

# ATT SKAPA MENING I DET TILL SYNES MENINGSLÖSA

- Fokusgruppintervjuer med barnmorskor om deras erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd

**LINA WISTRAND**

**KAJSA ZETTERLUND**

*Huvudområde:* Vårdvetenskap, inriktning  
sexuell och reproduktiv hälsa  
*Nivå:* Avancerad nivå  
*Högskolepoäng:* 15 hp  
*Program:* Barnmorskeprogrammet  
*Kursnamn:* Examensarbete inom sexuell och  
reproduktiv hälsa  
*Kurskod:* VAE 041

*Handledare:* Elisabet Häggström-Nordin  
*Examinator:* Margareta Widarsson

*Seminariedatum:* [2018-11-08]  
*Betygsdatum:* [2018-11-22]

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I Sverige dör årligen cirka 440 barn i intrauterin fosterdöd. Att förlora ett barn innan det fötts orsakar vanligen en stor sorg och förtvivlan hos dessa föräldrar. Barnmorskan har en betydande roll i att stödja och vårda föräldrar i dessa situationer, vilket ofta upplevs som en svår och känsloladdad uppgift. **Syfte:** Att beskriva barnmorskors erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd. **Metod:** Två fokusgruppintervjuer med barnmorskor på en förlossningsavdelning i Mellansverige, analyserade med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Dataanalysen resulterade i tio underkategorier, fyra kategorier och ett övergripande tema. Kategorierna var *Närvaro*, *En meningsfull uppgift*, *Att vara både professionell och medmänniska* och *Stöd på arbetsplatsen*. Det övergripande temat var *Att skapa mening i det till synes meningslösa*. Ur kategorierna framkom barnmorskans behov av tid för att kunna vara helt närvarande hos föräldrarna. Barnmorskorna såg det som en meningsfull uppgift att kunna stödja och göra skillnad för föräldrarna. Att vara professionell och samtidigt kunna handskas med sina egna känslor upplevdes som en svårighet. Det bästa stödet fick barnmorskorna från sina kollegor. **Slutsats:** Att hjälpa föräldrarna till en så fin stund som möjligt med sitt dödfödda barn upplevdes som det mest angelägna, och gjorde denna uppgift meningsfull för barnmorskorna.

Nyckelord: *kvalitativ metod, känslor, meningsfullt, sorg*

## ABSTRACT

**Background:** In Sweden, approximately 440 children die in intrauterine fetal death annually. Losing a child before birth causes great sadness and despair to the parents. Midwives' have a significant role in supporting and nurturing parents in those situations, which is often experienced as a difficult and emotional task. **Aim:** To describe midwives' experiences associated to intrauterine fetal death. **Method:** Focus group interviews made with midwives working at a delivery ward in central Sweden, data were analyzed with qualitative content analysis. **Result:** The data analysis resulted in ten subcategories, four categories and an overall theme. The categories were *Presence*, *A meaningful task*, *Being both professional and a human being*, and *Support at work*. The overall theme was *To make meaning of the seemingly meaningless*. The midwives needed time to be able to be fully present with the parents. According to the midwives it was a meaningful experience to be supportive and make a difference for the parents. To be professional while at the same time dealing with their own feelings appeared as a difficult task. They received the best support from their colleagues. **Conclusion:** Supporting the parents and creating a memorable moment with their stillborn baby was experienced as the most eager in these situations, and made the task meaningful for the midwives.

Keywords: *feelings, grief, meaningful, qualitative method*

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1</b>	<b>Intrauterin fosterdöd</b> .....	<b>1</b>
<b>2.2</b>	<b>Riskfaktorer och orsaker</b> .....	<b>2</b>
2.2.1	<i>Komplikationer i moderkaka eller navelsträng</i> .....	2
2.2.2	<i>Infektioner hos mamma eller barn</i> .....	2
2.2.3	<i>Tobak</i> .....	2
2.2.4	<i>Kvinnans ålder</i> .....	2
2.2.5	<i>Sjukdomar hos kvinnan</i> .....	3
2.2.6	<i>Övervikt</i> .....	3
2.2.7	<i>Orsaker hos barnet</i> .....	3
<b>2.3</b>	<b>Intrauterin fosterdöd genom tiderna</b> .....	<b>3</b>
<b>2.4</b>	<b>Föräldrars reaktioner och behov av stöd</b> .....	<b>4</b>
<b>2.5</b>	<b>Barnmorskeprofessionen</b> .....	<b>5</b>
<b>2.6</b>	<b>Barnmorskors roll vid intrauterin fosterdöd</b> .....	<b>6</b>
<b>2.7</b>	<b>Barnmorskans upplevelser</b> .....	<b>7</b>
<b>2.8</b>	<b>Att stödja och stärka</b> .....	<b>7</b>
<b>2.9</b>	<b>Problemformulering</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
<b>4.1</b>	<b>Design</b> .....	<b>9</b>
<b>4.2</b>	<b>Urval</b> .....	<b>9</b>
<b>4.3</b>	<b>Datainsamling</b> .....	<b>9</b>
<b>4.4</b>	<b>Genomförande</b> .....	<b>9</b>
<b>4.5</b>	<b>Dataanalys</b> .....	<b>10</b>
<b>4.6</b>	<b>Etiska aspekter</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>

<b>5.1 Närvaro.....</b>	<b>13</b>
5.1.1 Att finnas tillhands.....	13
5.1.2 Att fokusera på paret.....	14
<b>5.2 En meningsfull uppgift.....</b>	<b>14</b>
5.2.1 Att göra skillnad .....	15
5.2.2 Att skapa minnen .....	15
<b>5.3 Att vara professionell och samtidigt känna egna känslor .....</b>	<b>16</b>
5.3.1 Att känna sorg.....	16
5.3.2 Att känna frustration.....	16
5.3.3 Händelser som sätter spår.....	17
5.3.4 Att lära genom erfarenhet .....	18
<b>5.4 Stöd på arbetsplatsen .....</b>	<b>18</b>
5.4.1 Att ha stödjande kollegor.....	18
5.4.2 Att ta eget ansvar.....	19
<b>6 DISKUSSION.....</b>	<b>19</b>
6.1 Resultatdiskussion.....	19
6.2 Metoddiskussion .....	21
6.3 Etikdiskussion .....	23
<b>7 SLUTSATS.....</b>	<b>23</b>
<b>8 KLINISK IMPLIKATION .....</b>	<b>24</b>
<b>9 FRAMTIDA FORSKNING .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>25</b>
<b>BILAGA A: INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF</b>	
<b>BILAGA B: INFORMATIONSBREV TILL BARNMORSKOR</b>	
<b>BILAGA C: FRÅGEGUIDE</b>	
<b>BILAGA D: SAMTYCKESFORMULÄR</b>	
<b>BILAGA E: ARTIKELMATRIS</b>	

# 1 INLEDNING

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar till barnmorskor på Mälardalens Högskola. I arbetet som sjuksköterskor har vi mött människor i sorg och kris. Med erfarenhet har vi förstått vilken skillnad vi kan göra och hur meningsfullt vårt arbete är.

I vårt framtida yrke som barnmorskor kommer vi få ta del av många glada stunder och livsombälvande ögonblick. Samtidigt är vi medvetna om att vi även som barnmorskor kommer att vårda människor i sorg och kris.

Intrauterin fosterdöd är något av det mest traumatiska som kan hända blivande föräldrar. Deras värld vänds upp och ned och de går från förväntan och glädje till djup sorg och förtvivlan. Att vårda drabbade föräldrar kan aldrig bli en rutinuppgift för barnmorskan, men att tillägna oss kunskap i ämnet kan göra oss lite mer förberedda.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Intrauterin fosterdöd

Länder runtom i världen har olika definitioner på när ett foster anses vara ett barn. I en del länder går gränsen vid 18 fullgångna graviditetsveckor, och i andra länder efter 28 graviditetsveckor (Lawn, Blencowe, Pattinson, Cousens, Kumar, Ibiebele, Gardosi, Day & Stanton, 2011). Världshälsoorganisationens (WHO) definition av intrauterin fosterdöd (IUFD) är barn födda efter graviditetsvecka 22 som varken andas eller visar andra livstecken såsom hjärtaktivitet, navelsträngspulsationer eller aktiva rörelser (Cnattingius & Stephansson, 2002). Om antalet graviditetsveckor är okänt räknas fostret enligt WHO som ett barn om det väger över 500 gram eller är längre än 25 cm (Lawn et al. 2011).

Den första misstanken om att något är fel med graviditeten är ofta att kvinnan inte längre känner fosterrörelser som hon brukat, eller att barnets hjärtaktivitet inte kan registreras. Med hjälp av en ultraljudsundersökning kan då diagnosen intrauterin fosterdöd ställas av läkare (Pettersson & Stephansson, 2014).

Globalt sett föds cirka 2,6 miljoner barn döda varje år. Av dessa dödsfall sker 98 procent i låginkomstländer, där den vanligaste orsaken är brist på specialiserad sjukvård och små

möjligheter till kejsarsnitt (Lawn et al. 2011). Motsvarande siffror i Sverige är cirka 440 barn per år, vilket är jämförbart med 3,8 barn per 1000. Cirka 40 procent av barnen som dör intrauterint gör det efter graviditetsvecka 37, det vill säga i fullgången graviditet (Socialstyrelsen, 2014). I 10-20 procent av dödsfallen hittas ingen förklaring till varför barnet dött i magen (Rådestad, 2016).

## **2.2 Riskfaktorer och orsaker**

### **2.2.1 Komplikationer i moderkaka eller navelsträng**

Forskning har visat att det finns ett flertal riskfaktorer som kan leda till IUFD. I Sverige kan 40-50 procent av fallen härledas till komplikationer med moderkaka eller navelsträng (Rådestad, 2016). Prolaps, omslingring eller knutar på navelsträngen orsakar strypt blodflöde (Pettersson & Stephansson, 2014). Avlossning av moderkakan från livmoderväggen, helt eller delvis, är också en orsak till akut syrebrist för fostret (Rådestad, 2016). Tillväxthämning kan vara en följd av dålig näringstillförsel från moderkakan och är en av de vanligare orsakerna till IUFD (Pettersson & Stephansson, 2014).

### **2.2.2 Infektioner hos mamma eller barn**

I Sverige orsakas tjugo procent av IUFD av infektioner som sprids från modern till barnet. Dessa kan spridas via blodet eller via vagina. De vanligaste infektionerna som orsakar barnets död är grampositiva grupp B-streptokocker, herpes, mykoplasma, parvovirus, rubella eller toxoplasma (Rådestad, 2016).

### **2.2.3 Tobak**

Användning av tobak under graviditet har i studier visat sig öka risken för IUFD. Risken ökar med det antal cigaretter den gravida kvinnan röker per dag. Framförallt ökar risken för IUFD före graviditetsvecka 36 (Cnattingius & Stephansson, 2014). Studier har även visat att gravida som snusar löper 40 procent ökad risk för IUFD jämfört med kvinnor som inte använder någon tobak (Pettersson & Stephansson, 2014).

### **2.2.4 Kvinnans ålder**

En annan risk för IUFD är hög ålder hos modern (>35 år), framförallt hos äldre förstföderskor men även hos äldre omföderskor. En orsak kan vara att stigande ålder leder till en ökad risk för graviditetskomplikationer såsom graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och placentaavlossning. Dessa komplikationer kan i sin tur orsaka IUFD (Cnattingius & Stephansson, 2002).

### **2.2.5 Sjukdomar hos kvinnan**

Forskning har visat att vissa sjukdomar ökar risken för IUFD, bland annat diabetes typ 1 och 2. Jämfört med friska kvinnor har kvinnor med diabetes typ 1 cirka fyra-fem gånger högre risk att drabbas av IUFD (Pettersson & Stephansson, 2014). För att minska risken är det viktigt att kvinnan har ett så normalt blodsockervärde som möjligt innan och under hela graviditeten (Socialstyrelsen, 2015).

