

Rapport  
2004:2



Kriskunskap

# Konsekvenserna av en trafikolycka - barns och ungdomars perspektiv KRIS-PROJEKTET

Krisomhändertagande i  
samverkan  
Delrapport V

Mariann Olsson  
Abbe Schulman



Samhällsmedicin

Enheten för Psykisk Hälsa

# **Konsekvenserna av en trafikolycka**

## **- barns och ungdomars perspektiv**

### **KRIS-PROJEKTET**

**Krisomhändertagande i samverkan**

**Delrapport V**

**Mariann Olsson**  
**Abbe Schulman**

Mariann Olsson, socionom och med. dr, Kuratorsavdelningen / Enheten  
för Psykosocial forskning, Institutionen för medicin, Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge

Abbe Schulman, med. dr, spec. allmänpsykiatri, bitr. chef för Enheten  
för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

Enheten för Psykisk Hälsa (EPH) är en del av Samhällsmedicin i Stockholms läns landsting. Enhetens uppgift är att vara en kunskapsresurs som verkar för en god och jämlik psykisk hälsa hos befolkningen i länet. EPH arbetar med kartläggning, metodutveckling, information och utbildning.

Enheten för Psykisk Hälsa  
Samhällsmedicin  
Stockholms läns landsting  
Box 17533  
118 91 Stockholm

© Alla rättigheter förbehållna Enheten för Psykisk Hälsa och författarna.

Rapport 2004:2  
Tryckeri: Ormbergstryck  
ISSN: 1650-0660  
ISBN: 91-89525-28-0

## FÖRORD

Denna rapport är den femte och sista sammanställningen av resultaten från KRIS-projektet, Krisomhändertagande I Samverkan. I detta projekt avsåg vi att på ett stort sjukhus pröva och utvärdera en interventions- och samverkansmodell för att förbättra det psykologiska omhändertagandet av olycksfallsdrabbade, deras anhöriga och sjukvårdspersonal utsatt för extrema påfrestningar i arbetet.

Föreliggande rapport vänder sig framför allt till sjukvårdspersonal som arbetar på somatiska akutmottagningar och inom primärvården. I rapporten redovisas resultaten av den intervju- och enkätstudie, i vilken barn och ungdomar, som kom till en akutmottagning efter en trafikolycka, undersöktes. Avsikten var att kartlägga de psykologiska och sociala konsekvenserna för barn och ungdomar, som i samband med en trafikolycka fått måttliga eller lindriga kroppsliga skador. Vi önskade särskilt få höra de ungas syn på omhändertagandet inom hälso- och sjukvården.

Barnens och ungdomarnas berättelser är talande och gripande och vi har i denna rapport på olika sätt försökt förmedla den bild de har gett av händelserna. Utifrån resultaten från såväl denna studie som internationella sådana har vi också tagit fram ett förslag på hur man skulle kunna förbättra omhändertagandet på sjukhusens akutmottagningar. Det är vår förhoppning att denna rapport skall bidra till att sjukvårdspersonal, i större utsträckning än vad som sker idag, skall uppmärksamma barns och ungdomars psykiska reaktioner och behov av socialt och psykologiskt stöd såväl i samband med trafikolyckor som vid andra händelser där barn och unga kommer till skada.

Resultaten av förstudierna i KRIS-projektet har tidigare presenterats i fyra rapporter. I den första rapporten (delrapport I) beskrevs de kunskaper och erfarenheter som låg till grund för idéerna till modellen för ett förbättrat psykologiskt stöd till traumatiserade människor. Under 1998 påbörjades en

kartläggning av hur krisomhändertagandet vid trafikolyckor såg ut inom akutsjukvården genom att personal på somatiska akutmottagningar i Stockholms län intervjuades och besvarade enkäter. Med kartläggningen önskade vi få en bred kunskapsbas såväl av sjukvårdspersonalens aktuella kunskapsläge som deras erfarenheter av framgångsrika respektive bristfälliga stödsatser. Resultaten har beskrivits i delrapporterna II och III. I delrapport IV redogjordes för resultaten av en kartläggning av psykologiska och sociala konsekvenser hos vuxna efter en trafikolycka med lindriga eller inga kroppsliga skador. Som en effekt av förberedelserna inför genomförandet av interventionsdelen i Krisprojektet togs en resurskatalog vid akut kris fram för att underlätta samverkan mellan olika samarbetspartners utanför akutsjukhuset och sjukhusets kuratorer och annan vårdpersonal.

Tyvärr finns det få vetenskapligt utvärderade studier på effekter av tidigt insatta stödåtgärder till traumatiserade människor. Vi beklagar att den vetenskapliga utvärdering som planerades i KRIS-projektet av interventionsinsatserna inte fick genomföras. Alla förberedande studier för projektet liksom uppbyggnaden av en krisstödsgrupp var klara hösten 1999, då interventionsdelen i projektet skulle ha startats. Trots mångåriga förberedande diskussioner tog emellertid den dåvarande sjukhusledningen avstånd från tidigare beslut angående projektets genomförande. Projektledningen beslutade därför att interventionsdelen inte skulle påbörjas, trots att medel för att starta projektet fanns.

De fem delrapporterna från projektet innehåller baskunskap för samhällets och sjukvårdens framtida insatser när det gäller psykologiskt stöd till drabbade människor, såväl direkt drabbade som sjukvårdspersonal. Rapporterna kan kanske ge idéer till och vara en tankeställare för politiker, administratörer och sjukvårdspersonal ansvariga för den framtida hälso- och sjukvården.

Projektet har fått stöd från Vägverket. Sammanställningen av denna studie har kunnat genomföras genom att projektet också erhållit folkhälsomedel från Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting.

Stockholm i maj 2004

Abbe Schulman

Med dr och bitr. chef för Enheten för Psykisk Hälsa  
Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

## SAMMANFATTNING

I syfte att öka kunskapen om psykiska reaktioner och sociala konsekvenser hos barn och ungdomar som skadas vid en trafikolycka har en prospektiv, longitudinell undersökning genomförts med medverkan av 20 barn och ungdomar i åldrarna 8 – 17 år som sökt vård på en stor somatisk akutmottagning vid ett av Stockholms läns akutsjukhus. Utifrån barnens och ungdomarnas egna beskrivningar av olyckorna och konsekvenserna av dessa ville vi undersöka vilka problemskapande eller skyddande mekanismer som finns när trafikolyckor drabbar unga människor. Särskilt önskade vi få barnens och ungdomarnas syn på omhändertagandet i sjukvården.

**Metod.** Av 34 barn, som under en 13-månadersperiod kom till akutmottagningen efter en trafikolycka, undersöktes 20 barn efter 6 veckor. Av dessa kunde 14 följas upp 7-9 månader senare. Undersökningen genomfördes av en erfaren barn- och familjeterapeut i form av semistrukturerade intervjuer. De kombinerades med ett standardiserat instrument för att kartlägga förekomsten av posttraumatiska stressreaktioner (PTSS-C). För att mäta personliga och sociala resurser användes formulär för känsla av ensamhet (LoS) och nätverkskartor. För tonåringarna ( $\geq 12$  år) användes dessutom instrument för känsla av sammanhang (KASAM 29) och social interaktion (CH-ISSI). Ett livshändelseformulär användes för att kartlägga förekomst av negativa livshändelser före olyckan hos samtliga barn och ungdomar.

**Resultat.** Sexton barn hade skadats i bil eller bussolyckor, två i moped- och två i cykelolyckor. De fysiska skadorna var lätta eller måttliga men kombinerades med psykiska följdverkningar för nästan alla. Gruppen hade i genomsnitt en stark känsla av sammanhang (KASAM) och KASAM var negativt korrelerat med antal tidigare livshändelser och med upplevt dödshot vid olyckan. Barnens minnesbilder av olyckan var oftast mycket detaljrika. Efter sex veckor var sju barn fria från fysiska symtom.

Elva barn (55%) hade posttraumatiska symtom som återupplevandereaktioner, undvikandereaktioner, panikkänsla eller lättskrämthet och huvudvärk. Fyra barn hade symtom som uppfyllde kriterierna för diagnosen PTSD (20%). Skolsituationen var påverkad för flera. 7-9 månader efter olyckan var hälften helt återställda fysiskt men en fjärdedel hade kvarvarande posttraumatiska symtom och en uppfyllde fortfarande kriterierna för PTSD. Ett negativt samband fanns mellan KASAM och PTSS-C. Förändrat trafikbeteende fanns hos alla utom en och ängslan och rädsla i trafiksituationer beskrevs av hälften av barnen. Fem barn hade fortfarande skolproblem. I några fall hade olyckan på ett negativt sätt påverkat kamratrelationerna.

Akutmottagningen spelade stor roll eftersom vården i den mycket utsatta situationen efter olyckan gavs där och akutmottagningen dessutom oftast var den enda vårdgivaren. En majoritet av barnen och ungdomarna bedömde den medicinska undersökningen och bemötandet som gott eller mycket gott men färre (40%) ansåg att personalen lyssnade bra till dem. 70% ansåg inte att de fick god information, varför många frågor förblev obesvarade. Återbesök inom vården var sällsynta och ingen kurators- eller psykologkontakt föreslogs. Föräldrar och vänner var det bästa stödet efter olyckan, och för några var intervjuerna terapeutiskt betydelsefulla.

**Slutsats.** Barn och ungdomar som, vid en trafikolycka, fått lindriga till måttligt svåra kroppsliga skador eller inte skadats kroppsligt alls, riskerar ändå att få långvariga psykologiska och sociala följdverkningar. Detta gäller särskilt för barn som har svag känsla av sammanhang och för barn som upplevt dödshot i samband med olyckan. Nödvändig information förmedlas inte till hjälp för barnen och posttraumatiska stresstörningar förblir ofta odiagnosticerade och obehandlade.

Vår förhoppning är att den kunskap som litteraturgenomgången och de kvantitativa respektive kvalitativa analyserna av barnintervjuerna givit ska utgöra grund för utvecklande av omhändertagandet av trafikskadade barn och ungdomar. Våra



förslag till vården gäller införandet av systematiska bedömningar av barnens och familjernas situation med tanke på riskfaktorer och stödjande faktorer, återbesök inom hälso- och sjukvården för alla trafikskadade barn och psykosocial intervention för de mest utsatta.

**Sökord:** trafikolyckor, barn och ungdomar, posttraumatiska stressreaktioner, sociala konsekvenser, stöd, akut omhändertagande

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| FÖRORD .....                                              | 3  |
| SAMMANFATTNING .....                                      | 6  |
| INLEDNING .....                                           | 11 |
| Tidigare forskning.....                                   | 11 |
| SYFTE.....                                                | 15 |
| METOD .....                                               | 16 |
| Urval.....                                                | 16 |
| Undersökningsmetod .....                                  | 16 |
| Analys .....                                              | 19 |
| Resultatredovisningens uppläggning .....                  | 20 |
| RESULTAT .....                                            | 22 |
| Deltagande barn och ungdomar .....                        | 22 |
| Trafikolyckan .....                                       | 24 |
| Olyckstyper och fysiska skador .....                      | 24 |
| Förvarning – och omedelbara reaktioner .....              | 25 |
| På olycksplatsen .....                                    | 26 |
| Akutmottagningen.....                                     | 28 |
| Bemötandet .....                                          | 29 |
| Efter utskrivning från akutmottagningen.....              | 30 |
| Hjälp och stöd första månaden .....                       | 30 |
| Situationen sex veckor efter trafikolyckan .....          | 32 |
| Situationen sju till nio månader efter trafikolyckan..... | 36 |
| Möte med några drabbade barn och ungdomar .....           | 41 |
| Sara 10 år .....                                          | 41 |
| Fredrik 15 år.....                                        | 42 |
| Hanna 17 år .....                                         | 44 |
| Joel 17 år .....                                          | 46 |
| Frida 17 år.....                                          | 48 |

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Reflektioner utifrån fallbeskrivningarna .....                                     | 49 |
| DISKUSSION .....                                                                   | 51 |
| Olyckans psykiska och sociala konsekvenser .....                                   | 52 |
| Vad ligger bakom psykiska och psykosociala problem efter en<br>trafikolycka? ..... | 54 |
| Olycksrelaterade faktorer och reaktioner direkt efter olyckan.....                 | 56 |
| Vad kan hjälpa respektive stjälp efter en trafikolycka? .....                      | 58 |
| Stöd och hjälp från föräldrar.....                                                 | 58 |
| Akutmottagningen - för barn och deras föräldrar .....                              | 59 |
| Interventionsalternativ .....                                                      | 60 |
| SLUTSATSER OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER PÅ<br>AKUTMOTTAGNING .....                    | 62 |
| Rekommendationer .....                                                             | 64 |
| TACK.....                                                                          | 67 |
| REFERENSER.....                                                                    | 68 |
| BILAGOR.....                                                                       | 77 |
| UTGIVNA RAPPORTER.....                                                             | 89 |

## INLEDNING

En traumatisk händelse som inträffar tidigt i livet kan ha övergående konsekvenser men kan också leda till bestående och förödande följder. Vilka händelser och vilka omständigheter kan leda till allvarlig psykisk ohälsa? Hur kan denna ohälsa förebyggas eller lindras? Dessa frågor har börjat studeras allt mer och betydande kunskapsluckor har avslöjats särskilt när det gäller barns reaktioner i samband med sådana händelser som leder till fysiska skador (Ahmad et al., 2000; Dyregrov, 2002; Foy et al., 1996; Stoddard et al., 2001).

En trafikolycka kan oavsett fysisk skadegrad innebära en stor psykisk påfrestning för de(n) som drabbas och leda till omfattande sociala konsekvenser. Detta är väl känt och belagt för vuxna, men kunskap saknas ännu i stor utsträckning om vad som gäller för barn och ungdomar. Trafikskador är ett av våra största folkhälsoproblem. Bland barn och ungdomar är olycksfall, och bland dem trafikolyckor, den vanligaste dödsorsaken (Björnstig, 2001). Den relativa risken att skadas i trafiken i Sverige är störst i åldersgruppen 15-19 år (Statens institut för kommunikationsanalys, 2002). Trots vetenskapen om barns och ungdomars utsatthet i trafiken finns det emellertid ännu så länge få studier om psykosociala följdverkningar hos barn och deras hjälpbehov efter en trafikolycka (Ellis et al., 1998; Horowitz et al., 2001; Schulman, 2000; Stallard et al., 1998; Stoddard et al., 2001).

### Tidigare forskning

Akuta stressreaktioner hos barn i samband med sjukhusvård efter skador av alla slag har enligt internationella studier visat sig vara mer utbredda än vad man tidigare räknat med (Aaron et al., 1999; Winston et al., 2002). Starka psykiska reaktioner hos barn mellan 5 och 18 år några dagar efter en trafikolycka har också visat sig kunna förutsäga allvarliga symtom efter längre tid (Di Gallo et al., 1997; Fein et al., 2002). Att psykologiska aspekter på akuta händelser beaktas i det akuta omhändertagandet har stor betydelse för barnens återhämtning och deras tillfredsställelse

med vården har betonats i ökande grad, liksom behovet av kompetensutveckling hos den berörda vårdpersonalen (Dyregrov 2002; Horowitz et al., 2001; Spates et al., 2003).

Vanliga psykiska reaktioner en längre tid efter en trafikolycka är återupplevande reaktioner, sömnsvårigheter, rädsla, nedstämdhet, oro, koncentrationssvårigheter, aggressionsutbrott och andra beteendestörningar (Ellis et al., 1998). Posttraumatiskt stressyndrom (eng. posttraumatic stress disorder, PTSD) har rapporterats förekomma hos barn och ungdomar efter trafikolyckor i en omfattning mellan 26-45 % efter 1½ - 3 månader (Cvitanovich, & Mc Dermott, 2000; Mirza et al., 1998; Stallard et al., 1998) för att därefter minska till 17-34 % efter 6 månader (Mirza et al., 1998; Zink & McCain 2003) respektive 14 - 25 % efter 7-12 månader (Keppel-Benson et al., 2002; de Vries et al., 1999). Även om kriterierna för diagnosen PTSD inte är helt uppfyllda uppvisar många barn ändå åtskilliga posttraumatiska stressymtom och beteendestörningar (Aaron et al., 1999; Dyregrov, 2002; Perry & Azad, 1999). Bemästringsstrategier (coping) hos barn som fått diagnosen PTSD efter trafikolyckor har visat sig vara mer känslofokuserade än hos barn som inte utvecklat allvarliga posttraumatiska stressreaktioner. PTSD-barnen avskärmar sig oftare, lägger skulden på andra eller blir utagerande (Stallard et al., 2001).

Sociala konsekvenser av trafikolyckor har för vuxna beskrivits i termer av sjukfrånvaro och ekonomiska påfrestningar (Andersson et al., 1994; Bergsten Brucefors et al., 2001; Schnyder et al., 2003). Motsvarande studier för barn är fåtaliga eller så har barnens villkor inte redovisats separat (Andersson et al., 1994; Stoddard et al., 2001). Negativa konsekvenser för unga vuxna beträffande arbete, familj, skola och fritid efter ett trauma har nyligen redovisats av Kuhn, Blanchard och Hickling (2003).

De psykologiska konsekvenserna har hittills, på samma sätt som när det gäller vuxna, visat sig vara oberoende av vilken typ av olycka som drabbat barnen eller vilken slags fysisk skada som blivit följden. Avgörande är om det finns ett upplevt dödshot och under vilka omständigheter olyckan inträffat (Aaron et al., 1999;

Dyregrov, 2002; Stallard et al., 1998). Andra faktorer, som kan påverka barns och ungdomars reaktioner, har att göra med hur föräldrarna reagerat under eller efter olyckan (Dyregrov, 2002; Foy et al., 1996; Stallard et al., 2001; Lagerberg & Sundelin, 2000; de Vries, 1999; Winston et al., 2002), de ungas egna copingstrategier samt omgivningens stöd (Aaron et al., 1999; Dyregrov, 2002; Foy et al., 1996; Lagerberg & Sundelin, 2000; Stallard et al., 2001).

Andra faktorer, som ökar risken för psykisk ohälsa, hänger samman med omständigheter som funnits före olyckan såsom sårbarhet och/eller beteendestörningar hos barnet/ungdomen (Aaron et al., 1999; Dyregrov, 2002; Silva et al., 2000; Stoddard & Saxe, 2001) eller tidigare livshändelser (Stallard et al., 1998). Unikt för de förklaringsmodeller som finns för PTSD hos barn jämfört med de som gäller för vuxna är sambandet mellan föräldrarnas reaktioner och eventuella symtom hos barnen/ungdomarna (Dyregrov, 2002; Foy et al., 1996; de Vries et al., 1999; Winston et al., 2002). Beträffande samband mellan PTSD och ålder respektive kön hos barnet har motstridiga resultat redovisats (Stallard et al., 1998; de Vries et al., 1999).

Betydelsen av stöd och hjälp efter olyckan har stått i fokus i ett fåtal studier (Horowitz et al., 2001). Socialt stöd har visat sig ha samband med låg frekvens och kortare varaktighet av PTSD (Keppel-Benson et al., 2002; Udwin et al., 2000). Föräldrar till barn som led av PTSD hade i hälften av fallen sökt hjälp för barnets problem inom det egna nätverket eller hos professionella (de Vries et al., 1999).

