

BSOBAC 3

Bacheloroppgave med forskningsmetode

(Barn som pårørende og posttraumatisk vekst)



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Sosialt arbeid

Sted/Dato

Stavanger / 30.04.21

Antall ord : 12979

(Fremside, forord, innholdsfortegnelse, ord i figurer, referanseliste og vedlegg tas ikke med i ordtellingen)

Kandidatnummer 3067

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1. Begrunnelse for valg av tema	4
1.3. Problemstilling	5
1.4. Begrepsavklaring	5
1.4.1. Sorg.....	5
1.4.2. Pårørende	5
1.4.3. Mestring	5
1.4.4. Posttraumatisk vekst	5
1.5. Formål med oppgaven	6
1.6. Oppgavens oppbygning	6
2. Teori	6
2.1. Barn som pårørende.	7
2.1.1. Barn som pårørende og barnekonvensjonen.....	7
2.1.2. Lover som handler om barn som pårørende.....	7
2.2. Personen i situasjonen – relasjon og tillit	8
2.3. Sorg og sorgreaksjoner	9
2.3.1. Komplisert sorg	10
2.4. Barn og sorg	11
2.4.1. Sorgreaksjoner hos små barn	11
2.4.2. Sorgreaksjoner hos store barn.....	12
2.4.3. Sorgreaksjoner hos ungdom	12
2.5. Mestring og mestringsverktøy	12
2.5.1. Former for mestring av sorg.....	13
2.5.2. To-prosessmodellen.....	14
2.5.3. Sorggruppe som verktøy.....	15
2.6. Posttraumatisk vekst	15
2.6.1. Former for posttraumatisk vekst.....	16
2.6.2. Teoretisk modell, hva ligger bak endringene.	17
3. Metode	17
3.1. Metode	17
3.2. Kvalitativ og kvantitativ metode	18
3.4. Søkeprosessen	19
3.5. Kriterier	20
3.5.1. Kriterier for inkludering	20
3.5.2. Kriterier for ekskludering	20
3.6. Kildekritikk	20
3.6.1. Validitet og relabilitet	21
3.6.2. Relevans og gyldighet for min oppgave	21
4. Presentasjon av funn	22
4.1. Artikkel 1	22
4.2. Artikkel 2	23
4.3. Artikkel 3	23

4.4. Artikkel 4	24
5. Drøfting	25
5.1. Sorg som diagnose – en hjelp til å se sorgen?	25
5.1.1. Treffer diagnosen barna?	25
5.1.2. Fordeler med sorg som diagnose	26
5.1.3. Ulemper med sorg som diagnose	26
5.1.4. Fordelene overgår ulempene	27
5.2. Fange opp barn som sørger	28
5.2.1. Sorgreaksjoners utløsende faktor	28
5.2.2. Relasjon og tillit	29
5.3. Posttraumatisk vekst og resiliens	30
5.3.1. Negative konsekvenser av fokuset på posttraumatisk vekst	30
5.4. Tiltak som kan fremme mestring og posttraumatisk vekst	31
5.4.1. Strategier for sorg og mestring	32
5.4.2. Åpenhet som verktøy	33
5.4.3. Sorggruppe som verktøy	33
6. Avslutning	35
7. Litteraturliste	37

1. Innledning

1.1. Begrunnelse for valg av tema

Det ble for meg naturlig å velge tema som handlet om barn som pårørende og deres sorgreaksjoner, da det er et svært personlig tema. Jeg har selv opplevd som niåring å få beskjeden om at min mor hadde kreft, for så å leve tenårene med frykten for at hun skulle dø hengende over meg. Jeg har også opplevd hvordan det er å miste min kone til kreften. Vi fikk for noen år siden vite hun hadde hjernesvulst, på samme tid som sønnen vår ble født. Hun døde i 2015, etter 3,5 tøffe år med noen oppturer, ellers nedtur på nedtur. Den første tiden etter hun døde var jeg i dyp sorg, men med tidens hjelp kavet jeg meg opp på bena. Mye takket være familie, psykolog og ikke minst sønnen min. I ettertid har jeg brukt mye tid til å tenke på hvordan sønnen hadde det og har det. Hvordan var og er hans sorgreaksjon. Dette er også motivasjonen for finne ut mer om sorg hos barn, og hvordan jeg som profesjonell kan møte barna.

For meg har sorgen vært tung, til tider opplevdes den som uoverkommelig. Jeg har kavet meg gjennom, og på veien har jeg fått nytt syn og ny kunnskap. Sorgen har fått en ny plass i livet, og gir grobunn for noe positivt. Nå kan jeg få bruke erfaringene til å hjelpe andre. Det er altså mulig for voksne å komme styrket ut av sorg. Er dette også mulig for barn? Kan sosionomer være med å gi barna de verktøyene de trenger for å håndtere sorgen, og for å komme styrket ut?

Jeg vil i denne oppgaven bruke forskning og aktuell faglitteratur, kombinert med egen livserfaring, for å se på hvordan sosionomer kan møte og gjenkjenne barn i sorg og gi dem mestringsverktøy og hjelp, slik at de om mulig kan komme styrket ut.

1.2. Relevans for sosialt arbeid

Sosionomer jobber ut fra et yrkesetisk dokument, og har som oppdrag å bistå mennesker som på forskjellige måter har behov for hjelp, slik at disse får sikret verdige levekår og livskvalitet. Det handler om hjelp til selvhjelp, altså at sosionomene tar utgangspunkt i individene sine resurser og ser personen i situasjonen (Fellesorganisasjonen (FO), 2019, s. 2). Sosionomer jobber på skoler, i barnevern, NAV, rusomsorg osv. Alle er plasser hvor det med stor sannsynlighet vil oppstå møter med barn som pårørende og ofte også i sorg.

1.3. Problemstilling

Med innledende refleksjoner som grunnlag, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan en sosionom i møte med barn som pårørende eller etterlatte til alvorlig syke foreldre eller søsken, se deres sorg og gi dem verktøy til å mestre sorgen, slik at det dannes grunnlag for posttraumatisk vekst?

1.4. Begrepsavklaring

1.4.1. Sorg

«Fra et vitenskapelig synspunkt er sorg de psykologiske reaksjonene som følger av et tap, ledet av sosiale, kulturelle, kroppslige og åndelige konsekvenser» (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 12). Sorg oppleves forskjellig, utarter seg forskjellig og er av ulik alvorlighetsgrad, noe jeg kommer inn på i oppgaven.

1.4.2. Pårørende

Ifølge Bahus (2017) er pårørende de personer som har rett på informasjon om hva som feiler pasient, og som i noen tilfeller har rett til å medvirke. Pasient- og brukerrettighetsloven legger føringer for hvem som kan bli definert som pårørende, men det er i utgangspunktet pasient selv som bestemmer hvem som er pårørende (jf. pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3 bokstav b). Når det gjelder barn som pårørende kommer jeg tilbake til det senere i oppgaven.

1.4.3. Mestring

Å mestre noe betyr at man behersker eller har kontroll over noe, som eksempelvis reaksjoner som kommer etter dødsfall. Det engelske begrepet «coping», som blir mye brukt i faglitteratur, legger vekt på at en skal klare utfordringer i livet ved å bruke de ressurser man har (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 31).

1.4.4. Posttraumatisk vekst

PTV, eller posttraumatisk vekst, vil si at når en opplever en katastrofe, eller et stort tap, kan dette føre til personlig endring. En kan oppdage nye sider ved seg selv, få en dypere kontakt med andre mennesker, verdsette seg selv mer, få nye verdier eller kjenne på noe oppløftende

ved å kunne støtte andre i en tilsvarende situasjon. (Hansson, Kalstad & Wold, 2017, s. 13). Med andre ord er tanken at det er mulig å vokse gjennom sorgen og komme styrket ut.

1.5. Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å sette fokuset på barn som pårørende og etterlatte, og hvordan situasjonen de står i kan utløse sorg og sorgreaksjoner. Sorgreaksjoner er normalt knyttet til negative, vonde og tunge opplevelser, men jeg vil i oppgaven også ha fokuset på muligheten til å komme endret og styrket ut av sorgen. Ønsket er at ved å lese oppgaven, kan sosionomer og andre få mulighet til å gjenkjenne sorg hos barn, slik at barna blir sett, ivaretatt og får den hjelpen de skal ha. Målet er at ved å håndtere barnas sorg og sorgreaksjoner riktig, gir sosionomen dem verktøy til å håndtere sorgen, og dermed mulighet for å oppleve mestring og posttraumatisk vekst.

1.6. Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er delt opp i seks deler. I første del begrunner jeg valg av tema, presenterer problemstilling og formål. I del to presenterer jeg teori. Her skriver jeg først om barn som pårørende, hvor jeg kommer inn på lover og regler. Jeg skriver så litt om relasjon og tillit, før jeg retter jeg fokus over på sorg, sorgreaksjoner og sorg hos barn, etterfulgt av teori rundt mestring. Denne delen avsluttes med å utdype hva posttraumatisk vekst er. Del tre av oppgaven handler om metode. Jeg forklarer kort hva metode er, hvilken metode jeg har valgt og begrunner denne. Videre hvordan jeg har gått frem for å finne kilder og artikler. Jeg skriver også litt om kildekritikk, før jeg i del fire presenterer artiklene jeg bruker i oppgaven. I del fem presenterer jeg funn fra artikler, og drøfter dette opp mot teori. Del seks er oppsummering og avslutning av oppgaven.

2. Teori

I dette kapittelet skal jeg utdype hva det vil si å være «barn som pårørende». Hva sier lovverket, og menneskerettighetene? Jeg ser på hvordan profesjonen som sosionom og barn som pårørende henger sammen. Jeg går også dypere inn på sorg og hvorfor det er viktig å fange opp barn som sørger. Jeg vil komme inn på teorier om mestring og se på hvilke mestringsverktøy vi som sosionomer bør vite om i møte med barn som sørger. Avslutningsvis går jeg nøyere inn på begrepet posttraumatisk vekst.

2.1. Barn som pårørende.

«Barn er pårørende når én av foreldrene eller en annen nær omsorgsperson eller et søsken blir syk eller skadet, har en funksjonsnedsettelse eller et rusproblem» (Bergem, 2018, s. 18). Barn som pårørende skal tolkes vidt, og fanger opp både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Barn som pårørende gjelder barn under 18 år (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Ifølge Haugland et al. (2015, s. 14) er det bred enighet innenfor forskning, praksisfelt og myndigheter om at det er behov for god informasjon, støtte og hjelp til barn som pårørende. Dette var også grunnlaget for at det i 2010 kom lovendringer for bedre ivaretagelse av barn under 18 år. Formålet med lovendringene var at barn skulle sikres å bli fanget opp tidlig, og at det skulle settes i gang prosesser som gjorde at barn og foreldre ble bedre rustet til å mestre situasjonen med en alvorlig syk forelder. Formålet var også at det skulle forebygges mot at det oppstod problemer hos barn og foreldre (Helsedirektoratet, 2010, Forord).

2.1.1. Barn som pårørende og barnekonvensjonen.

FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen) ble vedtatt av FN (De forente nasjoner) 20. november 1989. Den ble ratifisert av Norge 8. januar 1991. Den er vedlegg nummer 8 i Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett, fra 1999. Formålet med barnekonvensjonen er å gi barn og unge under 18 år, de samme grunnleggende rettighetene (Unicef, 2021). Det er særlig to artikler i barnekonvensjonen som er viktige sett opp mot barn som pårørende. Den ene handler om barnets beste, og slår fast at prinsippet skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn (jf. Barnekonvensjonen, 1989, artikkel 3). Den andre ivaretar barns ytringsfrihet og slår fast retten til å bli hørt (jf. (Barnekonvensjonen, 1989, artikkel 12).