Högt blodtryck och havandeskapsförgiftning har visat sig ge en ökad risk för perinatal sjukdom eller död. Även vissa koagulationsrubbningar hos kvinnan kan leda till ökad risk för IUFD. Antifosfolipidsyndrom är en rubbning som kan orsaka blodproppar i moderkakan (Pettersson & Stephansson, 2014).

Intrahepatisk kolestas innebär förhöjda gallsyror i moderns blod och ger upphov till klåda. Sjukdomen är förenad med en ökad risk för IUFD (Glantz & Matsson, 2002).

### **2.2.6 Övervikt**

Överviktiga kvinnor löper en högre risk för IUFD och risken ökar ju högre BMI en kvinna har. Övervikten kan i sin tur bidra till graviditetskomplikationer såsom graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och högt blodtryck (Cnattingius & Stephansson, 2014).

### **2.2.7 Orsaker hos barnet**

Kromosomavvikelser och missbildningar står som orsak till cirka tio procent av dödsfallen. Överburenhet ökar också risken för IUFD (Rådestad, 2016).

Även flerbördsgraviditet är ett observandum, framförallt vid monokoriotisk- monoamniotisk tvillinggraviditet, vilket innebär att barnen delar hinnsäck (Nikkilä & Rydhström, 2002).

## **2.3 Intrauterin fosterdöd genom tiderna**

Möjligheten att diagnosticera när ett barn dött i sen graviditet har förbättrats avsevärt under den senare delen av 1900-talet. I början av seklet var det vanligen kvinnans egna observationer, exempelvis avsaknad av fosterrörelser som gav upphov till misstanken om att barnet inte längre levde. Detta kunde bekräftas med hjälp av stetoskop. Vanligt var även att barnets död konstaterades först efter förlossningen. Ultraljud är sedan början av 1970-talet den vanligaste metoden för att bekräfta IUFD (Rådestad, 1998).

I början av 1900-talet fanns inga aktiva behandlingar för att sätta igång en förlossning när barnet hade dött i livmodern. Kvinnorna fick vänta tills värkarbetet kom igång spontant, ofta flera veckor efter att barnet hade dött. På 1930-talet började höga doser av östrogen ges för att inducera förlossningen. Oxytocin är ett värkstimulerande läkemedel som började användas i början av 1960-talet. På 1980-talet introducerades prostaglandin, vilket är ett



läkemedel som hjälper livmodertappen att mjukna och öppna sig. Detta hade till följd att behandlingsstrategin gick från att vara avvaktande till att bli mer aktiv (Rådestad, 1998).

Ända fram till 1970-talet var dödfödda barn något det inte pratades om. Ibland gavs narkos till kvinnorna för att de skulle slippa vara med om födelsen av sitt döda barn. Föräldrar tilläts därefter inte att se eller hålla barnet. Orsaken var att man ville bespara föräldrarna deras sorg och minimera traumat. Förståelsen från vårdgivare och allmänhet var liten när det gällde föräldrarnas behov av att bearbeta förlusten och skapa minnen. Föräldrarna förväntades fungera som vanligt och återta samma roll i familjen som innan dödsfallet. Mödrarna fick ofta inte gå på begravningen, och ibland visste de inte ens om att deras barn var begravt förrän långt senare (O'Leary & Warland, 2013).

Efter barnets död blev kvinnorna ofta tillsagda att "glömma och gå vidare i livet". Många av mödrarna fick rådet av sjukvårdspersonalen att bli gravida igen så fort som möjligt. Barnmorskorna saknade utbildning och kunskap i sorgebearbetning och förstod inte hur viktigt det var för föräldrarna med fortlöpande stöd. Istället fick föräldrarna sörja i tysthet. Sedan sent 1960-tal och tidigt 1970-tal har det börjat accepteras att dödfödda barn faktiskt är något som frambringar sorg hos föräldrarna (O'Leary & Warland, 2013).

## **2.4 Föräldrars reaktioner och behov av stöd**

Att förlora sitt barn innan det föds är en av de svåraste upplevelser en människa kan vara med om. Många dödfödslar sker i graviditeter som har verkat helt normala, därför är föräldrarna ofta oförberedda (Chan & Arthur, 2009). Sorgen efter ett dödfött barn beskrivs som unik och en svår förlust. Forskning har visat att kvinnan och barnet skapar en speciell relation redan under graviditeten. Ju längre den fortgår desto djupare band etablerades mellan barn och mor (Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling & Erlandsson, 2013).

Från att föräldrarna fick diagnosen fram till barnets födelse kunde mamman lida enormt. Väntan fram till barnets födelse kunde ibland vara mer stressande än själva förlossningen (Peters, Lisy, Riitano, Jordan & Aromataris, 2015). Det var inte ovanligt att de drabbade kvinnorna utvecklade depression, ångest eller somatiska symtom (Chan & Arthur, 2009; Peters et al. 2015).

I studier av O'Connell, Meaney & O'Donoghue (2016) och Peters, Lisy, Riitano, Jordan & Aromataris (2015) fann forskarna att det som föräldrarna ansåg var den viktigaste delen av vården var att personalen var vänlig, inkännande och visade empati. Därefter kom betydelsen av en god medicinsk behandling. Föräldrarna uppgav även att det var meningsfullt att få göra egna val och på så vis känna att de hade kontroll över vården. Det uppskattades att kunna välja mellan att förlossningen skulle sättas igång direkt, eller att få gå hem och komma tillbaka dagen efter. Tydlig information var också ett grundläggande behov, samt att få uttrycka sina känslor och inte känna förväntningar att agera på ett visst sätt.

Cacciatore, Erlandsson & Rådestad (2012) visade att föräldrarna kände tacksamhet mot vårdgivarna när de fick hjälp att känna sig som föräldrar, och därefter blev bekräftade i föräldrarollen. Föräldrarna uppskattade också när vårdgivarna behandlade deras dödfödda barn med samma respekt och tillgivenhet som ett levande barn. Nuzum, Meaney & O'Donoghue (2018) fann att det var betydelsefullt för föräldrarna att få bekräftelse på att det dödfödda barnet var ett barn med en egen identitet. Att få ta hand om barnet som om det levde var mycket viktigt, liksom att ge barnet ett namn och bekräfta dess plats i familjen.

Kelley & Trinidad (2012) visade att många föräldrar uppgav att de ville sörja sitt döda barn, och inte få hjälp att glömma trots smärtan. Många beskrev smärtan som en del av dem själva och något de ville leva med. Den korta stund de fick med sitt barn ville de inte vara utan, trots att det var smärtsamt. De ville memorera allt in i minsta detalj. Minnena var betydelsefulla och bidrog till föräldrarnas anknytning till sitt döda barn.

Avelin et al. (2013) fann att flertalet av föräldrarna tyckte att de kommit varandra närmare ett år efter födelsen av sitt döda barn. De blev mer sammansvetsade genom att prata om barnet och utbyta tankar och känslor. Föräldrarna ansåg att det var viktigt att kunna sörja tillsammans men också av betydelse att få sörja ifred. Några av föräldrarna i studien uppgav att de gled isär på grund av att de sörjde det döda barnet på olika sätt.

## 2.5 Barnmorskeprofessionen

Kvinnor som hjälpte andra kvinnor vid barnafödande finns dokumenterat så långt bak i tiden som i Bibeln. I Sverige har det funnits utbildade barnmorskor sedan 1700-talet och innan dess finns benämningar på bistående kvinnor som hjälpgummor och jordemödrar dokumenterat (Svenska Barnmorskeförbundet, 2017).

Grundläggande för barnmorskans profession är förhållningssättet gentemot kvinnan och familjen. Barnmorskan ska se varje person som unik, skapa en gemensam relation och arbeta utifrån den. På engelska heter barnmorska *midwife*, som betyder *med kvinna* vilket innebär att barnmorskan ska stå med kvinnan i hennes val. Det är viktigt att barnmorskan är öppen och ser det unika hos varje person, och utifrån det arbetar vårdande, stödjande och stärkande (Lundgren & Berg, 2016). International Confederation of Midwives (ICM) har sammanställt en kod som alla legitimerade barnmorskor ska arbeta utifrån: "Barnmorskans internationella etiska kod tar hänsyn till kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter, söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baseras på ömsesidig respekt och tillit och tar hänsyn till varje människas eget värde" (Svenska Barnmorskeförbundet, 2014, s.1). Vidare arbetar barnmorskan utifrån Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018), som innehåller rekommendationer gällande yrkeskunnande, kompetens, förhållningssätt och erfarenhet, vilket bidrar till att ge patienten en god och säker vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

## 2.6 Barnmorskors roll vid intrauterin fosterdöd

Barnmorskeprofessionen har haft en central roll i omhändertagandet av dödfödda barn och deras föräldrar. Eftersom tiden som föräldrar fick tillbringa med sitt döda barn var begränsad, hade barnmorskan en betydande funktion i att göra det bästa av situationen och hjälpa föräldrarna att skapa minnen (O'Connell et al., 2016; Henley & Schott, 2008). Par som fått med sig minnen från förlossningen såsom foton, fotavtryck och hårlock var mer tillfredsställda än de som inte fått med sig något fysiskt minne alls (Cacciatore, Rådestad & Froen, 2008).

O'Connell et al. (2016) fann att framfödandet vid IUFD blev extra viktigt för paret, då det var den korta stund där allt var " normalt " och de blev föräldrar.

De första trettio minuterna är dödfödda barn mjuka och varma precis som levande barn, därför är den korta stunden föräldrarna får tillsammans med barnet ovärderlig.

Barnmorskan bör inte fråga om föräldrarna vill hålla i barnet, då det kan uppfattas vilseledande att behöva ta ställning till det. De ska istället uppmuntra föräldrar att se och hålla sitt dödfödda barn, under antagandet att de vill det (Erlandsson, Warland, Cacciatore & Rådestad, 2013; Peters et al., 2015).

Studier visade hur viktig barnmorskan var för familjerna då hon hjälpte dem att knyta an till barnet och ge det en plats i familjen. Detta framkom som betydande, både för sorgeprocessen och för föräldrarnas välbefinnande (O'Connell et al, 2016; Peters et al., 2015). Cacciatore et al (2008) fann att de föräldrar som sett och hållit sitt döda barn hade lägre nivåer av ångest och depression jämfört med de som inte hade gjort det. De mammor som inte hade hållit i sitt barn ångrade sig i åttio procent av fallen.

Peters et al. (2015) och O'Connell et al. (2016) visade i sina studier att föräldrar önskade att barnmorskor fick mer utbildning i ämnet, för att på så sätt bli mer mottagliga för föräldrarnas behov och kunna ge tydligare information och guidning. Enligt Kelley & Trinidad (2012) behövde personal utbildning både medicinskt och psykologiskt i sorgeprocessen. En annan studie visade att personal behövde träning i sorgehantering för att få förmågan att kommunicera med föräldrarna på bästa sätt. Riktlinjer för att hantera dessa situationer behövdes, inte bara för föräldrarnas skull utan även för vårdpersonalens (Martinez-Serrano, Palmar-Santos, Solís-Muñoz, Álvarez-Plaza & Pedraz-Marcos, 2018).

Interaktionen med sjukvårdspersonalen hade en betydande och långsiktig påverkan på föräldrarna, positiv eller negativ. God vård mildrade inte föräldrarnas smärta eller känsla av förtvivlan, men studier har visat att barnmorskornas attityd och uppträdande påverkade hur föräldrarna tog till sig det dödfödda barnet. Föräldrarna kunde minnas beteenden och ord i detalj flera år framöver (Erlandsson et al., 2013; Lisy et al., 2016; Henley & Schott, 2008; Cacciatore, 2010).

