



## DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET

Institutt for sosialfag

BACHELOROPPGAVE

BSOBAC-3 22V

Kandidat: 7110

Antall ord i besvarelsen: 12.688

(NB! gjelder ikke ant. ord på denne forsiden eller forord)

## Forord

*I 2014 døde min kone av kreft 42 år gammel. Igjen stod jeg med eneansvar for 3 små barn som da var 6,10 og 12 år gamle. I tillegg til min egen sorg og utfordringer måtte jeg også håndtere mine barns sorg og utfordringer, være den omsorgspersonen de trengte så mye mens jeg selv prøvde å orientere meg i en ny tilværelse. Jeg erfarte at barn uttrykker sorg på forskjellig måte, opplever og takler utfordringene de møter på forskjellig måte.*

*Sorg kan oppleves komplisert når man ikke klarer å forstå og mestre de vanskelige tankene og følelsene som oppstår, og kan for noen føre til vesentlig funksjonsnedsettelse i hverdagen. Det skjedde spesielt med det ene barnet mitt.*

*Jeg filosoferte over meningen med livet og fikk etter hvert behov for økt forståelse for mine egne og barnas tanker, følelser og atferd. Det ble helt nødvendig for meg å søke forståelse for hvilke psykologiske, psykososiale og samfunnsmessige forhold som spiller inn etter en sånn opplevelse. Derfor ønsket jeg å vite mer om komplisert sorg.*

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>1.INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	4
1.3 AVGRENSNING.....	5
1.4 BEGREPSAVKLARINGER.....	5
<b>2.TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>6</b>
2.1 SOSIALFAGLIG FORSTÅELSE .....	6
<i>Sosialfaglig forståelse</i> .....	6
<i>Psykologisk forståelse</i> .....	7
<i>Filosofisk forståelse</i> .....	7
<i>Lovgrunnlag som forståelse</i> .....	7
2.2 BAKGRUNNSTEORIER .....	8
<i>Tilknytningsteori</i> .....	8
<i>Selvregulering</i> .....	8
<i>Psykoedukative metoder</i> .....	8
<i>Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer</i> .....	10
<b>3. TEORI OM SORG</b> .....	<b>10</b>
3.1 NORMALE SORGPROSESSER .....	10
3.2 NORMALE SORGPROSESSER HOS BARN OG UNGE .....	11
<i>Kognitive sorgprosesser</i> .....	11
<i>Emosjonelle sorgprosesser</i> .....	11
<i>Atferdsmessige sorgprosesser</i> .....	12
<b>4. TEORI OM KOMPLISERT SORG</b> .....	<b>14</b>
4.1 KOMPLISERT SORG GENERELT .....	14
4.2 TEORI OM KOMPLISERT SORG HOS BARN OG UNGE.....	15
<i>Risikofaktorer for komplisert sorg hos barn og unge</i> .....	16
<i>Symptomer på komplisert sorg</i> .....	17
<i>Terapiformer i forbindelse med komplisert sorg</i> .....	19
<b>6. METODE</b> .....	<b>20</b>
6.1 HVA ER METODE? .....	20
6.2 VALG AV METODE .....	21
6.3 VALG AV INFORMANTER.....	21
6.4 INTERVJUPROSESSEN .....	22
6.5 ANALYSE.....	23
6.6 STUDIENS TROVERDIGHET .....	23
6.7 KRITISKE BEMERKNINGER OG ETISK REFLEKSJON.....	24
<b>7. PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>25</b>
7.1 FORBEREDELSESFASEN.....	26
<i>Kontaktetablering og vurdering av hjelpebehovet</i> .....	26
7.2 ÅPNINGSFASEN.....	27
<i>Relasjonsbygging</i> .....	27
7.3 ARBEIDSFASEN .....	28
<i>Symptomer på komplisert sorg</i> .....	28
<i>Forståelse og mestring</i> .....	30
<i>Behandlingsformer og metodisk sosialt arbeid</i> .....	30
<i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	31
7.4 AVSLUTNINGSFASEN .....	32
<i>Resultater og tilbakemeldinger fra brukerne</i> .....	32

<b>8. DRØFTING AV FUNN .....</b>	<b>32</b>
8.1 DRØFTING AV FUNN I FORBEREDELSESFASEN .....	32
8.2 DRØFTING AV FUNN I ÅPNINGSFASEN .....	33
8.3 DRØFTING AV FUNN I ARBEIDSFASEN .....	34
8.4 DRØFTING AV FUNN I AVSLUTNINGSFASEN .....	35
<b>9. AVSLUTNING OG OPPSUMMERING.....</b>	<b>36</b>
<b>10. LITTERATURLISTE .....</b>	<b>37</b>
<b>11. VEDLEGG .....</b>	<b>39</b>

## 1. Innledning

Sorg handler om tap av noe man hadde kjær og vonde følelser. De fleste av oss vil oppleve sorg på en eller annen måte i løpet av livet, fordi man mister besteforeldre, foreldre, hvem har

vel ikke opplevd kjærlighetssorg i ungdomstiden, skilsmisse kan for mange oppleves som sorg, det kan være vondt å miste et kjæledyr - eller kanskje jobben.

De fleste av oss takler sorg forholdsvis greit og kommer heldigvis over det etter hvert som tiden går. Sorg oppleves forskjellig fra person til person, voksne og barn kan oppleve sorg både likt og ulikt. Denne oppgaven skal se på hva som skjer når barn og unge mister en forelder eller nær omsorgsperson, og der sorgen blir vanskelig å håndtere og utvikler seg til å bli komplisert. Det handler altså om sorg som ikke går over og som fører til dårlig livskvalitet for den som opplever det.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min egen tapserfaring ligger primært til grunn for valg av tema. I løpet av studiet har vi vært innom de viktigste sosiale utfordringer som sosionomer kan møte på i yrket som venter. Vi har blant annet hatt fokus på barn og tilknytningsteori, barnevern, barnefattigdom og barn som flyktninger. Vi var såvidt innom sorgmestring og toprosessmodellen i psykologi første semester, men det ble ikke snakket om komplisert sorg og hvordan dette kan føre til redusert livskvalitet for de som opplever det. Dette vekket nysgjerrigheten min og jeg ønsket derfor mer kunnskap omkring dette.

Klinisk sett er dette et fagfelt for psykologer med spesialisering innen krisepsykologi, psykiatriske sykepleiere, kliniske sosionomer, barnevernspedagoger, familieterapeuter og gjerne prester som jobber med sjelesorg – alt etter hvilken terapiform man jobber etter. Jeg tror likevel at temaet kan være interessant for mange sosionomer, fordi noen vil nok komme borti problematikken i møte med barn og unge i yrket sitt. Jeg opplevde det selv under praksisoppholdet i barnevernet i fjerde semester på studiet.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

**Problemstilling:** Hvordan utvikler sorg seg til å bli komplisert for barn og unge, og hvordan håndteres hjelpeprosessen sett fra de profesjonelles ståsted?

Problemstillingen handler om hvordan normale sorgprosesser kan utvikle seg til å bli kompliserte og føre til funksjonsnedsettelse hos barn og unge, sett fra hjelpeapparatets side. Sorg er en del av livet, de fleste av oss har en eller annen forståelse av hva sorg er generelt og hva det gjør med oss. Ifølge forfatterne av boka «Sorg og komplisert sorg» (Dyregrov et al, 2021) finnes det per idag lite forskning på komplisert sorg hos barn og unge, men mer om sorg generelt. Som sosialarbeider kan man møte på barn og unge med forskjellige livsutfordringer, da kan det være nyttig å kjenne til tegn på komplisert sorg slik at man kan hjelpe og eventuelt aktivisere resten av hjelpeapparatet om nødvendig.

### 1.3 Avgrensning

Sorg er et stort tema som kan bevege seg innenfor mange fagfelt og kan derfor lett bli for uoversiktlig for en bacheloroppgave. Jeg har derfor valgt å avgrense temaet til å fokusere på komplisert sorg hos barn og unge, men også vil bruke teorier på hvordan det oppleves generelt for voksne for å belyse problemstillingen bedre. I denne oppgaven vil jeg se på komplisert sorg generelt, uavhengig av om tapet skyldes normale dødsårsaker, ulykker eller mer alvorlige årsaker. Jeg skal se på de vanligste årsakene, de viktigste symptomene, og si litt om mulige konsekvenser som komplisert sorg kan medføre. Til slutt vil jeg se på hvordan hjelpeapparatet bistår i denne forbindelse. Jeg kommer ikke til å gå spesielt i dybden klinisk, det er hovedtrekkene jeg vil redegjøre for.

### 1.4 Begrepsavklaringer

Ifølge forfatterne av boka «Sorg og komplisert sorg» (Dyregrov et al, 2021) har forskning de siste 30-40 årene endret mye av vår forståelse av sorg. I dag betraktes sorg og komplisert sorg som to adskilte fenomener. For å forstå hva komplisert sorg er, må man først forstå hva normal sorg er hevder forfatterne. Men først noen definisjoner av begrepet *sorg*:

«Sorg defineres gjerne som de emosjonelle reaksjonene som følger av tap av nærstående.

Sorg er en normal men smertefull reaksjon på det å miste en som har stått en nær (Dyregrov et al, 2021).

En annen definisjon på sorg finner vi hos Norsk Helseinformatikk (NHI) som sier at «sorgreaksjon er naturlig ved tap av noe eller noen som betyr mye for oss». NHI hevder

videre at «en sorgreaksjon er en psykisk reaksjon hvor et menneske kan føle både tristhet, oppgitthet, redsel og sinne. Sorg er ofte knyttet opp til følelsen av tap. Dette kan f.eks være tap av ektefelle, venner eller arbeid, men det kan også være tap av egen helse, som ved alvorlig sykdom, eller tap av personlig trygghet, som etter å ha vært utsatt for voldshandlinger eller overgrep» (NHI, 2019).

Komplisert sorg – eller *forlenget sorglidelse* som det heter i dag etter at diagnosen ble inkludert som en egen diagnose i diagnosesystemene ICD-11 (WHO – verdens helseorganisasjon sitt internasjonale diagnose klassifiseringssystem) og DSM-5 (den amerikanske psykiaterforeningen APA's klassifikasjonssystem for psykiske lidelser), oppfattes ifølge forfatterne av samme bok som en av flere former for komplisert sorg. Man snakker gjerne om patologisk sorg, abnormal sorg, morbid sorg, uforløst sorg, traumatisk sorg og forlenget sorglidelse. Det er også brukt begreper som forsinket sorg, fraværende sorg, utsatt sorg, forvrengt sorg, kronisk sorg og overdreven sorgreaksjon - for å nevne noen.

Forfatterne Dyregrov et al (2021) hevder at det ikke eksisterer noen overordnet definisjon på komplisert sorg men at «begrepet brukes for å beskrive en prosess som avsporer fra det naturlige tilhelingsforløpet. Man bruker gjerne betegnelser som at man står fast i sorgen, at sorgen ikke går over eller at sorgen ikke kommer i gang». I denne oppgaven kommer jeg bare til å operere med begrepet «komplisert sorg» for å skille normal sorg fra sorg som medfører sterke symptomtrykk og de viktigste funksjonsnedsettelsene i hverdagen.

