

När det väntade barnet dör

Viktigt stödja kvinnan både emotionellt och praktiskt

När ett barn dör i nära anslutning till förlossningen är det viktigt att låta kvinnan tillbringa så lång tid som hon själv önskar med sitt döda barn. En central uppgift för personalen är att känslomässigt stödja henne, samt att ta tillvara minnen av det döda barnet. Det visar en studie av 314 kvinnor som mist sitt barn. Födelsen av ett dött barn har en liten effekt på prevalensen av ångestrelaterade symtom tre år efter förlossningen.

Att föda ett dött barn är en psykisk påfrestning. Ofta inträffar katastrofen snabbt och oväntat, och den känslomässiga belastningen blir stor för föräldrarna. För omkring 30 år sedan ansågs det skonsammast om kvinnan näst intill sövdes i slutskedet av en sådan förlossning. Mamman fick ett skynke uppspänt mellan sitt huvud och sin mage, det nyfödda barnet fördes snabbt ut ur rummet och föräldrarna fick aldrig se det.

Tidigare studier har angett att 20–30 procent av kvinnorna som mist sitt barn vid tiden kring födelsen får psykiska komplikationer [1–6]. Ett flertal artiklar om perinatal död samt råd för omhändertagande av föräldrarna har publicerats. De förslag till förbättringar av vården som framförts är huvudsakligen grundade på egna erfarenheter eller på ett professionellt arbete med problematiken, inte på systematiska studier.

För att undersöka förekomsten av psykiska symtom och välbefinnande hos kvinnor tre år efter födelsen av ett dött barn, samt huruvida omhändertagandet i samband med barnets födelse påverkar symtombilden, genomfördes ett avhandlingsarbete [7]. Samtliga kvinnokliniker i Sverige medverkade. Nedan följer en kort sammanfattning.

METOD

I studien ingår 759 kvinnor, varav 380 (fall) har fött ett dött barn 1991 och

379 (kontroller) har fött ett levande barn samma år och på samma klinik som det fall hon matchats till. Via Socialstyrelsens medicinska födelseregister erhöles personnummer på alla kvinnor som fött ett dött barn i Sverige 1991.

Uppföljningen gjordes 1994 med ett postat frågeformulär som besvarades anonymt. Frågor om vård före, under och efter barnets födelse är formulerade för den aktuella undersökningen. Ångest- och depressionsrelaterade symtom mättes med Stait Trait Anxiety Inventory (STAI) [8] och Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) [9]. För frågor om tillfredsställelse relaterad till välbefinnande användes en modifierad version av Göteborg Quality of Life Instrument (GQL-instrument) [10]. Information hämtades även från Socialstyrelsens medicinska födelseregister och patientregistret. Som effektmått har kvoter eller differenser använts för utfallet mellan fall och kontroller eller oberoende variabler inom respektive grupp.

För att studera omhändertagandet av kvinnor som mist sitt barn valdes som utfallsmått en skattning ovan 90-pro-

Författare

INGELA RÅDESTAD

med dr, barnmorska, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm, och institutionen för vårdvetenskap, Mälardalens högskola, Västerås.

centspercentilen på ångestskalan. Regressionsmodeller bildades för att justera en kvot mellan två proportioner, prevalenser eller kumulativa incidenser för en tänkbar tredje förklarande variabel »confounding factor». Data har bearbetats i Statistic Analysis System (SAS) [11]. Effektmåttet redovisas med ett 95-procentigt konfidensintervall. Studien är godkänd av Karolinska institutets regionala forskningsetiska kommitté.

RESULTAT OCH DISKUSSION

Information erhöles från 636 (84 procent) kvinnor, 314 (83 procent) fall och 322 (85 procent) kontroller. Av de 314

Tabell I. Värderna på ångestsymtomskalan STAI-T för kvinnor som mist sitt barn (fall) och kvinnor som fött ett levande barn (kontroller).

	Medelvärde STAI-T	Medianvärde STAI-T	Andel kvinnor ovan 90-procentspercentilen	Relativ risk, 95 procents konfidensintervall
Fall	36,4	33,0	31/308	2,1 (1,2–3,9)
Kontroller	34,8	33,0	15/318	

Tabell II. Andel kvinnor (fall) med ångestrelaterade symtom ovan 90-procentspercentilen på STAI-T. Relativ risk med 95 procents konfidensintervall mellan kvinnor (fall) exponerade för variabler relaterade till förlossningen och kontakten med det döda barnet.

