade i grupperna där det gått kortare tid efter dödsfallet inte hunnit få distans till det som inträffat, kanske finns en önskan om att ta sig vidare. Rädsla över vilka känslor ett deltagande skulle kunna föra med sig kan vara en möjlig förklaring till bortfallet i dessa grupper. En annan förklaring kan vara tillfrågades ålder då förfrågan om deltagande kom. Den flicka/kvinna i intervjugrupp 1b som deltog (15–18 år vid intervjutillfället, 6–10 år sedan föräldrarnas död) uppgav att hon hade svårt att minnas, eftersom hon vid tiden för pappans död var ganska liten och att det nu hunnit gå nästan tio år.

Fördelningen mellan könen vad gäller barnen och ungdomarna är relativt jämn, medan fler kvinnor än män i föräldragruppen ställde upp för en intervju. En förklaring kan vara att det är fler män än kvinnor som avlidit i gruppen föräldrar.

Upplevelsen i kontakten med de intervjuade var att flera av barnen och ungdomarna hade talat med sin förälder då de fått förfrågan om deltagande, och att föräldern stöttat dem och sett intervjun som något positivt. Eventuellt kan föräldrarnas respons ha påverkat barnets val att delta i studien eller inte. Utöver angivna möjliga anledningar till bortfallet kommer eventuell psykisk ohälsa hos de tillfrågande orsakad av föräldrarnas död, ärftlighet samt ytterligare svåra upplevelser eller andra skäl. Det finns också en möjlighet att de tillfrågade ser kontakten med Barntraumateamet som en naturlig del i processen kring föräldrarnas död (en kontakt de haft i mindre eller större utsträckning beroende på möjligheten till stöd från annat håll etc. vid tiden för föräldrarnas död), men att de nu gått vidare och att förfrågan om deltagande i utvärderingen därmed blivit liggande utan att besvaras. Missnöje med teamets arbete, alternativt upplevelse av att annat stöd såsom stöd av familj, vänner, kyrka etc. varit lika viktigt, kan också vara förklaringar till bortfallet.

Procedur

Undersökningsgruppen fick via Barnpsykiatriska kliniken vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping information och förfrågan om samtycke att delta i studien (se tidigare beskrivning). De som samtyckt till deltagande kontaktades sedan via telefon och en tid för intervju bestämdes.

Intervjuerna är i sin helhet gjorda av de båda forskarna från Linköpings universitet. De utfördes i huvudsak enskilt i hemmet eller i landstingslokal. Samtliga intervjuer bandades. De intervjuade ombads att fritt (dock i enlighet med intervjuguide) berätta om sina minnen från kontakten med Barntraumateamet (*Om vi i tanken går tillbaka till tiden då din mamma/pappa gick bort, vad minns du av kontakten med Barntraumateamet?* Se frågeställningar). Intervjuerna tog mellan 30–60 minuter.

Dataanalys

De bandade intervjuerna transkriberades och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalys belyser såväl det manifesta som det latent innehåll i texten (51). Intervjuerna lästes igenom av de båda forskarna enskilt, samtliga intervjuer i en följd för att skapa en helhetsbild av texten och innehållet. De meningar och stycken som innehöll information av relevans för de frågor som ställts plockades därefter ut av de båda författarna enskilt och en jämförelse av desamma gjordes därefter. De stycken ur vilka meningarna tagits markerades för att säkerställa att det sammanhang som meningar och fraser var tagna ur gick att återkomma till. Efter urval av meningsbärande enheter följde kodning, kategorisering, subkategorisering och tematisering (51–53). I arbetet med kategorisering, subkategorisering och tematisering diskuterades och tydliggjordes en hierarkisk ordning/förhållande mellan kategorierna, subkategorierna och det övergripande temat (51).

Meningsbärande enhet	Kondenserad Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori	Tema
"Alltså, det kändes tryggt att det fanns någon annan för barnen för jag mäktade inte med. Ja, det vart ju som en avlastning på något sätt."	"Alltså det kändes tryggt. Ja, det vart ju som en avlastning på något sätt."	En känsla av att kunna lämna över	Att känna tillit och trygghet	Upplevelse av stöd
"Ja, jag fick alltid en förklaring om det var någonting jag undrade över i sorgen, för det hände ju så mycket med både kropp och själ då...så kunde han alltid förklara varför, om man tyckte att 'Vad konstig jag är med det här' men då hade han ju alltid bra förklaringar, och det var så skönt att höra så att man inte kände att 'Då är det ju mig det är fel på'..."	"Jag fick en förklaring. Det var så skönt att höra så att man minns att man kände att 'Då är det ju inte mig det är fel på'..."	En känsla av återhämtande och inre ordning	Att få hjälp att bringa ordning	

Figur 1. Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad meningsbärande enhet, subkategori, kategori och tema.

Svaren på huvudfrågeställningarna

Nedan ges en sammanfattande beskrivning av de intervjuades svar på frågeställningarna.

Hur har de personer som intervjuats upplevt kontakten med Barntraumateamet?

De intervjuade gav, med ett undantag, uttryck för en stor tacksamhet över den hjälp de upplevde sig ha fått av Barntraumateamet. Många av de intervjuade inledde med att berätta om sin önskan om att deras medverkan i rapporten skulle leda till att andra gavs samma möjlighet till stöd och hjälp som de själva upplevde sig ha fått genom teamets arbete. Kommentarer som att de annars inte vet hur de skulle klarat sig och att de genom teamets arbete hade kunnat "övervintra" etc. var återkommande. Berättelserna om hur de upplevt kontakten med Barntraumateamet och vad insatsen betytt är berättelser om upplevelser av att ha haft en trygg hand att hålla i under en mycket jobbig tid.

Ovärderligt skulle jag vilja säga. Det kändes verkligen som man fick en hand att hålla i för att gå genom mörkret. Alltså för mig var det,.. det var väldigt viktigt att få prata med dem, det var jätteskönt att ha någon som inte kände en egentligen, som kunde sätta ord på vad man faktiskt kände. Kvinna (intervjugrupp 3b)

Det är berättelser om livsavgörande möten där man trots önskan om och längtan efter den döda föräldern kunnat se positiva effekter efter föräldrarnas död genom möjligheten till kontakt med Barntraumateamet och därigenom tillfälle att få bearbeta saker som tillsammans med föräldrarnas död varit jobbiga.

