

Kurator på akutklinik

Margareta Dysting

I arbetet på akutklinik behövs ett dynamiskt förhållningssätt med intresse av förändring och förnyelse. Inte minst viktigt är att som ett viktigt förebyggande arbete vara uppmärksam på anhörigas behov i den akuta krisen. På Sabbatsbergs sjukhus startades 1982 en sorg- och kriskurs där ett handlingsprogram utvecklades som beskrivs i följande artikel av Margareta Dysting, med lång erfarenhet som akutkurator, för närvarande verksam vid Södersjukhuset i Stockholm. I artikeln diskuteras olika aspekter på plötslig och oväntad död och i ett särskilt avsnitt de problem som möter efter gatuvåld.

Det är viktigt att det finns ett dynamiskt förhållningssätt i arbetet på en akutklinik - ett intresse av förändring och förnyelse. Detta fanns på Sabbatsbergs akutklinik i Stockholm, där vi skapade rutiner och handlingsprogram för omhändertagande av patienter och anhöriga. I 16 år arbetade jag som kurator på denna akutklinik.

En akutkurator ser ofta samhällsförändringar tidigt som en återspeglning i diagnoser för vilka patienter söker vård, t ex offer för gatuvåld, som i Sabbatsbergsstudien, vilka sedan 1986 ökat i antal och för vilka våldet blivit grövre. Detta var patienter med nya vårdbehov, vilket krävde ny kunskap av oss som arbetade på akuten.

Återkommande händelser och sjukdomar finns som en röd tråd på en akutklinik t ex plötslig och oväntad död genom sjukdom eller olycka.

PLÖTSLIG OCH OVÄNTAD DÖD

Att vara uppmärksam på anhörigas behov i den akuta krisen är ett viktigt förebyggande arbete. Anhöriga, som mist en anförvant plötsligt och oväntat, befinner sig i riskzonen för fysisk och psykisk ohälsa.

Förutsättningen för ett bättre omhändertagande av dessa anhöriga är att utveckla ett teamarbete bland per-

sonalen med ökad kunskap, motivation och förändrade rutiner.

1982 startade jag den första sorg- och kriskursen på Sabbatsbergs akutklinik. Kursen omfattade 10 sammankomster på 1,5 timme/gång. Deltagarantalet var med avsikt lågt, 10 personer. Meningen var att alla deltagare i kursen skulle ha möjlighet att tala om egna upplevelser av död och sorg, både i yrket och privat. Min uppgift som kursledare var att skapa ett tillitsfullt klimat i gruppen så att detta kunde bli möjligt samt att förmedla kunskaper.

I alla kurser som hållits har deltagarna önskat en fördjupad kurs senare. De har uttryckt en önskan om att först få arbeta en tid med den kunskap de fått - och sedan återkomma.

Även om krisarbete är stimulerande, så är det också känslomässigt påfrestande och tidskrävande. Det krävdes mycket tid, utbildning och handledning innan alla var intresserade att delta i omhändertagande av anhöriga. Det var tålamodskrävande att kämpa mot stela rutiner och kolliderande synsätt.

Genom sorg- och kriskurserna utvecklades ett handlingsprogram, som kortfattat innehöll följande:

Avlidna på akuten och deras anhöriga

Vi försöker ringa flera anhöriga så att ingen går ensam från akuten. Om så skulle vara någon gång, kan en personal följa med den anhöriga hem och vänta tills andra släktingar eller vänner kommer.

1. Vi ringer hemmet eller till anhöriga om patienten har sådana uppgifter med sig. Vi ber då anhöriga att snarast komma till akuten, eftersom någon är svårt sjuk.
2. Någon av personalen s k stödperson tar hand om anhöriga, samtalar om det som hänt, bjuder på te eller kaffe, ordnar med en telefon så att anhöriga kan ringa släkt eller vänner.
3. Stödpersonen följer anhöriga till den avlidne, som ligger i avskedsrummet. Finns där så länge anhöriga önskar.
4. Samtal om praktiska ting - om lämpligt. Ofta är anhöriga chockade och uppgifter glöms genast.

