

Masteroppgave

Mastergrad i jordmorfag

Oktober 2021

«Vi vet det blir stille»

Jordmors erfaring med ivaretagelse av fødekvinnen med bekreftet
intrauterin fosterdød

Kandidatnummer: 516 og 536

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 12 618

Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

Som jordmor deltar man i det som for mange er livets største øyeblikk. Noen få ganger snur disse øyeblikkene til opplevelser man helst skulle vært foruten, nemlig der hjertet til den lille i magen slutter å slå. Et dypdykk inn i denne delen av jordmors ansvarsområde har vært tøft, men meningsfylt. Det har vært en lærerik og krevende prosess som vi vil ta med oss i vårt arbeid som jordmødre. Kanskje vil også andre jordmødre kunne dra nytte av alt vi har lært. For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

En spesiell takk til de flotte informantene som har stilt opp til intervju. Takk for at andre kan lære av deres erfaringer. Vi kunne ikke ha gjort dette uten dere. En spesiell takk også til vår kjære veileder for all støtte, oppmuntring, veiledning og råd. Du har motivert oss gjennom prosessen og har alltid vært tilgjengelig for oss.

Alle nære og kjære som har stått ved vår side, støttet og heiet på oss helt fra starten av prosessen må vi også takke. En ekstra takk til våre fine kjærester for all tålmodighet dere har vist oss. Tusen takk til søster og kjæreste for korrekturlesing og gode tilbakemeldinger.

Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et flott samarbeid og en fin periode sammen. Dette er en tid vi aldri vil glemme.

Sammendrag

Tittel: «Vi vet det blir stille» - Jordmors erfaring med ivaretagelse av fødekvinnen med bekreftet intrauterin fosterdød

Hensikt: Bidra til å øke kunnskapsnivået om hvordan jordmor kan ivareta fødekvinnen under aktiv fødsel ved bekreftet intrauterin fosterdød gjennom analyse og sammenstilling av erfaringene til et utvalg jordmødre som har bistått i slike fødsler.

Problemstilling: «*Hvordan ivaretar jordmor fødekvinnen med bekreftet intrauterin fosterdød i aktiv fødsel?*»

Metode: Studien har et kvalitativt induktivt design. Det ble utført individuelle intervjuer med fem jordmødre. Under dataanalysen ble Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse benyttet.

Resultat: Gjennom analyseprosessen kom det frem tre kategorier

1. Ved å tilrettelegge for fysiske forhold
2. Ved å være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte
3. Ved å ha en kunnskapsbasert tilnærming

Konklusjon: Ivaretagelsen er stort sett lik som ved fødsel av et levende barn. Likevel er det enkelte forskjeller jordmor må fokusere mer på når det er en stille fødsel: Jordmor må tilrettelegge de fysiske forholdene til situasjonen, jordmor må være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte, og jordmor må ha en kunnskapsbasert tilnærming.

Nøkkelord: Intrauterin fosterdød/IUFD, dødfødsel, aktiv fødsel, jordmor, omsorg, erfaring

Abstract

Title: "We know it will be quiet" - Midwives' experiences of caring for women with confirmed intrauterine fetal death during the active phase of labour

Aim: To expand the level of knowledge on how midwives can best take care of women during active phase of labour with confirmed intrauterine fetal death through analyses and merging of experiences of a selection of midwives.

Research question: *"How does the midwife take care of women giving birth with confirmed intrauterine fetal death during active phase of labour?"*

Methodology: The study followed a qualitative inductive design. Individual interviews were conducted with five midwives. Graneheim og Lundman (2004) qualitative content analysis was used to analyze the data.

Results: Three categories were discovered:

1. By facilitating physical conditions
2. By being present and adapting the communication to the individuals
3. By having a knowledge-based approach

Conclusion: The maintenance is mostly the same as the birth of a living child. There are, however, some differences the midwife needs to focus on in a stillbirth: The midwife must adapt to the physical conditions of the situation, the midwife must be present and adjust the communication to the individual giving birth, and the midwife must have a knowledge-based approach.

