Ingela Rådestad
När barn föds döda

Alla graviditeter slutar inte med ett levande friskt barn. Denna bok handlar om när barn föds döda och när föräldrarna inte får möta sitt barn levande ens ett kort ögonblick. Varje år mister cirka 350 föräldrapar i Sverige sitt barn på detta sätt.

Boken vänder sig till studerande och personal som i sitt yrke kommer i kontakt med föräldrar som mister sitt barn. I boken ges riktlinjer för ett professionellt omhändertagande. Texten är i många avseende konkret och praktiskt inriktad och behandlar frågor som hur beskedet om barnets död lämnas, smärtlindring under förlossningen, fotografering av ett dött barn, insamlande av minnesföremål, hur en obduktion går till, stöd till föräldrarna efter förlossningen och vård under en kommande graviditet.

Ingela Rådestad är barnmorska och doktor i medicinsk vetenskap. Hon disputerade 1998 vid Karolinska Institutet med en avhandling om vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter födelsen av ett dött barn. *Ingela Rådestad* arbetar som lektor vid Mälardalens högskola i Västerås.

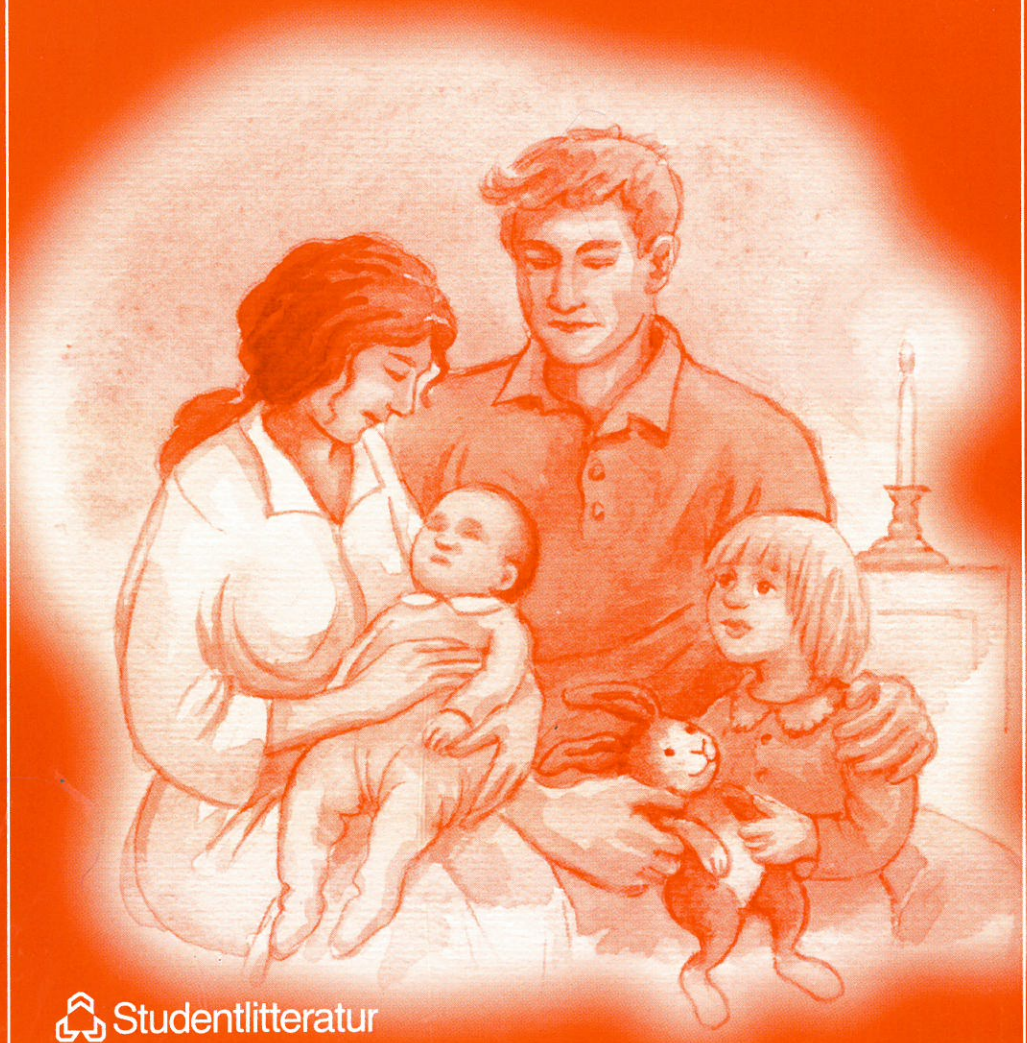
Art.nr 6671
ISBN 91-44-00960-7

Studentlitteratur

Ingela Rådestad **När barn föds döda**

Ingela Rådestad

När barn föds döda



Studentlitteratur

Ingela Rådestad

När barn föds döda

Riktlinjer för professionellt omhändertagande

Studentlitteratur

Kopieringsförbud

Detta verk är skyddat av Lagen om upphovsrätt! Kopiering är förbjuden utöver vad som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt avtalslicensen i 13 §. Förbudet gäller hela verket såväl som delar därav och inkluderar lagring i elektroniska medier, visning på bildskärm samt bandupptagning.

Den som bryter mot Lagen om upphovsrätt kan enligt 53 § åtalas av allmän åklagare och dömas till böter eller fängelse i upp till två år samt bli skyldig att erlägga ersättning till upphovsman/rättsinnehavare.

Inlagan är tryckt på miljömärkt papper

Art.nr 6671
ISBN 91-44-00640-3
© Ingela Rådestad och Studentlitteratur 1998
Omslagsbild: Åse Stödberg

Printed in Sweden
Studentlitteratur, Lund
Webbadress: www.studentlitteratur.se

Tryckning/år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	02	01	2000	1999	98

Innehåll

Förord 5

Förekomst av barnadöd i sen graviditet 11

Orsaker till att barn dör i sen graviditet 13

Vård förr och nu 17

Bekräftelsen av barnets död 21

Kommentarer från kvinnorna 25

Födelsen och tiden närmast efter 30

En barnmorskas erfarenhet 37

Fotografering av ett dött barn 48

Att ha möjlighet att minnas sitt barn 55

Ritual 59

Obduktion 68

Eftervård 72

Ett nytt barn 76

Anhöriga 82

Personalen 85

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Rekommenderad litteratur 120

Stödföreningar 121

Sakregister 123

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Förord

Alla graviditeter slutar inte med ett levande friskt barn. En del barn föds sjuka, andra med svåra handikapp. Den här boken handlar om när barn föds döda. Föräldrarna får inte möta sitt barn levande ens en kort stund. Det är ovanligt i Sverige att ett barn föds dött, ungefär 0,3 procent av alla som föds är döda innan förlossningens start eller dör under pågående förlossning. Även om andelen dödfödda barn är liten i förhållande till levande födda, är det omkring 350 föräldrapar som varje år mister sitt barn på detta sätt. För dem är det en katastrof. Förväntan inför föräldraskapet byts mot förtvivlan och sorg. Ofta inträffar döden plötsligt och oväntat, utan föregående tecken och det är vanligt att föräldrarna aldrig får någon förklaring till varför just deras barn dog. Barn som dör i samband med graviditet och förlossning är en omskakande upplevelse för den personal som möter föräldrarna. Barnets död kan väcka känslor som är svåra att hantera, samtidigt som den vårdande rollen innebär att vi ska stödja föräldrarna. Vi kan inte på förhand veta hur vi kommer att reagera vid vårt första möte med ett barns död men vi kan försöka förbereda oss så gott vi kan. Den här boken är ett bidrag till den förberedelsen och kan ses som riktlinjer för ett professionellt omhändertagande. Min förhoppning är att den ska ge förståelse för hur föräldrar som mister sitt barn kan känna och att den ska ge trygghet när Du som personal möter föräldrarna. Texten är i många avseenden konkret och praktiskt inriktad och ska betraktas som ett komplement till annan litteratur om död och sorg. Boken är en fortsättning på "När möte blir avsked" som kom ut för tio år sedan, där beskrev jag min egen upplevelse av att förlora mitt första barn, det är nu 17 år sedan. "När möte blir avsked" bygger på intervjuer med föräldrar som mist barn vid tiden kring förlossningen och den fyllde ett tomrum om något som det då inte talades så

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

ofta om. Efter utgivningen anlitades jag som föreläsare. Mötet med personal och föräldrar ledde till nya frågor hos mig. Jag ville veta mer om hur stöd till föräldrarna i samband med ett barns död bör se ut, men också om betydelsen av den vård föräldrarna får.

Jag fick möjlighet att studera dessa frågor vetenskapligt och lade 1998 fram avhandlingen "Att föda ett dött barn" – vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter barnets död, vid Karolinska Institutet i Stockholm. Tre år efter förlossningen uppmättes enbart en liten skillnad avseende psykiska symtom mellan kvinnor som fött ett dött barn och kvinnor som fött ett levande barn och det var ingen skillnad i skilsmässofrekvens. Resultatet från avhandlingen visar att födelsen av ett dött barn för vissa kvinnor kan ge en förbättrad relation till barnets far. Nästan alla kvinnor som medverkade i avhandlingen tyckte att personalen visat deras döda barn respekt och ömhet. De flesta tyckte att personalen hade förmedlat ett bra känslomässigt stöd under förlossningen och över hälften av kvinnorna vars barn dött tyckte att förlossningen var ett fint minne. Det är ett gott betyg på den personal som möter föräldrar som mister sitt barn. Det är en svår uppgift att medverka till att en tragisk händelse trots allt resulterar i ett värdefullt minne, men flertalet vårdgivare inom svensk sjukvård klarar den uppgiften bra idag. Avhandlingen påvisar möjligheter till ytterligare förfining av rutinerna och de resultat som framkom i studien är grunden för denna bok.

Som vårdpersonal måste vi fatta beslut och agera här och nu. I Sverige dör i genomsnitt ungefär ett barn per dag före födelsen, förlossningen ska genomföras och föräldrarna tas om hand. Vi kan inte vänta på att varje alternativ handlingslinje skall utvärderas vetenskapligt med stora valida studier. Det gäller inte minst inom omvårdnad. Det finns få vetenskapliga studier som vi kan luta oss mot när vi möter föräldrarna. Det kan också diskuteras vilken målsättning vi ska ha och hur omvårdnad ska utvärderas. I mitt avhandlingsarbete valde jag att fokusera på ångestsymtom tre år efter förlossningen. Trots att det vetenskapliga underlaget är magert och att ingen samstämmighet finns om hur omvårdnad skall utvärderas kommer jag i denna bok att ge råd. Jag är medveten om att framtida studier kan fördjupa kunska-

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

pen och att råden då kan komma att modifieras. Ingenting i hittillsvarande forskning motsäger att omvårdnaden vid dödfödsel har tre hörnpelare: inducera förlossningen så snart kvinnan vill och det är praktiskt möjligt, efter att barnets död bekräftats, skapa en atmosfär efter förlossningen så att föräldrarna kan möta och ta avsked av sitt barn i den takt de önskar under avspända former och slutligen att samla minnen från barnet som bra fotografier, hand- och fotavtryck och en hårlock. Mycket tyder på att föräldrarna får en god grund för att hantera det psykiska traumat om dessa åtgärder genomförs.

Ett professionellt omhändertagande är baserat på vetenskap och på slutsatser dragna med förnuft. Som vårdpersonal möter vi även föräldrarna som medmänniskor, rimligen är förmåga till inlevelse och känslighet också viktigt. I slutet av varje kapitel kommer föräldrar till tals. Citaten lyfter fram att varje individ har unika behov, ibland är det som är bra för flertalet inte passande för den enskilde. Penicillin är av godo för många som har en bakteriell infektion men kan vara förödande för den som är allergisk mot läkemedlet. På samma sätt kan en omvårdnadshandling vara bra för flertalet men vara helt missriktad för enstaka individer. Min forskning visar också att det finns grupper med behov av speciellt stöd, de ensamstående kvinnorna, de med låg utbildningsnivå, och de som tidigare drabbats av svåra livshändelser.

Jag vill rikta ett stort tack till alla Er som bidragit till denna boks tillkomst och som givit mig värdefulla synpunkter på innehållet. Meta Tullgren, barnmorska vid förlossningskliniken på Danderyds sjukhus i Stockholm, som med sin långa erfarenhet och kompetens bidragit på ett ovärderligt sätt. Jag vill också tacka Margareta Dahlin-Johansson, som arbetar som sjukhuspräst på Karolinska sjukhuset i Solna, för värdefulla synpunkter på kapitlet om ritual. Tack till Allan Larsson som är fotograf vid Regionssjukhuset i Örebro, för engagemang och tekniskt kunnande om hur ett dött barn kan fotograferas på ett fint sätt. Jag vill också tacka Bengt Sandstedt, som är barnpatolog på Karolinska sjukhuset i Solna och som har förklarat för mig hur en obduktion går till. Stort tack till Kerstin Wolff, gynekolog på Huddinge sjukhus, som bistått med kunskap om orsaker till barnadöd

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

under graviditeten, Petra Otteblad-Olausson och Inga-Lill Lütz-Pålsson på Socialstyrelsen som bistått med statistik över förekomsten av barnadöd i Sverige och övriga världen. För granskning av det preliminära manuskriptet vill jag tacka Gunnar Steineck. Jag vill slutligen med respekt och ödmjukhet tacka alla de föräldrar som gett mig förtroendet att förvalta deras minnen så att andra kan få lära av dem.

Stockholm, juli 1998

Ingela Rådestad

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Definition av barn

Om inga hjärtslag registreras efter födelsen, beror det på vilket land barnets föds i, om det legalt ska betraktas som ett barn eller ett missfall. Som barn registreras i Sverige alla levande födda individer, men enbart dödfödda som föds efter 28 fullgångna graviditetsveckor. Om det föreligger osäkra uppgifter om antal kompletta graviditetsveckor ska barnet vara minst 35 cm långt för att registreras som barn. Världshälsoorganisationens (WHO) definition, som antogs i Genève 1989, är annorlunda. Alla barn (levande och döda) som föds efter 22 fullgångna graviditetsveckor skall anmälas som barn enligt WHO. Om graviditetens längd inte är känd, för de barn som föds döda, ska istället barnets vikt eller längd avgöra om en registrering som barn ska ske. Alla dödfödda barn som väger minst 500 gram, eller är minst 25 cm långa ska enligt WHO betraktas som barn då tidsbestämning av graviditeten saknas.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Förekomst av barnadöd i sen graviditet

Sverige har internationellt sett en låg förekomst av barn som dör före födelsen. Det beror med stor sannolikhet på ett väl utbyggt system med hälsokontroller för gravida kvinnor. Uppbyggnaden av mödrahälsovård påbörjades under 1940-talet i Sverige. Regelbundna hälsokontroller har bland annat bidragit till möjligheten att "fånga upp" tidiga tecken på tillväxthämning hos barnet eller en begynnande blodtrycksförhöjning hos modern. Den låga förekomsten av barn som dör under graviditeten beror också på att svenska kvinnor har ett gott nutritionstillstånd och bra socioekonomiska förhållanden i jämförelse med kvinnor i många andra länder. Allt bättre möjligheter att diagnosticera och behandla komplikationer hos mor och barn har också bidragit till en minskning av antal barn som dör före födelsen liksom en avancerad förlossningsvård. Det kan vara svårt att göra internationella jämförelser av antal dödfödda barn, olika länder har skillnader på sitt system att redovisa födelsetal men också varierande definitioner av vad som registreras som barn. I en jämförelse med de nordiska länderna tillhör Sverige de länder med lägst förekomst av barn som dör före födelsen. Danmark ligger högst med 4,6 dödfödslar per 1000 födda barn, åren 1991 till 1995. Motsvarande siffror för Färöarna och Norge under samma period var 4,5 och för Grönland 4,0. Andelen dödfödda barn på Åland var under perioden 3,7 därefter kommer Sverige med 3,4, Finland med 2,9 och Island med 2,7.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Andel dödfödda barn av antal födda barn i Sverige 1900 till 1997

År	Antal födda barn	Antal dödfödda barn	Andel dödfödda barn av totalt antal födda barn
1900	141 717	3 578	2,5%
1910	138 976	3 351	2,4%
1920	141 979	3 226	2,3%
1930	96 825	2 605	2,7%
1940	98 597	2 819	2,9%
1950	117 754	2 340	2,0%
1960	103 637	1 418	1,4%
1970	111 079	929	0,8%
1980	97 500	436	0,4%
1990	124 381	435	0,3%
1997	90 803	313	0,3%

Källa: Statistiska Centralbyrån, SOS (Svensk Officiell Statistik), Befolkningsstatistik, del 4.

Andel dödfödda barn med födelsevikt över 1000 gram av antal födda barn i några av de länder som rapporterade till WHO år 1993

Land	Antal födda barn	Antal dödfödda barn > 1000g	Andel dödfödda barn > 1000g av totalt antal födda barn
Danmark	67 369	286	0,4%
Estland	15 170	106	0,6%
Finland	64 826	165	0,2%
Tyskland	798 447	2 467	0,3%
Grekland	101 799	507	0,5%
Irland	49 458	238	0,5%
Italien	552 587	2 189	0,4%
Norge	59 678	208	0,4%
Ryssland	1 378 983	11 159	0,8%
Sverige	117 846	354	0,3%
Schweiz	83 762	270	0,3%

Källa: WHO:s hälsodatabas.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Orsaker till att barn dör i sen graviditet

Riskfaktorer för barnadöd i slutet av graviditeten är avsaknad av mödravård och låg socioekonomisk standard. Det finns också en ökad risk för att barnet ska dö om kvinnan är över 34 år, liksom vid flerbörd. Kvinnor som röker under graviditeten och kvinnor med kraftig övervikt har ökad förekomst av intrauterin barnadöd jämfört med icke rökare och normalviktiga kvinnor.

Medicinska orsaker till att ett barn dör före födelsen innefattar obstetriska katastrofer som läckage av fosterblod till modern (fetomaternell transfusion), navelsträngsframfall (prolaps), äkta knut på navelsträngen, avlossning av moderkakan (ablatio placentae), föreliggande moderkaka (placenta praevia) och överburenhet (postmaturitet). Barnets död kan också orsakas av sjukdomar hos modern eller av en graviditetskomplikation som exempelvis graviditetsbetingat högt blodtryck med äggvita i urinen (preeklampsi), graviditetsbetingat högt blodtryck med äggvita i urinen tillsammans med symtom från centrala nervsystemet (eklampsi), tillväxthämning (intrauterin growth restriction, IUGR), diabetes och yttre trauma. Kromosomavvikelser är också en orsak liksom missbildningar av annan grund. Infektioner hos modern kan övergå till barnet, det kan vara bakterier som grampositiva streptokocker grupp B (GBS), mycoplasma, chlamydia trachomatis och listeria monocytogenes. Virusinfektioner som exempelvis cytomegalovirus (CMV), herpes, coxackie B, parvo och röda hund (rubella) kan också orsaka barnets död liksom parasitsjukdomar som malaria och toxoplasmos. Moderns försvarssystem kan förstöra barnets röda blodkroppar såsom sker vid isoimmunisering exempelvis Rh-immunisering, det leder till en syrebrist hos barnet som kan orsaka dess död.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

I Sverige är det ungefär en tredjedel av alla dödsfall som inträffar före födelsen som man inte finner någon säker förklaring till. Andelen barn med okänd dödsorsak beror på hur mycket resurser som används på att undersöka föräldrarna och barnet men också på hur orsaken definieras som möjlig, sannolik eller säker. Förekomst och orsaker till att barn dör före födelsen varierar mellan olika länder, det som är en vanlig dödsorsak i ett fattigt land förekommer kanske inte alls i den rika delen av världen. Likaså har etiologin förändrats i vårt eget land, i början av 1900-talet var exempelvis syfilis en viktig orsak till att barn dog före födelsen. Utbyggnaden av mödravård, bättre hälsotillstånd i befolkningen och medicinsk utveckling har medfört att bland annat barn till mödrar med diabetes idag har goda förutsättningar att födas friska. Ett annat exempel är preeklampsi och eklampsi, där det tidigare förekom att både mor och barn avled i samband med förlossningen. Idag kan graviditeten övervakas och förlossningen vid behov tidigareläggas.

Utredning av dödsfallet

För föräldrarna är det viktigt att få veta orsaken till barnets död, det är också en väsentlig information inför eventuell påföljande graviditet. Om dödsorsaken är känd kan det visa sig möjligt att förhindra att nästa barn dör. Ur vetenskaplig, epidemiologisk synvinkel är det värdefullt att kartlägga orsaken till att barn dör, för att bland annat beskriva hur frekvens och etiologi förändras. En utredning för att försöka finna orsaken till barnets död kan innefatta: blodprover för analys av blodgruppering, APTT, fetalt Hb och antikardiolipinantikroppar. Faecesprov för att undersöka eventuell förekomst av enterovirus. Amniocentes för karyoryp och virologisk utredning. Obduktion av barnet och PAD av placenta. Hjärtblod från barnet för virologisk och bakteriologisk utredning. En placentabit som tas för genetisk undersökning och en som sparas för eventuell senare utredning. Fotografering och röntgenundersökning av barnet ingår också i en utredning för att försöka finna en förklaring till barnets död.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Förebyggande vård

De förebyggande åtgärder som kan göras för att minska risken att barnet dör före födelsen är vaccinering mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR), att kvinnan erbjuds en mödravård som förutom socialt stöd med allmänna råd, innefattar kontroller av fosterhjärtljud, symfys-fundus tillväxt, blodsocker, blodtryck och urin. Blodgruppering och rubella serologi bör också ingå i den förebyggande vården. Genetisk screening i de fall det bifogas av anamnesen, med provtagning på fostervatten (amniocentes), provtagning på moderkakan (chorionvillibiopsi, CVB) och blodprov från modern för analys av äggviteämnet AFP. Ultraljud med datering av graviditeten och extrakontroller av tillväxt efter graviditetsvecka 41 liksom överburenhetskontroller och eventuell induktion i graviditetsvecka 42 till 43 är andra förebyggande åtgärder. Att kvinnan själv vågar lita på sina iakttagelser och att mödrahälsovården erbjuder en atmosfär som tillåter föräldrarna att komma för en extra kontroll om de är oroliga för barnets hälsa, kan också sannolikt vara en förebyggande åtgärd.

Ungefär en tredjedel av kvinnorna som medverkade i avhandlingen "Att föda ett dött barn", ansåg att sjukvården till viss del bar ett ansvar för att barnet dog. Några kvinnor upplevde att deras oro för barnets hälsa inte hade tagits på allvar, andra tyckte att de hade fått felaktiga råd och några kvinnor ansåg att det inte hade skett ett ingripande i tid som möjligtvis hade kunnat rädda barnet. En perinatal audit (medicinsk revision) genomfördes 1991 på alla perinatala dödsfall (dödfödda samt levande födda barn vilka avlider inom sju dagar efter förlossningen) i Sverige och Danmark. Syftet med en perinatal audit är att kartlägga orsaken till att barn dör före, under eller efter förlossningen. Med kännedom om orsakerna kan det vara möjligt att föreslå åtgärder för att minska mortalitet. I många fall är det inte möjligt att påverka förloppet med nuvarande medicinska kunskaper. Ett exempel är vissa missbildningar som inte är förenliga med liv utanför livmodern. I andra fall skulle det kunna vara möjligt att genom riktade åtgärder förhindra att barn dör. En av slutsatserna efter revisionen av 1991 års perinatala dödsfall är: "Flera samverkande faktorer, som var och en inte haft avgörande betydelse, kan tillsammans ha

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

medfört att barnet dog perinatalt. Det kan därför vara mycket svårt att fastställa vilka fall som i verkligheten var möjliga att undvika. Därför kan analys av perinatala dödsfall endast identifiera vilka som är potentiellt undvikbara."

Referenser

Cnattingius, S., Bergström, R., Lipworth, L. & Kramer, M. Prepregnant weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. The New England Journal of Medicine, 1998; 338:147–152.

Faxelid m.fl. Lärobok för barnmorskor, Studentlitteratur 1993.

Kochenour, NK., (red.) Clinical Obstetrics and Gynecology, 1987; 30 (2) 251–362.

Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth, Midwifery 1998; 14 (2) 111–117.

Socioekonomiska förhållanden och förlossningsutfall i Sverige. Socialstyrelsen EpC-rapport 1996:2, Stockholm.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Vård förr och nu

Möjligheten att diagnosticera ett barns död i slutet av en graviditet har förändrats radikalt under den senare delen av 1900-talet. För drygt 70 år sedan var det vanligtvis kvinnans egna observationer som exempelvis avsaknad av fosterrörelser, en tyngdkänsla i buken, egen viktminskning och minskad bröstvolym som gav misstanken om att barnet kanske hade dött. Misstanken kunde bekräftades med hjälp av stetoskop eller trätratt då inga hjärtljud hördes. Det var också vanligt att barnets död konstaterades först efter förlossningen. Röntgen introducerades i början av 1920-talet som en möjlighet att bekräfta barnets död. Från och med början av 1970-talet är ultraljud den viktigaste metoden för att säkerställa intrauterin barnadöd.

Igångsättning av förlossning när barnet dött

I början av 1900-talet fanns ännu inte några verksamma åtgärder för att starta en förlossning när barnet dött i livmodern, majoriteten av kvinnorna kom spontant igång med värkarbetet, men vanligtvis först flera veckor efter att barnet dött. Det finns beskrivet kvinnor som fött sitt döda barn 120 dagar efter barnets död i livmodern (49 dagar efter beräknad förlossningsdatum). På 1930-talet rekommenderades höga doser av östrogen för att inducera förlossningen vid intauterin barnadöd. Östrogentabletter gavs i cirka fem dagar. Om inte ett spontant förlossningsarbete kom igång, stimulerades livmodern också med kinidintabletter (Kinabark) eller senare med oxytocininjektioner som blev tillgängliga i början av 1960-talet. Uppskattningsvis kom 90 procent av kvinnorna igång med ett värkarbete efter fyra dagars

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

behandling. Även om östrogenets effekter inte var tydligt dokumenterade användes metoden ända in på 1960-talet.

Introduktionen av prostaglandiner i mitten av 1970-talet och framförallt de lokala prostaglandinerna i början av 1980-talet medförde att behandlingsstrategin vid barnadöd i sen graviditet ändrades från ett avvaktande förhållningssätt till en aktiv intervention. Prostaglandin har en förmåga att mjuka upp en hård och omogen livmoderhals. Idag induceras vanligtvis en förlossning där barnet är dött med prostaglandin gel som appliceras i och lokalt runt den omogna livmoderhalsen och oxytocininfusion används som värkstimulerande medel. Om livmoderhalsen är mjuk och öppen när förlossningen ska induceras, används enbart oxytocin.

