

# Professionellas bemötande av barn och vuxna i traumatisk kris

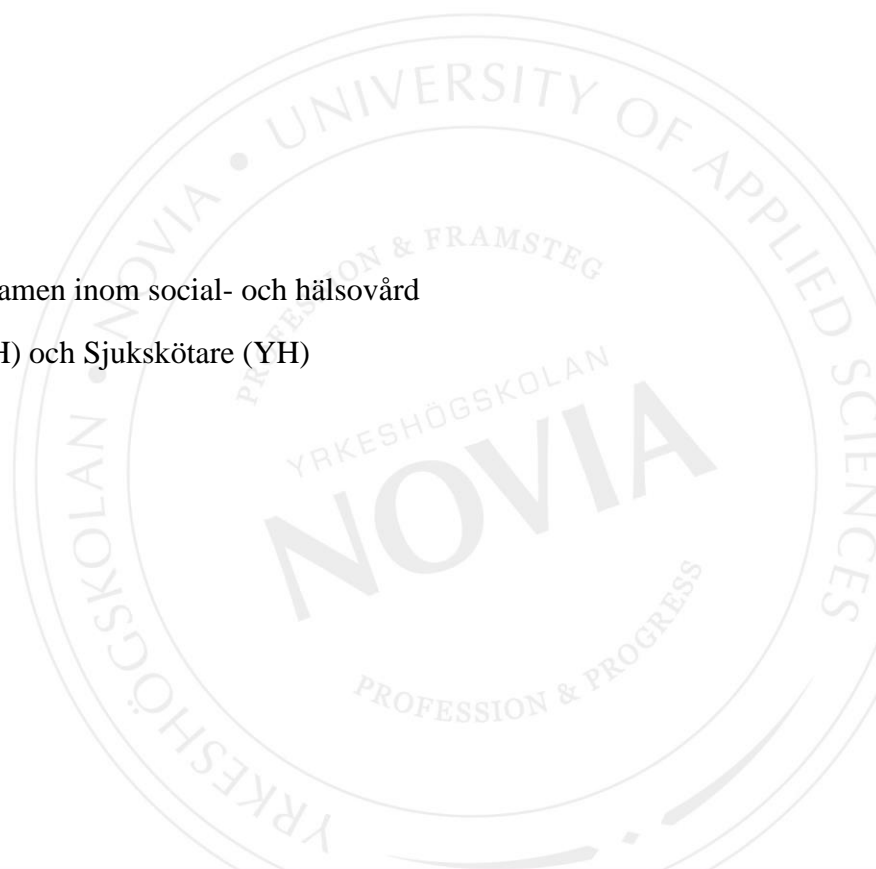
Simuleringsövningar för arbetslivet

Ina Palmqvist  
Linda Blomster  
Camilla Rautanen

Examensarbete för YH-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Socionom (YH) och Sjukskötare (YH)

Åbo 2020



## EXAMENSARBETE

Författare: Ina Palmqvist, Linda Blomster och Camilla Rautanen  
Utbildning och ort: Socionom (YH) och Sjukskötare (YH), Åbo 2020  
Handledare: Hanna Limnell

Titel: Professionellas bemötande av barn och vuxna i traumatisk kris -  
Simuleringsövningar för arbetslivet

---

Datum 26.4.2020

Sidantal 48

Bilagor 3

---

### Abstrakt

Inom social- och hälsovården behövs professionell kunskap och resurser att bemöta både vuxna och barn som befinner sig i traumatisk kris. Eftersom människor reagerar individuellt i traumatiska kriser och hanterar situationen på olika sätt, kan bemötandet av vuxna och barn i traumatisk kris vara utmanande för den professionella.

Syftet med examensarbetet är att redogöra för hur barn och vuxna reagerar på och hanterar en traumatisk kris och hur professionella inom småbarnspedagogiken och sjukvården kan anpassa sitt bemötande enligt de drabbades behov. Frågeställningarna för arbetet är: Hur bör professionella inom social- och hälsovården bemöta barn och vuxna i en traumatisk krissituation? Hur använda simuleringsövningar för att öka färdigheter hos studerande och professionella inom social- och hälsovården att bemöta personer som är utsatta för traumatisk kris?

Narrativ litteraturöversikt som metod möjliggör användandet av omfattande litteratur. Litteraturöversikten bygger på information från böcker, artiklar från databaser samt personlig diskussion.

Resultatet av examensarbetet är två simuleringsscenarier, uppbyggda utifrån examensarbetets teoretiska bakgrund om traumatisk kris. Simuleringsscenarierna kan användas av både studerande och professionella inom social- och hälsovården.

---

Språk: svenska

Nyckelord: traumatisk kris, krisreaktioner, bemötande, simulering, simuleringsscenario, småbarnspedagogik, krisarbete

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Ina Palmqvist, Linda Blomster ja Camilla Rautanen

Koulutus ja paikkakunta: Sosionomi (AMK) ja Sairaanhoitaja (AMK), Turku

Ohjaaja: Hanna Linnell

Nimike: Traumaattisessa kriisissä olevien lasten ja aikuisten ammatillinen kohtaaminen -  
Simulaatioharjoituksia työelämää varten

---

Päivämäärä 26.4.2020

Sivumäärä 48

Liitteet 3

---

## Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat tietoa siitä sekä resursseja siihen, miten kohdata traumaattisessa kriisissä olevia aikuisia ja lapsia. Ihmiset reagoivat yksilöllisesti traumaattisiin kriiseihin ja käsittelevät tilanteita eri tavoin, joten aikuisten ja lasten kohtaaminen voi olla haastavaa ammattilaiselle.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata, miten lapset ja aikuiset reagoivat traumaattisissa kriisitilanteissa ja miten he käsittelevät kriisejä sekä miten varhaiskasvatuksen ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat mukauttaa asianomaisten tarpeiden kohtaamista. Opinnäytetyössä asetetut kysymykset ovat: Kuinka ammattilaisten tulisi kohdata lapsia ja aikuisia traumaattisessa kriisitilanteessa? Miten opiskelijoiden ja ammattilaisten traumaattisen kriisin kokeneen ihmisen kohtaaminen voidaan harjoitella ja kehittää simulaatiota hyödyntäen?

Menetelmänä käytetty narratiivinen kirjallisuuskatsaus mahdollistaa laajan kirjallisuuden käytön. Kirjallisuuskatsaus perustuu kirjoista, tietokantojen artikkeleista ja henkilökohtaisesta viestinnästä saatuihin tietoihin.

Opinnäytetyön tuloksena on kaksi simulaatioskenaariota, jotka perustuvat opinnäytetyön teoreettiseen taustaan koskien traumaattista kriisiä. Simulaatioharjoitukset ovat suunnattu sekä sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijoille, että ammattilaisille.

---

Kieli: ruotsi

Avainsanat: traumaattinen kriisi, kriisireaktio, kohtelu, simulaatio, simulaatioharjoitus, varhaiskasvatus, kriisityö

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Authors: Ina Palmqvist, Linda Blomster and Camilla Rautanen

Degree Programme: Degree Programme in Social Services and Degree Programme in Nursing

Supervisor: Hanna Linnell

Title: Encounters with Children and Adults in a Traumatic Crisis – Simulation Exercises for Working Life

---

Date 26.4.2020

Number of pages 48

Appendices 3

---

### **Abstract**

Encountering children and adults in a traumatic crisis can be challenging as people respond to traumatic crises in different and individual ways. It is therefore important for professionals to have adequate knowledge and available resources when dealing with people in a traumatic crisis.

The aim of this study is to describe how children and adults react in a traumatic crisis and how early childhood educators and healthcare professionals can adapt their approaches to better meet the needs of those affected by a traumatic crisis. The research questions for this study are: How should social and healthcare professionals encounter children and adults in a traumatic crisis? How can simulation exercises be used for improving students' and social and healthcare professionals' skills in encountering people in a traumatic crisis?

The method of narrative literature review was used in this study. The material is based on information from books, articles from databases and personal communication.

The results of the study are two simulation scenarios based on the theoretical background on a traumatic crisis. The simulation scenarios can be used by students and social and healthcare professionals.

---

Language: Swedish

Key words: traumatic crisis, crisis reaction, encounters, simulation scenario, early childhood education, crisis work

---

# Innehållsförteckning

1 Inledning .....	1
1.1 Syfte och frågeställningar .....	2
1.2 Avgränsningar .....	2
2 Teoretisk bakgrund om traumatiska kriser .....	3
2.1 Kristeori .....	5
2.2 Hur reagerar vuxna i traumatisk kris .....	6
2.2.1 Fysiologiska reaktioner .....	6
2.2.2 Emotionella reaktioner .....	7
2.2.3 Kognitiva reaktioner .....	8
2.2.4 Avvikande beteende eller handlingar .....	9
2.2.5 Försvarsmekanismer .....	10
2.3 Hur hanterar vuxna traumatisk kris .....	12
2.4 Hur reagerar barn i traumatisk kris .....	14
2.5 Hur hanterar barn traumatisk kris .....	16
2.5.1 Barnets uppfattning om döden .....	17
2.5.2 Barnets bearbetning genom lek .....	18
3 Professionell hjälp i traumatiska kriser .....	20
3.1 Kommunens ansvar .....	20
3.2 Krisstöd .....	22
3.3 Daghemmets ansvar .....	24
4 Professionellt bemötande i traumatiska krissituationer .....	27
4.1 Hur bemöta vuxna i traumatisk kris .....	27
4.2 Hur bemöta barn i traumatisk kris .....	31
5 Simulering .....	33
5.1 Utveckling av simulering som inlärningsmetod .....	34
5.2 Simuleringspedagogik .....	35
5.2.1 Simulering med standardiserade patienter .....	35
5.2.2 Simulering inom mångprofessionellt team .....	36
5.2.3 Simulering inom det sociala området .....	37
5.3 Simuleringsetik .....	37
5.4 Simuleringsstruktur .....	38
5.4.1 Briefing .....	39
5.4.2 Debriefing .....	39
6 Metod .....	40
6.1 Narrativ litteraturöversikt .....	40
6.2 Datainsamlingsmetod .....	41
6.3 Pilotering av produkt .....	42

7 Resultat .....	43
8 Tillförlitlighet och etik .....	44
9 Diskussion .....	46
Källförteckning .....	49
Bilagor .....	54

## 1 Inledning

I detta examensarbete presenteras professionellt bemötande av vuxna och barn som befinner sig i traumatisk kris och hur simuleringsmetoden kan användas som verktyg i ett främjande syfte av sjukskötare samt socionomer med inriktning inom småbarnspedagogiken. Arbetet är en del av projektet "DigiSimÅbo" där produkten i examensarbetet är två simuleringsscenarier. Syftet inom projektet är att studerande lär sig planera och använda simulering i sitt framtida arbetsliv. Inom projektet förväntas studerande producera scenarion som kan användas inom utbildning och kursverksamhet.

Ämnesområdets teori utgår ifrån kristeorier och fördjupar sig på professionellt bemötande och stöd baserat på hur barn och vuxna hanterar och reagerar vid traumatiska krissituationer. Vad professionell hjälp är och vilket ansvar kommunen och daghemmet bär i traumatiska krissituationer behandlas. Examensarbetet har genomförts som en narrativ litteraturöversikt för att få en helhetsbild över ämnet.

Simulering som inlärningsmetod är en växande trend inom social- och hälsovården. Litteraturen om simulering har för det mesta utarbetats utifrån sjukvårdens synvinkel på grund av att det gjorts så lite forskning om simulering inom det sociala området. Simuleringsscenarierna piloteras och utvecklas enligt behov, för att kunna användas i framtida inläring inom social- och hälsovård. I synnerhet för nytexaminerade sjukskötare och socionomer är det viktigt att kunna sätta sig in i och öva på hur professionella på bästa sätt kan bemöta människor i oväntade traumatiska kriser.

Inom arbetslivet kan det uppstå situationer där det är viktigt att personalen har kunskap och är förberedda på hur de ska bemöta barnet och den vuxna som befinner sig i en traumatisk kris. Människor reagerar och hanterar den traumatiska krisen på olika sätt, vilket ställer vissa utmaningar i bemötandet. Även i artikeln "Surun hoito Suomessa ontuu" som YLE publicerat år 2019 bekräftar att bemötande vid traumatiska kriser ännu haltar i Finland (Merikanto, Arponen, & Rissanen, 2019). Aktualiteten för ämnesområdet bestyrker scenariernas relevans i detta arbete.

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att redogöra hur barn reagerar och hanterar en traumatisk kris och hur bemötandet kan anpassas inom småbarnspedagogiken samt hur vuxna reagerar och hanterar traumatiska kriser och hur sjukskötare i kristräffar på bästa sätt kan bemöta dessa vuxna. Arbetet presenterar hur både studerande och professionella kan använda simuleringsmetoden för att öva bemötandet av personer i traumatisk kris.

Arbetets frågeställningar är:

Hur bör professionella inom social- och hälsovården bemöta (1) barn och (2) vuxna i en traumatisk krissituation?

Hur använda (3) simuleringsövningar för att öka färdigheter hos studerande och professionella inom social- och hälsovården att bemöta personer som är utsatta för traumatisk kris?

## 1.2 Avgränsningar

Arbetet avgränsas till traumatiska kriser som uppstår då en nära person dött oväntat. Simuleringsövningen kommer att innehålla ett scenario där familjen förlorat ett barn. Arbetet avgränsas till mötet som sker inom en kort tid efter dödsfallet.

Arbetet behandlar barn inom dagvården som berörs av en traumatisk kris. Barnets ålder i arbetet avgränsas till 0-5 åringar, som är under läropliktsåldern och som har rätt till småbarnspedagogik enligt lagen om småbarnspedagogik (540/2018, 1§). I kapitel 2.5.1 behandlas barnets uppfattning om döden ända upp till 12 års ålder, för att få en insikt i från vilken ålder barnet uppfattar den definitiva döden. Enligt Poijula (2016, ss. 99, 126-127) utvecklas det abstrakta tänkande vid 11-12 års ålder och det är först vid den åldern som barnet har förståelse för att döden är permanent. Vid bemötande av barn som mist en familjemedlem är det av betydelse att kunna tala med barnet om döden med beaktande av barnets egen åldersnivå.

Enligt lagen om förmyndarverksamhet (1999/442) är åldern för myndiga personer 18 år (§2). Vuxen innebär person som har vuxit upp och blivit fullt utvecklad fysiskt, mentalt, känslomässigt (Svensk ordbok av Svenska Akademien, 2020). I examensarbetet avgränsas vuxna till alla myndiga personer som är berörda av den traumatiska krisen då ett barn dör, både föräldrar, mor- och farföräldrar och andra vuxna som stått barnet nära. Med



professionella avses, i detta arbete, personal inom hälso- och socialvården, främst socionomer inom småbarnspedagogiken och sjukskötare.

Primära offer är döda, fysiskt eller psykiskt skadade samt sådana som varit med om olyckan eller händelsen. Sekundära offer är de som förlorat en närstående eller närstående till fysiskt eller psykiskt skadade. Sekundära offer är också vänner och arbetskamrater till döda och skadade, de som sett olyckan, hjälppersonal och deras närstående, evakuerade och andra vars liv påverkats av olyckan. (Saari, 2000, s. 39.) I arbetet används benämningen drabbade för att beskriva de vuxna sekundära offren.

Under rubriken professionell hjälp i traumatiska kriser tas upp samhällets, kommunens och daghemmets ansvar. Den professionellas uppgift som beskrivs i arbetet handlar om mötet och bemötandet inom en kort tid efter dödsfallet. Arbetet går inte in på den vård som innehåller medicinering, vård på vårdinstanser eller enskilda terapier som sker efter traumatiska kriser, exempelvis psykologers eller terapeuters jobb.

I detta arbete är daghemmets ansvar avgränsat till vad som är viktigt och vilka ansvar daghemmet har för att stödja barn som förlorat någon närstående som exempelvis ett syskon. Daghemmets ansvar blir helt annorlunda om dödsfallet sker på daghemmet, därför avgränsas arbetet till bemötandet av barn och föräldrar då dödsfallet skett på annan plats än daghemmet.

## **2 Teoretisk bakgrund om traumatiska kriser**

Kris kännetecknas av en plötslig förändring, en vändning och ett reaktionsmönster på något som händer. I en kris är människans tidigare erfarenheter otillräckliga för att klara av och förstå reaktionerna. En kris lämnar ofta människan i en känsla av lidande. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 15-19.) Ordet trauma kommer från latin och står för sår eller skada (Lennér Axelsson, 2010, s. 38). Trauma innebär en extrem psykisk påfrestning som är okontrollerbar (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 24). En traumatisk upplevelse kan ge både fysiska och psykiska reaktioner. Om händelsen är psykiskt för tung kan känslorna bli för stora och svåra att hantera. När människor upplever något traumatiskt kan de reagera på två sätt, antingen flyr de från det jobbiga eller så ”strider” de. (Mattelin, Grudin, & Michanek, 2020, s. 6.)

En stor traumatisk upplevelse påverkar hjärnan. Det finns tre områden som det har bevisat att påverkas: amygdala, hippocampus och prefrontalkortex. Amygdala är det området i

hjärnan som blir aktivare efter en traumatisk upplevelse och slår larm att människan ska söka skydd. Hippocampus är den del av hjärnan som är involverad i minnesbildningen och enligt forskning blir den delen i hjärnan mindre aktiv vid en traumatisk upplevelse. Prefrontalkortex påverkas och det märks exempelvis när personen ska fatta beslut och kan försvåra många situationer. (Mattelin, Grudin, & Michanek, 2020, s. 11.)

En traumatisk kris anses bero på en yttre händelse som varit oväntad och påverkat människan kraftigt (Cullberg & Lundin, 2006, s. 19). Människans trygghet och normala liv, till och med hela existensen kan upplevas hotad (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, s. 19). En traumatisk kris uppstår utan förvarning, som ”en blixtnedslag från klarblå himmel”. Människan kan inte påverka händelsens förlopp eller kontrollera händelsen och inser ofta sin egen sårbarhet och därför kan också människans livsvärderingar förändras. Det kan vara svårt att hitta tillbaka till livet som det var innan händelsen och människan kan behöva bygga upp en ny vardag med en ny syn på livet. (Saari, 2000, ss. 23-24.) Att bli utsatt för en chockerande händelse innebär inte automatiskt att människan blir traumatiserad. En traumatisk kris innehåller ofta känslan av att förlora kontrollen eller att händelsen är oöverkomlig i kombination med att de normala överlevnads- och anpassningsstrategierna inte räcker till. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019, s. 9.)

Traumatiska händelser kan vara storolyckor som drabbar stora delar av världen, omvälvande stora olyckor på en ort eller en plötslig olycka som drabbar en liten grupp människor. Vid en större olycka som berör många, behöver koordineringen av hjälparbetet ofta skötas av regionala myndighetsnätverk medan en olycka som drabbar färre människor sköts lokalt inom kommunen. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, ss. 21-23.) Traumatiska kriser kan förorsakas exempelvis av trafikolyckor, drunkningsolyckor, bränder, självmord, plötsliga dödsfall och våld (Saari, o.a., 2009, s. 28).

Under år 2018 dog 54 532 personer i Finland. De största dödsorsakerna är sjukdomar i blodcirkulationsorganen 18 827 dödsfall, cancer 12 902 dödsfall samt demens och Alzheimer 10 120 dödsfall. Som fjärde största orsak till dödsfall är olyckor, som förorsakade 2 387 personers död år 2018. Av alla avlidna år 2018 är 167 barn i åldern 0-14 år. Största delen av barnen, 150 barn, har avlidit på grund av en grundsjukdom, akut sjukdom eller cancer, 16 barn har avlidit på grund av olyckor, våld eller självmord. Av dessa 167 dödsfall har 99 barn varit under 1 år gamla då de avlidit. Perinatale orsaker och medfödda missbildningar är de största orsakerna till dödsfall hos under 1 åringar. (Tilastokeskus 2018a, Tilastokeskus 2018b.)

## 2.1 Kristeori

Psykiatern och psykoterapeuten Johan Cullberg beskriver den traumatiska krisen utgående från fyra olika faser. Individuella olikheter förekommer, fasernas längd varierar och ibland kan någon fas utebli. Den första fasen, chockfasen beskrivs som en kort fas, som maximalt varar upp till några dygn. Under chockfasen har den drabbade ofta svårt att ta in det som hänt, att minnas vad som hänt eller diskuterats. Den drabbade reagerar vanligen med likgiltighet eller avskärmning och ett lugn på ytan, trots att allt kan vara kaos innanför. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 143-144.) Under den psykiska chocken kan hjärnans kapacitet att ta in sinnesintryck vara större och leda till att vissa sinnesintryck borrar sig djupt in i hjärnan utan bearbetning. Dessa sinnesintryck är ofta väldigt starka och förorsakar återkommande synninnen. Möten med människor, trots att de kan vara korta, kan vara mycket betydande och kan senare nyansera minnet av händelsen. (Saari, 2000, ss. 42-43.)

Mellan chockfasen och reaktionsfasen finns ingen tydlig gräns. Ju svårare och tyngre förlust, desto starkare är behovet att förneka det som hänt. Chockfasen är nära anknuten till förnekelse, som försvårar den verklighetsförankring som behövs för att chockfasen ska övergå i reaktionsfasen. (Persson, 1995, ss. 41-42.) För att kunna gå vidare till reaktionsfasen behöver den drabbade känna att faran är över och att hen är trygg. För många kommer reaktionerna först inom hemmets väggar. (Saari, 2000, s. 52.)

Reaktionsfasen kommer gradvis efter chockfasen. Reaktionsfasen stäcker sig ofta upp till 4-6 veckor efter händelsen. Chockfasens förnekande och försök att vägra ta in det som skett övergår i en fas där den drabbade inser att händelsen är sann och reaktionen är ett faktum. Vanligt i detta skede är att den drabbade, upprepade gånger frågar sig varför det hänt och varför det drabbat just mig. I denna fas är skuld känslor vanliga. Många som förlorat en närstående person upplever att den döda finns hos dem. Cullberg förklarar detta med att människans fantasi ser till att den avlidne finns i tankarna och medvetandet hela tiden (som ett försök att hålla kvar hen) och den döde upplevs därför som närvarande. Cullberg menar att det här finns drag av illusioner och hallucinationer, utan att det är eller leder till en psykiatrisk diagnos. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 144-145.) Reaktionsfasen är ofta ett kaos av alla känslor. Gråt är mycket vanligt. Även lättnad över att situationen inte är värre kan förekomma. Känslor av sorg, hopplöshet, tomhet, ångest, självförelser, vrede och aggressioner är vanliga. (Saari, 2000, s. 53.)

Den tredje fasen, bearbetningsfasen, kan pågå i ett halvt till ett år efter händelsen. Typiskt för denna fas är att den drabbade så småningom kan börja se framåt, de starka reaktionerna

avtar och skuld känslorna minskar. Den fjärde fasen kallas nyorienteringsfasen och fortsätter livet ut. Cullberg jämför den traumatiska krisen med ett ärr, som alltid kommer att finnas kvar, men som de flesta förlikar sig med och kan leva ett fullgott liv med. Förutsatt att den drabbade kunnat bearbeta förlusten och händelsen, kommer livet att få en ny mening och vara värt att leva. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 152-154.)