Ja men det är lite, ja lite... gud jag vet inte vad jag ska säga... ja men det var lite på ett sätt som att komma hem,... att det fanns någon trygg famn, att det alltså, jag menar han är någon som vet mer av en sida av mig än någon annan vet därför att det inte pratas om det... Jag vet inte... det var väldigt, väldigt jobbigt på ett bra sätt. Det är klart, det är ju mina jobbiga minnen som finns ihop med X, jag hade ju inte träffat X om min pappa hade levt och det hade jag ju hellre velat...[...]... men det gick bra för mig, jag överlevde, jag lever fortfarande och jag lever bra liksom. Kvinna (intervjugrupp 3b)

Upplevelserna av den initiala kontakten med Barntraumateamet har skiftat och ska ses i ljuset av den omvälvande situation de intervjuade befann sig i vid tillfället för den första kontakten. Barnens ålder, olika personligheter och familjens livshistoria är faktorer som också finns med och påverkar upplevelsen av situationen. I de intervjuer vi gjort framtonar en bild av ett team som har kunskap och förmåga att förstå, läsa av och anpassa sig efter den situation och de människor de möter. Ex-

empel på detta är förståelsen för och kunskapen om att barns och ungdomars ovilja att prata kan handla om att barnet eller den unga i de fall då någon i teamet varit med då dödsbudet lämnats förknippar denne i teamet med faderns eller moderns död och därför har svårt att komma över sitt motstånd att prata.

Och jag tror, som jag minns fick han jobba ganska mycket innan... för att få träffa mig så, för jag tror att jag först, jag ville inte, och sen så tror jag att jag avbeställde nå'n tid för jag kände 'jag vill inte... det var inte spikrakt så.

För i dom här lägena vill man ju i många fall kanske vara i fred stor del av tiden... man vill kanske bara vara själv för att man mår så dåligt, så det är ju en konst då att försöka ta sig igenom det. Kvinna (intervjugrupp 3b)

Det kan också vara så att förälderns död föregåtts av händelser som barnet eller den unga av lojalitet, obehag, rädsla eller ilska inte vill eller vågar prata om. Teamet har i flera av dessa fall valt att byta teammedlem; den som var med vid dödsbudet byts mot den andre i teamet, eller att mannen i teamet har bytts mot kvinnan i de fall man förstått att det kan vara hjälpsamt.

Andra gånger har man från teamets sida förstått att anpassa sig och försöka möta upp barnet eller den unga där denne är, i en miljö där han/hon känner sig trygg, och därefter närma sig i en takt som passar just denne. Trots initiala svårigheter att ta emot hjälpen beskriver de intervjuade (med ett undantag) att de verkligen skulle rekommendera andra i samma situation att ta emot hjälp och stöd från Barntraumateamet.

Jag skulle väl tala om att du inte kommer att ta någon skada, ingenting kommer någonsin att bli värre för att man går till barntrauma men i 99 fall av 100 så kommer det att bli bättre. Kvinna (intervjugrupp 3b)

Av de intervjuade var en mamma och hennes son missnöjda med kontakten med sjukhuspersonalen och Barntraumateamet. Barnen och ungdomarna i familjen hade då de satt på akuten och väntade på att deras mamma skulle komma inte fått besked om att pappan var död redan då de kallades dit. Då mamma kommer till sjukhuset anar hon att barnens pappa, hennes f.d. make, redan är död, och beskedet kommer som en chock för barnen/ungdomarna. Sonen beskriver en känsla av misstro mot personalen som inte sa som det var då han vid ankomsten till sjukhuset frågade efter pappan. Familjen får på akutvårdspersonalens anmodan alltför snart efter dödsbeskedet gå in i rummet där pappa ligger för att se honom. Upplevelsen beskrivs av såväl mamma som son som obehaglig; de har ännu inte hunnit ta in att pappan/f.d. maken är död, han upplevs inte vara sig lik och de kan både känna och se stygn i nacken etc. Mamma nämner också det olustiga i att vara den som uttalar att pappan är död, detta med tanke på att de är separerade. På den första upplevelsen av brister i kontakten med sjukhuspersonalen följer ett antal misstag som mor och son kopplar till Barntraumateamet; sonen tilltalas vid fel

namn och en väska hamnar fel. Det blir inte bättre av att sonen senare inte ges tillräckligt med tid att ta adjö av sin pappa, då mamma och barnen/ungdomarna fått en ny möjlighet att se honom.

Jag ville vara i fred med pappa där inne, och sen efter ett tag kom de och sa "Ja tyvärr, nu får vi avbryta det här för nu har likbilen kommit".
Man (intervjugrupp 4b)

Vad för sorts stöd har de tyckt sig få av Barntraumateamet?

Den sammantagna bilden av de intervjuades berättelser är att förutsättningen för att ta emot stöd i mycket handlar om att få förtroende för de personer som arbetar i teamet. Förtroende byggs på upplevelsen av att teamets medlemmar besitter kunskap och erfarenhet, men också på att teamet förmår möta barnen/ungdomarna/föräldrarna på ett bra sätt.

... man kände ju att de visste vad de gjorde,... att de hade varit med förut liksom... Man (intervjugrupp 4a)

... det var ju så att den där kuratorn var med, han skulle ju ha semester och så... och nu var det väl så att min yngsta son av någon anledning, där stämde inte personkemin med honom utan han ville inte alls prata med honom...(....) men sen kom en ny då, han kom några dagar efter och det stämde direkt där med honom. Mamma (intervjugrupp 4b)

De intervjuade beskriver ett stöd som går utöver enbart samtalsstöd. Föräldrarnas beskrivning av stödet skiljer sig inte nämnvärt från barnens och ungdomarnas, utom på den punkt som rör skillnaden mellan att vara förälder och barn. Föräldrarna talar om möjligheten till avlastning och känsla av lättnad. Bearbetningen av de egna känslorna av sorg, ilska och skuld kring sin makes/makas alternativt f.d. makes/makas död skapade en rädsla för att inte räcka till som förälder. Att för en stund få lämna över barnen till personer som de upplevde hade kunskap och erfarenhet beskrivs som ett stort stöd. Barnen och ungdomarna i sin tur beskriver att de fått stöd genom möjligheten att ha någon att prata med och ställa frågor till utan att behöva fundera på om frågan är konstig eller om någon i familjen ska bli ledsen eller upprörd över att frågan ställs. Såväl föräldrar som barn pekar på betydelsen av att de som arbetar i teamet står utanför familjen och bekantskapskretsen samt har erfarenhet av sorg, men inte är i den direkta sorg som familjen är.