5. Stödpersonen lämnar sitt namn och arbetstelefonnummer till anhöriga.

6. Stödpersonen ringer upp anhöriga inom 3 dagar samt efter dödsfallet, för att höra hur anhöriga mår.

7. Alla anhöriga får ett kort med namn och telefonnummer till akutkurator för eventuell krisbehandling. De flesta anhöriga har någon att dela sin sorg med - men inte alla.

Detta omhändertagande skedde med befintliga resurser och gav en känsla av gemenskap bland dem som arbetade på akuten. Att få använda både sig själv som person och sin profession är en bra förutsättning för motivation i arbetet och ger en god arbetsanda sinsemellan. Dessutom är dessa anhöriga en stor riskgrupp för psykosomatiska besvär och att ta väl hand om dem är god förebyggande sjukvård. Därför är det viktigt att sjukvården tar ansvaret för att ringa den sörjande strax efter dödsfallet och efter 2-3 veckor. Anhöriga orkar ofta inte ringa och be om hjälp och sjukvården bör ta initiativ till uppföljning av anhörigas krissituation.

Viktigt är att förändra rutinerna efter anhörigas behov och signaler. Flera anhöriga var rädda att gå in i avskedsrummet och då kan stödpersonen gå in först och ställa sig bredvid den döde. Några vågar inte röra vid den avlidne, men kunde ta lite i en hand, varför vi som rutin alltid lade båda den dödes händer ovanpå filten. Vi ordnade vita papperskassar till den dödes kläder i stället för plastsäckar. Det kändes mera respektfullt mot anhöriga, som också noterade detta, osv.

Plötslig och oväntad död innebär ofta för en akutkurator uppföljande krissamtal med en eller flera anhöriga. Många anhöriga har tidigare obearbetade kriser som den akuta krisen öppnar upp för och 8-10 möten är vanligt med dem. Om barn och ungdomar finns bland de sörjande tillkallas alltid kurator så tidigt som möjligt i det akuta skedet. Således blir många anhöriga patienter hos kuratorn.

Samtalen med anhöriga kan vara: motivationssamtal, krissamtal, stödsamtal och bearbetande samtal med eller utan kombination av social information/sociala stödåtgärder.

Motivationssamtal

Bakgrunden är patientens bristande motivation att be-

Samtalen med anhöriga innefattar bl a motivations-samtal. Bakgrunden är patientens bristande motivation att bearbeta sina problem

arbeta sina problem. Det behövs fantasi, uthållighet och flexibilitet för ett framgångsrikt motivationsarbete. Det gäller att stärka den självkänsla och vilja till förändring som finns hos alla människor, mer eller mindre dold bakom starka försvar. Förmedling av sociala stödåtgärder är ofta en god hjälp att skapa kontakt och underlätta motivationsarbetet. Blir detta framgångsrikt kan det leda till en överenskommelse om annan behandlingsmetod.

Stödsamtal

Stödsamtal syftar till att upprätthålla och stärka patientens funktionsnivå. Samtalen kan vara mer eller mindre regelbundna och variera i frekvens allt efter patientens behov. Inom både somatisk och psykiatrisk vård är stödsamtal en mycket vanlig behandlingsform.

Krissamtal

Sjukvården möter ofta människor i kris. Patientens reaktion och behov i olika faser av en kris är något som vi kuratorer genom vår utbildning behärskar bra. Krisen kan delas in i tre olika stödåtgärder:

- Krishjälp
- Krisintervention
- Kristerapi

Krisintervention och kristerapi hör till kuratorns kompetensområde. Kuratorer arbetar i huvudsak med patienter där krisbearbetningen inte förlöpt adekvat utan förorsakat svårigheter på det personliga planet eller i form av psykosomatiska symtom.