## **2.2 Hur reagerar vuxna i traumatisk kris**

Olika slags kriser framkallar olika slags reaktioner och det individuella sättet att reagera varierar stort. Enligt olika studier framkommer det att 10–25 % av de drabbade har oändamålsenliga reaktioner. En del överreagerar med panikbeteenden och andra reagerar genom passivitet eller handlingsförlamning. (Lennéer Axelsson, 2010, ss. 37-40.) Med överreaktioner avses hysteri och panik, vilka kan överföras på andra drabbade. Motsatsen till överreaktion är apati eller förlamning, vilka drabbade beskrivit på två olika sätt; att kroppen vägrar lyda eller att hjärnan är helt tom och inte ger order. (Dyregrov, 2002, s. 20.) Att befinna sig i traumatisk kris innebär ofta att den drabbade svävar mellan två ytterligheter. Å ena sidan vill den drabbade inte ens tänka på vad som hänt för det blir för tungt och å andra sidan känner den drabbade ett stort behov av att få prata om det skedda. Om den drabbade inte pratar om och bearbetar den traumatiska händelsen så kan hen utveckla PTSD (post-traumatic stress disorder). (Rundalen & Schultz, 2007, s. 22.)

### **2.2.1 Fysiologiska reaktioner**

I chockfasen drabbas många av starka stressreaktioner (Lennéer Axelsson, 2010, s. 37). Stressymptom uppkommer på grund av hög ångestnivå, sömnproblem, störningar i den normala dygnsrytmen och avvikande kost. Psykosomatiska reaktioner, som obehagskänsla från magen, funktionella magproblem, hjärklappning, rytmstörningar i hjärtat, huvudvärk och menstruationsrubbnings är vanliga i en akut kris. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 152.) Till de kroppsliga reaktionerna hör även rastlöshet, oro, muskelvärk, huvudvärk och mag- och tarmproblem. (Dyregrov, 2002, s. 30). Vanliga fysiska reaktioner är hjärklappning, svettning, illamående, okontrollerbara skakningar och gråt (Dyregrov, 2002, s. 24). Skakningar och darrningar är vanliga psykosomatiska symptom. Darrningarna är i början synliga, medan de senare kan bli inre, där känslan av darrningar finns, men de syns inte utanpå. (Saari, 2000, s. 55.)

Stressen kan framkalla hyperkänslighet, vilket ofta leder till att den drabbade har svårt att somna, vaknar enkelt och har svårt att somna om, är lättirriterad och får vredesutbrott (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 82). Sömnstörningar är vanliga. Insomningssvårigheterna beror ofta på de minnesbilder och tankar som ofrivilligt uppkommer. Mardrömmar är vanliga och leder ofta till att den drabbade vaknar och har svårt att somna om. (Dyregrov, 2002, ss. 29-30.) En del lider av en förlamande trötthet som inte går över (Saari, 2000, s. 56). Brist på sömn eller dålig sömn i några dagar gör människan sårbar och verklighetsuppfattningen blir lidande. Sömnmediciner rekommenderas mycket försiktigt och ska användas endast i extrema situationer. Användning av sömn- eller lugnande medicinering kan störa den normala sorgebearbetningen och därmed förlänga läkningsprocessen. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 208.)

Efter ett dödsfall kan saknaden och sorgen vara så stor att anhöriga känner en intensiv fysisk smärta vid tankar på den döde (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 82). En förlamning utan fysisk orsak kan förorsaka en så stark reaktion att den drabbade inte kan röra sig och inte ta hand om sig själv (Saari, 2000, s. 49). ”*Suru tuntui fyysisenä rintakipuna. Oli vaikea hengittää. En jaksanut kävellä, en istua, en syöä, en olla*” (Peura & Tervehauta, 2018, s. 35).

### **2.2.2 Emotionella reaktioner**

Skuld och skam kan vara reaktioner efter en traumatisk händelse. Om personen själv förorsakat händelsen så är känslan berättigad, men det är lika vanligt att människor känner skuld och skam efter traumatiska händelser, trots att de inte har förorsakat händelsen. Efter en nära anhörigs självmord kan känslan av skuld och skam vara stor och leda till att den anhöriga inte vill prata om det som hänt. (Hedrenius & Johansson, 2013, ss. 82-83.) Skuld- och skamkänslor kan vara svåra att prata om. Skuld och skam kan ge upphov till ångest och nedstämdhet. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 135.) Överlevnadsskuld handlar om att människan känner skuld för att själv ha överlevt då någon annan dött. Självförelser handlar ofta om tankar på vad man borde ha gjort eller låtit bli att göra för att undvika det som skett. (Dyregrov, 2002, s. 31.) Skamkänslan är irrationell och kan inte styras med förnuftet. Den drabbade som känner skam drar sig ofta undan, trots att skammen ofta lättar genom att prata. (Saari, 2000, s. 55.)

Sorg och gråt är vanliga reaktioner då människan förlorat någon nära anhörig eller vän. Sorgen innehåller och övergår ofta i saknad, smärta och längtan. (Dyregrov, 2002, s. 28.)

Sorgen är en frisk reaktion efter förlusten av en nära anhörig. Vuxna, som upplevt en trygg anknytning i barndomen, har oftast förmågan och modet att sörja, vilket gör att de kan gå vidare i sorgprocessen. (Lennéer Axelsson, 2010, ss. 133-134.) Reaktionsfasen innehåller ofta mycket gråt, ibland så att människan inte ens själv kan förklara varför hen gråter (Saari, 2000, s. 53).

Ångest och att fastna i att hitta en orsak som inte går att finna, är vanligt. Den drabbade kan också fastna i stereotypa omtagningar, där den drabbade i tanken och fantasin går igenom händelseförloppet gång på gång. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 151.) Ångest och rädsla uppkommer då människans tro på osårbarhet bryts i och med en traumatisk kris. Rädsla för att samma sak eller något liknande ska hända på nytt skapar ångest. Ångesten kan också vara kopplad till en förhöjd kroppslig beredskap. (Dyregrov, 2002, ss. 27-28.) Rädsla är en vanlig reaktion efter en traumatisk händelse. Den drabbade är ofta rädd för att närstående ska råka ut för olyckor eller dö. Även en rädsla för att något händer en själv eller att förlora kontrollen och skada sig själv kan finnas. (Saari, 2000, ss. 53-54.)

Aggression är en ofta förekommande reaktion, som kan vara allt från irritation till häftiga raseriutbrott. Även stress kan ligga bakom uppkomsten av aggressioner. Aggressionen kan också behövas för att orka kämpa vidare. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 122.) Vrede och irritation är vanliga reaktioner som framkommer på olika sätt. Om det finns någon som kan anses vara ansvarig för det som hänt, riktas ofta vreden mot den personen. Även anhöriga och vänner kan utsättas för vrede och aggressioner, vilket sliter på relationerna. Reaktionerna kan även vara riktade mot professionella hjälpare. (Dyregrov, 2002, ss. 30-31.)

### **2.2.3 Kognitiva reaktioner**

Kognitiva reaktioner kan handla om svårigheter att ta in ny information eller förvrängningar i att uppfatta, tolka och tänka. Koncentrationssvårigheter, förvirring och sviktande omdömesförmåga är vanligt. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 38.) Många lider av uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 82). Nedsatt koncentrationsförmåga beror ofta på att tankar och minnen från den traumatiska krisen dyker upp och stör koncentrationen (Dyregrov, 2002, s. 29).

Ljud-, syn- och känselintryck som är förknippade med händelsen kan få den drabbade att reagera väldigt starkt i ofarliga situationer. Även vissa klockslag, datum och helger kan framkalla plågsamma minnen. Människan kan också drabbas av tillbakablickar av händelsen, där den drabbades reaktion är så stark att det känns som om hen är tillbaka i

situationen. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 81.) Den drabbade kan råka ut för en sänkt aktivitetsnivå, tillbakadragenhet och isolering från omgivningen. Även brister i att fungera i vardagen eller ta hand om sin familj är vanligt. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 38.)

I den akuta chockfasen är det vanligt att den drabbade visar upp en lugn och samlad yta, vilket kan handla om en känslomässig förlamning eller en upplevelse av överklighet (Lennéer Axelsson, 2010, s. 40). I den akuta krissituationen kan den drabbade ”*uppleva omvärlden på ett annat sätt än normalt*”, något Dyregrov (2002, ss. 13-15, 24) beskriver som en akut chockreaktion. Tidsuppfattningen är ofta förvrängd, som om tiden skulle stå stilla, vilket innebär att den drabbade ofta upplever att hjälpen dröjer. Förvrängd tidsuppfattning tillåter människan att ta in och bearbeta stora mängder information under en kort tid. Då människans alla sinnen är skärpta, kan ett superminne uppstå, vilket kan leda till att många detaljer från händelsen hänger kvar och återupplevs senare. Synintryck och minnesbilder upplevs både i vaket tillstånd och i drömmar. Tidigare erfarenheter aktualiseras och människan kan ha nytta av inlärd kunskap eller erfarenhet. Dessa reaktioner är ofta kopplade till en upplevelse av överklighet och frånvaro av känslor.

#### **2.2.4 Avvikande beteende eller handlingar**

Under chock- och reaktionsfasen ses ibland en önskan att få följa efter den som dött. Dödslängtan syns ofta som ett ointresse att äta och sköta om sig själv. Dålig självkänsla kan visa sig som självdestruktivitet, ett behov att dra sig bort från andra, onormal användning av rusmedel och i extrema fall självmord. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 150.) Efter en traumatisk händelse kan det vara svårt att se det goda i livet (Rundalen & Schultz, 2007, s. 22). Att uppleva kaos och meningslöshet kan leda till att det personen tidigare har trott på och upplevt som sin verklighet, inte mera finns. Tidigare självklara saker kan kännas överkliga. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 151.)

Skillnaderna mellan hur män och kvinnor reagerar i en krissituation har blivit mindre. En eventuell regression kan framkalla mera stereotypa könsbeteenden, som exempelvis att kvinnor mera öppet visar sin sorg, har ett större behov och förmåga att prata om det som skett. Kvinnor sörjer sitt barn längre än män. Kvinnor kan ofta uttrycka sina känslor mer öppet. Männen visar oftast aggressionen utåt, medan kvinnor ofta svänger aggressionen inåt och därmed löper större risk för depression. Kvinnor har också större risk för att insjukna i PTSD. Kvinnor klarar bättre av psykisk smärta och män klarar bättre av fysisk smärta. (Lennéer Axelsson, 2010, ss. 196-197.)

*”Mieheni ei viihtynyt kotona sisällä, hän puuhasteli kaikenlaista ulkona. Hänen sairauslomansa loppui, mutta paluu työhön ei onnistunut. Häntä ahdisti. Alkoholi alkoi maistua enemmän ja enemmän. Viikonloput menivät ajatuksia ja tunteita turruttaessa. Viimein hän löysi työharjoittelupaikan mielekkäältä alalta. Työpäivät venyivät, tuli ylitöitä. Kuvaan astui toinen nainen, joka ymmärsi häntä, kun oma vaimo ei ymmärtänyt.” (Peura & Tervehauta, 2018, s. 47.)*

### **2.2.5 Försvarsmekanismer**

Under chock- och reaktionsfaserna, som kallas den akuta krisen, går den drabbade ofta genom många försvarsmekanismer. Försvarsmekanismerna (Tabell 1) finns delvis till för att skydda den drabbade, som tack vare försvarsmekanismerna kan ta in händelsen i små delar och inse vidden av händelsen i mindre bitar. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 145.) Hos den drabbade föds och utvecklas försvarsmekanismerna för att stå ut med eller undvika ångest (Prout, Gerber, & Gottdiener, 2015, s. 124). Människans psyke bygger upp ett försvar för att upprätthålla psykisk jämvikt (Lennéer Axelsson, 2010, s. 109). Försvarsmekanismerna kan dock förorsaka en förlängning av bearbetningen av traumat (Cullberg & Lundin, 2006, s. 145). Försvarsmekanismerna kan förorsaka feltolkningar av upplevelser och händelser, vilket kan leda till att de drabbade har olika berättelser om samma sak (Trevithick, 2011, ss. 391-392).

Mogna försvarsmekanismer är delvis medvetna, då det krävs att den drabbade är medveten om de psykosociala stressfaktorerna. De mogna försvarsmekanismerna främjar psykisk hälsa genom att de förstärker tillfredsställelse och stävar till psykisk jämvikt. (Prout, Gerber, & Gottdiener, 2015, s. 124.) Rationalisering och isolering hör till de mer mogna försvarsmekanismerna (Lennéer Axelsson, 2010, s. 109). Omogna eller primitiva försvarsmekanismer hör till den akuta krisen efter traumatiska händelser (Lennéer Axelsson, 2010, s. 109). Omogna försvarsmekanismer kräver inte kognitiva färdigheter, utan är ofta omedvetna och snedvrider verkligheten (Prout, Gerber, & Gottdiener, 2015, s. 124). Till dessa försvarsmekanismer hör förnekande, projicering regression och dissociation (Lennéer Axelsson, 2010, s. 109). Försvarsmekanismer som enligt Prout, Gerber, Gottdiener och Lennéer Axelsson är aktuella i traumatiska krissituationer, presenteras enligt uppdelningen mogna - omogna i figuren här under (Tabell 1).



Tabell 1 Försvarsmekanismer

	Mogna	Omogna / primitiva
Försvarsmekanismer	Rationalisering	Förnekelse
		Projicering
	Isolering	Regression
		Dissociation

Rationalisering innebär att den drabbade bortförklarar känslor och upplevelser med olika argument (Cullberg & Lundin, 2006, s. 147). Genom att bortförklara förminskas upplevelsen av negativa känslor. Den drabbade vill visa ett förnuftigt beteende och söker omgivningens gillande. Den drabbade kan uppföra sig väldigt rationellt i en kaotisk situation. (Wennberg & Norberg, 2010, ss. 132-134.)

Isolering kan innebära att den drabbade isolerar sina känslor för att kunna stöda någon annan eller för att klara av situationen (Lennér Axelsson, 2010, s. 110). Den drabbade kan lugnt och sakligt berätta om eller diskutera händelsen utan att visa känslor. Denna försvarsmekanism är ofta uppskattad, då det kan vara enklare för utomstående som inte behöver ta hand om den drabbades känslor. Denna försvarsmekanism kan dock vara farlig om den drabbade låser in alla sina känslor och bearbetningen inte kommer igång. Isolering av känslor är ofta så effektivt att den drabbade inte ens själv vet om att känslorna finns. Däremot kan undertryckande av känslor vara en mer medveten försvarsmekanism, där den drabbade behärskar sina känslor för att bättre passa in i sociala sammanhang och inte förorsaka illamående för andra. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 147-148.)

Förnekelsen kommer ofta in i ett tidigt skede av den akuta krisen, där den drabbade inte vill eller kan ta till sig händelsen (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 146-147). Den drabbade ignorerar eller förvränger tankar och upplevelser för att skydda sig från ångest (Handelzaltsa, Fisher, Sadan, & Goldzweig, 2017, s. 93). Tystnad tolkas ofta som förnekelse, men det kan även handla om den drabbades bristande kunskap eller själva situationen. Den drabbade kanske inte vill öppna sig för en viss person eller inte just då. (Lennér Axelsson, 2010, s. 110.)

Projektion framkommer ofta då den drabbade har skuld känslor och överför dessa till omgivningen, vilket kan ses som en önskan att överföra ansvaret för händelsen på någon annan. Professionella kan bli målet för projektion. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 147.) Den drabbade kan påstå eller uppleva att störande tankar och känslor är någon annans eller beror på något utanför en själv (Handelzaltsa, Fisher, Sadan, & Goldzweig, 2017, s. 93).

Regression innebär att gå tillbaka till en tidigare utvecklingsfas, där den drabbade exempelvis blir väldigt beroende av sin omgivning och inte kan ta hand om sig själv, får okontrollerade känsloutbrott eller börjar använda stora mängder rusmedel (Cullberg & Lundin, 2006, s. 146). Regression leder ofta till ett behov av en yttre auktoritet som säger hur den drabbade bör fungera (Saari, 2000, s. 50). Rusmedel används ofta som bot mot ångest och sömnsvårigheter eller som ett sätt att slippa sina känslor. Enligt olika forskningar används både alkohol och lugnande medicinering för att lindra sorgen och dämpa negativa känslor, vilket tyvärr kan leda till att alla känslor avskärmas. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 111.)

Dissociation innebär att personen drar sig undan från yttervärlden. Det kan ske genom dagdrömmande, undvikande av situationer, distansering, men också extremt genom att svimma. En person som använder sig av dissociation som försvar kan tolkas ha kommit över den traumatiska krisen, då symtom inte syns eftersom den drabbade drar sig undan. (Dyregrov, 2002, ss. 162-163.) Dissociation är ett automatiserat beteende där hjärnan försöker anpassa sig till situationen för att överleva, vilket påverkar den drabbades syn på sig själv och sin identitet och omgivningen. Genom dissociation kan människan stå ut med stark fysisk påverkan som till exempel smärta, köld, värme och beröring. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 139.) Dissociation är vanligt i starkt traumatiserande händelser. Den drabbade ser sig själv utifrån och avskärmas därmed från sina känslor. Dissociation skyddar jaget genom att människan upplever att detta inte händer mig, utan min kropp. (Saari, 2000, s. 51.)

### **2.3 Hur hanterar vuxna traumatisk kris**

Forskning visar att människor i sorg och kris behöver psykosocialt stöd i olika former (Lennéer Axelsson, 2010, s. 45). I akutskedet rekommenderas inte behandling eller terapier, utan krisstöd. Krisstödet innebär att den professionella ansvarar för kontakten till den drabbade för att följa med om och när det krävs mera hjälp. För tidig behandling kan störa den naturliga återhämtningen och är därmed slöseri med resurser. Återhämtningen är

individuell och att planera en behandlingsplan i ett tidigt skede är omöjligt. Alla drabbade behöver inte behandling, men bör bli bemötta respektfullt och varsamt samt få stöd i den akuta fasen. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 33.)

För att inse och förstå att den döda är borta för alltid, kan det vara mycket viktigt för de anhöriga att få se den döda. I fantasin kan anhöriga ha målat upp en skräckbild, som är värre än verkligheten. Om den döda är illa tilltygad, kan en hand eller en fot som är oskadad vara viktig att få se eller känna för de anhöriga. De anhöriga behöver ofta också få ta ett personligt avsked, i synnerhet om dödsfallet varit oväntat. (Dyregrov, 2002, ss. 94-95.)

Enligt Hedrenius och Johansson (2013, ss. 86-88) saknar det traumatiska minnet ord eller en berättarform, utan är i stället starkt kopplat till känslor och intryck. För den drabbade innebär det att hjärnan inte kan kategorisera minnet, som övriga minnen, för att ta fram minnet då människan själv väljer att göra det. Det traumatiska minnet stiger fram med alla känslor, då något påminner om situationen, exempelvis en plats, en doft eller någon händelse. Den drabbade kan inte bestämma över det traumatiska minnet. Enligt forskning finns det ett fönster på 6 timmar, där det traumatiska minnet kan påverkas. Om den drabbade under dessa 6 timmar pratar om händelsen eller upprepade gånger ombeds gå igenom vad som hänt och vad den drabbade känner, kan det traumatiska minnet förstärkas. Ju starkare det traumatiska minnet är, desto värre blir situationen för den drabbade. Forskning har påvisat att då de drabbade under de första 6 timmarna har erbjudits annat att tänka på, exempelvis tetris-spel, har det traumatiska minnet dämpats.

Människan har en naturlig förmåga att återhämta sig efter en traumatisk händelse. Det handlar om återhämtning och motståndskraft. Motståndskraft kallas också resiliens. Resiliens är något en människa har mer eller mindre av. Även händelsens förlopp och hur den drabbade får socialt stöd i den akuta situationen påverkar återhämtningen. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 127.) Resiliens är en förmåga att möta svårigheter och klara sig igenom svårigheterna med känslan av att ha lärt sig något nytt (Pietikäinen, 2017, s. 182). Resiliens kan även förklaras som en förmåga till återhämtning, flexibilitet och uthållighet (Korkeila, 2017, s. 212).

Motståndskraften eller resiliensen påverkas av skydds- och riskfaktorer, dessa kan delas in i faktorer som är beroende av händelsen, individen och omkringliggande miljön. Faktorena som beror på händelsen är inte direkt kopplade till hur svår händelsen är, utan mer till hur svår den drabbade upplever händelsen och hur mycket den drabbade upplever sig kunna påverka händelsen och dess förlopp. Drabbade som upplever sig kunna påverka händelsen

och får klarhet i händelsen har mera skyddsfaktorer. Riskfaktorerna kopplas till att inte kunna påverka situationen och inte få en klarhet i händelsen. (Hedrenius & Johansson, 2013, ss. 135-140.)

Individuella skyddsfaktorer anses vara optimistiskt personlighetsdrag, begåvning, förmåga till mentalisering, fysisk aktivitet, regelbundna matvanor, kulturupplevelser samt en förmåga att kombinera olika copingstilar exempelvis problem- och känslorokuserad hanteringen av en svår händelse. De individuella riskfaktorerna anses vara emotionella, sociala eller kognitiva funktionsnedsättningar som förorsakats av trauman i barndomen, sömnbrist, neurobiologiska samt genetiska faktorer. Män anses ha större motståndskraft än kvinnor. (Hedrenius & Johansson, 2013, ss. 140-148.)

Skyddsfaktorer i den omkringliggande miljön anses höra ihop med möjligheten att få ta del av och ge socialt stöd och att få höra till en social gemenskap. Riskfaktorerna i den omkringliggande miljön handlar om att inte höra till någon gemenskap eller känna omgivningens fördomar. Med krisstöd kan alla riskfaktorer inte uteslutas, men dessa kan medvetandegöras för den drabbade, vilket ger den drabbade en möjlighet att jobba med och påverka dessa. Krisstödet kan även stärka de skyddsfaktorer som redan finns och stöda den drabbade att jobba fram flera skyddande faktorer. (Hedrenius & Johansson, 2013, ss. 148-152.) I krissituationer har de flesta ett stort behov att vara tillsammans med sina närmaste (Dyregrov, 2002, s. 19). Drabbade upplever ett stort stöd av anhöriga och vänner (Cullberg & Lundin, 2006, s. 158).

## **2.4 Hur reagerar barn i traumatisk kris**

Reaktionerna kommer vanligtvis när chockfasen avtar. Barn reagerar på traumatiska händelser på olika sätt. Barn kan reagera med rädsla, protest och känslostormar. Barn som tidigare levt i trygghet och varit i tron att förfärliga saker endast händer andra, kan känna sårbarhet och rädsla över att den traumatiska situationen kommer att upprepas eller att nya traumatiska situationer inträffar. (Dyregrov, 2016, s. 21.)

Enligt forskning kan det för barn som upplever stort trauma, som exempelvis att mista en förälder, leda till problem i vuxen ålder (Pereira, Johnsen, Hauken, & Kristensen, 2017). Därför är det viktigt att de vuxna som finns omkring barnet har goda kunskaper om hurdana reaktioner som kan uppstå för barnet vid traumatiska kriser (Dyregrov, 2016, s. 40). Barn utvecklas ständigt och lär sig av de vuxna även då de går igenom traumatiska kriser (Rundalen & Schultz, 2007, s. 17).

Reaktionerna kan uppstå i form av minnesbilder om det som hänt. Minnesbilder väcks till liv genom olika sinnen, det kan handla om en viss lukt, ljud eller någonting barnet ser som gör att barnet upplever situationen igen. För ett barn är det oftast något yttre som triggar minnesbilderna, medan det vuxna kan komma upp minnesbilder i tankarna utan någon yttre stimulus. (Dyregrov, 2016, s. 24.)