Key words: Intrauterine fetal death / IUFD, stillbirth, active phase of labour, midwife, care, experience

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Hensikt og problemstilling	4
1.3	Avgrensning	4
1.4	Begrepsavklaring.....	4
2	Teoretisk modell - «Genuin omsorg av det genuine - jordmors optimale omsorg av fødekvinner med økende risiko»	6
3	Metode	10
3.1	Forfatterens forforståelse.....	10
3.2	Kvalitativ design - det kvalitative forskningsintervjuet	11
3.3	Utvalg og rekruttering	11
3.4	Gjennomføring av intervjuene	12
3.5	Transkribering	13
3.6	Dataanalyse	14
3.7	Etiske overveielser	19
4	Resultater	21
4.1	Ved å tilrettelegge for fysiske forhold.....	21
4.1.1	Beskytte kvinnen mot vonde opplevelser	22
4.1.2	Gi og tilby individuell smertelindring.....	23
4.2	Ved å være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte	24
4.2.1	Nonverbal og verbal kommunikasjon.....	24
4.2.2	Få partner involvert i omsorgen for kvinnen	26
4.3	Ved å ha en kunnskapsbasert tilnærming.....	27
4.3.1	Ved å legge til rette for sorgprosessen	27
4.3.2	Jordmor bruker egen erfaring og har tilgang på erfaren kollega i møte med kvinnen.....	28

5	Diskusjon	30
5.1	Diskusjon av resultater	30
5.1.1	Ved å tilrettelegge for fysiske forhold	30
5.1.2	Ved å være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte	32
5.1.3	Ved å ha en kunnskapsbasert tilnærming.....	35
5.2	Diskusjon av studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet	37
6	Konklusjon.....	43
7	Referanseliste.....	44

FIGURER:

Figur 1.	Berg (2010) sin teoretiske modell: «Genuin omsorg av det genuine – jordmors optimale omsorg av fødekvinne med økende risiko»	7
Figur 2.	Illustrasjon av hvordan jordmor ivaretar fødekvinne med bekreftet IUFD i aktiv fødsel.....	21

TABELLER:

Tabell 1.	Eksempler på meningsbærende enheter	15
Tabell 2.	Eksempler på overgang fra meningsbærende enhet til kondensat	16
Tabell 3.	Eksempler på overgang fra meningsbærende enhet til kondensat, til kode	17
Tabell 4.	Eksempel på overgang fra koder til subkategorier og kategorier	18

VEDLEGG:

VEDLEGG 1. GRUPPEPROSESSEN

VEDLEGG 2. GODKJENNING FRA NSD

VEDLEGG 3. INFORMASJONSSKRIV

VEDLEGG 4. SAMTYKKEERKLÆRING

VEDLEGG 5. INTERVJUGUIDE

1 Innledning

I 2020 ble 53 623 barn født i Norge, av disse fødslene var 162 dødfødsler (Folkehelseinstituttet, 2021). Veileder i fødselshjelp (2020) definerer dødfødsel, eller intrauterin fosterdød (IUFD) som fødsel av et barn uten tegn til liv fra og med fullgåtte svangerskapsuke 22 eller fostervekt over 500 gram. Andelen dødfødsler utgjorde i 2020 knappe 3 promille av alle fødsler (Folkehelseinstituttet, 2021). I en rapport fra Helsedirektoratet (2020) fremgår det at en jordmor i gjennomsnitt har rundt 30-40 fødsler i året. Statistisk sett vil derfor de færreste jordmødre erfare å ivareta fødekvinne med IUFD i løpet av et år.

Selv om få jordmødre tar imot et dødfødt barn, er det svært viktig at de som gjør det har kompetanse om, og forståelse for hvordan man ivaretar fødekvinne. Hvordan kvinnen blir ivaretatt i løpet av fødselen kan ha langvarige konsekvenser for henne, både negative og positive (Nuzum et al., 2018). Det å skulle ivareta fødekvinne med IUFD under aktiv fødsel kan for mange jordmødre oppleves som en utfordrende og krevende situasjon (Jones & Smythe, 2015). Studier viser at jordmor kan oppleve det som utfordrende å finne sin rolle på fødestuen og å håndtere det praktiske og det emosjonelle (Alghamdi & Jarrett, 2016; Stott, 2014; Willis, 2019). Én av grunnene til dette kan være at jordmor på fødestuen som regel tar imot det friske, levende barnet. En annen kan være at få jordmødre har mye erfaring innenfor dette feltet, da forekomsten av dødfødsler i Norge er så lav som den er, noe som bidrar til at det er vanskelig for jordmødre å få erfaring innenfor dette feltet.

1.1 Bakgrunn

Jordmors rolle består av å gi kvinnen, barnet og familien omsorg og rådgivning før og gjennom svangerskapet, fødsel, barseltid og hennes reproduktive periode i livet. Ansvarer består blant annet av å overvåke fosteret og lede kvinnen gjennom fødsel. Jordmors ansvarsområde omfatter forbyggende tiltak, observasjoner og håndtering av patologiske tilstander hos mor og barn (Kringeland, 2017). En del av håndteringen av patologiske tilstander innebærer å følge opp og ivareta kvinner med bekreftet IUFD i aktiv fødsel.

