

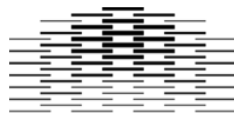
MASTEROPPGAVE
Master i jordmorfag
10/2016

Den vonde stillheten

Jordmors ivaretagelse ved intrauterin fosterdød



Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Kandidatnummer: 107 og 112
Veiledere: Anne Kaasen/Anne Marie Lilleengen
Antall ord: 16404



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

Arbeidet med denne masterstudien har vært en lærerik, spennende og krevende prosess. Dette har gitt oss en faglig og personlig utvikling for vår yrkesutøvelse i jordmorfag. Vi vil takke alle som har bidratt til at studien lot seg gjennomføre. Spesielt gjelder dette all støtten og tålmodigheten vi har fått fra familie og venner i denne prosessen.

En spesiell takk til våre 5 informanter for å ha delt sine opplevelser og erfaringer fra jordmoryrket.

Vi vil også rette en stor takk til førsteamanuensis Anne Kaasen for god veiledning i arbeidet med masteroppgaven.

Sist, men ikke minst, vil vi takke hverandre for et godt samarbeid gjennom hele studieperioden som jordmorstudenter.

Sammendrag

Hensikt: Viderebringe den erfaringsbaserte kunnskapen som jordmødre innehar og benytter i sin ivaretagelse av en frisk kvinne som kommer til avdelingen med lite liv, til bekreftelse på intrauterin fosterdød og i tiden frem til induksjonen.

Problemstilling: “*Hvordan ivaretar jordmor en kvinne med dødt barn i magen?*”

Metode: Studien har et kvalitativt induktivt design. Semistrukturerte intervju ble benyttet som datainnsamlingsmetode. 5 jordmødre deltok. Graneheim & Lundman`s kvalitative innholdsanalyse ble brukt ved dataanalysen.

Resultat: Ut fra analysen kom vi frem til 3 overordnede temaer:

1. *Trygge seg i det første møtet*
2. *Bruke seg selv i møtet med kvinnen*
3. *Forberede kvinnen på den stille fødselen.*

Konklusjon: Funnene våre viser at jordmødrene sitter inne med viktig kunnskap fra praksisfeltet, som uerfarne jordmødre bør få kjennskap til. Vi vil spesielt trekke frem funnene om hvordan jordmødrene bruker jordmorstetoskop og Leopolds håndgrep i deres møte med en kvinne som har kjent lite liv.

Nøkkelord: Intrauterin fosterdød, jordmor/jordmødre, erfaringsbasert kunnskap, jordmorstetoskopet, dødfødsel

Abstract

Aim: To redistribute the experience-based knowledge that experienced midwives have and use in their caring of a healthy woman that is coming to the maternity ward with low fetus activity, for confirmation of intrauterine death and the time until the induction.

Issue: “*How does the midwife take care of a pregnant woman with a dead child in the uterus?*”

Methods: A qualitative inductive study. Semi-structured interviews were used as data collection method. 5 midwives participated. Graneheim & Lundeman`s qualitative content analysis was used in the dataanalysis

Results: Based on our analysis we came up with three overarching themes:

1. *Confidence in the first meeting*
2. *Using herself in the encounter with the woman*
3. *Prepare the woman for the silent birth*

Conclusion: Our findings show that midwives have important experience-based knowledge that inexperienced midwives should become familiar with. We especially like to highlight the findings on how midwives use the Pinard stethoscop and Leopolds grip in their encounter with a woman that is worried about low fetus activity.

Keywords: Intrauterin fetal death, midwife/midwives, experience-based knowledge, Pinard stethoscop and stillbirth.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Tema og problemstilling	7
1.2 Bakgrunn	8
1.3 Begrepsavklaring.....	11
1.4 Oppbygging av oppgaven.....	12
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	13
2.1 Teoretisk modell.....	13
2.2 Erfaringsbasert kunnskap	14
3.0 METODE	15
3.1 Forfatterens forforståelse.....	15
3.2 Kvalitativt design - det kvalitative forskningsintervjuet	16
3.3 Utvalg og rekruttering	17
3.4 Datainnsamling.....	20
3.5 Transkribering	21
3.6 Fremgangsmåte for dataanalysen	21
3.7 Resultatets troverdighet gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet	26
4.0 RESULTAT	27
4.1 Å trygge seg i det første møtet	29
4.1.1 Å ta imot kvinne som har kjent lite liv	29
4.1.2 Å lete i usikkerheten.....	30
4.1.3 Den vonde beskjeden	31
4.2 Å bruke seg selv i møtet med kvinnen	32
4.2.1 Tørre å by på seg selv som et medmenneske i en sårbar situasjon	32
4.2.2 Ha en stødig plattform å støtte seg til.....	34
4.3 Å forberede kvinnen på den stille fødselen	35

4.3.1 De avgjørende valgene	35
4.3.2 Trygge kvinnen i hennes tilnærming til barnet	38
5.0 DISKUSJON	42
5.1 Diskusjon av resultater	42
5.1.1 Den intuitive kunnskapen – jordmors fremgangsmåte i å trygge seg selv før hun gir en negativ beskjed	42
5.1.2 Den profesjonelle sikkerheten – å viderebringe den erfaringsbaserte kunnskapen. 46	
5.1.3 Den tillitsskapende dialogen – om valg og muligheter for den stille fødselen	49
5.2 Metodediskusjon	52
6.0 AVSLUTNING OG KONKLUSJON	55
REFERANSELISTE	57

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD (2 sider)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til avdelingen (2 sider)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til jordmødre, inkludert samtykkerklæring (2 sider)

Vedlegg 4: Intervjuguide (1 side)

1.0 INNLEDNING

Denne studien er gjort i forbindelse med masterstudie i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo- og Akershus. Jordmødre ved fødeavdeling vil oppleve å møte friske kvinner som kommer til avdelingen og har kjent lite fosterbevegelser. I sjeldne tilfeller er barnet dødt. Det settes fokus på hvordan erfarne jordmødrene ivaretar disse kvinnene, på bakgrunn av sin erfaring.

1.1 Tema og problemstilling

Det å få bekreftelse om at barnet man bærer i magen er dødt, er et stort sjokk. Dette utløser ofte en krisereaksjon hos kvinnen. Gjennom usystematisk litteratursøk fant vi endel studier som tok for seg hvordan kvinner opplevde støtten fra jordmor ved intrauterin fosterdød, men lite forskning fra jordmors perspektiv.

Det å være jordmor i en slik sårbar situasjon vil for mange være meget krevende. Jordmor skal være den profesjonelle. Hun skal ivareta den gravide gjennom hele forløpet. Dette vil være fra kvinnen kommer inn til avdelingen med lite liv, hvor diagnosen intrauterin fosterdød stilles, og til det døde barnet fødes. Vi fant få studier på hvordan jordmor mottok kvinner som kom inn med spørsmål om lite liv og fikk vite at barnet hun bar var dødt, og frem til selve induksjonen.

Vi fattet tidlig interesse for intrauterin fosterdød. I løpet av studiet har vi begge vært med på dødfødsel. Sammen har vi reflektert og stilt spørsmål om jordmors ivaretagelse av kvinner som kommer til avdelingen med spørsmål om lite liv. Disse refleksjonene har dannet grunnlaget for vårt ønske om å belyse dette temaet nærmere.

Formålet med denne studien er å fremheve den erfaringsbaserte kunnskapen som jordmødrene innehar. Vi har gjennom studietiden sett hvor betydningsfullt erfaring er i jordmoryrket. Denne kunnskapen er viktig å dele med uerfarne jordmødre. Dette kan bidra til en tryggere utførelse av jordmorfaget.

Problemstillingen vi har kommet frem til er:

“Hvordan ivaretar jordmor en gravid med dødt barn i magen?”

Fokuset i denne studien er jordmors ivaretagelse av en kvinne som kommer inn til avdelingen med spørsmål om lite liv, til bekreftelse på intrauterin fosterdød og tiden frem til induksjonen. Ivaretagelsen i tiden frem til induksjonen omhandler hvordan jordmor legger frem de valgene og mulighetene som kvinnen vil stå overfor. Dette vil være blant annet å føde vaginalt, mulighet for å reise hjem, smertelindring og det å se sitt døde barn.

1.2 Bakgrunn

Da vi bestemte oss for tema for studien, leste vi bøker av mødre som har mistet barn i intrauterin fosterdød. Dette for tilegne oss mer kunnskaper omkring emnet.

Mange dødsfall som skjer intrauterint er uforutsigbare. Dette kan skje hos friske kvinner som har hatt et ukompliserte svangerskap. Kvinnens oppfatning av mindre fosterbevegelser har lenge vært brukt i svangerskapsomsorgen for å finne utsatte fostre. Jordmødre og leger skal informere alle kvinner som kommer til svangerskapskontroll om at hvis de kjenner mindre eller lite liv, så skal de ta kontakt med helsevesenet. I dag anbefales ikke friske kvinner med normale svangerskap å telle fosterbevegelser rutinemessig ved hjelp av registreringsskjema (Helsedirektoratet, 2015).

De fleste studiene som vi har funnet omhandler kvinnens tilknytning til sitt barn i magen, og hvordan kvinnen opplever støtten fra jordmor. Denne forskningen er relevant for vår studie, siden dette gir et viktig bilde på hvordan jordmor bør gå frem i ivaretagelsen av kvinnen.

Vi synes det er viktig å belyse den prenatale tilknytningen som skjer mellom mor og barn i svangerskapet. Dette vil ligge til grunn for kvinnens reaksjoner, noe som jordmødre må være bevisst på i sin ivaretagelse av henne. Denne tilknytningen er individuell for kvinnen, uavhengig om hun er i uke 22 eller i uke 38 (Ulvund, 2010).

Tilknytningen mellom kvinnen og det ufødte barnet oppstår lenge før barnet blir født. Kvinnen gjennomgår store psykologiske endringer i svangerskapet i forhold til sin egen identitet som en framtidig mor. I tillegg skaper hun seg forestillinger og forventninger om det ufødte barnet (Ammaniti, Tambelli & Odorisio, 2013). Hun lager seg et mentalt bilde av hvordan barnet er, noe som styrker hennes tilknytning til sitt ufødte barn (Brodèn, 2007). Anerkjennelsen av den prenatal tilknytningen er viktig for at kvinnen skal kunne akseptere tapet av sitt barn (Mander, 2014).

Det å overbringe et trist budskap er noe av det mest emosjonelle og vanskeligste man gjør som helsepersonell (Agård, Nilstun & Löfmark, 2002). Når en kvinne kommer til sykehuset fordi hun har kjent lite liv, vil den første hun møter være en jordmor. Hun vil ta henne med inn på et undersøkelsesrom, kjenne på magen og lytte etter fosterlyden. Dersom jordmor ikke finner fosterlyden vil hun som regel være ærlig om dette overfor kvinnen, og raskt tilkalle en gynekolog for å få utført en ultralyd. Intrauterin fosterdød bekreftes ved denne undersøkelsen, hvor fravær av hjerteaktivitet påvises (Hagberg, Marsal & Westgren, 2014).

I en studie utført av Rådestad, Malm, Lindgren, Pettersson & Larsson (2014) ble 26 mødre intervjuet om hvordan de opplevde det å få beskjed ved ultralydundersøkelse om at barnet de bar var dødt. Kvinnene fortalte her om en overveldende stillhet som de følte på gjennom hele undersøkelsen. Gynekolog og jordmor hadde fokuset på ultralydskjermen, og ingen sa noe til kvinnen. Denne stillheten kunne være en ekstra psykologiske belastning for kvinnen.

I samme studie fremkom det at jordmor og gynekolog hadde et ansikt- og kroppsspråk som førte til at kvinnen fikk en instinktiv følelse av at barnet hennes ikke var i live. Dette kom i tillegg til det hun selv klarte å observere fra ultralydskjermen. Kvinnene fortalte at det virket som de hadde et eget “stille” språk mellom seg, noe som førte til at hun følte seg utenfor og alene. Dette ga en følelse av frykt hos noen av kvinnene (Rådestad et al., 2014).

Noen av kvinnene i studien fortalte også at de opplevde en slags forsinkelse før de fikk opplysning om at barnet var dødt. På noen virket det som om jordmor og gynekolog var usikre, og noen ganger måtte det hentes inn en ekstra lege. Når budskapet endelig ble gitt, følte endel av kvinnene at den ble gitt på en litt hard og ufølsom måte. Kvinnene fortalte at når de fikk bekreftelsen ble de overveldet av en følelse av panikk, sjokk, smerte og ensomhet. En følelse av å “falle fritt” inn i det ukjente (Rådestad et al., 2014).

Studien viste videre at jordmødre og gynekologer bør få trening i hvordan man formidler en så vanskelig og sårbar beskjed, slik at det ikke påfører kvinnen ekstra psykologiske traumer (Rådestad et al., 2014).

Saflund (2003) beskrev i sin artikkel at det å få opplyst at barnet var dødt, var en stor tragedie. Det var derfor viktig at beskjeden ble gitt på en klar og tydelig måte som ikke medførte usikkerhet eller mer lidelse enn nødvendig.

Det har blitt beskrevet av mødre som har opplevd intrauterin fosterdød, at det å vente på å bli induisert var den verste delen av prosessen. Dette opplevdes verre enn det å føde sitt døde barn (Berg, Ekenstein, Höjer, Sandros & Tunell, 1978). Det å bære på døden og ikke livet er en voldsom psykologisk påkjenning for kvinnen. Å vente på induksjonen beskrives av kvinnene som å være i et “ingenmannsland”, uten å vite hvor lenge eller på hva (Malm, Rådestad, Erlandsson & Lindgren, 2011).

Malm et al. (2011) tok i sin kvalitative artikkel for seg hvordan kvinnen opplevde tiden fra diagnosen om intrauterin fosterdød ble gitt, til hun ble induisert. De kom her frem til fire kategorier som beskrev denne opplevelsen.

Den første kategorien var “ufrivillig venting”, følelsen av å ikke få nok informasjon om hva som skulle og ville skje. Mange av kvinnene fortalte at de ble forlatt av jordmoren etter at de fikk informasjonen om at barnet var dødt. Kvinnene følte at de befant seg i en situasjon helt ute av kontroll, i det uvisse i vente på når neste steg skulle skje. Alle kvinnene i studien ble involvert i bestemmelsen for når selve induksjonen skulle starte, men de fleste av kvinnene følte at de var uegnet til å klare å ta avgjørelser i denne situasjonen. De fulgte derfor personalets plan for dem. Kvinnene hadde også en tillit til at denne planen var den beste for dem (Malm et al., 2011).

Den andre kategorien var å “håndtere det ubegripelige”, det å befinne seg i en situasjon hvor det verste hadde skjedd og i tillegg forberede seg på en fødsel uten liv. Noen av kvinnene følte at det var noe fremmed som hadde tatt bolig i kroppen deres, og tanken på å måtte føde et dødt barn følte helt ufattelig (Malm et al., 2011). Det var viktig at jordmor informerte om utseende til barnet og om selve fødselen i sin helhet. Hun ga tydelig og klar informasjon og

var tilstede for den gravide i hennes sorg. Målet var å gi kvinnen den tryggheten hun trengte i denne omstendigheten, slik at hun fikk tid til å akseptere det som skjedde i kroppen, og kunne komme seg igjennom fødselen på en best mulig måte (Blix, 2010).