Psykiska problem kan utvecklas till fysiska om barnet inte klarar av att berätta om sinnesintrycken från den traumatiska situationen för en vuxen. Barnet kan ha svårt att tala ut om de sensoriska minnesbilderna, eftersom det oftast är det värsta i en händelse och som väcker obehag. För små barn som ännu inte har utvecklat språket kan dessa minnesbilder hänga kvar hos barnet där reaktionerna visar sig genom kroppslig aktivering. Starka minnesbilder kan leda till sömnproblem, där barnet får svårt att somna om kvällen och kan ha mardrömmar. (Dyregrov, 2016, ss. 24-25.)

Andra fysiska reaktioner som kan uppstå för barnet är; magont, muskelvärk, huvudvärk eller att barnet svimmar. Situationer som väcker psykiska och fysiska reaktioner hos barnet kan resultera i att barnet börjar undvika vissa situationer. Det kan handla om att undvika exempelvis vissa platser eller personer eftersom barnet förknippar dessa till den traumatiska situationen. Barnet kan börja vägra göra saker som förknippas med traumat, exempelvis att åka bil, då det påminner om traumat. Då har de fysiska reaktionerna utvecklats till fobier för barnet som en följd av traumat. (Dyregrov, 2016, ss. 27-29.) Alla reaktioner efter en traumatisk kris är normala men när reaktionerna kvarstår och inte går över då kan det ses som ett problem för barnet och de kan utveckla PTSD (Rundalen & Schultz, 2007, s. 19).

Då barnet talar upprepade gånger om det traumatiska som hänt, kan det tyda på att barnet tvångsmässigt försöker hantera ångesten inom sig. Hos småbarn kan det samma ses genom att de upprepade gånger leker samma lek som behandlar traumat. Småbarn kan visa sin ilska genom att de förstör lekar och har svårigheter att leka med andra barn. Ifall de vuxna inte tar tag i saken kan barnet utveckla en ökad våldsamhet i framtiden. (Dyregrov, 2016, ss. 27-28.)

Koncentrationssvårigheter hos barn i daghemsålder avspeglar sig i form av att barnet har svårigheter med att leka, vara stilla, barnet är ängsligt samt är lätt distraherat. Barn som betar sig hyperaktivt kan felaktigt få diagnosen ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), trots att det handlar om PTSD som uppstått efter traumat. (Dyregrov, 2016, ss. 27-28, 41.)

Regression innebär att barnet går tillbaka till en tidigare fas i utvecklingen. Barnet kan börja uppföra sig som en baby, med att börja prata babyspråk, suga på tummen, sängvätning, kräva

att bli matad samt reagera på ett barnsligare sätt. När barnets trygghet kommer tillbaka börjar barnet uppföra sig enligt egen ålder igen. (Dyregrov, 2016, ss. 29-30.)

Barn vill gärna hitta tecken på förvarningar som upplevts innan det traumatiska. Barnet får ett lugn och kontroll över situationen av att hemska saker inte förekommer utan en förvarning. Vuxna har en benägenhet att dra förnuftiga och logiska slutsatser över varsel som barnet upplevt. Allting som sker runtom oss har inte alltid en förklaring och detta är bra att vara medveten om. (Dyregrov, 2016, s. 31.)

## **2.5 Hur hanterar barn traumatisk kris**

Det bekanta ger både trygghet och stabilitet när barnet befinner sig i en traumatisk kris. Barn kan ta till sig bekanta handlingsmönster direkt efter den traumatiska upplevelsen. Det bekanta handlingsmönstret innebär att barnet återgår till den aktivitet eller lek som om ingenting skulle ha hänt. Då en familjemedlem har dött kan den här typen av beteende provocera föräldrarna. Att barnet direkt efter den traumatiska upplevelsen går tillbaka till bekanta handlingsmönster, anses trots allt vara till fördel för barnet genom att det bekanta ger trygghet och stabilitet. (Dyregrov, 2016, s. 20.)

Småbarn är mera beroende av föräldrarnas reaktioner under en traumatisk kris än äldre barn. Småbarn som har föräldrar som klarar av att stödja barnet under den traumatiska krisen har förmågan att återhämta sig utan att det behöver utvecklas bestående skador. Vid pågående kriser är problematiken kring detta en annan. (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2017, s. 4.) Dyregrov beskriver att barnets svårigheter kan stärkas eller försvagas efter en traumatisk kris och hävdar att barnets sociala nätverk samt barnets egen förmåga avgör hur barnet klarar av att hantera problemen. Barnet behöver stödjande och uppmuntrande vuxna omkring sig, vilket hjälper barnet att motverka följder som varar livet ut. Barn som lyckas hantera svårigheterna tillsammans med stödjande vuxna omkring sig, kan få en starkare självkänsla, en känsla av att klara av livet trots allt. (Dyregrov, 2016, ss. 38-40.) Det skulle vara gynnsamt för barnet att vara borta från daghemmet så kort tid som möjligt och återgå till normala rutiner så snabbt som möjligt på grund av att det hjälper barnet att återhämta sig (Mannerheimin Lastensuojeluliitto, 2020).

Det finns även de barn som känner att de inte får sörja om ett syskon dör, eftersom många barn känner att de vill skydda sina föräldrar. Barnet pratar då inte om syskonets död eftersom det kan få skuld känslor om föräldrarna börjar gråta. Det kan göra att barnets sorg först kommer i ett senare skede. (Aho, Kivikko, Mesikämnen, & Uittomäki, 2014, s. 15.) Ett

syskon är en av de viktigaste och närmaste människor en person kan ha. I en studie om hur livet påverkar människan när hen förlorar ett syskon kom det fram att det påverkar barnet negativt i utvecklingen inom kognitiva eller socioemotionella områden. Det syns exempelvis i beteendeproblem. Det kom också fram att problemen blir lite lindrigare med tiden. (Fletcher, Vidal- Fernandes, & Wolfe, 2018, s. 119.)

### **2.5.1 Barnets uppfattning om döden**

Barnets uppfattning om döden utvecklas parallellt med barnets tankeförmåga, kunskap och livserfarenhet. Spädbarn behöver kontinuerligt trygghet och omsorg, känna dofter och bli vana vid rytmen och närheten av de nära vuxna. Spädbarn känner av om en vuxen som tagit hand om barnet är borta. Spädbarnets förståelse är att något som varit inte längre finns mera. En halvårings förståelse för döden är att det som man inte kan se finns inte. I samband med att minnet utvecklas hos barn märker barn under två år om en familjemedlem som tidigare varit hemma plötsligt är borta. Tidsperspektivet är kort för småbarn och minnet av den döda varar bara för en kort stund. Barn har svårt att förstå det slutgiltiga med döden och att alla kommer att dö. Småbarns tidsuppfattning är cirkulär, med det anses att småbarn har den uppfattningen att den döda kan komma tillbaka från det döda. (Poijula, 2016, ss. 98-99.)

Barn i åldern 2–5 år uppfattar döden som något temporärt och ofullständigt. Döden berör inte alla människor och inte barnet självt. Barn i denna ålder kan tro att de har orsakat dödsfallet. Exempelvis om mamman dött i en olycka och barnet varit argt på mamman innan, så kopplar barnet ihop olyckan och ilskan och tar ansvaret för att mamman dött. Barn har en förenklad bild av orsak och verkan, vilket har att göra med barnets magiska tänkande. (Poijula, 2016, ss. 99-100.)

Cullberg delar in barns uppfattning om döden i tre stadier. Enligt honom infaller det första stadiet i 3–5 års ålder. Då upplever barnet att döden betyder att den döde personen lever på en annan plats. Barn i denna ålder kan därför önska att någon ska dö för att de inte orkar med personen för stunden. Barn som förlorat en nära person kan ta på sig skulden för dödsfallet eftersom barnet någon gång har kunnat önska att personen skulle dö. Skulden bidrar till att upplevelsen blir än mer traumatisk, vilket vuxna sällan tänker på när det gäller barns bearbetning av döden, vuxna tror ofta att barnet inte funderar särskilt mycket på vad som hänt. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 55.) Dyregrov (2016, s. 26) belyser även att barn ofta förenar händelser som skett nära på varandra, som resulterar i att de skuldbelägger sig själva för det som har hänt.

Enligt Cullberg (2006, s. 55) befinner sig det 4–6 åriga barnet i det andra stadiet. I andra stadiet förstår barnet att döden dödar men barnet tror att de kan skydda sig från döden. Barn i den här åldern kan bygga upp en rädsla som påverkas av filmer, spel eller böcker som handlar om döden.

Först vid 11–12-års åldern har barnet utvecklat det abstrakta tänkandet och har därmed förståelsen för den definitiva uppfattningen av döden (Poijula, 2016, s. 99). Enligt Cullberg sker denna utveckling när barnet är 9–10 år och befinner sig i tredje stadiet (Cullberg & Lundin, 2006, s. 55). För att förstå vad döden betyder, behöver barnet förstå att döden är permanent och att önskningar eller gott uppförande inte hämtar tillbaka den döda. Allt levande dör, även människor som barnet tycker om. (Poijula, 2016, ss. 101-102.)

Enligt en studie av Sarah Longbottom år 2018 varierar barns förståelse för döden beroende på om föräldrarna har diskuterat döden med barnen och även barnens upplevelser av döden, det kan exempelvis handla om någon person de känner eller att ett djur har dött. En av de vanligaste orakerna varför föräldrar tagit upp samtal om döden har handlat om att berätta för barnet om någon som dött. Enligt experter är det viktigt att tala om döden med barn i ett tidigt skede på ett ärligt och tydligt sätt. (Longbottom & Slaughter, 2018) Även en öppen och ärlig dialog mellan barn och vuxna utvecklar barnets förmåga att hantera situationen. Samtalet om den döda ska ske konkret, ärligt, tydligt och öppet, där den vuxna använder sig av ord och uttryck som barnet förstår. (Poijula, 2016, ss. 126-127.)

Att prata om döden med barn är väldigt tabubelagt. Många vuxna anser att det är opassande att prata om döden med barn. Vuxna kan också ha en egen obearbetad rädsla för döden, vilket innebär svårigheter för den vuxna att prata om döden. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 55-56.) För att barn ska kunna förhålla sig naturligt till döden behöver vuxna prata om döden. Barn ska inte lämnas ensamma med sina frågor om döden. (Poijula, 2016, s. 104) Vuxna kan känna att det är svårt att prata om döden med ett barn ifall de själva inte bearbetat rädslan över den egna döden. När döden inte är nära oss, är det lätt att glömma den i vardagen och då kan diskussionen om döden anses höra till de professionella inom olika områden. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 56.)

### **2.5.2 Barnets bearbetning genom lek**

Småbarn som är i sorg kan dra sig undan, tappa matlusten, avstå från lekar och bli apatiska (Poijula, 2016, s. 99). Barn som behöver mera stöd för att gå vidare efter en traumatisk kris, uppmärksammas genom att barnet inte leker, barnet byter hastigt sinnesstämningar, leker



inte med andra barn, känner trötthet, tappar matlusten samt har problem med sömnen. När det gått en längre tid från dödsfallet, kan de ovannämnda beteendemönstren betraktas som varningssignaler för när barnet behöver mera stöd i form av psykologisk hjälp. Kristerapi hjälper barnet att komma över hinder som uppstår i vardagen samt stöder barnets utveckling inför framtiden. Barnets utveckling kan gå tillbaka såvida barnet inte bearbetar sin sorg. (Malmborg von & Silfving, 2007, ss. 146,148,154; Magnusson & Rahm, 2014, s. 17.)

Småbarn bearbetar förlusten genom att uttrycka sig genom lek, spel, målningar, teckningar om det som barnet inte kan tala om. Barn uttrycker sig om döden genom teckningar som består av exempelvis kors, skelett eller begravningsbilar. (Malmborg von & Silfving, 2007, ss. 145-146.) Dyregrov (2016, ss. 120, 30, 117-118) beskriver att barn under skolåldern får en bättre förståelse av döden genom leken. Det är vanligt att barnet upprepade gånger börjar leka samma lek, som behandlar det som ha hänt för att bearbeta den traumatiska händelsen. När leken utvecklas till en tvångsmässig repetitionslek bör vuxna vägleda barnet att gå vidare i leken genom att själva gå in i leken och föreslå ett annat slut på leken.

Genom att låta barnet använda sig av dessa uttrycksformer har barnet möjlighet att bearbeta den traumatiska krisen och vuxna får en uppfattning om vad barnet känner och har då möjligheten att stödja barnet i bearbetningen av sorgen. Genom teckningar kan barnet uttrycka sig om vad som upplevs som kärnan i den traumatiska händelsen, och det ger oss stödpunkter för vad som måste bearbetas. Lek och ritande kan användas vid bedömningen av barnets tillstånd, genom bedömningen har barnet möjlighet till rätt stöd och behandling. (Dyregrov, 2016, s. 118.)

Psykologen Elisabeth Cleve, som arbetat med kristerapi för barn i över 40 år, anser att barnets språk är att leka och att det är genom leken barnet bearbetar allt från vardagliga, positiva händelser till traumatiska kriser. Cleve lyfter fram att hon använder sig av Astrid Lindgrens figur Pippi Långstrump i leken med barn. Barn som varit med om traumatiska kriser kan relatera till Pippi och därför älskar de Pippi. *"Pippi har varit med om många kriser; hennes mamma finns i himlen, pappa har övergivit henne, hon bor alldeles ensam och hon jagas av myndigheterna i form av Prussiluskan. Men hon är också starkast och rikast i världen och har ett spännande liv. Hon ger barn hopp om att allt kan bli bra."* (Glad, 2010)

### 3 Professionell hjälp i traumatiska kriser

Krisstöd kan indelas i tre delar: praktiskt stöd, psykologiskt stöd och socialt stöd.

- 1 Det praktiska stödet kan innebära att få tak över huvudet, mat på bordet, kontakt med eller information om anhöriga eller medicinsk hjälp (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 35).
- 2 Psykologiskt stöd gör situationen mer hanterbar, den drabbade har större förståelse för vad som hänt och vilka reaktioner som kan uppkomma. Det handlar också om att hitta och stöda den drabbades resurser. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 35.)  
Psykosocialt stöd är den term som används för all den verksamhet där avsikten är att lindra den psykiska stressen efter olyckor. Psykosocialt stöd kan användas såväl det gäller storolyckor, samhällsolyckor och olyckor som berör personligt eller en liten grupp människor. Avsikten med psykosocialt stöd är att minska risken för sociala problem och hälsoproblem. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, s. 13.)
- 3 Socialt stöd innebär det stöd som omgivningen kan stå för. Den drabbade behöver få bekräftelse efter en traumatisk händelse och behöver känna meningsfullhet i sina sociala kontakter. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 35.)

#### 3.1 Kommunens ansvar

Socialvårdslagen (2014/1301, §29) ålägger kommunen att ansvara för socialjouren dygnet runt för att människor i alla åldrar ska få nödvändig hjälp i brådskande situationer. Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2018, ss. 1, 3) ska socialjouren ordnas i samband med hälsovårdens samjour för att trygga samarbetet och säkerställa att alla behövande får hjälp oberoende av tid på dygnet. Kommunen kan själv bestämma om socialjouren ordnas inom kommunen eller om en samkommun eller större enhet ordnar socialjouren. Om kommunen ordnar socialjouren själv under tjänstetid, samt anlitar en samkommuns socialjour utanför tjänstetid bör samarbetet och kommunikationen mellan aktörerna fungera.

I socialvårdslagens §29a (2014/1301) nämns även att socialjouren, förutom att koordinera det psykosociala stödet, vid behov ska delta i det psykosociala stöd som ges i brådskande olycks- och krissituationer. Det är viktigt med ett friktionsfritt samarbete mellan de olika myndigheter som deltar i krissituationer bland andra nödcentralverket, polisen, sjukvårdsdistriktet, social- och hälsovården och räddningsverket. För att klienterna ska få

rätt hjälp i rätt tid, behöver samarbetet mellan dessa aktörer vara planerat. Utmaningen ligger ofta i dokumentationen och kommunikationen mellan myndigheterna (Sosiaali- ja terveysterveysministeriö, 2019, ss. 11-12). I hälsovårdslagen (2014/1326, §27, §40, §50) finns riktlinjer för mentalvårdsarbetet, där kommunen åläggs ansvaret för psykosocialt stöd åt individen och samhället i akuta och traumatiska situationer. Även den prehospitala akutvården bär ansvar för att ordna psykosocial stödverksamhet till patienten, de anhöriga och till andra som har del i händelsen, oberoende av personens hemkommun.

Idag ordnas krisarbetet i kommunerna på olika sätt. Kommunerna erbjuder krisarbete inom social- och hälsovårdssektorn, i de kommunala krisgrupperna, inom kommunernas mentalvårdsarbete, inom akutpsykiatri samt via den tredje sektorn och kyrkan. På 1990 och 2000-talen skötte kommunernas krisgrupper till stor del om krisarbetet genom sina psykologiska debriefinggrupper. Forskning om psykologisk debriefing har påvisat att debriefing inte är effektivt och dessutom kan öka risken för posttraumatiskt stressyndrom. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 39.) Krisgruppernas arbete har utformats till kristräffar för individer eller grupper där målet är att psykoedukativt stöda de drabbade och jobba för att stärka individernas resiliens och återhämtningen. På 2010-talet har allt fler kommuner övergått till någon form av socialjour, som enligt lagen även ska omfatta krisjour. Många kommuner i Finland håller på att utveckla en process för psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer. Denna process borde enligt lagar och rekommendationer innehålla praktiskt stöd i den akuta fasen samt aktiv uppföljning av återhämtningen. Utmaningarna finns i utvecklandet av samarbetet mellan socialjouren och krisgrupperna samt i uppföljningen och dokumentationen. I stora städer har det utvecklats en modell där social- och krisjouren sköter om hela processen, men på mindre orter sker detta ofta via ett samarbete mellan socialjouren i kommunen, en samjour för ett större område och krisgruppen. (Sosiaali- ja terveysterveysministeriö, 2019, s. 33.)

Den personal som kan bli inblandad i krisarbete ska, förutom en grundutbildning, ha en tilläggsutbildning som kommunen eller sjukvårdsdistriktet står för. Krisgruppen verkade tidigare ofta under ledning av den ledande läkaren i kommunen och således bestod krisgruppen ofta av professionella inom sjukvården. Krisgruppen kunde kallas hälsocentralens krisgrupp. Många krisgrupper var och är mångprofessionella med medlemmar från socialväsendet, psykiatriska öppenvården och församlingen. I dagens läge rekommenderas ett starkt samarbete mellan socialarbete och krisgrupp, varvid krisgruppen har blivit alltmer mångprofessionell. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, ss. 23-24 och Sosiaali- ja terveysterveysministeriö, 2019, s. 40.)

Förutom det psykosociala stödet är kommunen skyldig att se till att de drabbade får ta del av ett mångsidigt socialarbete. Människor behöver förutom hjälp med materiell försörjning också praktiska stödåtgärder. Via socialjouren kan familjen också komma i kontakt med barnskyddet, vars uppgift är att trygga barnets situation. I kommunens välfärdplan för barn och unga ska finnas planer för de akuta kristjänster som kan vara ett samarbete inom kommunen eller mellan flera kommuner. I situationer där de drabbade förlorar sin egendom, i exempelvis bränder, behöver de drabbade snabbt få ett tillfälligt boende och förnödenheter för att klara av vardagen. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, s. 17.)

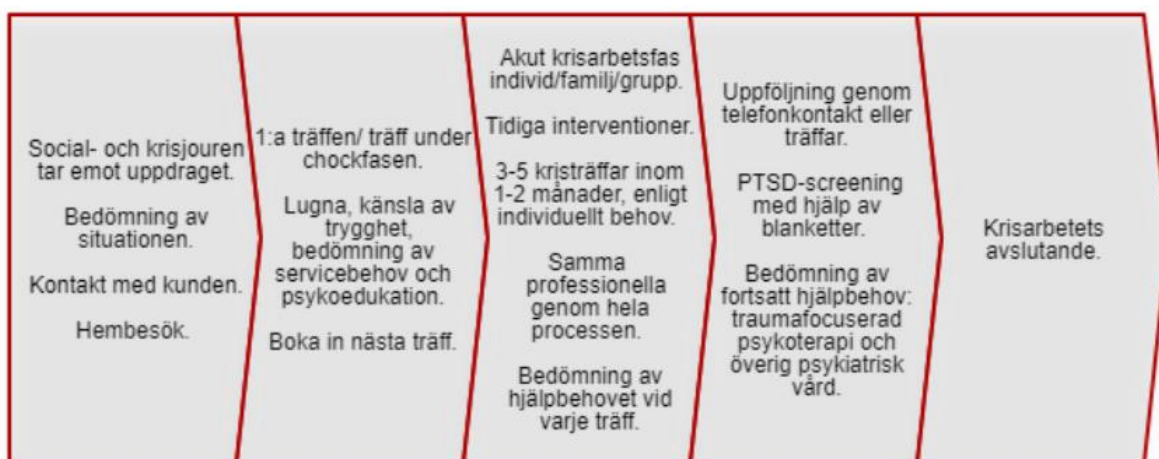
På regional nivå är sjukvårdsdistrikten och specialansvarsområden (ERVA-område) tillsammans med socialjouren ansvariga för regionala krisärenden. Om olyckan är stor eller berör många människor över stora delar av landet är social- och hälsovårdsministeriet ansvarig för koordineringen av krisarbetet. Dock behövs även kommunernas resurser för att klara av krisarbetet. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019, s. 42.)

Kommunförbundet har gjort en handbok åt kommunerna om information i kriser och exceptionella situationer. Handboken heter Var beredd. Då kommunerna har en grundläggande förståelse för olika krissituationer som kan uppstå, kan kommunerna agera bättre när en plötslig kris uppstår. En viktig del av arbetet i krissituationer är att vara öppen för att minimera risken för ryktesspridning. (Seppälä, et al. 2020, ss. 5-6.) I Finland finns en änkehandbok där information om begravning, psykosocialt stöd, ekonomiskt stöd och juridiska skyldigheter behandlas. Änkehandboken är skriven för att underlätta situationen för en nybliven änka eller änkling. (Kemppainen, 2017, s. 4.)

### **3.2 Krisstöd**

Krisstöd innebär stödandet av återhämtningen. För den drabbade är det viktigt att få uppleva att den traumatiska händelsen är avslutad, att situationen nu är trygg och därmed kunna bryta stressupplevelsen. (Hedrenius & Johansson, 2013, s. 90.) Akut krisstöd kallas också för psykologisk förstahjälp. Det akuta krisstödet ligger inom ramen för det professionella krisstödet och skiljer sig från kristerapi, så att krisstöd ges av personer med olika yrkesroller inom hälso- och sjukvård, företagshälsovård, socialvård, skola och institutionsvård. Kristerapi ges av terapeuter. (Lennér Axelsson, 2010, ss. 202-203.) Även kyrkan och den tredje sektorn, bland andra Finlands Röda Kors och Psykisk Hälsa Finland r.f. (Mieli) kan vara en viktig del av krisarbetet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019, s. 9).