## 2.7 Barnmorskans upplevelser

Varje dödfött barn var kopplat till stor sorg och ofta förtvivlan, inte bara för föräldrar utan också för vårdpersonal. Barnmorskorna blev ofta särskilt påverkade eftersom det var de som var närvarande vid födseln och gav social och emotionell support till familjerna före och efter barnets födelse (Horner, 2016). Barnmorskorna var inte utbildade i att hantera dessa situationer utan blev ofta själva känslomässigt påverkade och det i sin tur kunde påverka kvaliteten på vården (Peters et al. 2015).

Barnmorskorna såg det som viktigt att få kontinuitet i vården av paret, och om möjligt få följa dem genom vårdtiden (Ellis, Chebsey, Storey, Bradley, Jackson, Flenady, Heazell & Siassakos, 2016).

Omhändertagandet av dödfödda barn upplevdes som en svår uppgift, som krävde stor emotionell kompetens. Barnmorskorna rapporterade känslor av sorg, oro, osäkerhet, skuld, ilska och känslan av att inte rätta till. De uttryckte både i ord och i gester hur sorgen och frustrationen hos föräldrarna kändes överväldigande för dem. De här situationerna var starkt känslomässigt påfrestande eftersom barnmorskorna inte bara ställdes inför sina egna känslor, utan även inför föräldrarnas (Montero, Sanchez, Montoro, Crespo, Jaén & Tirado, 2011).

De barnmorskor som hade minst vana i att ta hand om föräldrar till ett dödfött barn, upplevde högre stressnivåer jämfört med de som hade mer erfarenhet. En orsak var att mer erfarna barnmorskor ofta erbjöd sig att ta hand om dessa fall. Mindre erfarna barnmorskor tackade gärna ja till den hjälpen och fick på så sätt ingen vana. Detta gjorde att de sedan kände stor stress och ångest när de väl stod inför en situation som de inte kunde fly från (Wallbank & Robertson, 2012).

## 2.8 Att stödja och stärka

Modellen Att stödja och stärka har utvecklats för att ge barnmorskor verktyg för att kunna arbeta vårdande. Modellen sammanfattar hur vården innan, under och efter barnafödandet kan och bör utföras. Att stödja och stärka belyser bland annat vårdandets värdegrund vid graviditet och barnafödande, vård vid normalt och komplicerat barnafödande, samt övergången till att bli förälder (Berg & Lundgren, 2010).

Vård vid normalt barnafödande (Lundgren, 2010) valdes att fokusera på, då det vid IUFD har visat sig vara extra viktigt att främja det normala i barnafödandet. Begreppet Förankrad följeslagare beskriver barnmorskans roll i samband med det normala barnafödandet. Det innebär att barnmorskan stöttar och respekterar kvinnan genom hela födelseprocessen. Barnmorskan bör främja en ömsesidig relation till den födande kvinnan och hennes partner. Barnmorskan måste lära känna och förstå kvinnan, vem hon är och hur hon och hennes partners behov ser ut. En fysiskt och mentalt närvarande barnmorska inbjuder till en förtroendefull relation, där hon hjälper kvinnan att våga vara i sin kropp. Den närvarande

barnmorskan kan stötta varje kvinna utifrån hennes unika behov och hjälper henne att våga lita på sin kropp.

Att få kvinnan att känna sig delaktig är lika viktigt vid både normala och komplicerade förlossningar. Delaktighet innebär att barnmorskan och kvinnan har en fortlöpande dialog, där barnmorskan informerar om progressen i vårkarbetet och stöttar kvinnan i att fatta egna beslut. Barnmorskan ska uppmuntra den normala födandeprocessen även då den avviker från det normala, genom att förmedla lugn, tillit och säkerhet (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012).

## **2.9 Problemformulering**

Att vårda föräldrar som föder ett dött barn är svårt och utmanande, och studier har visat att barnmorskor kan uppleva dessa situationer som starkt stressrelaterade. Barnmorskor har en viktig roll i att främja det normala även när det avviker. Tidigare forskning har till stor del fokuserat på föräldrars upplevelser kring att förlora ett barn i intrauterin fosterdöd, vården i samband med händelsen och tiden efteråt. Forskning gällande barnmorskors erfarenheter av att vårda föräldrar som drabbats är begränsad. Avsikten med detta examensarbete var därför att belysa ämnet utifrån barnmorskors perspektiv, för att på så vis bidra till en fördjupad förståelse för barnmorskors erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd.

## **3 SYFTE**

Att beskriva barnmorskors erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd.

## **4 METOD**

Metoden består av design, urval, datainsamling, genomförande och dataanalys. Deltagarna rekryterades via bekvämlighetsurval. Fokusgruppintervjuer valdes som datainsamlingsmetod och dataanalysen gjordes med kvalitativ innehållsanalys.

## 4.1 Design

En kvalitativ studie baserad på fokusgruppsintervjuer och analyserad med innehållsanalys valdes för att beskriva barnmorskors erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd. En kvalitativ metod valdes på grund av syftet att åskådliggöra erfarenheter hos deltagarna (Henricson & Billhult, 2017).

## 4.2 Urval

Urvalet bestod av barnmorskor från en förlossningsavdelning på ett sjukhus i en mellanstor stad i Sverige. Författarna besökte vald avdelning, presenterade sig och lämnade informationsbrev till verksamhetschefen och avdelningen (se Bilaga A och Bilaga B). Deltagandet var frivilligt och de som ville delta fick skriva upp sig på en lista. Verksamhetschefen godkände att barnmorskorna fick medverka och att intervjuerna fick utföras på arbetstid.

Barnmorskor som inkluderades i studien skulle ha erfarenhet av intrauterin fosterdöd. Två fokusgruppsintervjuer genomfördes och det blev totalt tre barnmorskor i varje.

## 4.3 Datainsamling

Vald datainsamlingsmetod blev fokusgruppsintervjuer där avsikten var att deltagarna skulle dela erfarenheter med varandra. Eftersom ämnet kan vara känsligt belyser Wibeck (2017) att denna metod är lämplig då deltagarna kan välja om de vill dela med sig av sina erfarenheter eller om de väljer att sitta tysta under delar av intervjun.

Frågeguiden (se Bilaga C) bestod av tio frågor och var strukturerad vilket innebar att frågorna ställdes i samma ordning i samtliga intervjuer. Frågorna var öppna vilket enligt Kruger & Casey (2015) är karakteristiskt för fokusgruppsintervjuer. Öppna frågor antyder att några ord eller fraser inte räcker utan författaren vill ha så uttömmande svar som möjligt. Följdfrågor lades till för att vid behov kunna utveckla eventuella otydliga svar. Frågeguiden var uppdelad i två teman vilka var *tankar och känslor* samt *behov och stöd*. Inspiration till frågeguiden kom från litteratur och tidigare forskning i ämnet.

## 4.4 Genomförande

En pilotintervju genomfördes på den valda förlossningsavdelningen, där frågeguiden testades på två barnmorskor. Krueger & Casey (2015) belyser värdet av att testa frågorna innan fokusgruppsintervjuerna för att kontrollera att de är lättförståeliga och ger mycket information. Frågorna besvarades och inga frågor kom att ändras efter pilotintervjun. Resultatet av detta blev att pilotintervjun inkluderades i dataanalysen och resultatet.

Författarna informerade deltagarna om att det var känsliga frågor som skulle diskuteras och att en psykolog fanns att tillgå om behov skulle uppstå efter gruppintervjun. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetstid och cirka 60 minuter var avsatt till varje intervju. Intervjuerna varade i 35-55 minuter. Varje intervjudeltagare fick fylla i ett samtyckesformulär (se Bilaga D).

Intervjuerna började med att moderatorn berättade om studiens syfte, att frågorna var indelade i teman för att svara på syftet, att författarna eftersökte diskussion i gruppen och att moderatorn skulle leda diskussionen framåt. Moderatorns roll var att ställa frågor, lyssna och hålla diskussionen vid liv. Moderators roll skulle även vara neutral och uppmuntra alla synpunkter (Krueger & Casey, 2015; Wibeck, 2017). Den andra författaren var bisittare och skrev upp ansiktsuttryck, gester, känslouttryck och längre pauser, inspirerat av Krueger & Casey (2015). Författarna turades om att vara moderator respektive bisittare vid de tre intervjuerna.

Fokusgruppsintervjuerna hölls i ett avskilt rum på förlossningsavdelningen. Krueger & Casey (2015) klargör betydelsen av att inte bli störda och att deltagarna ska känna sig bekväma. Författarna använde inte ordet fokusgruppsintervju, utan berättade att detta var en gruppdiskussion i ämnet, då det enligt Krueger & Casey (2015) kan förvirra och stressa deltagarna att använda ordet intervju.

Intervjuerna fortlöpte utan uppehåll, spelades in på mobil enhet och skickades per e-mail för att därefter förvaras i en låst dator.

## **4.5 Dataanalys**

Den valda analysmetoden var en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats vilket gick ut på att söka mönster i texterna från fokusgruppsintervjuerna. Lundman & Hällgren Graneheim (2017) menar att denna metod är lämplig när erfarenheter undersöks.

De tre inspelade fokusgruppsintervjuerna, då pilotstudien inkluderats, genomlästes ett flertal gånger och transkriberades därefter ordagrant kort efter intervjutillfällena (Henricsson, 2015). Bisittarens material användes för att förstärka ord och fraser. Det transkriberade materialet lästes först igenom enskilt av författarna och sedan tillsammans. Därefter analyserades texten utifrån Lundman & Hällgren Graneheim (2017). Texten delades in i meningsenheter, vilka är de mest betydelsefulla delarna i texten. Lagom stora meningsenheter utgjorde grunden för analysen. De bestod av kortare fraser eller meningar. Författarna och handledaren jämförde sedan sina meningsenheter från en av intervjuerna för att se i vilken grad innehållet stämde överens. De fanns stora likheter och författarna kunde därför gå vidare med samma tillvägagångssätt i den fortsatta analysen.

Därefter kondenserades texten till mindre meningsenheter som var mer lättförståeliga. De skrevs ut på postit-lappar som i sin tur klustrades upp på större pappersark för att ge en bättre överblick. De kondenserade meningsenheterna jämfördes därefter med varandra för

att upptäcka likheter och skillnader. De som beskrev liknande innehåll fördes ihop till koder. De koder som hade liknande innebörd sammanfördes till underkategorier. Underkategorierna delades in i olika kategorier utifrån sitt innehåll. Resultatet presenterades i tio underkategorier, fyra kategorier och ett övergripande tema. Exempel på analysen ses i (tabell 1).

Tabell 1. Exempel från innehållsanalysens olika steg gestaltas i tabellen nedan

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Man ska inte förringa vår insats... hur vi bemöter har väldigt stor betydelse i denna svåra sorg... man kan göra skillnad, fast det känns som slutet...	Vårt bemötande har stor betydelse och kan göra skillnad	Bemötandet gör skillnad	Att göra skillnad	En meningsfull uppgift
Det är viktigt att det är en person som är avsatt att ta hand om paret... det känns inte bra att springa mellan olika salar, det är nästan det viktigaste.	Det är viktigt att slippa springa mellan olika salar	Slippa springa mellan salar	Att fokusera på paret	Närvaro

## 4.6 Etiska aspekter

Under arbetes genomförande har hänsyn till etiska aspekter tagits enligt Vetenskapsrådets publikation God forskningssed (2017) som innefattar de fyra huvudkraven information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjandepincipen.



För att uppfylla informationskravet skickades ett informationsbrev angående examensarbetets syfte och tilltänkta utförande till verksamhetschefen på förlossningsavdelningen, som godkände förfrågan av fokusgruppintervjuer med barnmorskor på deras arbetstid. Därefter besöktes avdelningen och informationsbrev lämnades till tilltänkta deltagare.

Deltagandet var frivilligt och de barnmorskor som önskade delta skrev upp sig på en lista. Intervjutillfällena inleddes med att barnmorskorna fick fylla i samtyckesformulär för att uppfylla samtyckeskravet.