## 2. Teoretisk referanseramme

### 2.1 Sosialfaglig forståelse

#### Sosialfaglig forståelse

Oppgaven vil belyse en del områder som kan ses ut ifra en sosialfaglig forståelse. I sosialt arbeid står personen i situasjonen sentralt, i denne oppgaven kan dette overføres til det

[Skriv her]

arbeidet man utøver overfor barn og unge som strever med komplisert sorg på forskjellige måter. Sosialt arbeid handler om å forebygge, redusere eller løse sosiale problemer. Kjerneverdier som står sentralt i sosialt arbeid er evne til empati og innlevelse, det å anerkjenne den andres tanker og følelser, kunne vise respekt og verdighet, kunne lytte aktivt, gjennom bruker-medvirkning og myndiggjøring involvere og ansvarliggjøre brukerne for best mulig løsning på sine problemer og utfordringer. Det er også viktig å være faglig sterk i det yrket man jobber i, kunne utvise faglig skjønn, kunne samarbeide med tverrfaglige instanser, og ikke minst ha god kjennskap til sentrale lovverk og rettigheter for den brukergruppen man er satt til å hjelpe.

### Psykologisk forståelse

I arbeid med barn og unge som sliter med komplisert sorg er det en fordel om sosialarbeideren har kunnskap om bl.a. tilknytningsteori, psykologiske prosesser som f.eks. toleransevinduet, selvregulering og om utviklingstraumer, har kjennskap til de viktigste psykiske lidelser hos barn og unge som f.eks. angst, depresjoner og ADHD, har kjennskap til psykososiale prosesser som atferdsproblemer, konsentrasjonsproblemer, isolasjon, skolevegring m.m.

### Filosofisk forståelse

Filosofisk forståelse kan det også være nyttig å ha kunnskap om, f.eks. om fenomenologi som handler om hvordan et menneske opplever og tolker sin livsverden eller sin problemstilling. Hermeneutikk har for meg vært en gjennomgående filosofisk tilnærming gjennom hele studiet, det å forsøke å forstå helheten ut ifra delene, og søke å forstå delene som en del av helheten. I denne oppgaven er det viktig å se alle elementer eller symptomer og atferd som kan oppstå som en helhet for å forstå hvorfor noen kan utvikle komplisert sorg.

### Lovgrunnlag som forståelse

I denne oppgaven legges det imidlertid mer vekt på forståelse og mestring som sentrale mål. Når man jobber med barn og unge er prinsipper som barnets beste og barnets rett til å bli hørt i alle saker som angår dem sentralt i alt arbeid som utøves jfr Barnekonvensjonen art. 3 og art. 12. Disse rettighetene står også sentralt i norsk lov, f.eks. i Pasient- og bruker-rettigheitsloven (pbrl) §3-1, Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) §3-1 og Barnevernloven (bvl) §4-4 der



disse lovene passer inn i forhold til situasjonen barnet står i eller hvor man jobber som sosialarbeider.

## 2.2 Bakgrunnsteorier

Jeg skal her presentere noen vitenskapelige teorier som er ment å belyse problemstillingen min. Dette er teorier som ofte brukes i forbindelse med psykososialt arbeid blant barn og unge. Jeg vil bare nevne korte hovedtrekk innen teori om tilknytningsteori, selvregulering, om terapiformer innen psykoedukasjon, og om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

### Tilknytningsteori

Tilknytningsteori baserer seg på at alle barn er født med to grunnleggende behov – behovet for beskyttelse og omsorg, og behovet for å undersøke og mestre verden. Tilknytning dreier seg også om å hjelpe barn med vanskelige følelser og støtte dem når de leker og utforsker verden. Tilknytning er den medfødte evnen til å søke og holde seg i nærheten av én eller noen få voksne, og på den måten sikre trygghet og overlevelse. Nyere forskning viser også at nærhet til trygge voksne er helt avgjørende for barns psykologiske utvikling, at det er gjennom nære relasjoner til omsorgspersoner at barnet utvikler seg psykologisk sett og opplever seg selv som et sosialt individ (Brandtzæg et al, 2020).

### Selvregulering

Selvregulering er en viktig del av barns utvikling og handler om evnen til å regulere tanker, følelser og atferd i tråd med miljøets forventninger og utfordringer (Backer-Grøndahl & Nærde, 2015). Det handler om vår evne til å tenke før vi handler. Selvregulering er helt avgjørende for læring og sosial tilpasning i tidlig skolealder, og spesielt viktig i barns utviklingsprosess fra de er 3 til de er 5 år gamle. Selvregulering er noe vi alle trenger hver eneste dag. Den hjelper oss til å nå våre mål og tilpasse oss sosialt (Jakobsen, 2015).

### Psykoedukative metoder

*EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)* er en terapiform innen traumebehandling der man «søker å igangsette og fullføre bearbeiding av traumatiske minner ved å fokusere samtidig på spontane assosiasjoner til traumatiske forestillingsbilder, tanker, følelser, og kroppsforfølelser og stimulering av begge hjernehalvdeler gjennom raske øyebevegelser» (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress).

*Narrativ metode* brukes bl.a. innenfor traumebehandling og er en terapeutisk samtaleform med barn som har opplevd traumer. Det handler om å lage parallelle historier til barnets traume, der barnet har gjort noe – eller forsøkt å gjøre noe for å unngå eller minimere virkningen av den traumatiske opplevelsen. Når barnet får fortalt denne historien er det ikke lenger et offer, men et individ som er istand til å handle og reagere på vanskelige situasjoner (Nordenhof, 2010).

*Toleransevinduet* er en forenklet forklaringsmodell som er mye brukt i traumebevisst praksis. Toleransevinduet hjelper oss med en bevisstgjøring omkring menneskers stress- og aktiveringstilstand, for eksempel ved å ha lett for å kjenne på mye spenning og følelser i kroppen – eller på den andre siden, mangle energi og ikke kjenne noen ting. Det beste er å være inne i vinduet, ikke over eller under. Toleransevinduet kan være et nyttig verktøy både for hjelper, og for de som skal hjelpes (RVTS Sør, 2022).

*Kognitiv terapi* – eller *kognitiv atferdsterapi* som det også kalles, handler om problemløsning og det å kunne se sammenhenger mellom tenkning, handling og følelser. Et viktig mål for kognitiv atferdsterapi er å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Det skjer ved å kartlegge vanskelige situasjoner, utforme aktiviteter som fremmer selvtillit og energi, utforske og evt endre negative tankemønstre, stimulere til å delta i sosiale sammenhenger og forebygge tilbakefall. Kognitiv atferdsterapi brukes f.eks. som metode i forbindelse med psykiske lidelser som angst og depresjon, sinneproblemer, spiseforstyrrelser, søvnproblemer, traumer og PTSD m.fl (Kognitiv.no).

*Tosporsmodellen* – eller *toprosessmodellen* som Dyregrov et al (2021) også kaller den, beskriver de utfordringene etterlatte må mestre i hverdagen sin. Modellen bygger på kognitiv stressteori som beskriver mestring ved at man aktivt forholder seg både til de følelsesmessige reaksjonene som tapet har utløst (tapsorientert mestring) – f.eks. det å klare å konfrontere tapet og sorgen, minnes avdøde og besøke graven, og de praktiske utfordringene som følger i kjølvannet av tapet (gjenoppbyggingsorientert mestring), f.eks. det å mestre alle praktiske gjøremål og utfordringer som hverdagen krever, å gå videre i livet, uten avdøde (Dyregrov et al, 2021).

## Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

«*Risikofaktorer* er en fellesbetegnelse på forhold som øker faren for at personer utvikler psykiske og/eller sosiale vansker. *Beskyttelsesfaktorer* demper sannsynligheten for utvikling av vansker når personer er rammet av risikofaktorer» (Kvello, 2015, s.246). Eksempler på risikofaktorer hos et barn som står i fare for å utvikle komplisert sorg kan være vedvarende depresjon, isolasjon eller dårlige prestasjoner på skolen. Eksempler på beskyttelsesfaktorer kan være åpenhet i hjemmet, robuste barn eller tidlig forebygging.

## 3. Teori om sorg

Sorg og komplisert sorg betraktes idag som to ytterpunkter langs et kontinuum (av latin «continuum»), som betyr noe vedvarende, ustanselig eller uavbrutt). Det innebærer at for å gjenkjenne komplisert sorg er det nødvendig å vite hvordan normal sorg arter seg» (Dyregrov et al, 2021, s.23).

### 3.1 Normale sorgprosesser

Typiske sorgreaksjoner kan ifølge Dyregrov et al (2021) deles inn i fire ulike dimensjoner. *Kognitive dimensjoner* innebærer at man benekter det som har skjedd, man opplever uvirkelighet og man er overopptatt av tanker omkring avdøde. *De atferdsmessige dimensjonene* går ut på at man gråter mye, isolerer seg fra sosiale fellesskap og fokuserer hele tiden på den døde. *De følelsesmessige dimensjonene* handler om at man opplever stor grad av tomhet, man kjenner veldig på lengsel etter avdøde, smerte og savn, man er svært fortvilet over situasjonen. Til slutt finner vi *de eksistensielle dimensjonene* som handler om at meningen med livet utfordres, man opplever meningsløshet omkring dødsfallet (Dyregrov et al, 2021).

En annen forståelse av sorg er å dele sorgprosessen inn i faser. Den første fasen etter at man opplever et dødsfall kalles gjerne for *sjokkfasen*. I denne fasen forsøker man å forstå hva som har skjedd. Denne fasen glir inn i neste fase som kalles for *reaksjonsfasen*, der de etterlattes reaksjoner er preget av gråt, tristhet, protest og sinne. Etter denne fasen opplever mange å komme over i en *bearbeidelsesfase* der reaksjonene blir satt i perspektiv og det begynner å gå opp for en at ens kjære er død. Den siste fasen kalles for *nyorienteringsfasen*, livet går videre

og man klarer å se fremover igjen. Ikke alle går gjennom alle disse fasene, og det er også individuelt hvordan etterlatte opplever de forskjellige fasene, og det er vanlig å gå frem og tilbake mellom dem (Helsedirektoratet, 2021).

### 3.2 Normale sorgprosesser hos barn og unge

#### Kognitive sorgprosesser

Yngre barn har ikke forutsetning for å forstå konsekvensene av hva døden innebærer på samme måte som eldre barn, ungdom og voksne. De kan vise sorgreaksjoner og mestre sorg annerledes enn voksne.

Barn kan vise forskjellige reaksjoner og ha forskjellig forståelse av hva døden innebærer. Yngre barn kan f.eks synes at det er vanskelig å forstå når voksne både forteller at mamma er død og samtidig sier at hun er i himmelen, eller at den døde sover eller har reist. I stedet kan barn bli konkrete i sin forståelse og tenke at man kan dø hvis man sover eller reiser. Barns manglende forståelse av dødens konsekvenser kan gjøre at de reagerer annerledes enn vi voksne hadde forventet. Etter å ha fått beskjed om at f.eks mamma er død kan barnet gjerne svare med «kan jeg få gå ut og leke nå?» (Dyregrov, 2006). Forfatteren nevner også at når barn blir litt eldre så forstår de mer av årsak og virkning bak hendelser, de kan f.eks være opptatt av rettferdighet, at onde ting kan skje med oss og si «det var ikke rettferdig, hun var jo så snill!»

#### Emosjonelle sorgprosesser

Sorgreaksjoner hos barn kan være litt forskjellige i forhold til om dødsfallet var forventet eller plutselig. Vanlige reaksjoner kan være alt fra sjokk og vantro til å fortsette med det de holdt på med før de fikk dødsbudskapet. Å vise sinne kan ifølge Dyregrov (2006) være en annen sorgreaksjon, barnet kan være sint på pappa som kjørte så fort at han døde, være sint på Gud som lot det skje, være sint på andre som ikke forhindret dødsfallet, være sint på seg selv fordi det ikke kunne forhindre ulykken, eller være sint på avdøde som forlot barnet og sviktet det.