Krisstöd består av strukturerade samtal som är empatiska, stödande och avlastande. Krisstödet består ofta av några samtal under en kortare tid. Målet för krissamtal är att stärka känslan av trygghet och säkerhet, lugna situationen, stärka känslan av tillit, stärka samhörigheten med närstående och inge en känsla av hopp. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 203.) Enligt senaste rekommendationer (Figur 1) ska kommunens krisarbete bestå av ett hembesök hos de drabbade så snart som möjligt efter olyckan. Efter det följer en kristräff inom de närmaste dagarna och en uppföljningsträff inom 10 dagar. Allt som allt rekommenderas 3-5 träffar under de 1-2 första månaderna, varefter uppföljningen sker så länge den behövs. Under uppföljningen ligger focus på att upptäcka individer som utvecklar ett posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och behöver mera vård. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019, s. 26.) Då en individ uppvisar tecken på PTSD eller behovet av vård stäcker sig längre än vad krisgruppen kan erbjuda, ska individen hänvisas till vård vid den egna hälsocentralen och eventuellt vidare till specialistsjukvården (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009, s. 12).



**Figur 1 Det akuta krisarbetets faser enligt Social- och hälsovårdsministeriet**

Hedrenius och Johansson (2013, s.41 - 44) beskriver fem principer för krisstöd. Genom att främja lugn och minska på stressfaktorer kan den drabbade lugna nervsystemet och återfå balansen. Att främja lugn kan innebära att den drabbade får vara tillsammans med de närmaste, får information om vad som hänt och skyddas från skrämmande intryck. Den andra viktiga principen är att främja trygghet. Det sker genom att den drabbade känner sig omhändertagen, får vara tillsammans med de människor som hen känner sig trygg med och framförallt vistas i en miljö där de yttre hoten är uteslutna. Situationer som påminner om händelsen kan utlösa nya reaktioner samt otrygghet. Att främja samhörighet och möjliggöra

det sociala stödet har visat sig vara mycket viktigt för personer i kris. Speciellt för barn är samhörighet den viktigaste punkten, barnet behöver en trygg vuxen att knyta an till. I en traumatisk kris kan den drabbade förlora tron på sig själv och sin förmåga att klara sig. Då är det viktigt för de professionella att se de faktiska resurserna hos den drabbade och stöda den drabbade att tro på sig själv och hjälpa till så att den drabbade har tillit till att klara av situationen. Att främja hopp är en viktig resurs. Genom att få den drabbade involverad i beslut som behöver göras och få den drabbade att tro på att sina egna resurser inger ofta en känsla av hopp.

I psykologisk debriefing får alla möjlighet att sätta ord på sin upplevelse, synpunkter från andra, hjälp att få ihop en enhetlig berättelse om vad som egentligen hände och information om vad som är normala reaktioner (Dyregrov, 2003, s. 9). Ledaren för debriefingen leder samtalet från fakta om händelsen via tankar om och intryck från olyckan eller händelsen till de drabbades reaktioner för att till slut informera om vanliga reaktioner (Dyregrov, 2002, s. 97). Målet med psykologisk debriefing är att förebygga efterreaktioner, öka gruppsammanhållningen, få grepp om situationen, ventilerar känslor, normalisera erfarenheter och erbjuda mera hjälp till dem som behöver det (Dyregrov, 2003, s. 18). Lennéer Axelsson (2010, s. 204) anser att traumatiska upplevelser inte ska bearbetas direkt efter händelsen, utan rekommenderar att krisstödet understöder den drabbades egna copingresurser och psykosocialt stöd från närstående.

Om sorgearbetet inte följer den normala utvecklingen, kan fortsatt vård rekommenderas för att den drabbade inte ska utveckla PTSD. I följande situationer rekommenderas vård: om påträngande minnen eller fantasier finns kvar och påverkar det dagliga livet ännu en månad efter händelsen, om självanklagelserna fortsätter länge, om känslan av värdelöshet eller rädslan för en ny liknande händelse är stark. Drabbade som inte kan återgå till skola eller arbete eller inte kan sova eller har problem med mardrömmar behöver ofta också fortsatt vård. (Dyregrov, 2002, s. 109.) Om reaktionerna inte avtar, utan blir starkare eller om den drabbade börjar självmedicinera med rusmedel är fortsatt vård nödvändig. Även personlighetsförändringar är en indikation för fortsatt vård. (Dyregrov, 2003, s. 65.)

### **3.3 Daghemmets ansvar**

Social- och hälsovårdsministeriet har år 2006 arbetat med säkerhetsfrågor på daghem och skapat en handbok gällande säkerhet på daghem. Där finns anvisningar om hur daghemmen ska fungera vid en traumatisk kris. (Saarsalmi, 2008, s. 4.)

Det rekommenderas att alla daghem i Finland har en egen krisplan som innehåller information om olika krissituationer och färdiga textmallar. Det ska exempelvis finnas beskrivet vad trauma och kris är. Krisplanen ska även innehålla information om hur daghemmet kan stöda barnet och föräldrarna när det uppstår en traumatisk kris samt information om psykosocialt stöd. Enligt social- och hälsovårdsministeriet ska personalen årligen delta i krisutbildning och krisplanen ska uppdateras. (Saarsalmi, 2008, s. 109.) En lärare inom småbarnspedagogiken använde sig av krisplanen eller läste igenom den när hon bemötte familjen som befann sig i en traumatisk kris. Föreståndaren på daghemmet påminner varje år personalen att gå igenom krisplanen. (personlig diskussion 26.3.2020)

I grunderna för planen för småbarnspedagogiken (Utbildningsstyrelsen, 2018, s. 60) framkommer det att barn har rätt till stöd gällande den pedagogiska utvecklingen men även för ett gott välbefinnande. När daghemspersonal får reda på att ett barn har avlidit kontaktas daghemmets föreståndare, som tar över ansvaret för det fortsatta jobbet kring krissituationen. Föreståndaren kan be om stöd från en krisgrupp. För att undvika att det sprids rykten ska de som berörs få veta vad som hänt. Ett bra sätt för att följa upp hur arbetet framskrider är att skriva ner steg för steg vad som sker efter att daghemmet fått information om barnets bortgång. Personalen eller föreståndaren kan skriva upp varje samtal som sker mellan personalen och vårdnadshavarna. I en personlig diskussion (9.4.2020) berättade läraren inom småbarnspedagogiken att föreståndaren tar över ansvaret när det händer en traumatisk kris och de får bra stöd från föreståndaren. Läraren inom småbarnspedagogiken nämnde att Helsingfors stad även erbjuder kurser i hur de ska bemöta barn och föräldrar som befinner sig i en traumatisk kris. Ett bra bemötande till barn och föräldrar är också viktigt på daghemmet.

Det är vårdnadshavarna som bestämmer vad som ska informeras till andra på daghemmet eller eventuellt till media. Vårdnadshavare bör underrättas om att personalen behöver informera på daghemmet, oberoende av om föräldrarna vill hemlighålla det inträffade eller inte. När personalen berättar för barnen ska de vara tydliga och öppna. Personalen kan använda sig av en sorgelåda som stöd i diskussionen med barnen. Personalen ska även informera barnens vårdnadshavare, så de vet vad som skett och kan stöda ifall barnen funderar hemma. Informationen kan skickas per brev. Extra föräldramöte kan även behövas. Efter det akuta skedet kan personalen ha minnestunder för det avlidna barnet. (Nordblom & Kraup, 2013, s. 17.)

Viktiga hjälpmedel på daghemmet för att bearbeta den traumatiska krisen med barnen kan vara en sorgelåda. Den kan innehålla ett ljus, lugn musik, en vit duk, sagoböcker som handlar om ämnet, papper, pennor, ram för fotografi, leksaker för att använda till rollspel och kondoleansbok. En sorgelåda ska vara klar att använda genast när behovet uppstår, eftersom tiden kan vara väldigt kort för förberedelse i en traumatisk krissituation. (Nordblom & Kraup, 2013, s. 11.)

Nordblom & Kraup (2013, ss. 64, 70) ger ett exempel på ett brev (Figur 2) som kan skickas ut till vårdnadshavare efter att ett barn i gruppen avlidit för att de ska kunna stöda sina barn som mist deras vän samt vara medvetna om vad som hänt. För att personalen ska veta hur hen ska agera och även vara förberedd när hen får besked att ett av barnet från daghemmet avlidit är det viktigt att personalen fått öva på liknande situationer. En övning kan vara att daghemmet får ett samtal där vårdnadshavare för ett barn på daghemmet berättar att deras barn avlidit i en olycka. Vad ska personalen som får samtalet göra? Vad kan krisgruppen göra? Hur ska personalen berätta för barnen om saken? Vad görs efter samtalet?

*"Till vårdnadshavare för \_\_\_\_\_*

*I förskolan har vi idag mottagit det tragiska beskedet att \_\_\_\_\_ har avlidit. Detta är något som vi alla barn och vuxna berörs starkt av. Vi har skickat en kondoleansbukett från oss i förskolan till familjen och vi har familjens tillstånd att berätta för er vårdnadshavare om det inträffade. När vi samtalat med barnen har vi varit noga med att ta hänsyn till barnens ålder. De yngre barnen har fått rita och måla och vi har läst en saga som är lämplig för dem. De äldre barnen har haft behov av att prata med oss vuxna och det har många funderingar. Vi har ägnat mycket tid till detta.*

*Det är bra om ni vårdnadshavare är uppmärksamma på barns reaktioner och ni är välkomna att berätta för oss om det är något vi kan hjälpa till med eller som vi skall tänka på- när det gäller just ert barn."*

**Figur 2 Brevmall med besked om att något tragiskt har hänt**



## 4 Professionellt bemötande i traumatiska krissituationer

Enligt socialvårdslagen (2014/1301, §30) har alla rätt till ett gott bemötande, där professionella respekterar klientens övertygelse och skyddar individens integritet. I lagen förutsetts ett bemötande utan diskriminering och respekterande av människovärdet. Även lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785, §3) påtalar ett gott bemötande utan att människovärdet kränks. Patientens övertygelse och integritet ska respekteras. Patientens kultur, modersmål och individuella behov ska tas i beaktande.

### 4.1 Hur bemöta vuxna i traumatisk kris

Målet med krisstöd är att stöda de resurser den drabbade själv har. Hjälp finns i att gå bredvid och stöda den drabbade i att inse verkligheten och förlusten. Den drabbade behöver ofta få utlopp för sina känslor och ibland stöd i att uttrycka sorgen, smärtan och skuld känslorna. Cullberg skriver om ett vikarierande hopp, där professionella inte går med i den drabbades känslor, utan finns som stöd och kan följa med den normala reaktionen i en onormal situation. Professionella kan med sitt stöd leda den drabbade förbi de självdestruktiva riskhandlingar som är vanliga under den akuta krisen. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 157-159.) Att en professionell har förmågan att ta del av den drabbades berättelser och kunna lyssna även på smärtsamma upplevelser har en lugnande effekt på den drabbade och ger ork att bära tunga upplevelser. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 221). Att bli tagen på allvar är en grundsten för det fortsatta samarbetet. Respektfullt bemötande och bekräftande är viktigt för att den drabbade ska våga tro på sina egna resurser. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 211.)

För den drabbade är det viktigt att *”få känna det man känner”*, att tillåta de känslor som finns och inte försöka dämpa dem. Många är rädda för sina känslor eller oroliga för att känslorna inte är tillåtna eller fel på något sätt. Den professionellas uppgift blir att tillåta känslorna och acceptera dem. Känslorna behöver genomlidras för att de ska vika undan, undanträngda känslor återkommer oftast senare. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 245.) *”Är man inte lugn, får man ändå försöka bete sig som om man vore det”* säger Richard James, en amerikansk krisforskare. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 221).

För att stöda den drabbade på bästa sätt behöver den professionella ha en terapeutisk hållning, som kräver kunskap och medvetenhet om den drabbades situation och behov. De professionella som möter drabbade i kriser behöver ha kunskap om psykologiska och sociala problem, annars kan det leda till att den professionella enbart koncentrerar sig på de fysiska

eller psykosomatiska symptom som den drabbade upplever. Empati är en viktig egenskap hos den professionella. Genom empati och självkänedom kan den professionella bygga upp en förståelse för vad den drabbade känner och upplever, utan att blanda in sina egna känslor och överföra dem på den drabbade. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 159-161.) Att empatiskt förstå den drabbade innebär att den professionella tillfälligt kan identifiera sig med den drabbade. Sympati handlar mer om den professionellas egna känslor. (Lennéer Axelsson, 2010, ss. 212-213.)

Ett aktivt lyssnande är viktigt för att den drabbade ska få den förståelse som behövs. Cullberg varnar för att som professionell inte våga ta emot de känslor som den drabbade kan uttrycka eller att inte våga fråga hur det känns. De drabbade har i hans forskning uttryckt en önskan om att den professionella ska våga fråga och våga ta upp även det som är svårt. Att trösta och säga att ”det blir nog bra” är enligt samma forskning något som de drabbade inte önskar höra. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 161, 164.) Persson föreslår att i stället för att trösta, kan säga ”*Det måste vara svårt att vara du just nu*”. Med ett sådant konstaterande tillåts den drabbade uppleva situationen arbetsam och det kan vara inledningen på en bearbetningsfas. (Persson, 1995, s. 48.) Människor vars nära anhörig dött önskar ofta av sin omgivning att någon ska finnas där, våga fråga, finnas till och lyssna. Det behöver inte finnas ord, utan viktigare är att någon tar kontakt och visar respekt och finns vid den sörjandes sida. (Frohm, 2012.) Under det första mötet är det viktigt att få en god kontakt för att kunna skapa en trygg relation (Lennéer Axelsson, 2010, s. 206). Dyregrov (2002, s. 78) skriver om ett gynnsamt klimat, där känslan av omsorg, förståelse och acceptering är viktig.

Emotionell närvaro, engagemang och empati anses vara bland de viktigaste egenskaperna den professionella kan ha. Kreativitet, flexibilitet och stresstålighet är andra egenskaper som anses viktiga hos den professionella. (Lennéer Axelsson, 2010, ss. 222-223.) En god ledare för psykologisk debriefing bör vara lugn, flexibel, ha hög stresstolerans och god självkontroll. Ett genuint intresse för deltagarna, god empatisk förmåga och mod att möta starka känslor är andra egenskaper som krävs. (Dyregrov, 2003, ss. 82-83.) I samtal med den drabbade bör det finnas tid. Stress och tidsbrist gör att den drabbade inte känner sig hörd. Samtalet är till för den drabbade, så den drabbade bör få prata och den professionella ska ta rollen som lyssnare. I ett krissamtal bör den professionella leda in samtalet rakt på sak, våga fråga direkta frågor och även lyssna uppmärksamt på svaret. Genom att linda in samtalet i ytligt prat eller positiva kommentarer kan den drabbade få känslan av att händelsen är för svår att prata om eller att den professionella inte klarar av eller vill ta emot berättelsen. (Knutson, 2014, ss. 115-116.) I mötet är det viktigt att kalla saker vid deras rätta namn. Att

ersätta ordet död med somnat in eller något liknande är inte att rekommendera. (Lidman, 2018, s. 60.) Att möta människor i krissituationer handlar om att hjälpa dem att stå ut med sin situation just i det ögonblicket. Det handlar om att lyssna, lugna och finnas där. (Lidman, 2018, s. 56.)

I den riktigt akuta chockfasen är det inte meningen att påbörja någon bearbetning. Regressionen tillåter den drabbade att reagera och tillika samla krafter för att ta itu med verkligheten. Om regressionen blir långvarig kan den drabbade behöva hjälp att komma ur den. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 165-167.) All information den professionella ger till den drabbade under chockfasen bör vara tydlig och gärna även ges skriftligt. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 24). Under chockfasen är det svårt att ta till sig information och även under reaktionsfasen kan det vara viktigt att informationen upprepas flera gånger (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 168-169). Råd till den drabbade bör anpassas till situationen och den drabbades behov, de råd som ges i största allmänhet glöms ofta bort. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 215). Om den drabbade själv är professionell inom hälso- och sjukvården, är det viktigt att inte förvänta sig eller kräva att hen i en krissituation ska agera professionellt. Den drabbade ska alltid få vara privat. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 226.)

Under reaktionsfasen är det viktigt för den fortsatta sorgprocessen att få prata om händelsen, att få uttrycka de känslor som uppkommit och få sätta ord på smärtan, tillika som det är viktigt att få en klar bild av och saklig information om händelsen. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 161). Fakta om händelsen ger en inblick i vad som hände och gör det enklare att förstå vad som hände. Fritt fantiserande ökar ofta ångesten. (Lennéer Axelsson, 2010, s. 249.) Genom att låta den drabbade berätta om det hen upplever som viktigt och centralt ges möjlighet att för den drabbade att få en inre struktur för det som hänt. De drabbade kan vara mycket osammanhängande i sin berättelse första gången, men får mera struktur i kommande samtal. För den professionella är det viktigt att förmedla ett budskap om att det är tillåtet och önskvärt att ge uttryck för alla de känslor som väckts. (Persson, 1995, s. 46.)

Persson skriver om containerfunktionen och menar att den professionella ska lyssna aktivt och engagerat på den drabbades berättelser (Persson, 1995, ss. 45-46). Den professionella fungerar som en container som tar emot den smärta som finns hos den drabbade utan att ta över den. Den professionella lyssnar och visar att den drabbade reagerar normalt i en onormal situation, vilket inger trygghet och hopp för den drabbade. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 168.)

I samtal under reaktionsfasen är det vanligt att gråt förekommer. Som professionell är det bra att känna av och tillåta tystnad tills gråten avtagit och sedan fortsätta samtalet. Gråten är ett bra tecken på att reaktionsfasen har kommit igång och sorgprocessen går vidare. (Cullberg & Lundin, 2006, ss. 169-170.) Cullberg (2006, ss. 175-176) varnar för att professionella inom hälso- och socialvård gärna åtgärdar situationer, är inriktade på att rätta till och göra allting bra, vilket kan leda till att den professionella lugnar ner den drabbade och får hen att anpassa sig istället för att få ge uttryck för sina känslor. Inom vården finns också risken för att ta till ”enkla” och inlärda metoder, exempelvis att skriva ut läkemedel eller tilldela den drabbade en diagnos, vilket av den drabbade kan tolkas som sjukdom eller onormalt beteende. Den drabbade kan, i en önskan om att vara normal, låsa in sina känslor och försöka låta bli att reagera. Den professionella borde i stället ta sig tid att genom samtal ta reda på hur den drabbade egentligen mår.

I uppföljningar har de drabbade önskat att någon ska ta kontakt och erbjuda hjälp och stöd i ett tidigt skede och att erbjudandet om hjälp upprepas. De drabbade har ofta svårt att själva veta hur stort stöd de vill ha eller behöver, utan önskar att olika alternativ förklaras för dem. De drabbade önskar både praktiskt stöd och psykoedukativa råd. Framst då det gäller barn funderar de drabbade familjerna mycket över hur de ska bemöta barnet och vilka reaktioner som är att förvänta och vad som går inför ramarna för det normala. (Hedrenius & Johansson, 2013, ss. 44-45.)

Dyregrov (2003, s. 53) påpekar att det är viktigt att fundera på ordval för inledningen av en gruppträff. De drabbade har vanligen mycket skärpta sinnen och är känsliga för verbal och icke-verbal kommunikation. Om ledaren för gruppen påstår sig förstå hur de drabbade känner sig, kan det leda till en misstro för ledaren. Att prata om känslor eller psykiatri kan väcka rädsla.

Enligt Cullberg och Lundin (2006, s. 164) har de professionella uttryckt en rädsla för att inte räckas till, att inte vilja tränga sig på och att inte vilja riva upp, tillika som de varit oroade för att de inte kan behärska sina egna känslor. I de samtal professionella för med drabbade är det viktigt att visa en uppriktig vilja att lyssna, att inte ifrågasätta den drabbades känslor eller upplevelse av situationen och att våga träffa den drabbade på nytt. Den drabbade har rätt till sina egna känslor och upplevelser, men den professionella kan och bör rätta till missuppfattningar, orealistiska skuld-känslor och informera om faktiska förhållanden. Den drabbade behöver få känna sig omhändertagen för att våga reagera. Med omhändertagande menar Cullberg att den drabbade inte ska lämnas ensam och att den professionella behöver

visa sitt omhändertagande med omsorg för exempelvis vatten eller mat och genom att förmedla trygghet i form av närhet eller fysisk kontakt, exempelvis att hålla handen.

## **4.2 Hur bemöta barn i traumatisk kris**

De går inte att som personal på ett daghem undvika att möta barn som upplever traumatisk kris då de förlorat någon närstående, exempelvis en förälder eller ett syskon. Varje daghem borde ha en beredskapsplan för hur personalen ska bemöta ett barn som upplevt en traumatisk kris. En beredskapsplan kan innehålla svar på vem som ansvarar för att informera de andra som berörs, hur, om och när ska lärare inom småbarnspedagogiken och den övriga personalen på avdelningen arbeta med ämnen som handlar om döden eller om att mista någon närstående. Det är också viktigt att personalen diskuterar ihop sig och vet hur de ska hantera situationen tillsammans. (Boge & Dige, 2006, ss. 41-42.)

I bemötande av barn som upplevt traumatisk kris bör daghemmets personal se till att daghemmets miljö är trygg och barnet har tillgång till en vuxen då barnet behöver prata, men för barnet är det också viktigt att få leka och glömma det jobbiga för en stund. Barn som varit med om traumatiska kriser eller som befinner sig i en traumatisk kris kan ha svårt att hantera sina kraftiga känslor, så personalen kan hjälpa barnet och förklara att olika starka känslor är okej. (Mattelin, Grudin, & Michanek, 2020, ss. 21-23.) Poijula belyser att det är viktigt för barnet att kunna uttrycka sig genom lek och dialog om det som har hänt i daghemsmiljö och att det är rent skadligt för barnet om föräldrarna förbjuder personalen att behandla frågor kring döden med barnet. (Poijula, 2016, s. 127.) I (personliga diskussionen 26.3.2020) med läraren inom småbarnspedagogiken att de på daghemmet tyckte det som var viktigt i stödande av barnet som gick igenom en traumatisk kris att det är normalt och tryggt på daghemmet, inte särbehandla och tycka synd om men finnas där för att prata om barnet vill.

När de barn som förlorat en närstående blir äldre och kommer upp i tonåren har flera berättat att de bemöttes med tystnad av personal på daghemmet och kände inte att personalen såg dem eftersom personalen inte diskuterade händelserna som var aktuella och en stor del i barnets liv. Barn kan hantera sorgen här och nu men om barnet inte har någon som hen kan prata med kan det medföra problem som visar sig senare i livet. (Boge & Dige, 2006, ss. 42-44.)

Barn som varit med om en traumatisk kris behöver, för att känna sig trygga, vuxna runt om sig som är ärliga och berättar sanningen och inte försöker förfina sanningen. (Gerger, 2018,

s. 18). Dyregrov beskriver även att det är viktigt att kunna ha en öppen kommunikation med barnet kring traumatiska kriser, både när det gäller fakta samt känslor. En öppen kommunikation har ett starkt samband med att barnet får bättre motståndskraft vid en traumatisk kris. Motsatsen till öppen kommunikation leder till att barnet börjar undvika diskussioner med vuxna, vilket kan ske ifall de vuxna visar tecken på att de blir ångestfyllda och oroliga över det som barnet berättar. Om kommunikationen inte är öppen kan det leda till att barnet slutar prata om sina känslor. Vuxna kan exempelvis uppmana barnet att försöka glömma bort det som har hänt genom att uttrycka sig för barnet; ”tänk inte på det nu, utan tänk på något trevligt istället”. (Dyregrov, 2016, ss. 58, 30.) För barnet är det viktigt att personalen på daghem vågar agera och visa att de finns där genom att fråga hur barnet har det, vilket kan vara avgörande för barnets bearbetning (Mattelin, Grudin, & Michanek, 2020, s. 19).