Den tredje kategorien var “ødelagte forventninger”, tapet av babyen og familien de skulle bli. Mange beskrev det som om å være mor til noe som aldri hadde eksistert og det å ikke få noe tilbake. Noen kvinner fortalte at de kvittet seg med utstyr og klær de hadde kjøpt til barnet på grunn av smerten over å ikke få barnet som de ventet. Dette var noe de angret på i ettertid, og ønsket at noen hadde fortalt dem at de kunne ha hatt det med til fødsel og til etterpå. Andre igjen fortalte om hvor tøft og vanskelig det var å bære et dødt barn i magen samtidig som de hadde mødre med nyfødte barn rundt seg (Malm et al., 2011).

Den fjerde kategorien var “motet til å møte livet”, det å gå videre og se realitetene. De fleste kvinnene i studien ga uttrykk for at de fikk en følelse av de ville klare å håndtere denne hendelsen. De fokuserte på fremtiden og på muligheten og ønsket om å få et nytt levende barn (Malm et al., 2011).

1.3 Begrepsavklaring

Ivaretagelse: Vi ser på ivaretagelse og omsorg som to begreper med samme betydning. Det er svært viktig at jordmor danner en god relasjon til kvinnen. Dette bygger på både en naturlig og profesjonell ivaretagelse. Den profesjonelle ivaretagelsen omhandler vitenskap og etikk, mens den naturlige er innebygd i mennesket, om at alle skal ha det bra. En kvinne som vet at hun bærer et dødt barn har et behov for å bli ivaretatt, og er avhengig av jordmors profesjonalitet på dette området. Det er jordmor som blir den ansvarlige i relasjonen til å utvikle en konstruktiv ivaretagelse, og vil støtte kvinnen til å finne mening i denne situasjonen (Berg, 2010).

Intrauterin fosterdød/dødfødsel: En dødfødsel betegnes som fødsel av et barn som ikke viser livstegn (hjerteraktivitet, puste- eller muskelaktivitet) fra og med svangerskapets uke 22 eller at barnet er over 500 gram (Landsforeningen uventet barnedød [LUB], 2016). I Norge i 2014

ble 60026 barn født, hvorav 263 av disse var dødfødte. Statistisk sett vil det si at det var 4,4 dødfødte per 1000 fødte i 2014 (Medisinsk fødselsregister [MFR], 2016).

Lite liv: Det fins ingen helhetlig definisjon på lite liv i svangerskapet. Det er kvinnens subjektive oppfatning som er avgjørende, siden barn i magen har ulike bevegelsesmønstre (Tveit, 2011)

Leopolds håndgrep: Palpasjon av magen. Består av fire håndgrep for å vurdere størrelsen på uterus, fostervannsmengde, fosterets leie og forliggende del i forhold til fødselskanalen (Tegnander, 2010).

Jordmorstetoskop: Kalles også Pinard Stethoscope eller trestetoskop. Brukes for å høre hjertefrekvensen til barnet i magen (Tegnander, 2010).

Induksjon av fødsel: Kunstig igangsetting av fødselen hvor det er indisert å avslutte svangerskapet, og det ikke er kontraindikasjoner mot vaginal fødsel (Salvesen, 2010).

1.4 Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven er bygd opp av 6 kapitler. Kapittel 1 består av tema, problemstilling, bakgrunn og begrepsavklaring. Kapittel 2 omhandler det teoretiske rammeverket. I kapittel 3 redegjøres studiens metode. Resultatene presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 diskuteres resultatene opp mot forskning og teori. Samtidig diskuteres studiens kvalitet. Kapittel 6 er et avslutningskapittel hvor studiens konklusjon, implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning presenteres.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I denne studien har vi brukt Berg (2010) sin modell: “Genuint vårdande av det genuina-barnmorskans optimala vårdande av barnafødande kvinnor med økad risk”. Vi ønsket å benytte denne modellen som teoretisk rammeverk til studien fordi vi mener denne modellen omfavner hele spekteret av omsorg en jordmor må inneha, for å kunne ivareta en kvinne med dødt barn i magen. Erfaringsbasert kunnskap er en del av kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012), og dette vil presentere i teorikapitlet.

2.1 Teoretisk modell

Berg (2010) sin modell: “Genuint vårdande av det genuina-barnmorskans optimala vårdande av barnafødande kvinnor med økad risk” har tre deler.

Den første delen er å finne en balanse mellom det medisinske og naturlige perspektiv. Den omhandler hvordan jordmor støtter og verner om det normale og naturlige hos alle gravide. Dette gjelder selv de med risiko, slik at fokuset ikke kun blir på det medisinske (Berg, 2010).

Den andre delen er den verdighetsbevarende omsorgsrelasjonen som baserer seg på fem sammenhengende fenomener mellom kvinnen og jordmor. Dette er fortrolighet, tillit, fortløpende dialog, delt ansvar og kontinuerlig tilstedeværelse (Berg, 2010).

Når det gjelder fortroligheten er det viktig at begge er åpne for hverandres innspill, slik at relasjonen mellom dem styrkes. Jordmor må skape tillit til kvinnen ved at hun viser at hun setter kvinnens behov i fokus. Hun må ta ansvar for kvinnens oppfølging og videre behandling, basert ut fra hennes ønsker. Kvinnen må hele tiden føle seg informert om hva som skjer og skal skje, selv om hun ikke stiller noen spørsmål. Hun må føle seg delaktig i valgene som skal tas, og dialogen mellom dem er derfor essensiell. Dette setter også krav til kontinuerlig tilstedeværelse, hvor av inngår følelsesmessig og fysisk nærhet (Berg, 2010).

Den tredje delen er den innlærte kunnskapsdelen av modellen som baserer seg på de kunnskapene som innhentes ved å bruke sine sanser, som syn, hørsel, duft, smak, berøring og intuisjon. Hun må være ekte, og inneha kunnskap som er teoretisk, praktisk, intuitiv og refleksiv (Berg, 2010). Det vil si å være seg selv gjennom det å akseptere sin personlighet og følelser og kunne benytte sin teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap samtidig. Å inneha en

teoretisk og praktisk kunnskap gir en profesjonell sikkerhet. Det er også viktig å kunne reflektere over hvordan en situasjon skal løses eller hvordan noe ble håndtert for eksempel sammen med kollegaer. Dette er refleksiv kunnskap. Intuitiv kunnskap vil si at jordmor kan få en følelse eller et inntrykk av at noe ikke stemmer i sitt møte med kvinnen som gjør henne på vakt. Erfaring spiller også inn her (Berg, 2010).

2.2 Erfaringsbasert kunnskap

Erfaringsbasert kunnskap kan beskrives som *“kunnskap som utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring”* (Nortvedt et al., 2012, s. 17). Vi tilegner oss kunnskapen gjennom både livserfaring og jobberfaring. Jordmorutøvelsen er et håndverksyrke, hvor dyktighet opparbeides gjennom erfaringer, trening og øvelser med ulike situasjoner. Jordmødre vil oppleve å stå i både ukjente og uforutsigbare situasjoner, hvor de må gjøre skjønnsmessige beslutninger basert på hva som er det beste, riktige og mest hensiktsmessige i denne situasjonen. Det å være jordmor og stå i en situasjon hvor hun ikke finner fosterlyden og hvor det så bekreftes at barnet er dødt, vil være en fysisk og emosjonell påkjenning. En erfaren jordmor har kanskje stått i en sånn situasjon tidligere, og kan da nyttiggjøre seg av kunnskapen fra tidligere erfaringer som hun har reflektert over i ettertid. Det er denne kunnskapen som skiller en nyutdannet fra en erfaren (Reinar & Blix, 2010)

3.0 METODE

I dette kapitlet beskrives studiens forskningsdesign og metodevalg. Det redegjøres for forfatterens forforståelse, utvalgsstrategien, datainnsamlingen og analyseprosessen. Studien er basert på en utforskende induktiv tilnærming. Dette er gjort for å belyse et tema hvor det er lite kunnskap på forhånd (Malterud, 2011).

Vi har utført usystematiske søk i databasene Pubmed, Cochrane, Cinahl og Svemed. Vi har benyttet oss av søkeord som blant annet: Intrauterin fetal death, midwife/midwives, fetal monitoration, Pinard stethoscop og stillbirth. Vi har også gjort søk utfra referanselister fra artikler og bøker som vi har funnet.

3.1 Forfatterens forforståelse

Det kan være en tidkrevende og personlig utmattende del av arbeidet som jordmor å ivareta en kvinne med intrauterin fosterdød. Når man i team med lege og barnepleier lykkes i å hjelpe på en god måte, er det en svært meningsfull og takknemlig oppgave. Enkelte oppgaver blir aldri rutine. Svært sjelden vil man oppleve å være den som oppdager at et barn er dødt. Det er derfor viktig å forberede seg mentalt på dette. Jordmor må man være i forkant i situasjonen, og vite hva som skal skje videre i tid. Man skal lede kvinnen gjennom vanskelige dager og tunge avgjørelser hun egentlig ikke er klar for. Ved å være profesjonell skal man fortelle hvilke valgmuligheter som finnes, og hva som er vanlig og mulig å gjøre (Egenæs, 2009).

Den faglige forforståelsen er noe alle forskere har med seg i sitt arbeid. Det er derfor viktig å fremlegge hvilken betydning dette kan ha for studien (Tjora, 2012). Forforståelse er preget av hvem vi er som personer, vår historie og forståelsesramme. Den kan forstås som en nødvendighet, et felles kunnskapsrepertoar, som er en forutsetning for å kunne nærme seg andre menneskers forståelser og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vår forforståelse kan gi både styrker og svakheter til studien. Vi er begge sykepleiere med ulik fartstid fra forskjellige avdelinger. Dette kan gjøre at vår forforståelse er noe sprikende. Vi har begge fulgt kvinner gjennom denne prosessen i jordmorstudiet. I tillegg har vi skrevet en faglig oppgave om intrauterin fosterdød i studietiden. Dette ga oss innføring i teori og forskning som er gjort på fagfeltet.

Vi var svært spente på hva som kom fram i intervjuene, og vi var oppriktig interesserte under intervjuene. Med vår forforståelse i bagasjen, forsøkte vi å ha et åpent sinn på hva som ville komme frem under datainnsamlingen.

I Kvale & Brinkmann (2015) fremlegges det at forskerens forforståelse vil ha en betydning i alle nivåer av forskningsprosessen. Ved et kvalitativt semistrukturert intervju innehar forskeren makt gjennom det at hun styrer spørsmålene som stilles. Forsker og informant påvirkes igjen av hverandre gjennom intervjuet. Det er viktig at forskeren legger til side alle sine tanker, følelser og oppfatninger under forskningsprosessen, og stiller med et åpent sinn til hva som vil komme frem under intervjuene (Streubert & Carpenter, 2011). Dette var noe vi var veldig bevisste på under våre intervjuer. Vi har forsøkt å ikke være farget av vår forforståelse ved gjennomføringen av studien.

3.2 Kvalitativt design - det kvalitative forskningsintervjuet

Det er problemstilling og forskningsspørsmål som man ønsker å belyse som avgjør valg av metode (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi ønsket å utforske de erfarne jordmødrenes erfaringer, tanker, beskrivelser og opplevelser for å kunne viderebringe dette videre til nyutdannede eller andre jordmødre som ikke har vært i denne situasjonen tidligere.

På bakgrunn av dette ble det naturlig å benytte kvalitativ forskningsmetode, siden kvantitative metoder vanskelig fanger opp dette. Denne metoden er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap, og materiale består av tekst som representerer samtaler (Malterud, 2011).

Med dette som utgangspunkt og på grunn av at dette er et sårbart tema bestemte vi oss for at semistrukturerte intervjuer ville være den beste måten å innhente informasjon på både for informantene og oss. Dette er et profesjonelt intervju med et formål, men som utføres nesten som en samtale i dagliglivet. Det er derfor viktig med både en særegen tilnærming og teknikk (Malterud, 2011). Vi bruke denne type intervju for å få informantene til å åpne seg om sine erfaringer og opplevelser rundt studiens tema.

Parallelt med bakgrunnskunnskap, skrev vi ned hva som vi ønsket å undersøke nærmere. Sammen utarbeidet vi åpne spørsmål som munnet ut i en intervjuguide (vedlegg 4). For å se hvordan disse fungerte, intervjuet vi hverandre først.

3.3 Utvalg og rekruttering

Et strategisk utvalg er det utvalget som kan gi mest relevant informasjon om det man ønsker å undersøke (Malterud, 2011). På grunn av studiens størrelse, tidsaspekt, inklusjons- og eksklusjonskriterier ble vi enige om å gjøre et strategisk utvalg.

Vi valgte jordmødre fra mindre fødeavdelinger fordi bemanningen her er mindre ved hver vakt. Jordmødrene er, uavhengig av erfaring, ansvarlig ved intrauterin fosterdød. Dette kan være en stor utfordring som nyutdannet. Vi satte som krav at jordmødrene skulle ha stått ansvarlige for ivaretagelsen av kvinner ved intrauterin fosterdød flere enn en gang. Dette for å få et godt grunnlag til å besvare spørsmålene ved intervjuene.

Vi inkluderte støtte/informasjon som ble gitt til alle friske kvinner som har mistet barn fra 22.svangerskapsuke. Årsaken til intrauterin fosterdød behøvde ikke være kjent. Fosterdøden skulle ikke ha skjedd i en akutt situasjon, men med utgangspunkt i at kvinnen kom til avdelingen fordi hun hadde kjent mindre liv i magen. Vi ekskluderte informasjon/støtte til partner, søsken eller andre familiemedlemmer på grunn av oppgavens begrensning.

Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført. Det kan være fornuftig og gjøre seg kjent med feltet og materialets karakter, før datainnsamlingen starter (Malterud, 2011). I studietiden har praksisen foregått på føde/barsel/gynekologisk-avdeling og i jordmortjenesten i kommunen. For å gjøre oss kjent med feltet har vi snakket med jordmødre ved de ulike avdelingene om vårt tema, og vi konkluderte med at jordmødre ved fødeavdeling vil kunne gi oss det rikeste datamateriale.

Vi tok derfor kontakt med avdelingsjordmødre på to fødeavdelinger for å rekruttere jordmødre til studien. Disse avdelingene er i samme helseforetak, men i ulike divisjoner. Begge fødeavdelingene har henholdsvis under 1000 fødsler årlig. De var positive til vår

studie, og vi ga dem skriftlig informasjon og fikk godkjenning til å rekruttere jordmødre fra begge avdelingene.

Vi utformet et informasjonsskriv til avdelingene, som vi hengte opp på vaktrommet (se vedlegg 1). På den ene fødeavdelingen ble informasjonsskrivet også sendt på mail til alle jordmødrene. Innen tidsfristen var det tre erfarne jordmødre fra den ene avdelingen som kontaktet oss og ønsket å være med i studien. Vi kontaktet igjen avdelingsjordmødrene for å høre om flere kunne være interessert. To jordmødre hadde sagt de ønsket å kontakte oss, men hadde ikke gjort det. Etter at vi hadde intervjuet tre informanter, kunne de igjen gjøre rede for jordmødre ved avdelingen som var interessert i emnet og kunne ha erfaring vi kunne dra nytte av til studien vår. Dette var også de samme jordmødrene som hadde sagt de var interessert til avdelingsjordmor.

Vi sendte mail med informasjon til disse med spørsmål om de ønsket å delta, og vi fikk positivt svar tilbake. Vi sendte også mail til en tredje jordmor som vi fikk anbefalt fra avdelingsjordmor, men hun svarte dessverre ikke på henvendelsen.

