

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i jordmorfag
Oktober 2019

Det viktige møtet med jordmor – Kvinnens opplevelse av en dødfødsel.



Foto: Anette Steelman.

Kandidatnummer: 904 og 918
Antall ord: 15 077

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

SAMMENDRAG

Tittel: Det viktige møtet med jordmor – Kvinners opplevelse av en dødfødsel.

Hensikt: Å få økt kunnskapen om kvinners opplevelse av møte med jordmor ved en dødfødsel og hvordan de føler seg ivaretatt av jordmor når de er på sykehuset.

Problemstilling: Hvordan opplever kvinner møte med jordmor ved dødfødsel og hvilken omsorg har de behov for?

Metode: Systematisk litteraturstudie med tematisk analyse. Litteratursøk ble utført i 4 databaser, Cinahl, Ovid Medline, PsycInfo og Maternity and Infante Care. Ved bruk av sjekklister fra Kunnskapssenteret ble 11 artikler inkludert.

Resultat: Funn av tre overordnede temaer: ”Å få beskjed om at babyen er død”, ”Å gå gjennom en dødfødsel” og ”Å skape minner etter en dødfødsel”.

Konklusjon: Kvinner som går igjennom en dødfødsel trenger god og gjentagende informasjon fra de kommer inn på sykehuset. Det er viktig at jordmor er til stede og er støttende under fødselen. Omsorgen som gis må være individuelt tilpasset. Empati og respekt er elementer som fremmer opplevelsen av ivaretagelse. Jordmor må veilede kvinnen i å skape evigvarende minner med babyen etter fødsel.

Nøkkelord: Dødfødsel, omsorg, jordmor

ABSTRACT

Title: The important encounter with the midwife – Women's experience of a stillbirth.

Aim: To increase knowledge about women's experience of the meeting with midwives at a stillbirth and how they feel cared for by midwives during their time at the hospital.

Thesis question: How do women experience the meeting with midwives at a stillbirth and what kind of care do they need?

Method: Systematic literature study with thematic analysis. Literature searches were performed in 4 databases, Cinahl, Ovid Medline, PsycInfo and Maternity and Infante Care. By using a checklist from the kunnskapssenteret, 11 articles were included.

Results: Discoveries of three overarching themes: "To be notified that the baby is dead", "To go through a stillbirth" and "To create memories after a stillbirth".

Conclusion: Women who are going through a stillbirth need good and recurring information from when they enter the hospital. It is important that midwives are present and supporting during birth. The care given must be individually adapted. Empathy and respect are elements that promote the experience of caring. The midwife must guide the women in creating lasting memories with the baby after birth.

Keywords: stillbirth, care, midwife

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Hensikt og problemstilling.....	8
2.0 BAKGRUNN	9
2.1 Dødfødsel.....	9
2.2 Årsak og risiko.....	9
2.3 Globalt og nasjonalt	10
2.4 Forventninger til morsrollen	12
2.5 Opplevelse av intrauterin fosterdød	12
2.6 Dødfødselen	14
3.0 TEORETISK RAMMEVERK	16
3.1 Sjøkk og krise	16
3.2 Sorg.....	18
3.3 Jordmors ivaretagelse av kvinnen – styrke Empowerment.....	21
4.0 METODE	24
4.1 Litteraturstudie som metode	24
4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	25
4.3 Ethiske overveielser.....	26
4.4 Søkestrategi.....	27
4.5 Søkeprosessen	29
4.6 Tematisk analyse.....	32
4.7 Temaer for analyse av inkluderte artikler	34
4.8 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler	35
4.9 Begrunnelse av kvalitetsvurdering.....	36
5.0 RESULTAT	39
5.1 Å få beskjed om at babyen er død.....	39
5.2 Å gå igjennom en dødfødsel	41
5.3 Å skape minner etter en dødfødsel.....	43
6.0 DISKUSJON	45
6.1 Metodediskusjon	55
6.2 Implikasjon for praksis og videre forskning	56
7.0 KONKLUSJON	58
8.0 LITTERATURLISTE	60
FIGURER	
Figur 1 – Raten av dødfødsel	9
Figur 2 – Graf, antall dødfødsler	10
Figur 3 – Dual process model of coping with bereavement.....	19
Figur 4 – 3 ulike sorgmodeller	20
Figur 5 – Inklusjon- og eksklusjonskriterier	25

Figur 6 – SPIDER skjema	28
Figur 7 – PRISMA flytskjema	31
Figur 8 – 7 trinn modell av Averyard	32
Figur 9 – Tematisk analyse	34
Figur 10 – Vurdering av inkluderte artikler	37

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Søketablell	63
Vedlegg 2 – Sjekkliste, vurdering av inkludering av artikler	65
Vedlegg 3 – Presentasjon av inkluderte artikler	67
Vedlegg 4 – Dødfødsel – senabort: sjekkliste	72
Vedlegg 5 – Intrauterin fosterdød prosedyre	75

1.0 Innledning

Det å oppleve en dødfødsel har av mange blitt beskrevet som en av livets mest traumatiske hendelser. Studier viser at mange kvinner sliter med angst og depresjon i lang tid etter tapet av sitt dødfødte barn (Brierley-Jones, Crawley, Lomax & Ayers, 2015, s. 144; Ellis et al., 2016, s. 2; Martínez-Serrano, Palmar-Santos, Solís-Muñoz, Álvarez-Plaza & Pedraz-Marcos, 2018, s. 127).

Vår erfaring som jordmorstudenter er at mange jordmødre opplever dødfødsel som en svært vanskelig og utfordrende del av det å være jordmor. Flere av de jordmødrene vi har snakket med i vår praksisperiode fortalte at det å ta imot en kvinne som kommer inn med lite liv, for deretter å få bekreftet at barnet er dødt intrauterint, krever mye av dem som jordmødre og som medmennesker. Flere av jordmødrene ga uttrykk for at de har begrenset erfaring med å stå i en slik situasjon, og at det påvirker dem sterkt følelsesmessig. Det gjelder spesielt det å være vitne til den smerten og sorgen mange foreldre opplever. Vår erfaring bekreftes av Ellis et al (2016, s.15) som skriver i en studie at jordmødre generelt mangler kunnskap og tillit til seg selv for å kunne gi foreldrene støtte og omsorg ved dødfødsel. Martinez-Serrano et al (2018) finner i sin studie at både jordmødre og annet helsepersonell ønsker økt kunnskap og veiledning om hvordan de kan ivareta paret ved dødfødsel (Martínez-Serrano et al., 2018, s. 130). De gir uttrykk for at de ønsker både mer kunnskap om prosedyrer og opplæring med vekt på det medisinske og økt forståelse av sorgen hos foreldrene (Martínez-Serrano et al., 2018, s. 130). En annen studie påpeker viktigheten og behovet for at jordmor har en viss kunnskap og kurses i det å møte sørgende. En grunnforståelse om sorg vil kunne bidra til at jordmødre blir mindre redde i møtet med mennesker ved et traumatisk tap, og at de blir i bedre stand til å fokusere på og ta vare på den sørgende moren (Cacciatore, 2011, s. 203-228).

Som jordmorstudenter har vi også observert at prosedyren (se vedlegg) ved dødfødsel som foreligger ved et av sykehusene hvor vi hadde vår praksisperiode i liten grad legger vekt på konkrete punkter som omhandler hvordan jordmor skal møte paret som er i sorg og krise. Realiteten er at mange av punktene i prosedyren kun tar for seg det medisintekniske. I studien til Lee (2012) viste det seg at flere kvinner var negative til sykehusets retningslinjer og prosedyrer. Den samme studien konkludert med at uklarheter og misforståelser økte kvinnenes lidelse (Lee, 2012, s. 62).

De fleste kvinnene opplevde dødfødselen som en stor familietragedie. Samtidig satt de tilbake med et inntrykk at deler av helsepersonellet først og fremst anså dødfødsel som et medisinsk problem. Denne uoverensstemmelsen i oppfatninger, kan forverre lidelsen for kvinnene og føre til at omsorgen som blir gitt er mer rettet inn på det medisinske enn det medmenneskelige (Lee, 2012, s. 62).

Ut fra erfaringer i praksis og studier tyder det på at jordmødre generelt har for liten kunnskap og innsikt om kvinners opplevelser av dødfødsel. Dette er også bakgrunnen til at vi ønsket å gjøre en litteraturstudie med vekt på kvinners opplevelse av dødfødsel, og hvordan jordmor kan ivareta kvinnen i en særlig sårbar situasjon.

I denne oppgaven har vi valgt å belyse kvinnens opplevelser - ikke opplevelsene til far eller paret. Det betyr ikke at vi ikke forstår at far og ikke minst paret er viktig, men vi vil fordype oss i spesielt morens opplevelser da det er hun som i løpet av svangerskapet får et unikt tilknytningsforhold til barnet (Ulvund, 2017, s. 297-299). Det er hun som kjenner de første tegnene på mindre eller fravær av liv i magen, og som kjenner først på frykten om at noe kan være galt. I litteraturen er det beskrevet hvordan tapet av et barn påvirker kvinnens identitet som mor, og tapet blir dermed også et identitetsforskyvende tap (Røkholt & Sandanger, 2018, s. 155). Flere studier viser dessuten at det er store forskjeller mellom menn og kvinner i måten man opplever og forholder seg til sorg på. Kvinner viser i hovedtrekk mer intense og vedvarende følelsesmessige sorgreaksjoner i forbindelse med intrauterin fosterdød enn menn (Dyregrov & Dyregrov, 1999, s. 644-656; Dyregrov & Matthiesen, 1987, s. 1-10; Jones-Peebles, White & Niolon, 2012, s. 22-44). Dyregrov & Mathiesen (1987, s. 1-10) viser at fedre var mindre fornøyde med støtten de fikk fra sykehuset enn kvinnene, mens opplevelsen var motsatt ved støtte fra familie og venner. I studien til Jones- Peebles et al. (2012) identifiserte de ulikheter i følelser og reaksjoner ved dødfødsel hos menn og kvinner. Funnene viste at behovet for tilpassede intervensjoner mellom kjønnene kan være viktig (Jones-Peebles et al., 2012, s. 22-44).

Vi er opptatt av å legge vekt på jordmor fordi det er hun som først møter kvinnen når hun kommer til sykehuset ved mistanke om intrauterin fosterdød, og er tilstede under fødselsforløpet. Det første møte med jordmor blir avgjørende for en god relasjonsbygging og det videre samarbeidet med kvinnen under sykehusoppholdet.

1.1 Hensikt og problemstilling

De fleste kvinner som opplever intrauterin fosterdød er i sjokk og krise. Tiden de tilbringer på sykehuset fra diagnosetidspunktet til utskrivelse fra barsel er kort og derfor en «dyrbar» tid som jordmor må benytte godt. Formålet med denne oppgaven er for det første å få en økt kunnskap om kvinners opplevelse av dødfødsel. For det andre å se på hvordan kvinner erfarer at de blir ivaretatt av jordmor mens de er på sykehuset.

Vår problemstilling blir som følgende:

Hvordan opplever kvinner møtet med jordmor ved dødfødsel og hvilken omsorg har de behov for?

2.0 Bakgrunn

I denne delen av oppgaven vil vi beskrive hva en dødfødsel er, årsak og risiko og tall for dødfødsler globalt og nasjonalt. Videre i dette kapitlet vil vi presentere forventninger til morsrollen, opplevelsen av intrauterin fosterdød samt forløpet ved en dødfødsel.

2.1 Dødfødsel

Det benyttes ulike definisjoner på dødfødsler på verdensbasis og når i graviditeten det betraktes og defineres som dødfødsel. I Norge benyttes World Health Organization (WHO) sin definisjon:

Death prior to the complete expulsion or extraction from its mother of a product of conception. The fetus does not breathe or show any other evidence of life, such as beating of the heart, pulsation of the umbilical cord, or definite movement of voluntary muscles (World Health Organization, 2004).

WHO definerer dødfødsel når barnet er født fra og med svangerskapsuke 22 eller når foster veier over 500 gram, og/eller er over 25 cm langt. Dødfødsel omtales også som intrauterin fosterdød. Intrauterin fosterdød benyttes ofte der barnet dør fra svangerskapsuke 22 frem til fødselen kommer i gang, og ikke under selve fødselen. I litteraturen benyttes begge begrepene om hverandre (Flohr & Wold, 2008, s. 108).

2.2 Årsak og risiko

Det er flere årsaker til intrauterin fosterdød i høyinntektsland. Placenta patologi av ulike årsaker står for 29% av tilfellene. De resterende årsakene er blant annet infeksjoner, navlestrengs komplikasjoner, maternell sykdom, kromosomavvik og misdannelse (Norsk gynekologisk forening, 2014, kap 32).

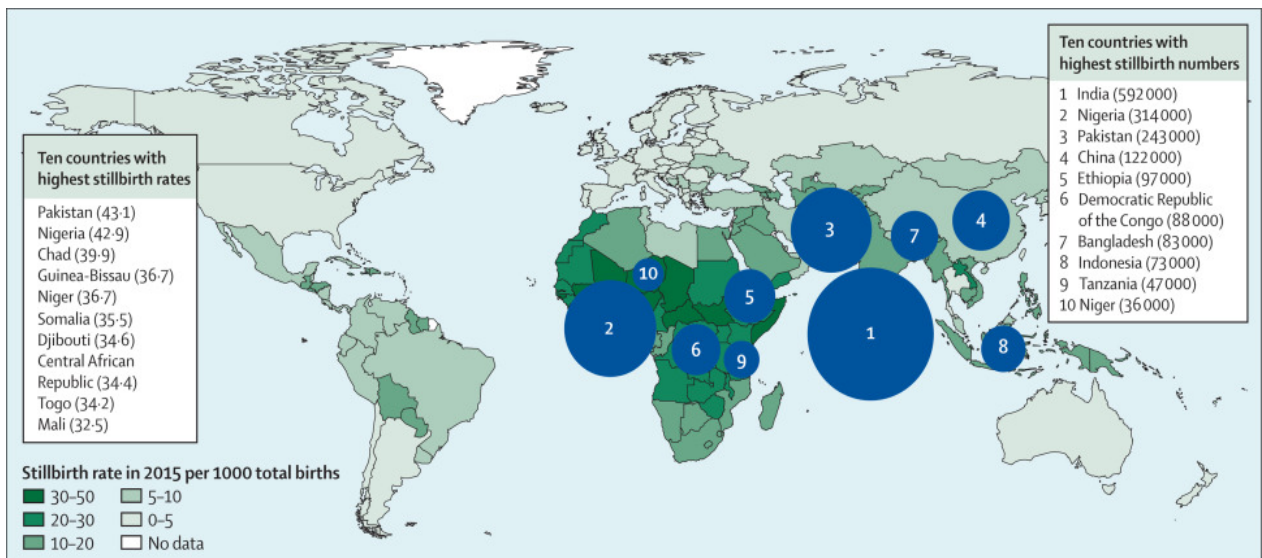
Flerlinger og veksthemning hos fosteret medfører økt risiko for intrauterin fosterdød. Andre risikofaktorer er knyttet til mors helse. Det kan være røyking, hypertensjon, diabetes, høy BMI, eldre mødre, blodproppsykdommer hos mor og Lupus som er en autoimmun sykdom (Flohr & Wold, 2008, s. 108). I 20-30% av tilfellene er dødsårsaken uavklart (Norsk

gynekologisk forening, 2014, kap.32). Uavklart dødsårsak forklares ofte som «krybbedød i mors liv» og blir for mange en ubesvart gåte (Flohr & Wold, 2008, s. 108).

2.3 Globalt og nasjonalt

På verdensbasis var det 2.7 millioner dødfødsler i 2015 (Ellis et al., 2016, s. 1-5). Tall fra studien til Blencowe et al. (2016) som inkluderte tall fra 157 land, viser en variasjon på forekomst fra 2,3-3 millioner dødfødsler globalt. Tallene fra denne studien inkluderer dødfødsler fra gestasjonsuke 28, som er tall etter WHO sin beregning av dødfødsler for internasjonal sammenligning. Tallene hadde vært høyere om tall fra svangerskapsuke 22 var inkludert (Blencowe et al., 2016, s. 105). 98% av tilfellene forekommer fra lav- og mellominntektsland med en gjennomsnittlig rate på 18,4 dødfødte per 1000 fødte. Selv i høyinntektsland varierer ratene fra 1,3 til 8 per 1000 fødsler (Blencowe et al., 2016, s. 98). I figur 1 under vises 10 av landene med de høyeste ratene av dødfødsler og landene med det største antallet dødfødsler i 2015.

Figur 1.

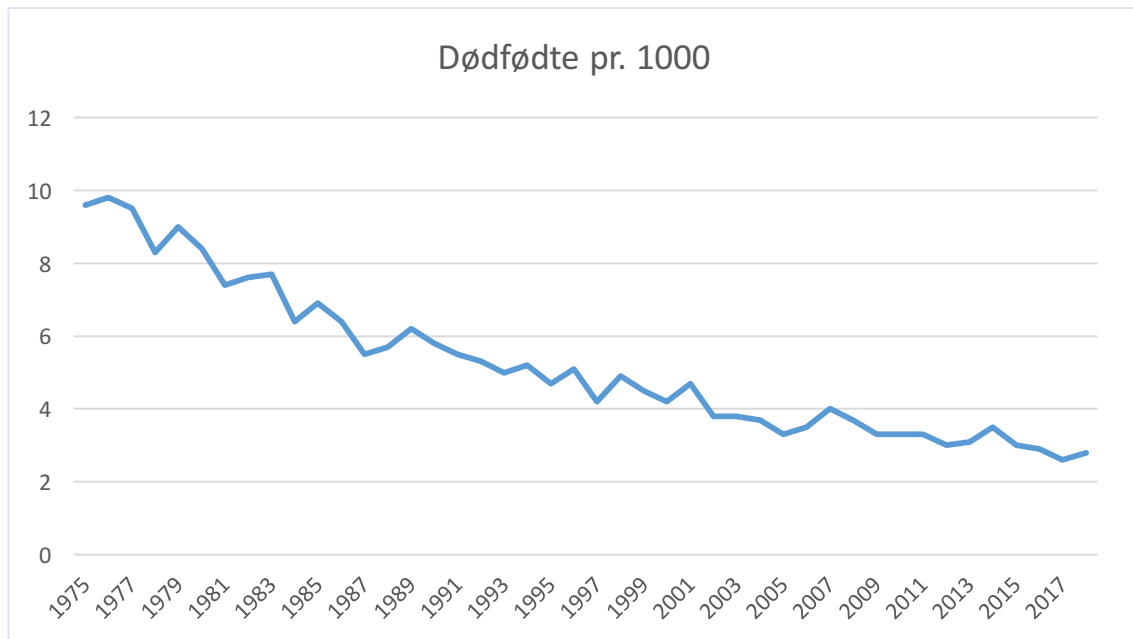


Grønnfargene viser raten av dødfødsler. De blå sirklene viser antall dødfødsler. Den høyeste raten hadde Pakistan med 43 dødfødte pr 1000 fødte. India var det landet med høyeste antall dødfødsler, med 592000 dødfødsler i 2015 Kilde: (Blencowe et al., 2016, s. 104)

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/stillbirth/Lancet-series/en/

I følge medisinsk fødselsregisters statistikkbank (MFR) var det i Norge i 2018 en rate på 2,8 dødfødte per 1000 (Tall ut fra WHO sin definisjon av dødfødsel). Det vil si 159 dødfødte av 55866 fødte. Til sammenlikning ble det i 1975 født 546 dødfødte av totalt 56849 fødte barn, og derav en rate på 9,6 per 1000 fødte barn (Folkehelseinstituttet, 2018). Dødfødselsraten har sunket betraktelig etter midten av 1970 årene. Dette illustreres i nedenstående figur, figur 2.

Figur 2.



Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2018) Tall hentet fra Medisinsk fødselsregister (MFR), 24.09.19.