Boge och Dige (2006, s. 20) beskriver hur viktigt det är för personalen att se och finnas där för barn som upplevt traumatisk kris. Deras exempel handlar om Isak som förlorar sin pappa: Isak 5 år har förlorat sin pappa för en månad sedan i en trafikolycka efter att pappan följt Isak till daghemmet. Allt hade varit bra den dagen och när Isak blev på daghemmet fick pappan en stor kram till avsked. Personalen på daghemmet gör allt de kan och vill att Isak ska ha det bra när han kommer till daghemmet efter olyckan. De finns där för att prata och väntar att Isak ska öppna upp sig för dem. Isak leker mycket och verkar relativt oberörd efter händelsen. Nu som då går han ensam till ett annat rum. Personalen låter Isak vara för sig själv oftast men en dag när han går bort följer en från personalen efter. När skötaren i personalen ser vad Isak gör blir hon förvånad, hon trodde hon skulle se en ledsen Isak men Isak är väldigt arg och stampar, fäktar och skriker till sig själv. Efter Isaks utbrott tar skötaren Isak i famnen och ger en kram medan hon frågar lugnt vad som just hände, då börjar Isak gråta. Han svarar:

*” – Jag saknar pappa!*

*– Han ska komma tillbaka till mig!*

*– Jag gick på springan mellan stenar och trottoaren, det får man inte*

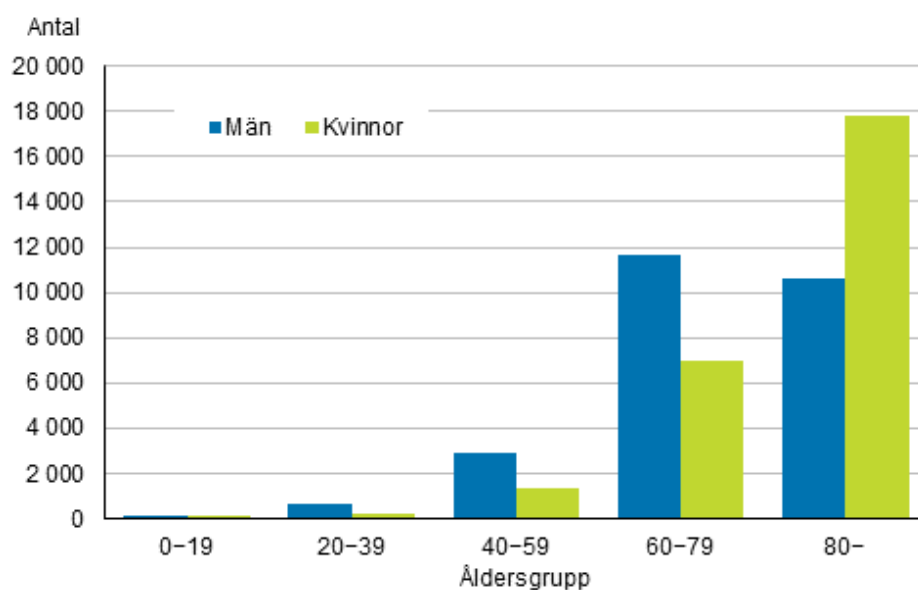
*– Nu kan pappa aldrig hämta mig igen!”*

Arbetet som involverar traumatiserade barn eller ett barns död anses vara en av de svåraste arbetsuppgifter när det gäller att stöda och hjälpa. När det handlar om vuxna kan personal oftast hantera sina känslor inom arbetsplikt, men när barn är involverade blir det svårare att hålla avstånd till de egna känslorna och arbetet blir av personligt intresse. Vid traumatiska

händelser som drabbar familjer och barn blir igenkänningsfaktorn hög och tankar om att liknande kunde hända den egna familjen uppstår. (Dyregrov, 2016, ss. 231-232.)

Tabellen här nedan visar antalet döda efter ålder och kön år 2015 i Finland (Statistikcentralen, 2015) Enligt statistiken (Tabell 2) så kan vi tyda att det inte är ofta personal på daghem i Finland behöver bemöta föräldrar eller syskon som förlorat ett barn, men det händer. Sannolikheten är större att bemöta ett barn som förlorat sin förälder.

**Tabell 2 Antalet döda efter ålder och kön år 2015 i Finland (Statistikcentralen, 2015)**



## 5 Simulering

Under denna rubrik beskrivs hur simulering utvecklats under århundraden för att få en förståelse av hur inlärningsmetoden uppkommit. Simuleringspedagogiken ger oss förståelse för hur en simulering ska byggas upp och simuleringsetiken ger riktlinjer för hurdana scenarion simuleringen kan innehålla och hur deltagarna behöver förberedas. Simuleringsstrukturen är nödvändig för att kunna bygga upp en egen simuleringsövning.

## 5.1 Utveckling av simulering som inlärningsmetod

Den medicinska simuleringen har sina rötter i antiken, då statyer som föreställde patienter byggdes av sten och lera för att visa hur olika sjukdomstillstånd påverkade människan. I 1700-talets Paris uppfann kirurgerna, far och son Grégoire en docka som användes i barnmorskeutbildningen för att simulera en förlossning. Härmed minskade förlossningsdödligheten. (Jones, Passos-Neto, & Braghiroli, 2015, s. 57; Gardner & Raemer, 2008, s. 101.)

I början av 1960-talet beskriver anesthesiologen Peter Safar återupplivningens mun-mot-mun-metod och Ausmund Laerdal planerar och tillverkar en docka för övning av den nyuppfunna metoden. Dockan får sitt namn efter Anna, en kvinna som enligt en berättelse från 1890-talet hittas död i floden Seine. I slutet av 1960-talet utvecklar läkaren Michael Gordon en simuleringsdocka som gjorde det möjligt att efterlikna olika hjärtsjukdomar. Dockan möjliggör auskultation av olika hjärtljud och mätning av bland annat puls och blodtryck. (Jones, Passos-Neto, & Braghiroli, 2015, s. 57.)

Modern medicinsk simulering uppkommer i Stanford, USA under ledning av anesthesiologen David Gaba på 1980-talet. (Rall, 2013, s. 10). Deras simuleringsdocka ger omfattande möjligheter för en interaktiv simulering i ett anesthesiologteam. Simuleringen ger möjligheter att utbilda praktiskt, utan att skada patienter. (Gardner & Raemer, 2008, s. 99.) Den moderna simuleringen koncentrerar sig mycket på akutvård och det mångprofessionella teamarbetet. I början handlar det mycket om teknologi och övning av tekniska färdigheter, men under årens lopp har utvecklingen allt mer riktats mot facilitatorns roll och den mänskliga faktorn. (Rall, 2013, s. 10.)

Inom den icke-medicinska simuleringen anses Edwin Albert Link vara pionjären som uppfinner den första flygsimulatorn år 1929. Den tillåter piloter att öva på svåra situationer i en säker miljö. (Jones, Passos-Neto, & Braghiroli, 2015, s. 57.) Efter flera dödliga flygolyckor på 1970-talet inser forskare att det inte enbart handlar om tekniska fel utan också om den mänskliga faktorn. Förutom teknisk simulering finns det behov av träning i att bemästra situationen. Metoden som svarar på behovet kallas för Crew Resource Management (CRM) som så småningom införlivas i den medicinska simuleringen under namnet Crisis Resource Management (CRM) (Carne, Kennedy, & Gray, 2011, s. 7.) Trots att teamen inom hälsovården är större och mer dynamiska har CRM använts med god framgång inom vården. CRM som metod används både av studerande och professionella



inom vården. I forskning har bevisats att simulering enligt CRM ökar patientsäkerheten. (Kelly, et al. 2019, ss. 76-77.)

Målet för simulering enligt CRM är att optimera teamets samarbete, bra ledning, effektivera problemlösning, förbättra medvetenheten om situationen och därigenom tidigt känna igen fel och debriefing (Gardner & Raemer, 2008, s. 99). CRM-färdigheter inom ledarskap, teamarbete, kommunikation, resursanvändning och problemlösning anses idag i hög grad bidra till patientsäkerheten inom akutvård (Parsons, et al. 2018). Simuleringsövningarna inom hälsovården är till stor del kliniska övningar, som koncentrerar sig på görandet. Även interaktion och teamarbete simuleras. (Vaajoki & Saarinen, 2016, s. 115.)

## **5.2 Simuleringspedagogik**

Simulering som inlärningsmetod rekommenderas redan i början av studierna. Studerande får lära sig rätt arbetssätt och arbete i mångprofessionella team. Att öva i simuleringssituationer är etiskt mera försvarbart än att öva på riktiga patienter. Simulering är enligt David Gaba att efterlikna en verklig situation där målet är att förstå situationen, öva på att bemästra situationen eller att utvärdera studerandes eller professionellas arbetsförmåga i situationen. (Rall, 2013, s. 9.)

I simuleringen ska fokus finnas på ”varför” deltagarna gör på ett visst sätt inte på ”vad” de gör. Deltagarna och simuleringsledarna analyserar tillsammans eventuella fel och brister. (Rall, 2013, s. 15.) Simuleringsfacilitatorn har en avgörande roll för inläringen i simulering (Rall, 2013, s. 19). Simuleringsfacilitatorn behöver ha förståelse för inläring och handledning (Etäpelto, Collin, & Silvennoinen, 2013, s. 21). Psykologen och pedagogen Vygotskij har redan i början av 1900-talet insett lärarens eller handledarens roll i inläringen. Enligt Vygotskij är människans inläring beroende av den växelverkan som finns mellan läraren/handledaren och den som lär sig, först efter det kan den som lär sig ta in kunskapen på individuell nivå. (Etäpelto, Collin, & Silvennoinen, 2013, s. 33.)

### **5.2.1 Simulering med standardiserade patienter**

Standardiserade patienter är personer som facilitatorn bjudit in till simuleringsövningen för att kunna öva bemötande och kommunikation. De standardiserade patienterna är personer som är utbildade eller har i uppgift att spela en roll, där de efterliknar patienter med vissa symptom, sjukdomar eller utmaningar. Personen som spelar rollen kan vara en skådespelare, lärare, professionella inom branschen eller studerande. (Rubin & Francis, 2019, s. 3.)

Användningen av patienter i simuleringsövningar har sina fördelar, då patienten autentiskt kan berätta om sina symptom, dock kan det vara svårt att alltid få riktiga patienter och etiskt kan alternativet ifrågasättas. Standardiserade patienter är skådespelare eller personer som lärt sig en patientroll för simuleringsövningen. Fördelen med standardiserade patienter är att deltagarna kan öva på interaktion utan att vara rädda för att göra fel och övningarna kan innehålla belastande moment, som att exempelvis berätta dåliga nyheter för patienten. Simuleringen blir verklighetstrogen då deltagarna träffar obekanta personer som har en tydlig patientroll. Standardiserade patienter kan med fördel delta i debriefingen och ge feedback om interaktionen mellan deltagarna. (Ponzer & Castrén, 2013, ss. 141-144.)

### **5.2.2 Simulering inom mångprofessionellt team**

Mångprofessionellt kunnande handlar om att dela kunskap, färdigheter och värderingar samt ha en ömsesidig respekt för varandra (Tieranta & Poikela, 2016, s. 19). Erja Katajamäki (2010, s. 19) beskriver att mångprofessionellt arbete kan betraktas som en nödvändig del av professionell expertis eftersom det har blivit en kvalifikation inom social- och hälsovården. Inläring i grupp är effektivare och kunskapen utvecklas på en högre nivå jämfört med att lära sig individuellt. Även det sociala sammanhanget främjar inläring genom att öka på motivationen. I simuleringen är förtroendet inom gruppen och en tillåtande atmosfär viktiga. (Etäpelto, Collin, & Silvennoinen, 2013, s. 35.) Målet med mångprofessionellt teamwork inom utbildningar är att få kompetenta yrkesverksamma ut i arbetslivet där medlemmar värderar och identifierar varandras expertis (Tieranta & Poikela, 2016, s. 19).

Inom social- och hälsovårdsutbildningar har användningen av simulering expanderat och diversifierats. Yrkehögskolor använder simulering som inlärningsmetod i sjukskötnas-, hälsovårdarnas-, barnmorske- och i akutvårdarnas grundläggande utbildningar. Under våren 2016 påbörjades användandet av simuleringar som inlärningsmetod inom det sociala områdets utbildningar i Finland. Simuleringsbaserad inläring är en metod som används mycket i utbildningar inom vården, där studerande kan öva på det praktiska i en trygg miljö. Hurdan effekt simuleringen som inlärningsmetod har på studerande är ett område som det har forskats litet i jämförelse med andra inlärningsmetoder. Simuleringsbaserad inläring är en metod som ökar inom hälsovårdsutbildningar både i yrkehögskolor och universitet runt om i Europa, där det byggs nya simuleringsutrymmen för ändamålet. (Tieranta & Poikela, 2016, s. 15.)

### 5.2.3 Simulering inom det sociala området

Simuleringsbaserad inläring är också viktig inom det sociala området för att förbereda studerande för verkliga situationer som kan uppstå i arbetslivet. Behovet av simuleringsbaserade övningar inom sociala området är växande. Simuleringsbaserad inläring är en inlärningsstrategi som övar studerandes kunskap inom klinisk vård, erfarenhet och expertis. Med hjälp av simuleringsbaserade övningar kan verkliga situationer framställas som scenarier för att studerande ska öva olika situationer i trygga förhållanden och utan risker. Med hjälp av teknologi eller annat material som behövs och även med hjälp av skådespelare, lärare, eller studerande som spelar klienter så kan olika scenarier övas för att utveckla färdigheter inom området. (McInroy, Bogo, & Thompson, 2017)

För att förbereda studerande inom det sociala området på att diskutera om svåra saker med klienter innan det möter dem i arbetslivet så är simuleringsövningar en bra metod. För att skapa en så bra simuleringsövning som möjligt så ska simuleringsövningen vara verklighetsbaserad, hänt inom närmaste tiden före simuleringsövningen hålls och om resultat i den verkliga situationen inte blev det bästa. Då kan simuleringsövningen få ett bättre resultat i bemötande av klienten. (Hitchcock, 2020)

### 5.3 Simuleringsetik

Launis och Rosenberg (2013, ss. 166-168) anser att simulering är etiskt försvarbart. Patienter inom vården har alltid rätt till bästa möjliga vård och det är oetiskt att en patient utsätts för professionella eller studerande som aldrig genomfört vården eller ingreppet tidigare. Simulering är ett ypperligt sätt att öva på färdigheter innan den riktiga patienten kommer med i bilden. Likaså är simulering viktigt då nya metoder tas i bruk inom vården eller teamet börjar jobba mångprofessionellt. Genom simulering ökar patientsäkerheten och kvaliteten i vården.

Med tanke på studerande är simulering även etiskt försvarbart. Studerande tillåts öva i en trygg och stressfri miljö, där fel är möjliga och tillåts. I debriefingen diskuteras eventuella fel och studerande har en chans att rätta till sitt agerande. Det är även möjligt att avbryta övningen, om felet kräver det. (Launis & Rosenberg, 2013, s. 166.) Simulering hjälper studerande att tro på sina kunskaper och höjer självförtroendet. Simulering ger möjlighet att öva i en trygg miljö med facilitatorns stöd. I forskningen framkommer att simulering höjer studerandes kunnande och knyter ihop teori och praktik. (Zakari, Hanadi, Raul, & Walaa, 2017, ss. 78-79.) För att simuleringen ska lyckas behöver deltagarna känna sig trygga i

situationen, tillika som det behöver finnas en utmaning i simuleringsövningen (Øversveen Svamo, Stensrud, & Lofthus, 2019, s. 16).

Gaba (2013, s. 5) poängterar att det är viktigt att fundera över vilka effekter simuleringen har på deltagarna, tillika som ansvaret för att se till deltagarnas bästa ligger hos dem som planerar simuleringen. Att låta simuleringen innehålla patientens död innebär att simuleringens briefing och debriefing bör planeras noggrant. Om briefing ska innehålla informationen om att patienten dör under simuleringen eller inte, finns det olika åsikter om. En del anser det vara bra att utsätta deltagarna för den chocken, så att simuleringsfacilitatorn kan se hur deltagarna reagerar. Tanken bakom att chockera deltagare är att under kontrollerade förhållanden tillåta reaktioner. Då kan även deltagarna få en insikt i sin egen resiliens; finns de egenskaper som behövs för att jobba i situationer där patienten kan dö. Å andra sidan finns det åsikter om att det är oetiskt att utsätta deltagare för en så chockerande situation utan att förvarna.

Gaba (2013, ss. 5-6) anser att simulering är ett kraftigt verktyg, som ska användas med eftertanke. Vid planering och genomförandet av simulering med psykiskt tunga scenarier, behöver simuleringsfacilitatorn även planera tillvägagångssätt om någon deltagare reagerar väldigt starkt. Efter simuleringen kan en uppföljning bli aktuell. Även de som spelar patienter kan råka i situationer där de reagerar starkt. Studier påvisar också att de som spelar patienter lätt tar till sig den roll de spelar och kan med en ohälsosam styrka börja reagera på situationen.

## **5.4 Simuleringsstruktur**

Simuleringsövningens plan utgår från studerandes utgångspunkt och inlärningsmål. Planen innehåller simuleringsövningens målsättning, innehåll, övningens förlopp och debriefing. Planen kan vara i form av en checklista eller en blankett. Om gruppen är större än själva övningen kräver, kan en del av deltagarna fungera som observatörer, som aktivt deltar i debriefingen. För att fokus ska hållas på simuleringens innehåll, bör gruppens storlek vara så liten som möjligt. (Nurmi, Rovamo, & Jokela, 2013, s. 89.) Observatörerna är en stor resurs, som kan tillföra kunskap (Edelbrin, et al. 2019, s. 3). Simuleringsövningen ska grunda sig på aktuell och forskningsbaserad kunskap. Även så kallad tyst kunskap kan förmedlas till studerande. Scenariot ska vara mycket utförligt planerat och beskrivet. (Nurmi, Rovamo, & Jokela, 2013, s. 91.)

### 5.4.1 Briefing

Studering bör ha teoretisk kunskap om det som övas i scenariot. Innan simuleringen börjar bör facilitatorn gå igenom följande saker: Simuleringar är en övning, det som händer under simuleringen delges inte utomstående. I simuleringen får användas samma stödmaterial som i en verklig situation, exempelvis handböcker och konsultation. Misslyckanden är inte farliga eftersom det inte är fråga om en patient utan en simuleringsdocka som påminner om verkligheten. Deltagarna fungerar inte alltid lika i verkligheten som i simulering, så direkta slutsatser om en persons kunnande kan inte dras utifrån simuleringen. (Nurmi, Rovamo, & Jokela, 2013, s. 93.)

I briefing inför scenariot ges de aktiva deltagarna uppgifter, medan observatörerna kan få en passiv roll. För att aktivera observatörerna kan dessa ges uppgifter, exempelvis att följa med kommunikationen, fundera hur uppgifterna kunnat göras annorlunda eller bättre. Observatörerna framför sina observationer under debriefingen och deltar aktivt i inlärningsdiskussionen. (Boud, et al. 2019, ss. 118-119.) En tydlig blankett på vad som ska utvärderas är ändamålsenligt för observatörerna (Tervaskanto-Mäentausta & Roivainen, 2013, s. 54).

### 5.4.2 Debriefing

Debriefing används som en inlärningsmetod i simuleringsövningen, där studerande eller professionella övar att reflektera över situationen och kritiskt utvärdera sitt agerande. Att kunna reflektera över sitt agerande bidrar till inläring. Genom debriefingen övar studerande på att verbalisera och utvärdera sitt agerande i situationen. Facilitatorns roll är att möjliggöra en inlärningsdiskussion i en trygg miljö. (Wallace & Gill, 2019, ss. 32-33.) Debriefingens gång kan med fördel planeras utgående från inlärningsmålen. I debriefingen har den ena facilitatorn huvudansvaret för diskussionen. (Nurmi, Rovamo, & Jokela, 2013, s. 95.) Debriefingen ska vara systematisk och ge deltagarna insikter. Facilitatorn leder samtalet med korta frågor. Deltagarna ska få berätta om sina iakttagelser och upplevelser. (Nurmi, Rovamo, Maisniemi, & Markkanen, 2013, ss. 186-187.) I debriefingen kan användas inspelningar från, återkopplingar och diskussion om scenariot. Deltagarna ska få en möjlighet till reflektion. Debriefingen tar åtminstone lika mycket tid i anspråk som själva övningen, men kan även vara betydligt längre. (Dieckmann, Lippert, & Østergaard, 2013, ss. 197-201.)

Debriefingen innehåller tre olika faser: i beskrivningsfasen går alla tillsammans igenom vad som hände i simuleringen, vad som gick bra och vad som var utmanande. I beskrivningsfasen är det inte meningen att gå in på djupet och fokusera på detaljer, utan det är meningen att ge en heltäckande beskrivning av övningen. Analyseringsfasen utgår från inlärningsmålen och alla analyserar vad som hände i detalj. Både lyckade och mindre lyckade delar analyseras. Här är det meningen att deltagarna analyserar sina antaganden, observationer, känslor och tankar. Analysering ska ske i positiv anda för att uppmuntra deltagare att vidareutveckla sin kunskap. I tillämpningsfasen vidareutvecklar deltagarna med facilitatorns hjälp tanken kring de utmaningar som funnits i övningen och knyter det till teorin. Med facilitatorns hjälp gör deltagarna upp en plan över hur deltagarna kan gå tillväga för att utföra övningen eller det övade bättre. (Dieckmann, Lippert, & Østergaard, 2013, ss. 197-201.) Vid användning av rollspel i simuleringsövningen är det viktigt att högt påpeka att alla nu lämnar sina roller och återgår till att vara sig själva (Dieckmann, Lippert, & Østergaard, 2013, s. 205).

## **6 Metod**

Undersökningsmetoden samt planering för arbetet sammanställs i detta kapitel med underrubrikerna; narrativ litteraturöversikt, datainsamlingsmetod och pilotering av produkt.

### **6.1 Narrativ litteraturöversikt**

Personal inom social- och hälsovård har en professionell skyldighet att vara uppdaterad inom det egna områdets senaste utveckling och forskning. Litteraturöversikter är viktiga där all forskning inom ett visst ämne samlas in och sammanfattas, annars finns en risk för att det tillhandahålls föråldrad vård. (Aveyard, 2014, s. 4.) Litteraturöversiktens syfte är att bygga upp en helhetsbild över ämnet, utveckla och skapa ny teori samt identifiera problem. Litteraturöversikter delas upp i tre delar, som består av beskrivande litteraturöversikt, systematisk litteraturöversikt samt meta-analys. Den beskrivande litteraturöversikten splittras ytterligare i två grenar som kallas narrativ litteraturöversikt och integrerad litteraturöversikt. (Salminen, 2011, ss. 3, 6.)

Den narrativa litteraturöversikten är en mindre strikt metod, vilket möjliggör att mera omfattande material kan användas. Genom den narrativa metoden kan ett stort område av ämnet behandlas. (Salminen, 2011, s. 7.) Syftet med den narrativa litteraturöversikten är att identifiera, analysera, utvärdera och tolka en mängd kunskap om ett ämne (Coughlan & Cronin, 2017, s. 12). Inom narrativa undersökningar tillåts användning och tolkning av

berättelser och historier som informationskällor (Bell, 2016, s. 33). Litteraturöversiktens process börjar med ämnesval, därefter utvärderas och sammanställs resultaten från forskningarna och avslutas med presentation av granskningen (Coughlan & Cronin, 2017, ss. 3-4).