2.1.2. Lover som handler om barn som pårørende.

Spesialisthelsetjenesteloven (sphl) § 3-7 a. sier hvordan helseinstitusjoner som dekkes av loven, så langt det lar seg gjøre, skal ha personell som har i hovedoppgave å ta seg av barn som pårørende. Disse skal arbeide med å fremme og koordinere helsepersonellet sin oppfølging av mindreårige barn. (jf. sphl §3-7 a.). Barneansvarlig personell er personer som er ansatt i helsevesenet med et særskilt ansvar. De skal påse at alle avdelinger på sykehuset har fokus på og jobber systematisk med at barn som pårørende blir sett og får hjelp. Videre skal de passe på at prosedyrer og rutiner rundt ivaretagelse av barn følges opp. For å kunne gi den hjelp en barneansvarlig skal gi, må denne ha god kjennskap til lokale gruppetilbud,

aktivitetstilbud og hjelpeordninger. Barneansvarlig skal også fremme barneperspektivet, altså tale barnas sak i møter, men det kan også dreie seg om å innrede og tilrettelegge rom som gjør barna trygge, både for å ha samtaler i, men også til leke og slappe av i (Bergem, 2018, s. 20).

Helsepersonelloven (hpl) gir derimot i § 10 a. et særskilt ansvar til alt helsepersonell, ikke bare til en barneansvarlig. Loven gir helsepersonell en «plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken» (hpl § 10 a.). Bergem (2018, s. 20-21) forklarer at regelen gir helsearbeidere et ansvar for å finne ut om pasienter de behandler har mindreårige barn eller mindreårige søsken, og om disse blir ivaretatt. De har også ansvar for å passe på at barnet får forståelig informasjon om hva som skjer med den voksne, hvor syk den er og hva som skjer fremover når de skal behandle sykdommen. Videre har de et ansvar for å passe på at barnet får riktig oppfølging når det er nødvendig. Det ble i juni 2017 tilføyd en ny paragraf, da loven ikke omfavnet de barna som var etterlatte. Denne gir helsepersonell en plikt til å ivareta behovet for informasjon og gi barnet den nødvendige oppfølgingen det trenger når foreldre eller søsken dør (Jf. hpl § 10 b.).

Siden begge lovene som er omtalt over gjelder for helsepersonell, og sosialarbeidere ikke er å regne som helsepersonell, er endringen som kom i helsepersonelloven § 25 tredje ledd viktig sett med en sosialarbeider sine øyne. Denne regelen gir helsearbeidere, med tillatelse fra pasienten, lov til å frigi taushetsbelagt informasjon når det er nødvendig, til de som samarbeider med å ta vare på barnet som pårørende (jf. hpl § 25, 3. ledd). Altså kommer ikke taushetsplikten helsepersonell har, til hinder for samarbeidet med annet personell. «*Også andre enn helsepersonell kan være samarbeidene personell (...). Eksempel på annet personell i andre virksomheter kan være lærere som følger opp barna*» (Helsedirektoratet, 2010, s.19). En sosionom som jobber i barnevernet, eller som miljøterapeut på en skole, vil ofte være en del av fagfolkene som samarbeider med helsepersonellet i oppfølgingen av de berørte barna, og vil da gå under denne bestemmelsen. For å ivareta rettsikkerheten, vil alt samarbeidende personell få tilsvarende taushetsplikt som helsepersonellet (Helsedirektoratet, 2010, s.19).

2.2. Personen i situasjonen – relasjon og tillit.

Som sosionom kan en fort havne i en jobb hvor man vil komme til å møte barn som pårørende, og ofte barn som bærer på en sorg. Om det er i barnevernet, rusomsorgen eller på skolen, vil det ofte være et barn som er lidende grunnet foreldre sine handlinger, eller

sykdom. I møte med disse barna og familiene, er det spesielt tre ting som er viktig for å kunne gi god og riktig hjelp. Det handler om å se, bygge relasjon og oppnå tillit.

Ifølge Berg, Ellingsen, Levin og Kleppe (2015, s.19) skal vi som sosialarbeidere se klienten, i seg selv, og sammenhengen denne befinner seg i. Sagt på en annen måte ”individet eller gruppen i dets kontekst” (Levin, 2004, s.68). Med kontekst tenker vi på alt fra familie og nærmiljø til det som har med kultur og politikk å gjøre (Levin, 2015, s. 38). Man må altså se personen, som i denne oppgaven er et barn, og forstå dette ut fra omgivelsene sine. Hvilken situasjon står barnet i? Har familie, venner, miljø osv. noe å si for situasjonen? Som sosialarbeidere ønsker vi å hjelpe barnet best mulig og for å få til det trenger en å sette seg inn i barnet sin situasjon, så langt det er mulig.

For å sette seg inn i barnet sin situasjon, og å få godt innsyn i saken, er det en forutsetning at sosialarbeider klarer å bygge en god relasjon, som igjen fører til tillit. Mellom sosialarbeider og barnet, er det to relasjoner. Sosialarbeider sin relasjon til barnet og da dette sine omgivelser, og barnet sin relasjon til sosialarbeider (Levin, 2004, s.91). Denne relasjonen handler om personen i situasjonen. Det handler om å se barnet, og relasjonen er med på å bygge tillit. Får en opparbeidet seg en god relasjon og tillit, vil dette gi sosialarbeider unike muligheter til å få en dypere innsikt og forståelse av situasjonen til barnet og på denne måten også få et større innpass hos barnet til å gi god og målrettet hjelp.

2.3. Sorg og sorgreaksjoner

Sorg er noe vi alle har opplevd eller kommer til å oppleve i livet. Det er en del av det å leve, det å være menneske. Sorg oppleves også på mange forskjellige måter. Å miste en nær og kjær person, medfører smerte, savn og lengsel. Har tiden vært preget av langvarig sykdom, er sorgen ofte blandet med utmattelse, og har det vært mye lidelse for den avdøde, kan sorgen også inneholde en følelse av lettelse og fred. Sorgen utarter seg også forskjellig avhengig av omstendigheter rundt dødsfall. Ved langvarig sykdom har en ofte fått tid til å ta farvel, men ved selvmord eller ulykker, kommer døden brått og uventet. Dette vil igjen føre med seg en mengde nye følelser og sorgreaksjoner. Selv innenfor samme familie kan sorg oppleves svært forskjellig hos de etterlatte (Dyregrov & Dyregrov 2017, s. 11-12).

Ifølge Dyregrov & Dyregrov (2017, s. 13-14) fører sorgen med seg en mengde forskjellige reaksjoner, som rammer svært ulikt. Noen kjenner hvordan savnet og tristheten river og sliter i kroppen, så intenst at en kan få en følelse av å bli gal. Skyld og selvbebreidelse er også noe mange kjenner på. Tanken på alt de skulle gjort, eller sagt. Ofte ting som ikke har noe reelt grunnlag. Folk kan også reagere med sinne og irritasjon. Sinne for det som har skjedd, for at en blir alene og føler seg forlatt eller sinne mot helsepersonell. Sinne er en naturlig del av sorgen. Sorgen kan også føre til kroppslige reaksjoner som søvnproblemer, svekket konsentrasjon, vondt i kropp og manglende matlyst. Dette kan føre til bekymringer for egen helse, og frykten for egen fremtid som plutselig kan oppleves usikker.

Dyregrov & Dyregrov (2017, s. 15-17) er også tydelige på at om man mister noen på en dramatisk måte, vil man oppleve en blanding av sorgreaksjoner og traumereaksjoner. Tapsreaksjonene handler om savn og lengsel, traumereaksjonene handler om gjenopplevelse og økt beredskap for frykt og fare. Måten dødsfallet skjer på og alle de traumatiske minnene, tankene og fantasiene en bærer på, er noe fagfolk må være oppmerksomme på. Det er viktig å fange dette opp og gi hjelp for å dempe traumereaksjonene, slik at de ikke kompliserer sorgen.

2.3.1. Komplisert sorg

Når går sorgen over fra å være vanlig til komplisert? Ifølge Bugge & Røkholt (2009, s. 177) er det vanskelig å klart definere hva komplisert sorg er, da den blir til over tid. Vanlige sorgreaksjoner, blir over tid fastlåst. Dyregrov & Dyregrov (2017, s. 62) setter prosessen inn i et tidsaspekt. Om en 6 måneder etter dødsfall/traumatisk hendelse, har intense og sterke sorgreaksjoner, som er like sterke eller øker i styrke, trekker seg unna kontakt med verden rundt, forandrer seg som person eller ikke fungerer i dagliglivet eller på jobb/skole, bør en søke hjelp. Dette er normale sorgreaksjoner, men ikke når det har gått 6 måneder. Dette underbygges også av at WHO (verdens helseorganisasjon) i 2018 gjorde sorg til en diagnose. Forlenget sorgforstyrrelse inngår nå i diagnosemanualen ICD-11 (Strand, 2018, s. 644-645). Dyregrov et al. (2014, s. 3-4) viser til at det er ulike former for komplisert sorg. Den vanligste er den sorgen som ikke går over, som altså er intens og varer mer enn 6 måneder. Dette kalles forlenget sorg eller kronisk sorg, og er den type sorg som rammes av ICD-11. Videre sier de at andre kompliserte former for sorg er at sorgen blir låst fast etter traumatiske ettervirkninger, sterk skyldfølelse eller sinne, at sorg setter seg som somatiske plager. Til slutt

nevner de en variant av komplisert sorg hvor den som sørger bruker all sin energi på å holde sorgen, tankene og minnene på avstand. Denne måten å utsette sorgen på, er spesielt vanlig blant unge.

2.4. Barn og sorg

Hva er et barn? Ifølge Røkholt og Bugge (2018, s. 131) regnes man som barn fra man er nyfødt til man blir myndig. For å gi best mulig hjelp og støtte, er det derfor viktig å dele opp i grupper. Ser en på sorgstøttetilbud er disse normalt klart avgrenset i alder, og metoder man velger er ofte tilpasset visse aldersgrupper. Hvordan sorgen kommer til uttrykk, er normalt avhengig av alder, men også personlighet og temperament vil spille inn. Hvordan barnet reagerer i en normalsituasjon, vil farge sorgreaksjonene, da væremåten ofte forsterkes gjennom sorg. Erfaringer barn har hvordan andre reagerer på barnets atferd, gir også barnet erfaringer som virker inn på barnet (Røkholt og Bugge, 2018, s. 133). Videre vil jeg skrive om barns sorgreaksjoner, og deler da inn i tre grupper. Små barn (0-5 år), store barn (1.-7. klasse) og ungdom (opp til 18 år) (Røkholt og Bugge, 2018, s. 131).

2.4.1. Sorgreaksjoner hos små barn

Små barn reager ofte ikke på krisens budskap. De forstår ikke innholdet og omfanget. De små barna reagerer på konsekvensene av krisen. Det er når de voksne gråter, roper, skjelver, eller på annen måte endrer atferd, at barna reagerer. Det er fordi disse handlingene gjør det virkelig for barna at noe fælt holder på å skje (Landsforeningen uventet barnedød, 2014, s. 6). Ifølge Røkholt og Bugge (2018, s. 134 og 135) reagerer små barn ofte med at de får et stort behov for nærhet til trygge voksne. De kan bli preget i lang tid av sterk separasjonsangst og inkontinens. De kan midlertidig glemme ferdigheter de nylig har lært. Barna kan oppleve problemer med å regulere indre følelser, som viser seg i fysiske handlinger, som eksempelvis at de slår seg selv. Mange barn får problemer med å sove alene, blir redde om natten og våkner mye. De kan også i lang tid lete fysisk etter den som er død, eller spør hvor den som er død er, selv om barna er klar over svaret. Små barn bruker lek og ting til å forstå det som virker uforståelig. Ved å leke samme lek om og om igjen, er det deres måte å bearbeide det som har skjedd, og å uttrykke følelser på. Barna går inn og ut av sorgen, grunnet de har begrenset kapasitet til å tåle sterke emosjoner over lang tid. Det er derfor normalt at de sørger i perioder, ofte over flere år.

