

Föräldrar till ett dödfött barn

Ett omhändertagande i utveckling

Karin Säflund

Från 1960-talet har omvälvande förändringar skett i vården av föräldrar som får ett dödfött barn. Idag ser och håller de flesta föräldrar i sitt barn med stöd av personal. Vårdplan är ett viktigt hjälpmedel för det medicinska och psykosociala omhändertagandet men bör lämna utrymme för valmöjligheter till föräldrarna. Kuratorn är den yrkeskategori som oftast ger stöd i den efterföljande sorgen. Handledning är önskvärt för omvårdande personal för att undvika utbrändhet.

Karin Säflund är kurator vid Kvinnokliniken på Danderyds Sjukhus sedan 1985 och för närvarande forskningsassistent vid Institutionen för omvårdnad, Enheten för omvårdnadsforskning, Karolinska Sjukhuset.

Introduktion

Få områden inom vården har genomgått en så omvälvande förändring som omhändertagandet av föräldrar till dödfödda barn. För ett par decennier sedan sågs det dödfödda barnets födelse som en icke-händelse (1). Modern fick ofta slutnarkos vid förlossningen och det ansågs skonsamt att barnmorskan tog undan barnet direkt efter förlossningen utan att modern såg barnet. Fadern var inte delaktig och begravningen var ofta anonym (2). Att förskriva lugnande medel och ge modern rådet att snabbt gå in i ny graviditet var en vanlig läkaråtgärd på 1960-talet (3). I denna arti-

kel redovisas några resultat från en svensk studie från 1997 omfattande samtliga svenska gynekologers roll i omhändertagande av föräldrar till dödfödda barn (4). Resultaten jämförs med tidigare genomförda studier inom ämnesområdet (5-7).

Omhändertagandet från 1960-talet till idag

Att föräldrarna ska se sitt dödfödda barn och helst hålla det i sina armar är en kunskap som sjukvårdande personal tagit till sig under senare tid, likaså att barnet får ett namn och att det fotograferas (4, 6). De flesta sjukhus har idag en vårdplan som omfattar både det medicinska och psykosociala omhändertagandet av det dödfödda barnet och dess föräldrar. I den svenska studien angående läkarens roll framgår att samtliga elva regionssjukhus vid tiden för undersökningen hade vårdplan. Av samtliga 23 länsjukhus saknade tre vårdplan varav en var under omarbetande. Fem av samtliga 23 länsdelssjukhus saknade helt vårdplan (4). Vårdplan är ett viktigt hjälpmedel för att bättre kunna organisera och strukturera vården vid omhändertagandet. Vårdplan kan dock också ses som ett hinder om alltför strikta regler hindrar personalens genuina känslor

Vårdplan är ett viktigt hjälpmedel men kan också ses som ett hinder

Det är en grannliga uppgift för omvårdande personal att hjälpa föräldrarna att på bästa sätt ta sig igenom sorgen

mässiga engagemang (8). Den psykosociala delen av vårdplanen omfattar vanligtvis instruktion hur personalen bör uppmuntra föräldrarna att se och hålla i barnet, att minnesaker såsom hand- och fotavtryck och eventuellt hårlock tillvaratas. Några vårdplaner beskriver konkret hur barnet ska framvisas och hur föräldrar bör bemötas. Denna del av vårdplanen bör ses som ett hjälpmedel och inte som ett tvingande instrument. Personalen bör ta hänsyn till hur omständigheterna var vid förlösningen, föräldrarnas egen empatiska förmåga och deras möjligheter att ta till sig information (8). Föräldrarna måste också få känna att de själva har en valmöjlighet och kan besluta om vad som är möjligt för dem att genomföra (8). Personalens förmåga till empati blir ett styrmedel för hur den psykosociala delen av vårdplanen ska tillämpas.