Hur vårdpersonalen bemöter barn och ungdomar i samband med olyckor har stor betydelse för barnens återhämtning (Dyregrov, 2002; Horowitz et al., 2001; Stoddard & Saxe, 2001). En intervjuundersökning 1998 inom Stockholms läns landsting visade på att även om önskemål om kompetensutveckling uttalades, så fanns det inga vårdprogram för omhändertagande av vare sig barn, ungdomar eller vuxna vid olyckor, utan hjälpen var helt beroende på hur den enskilda anställda utformade denna

(Bergerhed & Schulman, 1999). Särskilt riskerade psykologiska reaktioner hos barn och ungdomar, som inte hade så omfattande fysiska skador, att förbli osedda (Olsson et al., 2001). En förklaring till detta kan vara att det fortfarande inom akutsjukvård är litet känt hur akuta psykiska reaktioner efter olyckor tar sig uttryck hos barn och ungdomar (Winston et al., 2002).

Den nu aktuella studien avser att skapa en bild av trafikolyckor och deras psykiska och sociala konsekvenser och av den hjälp och vård som givits i samband med olyckan utifrån barnens och ungdomarnas egna perspektiv.

## SYFTE

Syftet med studien är undersöka:

1. Psykiska reaktioner och sociala konsekvenser av trafikolyckor hos drabbade barn och ungdomar, så som de ter sig under de första nio månaderna efter olyckan
2. Faktorer av betydelse för vilka psykiska och sociala konsekvenser olyckan får för drabbade barn och ungdomar
3. Omhändertagandet av trafikolycksdrabbade barn och ungdomar sett ur deras eget perspektiv

Ett vidare syfte med studien är att den ökade kunskapen ska kunna utgöra grund för utvecklande av omhändertagandet av trafikskadade barn.

Följande frågeställningar har varit aktuella i studien:

1. Vilka psykologiska, sociala och beteendemässiga konsekvenser kan urskiljas en månad respektive sju månader efter olyckan?
2. Vilken roll för konsekvenserna spelar:
  - a) ålder och kön?
  - b) olyckans karaktär?
  - c) barnets/ungdomens skador?
  - d) upplevelse av hot mot livet?
  - e) att också andra familjemedlemmar drabbats?
  - f) det primära sociala nätverkets funktion?
  - g) förekomst av negativa barndomshändelser ?
  - h) personliga resurser, såsom känsla av sammanhang?
3. Hur uppfattar barnen och ungdomarna omhändertagandet på olycksplatsen, på akutmottagningen och därefter?
4. Vilken hjälp har varit viktigast? Vad har barnen saknat?



## **METOD**

Kvantitativa och kvalitativa metoder kombinerades i den aktuella studien; en prospektiv, longitudinell undersökning av barn och ungdomar som sökt vård på en somatisk akutmottagning på ett av länets stora akutsjukhus efter en trafikolycka. En trafikolycka definieras i studien som en olyckshändelse, som ägt rum på allmän väg eller annan allmän plats och som innefattar fotgängare, cyklister, mopedister, motorcyklister eller passagerare i bil eller buss.

### **Urval**

Alla barn och ungdomar i åldern 7-17 år som sökte på akutmottagningen efter en trafikolycka under en 13-månadersperiod åren 1996 – 1997 markerades i akutliggaren av akutpersonalen. Efter barnens utskrivning från sjukhuset fick samtliga föräldrar en skriftlig information om studien för att ge sitt och barnens samtycke till deltagande. Ett brev ställdes till de föräldrar som även själva drabbats av trafikolyckan och ett annat till dem som inte varit med (bilaga 1 a och 1 b).

### **Undersökningsmetod**

Barnen/ungdomarna intervjuades vid två tillfällen av en erfaren barn- och familjeterapeut. Intervjuerna ägde rum på intervjuarens arbetsrum 4-6 veckor respektive 7-9 månader efter olyckan. De spelades in på ljudband och varade från en till en och en halv timme allt efter barnens ålder och mognadsgrad. Intervjuerna utgick från en guide (bilaga 2) som omfattade barnens och ungdomarnas erfarenheter från trafikolyckan, från akutmottagningen och behandlingen där samt omgivningens attityder och stöd efter olyckan. Båda intervjuerna handlade också om fysiska och psykologiska konsekvenser av olyckan liksom sociala konsekvenser hemma och i skolan. Eventuella behandlingar som barnen genomgått efterfrågades liksom hur

barnen/ungdomarna mådde vid de tidpunkter då intervjuerna ägde rum.

Information om trafikolyckan samlades in genom ett kort frågeformulär som fylldes i av intervjuare och barn/ungdom, ibland tillsammans med en förälder. Inga journaler och inga polisrapporter har använts i studien.

Tillsammans med intervjuaren fyllde också barnen och ungdomarna i ett antal frågeformulär. Deras personliga resurser och sociala situation mättes genom två instrument (a och b) som alla fyllde i, samt genom två instrument som enbart barn över 11 års ålder fyllde i (c och d).

a) *Livshändelseformuläret* är en lista över 15 viktiga händelser under barndoms- och tonårstiden, som i flera studier visat sig öka risken för psykisk ohälsa senare i livet. Listan framställdes i projektet utifrån i andra studier använda händelselistor (Bergsten Brucefors et al., 2001). Den omfattade såväl förändringar och påfrestningar i familjesituation, i boende eller skolsituation t. ex. mobbing som vilka sjukdomar eller olyckor som drabbat barnen eller deras närstående (bilaga 3).

b) *The Revised Loneliness scale* (LoS) har utvecklats av Russel, Peplau och Cutrona (1980) och är översatt till svenska av Thernlund och Samuelson (1993). Instrumentet består av fyra frågor om ömsesidighet alternativt ensamhet i relationen till andra människor. Ett högt värde betyder hög grad av missnöje med relationer till andra.

c) *Känsla av sammanhang* (KASAM 29). KASAM utvecklades av Aaron Antonovsky (1991) och har prövats på svenska material av Hansson och Cederblad (1995). Enligt Antonovskys teori bygger känsla av sammanhang på tre centrala dimensioner – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. I enlighet med ursprungsmanualen har svaren summerats. Gränsvärdena för svag KASAM är  $\leq 140$ , för måttlig KASAM 141-165 samt för stark KASAM  $\geq 166$ .

d) *Interview Schedule for Social Interaction* i en barnversion (CHISSI). Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) är ett frågeformulär för vuxna som mäter social integration och socialt stöd. ISSI utvecklades av Henderson, Byrne och Duncan-Jones (1981), gjordes om till ett självskattningsformulär och översattes till svenska av Uden och Orth-Gomer (1989). Instrumentet är sammansatt av fyra delskalor: AVSI (Availability of Social Integration), ADSI (Adequacy of Social Integration), AVAT (Availability of Attachment) and ADAT (Adequacy of Attachment). Barnversionen – CHISSI - utvecklades av Thernlund (1996).

Alla barn och ungdomar ritade också sina egna sociala nätverk med hjälp av kartor enligt den modell som utvecklats av Samuelsson, Thernlund och Ringström (1994). Kvantifiering av det sociala nätverket och stödet görs med hjälp av antalet personer i de olika sektorerna eller totalt i nätverket samt genom att en närhetsfaktor beräknas.

De psykologiska, beteendemässiga och sociala konsekvenserna av olyckan undersöktes dels genom de kvalitativa intervjuerna dels med ett mätinstrument:

e) *The Post Traumatic Stress Symptoms for Children Scale* (PTSS-C), som utvecklats av Ahmad et al. (2000) för att identifiera PTSD-relaterade posttraumatiska stressymtom och mäta graden av posttraumatisk stresstörning (bilaga 4). Instrumentet används som en semi-strukturerad intervju och genom att intervjuaren ställde frågorna muntligt till barnen/ungdomarna kunde hon anpassa instrumentet till barnets ålder. I anvisningarna för PTSS-C summeras poängen och gränsvärdena är: <10 = ingen säker störning, 10-22 = mild/lätt störning, 23-37 = måttlig störning och >37 svår posttraumatisk stresstörning. I rapporten används dessa benämningar; och när svaren på instrumentets frågor också svarar mot kriterierna i DSM-IV används begreppet PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

## Analys

De flesta intervjuerna skrevs ut ordagrant varefter en fristående forskare (M.O.) analyserade utsagorna kvalitativt. Vissa data från intervjuerna, exempelvis antal passagerare som fanns i bilen eller hur många barn som i anslutning till olyckan trott eller tänkt: "nu dör jag" kvantifierades och/eller dikotomiserades. Några intervjuer var endast tillgängliga via ljudband.

Efter genomläsning eller genomlyssning skrevs fallbeskrivningar, där såväl barnens berättelser som resultat från formulären strukturerades under rubriker som följde studiens syfte och intervjuformulärets upplägg: utsagor om olyckan och reaktioner i samband med den, formell och informell hjälp, egna reaktioner – såväl tankar som känslor och beteenden samt sociala förändringar och beskrivningar från situationen vid tiden för respektive intervju. Utsagor från de två intervjutillfällena hölls i detta skede åtskilda, liksom resultaten från självskattningsformulären. Därefter gjordes en systematisk genomgång och en kategorisering av sådana aspekter som i litteraturen visat sig betydelsefulla (och som redovisats i bakgrundskapet) d.v.s. personliga och sociala resurser, psykosociala problem som fanns före olyckan, olycksrelaterade faktorer, respektive utsagor om och mätetal för personliga och sociala resurser samt svårigheter efter olyckan. Under analyserna behölls de individuella fallen intakta, samtidigt som eventuella mönster för hur olyckans psykiska och sociala konsekvenser samvarierade med de kategoriserade variablerna undersöktes.

Kvantitativa data från intervjuer och från självskattningsformulär och enkätformulär analyserades med hjälp av ett statistiskt program för samhällsvetenskaperna, SPSS (SPSS 11.5 för Windows). För varje undersökt variabel togs deskriptiva mått fram. Parvisa t-test och  $\chi^2$  användes för att beräkna skillnader. Samband mellan kontinuerliga variabler beräknades med Pearsons korrelationsmått och  $p < .05$  valdes som signifikansgräns.

Resultaten har jämförts med svenska normgrupps- eller jämförelsegruppsdata där sådana funnits.

Etiska överväganden och varsamhet med data är det särskilt viktigt att beakta i kvalitativa studier (Kvale, 1997). När det gäller barn och ungdomar har forskaren ett särskilt stort ansvar för att skydda de medverkandes integritet och konfidentialitet såväl vid intervjutillfällen som i analys och rapporteringsfas. För att omöjliggöra att läsaren skulle kunna identifiera någon enskild deltagare har barnens och ungdomarnas namn fingerats och de omständigheter som beskrivs i citat och fallbeskrivningar förändrats. Ansvariga för projektet var väl medvetna om att frågorna i formulären och intervjuerna kunde öka barnens och ungdomarnas oro. Därför genomfördes intervjuerna av en erfaren psykoterapeut med mångårig erfarenhet av arbete med barn, tonåringar och deras familjer. I projektet fanns också en plan för hur barn och familjer, som uppvisade allvarliga tecken på psykisk ohälsa skulle omhändertas. Studien har granskats och godkänts av forskningsetisk kommitté vid Karolinska Institutet i Stockholm.

## **Resultatredovisningens uppläggning**

Resultatredovisningen följer i stort sett intervjuguiden och därmed händelseförloppet, som de drabbade barnen och ungdomarna berättar om, i stället för att strikt följa de vetenskapliga frågeställningarna. I den resultatdel som gäller trafikolyckan och erfarenheterna från akutmottagningen har utsagor från båda intervjuerna sammanförts. Detta kommenteras enbart om uppgifterna skiljer sig åt mellan de två berättelserna. Under varje rubrik redovisas resultat av både kvantitativa och kvalitativa analyser.

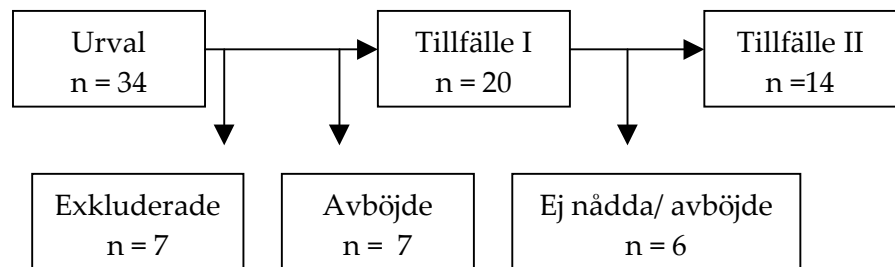
Några fallbeskrivningar har tagits med för att ge läsaren bilder av hela händelseförlopp. Fallen är valda för att med hjälp av såväl flickor som pojkar belysa i vilka sammanhang de för trafikolyckornas konsekvenser betydelsefulla faktorerna förekommit.

Varje kapitel avslutas med reflexioner för att "knyta ihop" avsnittet.

## RESULTAT

### Deltagande barn och ungdomar

Trettiofyra barn och ungdomar (19 flickor och 15 pojkar) i de aktuella åldrarna sökte akutmottagningen under den aktuella tidsperioden. Av dessa kunde 20 barn (59%) från 17 familjer rekryteras till studien. Uppföljningsintervjuer ägde rum med 14 barn från 12 familjer (Figur 1).



Figur 1. Bortfall under studiens gång.

I fyra fall kunde föräldrarna eller ungdomarna inte nås. Ett barn uteslöts på grund av språksvårigheter, ett på grund av att familjen inte vistades i landet de närmaste åtta veckorna efter olyckan och ett tredje eftersom familjen bodde mer än 50 mil från intervjuaren. Sex tonåringar, två flickor och fyra pojkar avböjde deltagande i studien och ett föräldrapar avböjde att låta sin tonårsdotter medverka. Ytterligare bortfall uppkom mellan de två intervjuerna eftersom sex av de först intervjuade vid nästa kontakt 7-9 månader senare avböjde eller inte nåddes för ytterligare medverkan. Detta bortfall var jämt fördelat över åldrar och kön.

De två intervjuer som genomförts med ett psykiskt funktionshindrat barn uteslöts från de kvalitativa analyserna, eftersom barnet hade svårt att med egna ord beskriva det som hänt. Barnet har behållits i den kvantitativa delen av studien.

Föräldern tjänstgjorde som "proxy" och beskrev barnets reaktioner efter olyckan och barnet ritade själv sina nätverkskartor. Därför blir de kvantitativt analyserade resultaten grundade på 20 respektive 14 barn medan de kvalitativa resultaten baseras på 19 respektive 13 intervjuer.

De 20 medverkande barnen och ungdomarna hade varit med vid sammanlagt 17 olyckor. I några fall var mer än ett barn/ungdom med vid samma olycka. Fem flickor och tre pojkar var i åldern 8-11 år, medan sex flickor och sex pojkar var 12 år eller äldre. Den grupp som kunde följas genom båda intervjuerna bestod av tre flickor och två pojkar i den yngre gruppen (< 12 år) medan fem flickor och fyra pojkar var 12 år eller äldre. Medelåldern var 12,9 år och medianåldern 12 år.

*Tabell 1. Barnens/ungdomarnas sociodemografiska situation, olyckornas karaktär samt barnens eventuella sjukhusvård.*

| Variabel                                                        | Antal barn /<br>ungdomar |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Kön: flickor                                                    | 11                       |
| Familjetyp: föräldrarna separerat                               | 9                        |
| Etnicitet: En eller båda föräldrarna<br>immigrerat till Sverige | 7                        |
| Involverad i                                                    |                          |
| - cykel- eller mopedolycka                                      | 4                        |
| - bil- eller bussolycka                                         | 16                       |
| Övriga drabbade i olyckan                                       |                          |
| - endast förälder                                               | 3                        |
| - endast syskon                                                 | 1                        |
| - både förälder och syskon                                      | 8                        |
| - kompis men ingen familjemedlem                                | 3                        |
| - ensam drabbad                                                 | 5                        |
| Upplevt dödshot                                                 | 9                        |
| Inlagd på sjukhus för observation/behandling                    | 5                        |

Alla barn/ungdomar utom två hade drabbats av olika livshändelser tidigare i livet. Medelvärde för antalet



livshändelser var 4,4 och varierade mellan 0 och 17 händelser. Medelvärdet för antalet händelser vid vilka barnet/ungdomen själv eller någon närstående drabbats av svår sjukdom eller olycka var 2,1 med variationsbredden 0-6.

En eller båda föräldrarna till sju barn var födda utanför Sverige, medan alla barn utom tre själva var födda i landet och hade svenska som första språk. De invandrade familjerna kom från ett nordiskt land, från Afrika eller från Asien. Föräldrarna till nio av barnen var skilda, en separation som ägt rum mellan 2-12 år före olyckan. Hushållsstorleken varierade mellan att barnet bodde tillsammans med en förälder, som enda barn tillsammans med båda föräldrarna, tillsammans med ett syskon och en förälder eller tillsammans med fyra (n=3), fem (n=3) eller sju (n=1) familjemedlemmar. Ingen bodde helt ensam. Alla gick i skolan – fem i gymnasiet, varav två på yrkeslinjer.

## **Trafikolyckan**

### **Olyckstyper och fysiska skador**

Femton barn hade skadats i en bilolycka och ett i en buss/lastbils-kollision. Samtliga var passagerare. Två skadades under mopedåkning (en kolliderade med en buss) och två under cykelåkning (båda singelolyckor). Inget barn skadades som fotgängare. Sex barn (i fyra bilar) skadades när bilen blev påkörd bakifrån, fem barn (i fyra bilar) skadades i en singelolycka och fyra kolliderade med en annan bil i en korsning.

De åtta barnen under 12 år (inklusive tre syskonpar) var passagerare i en bil som kördes av en förälder eller i ett fall av en äldre bror. Lika många satt i framsätet som i baksätet. I en av de sex bilolyckorna som involverade ungdomar kördes bilen av en äldre bror, i övriga fall satt en vän vid ratten. De flesta ungdomarna var framsätesspassagerare.

Fyra barn var fysiskt sett oskadade. I övrigt var skadepanoramat brett och omfattade sårskador (n=4), huvud- och ansiktsskador

(n=6) eller nack- och ryggsador (n=8). Några fick skador på arm, fot och/eller knä (n=6) eller kände en mer allmän smärta i kroppen (n=2). Enligt familjernas egen skattning var de flesta lätt skadade, fyra var måttligt och en allvarligt skadad. Familjemedlemmar eller vänner blev likaså lätt eller måttligt skadade. Det inträffade inga dödsfall i de studerade trafikolyckorna .

En bilolycka inträffade på lunchrasten, en flicka var på väg till skolan när hon drabbades och en tredje ungdom var på väg hem från sitt sommarjobb. I övrigt ägde olyckorna rum i anslutning till barnens fritidsaktiviteter.

### **Förvarning – och omedelbara reaktioner**

Fyra barn kunde som framsätesspassagerare ana den annalkande faran och på ett eller annat sätt skydda sig. *"Jag satt i framsätet bredvid mamma. Det var rödljus och vi skulle börja köra och så körde en annan.... Jag såg att, jag skulle precis säga till att bilen kom, men så kraschade vi. Sen blev det svart. Jag blundade och försökte skydda mig själv..... böjde ner huvudet och höll för händerna"* (11-årig flicka). Tio var däremot helt oförberedda på vad som hände. *"Jag vet inte vad som hände, han körde och så fick bilen en sladd. Direkt så tog det... en sekund bara. Jag vet inte, vi körde rakt in i stolpen och bilen voltade flera varv så här ..."* (17-årig pojke).