2.4.2. Sorgreaksjoner hos store barn

For barn i skolealder, vil venner få større og større plass, likevel er familien og foreldre det viktigste for barna, og de vil fort oppfatte forandringer hjemme. De kan få urealistiske tanker om skyld og ansvar når det kommer til alvorlig sykdom i familien (Bergem, 2018, s. 62).

Barna i denne alderen forstår bedre hva døden er, og at den døde ikke kommer tilbake, men de har liten kapasitet til å mestre store tap. Barna blir ofte mer utspørrende om detaljer som opptar dem, og spør gjerne flere i forsøk på å forstå. At barnet kranbler mer, blir lettere irritert og mer i opposisjon, kan være måter sorgen viser seg på (Røkholt og Bugge, 2018, s. 135). I følge Dyregrov (2006, s. 22) er andre vanlige sorgreaksjoner blant annet angst, problemer med søvn, lengsel og savn, oppmerksomhetskrevende atferd, skam, skolevansker og somatiske plager. Barn liker heller ikke følelsen av å være hjelpeløs, da det av andre skolebarn blir sett på som barnslig. Dette kan føre til at mange barn skjuler hvordan de har det, og det kan da fra utsiden oppfattes som de mestrer tapet (Røkholt og Bugge, 2018, s. 135).

2.4.3 Sorgreaksjoner hos ungdom

Ungdom er normalt nært knyttet til familien, men har også et selvstendig liv der venner kan bety mye. Bugge & Røkholt (2009, s. 46-49) viser til at forholdet til venner kan by på flere utfordringer når en ungdom er i sorg. Endringer og uro hjemme, kan og føre til at ungdommer trekker ut av hjemmet for å heller være med venner. Noen føler for å skjule hvordan de har det, og hvordan det er hjemme, i frykt for å miste venner. I slike situasjoner kan det føre til at de opplever tidligere venner som umodne, og trekker mot eldre ungdom med mer livserfaring. For noen kan denne flukten fra hjemmet og sorgen, føre til bruk av alkohol og utagerende atferd. Tidlig tap av forelder er knyttet til økt risiko for helseproblem gjennom livet. Røkholt og Bugge (2018, s. 136) viser også til at mange ungdommer i sorg sliter med konsentrasjon og svekket hukommelse. Skolen blir en utfordring, noe som i flere tilfeller påvirker karakterer negativt og fører til økt fravær. I forhold til de yngre barna, tenker ungdom mer over det som har skjedd. De gråter oftest når de er alene, og kan være plaget med tanker som gir dem skyldfølelse. Tanker som at de kanskje ikke hjalp nok til eller at de tenkte for mye på seg selv.

2.5. Mestring og mestringsverktøy

Som beskrevet tidligere handler mestring om å beherske eller har kontroll over noe. Ved å bruke ressursene vi har, kan vi klare å beherske utfordringene i livet (Dyregrov & Dyregrov,

2017, s. 31). Disse ressursene kan være personlige, altså noe vi har inni oss, og ytre ressurser. De personlige ressursene ligger mye i genene, og vises igjen i temperament og personlighet, men kan og variere med blant annet alder, kjønn, utdanning og tidligere erfaringer. De ytre ressursene er knyttet til det sosiale som familie, slekt og venner, men også til barnehage, skole og andre sosiale fritidsaktiviteter (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 32-33).

2.5.1. Former for mestring av sorg

Når alvorlig sykdom rammer en familie, og det verste skjer, at en forelder faller fra, mestrer de sørgende dette på forskjellige måter. Dyregrov & Dyregrov (2017, s. 34) deler inn i fire hovedformer for mestring ved sorg:

1. Beslutninger, tenkemåter og tankestyring

Sorgen kan virke uoverkommelig, men livet må gå videre. Vilje, refleksjon og bevissthet er egenskaper mange etterlatte viser. De er motivert av bestemte holdninger, som at de skal overleve og ikke la sorgen ta overhånd eller at de kan påvirke egen sorgprosess eksempelvis med å forsøke å ha fokus på de små positive tingene og ikke de mange opplevde negative tingene i livet (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 34-37).

2. Aktiv og konfronterende

De sørgende går aktivt inn for å møte sorgen. Åpenhet blir sett på som en av de viktigste mestringsstrategiene, og er viktig med tanke på egenmestring. Å være åpen og ærlig med sine følelser, til familie, venner eller ukjente, har for mange vært et viktig bidrag til å få det bedre, både på kort og lang sikt. Mange opplever også at det er lettere å få støtte fra omgivelsen om en er åpen. Andre konfronterer tapet. Noen ønsker å se den døde i kisten, eller ønsker å vite mest mulig om dødsfallet. Andre ønsker å snakke mye om den som er død. Selv om det er smertefullt, gir det mange en opplevelse av noe godt og meningsfullt (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 38-42).

3. Unngående og beskyttende

Det er ikke uvanlig at etterlatte unngår steder eller aktiviteter som minner om den døde. De skjerner seg fra det som trigger de tunge følelsene. Noen velger å skru av TV dersom det kommer programmer om kreft, fordi de selv er pårørende. Det

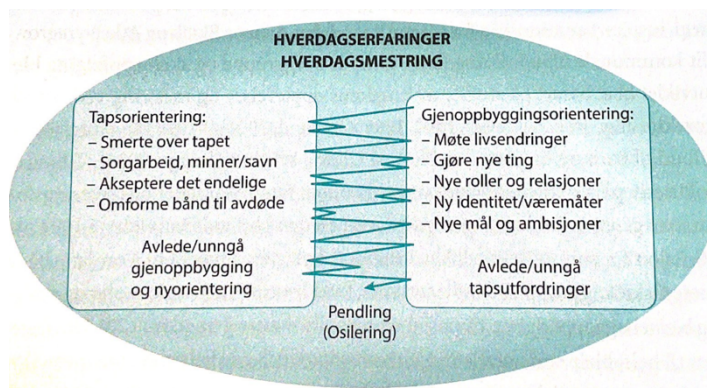
oppleves for nært og for vondt. Noen utsetter besøk til graven, eller lar klær og ting stå i skapene. Det blir for tungt å gå videre, og en beskytter seg selv ved å utsette det hele. Andre trener, lytter til musikk eller pusser opp og gjør noe lystbetont for å få avstand fra det tunge (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 45-47).

4. Støtte og hjelp

Mange etterlatte ønsker støtte og hjelp fra sitt sosiale nettverk (familie, venner, naboer, skolekamerater), fra andre som har opplevd noe lignende (likemenn) og fra profesjonelle (helse- og sosialtjenester, skole, religiøse institusjoner), i sin søken etter å best mulig takle sorgen. Det er vanlig at de etterlatte trenger hjelp, lengre enn de fleste tror. Å være i offerposisjon er noe de fleste ikke ønsker, og det er derfor viktig for de etterlatte å klare seg selv, de ønsker å få hjelp til selvhjelp (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 48-50).

2.5.2. To-prosessmodellen

To-prosessmodellen (Dual Process Model of Bereavement – DPM), ble utviklet av Margaret Stroebe og Henk Schut i 1999 (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 25). Ifølge Sandvik et al. (2018, s. 36-37) skiller modellen mellom to typer stressorer (belastninger) i sorg. Den ene siden er taps-stressorer og den andre siden er forandrings-stressorer eller sekundære stressorer. Taps-stressorer vektlegger fokusering på selve tapet. Savn, lengsel , smerter over tap, tomheten og fraværet er ofte i fokus her. De sekundære stressorene handler om forandringer i livssituasjonen som en konsekvens av tapet, og som den etterlatte må forsøke å mestre. I bearbeidelse av sorg, må en finne en balanse ved at en pendler mellom disse to stressorene. Vellykket pendling fører til at den sørgende ikke forblir i sorgen eller konstant unngår å være i sorgen, noe som igjen bidrar til at kompliserte sorgreaksjoner unngås (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 25).



Figur 1: To-prosessmodellen av Stroebe og Schut, 1999. Hentet fra Sandvik et al. (2018, s. 36).

2.5.3. Sorggruppe som verktøy

Sorggruppe kan være et godt verktøy i bearbeidelse av sorg. En sorggruppe er en plass hvor en kan møte andre som står i lignende situasjon som en selv. En plass hvor det er rom for sorgen. Det er arena hvor en kan prate om det som ligger på hjertet og sette ord på det som er tungt. En kan dele opplevelser, savn og bekymringer. En kan søke råd og trøst, fra andre som «virkelig forstår». Sorggrupper blir ofte et fristed, hvor sorgen og reaksjonene normaliseres (Dyregrov et al., 2012, s. 15). En sorggruppe kan ta mange ulike former, bestemt ut fra hvilke organisasjoner som driver dem, gruppelederens bakgrunn og hvilket formål en vil oppnå med gruppen. Som eksempel kan det nevnes tre ulike grupper: Terapeutiske, faglig styrte og likemannsgrupper. Terapeutiske grupper ledes av fagfolk med terapiutdannelse, og har ofte et terapeutisk formål, som eksempelvis økt evne til mestring og selvforståelse. Faglig styrte grupper ledes ofte av sosionomer, diakoner og andre yrkesgrupper uten terapiutdannelse, og det trenger ikke være faglig begrunnelse for formålet med gruppen. Likemannsgrupper ledes av frivillige som har opplevd tap og har personlig erfaring med sorg. Slike grupper har oftest hjelp til selvhjelp som formål (Dyregrov et al., 2012, s. 15 - 16).

2.6. Posttraumatisk vekst

Når vi mister noen vi er glad i, eller står ved siden av dem når de er syke, og ser de kjemper og har det vondt, kan opplevelsen snu opp ned på livet. Eller opplever vi å være i en ulykke, eller i en naturkatastrofe, vil det kunne prege oss i lang tid i etterkant. Dette er traumatiske opplevelser, som normalt påvirker oss både psykisk og fysisk. Sorg og traumer blir ofte forbundet med blant annet redsel, sårbarhet, tristhet, uro, søvnforstyrrelser (Bugge & Røkholt,

2009, s. 34-39). Ved riktig bearbeidelse av traumatiske hendelser, store kriser og sterke sorgreaksjoner, er det i følge Hafstad & Siqveland (2017, s.135) mulig å oppleve at en blir sterkere, får bedre relasjon til familie og venner og at livet får en dypere mening. Med andre ord har den tragiske hendelsen fått føre med seg noe nytt, noe som oppleves positivt, og som på fagspråket kalles posttraumatisk vekst.

Posttraumatisk vekst er ikke en ny tanke. Hafstad & Siqveland (2008, s. 1) viser til at tanken om at traumatiske opplevelser kan føre til vekst og personlig utvikling er noe en kan finne igjen i blant annet tankegangen innenfor krisepsykologi. Det er derimot i de siste par tiårene at det har vært mer forskning på området.

2.6.1. Former for posttraumatisk vekst

Vekst etter traumatiske opplevelser beskrives forskjellig avhengig av kulturer. Det er likevel tre former for positiv endring som er dominerende: Personlig styrke, endrede relasjoner og nye verdier/livsfilosofi. Ved å oppleve og gjennomgå traumatiske opplevelser kjenner mange at de blant annet har større utholdenhet, bedre evne til å tenke klart i vanskelige situasjoner og evner å mestre utfordringer på en annen måte enn tidligere. Troen på egen styrke kan komme fra mestring av den traumatiske hendelsen, og fra mestring av utfordringer etter den traumatiske hendelsen (Hafstad & Siqveland 2017, s.140).

