



Effekt av metoder för stöd till barn när en förälder avlider

Kortversion av Kunskapsöversikt 2014:1

Innehåll

Inledning	3
Att beakta barns behov	4
Barns utsatthet när en förälder avlider.....	5
Riskfaktorer och skyddande faktorer för barnen.....	8
Barns förståelse av döden.....	10
Barns sorgprocess.....	13
Studier om effekt av stöd till barn och föräldrar	16
Effekter av utvärderade insatser.....	20
Betydelsen av stöd till barn och föräldrar	23
En del barn har behov av mer omfattande insats	24
Kunskapsbehov	25
Referenser	27

EFFEKT AV METODER FÖR STÖD TILL BARN NÄR EN FÖRÄLDER AVLIDER:

KORTVERSION AV KUNSKAPSÖVERSIKT 2014:1

© 2015 FÖRFATTAREN, NATIONELLT KOMPETENSCENTRUM ANHÖRIGA

FÖRFATTARE: ANN-SOFIE BERGMAN OCH ELIZABETH HANSON

GRAFISK FORM: JAN OLSSON/SILO DESIGN

FOTO: SMÅLANDSBILDER.SE

TRYCK: WEBBVERSION

Inledning

VAD VET VI OM HUR SAMHÄLLET bäst hjälper barn när en förälder avlider? Detta är en kortversion av *Barn som är anhöriga när en förälder avlider: En kunskapsöversikt om effekt av metoder för stöd till barn* av Ann-Sofie Bergman och Elizabeth Hanson (1), utgiven vid Nationellt kompetenscentrum anhöriga år 2014. Den som önskar mer fördjupning än kortversionen kan ge hänvisar vi till kunskapsöversikten.

Kunskapsöversikten sammanställer kunskap om verksamma metoder för att ge stöd till barn vars förälder eller omsorgsperson avlider och identifierar behov av mer kunskap. Följande frågor besvaras:

- Hur ser kunskapsläget ut om effekter av stödinsatser till barn vars förälder avlider?
- Vilka metoder har prövats och utvärderats med fokus på effekter för barnen?
- Vilket behov av ny kunskap kan identifieras utifrån resultaten i kunskapsöversikten?

Innan resultaten presenteras tar vi kortfattat upp aktuell lagstiftning, barns utsatthet vid förlusten av en förälder, risk- och skyddsfaktorer, barns förståelse av döden samt barns sorgeprocess.

Att beakta barns behov

EN UTGÅNGSPUNKT FÖR översikten är bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen om att vårdpersonal särskilt ska beakta barns behov av information, råd och stöd. Barn och unga ska uppmärksammas i sin situation som anhöriga i familjer då en förälder har psykisk störning eller funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, beroendeproblematik eller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider (2, 3). Med formuleringen ”annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med” avses att det inte endast handlar om situationen då barnets biologiska föräldrar avlider, utan att det även kan gälla andra vuxna personer som haft den faktiska vårdsnaden om barnet, till exempel familjehemsföräldrar och styvföräldrar (4, 5). Lagtexterna syftar till att synliggöra barns behov och förbättra deras situation i mötet med hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska beakta barns behov av information, råd och stöd. I en del fall behöver stödet ges inom hälso- och sjukvården, men kan också ges av andra aktörer. Kommunernas socialtjänst har ansvar för stöd till barn och deras familjer enligt socialtjänstlagen. Socialnämnden ska verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden. Nämnden ska med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som visat tecken till en ogynnsam utveckling. Vidare ska nämnden sörja för att barn och ungdom får det skydd och stöd de behöver. Nämnden ska samarbeta med hemmen och samverka med andra organisationer (6). Det finns även andra aktörer såsom församlingar och frivilliga organisationer som erbjuder stöd till barn vars förälder avlider.

När en förälder avlider behöver barnet och den efterlevande föräldern i vissa fall professionell hjälp med sorgearbete, råd och stöd för att barnets behov ska tillgodoses på ett tillfredställande sätt och barnet kan fortsätta utvecklas på bästa möjliga sätt. Stöd behöver anpassas utifrån barns behov, efter deras kognitiva och känslomässiga utveckling och var de befinner sig i sin sorgprocess (7, 8).

Barns utsatthet när en förälder avlider

DET FINNS MYCKET FORSKNING om konsekvenserna av att förlora en förälder under barndomen, medan det finns få studier om effekt av insatser till stöd för barnen. Att förlora en förälder är en av de mest påfrestande händelser barn kan uppleva under sin uppväxt (9–13). Förlusten av en förälder och omsorgsperson medför särskilt stora konsekvenser för barn, då det rör sig om att förlora en person som står för kärlek, trygghet och daglig omsorg (14). Det innebär en kris och omvälvande förändring. Förutsägbarhet och stabilitet i vardagslivet, som är viktigt för barn, påverkas negativt. I västvärlden drabbas ungefär tre till fyra procent av barnen av förlust av en förälder genom dödsfall före 18 års ålder. Det är vanligare att barn förlorar sin far än sin mor (9, 15). Problem av mer allvarlig art, som kräver specialisthjälp, bedöms drabba ungefär 20 procent av de barn som har förlorat en förälder vid dödsfall (16, 17).

När en förälder avlider kan det ge konsekvenser för barnet både på kort och på lång sikt. Förlusten av en eller båda föräldrarna har visat sig ha samband med en större utsatthet och sårbarhet för barn inom flera områden. Studier visar ökad risk för *psykiska problem*, både på kort och på lång sikt. Det gäller exempelvis ångest, depression, nedstämdhet och upplevelse av bristande kontroll över vad som händer i ens liv (9, 16, 18–23). Studier visar även risk för *försämrat självförtroende och självkänsla* (9, 16), vilket i sin tur har betydelse för den psykiska hälsan (24, 25). Sambanden mellan förlust av en förälder och symtom i form av *fysiska problem* och *somatiska symtom* är mindre utforskade än sambanden med psykiska problem, men det finns forskning som visar ökad risk för problem med den fysiska hälsan (16, 22, 26). Senare tids forskning har visat att en förälders död innebär en ökad dödlighetsrisk för barn under uppväxten (27, 28).

Barns livserfarenheter efter dödsfallet har betydelse för deras fortsatta utveckling. En följd av en förändrad familjesituation och förändrade familjereationer kan ibland bli *minskad tillgång till stöd* för det utsatta barnet. Det händer att den kvarvarande föräldern i vissa fall är så uppfylld av sin egen

sorg att det är svårt att ge tillräckligt stöd till barnen (20, 29). Efter dödsfallet är det samtidigt en stor utmaning för den kvarvarande föräldern att klara av vardagens problem för familjen (10, 15). Det händer att sorgen blir så svårhanterlig att rollerna i familjen förskjuts. Barn kan ta på sig en omsorgsgivande roll för att hjälpa sin förälder och försöka ersätta den avlidne. Barnet får då axla en vuxenroll alltför tidigt. För barnen kan det innebära minskat känslomässigt stöd och att hänvisas till att i ökad utsträckning ta hand om sig själv och sin sorg, vilket påverkar barnets fortsatta utveckling (30–32).

Ibland uppstår *svårigheter i kommunikationen* mellan barn och förälder. Barns reaktioner efter en förälders död kan vara starkare, intensivare och mer långvariga än vad de vuxna i omgivningen uppfattar och är medvetna om. Det är inte alltid som barn visar sina reaktioner tydligt utåt (10, 33). Det kan bero på att barnet inte vill belasta andra personer som också har det svårt efter en förlust, men det kan också handla om att de tränger undan tankar och känslor som ett försök att hantera sin smärta (14). Det kan ibland misstolkas som att barnet är oberört av situationen. Barns symtom och reaktioner kan istället visa sig senare i livet (20).