Omvårdnad vid dödfödsel

Förr trodde man att det inte utvecklats någon känslomässig bindning mellan mor och barn före födelsen och att det därmed inte fanns någon grund för sorg. För omkring 30 år sedan betraktades ett dödfött barn som en "icke-händelse". Ingenting hade hänt och föräldrarna uppmanades att glömma sitt barn. I tron att man skyddade föräldrarna från obehagligheter förhindrades ofta all kontakt med det döda barnet. Det ansågs skonsammast om kvinnan näst intill sövdes med lustgas i slutskedet av förlossningen. Mamman fick ett skynke uppspänt mellan sitt huvud och mage och det nyfödda barnet fördes snabbt ut ur rummet. Föräldrarna fick inte se sitt barn och informerades inte om dess kön. En enskild begravningsakt anordnades mycket sällan. Föräldrarnas känslor dämpades med lugnande medel och de fick rådet att skaffa ett nytt barn så fort som möjligt. Kunskapen som senare växte fram om de starka band som finns redan före födelsen medförde ett behov av förändrad omvårdnad. Idag anses det viktigt att föräldrarna får möjlighet att knyta an till sitt barn för att kunna ta avsked. Föräldrarna uppmanas att se och hålla sitt döda barn, bevara minnen och ordna begravning. De avråds från lugnande medel och råds att vänta med en ny graviditet tills de har sörjt "färdigt" det döda

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

barnet. Normen är att föräldrarna ska konfronteras med verkligheten för att påbörja ett sorgearbete.

Uppföljning då och nu

En av de första uppföljningsstudierna av kvinnor som förlorat ett barn strax före eller efter förlossningen, gjordes i Sverige i början av 1960-talet. Cullberg intervjuade 56 kvinnor drygt ett år efter barnets död och fann att allvarliga psykiska komplikationer förekom hos en tredjedel av dem. I början av 1980-talet genomfördes ytterligare en studie i Sverige, Laurell-Borulf intervjuade kvinnor tio år efter att de förlorat ett barn före eller strax efter förlossningen. Resultaten från den studien är samstämmig med Cullbergs resultat och tyder på att om traumat inte är bearbetat efter cirka två år kan komplikationerna bli kroniska. Berg med flera, gjorde i mitten av 1970-talet en uppföljning av föräldrar som mist ett barn perinatalt, vid kvinnokliniken på Huddinge sjukhus, och uppskattade psykiska komplikationer hos cirka en tiondel av kvinnorna. Det finns ett antal internationella studier med resultat som bekräftar dessa tidiga studier från Sverige. I uppföljningsstudier efter förlusten av ett barn definieras ofta komplikationer olika och mäts vid varierande tidpunkter, ibland till och med bara några dagar efter barnets död. Internationella studier innefattar ofta barn från graviditetsvecka 20 till månader efter barnets födelse, medan svenska studier fokuserar på barn som dött från graviditetsvecka 28 till och med första veckan efter förlossningen. De flesta studier saknar en kontrollgrupp och det kan vara svårt att uttala sig om symtom när det inte finns en möjlighet att jämföra med normalt förekommande symtom i befolkningen. Några av de studier som presenterats på 1990-talet, inklusive min egen avhandling, tyder på en mindre skillnad när det gäller psykiska symtom, mellan kvinnor som mist ett barn jämfört med en kontrollgrupp. Den bättre prognosen idag jämfört med för 20 år sedan, kan förklaras av skillnaden i hur föräldrarna bemöts och deras möjligheter att knyta an och ta avsked av sitt barn. De flesta kvinnor som mist sitt barn före födelsen tycks efter ett antal år leva ett liv de är nöjda med, den kunskapen kan vara

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

en hjälp för vårdpersonal att förmedla hopp till de föräldrar som tvivlar på att de någonsin kommer att överleva sorgen efter barnets död.

Referenser

Berg, U., Ekenstein, G., Höjer, B., Sandros, I. & Tunell, R. Information och stöd till föräldrar som förlorat sitt barn vid födelsen. Svenska Läkartidningen 1978;3:128–132.

Bourne, P. The psychological effects of stillbirth on women and their doctors. Journal of Royal Collegues of General Practitioner 1968; 16:103–112.

Cullberg, J. Reaktioner inför perinatal barnadöd (1): psykiska följder hos kvinnan. Svenska Läkartidningen 1966; 63:3980–3986.

Kochenour, NK. (red.) Clinical Obstetrics and Gynecology, 1987; 30 (2) 251–362.

Laurell-Borulf, Y. Longterm adjustment after an emotional crisis – a follow-up of women with perinatally dead infant. Academic dissertation. Lund: Studentlitteratur, 1982.

Rådestad, I., Sjögren, B., Nordin, C. & Steineck, G. Stillbirth and maternal well-being, Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1997;76:849–855.

Rådestad, I., Steineck, G., Nordin, C. & Sjögren, B. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: population based study, British Medical Journal (BMJ) 1996;312:1505–1508.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Bekräftelsen av barnets död

Det finns flera orsaker till att ett barn dör i livmodern. Symtomen som föregår döden varierar och därmed också hur barnets död fastställs. Om moderkakan plötsligt lossnar med en stor blödning som följd blir omhändertagandet akut, barnets död konstateras kanske först efter det för modern livräddande kejsarsnittet. Är orsaken en sviktande funktion av moderkakan är symtomen mindre. Kanske observeras ett avplanande symfys-fundus mått. Kvinnan får en tid för ultraljudsundersökning men barnet hinner dö innan den utförs. Andra gånger är det kvinnan själv som vill ha en undersökning. Hon kanske har upplevt färre sparkar och känner sig orolig för barnets hälsa och det är på den extra mödravårdskontrollen som barnets död bekräftas. Ibland finns det varken någon misstanke från föräldrarna eller tecken från tidigare mödravårdskontroller på att barnet inte skulle må bra. Föräldrarna kommer till förlossningen i fullgången tid för att föda sitt barn men vid inskrivningen kan inga hjärtslag från barnet uppfattas. Av kvinnorna som medverkade i avhandlingen "Att föda ett dött barn", hade ungefär en fjärdedel en stark känsla av att barnet kunde vara dött innan det bekräftats med en ultraljudsundersökning medan nästan hälften av kvinnorna inte hade någon misstanke alls om att barnet kunde vara dött.

Att ge besked

Att tala om för föräldrar att deras väntade barn har dött, är psykiskt svårt. Mötet med föräldrarnas reaktioner av ledsnad, förtvivlan, chock och kanske ilska, är krävande. Vad som sker, sägs eller inte sägs,

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

registreras av föräldrarna och kanske kommer de alltid att minnas hur beskedet om deras barns död lämnades. Alla föräldrar reagerar individuellt men det är vanligt att de har svårt att tro på att det är sant, att barnet verkligen är dött. Många föräldrar beskriver en overklighetskänsla, att det är som en dröm och att det som sker runt omkring inte händer dem utan någon annan. Det kan vara svårt när en stark misstanke finns om att barnet har dött, innan en fullständig undersökning är utförd och det inte med säkerhet går att säga om barnet verkligen har dött. Att inte skrämma och skapa onödig oro men samtidigt inse och förmedla situationens allvar till föräldrarna, är en balansgång.

Induktion av förlossningen

I avhandlingen "Att föda ett dött barn", uppmättes ett klart samband mellan induktion av förlossningen mer än ett dygn efter konstaterandet att barnet dött i livmodern och ångestsymtom. En lång tid mellan fastställandet av barnets död och tills dess en intervention görs för att starta förlossningen, kan medföra en extra psykisk belastning som kan vara svår för kvinnan att hantera. Många kliniker i Sverige rekommenderar föräldrarna att gå hem efter att intrauterin barnadöd konstaterats. Som motiv för hemgång har det framförts, att föräldrarna tillsammans ska börja bearbeta vad som hänt och kunna meddela sina anhöriga. I en studie av drygt 500 läkares uppfattning av sin roll vid barnadöd i sen graviditet som genomfördes i Sverige 1997, anförde drygt en tredjedel att förlossningen bör induceras inom ett dygn efter diagnosen, en knapp tredjedel tyckte att man bör vänta över ett dygn och en tredjedel att frågan saknade betydelse (Säflund med flera, personlig kommunikation). Resultaten från avhandlingen "Att föda ett dött barn", visar på ett behov av vidare studier för att lära mer om hur föräldrar upplever tiden från det att barnets död konstaterats till induktion av förlossningen. I praktiken bör inte resultatet från avhandlingen tolkas som att förlossningen ska sättas igång omedelbart efter bekräftelsen av barnets död. Det är viktigt att lyssna på vad föräldrarna vill. Kanske är det så att väntetiden ger utrymme för ytterligare påfrestningar som exempelvis att någon som inte vet om barnets död kommenterar kvinnans stora mage på ett positivt sätt.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Tiden mellan diagnos och induktion kan sannolikt betraktas som en risktid för ytterligare psykisk belastning. Innan det fanns effektiva läkemedel för att starta en förlossning fanns inget val, kvinnan kunde få vänta i flera dagar och ibland veckor innan förlossningen kom igång av sig själv. I en studie från Huddinge sjukhus i mitten av 1970-talet förmedlade kvinnorna vars barn dött intrauterint att det var tiden före förlossningen som var absolut värst. Kvinnorna rekommenderade inskrivning på sjukhus efter beskedet om barnets död och att förlossningen skulle sättas igång så snart som möjligt.

Det är viktigt att utforma ett individuellt anpassat stöd under tiden mellan fastställandet av barnets död och starten av förlossningen. Information om vad som kommer att hända har betydelse för att föräldrarna ska uppleva och ha kontroll över sin situation. Vad som är mest lämpligt att göra efter att beskedet om barnets död har givits till föräldrarna är beroende av deras reaktion, omständigheter och situationen på kliniken. Föräldrarna bör erbjudas ett eget rum på kliniken och så mycket information som de önskar tills dess att förlossningen kan induceras. Det finns ingen vetenskaplig undersökning som talar för att det skulle vara bra för föräldrarna att "smälta" beskedet om barnets död innan förlossningen startas. Det tycks dock vara en klinisk uppfattning att det skulle vara en fördel. Några kvinnor i avhandlingen "Att föda ett dött barn" hade upplevt det positivt att få gå hem och vänta en tid innan förlossningen sattes igång medan andra upplevt det som negativt och att de inte haft något val.

Riktlinjer för ett professionellt omhändertagande

Informera föräldrarna om hur barnets död fastställs.

Tala till föräldrarna under ultraljudsundersökningen och berätta för dem vad undersökningen visar.

Informera föräldrarna om vad som kommer att hända.

Erbjud föräldrarna att få stanna kvar på sjukhuset, ge dem ett eget rum.

Inducera förlossningen så snart föräldrarna vill.

Se till att föräldrarna får stöd under tiden de väntar på att förlossningen ska induceras.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Referenser

Berg, U., Ekensteinm, G., Höjer, B., Sandros, I. & Tunell, R. Information och stöd till föräldrar som förlorat sitt barn vid födelsen. Svenska Läkartidningen 1978;3:128–132.

Rådestad, I., Steineck, G., Nordin, C. & Sjögren, B. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: population based study, British Medical Journal (BMJ) 1996;312:1505–1508.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Kommentarer från kvinnorna

Många kvinnor som medverkade i avhandlingen "Att föda ett dött barn" kunde tydligt tre år efter förlossningen, erhindra sig hur beskedet om barnets död hade lämnats:

Läkaren gjorde mig både ledsen och arg för hon sa bara att ungen var död, sen gick hon. När min man ropade tillbaka läkaren och frågade vad dom skulle göra, då sa läkaren bara: hon får föda fram det, sen gick hon.

*

Då vi först kom till förlossningen för att med ultraljud konstatera att barnet var dött var läkaren mycket okänslig. Hon bara sa: Ja det är dött, sedan ropade hon fram en kandidat för att visa hur, som hon uttryckte det, slappt fostret var. Hemskt!

*

Jag var helt ensam, barnets far skjutsade iväg de andra barnen till anhöriga. Detta påpekade sköterskan för läkaren, att pappan väntades tillbaka om cirka 15 minuter, men beskedet sades ändå av läkaren.

*

En av läkarna som dag två kontrollerade att barnet verkligen var dött, nonchalerade vår otroligt svåra situation med kommentaren: sånt som händer. Honom kan jag än idag inte se utan att bli arg.

*

När jag hade gjort ultraljud två gånger, och dom konstaterade att barnet var dött, då sa barnmorskan bara att det hade du väl misstänkt själv, helt kallt, och gick sin väg och lämnade oss med det.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Efter ultraljud och dödsbeskedet blev jag lämnad ensam hela tre timmar på mitt rum! Det var påsk och läkaren jäktade vidare. Jag upplevde läkaren som ilsken.

*

Ultraljudsläkaren var under all kritik. Han sa två meningar till mig. 1) Hjärtat slår inte. 2) Där är kroppspulsådern. Sen gick han sin väg.

*

Det var hon som gjorde ultraljud, hon sa bara att hjärtat inte slog. Hon sa det inte lugnt och fint utan bara slängde det i ansiktet på oss. Det var en chock, fast vi redan hade förstått det så kunde hon ha sagt det fint.

*

Barnmorskan på mödravården tycker jag var väldigt opsykologisk. När hon lyssnade med tratten och inte hörde några hjärtljud sa hon åt mig att hon inte kunde höra något för att jag var så upprörd. Sedan lämnade hon mig ensam och gråtande i ett rum medan hon undersökte andra mammor.

Att frågan om vad som bör ske direkt efter bekräftelsen av barnets död är komplex, vittnar de kommentarer som kvinnorna i avhandlingen förmedlade:

Den dagen jag fick reda på att barnet dött, det blev en chock. Dom gjorde ultraljud, efter det skickade dom hem mig. Jag kommer inte ihåg att jag körde hem.

*

Berätta noga vad som kommer att hända och att övertala mamman om att åka in direkt för förlossning. Jag valde att vara hemma över natten och det var den längsta och otrevligaste jag varit med om.

*

När vi mist vårt barn, när dom med hjälp av ultraljud konstaterat att vårt barn dött, så skulle jag få åka hem och komma tillbaka dagen efter för att sätta igång förlossningen. Men det hann dom inte som tur var och det tycker vi var fel att skicka hem någon efter ett sådant beslut.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

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.

*

Att inte hindra modern att få förlösa sitt barn så fort som möjligt. Att våga prata om det och göra det så fint som det går. Att låta dem som mister sitt barn få uttrycka sina känslor och aggressioner.

*

Personalen ska vara lugn och avspänd och man ska själv få bestämma vad man ska tala om. Att det ej ska gå sju dagar mellan dödsdagen och framfödandet.

*

Dom ska ha tid att sitta ned och prata och lyssna, inte bara säga tyvärr och sedan springa iväg. Man ska kunna välja om man vill bli förlöst med en gång eller åka hem och vänta till nästa dag. Man kanske måste tillsammans, mamma och pappa ordna och förbereda för syskon, hinna förstå att barnet är dött.

*

Förklara vad som kommer att hända och hur barnet ser ut. Vårt barn låg kvar i magen i två dygn sedan det avlidit, på något sätt kändes det bra och gav oss tid att planera och lugna ner oss lite.

*

Det var bra att vår barnmorska sa: du ska föda ett barn. Det var viktigt att höra att det var ett barn och inte ett dött monster. Rådet vi fick när det konstaterades att barnet i magen dött, gå hem och återkom i morgon bitti, så möter ni samma personal, prata om det som hänt. Det rådet var mycket viktigt. Vi hann börja lite med sorgen vilket underlättade för oss att släppa fram "glädjen" under och efter barnets födelse.

*

Att man kanske inte får föda fram sitt barn på en gång utan efter ett dygn eller två kan kännas fruktansvärt men för mig blev det som ett slags avsked i hemmiljö.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Maria som själv är barnmorska beskriver i boken När möte blir avsked hur hon och hennes man fick beskedet om deras väntade barns död

Marias brev

"Januari 1984 väntade min man och jag vårt andra barn. Under graviditeten utbildade jag mig till barnmorska och efter examen arbetade jag några månader på en förlossningsavdelning. Jag hade uteslutande hjälp till vid normalförlossningar. Skrikande barn som jag lagt upp på mammornas magar. Jag började förväntansfullt min graviditetsledighet strax för jul. Nyår firade vi hos föräldrarna i min barndomsstad. På nyårsdagen, efter ett biobesök, märker jag att det annars så livliga barnet inte rört sig på ett tag. Det är så stilla i min stora mage. Timmarna går i växande ångest. Vid midnatt åker vi in till närmsta sjukhus. Jag har ringt innan och berättat om våra misstankar. Vi blir mottagna av samma barnmorska jag talat med i telefon. Barnmorskan hänvisar min man till ett väntrum. Han vill inte lämna mig, ber envist att få följa med in i undersökningsrummet och får nästan tränga sig in till mig. Barnmorskan frågar mig om sammandragningar, vattenavgång och spekulerar i om vi kan hinna till det sjukhus vi hör hemma. Jag upprepar det jag sagt till henne i telefon, att jag bara vill höra om det finns några fosterljud och att jag är orolig för hur barnet mår. Barnmorskan tar en tratt och börjar söka efter barnets hjärtslag. Det är tyst på rummet. Efter en stund bryter barnmorskan tystnaden och säger att hon ska hämta en CTG-apparat. När hon kommer tillbaka, sätter hon mikrofonen på min mage, men placerar den på ett ställe där det för mig är otänkbart att hjärtljuden skulle kunna registreras. Plötsligt säger hon att apparaten nog är trasig, att de har mycket att göra på förlossningen denna natt och att hon ska ringa doktorn. När hon är på väg ut ur rummet, frågar jag om hon hört några fosterljud. – Ja, jag tyckte nog...där..., säger barnmorskan och pekar mot min mage, sedan lämnar hon rummet.

Doktorn kommer för att göra ultraljud, han sitter med ryggen mot mig och har ögonen på apparaten. Efter en stund säger han

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

högt, liksom för sig själv: ja, den är dö! Jag tittar upp, ser på ultraljudsskärmen denna för evigt fastetsade bild: Hjärtat, platsen för det, där inget rör sig. Min man och jag börjar gråta, min man vrålar ut sin smärta. Doktorn fortsätter oberörd flytta runt dosan på min mage. Han talar om för oss att vi får göra som vi vill, stanna eller åka till vårt hemsjukhus. Loppet är ändå kört, säger doktorn. Vi väljer att stanna på sjukhuset en stund, det känns omöjligt att åka hem. Min man och jag blir hänvisade till ett rum och dörren stängs bakom oss. Det är ingen som kommer in. Vi känner då att vi måste därifrån; här är det ingen som vill oss något! Vi klär på oss och går ut. Barnmorskan får plötsligt fart och mål i mun, vi måste få med oss ett papper på att vi besökt kliniken. Vi kommer dit med ett barn och går därifrån med ett papper. Klockan är halv två på natten. Det har aldrig varit så kallt och mörkt, vi är alldeles ensamma."

(Marias brev, ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Födelsen och tiden närmast efter

Tystnaden är aldrig så total som när ett barn föds dött. Det som skulle vara början på ett långt liv har slocknat redan före födelsen. Många föräldrar har starka minnen från det som hände under förlossningen. Åratal efteråt kan de tydligt minnas detaljer, vad som sades och vad personalen gjorde. I avhandlingen "Att föda ett dött barn", tyckte de flesta kvinnorna att sjukhuset där de födde sitt döda barn hade bra rutiner för omhändertagandet. Majoriteten tyckte att personalen gav dem ett bra stöd under förlossningen och drygt hälften tycket att den var ett fint minne. Nästan alla kvinnor upplevde att personalen visat deras döda barn respekt och ömhet. Det är ett gott betyg för den personal som möter föräldrar som mister sitt barn före födelsen. Tiden då ett dödfött barn betraktades som om ingenting hade hänt, är förbi i Sverige. Idag blir de döda barnen behandlade och bemötta som de är, det vill säga som barn. Det är en svår uppgift att medverka till att en tragisk händelse resulterar i ett värdefullt minne för den som mister sitt barn men flertalet vårdgivare inom svensk sjukvård klarar den uppgiften bra idag. Det är sannolikt många samverkande faktorer som, trots sorgen, ger föräldrarna möjlighet att se tillbaka och minnas sitt döda barns födelse som någonting värdefullt. En betydelsefull del kan vara att föräldrarna känt sig respekterade och att personalen uppfattat och förstått deras förlust. Att personalen har känslighet för föräldrarnas individuella behov liksom att de behandlar barnet värdigt är också något som kan påverka föräldrarnas minnen. Om föräldrarna har haft kontroll och känt sig delaktiga i det som skett och de beslut som fattats, ökar sannolikt deras chans till positiva minnen, liksom om de var välinformerade om varför saker gjordes. Många föräldrar är rörda och tacksamma över den hjälp, sympatier och förståelse de fått av vårdpersonalen inte bara under förlossningen utan lång tid efteråt.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

En vanlig förlossning

En förlossning där barnet är dött handläggs inte på något annorlunda sätt än en förlossning där barnet lever. Skillnaden är att barnets hälsotillstånd inte behöver övervakas, all uppmärksamhet kan riktas mot mamman och pappan. Om mamman önskar bedövning under förlossningen kan det ges utan hänsyn till det ofödda barnets hälsa.

Smärtlindring under förlossningen

Smärtlindring under förlossningen är en avvägning mellan att minska smärtan för modern utan alltför mycket cerebral påverkan för henne. I avhandlingen "Att föda ett dött barn", visade resultatet att farmakologisk smärtlindring under förlossningen användes av fler kvinnor som mist sitt barn jämfört med kvinnorna som fött ett levande barn, men kvinnorna vars barn dött skattade signifikant oftare förlossningen som fysiskt outhärdligt svår. Det är sannolikt att smärtan under ett förlossningsarbete som inte leder till födelsen av ett levande barn, upplevs som svårare jämfört med den kvinna som belönas med ett friskt barn. Omkring en tiondel av kvinnorna som mist sitt barn angav att de hade fått för lite smärtlindring under förlossningsarbetet och det finns troligtvis möjlighet att ytterligare förfina rutinerna för val av smärtlindring vid förlossning där barnet föds dött. Epiduralblockad var mer än dubbelt så vanligt och paracervikalblockad användes tre gånger så ofta bland kvinnorna som mist sitt barn jämfört med kvinnorna som födde ett levande barn, även pudendusblockad förekom oftare bland kvinnorna vars barn föddes dött. Nästan hälften av kvinnorna som mist sitt barn hade fått opioider (Petidin/Morfin) under förlossningen jämfört med drygt en tiondel av kvinnorna som födde levande barn. Intentionen från vårdpersonalens sida tycks vara att sträva efter att kvinnan ska ha så lite smärta som möjligt. När ingen hänsyn behöver tas till barnets hälsa ökar möjligheten till en generös smärtlindring. Användningen av opioider under förlossningen kompliceras dock av att dess smärtstillande effekt har ifrågasatts. I en svensk avhandling påvisades inget samband mellan smärta och användning av opioider under förlossningen.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Riktlinjer för ett professionellt omhändertagande

Ge kvinnan en god smärtlindring om hon så önskar.

Undvik centralt verkande medel.

Att få vara tillsammans med sitt barn

När barnet föds fram så gör man precis som man skulle ha gjort om barnet var levande. Om föräldrarna uttryckligen säger att de inte vill se sitt barn, kan barnet läggas direkt i en egen säng istället för på moderns bröst. Det vanliga är att föräldrarna efter en stund trots allt vågar närma sig barnet. Som vårdpersonal har man stor möjlighet att påverka föräldrarna och stärka dem till att möta sitt barn. Det är speciellt viktigt att inte själv visa ett avståndstagande som exempelvis genom att ha handskar på sig när man sköter barnet efter förlossningen (om kvinnan bär på någon smittsam sjukdom används handskar). Det är viktigt att förmedla till föräldrarna att det finns gott om tid, de ska inte behöva möta sitt barn under stress. I avhandlingen "Att föda ett dött barn", hade kvinnor som i anslutning till förlossningen inte hade varit tillsammans med sitt barn så lång tid som de själva önskat, högre förekomst av ångestsymtom än övriga kvinnor. En tredjedel av kvinnorna tyckte att personalen borde ha varit mer aktiv och till exempel hjälpt dem att möta barnet. Många kvinnor uttryckte också att de hade behövt mer stöd av personalen för att våga vara med barnet. Trots att vårdprogram för omhändertagande vid barnadöd i sen graviditet betonar vikten av att föräldrarna får vara ensamma med sitt barn så länge som de själva önskar, kan det vara praktiska omständigheter som hög arbetsbelastning eller personalens egen uppfattning att tiden "räcker" som avgör hur långt mötet blir. Ur obduktionssynpunkt bör barnet vistas så kort tid som möjligt i rumstemperatur, vilket möjligen också begränsar den tid föräldrarna får vara med sitt döda barn. Kvinnor som medverkade i avhandlingen och som fött ett dött barn med kejsarsnitt, förmedlade en saknad av att vara med barnet efter att de återhämtat sig från operationen. Den kontakt de haft har varit omedelbart efter uppvaknandet och minnesbilden är påverkad av läkemedel. Kvinnan bör få fler chanser att vara

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

med sitt barn om hon är medtagen efter en svår förlossning eller operation. Anknytning (bonding) grundläggs tidigt under graviditeten. Fantasin om barnet börjar ofta redan vid graviditetsbeskedet för att bli mer påtaglig när fosterrörelserna uppmärksammas. Med dagens teknik har nästan alla föräldrar hört sitt barns hjärtljud genom doptonens mikrofon och även sett sitt barns bild på ultraljudsskärmen. Vissa vet också innan barnet föds om det är en pojke eller flicka och kanske får barnet sitt namn innan det är fött. Anknytningen som påbörjats ska fortsätta efter förlossningen och vara tillräcklig för att kunna ta avsked. Om barnet föds dött och om föräldrarna inte får möjlighet att närma sig sitt barn för att jämföra sin fantasi med verkligheten, kan troligtvis deras möjlighet att knyta an till barnet störas. Om tiden blir för kort avbryts en naturlig process. Kanske är anknytningen en biologiskt förutbestämd förutsättning för att kunna separera och ta farväl. Att hålla om och klä på sitt barn kan vara ett led i separationen och något som hjälper att ta avsked, liksom att få bädda om sitt barn, klä det fint och ge ett gosedjur.