Sorgbearbetning

Föräldrar som får ett dödfött barn utsätts för emotionell påfrestning. Förlusten av barnet försätter föräldrarna i sorg av en varaktighet som är beroende av sorgearbetets effektivitet (9). Det är en grannliga uppgift för omvårdande personal att hjälpa föräldrarna att på bästa sätt ta sig igenom sorgen. Den efterföljande sorg som föräldrarna oftast försätts i är att räkna som ett trauma. Laurell-Borulf redovisar olika kristeorier i sin avhandling hur krisen kan betraktas som både en normal och onormal händelse och att kris kan beskrivas både som den tar sig i olika stadier, men också vad som händer med personen intrapsykiskt

(5). Oavsett hur krisen betraktas har personalen en viktig uppgift i att bemöta dessa föräldrar med professionalism och empati vid förlösning och eftervård så att föräldrarna kan gå stärkta ur händelsen. Studier visar att den psykiska smärtan i sorgen inte kan lindras med lugnande medel utan snarare förlängs och fördröjs (10,11). I Cullbergs studie från 1960-talet konstateras att hälften av kvinnorna i studien fått lugnande medel. Cullberg menar att psykofarmaka i små doser kan vara nödvändigt att förskriva, men om lugnande medel ersätter konfliktbearbetning är de felanvända (3). I studien angående läkarens roll förskriver över hälften av gynekologerna lugnande medel om kvinnan ber om det. De manliga gynekologerna visar en högre benägenhet att förskriva lugnande medel (4). Att vara sjukskriven kan vara viktigt för sorgens bearbetning. I Sverige har kvinnan rätt till 29 dagars föräldraledighet, denna förmån finns ej för fadern. De kvinnliga gynekologerna i läkarstudien sjukskrev modern och fadern efter deras eget önskemål i större utsträckning än de manliga gynekologerna (4). Opublicerade data från en studie visar att 20% av kvinnorna önskade längre sjukskrivning än vad de erhölet (I. Rådestad, personlig kommunikation).

Personalens betydelse

Internationellt har det dödfödda barnet och sorgens process fått ett ökande intresse. Ett flertal artiklar finns som behandlar hur modern till det dödfödda barnet kan och bör rehabiliteras och som samstämmigt visar att ett psykologiskt omhändertagande är viktigt (5-

Att vara sjukskriven kan vara viktigt för sorgens bearbetning

6, 12). Läkarens roll vid omhändertagandet har också avspeglats i ett antal artiklar, som visar att modern till det dödfödda barnet ofta ansåg att läkaren hade en kall och avvisande attityd (1,13-14). Av Laurell-Borulfs studie av 98 kvinnor på 1960-talet vars barn avlidit perinatalt framkommer att kvinnorna i studien ansåg att det som hjälpt dem igenom sorgarbetet var det nya barnet, den egna styrkan och maken. Ingen personalkategori angavs som stöd i sorgens bearbetning (5). Dyregrov jämförde 1987 mödrar och fäder som mist sitt barn och visade att männen, i större utsträckning än kvinnorna, tyckte att de inte fått tillräckligt med stöd och hjälp i sorgen från sjukhuspersonal. Författarna drar av detta slutsatsen att om fadern inte ges samma möjligheter som modern till stöd i mötet med barnet och i sorgen på sjukhuset, så önskade han inte heller professionellt stöd efter utskrivning (7). Rådestads studie från 1994 omfattande 314 kvinnors upplevelse av tiden för händelsen visar att 90% av kvinnorna som fått dödfött barn ansåg att de fått ett gott omhändertagande av sjukhuspersonal. Efter utskrivning från sjukhuset var det kuratorerna som till största delen stod för uppföljning och krishantering (6). Kvinnorna uppgav att även läkare och barnmorskor funnits som stöd men i mindre utsträckning. Tjugoen procent av kvinnorna ansåg dock att de inte fått något känslomässigt stöd alls av sjukhuspersonalen (6).

Föräldrarnas närhet till det döda barnet

Av Laurell-Borulfs studie av kvinnor med perinatalt avlidit barn på 1960-talet framgick att kvinnor inte alltid fick se sitt dödfödda barn fastän de själva önskade detta. Tio kvinnor hade inte fått se sitt barn och upplevde detta som mycket svårt (5). I Rådestads studie från

