

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

Barnmorskors erfarenheter och känslor i samband med intrauterin fosterdöd.

– En litteraturöversikt

Midwives' experience and feelings in concerning with intrauterine fetal death.

- A literature review

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2022

Författare:

Josefine Liljevret
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Johanna Hultberg
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:

Katarina Kornaros
Med. dr Universitetslektor

Examinator:

Michael Wells
Docent



Sammanfattning

Bakgrund: Varje år drabbas 440 barn av intrauterin fosterdöd (IUFD) i Sverige. Drabbade föräldrar beskriver att det finns brist på kunskap hos barnmorskor i hur de bemöter, visar förståelse och hjälper till i sorgearbetet. Barnmorskorna ska ge stöd till föräldrarna genom att finnas där och arbeta utifrån en personcentrerad vård. Genom att analysera kvalitativ forskning av barnmorskors erfarenhet och känslor kan en bredare förståelse inom ämnet erhållas.

Syfte: Studiens syfte är att beskriva barnmorskors erfarenheter och känslor i samband med intrauterin fosterdöd.

Metod: Litteraturöversikt med grund i nio kvalitativa vetenskapliga studier mellan år 2000 och 2021, som är inhämtade från Cinahl och Pubmed. En kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera varje artikels resultat.

Resultat: Det har framkommit tre huvudkategorier: ”Känslor”, ”relationen till föräldrarna” och ”utbildning och riktlinjer”. Ur dessa kategorier har det skapats totalt sju subkategorier.

Slutsats: Resultatet belyser att barnmorskor var medvetna om att dödfödsel ingick i deras arbetsuppgifter men att det visade sig vara en komplex situation. Dessvärre kommer barn fortsatt avlida intrauterint och det krävs ökad kunskap av kommunikation med föräldrar och gällande handläggandet vid IUFD. Detta bör med fördel påbörjas redan under barnmorskeutbildningen. Det finns även behov av samtalsstöd för barnmorskor efter de bistått en intrauterin fosterdöd. Forskningsområdet är begränsat och det föreligger ett behov av vidare forskning för att optimera barnmorskans arbete och föräldrarnas upplevelse.

Nyckelord: Barnmorskor, innehållsanalys, intrauterin fosterdöd, kvalitativ litteraturstudie.



Abstract

Background: Every year, 440 babies die in-utero in Sweden. The affected parents describe that there is a lack of knowledge among midwives and how they approach the grieving process, show understanding and compassion and help with the grieving. Midwives should give support to the parents, through being available and working with personalized care. By analyzing qualitative research, of midwives experiences and emotions, one can get a broader understanding of the subject.

Purpose: The purpose of the study is to describe the experiences and feelings of midwives in concerning with intrauterine fetal death.

Method: Literature review based on nine qualitative scientific studies between year 2000 and 2021, gathered from Cinahl and Pubmed. A qualitative content analysis was used to analyze the results of the articles.

Results: Three main categories emerged: "Emotions," "Relationship with the parents," and "Education and Guidelines." From these categories, a total of seven subcategories were created.

Conclusion: The results revealed that midwives were aware that stillbirth is a part of their job duties, but it was apparent that it is a complex situation. Sadly, babies will keep dying in-utero and there is a demand for increased knowledge in communicating with parents about IUFD. It should begin already during the midwife education. There is also a need for counseling for midwives after they've assisted with an intrauterine fetal death. The research around this is limited and there is a need for further research to optimize the midwives work and the parents experience.

Keywords: Midwives, content analysis, intrauterine fetal death, qualitative literature study.



Innehållsförteckning

Inledning.....	5
1. Bakgrund.....	5
1.1 Intrauterin fosterdöd.....	5
1.2 Riskfaktorer för IUFD.....	6
1.4 Handläggning vid avvikande fosterrörelser.....	6
1.5 Handläggning vid IUFD.....	7
1.6 Föräldrars upplevelse av stöd från vården vid IUFD.....	8
1.7 Barnmorskans arbete med IUFD.....	9
2. Problemformulering.....	9
3. Syfte.....	9
4. Metod och material.....	10
4.1 Design.....	10
4.2 Urval.....	10
4.2 Datainsamling.....	10
4.3 Dataanalysmetod.....	11
4.4 Kvalitetsgranskning.....	12
4.5 Etiska överväganden.....	12
5. Resultat.....	12
5.1 Känslor.....	13
5.1.1 Känslor vid vård av dödfödsel.....	13
5.1.2 Bearbetning och sorghantering.....	14
5.2 Relation till föräldrarna.....	15
5.2.1 Balans av närhet och avstånd.....	15
5.2.2 Vården till föräldrarna.....	16
5.3 Utbildning och rutiner.....	18
5.3.1 Ytterligare utbildning krävs.....	18
5.3.2 Utbildning i skolan.....	19
5.3.3 Rutiner på arbetsplatsen.....	20
6. Diskussion.....	21
6.1 Metoddiskussion.....	21
6.1.1 Metodval.....	21
6.1.2 Urval.....	21
6.1.3 Datainsamling.....	22
6.1.4 Kvalitetsgranskning.....	22
6.1.5 Förståelse.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
6.1.6 Dataanalysen.....	23
6.1.7 trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet.....	24



6.1.8 Etik	25
6.2 Resultatdiskussion	25
6.2.1 Sammanfattning huvudresultat	25
6.2.2 Känslor	26
6.2.3 Relationen till föräldrarna	27
6.2.4 Utbildning och rutiner	28
7. Slutsats	30
7.1 Kliniska implikationer	31
8. Förslag till vidare forskning	31
Referenser	33
Bilaga 1. Sökmatrix	40
Bilaga 2. PRISMA	41
Bilaga 3. SBU granskningsmall	42
Bilaga 4. Artikelmatrix	43
Bilaga 5. Kategorisystem	49

Inledning

Båda författarna är utbildade sjuksköterskor och har arbetat med palliativ vård för vuxna och inom akutsjukvård för barn. För den ena författaren väcktes intresset om intrauterin fosterdöd (IUFD) efter att en vän till henne drabbats av IUFD i graviditetsvecka 38. Författaren har tagit del av hennes väns upplevelse av vården och att det enligt henne var brist på kommunikation och stöd från vårdpersonalen. Hon beskriver även att få besked om att hjärtat inte längre slår och att fostret avlidit intrauterint är varje förälders värsta mardröm. Vår förförståelse är att den forskning som finns om IUFD idag mestadels belyser föräldrarnas perspektiv. En annan aspekt av vår förförståelse är att vi på verksamhetsförlagd utbildning (VFU) uppmärksammat att handledare sällan talar om IUFD, utan främst om minskade fosterrörelser. För oss uppfattas det som ett känsloladdat ämne. Vidare anser vi att den kunskap vi får erhålla om IUFD under barnmorskeutbildningen är för skral i relation till det ansvar som det innebär att bistå en IUFD födsel. Under vår VFU på förlossningen kommer vi inte få möjlighet att delta i dessa situationer, och mister därför viktig kunskap och erfarenhet innan avslutad utbildning. Med tanke på det och vår framtida yrkesroll vill vi undersöka barnmorskors erfarenhet och känslor av IUFD och få en djupare förståelse kring ämnet.

1. Bakgrund

1.1 Intrauterin fosterdöd

Världshälsoorganisationen (2006) definierar intrauterin fosterdöd (IUFD), när ett foster dör under graviditet, från gestationsvecka 22 och framåt samt att fostret ska väga minst 500 gram och vara 25 cm lång. År 2008 ändrade Socialstyrelsen (2018) definitionen av "barn" från graviditetsvecka 28+0 till 22+0. I världen ser det olika ut, var gränsen för dödfött barn går, och varierar mellan 18 och 28 fullgångna graviditetsveckor (Rådestad, 2016). I de fall där graviditetsvecka inte är fastställd ska vikt och längd tillsammans vara de avgörande faktorerna om registrering av avlidet barn ska genomföras. Socialstyrelsen (2018) belyser med sin statistik att mellan år 1973 och 2016 föddes ungefär 4/1000 barn dödfödda då de avlidit intrauterint. Denna siffra motsvarar årligen ungefär 440 barn i Sverige (Rådestad, 2016). Av de barn som dör intrauterint är omkring 40% klassificerade som fullgångna då de dör efter graviditetsvecka 37 och 90% av barnen har dött innan förlossningsstart. Till följd av Sveriges välutvecklade hälsoprogram för gravida där risker och avvikande i graviditeten beaktas och följs upp, har Sverige låga siffror vad gäller IUFD vid

internationell jämförelse (Socialstyrelsen, 2021). Högsta förekomst av IUFD ses i låginkomstländerna vilket främst beror på sämre näringstillstånd och socioekonomiska förhållanden hos kvinnorna (Rådestad, 2016).

1.2 Riskfaktorer för IUFD

Det finns faktorer som ökar risken för IUFD, varvid tillväxthämning ses som största riskfaktorn att fostret dör intrauterint, före fullgången tid (Gardosi et al. 2013; Socialstyrelsen 2021)

Tillväxthämning beror i de flesta fall på dysfunktion i placenta, vilket innebär att närings- och syretillförseln från moderkakan till fostret är påverkad. Ökad risk ses även vid överburenhet från graviditetsvecka 41, framförallt om barnet har en tillväxthämning (Rådestad, 2016). Maternella riskfaktorer för IUFD är rökning, övervikt, tidigare IUFD, diabetes, låg socioekonomisk status och hög maternell ålder (≥ 35 år) (Gardosi et al. 2013; Socialstyrelsen 2021). Att röka under en graviditet har många negativa aspekter men en tydlig påverkan är att det kraftigt drar ihop alla blodkärl, vilket inkluderar blodkärlen som finns i placenta. Resultatet blir försämrad blodcirkulation och påverkad syretillförsel till fostret (Socialstyrelsen, 2021).

1.3 Fosterrörelser

Fostret rör sig redan i tidig graviditet men utan att kvinnan upplever och känner det (Rådestad, 2016). Med hjälp av ultraljud kan ojämna böjningar och vridningar av huvudet ses så tidigt som graviditetsvecka 7. Vanligast beskrivet är att förstföderskor känner fosterrörelser i graviditetsvecka 18 till 20 medan omföderskor kan känna rörelser några veckor tidigare (Mödrahälsovårdsenheten, 2021). Det sker en ökning av fostrets rörelser fram till och med vecka 32 då de når kulmen. Därefter sker en förändring av rörelserna till följd av minskat utrymme i livmodern men rörelsernas frekvens ska bibehållas.

1.4 Handläggning vid avvikande fosterrörelser

Socialstyrelsen (2021) har utformat ett kunskapsstöd för vården vid minskade fosterrörelser, dels för att vården ska se lika ut i hela landet men framför allt för att förebygga IUFD. Detta kunskapsstöd belyser vikten av tidig identifikation av gravida med ökad risk genom att barnmorskan samlar information om kvinnans hälsa och livssituation. Socialstyrelsen (2021) utgår från fyra rekommendationer; tydlig information om fosterrörelser till alla gravida, råd att söka vård



vid upplevelse av minskade fosterrörelser, att inleda bedömning och som sista steg erbjuda undersökning vid avvikande rörelseanamnes. Kvinnans uppfattning av minskade fosterrörelser är den tydligaste definitionen av minskade fosterrörelser och hon ska uppmanas söka vård varje gång den känslan infinner sig. Kardiotocografi (CTG) och ultraljud ska alltid erbjudas vid minskade fosterrörelser (Socialstyrelsen, 2021).