Om föräldrarna inte vill se barnet

Det var enbart några få av kvinnorna som medverkade i avhandlingen "Att föda ett dött barn", som inte hade sett sitt barn, varken i anslutning till förlossningen eller efter en eller ett par dagar. De flesta av dem ångrade sig och önskade att de hade blivit övertalade att se barnet. Det är ändå möjligt att för en liten grupp kvinnor är en "realitetskonfrontation" med barnet inte till gagn för deras framtida välbefinnande. Balansen mellan att inte pressa vissa kvinnor för hårt och vägleda andra som behöver mer stöd till kontakt med barnet, är en utmaning. Resultaten från avhandlingen visar vikten av att lyssna till föräldrarna och skapa en lugn och avspänd atmosfär som är tillåtande men inte pressande. Om föräldrarna inte vill se sitt barn, vilken orsaken än är, ökar möjligheten att de ska ändra sig om personalen behandlar barnet på samma sätt som ett levande barn. Att fråga föräldrarna om de vill se sitt barn innebär att de ställs inför ett val. De kan uppfatta frågan som om det inte är självklart och det kan göra

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

dem tveksamma. Föräldrarna kan på grund av rädsla säga nej eller tolka personalen som om den är rädd, och att det är onaturligt att vara med sitt barn.

Riktlinjer för ett professionellt omhändertagande

Handlägg förlossningen på samma sätt som en förlossning där barnet lever.

Sköt om och tala till barnet på samma sätt som Du skulle ha gjort med ett levande barn.

Ge föräldrarna tid att närma sig sitt barn.

Ge föräldrarna möjlighet att få vara ensamma med barnet.

Berätta för föräldrarna om vad som sker, ge dem kontroll över sin situation.

Inhibering av bröstmjölksproduktion

Ett antal olika strategier kan användas för att stoppa produktionen av bröstmjölk och de symtom det medför. Icke-farmakologisk behandling var det enda alternativet tills för omkring 40 år sedan då läkemedel utvecklades. Icke-farmakologisk behandling kan innebära att brösten binds upp med en speciell linda eller att en stadig bysthållare används för att minska smärta och svullnad tills dess att produktionen av bröstmjölk upphävs spontant. Om kvinnan även dricker mindre vätska än vanligt, minskar sannolikt bröstspänningen och smärtan ytterligare. Den vanligaste behandlingen i Sverige idag för att förhindra bröstmjölksproduktion är intag av bromokriptin (Pravidel 2,5 mg en tablett två gånger per dag i 14 dagar). Nästan alla kvinnor som medverkade i avhandlingen Att föda ett dött barn, hade fått bromokriptin efter förlossningen. Drygt en femtedel av dem rapporterade att de hade haft biverkningar av behandlingen. Det råder ingen tvekan om att en farmakologisk intervention är effektiv i termer av förändrade prolaktinnivåer och inhiberad laktation. En jämförande studie har visat att bromokriptin är mer effektiv än icke-farmakologisk behandling under första veckan efter förlossningen. Den andra veckan efter förlossningen uppmättes ingen skillnad mellan de två

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

metoderna att inhibera bröstmjölksproduktionen, smärta eller bröstsvullnad. Den tredje veckan efter förlossningen hade kvinnorna som fått bromokriptin mer symtom än kvinnorna som enbart hade fått sina bröst lindade. Det förekommer att receptet på Pravidel måste förlängas eftersom två veckors behandling ofta inte är tillräcklig för att helt inhibera bröstmjölksproduktionen. Data från den jämförande studien visar på kortsiktiga vinster med bromokriptin men att det på lång sikt kan vara bättre med icke-farmakologisk behandling. Cabergoline har i en placebokontrollerad studie visat sig vara effektivare och gett färre biverkningar än bromokriptin (två gånger om dagen i 14 dagar). Cabergoline introducerades på den svenska marknaden i början av 1992 och tillhandahölls inte i Sverige under 1991 när kvinnorna som medverkade i avhandlingen födde sina barn. Baserat på en systematisk genomgång av studier inom Cochrane's databas uttalade en konsensusgrupp att bromokriptin som antilaktationsbehandling bör undvikas.

Det kan diskuteras om inte en konkret omvårdnadshandling går förlorad i och med att läkemedel används. Att kvinnan får hjälp att applicera en stödjande binda runt sina bröst kan ge tillfälle till samtal, och gråt över sorgen över att inte få amma sitt barn. Möjligen kan det för vissa kvinnor även ses som positivt att det kommer mjölk från brösten, det vill säga att hon klarar av att producera bröstmjölk. Ingen har tidigare undersökt i vad mån ett icke-farmakologiskt avbrytande av laktationen påverkar kvinnans sorgereaktion respektive prevalensen av psykiska symtom på längre sikt. En hypotes kan vara att de praktiska bestyr som krävs för att minska bröstsvullnad och smärta är en realitetskonfrontation som för kvinnan är en bekräftelse på vad som hänt och som hjälper henne att sörja sitt barn.

Riktlinjer för ett professionellt omhändertagande

Informera kvinnan om de olika alternativen för att hindra produktionen av bröstmjölk.

Vid farmakologisk behandling bör Cabergoline föredras framför bromokriptin.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Referenser

Enkin, M.W., Keirse, MJNC., Renfrew, M.J. & Neilson, J.P. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford university press, 1995.

Olofsson, C. Opoids in the management of pain during delivery. Academic dissertation. Stockholm: Karolinska Institutet 1996.

Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth, Midwifery 1998;14:11–117.

Rådestad, I., Steineck, G., Nordin, C. & Sjögren, B. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: population based study, British Medical Journal (BMJ) 1996;312:1505–1508.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

En barnmorskas erfarenhet

Meta Tullgren är barnmorska sedan 1969. Hon är verksam vid kvinnokliniken på Danderyds sjukhus och har under sina år som barnmorska bistått mer än 2 000 förlossningar. Av dem har omkring 20 barn varit dödfödda. Meta Tullgren förmedlar här några av sina erfarenheter av att ta emot ett redan dött barn.

När den blivande mamman inser att hon ska föda på vanligt sätt så kommer ofta frågor om smärtlindring. Föräldrarna vill ha försäkringar om att det inte skall behöva göra ont. Det ska de naturligtvis också få, men det är mycket lätt att som personal erbjuda allt som finns – "äntligen är det något man känner att man kan hjälpa till med". Det är viktigt att skona mamman från smärta så mycket som möjligt, men det ska inte vara vår egen ångest vi dövar med att ge för mycket smärtlindring. Jag försöker ta reda på hur kvinnan hade tänkt sig sin förlossningen om barnet hade levt och stödja henne att våga göra som hon tänkt sig. Det kan finnas stora vinster i att känna att man föder ett barn. Det verkliggör händelsen. Jag har hört kvinnor säga att den fysiska smärtan lindrade den psykiska smärtan och att det på sätt och vis var "skönt" att det också gjorde ont. De flesta föräldrarna är stolta över att ha klarat förlossningen på ett bra sätt även om barnet är dött. Detta är också något för dem att ta med sig i framtiden inför en eventuell ny förlossning. Smärtlindring skall alltid vara individuell och anpassad efter kvinnans behov och man måste noga ta reda på vilka behoven är. Om förlossningen har satts igång får kvinnan ofta pinvärkar innan det börjar öppna sig. Det kan vara svårt att då hitta något som är bra och effektivt att lindra smärtan med. Förr och på en del kliniker ges fortfarande morfin och petidin. Enligt min erfarenhet bör inte centralt verkande preparat ges till kvinnan, de

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

grumlar sinnet. Det finns i regel redan en overklighetskänsla i denna situation och morfin eller petidin gör det ännu svårare att hålla isär vad som är dröm och verklighet. Förlossningen ska upplevas med klart medvetande. Akupunktur, dusch, bad och massage kan lindra en hel del. Att vara närvarande och ge tydlig information om vad som sker ger mindre rädsla och kanske även mindre smärta. Paracervikalblockad kan ges i relativt tidigt förlossningsarbete då cervix börjar utplånas och är ett par centimeter öppen. Doseringen kan ökas till den dubbla och insticket göras något djupare, det ger en god smärtlindring. Pudendusblockad kan också ges men den kan förhindra kvinnans naturliga krystreflex och därför förlänga uttdrivningsskedet. Krystningarna kanske måste uppmanas och styras av barnmorskan och kvinnan mister kontrollen över sitt födande. Epiduralbedövning kan ges som vanligt och förlossningen ska då vara ordentligt igång, epiduralblockaden fylls ibland på så att man får ett anslag mot bäckenbotten, det medför en sämre krystreflex och därmed kontroll för kvinnan.

Vid stimulering med syntocinondropp är det viktigt att tänka på att inte överstimulera, det finns risk att kvinnan får för täta värkar. Det är viktigt att hon även mentalt hinner med. Som barnmorska föredrar jag om möjligt upprätta förlossningspositioner. Detta kan göra förlossningen något mindre smärtsam och ger kvinnan en frihet att under utdrivningsskedet röra sig som hon vill och hon blir inte lika utelämnad som vid ett gynekologiskt läge. Framfödandet av barnet sker på sedvanligt sätt. Svårigheterna kanske är just det att kunna hantera det mesta som vid en vanlig förlossning. Perineotomi gör jag vid behov som vanligt men eftersom det inte är bråttom så har man möjlighet att ge god smärtlindring innan klippet. Avnavling som vanligt och nummerband på barnets arm. Jag sätter inget nummerband på mamman men hon får det senare som ett minne. Om det går tas blodprover från navelsträngen. Jag har själv inte några minnen av att ha besvär med att få ut barnet. Några kollegor har berättat om marcererade barn som fötts i sätesbjudning där huvudet har varit svårt att få ut. Kanske på grund av att den lilla slappa kroppen ej vidgat cervix ordentligt. Barnmorskan har då känt att hon inte vågat dra i barnet på grund av rädsla för att det skulle gå sönder. En kollega till mig tillkal-

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

lade narkosläkare vid en sådan situation och kvinnan sövdes. Detta har även varit fallet med några macererade barn som har suttit fast med axlarna. En del har uppfattningen att ett dött slappt barn inte roterar med axlarna lika bra som ett levande barn. Det här kan vara svåra situationer när man inte får ut barnet, men det är ju inte bråttom och det är viktigt att man behåller lugnet.

En del mammor tar emot barnet som en självklarhet och sträcker händerna emot det. En del pappor också. De som är rädda för att ta i barnet får man vara varsamma med. Det är viktigt att själv hålla barnet och visa, prata, klappa förklara varför det ser ut på olika sätt eller lägga märke till likheter med föräldrarna. Jag lägger barnet i en liten säng nära mamman och pappan och sedan kommer jag tillbaka senare och provar försiktigt att fresta dem till att ta till sig sitt barn. Har man sett så har man ett synminne och har man hållit har man ett känselminne. Det är viktigt att låta föräldrarna närma sig sitt barn i sin egen takt precis som när ett levande barn föds. Tala gärna om för föräldrarna att barnet ser fint ut. Man kan till exempel tala till barnet "vad fin du är". Barnet ska hanteras varsamt, även om det dött ganska nyligen är huden ofta skör och om man torkar barnet kan den tunna överhuden lätt skadas av vattenblåsor som går sönder. Om barnet är mycket macererat kan det vara svårt att lyfta det för att väga och mäta, då kan det vara en hjälp att lägga barnet i en liten filt. Detta kan också göra det lättare för föräldrarna att ta emot barnet men sedan är det viktigt att visa barnet genom att öppna filten. Detta kan man hjälpa till med som personal. Barnet kan badas om det är möjligt och om det behövs. Annars är det försiktig rengöring som gäller på grund av att huden är så skör. Mjuka blöta tork är skonsamma att torka med. Vid skötning av barnet använder jag aldrig handskar även om barnet är mycket macererat. Det skulle vara att avskärma sig. Jag försöker visa föräldrarna att det inte är farligt att ta i barnet eller klappa på det. Jag pratar med barnet när jag sköter och klär på det. Handskar har jag bara om mamman är infekterad med hepatit eller HIV och då förstår ju föräldrarna också det. Om sectio måste göras är det bäst om mamman kan vara vaken för att få en verklighetskänsla. Sectio under narkos kan förekomma vid vital indikation för mamman som exempelvis vid en avlossningsblödning. Vården efter snittet bör förläggas på för-

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

lossningsavdelningen för att kvinna där i lugn och ro tillsammans med pappan ska få vara med barnet. Om detta inte går är det viktigt att uppvakningsavdelningens personal informeras om att barnmorskan kommer dit med det döda barnet. Personal från andra avdelningar är ofta bristfälligt informerade om hur vi gör och de kan sprida dåliga vibrationer omkring sig om de tycker att något är makabert eller stötande på något sätt.

Kommentarer från kvinnorna

Ibland är rädslan och motståndet stort men det är ofta det som inte gjordes som ångras långt efter barnets död. Som personal kan vi visa på möjligheter. Tre år efter barnets död var det många kvinnor som medverkade i avhandlingen "Att föda ett dött barn", som fortfarande var ledsna över möten med barnet som de saknade. De önskade att personalen hade varit mer aktiva och försökt att övertala dem att vara med barnet:

Jag totalvägrade att hålla i henne. De kunde inte göra så mycket. Men jag önskar att de hade insisterat ändå.

*

Jag önskar att de hade sagt att jag kunde ha henne i rummet med mig så länge jag behövde, kände och orkade och slippa känna att jag behövde be om tillstånd. Jag hade henne bara en liten stund.

*

Jag födde på natten och var trött. Personalen kunde ha uppmuntrat oss mer att vara med vårt barn dagen efter, klä på egna kläder och även hålla honom.

*

För mig var det en lång och svår förlossning som slutade med akut kejsarsnitt. Jag var så trött och slut när jag hade mitt barn på mitt rum att jag inte orkade se så mycket. Jag önskar att jag fått se mitt barn senare när jag vilat lite.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Att jag kunde klätt henne i hennes egna kläder, jag hade varma kläder till henne för fast hon var död ville jag inte att hon skulle frysa.

*

De kunde ha sagt: om du vill får du gärna ta och känna på henne (man var så osäker, visste inte om det gick). Vi kunde tillsammans gjort fint i hennes säng, lagt på henne ett litet lakan och filt. Jag lade själv på henne en filt, det såg så kallt ut för henne.

*

Jag skulle ha velat tvätta mitt barn och sätta på kläder. Det skulle ha varit skönt efteråt att ha fått sköta om sitt barn lite.

*

Dom kunde ha frågat eller försökt att övertala mig att hålla i mitt barn. Jag ångrar att jag inte vågade det. Mycket.

*

Att vi fått ha vårt barn hos oss under natten. Vi blev i och för sig tillfrågade och sa nej, men varför frågade de oss över huvud taget?

*

Jag ångrar att jag inte höll i honom mer. Kanske skulle personalen kunna få mig att inse att jag inte skulle få så många fler chanser.

*

De kunde talat om att man kunnat ta hem barnet om man hade velat det, man frågar ju inte om sånt, det är så mycket hysch, hysch om döda.

Många kvinnor i avhandlingen "Att föda ett dött barn", förmedlade råd till personalen om vad de tycker är viktigt att personalen tänker på i mötet med föräldrar vars barn dött före födelsen:

Låt alla saker vara kvar i förlossningsrummet under förlossningen, exempelvis barnsängen. Ifrågasätt inte om föräldrarna vill hålla i barnet, gör som vanligt, lägg barnet på mammans mage.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Var dig själv, det gör inget om du visar dina egna känslor. Behandla barnet som föds med respekt, försök att framhålla att föräldrarna ska ta barnet till sig. Efteråt känns tiden man fick ha barnet för kort, hur lång tid det än är.

*

Ha tid och ork att lyssna och prata, kanske i timmar, finnas nära hela tiden, visa medkänsla och kanske bara hålla handen och visa empati, framför allt tid. Gärna hålla kontakten efter att man kommit hem, då ska det vara personalen som tar kontakt. Själv orkar man inte, men jag skulle ha uppskattat det själv.

*

Fast det känns jobbigt, smit inte! Många gånger är fysisk närhet viktigare än tusen ord. Påminn om att det fortfarande är föräldrarnas lilla barn i magen, även om det är dött.

*

Informera tydligt om vad som kommer att hända och vad som hänt, vetskapen ger också trygghet. Att föräldrarna ska få lugn och ro och känna trygghet. Jag låg i samma förlossningsrum hela dagen, tittade mycket ut genom fönstret. De trädgrenar jag såg vaja minns jag än, kaoset inom en är totalt. Bli inte rädda för dom smärtsamma tårarna. Var lyhörd på föräldrarna, alla är vi olika. Erbjud dom att få se, känna, vara hos sitt barn så mycket de kan, ge minnessaker och kort. Själv förstår man inte hur viktigt det är. Sorgen efter är oerhört smärtsam, eftervården är viktig. Det räcker inte att säga "ring när du vill", det blir inte av, utan erbjud möjligheten av hjälp som finns.

*

Ge dem tid med barnet, var lyhörd för deras önskemål. Låt dem förstå att det är okej att tillbringa mycket tid med barnet, klä på det och krama. Ha en kamera på avdelningen för att ta bilder ifall föräldrarna glömt kamera. Glöm inte pappan, de kan lätt känna sig både överflödiga och hjälplösa.

*

Barnet ska få vara så länge som möjligt i famnen, det var otäckt att försvinna helt i lustgasen, bedövning är en svår balansgång.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

När barnet är fullgånget som mitt var, så har man längtat så fruktansvärt efter att få hålla och ge kärlek. Personalen kan försöka få en att tycka att det är något fint man har fött fram och inte vara rädda för att ta emot eller att visa sorg för den drabbade.

⁂

Visa med tal och kroppsspråk att det är ett barn som kommer, inte något missfoster. Att själv röra och prata med och om barnet, påtala att allt man vill göra för och med barnet är tillåtet.

⁂

De ska inte springa in och ut så mycket, utan fråga om man vill vara ifred eller prata.

⁂

De kan bemöta ett mångfald av reaktioner och att inte tränga sig på föräldrarna. Visa vördnad för det dödfödda barnet. Personalen måste visa medlidande och bör vara densamma under hela förlossningen och enbart ägna sig åt denna förlossning. För mig var det mycket betydelsefullt att barnmorskan hörde av sig några dagar efter att jag kommit hem.

⁂

Ge allt, mer tid. Prata med mig, inte till mig. Hjälp att ta beslut som ska tas, information om andra som det hänt, någon slags grupp.

⁂

Behandla både föräldrarna och barnet med respekt. Att ta sig tid och inte visa brådska. Ta kontakt en tid efter förlossningen och gärna ordna ett möte.

⁂

Tala om vad som kommer att ske och sedan vad som händer med barnet under tiden på sjukhuset. Det missade jag, jag trodde dom förde iväg honom när han lämnade vår sal men han fanns ju på förlossningen lika länge som vi. Var inte rädd för att vara tjatig, för man är lite trög i ett sådant här tillfälle.

⁂

Att se till att föräldrarna får pyssla och ta i sitt barn och att de hjälper dem till dessa saker, även om man är ganska chockad då. Se till att man verkligen får någon att prata med längre fram.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Att hjälpa föräldrarna att ta till sig barnet. Att ge mamman beröm för att hon varit duktig under förlossningen. Att respektera barnet, att uppmuntra dem att på ett naturligt och avdramatiserat sätt ta i barnet. Att låta föräldrarna få visa ömhet som en förälder alltid naturligt känner för sitt barn.

*

Hjälp föräldrarna att våga älska sitt barn, våga hålla, smeka, gråta och titta. Om de inte vågar då kan man som vårdpersonal hålla, smeka och ibland gråta. För som förälder är vårdpersonalen ofta de enda som får tillfälle att säga: titta vilka söta tår, eller vad mycket hår han har.

*

De måste fortsätta att behandla barnet med samma respekt som om det var levande, både före och framför allt efter. Föräldrarna ska kunna vara stolta över sitt barn precis som om det vore vid liv.

I boken När möte blir avsked beskrev föräldrar hur de upplevt sitt döda barns födelse, här berättar Maria, Lennart och Karin

Marias brev

"Vi har en underbar barnmorska som vi pratar mycket med. Den största förtjänsten hon har är att hon hjälper mig att inse att det är ett barn vi ska få. Inte ett dött monster, inte ett foster, utan ett barn. En bedövning läggs runt livmoderhalsen, men jag önskar inte någon fullständig smärtlindring, tycker att det är skönt att känna värkarna. Det är som om den fysiska smärtan för en stund kunde avlasta den psykiska. Jag känner krystvärkar, det blir bråttom. Barnet kommer utan att livmoderhalsen är fullvidgad, eller också blir den det samtidigt. Det gör ont. Någon kramar min hand, mitt ansikte är vått av min mans tårar som sköljer över mig. Barnmorskan gråter. Jag känner när barnets kropp lämnar min och fastän jag innerst inne trodde att han skulle skrika, är det alldeles tyst. Min man talar om för mig att vi har fått en pojke till. Ge mig honom, säger jag, och snabbt får jag honom i famnen. Vi lägger varma dukar, som ständigt byts ut, omkring

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

honom. Vi tar i honom, smeker, han är otroligt vacker. Vi ger honom ett namn. När jag blir sydd och tvättad i underlivet håller min man i vår son. De står ensamma vid fönstret. Efter en stund blir vi lämnade ensamma med vårt barn. Vi lägger honom i en liten säng insvept i alla sina filtar medan vi dricker kaffe. Barnmorskan kommer in då och då, men mestadels är det bara vi. Två timmar får vi, två timmar av det som skulle vara ett helt liv. Barnmorskan kommer in och säger att hon vill ta honom med sig. Då vet jag att det är sant att ett hjärta kan brista, för det gör mitt då. Jag vet inte hur jag ska kunna lämna honom ifrån mig.

Avskildhet, med barnet hos sig så länge föräldrarna önskar, borde vara en självklarhet. Den process man ska igenom innan man är mogen för separation från barnet ska ske nu i ett slags miniformat. Processen måste få ta tid, man känner nödvändigheten av att lämna barnet ifrån sig när man är mogen att skiljas. Det är föräldrarna som ska avgöra när det ska ske, inte personalen. Man måste få säga allt man vill säga till barnet, och få den bild man vill pränta in. Denna enda stund kommer aldrig tillbaka, kan aldrig göras om. Våra två timmar med Alexander känns fortfarande för lite."

(Marias brev ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Tankar från Mårtens far

"In i förlossningsrummet stormar personal för att ta hand om min fru och vårt barn som är på väg till världen. Barnmorskan har dessförinnan sagt att barnet förmodligen inte mår bra och därför måste få hjälp att snabbt komma ut. Hela situationen är stressad och jag känner mig mest i vägen för alla dessa nyttiga människor. Min fru med barnet i magen rullas ut ur rummet för skyndsam transport till operationsavdelningen. Kvar står jag i ett rum som alldeles nyligen var ett enda inferno, rummet är nu bara tyst och ogästvänligt. Jag står kvar där med alla mina tankar. Vad händer nu? Snabbt far en tanke genom mitt huvud, vad kan Gud göra i en situation som denna? Jag motar bort tanken och känner

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

bara en djup oro spridas i mitt inre och en tjock klump gör sig påmind i min hals.

Jag vill ha vårt efterlängtade tredje barn. Tidigare har vi sagt att om det blir en pojke ska han heta Mårten. Något flicknamn har vi ännu inte diskuterat. Dörren öppnas och en sköterska undrar om jag vill ha något att äta eller dricka. Jag tackar nej men frågar samtidigt om jag får vara kvar i förlossningsrummet. Det går bra. Minuterna går och övergår som det känns i timmar. Tiden känns oändlig, en känsla av vanmakt och besvikelse finns inom mig. Varför är det ingen som talar om för mig hur det går?
Dörren öppnas igen och operationsläkaren kommer in. Han meddelar att vår älskade Mårten inte överlevde. Tyvärr kan inte läkaren säga så mycket mer nu, men lovar att återkomma till mig senare. Jag ser honom aldrig mer. I min förtvivlan undrar jag om läkaren inte vågar återkomma.

Barnmorskan som följde Karin till operation kommer in och berättar det jag redan vet. Spontant känner jag värme från någon som bryr sig om. Jag vågar visa min besvikelse. Barnmorskan undrar om jag vill se Mårten. Först känns frågan egendomlig, men vid närmare eftertanke vill jag träffa mitt barn som så hastigt lämnat oss. Karin och jag har under några månader haft vår Mårten mitt ibland oss. Det har känts som om familjen bestått av fem personer. Mårten har funnits hos oss som i en dröm, en illusion och samtidigt en parallell till våra tidigare barn. Drömmarna om Mårten har alltid varit lätta att sväva ut i. Likheten med något av våra tidigare barn har känts självklar. Rummet som han ska bo i har vi redan gjort ordning. Karin har planerat att vara hemma med honom under föräldraledigheten. Mårten kommer på grund av årstiden redan från början att kunna sova sin för- och eftermiddagssömn i trädgården. Allt känns så privilegierat, en stor familj som trivs tillsammans. Vi har planerat den tid som ligger framför oss med tanke på att Mårten ska komma hem. Jag svarar ja på frågan om jag vill se Mårten, självklart vill jag träffa pojken som redan betytt så mycket för oss. Barnmorskan kommer med honom, inlindad i en frottéhandduk. Han

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

ser ut att sova. Tårarna strömmar nerför mitt ansikte, jag klappar honom på kinden. När barnmorskan burit ut honom känner jag att jag hade velat pussa honom på kinden som vi alltid pussar våra barn när de ska sova."

(Tankar från Mårtens far ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Att få en chans till

"Två dagar senare, då jag började känna mig klar i huvudet, växte beslutet fram att jag ville se honom igen. Det var ett medvetet beslut och önskan att se mitt barn, och inte ett dött barn som känslan var första gången jag såg Mårten. Jag frågade läkaren som kom och meddelade obduktionsresultatet om jag kunde få se mitt barn igen. Läkaren kunde varken svara ja eller nej på min fråga utan bad om att få återkomma när han hade frågat någon annan.

När läkaren kom nästa dag frågade han mig hur mycket jag mindes av Mårten. Jag berättade för honom att jag kom ihåg ögonen, näsan, munnen, den lilla tungan, håret och pannan. "Ja, då så, det får räcka med det", var läkarens svar. "Vadå, har han förändrats så mycket, ser han konstig ut nu?", undrade jag. "Det får räcka med den minnesbild du har", var det enda svar jag fick. Jag kunde inte släppa tanken på vad de kunde gjort med mitt barn, eftersom de tyckte att jag skulle skonas från att se honom igen. Min fantasi skenade iväg och jag föreställde mig att de gjort de värsta saker med honom under obduktionen. Kanske hade de skurit Mårten i ansiktet? Jag fantiserade också om magen som mycket stor och uppsvälld."