Krishjälp skall *alla* inom sjukvården behärska:

Krishjälp

1. Visa vanlig mänsklig omsorg
2. Inte ge tillbaka det patienten förlorat. Ej ge falsk tröst
3. Låta patienten fritt våga uttrycka sina känslor av sorg, smärta, skuld och vrede. Alltså bromsa ej!
4. Vara vikarierande hopp.
5. Inte lämna patienten ensam.
6. Uppmuntra patientens egna läkningsresurser.
7. Hindra destruktivt beteende inklusive förhastade beslut.

Anhöriga är en stor riskgrupp för psykosomatiska besvär och att ta väl hand om dem är god förebyggande sjukvård

Krisintervention

Aktiv hjälp i akut skede för att vända strömmen och sätta igång krisprocessen.

Arbeta med "Här och Nu"-situationen

Mål: Att göra händelsen verklig och ge patienten möjlighet att kognitivt och emotionellt bearbeta reaktionen på det inträffade.

Kristerapi

Samtalssterapi - med syfte att patienten skall kunna återuppleva den traumatiska händelsen och känslorna i samband med den, för att kunna få en möjlighet att bearbeta.

Bearbetande samtal

Målsättningen är här att hjälpa patienten bli medveten om hur hans personlighet, sociala situation, livsföring etc påverkar hans aktuella situation eller vice versa. Syftet är att hjälpa patienten att se sina egna resurser. Denna typ av behandling kräver en överenskommelse mellan patient och kurator om en relativt tät och regelbunden kontakt.

Avsikten med att utveckla ett behandlingsprogram vid plötslig och oväntad död var:

- att införa ett förhållningssätt genom att ge kunskap och tillfälle till samtal om känslor och reaktioner,
- att vidmakthålla förhållningssättet genom kurser, handledning och samtal,
- att förändra rutiner i enlighet med förhållningssättet,
- att utvärdera insatserna.

Sammanfattningsvis vet vi att samtalen om bemötandet av anhöriga i kris ger trygghet i personalgruppen. Insatserna upplevs som väl använd tid och ger därför tillfredsställelse. Det förhållningssätt som byggs in hos personalen är ju användbart för patienter och anhöriga som vänder sig till akutkliniken i alla situationer.

Fallbeskrivningar

Fallbeskrivningarna är omgjorda så att identifikation ej är möjlig.

Gunnel

Gunnel kom till akuten tillsammans med sina döttrar Petra 14 år och Klara 11 år. Hon hade kommit hem tidigt från sitt arbete och funnit maken medvetslös i en stol. Ambulanspersonalen som hon ringde efter förde mannen till akuten och hon följde efter

med döttrarna. Han var död vid framkomsten av en trolig hjärtinfarkt.

Gunnel och jag träffas en gång i veckan periodvis under ett år framöver.

Hon och maken hade vid två tillfällen diskuterat att separera pga hans alkoholkonsumtion, som alla i familjen, även han själv, ansåg vara för hög. Gunnel älskade sin man och han var en bra pappa till flickorna, men vardagen var så svår att klara med känslor av skam, skuld och förakt. Utåt var familjen lycklig, välutbildad, ekonomiskt oberoende med ett rikt nätverk.

Gunnels och mina samtal handlade om hennes ensamhet i ansvaret för döttrarnas uppföstran och framtid, om sorgen att bli lämnad av den hon älskade, besvikelsen på honom och skulden över den. Alla praktiska problem löste Gunnel effektivt och enkelt, genom sitt yrke var hon van att ordna, bestämma och lyssna.

Vi diskuterade Petras och Klaras sorgereaktioner och hur hon skulle förhålla sig till dem. Efter sex månader tyckte Gunnels kollegor att nu fick det vara nog med sorg och deras oförstående sårade och gjorde henne arg. Detta och hennes ointresse av sociala kontakter oroadde henne mycket och jag kunde stödja genom att normalisera problemen.

Gunnel drömde mycket fr o m sex månader efter makens död. Vi gick igenom flera av hennes drömmar med hjälp av Ullmans metod och Jungs teori och Gunnel fick stort stöd av detta.