Det händer att barn får *skolproblem*, exempelvis koncentrationsproblem och beteendeproblem, efter förlusten av en förälder (9, 16, 17). Studier har visat att utåtagerande problem är vanligare bland pojkar än bland flickor, som ofta får mer internaliserade problem, det vill säga problem som vänds inåt (15, 17). Svårigheterna kan få verkan på framtida utbildning, arbete och karriär (13).

Att förlora en förälder och försörjare kan leda till *ekonomiska/materiella försämringar* för familjen, vilket även får konsekvenser för barnen (19, 34). Ibland måste familjen flytta, exempelvis om ekonomin har försämrats. För barnen kan det även leda till byte av skola och vänner. En förändring leder till ytterligare förändringar, vilket innebär sekundära förluster för barnen (15, 35).



Traumatisk sorg eller *komplicerad sorg* kan drabba barn som förlorar en närstående under traumatiska omständigheter, såsom dödsfall genom våld, självmord, olycka, krig, katastrof. Traumatisk sorg kan också komma efter naturliga dödsfall som barnet upplevt som skrämmande (36–38). Minnen, tankar och känslor kring upplevelser i samband med dödsfallet återkommer. Den traumatiska upplevelsen förvårar barnets sorgeprocess. Det kan ge symptom som minskat intresse för vanliga aktiviteter, upplevelse av känslomässig ensamhet, sömnsvårigheter, irritabilitet, aggressiva utbrott, försämrad koncentration, uppmärksamhet och minne, samt somatiska symptom (37, 39).

Risikfaktorer och skyddande faktorer för barnen

HUR BARN PÅVERKAS AV förlusten är beroende av faktorer som barnets ålder och utveckling, familjesituationen, relationen till den avlidne, den kvarvarande föräldrarnas kommunikations- och föräldraförmåga, vilket stöd som erbjuds, samt omständigheterna kring dödsfallet (40). Särskilt svåra omständigheter är långvarig sjukdom hos föräldern före dödsfallet, plötsligt oväntat dödsfall samt traumatiskt dödsfall vid dödligt våld, självmord och katastrof (13, 17, 41–44).

Barnets ålder och utvecklingsnivå har betydelse för förmågan att hantera dödsfallet. Yngre ålder är en riskfaktor (23, 28). Det finns studier som visar en större risk för yngre barn som förlorar sin mor, något som kan relateras till att mödrar ofta haft ett större ansvar för omsorgen om de yngsta barnen. Moderns död kan då leda till större förändringar för barnen (17, 45). Den ökade risken för yngre barn kan förklaras av att de har svårare att kognitivt och känslomässigt förstå och hantera föräldrarnas död. En annan förklarande faktor är det lilla barnets totala beroende och rädsla att bli övergiven (46). Yngre barn är fullständigt beroende av vuxna för att få sina behov tillgodosedda och för att få adekvat information, trygghet och bekräftelse.

Hur barnets behov tillgodoses efter dödsfallet och hur vardagssituationen fortsättningsvis fungerar har stor betydelse. Det är en riskfaktor för barnen om deras kvarvarande förälder drabbas av depression eller andra psykiska problem. Ytterligare tillkommande stressande och negativa livshändelser i familjen är riskfaktorer, liksom låg socioekonomisk situation för familjen (9, 34, 46). Tidigare psykisk ohälsa hos barn eller förälder är riskfaktorer (17, 20, 41). Relationen mellan barnet och den avlidne föräldern har betydelse. Det är en riskfaktor att förlora den förälder som står barnet närmast som anknytningsperson (15). Förlusten blir svårare när det är en mycket närstående person som avlider. Men det kan också vara en riskfaktor om barnet hade en komplicerad relation till den avlidne. Även när föräldern har varit frånvarande i barnets liv kan dödsfallet väcka starka känslor, exempelvis känslor av sorg, saknad eller vrede (41, 47).

God föräldraförmåga är en skyddande faktor för barnen. Viktiga aspekter i detta avseende är den kvarvarande föräldrarnas förmåga till kommunikation, att ge värme och stöd, tillfredsställa barnets grundläggande behov, skapa tillhörighet och sätta adekvata gränser. Om den kvarvarande föräldern har en god psykisk hälsa är det också skyddande. Så mycket stabilitet i tillvaron som möjligt, goda relationer, familjesammanhållning samt bevarade familjerutiner är positivt för barnet (20, 22, 41, 48, 49). Barn behöver en trygg miljö där de får utrymme för sin sorg och för att fortsätta utvecklas. En skyddande faktor kan då vara att den kvarvarande föräldern finner någon vuxen person som finns till hands för honom eller henne, som kan lyssna på föräldrarnas problem, för att avlasta barnet (11).

Individuella faktorer hos barn som fungerar skyddande är barnets upplevelse av förmåga att hantera stress, upplevelse av kontroll, förmåga att uttrycka känslor, självförtroende, självkänsla, begåvning och skolförmåga (20, 49). Att ha tillgång till känslomässigt stöd är skyddande, likaså upplevelsen av att vara respekterad av såväl kamrater som föräldrar och andra vuxna i omgivningen (41).

”Yngre barn är fullständigt beroende av vuxna för att få sina behov tillgodosedda och för att få adekvat information, trygghet och bekräftelse.”

Barns förståelse av döden

BARNES ÅLDER OCH UTVECKLING har betydelse för deras förståelse av döden, hur de uttrycker sin sorg och vilka symtom de kan visa (41, 50). Barnens bakgrund och sociala situation har också betydelse för deras återhämtning och behov av stöd (51). Barn kan börja utveckla en förståelse för vad döden innebär runt två- till treårsåldern. Yngre barn som har mist en förälder kan under flera veckor eller månader efter dödsfallet ställa upprepade frågor om var deras mamma eller pappa är och när de kommer tillbaka. De kan även gå omkring och leta efter sin förälder (50). Döden uppfattas som en "bortavaro" (52). I omkring fem- till sexårsåldern kan barn uppfatta döden som något mer oåterkallelig, men det kan fortfarande vara svårt för barn att förstå att föräldern faktiskt aldrig kan komma tillbaka. Det kan ta lång tid för barnet att förstå innebörden. Barns sätt att tänka är mycket konkret vid dessa tidiga åldrar. De behöver konkret information om vad som händer vid döden. Om föräldern är allvarligt sjuk och döende behöver barnen förberedas för vad som kommer att hända med deras förälder (50).

Yngre barn uttrycker ofta sina tankar och känslor genom lek, fantasi och bildskapande. Leken hjälper dem att förstå det som händer i deras liv (50). För personer i omgivningen kan det ibland vara svårt att uppfatta barnens behov och deras uttryck för sorg, då de inte har förmåga att uttrycka det verbalt. Barn kan istället visa sina behov med tecken som oro, sömnproblem och somatiska symtom. De kan tillfälligt gå tillbaka i sin utveckling (15). De yngsta barnen är fullständigt beroende av den kvarvarande förälderns närvaro, att få sina grundläggande behov tillfredsställda, att få känslomässigt stöd samt kontinuitet och förutsägbarhet i tillvaron (41, 50). För att yngre barn ska kunna förstå vad som har inträffat är det särskilt viktigt att tänka på hur man som vuxen uttrycker sig språkligt. Man ska undvika uttryck som att föräldern har "gått bort" eller "gått ur tiden" etc., då det kan försvåra för barnet och skapa förvirring om vad som egentligen har hänt och vad det betyder (33).