En tonårsflicka beskrev i första intervjun hur hon inte alls sett något av händelseförloppet. Emellertid gav hon i samband med andra intervjun en tydlig beskrivning både hur hon kunde se vad som skulle hända och hur hon försökt skydda sig. Ingen av de fyra moped-/cykelförarna hade hunnit uppfatta någon fara eller parera olyckan.

Nio av de 19 barnen/ungdomarna beskrev att de i samband med olyckan trodde att nu skulle de dö. *"Ja, först.... men så..... jag kunde röra mig"* (10-årig pojke) *"Jag tänkte att jag skulle dö. Jag blev chockad, jag ville springa därifrån, från bilen. Jag trodde den skulle sprängas "* (17-årig pojke). För två kom tanken på livshot inte direkt vid "smällen" utan något senare. Den fysiskt mest skadade pojken förstod att han svävat i livsfara först när hans syster några timmar efteråt berättade hur rädd mamman varit att han skulle dö.

De vanligaste omedelbara reaktionerna var rädsla och förvirring – vad händer? Alla utom två talade om detta. Rädslan var svår att beskriva i ord. Barn under 12 år använde kroppsliga uttryck för att beskriva hur de kände: *”hjärtat dunkade snabbt, jag försökte lugna ner mig, men det gick bara inte”* (11-årig flicka), *”mycket rädd....vet inte... jätterädd och så pirrade det. Jag satt stilla....vet bara att jag frös mycket”* (10-årig pojke). Också tonåringarna hade svårt att klä rädslan i ord: *”våldigt rädd, svårt att beskriva, den känns i hela kroppen, jag försökte vara helt stilla”* (16-årig pojke), *”jag orkade ingenting, jag darrade överallt”* (13-årig pojke). Rädslan gällde ibland farhågor för att föräldern, ett syskon eller en hund, som åkt med i bilen, skulle vara svårt skadad. Några barn hade minnesluckor i händelseförloppet, vilket skulle kunna hänga samman med deras kroppsliga skador (huvudskador, medvetandeförlust) medan andra hade minnesförlust av psykologisk natur. De mindes ingenting av vad som hänt dem under tiden omedelbart efter smällen fram tills de undersöktes på akutmottagningen.

Nio barn, särskilt yngre beskrev att de blev så ledsna. Ofta kände de ledsenheten i kombination med rädsla eller förvirring. Allt som planerats blev plötsligt omöjligt och tårarna rann. *”Jag blev ganska ledsen. Vad dåligt att vi skulle krocka nu, här och allting. Det var på en lördag. Jag var ganska ledsen. Tårarna bara rann så där, mamma märkte inte”* (9-årig flicka).

En av mopedförarna kände omedelbart skuldkänslor för sin egen roll i olyckan, medan den andra efter tre veckor inte kunde tala om annat än förvirring över vad som hänt. En 12-årig flicka sa i intervjun att hon skämdes över att hennes förälder inte kunnat hantera en sladd bättre än att bilen körde in i en stolpe.

## **På olycksplatsen**

Ibland var det den likaså drabbade föräldern eller syskonet som var barnet/ungdomen till stöd på olycksplatsen. I några fall var det emellertid tydligt att den drabbade föräldern inte hade

möjlighet att se till och hjälpa barnet. Barnet kunde t.ex. få tillsägelse att sitta stilla i bilen och vänta, något som enstaka barn inte klarade av. *"Då gick mamma ur. Och pratade med dom andra. Jag satt och tänkte så här...../ /..Jag var ganska ledsen. När mamma gick ut så hade jag magknip och ont i huvudet./../ Jag satt inte kvar hela tiden. Sen gick jag ut en stund. När jag inte kunde sitta still. Fast det var en stig upp till en liten skog, jag satt där..."* (9-årig flicka).

Okända vittnen var vid flera tillfällen till stor hjälp. En bilist som stannat eller en busspassagerare hjälpte till att skapa trygghet och lugn genom att tala med den drabbade ungdomen och agera med säkerhet, t.ex. lägga första förband. *"Efter ett tag kom en bilist som såg mig och åkte runt. Tog sjalen och band om benet. Hon sa att jag skulle ta det lugnt.... Hon sa lugnande ord. Det kändes skönt att ha henne där...för hon verkade säker på vad hon gjorde"* (16-årig pojke). I andra fall kunde okända vittnen i stället stå och titta på utan att kunna hjälpa till och på det sättet öka utsattheten för ungdomen, som antingen låg blödande eller kände sig helt förvirrad och maktlös. *"Många kom fram. Ingen vågade ta i mig först, det var så mycket blod...."* (17-årig pojke).

Polis- och ambulanspersonal blev särskilt betydelsefulla för de ungdomar som var mycket förvirrade och som inte hade sällskap med någon närstående. Med lugn och auktoritet fick de förhållningsorder som minskade förvirringen. *"Jag var .... mitt på gatan.. jag var helt ställd...jag vet inte riktigt... yr. Jag höll på att ramla på utgångssidan. Akta så inte någon bil kommer och det händer någonting. Andas djupt och stanna här sa polisen"... "Jag trodde polisen skulle bli arg när vi stack ifrån bilen....eller när de skulle börja förhöra oss, men de sa ingenting, de sa, lugna ned dig, andas bra. De var jättesnälla"* (17-årig pojke).

För de mindre barnen blev polisens roll däremot ibland svårförståelig. Även om bilen stillastående hade blivit påkörd av en annan trafikant blev föräldern "förhörd" och fick blåsa i alkometer. Hur kom det sig, vad hade föräldern gjort för fel?

## Akutmottagningen

Tio av barnen fördes till akutmottagningen med ambulans medan fem kördes dit i privatbil direkt från olyckan. Fem av barnen sökte hjälp ett par eller flera timmar senare.

Elva barn (55 %) sändes hem efter läkarundersökningen på akutmottagningen. I tre av dessa fall kompletterades undersökningen först med röntgen och en flicka försågs med gips och kryckor. Tre barn återkom dagen efter för en röntgenundersökning och de behövde ingen ytterligare behandling.

Fem barn/ungdomar röntgades och hade mer omfattande skador. En 16-åring fick foten opererad, fick därefter bandage på foten och kryckor samt återbesökstid efter fyra veckor. En 13-åring fördes till en barnkirurgisk avdelning för en operation av sin skullskada. Han vårdades elva dygn innan han kunde skrivas ut till hemmet och följas upp i öppen vård. Denna patient uppgav själv att han drabbats av en måttligt svår skada. Fyra tonåringar fick stanna ett dygn för observation eller för att kirurgiska åtgärder var nödvändiga. I ett fall var det oklart om 17-åringen stannade den rekommenderade tiden eller hämtades i förtid av sin förälder. Inget barn i den yngsta gruppen behövde vårdas inneliggande på sjukhuset. De äldre barnen hade i allmänhet svårare fysiska skador än de yngre.

Eftersom alla barnen i den yngre åldersgruppen drabbades tillsammans med en förälder och /eller ett syskon undersöktes även familjemedlemmen på akutmottagningen. Även om barnet i andra fall var den enda i familjen som drabbats slöt oftast en förälder upp på sjukhuset när de fick reda på vad som hänt. Två tonårsflickor undersöktes dock på akutmottagningen helt utan sällskap. Båda kom till akutmottagningen efter några timmar och båda hade företrädesvis negativa erfarenheter av vården och bemötandet där.

## Bemötandet

Svarsalternativen "bra" eller "mycket bra" användes som svar på frågan om erfarenheterna av den medicinska undersökningen i 75% av fallen. Bemötandet bedömdes som gott eller mycket gott av 60% av barnen/ungdomarna. 40% ansåg att personalen lyssnade till dem på ett bra sätt, medan bara 30% ansåg den givna informationen som "god" eller "mycket god".

Berättelserna om akutmottagningen var ofta blandade - vissa erfarenheter var positiva; andra negativa. Uteslutande positiva berättelser förekom i fyra fall och de uteslutande negativa i fem. I tre barns/ungdomars intervjuvar fanns inga bedömningar av händelserna på akutmottagningen. De hade varit mycket smärtpåverkade eller i övrigt skadade och kunde helt enkelt inte reflektera runt den första handläggningen.

Eftersom allting för de allra flesta var mycket skrämmande vid den tidpunkt de var på akutmottagningen blev vård och bemötande mycket betydelsefullt. Att någon förstod hur svårt det var och hur väl man behövde veta vad som skulle ske med dem. De positiva erfarenheterna illustreras av två citat: *"En doktor. Hon var snäll. ...frågade om det gjorde ont när jag gör så här... Efter att hon hade undersökt mig, då så sade hon i alla fall att det var bra. Skulle känna lite, men inte behöva ha ont eller så"* (9-årig flicka). *"Dom som plåstrade om mig... dom berättade hela tiden vad dom gjorde. Att det skulle göra ont eller inte göra ont, nu gör vi så här och så här. Det var rätt så lugnande. Det var bra"* (16-årig pojke med sårskador).

Utifrån den utsatta situationen bedömde också barnen/ungdomarna själva att de erfarenheter de haft av akutbesöket var viktiga för framtiden: *"Kolla personen om den verkligen mår bra, eller bara säger det. Fråga hur det känns. Ge återbesök, för besvären kan komma sen"* (16-årig flicka). I de fall också andra familjemedlemmar var skadade och behövde behandling var några barn mest oroliga för vad som hände med den familjemedlem som de var skilda från. På frågan om vilka som gav bästa hjälpen svarade en 12-årig flicka: *"Dom som kom och sade hur det var med mamma"*.

Vänteperioden på läkare eller på röntgen kommenterades ofta. Först och främst var det viktigt och positivt att få vänta tillsammans med familjemedlemmarna. En flicka fick dock sitta tillsammans även med den andra bilens förare: *"Det var mamma och jag och så hon. Vi borde ha fått två olika rum. Jag ville prata med mamma och jag.... Det är privata saker som jag inte vill att hon ska höra./.../ Hon gick på toa och så, så då pratade vi"* (11-årig flicka som skadats i en bilkollision). För de barn som var ensamma kändes utsattheten extra stor och väntetiden lång. *"Jaha, här sitter jag alldeles själv med en krage och alla går förbi. Är det ingen som har tänkt att stanna? Hallå, jag sitter här. Det kändes lite..... Jag vet att det är personalbrist och så. Men det kändes lite, kan det inte gå snabbare...Det skulle ha kunnat vara någon som kom direkt. Bara kolla att allt är okey, låtit mig prata"* (17-årig flicka).

Kommentarer kring väntrummen förekom också - oftast efterlyste de mindre barnen leksaker eller böcker. *"Nej det finns två avdelningar, en för barn och en för vuxna. Det kanske var på vuxna. Det kanske är någon mamma som är där och är sjuk och har sin bäbis med eller sitt barn. Och då ska det finnas lite leksaker till dom"* (9-årig flicka).

## **Efter utskrivning från akutmottagningen**

### **Hjälp och stöd första månaden**

Barnens sociala nätverk - familj, kompisar och lärare - stod för det bästa stödet första tiden efter olyckan. Tio av barnen, och inte bara de yngsta, beskrev hur föräldrarna hade stöttat dem. De hade lugnat, pratat, tänkt på vad barnen borde undvika för att inte förvärra skadorna, sett till att informera skolan mm. *"Mamma och pappa. Dom har ju tänkt på vad jag inte ska göra"* (9-årig flicka). *"Det är mina föräldrar. De har pratat med mig, de har lugnat ner mig"* (17-årig pojke). Ibland har syskon varit bäst under den första tiden. Några hade pojk- eller flickvänner som lyssnade och gav närhet.

För de yngre var det viktigt att fröken/magistern i skolan fick veta vad som hänt och kunde ta upp samtal i skolan. *"Mamma hade skrivit en lapp till vår magister, man ska göra det om det har hänt"*

*mycket under helgen. Om jag sitter och tänker, då vet han vad jag tänker på"* (10-årig flicka).

Kompisar ställde också upp med praktisk hjälp när det behövdes. *"Jag hade jättemånga kompisar som var gulliga och tog hand om mig. Bar brickan åt mig"* (16-årig flicka). För de tonåringar som hade stora minnesluckor kring själva olyckan kunde kompisarna också hjälpa till att bringa reda och struktur i de omvälvande händelserna vid olyckan både för den direkt drabbade och för andra.

Akutmottagningen var oftast enda vårdkontakten. Återbesök till sjukhuset rekommenderades i fyra fall. En enda remiss till annan behandling förekom – från akutmottagningen till fysioterapeutisk behandling för en tonårsflicka. Vid den första intervjun hade den behandlingen ännu inte startat.

I två fall blev vårdcentralen kontaktad i efterförloppet. En av de två tonårsflickor som kom ensamma till akutmottagningen, som undersöktes och sedan sändes hem, kontaktade vårdcentralen på eget bevåg efter fyra veckors ökande besvär från huvud och nacke. Där röntgades hon, fick smärtstillande medicin och remiss till fysioterapi, en behandling som just påbörjats vid första intervjun. Denna 17-åring besökte dessförinnan också skolsköterskan, som ordnade en halskrage till henne. Den andra tonårsflickan kollapsade dagen efter olyckan och fördes till annan akutmottagning i Stockholmsområdet. Där fick hon veta att hon med stor sannolikhet hade en whiplash-skada och att hon troligen drabbats av en reaktiv psykisk reaktion. En tonårspojke fick komplikationer i sin särskada och sökte vårdcentralen för hjälp med detta.

Ingen kurators-, psykolog- eller barnpsykiaterkontakt förekom i samband med trafikolyckan.



### Situationen sex veckor efter trafikolyckan

Sex till åtta veckor efter trafikolyckan var sju barn fria från fysiska symtom. Endast en av dem fanns i den äldre åldersgruppen ( $\geq 12$  år). Sex barn hade fortfarande ständig värk i huvud, nacke eller rygg och fem barn kände ibland smärta från nacke eller rygg. Tre barn hade nedsatt rörelseförmåga i armar eller ben. De konsekvenser som barnen och ungdomarna berättade om var oftast både fysiska och psykiska (Tabell 2).

Tabell 2. Kvarstående besvär enligt intervjusvaren sex veckor respektive 7-9 månader efter olyckan.

| Besvärssområde       | Intervju I<br>Antal barn (n=19)<br>n | Intervju II<br>Antal barn (n=13)<br>n |
|----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Fysiska              | 2                                    | 3                                     |
| Fysiska och psykiska | 10                                   | 4                                     |
| Psykiska             | 3                                    | 2                                     |
| Inga                 | 4                                    | 4                                     |

Flera barn berättade om starka minnesbilder från olyckan eller om samma sinnesförmimmelser som vid olyckstillfället: "Kanske fem gånger i veckan.... För då kommer den upp... pang. Pang" (9-årig flicka). "Den sitter fortfarande kvar i mitt huvud. Vi sitter i bilen och jag ser själva skogen komma efter räcket. Och jag känner brandröken". "Det var bara jag som kände lukten, jag har frågat båda efteråt och ingen har känt någon brandlukt. Jag är hundra att jag kände lukten, riktigt kraftigt" (17-årig pojke).

Alla utom tre gick till skolan som vanligt efter trafikolyckan. Ibland behövde barnet avstå från en del aktiviteter, till exempel under gymnastiklektionerna. Den 12-åring som vårdades på barnsjukhus en tid återkom till skolan efter flera veckor, och kunde vid tiden för första intervjun fortfarande inte skriva på grund av sin armskada. Tre tonåringar kunde i efterhand - i samband med intervjun - reflektera över att det inte hade varit så

klokt att strunta i skadorna och återgå till skolarbetet direkt. Det hade lett till problem lite senare. *”Sen var jag hemma en vecka. Jag har missat ganska mycket i skolan – gick för mycket så det blev problem med såret”* (17-årig pojke, som efter sex veckor för första gången kunde delta i undervisningen en hel skoldag).

Två av de yngre barnen hade med sig en lapp till läraren om vad som hänt och klassen pratade om olyckan och om reaktioner på sådana händelser. Några tonåringar hade upplevt skeptiska och ifrågasättande attityder från en del av lärarna. *”Men då fick jag samma respons igen från läraren, han tyckte väl och trodde att jag var lat. Jag sade att jag kunde tenta ikapp senare, för jag klarade inte av att sitta så långa dagar, men han tyckte det borde räcka att ta en promenad i korridoren. Men jag måste få ligga ner”* (17-åring med ryggsmärtor). De två som deltog i yrkesträning hade båda problem i arbetssituationen vid tidpunkten för intervju ett. *”Jag gick i skolan för jag är inte van vid att vara hemma, så jag gick dit. Men jag kunde inte göra någonting. Jag har fortfarande svårt att böja min rygg. Då gör det ont, det är obekvämt för mig”* (17-årig lärling).

Barnens och ungdomarnas fritidsaktiviteter påverkades och i några fall upphörde barnet helt med en aktivitet, till exempel fotbolls- eller tennisträning. Att använda cykel eller moped som fritidsnöje hade helt upphört för de fyra som skadats i cykel- eller mopedolyckor. Kamratrelationer påverkades likaså i flera fall. *”Man upplevs som väldigt tråkig, att jag aldrig orkar följa med. Och när jag följer med går jag hem efter en timme. Det är panik för mig att hoppa upp på en barstol”* (17-årig flicka med misstänkt whiplash-skada).

De psykiska konsekvenserna mättes som tidigare nämnts med PTSS-C-instrumentet. Medelvärdet var 12,4 (std 9,5) och poängen på skalan visade inte något statistiskt signifikant samband med ålder eller kön. Däremot fanns ett samband mellan hög PTSS-C-poäng och upplevt dödshot ( $r=.36$ ;  $p<.05$ ).

Nio barn, sju flickor och två pojkar, låg under det lägsta gränsvärdet på PTSS-C, d.v.s. de visade inga tecken på posttraumatisk störning. Helt utan symtom enligt instrumentet

var endast två av dessa. Sju barn (35%), två flickor och fem pojkar i åldrarna 10-17 år, visade tecken på lindrig störning medan fyra (20%) hade en måttlig posttraumatisk stresstörning. En nioårig flicka hade förutom sin egen trafikolycka dagen efter bevittnat hur en person dödats av ett tunnelbanetåg. Det var denna flicka och tre 17-åringar (1 flicka och 2 pojkar) som led av flest posttraumatiska stressymtom. De hade alla upplevt dödshot vid trafikolyckan och hade också tidigare upplevt livshändelser som involverade dödsfall.

De vanligaste återupplevande-reaktionerna hos barnen var känslor eller beteende som om olyckan skulle hända igen (uppgavs av nio barn/ungdomar) liksom fysiologiska reaktioner som darrning, hjärtklappning o.s.v. vid påminnelse om händelsen (fanns hos sju barn/ungdomar). Bland avskärningsreaktionerna var det vanligast att barnen ansträngde sig för att undvika saker som påminde om trafikolyckan (nio barn/ungdomar) eller att de uppgav svårigheter att minnas delar av händelsen (tio barn / ungdomar). Lättskrämdhet (hos sex barn/ungdomar) var det vanligaste tecknet på kroppslig larmberedskap. Nio barn/ungdomar hade mer ont i magen eller huvudvärk efter olyckan och sex visade panikreaktioner.