Barnmorskorna fick sedan muntlig information om examensarbetets syfte och hur intervjuerna skulle genomföras. Om svårhanterliga känslor skulle komma upp kunde de närsomhelst avbryta intervjun och lämna rummet utan närmare förklaring. Landstingshälsan var kontaktad och psykolog fanns att tillgå om behov skulle uppstå.

Konfidentialitet uppnåddes genom att barnmorskorna informerades om att det som framkom i fokusgruppintervjuerna skulle stanna mellan personerna i rummet. Inga detaljer om enskilda patienter fick tas upp. Barnmorskorna skulle avidentifieras och allt insamlat material skulle behandlas konfidentiellt och förstöras efter examensarbetets färdigställande. Slutligen erbjöds barnmorskorna att så småningom få ta del av det färdigställda examensarbetet enligt nyttjandepincipen.

## 5 RESULTAT

Nedan ses information om barnmorskorna som deltog i fokusgruppintervjuerna (tabell 2).

Tabell 2. Demografiska data över intervjudeltagarna

Ålder	Medelålder	Kön	Antal år som barnmorska	Medelvärde antal år som barnmorska	Antal intrauterina fosterdödsfall
33-58	45,7	Kvinnor	6-28	13,8	1- >25

Dataanalysen resulterade i tio underkategorier och fyra kategorier, vilka tillsammans beskrev barnmorskornas erfarenhet i samband med intrauterin fosterdöd. Kategorierna var: *Närvaro, En meningsfull uppgift, Att vara både professionell och medmänniska* och *Stöd på arbetsplatsen*. Ett övergripande tema benämnt *Att skapa mening i det till synes*

*meningslösa* omfattade alla kategorier och underkategorier, det vill säga allt som framkom i fokusgruppintervjuerna (se tabell 3).

Varje kategori förstärktes med citat. Dessa var både fristående och sammanhängande, där de sistnämnda illustrerade interaktionen mellan barnmorskorna. Alla barnmorskors namn fingerades.

Tabell 3. Översikt över resultatets underkategorier, kategorier och tema vilka tillsammans svarar på syftet

Underkategorier	Kategorier	Tema
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att finnas tillhands</li> <li>• Att fokusera på paret</li> </ul>	Närvaro	Att skapa mening i det till synes meningslösa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att göra skillnad</li> <li>• Att skapa minnen</li> </ul>	En meningsfull uppgift	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att känna sorg</li> <li>• Att känna frustration</li> <li>• Händelser som sätter spår</li> <li>• Att lära genom erfarenhet</li> </ul>	Att vara både professionell och medmänniska	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att ha stödjande kollegor</li> <li>• Att ta eget ansvar</li> </ul>	Stöd på arbetsplatsen	

## 5.1 Närvaro

Något som genomsyrade intervjuerna var barnmorskornas behov av att ha tillräckligt med tid för att kunna ta hand om föräldrarna på bästa sätt. Barnmorskorna belyste värdet av att ständigt kunna vara närvarande. Att få ha obegränsat med tid ansågs ovärderligt.

Underkategorierna *Att finnas till hands* och *Att fokusera på paret* mynnade ut i kategorin *Närvaro*.

### 5.1.1 Att finnas tillhands

Barnmorskorna uppgav att vid förlossningar med IUFD var de extra lyhörda och inkännande för föräldrarnas behov. Det menade att det var av stor betydelse att kunna ge ständig närvaro utan att behöva säga så mycket. Att finnas där i tystnad räckte många gånger.

Barnmorskorna belyste även vikten av att föräldrarna skulle få träffa samma barnmorska i så

hög utsträckning som möjligt, vilket endast var möjligt om barnmorskan hade tillräckligt med tid. Till skillnad från förlossningar då barn föds levande kände barnmorskorna att de vid IUFD gav ännu mer av sig själva och hade ett hundraprocentigt engagemang.

Man är mycket mer där, mycket mer lyhörd. Vi har ju bara den patienten, vi har inget annat vi behöver involvera oss i (Sofia, fokusgrupp A)

Nej, man lämnar inte ett sådant par lika mycket ensamt som man kan göra vid en levande graviditet (Eva, fokusgrupp A)

Precis, man är mycket mer inlyssnande på vad de har för behov, extra lyhörd på något sätt (Stina, fokusgrupp A)

### **5.1.2 Att fokusera på paret**

Barnmorskorna menade att en bra bemanning var A och O, att de kände sig splittrade om de hade fler att ta hand om. Ofta togs extra personal in för att barnmorskan helt skulle kunna fokusera på paret. Barnmorskorna ville ha tid och kunna arbeta ifred. De beskrev hur de gick in i en bubbla där de skötte hela omvårdnaden. Några kände att det blev stillsamt på hela avdelningen och att de gick in i ett lugn. Fokus låg på att göra föräldrarnas upplevelse så positiv och så normal som möjligt. Det kunde handla om att ge adekvat smärtlindring, ge trygghet genom att finnas där och även se till att partnern kände sig delaktig. När det inte fanns något barn som behövde övervakas kunde fullt fokus och närvaro läggas på mamman. Paret skulle inte behöva lämna salen, detta för att minska risken för mer lidande. Pappan fick också ta del av omvårdnaden och behövde den mer än vid en levande graviditet.

Man måste ju få ha bara den familjen, det känns ju totalt nödvändigt. Och ingenting annat (Anna, fokusgrupp B)

Nej, för man kan ju inte liksom switcha om från att ena stunden ha hand om ett dött barn, och sen ska man gå in och köra på för fullt och heja på en förlossning. Det är nog det svåra tycker jag (Maria, fokusgrupp B)

Barnmorskorna menade att omvårdnadsbehovet inte minskade när barnet var fött, som ofta vid en normal förlossning, utan var lika stort genom hela vårdtiden. Någon av barnmorskorna uppgav att det ibland var viktigt att kunna finnas där även fysiskt, som att ge omsorg i form av en kram.

## **5.2 En meningsfull uppgift**

Samtliga barnmorskor beskrev hur viktig deras roll var i denna situation. Det de som barnmorska gjorde kunde betyda mycket för föräldrarna, både under vårdtiden och efteråt. Barnmorskorna menade att de hade kunskap som föräldrarna omöjligt kunde ha. De visste att det de gjorde kunde göra skillnad och att deras uppgift var betydande för att hjälpa föräldrarna att skapa minnen. *En meningsfull uppgift* innehöll underkategorierna *Att göra skillnad* och *Att skapa minnen*.

### **5.2.1 Att göra skillnad**

Barnmorskorna uttryckte att det inte alltid måste vara så tungt som man tror, för de kände att deras insats var meningsfull och att de kunde göra stor skillnad för föräldrarna.

Man ska verkligen inte förringa våran insats i det här, vi kan inte påverka hur det har blivit många gånger, för det är ju sånt här som bara händer. Hur vi bemöter och tar hand om har väldigt stor betydelse för dessa människor i denna svåra sorg. Man kan göra skillnad även fast det känns som att det är slutet. Jag tycker många av dessa patienter är väldigt tacksamma för vad vi har gjort för dem, fast vi inte kunde göra något positivt av det hela. Man kan ju inte rädda någon till livet som är död, men just hur vi är, hur vi tar omhand, följer upp och stöttar dem i det svåra, det gör stor skillnad (Helena, fokusgrupp C)

Det upplevdes som ett viktigt arbete att få skapa något meningsfullt i det meningslösa. Någon av barnmorskorna såg det som en förmån att få stödja föräldrarna och kände respekt och vördnad inför uppgiften. En annan menade att det var givande att se föräldrarnas tacksamhet och utveckling från den första chocken till kanske ett litet leende.

Så får man kanske inte säga men jag kan känna att det är meningsfullt att kunna ge, kunna göra det bästa som går för de här människorna som varit med om det meningslösa. Det kan nästan vara skönt att få gå in i det här lugna modet och inte beröras av all annan stress på avdelningen (Lisa, fokusgrupp B)

Och det känns betydelsefullt, det här är inget som de har läst på liksom, utan man får verkligen ta fram sin erfarenhet och omvårdnad. Jag kan se det som positivt (Maria, fokusgrupp B)

Jag också, otroligt meningsfullt (Lisa, fokusgrupp B)

### **5.2.2 Att skapa minnen**

Att hjälpa föräldrarna att skapa minnen var en meningsfull uppgift för alla barnmorskorna, som såg det som ett stort privilegium att få hjälpa föräldrarna med det. Det kunde handla om att skapa fysiska minnen så som fotavtryck, klippa av en hårlock och ta foton, men även att hjälpa föräldrarna att ta till sig barnet, hålla det hud mot hud och uppmuntra att ta dit anhöriga såsom mor- och farföräldrar. Barnmorskorna menade att de kunde göra mycket där och då, som föräldrarna inte förstod betydelsen av förrän efteråt. ”Det kan inte föräldrarna veta från början för det vet man inte om man inte har varit med om en sån här svår sak. Där har vi verkligen en jätteviktig uppgift att hjälpa dem skaffa de här minnena” (Lisa, fokusgrupp B). Ett sätt att skapa minnen var att se till att föräldrarna verkligen var med när barnet var fött. Att de fick hjälpa till att väga, mäta och sköta om sitt barn. Barnmorskorna belyste även att anhöriga, så som exempelvis mor- och farföräldrar, också var välkomna att komma dit för att tillsammans skapa minnen av barnet.

Vi vet hur viktigt det är att skaffa så mycket minnen man kan. Det finns bara en begränsad tid så håll i barnet medan det är varmt, man kan göra jättemycket som de förstår först efteråt. Det är så meningsfullt, det här blir deras dyraste skatt för framtiden då de aldrig glömmer sitt barn (Helena, fokusgrupp C)

Något som barnmorskorna önskade var att föräldrarna skulle våga ta med barnet hem. De menade att ännu hade inga föräldrar efterfrågat det, men barnmorskorna hoppades att det skulle bli mer naturligt i framtiden att ta hem sitt barn en stund, om föräldrarna så önskade.

### **5.3 Att vara professionell och samtidigt känna egna känslor**

En svårighet som visade sig i samtliga intervjuer var att kunna hålla sig professionell och samtidigt ha sina egna känslor att handskas med. Kategorin innefattar underkategorin *att känna sorg*, då det var svårt även för barnmorskan. Att bemöta människor som ville något annat än det barnmorskan visste var bäst för dem, skapade underkategorin *att känna frustration*. Samtliga barnmorskor var samstämmiga i att de bar med sig dessa händelser och såg dem som lärorika. De två sista underkategorierna blev därför *händelser som sätter spår* samt *att lära genom erfarenhet*.

#### **5.3.1 Att känna sorg**

Barnmorskorna uppgav att det vid IUFD blev en dämpad stämning på hela avdelningen. Det var inte något man bara skakade av sig, utan det var sorgligt och svårt även för personalen. Flera av barnmorskorna var eniga om att det var tungt och tufft och att det aldrig kunde bli någon vana. Det framkom även i intervjuerna att de som barnmorskor också måste få vara människor, att de grät ibland, men utan att gråten fick ta över.

Jag kan säga att jag fällde ju en tår senast det hände mig, men som sagt, man får ju inte ta över. Jag tror det blir mer konstigt om man bara står helt iskall liksom (Maria, fokusgrupp B)  
Ja, det visar ju också att, det visar ju verkligen hur förfärligt sorgligt det är (Anna, fokusgrupp B)

Någon av de mer erfarna barnmorskorna påpekade att även om uppgiften var meningsfull var det påfrestande att vara ansvarig gång på gång, då det var tärande med sorgen. Därför såg de till att fördela ansvaret så att samma barnmorska inte behövde ta hand om flera fall av IUFD efter varandra.

#### **5.3.2 Att känna frustration**

Någon uttryckte känslan av frustration över att det var som ett lotteri vilka som blev drabbade av IUFD.