Från åtta- till nioårsåldern kan barn förstå att döden är slutgiltig, att deras avlidne förälder aldrig kommer tillbaka. Ett uttryck som "för alltid" blir möjligt att förstå. Barnet förstår att döden är oåterkallelig och generell, att alla människor ska dö en dag. Barn i skolåldern har större tillgång till språket än yngre barn, de talar ofta om det som har inträffat. De söker många gånger efter detaljerad information om förälderns dödsfall och eventuell föregående sjukdom, för att få en känsla av kontroll. Barn i dessa åldrar kan vara mycket öppna och ibland fungera som "whistle blowers" i familjen, genom att ta upp svåra ämnen som exempelvis oro över ekonomi eller den kvarvarande förälderns hälsa. Yngre barns magiska tänkande och svårigheter att förstå orsak-verkan kan ge konsekvensen att de klandrar sig själva, tar på sig ansvar och får skuld känslor för sin förälders död, något som är

viktigt att vara uppmärksam på för att kunna avlasta barnet. I en sådan situation behöver barnet få korrekt information om dödsorsak etc. Barn i skolåldern är beroende av stöd från sin kvarvarande förälder/omsorgsperson, men även från sina lärare och annan personal i skolan där de tillbringar mycket av sin tid (50).

Tonåringar som drabbas av en förälders död har tillgång till ett tänkande som gör att de förstår vidden av vad som har hänt och vilka konsekvenser det får för deras familj. De kan oro sig för sin egen framtid, sin hälsa och eventuella ärftliga sjukdomar samt sörja att den döde föräldern inte kommer att finnas med vid deras egna viktiga framtida livshändelser. Tonåringar funderar ofta över existentiella frågor som meningen med livet, ödet etc. Samtidigt brottas unga i tonåren ofta med teman som beroende-oberoende, separation samt kontroll över sina känslor, vilket kan göra det svårt för dem att uttrycka sin sorg och dela den med sin förälder. Sorgen kan ibland ta sig andra uttryck som inte omedelbart associeras med sorg, såsom inåtvändhet eller olika typer av beteendeproblem, bruk av alkohol, testande av gränser. Medan de allra yngsta barnen är starkt beroende av att få stöd, information och återkommande förklaringar av sin närmaste omsorgsperson för att kunna hantera sin situation efter en förälders dödsfall, får med barnets stigande ålder även trygghet och stöd från andra personer i omgivningen allt större betydelse, exempelvis stöd från vänner och viktiga personer i skolan och på fritiden (32, 40, 50).

”Sorgen kan ibland ta sig andra uttryck som inte omedelbart associeras med sorg, såsom inåtvändhet eller olika typer av beteendeproblem, bruk av alkohol, testande av gränser.”

Barns sorgeprocess

ETT FÖRSTA STEG I PROCESSEN på vägen mot återhämtning efter att ha förlorat en förälder är att förstå döden. Senare steg i sorgeprocessen är att med tiden acceptera att förlusten är verklig, att känslomässigt ta in det svåra som har hänt, att leva vidare efter förlusten, att fortsätta sin egen utveckling, att kunna behålla och integrera relationen till den döde föräldern på ett inre plan samt att utveckla relationer till andra, ibland nya anknytnings-/omsorgspersoner (53, 54).

För att kunna bemästra den svåra situationen behöver barn i ett tidigt skede få information om döden. Det gäller såväl generell information om vad döden innebär som information om vad som har hänt i det specifika fallet. Om det finns luckor i informationen fyller barn ofta dessa med hjälp av sin fantasi. Därför är det viktigt att försäkra sig om vad barnet har uppfattat. Barn behöver ofta upprepad information då de tar den till sig gradvis för att inte överväldigas av svåra känslor (14, 53). Information och stöd måste anpassas efter barnens behov, efter deras kognitiva förmåga och förmåga att hantera kris och sorg (7). Barnen kan behöva återkommande försäkran om vem som kommer att ta hand om dem när den avlidne föräldern inte längre kan göra det. Barnen kan oro sig för vad som kommer att hända med dem, med deras familj och hem (55).

Barnen behöver lyhört förberedas och stödjas genom sorgeprocessen av vuxna personer som de har förtroende för. De behöver hjälp att förstå vad som har hänt och stöd för att kunna ta avsked. Svårigheter som barnen kan brottas med tiden närmast efter förlusten är rädsla att bli övergiven, rädsla att de själva eller deras närmaste ska dö, skuldkänslor, svårigheter med anknytning till eventuella nya omsorgsgivare, skolproblem, kroppsliga symtom och sömnproblem. De har stora behov av trygghet (43). En öppen kommunikation om sorgen är central (56). Betydelsefullt är också att barnen möts av medkänsla och förståelse för sin situation och ges möjlighet att uttrycka sina känslor under trygga förhållanden (33), men samtidigt inte pressas till att tala om svåra känslor (57–59). Orealistiska förväntningar på



”Om barn i tidig ålder förlorar en förälder är det inte säkert att de visar sin sorg så tydligt. Barn har då inte kognitiva förutsättningar att förstå de långsiktiga konsekvenserna av förlust, separation och förändring.”

barn som har förlorat en förälder försvårar deras sorgprocess (60). De som möter barnen behöver ha kunskap om sorgprocessen. Barnen behöver få sina känslor och reaktioner normaliserade. De behöver information som kan reducera oron över framtiden. De behöver utrymme för att tala om den avlidne föräldern, stöd för att så småningom kunna förstå att även om mamma eller pappa inte finns kvar i livet kan relationen fortgå genom att familjen fortsätter att tala om föräldern och delar sina känslor, tankar och minnen (11).

Sorgen efter föräldrarnas död kan återaktualiseras i olika perioder under livsrytmen när barnen går igenom kognitiva och emotionella utvecklingsprocesser eller när avgörande förändringar äger rum i deras liv såsom exempelvis flyttning, byte av skola eller nya dödsfall i familjen och nätverket. Om barn i tidig ålder förlorar en förälder är det inte säkert att de visar sin sorg så tydligt. Barn har då inte kognitiva förutsättningar att förstå de långsiktiga konsekvenserna av förlust, separation och förändring. De kan därför inte ”sörja klart” (20). Nya förluster senare i livet kan väcka känslor från en tidigare förlust och ge starka reaktioner. Sorgen och saknaden kan också återuppväckas i samband med betydelsefulla händelser i livet, såsom examen, giftemål, barnafödande etc. (8, 12, 20, 33, 35). Sorgen och saknaden kan även återuppväckas i samband med speciella dagar som den avlidnes födelsedag eller årsdagen av dödsfallet (61).

Föräldraförmågan har visat sig ha stor betydelse för barns sorgprocess, hälsa, utveckling, resiliens, stress och coping. Det handlar då om föräldrars egen hälsa, förmåga till intoning i barnens behov och känslor, föräldrars kommunikationsförmåga och förmåga att ge stöd (7, 8, 15, 49, 62–64). Som en kort *summering av forskningsläget* kan sägas att barn har allra bäst förutsättningar att hantera sina svårigheter efter att ha förlorat en förälder om de fortsättningsvis lever med en resursstark förälder som de har en god relation till, i en god livssituation, med öppen kommunikation inom familjen, med tillgång till stöd från såväl familjen som från vänner, skola och nätverk, samt vid behov tillgång till professionell hjälp. Stöd till den kvarvarande föräldern kan bidra till att stärka föräldrarnas förmåga att stödja sitt barn (11, 12, 43).