Svarsmönstren på PTSS-C gör att fyra barn (20%) skulle ha fått diagnosen PTSD enligt kriterierna i DSM-IV. Tre av dessa tillhörde den yngre åldersgruppen (<12 år) och en var tonåring. Fem av de ungdomar som hade höga poäng på PTSS-C hade "bara" ett eller två tecken på avskärningsreaktion, inte de för diagnosen PTSD nödvändiga tre. Två ungdomar uppvisade inte de för PTSD två nödvändiga tecknen på kroppslig larmberedskap.

De elva trafikskadade tonåringarna, som svarat på KASAM-instrumentet efter en månad, hade högt medelvärde jämfört med en normalpopulation av gymnasieelever (Tabell 3). Låg känsla av sammanhang ( $KASAM \leq 140$ ) fanns hos tre ungdomar – två pojkar och en flicka, måttlig känsla av sammanhang ( $KASAM = 141-165$ ) hos tre pojkar och två flickor, medan tre flickor bedömdes ha stark känsla av sammanhang ( $KASAM \geq 166$ ).

Barnens relationer i nätverk kännetecknades av större ensamhetskänsla, och något lägre grad av social integration än en normalpopulation av barn/ungdomar har. Tonåringarnas känslomässiga band (AVAT och ADAT) var däremot inte lägre än i samma jämförelsematerial.

Ungdomarnas Känsla av sammanhang (KASAM) var negativt korrelerat med upplevt dödshot i den aktuella olyckan ( $r = -.65$ ;  $p < .05$ ) och tidigare upplevda livshändelser ( $r = -.67$ ;  $p < .05$ ). Det betyder att stark Känsla av sammanhang samvarierade med att inte ha upplevt dödshot respektive att ha drabbats av få livshändelser tidigare i livet. Könsskillnaderna beträffande KASAM, som resultatbeskrivningen ovan kan föra tanken till, var inte statistiskt signifikanta och det fanns inte heller några statistiska samband mellan ålder och KASAM. Inte heller fanns det något statistiskt signifikant samband mellan KASAM och PTSS-C-poäng sex veckor efter olyckan.

Tabell 3. Psykologiska och sociala resurser vid första intervjutillfället.

| Instrument                     | Medelvärde (std) |        | Normalvärde (std) |        |
|--------------------------------|------------------|--------|-------------------|--------|
| <b>Känsla av sammanhang</b>    | 151,6            | (23,8) | 138,0             |        |
| <b>KASAM (n=11*)</b>           |                  |        |                   |        |
| - begriplighet                 | 48,1             | (8,9)  |                   |        |
| - hanterbarhet                 | 53,3             | (8,5)  |                   |        |
| - meningsfullhet               | 44,6             | (7,7)  |                   |        |
| <b>Socialt nätverk</b>         | 21,4             | (3,0)  | 22,8              | (5,7)  |
| <b>CH-ISSI (n=11*)</b>         |                  |        |                   |        |
| - AVSI                         | 0,9              | (0,3)  | 1,6               | (1,5)  |
| - ADSI                         | 4,6              | (0,5)  | 4,4               | (1,7)  |
| - AVAT                         | 7,3              | (2,2)  | 6,8               | (1,7)  |
| - ADAT                         | 8,6              | (1,9)  | 10,0              | (3,3)  |
| <b>Ensamhetskänsla (n=20)</b>  | 9,7              | (2,0)  |                   |        |
| <b>Socialt nätverk (n=20)</b>  | 16,2             | (8,5)  | 16,0              | (6,0)  |
| – totalt antal länkar          |                  |        |                   |        |
| <b>Socialt nätverk (n=20))</b> | 66,5             | (27,4) | 83,8              | (37,2) |
| – närhetsindex                 |                  |        |                   |        |

\* Endast 11 deltagare ( $\geq 12$  år gamla) har besvarat KASAM och CHISSI. Normalvärden har hämtats för CHISSI och för nätverkskartorna från Thernlund (1996). Jämförelsevärde för KASAM har hämtats från Hansson och Cederblad (1995).

### Situationen sju till nio månader efter trafikolyckan

Tretton uppföljningsintervjuer ligger till grund för nedanstående avsnitt som ger en bild av utvecklingen av de psykosociala konsekvenserna över tid. Situationen för sex av de tidigare intervjuade barnen är alltså okänd. Fyra av dessa sex barn hade vid första intervjun höga poäng på PTSS-C och två av dem beskrev vid den första intervjun symtom som gjorde att de kunde ha fått diagnosen PTSD.

Sju till nio månader efter olyckan hade livssituationen ändrats. Flera hade börjat nästa klass, någon hade bytt skola och valt linje för nästa utbildning. Någon hade förlovat sig. Någon hade flyttat till den andra föräldern eller till en ny bostad tillsammans med pojkvännen. För några hade nya livshändelser inträffat som fått stor betydelse i mognadsprocessen. *"Min farfar dog för 4 månader sedan. Det tog ganska hårt.../.../Jag kunde inte fatta att han var borta. Jag tror inte att jag har fattat än att han är borta.../.../ Men man ska inte ta livet för givet, man ska leva så bra man kan. Man får inse att alla inte lever i evighet"* (17-årig pojke). Nya livshändelser knöt ibland an till erfarenheterna av den egna trafikolyckan och förstärkte eller gav nya perspektiv åt dess betydelse. *"Min kompis som var med om en olycka låg medvetslös i tre veckor. Jag kunde inte gå dit när han var medvetslös. Jag var där två gånger bara för att jag måste. .../.../ Livet förändras efter fem minuter"* (17-åring med PTSD vid första intervju tillfället). *"Det var en kille i vår klass som var med om en olycka och han hade inte säkerhetsbältet på sig, då flög han ut genom fönstret. Nu ligger han hemma och kommer tillbaka nästa år. Det hände förra helgen...../Vi har skrivit ett brev till han som var med om en olycka, då sade jag till läraren att jag varit med om en olycka och att jag hade säkerhetsbältet på mig"* (11-årig flicka).

De fysiska skadorna efter trafikolyckan avtog enligt intervjuerna tidigare än de psykosociala konsekvenserna (tabell 2). Sju till nio månader efter olyckan, var sex av de tretton intervjuade återställda fysiskt, medan sju hade kvarvarande symtom. Det gällde smärtor från rygg, nacke eller huvud (n=5) eller problem med rörligheten i arm eller knä (n=2). För två ungdomar hade symtomen tilltagit. *"Ont i nacken, hörseln nedsatt, ibland sluddrar det. Jag märkte det för bara någon månad sedan. Både hörseln och talet. /.../ I skolan är det lätt, för då läser jag på läpparna, men hemma om jag står med ryggen emot då händer det att jag inte hör... Denna nu 17-åriga flicka förnekade symtom allra först, men fick sedan en kraftig psykosomatisk reaktion dagen efter olyckan.*

Vid uppföljningstillfället pågick fortfarande fysioterapeutisk behandling för en av de whiplash-skadade tonårsflickorna. Den

andra använde fortfarande nackkrage av och till och var vid uppföljningsintervjun på väg att beställa tid på en vårdcentral för läkarundersökning. En tredje tonåring hade på nytt besökt läkare för kvarvarande ryggbesvär och fått smärtstillande medicin, som han dock ännu inte använt. En fjärde rådgjorde med intervjuaren om att kanske söka läkare igen.

De tydliga minnesbilderna av olyckan fanns fortfarande kvar för två. *"Ända sedan jag vurpade har jag inte åkt förbi där. Jag åker alltid runt. Jag vet inte varför, jag kan inte åka där. Varje gång ser jag ..... Jag gasade för mycket, jag åkte in i staketet, jag vurpade, slog upp knät, bröt foten och ....."* (16-årig mopedist).

Alla intervjuade utom en berättade att hon eller han nu är mycket försiktigare i trafiken. Tydliga trafikrelaterade rädslor uppgavs av sex barn och fyra undvek fortfarande situationer som påminde om olyckan.

Fem barn hade fortfarande problem i skolan. I två fall gällde detta koncentrationssvårigheter. En av de två whiplash-skadade var mycket orolig för sin skolsituation och sitt framtida yrkesliv. Hon hade med hjälp av sin pappa sökt stöd hos studie- och yrkesvägledare.

Kamratrelationerna var fortfarande påverkade av såväl fysiska som psykologiska konsekvenser av olyckan. Både fysiska smärtor och det egna tvånget att undvika bilåkning tillsammans med den kompis som körde bilen vid olyckan hade i ett par fall orsakat viss social isolering. Det sociala nätverket och det sociala stödet visade annars för gruppen som helhet en tendens att öka (Tabell 4). Enligt nätverkskartorna var stödet från familjemedlemmar oförändrat jämfört med första mättillfället medan antalet vänner i nätverkskartan hade ökat från 4,6 till 7,3.

Känslan av sammanhang (KASAM) var för gruppen oförändrad mellan mättillfällena. Individuella poängen var oförändrat svag för en tonårspojke som fortfarande led av PTSD. Den hade minskat från måttlig till svag för en tonårsflicka, som även hon

visade uttalade posttraumatiska stressymtom. Försämring av KASAM fanns hos en 13-årig flicka utan att det kunde relateras till konsekvenser av trafikolyckan. Visst mått av ensamhetskänsla fanns hos alla utom fyra. Denna känsla var för gruppen oförändrad mellan mättillfällena.

Tabell 4. Förändring i psykologiska konsekvenser samt personliga och sociala resurser från det första till det andra mättillfället (n=14).

| Instrument                                      | Mättillfälle I<br>medelvärde (std) |        | Mättillfälle II<br>medelvärde (std) |        | Skillnad I-II<br>t-värde (sign) |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|---------------------------------|
| PTSS-C (n=14)                                   | 10,9                               | (8,0)  | 8,2                                 | (8,1)  | 3,1 (<,01)                      |
| Känsla av sammanhang (n=8*)                     | 150,3                              | (27,8) | 152,9                               | (24,2) | 0,7 (ns)                        |
| Socialt nätverk<br>CH-ISSI (n=8*)               | 21,5                               | (3,3)  | 28,7                                | (6,7)  | 3,5 (<,02)                      |
| - AVSI                                          | 0,9                                | (0,4)  | 2,5                                 | (1,2)  | 3,0 (<,05)                      |
| - ADSI                                          | 4,6                                | (0,5)  | 6,3                                 | (1,6)  | 2,2 (ns)                        |
| - AVAT                                          | 7,3                                | (2,4)  | 8,2                                 | (2,3)  | 1,4 (ns)                        |
| - ADAT                                          | 8,8                                | (1,9)  | 1,7                                 | (3,7)  | 2,4 (ns)                        |
| Ensamhetskänsla (n=13)                          | 2,1                                | (2,0)  | 2,2                                 | (2,2)  | 0,6 (ns)                        |
| Socialt nätverk (n=14)<br>- totalt antal länkar | 18,7                               | (8,8)  | 25,4                                | (20,2) | 1,5 (ns)                        |
| Socialt nätverk (n=14)<br>- närhetsindex        | 71,5                               | (30,3) | 98,5                                | (66,4) | 2,5 (<,05)                      |

\* enbart besvarat av deltagare  $\geq 12$  år

Jämförelser av PTSS-C skalans värde vid de två undersökningstillfällena visade att barnens/ungdomarnas psykiska tillstånd förbättrats fram till uppföljningen (Tabell 4).



Även om fortfarande bara fem av de fjorton var helt symtomfria, fanns nu tre av barnen (22%) inom de två poängkategorier som innebar tecken på en posttraumatisk störning. En 10-årig flicka med PTSD vid första intervjutillfället, hade fortfarande enligt PTSS-C en lindrig posttraumatisk störning, men uppfyllde nu inte kriterierna för PTSD. Två (en pojke och en flicka) av de tre tonåringarna som vid första tillfället visade tecken på måttliga posttraumatiska stresstörningar gjorde så fortfarande vid uppföljningen; en av dem uppfyllde fortfarande kriterierna för PTSD. Båda blev medelsvårt skadade i olyckan och ingen av dem hade haft någon uppföljande medicinsk eller psykosocial behandlingskontakt.

Vid uppföljningstillfället fanns ett negativt samband mellan KASAM och PTSS-C ( $r=-,77$ ;  $p=.025$ ) d.v.s stark Känsla av sammanhang samvarierade med god psykisk hälsa (uttryckt som låga poäng på PTSS-C).

## Möte med några drabbade barn och ungdomar

### Sara 10 år

Sara är på väg hem från gymnastiken tillsammans med ett par kompisar och mamma har hämtat dem med bil. Sara sitter i baksätet med säkerhetsbältet på sig. När mamman stannar vid rött ljus i en korsning kommer en bil bakifrån och kör på Saras bil. *"PANG!"* Eftersom Sara har säkerhetsbältet på *"så åkte jag inte fram så mycket"* säger hon efteråt, men då tänkte hon att nu skulle hon dö. Hon gråter först och skakar i hela kroppen. Mamman ringer efter pappa som kommer med en annan bil och kan skjutsa alla till sjukhuset. Sara har ont i nacken och ryggen. Hon och de andra i bilen blir undersökta av läkaren. De behöver inte vänta på röntgen den kvällen, utan Sara får komma tillbaka efter ett par dagar för att röntga nacken. Sara tycker att dom skulle ha frågat på akuten hur olyckan gick till och hur hon tänkte om den.

Första natten kan Sara inte sova. Hon drömmer mardrömmar om bilolyckor. Krocken hade sett otäck ut också utifrån, förstår Sara, för två klasskamrater har sett allt och berättat för fröken, som är väldigt orolig. Vid första intervjun är olyckan fortfarande så nära att Sara ryser i kroppen och tycker att det känns konstigt att prata om den och vad som hände. Hon berättar också att *"när jag åker förbi stället så fryser kroppen. Jag ser krossat glas och hur allt såg ut"*.

Vid andra intervjun har Sara fortfarande ont i ryggen av och till. Hon har slutat på gymnastiken. Hon tänker fortfarande på olyckan när hon åker förbi platsen, men det är inte längre så obehagligt.

Sara har inte svarat på KASAM-frågorna på grund av sin låga ålder. Hon bor tillsammans med mamma och en syster. Hennes föräldrar skildes när Sara var 5 år. Saras nätverkskarta avslöjar att det finns många konflikter runt henne. De personer som står Sara närmast är mamman och två lärare.

Nyligen blev en klasskamrat allvarligt skadad i en trafikolycka. Sara grät när hon hörde om olyckan och när klasskamraterna skrev brev till den skadade berättade Sara om sin olycka och om bältet som hade räddat hennes liv.

Sara är tydlig med att det har varit bra när någon frågat om olyckan; som mamma, läraren, gymnastikfröken och intervjuaren har gjort.

Sara utgör exempel på ett sårbart barn. Hon har varit med om många negativa livshändelser och har ett inte helt igenom stödjande nätverk. Sara är helt oförberedd på faran när olyckan drabbar henne, hon upplever dödshot och olyckan har fått förhållandevis stora konsekvenser för henne. Det går att se en positiv utveckling mellan Saras intervjuer, men hon uppvisar fortfarande sju månader efter olyckan flera posttraumatiska stressymtom (PTSS-C = 22 respektive 13).

### **Fredrik 15 år**

Det är vår och Fredrik har inget särskilt för sig utan sätter på sig hjälmen och tar en sväng med mopeden. För ett ögonblick tappar han uppmärksamheten och då kör en buss ut från hållplatsen rakt framför honom. Fredrik tvärbromsar, men framhjulet åker in under bussen och Fredrik slår i marken.

Fredrik tappar luften, *"det gick ju inte att andas"*. Med stor viljeanstängning reser han sig och går några meter, i *"ett försök att kunna andas igen"*. Men det gör så ont – i knät, i ryggen, i händerna, så han sjunker ner igen. Busschauffören kommer ut ur bussen och undrar vad som hänt - han har inte sett något. Han frågar också om han ska ringa ambulans. Nej, säger Fredrik först, men ändrar sig. En resenär med barnvagn sitter sedan i busskuren och pratar lugnande med Fredrik. *"Kommer dom inte snart!?"* Sen är det skönt när äntligen polis och ambulans kommer och hjälper honom till sjukhuset. Där vill Fredrik ha hjälp att ringa efter farfar, som kommer rätt snart; *"skönt med någon man känner igen"*. Fredrik är nöjd med hjälpen på akutmottagningen. Personalen

presenterar sig, pratar lugnande d.v.s. sakta och tydligt om vad dom ska göra. Värst är röntgen - *"att ligga stilla så länge och ha så ont"*. Efter röntgen får Fredrik lugnande besked - ingenting är brutet och han får åka hem. Inte förrän Fredrik kommer hem efter ett par timmar på sjukhuset börjar han tänka på - *"vad hände egentligen?... och tänk om jag inte haft hjälm"*.

Efter en månad har knät blivit bra men Fredrik har fortfarande ont i ryggen. Han sitter på mopeden igen ibland, men då kör han på cykelvägar. I trafiken är han orolig, han håller alltid avstånden mycket noga.

Efter åtta månader är Fredrik helt återställd fysiskt - känner inget i ryggen. Men fortfarande kan han undra över vad som egentligen hände. Var kom bussen ifrån? Den starkaste minnesbilden är ändå den olidliga väntan på ambulans. Fredrik tycker inte att livet har påverkats av trafikolyckan. Han har fler kompisar än tidigare och har valt inriktning till gymnasiet. Det enda som förändrats är att han kör försiktigare med sin moppe och att han alltid känner en rädsla om det fordon (bil eller buss) han åker med gör en snabb inbromsning. Det som påverkat Fredriks syn på livet är snarare att farmor och farfar som han stått nära båda har förändrats av åldrande och sjukdom *"det är inte som förut, det är inte som när jag var liten"*.

När det gått åtta månader tycker Fredrik att det känns bra att prata om det som hände och märka att det är avslutat. Han minns att allting var väldigt märkligt – oroligt – vid första intervjun. Det var så nyligen olyckan hade hänt då säger han, så man egentligen inte förstod vad som hade hänt. Dessutom, vågar Fredrik nu erkänna, var han då fortfarande rädd att han hade någon skada som inte ännu var upptäckt eftersom ryggen gjorde så ont.

Fredrik lever med sin mamma och pappa och en äldre bror. Han har dessutom mycket god kontakt med sina farföräldrar och med en lärare. Hans nätverkskarta visar att han har nära kontakter i alla nätverkssektorer.

Fredrik utgör ett exempel på en person med goda sociala resurser och en positiv utveckling av de personliga resurserna mellan intervjuerna. Fredrik har flera tidigare negativa livshändelser i bagaget. Hans känsla av sammanhang var vid första intervjutillfället svag - kanske tillfälligt rubbad av olyckan, orolig som han fortfarande var - men förbättrades under tiden fram till uppföljningsintervjun. Fredriks trafikolycka kom för honom helt oförberett men han kände inget livshot. Hans poäng på PTSS-C var vid första intervjun 10 d.v.s. det fanns indikationer på mild störning (återupplevelse, undvikande och överspändhet) men vid andra mättillfället hade han normala värden. Fredrik har viss rädsla kvar som konsekvens av olyckan men har också mognat av sina erfarenheter.