... vi fick självklart ta beslutet om vi ville eller inte ville, även mina pojkar fick naturligtvis säga vad dom ville göra... Nej men jag tyckte väl att det var skönt att det kom nå 'n sådär, ja utanför som inte kände vår familj... för annars liksom som mamma tycker man ju synd om, och alla andra blir väldigt omhuldande liksom och vågar inte prata om det som hänt. Så det tycker väl

jag var bra, att vi, att vi satt ihop alla tre liksom. Mamma (intervjugrupp 3b och 4b)

Det som vidare beskrivs som stöd rör den kunskap som teamet har kring att veta vad föräldern och barnet eller den unga kan och bör ta reda på, vilken kunskap som kan vara viktig att få, vilka kontakter som bör tas etc. Teamet har påtalat möjligheten att få ta del av obduktionsprotokoll där dödsorsak framgår. I detta finns möjligheten att få ställa, och få svar på, frågor om varför och av vad pappa eller mamma dog, när han/hon dog etc., frågor som annars tenderar att snurra runt. Teamet har också berättat att det kan vara bra att se och ta adjö av den döde föräldern eller besöka platser som kan vara känslomässigt laddade, och har också erbjudit stöd vid dessa tillfällen.

... jag kände väl att jag behövde göra det för annars skulle jag aldrig nånsin kunna åka tillbaka till akuten. Om jag nån gång skulle behöva göra det i framtiden, så skulle jag inte fixa det, så det var ju ett steg att göra det och då var han ju med mig hela tiden och... det, jag minns det, alltså det gick så lugnt till, för det var inte så här 'nu ska vi gå in här och titta', utan han var alltid så lugn och hela tiden kollade vad jag klarade av i alla dom här situationerna, och kände han att nu måste vi nog bromsa så gjorde vi alltid det... Kvinna (intervjugrupp 3b)

Vidare har möjligheten till stöd i form av att kontakt och möte med skolan m.fl. erbjudits.

Har stödet från Barntraumateamet upplevts som hjälpsamt?

Som tidigare nämnts framgår med tydlighet av de beskrivningar och berättelser vi tagit del av att de intervjuade uppskattat och upplevt det sammantagna stöd (se ovan) de fått genom Barntraumateamets arbete som mycket hjälpsamt.

Och jag tror idag att jag hade inte fixat det där om inte jag hade fått den där hjälpen, så jag är evigt tacksam att jag kunde få den möjligheten, för utan honom vet jag inte hur det hade gått faktiskt. Kvinna (intervjugrupp 1b)

Att känna förtroende för den person som erbjuder stöd och hjälp, inte minst med tanke på den utsatta och sårbara situation man befinner sig i, utgör som tidigare nämnts en förutsättning för att hjälpen ska tas emot, men kan också beskrivas som ett stöd i sig.

... personkemin är väldigt viktig, hur den personen är, men ja, jag kände att jag fick kontakt direkt... ja, jag har enbart positiva saker att säga... Man (intervjugrupp 4b)

Alltså det kändes tryggt för jag mäktade inte med. Ja, det vart ju som en avlastning på något sätt. Mamma (intervjugrupp 3a och 4a)

De intervjuade talar också om värdet av att ha fått ställa frågor kring egna känslomässiga reaktioner på dödsfallet. Att få prata med någon som kunde svara på och reflektera över de tankar och känslor som dök upp. De talade om värdet av att få veta att tankarna och känslorna var naturliga reaktioner på en onaturlig situation, att de inte var ensamma om att tänka och känna som de gjorde, och att de inte var på väg att bli psykiskt sjuka.

... för det viktiga i det här är ju att man aldrig behöver känna att man är konstig när man får reaktioner och känner saker, för det hör till sorgen, och det var jätteviktigt för mig att höra, att det är en del i det du går igenom. Och hade jag inte fått höra det, då hade man ju börjat bygga upp liksom nå'n känsla att det var nå't tokigt med en själv. Kvinna (intervjugrupp 3b)

Att kunna få kontakt med teamet när behov uppstår beskrivs också som hjälpsamt. Om möjlighet inte funnits att prata då barnet eller den unga ringt har teamet hört av sig då tillfälle funnits. Vetskapen om att man kunnat få höra av sig även efter avslutad kontakt är också något som också beskrivits som hjälpsamt.

De intervjuade har också upplevt det som hjälpsamt att få möjlighet se den döde och att ges möjlighet till stöd av teamet i samband med det. En kvinna uttrycker också en lättnad över att ha fått hjälp i kontakten med skolan, som hon upplevde inte helt och fullt förstod och respekterade den situation hon befann sig i.

Den mamma och son som uttryckt missnöje beskriver av förklarliga skäl inte det erbjudna stödet som hjälpsamt.

Finns det något som de önskat istället eller mer av?

På frågan om det finns något som de intervjuade önskat mer av framkom, trots avvaktande väntan på svar och omformulering av frågan, ganska lite.

Alltså för oss så hade det inte..., det var helt rätt för oss, jag kan inte se att någonting kunde gjorts bättre, inte som jag kan komma på i alla fall. Kvinna (intervjugrupp 3b)

De intervjuade uppgav att de fått den hjälp de behövde, så länge de behövde. En kvinna uppgav dock att hon önskat en längre kontakt med Bartraumateamet än det blev.

Då frågan till barnen och ungdomarna ställdes om man tänkte att den kvarvarande föräldern skulle behövt mer stöd kom inte några konkreta förslag. En av de intervjuade nämnde dock att hon önskat att mamman sökt hjälp, eftersom hon själv inte förmått få mamman att ta detta steg.