Metoden för examensarbetet består av en narrativ litteraturöversikt för att kunna utnyttja bredare litteratur och skaffa en helhetsöversikt över ämnet traumatisk kris och bemötande. Skribenterna anser att det har varit viktigt att få läsa om människors egna erfarenheter och till en viss del kunnat ta med dem i examensarbetet.

## **6.2 Datainsamlingsmetod**

Eftersom litteratursökningen för examensarbetet är baserad på narrativ litteraturöversikt, finns det information från böcker, databaser som Pubmed, EBSCO (host), Google Scholar och SweMed. Även tidigare examensarbeten och avhandlingar om ämnet har lästs för att få tips om litteratur. Grunden i examensarbetet är uppbyggd på litteratur från böcker och är sedan kompletterad med vetenskapliga artiklar. Orsaken till att skribenterna använt böcker är att det inte finns tillräckligt med grundläggande information i vetenskapliga artiklar. För att få en god tillförlitlighet är arbetet kompletterat med synvinklar från vetenskapliga artiklar. THL, Finlex och Social- och hälsovårdsministeriet har också använts som källor i detta arbete eftersom det exempelvis är viktigt att veta vad det står i lagen angående kommunens ansvar gällande kris. Sökorden och avgränsningen presenteras i sökhistoriktabellen (Bilaga 1).

Litteraturen avgränsas till litteratur som skrivits på 2000-talet. I olika databaser har olika sökningar gjorts för att få en så bred blick över litteraturen som möjligt. Av de sökresultat som fåtts, har den mest relevanta och nyaste informationen använts. Relevanta källor som är äldre kan godkännas ifall det inte finns nyare att tillgå. Cullbergs kriteori är skriven på 1970-talet och uppdaterad senast 2006, vilket innebär att den är relativt gammal, men mycket aktuell och använd ännu idag. Litteraturen eller forskningarna kan vara skrivna var som helst i världen förutsatt att de kan tillämpas i vårt land och i vår kultur.

Personlig diskussion har använts som en form av datainsamlingsmetod. Skribenterna ansåg att det var viktigt att få en inblick i den aktuella situationen på daghem gällande traumatiska kriser. Diskussionen berörde också professionellas tankar om hur daghemmet i sin krisplan kan förbereda och hantera plötsliga situationer som uppkommit på grund av traumatisk kris. Så två personer inom dagvården har kontaktats. Den personliga diskussionen baserade sig

på frågor om varför krisplaner är viktiga inom dagvården, hur användbara krisplanerna är, erfarenheter av användning av krisplanen, erfarenheter om bemötande i krissituationer samt tips för agerande i en krissituation. Båda lärarna inom småbarnspedagogik valde att vara anonyma. De personliga diskussionerna har skett via telefonsamtal den 26.3.2020 och 9.4.2020.

### **6.3 Pilotering av produkt**

Pilotering innebär att produkten prövas ut på en liknande grupp som målgruppen. Genom piloteringen kan ändamålsenlighet och användarvänlighet testas. Pilotering är värdefullt eftersom det är svårt att föreställa sig vad som kan gå fel. (Sundell, 2012, ss. 167, 169.) Stow, Morphet, Griffiths, Huggins och Morgan (2017, ss. 132, 134) anser att simuleringar behöver piloteras innan de används i inläring eftersom simulering är en omfattande, tids- och kostnadskrävande process. För att inläring genom simulering ska vara effektivt, uppnå målsättningarna och kännas trovärdig, behövs pilotering, utvärdering och utveckling av simuleringsövningen.

Piloteringen av de två simuleringsscenarier som byggs upp inom examensarbetsprocessen piloteras under ett handledningstillfälle. Piloteringen sker i ett klassrum, som inreds enligt beskrivningen i simuleringsplanerna. Inom projektet DigiSimÅbo finns sju studerande och dessa utgör deltagarna i scenarierna. I det första scenariot (bilaga 2) tilldelas två studerande rollerna som sjukskötare som leder kisträffen. Fyra studerande får rollerna som kisträffsdeltagare, vilka i scenariot är anhöriga till det döda barnet. Dessa fyra personer har alla olika i simuleringsplanen beskrivna roller som bygger på hur vuxna reagerar i traumatiska krissituationer. Skribenten som planerat scenariot fungerar som simuleringsövningens facilitator och informerar om scenariot. Handledaren för DigiSimÅbo-projektet fungerar som observatör och stöd för studerande med facilitatoruppgift. I piloteringen finns inte andra observatörer. Inlärningsmålet för scenariot är att studerande kan bemöta de drabbade i en traumatisk kris i påbörjandet av en kisträff.

I det andra scenariot (bilaga 3) tilldelas en studerande till rollen som läraren inom småbarnspedagogiken. Två studerande får rollerna som daghemsmötets deltagare, som är föräldrarna till barnet som går på daghemmet samt till syskonet som dött. En studerande får rollen som daghemsföreståndare som träder in i scenariot som lifesaver. Deltagarna i mötet får givna roller som skrivits i simuleringsplanen. Inlärningsmålet för scenariot är att studerande kan bemöta de drabbade i en traumatisk kris.



## 7 Resultat

Resultatet i detta examensarbete är två simuleringsscenarioer som gjorts utgående från teorin om hur professionella på bästa sätt bemöter vuxna och barn utgående från deras reaktioner i en traumatisk kris samt simuleringsteori. Simuleringsscenarioerna är gjorda i enlighet med DigiSimÅbo-projektets målsättning att producera simuleringsscenarioer som kan användas i utbildning och kurser. För studerande är det viktigt att få öva på obekväma och känslomässigt svåra situationer i en trygg miljö. Då det handlar om dödsfall, i synnerhet då barn dött, eller situationer där professionella behöver ge tråkiga nyheter är det ofta svårt att hitta de rätta orden och ofta känns det att de rätta orden inte finns. Då blir bemötandet det viktiga. Därför har skribenterna valt scenarioer som berör och som kan kännas svåra. Skribenternas önskan är att alla studerande får en möjlighet att fundera och öva på bemötande i en svår situation. Dessa scenarioer kan även användas av professionella inom krisgrupper och småbarnspedagogiken för att vara mer förberedd på en oväntad situation.

De två simuleringsscenarioerna i (bilaga 2) och (bilaga 3) baserar sig på den teoretiska bakgrunden i examensarbetet. Scenarioerna handlar om samma familj, vars 2 åriga barn oväntat dött. Kvar i familjen finns familjens äldsta barn samt mamma och pappa. Mormor, farmor och farfar är de närmaste vuxna utanför kärnfamiljen. Även lärarna inom småbarnspedagogiken blir en viktig del, då familjens äldsta barn går i daghem.

Många vuxna blir berörda då ett barn plötsligt dör. I det första scenariot (Bilaga 2) lyfts vuxnas reaktioner och försvarsmekanismer fram då föräldrarna samt farmor och mormor deltar i kisträffen. Målet med simuleringsovningen är att studerande koncentrerar sig på bemötandet av vuxna i en traumatisk kris samt att känna igen och förstå den drabbades reaktioner. Meningen är inte att lära sig färdiga repliker eller mönster för frågor, då det inte fungerar så i verkligheten. Det viktiga är att kunna avläsa och förstå den drabbades reaktion och behov av bemötande. Kisträffars innehåll och hur professionella på bästa sätt bemöter vuxna i traumatisk kris beskrivs i arbetet. Simuleringsovningen är uppbyggd enligt den teori om simulering som finns i examensarbetet.

I patientrollerna finns personer som agerar standardiserade patienter, vilket i simuleringen innebär att de har en rollbeskrivning och ett manuskript de följer. I simuleringen kallas dessa personer för anhängiga. Rollerna är uppbyggda utgående från hur vuxna reagerar och hanterar traumatiska kriser. Eftersom vuxna ofta reagerar på olika sätt och reaktionerna kan variera från dag till dag, har valet hur patienterna reagerar och fungerar i scenariot gjorts så enkelt och tydligt som möjligt. Varje patient står för en reaktion eller försvarsmekanism. Två

studerande eller professionella, beroende på var simuleringsövningen genomförs, fungerar i simuleringsövningen som krisgruppens ledare (sjukskötare) och kallas i simuleringsövningens manuskript för studerande/professionella. Simuleringsövningen kan tillämpas både under studietiden inom exempelvis sjukskötarstuderandes kurs i mentalvård, psykiatri och missbrukarvård och i arbetslivet för professionella som verkar inom krisgruppen eller andra professionella som möter vuxna i traumatiska kriser.

Om övningen känns för enkel för professionella, kan mer mångfasetterade reaktioner och försvarsmekanismer läggas till. Även mer utmanande agerande kan åläggas till de standardiserade patienterna. Ett annat alternativ är att lägga större vikt vid bemötandet och använda de standardiserade patienterna och deras åsikter som mått på bedömningen av bemötandet i debriefingen. Övningen kan tillämpas för större grupper genom att utöka antalet anhöriga, med exempelvis farfar och morfar och hitta på roller för dem. Om gruppen som ska simulera är stor, kan även en krisgruppsmedlem läggas till. Observatörer kan med fördel observera scenariot och bidra med sina observationer och förslag på hur bemötande kan förbättras i debriefingdelen.

I scenario två (Bilaga 3) är målet att genom simuleringsövning förbereda sig på hur föräldrar som förlorat ett barn och syskon bemöts när de kommer tillbaka till daghemmet. Vi har valt att i scenario fokusera på bemötande med föräldrarna eftersom det kan vara knepigt att ha barn med i simuleringsövningar. Daghemmet kan förbereda sig för situationer som denna genom att bereda en krisplan tillsammans med daghemmets krisgrupp samt ha kunskap om hur barn och vuxna hanterar och reagerar i traumatiska situationer. Simuleringsövningen handlar om att förbereda studerande att bemöta föräldrar och barn som är i en traumatisk kris. Resultatet efter simuleringsövningen är att studerandena är förberedda och vet hur det ska bemöta de drabbade inom småbarnspedagogiken.

## **8 Tillförlitlighet och etik**

I Finland rekommenderas att all forskning ska följa Forskningsetiska delegationens utgångspunkter för god vetenskaplig praxis. Forskningsetik innebär att verksamhet som bygger på etiska grunder och är korrekt gjord stöds inom forskning. För att förebygga ohederlighet och felaktigheter, bör processen kring forskningen stäva efter att identifiera ohederlighet och felaktigheter och åtgärda dessa. Bland de centrala utgångspunkterna finns omsorgsfullhet, noggrannhet och öppenhet kring det som framkommit i forskningen. I det egna arbetet tas hänsyn till andras forskning, genom att bland annat ange källan, undvika

plagiat och förfalskning av information. Forskningen bör planeras, genomföras och rapporteras enligt gällande regler. Inom forskningsgruppen uppgörs avtal för att se till allas rättigheter. Ansvaret för att dessa utgångspunkter uppfylls finns hos forskaren eller forskningsteamet. (Forskningsetiska delegationen, 2012, ss. 16-21.)

I examensarbetet har skribenterna valt att följa Forskningsetiska delegationens utgångspunkter för god vetenskaplig praxis i den mån de går att tillämpa på detta examensarbete. Alla tre skribenter har gjort ett så omsorgsfullt arbete som möjligt, dessutom har källhänvisningar kontrollerats dubbelt för att vara riktiga. Skribenterna har följt Novias skivanvisningar, instruktioner för examensarbete samt deltagit i handledning för att följa de regler Yrkehögskolan Novia har satt upp för examensarbeten. Alla i gruppen har jobbat effektivt med examensarbetet och kan ses som likvärdiga gruppmedlemmar och därmed ha rätt att finnas som upphovsmän till examensarbetet. I uppbyggnaden av scenarierna har den teori som finns beskriven i arbetet använts.

Skribenterna har valt ett gemensamt ämne; traumatiska kriser och bemötande och utgått från sin egen utbildningsinriktning, socionom med inriktning inom småbarnspedagogiken och sjukskötare, för att utreda den teoretiska bakgrund som behövs för att bygga upp simuleringsscenarier som behandlar bemötande i traumatiska krissituationer. Det visade sig att det finns en hel del material om traumatiska kriser och bemötande. Litteraturen från böcker är omfattande och beskrivande, men tyvärr lite äldre, då de flesta böcker är skrivna mellan 2003 och 2013. Tanken var att få grunderna till den teoretiska bakgrunden från böcker och sedan fylla på med nyare forskning. Eftersom litteraturen erbjöd ett så omfattande material, blev tanken på nyare forskning i skymundan och resultatet i examensarbetet är nu att nyare forskning i den teoretiska bakgrunden om traumatisk kris och bemötande så gott som uteblev. Huruvida teoridelen skulle vara bättre med nyare forskning och mer mångsidig litteratur blev utforskat, men kan anses som en brist i examensarbetet. Teoridelen om simulering är skriven utgående från några böcker, men mest utgående från forskning om ämnet. Det finns massor av forskning om simulering i hela världen, främst om forskning kring teknisk simulering, men även icke-teknisk simulering som går att tillämpa i scenarierna i detta examensarbete. Eftersom utbudet är så stort, så har inte all forskning kunnat utnyttjas och eventuellt har någon aspekt uteblivit.

Scenarierna är uppbyggda enligt den teoretiska bakgrund om bemötande i traumatisk kris och simulering som finns beskrivet i detta examensarbete. Inom projektet DigiSimÅbo är målsättningen att pilotera produkten, som är simuleringsövningarna, under



kris, uppnås endast på ett teoretiskt plan eftersom piloteringen uteblev på grund av Covid-19-virusepidemin i Finland.

Resultatet i examensarbetet är två simuleringsscenarier. Målet för simuleringsövningarna är att få insikt i och öva professionellt bemötande i en traumatisk krissituation. Det ena scenariot är riktat till sjukskötarstuderande och sjukskötare. Simuleringsövningen lämpar sig bra för praktisk simulering inom sjukskötarutbildningen. Sjukskötare som i arbetslivet möter vuxna i traumatisk kris, medlemmar i kommunernas krisgrupper och professionella inom kris- och socialjouren kunde väl använda simuleringsovningen för fortbildning. I synnerhet professionella som påbörjar en karriär inom krisarbete kan ha nytta av övningen. Enligt de förslag som tagits upp under rubriken resultat kan facilitatorn försvåra simuleringsovningen, så den passar in i kontexten. Den andra simuleringsovningen är planerad för socionomstuderande eller socionomer inom småbarnspedagogiken. Simuleringsövningen kan med fördel användas i utbildningen för socionomer. Simuleringsövningen kunde användas i den årliga fortbildningen gällande kriser och daghemmets krisplan. I den personliga diskussionen (9.4.2020) framkom behovet av stöd från föreståndaren och att kurser som ordnas gällande ämnet är betydelsefulla. Examensarbetet fyller en viktig funktion i att erbjuda stöd och kunskap om hur professionell inom småbarnspedagogiken kan bemöta barn och föräldrar i en traumatisk krissituation.

En intressant infallsvinkel som kunde utvecklats i examensarbetet är hur social- och krisjourens arbete med de drabbade sker och hur deras bemötande ser ut. Om socionomens eller socialarbetarens roll inom socialjouren hade varit med i arbetet kunde arbetet ses som en hel vårdprocess. För att ännu utveckla tanken om en hel vårdprocess, kunde räddningspersonalens och akutvårdens synvinkel involveras.

Utgående från den narrativa litteraturöversikten erbjuder examensarbetets teoretiska del en sammanfattning och fördjupning i ämnet traumatisk kris. Litteraturöversikten över den professionella hjälpen baserar sig på färskare rekommendationer från social- och hälsovårdsministeriet och lagar. Den teoretiska bakgrunden kan användas för instudering av ämnet som grund för praktisk övning. Cullbergs kristeori är förhållandevis gammal, men mycket användbar ännu idag. Reaktionen och hantering av traumatiska krisreaktioner är ganska bestående, likaså hur professionellt bemötande ser ut. De rekommendationer och lagar som hänvisas till kommer med största sannolikhet att förändras, så dessa rekommenderar skribenterna att läsaren försäkras om att ännu är aktuella. Genom examensarbetet vill skribenterna lyfta fram att det genom simuleringsovningar är möjligt att

öva bemötande i utmanande situationer. Skribenternas önskan är att dessa scenarier någon gång kommer till användning för studerande och professionella. Scenariet för krisgruppen kommer att tas i användning i en krisgrupp under hösten 2020.

## Källförteckning

- Aho, A.;Kivikko, M.;Mesikämmen, E.;& Uittomäki, S. (2014). *När ett barn dör*. Jyväskylä: KÄPY- Lapsikuolemaperheet.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care, a practical guide 3 edition*. New York: McGraw Hill Education.
- Bell, J. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Boge, P.;& Dige, J. (2006). *Möta barn i sorg*. Kristianstad: Kristianstads Boktryckeri AB.
- Boud, D.;Nyström, S.;Abrandt Dahlgren, M.;Dahlberg, J.;Rooney, D.;Kelly, M.;& O’Keeffe, D. (2019). Observing Interprofessional Simulation. Teoksessa M. Abrandt Dahlgren;H. Rystedt;L. Felländer-Tsai;& S. Nyström, *Interprofessional Simulation in Health Care* (ss. 115-134). Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Carne, B.;Kennedy, M. P.;& Gray, T. (2011). Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia, EMA* 24(1), 7-13.
- Cohen, J. A.;Mannarino, A. P.;& Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford press.
- Coughlan, M.;& Cronin, P. (2017). *Doing a literature review in nursing, health and socialcare*. Los Angeles: SAGE.
- Cullberg, J.;& Lundin, T. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.
- Dieckmann, P.;Lippert, A.;& Østergaard, D. (2013). Jälkipunti. Teoksessa P. Rosenberg;M. Silvennoinen;M.-M. Mattila;& J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 195-215). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov, A. (2016). *Barn och trauma- en handbok för föräldrar och professionella vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Edelbrin, S.;Allvin, R.;Karlsson, K.;Hjelmqvist, H.;Hjelm, C.;Brandt, J.;& Tamás, É. (6. 5 2019). Interprofessionell simulering. *Läkartidningen volym 116/19-20*, ss. 1-4.
- Etäpelto, A.;Collin, K.;& Silvennoinen, M. (2013). Simulaatiokoulutuksen pedagogiikka. Teoksessa P. Rosenberg;M. Silvennoinen;M.-M. Mattila;& J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 21-50). Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Fletcher, J.;Vidal- Fernandes, M.;& Wolfe, B. (2. Januari 2018). Dynamic and heterogeneous effects of sibling death on children’s outcomes. *Proceedings of the Academy of Sciences of the United States of America*, 115(1), 115-120.
- Forskningsetiska delegationen. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012*. Hämtat 30.3.2020 från Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

- Frohm, S. (Ohjaaja). (2012.). *I Sorgens Tid - En film om att möta en människa i sorg*. Hämtat 30.3.2020 från <https://www.youtube.com/watch?v=1bWiwW-XWl8> [Elokuva].
- Gaba, D. (February 2013). Simulations That Are Challenging to the Psyche of Participants. How Much Should We Worry and About What? *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 8(1), 4-7.
- Gardner, R.;& Raemer, D. (2008). Simulation in Obstetrics and Gynecology. *Obstetrics Gynecology Clinics in North America*(35), 97-127.
- Gerger, E. (2018). *Prata med barn i sorg*. Norrköping: Eget förlag Sverige AB.
- Glad, A. (12. 3 2010). *Pippi Långstrump hjälp för barn i kris*. (Svenska YLE) Hämtat 25.2.2020 från <https://svenska.yle.fi/artikel/2010/03/12/pippi-langstrump-hjalp-barn-i-kris>
- Handelzaltsa, J.;Fisher, S.;Sadan, O.;& Goldzweig, G. (2017). Object relations, unconscious defences and fear of childbirth, as reflected in maternal-request caesarean section. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, Vol 35, 91-102.
- Hedrenius, S.;& Johansson, S. (2013). *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hitchcock, L. (2020). *Social work today*. Hämtat 15.4.2020 från Learning Social Work Skills From Simulations [https://www.socialworktoday.com/news/enews\\_0917\\_1.shtml](https://www.socialworktoday.com/news/enews_0917_1.shtml)
- Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2014/1326. (Online). Hämtat 28.1.2020 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Jones, F.;Passos-Neto, C. E.;& Braghiroli, O. F. (Jul-Aug 2015). Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. *Principles and Practice of Clinical Research*, 2(1), 56-63.
- Katajamäki, E. (2010). *Moniammatillisuus ja sen oppiminen*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kelly, M.;Eikeland Husebø, S.;Rystedt, H.;Escher, C.;Creuzerfeldt, J.;Meurling, L.;. . . Hult, H. (2019). Preparing for Team Work Training i Simulation. Teoksessa M. Abrandt Dahlgren;H. Rystedt;L. Felländer-Tsai;& S. Nyström, *Interprofessional Simulation i Health Care* (ss. 59-90). Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Kempainen, S. (2017). *Suomen nuoret lesket ry*. Hämtat 15.3.2020 från Änkehandboken: <https://www.nuoretlesket.fi/wp-content/uploads/2019/03/AnkehandbokenLESKIOPASnetti.pdf>
- Knutson, L. (2014). *Nödros*. Falun: ScandBook AB.
- Korkeila, J. (2017). Terve mieli terveissä aivoissa. *Duodecim*(nr. 2), 209-214.
- Lag om förmyndarverksamhet 1.4.1999/442. (Online). Hämtat 27.3.2020 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990442>
- Lag om patientens ställning och rättigheter, 17.8.1992/785. (Online). Hämtat 28.1.2020 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>



- Lag om småbarnspedagogik 13.7.2018/540. (Online). Hämtat 17.4.2020 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2018/20180540>
- Launis, V.;& Rosenberg, P. (2013). Simulaatio-opetus ja etiikka. Teoksessa P. Rosenberg;M. Silvennoinen;M.-M. Mattila;& J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 165-172). Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Lennéer Axelsson, B. (2010). *Förluster Om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lidman, U. (2018). *När livet går i spillror*. Lettland: Livonia.
- Longbottom, S.;& Slaughter, V. (16. Juli 2018). Sources of children's knowledge about death and dying. *Philosophical transactions of the royal society B*, 1-7.
- Magnusson, U.;& Rahm, N. (2014). *Handledning vid kris i förskolan*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Malmberg von, I.;& Silfving, T. (2007). *Att levandegöra döden- En antologi*. Stockholm: Verbum Förlag AB.
- Mannerheimin Lastensuojeluliitto. (online). *Lapsi ja läheisen kuolema*. Hämtat 10.3.2020 från <https://www.mll.fi/vanhemmille/tukea-perheen-huoliin-ja-kriiseihin/lapsi-ja-laheisen-kuolema/>
- Mattelin, E.;Grudin, J.;& Michanek, J. (2020). *Rädda barnen*. Hämtat 7.2.2020 från När något har hänt: [https://www.raddabarnen.se/globalassets/dokument/rad--kunskaap/handbocker/nar\\_nagot\\_har\\_hant\\_handbok\\_radda\\_barnen.pdf](https://www.raddabarnen.se/globalassets/dokument/rad--kunskaap/handbocker/nar_nagot_har_hant_handbok_radda_barnen.pdf)
- McInroy, L.;Bogo, M.;& Thompson, M. (2017). Enhancing Competence in Health Social Work Education Through Simulation-Based Learning: Strategies From a Case Study of a Family Session. *Journal of Social Work Education Vol. 53*, 47-58.
- Merikanto, T.;Arponen, T.;& Rissanen, J. (24. 9 2019). *Yle*. Hämtat 3.4.2020 från Yle Uutiset kotimaa: <https://yle.fi/uutiset/3-10971462>
- Nordblom, K.;& Kraup, I. (2013). *När det krisar i förskolan*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Nurmi, E.;Rovamo, L.;& Jokela, J. (2013). Simulaatiotilanteiden suunnittelu. Teoksessa P. Rosenberg;M. Silvennoinen;M.-M. Mattila;& J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 88-100). Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Nurmi, E.;Rovamo, L.;Maisniemi, K.;& Markkanen, S. (2013). Ammattilaisen koulutus ja testaus. Teoksessa P. Rosenberg;M. Silvennoinen;M.-M. Mattila;& J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 175-194). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Parsons, J. R.;Crichlow, A.;Ponnuru, S.;Shewokis, P. A.;Goswami, V.;& Griswold, S. (Jan 2018). Filling the Gap: Simulation-based Crisis Resource Management Training for Emergency Medicine Residents. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 205-210.
- Pereira, M.;Johnsen, I.;Hauken, M.;& Kristensen, P. (2017). Early Interventions Following the Death of a Parent: Protocol of a Mixed Methods Systematic Review. *JMIR Publications*. 29.6.2017.