### **Hanna 17 år**

Det är kväll och Hanna har varit ute och handlat med sin kompis. Kompisen kör, får syn på en bil som står stilla, bromsar men får sladd och kör med fart rakt in i den andra bilen, svänger så ut igen och fortsätter ett stycke till. När kompisen får stopp på bilen är det alldeles tyst i bilen.... Hanna känner sig helt slak och ojar sig, men kompisen verkar lugn. *"Jag fick stå kvar, och hon sprang ut till den andra bilen."* Hanna blir stående chockad vid bilen hon åkt i. Grabben i den stillastående bilen, som hade suttit och snackat med kompisar på trottoaren, sitter nu fastklämd. Han får så småningom hjälp av ambulanssjukvårdare och polis som kommer till platsen .

Ambulansmännen frågar så hur det är med Hanna. Ber henne känna efter ordentligt, men nej, Hanna känner ingenting som gör ont. *"Och kompisen fattade nog inte vad som hände, jag fick berätta sen"*. Ambulansen för grabben som skadats till sjukhuset och polisen hjälper tjejerna att ordna till vänster hjul så att de kan åka vidare. De åker bara en liten bit, in på en avtagsväg, för kompisen är alldeles skakis och sen kommer kompisen mamma och kör hem Hanna. Hanna känner i hissen upp till lägenheten för första gången att hon har ont i nacken. När hon kommer in till pappa kommer känslorna och Hanna gråter. Senare på kvällen tänker hon på vad som kunde ha hänt *"och blir skakis igen"*. Hon sover

utan problem på natten, men vaknar med nacksmärtor och stannar hemma den dagen. På förmiddagen ringer pappa till akutmottagningen och Hanna åker in. *"Jag skulle nog ha åkt in på kvällen i stället"*.

Hanna sitter på akuten och väntar, först i ett väntrum, sedan i ett undersökningsrum. I väntrummet är det ingen som pratar med henne, läkaren undersöker henne så småningom - *"Jag fick böja fram och tillbaka.... han tyckte jag var för rörlig för att vara skadad"*. Han frågar vad som hänt och kommenterar sedan att det *"inte var någon stor smäll då"*. Strax innan Hanna lämnar akuten kommer pappa. Hanna är riktigt arg när hon går ifrån sjukhuset, har så ont. Hennes känsla är att hon setts som sjåpig och hon tycker att läkaren åtminstone kunde ha sagt något om vad hon skulle göra om det fortsatte att göra ont. Efter en månad går Hanna till läkaren på vårdcentralen. Då har hon hela tiden haft ont i huvudet och i nacken - vissa dagar jätteont, så det har känts bäst att ligga. Husläkaren röntgar nacken, skriver ut värktabletter och remitterar till sjukgymnast. Hanna har börjat gå på sjukgymnastisk behandling en gång per vecka och känner sig vid första intervjun lite bättre. Smärtorna har påverkat henne mycket säger hon - *"jag blir så tjurig när jag har ont"*.

Efter åtta månader har Hanna stora problem. Hon gav upp sin sjukgymnastik efter tre månader. Hanna har fortfarande värk i rygg och nacke - vaknar ofta på natten med värk. Hon funderar mycket på om det är en whiplash-skada hon har - har frågat men fått veta att det måste gå ett år innan man kan säga det. I skolan har Hanna svårt att orka långa dagar och särskilt en lärare tror inte på att hon behöver vila - sträcka ut sig på rygg - ibland. Hon ska snart ut på praktik och är rädd att hon inte ska orka med det. Kanske ska hon boka ny läkartid, men hon är rädd för att läkaren ska tycka att hon sjåpar sig.

Hanna försöker följa med kompisar ut, men åker ofta hem efter en stund. Hon klarar inte av att till exempel hoppa upp på en barstol. Även om hon tycker att vännerna tar hennes smärta på allvar är

Hanna rädd för att uppfattas som väldigt tråkig. Hanna är inte rädd för att åka bil, men om någon kör fort får hon panik.

Hannas föräldrar är fränskilda och hon bor med sin pappa. De flyttade till stan för några år sedan så Hanna har inte känt sina klasskompisar så länge. Hon har dock väldigt god kontakt med kompisar, visar inte någon känsla av ensamhet. Hannas olycka drabbade henne i en känslig omställningsperiod. Hon visar en relativt god känsla av sammanhang vid första intervjun, men den är svagare vid tiden för uppföljningsintervjun (KASAM=146 respektive 137). Hon har posttraumatiska stressymtom vid båda intervjuerna (PTSS-C=23 respektive 25). Hanna är efter olyckan ofta ledsen, oroar sig och har svårt att koncentrera sig. Hennes tillvaro har förändrats mycket i och med olyckan.

### **Joel 17 år**

Det är vinter och halt. Joel har varit hemma hos sin flickvän på lördagskvällen. Han får skjuts hem av hennes bror, som ändå ska ut med bilen. Bilen får sladd, på ett ögonblick slår den emot sidoräckena och så blir det helt svart för Joel. När bilen är stilla ser han kompisen intill sig Han känner brandrök och får panik - du måste ut, du måste ut... och de två kommer ut ur bilen; hur minns inte Joel.

Joel berättar för intervjuaren om sina sporadiska minnesbilder av händelserna på natten. Några av dem är hur han tar sig i pannan och lägger handen i snön och ser att det är blod där, men inte tänker på det; hur han ligger på bår i ambulansen och ser att i ambulansen sitter också flickvännens bror; hur han har jätteont i knät och dom klipper upp alla kläderna. Joel säger: *"Det är äckligt när man tänker efter - en massa svarta luckor."* Det känns ändå bra för honom att prata om olyckan och tänka på att han klarat sig så bra efter en sådan smäll.

Joel får stanna på sjukhuset tillsammans med flickvännens bror. På tidiga morgonen somnar han. När han vaknar är allt fortfarande överkligt för båda. Joel har ont i huvudet och är svag i kroppen. Han tar *"som första stegen i ens liv"* och håller i

droppställningen när han går till frukosten. De två grabbarna pratar inte om olyckan. Joel tror att någon läkare försäkrar sig om att de mår bra och sen tar de en taxi hem. *"Då var det lite äckligt att åka bil, faktiskt"*

Joel minns inte så mycket om första dagen hemma heller. Dom blev väl glada. Han sover mest hela dagen. Nästa dag drar han på sig mössan, så såret i pannan inte syns och går till skolan. *"Det kändes konstigt.... som att börja en helt ny skola.... som att jag aldrig varit där förut. Jag kände mig utslagen hela veckan. Riktigt ordentligt utslagen"*

Efter dom första helt igenom konstiga dagarna har allt varit som vanligt - bara knät har strulat och Joel har fortfarande ont i knäna då och då. Men varje gång han sitter i en bil - han började åka efter en månad ungefär - och det börjar gå fort blir han "rädd och nervig". Joel tycker inte att han behövt hjälp eller stöd, allt som har med olyckan att göra har han *"gnagt av med tiden"*.

Efter drygt åtta månader känns ryggen fortfarande varje dag, säger Joel och ibland känner han av axlarna. Han känner sig ändå bättre än vid första intervjutillfället. Visserligen säger Joel att hans egen olycka *"känns som flera år sedan"* men när han sitter och pratar med intervjuaren kommer minnesbilden av olyckan upp lika tydligt som om det var i går. Ja, de finns där under hela intervjun. Och Joel återger minnesbilderna från olycksnatten. När han nu åker bil håller han jämt i sig. En kompis har råkat ut för en olycka och blev mycket svårt skadad. Han låg medvetslös flera veckor och kommer att få skador för livet. Joel tvingade sig själv med svårighet till att besöka honom två gånger.

Joel har aldrig haft det lätt i skolan, men har lyckats hålla minnena från olyckan borta från skoltillvaron säger han. Han har inte talat med f. d. flickvännen eller hennes bror om olyckan eller minnesbilderna. Han har heller aldrig åkt bil med honom igen – vill inte eller törs inte. Joel gick till vårdcentralen med sina smärtor strax före uppföljningsintervjun och fick då lugnande och smärtstillande medicin – men har inte tagit något. Tänker kanske



försöka få hjälp av en sjukgymnast. Joel tycker att han fick bra behandling på sjukhuset, men dålig information. Han skulle ha önskat att *"man hade pratat om situationen"*, ungefär som i intervjuerna. *"Det skulle ha hjälpt en att förstå"*. Han har också önskat att han själv skulle ha förstått att *"ta det lugnt och tänka igenom saker"*.

Joel bor tillsammans med mamma, pappa och tre syskon. En av föräldrarna är utlandsfödd, men hela familjen har alltid bott på samma ort. En tid var Joel mobbad i skolan. Han beskriver en ensamhetskänsla och det sociala nätverk som Joel ritar är glest. Hans KASAM är stabilt låg (KASAM=112 respektive 115) och självskattningsformulären visar på PTSD också efter åtta månader (PTSS-C=26 vid båda tillfällena).

### **Frida 17 år**

Det är vinter och Frida ger sig tillsammans med en kompis iväg i bilen. Det är halt och spårigt och i en kurva släpper bildäcken. Fridas bil kommer över på fel sida av vägen just när de möter en annan bil. *"Jag hann tänka, nu krockar vi"* säger Frida, *"jag tänkte bara nu smäller det, sen hörde man ljudet"*. Passagerardörren går inte att öppna, så Frida tar sig ut på förarsidan efter kompisen. Efter det minns hon endast händelserna glimtvis. Hon läggs på bår och skjuts in i ambulansen. Hon ligger på bårerna på sjukhuset, tittar i taket och ser en massa människor som frågar saker. Allt är bara helt förvirrat och när hon ligger i röntgenapparaten får hon se hur det speglar sig, allt blod i ansiktet. Efter röntgen får Frida besked att det inte är något allvarligt. Hon blir sydd i ansiktet och i bakhuvudet. Hon har en hjärnskakning, en stukad fot och en spricka i knäet och utrustas med kryckor. Frida får ligga kvar på sjukhuset över natten och på avdelningen får hon se kort på bilarna. Helt hoptryckta - och då först ser hon hur stor kraschen var. *"Då var jag glad att man klarade sig överhuvudtaget."* Fridas familj, kompisen (som fick en hjärnskakning) och hennes familj pratar och berättar om allt som hänt. Frida och kompisen hämtas dagen därpå av föräldrarna. *"Pappa tog det jättelugnt hem. Det kändes läskigt, men han körde så lugnt"*.

Frida berättar att hon inte reagerar känslomässigt alls förrän hon första kvällen hemma ser en reklamfilm där två bilar kör ihop.  
*"Då började jag gråta, det var så läskigt, för man hör metall mot metall och det låter så mycket. Ljudet".*

När Frida intervjuas vet hon genom kompisar och föräldrar det mesta av händelseförloppet - det hon inte har minnen av själv. Hur hon rört sig utanför bilen. Att hon pratat med folk som kom och som ringde och hur föräldrarna kommit till sjukhuset. Frida gick med kryckor i två veckor. Hon har vid första intervjun ont i benet och ärr i ansiktet. Hon vill inte åka bil fort längre - *"förr var det roligt"*. Hon spänner alltid fast sig och berättar vidare *"förut var jag alltid medpassagerare - nu är det så att jag kollar själv också"*. Frida tycker att det är skönt att tala om olyckan

Efter 8,5 månader jobbar Frida på i skolan. Hon har fortfarande ont i benet ibland. Frida gillar att åka bil, hon övningskör nu, men tycker inte om att åka fort. Först oroade hon sig för att det skulle kännas konstigt att sätta sig bakom ratten. Att kompisarna, föräldrarna och pojkvännen frågat om vad som hände, hur hon känner sig - att dom brytt sig har varit viktigt. Frida tycker inte att något har förändrats i hennes liv till följd av olyckan.

Frida har goda personliga och sociala resurser. När hon var liten var hon också med om en krock tillsammans med sina farföräldrar. Ingen skadades den gången. Hon har stabilt hög KASAM (189 respektive 184) och ett gott socialt stöd i sitt nätverk. Frida var visserligen helt oförberedd på olyckan och skadades vid smällen, men trots den kraftiga kollisionen kände hon inte något livshot. De stressymtom hon hade vid första intervjun hade inte karaktären av posttraumatiskt stressyndrom vare sig enligt egen eller föräldrars bedömning och vid uppföljningsintervjun var de helt borta (PTSS-C=9 respektive 4).

### **Reflektioner utifrån fallbeskrivningarna**

Fallbeskrivningarna har valts ut bland de 13 barn och ungdomar som deltagit vid båda intervjuerna. De ger oss en bild av den stora

variationen av konsekvenser av trafikolyckor där barn och ungdomar drabbats. De illustrerar också att, enligt våra intervjuer, liknande händelser upplevs så olika och får så skilda konsekvenser - från del i en mognadsprocess till ruinerade framtidsutsikter. Mycket beror på vilka upplevelser barnen och ungdomarna haft tidigare och vilka skilda sociala sammanhang de lever i. Några barn/ungdomar ger intryck av att vara mycket ensamma med sina upplevelser – både i sitt eget nätverk och när de sökt hjälp. Familjen har för alla betytt mycket i samband med traumat, men inte alla gånger har familjen förmått ge stöd.

I kommentarerna om den hjälp de fått på akutmottagningen har det för var och en haft stor betydelse att bli sedd som en individ med egna tankar och behov efter olyckan. Fredrik och Frida har mycket gott att säga om hur personalen förstått deras oro inför svåra undersökningen och informerat lugnande. Även Sara kommer ihåg att röntgenundersökningen genomfördes varsamt men hon, Hanna och Joel har lämnats med sin oro och sina frågor "ohörda". Ingen har erbjudits remiss för uppföljning.

Av dessa fall att döma behöver barn och ungdomar med svagare Känsla av sammanhang (KASAM) extra mycket stöd och information för att förstå och hantera upplevelser och förstå meningen med åtgärder och insatser på akutmottagningen. Kunde extra omsorg och tydlig information ha påverkat deras erfarenheter?

## DISKUSSION

Trots att studien behandlar ett litet material har barnens och ungdomarnas erfarenheter kunnat bidra till en fyllig beskrivning av vad trafikolyckor kan föra med sig i barns och ungdomars liv sett ur deras eget perspektiv. Vi har fått veta hur drabbade barn och ungdomar anser att omhändertagandet bör utformas. Vi har också ett underlag för en diskussion om hur olika psykosociala faktorer inverkar på vilka konsekvenser en trafikolycka får.

Som tidigare undersökningar i denna serie (Bergerhed & Schulman, 1999; Bergsten Brucefors et al., 2001; Olsson et al., 2001; Schulman, 2000) var studien ursprungligen avsedd att vara en inledande "base-line"-beskrivning inför en interventionsstudie. Det sjukhus som valdes för undersökningen var inte något traumasjukhus och akutmottagningen saknade barnkirurgisk specialitet. Att genomföra studien där påverkade givetvis det skadepanorama barnen uppvisade och gav oss ett urval där andelen svårt skadade barn var litet. Enligt tidigare studier har dock skadornas typ och svårighet visat sig ha liten betydelse för de psykologiska och sociala skadeverkningarna. Eftersom lindrigt skadade patienter riskerar att få mindre uppmärksamhet än svårare skadade när det gäller sina tankar om olyckan och sin oro och dessutom riskerar att erhålla sämre uppföljning eftersom de fysiska skadorna inte kräver sådan (Olsson et al., 2001), kan vårt urval till och med vara extra väl lämpat för att uppnå nödvändig kunskap för förbättrat omhändertagande just där det behövs bäst.

Bortfallet, som uppstod, mellan det att barnen sökte vård på akutmottagningen för sin trafikskada och första intervjun var särskilt stort när det gäller tonåringarna, vilket kan tänkas påverka resultatens statistiska generaliserbarhet för den åldersgruppen. Mellan de två intervjuerna föll sedan fyra av de vid första intervjutillfället psykologiskt sett värst drabbade barnen/ungdomarna bort ur studien genom att de avböjde att delta i uppföljningsintervjun eller inte kunde nås för vidare medverkan. Det betydde att utvecklingen för två av de fyra med

måttligt svår posttraumatisk stresstörning enligt vårt instrument (en 9-åring och en 17-åring) och för två av de sju med mild störning (en 10-åring och en 17-åring) förblev okänd. Detta kan ha medfört att förekomsten av kvarstående psykologiska konsekvenser efter 7-9 månader är underskattad.

## **Olyckans psykiska och sociala konsekvenser**

Den kombinerade kvantitativa och kvalitativa designen möjliggjorde både kvantitativa jämförelser med internationell forskning och en rik beskrivning av erfarenheterna sett från barns och ungdomars eget perspektiv. De omedelbara reaktionerna efter trafikolyckan rymde framför allt förvirring, rädsla, ledsenhet och hos någon skuld. Endast två av de barn och ungdomar vi studerade förskonades enligt sin egen bedömning från omedelbara psykiska reaktioner. Vi har inte tillämpat diagnostiska kriterier som sedan 1994 finns för Acute Stress Disorder -ASD (bilaga 5). Våra resultat stämmer dock med slutsatser som dras i andra studier (Daviss et al., 2000; Spates et al., 2003; Winston et al., 2002) att de akuta psykologiska reaktionerna är betydligt vanligare än tidigare visat. Att barnet/ungdomen upplever sig "avskild från det som händer" - dissociation - finns med som kriterium för ASD och vi har i vårt material några exempel på detta.

Förekomsten av PTSD enligt DSM-IV (bilaga 6) eller av posttraumatiska stresstörningar i vidare bemärkelse vid sex veckor respektive 7-9 månader som vi fann i vår studie ligger i nivå med vad som visats internationellt. DSM-IV har kritiserats för att medföra svårigheter när det gäller att bedöma PTSD hos barn (Ahmad et al., 2000; Dyregrov, 2002; Foy et al., 1996; Mather et al., 2003; McDermott & Cvitanovich, 2000; McDermott & Palmer, 2002; Mirza et al., 1998; Silva et al., 2000; Therny, 2000). Kriterierna (bilaga 6) blir problematiska särskilt när det gäller de tre nödvändiga undvikandereaktionerna, eftersom frågor inom detta område kan vara svåra för barn att ta ställning till (Dyregrov, 2002).

Flera studier rapporterar därför, precis som vi gjort, dels en poängsumma som representerar svårighetsgraden av symtom/störningar, dels diagnosen PTSD i enlighet med fastställda kriterier (Aaron et al., 1999; Keppel-Benson et al., 2002; McDermott & Cvitanovich, 2000; Mirza et al., 1998; Silva et al., 2000; de Vries et al., 1999). Hade vi i stället för DSM-IV använt oss av ICD -10 kriterierna för diagnosen PTSD, som bara kräver ett undvikandesymtom, hade siffrorna blivit 40 % PTSD efter sex veckor och 29 % efter 7 - 9 månader. Det bästa för närvarande är enligt bl. a. Dyregrov (2002) att inte enbart utgå från strikta diagnoskriterier när det gäller posttraumatiska störningar hos barn och ungdomar. Det formulär vi använde i vår studie har oss veterligt inte använts i samband med trafikolyckor tidigare, men det har i valideringsstudier visat god samstämmighet med andra instrument för barn (Ahmad et al., 2000).