Barn som mister foreldre trenger omsorg fra gjenlevende forelder eller en annen fortrolig voksen, dette kan bidra til å redusere uheldige ettervirkninger. Barns personlighet og tidligere erfaring kan også påvirke sorgarbeidet, noen barn kan gruble mer enn andre, og kan dvele ved

dødsfallet i lang tid. Noen barn har lett for å takle motgang, mens andre gir fort opp. Emosjonelt ustabile barn, sårbare og stille barn, vil lettere få et komplisert sorgforløp enn mer robuste barn. Smertefulle, ubearbeidede tap eller atskillelser kan gjøre barn mer sårbare i forhold til nye tap (Dyregrov, 2006).

Vanlige sorgreaksjoner hos barn og unge kan være utrygghet og engstelse, f.eks separasjonsangst, sterkt behov for trygghet og kontakt med trygge voksne, barnet kan være redd for døden, barnet kan få fantasipreget og urealistisk frykt. Andre reaksjoner er redsel – barn kan bli redde for å bli syke selv eller redde for at det skal skje noe med de andre i familien. En annen normal sorgreaksjon er å være lei seg og være mer sårbar enn tidligere. Barnet kan begynne å gråte når det er alene, når de blir minnet på det som har skjedd, når de ser på tv eller er på skolen, eller plutselig ser en på gata som minner om den døde. Tristhet er også vanlig, barnet er mindre glad enn før, blir mer stille og taus, noen føler at de endrer seg mye i forhold til venner og ønsker ikke så mye kontakt som før, de opplever gjerne at vennene deres ikke forstår dem. Det er også vanlig å føle uro i kroppen, barn kan bli urolige når det er noe som bli ubehagelig, hvis man snakker om noe vanskelig, da kan de begynne å tulle og tøys eller bli veldig fysisk aktive (Bugge et al, 2009).

#### Atferdsmessige sorgprosesser

Hos barn og unge generelt er vanlige sorgreaksjoner angst og depresjon, søvnproblemer, sinne, skyldfølelse, skam, skolevansker og fysiske plager som hodepine, magesmerter, muskelsmerter samt problemer med hukommelse og konsentrasjon. Yngre barn viser gjerne regressiv atferd og begynner å tisse på seg igjen. Andre reaksjoner kan vise seg ved sosial tilbaketrekning, fantasier, personlighetsforandringer - som f.eks at barnet blir mer stille og tilbaketrukkent, er redd for fremtiden og hva som kan skje – gjerne redd for at gjenlevende forelder også skal dø. Barn kan også sørge i stillhet for å skåne gjenlevende forelder og skyldte på at det er andre ting som gjør dem triste. Noen barn kan oppleve å måtte ta en voksenrolle i tidlig alder, ta ansvar for yngre søsken og få ansvar for andre oppgaver i hjemmet som de ikke er modne for eller har lyst til (Dyregrov, 2006).

Yngre barn kan ifølge Bugge et al (2009) gjerne reagere med trass i hverdagen, de gråter ikke av de samme tingene som voksne men gjennom situasjoner og følelser som er kjente og meningsfulle for dem – kanskje strømpebuksen klør ekstra mye eller de sutrer pga skrubbsår,

eller de liker ikke maten de får servert. Yngre barn kan også gjennom fantasier komme frem til hvordan de kunne ha forhindre dødsfallet. Ikke minst søvnvansker er vanlig, og det er spesielt når barn skal legge seg at tanker og følelser kommer, mange blir utrygge og vil ikke sove alene.

Ungdom kan oppleve å ha vanskelig for å komme seg tidlig nok i seng om kvelden fordi de ofte tenker på det som er vanskelig. Isteden venter de til de er stuptrøtte og får sove uten å bli liggende og gruble. Da blir det igjen vanskelig å komme seg opp om morgenen, og de møter ofte uopplagte og trøtte på skolen neste dag. Dette kan igjen gå ut over skoleprestasjoner.

Videre hevder de samme forfatterne at noen barn kan begynne å skulke skolen, få hodepine, magesmerter og oppleve å ha lite energi. Bare å høre om døden kan gi noen hjertebank og pustevansker, f.eks hyperventilering.

Det er også vanlig at etterlatte barn og unge opplever at de er litt annerledes enn andre jevngamle. Noen kan bli mer opptatt av familien sin, hjelpe til mer hjemme. Mange setter mer pris på relasjoner og det de har, andre kan oppleve at venner støtter dem mye den første tiden etter dødsfallet, men sorg varer lenger enn mange tror, da kan noen barn fort bli sinte eller skuffet og tro at vennene ikke lenger bryr seg (Bugge et al, 2009).

Noen barn kan oppleve det som vanskelig å svare når voksne spør hvordan det går. Ord kan ikke alltid beskrive hva vi føler, og stillhet er ikke bare en manglende evne til å snakke. Det kan også være et valg, en måte å uttrykke sorg på eller kommunisere et budskap på (Bugge et al, 2009).

Misforståelser kan også skje, barn kan forstå en stressende situasjon annerledes enn voksne, gjerne misforstå ting som blir sagt ifølge Bugge et al (2009). Barn kan være undrende og direkte, de kan stille vanskelige spørsmål som kan oppleves som hjerteskjærende, f.eks «når du dør pappa, skal du ligge ved siden av mamma i graven da»? Andre barn tar gjerne mer hensyn til foreldrene, barn er nemlig gode til å finne ut hva den voksne tåler av spørsmål, de kan holde tilbake egne reaksjoner og spørsmål for at de ikke skal bli enda vanskeligere for foreldrene – eller gjenlevende forelder. Noen barn velger heller å snakke med en annen voksen, mens andre barn kan ta ut sorgen når de alene.

## 4. Teori om komplisert sorg

### 4.1 Komplisert sorg generelt

Forskning viser at ca 7-10% av etterlatte etter dødsfall sliter med sorg i måneder eller år, såkalt *forlenget sorglidelse* (her komplisert sorg). Denne lidelsen er en egen diagnose i ICD-11 og DSM-5 diagnosesystemene. Forlenget sorglidelse er generelt mer vanlig hos voksne, mens unngåelse av sorg er mer vanlig å se hos barn og unge. Forfatterne Dyregrov et al (2021) opererer med 4 sentrale teoretiske dimensjoner ved komplisert sorg. Disse dimensjonene beveger seg langs en linje fra normal sorg i den ene enden til en mer uhensiktsmessig og komplisert form for sorg i den andre enden. Den første dimensjonen er separasjonsubehag, et sentralt symptom innen forlenget sorglidelse, som kjennetegnes ved gråt, sterk lengsel etter avdøde, man tenker veldig mye på den døde, oppsøker steder som man forbinder med den døde, leter etter avdøde, noen kan oppleve hallusinasjoner eller drømme mye. Det kan bli problematisk hvis intensiteten varer over lengre tid, noen kan få selvmordstanker eller fantasere om gjenforening med avdøde for eksempel.

Den andre dimensjonen er traumatiske reaksjoner, der omstendighetene rundt dødsfallet står i fokus, spesielt hvis det var dramatiske omstendigheter rundt dødsfallet. Den tredje dimensjonen for komplisert sorg er ifølge forfatterne nærhetssøkende atferd, som blir mer en strategisk form for mestring. Man er opptatt av sanseopplevelser for å føle mer nærhet til avdøde, f eks bruker avdødes klær, lytter til avdødes stemme på mobilen, går ofte på graven osv. Den fjerde og siste dimensjonen, som er mer vanlig å se hos barn og unge, er unngåelse av sorgen, som kan bli problematisk dersom man ikke klarer å ta inn over seg realitetene ved tapet eller forsøker å holde traumatiske minner på avstand.

Fysiske og psykiske helseplager kan også føre til komplisert sorg. Å være i sorg kan for noen oppleves som en stor stresstilstand. Fysiske plager kan f eks være hjertesvikt, nedsatt immunforsvar, økt risikofatferd, endrede kostholdsvaner eller rusvaner og lite fysisk aktivitet. Forskning viser ifølge Dyregrov et al (2021) at det er sammenheng mellom fysiske plager og komplisert sorg. Hvis man har både dårlig fysisk og psykisk helse før dødsfallet kan dette føre til forlenget sorglidelse – eller komplisert sorg. En mulig årsak kan være at man blir utsatt for stress over tid. Det er ikke nødvendigvis selve tapet som er den største risikofaktoren i seg selv men intensiteten og varigheten av sorgreaksjonene i ettertid (Dyregrov et al, 2021). Psykiske helseplager kan handle om depresjon som hos noen kan utvikle seg til å bli alvorlig

depresjon - kanskje kronisk. Andre psykiske helseplager kan være selvmordstanker og selvmord, angstlidelser og PTSD (posttraumatisk stressyndrom).

## 4.2 Teori om komplisert sorg hos barn og unge

Jeg vil nå gjøre rede for teori om komplisert sorg hos barn og unge.

Forskning viser at barn sørger på forskjellige måter, med reaksjoner som kan vare lenge, kanskje livet ut. Ifølge Dyregrov et al (2021) finnes det ingen klar definisjon på komplisert sorg hos barn, heller ikke noe klart skille mellom vanlig sorg og komplisert sorg. Komplisert sorg hos barn og unge har heller ingen egen diagnose i diagnosesystemene ICD-11 og DSM-5. Derimot viser forskning at de viktigste egenskapene som skiller vanlig sorg fra komplisert sorg er sorgens intensitet og varighet samt reaksjonene eller atferden.

Normal sorg hos barn forløper seg ifølge Dyregrov et al (2021) ved at barn aksepterer dødens realitet, mestrer de følelsene som følger og evner å tilpasse seg de nye forandringene i livet som tapet innebærer. Når de lærer ikke klarer å bli enige om hva som er komplisert sorg skyldes det at det er vanskelig å sette et klart skille mellom det som regnes som normal sorg og det som er komplisert sorg. Det viser seg å være vanskelig å måle sorg, de som jobber med sorg til vanlig opererer med forskjellige teorier, og det er vanskelig å skille problemer som skyldes barns utviklingsutfordringer fra de som skyldes selve tapet.

Derfor opererer man heller med begrepet *forlenget sorg*, der noen studier viser at ca 10% av barn mellom 8-17 år har høye og vedvarende sorgreaksjoner - eller forlenget sorglidelse som det heter nå, ca 3 år etter dødsfallet, mens andre studier har vist at forlenget sorg skiller seg fra sorgrelatert depresjon og PTSD blant barn. Samme studier har også kategorisert tre undergrupper av barn etter dødsfall i nær familie, man snakker om en resilient gruppe, en gruppe med forlengede sorgreaksjoner og en gruppe som både viser tegn til forlengede sorgreaksjoner og posttraumatiske reaksjoner (Dyregrov et al, 2021).

Når barn ikke er inkludert i diagnosen «forlenget sorglidelse» i de vanlige diagnosesystemene og fordi det generelt finnes lite forskning omkring komplisert sorg hos barn og unge må man ifølge Dyregrov et al (2021) se på andre faktorer som kan tyde på at barn kan ha problemer med å komme seg gjennom en normal sorgprosess.