I drygt ett år arbetade vi tillsammans. Gunnel, Petra och Klara upplevde sig då som en familj med tre medlemmar. De hade vant sig vid sin sorg och visste att de skulle överleva.

Arne

Arne kommer till akuten en eftermiddag tillsammans med sin fru Margot. De hade varit två veckor på Kanarieöarna för att fira att de båda nu gått i pension och de hade planerat för framtiden. I bussen från Arlanda faller Margot till golvet och blir medvetslös. Hon återfår aldrig medvetandet och konstateras död på akuten. Arne är med på akuten och väntar i anhörrummet tillsammans med sin stödperson. Han och Margot bor i en annan stad och de känner ingen i Stockholm. De har tre barn, bosatta på olika platser i Sverige. Arne ringer dem och de avser alla att komma till Stockholm nästa dag. Arnes situation är svår och jag diskuterar med honom var han kan bo över natten. Ett hotellrum är alltför ensamt och otryggt och vi bestämmer att han får ett enbäddsrums på vår intagningsavdelning.

Under kvällen och natten samtalade han med nattpersonalen, tittar på TV i personalrummet, går till sin fru i avskedsrummet, försöker sova och äta. Han befinner sig på den enda plats i Stockholm där människorna omkring honom känner till hans sorg. Nästa morgon anländer barnen och de tillbringar några timmar hos den avlidna och lämnar sedan akuten tillsammans för att fara till Margots och Arnes hem.

Arne och jag hade talat länge om att han inte bara mist sin livspartner utan också nyligen sitt arbete, när han gick i pension. Hans livssituation var totalt annorlunda. Detta medför stora psykiska påfrestningar. Han har ett rikt nätverk och det kanske ger tillräckligt stöd i sorgen. Om han skulle behöva tala med någon i sin krisituation rådde jag honom att kontakta sjukvården i hemorten.

Samtalen om bemötandet av anhöriga i kris ger trygghet i personalgruppen

GATUVÅLD

Vad är det som händer i ett samhälle, där våldet förefaller öka och bli aggressivare? Är det början till förändring mot ett sjukt samhälle?

Dessa frågor ställde vi, Elisabeth Gauffin, Ann Nilholm, sjuksköterskor och jag 1986, då vi arbetade på Sabbatsbergs akutklinik, eftersom vi anade att det skett en ökning av patienter, som sökte vård efter att ha utsatts för våld. Till vår arbetsgrupp invalde vi Eva Westerling från Landstingsförbundet.

De flesta forskningsrapporter och tidningsartiklar under 1985 och 1986 talade emot våra aningar och menade, att våldet på gator och torg varken ökat i omfattning eller våldsamhet.

Vi beslöt att göra en pilotstudie och hösten 1986 kartlade vi under två månader antalet inkomna våldsoffer. Även hösten 1987 gjordes en sådan kartläggning. Vi ville utröna om vårt intryck av ett ökat antal våldsoffer hade någon relevans. De resultat vi fick var anmärkningsvärt höga i jämförelse med våra tidigare statistikförda grupper: kvinnomisshandelsfall, självmordsförsökspatienter, patienter som tagit en överdos av heroin. För dessa grupper hade vi handlingsprogram. När det visade sig att misshandelsfallen var fler än "heroinöverdoserna", vilket vi inte hade trott, beslöt vi att göra en större studie (se tabell 1).

Tabell 1. Patienter registrerade på Sabbatsbergs akutklinik. Uppdelade i fyra kategorier och totalt. April 1992 t o m mars 1993. Studie 2.

Månad	Själv-mords-försök	Miss handel	Kvinnomisshandel	Heroinöverdos	Totalt
April	16	98	5	36	4065
Maj	10	125	5	36	4632
Juni	20	117	6	33	4681
Aug	12	145	11	46	4642
Sept	14	120	11	33	4186
Okt	23	100	19	46	4203
Nov	19	114	9	46	3455
Dec	12	123	6	28	3012
Jan	15	80	7	32	2914
Febr	7	75	4	27	2412
Mars	12	81	6	33	2632
Totalt	169	1276	100	460	44.976

Kommentar:

I alla grupper har en markant ökning skett vid jämförelse mellan studierna utom i gruppen självmordsförsök.

