

SPL3901

05HBSPLD

Avsluttende eksamen i sykepleie

Gruppenummer: 516

Hovedoppgave

Foreldre uten barn

Hva kan sykepleier gjøre for å gi foreldre en best mulig avskjed med sitt døde barn?



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie mai 2009

Antall ord: 9870



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen: Avsluttende eksamen i sykepleie

Kull: 05HBSPLD

Gruppe nr.:516

Dato: 11.05.09

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel /Problemstilling):

Hva kan sykepleier gjøre for å gi foreldre en best mulig avskjed med sitt døde barn?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

What can a nurse do to give bereaved parents the best possible parting with their deceased child?

Sammendrag

Gjennom en litteraturstudie har jeg jobbet med problemstillingen *Hva kan sykepleier gjøre for å gi foreldre en best mulig avskjed med sitt døde barn*. Det presenteres teori om sorg og krise for å gi et grunnlag for forståelse av foreldrenes reaksjoner. Jeg har valgt å belyse oppgaven ut ifra Joyce Travelbee's teoretiske modell om mellommenneskelige forhold blant annet på grunn av hennes fokus på menneske – til – menneske – forhold. Videre beskrives konkrete sykepleietiltak, hensyn som burde tas til foreldrene og faktorer som vil kunne spille en rolle for foreldrenes videre sorgarbeid. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg funnet at det finnes lite forskningsbasert litteratur på området. Nyere litteratur har vist at oppfatninger om omsorg til foreldre som mister små barn og barn i dødfødsel har endret seg drastisk de siste tiårene. Det som har vist seg å ha størst betydning for foreldrene er måten de blir møtt på av sykepleieren og å skape minner sammen med barnet de fikk beholde så altfor kort.

Nøkkelord

Perinatal død, spedbarnsdød, sorg, krise, foreldre, avskjed

Forord

Så stille

*Så stille med lette fottrinn
kom du inn i min verden.
Nesten lydløst. Kun et øye-
blikk ble du. Men hvilke spor
du har etterlatt i mitt hjerte.*

Forfatter ukjent

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	3
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	4
1 INNLEDNING.....	6
1.1 AVGRENSING AV OPPGAVEN.....	6
2 METODE.....	8
2.1 KILDEKRITIKK.....	9
3 PRESENTASJON AV LITTERATUR.....	11
3.1 SORG OG KRISE.....	12
3.1.1 SORG.....	12
3.1.2 KRISE.....	14
3.2 AVSKJED MED BARNET	15
3.3 JOYCE TRAVELBEE OG MELLOMMENNESKELIGE FORHOLD.....	17
3.3.1 MENNESKE – TIL – MENNESKE – FORHOLD	18
3.3.2 KOMMUNIKASJON.....	19
3.3.3 HÅP.....	20
3.4 LOVVERK OG RETTIGHETER.....	20
4 DRØFTING AV SYKEPLEIETILTAK.....	23
4.1 Å ETABLERE ET MENNESKE – TIL – MENNESKE – FORHOLD	23
4.2 SKAPE MINNER.....	26
4.3 INFORMASJON OG ANDRE VIKTIGE FORHOLD Å TA HENSYN TIL.....	28
4.3.1 OBDUKSJON OG DØDSÅRSÅK.....	29
4.3.2 BEGRAVELSE.....	29

<u>4.3.3 OPPFØLGING.....</u>	<u>30</u>
<u>4.3.4 MOR – EN BARSELKVINNE.....</u>	<u>31</u>
<u>4.3.5 FAR.....</u>	<u>32</u>
<u>4.3.6 LIKEMANNSSTØTTE OG SKEPSIS.....</u>	<u>32</u>
<u>5 KONKLUSJON.....</u>	<u>35</u>
<u>6 ETTERORD.....</u>	<u>36</u>
<u>LITTERATURLISTE.....</u>	<u>37</u>

1 Innledning

Jeg har valgt å skrive om foreldre som mister barn. Dette er ikke et tema som alle sykepleiere vil bli berørt av, men foreldre som opplever dette er prisgitt den kunnskapen og empatien de møter hos de tilstedeværende sykepleierne. Jeg synes det er viktig å rette mer fokus mot disse foreldrene og å øke kunnskapen hos helsepersonell som vil møte disse barna og foreldrene i fremtiden. Kunnskapen hos sykepleierne kan i stor grad påvirke foreldrenes videre sorgprosess og bearbeiding av tapet av barnet og dramatiske hendelser.

Problemstillingen jeg skal presentere er; *Hva kan sykepleier gjøre for å gi foreldre en best mulig avskjed med sitt døde barn?*

Tittelen på oppgaven er en viktig stadfestelse for foreldre som har mistet barn. Nettopp fordi de har blitt foreldre, men at de ikke har barnet sitt levende hos seg. De vil likevel være foreldre til dette barnet resten av sitt liv. Denne tenkningen er et godt grunnlag for sykepleieren i omsorgen for foreldrene.

1.1 Avgrensning av oppgaven

Jeg har valgt å fokusere på tiden etter barnets død og fram til foreldrene forlater sykehuset. Dette gjør jeg fordi denne tiden er kritisk for foreldrene og sykepleierne har en stor og krevende oppgave spesielt i dette tidsrommet. Jeg tar utgangspunkt i barn som er født levende og dør i løpet av sin første leveuke på sykehuset. Grunnen til at jeg utelater dødfødsler er at det er et stort tema og jeg mener jeg ikke klarer å inkludere det på en god nok måte i denne oppgaven. Jeg vil presisere at selv om jeg ikke har valgt å skrive om dødfødsler har jeg allikevel lest en del litteratur om temaet. Dette er på grunn av at foreldre som mister barn, uansett om barnet døde før eller etter fødsel, har mange av de samme behovene og reaksjonene etter barnets dødsfall. Det som i hovedsak skiller disse foreldrene er tiden før barnet dør. Foreldrene vil i denne tiden befinne seg på nyfødtavdeling/intensiv, fødeavdeling eller barselavdeling. Det er viktig å være oppmerksom på at det finnes mange andre trossamfunn enn Den norske kirke og at de

kan ha andre ritualer rundt dødsfall. Jeg kommer ikke til å utdype dette. Omsorgen for eventuelle søsken til det døde barnet blir det heller ikke lagt fokus på.

2 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode på denne måten:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert 1985, her i Dalland 2007, s.83).

Denne besvarelsen er en litteraturstudie, det vil si en gjennomgang av litteraturen som allerede eksisterer. Man får på denne måten en oversikt over kunnskapen som finnes på det valgte tema. (Dalland 2007, s.108). Det valget ble blant annet tatt på grunn av tids- og ressursbegrensningen for oppgaven. Jeg er klar over at bruk av empirisk studie kunne bydd på fordeler i min besvarelse, som for eksempel en sterkere belysning fra brukerperspektivet og eventuell ny kunnskap som ikke tidligere er beskrevet i litteraturen. På en annen side er den aktuelle brukergruppen svært sårbar og forholdsvis liten og det hadde av den grunn blitt en utfordring å finne deltakere. Det finnes noe litteratur om emnet, men jeg har oppdaget at det gjerne kunne eksistert mer. Jeg synes det er desto mer interessant med en litteraturstudie når det finnes små mengder litteratur om et tema. Man får da mulighet til å gå gjennom den litteraturen som finnes på en grundig måte. En må være oppmerksom på at ulike syn kanskje ikke er blitt belyst. Jeg har brukt relevant pensumlitteratur i hovedsak om sorg, krise og når et barn dør omkring fødsel, men har også funnet artikler og bøker som omhandler emnet. Boken ”*Det bor et barn i mitt hjerte*” av Aida Løver, ble blant annet utgitt da jeg startet på denne oppgaven. Her bidrar både foreldre og spesialisert helsepersonell. Vil også nevne boka ”*Små føtter setter dype spor*” av Janne Teigen, som i tillegg til foreldres egne beretninger inneholder råd til helsepersonell, foreldre som nettopp har mistet barn, pårørende, berørte og andre involverte. For å finne litteraturen jeg har brukt har jeg blant annet forhørt meg med helsepersonell som jobber med temaet. Jeg har også søkt på internett etter artikler. I tillegg har jeg brukt bibliotekets database BIBSYS og databasen Helsebiblioteket. Søkeordene jeg har brukt her er; spedbarnsdød, dødfødsel, perinatal død, perinatal death og bereavement.

Oppgaven er bygget på et hermeneutisk og positivistisk kunnskapssyn. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, dette gir grunnlag for å forstå den hjepsøkende. Man forsøker å

gi klarhet i eller mening til det som studeres som i utgangspunktet kan framstå som uklart. (Dalland 2007, s.55). Positivism er forankret i naturvitenskapen og er forklarende kunnskap. Ut ifra positivismen er det vi kan observere og det vi kan regne ut med våre logiske sanser de to eneste kildene til kunnskap. (Dalland 2007, s.50).

2.1 Kildekritikk

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes”(Dalland 2007, s.66).