Bedre relasjon til andre mennesker er det andre området hvor mange mennesker uttrykker positiv endring og vekst. Relasjon til andre personer er særdeles viktig for oss mennesker. Etter å ha gjennomgått traumatiske hendelser beskriver mange at relasjonene de har til andre har blitt nærere, ærligere og mer meningsfulle enn før. Den tøffe tiden kan knytte familier og venner sterkere sammen, og konflikter hører fortiden til. Mange opplever også at de blir mer oppmerksomme på andre mennesker som har det vanskelig, og de kan lettere sette seg inn i andre menneskers vanskelige situasjoner (Hafstad & Siqveland 2017, s.141-142).

Det tredje området for vekst handler om verdenssyn og livsfilosofi. Det å oppleve død på nært hold, og oppleve hvor sårbart livet er og hvor brått det kan endre seg, gjør noe med bevisstheten vår. For mange fører det til et ønske om å ta bedre vare på livet, og å sette pris på livet. Dette kan føre til at folk tar store kursendringer i livet, som å starte en helt ny karriere,

da det en har gjort tidligere ikke oppleves som meningsfullt nok (Hafstad & Siqveland 2017, s.142).

2.6.2. Teoretisk modell, hva ligger bak endringene.

Richard Tedeschi og Lawrence Calhoun kom i 1995, revidert i 2004, med en teoretisk modell for å beskrive posttraumatisk vekst. Modellen baserer seg på tanken om at mennesker tidlig i livet utvikler grunnleggende antakelser om seg selv, andre og verden. Disse grunnleggende antakelsene gjør at vi tenker at verden stort sett er forutsigbar, og at menneskene stort sett mener godt. Når vi opplever traumatiske hendelser som bryter sterkt med disse antakelsene, blir de knust. Denne knusende opplevelsen starter en prosess i oss hvor vi forsøker å gjøre det emosjonelle stresset minst mulig, men på samme tid forsøke å forstå og gi mening til det som har hendt (Hafstad & Siqveland 2017, s.143). Denne prosessen får navnet «constructive cognitive process» (Calhoun & Tedeschi, 2004, s. 94). Ifølge Hafstad & Siqveland (2008, s. 2-3) handler denne konstruktive grublingen om at en tenker over den traumatiske hendelsen, eller konsekvenser av den, om og om igjen. I starten kommer tankene automatisk. Denne ufrivillige repetisjonen er ubehagelig, men bidrar til å gjenoppbygge personens kognitive skjema. Etter hvert får en mer kontroll over tankene om hendelsen, og tar selv tak i tankene med fokus på å bearbeide hendelsen. Klarer personen å vellykket redusere det emosjonelle stresset, og skape en tankeprosess som gjør det mulig å skape mening i hendelsen, vil dette i følge modellen skape økt forventning til mestring, som igjen leder til opplevde positive endringer.

3. Metode

I dette kapittelet beskriver jeg hva metode er og begrunner valget for metoden som er brukt i denne oppgaven. Jeg presenterer artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven, og ser nærmere på søkeprosessen for valg av artikler. Jeg går gjennom utvalgsriterier sammen med kildekritikk og artiklenes validitet og reliabilitet.

3.1. Metode

Ifølge Dalland (2020, s. 53) er metoden det som er med å definere hvordan en går frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden stiller krav til den som skriver oppgaven, som innebærer at forfatter skal være ærlig og skrive sant, men også være gjennomtenkt og systematisere tankene. Metoden er med andre ord redskapet vårt som vi bruker når vi vil

undersøke noe. Den hjelper når vi skal samle inn informasjon, eller data, som vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2020, s. 54). Det er problemstillingen vi lager som er med å definere hvilken metode vi velger, ut fra hvilken metode som vil være best for å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s. 53).

3.2. Kvalitativ og kvantitativ metode

For å kunne belyse problemstilling eller spørsmålet vi har definert, må en velge den metoden som egner seg best til akkurat det en ønsker å få svar på. Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder gir oss data i form av tall, altså at det er målbart. Kvalitative metoder forsøker å fange opp det som ikke er målbart, slik som meninger og opplevelser. Uansett valg av metode, bidrar de på hver sin måte til at vi bedre kan forstå samfunnet rundt oss, og gir oss bedre innblikk i hvordan institusjoner, grupper og enkeltindivid handler og samhandler (Dalland, 2020, s. 54).

3.3. Valgt metode - litteraturstudie

I en litteraturstudie er det litteraturen som blir studert, det som andre har undersøkt og skrevet om. Vi studerer allerede eksisterende kunnskap i form av artikler som er publisert. Det er en systematisering av kunnskap, som vil si at en søker, samler, vurderer og sammenfatter kunnskapen. Kunnskap som kommer fra forfatter eller forsker selv, normalt i form av vitenskapelige artikler (Støren 2013, s. 16-17). Ved bruk av litteraturstudie som metode skal det fremkomme tydelig hvordan en går frem for å finne litteratur, både i form av søkeord, databaser, og krav til litteratur, hva en vil inkludere og hva en ekskluderer for å finne de rette artiklene (Støren 2013, s. 37). I starten tenkte jeg at kvalitativ metode med intervju, var måten jeg ville hente inn data på, men fant fort ut at dette ville bli for omfattende og tidkrevende. I denne prosessen leste jeg meg opp på litteratur og artikler, og fant ut at litteraturstudie var det som passet min problemstilling best, siden det var stort utvalg av litteratur og forskning. Svakheten var at mye av forskningen ikke var av nyere dato, noe jeg problematiserer under kildekritikk. Ved å bruke litteraturstudie får jeg tilgang på et mye bredere datamateriale, enn hva jeg hadde oppnådd ved å intervju selv. Dette sammen med eksempler fra eget liv som kan være med å understreke eller sette spørsmål ved funn i valgt forskningen og litteratur, mener jeg er riktig metode for å belyse og om mulig gi svar på valgt problemstilling.

3.4. Søkeprosessen

For å finne artiklene som er valgt i oppgaven, har jeg brukt ulike databaser, med mest fokus på Google, Google Scholar og Oria. Jeg startet med å bruke norske søkeord, som passet til problemstillingen, og søkte da først i google. Søkeresultatene viste forskjellige bachelor- og masteroppgaver som var innom samme tema som meg. Ved å lese deres kildelister, fikk jeg et større arsenal av søkeord, som gjorde at det var mulig å avgrense søkene og gjøre dem mer spesifikke. Jeg startet med å søke på ord som «sorg», «pårørende», «barn», «strategi». Jeg satte så sammen ord for å gjøre det mer spesifikt, og utvidet til å bruke engelske ord, slik at jeg fikk inkludert engelskspråklige artikler.

Tabell 1. nedenfor viser søkeprosessen for å finne artiklene som ble valgt.

Tabell 1. Søkeprosessen for å finne utvalgte artikler.

SØKEORD	DATABASE	AVGRENSNING	ANTALL TREFF	VALGT ARTIKKEL	UTGIVER, ÅRSTALL OG SIDETALL
Loss of a parent + cancer + children	Oria	Fagfelleurdert tidsskrift Artikler 2012-2021	669	Artikkel 1: Unresolved grief and its consequences. A nationwide follow-up of teenage loss of a parent to cancer 6–9 years earlier	Support Care Cancer 2016
Complicated grief+death+children+ normal	Oria	Fagfelleurdert tidsskrift Artikler 2013-2021	772	Artikkel 2: Complicated Grief In Children- The Perspectives Of Experienced Professionals	OMEGA 2013
ungdom+sorg+sorggruppe+ fagfelleurdert	Google		268	Artikkel 3: Møtes I Sorggrupper	Sykepleien Forskning 2008
children´s + posttraumatic growth + experience + siblings	Oria	Fagfelleurdert tidsskrift Artikler 2012-2021	507	Artikkel 4: Experiences of posttraumatic growth in siblings of children with cancer.	Clinical Child Psychology and Psychiatry 2017

3.5. Kriterier

I denne oppgaven har jeg brukt noe litteratur fra pensum, men mest litteratur jeg har funnet frem til selv. Det er brukt 4 forskningsartikler for å belyse og om mulig besvare problemstillingen til oppgaven.

3.5.1. Kriterier for inkludering

Når det kom til forskningsartikler, er disse valgt ut på grunnlag av problemstilling, og hva jeg vurderte som det viktigste innholdet for å gi best mulig svar på problemstillingen.

Jeg satte følgende som inklusjonskriterier:

- Forskningsartiklene skal være fagfellevurdert.
- Artiklene skal helst ikke være eldre enn 5 år.
- Studiene må være på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Studiene må omhandle barn eller ungdom.
- Studiene må omhandle sorg eller posttraumatisk vekst.
- Studiene må i hovedsak omhandle sorg etter alvorlig sykdom, ikke selvmord eller ulykker.

3.5.2. Kriterier for ekskludering

Ved å bruke kriteriene ovenfor da jeg søkte etter forskningsartikler, fant jeg en mengde artikler. For å velge ut hvilke jeg skulle bruke, så jeg først og fremst på overskrifter, og luket ut de artiklene som jeg opplevde ikke passet direkte. Eksempler på det er at mange artikler ikke utelukkende handler om barn, men barn og voksne, eller familier. Jeg ønsket artikler som kun handlet om barn eller ungdom. Andre artikler handlet om sorg etter selvmord eller ulykker, noe som ikke passet med min problemstilling, og ble ekskludert. Etter hvert stod jeg igjen med 12 artikler. Jeg leste sammendragene på disse, og de som var av ekstra interesse leste jeg hele artikkelen. Til slutt satt jeg igjen med 4 artikler som jeg mente passet best til problemstillingen min.

3.6. Kildekritikk

For at denne oppgaven skal bli faglig relevant, er det viktig at kildene jeg bruker er seriøse og troverdige. Kildekritikk handler om å finne den riktige litteraturen til å belyse problemstillingen på best mulig måte, og det handler om å gjøre rede for litteraturen som er

valgt til oppgaven. Dersom ikke kildegrunnet er godt dokumentert og beskrevet, vil dette påvirke troverdigheten og fagligheten til oppgaven. Det må altså gå tydelig frem hvorfor akkurat den litteraturen er valgt og hvordan den kom frem til litteraturen (Dalland, 2020, s. 143). Det er i følge Dalland (2020, s. 152-153) tre kriterier som er viktig når det kommer til kildekritikk. Kildene skal være relevante og de skal bidra til å gi svar på problemstillingen. Videre skal kildene være gyldige (validitet), og de skal være ekte og pålitelige (relabilitet). Dette er med på å si noe om kvaliteten på kildene.

3.6.1. Validitet og relabilitet

Validitet handler om forskningen har relevans eller gyldighet. I kvantitative studier handler det om at vi måler det som skal måles, mens i kvalitative studier handler det om at en undersøger det en skal undersøke (Larsen, 2017, s. 93). Relabilitet handler om nøyaktighet eller pålitelighet, og resultatene skal være etterprøvbare. Dette lar seg lettest gjøre innenfor kvantitativ forskning, mens innenfor kvalitativ forskning er det viktig at resultatene bygger på data fra faktiske funn, og ikke tilfeldige omstendigheter under forskningen, eller forskers subjektive skjønn (Larsen, 2017, s. 94-95).

3.6.2. Relevans og gyldighet for min oppgave

Jeg har nøye valgt fire artikler på grunnlag av problemstillingen min, med tanke på at disse kan være med å belyse og om mulig gi svar på denne. De omhandler hver for seg forskjellige tema jeg søker svar på, og kombinert gir de grunnlag for å belyse problemstillingen. Det er fire artikler som er publisert av forskerne selv og som beskriver forskningen og funnene deres. Dette kalles en primærkilde, da artiklene jeg har brukt, er den opprinnelige utgaven av teksten (Dalland, 2020, s. 156). Fordelen med å bruke primærkilder er at tekst ikke er bearbeidet av andre og dermed fått endret det opprinnelige perspektivet fra slik den opprinnelig var tenkt å være (Dalland, 2020, s. 152). Den har større gyldighet og troverdighet. Videre er forskningen publisert i fagfelleverderte tidsskrift, eller artiklene er merket som fagfelleverderte. Jeg brukte NSD (Norsk senter for forskningsdata) sitt register for å finne ut om tidsskriftene jeg hentet artiklene fra var godkjent og fagfelleverderte. Fagfellevurdering er en «kvalitetssikring av forskningsbidrag (fagartikler, bøker) ved at eksperter (typisk 2–4) innenfor faget kritisk vurderer bidraget før publikasjon» (Svartdal, 2021). Artiklene er vurdert ut fra strenge vitenskapelige retningslinjer, og må dermed sies å være pålitelige.