(Karins berättelse ur Våran Mårten ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Fotografering av ett dött barn

I avhandlingen "Att föda ett dött barn" hade nästan alla kvinnor ett fotografi av sitt döda barn men omkring en femtedel av dem var inte nöjda med bilden. Arrangemanget och att fotografiet togs för lång tid efter barnets födelse stod för det huvudsakliga missnöjet. Det är skillnad på ett medicinskt taget fotografi och en bild som kanske ska bli föräldrarnas viktigaste minne av sitt döda barn. Det har tidigare varit alltför vanligt att döda barn har fotograferats nakna och otvättade och en oskarp polaroidbild är det som erbjudits föräldrarna. Föräldrarna har gömt undan kortet och inte vågat visa det för någon utomstående. Ett genomtänkt fotograferande kan istället resultera i en bild som naturligt kan finnas på en synlig plats i hemmet. En kvinna i avhandlingen skrev:

Jag skulle vilja haft en bild av henne som kunde vara framme.

På större sjukhus finns det ofta en fotoavdelning med professionella fotografer. I de fall det förekommer är det viktigt att kliniken har ett samarbete så att fotografen så snabbt som möjligt kan komma till förlossningen och fotografera det döda barnet. Det finns kliniker där sjukhusfotograferna har jour och kan kontaktas även utanför kontorstid. Ju längre tid det dröjer innan fotografiet tas desto mer förändras barnet efter det att döden inträffat. Hudens färg blir annorlunda, blåare, mörkare och barnet "sjunker ihop". Det är därför viktigt att bilderna tas i så nära anslutning till födelsen som möjligt. Om det dröjer innan barnet kan fotograferas ska barnet ligga på rygg under tiden för att undvika missfärgning i ansiktet. Två kvinnor i avhandlingen skrev:

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

De kunde ha föreslagit att vi skulle ta kort direkt efter förlossningen medan bebisen var rosig och fin. Vi tog kort flera timmar senare och det tycker jag är tråkigt idag.

*

De skulle fotograferat barnet omedelbart efter födelsen så att inte anletsdragen hunnit sjunka ihop.

I de fall det inte finns tillgång till professionella fotografer bör förlossningsavdelningen ha en bra kamera som alltid är laddad med film. Ingen annan metod än konventionell fotografi är acceptabel för minnesfotografering. De bilder som framställs med färgpolaroid är av en sådan kvalitet att de enbart bör användas som en tillfällig bild under tiden de riktiga bilderna framkallas. Ett alternativ om det inte finns tillgång till fotograf på sjukhuset är att kliniken utvecklar ett samarbete med en skicklig porträttfotograf på orten. Föräldrarna bör också uppmanas att ta med en egen kamera för att få fler och personligt tagna bilder. En del föräldrar vill ha både svartvita och färgbilder och några vill ha barnet fotograferat både med och utan kläder, det är föräldrarnas önskan som ska styra. Många kvinnor i den nationella studien uttryckte önskemål kring fotografiet av sitt döda barn:

Ett färgfotografi, de kort vi har togs sex dagar efter förlossningen när hon var kyld, de togs med svart-vit film, då barnmorskan trodde han skulle vara blå, men han var så rosig och fin.

*

Jag skulle gärna ha ett fotografi av henne i mina armar och att jag skulle ha fått klätt henne själv.

*

Flera kort, gärna också utan kläder och främst utan mössa. Hon har en mössa på sig på de kort vi har.

Det vanligaste är att fotograf eller vårdpersonal får ta initiativ när det gäller bildens utformning och nedan kommer förslag till hur barnet kan fotograferas. Spara inte på filmen, ta en serie bilder i olika vinklar, enbart ansiktet, helfigur, halvfigur, närbild på hand och fot. Gå nära motivet, se till att filt eller annat ovidkommande inte dominerar.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Glöm inte att ta familjebilder om föräldrarna så önskar. Det är viktigt att bilden arrangeras med respekt för barnet och föräldrarna. En kvinna i den nationella studien uttryckte sin besvikelse:

> *Först senare kan jag på kortet som jag fick av henne se att de hade lagt henne på det kalla golvet och fotograferat. Visserligen på en filt men så hade man aldrig gjort med ett levande barn. Det var så rått gjort! Det gör mig arg och besviken.*

Förberedelse av barnet inför fotograferingen

Fotograferingen av barnet kan göras på många sätt med bra resultat, här kommer några förslag hur man kan gå tillväga. Tvätta barnet noga, eventuella intorkade blodrester tas bort. En aldrig så liten sårskorpa eller intorkat blod upptar en ansenlig yta i ett litet barns ansikte. Massera in tvållösning med fingrarna. Torka försiktigt av med en fuktig tvättlapp. Kamma och torka barnets hår. Klä på barnet kläder som föräldrarna tagit med sig eller kläder som sjukhuset kan tillhandahålla. Bädda förslagsvis på en stor mjuk kudde med ett lakan, så att huvudet ser ut att vila mjukt i kudden. Fixera huvudet i kvarts- eller halvprofil, i en avslappnad hållning. Ögonlocken sluts så att barnet får ett sovande uttryck. Se till att barnets mun är stängd. Om barnet är missbildat kan fotografiet arrangeras så att missbildningen blir mindre framträdande. Om barnet är så gravt macererat att huvudets form ändrats kan man med fördel sätta på en mössa eller arrangera barnfilten runt huvudet. En bild med ett par välskapta händer eller fötter kan i de fall föräldrarna så önskar ersätta en bild av hela barnet. En enfärgad filt eller ett lakan kan stoppas om barnet så att det ser varmt ut. Armar och händer kan vara synliga ovanpå filten eller bröstet. Levande ljus och blommor bör användas med förstånd och måtta och på några bilder helt undvikas. Om barnet hunnit få något kramdjur eller något annat minne kan de finnas med på bilden som en symbol för att föräldrarna gett sitt barn omtanke.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Tekniska synpunkter

Fotografen måste lägga ner stor omsorg vid ljussättningen. Ett mjukt ljus utan kontrastrika skuggor är att föredra. Svartvit film är lämpligast. De förändringar i hudnyanser som inträder i samband med döden minskas genom att man använder svartvit film och retusch är lättare att genomföra på svartvita kopior. Kopian skall vara minst arkivbehandlad, snyggt kopierad och rik på valörer. Ett fotopapper med matt eller halvmatt yta är en fördel. Passepartouter av den typ som porträttfotograferna använder kan användas för att montera bilden. Professionellt tagna fotografier kan innebära extra kostnader och det bör tydliggöras på kliniken vilken del som betalas av sjukhuset och vad som eventuellt föräldrarna själva får stå för. Ingen ska behöva bli utan ett professionellt taget fotografi av ekonomiska skäl.

Om föräldrarna inte vill ha något fotografi på sitt barn sparas bilder och negativ, det händer att föräldrarna ångrar sig och önskar en bild på sitt barn flera år efter barnets död. Fotografier och negativ räknas som journalhandling och ska förvaras enligt patientjournallagen paragraf två (SOSFS 1993:20). En kvinna i avhandlingen skrev:

> *Jag önskar mig ett fotografi, när detta hade hänt mig så ville jag inte ha något foto för jag ville inte bli påmind men när sorgen lagt sig så saknar jag idag en bild av honom. Jag tycker att det kunde vara rutin på BB att man fotograferar barnet och sedan talade om för föräldrarna att bilden finns och att man kan få den när man vill ha den.*

Riktlinjer för ett professionellt omhändertagande

Fotografera barnet i nära anslutning till förlossningen.

Använd svartvit film.

Arrangera bilden på ett värdigt sätt.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Referenser

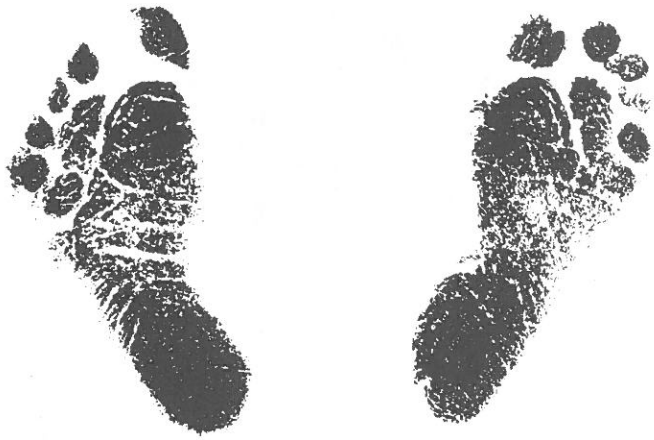
Larsson, A. Synpunkter på fotografering av barn som dör perinatalt. Jordemodern 1989;102:188–191.

Primeau, M.R. & Kahn, C. Professional bereavement photographs: One aspect of a perinatal bereavement program. Journal of Obstetrics Gynecology Neonatal Nursing 1993;23:22–25.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Att ha möjlighet att minnas sitt barn

I ett professionellt omhändertagande ingår att ge föräldrarna minnesföremål av sitt döda barn. I avhandlingen "Att föda ett dött barn", hade kvinnor som hade ett fotografi som de var nöjda med, hand- och fotavtryck, en hårlock eller en ultraljudsbild färre ångestsymtom tre år efter förlossningen än de som uppgav att de inte hade några minnesföremål. 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 försent och exempelvis klipper av en hårlock, tar ett fotografi eller hand- och fotavtryck av barnet. Eftersom föräldrarna fortfarande kanske är chockade och inte tar några egna initiativ för att få minnen av sitt barn, vilar det ett stort ansvar på vårdpersonalen. Det är den enda möjligheten att exempelvis få barnets fotavtryck, om de så önskar i ett senare skede.

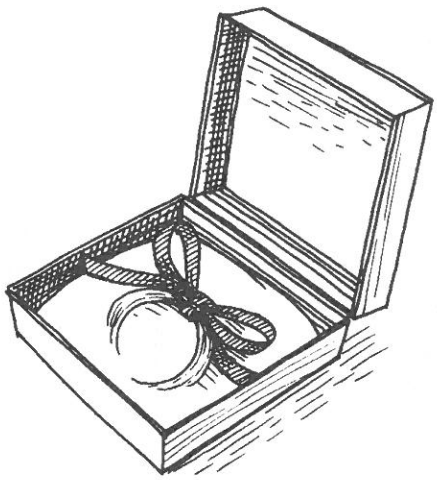


Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

För att ta ett avtryck av händer och fötter krävs en stämpeldyna och ett stelt papper som är av fin kvalitet. Det ska inte vara några figurer eller blommor på papperet, föräldrarna kan senare själva smycka det som de vill. Det kan vara svårt att få ett bra avtryck och det är bra om man kan vara två personer som hjälps åt. Foten eller handen trycks mot stämpeldynan och sedan så rakt som möjligt ned mot papperet, för att undvika kladd utanför avtrycket. Bilden eller bilderna kan ramas in i en passepartout och lämnas till föräldrarna. Om barnet föds med hår kan en liten hårlock eller några hårstrån klippas av. Hårstråna kan fästas på ett papper och läggas i ett kuvert till föräldrarna. Många kvinnor i avhandlingen "Att föda ett dött barn", saknade och önskade att de haft fler minnen från sitt barn:

> *Hårlock! Jag önskar att jag hade vågat klippa en liten hårlock. Jag ångrar att jag inte gjorde det.*

> *Jag skulle så gärna ha velat ha en hårlock och nummerband. Just då brydde jag mig nog inte så mycket utan mer efteråt när man tänker tillbaka.*



Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

De namn- och nummerband som mamman och barnet får vid inskrivningen respektive födelsen, kan sparas och lämnas till föräldrarna. Minneskort kan utformas av den som tog emot barnet vid förlossningen. På ett minneskort anges födelsetid liksom barnets kön, längd och vikt. Namnet på den personal som var med vid barnets födelse kan även skrivas på minneskortet. Om det utförts ett ultraljud under graviditeten och det finns möjlighet att få fram en bild från den undersökningen kan den lämnas till föräldrarna. Ultraljudsbilden kan vara betydelsefull för dem, för att det är den enda bilden av barnet från den tid då det levde. Andra dokument som föräldrarna kanske vill ha är journalhandlingar från graviditet och förlossning, de kan kopieras och lämnas vid efterkontrollen. Kläder som barnet burit eller som det var ämnat att barnet skulle ha på sig efter födelsen kan föräldrarna rådas att spara liksom filten barnet var lindat i och eventuella smycken eller kramdjur som införskaffats.

Till minne av Erik

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Det finns föräldrar som avböjer att få minnen. Deras argument kan vara att de vill minnas barnet från den tid det levde i magen eller att de inte vill bli påminda om det som hänt dem. Det är viktigt att respektera dessa föräldrar men det hindrar inte från att minnen tas tillvara och sparas som journalhandling eftersom det inte är ovanligt att föräldrar ändrar sig och ångrar att de inte tog emot minnen.

Riktlinjer för ett professionellt omhändertagande

Ta ett hand- och fotavtryck av barnet.

Klipp av en hårlock från barnet (om det är möjligt).

Spara minnesföremål, om föräldrarna inte vill ha dem direkt efter förlossningen kan de önska att få dem långt senare.

Referenser

Rådestad, I., Steineck, G., Nordin, C. & Sjögren, B. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: population based study, British Medical Journal (BMJ) 1996;312:1505–1508.

Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. Stillbirth is no longer managed as a nonevent a national study in Sweden. Birth and issues in perinatal care 1996;23:4:209–215.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Ritual

Den smärtsamma verkligheten kan vara svår att förstå, barnet som är fött kommer inte att ligga i den nyinköpta liggvagnen utan i en kista. I olika kulturer finns riter för att bit för bit acceptera det som hänt. Många föräldrar är unga, de har ingen erfarenhet av arrangemang som följer vid ett dödsfall. De vet inte vad man får, kan eller ska göra. De kanske aldrig själva har varit på en begravning. Som vårdpersonal måste vi ha kunskaper om alternativen för att kunna presentera dem för föräldrarna så att de vet vad de kan välja eller välja bort. Namngivningsceremoni, välsignelse, begravningsandakt och gravsättning är ritualer som kan hjälpa föräldrarna att ta avsked av sitt barn. I Sverige har sjukhusprästen och Teologie doktor Astrid Andersson-Wretmark studerat ritualers betydelse för föräldrar som mist sitt barn vid tiden kring födelsen. I sin avhandling "Perinatal death as a pastoral problem" ger hon flera exempel på hur ceremonier kan utformas för att bekräfta och ta avsked.

Namngivning och välsignelse

Ett barn som är dött döps inte. Dopet är ett av kyrkans sakrament, det är Gud som handlar i dopet, det tillhör livet och är medlemsgrundande i den svenska kyrkan. Ibland tror föräldrar att det är vid dopet som barnet får sitt namn, men anmälan om ett barns namn sker genom att föräldrarna fyller i en namnblankett som de kan rekvirera från den lokala skattemyndigheten. Ett dödfött barn får inget personnummer, det innebär att barnets namn inte syns på föräldrarnas personbild (till ett personnummer knyts namn och personnummer på den

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

hon/han är gift med och de barn personen har) i befolkningsregistret. Namnet skrivs istället in i ett diarium som är kopplat till föräldrarnas personnummer, om inte föräldrarna är gifta kopplas barnet till moderns personnummer. En namngivningsceremoni och välsignelse kan vara ett alternativ till dop om barnet föds dött. Namngivningsceremonin och välsignelsen kan förrättas av sjukhusprästen, församlingsprästen, barnmorskan, föräldrarna själva eller den som de föredrar. Ceremonin kan hållas på salen där barnet är fött eller på någon annan plats före begravningen. Det är dock aldrig försent att hålla en andakt för barnet. Det går att ta ett avsked långt efter barnets födelse och död och föräldrarna kan namnge sitt barn flera år efter begravningen. På alla helgons dag läser prästen i församlingen upp namnet på alla som dött under året, även de dödfödda barnen. Det kan för många anhöriga vara en bekräftelse på det som hänt och kanske ersätta den ritual som inte blev genomförd före begravningen.

Begravningsakt

När en människa dör måste kroppen gravsättas. Någon begravningsceremoni finns det inget krav på att hålla men det är vanligt att anhöriga vill ha det. Det finns kyrklig eller borgerlig begravningsceremoni, de anhöriga väljer efter sin egen övertygelse. En kyrklig ceremoni följer en viss ritual men det går att påverka hur den ska utformas. Vid en borgerlig ceremoni bestämmer föräldrarna själva. Det finns stor frihet i hur en begravningsceremoni kan utformas. Föräldrarna har alltid möjlighet att aktivt delta i förberedelsen både för kyrklig och borgerlig begravningsceremoni. Det finns föräldrar som själva tillverkar kistan barnet ska ligga i och bäddar den med fina lakan. En del föräldrar vill klä på sitt barn egna kläder och lägga ned något minnesföremål i kistan, det kan vara ett kramdjur, en filt, en blomma, ett familjefoto, en dikt eller ett brev. Föräldrarna kan själva pryda kistan med vilda blommor från naturen eller från den egna trädgården. En del föräldrar väljer att själva transportera kistan från sjukhusets kapell till kyrkan eller den plats där begravningsakten ska hållas. Det finns också exempel på föräldrar som själva har grävt gra-

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

ven på kyrkogården. För många föräldrar är det meningsfullt att själva göra så mycket som möjligt, andra vill helst lämna allt praktiskt till en begravningsbyrå eller till en anhörig. Minnesceremonin (jordfästningen) kan hållas i sjukhuskapellet, den egna församlingskyrkan, vid graven eller i en minneslund. Den som ska förrätta minnesakten kan föräldrarna själva utse och tillfråga, det kan vara sjukhusprästen eller församlingsprästen eller en borgerlig förrättare. Om föräldrarna vill kan de vara delaktiga under ceremonin, läsa en dikt, sjunga eller säga några ord. De kan också vara helt själva. Föräldrarna har många valmöjligheter vid begravningsakten för sitt barn. Det är en fördel om de olika alternativen presenteras när de är mogna att fundera över beslut som handlar om hur de ska ta avsked av sitt barn och var barnet ska få sin vila.

Gravsättning

Det finns två olika sätt som den dödes stoft kan gravsättas på, jordbegravning då hela kroppen begravs eller kremering då kroppen först bränns till aska som sedan begravs i en urna eller strös för vinden. Vid kremering kan föräldrarna enligt lag vänta ett år innan de bestämmer sig om de ska ha en egen gravplats, familjegrav eller begrava sitt barn i en minneslund. Om föräldrarna väljer en minneslund får de oftast inte veta exakt på vilken plats barnet är begravt. Föräldrarna måste få en chans att tänka igenom hur de vill ha det, det finns ingen anledning att forcera fram ett beslut som de kanske ångrar efter en tid. Gravplatsen kan bli en naturlig plats att minnas och visa omsorg för barnet genom att plantera blommor, tända ljus och göra fint. På sikt kan gravplatsen bli en plats för minnen på särskilda högtidsdagar, exempelvis barnets födelsedag, allhelgonahelgen och tiden kring jul.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Eriks begravning

Riktlinjer för ett professionellt omhändertagande

Berätta för föräldrarna om möjligheterna till namngivning, välsignelse, begravning och gravsättningsceremonier.

Variationer efter kulturell tillhörighet

Det finns i olika kulturer och trossamfund skiftande traditioner i samband med dödsfall. Sjukhuskyrkan kan hänvisa till företrädare för olika trosriktningar om inte föräldrarna själva har en kontakt. Information kan även tillhandahållas från olika invandrarföreningar. Nedan kommer en kort beskrivning av några trossamfund som finns representerade i Sverige. Vissa av samfundets traditioner gäller dock inte alltid när barnet föds dött och är odöpt.

Judendom: Den vanliga tvagningen av den döda som judendomen påbjuder gäller inte för barn som är mindre än 30 dagar gamla när de

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

dör. Enligt de religiösa reglerna bör stoftet inte vara över jord längre än nödvändigt, utan ska gravsättas senast tre dagar efter dödsfallet. Mosaiska församlingen egna bärare kommer och hämtar kroppen. Svepning äger sedan rum i Mosaiska församlingens kapell på begravningsplatsen. Enligt judisk tro bör kroppen jordbegravas i en enkel omålad kista.

Grekisk-Ortdoxa kyrkan: Den döde ska inte tvättas utan man sveper den nakna kroppen direkt i ett vitt, rent bomullslakan. Därefter kläs den döde i fina kläder. Inga speciella regler finns för hur snart efter dödens inträde omhändertagandet av stoftet ska ske, men ett allmänt önskemål är att kroppen bör komma i jorden så snart som möjligt. Enligt Grekisk-Ortodox tro skall alla jordbegravas i en kista, kremering är förbjudet.

Romerskt-Katolska kyrkan: När en katolik gått bort kontaktar de anhöriga en vanlig begravningsbyrå för att ombesörja alla praktiska detaljer i samband med begravningen. Det finns inte några speciella regler utan man ordnar begravningen enligt begravningsbyråns praxis. Det görs ingen skillnad på omhändertagandet av stoftet när det gäller foster, barn och vuxna. Både kremering och jordbegravning accepteras men det är ovanligt med kremering. Enligt traditionell katolsk praxis bör alla avlidna ligga på "lit-de-parade" antingen i kyrkans gravkapell eller i hemmet.

Syrisk-Ortodoxa kyrkan: Barn som avlidit innan de hunnit bli döpta räknas inte som kristna och fullvärdiga individer. Därför finns det inte några speciella regler för hur de ska omhändertas utan föräldrarna bestämmer själva detta. Stoftet bör komma i jorden så snart det är möjligt. Enligt Syrisk-Ortodox tro skall alla jordbegravas i en vit kista, kremering är förbudet.

Islam: Om barnet är dödfött brukar modern bestämma hur det ska omhändertas. Stoftet bör komma i jorden så snart som möjligt och kremering är förbjudet inom Islam. En muslim kan begravas med eller utan kista, kistan ska vara så enkelt utformad som möjligt.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Hinduismen: Hinduer vill helst att någon från familjen ska klä den döde. Tvagning däremot kan utföras av sjukhuspersonalen. Den döde ska då ligga vänd mot öster hela tiden. Stoftet ska helst omhändertas inom 24 timmar. Alla kremeras och askan strös i rinnande vattendrag. Eftersom det är alltid är bäst att den strös i floden Ganges i Indien, sparas ibland lite av askan.

Buddhism: Det finns inga regler för tvagning av den döda kroppen men i regel sveps den döde i en buddhistisk dräkt. Barnet räknas som en fullvärdig individ från och med befruktningen. Buddhisterna förordar kremering så fort som möjligt. Det finns dock inte något absolut förbud mot att tillvarata kroppen på annat sätt än genom kremering.

Jehovas vittnen: Barnet räknas som en fullvärdig individ från och med befruktningen. Det finns inte några speciella regler för hur snart efter döden stoftet skall omhändertagas utan man anpassar sig till lokal praxis. Stoftet kan antingen kremeras eller jordbegravas.

Romer (Zigenare): Många romer vill helst både tvätta och klä den döde själva. Begravningen ska äga rum så snart som möjligt efter likvakan. En del har önskemål att det skall ske inom tre dagar. Barn ska jordbegravas men några speciella regler finns inte för hur det ska gå till utan det får familjen som regel själva avgöra. De svenska zigenarna anser att odöpta barn inte bör begravas tillsammans med sina föräldrar.

Referenser

Andersson-Wretmark, A. Perinatal death as a pastoral problem, Avhandling, Teologiska Institutionen, Uppsala Universitet 1993.

Inför döden – Om hänsyn till olika religiösa och etniska grupper i sjukvården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1981:3. Socialstyrelsen, Liber allmänna förlaget.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

I boken "När möte blir avsked" beskriver Lennart och Karin hur de funderade kring begravning och gravsättning av deras son:

Tankar från Mårtens far

> "Vardagen måste trots allt fortsätta. Mårten kan dessutom inte stanna på sjukhuset. Vi måste bestämma oss för om han ska jordbegravas eller kremeras. Frågorna är nya för oss, varken Karin eller jag har tidigare förlorat en nära anhörig. Vi känner oss villrådiga och ser helst att någon på sjukhuset hjälper oss med svaren. Tyvärr undviker alla att besvara de för oss så viktiga frågorna. Vi känner oss lämnade ensamma. Sorgen och besvikelsen är tillräckligt plågsam för oss. Vi kräver inte att andra ska bestämma åt oss utan bara tala om vad vi inte ska göra. Vad som är normalt och vad som inte är det. Sjukhusprästen hjälper oss slutligen ur vår villrådighet."

(Tankar från Mårtens far ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Våran Mårten

> "Jag tror det var kuratorn som först pratade med oss om begravning. Min första tanke var: begravning, är ni inte riktigt kloka, inte kan man väl begrava ett litet barn? Relativt snart blev det dock självklart för oss att Mårten skulle begravas och att Lennart och jag skulle vara med. Jag kände att jag måste ta med mig något till Mårtens begravning. Röda rosor är för mig kärlekens symbol, det skulle passa. Jag grubblade över hur många rosor vi skulle ta med oss, Mårten levde 35 veckor i min mage. Skulle jag köpa 35 röda rosor? Det lät häftigt så jag bestämde mig för 15 rosor eftersom han föddes den femtonde den månaden. Begravningsdagen var det stängt hos trädgårdsmästaren, Lennart lyckades ändå få honom att öppna och skyndade sig hem med 15 röda tulpaner! Lennart hade i förvirringen inte reflekterat över att jag sagt rosor, jag visste inte hur jag skulle göra nu. Kunde jag be Lennart köpa nya blommor? Lennart ordnade ett byte med den tillmötesgående trädgårdsmästaren och kom tillbaka med mina röda rosor. Jag lade rosorna på Mårtens kista istället för den allmänna kistdekorationen, för mig var det viktigt att det

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

var våra blommor som låg på kistan. Det var vår gåva till Mårten. Jag minns att jag bekymrade mig för om Mårten hade det bra inne i kistan. Kistan föreföll så liten och trång. Prästen lugnade mig med att den kvinna som gjorde i ordning barnen i kistan alltid gjorde det med stor omsorg. Det kändes skönt att höra.