En av de intervjuade uttryckte en önskan om att någon skulle ha sett hur det blev för honom då pappa, som han vid tiden för dödsfallet bodde hos, inte längre fanns. Han var vid tiden för pappans död i en ålder då man inte med självklarhet blir omhändertagen som ett barn (15 år), utan istället förväntas klara sig/svarar att man klarar sig om man får hjälp med ett ordnat boende.

... min situation var ju att jag bodde med pappa själv i ett hus...(...) så då började ju liksom boende och vart man ska bo och det ska man klara själv och hela biten...(...) jag fick ju hos mamma ett tag och sen hos syrran... men det var ju inte hållbart liksom, det var... alla hade ju sitt att styra med... Man (intervjugrupp 4b)

Om någon i din närhet skulle råka ut för samma sak som du, vad/vilken hjälp skulle du råda honom/henne till?

De råd som de intervjuade skulle ge till en vän eller någon i sin närhet som råkar ut för samma sak var helt enkelt att ta kontakt med Barntraumateamet.

Analys av resultaten

Intervjuerna kring upplevelsen av kontakten med Barntraumateamet samt om och på vilket sätt de tillfrågade upplevt kontakten som hjälpsam, mynnade ut i ett tema (Upplevelse av stöd), två kategorier (Att känna tillit och trygghet; Att få hjälp att bringa ordning) fyra sub-kategorier (se figur 2).

Tema: Upplevelse av stöd

Kategori:	Subkategori:
Att känna tillit och trygghet	En känsla av att bli sedd och uppfångad
	En känsla av att de visste vad de gjorde
	En känsla av att kunna lämna över
	En känsla av frizon
Att få hjälp att bringa ordning	

Figur 2. Teman, kategorier och subkategorier.

Upplevelse av stöd

Temat upplevelse av stöd pekar mot den fråga som ursprungligen ställdes och kan sägas sammanfatta mycket av innehållet i intervjuerna (med två undantag).

En möjlig sammanfattning av det tema och de kategorier/sub-kategorier som utkristalliserats ur materialet är att människor under en tid av sorg och kris, då väldigt lite uppfattas vara sig likt, behöver hjälp med att bringa ordning. En förut-

sättning för att ta emot hjälp och stöd är dock att man känner tillit och trygghet inför de personer som erbjuder stödet.

Att känna tillit och trygghet

Ett återkommande uttalande från de intervjuade var att de som arbetade i Barntraumateamet var professionella. Detta uttryck återkom i olika sammanhang och kan sammanfattas i upplevelsen av *att känna tillit och trygghet*.

- En känsla av att bli sedd och uppfångad: Denna sub-kategori handlar om
- upplevelsen av att ha blivit sedd som den person man är, i den situation man befann sig i. Den handlar också om att man från Barntraumateamets sida läst av och förstått att anpassa sig, möta och fånga upp den/dem som inte så lätt/självklart låter sig fångas upp.

Jo, men det var en bra kille faktiskt, han kom till och med hem, hem till oss så vi pratade, fast jag var ganska tyst då, lite apatisk eller vad man ska säga. Jag satt mest tyst och lyssnade, fast det hjälpte mycket det han sa, det var bra... [...]... Ja, alltså jag tror att det hjälpte mig mycket att komma tillbaka för jag var ju hemma mycket... tror han var med ute och gick med hunden också, vi var ute och gick flera gånger... Så var det nog för mig i början att jag ville inte prata... han var, han var väldigt pedagogisk... Man (intervju-grupp 3b)

- En känsla av att de visste vad de gjorde: De intervjuade beskrev en bred kunskap hos teamets medlemmar, en kunskap som rörde erfarenhet och förmåga att se och förstå i vilket sammanhang familjen och individen befann sig, men också upplevelsen att de i teamet hade specifika kunskaper kring sorg och trauma.

Dom använder väl lite andra metoder som är mer anpassat för situationen än vad andra psykologer gör... Dom arbetar mer öppet. Barntraumateamet var lite mer individuellt inriktat tycker jag... Och mer inriktat på det specifika problemet också.

- En känsla av att kunna lämna över: De intervjuade föräldrarna gav uttryck för en känsla av lättnad och stöd genom det intryck de fått av teamets medlemmar och arbete. Detta under en tid då de befunnit sig i egen sorg, varit tyngda av det ansvar som låg i att bli ensam förälder, samt det faktum att deras barn för alltid mist sin pappa eller mamma.

Alltså, det kändes tryggt att det fanns någon annan för barnen för jag märkte inte med.

Ja, det vart ju som en avlastning på något sätt.

- En känsla av frizon: De intervjuade barnen och ungdomarna talade om det positiva i möjligheten att få ställa frågor och prata om allt utan att behöva tänka på om någon blev ledsen, eller upprörd över frågorna.

... det är så otroligt viktigt att ha nå'n att prata med som inte är i den direkta sorgen, att kunna prata med någon som det inte är förbjudet att ställa frågor till. Som barn eller ungdom kan man ha väldigt, väldigt konstiga funderingar...

Att få hjälp att bringa ordning

De intervjuade beskriver en tid då de i skiftande omfattning befann sig i ett känslomässigt tillstånd av rädsla, osäkerhet och förvirring. Att bringa ordning handlar om att genom såväl samtal som konkreta råd och praktisk handling, steg för steg, söka skapa ordning under en tid då känslomässigt kaos rådde och den egna förmågan i olika omfattning var nedsatt.

Teamet har för de intervjuade inneburit en möjlighet att få prata och ställa frågor, och därigenom att få förklaringar och bringa ordning i det inre. Det har av de intervjuade också upplevts som viktigt att få respons och bekräftelse på att deras reaktioner och tankar inte betytt att de håller på att bli sjuka, utan att de snarare var naturliga reaktioner som kan utgöra viktiga pusselbitar för att kunna återhämta sig och komma vidare.