## Risikofaktorer for komplisert sorg hos barn og unge

Vanlige risikofaktorer som er knyttet til utvikling av komplisert sorg hos barn og unge synes ifølge Dyregrov et al (2021) å være knyttet til symptomer som jeg har listet opp under, hvorav de ti første er spesielt viktige å legge merke til i en kartleggingsfase:

- Barnet trekker seg unna venner og voksne, isolerer seg
- Skoleprestasjoner svekkes i vesentlig grad
- Barnets væremåte endres drastisk og vedvarende
- Sterke og vedvarende etterreaksjoner etter tapet
- Barnet utvikler fobiske etterreaksjoner
- Bortskyving av sorg
- Barnet snakker om selvskading eller om å ta livet sitt
- Barnet reagerer med sterke selvbekreidelser, skyldfølelse
- Barnet grubler mye over det som skjedde
- Barnets søvnmønster endres over tid, f.eks. de har mareritt, sovner veldig sent eller våkner veldig tidlig

Andre typiske symptomer kan være:

- Tidligere traumer og tap
- Eksponert for traumatiske øyeblikk i forbindelse med sykdom og død
- Vold og mishandling
- Vanskelig økonomisk situasjon i familien etter dødsfallet
- Skifte av hjem og skole
- Manglende hjelp og støtte kan øke faren for skjevutvikling
- Manglende sosial støtte fra venner, familie eller skole
- Mangelfull foreldreomsorg
- Komplisert sorg hos voksne som vanskeliggjør åpenhet i hjemmet, øker risikoen for at barn blir alene med sin sorg
- Skole mangler sosial og akademisk støtte for barnet som vender tilbake til skolen etter å ha mistet forelder

Bugge et al (2009) nevner i tillegg risikofaktorer som:

- Barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige
- Sorgreaksjoner som skaper relasjonsproblemer og større prestasjonsproblemer
- Opplevelse av skyld og stor grad av utilstrekkelighet
- Sterk eller svært ambivalent tilknytning til den som er død
- Store krav til seg selv og/eller fra omgivelsene
- Konstant grubling og overopptatthet av tapet
- Sterk forhøyet konfliktnivå, inkonsekvens og omsorgssvikt

### Symptomer på komplisert sorg

Symptomer utover det som kan anses å være normale sorgreaksjoner kan vise seg både som psykiske, somatiske og sosiale reaksjoner. Dyregrov et al (2021) hevder at en del barn kan utvikle traumatisk sorg med utgangspunkt i problematiske situasjoner knyttet til selve dødsfallet eller spesielt stressfylte sider ved et sykdomsforløp. Her hersker det ifølge forfatterne usikkerhet om det skal kalles for en form for komplisert sorg eller PTSD.

Traumatisk sorg er også komplisert sorg og kan oppstå når barn og unge er blitt eksponert for komplekse traumer som f.eks vitne til dødsfall, finne avdøde etter selvmord, alvorlige ulykker der barnet selv var involvert f.eks. Ifølge Bugge et al (2009) kan barn og unge som har opplevd slike hendelser senere utvikle problemer innenfor flere områder. I forhold til tilknytning kan barn senere få problemer med å sette egne grenser, problemer i relasjoner med andre og problemer med å forstå andres følelser. Fysiologiske konsekvenser kan være somatiske, de kan bli hypersensitive i forhold til fysisk kontakt, ha dårlig koordinering og balanse. De kan utvikle problemer med affektregulering, dvs at de kan få problemer med å regulere egne følelser, det å forstå og beskrive følelser, det å gi uttrykk for egne ønsker og behov.

Bugge et al (2009) nevner videre områder som problemer med atferdskontroll, barnet kan vise manglende impuls kontroll, bli aggressiv mot andre, få søvnproblemer og spiseforstyrrelser. Kognitivt sett kan barnet ha oppmerksomhetsproblemer, mangle normal evne til å være

nysgjerrig og ha problemer med å planlegge noe. Selvbildet kan skades, barna kan ha et forstyrret kroppsbilde av seg selv, ha lav selvfølelse, føle skam og skyld.

Det er ikke bare traumatisk sorg som kan forårsake komplisert sorg. Studier viser ifølge Cohen et al (2018) at barn som opplevde å miste en av foreldrene etter lang tids sykdom hadde høyere sannsynlighet for å utvikle PTSD og kompliserte sorgsymptomer enn barn som opplevde at en av foreldrene døde plutselig av naturlige årsaker, f.eks av hjerteinfarkt. Ifølge disse forfatterne kan dette funnet tyde på at barn kan utvikle traumatisk sorg etter mange typer dødsfall, inkludert dødsfall som objektivt sett kanskje ikke ville vært definert som traumatisk.

Barn kan ifølge forfatterne også vise vedvarende sinne og bebreidelse. De kan utvikle en form for komplisert sorg hvor en bestemt emosjonell reaksjon blir dominerende - f.eks sinne, skyld, bekymring eller angst.

Symptomer på komplisert sorg kan variere i forhold til alder og sårbarhet, men mindre barn er mer utsatt og sårbare fordi de er mer avhengige av omsorg, trygghet og kjærlighet i sine nære relasjoner. De kan ikke klare seg alene. Yngre barn har en egen evne til å finne omsorg og kjærlighet i sine omgivelser når de mister en av foreldrene, de tar det de mangler på en måte. Små barn kan spørre rett ut og mase til de får det slik de ønsker. Komplisert sorg kan utløses når gjenlevende forelder ikke klarer å gi den omsorg, trygghet og kjærlighet som er nødvendig (Bugge et al, 2009).

Spesielt blant ungdom er det bortskyving av sorg som er vanlig. Fagfolk antar ifølge Dyregrov et al (2021) at en grunn kan være at et dødsfall hos en nær person virker så sterkt inn på barn og unge at følelsene blir vanskelige å regulere. Bortskyving av sorgreaksjoner kan for noen barn gi funksjonstap som f.eks vanskeligheter med å lære noe på skolen. Sterkt sinne hos barn medfører ofte tidlig kontakt med hjelpeapparatet. Det kan være sinne som retter seg direkte mot den avdøde – «pappa er en idiot som tok livet av seg», men går som regel mest ut over omgivelsene - gjenlevende forelder, søsken eller medelever, helsepersonell eller lærere på skolen. Ofte henger dette sammen med at de ikke ønsker eller klarer å snakke om den døde, og bortskyving av følelser og tanker knyttet til dødsfallet, ifølge Dyregrov et al (2021).

En annen sorgvariant av komplisert sorg er unngåelse. Barnet vil ikke snakke om den døde, ikke være med på aktiviteter eller gå nær steder de forbinder med den døde. Barnet kan også

isolere seg fra sosiale aktiviteter fordi det er vanskelig å vite når og hvor de kan støte på såkalte påminnere, ting som minner dem om avdøde og vekker vanskelige følelser (Dyregrov et al, 2021),

Hos en del unge kan komplisert sorg først vise seg når de er blitt voksne og kanskje skal ta vare på egne barn. Nye vonde opplevelser kan utløse såkalt gammel sorg og ubearbeidet smerte fra barneårene. Komplisert sorg kan da føre til atferdsendringer som gjør at barnet som voksen utvikler sin tapshistorie i negativ retning. Komplisert sorg kan føre til at barn og unge får psykiske og sosiale vansker som hindrer naturlig utvikling som ansvarlige og velfungerende voksne. Derfor er det så viktig å få tak i hva disse barna strever med i sorgen sin og forebygge problemer som kan oppstå senere. Det er mye lettere å forebygge enn å behandle atferdsendringer, samt psykiske og sosiale problemer (Bugge et al, 2009).

Komplisert sorg kan også gi somatiske plager hos barn og unge. Dyregrov et al (2021) hevder at dette henger sammen med bortskjøvet sorg der sorgen ikke uttrykkes via følelser. Det kan være symptomer som mageproblemer, muskel- og skjelettplager, eller hodepine. All oppmerksomhet handler da om disse symptomene, mer enn den underliggende sorgen. Klinikerne møter også på ungdom som regulerer kroppslig spenning etter dødsfall med selvskading eller utvikler spiseforstyrrelser ifølge forfatterne.

#### Terapiformer i forbindelse med komplisert sorg

En forutsetning for en god terapeutisk allianse er å skape motivasjon hos de unge for å jobbe med de tingene som hindrer god fungering og aksept av tapet. Det legges vekt på at barnet skal føle seg møtt og bekreftet, hjelpe barna til å sette ord på hvordan tapsopplevelsen har vært for dem og hva det har betydd, hvilke konsekvenser det har fått for dem. Da er det også viktig gi god støtte til å håndtere disse følelsene.

I begynnelsen er ofte gjenlevende forelder eller omsorgsgivere med på samtalene, der man kartlegger hva som skjedde. Videre kartlegges fakta rundt dødsfallet, hvilken relasjon barnet hadde til avdøde, hvilken informasjon barnet har fått, hvordan skole og barnehage er blitt informert og hvordan familien snakker sammen etter tapet. Små barn tåler i mindre grad enn eldre barn lange, intense samtaler. Det er vanlig å bruke mer konkrete metoder enn bare samtaler – f.eks at terapeuten lar barnet få uttrykke sin sorg gjennom lek, tegning, kortspill

m.m. Noen barn kan ha historikk med tidligere traumer og tap og vil kanskje trenge hjelp til å holdes innenfor sitt toleransevindu for å håndtere følelser (Dyregrov et al, 2021, s.202-203).

Kognitiv atferdsterapi er også en vanlig terapiform i denne forbindelse, spesielt gruppeterapi er vanlig. Mest brukt er psykoedukativ eller psykopedagogisk informasjon om sorg- og traumereaksjoner, der en forteller hva som skjedde, at eventuelt misforståelser rundt hendelsen oppklares. Man tar opp vanskelige følelser som f.eks lengsler og skyld, støtte fra andre, i forhold til merkedager der man tenker ekstra mye på avdøde, og legge til rette for mestringsstrategier hos barna. Det legges også til rette for å styrke barnas evne til å håndtere sine følelser, man snakker om hvilken mening hendelsen og tapet har for barnet, hva de tenker om framtiden, og ikke minst hjelpe barnet med å opprettholde en god relasjon til avdøde (Dyregrov et al, 2021, s.204).

## 6. Metode

### 6.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2020, s.53). Forfatteren sier videre at «begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse spørsmålet eller problemstillingen på en best mulig måte».

Ifølge Hoffmann (forskning.no, 2013) kan verden undersøkes på 2 måter – enten ved hjelp av kvantitativ metode eller kvalitativ metode. Ved bruk av kvantitativ metode samler man inn et stort materiale slik at man kan lese sammenhenger og tendenser, kartlegge utbredelsen av folks holdninger eller finne ut hvor mange pasienter som blir syke av en bestemt medisin. Denne metoden kjenner vi ifra meningsmålinger, spørreundersøkelser m.m.

Kvalitativ metode fokuserer ifølge Hoffmann mindre på årsakssammenhenger og mer på hvordan vi mennesker oppfatter verden og hvilke relasjoner som betyr noe for oss. Metoden gir en annen innsikt i livet enn forskerne kan få med store, overordnede undersøkelser. Det er derfor forskere arbeider med fokusgrupper, hvor man intervjuer en gruppe mennesker samtidig, eller individuelle intervjuer – eller bare observerer folk i hverdagen.

En tredje metode er litteraturstudie. «Der kvantitativ og kvalitativ metode benyttes for å utforske eller finne ny kunnskap, er litteraturstudie en metode som benytter kunnskap som allerede er etablert ved å analysere eksisterende forskning» (Dalland, 2012).