To av informantene er dermed innhentet ved snøballteknikk. Det vil si at vi har inkludert deltakere som er mulig å få tak i, ved å bruke nettverket til de som allerede har sagt seg villig til å delta. Dette for å få tak i flere aktuelle deltakere (Malterud, 2011).

Våre fem informanter var fra samme fødeavdeling, da ingen meldte seg fra den andre fødeavdelingen. Alle informantene hadde erfaring med intrauterin fosterdød fra svangerskapsuke 22 og frem til termin.

Antall intervju ble bestemt ut fra at vi oppnådde en metning (Malterud, 2011). Vi anså at fem informanter var nok til å få frem bredden, variasjonen og rikdommen i dataene. Informantene blir i studien kalt jordmødrene.

3.4 Etiske overveielser

Helseforskningslovens formål er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Siden vi ikke skulle forske på pasienter er ikke denne studien meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig etikk [REK] (Helseforskningsloven, 2009).

Vi har fulgt Helseregisterloven. Loven sikrer at behandlingen foretas på en etisk forsvarlig måte og ivaretar den enkeltes personvern (Helseregisterloven, 2015). Vi søkte Norsk samfunnsvitenskapelig datalagringstjeneste [NSD] om godkjenning for studien (vedlegg 1). Vi søkte også sykehusets klinisk etikk-komité, og fikk godkjenning på bakgrunn av at studien var godkjent av NSD. Vi informerte avdelingsledere og informanter skriftlig og muntlig (vedlegg 2 og 3).

Vi sikret oss et informert samtykke. Dette innebar at jordmødrene deltok frivillig, og at de var informert om retten til å trekke seg fra studien når som helst, uten å oppgi årsak. De ble informert om studiens formål, design og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015). Deltakerne skrev under på samtykket før intervjuet begynte (vedlegg 3). Samtykkeskjemaene ble oppbevart forsvarlig i en safe, slik at personlige opplysninger ikke kom på avveie.

I forhold til etiske overveielser var konfidensialitet viktig. Informantene skulle beskyttes ved å anonymiseres (Kvale & Brinkmann, 2015). På lydopptakene var det ikke personopplysninger eller andre opplysninger som kunne være gjenkjennbare. Lydfilen ble oppbevart forsvarlig i en lukket fil, og vil bli slettet senest 01.01.17.

Summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskap burde veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren, og dermed ville det være berettiget å gjennomføre undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Konsekvens og risiko ved dette prosjektet, var at dette var et følsomt temaet. Vi avtalte derfor med avdelingsleder at informantene kunne kontakte henne for samtale i etterkant. Alle informanter ble informert om dette før intervjuets start.

Vi utviste respekt, velgjørenhet og rettferdighet ovenfor informantene (King & Horrocks, 2010). Vi opplevde det ikke problematisk å forske på kollegaer. Et usikkerhetsmomentet er at det kan ha forekommet bias som kan ha påvirket informantenes utsagn.

3.4 Datainnsamling

Informantene fikk selv velge mellom ulike lokaler hvor intervjuet kunne finne sted. Det var et godt utgangspunkt for intervjuene at jordmødrene selv fikk velge rammen rundt. To intervjuer ble utført på kveldstid på et nøytralt kontor. To av intervjuene foregikk på et kontor på sykehuset før jordmødrene skulle på kveldsvakt. En jordmor ble intervjuet i arbeidstiden da hun hadde fagdag.

Vi valgte også å gjennomføre et pilot-intervju (Malterud, 2011). Intervjuguiden ble ikke endret etter dette, siden vi da fikk bekreftet at våre spørsmål var relevante for vår problemstilling. Vi har valgt å inkludere pilot-intervjuet i studien. Intervjuguiden var bygd opp fra generelle ikke verdiladde spørsmål til mer verdiladde og følsomme spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2015). Henviser til å se intervjuguiden (vedlegg 4).

Vi hadde på forhånd avtalt hvem som skulle være hovedintervjuer. Observatøren skulle lytte, skrive ned viktige stikkord og stille oppfølgingsspørsmål som var nødvendig. Jordmødrene ble informert før samtalen, om vår rolleinndeling. Vi byttet på annen hvert intervju med å være intervjuer og observatør. Den som var intervjuer opplevde det som en kvalitetssikring å ha observatør til stede.

Intervjuene forløp mer som en samtale mellom intervjuer og objekt. Intervjuer ga objektet god tid til å besvare og tenke over hvert enkelt spørsmål. Både intervjuer og observatør var veldig bevisst på sitt kroppsspråk og toneleie for å ikke farge informantene (Fog, 2004). Intervjuene varte mellom 55 minutter og 1 time og 30 minutter.

3.5 Transkribering

Det er viktig å forholde seg nøyaktig til det informantene sier ved transkriberingen og ikke tillegge en annen mening enn det som kommer frem i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi leide to diktafoner som vi brukte under intervjuene. Dette forsikret oss om at alt ble tatt opp, i tilfelle det skulle skje noe teknisk svikt. Vi valgte å transkribere etter hvert intervju.

Intervjuer utførte transkriberingen. Dette var en tidskrevende prosess. Når intervjuer hadde transkribert, ble denne kvalitetssikret av observatør slik at ingen informasjon ble glemt. Denne ordningen fungerte veldig bra i dette studiet. For å få et inntrykk av hvordan intervjuet forløp transkriberte vi alt, inkludert våre egne spørsmål, pauser og nøling. Totalt ble 102 sider transkribert.

3.6 Fremgangsmåte for dataanalysen

Det å utføre en analyse av kvalitativ data vil si at man stiller spørsmål til selve materialet, leser og organiserer dataene. Materialet vil da fremstilles på en systematisk, forståelig og relevant måte (Malterud, 2011). I vårt arbeid med analysen har vi valgt å basere oss på Graneheim & Lundman (2004) sin beskrivelse av analyseprosessen.

Innholdsanalysen identifiserer både et manifest og et latent innhold av teksten. Det manifeste innholdet tar utgangspunkt i det synlige, åpenbare og ordrette som informanten sier. I det latente innholdet tolker forskeren den underliggende meningen i teksten. Dette går på å heve meningen i teksten til et høyere abstraksjonsnivå. Dette kommer til uttrykk gjennom tolkninger og dannelser av temaer (Graneheim & Lundman, 2004).

Vi startet med å lese igjennom hvert transkriberte intervju nøye flere ganger hver for oss, for å kunne danne et helhetlig bilde av innholdet. Vi tok også notater. Vi møttes så for å diskutere og sammenfatte det vi hadde kommet frem til. Vi fordelte intervjuene mellom oss for å finne de meningsbærende enhetene ut fra hensikten med studien.

Meningsbærende enheter er en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening (Graneheim & Lundman, 2004). Vi fant tilsammen 261 meningsbærende enheter. Vi sammenstilte de enhetene vi hadde funnet, og ekskluderte da 41 stykker, fordi de ikke var

aktuelle nok for vår problemstilling. Vi sto igjen med 220 meningsbærende enheter, som vi markerte med ulike farger ut fra hva de omhandlet.

De meningsbærende enhetene ble så redusert til en kondensert tekst uten at kjernen i budskapet ble endret (Granheim & Lundman, 2004). Det var viktig å bevare kvaliteten på innholdet så vi var bevisste på å ikke tolke innholdet i dette trinnet.

Neste trinn i analyseprosessen var å utføre en abstraksjon. Dette var en beskrivelse og tolkning av den kondenserte meningsbærende enhet. Abstraksjonen gikk på å løfte innholdet til et høyere logisk nivå ved å lage koder, (underkategorier), kategorier og temaer (Graneheim & Lundman, 2004).

Under abstraksjonsprosessen stilte vi oss spørsmålet ved hver kondenserte meningsbærende enhet: “Hva handler dette egentlig om?”. Ut fra dette kom vi frem til flere koder som vi satt opp mot hverandre for å finne likheter og ulikheter. Kodene ble så plassert ut fra hva de omhandlet (Graneheim & Lundman, 2004). I tabell 1 på neste side gis et eksempel fra kondensert meningsbærende enhet til kode.

Tabell 1: Et eksempel fra kondensert meningsbærende enhet til kode

Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Det som er karakteristisk med en livmor med dødt barn i, er at den har ingen tonus. Den gir ingen motstand, slik som en uterus med et levende barn i.	Noe er galt
Lite spenst i magen. Når du tar på magen så er det ingen motstand. Det er ikke et barn som gir beskjed tilbake, med tonus.	
Fikk en rar følelse gjennom Leopolds håndgrep at magen var sløv eller lite spenstig	
Ingen tonus i magen, ingen respons fra barnet. Mer en «deigklump» som du kan manøvrer sånn du vil.	
Uterus lar seg bare forflytte, på en unaturlig og vond måte.	

Neste trinn var å utarbeide underkategorier. Vi analyserte de kondenserte meningsbærende enhetene og plasserte de i aktuelle underkategorier. Underkategoriene ble flere ganger vurdert og diskutert oss imellom for å sikre at de omhandlet de meningsbærende enhetene. Vi ble til slutt sittende med 16 underkategorier. I tabellen under vises koder som fører frem til to av underkategoriene.

Tabell 2: Eksempler på koder som fører frem til underkategorier

Kode	Underkategori
Kjøpe seg tid	Jordmorstetoskopet
Høre forskjell på mors og fosterets puls	
Ikke lete lengre enn nødvendig	Hører ingen fosterlyd
Stille	
Å vite innerst inne	

I neste trinn analyserte vi underkategoriene og samlet de i kategorier. Selve kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse er etableringen av kategorier. Kategorier utarbeides av flere koder med det samme innhold. Kategoriene favnet flere underkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Det var en krevende prosess å komme frem til gode og fengende kategorier. Vi kom frem til 7 kategorier.

Siste trinnet i analyseprosessen var å lage tema. Dette var den “røde tråden” hvor man satt sammen flere kategorier ut fra essensen i kategoriene. Med tema menes det underliggende budskapet som vi kom frem til gjennom det å kondensere den meningsbærende enhet, kode og lage kategorier, altså det latente innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Vi kom frem til 3 temaer. Tabell 3 presenteres på neste side, og er et eksempel på hele analyseprosessen.

Tabell 3: Eksempler på analyseprosessen, fra meningsbærende enhet frem til tema.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Underkategori	Kategori	Tema
Og det er noe med det at når det ikke er tonus i magen, liksom ingen respons med et barn som kanskje presser seg opp, eller sånne ting, det er liksom bare en sånn.. Deigklump.. som du kan ja, manøvrere litt sånn som du vil. Mm..	Ingen tonus i magen, ingen respons fra barnet. Mer en deigklump som du kan manøvrere sånn du vil.	Noe er galt	Leopolds håndgrep	Å ta imot kvinne som har kjent lite liv	Trygge seg i det første møtet
Jeg tror kanskje den første gangen som dere skal på en måte stå i en slik situasjon som nyutdannede jordmødre så bør dere kanskje ha med en av de som har vært i situasjonen før. Som litt sånn råd og veiledning, ikke nødvendigvis sitte inne hos paret, men at du kan på en måte trekke deg ut på vaktrommet, ikke sant, diskutere og få litt sånn briefing med.	Nyutdannede jordmødre bør ha med seg en som har vært i situasjonen før, for råd og veiledning.	Gå ut for å få råd fra kollegaer	Få veiledning fra erfarne jordmødre	Ha en stødig plattform å støtte seg til	Å bruke seg selv i møtet med kvinnen
Det er jo forsket at det er bra å se barnet med tanke på sorgprosessen, så for meg er det egentlig ikke noe alternativ, om jeg spør så tenker jeg at foreldrene får et ansvar de ikke forstår at det er til deres beste for senere	Det er ikke noe alternativ og ikke se barnet. Det å spørre foreldrene gir de et ansvar de ikke forstår hva som er til deres eget beste.	Se barnet	Ta barnet til seg	Trygge kvinnen i hennes tilnærming til barnet	Å forberede kvinne på den stille fødselen

3.7 Resultatets troverdighet gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

I kvalitative studier benyttes begrepene gyldighet (eng: credibility), pålitelighet (eng: dependability) og overførbarhet (eng: transferability) for å beskrive studienes troverdighet (eng: trustworthiness). Disse må ses i forhold til hverandre. Studiens troverdighet vurderes ut fra beskrivelsen av innhenting og analyseringen av data i henhold til hensikten (Graneheim & Lundman, 2004).

Med gyldighet menes at leseren tror på det som blir presentert. Gjennom beskrivelser av metodens utvalg, datainnsamling og dataanalyse skulle leseren kunne utvikle tillit til studien (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har under hele arbeidet med analyseprosessen vært to som har analysert og tolket fra den meningsbærende enhet frem til tema.

Pålitelighet går på om fremgangsmåten i innholdsanalysen var ensartet og holdbar over tid, og om evidens er troverdig. Pålitelighet vil si om studien var overførbar. Det er leseren som avgjør om resultatene er pålitelige, forfatteren kan bare komme med forslag til overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Studien kan utføres på nytt der det er gitt en god beskrivelse, noe som gir mulighet for å etterprøve studien. Å trekke frem sitater fra informantene styrker studiens pålitelighet (Kvale og Brinkmann, 2015). Kvalitativ forskning basert på samtaler og intervjuer vil kunne bestå av flere betydninger, noe som vil være viktig i en diskusjon om resultatenes pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Overførbarhet vil si om resultatet kunne gjøre seg gjeldende i andre sammenhenger. Om studien var overførbar eller ikke, kan avgjøres på bakgrunn av beskrivelser om konteksten, utvalget og innhenting av datamateriale. Ved at resultatene ble tydelig beskrevet med sitater fra jordmødrene, ga det en innsikt i hva de eksakt beskrev. Dette ville styrke studiens overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

4.0 RESULTAT

I dette kapitlet presenteres studiens resultater. Hensikten er å få frem den erfaringsbaserte kunnskap som jordmødre innehar og som kommer frem i deres ivaretagelsen av kvinner som har et dødt barn i magen. Gjennom en systematisk analyseprosess ble jordmødrenes erfaringer sammenfattet i 16 underkategorier. En oversikt over underkategoriene presenteres i tabellen på neste side. Her kommer også kategorier og temaene frem.

Vi har kommet frem til tre overordnede temaer:

1. Trygge seg i det første møtet
2. Bruke seg selv i møtet med kvinnen
3. Forberede kvinnen på den stille fødselen

Tabell 4: Disse tre temaene kom vi frem til på grunnlag av de sju kategoriene

Underkategorier	Kategorier	Tema
Kartlegge barnets bevegelsesmønster Leopolds håndgrep Magefølelsen	Å ta imot kvinne som har kjent lite liv	Trygge seg i det første møtet
Å være rask med å lytte etter fosterlyd Jordmorstetoskopet	Å lete i usikkerheten	
Hører ingen fosterlyd Være fysisk nære ved ultralyden	Den vonde beskjeden	
Vise følelser Tilstedeværelse og ikke frykte stillheten	Tørre å by på seg selv som et medmenneske i en sårbar situasjon	Å bruke seg selv i møtet med kvinnen
Få veiledning fra erfarne jordmødre	Ha en stødig plattform å støtte seg til	
Åpen retur Vaginal fødsel Smertelindring Årsak	De avgjørende valgene	Å forberede kvinnen på den stille fødselen
Verdsette det hun har vært for barnet sitt Ta barnet til seg	Trygge kvinnen i hennes tilnærming til barnet	

I dette resultatkapittelet presenteres kategoriene under hvert tema. For å belyse våre funn vil vi trekke frem sitater fra intervjuene som eksempler.