Mödrahälsovårdsenheten (2021) beskriver med tydlighet att barnmorskan ska informera alla gravida om fosterrörelser i graviditetsvecka 24 till 25, med tyngd i informationen att kvinnan ska höra av sig till vald förlossningsklinik om fostrets rörelser har minskar eller upphör. Informationen ska ges skriftligt om den gravida känner sig osäker och barnmorskan kan då hänvisa till Mindfetalness. Mindfetalness praktiseras gärna dagligen av den gravida (Rådestad, 2021). När fostret har en vakenhetsperiod ska kvinnan helst ligga på vänster sida för att optimera genomblödningen i livmodern som gynnar fostret. Därefter ska den gravida koncentrera sig på fostrets rörelser i 15 min. I en studie som gjordes i Stockholm på 67 olika barnmorskemottagningar utvärderades Mindfetalness (Rådestad, et al., 2021). Barnmorskorna som deltog i studien ansåg att Mindfetalness var stödjande i deras arbete med att informera gravida om fosterrörelser. Kvinnorna som tog emot den skriftlig informationen ansåg det vara positivt och lärorikt.

1.5 Handläggning vid IUFD

Diagnosen IUFD ställs av två läkare med hjälp av ultraljud, där utebliven hjärtaktivitet verifierar diagnos (Pettersson & Hulthén Varli, 2017; Rådestad, 2016). Föräldrarna informeras av ansvarig läkare efter konstaterad IUFD. Hemgång erbjuds och om behov finns ska de få möjlighet att stanna på förlossningen tills planerad igångsättning (Pettersson & Hulthén Varli, 2017). Provtagning enligt läkarordination genomförs och läkaren informerar föräldrarna om blodproverna och dess syfte. Både kurator och ansvarig barnmorska på barnmorskemottagningen (BMM) ska kontaktas samt en sjukhuspräst involveras i de flesta fall för hjälp i sorgearbetet och vidare stöd. Förlossningen handläggs som en normal förlossning med induktion som förlossningsstart.

Efter förlossningen får föräldrarna vara ensamma med barnet så länge de önskar (Pettersson & Hulthén Varli, 2017). De uppmuntras att hålla i barnet samt låta anhöriga och eventuella syskon komma och se barnet. Sjukhusfotograf kontaktas alltid och fotografierna sparas i moderns journal

och ges till föräldrarna om de önskar behålla bilderna och titta vid senare tillfälle. Det finns även möjlighet att göra fotavtryck och spara en hårlock. Obduktion och provtagning rekommenderas för att fastställa barnets dödsorsak. På eftervården får båda föräldrarna stanna och utskrivningen sker efter föräldrarnas önskemål (Pettersson & Hulthén Varli, 2017). Återbesök sker hos patientansvarig läkare vid minst två tillfällen och till barnmorska eller undersköterska vid minst ett tillfälle. Vid återbesök bedöms fortsatt behov av sjukskrivning, genomgång av provsvar och dödsorsaksintyg som ska fyllas i av läkare. Frågan kring ny graviditet ska ställas för eventuell planering på specialistmödravården inför nästa graviditet. Barnmorskan på BMM som följt kvinnan under hennes graviditet ska kontakta familjen inom två veckor och erbjuda samtal samt kuratorskontakt (Mödrahälsovården, 2021).

1.6 Föräldrars upplevelse av stöd från vården vid IUFD

Inom vården råder det bristande kunskap i bemötande, förståelse och sorgearbete för föräldrar som förlorat sitt barn (Spädbarnsfonden, 2019). Behovet av stöd är stort men informationen bristfällig och föräldrarna vet inte var de ska vända sig för att finna hjälp när de kommit hem från sjukhuset. Coffey (2016) skriver i sin studie att föräldrarna uppskattade att skapa minnen efter förlossningen och valmöjligheter att få stöd av att möta sitt döda barn. Vidare visade det sig att individanpassad vård, god kommunikation med båda föräldrarna och informerade val av att träffa sitt dödfödda barn var avgörande för att minska föräldrarnas trauma efter förlossningen. Peters et al. (2016) identifierar viktiga faktorer som påverkar känslor hos föräldrar efter IUFD vilket visade sig vara beteendet från vårdpersonalen och deras känslomässiga attityder gentemot föräldrarna. Genom att bli bemött på ett okänsligt sätt eller med kommunikation utan empati kunde det orsaka mer ångest och smärta. Föräldrarna uppskattade när vårdpersonalen visade sympati och kommunicerade på ett mer genuint och personligt sätt. Det visade sig även att behov av känslomässigt, psykologiskt och somatiskt stöd från vårdpersonalen inte upphör efter att föräldrarna lämnar sjukhuset utan behoven kvarstår. Föräldrarna beskrev en känsla av isolering och övergivenhet av vårdpersonalen när de kom hem. Nikkola et al. (2013) lyfter i sin studie att föräldrar har ett enormt behov av stöd och bör erbjudas fler kontakter och fysiska möten efter deras barns död, både av sjukhuspersonal men även andra professioner exempelvis sjukhuspräst. Antalet tillfällen med kontakt utgör stor del av deras upplevelse och uppfattning av etablerat stöd efter deras barns bortgång.

1.7 Barnmorskans arbete med IUFD

Midwife betyder ”med kvinna” och arbetet med en vårdsökande kvinna fokuserar på att ”vara med” henne, att ta del av hennes historia, situation och berättelse samt genom detta se hennes önskemål och behov (Lundgren & Berg, 2016). Barnmorskor som bistår en IUFD-födsel ska agera på samma sätt som vid födsel där barnen föds levande (Rådestad, 2016). De ska inte ställa frågor *om* kvinnan med partner vill möta sitt dödfödda barn utan *hur* de vill möta sitt barn. Det faller som en självklarhet att som ansvarig barnmorska vilja försöka trösta och underlätta för föräldrarna men barnmorskor varken kan eller ska försöka sig på att ge tröst. Ett försök av tröst kan skada och förvärra situationen. Ett professionellt yrkesutövande från barnmorskan vid IUFD innefattar bra stöd och vård, och det är den bästa trösten till föräldrarna (Rådestad, 2016).

Mödrahälsovårdsenheten (2020) skriver att barnmorskor som upplever och bistår vid IUFD ska informera sin chef för att få extra stöd i form av kontakt med kurator och företagshälsovården. Moderns journal från mödrahälsovården kan studeras och diskuteras tillsammans med läkare och barnmorska på mödravården samt behovet av avvikelserapportering ska undersökas.

2. Problemformulering

Barnmorskan som vårdar och bistår vid en IUFD-födsel upplever känslor under hela vårdprocessen. Att hantera andra människors kris samtidigt som ens egna personliga känslor tränger sig på kan vara en utmaning. IUFD innebär stor sorg och mycket känslor för föräldrarna. Föräldrarna har upplevt en traumatisk händelse och utbredd forskning visar på brister i stöd och bemötande av vårdpersonalen. Barnmorskans perspektiv är viktigt att framhålla då forskningen inom området inte är lika bred och behöver studeras ytterligare samt lyftas fram. Att studera barnmorskornas perspektiv kan belysa vilka behov som finns för att utveckla barnmorskans kompetens av kommunikation med föräldrarna och optimera möjligheterna att ge personcentrerad vård.

3. Syfte

Studiens syfte är att beskriva barnmorskors erfarenheter och känslor i samband med intrauterin fosterdöd.

4. Metod och material

4.1 Design

En allmän litteraturöversikt användes, där de valda artiklarna är vetenskapligt publicerade originalartiklar med kvalitativ metod och mixad metod. I den artikeln med mixad metod inkluderades det kvalitativa resultatet och det kvantitativa resultatet exkluderats. Valet av kvalitativ metod var för att besvara syftet då den bygger på att förklara och förstå fenomen, upplevelser eller erfarenheter (Forsberg & Wengström, 2016). En litteraturöversikt innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och därefter sammanställa informationen inom det valda ämnet eller problemformuleringen.

4.2 Urval

Författarna valde att inkludera originalartiklar publicerade från 2000 till 2022. Artiklarna skulle svara på syftet och innehålla abstrakt för att lättare få en överblick vid urvalet av artiklar. Artiklar som innehöll information om barnmorskestudenter inkluderades.

Artiklar som endast innehöll perinatal död, vilket betyder att barnet dör i samband med förlossning eller inom de närmsta 27 dagarna, exkluderades då det inte svarar på författarnas syfte.

4.2 Datainsamling

Artikelsökning genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL Complete och Google Scholar. Den inledande sökningen påbörjades först i Google Scholar för att få en överblick över hur många originalartiklar som fanns inom det valda ämnet. Sökningen gjordes osystematiskt för att inhämta bakgrund och vidare fortsätta med den egentliga systematiska informationssökningen (Östlundh, 2017). Vid upptäckt av relevanta artiklar kunde författarna ta hjälp av vilka MeSH-termer eller CINAHL-headings som användes i artiklarna och på så sätt hittat relaterade artiklar till det valda ämnet. Författarna bokade även tre möten med bibliotekarie för att få hjälp med sökord. De sökord som användes var: midwives, "attitude health personnel", stillbirth, "fetal loss", "fetal death", "psychological factors", experience, caring och "bereavement care".

I samtliga databaser genomfördes sökningar i fritext för att få breda och relevanta träffar. Avgränsningen "Abstract available" användes i båda databaserna för att lättare få en översikt vid urval av artiklarna. MeSH-termer användes i PubMed och CINAHL-headings i CINAHL. Söktermerna kombinerades med booleska operatorer som AND och/eller OR för att få en avgränsning i sökningarna samt relevanta träffar för syftet. Sökstrategin presenteras i en sökmatrix (Bilaga 1).

Datainsamlingen genomfördes stegvis. Första steget innebar att de titlar som sökningen gav lästes igenom av författarna för att få en överblick över vilka artiklar som hade relevans till syftet. Efter första urvalet lästes abstrakt, om det visade sig vara relevant studerades hela artikeln. Under processen hade författarna studiens syfte i beaktning för att inkludera studier i analysen som svarade på syftet.

Totalt lästes 64 stycken abstrakt varvid 26 artiklar lästes i sin helhet och nio valdes ut för kvalitetsgranskning. Artikelsökningen genomfördes enligt Prisma (2020), se bilaga 2.

4.3 Dataanalysmetod

I analysmetoden används en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). En kvalitativ innehållsanalys innebär att tolka innehållet och få en förståelse av subjektiva upplevelser. Eftersom syftet var att beskriva barnmorskors erfarenheter och känslor i samband vid intrauterin fosterdöd passade denna analysmetod väl. I metoden analyserade författarna materialet och identifierade övergripande domäner och meningsbärande enheter. Domäner innebär att författarna genomförde en öppen kodning med färgning och indelning av textmaterialet. Domänerna fördes sedan in i en tabell. Efter domäner identifierats, lästes artiklarna mer grundligt och meningsbärande enheter kunde tas fram. Meningsbärande enheter betyder att ord, meningar och alternativt stycken av en text betraktas ha ett sammanhang och plockats ut. Meningsenheterna fördes in i en analysstabell där de översattes, kondenserades och kodades (Bilaga 5). Författarna satt tillsammans och diskuterade fram meningsbärande enheter och använde sig av överstrykningspennor för att lättare kunna identifiera dem. Koderna författarna tagit fram blev tillsammans kategorier, där varje kategori innehåller flera koder med liknande innehåll. Huvudkategorier och subkategorier framarbetades och presenterades i författarnas resultat (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysmetoden dokumenterades noggrant och presenterades i tabeller. Exempel på denna tabell ses i en bifogad bilaga (Bilaga 4). Till sist presenterades resultatet i en beskrivande text.