## 6.2 Valg av metode

Jeg valgte å benytte meg av kvalitativ metode i denne oppgaven, fordi kvantitative forhold var sekundære i forhold til den informasjonen jeg ønsket å vite mer om rundt den gitte problemstillingen. Jeg kunne ha valgt kvantitativ metode for å få en bredere oversikt over problemet på landsbasis, kanskje sammenliknet forhold mellom fylker eller kommuner i forhold til hjelpetilbud, omfanget av komplisert sorg hos barn under skolealder, i grunnskolealder eller i videregående skole. Jeg kunne ha samlet inn data som viser om omfanget er større i byer enn på landsbygda, i forhold til levevilkår, er det forskjell på komplisert sorg hos barn av etniske norske og barn med annen kulturbakgrunn? Kanskje jeg kunne ha foretatt en større spørreundersøkelse blant voksne som opplevde komplisert sorg som barn, sett på i hvilken grad de følte de fikk hjelp den gang, hvilke tiltak som fungerte og hvilke som ikke fungerte, eventuelt hva de mener kunne ha vært gjort annerledes hvis det hadde vært i dag. Men jeg er usikker på om jeg hadde hatt tilgang på nyere data og sammenliknet med.

Jeg kunne ha valgt litteraturstudie som metode dersom det forelå mye litteratur og forskning rundt min problemstilling, men det var det ikke, så da var ikke denne metoden aktuell.

Fokus i denne oppgaven som er basert på kvalitativ metode er å se på risikofaktorer, symptomtrykk og bruk av terapi forhold til komplisert sorg hos barn og unge. Da må jeg gå mer i dybden for å få belyst min problemstilling. Derfor vurderte jeg kvalitativ metode som den best egnede metoden å bruke her.

## 6.3 Valg av informanter

Jeg valgte å intervju fagfolk som i det daglige jobber med bl.a. sorgproblematikk hos barn og unge. For å få litt bredde omkring problemstillingen ønsket jeg å intervju litt forskjellige fagfolk som jobber litt ulikt, som har forskjellig utdanning og tilnærming i forhold til barn og komplisert sorg. Senter for krisepsykologi i Bergen - som mye av valgt teori er basert på, ville eller kunne dessverre ikke la seg intervju, men jeg fikk heldigvis innpass hos tre andre interessante informanter som åpnet dørene for meg.

Én av informantene jeg brukte er klinisk sosionom og familierapeut som jobber for en privat organisasjon med pårørende i sentrum, uansett livssituasjon. Denne informanten har jeg kalt for informant A.

En annen informant jeg brukte var en psykologspesialist som jobber hos BUP (Barne- og ungdomspsykiatri) som hadde erfaring med traumebehandling blant barn og unge. Denne informanten har jeg kalt for informant B.

Den tredje informanten jeg fikk innpass hos var en psykiatrisk sykepleier som jobber med sorgstøtte både i forhold til barn og voksne som pårørende. Denne informanten har jeg kalt for informant C. Tjenesten er i regi av et større sykehus som har lang erfaring i dette arbeidet.

Med dette utvalget har jeg en viss bredde i forhold til å belyse problemstillingen ut ifra at en av informantene jobber med pårørende, en av dem jobber som terapeut og mens den tredje jobber med individuell og gruppebasert sorgstøtte.

Jeg har valgt å anonymisere alle informantene av hensyn til personvern og fordi informantene i seg selv ikke er viktige for å få tilgang til den informasjonen jeg trenger for å belyse problemstillingen.

«Valget av intervjupersoner avhenger av hva du ønsker å vite noe om. Ved å velge personer som du mener har bestemte kunnskaper eller erfaringer, gjør du et strategisk valg» (Dalland, 2020, s.79). Det har ingen hensikt for min oppgave å intervju noen som ikke har spesiell kunnskap om og erfaring fra arbeid med barn og unge med atferdsproblemer, som ikke har inngående kunnskap om psykologiske og psykososiale prosesser, eller om sorgprosesser og hvordan disse for noen kan utvikle seg i negativ retning.

## 6.4 Intervjuprosessen

Før jeg kunne starte med intervjuer måtte jeg første søke NSD om godkjenning av mitt forskningsprosjekt. Dette tok noen uker, imens forberedte jeg en intervjuguide med ti spørsmål som jeg tenkte kunne hjelpe meg med å belyse problemstillingen jeg hadde bestemt meg for. Jeg hadde på forhånd kontaktet informanter jeg ønsket å komme i kontakt med, om de kunne tenke seg å stille til intervju når jeg hadde fått på plass godkjenning fra NSD. Da

godkjenningen var på plass, avtalte vi tid og sted for intervju, og jeg sendte dem et infoskriv om prosjektet, intervjuguide med ti spørsmål så de kunne forberede seg litt, og skjema for samtykkeerklæring som ga dem garantier om anonymitet og at lydopptak av intervjuet ville bli slettet etter at sensur for bacheloroppgaven var gitt.

To av informantene hadde jeg fysisk intervju med, mens den tredje informanten hadde jeg digitalt intervju med. Vedkommende bodde og jobbet på en annen kant av landet, det var derfor mest hensiktsmessig å ta intervjuet på Zoom, noe som fungerte helt fint. Selve intervjuene ble tatt opp på en lydopptaker eller diktafon av merke Olympus VN-541, som etterpå ble transkribert og brukt som materiale for funnene som jeg presenterer i denne oppgaven.

## 6.5 Analyse

«Analysen skal hjelpe oss til å finne ut av hva intervjuet har å fortelle» (Dalland, 2020, s.94). Når vi analyserer et intervju, vil oppdelingen i mindre deler hjelpe oss til å få tak i de enkelte sidene ved det intervjupersonen har sagt. Tolkning handler om å forklare innholdet eller betydningen av noe» (Dalland, 2020, s.94). Analysens formål er å få frem innholdet i intervjuene på en mest mulig saklig måte, tolke meningen i den informasjonen som kommer frem og forstå den på en ny måte sammen med teori. Da intervjuene var ferdig transkribert måtte jeg lese gjennom noen ganger før jeg fant ut hva slags koding jeg skulle anvende for å komme frem til passende temaer som jeg så det ble fokusert på under intervjuene. Ti spørsmål ble derfor til sju temaer som jeg følte i stor grad passet til sentrale belyningsområder for min problemstilling. Dette ble min analyse, og for å få frem en bedre oversikt valgte jeg å anvende Schulman's interaksjonsmodell for hjelpeprosessen med fire faser som regnes som en metodisk fremgangsmåte innen sosialt arbeid.

## 6.6 Studiens troverdighet

Krav til validitet og reliabilitet må være oppfylt dersom metodene skal gi troverdig kunnskap ifølge Dalland (2020, s.43). Validitet handler om relevans og gyldighet, det som måles må være relevant og gyldig for problemet som skal undersøkes. Reliabilitet handler om at dataene som måles må være pålitelige og være riktig utført ifølge Dalland.



Min problemstilling handler om et fagfelt som det per idag foreligger lite forskning på, og jeg fant ut av det var få tilgjengelige informanter jeg kunne henvende meg til for å gjennomføre denne studien. Den mest aktuelle informanten, som står for mesteparten av litteraturen som er anvendt i denne oppgaven, kunne dessverre ikke la seg intervju. Det var også varierende erfaring og kunnskap hos mine informanter om temaet som ble tatt opp, likevel følte jeg det var tilstrekkelig til å belyse problemstillingen min fra forskjellige sider. Det som jeg følte gjorde utvalget av informanter interessant, var at de alle tre hadde ulik tilnærming til problemet både faglig og erfaringsmessig, men hadde likevel en del faglige og etiske fellestrekk som gjorde at problemstillingen ble bedre belyst enn om alle informantene skulle være spesialister på området.

Jeg forberedte ti åpne spørsmål som jeg mente kunne hjelpe meg med å belyse problemstillingen min. Jeg stilte de tre informantene de samme spørsmålene, men måtte omformulere dem litt et par ganger underveis og stille oppfølgingsspørsmål, dette fordi jeg opplevde at den enkelte informant hadde litt forskjellig tilnærming til problemstillingen enn den forrige og trengte å få tilpasset spørsmålet litt ut ifra sitt ståsted. I ettertid ser jeg at jeg kanskje kunne ha stilt noen av spørsmålene litt annerledes til den enkelte informant slik at det passet best i forhold til deres forståelse og tilnærming til problemstillingen, eller kanskje stilt andre spørsmål, men jeg ser likevel ikke på dette som et problem, og opplevde det heller ikke som et problem for noen av informantene. Jeg føler alt i alt at spørsmålene jeg stilte og svarene jeg fikk belyste problemstillingen tilstrekkelig.

## 6.7 Kritiske bemerkninger og etisk refleksjon

Kvale et al (2021, s.97-98) tar opp 7 etiske problemstillinger som man må være obs på gjennom hele intervjuundersøkelsen. *Temaet* man velger skal ikke bare være interessant vitenskapelig sett, men skal også være til nytte for samfunnet. *Planleggingen* av intervjuet er viktig på den måten at man skal innhente samtykke fra informantene som deltar i studien, sikre at intervjudataene oppbevares konfidensielt og se på eventuelle konsekvenser studiene kan ha for informantene. Selve *intervjusituasjonen* må være tilfredsstillende for begge parter, slik at ikke informantene opplever stress eller på annen måte får en negativ opplevelse. *Transkriberingen* er å få ned alt det som ble sagt under intervjuene skriftlig og ut ifra etiske hensyn sikre at materialet oppbevares konfidensielt og at man er lojal i forhold til at

materialet gjengir eksakt det som informantene oppga under intervjuet. *Analyseringen* av intervjumaterialet må være etisk vurdert i forhold til om det kun er min tolkning som skal anvendes eller om informantene også skal få være med på å bestemme hvordan deres egne utsagn skal tolkes. *Verifisering* av materialet er forskerens etiske ansvar, det samme gjelder i forhold til hvor kritiske spørsmål som kan stilles til informantene. Til slutt må forskeren vurdere eventuelle konsekvenser en *rapportering* av funnene vil ha for informantene og/eller den institusjonen de representerer.

Min personlige erfaring med komplisert sorg er min egen forforståelse for problemstillingen, dette diskuterte jeg med veileder før jeg bestemte meg for å skrive om temaet. Jeg har forsøkt å være så objektiv som mulig hele tiden og ikke la temaet bli farget av mine egne erfaringer, derfor startet jeg også oppgaven med et forord om min bakgrunn for valg av tema så det skulle være helt klart hvorfor jeg valgte å skrive om komplisert sorg.

En svakhet ved oppgaven er at jeg bare fikk tak i 3 informanter, og at den informanten jeg så på som mest interessant og spesialist på området ikke kunne la seg intervjuet i forbindelse med dette forskningsprosjektet.

Nå var det ikke tillatt å intervjuet barn med komplisert sorg i forbindelse med dette prosjektet, derfor intervjuet jeg fagfolk som i det daglige jobber med barn og unge, bl.a. med denne problematikken. Disse informantene hadde også taushetsplikt i forhold til detaljer omkring sine pasienter. Jeg var heller ikke ute etter detaljer omkring informantene eller deres pasienter, det var de generelle trekkene omkring årsaker til komplisert sorg hos barn og unge jeg var ute etter, typiske symptomer og hvordan disse informantene håndterte det faglig sett som stod i sentrum.

## 7. Presentasjon av funn

Min analyse viser at sju temaer gikk igjen da informantene snakket om sine erfaringer med å bistå barn og unge i kompliserte sorgprosesser. For bedre oversikt valgte jeg som sagt å fordele de sju temaene inn i fire faser inspirert av Schulman's interaksjonsmodell.