Ja, jag fick alltid en förklaring om det var någonting jag undrade över i sorgen, för det hände ju så mycket med både kropp och själ då... så kunde han alltid förklara varför, om man tyckte att 'Vad konstig jag är med det här' men då hade han ju alltid bra förklaringar, och det var så skönt att höra så att man inte kände att "Då är det ju mig det är fel på"... Man (intervjugrupp 4a)

Teamets kunskap om vilka kontakter som kan vara bra att ta och vilken information som kan vara bra att få, samt personligt stöd från teamet i olika situationer/vid olika möten har av de intervjuade beskrivits som klargörande och hjälpsamt.

... alltså dom var ju hela tiden, för dom... ja dom höll kontakten med polis, alltså det gjorde ju jag med men liksom dom tog ju reda på så väldigt mycket om omständigheter och sådana saker... och sån't där som jag, jag,... det var så mycket ändå med allting och ta hand om, så det kanske jag inte hade tänkt på. Men allting sån't fixade ju dom, tog reda på och berättade för mig och berättade för barnen. Och dom var ju med på bisättningen och allting så, och pratade om begravningen, liksom hur man kunde göra med begravningen och... att inte ha för bråttom, det är inte farligt att vänta...

Mamma (intervjugrupp 4b)

Sammanfattning

Ur intervjumaterialet utkristalliserades ett övergripande och sammanfattande tema ”Upplevelse av stöd”, ett tema som på ett tydligt sätt anger riktning och klargör att de intervjuade uppfattat Barntraumateamets arbete som stödjande. Nämnas ska att två av de intervjuade (samma familj) inte uppfattat teamets arbete som stödjande. Resultatet (bland nöjda såväl som missnöjda intervjuade) pekar på betydelsen av att de som erbjuds hjälp och stöd känner trygghet och tillit i kontakten med dem som arbetar i teamet. Tillit och trygghet byggs i sin tur upp genom känslan av att vara sedd, respekterad och förstådd som den unika person man är och det unika tillstånd man som barn eller förälder befinner sig i.

Upplevelsen av att de man mötte från teamet besatt kunskap och erfarenhet, d.v.s. att de varit med om liknande situationer förut och inte gav intryck av att vara rädda, fanns också med och skapade en känsla av tillit och trygghet.

Då ett tillstånd av trygghet och tillit infinner sig vågar de som är föräldrar för en stund lämna sitt barn i någon annans händer och kan också känna lättnad och vila i att någon annan tar över. Barnen och ungdomarna i sin tur upplever, då de fått en känsla av att de är trygga och känner tillit, att de fått en möjlighet att prata och ställa frågor om tankar och sådant som de av hänsyn eller oro inte vågat prata med någon annan om. Resultatet pekar också på betydelsen av att få hjälp att bringa ordning på såväl tankar som praktiskt konkreta saker, och därigenom skapa struktur. Att få stöd genom förklaringar till saker man undrat över, att få kunskap om och hjälp med vad som går att få svar på, och slutligen att någon rent konkret tar kontakter samt stöttar genom personlig närvaro, beskrivs som hjälpsamt. Det har i tidigare studier visat sig vara hjälpsamt att få tala med en person i en relation som kan beskrivas som formell och komplementär och att få känna sig fri i egenskap av att vara en enskild människa. (54, 55). Det finns idag många studier som pekar på hur viktig relationen och det man brukar kallas alliansen mellan den som ska hjälpa och den som ska bli hjälpt är. Utan bra relation respektive allians försämras möjligheterna att hjälpa och stödja. Egenskaper såsom flexibilitet, erfarenhet, uppriktighet, intresse, respektfullhet, förståelse och följsamhet etc. hos den professionella har visat sig ha betydelse för att en god relation/allians ska uppstå (55, 56). Det räcker dock inte med att relationen är god, den aktuella studien och annan forskning har visat att relation/allians tillsammans med kunskap, såsom kunskap om barns utveckling och barn i sorg, och teknik/metod interagerar och befrämjar varandra till ett gott behandlingsresultat (57, 58).

Slutsatser

Det övergripande syftet med undersökningen var att utvärdera Barntraumateamets verksamhet avseende på vilket sätt den varit till stöd för drabbade barn och vårdnadshavare i samband med förälders plötsliga död, om man kunde se någon påverkan på hälsotillståndet hos de berörda idag. I undersökningen ingick också att bedöma om teamets upptagningsområde är representativt för landet.

Barntraumateamet förefaller ha fyllt en viktig funktion för de för barn och föräldrar som deltagit i undersökningen och kan ha bidragit till deras välmående idag. Enkätstudien pekade på att samtal, information och stöd vid avsked varit viktigt. I enkätstudien framgick dock att också annat socialt stöd från närstående och vänner varit av stor betydelse, liksom även bedömningen av den egna förmågan och kraften. Hälften av barnen ansåg att de inte fått något stöd från skolan eller från annan sjukvård, trots att de ansåg att sådant stöd hade behövts.

I intervjumaterialet bekräftades att drabbade barn och vårdnadshavare uppfattat Barntraumateamets arbete som stödjande. Två kategorier i stödet framkom som betydelsefulla: att känna tillit och trygghet och att få hjälp att bringa ordning. Teamets kunskap och erfarenhet skapade en känsla av tillit och trygghet. Föräldrar kunde för en stund lämna sitt barn i någon annans händer. Barnen och ungdomarna kunde prata och ställa frågor om tankar och sådant som de av hänsyn eller oro inte vågat prata med någon annan om. Resultatet pekar också på betydelsen av att få hjälp att bringa ordning på såväl tankar som praktiskt konkreta saker, och därigenom skapa struktur.

Vad gällde barnens och ungdomarnas hälsotillstånd mätte gruppen som helhet idag relativt bra. Ett fåtal personer visade tecken på komplex sorgereaktion, posttraumatisk stress och generell psykisk ohälsa. Andelen barn som haft kontakt med sjukvård p.g.a. psykiska besvär var emellertid väsentligt högre än vad som framkommit i nationella mätningar. Barn med fler negativa livshändelser hade också fler symtom på posttraumatisk stress. De barn som led av posttraumatisk stress hade samtliga berövats sina föräldrar genom mord eller suicid. Jämfört en normalpopulation var det vanligare att barn som förlorat en förälder hade suicidtankar. Barn som förlorat en förälder genom suicid eller mord tycks alltså vara i synnerligt behov av stöd, att följa upp dessa barn är därför av största vikt.