4.4 Kvalitetsgranskning

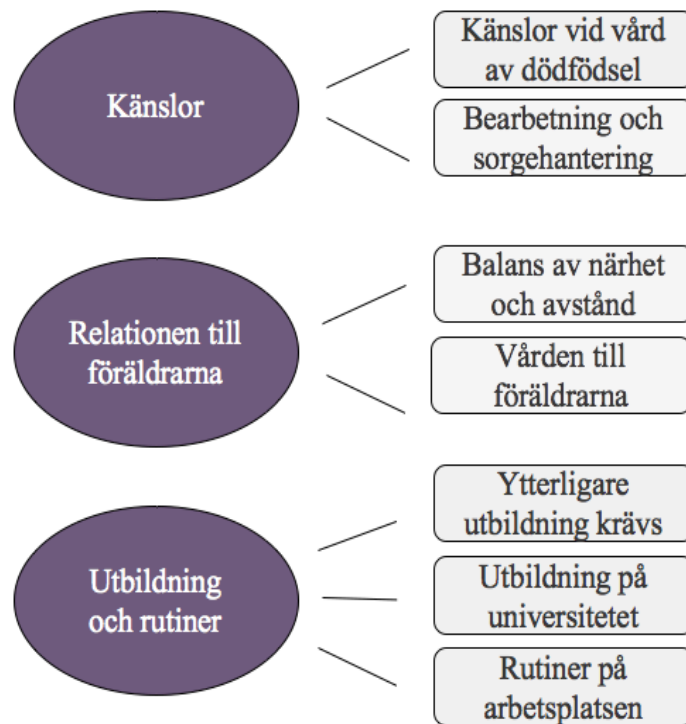
Författarna kvalitetsgranskade de utvalda artiklarna utifrån Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2012) granskningsmall som används för kvalitativ forskning (Bilaga 3). Totalt består mallen av 21 frågeställningar som inkluderar frågor om artikelns syfte, urval, datainsamling, resultat samt analys. Svarsalternativen besvarades med ja, nej, oklart eller ej tillämpligt. För att bedöma kvalitetsnivån av artiklarna skapade författarna själva ett poängsystem, där ”ja” motsvarade 1 poäng och de svar som besvarades med ”nej”, ”oklart” eller ”ej tillämpligt” gav 0 poäng. Låg kvalitet var poäng mellan 0 till 14, medelhög kvalitet var 15 till 17 poäng och hög kvalitet 18 till 21 poäng. Alla artiklar som valdes ut till resultatet ingår oavsett kvalitetsnivå. Artiklarna presenteras i en artikelmatris (Bilaga 4).

4.5 Etiska överväganden

Enligt Wallengren och Henricson (2014) bör etiska överväganden tas i beaktning vid en litteraturöversikt även om en litteraturstudie inte kräver ett etiskt godkännande. Författarna valde därför ut studier som hade tillstånd från en etisk kommitté eller att noggranna etiska överväganden användes. Samtliga resultat presenteras, även de som inte stödjer författarnas förförståelse (Forsberg & Wengström, 2016).

5. Resultat

Resultatet i studien baseras på nio kvalitativa vetenskapliga artiklar som författarna anser besvara studiens syfte. Studierna har stor geografisk spridning och är genomförda i England, Storbritannien, Laos, Norge, Nya Zeeland, Papua Nya Guinea och Spanien. Efter genomförd dataanalys kunde författarna sammanställa tre huvudkategorier med sju underkategorier som förtydligas enligt bild nedan.



5.1 Känslor

5.1.1 Känslor vid vård av dödfödsel

Barnmorskor som hade varit involverade i en dödfödsel och vårdat en sörjande familj blev djupt känslomässigt påverkade (Cheer et al., 2021; Choumanivong et al., 2020; Stott, 2014; Jones & Smythe, 2015; Martínez-Serrano et al., 2018). Det kunde orsaka påfrestningar och påverkade barnmorskornas välbefinnande att engagera sig i vården (Choumanivong et al., 2020; Martínez-Serrano et al., 2018). Att arbeta med sorg framkallade egna smärtsamma upplevelser av sorg (Choumanivong et al., 2020; Stott, 2014). Vissa barnmorskor kunde till och med bli deprimerade efter att ha vårdat familjer vid dödfödsel (Cheer et al., 2021).

“Faktum är att det är svårt för dig, för dig, inte som barnmorska, utan som person”
(Martínez-Serrano et al., 2018. s. 129)

En del barnmorskor kände stark empati med mamman och föreställde sig själva att vara i samma situation (Cheer, et al., 2021). Barnmorskor som själva var föräldrar berättade att det är omöjligt att inte bli känslomässigt påverkad, upplevelsen av att bistå en IUFD fanns kvar hos dem länge.

“Om du verkligen sätter dig själv i personens skor, när du är med dem när de sörjer... Du känner empati... Speciellt om du är mamma så går det inte, det kommer stanna hos dig ett tag... Hur skulle du känna om du hade ett dött foster i dig?” (Cheer, et al., 2021. s 5)

5.1.2. Bearbetning och sorgehantering

Barnmorskorna berättade att det saknades grupper och samtalsstöd för de som upplevt traumatiska situationer på arbetsplatsen (André, 2000; Choummanivong et al., 2020). Ansvaret låg på dem själva att hitta samtalsstöd och barnmorskorna tog ofta stöd från sina närmaste kollegor eller familj (André, 2000). Det rådde enighet i att behov av bearbetning förelåg men inte i hur den skulle genomföras. Den stora skillnaden var inom vilken tidperiod behovet för bearbetning förelåg. En del barnmorskor uttryckte behov av samtal direkt efter den tragiska händelsen medan andra barnmorskor såg fördelar med att vänta in samtalet så det kunde ske i grupp med en ledande barnmorska eller mentor (André, 2000).

“Det var en personligen hemsk erfarenhet för mig, och sedan finns det ingen sådan automatisk enhet för samtal och stöd, det måste man ta tag i själv..” (André, 2000. s. 42)

Att ge vård till föräldrar som upplever sorg efter en IUFD var en del av arbetet och barnmorskorna kände ett stort behov av kollegialt stöd efter en sådan händelse (Stott, 2014; Martínez-Serrano et al., 2018). Dels för att de skulle kunna hantera situationen efteråt och fortsätta utvecklas som barnmorskor men främst för att inte själva känna sig isolerade och ensamma med sina känslor (André, 2000; Fernández-Basanta et al., 2021). Att ha ett samtal med föräldrarna efter födseln var en annan strategi som påverkade bearbetningen hos barnmorskorna positivt (André, 2000).

Barnmorskorna tog hjälp av olika verktyg utanför arbetet för att öka sin självmedvetenhet kring de känslor som hade negativ inverkan på deras yrkesutövande, hälsa och välbefinnande (Cheer et al., 2021; Fernández-Basanta et al., 2021). Fernández-Basanta et al., (2021) skrev om psykologisk terapi, som hjälpte barnmorskorna genom att öka deras förståelse för dödsfallet och utvinna erfarenhet som de sedan tog med sig in i sitt yrkesutövande för att ge bättre vård. Cheer et al., (2021) beskrev att barnmorskorna hittade olika hanteringsstrategier i form av fysisk aktivitet, musik, sång och dans men att den viktigaste formen av hantering var att dela erfarenheterna med andra. De hade reflekterande övningar för att dela erfarenheter med varandra efter en dödfödsel.

“Diskussionen hjälpte alla att öppna upp sig och gärna diskutera alla frågor relaterade till förlust och sorg, som vi upplevt eller varit inblandade i. Jag tror detta har lättat mina bekymmer och hjälpt mig hantera situationen bättre” (Mitchell, 2005. s. 82).

Barnmorskorna beskrev känslor som uppstod när de bistod vid en dödfödsel (André, 2000; Jones & Smythe, 2015). Tidigare obearbetade sorgeerfarenheter kunde väckas till liv och förstärka den nya sorgen och hur hårt den skulle slå mot barnmorskorna. Barnmorskorna beskrevs ha olika lätt att hantera känslor vid trauman och en del hade lättare att gå vidare än andra. Barnmorskorna berättade att de ibland ville “fly” och genom att undvika prata om traumat kunde de också låtsas som att det inte hade hänt (André, 2000; Jones & Smythe, 2015).

5.2 Relation till föräldrarna

5.2.1 Balans av närhet och avstånd

Balansen mellan närhet och avstånd till föräldrarna var en utmaning (André, 2000). Vidare beskrev flera barnmorskor att de lyckades att vara nära föräldrarna på ett emotionellt sätt men att det inte ansågs vara professionellt eller helt accepterat bland kollegor. Att gråta och känna sorg för föräldrarna var vanligt (André, 2000; Choummanivong et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021; Jones & Smythe, 2015; Mitchell, 2005). En del av barnmorskorna ville dölja sina känslor, de ville inte visa för föräldrarna att de var sårbara och försökte förhålla sig professionellt (Stott, 2014; Jones & Smythe, 2015). Däremot uttryckte andra att det kändes okej att gråta och visa sina känslor (André, 2000; Mitchell, 2005).

“Jag tycker inte det är fel att visa att man är ledsen, att man kan fälla en tår och gråta med föräldrarna” (André, 2000. s. 42)

Några av barnmorskorna kunde bemästra att vara nära föräldrarna, att dela tårar och sorg, medan andra inte klarade av det (André, 2000). De som inte kände sig kapabla att möta föräldrarnas lidande undvek möten med kvinnan och partnern, då de kunde uppleva en känsla av att bli för involverade (Fernández-Basanta et al., 2021).

5.2.2 Vården till föräldrarna

Vården under dödfödsel påverkades av barnmorskans förmåga att kunna ge individanpassad vård (Stott, 2014). Varje kvinna ska känna att barnmorskan gör allt för att möta hennes behov. Flera barnmorskor uppgav att föräldrarna borde få bestämma så mycket som möjligt och att de skulle ta hänsyn till föräldrarnas önskemål och behov (André, 2000).

“Jag var också väldigt medveten om att det ska ske på föräldrarnas villkor, så naturligt som möjligt.” (André, 2000. s. 42)

Oenighet i personalgruppen var vanligt då en del barnmorskor ansåg att kvinnan var kapabel att fatta egna beslut medan andra inte tyckte det (Brierley-Jones et al., 2018). Det gällde framförallt vid önskemål om förlossningssätt, om kvinnan ville föda vaginalt eller med kejsarsnitt. Flera ansåg att kvinnorna inte förstod konsekvenserna av att genomgå ett kejsarsnitt och därför erbjöd barnmorskorna heller inte den möjligheten.

Att vårda vid IUFD var en situation som inte ansågs lämplig för alla barnmorskor (André, 2000). Det handlade om att hantera känslor och vårda utifrån kunskap, erfarenhet och förmåga. Det beskrevs vara svårt som barnmorska att vara tillsammans med föräldrar som hade känslorna på utsidan. Erfarenhet ansågs vara en viktig komponent för att som barnmorska ha mod att gå in och vårda de drabbade familjerna.

“Det är svårt att vara tillsammans med föräldrar som är ledsna, som kanske inte säger så mycket, och som är aggressiva och som är väldigt ifrågasättande - det är tungt - du borde ha ganska mycket erfarenhet för att våga gå in i den situationen och veta att du kan hantera det” (André, 2000. s. 42)

Den viktigaste aspekten vid vård av föräldrarna var att vara empatisk och medkännande, genom att de bara var närvarande utan att de behövde säga ett ord (Fernández-Basanta et al., 2021; Martínez-Serrano et al., 2018; Stott, 2014). Genom tystnad gav de föräldrarna tillåtelse och möjlighet att uttrycka sina behov och känslor utan press och krav vilket barnmorskorna ansåg vara betydelsefullt för vidare handläggning (Martínez-Serrano et al., 2018).