<http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

2.4 Forventninger til morsrollen

Det å skulle bli mamma er en av flere overgangsfaser i livet. For de aller fleste kvinner er en graviditet en ønsket og gledelig begivenhet som skaper positive forventninger om fremtiden. I løpet av de månedene et svangerskap tar, forbereder man seg både psykisk og sosialt. En blivende mor fantaserer ofte over barnets personlighet og utseende, og det drømmes om alle de opplevelser en ønsker og dele med den lille i fremtiden. Det foregår en identitetsforandring for kvinnen, noe slike overgangsfaser kjennetegnes av. Kvinnen bygger opp en ny rolle og identitet som mor, en identitet som utvikler seg og blir sterkere gjennom svangerskapet. (Ulvund, 2017, s. 297-299). Identiteten utvikles parallelt med at det vokser en tilknytning til barnet, der den gravide kvinnen får et sterkere og sterkere følelsesmessig forhold til den lille som utvikler seg i takt med den voksende magen. I svangerskapet endres ofte kvinners relasjonen til seg selv, andre rundt seg og omverdenen. Kvinnen innstiller seg på foreldrerollen, sin oppgave som beskytter, og det å gi barnet sitt kjærlighet (Ulvund, 2017, s. 297-299). Kvinner som får et dødfødt barn, kan oppleve at hun blir fratatt morsrollen. Studier viser at det er svært viktig at jordmor anerkjenner kvinnen som mor også i slike tragiske situasjoner (Nordlund et al., 2012, s. 780-784).

2.5 Opplevelse av intrauterin fosterdød

Det første tegnet på at noe er galt kan ofte være at den gravide får en fornemmelse om at noe ikke stemmer. Det kan være endring i bevegelsesmønsteret til den lille i magen, enten mer eller mindre bevegelse eller en total stillhet (Christoffersen & Teigen, 2013, s. 31-38).

Når kvinnen kommer til fødeavdelingen etter å ha kjent lite liv og med en uro for at noe er galt, vil jordmor være den første til å ta hånd om kvinnen. Jordmor vil lytte etter fosterlyd med jordmorstetoskop, doppler eller CTG. En jordmor ved fødeavdelingen hvor vi hadde vår praksis fortalte at *«I det øyeblikket man som jordmor ikke finner fosterlyden etter utallige forsøk, og forstår at det ikke er noe liv, det øyeblikket er den vanskeligste delen med det å være jordmor»*.

Jordmødre har ikke myndighet til selv å sette diagnosen intrauterin fosterdød. Selv med mistanke om intrauterin fosterdød vil jordmor måtte kontakte lege som ved hjelp av ultralyd vil kunne stadfeste om barnet er dødt eller ikke. I Norge skal diagnosen bekreftes av to leger (Norsk gynekologisk forening, 2014).

For de fleste kvinner vil beskjeden om at barnet er dødt intrauterint komme helt uventet, selv om man har kjent lite liv. En kvinne vi møtte da vi var i praksis sa det slik:

«man drar jo på fødeavdelingen for å få roet ned sin bekymring og uro for at det er noe galt med barnet i magen, så får man plutselig sjokkbeskjeden om at hjertet ikke slår. Da mistet jeg helt følelsen i armer og bein, og fikk ikke ut en lyd, alt i rommet svevde»

Rådestad (1988) beskriver at kvinner går fra en følelse av glede gjennom et forventningsfullt svangerskap til en følelse av tap, fortvilelse og sorg (Rådestad, 1988, s. 7). Tapet av et barn ved dødfødsel beskrives som komplekst og sammensatt, fordi tapet inneholder i tillegg alle drømmene, fantasiene, forventningene, håpet og planleggingen man har for barnet og sin familie i fremtiden. Ofte er alt tilrettelagt og klargjort for og ta imot det «største» i livet, så blir lykken og gleden byttet ut med fortvilelse (Dyregrov, 2009, s. 206-207). Det å føde et dødt barn oppleves for de fleste som en stor påkjenning. Babyen som blir født er helt stille og det etterlengtede skriket uteblir. Forventninger som har bygget seg opp under svangerskapet, både i forhold til barnet og sin egen rolle som mor, blir totalt rasert. Jordmødre må forstå at en dødfødsel er en kompleks situasjon for kvinnene (Nesheim, Jacobsen & Trønnes, 2015, s. 144-146).

Tilknytningsforholdet fra mor til barn finnes i ulike former, og for mange begynner tilknytningen fra den dagen hun blir gravid og dette varer livet ut. I et tilknytningsperspektiv vil alltid et dødfødt barn være noens barn eller noens søsken hele livet. Opplevelsen av at ens barn dør oppleves som et tap som både er smertefullt, livsrystende og kan forstyrre et menneskes identitet (Røkholt, Bugge, Sandvik & Sandanger, 2018, s. 11-19).

Mødrene får ikke muligheten til å bli kjent med barnet sitt, og det at andre i kvinnens nettverk ikke får sett barnet, kan bidra til at sorgen som bæres kan bli mer ensom og underkjent. Det at andre ikke har sett barnet kan føre til at mor opplever at barnet ikke får sin identitet bekreftet fra omgivelsene, og mange opplever det som svært vanskelig (Dyregrov, 2009, s. 206-207). Lite bekreftelse og annerkjennelse fra omgivelsene ved fosterdød, kan føre til at sorgprosessen blir vanskeligere (Røkholt et al., 2018, s. 11-19).

2.6 Dødfødselen

Ved dødfødsel, blir fødselen som oftest induisert. Induksjon av fødsel betyr at en kunstig setter i gang en vaginal fødsel (Salvesen, 2017, s. 543). Forløsningsmetode og valg av induksjon bedømmes ut fra cervix-modning og hvilken tilstand kvinnen er i. Induksjonsmetode kan være ballongkateter, amniotomi eller riestimulerende medikamenter som oksytocin og prostaglandiner. På hvilket tidspunkt etter diagnostisering av dødfødsel kvinnen blir induisert, varierer ut fra prosedyren det aktuelle sykehuset har (Norsk gynekologisk forening, 2014) og når kvinnen selv føler seg klar til å bli induisert. Det er varierende hvor lang tid det tar fra det blir startet med indusering til fødselen starter, men 80% av kvinnene går i spontan fødsel i løpet av 72 timer (Norsk gynekologisk forening, 2014). Den fysiologiske prosessen i forhold til å gå gjennom en fødsel hvor barnet er dødt, er identisk med en fødsel hvor barnet lever. Det å føde et dødfødt barn er anerkjent som mye mer følelsesmessig traumatisk, da en dødfødsel i seg selv er en traumatisk opplevelse (Brierley-Jones et al., 2015, s. 144; Ellis et al., 2016, s. 2; Kendall-Tackett, 2005, s. 53-75; Martínez-Serrano et al., 2018, s. 127). Generelt har alle kvinner behov for omsorg, sosial, emosjonell og praktisk bistand under en fødsel. Praktisk støtte kan blant annet være primære behov som mat og drikke, tilrettelegge for gode hvilestillinger eller gi kvinnen massasje. Når kvinnen er i aktiv fødsel (fra 3-4 cm og regelmessige rier) bør jordmor være tilstede i føderommet såfremt det er muligheter for det (Blix, Bernitz & Brunstad, 2017, s. 448-449). Helsedirektoratet anbefaler kontinuerlig tilstedeværende jordmor i den aktive fasen av fødselen (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Fødekvinne kan også være i behov for en tilstedeværende jordmor om de innlegges på fødeavdelingen før aktiv fase (Blix et al., 2017, s. 448-449).

Siden barnet i magen er dødt, vil det ved en dødfødsel være kvinnen som skal ivaretas og tas hensyn til av jordmor. I en fødsel generelt skal jordmor vurdere og observere kvinnens velbefinnende og fysiske og psykiske tilstand under et fødselsforløp (Blix et al., 2017, s. 448-449). Det vil være spesielt viktig å observere kvinnens psykiske tilstand ved dødfødsel. Jordmor skal også vurdere fremgangen i fødselen og sette i gang intervensjoner ved langsom fremgang. Jordmors ivaretagelse av kvinnen skal farges av trøst og oppmuntring. Jordmor skal informere kvinnen om hvilke undersøkelser og vurderinger som utføres, og fortelle kvinnen om funnene. God informasjon kan gi kvinnene en trygghet. For mye informasjon kan føre til utrygghet (Blix et al., 2017, s. 448-449).

Ved dødfødselen er ofte kvinnen i en tilstand av sjokk. Jordmor må dermed tilpasse og gjenta den informasjonen som gis under selve fødselen og hva som kan forventes etter barnet er forløst (Rådestad & Christoffersen, 2008, s. 588). Etter forløsningen, blir mor sitt første møte med barnet også deres avskjed (Christoffersen & Teigen, 2013, s. 14). Jordmors oppgave er å medvirke til at foreldrenes første møtet med barnet blir så fint som mulig, og at god minner skapes (Rådestad, 1988, s. 8).

Veiledning om å se og holde barnet sitt, og informasjon om barnets mulige utseende ved fødsel gjør at kvinnene kan forberede seg mentalt (Lisy, Peters, Riitano, Jordan & Aromataris, 2016, s. 6-19). I de første 30 minuttene etter babyen blir født kjennes en dødfødt baby myk og varm, akkurat som en levende baby. Tiden rett etter fødselen kan sees på en «hellig» halvtime, en halvtime som aldri kan gjenskapes. Etter bare 30 minutter vil babyen bli kald, og fargen vil endre seg. Mange foreldre har i ettertid fortalt at denne første perioden er uvurderlig (Rådestad & Christoffersen, 2008, s. 588). Mange foreldre som både holder og ser sitt dødfødte barn den første halvtimen postpartum, sier at dette er den mest betydningsfulle tiden de hadde med babyen (Christoffersen & Teigen, 2013, s. 51).

Det at kvinnen ofte er i en tilstand av sjokk, når jordmor spør om hun ønsker å se og holde babyen sin, kan gjøre henne usikker. Dette kan skape tvil. Mange kan få en spontan reaksjon å svare med avslag. Jordmor må derfor gjenta spørsmålet (Rådestad & Christoffersen, 2008, s. 588). Enkelte studier viser at jordmors holdninger under fødselen er av avgjørende betydning for foreldrenes valg når det gjelder kontakt med barnet etter fødselen (Erlandsson, Warland, Cacciatore & Rådestad, 2012, s. 247). Det å se og holde barnet sitt anses som viktig i forhold til sorgbearbeidingen og assosieres med mindre angst og depressive symptomer (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008, s. 313-320; Gravensteen et al., 2013, s. 9). I dag er det vanlig praksis på sykehusene at jordmor tilbyr og anbefaler foreldrene å se sitt dødfødte barn (Helsebiblioteket, 2017; Norsk gynekologisk forening, 2014).

Kvinnen bør likeledes informeres om hvordan hun kan tilbringe tid med barnet og samle minner (Lisy et al., 2016, s. 6-19). Etter fødselen har foreldrene kun noen få dager til å skaffe seg minner med barnet som skal bli med de videre i livet (Christoffersen & Teigen, 2013, s. 14).

3.0 Teoretisk Rammeverk

I dette kapitlet ønsker vi først å presentere sjokk og krise samt sorg når et mennesket utsettes for en traumatisk opplevelse. Deretter vil vi gå igjennom jordmors ivaretagelse av kvinnen med fokus på empowerment.

3.1 Sjokk og krise

Når et menneske utsettes for en akutt og dramatisk situasjon som ikke er forventet, kan dette oppleves traumatisk. Mange får symptomer som stress og angst. Slike symptomer er ikke ensbetydende med at alle kommer i en krisetilstand. Traume kan påvirke et menneske voldsomt, og vil kunne forårsake en krisetilstand som kan påvirke både følelser og tanker (Davidsen-Nielsen & Leick, 2001, s. 25). Uventet død som ved en dødfødsel, føre ofte til en tilstand av krise, da en dødfødsel stort sett påvirker kvinnene voldsomt. En krisetilstand vil for mange gi en opplevelse av sjokk, som ofte gir en opplevelse av uvirkelighet (Mathisen, 1995, s. 316-317). Uvirkelighet farger ofte de første timene, dagene og også månedene etter tapet (Dyregrov, 2009, s. 207). I en slik situasjon vil traumer stort sett alltid gi opplevelser som både sorg og savn (Dyregrov, 2018, s. 309-310). Ved intrauterin fosterdød får ikke kvinnen tid til å forberede seg og mange får en opplevelse av uvirkelighet når diagnosen blir presentert. Mange kvinner beskriver diagnose tidspunktet som en drøm eller at de er med i en sakte film (Dyregrov, 2018, s. 309-310).

Sjokket er «kroppens egen forsvarsmekanisme», en mekanisme som bidrar til gradvis å ta inn det som har skjedd (Dyregrov, 2018, s. 309-310). Sjokket beskrives som en mental bedøvelse, der virkemiddelet er å fremme en mental mobilisering, som vil beskytte mennesker i situasjoner som truer eller setter mennesker i fare og trues på livet (Dyregrov, 2009, s. 207-208). Den mentale mobiliseringen gjør at følelsene ikke forstyrrer for mye, slik at man er i stand til å handle. Denne mekanismen kan forklare mange kvinners opplevelser i det diagnosen blir presentert for dem, da tidsopplevelsen endres. Dette kan generelt gjelde helt fra kvinnen får en følelse av at noe er galt i magen, til diagnosen blir stilt og fra diagnosetidspunktet frem til fødselen (Dyregrov, 2009, s. 208).

Studier viser at så mange som 80% av kvinnene som opplever dødfødsel vil gjennomgå en sterk sorgreaksjon i etterkant som gradvis avtar over tid. Opplevelsene rundt det å miste babyen sin fører til sterke minner som fester seg i alle sanser. Minnene kan i ettertid gjenoppleves som bruddstykker av enkeltøyeblikk (Dyregrov, 2009, s. 207-210).

Minnene brukes ubevisst som en naturlig prosess til å bearbeide det som har skjedd, for så å gradvis bli svekket med tiden (Dyregrov, 2009, s. 207-210). Om følelsen av vonde minner ikke reduseres over tid, kan kvinnene få psykiske tilstander som blant annet angst og depresjon, og det er da viktig at kvinnen får profesjonell hjelp (Dyregrov, 2009, s. 207-210).

Angst, sinne, savn, lengsel og fortvilelse er følelser som ofte kan dukke opp når sjokkets beskyttende effekt begynner å avta (Dyregrov, 2009, s. 207-210). Det er svært varierende når dette avtar, men jordmor vil møte slike reaksjoner i ulik grad når kvinnen er innlagt på føde/barselavdelingen. Savn og lengsel er reaksjoner som oftest kommer tidligst etter dødsfallet, og intensiteten i disse følelsene kan være skremmende for mange. Mange kvinner kjenner på skyldfølelse fordi de er redde for at de selv er årsaken til at barnet døde intrauterint. De sitter inne med mange ubesvarte spørsmål om det er noe de kunne gjort annerledes (Dyregrov, 2009, s. 207-210).

3.2 Sorg

Sorg kan forstås på som de individuelle reaksjonene og aktive forsøk på å tilpasse seg og mestre de utfordringene som tapet fører med seg (Røkholt et al., 2018, s. 16). Sorg og dens reaksjoner er svært individuelle, og er dermed subjektiv og personlig. Sorgreaksjon og hvordan den oppleves blir påvirket av mange forhold, blant annet personen selv, omgivelsene og hvilke omstendigheter man befinner seg i. Samtidig vil de kulturelle og sosiale strukturene personen lever i påvirke reaksjonene (Røkholt et al., 2018, s. 11-30). Reaksjonene uttrykker seg på mange ulike måter og varierer i intensitet, styrke og lengde. Disse kan vise seg som fysiske og emosjonelle reaksjoner, tanker eller atferdsmessig reaksjoner, samt endring av roller og relasjoner til andre mennesker (Røkholt et al., 2018, s. 11-30).

Sorgprosess har gjennom tidene blitt forklart gjennom mange ulike modeller og teorier. Blant annet har fasemodeller hatt en lang tradisjon for beskrivelse av sorgprosessen (O. Sandvik, 2003, s. 26-27). I følge Røkholt et al. (2018, s. 11-30) er fasemodellene ikke lenger den «grunnmuren» som i dag er utgangspunktet i klinisk arbeid og forskning. Fasetenkningen er nå erstattet med teori som viser at sorg ikke sees på som en lineær prosess, men enn prosess der fasene ikke er avgrenset, men flyter over i hverandre (Sæteren, 2010, s. 259-261).

Schut & Stroebe (1999) har utarbeidet en revidert modell for mestring av sorg «The Dual Process Model of Coping with Bereavement» (DPM) (Schut & Stroebe, 1999, s. 212-213). Formålet med å utvikle denne modellen (DPM) var å bringe til veie en modell som på en bedre måte kunne beskrive mestring og forutsi god versus dårlig tilpasning til den stressende livshendelse som sorg er. På den måten skal man få en større forståelse av de individuelle forskjellene mennesker håndterer sorg på (Stroebe & Schut, 2010, s. 274). Denne to-prosessen modellen beskriver hvordan mennesker kan komme seg gjennom sorgen, eller «innfinne» seg med tapet av en nær person, og er dermed en modell for å håndtere tap (Stroebe & Schut, 2010, s. 277). Modellen ble først utviklet for å forstå hvordan man mestrer hverdagen etter tapet av sin partner, men antas overførbart ved andre tap, eksempel tapet av et barn (Schut & Stroebe, 1999, s. 212-213).

Modellen (DPM) definerer to typer utfordringer/stressorer assosiert med sorg, den *tapsorienterte*- og den *gjenoppbyggingsorienterte* (Stroebe & Schut, 2010, s. 277). Modellen viser summen av de mestrings- og tilpasningsoppgaver et tap fører med seg, der begge de

nevnte stressorene er inkludert (se figur 3). Tapsorientert mestring og gjenoppbyggingsorientert mestring skal bidra til at den sørgende skal komme tilbake til en «normal» og stabil hverdag. DPM er en dynamisk kontrollert prosess for å håndtere svingninger i sorgen, hvor den sørgende til tider konfronterer sorgen og tapet, og andre ganger unngår konfrontasjon, og heller har fokus på utfordringer innen gjenoppbygging (Schut & Stroebe, 1999, s. 212-213). Svingningene mellom disse to prosessene viser seg svært viktig i sorgarbeidet. (Røkholt et al., 2018, s. 37) Når disse svingningene stopper opp, vil man gjennom to-prosessen kunne identifisere hva den sørgende er i behov for av hjelp, men modellen gir per i dag ingen konkrete råd om hvilke intervensjoner og behandling som kan settes inn (Røkholt et al., 2018, s. 38).

I nedenstående figur, figur 3 fremgår den dynamiske prosessen som foregår i DMP. Figuren illustrerer hvordan et menneske mestrer sorgen ved å «hoppe frem og tilbake» mellom de 2 ulike prosessene som utgjør sorgarbeidet.

Figur 3.

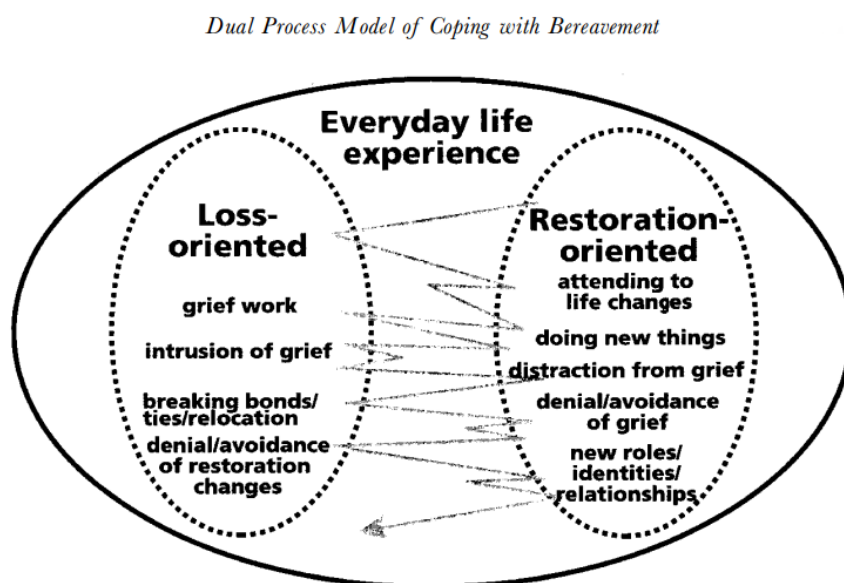


FIGURE 1 A dual process model of coping with bereavement.