Det visade sig att misshandelsfallen var fler än "heroinöverdoserna"

Den första april 1988 startade vi ett projekt om "Gatuvåldets utseende, verkningar och koncentrerings på Sabbatsbergs akutklinik". Vår ambition var att hålla på i ett år. Ur anslaget för utvecklingsarbete sökte vi och fick pengar för genomförande av projektet.

På friskvårdsmässan i Göteborg i maj 1989 rapporterade vi delresultat av vår undersökning på ett seminarium. Flera av deltagarna visade stort intresse för vårt arbete och uppmuntrade oss att fortsätta ytterligare ett år samt att försöka inspirera andra sjukhus att göra en liknande undersökning.

I december 1989 hade Stockholms läns landsting en Idémässa där vi beskrev vårt projekt. Även TT, Radio Stockholm, dagspressen och forskare visade intresse för vår studie.

Uppmuntrade av andras intresse och av egen nyfikenhet att undersöka om gatuvåldet förändrats beslöt vi efter två års uppehåll att starta en ny undersökning som skulle pågå i ett år.

I december 1992 deltog vi med en poster på läkarstämman i Älvsjö. Under 1992 och 1993 föreläste vi i två högstadieskolor om våra erfarenheter av gatuvåld.

Med gatuvåld menar vi den misshandel som en person utsätts för av en eller flera gärningsmän på allmän plats.

Syftet med gatuvåldsprojekten

Syftet med gatuvåldsprojekten var

- att kartlägga var, när och hur våldet visar sig
- att göra en jämförande undersökning

Med ledning av enkätundersökningens resultat ville vi utveckla metoder för ett bättre omhändertagande av de våldsoffer som sökte vård på Sabbatsbergs akutklinik.

Den akuta hjälpen var viktig, men även uppföljning av offrens krisreaktioner. Vår ambition var att utveckla ett samarbete med andra institutioner och organisationer.

Förhoppningsvis kan undersökningen ge information om var i samhället resurser behöver skapas för att stävja våld. Vi hoppas att vårt arbete skall lämna en del av den samlade information, som behövs idag, för att skapa ett tryggare samhälle.

Resultat av gatuvåldsprojektet

Studien pågick under följande perioder:

Studie 1 = 1.267 våldsoffer under 2 år; 880401-900331

år 1: 880401-890331 = 539 offer,

år 2: 890401-900331 = 728 offer

Studie 2 = 1.276 våldsoffer under 1 år; 920401-930331

Alla patienter, som kom till akuten under dessa två perioder och uppgav att de blivit misshandlade, intervjuades med hjälp av ett frågeformulär med 36 frågor.

Alla utom de kvinnor som misshandlats av make, sambo eller partner med vilken de har eller har haft en relation. Detta våld har en speciell problematik och vi hade redan ett handlingsprogram för dessa misshandlade kvinnor sedan 1981. Barnmisshandel finns inte heller med i studien.

Rapporten innehåller ca 70 sidor och endast en del redovisas här.

Ett presumtivt våldsoffer i studien: en man i åldern 20-40 år, något alkoholpåverkad, som befinner sig i Stockholms citykärna någon gång mellan kl 21.00 fredag kväll och kl 03.00 söndag morgon.