Dette var viktig for min oppgave, da det i utgangspunktet var utfordrende å finne relevant forskning, og en del av forskningen var av eldre årgang. Jeg måttet sette søkekriterier i Oria til å omhandle artikler fra 2012 frem til dags dato. Artikkelen jeg fant på Google om sorggrupper, er fra 2008. Det er med andre ord mye som tyder på at det burde vært utført ny forskning på valgt tema, særlig sett i lys av det økte fokuset som har vært på barn som pårørende / etterlatte og posttraumatisk vekst i det siste.

En av artiklene jeg fant brukte både intervju og spørreundersøkelse, og bruker da både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Likevel har i hovedsak alle 4 artiklene jeg har valgt brukt kvantitativ tilnærming. Hovedgrunnen til dette er at de fleste forskningsartiklene jeg fant benyttet seg av denne tilnærmingen. Fordelen sett opp mot min problemstilling er at jeg får et større bilde på omfanget av sorg hos barn og barns sorgreaksjoner, og på denne måten kan det være med å bedre belyse problemstillingen, da det blir mer representativt for en større gruppe barn. På grunnlag av at artiklene er valgt etter gjennomtenkte kriterier for inkludering og ekskludering, videre vurdert opp mot grundig undersøkelse av gyldigheten og relevans, anser jeg valgt forskning som troverdig og relevant opp mot min problemstilling.

4. Presentasjon av funn

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funn fra de fire forskningsartiklene som er valgt i lys av min problemstilling. Jeg vil presentere funnene artikkel for artikkel.

4.1. Artikkel 1

Bylund-Grenklo et al. publiserte i 2016 en artikkel ved navn "*Unresolved grief and its consequences. A nationwide follow-up of teenage loss of a parent to cancer 6-9 years earlier*". Artikkelen har fokus på sorg hos ungdom som har mistet en forelder i kreft og om de 6-9 år etter tapet lever med komplisert sorg eller ikke. Det er et kvantitativt studie, hvor de i forskningen har brukt spørreskjema til å samle inn data. De fikk svar fra 622 av 851 tenåringer (Bylund-Grenklo et al., 2016, s. 3097). Det viser seg at omtrent halvparten av de spurte ungdommene, svarer at de 6-9 år etter tapet, fortsatt sliter med sorg (Bylund-Grenklo et al., 2016, s. 3095). Forskningen deres viste at det er viktig å tidlig starte sorgprosessen, da dette er med å påvirke om en får bearbeidet sorgen eller ikke. Jo lengre tid det går etter dødsfall før en begynner å sørge, jo mer sannsynlig er det at sorgen kan bli komplisert, og

med det føre til økt morbiditet (sykelighet) i form av depresjon, søvnproblemer, fatigue (utslitthet) og selvskadning (Bylund-Grenklo et al., 2016, s. 3098).

4.2. Artikkel 2

Dyregrov, A. & Dyregrov K. Publiserte i 2013 en artikkel ved navn "*Complicated grief in children – The perspective of experienced professionals*". De sendte ut spørreskjema på e-post til et utvalg av eksperter på barn og barns sorg, og fikk svar fra 39 stykker. Formålet med forskningen var å få svar på hva komplisert sorg hos barn vil si, forskjell på normal sorg og komplisert sorg og om komplisert sorg hos barn skal bli en diagnose (Dyregrov & Dyregrov, 2013, s. 291). Forskningen viser at det er enighet om at lengden på sorgreaksjonene etter dødsfall, og hvordan disse påvirker den daglige funksjonen i livet avgjør om sorgen blir definert som normal eller komplisert. Sorgen blir komplisert eksempelvis når barnet er opptatt av traumatiske minner av det som har skjedd, eller at de har problemer med å akseptere døden. De kan slite med sinne, selvbebreidelse og konsentrasjonen svikter og de kan få problemer på skolen (Dyregrov & Dyregrov, 2013, s. 295). Omtrent alle av de spurte, var tydelige på at det finnes forskjellige undertyper av sorg, hvor to typer ble fremhevet. Den ene typen er traumatisk sorg, hvor barnet har opplevd selvmord, ulykker, mord eller vært vitne til døden. Den andre undertypen var forsinket sorg eller hemmet sorg. Her undertrykker barnet sorgen, stenger den inni seg. Sorgen blir låst, noe som hindrer helbredelse. Dette er med på å underbygge forskjellen på normal sorg, som tillater vekst og forandring, og den kompliserte sorgen som hindrer barnet sin utvikling (Dyregrov & Dyregrov, 2013, s. 300).

Videre blir det diskutert hvor lenge et barn skal være i sorg, før det regnes som å ha komplisert sorg, hvor 48 prosent av de spurte ekspertene mente at det burde gå 6 mnd. og hele 40 prosent mente det burde gå mindre enn 6 mnd. (Dyregrov & Dyregrov, 2013, s. 299).

Forskningen viste også at 79 % av de spurte var for at komplisert sorg hos barn skal bli en diagnose, men tross positivismen var det også mye ambivalens rundt å det å gjøre komplisert sorg til en sykdom, noe jeg kommer tilbake til senere i oppgaven (Dyregrov & Dyregrov, 2013, s. 297-298).

4.3. Artikkel 3

Ensby et al. publiserte i 2008 en artikkel ved navn «*Å treffe andre som virkelig forstår*». For å samle inn data ble det brukt både spørreskjema og intervju, det er med andre ord kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. Formålet med forskningen var å få økt kunnskap om

hvordan barn og unge reagerer på kreft og død hos mor eller far, og få et bedre bilde av barn og unge sine erfaringer med å delta på samtalegrupper (Ensby et al., 2008, s. 121). Studien viste at barn og ungdom ga tydelig uttrykk for et stort behov for hjelp og støtte. De opplevde i stor grad vansker på skolen, tristhet, usikkerhet og angst. Barna hadde problemer med å kommunisere sine vanskelige og tunge tanker med de voksne, både hjemme og på skolen. Og et hovedfunn i forskningen var at barna var takknemlige og positive til samtalegrupper. Forskningen viste også at de som hadde mistet mor eller far, verdsatte samtalegruppene litt høyere enn de som levde med syke foreldre, og gutter som hadde mistet en forelder var de som var aller mest fornøyd med samtalegrupper (Ensby et al., 2008, s. 123). Gruppene ga deltakerne en plass å møte andre i samme situasjon, en plass det var trygt å dele og hvor andre forstod. Det ble en plass hvor nye og helt spesielle vennskap oppstod. Gjennom gruppene ble tabuer og taushet brutt, og det ble mulig å gi mening til det meningsløse (Ensby et al., 2008, s. 124-125).

4.4. Artikkel 4

D'Urso et al. publiserte i 2017 en artikkel med navn «*Experiences of posttraumatic growth in siblings of children with cancer*». For å hente inn data til forskningen sin, gjennomførte de semistrukturerte intervju med 6 barn mellom 12 og 18 år, som var søsken til et barn mellom 0 og 18 år som var ferdig behandlet for kreft. Behandlingen måtte være ferdig for mer enn 6 måneder siden, men ikke mer enn 5 år. De tok ikke med deltakere som hadde søsken som mottok palliativ behandling eller at de var etterlatte. Dette siden behovene til disse familiene ofte er annerledes (D'Urso et al., 2017, s.304 og 305). Gjennom forskningen fant de ut at særlig tre typer for posttraumatisk vekst gikk igjen. Første typen er endret syn på seg selv, hvor deltakerne oppgav at de hadde fått mer empati, blitt mer modne og fått mer selvtillit. Andre form for vekst viser til relasjon til andre, hvor særlig forholdet til det syke søskenet har blitt bedre. Det var også en klar trend i undersøkelsen at den nevnte empatien har blitt styrket og at de har blitt mer åpne og klarer å snakke om følelsene sine. Den tredje formen for vekst har med personlig utvikling og syn på fremtid å gjøre. Særlig de eldre deltakerne opplevde endring på hvordan de levde livet, og at de endret planene og målene. De verdsatte mer dagen i dag, og omfavnet livet (D'Urso et al., 2017, s. 311).

5. Drøfting

Jeg vil i denne delen av oppgaven ta for meg fire tema som er knyttet til problemstillingen, og drøfte disse opp mot artiklene jeg presenterte i del fire. Jeg vil også knytte inn personlige erfaringer fra jobb og eget liv.

5.1. Sorg som diagnose – en hjelp til å se sorgen?

Da artikkelen til Dyregrov, A. & Dyregrov K. “Complicated grief in children – The perspective of experienced professionals” ble publisert i 2013, dreide diskusjonen seg om hvorvidt sorg skulle bli en diagnose, ikke bare for voksne, men også barn. I 2018 inkluderte WHO (verdens helseorganisasjon) forlenget sorgforstyrrelse i diagnosemanualen ICD-11 (Strand, 2018, s. 644-645). Forlenget sorgforstyrrelse oppstår når man mister noen som står en nær. Sorgreaksjonen er vedvarende og gjennomgripende, hvor en lengter etter den avdøde eller at en konstant er opptatt av avdøde, og har intens følelsesmessig smerte. Smerter som eksempelvis tristhet, sinne, fornektelse, emosjonell nummenhet eller vansker med å delta i aktiviteter. For å få diagnosen, må tilstanden vedvare minst seks måneder etter tapet og klart bryte med det som forventes ut fra sosiale, kulturelle eller religiøse normer (Helsebiblioteket.no, 2018).

5.1.1. Treffer diagnosen barna?

I artikkelen til Strand, N. (2018) intervjuer hun Dyregrov, A. som tydeliggjør at det er én form for komplisert sorg som er godkjent, men at det finnes flere typer. Diagnosen forlenget sorgforstyrrelse, får noe å si for de barna som sliter med den kroniske sorgen, altså at sorgen ikke går over, at den vedvarer og er sterk. Derimot er det mange barn som ikke går inn under denne kategorien, som likevel har store problemer med sorg. Dyregrov et al. (2014, s. 3-4) er tydelige på at særlig blant unge er det vanlig å skyve bort sorgen. Bruke all energi på å holde det vanskelige på avstand. Disse fanges ikke opp av diagnosen, og får dermed potensielt ikke samme tilgang på hjelp (Strand, 2018, s. 644-645). Er det da riktig at én type sorg blir regnet som sykdom, som gir rett på en diagnose og dermed rettigheter til ekstra oppfølging, mens mange andre barn som sliter med andre typer sorg faller utenfor? Hva er fordelene med diagnose og hva er ulempene?

5.1.2. Fordeler med sorg som diagnose

Da jeg var 9 år ble min mor syk med kreft, og etter flere behandlinger og tilbakefall, døde hun da jeg var 20 år. I dette tidsrommet mistet jeg også to av mine besteforeldre og kombinert med mor sin helsetilstand gjorde dette alt enda vanskeligere for meg å takle. I starten, når mor var på behandling, ble vi barna sendt vekk til min mormor, uten å vite hvorfor. Vi bodde der i flere uker. Vi ble ikke fortalt at mor var alvorlig syk, det meste ble skjult så lenge som mulig. Ettersom årene gikk, ble det flere runder med behandling, hun ble dårligere og en så fysisk at hun var syk. Da kom alt som et sjokk på meg. Alvoret var blitt holdt skjult, realiteten innhentet meg først da det ikke var lang tid igjen før hun døde. I voksen alder, da min kone ble kreftsyk, startet jeg å gå til psykolog. I denne prosessen viste det seg at det var flere utfordringer jeg slet med, som bunnet i ubearbeidet sorg, fra tiden da mor var syk, som resulterte iblant annet angst, søvnproblemer og depresjon.