Variabel	Andel med symtom > 90-procentspercentilen	Relativ risk
Tid från diagnos av barnets död i livmodern till start av förlossningen:		
< 6 timmar	5/83 (6 procent)	1,3 (0,3–5,1)
6–24 timmar	8/97 (8 procent)	1,7 (0,5–6,3)
> 24 timmar	15/65 (23 procent)	4,8 (1,5–15,9)
Kvinnan har inte varit med barnet så länge som hon själv önskat	8/43 (12 procent)	2,4 (1,1–5,3)
Kvinnan har inget minnesföremål från sitt döda barn	14/64 (22 procent)	3,1 (1,6–6,0)

kvinnor som mist sitt barn hade 80 procent fått diagnosen intrauterin fosterdöd innan förlossningen startade, 11 procent visste inte om att barnet var dött och 9 procent av barnen dog under pågående förlossning.

Liten ökning av ångestrelaterade symtom

Medelvärden på ångestskalan visade endast en liten skillnad mellan de kvinnor som fött ett dött barn och dem som fött ett levande barn, och medianvärdet var identiskt i grupperna [12] (Tabell I). När det gäller symtom relaterade till depression var skillnaden inte statistiskt signifikant. Re-

sultatet är i linje med en prospektiv studie från Holland i början av 1990-talet [13].

En möjlig förklaring till resultatet från våra undersökningar, jämfört med tidigare studier där 20–30 procent av kvinnorna angetts ha psykiska komplikationer efter förlusten [1–6], är förändrad omvårdnad. De flesta av kvinnorna i den här studien har sett sitt barn och de har även kvar minnesföremål, vilket troligen flertalet kvinnor som medverkat i tidigare undersökningar saknat.

Idag finns effektiva läkemedel för att starta en förlossning efter fosterdöd i sen graviditet, vilket inte fanns för 20 år sedan. Kvinnorna behöver inte längre gå flera dagar med sitt döda barn i magen i väntan på att förlossningen skall komma igång spontant.

Bättre hem- och familjesituation

Inga skillnader i uppskattad skilsmässofrekvens mellan kvinnor som fött ett dött barn och kvinnor som fött ett levande barn framkom i studien; 8 procent i båda grupperna hade separerat från barnets far [14]. Resultatet är i linje med vad Laurell och Borulf fann i sin långtidsuppföljning av kvinnor som förlorat barn perinatalt i Sverige på 1960-talet [2].

Data från den här studien indikerar att födelsen av ett dött barn för vissa kvinnor kan ge en förbättrad relation till barnets far. De kvinnor som mist sitt barn uppgav oftare än kvinnorna i kontrollgruppen att relationen till barnets far hade blivit bättre efter barnets födelse,

ILLUSTRATION: ÅSE STÖDBERG

Ge mamman tid
i lugn och ro med
sitt döda barn.

kvoten var 1,8 (1,4–2,2). Kvinnor vars barn dött intrauterint skattade högre tillfredsställelse med hem- och familjesituationen än kvinnorna i kontrollgruppen. Resultatet var dock det omvända bland ensamstående kvinnor; denna grupp kan vara i behov av speciellt stöd.

När barnet dött

- Inducera förlossningen så snart kvinnan önskar och det är praktiskt möjligt.
- Ge kvinnan information och känslomässigt stöd under tiden mellan bekräftelsen av barnets död och induktion av förlossningen.
- Medverka till en lugn och tillåtande atmosfär där kvinnan kan tillbringa så lång tid som hon själv önskar med sitt döda barn.
- Ta ett fint fotografi av barnet i så nära anslutning till förlossningen som möjligt.
- Tillvarata minnen som hand-/fotavtryck och hårlock från barnet.
- Uppmärksamma eventuellt behov av extra stöd till kvinnor som är ensamstående.
- Rekommendera ingen tidsgräns för när det är lämpligt att starta en ny graviditet efter det döda barnets födelse om det inte finns medicinsk indikation för det.
- Intensifiera den medicinska utredningen för att finna förklaringen till barnets död.