At jordmor ivaretar fødekvinne med IUFD i aktiv fødsel innebærer som utgangspunkt mange av de samme oppgavene som når det skal fødes et levende barn (Salvesen & Dahlø, 2017). Ved ivaretagelse av kvinner med IUFD skal omsorgen være individuelt tilpasset, kontinuerlig og helhetlig (Kringeland, 2017). Jordmor skal være kontinuerlig til stede under fødselen som er i tråd med den nasjonale veilederen "Et trygt fødetilbud" (Helsedirektoratet, 2010). Videre skal jordmor følge og vurdere fødselens fremgang, ivareta smertelindring, legge til rette for at partner kan ta del i fødselen og være bevisst på den psykologiske effekten en fødsel har (Blix & Bernitz, 2017). Likevel er det viktige forskjeller ved IUFD som jordmor må være oppmerksom på, noe som beskrives nærmere i det følgende.

Selv om mye av dialogen om forløsningsmetode med IUFD skjer før aktiv fødsel, kan det også være nødvendig å prate om det i den aktive fasen av fødselen. En sentral del av fødselen er valg av forløsningsmetode. Valg av forløsningsmetode avhenger av fødekvinnes tilstand, tidligere obstetrisk anamnese og cervixmodning. Vaginal fødsel er imidlertid den foretrukne forløsningsmetoden ved IUFD (Veileder i fødselshjelp, 2020). Nesheim et al. (2015) trekker frem at det har en god psykologisk effekt og er viktig for sorgprosessen at forløsningsmetoden er vaginal. Samtidig trekkes det frem at flere kvinner opplever det som en stor belastning å gjennomgå en vaginal fødsel. I studien til Trulsson og Rådestad (2004) var flere av kvinnene i utgangspunktet redde for å føde vaginalt og så heller ingen mening med å føde et dødt barn. I en studie gjennomført av Malm et al. (2011), beskriver flere av kvinnene det som utenkelig og umulig å føde det døde barnet vaginalt. En kvinne assosiert det å måtte føde som en henrettelse. I studien til Trulsson og Rådestad (2004) fortalte imidlertid mange av kvinnene at de opplevde situasjonen som en «milepæl», og flere fremhevet betydningen av å se at kroppen deres var i stand til å føde barnet.

Dødfødsel kan for noen familier være årsaken til langvarige psykologiske lidelser som blant annet sorg, depresjon, angst, posttraumatisk stresslidelse og skyldfølelse (Peters et al., 2016). Flere studier beskriver kvinnes langvarig psykologisk effekt etter IUFD (Burden et al., 2016; Farrales et al., 2020; Nuzum et al., 2018; Peters et al., 2016). Som sagt viser studien til (Nuzum et al., 2018) at behandlingen av kvinnen under fødselen kan ha langvarige konsekvenser, både negative og positive. Det samme viser studien til Peters et al. (2016) som beskriver hvordan helsepersonellens holdninger og oppførsel kan påvirke foreldrene i ettertid.

Det er gjort flere studier på hva jordmor kan gjøre for at fødekvinnen skal sitte igjen med en god opplevelse av selve fødselen. Downe et al. (2013) viser viktigheten av god kommunikasjon og empatisk omsorg og hvordan dette påvirker opplevelsen under sårbare forhold. For at foreldrene skal ha en verdig opplevelse er det avgjørende at jordmor behandler fødselen og barnet med omsorg og respekt (Ulvund, 2017). Funnene viser at foreldrene satte pris på at helsepersonell kommuniserte med dem på en sympatisk, ekte og personlig måte.

Fødsel av et nyfødt levende barn er forbundet med støy, barnegråt, jubel og telefonsamtaler for å dele de glade nyhetene, mens dødfødsel er forbundet med stillhet (Kelley & Trinidad, 2012). Flere studier viser at det er sårbart og traumatiserende for *fødekvinnen* å høre støy fra andre fødende og nyfødte barn på avdelingen (Farrales et al., 2020; Kelley & Trinidad, 2012; Lee, 2012). Flere foreldre satte pris på god veiledning og støtte fra jordmødrene i fødsel, i tillegg til å se og holde det dødfødte barnet. Det ble særlig trukket frem viktigheten av å forberede kvinnen og partner på barnets mulige utseende, samt å gi tilstrekkelig informasjon om tiden fremover (Lisy et al., 2016).