Kilde. (Schut & Stroebe, 1999, s. 213)

Tapsorientering er en prosess som refererer til den etterlattes bearbeiding av sjokket over tapet av en nær person og tradisjonelt sorgarbeid. Den andre prosessen, gjenoppbyggingsorientering, innebærer overgangen til et liv uten den som er død, og at man

kommer tilbake til en «normal» hverdag. To-prosessmodellen viser at de to prosessene går parallelt med hverandre. Modellen til Schut og Stroebe ble utarbeidet i 1999, og har i ettertid hatt en teoretisk og klinisk utvikling. Det er stor interessen for modellen i dag og den benyttes i klinisk arbeid og støttearbeid, fordi den har vist seg å gi et godt grunnlag for å identifisere hva den sørgende kan ha behov for av hjelp (Stroebe & Schut, 2010, s. 273). Behov for hjelp kan for eksempel oppstå om den dynamiske svingningen mellom de to prosessene stopper opp (Røkholt et al., 2018, s. 38).

De to mestringsprosessene, tapsorientert og gjennomoppbyggingsorientert mestring har vist seg å være like viktige. Den dynamiske prosessen mellom de to mestringsprosessene er den viktigste komponenten som skiller denne to- prosessmodellen fra tidligere sorgmodeller. I tidligere sorgmodeller ble sorgprosess ofte forklart som en lineær prosess som foregikk gjennom flere faser og i en gitt rekkefølge (Schut & Stroebe, 1999, s. 212-213). Det som også skiller DPM fra tidligere modeller, er at denne modellen har et større fokus på betydningen hvordan samspillet med omgivelsene har for sorgprosessen (Røkholt et al., 2018, s. 38). Modellen sier ikke noe om hva «riktig sorg» er, og påpeker at et normalt sorgforløp vil vise endringer over tid, men hvor lang tid dette er, er individuelt. Modellen legger til grunn å aktivt regulere hva og hvordan en skal fokusere på henholdsvis tapet og på oppgaver, og dette er en helt sentral del av sorgprosessen (Røkholt et al., 2018, s. 37-38).

Figur 4. viser sammenlikninger av 3 ulike modeller

Phase Model (Bowlby, 1980)	Task Model (Worden, 1991)	DPM (Stroebe & Schut, 1999)
Shock	Accept reality of loss	Accept reality of loss . . . <i>and accept reality of changed world.</i>
Yearning/protest	Experience pain of grief	Experience pain of grief . . . <i>and take time off from pain of grief.</i>
Despair	Adjust to life without deceased	Adjust to life without deceased . . . <i>and master the changed (subjective) environment.</i>
Restitution	Relocate deceased emotionally and move on	Relocate deceased emotionally and move on . . . <i>and develop new roles, identities, relationships.</i>

(Stroebe & Schut, 2010, s. 278)

3.3 Jordmors ivaretagelse av kvinnen – styrke Empowerment.

I Helsepersonelloven § 4 stilles det krav til hvordan helsepersonell skal utføre den jobben de gjør. Det arbeidet helsepersonellet utfører skal bygges opp av faglig forsvarlighet og den hjelpen som gis skal være omsorgsfull. Med omsorgsfull hjelp menes at den ivaretagelsen som gis skal farges av respekt og omtanke for pasienten, der pasienten og i dette tilfelle kvinnens personlige integritet skal ivaretas og ikke krenkes (*Helsepersonelloven med kommentarer*, 2012).

Ivaretagelsen og omsorgen kvinnene får av jordmor ved en dødfødsel, kan ha stor innvirkning og betydning på deres psykiske velvære på kort og lang sikt. Det er derfor elementært at kvaliteten på omsorgen som gis både er profesjonell og god (Lisy et al., 2016, s. 6-19). Kari Martinsen (2003, s. 71-77) beskriver omsorg som kjernen og et mål i seg selv, i forhold til den pleien og ivaretagelsen som gis. Omsorg er relasjonen mellom to eller flere mennesker, og er et relasjonelt begrep. Et prinsipp innen omsorg er å ta ansvaret for en som er i en «ikke selvhjulpen» tilstand (Martinsen, 2003, s. 14-27, 71-77). Ut fra dette prinsippet, kan man si at jordmor få et ansvar for å ivareta kvinnen ved dødfødsel, på en slik måte at kvinnen igjen blir mer «selvhjulpen». De grunnholdninger som kjennetegner omsorg er faglig kompetanse og vurdering, engasjement, innlevelse og en moralsk holdning. Samtidig bør den omsorgen som gis av jordmor være av en slik art at det er til det beste for kvinnene, uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003, s. 14-27, 71-77).

Studier viser at jordmors rolle og relasjonen som etableres er svært viktig i møte med kvinnen med tanke på kvinnens mentale helse i fremtiden (O'connell, Meaney & O'donoghue, 2016, s. 349). Det at jordmor er empatisk og møter mødrene med medfølelse, ydmykhet og oppmerksomhet beskrives av Nordlund et.al (2012) som svært vesentlig. I relasjonen mellom jordmor og fødekvinne må jordmor være klar over at det er en ujevn maktfordeling i relasjonen. I sin rolle har jordmor, en autoritet og innehar en fagkunnskap kvinnene stort sett ikke har kjennskap til og som kvinnen har behov for og er avhengig av. Gjennom de handlingene jordmor utfører og de holdninger hun viser kan hun påvirke kvinnenes valg og frihet under sykehusoppholdet (G. B. Sandvik & Hauglund, 1997, s. 63).

Studier viser at tiden mellom diagnositidspunktet og selve fødselen oppleves svært vanskelig for mange kvinner. Det å måtte vente på å få kommet i gang med fødselen kan være mer

stressende og gir mer bekymring enn selve fødselen (Peters, Lisy, Riitano, Jordan & Aromataris, 2015, s. 272-278). Som nevnt i kapitlet 2.6 om dødfødselen kreves det en ekstra oppfølging og spesiell oppmerksomhet av jordmor enn ellers, blant annet må mors krise og sorgreaksjon tas hensyn til (Dahlø, 2017, s. 555-560). Etter forløsningen skal kvinnen også ivaretas som en «ordinær» barselkvinne, samt støtte henne i sorgen av tapet av sitt dødfødte barn. Sorgstøttearbeid er viktig, og i et slikt arbeid har det helsefremmende perspektivet en sentral plass. Et slikt perspektiv kan fremme prosesser som gjør at kvinnene blir bedre rustet til å bevare helsen og forebygge psykiske ettervirkninger i fremtiden (Røkholt et al., 2018, s. 39-40). Jordmor kan under sykehusoppholdet bygge oppunder de ressursene kvinnen har i seg selv og i nettverket rundt henne for å fremme mestring. Mestring sidestilles ofte med begrepet empowerment (Askheim, 2012, s. 67).

Empowerment er en teori/kunnskapsfelt innenfor det helsefremmende perspektivet, og benyttes ofte i det å fremme mestring (Røkholt et al., 2018, s. 39). Begrepet empowerment defineres ulikt, og kan være noe diffust, men begrepet understreker betydningen av å støtte personer, som befinner seg i en sårbar situasjon. Power utgjør det sentrale i begrepet, og oversettes både som styrke, kraft og makt (Askheim, 2012, s. 11). Empowerment knyttes til hvordan grupper eller enkeltpersoner som er i en avmaktssituasjon, skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten (Askheim, 2012, s. 11). Gjennom denne mobiliseringen blir mennesket mer rustet til å komme seg ut av følelsen av avmakt. De får mer makt, kontroll og styring over eget liv (Askheim, 2012, s. 12). Empowerment fremstilles ofte som et tredelt begrep, der det tredelte begrepet kan indikere en prosess. Figuren under illustrerer denne prosessen.



En kvinne som mister sitt barn i dødfødsel befinner seg som oftest i en situasjon av avmakt. Jordmor kan styrke kvinners empowerment i en slik situasjon gjennom støtte og omsorg. En slik støtte kan være å styrke kvinnens tro på seg selv, og øke kvinnens kunnskap og ferdigheter rundt den vanskelige situasjonen hun er i. Få kvinnen til å ha tro på at det vil bli bedre, og at sorgen blir lettere å bære (Askheim, 2012, s. 12).

Målet med empowerment er å løfte frem enkeltindividets personlige ressurser, og hjelpe personen på riktig vei med å fjerne aktuelle hindringer som svekker de i å realisere blant annet kontroll (Askheim, 2007, s. 29). Kontroll vil redusere stress, som igjen kan dempe psykiske reaksjoner og fremme helse (Skants, 2014, s. 21).

Det er viktig at jordmor har en forståelse for hvilke sorgreaksjoner som kan forekomme, og jordmor vil dermed også ha som oppgave med å identifisere hva kvinnen trenger av intervensjoner for å ivareta henne på best mulig måte (Dahlø, 2017, s. 556-560). Jordmødre trenger trening for å være i stand til å ta hånd om de rammede på en profesjonell og forsvarlig måte (Flenady et al., 2014, s. 137-140). Jordmor må også tenke på at ulike trossamfunn og religioner har ulike ritualer ved dødsfall, og skal respekteres (Dahlø, 2017, s. 556-558). Kunnskaper vedrørende dette er dermed noe jordmor også bør ha.

Gjennom individuell støtte og omsorg tilpasset kvinnens emosjonelle tilstand, ønsker og behov, kan jordmor sørge for at det blir en forskjell. Det viser seg at ulike omsorgstiltak helsepersonellet gir fra diagnosetidspunkt til induksjon og frem til fødsel er både nyttige og verdsettes (Lisy et al., 2016, s. 6-19). Samtidig spiller jordmors adferd og handlinger en vesentlig rolle i opplevelsen av ivaretagelse, og gjør at situasjonen oppleves mindre stressende. Omsorgstiltak som varm og sensitiv kommunikasjon, samt klar og tilrettelagt informasjon sees på som viktige faktorer for opplevelse av ivaretagelse (Lisy et al., 2016, s. 6-19). I en krisetilstand er det viktig å gi gjentagende informasjon, siden oppmerksomheten og konsentrasjonen ofte er svekket (Skants, 2014, s. 181). God informasjon kan gi opplevelse av kontroll og forutsigbarhet (Skants, 2014, s. 21).

Respekt for individuelle behov som kvinnen har og deres preferanser, og samhandling rundt ulike beslutningsprosesser viser seg å være essensielt (Lisy et al., 2016, s. 6-19). Samhandling rundt beslutningsprosesser og dermed medvirkning står beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Paragrafen presiserer at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2015).

4.0 Metode

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for valg av metode, beskrivelse av søkeprosessen samt flytskjema og en oversikt over valgte artikler. Metoden forteller oss hvordan vi skal jobbe for å finne ny kunnskap eller svare på en problemstilling (Dalland, 2012, s. 111). Metoden er verktøyet vi bruker for å samle inn data som vi trenger for å kunne undersøke valgt tema. Ut ifra valgt metode mener vi at den vil kunne gi best mulig data for å belyse spørsmålet på en mest mulig faglig måte. Det er problemstillingen som er avgjørende for valg av metode (Dalland, 2012, s. 111).

4.1 Litteraturstudie som metode

For å besvare problemstillingen har vi valgt å utføre en systematisk litteraturstudie. Vi ønsker å få frem kvinners egne erfaringer og vil derfor forholde oss til kvalitativ forskning. Aveyard (2014, s. 1) definerer et systematisk litteraturstudie som et omfattende søk og tolkning av litteratur som er relevant til et bestemt emne. En systematisk litteraturstudie ønsker å kartlegge all tilgjengelig litteratur rundt et bestemt emne (Aveyard, 2014, s. 10). Ved å utføre et systematisk litteraturstudie må forfatteren systematisk gjennomføre en søke- og evalueringsprosess for å identifisere og kritisk vurdere relevante studier for å svare på et forhåndsdefinert spørsmål (Aveyard, 2014, s. 11). Et systematisk litteraturstudie begynner med å formulere et spørsmål, lage en plan for innhenting av relevant informasjon og så analysere og tolke det innhentede materialet (Polit & Beck, 2017, s. 88-89). Søkeprosessen etter datamaterialet må være omfattende og grundig. Polit og Beck (2017, s. 89) påpeker at søkeprosessen samt kriterier for funn av forskning må komme tydelig frem. Grunnen til dette er at en annen person skal kunne komme frem til samme konklusjon ved å bruke de samme kriteriene. Kvalitativ forskning ønsker å undersøke menneskers meninger, erfaringer og opplevelser, noe som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2012, s. 112). Malterud (2017, s. 30) beskriver en kvalitativ metode som en forskningsstrategi for å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk. Denne metoden kan presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30).

4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier utvikles for å vurdere hvilke studier som skal tas med videre og for å sikre at kun de studiene som er relevante for problemstillingen blir inkludert (Aveyard, 2014, s. 11).

Figur 5. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier	Begrunnelse
Gravide kvinner som har fått diagnosen intrauterin fosterdød	Gravide kvinner som ikke har fått diagnosen intrauterin fosterdød	Fokus på disse kvinnene i problemstillingen
Fra gestasjonsuke 22	Aborter og senaborter før uke 22	Ikke intrauterin fosterdød før gestasjonsuke 22.
Kvinner som har vært i kontakt med helsevesenet i forbindelse med diagnosen intrauterin fosterdød	Alle andre kvinner	Ønsker fokus på jordmor sin ivaretagelsen av kvinnen i en vanskelig og traumatisk situasjon.
Mødres erfaringer og opplevelser av ivaretagelsen	Fedre og jordmor sine erfaringer. Mødres påvirkning av en dødfødsel i et senere svangerskap	Ønsker et fokus på mødrene sine opplevelser.
Kvalitativ forskning	Kvantitativ forskning og blandingsstudier	For å få frem gravide kvinner siden egne erfaringer, tanker og følelser
Forskning fra den vestlige verden	Andre land	Flest likheter med helsevesenet i Norge
Forskning fra 1980-tallet	Forskning fra tidligere enn 1980.	Store endringer i helsevesenet og prosedyrer rundt intrauterin fosterdød før 1980-tallet.
Skandinavisk eller engelsk språklig artikler	Andre språk	Oversettelse ville blitt for omfattende

4.3 Etiske overveielser

I de forskningsetiske retningslinjene fremkommer det at forskning er viktig både for enkeltmenneske og for samfunnet. Forskning er også en maktfaktor, og det er dermed viktig at den forgår på en måte som er etisk forsvarlig (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2014). Når det gjelder etiske overveielser vil vi bruke sjekkliste fra Kunnskapssenteret for å granske artiklene. Vi har valgt studier som har benyttet kvalitativ metode og et av våre inklusjonskriterier er at det er redegjort for innhenting og godkjenning av etisk komite for forskning. Vi vil også vurdere om deltageres rettigheter kommer tydelig frem, at det er frivillig, at de samtykker, at de svarer på det de vil og at de har mulighet til å trekke seg når som helst uten å måtte gi noen forklaring (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2014).

I vår oppgave trenger vi ikke å søke om etisk godkjenning for å få utføre oppgaven. Vi bruker allerede eksisterende studier som har fått godkjenning. Siden vi bruker arbeidet til andre forfatteren er vår oppgave og korrekt referere til de forfatterne som har innhentet materialet (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2014).

4.4 Søkestrategi

Vi benyttet et SPIDER skjema som egner seg for kvalitativ forskning (Aveyard, 2014, s. 33). SPIDER metoden ble utviklet av Cooke, Smith og Booth (2012) på grunn av vanskeligheter med å bruke PICO når man søkte etter kvalitative studier. Størrelsen på utvalget og deltageren er vanligvis færre i kvalitative studier, og datamaterialet som samles inn er ofte mer detaljert, ”*Sample*”. I kvalitativ forskning er målet å forstå adferd og individuelle erfaringer, dermed brukes ”*Phenomenon of Interest*”. Studiens ”*Design*” er svært avgjørende i kvalitativ forskning da det påvirker studies styrke og analyse. Resultatene i kvalitative studier kan både være uobserverbare og subjektive konstruksjoner, ”*Evaluation*”. SPIDER-verktøyet kan også egne seg for blandede metoder og kvantitativ forskning, og har dermed ”*Research type*” i tillegg (Cooke, Smith & Booth, 2012, s. 1437).

Figur 6. SPIDER skjema

S	PI	DE	R
Kvinner som har opplevd intrauterin fosterdød	Ivaretagelse ved dødfødsel	Kvalitativt design	Primær kvalitative studier
Søkeord: Mother	Søkeord: Stillbirth Still birth Perinatal death Fetal death Stillborn Safeguarding	Søkeord: Qualitativ design Phenomenology Phenomenolog* Experience*	

4.5 Søkeprosessen

Søkeprosessen startet 11.04.19. siste søk 18.7.19. Databasene vi har brukt i dette systematiske litteraturstudiet er Cinahl, Ovid Medline, PyscInfo og Maternity and infante care.

I oppstarten av søkeprosessen ble det forsøkt med mange ulike søkeord i ulike kombinasjoner, som enten ga svært få eller svært mange treff. I samarbeid med bibliotekar på Oslo Met og bibliotekar ved sykehuset Østfold Kalnes, ble søket etter hvert finjustert slik at trefflisten av søket ble tilfredsstillende og tilspisset nok til å besvare oppgavens problemstilling.

Søkeordene ble benyttet både i fritekst, og i ulike kombinasjoner med hverandre. Vi brukte trunkeringstegnet * på ordene phenomenolog og experience for å få frem alle variantene av ordene. Enkelte av ordene satte vi senere sammen med OR og så AND for å snevre søke vårt.

De ulike databasene benytter ulike emneord, og nøkkelord, og det har derfor blitt søkt med forskjellige søkeord i de ulike databasene. Søket i Cinahl utartet seg slik. Se søketabell i Vedlegg 1.

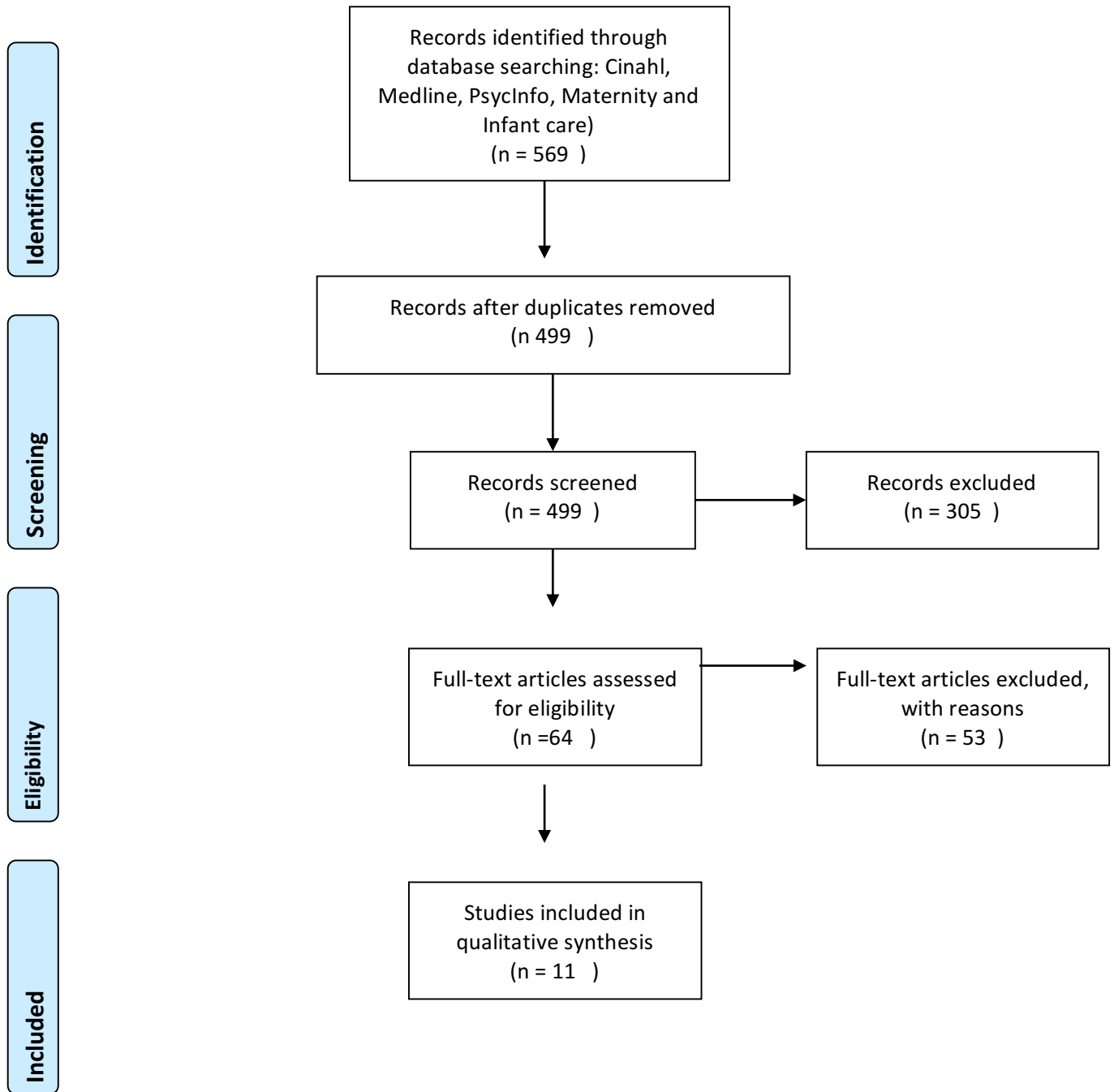
Søk 1. Perinatal death som i Cinahl var et emneord- gav 6873 treff, deretter 2 «stillbirth», 2778 treff, 3«Fetal death» med 1070 treff og 4 «stillborn» 367 treff, de tre siste søkeordene var keywords i Cinahl. Søkene 1-4 ble kombinert med OR og ga 8589 treff. (søk 5) I søk 6 begrenset vi søk med «Peer Reviewed», Published Date: januar 1980 til juli 2019, samt Clinical Queries: Qualitative - Best Balance som da gav 208 treff. I Søk 7 søkte vi på Phenomenological research som også var et emneord i Cinahl, da med begrensningene Peer Reviewed og med samme Publiseringdato som i søk 6. Søk 7 gav 12258 treff. I Søk 8 kombinerte vi søk 5 (Perinatal death, «Stillbirth», «Fetal death» og «Stillborn» uten begrensninger) og søk 7 (Phenomenological Research med begrensninger) sammen med Operatøren AND. Dette gav 48 treff. Søk 9: Søk 6 (Perinatal death, «Stillbirth», «Fetal death» og «Stillborn» med begrensninger), og søk 8 (søk 5: Perinatal death, «Stillbirth», «Fetal death» og «Stillborn» uten begrensninger OR søk 7 Phenomenological research med begrensninger) ble satt sammen med operatøren OR for å få et bredere søk. Dette ga 231 treff. På det siste søket. Søkeordene mother og experience ble ikke benyttet i Cinahl, da Mother ga et smalere treff og Experience ble dekket under Phenomenological research som bygger på menneskers erfaring.