I første fase, som jeg har kalt for forberedelsesfasen, starter jeg med hvordan barn og unge som kan slite med komplisert sorg kommer i kontakt med hjelpeapparatet, representert ved

mine utvalgte informanter. Her vurderes også hjelpebehovet. Den andre fasen er åpningsfasen, som omhandler relasjonsbygging med barn og pårørende. Den tredje fasen er selve arbeidsfasen, her ser vi på typiske symptomer for komplisert sorg og den atferden som følger i kjølvannet av lidelsen, hvordan man kan fremme forståelse og mestring, aktuelle behandlingsformer og metodisk sosialt arbeid samt tverrfaglig samarbeid for et helhetlig tilbud. Den fjerde og siste fasen er avslutningsfasen der informantene sier litt om resultat og tilbakemeldinger på hjelpen som gis, og hvordan de eventuelt følger opp.

## 7.1 Forberedelsesfasen

### Kontaktetablering og vurdering av hjelpebehovet

Informant A, som i sitt yrke har fokus på pårørende og forebygging, kunne fortelle at kontakt ofte skjer ved at en voksen eller en forelder tar kontakt i forbindelse med et barn som strever med atferd eller følelser, at de ikke vet hvordan de skal snakke med barnet.

Informant A sa:

«Så da har vi først en grundig samtale med den voksne om hva den ser av reaksjoner, av atferd og av følelsesuttrykk og sånn. Og så kartlegger vi óg i en sånn samtale hvem andre har barnet rundt seg som barnet har tillit til eller stoler på eller kan snakke med. Fordi vi er opptatt av at - jo vi skal ta barnet sitt behov på alvor, og de må gjerne komme inn til oss sånn at vi kan jobbe med det, men vi er óg opptatt av at barn får oftest best hjelp av nære personer, altså de som de allerede kjenner eller stoler på».

Informant B, som er psykolog og jobber på et BUP kontor, kunne fortelle følgende om kontaktetableringen med barna som kommer til dem:

«Når barn og unge henvises til oss så vil det ofte være med spørsmål om et traume. Vi opplever at tap av en nær har ført til en belastning da, i en sånn grad at det har satt ned funksjonsnivået hos barn og ungdom til å vurderes som behov for spesialisttjenestehjelp».

Informant C, som er psykiatrisk sykepleier og jobber på et sorgstøttesenter ved et av landets største sykehus, kunne fortelle at de som regel kommer i kontakt med disse barna ved at de mottar henvisninger fra lege, sykehus eller BUP. Informant C sa:

«Så når vi får henvisning så innkaller vi alltid til en førstesamtale, altså en individuell samtale som ofte er familiesamtale med hele familien. I den samtalen så vurderer vi jo litt hva som kan være behovet, det er jo vanskelig å si».

Informant C kunne også fortelle at de foretar både individuelle samtaler og samtaler med hele familien, noen trenger også flere samtaler eller konsultasjoner før de er klare for hjelp eller behandling.

## 7.2 Åpningsfasen

Etter forberedelsesfasen der kartlegging og hjelpebehov er vurdert, starter åpningsfasen der fokus er relasjonsbygging med barna.

### Relasjonsbygging

Informant B var opptatt av anerkjennelse av følelser: «Det er ekstremt viktig, at en har en anerkjennelse av at dette faktisk er naturlige reaksjoner på ekstreme situasjoner, det er veldig viktig for barnet å få den bekreftelsen.»

Informant C kunne fortelle at relasjonen bygges i de første samtalene, at barnet skal føle seg møtt på sine følelser og prøve å sette ord på det som er vanskelig. Noen foretrekker individuelle samtaler, mens andre blir plassert i samtalegrupper sammen med andre barn. Her bygges relasjoner både med den som leder samtalegruppene, og de andre barna som også har opplevd å miste en av sine nære. Hun kunne også fortelle:

«Noen barn kommer jo første gang i døra og kan fortelle hele tapshistorien med en gang, mens andre må jeg kanskje møte fire ganger før jeg kan begynne å spørre om selve tapshendelsen. Så det er så utrolig forskjellig fra barn til barn og ungdom til ungdom. Noen trenger kjempelang tid på å erfare at jeg er trygg og at de kan ha tillit til meg mens andre får det med en gang».

Informant A kunne fortelle at relasjonsbygging med en voksen omsorgsperson er vanlig når det gjelder yngre barn som den voksne ikke vet hvordan han eller hun skal snakke med eller forholde seg til om det som er vanskelig. Ungdom har kanskje ikke så lett for å snakke med sin forelder om det som har skjedd, så de kommer gjerne oftere til samtale og kan få sette ord på det som er vanskelig, si det som det er, uten å måtte ta hensyn til noen.

### 7.3 Arbeidsfasen

#### Symptomer på komplisert sorg

Det syntes å være enighet blant informantene om at skillet mellom normal sorg og komplisert sorg er vanskelig å definere. De var også ganske enige om at det kan virke som at sorgen kompliseres når barn virker fastlåst og ikke kommer videre i sorgprosessen sin. Det samme gjaldt symptomer som at sorgen så ut til å vare lenger enn normalt og ikke avtok i intensitet.

Informant C kunne fortelle at hun bruker toprosessmodellen som en indikator i forhold til om sorgprosessen ser ut til å forløpe seg normalt, og når den kan se ut til å kompliseres. Hun sa: «Men det jeg ser veldig ofte på er barns mestring av sorgen...altså hvor intens sorgen er over tid, og hvordan de også tilpasser seg endringene av tapet.» Hun poengterte videre at det har mye å si hvordan gjenlevende forelder håndterer tapet, i forhold til hvordan barnet skal klare å mestre sin sorg: «Det ser jeg óg, at hvis det er foreldre som dør, og den gjenlevende forelderen er sårbar, så øker også det risikoen for komplisert sorg hos barn og ungdom.»

Hun nevnte spesielt dette med hukommelse og konsentrasjon som svikter når sorgen blir sterk, at skoleprestasjonene ofte kan gå ned som følge av intens sorg.

Informant C sin erfaring med barn og komplisert sorg er også at barn og unge ofte trekker seg unna, isolerer seg, skyver bort alt som har med sorgen å gjøre, de blir gjerne mer innesluttet. Angst er jo normalt å oppleve hos barn og unge som opplever tap, men det er når angsten blir sterk og varer over lengre tid at man begynner å snakke om komplisert sorg. Hun kunne også nevne at risiko for å utvikle komplisert sorg er spesielt stor hos sårbare barn, barn som har opplevd at det har vært vanskelig før dødsfallet, barn med diagnoser, barn som ikke har fått tilstrekkelig informasjon under sykdomsperioden eller om dødsfallet og dets omstendigheter.

Informant A kunne fortelle at hun jobber mest med forebygging blant barn og pårørende men hadde denne erfaringen med barn som synes å slite med komplisert sorg:

«De har så forskjellige uttrykk, de har gjerne en opplevelse av å ikke komme videre, noen ting blir satt fast, noen temaer eller ting er vanskelige å bevege seg videre ifra. De ser ikke ut til å bli dempet med tiden heller. Da kan man se konturene av det som kalles for forlengede sorglidelser, komplisert sorg».

Hun sa videre at de har ikke diagnosebriller på når de snakker med barna, de er mer opptatt av å få til en god samtale med barnet, være nysgjerrig, vise interesse for barnet og det de har å fortelle eller trenger å snakke om. Informant A sa at dersom det er tydelige symptomer hos barnet på traume, angst eller andre lidelser så kopler de inn mer profesjonell behandling. Frem til da så forsøker de å få til den gode samtalen med barnet, la barnet få sette ord på tanker og følelser, og sammen utforske det vanskelige for å se om det kan bli litt lettere etterpå.

Informant B mente at komplisert sorg er mer vanlig å se hos voksne enn hos barn. I forhold til komplisert sorg hos barn kunne hun fortelle:

«Alle symptomer som observeres hos barn, det er jo en måte å forsøke å søke å mestre en vanskelig situasjon på. Du kan tenke at symptomene kommuniserer med oss. Alle symptomer er jo mestringsstrategier som utvikles fordi en ikke har andre måter tilgjengelig der og da til å takle det som skjer i hverdagen på».

Informant B kunne videre tilføye at det kan synes at sorgen kompliseres når disse mestringsstrategiene går over til å bli permanente, de blir måter å takle hverdagen på. På spørsmål om hvorfor hun mener at komplisert sorg er mer vanlig å se hos voksne enn hos barn mente informanten at det kunne henge sammen med kognitive prosesser. Hun sa:

Tanker, følelser og atferd...alt dette henger jo sammen i et samspill. Hvordan de forstår ting og tenker påvirker jo hvordan vi opplever ting, føler ting, og påvirker igjen hvordan vi handler. Og så har de evnen til å gå ut og inn av ting, engasjerer seg i lek, i aktiviteter, engasjerer seg sammen med jevnaldrende, mens voksne kanskje har mindre, ikke sant. Jeg tror det er mer som faller vekk i en voksens tilværelse hvis det er nære som forsvinner enn hos et barn. Det høres kanskje feil ut men det jeg prøver å si er at barn har en litt annen måte å håndtere det på, det har evnen til å gå ut og inn av ting, og lar seg engasjere, og dermed kommer videre.

Informant B nevnte også risiko for komplisert sorg hos sårbare barn, akkurat som informant C, der det har vært utfordringer i relasjonen til avdøde i forkant, og barnet i etterkant strever med skyldfølelse. Kanskje barnet føler at det kunne ha reddet vedkommende hvis det bare hadde gjort sånn eller sånn, eller at de tenker at kanskje mamma var så sliten av meg at hun ikke orket mer. Hun avsluttet med å si at «det er ofte kompliserte følelser i relasjonen som gjør at det blir komplisert senere.»

## Forståelse og mestring

Informant C kunne fortelle at de legger mye vekt på forståelse og mestring i møte med barn og unge som sliter med sorgprosessen sin. Hun sa:

«Mange av dem har jo ikke kjent på så sterke følelser tidligere. De skjønner egentlig ikke hva som skjer. Så det å skjønne hvorfor er konsentrasjonen og hukommelsen så vanskelig nå f eks? Det at de får vite litt om at det er helt normalt, at det faktisk er forsket på, man har en helt reell kognitiv svikt en periode ikke sant, det å få skjønne hva som skjer med dem, at det er ikke noe galt med dem, men at det er faktisk sorgen som er så kraftig og som kan sette seg i kroppen».

Informant A var også opptatt av mestring, at barn som sørger også kan få lov til å være barn, være sammen med venner og gå på fritidsaktiviteter. Hun sa at dette er arenaer som kan fungere som en beskyttelsesfaktor og at barnet kan føle at de er del av noe større, kjenne på ferdigheter og mestring.

Informant B var opptatt av å hjelpe familien til bedre fungering, lette på de symptomene som medvirker til å komplisere sorgforløpet. Det handler om å hjelpe familien med å mestre hverdagen etter tapet. Hun sa videre:

«Og måten å gjøre det på er jo å hjelpe de til å få en sammenhengende forståelse for den situasjonen som de er i, hva den på en måte gjør med de, og hvordan de kan lære seg å leve med det, belastningen da, som dette er».

## Behandlingsformer og metodisk sosialt arbeid

Informant C kunne opplyse om at toprosessmodellen ligger til grunn for tenkningen bak det sorgstøtteamarbeidet de utfører for pårørende barn og voksne. I tillegg legges det vekt på psykoedukasjon i sorgstøtteamarbeidet med barn og unge, bl.a. toprosessmodellen, toleransevinduet, EMDR og leketerapi for de minste. Informant C kunne også opplyse om at de bruker kognitiv terapi og eksponeringsterapi. Det jobbes mest i grupper, der man fordeler barn og unge sammen med andre jevnaldrende, som er i samme situasjon, der man utveksler tanker, følelser og erfaringer.