Vi bestämde att Mårten skulle gravsätta i barnkullen på kyrkogården. Anledningen till att vi inte valde en egen plats med minnessten var att vi då trodde att det skulle bli en plats vi hade dåligt samvete för, därför att vi inte vårdade den bättre. Vår föreställning om framtiden var att Mårten skulle bli ett avlägset minne, en episod långt tillbaka i tiden som vi inte skulle känna speciellt mycket för. Idag vet jag att det är annorlunda. Man blir aldrig klar med det som hänt, minnena lämnar man aldrig bakom sig. Idag är det snarare så att vi vill bevara de minnen vi har av Mårten. En egen gravplats skulle kanske ha hjälpt oss att vårda minnet av honom. Beklagligt nog fick vi inte vara med vid gravsättningen. Det ingår inte i våra rutiner, blev svaret när vi frågade kyrkvaktmästaren. Jag hade gärna velat veta på vilken del av barnkullen Mårten är gravsatt, men det ville de inte heller tala om för oss. Det var mycket frustrerande för mig att inte veta exakt var Mårten låg.

Två veckor efter begravningen promenerade jag på kyrkogården. Jag gick och letade efter den plats där jag trodde Mårten fanns. Efter en stund kom jag till ett område som var täckt med en grön presenning med korrugerad plåt över. Det var ungefär en och en halv gånger en och en halv meter stort. Var det under presenningen om Mårten låg? Jag vågade aldrig lyfte på presenningen för att se efter, jag var rädd att mötas av flera kistor staplade på varandra. Jag gick på kyrkogården länge och våndades. Vad var det för något under den gröna presenningen? Jag kunde inte släppa tanken på att Mårten kanske låg i en massgrav och att fler föräldrar drabbats. Det kunde räcka med att vi förlorat vårat barn, att andra råkat ut för samma sak som vi var mer än jag orkade med. När jag kom hem berättade jag för Lennart vad jag

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

sett på kyrkogården. Lennart åkte till barnkullen, lyfte på plåten och presenningen och tittade efter. Det enda han såg var jord.

Tiden efter begravningen var jag ofta på kyrkogården. Vid varje besök fick jag en stark overklighetskänsla. Jag letade efter mitt barn, han fanns där någonstans men ändå inte, eftersom jag inte visste var han låg. Någon verbal kontakt hade jag inte haft med Mårten, så det var inte som när en äldre dött, då man kan sitta och prata med den döde vid gravstenen. Jag saknade en fast punkt där jag kunde känna att här finns Mårten. På allhelgonahelgen gick vi till minneslunden och tände ett ljus, och efter det kunde jag acceptera Mårtens barnkulle. Kan andra ha sina anhöriga utspridda i en minneslund så kan vi ha Mårten i barnkullen."

(Karins berättelse ur Våran Mårten ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Obduktion

Det finns ingen lag i Sverige som säger att dödfödda barn måste obduceras och ibland vill inte heller föräldrarna detta. Det vanligaste är dock att de ger sitt medgivande för att försöka finna orsaken till barnets död. Frågan om obduktion måste ställas med stor hänsyn till föräldrarna och deras situation. Det är inte lätt för dem, att under den känslomässiga belastning som råder efter barnets födelse, försöka förstå vad en obduktion innebär och vilka möjligheter den ger att fastställa dödsorsaken. En kvinna i den nationella studien skrev:

> *...En stund senare, fortfarande mitt i natten, kommer jourhavande läkare och yrar något om obduktion. Jag hade knappt hunnit föda fram mitt barn innan dom står utanför dörren med knivarna i högsta hugg. Jag hoppas att ingen ska behöva vara med om ett så brutalt sätt att bli behandlad.*

På sikt är det för de flesta föräldrar viktigt att få klarhet i varför deras barn dog, det kan också vara en central information vid eventuell påföljande graviditet. Det kan visa sig möjligt att undvika att nästa barn dör. För att obduktionen ska ge bra resultat är det viktigt att det inte går alltför lång tid mellan död och obduktion. Det kan skapa en konflikt mellan föräldrarnas önskan att få ha sitt barn hos sig den tid de behöver och patologens möjlighet att finna en orsak. De flesta barn obduceras inom en vecka efter dödsfallet. På enstaka sjukhus finns specialist i barnpatologi. Ju högre kompetens hos undersökaren desto större förutsättning att finna en orsak till barnets död.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Obduktionens genomförande

Obduktionen börjar med en så kallad yttre inspektion, där avvikelser i utseendet eller tydliga missbildningar noteras. Vissa till synes obetydliga förändringar som exempelvis kluven gom, nacködem, yttre könskaraktärer, övertaliga fingrar eller tår kan sammantaget med förändringar av inre organ indikera kända syndrom eller kromosomaberrationer. Dessa kan dels förklara dödsorsaken, dels tjäna som bas för rådgivning inför eventuell påföljande graviditet. Vid misstanke om skelettsjukdom utförs alltid en helkroppsröntgen vilket är det enda säkra sättet att klassificera en sådan. Vikt och olika längdmått tas alltid, vilket ger information om tillväxt och nutritionstillstånd. Postmortala hudförändringar noteras också vilket ger en grov uppskattning om hur länge barnet varit dött. Sådana förändringar accentueras dock om barnet förvaras i rumstemperatur och om obduktionen görs några dagar efter födelsen.

Efter den yttre undersökningen öppnas den främre delen av kroppen med ett snitt. De inre organens läge noteras liksom om abnorm vätska finns i lung- eller hjärtsäck samt bukhåla. Som regel tas alla organ ut. De undersöks noggrant och individuellt. Detta gäller särskilt hjärtat för att påvisa eventuella missbildningar. Vissa organ vägs alltid, vilket ger god information om eventuell underfunktion. Från merparten av organen tas, särskilt om de visar avvikande förändringar, en liten bit (cirka 0,5 kubikcentimeter) för mikroskopisk undersökning. Vid misstanke om infektion tages också prov för bakteriologisk- och virologisk analys. När organen är undersökta läggs de tillbaka i bukhålan och kroppen sys igen. Barnets hjärna undersöks också eftersom det ofta finns förändringar i hjärnan som kan avslöja att det förelegat asfyxi. Vid toxoplasmos brukar endast fynden i hjärnan avslöja den sjukdomen. Rutinförfarandet är att alla organ undersöks men man tar alltid hänsyn till speciella önskemål från föräldrarna, exempelvis om de endast vill att några organ ska undersökas eller att man skall undvika skallobduktion. Föräldrarna bör då vara informerade om att undersökningsresultaten begränsas.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Vanligaste fynden

Det är inte så vanligt att man finner överraskande missbildningar vid obduktionen eftersom nästan alla graviditeter kontrolleras med ultraljud. Stora avvikelser från ultraljudsundersökningen förekommer dock och obduktionen är enda facit till oklara eller svårtolkade ultraljudsfynd. De vanligaste orsakerna till intrauterin död är komplikationer med moderkakan som exempelvis för tidig avlossning eller infektion i moderkakan som fortletts till barnet. I många fall hittar man ingen tydlig förklaring men i de flesta sådana fall finns skäl att misstänka ett försämrat blodflöde från livmodern till moderkakan.

Efter obduktionen görs barnet i ordning för begravning eller visning för föräldrarna om de så önskar. Om barnet varit dött en längre tid i livmodern eller förvarats olämpligt, luckras hud och organ upp, så kallad maceration, vilket gör att det är mycket svårt att sy ihop huden och återställa den i fint skick för visning. Detta gäller särskilt om skallobduktion företagits för att undersöka hjärnan. Här kan det bli en avvägningsfråga om det är nödvändigt att obducera ett gravt macererat barn i den händelse föräldrarna vill se barnet efter obduktion. Obduktionen ska inte ses som en nödvändighet för sjukvården utan en möjlighet för föräldrarna att få en förklaring till sitt barns död.

Resultatet till föräldrarna

Patologen skriver ett obduktionsprotokoll över sin undersökning av barnet där både normala och avvikande fynd anges. Vanligtvis är det den behandlande läkaren som överför informationen till föräldrarna. Det är inte självklart att föräldrarna egentligen har förstått vad obduktionen innebär och detaljer från undersökningen måste framföras med försiktighet och förklaras. En kvinna i den nationella studien skrev:

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Efter obduktionen när våran läkare berättade svaret, då berättade hon vikten på olika organ, jag fick en chock. Jag hade ingen aning om att de gjorde sånt vid en obduktion. Efter obduktionen vågade jag inte se barnet.

Många föräldrar kan efter en första information, grubbla över vad obduktionsfynden betyder. De ska inte tveka om att fråga sin läkare igen eller kontakta patologen som kanske bäst kan förklara vad en del fynd som beskrivits i protokollet har för betydelse. En del föräldrar vill ha kopia på obduktionsprotokollet, andra vill ha muntlig information från resultatet, det är viktigt att ha en känslighet för det individuella föräldraparet.

Kulturella skillnader

Olika kulturer och trossamfund har skiftande syn på obduktion och sjukhuskyrkan eller invandrarföreningar kan ge råd hur frågan om obduktion kan tas upp. Inom judendomen motsätter man sig i princip obduktion, inom den Grekisk-Ortodoxa kyrkan och Jehovas vittnen motsätter man sig onödiga obduktioner. Inom den Romersk-Katolska kyrkan, Syrisk-Ortodoxa kyrkan, Buddhism och hos Romer (Zigenare) finns det inget principiellt motstånd mot obduktion.

Riktlinjer för professionellt omhändertagande

Ge föräldrarna en saklig information om vad en obduktion är och den möjlighet den kan vara att finna orsaken till barnets död.

Troligtvis är det en fördel att vänta ett dygn innan frågan om obduktion tas upp, om inte föräldrarna själva tar initiativet.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Eftervård

De flesta kvinnor stannar en kort tid på sjukhuset efter att det döda barnet är fött. Tiden för att bearbeta vad som hänt tillsammans med den berörda personalen blir för många föräldrar kort. Av några kommentarer från avhandlingen som kvinnor skrev i formuläret framkommer att de känt sig uppmanade att åka hem eller inte trivts på avdelningen. Det är möjligt att det inte finns en lämplig plats på sjukhuset för föräldrar som mist sitt barn. Förlossningssalen behövs vid nästa förlossning. En vistelse på en BB-avdelning innebär konfrontation med blivande eller nyblivna föräldrar vilket kan vara en ytterligare belastning för den som förlorat sitt barn. Det kanske inte finns någon möjlighet att ge föräldrarna ett eget rum under vistelsen. Var eftervården ska ske bör diskuteras med varje berört föräldrapar, och när de gjort sitt val ska de få den tid de behöver på den plats de väljer. Troligen är det viktigt att de som väljer att gå hem direkt efter förlossningen får återbesökstider för samtal med den personal som var med under förlossningen. Föräldrarna kan även behöva återkomma flera gånger till sjukhuset för att få vara med sitt döda barn innan begravningen.

Efter födelsen av ett dött barn har mamman, enligt lagen om allmän försäkring, rätt till 29 dagars föräldrapenning. Om mer tid behövs kan hon i samråd med läkare bli sjukskriven. Pappan till ett dödfött barn har ingen lagstadgad rätt till föräldrapenning, det vanligaste är dock att han blir sjukskriven en tid efter barnets födelse. Förutom sjukskrivning, och möjlighet att få tala med varandra och anhöriga är det många föräldrar som vill och har behov av att samtala med någon inom vården. Att få träffa den personal som var med när barnet föddes är det många föräldrar som önskar, det kan vara flera gånger och även en lång tid efter förlossningen.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Barnmorskan viktig i eftervården

Cirka en femtedel av kvinnorna i avhandlingen "Att föda ett dött barn", uppgav att de inte fått något känslomässigt stöd efter utskrivningen från sjukhuset. Av dem som fått stöd var det dubbelt så många som fått det av en kurator som av en barnmorska. När kvinnorna själva fick utvärdera vilket stöd som varit betydelsefullt för dem nämnde de kontakten med barnmorskan lika ofta som de nämnde kuratorn. I en engelsk studie från början av 1990-talet värderade kvinnorna stödet från barnmorskan på tredje plats efter stödet från mannen och stödet från kvinnans egen mor. En förklaring kan vara att stödet från barnmorskan kan ha en speciell innebörd genom den gemensamma upplevelsen under förlossningen. Barnmorskan har en central roll när barn föds döda i Sverige. Det är hon eller han som självständigt bistår vid förlossningen och som därmed kan bli en betydelsefull person för föräldrarna. Barnmorskan som assisterade delar en unik erfarenhet med mamman. Att få samtala efteråt kan vara en hjälp för dem båda. Ett sätt att ytterligare utveckla vården kan vara att ge barnmorskan möjlighet till längre uppföljning och inom ramen för sin arbetstid få träffa den kvinna hon eller han bistått. Att få gensvar på det stöd barnmorskan givit under förlossningen kan medverka till förfining av rutiner som kan komma andra föräldrar till godo.

Många föräldrar har också behov av att träffa andra som har erfarenhet av att mista ett barn. Personalen kan förmedla kontakt med föräldrar som tidigare fött ett dött barn på kliniken, eller till någon kontaktperson från en stödförening. Vissa sjukhus har organiserat egna stödgrupper för föräldrar som mist ett barn och gruppen kan bli en plats där föräldrar kan "hitta" varandra. Formen för stödgruppen kan se olika ut, ibland är det en sluten grupp där samma föräldrar möts ett antal gånger, andra grupper är öppna där nya föräldrar kan komma in. Ibland bjuds föreläsare in och samtalar om sitt professionella arbete med sorg och kris men vanligast är att föräldrarnas egna erfarenheter är det som är grunden för gruppens samtal. Kuratorerna på kvinnokliniken har en viktig roll i eftervården, kuratorn är ofta den som har en längre uppföljande kontakt med föräldrarna. Många kliniker har

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

utvecklat vårdplaner för hur kuratorn tidigt kan skapa en kontakt med föräldrarna och de är en naturlig part i teamet runt föräldrarna redan på förlossningen.

Riktlinjer för professionellt omhändertagande

Erbjud föräldrarna ett enskilt rum på sjukhuset.

Ge återbesökstider till dem som var med vid förlossningen, innan föräldrarna skrivs ut från sjukhuset.

Ring föräldrarna efter att de skrivits ut från sjukhuset.

Ombesörj att föräldrarna får en kontaktperson för långtidsuppföljning.

Referenser

Rajan, L. Social isolation and support in pregnancy loss. Health visitor 1994;67:97–101.

Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. Stillbirth is no longer managed as a nonevent a national study in Sweden. Birth and issues in perinatal care 1996;23:4:209–215.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Några av de kvinnor som medverkade i avhandlingen "Att föda ett dött barn", kommenterade sitt behov av eftervård så här

Mera kontakt med samma personer från tiden vid förlossningen, man känner en sorts samhörighet med dem.

*

Vi hade velat träffa barnmorskan flera gånger men tvekade inför att be om det. Att någon skulle ha tagit kontakt med mig istället för att jag skulle ta initiativet varje gång, ofta orkade jag inte det.

*

Bara att få prata med någon som visste eller hade varit med om samma sak hade betytt mycket.

I boken "När möte blir avsked" uttrycker en mamma till ett dödfött barn sitt möte med kuratorn

Våran Mårten

"Lennart och jag fick en god kontakt med den kurator som besökte oss på avdelningen efter Mårtens död. Hon informerade oss om de praktiska göromål vi måste lösa den närmaste tiden. Vi bestämde att träffas igen efter att jag blivit utskriven. Kuratorn uppmanade oss också att ringa till henne närhelst vi hade behov av det. Jag tycker att det var fantastiskt att kunna få använda sjukhusets resurser fast jag inte längre var inneliggande patient. Det var så skönt att komma till någon som aktivt lyssnade och som berättade att det jag känt och funderat över hade också andra drabbade gjort. Kuratorn kunde avdramatisera händelser jag förstorat upp genom mitt svängande känsloliv. Hon förberedde mig på situationer och känslor vilket gav mig aha-upplevelser långt senare. För mig var det en lättnad att få tala utan att sortera intrycken och berätta för någon om känslor jag inte senare behövde stå till svars för."

(Karins berättelse ur Våran Mårten ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Ett nytt barn

De flesta kvinnor i avhandlingen "Att föda ett dött barn", uppgav att stödet från barnets far tillsammans med att de fått ett nytt barn var det som hjälpte dem mest i sorgen efter barnets död. Innan den "nya" realitetskonfronterande omvårdnaden vid intrauterin barnadöd introducerades i slutet av 1970-talet, fick ofta kvinnorna rådet att snabbt skaffa sig ett nytt barn för att glömma det som hänt. De senaste decennierna har det framförts att det är nödvändigt att sörja och känslomässigt komma över förlusten innan en ny graviditet planeras och det förekommer att personal rekommenderar att tiden till nästkommande graviditet bör vara minst ett år. Det har anförts att depression och emotionella sorgereaktioner kan försvåra moderns anknytning till ett nytt barn. Det kan förklara varför rådet där kvinnan rekommenderas vänta med en ny graviditet ersatt det tidigare om att snabbt bli gravid igen. Faktorer, som troligtvis har betydelse för kvinnans planering av en ny graviditet efter förlusten av ett barn, är hennes ålder och eventuell rädsla för infertilitet. Resultatet från den nationella studien tyder på att ett nytt barn till viss del kan reparera en skadad självkänsla, vilket stöder att kvinnan själv bör avgöra när tiden är lämplig att planera en ny graviditet. Troligen är tidsangivelser onödiga och det kan vara värt att undersöka om de kan skapa en konflikt mellan föräldrarnas önskan om ett nytt barn och hennes vilja att följa en rekommendation. I avhandlingen "Att föda ett dött barn", angav nästan hälften av kvinnorna att de var gravida inom sex månader efter det döda barnets födelse, inom tre månader var drygt en femtedel gravida och inom ett år hade tre fjärdedelar blivit gravida igen. Många vill ganska snart efter barnets död försöka få ett nytt barn och det finns i de flesta fall ingen medicinsk orsak att avråda föräldrarna. Andra föräldrar vill vänta och kan inte tänka sig ett nytt barn, kanske

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

aldrig någonsin. Ett nytt barn ersätter inte det barn som dog men för många är ett nytt barn något som hjälper dem och som personal är det viktigt att stödja föräldrarna i deras eget beslut. En ny graviditet väcker frågor och oro om att det ska gå lika illa denna gång, en del vill ha täta medicinska kontroller, andra vill vara precis som vilka andra blivande föräldrar som helst. En individuellt anpassad graviditetsövervakning som bygger på föräldrarnas önskemål bör utformas. Det kan exempelvis innefatta genetisk konsultation för dem vars barn föddes med missbildning, eller regelbundna tillväxtkontroller med ultraljud för den kvinna vars barn dog tillväxthämmat. Även om kvinnan inte har några egna medicinska riskfaktorer och om barnets död var helt oförklarlig kan hon vilja kontrollera den nya graviditeten på specialistmödravården. För att våga föda det nya barnet kan föräldrarna behöva konfronteras med den förlossningsavdelning de födde sitt döda barn, kanske få se samma rum igen. Det kan bli aktuellt att träffa den personal som var med vid förlossningen och att få tid för samtal hos den kurator som föräldrarna träffade efter barnets död. För många föräldrar som mist ett barn innebär en ny graviditet stor oro.

Riktlinjer för professionellt omhändertagande

Ge ingen tidsgräns för när det är lämpligt att starta en ny graviditet, om det inte finns medicinska skäl för det.

Stöd det beslut som föräldrarna själva fattar när det gäller en ny graviditet.

Referenser

Rådestad, I., Sjögren, B., Nordin, C. & Steineck, G. Stillbirth and maternal well-being, Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1997;76:849–855.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

I boken "När möte blir avsked" intervjuas Birgitta och Henrik i slutet av den graviditet som följde efter deras dotter Hedvigs död

Att våga på nytt igen

"*Henrik:* Birgitta frågade redan under tiden hon var på sjukhuset när det var lämpligt att planera en ny graviditet. Vi fick rådet att vänta till midsommar, Hedvig är född i februari. Vi började nog att försöka tidigare men Birgitta fick inte tillbaka sin mens.

Birgitta: Det tyckte jag var jobbigt. Jag kunde ju inte springa till mödravårdscentralen var gång jag trodde att jag var gravid. Jag tog kontakt med min läkare för jag ville att man skulle hjälpa mig med hormoner för att få igång mensen, men det gick hon inte med på.

I augusti fick Birgitta tillbaka sin mens men graviditeten uteblev.

Birgitta: I november hade jag beställt tid för undersökning. Jag kände att nu måste de verkligen hjälpa mig på något sätt. Jag satt hos min läkare och beklagade mig över att jag inte blev gravid. Då frågade hon: När hade du mens sist? Jag berättade för henne att det säkert var en och en halv månad sedan sist. Jag lämnade ett urinprov och så görs ett graviditetstest. Testet visade att jag var med barn. Jag förstod ingenting. Det dröjde några dagar innan jag kunde ta till mig att jag var gravid. Efter den omedelbara glädjen vände det snabbt till oro. Det var skönt att få beskedet om att jag var gravid, nu visste jag ju att kroppen fungerade igen. Samtidigt hade jag en oerhört stark rädsla för missfall. Det här kan ju bara inte gå bra, tänkte jag.

Henrik: Jag skjuter tanken på den åt sidan nu, till skillnad från förra gången. Då kände jag att jag ville ta reda på så mycket som möjligt. Hur själva förlossningen kommer att gå till spelar mindre roll nu, huvudsaken är att vi får behålla barnet. Samtidigt känner jag oro och tänker på hur det blir om det inte går bra. De finns de som får fler smällar av det här slaget i

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

livet. Då kan vi ju inte vara säkra på att vi ska skonas den här gången heller. Jag undrar om vi klarar en sådan här upplevelse till?

Birgitta: Ibland är jag så säker på att det kommer att gå bra, och då kan jag bli rädd för att jag har så positiva tankar. Jag har känt ända sedan jag blev gravid att jag önskar att förlossningen var idag. Jag vill veta hur det kommer att gå direkt nu. Slippa de här månaderna av oviss väntan. Förra gången var allt så nytt. Jag kan inte säga att jag tycker att det är speciellt roligt att vara gravid nu. Andra vi känner, som väntar sitt första barn är så entusiastiska inför sina kroppsförändringar. Det kan jag inte påstå att jag är, det är för tätt inpå den förra graviditeten. Vänner kommer med hurtiga tillrop: "Men nu har du blivit tjock, Birgitta!" För mig är ordet tjock negativt. Jag vet ju att jag inte får bli alltför stor. Det var det jag blev sist, när jag hade för mycket fostervatten. Det var ju därför man upptäckte att det var något fel. Jag gillar inte när man säger att magen är stor. Jag vet ju att de flesta som säger det inte har en aning om vad det var som hände sist, men jag tycker ändå inte om att höra det. En del som vet om hur det var sist kan ändå säga: "Du kommer nog att bli lika tjock som förra gången, Birgitta." De kan inte tänka sig in i ens situation."

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Birgitta och Henrik fick en son två månader efter intervjun för boken När möte blir avsked. Pojken föddes i fullgången tid. Förlossningen var utan komplikationer och deras barn var friskt.

> *"Henrik:* Vår oro inför förlossningen tilltog ju närmare beräknat datum vi kom. När den väl sattes igång kände vi en stor trygghet, Meta fanns med oss hela tiden. Som barnmorska och medmänniska har Meta betytt oerhört mycket för oss, hon har hjälpt oss under vår svåra tid. Meta fick oss att tro på att det skulle gå bra den här gången. Hon medverkade till att förlossningen blev den fina stund som, när det var som mörkast, vi aldrig trodde skulle förunnas oss.
>
> *Birgitta:* Jag får en sån härlig pirrande känsla i bröstet som sprider sig som värme i kroppen, när jag tänker på vår pojke som nu är tre månader. Känslan känner jag igen från tiden efter Hedvigs födelse och död, men den omvandlades till en kramp, en smärta, istället för värme. Jag kunde aldrig möta känslan och ta upp och hålla Hedvig. Nu kan jag tillfredsställa det behov som känslan är uttryck för. Jag böjer mig ner, ser på mitt barn, tar upp honom och håller honom i famnen."

(Att våga på nytt igen ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Om känslor inför en ny graviditet och svårigheten att tro att det ska gå bra berättar Karin i boken "När möte blir avsked"

Våran Mårten

> "På sjukhuset frågade jag när jag medicinskt kunde bli gravid igen. De sade att det inte fanns någon speciell tid vi behövde vänta men att sorgen skulle få ta sin tid. När jag kom hem kände jag att det var en fullständig omöjlighet att tänka på ett nytt barn. Ett år senare kände jag mig mogen. Jag trodde att jag skulle bli gravid omgående men först två och ett halvt år senare lyckades vi bli med barn igen. När jag fick besked om det positiva graviditetstestet blev jag rädd. Jag var helt övertygad om att det var något fel på barnet. Mårtens död berodde på en levermissbildning, så ovanlig att på det sjukhuset där han föddes hade man inte sett liknande fall sedan 1939. För att utesluta så många fel som möjligt redan under graviditeten bestämde jag mig för att göra alla undersökningar som fanns tillgängliga. Ett moderkaksprov togs tidigt i graviditeten men misslyckades så jag fick ta ett fostervattensprov i vecka sexton istället. Det var en lång väntan innan jag fick besked om att inga fel kunde ses via provet. Under den första hälften av graviditeten var jag psykologiskt icke gravid. Jag kände panik inför att gå till mödravårdscentralen igen, att sitta där och vara gravid och berätta om hur det gick förra gången. Graviditeten med Mårten och förlossningen blev så påtaglig. Rädslan för att komma till förlossningen var stor och jag kände att jag måste göra upp med min rädsla innan det var dags att föda det nya barnet. Jag ringde till förlossningsavdelningen, berättade hur jag kände det och bad att få komma på ett studiebesök. För mig var det en vändning, jag fick perspektiv på min rädsla och kände mig lugnare. Jag fick också se ett nyfött barn. Det betydde mycket. Efter 26 veckor kunde jag för första gången på allvar delta i den nya graviditeten som var helt normal. Linda föddes frisk och fin."

(Karins berättelse ur Våran Mårten ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Anhöriga

Många föräldrar som mister sitt barn har ett stort stöd av sina anhöriga, det är viktigt att även mor- och farföräldrar och syskon får möta och ta avsked av sitt barnbarn, lillasyster eller lillebror. Barnet blir verkligt även för dem och gör det lättare att tala om det efteråt. Ett barn som förlorat ett syskon känner sorg men kanske uttrycker den annorlunda än vad en vuxen gör. Sorgen kan vara både djup och intensiv men små barn kan ha svårt att förstå att döden är definitiv. Många vuxna försöker att skydda dem genom att säga att den döde sover eller att den döda har gått bort. Detta kan skapa förvirring, kanske vägrar barnet att sova av rädsla för att själv dö. Många anser att syskon, även om de är mycket små, bör få se och ta avsked från sin lillebror eller syster, de kan även vara med på begravningen om föräldrarna orkar. Många gånger kan barnet också bli ett stöd för föräldrarna i deras sorg.