Under den femårsperiod som undersökningen omfat-

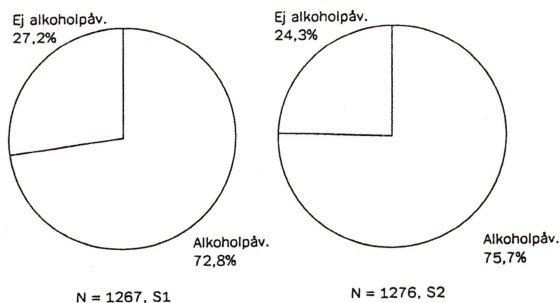
Flera patienter var chockerade av medmänniskors passivitet och likgiltighet när de ropat på hjälp

tade blev offren allt yngre. allt färre kvinnor förekom och endast ett fåtal av över 65 år. Att andelen äldre var så liten kan bero på att de ej vågade gå ut på kvällar. De flesta offren bodde i Stockholms förorter och åkte in till stan för att roa sig. 75% var alkoholpåverkade och lika många var obekanta med gärningsmannen. Var tredje patient hade blivit misshandlad tidigare. Drygt 70% var ogifta och mer än hälften av patienterna var ensamboende. över 40% hade ej polisanmält våldet (se figur 1).

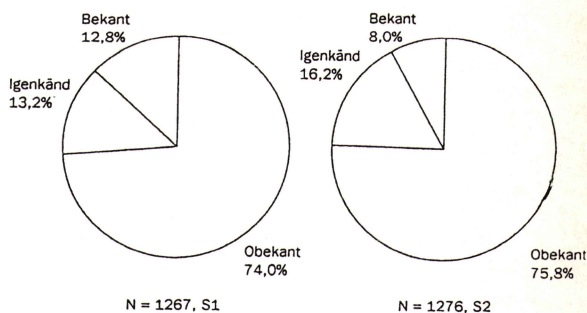
Flera patienter hade varit chockerade av medmänniskors passivitet och likgiltighet när de ropat på hjälp. Det är en farlig utveckling i ett samhälle, när människor av rädsla avskärmar sig och skyndar förbi.

Vad kan göras för att förebygga och minska gatuvåldet? Vi tror på information och kunskap. Sjukvårdspersonal bör i skolor informera om olika typer av skador vid våld och vad de kan medföra fysiskt och psykiskt.

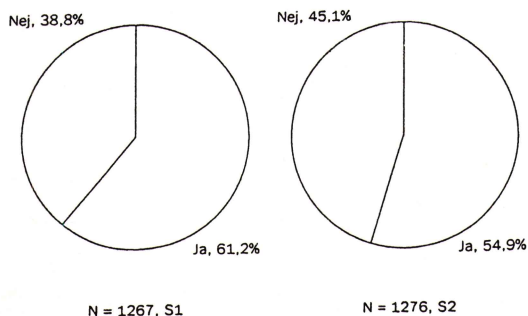
Andel alkoholpåverkade patienter



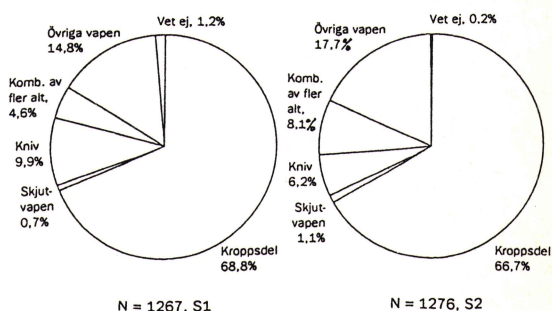
Gärningsmannen var...



Är misshandeln polisanmälld?



Typ av vapen



Vi utformade en föreläsning som vände sig till högsta-dieelever och vi har inbjudits till två skolor. Vi började med en kort övning, där eleverna uppmanades att associera till ordet våld. Vi gjorde en kort analys av offerundersökningen och visade autentiska bilder samtidigt med fallbeskrivningar. Föreläsningen var ämnad som stöd för fortsatt diskussion och uppföljning med lärare och elevvårdsteam på skolorna.

Ungdomarna var intresserade och kunniga. De visste att det var knivförbud och de kände personer som var beväpnade med kniv för att "kunna försvara sig". Med hjälp av våra diabilder och fallbeskrivningar diskuterade vi hur en person mår efter misshandel. Vi tror att en medvetenhet om fysiska och psykiska konsekvenser av våld kan få någon att tänka efter före.