Jag tror att tystnaden underlättar och hjälper dem och berättar mer än vi tror, för om du är tyst säger du att jag är med dig, utan att jag är huvudpersonen, det är du [föräldern] som är huvudpersonen” (Martínez-Serrano et al., 2018. s. 130)

Att hålla kvinnans hand, badda hennes panna och se till att hon fick bra smärtlindring, var det emotionella stödet som var den mest gripande aspekten i vården vid dödfödsel (Stott, 2014). Barnmorskorna förstod att den drabbade kvinnan behövde psykologiskt stöd redan från diagnostillfället och tills hon skrevs ut, vilket kunde hjälpa hennes psykiska mående på lång sikt (Martínez-Serrano et al., 2018). Barnmorskorna beskrev det vara viktigt att ge möjligheten till föräldrarna att se och hålla sitt barn och även att barnmorskorna skulle delta i minnesstunden. Detta gav en positiv inverkan för båda parter (André, 2000; Fernández-Basanta et al., 2021; Stott, 2014).

“Att ge föräldrar möjlighet att se och hålla sitt dödfödda barn kan minska risken för depression och ångest till följd av den traumatiska upplevelsen” (Stott, 2014. s. 3)

Barnmorskorna beskrev att fadern hamnade i skymundan, att modern blev huvudpersonen trots att båda parter genomlidit samma förlust (André, 2000; Martínez-Serrano et al., 2018). Anledningen beskrevs vara av naturliga skäl, att kvinnan stod i fokus på grund av den fysiska påfrestningen efter en förlossning (André, 2000; Fernández-Basanta et al., 2021). Vissa barnmorskor beskrev att det var svårt att hantera faderns känslor och känna empati för honom (Fernández-Basanta et al., 2021).

“Det är väldigt svårt för män att öppna sig, även om jag försöker involvera dem. Jag vet inte varför, om det är för att de inte har det förtroende som kvinnor har för mig”
(Fernández-Basanta et al., 2021. s. 5)

Barnmorskorna beskrev att uppföljning med föräldrarna efter en dödfödsel var fördelaktigt för båda parter (André, 2000; Fernández-Basanta et al., 2021). Barnmorskorna fick ett avslut och kände glädje över att se föräldrarna igen (André, 2000).

Barnmorskornas egen tro och religion kunde påverka den vård de gav till föräldrarna (Cheer et al., 2021). En del ansåg att dödfödsel var ett straff från Gud och en kompensation av tidigare synder. Barnmorskorna hade starka övertygelser om att bön och kyrkobesök skulle hjälpa föräldrarna i dessa känslosamma tider. Dödfödsel sågs som Guds vilja och att han hade en större plan för det dödfödda barnet genom att hen fick leva ett andligt liv.

“Gud har skapat barnet och jag tror Gud har en plan för allt, så om barnet är dött så kanske han har en plan för det också” (Cheer et al., 2021. s 4).

5.3 Utbildning och rutiner

5.3.1 Ytterligare utbildning krävs

Den vård familjer fick vid intrauterin dödfödsel var oerhört viktig, däremot påverkades den i högsta grad av barnmorskornas kunskap och utbildning inom området samt deras kapacitet att ge individanpassad vård (Stott, 2014). De flesta upplevde stark brist på utbildning och kunskap för att hantera familjer och kvinnor som upplevt dödfödsel (Martínez-Serrano et al., 2018; Fernández-Basanta et al., 2021; Choumanivong et al., 2020).

“Vi vill hjälpa till, men ofta blir vi frustrerade eftersom vi inte vet hur vi ska göra”
(Choumanivong et al., 2020. s.7)

Barnmorskorna var motiverade att utbilda och lära sig för att förbättra sin kommunikationsförmåga i möten med föräldrarna (Martínez-Serrano et al., 2018). De uttryckte även att de ville lära sig

strategier för att på bästa sätt hantera en dödfödsel. Barnmorskorna kompletterade sin brist på utbildning med att ta del av kollegors erfarenheter, privat träning samt sina egna personliga och professionella erfarenheter av förluster (Fernández-Basanta et al., 2021). Det hjälpte dem att förstå hur kvinnan kände och det förbättrade kommunikationen med föräldrarna. Barnmorskorna upplevde att de drabbade föräldrarna befann sig i chock, saknade kunskap och var omedvetna om sina rättigheter inom vården samt vilka handlingar som kunde underlätta deras sorgeprocess (Martínez-Serrano et al., 2018). Där hade barnmorskorna en viktig roll att hjälpa föräldrarna men de beskrev att kunskap saknades om hur de skulle förmedla eventuella alternativ och möjligheter. En annan aspekt till följd av bristande utbildning var att barnmorskorna undvek att hamna i dessa möten med familjerna, på grund av rädsla och till följd av okunskap.

“Vi är inte utbildade i hur vi ska hantera dessa förluster. Vi vet inte hur vi kan hjälpa kvinnan. Mycket träning saknas. Det vill säga hur man hanterar dem [förlusterna], och hur man klarar av dem, och hur man tar hand om paret” (Fernández-Basanta et al., 2021. s.3)

5.3.2 Utbildning på universitetet

Många barnmorskestudenter beskrev en rädsla och oro att möta döden och ta hand om sörjande föräldrar efter en dödfödsel (Mitchell, 2005; Cheer et al., 2021). Att vara inblandad i ett barns död ansågs vara mycket ångestfyllt för de blivande barnmorskorna. De berättade att de inte visste vad de skulle säga eller göra för föräldrar i sorg och fann stora tvivel i sin egen förmåga att hantera situationen.

“Ett av mina största bekymmer var rädslan för att vara i närheten av döden, speciellt ett spädbarn” (Mitchell, 2005. s. 81)

Mitchell (2005) beskriver att barnmorskestudenter gav uttryck för olika känslor relaterade till undervisning om döden men även hur komplext ämne det är att lära sig hantera. De såg positivt på kunskapsinhämtning inom området då det gav ökat förtroende och förmåga av att delta kliniskt vid tragiska händelser (Cheer et al., 2021). De tydliggjorde även att läroplanen saknade utbildning om rådgivning, den psykiska aspekten, och att primära fokus låg på fysiska aspekter vid dödfödsel.

Att ha föreläsningar kring ämnet var sällan lämpligt och det finns en rad andra tillvägagångssätt att hantera nivåer av färdighet, attityder och kunskap som krävdes för att vårda sörjande familjer (Mitchell, 2005). Genom att ha diskussioner och dela erfarenheter med varandra gav det ökad kunskap (Mitchell, 2005; Cheer et al., 2021). Det visade sig även vara uppskattat att ha kvinnor som berättade om sina upplevelser av dödfödsel då det gav studenterna en djupare insikt om hur de skulle vårda dessa familjer (Mitchell, 2005).

“Två dagar efter föreläsningen tog jag hand om en kvinna vars barn dog. Allt jag hade lärt mig och hur jag reagerade var främst på grund av den information som föreläsarna gav oss” (Mitchell, 2005. s.82)

5.3.3 Rutiner på arbetsplatsen

Vården som föräldrarna fick vid dödfödsel baserades enligt barnmorskorna ofta på deras egen intuition då det fanns stor brist av framarbetade riktlinjer (Fernández-Basanta et al., 2021; Choummanivong et al., 2020). Barnmorskorna krävde ett protokoll som kunde följas för att underlätta vården vid dödfödsel (Martínez-Serrano et al., 2018). Barnmorskorna beskrev att vissa av dem var angelägna att ha rutiner att följa medan andra ville använda sig av egen intuition (André, 2000; Martínez-Serrano et al., 2018).

“Det är alltid tungt när rutiner saknas om hur du borde vara, du kanske måste vara den första som initierar, att ta ansvar för det och att det du gör är rätt.” (André, 2000. s. 40)

En del kände press att “göra rätt” och “ha en bra intuition”, att det förelåg förväntningar på dem att vara kunniga och duktiga (André, 2000). Det ställdes även krav på barnmorskorna att snabbt ställa om då förlossningsavdelningarna var organiserade på ett sätt att det blev svårt att fördela arbetsuppgifterna (André, 2000; Martínez-Serrano et al., 2018). Därför var det vanligt att en barnmorska gick från att ta hand om en dödfödsel i ett rum, till en normal förlossning i ett annat rum. Barnmorskorna förklarade detta som en stressande situation.



“...när vi kommer ut efter att ha varit med den här kvinnan, måste vi gå och träffa andra kvinnor som vi tar hand om, och tyvärr är detta en hastig förändring mellan liv och död, och naturligtvis är detta lite förvirrande för oss” (Martínez-Serrano et al., 2018. s. 130)

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Metodval

Enligt Friberg (2017) ska val av metod styras av syftet. Denna studiedesign är enligt författarna en passande metod då levda erfarenheter ska beskrivas. Genom att kvalitativa artiklar inkluderas, har författarna kunnat beskriva kunskapsläget, ge ökad förståelse och sammanställa forskning om ämnet (Forsberg & Wengström, 2016).

6.1.2 Urval

Författarna ville enbart inkludera aktuell forskning, vilket innebär att artiklar bör vara högst tio år gamla, vilket anses vara en styrka i en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2016). Eftersom det valda ämnet är begränsat fick författarna bredda sin sökning och inkluderade artiklar från år 2000 till 2022. Den äldsta artikeln är från år 2000 och resterande artiklar är publicerade från år 2005 till 2021. Författarna kan se styrka i det stora tidsspannet då samtliga artiklar påvisar ett enhetligt resultat oavsett publiceringsår.

Artiklar med kvalitativ ansats inkluderades. En av artiklarna använde sig av mixad metod. Författarna har exkluderat det kvantitativa resultatet och inkluderat det kvalitativa. Detta var tydligt i artikeln vilket underlättade för författarna att urskilja det kvalitativa resultatet.

Som tidigare nämnts exkluderades artiklar som endast innehöll perinatal död då det inte svarar på författarnas syfte. En artikel innehöll både IUFD och perinatal död och författarna exkluderade den del av resultatet där barnmorskorna talar om perinatal död.

Författarna har valt att inkludera två artiklar om barnmorskestudenter. Främst för att det inte fanns tillräckligt med forskning, men även då det ger en bredare kunskap att inkludera studier där blivande barnmorskor får uttrycka sina upplevelser och farhågor kring det valda ämnet. Två av resultatartiklarna har deltagare från flera professioner, så som läkare, psykologer eller sjuksköterskor. Författarna har noggrant försökt granska och urskilja vad barnmorskorna säger i artikeln, till exempel med citat eller att författarna i studien uttryckligen skriver om barnmorskan.

Artiklar som författarna inkluderade i resultatet hade en stor spridning i världen; Papua Nya Guinea (n=1), Laos (n=1), Nya Zeeland (n=1), Norge (n=1), Storbritannien (n=3) och Spanien (n=2). Den geografiska spridningen anses vara en styrka, då flera kulturer och länder kan ge en bredare förståelse att se skillnader och likheter i ämnet.