Studier om effekt av stöd till barn och föräldrar

I KUNSKAPSÖVERSIKTEN OM effekt av insatser för stöd till barn granskas studier som har publicerats i vetenskapliga tidskrifter och doktorsavhandlingar (1). Vid urval av studier har Socialstyrelsens metodbeskrivning för genomförande av systematiska översikter varit vägledande, vilken vilar på *The Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions* (65). De studier som inkluderas är *effektutvärderingar av interventioner*. Studiedesignen är i de flesta fall randomiserad kontrollerad studie (RCT), det vill säga deltagarna i studien har fördelats slumpmässigt mellan två alternativ, en behandlingsgrupp som jämförs med en kontrollgrupp. En annan förekommande studiedesign är kvasiexperimentell design, vilket innebär att en behandlingsgrupp jämförs med en jämförelsegrupp, men där fördelningen mellan grupperna inte har gjorts slumpmässigt. Då effektutvärderingar med dessa båda typer av studiedesign är relativt få har även studier som bygger på före- och eftermätning inkluderats. I sådana studier har forskarna inte använt någon jämförelse- eller kontrollgrupp, vilket innebär att man inte kan veta om resultaten verkligen beror på insatsen och inte påverkan av andra faktorer.

De studier som tagits med handlar om insatser till barn och föräldrar utifrån tydligt beskrivna metoder för att ge information, råd, stöd och/eller behandling. En annan förutsättning för att tas med är att man i studien använt något *utfallsmått* som visar om insatsen har varit till hjälp för barnen. *Populationen* är barn (0-18 år) vars förälder eller omsorgsgivare avlider. Också barn vars förälder är döende och vårdas palliativt (vård i livets slutskede) ingår. I översikten har studier tagits med som innehåller stöd till barnen och till barnen och föräldrarna, dock inte studier som handlar om stöd riktat enbart till de kvarvarande föräldrarna.

Drygt 1700 referenser har granskats. 16 studier har uppfyllt kraven och ingår i översikten. De har publicerats under perioden 1985–2014, de flesta under 2000-talet. De 16 studierna har publicerats inom ämnena psykologi, socialt arbete, medicin och psykiatri, vilket visar att frågan om stöd till barn

1. Stödinsatsernas innehåll

Studie (land)	Intervention och innehåll
Schilling et al 1992 (66) (USA)	Gruppintervention "Bereavement groups for inner-city children" Innehåll: 12 sessioner, ca 1 g/vecka, 6-8 barn per grupp. Fokus på att dela berättelser om sorg och förlust; uttrycka tankar och känslor relaterade till dödsfall och sorg; uppfattningar och förståelse av döden; normalisering; sorgprocess; att söka stöd
McClatchey et al 2009 (67) (USA)	Gruppintervention helgläger "Camp MAGIC" Innehåll: 6 sessioner under en helg, 5-8 barn per grupp. Fokus på traumatiska händelser; att sätta ord på det som hänt; identifiera och uttrycka känslor; förändra föreställningar; ge information till föräldrar om sorgprocess
Kalantari et al 2012 (68) (Iran/UK/Norge)	Gruppintervention "Writing for recovery" Innehåll: 6 sessioner under tre dagar i följd (2/dag). Fokus på att minska negativa tankar och känslor; öka upplevelse av kontroll; känslomässigt och strukturerat skrivande om barns känslor och tankar kring den traumatiska upplevelsen
Black & Urbanowicz 1985 (69); Black & Urbanowicz 1987 (70) (UK)	Familjeintervention, familjesamtal Innehåll: 6 sessioner med 2-3 veckors intervall, familjesamtal + eventuellt föräldrasamtal. Fokus på känslomässiga och praktiska problem; främja kommunikation; underlätta samtal om den avlidne; sorgereaktioner; hjälp att uttrycka och bearbeta sorg; dela sorg
Christ et al 2005 (45) (USA)	Föräldrastöd "Parent Guidance Program" Innehåll: ca 12 mån. långt föräldrastödsprogram om minst 10 sessioner. Föräldrasamtal, familjesamtal och barnsamtal varvas, inleds under palliativ vård och fortsätter efter dödsfallet. Fokus på att förbättra föräldraförmåga; kommunikation; familjeklimat; hantering av problem; stabilitet och förutsägbarhet; samtal om sorg, sorgereaktioner, framtid
Sandler et al 1992 (71) (USA)	Familjeintervention "The Family Bereavement Program" Innehåll: 13 sessioner, föräldrasamtal och familjesamtal varvas, + work-shop där familjer får träffa andra med liknande erfarenheter. Fokus på att öka upplevelse av stöd; kommunikation; främja samtal om sorg; förbättra föräldraskap; positivt utbyte mellan familjemedlemmar; värme mellan föräldrar och barn; kvalitetstid; familjesammanhållning; planering; stabilitet; öka positiva händelser; hantering av stress och negativa händelser
Sandler et al 2003 (72); Schmiege et al 2006 (73); Tein et al 2006 (74); Sandler et al 2010 (75); Sandler et al 2010 (76); Luecken et al 2010 (77); Hagan et al 2012 (78); Schoenfelder et al 2013 (79); Luecken et al 2014 (80) (USA)	Familjeintervention "The Family Bereavement Program" Innehåll: 14 sessioner, varav 12 i parallella grupper för barn och föräldrar, samt två familjesamtal, 5-9 barn per grupp. Fokus på stödjande gruppklimat; förbättra kvaliteten i relationen mellan barn och förälder; adekvat gränssättning; minska barns utsatthet för ytterligare stress; familjetid; positiv feedback; kommunikation; förbättra barns coping, självförtroende och självkänsla; uttrycka känslor; dela sorg

vars förälder avlider är relevant för flera yrkesgrupper. Orsakerna till att barnen har mist en förälder är olika, såsom sjukdom, olycksfall, självmord och mord. Vanligast i studierna är dödsfall på grund av sjukdom, därefter olycksfall. En studie handlar om den särskilda situation det innebär att föräldern vårdas palliativt vid cancersjukdom och dödsfallet alltså är väntat. En studie rör stöd till flyktingbarn som har berövats sina föräldrar i krig. Insatserna innehåller olika former av stöd till barn och föräldrar: gruppverksamhet, insatser till hela familjen, föräldrastöd och lägerverksamhet. I tre av 16 studier har stödet riktats i första hand till barnen, men i merparten studier har både barnen och deras kvarvarande föräldrar fått stöd. Stödet till föräldrar syftar till att de i sin tur ska få bättre förmåga att stödja sina barn. I tabell 1 presenteras stödinsatsernas innehåll.

Avsikten med gruppinterventioner som har riktats till barnen kan sammanfattas vara att:

- normalisera barnens upplevelser efter förlusten
- ge tillgång till stöd
- skapa en trygg miljö där barnen kan uttrycka svåra tankar och känslor
- underlätta barnens sorgprocess
- förbättra barnens hälsa och minska deras symtom

Avsikten med insatser som har riktats till barnen och deras kvarvarande föräldrar kan sammanfattas vara att:

- främja kommunikationen i familjen
- förbättra relationen mellan barnen och föräldrarna
- underlätta sorgprocessen för barnen och föräldrarna
- öka föräldraförmågan för att förbättra barnens situation via föräldraskapet
- öka stabilitet och förutsägbarhet för barnen
- minska ytterligare negativa händelser för barnen
- öka positiva händelser för barnen
- förbättra föräldrarnas psykiska hälsa

Flera stödinsatser har utformats utifrån kunskap om risk- och skyddsfaktorer. Avsikten är att påverka dessa faktorer i positiv riktning för att förbättra barnens hälsa och fortsatta utveckling (71, 72). Andra teoretiska utgångspunkter som nämns i de aktuella studierna är teori om trauma, sorgprocess, kognitiva teorier och psykodynamisk teori. Gemensamt för de olika inriktningarna är avsikten att underlätta barnens sorgprocess. Exempel på en kognitiv inriktning är psykoedukation där föräldrar ges stöd och kunskap om hur de kan stödja sina barn genom sorgen (45). Insatser

som har fokus på trauma har som avsikt att hjälpa barnen med traumatiska erfarenheter som försvårar deras bearbetning av förlusten (67, 68). I den psykodynamiska inriktningen är avsikten att normalisera barnens upplevelser, ge tillgång till stöd och skapa en trygg miljö där barnen ges möjlighet att uttrycka rädslor, fantasier och svåra känslor relaterade till dödsfallet (66). Till stor del har stödinsatserna riktats till barn i ett tidigt skede. Ett par stödprogram är uttryckligt avsedda att vara förebyggande – ”Parent Guidance Program” (45) och ”The Family Bereavement Program” (72). En insats till flyktingbarn, ”Writing for recovery” (68), har däremot riktats till barn med symptom på traumatisk sorg och stora behov av insats.