Både på kort och lång sikt fick trafikolyckorna stor påverkan på barnens och ungdomarnas trafikbeteende. Sociala konsekvenser beskrevs tydligt i intervjuerna och återfanns såväl i skolsfären som i fritidssektorn. Det finns en riklig litteratur om beteendeproblem i skolan (Foy et al., 1996; Lagerberg & Sundelin, 2000). Att sådana störningar också kan ha samband med PTSD hos skolbarn som utsatts för eller bevittnat våldshandlingar har visats av Stein et al. (2003). Ett fåtal studier (Ahmad et al., 2000; Stoddard & Saxe, 2001; Winje & Ulvik, 1998) har beskrivit hur PTSD interfererar med inlärning och åstadkommer skolsvårigheter. Samband mellan trauma och skolproblem har också behandlats ur aspekten att om man haft skolproblem i ungdomen är det en riskfaktor för utveckling av PTSD efter katastrofer i vuxen ålder (Buckley, 2000; Spates et al., 2003).

Flera ungdomar i vår studie kände sig efter trafikolyckan begränsade i umgänget med kompisar, men någon kvantifierbar minskning av det sociala nätverket för gruppen fann vi inte. Den känsla av utanförskap och ensamhet som fanns vid första intervjun och i den nätverkskarta som ritades då, kan vara en social konsekvens av traumat som inte kvarstod på sikt. Det är belagt för både vuxna och barn att det primära sociala nätverket,

som är betydelsefullt efter ett trauma, minskas för att sedan åter öka till en mer vanlig omfattning (Klefbeck & Ogden, 1996; Olsson, 1994; Seflin & Eriksson, 2003). Bedömningen försvåras av att vi inte hade någon förmätning, varför vi inte vet hur det sociala nätverket såg ut före olyckan.

### **Vad ligger bakom psykiska och psykosociala problem efter en trafikolycka?**

I vårt sökande efter mekanismer som kan ligga bakom utvecklingen av problematiska reaktioner och konsekvenser använde vi oss av i litteraturen redovisade samband från skilda tillämpningsområden. Vi undersökte sambandet mellan posttraumatiska stresstörningar och personliga resurser såsom Känsla av sammanhang (KASAM) respektive sårbarhet mätt genom tidigare erfarenheter av traumatiska livshändelser. Vi undersökte också sambandet mellan socialt nätverk och utveckling av PTSD. Vidare granskade vi betydelsen av olycksrelaterade faktorer som upplevelse av livshot och faktorer efter traumat såsom hur bestående de fysiska skadorna var.

Känsla av sammanhang (KASAM) utvecklas framför allt under barn- och ungdomstid. En stark KASAM innebär enligt Antonovskys teoribildning att människan har resurser att klara påfrestningar. Torsheim, Aeroe och Wold (2001) har pekat på att frågan om vilken roll KASAM spelar för barns och ungdoms hälsa ännu är outforskad. I deras studie om skolrelaterad stress och hälsa argumenterar de för att KASAM troligen påverkar hälsan både direkt och indirekt via hur stressorn – d.v.s. i vårt fall trafikolyckan - uppfattas och bedöms.

Några studier (Hansson & Cederblad, 1995; Hansson & Olsson, 2001) har visat att för högstadieungdomar samvarierar stark KASAM generellt med låg ångestnivå (enligt Achenbachs symtomlista som fylls i av ungdomar själva) och med låg grad av faroundvikande (enligt Temperament and Personality Questionnaire - TPQ); komponenter som säkert spelar roll i återhämtningen efter ett trauma. Stark KASAM har för vuxna sex månader efter trafikolyckor, som medfört allvarliga fysiska

skador, visat samband med låg förekomst av ASD respektive PTSD (Frommberger et al., 1999; Fuglsang et al., 2002). Vi fann i vår lilla grupp med lindrigt eller måttligt svårt skadade barn och ungdomar inget signifikant samband med PTSS-C poängen vid första mättillfället, men ett signifikant samband 7-9 månader efter olyckan. Vid första mättillfället fanns samband mellan KASAM och upplevelse av livshot - en indirekt påverkan på senare PTSD?

Vi mätte i likhet med Fuglsang (2002) och Frommberger (1999) KASAM först efter olyckan. Hur inverkar detta faktum på resultaten? Även andra studier som mätt KASAM först efter en olycka har diskuterat denna fråga. Enligt Schnyder et al. (2000) uppvisade vuxna som överlevt en livshotande händelse en signifikant minskning av KASAM mellan första mätningen två veckor efter en olycka och den andra mätningen sex månader efter. Den senare nivån låg därefter stabil under det första året efter olyckan. De alternativa tolkningar som forskarna föreslår är a) att de högre siffrorna direkt efter olyckan skulle kunna representera patientens starka vilja att kämpa sig igenom, för att KASAM sedan kunde återvända till för patienten normala värden eller b) att ett trauma skulle kunna förändra den egna världsbilden och känslan av sammanhang så radikalt att KASAM finner en "ny låg nivå" efter olyckan. Vi kan inte utifrån vårt material ta ställning för någon av dessa tolkningar.

Ungdomsgruppen visade i vår studie vid första mättillfället visserligen ett ovanligt högt KASAM jämfört med en normalgrupp. Genomsnittsvärdet sjönk dock inte efter 7-9 månader. Vi kunde däremot se att ju fler tidigare traumatiska livshändelser som ungdomarna genomgått, desto lägre KASAM hade de. Det är känt att livshändelser kan hopa sig på varandra så att en "kumulativ risk" för psykiska problem uppstår (Lagerberg & Sundelin, 2000). Ytterligare frågor som väcks är till exempel: Hur påverkas utvecklingen av KASAM av en trafikolycka eller av en serie trauman under ungdomstiden? Kan en negativ spiral efter olyckshändelser förebyggas genom insatser som riktas till det drabbade barnet eller till familjen/nätverket?



Vilken betydelse har sociala resurser i form av tillgång till ett stort och kvalitativt gott socialt nätverk för utvecklingen efter trafikolyckor som drabbar barn? Enligt nätverksforskningen (Klebeck & Ogden, 1996; Samuelsson, 1995; Schnyder et al., 2000) samvarierar psykosociala problem i stort med det sociala nätverkets utseende och funktion. Barn med problem tar t.ex. upp färre vuxna i sina nätverkskortor än andra. Genom våra intervjuer kunde vi se exempel på multiproblemsituationer där det sociala stödet visade brister och de psykosociala konsekvenserna av olyckan blev stora. Vi såg å andra sidan också situationer där barn och ungdomar fick allvarliga psykiska och sociala problem trots att de fått mycket stöd från såväl familjemedlemmar som från vänner. Tidigare forskning har visat att ett gott socialt stöd skyddar mot intensitet och varaktighet hos katastrofreaktioner och PTSD (Dyregrov, 2002; Udwin et al., 2000; Keppel-Benson et al., 2002). Inga signifikanta samband kunde dock påvisas mellan de nätverksvariabler vi använde och poängen på PTSS-C eller KASAM. Även i denna fråga var det en begränsning att inte ha kunskap om hur det sociala nätverket såg ut före olyckan.

### **Olycksrelaterade faktorer och reaktioner direkt efter olyckan**

En typ av trafikolycka där man nyligen funnit stora psykologiska konsekvenser hos barn och ungdomar är olyckor där barn som fotgängare blivit påkörda av motorfordon (Mayr et al., 2003; Unger et al., 2002). Inget av barnen/ungdomarna i vår studie var fotgängare.

Bland vuxna trafikoffre har särskild uppmärksamhet visats drabbade som fått whiplash-skador eller hjärnskador. Det råder dock delade meningar om hur sambanden mellan whiplash och PTSD ser ut och ska tolkas (Jaspers, 1998; Mayou & Bryant, 2002; Sidén Silfver et al., 2001). Mather, Tate och Hannan (2003) har undersökt barn med och utan hjärnskada med avseende på PTSD och fann ingen skillnad i frekvens mellan grupperna. I vårt material var huvudvärk och värk i nacke och rygg sådana symtom som fanns kvar efter 7-9 månader. De två whiplash-

skadade led av posttraumatiska stresstörningar och sociala följdverkningar, medan bilden var blandad för de skullskadade.

Vuxna, som efter en trafikolycka skattat sin fysiska hälsa som nedsatt skattar också i högre grad sin psykiska hälsa som dålig (Sidén Silfver et al., 2001). Å andra sidan kan kroppsliga stressreaktioner utlösta av psykologiska stressmekanismer likna kroppslig sjukdom och vara svåra, även för sjukvårdspersonal, att skilja från symtom på kroppslig skada (Keskinen-Rosenqvist, 1994; Malt, 1997; Sharp & Bass, 1992). Detta talar för betydelsen av att man inom akutsjukvården utöver utredning och behandling av kroppsliga skador tar barnens och ungdomarnas oro för såväl akuta symtom som rädsla för framtida men på allvar. Farhågor vid olyckstillfället om att få långvariga framtida skador har visat samband med ASD och PTSD liksom även fysisk smärta (Fuglsang et al., 2002; Schreiber & Galai-Gat, 2003) varför effektiv smärtlindring framhålls som en viktig förebyggande insats i samband med trauma (Fuglsang et al., 2002; Mohta et al., 2003; Schreiber & Galai-Gat, 2003). En traumarelaterad faktor som undersöktes explicit av oss var upplevelsen av livshot. Här bekräftades tidigare studier att samband fanns mellan den omedelbara upplevelsen av fara för livet och senare utvecklade posttraumatiska stresssymtom.

Man kan studera reaktionerna på en olyckshändelse också ur ett bemästringsperspektiv (coping). Hur har barnen och ungdomarna hanterat påfrestningen? Som när det gäller KASAM och PTSD har copingforskningen de senaste decennierna utvecklats från vuxenperspektivet till att också studeras med ett renodlat barnperspektiv. Fields och Prinz (1997) har sammanställt forskningen om hur copingstrategier utvecklas under uppväxten. Kognitivt och beteendemässigt undvikande bedöms oftast som ogynnsamma strategier på lång sikt, även om de kan vara ändamålsenliga i en akut kris. Barn och vuxna uppfattar och hanterar inte trauma på samma sätt (Dyregrov, 2002).

Stallard, Velleman och Baldwin (2001) undersökte sambandet mellan copingstrategier och PTSD hos barn som varit involverade

i trafikolyckor. Yngre barn var mer flexibla i sina reaktioner/beteenden än äldre och PTSD var förknippat med användandet av få copingstrategier. Samma resultat följer även av sambandet mellan KASAM och PTSD. Hög KASAM (som alltså skyddar mot PTSD) är enligt Antonovskys teori förutsättningen för flexibilitet i copingstrategier. De beteenden som kom till uttryck hos de barn och ungdomar som hade PTSD var undandragande beteende, att ge sina känslor utlopp samt att lägga skulden på andra (Stallard et al., 2001).

I samband med PTSD efter trafikolyckor hos vuxna har de drabbades "ansvarsfördelningsstrategi" undersökts. Det visade sig att de som hade PTSD 1-4 månader efter trafikolyckan och som skuldbelade sig själva för olyckan fick mindre och inte så varaktiga problem som de PTSD-drabbade som lade skulden på andra (Fuglsang et al., 2002; Hickling et al., 1999). Vår studie planerades inte för att specifikt fokusera på coping, men genom intervjuerna undersöktes barnens reaktioner och handlingar. I sina kvalitativa delar gav den belägg för att de barn och ungdomar som mådde sämst efter 7-9 månader använde undvikandestrategier och aggressivitet mot andra, kanske som skydd mot de svåra och genomträngande bilderna och minnena?

## **Vad kan hjälpa respektive stjälp efter en trafikolycka?**

### **Stöd och hjälp från föräldrar**

Huruvida föräldrars akuta stressymtom eller PTSD är en riskfaktor för PTSD hos barn och ungdomar har diskuterats i flera internationella studier (Foy et al., 1996; Horowitz et al., 2001; Spates et al., 2003; Winston et al., 2002). PTSD hos föräldrar har också jämförts med annan psykisk sjukdom när det gäller föräldrarnas förmåga att svara på sina barns behov (Daviss et al., 2000; Lagerberg & Sundelin, 2000). Någon studie har tvärtom visat att inget samband fanns mellan barns och föräldrars reaktioner (Mather et al., 2003). Även om detta är en synnerligen

viktig fråga att gå vidare med har den i vår rapport inte kunnat besvaras eftersom vi enbart utgått från barnens perspektiv.

Stöd från föräldrarna betonades dock starkt i barnens och ungdomarnas berättelser om vilken hjälp som varit betydelsefull, i enlighet med bland andra Dyregrov (2002), som betonar vikten av öppen kommunikation mellan vuxna och barn i samband med trauma. Det var viktigt att föräldrar kunde fatta beslut om hur planer måste ändras och förutse behov av information till lärare och ledare. Det var också viktigt att föräldrar kunde tala med både barn och ungdomar om vad som hänt och om deras farhågor. I de fall någon av föräldrarna varit alltför skärrad berättade barnet ofta om någon annan familjemedlem, som kom till undsättning. När en förälder var skadad eller om en förälder visade mycket stark oro fanns exempel på hur barnet/ungdomen oroad sig mest över föräldrarnas tillstånd eller till och med drog sig undan händelserna och de inblandade. Det fanns i vår studie också exempel på hur barn och ungdomar inte fick stöd från föräldrarna, inte ens vid långvariga problem.

### **Akutmottagningen - för barn och deras föräldrar**

Både prehospital vård och vård på akutmottagningen hade en central roll i barnens och ungdomarnas berättelser.

Akutmottagningen var oftast den enda vårdgivaren. De flesta fick enligt egen bedömning god vård, men bedömningen av hur personal lyssnade respektive informerade visade stora brister. Åtskilliga frågor om skador, bästa egenvård och om långsiktiga följder lämnades obesvarade och förblev obesvarade. Barnens egna förbättringsförslag i fråga om att "bli lyssnad till" och i fråga om information stämmer med vad professionella har framfört de senaste åren (Aaron et al., 1999; Dyregrov, 2002; Horowitz et al., 2001; Olsson et al., 2001; Schulman, 2000;). Det är viktigt för barnet att bli sedd i sin utsatta situation och få berätta vad man varit med om (Stallard et al., 2001). Ellis, Stores och Mayou (1998) föreslår att alla barn och ungdomar, som drabbats, måste få hjälp att starta med att lägga pussel om vad som egentligen hänt och få en åldersadekvat information. Med tanke på föräldrarnas viktiga roll är det dessutom väsentligt att aldrig bara bedöma risker

utifrån barnets egen situation utan också utifrån föräldrarnas. Om föräldrarna inte räcker till finns det då ett utvidgat stödjande nätverk (Dyregrov, 2002; Foy et al., 1996, Zink & McCain, 2003)? Föräldrar behöver förberedas både på barnens och de egna posttraumatiska stressreaktionerna (Aaron et al., 1999; Dyregrov, 2002; Spates et al., 2003). Innan vården kommer dithän måste personal inom akutsjukvården tydligare medvetandegöras om vilka problem som kan uppstå oberoende av de fysiska skadornas svårighet och få träning i att ge barn och ungdomar och deras föräldrar psykologiskt god vård (Di Gallo et al., 1997; Horowitz et al., 2001; Mirza et al., 1998; Stoddard & Saxe, 2001).

Samstämmiga förslag från forskarna på området, vilka även vi vill instämma i utifrån våra resultat, är att screena för ASD d.v.s. göra en systematisk bedömning före utskrivning från akutmottagning eller akutsjukhus, ge återbesök till någon inom hälso- och sjukvården för alla trafikolycksdrabbade barn och intervensera vid behov (Ellis et al., 1998; di Gallo et al., 1997; Spates et al., 2003; Zink & McCain, 2003). Numera finns det framtagna instrument som kan användas på akutmottagningar för att screena för ASD (Fein et al., 2002; Fein et al., 2001; Saxe et al., 2003) och för PTSD (Winston et al., 2003). Dessa behöver dock utprovas och utvärderas inom svensk akutsjukvård. När det gäller screeninginstrument för PTSD påpekar författarna att dessa inte är några diagnostiska instrument eftersom diagnosen PTSD inte kan ställas förrän efter en månad. Instrumenten innehåller emellertid frågor som kan användas för att avgöra behov av noggrannare bedömning och uppföljning. Det vore oetiskt att vänta med en sådan värdering tills en månad har gått efter olyckan. Att i samband med uppföljning bedöma hur hela familjens coping utvecklas föreslås också (di Gallo et al., 1997; Horowitz et al., 2001; Spates et al., 2003).

### **Interventionsalternativ**

Vi fann inget belägg i barnens berättelser för att familjeperspektivet använts eller att någon form av screening för psykologiska reaktioner hade utförts i samband med

omhändertagandet på akutmottagningen. Ingen i vår studie remitterades heller till kurator eller psykolog. Skulle sådan kontakt ha ändrat följdverkningarna?

För att hitta utvärderingar av krisintervention för barn och ungdom får vi gå till andra områden än trafikolycksfall. Krissamtal och krisintervention har visat sig ha god effekt i samband med katastrofer som drabbat barn och ungdomar (Dyregrov, 2002; Stoddard & Saxe, 2001; Winje & Ulvik, 1995 och 1998). Berättandet om olyckshändelsen och omständigheter kring denna har i sig god terapeutisk effekt (Dyregrov, 2002; Stoddard & Saxe, 2001). Enskilda kristerapier med psykodynamiskt eller kognitivt inriktade metoder har likaså förordats (Dyregrov, 2002; Perrin et al., 2000; Perry & Azad, 1999; Winje & Ulvik, 1995). Skolbaserad kognitivt inriktad intervention har utvärderats och kunnat minska PTSD och depression hos barn som utsatts för våld (Stein et al., 2003). Krisintervention som behandlingsmetod har utvärderats på vuxna trafikskadade (Andersson, 2003).

Critical incidence stress debriefing har på sina håll rekommenderats vid behandling av krisdrabbade människor. Denna metod är emellertid endast avsedd för psykologisk avlastning av professionella efter kriser och katastrofer och skall inte användas som behandlingsmetod för drabbade, då den till och med (för vuxna) har visat sig kunna leda till skadliga effekter (Mayou et al., 2000; Schulman, 2000).

## SLUTSATSER OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER PÅ AKUTMOTTAGNING

Denna studie, liksom många andra, visar att efter trafikolyckor med måttligt svåra eller lindriga kroppsskador kvarstår hos flera barn och ungdomar kroppsliga, och i än högre grad psykiska besvär, så långt som nio månader efter olyckan. Detta gäller särskilt för barn och ungdomar som har svag känsla av sammanhang och som upplevt dödshot i samband med olyckan. Kvarstående posttraumatiska stressreaktioner kan påverka kamratrelationer, leda till skolproblem och trafikrelaterade rädslor som kan motverka en sund övergång till vuxenlivet. I glädjen över att barnen inte fått allvarliga kroppsliga skador observeras eller undersöks inte deras psykiska reaktioner i det akuta omhändertagandet. Följaktligen beaktas inte heller deras behov av psykologiskt och socialt stöd. Inte ens senare när de har utvecklat en klinisk psykiatrisk diagnos, som PTSD, och kanske isolerat sig, uppmärksammas de.