4.1 Å trygge seg i det første møtet

Dette temaet tar for seg hvordan jordmor går frem for å trygge seg selv først. Dette for å forberede seg på det neste trinnet, nemlig det gi en negativ beskjed.

4.1.1 Å ta imot kvinne som har kjent lite liv

Jordmødrene fortalte at de alltid hilste på kvinnen som kom inn med spørsmål om lite liv, for så å ta henne inn på et uforstyrret undersøkelsesrom. Rommet hadde de som regel gjort i stand på forhånd. Samtlige jordmødre prioriterte kvinner som meldte seg til avdelingen med lite liv, og presiserte at dette var kvinner som aldri skulle vente.

En av jordmødrene begrunnet dette med at kvinnen har hatt en prosess når hun begynner å tenke at det er lite liv. Før hun melder seg til avdelingen, har hun vært bekymret for barnet i magen. I tillegg kan det være lang kjørevei til avdelingen, noe som forlenger ventetiden enda mer. Når en kvinne kom så langt i prosessen at hun henvendte seg fordi hun var engstelig for barnet, skulle hun prioriteres. Dette var ikke nødvendigvis fordi man kunne redde barnet, men det hadde med det psykologiske aspektet å gjøre, og respekt for en så alvorlig bekymring.

Alle jordmødrene spurte først om barnets bevegelsesmønster. De spurte om når hun kjente liv sist, hvordan hun kjente liv og om det var på samme måte som tidligere. De spurte også når hun merket at barnet var mindre aktivt, og om hun hadde kjent liv den siste timen.

Jordmødrene gjorde seg raskt opp en mening om alvorlighetsgraden. De sa at de kartla barnets bevegelsesmønster også for å få en referanse på hvor på de skulle lytte etter fosterlyden.

Fire av jordmødrene valgte å utføre Leopolds håndgrep før de lyttet etter fosterlyden. Ved å utføre dette, fikk de et inntrykk av magens tonus og spenst gjennom hendene sine, i tillegg til å finne ut hvor de skulle lete etter fosterlyden. Jordmødrene beskrev at magen kjennes helt annerledes ut med et dødt barn i, og at de umiddelbart fikk en følelse av at noe var galt. En jordmor beskrev den som en "deigklump" som kunne manøvreres dit du ville, uten spenst. En annen beskrev det som en mage med et barn som ikke ga motstand, intet press eller tonus. Den tredje jordmoren beskrev at magen lot seg forflytte, på en vond og unaturlig måte. En av jordmødrene sa det slik:

“Også når jeg palperer magen hennes så, og det syns jeg kanskje er det som er karakteristisk med en livmor med et dødt barn i. Den har ingen tonus. Altså du kan skyve hele magen, inni buken på mor. Den gir ikke noe motstand liksom, slik som en uterus med et levende barn i.”

En jordmor pleide ikke å utføre Leopolds håndgrep, og begrunnet dette med at hun heller prioriterte å lytte raskest mulig. Hun sa derimot at magen ofte var mindre og at fosterdelene ikke kjentes så lett utenpå magen, i motsetning til en mer utspilt uterus. Hun hadde likevel ikke tenkt over at livmoren bar preg av at den bar noe dødt.

Alle jordmødrene ga uttrykk for at de fikk en vond magefølelse, noen allerede under telefonsamtalen med kvinnen før hun kom til sykehuset. Jordmødrene fortalte at kvinnene selv også ofte allerede visste eller hadde en følelse av at barnet de bar var dødt.

“Ja, altså, du har jo på en måte gjort deg opp, kanskje en mening litt på forhånd. Eller litt sånn når du har snakket med henne litt i telefonen. Ehm. Da kan du få en følelse av at, kanskje noe ikke er som det skal være. Eh, og du både ser det når de kommer. Mm.. Og også når du kjenner på magen, kan man jo, men det er jo på en måte ikke en eksakt vitenskap det heller, på en måte, ikke sant. Men man kan få den magefølelsen om at noe er galt. Og det stemmer jo, dessverre..”

4.1.2 Å lete i usikkerheten

Å lytte etter fosterlyd raskest mulig var høyt prioritert i mottakelsen. To jordmødre beskrev at det å lytte etter fosterlyden, og ikke finne den, var som en fysisk reaksjon hvor de mistet ord. Tre jordmødre valgte å lytte med jordmorstetoskopet først, dersom dette var tilgjengelig på undersøkelsesrommet. Deretter lyttet de med doppler. En jordmor kjøpte seg tid ved å bruke jordmorstetoskopet, fordi hun da kunne bruke tiden til å tenke hvordan hun skulle legge frem for kvinnen at hun ikke hørte fosterlyd. Hun sa det slik:

“Jeg har nok ofte lyttet på de som har meldt seg med liv, med stetoskop. Fordi at det da, da kan jeg sette beina under meg selv, først, på en måte.”

En annen jordmor fortalte at hun syntes hun hørte lyden annerledes ved bruk av jordmorstetoskopet. Hun presiserte at ved bruk av jordmorstetoskopet så hørte man tydeligere forskjell, og at man ikke kunne ta feil av mors og barnets puls. Hun mente at ved bruk av doppler kunne man bli lurt i større grad, ved at det var mors, og ikke barnets puls man hørte. Hun beskrev at mors puls naturlig nok ville være høyere i en spent situasjon som dette, og at dette kunne resultere i at hun tolket mors puls som barnets.

En av jordmødrene benyttet ikke jordmorstetoskop til å lytte med. En annen mente at jordmorstetoskopet var gått ut på dato. De benyttet kun doppler eller brukte CTG-apparatet til å lytte etter fosterlyden.

4.1.3 Den vonde beskjeden

Samtlige av jordmødrene syntes det var vanskelig å gi beskjeden om at de ikke klarte å høre fosterlyden når de lyttet. De påpekte at det var ingen fasit i det å overbringe et trist budskap. Alle vektla det å være ærlig overfor kvinnen, og det å skåne henne for unødvendig smerte.

En jordmor var opptatt av at hun ville være forsiktig i sin uttalelse om hun ikke fant fosterlyd. Hun ville ikke si at hun ikke fant den, eller si at vi skal ta ultralyd for å se om barnet lever. Hun ville sagt forsiktig at hun ikke klarte å finne fosterlyd, og at hun skulle få en kollega til å hjelpe til med å utføre ultralydundersøkelse. En annen jordmor ville sagt noe av det samme, hun ville sagt at hun hadde vanskeligheter med å høre fosterlyd, men at hun ville få bistand fra en gynekolog til å se på med ultralyd. Alle jordmødrene sa at legene alltid kom raskt om de ikke fant fosterlyd. Her er et utsagn fra hvordan en jordmor var ærlig ovenfor kvinnen når hun ikke hørte fosterlyd:

“Så sier jeg:» jeg kan ikke høre fosterlyd, du er nødt til å få gjort en ultralyd, du er nødt til å få legen til å høre.» «Ja, lever den ikke?» sier hun da. Da må jeg jo si «vet ikke».”

Alle jordmødrene vektla viktigheten av det å være fysisk nære kvinnen når hun fikk bekræftelsen på at barnet i magen var dødt. En jordmor beskrev dette som at hun måtte være der som et fast holdepunkt, når tilværelsen raknet. En jordmor uttalte:

“og som ofte, som regel .. når du begynner å skjønne «at her.. ligger det an til at det ikke er noe liv».. Så nærmer jeg meg kvinnen veldig. Altså da står ikke jeg på andre siden av rommet. Og ser på at den legen sitter med ultralyd der. Da er jeg borte i senga hos henne. Så på en måte, før legen har rukket å si noe til henne, så har jeg vært der med hånda. Og holder tak i henne. For det tenker jeg er viktig, for da trenger hun en støtte.”

Tre jordmødre oppgav at de tok ultralydapparatet inn på undersøkelsesrommet, så man slapp å flytte rundt i avdelingen. De var opptatt av at det skulle være rolige former rundt kvinnen når det ble kaos inne i henne. Når meddelelsen om fosterdød ble gitt sa samtlige jordmødre at de åpnet opp for reaksjoner. De nevnte reaksjoner som gråt og skrik. De vurderte kontinuerlig hva kvinnen hadde behov for i denne situasjonen. Jordmødrene sa i etterkant av ultralyden at det var deres ansvarsområde med videre oppfølging og forklaring på det som ble sagt og informert av legen.

4.2 Å bruke seg selv i møtet med kvinnen

Dette temaet tar for seg viktigheten av at jordmor bruker seg selv og sine erfarne kollegaer for å kunne gi en optimal ivaretagelse av kvinnen.

4.2.1 Tørre å by på seg selv som et medmenneske i en sårbar situasjon

Alle de fem jordmødrene sa at det var riktig og naturlig å vise følelser. De gråt gjerne sammen med kvinnen, men understrekte at de ikke skulle “ta over sorgen”. Det skulle ikke være slik at kvinnen måtte trøste jordmor. Profesjonalitet handler også om å vise medfølelse og være et medmenneske i denne vanskelige tiden.

En av jordmødrene sa at man måtte tørre å være der, selv om det ble vanskelig for henne personlig. Den som var redd for følelser og ikke visste hva man skulle si, gikk ut fra rommet fordi man selv var redd. Det var derfor viktig å være så tøff at man turde å stå i det som var vondt. Det gikk ikke på om man var en aldri så god jordmor, men det handlet om det mennesket man var, i det møtet med det medmenneske som opplevde dette. Den samme jordmoren uthevet at det handlet om å by på og være seg selv. En annen påpekte at for henne føles det naturlig å være fysisk med kvinnen, og gi henne en skulder å gråte på, når hun trengte det.

“Men det er jo viktig å tørre å vise empati, også. Hvis du er veldig lei deg, og ikke vet helt hva du skal si, da kan du bare si det: «det er så trist, så jeg vet nesten ikke hva jeg skal si til deg» (...)... Og de ser at det gjør inntrykk på oss, at det betyr noe, ja, deres smerte.. Den deler vi også. Det er ikke bare noe vi sier, men vi viser det også, på en måte. Men du skal ikke ta over, og.. Det er ikke min sorg, som er hovedfokuset, selvfølgelig”

Tilstedeværelse trekkes fram av samtlige jordmødre. Alle ønsket å være mye tilstede, spesielt gjaldt det da beskjeden om intrauterin fosterdød ble gitt, og da kvinnen var i aktiv fødsel.

En av jordmødrene hadde jobbet på flere ulike fødeavdelinger. Hun erfarte at ved å ha en egen boks med alt man trengte til dødfødselen, så rasjonaliserte en tidsbruken og kunne være mer tilstede.

Ordet stillhet ble gjentatt flere ganger hos jordmødrene. Man måtte ikke frykte stillheten, den var ikke farlig, og man måtte godta denne. Man måtte tørre å være tilstede, og det var ikke nødvendig å si så mye. Alle jordmødre sa at de så på tilstedeværelsen ved dødfødsel som en utfordring, fordi de i tillegg hadde ansvar for flere gravide.

En av jordmødrene sa at man skal være personlig tilstede for kvinnen, men ikke privat. Med dette mente hun at det var feil å innlede et vennskap med kvinnen, og at det måtte holdes profesjonelt. En annen jordmor sa at kvinnene som opplevde å miste et barn i mors liv alltid ville ha en spesiell plass i hennes hjerte.

Alle jordmødrene var veldig bevisste vedrørende å gi informasjon til en kvinne som befant seg i en krise- og sorg situasjon. Opplysninger måtte gis gradvis og i hennes tempo slik at hun fikk tid til å absorbere dette. Ofte måtte man gjenta flere ganger. En jordmor vektla det å være litt i forkant med å fortelle om hva som skulle skje, slik at kvinnen skulle skjønne at dette var noe andre hadde tenkt på før henne.

To av jordmødrene sa at de kun informerte om det som skulle skje i nærmeste framtid, fordi kvinnen var i sjokk og kunne ha problemer med å få alt med seg. Det var viktig å gjenta all informasjon flere ganger. Man må bruke sansene og tolke signalene kvinnen gir.

4.2.2 Ha en stødig plattform å støtte seg til

Fire av jordmødrene snakket om å oppleve slike situasjoner som nyutdannet og med lite erfaring med intrauterin fosterdød. En av de sa at man kunne gjøre jobben like godt som fersk jordmor, fordi dette handlet om det menneske man var. For å ivareta kvinnen var det viktig med empati og medmenneskelighet, og man måtte være god på kommunikasjon.

De første gangene man skulle stå ansvarlig for en kvinne med dødt barn i magen, anbefalte jordmødrene å ha en erfaren kollega å støtte seg til, for råd og veiledning. Kollegaen vil også være en hjelper i debrifingen i etterkant. Når man skal ut for å få veiledning, sa en jordmor at man kunne si det slik til kvinnen:

“Nå går jeg ut lite grann, ikke sant, så får dere litt tid for dere selv, og så kommer jeg tilbake om så og så lang tid. Er det noe i mellomtiden så ringer du på meg. Og skulle du på en måte kjenne ting eller forandringer i kroppen din, så sier du i fra.”

En av jordmødrene uttrykte også at selv om man er erfaren jordmor, så ble man allikevel usikker, fordi det var så sjelden man stod i disse situasjonene. Tre av jordmødrene nevnte prosedyren for intrauterin fosterdød, og at den alltid brukes. I tillegg fantes en boks på avdelingen hvor alt av utstyr, rekvisisjoner og prosedyrer lå, og at denne ville være til god hjelp for jordmødre som skulle ivareta kvinner med dødt barn i magen.

4.3 Å forberede kvinnen på den stille fødselen

Dette temaet tar for seg hvordan jordmor legger frem valgene og mulighetene som kvinnen har frem mot induksjonen for å gjøre henne mer forberedt på den stille fødsel.

4.3.1 De avgjørende valgene

Jordmødrene fortalte mye om valgene kvinnen brått stod ovenfor, da det gjaldt fødsel og tiden etter. De snakket om at man måtte være veldig lydhør på hva kvinnene selv ønsket. Man måtte være spørrende, og legge spørsmålene litt i munnen på kvinnen. Valgene som ble tatt i denne korte tiden på sykehuset ville ha stor betydning for resten av kvinnens liv.

Jordmødrene var opptatt av å lage avtaler med kvinnen. De åpnet opp for muligheten for at kvinnen kunne reise hjem i påvente av induksjon, eller å være i avdelingen eller eventuelt på pasienthotell. Kvinner med dødt barn i magen var høyt prioritert, og de ønsket å legge alt til rette for at hun kunne bestemme dette selv. Av og til var det tilfeller hvor kvinnen, av medisinske årsaker, måtte være på sykehus. Noen ønsket ikke å reise hjem, og det respekteres. De fikk da enerom med eget bad, helst på observasjonsavdelingen. Mat og drikke ble tilbudt kvinnen på rommet, slik at hun ikke skulle være nødt til å gå i korridoren.

Alle fem jordmødre hadde god erfaring med at kvinnen reiste hjem før induksjonen. Dette fortalte de til kvinnene som opplevde dette, at andre i samme situasjon hadde vært glade for at de kunne reise hjem. Da gjorde de avtale om at de kunne ringe når som helst på døgnet, og komme tilbake om det ble for vanskelig å være hjemme. En jordmor sa at hun opplevde at de som hadde reist hjem og fått summet seg litt, ofte kom sterkere og mer rustet tilbake. Da hadde de fått snakket om det forferdelige som har skjedd med familien, og fått ordnet med praktiske ting.