Insatsernas omfattning i tid varierar, men det rör sig i allmänhet om förhållandevis begränsade insatser. I ett program är den totala insatsen 90 minuter fördelade på tre dagar, det rör skrivande som behandling för traumatiserade flyktingbarn som har förlorat föräldrar (68). Ett program, en läggerverksamhet för barn, är begränsat till en helg (67). Den längsta insatsen löper över ett års tid och riktas till familjer där en förälder vårdas palliativt (45). Insatsen påbörjas under den palliativa fasen och fortsätter minst ett halvår efter att föräldern har avlidit. Det rör sig dock om ett begränsat antal samtal, ungefär sex samtal under den palliativa fasen och lika många efter att föräldern avlidit. Övriga insatser omfattar 6-14 sessioner.

I de aktuella studierna används många olika utfallsmått för att mäta insatsernas effekter. Flest relaterar till barnens hälsa, framför allt den psykiska hälsan, och till den kvarvarande föräldrarnas föräldraförmåga. Några mått relaterar till barnens självkänsla, vilken i sin tur har samband med den psykiska hälsan. Få effektstudier har haft fokus på att mäta problematisk sorg hos barn. I studierna i denna översikt används utfallsmått rörande barns problematiska/traumatiska sorg i tre studier publicerade från och med år 2009. Andra utfallsmått relaterar till barns beteende, barns uppfattning/förståelse av döden, föräldrars hälsa samt föräldrars sorg.

En insats utmärker sig i översikten, ”The Family Bereavement Program”, då tio artiklar handlar om programmet. Det har utvecklats med ny kunskap och utvärderats utifrån olika sätt att mäta utfall med en uppföljningstid på upp till sex år. Övriga studier har kortare uppföljningstid.

Effekter av utvärderade insatser

KUNSKAPSÖVERSIKTEN VISAR sammantaget att de aktuella stödinsatserna har gett signifikanta effekter för barnen utifrån flera utfallsmått. Med signifikant avses att forskarna har undersökt att resultaten sannolikt beror på insatsen och inte på andra slumpmässiga faktorer. Resultaten skiljer sig från tidigare närliggande kunskapsöversikter, vilka har rapporterat relativt svagt stöd för insatsernas effekt för barnen (81–83). Att resultaten skiljer sig beror dels på att tidigare översikter har haft bredare fokus genom att inkludera barn som har en närstående som avlidit, medan denna översikt har ett snävare fokus på effekt av stöd till barn i den särskilda situation som det innebär att deras förälder eller närmaste omsorgsperson avlider.

Förlusten av en förälder innebär genomgripande konsekvenser för barnen både på kort och på lång sikt. Det handlar om att förlora en person som står för grundläggande trygghet och daglig omsorg. Ju närmare relationen var till den avlidne, desto mer påverkas barnen av förlusten (84). Att resultaten skiljer sig beror också på att det inte är samma studier som har tagits med i de olika kunskapsöversikterna. Många studier som ingår i tidigare översikter har här exkluderats på grund av population. Andra studier har valts bort av kvalitetsskäl, till exempel att studien gällt allt för liten population för att resultaten ska kunna generaliseras. Dessutom har nya studier av hög kvalitet tillkommit efter att tidigare översikter publicerats. Kunskapsöversikten visar att insatser har gett signifikanta effekter inom flera områden, se tabell 2.

Flera studier ger indikation på att stödinsatser kan förebygga att barn utvecklar svårare problem efter en förlust. Ett program riktat till barn och föräldrar, ”The Family Bereavement Program”, har visat sig ge bättre effekt för familjer med mindre problem före insats (76, 79). De har visat sig ha bättre förmåga att tillgodogöra sig stöd i denna typ av begränsade insats. Resultaten kan tolkas som att barn och familjer med mer problem behöver mer omfattande insatser. Det kan också tolkas som att familjer med större problem vid föremätning behöver mer stöd för att tillgodogöra sig insatsen (79). ”The Family

2. Effekter av stödinsatser

Stödprogram	Population	Dödsorsak	Studiedesign	Huvudsakliga resultat
Bereavement groups for inner-city children (66)	38 barn 6-12 år T=46 J=54	Sjukdom 65 % Olycka 16 % Mord/dråp 11 % Själv mord 3 % Överdöds 3 %	Pre-test Post-test	Barn: Barns uppfattning och förståelse av döden
Camp MAGIC (67)	100 barn 6-16 år T=46 J=54	Dödsfall väntat 40 % Plötslig död/ våld 60 %	Kvasiexperimentell studie Jämförelsegrupp: vän- telista Uppföljning: Post-test	Barn: Traumatisk sorg
Writing for recovery (68)	61 barn 12-18 år T=29 C=32	Förälder avliden i krig/ katastrof	RCT-studie Kontrollgrupp: ingen intervention Uppföljning: 1 vecka	Barn: Traumatisk sorg
Familjeintervention/ familjesamtal (69, 70)	83 barn 0-16 år T=38 C=45	Cancer 42 % Hjärtsjukdom 42 % Själv mord 2 % Annan 13 %	RCT-studie Kontrollgrupp: ingen intervention Uppföljning: 1 år	Barn: Hälsa Beteende Att kunna tala om den avlidne Skolproblem Förälder: Hälsa
The Parent Guidance Program (45)	104 familjer Barn 7-17 år T=79 C=25	Palliativ vård, förälder med cancersjukdom	RCT-studie Kontrollgrupp: stöd via telefonsamtal Uppföljning: 8 månader och 14 månader	Barn: Självkänsla Förälder: Föräldraförmåga Familj: Kommunikation
The Family Bereavement Pro- gram (första version) (71)	72 familjer Barn 7-17 år T=35 T=37	Cancer 28 % Hjärtsjukdom 24 % Annan sjukdom 17 % Olycka 19 % Själv mord 8 % Mord 4 %	RCT-studie Kontrollgrupp: väntelista Uppföljning: Post-test	Barn: Beteende (barn 12-17 år) Förälder: Depressiva symtom Föräldraskap Stöd
The Family Bereavement Program (reviderad version) (72-80)	156 familjer 244 barn 8-16 år T=135 C=109	Sjukdom 67 % Olycka 20 % Själv mord/mord 13 %	RCT-studie Kontrollgrupp: Självstu- dier (litteratur) Uppföljning: 3 månader, 11 månader, 6 år	Barn: Externalisering Internalisering Coping Självkänsla Negativa händelser/stress Kortisol-nivå Problematisk sorg Förälder: Föräldraskap Psykisk hälsa

T=behandlingsgrupp; C=kontrollgrupp; J=jämförelsegrupp



Bereavement Program” är den insats som har visat sig ge effekt inom flest olika områden. Det är också den insats som är mest beforskad.