Flera av dem tog upp kulturella skillnader som en svårighet. Människor från vissa kulturer ville inte se eller hålla det döda barnet. Barnmorskorna hade lärt sig att det bästa för föräldrarna var att ta till sig barnet och att många annars ångrade sig efteråt. Samtidigt kunde de inte tvinga föräldrarna till något de inte ville. Detta upplevdes som frustrerande, då de kände att de ville göra rätt för alla. ”Ibland skulle man ju jättegärna byta till att sitta i

kassan på ICA typ... eller vad som helst, för att slippa det ansvaret, men samtidigt finns det ju en anledning till varför man blivit barnmorska” (Kristin, fokusgrupp C).

Vissa föräldrar ”stängde av” och visade inga känslor, vilket kändes svårt och frustrerande att bemöta. Även föräldrars ilska och aggressivitet måste emellanåt hanteras, vilket upplevdes som en krävande uppgift trots att ilskan inte var riktad mot dem som personer utan mer till situationen. De var eniga om att det var en lättnad när föräldrarna grät, för det kändes mer naturligt att bemöta.

När de väljer att inte se barnet, då får de inte med sig något positivt minne... det tycker jag tveklöst är det svåraste (Eva, fokusgrupp A)

Eller såna som inte reagerar särskilt mycket, de är väldigt neutrala på något sätt, det är också svårt tycker jag. Det är lättare med någon som verkligen blir ledsen, gråter... och frågar mycket. Men de som inte säger något, det är jobbigt (Stina, fokusgrupp A)

Ja, uttrycken för sorg visar ju ändå att de förstår... att det landar (Eva, fokusgrupp A)

Några uttryckte att det blev ännu svårare att vara professionell om det fanns skuld-känslor med i bilden, och frustrerande tankar så som ”kunde vi förhindrat det?”

### **5.3.3 Händelser som sätter spår**

Flera av barnmorskorna var samstämmiga i att det var en händelse som de bar med sig även efter jobbet och ibland en lång tid framöver. Det var en bearbetningsprocess som tog tid. Någon av de mer erfarna barnmorskorna beskrev att hon bar med sig tacksamhet till paret över att hon fick vara med vid denna händelse och att paret hade en speciell plats i hennes hjärta.

Att ta hand om par som drabbats av intrauterin fosterdöd kan ju verkligen sätta spår. Man kan faktiskt ha par som man bär med sig och aldrig glömmer (Eva, fokusgrupp A)

Det håller jag med dig om, man kommer ihåg (Stina, fokusgrupp A)

Det är väldigt givande, och att jag som barnmorska får vara människa också (Eva, fokusgrupp A)

Jag har ett par som jag träffar titt som tätt och det är svårt. Jag går som omvägar ibland, för deras skull också (Sofia, fokusgrupp A)

Ja man är ju ett ansikte som fanns där när det där hemskaste hände. Det är ju inget man kan göra något med (Stina, fokusgrupp A)

Flera av barnmorskorna uttryckte att dessa händelser inte enbart satte spår i negativ bemärkelse. De uppgav att de blev mer ödmjuka inför livet och att de fann styrka i att ha fått hjälpa föräldrarna vid denna svåra händelse. Några av barnmorskorna upplevde att de växte som människor när de kunnat hjälpa föräldrarna till en fin stund med sitt barn.

### **5.3.4 Att lära genom erfarenhet**

Erfarenheterna var delade om huruvida det behövdes mer utbildning i ämnet eller inte. Några av barnmorskorna tyckte att fortbildning var betydande och viktigt, dock var de flesta eniga om att den bästa kunskapskällan var att få vara med när det hände. De menade att det var genom erfarenhet de lärde sig att kunna finnas i det utan att behöva säga så mycket. ”Det är egentligen inte så mycket man behöver göra, bara att man finns där... jag önskar att jag förstått det från början” (Lisa, fokusgrupp B).

Någon av de mindre erfarna barnmorskorna uttryckte en önskan om att få förbereda sig inför uppgiften för att få kontroll över situationen.

Barnmorskorna ansåg att erfarenheten hade varit bra att få redan under studietiden, men det betraktades ofta inte passande att ha med en student i denna känsliga situation. Alla barnmorskorna var eniga om att föräldrarnas välmående skulle gå i första hand.

Man kan ju aldrig bli van vid en sån här situation, men man kan ju ändå få erfarenhet så att man kanske lättare vet hur man ska vara och hur man ska säga... och vad som blir bra att göra (Lisa, fokusgrupp B).

Vidare ansåg barnmorskorna att det var lärorikt att höra från Spädbarnsfonden vad som kommit fram i stödgrupper. Genom denna organisation fick de veta vad som gjorts bra och vad som kunde ha gjorts annorlunda, vilket de tyckte var en bra lärokälla.

## **5.4 Stöd på arbetsplatsen**

När ämnet stöd diskuterades framkom hos samtliga barnmorskor att inga klara rutiner för stöd fanns. Däremot uttryckte alla barnmorskor att det självklara stödet fanns hos kollegor. De sökte sig till varandra i första hand. Om behov av professionellt stöd uppstod, krävdes det att de tog eget ansvar. Underkategorierna blev *Att ha stödjande kollegor* och *Att ta eget ansvar*.

### **5.4.1 Att ha stödjande kollegor**

Alla barnmorskor var eniga om att det bästa stödet fanns hos kollegor. De hade liknande erfarenheter och de förstod varandra utan att behöva säga så mycket. Flera av barnmorskorna uppgav en extra lyhördhet gentemot varandra vid dessa händelser. Någon av dem uttryckte att det absolut viktigaste för att orka känslomässigt var att känna uppbackning från arbetskamrater.

Varenda gång som man visar sig utanför salen är det någon som frågar och undrar, utav oss personal... det är många som...( Maria, fokusgrupp B)  
Som bryr sig om hur man har det ja...( Lisa, fokusgrupp B)  
Ja det är det ju (Maria, fokusgrupp B)

Att handskas med de jobbiga situationerna blev mer hanterbart då de visste att de fick ge uttryck för alla tunga känslor efteråt, tillsammans med varandra.

Barnmorskorna uttryckte att förmågan att stötta varandra kom med erfarenhet. En mer erfaren barnmorska hade bättre förutsättningar att ge stöd åt en kollega. Det upplevdes som meningsfullt att stötta mindre erfarna kollegor.

#### **5.4.2 Att ta eget ansvar**

Barnmorskorna uppgav att det inte fanns något uttalat stöd på avdelningen, utan att de fick ta eget ansvar i att söka stöd. Att gå till psykolog via Landstingshälsan var något som erbjöds, men de var tvungna att själva ta kontakten. Någon av barnmorskorna uppgav att hon ibland ringt en kollega privat på kvällen för att få ventilerat händelsen.

Alltså vi har ju mest varandra, det är väl främst det. Jag vet att jag blev erbjuden att gå till Landstingshälsan och prata. Sen tror jag nog det är mycket på ens eget ansvar också (Lisa, fokusgrupp B)

Vi har väl inget uttalat (Anna, fokusgrupp B)

## **6 DISKUSSION**

Diskussionen innehöll resultatdiskussion, metoddiskussion och etisk diskussion.

### **6.1 Resultatdiskussion**

Syftet var att beskriva barnmorskornas erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd, vilket till stor del upplevdes som en meningsfull och viktig uppgift. De såg sin roll som unik då det var de som var med föräldrarna den begränsade tid de hade tillsammans med barnet. Deltagarna visste att det de gjorde hade stor betydelse för föräldrarna både under och efter vårdtiden, vilket medförde att de upplevde arbetet som väldigt meningsfullt. *Att skapa mening i det till synes meningslösa* löpte som en röd tråd genom resultatet och blev därför arbetets övergripande tema. Forskning tio år tillbaka i tiden och fram till idag har till största del fokuserat på föräldrars upplevelser i samband med IUFD. De få studier som berört barnmorskors erfarenheter har framförallt handlat om deras känslor av stress och sorg. Ingen av de refererade studierna visade resultat på positiva erfarenheter och känslor av att skapa mening, vilket var ett intressant fynd.

En kategori i resultatet blev *Närvaro*. Att kunna vara närvarande hos föräldrarna utan att ha andra patienter att ta hänsyn till, upplevdes av barnmorskorna som nödvändigt för att kunna



utföra arbetet på ett professionellt sätt. De uppgav att vid förlossningar med IUFD var de extra lyhörda och inkännande för föräldrarnas behov. För att kunna vara det krävdes att de fick arbeta ostört med paret och ge dem full närvaro. De menade även att det var av stor betydelse att kunna vara ständigt närvarande utan att behöva säga så mycket. Enligt "Att stödja och stärka" (Berg & Lundgren, 2010) ger en fysiskt och mentalt närvarande barnmorska ökade möjligheter till en förtroendefull relation med kvinnan, där hon stöttar och guidar kvinnan på hennes egna villkor.

Barnmorskorna uppgav att de försökte ge föräldrarna en så normal upplevelse som möjligt, för att försöka bevara det lilla som fortfarande kunde vara normalt. Enligt Berg & Lundgren (2010) ska barnmorskor alltid främja det normala i födandeprocessen, även vid komplicerade eller avvikande förlossningar.

Resultatets andra kategori kom att bli *En meningsfull uppgift*. Barnmorskorna kände stort ansvar i att ge föräldrarna en så positiv upplevelse som möjligt, och hjälpa dem att skapa framtida minnen. De upplevde att föräldrarna ofta inte förstod betydelsen av att ta vara på den korta tiden de hade med barnet. Därför kändes uppgiften som så meningsfull, det hemska hade redan hänt och nu kunde de bara fokusera på att göra den här stunden så fin som möjligt. Detta styrks av O'Connell et al. (2016) och Henley & Schott (2008) som menade att tiden föräldrarna hade med sitt döda barn var begränsad, och barnmorskan hade därför en betydande funktion i att göra det bästa av situationen och hjälpa föräldrarna att skapa minnen. Cacciatore et al. (2008) fann att par som fått med sig minnen från förlossningen, så som hårlock, foton och fotavtryck, var mer tillfredsställda än de som inte fått med sig något alls.

Barnmorskorna uttryckte att det inte alltid behövde vara så tungt som man tror, då de kände att deras insats gjorde skillnad för föräldrarna. De förstod att deras bemötande hade stor betydelse för föräldrarna i den svåra sorgen. Erlandsson et al. (2013) visade att vårdpersonalens attityd och uppträdande påverkade hur föräldrarna tog till sig det dödfödda barnet. Det styrks även av Lisy et al. (2016) som menade att interaktionen med sjukvårdspersonalen hade en betydande och långsiktig påverkan på föräldrarna.

Kategorin *Att vara både professionell och medmänniska* lyfte fram barnmorskornas dilemma i att hålla sig professionell och samtidigt handskas med sina egna känslor. De kände stor sorg och empati för de drabbade föräldrarna. Ibland kunde de inte hejda sina egna känslor, utan började gråta. Montero et al. (2011) fann att de här situationerna var starkt känslomässigt påfrestande för barnmorskorna, eftersom de inte bara ställdes inför föräldrarnas känslor utan även sina egna.

Barnmorskorna tog upp kulturella skillnader som en svårighet. Föräldrar från vissa kulturer ville inte se eller hålla det döda barnet. Barnmorskorna visste hur betydelsefullt det skulle vara för dem att göra det, då det kunde ha god inverkan på deras läkning och bearbetning av händelsen. Ändå fick de inte gå emot föräldrarnas vilja, vilket upplevdes som frustrerande. O'Connell et al. (2016) och Peters et al. (2015) fann i sina studier att barnmorskan var betydelsefull för familjerna då hon hjälpte dem att knyta an till barnet, vilket visade sig vara viktigt både för sorgprocessen och för föräldrarnas framtida välbefinnande. Cacciatore et al.