Denna undersökning genomfördes på ett stort akutsjukhus under senare delen av 1990 – talet. Barnen och ungdomarna kom efter trafikolyckan till sjukhusets somatiska akutmottagning där de togs emot och behandlades av personal som inte alltid hade särskild barnkompetens. Vi vet inte om kvaliteten på omhändertagandet idag ser annorlunda ut på länets olika akutmottagningar eller barnsjukhus. Detta skulle man behöva undersöka. Emellertid överensstämmer våra resultat med de flesta motsvarande internationella studier. Utifrån den kunskap vi har om hur vuxna i länet i dag tas om hand efter trafikolyckor, skulle det dessutom förvåna om omhändertagandet av barn idag ser annorlunda ut än för sex år sedan.

Kvaliteten i det omedelbara omhändertagandet av barn och vuxna som varit med om en trafikolycka spelar stor roll för möjligheten att minska de psykiska följdverkningarna såväl på kort som på lång sikt. Ett adekvat omhändertagande inkluderar därför utöver rent medicinska åtgärder också ett gott psykologiskt

bemötande. Detta behöver påbörjas ute på olycksplatsen och därefter finnas med som en självklar del i omsorgen om den skadade i ambulansen, på akutmottagningen, på vårdavdelningen samt ute i primärvården. Detta borde gälla även kroppsligt oskadade barn och ungdomar. Omhändertagandet på olycksplatsen av ambulanspersonal och polis uppgavs av de flesta ungdomarna som betydelsefullt och lugnande. För de yngsta barnen var polisens roll ibland svår att förstå, något man från polisens sida behöver vara medveten om.

Akutmottagningen blev för de flesta ungdomarna den enda vårdgivaren. Medan en majoritet av barnen och ungdomarna bedömde de somatiska insatserna som goda eller mycket goda ansåg bara 40 % av dem att personalen lyssnat på dem på ett bra sätt och endast 30 % att de fått god information. Detta är en viktig information för personalen att ta till sig eftersom den efterfrågade informationen kan minska barnens och ungdomarnas oro för såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan, en oro som nästan alltid kommer när de lämnat sjukhuset. Eftersom föräldrarna, vilket denna studie också visade, står för det huvudsakliga stödet i hemmiljön, behöver också de få information om posttraumatiska stressreaktioner hos sina barn. Detta ökar deras möjlighet att vara barnen och ungdomarna till stöd men kan också göra dem mera observanta på reaktioner, som barnen kan behöva få professionell hjälp med.

Varför de unga inte fått önskad information framgår inte av studien eftersom vi inte intervjuat den personal som tagit hand om dem. Emellertid vet vi från en annan av KRIS-projektets delstudier, där akutpersonal intervjuats, att det fanns ett stort engagemang hos personalen för att ge skadade barn och deras anhöriga ett gott bemötande men att kunskapen om barns psykiska reaktioner och deras behov av stöd var bristfällig och efterfrågad.

Inget av barnen/ungdomarna i vår studie hade vid intervjun nio månader efter olyckan haft kontakt med kurator, psykolog eller barnpsykiater. Kanske skulle detta inte heller, annat än i



undantagsfall, vara nödvändigt om man inom sjukvården insåg vikten av tidigt insatta förebyggande åtgärder. Här kan de somatiska akutmottagningarna och primärvården spela en stor roll i arbetet för att minska onödig psykisk ohälsa. Den sjukvårdspersonal som möter barn och ungdomar efter en olycka behöver ha såväl god kunskap om akuta och posttraumatiska stressreaktioner som om olika stödåtgärder som kan underlätta den normala läkningsprocessen.

## Rekommendationer

- *Utbildningsinsatser* för att öka ambulanspersonalens men framför allt akutpersonalens kunskaper om krisreaktioner hos barn och unga. Sådan kunskap behöver också finnas ute i primärvården.
- På de somatiska akutmottagningarna behöver man ta fram en *handlingsplan* för rutiner vid omhändertagande av barn och unga efter olyckor.
- *Reducera fysisk smärta*. Kroppsliga skador innebär oftast också svår smärta. Om smärtan inte beaktas och snabbt åtgärdas kan barn och ungdomar utveckla ett smärtsymtomkomplex, som kan leda till psykologisk regression, ångest, irritation och efter ett tag sömnsvärigheter. Detta ökar risken för senare utveckling av PTSD. Smärtreduktion kan förutom av läkemedel åstadkommas av ett adekvat psykologiskt bemötande.
- *Minska den psykologiska stressen*. Detta kan åstadkommas genom att:
  - se till att barnet/ungdomen inte lämnas ensam i det akuta skedet
  - ge besked om hälsotillståndet på ett lugnt och sakligt sätt
  - ge relevant information om medpassagerarnas tillstånd
  - informera kontinuerligt om förestående åtgärder

- kontakta omedelbart anhöriga och be dem komma in till sjukhuset
  - lyssna efter vad barnet/ungdomen varit med om och vad han/hon är rädd för
- *Anamnestagning.* Sedan de medicinska undersökningarna och eventuella medicinska åtgärder avslutats behövs en fördjupad anamnesupptagning för att möjliggöra riskbedömning för psykisk ohälsa. Det finns numera enkla screeninginstrument som kan underlätta riskbedömningen. För att göra en god riskbedömning behöver man information om:
    - själva olyckan och barnets/ungdomens upplevelse och tolkning av det inträffade
    - aktuella psykiska och kroppsliga reaktioner och hur de tolereras
    - traumatiska händelser tidigare i livet
    - anhörigas reaktioner om de varit med vid olyckan samt
    - aktuellt socialt nätverk

Denna anamnesupptagning kan med fördel göras av en sjuksköterska på akutmottagningen i väntan på läkarens utskrivningssamtal. Screeninginstrument finns men behöver utprovas för svenska förhållanden.

- *Anteciperande rådgivning.* Information om förväntade psykiska och kroppsliga reaktioner och förslag på bemästringsstrategier minskar oro och ångest i hemmet och ökar möjligheten för barnet/ungdomen att bibehålla kontroll över tankar och känslor. Skriftlig information underlättar.
- *Återbesökstid* till behandlande läkare alternativt till läkare inom närsjukvården för förnyad kroppslig undersökning, bedömning av psykiska reaktioner samt ställningstagande till behovet av såväl psykologiskt och socialt stöd som sjukgymnastisk rådgivning eller behandling.

- *Kuratorssamtal.* För barn och ungdomar med risk för psykisk ohälsa kontakt med kurator antingen direkt på akutmottagningen eller genom snabb tid inom primärvården. Kontakt med psykolog eller barnpsykiater vid hög risk för psykisk ohälsa.

## TACK

Vi säger ett tack till projektteamet där socionom och leg psykoterapeut Eva Bergerhed, docent Agneta Bergsten Brucefors och psykolog och leg psykoterapeut Eva Håkanson ingick. Ett särskilt tack riktas till Eva Bergerhed för varsamma och fina intervjuer med barn och ungdomar i så spridda åldrar samt till de 17 familjerna och deras trafikolycksfallsdrabbade barn och ungdomar för deras generösa medverkan. Vi vill också rikta ett tack till medarbetarna på Enheten för Psykisk Hälsa för värdefulla synpunkter på rapporten.

Vägverket och Stockholms läns landsting har möjliggjort studien genom ekonomiskt bidrag.

## REFERENSER

- Aaron, J., Zaglul, H. & Emery, R.E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *J Pediatr Psychol*, 24(4), 335-343.
- Ahmad, A., Sundelin-Wahlsten, V., Sofi, M.A., Qahar, J.A. & von Knorring, A.L. (2000). Reliability and validity of a child-specific cross-cultural instrument for assessing posttraumatic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9:285-294.
- Andersson, A-L., Dahlbäck, L-O. & Allebeck, P. (1994). Psychosocial consequences of traffic accidents: a two year follow up. *Scand J Soc Med*, 4, 299-302.
- Andersson, A-L. (2003). Psychosocial factors and traffic injuries. Akademisk avhandling. Göteborgs Universitet.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur
- Bergerhed, E. & Schulman, A. (1999). Krisomhändertagande av trafikolycksdrabbade vid sjukhusens akutmottagningar i Stockholms län. Vägverket och samhällsmedicin. *Publikation 1999:154. KRIS-projektet, delrapport II*.
- Bergsten Brucefors, A., Sidén Silfver, Y. & Schulman, A. (2001). Psykologiska och sociala effekter av trafikolycka med lindriga eller inga personskador. KRIS-projektet. Delrapport IV. *Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa, Stockholms läns landsting*, 2001:3.
- Björnstig, U. (2001). Folkhälsoproblemet trafikskador. *Trafikmedicin, Vägverket*.
- Buckley, T.C. (2000). Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065.

- Daviss, W.B., Racusin, R., Fleischer, A., Mooney, D., Ford, J.D. & McHugo, G.J. (2000). Acute stress disorder symptomatology during hospitalisation for pediatric injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(5), 569-575.
- Dyregrov A. (2002). *Katastrofpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Ellis, A., Stores, G. & Mayou, R. (1998). Psychological consequences of traffic accidents in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 61-8.
- Fein, J.A., Kassam-Adams, N., Vu, T. & Datner, E.M. (2001). Emergency department evaluation of acute stress disorder symptoms in violently injured youths. *Annals of Emergency Medicine*, 38, 391-96.
- Fein, J.A., Kassam-Adams, N., Gavin, M., Huang, R., Blanchard, D. & Datner, E.M. (2002). Persistence of posttraumatic stress in violently injured youth seen in the emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 156, 745
- Fields, L. & Prinz, R.J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17(8), 937-976.
- Foy, D.W., Madvig, B.T., Pynoos, R.S. & Camilleri, A.J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 133-145.
- Frommberger, U., Stieglitz, R.D., Straub, S., Nyberg, E., Shlickewei, W., Kuner, E. & Berger, M. (1999). The concept of sense of coherence and development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *J Psychosom Research*, 46(4), 343-348.
- Fuglsang, A.K., Moergeli, H., Hepp-Beg, S. & Schnyder, U. (2002). Who develops acute stress disorder after accidental injuries? *Psychother Psychosom*, 71, 214-222.

- Di Gallo, A., Barton, J. & Parry-Jones, W.L. (1997). Road traffic accidents: early psychological consequences in children and adolescents. *Br J Psychiatry*, 170, 358-362.
- Gillberg, I.C., Gillberg, C. & Rasmussen, P. (1983). Three year follow-up at age 10 of children with minor neurodevelopmental disorders. School achievement problems. *Development Medicine and Child Neurology*, 25, 566-573.
- Hansson, K. & Cederblad, M. (1995). *Känsla av sammanhang*. Forskning om barn och familj, 1995:6. Skriftserie från Inst för barn- och ungdomspsykiatri. Lunds Universitet.
- Hansson, K. & Olsson, M. (2001). Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande. *Nordisk psykologi*, 53, 238-255.
- Hendersson, S., Byrne, D.G. & Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. Australia: Academic Press.
- Hickling, E.J., Blanchard, E.B., Buckley, T.C. & Taylor, A.E. (1999). Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping and recovery over six months. *J Traumatic Stress*, 12(2), 345-353.
- Horowitz, L., Kassam-Adams, N. & Bergstein, J. (2001). Mental health aspects of emergency medical services for children. Summary of a consensus conference. *Academ Emerg*, 8(12), 1187-1196.
- Jaspers, J.P. (1998). Whiplash and post-traumatic stress disorder. *Disabil Rehabil.*, 20(11), 397-404.
- Keppel-Benson, J.M., Ollendick, T.H. & Benson, M.J. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *J Child Psychol Psychiatry*, 43(2), 203-212.

- Keskinen-Rosenqvist, R. (1994). Kroppsliga reaktioner i samband med akut kris. *Tredje nordiska forskningssymposiet i fysioterapi*. Selected papers, Jyväskylä universitet.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1996). *Barn och nätverk*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Kuhn, E., Blanchard, E.B. & Hickling, E.J. (2003). Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning within two samples of MVA survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1105-1112.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn*. Forskningsmetoder och resultat. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Gothia.
- Malt, U. (1997). När kroppen blir sjuk eller skadas. Psykosomatiska aspekter på det psykiska traumat vid sjukdom och skada. I Weisaeth, L. & Mehlum, L. (red.). *Människor, trauman och kriser*. Stockholm: Natur & Kultur, p 230-248.
- Mather, F.J., Tate, R.L. & Hannan, T.J. (2003). Post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: a comparison of those with and without mild traumatic brain injury. *Brain Inj*, 17(12), 1077-87.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 176, 589-593.
- Mayou, R. & Bryant, B.(2003). Psychiatry of whiplash neck injury. *Br J Psychiatry*, 180, 441-448.



- Mayr, J.M., Eder, C., Berghold, A., Wernig, J., Khayati, S. & Ruppert-Kohlmayr, A. (2003). Causes and consequences of pedestrian injuries in children. *Eur J Pediatr*, 162(3), 184-190.
- McDermott, B.M. & Cvitanovich, A. (2000). Posttraumatic stress disorder and emotional problems in children following motor vehicle accidents; an extended case series. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(3), 446-452.
- McDermott, B.M. & Palmer, L.J. (2002). Postdisaster emotional distress, depression and event-related variables: findings across child and adolescent developmental stages. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 754-764
- Mirza, K.A., Bhadrinath, B.R., Goodyer, I.M. & Gilmour, C. (1998). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *Br J Psychiatry*, 172, 443-447.
- Mohta, M., Sethi, A.K., Tyagi, A. & Mohta, A. (2003). Psychological care in trauma patients. *Injury, Int J Care Injured*, 34, 17-25.
- Olsson, M. (1994). *Social support in bereavement crisis interaction between medical staff and bereaved relatives*. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet, Huddinge.
- Olsson, M., Schulman, A. & Öhlén, G. (2001). Psykologiskt omhändertagande av trafikskadade, våldsoffer och anhöriga samt stöd till akutpersonal – en intervju och enkätstudie på akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus. KRIS-projektet. Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport III. *Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa*, 2001:1.
- Perrin, S., Smith, P. & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 277-289.

- Perry, B.D. & Azad, I. (1999). Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*, 11(4), 310-316.
- Russel, D., Peplau, L.A. & Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*, 39, 472-480.
- Samuelsson, M., Thernlund, G. & Ringström, J. (1996). Using the five field maps to describe the social network of children: a methodological study. *Internat J Behav Development*, 19,2, 327-345.
- Samuelsson, M. (1995). The social network and its importance for the mental health of children in single-parents families. Akademisk avhandling. Lunds Universitet.
- Saxe, G., Chawla, N., Stoddard, F., Kassam-Adams, N. et al. (2003). Child Stress Disorders Checklist; a measure of ASD and PTSD in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(8), 972-978.
- Schnyder, U., Buchi, S., Sensky, T. & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state? *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(6), 296-302.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., Sensky, T. & Buchi, S. (2003). Does patient cognition predict time off from work after life-threatening accidents? *Am J Psychiatry*, 160, 2025-2031.
- Sharp, M. & Bass, C. (1992). Pathophysiological mechanisms in somatization. *Int Rev Psychiatry*, 4,81-97.
- Shreiber, S. & Galai-Gat, T. (2003). Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in posttraumatic stress disorder. *Pain*, 54(1), 107-110.

- Schulman A. (2000). KRIS-projektet. Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport I. *Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa, Rapport 2000:1*, Stockholm: Ombergstryck.
- Seflin, G. & Eriksson, C. (2003). Psykologiska och sociala konsekvenser hos kvinnor efter våldtäkt. I Ehnhage-Johnsson K mfl. *Våldtäkt – tre delstudier om sjukvårdens bemötande omhändertagande och behandling av kvinnor utsatta för våldtäkt*. Rapport, Södersjukhuset.
- Silva, R.R., Alpert, M., Monoz, D.M., Singh S., Matzner, F. & Dummit, S. (2000). Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 157, 1229-1235.
- Spates, C.R., Waller, S., Samaraweera, N. & Plaisaier, B. (2003). Behavioral aspects of trauma in children and youth. *Pediatr Clin North Am*, 50(4), 901-918.
- Stallard, P., Velleman, R. & Baldwin S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *BMJ*, 317(7173), 1619-1623.
- Stallard, P., Velleman, R. & Baldwin, S. (2001). Recovery from posttraumatic stress disorder in children following road traffic accidents; the role of talking and feeling understood. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 37-41.
- Stallard. P., Velleman, R., Langsford, J. & Baldwin, S. (2001). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *Br J Clin Psychol*. 40, 197-208.
- Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H., Wong, M., Tu, W., Elliot, M.N. & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomised controlled trial, 6,290(5), 603-611.

- Stoddard, F.J. & Saxe, G. (2001). Ten-year research review of physical injuries. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40, 1128-1145.
- Thernlund, G. (1996). A biopsychosocial approach to the onset of childhood diabetes. Akademisk avhandling. Lunds Universitet.
- Tierny, J.A. (2000). Post-traumatic stress disorder in children: controversies and unresolved issues. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 13(4), 147-158.
- Torsheim, T., Aaroe, L.E. & Wold, B. (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med*, 53, 603-614.
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D. & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: predictors of post-traumatic stress disorder. *J Child Psychol. Psychiatr*, 41, 969-979.
- Uden, A-L. & Orth-Gomer, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Soc Sci Med*, 29, 1387-1392.
- Unger, R., Eder, C., Mayr, J.M. & Wernig, J. (2003). Child pedestrian injuries at tram and bus stops. *Injury*, 33(6), 485-488.
- Winje, D. & Ulvik, A. (1995). Confrontations with reality: crisis intervention services for traumatised families after a school bus accident in Norway. *J Trauma Stress*, 8(3), 429-444.
- Winje, D. & Ulvik, A. (1998). Long-term outcome of trauma in children: The psychological consequences of a bus accident. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 635-642.

- Winston, F.K., Kassam-Adams, N., Vivarelli-O'Neill, C., Ford, J., Newman, E., Baxt, C., Stafford, P. & Cnaan, A. (2002). Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 109, 6, E90.
- Winston, F.K., Kassam-Adams, N., Garcia-Espana, F., Ittenbach, R. & Cnaan, A. (2003). Screening for risk of persistent posttraumatic stress in injured children and their parents. *JAMA*, 290, 643-649.
- de Vries, A.P.J., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P.R. & Winston, F.K. (1999). Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 104(6), 1293-1299.
- Vägtrafikskador 2002*. Statens institut för kommunikationsanalys. Stockholm 2002
- Zink, K.A. & McCain, G.C. (2003). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents with motor vehicle-related injuries. *J Spec Pediatr Nurs*, 8(3), 99-106.

**INFORMATION TILL FÖRÄLDRAR  
SOM VARIT MED OM EN TRAFIKOLYCKA**

En allvarlig händelse som den trafikolycka Du varit med om kan givetvis påverka hela familjen. Det vi inte vet inom vården och behöver lära oss mer om är hur barn till trafikolycksdrabbade föräldrar reagerar. Vi vill göra omhändertagandet så bra som möjligt även för dem.

När en vuxen drabbas av olycka kan det ofta vara så att barn blir bortglömda såväl i vård som eftervård. Vi behöver få mer kunskap om hur det faktiskt förhåller sig och vad det innebär för dem samt vilka behov av stöd som finns.