I forskningen til Bylund-Grenklo et al. (2016, s. 3095) svarte omtrent halvparten av de spurte ungdommene, at de 6-9 år etter tapet, fortsatt slet med komplisert sorg, og de påpekte hvor viktig det var å få startet sorgprosessen så tidlig som mulig, da dette var med å hindre utvikling av komplisert sorg (Bylund-Grenklo et al., 2016, s. 3098). På den tiden jeg vokste opp var ikke barna i fokus. Ved å ha sorg som en diagnose, setter det fokus blant profesjonelle på barnet, barnas behov blir mer synliggjort, som igjen kan føre til et behandlingstilbud som er mer målrettet og bedre tilpasset barna. Et diagnosesystem vil også kunne føre til en større forståelse av konsekvensene komplisert sorg kan medføre for et barn (Dyregrov & Dyregrov, 2013, s. 298). I mitt tilfelle kunne dette medført at jeg hadde blitt fanget opp av profesjonelle, og fått tilpasset hjelp, slik at jeg kunne unngått å gå gjennom mange år av barndommen med angst, frykt og mange kvelder der jeg gråt meg i søvn grunnet ubearbeidet sorg. Men er sorg som diagnose da løsningen for at barn skal få hjelp?

5.1.3. Ulemper med sorg som diagnose

Tilbake til min barndom, og mine erfaringer som 11 år gammel gutt. Jeg hadde i flere uker ligget hver kveld og grått meg i søvn, grunnet frykt for å reise på leirskole, som var et år frem i tid. I frustrasjon over å ikke klare å trøste meg, kontaktet mine foreldre skolepsykologen. Jeg ble motvillig med, uten at timen førte til noe særlig resultat når det kom til frykten min for leirskole. Psykologen mente jeg ville vokse det av meg. Opplevelsen med psykologen hjalp

ikke i min situasjon, heller tvert imot. De voksne oppfattet ikke hvor vanskelig jeg syntes det var å skulle gå til psykolog, og hvor redd jeg var for at andre skulle finne det ut.

Dyregrov & Dyregrov (2013, s. 298), setter fokus på dette og annet i deres forskning. Blant svarene fra de profesjonelle, var det flere som pekte på negative konsekvenser av å gjøre sorg til en sykdom. Det ble blant annet påpekt frykten for stigmatisering av barna. Min frykt var andre skulle finne ut, at jeg skulle bli stemplet som han rare som gikk til psykolog osv.

Redselen for å få en merkelapp på meg, gjorde situasjonen enda mer komplisert.

Tilbakemeldingen fra de profesjonelle var at ved å innføre sorg som diagnose, kunne barn bli plassert i en boks, få en merkelapp. Noe som kan være negativt for selvbildet til barna, som igjen kan påvirke den mentale utviklingen. Som nevnt over, er det bare de barna som har de rette symptomene, som får en diagnose, det vil si at mange barn potensielt ikke får hjelp.

Dette støttes og opp av svarene til de profesjonelle i forskningen til Dyregrov & Dyregrov (2013) hvor de uttrykker bekymring for at barn som ikke går inn under diagnosen, fort kan bli oversett, og ikke få den hjelpen de trenger (Dyregrov & Dyregrov 2013, s. 298). Hvordan skal vi som profesjonelle fange opp disse?

5.1.4. Fordelene overgår ulempene

Ifølge forskningen til Dyregrov & Dyregrov (2013, s. 297) var nesten 80 prosent av de spurte profesjonelle positive til å innføre sorg som diagnose for barn, dette tross ulempene som er tatt frem. Fordelen er at barnet sin sorg blir satt i fokus, og at barnet får tidlig hjelp, og på denne måten kan unngå å leve lenge med komplisert sorg og hva dette fører med seg.

ICD-11 har altså nå gjort en spesiell type sorg til diagnose, som er et steg i riktig retning. Det er enda en vei å gå for å få tilpasset vilkårene til å treffe barn bedre, siden barn sørger annerledes enn voksne.

Det er ikke sosionomer som setter diagnoser hos barn, men de jobber ofte med barn, og er i mange tilfeller en av de profesjonelle barnet forholder seg til. Helsepersonelloven og da paragrafene § 10 a., § 10 b. og § 25, 3. er viktige i denne sammenheng. Disse gir helsepersonell og andre som samarbeider med disse i arbeidet rundt barna, en særlig plikt til å gi barna som er pårørende eller etterlatte riktig informasjon og hjelp. Også denne loven har sine begrensinger, da det gjelder pårørende og etterlatte til foreldre eller søsken (Jf. hpl §§ 10 a. og 10 b.). Å miste besteforeldre eller venner, kan også gi sterke sorgreaksjoner. Ved å ha

personen i situasjonen som fokus, altså at sosionomen har fokus på barnet, barnets reaksjoner og situasjonen rundt barnet som ligger til grunn for reaksjonene, vil en sosionom da kunne gi hjelp og veiledning som kan ha stor betydning for barnet sin sorgprosess. På denne måten kan de og se og gi hjelp til alle barna de jobber med, uavhengig av om de har sorg som diagnose, eller om de har mistet foreldre eller søsken.

5.2. Fange opp barn som sørger.

Som miljøarbeider på skole, fulgte jeg blant annet opp en gutt som normalt var både utagerende og verbalt høylytt. En dag kom han ganske forandret på skolen. Han var stille og ville helst være alene. Han var ikke utagerende og laget ikke bråk i klassen. Han jobbet også tilsynelatende med skolearbeidet. Jeg reagerte på dette og prøvde å snakke med gutten, men fikk bare som svar at det ikke var noe. Dette vedvarte i flere dager. Foreldrene hadde ikke gitt noe beskjed til skolen om unormale hendelser, og gutten selv sa at ting var greit. Da det var gått noen dager, mens gutten og jeg jobbet sammen på et grupperom, så han på meg og spurte «Hvordan var det for sønnen din å miste mammaen sin?» Barna på skolen visste om at jeg hadde mistet min kone i kreft, og at jeg hadde en sønn, så fikk ofte spørsmål om det. Jeg tenkte meg om, og svarte så godt jeg kunne, hvor jeg avsluttet med å spørre om han noen gang hadde opplevd at noen i familien hadde dødd. Da kom det frem at han nylig hadde mistet bestefaren sin, som var en person som hadde betydd mye i gutten sitt liv.

5.2.1. Sorgreaksjoners utløsende faktor

I en skole, vil en som sosionom møte barn i forskjellige livssituasjoner, og med forskjellige utfordringer. I mitt tilfelle ville mer kunnskap om sorg og sorgreaksjoner, gitt meg mulighet til tidligere å fange opp barnet i historien overfor. Dette gjelder ikke bare for sosionomer i skolen, men alle plasser hvor de jobber med barn og med barn som pårørende. Sorgreaksjoner hos barn kan være like forskjellige som barna er forskjellige. De vanligste sorgreaksjonene er angst, forstyrrelse av søvn, tristhet, sinne, utagering for å få oppmerksomhet, skolevansker og kroppslige plager, men det kan også forekomme litt mindre vanlige sorgreaksjoner som blant annet sosial tilbaketrekning, personlighetsforandringer og regressiv atferd (Dyregrov, A. 2006, s. 22 og 35). D'Urso et al., 2017 (s. 307-308) viser i sin forskning at barn som opplever at søsken får kreft, i starten viser følelser i form av sjokk, frykt, skyldfølelse, skam, hjelpeløshet og tristhet. Sorgen har altså mange ansikt hos et barn, noe vi som sosionomer må være klar over. Når et barn endrer oppførsel, og viser reaksjoner som beskrevet over, må vi

som profesjonelle være oppmerksomme og stille oss selv noen spørsmål. Hvorfor har barnet endret oppførsel? Hva ligger bak disse reaksjonene? Er atferden et uttrykk for sorg, eller er det andre traumer i barnet sitt liv som utløser disse reaksjonene?

For en som sosionom som jobber i barnevernet, på skole, på sykehus eller andre plasser hvor en møter barn, er det ikke uvanlig at en vil oppleve barn som har det vanskelig. Ifølge Blindheim (2011, s. 78-80) kan det være barn som utagerer, eller som ikke klarer å regulere følelsene sine. Det kan være barn som er voldelige mot andre, eller driver med selvskading. Barn som sliter med angst, eller er utrygge. Barn som har vansker med relasjoner til andre, trekker seg inn i seg selv og isolerer seg. Barn med konsentrasjonsvansker og utfordringer faglig. Dette er bare noen få av en lang liste med symptomer på PTSD (posttraumatisk stresslidelse). Og ifølge Blindheim (2011, s. 75) er dette en lidelse mange barn som har vært utsatt for eksempelvis familievold eller seksuelt misbruk, får som diagnose kombinert med andre diagnoser som eksempelvis ADHD og depresjon.

Som vi ser ligner symptomene på sorg mye på symptomer for overgrep og andre diagnoser barn kan ha. I en slik sammenheng må en ha kjennskap til forskjellige diagnoser og symptomer. Det er viktig å vite hva en skal se etter. Likevel er det for sosionomer og andre profesjonelle, like viktig, om ikke viktigere, å ha tillit hos barnet. En må klare å danne en god relasjon til barnet, og på denne måten oppnå tillit. I mange tilfeller vet de profesjonelle hva som ligger bak barnets reaksjoner, da de er i dialog med familien. Men i de situasjonene hvor dialogen ikke gir svar, og barnet ikke sier noe, er relasjon og tillit avgjørende.

5.2.2. Relasjon og tillit.

Når vi som sosionomer jobber med barn som pårørende, jobber vi med relasjoner. Ved å skape en god relasjon mellom barn og sosionom, oppstår gjensidig tillit. Gjennom relasjonen med barnet, jobber sosionom også med barnets omgivelser, som kan være familie, skole og venner. Vi sier at vi jobber i, med og gjennom relasjoner (Levin & Ellingsen, 2015, s. 112-113). En sosionom skal, i møte med barn som pårørende, prøve å sette seg inn i hvordan barnet har det. Levin (2004, s. 80) kaller dette for «å starte der klienten er». Vi skal forsøke å sette oss inn i barnet sin situasjon, og ved å jobbe gjennom relasjoner, opparbeide tillit. Det er først når vi har tillit, vi kan oppnå en endring hos barnet. Målet er at vi som sosionomer skal få klienten, i dette tilfellet barnet, til å hjelpe seg selv. Uten at det føler vi trenger oss på, men

at vi ser barnet, gir rom for tanker og følelser, og på den måten lar barnet gjennom relasjonen til oss, gi hjelp til seg selv (Levin 2004, s. 88-91).

5.3. Posttraumatisk vekst og resiliens

Posttraumatisk vekst og resiliens er begge begreper som brukes i forbindelse med sorg.

Handler begrepene om det samme, eller er det en forskjell mellom dem?

Resiliens handler om at noen barn klarer seg tilsynelatende bedre gjennom traumer og kriser enn andre barn, også om barna er i samme familie. «Resiliens er god fungering tross risiko» (Borge, 2019, s. 22). Det er flere faktorer som spiller inn på barns resiliens, noe jeg velger å ikke gå inn på her. Posttraumatisk vekst derimot er ifølge Tedeschi & Calhoun (2004, s.4) en erfaring mange gjør seg etter å ha gjennomgått et traume, hvor de i alle fall på noen områder, kommer styrket og endret ut sammenlignet med hvordan de var før traume inntraff.

Posttraumatisk vekst er ikke bare å vende tilbake til startpunktet, slik det var før traume inntraff, men en opplevelse av utvikling, som for noen mennesker er livsforvandlerende.