- Persson, T. (1995). *Att möta människor i kris*. Lind: Studentlitteratur.
- Peura, E.;& Tervehauta, T. (2018). *Lapseni on poissa -kirja suruun-*. Helsinki: Lasten keskus ja kirjapaja.
- Pietikäinen, A. (2017). *Joustava mieli tukena elämänkriiseissä*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pojjula, S. (2016). *Lapsi ja kriisi - Selviytymisen tukeminen*. Helsinki: Kirjapaja.
- Ponzer, S.;& Castrén, M. (2013). Ammattienvälinen toiminta ja kommunikaatio. Teoksessa P. Rosenberg;M. Silvennoinen;M.-M. Mattila;& J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 134-145). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Prout, T.;Gerber, L.;& Gottdiener, W. (2015). Trauma and substance use: the role of defences and religious engagement. *Mental Health, Religion & Culture, Vol. 18*(No 2), 123-133.
- Rall, M. (2013). Simulaatio - mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa P. Rosenberg;M. Silvennoinen;M.-M. Mattila;& J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 9-20). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Rubin, M.;& Francis, G. (2019). *Engaging Field Instructors as Standardized Patients in Social Work Education* . (F. E. Work, Toim.) Hämtat 15.4.2020 från <http://www2.simmons.edu/ssw/fe/i/18-217.pdf>
- Rundalen, M.;& Schultz, J.-H. (2007). *Krispedagogik - hjälp till barn och unga i kris*. Pozkal: Studentlitteratur.
- Saari, S. (2000). *Kuin salama kirkaalta taivaalta*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Saari, S.;Kantane, I.;Kämäräinen, L.;Parviainen, K.;Valoaho, S.;& Yli-Pirilä, P. (2009). *Hädän hetkellä - psyykkisen ensiavun opas*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti.
- Saarsalmi, O. (2008). *Säkerhetsplanering i dagvården*. Jyväskylä: Stakes.
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin* . Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Seppälä, J.;Manninen, T.;Musakka, P.;Maunu, A.-M.;Kontio, A.-M.;Ruotsi, T.;. . . Kekäle, P. (2020). *Kommunförbundetsnätpublikation*. Hämtat 7.2.2020 från Var beredd: [https://shop.kuntaliitto.fi/product\\_details.php?p=307](https://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=307)
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2009). *Psykosocialt stöd och tjänster vid traumatiska situationer. Handbok för kommuner och samkommuner*. Helsinki: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (17. 9 2018). *Kuntainfo*. Hämtat 23.1.2020 från [https://stm.fi/documents/1271139/6195033/Kuntainfo\\_11-2018\\_verkkoon.pdf/67548893-1a7b-4d28-a9ed-802562bceb50/Kuntainfo\\_11-2018\\_verkkoon.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/6195033/Kuntainfo_11-2018_verkkoon.pdf/67548893-1a7b-4d28-a9ed-802562bceb50/Kuntainfo_11-2018_verkkoon.pdf)
- Socialvårdslag 30.12.2014/1301. (Online). Hämtat 28.1.2020 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301>

- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2019). *Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Statistikcentralen. (Online). *Döda efter åldersgrupp och kön 2015*. Hämtat 15.3.2020 från [https://www.stat.fi/til/kuol/2015/kuol\\_2015\\_2016-04-14\\_kuv\\_001\\_sv.html](https://www.stat.fi/til/kuol/2015/kuol_2015_2016-04-14_kuv_001_sv.html)
- Stow, J.; Morphet, J.; Griffiths, D.; Huggins, C.; & Morgan, P. (2017). Lessons learned developing and piloting interprofessional handover simulations for. *Journal of interprofessional care*, Vol. 31(No. 1), 132–135.
- Sundell, K. (2012). *Att göra effektutvärderingar*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Svenska Akademiens. (Online). *Svensk ordbok av Svenska Akademiens*. Hämtat 27.3.2020 från <https://svenska.se/tre/?sok=vuxen&pz=1#!>
- Tervaskanto-Mäentausta, T.; & Roivainen, P. (2013). Simulaatio-ohjaajakoulutus. Teoksessa P. Rosenberg; M. Silvennoinen; M.-M. Mattila; & J. Jokela, *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa* (ss. 51-58). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Tieranta, O.; & Poikela, P. (2016). *Helmiä hoitotyön simulaatiossa*. Rovaniemi: Lapin ammattikorkeakoulu.
- Tilastokeskus, 2018a. (Online). *Kuolemansyyt 2018*. Hämtat 18.4.2020 från [https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt\\_2018\\_2019-12-16\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_tie_001_fi.html)
- Tilastokeskus, 2018b. (Online). *Tapaturmaisesti kuolleiden lasten määrä pienentynyt*. Hämtat 17.4.2020 från [https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt\\_2018\\_2019-12-16\\_kat\\_007\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_007_fi.html)
- Trevithick, P. (2011). Understanding defences and defensiveness in social work. *Journal of Social Work Practice*, Vol. 24(No. 4), 389-412.
- Utbildningsstyrelsen. (2018). *Grunderna för planen för småbarnspedagogik 2018*. Helsingfors: Utbildningsstyrelsen.
- Vaajoki, A.; & Saarinen, T. (2016). Simulaatio-oppiminen. Teoksessa M. Koivula; C. Wärnå-Furu; T. Saarinen; H. Ruotsalainen; & L. Salminen, *Terveysalan opettajan käsikirja* (ss. 114-123). Tallinna: Tietosanoma.
- Wallace, D. R.; & Gill, J. M. (2019). The value of simulation debriefing in launching. *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 9(No. 7), 31-37.
- Wennberg, B.; & Norberg, S. (2010). *Makt, känslor och ledarskap i klassrummet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Zakari, N. M.; Hanadi, H. Y.; Raul, A. G.; & Walaa, H. (2017). Impact of Simulation on Nursing Students' Competence: A Perspective Qualitative Study in Saudi Arabia. *International Journal of Nursing Education*(Vol. 9), 75-80.
- Øversveen Svamo, N.; Stensrud, B.; & Lofthus, A.-M. (2019). Medisinsk simulering som metode i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, volym 16, 16-27.

## **Bilagor**

Bilaga 1 Sökhistoriktabell

Bilaga 2 Scenario 1 Bemötande av vuxna i en kisträff

Bilaga 3 Scenario 2

## Sökhistoriktabell

Sökord	Avgränsning	Databas	Träffar	Använda källor	Datum
death AND crisis AND child	Free full text, 5 years	PubMed	46		10.1
Simulation AND social work	2016-2020	Google Scholar	13300		10.1
simulation theory AND nursing	Free full text, 5 years	PubMed	38		11.1
simulation	Läs online, 2012-2019	SweMed+	76		11.1
Simulation AND social work	Free full text, 5years	PubMed	224		15.1
Simulation social work	2016-2020	Google Scholar	484000	1	15.1
International Nursing Assosiation for Clinical Simulation and Learning	PDF Full text	EbscoHost CINAHL	26		16.1
Simulation AND nursing	PDF Full text	EbscoHost CINAHL	39	2	16.1
Simulation AND Healthcare	PDF Full text	EbscoHost CINAHL	9	0	16.1
Simulaatiopedagogiikka	Since 2016	Google Scholar	47	1	16.1
Simulation AND low fidelity AND nursing	PDF Full text	EbscoHost CINAHL	267	0	16.1
traumaattinen kriisi		Google	65 000	0	16.1
traumaattinen kriisi AND psykososiaalinen tuki		Google	14 200	2	16.1
Moniammatillisuus		Google Scholar	6300		17.1
gaba AND simulation	PDF Full text	EbscoHost CINAHL	1	0	18.1
gaba AND simulation		Google Scholar	43500	3	18.1
crisis resource management simulation		Google Scholar	237000	1	18.1
simulation AND psyche	2012 - 2020	Google Scholar	14600	1	18.1

## Bilaga 1

simulation AND psychiatric nurse	PDF Full text	EbscoHost CINAHL	248	1	19.1
simulation AND psychiatric nursing		EbscoHost CINAHL	3	0	19.1
Kris och utveckling AND död		Google Scholar	14800	1	16.2
Defens mechanisms	PDF Full Text	EbscoHost CINAHL	232	1	16.2
Defens mechanisms AND projections	PDF Full Text	EbscoHost CINAHL	14	1	16.2
Defens mechanisms AND rationalizations	PDF Full Text	EbscoHost CINAHL	6	0	16.2
Children AND death		Pubmed	34553	1	28.2
Piloting AND simulation	PDF Full Text	EbscoHost CINAHL	2	1	10.3
Simulation AND debriefing	Since 2019	Google Scholar	6750	1	16.4
simulation AND standardized patients	Since 2019	Google Scholar	18 000	1	16.4
Crisis management	Full PDF	Ebsco Host CINAHL	51	0	13.4
Psychological effects AND death	Full PDF 2015-2020	Ebsco Host CINAHL	386	1	13.4
Child death AND parent reaction	Full PDF 2015-2020 + Academic Journals	Ebsco Host CINAHL	1851	0	13.4
Grieve	Full PDF 2015-2020	Ebsco Host CINAHL	9	1	13.4

## Scenario 1

<p><b>Bemötande av vuxna i en kristräff</b></p> <p><b>Camilla Rautanen</b></p>	<p><b>Icke-tekniskt problem (CRM):</b></p> <p>Bemötande av vuxna som befinner sig i en traumatisk kris.</p>
<p><b>Övergripande inlärningsmål:</b></p> <p>Studerande kan bemöta de drabbade i en traumatisk kris i påbörjandet av en kristräff.</p>	<p><b>Icke-tekniska delmål:</b></p> <p>Studerande kan ta i beaktande i vilken krisfas de drabbade befinner sig.</p> <p>Studerande kan känna igen och förstå de vanligaste reaktionerna och anpassa sitt bemötande enligt dem.</p>
<p><b>Scenario sammanfattning för alla deltagare (Alla deltagare får beskrivning av bakgrundsfaktorer och av utgångspunkten):</b></p>	<p>Scenariet handlar om familjen Andersson. Till familjen hör mamma Anna 30 år, pappa Kalle 32 år, Lotta 5 år och Pelle 2 år. Pelle hade varit lite förkyld, men ändå på gott humör hela lördagen och betett sig normalt på kvällen. Mamma Anna hade läst en godnattsaga för Pelle och han hade somnat rätt fort. Efter det hade mamma Anna läst godnattsagan för Lotta och efter det ännu tittat på TV tillsammans med pappa Kalle en stund. Innan föräldrarna skulle gå och lägga sig, tittade mamma Anna till Pelle. Hon fann Pelle livlös i sängen. Anna ropade på Kalle, som ringde 112. Lotta vaknade av att mamma Anna ropade på pappa Kalle. Ambulans och räddningspersonal var på plats inom 4 minuter och återupplivade Pelle. Även Finhems-helikoptern anlände med en läkare ombord. Anna, Kalle och Lotta fanns i vardagsrummet då återupplivningen skedde i sovrummet. Räddningspersonalen återupplivade Pelle i 25 minuter och fick fram en svag puls. Pelle fördes till sjukhusets barnintensivvårdsavdelning. Mamma Anna åkte med i ambulansen och pappa Kalle körde Lotta till hennes farföräldrar som bor relativt nära och sedan till sjukhuset. Pelles livsfunktioner upprätthölls med hjälp av maskiner.</p>

## Bilaga 2

	<p>Mamma Anna och pappa Kalle vakade turvis över Pelle då han låg på sjukhuset. Efter 2 dygn, på måndag eftermiddag, konstaterades att Pelle var hjärndöd och att det inte fanns något hopp om att Pelle skulle vakna. Mamma Anna och pappa Kalle var med på måndag kvällen då maskinerna som upprätthöll Pelles liv stängdes av. Pelle låg i mammans famn då maskinen stängdes av.</p> <p>Efter Pelles död har hela familjen tillsammans med farföräldrarna och mormor Kaisa fått ta avsked av Pelle. Pelle såg väldigt lugn och fin ut.</p> <p>Nu har det gått 3 dagar sedan Pelle dog, sammanlagt 5 dagar sedan mamma Anna fann Pelle livlös i sängen.</p>
<p><b>Miljö:</b></p> <p>Kristräffen hålls i hälsocentralens lilla mötesrum, där de anhöriga och studerande/professionella samlas runt ett bord för 6 personer. Mötesrummet är längst borta i en korridor där mötet kan hållas i fred. 2 studerande/professionella (som leder kristräffen) tar emot kisträffsdeltagarna vid dörren. Alla 6 personer har sin egen plats runt bordet. På bordet finns näsdukar och vattenkanna och glas.</p>	
<p><b>Förberedelser i rummet:</b></p> <p>Bord och stolar för 6 personer. Bordet behöver vara ihopsatt så att rektangelns alla sidor är lika långa eller om det finns ett runt bord, i alla fall så att alla som sitter runt bordet kan se varandra.</p> <p>På bordet finns vattenkanna och glas samt näsdukar.</p> <p>Eventuella observatörer sitter i andra delen av rummet eller ett stycke från det bord som används i simuleringsövningen.</p>	
<p><b>Rekvisita:</b></p> <p>För simuleringsövningen behövs ett rum, bord och stolar, näsdukar, vatten i en kanna och glas.</p>	



### **Anhöriga:**

Deltagare i krismötet är: Anna 30 år (mamma till Pelle som dött), Kalle 32 år (pappa till Pelle), Maija 60 år (farmor till Pelle) och Kaisa 58 år (mormor till Pelle). Farfar Ville är hemma med Lotta (Pelles syster) under kristräffen.

### **Information till simulationsdeltagare (studerande/professionella):**

Du jourar i krisgruppen tillsammans med din kollega. Ni fick för 2 dagar sedan (på tisdagen) ett samtal från kris- och socialjouren. Samtalet handlade om Pelle, 2 år, som oväntat dött. Socialjouren har besökt familjen samma dag som samtalet kom, alltså dagen efter att Pelle dött. På plats i hemmet fanns Lotta 5 år, hennes föräldrar och mormor. Familjen var i chock och hade svårt att ta in vad som hade hänt. Mormor Kaisa har funnits hos familjen sedan tisdagen, dagen efter att Pelle hittats livlös och har tagit hand om Lotta då hennes föräldrar haft olika möten med vårdpersonal på sjukhuset. På onsdagen träffade mamma Anna och pappa Kalle en psykolog och en läkare på sjukhuset. Ingen vet ännu orsaken till dödsfallet.

### **”Lifesavers”**

Mormor Kaisa fungerar som lifesaver. För mer information se mormor Kaisas roll under rubriken Anvisningar till de anhöriga.

### **Kriterier för att simuleringen tar slut:**

Under simuleringen ska studerande/professionella ha:

- Hälsat på alla deltagare personligen (och eventuellt skakat hand) och fått dem att sätta sig ner och lugna ner situationen.
- Önskat alla deltagare välkomna genom att se varje deltagare, bland annat genom att möta deltagarnas blick, prata direkt till varje deltagare. Få alla att presentera sig och säga någonting.
- Öppnat kristräffen och formulerat inledningen så att den innehåller informationen om att Pelle är död och att ge möjlighet för deltagarna att diskutera.

- Anpassat sitt bemötande enligt i vilken krisfas de anhöriga är och hur de reagerar och hanterar den traumatiska krisen.

### **Inlärningsdiskussion**

#### **Briefing:**

Simuleringsfacilitatorn påminner deltagarna om bemötande i traumatiska krissituationer:

- Aktivt lyssnande, tillåta patienter att ge utlopp för sina känslor, visa att patienterna tas på allvar
- Uppträda lugnt och lugnande, men inte trösta
- Empati
- Stöda resurser som finns
- Inte stressa, visa att det finns tid. Tillåt gråt och fortsätt då gråtattacken är förbi
- Våga fråga direkta frågor, prata om svåra saker med deras rätta ord
- ”Normala reaktioner i en onormal situation”

Observatörerna får som uppgift att följa med de anhörigas reaktioner och om studerandes/professionellas bemötande motsvarar reaktionerna.

#### **Debriefing: (efter scenariot)**

- De två studerande/professionella får framföra sina åsikter först och efter det personer som agerat anhöriga i kisträffen. Eventuella observatörer ges även möjlighet att framföra sina observationer.
- Beskrivningsfasen: studerande/professionella får berätta vad som hände, vad gick bra samt om och vad som upplevdes utmanande, för att få en heltäckande beskrivning av vad som hände. Personerna som agerat anhöriga, simuleringsfacilitatorn och observatörerna får hjälpa till om det behövs.
- Analyseringsfasen: simuleringsfacilitatorn påminner om inlärningsmålen och ber studerande/professionella analysera simuleringen i detalj. Här får studerande/professionella gå in på känslor, tankar, antaganden och observationer. Personerna som agerat anhöriga får berätta hur det kändes, hur de blev bemötta och vad eventuellt kunde gjorts annorlunda. Observatörerna får berätta om sina upplevelser och hur de uppfattat situationen. Hur de sett på bemötandet och om bemötandet varit anpassat till patienternas reaktioner. Alla tillsammans utvärderar huruvida simuleringens målsättningar uppnåtts. Frågor som kan hjälpa i diskussionen:

- Varför reagerade mamma Anna som hon gjorde? (skuld känslor) Hur behöver hon bli bemött? (Lyssna, låta henne prata, visa att du finns där och kan ta emot hennes känslor ”container”) Behöver hon hänvisas till vård efter den här träffen?
- Varför reagerade pappa Kalle som han gjorde? Har han kommit ur chockfasen? Vad är viktigt för någon som ännu i det här skedet befinner sig i chockfasen? Vad kunde du göra? Vad är viktigt i bemötandet? (upprepa, kort information eftersom Kalle är i chockfasen ännu) Kan Kalle reagera med regression?
- Är mormor Kaisas reaktion sund eller finns det möjligen något som ligger bakom? Vad i så fall? (Isolering av känslor för att kunna stöda någon annan) Vad kunde du uppmuntra henne till? (Att få gråta, att få visa känslor) Hur kan du bäst bemöta henne? (Lyssna, fråga hur hon känner, visa att du tar emot hennes berättelse och uppmuntra henne att prata om sina känslor)
- Varför är farmor Maijas reaktion så misstrogen mot kristräffen? (Projektion, överför sina känslor på andra) Vad kunde du uppmuntra henne till? (Våga prata, våga få ut sina känslor, psykosomatik?) Hur kan du bemöta henne bäst? (Inge förtroende, säg inte emot, men ta hennes känslor och åsikter på allvar, försök på ett försiktigt sätt rätta till om hon har åsikter som inte stämmer överens med verkligheten) Vad kunde du ge för psykoedukativa råd till henne? (Normala reaktioner i en ovanlig situation, psykisk stress/ångest kan ge fysiska symptom)
- Till sist: be alla som deltagit stiga ur sina roller, kanske ”skaka av sig” eller andas och blåsa ut rollerna och påminn dem om att det är ett fiktivt scenario och att de nu är fria från sina roller.

### Scenario manuscript

#### FÖRBEREDELSE INNAN SIMULERINGSÖVNINGEN:

**Rummet och rekvisita:** I rummet som reserveras för övningen behöver finnas bord och stolar för 6 personer som kan arrangeras till sammansatt bord. Stolar och eventuellt även bord till facilitatorn och eventuella observatörer. Rummet behöver vara så stort att

observatörerna sitter ett stycke från dem som deltar i scenariot. Näsdukar, vatten i en kanna och glas behöver finnas till hands.

**Skriv ut** anvisningar till de anhöriga och klipp anvisningarna så att alla som agerar anhöriga får en egen lapp med sin roll beskriven. Anvisningarna finns sist i denna instruktion, under rubriken anvisningar till de anhöriga.

### **UNDER SIMULERINGSÖVNINGEN:**

**Rollutdelning:** beroende på simuleringsövningens användningssyfte, kan facilitatorn tilldela deltagarna en roll redan innan övningen eller så får deltagarna önska vilken roll de antar. Om facilitatorn delar ut rollerna, tilldelas alla deltagare sin roll innan bakgrunden går igenom. Om deltagarna får välja sin roll, görs detta efter att bakgrunden har gått igenom. Rollerna som tilldelas är: 2 studerande/professionella agerar sjukskötare i scenariot och får inte någon tydligare rollbeskrivning, utan fungerar utgående från scenariots händelser. De övriga 4 rollerna är mamma Anna, pappa Kalle, mormor Kaisa och farmor Maija.

**Bakgrund (delges alla som deltar i simuleringsövningen):** Scenariot handlar om familjen Andersson. Till familjen hör mamma Anna, 30 år, pappa Kalle 32 år, Lotta 5 år och Pelle 2 år. Pelle hade varit lite förkyld, men ändå på gott humör hela lördagen och betett sig normalt på kvällen. Mamma Anna hade läst en godnattsaga för Pelle och han hade somnat rätt fort. Efter det hade mamma Anna läst godnattsagan för Lotta och efter det ännu tittat på TV tillsammans med pappa Kalle en stund. Innan föräldrarna skulle gå och lägga sig, tittade mamma Anna till Pelle. Hon fann Pelle livlös i sängen. Anna ropade på Kalle, som ringde 112. Lotta vaknade av att mamma Anna ropade på pappa Kalle. Ambulans och räddningspersonal kom på plats på 4 minuter och återupplivade Pelle. Även Finhems-helikoptern kom på plats med en läkare med sig. Anna, Kalle och Lotta fanns i vardagsrummet då återupplivningen skedde i sovrummet. Räddningspersonalen återupplivade Pelle i 25 minuter och fick fram en svag puls. Pelle fördes till sjukhusets barnintensivvårdsavdelning. Mamma Anna åkte med i ambulansen och pappa Kalle körde Lotta till hennes farföräldrar som bor relativt nära och sedan till sjukhuset. Pelles livsfunktioner upprätthölls med hjälp av maskiner. Mamma Anna och pappa Kalle vakade turvis över Pelle då han låg på sjukhuset. Efter 2 dygn, på måndag eftermiddag,

konstaterades Pelle hjärndöd och det inte fanns något hopp för Pelle att vakna. Mamma Anna och pappa Kalle var med på måndag kvällen då maskinerna som upprätthöll Pelles liv stängdes av. Pelle låg i mammas famn då maskinen stängdes av.