(2008) menade att föräldrar som sett och hållit i sitt döda barn hade lägre nivåer av ångest och färre fall av depression, jämfört med dem som inte hade gjort det. Vetskapen om detta gjorde att barnmorskorna i examensarbetets resultat tyckte att det kändes frustrerande när föräldrar inte ville ta till sig det dödfödda barnet. Kanske skulle reflektion på arbetsplatsen angående kulturella skillnader vara betydande för att lära av varandra.

Intressant var att barnmorskorna förväntades möta människor i kris med endast begränsad utbildning i detta svåra ämne. Det rådde delade meningar bland barnmorskorna om huruvida det behövdes fortbildning i ämnet. Dock ansåg de flesta av barnmorskorna att kunskapen kom med erfarenhet. De uttryckte ett dilemma i att barnmorskestudenter sällan får möjlighet att vara med vid IUFD eftersom föräldrarnas välmående går i första hand och det ska vara så få personer som möjligt inblandade. De hade gärna sett att deltagandet i dessa situationer hade kommit redan under studietiden, då de var eniga om att erfarenheten tar årtal att arbeta upp. Även Wallbank & Robertson (2012) fann en problematik i att nyutbildade barnmorskor hade svårt att få erfarenhet eftersom de ofta överlät ansvaret till en mer erfaren kollega. Resultatet blev att barnmorskan kände stor stress och ångest den dagen hon ställdes inför en situation med IUFD som huvudansvarig barnmorska. Peters et al. (2015) fann att barnmorskor inte var utbildade i att hantera dessa situationer utan blev själva emotionellt påverkade och det i sin tur inverkade på vården. Enligt Kelley & Trinidad (2012) behövde barnmorskor utbildning både medicinskt och psykologiskt i sorgprocessen. Detta är ett intressant fynd då andra professioner som arbetar med människor i kris får utbildning, men barnmorskor förväntas klara av uppgiften med begränsad kunskap i ämnet. Detta trots att flertalet studier visat att barnmorskor är i behov av utbildning.

Den slutliga kategorin blev *Stöd på arbetsplatsen*. Barnmorskorna i denna studie uppgav att det inte fanns några uttalade rutiner för personalstöd vid IUFD. De flesta ansåg att det räckte med stödet de fick från kollegor med liknande erfarenheter. Barnmorskorna sökte sig till varandra och fick på så sätt det stöd de behövde. Tidigare studier har visat att personalen hade behov av professionellt stöd i hur IUFD kan hanteras. Framträdande i dessa studier var att personalen i huvudsak uttryckte känslor av stress och ångest (Chan & Arthur, 2009; Wallbank & Robertson, 2012; Horner, 2016). Detta skiljde sig till stor del från resultatet i examensarbetet. Kanske kunde känslan av att göra något meningsfullt minska behovet av professionellt stöd.

## 6.2 Metoddiskussion

Syftet med detta arbete var att få en ökad förståelse för barnmorskors erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd. Arbetet var kvalitativt med få deltagare och begränsat till ett litet geografiskt område.

Urvalet gjordes på en förlossningsavdelning där barnmorskor med erfarenhet av IUFD arbetade. För att få ett varierat, mer heterogent urval var ursprungsplanen att genomföra intervjuer på två olika sjukhus. Ett av de tillfrågade sjukhusen tackade dock nej till

deltagande på grund av bristande erfarenhet hos barnmorskorna. Att tillfråga ytterligare ett sjukhus hade kunnat fördjupa, bredda och stärka resultatet, tidsbrist medförde dock att detta inte gjordes. Examensarbetets resultat hade kunnat bli annorlunda om barnmorskor från annan stad eller sjukhus inkluderats.

Vald datainsamlingsmetod blev fokusgruppintervjuer då det anses vara en lämplig metod när samtalet ska belysa ett känsligt ämne. En alternativ metod hade kunnat vara enskilda intervjuer med deltagarna. Dock är en av de största fördelarna med fokusgrupper att metoden lämnar plats åt deltagarnas spontana interaktion, och aspekter av ämnet som författarna inte kunnat förutse kan komma upp till ytan. Vid enskilda intervjuer skulle denna interaktion gå förlorad (Wibeck, 2017). Krueger och Casey (2015) menar att målet med fokusgruppsintervjuer är att deltagarna ska känna sig bekväma med varandra och därifrån kunna dela erfarenheter. De menar att alla människor är olika och vissa har lättare att prata om sina tankar och känslor, medan andra tycker att det är svårt att vara självutlämnande. De anser vidare att människor som har liknande erfarenheter med andra i en grupp känner trygghet, och har då lättare att dela med sig av sina erfarenheter.

En pilotstudie genomfördes med två barnmorskor för att testa frågeguiden och få tillfälle att öva på rollerna som moderator och bisittare. Det medförde att författarna kände sig mer förberedda vid gruppintervjuerna.

En fokusgrupp bör bestå av 4-12 deltagare (Krueger & Casey, 2015). Författarnas önskan var att ha minst fyra barnmorskor i varje grupp. Vid båda tillfällena blev det bortfall bland barnmorskorna på grund av en hög arbetsbelastning på arbetsplatsen. Resultatet blev därför två fokusgruppintervjuer med tre barnmorskor i varje. Författarna var medvetna om att deltagarantalet var litet, och önskade därför utföra en tredje gruppintervju. Tidsbrist medförde dock att det inte fanns utrymme för detta. Däremot kom pilotstudien att inkluderas i resultatet då frågeguiden var densamma som vid fokusgruppintervjuerna och barnmorskorna i pilotstudien gav uttömmande svar. Om fler barnmorskor hade deltagit vid fokusgruppintervjuerna hade diskussionerna kunnat bli mer uttömmande och på så sätt givit ett bredare resultat.

En styrka med små gruppintervjuer är att det blir färre personer i diskussionen vilket gör logistiken enklare. Det blir även tydligare vem som har ordet och det är lättare att lyfta varje persons åsikter (Krueger & Casey, 2015). Barnmorskorna i intervjuerna hade en stor spridning avseende ålder, erfarenhet och antal år i yrket, vilket är en styrka för resultatet. Intervjuerna fortlöpte utan uppehåll och alla deltagare kom till tals utan att bli avbrutna, vilket var en styrka för resultatet.

I kvalitativa studier bedöms trovärdigheten med begreppen giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Arbetets trovärdighet kan förstärkas med citat från den transkriberade texten (Lundman, Graneheim & Lindgren, 2017). Författarna har därför redovisat citat från olika barnmorskor i gruppintervjuerna för att illustrera deras interaktion.

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) är en förutsättning för ett giltigt resultat att deltagarna är villiga att berätta och har erfarenhet av ämnet som ska studeras. Arbetets giltighet styrktes genom att enbart inkludera frivilliga deltagare som hade erfarenhet av intrauterin fosterdöd. En noggrann beskrivning av analysen i metodavsnittet stärkte resultatets tillförlitlighet. Även det faktum att båda författarna var med vid samtliga intervjuer, samt att delar av analysen genomfördes tillsammans med handledaren stärkte tillförlitligheten. Tillförlitligheten ökar om flera författare utfört analysen, då tolkning och reflektion sker i en gemensam fortlöpande process. En förförståelse fanns då författarna arbetat inom vården och mött människor i kris. De var medvetna om att deras egen delaktighet kunde komma att påverka resultatet, men försökte ändå få fram deltagarnas röster i så hög utsträckning som möjligt. Enligt Graneheim et al (2017) kan förförståelsen bidra till en djupare förståelse i ämnet. För att läsarna slutligen ska kunna bedöma resultatets överförbarhet behöver arbetet kunna upprepas på nya geografiska platser, med andra barnmorskor som har erfarenheter av detta ämne. Författarna har därför gjort en tydlig beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och analys i metodavsnittet.

### **6.3 Etikdiskussion**

Vid datainsamling via fokusgruppsintervjuer kan författarna garantera att inte föra deltagarnas uppgifter vidare. Däremot finns alltid en risk att deltagarna själva sprider informationen vidare, vilket är ett etiskt dilemma (Wibeck, 2017).

Landstingshälsan var kontaktad för att ha samtalsberedskap med psykolog om behovet skulle uppstå hos någon av barnmorskorna efter intervjuerna. Eftersom ämnet var känsligt och kunde komma att väcka starka minnen hos barnmorskorna hade författarna tagit denna kontakt innan intervjuerna ägde rum. Ingen av de intervjuade barnmorskorna kom att behöva psykologhjälp.

Några av barnmorskorna uttryckte att intervjuerna hade varit givande för dem att delta i, vilket blev en styrka för examensarbetet.

## **7 SLUTSATS**

Barnmorskorna upplevde att de hade en betydande roll och kunde göra skillnad för föräldrar som förlorat sitt barn i intrauterin fosterdöd. För att arbeta på ett professionellt sätt och kunna ge föräldrarna full uppmärksamhet, var det nödvändigt att barnmorskorna fick ordentligt med tid och inte behövde ha andra patienter att ta hänsyn till. Att hjälpa

föräldrarna till en fin stund med sitt döda barn, och främja det normala i den utsträckning det var möjligt, upplevdes som det mest angelägna och gjorde uppgiften meningsfull.

## **8 KLINISK IMPLIKATION**

Ansvarig barnmorska behöver ges ordentligt med tid och utrymme att enbart få fokusera på paret. Studenter och nyutbildade barnmorskor bör ges fler tillfällen att få erfarenhet i samband med intrauterin fosterdöd. Erfarna barnmorskor bör stödja mindre erfarna kollegor i dessa situationer. Erfarenhet visade sig ha betydelse både för barnmorskans bemötande och stödjande funktion gentemot föräldrarna, samt för barnmorskans egen förmåga att hantera mötet med intrauterin fosterdöd.

## **9 FRAMTIDA FORSKNING**

Mer forskning behövs för att ytterligare belysa barnmorskors erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd. Resultatet kan användas som diskussionsunderlag på kvinnokliniker gällande stöd, rutiner och fortbildning vid intrauterin fosterdöd. Detta arbete kan även ses som en pilotstudie till vidare forskning. Intressant hade varit att göra en enkätstudie för att se om resultatet skulle bli detsamma i ett större sammanhang. Det vore även av intresse att se resultat från fler och något större fokusgrupper samt från andra regioner, för att få en fördjupad förståelse för barnmorskors erfarenheter i mötet med intrauterin fosterdöd.

## REFERENSLISTA

- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery* 29; 668-673.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I M. Berg & Lundgren. I (Red.), *Att stödja och stärka* (ss. 237-243). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman- centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001.
- Cacciatore, J. (2010). Stillbirth: Patient-centered psychosocial care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(3), 691-699. doi: 10.1097/GRF.ob013e3181eba1c6
- Cacciatore, J., Erlandsson, K., & Rådestad, I. (2012). Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men´s experiences of care after the death of a baby. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 664-670. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.014>
- Cacciatore, J., Rådestad, I., & Frøen, J. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(4), 313–320
- Chan, M., & Arthur, D. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2532-2541. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x
- Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2002). Epidemiologiska aspekter på intrauterin fosterdöd. I N-O. Sjöberg (Red.), *Intrauterin fosterdöd* (Rapport, nr 47, ss. 7-12). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Hämtad 25 september 2018 från [https://www.sfog.se/natupplaga/nr47\\_med\\_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf](https://www.sfog.se/natupplaga/nr47_med_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf)
- Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2014). Livsstilsfaktorer och graviditet. I H. Hagberg., K. Marsál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (ss. 152-161). Lund: Studentlitteratur.
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1–19. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mother´s feelings in relation to how their babies were presented to them after birth-Findings from an online questionnaire. *Midwifery* 29; 246-250.