“Det var en familie, og de var veldig innstilt på at de ville hjem først. De var veldig bestemt på det, og de var glad for at de gjorde det. Følte at det var riktig for seg, de ville hjem igjen å ta i den de hadde i armene. Liksom ikke glemme det på en måte. Oppi alt det triste.”

Kvinnens første reaksjon var ofte at hun ville ha keisersnitt. Denne tanken endret seg raskt. Samtlige jordmødre brukte god tid på å forklare hvorfor det var best at hun fødte vaginalt.

“Men det er jo liksom hvordan man da legger det opp, hvis man da er litt i forkant på det, å si noe om at «nå vet jeg at du ikke vil dette som jeg nå presenterer» (...) Og si noe om at «jeg vet at disse følelsene kommer nå, fordi jeg skal presentere dette her” og da på en måte virker det som det er litt lettere å snu på de. For da skjønner de, at «okei, her er det noen som har tenkt den tanken før meg» (...) Og at vi vet på en måte hva som kommer. “Vi vet at du nå ikke ønsker å føde», og støtte de på det. Men forklare de på en måte, at det er det beste. Til syvende og sist.”

Samtlige av jordmødrene pleide å si at keisersnitt var et stort inngrep med risiko for komplikasjoner. Dette ville også medføre at kvinnen bestandig ville ha et arr på magen som minnet om barnet hun fikk som ikke levde. Hvis det var nødvendig, utdypet jordmødrene komplikasjonene som kunne oppstå ved sectio som for eksempel adheranser, nedsatt fertilitet, infeksjoner, smerter og blødninger. Jordmor fokuserte på at det var best å føde vaginalt, både fysisk og psykisk. De nevnte at det var best, i tillegg lettet dette sorgarbeidet ved å knytte seg til barnet, og at det hele ble mer virkelig. I tillegg var tiden så knapp, og selve fødselen ville være en del av minnene man levde videre med.

“Den første tanken er jo at du får full narkose og at du blir forløst og at du helt adskilt fra alle andre. Men den tanken endrer seg fort. For det virker liksom så meningsløst og skulle føde et dødt barn. Og jeg skjønner det, det er jo det.”

En jordmor pleide å si til kvinnen at det var tøffe dager som ventet, og det var best for henne at hun var i best mulig fysisk form. Det ville komme en hverdag hvor hun skulle leve videre med dette, og at å føde et dødt barn var utrolig tøft. Da var det beste å gå gjennom en vaginal fødsel istedenfor et keisersnitt.

En annen jordmor sa at hun var spesielt opptatt av å støtte perineum ved forløsningen, for å forhindre store fødselsrifter. Hun begrunnet dette i at kvinnen skulle få slippe plager med det, i tillegg til det psykiske hun hadde å slite med.

Samtlige av jordmødrene sa at smertelindring var spesielt viktig ved en dødfødsel. To av jordmødrene fortalte om erfaringer fra sitt tidlige yrkesliv, hvor det ble gitt mye mer sederende smertestillende enn hva som ble gitt nå. De var opptatt av at kvinnene skulle være tilstede mentalt under fødselen og at det å føde barnet var en del av å skape minner.

“Men jeg husker det her med før at vi kanskje ga de så mye petidin at de var liksom ikke helt...De var liksom i sin egen boble og det er kanskje viktig for de i etterkant at de kan på en måte klare å...huske at de tok del i det. Klare å huske hvordan dette var, at ikke alt bare var et svart hull, liksom..”

Tre jordmødre nevnte at kvinnen kunne få så mye smertestillende som hun trengte, da det nå ikke var noe barn å ta hensyn til. Dette nevnes ikke for henne. Jordmødrene sa at de alltid tilbød epidural, helst tidlig i fødselsforløpet, og at dette også var en del av prosedyren på arbeidsstedet. De var opptatt av at smertelindringen skulle være et konstant tilbud, og at jordmødre var mye mer på tilbudssiden med smertelindring ved dødfødsel. To jordmødre sa at flergangsfødende ofte fødte raskere, og at man rett og slett ikke rakk å sette epidural, men at kvinnene allikevel i etterkant hadde vært fornøyd med fødselsopplevelsen.

Alle jordmødrene var veldig opptatt av at årsaken til fosterdøden må utredes, for at foreldrene skulle vite hva som hadde skjedd og for å hindre gjentakelse. Tre jordmødre sa at etter fødselen kunne årsaken til fosterdøden ofte åpenbart ses. Eksemplene som ble nevnt var infarkter i placenta, lite barn i forhold til gestasjonsalder, knute på navlesnor og stram navlesnor rundt hals. Selv om årsaken syntes åpenbar, anbefalte de tre jordmødrene likevel obduksjon, fordi det ville gi klarhet i om det fantes flere faktorer som kunne ha gitt dette utfallet.

Det tas mange prøver av mor og barn for å kartlegge årsaksforhold. En jordmor sa hun opplevde at kvinnene alltid ville spørre om årsak. Samtalen omkring utredning av årsak ville ofte finne sted før fødselen startet. Obduksjon ble den mest omfattende undersøkelsen på barnet, og var et valg kvinnen stod overfor. Fire jordmødre sa alltid at det var ikke sikkert obduksjonen kunne gi et konkret svar, men da sa de at da hadde man utredet og gjort det man kunne for å finne ut av det. Valget om obduksjon kan ikke tas på nytt, og jordmødrene la alltid frem obduksjon som noe positivt for utredningen.

To jordmødre opplyste at de hadde opplevd at noen ikke ønsket obduksjon, ofte på bakgrunn av kulturelle og religiøse overbevisninger. Jordmødrene var opptatt av at dette må respekteres også.

Alle jordmødrene sa noe om at de opplevde at kvinnen ville finne en årsak, og at hun prøvde å finne ut om hun har gjort noe feil. Eksempler de kom med da var at de har stresset for mye, ikke kjent etter liv, vasket for mye klær og båret for tungt. De prøvde da å fri kvinnen fra selvbefridelsen, for mest sannsynlig var det ikke noe hun kunne gjort annerledes eller hadde “skyld” i.

To jordmødre sa at de fokuserte på at kvinnen kjente barnet sitt godt ved å ha båret det i magen i så mange uker og måneder, og at det var veldig bra at hun tok kontakt med fødeavdelingen. En av disse jordmødrene sa det på denne måten:

“Så på en måte ikke fokusere så mye på det der med at det er ikke noe de selv har gjort, for det kommer opp igjen senere når de skal begynne å bearbeide sorgen. Og bare støtte de på det at de kom nå, og du kjente etter, og du kjente at det ikke var liv, og du kom”

En jordmor nevnte at i svært sjeldne tilfeller så kunne man reddet barnet om kvinnen hadde kommet tidsnok, men det var noe hun ikke sa til kvinnen. Tre av jordmødrene påpekte at det var spesielt utfordrende å bidra til å utrede årsaken til fosterdøden der kvinnen hadde risikofaktorer. Spesielt gjaldt dette selvpåførte faktorer, som for eksempel røyking, overvekt og diabetes. De snakket lite om dette før fødselen, og jordmødrene prøvde å fokusere minst mulig på det. Jordmødrene nevnte at de ville få ekstra oppfølging ved et nytt svangerskap. Med dette mente de for eksempel hjelp til røykeslutt eller vektnedgang.

4.3.2 Trygge kvinnen i hennes tilnærming til barnet

En av jordmødrene var opptatt av å fortelle kvinnen at hun hadde vært mamma for barnet sitt hele svangerskapet, for et barn som skulle bli født. Hun prøvde å få henne til å kjenne at hun hadde hatt et barn, og hatt kontakt med barnet i magen. At hun kjente barnet sitt, dens

bevegelses- og reaksjonsmønster. Hun prøvde å hjelpe kvinnen til å få mest mulig forhold til barnet sitt ved å personifisere det.

“Så jeg ville jo prate mye om det at du har gjort det beste for barnet ditt under hele svangerskapet. Du har kjent henne sparke, du har hatt et liv sammen med henne, du har hatt drømmer for henne og du har gjort alt du har kunnet for barnet ditt. Nå skal du føde henne på den måten som er best for deg selv. Det er også noe du gjør for barnet ditt. Etterpå skal hele familien se henne, hvis du vil det, og det gjør du for barnet ditt. For hun var så veldig ønsket, og det er sikkert mange som vil sørge sammen med dere. Å ha minner om henne. Det er godt dere har andre som har sett det, sånn at dere har felles minner. Jeg tror jeg vil prøve å snakke om det hun gjør for barnet sitt. At hun er en del av en familie, kanskje. At det er søsken som har ventet på henne. Barn, og besteforeldre som sørger. At hun er en viktig person.”

To av jordmødrene fortalte at de alltid brukte barnet, og ikke fosteret, når de snakket om barnet i magen. To av jordmødrene brukte navnet til barnet under fødselen hvis det var bestemt. Tre av jordmødrene brukte ikke navnet før etter fødselen. Under fødselen følte det mest naturlig for dem å bruke “gutten din” eller “jenta di”.

Alle jordmødrene var veldig bevisste på hvordan de snakket om barnet i magen til kvinnen.

“Det er veldig viktig hvordan vi ordlegger oss, hvilke ord vi bruker og hvordan vi som jordmødre forholder oss til eventuelt det barnet som kommer...for det er viktig på en måte hvordan de vil forholde seg til barnet sitt.”

Fire av jordmødrene snakket med kvinnen før fødselen om det å se barnet sitt når det var født. De anbefalte kvinnen sterkt å se barnet sitt, men i hennes tempo. En av jordmødrene uttalte:

“Anbefale henne å se det, men understreker at hun skal få gjøre det i sitt tempo. Så kan jeg si noe som at «Jeg vet av erfaring at det er viktig for kvinner som har født et dødt barn, å se det».”

Den femte av jordmødrene vektla at det å ikke se barnet var ikke noe alternativ. Hun la ikke dette frem for kvinnen som en valgmulighet, og begrunnet dette med at forskning viste at det å se barnet var bra for sorgprosessen. I tillegg mente hun at hun da utsatte kvinnen for et valg som hun ikke helt forsto konsekvensene av. Hennes erfaring tilsa at alle de kvinnene som hadde vegret seg for å se barnet, endret innstilling med en gang barnet var født og begynte på en måte å lete/strekke seg etter barnet sitt.

Alle jordmødrene informerte om barnets utseende, ettersom dette for mange kunne være skremmende. De informerte om at barnet kunne ha hudavskrapninger dersom det har vært dødt lenge. De fortalte også at barnet ville være blå på leppene og neglene, øynene vil være igjen og at fostervannet kunne ha farge etter mekonium.

“De har ofte fantasier om at et dødt barn ser fælt ut. De tenker at det vil være vondt å se barnet og fordi de er usikre på hvordan det ser ut. Det er ikke alltid vi vet heller, i forhold til misdannelser, om det har vært dødt lenge. Men vi snakker om det, og jeg sier: «når barnet kommer ut, så pakker jeg inn det, så kan du få nærme deg og se etter hvert som du føler deg klar for det. Og det er lurt å ikke vente veldig lenge». Jeg kan da skjerme de delene som ikke ser så bra ut, og hun kan begynne å se for eksempel en hånd. Jeg setter på lue hvis det er noen hudavskrapninger eller deformiteter på hodet. Jeg sier ikke at jeg skal dekke over det som ikke er pent, men sier at jeg pakker inn så du gradvis kan se.”

Jordmødrene vektla også viktigheten av å informere om at når barnet ble født så vil det være varmt siden det hadde vært inne i kvinnens kropp. Dette var viktig informasjon til kvinnen, siden mange var forberedt på at en som var død var kald. Barnet ville være kroppsvarmt så lenge det lå inntil mor.

“Det vil være varmt, at det vil være kroppsvarmt, at det vil være kroppsvarmt en stund, hvert fall så lenge barnet ligger inntil mor da, som det som regel er.”

Jordmødrene presiserte viktigheten av å forberede kvinnen på hvor stille det ville være når barnet ble født. En jordmor fortalte at når barnet var ute så begynte hun forsiktig å tørke barnet som vanlig. Hun passet på å ikke dekke til barnet for mye og brukte litt tid på å sjekke

barnet mellom kvinnens bein. Hun fortalte videre at hver gang hadde kvinnen blitt nysgjerrig. Hun hadde da løftet barnet opp til henne.

En annen jordmor beskrev at noen ganger kunne tilnærmingen ta litt tid fordi kvinnen ikke våget å ta blikket ned for å se på barnet som hadde kommet. Det var viktig å bruke tid. En annen sa at kvinnen ofte var usikker, og derfor måtte presses litt for å nærme seg og se barnet. Som regel ville kvinnen bøye seg frem og se, selv om hun egentlig hadde tenkte at hun ikke skulle det.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil vi diskutere studiens metode og resultater, om jordmødrenes ivaretagelse av kvinnen i lys av teoretisk rammeverk og forskning. Vi vil her trekke frem de viktigste funn fra hvert tema.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Den intuitive kunnskapen – jordmors fremgangsmåte i å trygge seg selv før hun gir en negativ beskjed

I dette underkapittelet vil vi diskutere hvordan jordmor går frem for å trygge seg selv i sin ivaretagelse av en kvinne som kommer med spørsmål om lite liv, hvor det viser seg at barnet ikke lever.

Berg (2010) vektlegger intuitiv kunnskap som en jordmor innehar gjennom det å stole på sine følelser, inntrykk og erfaringer på at noe er galt i møte med denne kvinnen. Dette kan skape en trygghet for jordmoren, siden hun nå på en måte blir litt forberedt, til det neste steget.

Jordmødrene fortalte at det å utføre Leopolds håndgrep, det å bruke hendene sine, ga dem et forsprang på det som ville komme. De var mer forberedt når de lyttet etter fosterlyden, og de visste på en måte allerede at de ikke ville høre den etter som magen manglet spenst og tonus. Dette ble et redskap som de utførte for å trygge seg selv på det som ville komme. Dette blir den intuitive kunnskapen som jordmor innehar (Berg, 2010).

Vi har ikke funnet noe forskning som bekrefter det jordmødrene sier om at en mage med et dødt barn er mindre spenstig og har mindre tonus. Det samme gjelder for viktigheten av å utføre Leopolds håndgrep før man lytter. Dette blir derfor erfaringsbasert kunnskap som jordmødrene besitter.

Vi mener at som uerfarne jordmødre vil det være en fordel å gjøre Leopolds håndgrep før man lytter. Dette vil for det første trene en uerfaren i det «å lese» gjennom bruk av hendene sine, og man får opparbeidet seg erfaring i å kjenne forskjell på det normale og unormale. I tillegg vil man da som regel finne ut av barnets stilling og hvor man skal lytte. Dette vil også kunne spare kvinnen for unødvendig lidelse ved å slippe og lete etter fosterlyden flere steder.

På den andre siden kan det å gjøre Leopolds håndgrep før man lytter kan forårsake at man bruker unødvendig med tid. Tid som kanskje kan være avgjørende i en situasjon om barnet kan reddes eller ikke. En uerfaren jordmor kan også ha problemer med å forstå det hun kjenner, og hun kan bli usikker. Dette kan skape mer utrygghet hos kvinnen.