I några studier har insatsen riktats till särskilt utsatta barn. De metoder som haft effekt är ”Writing for recovery” med stöd till traumatiserade flyktingbarn, ”CampMAGIC”, där en stor andel föräldrar avlidit oväntat eller i samband med våld, samt ”Bereavement groups for inner city children”, där stödet riktats till barn i ett socioekonomiskt utsatt område (66-68). Dessa insatser, som riktats enbart till barnen, har visat sig ge positiva effekter för deras förståelse av döden och deras sorg. Ett par studier om insatser med särskilt fokus på att stärka föräldraskapet har framför allt visat sig ha effekt på föräldraskapet och föräldrars hälsa (71, 45).

Betydelsen av stöd till barn och föräldrar

UTIFRÅN AKTUELLT KUNSKAPSLÄGE ger översikten stöd för att insatser till barn vars förälder avlider behöver riktas till både barnet och barnets kvarvarande förälder. Stöd till föräldrar kan förbättra deras psykiska hälsa och främja deras föräldraförmåga, så att de kan ge bättre stöd till sina barn. Samtidigt behöver stöd riktas direkt till barnen.

I den tidigaste effektutvärderingen av ”The Family Bereavement Program” framkom att barn och föräldrar önskade tala om sorgerelaterade frågor med andra i liknande situationer (71). En erfarenhet av programmet har varit att barnen behöver eget utrymme med innehåll anpassat efter ålder och utveckling (72). I studien om ”The Parent Guidance Program” gav föräldrar uttryck för behov av stöd riktat direkt till barnen (45). När barn får möta andra i liknande situation kan de uppleva igenkänning, vilket kan minska känslan av isolering (85–88). Barn kan även ha behov av enskilda samtal för att inte behöva ta hänsyn till andra familjemedlemmars reaktioner (89). Samtidigt finns ett behov av dialog mellan familjemedlemmar om sorgen och den avlidne. Ett talande exempel på betydelsen av dialog mellan barn och förälder är att familjesamtalen i en studie var det första tillfälle då barn och förälder talade tillsammans om det som hade hänt, om förlusten och om sina känslor relaterade till förlusten (69, 70). Stödinsatser kan på så vis hjälpa till att öppna upp kommunikationen mellan barn och kvarvarande förälder om sorgen.

En slutsats utifrån resultaten av kunskapsöversikten och genomgång av litteratur inom området är att barn som har förlorat en förälder behöver erbjudas stöd där de får möta andra barn som också har erfarenhet av förlusten av en förälder. Stödet behöver anpassas efter barnens utveckling och behov. Parallellt behöver barnens kvarvarande förälder erbjudas stöd med fokus på föräldraskapet, den egna hälsan och sorgen. Stöd till barn och föräldrar behöver också inbegripa gemensamma sessioner där de får möjlighet att tala om sorgen och förlusten med varandra.

En del barn har behov av mer omfattande insats

DE STUDIER SOM TAGITS MED i översikten utvärderar tämligen begränsade insatser vad gäller omfattning. Några studier ger indikation på att det behövs mer omfattande stöd för en del barn (66, 67, 76, 79). I ett par studier framgår att barnens symtom förvärrats under den tid studien pågått, troligen på grund av ytterligare förluster. Det behövs därmed särskild uppmärksamhet kring barn i riskzon, med ökad sårbarhet att utveckla problem. Utifrån vad som har framkommit i kunskapsöversikten är det en *slutsats* att det behövs särskild uppmärksamhet kring följande barn:

- yngre barn som förlorar en förälder
- barn som förlorar sin närmaste anknytningsperson
- barn som saknar stöd
- barn vars kvarvarande förälder/omsorgsgivare saknar stöd
- barn med erfarenhet av tidigare förluster
- barn i familjer med tidigare psykisk ohälsa hos barn eller förälder
- barn som förlorar en förälder under traumatiska omständigheter
- barn som hade en komplicerad relation till sin avlidne förälder

Vilken kunskap finns om hur man bäst hjälper dessa barn? I tidigare forskning framkommer resultatet att insatsens längd kan ha betydelse – ju längre omfattning i tid desto bättre effekt. En insats kan också ge mer effekt när deltagarna själva har sökt hjälp, eftersom motivation har betydelse (83). I många studier har forskarna själva rekryterat de barn och föräldrar som deltar i insatsen, vilket är viktigt att ha i åtanke. Det finns fördelar med individualterapi vid traumatisk och komplicerad sorg samt vid förlust efter självmord, för att möta barnets individuella behov (90). Vid stöd i grupp finns risk att barnet blir överväldigat av andra gruppmedlemmars historier och starka känslor (82, 86). Vid stöd enbart till familjen som helhet finns det risk att barnets röst försvinner. Olika metoder kan behöva kombineras, då de har olika syfte. Exempelvis kan individuell behandling för barnet kompletteras med behandling med fokus på familjesystemet. Tidigt stöd till barn kan förebygga eller minska risken för utveckling av svårare problem.

Kunskapsbehov

ETT RESULTAT AV KUNSKAPSÖVERSIKTEN är att det finns få effektstudier om stöd till barn vars förälder avlider. Det kan konstateras att det behövs fler studier inom området för att ge säkra resultat. Det behövs studier med lång uppföljningstid, då barns problem kan visa sig senare (16), och då det kan ta tid innan förändringar i familjen stabiliseras och ger effekt för barnen (72). Några studier har visat på skillnader i effekt för barn i olika åldrar (76), för flickor och pojkar (45, 72, 73, 76), samt för mödrar och fäder (45). Det visar vikten av att genomföra studier med tillräckligt stor population för att kunna göra jämförelser av effekt för olika kategorier, och därmed kunna anpassa stödet efter behoven.

Det är betydligt vanligare att de barn som deltagit i utvärderade insatser har förlorat sin far än sin mor. Det är också generellt sett fler barn som förlorar sin far än sin mor under barndomen, det gäller såväl i Sverige som i övriga västvärlden (9, 91). Men då forskning har visat ökade risker för barn som förlorar sin mor behövs studier om hur man bäst hjälper de barnen (17, 45). Det kan konstateras att insatserna nästan uteslutande har riktats till barn från och med skolåldern, samtidigt som forskningen visar ökade risker för yngre barn (23). Stöd till de yngre barnen är således ett angeläget ämne för fortsatt forskning. Att involvera yngre barn i utvärderingar av insatser kan kräva andra metoder, där barn ges möjlighet att uttrycka sig på sina egna villkor (92). Det kan till exempel vara kvalitativa intervjuer där barn får uttrycka sig med egna ord eller kreativa/uttryckande metoder som konst och lek.

En reflektion efter arbetet med kunskapsöversikten är att insatserna ofta har fokus på stöd till barn som levt i kärnfamilj, där en förälder avlider och där det finns en kvarvarande förälder som tar hand om barnet. Stöd har i flera fall riktats till barnets biologiska förälder. Det behöver dock synliggöras att det också finns barn som har levt med en ensamstående förälder som avlidit och att det finns barn som förlorat båda sina föräldrar i dödsfall. För barn

som förlorar båda sina föräldrar eller sin enda omsorgsgivare kan förlusten leda till särskilt komplexa konsekvenser och sekundära förluster (35). I detta sammanhang är barn i samhällsvård en särskilt utsatt grupp (91).

Avslutningsvis har kunskapsöversikten visat att få utfallsmått i utvärderingar handlar om barns fysiska hälsa och somatiska symtom, om deras skolsituation och relationer till andra utöver sina föräldrar, exempelvis vänner, syskon och andra närstående. Vi menar att det är viktigt att utvärdering av insatser för barn även har fokus på områden som relationer och skola/arbete. Inga utfallsmått i de studier som uppfyllde kraven relaterar specifikt till barns omsorgsansvar i sina familjer. Risken för att barn får ta mer ansvar i sin familj efter ett dödsfall tas upp i några studier, där särskilt den ökade risken för flickor nämns (73, 75). Vidare behövs studier där barn involveras i forskningen för att få kunskap om vad de upplever som hjälpande i sin sorgeprocess och för att reflektera över hur man kan mäta ett positivt utfall utifrån barnens perspektiv (93, 94).