Barntraumateamets upptagningsområde skiljer sig från övriga landet på ett antal punkter: Det var i upptagningsområdet betydligt vanligare att mista såväl mödrar som fäder genom onaturliga orsaker, såsom olycka, självmord eller mord. En betydligt större andel hade föräldrar med en lägre utbildningsbakgrund. En större andel av barnen bodde med båda föräldrarna vid mors dödsfall. En något mindre andel än i övriga riket bodde med båda föräldrarna vid fars dödsfall.

En möjlig tolkning av ett relativt gott hälsotillstånd i den undersökta gruppen, trots närvaro av faktorer som generellt sett brukar ses som försvårande (föräldrars

utbildningsnivå, förälders dödsorsak och föräldrar med separat boende), skulle kunna vara att den hjälp och det stöd gruppen fått av Barntraumateamet och hälso- och sjukvården i övrigt verkar ha haft effekt. Studiens resultat bör dock ses i ljuset av det ansevärda bortfall som finns. Det är inte uteslutet att den grupp som studien fångat består av de individer som klarat sig bäst, är mest nöjda eller är den grupp som kunnat ta till sig just den erbjudna hjälpen. Bortfallet skulle kunna utgöras av personer som p.g.a. såväl psykisk som fysisk ohälsa inte orkat delta. En annan faktor som bör beaktas är den ansevärda tiden, i genomsnitt åtta år, som gått sedan förlusten.

Med bortfallet i åtanke kan vi dock konstatera att de som deltagit i enkätstudien och de som intervjuats till övervägande del mår bra och är mycket nöjda med den hjälp och det stöd de fått genom Barntraumateamets arbete. Barntraumateamet förefaller ha fyllt en viktig funktion för majoriteten av de svarande och kan ha bidragit till deras välmående idag.

De tycks särskilt viktigt att fånga upp särskilt utsatta barn i samband med förälders dödsfall, då barn med fler negativa livshändelser också visade fler symtom på posttraumatisk stress. Barn som berövats sina föräldrar genom mord eller suicid tycks vara i synnerligt behov av stöd. Denna studie pekar också på att barn som förlorat en förälder i högre utsträckning lider av suicidtankar i jämförelse med en motsvarande nationella åldersgrupp. Att följa upp dessa barn avseende suicidtankar är därför av vikt.

En sammanfattande slutsats med utgångspunkt från utvärderingen är att det stöd som Barntraumateamet förmedlat till barn som förlorat en förälder kan vara en viktig förutsättning för barn när det gäller att ta sig ur sorgeprocessen och fungera väl i det fortsatta livet. Eftersom resultaten i denna utvärdering generellt visar på positiva effekter av Barntraumateamets verksamhet, skulle liknande verksamheter i andra delar av Sverige kunna medföra att fler barn som förlorat en förälder får det stöd som hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen efterlyser. Mer forskning krävs dock om stödjande insatser för barn i sorg.

Referenser

1. Cerel J, Fristad MA, Verducci J, Weller RA, Weller EB. Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *J Am Acad Child Psy.* 2006;45(6):681–90.
2. Yamamoto K, Davis OL, Jr., Dylak S, Whittaker J, Marsh C, van der Westhuizen PC. Across six nations: stressful events in the lives of children. *Child psychiatry and human development.* 1996;26(3):139–50.
3. Harrison L, Harrington R. Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *Journal of adolescence.* 2001;24(2):159–69.
4. Melhem NM, Moritz G, Walker M, Shear MK, Brent D. Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *J Am Acad Child Psy.* 2007;46(4):493–9.
5. Zoellner LA, Pruitt LD, Farach FJ, Jun JJ. Understanding heterogeneity in PTSD: fear, dysphoria, and distress. *Depression and anxiety.* 2014;31(2):97–106.
6. Hjern A, & Manhica, H. Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Centre for Health Equity Studies and NKA: 2013.
7. Tremblay GC, Israel AC. Children's adjustment to parental death. *Clin Psychol-Sci Pr.* 1998;5(4):424–38.
8. Folkhälsoinstitutet. Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2013 2013-3-26.
9. Grenklo TB, Kreicbergs U, Hauksdottir A, Valdimarsdottir UA, Nyberg T, Steineck G, et al. Self-injury in Teenagers Who Lost a Parent to Cancer A Nationwide, Population-Based, Long-term Follow-up. *Jama Pediatr.* 2013;167(2):133–40.
10. Dowdney L. Annotation: Childhood bereavement following parental death. *J Child Psychol Psc.* 2000;41(7):819–30.
11. Melhem NM, Walker M, Moritz G, Brent DA. Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 2008;162(5):403–10.
12. Draper A, Hancock M. Childhood parental bereavement: the risk of vulnerability to delinquency and factors that compromise resilience. *Mortality.* 2011;16(4):285–306.
13. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Payne MW, Brent DA. Grief in Children and Adolescents Bereaved by Sudden Parental Death. *Arch Gen Psychiat.* 2011;68(9):911–9.

14. Atle Dyregrov MR. Sorg och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 1995. 172 p.
15. Sood AB, Razdan A, Weller EB, Weller RA. Children's reactions to parental and sibling death. *Current psychiatry reports*. 2006;8(2):115–20.
16. Haine RA, Ayers TS, Sandler IN, Wolchik SA. Evidence-Based Practices for Parentally Bereaved Children and Their Families. *Professional psychology, research and practice*. 2008;39(2):113–21.
17. Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth; 1970.
18. Marks NF, Jun H, Song J. Death of Parents and Adult Psychological and Physical Well-Being: A Prospective U.S. National Study. *Journal of family issues*. 2007;28(12):1611–38.
19. Brown GW, Harris, T., & Copeland, J.R. Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*. 1971;130:1–18.
20. Auman MJ. Bereavement support for children. *The Journal of School Nursing*. 2007;23(1):34–9.
21. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *The American journal of psychiatry*. 1997;154(5):616–23.
22. Bonanno GA, Neria Y, Mancini A, Coifman KG, Litz B, Insel B. Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of abnormal psychology*. 2007;116(2):342–51.
23. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*. 2009;6(8):e1000121.
24. American Psychiatric Association APADSMTF. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 2013. Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>.
25. Association; AP. DSM 5: American Psychiatric Association; 2013.
26. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Anderson B, Zubenko GS, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(1):22–30.
27. Association; AP. Diagnostic and Statistical Manual-Text Revision (DSM-IV-TRim, 2000): American Psychiatric Association; 2000.
28. Dyregrov A. Barn och trauma. Lund: Studentlitteratur; 1997.
29. Michel P-O, Otto U, Nilsson D, Bergh Johannesson K, Lundin T. Psykotraumatologi. Lund: Studentlitteratur; 2010.
30. Dyregrov A, Yule W. A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*. 2006;11(4):176–84.
31. Dopp AR, Cain AC. The Role of Peer Relationships in Parental Bereavement during Childhood and Adolescence. *Death Stud*. 2012;36(1):41–60.