I tillegg til at god informasjon og involvering er en forutsetning for å kunne føde vaginalt, er det også viktig å gi fødekvinnen en god opplevelse av situasjonen. For eksempel kan opplevelser som å ta del i beslutninger som omhandler fødselen og barnet gi foreldrene positive minner (Salvesen & Dahlø, 2017). I studien til Lisy et al. (2016) kom det frem at mange av foreldrene trakk frem klar og forståelig informasjon, det å få ta del i beslutninger og respekt for individuelle behov som essensielt for deres opplevelser.

Når kvinnen skal føde et dødt barn kan jordmor rette oppmerksomheten i større grad mot mors velvære. Jordmor kan tilrettelegge for rikelig med smertelindring undervis, men det er viktig at kvinnen ikke er neddøpet (Nesheim et al., 2015). Ifølge Egenæs (2009) har kvinnen ofte et behov for å flykte fra situasjonen, men i ettertid setter mange kvinner pris på at de har vært våkne og til stede under fødselen.

1.2 Hensikt og problemstilling

Under studieperioden opplever vi at det har vært lite fokus på IUFD i undervisning og praksis. I løpet av studiet har ingen av oss erfart å ivareta fødekvinne med IUFD i aktiv fødsel. Flere studier beskriver kvinnen og partners opplevelse ved dødfødsel og hva de har behov for. Det er imidlertid lite forskning på jordmors erfaring med å ivareta kvinnen ved dødfødsel (Jones & Smythe, 2015). Som snart ferdig utdannede jordmødre ser vi på viktigheten av å ivareta fødekvinne i en sårbar situasjon.

Hensikten med oppgaven er å bidra til å øke kunnskapsnivået om hvordan jordmor ivaretar fødekvinne under aktiv fødsel gjennom analyse og sammenstilling av erfaringene til et utvalg jordmødre.

Problemstillingen vil på bakgrunn av dette være «*Hvordan ivaretar jordmor fødekvinne med bekreftet intrauterin fosterdød i aktiv fødsel?*»

1.3 Avgrensning

Studien er avgrenset til jordmors ivaretagelse av fødekvinne med bekreftet IUFD i aktiv fødsel. Det avgrenses mot hvordan dødsfallet ble oppdaget, tiden før fødsel, utdrivningsfasen og tiden etter fødsel. Det avgrenses også mot situasjoner der barnet dør under selve fødselen. Forskerne anerkjenner partners deltakelse og sorg som viktig, men hovedfokuset i studien er ivaretagelse av fødekvinne.

Ved at problemstillingen knytter seg til *jordmors* ivaretagelse av fødekvinne under aktiv fødsel, er det også avgrenset mot fødsel ved keisersnitt.

1.4 Begrepsavklaring

Intrauterin fosterdød (IUFD): fødsel av et barn uten tegn til liv fra og med fullgåtte svangerskapsuke 22 eller fostervekt over 500 gram (Veileder i fødselshjelp, 2020).

Bekreftet: Med «bekreftet» definerer forskerne det som at det intrauterine dødsfallet er konstatert før aktiv fødsel.

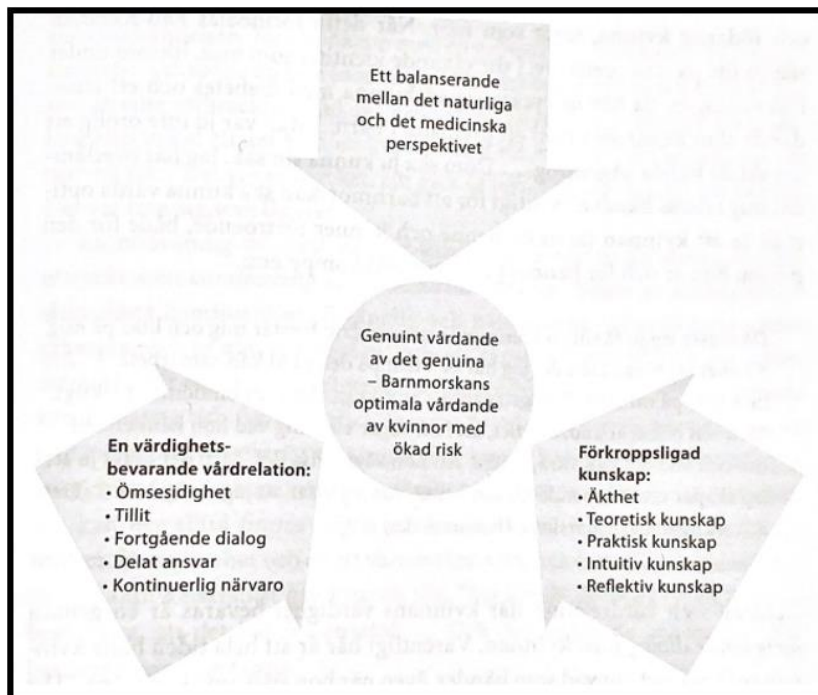
Aktiv fødsel: Mormunnsåpningen er fra tre til fire cm og tiltagende rier, til mormunnen er fullåpen (Blix & Bernitz, 2017).

