

# **Retningslinjer for psykososial omsorg for mødre ved prenatal fosterdød**

**Et historisk tilbakeblikk og aktuelle retningslinjer i Helse Sør og Helse Øst i 2003.**

**Stud.med. Guro Storsul  
Kull H-99, oktober 2004.**

Veileder: Professor Inger Helene Vandvik, BUP, Rikshospitalet.

## **Innhold:**

Abstract	s.3
Innledning	s.4
Materiale og metode	s.5
Resultater	
Litteratur	s.5-10
Retningslinjer ved 14 norske sykehus	s.10-13
Diskusjon og konklusjon	s.13-16
Referanseliste	s.16-17

## Abstract

*Objective:* The main aims of this thesis were to describe the background for and development of hospital practice and guidelines after pregnancy loss, and to assess guidelines currently in use at Norwegian obstetrical departments in "Helse Sør" and "Helse Øst".

*Material and methods:* A literature search in Medline up to 2004 with search words *stillbirth, grief* gave 119 references. Search words *perinatal death, grief* gave 150 references. All abstracts were read and 19 papers were chosen for further study. A letter asking for existing guidelines was sent to the 18 obstetrical departments in "Helse Sør" and "Helse Øst". Fourteen guidelines were received and studied.

*Results:* Psychosocial care of mothers after stillbirth has changed both internationally and nationally from 1970 until today. Previously this was treated as a non-event, now practice is founded on guidelines which claim that seeing and holding the dead infant will benefit the parents' grief reactions. The Norwegian guidelines of 14 departments in "Helse Øst" and "Helse Sør" vary to some extent in their recommendations, but in general they correspond with the international guidelines.

However, one recent study indicates that seeing and holding the dead infant may have negative effects on the psychological health of the mother and the next-born child.

*Discussion:* Hardly any of the studies are prospective or have adequate control groups or outcome measures for mental health. It is not possible to conclude about today's practice by just reading guidelines, but most empirical studies and existing guidelines are clear in their recommendations: seeing and holding the dead infant and having concrete memories will benefit the mother. A few studies discuss the negative consequences of basing practice solely on guidelines and emphasize the importance of asking the parents about their preferences. Only one of the Norwegian guidelines mention the importance of asking the parents about their preferences.

*Conclusion:* More studies are needed on this subject. Guidelines should be adjusted according to findings based on empirically sound studies. But opening up for the needs of the parents and their wishes is to be recommended.

## Innledning

Høsten 2002 leste jeg en artikkel publisert i the Lancet i juli samme år : ”Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study”, av Hughes, Turton, Hopper og Evans (11). De vurderte den psykososiale håndtering av dødfødsler med tanke på dens effekt i forhold til morens psykiske helse og hennes forhold til neste graviditet og barn.

Studien viste at kvinner som hadde opplevd en dødfødsel hadde signifikant mer angst, depresjon og PTSD-symptomer i det neste svangerskapet enn de kvinnene som hadde opplevd en normal fødsel.

Studien viste også at de kvinnene som hadde sett og berørt sitt døde barn, hadde større grad av senkomplikasjoner i form av nedsatt psykisk helse og PTSD-symptomer under neste svangerskap enn de som ikke hadde sett eller holdt barnet.

Hughes et al konkluderer med at det ikke kan rettfærdiggjøres å oppfordre foreldre til å se sitt døde barn med begrunnelse at de kan få det verre hvis de ikke ser det. Kvinnenes egne ønsker bør respekteres ved en dødfødsel (11) .

De eksisterende retningslinjer i Norge og Internasjonalt har de siste 25 årene sagt at foreldrene bør se, berøre og holde det døde barnet for å sørge på en bedre måte og for å forebygge psykiske senkomplikasjoner (3,14,19,20,21,25). Disse resultatene var derfor i strid med eksisterende holdninger og teorier.

Jeg har som medisinstudent to års erfaring som ekstravakt på nyfødtmedisinsis på Rikshospitalet. Der har jeg møtt foreldre til svært syke barn. Foreldre som har mistet den ene av to tvillinger intrauterint og foreldre som visste at deres barn kom til å dø. Jeg har kjent på hjelpeløsheten som har fylt meg i samtale med disse foreldrene. Jeg har venner som har som sykepleiere presset foreldrene til å se og holde sitt døde barn. For dem kunne dette virke brutalt, men de er blitt forklart at dette er det beste for foreldrene.

WHOs skiller mellom abort og dødfødsel ved fullgatte 22 uker, eventuelt ved fødselsvekt > 500g

I Norge er dødfødsler i dag definert som fødsel av ikke levende barn etter uke 22. Tidligere var uke 28 grensen som skilte foster fra barn, og statistikk vedrørende dødfødsler omhandler foreløpig dødfødte etter 28 fullgatte uker (31).

I Norge blir alle aborter/dødfødsler meldt til medisinsk registrering av fødsel etter 16 fullgatte uker.

Folketrygdeloven skiller mellom abort og dødfødsel ved 26 fullgatte uker. Dette har konsekvenser for morens trygderettigheter ved en dødfødsel.

I Norge i dag forekommer dødfødsler etter 28. svangerskapsuke i 4 av 1000 fødsler (31).

I denne oppgaven om psykososial omsorg ved prenatal fosterdød, vil jeg vil på bakgrunn av en gjennomgang av litteraturen gjøre rede for den historiske utviklingen av anbefalt praksis fra 1970-tallet frem til i dag, og belyse argumenter og empiriske funn som har dannet grunnlag for endringer i håndteringen av dødfødsler de siste 30 årene.

Jeg har i tillegg sett på hvilke retningslinjer som finnes på fødeavdelingene i Helse Øst og Helse Sør og hvordan disse samsvarer med funn i litteraturen.

Jeg har fokusert på den psykososiale omsorgen som blir gitt foreldre etter fødsel av et dødt barn og har spesielt vurdert studier av betydningen av morens kontakt med det døde barnet og hvilke konsekvenser dette kan ha.

## **Materiale og metode**

Litteratursøket omfatter:

\* Søk etter litteraturoversikter i databasen MEDLINE. Første søk ble gjort i 2003 med supplerende søk i september 2004 med søkeord "stillbirth, grief" Dette ga 119 treff, og "perinatal death, grief" ga 150 treff.

\* Etter gjennomgang av samtlige abstrakt, ble 19 artikler valgt for videre gjennomgang. Ved nytt søk i 2004, ble listen supplert med 8 artikler.

\* Basert på referanselister i et par sentrale artikler (11,17,28). ble det funnet ytterligere 13 artikler som omhandlet aspekter ved psykososial omsorg ved dødfødsler.

Innhenting av skriftlige retningslinjer :

I august -03 sendte en medstudent og jeg brev til avdelingsjordmødre ved 18 fødeavdelinger i Helse Sør og Helse Øst med spørsmål om de hadde skriftlige retningslinjer vedrørende håndtering av dødfødsler.

Jeg mottok svar fra 14 fødeavdelinger. Det ble ikke purret på de resterende fire.