I boken "När möte blir avsked" berättar Maria och Karin om hur det döda barnets syskon kan vara en hjälp

Marias brev

> "Peter, Alexanders storebror, frågar ibland efter sin lillebrors ålder. Det har varit en stor hjälp att på nära håll se hur ett barn hanterar besvikelse och dödstankar. I början var det mycket viktigt att, trots allt, få vara storebror. Vi poängterade det och stödde honom, men glansen bleknade när syskonet saknades. Peter lärde sig snart att det var möjligt för honom att skratta, trots att jag grät. Jag har märkt de senaste åren att han har slutat fråga mig varför jag gråter. Gråten verkar inte störa honom nämnvärt.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

För ett år sedan läste vi bröderna Lejonhjärta av Astrid Lindgren. Fastän vi aldrig talat om det, sa Peter spontant: Nu är Alexander i Nangijala. Hur gammal är han där? Tänk att få rida på en häst fast man bara är tre år! För Peter är det tingens ordning att Alexander lever i Nangijala och att vi är här.

Peter brukar berätta för sin lillasyster att vi har ett barn till. "Du kanske också får en lillebror som dör." Det är självklart idag, lika självklart som sorgen i hans ansikte den dag han förväntansfull kom till mig på sjukhuset. Peter grät, frågade varför och pratade om andra bebisar som inte dog. Vi talar ibland om Alexander som skulle finnas här, det är givet för oss alla. På det sättet var det när Lina föddes. Hon kom till hela familjen, till två storebröder. Genom att ta till mig Peters syn har det varit enklare för mig att leva och även lära mig andra saker av honom. Peter är sju år i sommar och jag tycker han är underbart klok."

(Marias berättelse ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Våran Mårten

"Våra barn har tagit Mårtens död naturligt. Per som var fem år då Mårten dog undrade varför hans lillebror dött. Vi förklarade så gott vi kunde och berättade att Mårtens hjärta stannat. Per tog fram böcker vi har där människokroppen finns beskriven, han lade sig på golvet och bläddrade fram avsnittet med hjärtat. Per berättade själv på förskolan att hans lillebror hade dött. När Per började skolan två år senare bad fröken barnen att de skulle rita en teckning på sin familj. Per ritade sig själv, lillasyster Maria Lennart och mig. På bilden hade jag en jättestor mage. När jag frågade Per varför han hade ritat mig med så stor mage svarade han: "Mårten är ju där".

Maria pratar ofta om att hennes mamma har fött fyra barn: Per, Maria, Mårten och Linda. Häromdagen sa Maria till en kompis: "Idag har Mårten namnsdag." Vilken Mårten? sa kompisen. "Våran Mårten", sa Maria "Vadå, våran Mårten?" "Han som

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

dog", svarade Maria. "Ja, han ja", sa kompisen. Vi har skapat en tradition i familjen, vi går till kyrkogården varje allhelgonahelg och tänder ett ljus för våran Mårten."

(Karins berättelse ur Våran Mårten ur *När möte blir avsked,* Liber 1988.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Personalen

Att möta människor i kris är en krävande uppgift. Föräldrarnas ledsnad, förtvivlan, gråt och kanske ilska över sin förlust, lämnar ingen oberörd. Kanske bär Du som personal på egna upplevelser och minnen väcks till liv och om man är gravid kan mötet med döden skapa oro för det väntade barnet. Ett sätt att bli mer förberedd att möta föräldrar som mister sitt barn är att skaffa sig kunskap. En förberedelse är också att våga berätta om de känslor som ett dött barn väcker, det kan vara för en kollega, vän eller anhörig. På många kliniker anordnas fortbildning med inbjudna föreläsare, ett annat sätt är att tillsammans med kollegor starta en studiecirkel med exempelvis studiecirkelmaterialet När ett litet barn dör, som är utgivet av Svenska kyrkans Studieförbund. Viktigt är att få prata när det är aktuellt och att då få stöd av arbetskamrater. Ett sätt är att ha "debriefing" tillsammans med den personal som var inblandad vid förlossningen och knyta en handledare till kliniken för sådana tillfällen. Det är inte ovanligt att man som personal känner egen skuld för det som hänt även när det inte har funnits någon som helst möjlighet att påverka händelseförloppet eller förhindra barnets död. Ibland har man gjort ett fel som kan ha bidragit till eller orsakat barnets död, skuldkänslorna kan då bli tunga. Det är svåra situationer att hamna i, då är det viktigt att det finns en organisation på arbetsplatsen som kan ta hand om den som drabbats. Att möta föräldrar som mist sitt barn och att ta hand om ett barn som dött redan innan födelsen kan tyckas vara övermäktigt och något som man inte alls vill komma i kontakt med. Många vittnar istället om starka upplevelser som för dem gett styrka och självinsikt. Mötet med föräldrarna har berikat både yrkes- och privatliv. Föräldraparen kan ge mycket tillbaka, en till synes liten insats kan betyda mycket för föräldrarna och uppskattningen från dem blir tydlig.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Förhållningssätt

De råd som här följer är mycket allmänna men förhoppningsvis kan de bidra något till hur man inom somatisk vård kan möta dem som ska föda eller har fött ett dött barn. Omvårdnaden av föräldrarna bör innefatta att de blir sedda och bekräftade och att de får tid. Tid för information och för att ställa frågor, om och om igen. Kommunikationen med föräldrarna ska vara klar, tydlig, känslig och ärlig. Föräldrarna ska behandlas med respekt och värdighet. All personal som är inblandad i vården ska vara välinformerad och ska också ha möjlighet till eget stöd.

Våga vara nära föräldrarna, möt deras blick, undvik dem inte. Om man inte vet vad man ska säga, kan man tala om att man känner sig osäker. Det är oftast bättre än att forcerat prata om oväsentligheter. Tystnad är dock inte farligt, håll om föräldrarna, ta deras hand om det känns naturligt, finns där. Respektera föräldrarna om de vill vara ensamma men undvik dem inte. Ha tid och tålamod.

Berätta för föräldrarna i den takt som känns naturlig vad som kommer att hända under förlossningen och när barnet är fött. Berätta om hur andra föräldrar har gjort. Håll föräldrarna informerade och upprepa gärna informationen.

Det finns ingen anledning innan barnet är fött att försöka övertala föräldrar att se sitt barn om de uttryckligen inte vill göra det. Agera som vanligt under en "normal" förlossning och avvakta tills barnet är fött. Behandla det döda barnet som ett barn, håll det på samma sätt som ett levande barn.

Fråga aldrig föräldrarna om de vill se barnet, frågan i sig uttrycker att det inte är självklart och det kan skapa osäkerhet hos föräldrarna. Man visar med sitt eget kroppspråk att det är ett barn som är fött, då föräldrarna ser det är det lättare för dem att ta till sig sitt barn.

Föräldrarna måste få en chans att ångra sig. Ge dem valmöjligheter men berätta samtidigt vad de kan göra, om man inte vet vad man kan välja emellan är det inte lätt att veta hur man vill göra.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Trösta på rätt sätt

Den smärta man möter som personal är så djup, det vore konstigt om vi inte ville trösta och försöka underlätta för föräldrarna. I all välmening och kanske omedvetna om hur föräldrarna tar emot det som sägs, kanske vi skadar och vår välvilja gör det istället värre. Nedan kommer exempel på uttryck för tröst, men som föräldrar har upplevt som negativt.

Säg aldrig att det var bättre att barnet dog nu och inte senare, när föräldrarna lärt känna barnet. Vad vet Du om vad föräldrarna redan känner för sitt barn, vilka förhoppningar och drömmar de haft för just det här barnet?

Förringa inte det som hänt. Det är tveksamt om Du ska säga att Du vet hur föräldrarna känner sig. Hur kan Du veta det? Det finns ingen förlust eller sorg som är den andra lik även om det finns många gemensamma känslor.

Gradera aldrig sorgen, exempelvis genom att säga att det skulle ha varit värre om barnet hade dött efter en tid. Varje förlust är unik och det är svårt att göra jämförelser.

Tala inte om för en kvinna som nyss fött ett dött barn att hon har tur som har barn hemma (om hon har fler barn). Hur ska hon kunna se något tursamt i det då?

Trösta inte ett ungt föräldrapar genom att påtala att de är unga och att de säkert kan få nya barn. Hur ska de kunna vara säkra på det och varför skulle inte deras första barn vara värt att sörja, ingen kan förutsäga om och när en graviditet uppkommer.

Trösta aldrig ett föräldrapar som fött ett missbildat barn med att det var bäst att barnet fick dö. Det bästa hade väl varit om barnet inte fötts missbildat och det hade fått leva.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Känslighet och balans

Att möta och känslomässigt stödja en förälder vars barn dött före födelsen är en krävande uppgift. De flesta kvinnorna i avhandlingen "Att föda ett dött barn", var tillfredsställda med den vård och det stöd de fått. Samtidigt hade mer än en tredjedel negativa upplevelser och angav vid uppföljningen att de var ledsna, sårade eller arga över vad någon ur personalen sagt eller gjort. De påminde sig om händelser då någon bemött dem eller deras barn på ett kallt och okänsligt sätt. Okänsligt bemötande kan möjligtvis förklaras av en tung arbetssituation inom sjukvården. Viljan att känslomässigt stödja föräldrarna finns, men resurserna räcker inte till. Kanske delar av förklaringen också finns på individnivå. Kanske är en person som känner rädsla och obehag inte rustad för att möta de starka känslor som födelsen av ett dött barn innebär. Till viss del kan utbildning och handledning troligen motverka ett okänsligt bemötande. En ökad beredskap för att stödja personal som känner rädsla kan vara befogad, liksom tolerans och öppenhet för att personal befrias från uppgifter som är svåra att utföra. Det kanske också är orimligt att tro, att det helt går att undvika att ett bemötandet uppfattas negativt. Vad som uppfattas som en kränkning är individuellt och föräldrarna är troligtvis extra känsliga efter att deras barn fötts dött, vilket möjligen kan medföra att handlingar tolkas på ett sätt som inte var avsett. Rädslan för att säga något som kan upplevas som negativt får dock inte hindra personal att våga möta föräldrarna.

Referenser

Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. Stillbirth is no longer managed as a nonevent a national study in Sweden. Birth and issues in perinatal care 1996;23:4:209–215.

Self help groups getting started – keeping going. Judy Wilson, Longman, England 1986.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

I avhandlingen "Att föda ett dött barn", förmedlade många kvinnor att de fortfarande tre år efter barnets födelse var ledsna, sårade eller arga över något som personalen gjort eller sagt

Jag ville ha mitt barn på magen, i min famn med en gång när hon föddes fram. Barnmorskan lät väldigt undrande och frågande över detta. Vill du det nu!? Sa hon. Sedan virades barnet in i filtar innan jag fick hålla henne. Detta gjorde att vi blev ännu räddare. Vi vågade inte mer än glutta under filtarna. Vi vågade inte titta ordentligt.

*

Jag tycker att jag fick vänta länge innan de vägde och mätte mitt barn. När de sedan gjorde det så lade de honom i en handduk, det tycker jag kändes obehagligt som om han var smutsig på något vis.

*

När jag och min man kommit till ro och låg ock höll om varandra och äntligen somnat ifrån allt så kommer någon inklampande och påstår att vi ska flytta upp på BB. Ett misstag naturligtvis, men ändå. Tio minuter senare kommer samma människa in och väcker oss igen och vill flytta oss till en gynekologisk avdelning, mitt i natten från vårt trygga rum där vi bott i två dygn. Vi fick ligga kvar under protest.

*

Jag och min sambo hade kläder med, vi planerade att tvätta barnet och klä på honom (det här var på andra dödsdagen). Då sa en barnmorska: i sådana här fall används sköljen och vita kläder, det gör någon ur personalen här ute.

*

Vi fick inte ta upp henne och när personalen skulle väga och mäta henne så kastade de en handduk, som vi upplevde, vårdslöst över henne när de skulle köra ut henne.

*

Två timmar efter barnets födelse bytte vi barnmorska, denna hade mycket svårt i den situationen. Jag fick ta av mig mina vanliga kläder som jag fött i (av vilken anledning?), de var inte smutsiga. Hon nonchalerade barnet och knuffade bryskt bort

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

sängen för att den stod ivägen. Hon gjorde också en del antydningar om att det inte var okej och normalt att vilja vara tillsammans med sitt barn så länge (vi träffade henne drygt fyra timmar), hon störde oss. Mitt blodtryck (tror jag) sjönk och barnmorskan tvingade mig att flytta över i en hissbar säng, under hela den tiden kunde jag inte hålla barnet. I detta läge var barnmorskan som förlöste mig kvar. Hon gav mig responser att detta var en onödig åtgärd, det hade räckt med några kuddar under benen. Detta var en svår situation att lösa, helt förståeligt, detta förringar ändå inte hennes beteende.

*

När jag äntligen bestämt mig efter mycket påtryckningar från personalen för att se barnet för att det var bäst för sorgearbetet, men när barnmorskan visade barnet, påpekade hon konstiga saker och visade det med att öppna filten. Det gjorde mig väldigt ledsen, sen tycker jag att hon skulle ha frågat om vi ville att hon skulle vara kvar. Vi ville vara själva.

*

Den barnmorska som "tog emot barnet" efter sista krystningen höll aldrig, tog aldrig i barnet utan barnet gled ner i fotändan där det låg tills jag böjde mig fram för att se det. Inte ett ord till tröst. Fy vilken människa, hon kunde bli rörmokare eller något, men inte barnmorska. Annars var den övriga personalen underbar, men henne förlåter jag aldrig.

*

En barnmorska satt för länge i samma rum och studerade oss hur vi skulle reagera. Hon kunde istället fråga om vi behövde stöd eller om vi ville bli lämnade ensamma med barnet.

*

Eftersom förlossningen drog ut på tiden träffade jag två olika barnmorskor. Den andra barnmorskan och hennes biträde som gick natt tyckte jag utstrålade inställningen "måtte inte barnet komma innan vi slutar". Allting gjordes snabbt och de skyndade sig ut ur rummet, de pratade egentligen inte till mig.

*

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Under förlossningen tog barnmorskan ut barnsängen och CTG-maskinen och läkaren tjatade om obduktion endast någon timme efter förlossningen.

*

Barnmorskan som förlöste mig bar sig väldigt konstigt åt. När jag låg i värkar fanns hon inte i rummet, när jag ville ha smärtlindring var hon undvikande. När jag kände att jag behövde krysta, fick undersköterskan springa och leta efter henne. Jag fick då försöka hålla tillbaka krystningarna. Hon skyllde på att det var så mycket pappersarbete att göra, därför fanns hon inte till hands.

*

Efter en viss övertalan från en läkare att jag skulle föda fram barnet helt själv kommer det in en annan läkare utan egentlig anledning och tar ut vårt barn med tång, utan att fråga eller säga något. Det gjorde oss enormt ledsna. Den läkaren är anmäld till hälso-och sjukvårdens ansvarsnämnd.

*

Vi bytte barnmorska för den vi hade först hade vi inget förtroende för. Hon var oerfaren. Hon poängterade för starkt vilken underbar förlossning det kunde bli när barnet var dött och att vi skulle få det så fint och hålla i barnet, när jag var helt borta och bara ville ha bort det ur magen. Hon gav heller inga raka besked på några frågor. Velade och svamlade en massa. Det är bättre att svara rakt och ärligt.

*

En gravid (!) läkare kom och undersökte mig under förlossningsarbetet. Usch!

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Att arbetet på en förlossningsavdelning inte alltid innebär lycka utan även sorg förmedlar Meta i boken "När möte blir avsked"

Vara nära, lyssna och finnas till

"Jag älskar mitt arbete som barnmorska och har aldrig ångrat mitt yrkesval, trots att det inte alltid är glädje. Även den sorgliga delen i mitt arbete har berikat och utvecklat mig som människa. Jag känner en större ödmjukhet inför livet. Om jag kan medverka till att göra en förlossning där barnet dör till ett ljust minne, trots all tragik, känner jag mig tacksam.

När det gäller sådana här situationer tror jag att det är svårt att dra gränsen mellan yrke och privat. Jag kan det inte i alla fall. Det är lyckligtvis så sällan som barn dör att det oftast inte blir något problem. Det är viktigt att vi stödjer varandra som personal och hjälps åt. När ett barn dör är det svårt även för mig som barnmorska, ibland väcks starka känslor. Det är också viktigt att vi kan säga ifrån. Idag orkar jag inte vara med vid en förlossning med dött barn, jag har så mycket andra bekymmer just nu och känner att jag inte kan vara ett bra stöd. Känner man sig ny och osäker, måste man våga att be om hjälp, av en mer erfaren kollega. Jag tror att en del känner att ett dött barn inte riktigt är ett barn, en människa. Visst kan det vara svårt med ett gravt missbildat barn. Men det är ett barn, föräldrarnas barn. Det är då ännu viktigare att vi som personal förhåller oss så naturligt som möjligt till barnet. De gånger barnen är missbildade, huden börjat lossna eller när de är insmorda i sin egen avföring är det svårare för föräldrarna att närma sig sitt barn. Vi måste förklara för dem varför barnet ser ut som det gör och visa för dem att det inte är farligt att ta på barnet. Vi måste visa det genom att själva våga göra det. Mitt kroppsspråk avslöjar mitt förhållande till det döda barnet, jag tror inte vi kan ljuga med det. Känner vi att vi är rädda för kontakten med ett dött barn eller dess föräldrar bör vi inte vara ansvariga för föräldrar i den här situationen. Vi kan aldrig bli fullärda eller några slags vårdproffs på att ta hand om föräldrar till perinatalt döda barn. Bakgrund och behov hos föräldrarna varierar. Det viktigaste tror jag är att vara lyhörd. Vi kan få

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

kunskap genom att prata med andra och diskutera på våra arbetsplatser. Det är klart att det går att ställa upp vissa stolpar om vad man inte bör glömma vid förlossningen. Exempelvis bör föräldrarna se sitt barn, vi kan samla minnen från barnet och fotografera. Hur man sen gör dessa saker och på vilket sätt går inte att på förhand säga. Det är viktigt att vi följer upp föräldrarna och att de känner att de kan återvända till oss om de önskar det. Hur varje enskilt omhändertagande sedan blir vet vi inte förrän efteråt. Har man varit med några gånger vid liknande händelser är det naturligtvis lättare att veta hur man bäst hjälper föräldrarna. Det är ofta den egna rädslan det handlar om, och som visar sig i osäkerhet mot de föräldrar som kanske har en avvisande attityd. Det kan vara svårt att stå på sig och råda föräldrarna att göra saker, som de kanske inte uppskattar förrän långt senare. Vi ska visa på möjligheter, men det är föräldrarna som ska styra. Vi ska inte tränga oss på och gå händelseförloppet i förväg så att föräldrarna inte hinner med. Vi får inte tvinga in föräldrarna i ett stelt schema och bli okänsliga för själva skeendet."

(Metas berättelse ur *När möte blir avsked,* Liber 1998.)

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Brevet från Kristina

Det här är kopian av ett brev från en kvinna som fött ett dött barn och som hon skickade till verksamhetschefen på den klinik där hon födde barnet. Brevet är återgivet i sin helhet men namnen är ändrade av hänsyn till de inblandade.

Att förlora ett till synes friskt barn intrauterint i början av vecka 42, efter en helt perfekt graviditet, är det värsta jag och min familj drabbats av. Jag vill med dessa rader bidra till att förbättra förlossning och eftervård i liknande fall som vårt. Mycket har redan skrivits rent allmänt om hur man går tillväga. Därför kommer jag att berätta hur vi upplevde vår förlossning på Din klinik, och peka på vad som var bra och vad som var dåligt. Meningen är inte att smutskasta någon personligen, utan att hjälpa till genom att påpeka några detaljer, som är nog så viktiga i en krissituation som denna.

Jag hade mycket förvärkar i början av vecka 42 och jag tyckte att fosterrörelserna avtog. Jag ringde till förlossningen och togs emot av en vänlig barnmorska som tyckte att vi skulle komma in. Ingen av oss hade nog på riktigt insett allvaret, förrän barnmorskan med något stelt i blicken förde CTG dosan över min mage, hon hittade ingenting! Alldeles tyst och utan att möta min blick kände hon på min mage. På en gång förstod jag att det var slut. Det slog lock för öronen och jag vände mig bort. Jag hörde något om att "hämta Jan", "göra ultraljud". Hon borde naturligtvis ha pratat om vad hon gjorde, säga att hon inte hittade hjärtljud. Jag vet att hon inte får ställa diagnos och att hon därför ska tillkalla läkare, inte bara "Jan". Efter en stunds väntan kom så läkaren och vad som sedan sker är för alltid etsat i mitt inre. Han stiger fram till britsen där jag ligger helt apatiskt, med min skräckslagne man vid min sida, läkaren lägger armarna i kors över bröstet och säger: "Hur var det här då?" Tyst i rummet, ingen vågar ta till orda, jag tiger och han stirrar. Till slut får jag fram: "Kanske du kan fråga någon annan, det är svårt att tala".

Han kan ju orimligtvis ha kommit in utan att veta någonting om varför han skulle undersöka mig, om det var så är det ett stort fel

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

enligt in mening. Barnmorskan borde väl rimligen ha förvarnat om att barnet förmodligen var dött? Att i det läget komma in och avkräva mig en diagnos! Ingen hade ju informerat mig ännu, vad skulle jag svara? Barnmorskan hade fortfarande inte sagt huruvida hon såg några livstecken eller inte. Inte ville vi fråga heller, "Nej säg det inte, vi vill inte höra." Sedan minns jag bara att läkaren gjorde ultraljudet på min mage som drog ihop sig med jämna mellanrum. Det var fruktansvärt och jag vägrade att titta på skärmen. Läkaren mumlar medan hans blick vilar på vårt barns stillnade hjärta. "Ja, misstanken är nog tyvärr riktig.... då frågar man sig förstås vad som har hänt här...". Sedan börjar han en för mig meningslös utfrågning angående min graviditet, om jag haft infektioner med mera. Jag lyssnade inte alls, skakade bara på huvudet (jag hade alla mina MVC papper med mig). Barnmorskan frågade om vi ville vara ensamma en stund och det ville vi. Jag gjorde helt kort klart för min man att "Det här barnet klarar jag aldrig av att föda, det får du ordna".

När läkaren, barnmorskan och biträdet sen kommer tillbaka försöker min man förklara detta för dem. Då börjar läkaren ett anförande om att man inte "opererar ut barn hur som helst" att det är en större risk och så vidare. Han sa också att det ur psykologisk synpunkt är viktigt att själv uppleva sin förlossning och möta sitt döda barn.

Jag försökte desperat förklara att jag absolut inte ville fly från min förlossning eller mitt döda barn, jag ville inte bli sövd. Jag ville bara som jag då tyckte, få lite rimlig hjälp att få fram barnet med kejsarsnitt. I detta läge kändes en vaginal förlossning för mig oerhört mycket mer riskabel. Vid min första förlossning höll jag på att förblöda på grund av en biplacenta som inte ville komma ut, jag förlorade över två liter blod. Dessutom hade jag funderingar att jag kunde få hjärnblödning när jag krystade, eftersom jag lätt fick blodbristningar i ansikte och ögon. Visshet en att barnet dessutom var dött gjorde det obehagligt varför jag skulle utsätta för denna risk, dessutom helt i onödan, för jag visste det inte skulle gå, och så skulle det bli ett akut snitt i alla fall och då skulle jag kanske bli sövd mot min vilja. I det här läget

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

borde inte läkaren gått in i någon argumentation med oss. Bara mött vår skräck med något lugnande ord att vi kunde diskutera oss fram till en bra lösning och att det skulle gå bara fint. Han kunde ha sagt att en vaginal förlossning vore att föredra men att vi kunde prata igenom hur vi skulle göra senare.

Man frågade oss om vi ville åka hem, annars fick vi gärna stanna. De tyckte i alla fall att vi borde åka hem och bearbeta detta en tid – det var vi helt överens om, vi ville bara åka hem. Den som bäst bemötte oss mitt i eländet var nog biträdet. Hon kom fram och tog min hand och klappade om oss emellanåt, det behövs så lite. Vi fick namn och nummer till sköterskan på den avdelning vi skulle till. Jag fick själv ta kontakt med henne. Jag tycker det hade varit till stor hjälp om någon ringt oss för att höra hur vi hade det.

Klockan åtta, två dagar senare, möttes vi av ett soligt leende biträde, som presenterade sig och frågade om jag kom med värkar. "Nej, jag kommer med ett dött barn" fick jag fram. Detta hade kunnat besparats både henne och oss, om man varit förberedd på att vi skulle komma klockan åtta och vi kunde ha frågat efter någon speciell. Vi blev hänvisade till väntrummet och där blev vi sittande i 30 minuter, mycket dåligt. Så småningom blev vi omhändertagna i ett undersökningsrum. Vår nya läkare, Björn kom, han skulle bli vårt stora stöd en lång tid framöver. Vi kände på en gång att vi kunde överlämna oss i hans vård. Lugnt och allvarsamt gick han igenom vad som skulle ske. Man hade sagt att det kanske skulle behövas gel för att mjuka upp livmodertappen och att jag då skulle bli inlagd på avdelningen i väntan på att förlossningen skulle starta. Björn ansåg dock att det hade mognat lite mer sedan sist och bedömde att man kunde börja direkt med dropp, detta till vår stora lättnad. Det hade varit mycket plågsamt att ligga på avdelningen. Provtagning och andra förberedelser tog cirka tre timmar innan man äntligen satte droppet klockan tolv. Vi kände påtagligt att så länge jag inte hade ont var vi lågprioriterade. Det gick långa stunder då vi blev lämnade och ingenting hände. Det var fruktansvärt frustrerande. Det skulle ta

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

ytterligare tre timmar innan värkarbetet kommit igång på allvar. Vi hade gärna sett att man ökat på droppet lite snabbare.