I de største databasene som Ovid Medline og Cinahl måtte vi ekskludere mange artikler da de ikke var relevante. Vi søkte flere ganger i samtlige databaser og satte sammen ulike søkeord med OR og AND for å se om vi fikk flere relevante treff.

Vi har begge lest igjennom de 64 artiklene som var mest aktuelle i fulltekst og diskutert metode, hensikt og resultat for å være sikre på at vi valgte de som var mest relevante. De 11 artiklene vi valgte til slutt har vi kvalitetssjekket ved å bruke sjekklisten til kunnskapssenteret.



Figur 7: PRISMA 2009 Flow Diagram

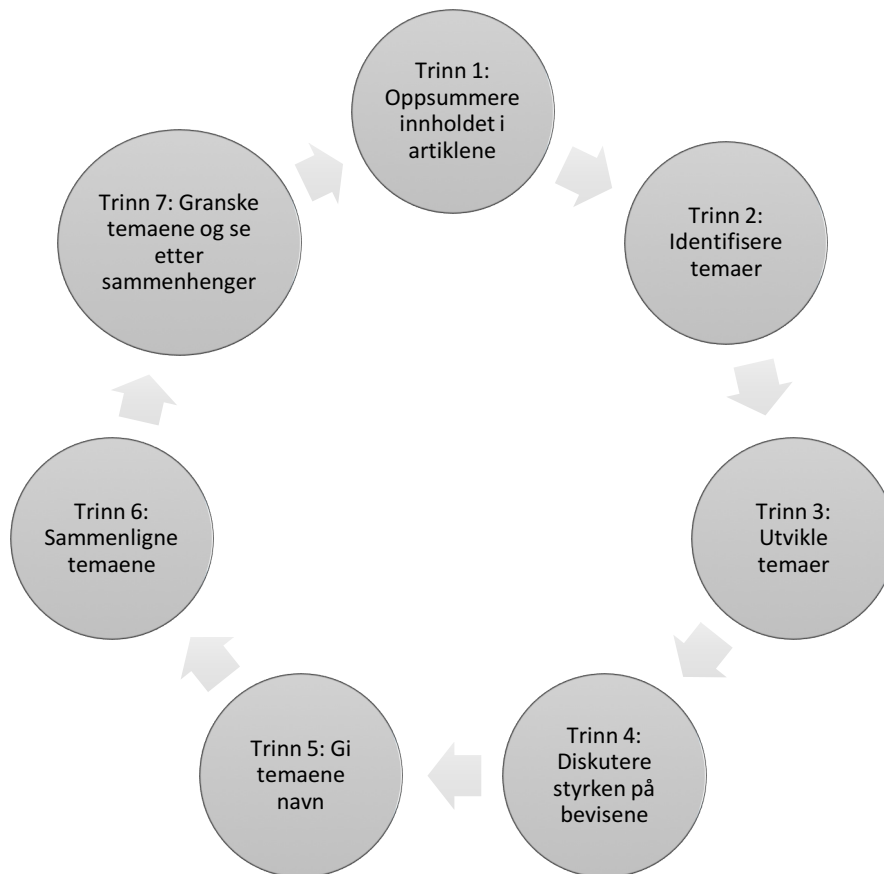


(Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009, s. 1-8)

4.6 Tematisk analyse

Det innsamlede materialet vi har funnet ved å bruke systematisk litteratursøk vil bli analysert. Analyseprosessen vi ønsker å benytte oss av i denne oppgaven er en tematisk analyse over 7 trinn utarbeidet av Aveyard (2014, s.143-150) som er godt egnet til bruk i en litteraturstudie.

Figur 8. 7 Trinns modell av Aveyard



Kilde: (Aveyard, 2014, s. 143-150).

Ved å følge de 7 trinnene i den tematiske analysen så gikk vi grundig igjennom alle de aktuelle artiklene gjentatte ganger. Dette er blitt gjort for å få et overblikk over forskningen som foreligger. Etter å ha lest igjennom artiklene, lagde vi en tabell (se vedlegg) som beskriver tidsskrift, forfatter, årstall, metode, hensikt og resultat. På denne måten fikk vi en god oversikt over de valgte artiklene. Deretter gikk vi grundig igjennom resultatene og fant hovedpoengene i artiklene. På denne måten kunne vi identifisere temaer. Vi gikk så

systematisk igjennom hver enkelt artikkel og fargela med ulike farger de forskjellige temaene. De ulike tema vi fant ble skrevet opp på et ark og på denne måten utviklet vi temaer. Vurdering av artiklene ble gjort før analyseprosessen startet, men vi gikk igjen igjennom sjekklister for å kvalitetssikre artiklene. Vi har tatt i bruk sjekklister fra kunnskapssenteret for å vurdere artiklene (se vedlegg 2). Vi synes sjekklister oppsummerer kvaliteten på artiklene på en oversiktlig måte. For å gi temaene navn og sammenligne temaene ble det laget en oversiktstabell (se figur 9) over temaene fra de inkluderte artiklene og hvilke artikler som tar for seg de ulike temaene.

4.7 Temaer for analyse av inkluderte artikler

Figur 9. Temaer fra analyse av inkluderte artikler

Å få beskjed om at babyen er død	Å gå igjennom en dødfødsel	Å skape minner etter en dødfødsel
Malm, Rådestad, Erlandsson, & Lindren, (2011)	Säflund, Sjögren & Wredling. (2004)	Lindgren, Malm & Rådestad (2014)
Erlandsson, Lindren, Malm, Davidsson-Bremborg & Rådestad (2011)	Trulsson & Rådestad (2004)	Trulsson & Rådestad (2004)
Cacciatore, & Bushfield, (2008)	Erlandsson, Lindren, Malm, Davidsson-Bremborg & Rådestad (2011)	Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-McHarg & Horsch (2014)
Trulsson & Rådestad (2004)	Nuzum, Meaney & O'Donoghue (2018)	Stringham, Riley, & Ross (1982)
Rådestad, Malm, Lindgren, Petersson & Larsson (2014)	Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell (2013)	Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell (2013)
Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell (2013)	Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-McHarg & Horsch (2014)	Säflund, Sjögren & Wredling. (2004)
	Lindgren, Malm & Rådestad (2014)	

Syvende og siste trinn i analyseprosessen er å granske temaene og se etter sammenhenger.

Etter å ha gransket artiklene og de overordene funnene kom vi frem til 3 overordnede temaer:

- Å få beskjed om at babyen er død
- Å gå igjennom en dødfødsel
- Å skape minner etter en dødfødsel

Disse 3 temaene vil bli presentert i resultatene for å kunne svare på oppgavens hensikt og problemstilling.

4.8 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Kritisk gjennomgang av studiene er en vurdering av styrkene og svakheten til hver artikkel. Aveyard (2014, s. 106) skriver at en kritisk vurdering av studiene er en av de viktigste funksjonene i en litteraturgjennomgang som skiller en studie fra et tradisjonelt essay. På den måten kan man gjøre en vurdering av relevansen av artiklene til ens egen litteraturstudie (Aveyard, 2014, s. 104). Ved å gjennomgå hver studie, vil man kunne bekrefte at den er av relevans for vår studie. Selv om vi har fulgt våre egne inklusjons- og eksklusjonskriterier, er det bare når man gjennomgår studiene at vi vil kunne finne ut av relevansen for vårt eget studie og hvorvidt de svarer på vår problemstilling.

Hensikten med en kritisk gjennomgang av alle inkluderte artikler er å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien (Helsebiblioteket, 2016). Det er utarbeidet ulike sjekklister for å kritisk vurdere artiklene. Det er to overordnede spørsmål man bør stille seg som første ledd i vurderingen, disse er: *"Har artikkelen er klart formulert problemstilling?"* og *"Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?"*.

Vi har begge lest nøye igjennom artiklene hver for oss og brukt lang tid på å gjennomgå dem sammen for å vurdere kvaliteten på artiklene. For å vurdere kvaliteten har vi som nevnt tidligere brukt sjekklisten til kunnskapscenteret (se vedlegg 2).

4.9 Begrunnelse av kvalitetsvurdering

Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-Mcharg & Horsch (2014): Høy kvalitet.

I denne studien ble det benyttet kvalitativ metode der individuelle intervjuer ble benyttet for å få mer kunnskap om mødres opplevelser i forbindelse med dødfødsel. Studien ble gjennomført 3 måneder etter dødfødselen noe som gjør at opplevelsene fortsatt er sterkt fremme hos mødrene. Intervjuene ble utført i deres eget hjem med begrunnelse i at kvinnene kunne kjenne seg mer avslappet, trygge og dermed kunne snakke friere (Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-Mcharg & Horsch, 2014).

Stringham, Riley & Ross (1982): Middels kvalitet.

Studien er fra 1982 og mye har endret seg siden den tid. Vi ønsker likevel å inkludere de da mødrenes opplevelser kommer tydelig frem gjennom bruk av kvalitativ metode med individuelle intervjuer. Hendelsesforløpet strekker seg fra 6 måneder etter dødfødselen til 10 år noe som gjør at noen av kvinnenes opplevelser muligens ikke kommer frem (Stringham, Riley & Ross, 1982).

Cacciatore & Bushfield (2008): Middels kvalitet.

Det ble benyttet kvalitativ metode hvor kvinnene svarte på åpne spørsmål i et spørreskjema. Det kan være vanskelig å få frem opplevelser ut fra et spørreskjema, men spørsmålene var åpne formulert og kvinnene kunne skrive fritt om opplevelser og følelser. De fleste deltakerne hadde opplevd dødfødsel i løpet av de siste 5 årene, men et få tall for 10 år siden eller mer (Cacciatore & Bushfield, 2007).

Trulsson & Rådestad (2004): Høy kvalitet.

Bruk av kvalitativ metode hvor intervjuer ble benyttet for å få frem kvinnenes opplevelse. Det ble utført intervju 6 til 18 måneder etter dødfødselen. Resultatene kommer tydelig og oversiktlig frem i studien (Trulsson & Rådestad, 2004a).

Malm, Rådestad, Erlandsson & Lindgren (2011): Middels til høy kvalitet.

I denne studien kommer kvinnenes opplevelse tydelig frem da intervjuerne stilte to åpne spørsmål, og ellers fikk kvinnene snakke fritt om sine egne opplevelser. Resultatene kommer tydelig og oversiktlig frem i studien. Det beskrives ikke hvor lenge siden dødfødselen fant sted (Malm, Rådestad, Erlandsson & Lindgren, 2011).

Lindgren, Malm & Rådestad (2014): Høy kvalitet.

Studien bruker en kvalitativ metode hvor intervjuer benyttes for å innhente data om kvinnenes opplevelser. Dødfødselen fant sted for mellom 5 uker til 6 år siden. Dermed kan svarene variere noe ut ifra hva kvinnene husker. Kvinnene har mulighet til å prate fritt om egne opplevelser. Resultatene blir presentert på en oversiktlig måte (Lindgren, Malm & Rådestad, 2014).

Erlandsson et al. (2011): Middels kvalitet

I studien besvarte kvinnene et Web basert spørreskjema, med lukkede og åpne spørsmål. Spørreskjema var åpent for alle mødre som har opplevd dødfødsel, selv om hendelsen var for mange år siden. Rutiner og holdninger rundt dødfødsler har endret seg gjennom tiden, og mødrenes minner kan være svakere, om det er lang tid siden dødfødselen. Dette kan være mulige bias, som kan utgjøre forskjeller i svarene som gis. Intervjuer kunne muligens fanget opp disse forskjellene mer enn et spørreskjema gjør (Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg & Rådestad, 2011).

Säflund, Sjögren & Wredling (2004): Høy kvalitet

Studien benyttet en kvalitativ metode ved å intervju foreldre for å få mer kunnskap om foreldres erfaringer i forhold til den ivaretagelsen de fikk av helsepersonellet ved en dødfødsel. Mødrenes opplevelse kommer godt frem i studien, og flertallet av de som har blitt intervjuet er mødre, og derfor har vi tatt med denne studien i vår oppgave (Säflund, Sjögren & Wredling, 2004) .

Nuzum, Meaney & O'Donoghue (2018): Høy kvalitet

En kvalitativ metode er benyttet hvor det er utført semi-strukturerte intervjuer for å innhente opplysninger om foreldres erfaringer ved dødfødsel. 12 mødre og 5 fedre ble intervjuet med

åpne spørsmål. 50% av deltagerne hadde på forhånd fått vite at barnet deres ikke ville overleve utenfor magen på grunn av ulike tilstander, og 50 % visste ikke på forhånd at barnet var dødfødt. Dette kan utgjøre en forskjell i svarene som ble gitt, siden 50 % var forberedt på det som skulle skje. Vi har kun benyttet mødrenes erfaringer fra denne studien (Nuzum, Meaney & O'Donoghue, 2018).

Rådestad, Malm, Lindgren, Pettersson & Larsson (2014): Middels til høy kvalitet
Intervju ble brukt som metode i denne kvalitative studien. Kvinnene rekrutterte seg selv etter å ha lest informasjon om studien på hjemmesiden til «Swedish National Infant Foundation» som er medlem av «The International Stillbirth Alliance» som støtter foreldre som har mistet barnet sitt før eller etter fødselen. Med selvrekruttering kan man miste representanter som for eksempel ikke har tilgang til informasjon om mulighetene for å delta, men samtidig få representanter som på eget initiativ ønsker å bidra (Rådestad, Malm, Lindgren, Pettersson & Larsson, 2014).

Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell (2013): Høy kvalitet
I denne kvalitative studien ble dybdeintervjuer benyttet. Intervjuene foregikk ansikt til ansikt eller per telefon. Forskerne kan miste informasjon, da man ikke får fanget opp de nonverbale uttrykkene i telefonsamtalene. Studien inkluderte foreldre, men 19 mødre ble intervjuet alene, og 3 foreldrepar ble intervjuet sammen. Av 25 deltagere er altså 22 kvinner. Mødres erfaringer er godt belyst og vi har derfor tatt studien med. Resultatene kommer tydelig frem i studien (Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell, 2013).

5.0 Resultat

Våre analyser av valgte artikler resulterte i 3 overordnede temaer (Å få beskjed om at babyen er død, å gå igjennom en dødfødsel og å skape minner etter en dødfødsel). Funnene vil bli presenterte i dette kapitlet.

5.1 Å få beskjed om at babyen er død

Studier viser at de fleste kvinner selv får mistanke om at noe er galt fordi de har kjent lite liv (Malm et al., 2011; Rådestad et al., 2014; Trulsson & Rådestad, 2004a). Det gjør at de tar kontakt med helsevesenet. I studien til Rådestad et.al (2014, s. 92) beskriver enkelte kvinner om en uttalt stillhet under ultralydundersøkelsen. Fokuset til jordmor og legen var kun rettet mot ultralydskjermen, og ingen tok seg tid til å forklare noe til kvinnene. Videre kommer det frem at kvinnene dermed gjorde seg opp en egen mening om hva som foregikk mens de ventet på at jordmor skulle fortelle dem hvordan babyen hadde det.

Et hovedfunn i flere av studiene er dårlig kommunikasjon og et negativt ladet kroppsspråk under diagnosetidspunktet (Cacciatore & Bushfield, 2007; Rådestad et al., 2014; Trulsson & Rådestad, 2004a). Trulsson og Rådestad (2004, s.190) viser til dårlig kommunikasjon fra jordmor og annet helsepersonell i løpet av undersøkelsen og at helsepersonellet var opptatt av å heller pratet med hverandre, enn å kommunisere med kvinnen. Kvinnene tolket kroppsspråket til jordmødrene og stillheten som om noe var galt, uten at det ble sagt med ord.

I studien til Rådestad et.al (2014, s. 93) beskriver flere av kvinnene at de følte seg ensomme og at de opplevde å ikke bli sett av jordmødrene. Eksempler på dette er at flere av kvinnene fortalte at de ble etterlatt til seg selv etter at de hadde fått beskjed om at babyen var død. Funnene i studien til Rådestad et.al, påpeker at i denne situasjonen var det vanskelig for kvinnene å ta innover seg hva som hadde skjedd (Rådestad et al., 2014, s. 93). Tilsvarende funn finner man i studien til Malm et.al (2011, s. 52) som beskriver at enkelte kvinner følte seg forlatt i en situasjon de ikke kunne kontrollere. De følte seg alene og etterlatt til seg selv i tiden fra diagnosetidspunktet til induksjon av fødselen (Malm et al., 2011, s. 52). Funnene til Erlandsson et.al (2011, s. 1679) underbygger dette, hvor det viser seg at enkelte kvinner også har et ønske om at jordmor ikke skulle forlate dem etter at de hadde fått diagnosen intrauterin fosterdød.

Både i studien til Erlandsson et. al (2011, s. 1679) og Trulsson og Rådestad (2004, s. 190-192) beskrives tidsperioden fra diagnosetidspunktet og start av fødselen, som den verste tiden i løpet av sykehusoppholdet. Dette begrunnes med at kvinnene ikke visste hva som skulle skje videre. Studien til Malm et.al (2011, s. 52) viser at flere kvinner ikke følte seg delaktige i beslutninger som ble tatt rundt henne selv og barnet i magen. Dette gjaldt for eksempel beslutninger knyttet til tidspunkt for induksjon (Malm et al., 2011, s. 52). Kvinnene i studien forteller om en ufrivillig ventetid med lite informasjon fra jordmødrene (Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 191).

5.2 Å gå igjennom en dødfødsel

Flere studier påpeker at når kvinnene ble informert om at de måtte igjennom en vaginal fødsel ble det veldig viktig å få god informasjon, råd og støtte. Med god og riktig informasjon aksepterte mødrene å føde barnet sitt vaginalt. Det kommer frem at jordmor har en viktig rolle i en slik situasjon og informasjonen som gis er avgjørende for opplevelsen ved dødfødsel (Säflund et al., 2004, s. 134; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 191).

Nuzum et al. (2018, s. 11) beskriver den relasjonen mødrene fikk med jordmor. Hvordan omsorgen og kommunikasjonen hadde vært med jordmor, var nøkkelelementer i denne relasjonen, og mødrene gav eksempler på både god og dårlig praksis. Hvordan foreldrene ble ivaretatt hadde en stor innflytelse på deres sorgprosess. Studien viser at god kommunikasjon og sensitiv omsorg står sentralt i opplevelsen av god ivaretagelse (Nuzum et al., 2018, s. 11). I studien til Trulsson & Rådestad (2014, s. 192) var det flere kvinner som beskrev jordmor som omsorgsfull og at hun sto ved deres side under fødselen. De beskrev omsorgen som jordmor ga som varm og individuell, og de følte seg anerkjent i sorgen. Videre kommer det frem i at mødrene syntes det var fint at jordmor viste følelser under fødselen.