Jeg har tatt for meg de ulike retningslinjene, sammenliknet disse og sett på likheter og ulikheter i praksis ved de ulike fødeavdelingene.

## **Resultater**

Frem til 1970 var dødfødsler sett på som "ikke-hendelser"(2). Moren skulle skånes så godt som mulig fra opplevelse av å miste et barn.

Ved konstatering av intrauterin død, fikk moren beskjed om at barnet var dødt, fødselen ble induisert umiddelbart eller hun ble sendt hjem i påvente av at fødselen startet (12). Etter fødselen ble barnet raskt fjernet fra moren, uten at hun ble vist sitt døde barn. Hun ble lagt på enerom på en annen avdeling enn barselavdelingen og utskrevet så raskt som mulig. Det ble ikke snakket om hva som hadde skjedd. Det ble sett på som det beste for henne om hun glemte hendelsen raskt (12,17,19,20).

På den tiden mente man at mødrene ikke opplevde sorg over tapet av et ufødt barn. Et ufødt barn ble sett på som noe ikke-eksisterende som man ikke hadde noe forhold til. Det å se og oppleve dette barnet ville igangsette en kraftig sorgreaksjon hos mor, noe hun burde skånes for (8,21).

I 1968 skulle briten Bourne (2) undersøke psykiske senkomplikasjoner hos kvinner etter dødfødsler. I forbindelse med dette sendte han ut spørreskjema til primærlegene til 100 kvinner som hadde opplevd dette og 100 som hadde opplevd normale fødsler. Resultatet av undersøkelsen var at primærlegene i svært liten grad husket noe om kvinnene som hadde gjennomgått en dødfødsel. Bourne konkluderte med at legen ikke ønsker å vite, vil ikke legge merke til og vil ikke huske (2).

Dette støttet opp under en antagelse om at leger og jordmødre manglet evne til å håndtere slike traumer. På grunn av egen angst og usikkerhet var det vanskelig for legen å oppfatte hva kvinnene ønsket (3), og datidens praksis gjorde at de ikke trengte forholde seg til egen angst i slike situasjoner (3,20,21).

Frem til 1970 fantes det svært få studier om hvordan foreldre som opplevde dødfødsler taklet dette (10,15). Men mot 1970 begynte kvinner å engasjere seg på mange fronter og Kvinnebevegelsen satte følelsene på dagsorden. De krevde råderett over egen kropp og mente at fødsel var blitt en teknisk prosess uten rom for følelser. De nye holdningene var en del av bakgrunnen for at den psykososiale håndteringen rundt dødfødsler endret seg radikalt i tiden som fulgte (7,28).

I 1944 hadde Lindemann beskrevet hvordan psykologiske sekveler etter tap kunne reduseres dersom sorg ble bearbeidet på en riktig måte (22). Han mente at å undertrykke sorgen og ikke å snakke om den var lite gunstig psykologisk.

Kunnskap om at kvinner sørger over tapet av det ufødte barnet, og teorien om at god bearbeidelse av sorg kan redusere senkomplikasjonene var utgangspunktet for mye av den litteraturen som ble publisert de kommende årene.

I 1966 publiserte svensken Johan Cullberg en studie av kvinners sorg etter perinatal død og lege-pasientforholdet i slike situasjoner (7,8). Han intervjuet 56 kvinner som hadde opplevd perinatal død, og fant at kvinner som hadde opplevd dette ofte undertrykket følelsene sine. Atten av kvinnene hadde psykiske komplikasjoner av alvorlig art 1-2 år etter fødselen (7). Cullberg la vekt på legens viktige rolle i denne situasjonen. Legen kan ikke minske sorgen, men minske angsten og uroen kvinnen føler (8). Legen kan gjennom å opplyse kvinnen om hva som hadde skjedd, redusere mye av kvinnens skyldfølelse og angst. Cullberg vektla viktigheten av oppfølgende samtaler og beskrev det som flere andre senere også hevdet (2,3,20,21), at et stort problem i håndteringen av dødfødsler er legens manglende evne til selv å takle dette. Cullberg mente at legene ville stå bedre rustet til å takle disse problemstillingene hvis man vektla integrering av psykiatriske aspekter i den kliniske undervisningen i legeutdannelsen (8).

I 1970 intervjuet Giles 40 kvinner noen dager etter en opplevd perinatal død (10). Kvinnene beskrev symptomer som tomhetsfølelse, trøtthet, apati, søvnproblemer, tap av matlyst. Dette er symptomer som også oppleves i tiden etter tap av et familiemedlem. Kvinnene ønsket å snakke om det som var skjedd og få svar på hvorfor dette skjedde. Giles viste at sorgen over det tapte barnet ikke er ulik en sorgreaksjon som man ser etter tapet av et annet nært familiemedlem (10).

I Storbritannia ble arbeidene til Bourne (2,3,4,5) og Lewis (4,5,19,20,21) viktige for endringer av praksis på 70-tallet.

Lewis' budskap var at den "velmenende konspirasjon av stillhet" som fulgte en dødfødsel, kunne føre til store komplikasjoner senere (4,5,19,20,21). Han hevdet at minner fremmer den normale sorgprosessen som er essensiell for bearbeidelse. Ved tap av nær familie eller venner er det mange minner, men ved en dødfødsel har man intet håndfast å sørge over, ingen å snakke om (20). Lewis hevdet at målet er å fylle den tomheten som følger en dødfødsel med minner (19,20,21) Dette ville oppnås ved å la foreldrene se, berøre og holde barnet. De burde ta bilde av barnet, gi det et navn og holde en begravelsesseremoni for barnet. På den måten ville kvinnene skaffe seg minner om barnet. Minner som var nyttige i sorgprosessen hun skulle gjennom. Lewis hevdet at ved å la kvinnen isolere seg, kunne hennes følelse av skam og skyldfølelse forsterkes.

Lewis hevdet også at selv om kvinnen tilsynelatende taklet en dødfødsel greit, kunne hun få problemer i det neste svangerskapet og med forholdet til det neste barnet (19). Han hevdet at kvinnene måtte gjennom en normal sorgprosess for å forebygge senere psykiske problemer og understreket at dersom kvinnen ikke sørget riktig kunne hun til og med få et psykotisk sammenbrudd (21).

Lewis utarbeidet sine teorier på bakgrunn av historier fra egne pasienter og beskrev eksempler på sorgreaksjoner (19). En omhandlet en kvinne som opplevde at hennes 27-uker gamle baby døde ti dager etter fødselen. Kvinnen rørte først forsiktig ved det døde barnet, deretter kledde hun av det, kysset navlen og kysset barnets penis. Deretter tok hun barnet og satte benene i gulvet og lot som om barnet gikk bortover gulvet. Lewis mente at dette kunne forstås som en normal reaksjon på tap for denne kvinnen. Ved å kysse navlen, minnet hun om den tilknytningen barnet hadde hatt til henne. Ved å kysse penis uttrykte hun savnet over å kunne se ham bli en voksen mann. Ved å gå med ham, viste hun lengselen over å kunne se sønnen lære å gå.

I en annen pasientkasuistikk beskrev Lewis en far som var medisinstudent og studerte anatomi på det tidspunktet hans kone gjennomgikk en dødfødsel (21). Faren hadde uttrykt ønske om å dissikere den

døde kroppen, noe som kunne virke umenneskelig. Men Lewis forklarte dette med at faren hadde behov for et forhold til barnet han hadde mistet, og understreket med dette viktigheten av at foreldrene får kontakt med barnet.

Lewis skrev at hans anbefalinger om å la foreldrene se, berøre og holde barnet kunne være vanskelig å gjennomføre for medisinsk personell (20). De ville innebære en mye mer aktiv posisjon for leger og jordmødre som ville bli nødt til å forholde seg til det som hadde skjedd. For å lettere gjennomføre dette, mente Lewis det er nødvendig med retningslinjer for håndtering av perinatal barnedød i sykehus (21).

Bourne jobbet mye sammen med Lewis og hadde stort sett de samme teoriene og overveielser. Han hevdet at mange foreldre ønsket å se barnet dersom de fikk anledning til dette og skrev at foreldrene burde oppfordres til å ha kontakt med barnet, men at dette ikke behøvde å bety at alle måtte se (3).

Bourne satte spørsmålsteget ved hensiktsmessigheten av å undertrykke kvinnens melkeproduksjon. Kanskje kunne kvinnene oppleve noe positivt ved dette? Hun kunne kanskje levere melk til en melkebank, og på den måten hjelpe mødre som ikke hadde melk?

Bourne var som Lewis opptatt av at det trengtes prosedyrer på sykehusene for håndtering av dødfødsler (3).

Også i Nord Amerika ble håndtering av perinatal død et tema til debatt .

Tradisjonelt hadde premature barn blitt fjernet fra mor rett etter fødselen. De ble lagt i en annen avdeling hvor foreldrene ikke fikk berøre barnet før det var klart for hjemreise. Dette var for å unngå infeksjoner, samt for å spare moren for sorgen dersom barnet ikke overlevde. I 1970 gjorde Kennel et al en studie på mødres reaksjoner etter neonatal død av premature barn (15). Han fant at foreldre som mister sitt nyfødte barn sørger på en svært lik måte som de som mister et familiemedlem. Studien viste i tillegg at de som hadde sett og berørt sitt premature barn sørget dypere når barnet døde enn de som ikke hadde sett barnet, men at dette ikke førte til en patologisk sorg. Det å se barnet og berøre det var svært viktig for tilknytningen til foreldrene dersom barnet overlevde. Studien konkluderte med, at på tross av at de som ser og tar på barna sørger dypere, bør moren dersom hun ønsker det få se og berøre barnet (15).

Kennel mente at ved tap av et barn bør foreldrene informeres om barnets død og om den naturlige sorgprosessen de skal gjennom. De bør forberedes på reaksjoner som kan komme og forberedes på hvor lang tid det vil ta. Det ble anbefalt oppfølgende samtaler med begge foreldrene.

### Retningslinjer.

Disse nye erfaringene angående håndtering av dødfødsler og neonatal død var radikalt ulike tidligere praksis. Som Cullberg også påpekte, har ikke alle leger, jordmødre og sykepleiere samme evne til å takle en så tragisk hendelse. Det ble raskt utarbeidet skriftlige retningslinjer for den nye praksis. Det ble antatt at klare retningslinjer ville kunne forbedre gjennomføringen.

I England kom National Stillbirth Study Group med retningslinjer i 1978. De oppfordret til at foreldrene skulle se og navngi barnet, holde begravelse og få obstetrisk og genetisk veiledning (9). Disse retningslinjene ble videreført da Stillbirth and Neonatal Death Society, SANDS, i 1986 kom med en revidert utgave.

Med bakgrunn i de holdningsendringene som var et faktum, gjorde Forrest, Standish og Baum en studie i 1981, hvor de ønsket å vurdere effekten av oppfølgende samtaler med foreldrene etter perinatal død (9). De ønsket å teste hypotesen om at oppfølgende samtaler ville bedre det psykologiske utfallet etter perinatal død og intervjuet 25 kvinner som hadde opplevd dødfødsler og 25 kvinner som hadde opplevd neonatal barnedød.

Alle kvinnene var blitt oppfordret til å se, holde, gi navn til og ta bilder av det døde barnet. Halvparten av kvinnene fikk i tillegg tett oppfølging etter utskrivelse. Forrest et al (9) fant at etter 6 mnd hadde kvinnene som var i gruppa med oppfølging det signifikant bedre enn de andre. De var tilsynelatende

kommet lengre i sorgprosessen. Ved 14. mnd var denne forskjellen utvisket. På grunn av signifikant forskjell i psykisk helse ved 6 mnd, konkluderte Forrest et al med at kombinasjon av det å se barnet og få et forhold til det i tillegg til ettersamtaler og rådgivning er viktige for å forkorte sorgprosessen ved perinatal død (9).

I 1985 kom The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG med en rapport vedrørende håndtering av dødfødsler og perinatal død (11). RCOGs retningslinjer sa bl. a. at personalet skulle fremme en atmosfære som ville oppfordre foreldrene til å se det døde barnet. Foreldre skulle informeres om at dersom de ikke gjorde dette kunne de angre senere, og at det kunne føre til en vanskeligere sorg (11).

Retningslinjenes innhold på 80-tallet bygget på bl.a. Lewis' uttalelser om at foreldre bør skaffe seg minner fra barnet de har mistet. Det ble anbefalt å se og holde barnet. Gi det navn og ta bilder av det. Viktigheten av begravelsesseremoni ble vektlagt.

### Kritikk av retningslinjer.

Etter hvert som ny praksis ble innarbeidet kom også erfaringene. På 90-tallet ble det etter hvert stilt noen kritiske spørsmål til den nå etablerte praksis som oppfordret til at foreldrene skulle se og holde det døde barnet, at de skulle informeres om sorgprosessen og gis mulighet til å snakke om det som hadde skjedd.

I 1992 publiserte Leon fra Nord Amerika en artikkel hvor han satte spørsmålsteget ved den eksisterende praksis (18).

Leon hevdet at de nye retningslinjene institusjonaliserte sorgen. Håndteringen av dødfødsler hadde etter hvert blitt en "lære" uten at den var undersøkt kritisk. Han mente at presise instruksjoner kan bli en sovepute for leger og jordmødre. De skal følge en protokoll, og trenger egentlig ikke engasjere seg følelsesmessig. Dette kan føre til at foreldrene føler at de mangler kontroll (18).

I forhold til det å se og holde barnet, og gi det navn, mente Leon at kontakten med det døde barnet kunne bli idealisert. Han påpekte at det ikke fantes bevis som støttet teoriene om at kontakt med barnet fremmer sorgprosessen, og viste til studier som påpeker at dette ikke har noen betydning (1,24,34)

Leon stilte spørsmålet: Hvorfor er kontakt med barnet viktig? Dersom målet for personalet blir at foreldrene skal se barnet, risikerer man at det å lytte til, forstå og vise empati med foreldrene blir mindre viktig. Leon mente at tidspunktet og måten det fremmes forslag om at foreldrene skal se barnet, bør komme naturlig som et resultat av interaksjonen mellom lege/jordmor og foreldrene. Det er viktig å ha rom for foreldres ulike reaksjoner og ønsker. Skriftlige retningslinjer med punkter som skal utføres kan i verste fall gjøre at den viktige interaksjonen blir minimal (18).

For mange foreldre er det svært viktig å få et valg. Leon påpekte at noe av det som var ille ved den gamle praksisen, var at foreldrene ble fratatt all egenbestemmelse når barnet ble båret ut. Han hevdet at fysisk kontakt med barnet kan være positivt for noen, men at det ikke er nødvendig for alle foreldre. Foreldre kan sørge over sitt dødfødte barn uten å ha sett det. Leon mente at retningslinjene som eksisterte var laget i god tro med gode hensikter. Problemet var at de ble praktisert på en slik måte at det ikke eksisterte rom for individuelle ulikheter i sorgreaksjon og foreldres ulike ønsker. Han kritiserte holdningen om at perinatal barnedød oppfattes som å være mer eller mindre likt for alle som opplever det, og at alle har effekt av de samme intervensjonene .

Leon etterlyste også kliniske studier som tar for seg ny praksis vedrørende håndtering av perinatal død (18).

### Svangerskapets varighet.

I 1980 hadde Peppers og Knapp hevdet at det ikke var signifikant forskjell i sorgreaksjon mellom de som opplevde abort og sen føtal død (26). Utover på 90-tallet ble det etter hvert gjort flere studier som vurderte ulik svangerskapslengdes effekt på sorgreaksjonen.



Theut, Pedersen et al publiserte i 1989 en studie hvor de vurderte om det var forskjell i sorgreaksjon mellom de som hadde opplevd sen spontanabort og de som hadde opplevd dødfødsler (31). De fulgte 25 kvinner som hadde opplevd en spontanabort (<20 uker), dødfødsel eller neonatal død tidligere. Alle som hadde opplevd en dødfødsel hadde sett og holdt dette barnet, og gitt det navn og arrangert begravelse for barnet. De som hadde opplevd spontanabort hadde ikke sett eller holdt fostret. De visste ikke fosterets kjønn. De fant at de som hadde opplevd dødfødsel etter 20 uker viste tegn på ubearbeidet sorg gjennom det neste svangerskapet. De fant også at mor opplevde en dypere sorg enn far (31).

I 1993 publiserte Cuisinier et al en annen studie som så på forskjellen i reaksjon etter tap av et foster <20 uker vs dødfødsel (6). De intervjuet 143 kvinner som hadde opplevd tap. De tok hensyn til morens mentale helse før tapet, samt livssituasjonen ellers. De fant at de som opplevde dødfødsler sørget signifikant mer enn de som hadde opplevd spontanaborter. De fant også at de som hadde opplevd dødfødsler var signifikant mer fornøyd med møtet med helsevesenet i denne situasjonen. De som hadde opplevd spontanaborter følte i stor grad at deres tap og sorg ikke ble ivaretatt, og at de bare gjennomgikk en teknisk prosess. De fant også at kvinnens mentale helse forut for hendelsen var en viktig variabel med tanke på mestring av situasjonen (6).

I 1994 publiserte Lasker og Toedter en longitudinell studie som vurderte tilfredshet og grad av sorg hos 194 foreldre de første to år etter spontanabort, ektopisk svangerskap, dødfødsel eller neonatal død (17). De så på effekten av praksis og vurderte om det eksisterte en forskjell mellom de som hadde opplevd tidlig og sen føtal død. De delte pasientene inn i fire grupper. De som hadde opplevd spontanabort og ektopisk svangerskap, de med tidlig føtal død (16-26 uker), de med sen føtal død (27+) og de med neonatal død.

De ønsket å undersøke hvor tilfreds eller misfornøyd foreldrene var med den psykososiale håndteringen av deres opplevelse, hvor fornøyde de var med intervensjonene de hadde vært gjennom og om foreldrene savnet noe. Ved intervju ett og to år etter fødselen skulle foreldrene angi om de så på de intervensjonene som var gjort som essensielle for foreldre som opplever det samme som de hadde opplevd. Intervensjonene var blant andre å se det døde barnet, å gi barnet navn, å ta bilder av barnet. De vurderte også sorgreaksjonen hos foreldrene i de ulike gruppene.

De fant at de aller fleste var fornøyd med den oppfølging de hadde fått, og intervensjonene som var gjort. De fant også at lengden på svangerskapet var signifikant avgjørende for graden av sorg etter tapet. Studien viste at de som hadde opplevd sen føtal død og neonatal død var signifikant mer tilfreds med intervensjonene enn de som hadde opplevd tidlig føtal død. De fleste av gruppen som hadde opplevd sen føtal død hadde sett barnet, holdt det, gitt det navn og tatt bilde av barnet. Av disse mente de fleste at dette var essensielt for foreldre som mister sitt ufødte barn, mens de med tidlig føtal død ikke mente at disse intervensjonene var essensielle. De fant ingen sammenheng mellom antall og former for intervensjon og grad av sorg i noen av de tre siste gruppene, og det var heller ingen signifikant forskjell i sorgreaksjon mellom de som hadde sett, holdt og navngitt barnet og de som ikke hadde gjort dette i gruppen med tidlig føtal død (17).

Lasker og Toedter konkluderte med at for de foreldrene som opplevde dødfødsel etter uke 26 og neonatal død, var mange av de eksisterende retningslinjene essensielle. De var tilfreds med disse og deres resultater ble tolket som et positivt resultat av den endring i praksis som hadde foregått utover 70- og 80-tallet var en suksess.

Studien konkluderte i tillegg med at de som opplevde prenatal fosterdød mellom uke 16 og 26 falt mellom to stoler. De følte ikke behov for de samme intervensjonene, og ulikhetene mellom de som hadde fått intervensjoner og de som ikke hadde var ikke signifikante (17).

Etter hvert som studier støttet en oppmykning av praksis, ble retningslinjene på 90-tallet revidert.

I 1995 kom SANDS ut med nye retningslinjer vedrørende håndtering av dødfødsler (16). De nye retningslinjene var noe endret i forhold til de fra –86 ved at det nå var større rom for at foreldrene selv skulle ha mer følelse av kontroll, men det ble fremdeles hevdet at det beste var at foreldrene så og holdt det døde barnet.

I 1996 intervjuet Rådestad et al 380 kvinner som hadde opplevd prenatal død etter uke 28, og 379 kvinner som hadde opplevd en normal fødsel (28).

De konkluderte med at for å få færrest mulig angstrelaterte symptomer, bør fødselen induseres senest innen 24 timer etter konstatert intrauterin død. Det er viktig med en fredelig atmosfære rundt kvinnen. Det vil hjelpe kvinnen til å oppleve møtet med det døde barnet som et positivt møte. De fant at de som ikke hadde noen konkrete minner fra barnet, hadde mer angst enn de som hadde konkrete minner. Å holde, stille og håndtere det døde barnet, hadde positiv effekt med tanke på å forebygge angst og depresjon. De anførte at dersom moren ikke ønsker kontakt med barnet men tvinges til dette, vil hun sannsynligvis ikke ha den forventede effekten av en kontakt (28).

Rand, Kellner et al publiserte en studie i 1998 (27) basert på gjennomgang av 808 rapporter fra the Perinatal Mortality Counseling Program, PMCP i Florida. Dette programmet ble grunnlagt i 1979, og hadde som hovedinnhold at omsorg er basert på foreldrenes egne valg. Foreldrene selv skal ha innflytelse på hvordan de ønsker å takle barnets død.

Studien fra –98 konkluderer med at foreldre reagerer svært ulikt ved en dødfødsel. Det vil derfor være umulig å lage entydige retningslinjer som skulle gjelde for alle. Foreldrene bør derfor alltid få velge selv om, og i så fall hvor mye kontakt de skal ha med det døde barnet.

Den sist publiserte studien som omtaler temaet psykososial håndtering av dødfødsler, er en liten studie publisert i september 2004 (33). Rådestad og Trulsson ønsket å vurdere hva som er den beste tidsperioden fra stadfesting av intrauterin død til induksjon av fødsel. Hvordan hadde kvinnene det i perioden etterpå, hva ble gjort, hva burde gjøres. De intervjuet 12 kvinner som hadde opplevd prenatal død etter uke 24 på Ullevål sykehus 6 og 18 mnd etter fødselen. Intervjuene ble gjort i perioden juli –99 og juli –00.

De fant at perioden mellom konstatering av intrauterin død og induksjon av fødsel ikke burde overstige 24 timer. Fødselen burde heller ikke induseres umiddelbart. Foreldrene trenger å kunne innstille seg på hva som skal skje, samt få informasjon om prosessen.

Alle kvinnene i denne studien hadde sett barnet sitt. Første reaksjon for åtte av kvinnene var at de ikke ønsket å se barnet, men etter påtrykk fra personalet så de likevel barnet. Ingen angret at de hadde sett barnet, de var heller takknemlige og mente at staben burde understreke ennå sterkere viktigheten av denne kontakten (33).

En kvinne fikk barnet lagt på magen rett etter forløsning. Hun ble ikke spurt om hun ønsket dette, men beskrev handlingen som smart, fordi hun ikke visste hva hun ville svart hvis hun ble spurt.

Alle kvinnene mente at helsepersonalet skulle oppmuntre foreldre til å tilbringe så mye som mulig tid sammen med barnet. 8 av de 12 kvinnene følte de hadde fått for lite tid sammen med det døde barnet (33).

### Norske retningslinjer

Også i Norge er det utarbeidet nasjonale retningslinjer vedrørende omsorg ved dødfødsler og aborter. I Norsk Gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp fra –98 er et kapittel viet til problemene rundt dette (25). Hensikten med dette kapittelet er: ”Skape respekt for fosteret. Open og høveleg synleggjerande kontakt med kvinner/par. Lage ei ramme for omsorgsarbeidet.”

Her er definisjonen på dødfødsel >28 uker, men det nevnes at de som opplever en abort, altså dødfødsel <28 uker også kan ha nytte av da intervensjonene som var nevnt under dødfødsel. Det vektlegges at det må brukes skjønn i disse situasjonene, og at det f. eks vil være unaturlig for mange med dødsannonse. Veilederen gir råd om at foreldrene bør kunne påvirke tidspunktet for induksjon. Paret bør få enerom på barsel, evt kvinneposten. Pkt 5 sier: ”Sjå barnet – namn – fotografi – dødsannonse. Barnet får et namn så snart som råd er. Som hovudregel tilrås det at foreldra brukar tid ilag med det døde barnet, sjå det, halde det. Foreldra bør oppmuntrast til å involvere omverda (familie, venner etc.) i det som har skjedd. Det bør takast fotografi, fot- og handavtrykk av barnet. Om råd gjernast også en liten hårdust. Dette og eventuelt anna kan samlast i en ”minneperm” som oppbevarast i journalen til foreldra ønskjer å få han. Det er viktig å informere om at dødsfallet vedkjem fleire enn familien, såleis kan det være godt å ordne dødsannonse innan gravferda.”

I tillegg oppfordres det til å ha eget gravsted for barnet.

Jordmorveilederen fra Sandvik forlag (14) omhandler også dødfødsler, og har retningslinjer tilsvarende Veilederen i fødselshjelp.

Foreningen ”Vi som har et barn for lite” gir ut en del brosjyrer som de fleste av fødeavdelingene deler ut ved en dødfødsel. En av brosjyrene, utarbeidet av psykolog Gunvor Berge Svenberg er rettet mot foreldre som mister barn i tiden rundt fødselen. I denne brosjyren understrekes det at det er viktig å se barnet. Det er viktig å ha bilder av barnet, og gi det et navn. Det sies også at ulike mennesker sørger ulikt, og at far og mor også kan sørge ulikt. Viktigheten av å stole på at en sørger på den måten som er riktig for en selv vektlegges.

#### Retningslinjer ved 14 fødeavdelinger

I tillegg til nasjonale retningslinjer er det utarbeidet prosedyrer for medisinsk og psykososial håndtering av dødfødsler på de enkelte fødeavdelingene. Jeg har sett på retningslinjene til 14 av 18 norske fødeavdelinger i region Helse Sør og Helse Øst.

Jeg har lagt vekt på den psykososiale delen av håndteringen,: Hva sier de om:

- Morens kontakt med barnet.
- Hvilke prøver skal tas av moren, av barnet og av placenta?
- Hvilke rettigheter har foreldrene ved en dødfødsel?
- Foreligger en sjekklister

Det ulike sykehusene varierer når det gjelder *definisjonen av dødfødsel*.

Ved Ullevål Universitetssykehus skiller en ved uke 20 i forhold til om kvinnene skal ligge på gynekologisk avdeling eller barselavdeling.

Rikshospitalet bruker WHO's retningslinjer som skiller mellom dødfødsel og abort ved 22 uker eller fødselsvekt >500g. Mellom uke 16 og 22 brukes benevnelsen senabort.

Ved Sykehuset Asker og Bærum og Ahus regnes dødfødsel som fosterdød etter 23. svangerskapsuke.

Ved sykehusene i Gjøvik, Lillehammer, Skien og Tynset skilles abort og dødfødsel ved 28 fullgatte graviditetsuker, men det understrekes at også foster ned mot 23 uker kan regnes for dødfødsel. I samsvar med Veilederen i fødselshjelp oppfordres til skjønnsvurdering av disse grensene.

Sykehuset Innlandet, Kongsvinger har felles prosedyre for alle senaborter/dødfødsler etter 12. svangerskapsuke.

Kristiansand, Tønsberg, Hønefoss og Kongsberg har retningslinjer/sjekklister som ikke skiller mellom abort og dødfødsel.

En del aspekter er *felles ved samtlige retningslinjer*:

**Alle** fødeavdelingene lager minnekort om barnet. Det inneholder bilde, fotavtrykk og eventuelt hårløkk, samt lengde og vekt. Dette gies foreldrene eller legges i journalen.

**Alle** avdelingene har oppfølgende samtaler med foreldrene. Disse kan variere i antall, men de fleste tilbyr to ettersamtaler.

**Tre** av sykehusene tilbyr sorggrupper.

Foreningen "Vi som har et barn for lite" arrangerer sorggrupper i de største byene. De fleste av sykehusene deler ut foreningens brosjyre til foreldrene.

I tabellen under beskrives aspekter vedrørende psykososial omsorg og foreldrenes kontakt med barnet.

Tabell 1: Innhold i retningslinjer ved 14 fødeavdelinger i Helse Sør og Øst 2003

Sykehus	Sjekk-liste	Utdypende retningslinjer	Se, holde	Egne bilder	Dødsannonse	Navn
Ullevål	X	X	Anbefales	*	*	*
Rikshospitalet	X	X	Kan	*	*	*
Aker	X	Jordmorveilederen	Oppfordres	*	*	*
Ahus	X	X	Oppfordres	*	*	Oppfordres
Bærum	X	X	Bør	Oppfordres	*	*
Kristiansand	X		Dokumenteres	*	*	*
Tønsberg	X		Dokumenteres	*	*	*
Gjøvik	X	NGF	Skal	Bør	Bør	Skal
Lillehammer	X	NGF	Skal	Bør	Bør	Skal
Skien	X	NGF	Dokumenteres	*	Etter ønske	Dokumenteres
Kongsvinger		Helsedirektoratet	Vise barnet	*	*	*
Hønefoss		X	Viktig	Oppfordres	Oppfordres	Oppfordres
Kongsberg	X	X	Oppfordres	*	*	*
Tynset		X	Viktig	Oppfordres	Oppfordres	Viktig

X=foreligger, \*= ikke omtalt spesielt i retningslinjene, NGF= Norsk gynekologisk forenings veileder i fødselshjelp "Utdypende retningslinjer" gjelder retningslinjer som omhandler psykososial omsorg. Med egne bilder menes bilder tatt av foreldrene selv, uavhengig av de som taes av personalet til minnekortet.

*Retningslinjenes anbefalinger kan variere noe fra sykehus til sykehus.* Elleve av 14 sykehus har en sjekklister. Tolv av 14 har utdypende retningslinjer vedrørende psykososial omsorg. To av sykehusene benytter kun sjekklister ved en dødfødsel.

Holdninger til om foreldre bør se det døde barnet omtales i 8 av retningslinjene som : kan (1), skal (2), er viktig (2), bør oppfordres til(3).

Bare ett sykehus spesifiserer at det bør tas hensyn til kvinnenens mentale tilstand, samt svangerskapslengde, men det understrekes at å ha barnet inne hos seg er viktig for videre sorgbearbeidelse.

Et av sykehusene har nye retningslinjer utarbeidet etter Hughes et als studie (11) . De påpeker at det er viktig å være bevisst på individuelle og kulturelle forskjeller og at foreldrenes ønsker skal taes hensyn til. Deres sjekklister ved dødfødsel inneholder ingen punkter vedrørende om foreldrene har sett barnet.

Noen retningslinjer har kun skjematisk mer nøytrale beskrivelser av prosedyrer, hvor det skal krysses av om foreldrene har sett.

I de mest aktive retningslinjene oppfordres foreldrene til se og holde barnet. De beskriver dette noe ulikt, og i noen retningslinjer oppfordres foreldre til å være tilstede når barnet skal stelles, måles og veies. Foreldre oppfordres til å la søsken, foreldre eventuelt andre få se barnet. Disse retningslinjene er i

stor grad i samsvar med Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp. Ved et sykehus påpekes det at det er lov til å ta med barnet hjem dersom det ikke skal obduseres.

Ved et annet sykehus vektlegges det at det er viktig for foreldrene at de blir kjent med barnet sitt, og at de får tatt en verdig avskjed. Foreldre og deres familie bør se og holde barnet. Foreldrene bør oppfordres til å ha barnet mye inne hos seg. Foreldre oppfordres til å ta egne bilder av barnet, eventuelt sammen med foreldre eller søsken, gjerne sorthvitt.

Spesielt ett sykehus understreker sterkt viktigheten av at foreldrene *oppnår en kontakt med det døde barnet*. Her oppfordres foreldrene til å se barnet, gi barnet et navn og ta bilder av barnet. Foreldrene bør selv arrangere begravelse, de rådes til å ha åpen kiste, og at familie og venner deltar. Alle over 16. svangerskapsuke blir gravlagt.

I en annen veileder står det: ”det er viktig at foreldrene og søsken ser, tar på og evt holder sitt barn for å kunne erkjenne hva som har hendt, de er i en sjokkfase og kan ta helt feile valg, og dette kan få store følger senere.” ”Det er veldig få foreldre som har angret på at de så sitt døde barn, derimot har mange store psykiske problemer fordi de aldri fikk se sitt døde barn.” ”Foreldrene bør oppfordres til å gi barnet et navn, dette gir barnet en personlighet.” ”De oppfordres til å sette inn dødsannonse, der barnet er født med liv også fødselsannonse”.

## Diskusjon

En gjennomgang av empiriske studier fra 1966 til i dag viser store endringer i håndteringen av psykososial omsorg ved dødfødsler. Fra å se på dødfødsler som en ikke-hendelse som man ikke skulle snakke om, hvor barnet ble fjernet fra mor rett etter fødselen, ble det etter hvert laget retningslinjer som vektla at sorgen må bearbeides isteden for å fortrenses. For å gjennomføre dette ble det hevdet at kvinnen trengte minner som skulle skaffes gjennom å se, holde og gi navn til barnet.

Gjennomgang av retningslinjer vedrørende dødfødsler ved fjorten sykehus i Helse Sør og Helse Øst viser at praksis varierer noe fra sykehus til sykehus, men at de fleste signaliserer på linje med internasjonal praksis, at det å se og holde barnet er positivt for morens sorgarbeid.

Studiene som har ligget til grunn for utviklingen av retningslinjer for håndteringen av dødfødsler har dels tatt for seg neonatal død (15), andre fokuserer på dødfødsel (2,6,11,17,19,20,28), og noen på perinatal død (7,9,10,12,18,31).

Det er gjort enkelte studier på ulikheter i sorgreaksjon hos de som har opplevd abort, dødfødsel og neonatal død (6,17), og hvor tilfreds de har vært med håndtering og oppfølging. Disse studiene har vist at svangerskapslengden har betydning for sorgreaksjonen hos foreldrene, og hvor tilfreds de har vært med oppfølging og omsorg fra sykehuset.

Kennel et al studie (15) vedrørende dødsfall i nyfødtp perioden ble ofte brukt som referanse for å begrunne retningslinjer ved dødfødsler. Kennels studie omhandlet neonatal død, og morens kontakt med barnet før det døde. Han viste at kvinner som hadde sett og berørt barnet før det døde sørget dypere enn de som ikke hadde sett det. Han konkluderte med at sorgen ikke var patologisk, og anbefalte dette som en rutine *for at foreldrene skulle oppnå bedre tilknytning dersom barnet skulle overleve*.