”Vi menar att det är viktigt att utvärdering av insatser för barn även har fokus på områden som relationer och skola/arbete. Inga utfallsmått i de studier som uppfyllde kraven relaterar specifikt till barns omsorgsansvar i sina familjer.”

Referenser

1. Bergman A, Hanson E. Barn som är anhöriga när en förälder avlider: En kunskapsöversikt om effekt av metoder för stöd till barn. Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2014:1.
2. SFS 2009:979 Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
3. SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen.
4. Regeringens proposition 2008/09:193.
5. Socialutskottets betänkande 2009/10: SoU3.
6. SFS 2001:453 Socialtjänstlagen.
7. Saldinger A, Porterfield K, Cain A. Meeting the needs of parentally bereaved children: a framework for child-centered parenting. *Psychiatry* 2004, 67(4):331–352.
8. Biank N, Werner-Lin A. Growing up with grief: revisiting the death of a parent over the life course. *Omega: Journal of Death & Dying* 2011, 63(3):271–290.
9. Lutzke J, Ayers T, Sandler I, Barr A. Risks and interventions for the parentally bereaved child. Wolchik S, Sandler I (red.) *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention*. New York: Plenum Press; 1997.
10. Kirwin K, Hamrin V. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2005, 18(1):62–78.
11. Haine R, Ayers T, Sandler I, Wolchik S. Evidence-based practices for parentally bereaved children and their families. *Professional Psychology: Research and Practice* 2008, 39(2):113–121.
12. Howarth R. Promoting the adjustment of parentally bereaved children. *Journal of Mental Health Counseling* 2011, 33(1):21–32.
13. Brent D, Melhem N, Masten A, Porta G, Payne M. Longitudinal effects of parental bereavement on adolescents developmental competence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2012, 41(6): 778–791.
14. Dyregrov A. *Sorg hos barn: En handledning för vuxna*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
15. Pearlman M, D'Angelo Schwalbe K, Cloitre M. *Grief in childhood: fundamentals of treatment in clinical practice*. Washington DC: American Psychological Association; 2010.
16. Worden J, Silverman P. Parental death and the adjustment of school-age children. *Omega* 1996, 33(2): 91–102.
17. Dowdney L. Annotation: childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000, 41(7):819–830.
18. Gersten J, Beals J, Kallgren C. Epidemiology and preventive interventions: parental death in childhood as a case example. *American Journal of Community Psychology* 1991, 19(4):481–499.
19. Harrison L, Harrington R. Adolescents bereavement experiences: prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *Journal of Adolescence* 2001, 24(2):159–169.
20. Christ G. Children bereaved by the death of a parent. Corr C, Balk D. (red.) *Children's encounters with death, bereavement and coping*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
21. Gray L, Weller R, Fristad M, Weller E. Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of Affective Disorders* 2011, 135:277–283.
22. Luecken L, Roubinov D. Pathways to lifespan health following childhood parental death. *Social and Personality Psychology Compass* 2012, 6(3):243–257.
23. Nickerson A, Aderka I, Bryant R, Hinton D. The impacts of parental loss and adverse parenting on mental health: findings from the national comorbidity survey-replication. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 2013, 5(2):119–127.
24. Kendler K, Gardner C, Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry* 2002, 159(7):1133–1145.

25. Kendler K, Gardner C, Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *American Journal of Psychiatry* 2006, 163(1):115–124.
26. Luecken L, Kraft A, Appelhans B, Enders C. Emotional and cardiovascular sensitization to daily stress following childhood parental loss. *Developmental Psychology* 2009, 45(1):296–302.
27. Rostila M, Saarela J. Time does not heal all wounds: mortality following the death of a parent. *Journal of Marriage and Family* 2011, 73:236–249.
28. Li J, Vestergaard M, Cnattingius S, Gissler M, Bech B, Obel C, Olsen J. Mortality after parental death in childhood: a nationwide cohort study from three nordic countries. *Plos Medicine* 2014, 11(7):1–13.
29. Brown E, Amaya-Jackson L, Cohen J, Handel S, De Bocanegra H, Zatta E, Goodman R, Mannarino A. Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies* 2008, 32:899–923.
30. Cait C. Parental death, shifting family dynamics, and female identity development. *Omega* 2005, 51(2):85–105.
31. Dyregrov K, Dyregrov A. *Det sociala nätverkets stöd vid plötsligt dödsfall – när livet måste gå vidare*. Lund: Studentlitteratur; 2008.
32. Dyregrov K, Plyhn E, Dieserud G. *Efter självmordet: vägen vidare*. Stockholm: Gothia; 2012.
33. Chalmers A. Helping bereaved children and parents. *Journal of Family Health Care* 2006, 16(4):115–116.
34. Cerel J, Fristad M, Verducci J, Weller R, Weller E. Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry* 2006, 45(6):681–90.
35. Mahon M. Secondary losses in bereaved children when both parents have died: a case study. *Omega* 1999, 39(4):297–314.
36. Cohen J, Mannarino A, Greenberg T, Padlo S, Shipley C. Childhood traumatic grief: concepts and controversies. *Trauma, Violence & Abuse* 2002, 3(4):307–327.
37. Cohen J, Mannarino A. Trauma-focused CBT for traumatic grief in military children. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2011, 41:219–227.
38. Mannarino A, Cohen J. Traumatic loss in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma* 2011, 4:22–33.
39. Cohen J, Mannarino A. Supporting children with traumatic grief: what educators need to know. *School Psychology International* 2011, 32(2):117–131.
40. Dopp A, Cain A. The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. *Death Studies* 2012, 36:41–60.
41. Christ G, Christ A. Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 2006, 56(4):197–212.
42. Brent D, Melhem N, Donohoe M, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry* 2009, 166:7.
43. Black D. Childhood bereavement: distress and long term sequelae can be lessened by early intervention. *British Medical Journal* 1996, 312:1496.
44. Burman S, Allen-Meares P. Neglected victims of murder: children's witness to parental homicide. *Social Work* 1994, 39(1):28–34.
45. Christ G, Raveis V, Siegel K, Karas D, Christ A. Evaluation of a preventive intervention for bereaved children. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care* 2005, 1(3):57–81.
46. Brown A, Sandler I, Tein J, Liu X, Haine R. Implications of parental suicide and violent death for promotion of resilience of parentally bereaved children. *Death Studies* 2007, 31:301–35.
47. *Sorg i familjen – vad händer med barnen? Ta barn på allvar*. Stockholm: Svenska Föreningen för psykisk hälsa; 2009:12.
48. Sandler I, Wolchik S, Davis C, Haine R, Ayers T. Correlational and experimental study of resilience in children and parentally bereaved children. Luthar S. (red.) *Resilience and Vulnerability*. Cambridge University Press; 2003.
49. Lin K, Kirk K, Sandler I, Ayers T, Wolchik S, Luecken L. Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004, 33(4): 673–683.
50. Christ G. Impact of development on children's mourning. *Cancer Practice* 2000, 8(2):72–81.
51. Balk D. Models for understanding adolescent coping with bereavement. *Death Studies* 1996, 20:367–387.