Vid personalskiftet fick vi en ny barnmorska som vi kände igen, Anna, hon var vår barnmorska större delen av vår förlossning för tre år sedan. Detta var givetvis en slump men det betydde oerhört mycket för oss. Sedan hon tagit över blev allt annorlunda. Hon fick oss att känna att det faktiskt var vårt lilla barn som höll på att födas. Hon talade om hur hon brukade göra om barnet var dött och frågade oss hur vi ville ha det. Hon ökade droppet eftersom vi parerade värkarna förhållandevis bra med hjälp av lustgas och andning. Björn tittade till oss och sa att vi var duktiga. Det var ljuv musik att höra för en som aldrig känt sig så liten och ynklig någon gång. I knappt tre timmar hade jag jobbiga värkar innan det var dags att krysta. In i det längsta ville jag klara mig utan bedövning. När det sedan blev outhärdligt var det i stort sett för sent, barnet var på väg. Att föda fram den här gången var förstås helt annorlunda än för tre år sedan. Jag grät, skrek och använde lustgasen nästan hela tiden. Jag bedövade mig med lustgasen så att jag hade svårt att samarbeta. Ganska snabbt kom dock huvudet fram, men sedan fastnade axlarna. Ett tag trodde jag att det var över på grund av all lustgas men Anna skakade om mig och fick kontakt och plötsligt insåg jag att jag måste få ut bebisen. Då tog jag i och ut kom vår son.

Vad som sedan hände i förlossningssalen skulle kunna ses som en solskenshistoria, om man skulle glömma att tillägga att vår vackra gosse som låg så fint på mitt bröst, inte andades. Vår son blev så fint omhändertagen av varsamma händer. Anna frågade om vi hade ett namn åt honom och så fick han heta Hannes. Han fick en fin namnskylt, blev tvättad, vägd och mätt. Anna tyckte inte det var så konstigt att han hade fastnat då han vägde 3,9 kilo och var 55 centimeter lång. Hon ville heller inte ta i för mycket för att han inte skulle bli skadad. Anna berättade genast att så vitt hon kunde se var han helt felfri, det var mycket viktigt att få höra. Han såg ju lite eländig ut efter sina dagar död i min mage och lite mörbultad efter förlossningen, det är lätt att tolka något sådant som att det är något som är galet. Min man fick hålla sin

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

pojke i famnen medan jag blev sydd, det är en fin bild bevarad i minnet. Sedan låg Hannes i sin lilla säng och vi fick stanna på förlossningssalen så länge vi ville och det kändes bra.

Tyvärr hann Björn gå av sitt pass innan Hannes kom klockan 18.30, men innan dess lovade han höra med avdelningen om det gick bra ifall vi ville ha barnet med oss dit, han sa även att vi kunde få tala med barnläkare om vi ville. För oss var det helt naturligt att Hannes skulle följa med oss och ingen annan. Så det var redan avgjort trodde vi. Då klev den nya jourläkaren in, Jan, densamma som gjorde ultraljudet och som ställde diagnosen av vårt barns död. Tyvärr gjorde han sitt bästa för att strö salt i såret. Återigen gick han igenom argumenten för vaginal förlossning, ville han få bekräftat att han haft rätt? Vidare slog han ned på vår önskan att få träffa barnläkaren som Björn hade föreslagit, "Det blir nog svårt, de har gått för dagen, det finns bara jourläkare", underförstått, de har inte tid med er och ert barn. Vi fick stå på oss och vi berättade vad Björn hade sagt och till slut så lovade han att kolla om det gick att få en barnläkare till förlossningen. Dråpslaget kom när Jan hörde att vi tänkt ta Hannes med till vårt rum på avdelningen, "Hörni ni, det är en vanlig vårdavdelning och där springer folk hur som helst, så det är nog inte å lämpligt". Som tur var hade vi fått så mycket stöd från barnmorskan och från Björn att vi vågade stå på oss, Björn hade redan kollat med avdelningen och de hade sagt ja. Så fruktansvärt okänsligt att säga till två nyblivna föräldrar att det vore olämpligt att ha sitt barn hos sig. Att barnet är dött gör det ännu mera obegripligt, detta var vår enda chans att få lära känna vår lille son. Vi visste ju att vi snart måste skiljas för alltid. Istället för ett helt liv, fick vi några korta timmar på sjukhuset och nu ville han ta ifrån oss dem också. Lite senare kom han dock för att meddela att det gick bra. Tacka för det, allt var ju redan ombesörjt av Björn, fattades bara att han skulle riva upp det. Att låta meningsskiljaktigheter på det här viset gå ut över patienterna är enligt min mening mycket oprofessionellt.

Klockan kvart över nio fick vi komma upp på avdelningen, det var bra. Vi fick ett enskilt rum med säng till min man också. Per-

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

sonalen var gulliga och menade att de skulle försöka ge oss lugn och ro, vi fick säga till om vi ville något. Trots det blev det ändå rätt mycket spring av olika människor kan jag tycka. Måste man verkligen ha så mycket rutiner?

Dagen efter förlossningen, när vår stora flicka hade fått se sin lillebror, kom vår barnmorska Anna, till avdelningen. Vi förstod att hon var angelägen att vara den som tog ner Hannes igen, för att det skulle bli ett fint och bra avsked. Det ska hon ha en eloge för. Detta som var det svåraste av allt hitintills, blev ändå till ett fint minne. Följande dag åkte vi hem efter att vi haft ett långt samtal med vår doktor Björn. Han fick oss att känna att detta var inte slutet, utan snarare en början av en lång och trygg kontakt. Utan den hade vi inte stått där vi nu står. Vi bokade in flera besök och ordnade med sjukskrivning. Vid ett av återbesöken var även vår barnmorska Anna med och det var mycket värdefullt. Barnmorskan blir en mycket viktig person, hon är den som var med, hon vet hur det var. Vi hade gärna träffat henne flera gånger, men har tvekat att be om det.

Efter att ha börjat arbeta halvtid igen mådde jag mycket dåligt, fick plötsligt hjärtoroligheter, då hade jag också god hjälp av en kurator på sjukhuset. Men det svåra är att när man mår som sämst, att då orka ta kontakt och säga: "Jag behöver hjälp". Mer uppsökande verksamhet vore att föredra. Tack vare att vi aldrig bröt kontakten med Björn kände vi att vi ganska snart vågade försöka på nytt, eller kanske vi ville passa på medan han fortfarande fanns till hands för oss? Så nu är vårt tredje barn på väg och hittills har graviditeten efter omständigheterna gått fint. Det tog mig cirka ett år att få dessa rader på pränt. Det blev långt och personligt fast det inte var meningen. Men det är svårt att begränsa, då det ofta är detaljerna som är betydelsefulla.

Många hälsningar Kristina

Kristina fick aldrig något svar från verksamhetschefen på sitt brev men hon har hört att han visat det för personalen och att de har fått ta del av hennes berättelse.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

I maj 1998 publicerade Svenska Dagbladet en artikelserie om barn som dör vid tiden kring födelsen. Den första artikeln hade rubriken "Att föda ska ju vara att ge liv" och innehöll autentiska dagboksanteckningar från en mamma som mist sitt barn. Artikeln återges här i sin helhet. Den ger en levande bild av hur det kan kännas som patient och artikeln är ett exempel på hur omvårdnadspersonal kan möta familjen. När ett barn föds dött behöver det inte enbart vara en negativ och fasansfull upplevelse. Dagboksanteckningarna ger oss en möjlighet att förstå hur ett kärleksfullt föräldraskap kan växa fram, i en mycket svår stund.

Att föda ska ju vara att ge liv – Annikas dagbok

Måndag 8 december. Lugnet före stormen.

Magen håller sig ovanligt lugn. Så mycket som den sparkat senaste tiden tycker jag det är ganska skönt med vila. Jag nämner för Anders att det känns lite ovanligt, han kollar i Boken (allt värt att veta om barn och graviditeten finns där). Han läser högt för mig: När förlossningen närmar sig kommer rörelserna som visar att barnet vänder sig att minska, eftersom det har fått mindre rörelseutrymme. /... / och du behöver inte bekymra dig om rörelsemönstret ändras påtagligt och plötsligt, framför allt inte om rörelserna minskar i intensitet eller frekvens. Det låter som om barnet skulle kunna ta en paus ibland.

Tisdag 9 december. Världen rasar.

Sista jobbveckan innan jag går på mammaledighet, mycket ska avslutas och överlämnas in i det sista. Fram och tillbaka till Göteborg. Jag kollar för säkerhets skull att man får flyga i nionde månaden. Datumet med stort D, 27 december 1997 ska vi få barn. Jag räknar dagarna nu, inte långt kvar. Klockan är två på eftermiddagen och jag sitter av tid på Landvetter. Jag ringer Pernilla och skvallrar om mötet. Så ringer jag Ulla, barnmorskan, för säkerhets skull. Ulla säger att en lugn mage inte behöver vara

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

nåt farligt alls, men "kom för säkerhets skull redan idag, klockan fem när mina vanliga besök är slut". Jag blir glad att hon kunde ta emot på en gång, men samtidigt lite oroad att hon uppenbarligen tyckte det var bråttom. På väg från Arlanda i taxin ringer jag Anders. Jag minns att jag säger "antingen är det ingenting, och då går det på fem minuter. Eller så är det allvar, och då är det lika bra att du är med." Han kommer, vi ser på varandra men säger inte så mycket. Ulla tar fram CTG:n, en slags mikrofon som hon kör över magen. Vi har hört den flera gånger förut, hjärtljuden som låter som en galopperande häst. Den här gången är det annorlunda. Man hör nåt, men inte de där tydliga snabba slagen. Ulla rör inte en min. Jag börjar gråta. Hon säger: – Jag önskar jag kunde säga nåt nu som lugnade er, men det kan jag inte. Det går inte att avgöra nånting. Jag föreslår att ni åker till Karolinska på en gång, så får ni besked. Taxichauffören kör som en dåre genom stan. Han har uppfattat att det är akut till Förlossningen, och frågar nervöst: "Har vattnet gått?" Nej då, säger vi i mun på varandra, jag blir lite full i skratt. Han skulle bara veta att det är två hela veckor kvar. När vi kommer till Förlossningen behöver vi inte ens säga vad vi heter. Ulla har ringt och förvarnat. En tjej i receptionen säger bara "Hej" med förstående lite allvarlig blick, och tar oss till ett undersökningsrum. Fyra kala väggar, inte ens en dörr utan ett skynke med kossor på. Konstiga detaljer som fortfarande sitter fast i minnet. En barnmorska kommer in, kör samma CTG som Ulla, samma konstiga susiga odefinierbara ljud. Hon ser ganska allvarlig ut. Hon säger att "det är bäst att doktorn kommer, han är här om tio minuter". De är de längsta tio minuterna vi upplevt på länge. Så kommer läkaren. Han har en ultraljudsapparat med tv-skärmen vänd mot sig, vi ser ingenting. Han kör en grej över min mage, fram och tillbaka. Det är tyst i rummet. Så otroligt tyst. En barnmorska står bakom honom. De rör inte en min, det känns som evigheter och tystnaden är oändligt lång. Till slut står jag inte ut längre, och frågar: – Ser du ingenting? – Jo det gör jag, säger doktorn. Barnet lever inte. Jag skriker och gråter, Anders omfamnar mig och vi gråter båda i varandras famnar. Vad sa han egentligen? Barnet lever inte? Jag hör någon som gråter högt och förstår att det är nog jag

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

själv? Han har fel, det är inte på riktigt. Den där doktorn har fel. – Om ni vill kan vi titta på en annan apparat, en större och bättre. Självklart vill vi det. Nu ska vi få veta sanningen, han kan ha fel. Jag lägger mig på en ny brits, och ser att mina ben bara skakar, jag är så chockad. Denna gång får även vi se på skärmen. En jättestor skärm. Vårt barn är stilla. Helt stilla. – Här är lite vätska i buken, vilket tyder på att ert barn varit dött i minst ett dygn, säger han så sakligt, läkare som han är. Anders vill att vi gör kejsarsnitt meddetsamma, ut med den, fort! Doktorn förklarar att man brukar föda fram barnen, hur konstigt det än låter. Vi kan vara kvar, åka hem, ta prover, eller... Jag vill hem. Bort. Det händer inte på riktigt. Efter en stund ringer vi hem till mina föräldrar. Pappa är där på nolltid. Aldrig nånsin förut har jag sett min pappa gråta, men stora starka pappa gråter, som ett barn. Hur kan det få hända? Varför?

Onsdag 10 december. I dvala.

Anders och jag kommer in till förlossningen. Allt är som en overklig dröm, en mardröm. Flera dagar tillbringar vi i detta rum. Tre hela dygn av väntan, förtvivlan, gråt och prat. Vi får besök av närmaste familjen. Vi ringer vänner och kollegor, gråter och berättar. För varje gång man pratar med någon känns det litet mer verkligt. Gång på gång berättar vi samma historia, varje gång blir den otäcka sanningen något klarare för oss också, att detta verkligen händer. Jag som mått så bra hela tiden, oförskämt bra. Jobbat heltid in i det sista, inga illamåenden, inget ryggont, ingenting. Jag har följt alla kurvor, alla värden har varit perfekta. Chocken är total. Jag får nån gelbehandling med jämna mellanrum för att livmodertappen ska mjukas upp, men det tar tid. Jag har vårt lilla döda barn i magen, som på nåt sätt ska komma ut. Det låter otäckt vid första tanken, att behöva föda ett dött barn, men det är ändå vårt barn. Jag känner mer och mer att en vanlig förlossning är det mest naturliga. Jag vill inte snitta längre som var första tanken. Han eller hon har ju funnits hos mig i nära nog nio månader, vi känner ju varandra. Jag vill föda.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Fredag 12 december. Äntligen.

Jag känner mig redo, jag vill föda barn. Klockan sex på kvällen får jag dropp. Jag känner att det börjar, men det är inte alls farligt. Vid kvart i elva på kvällen kommer barnmorskan, det är fortfarande bara öppet tre centimeter, men hon når precis att ta hål på hinnorna, så vattnet går. Äntligen! Värkarna blir starkare, kommer oftare och nu gör det ont. Anders hjälper mig att prova lustgasen, men det är inget för mig. Barnmorskan kommer in och säger: "Tänk att du ska göra en resa. Du behöver inte göra nånting själv, du ska bara följa med och slappna av. Det är nån som skjutsar dig på cykel, du ska inte bromsa med fötterna. Håll upp fötterna från marken, och låt dig bara åka med, kroppen sköter resten själv." Jag känner hur kroppens egen kraft tar tag i mig. Man vet precis hur man ska ta i, man bara följer med. Jag blir uppspelt och får nya krafter, nu är det dags! Snart kommer den vi väntat på! Efter en stund säger de till mig: "Nu kan du känna huvudet, det är på väg ut". Jag känner försiktigt mellan benen, men vågar inte titta samtidigt. Jag fäster blicken på en av barnmorskorna, och känner nåt runt där nere som är på gång ut i världen. Hon vänder sig till Anders och säger "Nu kan du knäppa upp Annikas skjorta så vi har nånstans att lägga barnet". Som om det vore det mest naturliga i världen, och det är det nog. Anders gör som han blir tillsagd, kramar om mig och tittar mig i ögonen. Nu kommer hon vilken sekund som helst. Underbara barn. Lilla fantastiska mästerverk. Barnet ligger på min mage, så rosa och fin som nyfödda är. Vi tittar en lång stund, gråter och skrattar. Det gick så bra, vi hade fött barn! Hon blundar, som om hon sov. – Vad blev det? säger Anders efter en stund. – Vet inte, titta själv! säger barnmorskan. Och vi tittar, Anders lyfter försiktigt på handduken, och ännu mer försiktigt på det lilla benet. En flicka. Jag ser på Anders när han håller vår flicka. Bar överkropp mot naken bebis. Jag inser att klockan noll noll fyrtiotre på luciamorgonen föddes inte bara vårt första barn, i samma stund föddes Pappan i Anders. Det blev så synligt, hans ögon fullkomligt lyste av stolthet och lycka. Det känns konstigt att vara lycklig i den stunden, men det är vi. Hon ska heta Kajsa, det bara kom när vi såg henne. En liten Kajsa, alldeles rosa och jättefin.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Ögonen var stängda, precis som på ett sovande barn. Hon är varm genom min kroppsvärme, inte på något sätt vanskapt som jag hade fruktat. Jag ringer mamma, de är där efter en liten stund. Alla är glada men gråten är nära, det är en märklig obeskrivbar känsla. Att föda ska ju vara att ge liv. Det känns så snopet att inte få ge henne ett liv, så fin hon är där hon ligger åter i min famn. Men ändå så fantastiskt – vi får möta vår efterlängtade dotter. 49 cm lång, 2 710 gram. Lilla Kajsa. Lilla Lucia. Vi gör avtryck av foten och handen som en teckning på ett litet papper. Hon lindas i en liten filt och läggs i en liten säng på hjul. "Ni får ha henne så länge ni vill" säger de till oss och vi lämnas ensamma. Härligt. Jag är pigg, tar en dusch. Vi får te, mackor och juice på sängen, Kajsa är med oss. Vi är en familj. Nästa dag kommer fler i familjen. Det känns bra att fler har sett henne, det blir verkligare då. När vi ser henne igen, är hon fortfarande lika fin, men lite stelare. Hon får på sig en liten söt vit skjorta med spetskrage som Anders haft, någon i släkten har sytt den. Vi bestämmer oss för att inte behöva se henne mer, vi har som vackrast minne av henne precis vid födseln, foton har vi också. Nu blir hon med tiden inte vackrare, tvärtom. Vi ringer till släkt och vänner, pratar och gråter igen. Kusiner och kompisar kommer på besök, blommor fullkomligt flödar in.

Måndag 15 december. Tomheten.

Dags att åka hem. Det känns förfärligt. Här har man gjort allt. Gått igenom en hel graviditet. Gått igenom en riktig förlossning. Vi har fått barn, men vi får ingen med oss hem. Det är ett helvete. Vi packar vår väska, mamma kommer och hämtar. Anders och jag går sakta genom sjukhusets korridor, kramar en del barnmorskor på vägen. Men vi är ensamma. Vi är så fruktansvärt ensamma där vi går. Några dagar går, vi är förlamade av sorg och gråter mycket.

Fredag 19 december. Begravning.

Begravning. Det är för jävligt. Jag har inget bättre ord. Orättvist, ofattbart. Kistan är så liten, där är hon, smyckad i blommor. Vi lägger dit nallen och elefanten som hon fått i gåva. Dem ska hon

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

ha med sig. Anders och jag sitter längst fram. Vi sjunger "Trygga Rekan". Prästen talar till oss, det går rakt in i hjärtat. Jag tror jag grät rakt igenom hela ceremonin. Det var så vackert, så smärtsamt. Men ändå en lättnad. Nu hade vi tagit avsked, på riktigt. Vi åt lunch hemma i stan alla tillsammans. Alla fick se bilderna vi tog vid Kajsas födelse. Vi satt tillsammans ända till kvällen. Samtalsämnena varierade, det kändes skönt att vi kunde skratta, samtidigt som man hela tiden var medveten om varför vi var där. Det räckte.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

När jag arbetade med den här boken fick jag möjlighet att ta del av ytterligare utdrag ur dagboksanteckningarna från Kajsas mamma, de tar vid där artikeln slutar. Annikas dagbok ger en uppfattning om hur det kan kännas en tid efter, frågor som väcks och hur viktigt omhändertagandet är vid återbesöken efter förlossningen. Dagboken är också ett tydligt exempel på hur en människa i kris kan reagera starkt, såväl positivt som negativt inför det som många som arbetar inom sjukvården betraktar som rutinomhändertagande. Det viktiga i texten är Annikas upplevelse i en speciell känslig och utsatt situation, snarare än det faktiskt beskrivna agerandet från barnmorskan eller läkaren.

22 december

Märklig känsla det här med uppfattning om tid och rum. Det känns som ljusår har gått, begravningen var minst för ett halvår sedan, men ändå så nära. I förrgår! Hon föddes för länge sen, men EN vecka har gått! Samtidigt minns vi varenda detalj. Ordagrant vad folk sa, tonfall, detaljer och färger på kläder eller inredning, exakta positioner hur folk stod eller gick, man minns allt, allt. Det är som om det vore graverat i minnet. Ändå så avlägset, som om det fortfarande kanske inte hänt. Anders sa häromdagen att han har en känsla av att allt vi gör nu gör vi för allra första gången. Det är som om vi varit borta på andra sidan jordklotet, länge länge, kommit hem och nu ser världen med helt andra ögon. Vi tänker före och efter kajsa. En helt annan epok, helt annat liv. Precis två veckor har gått då allt detta har hänt. På två små veckor har vi förändrats från lyckliga förväntansfulla blivande föräldrar till två människor i förvirrande kaos och rent helvete. Grunden vi står på rycktes undan, på några sekunder och jag antar att detta kommer att prägla våra liv för all tid framöver.

Några dagar i dimma förflyter efter begravningen, vi är förlamade av sorg och gråter mycket. Anders vaknar på nätterna och är ledsen, jag tröstar. Förlusten är ju precis lika stor för honom, men omgivningen fokuserar mest på mig. Det känns orättvist. Det måste vara väldigt jobbigt för honom. Alla riktar sig till mig

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

i första hand, jag har varit patienten, han är medföljaren. Jag är mamman som förlorat sitt barn, men han då? Det är klart, själva förlossningen var det bara jag som kunde genomföra, men nu då? Flera gånger under de här dagarna på sjukhuset har både personal och vår familj först pratat med mig och kramat mig. Det kan gå en halvtimme innan de frågar: "Och hur är det med dig, Anders?"

Vi tänker och känner olika. Eller enklare uttryckt, han tänker, jag känner. Jag gråter mer öppet, pratar och ältar mer än han. Jag längtar efter ett barn, få vara mamma och ta hand om Kajsas eventuella syskon. Jag vill pyssla om och känna mig behövd. Vill ha ett barn till, ibland nu på en gång, ibland aldrig mer. För varje dag som går då jag inte får vara mamma, känner jag mig tom och ensam. Jag längtar och längtar efter någon som kan låta mig vårda, som kan ta emot min kärlek och låta mig få vara den förälder jag förberett mig för så länge. Låter kanske själviskt, men att vara förälder är ju samtidigt det mest osjälviska man kan företa sig. Jag känner mig arg, berövad rätten att få vara någons mamma.

Han är lika ledsen, men på sitt eget sätt. Visar öppet sina känslor för mig, men inte när som helst, han kan kontrollera sig bättre än jag. Han tänker mycket på orsaken, vill veta varför, tar reda på fakta. Konkreta fakta, det hjälper honom att förstå. Jag känner att jag struntar i varför. Det värsta har ju redan hänt.

Den 14 januari

Utredningen tar fyra till sex veckor. Det är bra, det ska ta tid, det ska göras ordentligt. Så många blodprover som de tog på mig, antar jag att det tar ett tag att analysera. Vi har sagt ja till en obduktion, allt för att få svar på vad som kan ha orsakat detta helvete.

Strax innan jul när vi träffade läkaren fick vi ett preliminärt svar. De hade hittat nåt! Redan efter knappt två veckor! Vi blev jätteglada. Ett av laboratoriesvaren tydde på att jag hade onormalt

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

stor mängd blodkroppar från Kajsas blod i mitt. Det ska inte kunna ske, eftersom vi har två skilda blodsystem. "Hon har antagligen dött av blodförlust, blodet har gått över från henne till dig i en så kallad fetomaternell transfusion", sa läkaren. Anders och jag kände oss lättade att man kanske var lösningen på spåret, det är ju bara hälften av föräldrarna som får några svar alls! Vi är utvalda, vi är lyckligt lottade!

Frågorna hopar sig. Vad betyder det här? Varför hände det? Kan det hända igen? Tänk om vi haft olika blodgrupper – vad hade hänt då? Gick det snabbt eller långsamt? Kunde vi ha räddat henne? Är det något fel på mig? Kunde man ha upptäckt det tidigare? Vi blev väldigt nyfikna, och samtidigt rädda för vad svaren kunde ge. Läkaren skulle ta reda på mer åt oss, men det var inte lätt att stilla vår iver och det var dan före doppardan. Vi skulle få mer information per brev eller Fax, kanske redan samma dag om det fanns. Dagen gick. Julen gick. Allt fler frågor dök upp. Om hon dog av blodbrist, borde hon inte varit vit i hyn då? Är det något som alltid händer sent i graviditeten, kan man inte "plocka ut" barnet lite tidigare då? Om jag fick hennes blod i mig, borde inte jag känt nåt? Hade Kajsa ont? Är detta vanligt? Hur vanligt är det att det händer igen? Vad kan man göra för att hindra det nästa gång? Vågar vi bli med barn igen?

Två veckor senare skulle vi på återbesök. Något Fax med svar på våra frågor hade vi inte sett till, han hade inte hittat så mycket. Inte hittat så mycket? Men det skulle vi gärna velat höra. Som vi har undrat, spekulerat och fantiserat. Vi har slagit i lexikon, letat på Internet och ringt de i omgivningen som kan något om gynekologi. Väntan och ovissheten är olidlig, särskilt när man är sjukskriven och allt kretsar kring vårt döda barn. Det enda fasta i tillvaron är inbokade sjukhusbesök och en tyst Fax.

Vid återbesöket var vi ganska nervösa. Vad ska läkaren nu säga? Han är lite sen och vi får vänta en stund. Väntrummet är fullt av höggravida kvinnor och nervösa blivande fäder. Inget för oss. En barnmorska vi känner igen leder oss till ett eget rum att vänta i,

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

hon förstår. Rummet vi får är mycket bekant. Vi har varit där förut. Det var där vi fick Beskedet. Det var där jag låg, rummet med kogardinerna, rummet med den fruktansvärda tystnaden, innan läkaren bryter den med sina förfärliga ord "Jo det gör jag, och barnet lever inte." Vi sätter oss ner, säger ingenting. Anders verkar ganska oberörd, men jag kan inte hålla tillbaka tårarna. Kan inte vara kvar, vi går ut båda två och väntar hellre i korridoren.

Läkaren kommer, vi slår oss ner i ett rum. Han verkar stressad, berättar att det är mycket att göra. Det intresserar faktiskt inte mig. Jag är här nu, det är jag som är patient. Läkaren berättar att min journal inte går att finna, borta! "Det är så här kring nyår, vi registrerar om alla patienter, så den måste vara nånstans..." Anders och jag blir förvånade, men det är väl inte så mycket att göra åt. Journalen kommer nog fram. Läkaren har svar på flera av våra frågor om blodgrupper, men vi konstaterar snopet att idag går det inte att få någon information alls om hela utredningen, som vi hade hoppats på. Vi pratar allmänt om hur vi mår, blir sjukskrivna en månad till. Innan vi avslutar går han för säkerhets skull ut och kollar om inte journalen kommit till rätta, men inte. Vi går, han lovar att ringa så snart han får fatt på papperna igen.