I studien til Downe et al. (2013, s. 4-7) blir god ivaretagelse beskrevet når jordmor var empatisk og medmenneskelig, ga betryggende informasjon og støtte, og når det var en kontinuitet i omsorgen som ble gitt. Slike egenskaper påvirket opplevelsen positivt, og det at jordmor tilbrakte tid med dem ble beskrevet som verdifull. Manglende ivaretagelse, opplevdes blant annet når det var fravær av respekt, empati og kompetanse fra jordmor. I tillegg til dette beskriver kvinnene at de ikke følte seg ivaretatt når sorgen ble medikalisert, når løfter ikke ble holdt og liten støtte ble gitt (Downe et al., 2013, s. 4-7). Erlandsson et al. (2011, s. 1679) beskriver at flere kvinner syntes det var tungt å bli etterlatt til seg selv med partner inne på fødestuen uten støtte fra jordmor. De syntes det var vondt å høre skrikene fra friske barn som ble født i rommene ved siden av.

I Ryninks et al. (2014, s.9) sin studie uttrykte foreldrene frykt i forhold til det ukjente, i forhold til hva som skulle skje, og hvordan de skulle håndtere fødselen og barnets død. Samtidig uttrykte de frykt for hvordan babyen muligens ville se ut. Studien til Trulsson og Rådestad (2004) og Ryninks et al. (2014) påpeker at jordmor har en unik mulighet til å hjelpe

kvinnene til å håndtere situasjonen. Det kommer videre frem i studiene at jordmor kan hjelpe kvinnene både før og etter forløsning, ved å forberede mødrene psykisk til å møte sitt dødfødte barn og forklare hvordan barnet ser ut (Ryninks et al., 2014, s. 5; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192). I studien til Trulsson og Rådestad (2004, s. 194) påpeker de at det er spesielt viktig i de tilfellene der barnet har tydelige skader, blant annet for å forebygge utvikling av psykiske vansker i ettertid (Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 194).

Studien til Lindgren et al (2014, s. 337-339) belyser det første møte mellom mor og barn, og at møte inntreffer når barnet allerede er dødt. Mødre forteller at sorg og fortvilelse farger dette møtet, som også blir et gradvis farvel med det etterlengtede barnet og den planlagte fremtiden med familien. Studien beskriver kvinnenenes forventninger om morsrollen som blir revet i stykker og erstattet av en følelse av tomhet (Lindgren et al., 2014, s. 237-239). I studien til Downe et al. (2013, s. 3) gir foreldrene et sterkt bilde av hvor overveldende følelsen og tapet av noe som kunne ha vært er.

5.3 Å skape minner etter en dødfødsel

Studien til Trulsson og Rådestad (2004, s. 192) beskriver den fullstendig stillhet som kvinner opplever rett etter forløsning. Enkelte av kvinnene i studien beskriver at de var forberedt på denne stillheten, men det kom som et sjokk for flere. Studien beskriver at en kyndig veiledning fra jordmor i hvordan de skulle nærme seg barnet etter forløsning som svært betydningsfull. Det var svært viktig for kvinnene å ha jordmor ved sin side slik at de kunne bli veiledet i det første møtet. Kvinnene i studien forteller om en sinnstilstand etter forløsning hvor de synes det er vanskelig å vite hva de skal gjøre. De hører derfor etter hva jordmor sier, og forventer at de skal veilede dem til å gjøre det som er best. Selv om enkelte mødre ønsket å se barnet sitt med en gang etter fødsel var det flere som trengte veiledning og støtte fra jordmor (Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192).

Studien til Ryninks et.al (2014, s. 6) viser til mødrenes positive opplevelse ved å se og holde barnet sitt etter en dødfødsel. De verdsatte tiden og minnene de fikk med barnet sitt svært høyt og hadde en følelse av stolthet når de holdt barnet. Kvinnen i studien fortalte at det å se babyen sin etter forløsning hjalp dem med å forstå hva som hadde skjedd. De beskriver videre en stolthet av å bli mor, og den sterke morsfølelsen de hadde første gangen de fikk barnet på brystet eller i armene (Ryninks et al., 2014, s. 6). I studien til Downe et.al (2013, s. 4-5) beskriver en kvinne det første møte med sin døde baby når hun fikk barnet på brystet. Kvinnen forteller om barnets varme kropp og at barnet fremdeles var det barnet hun hadde fått en relasjon til under svangerskapet. I studien til Trulsson & Rådestad (2004, s. 192) var det ingen kvinner som angret etter å ha sett barnet sitt. De synes det var bra at jordmor hadde oppmuntrer dem til å se barnet og at de hadde blitt forklart viktigheten av å skape minner (Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192).

I studien til Trulsson og Rådestad (2004, s.194) blir det beskrevet at kvinnene synes det var svært viktig at jordmor turte å veilede dem i å se og ta på babyen sin. Flere av kvinnene forteller at de ønsket et ekstra ”dytt” fra jordmor hvis de var usikre i avgjørelsen sin. Kvinnene som ikke holdt eller så barnet sitt angret på dette, og flere ønsket at de hadde fått mer informasjon om viktigheten av å se barnet av jordmor (Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 194). Studien til Downe et.al (2014, s. 4-5) påpeker at jordmor kan være mer oppmuntrende

og støttende ovenfor mødrene om å se og holde babyen sin i de tilfellene hvor kvinnen er usikker på hva hun skal gjøre (Downe et al., 2013, s. 4-5).

I studien til Stringham et. al (1982, s. 324) beskriver kvinnene at de ikke fikk tilbud om å se eller holde babyen sin etter fødsel. Enkelte av mødrene så og holdt babyen sin selv om de ikke ble oppmuntret til det av jordmor og at dette hadde stor betydning for deres videre sorgprosess. De kvinnene som ikke hadde sette eller holde barnet sitt angret på det i ettertid. Kvinnene lurte på hvordan babyen så ut og om det var likheter med andre familiemedlemmer (Stringham et al., 1982, s. 324).

Flere av studiene beskriver betydningen av å skape minner som man kan ha med seg etter fødselen (Downe et al., 2013, s. 5-6; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192). Kvinnene i disse studiene forteller at det å ha bilder, hårlokk eller hånd- og fotavtrykk er noe alle verdsetter svært høyt. Studien til Stringham et. al (1982, s. 326) bekrefter dette og skriver at jordmor må hjelpe mødre å skape minner med babyen sin. I studien til Downe et.al (2012, s. 5-6) og Säfllund et.al (2004, s. 134) beskriver kvinnen at det å tilbringe tid sammen med babyen sin og skape evigvarende minner var noe av det viktigste jordmor gjorde for å hjelpe dem å takle situasjonen.

Studien til Lindgren et.al (2014, s. 142) beskriver tidspunktet ved utskrivelse fra sykehuset og avskjed med barnet. Studien påpeker viktigheten av at barnet ble tatt hånd om av en jordmor de hadde utviklet en relasjon. Det gjorde det lettere for kvinnen å ta avskjed med barnet, enn i de tilfellene når barnet ble igjen på rommet alene eller med en ukjent jordmor (Lindgren et al., 2014, s. 142).

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi starte med å drøfte funnene av studien opp mot annen relevant forskning og teori. Deretter blir metodediskusjon presentert hvor vi går gjennom studiens styrker og svakheter.

Funnene fra denne litteraturstudien viser at tiden fra diagnosetidspunktet til induksjon av fødselen blir beskrevet som den vanskeligste perioden ved en dødfødsel. Det kan synes som om kvinnene opplever at det er vanskelig på grunn av dårlig eller fravær av kommunikasjon fra jordmor samt et negativt ladet kroppsspråk (Cacciatore & Bushfield, 2007; Rådestad et al., 2014; Trulsson & Rådestad, 2004a). Fravær av informasjon kan føre til ytterligere påkjenninger og stress, og jordmor kan i slike situasjoner blir oppfattet som uærlig og lite omsorgsfull (Pullen, Golden & Cacciatore, 2012, s. 340). Kommunikasjon og måten diagnosen intrauterinfosterdød blir fremstilt for kvinnene er avgjørende for videre sorgprosess og hvordan de føler seg ivaretatt av jordmor (Peters et al., 2015, s. 274). Det at jordmødre ikke har myndighet til å sette diagnosen intrauterin fosterdød og dermed ikke kan gi kvinnene et sikkert svar med det samme, kan mulig oppfattes som fravær av informasjon. Vi tenker dette kan være en faktor som kan påvirke kvinnens opplevelse av at jordmor er uærlig og gir manglende informasjon. Diagnosen skal som nevnt tidligere bekreftes av to leger og ved hjelp av ultralyd (Norsk gynekologisk forening, 2014), og kvinnene må derfor vente på at legene kommer for å få en avklaring.

Bruk av uforståelig språk ved formidling av diagnosen intrauterinfosterdød, kan også føre til at kvinnene ikke føler seg ivaretatt (Lisy et al., 2016, s. 7). Informasjonen som gis, må tilpasses den enkeltes kvinnes tilstand og den situasjonen hun står i. Når en kvinne får beskjed om at barnet hun bærer er dødt, kommer hun i en uventet akutt og traumatisk situasjon. Selv om mange av kvinnene kommer inn på sykehuset etter å ha kjent lite, eller fravær av liv, forventes det ikke at barnet er dødt. Traumet kan påvirke kvinnen voldsomt, og vil kunne forårsake en krisetilstand som kan påvirke både følelser og tanker (Davidsen-Nielsen & Leick, 2001, s. 25). En krisetilstand vil for mange gi en opplevelse av sjokk, som ofte gir en opplevelse av uvirkelighet (Mathisen, 1995, s. 316-317). Mange kvinner beskriver diagnose tidspunktet som en drøm, eller at de er med i en sakte film (Dyregrov, 2018, s. 309-310). En slik tilstand kan i stor grad påvirke hva som blir forstått av den informasjonen som gis, siden

oppmerksomheten og konsentrasjonen ofte er svekket (Skants, 2014, s. 181). Dette kan anses som en påvirkende faktor for hvordan kvinnene opplever informasjonen ved dødfødsel.

Denne studien viser at diagnosetidspunktet er en periode hvor det trengs mye støtte og omsorg av jordmor, og tiden mellom diagnosetidspunktet og selve fødselen viser seg å være en periode der mange av kvinnene lider betydelig. Det å vente på fødselen anses å være mer stressende og gi mer bekymring enn selve fødselen (Peters et al., 2015, s. 272- 274). Ut ifra funnene i vår studie og annen relevant forskning er det av vesentlig betydning at jordmor er klar over viktigheten av kontinuerlig informasjon og god kommunikasjon i denne tiden. Dette kan hindre ytterlige påkjenning hos kvinnene, og for å bygge et tillitsforhold til jordmor. Jordmor er den første som møter kvinner når hun kommer til sykehuset og relasjonsbyggingen starter fra de hilser på hverandre.

Ved at jordmor er innforstått med og vet hvor vanskelig en slik situasjon kan oppleves for kvinnene, kan hun være der og støtte kvinnen i denne prosessen. Et tiltak jordmor kan iverksette, er å være tilstede eller tilgjengelig for kvinnen helt fra hun ankommer sykehuset. På den måten vil ikke kvinnene føle seg etterlatt til seg selv, og jordmor vil kunne ivareta kvinnen på en best mulig måte. Jordmor må også til enhver tid ta hensyn til kvinnes krise og sorgreaksjon (Dahlø, 2017, s. 555-560). Sorg og dens reaksjoner er svært individuelle. Sorgreaksjon og hvordan den oppleves blir påvirket av mange forhold, blant annet personen selv, omgivelsene og hvilke omstendigheter man befinner seg i. Samtidig vil de kulturelle og sosiale strukturene personen lever i påvirke reaksjonene (Røkholt et al., 2018, s. 11-30).

Schut & Stroebe (1999) sin to-prosessmodell «The Dual Process Model of Coping with Bereavment», kan hjelpe jordmor med å få en større forståelse av de individuelle forskjellene kvinnene mestrer sorgen på, og dermed sorgprosess (Stroebe & Schut, 2010, s. 274). Modellen definerer som nevnt i oppgavens teoridel, 2 typer utfordringer/prosesser assosiert med sorg, de *tapsorienterte*- og de *gjenoppbyggingsorienterte* (Stroebe & Schut, 2010, s. 277). Gjennom tapsorientering vil kvinnene bearbeide sjokket over tapet av sitt dødfødte barn, gjennom gjenoppbyggingsorientering, vil kvinnene klare å se seg selv i en ny fremtid uten barnet sitt, og orientere seg i den nye hverdagen «leve videre». I en «normal» sorgprosess vil kvinnene pendle frem og tilbake mellom disse prosessene. Modellen kan gi jordmor et

grunnlag for å identifisere hva den sørgende kan ha behov for av hjelp (Stroebe & Schut, 2010, s. 273). Behov for hjelp kan oppstå om den dynamiske svingningen mellom de to prosessene stopper opp. Svingningene mellom disse to prosessene viser seg svært viktig i sorgarbeidet. (Røkholt et al., 2018, s. 37-38).

Da sykehusoppholdet er kort, blir det begrenset hvor mye jordmor får kartlagt hvordan kvinnen mestrer utfordringene i en sorgprosess, men jordmor kan under sykehusoppholdet bygge oppunder de ressursene kvinnen har i seg selv ved å styrke kvinnenes empowerment (Askheim, 2012, s. 67). Jordmors sorgstøttearbeid blir her viktig, og et slikt arbeid kan fremme prosesser som gjør at kvinnene blir bedre rustet til å bevare helsen og forebygge psykiske ettervirkninger i fremtiden (Røkholt et al., 2018, s. 39-40). Gjennom støtt og omsorg, kan jordmor fremme mestring hos kvinnene. Gjennom tapsorientert mestring og gjenoppbyggingsorientert mestring vil dette kunne bidra til at kvinnene håndterer tapet og situasjonen hun står i, og samt komme tilbake til en «normal» og stabil hverdag i fremtiden (Røkholt et al., 2018, s. 37-38). Mestring vil kunne bidra til å gi økt styrke, kraft og makt i en situasjon som kan farges av avmakt. Jordmor kan styrke kvinnens tro på seg selv, og øke kvinnens kunnskap, ferdigheter og forståelse rundt situasjonen hun er i (Askheim, 2012, s. 11-12). Dette kan blant annet gjøres gjennom, gjentagende og god informasjon, tilstedeværelse og omsorg. En slik mobilisering vil bidra til at kvinnene bli mer rustet til å komme seg ut av følelsen av avmakt (Askheim, 2012, s. 11-12).

Mestring gir makt, kontroll og kan fremme medbestemmelse i situasjonen (Askheim, 2012, s. 12). Funnene våre viser at kvinnene ikke følte seg delaktige når det gjaldt beslutninger som ble gjort etter diagnostetidspunktet. Kvinnene hadde et ønske om medbestemmelse når det gjaldt videre beslutninger rundt hva som skulle skje (Erlandsson et al., 2011, s. 1679; Malm et al., 2011, s. 52). Å involvere kvinnene og hennes partner i beslutninger som skal tas når det gjelder induksjonstidspunkt er svært viktig for mange kvinner (Peters et al., 2015, s. 275). På hvilket tidspunkt etter diagnostisering av dødfødsel kvinnen blir indusert, varierer ut fra prosedyren det aktuelle sykehuset har, og når kvinnen selv føler seg klar til å induseres (Norsk gynekologisk forening, 2014). I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 presiseres det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre står det i loven at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige

tjenesteformer og behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2015). Tiltak som kan bidra til at kvinnene føler seg mer delaktige i prosessen er blant annet som nevnt, det å fremme mestring. Jordmor må også kartlegge kvinnene sine behov, ved å spørre kvinnen hva hun ønsker og hvilke preferanser hun har. Jordmor vil her kunne få en oversikt over hva som er ønskelig i hvert enkelt tilfelle. Dette for å gi individuell omsorg til kvinnene. Videre vil det være viktig at jordmor informere kvinnene om videre forløp, og hele tiden støtte opp under kvinnens ønsker og tanker.

Våre funn viser til at kvinnene synes det er vanskelig å få beskjed om at de skal føde det døde barnet sitt vaginalt. Kvinnenes først tanke og forventning er ofte at barnet vil bli forløst ved keisersnitt (Säflund et al., 2004, s. 134; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 191). Dette samstemmer med vår erfaring fra praksis, da kvinnenes første reaksjon på denne beskjeden var reaksjoner som gråt og forvirring. Noen kvinner ønsker å få forløst barnet ved keisersnitt i full narkose for å slippe å forholde seg til det som skjer (Dahlø, 2017, s. 557). Kvinnene forstår ofte ikke hvorfor man ikke kan forløse barnet med keisersnitt. En kvinne vi møtte når vi var i praksis ropte «hvorfor vil dere gjøre meg så vondt, er ikke dette lidelse nok». Sorgreaksjoner kan som nevnt vise seg som fysiske og emosjonelle reaksjoner, tanker eller atferdsmessig reaksjoner (Røkholt et al., 2018, s. 11-30). Kvinnenes reaksjoner viser en opplevelse av avmakt. Tilstanden kvinnene befinner seg i påvirker hva som blir forstått av den informasjonen som gis, og gjentagende informasjon viser seg som nevnt å være svært viktig ved sorg og krise (Skants, 2014, s. 181) En slik informasjon vil fremme aksept hos kvinnene, noe som igjen påvirker opplevelse av ivaretagelse og medbestemmelse (Säflund et al., 2004, s. 134-135; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192).

Jordmor må gi god og forklarende informasjon om hvorfor intervensjonene er som de er og hvorfor vaginal forløsning viser seg å være det beste alternativet for kvinnen. Informasjon vil kunne gi kvinnene økt kunnskap og forståelse på hvorfor de ulike tiltakene er viktige og hvorfor de utføres. Jordmor kan blant annet informere kvinnen om at vaginal fødsel vil kunne hjelpe henne i sorgen over tapet av det dødfødte barnet. Når kvinnen er tilstede under hele fødselsprosessen, vil dette bidra til at hun forholder seg til barnet sitt, og situasjonen hun står ovenfor. Samtidig vil en vaginal fødsel gi færre komplikasjoner enn et keisersnitt, og i tillegg være mindre fysisk belastende for kvinnens kropp (Dahlø, 2017, s. 557). God informasjon kan fremme både opplevelsen av mening i de tiltakene som utføres og videre fremme troen på at

hun klarer å føde barnet sitt. Kunnskap og dermed forståelse for det som skjer, styrker empowerment. Som nevnt i teoridel er målet med empowerment å løfte frem enkeltindividets personlige ressurser, og hjelpe personen på riktig vei med å fjerne aktuelle hindringer som svekker de i å realisere blant annet kontroll (Askheim, 2012, s. 12). Mangel på kunnskap og forståelse kan være en hindring for kvinnene, og økt empowerment vil dermed kunne gi kvinnene tro på seg selv, mestringsfølelse og dermed en gjennomføringskraft i det å skulle føde det dødfødte barnet vaginalt. Informasjon og kunnskap er også viktig for at kvinnen skal kunne foreta et informert samtykke.

Jordmor får her en viktig oppgave med å bygge oppunder de ressursene kvinnene selv har. Først når kvinnene selv er klare til å bli induert, og har akseptert at dette er til det beste for henne, er det aktuelt å starte induksjon av fødselen (Norsk gynekologisk forening, 2014). Tilstanden av sjokk, kan være en av forklaringene til hvordan kvinnene faktisk klarer å fokusere på handling og ikke følelsene når de skal føde sitt dødfødte barn (Dyregrov, 2009, s. 207-208). Dette viser at det kreves en ekstra oppfølging og spesiell oppmerksomhet av jordmor under fødselen, der blant annet mors krise og sorgreaksjon bør tas hensyn til (Dahlø, 2017, s. 555-560).