Det har vært en holdningsendring omkring små barns dødsfall gjennom de siste tiårene, både blant befolkningen generelt og helsepersonell. Før var dette noe man helst skulle glemme og ikke snakke om. Det kan grunne i at litteraturen om emnet har vært beskjedent og det har vært avhengig av helsepersonells egen interesse for å tilegne seg kunnskap. Dette har kunnet prege den eldre litteraturen om temaet. Derfor har jeg vært kritisk til å bruke litteratur som har blitt utgitt tidligere enn årtusenskiftet. Siden det ikke finnes store mengder litteratur om emnet kan man gjøre seg tanker om hvor representativ litteraturen som finnes er. For øvrig er store deler av min selvvalgte litteratur basert på forskning og utarbeidet av kvalifiserte helsearbeidere. Målgruppen for litteraturen jeg viser til har vært både foreldre som mister barn og helsepersonell som vil komme til å møte disse foreldrene i fremtiden. Det finnes en del litteratur som omhandler sorg og krise generelt, og av den grunn har valget falt på pensumlitteraturen siden den skiller seg lite fra annen litteratur på området. Faglitteratur som konkret omhandler foreldre som mister barn og deres sorg har jeg ikke klart å finne mye av, med andre ord har jeg brukt all den litteraturen jeg har funnet.

I arbeidet med oppgaven har jeg benyttet meg av ressurspersoner innenfor området. Disse personene har bidratt med erfaringer og synspunkter, de har også tipset om relevant litteratur. Grunnen til at jeg har valgt nettopp disse personene er på grunn av at de er fagpersoner som har jobbet som sykepleiere/spesialsykepleiere i en årrekke og har opparbeidet en bred erfaring. I tillegg har de bidratt med forskning, litteratur og frivillig

arbeid i foreninger og ved å lede sorggrupper. Gjennom deres erfaring har de et godt utgangspunkt til å bidra med representativ kunnskap om de aktuelle foreldrene.

3 Presentasjon av litteratur

Det kreves kunnskap om sorg og kriser for å kunne hjelpe foreldrene i prosessen med å ta avskjed med sitt døde barn. I denne delen av oppgaven vil jeg presentere det jeg har funnet av relevant og aktuell litteratur. Jeg har valgt å belyse oppgaven ut fra Joyce Travelbee's teoretiske modell. Dette har jeg gjort siden hun representerer et moderne menneskesyn og er opptatt av den mellommenneskelige prosessen. Hun understreker også at alle mennesker vil oppleve lidelse og at sykepleieren kan bidra til å finne mening med lidelsen eller at en kan vokse og utvikle seg som menneske ut fra sine erfaringer. Dette er sentralt å jobbe med når det gjelder denne målgruppen. Jeg velger å referere til foreldrene som de mennesker de er og ikke pasienter. Foreldrene omtales i flertall, men jeg gjør oppmerksom på at det ikke alltid er to foreldre inne i bildet. Foreldrenes døde barn omtales i entall siden det vanligvis er ett barn foreldre mister, jeg presiserer at det hender foreldre mister flerlinger eller at de har mistet barn tidligere også. Jeg utdyper ikke det ytterligere i denne oppgaven.

Hvert år dør omkring 50 barn i løpet av sin første leveuke og årsakene er mange. Noen barn dør rett etter fødselen, mens noen dør i løpet av kortere eller lengre tid etter perioder på respirator og forsøk på gjenoppliving. Omtrent halvparten av disse barna dør på grunn av faktorer hos mor eller komplikasjoner under svangerskapet, fødselen eller forløsningen. Faktorene hos mor kan være svangerskapsforgiftning, diabetes, for PPROM(tidlig vannavgang), forliggende morkake eller morkakeløsning. Omkring 25 % av barna dør på grunn av medfødte misdannelser. Cirka 10 % dør av puste- og hjerteforstyrrelser, omkring 5 % av barna dør grunnet kromosomavvik og cirka 1 % dør av infeksjoner. Omkring 4 % dør av dårlig definerte eller ukjente årsaker og cirka 6 % av barna dør av andre årsaker. Det er flere guttebarn enn jentebarn som dør ved fødselen. I tillegg dør omkring 250 barn i dødfødsel og rundt 200 barn dør i løpet av sine første fire leveår. (Landsforeningen uventet barnedød 2008, *Når et lite barn dør* s.8). Det skal også nevnes at de siste 30 år er antall barn som dør innen første leveuke mer enn halvert.

3.1 Sorg og krise

Jeg vil starte med å si litt om sorg og krise siden det er en naturlig del av det å miste et barn. Som sykepleier vil man også møte mennesker i andre typer sorg og kriser i løpet av sin yrkeskarriere, samme hvilket felt man jobber innenfor. For å kunne være en omsorgsperson for et menneske i sorg og/eller krise er det en forutsetning at sykepleieren har kunnskap om dette. Når man opplever å miste et menneske i livet sitt er sorg en naturlig og ofte nødvendig fase en må gjennom. De fleste vil oppleve å sørge mange ganger i løpet av livet. Sorg kan også forekomme ved andre tap enn dødsfall, for eksempel tap av jobb eller separasjon med ektefelle/samboer.

Sorg over et barn kan fortone seg noe annerledes enn andre typer sorg. Uansett alder på barnet er det å miste et barn en av de aller verste hendelser foreldre kan oppleve. Det vil prege foreldrene i lang tid etterpå og sannsynligvis resten av livet. Mange foreldre sier at de aldri blir som før igjen, men allikevel understreker mange at grunnet de erfaringene de har står de sterkere til å håndtere vanskelige ting i livet enn de gjorde tidligere. Det gjør ikke sorgen mindre, men noen opplever at de kan være til hjelp for andre som opplever noe lignende og at det føles godt. (Teigen 2007, s.214). Mennesket har et behov for å reprodusere seg og at avkomet vil overleve individet. Når et barn dør vil denne forventningen knuses uansett alder på barnet. De aller fleste foreldre vil si at deres barn er det mest verdifulle de har og det vil være vanskelig å bare møte tanken på å miste dem. For noen blir dette virkelighet. (Sandvik 2003, s.127).

3.1.1 Sorg

Hummelvoll (2004, s.171) forklarer begrepet *sorg* på denne måten: ”Sorgen er den følelsen som oftest ledsager tap, og den mest sorgprovoserende hendelse er tap av en kjær person ved død eller separasjon på annen måte”.

Tap av mennesker som har stått en nær er den hendelsen som er mest sorgprovoserende. Slike tap vil de fleste oppleve flere ganger i løpet av livet. Man må kjempe for at denne opplevelsen skal bli bearbeidet og på denne måte kan man komme gjennom sorgen på en hel måte. Sorg og depresjon kan i være vanskelig å skille fra hverandre. De samme

tegnene kan komme til syne ved begge tilstandene. Allikevel er det forskjell på sorg og depresjon. Når man mister et menneske man har vært nært knyttet til vil man oppleve sorg, noe som er nødvendig for å kunne fortsette livet. Dersom man ikke kommer seg gjennom denne prosessen og sorgarbeidet låses fast, kan det føre til depresjon. En ”ukomplisert” sorgprosess vil for de fleste vare i cirka 6 måneder. Et annet skille mellom sorg og depresjon er at den sørgende ikke vil føle selvbebreidelse og skyldfølelse slik den deprimerte ofte vil gjøre. Derimot når man befinner seg i en sykkelig sorg, depresjon, vil disse følelsene være framtrødende. Den sørgende vil også vite grunnen til sorgen, noe den deprimerte ofte ikke vet selv om det noen ganger kan ha vært en utløsende årsak. Den sørgende vil møte på minner og assosiasjoner som knyttes til den man har mistet. Det er nødvendig for den sørgende å møte minnene og assosiasjonene om igjen slik at de mister den smertelige karakteren. Ofte vil man likevel kunne kjenne på sårbarheten i lang tid etterpå. (Hummelvoll 2004, s.171-173). Disse sterke øyeblikkene man har opplevd når et barn dør kan som nevnt ovenfor gi opphav til sterke minner som kan feste seg i alle sansekanaler. Disse minnene kan komme tilbake som gjenopplevelser av deler av eller hele hendelsen. For de fleste avdempes dette over tid, men for noen kan plagene vedvare og det kan utvikles en lidelse som kalles posttraumatisk stresslidelse. (Løver m.fl. 2009, s.210).

Sorgen over et barn som mistet livet er ikke det samme som sorgen over en gammel bestemor. Akkurat som sorgen over et lite barn skiller seg fra sorgen over et større barn og sorgen over et barn som døde av sykdom skiller seg fra sorgen over et barn som døde av en ulykke. Den ene sorgen er ikke lettere eller vaskeligere enn den andre, men den er annerledes og det som blir vanskelig for foreldrene i ettertid kan være forskjellig. Tidligere har ofte forventningene fra omgivelsene til foreldrene om hvor lenge de skulle sørge vært knyttet til barnets levelengde. Altså trodde man at når man ikke hadde rukket å bli kjent med barnet trengte en heller ikke å sørge så mye. Foreldre som har mistet barn omkring fødselen kan fortelle at de opplever det ofte stikk motsatt, siden de ikke ble kjent med barnet blir det ekstra vondt. De siste tiårene har man fått mer kunnskap om sorg etter dødfødte og nyfødte og helsepersonell er blitt mer bevisste på å samle minner. (Teigen 2007, s.213-214).