Jag arbetade således med misshandel på flera plan:
- flera offer för våld kom till mig för krisbearbetande samtal. De var ofta chockade och behövde hjälp att börja reagera,
- kontakter med andra institutioner och myndigheter,
- utbildning och information för att förebygga fortsatt våldsökning.

De senaste åren har massmedia ägnat stort intresse åt gatuvåldet och uttryckt en oro över ökningen av våld i samhället.

Fallbeskrivningar

Dessa fallbeskrivningar visar att de fysiska skadorna inte alltid är de mest allvarliga. De psykiska skadorna kan bli avsevärda och kan ta lång tid att läka. I dessa fall behöver personerna hjälp att bearbeta händelserna tillsammans med en kurator.

Fallbeskrivningarna är omgjorda så att identifikation är omöjlig.

Anders

En måndag förmiddag ringer Anders och ber att få komma för ett samtal. Han blev igår kväll utsatt för våld och har nu stor ångest. Han vill gärna komma genast och får en tid på eftermiddagen.

Anders berättar att han på söndag kväll var ute och åt tillsammans med fyra vänner. De känner varandra väl och måltiden förflöt under trevligt samtal. Plötsligt fick Anders ett våldsamt knytnävsslag mot höger kind och faller till golvet. En för Anders och hans vänner helt obekant gärningsman försvinner springande ut ur lokalen. Ingen kommer sig för att följa efter honom.

Samma kväll söker Anders vård på akutmottagningen, eftersom han hade värk i ansiktet och var chockad. Hans skador dokumenterades i journalen för eventuell polisutredning.

Medan Anders berättar rör han sig hela tiden: vandrar fram

och tillbaka, sitter några minuter och går sedan åter fram och tillbaka. Under tiden gråter han och visar ilska om vartannat. Han säger att han är rädd för att han ska bli tokig. Han har aldrig känt sig så här förut och är helt ovan vid sitt sätt att reagera.

Anders är en storvuxen man i 35-årsåldern som normalt inte är våldsam och som inte tidigare blivit utsatt för våld. Vi kommer överens om att träffas en gång per vecka vid fyra tillfällen för samtal kring den akuta krissituationen som Anders befinner sig i. Han behöver en förklaring till varför någon obekant slår ner honom. Både han och hans vänner såg ju gärningsmannen och de har tillsammans sökt efter ledtrådar till vem han kan vara, utan resultat.

I våra samtal diskuteras hur Anders brukar reagera i krissituationer. Om han ser likheter och skillnader i sina reaktioner. En del minnesbilder från "för" dyker upp.

En acceptabel förklaring för Anders är att gärningsmannen tyckt sig känna igen något hos Anders som han hatar och att knytnävsslaget egentligen var riktat mot denne okände. Kan-ske var gärningsmannen en person som vanligen löste sina problem med våld.

Den osäkerhet och rädsla Anders känner i folksamlingar på-går honom. Han rycker till när någon passerar honom, både på gatan och på arbetet, men han märker att rädslan sakta minskar vecka för vecka.

Målsättningen med vårt samtal var att Anders skulle orka gå till arbetet och skulle våga gå ut med sina vänner igen.

Britta

På intagningsavdelningen ligger Britta kvar över natten för observation av eventuell hjärnskakning.

Britta är en dam på 78 år, änka sedan 4 år, har tre barn och flera barnbarn. Hon bor i en Stockholmsförort sedan flera år och både anhöriga och vänner bor i närheten. Hon läser konsthistoria en kväll i veckan och deltar i en filmklubb en gång varannan vecka. Hon är en aktiv kvinna, som gärna reser, läser och träffar sina vänner.

I går kväll var Britta på väg hem från konsthistoriekursen och har en 10 minuters promenad från tunnelbanan hem. Tre pojkar i 13-15 årsåldern kommer emot henne. Hon har barnbarn i samma ålder och hon är van att gå ensam den här vägen, så hon känner sig helt trygg.