2 Teoretisk modell - «Genuin omsorg av det genuine - jordmors optimale omsorg av fødekviner med økende risiko»

I dette kapitlet blir den teoretiske modellen til Berg (2010) «Genuin omsorg av det genuine - jordmors optimale omsorg av fødekviner med økende risiko» presentert. Modellen ble utviklet for å optimalisere omsorgen for kvinner med økt risiko under graviditet, under fødsel og etter fødsel. Modellen er skapt for å gi jordmødre et verktøy for å bedre kvaliteten på omsorgen kvinnen mottar. Modellen består av tre deler: en verdighetsbevarende relasjon, den kroppslige kunnskapen og balansen mellom det naturlige og det medisinske perspektivet. Berg (2010) definerer ordet «genuin» som ekte, sant og naturlig.

For de fleste gravide kvinner er et svangerskap en gledelig periode i livet forbundet med positive forventninger (Ulvund, 2017). Allerede tidlig i svangerskapet utvikler kvinnen en sterk følelsesmessig relasjon til det ventende barnet (Ulvund, 2017) som hun knytter drømmer og forestillinger til (Davidsen-Nielsen & Leick, 2001). Beskjeden om at barnet har dødd intrauterint kommer ofte uventet på kvinnen. Sterke følelsesmessige reaksjoner er en normal reaksjon på en slik hendelse, som betraktes som unormal (Nesheim et al., 2015). For kvinnen vil det være en psykisk påkjenning å føde et dødt barn (Burden et al., 2016; Farrales et al., 2020; Nuzum et al., 2018). Forskerne fremhever derfor viktigheten av at kvinnen mottar tett og nær oppfølging av jordmor i aktiv fødsel. Det ønskes å anvende modellen til Berg (2010) da modellen tar for seg jordmor sin ivaretagelse av kvinnen med økt risiko.

Figur 1. Berg (2010) sin teoretiske modell: «Genuin omsorg av det genuine - jordmors optimale omsorg av fødekvinne med økende risiko»



Den første grunnleggende delen av Berg (2010) sin modell, er den verdighetsbevarende relasjonen. Denne baseres på en relasjon mellom kvinnen og jordmor. Denne verdighetsbevarende relasjonen består av fem hoveddeler; gjensidighet, tillit, fortløpende dialog, ansvarsdeling og kontinuerlig nærvær. *Gjensidighet* er en prosess der kvinnen og jordmor er åpen for hverandre. Dette kan for eksempel uttrykkes gjennom at jordmor er åpen for kvinnens smerteopplevelse under fødsel. *Tillit* handler både om jordmors tillit til fødekvinne, og fødekvinnes tillit til jordmor. Når jordmor har tillit til fødekvinne, har jordmor tillit til henne som et individ, hennes følelser og hennes evne som gravid og kommende mor. Når fødekvinne har tillit til jordmor, er kvinnen i stand til å stole på jordmor både som et individ og hennes profesjonelle kompetanse. Videre i modellen er *fortløpende dialog* sentral. Kvinnen har rett til uoppfordret å bli holdt løpende informert, og dialogen må tilpasses kvinnens situasjon. Ved utelatt informasjon kan kvinnen oppleve seg krenket. Kvinner med økende risiko har behov for tilrettelagt oppfølging. Fødekvinne har samtidig behov for å være delaktig i egen omsorg, altså *dele ansvaret* med de profesjonelle. *Kontinuerlig nærvær* består både av den følelsesmessige og den fysiske nærheten mellom jordmor og kvinnen. Selv om det er flere yrkesgrupper som tar del i omsorgen for kvinnen, uttrykkes det ofte savn og ensomhet når jordmor ikke er tilgjengelig.