”Det finnes ingen riktig måte å sørge på og heller ingen oppskrift som kan eller bør følges” (Løver m.fl. 2009, s.209).

3.1.2 Krise

Kringlen (2005, s.118) forklarer begrepet *krise* på denne måten: ”krise (på gresk: *krisis*) antyder en plutselig, avgjørende forandring”.

Selv om foreldrene er sørgende etter å ha mistet sitt barn, vil store deler av den første uken etter dødsfallet være preget av krisereaksjoner. Håkonsen (2003, s.300) definerer *krise* på denne måten: ”Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon”. Kriser kan utløses av forskjellige grunner. Det kan være *objekttap*, som gjelder tap av noe eller noen man er sterkt knyttet til. *Tap av selvstedighet/selvbestemmelse*, dette innebærer tap av muligheter til kontroll over sitt eget liv. *Relasjonsproblemer*, gjelder problemer i forhold til andre mennesker. *Samfunnsmessige endringer*, innebærer forandringer som man ikke har kontroll over og som krever stor tilpasningsevne. Det kan også være *ytre hendelser, katastrofer eller ulykker* som utløser krisen.

Reaksjoner som tilbaketrekning/frustrasjon, sinne/aggresjon, frykt/angst og depresjon/tristhet er vanlig å møte hos mennesker som opplever en krise, uavhengig av bakgrunnen for krisen. Disse reaksjonsformene oppleves ikke nødvendigvis isolert fra hverandre. Det kan også forekomme at man har blandede reaksjoner der flere av disse følelsene kommer til uttrykk på en gang. (Håkonsen 2003, s.296). Alle reaksjonene er like normale og reaksjoner man må forvente av mennesker i krise. Menn og kvinner kan reagere ulikt og man ser ofte at menn i større grad enn kvinner uttrykker sinne og aggresjon, spesielt når man har mistet sitt barn.

Ved et vanlig kriseforløp kan man se 4 forskjellige faser. Disse kan deles inn i *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *bearbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*. Disse inndelingene er nyttige for å kunne se endringer i en persons reaksjoner, men det er ikke en standardmodell for hvordan alle kriser utvikler seg. Sjokkfasen er den første tiden etter budskapet om det som har skjedd er gitt. Denne fasen kan vare fra minutter til dager og man er i dette tidsrommet ikke i stand til å bearbeide opplevelsen. Man forsøker ofte å forstå hva som har skjedd, men føler ofte at det finnes ingen hensikt eller mening. Noen viser sterke reaksjoner mens noen kan virke lite berørt. Etter rask tid eller noen dager kan man gå over til reaksjonsfasen. I denne fasen kommer personens emosjonelle

reaksjoner tydeligere fram. Man kan nå se adferdsendringer som man ofte forbinder med krisereaksjoner. Disse reaksjonene kan være sorg, depresjon, gråt, fortvilelse, søvnevansker og manglende initiativ. (Håkonsen 2003, s.300-301).

For de aller fleste vil det å miste et barn skape rystelser i grunnvollene i deres eksistens og sorgen rammer hardt. Verden raser sammen, må bygges opp igjen og vil aldri bli den samme. Foreldrene mister en del av seg selv som aldri kan erstattes. Å miste barn kan medføre en forlenget reduksjon i livskvaliteten og mange blir alvorlig preget i flere år etterpå. (Sandvik 2003, s.129).

Foreldrene vil ofte preges av sjokk, nummenhet og uvirkelighet fra timer til måneder etter dødsfallet. Rop og skrik er ikke uvanlig når foreldrene får budskapet, men deretter settes det ofte i gang en forsvarsmekanisme av mental bedøvelse for å sikre at virkeligheten ikke tas inn i full bredde. Noen foreldre har fortalt at de i denne tiden opplevde at tiden sto stille. Følelssvingninger den første tiden er helt normalt, selv om noen foreldre kan oppleve at sjokket beskytter over lengre tid. Reaksjonene trenger ikke å følge noen fast mønster. I den første tiden svinger følelsene ofte mellom angst, fortvilelse, savn og lengsel og det kan oppstå sinne for at problemer ikke ble oppdaget så barnet kunne reddes. Dette er regelen mer enn unntaket. (Løver m.fl. 2009, s.207-209).

3.2 Avskjed med barnet

Foreldrene opplever det ofte som uvirkelig at dette har skjedd dem og vil oppleve både krise og sorg. Deres mestringsmekanismer vil overskrides og de trenger at noen tar seg av dem, mange ønsker å ha familie rundt seg. Det er viktig at sykepleier varsomt konfronterer dem med dødsfallets realitet, at de har fått et barn og at barnet døde. Dette er en forutsetning for at foreldrene skal komme i gang med sorgprosessen. Ting som kan bidra til at foreldrene innser realiteten i det som har skjedd kan være å gi barnet navn, se og holde barnet, informere familie og venner om det som har skjedd og kontakte begravelsesbyrå. Etter en slik hendelse er det praktiske ting som må/kan gjøres og foreldre må ta viktige valg. For at foreldrene skal kunne ta disse valgene er det nødvendig at sykepleieren informerer om konsekvensene av de ulike valgene. Valgene

kan være det å se eller holde barnet, eventuelle søskens deltagelse i prosessen, om de skal ha dødsannonse i avisen eller om barnet skal begraves. Det kan være viktig for foreldrene å høre at andre foreldre som har valgt å ikke se eller holde barnet angrer bittert i ettertid og at det er ingen som angrer på å ha valgt å se barnet sitt. Dødsannonse og begravelse offentliggjør også at den døde var et betydningsfullt menneske, man får ta avskjed med barnet og familie og venner kan være der og vise støtte og varme. Etter hvert som realiteten går opp for foreldrene vil ofte foreldrene overveldes av følelser som hjelpeløshet, smerte, angst sinne og skyldfølelse. Noen ganger kan det være tvil om dødsårsaken eller spørsmål om dødsfallet skyldes medisinsk uriktige avgjørelser. Dette kan føre til at aggresjon rettes mot helsepersonell noe som krever toleranse for følelsesutbrudd og medisinsk informasjon til foreldrene som kan hjelpe dem å forstå hva som har skjedd. (Holan 2000, s.140-141).

Når barnet har hatt et kort liv er det viktig å samle minner både fra den tiden de levde og tiden etterpå. Det er avgjørende at sykepleier viser omtanke og behandler barnet med respekt og verdighet.

Personalen sa: vad söt hon er, och titta har hon inte dina kinder? Jag kände det positiva – hon blev någon. De frågade hva hon skulle heta – efter det kunde jag ta henne til mig. När de kom in tittade de på henne och log och det gav mig en sådan skön känsla (Andersen og Petersson 2006, s.19).

Ved at foreldrene ser, holder og steller barnet, selv eller sammen med sykepleier, har de en god anledning til å bli mer kjent med barnet og danne seg et bilde av barnets identitet. Andre minner som tas vare på er vekt, lengde, hodeomkrets, identifikasjonsbånd, hårlokk, fot - og håndavtrykk og bilder. (Holan 2000, s.141-142). De fysiske minnene som tas vare på kan bli svært viktige for foreldre, det blir som ”bevis” for at barnet har eksistert. (Teigen 2007, s.214). Den første tiden etter dødsfallet preges foreldrene av gråt, tristhet og lengsel etter barnet og det vanskelig å måtte dra hjem fra sykehuset uten barnet. Andre normale reaksjoner er søvnmangel, appetittmangel, rastløshet og tretthet. Mange foreldre ønsker seg umiddelbart et neste barn, men det anbefales å vente med neste graviditet til foreldrene får overskudd nok til å ta seg av det. At sykepleier lytter til foreldrene kan stimulere sorgarbeidet. Gjentatt og detaljert fokusering på det som skjedde i svangerskapet, under fødselen og i tiden etterpå vil være fremmede for

sorgarbeidet. På denne måten bearbeides følelsene. Foreldrene trenger ofte bekreftelser på at de ”sørger riktig” og at deres reaksjoner er normale. Skyldfølelse burde være et samtaleemne, moren retter ofte urimelige anklager mot seg selv, som for eksempel ting hun har drukket eller spist eller at hun føler det som en straff på grunn av følelser hun har hatt i svangerskapet. Sykepleier må gi gjentatte forsikringer om at ingenting kunne vært gjort annerledes. Sorg – og krisereaksjonene er individuelle og det er ofte forskjell på mors og fars reaksjoner. Sykepleieren burde gi informasjon om at dette er vanlig og at god kommunikasjon og forståelse for hverandre kan gjøre at de i mindre grad anklager hverandre. De burde også forberedes på at omgivelsene kan ha andre forventninger til hvor sterk og langvaring sorgen over barnet skal være og at noen kan trekke seg unna dem på grunn av at de synes det er vanskelig å takle situasjonen. Alle involverte er hovedpersoner i sin egen sorg, ofte er det mor som får mesteparten av oppmerksomheten mens far må ordne opp i praktiske ting. Dersom foreldrene har levende barn anbefales det at de får delta i prosessen. (Holan 2000, s.141-142).