6.1.3 Datainsamling

En väl genomförd artikelsökning är grunden för en litteraturöversikt (Olsson & Sörensen, 2011). Författarna la mycket tid på att hitta relevanta sökord. Författarna tog hjälp av universitetets bibliotekarie med sökningen och hade sammanlagt tre möten. Sökningarna gjordes i CINAHL och PubMed, som enligt Friberg (2017) är två databaser som täcker forskning inom omvårdnad, vilket passar författarnas syfte. Författarna sökte även i databasen Psychinfo som har fokus på psykologi, psykiatri och omvårdnad (Forsberg & Wenström, 2016). Däremot hittades inga nya artiklar i den databasen utan enbart dubletter. Vid sökning i de olika databaserna hittades flertalet artiklar som dubletter, vilket ses som en styrka då författarna uppnått datamättnad (SBU, 2012).

Författarna använde sig av MESH-termer i databasen PubMed och CINAHL Headings i databasen CINAHL. Vid användning av för många sökord blev artikelträffen för stor och majoriteten av studierna var irrelevanta för syftet. Flertalet artiklar handlade främst om föräldrarnas upplevelse av dödfödsel.

6.1.4 Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsbedömningen användes SBU:s granskningsmall (2012). Då SBU saknade ett poängsystem skapade författarna ett eget för att kunna gradera artiklarnas kvalitet, vilket kan anses vara en svaghet. Det var två artiklar som granskades till låg kvalitet, vilket kan minska

trovärdigheten för författarnas resultat. På grund av det begränsade materialet valde författarna att inte exkludera artiklar efter kvalitetsgranskningen.

Författarna gjorde kvalitetsgranskningen var för sig, oberoende av varandra, och gick sedan igenom artiklarna tillsammans. Där oenighet av gradering uppstått fördes en diskussion för att hitta en gemensam kvalitetsbedömning för artikeln. Detta ser författarna som en styrka för trovärdigheten eftersom tre granskningar har utförts (Henricson, 2015).

6.1.6 Dataanalysen

Författarna använde sig av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys med induktiv ansats. Hanterandet av materialet gick ut på att hitta mönster i texten och analysera den på en manifest nivå. Detta innebär att materialet analyserades och presenterades på en beskrivande nivå, i stället för en tolkande nivå (Lundman & Graneheim, 2017). Detta är för att minska feltolkning av resultatet.

Textnära arbete applicerades för att få ut meningsbärande enheter (Lundman & Graneheim, 2017). Däremot kan innehållet tappa sitt sammanhang om analysen blir för textnära. Författarna har haft detta i åtanke och kontrollerat sin kodning mot meningsbärande enheter och subkategorier för att sammanhanget inte ska gå förlorat.

Författarna fann en utmaning i att ta ut meningsbärande enheter i texterna. Lundman och Graneheim (2017) menar att meningsenheterna som väljs ut ska vara av lagom storlek, om meningarna är för långa finns det en risk att data faller bort och en för kort meningsenhet kan förlora sitt innehåll. Författarna använde sig av Google translate för att översätta meningsenheterna som valdes ut till analysen. Detta var för att minimera risken att missa viktiga resultatfynd. Författarna är medvetna om att det finns en viss risk att översättningen inte är korrekt och att feltolkning kan ske, vilket anses vara en svaghet för tillförlitligheten av resultatet.

Författarna upplevde ytterligare en utmaning under bearbetning av kategorisering av koderna, då det var svårt att urskilja specifik data och innehållet gick in i varandra. Lundman och Graneheim

(2017) beskriver att det kan vara svårt att separera data när det gäller upplevelser, då upplevelserna kan vara integrerade med varandra.

6.1.7 Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet är viktiga begrepp att förhålla sig till för att bedöma och beskriva trovärdigheten i kvalitativa studier (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna i denna litteraturöversikt anser att begreppen uppfyllts till viss del. Enligt Lundman och Graneheim (2017) stärks trovärdigheten av resultatet om en noggrann beskrivning av analysarbetet har genomförts. Författarna har tydligt beskrivit tillvägagångssättet vid analysering av texten, samt använt sig av bilagor för att läsaren lättare ska få en överblick av analysprocessen. Enligt Elo & Kyngäs (2007) ökar trovärdigheten av resultatet om författarna använder sig av citat från artiklarna, vilket har gjorts. Författarna valde att skriva citaten på svenska för att underlätta för läsaren, vilket är en fördel. Citaten har således inte kunnat översättas ordagrant vilket i viss mån kan riskera den ursprungliga innebörden av texten.

Förförståelsen författarna har innan en studie påbörjas är den förkunskap de har inom det valda ämnet (Priebe & Landström, 2015). Det är viktigt att författarna redovisar sin förförståelse eller bias för att öka tillförlitligheten för studien och hur den kan ha påverkat dataanalysen och datainsamlingen (Lundman & Graneheim, 2017). Författarna hade först tänkt skriva om föräldrarnas upplevelse av IUFD men på grund av den tidigare beskrivna förförståelsen ville författarna istället skriva om barnmorskans erfarenhet för att inte bli påverkade. Författarna hade under hela processen ett öppet synsätt på deras förförståelse.

Författarna analyserade totalt nio artiklar vilket inte är ett tillräckligt stort urval för att resultatet ska anses vara tillförlitligt. Däremot anser författarna att studiernas resultat är homogena och det i sig ökar tillförlitligheten. På grund av det skrala materialet inkluderades alla artiklar oavsett kvalitet efter kvalitetsgranskningen. Detta minskar trovärdigheten i resultatet och det är författarna medvetna om. Författarna har haft kontinuerlig kontakt med handledare för att diskutera studien och fått hjälp av kurskamrater som granskat arbetet, detta ökar trovärdigheten av litteraturstudien.

Artiklarna som inkluderas i resultatet är från olika delar av världen. Vården skiljer sig åt i länderna, men vid beskrivning av barnmorskornas erfarenhet och känslor i samband vid dödfödsel ses ett mönster i samtliga artiklar vilket stärker överförbarheten. Renfrew et al. (2014) beskriver dock i sin studie att barnmorskans utbildning globalt skiljer sig åt och det i sig kan påverka barnmorskornas erfarenheter av mötet med familjerna. SBU (2014a) menar att det alltid finns begränsningar vad det gäller överförbarhet. För att läsaren ska kunna avgöra överförbarheten av studien bör det tydligt vara beskrivet av deltagare, kontext och karaktärsdata av samtliga resultatartiklar. Detta har inte uppfyllts av alla artiklar. Däremot är den kvalitativa forskningen beroende av dess kontext och överförbarheten grundas i andra sociokulturella omgivningar (SBU, 2014a).

6.1.8 Etik

Författarna har hållit sig till de fyra väletablerade etiska grundprinciperna inom forskning; att göra gott-principen, att inte skada-principen, autonomiprincipen och rättvisepprincipen (SBU, 2014b). Området författarna valt att skriva om kan upplevas känsligt och bör tas i beaktning av författarna i resultatartiklarna. "Lag om etikprövning av forskning som avser människor" (SFS 2003:460) är den lag i Sverige som styr den etiska forskningen vars syfte är att skydda den enskilda personen och att respektera dess människovärde vid forskning. Personlig integritet, mänskliga rättigheter, hälsa och säkerhet bör tas i beaktning enligt denna lag.

Författarna har tolkat att "noggrant etiska överväganden" innebär att författare i resultatartiklarna beskrivit vad de har tagit i hänsyn till vid etiska aspekter, till exempel att deltagarna ska vara anonyma, att de kan dra sig ur studien när som helst och att deltagarna godkänt att delta i studien.

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Sammanfattning huvudresultat

Studiens huvudresultat är att det saknas utbildning, underlag och strategier för hur barnmorskor ska hantera, agera och vårda vid IUFD, vilket behövs för att ge både sig själv men framförallt familjen god vård. Likaså är behov av bearbetning en central del av resultatet. Resurserna och möjligheterna att få stöd och bearbetning är ej tillräckligt utarbetade. Resultatdiskussionen kommer byggas efter resultatets tre huvudkategorier för att underlätta för läsaren.

6.2.2 Känslor

Att barnmorskor blir djupt påverkade när de vårdar föräldrar och bistår kvinnan vid IUFD visas tydligt i denna studie. Sorgen ställs inte enbart i relation till föräldrarna utan ger även en personlig påverkan i varje barnmorskas välmående och psykiska hälsa (Choummanivong et al., 2020; Martínez-Serrano et al., 2018). Författarna ser en känslopåverkan även bland barnmorskestudenter, då de berättade att den psykiska hälsan påverkades när de fick vårda vid IUFD. Detta resultat visar sig även i en litteraturöversikt av Wallbank och Robertson (2008), där det beskrivs att barnmorskor och sjuksköterskor upplever betydande och personliga negativa effekter när de vårdar familjer som mister ett barn.

Döden är ett komplext ämne och författarna ställer detta i relation till den känslopåverkan som uppstår när någon dör. Detta ställs på sin spets när ett barn drabbas, där blivande föräldrar får vara med om det värsta tänkbara och hur barnmorskan ska handleda i situationen. I likhet med studiens resultat kommer Chatty och Hellsten (2020) fram till i deras studentuppsats att en känslomässig påverkan inte enbart föreligger hos föräldrarna utan även speglar av sig på barnmorskorna.

Barnmorskorna berätta att sorg är en del av yrket men understryker att det inte automatiskt förefaller som lätthanterlig situation. Barnmorskorna besitter ett behov av att bearbeta sin sorg men deras möjligheter till det är begränsade (André, 2000; Choummanivong et al., 2020; Wallbank & Robertson, 2008). Att tyda av resultatet i denna litteraturstudie föreligger det ett stort personligt ansvar vad gäller bearbetning och det kollegiala stödet förefaller som det viktigaste stödet. Detta visar sig även i en annan litteraturöversikt av Wallbank och Robertson (2008). Författarna ser att det skiljer sig i när behov av stöd är som störst. Det blir tydligt att samtalsstöd i anslutning till vårdandet av IUFD eller en tid efter, med utbildad samtalsbarnmorska eller mentor, är att föredra. Detta är för att optimera och inkludera alla barnmorskor och deras personliga bearbetningsbehov. Artiklarna som ligger till grund för litteraturstudiens resultat är ej utförda i Sverige men Börjesson och Magnusson (2020) beskriver i sin telefonintervjustudie att samma dilemma föreligger på två förlossningskliniker i västra Sverige. Även här målas behov av samtalsstöd upp både i anslutning till vårdandet vid IUFD men likaså fortlöpande efter händelsen. Att få stöd och dela sin egen och andra barnmorskors upplevelse beskrivs värdefullt men möjligheterna till detta finns inte i samma

utsträckning som efterfrågan. Författarna anser att utarbetade riktlinjer för stöd och uppföljning efter en IUFD kommer ge barnmorskorna ett ökat välmående och en tryggare grund att stå på inför nästa traumatiska situation. Det kan ske genom exempelvis samtalsstöd och handledning som leds av senior barnmorska med erfarenhet av flertal IUFD födselar.

6.2.3 Relationen till föräldrarna

Resultatet visar att barnmorskorna har svårt att hitta balans i närhet och avstånd i sin relation till föräldrarna (André, 2000). Barnmorskorna har olika inställning till hur nära de kan komma föräldrarna emotionellt och hur mycket känslor de kan visa utan att brista professionellt (Stott, 2014; Jones & Smythe, 2015). En del av barnmorskorna beskriver att de undviker möten med föräldrarna då de upplever det svårt att hitta distans och blir mer involverade än de kan hantera (Fernández-Basanta et al., 2021). Wallbank och Robertson (2008) uttrycker i sin litteraturöversikt att barnmorskor och sjuksköterskor tyckte det var emotionellt jobbigt att vårda drabbade familjer och för att skydda sig själva känslomässigt valde de att dra sig tillbaka. Författarna anser att barnmorskorna kan utveckla sin självkänsla inom yrket om de ges möjlighet till att själva bedöma sin kapacitet inför att bistå en IUFD födsel. En barnmorska som önskar avstå på grund av bristande erfarenhet bör istället erbjudas handledning under vårdandet, genom att barnmorskan får bistå tillsammans med en senior barnmorska. Varje klinik bör ständigt arbeta för att ge barnmorskorna erfarenhet och kunskap på enskild nivå och på så sätt skapa självförtroende inför situationer som berör IUFD.