Sagt på en enklere måte, resiliens handler om å evnen til å klare seg bra i livet, tross dårlig oppvekst og traumer. Posttraumatisk vekst handler ikke bare om å en evne til å komme seg gjennom det tunge, men også at en opplever endring og vekst, og kommer styrket ut.

Posttraumatisk vekst, og fokuset på det positive, virker å ha stor innflytelse, både hos de som opplever det og hos fagfolk. Kan fokuset på vekst også kan ha negative konsekvenser?

5.3.1. Negative konsekvenser av fokuset på posttraumatisk vekst

Ved å ha så stort fokus på det positive, er det fare for å flytte fokuset vekk fra de negative konsekvensene traumer kan ha. Ved å fokusere for mye på positiv tilpasning etter traume, kan det gi inntrykk av at alvorlige livsomveltende hendelser har mindre alvorlige konsekvenser enn de faktisk har. Dette vil igjen skape mer bekymring, frustrasjon og byrder hos dem som ikke opplever noe positivt etter traumer, men at ting bare blir verre. (Hansson, Kalstad & Wold, 2017, s. 145-146). Egne erfaringer bygger opp under dette. Det første året etter min kone gikk bort, ble opplevde jeg forventningene til de rundt meg som belastende. «Du vil vokse på dette», «du vil få verdifull livserfaring av dette» osv. Mitt behov var å sørge, selv om det var gått over et halvt år. Det positive var fjernt for meg, jeg var tynget ned av sorg, frykt for fremtid, selvbekreidelse og angst. Ved stadig å høre at det ville komme noe positivt ut, at andre hadde erfart det osv. gjorde det meg enda mer deprimert, og gav meg en opplevelse av at det var meg selv det var noe galt med. Ifølge Hansson, Kalstad & Wold

(2017, s.146) frykter kritikere at fokuset på det positive kan gjøre at man unngår de vanskelige følelsene, men at man nettopp bør gå inn i det vonde for å få det bedre.

Det er vanskelig å gi et entydig svar på hva som er rett eller galt, men mye tyder på at de som rapporterer om positive endringer, også har hatt sterke sorgreaksjoner. Opplevelsen av å ha endret seg positivt går parallelt med utforinger rundt tunge tanker, mareritt, søvnproblemer og konsentrasjonsvansker. Det er da mye som tyder på at det er mulig å oppleve posttraumatisk stress og posttraumatisk vekst på samme tid (Hansson, Kalstad & Wold, 2017, s. 146-147). Sagt på en annen måte utestenger ikke posttraumatisk vekst de tunge følelsene, de vil alltid være der, særlig i starten av traumatiske opplevelser, men under sorgprosessen vil de kunne bli erstattet av positive opplevelser og følelser som skaper vekst. Dette samsvarer også med resultatene i forskningen til D'Urso et al. (2017, s. 307-310) hvor de så at det var følelser og reaksjoner som gikk igjen hos intervjuobjektene. Først reagerte barna med sterke følelser når de fikk vite at søsken var kreftsyke. Videre som tiden gikk, og behandling skred frem, utviklet barna nye og positive følelser og egenskaper. De opplevde at særlig at relasjonen til familien ble sterkere, men også relasjonen til venner. De ga også tilbakemelding om at de opplevde personlig vekst, de ble mer modne og fikk mer empati. For de eldre ungdommene gikk det igjen at de fikk endret syn på livet og hva som var viktig. Med andre ord er ikke posttraumatisk vekst en motpol til posttraumatisk stress, den ene utelukker ikke den andre, derimot har begge en ting til felles; traumet eller tapet (Hansson, Kalstad & Wold, 2017, s. 146-147).

5.4. Tiltak som kan fremme mestring og posttraumatisk vekst

Gjennom organisasjonen SeMeg-Barn som pårørende, har jeg vært med som gruppeleder i sorggrupper for barn og ungdom som har mistet en av foreldrene i sykdom eller ulykke. Jeg vil starte med å fortelle litt fra en av disse samlingene, navnet og kjønn jeg bruker er fiktivt for å ivareta taushetsplikt og personvern.

Vi sitter rundt spisebordet i lokalet til SeMeg. Vi er akkurat ferdig med mat og har startet på en runde om hva som hadde ført til at mor eller far døde. Det er samling nummer 4, og barna som er mellom 9 og 12 år har blitt ganske gode venner. Stemningen i rommet står sterkt i kontrast til hvordan det var under maten, med latter, smil og glede. Noen fikler med en serviett, andre ser ned i bordet, mens andre ser på den som forteller. Julie som forteller, har til

nå vært litt innesluttet, og vanskelig å nå inn hos. Men det har skjedd noe i henne, en endring. Hun forteller om verdens fineste mor, og viser bilder. Foreller om hvordan moren forandret seg, og hvordan faren ikke orket alt som skjedde, og begynte å drikke. Julie forteller om sykehus, om sprøyter, maskiner, lyder og om moren som dør, om begravelsen, og at hun nå bor hos besteforeldre. Faren treffer Julie bare av og til, og hun sier at det er fordi han ikke orker så mye. Tårene begynner å renne. Julie blir stille. Jeg ser på de andre barna, flere har tårer i øynene, og jeg må puste dypt inn når det renner en tåre ned på kinnet mitt. Etter denne samlingen endrer gruppeforholdet seg. Julie er fortsatt ofte stille, men blir fortere med i samtaler, er litt mer utadvent og virker å ha mer glede. De andre i gruppen deler også mer enn før, og vennskapene blir sterkere.

5.4.1. Strategier for sorg og mestring

Julie viser her flere måter å mestre tapet. Mestring handler i bunn og grunn om å gjøre noe med utfordringene som dominerer livet. Ved å ta i bruk de ulike ressursene vi har i oss selv eller omgivelsene, forsøker vi å håndtere stresset eller utfordringene vi står i (Sandvik et al. 2018, s. 40-41). Julie har valgt å trekke seg inn i seg selv, og på denne måten unngå sorgen. Hun stenger andre ute, og slipper da å snakke om det tunge. Å undertrykke følelsene over tid, slik at en konstant unngår sorgen, regnes ikke som en god strategi. Men, ved å skyve bort følelser, kan det for en stund være stressreducerende, og på den måten gjøre det lettere å være sosial (Sandvik et al. 2018, s. 45). Julie hadde undertrykket følelsene og vært stille, likevel kom hun på hver samling, hun var sosial, med det resultat at hun fant støtte og våget å fortelle. Hun startet nå med en sunn sorgprosess hvor vi ser den tidligere nevnte to-prosessen modellen i praksis. Hun pendlet mellom alt det tunge ved dødsfallet, være låst til dette og til å gå bort fra dødsfallet, våge å være sosial, begynne å leve igjen. Senere gikk hun inn i seg selv igjen, men var også med på samtaler med de andre, smilte og lo. Det er denne balansen, pendlingen frem og tilbake, en ønsker å oppnå, og som igjen fører til en sunn sorgprosess og minsker faren for utvikling av komplisert sorg (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 25).

For å hjelpe barn gjennom sorg, er det viktig for fagfolk å bygge opp under og styrke barnet sine mestringsressurser. En ønsker å forebygge, slik at barn og ungdom unngår å utvikle komplisert sorg (Bugge et. al 2015, s.48). Hvordan gjør vi dette? Bugge et. al (2015, s.49) har kommet med en liste på hvordan en kan gi barn og unge støtte til mestring. For det første

er det viktig å gi barnet bekreftelse på at det betyr noe i familien. En kan også oppmuntre barnet til å snakke om hvordan det har det, med noen det stoler på. En kan lære barnet om følelser og reaksjoner, og hvordan barnet kan hjelpe seg selv. En kan hjelpe barnet med å få verktøy til å møte det vanskelige. Barnet bør også være forberedt på spørsmål som kan dukke opp i nettverket rundt dem, slik at det blir lettere å møte dem. Dersom barnet går på skole, er det viktig at barnet får vite om rettigheter det har, som eksempelvis at det kan få tilpasset undervisning for en periode.

5.4.2. Åpenhet som verktøy.

Jeg fortalte tidligere en del av min historie med en syk mor, og hvordan det ble unngått av mine foreldre å informere barna om situasjonen, og hvilke negative konsekvenser det fikk for mitt liv. Et barn tåler å høre om mor eller fars alvorlige sykdom. Hensikten til mine foreldre ved å ikke fortelle, bunnet i godhet og deres tanker om hva som var riktig. Derimot viser det seg at ved å holde tilbake informasjon, kan det skape fantasier og forvirring hos barnet. Det kan skape frykt og angst. Også tillitsforholdet til foreldre/voksne kan ta skade (Dyregrov, 2006, s. 93 – 94). Når en møter barn og deres familier, er det derfor viktig å jobbe for at kommunikasjonen er god, og at foreldre forstår viktigheten av å være ærlig med barna, og ta dem med i både oppturer og nedturer, og i verste fall død og samtaler rundt denne. Dette understrekes i svarene fra en stor forskning utført i 2011 hvor det kom tydelig frem av svar fra barna at de rådet fagfolk å lære foreldrene i å snakke med barna. Selv om det var vanskelig, var det likevel viktig å tørre (Dyregrov, K. & Dyregrov, A., 2011, s. 82). Opplever familien det som vanskelig å kommunisere sammen, kan en som profesjonell henvise familien til eksempelvis familierådgivningskontor, hvor de gå å få hjelp individuelt og sammen (Dyregrov & Dyregrov. 2017, s. 158).

5.4.3 Sorggruppe som verktøy

Et annet, og mye brukt verktøy i sorgarbeid, er sorggrupper. Hvorfor fungerer disse så bra? Heap (2005, s. 22) sier at grunntanken med å arbeide i grupper, er at medlemmene, ved å dele tanker og følelser, sammenligne holdninger og erfaringer og ved å støtte hverandre, hjelper de både seg selv og de andre i gruppen, noe som igjen skaper rom for vekst og endring. Gruppemedlemmene vil også ofte utvikle nære vennskap med de andre i gruppen, noe som kan virke positivt inn på sorgprosessen. Det er gruppeprosessen som er hovedressursen i gruppearbeidet. Gruppelederen sin viktigste oppgave er å anerkjenne og stimulere ressursene

og mulighetene som finnes i gruppesituasjonen (Heap, 2005, s. 22-23). Forskningen til Ensby et al. (2008) viser at barn og unge var begeistret og takknemlige for at de fikk delta i sorggrupper. Opplevelsen av å møte andre som stod i samme situasjon, og å høre andre sine tanker og følelser, gjorde at de våget å møte sine egne tanker og følelser annerledes en før. Forskningen bekrefter også Heap sin påstand om at vennskap dannes i gruppene. De fleste av barna opplevde å få nye, og helt spesielle vennskap (Ensby et al., 2008, s. 123-124). I tilbakemeldinger fra sorggruppene i SeMeg, har deltakere trukket frem flere styrker, og da særlig det med dype vennskap og å møte andre i samme situasjon, kjenne på at en ikke er alene og ha en plass der det er trygt å snakke om følelser.

Det er likevel viktig å trekke frem noen sider ved sorggrupper man må være oppmerksom på. Dersom det er tidlig etter et dødsfall, kan den sørgende være så opptatt av sin egen sorg, at det ikke vil være hensiktsmessig å foreslå sorggruppe. Det vil rett og slett ikke ha rom til å ta inn andre sine følelser i tillegg til sine. Normalt vil det være lurt å ikke anbefale sorggruppe før det har gått en stund etter dødsfall. Som gruppeleder må en også passe på at alle får muligheten til å dele, og ikke at noen tar mer fokus enn andre. Resultatet av dette kan være at noen rett og slett føler at deres sorg ikke betyr så mye, og undertrykker seg selv og sin sorg (Dyregrov et al., 2012, s. 25-26).