Informant B kunne informere om at det legges mye vekt på traumefokusert behandlingsmetodikk i BUP, deriblant traumefokusert terapi som en terapiform innen kognitiv atferds-

terapi. Videre bruker de en del EMDR og traumefokusert omsorg, her legger man vekt på traumerelatert forståelse. Hun sa:

«Det alltid er vesentlig å involvere det systemet som er rundt barnet. For det er jo de som skal håndtere barnet i hverdagen, og som trenger noen redskaper, ikke sant, og forståelse knyttet til hvordan de best kan hjelpe barnet videre».

Informant A på sin side sa at hos dem jobber de etter 4 kjerneverdier: de skal være tilgjengelige, lydhøre, anerkjennende og faglig sterke. De opererer etter et lavterskeltilbud der det er lett å komme til, og de strekker seg langt for å hjelpe barn og unge. De legger vekt på samtalen, å tåle det barnet kommer med, tåle den smerten barnet kjenner på, utforske smerten sammen med barnet, og sammen lete etter mestringsalternativer. De bruker også narrativer som metode for å eksternalisere problemet så det skal bli enklere for barnet å forstå og håndtere sorgen.

#### Tverrfaglig samarbeid

Informant A nevnte tidligere at de henviser til videre behandling – f.eks. BUP, dersom de ser at symptomtrykket er såpass stort hos barna at de ikke kommer videre med den behandlingsmetodikken de jobber med.

Informant B kunne fortelle at hos BUP er alt basert på tverrfaglig samarbeid. Hun kunne fortelle at:

«Vi i BUP er jo tverrfaglige team...sånn at alle pasienter skal jo drøftes i et tverrfaglig team som er satt sammen av spesialist, psykolog, sosionom, pedagog.. Og så er det jo sånn at vi har et samarbeid med kommunehelsetjenesten».

Informant C kunne også opplyse om at de også jobber tverrfaglig, de har et nært og godt samarbeid med BUP, og de er et team bestående av psykolog, psykiatriske sykepleiere, sykepleiere med videreutdanning innen komplisert sorg, og bruker også pedagog. Hun kunne også opplyse om at de har et tett samarbeid med Senter for Krisepsykologi i Bergen, som ved forfatter Dyregrov står for mye av teorien om komplisert sorg som er anvendt i denne oppgaven.



## 7.4 Avslutningsfasen

### Resultater og tilbakemeldinger fra brukerne

Informant A sa at de får ofte tilbakemeldinger fra foreldre om at barnet ofte virker lettere til sinns etter samtaler hos dem. Her får de si ting rett ut, at det er noen som hører på dem og er oppriktig interessert i det de har på hjertet, at det er en viss healing i akkurat det, som informanten selv uttrykte det.

Informant B sa:

Altså hva slags effekt den behandlingen har hatt...det må jo være det at de symptomene som de er henvist her for, sant, da må en jo tenke at dette handler om at en har eh...bedre funksjon, det vil jeg jo si. Tilbake til en normal prosess. Målet er å få en så god fungering i hverdagen som mulig, tross alt.

Informant C kunne opplyse om at de som får hjelp melder om at behandlingen har vært til god hjelp for dem. Hun kunne opplyse om at de bruker resultatene også til å forebygge ved å reise rundt og informere på skoler. Hun sa dette om barna som opplever komplisert sorg:

«De opplever stort press på skolen, og opplever at de blir glemt, og så vet jo vi at det er først etter noen måneder at intensiteten i sorgen også virkelig er høy, for det at da kjenner man på hva den nye hverdagen innebærer. Og det å skulle ha de samme skoleprestasjonene som de andre, det er vanskelig. Også snakker jeg med masse lærere om hvordan de kan tilrettelegge rundt barn og ungdom i forhold til skolesituasjonen da, og i forhold til det at konsentrasjonen og hukommelsen ofte går ganske drastisk ned for mange.»

## 8. Drøfting av funn

I denne delen skal jeg drøfte funnene som ble tematisert i de fire fasene. Jeg starter med forbedelsesfasen.

### 8.1 Drøfting av funn i forberedelsesfasen

Forberedelsesfasen handlet om kontaktetablering og vurdering av hjelpebehovet. Informant A var et lavterskeltilbud for pårørende som ikke krevde henvisning der man ved hjelp av

metodisk sosialt arbeid gjennomførte samtaler med både voksne og barn for å sammen utforske det vanskelige. Informant B jobbet som terapeut hos BUP der kartlegging og hjelpebehov allerede var foretatt hos andre instanser. Informanten brukte mye traumebehandling i sitt arbeid med barn med komplisert sorg. Hos informant C krevdes også en kartlegging og vurdering av hjelpebehov i forkant. Hos denne informanten var kompetansen høy i forhold til at sorgarbeid var kjernevirksomheten deres.

Ifølge Dyregrov et al (2021) gjelder ikke komplisert sorg – eller forlenget sorglidelse som diagnose hos barn, dermed kan de ikke henvisse videre for behandling med mindre de bruker andre diagnoser, f.eks. PTSD, angst og depresjon osv. Dermed må man se på andre risikofaktorer og symptomtrekk for å vurdere hvor man skal fokusere når det videre hjelpearbeidet skal gjennomføres.

## 8.2 Drøfting av funn i åpningsfasen

Den andre fasen handlet om åpningsfasen, når man har vurdert hjelpebehovet og symptomer på komplisert sorg ser ut til å være til stede. Fokus i denne fasen er relasjonsbygging med barn og pårørende for å skape en trygg atmosfære og et godt grunnlag for den videre hjelpeprosessen. Informant B var spesielt opptatt av anerkjennelse i relasjonen. Dyregrov et al (2021) vektlegger det å støtte barnet med å håndtere følelsene sine når det prøver å sette ord på hvordan tapsopplevelsen har vært for dem. Anerkjennelse er en sentral kjernekompetanse innen metodisk sosialt arbeid.

Informant C kunne fortelle at noen barn i starten kunne buse ut med hele tapsopplevelsen med én gang, mens andre måtte hun bruke lang tid på å få noe ut av. Barna var på den måten veldig forskjellige i hvordan de tilnærmet seg den profesjonelle relasjonelt sett. Relasjonsbyggingen ble som regel etablert med hele familien innledningsvis, og etter hvert med barnet som eventuelt viste symptomer på komplisert sorg. Relasjonsbyggingen fortsatte enten med individuelle samtaler eller gjennom gruppeterapi. Også sorggruppene kan ha en relasjonell funksjon i tillegg til den terapeutiske i og med at barna deler tapsopplevelser, møter en større forståelse og aksept for følelser enn kanskje utenforstående.

Informant A fortalte at hun ofte bistod barnets omsorgsperson med hvordan denne kunne hjelpe barnet med selvregulering. Hun lot også ungdom som ikke kunne snakke med sin forelder eller nærmeste pårørende om vanskelige følelser og tanker få fritt utløp i samtaler  
[Skriv her]

med henne. Sosialfaglig sett jobbet hun metodisk både i, med og gjennom relasjonene, og bygget på den måten opp en relasjon både med nær omsorgsperson for å styrke denne i sin foreldreomsorg, og med barnet ved å gi barnet eller ungdommen rom til å sette ord på det som opplevdes som vanskelig.

### 8.3 Drøfting av funn i arbeidsfasen

Informant C brukte tosporsmodellen som en indikator på når sorgen så ut til å avvike fra normalen, og så spesielt på barns evne til å mestre sorgen og hvordan de tilpasset seg den nye tilværelsen over tid. Som risikofaktorer nevnte hun gjenlevende foreldres sårbarhet, barns egen sårbarhet, problemer i forkant av dødsfallet, barn med diagnoser og manglende informasjon. Typiske symptomer kunne være angst, isolasjon fra sosiale fellesskap, bortskyving av sorg, svekket hukommelse og manglende konsentrasjon om skolearbeid. Dette er risikofaktorer man finner igjen på listen både til Dyregrov et al (2021) og Bugge et al (2009). I tillegg kunne informant C opplyse om at de samarbeider tett med Senter for krisepsykologi i Bergen der forfatter Dyregrov er eller har vært aktiv.

Informant A nevnte symptomer som barn som virker fastlåst i sorgprosessen sin, at intensiteten ikke ser ut til å avta med tiden. Hun var mer opptatt av den gode samtalen med barnet, men ville ikke nøle med å henvise barnet videre for behandling dersom barnet viste tegn til traume, angst eller andre lidelser som vanlige utforskningssamtaler ikke kunne kompensere for. Informant A viser at hun har grunnleggende kjennskap til symptomer på komplisert sorg og benytter metodiske samtaler som verktøy for å hjelpe barnet med sine tanker og følelser. Hun viser i tillegg at hun er klar på sin begrensning i forhold hvor langt de kan hjelpe, og henviser gjerne videre til BUP dersom de ser at symptomtrykkene blir såpass belastende for barnet at deres metoder ikke lenger er tilstrekkelig for adekvat hjelp.

Informant B nevnte at komplisert sorg er mest fremtredende å se hos voksne og begrunnet dette med at voksne er mer kognitivt utviklet enn barn. Hun sa selv at det hadde hun ikke belegg for å si, men det var hennes syn på saken. Dyregrov et al (2021) sa at forlenget sorglidelse – her kalt komplisert sorg – er mer vanlig å se hos voksne, men begrunnet det ikke på samme måte som informant B. Samtidig er dette en diagnose som foreløpig gjelder for voksne jfr diagnosesystemene ICD-11 og DSM-5, hvilket kan skyldes at symptomene er mer fremtredende hos voksne enn hos barn med utgangspunkt i kognitive funksjonsnedsettelse og dermed synes å underbygge informant B sin påstand.

Informant B hevdet videre at barns symptomer ofte er tegn på mestringsstrategier, og at det er når disse blir permanente og hemmer dem i hverdagen at man kan se at sorgen kompliseres. Videre hevdet hun at barn har mer evnen til å gå ut og inn av sorgen, lar seg engasjere i lek og med venner, og går dermed lettere videre. Dette er en mer normal sorgmestring ettersom det er slik tosporsmodellen forløper seg i praksis.

Som risikofaktor nevnte hun spesielt dette med sårbarhet hos barn, at kompliserte følelser i relasjonen til avdøde kan føre til komplisert sorg, f.eks. i forhold til skyldfølelse. Dette stemmer overens med det Dyregrov et al (2021) hevdet i forhold til at komplisert sorg skiller seg fra normal sorg ved at den forblir intens og vedvarer over lengre tid, samt reaksjoner og atferd som skiller seg ut fra normale sorgreaksjoner. Bugge et al (2009) nevnte også dette med sårbarhet hos barn, og nevnte spesielt yngre barns sårbarhet fordi de er mer avhengige av omsorg, trygghet og kjærlighet i sine nære relasjoner.

#### 8.4 Drøfting av funn i avslutningsfasen

Informant A sin erfaring etter endt behandling var at barna virket lettere til sinns etter å ha fått satt ord på det som opplevdes som vanskelig. Informant B var opptatt av at behandlingen skulle gi symptomlette slik at hverdagen kunne fungere så normalt som mulig for barna. Informant C hevdet å ha gode tilbakemeldinger fra deltakende barn på sine sorggrupper, og var spesielt opptatt av skoleprestasjoner som ofte går ned når barn opplever komplisert sorg. For å bidra til å forebygge dette var hun også engasjert i å reise rundt på skoler for å informere om problemet med mål om å få flere skoler med på å tilrettelegge bedre for disse barna.