Någon dag efteråt kom besvikelsen, och faktiskt ilskan. Jag var så upprörd, Anders med. Jag grät, kunde inte sova. Så fel det blev, så snopet. Så här borde man väl inte behandla människor i kris? Det är så svårt att hantera oklara besked, jag får en känsla av att någon slarvar. Som om de slarvar med mitt barn, med mitt liv. När allt annat är kaos blir ju läkarbesöken något av det lilla konkreta man kan hänga upp tillvaron på. Det får inte gå fel. Det får inte gå fel. När vi tänker på det blir vi irriterade.

En utredning ska ta fyra till sex veckor, vi var inställda på det. Att få ett enskilt provsvar efter två veckor, gjorde nog mer skada än nytta. Eftersom samtliga övriga prover och obduktionsprotokoll saknades, skulle det kunna vara så att dödsorsaken inte var

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

isolerat denna, utan någon annat när man ser helheten. Det är bäst att få alla svar samtidigt, annars dras ens egna fantasier lätt iväg och man drar egna slutsatser. Att de inte hittade journalen gjorde oss nervösa. De borde ha ringt samma morgon och skjutit upp besöket.

Vi hade en fråga om blodgrupper, om jag kan bilda antikroppar mot exempelvis några av de mindre blodgruppssorterna, och om detta skulle kunna orsaka skada? "Nej, det tror jag inte, det är väldigt ovanligt", svarade läkaren, vilket säkert var riktigt. Men hela denna historia är ju så ovanlig, så varför inte, tänker jag. Jag vill inte ha "Kanske-svar". Min fantasi ser inga gränser i vad som kan gå fel efter detta. Läkaren gick ut under besöket och letade efter journalen en sista gång. I all välmening, och vårt hopp tändes i några minuter. Men vad hade egentligen hänt om den kommit fram? Skulle han då haft papperna, framför sig, bläddrat och läst innantill? Vilka analyser kan göras då?

15 januari

Jag beundrar dem. Alla barnmorskor och sköterskor vi träffat på under vår sjukhusvistelse, och det är ganska många det. Man förstår först i efterhand vilket enormt bra jobb de gjort. Tänk så fel det kunde blivit. Sättet vi blev bemötta, hur de talade till oss, behandlade oss med respekt, och värme. De visade allihop en stor inlevelse och engagemang för oss, utan att på något sätt vara överdrivet intresserade eller påträngande. Ville vi prata stannade de en stund, ville vi gråta fick vi det. Ingen kom in i rummet utan att knacka först, ingen väckte oss på morgnarna, ingen bestämde över oss. Ingen tog vårt barn i från oss. Vi gjorde valen. De gav oss olika alternativ, stora som små, förklarade hur man kan göra, hur andra har gjort, gav oss vägledning. Men valet var alltid vårt. Oavsett om det gällde mat, tider, bedövning, förlossningsställning, mötet med Kajsa, begravning eller inte, fotografering? Gravsten? Obduktion? Åka hem? Stanna kvar?

Ja, jag beundrar dem verkligen, på gränsen till avgudar. De kunde konsten att få oss att känna oss väl till mods, i denna

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

extremt svåra situation. Under vistelsen på förlossningen höll de sig informerade om varje detalj, så varje gång ett nytt ansikte dök upp, visste de allt och vi behövde inte berätta vår historia. Efteråt fick vi se journalen, då förstod jag vilken ovärderlig information som finns där, de kunde varje detalj. När någon ny kom in till oss kunde de säga: "Hej, jag vet att ni träffade prästen igår, så har väl mamma varit här med mat idag?" Det gjorde att man kände sig så bra det går i en sån svår stund. Man slipper förklara. Man kan fortsätta där man var med förra. Fråga och gråta. Några av dem delade med sig av egna erfarenheter, en hade förlorat ett barnbarn på samma sätt som vi. Man märker att de dragits till det här jobbet av sin vilja att hjälpa och vårda människor.

Måndag 20 januari

Fetomaternell transfusion. Det är så det heter, det som orsakat allt. Feto betyder foster, maternell, det är väl jag, transfusion är överföring av blod. Hon har alltså läckt över blod till mig, jag har inte märkt något, men det lilla livet har dött av blodförlust, och syrebrist. För lite blod helt enkelt, men hur kan det vara enkelt? Alla övriga prover har visat sig vara helt i sin ordning, jag är fullkomligt frisk, inget virus, ingen ärftlig sjukdom, inga blodvärden att anmärka på, inga inget fysiskt fel på mig. Likaså Kajsa, hon var som jag trodde helt välskapt, in i minsta detalj. Vi har fått se svar från obduktionen. Allt i sin ordning, hon var till storleken helt enligt vad som är normalt, inget fel på hjärta, lungor, hjärna, varenda organ i hela hennes kropp är undersökt. Fullkomligt frisk. Men ändå, hur kunde då detta hända? Något har brustit i moderkakan, en blodtransfusion har skett utan förklaring, och Kajsa dog av blodbrist. I mitt blod fanns för höga värden av hennes blod, man såg dessutom att hon försökt bilda nya blodkroppar, som vi vuxna gör när vi förlorar blod. Det känns bra att veta, hon var fullt frisk och jag är enligt proverna också frisk. En olycka. Men det retar mig nåt så fruktansvärt, när jag tänker på att hon alltså levt och varit fullt frisk i 37 veckor! Hon har ju följt alla tillväxtkurvor, inte varit undernärd på något sätt under graviditeten, utan vuxit helt normalt. Så händer det ändå, så sent! Så onödigt! Så totalt fel! Hon var ju frisk, full-

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

komligt fullbordad och välskapt in i minsta detalj. Hon var vår, varför fick vi inte behålla henne?

Hon levde i mig, hon dog i mig. Varför kunde jag inte ge henne det liv hon så väl förtjänat? Så mycket som kan gå fel under utvecklingens gång, med små lungor, fel på njurar eller hjärta. Men nu, nu var allt klart, det var "bara" att komma ut vilken dag som helst. Men varför? Varför kunde vi inte hålla ut till mållinjen, Kajsa och jag? Vi levde ju så bra ihop hela tiden. Vi hade det så bra tillsammans under graviditeten, Kajsa och jag. I början var jag ovan, att ha ett liv inom mig, så ansvarsfullt, så annorlunda. Det tog tid att förstå, det var så overkligt. Men med tiden vande vi oss vid varandra. Jag lärde mig tycka om "magen", jag trodde hela tiden att det var en tjej. Hon sparkade, jag klappade på utsidan. Jag åt och drack med stor aptit och hon tog för sig, växte för varje dag. Hon gjorde sig färdig för "utfärd", ställde sig med huvudet nedåt i god tid, som om hon var redo och ville hjälpa sin mamma med det hon kunde. Jag sjöng för henne ibland, satte på stereon högt och sjöng med. Tror hon gillade det, det skulle jag ha gjort. Men hon hade en egen vilja också. Ibland på kvällarna när hon sparkade så mycket så det syntes utanpå mig, ville jag att Anders skulle få känna på magen, och uppleva sin dotter. Men då var det precis som om hon visste vad vi höll på med, för inte gick det att uppträda på beställning – hon slutade tvärt. "Jag sparkar väl när jag vill!".

Fetomaternell transfusion, nånting har brustit i moderkakan, och avslutat livet för Kajsa. Det var inget fel på mig, inte på henne heller. Men mitt emellan oss, fanns moderkakan som ju är en förutsättning för hennes liv, och livet slocknade. Ingen kan säga varför, ingen har lyckats förklara för oss vad som i sin tur orsakar transfusionen. Har det att göra med min blodgrupp? Har det att göra med mitt låga blodtryck? Var det slumpen? Ingen vet om det händer igen. Ingen vet om det går att förhindra. Jag kommer att räknas till kategorin riskgraviditeter, vad det nu innebär. "Du får lite extra kontroller, man kommer att följa och övervaka en eventuellt ny graviditet mycket noggrant", säger vår läkare. Men

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

det slår mig nu, vad innebär följa och övervaka? Vad är extra kontroller? Är det lite fler blodprov, besök varje dag, varje månad, eller inläggning? Jag måste ta reda på mer, svar väcker frågor.

20 april

Det känns så skönt, en lättnad, en seger. Vi träffade vår läkare idag. Någonstans hade jag en stor oro som vuxit inom mig, en besvikelse eller ilska. Han hade varit klantig, några saker hade gått fel i vår kontakt. Han vet inte hur det påverkat oss, han vet inte hur vi reagerat. Vi har känt oss drabbade. Ledsna. Ensamma. Oförstådda. Det har varit stressigt och nervöst vid våra möten. Hela vistelsen på sjukhuset var bra, så bra det kan bli när man ska in för att föda ett dött barn. Men besöken i efterhand blev på något sätt oroliga. Både Anders och jag har under våren funderat på mötena med vår läkare. Vi har varit besvikna, en del var nog berättigat, men mycket var säkert bara för att få ha ett så kallat hatobjekt. Nån måste man ju få skälla på. Nån måste man få rikta ilskan till. Det råkade bli läkaren, men det kunde nog varit vem som helst, vi kunde ha anklagat varandra, Gud eller kanske mödravården? Nån måste få skopan. Vi var ledsna och kände oss nonchalerade. Någon natt var vi så uppe i varv att vi skrev långa brev som aldrig skickades. Vi funderade ett tag på att skriva till honom och tala om hur vi kände, för jag är övertygad om att han är en duktig läkare som hela tiden ville väl, men det blev tokigt. Och det vore synd om han gick vidare med andra patienter utan att få veta. Men det blev inget brev, som tur är, idag sa jag det rakt ut! Vilken befrielse.

Det var ett besök för uppföljning och frågor, flera månader efter Kajsas födelse. Egentligen hade vi inga frågor, för vi hade fått svar på allt, men vi gick dit ändå. Jag tittade på mina gamla anteckningar från en månad tillbaka när jag var som mest uppretad, bara så jag skulle minnas känslan. Jag ville att han skulle veta.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

En stressig dag på förlossningen. Jag kom själv, Anders var på väg från sitt jobb. I receptionen sa en sköterska att jag kunde sitta ner i väntrummet. Jag kastade en snabb blick in i rummet, som var fullt av höggravida kvinnor, en med en nyfödd bebis i knät. Efter nån sekunds tvekan sa jag till sköterskan att "där vill inte jag sitta". Hon såg min bestämda blick, och förstod. "Jaha, men då fixar vi nåt eget till dig. Följ med här", sa hon. Jag fick ett av de vanliga undersökningsrummen, dörren stängdes bakom mig. Skönt! Här kan jag inte se dem, alla magar. Då kom tårarna, jag påmindes om allt som varit. Några rum bort hade jag tillbringat mina mest uppslitande dygn i mitt liv, det sitter i väggarna. Jag känner stämningen. Efter en stund blev jag lugnare, nöjd att jag hade varit så stark, sagt ifrån. Hade det varit en annan dag hade jag nog bara snällt satt mig i väntrummet. Nu sa jag vad jag ville, det kom så naturligt. Anders kom efter en stund. Vi satt tysta tillsammans, tills dörren rycktes upp, in stormade ett gäng barnmorskor, den första i raden tog min hand på en gång. "Hej, jag vet varför ni är här. Kom, vi behöver det här rummet, ni kan få vara i fred i köket i stället." Med henne kom flera barnmorskor och en stackars "vilken sekund som helst födande mamma" i en säng på hjul. Hon såg ut att lida svårt, barnet var på väg. Barnmorskan släppte inte taget om min hand, hon förde Anders och mig till köket, vi fick kaffe. Det kändes jättebra. Helt okej, att det är stökigt och rörigt på en av Sveriges största kvinnokliniker, det kan de ju inte rå för, bara man blir bemött med respekt och förståelse.

Vi väntade i det lilla köket i lugn och ro. Snart kom vår läkare och mötet kunde börja. Vi pratade allmänt om hur vi mådde, livet går vidare och en del annat småprat. Han visade verklig vilja och omtanke, verkade lite lugnare än som vi var vana att se honom. När sådär en halvtimme gått, kunde jag inte hålla mig, så jag sa:

– Jag har en annan sak jag skulle vilja fråga. Eller, det är egentligen ingen fråga det är ett påstående. Jag undrar om vi får ge dig lite feedback?

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

– Ja, sa han, ganska förvånad och lite rädd för vad som nu skulle komma.

– Det är ju så, att just nu funkar det här väldigt bra. Vi har ett bra samtal just nu, och jag tycker det är lätt att prata med dig idag. Jag kan ta till mig av vad du säger, jag kan lyssna och förstå. Men så har det inte alltid varit. Vi har funderat över en del, och det var några saker i våra tidigare kontakter som gick lite tokigt.

– Ja, jag förstår.

– Under våren när Anders och jag varit så chockade och ledsna, har det varit väldigt svårt att ta till sig vad någon säger, vi har nog behövt extra tydlighet och flera upprepningar för att fatta. Allt blir känsligt, varje ord vägs på våg, varje möte blir så enormt dramatiskt. Får vi ge dig lite feedback, så om du möter andra i samma situation, kanske du kan ha glädje av det?

– Ja gärna, sa läkaren, och han verkade intresserad och ödmjuk inför vad vi skulle säga. Så kom det. Sakta men säkert fick vi ur oss vad som legat och gnagt i oss under flera månader. Vilken otrolig känsla, vilken befrielse! Det hela löpte i lugn samtalston, och det kändes verkligen som han tog det tacksamt till sig.

Vi fick ett preliminärt besked redan två veckor efter utskrivningen. I all välmening ville han ge oss det lilla som fanns att säga, eftersom vi var så ivriga och frågvisa. Men det är nog bättre att vänta tills hela bilden är klar, sex veckor som beräknat. Det väckte fler frågor än svar.

Vid ett besök fanns inte journalen. Den besvikelsen går inte att beskriva i ord. De borde ha ringt och bokat en ny tid så vi sluppit en onödig påfrestning, förväntan var stor och besvikelsen blev ännu större. En gång lovade han faxa, ”om han hittat nåt”, men det blev inte så. Det var väldigt omtänksamt, men då hade det varit bra att få besked att där inget fanns, annars kan man inte släppa faxen ur synen.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

När journalen hittades några dagar senare och provsvaren äntligen gicks igenom, gjorde han det noggrant och långsamt, provsvar efter provsvar, värde efter värde. Det var bra men vi kunde ändå inte förstå ordentligt. Det enda som rör sig i huvudet är: *Vad är det för fel på oss? Vad var det för fel på mitt barn?* Kan det hända igen? Det skulle varit bra att börja att lugna oss och säga: *Du är helt normal, Kajsa var frisk, det här var en olycka. Ni vet att ni kan få friska barn, det är det viktigaste just nu.* Vid besöket fick jag till slut ställa frågan: *Är det så att ni skulle avråda oss från att få fler barn?* Nej då svarade han då.

Läkaren tog det verkligen till sig och vi hade ett konstruktivt samtal, Anders fyllde på där det behövdes, och det hela löpte väldigt bra. Han lyssnade. Det var så mycket bättre än att bara skriva ett argt brev, vem vet hur det skulle ha tagits emot? Nu fick vi möjligheten att lyssna på honom, han beskrev situationen, hur han hade tänkt. Han förklarade att han så gärna ville hjälpa, att vi haft väldigt många frågor omöjliga att besvara, att han personligen inte har tillgång till journalen förrän samma dag, hur vissa rutiner inte fungerar och att bättring är på gång. Vi fick en helt annan bild av honom och större förståelse för hans arbetssituation.

17 juni

Det är tur man har dagboken. Jag ser tillbaka på gamla anteckningar och tänker – var det där jag? Har jag känt så? Har jag verkligen varit där? Jag ser tillbaka och känner att det är inte sex månader sen världen rasade, det är sex år, minst. Sex ljusår kanske. Ändå har vi långt kvar att gå, kanske inte sex ljusår, men nästan. Det känns som man är på rätt väg, det är jobbigt men jag har insett att det går att leva utan Kajsa här hos mig. Det går att tänka framåt, det går att närma sig en sommar, sakta men säkert.

Jag är så kluven inför ett eventuellt nästa försök. Å ena sidan vill jag sörja färdigt, ge Kajsa den tid och utrymme som behövs. En sak i taget. Det har varit så omvälvande att jag känner för att vänta mist fem år. Orkar inte en gång till. Ingen kan ersätta

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Kajsa, ingen får ta hennes plats. Hur ska jag kunna leva och ta hand om ett nytt barn när jag inte kan ta hand om mig själv? Nej inga fler barn, inte på länge.

Å andra sidan – när är man färdig? Vem säger att om x antal år då är allt bra, då är det dags. Man blir väl aldrig färdig? Hon kommer att vara med oss hela livet, hon kommer aldrig att lämna mina tankar. Längtan efter att få ta hand om ett barn är så stor. Det är den viktigaste uppgiften jag kan åta mig just nu, och det enda jag vill är att få vara mamma. Jag är en mamma, men jag får inte utöva rollen. Nu när Kajsa lämnat mig får jag inte känna hur det är att vara förälder, att ta hand om ett barn, mitt barn. Fostra, föda, se barnet växa, uppleva tillsammans. Jag vill, och den känslan kan bara ett nytt barn ge mig. Ingen kan ta Kajsas plats i alla fall, men ett annat barn kan ge mig chansen att vara en mamma. Jag vill ha barn fort, nu, inte ens nio månader är snabbt nog. Hade Kajsa levt, hade vi velat ha ett syskon till henne. Nu när det inte finns någon Kajsa att ta hand om och ägna sig åt under det första annars jobbiga året, finns det egentligen inga hinder alls. Jo, jag vill ha fler barn, nu!

Oavsett om eller när man försöker, rädslan kommer alltid finnas att detta ska hända igen. Oavsett vad läkarna säger, vad orsaken än må vara, kommer jag att våndas. Vet inte om jag klarar en nästa gång. Om det blir en nästa gång vet jag att det blir nio månaders helvete. Jag kommer att bli hysterisk, leta efter sparkar dag och natt, terrorisera MVC med kontroller, vilja höra hjärtljud varje dag. Jag kommer inte att ta något för givet, inte tro att det faktiskt är ett barn, förrän jag har bevis. Jag kommer inte att lita på vad som står i böckerna. Inte lita på att jag känner rätt. Jag har helt tappat förtroendet för mig själv som gravid.

Häromdagen hörde jag en Indisk saga som jag vill tro på. Reinkarnation i hinduismen går ut på att den goda människan dör, föds på nytt till ett ännu bättre liv, för att åter dö och födas till ett ännu bättre liv. Till slut kommer man i himlen eller Nirvana, det högsta och finaste av allt. Om en människa dör i magen, redan

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

innan den föds till jordelivet, kommer barnet direkt till det högsta i livet, Nirvana. Därför är det bara vissa utvalda, de starkaste, mognaste och bästa kvinnorna som klarar av den svåra uppgiften, att bära ett så kort liv som bara nio månader. Det lilla korta livet måste vara det absolut bästa och finaste, eftersom barnet går direkt till himlen och återföds inte på nytt. Det tänker jag tro på. Jag är utvald!

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Kvinnors upplevelse av vård i samband med födelsen av ett dött barn och deras situation tre år efter förlossningen

En studie för att undersöka samband mellan vården när barn föds döda och hur kvinnan mår är ett antal år efter förlossningen, genomfördes i Sverige i mitten av 1990-talet. Avhandlingen *Att föda ett dött barn* – Vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter barnets död, lades fram vid Institutionen för kvinnor och barns hälsa vid Karolinska Institutet 1998. Nedan kommer en kort beskrivning av studien.

Syftet med studien var att undersöka förekomst av psykiska symtom och välbefinnande hos kvinnor tre år efter födelsen av ett dött barn samt om omhändertagandet i samband med barnets födelse påverkat symtombildningen. Ett ytterligare syfte var att beskriva kvinnornas möte med sitt döda barn samt deras erfarenheter av vård och stöd i anslutning till barnets födelse. I studien ingår 759 kvinnor varav 380 (fall) har fött ett dött barn 1991 och 379 (kontroller) har fött ett levande barn samma år. Informationen inhämtades via ett postat anonymt frågeformulär 1994. Svarsfrekvensen var sammanlagt 84 procent, 314 (83%) kvinnor som mist sitt barn och 322 (85%) kvinnor som fött ett levande barn fyllde i frågeformuläret. För att mäta ångest- och depressionsrelaterade symtom användes The Stait Trait Anxiety Inventory samt en depressionsskala för undersökningar i allmänna populationer, Center for Epidemiological Studies-Depression Scale. För frågor om tillfredsställelse relaterad till välbefinnande användes en version av livskvalitetsinstrumentet The Göteborg Quality of Life Instrument. Vissa frågor i formulären gav kvinnorna möjlighet att med egna ord beskriva vad som hände vid tiden för barnets födelse och deras upplevelse av vården.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Rekommenderad litteratur

Bent, I. Ett litet barn dör ett ögonblicks skillnad.Verbum 1997.

Davis, D.L. Empty Cradle, broken heart, surviving the death of your baby. Fulcrum Publishing, USA 1991.

Ilse, S. Empty arms coping with miscarriage stillbirth and infant death. Wintergreen Press, USA 1990.

Kohn, I. & Moffitt, P.L. Silent sorrow Pregnancy loss, guidance and support for you and your family.Delta, USA 1992.

Kohner, N. & Henley, N.A. When a baby dies, The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death. Pandora, 1991.

Parental loss of a child. Therese A Rando, Research Press Company, USA 1986.

Pregnancy, loss and the death of a baby. Giudelines for professionals. SANDS – Stillbirth and Neonatal Death Society, England 1995.

Rådestad, I. Att föda ett dött barn – Vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter barnets död, Institutionen för kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet 1998.

Rådestad, I. När möte blir avsked – om att sörja ett mycket litet barn. Liber 1988.

Sanders, C.M. How to survive the loss of a child, filling the emptiness and rebuilding your life. Prima Publishing, USA 1992.

Savage, J.A. Mourning unlived lives, a psychological study of childbearing loss. Chiron Publications, USA 1989.

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Stödföreningar

Föräldraföreningen Små Änglar bildades 1997 och är en förening som finns för dem som förlorat barn under graviditeten, förlossningen eller spädbarnsperioden. Föreningens ändamål är att stödja familjer som förlorat sitt barn och att vara ett forum för att dela erfarenheter. Föreningen vill också verka för att omhändertagandet av nydrabbade föräldrar blir bättre och att sprida information om vad det innebär att mista ett barn. Föräldraföreningen har lokala stödpersoner och de som vill ha kontakt med föreningen kan vända sig till:

Föräldraföreningen små änglar
c/o Wilkens
Ekeholm
355 96 Kalvsvik
Tel: 0470/770 266
e-post: ingela.wilkens@swipnet.se

SANDS Stillbirth And Neonatal Death Society är en internationell stödförening som har flera medlemsländer där Sverige och Föräldraföreningen Små Änglar ingår. SANDS ger ut böcker och informationstidskrifter och adressen är:

SANDS
28 Portland Place
London
W1N 4DE
England
Tel: 0171/4367940
e-pot: sandspage@aol.com
hemsida: http://members.aol.com/babyloss/sands.htm

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Föräldraföreningen Plötslig Spädbarnsdöd har funnits sedan 1986 och har idag kontaktpersoner över hela landet. Föreningens syfte är att stödja familjer som mist ett litet barn i plötslig spädbarnsdöd eller på annat sätt, att sprida information om plötslig spädbarnsdöd och att befrämja forskning kring plötslig spädbarnsdöd. Föräldrar som förlorat barn före födelsen eller på annat sätt kan också vända sig till Föräldraföreningen Plötslig Spädbarnsdöd och föreningens adress är:

Föräldraföreningen Plötslig Spädbarnsdöd FFPSD
Östra Långgatan 71
432 44 Varberg
Tel: 0340/10251
Fax: 0340/10259
e-post: brev@ffpsd.se
hemsida: http:// www.ffpsd.se

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

Sakregister

ablatio placentae 13
anknytning 18, 33, 76
antilaktationsbehandling 34, 35
avnavling 38

bakterier 13, 14, 69
bakteriologisk 14
begravning 18, 59, 60, 65
begravningsandakt 59
bröstmjölksproduktion 34, 35

chorionvillibiopsi, CVB 15

debriefing 85
diabetes 13, 14
dop 59, 60

eklampsi 13
epiduralbedövning 38

fetomaternell transfusion 13, 111
fotografering 14
förebyggande åtgärd 15
- AFP 15
- blodgruppering 14, 15
- blodsocker 15
- blodtryck 11, 13, 15
- fosterljudskontroll 15, 17
- genetisk screening 15, 77
- rubella serologi 15
- symfys-fundus 15, 21
- ultraljud 15, 17, 21, 33, 55, 57, 70, 77, 95, 101
- urinkontroll 15
- vaccinering 15

föräldrapenning 72

gravsättning 59, 61, 66

handavtryck 55
hjärtblod 14

induktion 17, 18, 22, 23, 38
intrauterin growth restriction 11, 13, 15

jordbegravning 61

kejsarsnitt 21, 32
knyta an 19
kremering 61
kromosomavvikelse 13, 69

minne
- fotavtryck 55, 56
- hårlock 55, 56
- kort 57

morfin 38
mödrahälsovård 11, 13–15, 21, 81

namngivning 59, 60
navelsträngsprolaps 13

obduktion 14
opioid 31
oxytocin 17, 18, 38

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

parasitsjukdomar 13, 69
perinatal audit 15
perineotomi 38
petidin 38
placenta praevia 13
placentabit 14
postmaturitet 13, 15
preeklampsi 13, 14
prostaglandiner 18

realitetskonfrontation 19, 33
Rh-immunisering 13
rökning 13
röntgenundersökning 14, 17

sectio 21, 32, 39, 45, 47
sjukskrivning 72
smärtlindring 31, 37, 44
- akupunktur 38
- bad 38
- dusch 38
- epiduralblockad 31, 38
- lustgas 97, 103
- massage 38
- paracervikalblockad 31, 38, 44
- petidin 31, 37
- pudendusblockad 31, 38

syfilis 14

toxoplasmos 69

ultraljud 17
utredning 14
- amniocentes 14
- antikardiolipinantikropp 14
- APTT 14
- blodgruppering 14
- faecesprov 14
- fetalt HB 14
- PAD 14

virus 13, 14, 69
välsignelse 59, 60

WHO 9, 12

yttre trauma 13

äkta knut 13

östrogen 17
övervikt 13

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur