

bentäthet i hälbenet har utgjort fundamenta.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Artikelförfattaren är minoritetsdelägare i Demetech AB, Solna, som tillverkar hälbensmätare.

Referenser

1. Robinson CM, Royds M, Abraham A, McQueen MM, Court-Brown CM, Christie J. Refractures in patients at least forty-five years old, a prospective analysis of twenty-two thousand and sixty patients. *J Bone Joint Surg Am* 2002;84-A: 1528-33.
2. Lindsay R, Silverman S, Cooper C, Hanley DA, Barton I, Broy SB, et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA* 2001;285:320-23.
3. Siris ES, Miller PD, Barrett-Connor E, Faulkner KG, Wehren LE, Abbott TA, et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. *JAMA* 2001; 286: 2815-22.
4. Faulkner KG, McClung MR, Ravn DJ, et al. Monitoring skeletal response to therapy in early post-menopausal women: Which bone to measure. *J Bone Mineral Res* 1996;19: S96.
5. Black DM, Cummings SR, Genant HK, Nevitt MC, Palermo L, Browner W. Axial and appendicular bone density predict fractures in older women. *J Bone Miner Res* 1992;7: 633-8.
6. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* 1996;312:1254-9.
7. Vogel JM, Wasmich RD, Ross PD. The clinical relevance of calcaneus bone mineral measurement: A review. *Bone Min* 1988;5: 35-58.
8. Adams JE, Ring EFJ, Eastell R. The use of peripheral X-ray absorptiometry in the management of osteoporosis. National osteoporosis society, Bath, England 2000.
9. The WHO study group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report nr 843. ISBN 92 4 120843 0. Geneva: World Health Organisation; 1994.
10. Lochmuller EM, Miller P, Burklein D, Wehr U, Rambeck W, Eckstein F. In situ femoral dual-energy X-ray absorptiometry related to ash weight, bone size and density, and its relationship with mechanical failure loads of the proximal femur. *Osteoporosis Int* 2000;11:361-7.
11. Bolotin HH, Sievanen H, Grashuis JL, Kuiper JW, Jarvinen TL. Inaccuracies inherent in patient-specific dual-energy X-ray absorptiometry bone mineral density measurements: comprehensive phantom-based evaluation. *J Bone Miner Res* 2001;16:417-26.
12. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Mätning av bentäthet. SBU-rapport nr 127. Stockholm: SBU;1995.
13. Swanpalmer J, Kullenberg R. A new measuring device for quantifying the amount of mineral in the heel bone. *Ann N Y Acad Sci* 2000;904:115-7.

När ett barn föds dött:

Bättre utveckla vården än vrida klockan tillbaka

Vi kan eliminera psykologiska trauman i samband med en dödfödsel och stödja föräldrarnas förmåga att genomleva sin sorg. Att inte låta föräldrarna se sitt döda barn skulle vara att vrida klockan tillbaka. Vi bör satsa på att ytterligare förfinas vården och skapa en ännu mer tillåtande atmosfär för föräldrarnas möte med och avsked av sitt döda barn. Det skriver Ingela Rådestad med anledning av ett referat under »Nya rön« i Läkartidningen nyligen.

INGELA RÅDESTAD
barnmorska, dr med vet, lektor vid
Mälardalens högskola
ingela.radestad@mdh.se

II I Läkartidningen 42/2002, under vinjetten »Nya rön« (sidan 4169), refererar Kjell Tullus en studie publicerad i *Lancet*, och ger samtidigt råd om hur föräldrar skall bemötas efter dödfödsel. Tullus försöker introducera en tveksamhet kring nuvarande framgångsrika rutiner. En alternativ läsning av den citerade artikeln [1] ger istället lärdomar för att gå vidare.

Hughes studie

Hughes och medarbetare har följt 65 kvinnor som fött ett dött barn och som genomgått en ny graviditet [1]. Prevalensen för depression ett år efter nästkommande graviditet var 9/48 (19 procent) om kvinnan sett sitt döda barn, och 2/17 (12 procent) om hon inte sett barnet, vilket ger en skillnad (med 95 procents konfidensintervall) på 7 procent (-12 procent, 26 procent). För ångestsymtom var motsvarande siffror 8/48 (17 procent) och 2/17 (12 procent), med en skillnad på 5 procent (-14 procent, 24 procent). Skillnaderna är inte statistiskt signifikanta.

Tolkar annorlunda än författarna

Tullus skriver att studien visar att »det var bättre att inte se sitt döda barn«, en tolkning som kan kritiseras och är annorlunda än den författarna själva gör. Vidare uttrycker Tullus att det var erfarenhet och allmän psykologisk kunskap som utgjorde grunden för »att ge föräldrarna möjlighet att sörja sitt intrauterint döda barn«.

Men, fortsätter han, inga studier som stödde denna uppfattning fanns då praxis infördes. Sammanfattningen motsägs av att Hughes och medarbetare [1] cite-

rar fler än 20 artiklar inom området skrivna 1970–2001, en lista som är långt ifrån heltäckande.

Cullberg [2] fann att en tredjedel av kvinnorna som mist ett barn perinatalt i början av 1960-talet hade allvarliga psykiska komplikationer ett till två år efter händelsen. Det finns skäl att tro att en stor del av den psykiatriska översjukligheten som Cullberg dokumenterade var undvikbar och ibland iatrogen.

Utvecklingen sedan 1960-talet

På 1960-talet fick få kvinnor se sitt döda barn efter förlossningen, och det fanns inga rutiner för att samla minnen från barnet. Orsaken till barnets död kunde sällan fastställas, någon begravning anordnades i regel inte och beredskapen hos personal att samtala om det döda barnet var lägre än idag. Vården började förändras under 1970-talet, kvinnorna fick se sitt barn och minnen började insamlas.

En uppföljning av kvinnor som födde ett dött barn i Sverige 1991 visade enbart

Allt talar för att föräldrar som inte utsätts för tidspress eller möter ångestfylld personal möter och älskar sitt döda barn för att, när de känner att tiden är mogen, ta avsked från det.

en liten överrisk i ångestsymtom och ingen statistiskt säkerställd skillnad i depressionssymtom i en jämförelse med kvinnor som fött ett levande barn [3, 4]. En rimlig tolkning är att skillnaderna i psykiska komplikationer efter dödfödelse mellan 1960- och 1990-talen beror på att den ändrade vården dramatiskt förbättrat situationen för kvinnor som förlorat ett barn.

Förlossningarna flyttades till sjukhusen

Förlossningarna i hemmen flyttades till sjukhusen under första delen av förra seklet. Troligen var det i samband med denna förflyttning som föreställningen att mamman skulle »skyddas« mot sitt barn uppkom. Men, det var inte resultat från vetenskapliga studier som ledde fram till att man satte upp ett skynke mellan kvinnans huvud och mage. Att barnet snabbt fördes ut ur rummet var inte baserat på någon randomiserad jämförelse, det var en praxis som infördes utan evidens. Dessa vådrutiner fanns kvar ända in på 1970-talet.

Idag är praxis den motsatta; en viktig förändringskraft har troligen varit kvinnors berättelser om den sorg de känt över att inte ha fått se sitt barn och saknaden av minnen. Men även vetenskapliga studier av varierande kvalitet, inklusive en tidig randomiserad studie [5], dokumenterar den gynnsamma effekten för föräldrarna att få möta sitt dödfödda barn.

Invändningar

Vi kan eliminera psykologiska trauman i samband med en dödfödelse och stödja föräldrars förmåga att genomleva sin sorg. Hughes och medarbetare [1] fann en ökad risk för ångest och depression bland kvinnor som hållit sitt döda barn jämfört med dem som sett barnet men inte hållit i det. Studien har metodproblem: den är liten, gestationsåldern varierade mellan 18 veckor och fullgången graviditet (ingen redovisning görs om gestationsålder modifierar resultaten), och studien inkluderar enbart kvinnor som fött ett nytt barn.

Författarna skriver: »the protocol might sometimes be rigidly used to reduce staff anxiety« [1]. Deras data kan således avspegla att en ångestfylld personal överräcker ett 19 veckor gammalt foster/barn till kvinnan med uppmaningen »håll i det«, för att efter en minut lika ångestfylld ta tillbaka det och rusa ut ur rummet. Protokoll (»modern skall se och hålla i barnet«) har då följts, men kvinnan har kanske upplevt mötet med barnet som obehagligt.

I en svensk studie sågs ingen skillnad i risken för ångestsymtom tre år efter en dödfödelse (barn minst 28 graviditetsveckor gamla) mellan kvinnor som hål-

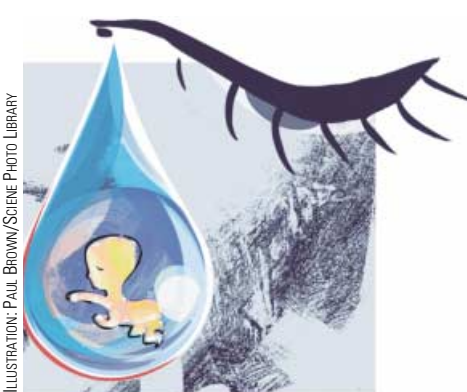


ILLUSTRATION: PAUL BROWN/SCIENCE PHOTO LIBRARY
En konstnärs tolkning av mammans sorg över sitt nyfödda, döda barn.

lit och inte hållit i sitt barn [3]. Att personalen är avspänd och inte utstrålar obehag har troligen central betydelse för föräldrarnas möte med barnet. Vi saknar svenska data för omhändertagandet när barn föds döda före 28:e graviditetsveckan.

Förfina vården

Ett alternativ till att vrida klockan tillbaka är att gå vidare och förfina vården. Vi kan skapa en ännu mer tillåtande atmosfär för föräldrarnas möte och avsked med sitt döda barn, och utveckla insamlandet av minnesföremål [3, 4]. Ökade diagnosmöjligheter bidrar till att fler föräldrar än tidigare får veta orsaken till att deras barn dött [6, 7], något som efterfrågas [4] och som kanske kan minska stressen under nästkommande graviditet. Möjligen behövs speciella rutiner för föräldrar till de mycket små (15–22 graviditetsveckor) döda barnen.

Kanske kan vi komma vidare med att ge intresserade barnmorskor och läkare vetenskaplig och praktisk kunskap inom området och låta dem bistå (så långt det är möjligt) alla dödfödslar. Redan 1991 bemöttes i Sverige levande- och dödfödda barn med i stort sett samma ömhet och respekt av personalen [4].

Att fråga kan skapa onödigt spänning

Inget talar emot att överrätta ett barn till modern direkt efter förlossningen, barnet är föräldrarnas och ingen annans – även om födseln sker på sjukhus. Att fråga om föräldrarna vill se sitt barn är att introducera en onödigt spänning som kan vara skadlig. Allt talar för att föräldrar som inte utsätts för tidspress eller möter ångestfylld personal möter och älskar sitt döda barn för att, när de känner att tiden är mogen, ta avsked från det.

År 1991 såg 300 av 314 studerade kvinnor (96 procent) sitt döda barn, och ingen av dem ångrade det vid uppföljning tre år senare [4]. Av de 14 kvinnor som inte såg sitt barn ångrade sju av dem det, tre var osäkra och fyra (1 procent av

alla studerade kvinnor) var efter tre år fortfarande nöjda med att de inte sett barnet. Det finns föräldrar som vill ta hem sitt döda barn och kanske tillbringa många dagar med det innan de är beredda att ta avsked.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- 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.
- Cullberg J. Reaktionen inför perinatal barnadöd (1): Psykiska följder hos kvinnan. *Svenska Läkartidningen* 1966;63:3980-6.
- Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjögren B. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ* 1996;312:1505-8.
- Rådestad I. Att föda ett dött barn. Vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter barnets död [dissertation]. Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet. Stockholm: Karolinska institutet; 1998.
- Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counseling after perinatal bereavement. *BMJ* 1982;285:1475-9.
- Ahlenius I, Floberg J, Thomassen P. Sixty-six case of intrauterine fetal death – a prospective study with an extensive test protocol. *Acta Obst Gynecol Scand* 1995;74:109-17.
- Petersson K, Bremme K, Bottinga R, H A, HV I, K M, et al. Diagnostic evaluation of intrauterine fetal deaths in Stockholm 1998–99. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:284-92.

Replik

Kjell Tullus svarar på nästa sida.

Replik:

Vi bör lära även av studier som motsäger vad vi själva tror är sant

Hughes och medarbetares studie är den första som jämför grupper av kvinnor som fått olika omhändertagande efter att ha fått ett dödfött barn. Kvinnor som valde att inte se sitt barn mår på ett antal punkter bättre än de som sett eller hållit sitt barn. Den viktiga frågan blir hur vi förhåller oss till en studie som visar resultat som är i stark kontrast till det vi själva tror, skriver Kjell Tullus.

KJELL TULLUS
Consultant Paediatric Nephrologist,
Great Ormond Street Hospital for
Children, London
tulluk@gosh.nhs.uk

■ För 35 år sedan presenterade Johan Cullberg sina banbrytande studier. Det blev då uppenbart för oss alla att många kvinnor som fått ett dödfött barn upplevde svåra psykiska problem länge efter förlossningen. Johan Cullberg undervisade också en hel generation av sjukvårdspersonal om hur kriser utvecklas och gav oss en modell för hur människor i kris bäst skall förstås.

Det startade en snabb utveckling som förbättrade omhändertagandet av familjer som råkat ut för svåra trauman. Rutinerna förändrades från att aktivt understödja kvinnornas förnekande av det som skett till att försöka understödja en normal krisreaktion och sorgprocess. Beskrivande studier har senare givit oss ett stöd för att de förbättringar som gjordes var viktiga steg i rätt riktning. Tyvärr är inte dessa studier utformade på ett sätt som gör att vi med säkerhet kan säga att vi vet vilka förändringar som var viktiga.

Historiska kontroller ger för lite kunskap

Historiska kontroller, dvs att jämföra hur kvinnor mår i början av 1960-talet med hur andra kvinnor upplevde samma trauma i början av 1990-talet, ger oss för lite kunskap om vilka stödåtgärder som är viktiga. Bättre studier som på olika sätt jämför grupper som fått ett olika utformat stöd krävs. Vetenskapligt optimalt är givetvis en randomisering till olika grupper. Det är emellertid för en studie av en så svår situation som att föda ett dött barn ofta inte etiskt riktigt och möjligt att göra.

En välgjord studie

Nu presenteras den första studien som jämför grupper av kvinnor som fått olika

omhändertagande i samband med förlossningen. Studien är välgjord. Resultaten var för oss alla förvånande. På ett antal punkter mår kvinnor som inte sett sina barn bättre än de som sett eller hållit sina barn. Dessa kvinnors förmåga att knyta an till ett senare levande fött barn var också bättre. Resultaten i olika test var samstämmiga, och ett stort antal av de studerade parametrarna visade statistisk signifikans.

Hur förhåller vi oss till resultaten?

Den viktiga frågan blir då hur vi förhåller oss till en studie som visar resultat som är i stark kontrast till vad vi själva tror. Vi kan som Ingela Rådestad säga att vi inte tror på studien. Det är vetenskapligt ohederligt för mig. Vi bör granska studien och hitta brister. Men vi bör också försöka se om studien kanske kan lära oss något nytt.

Det psykologiska omhändertagandet

Ingela Rådestad föreslår att studiens resultat beror på ett mycket sämre psykologiskt omhändertagande av nyförlösta kvinnor i England jämfört med Sverige. Det är ett intressant uppslag att studera skillnader i psykologiska rutiner mellan olika länder. Min egen erfarenhet av att arbeta inom barnsjukvård i båda dessa länder stöder inte denna hypotes. Snarast har vi, där jag jobbar i England, bättre resurser att arbeta med psykosociala frågor än vad jag är van vid hemifrån. Men igen, det är vetenskapliga studier och inte i sig intressanta egna upplevelser som behövs för pålitlig kunskap.

Mårde bättre av att förneka?

En annan möjlig förklaring till Hughes och medarbetares resultat är att vissa kvinnor kanske åtminstone i ett ettårs perspektiv mår psykiskt bättre av att till en del förneka sitt stora trauma. Kanske har studiens oväntade resultat

ytterligare någon helt annan förklaring som vi inte för närvarande förstår.

Fler studier behövs

Den allra viktigaste slutsatsen av Hughes studie är att vi behöver fler bra vetenskapliga studier för att ännu bättre kunna förstå och hjälpa kvinnor och familjer i kris. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Den allra viktigaste slutsatsen av Hughes studie är att vi behöver fler bra vetenskapliga studier för att ännu bättre kunna förstå och hjälpa kvinnor och familjer i kris.