Det är viktigt att få barns och ungas egna perspektiv, att höra deras egna röster för att utveckla vården och anpassa den även för dem.

Vi undrar om Du som förälder skulle vilja att Ditt barn/ungdom (7-17 år) medverkar i en undersökning om deras reaktioner på olyckan och vilka konsekvenser det fört med sig för dem. Vi är även intresserade av hur barn i olika åldrar hittar sina olika sätt att klara av en svår händelse oavsett om de varit med i olyckan eller ej.

Ditt barn kommer att få svara på frågor vad olyckshändelsen inneburit för honom/henne och i samtal berätta om sina upplevelser av händelsen. Barnet kommer även att få beskriva på vilket sätt de har fått stöd av personer såväl inom som utanför vården. Samtalet tar ca 1-1,5 timme beroende av ålder och barnet kan avbryta när det vill. Vi träffas där det är bekvämast för barnet/ungdomen. Samtalet kommer att spelas in på band om Du och barnet inte har några invändningar. Alla svar behandlas konfidentiellt och inget barn ska kunna igenkännas. Banden spolas av.

Deltagandet är fullt frivilligt och det är Du som förälder i samråd med Ditt barn som bestämmer om en medverkan eller ej. Ditt beslut kommer inte påverka Dina kontakter med vården.

Vi kommer att höra av oss till Dig per telefon om ca en vecka för att svara på eventuella frågor. Du får gärna ta kontakt med oss per telefon. Ditt barn/ungdom kan även få ett eget informationsbrev för att ta ställning.

Huddinge den

Eva Bergerhed, socionom, leg. psykoterapeut  
Centrum för Kriskunskap, HSN, SLL tel: 08/585 85145

☐ Jag vill ha **mer information** för att kunna ta ställning. Ni kan nå mig på tel: .....

☐ Jag och mitt barn/ungdom vill **medverka** i undersökningen.

☐ Jag och mitt barn/ungdom vill **inte** delta i undersökningen.

Huddinge den.....Namn.....  
v.g sänd till:



Stockholms läns landsting

| Postadress                                             | Besöksadress         | E-post                       | Telefon       | Telefax       |
|--------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|---------------|---------------|
| Centrum för Kriskunskap<br>Box 4054<br>141 04 Huddinge | Röntgenvägen 3, 9 tr | marianne.carlsson@smd.sll.se | 08-585 851 35 | 08-585 851 40 |

**INFORMATION TILL FÖRÄLDRAR  
VARS BARN/UNGDOM VARIT MED OM EN TRAFIKOLYCKA**

Trafikskador är ett av våra största folkhälsoproblem som årligen beräknas kosta samhället ca 15 miljarder kronor. I hela Sverige rapporterades 1996 ca 15 000 vägtrafikolyckor. Man räknar med att mellan 60 000 och 80 000 människor årligen skadas till följd av vägtrafikolyckor.

För många människor är följderna av trafikskadan av snabbt övergående karaktär medan andra kan känna efterverkningar under mycket lång tid. Eftersom längden av efterförloppet inte alltid hänger samman med trafikolyckans svårighetsgrad skulle vi vilja veta mer om hur såväl vuxna som barn känner sig en tid efter det de varit med om en olycka.

En allvarlig händelse som den trafikolycka Ditt barn/ungdom varit med om kan förutom barnet givetvis även påverka hela familjen. Det vi inom vården behöver lära oss mer om är hur barn/ungdomar, syskon och föräldrar reagerar efter en trafikolyckshändelse. Vi vill göra omhändertagandet så bra som möjligt för alla i familjen. Det är viktigt att få barns och ungas egna perspektiv, att höra deras egna röster för att utveckla vården och anpassa den så bra som möjligt för dem.

Vi har fått Ditt/Ert barns namn via chefsjuksköterskan på akutmottagningen vid Huddinge sjukhus och undrar nu om Du som förälder skulle vilja att Ditt barn/ungdom (7-17 år) medverkar i en undersökning om deras reaktioner på olyckan och vilka konsekvenser den fört med sig för dem. Vi är intresserade av hur barn i olika åldrar hittar olika sätt att klara av en svår händelse.

Ditt barn kommer att få svara på frågor vad olyckshändelsen inneburit för honom/henne och i samtal berätta om sina upplevelser av händelsen. Barnet kommer även att få beskriva på vilket sätt de har fått stöd av personer såväl inom som utanför vården. Samtalet tar ca 1-1,5 timme beroende av ålder och barnet kan avbryta när det vill. Vi träffas där det är bekvämast för barnet/ungdomen. Samtalet kommer att spelas in på band om Du och barnet inte har några invändningar. Alla svar behandlas konfidentiellt och inget barn ska kunna igenkännas. Banden spolas av.

Vi vill också intervjua **närmsta anhöriga**, såväl vuxna som barn, för att på samma sätt få höra om tankar och erfarenheter av trafikolyckan och dess konsekvenser.

Deltagandet är fullt frivilligt och det är Du som förälder i samråd med Ditt barn som bestämmer om en medverkan eller ej. Ditt beslut kommer inte påverka Dina kontakter med vården.

Vi kommer att höra av oss till Dig per telefon för att svara på eventuella frågor och bestämma plats och tid för intervju om Ni vill delta. Du får gärna ta kontakt med oss per telefon.

Huddinge i juni 1999

Eva Bergerhed, socionom, leg. psykoterapeut  
Centrum för Kriskunskap, HSN, SLL tel: 08/ 585 851 45



Stockholms läns landsting

| Postadress                                             | Besöksadress         | E-post                       | Telefon       | Telefax       |
|--------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|---------------|---------------|
| Centrum för Kriskunskap<br>Box 4054<br>141 04 Huddinge | Röntgenvägen 3, 9 tr | marianne.carlsson@smk.sll.se | 08-585 851 35 | 08-585 851 40 |

## SAMTALS GUIDE FÖR BARN OCH UNGA

### INLEDNING TILL PTSS-C

Samtalet spelas in på band efter medgivande. Den intervjuade identifieras endast med kodnummer på bandet.

**Jag berättar vem jag är och varför jag är här. Tid vi har på oss.  
Börjar med att tala om vad vi kommer att göra tillsammans. Paus.**

**Om det är några frågor Du inte vill svara på är Du helt fri att låta bli. Du kan själv avbryta intervjun när Du vill. Om det är något Du inte förstår är det bara att fråga.**

**Var du med vid trafikolyckan? (Hur gammal var du när det hände?)**

**Om ja:** Vad hände? Blev du skadad och i så fall hur? Hur reagerade du? Vad gjorde du? Vad kände du? Vad tänkte du? Hur fick du veta hur det var med mamma/pappa? Vem berättade för dig? Vem tog hand om dig? På sjukhuset, när du kom hem? Hur tog de hand om dig? Vad gjorde de eller sa de till dig? Ville du tala om olyckan? Hade du någon du kunde prata med?

**Om nej:** Hur fick du veta vad som hänt? Av vem och när? Var var du? Vad sa de till dig? Vad gjorde du? Hur reagerade du? Vad kände du? Vad tänkte du? Vilka tog hand om dig och hur? Hur fick du veta hur det var med mamma/pappa? Vem berättade för dig? Ville du prata om olyckan? Hade du någon du kunde tala med?

**Vad var det värsta med trafikolyckan?**

**Nu kommer några frågor om hur den kan ha påverkat dig**



## **INTERVJU GUIDE FÖR BARN OCH UNGA**

### **AVSLUTANDE SAMTAL**

**Nu har du svarat på många frågor och berättat om dig själv för mig. Vi ska snart avsluta.**

**Vad har du för tankar och frågor efter det vi talat om?**

**Vilket stöd och hjälp tycker du att du fått? Av vem/vilka? Hur?**

**Vilka har betytt mest för dig efter olyckan?**

**Vad har du saknat?**

**Vad skulle du önskat för hjälp?**

**Vilka råd kan du ge oss som möter barn och familjer i liknande situationer?**

**Är det något annat du vill säga?**

**Hur har det känts att svara på alla frågor och prata om detta?**

## Livshändelser

## Barn och unga

Kodnr:.....

Sätt ett kryss för varje händelse som Du varit med om. Skriv också hur gammal Du var när den inträffade. Ifyllandet görs tillsammans med intervjuaren.

| Typ av händelse                                  | Jag har varit med om denna händelse<br>(En eller flera gånger) | Min ålder var då | Vem var drabbad? |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| Trafikolycka <sup>1,2</sup>                      |                                                                |                  |                  |
| Nära anhörigs eller kamrats trafikolycka         |                                                                |                  |                  |
| Allvarlig kroppslig sjukdom eller skada          |                                                                |                  |                  |
| Allvarlig sjukdom hos familjemedlem              |                                                                |                  |                  |
| Flyttat till annat land                          |                                                                |                  |                  |
| Flyttat mer än 20 mil                            |                                                                |                  |                  |
| Byte av skola                                    |                                                                |                  |                  |
| Varit borta från förälder en längre tid (>6 mån) |                                                                |                  |                  |
| Föräldrars skilsmässa                            |                                                                |                  |                  |
| Annan olycka                                     |                                                                |                  |                  |
| Mobbning                                         |                                                                |                  |                  |
| Nära vuxens död                                  |                                                                |                  |                  |
| En kamrats död                                   |                                                                |                  |                  |
| Förälders död                                    |                                                                |                  |                  |
| Syskons död                                      |                                                                |                  |                  |
| Annat                                            |                                                                |                  |                  |

<sup>1</sup> Med "trafikolycka" menas olycka där något fordon varit inblandat ex bil, cykel. Du kan t ex ha krockat med en annan bil eller som fotgängare blivit påkörd av en cykel.

<sup>2</sup> För varje händelse: markera om du varit med om det fler än en gång. Skriv de övriga på papprets baksida.

## Manual till PTSS-C

---

### Inledande frågor:

Vad var det värsta med händelsen?

Hur gammalt var barnet?

1. Upprepade lekar eller aktiviteter som är relaterade till trauma (ritar, målar etc)
2. Mardrömmar om händelsen eller mer symboliskt: drömmar, som påminner om händelsen?
3. (Flash-backs) Händer det ibland att det känns som om det som hände skall hända igen. (Reenactment) agerar som vid trauma tillfälle.
4. Saker som påminner om händelsen framkallar rädsla och oro, t ex smällare, uniformer, TV-program, vatten, lukt, röst, etc.
5. Tänker du så mycket på händelsen att du inte kan bli fri från tankarna ens när du försöker? Har du försökt att inte tänka på händelsen?
6. Har du försökt undvika sådant som påmint dig om händelsen?
7. Efter händelsen, har du någon gång märkt att det funnits sådant som du inte kunnat minnas från den gången? Som om du hade minnesförlust för vissa delar av skeendet?
8. Är du rädd att skiljas från dina föräldrar även om det bara är för en kort stund? Är du mer beroende av föräldrarna än tidigare?
9. Är du inte längre intresserad av vad folk sagt och gjort? Skulle du lika gärna kunna vara för dig själv? Känner du dig ensam? Känns det som om folk inte förstår vad du varit med om?
10. Är det som om du inte längre kan tycka om någon annan, t ex om du såg en hundvalp eller kattunge, kan du inte längre känna hur söt och gullig den är? Eller att du inte tycker om någon/något som du tidigare tyckte om?
11. Är det som om framtiden inte har någon särskild betydelse för dig längre? Tänker du att du inte ska gifta dig och få barn, som om livet ändå snart är slut? Vad vill du bli när du blir stor?
12. Har du svårt att somna? Är du rädd för att gå och lägga dig? Har du svårt att sova hela natten? Vaknar du flera gånger?
13. Blir du lätt irriterad? Mycket lättare än vanligt?
14. Har du svårare än vanligt att koncentrera dig - på dagis eller i skolan?

Copyright ©1996, Ahmed A

## Manual till PTSS-C

---

15. Känner du dig rastlös och spänd?
16. Brukar du hoppa till när du hör en dörr slå igen eller om någon kommer bakom dig utan att du märkte det?
17. Händer det att du börjar svettas, darra, få hjärtklappning eller känner dig tårögd, när du ser något som påminner dig om händelsen?
18. Har du blivit mer ledsen efter händelsen jämfört med innan?
19. Går det snabbare för dig att växla mellan att vara glad och ledsen jämfört med tidigare?
22. Har du fått huvudvärk oftare eller ont i magen?
23. Är det svårare att ta det lugnt? Att sitta still?
24. Har du ryckningar efter händelsen?
25. Biter du ofta på naglarna efter händelsen?
26. Suger du ofta på tummen efter händelsen?
27. Har du fått problem att tala efter händelsen?
28. Tror du att du har blivit mer känslig?
29. Har du fått panikattacker efter händelsen?
30. Är du rädd för något som du inte var rädd för innan händelsen?

### Svarsalternativ:

| Inget                    | Lite                     | Delvis                   | Ganska mycket            | Mycket                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Bilaga 5

### 308.3 Akut stressyndrom F 43.0

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingår i bilden:
- (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet
  - (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck
- B. Tre eller fler av följande dissociativa symtom förekom under eller efter den traumatiska händelsen:
- (1) känsla av bedövning, likgiltighet eller oförmåga till känslomässig respons
  - (2) minskad uppmärksamhet på omgivningen (t ex "leva som i en dimma")
  - (3) derealisation
  - (4) depersonalisation
  - (5) dissociativ amnesi (dvs oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen)
- C. Den traumatiska händelsen återupplevs gång på gång på minst ett av följande sätt: återkommande minnesbilder, tankar, drömmar, illusioner, flashbackupplevelser eller en känsla av att återuppleva händelsen, eller ett starkt obehag inför händelser som påminner om traumat.
- D. Tydligt undvikande av stimuli som återkallar traumat (t ex tankar, känslor, samtal, handlingar, personer)

- E. Påtagliga symtom på ångest eller ökad retbarhet (t ex sömnsvårigheter, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet, lättskrämthet, rastlöshet)
- F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga hänseenden eller medför nedsatt förmåga att klara av nödvändiga uppgifter, t ex skaffa sig hjälp eller mobilisera resurser genom att berätta för familjemedlemmar om den traumatiska upplevelsen
- G. Störningen varar minst två dagar men inte mer än fyra veckor och inträffar inom fyra veckor efter den traumatiska händelsen
- H. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada, förklaras inte bättre med diagnosen kortvarig psykos, och utgör inte enbart en försämring av någon tidigare axel I eller axel II-störning

**309.81      Posttraumatiskt stressyndrom      F 43.1**

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
- (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet
  - (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.  
**Obs:** Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs gång på gång på minst ett eller fler av följande sätt:
- (1) återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar, eller perceptioner relaterade till händelsen. **Obs:** Hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar
  - (2) återkommande mardrömmar om händelsen. **Obs:** Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen
  - (3) handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogpåverkan). **Obs:** Hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma
  - (4) intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen

- (5) fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen
- C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmän nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande:
- (1) aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat
  - (2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnet av traumat
  - (3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
  - (4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
  - (5) känsla av likgiltighet eller främlingsskap inför andra människor
  - (6) begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek)
  - (7) känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller att få leva och åldras som andra)
- D. Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:
- (1) svårt att somna eller orolig sömn
  - (2) irritabilitet eller vredesutbrott
  - (3) koncentrationssvårigheter
  - (4) överdriven vaksamhet
  - (5) lättskrämdhet



- E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad
- F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga hänseenden.

## UTGIVNA RAPPORTER

- 2000:1 Kris-projektet. Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport 1: Teori och klinisk erfarenhet från krisarbete som bakgrund till projektet
- 2000:2 Psykologisk konsultation i grupp på somatiska vårdavdelningar – en litteraturstudie
- 2000:3 "Att mötas eller inte mötas". En litteraturöversikt om samspel mellan föräldrar och barn
- 2000:4 Kroniskt trötthetssyndrom, livshändelser och somatisering
- 2000:5 Barns och vuxnas nyttjande av psykiatrisk vård i Stockholms län 1993-1999 per sjukvårdsområde 1999
- 2001:1 Kris-projektet. Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport III
- 2001:2 Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv. Data från PART-studien
- 2001:3 Psykologiska och sociala effekter av trafikolycka med lindriga eller inga personskador – Kris-projektet – Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport IV
- 2001:4 Uppföljning av Dagmaravtalet 2000. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården – avtal med försäkringskassan
- 2001:5 Erfarenheter av metoder att stärka föräldrar på MVC och BVC
- 2001:6 "Det svåraste är att alls ta upp frågan" – läkares och sjuksköterskors inställning till och erfarenhet av att ta upp frågan om vävnadsdonation med anhöriga till avlidna patienter
- 2001:7 Psykologiska och psykomotoriska faktorer relaterade till whiplashassocierade symtom (WAD) – en jämförelse mellan patienter med och utan kvarvarande whiplashsymtom ett år efter trafikolycka
- 2001:8 Öppenvårdsregistrering inom psykiatri och epidemiologisk bevakning av psykiatrisk sjuklighet i Stockholms län?
- 2002:1 Forskning och projekt som berör etniska minoriteter och "invandrare" inom Samhällsmedicin i Stockholm från 1996 och framåt
- 2002:2 Uppföljning av Dagmaravtalet 2001. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården – avtal med försäkringskassan

- 2002:3 Problemformuleringsarbete – ett identitets- och jagstärkande arbetssätt med förstagångspsykotiska patienter
- 2002:4 Kvinnohälsomottagningar – finns behovet inom Stockholms läns landsting
- 2002:5 Posttraumatiska stressreaktioner hos ambulanspersonalen inom Jämtlands läns landsting
- 2002:6 Ungdomars levnadsvillkor, vanor och hälsa över tiden – en lägesrapport
- 2003:1 Hur kan man upptäcka och ge stöd till mödrar som drabbats av postnatal depression? – Utvärdering av utbildning i och praktiskt tillämpande av ett interventionsprogram på BVC
- 2003:2 Uppföljning av Dagmaravtalet 2002. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården – avtal med försäkringskassan
- 2003:3 Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning
- 2003:4 Smärta och sociala förhållanden bland kvinnor
- 2003:5 Psykiska belastningar inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län
- 2003:6 Verksamheter i Stockholms län som förebygger psykisk ohälsa hos kvinnor i relationsyrken – goda exempel, behov och brister
- 2003:7 Utagerande förskolebarn – hur kan de hjälpas? En litteraturöversikt av kunskapsbaserade hjälpinsatser till utagerande förskolebarn samt en utvärdering av Emil-projektet
- 2003:8 Smärta och psykosocialt välbefinnande bland kvinnor. En jämförelse mellan kvinnor med och utan invandrarbakgrund
- 2004:1 Psykisk hälsa hos icke sjukskrivna kvinnliga sjuksköterskor och undersköterskor. En kartläggning inom Stockholms läns landsting

Rapporterna kan beställas till självkostnadspris från:

Samhällsmedicin

Enheten för Psykisk Hälsa

Box 17533

118 91 STOCKHOLM

Fax: 08-517 781 20

Tel: 08-517 781 14 eller 08-517 781 22

E-post: [psykiskhalsa@smd.sll.se](mailto:psykiskhalsa@smd.sll.se)

[www.sll.se/psykiskhalsa](http://www.sll.se/psykiskhalsa)