Men Kennel et al blir ofte referert til som de som viste at foreldre som opplever en dødfødsel sørger (6,12,18,31), og i enkelte artikler er Kennel referert som en som tidlig så på effekten av morens kontakt med det døde barnet (18). Kennel studerte effekten av mors kontakt med barnet *før* det døde, og sorg hos foreldre som hadde opplevd *neonatal* død. Denne situasjonen kan vanskelig sammenliknes med situasjonen rundt en dødfødsel. En kan spørre seg om noe av litteraturen vedrørende betydningen av morens kontakt med barnet ved dødfødsel har bygget på feil grunnlag.

Det er grunn til å tro at de som har fått et levende barn kan oppleve tapet noe annerledes enn der barnet er født uten liv.

Pasientgrunnlaget for Hughes et als studie var kvinner som har opplevd dødfødsler etter uke 18 (11). De skilte ikke mellom tidlig og sen føtal død. Man kan tenke seg at Hughes et als resultater kunne vært annerledes dersom de hadde tatt hensyn til svangerskapslengde. Det finnes eldre studier som hevder at svangerskapslengde ikke har betydning for sorgreaksjonen (26), men flere nyere studier har vist at de som mister et barn sent i svangerskapet sørger signifikant mer enn de som mister et barn tidlig (6,17,31). Toedter et al viste at kvinnene som hadde opplevd sen føtal død og neonatal død sørget mer enn de med tidlig føtal død. De mente at det å se barnet var essensielt for foreldre som mister barn (17). De som mistet et barn tidlig (<27 uker) var lite tilfreds med de intervensjoner og den håndteringen de fikk. Ifølge denne studien representerer denne gruppen fortsatt en utfordring i forhold til håndtering av føtal død.

Tidligere studier har vist at de som hadde sett sitt døde barn var mer tilfreds med omsorg og oppfølging ved sykehuset enn de som ikke så barnet. Det er vanskelig å sammenlikne resultater målt som henholdsvis tilfredshet og psykiatriske komplikasjoner. Hughes et al viste i 2002 at de kvinnene som hadde sett, holdt og navngitt sitt døde barn, hadde større grad av psykiatriske- og PTSD-symptomer i neste svangerskap enn de som ikke hadde hatt denne kontakten med barnet (11).

I 2003 kom Hughes et al med en artikkel hvor de utdyper og diskuterer sine funn i studien fra -02 (12). De sier der at de er klar over at det finnes studier som rapporterer at foreldrene er glad for å ha sett barnet (6,27), men de hevder at dette er betinget av kulturelle forventninger. Det forventes at det å ha kontakt med barnet er det beste for mor. Kontakt med det døde barnet øker tilknytningen til dette barnet, men som Hughes et al hevder, kan økt kontakt gjøre at foreldrene får vanskeligheter med å akseptere at barnet er dødt. Dette vil ha konsekvenser både for mors psykiske helse, samt for det neste barnet. Hughes et al mener at man nå bruker samme argumenter som på 1970- tallet, da man fjernet barnet til morens eget beste. Nå oppfordres, og til tider presses moren til å se barnet mot sin vilje men til hennes eget beste (12).

Hughes et als artikkel er kritisert for ikke å ha tatt hensyn til nyere forskning.(23) Det er hevdet at RCOGs retningslinjer for lengst er foreldet, og at foreldrene er mer i fokus nå og ikke overtales til noe de ikke ønsker (23). Hughes et al har svart på denne kritikken med at deres erfaring er at RCOGs retningslinjer absolutt er aktuelle også i dag (12).

Rådestad et als artikkel fra -04 bekrefter Hughes' påstand (33). Rådestad hevdet at kvinner ønsker og har nytte av at personalet overtaler dem om nødvendig til å se og holde sitt døde barn. De beskrev at kvinner i Sverige nå oftere tar det døde barnet hjem for å sørge. Rådestad forklarer Hughes resultater med at disse kvinnene ikke var godt nok forberedt på det de skulle gjennom. Ved å forberede kvinnen på det hun skal oppleve, mener Rådestad et al at resultatene sannsynligvis ville vært annerledes. De mener at *kvinnene må knyttes til barnet*, de må kjenne på stoltheten over barnet og lære og skjønne at hun må skilles fra dette barnet, og så ta farvel med barnet (33).

Denne undersøkelsen bygger på et meget begrenset materiale og har ingen sammenlikningsgruppe, en kan derfor stille spørsmål ved allmenngyldigheten av forfatterens konklusjon.

Rådestad hevdet også i 2002 at å spørre om foreldrene vil se barnet er å introdusere en unødig spenning som kan være skadelig, og at alt tyder på at de som ikke utsettes for tidspress og angstfylt personale, vil møte og elske sitt døde barn og ta avskjed med det (29).

Det er tydelig uenighet om Hughes et als funn, og det er behov for flere studier på dette feltet.

De norske retningslinjene, på nasjonalt plan, og ved de 14 sykehusene svarer hovedsakelig til de internasjonale retningslinjene. Sjekklisten sier lite om interaksjonen mellom personalet og foreldrene, og

om hvilke råd personalet gir. Det er derfor vanskelig å trekke noen slutninger om praksis fra de sykehusene som kun har sjekklister og enkle retningslinjer.

Norsk gynekologisk forenings veileder i fødselshjelp, er ganske klare i sine retningslinjer (25). ”Se, navngi og tilbringe mye tid med barnet. De bør sette inn dødsannonse og holde begravelse. Det bør vises skjønn for de født <28 uke”.

Disse retningslinjene er svært like RCOGs retningslinjer fra –85.

De fleste av fødeavdelingenes retningslinjer bygger på Norsk gynekologisk forenings retningslinjer, men de spriker når det gjelder grad av påtrykk for å få foreldre til å se sitt dødfødte barn

Det er interessant å se at noen sykehus skiller seg ut med sterkere anbefalinger enn andre. Hvilken betydning dette har for den reelle gjennomføringen er usikker, men det kan bety, dersom retningslinjene følges at praksis kan være lik på ulike sykehus.

Vil det at et sykehus har utarbeidet nye retningslinjer med bakgrunn i Hughes studie føre til at flere endrer praksis, eller vil det føre til at vi får en periode med større grad av ulik praksis på sykehus i Norge?

Retningslinjene ble innhentet i august –03 og jeg kan ikke se bort fra at det allerede er utarbeidet nye retningslinjer på flere sykehus. Det trengs også direkte observasjon, eventuelt intervjuer med jordmødre og mødre om deres erfaringer for å vite hvordan retningslinjer praktiseres.

Leon hevdet i 1992 at retningslinjene som ble utarbeidet på 80-tallet bidro til at den psykososiale omsorgen i for stor del var blitt en protokollføring (18). Det som startet som en humanisering av situasjonen rundt foreldrene etter en dødfødsel, ble etter hvert et skjemavelde med rubrikker for alt som skulle gjøres. Han antydte at presise skiftlige retningslinjer kan være en løsning for helsepersonell for å unngå følelsesmessig involvering. En protokoll kan ikke generere empati dersom helsearbeideren ikke har evne til å være empatisk.