Vi mener allikevel at det å utføre Leopolds håndgrep er et viktig redskap som jordmødrene besitter, og som bør utføres på en enhver gravid kvinne. Dette kan være med å forbedre en som fagperson, på hva som vil komme. Det handler om å trygge seg selv slik at man kan gi en optimal ivaretagelse av denne kvinnen.

Et funn som omhandler det samme, er det å lytte med jordmorstetoskopet først. Dette er også et redskap som jordmor benytter for å trygge seg selv. Dette gir en mulighet, og litt tid, til å forberede seg på den vonde informasjonen hun må gi kvinnen.

Jordmødrene vi har intervjuet begrunner det å lytte med jordmorstetoskopet først med at de bedre hører forskjell på mors og barnets puls. De lyttet med doppler etterpå, men til et minimum, før de kontaktet bistand fra gynokolog for å utføre ultralyd. Ved å bruke jordmorstetoskopet først ble de tryggere på at de ikke hørte fosterlyd, og de kunne sette beina under seg før de informerte kvinnen

Vi synes dette funnet er meget interessant siden vi ikke har funnet noe faglitteratur og forskning på det. Vi vil derfor betegne dette som erfaringsbasert kunnskap som jordmødre innehar. Denne praksiskunnskapen er en hjørnestein i faget, og utgjør en viktig brikke i modellen for kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt et al., 2012).

På den ene siden er det fint å bruke jordmorstetoskop, fordi man hører godt forskjell på mors og fosterets puls. Man kan da raskt gjøre seg opp en formening om det er intrauterin fosterdød, noe som igjen gir jordmor en mulighet til å forberede seg på det som hun nå må utføre.

På den andre siden må en ta med i vurderingen at foreldrene er vant med at det ved kontroller hos kommunejordmor lyttes med doppler, og at de kan bli mer urolige av at de ikke får høre fosterlyd med en gang, når det lyttes med jordmorstetoskop. Samtidig kan det virke enda mer

skremmende for kvinnen om hun hører lyden av doppler som leter og leter, uten å finne fosterlyd.

I tillegg mener vi det er viktig at man er en erfaren bruker av jordmorstetoskopet, fordi det er viktig å finne fosterlyd raskt, om det fortsatt er mulig å redde barnet. Derfor bør nyutdannede og uerfarne trene seg på å benytte dette mer enn det som gjøres i dag.

Ut fra det som de tre jordmødrene sier så mener vi at det er en stor fordel å benytte seg av jordmorstetoskopet først, og spesielt for uerfarne jordmødre. Vi mener at dette gir jordmoren forkunnskaper som vil kunne gjøre henne tryggere i sin ivaretagelse av kvinnen.

Et funn som vi vil trekke frem fra tema, er det å gi en negativ beskjed. Jordmødre forteller at de synes det er vanskelig å være ærlige på at de ikke hører fosterlyd, samtidig som de ikke kan gi diagnosen. De vil ha kvinnen raskt til ultralyd for å bekrefte eller avkrefte deres funn. Alle jordmødre var ærlige og informerte kvinnen om at de ikke fant fosterlyden, før de tilkalle legen. Dette var for jordmødrene en veldig tøff beskjed å måtte gi. De var derfor veldig opptatte av måten den ble formidlet på. Det kunne jo noen ganger skje at det var liv, bare at det var de som kanskje ikke hadde klart å finne den, men som regel stemte funnene deres.

Her handler jordmødrene i tråd med faglitteraturen, som sier at hun skal være ærlig overfor den gravide om at hun ikke kan høre fosterlyd, og tilkalle lege raskt for ultralyd (Hagberg et al., 2014).

«Breaking the bad news» er et uttrykk, som tradisjonelt sett ble sett på som da legen informerte om diagnosen. I dag ses det på som en prosess, og regnes for å referere til trist eller vanskelig informasjon som endrer kvinnens oppfatning av fortid og nåtid. Denne prosessen vil være all informasjon som gis som vil ha påvirkning på fremtiden. Det kan eksempelvis være slik som da uterus palperes, det ikke finnes fosterlyd og det utføres ultralyd. Ultralyden bekrefter mistanken om intrauterin fosterdød. I tillegg er det en stor prosess etter at beskjeden er gitt, hvor jordmor har en stor og vesentlig rolle å ivareta kvinnen (Warnock, 2014).

Alle jordmødrene vektla fysisk nærvær når kvinnen fikk bekreftelsen på at barnet var dødt. En jordmor fortalte at hun alltid stod fysisk nær kvinnen under ultralyden, slik at hun med en gang kunne ta kvinnens hånd hvis barnets hjerte ikke slo, og før mor hadde fått selve bekreftelsen på at barnet var dødt.

En traumatisk krise, som å miste sitt barn, kan beskrives i fire faser. Dette er sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen og reaksjonsfasen er den akutte delen av krisen. I sjokkfasen vil hun bli virkelighetsfjern, og opplever kun deler av hva som blir sagt. Realiteten er vanskelig å forstå. I reaksjonsfasen kan alle slags følelser og reaksjoner komme, delvis ukontrollert. Forsvarsmekanismer kan tre i kraft, som fortregning og regresjon. Kvinnen vil bli mer avhengig av andre, og kan ha behov for støtte, nærhet og at andre tar over ansvaret (Cullberg, 2007). Vi mener dette viser at jordmødrene handler i tråd med kriseteori. Dette ved fysisk nærhet, overta ansvaret, gjenta informasjon og åpne opp for reaksjoner.

En kvalitativ studie er utført i Irland, hvor 38 kvinner som får meddelelse om at fosteret de bærer har et alvorlig avvik. Kvinnene ble intervjuet 6-8 uker etter at de fikk informasjonen, for å kartlegge blant annet hvordan de opplevde helsepersonellet da beskjeden ble gitt og i tiden etter. Samtlige av informantene sa at det var spesielt viktig for dem å møte samme helsepersonell, for å utvikle et tillitsforhold. Mangel på kontinuitet i omsorgen førte til frykt og frustrasjon. I tillegg satte alle pris på at de kunne kontakte rett personell ved behov mens de var hjemme. De følte at de hadde et fortløpende behov for informasjon, og at de trengte individuell støtte. De ønsket spesielt en jordmor med fagkompetanse på deres problematikk (Lalor, Devane & Begley, 2007).

Denne underbygger hva jordmødre fortalte i intervjuene. De er fysisk nære ved ultralyden, og lar de få reagere på sin måte, og at alle har ulike reaksjonsmønstre. Jordmødrene vurderer kontinuerlig hva kvinnen har behov for. De viser at de har god tid, og er til stede mens hun har det så vondt. De sier at man må tørre å være der og møte sjokket, og å være et medmenneske. En av jordmødrene sier at hun synes det er vanskeligst de første timene, hvor hun skal informere, støtte henne og møte sjokket sammen. Selv om legen gir den endelige diagnosen om intrauterin fosterdød, vil jordmor ha ansvar for ivaretagelsen av kvinnen da beskjeden blir gitt, og i tiden etter. Alle jordmødre legger vekt på å gjenta all informasjon som har blitt sagt av legen.

Studien til Rådestad et. al. (2014) har undersøkt hvordan 26 kvinner opplever ultralydundersøkelsen. De beskriver at de opplever en fullstendig stillhet i rommet, og at jordmor og gynekolog kun er opptatt av å se på ultralydskjermen. Ingen snakker med kvinnen i disse minuttene, og som for kvinnene kan oppleves traumatisk i tiden etter. De opplever at

de har et “hemmelig språk” seg imellom, før de informerer kvinnen om sine funn, og hun føler seg veldig alene da hun blir fortalt at barnet er dødt (Rådestad, et al., 2014).

Hvis man skal sammenligne vår studie med Rådestad et.al (2014) er det sprikende resultater. Jordmødrene i vår studie var spesielt opptatt av at kvinnen alltid skulle ha fysisk kontakt med dem under ultralydundersøkelsen, ved å holde hender, gi en skulder å gråte på og åpne opp for reaksjoner. At kvinnene opplever dette helt annerledes, kan bety at det kan være forbedringspotensialet hos både jordmødre og gynekologer i slike tilfeller.

Med disse kvinners opplevelse i bakhånd, tenker vi at det kan være en god idé i klinisk praksis, å forberede kvinnen på stillhet under ultralydundersøkelsen. I tillegg begrunne dette med at legen må konsentrere seg om å gjøre ultralydundersøkelsen nøye. Man kan si at hun vil bli informert om alt når legen har fått undersøkt ferdig. Vi tenker også at det kan være fint å informere om at det kan være nødvendig at en annen lege også kommer inn for å vurdere ultralydbildene.

Denne kvalitative studien viser hvor viktig det er at jordmødre er forberedt på hvordan de skal ivareta den gravide i en sånn sårbar situasjon både verbalt og non-verbalt. Det å måtte overbringe en så vanskelig beskjed kan for mange jordmødre og gynekologer være en utfordrende oppgave, og en usikker og vanskelig situasjon å stå i, men man må være den profesjonelle (Rådestad et al., 2014).

5.1.2 Den profesjonelle sikkerheten – å viderebringe den erfaringsbaserte kunnskapen

I dette underkapittelet vil vi diskutere tilstedeværelse og viktigheten av veiledning fra jordmødre med god erfaring på området, for å kunne ivareta kvinnen på best mulig måte. Profesjonell sikkerhet vil si at jordmor innehar både en teoretisk og praktisk kunnskap som hun benytter i sin ivaretagelse av kvinnen. I tillegg er det viktig at hun kan reflektere over sin utførelse med andre kolleger (Berg, 2010).

I Berg (2010) vektlegges at fortroligheten, relasjonen mellom kvinnen og jordmoren styrkes ved at de er åpne for hverandre. Det å skape et tillitsforhold som er bygd på deltakelse og ivaretagelse av den gravides behov. Dette viser også at i en slik situasjon er det å ta avgjørelser vanskelig, fordi man ikke helt vet hva som venter seg. Det at kvinnene velger å

stole på jordmors erfaringer og anbefalinger, viser hvor viktig det er at rådene som gis er til det beste for kvinnen og at kvinnen har følt seg godt informert og delaktig (Berg, 2010). Dette er viktige momenter som en jordmor bør ha med seg i sin ivaretagelse av den gravide med et dødt barn i magen.

Når kvinnen har fått beskjed om at barnet ikke lever, vil hun som regel gå inn i en krise- og sorg reaksjon. Alle hennes forestillinger om seg selv som mor og sitt ufødte barn har blitt knust (Ammaniti, Tambelli & Odorisio, 2013). Det kan bli vanskelig å nå inn til henne med informasjon. Jordmødrene vi intervjuet fortalte at det var viktig å gjenta informasjonen flere ganger og ha en klar plan for det hun nå skulle igjennom. Det var viktig at jordmor viste at hun tok over ansvaret og ga uttrykk for at dette var noe som noen hadde tenkt på før henne.

Berg (2010) vektlegger viktigheten av at jordmor opparbeider seg et tillitsforhold til kvinnen hvor hun involverer henne i de valg som må tas, og viser at hun har en plan videre hvor kvinnens behov blir ivaretatt. En studie fra Iran viser at det er viktig at jordmødre viser medmenneskelighet og gir god informasjon til kvinnen for å unngå ekstra traumer, unngå forlengelse av rekonvalesensprosessen og for å unngå at tillitsforholdet blir ødelagt (DiMarco, Renker, Medas, Bertosa & Goranitis, 2002).

Samtlige av jordmødrene var opptatt av tilstedeværelsen, at man aldri skulle gå ut fra rommet uten å informere og ha en plan for hva som skjer videre. Jordmødrene mente det var viktig at det var få personale å forholde seg til, og at jordmoren som stod ansvarlig for kvinnen ikke burde ha andre arbeidsoppgaver. De sa at tilstedeværelsen påvirket fødselsforløpet og fødselsopplevelsen. Her arbeider jordmødrene forskningsbasert.

En cochrane-review, med 15288 inkluderte kvinner, viste at kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i den aktive delen av fødselen var svært viktig for at kvinnen skulle sitte igjen med en god fødselsopplevelse. Ved å være kontinuerlig tilstede på fødestuen, kunne hun støtte, trygge og gjøre gode observasjoner, slik at unødvendige intervensjoner kunne unngås. I tillegg ga tilstedeværelsen kortere fødselsvarighet. Hun kunne også bidra til at kvinnen hadde mindre behov for medikamentell smertelindring i aktiv fase av fødselen (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013). Dette er også i tråd med modellen til Berg (2010), som setter krav til kontinuerlig tilstedeværelse, hvor av inngår følelsesmessig og fysisk nærhet.

Tre av jordmødrene ytret at det var viktig at uerfarne jordmødre fikk god veiledning fra mer erfarne jordmødre når de skulle ivareta kvinner med dødt barn i magen. I tillegg sier kvinnene i studien til Lalor et al. (2007) at de ønsker en jordmor med fagkompetanse på deres problemstilling. Dette forutsetter at uerfarne jordmødre også blir satt til disse arbeidsoppgavene, siden det er eneste måte å få erfaring med slike situasjoner.

Erfarne jordmødre besitter en teoretisk og praktisk kunnskap som gir de en profesjonell sikkerhet (Berg, 2010). Det er derfor viktig for nyutdannede og uerfarne jordmødre å reflektere sammen med en erfaren jordmor om hvordan de på en best mulig måte kan ivareta en kvinne som kommer med spørsmål om lite liv, og hvor barnet viser seg å være dødt. Det å reflektere over hvordan man har håndtert en situasjon, eller man tenker hvordan at man ville ha løst en situasjon, er nyttig erfaring for både den erfarne og den uerfarne. Gjennom refleksjon kan det komme frem ny kunnskap som kan sette situasjonen i et nytt lys for den erfarne eller gi henne en bekreftelse på at det hun gjør er riktig. Mens for den uerfarne jordmor er dette verdigfull kunnskap som kan hjelpe henne gjennom en vanskelig og usikker situasjon som hun sannsynligvis ikke har vært i før. Dette viser at for uerfarne jordmødre er det viktig å en erfaren jordmor i nærheten. Da kan de ha en felles refleksjon underveis den første gangen man skal ivareta en kvinne med et dødt barn i magen. Dette vil gi den uerfarne en trygghet i at hennes ivaretagelse av kvinnen er av god kvalitet.

Utfordringen i å få erfaring med intrauterin fosterdød, er at det er relativt få tilfeller. I 2014 var det 263 dødfødte barn blant 60026 fødte ([MFR], 2016), noe som vil si at det i løpet av et år er få tilfeller per avdeling. Hvis vi sammenligner med tall fra for eksempel 1992, kan vi se at det var 389 dødfødte blant 60402 fødte ([MFR], 2016]). Dette viser et klart bilde på at det var betydelig flere dødfødte for 24 år siden enn i dag, og går man enda lengre tilbake vil tallene på dødfødte stige betraktelig. Dette betyr at jordmødre med lang erfaring i faget, naturlig nok også har erfaring med intrauterin fosterdød, og har mye å bidra med i forhold til opplæring og veiledning av uerfarne jordmødre.

Vi vurderer det slik at det er desto viktigere at ferske jordmødre får prøve seg i ivaretagelsen av kvinnen i de få tilfellene som er i fødeavdelingen årlig. Ut fra vår praksiserfaring kan det synes som om disse arbeidsoppgavene settes til de jordmødre som er "flinke" på temaet og har lang erfaring med det. Dette vil kunne hemme at fagkompetansen utvikles.