Resultatet beskriver meningsskiljaktighet hos barnmorskorna beträffande kvinnors förmåga att ta beslut i denna svåra stund och det handlar främst om kvinnornas förmåga kring ställningstagande av förlossningssätt (Brierley-Jones et al., 2018). Svenska barnmorskeförbundet (2020) skriver i sin internationella etiska kod för barnmorskor att varje barnmorska ska uppmuntra kvinnor och familjer att föra sin egen talan gällande frågor som har betydelse för deras hälsa, kultur och miljö. Det beskrivs även att barnmorskor ska stödja kvinnan och familjen till ett aktivt och informerat beslut. I resultatet tas det upp att varje kvinna ska känna att barnmorskan gör allt för att möta hennes behov (Stott, 2014). Författarna ser vikten av att varje barnmorska ger likvärdig vård och information till föräldrarna för att alla familjer ska få samma förutsättningar oavsett vilken barnmorska som vårdar. Det kan exempelvis innebära att ge information om olika alternativ av förlossningssätt och att

barnmorskan belyser de olika för- och nackdelarna. Här kan erfarenhet och kunskap vävas samman för att ge bästa möjliga vård till familjerna.

I resultatet framkom det även att empati och medkännande är centrala delar av den handläggning och vård barnmorskan utövar som får direkt påverkan på föräldrarna (Fernández-Basanta et al., 2021; Martínez-Serrano et al., 2018; Stott, 2014). Rådestad (2016) skriver att ett professionellt yrkesutövande från barnmorskan vid IUFD innefattar bra stöd och vård och att det är den bästa trösten till föräldrarna. Föräldrarna kommer alltid ihåg den barnmorska som bistår vid deras förlossning. Det föreligger ett ansvar hos alla barnmorskor att ge personcentrerad vård och utgå från varje familjs behov (Stott, 2014). När barnmorskorna ger vård till föräldrarna visar även resultatet på att barnmorskornas primära fokus ligger på kvinnan. Detta förklaras av att det är hon som ska föda och att det är hennes kropp som utsätts för fysiska påfrestningar (André, 2000; Fernández-Basanta et al., 2021). Det framkommer även att det är svårt att arbeta med fadern och hitta strategier för att möta hans känslor (Fernández-Basanta et al., 2021). Barnmorskorna behöver hitta kommunikationsstrategier för att involvera fadern, få honom att känna sig sedd och delaktig (André, 2000; Fernández-Basanta et al., 2021). Författarna anser att det är två parter som drabbas av samma stora förlust och deras känslor bör behandlas likvärdigt. Däremot förstår författarna att kvinnan står i fokus på grund av det fysiska arbete hennes kropp ska gå igenom. Lizcano Pabón et al., (2019) skriver i sin studie om fädernas upplevelse av dödfödsel och det visade sig att de ofta lider i ensamhet och vill dölja sina känslor. Fäderna kände att de blev försummade av vården medan kvinnan fick det stöd och behandling hon behövde. Författarna anser att det behöver utformas underlag som gör det lättare för barnmorskorna att möta fäderna i dessa svåra stunder. Genom att barnmorskorna tar del av tidigare forskning om deras upplevelse av IUFD kan det öka förståelsen för vilket behov av stöd från vårdpersonalen som föreligger.

6.2.4 Utbildning och rutiner

Det visade sig att barnmorskor känner trygghet i att handlägga det normala förlossningsförloppet (Stott, 2014). I resultatet framkommer det tydligt att när en förlossning avviker och blir en traumatisk situation, uppstår det en känsla av osäkerhet inför att både göra och säga rätt till föräldrarna (Stott, 2014; Mitchell, 2005; Cheer et al., 2021). Resultatet visar även på att det saknas träning i emotionellt handhavande av sorg och kriser i utbildningen samt att det saknas strategier för

att handlägga och hantera det optimalt. Bristen på utbildning innebär att den vård som bedrivs blir osäker och tryggheten för föräldrarna minskar (Stott, 2014). I en kvantitativ studie genomförd i Italien av Ravaldi et al., (2018) bekräftas litteraturstudiens resultat om utökat utbildningsbehov. Barnmorskorna beskriver att de saknar underlag för evidensbaserad och säker vård vid IUFD (Ravaldi et al., 2018).

Barnmorskorna och de blivande barnmorskorna uttrycker en önskan om att få ytterligare utbildning, ta del av workshops och få föreläsningar inom området för att kunna arbeta fram underlag och riktlinjer vid IUFD (Mitchell, 2005; Cheer et al., 2021; Martínez-Serrano et al., 2018). I nuläget tar de hjälp av egna privata händelser och kollegors upplevelser för att få kunskap och hitta strategier att hantera situationerna (Fernández-Basanta et al., 2021). Det är barnmorskans roll att på ett adekvat sätt förbereda föräldrarna inför förlossningen och delge information om vad de kan förvänta sig, så de kan ta informerade beslut. Detta anser författarna blir en utmaning för barnmorskorna när de saknar underlag och utbildning. I en kvantitativ studie framkommer det att de känner rädsla över att hamna i dessa möten med föräldrarna och undviker dem till följd av brist på utbildning och kunskap (Warland & Glover, 2019). Vidare lyfts det fram att alla barn dessvärre inte kommer att födas levande och kunskapen behöver därför bli bredare hos barnmorskorna. Författarna anser att det är varje barnmorskas rättighet att känna sig trygg i sin yrkesroll och på sin arbetsplats. Artiklarna som ligger till grund för denna litteraturstudie har global spridning och författarna kan se att det finns en generell utbildnings- och underlagsbrist gällande IUFD och dess handläggning. Detta behöver utvidgas så barnmorskor får en chans att bedriva trygg, säker och kommunikativ vård.Handledningstillfällen bör införas med senior barnmorska för att ge möjlighet till barnmorskorna att diskutera specifika fall, för att få inputs på vad som kunde gjorts bättre men även diskutera känslor och vad som kändes bra. Vid behov kan även psykoterapeut inom perinatal psykologi bjudas in för djupare samtal och diskussion.

Att vårda föräldrar som upplevt en IUFD beskrivs av barnmorskestudenter som ett möte präglad av ångest (Mitchell, 2005; Cheer et al., 2021). De delar med sig av att de saknar kunskap för situationen och hur de ska prata med föräldrarna. En av anledningarna till detta kan vara den bristande utbildning som föreligger i läroplanen. Det ingår undervisning rörande högriskgraviditeter där fokusområdet är kvinnas fysiska behov och riskfaktorer. Behovet av utbildning av IUFD med

psykiska aspekter som föreligger matchar inte den mängd som får ta plats i läroplanen. Artiklarna i denna litteraturstudie är genomförda med geografisk spridning och upplevelserna stämmer överens med vad gäller mängd av utbildning och tyder på samma sak, att utbildningen behöver kompletteras med en kurs inom IUFD. Även i Sverige delges bristfällig undervisning inom IUFD, då det enbart är ett föreläsningstillfälle om ämnet (Karolinska Institutet, 2020; Sophiahemmet Högskola, 2021). I resultatet beskriver barnmorskestudenter att diskussioner gav ökad kunskapsbas och att det uppskattades att få ta del av de drabbade föräldrarnas historia (Mitchell, 2005). Warland & Glover (2019) visar på liknande utfall i deras kvantitativa studie och menar på att läroplanen har brister och att ett utvecklingsbehov föreligger.

Barnmorskorna var tydliga med att framarbetade riktlinjer saknades (Fernández-Basanta et al., 2021; Choumanivong et al., 2020). Detta är något som de flesta barnmorskor efterfrågar för att underlätta sitt arbete. Detta beskrivs även i en magisteruppsats där det framställs att barnmorskor uppskattar tydliga riktlinjer från arbetsplatsen i form av PM, vilket skapade trygghet (Chatty & Hellsten, 2020). Resultatet i författarnas litteraturöversikt beskriver dock att en del gärna arbetar på egen intuition, där erfarenhet och tidigare möten ligger till grund för deras vård (André, 2000). Detta kan även ses inom vårdprofessionen barnavårdscentral(BVC)-sjuksköterskor som arbetar med deprimerade föräldrar (Kornaros et al., 2018). Undermedvetet föreligger det press på dem att göra rätt (André, 2000). Vidare funderar författarna över vad det egentligen är att göra "rätt", och hur barnmorskor arbetar fram ett sätt att göra rätt på, som passar för alla familjer. Författarna är överens om att tydliga riktlinjer behövs för barnmorskornas trygghet i den vård de bedriver. Genom att skapa en grund med tydliga riktlinjer har de sedan möjlighet att själva, med egen intuition, skapa sitt sätt att nå familjer och bedriva den vård de känner sig trygga med. Det öppnar även upp en möjlighet för barnmorskorna att hitta emotionell balans till föräldrarna.

7. Slutsats

Denna studie ger en tydlig bild av barnmorskors erfarenheter och känslor i samband med intrauterin fosterdöd. Inkluderade artiklar hade en stor global spridning som visade på ett övergripande enhetligt resultat. Resultatet belyser att barnmorskor var medvetna om att dödfödsel ingick i deras arbetsuppgifter men att det är en komplex situation. Utbildning och riktlinjer behöver utvecklas för att ge barnmorskorna verktyg att hantera och kommunicera personcentrerat vid handläggandet av

IUFD. Barnmorskorna fann svårighet att hitta balans i att vara professionella och hur emotionellt nära de kunde vara familjerna. Det ses även föreligga ett tydligt behov hos barnmorskorna av bearbetning efter IUFD, och till följd av uteblivna strategier från arbetsgivaren söker de stöd hos kollegor eller anhöriga. Det valda ämnet är begränsat och det föreligger behov av vidare forskning inom området för att optimera barnmorskans arbete och föräldrarnas upplevelse.

7.1 Kliniska implikationer

Utifrån denna studies resultat träder utvecklingsområden fram. Följande punkter är förslag författarna anser kan leda till förbättring och ökad kunskap inom området.

Bearbetning för barnmorskor efter att bistått en IUFD

Författarna föreslår:

- Samtalsgrupper ska införas både i anslutning till händelsen och en tid efter för att fånga upp alla barnmorskors enskilda behov. Grupperna kan med fördel handledas av psykoterapeut med inriktning på IUFD och perinatal död eller av en senior barnmorska.
- Kontakt med företagshälsa efter IUFD bör erbjudas som rutin.

Utbildning och rutiner på arbetsplatsen och barnmorskeprogrammet

Författarna föreslår:

- Utbildning med inriktning på kommunikation.
- Sorgehantering med inriktning på den psykologiska aspekten för att kunna stödja föräldrarna.
- Mer utrymme för IUFD och perinatal död i barnmorskeutbildningen. I form av föreläsning av föräldrar som drabbats av IUFD/perinatal död, webbutbildningar och diskussionsgrupper där studenterna kan dela sina erfarenheter och farhågor med varandra.
- PM/riktlinjer behövs utformas då oerfarna barnmorskor behöver tydliga direktiv och hjälpmedel att förhålla sig till.