Efter Pelles död har hela familjen tillsammans med farföräldrarna och mormor Kaisa fått ta avsked av Pelle. Pelle såg väldigt lugn och fin ut. Nu har det gått 3 dagar sedan Pelle dog, sammanlagt 5 dagar sedan mamma Anna fann Pelle livlös i sängen.

**Briefing/miniföreläsning:** Simuleringsfacilitatorn påminner deltagarna om bemötande i traumatiska krissituationer:

- Aktivt lyssnande, tillåta patienter att ge utlopp för sina känslor, visa att patienterna tas på allvar
- Uppträda lugnt och lugnande, men inte trösta
- Empati
- Stöda resurser som finns
- Inte stressa, visa att det finns tid. Tillåt gråt och fortsätt då gråtattacken är förbi
- Våga fråga direkta frågor, prata om svåra saker med deras rätta ord
- ”Normala reaktioner i en onormal situation”
- Kristräffens innehåll: inledning, deltagarna får berätta om sina tankar och upplevelser, tankar och planer inför den närmaste framtiden, psykoedukation

Observatörerna får som uppgift att följa med de anhörigas reaktioner och om studerandes/professionellas bemötande motsvarar reaktionerna.

**Information till simulationsdeltagare (studerande/professionella):** Du jourar i krisgruppen tillsammans med din kollega. Ni fick för 2 dagar sedan (på tisdagen) ett samtal från kris- och socialjouren. Samtalet handlade om Pelle, 2 år, som oväntat dött. Socialjouren har besökt familjen samma dag som samtalet kom, alltså dagen efter att Pelle dött. På plats i hemmet hade varit Lotta 5 år, hennes föräldrar och mormor. Familjen var i chock och hade svårt att ta in vad som hade hänt. Mormor Kaisa har funnits hos familjen sedan tisdagen, dagen efter att Pelle hittats livlös och har tagit hand om Lotta då hennes föräldrar haft olika möten med vårdpersonal på sjukhuset. På onsdagen träffade mamma Anna och pappa Kalle en psykolog och en läkare på sjukhuset. Ingen vet ännu orsaken till dödsfallet.

**Anvisningar till anhöriga:** De som agerar anhöriga bes komma utanför rummet, där de får sina roller genom de lappar som skrivits ut innan simuleringsövningen. De som agerar anhöriga får läsa igenom sin roll och får en möjlighet att fråga om något är oklart.

**Lifesaver:** Mormor Kaisa fungerar som scenariots lifesaver. Facilitatorn går igenom rollen som lifesaver med den person som agerar mormor Kaisa. Om det under scenariot blir långa tystnader eller om det känns att studerande/professionella har fastnat och inte kommer vidare, får den som agerar mormor Kaisa rycka in och hjälpa till. Om facilitatorn anser att hjälp behövs, kan också hen ge en nick till mormor Kaisa, som tar till sin lifesaverroll. Om studerande/professionella har svårigheter inom scenariots olika delar, se scenariots olika delar här nedanför, rycker Kaisa in enligt följande: a) om studerande/professionella inte välkomnar de anhöriga, går Kaisa fram och tar i hand och presenterar sig och frågar om de får komma in. b) om studerande/professionella har svårt att inleda diskussionen eller prata om Pelle som dött, säger mormor Kaisa något i stil med ”ja vi har ju träffats för att mitt kära barnbarn Pelle har dött och ni vill väl att vi ska berätta om vad som hände”. Om studerande/professionella inte berättar om kisträffens målsättning, frågar Kaisa vad meningen med kisträffen är. Om presentationen uteblir eller inte kommer igång tar mormor Kaisa till orda och säger att ”jag kan ju börja presentera mig och så får de andra fortsätta” c) om studerande/professionella inte kommer igång med diskussionen om hur anhöriga mår påbörjar mormor Kaisa diskussionen genom att säga ”jag är orolig för min dotter och hur hon ska orka” och vänder sig till mamma Anna och ber henne berätta hur hon mår. d) om studerande/professionella inte kommer ihåg/kommer igång med att lyfta fram de anhörigas resurser, säger mormor Kaisa ”jag tycker att jag har fungerat bra i situationen, jag har tagit hand om Lotta och stöder min dotters familj i den svåra situationen”. e) om studerande/professionella inte kommer igång med normaliseringen och psykoedukationen, frågar mormor Kaisa ”är vi normala”, ”reagerar vi normalt”, ”hur ska vi gå vidare”.

**En stund för förberedande:** Då alla fått sina roller, får studerande/professionella en stund tid för att förbereda rummet och planera hur de ska göra. De anhöriga ges möjlighet att diskutera sina roller med facilitatorn.

**Observatörerna** instrueras att följa med vad som händer, hur studerande/professionella bemöter de anhöriga; följer studerande/professionella de anhörigas reaktioner eller kör de bara på, vad gör studerande/professionella bra och vad kunde göras på ett annat sett, hur?

### **Planerade manuskriptet för scenariot: Kristräffen innehåller 5 delar (a-e)**

- a) Studerande/professionella tar emot och välkomnar de anhöriga. Välkommandet sker genom att ta i hand eller åtminstone säga välkommen och försöka få ögonkontakt med de anhöriga. Efter det ber studerande/professionella de anhöriga att ta plats runt bordet.
- b) Studerande/professionella inleder kristräffen genom att kort presentera sig själv och vad kristräffen ska innehålla. Studerande/professionella leder samtalet genom att ta upp, att Pelle har dött varför kristräffen ordnats. Därefter ber studerande/professionella de anhöriga presentera sig och berätta hur de kände/är släkt med Pelle.
- c) Efter presentationsrundan påbörjar studerande/professionella diskussionen kring vad som hänt, hur de anhöriga känner sig och hur de mår. Studerande/professionella försöker läsa av de anhörigas reaktioner och bemöta dem enligt det.
- d) De anhörigas styrkor lyfts fram och resurser för hur de ska klara sig i framtiden påpekas.
- e) Planer för den närmaste framtiden, normalisering och psykoedukation.

Scenariot tillåts fortsätta tills studerande/professionella 1) har hälsat på alla deltagare personligen (och eventuellt skakat hand) och har fått dem att sätta sig ner och de har lugnat situationen. 2) har önskat alla deltagare välkomna genom att se varje deltagare, bland annat genom att möta deltagarnas blick, prata direkt till varje deltagare. Har fått alla anhöriga att presentera sig och säga någonting. 3) har öppnat kristräffen och formulerat inledningen så att den innehåller informationen om att Pelle är död och har gett möjlighet för deltagarna att diskutera. 4) har anpassat sitt bemötande enligt i vilken krisfas de anhöriga är och hur de reagerar och hanterar den traumatiska krisen. Då simuleringsövningens målsättning uppnås eller om simuleringsövningens målsättning inte nås trots mormor Kaisas insats som lifesaver, avbryts scenariot genom att facilitatorn säger "tack nu avslutar vi". Meningen är inte att hela kristräffens struktur ska gås igenom, utan enbart så långt att målsättningen uppnås eller scenariot hållit på i max 15 minuter, trots att målsättningen inte uppnåtts.

### Debriefing: (efter scenariot)

- De två studerande/professionella får framföra sina åsikter först och de personer som agerat anhöriga i kisträffen efter det. Eventuella observatörer ges även möjlighet att framföra sina observationer.
- Beskrivningsfasen: studerande/professionella får berätta vad som hände, vad gick bra samt om och vad som upplevdes utmanande, för att få en heltäckande beskrivning av vad som hände. Personerna som agerat anhöriga, simuleringsfacilitatorn och observatörerna får hjälpa till om det behövs.
- Analyseringsfasen: simuleringsfacilitatorn påminner om inlärningsmålen och ber studerande/professionella analysera simuleringen i detalj. Här får studerande/professionella gå in på känslor, tankar, antaganden och observationer. Personerna som agerat anhöriga får berätta hur det kändes, hur de blev bemötta och vad eventuellt kunde gjorts annorlunda. Observatörerna får berätta om sina upplevelser och hur de uppfattat situationen. Hur de sett på bemötandet och om bemötandet varit anpassat till patienternas reaktioner. Alla tillsammans utvärderar huruvida simuleringens målsättningar uppnåtts. Frågor som kan hjälpa i diskussionen:
  - Varför reagerade mamma Anna som hon gjorde? (skuld-känslor) Hur behöver hon bli bemött? (Lyssna, låta henne prata, visa att du finns där och kan ta emot hennes känslor "container") Behöver hon hänvisas till vård efter den här träffen?
  - Varför reagerade pappa Kalle som han gjorde? Har han kommit ur chockfasen? Vad är viktigt för någon som ännu i det här skedet befinner sig i chockfasen? Vad kunde du göra? Vad är viktigt i bemötandet? (upprepa, kort information eftersom Kalle är i chockfasen ännu) Kan Kalle reagera med regression?
  - Är mormor Kaisa reaktion sund eller finns det möjligen något som ligger bakom? Vad i så fall? (Isolering av känslor för att kunna stöda någon annan) Vad kunde du uppmuntra henne till? (Att få gråta, att få visa känslor) Hur kan du bäst bemöta henne? (Lyssna, fråga hur hon känner, visa att du tar emot hennes berättelse och uppmuntra henne att prata om sina känslor)



- Varför är farmor Majjas reaktion så misstrogen mot kristräffen? (Projektion, överför sina känslor på andra) Vad kunde du uppmuntra henne till? (Våga prata, våga få ut sina känslor, psykosomatik?) Hur kan du bemöta henne bäst? (Inge förtroende, säg inte emot, men ta hennes känslor och åsikter på allvar, försök på ett försiktigt sätt rätta till om hon har åsikter som inte stämmer överens med verkligheten) Vad kunde du ge för psykoedukativa råd till henne? (Normala reaktioner i en ovanlig situation, psykisk stress/ångest kan ge fysiska symptom)

**Avslutning:** be alla som deltagit stiga ur sina roller, kanske ”skaka av sig” eller andas och blåsa ut rollerna och påminn dem om att det är ett fiktivt scenario och att de nu är fria från sina roller.

### **Anvisningar till de anhöriga (delas ut)**

Anna 30 år (mamma till Pelle som dött): Anna snyftar då hon kommer i rummet, hon sätter sig försiktigt på en stol och söker sin mans stöd. Anna sitter mellan sin mor och sin man. Då simuleringsdeltagarna har börjat prata och frågar första frågan av Anna, brister Anna ut i gråt och säger att hon inte kan förstå att Pelle är borta och fortsätter att hon borde ha suttit hos Pelle då han somnat. ”Hur kunde jag överge min son?” upprepar hon många gånger. Annas mor Kaisa sätter armen om Anna och tröstar henne. Anna lugnar sig en aning och kan fortsätta prata. Anna brister ut i gråt en stund senare och söker tröst hos sin man Kalle, som inte reagerar på hennes invitation till närhet och tröst. Anna blir frustrerad på sin man och suckar då han inte reagerar. Hon vänder sig till sin mor och börjar gråta. Anna känner både skuld och skam över det som hänt. Anna är inne i reaktionsfasen och känslorna är starka och hon gråter mycket. Hon har en ”överlevnadsskuld” och pratar om att hon borde dö före sin son, inte så här. Hon funderar om det finns någon orsak för henne att fortsätta leva.

Kalle 32 år (pappa till Pelle) sätter sig bredvid sin fru, men reagerar inte på att hon sitter bredvid och söker hennes kontakt. Han sitter med nedsänkt huvud, verkar frånvarande. Kalle är ännu inne i chockfasen och han reagerar inte nämnvärt på något. Svarar med korta svar, inte otrevligt, men inte engagerat. Han upprepar flera gånger att han inte tror att Pelle är död, ”Pelle kan inte vara död, han är ju min son”. Då Anna söker hans uppmärksamhet

och vill bli tröstad, reagerar inte Kalle, han fortsätter sitta med huvudet nedsänkt och kommer sig inte för att svara på Annas inbjudan till närhet.

Maija 60 år (farmor till Pelle) sitter bredvid sin son. Hon verkar skeptisk till om träffen nu ska vara någon idé. Hon frågar kritiskt hur det här ska hjälpa henne, då hon inte kan sova. Hon berättar att hon inte har sovit ordentligt sen Pelle dog. Maija har också igår uppsökt läkare då hon trodde att hon hade fått en hjärtinfarkt. Hon hade en stor smärta i bröstet, men läkaren konstaterade att allting var bra med hennes hjärta. Hon berättar hur dåligt hon blev bemött och att ingen trodde på henne då hon uppsökte läkare för smärta i bröstet. Maija lider av en försvarsmekanism som kallas för projektion, där personen överför sina egna skuld känslor på någon annan och de tankar och känslor hon själv har, överför hon på dem som finns i hennes närhet. Hon har också psykosomatiska symptom, vilket innebär att sorgen och den psykiska stressen kommer ut i form av olika fysiska symptom. Då hennes son Kalle inte reagerar på sin frus behov av stöd och närhet, säger Maija till honom ”du kan ju inte ens ta hand om din fru”, en känsla hon har själv, hon vet inte hur hon skulle kunna stöda Anna, men påtalar att hennes son inte kan ta hand om sin fru. Maija fortsätter hela simuleringen igenom att vara smått missnöjd, skeptisk, men inte aggressiv.

Kaisa 58 år (mormor till Pelle) sätter sig bredvid sin dotter Anna. Kaisa är väldigt mån om att Anna ska ha det bra. Då Anna brister ut i gråt, sätter Kaisa armen om henne och tröstar. Pratar lugnande till henne och stryker med handen över Annas arm. Kaisa uppträder lugnt och sansat, gråter inte. Kaisa berättar lugnt och sakligt om händelsen och informerar om vad som skett de senaste dagarna. Om hur hon kom till familjen efter att Pelle dött och hur hon tagit hand om Lotta (Pelles syster), hur de varit utomhus och att hon sovit på familjens soffa. Hon berättar att hon har tagit ut semester för att finnas till för familjen så länge det behövs. Kaisa tillåter inte sina egna känslor, utan hon tränger undan sina egna känslor för att kunna finnas till för familjen. Hon är inne i en mer eller mindre medveten försvarsmekanism som kallas för isolering. Risken finns för att hon ska tränga undan känslorna och inte tillåta en bearbetning av känslorna.

Mormor Kaisa fungerar som scenariots lifesaver. Om det under scenariot blir långa tystnader eller om det känns att studerande/professionella har fastnat och inte kommer vidare, får den som agerar mormor Kaisa rycka in och hjälpa till. Om facilitatorn anser att hjälp behövs, kan också hen ge en nick till mormor Kaisa, som tar till sin lifesverroll. Om studerande/professionella har svårigheter rycker Kaisa in enligt följande: a) om studerande/professionella inte välkomnar de anhöriga, går Kaisa fram och tar i hand och

## Bilaga 2

presenterar sig och frågar om de får komma in. b) om studerande/professionella har svårt att inleda diskussionen eller prata om Pelle som dött, säger mormor Kaisa något i stil med ”ja vi har ju träffats för att mitt kära barnbarn Pelle har dött och ni vill väl att vi ska berätta om vad som hände”. Om studerande/professionella inte berättar om kisträffens målsättning, frågar Kaisa vad meningen med kisträffen är. Om presentationen uteblir eller inte kommer igång tar mormor Kaisa till orda och säger att ”jag kan ju börja presentera mig och så får de andra fortsätta” c) om studerande/professionella inte kommer igång med diskussionen om hur anhöriga mår påbörjar mormor Kaisa diskussionen genom att säga ”jag är orolig för min dotter och hur hon ska orka” och vänder sig till mamma Anna och ber henne berätta hur hon mår. d) om studerande/professionella inte kommer ihåg/kommer igång med att lyfta fram de anhörigas resurser, säger mormor Kaisa ”jag tycker att jag har fungerat bra i situationen, jag har tagit hand om Lotta och stöder min dotters familj i den svåra situationen”. e) om studerande/professionella inte kommer igång med normaliseringen och psykoedukationen, frågar mormor Kaisa ”är vi normala”, ”reagerar vi normalt”, ”hur ska vi gå vidare”.

## Scenario 2

<p><b>Bemötande av föräldrar i traumatisk kris</b></p> <p>Ina Palmqvist &amp; Linda Blomster</p>	<p><b>Icke-tekniskt problem (CRM):</b></p> <p>Skapa ett förtroendefullt bemötande</p>
<p><b>Inlärningsmål:</b></p> <p>Professionellt bemötande av barn och vuxna i en traumatisk kris.</p>	<p><b>Icke-tekniska mål:</b></p> <p>Öva bemötande och vikten av samarbete mellan vuxna och daghemmet</p>
<p><b>Scenario sammanfattning för alla deltagare (Alla deltagare får beskrivning av bakgrundsfaktorer och utgångspunkten):</b></p>	<p>Scenariet tar 10-15 minuter</p> <p>Scenariet handlar om familjen Andersson. Till familjen hör mamma Anna 30 år, pappa Kalle 32 år, Lotta 5 år och Pelle 2 år. Pelle hade varit lite förkyld, men ändå på gott humör hela lördagen och betett sig normalt på kvällen. Mamma Anna hade läst en godnattsaga för Pelle och han hade somnat rätt fort. Efter det hade mamma Anna läst godnattsagan för Lotta och efter det ännu tittat på TV tillsammans med pappa Kalle en stund. Innan föräldrarna skulle gå och lägga sig, tittade mamma Anna till Pelle. Hon fann Pelle livlös i sängen. Anna ropade på Kalle, som ringde 112. Lotta vaknade av att mamma Anna ropade på pappa Kalle. Ambulans och räddningspersonal var på plats inom 4 minuter och återupplivade Pelle. Även Finhems-helikoptern anlände med en läkare ombord. Anna, Kalle och Lotta fanns i vardagsrummet då återupplivningen skedde i sovrummet. Räddningspersonalen återupplivade Pelle i 25 minuter och fick fram en svag puls. Pelle fördes till sjukhusets barnintensiv-vårdavdelning. Mamma Anna åkte med i ambulansen och pappa Kalle körde Lotta till hennes farföräldrar som bor relativt nära. Pelles livsfunktioner upprätthölls med hjälp av maskiner. Efter 2 dygn, på måndag eftermiddag, konstaterades att Pelle var hjärndöd och att det inte fanns något hopp om att Pelle skulle vakna. Mamma Anna och pappa Kalle var med på måndag kväll då maskinerna som upprätthöll Pelles liv stängdes av. Pelle låg i mammans famn då maskinen stängdes av.</p>

### Bilaga 3

	<p>Efter Pelles död har hela familjen tillsammans med farföräldrarna och mormor fått ta avsked av Pelle. Pelle såg väldigt lugn och fin ut.</p> <p>Socialjouren har besökt familjen dagen efter att Pelle dött. Mamma Anna och pappa Kalle har träffat en psykolog och en läkare, samt varit på krismöte.</p> <p>Nu har det gått 2 veckor sedan Pelle dog.</p> <p>Lärare inom småbarnspedagogiken får ett samtal av pappa Kalle (på en fredag) som berättar att Pelle som gått på avdelningen Nyckelpigorna har avlidit. Pappa Kalle berättar att det hänt för två veckor sedan och att Lotta (Pelles syster) vill komma till daghemmet på måndag. Läraren inom småbarnspedagogiken frågar pappa Kalle om de har tid på måndag när de hämtar Lotta till dagis att prata en stund.</p> <p>Läraren inom småbarnspedagogiken tillkallar en annan personal som får ta hand om Lotta som går till dagisgruppen eftersom Lotta vill gå och leka med sina vänner. Föräldrarna följer med läraren inom småbarnspedagogiken till ett avlägset rum för att prata. Föreståndaren har rollen som lifesaver.</p>
<b>Miljö:</b>	Träffen hålls i ett rum där de får diskutera ostört. I rummet finns det en soffa, ett bord i mitten samt två stolar.
<b>Förberedelser i simulator/rum:</b>	Soffa, bord, två stolar. På bordet finns en vattenkanna, glas och näsdukar.
<b>Rekvisita:</b>	Ett bord, en soffa, två stolar, vattenkanna, glas, näsdukar och en sorgelåda.
<b>Anhöriga:</b>	Mamma (Anna 30år), pappa (Kalle 32år)

**Information till deltagare som simulerar:** Läraren inom småbarnspedagogiken har bestämt möte med Lottas föräldrar per telefon tre dagar innan. I samband med Lottas första dag på daghemmet efter sommarlovets samt efter Pelles död sker mötet. Pelle avlidit 2 veckor innan mötet. Lotta går med barnskötaren till barngruppen. Läraren inom småbarnspedagogiken visar vägen till föreståndarens rum där mötet sker. De inblandade i mötet är läraren inom småbarnspedagogiken, mamma Anna och pappa Kalle. Föreståndaren tillkallas till mötet som lifesaver om mötet låser sig och deltagarna har svårt att gå vidare i diskussionen. I mötet diskuteras hur föräldrarna vill att informationen om Pelles död ska behandlas på daghemmet inom barngruppen och hur informationen framförs till andra barns föräldrar inom daghemmet. Mötet behandlar även om att föräldrarna vill att personalen ska ge extra stöd till Lotta, samt ha ett öga på hur Lotta reagerar och hanterar situationer inom barngruppen.

#### **”Life savers”**

Daghemsföreståndaren tillkallas med på mötet.

#### **Kriterier för att simulationen tar slut:**

Daghemmet och föräldrarna har kommit överens om att de är okej att meddela andra berörda på daghemmet om att Pelle avlidit samt hur de stöder Pelles syster Lotta och de andra barnen i daghemmet. Då tackar läraren inom småbarnspedagogiken för mötet.

#### **Inlärningsdiskussion (debriefing) tillsammans**

##### **Deltagarna som observerar har fått anvisningar om det som ska observeras:**

- Hur bemöter läraren inom småbarnspedagogiken föräldrarna
- Framkommer daghemmets stöd?
- Har föräldrarna förtroende till personalen?

#### **Scenario manuskript:**

- Scenariot börjar när alla är på plats och sitter i föreståndarens rum

- Scenariot tar 10-15 minuter

### **Anvisningar till de som har en roll i scenariot:**

**Mamma (Anna):** är väldigt ledsen, gråter och har svårt att prata. Mamman tar modet att delta i diskussionen och brister ut att hon vill att daghemspersonalen ska vara extra närvarande för Lotta och vill att personalen låter Lotta få uttrycka sin sorg. Mamman vill att personalen meddelar varje dag till föräldrarna hur Lotta hanterat dagen på daghemmet.

**Pappa (Kalle):** är väldigt ledsen men kan prata, det är han som berättar vad som hänt med Pelle. Pappa Kalle berättar att han och hans fru Anna känner att det skulle vara bra för Lotta att återgå till normala rutiner nu som skulle stöda Lottas återhämtning efter Pelles död. Han belyser även att de inom familjen diskuterat om Pelles död på ett konkret och tydligt sätt och vill att daghemmets personal även ska göra det. Pappan berättar att det fått bra stöd från kommunens krisgrupp när läraren inom småbarnspedagogik nämner vilka stöd som finns.

### **Läraren inom småbarnspedagogikens mål under scenariot:**

- Våga visa empati och visa respekt
- Låt föräldrarna gråta, bli inte obekväma
- Var lugn och visa att det inte har bråttom någonstans, du finns där för dem
- Våga fråga svåra frågor som är nödvändiga
- Berätta vad daghemmet har för stöd och skyldigheter

**Lifesaver/ föreståndaren:** Föreståndaren tillkallas med på mötet ifall läraren inom småbarnspedagogiken och föräldrarna inte kommer i samförstånd med varandra eller de inte kommer vidare i diskussionen.