Dyregrov et al (2021) vektlegger viktigheten av at disse barna får delt tapsopplevelsen sin og satt ord på vonde tanker og følelser, og gi dem støtte til å håndtere følelsene sine. Informant A uttrykker at hun har gode erfaringer med sosialfaglig metodikk i samtaler med barn, og at de gir resultater.

Barn med større symptomtrykk kan få det lettere etter traumebehandling hos BUP som sitter på en mer psykologisk traumekompetanse slik at hverdagen kan bli lettere og fungere så normalt som mulig. Hos informant C har flere av terapeutene spesialutdanning innen

komplisert sorg ettersom dette er et tilrettelagt sorgstøttesenter for familier. Informant B var avhengig av henvisninger for behandling, og ettersom diagnosen forlenget sorglidelse ikke gjelder for barn måtte hun bruke bl.a. traumebehandling som metode i arbeidet med barn med symptomer og atferdstrekk på komplisert sorg.

## 9. Avslutning og oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sorg kan utvikle seg til å bli komplisert hos barn og unge, og hvordan hjelpeprosessen fungerer sett fra de profesjonelles ståsted. Jeg tok utgangspunkt i teorien «for å gjenkjenne komplisert sorg er det nødvendig å vite hvordan normal sorg arter seg» (Dyregrov et al, 2021, s.23). Derfor var det naturlig å først se på normale sorgprosesser som modell og så etterpå se hvordan sorg kan bli utvikle seg til å bli komplisert, først for voksne, så for barn, for å se på fellestrekk og ulikheter. Forskjellen syntes i stor grad å være kognitivt og utviklingsmessig betinget, ettersom voksnes tapsopplevelser så ut til å ramme på flere plan mens det hos barn i større grad handlet om barns sårbarhet og tilknytningsbakgrunn, omsorgssituasjon, forståelse og mestring av følelser.

Terapiformene som de profesjonelle benyttet seg av i arbeidet med barn var metodiske og tilpasset den tilnærmingen de hadde i forhold til problematikken. Jeg fikk ikke anledning i denne oppgaven til å undersøke resultater eller tilbakemeldinger på den terapien eller hjelpen som ble gitt da data på dette ikke var tilgjengelig. En kvantitativ metode kunne kanskje gitt mer svar på dette, og det var heller ikke tillatt å intervjuere brukere av tjenester i forbindelse med dette forskningsprosjektet.

Teorien jeg hadde tilgang til slo fast at det er forsket lite på komplisert sorg hos barn og unge, mens lidelsen er blitt innført som egen diagnose for voksne i de mest anerkjente diagnose-systemene. Derfor var det også færre informanter tilgjengelig med tilstrekkelig kompetanse å velge mellom, og den mest sentrale informanten som mye av teorien her er basert på kunne som sagt dessverre ikke la seg intervjuere i forbindelse med dette forskningsprosjektet. Likevel har jeg vurdert det som tilstrekkelig med de tre informantene jeg fikk innpass hos som alle har forskjellig tilnærming til problematikken, men besitter likevel god nok kompetanse og erfaring på feltet.

## 10. Litteraturliste

Backer-Grøndahl, A. og Nærde, A. (2015). *Den viktige og vanskelige selvreguleringen hos barn*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2015/06/den-viktige-og-vanskelige-selvreguleringen-hos-barn> \*

Brandtzæg, I., Torsteinson, S. og Øiestad, G. (2020). *Hva er tilknytning?* Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-tilknytning> \*

Bugge, K.E. og Røkholt, E.G. (2009). *Barn og ungdom som sørger*. Fagbokforlaget. \*

Cohen, J.A., Mannarino, A.P. og Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Universitetsforlaget. \*

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.

Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal \*

Dyregrov, A. (2006). *Sorg hos barn*. Fagbokforlaget.\*

Dyregrov, A. (2006). *Komplisert sorg: teori og behandling*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/08/komplisert-sorg-teori-og-behandling> \*

Dyregrov, A., Dyregrov, K. & Kristensen, P. (2021). *Sorg og komplisert sorg*. Fagbokforlaget.\*

Emdrnorge.no. *Hva er EMDR?* Hentet fra <https://emdrnorge.no/hva-er-emdr/> \*

Fontene.no (2020). *Arv og miljø: noen barn lykkes bra til tross for en tøff oppvekst*. Hentet fra <https://fontene.no/fagartikler/arv-og-miljo-noen-barn-lykkes-bra-til-tross-for-en-toff-oppvekst-6.47.723011.6240b17bb3> \*

Helsedirektoratet (2021). *Dødsfall – sorg og reaksjoner*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/dodsfall-sorg-og-sorgreaksjoner/#sorgens-faser> \*

Hoffmann, T. (2013). *Hva kan vi bruke kvalitativ forskning til?* Hentet fra <https://forskning.no/sosiologi/hva-kan-vi-bruke-kvalitativ-forskning-til/610839> \*

Jakobsen, S.E. (2015). *Selvregulering er grunnmuren for læring*. Hentet fra <https://forskning.no/barn-og-ungdom-norges-forskningsrad-partner/selvregulering-er-grunnmuren-for-laering/516535> \*

Kognitiv.no. *Kognitiv terapi*. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/> \*

Kvello, Ø. (2012). *Tidlig barneverninnsats med utgangspunkt i tilknytningsforskning*. Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1891-1838-2012-03-02> \*

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko*. Gyldendal.

Lein, M. (2021). *Resiliens – om å håndtere en påkjønning*. Hentet fra <https://nhi.no/psykisk-helse/psykisk-egenpleie/resiliens-om-a-handtere-en-pakjønning/> \*

Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Behandling av PTSD*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/kunnskapsbasert-traumebehandling/behandling-av-ptsd/> \*

Nasjonalt Senter for selvmordsforskning og – forebygging. *Behandling av forlenget sorgforstyrrelse*. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/utdanning/fst/> \*

NHI.no (2019). *Sorgreaksjon*. Hentet fra <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/sorgreaksjon/> \*

NHI.no (2021). *Posttraumatisk stresslidelse*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/skader/posttraumatisk-stressforstyrrelse/> \*

Nordenhof, A. (2010). *Narrativer og børnegrupper i psykiatrien – om bruk av narrative metoder i børnegrupper for barn med søskende eller forældre i psykiatrisk behandling*. Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN0807-7487-2009-04-04> \*

Onlinepsykologene.no. *Sorg og komplisert sorg*. Hentet fra <https://onlinepsykologene.no/vanlige-psykiske-plager/sorg-komplisert-sorg/> \*

RVTS Sør (2022). *Traumebevisst ordliste*. Hentet fra <https://www.traumebevisst.no/ordliste/> \*

RVTS Øst / Traumebehandling.no (2020). *Spesifikke modeller*. Hentet fra <https://www.traumebehandling.no/behandle/spesifikke-modeller/> \*

Straume, S. (2020). *Eksponeringsterapi er mer enn eksponering*. Hentet fra <https://bypsikologene.no/2020/02/eksponeringsterapi-er-mer-enn-eksponering/> \*

## 11.Vedlegg

- Intervjuguide med samtykkeerklæring
- Informasjonsskriv
- Godkjenning NSD

# INTERVJUGUIDE

Problemstilling:

Komplisert sorg hos barn og unge

Metode:

Kvalitativ metode, semi-strukturerte intervjuer av informanter / profesjonelle som er kvalifisert til å jobbe med barn og unge i forhold til forebygging og / eller behandling av sorg og/eller komplisert sorg.

Planen er å stille ca 10 åpne spørsmål som skal belyse problemstillingen

Innledende spørsmål ifm intervju:

- Hvordan jobber dere i forhold barn og unge som sliter med sorg etter tap?

[Skriv her]



- Hva er viktig for dere i arbeid med barn og unge som trenger hjelp til å bearbeide og mestre taps- og sorgopplevelser?

### Hovedspørsmål

- Hva definerer dere som normal sorg og komplisert sorg hos denne gruppen (barn og unge)?
- Hva er typiske problemstillinger som gjerne går igjen hos barn og unge som viser tegn til komplisert sorg?
- Hvilke typiske trekk ser dere hos denne gruppen i forhold til f eks sårbarhet, hvem som behøver mest hjelp, individuell tilpasning av behandling f eks?
- Hvilke sosialfaglige metoder og hensyn legger dere vekt på i arbeidet med barn og unge som sliter med komplisert sorg?
- Hvilke behandlings- eller sorgterapi modeller jobber dere etter?
- Hvordan opplever dere at denne gruppen responderer på de tiltakene som blir satt i gang for å hjelpe dem?

### Avsluttende spørsmål

- Hvilke resultater ser dere hos denne gruppen etter endt sorgstøtte / behandling?
- Er det noe dere synes eller mener kunne vært gjort annerledes eller bedre i det arbeidet dere er satt til å gjøre? F eks faglige, politiske, økonomiske eller andre strukturelle begrensninger?

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *”Komplisert sorg hos barn og unge”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske komplisert sorg hos barn og unge. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med denne bacheloroppgaven er å utforske hvordan sorgreaksjoner hos barn og unge kan utvikle seg til komplisert sorg – eller såkalt forlenget sorglidelse som er en diagnose i diagnosesystemene ICD-11 og DSM-5.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet på bakgrunn av dine erfaringer å snakke med barn og unge som sliter med sorgreaksjoner etter å ha mistet sine nære og kjære.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg intervjuer deg på ditt arbeidssted, evt digitalt via Zoom eller Teams, eller pr tlf. Intervjuet er beregnet å ta ca 30-45 minutter, og vil bli tatt opp på lydopptaker. Etter intervjuet er ferdig vil opptaket bli transkribert og anonymisert, og selve opptaket vil bli slettet.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Da intervjuet skal anonymiseres, vil det du sier i intervjuet ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålet vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som student og min veileder ved Universitetet i Stavanger som vil ha tilgang til personopplysningene.

Det transkriberte intervjuet kommer ikke til å inneholde navnet ditt.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når intervjuet transkriberes. Innholdet i intervjuet kommer kun til å være tilgjengelig for meg som student og min veileder.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- - innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- - å få rettet personopplysninger om deg,
- - å få slettet personopplysninger om deg, og
- - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Brita Gjerstad ([brita.gjerstad@uis.no](mailto:brita.gjerstad@uis.no))
- Vårt personvernombud: [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no))

eller på telefon: 53 21 15 00

Med vennlig hilsen

Gurli Olsen (veileder UIS) og Per Eirik Nielsen (student og intervjuer)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Komplisert sorg hos barn og unge», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til (sett et X i ruten under dersom du samtykker):

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

NAVN & ORG. INFORMANT

Stavanger ....../.....2022

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

**NSD** NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

**Referansenummer**

177073

**Prosjektittel**

[Skriv her]

Komplisert sorg hos barn og unge

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Institutt for sosialfag

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Gurli Olsen, gurli.olsen@uis.no, tlf: 94159566

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, bachelorstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Per Eirik Nielssen, per\_eirik@hotmail.com, tlf: 95826463

**Prosjektperiode**

09.02.2022 - 30.06.2022

**Vurdering (1)**

**24.02.2022 - Vurdert**

**OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

---

1 of 3 3/9/22, 10:45 AM

Meldeskjema for behandling av personopplysninger about:blank

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7,

ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

2 of 3 3/9/22, 10:45 AM

[Skriv her]

45

Meldeskjema for behandling av personopplysninger about:blank

Lykke til med prosjektet!