3.3 Joyce Travelbee og mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee var spesielt opptatt av de mellommenneskelige forholdene i sykepleie. Hennes sykepleietenkning bygger på å etablere et menneske – til – menneske – forhold slik at sykepleieren kan hjelpe det lidende mennesket til å oppleve mening med smerten. Valget av teori er tatt på grunnlag av at jeg mener Travelbees tanker og teorier om mellommenneskelige forhold vil være svært relevant å benytte seg av i møtet med foreldrene. Travelbee skriver også om at rollene ”sykepleier” og ”pasient” skaper en barriere for å utvikle et menneske- til- menneske- forhold, jeg henviser derfor til ”pasienten/e” som foreldre, den/de lidende eller den andre part for å unngå denne kategoriseringen. Sykepleieren blir henvist til ved tittel til fordel for teksten og leseren. Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene(Travelbee 2001, s.29).

Med *lidelse* menes fysisk eller psykisk lidelse, uttrykket kan også brukes for å beskrive opplevelsen av plager, tap, nød eller skade. (Travelbee 2001, s.99). Relasjonen mellom sykepleieren og den lidende blir sentral når det handler om å ta avskjed med barnet. Sykepleieren skal ikke forholde seg til sykdom, men lidende mennesker i form av sjokk og sorg. Jeg trekker ut Travelbees teori om menneske – til – menneske – forhold, kommunikasjon og å finne håp og mening i lidelsen som viktige elementer i dette arbeidet.

3.3.1 Menneske – til – menneske – forhold

Ved å opprette et menneske - til - menneske forhold oppnås sykepleiens mål. Et menneske - til – menneske – forhold er opplevelser og erfaringer som deles av den lidende og sykepleieren. Det vesentlige er at den lidendes behov blir ivaretatt. Dette forholdet blir målbevisst etablert og opprettholdt av sykepleieren. (Travelbee 2001, s. 41). En grunntanke ved forholdet er at begge parter oppfatter hverandre som unike menneskelige individer og ikke som ”sykepleier” og ”pasient”. Målet på sykepleiekompetansen er i hvilken grad den/de mottaende parten har fått hjelp til å mestre problemene. All kontakt sykepleieren har med den andre parten kan være et skritt i riktig retning på veien for å oppnå det ønskede forholdet. Forholdet bygges opp over tid og sykepleieren må underveis være bevisst på målet. For at forholdet skal etableres må sykepleieren og den hun yter omsorg til ha gått gjennom fire faser. Disse fasene er *det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse*. Det er ingen tidsbegrensning på når man skal ha etablert forholdet. Det kan forøvrig oppstå problemer underveis og det er sykepleierens ansvar å finne årsaken og å gjøre det som er nødvendig for å få prosessen i gang igjen. (Travelbee 2001, s.171-172). Travelbee definerer menneske – til – menneske – forhold på denne måten:

Et menneske – til – menneske – forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt (Travelbee 2001, s.177).

Forholdet er gjensidig og begge parter har behov som blir oppfylt. Det kan være en forståelse av at sykepleierens behov er uvesentlige, men dette er urealistisk tenkning siden sykepleieren også er et menneske som har behov. Det vil ikke være mulig for en sykepleier å gjøre et tilfredsstillende arbeid dersom ingen av hennes behov er ivaretatt. En del av disse behovene blir ivaretatt gjennom forholdet til den sykepleieren yter omsorg til og meningsfylt kontakt med kolleger og andre. Det at partene skal oppfatte hverandre som unike individer innebærer at ”pasienten” ikke behandles som ”en sykdom”, ”en jobb” eller ”et rom – nummer”. Sykepleieren blir også oppfattet som et unikt individ og ikke som ”personifikasjonen” av ”alle sykepleiere”. (Travelbee 2001, s. 177-178). Det overordnede målet er å ivareta den enkeltes eller familiens sykepleiebehov. Følgende punkter kan være retningsgivende for sykepleieren når behovene skal fastslås. 1. Sykepleieren må observere for å avdekke behovene, 2. Antagelsene om behov må bekreftes eller avkreftes, 3. Sykepleieren må vurdere om hun kan oppfylle behovene eller om det er behov for henvisning til annen helsetjeneste, 4. Sykepleieren planlegger sykepleiehandlinger i forhold til avdekkede behov og 5. Evaluering av i hvilken grad behovene er ivaretatt. Grunnlag for å kunne bruke disse fem punktene er at sykepleieren har teoretisk kunnskap.(Travelbee 2001, s.179-184).

3.3.2 Kommunikasjon

Travelbee (2001, s.135) sier at ” Ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem – når de samtaler, og når de er tause”. Det kommuniseres gjennom utseende, adferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Man får gjennom dette en mulighet til å bli kjent med hverandre og det gir sykepleieren et verktøy til å identifisere og ivareta behov. Om målene nås er avhengig av sykepleierens adferd og hensiktsmessigheten hennes i forhold til sykepleiehandlingene. (Travelbee 2001, s.135).

Gjennom kommunikasjon observerer partene hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger. Sykepleieren bruker denne prosessen til å søke og å gi informasjon, motivere den andre parten og til å gi omsorg. Den andre parten bruker kommunikasjonsprosessen for å få hjelp, og kommuniserer også hvordan sykepleieren oppfattes, i hvilken grad hun oppfattes som et hjelpende menneske. Via kommunikasjonen vil det bli synlig om

sykepleieren har interesse for lidende mennesker. Det er mulig å kommunisere på en effektiv måte uten å etablere et menneske – til – menneske – forhold. Det som er avgjørende for å skape dette er hva som kommuniseres, innholdet i dette og hvordan det gjøres. Denne prosessen er avgjørende for om den andre parten opplever hjelp til mestring eller om følelsen av isolasjon og å være alene vil bli forsterket. (Travelbee 2001, s.136-147).

3.3.3 Håp

Håp er noe av det som gjør mennesker i stand til å mestre lidelse. Sykepleierens rolle er å hjelpe mennesker til å holde fast ved håpet eller å gjenvinne dette for å kunne mestre lidelsen.

Den som håper, tror at hvis han når fram til objektet for sine ønsker, vil livet endre seg på en eller annen måte, det vil bli mer behagelig, mer meningsfylt eller gi større glede (Travelbee 2001, s.117).

Man kan ha håp som er oppnåelige eller urealistiske. Uansett vil den som mangler håp ikke ha evne til å kunne se noen forbedringer i livet i fremtiden. Håpet må ha et grunnlag for å eksistere og utgå fra en mening, og en lærer å håpe dersom omgivelsene ligger til rette for utviklingen. Som menneske er man avhengig av andre mennesker, og håp er knyttet til forventning om at noen vil hjelpe en. Håp er også et tegn på mot, ved å innse sin egen utilstrekkelighet og frykt og likevel stå på for å nå sine mål viser dette. (Travelbee 2001, s.117-121).

3.4 Lovverk og rettigheter

Når man nettopp har mistet et barn er ikke lover og rettigheter noe man vanligvis vier så mye oppmerksomhet. Likevel er det viktig å kjenne til sine rettigheter. Informasjon om deres rettigheter burde foreldrene få allerede på sykehuset og det er sykepleierens ansvar å formidle dette.

Sandvik (2003, s.131) skriver at foreldrene anser blant annet informasjon om forventede sosiale omkostninger ved dødsfallet som viktig. Ofte blir foreldrene værende på sykehus/hotel i noen dager, for noen er det kanskje ikke mulig at far får overnatte på sykehuset sammen med mor. Det blir også kanskje aktuelt med noen kjøreturer frem og tilbake. Man kan ha rett på å få refundert utgifter til reise, opphold og kost. Dette gjelder også for ledsager, det er derfor viktig å få en bekreftelse fra sykehuset om at man har hatt behov for ledsager. Alle barn som er født etter svangerskapsuke 12 skal gravlegges. Man kan velge minnelund, familiegrav eller egen grav. Man har krav på en gravferdsstønad som tilsvarer 18 744kr(pr.05.01.09) hvor de faktiske utgiftene refunderes. Dersom det er opparbeidet grunnlag til foreldrepenger får man seks uker permisjon med full lønn etter fødselen. Permisjonen gjelder dersom barnet var dødfødt etter 26. svangerskapsuke eller levendefødt etter 27. svangerskapsuke og dør like etterpå. Dersom kriteriene for å få permisjonspenger ikke er oppfylt har man krav på en engangsstønad, denne tilsvarer 35 263kr(pr.15.04.09). Man kan også ha rett på inntil 33 ukers permisjon dekket av arbeidsgiver dersom barnet dør i svangerskapsuke 27 eller senere. Det er viktig å kjenne til at dersom man benytter denne muligheten mister man rett til opptjening til foreldrepenger og sykepenger siden dette er finansiert av arbeidsgiver og ikke trykkesystemet. (Teigen 2007, s.209-210). Denne informasjonen er også lett tilgjengelig på NAV sine nettsider.