I forskningsrapporten til Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2011) gir barn og ungdom selv råd til andre i samme situasjon. Det er interessant å se hvordan rådene oppsummerer det som blir trukket frem som viktig i forskningen: «1. Skap friminutt, 2. Bearbeid følelser, og 3. Inkluder andre/unngå å isolere seg» (Dyregrov, K. & Dyregrov, A., 2011, s. 73). Rådene handler blant annet om at en skal tørre å gå ut av sorgen, gjennom for eksempel trening, musikk eller å skrive brev til den som er død. Barna råder også andre barn til å snakke om det vonde og søke trøst og støtte, gjerne i sorggrupper. De understreker hvor viktig det er å ikke holde sorgen inni seg, men å inkludere andre i sorgen og ta imot hjelp.

6. Avslutning

I denne oppgaven ønsket jeg å se nærmere på hvordan jeg som sosionom kan møte barn i sorg, og hjelpe dem gjennom sorgen, slik at de kan komme styrket ut av den. Jeg vil nå samle de viktigste hovedfunnene, som jeg kan ta med meg videre i min fremtidige jobb som sosionom.

Barn som pårørende har i de siste årene fått økt fokus, noe som synliggjøres ved at det har blitt lovfestet at helsepersonell skal se og følge opp barna. Dette gjelder også barn som etterlatte. Sosionomer blir normalt ikke regnet som helsepersonell, men de er ofte med som en del av de profesjonelle som samarbeider om å hjelpe barna, og følger således lovverket.

Sorg og sorgreaksjoner er helt normalt. Barn og ungdom reagerer forskjellig. Forskningen viser at det likevel er viktig å få starte en sorgprosess så tidlig som mulig, for å unngå at sorgen blir fastlåst, og dermed blir komplisert. Barn som har utviklet komplisert sorg, kan kvalifisere til å få sorg som diagnose. Ulempen med diagnosen er at den kan føre med seg en frykt for stigmatisering, eller utelukke viktig hjelp til barn som ikke kvalifiserer til diagnosen. Tross ulempene er det likevel et steg i riktig retning, da man setter fokuset på barna og deres sorg.

Et annet funn var at barn selv sa det var viktig med ærlighet og at særlig foreldre ikke holdt ting skjult, men tok barna med i det tunge. Det var også viktig for barna å kunne slippe å tenke på sykdom og død, ved å ta seg «friminutt», der de kunne høre på musikk, trene, gå turer, tegne osv. Gjøre ting som fikk dem til å slappe av. Så var det viktig å være åpen og ærlig, få dele med andre, og møte andre i samme situasjon. Her viser forskning at sorggrupper er en veldig god arena for barn. Der får de møte andre i samme situasjon. De får dele erfaringer og følelser. De får oppleve at de ikke er alene. Og det er en god arena for personlig vekst, og ikke minst nye varige vennskap.

Det viktigste funnet er etter min mening, bekreftelsen på sosionomene sitt kanskje aller viktigste motto, nemlig at en skal se personen i situasjonen! For å kunne gi barn og unge rett og nødvendig hjelp, må en som sosionom prøve å sette seg inn i situasjonen rundt dem. På den måten kan man møte dem der de er, og hjelpe dem videre. Et barn som har det vondt og vanskelig, skal møtes, uansett om det har fått en diagnose eller ei. Ved å skape god relasjon

og tillit til den enkelte, legger det et viktig grunnlag for videre bearbeiding av sorgen. Gjennom en konstruktiv prosess kan man være med på å hjelpe barn og unge videre, og legge til rette for posttraumatisk vekst.

7. Litteraturliste

Bahus, M.K. (2017, 4. april). *Pårørende*. Store Norske Leksikon.

<https://snl.no/p%C3%A5r%C3%B8rende>

Barnekonvensjonen. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter* (20-11-1989).

Lovdata. [https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-05-21-](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-05-21-30/bkn/a3?searchResultContext=1794&rowNumber=1&totalHits=13505)

[30/bkn/a3?searchResultContext=1794&rowNumber=1&totalHits=13505](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-05-21-30/bkn/a3?searchResultContext=1794&rowNumber=1&totalHits=13505)

Berg, B. Ellingsen, I. T. Levin, I. & Kleppe, L.C. (2015). Hva er sosialt arbeid?

I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (red),

Sosialt arbeid: En grunnbok (s 19 - 35). Universitetsforlaget.

Bergem, A.K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal Akademisk. * **kap 1-2, kap 4, kap 7 og kap 12, 83 sider.**

Blindheim, A. (2011). Kronisk traumatiserte barn. I U. Heltne & P.Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold i familien : Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (s. 74-80).

Universitetsforlaget.

Borge, A.I.H. (2019). *Resiliens – risiko og sunn utvikling* (3.utg.). Gyldendal. ***kap1, 2 og 4, 88 sider**

Bugge, K.E. & Røkholt, E.G. (2009). *Barn og ungdom som sørger: Faglig støtte til barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom eller død i nær familie*. Fagbokforlaget. ***191 sider**

Bugge, K.E., Røkholt, G.R. & Aamotsmo, T. (2015). En tiltakskjede for ivaretagelse av barn som pårørende. I B.S.M, Haugland, K.E. Bugge, M.V. Tronsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 45-64).

Fagbokforlaget.* **kap 3, 19 sider.**

Bylund-Grenklo, T., Fürst, C.J., Nyberg, T., Steinbeck, G. & Kreichbergs, U. (2016).

Unresolved grief and its consequences. A nationwide follow-up of teenage loss of a parent to

cancer 6-9 years earlier. *Supportive Care in Cancer*, 2016 (24). Side. 3095-3103. <https://link-springer-com.ezproxy.uis.no/content/pdf/10.1007/s00520-016-3118-1.pdf>

Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102. <https://sites.uncc.edu/ptgi/wp-content/uploads/sites/9/2013/01/PTG-New-Considertrns-2004.pdf>

***9 sider**

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk. ***kap 3 og 7, 38 sider**

D'Urso, A., Mastroyannopoulou, K. & Kirby, A. (2017). Experiences of posttraumatic growth in siblings of children with cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(2), s. 301-317. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.uis.no/doi/pdf/10.1177/1359104516660749>

Dyregrov, A. (2006). *Sorg hos barn: En håndbok for voksne*. (2.utg.) Fagbokforlaget. ***kap 1, kap 10 og 11, 30 sider**

Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2013). Complicated Grief In Children – The Perspectives Of Experienced Professionals. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 67(3), 291-303. https://www.researchgate.net/publication/259350768_Complicated_Grief_in_Children--The_Perspectives_of_Experienced_Professionals

Dyregrov, A., Johnsen, I. & Dyregrov, K. (2012). *Hvordan lede sorggrupper? En håndbok for sorggruppeveiledere*. Abstrakt forlag. ***94 sider**

Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2017). *Mestring av sorg: Håndbok for etterlatte og hjelpere*. Vigmostad & Bjørke AS. ***170 sider**

Dyregrov, A., Dyregrov, K. & Kristensen, P. (2014, 06. september). *Hva vet vi om sorg og komplisert sorg?* Psykologisk.no. https://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/#_ENREF_11 ***10 sider**

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2011). *Barn og unge som pårørende ved kreft : Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv?*

Montebellosenteret.no.

<https://www.montebellosenteret.no/images/stories/forskning/Barn%20og%20unge%20som%20prrrende%20SFK%202011.pdf> ***kap 1-5, 71 sider**

Ensby, T., Dyregrov, K. & Landmark, B. (2008). Å treffe andre som virkelig forstår. *Sykepleien Forskning*, 2008(3), s.118-127.

<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/116823.pdf>

Fellesorganisasjonen (FO). (2019, November). Yrkesetisk grunnlagsdokument. Hentet fra

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847->

[1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf)

Hafstad, S.G. & Siqveland, J. (2017). Personlig vekst etter livsomveltende hendelser. I K.M. Hansson, T.G. Kaldstad & K. Wold (Red.), *Å endres gjennom smerte: - Historier om posttraumatisk vekst* (s. 135-148). Abstrakt forlag. ***14 sider**

Hafstad, S.G. & Siqveland, J. (2008). Posttraumatisk vekst: Et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12), 1507-1511.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2008/12/posttraumatisk-vekst-et-mer-helhetlig-syn-pa-posttraumatisk-tilpasning> ***4 sider**

Hansson, K.M., Kaldstad, T.G. & Wold, K. (Red.). (2017). *Å endres gjennom smerte: - Historier om posttraumatisk vekst*. Abstrakt forlag. ***134 sider**

Haugland, B.S.M, Trondsen, M.V, Gjesdahl, S. & Bugge, K.E. (2015). På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. I B.S.M, Haugland, K.E. Bugge, M.V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 13-27).

Fagbokforlaget.* **kap 1, 12 sider.**

Heap, K. (2005). *Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket.no. (2018, 27. november). *Mye nytt i ICD-11*.

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/mye-nytt-i-icd-11>

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (IS-2010-5) [Rundskriv]. Helsedirektoratet.

<https://lovdata.no/static/ROO/lex/avg/roo/pdf/is-2010-0005.pdf?timestamp=1595601811000>

*** 26 sider.**

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

[https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/%C2%A710a?searchResultContext=993&rowNumber=1&totalHits=9730)

[64/%C2%A710a?searchResultContext=993&rowNumber=1&totalHits=9730](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/%C2%A710a?searchResultContext=993&rowNumber=1&totalHits=9730)

Hansson, K.M, Kalstad, T.G. & Wold, K. (Red.). (2017). *Å endres gjennom smerte: -*

Historier om posttraumatisk vekst. Abstrakt forlag. ***152 sider**

Landsforeningen uventet barnedød. (2014). *Når de minste sørger: Om sorg og støtte til barn under seks år* [Brosjyre].

https://www.lub.no/sites/lub/files/Hefter/Naar_de_minste_s%C3%B8rger-web.pdf ***side 6-**

22. 16 sider

Larsen, A.K. (2017). *En enklere metode, Veiledning i samfunnsvitenskapelig*

forskningsmetode (2. utg.). Fagbokforlaget. ***del 3 (fase 2), 5 sider**

Lein, M. (2017, 11. mai). *Komplisert sorg – når sorgen blir langvarig*. Norsk

helseinformatikk. <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/komplisert-sorg-nar-sorgen-blir-forlenget/>

Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Levin, I. & Ellingsen, I.T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I.T. Ellingsen, I. Levin, B.

Berg & L.C. Kleppe (red), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 112-124). Universitetsforlaget.

Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som spenningsfelt. I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (red), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s 37-38). Universitetsforlaget.

Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-05-21-30>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1

Røkholt, E.G. & Bugge, K.E. (2018). Oppfølging av barn, ungdom og deres foreldre. I E.G. Røkholt, K. Bugge, O. Sandvik & H. Sandanger (Red.), *SORG* (s. 131-154). Fagbokforlaget.
***23 sider**

Sandvik, O., Røkholt, E.G., Bugge, K.E. & Sandanger, H. (2018). Noen begreper og teorier om sorg. I E.G. Røkholt, K. Bugge, O. Sandvik & H. Sandanger (Red.), *SORG* (s. 31-52). Fagbokforlaget. ***21 sider**

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-61/%C2%A73-7a?searchResultContext=1152&rowNumber=1&totalHits=5554>

Strand, N. (2018). -Bra at sorg er blitt diagnose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 644-645. <https://psykologtidsskriftet.no/na/2018/08/bra-sorg-er-blitt-diagnose> ***2 sider**

Støren, I. (2013). *Bare Søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk. ***65 sider**

Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
https://www.researchgate.net/publication/247504165_Tedeschi_RG_Calhoun_LGPosttraumat

ic_growth_conceptual_foundations_and_empirical_evidence_Psychol_Inq_151_1-18 *18
sider

Unicef. (2021). *FNs konvensjon om barns rettigheter*. Unicef. <https://www.unicef.no/vart-arbeid/internasjonalt/barnekonvensjonen>

* Selvvalgt pensum 1295 sider.