32. Dunning S. As a young child's parent dies: Conceptualizing and constructing preventive interventions. *Clin Soc Work J.* 2006;34(4):499–514.
33. West SG, Sandler I, Pillow DR, Baca L, Gersten JC. The use of structural equation modeling in generative research: toward the design of a preventive intervention for bereaved children. *American journal of community psychology.* 1991;19(4):459–80.
34. Silverman PR, Nickman S, Worden JW. Detachment revisited: the child's reconstruction of a dead parent. *The American journal of orthopsychiatry.* 1992;62(4):494–503.
35. Thompson MP, Kaslow NJ, Price AW, Williams K, Kingree JB. Role of secondary stressors in the parental death-child distress relation. *J Abnorm Child Psych.* 1998;26(5):357–66.
36. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry.* 2007;70(4):283–315; discussion 6–69.
37. Socialstyrelsen. Barn till föräldrar som avlider. Dokumentation av Socialstyrelsens seminarium 11 maj 2012. 2012.
38. Socialstyrelsen. När förälder oväntat avlider. Resultat och slutsatser från tre kartläggningar om ansvar samt strukturer för information och stöd. Stockholm: 2013 2013-11-31.
39. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine.* 1997;27(1):191–7.
40. Holen A SA, Weisath L. The Alexander Kielland Disaster March 27th 1980: Psychological Reactions Among the Survivors. Oslo, Norway: Division of disaster psychiatry, University of Oslo, 1983.
41. Schelling G, Stoll C, Haller M, Briegel J, Manert W, Hummel T, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Critical care medicine.* 1998;26(4):651-9.
42. Dyregrov A. Hjelperes psykologiska reaksjoner under og efter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.* 1990;27:255–65.
43. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition.* 1989;7(2):113–36.
44. Nilsson D, Gustafsson PE, Larsson JL, Svedin CG. Evaluation of the linköping youth life experience scale. *The Journal of nervous and mental disease.* 2010;198(10):768–74.
45. Johannesson KB MP, Arnberg, FK, Lundin T, Schulman A & Hultman C. Uppföljning av svenska resenärer efter tsunamikatastrofen. http://www.neuro.uu.se/digitalAssets/299/299887_3rapport-tsunamistudien.pdf: 2006.

46. Folkhälsomyndigheten. Nationella Folkhälsoenkäten
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/sjukdomar-och-besvar/2013> [2014-08-11].
47. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013 2013-5-43.
48. Kjølner M, Helweg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scand J Public Health*. 2000;28(1):54–61.
49. Johannesson KB, Lundin T, Hultman CM, Lindam A, Dyster-Aas J, Arnberg F, et al. The Effect of Traumatic Bereavement on Tsunami-Exposed Survivors. *Journal of traumatic stress*. 2009;22(6):497–504.
50. Jakobsen IS, Christiansen E. Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study. *J Child Psychol Psych*. 2011;52(2):176–83.
51. Graneheim UH, & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105–12.
52. Holsti OR. *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*. Mass: Addison Wesley; 1969.
53. Weber M. *Basic concepts in sociology*. 2 ed. New York: Citadel Press; 1969.
54. Lambert JE, Holzer J, Hasbun A. Association between parents' PTSD severity and children's psychological distress: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*. 2014;27(1):9–17.
55. Hermer M, Röhrle B. *Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde*. *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. 2008;1:15–105.
56. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*. 2003;23(1):1–33.
57. Chesterson K. När en förälder plötsligt dör : att hjälpa barn genom trauma och sorg. Vaxholm :: Insidan; 2011. 174 s. p.
58. Dyregrov A, Nilsson B. *Barn i sorg*. Lund :: Studentlitteratur; 1990. 115 s : p.

Utgivna publikationer

Rapporter Barn som anhöriga

Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från CHESS. Hjern, Anders, Arat, Arzu och Vinnerljung, Bo. Rapport Barn som anhöriga 2014:4.

Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barn-
domen. Rapport 3 från CHESS. Hjern, Anders, Arat, Arzu, Rostila, Mikael, Berg, Lisa och
Vinnerljung, Bo. Rapport Barn som anhöriga 2014:3.

Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping. Bergh Johannesson, Kerstin, Bondjers,
Kristina, Arnberg, Filip, Nilsson, Doris, Ängarne-Lindberg, Teresia och Rostila, Mikael.
Rapport Barn som anhöriga 2014:2.

Barn som anhöriga när en förälder avlider. En kunskapsöversikt om effekt av metoder för
stöd till barn. Bergman, Ann-Sofie och Hanson, Elizabeth. Rapport Barn som anhöriga
2014:1.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en
litteraturstudie. Heimdahl, Karin och Karlsson, Patrik. Rapport Barn som anhöriga 2013:6.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av
alkohol och narkotika: en litteraturstudie. Heimdahl, Karin och Karlsson, Patrik. Rapport
Barn som anhöriga 2013:5.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Psykosociala konsekvenser av och preventiva aspekter på
alkoholrelaterade fosterskador. Rangmar, Jenny & Fahlke, Claudia. Rapport Barn som anhöriga
2013:4.

Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet ”Barn som anhöriga” från
CHESS. Hjern, Anders, Berg, Lisa, Rostila, Mikael Vinnerljung, Bo. Rapport Barn som anhöriga
2013:3.