Når medisinske grunner ligger bak kan sykehuset be om at obduksjon blir foretatt. Obduksjon er regulert i Transplantasjonsloven og i egen forskrift om obduksjon. (Molven 2002, s. 179). Forutsetningen for at en obduksjon kan foretas er at det skal ha gått minst 8 timer etter dødsfallet og at avdødes nærmeste er underrettet om dødsfallet. Regelen om 8 timer etter dødsfallet kan fravikes dersom nærmeste pårørende har gitt tillatelse. Foreldrene har for øvrig muligheten til å reservere seg mot obduksjon og/eller at obduksjonsmateriale kan bli brukt til undervisning og forskning, dette skal respekteres. Det skal informeres om at pårørende har denne rettigheten. Dersom det er mistanke om at dødsfallet er forvoldt ved straffbar handling, for eksempel feilbehandling, har ikke pårørende mulighet til å reservere seg mot obduksjon. Da kan det være aktuelt med rettsmedisinsk obduksjon. (Transplantasjonsloven 1973, § 7 og 8).

Ifølge pasientrettighetsloven (1999, § 3-4) og helsepersonelloven (1999, § 10) har foreldrene rett til å få informasjon. Sykepleieren skal også forsikre seg om at foreldrene

har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Pasientrettighetsloven 1999, § 3-5). Foreldrene har også rett på innsyn i journal etter barnets død, dersom ikke spesielle grunner taler mot det. (Helsepersonelloven 1999, § 24).

4 Drøfting av sykepleietiltak

For noen tiår tilbake ble det ikke holdt begravelser for små barn. Det ble heller ikke snakket om. De fleste foreldre ble sendt hjem fra sykehuset med oppfordring om å få et nytt barn så det døde barnet ble glemt. Langt ifra alle foreldre fikk ta avskjed med barnet og det var heller ikke mange som fikk vite hvor barnet ble begravd og dermed ikke en egen grav. Det finnes flere eksempler på at helsepersonell får spørsmål fra eldre kvinner som lurer på om det går an å finne ut hvor barnet de mistet for kanskje 50-60 år siden ble gravlagt. Det er ikke foreldrenes behov og følelser som har forandret seg, men samfunnets erkjennelse av at sorgen ikke kan måles av et menneskes alder.

Det er mange konkrete tiltak sykepleieren kan iverksette for å bidra til at foreldrene får en så god som mulig avskjed med barnet. Jeg vil nå gå nærmere inn på hva de enkelte tiltakene kan være.

Tap av små barn oppleves ofte vanskeligere enn når en voksen dør, blant annet på grunn av at man har så få minner. Det er også uventet og "unaturlig" når barn dør, da livets gang skulle være at de eldste skulle dø først (Berglund og Coccozza).

På grunn av mangelen på minner er noe av det viktigste sykepleieren gjør å bidra til å skape gode minner om barnet.

4.1 Å etablere et menneske – til – menneske – forhold

Dersom foreldrene ikke allerede har en kontaktperson i avdelingen burde dette ordnes så fort som mulig. Det vil være en unødvendig belastning for foreldrene å måtte gjenta seg selv til helsepersonell, noe som blir følgene dersom de skal forholde seg til mange i avdelingen. Når man nettopp har mistet sitt barn vil det også i seg selv være en belastning å måtte forholde seg til mange forskjellige mennesker. Ved å gi foreldrene et rom de kan være sammen og ha barnet hos seg, hvor de slipper å høre spedbarnsgråt, vil fjerne enda en stressfaktor for dem. Det finnes selvfølgelig begrensninger i ressurser fra

sykehusets side. Økonomiske og praktiske faktorer kan påvirke i hvilken grad forholdene kan legges til rette for foreldrene. Uansett skal omsorgen sykepleieren yter når hun er tilstede ikke påvirkes av dette. Ved noen avdelinger har det latt seg gjøre, av eget ønske fra sykepleier, å tilrettelegge turnus under foreldrenes opphold for å møte foreldrenes behov så langt som mulig.

Som Travelbee (2001, s.177) sier om menneske – til – menneske – forhold, er målet i en situasjon som denne at foreldrene får sine behov ivaretatt. En del av det å kunne skape et godt forhold er at sykepleieren burde vise foreldrene at hun har tid til å være der for dem og sammen med dem. Man kan ikke alltid vite hva foreldrene trenger til enhver tid, og kanskje de ikke vet det selv, men å vise medmenneskelighet og varme gir foreldrene en følelse av omsorg.

I boken av Teigen (2007, s.206-207) forteller foreldre som har mistet sine barn om hvordan de ønsker at helsepersonell skal opptre i forhold til dem etter barnets død. Noe av det som blir trukket fram er ønsker om at helsepersonellet avser tid til dem, behandler barnet som den personen barnet faktisk er, gir foreldrene tid sammen med barnet, gir informasjon både muntlig og skriftlig og at de ikke blir etterlatt alene.

Det er viktig å lytte til foreldre som har opplevd dette tidligere for å kunne yte den beste omsorg til foreldrene. Det er de som sitter med den dyrkjøpte erfaringen om hvordan det er å miste barn. Det finnes lite forskning som har kommet fram til en konklusjon på hva som er den beste omsorgen, men tilbakemeldinger fra foreldre har vist hva som oftest oppleves fremmede eller hemmende for sorgprosessen.

Sykepleier burde også koble inn blant annet prest og sosionom. Selv om foreldrene ikke er spesielt religiøse kan det være nyttig å samtale med en prest. Han kan gi en mer detaljert informasjon om hvordan man kan organisere begravelse og eventuelt hvordan man kommer i kontakt med begravelsesbyrå. En sosionom kan eventuelt informere foreldrene mer inngående om rettigheter omkring økonomi og permisjon. Om ikke foreldrene ønsker denne kontakten burde sykepleieren likevel koble dem inn. Det er vanskelig for dem å vite hvilke behov de har. En mor som har mistet sitt barn skriver på vegne av flere foreldre som har mistet barn at man vet ikke hvilken hjelp man trenger, men man trenger all den hjelpen man kan få. Man vet heller ikke hvem man trenger hjelp av, bare la dem komme. (Teigen 2007, s.207). Dette er også en form for omsorg

foreldrene kan sette stor pris på i ettertid. Men skal man ta slike avgjørelser på vegne av foreldrene må grunnlaget være kunnskap og erfaring og evne til å kunne se det enkelte menneske. Ingen har akkurat de samme behovene.

Å ta vare på foreldrene handler sjelden om prosedyrer eller behandling og sykepleieren må derfor gi omsorg via andre handlinger. I denne situasjonen kan det være vel så viktig å kunne gi fysisk omsorg. Dette kan for eksempel være å gi en klem, holde i hånden, stryke på det døde barnet eller bare holde rundt dem når de gråter. Skal sykepleieren ha mulighet til å kunne skape et menneske – til – menneske – forhold er dette handlinger som burde falle naturlig å gjøre. Foreldrene vil fort merke om sykepleieren er ukomfortabel i situasjonen og i deres nærvær.

Som nevnt ovenfor sier Travelbee at håp har man dersom man kan se en forbedring i livet i fremtiden og man kan skape håp dersom forholdene legges til rette for det. (Travelbee 2001, s.117-121). Når foreldre mister barn vil de på grunn av den sterke smerten og følelsen av meningsløsheten ha et behov for å vite at livet blir bedre i fremtiden. Sykepleieren kan i møtet med foreldrene formidle at andre har erfart at livet går videre og det kan bli godt å leve igjen.

Barnmorskan som vi fick...hon var bara så åhh...hon var så go, lite äldre, och hade egen erfarenhet av det här. Hon kramade oss och satt på sängen, ja liksom en mamma. Hon blev ett bevis på att man kan leva vidare. Hon gav mig en spesiell blick när hon gick (Andersen og Petersson 2006, s.20).

Travelbee skriver også om å finne mening med lidelse. Med mening vises det til mening i den form at man blir i stand til å ikke underkaste seg lidelsen, men bruke den til en positiv livserfaring. Bare personen som opplever lidelsen kan tilskrive den mening eller verdi. (Travelbee 2001, s.226). Foreldrene er kanskje ikke klare for denne tankegangen umiddelbart etter barnets død, men sykepleieren kan hjelpe foreldrene på veien til å selv finne en mening. Sandvik m.fl skriver om mulighet for å vokse på sine erfaringer. Mange foreldre har formidlet at de har opplevd en forskyvning av verdier i livet etter de har mistet barn. Familie og andre menneskelige forhold blir viktigere, de opplever økt selvinnsikt og personlig modning. (Sandvik 2003, s.131).

4.2 Skape minner

Å skape minner er en vei mot den endelige avskjeden med barnet. Når barnet er levendefødt har nok de fleste foreldrene skapt noen minner allerede. Allikevel har de hatt barnet i kort tid og alle minner som kan skapes viser seg ofte å bli betydningsfulle for foreldrene i ettertid.

Ikke alle foreldre har navnet klart før barnet blir født, og når det blir dramatisk før, under eller etter fødselen har det kanskje ikke falt seg naturlig for foreldrene å tenke på navn. Å gi barnet et navn kan blant annet gjøre det lettere å snakke om barnet for både foreldre, søsken, familie, venner og andre i fremtiden. Dersom foreldrene velger å ha en egen gravstein til barnet vil navnet skrives på der. Dette er noe sykepleieren burde gjøre foreldrene oppmerksom på og råde dem til. Allikevel må man ha forståelse for at noen velger å kalle barnet for "lillebror"/"lillesøster" og lignende eller å ikke ha navn i det hele tatt.