- Glantz, A., & Mattsson, L-Å. (2002). Intrahepatisk cholestas under graviditet – fetal risk. I N-O. Sjöberg (Red.), *Intrauterin fosterdöd* (Rapport, nr 47, ss. 29-34). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Hämtad 11 oktober 2018 från [https://www.sfog.se/natupplaga/nr47\\_med\\_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf](https://www.sfog.se/natupplaga/nr47_med_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf)
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Henley, A., & Schott, J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parent's perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 13, 325-328. doi:10.1016/j.siny.2008.03.003
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Horner, C. (2016). Supporting women, families and care providers after stillbirths. *The Lancet* 387, 516-517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7)
- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. *Pregnancy & Childbirth*, 12(1), 137. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1186/1471-2393-12-137>
- Krueger, A., & Casey, M-A. (2015). *Focus groups: a practical guide for applied research*. London: SAGE Publications, Inc.
- Lawn, JE., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., Gardosi, J., Day, LT., & Stanton, C. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet*, 377 (9775), 1448-1463. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62187-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62187-3)
- Lisy, K., Peters, M., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. *Birth: Issues in perinatal care*, 43(1), 6-19.
- Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka* (ss. 117-139). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Den professionella barnmorskan. I H. Lindgren., K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (ss. 19-36). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 219-234) Lund: Studentlitteratur.

- Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, 66, 127–133. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.midw.2018.08.010>
- Montero, S., Sanchez, J., Montoro, C., Crespo, M., Jaén, A., & Tirado, M. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 19(6), 1405–1412. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1590/S0104-11692011000600018>
- Nikkilä, A., & Rydhström, H. (2002). IUFD vid tvillinggraviditet. . I N-O. Sjöberg (Red.), *Intrauterin fosterdöd* (Rapport, nr 47, s. 71-76). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Hämtad 11 oktober 2018 från [https://www.sfog.se/natupplaga/nr47\\_med\\_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf](https://www.sfog.se/natupplaga/nr47_med_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf)
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS ONE*, 13(1) 1-13. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
- O'Connell, O., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2016). Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth.*, 29(4), 345-349
- O'Leary, J., & Warland, J. (2013). Untold Stories of Infant Loss: The Importance of Contact with the Baby for Bereaved Parents. *Journal of Family Nursing*, 19 (3) 324-347. doi: 10.1177/1074840713495972
- Peters, M., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth.*, 28(4), 272-278.
- Pettersson, K., & Stephansson, O. (2014). Fosterdöd. I H. Hagberg., K. Marsál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (ss. 465-469) Lund: Studentlitteratur.
- Rådestad, I. (1998). *När barn föds döda: Riktlinjer för professionellt omhändertagande*. Lund: Studentlitteratur.
- Rådestad, I. (2016). Intrauterin fosterdöd. I H. Lindgren., K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (ss. 417-425) Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2014). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2013. Assisterad befruktning 1991-2012*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 oktober, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-19>



- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för diabetesvård Arbetsdokument: Graviditet vid känd diabetes*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 oktober, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvard/sokiriktlinjerna/typ1-diabetes-graviditet>
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet. Hämtad 10 oktober, 2018, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet. Hämtad 30 oktober, 2018, från [https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf?fbclid=IwARo2YcyP47BOR25tRJAkCuUKn9oGJnt7i\\_Qbu58YSxTpHcJ\\_RgdjsgfZWo](https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf?fbclid=IwARo2YcyP47BOR25tRJAkCuUKn9oGJnt7i_Qbu58YSxTpHcJ_RgdjsgfZWo)
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 19 oktober, 2018, från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Wallbank, S., & Robertson, N. (2012). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1090-1097. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022>
- Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 169-188) Lund: Studentlitteratur.



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

## **BILAGA A: INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF**

### **Godkännande av verksamhetschef för datainsamling till magisteruppsats angående barnmorskors erfarenheter av att medverka i samband med intrauterin fosterdöd**

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeprogrammet på Mälardalens högskola. Vi skriver just nu vår magisteruppsats och skulle vilja komma i kontakt med barnmorskor på Er arbetsplats.

Arbetet som barnmorska skänker mycket glädje och känslosamma stunder men också att möta det svåra som när ett barn föds dött. Syftet med studien är att ta reda på vad barnmorskor har för erfarenhet av att medverka vid intrauterin fosterdöd. Vi tror att det kan vara värdefullt att lyfta detta svåra ämne då det ingår i arbetet som barnmorska att kunna hantera det. Vilka tankar/känslor väcks? Vilket stöd finns på arbetsplatsen? Vilka behov och reflektioner uppstår?

Vår önskan är att ha en eller två fokusgruppsdiskussioner med 3-6 barnmorskor vid varje tillfälle, där de utbyter erfarenheter med varandra. Samtalet beräknas ta en timme och spelas in på band. Materialet kommer under arbetets gång förvaras i ett låst utrymme. Alla deltagare kommer att få ge sitt skriftliga medgivande till deltagande i studien. Vi bjuder på fika under samtalet! Deltagandet är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas. Materialet kommer att bearbetas och behandlas konfidentiellt och förstöras efter bearbetningen. Inga namn eller personuppgifter kommer att användas. Arbetet kommer att presenteras på Mälardalens högskola under hösten 2018.

Vi kommer gärna och presenterar oss på avdelningen någon dag under v.37, gärna under ett avdelningsmöte om det är möjligt.

Vår önskan är att genomföra en gruppdiskussion under något tillfälle under vecka 38.

Tacksamma för återkoppling!

Västerås 2018-09-07

**Lina Wistrand**, leg. sjuksköterska,  
barnmorskestudent, tel nr xxxxxxxxxxxx  
**Kajsa Zetterlund**, leg. sjuksköterska,  
barnmorskestudent, tel nr xxxxxxxxxxxx  
**Elisabeth Häggström-Nordin**, handledare, leg.  
Barnmorska, lektor, docent, Mälardalens högskola  
tel nr xxxxxxxxxxxx



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

## **BILAGA B: INFORMATIONSBREV TILL BARNMORSKOR**

### **Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie om att medverka vid intrauterin fosterdöd**

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeprogrammet på Mälardalens högskola. Vi skriver just nu vår magisteruppsats och hoppas att Du skulle vilja hjälpa oss genom att vara med i en gruppdiskussion.

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie som berör ämnet att arbeta som barnmorska i samband med intrauterin fosterdöd.

Arbetet som barnmorska skänker mycket glädje och känslosamma stunder men också att möta det svåra som när ett barn föds dött. Syftet med studien är att utbyta erfarenheter barnmorskor emellan. Vilka tankar/känslor väcks när barnmorskan är med om detta, vad finns det för stöd på arbetsplatsen och vad har barnmorskan för behov och reflektioner?

Samtalet beräknas ta cirka en timme och spelas in på band. Materialet kommer under arbetes gång att förvaras i ett låst utrymme. Alla deltagare kommer att få ge sitt skriftliga medgivande till deltagande i studien. Vi bjuder på fika under samtalet! Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas. Materialet kommer att bearbetas och behandlas konfidentiellt och förstöras efter bearbetningen. Inga namn eller personuppgifter kommer att användas. Arbetet kommer att presenteras på Mälardalens högskola under hösten 2018.

Om Du önskar delta i studien, var vänlig skriv upp ditt namn och valfri kontaktuppgift på separat lista. Vår önskan är att genomföra en gruppdiskussion vid något tillfälle under vecka 38.

Kontakta oss gärna om Du undrar över något eller om Du önskar ta del av det färdiga arbetet.

Tack på förhand för Din medverkan!

**Lina Wistrand**, leg. sjuksköterska,  
barnmorskestudent, tel nr xxxxxxxxxxxx  
**Kajsa Zetterlund**, leg. sjuksköterska,  
barnmorskestudent, tel xxxxxxxxxxxx  
**Elisabeth Häggström-Nordin**, handledare, leg.  
barnmorska, lektor, docent, Mälardalens högskola  
tel xxxxxxxxxxxx

## **BILAGA C: FRÅGEGUIDE**

### **Inledande frågor:**

- 1) Vad tänker ni när ni hör ordet intrauterin fosterdöd?
- 2) Blir din vård/ditt bemötande annorlunda i jämförelse med ett par som föder ett levande barn? Om ja, på vilket sätt?

### **Tankar och känslor:**

- 3) Hur känns det att komma till jobbet och få reda på att du ska bistå ett par som ska föda ett barn som inte lever? Ex följdfrågor: Berätta mer, vad kände du, hur tänkte du?
- 4) Vilken reaktion hos föräldrarna är svårast att bemöta? Ex följdfråga: Innan, under och efter förlossningen?
- 5) Vilken av dina egna känslor är svårast att hantera?
- 6) Vad upplever du att du kan ge föräldrarna?
- 7) Vad bär du med dig efter en sådan här händelse?

### **Behov och stöd:**

- 8) Nämn något som ni anser vara av allra största vikt för att ni ska kunna utföra ert arbete på ett professionellt sätt.
- 9) Har ni någon form av stöd på arbetsplatsen i samband med att barn föds döda? Om ja, hur ser stödet ut? Stöd från chef? Stöd från kollegor? Förekommer stöd från psykolog/kurator?
- 10) Känner ni att det skulle behövas mer utbildning i ämnet? Om ja, på vilket sätt?

### **Avslutning:**

Är det något ni vill tillägga som vi inte berört?

## BILAGA D: SAMTYCKESFORMULÄR



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Samtycke till deltagande i fokusgruppintervju om barnmorskans erfarenheter i samband med intrauterin fosterdöd.

Det här är blanketten om informerat samtycke. För att kunna ta del av Dina svar i intervjun måste vi ha Din underskrift för att vara säkra på att Ditt deltagande är frivilligt och att Du är införstådd med vad det innebär att delta.

Jag samtycker till att (kryssa för rutan till höger):

Gruppdiskussionen jag deltar i spelas in på band:

Diskussionen skrivs ut ordagrant och analyseras:

Alla detaljer som kan avslöja personens identitet tas bort när enskilda personers uttalanden citeras.

Materialet får användas till examensarbete på Mälardalens högskola:

Mitt deltagande är frivilligt och jag är införstådd med att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan påföljder.

Underskrift:

.....

Namnförtydligande:

.....

Datum och ort:

.....

## BILAGA E: ARTIKELMATRIS

Författare Titel Tidskrift, Årtal Ursprungsland	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., Erlandsson, K.</p> <p>Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby</p> <p><i>Midwifery</i> (2013)</p> <p>Sverige</p>	<p>Att beskriva föräldrarnas sorg och deras relation efter att ha genomgått IUFD tillsammans</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Deltagare: 55 Föräldrar, 22 pappor och 33 mammor</p> <p>Frågeformulär användes och skickades ut 3 månader, 1 år och 2 år efter IUFD</p>	<p>Att förlora ett barn är svårt för båda föräldrar. De ansåg att deras relation blev starkare efter händelsen och att de hörde mer ihop. Viktigt att belysa att sorgprocessen vid förlust av ett barn ser väldigt olika ut från person till person.</p>
<p>Berg, M., Ölfisdóttir, Ó-A., Lundgren I.</p> <p>A midwifery model of woman-centred childbirth care- In Swedish and Icelandic settings</p> <p><i>Sexual &amp; Reproductive Healthcare</i> (2012)</p> <p>Sverige och Island</p>	<p>Att utveckla en evidensbaserad vårdmodell där kvinnan står i fokus, i Sverige och Island.</p>	<p>Hermeneutisk studie på 12 tidigare publicerade kvalitativa studier om kvinnor och/eller barnmorskor och deras upplevelse av barnafödande.</p>	<p>Modellen bestod av fem huvudteman. Tre centrala sammanflätade teman var en ömsesidig relation, en födande atmosfär och grundad kunskap. De två slutliga var kulturell kontext och kvinnocentrerad vård.</p>
<p>Cacciatore, J.</p> <p>Stillbirth: Patient-centered Psychosocial Care</p> <p><i>Clinical Obstetrics and Gynecology</i> (2010)</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka betydelsen av personcentrerad vård i samband med intrauterin fosterdöd.</p>	<p>Litteraturstudie baserad på tidigare forskning i området.</p>	<p>Att förlora ett barn är en komplex och traumatisk förlust för föräldrarna. Därför bör vården vara mindre standardiserad och mer personcentrerad, och utgå från varje persons unika behov.</p>
<p>Cacciatore, J., Erlandsson, K., Rådestad, I.</p>	<p>Att utvärdera faders upplevelser av vården i samband med födelsen</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>131 fäder besvarade frågeformulär som</p>	<p>86% av papporna rapporterade känslor av tacksamhet. 16% rapporterade att de känt</p>