Kvinnene setter pris på at jordmor forbereder de underveis i fødselen på hva de kan vente seg etter barnet er forløst (Säflund et al., 2004, s. 134). Kvinnene ønsker råd og veiledning av jordmor i hvordan de kan møte og forholde seg til situasjonen og det dødfødte barnet. De fleste av kvinnene har frykt for det ukjente i forhold til hva som skal skje, hvordan barnet mulig vil se ut og hvordan de skal håndtere fødselen og barnets død (Ryninks et al., 2014, s. 9; Säflund et al., 2004, s. 136). Veiledning om å se og holde barnet sitt, og informasjon om barnets mulige utseende ved fødsel gjør at kvinnene kan forberede seg mentalt (Lisy et al., 2016, s. 6-19). Jordmor må være oppmerksom på at nedbrytningen av babyens kropp, starter umiddelbart når barnet dør i magen, noen dødfødte barn vil derfor være masererte ved fødselen. Jordmor bør i slike tilfeller fokusere på hva som ser fint ut hos den lille (Dahlø, 2017, s. 557). Funnene våre viser at jordmor må forberede kvinnene på at barnet vil fødes stille, uten noen bekreftende skrik på at det lever. På den andre siden viser funnene at selv om jordmor forberedte kvinnene på at barnet ikke kom til å gråte, og selv om kvinnen vet at barnet er dødt, vil kvinnene stort sett ha et håp om det motsatte. Flere av kvinnene fikk sjokk

over stillheten (Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192). Det viser seg ofte, at det først synker inn at barnet er dødt når kvinnen først ser det med egne øyne etter forløsning (Christoffersen & Teigen, 2013, s. 49) I den tapsorienterte prosessen i to-prosessmodellen *Dual Process Model of Coping with Bereavement*, er fornektelse og unngåelse en del av utfordringene mange får i en sorgprosess, og som også sees i en tilstand av sjokk (se figur 3) (Schut & Stroebe, 1999, s. 213). Dette viser at jordmor må gjenta den informasjon som gis for å forberede kvinnene på best mulig måte.

Dette viser at jordmor har en viktig rolle, samt en unik mulighet til å forberede mødrene psykisk til det første møtet med det døde barnet. Dette møtet, kan også være deres første møte med døden, og kan oppleves skremmende, noe jordmor også må ta hensyn til. Informasjon, råd og veiledning om hva som skjer etter barnet er født må gis gjennom hele fødselsforløpet. Jordmor må til enhver tid observere og ta hensyn til hvilken mental tilstand kvinnene er i, og under en krisetilstand bør informasjonen gjentas og omsorgen individuelt tilpasses den enkelte kvinne.

En god relasjon med jordmor, og det å bli ivaretatt med god omsorg, viser studiens funn er av en stor betydning for kvinnes opplevelse av ivaretagelse under selve fødselen. Relasjonen ble ansett som god når omsorgen fra jordmor inneholdt nøkkelementer som empati, medmenneskelighet og respekt, og når omsorgen er sensitiv, god og individuelt tilpasset. En god relasjon og det at jordmor anerkjenner kvinnene i deres sorg viser seg også og ha innflytelse på kvinnes videre sorgprosess (Downe et al., 2013, s. 4-7; Nuzum et al., 2018, s. 11; Trulsson & Rådestad, 2004b, s. 192). Funnene samstemmer med det teoretikeren Kari Martinsen sier om omsorg i sin omsorgsfilosofi. Omsorgen vil være selve kjernen i relasjonen som skapes, og dermed vil god omsorg, påvirke opplevelsen av ivaretagelse. Jordmors ivaretagelse av kvinnen skal være til det beste for henne (Martinsen, 2003, s. 14-27, 71-77). Kvaliteten i relasjonen som etableres mellom jordmor og kvinnen ved en dødfødsel blir avgjørende for opplevelsen av ivaretagelse, og kan spille en viktig rolle for kvinnens helse i fremtiden (O'connell et al., 2016, s. 349). Som nevnt tidligere i denne masteroppgaven, har jordmor etter helsepersonelloven § 4 et krav på seg, om at den hjelpen som gis både skal være forsvarlig og omsorgsfull (*Helsepersonelloven med kommentarer*, 2012) Det er elementært at kvaliteten på omsorgen som gis av både er profesjonell og god (Lisy et al., 2016, s. 6-19).

For kvinnene er jordmor en person de søker hjelp og veiledning hos, og som skal kunne gi dem individuell støtte og omsorg og hjelpe dem med å komme seg gjennom tiden og sorgen som følger med. Det kommer videre frem i studien vår at kvinnene ofte gjør som jordmor sier under sykehusoppholdet ved en dødfødsel. Kvinnene forventer at jordmor veileder de, til det som er til deres eget beste. Dette viser den makten jordmor har i relasjonen mellom henne og fødekvinnen. Jordmødre må være bevisst på denne maktforskjellen, og være klar over at de handlingene og de holdninger jordmor viser, vil påvirke de valgene kvinnene tar (G. B. Sandvik & Hauglund, 1997, s. 63).

Kompetansegrunnlaget jordmor har, viser seg gjennom denne litteraturstudien å være svært viktig i møte med de rammede ved en dødfødsel. Ellis et.al (2016, s.15) skriver i en studie at jordmødre generelt mangler kunnskap og tillit til seg selv når det kommer til å gi foreldrene støtte og omsorg ved en dødfødsel. Martinez-Serrano et al. (2018) finner i sin studie at både jordmødre ønsker økt kunnskap og veiledning om hvordan de kan ivareta paret ved dødfødsel (Martínez-Serrano et al., 2018, s. 130). Når man ser hvordan jordmors kunnskap og kompetanse påvirker kvinners opplevelse av god omsorg og ivaretagelse, viser dette viktigheten av at det tilrettelegges for kompetanseutvikling for jordmødre på deres arbeidsplasser. Jordmødre trenger trening for å være i stand til å ta hånd om de rammede på en profesjonell og forsvarlig måte (Flenady et al., 2014, s. 137-140). God kunnskap og erfaring vil også bidra til at jordmødre blir mindre redde i møtet med mennesker ved et traumatisk tap, og er dermed i bedre stand til å fokusere på og ta vare på den sørgende moren (Cacciatore, 2011, s. 203-228). Det er viktig at jordmor har en forståelse for hvilke sorgreaksjoner som kan forekomme, og jordmor vil dermed også ha som oppgave med å identifisere hva kvinnen trenger av omsorg for å ivareta henne på best mulig måte (Dahlø, 2017, s. 555-560).

Jordmor bør tilbringe mest mulig tid med kvinnene under fødselsforløpet. Som nevnt tidligere i oppgaven kan både induksjonen og fødselsforløpet ta tid, og dermed kan prosessen frem til vaginal forløsning bli lang. Om jordmor ikke er tilstede i store deler av denne tiden, kan dette gi en ekstra og unødvendig belastning for kvinnene i en allerede vanskelig situasjon. I Norge har Helsedirektoratet (2010) kommet med en faglig anbefaling om at jordmor skal være på fødestuen fra kvinnen er i aktiv fase av fødselen, og gjennom hele fødselsforløpet

(Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Jordmor bør derfor være tilstede i føderommet såfremt det er muligheter for det, for å ivareta kvinnen (Blix et al., 2017, s. 448-449). Fødekvinne kan også være i behov for en tilstedeværende jordmor om de innlegges på fødeavdelingen før aktiv fase. I en fødsel generelt skal jordmor vurdere og observere kvinnens velbefinnende og fysiske og psykiske tilstand under et fødselsforløp (Blix et al., 2017, s. 448-449). En dødfødsel er i seg selv en traumatisk opplevelse (Brierley-Jones et al., 2015, s. 144; Ellis et al., 2016, s. 2; Martínez-Serrano et al., 2018, s. 127), og det vil være spesielt viktig å observere kvinnens psykiske tilstand.

Funnene våre viser at det var svært belastende for kvinnene å høre skrik fra nyfødte barn fra rommene ved siden av. For at kvinnene skal føle seg ivaretatt blir det viktig at de ikke lider en ekstra belastning, at jordmor tenker over hvilken fødestue som benyttes, og at miljøet tilrettelegges. Man bør unngå å legge kvinnene vegg i vegg med andre fødende og barselrom.

For de fleste kvinner farges det første møte med barnet av sorg og fortvilelse. Barnet er dødt og de forventningene kvinnene hadde for fremtiden og sin rolle som mor blir revet i stykker. Samtidig viser funnene hvordan tapet over det som kunne vært gir kvinnene en bunnløs sorg (Downe et al., 2013, s. 3; Lindgren et al., 2014, s. 337-379). Funnene samstemmer med det Dyregrov (2009) skriver, at tapet av et barn ved dødfødsel er mer komplekst enn kun sorgen og tapet over selve barnet. Tapet inneholder også alle drømmene, fantasiene og forventningene kvinnen har for barnet og sin familie i fremtiden (Dyregrov, 2009, s. 206-207). Samlet gir disse funnene jordmor et bilde av hvordan dette tapet er for kvinnene, og viser også viktigheten av godt sorgstøttearbeid i relasjonen med kvinnene.

De aller fleste av kvinnene fikk tilbud om å holde det døde barnet etter forløsning, og de fleste valgte dette. Mange fikk også babyen lagt rett opp på brystet med en gang det ble født. Dette gjenspeiler den praksisen som er i Norge i dag, og de erfaringene forfatterne av denne studien innehar. Det å se det døde barnet hjalp de med å anerkjenne hva som hadde skjedd, og hjalp de videre i sorgprosessen (Downe et al., 2013, s. 3-7; Ryninks et al., 2014, s. 7; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 190-192). De fikk mulighet til å skape minner med barnet og se etter familielikheter. Kun 1 av de 11 studiene vi har benyttet oss av i denne studien, beskrev funn som viste at kvinnene ikke fikk tilbud om å se og holde sitt dødfødte barn. Dette var i studien til Stringham et al (1982), som er av eldre årgang enn de andre studiene. Det er mulig at en

slik praksis fortsatt var fremmed på den tiden, og at de derfor ikke fikk tilbud om dette. Jordmor sine holdninger, samt stemningen under dødfødselen vil også være en påvirkende faktor for foreldrenes valg når det gjelder kontakt med barnet etter forløsningen (Erlandsson et al., 2012, s. 247), både før i tiden og nå.

Jordmor bør veilede, oppmuntre og støtte kvinnene til å se og holde barnet sitt. De fleste kvinnene satte stor pris på dette og flere påpekte at jordmor også kunne vært enda mere «på» enn hun var (Downe et al., 2013, s. 5-6; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192). Funn våre viser at det å se og holde barnet sitt etter fødselen vil være av positiv betydning for kvinnens videre sorgprosess og for deres mentale helse i fremtiden med tanke på utvikling av angst, depresjon og posttraumatiskstress sykdom (PTSD). Våre funn støttes av studien til Gravensteen et al. (2013), da deres funn også viser at kvinnene bør oppmuntres og støttes til å se og holde det døde barnet sitt, og at en slik kontakt kan redusere risiko av psykisk uhelse i fremtiden (Gravensteen et al., 2013, s. 9). Mange foreldre som både holder og ser sitt dødfødte barn den første halvtimen postpartum, beskriver dette som den mest minneverdige tiden de hadde med babyen (Christoffersen & Teigen, 2013, s. 51). På bakgrunn av funnene i studien og Gravensteen et al. (2013) sin studie bør jordmor oppmuntre, støtte og eventuelt «pushes» kvinnene til å holde og se babyen sin. Studien til Hughes, Turton, Hopper og Evans (2002) viser derimot at det å oppmuntre til kontakt med det dødfødte barnet, som de fleste retningslinjer gjør, vil føre til negative senneffekter som angst depresjon og utvikling av PTSD. Spesielt det å holde barnet viste utslag på negative ettervirkninger for kvinnen (Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002, s. 114) Redshaw, Hennegan & Henderson (2002) bekrefter også dette i sin studie (Redshaw, Hennegan & Henderson, 2016, s. 8). De ulike studiene står dermed i kontraster til hverandre i forhold til sen effekter av å se og holde barnet sitt ved dødfødsel. Det studiene er enige om, er at de fleste av kvinnene som så og holdt barnet sitt, satt inne med en positiv opplevelse av dette selv. Kvinnene angret heller ikke i ettertid. Dette forteller noe om viktigheten av at hver enkelt kvinne blir ivaretatt på en individuell måte. Jordmor må se an situasjonen, være lydhør og forberede kvinnene på hva de kan vente seg. Ikke alle kvinnene kan «pushes» til dette, og det viser seg at veien mellom hva som er en hensiktsmessig intervensjon og hva som kan oppleves traumatisk er kort.

Kvinnene verdsatte høyt at jordmor hjalp dem med å skape og samle minner med sitt dødfødte barn, dette viser studiens funn. Evigvarende minner som bilder, hånd og/eller fotavtrykk og hårløkk ble satt stor pris på. Kvinner i studien var påpekte at det å hjelpe dem med å skape minner var noe av det viktigste jordmor utførte, og som bidro til å takle situasjonen de sto i (Downe et al., 2013; Stringham et al., 1982; Säflund et al., 2004; Trulsson & Rådestad, 2004a). Det å skape minner viser seg å gi en positiv effekt på sorgprosessen og psykisk helse i fremtiden (Hughes et al., 2002, s. 114) Jordmor får en viktig oppgave etter fødselen til å medvirke til at foreldrenes første møte med barnet blir så fint som mulig, og at god minner skapes. Jordmor må være klar over viktigheten av hennes oppgaver etter fødselen slik at kvinnene vil føle seg godt ivaretatt. Dermed vil de sitte igjen med minner av babyen resten av livet. Samtidig ønsker de å bli forklart viktigheten av det å skape minner sammen med barnet (Downe et al., 2013, s. 5; Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 192-193). Kvinnene ønsker å bli informert om hva de kan gjøre sammen med barnet og hvordan de kan gjøre det. Informasjonen må være klar, da kvinnene kun har noen få dager til å skaffe så mange minner som mulig (Trulsson & Rådestad, 2004a, s. 193). I Lisy et al. (2016) sin studie kommer dette også frem som viktig at informasjonen som gis, må være om hvordan de kan tilbringe tid med barnet og hvordan de skal samle minner (Lisy et al., 2016, s. 6-19).

6.1 Metodediskusjon

For å svare på problemstillingen har vi gjennomført et systematisk litteraturstudie som metode noe vi anser som en pålitelig tilnærming. Vi har relativ liten erfaring med litteratursøk. Og vi kan dermed ikke med sikkerhet si at vi har inkludert all relevant forskning. Dette blir dermed en svakhet til studien. På den andre siden har vi fått hjelp av bibliotekar både ved OsloMet og ved sykehuset Østfold Kalnes i gjennomføringen av søkeprosessen. Noe som anses som en styrke. Søkene ble utført i fire databaser, Cinahl, Ovid Medline, PsychInfo og Maternity and Infante care, som i samarbeid med bibliotekar ble sett på som relevante for vår studie. Vi har begge lest nøye igjennom alle de inkluderte artiklene, både sammen og hver for oss, og har også strukturert gått gjennom og diskutert hver artikkel i arbeidet med analysen sammen. Dette har blitt gjort for å være sikre på at resultatene fra studiene har blitt forstått slik de er ment til å vise, før vi har tematisert funnene videre. Dette vil styrke studiens validitet. Validitet vil si å stille spørsmålstegn om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017, s. 191). Forskere må vurdere validiteten av hva studien sier noe om, og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenhengen der studien er gjennomført (Malterud, 2017, s. 23). Vi har i tillegg til dette brukt en sjekklister fra kunnskapssenteret for å vurdere artiklens kvalitet.

I denne studien har vi valgt å kun inkludere studier som har benyttet kvalitativ metode, noe som vi har ansett som relevant for å besvare vår problemstilling. Vi kan ikke med sikkerhet si at vi ikke har oversett annen relevant forskning som ville gitt oss andre resultater. I de kvalitative studiene som er inkludert har det variert hvor mange kvinner som har vært med i studiene. Det har blitt intervjuet mellom 12 og 47 kvinner i ti av elleve studier. I den ellefte studien var 515 kvinner med på å svare på et spørreskjema. Ut ifra datamaterialet vi samlet inn fra studiene er vi fornøyde med antall deltagere og vi synes at vi fikk et godt materiale å arbeide med. Hvor lenge etter dødfødselen intervjuene finner sted varierer også betydelig i studiene. Tidsaspektet varierer fra 5 uker til mer enn ti år siden dødfødselen. Det kan ikke utelukkes at følelser og opplevelser er mer bearbeidet, og kan ha endret seg over tid. Samtlige av de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk, og vi kan ikke utelukke at det har oppstått misforståelser da ingen av oss er vant til å lese forskning på engelsk. Dette svekker studien validitet.

I vår studie har vi valgt å inkludere artikler fra om med 1980. Den ene artikkelen vi har inkludert er fra 1982 (Stringham, Riley & Ross. Silent birth: morning a stillborn baby), vi valgte å inkludere denne da vi har et fokus på kvinners opplevelse og følelser. Vi syntes det dermed var interessant å ha med en artikkel som var litt eldre. Det har være mange endringer i helsevesenet siden 1980-tallet, og det kan være en svakhet i vår studie å ha med en artikkel som er så gammel.

I denne studien har vi valgt å bare ha med kvinnenens opplevelser, og rettet søkene opp mot dette. Tre av artiklene vi har funnet inneholder både mor og far sine erfaringer. Vi har diskutert om vi skal ta de med eller ikke og forhørt oss med veileder. Vi synes at artiklene er aktuelle da mor og far sine erfaringer er delt og det kommer tydelig frem i teksten hva mor selv erfarte. På den andre siden kan mor sine svar ha blitt påvirket av det far sier. Men vi har valgt å ta de med da de er relevante for vår problemstilling.

6.2 Implikasjon for praksis og videre forskning

Forskningen vi har inkludert påpeker at kvinner har behov for god og kontinuerlig informasjon når de ankommer sykehuset. I tillegg har de behov for omsorg og ivaretagelse av jordmor i form av tilstedeværelse, støtte og veiledning. Jordmor må ha mot til å være den som står sammen med kvinnen i den svært vanskelige situasjonen. Retningslinjene på sykehusene bør gjenspeile kvinnens behov også når det gjelder de av psykososialkarakter. Retningslinjene bør være helt tydelige i forhold til hvordan jordmor kan møte kvinnens behov for omsorg. Jordmor vil dermed kunne følge retningslinjene som vil vise hvordan jordmor kan anerkjenne sorgen og dermed være tryggere i sin rolle som jordmor i slike situasjoner og kvinnen føle seg ivaretatt.

Studien kan bidra til å skape økt oppmerksomhet rundt kvinnene sine psykososiale behov under en dødfødsel. Vi håper at denne masteroppgaven kan bidra til å sette fokus og skape diskusjoner om kvinnene sine behov under en dødfødsel på arbeidsplassen. Det kan bidra til at jordmor blir tryggere i sin funksjon til kvinner som har mistet sitt barn i dødfødsel. Det bør fokuseres mer på hvordan kvinner opplever det å g igjennom en dødfødsel. Det er i tillegg

viktig at det utarbeides en felles prosedyre på alle fødeavdelingene i landet basert på kunnskapsbasert praksis som har som mål å bli implementert i felles nasjonale rettingslinjer.

7.0 Konklusjon

For at kvinner skal oppleve å bli godt ivaretatt av jordmor ved dødfødsel, er det flere nøkkelementer som viser seg å bør være avgjørende. En god relasjon mellom jordmor og kvinnen er helt vesentlig for at opplevelsen av ivaretagelse skal være positiv. Når jordmor viser en varm, individuell og sensitiv omsorg, samt viser empati, respekt og medmenneskelighet er dette elementer som fremmer opplevelsen av ivaretagelse. Ved siden av en god relasjon viser det seg at god og kontinuerlig informasjon, fra diagnosetidspunktet er viktig for opplevelse av omsorg.

Informasjon, god forklaring, råd og støtte vil fremme en forståelse og aksept hos kvinnene i forhold til de intervensjonene jordmor utfører, både før, under og etter selve dødfødselen. Jordmor hjelper også kvinnen psykisk ved å forberede henne på sitt første møte med den lille, noe som ble ansett som viktig.

Gjentakende informasjon er viktig med tanke på kvinnenes krisetilstand, der forvirring ofte gjør seg gjeldene. For opplevelse av ivaretagelse viser det seg likedes at kvinnene i stor grad ønsker en tilstedeværende jordmor. En jordmor som kvinnene kan støtte seg på og være trygg på at ikke forlater dem, og som veileder de gjennom prosessen, er svært viktig.

Kvinnene ser etter veiledning fra jordmor når det gjelder kontakt med sitt dødfødte barn og det å skape minner sammen med barnet. Det viser seg at intervensjoner som det å se og holde det døde barnet var positivt, og flere ønsket at jordmor «pushet» mer på når kvinnene var usikre på om de ønsket denne kontakten.

Det å skape evigvarende minner er verdifullt. Intervensjoner som å ta bilder, hånd og fotavtrykk, samt klippe en hårlokk av barnet blir satt stor pris på, og er viktig i forhold til sorgprosessen og noe som gir barnet identitet.

Det oppleves godt for kvinnene at jordmor anerkjenner dem i sorgen over tapet av et barn og at de blir anerkjent som mor, selv om barnet er dødt.

Våre funn viser at kvinnene ofte befinner seg i en tilstand hvor de ikke vet hva som er riktig eller galt, og ofte gjør det som jordmor råder de til. Ved at jordmor er trygg på sin rolle, tørr å være tilstede og informere kvinnen om situasjonen vil føre til at kvinnene føler seg sett av jordmor.

Studien viser likeledes at jordmor bør ha en kompetanse i det å møte mennesker i sorg og traume. Det vil kunne bidra til at jordmødre blir mindre redde i møtet med mennesker ved et traumatisk tap, og at de følgelig er i bedre stand til å rette oppmerksomheten mot den sørgende moren og ta vare på henne. Det er avgjørende.

8.0 Litteraturliste

- Askheim, O. P. (2007). Empowerment - Ulike tilnærminger. I B. Starrin (Red.), *Empowerment : i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (3rd ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Blencowe, H., Cousens, S., Jassir, F. B., Say, L., Chou, D., Mathers, C., ... Lawn, J. E. (2016). *National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis*.
- Blix, E., Bernitz, S. & Brunstad, A. (2017). Åpningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 442-458). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2017.
- Brierley-Jones, L., Crawley, R., Lomax, S. & Ayers, S. (2015). Stillbirth and Stigma: The Spoiling and Repair of Multiple Social Identities. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 70(2), 143-168. <https://doi.org/10.2190/OM.70.2.a>
- Cacciatore, J. (2011). Psychosocial Care. I C. Y. Spong (Red.), *Stillbirth : Prediction, Prevention and Management* (s. 203-228). Oxford, UK: Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Cacciatore, J. & Bushfield, S. (2007). Stillbirth: The Mother's Experience and Implications for Improving Care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 3(3), 59-79. https://doi.org/10.1300/J457v03n03_06
- Cacciatore, J., Rådestad, I. & Frøen, F. J. (2008). Effects of Contact with Stillborn Babies on Maternal Anxiety and Depression. *Birth*, 35(4), 313-320. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00258.x>
- Christoffersen, L. & Teigen, J. (2013). *Når livet slutter før det begynner : foreldres opplevelser etter en dødfødsel og det etterfølgende svangerskapet*. Oslo: Abstrakt forl.
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Dahlø, R. (2017). Fødseler som krever ekstra oppfølging. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg. utg., s. 556-560). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davidsen-Nielsen, M. & Leick, N. (2001). *Den nødvendige smerte : om tab, sorg og adskillelsesangst* (2. udg. utg.). København: Gyldendal Uddannelse.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2014, 31.05.16). Generelle forskningsetiske retningslinje. Hentet 30.04.19 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C. & Heazell, A. E. P. (2013). *Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study*. British Medical Journal Publishing Group.

- Dyregrov, A. (2009). Å miste et barn ved livets begynnelse. 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. 206-231). Oslo: Gyldendal.
- Dyregrov, A. (2018). *Katastrofepsykologi* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (1999). Long-term impact of sudden infant death: A 12- to 15-year follow-up. *Death Studies*, 23(7), 635-661.
<https://doi.org/10.1080/074811899200812>
- Dyregrov, A. & Matthiesen, S. B. (1987). Similarities and differences in mothers' and fathers' grief following the death of an infant. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1987.tb00900.x>
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., ... Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- 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 Obstetrics & Gynaecology Research*, 37(11), 1677-1684. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01603.x>
- Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J. & Rådestad, I. (2012). Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth—Findings from an online questionnaire. *Midwifery*, 29(3).
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.007>
- Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W. & Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s4), 137-140.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13009>
- Flohr, J. & Wold, K. (2008). *Barnet som ikke ble : en bok om spontanabort, senabort og dødfødsel*. Oslo: Emilia forl.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Medisinsk fødselsregister - statistikkbanker* [Datasett]. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E.-M., Rådestad, I., Sandset, P. M. & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ open*, 3(10), e003323.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003323>
- Helsebiblioteket. (2016, 07.06.2016.). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 10.10.19 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2017, 17.02.2017). Dødfødsel/intrauterin fosterdød etter 22. svangerskapsuke – psykososial oppfølging. Hentet 10.10.19 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/dodfodsel-intrauterin-fosterdod-etter-22-svangerskapsuke-psykososial-oppfolging>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud : kvalitetskrav for fødselsomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til->

- [fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fødetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fødselsomsorgen%20–%20Veileder.pdf](#)
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoreatet.
- Helsepersonelloven med kommentarer*. (2012). Oslo: Helsedirektoreatet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsepersonelloven>
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E. & Evans, C. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, 360(9327), 114. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09410-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09410-2)
- Jones-Peebles, A., White, G. & Niolon, R. (2012). *Understanding Paternal Experience of Perinatal Loss And Maternal Expectations*. I: ProQuest Dissertations Publishing.
- Kendall-Tackett, K. A. (2005). Trauma Associated with Perinatal Events: Birth Experience, Prematurity, and Childbearing Loss. I K. A. Kendall-Tackett (Red.), *The Handbook of Women, Stress, and Trauma* (s. 53-74). New York: Brunner-Routledge.
- Lee, C. (2012). 'She was a person, she was here': The experience of late pregnancy loss in Australia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(1), 62-76. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.661849>
- Lindgren, H., Malm, M. C. & Rådestad, I. (2014). You Don't Leave Your Baby—Mother's Experiences after a Stillbirth. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 68(4), 337-346. <https://doi.org/10.2190/OM.68.4.c>
- Lisy, K., Peters, M. D. J., Riitano, D., Jordan, Z. & Aromataris, E. (2016). Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. I(Vol. 43, s. 6-19).
- 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 in utero. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 2(2), 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.02.002>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C. & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, 66, 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mathisen, J. (1995). Sykepleie ved livets slutt. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie : 2 : Pasient og sykepleier : samhandling, opplevelse og identitet* (bd. 2, s. 289-330). Oslo: Universitetsforl.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ: British Medical Journal*, 339(7716), 332-336. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Nesheim, B.-I., Jacobsen, A. F. & Trønnes, L. (2015). Fosterdød. I K. Molne, B.-I. Nesheim & J. M. Maltau (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg. utg., s. 144-148). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J., Pappas, C., Randers, I. & Rådestad, I. (2012). When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. *British Journal of Midwifery*, 20(11), 780-784. <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.11.780>
- Norsk gynekologisk forening. (2014). *Veileder i fødselshjelp*. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/>
- Nuzum, D., Meaney, S. & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS ONE*, 13(1), e0191635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
- O'connell, O., Meaney, S. & O'donoghue, K. (2016). Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth*, 29(4), 345-349. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.003>
- Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z. & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*, 28(4), 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.003>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pullen, S., Golden, M. A. & Cacciatore, J. (2012). 'I'll Never Forget Those Cold Words as Long as I Live': Parent Perceptions of Death Notification for Stillbirth. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 8(4), 339-355. <https://doi.org/10.1080/15524256.2012.732022>
- Redshaw, M., Hennegan, J. M. & Henderson, J. (2016). *Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: findings from a national survey*. British Medical Journal Publishing Group.
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-Mcharg, K. & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(203), 203. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Røkholt, E. G., Bugge, K., Sandvik, O. & Sandanger, H. r. (2018). *Sorg* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Røkholt, E. G. & Sandanger, H. r. (2018). Profesjonell sorgstøtte når barn dør. I H. r. Sandanger (Red.), *Sorg* (2. utg. utg., s. 155-175). Bergen: Fagbokforl.
- Rådestad, I. (1988). *När möte blir avsked : om att sörja ett mycket litet barn*. Stockholm: Liber.
- Rådestad, I. & Christoffersen, L. (2008). Helping a woman meet her stillborn baby while it is soft and warm. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 588-591. <https://doi.org/10.12968/bjom.2008.16.9.30885>
- Rådestad, I., Malm, M.-C., Lindgren, H., Pettersson, K. & Larsson, L.-L. F. (2014). Being alone in silence – Mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero. *Midwifery*, 30(3), e91-e95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.021>
- Salvesen, K. Å. (2017). Fødsler som krever ekstra oppfølging. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 536-555). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sandvik, G. B. & Hauglund, J. K. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid: diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.

- Sandvik, O. (2003). Hva er sorg, og hvordan kan den forstås? I O. Sandvik, H. Eriksen & K. E. Bugge (Red.), *Sorg* (s. 15-41). Bergen: Fagbokforl.
- Schut, M. & Stroebe, H. (1999). THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser : håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stringham, J. G., Riley, J. H. & Ross, A. (1982). Silent birth: mourning a stillborn baby. *Maatskaplike Werk/Social Work*, 27(4), 322-327.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Säflund, K., Sjögren, B. & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 31(2), 132-137. Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106659364&site=ehost-live>
- Sæteren, B. (2010). Sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg. utg., s. 257-267). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Trulsson, O. & Rådestad, I. (2004a). The silent child--mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(3), 189.
- Trulsson, O. & Rådestad, I. (2004b). The silent child -- mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 31(3), 189-195. Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106660450&site=ehost-live>
- Ulvund, I. (2017). Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 297-307). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- World Health Organization. (2004). ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Instruction Manual. . Hentet 02.10.19 09.11.09
- Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg. utg., s. 598-607). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

VEDLEGG 1. Søketablell Fra siste søk i Cinahl 17. juli 2019

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S9	S6 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	231
S8	S5 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	48
S7	(MH "Phenomenological Research")	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 19800101-20190731 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	12,258
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 19800101-20190731; Clinical Queries: Qualitative - Best Balance Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	208
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost	8,589

			Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S4	"Stillborn"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	367
S3	"Fetal death"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,070
S2	"Stillbirth"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,778
S1	(MH "Perinatal Death")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	6,873

VEDLEGG 2. Sjekkliste, vurdering av inkluderte artikler

Artikle	Er formålet med studien klart formuler?	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan påvirke fortolkningen av data?	Er etiske forhold vurdert?	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Er funnene klart presentert?	Hvor nyttige er funnene fra denne studien?
Rynkins et al. (2014)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	VELDIG
Stringham, Riley & Ross (1982)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA/UKLART (Etisk komite?)	JA	JA	VELDIG
Cacciatore & Bushfield (2008)	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA	JA	VELDIG
Trulsson & Rådestad (2004)	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	JA	VELDIG
Malm et al. (2011)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	VELDIG
Lindgen, Malm & Rådestad (2014)	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	JA	VELDIG
Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg & Rådestad, (2011)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	VELDIG

Säflund, Sjögren & Wredling, (2004)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	VELDIG, men begge foreldrene er inkludert.
Daniel, Sarah & Keelin, (2018)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	VELDIG
Rådestad, Malm, Lindgren, Pettersson & Larsson, (2014)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	VELDIG, men begge foreldrene er inkludert.
Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell, (2013)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	VELDIG, men begge foreldrene er inkludert.

VEDLEGG 3. Presentasjon av inkluderte artikler

Design	Artikkel og tidsskrift	Forfatter, årstall og land	Metode og utvalg	Hensikt	Resultat
1. <i>Kvalitativ design</i>	Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis BMC Pregnancy and childbirth	Ryninks, K. Roberts-Collins, C. McKenzie-McHarg, K. Horsch, A. 2014 England	Intervjue med 21 mødre som hadde opplevd dødfødsel for 3 måneder siden. Alle hadde sett og et utvalg hadde holdt sitt dødfødte barn	Å undersøke hvordan mødre beskriver deres opplevelse av å være sammen med sitt dødfødte barn etter fødsel. Og hvilke tanke og følelser de hadde gjort seg opp om å se og holde babyen sin eller ikke.	Det å se og/eller holde barnet sitt gjorde at mødre fikk mulighet til å ta innover seg hva som hadde skjedd, skape minner og si hade. De fleste mødre var fornøyde med avgjørelsen om å tilbringe tid med sin dødfødte baby.
2. <i>Kvalitativ design</i>	Silent birth: morning a stillborn baby National association of Social workers	Stringham J, G. Riley J, H. Ross, A. 1982 USA	Intervju med 20 kvinner som har opplevd dødfødsel	Tar for seg mødres opplevelse og sorg etter en dødfødsel og. Ønsker å ta for seg helsefagarbeiders rolle under en dødfødsel og hvordan de kan støtte mødre i en slik situasjon.	Resultatene viser til ulike måter helsearbeidere kan støtte foreldre som har opplevd dødfødsel. Det viser til viktigheten av å skape minner med babyen og hvordan det å se/holde babyen, skape minner, si farvel med barnet og snakke om opplevelsen kan hjelpe mødre gjennom den tunge tiden.
3. <i>Kvalitativ design</i>	Stillbirth: The mother's experience and implications for improving care Journal of social work in End-of-Life & Palliative care	Cacciatore, J. Bushfield, S. 2008 USA	47 kvinner i alderen 19-51 som har opplevd en dødfødsel. Det ble delt ut kvalitative spørreskjema med to spørsmål og et åpent felt hvor de kunne skrive mer om egne opplevelser.	Studien har til hensikt å forstå erfaringene kvinnene som opplever en dødfødsel går igjennom. Hva de synes hjalp dem gjennom sorgen og den tunge tiden og hvordan denne opplevelsen har forandret dem.	Resultatene av denne kvalitative studien viser at de som opplever dødfødsel går igjennom en lang og tung sorgperiode. Behov for profesjonell hjelp i tillegg til familie og venner under sykehusoppholdet og i tiden etter er viktig for disse kvinnene.

Design	Artikkel og tidsskrift	Forfatter, årstall og land	Metode og utvalg	Hensikt	Resultat
4. <i>kvalitativ design</i>	The silent child – mothers' experiences before, during and after stillbirth Blackwell Publishing	Trulsson, O. Rådestad, I. 2004 Norge	12 kvinner ble intervjuet om deres erfaringer rundt diagnosetidspunktet og om fødselsforløpet. Intervjuene ble utført 6 til 18 måneder etter fødsel.	Å utforske hvorfor induksjon hos kvinner som har fått diagnostisert intrauterin fosterdød ikke skal utsettes mer enn 24 timer. Og fastslå hvordan tiden mellom diagnosetidspunktet og fødselen bør brukes.	Kvinnene syntes det var vanskelig å snakke om bekymringer de hadde med helsepersonell. De hadde et sterkt ønske om å kvitte seg med det døde barnet etter diagnosetidspunktet og de syntes det var vanskelig å forstå at de skulle gjennom en vaginal fødsel. Enkelte kvinner trenger litt mer tid enn andre mellom diagnosetidspunkt og fødsel for å ta innover seg hva som har skjedd, skal se og informasjon fra helsepersonell.
5. <i>Kvalitativ design</i>	Waiting in no man's land – Mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero Sexual and reproductive healthcare	Malm, M.C. Rådestad, I. Erlandsson, K. Lindren, H. 2011 Sverige	Intervju av 21 mødre som har opplevd intrauterin fosterdød.	Undersøke mødres opplevelse i tiden fra de får vite at det intrauterin fosterdød til induksjon av fødselen starter.	Fire kategorier ble funnet: 1. Ufrivillig venting og følelsen av å bli etterlatt uten noe informasjon om hva som skal skje. 2. Å befinne seg i den verst tenkelige situasjonen og allikevel måtte gjennom en fødsel. 3. Ødelagt forventningen om familielivet. 4. Mot til å møte livet etterpå.

Design	Artikkel og tidsskrift	Forfatter, årstall og land	Metode og utvalg	Hensikt	Resultat
6. <i>Kvalitativ design</i>	You don't leave your baby – Mother's experiences after a stillbirth Baywood publishing	Lindgren, H. Malm, M.-C. Rådestad, I. 2014 Sverige	Intervju av 23 mødre som hadde opplevd dødfødsel for mellom 5 uker til 6 år siden. Alder 22 år til 41 år.	Å undersøke mødres opplevelse av å si hade til sin dødfødte baby ved utskrivelse fra sykehuset.	Fem kategorier ble identifisert: 1. Unaturlig å dra hjem uten babyen sin. 2. Å dra hjem tomhendt. 3. Tilgang til barnet. 4. Sikkerhet og usikkerhet i atskillelsen. 5. Å gi slipp.
7. <i>Kvalitativ design</i>	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 Obstetrics & Gynaecology Research	Erlandsson, Lindren, Malm, Davidsson-Bremborg & Rådestad 2011 Sverige	Data ble samlet inn ved hjelp av et nettbasert spørreskjema. 515 kvinner som hadde opplevd dødfødsel etter svangerskapsuke 22. En kvalitativ innholdsanalyse ble deretter benyttet.	Hensikten med studien var å beskrive hvordan tiden mellom diagnose tidspunktet intrauterin fosterdød og oppstart induksjon av fødsel opplevdes for mor.	Resultatene viste at noen mødre fikk hjelp til å tilpasse seg situasjonen, mens for andre som måtte vente en stund opplevde ytterligere stress og ekstra psykiske traumer. Studien konkluderte med at det er ingen grunn til å vente med induksjonen, med mindre det er etter foreldrenes ønske.

Design	Artikkel og tidsskrift	Forfatter, årstall og land	Metode og utvalg	Hensikt	Resultat
8. <i>kvalitativ design</i>	The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents Birth: Issues in Perinatal Care	Säflund, Sjögren & Wredling. 2004 Sverige	Intervjuer, der en eller begge foreldrene til 31 dødfødte barn født etter svangerskapsuke 28, ble intervjuet to ganger, for totalt 57 intervjuer. Dataanalysen ble utført ved hjelp av en kvalitativ tilnærming	Hensikten med studien var å finne ut hvilke støtte og rolle helsepersonellet bør ha til foreldre ved dødfødsel ut fra foreldrenes erfaringer	Ut fra foreldrenes erfaringer, kom omsorgspersonens oppførsel og håndtering av det døde barnet frem som viktige momenter eller kvaliteter. 1: støtte i kaos, 2: støtte i møtet med og avskjed med barnet, 3: støtte i fortsettelsen, 4: informasjon og forklaring av dødfødsel, 5: organiseringen i avdelingen og 6: Forståelse av naturlig sorgreaksjon.
9. <i>Kvalitativ design</i>	The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study PLoS ONE	Nuzum, Meaney & O'Donoghue 2018 Irland	Semi-strukturerte dybdeintervjuer av Foreldrene til 12 dødfødte babyer, som ble født på et universitetssykehus i Irland. Intervjuene ble analysert med hjelp av Tolkningsfenomenologisk Analyse (IPA)	Å utforske de erfaringer og personlige konsekvensene en dødfødsel har på de sørgende foreldrene	Fire temaer viste seg overordnede gjennom analysen. 1.håp 2.betydningen av babyens personlighet, 3.beskyttende omsorg 4.relasjoner Tiden mellom diagnose og selve fødselen er fremhevet som svært viktig for foreldrene da de finner mening i tapet.

Design	Artikkel og tidsskrift	Forfattere, årstall og land	Metode og utvalg	Hensikt	Resultat
10. <i>Kvalitativ design</i>	Being alone in silence – Mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero Midwifery	Rådestad, Malm, Lindgren, Petersson & Larsson 2014 Sverige	Dybdeintervjuer av 26 mødre i Sverige som har opplevd dødfødsel etter svangerskapsuke 28	Formålet med studien var å finne ut hvordan mor opplevde ultralydundersøkelsen ved diagnosetidspunktet og hvordan de ble fortalt om diagnosen intrauterin fosterdød.	Mødrene opplevde en taushet, og hadde en følelse av å være alene, når de ble fortalt om at barnet i magen var død. Mødrene fikk en følelse av at noe var galt gjennom undersøkelsen, basert på observasjoner av skjerm, tolkning av kroppsspråket til helsepersonellet, og tidsforsinkelse ved å motta informasjon om diagnosen.
11. <i>Kvalitativ design</i>	Bereaved parent's experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. British Medical Journal Publishing Group.	Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell 2013 England	Kvalitativ dybdeintervjuundersøkelse. Alle intervjuene fant sted i 2011, enten ansikt til ansikt eller på telefon. 22 familier som hadde opplevd dødfødsel mellom 2002 og 2010 deltok	Formålet med studien var å få synspunkter fra foreldre om deres samhandling med helsepersonellet når barnet døde like før eller under fødselen	Positive minner og utfall som følge av dødfødsel, avhenger like mye av at helsepersonellet er omsorgsfulle, har gode holdninger og atferd som kliniske prosedyrer. Alle ansatte som møter foreldre i denne situasjonen må se hvert møte som en sjanse til å få det riktig.

VEDLEGG 4. Dødfødsel-senabort sjekkliste



SYKEHUSET ØSTFOLD

Kvinneklinikken - Føde-barsel

Dødfødsel-senarboer

Sjekkliste

Prøver mor:

Tiltak:	Utført/Signatur:
BT/Temp	
Urinstix	
Urindyrkning	
Cervixdyrkning / Vaginalprøve (inkl. chlamydia og listeria)	
Hb, CRP, LPK, Trc, HbA1c, ASAT, ALAT, ALP, Gallesyrer, Kreat, Urat, TSH, FT4, FT3	
Antifosfolipid antistoffer. Rekvisisjon «Hemostaseanalyser OUS»	
Føtale erythrocytter (Bør tas før fødsel) «Rekvisisjon Pretransfusjonsundersøkelse/Blodbestilling - Immunhematologi, OUS»	
HPA-analyse: Blodplatetypering og blodplate-antistoffer «Rekvisisjon Pretransfusjonsundersøkelse/Blodbestilling – Immunhematologi, OUS»	
Maternell serologi: (Tas også dersom tatt tidligere -for sammenligning) CMV, parvovirus B19, rubella og herpes simplex, Toksoplasmose, Syfilis. Rekvireres i DIPS	
Rhesus og antistoffscreening (dersom det ikke er tatt i svangerskapet) Rekvireres i DIPS	

Prøver placenta:

Tiltak	Utført/Signatur
Makroskopisk beskrivelse av placenta/navlesnor, evt. bilder	
Mikrobiologisk prøve (Sterilt avklippet bit i dyrkningsglass m/hvit kork)	
Kromosomanalyse Biopsi fra navlesnoren. Klipp av ca. 1 cm fra den føtale enden av navlesnoren, denne legges på saltvann i dyrkningsglass (med hvit kork). "Rekvisisjon for DNA- og kromosomanalyse - Medisinsk genetikk, OUS" (Se veiledning i prosedyren)	
Histologi Placenta skal på formalin. Merk bøtte og lokk med mors navneetikett og forløsningsdato. Leveres lokalt prøvemottak ved seksjon for patologi. SØ, 4.etg lilla sone) «Rekvisisjon til histologi, SØ» Dersom fosteret/barnet skal obduseres leveres placenta og <i>Rekvisisjon histologi</i> til lokalt prøvemottak <u>med beskjed om at placenta skal sendes med foster til obduksjon.</u> Kopi av obduksjonsbegjæring leveres til avdeling for patologi, og må være der senest kl. 09.00 obduksjonsdagen.	

Barn:

Tiltak	Utført/Signatur
Vekt, lengde, hodeomkrets (Rutinemessig ikke ved provoserte aborter)	
Mikrobiologiske prøver fra svelg og øre	
Navlestrengsblod eller hjertepunksjonsblod: Hb, Crp, Lpk, Trc, DAT, Blodtype og antistoffer evt. andre prøver på barneleges ordinasjon. Rekvireres i DIPS + «Rekvisisjon til blodbanken, SØ»	
Makroskopisk beskrivelse og klinisk fotografering (se prosedyre) Undersøkt av barnelege (dag-/kveldstid)	
Røntgen total skjelett (kun på ordinasjon fra barnelege)	
Obduksjon: <ul style="list-style-type: none"> • Tillatelse fra foreldrene • Henvising («BL Obduksjonsbegjæring») skrives av lege i DIPS og sendes via DIPS til postmottak patologi. Informasjon som skal med: <ul style="list-style-type: none"> ○ Foreldrenes navn ○ Adresse ○ Barnets kjønn (Utskrift/kopi av henvising skal sammen med «Rekvisisjon til histologi – placenta» leveres til avdeling for patologi, og må være der senest kl. 09.00 obduksjonsdagen) <ul style="list-style-type: none"> • Røntgen total skjelett dersom ikke obduksjon 	Ja/Nei
Fotografering (3 bilder) (Dokumenteres at leveres foreldre eller legges i journal. Rutinemessig ikke ved provoserte aborter)	
Fot- og håndavtrykk/hårlokk (Fortrinnsvis av intrauterin fosterdød og spontan senabort, ikke provosert senabort)	
Foreldrene sett og holdt barnet	

Om prøvetaking:

- Tilpasses kliniske funn
- Ved sikker diagnose, f.eks. placentalløsning har prøvetaking ingen hensikt.
- Ved større misdannelser gjøres kun obduksjon og kromosomanalyse.
- Ved amnionitt infeksjonsprøver.

Oppfølging mor:

Tiltak	Utført/Signatur
Anti-D hvis kvinnen er Rh negativ	
2 tbl Dostinex 0,5 mg (laktasjonshegger)	
Samtale med lege før utreise	
Sykemelding	
Etterkontroll hos lege på fødepolikliniken Avtale om kontroll etter 8-12 uker eller etter leges forordning	
Tilbud om samtale med sykehusprest	
Informasjon angående minnelund versus gravlund	
Informasjon om gravlegging og avskjedsseremonier	
Ønske om å delta i sorggruppe i LUBs regi (etter svangerskapsuke 22).	

<ul style="list-style-type: none"> • Innhentet tillatelse fra mor til å sende navn og telefonnummer til LUB slik at de kan kontakte foreldrene. • Skjema er sendt til LUB • Fått informasjonsark om sorggruppe LUB 	<p>Ja/Nei</p> <p>Ja/Nei</p> <p>Ja/Nei</p>
<p>Fått mappe med infoskriv / brosjyrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevante brosjyrer fra Landsforeningen for uventet barnedød 	
<p>Avtalt kontakt med jordmor (Primært forløsende jordmor)</p> <p>Kontaktjordmor (navn):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jordmor kontaktet kvinnen 1-2 uker postpartum • Jordmor kontaktet kvinnen ca. 6 md. etter fødsel <p>Dokumenter kontakten i Partus</p>	
<p>Helsestasjon ved jordmor/helsesøster er kontaktet</p>	

Meldinger:

<p>Skjema ved bruk av gravlund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melding til gravlund. Ta 3 kopier (3 skal følge fosteret/barnet i navnet, lukket konvolutt på esken/sengen og 1 kopi skannes i journal.) • Skjema «Krav om gravferdsstønad» MÅ signeres av mor/far. (Gir stønad til transport/utgifter ved begravelse. Skjema skal følge fosteret/barnet) <p>Skjema ved bruk av minnelund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melding til minnelund signeres av mor. Ta 3 kopier (3 skal følge fosteret/barnet i navnet, lukket konvolutt på esken/sengen Og 1 kopi skannes i journal.) • Skjema «Krav om gravferdsstønad» skal ikke brukes. 	
<p>MFR sendes på alle f.o.m svangerskapsuke 12+0</p>	
<p>Melding om fødsel/Erkjennelse av farskap sendes f.o.m. svangerskapsuke 28+0</p>	

VEDLEGG 5. Intrauterin fosterdød



Prosedyre Kvinneklubben - Føde-barsel

Intrauterin fosterdød

Endring siden forrige versjon

Endret formel for utregning av føtomaternal blødning

Avdeling for medisinsk genetikk OUS ønsker biopsi fra navelstrengen og ikke placenta for kromosomanalyse. De har endret sine analysemetoder og navlestreng er bedre egnet materiale.

Hensikt

Sikre at kvinner innlagt med intrauterin fosterdød får optimal behandling og omsorg.

Målgruppe

Medarbeidere ved Kvinneklubben.

Fremgangs

måte

Generelt

- Før uke 18 innlegges kvinnen enten gynekologisk avdeling eller fødeavdeling etter legens vurdering.
- F.o.m. uke 18 innleggelse fortrinnsvis i fødeavdeling.
- Melding til medisinsk fødselsregister fylles ut f.o.m. uke 12+0.

Arbeidsprosess

- Finner man ikke hjerteaksjon ved innkomst, tilkalles lege umiddelbart.
- Ultralyd for bekreftelse av fosterdød med vurdering av fostervannsmengde, biometri samt orienterende undersøkelse av føtal anatomi.
- Dersom intrauterin fosterdød blir konstatert ved ultralyd av ass.lege, bør overlege tilkalles for å bekrefte funnet.
- Pasienten informeres om funnet umiddelbart (husk empatisk tilnærming).
- Pasienten får tilbud om:
 - Umiddelbar innleggelse og avtale om tidspunkt for start av induksjon.
 - Innleggelse neste morgen eller etter pasientens ønske om tidspunkt for start av induksjon.
 - Dersom pasienten etter eget ønske ikke vil induseres, er det mulig å avvete spontan start av fødsel. Pasienten skal da følges opp ukentlig.
- BT, urinstix (albuminuri), temp.

- Cervixstatus (Bishop-score), bruk flytskjema for fødselsinduksjon.
- Urin-, cervix, vaginal-prøve til mikrobiologisk dyrkning, inklusiv chlamydia og listeria. Positive prøver er av tvilsom betydning hvis det ikke er kliniske eller histologiske tegn på chorioamnionitt.

Om prøvetaking:

- Tilpasses kliniske funn og svangerskapsvarighet.
- Ved sikker diagnose, feks placentalsøsning har prøvetaking ingen hensikt.
- Ved større misdannelser gjøres kun obduksjon og kromosomanalyse.
- Ved amnionitt infeksjonsprøver.

Blodprøver av mor:

- Hb, CRP, Leukocytter, Trombocytter, HbA1c, ASAT, ALAT, ALP, Gallesyrer, Kreatinin, Urat, TSH, FT4 og FT3. Antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin- og anti β 2 glykoprotein, antistoffer og lupus antikoagulant). Rekvisisjon: [Hemostaseanalyser – OUS](#).
- Føtale erytrocytter (bør gjøres før fødsel siden føtale blodlegemer har kort levetid i mors sirkulasjon ca 12 døgn.)* Rekvisisjon: Pretransfusjonsundersøkelse/Blodbestilling – Immunhematologi, OUS.
- Blodplatetypering og blodplateantistoffer (HPA analyse). Rekvisisjon: Pretransfusjonsundersøkelse/Blodbestilling – Immunhematologi, OUS.
- Blodtype og antistoffanalyse om ikke tidligere utført. Rekvireres i DIPS.
- Maternell serologi: Viruscreening (parvovirus B19, rubella, CMV og herpes simplex), toksoplasmose og Syfilis. Rekvireres i DIPS. Sammenlign med prøver tatt i tidlig svangerskap hvis tilgjengelige.

*Beregning av føtal blodtap: Anta mors blodvolum til ca 5000 ml. Anta barnets blodvolum til ca 100 ml per kg.

Andel (%) føtale erytrocytter i mors blod omregnes til andel (%) av barnets totale blodvolum. Dette gjøres slik: (% føtale erytrocytter x 5000 ml)/barnets blodvolum i ml. Blodtap estimert til 20 % av fosterets blodvolum anses å være alvorlig nok til å forårsake død.

Morkake:

- Detaljert makroskopisk undersøkelse og beskrivelse av placenta og navlesnor, eventuelt med bilder.
- Mikrobiologisk dyrkning: sterilt avklippet bit i dyrkningsglass m/hvit kork.
- Kromosomanalyse: Biopsi fra navlesnoren (klipp av ca. 1 cm fra den føtale enden av navlesnoren, legges på saltvann) [Rekvisisjon: DNA- og kromosomanalyse – OUS, Ullevål](#). Ang utfylling av rekvisisjonen: Kryss av for diagnostisk testing. Trenger ikke krysse av for hvilken

kromosomanalyse som skal utføres, laboratoriet avgjør hvilken test som er best egnet utfra kliniske opplysninger. Følgende kliniske opplysninger bør inkluderes: Intrauterin fosterdød, svangerskapsalder, anatomiske avvik hos fosteret makroskopisk bedømt (angi også normal anatomi), anslå hvor lenge fosteret har vært dødt intrauterint.

- Placenta med hinner og hele navlestrengen sendes til histologisk undersøkelse. [Rekvisisjon: Histologi](#) Placenta leveres lokalt prøvemottak ved seksjon for patologi med beskjed om at placenta skal sendes med foster til obduksjon.

Barn:

- Ytre beskrivelse (med vekt og lengde) og klinisk fotografering (bilder som viser fram detaljer i barnets ytre utseende), i tillegg til bilder til foreldrene. Barnet undersøkes kort tid etter fødsel av neonatolog/barnelege. Ved forløsning nattetid, undersøker jordmor barnet først, og neonatolog undersøker barnet etterfølgende morgen. Det kan være vanskelig å registrere riktig kjønn, spesielt ved ung gestasjonsalder. Til hjelp: gutter vokser sammen bak penis, hvilket jenter ikke gjør, men de har en smal spalte bak klitoris.
- Obduksjon. Det anbefales at foreldrene informeres nøye om hvor viktig obduksjon er og om at den gir mer informasjon om dødsårsak i forhold til andre undersøkelser. Tillatelse for obduksjon må innhentes fra mor. Rekvisisjon i DIPS « BL Obduksjonsbegjæring». Foster bringes til kjølerommet via portørtjenesten.
- Røntgen skjelettundersøkelse dersom foreldre ikke ønsker obduksjon. Tas kort tid etter fødsel, evt nærmeste morgen ved forløsning nattetid.
- Mikrobiologisk undersøkelse fra øre og svelg
- Blodprøver fra navlestreng eller barnets hjerte (hvis ikke mulig å få navlestrengsblod) til HB, CRP, Leukocytter, Trombocytter, DAT, blodtype og antistoffer. Evt blodprøve til mikrobiologi eller analyse av kjente genetiske sykdommer etter vurdering av barnelege. Ved mistanke om metabolsk sykdom hos barnet skal det tas EDTA-blod til «banking» for evt senere analyse etter konferering med Nyfødtscreeningen Rikshospitalet.

Prøver som tas av mor 8-12 uker postpartum:

- Fastende glukose og glukosebelastning dersom forhøyet HbA1c ved diagnosetidspunkt
- Antifosfolipidantistoffer (lupus antikoagulant, anticardiolipin- og anti $\beta 2$ glykoprotein 1 antistoffer) dersom positive ved diagnosetidspunkt. Diagnostiske kriterier for APS tilsier positive prøver ved to anledninger med minst 12 uker i mellom.
- Trombofiliscreening.

- Fastende homocystein dersom leppe/gane spalte, neuraltube defekter eller hjertefeil. Ved positiv prøve undersøkes det for MTHFR genmutasjon.
- Urin for narkotikascreening ved mistanke om narkotikamisbruk.
[Rekvisisjon: Rusmiddelanalyser i urin.](#)

Oppfølging av foreldrene:

- Tilbud om samtale med prest.
- Avtale om kontroll etter 8-12 uker eller etter legens forordning.

Dokumentasjon:

Bruk [«Sjekkliste Dødfødsel – senabort»](#).

Hvilke prøver som er tatt/hvordan utredning er gjort dokumenteres i journalen (DIPS) av lege. Ordinær dokumentasjon skjer i Partus og DIPS. Spesiell oppmerksomhet rettes mot Partus, i vinduet fødsel/barn/status:

Når barnet registreres som dødfødt må også tidspunkt for døden angis (før, under eller etter fødsel).

Foster som etter provosert senabort ikke er levedyktige skal registreres som dødfødt selv om de viser livstegn.

Aktuelle medisiner - indikasjoner og kontraindikasjoner:

- Induksjon med misoprostol (Cytotec) eller amniotomi og oxytocinstimulering avhengig av cervixstatus (Bishop-score), bruk flytskjema for fødselsinduksjon.
- Ved tidligere sectio og svangerskapsvarighet 13-26 uker: halver anbefalt cytotec dose i nedenstående tabell. Induksjonen kan evt starte med ballongdillatasjon etter legens vurdering.
- Ved tidligere sectio og svangerskapsvarighet over 26 uker er Cytotec kontraindisert. Start induksjonen med ballongdilatasjon, deretter Minprostin ved Bishop < 6, se flytskjema for fødselsinduksjon.
- Smertelindring: Paralgin Forte[®], opioider eller epiduralbedøvelse.
- NSAID's ikke anbefalt, kan redusere effekten av Cytotec[®].
- Anti-D til Rh-negative mødre.
- Laktasjonshemming etter vurdering av svangerskapsvarighet: Cabergolin (Dostinex[®]) 1 mg per os innen 24 timer etter fødselen eller bromokriptin (Parlodel[®]) 1,25 mg x 2 første døgn deretter 2,5 mg x 2 daglig i 14 dager.

Sv.sk uke	Innlegges på	Induksjon	MFR	Patologisk utredning
Uke 13-17 ⁶	Gyn- eller fødeavd	Cytotec 200 g vaginalt hver 6. time (maks x 4)	f.o.m. uke 12	Placenta til kromosom-analyse og histologi. Obduksjon: individuell vurdering

Uke 18 ⁰ -26 ⁰	Fødeavd	Cytotec 100 g vaginalt hver 6. time (maks x 4)	Ja	Placenta til kromosom-analyse og histologi Obduksjon av fosteret.
Etter uke 26 ⁰	Fødeavd	Cytotec 25 g vaginalt hver 6. time eller 25 g per oralt hver 2. time. AT +Oxytocin ved Bishop ≥6	Ja	Placenta til kromosom-analyse og histologi. Obduksjon av fosteret.

Intrauterin fosterdød

Referanser

•

[Nasjonal veileder i fødselshjelp 2014. Norsk gynekologisk forening](#)

Litteratur

1. Svensk forening for obstetikk og gynekologi, Arbets- og referensgrupper for perinatologi: Intrauterin fosterdød 2. FIGO Guidelines, WHO Guidelines
3. WHO. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems-instructional manual. Geneva, Switzerland. 2004.
World Health Organization.
4. Årstabeller fra Medisinsk fødselsregister 2010. Folkehelseinstituttet, Divisjon for epidemiologi. 2012.
5. Cnattingius S, Stephansson O. The epidemiology of stillbirth. *Semin Perinatol* 2002; 26(1):25-30.
6. Helgadóttir LB, Skjeldestad FE, Jacobsen AF, Sandset PM, Jacobsen EM. Incidence and risk factors of fetal death in Norway: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90(4):390-397.
7. Kalter H. Five-decade international trends in the relation of perinatal mortality and congenital malformations: stillbirth and neonatal death compared. *Int J Epidemiol* 1991; 20(1):173-179.
8. Woods R. Long-term trends in fetal mortality: implications for developing countries. *Bull World Health Organ* 2008; 86(6):460-466.
9. Flenady V, Middleton P, Smith GC, Duke W, Erwich JJ, Khong TY et al. Stillbirths: the way forward in high-income countries. *Lancet* 2011; 377(9778):1703-1717.
10. Froen JF, Arnestad M, Frey K, Vege A, Saugstad OD, Stray-Pedersen B. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(4):694-702.
11. RCOG Green-top guideline No. 55. RCOG. 2012.
12. Helgadóttir LB. Intrauterine fetal death: classification and risk factors. ISBN 978-82-8264-347-4. Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet. 2012.
13. Flenady V, Froen JF, Pinar H, Torabi R, Saastad E, Guyon G et al. An evaluation of classification systems for stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:24.
14. Flenady V, King J, Charles A, Gardener G, Ellwood D, Day K et al. PSANZ Clinical Practice Guideline for Perinatal Mortality. Version 2.2. Brisbane. 2009.
15. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, Derksen RH, DE Groot PG, Koike T, Meroni PL, Reber G, Shoenfeld Y, Tincani A, Vlachoyiannopoulos PG, Krilis SA. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 2006; 4: 295-306.
16. Veileder ved obduksjon av fostre og barn. 2004. Den norske patologforening.
17. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy:
Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141(2 Suppl):e691S-e736S.
18. International Federation of Gynecology and Obstetrics

Vedlegg

- [V01](#) Dødfødsel - senabort, sjekklister (A6.2/6.1-01)
- [V02](#) Melding til minnelunden (A6.2/1.4-02)
- [V03](#) Melding til gravlunden (A6.2/1.4-03)
- [V04](#) Informasjon til foreldre som har mistet et barn (A6.2/6.2.2-02)

Slutt på Prosedyre