Han antydte også at praksis med å informere pasientene om den naturlig sorgprosessen de skal gjennom kan være direkte skadelig. Ulike mennesker reagerer ulikt på sorg, og en standardisering av sorgreaksjonen vil kunne føre til at de som reagerer på en noe annerledes måte vil kunne føle seg som avvikere (18).

Rand et al så i 1998 på hvilke valg foreldre gjorde vedrørende kontakt med det døde barnet etter en dødfødsel eller der barnet døde rett etter fødselen (23). Valgene var å se barnet, holde barnet, å gi det navn og å obduere barnet. De fant at ingen av alternativene ble valgt av alle foreldrene.

Rand et al konkluderte med at foreldre reagerer ulikt i slike situasjoner, og at det derfor er umulig å utarbeide retningslinjer som skulle gjelde for alle

Fra de første retningslinjene ble utarbeidet i 1978 er de revidert flere ganger. De nyere utgavene er mer moderate i sin ordlyd, foreldrenes mulighet til selvbestemmelse er i større grad inkludert, men det er fremdeles vurdert å være viktig å legge til rette for at foreldre skal se og holde det døde barnet, og at dette er positivt for sorgbearbeidelsen (11,16).

De norske retningslinjene i Norsk gynekologisk forenings veileder i fødselshjelp (25) er fremdeles ganske klare i sin anbefaling om å se og holde og å gi barnet navn.

Jeg har i denne oppgaven fokusert på psykososial omsorg av mødre ved en dødfødsel. Jeg har ikke sett på ulikheter i sorgreaksjon eller behov hos kvinner og menn.

Spørsmålet om det er ulik grad av sorgreaksjon ved dødfødsel av tilsynelatende friske barn og barn med malformasjoner eller i hvilken grad dødfødsel rammer kvinnens selvfølelse er ikke belyst i denne oppgaven og er heller ikke empirisk belyst i de refererte artiklene.

Litteratursøk har ikke gitt noen holdepunkter for hvordan innføring av ultralydscreening influerer på morens tilknytning til det ufødte barnet. Praksis hittil har vært begrunnet utfra at kvinnen burde se barnet for å skaffe minner om barnet som hun aldri hadde kjent. I dag tilbys de alle gravide kvinner ultralyd ved 17-19 uke i graviditeten. Hvilken innflytelse har det å se hjertet slå, å se alle kroppsdeler og å se barnet bevege seg på de blivende foreldres forhold til det ufødte barnet? Slike erfaringer kan også prege foreldrenes reaksjoner i tilknytning til en dødfødsel .

Gjennom litteraturgjennomgangen har jeg vist at pendelen har svinget fra å se på dødfødsler som "ikke-hendelser" til pålegg om å se, holde, gi navn og holde begravelse.

Nå har pendelen igjen begynt å svinge. Hughes et als studie (11) har skapt debatt, og det er uenighet om resultatene. Det er behov for flere studier for så å forsøke å skape en best mulig praksis for håndteringen av dødfødsler. Utfordringen er nå å unngå at pendelen svinger til et nytt ytterpunkt, men at den finner en slags midtstilling med rom for foreldres individuelle ulikhet , behov og ønsker ved prenatal barnedød.

### Referanser:

1. Benfield DG, Leib S, Vollman J. Grief response of parents to neonatal death and parents participation in deciding care. *Pediatrics* 1978;62:171-7
2. Bourne S. The psychological effects of stillbirths on women and their doctors, *J. Roy. Coll. Gen. Practit.* 1968; 16: 103-12.
3. Bourne S. Coping with perinatal death. *Midwife, health visitor and comm nurse* 1979;15:89-92.
4. Bourne S, Lewis E. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement, *BMJ* 1983; 286: 145.
5. Bourne S, Lewis E. Delayed psychological effects of perinatal deaths: the next pregnancy and the next generation, *BMJ* 1984; 289: 147-8.
6. Cuisinier MCJ, Kuijpers JC et al. Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care, *Eu J Obstetr & Gynecol Repr Biol* 1993; 52: 163-68
7. Cullberg J. Reaktionen infor perinatal barndod (I):Psykiska foljder hos kvinnan, *Lakartidningen* 1966; 63: 3980-6.
8. Cullberg J. Reaktionen innfor perinatal barndod (II): Forhållandet patient-lakare, *Lakartidningen* 1966; 63: 4065-8
9. Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement, *BMJ* 1982; 285: 1475-9.
10. Giles PFH. Reactions of women to perinatal death, *Aust. N.Z.J. obstet. Gynaec* 1970; 10: 207-10.
11. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CDH. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study, *Lancet* 2002; 360: 114-8.
12. Hughes P, Riches S. Psychological aspects of perinatal loss, *Curr opin obstet gynecol* 2003;15:107-11.
13. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CDH. Authors' reply. *Lancet* 2002;360:1601-2.
14. Jordmorveilederen, Sandvik forlag.
15. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New Eng J of Medicine* 1970; 283: 344-9.
16. Kohner N, Henley A. When a baby dies. The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death, Routledge 2001.



17. Lasker JN, Toedter LJ. Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss, *Death studies* 1994; 18: 41-64.
18. Leon IG. Perinatal loss. A critique of current hospital practices, *Clin Pediatrics* 1992; 31: 366-74.
19. Lewis E. The management of stillbirth, coping with an unreality, *Lancet* 1976; 2: 619-20.
20. Lewis E, Page A. Failure to mourn a stillbirth: An overlooked catastrophe, *Br. J. Med. Psychol* 1978; 51: 237-41.
21. Lewis E. Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death, *Arch Dis Child* 1979; 54: 303-6.
22. Lindemann E. *Am J Psychiat.* 1944 101: 141
23. Matthews M, Kohner N. Psychosocial care of mothers after stillbirth, correspondence, *Lancet* 2002; 360: 1600-2.
24. Nicol M, Yompkins J, Campbell N, Syme G. Maternal grieving response after perinatal death. *Med J Aust* 1986;144:287-9.
25. Norsk Gynekologisk forenings Veileder i Fødselshjelp, Den norske legeforening 1998.
26. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980;43:155-9.
27. Rand CS, Kellner KR, Revak-Lutz R, Massey JK. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19: 44-48.
28. Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. Psychological complications after stillbirth - influence of memories and immediate management: population based study, *BMJ* 1996; 312: 1505-8.
29. Rådestad I. Nar et barn fods dott: Battre utveckla vården an vrida klockan tillbaka, *Lakartidningen* 2002; 99:5007-9.
30. Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 2001;28:124-30.
31. Statistisk sentralbyrå. [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
32. Theut SK, Pedersen FA, et al. Perinatal loss and parenteral bereavement, *Am J Psychiatry* 1989; 146: 5: 635-9.
33. Trulsson O, Rådestad I. The silent child – mothers' experiences before, during and after stillbirth, *BIRTH* 2004;31: 189-195.
34. Tudehope D, Iredell J, Rodgers D, Gunn A. Neonatal death: grieving families. *Med J Aust* 1986;144:290-2.