Bilder blir veldig viktige minner for foreldrene i ettertid. Mange har kanskje rukket å ta flere bilder av barnet mens det levde, men for de som ikke har fått gjort det før barnet døde må det gjøres etterpå. Det burde tas bilder med foreldrene og barnet sammen. Om foreldrene velger å ikke ta bilder selv skal sykepleieren gjøre det med avdelingens kamera og legge bildene i journalen. Foreldrene tilbys disse bildene på et senere tidspunkt.

En mor som selv har mistet et barn råder andre foreldre til å stelle og kle på barnet sitt selv og at de gjerne tar vare på noe barnet har hatt hos seg i tiden de har vært sammen. (Teigen 2007, s.199). Også i boka "Det finnes et barn i mitt hjerte" skriver en jordmor dette;

Det kan være godt for foreldrene at barnet får tøy på seg, de har kanskje ikke med seg noe de kan bruke. Hvis de har med seg noe hjemmefra som var tiltenkt barnet, er dette selvfølgelig enda bedre (Løver 2009, s.246).

Det rådes også til å benytte den tiden man har sammen med barnet til å se nøye på barnet, lukte og kjenne. Den følelsen man får da, vil man kjenne tilbake på i ettertid. (Teigen 2007, s.199). Dersom man ikke har hatt mulighet til å ha barnet på fanget før barnet døde kan det være godt å kjenne barnets tyngde mot armene og fanget og kanskje

kjenne varmen fra kroppen. En forelder uttalte dette; ”Først ville jeg ikke se han, tror ikke jeg turte. Jeg ble overtalt likevel, og det er jeg glad for” (Landsforeningen uventet barnedød 2004, s.5). En annen side ved å se og holde det døde barnet er at det kan bidra til at foreldrene innser hva som har skjedd. En annen forelder beskriver et møte med sitt døde barn på denne måten; ”På morgonen var det lättare att förstå att hon var död – hon hade förändrats så. Då blev jag mer redo att lämna henne” (Andersen og Petersson 2006, s.22). Noen foreldre velger å ta barnet med hjem for å ta avskjed og tilbringe mest mulig tid sammen. (Landsforeningen uventet barnedød 2008, *Når et lite barn dør*).

Patricia Hughes (her i Christoffersen 2008, s.26) hevdet i en artikkel i *The Lancet* i 2002 at mye samvær med det døde barnet førte til større psykiske problemer hos mor. Hun hadde kommet fram til at jo mer samvær jo større problemer, spesielt ved neste svangerskap. I denne undersøkelsen hadde kvinnen mistet barnet mellom 19. og 27. svangerskapsuke og intervjuene ble gjennomført på slutten av kvinnens neste svangerskap. Denne artikkelen har fått mye kritikk i ettertid og den nyere forskningen har fått andre resultater enn Hughes. Christoffersen hevder at forklaringen på Hughes resultater kan være at kvinnene ikke var godt nok forberedt på det første møtet med barnet. Selv om denne artikkelen omhandler dødfødsler kan foreldrene ha flere av de samme behovene ved avskjeden med barnet som den gruppen foreldre denne oppgaven omfatter. Jeg har ikke funnet litteratur som støtter Hughes syn på samvær med det døde barnet. En annen gruppe gikk i 2008 ut med resultater etter en gjennomgang av relevant forskning om hvilke tiltak som kan hjelpe foreldre gjennom sorgprosessen. De slo fast at det ikke finnes nok forskning om hva som er de beste tiltakene. De fant for øvrig noen studier som oppfylte deres bestemte krav, men de falt bort siden for mange deltagere ikke fullførte. (Flenady and Wilson 2008).

Familie og venner kan inviteres på sykehuset for å se barnet. Det er viktig for mange foreldre å få vist fram barnet, spesielt til de som ikke har sett barnet levende. (Teigen 2007, s.199). Foreldrene er like stolte av barnet som døde som de er av eventuelle søsken til barnet eller som andre foreldre er av barna sine. Det kan bli lettere for andre å sette seg inn i foreldrenes sorg når de har sett hva de faktisk mistet.

Dersom barnet har langt nok hår på hodet klippes det av en hårlokk. Hånd- og fotavtrykk lages på ark, de kan også støpes i gips. Mang foreldre bruker avtrykkene senere til å lage tatoveringer, bilder og lignende. I ettertid kan det bety mye for foreldrene å ha disse minnene. (Løver 2009, s.246).

En handling som ofte blir symbolsk for foreldrene er det å tenne lys for barnet. Ved at sykepleier tenner lys i passende anledninger på sykehuset vil kunne gi foreldrene et varmt minne om hennes omsorg. Det er viktig å ha i bakhodet at foreldre angres sjelden på hva de har gjort sammen med barnet, men oftere på hva som ikke ble gjort.

4.3 Informasjon og andre viktige forhold å ta hensyn til

Det er mange praktiske ting å tenke på når man mister et barn og foreldrene trenger mye informasjon. Dette er en ny erfaring for de fleste og det å bli kastet inn i en slik ekstrem situasjon føles utrygt. Evnen til å ta til seg informasjon når man opplever en krise er svært nedsatt, dette betyr at informasjonen ofte må gis flere ganger og gjerne skriftlig. Det kan være viktig for foreldrene på et senere tidspunkt å vite at de ble gitt all relevant informasjon og ved å gi riktig informasjon kan man også unngå misforståelser. Det kan være ubehagelig å komme over informasjon i ettertid som de burde ha fått fra helsepersonellet under oppholdet på sykehuset. *Landsforeningen uventet barnedød* og foreningen *Vi som har et barn for lite* har utarbeidet brosjyrer og informasjonsmateriell som er svært nyttig for både foreldre, pårørende og helsepersonell.

Informasjon foreldre anser som viktig er informasjon om oppfølging og inkludering av søsken, informasjon om dødsårsak, informasjon om forventede sosiale omkostninger ved dødsfallet, informasjon om kjønnsforskjeller i sorgreaksjoner, tilrettelegging og tid for avskjed og informasjon og forberedelse før syning. Helsepersonell rådes til å gjøre seg kjent med *Krybbedødspermen* utarbeidet av *Landsforeningen uventet barnedød*. Det blir trukket fram fra foreldre at måten hjelpen blir formidlet på har hatt større betydning enn innholdet. (Sandvik 2003, s.131).

4.3.1 Obduksjon og dødsårsak

Obduksjon kan være et vanskelig tema å snakke om, men selv om det kan virke skremmende kan man på denne måten ofte finne dødsårsak og eventuell informasjon som er relevant for neste svangerskap. De fleste vil på et tidspunkt ønske mer informasjon omkring årsaken dødsfallet, spesielt i tilfeller hvor dødsfallet var helt uventet. Ved en sykehusobduksjon har foreldre rett til å reservere seg, men dersom det blir begjært en rettsmedisinsk undersøkelse har de ikke denne retten.

En obduksjon kan sammenlignes med et omfattende kirurgisk inngrep. Størrelsen på barnet vil avgjøre hvilke eksakte prosedyrer som følges. Det er viktig for at svarene skal kunne bli så sikre som mulig at obduksjonen skjer kort tid etter dødsfallet. Hvor lang tid det tar før foreldrene får tilbake barnet varierer fra timer til dager. Barnet blir behandlet med varsomhet og respekt og foreldrene kan se og eventuelt stille barnet etter obduksjonen. Det er viktig at foreldrene blir informert om hvordan barnet ser ut og hva en obduksjon innebærer slik at de er forberedt til de ser barnet. Ofte synes foreldrene at det er godt å ha sett barnet etter obduksjonen da de opplever at barnet ser fint ut. Det tar vanligvis noen måneder før obduksjonsrapporten foreligger og når den er klar skal foreldrene bli innkalt til en samtale. (Landsforeningen uventet barnedød 2008, *Obduksjon*).

4.3.2 Begravelse

Foreldrene burde oppfordres til å kontakte begravellesbyrå for planlegging av begravelsen dersom de ønsker det. Sykepleieren kan gjerne ta ansvar for den første henvendelsen, men foreldrene oppfordres til å delta aktivt i planleggingen av barnets begravelse. Valg som må tas er blant annet om de vil ha minnestund i et kapell eller gravferd i kirken, skal barnet begravnes på minnelund eller kirkegård, eventuelt egen grav eller familiegrav, om det skal synges barnesanger eller salmer og eventuelt hvem som skal bære kisten. Foreldrene oppmuntres til å ta de avgjørelsene som føles riktig for dem. Jo mer aktive foreldrene er i planlegging og utførelse desto bedre utgangspunkt har de for å komme i gang med en sunn sorgprosess. (Kalstad 2004, s. 6).

Dersom foreldrene velger å planlegge begravelsen selv vil sykepleieren være en viktig støttespiller og veileder i tiden frem mot begravelsen. Foreldrene kan gjøre mye selv som ellers byrået gjør, mange har vært glad for det i ettertid. Mange er av den oppfattelse at man må koble inn et begravelsesbyrå når en begravelse skal planlegges, men det eneste byrået må delta i er å skaffe en kiste. Foreldre som har stått for deler av eller hele organiseringen og planleggingen selv har ofte sett på dette som givende i ettertid.