De kvinnor som mist ett barn hade en lägre självkänsla, med en lägre skattning av hur de kände sig uppskattade utanför hemmet, än de som fött ett levande barn [14]. Tjugofem (8 procent) kvinnor som mist sitt barn var inte alls nöjda med hur de uppfattade omgivningens uppskattning, jämfört med sju (2 procent) av dem som fött ett levande barn. Den relativa risken var 3,7 (1,6–8,3). För de kvinnor som inte fött ett nytt barn efter barnet 1991 var den relativa risken 8,8 (2,4–33,0).

Fostret bärs i kvinnans kropp, och det ofödda barnet uppfattas troligen av många gravida kvinnor som en del av henne. En katastrof som drabbar barnet kan därmed skada kvinnans psykiskt [15].

Resultatet tyder på att ett nytt barn till viss del kan reparera en skadad självkänsla.

I den här studien blev 140 (45 procent) kvinnor gravida inom sex månader efter det döda barnets födelse. Inom tre månader var 69 (22 procent) kvinnor gravida igen och inom ett år var 225 (75 procent) av kvinnorna som deltog i studien gravida.

Personalen gav ett bra stöd

Mer än 90 procent av kvinnorna upplevde att personalen visat deras döda barn respekt, och omkring 80 procent tyckte att personalen hade visat ömhet mot barnet. Kvinnornas upplevelse av stöd från personalen under förlossningen, samt hur de uppfattade personalens attityd till barnen, var densamma för de kvinnor vars barn föddes dött som för dem som födde ett levande barn [16].

Resultatet är ett gott betyg för den personal som möter föräldrarna. Tiden då ett dödfött barn betraktades som en »icke-händelse» [17] är förbi i Sverige. Idag blir de dödfödda barnen behandlade som de är, dvs som barn. Omkring 70 procent av de kvinnor som mist sitt barn tyckte att sjukhuset hade bra rutiner för omhändertagandet, och över hälften av kvinnorna tyckte att förlossningen var ett fint minne.

Ett klart samband mellan induktion av förlossningen mer än ett dygn efter

ANNONS

konstaterandet att barnet dött i livmodern och symtom ovan 90-procentspercentilen på ångestskalan uppmättes [12] (Tabell II). En lång tid mellan fastställande av barnets död och start av förlossningen kan medföra en extra psykisk belastning när kvinnan vet om att hon bär på ett dött barn. Många vårdgivare har som rutin att föreslå föräldrarna att åka hem efter beskedet om barnets död, och kvinnan får tid en eller ett par dagar senare för induktion. Som motiv för detta råd har ibland framförts att föräldrarna tillsammans skall börja bearbeta vad som hänt och kunna meddela sina anhöriga. Vetenskapligt underlag saknas för denna ståndpunkt.

Den här studien visar på behovet att undersöka hur kvinnor upplever tiden från det att barnets död konstaterats till det att induktion av förlossningen sker, för att därigenom öka kunskapen om hur omvårdnaden bör utformas under den perioden. Det vore en övertolkning av den här studiens data att alltid sätta igång förlossningen omedelbart efter bekräftelsen av barnets död. Rimligen är det optimala att vara lyhörd för individuella lösningar och försöka följa föräldrarnas önskemål när det gäller lämplig tidpunkt för att inducera förlossningen.

Att vara nära sitt barn

Kvinnor som i anslutning till förlossningen inte hade varit nära sitt döda barn så lång tid som de själva önskat hade högre prevalens av symtom relaterade till ångest än övriga kvinnor [12] (Tabell II). Ingen säker relation mellan tidens längd och mängden symtom registrerades. En tolkning är att tio minuter kan vara lagom för en kvinna, medan fem timmar upplevs som alltför kort tid av en annan.

Många förlossningskliniker har riktlinjer som betonar vikten av att föräldrarna får vara ensamma med sitt döda barn så länge de önskar. Trots detta kan det vara praktiska omständigheter, hög arbetsbelastning eller personalens egen uppfattning att tiden »räcker» som avgör hur långt mötet blir.

Kvinnor som inte såg sitt barn

Av de 14 (4 procent) kvinnor som inte såg sitt barn, varken i anslutning till förlossningen eller efter en eller ett par dagar, önskade sex att de hade gjort det. Fyra kvinnor var vid uppföljningstillfället tveksamma till om de skulle ha sett barnet, och lika många var fortfarande tillfredsställda med att de avstod. Det är möjligt att för en liten grupp kvinnor är en »realitetskonfrontation» med barnet inte till gagn för deras framtida välbefinnande. I detta material motsvarar det 1 procent om de fyra kvinnor som inte såg sitt barn och inte

”Tänk om jag hade haft en hårlock från mitt barn, vilket ovärderligt minne.”