52. Gyllenswärd G. Stöd för barn i sorg. Stockholm: Rädda Barnen; 1997.
53. Baker J, Sedney M, Gross E. Psychological tasks for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1992, 62(1):105–116.
54. Moore M, Carr A. (2000) Depression and grief. Carr A. (red.) What works with children and adolescents?: a critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. London: Routledge; 2000.
55. Trembley G, Israel A. Children's adjustment to parental death. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1998, 5(4):424–438.
56. Bosticco C, Thompson T. The role of communication and story telling in the family grieving system. *Journal of Family Communication* 2005, 5(4):255–278.
57. Ross A. Children living with the death of a parent: an exploration of bereaved children's experiences and perceptions of support and connection. Diss. Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto, California, USA; 2000.
58. Brewer J, Sparkes A. Young people living with parental bereavement: insights from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. *Social Science & Medicine* 2011, 72:283–290.
59. Dyregrov A, Dyregrov K. Complicated grief in children. Stroebe M, Schut H, van den Bout J (red.) *Complicated grief: scientific foundations for health care professionals*. Hove, East Sussex: Routledge; 2013.
60. Auman M. Bereavement support for children. *The Journal of School Nursing* 2007, 23(1):34–39.
61. Van Epps J, Opie N, Goodwin T. Themes in the bereavement experience of inner city adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing* 1997, 10(1):25–36.
62. Haine R, Wolchik S, Sandler I, Millsap R, Ayers T. Positive parenting as a protective resource for parentally bereaved children. *Death Studies* 2006, 30:1–28.
63. Kwok O, Haine R, Sandler I, Ayers T, Wolchik S, Tein J. Positive parenting as a mediator of the relations between parental psychological distress and mental health problems of parentally bereaved children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005, 34(2):260–271.
64. Wolchik S, Tein J, Sandler I, Ayers T. Stressors, quality of the child-caregiver relationship, and children's mental health problems after parental death: the mediating role of self-system beliefs. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006, 34(2):221–238.
65. Cochrane Handbook for systematic review of interventions, <http://handbook.cochrane.org/>. Hämtad 2014-05-30.
66. Schilling R, Koh N, Abramovitz R, Gilbert L. Bereaved groups for inner-city children. *Research on Social Work Practice* 1992, 2(3):405–419.
67. McClatchey I, Vonk E, Palardy G. Efficacy of a camp-based intervention for childhood traumatic grief. *Research on Social Work Practice* 2009, 19(1):19–30.
68. Kalantari M, Yule W, Dyregrov A, Neshatdoost H, Ahmadi S. Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega* 2012, 65(2): 139–150.
69. Black D, Urbanowicz M. Bereaved children – family intervention. Stevenson J. (red.) *Recent research in developmental psychopathology: A book supplement to the journal of child psychology and psychiatry* 1985, 4:179–187.
70. Black D, Urbanowicz M. Family intervention with bereaved children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1987, 28(3):467–476.
71. Sandler I, West S, Baca L, Pillow D, Gersten J, Rogosh F, Virdin L, Beals J, Reynolds K, Kallgren C, Tein J, Kriege G, Cole E, Ramirez R. Linking empirically based theory and evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology* 1992, 20(4):491–521.
72. Sandler I, Ayers T, Wolchik S, Tein J, Kwok Q, Haine R, Twohey-Jacobs J, Suter J, Lin K, Padgett-Jones S, Weyer J, Cole E, Kriege G, Griffin W. The Family Bereavement Program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003, 71(3):587–600.
73. Schmiege S, Khoo S, Sandler I, Ayers T, Wolchik S. Symptoms of internalizing and externalizing problems: modeling recovery curves after the death of a parent. *American Journal of Preventive Medicine* 2006, 31:152–160.
74. Tein J, Sandler I, Ayers T, Wolchik S. Mediation of the effects of the Family Bereavement Program on mental health problems of bereaved children and adolescents. *Prevention Science* 2006, 7:179–195.

75. Sandler I, Ma Y, Tein J, Ayers T, Wolchik S, Kennedy C, Millsap R. Long-term effects of the Family Bereavement Program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010, 78(2):131–143.
76. Sandler I, Ayers T, Tein J, Wolchik S, Millsap R, Khoo S, Kaplan D, Ma Y, Luecken L, Schoenfelder E, Coxe S. Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally bereaved youths. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2010, 164(10):907–914.
77. Luecken L, Hagan M, Sandler I, Tein J, Ayers T, Wolchik S. Cortisol levels six-years after participation in the Family Bereavement Program. *Psychoneuroendocrinology* 2010, 35:785–789.
78. Hagan M, Tein J, Sandler I, Wolchik S, Ayers T, Luecken L. Strengthening effective parenting practices over the long term: effects of a preventive intervention for parentally bereaved families. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2012, 41(2):177–188.
79. Schoenfelder E, Sandler I, Millsap R, Wolchik C, Berkel C, Ayers T. Caregiver responsiveness to the Family Bereavement Program: what predicts responsiveness? What does responsiveness predict? *Prevention Science* 2013, 14(6):545–556.
80. Luecken L, Hagan M, Sandler I, Tein J, Ayers T, Wolchik S. Longitudinal mediators of a randomized prevention program effect on cortisol for youth from parentally bereaved families. *Prevention Science* 2014, 15(2):224–232.
81. Curtis K, Newman T. Do community-based support services benefit bereaved children? a review of empirical evidence. *Child, Care, Health and Development* 2001, 27(6):487–495.
82. Currier J, Holland J, Neimeyer R. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2007, 36(2):253–259.
83. Rosner R, Kruse J, Hagl M. A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies* 2010, 34:99–136.
84. Webb N. Play therapy for bereaved children: adapting strategies to community, school, and home settings. *School Psychology International* 2011, 32(2):132–143.
85. Heiney S, Dunaway N, Webster J. Good grieving – an intervention program for grieving children. *Oncology Nursing Forum* 1995, 22(4):649–655.
86. Rolls L, Payne S. Children and young people's experiences of UK childhood bereavement services. *Mortality* 2007, 12(3):281–302.
87. Braiden H, McCann M, Barry H, Lindsay C. Piloting a therapeutic residential for children, young people and families bereaved through suicide in Northern Ireland. *Child Care in Practice* 2009, 15(2):81–93.
88. Bache M, Guldberg A. Young people who have lost a parent because of alcoholism need special attention. *Nordic Psychology* 2012, 64(1):58–71.
89. Bugge K, Helseth S, Darbyshire P. Children's experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer. *Cancer Nursing* 2008, 31(6):426–434.
90. Webb N. Play and expressive therapies to help bereaved children: individual, family and group treatment. *Smith College Studies in Social Work* 2003, 73(3):405–422.
91. Hjern A, Adelino Manhica H. Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?: rapport 1 från projektet "Barn som anhöriga" – en kartläggning. *Nationellt kompetenscentrum anhöriga* 2013:1.
92. Walker A. Ethics, research, and dying or bereaved children. Corr C, Balk D. (red.) *Children's encounters with death, bereavement and coping*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
93. Brewer J, Sparkes A. The meaning of outdoor physical activity for parentally bereaved young people in the United Kingdom: insights from an ethnographic study. *Journal of Adventure Education & Outdoor Learning* 2011, 12(2):127–143.
94. Rolls L. Challenges in evaluating childhood bereavement services. *Bereavement Care* 2011, 30(1), 10–15.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka, är en samarbetsresurs för att utveckla framtidens anhörigstöd. Nka startade sin verksamhet i januari 2008. Arbetet sker på uppdrag av Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

NkaTM Linnéuniversitetet 

Nationellt kompetenscentrum anhöriga
Postadress: Box 762, 391 27 Kalmar
Telefon: 0480-41 80 20 E-post: info@anhoriga.se
Webb: www.anhoriga.se