<p>Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby.</p> <p><i>International Journal of Nursing Studies</i> (2012)</p> <p>Sverige</p>	<p>av deras döda barn.</p>	<p>lagts upp på Svenska Spädbarnsfondens hemsida.</p>	<p>sig ledsna, sårade eller arga. De kände tacksamhet när vårdpersonalen behandlade deras nyfödda barn med respekt och utan rädsla.</p>
<p>Cacciatore, J., Rådestad, I., Froen, F.</p> <p>Effects of contacts with stillborn babies on maternal anxiety and depression</p> <p><i>BIRTH</i> (2008)</p> <p>Sverige och Norge</p>	<p>Att undersöka om det fanns något samband mellan ångest och depression och att se &amp; hålla sitt döda barn eller inte.</p>	<p>Kvantitativ studie, 2292 kvinnor deltog.</p> <p>Ett frågeformulär användes för att undersöka ångest och depression.</p>	<p>Att se och hålla sitt dödfödda barn var associerat med mindre symtom av ångest och färre symtom på depression.</p>
<p>Chan, M., Arthur, D.</p> <p>Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care</p> <p><i>Journal Of Advanced Nursing</i> (2009)</p> <p>Singapore</p>	<p>Undersöka de faktorer som är sammankopplade med sjuksköterskors och barnmorskors olika attityder vid mötet med döda spädbarn.</p>	<p>Kvalitativ studie med 185 barnmorskor/obstetriker</p>	<p>De sjuksköterskor och barnmorskor med religiös tro, och de som hade en mer positiv attityd till sjukhuset och utbildning inom förlossningsvård, var mer benägna att ha en positiv inställning till perinatal sorgevård. Sjuksköterskorna betonade sitt behov av ökad kunskap och utbildning i hur man hanterar föräldrar som förlorat ett barn i IUFD.</p>
<p>Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell,</p>	<p>Att undersöka föräldrars och vårdgivares upplevelser kring vården efter att ett barn fötts</p>	<p>En systematisk sammanställning av kvalitativa och</p>	<p>Föräldrarnas och vårdpersonalens åsikter var ofta liknande. Båda grupperna ansåg att</p>

<p>A., Siassakos, D.</p> <p>Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences</p> <p><i>BMC Pregnancy Childbirth</i> (2016)</p> <p>England</p>	<p>dött i höginkomstländer i Europa, Nordamerika, Australien och Sydafrika.</p>	<p>kvantitativa studier.</p>	<p>personalen behövde få mer träning, att det skulle vara kontinuitet i vården, samt att det skulle finnas tydliga riktlinjer för personalen att arbeta efter.</p>
<p>Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., Rådestad, I.</p> <p>Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth- Findings from an online questionnaire</p> <p><i>Midwifery</i> (2013)</p> <p>Sverige</p>	<p>Att undersöka hur mammans känslor och upplevelser påverkas av hur vårdgivaren erbjuder att hålla och se det dödfödda barnet.</p>	<p>Kvantitativ studie, deskriptiv statistik</p> <p>Frågeformulär på internet, 840 mammor deltog</p>	<p>När barnen presenterades för mödrarna så naturligt som möjligt utan att fråga, så rapporterade dessa mödrar att de kände sig mer bekväma i situationen än de mödrar som tillfrågades om de ville se sitt döda barn.</p>
<p>Henley, A., Schott J.</p> <p>The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parents perspective</p> <p><i>Fetal &amp; Neonatal Medicine</i> (2008)</p> <p>Schweiz</p>	<p>Att undersöka vilka aspekter av vården föräldrarna ansåg värdefulla, respektive vilka aspekter som bidrog till deras stress och ångest.</p>	<p>Studie baserad på tidigare artiklar och synpunkter uttrycka av föräldrar.</p>	<p>Betydande för föräldrar var personalens empati och vänlighet. Föräldrarna blev extra känsliga för hur deras barn tilltalades och de uppskattade personal som lyssnade.</p>



<p>Horner, C.</p> <p>Supporting women, families and care providers after stillbirths</p> <p><i>The Lancet</i> (2016)</p> <p>Australien</p>	<p>Att undersöka behovet av stöd till kvinnor, familjer och vårdgivare i samband med intrauterin fosterdöd.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Att ta hand om föräldrar som förlorat ett barn i IUFD är en känslomässigt utmanande situation för vårdgivare. Hur vårdgivare ger stöd och respekt till de drabbade familjerna är avgörande för hur familjerna återhämtar sig från traumat.</p>
<p>Kelley, M. C., Trinidad, S. B.</p> <p>Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis</p> <p><i>Pregnancy &amp; Childbirth</i> (2012)</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka föräldrars och vårdgivares upplevelser i samband med IUFD.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>3 semi-strukturerade fokusgrupper med föräldrar samt två med obstetriker och förlossningspersonal</p>	<p>Det skiljde sig åt i upplevelse mellan grupperna föräldrar och vårdgivare. Föräldrar tyckte inte om miljön och att personalens omhändertagande blev fel, de kände sig ensamma i sorgen. Vårdgivare tyckte de kände av föräldrarnas sorg, de var en traumatisk upplevelse för kliniken men mindre traumatisk än när barn dog på neonatalen. Det döda barnet fick en plats i familjen.</p>
<p>Lawn, JE., Blencowe, H., Pattison, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., Gardosi, J., Day, LT., Stanton, C.</p> <p>Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?</p> <p><i>The Lancet</i> (2011)</p> <p>England</p>	<p>Att undersöka och jämföra orsaker och möjligheter till förbättringar inom vården kring intrauterin fosterdöd runtom i världen.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Det finns tillräcklig kunskap för att minska antalet intrauterina fosterdödsfall. Det är betydande att vidta åtgärder för att åstadkomma detta.</p> <p>En förbättrad statistik av antalet IUFD är av hög prioritet.</p>

<p>Lisy, K., Peters, M., Riitano, D., Jordan, Z., Aromataris, A.</p> <p>Provision of meaningful care at diagnosis, birth, and after stillbirth: A qualitative synthesis of parents' experiences</p> <p><i>Birth issues in perinatal care</i> (2016)</p> <p>Australien</p>	<p>Att undersöka föräldrars upplevelser av vården de fick i samband med att deras barn föddes dött.</p>	<p>Kvalitativ litteraturstudie baserad på 20 studier med intervjuer från familjer till dödfödda barn.</p>	<p>För att bäst hjälpa föräldrarna behövdes varm och inkännande kommunikation, tydlig och lättförståelig information, respekt för individuella behov samt att föräldrarna själva fick vara med och ta beslut. De uppskattade när de i förväg fick guidning från vårdpersonalen om hur deras döda barn skulle kunna se ut och hur de skulle hålla i det.</p>
<p>Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., Pedraz-Marcos, A.</p> <p>Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study.</p> <p><i>Midwifery</i> (2018)</p> <p>Spanien</p>	<p>Att utforska barnmorskors erfarenheter vid förlossningar med dödfödda barn.</p>	<p>Kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologisk ansats.</p> <p>Tre fokusgruppintervjuer med arton barnmorskor från tio olika sjukhus och en vårdcentral.</p>	<p>Barnmorskor upplevde svårigheter i att hantera förlossningar som slutade med död. Organisationerna var inte anpassade för dessa händelser. Det saknades träning i att kunna hantera situationerna.</p>
<p>Montero, S., Sanchez, J., Montoro, C., Crespo, M., Jaén, A., Tirado, M.</p> <p>Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective</p> <p><i>Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)</i> (2011)</p> <p>Spanien</p>	<p>Att undersöka vårdgivares upplevelser av perinatal död och beskriva deras strategier för att hantera dessa situationer.</p>	<p>Kvalitativ, deskriptiv studie med fenomenologisk ansats. Semistrukturerade intervjuer utfördes med vårdgivare inom förlossning och BB.</p>	<p>Perinatal död genererar ångest, hjälplöshet och frustration hos vårdgivarna, vilket kan påverka den professionella kompetensen. Brist på kunskaper i att bemöta perinatal död kunde bidra till opassande beteende hos vårdgivarna i dessa situationer.</p>

<p>Nuzum, D., Meaney, S., O'Donoghue, K.</p> <p>The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study</p> <p><i>PLoS ONE</i> (2018)</p> <p>Australien</p>	<p>Att utforska upplevelsen och den personliga inverkan ett dödfött barn har på föräldrarna.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med föräldrar till tolv dödfödda barn. Fenomenologisk analys.</p>	<p>Att få ett dödfött barn hade stor inverkan på föräldrarna. Att få bekräftelse på att barnet var en egen individ samt att ha bra relationer till vårdgivarna framkom som några av de viktigaste fynden. Föräldrarna mindes i detalj allt som hänt under vårdtiden.</p>
<p>O'Connell, O., Meaney, S., O'Donoghue, K.</p> <p>Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better?</p> <p><i>Women and Birth</i> (2016)</p> <p>Irland</p>	<p>Att undersöka föräldrars upplevelser i samband med IUFD, tiden när de fick beskedet, vården och tiden efteråt.</p>	<p>Frågeformulär. 59 föräldrar tillfrågades</p>	<p>Det som föräldrarna ansåg som den viktigaste delen i vården var att personalen var vänlig, inklämmande och visade empati. Därefter kom betydelsen av god medicinsk behandling. Föräldrarna belyste även hur viktigt de tyckte de var att kunna göra val och på så vis få kontroll över sin vård. Tydlig information var också ett grundläggande behov.</p>
<p>O'Leary, J., Warland, J.</p> <p>Untold Stories of Infant Loss: The Importance of Contact With the Baby for Bereaved Parents</p> <p><i>Journal of Family Nursing</i> (2013)</p> <p>USA</p>	<p>Att presentera berättelser från föräldrar och syskon till barn som föddes döda för 50-70 år sedan.</p>	<p>Litteraturstudie</p> <p>Analys av data från två deskriptiva fenomenologiska studier, med berättelser från föräldrar och syskon till barn som föddes döda för 50-70 år sedan.</p>	<p>Fyra subteman framkom: möjligheter som förnekats, tystad sorg, försenat läkande och livslång inverkan.</p>
<p>Peters, M., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., Aromataris, E.</p> <p>Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based</p>	<p>Att främja god vård och informera barnmorskor om den mest lämpade vården när de har hand om mammor och familjer som varit med</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Litteraturstudie på tidigare forskning i området.</p>	<p>Angeläget att barnmorskor får utbildning. Viktigt att de är empatiska och mottagliga för föräldrarnas behov, ger</p>

<p>guidance for maternity care providers</p> <p><i>Women and Birth</i> (2015)</p> <p>Australien</p>	<p>om IUFD.</p>		<p>klar och tydlig information samt finkänslig och respektfull guidning genom händelsen.</p>
<p>Wallbank, S., Robertson, N.</p> <p>Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey</p> <p><i>International Journal of Nursing Studies</i> (2012)</p> <p>England</p>	<p>Att undersöka personalens copingstrategier, nivå av stress samt deras upplevelse av arbetsmiljön kring missfall och perinataldöd.</p>	<p>Frågeformulär delades ut till 350 doktorer, sjuksköterskor och barnmorskor.</p>	<p>Över hälften av deltagarna rapporterade höga nivåer av stress. De som hade bra stöd utanför arbetet klarade stressen bättre. Brist på handledning och stöd på arbetet var starkt kopplat till negativa copingstrategier.</p>



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**