ILLUSTRATION: ÅSE STÖDBERG

ångrade detta vid uppföljningen bedöms tillhöra den gruppen.

Tre kvinnor som aldrig såg sitt döda barn uttryckte att personalen på ett påstridigt sätt hade försökt att övertala dem att se det. Det får inte vara rutin att påtvinga kvinnorna kontakt med barnet. Balansen att inte pressa vissa kvinnor för hårt och vägleda andra som behöver mer stöd för kontakt med barnet är en utmaning.

Resultaten demonstrerar vikten av att lyssna till kvinnan och skapa en lugn och avspänd atmosfär som är tillåtande, men inte pressande. I den här studien har dock ingen av de 300 kvinnor som sett sitt barn, av vilka en del blev övertalade, ånkrat handlingen.

Minnen av barnet

Studien visar på vikten av att för kvinnans psykiska välbefinnande tillvarata konkreta minnen av det döda barnet [12]. Kvinnor som hade ett fotografi som de var nöjda med, hand- och fotavtryck, en hårlock eller en ultraljudsbild angav färre symtom relaterade till ångest än de som uppgav att de inte hade några minnesföremål (Tabell II). Mer än en tredjedel av kvinnorna önskade att de haft ytterligare minnen av sitt döda barn, vilket indikerar vikten av att personalen är aktiv innan det är för sent. 94 procent av kvinnorna hade ett fotografi

”Skicka inte hem en ensam mamma med sitt döda barn i magen om hon inte har någon att tala med. Alla klarar det nog inte psykiskt.”

av sitt döda barn. Nästan 50 kvinnor (16 procent) var dock inte nöjda med fotografiet. Arrangemanget av bilden och att fotografiet togs för lång tid efter barnets födelse var föremål för det huvudsakliga missnöjet. Ett fotografi kan vara allt ifrån ett snabbt taget polaroidkort på ett dött, otvättat och naket barn liggande på blodiga lakan, till ett professionellt minnesfotografi av ett barn klätt i fina kläder, och som ser ut som om det sover.

Data anger möjligheter att förfina rutinerna kring hur fotograferingen sker på förlossningsavdelningen, i syfte att förbättra kvaliteten på det fotografi föräldrarna får av sitt döda barn.

Känslighet och balans

Att möta och känslomässigt stödja en förälder vars barn dött före födelsen är en krävande uppgift. De flesta kvinnor var tillfredsställda med den vård och det stöd de fått. Samtidigt hade nästan 40 procent negativa upplevelser, och angav vid uppföljningen att de var ledsna, sårade eller arga över vad någon i personalgruppen sagt eller gjort [16].

Okänsligt bemötande kan möjligtvis förklaras av en tung arbetssituation. Viljan att känslomässigt stödja föräldrarna finns, men resurserna räcker inte till. Kanske delar av förklaringen också finns på individnivå.

Till viss del kan utbildning och handledning troligen motverka ett okänsligt bemötande, men det kanske också är orimligt att tro att det helt går att undvika att göra någon ledsen. Vad som uppfattas som en kränkning är individuellt, och kvinnan är troligtvis extra känslig efter det att hennes barn fötts dött, vilket möjligen kan medföra att handlingar tolkas på ett sätt som inte var avsett.

Viktigt att få veta orsaken till barnets död

De vanligaste orsakerna till intrauterin fosterdöd är missbildningar och komplikationer relaterade till moderkaka och navelsträng [18]. Nästan alla kvinnor i den här studien ansåg att det var viktigt att veta varför barnet hade dött [19]. Mindre än en tredjedel hade fått en säker förklaring till barnets död, men över en tredjedel uppgav att de inte hade fått någon som helst förklaring till sitt barns död. Ett omfattande testprotokoll visade att det var endast 12 procent av de barn som dött i livmodern för vilka ingen möjlig förklaring till dödsfallet kunde påvisas [20].

Andelen kvinnor som inte får ett adekvat besked kan minskas. Kvinnornas avsaknad av och behov av information om barnets dödsorsak talar för ett behov av att höja intensiteten i den me-

dicinska utredningen vid intrauterina dödsfall.

Pappans situation

Avhandlingen berör speciellt kvinnan och hennes upplevelser. Studier som handlar om pappans situation, och hur sjukvården bäst kan möta fäder om deras barn dör, är angelägna att genomföra, liksom studien om föräldrar från olika kulturer.