Barn som anhöriga till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Järkestig Berg-
gren, Ulrika och Hanson, Elizabeth. Rapport Barn som anhöriga 2013:2.

Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Hjern, Anders och Adelino
Manchica, Helio. Rapport Barn som anhöriga 2013:1.

Rapporter

Anhörigkonsulentens arbete och yrkesroll. Resultat från en enkätundersökning. Winqvist,
Marianne. Nka Rapport 2014:1.

Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012. Winqvist, Marianne,
Magnusson, Lennart, Bergström, Ingela m fl. Nka Rapport 2012:4.

Livskvalitet hos anhöriga som vårdare en äldre närstående med inkontinens. En svensk
delrapport av ett EU-projekt initierat av SCA och Eurocarers. Andersson, Gunnel och
Hanson, Elizabeth. Nka Rapport 2012:3.

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. En behovsstudie. Mathény, Gunilla, Olofsson,
Charlotte, Rutbäck, Sofia och Hanson, Elizabeth. Nka Rapport 2012:2.

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. Resultat från utvärdering av tre projekt inom
programmet Teknik för äldre II. Andersson, Stefan, Magnusson, Lennart och Hanson,
Elizabeth. Nka Rapport 2012:1.

Kunskapsöversikter Anhöriga till personer med funktionshinder publiceras fortlöpande på webbplatsen

Familjeinriktat stöd. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:7.

Information och praktisk hjälp till anhöriga. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:6.

Anhörigas stöd till vuxna med sjukdom eller funktionshinder. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:5.

Barn som anhöriga. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:4.

Föräldrars behov av stöd och service – när barn har funktionshinder. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:3.

Samhällets insatser från socialtjänsten, skolan och försäkringskassan. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:2.

Människor med funktionshinder i samhället. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:1.

Kunskapsöversikter

Anhöriga till vuxna personer med psykisk ohälsa: En kunskapsöversikt om stöd av betydelse. Ewertzon, Mats. Kunskapsöversikt 2014:4.

Anhöriga äldre angår alla! Jegerman, Magnus, Malmberg, Bo och Sundström, Gerdt. Kunskapsöversikt 2014:3.

"Det handlar också om tid och pengar". Anhörigomsorg, försörjning, lagar. Sand, Ann-Britt. Kunskapsöversikt 2014:2.

Kommunikation hos och med barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättningar: En systematisk kunskapsöversikt. Wilder, Jenny. Kunskapsöversikt 2014:1.

Etnicitet – minoritet – anhörigskap. Sand, Ann-Britt. Kunskapsöversikt 2012:1.

Samtalets betydelse som anhörigstöd. Winqvist, Marianne. Kunskapsöversikt 2011:1.

Anhörigvårdares hälsa. Erlingsson, Christen, Magnusson, Lennart och Hanson, Elizabeth. Kunskapsöversikt 2010:3.

Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd. Winqvist, Marianne. Kunskapsöversikt 2010:2.

Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete med anhörigomsorg. Sand, Ann-Britt. Kunskapsöversikt 2010:1.

Inspirationsmaterial till Kunskapsöversikterna

Samtalets betydelse. Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2013:1.

Anhörigas hälsa: När mår man bra som anhörig? Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2012:1.

e-tjänster och ny teknik för anhöriga. Amilon, Kajsa, Magnusson, Lennart och Hanson, Elizabeth. Inspirationsmaterial 2010:4.

Individualisering, utveckling och utvärdering av anhörigstöd. Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2010:2.

Stöd till anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg. Olofsson, Birgitta, Sand, Ann-Britt. Inspirationsmaterial 2010:1.

Publikationerna kan beställas via Nka:s webbplats www.anhoriga.se

Utgivare: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Box 762, 391 27 Kalmar.

Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping

Varje år förlorar ca 3500 barn och unga i Sverige en förälder genom dödsfall. Cirka 600- 650 av dessa drabbas av förlust genom plötslig och oväntad död, vilket kan medföra psykiska och fysiska problem.

År 2010 införlivades nya bestämmelser som rör barn och unga i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL och 2011 i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Detta innebär att barns behov av information, råd och stöd ska beaktas om barnets förälder har någon psykisk störning, fysisk sjukdom, missbruk eller oväntat avlider.

Barntraumateamet i Norrköping arbetar för att stödja barn och unga som förlorar en förälder genom plötslig död, stöd vid andra extrema trauman och vid förälders allvarliga sjukdom. Syftet med denna rapport har varit att utvärdera om och på vilket sätt Barntraumateamets verksamhet mellan åren 2001-2010 varit till stöd för drabbade barn och vårdnadshavare i samband med förälders plötsliga död.

Utvärderingen består av tre delar: en registerstudie, en enkätstudie och en intervjustudie. Sammantaget visade resultaten att barn och föräldrar som varit i kontakt med Barntraumateamet efter en förälders plötsliga död till stor del har varit hjälpta av det stöd de fått. Teamets arbete har upplevts som hoppgivande, bekräftande och normaliserande. De som deltog i utvärderingen tycks också idag vara vid relativt god psykisk hälsa, vilket antyder att det sätt teamet arbetar på kan ha fyllt en viktig funktion för återhämtningen.



Filip Arnberg är medicine doktor, leg psykolog och biträdande programdirektör vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet.



Kerstin Bergh Johannesson är medicine doktor, leg psykolog och specialist i klinisk psykologi samt programdirektör vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet



Kristina Bondjers är forskningsassistent och PTP-psykolog vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet.



Doris Nilsson är i dag docent i klinisk psykologi vid Linköpings Universitet och har tidigare arbetat under många år som psykolog och psykoterapeut inom barn och ungdomspsykiatri.



Teresia Ängarne-Lindberg är leg. lärare, forskare, handledare och projektkoordinator med mångårig erfarenhet av arbete med barn och ungdomar med beteendeproblematik och deras föräldrar.



Mikael Rostila är universitetslektor i sociologi och docent i sociologi och folkhälsovetenskap vid Stockholms Universitet. Han forskar bland annat om hälsokonsekvenser vid förlust av nära anhörig.

Nka: Barn som anhöriga

2014:2

ISBN 978-91-87731-14-3

www.anhoriga.se