8. Förslag till vidare forskning

Den här litteraturstudien belyser barnmorskans erfarenhet och känslor i samband med intrauterin fosterdöd. Studien tar upp flera aspekter som behöver förbättras och utvecklas, däribland utbildning,



kommunikation med föräldrarna samt stödet till barnmorskor efter IUFD. Förslag på studier;

- Intervjustudie med barnmorskor som vårdar vid IUFD och deras syn på utbildning och möjlighet till stöd av arbetsgivaren.
- Enkätstudie (mixad metod) med barnmorskor för att ge förslag på utveckling av riktlinjer och utbildning vid IUFD.
- För att ta del av fädernas åsikter efter IUFD kan enkäter från förlossningsavdelningen skickas ut med frågor som berör deras upplevelse av bemötandet från vården. Utifrån dessa förslag kan barnmorskorna arbeta fram ett PM som kan stärka deras kommunikation och bemötande gentemot partnern.



Referenser

*= Artiklar som ingår i analys

*André, B. (2000). When introduction to life becomes an introduction to death: midwives' experience with parents' loss of their baby in connection with birth. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 20(2), 39-43. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1177/010740830002000209.

Barnmorskeförbundet. (Maj 2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Barnmorskeförbundet. (Maj 2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*.
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

*Brierley-Jones, L., Crawley, R., Jones, E., Gordon, I., Knight, J., & Hinshaw, Kim. (2018). Supporting parents through stillbirth: A qualitative study exploring the views of health professionals and health care staff in three hospitals in England. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 222, 45-51.

Chatty, N., Hellsten, S. (2020). *Barnmorskans erfarenheter av intrauterin fosterdöd*. [Examensarbete, Mälardalens Högskola]. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1392404/FULLTEXT01.pdf>

*Cheer, K., Simeon, L., Tommbe, R., Kelly, J., MacLaren, D., & Tsey, K. (2021). Balancing it out: A grounded theory of how midwifery students at a faith-based university in Papua New Guinea provide care to women following stillbirth. *Health Care for Women International*, 42(4-6), 895-912. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/07399332.2020.1867860.

*Choummanivong, M., Karimi, S., Durham, J., Sychareun, V., Flenady, V., Horey, D., & Boyle, Fran. (2020) Stillbirth in Lao PDR: a healthcare provider perspective. *Global Health Action*, 13, 95-102. doi10.1080/16549716.2020.1786975.



Coffey, H. (2016). Parents' experience of the care they received following a stillbirth: a literature review. *Evidence Based Midwifery; London*, 14(16-21).

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007) The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569>.

*Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., & Movilla-Fernández, M-J. (2021). Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study. *Midwifery*, 92.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102863>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4 uppl.). Natur & Kultur

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37–46). Studentlitteratur.

Gardosi, J., Madurasinghe, V., Williams, M., Malik, A., & Francis, A. (2013). Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ*, 346. doi.org/10.1136/bmj.f108

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), s.105–112.
doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Höglund-Nielsen, & Granskär. (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:e uppl.). Studentlitteratur.

Henricson, M & Billhult, A. (2015). Kvalitativ metod. I M. Henricson (red). Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. (1:6 uppl. s.132-133) Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. (2015). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 472–479). Studentlitteratur AB.

*Jones, K., & Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*, 51, 17-22. doi 10.12784/nzcomjnl51.2015.3.17-22.

Karolinska Institutet. (2020). Utbildningsplan. *Aktuell utbildningsplan (2BM17)*. Karolinska Institutet, barnmorskeprogrammet. <https://utbildning.ki.se/programme-syllabus/2BM17>

Kornaros, K., Zwedberg, S, Nissen, E & Salomonsson, B. (2018). A hermeneutic study of integrating psychotherapist competence in postnatal child health care: nurses' perspectives. *BMC Nursing*, 17(42). <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0311-1>

Lag om etikprövning av forskning som avser människor. (SFS 2003:460). *Utbildningsdepartementet*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lizcano Pabón, L. del M., Moreno Fergusson, M. E., & Palacios, A. M. (2019). Experience of Perinatal Death From the Father's Perspective. *Nursing Research*, 68(5), E1–E9. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1097/NNR.0000000000000369>

Lundgren, I & Berg, M. (2016). Den professionella barnmorskan. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa, barnmorskans kompetensområde* (1 uppl., s.19-24). Studentlitteratur.

Magnusson, S & Börjesson, J-M. (2020) *Barnmorskors behov för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd: En kvalitativ intervjustudie*. [Examensarbete,

Högskolan i Borås]. <http://hb.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1529587&dswid=4712>

*Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A-M., Solís-Muñoz, M., Solís-Mu, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, 66, 123-133. doi 10.1016/j.midw.2018.08.010.

*Mitchell, M. (2005). Preparing student midwives to care for bereaved parents. *Nurse Education in Practice*, 5(2), 78-83. doi.org/10.1016/j.nepr.2004.03.005.

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm. (28 februari 2020). *Intrauterin fosterdöd (IUFD) och barn som dör under födseln*. <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvc-forlossning/barnmorskemottagning/riktlinjer/iufd/>

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm. (2 december 2021). *Fosterrörelser*. <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/riktlinjer/utlandsfodda-kvinnor.pdf>

Nikkola, I., Kaunonen, M., & Aho, A-L. (2013). Mother's experience of the support from a bereavement follow-up intervention after the death of a child. *Journal of Clinical nursing*, 22, 1151-62. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04247.x.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Peters, M., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: a meta-synthesis of qualitative evidence. *J Perinatol* 36, 3–9. doi.org/10.1038/jp.2015.97

Petterson, K., & Hulthén Varli, I. (2017). *Intrauterin fosterdöd (IUFD) handläggning*. [Opublicerat manuskript]. Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

Priebe, G., & Landström, C. (2015). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (1:6. uppl., s. 45-46). Lund: Studentlitteratur AB.

Prisma. (2020). *Transparent reporting of systematic reviews and meta-analysis*.

<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M, Bonaiuti, R., & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery*, 64, 53-56. doi 10.1016/j.midw.2018.05.008.

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet (London, England)*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Rådestad, I. (2016). Intrauterin fosterdöd. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa, barnmorskans kompetensområde* (1 uppl., s.417-424). Studentlitteratur.

Rådestad, I. (26 januari, 2021). *Mindfetalness- En metod att uppmärksamma fosterrörelser*.

<https://www.mindfetalness.com/#howto>

Rådestad, I., Doveson, S., Lindgren, H., Georgsson, S., & Akselsson, A. (2021). Midwives' experiences of using the Mindfetalness method when talking with pregnant women about fetal movements. *Women and Birth*, 34(5), 498-504. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.007>

Socialstyrelsen. (2018). *Dödfödda barn - En inventering och förslag på åtgärder* (Artikelnummer 2018-12-36). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-36.pdf>

Socialstyrelsen. (november 2021). *Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2021-11-7627.pdf>

Sophiahemmet. (2021). *Utbildningsplan. Utbildningsplan barnmorskeprogrammet fr o m HT 2022.*

Sophiahemmet, barnmorskeprogrammet. <https://www.shh.se/sv/utbildningar/reguljara-utbildningar/barnmorskeprogrammet/barnmorskeprogrammet-utbildningsplan/#:~:text=Utbildningsplan%20barnmorskeprogrammet%20fr%20o%20m%20HT%202022>

Spädbarnsfonden. (2019). *När jag förlorade mitt barn möttes jag av stor kunskapsbrist i både bemötande, förståelse och sorgearbete.*

<https://www.spadbarnsfonden.se/startsidan/nar-jag-forlorade-mitt-barn-mottes-jag-av-stor-kunskapsbrist-i-bade-bemotande-forstaelse-och-sorgearbete/?fbclid=IwAR3pgO6Grch9PbOSVgShZ6V4JXjp2rFXDrWbc7fRMdINyNN2xrGrkzfdmdU>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2014a). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: SBU.*

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2014b). *Etiska och sociala aspekter.* Hämtad från:

https://www.sbu.se/contentassets/54e355af917546ce88dec8e895cd0e2a/tandforluster_kap4.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2012). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser.* Hämtad från:

https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/16690/course/section/3462/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

*Stott, S. (2014). Stillbirth: A reflective case study. *British Journal of Midwifery*, 22(6), 439-443. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.12968/bjom.2014.22.6.439.



Wallbank, S., & Robertson, N. (2008). Midwife and nurse responses to miscarriage, stillbirth and neonatal death: a critical review of qualitative research. *Evidence Based Midwifery*, 6(3), 100-106.

Wallengren, C. & Henricson, M. Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (482-496). Studentlitteratur.

Warland, J & Glover, P. (2019) Tertiary education regarding stillbirth for student midwives: The tears 4 SMS project. *Women birth*, 32(3), 409-412. doi 10.1016/j.wombi.2018.07.018

World Health Organization (WHO) (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1

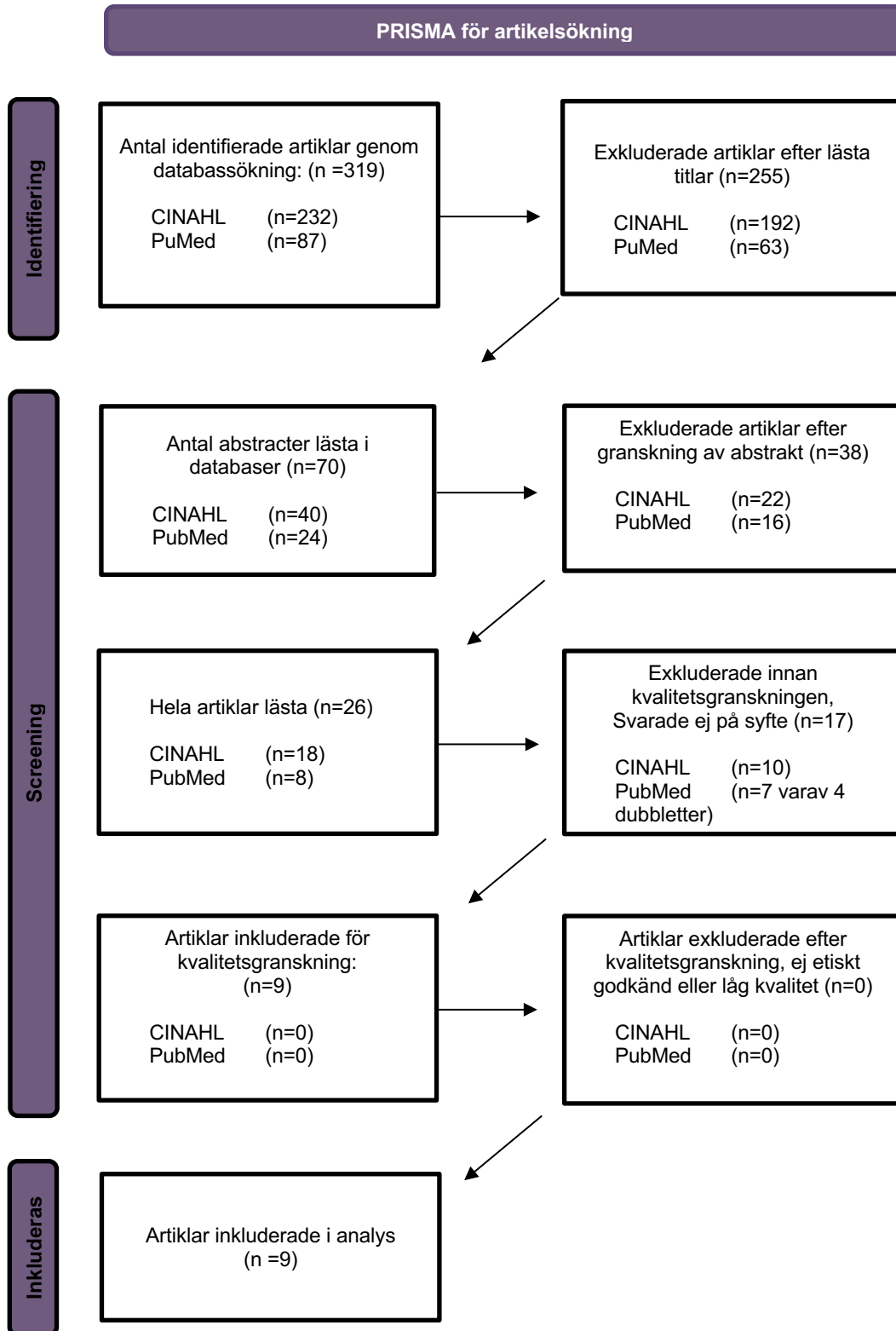
Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e upplagan s 61). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1. Sökmatrix