Referenser

1. Cullberg J. Reaktionen inför perinatal barnadöd (1): Psykiska följder hos kvinnan. Läkartidningen 1966; 63: 3980-6.
2. Laurell-Borulf Y. Longterm adjustment after an emotional crisis – a follow-up of women with perinatally dead infant [dissertation]. Lund: Studentlitteratur, 1982.
3. Rowe J, Clyman R, Green C, Mikkelsen C, Haight J, Ataide L. Follow-up of families who experience a perinatal death. Pediatrics 1978; 62: 166-70.
4. LaRoche C, Lalinec-Michaud M, Engelsmann F, Fuller N, Copp M, Mc Quade-Soldatos L et al. Grief reactions to perinatal death. Can J Psychiatry 1984; 29: 14-9.
5. Nicol MT, Tompkins JR, Campbell NA, Syme GJ. Maternal grieving response after perinatal death. Med J Aust 1986; 144: 287-9.
6. Tudelope DI, Iredell J, Rodgers D, Gunn A. Neonatal death: grieving families. Med J Aust 1986; 144: 290-2.
7. Rådestad I. Att föda ett dött barn. Vården vid förlösningen och kvinnans situation tre år efter barnets död. Stockholm: Karolinska institutet, 1998.
8. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-trait anxiety inventory (form Y). Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc, 1983.
9. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1994; 1: 385-401.
10. Tibblin G, Tibblin B, Peciva S, Kullman S, Svärdsudd K. The Göteborg quality of life instrument – an assessment of well-being and symptoms among men born 1913 and 1923. Scand J Prim Health Care 1990; 1: 33-8.
11. SAS Institute. SAS technical report P-243, SAS/STAAT software: The GENMOD procedure, release 6.09. Cary: SAS Institute Inc, 1993.
12. Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjögren B. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: population based study. BMJ 1996; 312: 1505-8.
13. Janssen HJEM, Cuisinier MCJ, Hoogduin CAL, de Graauw KPHM. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. Am J Psychiatry 1996; 153: 226-30.
14. Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjögren B. Stillbirth and maternal well-being – Population based survey. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 849-55.
15. Leon IG. The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: a multidimensional model. Am J Psychiatry 1992; 149 (11): 1464-72.
16. Rådestad I, Sjögren B, Nordin C, Steineck G. Stillbirth is no longer managed as a non-event. A nationwide study Sweden. Birth 1996; 23: 209-15.
17. Bourne P. The psychological effects of still-

- birth on women and their doctors. J R Coll Gen Pract 1968; 16: 103-12.
18. Carey JC. Diagnostic evaluation of the stillborn infant. Clin Obstet Gynecol 1987; 30: 342-51.
 19. Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjögren B. Women's memories and views of pregnancy and delivery after stillbirth. Midwifery 1998; 14: 111-7.
 20. Ahlenius I, Floberg J, Thomassen P. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 109-17.

Summary

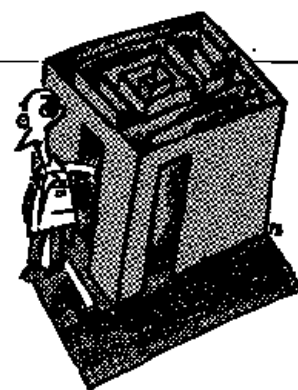
When the expected child dies; the importance of both emotional and practical support for the woman

Ingela Rådestad

Läkartidningen 1999; 96: 1311-15

The results of a nationwide population-based epidemiological study of 636 women showed the majority of those who lost a child prenatally in 1991 to have been satisfied with the care they received. After a stillbirth it is beneficial to create a peaceful, supportive atmosphere in which the woman may spend as much time with her stillborn child as she wishes. Access to tangible reminders of the child reduces the risk of anxiety. The findings suggest that delivery should be induced as soon as the woman desires. Almost all the women stressed the importance of obtaining an adequate explanation of the child's death, in order to come to terms with their loss.

Correspondence: Dr Ingela Rådestad, Consultant Midwife, Institute of Health Care Sciences, Mälardalen, Box 883, SE-721 23 Västerås, Sweden. E-mail: ingela.radestad@mdh.se



**enligt
min
erfarenhet**

Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av

Enligt min erfarenhet

Namn

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:
08-20 76 19