Å sette inn en dødsannonse i avisen er en måte man kan velge for å formidle at barnet er født men at barnet døde, en stadfestelse for at barnet har levd.. På denne måten kan foreldrene slippe henvendelser som ”Hvor er babyen/barnevogna?” fra dem som ikke vet hva som har skjedd eller de slipper å tenke på at de må informere alle per telefon. Skal man ha en åpen begravelsesseremoni er også dette en anledning til å fortelle når og hvor den skal være. Allikevel er dette en avgjørelse som er opp til foreldrene, og etter sykepleieren har gitt nødvendig informasjon er det hennes jobb å støtte deres avgjørelse. Ikke alle foreldre tar de samme avgjørelsene.

For mange er begravelsesdagen siste gangen de ser barnet. For de som velger å legge barnet i kista selv og skru igjen lokket er dette spesielt vanskelig. Noen velger da å legge noen personlige gjenstander sammen med barnet. Det kan være for eksempel bamser, pledd, barneleker, smykker, bilder eller tegninger fra søsken. Noen velger å ha det siste møtet på sykehuset sammen med sykepleier,

4.3.3 Oppfølging

Når foreldrene forlater sykehuset må det alltid avtales et nytt møte. Et minimum er å innkalle til samtale ved obduksjonsrapporten. Oppfølgingen er sykehusets ansvar og de skal eventuelt avtale med primærhelsetjenesten dersom de skal overta ansvaret. Primærhelsetjenesten overtar ofte oppfølgingen når geografiske avstander forenkler det for foreldrene.(Kalstad 2004, s.7 og 17). Det vil oftest være naturlig at kontaktpersonen på sykehuset har telefonkontakt og eventuelt møter med foreldrene en god stund etter dødsfallet. Spørsmålet om å forsøke å bli gravide igjen dukker ofte opp nesten umiddelbart for mange og derfor burde dette være et av samtaleemnene relativt raskt.

Det er mange følelser relatert til å være i sorg og gå gjennom et neste svangerskap og det å kunne føle glede.

Foreldrene skal informeres om foreninger som jobber med likemannsstøtte og eventuelt formidle kontakt med disse. Sorggrupper skal også tilbys, om det ikke er sorggrupper som starter umiddelbart skal tilbudet gis før oppstart av neste gruppe. Har foreldrene andre levende barn kan helsesøster være en person som egner seg til oppfølging av dem.

Mor og far kan ha forskjellige behov når det gjelder oppfølging. Dette skal aksepteres og det tilrettelegges i forhold til deres behov.

4.3.4 Mor – En barselkvinne

Når barnet dør innen sin første leveuke er det kort tid siden fødselen. Selv om det viktigste er å fokusere på krisen foreldrene opplever, vil mor oppleve de normale fysiologiske prosesser som alle barselkvinner gjør. Det er viktig å informere om renselse, etterriir, smerter, rifter/klipp, viktigheten av bekkenbunnstrening, hormoner og melkeproduksjon. Dette er ting som mor kan oppleve som ubetydelig, men hun må også forsøke å ta vare på sin fysiske helse. Angående melkeproduksjon kan det ofte være aktuelt med medikamenter som stopper denne. Noen steder oppfordrer de heller å binde noe stramt rundt brystene over en periode. Den beste måten å gjøre dette på mener jeg må være å gi mor en tablett. At brystene sprenger og lekker melk uten å ha barnet hos seg er bare en ekstra påminnelse om hva hun ikke har.

Foreldre som befinner seg i sorg kan oppleve det som vanskelig at de sørger forskjellig. De kan fort misforstå og feiltolke hverandre. Kvinner opplever ofte en mer intens og langvaring sorgreaksjon enn menn. Kvinner opplever oftere angst og depresjon, søvnvansker, tristhet, vonde tanker og kroppslige plager. De er også mer opptatt av å ha noen som lytter til dem. Kvinner bruker også i større grad medikamenter mot angst og manglende søvn. (Kalstad 2004, *Videre oppfølging* vedlegg 2).

4.3.5 Far

Far blir ofte plassert i rollen som den hjelpende og kan også være mer tilbakeholden i forhold til sin egen sorg. Sykepleieren skal ikke underbygge dette, men heller anerkjenne hans sorg over barnet. Å spørre om hvordan barnets mor har det kan være like sårende som omsorgsfullt. ”Spør hvordan vi har det. Mange spør meg hvordan min kone har det, men få spør hvordan jeg har det. Vi fedre har også følelser og disse bør bli anerkjent”. (Sitat fra en far som mistet sitt barn).

Menn kan oftere gi uttrykk for å ha større behov enn kvinner til å skaffe seg konkrete råd om hva de skal gjøre. Menn viser en større tendens enn kvinner til å engasjere seg i fysiske aktiviteter eller arbeid. De tar ofte ansvaret for økonomi og andre praktiske ting for at kvinnen skal få sørge på sin måte. Menn kan noen ganger stenge av følelser og engasjere seg i andre ting, de viser i større grad enn kvinner at de kan håndtere følelser uten å dele dem med andre. Menn viser også oftere enn kvinner et økt alkoholforbruk, noe som kan tyde på at de kan bruke dette som et middel for å dempe smerte og stress. Mange menn har gitt uttrykk for at de har styrt sin egen måte å sørge på etter det de har trodd var partnerens behov. (Kalstad 2004, *Videre oppfølging* vedlegg 2).

4.3.6 Likemannsstøtte og skepsis

www.englesiden.com er et lukket diskusjonsforum startet av en mor som mistet sin sønn under fødsel og laget for foreldre som har mistet barn. Siden forumet er lukket kan ingen utenforstående lese hva du skriver da du må skrive en mail til administrator for å få tilgang til forumet. Her kan *engleforeldre* utveksle erfaringer og tanker omkring det å miste barn. (Teigen 2007, s.197-198). Dette er for mange veldig nyttig i en periode etter dødsfallet blant annet fordi det er lett tilgjengelig og at man alltid vil få en tilbakemelding på det man ytrer. En negativ side er at noen brukere kan bruke veldig mye av sin tid inne på forumet og eventuelt forsømme sine levende barn. Det kan være vanskelig å komme videre i sorgprosessen dersom man blir avhengig av en slik møteplass. En bruker av et lignende diskusjonsforum sier dette;

Jag hade behövt veta om jag var normal – att jag inte höll på att bli tokig i huvudet. Det stödet fick jag via Internet – av andra mammor. Vi har fortfarande kontakt – vi har något djupt tillsammans (Andersen og Petersson 2006. s.18).

Boka *Små føtter setter dype spor* er skrevet av Janne Teigen (red.) og andre foreldre som har mista barn har bidratt med store deler av boka. En del av bidragene stammer fra *englesiden*. Her presenteres flere historier fra foreldre, dikt, praktisk veiledning når et barn dør og bidrag fra en jordmor og en psykolog. I denne boka finnes mange konkrete råd som nyrammede foreldre, familie, pårørende og helsepersonell kan ha god nytte av når krisen har inntruffet. I en anmeldelse med overskriften ”Vanskelige spor” presenterer Inger Helene Vandvik i Tidsskrift for Den norske legeforening et annet syn på denne boka. Hun skriver at det gis et skremmende ensidig bilde på en vei som har vært veldig tung og lang å gå for mange og at man sitter igjen med et inntrykk av at sorgen opprettholdes aktivt over mange år. Videre skriver hun at mestring av livet videre er i liten grad belyst og at bakgrunnsopplysninger om sårbarheten for tap og skuffelse kvinnene må ha hatt er utelatt. Vandvik nevner også flere faktorer som ikke er belyst men burde vært det og at de foreldrene som leser boken og på Englesiden og ikke sørger på samme måte kan få skyldfølelse for det. Hun ytrer videre sine bekymringer for kompliserte sorgreaksjoner og at boken ikke bidrar til et syn om at man kan leve videre med minst mulig redusert livskvalitet. (Vandvik 2008, *Vanskelige spor*). Å informere foreldrene om forumet og boken vil være naturlig, men sykepleier kan videre ved senere samtaler være observant på utviklingen av deres sorgprosess. Vandviks vinkling kan man ta med seg videre, men jeg har ikke funnet noe litteratur som støtter hennes synspunkt.

Angående sårbarhet skriver Sandvik (2003, s.129) at mange foreldre er relativt unge og aldri har opplevd å miste noen de er glad i for så å bli satt i situasjonen å måtte planlegge sitt barns begravelse. Foreldre som mister voksne barn vil ofte ha en bredere erfaringsbakgrunn, likevel vil de fleste si at ingenting man tidligere har opplevd kan sammenlignes med å miste sitt barn. Einar Kringlen sier dette om mestring av kriser;

Utfallet vil være avhengig av personens toleranse og sårbarhet, som er betinget av vedkommendes utviklingshistorie, aktuelle livssituasjon og graden av følelsesmessig støtte i miljøet (Kringlen 2005, s.118).

Man kan jo undres om de foreldrene som låses i sorgen og ikke har like lett for å finne mening i deres opplevelse, bærer med seg en slik sårbarhet. Eller om det er helt andre grunner til svikten i mestringsmekanismene hos de foreldrene Vandvik refererer til.