*Urval 1: Artiklarnas titel lästes, Urval 2: Artiklarnas abstrakt lästes, Urval 3: Hela artikeln lästes, Urval 4: Artiklarna kvalitetsgranskas

Databas Datum	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Urval *	Urva2*	Urva 3*	Urval 4*
Cinahl 2022-02-01	(<i>"midwives" OR "attitude health personnel"</i>) AND (<i>"stillbirth" OR "fetal loss" OR "fetal death"</i>) AND (<i>"psychological factors" OR "experience" OR "bereavement care"</i>)	Engelska Abstract available från 2000 till 2022	232	232	40	18	8
PubMed 2022-02-01	(<i>"midwives" OR "attitude health personnel"</i>) AND (<i>"stillbirth" OR "fetal loss" OR "fetal death"</i>) AND (<i>"psychological factors" OR "experience" OR "bereavement care" OR "caring"</i>)	Engelska Abstract från 2000 till 2022	87	87	24	8	1 (4 dubletter)

Bilaga 2. PRISMA



Bilaga 3. SBU granskningsmall

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

VERSION 2012:1.4

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög ☐ Medelhög ☐ Låg ☐

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	☐	☐	☐	☐
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	☐	☐	☐	☐
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	☐	☐	☐	☐
c) Är kontexten tydligt beskriven?	☐	☐	☐	☐
d) Finns relevant etiskt resonemang?	☐	☐	☐	☐
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	☐	☐	☐	☐
Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	☐	☐	☐	☐
b) Är datainsamlingen relevant?	☐	☐	☐	☐
c) Råder datamättnad?	☐	☐	☐	☐
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	☐	☐	☐	☐
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	☐	☐	☐	☐
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	☐	☐	☐	☐
c) Råder analysmättnad?	☐	☐	☐	☐
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	☐	☐	☐	☐
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	☐	☐	☐	☐
b) Är resultatet begripligt?	☐	☐	☐	☐
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	☐	☐	☐	☐
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	☐	☐	☐	☐
e) Genereras hypotes/teori/modell?	☐	☐	☐	☐
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	☐	☐	☐	☐
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	☐	☐	☐	☐
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Bilaga 4. Artikelmatris

Titel Årtal Land Författare	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Datainsamling Analys	Slutsats	Kvalitet
Balancing it out: A grounded theory of how midwifery students at a faith- based university in Papua New Guinea provide care to women following stillbirth 2020 Papua Nya Guinea Karen Heja, Lalen Simeon, Rachael Tommbe, Jenny Kelly, David McLaren & Komla Tsey	Att utforska hur barnmorskestudenter vid ett trosbaserat universitet i Papua Nya Guinea ger vård till kvinnor efter dödfödsel.	Kvalitativ Grundad teoristudie	n = 29 25 kvinnliga barnmorskestudenter 4 manliga barnmorskestudenter	Datainsamling Fokusgrupper Semistrukturerade individuella intervjuer Analys Tematisk analys	Barnmorskor i hela världen ger vård till kvinnor som genomgår en dödfödsel varje dag. Att arbeta med kvinnor och familjer i Papua Nya Guinea innefattar ofta svåra samtal rörande religion, kultur och sociala frågor. Barnmorskestudenter behöver få färdigheter för att kunna ha en skiktad diskussion för att nå fram till paren. Detta är den första studien, enligt författarna, som berör barnmorskestudenters upplevelse av vård till drabbade kvinnor.	Medel (15p)

Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study 2018 Spanien Paloma Martínez-Serrano, Ana María Palmar-Santos, Montserrat Solís-Muñoz, Consuelo Álvarez-Plaza & Azucena Pedraz-Marcos	Syftet med studien var att utforska barnmorskors erfarenheter av sen fosterdöd, särskilt barnmorskors vård och omsorg som ges till patienten	Kvalitativ Hermeneutisk tolkande fenomenologisk ansats	18 barnmorskor	Datainsamling: Fokusgrupper Analys: Hermeneutisk fenomenologisk analys	Barnmorskor måste tränas i sorg- och kommunikationshantering för att kunna tillgodose god vård när de vårdar vid sen fosterdöd. Riktlinjer för handläggning och stöd behövs, inte enbart för föräldrarna utan även för vårdpersonal.	Hög (18p)
Preparing student midwives to care for bereaved parents 2005 Storbritannien Mary Mitchell	Att beskriva hur barnmorskestudenter i Storbritannien är beredda att ta hand om sörjande föräldrar och deras utvärdering av denna förberedelse.	Mixad metod	45 barnmorskestudenter	Datainsamling Enkäter Analys Tematisk analys	Undervisning i att hantera döden är en livslång process och förberedelse under utbildning är bara en del i processen. Strategier att hantera situationer med döden kommer även från livserfarenhet och framtida klinisk praktik.	Låg (13p)

Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study 2021 Spanien Sara Fernández-Basanta, Carmen Coronado, Terese Bondas & María-Jesús Movilla-Fernández	Att belysa omsorgen för föräldrar, som drabbats av en IPL ur primärvårds barnmorskans perspektiv.	Kvalitativ Fenomenologisk hermeneutisk design	11 barnmorskor	Datainsamling: Narrativa intervjuer Analys fenomenologisk hermeneutisk metod utvecklad av Lindseth och Norberg (2004)	Mer kunskap och förberedelse vad gäller kommunikationsförmåga och sorg är avgörande för barnmorskor för att tillgodose behoven hos föräldrar som drabbats av en ofrivillig graviditetsförlust. En omtänksam organisationskultur och ett stödjande ledarskap kommer att underlätta vårdens kontinuitet och barnmorskors välfärd.	Hög (17p)
Stillbirth: A reflective case study 2014 Storbritannien Sarah Stott	Syftet var baserat på författarens första erfarenhet av att ta hand om ett sörjande par som förlorat sin pojke, dödfödd, vid 27 veckors graviditet.	Fallstudie	1 deltagare-författaren	Datainsamling: Patientfall Analys Reflekterande analys	Denna reflekterande fallstudie fokuserar på de känslomässiga aspekterna av vården som ofta förbises, som under sorgen går före de fysiska färdigheter vi lätt tar för givna. Den lyfter fram enkla åtgärder som kan	Låg (11 p)

					vidtas för att stödja sörjande föräldrar, samtidigt som det stödjer kollegor.	
Stillbirth in Lao PDR: a healthcare provider perspective 2020 Laos Molina Choummanivong, Sediqa Karimi, Joanne Durham, Vanphanom Sychareun, Vicki Flenady, Dell Horey & Fran Boyle	Syftet var att undersöka vårdpersonals erfarenheter av att tillhandahålla vård vid dödfödsel i Laos demokratiska republik, ett land med lägre medelinkomst i Sydostasien.	Kvalitativ	n= 33 11 Barnmorskor 11 Läkare 11 Obstetrikere 4 Sjuksköterskor	Datainsamling: Semistrukturerade djupintervjuer Analys: Tematisk analys	Ökad kunskap gällande orsaker till dödfödsel skulle kunna främja mer positiva upplevelser för vårdgivare och föräldrar samt ge en mer lyhörd vård. Detta kräver förbättrad utbildning för vårdpersonal och ökad medvetenhet i samhället.	Medel (17 p)
Supporting parents through stillbirth: A qualitative study exploring the views of health professionals and	Att undersöka åsikterna från en rad hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på sjukhus och är involverade i hanteringen av dödfödsel.	Kvalitativ studie.	n = 60 32 Barnmorskor 21 Obstetrikere 4 Präster 3 Läkarpraktikanter	Datainsamling: Fokusgrupper Semistrukturerade intervjuer Analys: Grundad teori med tematisk innehållsanalys	Robust och högkvalitativ evidens behövs för de långsiktiga psykologiska och känslomässiga följderna av olika förlossningssätt, varierande tidsintervaller och	Medel (15 p)

health care staff in three hospitals in England 2018 England Lyn Brierley-Jones, Rosalind Crawley, Emma Jones, Isabel Gordon, Joanne Knight & Kim Hinshaw					placeringar av kvinnor mellan diagnos och förlossning vid dödfödsel. Om resultatet från studien framkommer på fler platser behövs det inkluderas i utbildningsprogram och policyutveckling.	
The impact on midwives of their first stillbirth 2015 Nya Zeeland Kay Jones & Liz Smythe	Denna studie söker förståelse för barnmorskans upplevelser i relation till förlusten av en bebis.	Kvalitativ hermeneutisk- och fenomenologisk tolkningsstudie	5 Barnmorskor	Datainsamling: Individuella djupintervjuer Analys: Hermeneutisk och fenomenologisk analys För att hjälpa till med tolkning av insamlad data, användes Smythe och Spence's guide for	Denna studie har gett en djupare förståelse för den känslomässiga påverkan av dödfödsel hos barnmorskan. Varje barnmorska upplevde chock och en intensiv och personlig känsla av förlust. Detta skapade spänningar när de strävade efter att handskas med sina egna känslor och fortsätta att ta hand om kvinnan och hennes familj.	Hög (18 p)

				"dwelling with a transcript" (1999)		
When introduction to life becomes an introduction to death: midwives' experiences with parents' loss of their baby in connection with birth. 2000 Norge Beate André	Syftet var att fokusera på hur barnmorskor upplever situationen när bebisar dör i samband med förlossningen.	Kvalitativ	6 Barnmorskor	Datainsamling: Individuella djupintervjuer Analys: Tematisk analys	Denna studie har visat bland annat att det finns flera faktorer som gör att dessa situationer uppfattas som extra stressigt för barnmorskorna. Det finns ett samband mellan hur trygga och lugna barnmorskorna kände sig i situationen och det stöd de kunde ge till föräldrarna. Det var svårt att hitta en balans mellan närhet och avstånd till föräldrarna. Det visade sig att barnmorskorna saknar formellt forum för bearbetning av deras upplevelser.	Medel (16 p)

Bilaga 5. Kategorisystem

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
There is a general perception of not having been trained to manage this type of situation.	Barnmorskor uppmärksammade att ytterligare utbildning krävs för att hantera vård vid dödfödsel	Behov av utbildning är stort	Ytterligare utbildning krävs	Utbildning och rutiner
While students felt the curriculum covered high-risk pregnancy and the physical aspects of care to women experiencing complications, most students suggested a module on counseling skills would assist their midwifery practice.	Det finns behov av utökad utbildning i läroplanen om psykiska aspekter och rådgivning vid dödfödsel.	Läroplanen behöver utökas	Utbildning på universitetet	
The care provide for these losses was based on the intuition of the midwives because of the lack of guidelines.	Barnmorskorna använde sin egen intuition då det var brist på riktlinjer.	Att utgå från sin egen intuition i vårdandet	Rutiner på arbetsplatsen	