Pojkarna knuffar omkull henne, sparkar henne och tar hennes väska. Hon tror att hon varit medvetlös en stund, eftersom hon vaknar till när ett par hjälper henne upp och ringer efter ambulans.

Vi träffas sedan sammanlagt sex gånger. Brittas hela tillvaro blir förändrad. Varje gång hon skall gå ut, på kurs eller filmklubb måste hon pga skräckupplevelsen vid rånet, be någon anhörig lämna och hämta henne med bil. Hennes barn är oroliga och vill inte att hon skall gå ut ensam. Britta är sedan tidigare van att styra sitt liv och vara oberoende av anhöriga. Att känna sig hjälplös gör henne ledsen och arg.

Sakta börjar Britta under hösten att åka tunnelbana och gå hem som förut, men hon har då alltid sällskap av någon av sina barn eller barnbarn. Det tar lång tid för Britta att reparera sin självkänsla och stödet från familj och vänner är en god hjälp.

Jytte

Jytte står en lördag kväll i kö utanför ett diskotek och väntar på

att få komma in. Hon är 19 år och de andra i kön är ungefär jämgamla med henne. Tre berusade killar kommer släntrande längs gatan och börjar bråka med "köfolket". Jytte syns, hon är tufft och håftigt klädd och killarna börjar knuffa och sparka på henne. Hon faller omkull, skriker, ber om hjälp, men får ingen hjälp. De tre killarna vinglar vidare och Jytte tar sig gråtande av ilska därifrån. Ser en polisbil och får hjälp av poliserna att åka efter killarna, som får följa med till polisstationen för förhör om misshandeln.

Jytte ringer mig måndag morgon och vi kommer överens om att träffas nästa dag.

Vid besöket kan vi urskilja två frågor som Jytte har tänkt mycket på. För det första undrar hon vad det var hos henne som väckte en sådan aggressivitet hos killarna i förrgår och för det

andra är hon förskräckt frågande till varför ingen i omgivningen kom till hennes undsättning, när hon ropade på hjälp vid misshandeln.

Avslutningsvis vill jag tillägga att jag tycker om att arbeta som kurator. Mitt arbete som akutkurator är en av "pärlorna" i mitt yrkesverksamma liv. Fyllt av stimulans och spänning med ständig möjlighet till förändring och förnyelse - kanske just därför så intressant.

Även under min kuratorstid på Södersjukhusets hudklinik har jag haft möjlighet till förändring och utveckling i mitt arbete och nu väntar mig nya intressanta uppgifter i Quinnoteamet.

S:t Lukas utbildningsinstitut

Tel 08-616 03 85 (kl 9-10).

Fax 08-669 47 19



startar följande kurser 1996:

FORTBILDNING I PSYKOSOCIALT ARBETSSÄTT vänder sig till människor verksamma inom människovårdande, personalvårdande och/eller arbetsledande områden.

Utbildningsort: Lund och Stockholm.

Kursstart: augusti/september 1996.

Kursdag: Lund tors em. Stockholm ons em.

Kostnad: 9.700:-/termin.

Ansökningsdatum: 1 mars 1996.

SAMTALSMETODIK, grundkurs 30 tim

Datum: 5, 12, 26 mars och 2 april 1996.

Kostnad: 6.300:-.

SAMTALSMETODIK, forts II, 20 tim

"Etik och humanistisk psykologi."

Internatkurs: 20-22 maj 1996.

Kostnader: kursavgift 4.700:-, internat 2.415:-.

DEN NÖDVÄNDIGA SMÄRTAN, 20 tim

Om kris, förlust och sorg samt sorgearbete.

Datum: 30 jan, 6, 13, 20 och 27 feb 1996.

Kostnad: 3.000:-.

KONFLIKTER OCH KONFLIKTHANTERING I ARBETSLIVET, 8 tim

Datum: 14, 19, 21 eller 28 mars 1996. **Kostnad:** 3.000:-.