5.1.3 Den tillitsskapende dialogen – om valg og muligheter for den stille fødselen

I dette underkapittelet vil vi diskutere valgene kvinnen står ovenfor, i lys av teori og forskning på området. Berg (2010) vektlegger viktigheten av at en jordmor klarer å skape en relasjon til kvinnen som er basert på fortrolighet, tillit, fortløpende dialog, delt ansvar og kontinuerlig tilstedeværelse.

I en studie ble 12 kvinner intervjuet om deres opplevelser før og når de fikk diagnosen om at barnet var dødt, samt om fødselen. Forskerne ville finne ut hvorfor man ikke burde utsette induksjonen med mer enn 24 timer etter diagnosen var gitt, og for å bestemme hvordan tiden imellom skulle brukes best mulig. Studien viste at kvinnen syntes det var vanskelig å kommunisere om sine bekymringer til helsepersonalet. De hadde en opplevelse av uvirkelighet og nummenhet, og hadde i tillegg et ønske om å bli kvitt det døde barnet fortest mulig. Det ble derfor konkludert med at perioden mellom diagnosen og induksjonen burde benyttes av helsepersonalet til å prøve å få kvinnen til å vende seg til tanken om en dødfødsel og få henne til akseptere at hun nå skulle få møte sitt barn, bare at det ville være et stille barn (Trulsson & Rådestad, 2004).

Jordmødrene fortalte at noen av kvinnene reagerte med at de ønsket seg keisersnitt, når de fikk vite at barnet de bar var dødt. Berg (2010) vektlegger at det er viktig at jordmor støtter og verner om det normale og naturlige hos alle gravide, selv de med risiko, slik at fokuset ikke bare blir på det medisinske. Dette hensynet tar jordmødrene i sitt arbeid ved å forklare viktigheten av det at hun føder sitt barn vaginalt basert på fysiske og psykiske aspekter. Når jordmødrene legger det frem på denne måten så blir det egentlig ikke et valg mellom det å føde vaginalt eller få keisersnitt. I tillegg vil ofte legen være til stede og støtte denne anbefalingen. Det er også her viktig at hun informerer om smertelindring og at kvinnen kan få det hun ønsker til en viss grad. Det er viktig at hun ikke er så ruset at hun ikke får med seg det som foregår.

I studien til Malm et al. (2011) kom det frem at alle kvinnene følte seg inkludert i avgjørelsene rundt når induksjonen skulle starte, men at de følte seg uegnet til å ta en sånn avgjørelse. De stolte på at den planen som jordmor og gynekolog la frem for dem var den beste. Videre kommer det frem i studien at kvinnene følte at de befant seg i et «ingenmannsland». Med dette mente de at de følte seg utenfor all normalitet, i påvente av induksjonen, med mye ufrivillig venting. I tillegg til å håndtere det ubegripelige som skjedde.

Dette bekreftes i en annen studie hvor man så på mors opplevelse av tiden etter hun hadde fått vite at barnet var dødt og frem til selve induksjonen. Her kom det frem at endel av kvinnene følte de fikk hjelp til å håndtere situasjonen, mens andre igjen følte at det å vente på induksjonen førte til ekstra stress og psykologiske traumer i en allerede stressende situasjon (Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg & Rådestad, 2011).

Alle våre jordmødrene hadde erfart at de kvinner som valgte å reise hjem første natten, virket å ha fått bearbeidet endel hjemme sammen med familien. Hun stod da sterkere rustet til det hun nå skulle igjennom. Jordmødrene påpekte også at kvinnene fikk tilbud om å bli på avdelingen eller pasienthotellet, dersom det å reise hjem var vanskelig. De anbefalte kvinnene ut fra sine erfaringer aller helst å reise hjem. Grunnen var at de i ro og fred kunne informere familie, venner og finne frem tøy som de kunne ha med til barnet.

Jordmødrene anbefalte kvinnene å se og holde barnet sitt rett etter fødselen. Før fødselen informerte de fleste om barnets utseende, at det var varmt og at det ville være stille. En av jordmødrene sa at hun ikke la frem det å ikke se barnet som en valgmulighet. Hun mente at dette var å gi kvinnene et ansvar som de ikke ville forstå at var til sitt eget beste for senere.

Vi fant to studier som sa noe om konsekvensene for mor i ettertid om det å ikke se eller holde sitt dødfødte barn etter fødsel. Den ene studie tok for seg 37 mødre som hadde gått igjennom en dødfødsel. Her viste studien at der mor fikk holde og se sitt barn etter fødselen førte til en mindre risiko for angst og depresjon i neste svangerskap (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008).

Den andre studien tok for seg mødre som hadde fulgt personalets anbefalinger om å se og holde barnet versus de mødre som ikke hadde fulgt denne anbefalingen. Det viste seg her at de mødre som ikke hadde holdt sitt barn hadde større risiko for å få hodepine og dårligere søvnkvalitet i ettertid. Kvinnene med lav utdanning hadde større sannsynlighet for å ikke ville se sitt barn enn de med høy utdanning. I tillegg viste studien at tilnærming til barnet var avhengig av hvordan jordmødrene forberedte de på en skånsom måte det å se og holde sitt døde barn (Rådestad et al., 2009).

Ut ifra det som forskningen viser er det kanskje den jordmoren som ikke la frem det å se, og holde sitt dødfødte barn som et valg, som handlet mest riktig. I studien til Malm et al. (2011) kom det også frem at de fleste kvinnene følte seg uegnet til å klare å ta avgjørelser ut i fra den

situasjonen hun befant seg i nå. Dette støtter jordmorens forklaring på hvorfor hun velger å ikke legge det frem som et valg. Kvinnen befinner seg i en krise- og sorgreaksjon og det å ta avgjørelser man ikke vet konsekvensene av kan være en stor psykisk belastning i ettertid. Det er allikevel viktig at jordmor er lydhør for de kvinnene som ikke ønsker å se sitt barn. Det som virker naturlig for noen er ikke nødvendigvis det for andre. Alle broer er ikke brent selv om det gis uttrykk for at man ikke ønskes å se sitt døde barn før man er i fødsel. Kvinnen har full mulighet til å ombestemme seg, og mye avhenger også av hvordan jordmor her går frem. Det viktigste er at kvinnen føler seg trygg og er godt informert slik at hun ikke angrer på sitt valg.

I den verdighetsbevarende omsorgsrelasjonen, som er del to i Berg (2010) sin omsorgsmodell, vektlegges det at jordmor skal ta ansvar for kvinnens oppfølging basert på hennes ønsker. Kvinnen skal informeres og føle seg delaktig i de valgene som skal tas. Gjennom denne handlingen skapes et tillitsforhold. De jordmødrene som la det frem som et valg som kvinnen hadde, handlet riktig ut fra den teoretiske modellen. Jordmødrene mente at det var veldig viktig at kvinnen både så og holdt sitt barn etter fødselen. Dette var noe de anbefalte. Jordmødrene fortalte også at ofte der kvinnene hadde vært usikker før fødselen om de ønsket å se og holde barnet, allikevel hadde strekt seg etter barnet sitt når det ble født og tatt det til seg.

Vi tenker at det er viktig at jordmødre forteller kvinnen i tiden før induksjonen om viktigheten av å se sitt nyfødte døde barn rett etter fødselen. Det er viktig at jordmor så langt det går an forbereder kvinnen på det som skal skje, slik at hun forhåpentligvis lettere kan ta til seg barnet. Det bør muligens ikke fremlegges som en valgmulighet som kvinnen har, ut ifra hva forskningen viser på dette området. I tillegg viste jordmødrenes erfaringer at de usikre kvinnene allikevel ofte valgte å ta til seg sitt nyfødte barn rett etter fødselen. Vi er på dette punktet enige med jordmoren som mente at det å legge det frem som et valg var å gi kvinnen et for stort ansvar som hun ikke kunne vite konsekvensene av i etter tid. Men at man også må respektere en kvinnes valg om å ikke se sitt nyfødte døde barn dersom hun er godt informert. Dette hindrer jo allikevel ikke en jordmor fra å prøve en tilnærming når barnet er født. Kvinnen vet heller ikke hvordan hun vil reagere i en sånn følsom situasjon.

5.2 Metodediskusjon

For å avgjøre om metoden for studien var best egnet, skal en stille spørsmål om den valgte metoden var riktig for å besvare problemstillingen (Malterud, 2011). Gjennom denne studien ønsket vi å tilegne kunnskap om hvordan jordmødre ivaretar kvinner ved intrauterin fosterdød. I forhold til studiens formål og problemstilling var det naturlig å benytte kvalitativ metode med semistrukturerte intervju for innsamling av datamaterialet, hvor jordmødrene ga rikelige beskrivelser om temaet.

Det finnes mange kvalitetskriterier som kan benyttes i vurderingen av metodevalg, men det diskuteres om kvalitative studier bør bedømmes ut fra vitenskapelige kriterier (Malterud, 2011). Vi har valgt å vurdere studiens styrker og svakheter, og de vil bli belyst gjennom Graneheim, & Lundman (2004) sin forståelse av troverdighet. Troverdighet er tidligere beskrevet i metodekapittelet.

Studiens gyldighet handler om studien måler det den har til hensikt å måle, og i hvilken grad den valgte metoden undersøker det som den er ment å undersøke. I tillegg handler studiens gyldighet om innsamlet data er mest mulig relevant eller gyldig for problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004).

Målet med studien var å innhente jordmødres erfaringsbaserte kunnskap om temaet, og om mulig komme frem til ny kunnskap som jordmødre kan benytte seg av. Resultatene viser at denne kunnskapen kom frem gjennom metoden som ble valgt for datainnsamling. Sitater i teksten styrker gyldigheten til resultatet. Ved å benytte et semistrukturert intervju med intervjuguide, gav dette et struktur på intervjuet, samtidig som informantene fikk dele erfaringer og snakke fritt om temaet. Ved å være to under intervjuet, var det desto lettere å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Dette ga utdypende informasjon til intervjuet. Ved gjøre lydopptak av intervjuene sikret det en nærhet, sensitivitet og oppmerksomhet til informasjonen som fant sted mellom intervjuer og informant. Ved å se på metodekapittelet mener vi at vi har utarbeidet en utfyllende og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten i studien.

Vi benyttet en tabell for hvert intervju som arbeidsredskap under hele prosessen. Her fylte vi inn hele analysen. For å sikre at informantenes utsagn ikke ble oppfattet feil, gikk vi stadig

tilbake til de transkriberte intervjuene. Studiens gyldighet er styrket ved at analyseprosessen er beskrevet nøye og systematisk.

Å gjøre et strategisk utvalg vil øke studiens gyldighet. Av og til kan det være vanskelig å rekruttere et optimalt strategisk utvalg (Malterud, 2011). Etter at vi hadde gjort tre intervjuer, var vi nødt til å foreta et bekvemmelighetsutvalg for å nå metning. Vi ser at dette kan være en begrensning ved studien. Vi valgte likevel å benytte denne utvalgsstrategien på grunn av studiens tidsbegrensning.

Valg av informanter fra samme avdelingen kan være en svakhet ved studien. Likevel mener vi at jordmødrene hadde et bredt spenn i tidligere yrkeserfaring fra andre avdelinger, og at de ved datainnsamlingen arbeidet ved samme avdeling ville ha lite å si for resultatet. De hadde alle ulike synspunkter og erfaringer i forhold til å ivareta kvinnen, og det fremkom stor variasjon i hva de fortalte. Allikevel var de samstemte på viktigheten av at jordmor er profesjonell i møte med kvinnen som bærer et dødt barn.

Ved å diskutere funnenes pålitelighet, er det viktig å vite at kvalitativ forskning som er basert på fortellinger, vil kunne bestå av flere betydninger (Granheim & Lundman, 2004). Informantene var klar over at forfatterne var jordmorstudenter, og dette kan ha farget svarene. Samtidig oppfattet vi at de var åpne og ærlige om sine erfaringer.

Siden forfatterne utførte semistrukturerte intervjuer, ble intervjuguiden brukt som et utgangspunkt for intervjuet. Det kan være en svakhet at vi byttet på annenhver gang med å intervjuer, siden vi kan ha ulike måter å stille spørsmål på. Dette gjelder både i forhold til intervjuguiden og oppfølgingsspørsmål. Samtidig ser vi på det som en styrke at det var to som intervjuet, ved felles refleksjoner og tilbakemeldinger om forbedringer til neste intervju. For observatør var det lettere å se den røde tråden i intervjuet, og stille spørsmål til slutt på svar som ikke var utfyllende nok.

Vi ser også at det kunne ha vært spennende å utføre studien ved å gjøre fokusgruppeintervjuer. Dette kunne ha fått frem en større bredde og diskusjon rundt temaet. På grunn av studiens tidsperspektiv følte vi at semistrukturerte intervjuer var det beste for vår studie. I tillegg jobber jordmødre turnus, noe som igjen kunne ha blitt en utfordring når det gjaldt å finne et egnet intervjutidspunkt. Vi synes at våre semistrukturerte intervju ga oss en

rikelig bredde og variasjon i datamaterialet som vi trengte for å kunne besvare vår problemstilling.

En detaljert beskrivelse av studiens kontekst, utvalg, datainnsamling, analyseprosess, resultat og sitater fra informanter, bidrar til å styrke overførbarheten av studien (Graneheim & Lundman, 2004). Vi kan ikke konkludere med at våre funn er direkte overførbare, i og med at dette er en kvalitativ studie. Siden utvalget er gjort tilfeldig, ved at informantene har ulike arbeidserfaringer og er i forskjellig alder, mener vi at resultatet kan overføres til jordmødre ved andre fødeavdelinger. Med dette mener vi fødeavdelinger i Skandinavia, siden de har noe lik kultur, både hva gjelder bemanning og ivaretagelse. Det vil være opp til leseren selv å vurdere om resultatene kan overføres til en annen sammenheng.

En del av analysearbeidet er lest gjennom av veileder underveis. Vi har også vært to om analyseringen. Dette kalles triangulering og er en metode for å påvise troverdighet til studien (Malterud, 2011). Etter vår vurdering har vi fått innholdsrike beskrivelser om jordmødrenes ivaretagelse av kvinner med dødt barn i magen. Vi har ikke beveget oss på overflaten i løpet av studien, men virkelig fått en dybdeforståelse av vårt datamateriale.

6.0 AVSLUTNING OG KONKLUSJON

Denne studien har hatt til hensikt å få frem den erfaringsbaserte kunnskapen jordmødre innehar om ivaretagelsen av en kvinne som opplever intrauterin fosterdød. Resultatene fra denne studien kan være et forberedende hjelpemiddel for uerfarne jordmødre når de første gangen skal ivareta en kvinne med spørsmål om lite liv, ved bekreftelsen av intrauterin fosterdød og frem mot induksjonen. I vår studie vektlegges viktigheten av at en uerfaren bør ha en erfaren jordmor å støtte seg til gjennom denne prosessen. Den erfaringsbaserte kunnskap som jordmødrene innehar står ikke nedskrevet, og det er derfor viktig å bringe dette videre for utvikling av jordmorfaget.