5 Konklusjon

I arbeidet med oppgaven har jeg lært mye om avskjed med barnet og hvilken rolle sykepleieren spiller for at avskjeden skal bli så god som mulig. Problemstillingen jeg satte meg var; *Hva kan sykepleier gjøre for å gi foreldre en best mulig avskjed med sitt døde barn?* Det som har utpekt seg å være spesielt viktig i forhold til selve avskjeden med barnet er å skape minner sammen med barnet. At man trenger å skape minner etter at barnet ikke lever lenger er på grunn av at barnet levde over en så kort tid og foreldrene har kanskje ikke rukket å skape mange minner. Når det gjelder sykepleierens rolle er et av de viktigste bidragene fra henne å opparbeide seg kunnskap om temaet. Foreldrene vet ikke hva de burde eller ikke burde gjøre og avgjørelsene de tar kan påvirke det videre sorgarbeidet. Her er det tydelig at sykepleieren må komme med råd, og formidle erfaringer andre foreldre har gjort seg i lignende situasjoner. Kommunikasjonen mellom sykepleier og foreldre er også sentralt. At foreldrene blir møtt av et medmenneske som tar seg tid til dem. Ellers synes jeg at alle punktene i oppgaven er viktige og blant annet at sykepleieren har grunnleggende forkunnskap om mennesker i sorg og krise er særdeles viktig og grunnleggende for å møte foreldrene på en god måte. Jeg har innsett at avskjeden med barnet ikke dreier seg kun om tiden foreldrene er sammen med det døde barnet eller et bestemt øyeblikk. Det er en prosess som pågår under hele oppholdet på sykehuset, og kanskje enda lenger fram i tid, og den kommunikasjonen som finner sted mellom foreldrene og helsepersonell.

”Det er ikkje tida som forandrar sorga, men det som skjer i tida”. (Teigen 2007, s.218).

Gjennom litteraturstudiet har jeg lest en del litteratur som ikke direkte berører min problemstilling. På grunn av oppgavens omfang har jeg måttet være selektiv i forhold til utvalget av litteratur jeg har henvist til i oppgaven. Tema jeg kunne tenke meg å fordype meg i på et senere tidspunkt er blant annet dødfødsel, forskjellige sorgreaksjoner hos menn og kvinner, å miste et søsken, kompliserte sorgreaksjoner, å ha et døende barn, sorggrupper og premature barn.

6 Etterord

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg lært om hva sykepleier kan gjøre for å gi foreldre en best mulig avskjed med det døde barnet. Jeg har også lært om hvilke faktorer som spiller en rolle for avskjeden og det videre sorgarbeidet for foreldrene. Jeg kunne til fordel for oppgaven ha knyttet teorien til Travelbee tettere opp imot drøftinga. Jeg ser også at jeg kunne ha fokusert mindre på ting som ikke direkte er knyttet opp mot avskjeden med barnet. Jeg har oppdaget at den sykepleien og omsorgen foreldrene får ofte er avhengig av personlig engasjement fra sykepleieren og at retningslinjene varierer noe fra sykehus til sykehus.

Siden jeg har jobbet alene med hovedoppgaven erfarte jeg at blant annet litteratursøket tok en stor del av tiden i starten med arbeidet. Jeg har heller ikke hatt noen å diskutere utformingen av oppgaven med, noe som hadde vært en fordel for å få en bedre skriftlig besvarelse. På den andre siden har jeg kunnet styre arbeidet selv og har til enhver tid hatt oversikt over hvor jeg har vært i skriveprosessen.

Hospiteringspraksisen har jeg brukt på forskjellige måter. Jeg har hatt samtaler med en jordmor som engasjerer seg sterkt innenfor omsorgen for foreldre som mister små barn. Hun har bidratt med erfaringer hun har gjort seg gjennom sitt arbeid med barna og foreldrene. Jeg har også hospitert på en nyfødt intensiv avdeling hvor de med jevne mellomrom møter foreldre som mister sine barn. Der snakket jeg mye med en sykepleier som i tillegg til å jobbe på avdelingen jobber frivillig med sorgstøttearbeid og likemannsstøtte. I forhold til oppgaven har jeg gjort meg verdifulle erfaringer i hospiteringspraksis og diskusjonene med sykepleierne har vært nyttig. Det har gitt meg et bedre utgangspunkt for å forstå litteraturen jeg har lest og å få et mer konkret bilde på hvordan de jobber med foreldrene og bruker seg selv i arbeidet. Erfaringene knyttet opp til hospiteringspraksisen har jeg brukt i drøftingsdelen i besvarelsen.

Uansett hva jeg kommer til å jobbe med i fremtiden vil jeg ha nytte av å ha jobbet med denne problemstillingen. Jeg har fått en bedre forståelse for sorg og kriser generelt og hvordan man kan møte mennesker på en god måte.

Litteraturliste

* Andersen, Jessika og Kerstin Petersson (2006). *Föräldrars upplevelser av att förlora ett barn under perinatalperioden och av bemötandet i vården* [online]. URL: http://www.ltkronoberg.se/upload/Dokument/Om_landstinget/Arbetsomraden/Forskning/Att%20f%C3%B6rlora%20ett%20barn,%20Jessika%20Andersen,%20arbetsex..pdf (27.03.2009).

* Berglund, Anne og Berit Coccozza. *Hvilken hjelp og omsorg kan vi gi foreldre som har mistet sitt barn?* [online]. URL: <http://www.etbarnforlite.no/> (17.04.09).

* Christoffersen, Line, (2008). *Helsevesenet ved dødfødsel* [online]. URL: [http://www.lub.no/oslo/lub.nsf/Attachments/CDA732753A08C221C12573EC00476890/\\$FILE/HELSEVESENET+VED+D%C3%98DF%C3%98DSLER+11+2+08+versjon+2+%282%29.pdf](http://www.lub.no/oslo/lub.nsf/Attachments/CDA732753A08C221C12573EC00476890/$FILE/HELSEVESENET+VED+D%C3%98DF%C3%98DSLER+11+2+08+versjon+2+%282%29.pdf) (27.03.2009).

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal.

* Flenady, Vicki and Trish Wilson (2008). *Support for mothers, fathers and families after perinatal death*. [online], Issue 2. URL: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000452/pdf_fs.html (17.04.09).

* Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*, paragraf 10. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#10> (16.04.09).

Holan, Synne (red.) (2000). *Det nye livet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *HELT - ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal.

Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Innføring i psykologi*. 3.utg. Oslo: Gyldendal.

* Kalstad, Trine Giving (red.) (2004). *Krybbedødspermen*. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød.

Kringlen, Einar (2005). *Psykiatrici*. 8.utg. Oslo: Gyldendal

Kristoffersen Jahren, Nina (2002). *Generell sykepleie 2*. 1.utg. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen Jahren, Nina (2002). *Generell sykepleie 1*. 1.utg. Oslo: Gyldendal.

* Landsforeningen uventet barnedød (2004). *Gravferdsveiledning*. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød.

* Landsforeningen uventet barnedød (2008). *Når et lite barn dør*. [online] URL: [http://www.lub.no/oslo/lub.nsf/Attachments/9C175A51E4AA583FC12574BB002CE1BF/\\$FILE/LUB+N%C3%A5r+et+lite+barn+d%C3%B8r+2008.pdf](http://www.lub.no/oslo/lub.nsf/Attachments/9C175A51E4AA583FC12574BB002CE1BF/$FILE/LUB+N%C3%A5r+et+lite+barn+d%C3%B8r+2008.pdf) s.8 og 13 (07.05.2009).

* Landsforeningen uventet barnedød (2008). *Obduksjon*. [online] URL: <http://www.lub.no/oslo/lub.nsf/id/809080672CEA16F9C12574D0003496F8?OpenDocument> (30.04.2009).

* Løver, Aida, Alexandra Beverfjord og Atle Dyregrov (2009). *Det bor et barn i mitt hjerte*. Oslo: Gyldendal.

Molven, Olav (2002). *Helse og jus*. 5.utg. Oslo: Gyldendal.

* Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 3-4. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2> (16.04.09).

* Pedersen, Turid Rye og Ann-Mari Haug (1995). *Ved et barns død – En veileder*. 3.utg. Oslo: Informasjonstjenesten, Ullevål Sykehus.

* Rundskriv nr. IK – 22/92. *Plutselig, uventet død i spedbarnsalder – krybbedød; rutiner og oppfølging*. Oslo: Statens helsetilsyn.

*Sandvik Oddbjørn (red.), Kari E Bugge og Hilde Eriksen (2003). *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget.

* Senter for krisepsykologi (2005). *Krybbedød/plutselig barnedød*. [online]. URL: <http://www.kriser.no/krybbedod-bra-barnedod/> (17.04.09).

* Teigen, Janne (red.) (2007). *Små føtter setter dype spor*. Sandnes: Commentum.

* Transplantasjonsloven (1973) *Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.*, paragraf 7 og 8. [online] Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19730209-006.html&emne=lov*%20om*%20transplantasjon*& (15.04.2009).

* Travelbee, Joyce (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

* Vandvik, Inger Helene (2008). *Vanskelige spor*. [online] Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 6 13.mars 2008. URL: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1668999 (05.05.2009).