1994 hade 14 av 314 kvinnor inte sett sitt barn varken i anslutning till förlossningen eller senare. Sex av dessa ångrade att de ej sett barnet, fyra var tveksamma och lika många var tillfredsställda med att inte ha sett barnet (6). Skillnaden är att i Laurell-Borulf studie var det personalen som aktivt såg till att modern ej fick se barnet och i Rådestads studie har modern haft möjlighet att se barnet om hon själv önskat detta. Studien angående läkarens roll vid omhändertagandet av föräldrar till dödfödda barn visar att 90% av gynekologerna idag uppmuntrar föräldrarna till närhet med det dödfödda barnet (4). De kvinnliga gynekologerna ansåg i högre grad än de manliga, att föräldrarna skulle hålla i barnet, att barnet skulle fotograferas och att barnet skulle få ett namn. Att syskon skall se barnet anser endast drygt hälften av gynekologerna, vilket möjligen visar en okunskap om syskons förmåga och behov att få vara delaktiga i sorgen (4). Ett flertal studier visar att även mycket små barn har förmåga att sörja (11,15) och om syskonet ges möjligheter att se det döda barnet, så är möjligheterna större att barnet kan dela familjens sorg. Även mycket små barns del i sorgen kan vara meningsfull för föräldrarna (15).

Handledning

En del av sorgen som drabbar föräldrarna till dödfödda barn förs också över till omvårdande personal. Konfrontationen med verkligheten gäller också personal i mötet med det döda barnet, personal som i sin roll ska handleda föräldrarna i mötet med barnet (2). Yrkeskategorier som ofta konfronteras med föräldrarnas sorg över det dödfödda barnet, bör för att undvika för stor vårdtyngd, begränsa antalet familjer för vilka de är ansvariga (8). Gynekologerna i läkarstudien påvisar ett stort

Personal och yrkesgrupper som ofta konfronteras med föräldrar till dödfödda barn utan tillgång till handledning riskerar att bli utbrända

behov av handledning (91%). Sextio procent av gynekologerna uppger att de aldrig eller nästan aldrig får handledning i dessa svåra ärenden och de anser att dessa samtal har högre svårighetsgrad än andra samtal (4).

Personal och yrkesgrupper som ofta konfronteras med föräldrar till dödfödda barn utan tillgång till handledning riskerar att bli utbrända (8).

Fortsatt utveckling av omhändertagandet är viktigt

Forskning angående omhändertagandet av dödfödda barn har genererat viktiga kunskaper till sjukvården. Något som ytterligare behöver belysas och utvecklas är hur syskon och nära anhörigas behov ska tillgodoses. Att studera faderns situation vid händelsen för det dödfödda barnet är en viktig forskningsfråga likaså att utveckla stödfunktioner för berörd personal.

REFERENSER

1. Bourne S. The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1968;16:103-12.
2. Andersson Wretmark A. Döden innan livet riktigt har börjat. *Läkartidningen* 1980;44:4042-45.
3. Cullberg J. Reaktionen inför perinatal barnadöd (II). *Förhållandet patient-läkare*. *Läkartidningen* 1966;63: 4065-68.
4. Säflund K, Sjögren B, Wredling R. Physicians' role and gender differences in the management of parents of a stillborn child. A nation-wide study. *The Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2000;21:1-8
5. Laurell-Borulf Y. Krislösning i långtidsperspektiv.

Akademisk avhandling. Medicinska fakulteten Lund 1982.

6. Rådestad I. Att föda ett dött barn. Vården vid förlösningen och kvinnans situation tre år efter barnets död. Akademisk avhandling. Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa. Stockholm 1998
7. Dyregrov A, Berge Matthiesen SB. Similarities and differences in mothers' and fathers' grief following the death of an infant. *Scandinavian Journal of Psychology* 1987; 28:1-15.
8. Leon IG. Perinatal loss. A critique of current hospital practice. *Clinical Pediatrics* 1992;31:366-74.

Fullständig referenslista kan erhållas från författaren.



Sök anslag för reumatologisk forskning!

Reumatikerförbundet anslår cirka 11 MKr till reumatologisk forskning och till vårdforskning kring reumatiska sjukdomar.

Vi ser gärna att arbetsterapeuter, kuratorer, sjukgymnaster och sjuksköterskor söker vårdforskningsanslag.

Icke disputerade skall ha ansökan godkänd och underskriven av handledare. Aktuella forskningsprojekt skall vara godkända av respektive etiska kommitté.

Ansökningar om anslag jämte bilagor i **elva exemplar** (särtryck endast ett exemplar) skall vara oss tillhanda senast den 30 september 2000. Ansökninghandlingar och bestämmelser kan även rekvireras via nätet: www.reumatikerforbundet.org

Välkommen med Din ansökan!

Reumatikerförbundet Box 12851, 112 98 Stockholm
Telefon 08-692 58 00, Fax 08-650 64 15
E-post: jan.bagge@reumatikerforbundet.org