Studiens hovedfunn, er hvordan jordmødrene bruker jordmorstetoskop og Leopolds håndgrep som redskaper for å trygge seg. Dette er en forberedelse til det som kommer, nemlig det å gi den negative beskjed. Vi har ikke kunnet finne mye forskning vedrørende dette temaet. Det hadde vært interessant å gjøre en kvantitativ studie basert på jordmødre, hvor man undersøkte bruk av jordmorstetoskop kontra doppler ved mistanke om intrauterin fosterdød. Det hadde også vært spennende å undersøke om andre jordmødre palperer magen og kjenner forskjell på uterus med dødt barn kontra levende barn i. I så fall, bør det diskuteres om dette bør inn i fødeavdelingens prosedyrer.

De andre resultatene som vi har kommet frem til viser at jordmødrene er veldig bevisste i sin ivaretagelse av en kvinne som kommer med lite liv. Flere av jordmødre sier at kvinner som kommer til avdelingen og er bekymret for barnet i magen, skal tas på alvor. De er en prioritert pasientgruppe. Vi ser at dette gjennomsyrrer alle informantenes holdning ut fra studiens resultat.

Jordmødrene mener at å jobbe med fosterdød er noe av det mest utfordrende ved yrket. Samtidig gir det dem mye tilbake, spesielt når det er ressurser til å kunne ivareta kvinnen på en verdig og respektfull måte. Samtlige av våre informanter gjorde sitt beste for å ivareta kvinnen som opplevde å miste barnet i magen.

Denne studien gir sterke signaler om at fødeavdelingene må prioritere at jordmødre som skal ivareta kvinner med dødt barn i magen, kun bør ha ansvar for denne kvinnen på sin vakt. Jordmor bør være tilstede for kvinnen så mye som er nødvendig for den enkelte.

REFERANSELISTE

- Agård A, Nilstun T, & Löfmark, R. (2002). Ethics in everyday care. The dialogue is physician's most important tool. *Läkartidningen*, 99(19):2171–3.
- Ammaniti, M., Tambelli, R. & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1-10. doi: 10.1002/imhj.21357
- Berg, M. (2010). Vårdandets vädegrund vid barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red), *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande* (s.29-42). Studentlitteratur, Lund, Sverige
- Berg, M. (2010). Vårdandets vid barnafödande med ökade risker. I M. Berg & I. Lundgren (Red), *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande* (s. 145-165). Studentlitteratur, Lund, Sverige
- Berg, U., Ekenstein, G., Höjer, B., Sandros, I. & Tunell R. (1978). Information and support for parents of stillborn children. *Läkartidningen*, 75(3):128-32
- Blix, E. (2010). Inngrep og tiltak under fødselen. I. S. Holan, & M. L. Hagtvedt (Red.). *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid* (2.utg. s. 151-160). Bergen: Fagbokforlaget
- Brodèn, M. (2007). *Graviditetens muligheder: en tid hvor relationer skabes og udvikles* (2.utg). København: Akademisk Forlag
- Cacciatore, J., Rådestad, I. & Frøen, J. F. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*, 35(4):313-20. doi: 10.1111/j. 1523-536X.2008.00258.x
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget

- DiMarco, M., Renker, P., Medas, J., Bertosa, H., Goranitis, J.L. (2002). Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4):180–6.
- Egenæs, S. (2009). Når barnet dør i mors mage - hvordan takler vi det på fødeavdelingen? I A.H. Løver, A. Beverfjord, & A. Dyregrov (Red.). *Det bor et barn i mitt hjerte - om barn som dør ved livets start og veien videre* (s. 232-257). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Malm, M.C., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2011). Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: a qualitative Internet-based study. *Journal of Gynaecology Research* 37(11), 1677-84. doi: 10.1111/j. 1447-0756.2011.01603.x
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview* (2. utg.). København: Akademiske Forlag
- Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M. (2014). *Obstetrik* (2.utg). Lund: Studentlitteratur
- Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. (Veileder IS-1179/2015). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>
- Helseforskningsloven (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helseregisterloven (2015). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
- Hodnett E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2013(7). Art nr: CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- King, N., & Horrocks, C. (2010). *Interviews in qualitative research*. London: Sage

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24(2), s. 105-112.

Landsforeningen uventet barnedød (2016). *Dødfødsel*. Hentet 10.09.16 fra <https://www.lub.no/dodfodsel>

Lalor, J.G., Devane, D., & Begley, C.M. (2007). Unexpected Diagnosis of Fetal Abnormality: Women's Encounters with Caregivers. *Birth*. 2007 Mar;34(1):80-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00148.x

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Malm, M.C., Lindgren, H., & Rådestad, I. (2011). Losing contact with one's unborn baby- mothers experiences prior to receiving news that their baby has died in utero. *OMEGA*, 62(4), 353-367.

Malm, M.C., Rådestad, I., Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2011). Waiting in no-man's-land- mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died utero. *Sex Reprod Healthc*. 2(2), 51-5. doi: 10.1016/j.srhc.2011.02.002.

Mander, R. (2014). Bereavement and loss in maternity care. I J. Marshall & M. Raynor (Red.). *Myles Textbook for Midwives* (6.utg, s. 555-567). London: Churchill Livingstone Elsevier

Medisinsk fødselsregister [MFR]. (2016). Standardstatistikk - dødfødte. Hentet 28.04.16 fra <http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk>

- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2.utg). Oslo: Akribe
- Reinart, L.M. & Blix, E. (2010). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka - Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 69-78). Oslo: Akribe AS
- Rådestad, I., Malm M.C., Lindgren, H., Pettersson, K., & Larsson, L.L. (2014). Being alone in silence - mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero. *Midwifery*. Mar;30(3):e91-5. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.021.
- Rådestad, I., Surkan, P.J., Steineck, G., Cnattingius, S., Oneløv, E., & Dickman, P.W. (2009). Long-term outcomes for the mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*, 25(4), 422-9. doi: 10.1016/j.midw.2007.03.005
- Salvesen, K. Å. (2010). Fødsler som krever ekstra oppfølging. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka - Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 468-482). Oslo: Akribe AS
- Saflund, K. (2003). *An analysis of parent`s experiences and the caregiver`s role following the birth of a stillborn child*. (Doktorgradsavhandling. Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus, Division of Obstetrics and Gynecology). Hentet fra <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/38282>
- Stern, D. N., Brusweiler-Stern, N., & Freeland, A. (2000). *En mor blir til*. Oslo: Fagbokforlaget
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R., (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative* (4.utg). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tjora, A.H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Tegnander, E. (2010). Metoder for fosterovervåking. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 288-306). Oslo: Akribe

Trulsson, O., & Rådestad, I., (2004). The silent child - mothers`experiences before, during, and after stillbirth. *Birth*, 31(3), 189-95. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00304

Tveit, J. V. H. (2011). *Decreased fetal movements in late pregnancy - importance today?* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/27969/2/dravhandling-tveit.pdf>

Ulvund, I. (2010) Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet. I A. Brunstad og E. Tegnander (Red.) *Jordmorboka – ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 276-287). Oslo: Akribe

Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*. 28, 45, 51-58. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.28.45.51.e8935>

Ellen Blix
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO



Vår dato: 23.05.2016

Vår ref: 48530 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt
02.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

*48530 Hvordan ivaretar jordmor en kvinne med dødt barn i magen?
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Ellen Blix
Student Rikke Troller Gustavsen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av
personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31.
Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med
opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets
kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter.
Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i
forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.
Endringsmeldinger gis via et eget skjema,
<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding
etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,
<http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.10.2016, rette en henvendelse
angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering Kopi: Rikke Troller Gustavsen rikketroller@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48530

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Ifølge meldeskjema vil utvalget bestå av jordmødre. Utvalget får skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet vi har mottatt er godt utformet.

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at jordmødrene har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner direkte eller indirekte, med mindre det først innhentes samtykke fra personene det gjelder. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informant har sammen ansvar for dette, og bør drøfte innledningsvis i intervjuet hvordan dette skal håndteres.

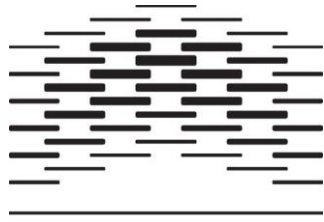
INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, anbefaler vi at opplysningene krypteres.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 27.10.2016. Ifølge meldeskjema skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forespørsel om deltakelse i et kvalitativt forskningsprosjektet

«Jordmødres ivaretagelse av gravide med dødt barn i magen»

Bakgrunn og formål

Vi ønsker kontakt med 4-6 jordmødre ved avdelingen som gjennom sitt arbeid har ivaretatt gravide som nettopp har fått vite at de bærer et dødt barn.

Hensikten med mastergradsprosjektet er at vi ønsker å undersøke hvordan jordmødre går frem for å informere, støtte og ivareta gravide med dødt barn i magen, fra de får beskjeden om intrauterin fosterdød til den stille fødselen. Vi ønsker økt kunnskap og forståelse av hvordan jordmor ivaretar en gravid kvinne som nettopp har fått den triste beskjeden om at hun bærer et dødt barn. Dette for å gi nyutdannede, og jordmødre som ikke har opplevd dette, et grunnlag for den første samtalen med kvinnen. I tillegg kan studien være informativ til kvinner som opplever å miste barnet i magen.

Ansvarlig for prosjektet er jordmor/førstemanuensis Anne Kaasen ved Høgskolen i Oslo- og Akershus, og utføres av jordmorstudentene Marthe Tofte og Rikke Troller Gustavsen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å gjøre et dybdeintervju med hver enkelt jordmor. Intervjuet vil dreie seg om hvordan du har ivaretatt gravide som nettopp har fått vite at barnet i magen er dødt. Det vil blant annet bli spørsmål om hva du vektlegger i den første samtalen, og hvordan du går frem i møte med kvinnen. Skriftlig informasjon vil gis til jordmødre som ønsker å delta.

Intervjuet vil ta mellom en og to timer. Vi blir sammen enige om tidspunkt og sted for intervjuet. Vi vil bruke båndopptaker/ta notater når vi snakker sammen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, det er kun vi og veiledere på oppgaven som vil ha tilgang til datamateriale. Materialet som publiseres vil anonymiseres og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes 27.10.16, og alle opplysninger som lydopptak, telefonnummer og e-postadresser vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

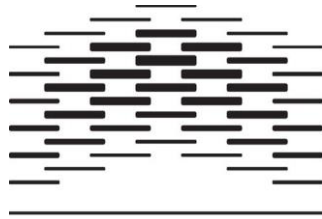
Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Marthe Tofte (tlf: 99439048, epost: marthetofte@hotmail.com) eller Rikke Troller Gustavsen (tlf: 45246060, epost: rikketroller@hotmail.com). Svarfrist 31.mai 2016.

Håper å høre fra deg 😊

Vennlig hilsen

Marthe Tofte og Rikke Troller Gustavsen

Masterstudenter i jordmorfag v/ Høgskolen i Oslo og Akershus



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forespørsel om deltakelse i et kvalitativt forskningsprosjektet

«Jordmødres ivaretagelse av gravide med dødt barn i magen»

Bakgrunn og formål

Hensikten med masterprosjektet er at vi ønsker å undersøke hvordan jordmødre går frem for å informere, støtte og ivareta gravide med dødt barn i magen, fra de får beskjeden om intrauterin fosterdød til den stille fødselen. Vi ønsker økt kunnskap og forståelse av hvordan jordmor ivaretar en gravid kvinne som nettopp har fått den triste beskjeden om at hun bærer et dødt barn. Dette for å gi nyutdannede, og jordmødre som ikke har opplevd dette, et grunnlag for den første samtalen med kvinnen. I tillegg kan studien være informativ til kvinner som opplever å miste barn.

Ansvarlig for prosjektet er jordmor/førsteamanuensis Anne Kaasen ved Høgskolen i Oslo- og Akershus, og utføres av jordmorstudentene Marthe Tofte og Rikke Troller Gustavsen.

Du forespørres herved om å delta i studien.

Forskningsspørsmål/problemstilling:

«Hvordan ivaretar jordmor en gravid med dødt barn i magen?»

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å gjøre et enkeltintervju med deg. Intervjuet vil dreie seg om hvordan du har ivaretatt gravide som nettopp har fått vite at barnet i magen er dødt. Dette vil gå på dine tanker, følelser og synspunkter. Det vil bli spørsmål om hva du vektlegger i den første samtalen, hvordan du går frem i møte med kvinnen, og hvordan din tilstedeværelse er.

Det vil ikke bli innhentet data fra andre kilder eller registre. Vi vil bruke båndopptaker/ta notater når vi snakker sammen. Intervjuet vil ta mellom en og to timer, og vi blir sammen enige om tidspunkt og sted for intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, det er kun vi og veiledere på oppgaven som vil ha tilgang til datamateriale. Materialet som publiseres vil anonymiseres og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes 27.10.16, og alle opplysninger som lydopptak, telefonnummer og e-postadresser vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg slettes.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Marthe Tofte (tlf: 99439048, epost: marthetofte@hotmail.com) eller Rikke Troller Gustavsén (tlf: 45246060, epost: rikketroller@hotmail.com).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen

Marthe Tofte og Rikke Troller Gustavsén

Masterstudenter i jordmorfag v/ Høgskolen i Oslo og Akershus

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

INTERVJUGUIDE:

Bakgrunn:

Hvor lenge har du jobbet som jordmor?
Hvorfor valgte du å utdanne deg til jordmor?
Hva liker du mest med å være jordmor?
Hva liker du minst med å være jordmor?
Hvor stor stillingsprosent har du?
Hvor stor stillingsprosent ønsker du egentlig?
Hvor mange barn har du tatt imot?
Hvordan synes du bemanningen er på din fødeavdeling?
Tenker du deg at du fortsatt jobber på denne fødeavdelingen om 10 år?
Hvor lenge hadde du jobbet som jordmor på fødeavdelingen, før du fikk ansvaret for dødfødsel?

Omsorg/ivaretagelse

Hvordan tar du imot en kvinne med spørsmål om dødt barn i magen?
Hvis du tenker tilbake på den første samtalen med en kvinne med dødt barn i magen. Hva fryktet du mest?
Kan du si noe om hvordan du gikk frem siste gangen du hadde en kvinne med intrauterin fosterdød, som nettopp hadde fått vite at hun hadde dødt barn i magen?
Hva informerte du om?
Hva vektla du i samtalen?
Hvordan støttet du kvinnen? Hva sa du som var støttende?
Hvordan vurderer du hva kvinnen har behov for?
Hva slags informasjon har kvinnen behov for?
Har du noe gode sitat eller ord, eller noe som du ofte gjentar, ved intrauterin fosterdød?
Har du noen gode råd til en jordmor som aldri har hatt ansvaret for en dødfødsel?
Har du endret noe i din måte å møte kvinnen på, på bakgrunn av din erfaring?
Hvordan lar du kvinnen være med å ta viktige avgjørelser?

Informasjon til den gravide

Hvordan informerer du om at det vanligste er å føde vaginalt? Å få barnet på brystet?
Hvordan opplever du at kvinnene har forståelse for dette?
Hva sier du om smertestillende?
Hvordan informerer du om barnets utseende?
Hva slags erfaring har du med at den gravide reiser hjem i påvente av induksjon?
Hvordan legger du frem om muligheten for obduksjon?
Har du noe oppfølging av kvinnen etter dødfødselen?

Jordmors perspektiv

Hva føler reagerer du følelsesmessig ved å jobbe med intrauterin fosterdød? Føler du at du inntar en rolle?
Føler du behov for samtale med etter en opplevelse med intrauterin fosterdød? Eventuelt med hvem?
Har avdelingen en rutine med å samle alle involverte til en debrifing?