Jordmor har ikke alltid mulighet til å være fysisk til stede hos kvinnen hele tiden, men det er avgjørende at hun kan være til stede når kvinnen har behov for det (Berg, 2010).

Den andre grunnleggende delen av modellen til Berg (2010) er den kunnskapen som er iboene i jordmoren selv, kalt den kroppslige kunnskapen. Den kroppslige kunnskapen uttrykkes gjennom en rekke kunnskaper som allerede er dypt integrert i jordmoren.

Kunnskapen kommer frem gjennom jordmor sine egne sanseinntrykk som hørsel, smak, lukt, syn, berøring og intuisjon, også kalt den sjette sans. Den kroppslige kunnskapen består av flere faktorer. Den første består av å være *ekte*. Jordmor skal være seg selv og bruke sin teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap. Den andre og tredje er å ha *god teoretisk kunnskap* og *praktisk erfaring* om mulige komplikasjoner. Denne kunnskapen skaper en profesjonell sikkerhet og vil sørge for å kunne opprettholde det normale. Den fjerde faktoren er *intuitiv kunnskap*. Den er et viktig verktøy for å forstå og avgjøre kvinnens tilstand og behov. Et eksempel på dette er at jordmor får en ubehagelig følelse av at noe ikke stemmer og at hun handler ut ifra denne. Den siste faktoren er *reflekterende kunnskap*. Dette handler om evnen til å kunne reflektere over ulike situasjoner. Ifølge Berg (2010) er det ingen snarveier til kunnskap. Denne må tilegnes av jordmor selv gjennom egne erfaringer av ulike situasjoner med omsorgen for kvinner.

Den tredje grunnleggende delen av modellen er balansen mellom det naturlige og medisinske perspektivet (Berg, 2010). Jordmor vil se fødekvinnen som en naturlig fysiologisk og følelsesmessig livsprosess. Jordmor vil støtte opp om det normale og har troen på kvinnens evne til å føde naturlig uavhengig av kvinnens risikofaktorer. Kvinnen vil også ha behov for å bli sett uavhengig av hennes risikofaktorer. Videre innebærer dette at jordmor stiller spørsmål ved om de medisinske intervensjonene er nødvendige. Å gi omsorg til kvinner med risikofaktorer omfatter også å støtte kvinnens utvikling og vekst i moderskap. Et eksempel på dette er å legge til rette for fysisk kontakt mellom mor og barn etter forløsning. Dette er uavhengig av om barnet er født levende eller dødt (Berg, 2010).

Videre i oppgavene vil forskerne diskutere modellen sine tre deler opp mot aktuell forskning og studien sine resultater. Dette for å synliggjøre jordmor sin genuine omsorg av fødekvinne med IUFD.

3 Metode

I det kommende kapittelet blir det gjort rede for studiens forskningsdesign og metode. Det redegjøres for følgende temaer; forfatterens forforståelse, kvalitativ design - det kvalitative forskningsintervjuet, utvalg og rekruttering, gjennomføring av intervjuene, transkribering, dataanalyse og etiske overveielser.

3.1 Forfatterens forforståelse

Forforståelse handler om forutsetninger, erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen som vi har med oss ved prosjektets innledning. Dette innholdet vil være med på å påvirke hvordan vi samler, tolker og leser dataene vi innhenter. Dette kan skje både bevisst og ubevisst. Hvordan vi gjør dette kan gi næring og styrke til prosjektet, men det kan også påvirke innholdet i en negativ retning (Malterud, 2017). Det er viktig å påpeke at vi er to ulike personer som går inn i dette prosjektet med ulike bakgrunn og erfaring. Vi er begge utdannet sykepleiere ved ulike studiesteder og har forskjellig arbeidserfaring med ulike pasientgrupper og dermed noe ulike forforståelse.

Ifølge Malterud (2017) er forforståelse ofte en motivasjon for å sette i gang med et valgt prosjekt. En stor del av motivasjonen for denne oppgaven er manglende erfaring og kunnskap om hva dødfødsel innebærer og hvordan jordmødre kan ivareta kvinnen på best mulige måte. Vårt ønske om å bli jordmødre handler om å støtte og ivareta kvinnen i en unik livshendelse og vi ser på fødsel som en gledelig begivenhet. Samtidig har vår erfaring i fødselsomsorgen gjort oss bevisste på hvor krevende og utfordrende det kan være å bistå kvinnen når hun skal føde et dødt barn. På bakgrunn av dette har vi en tanke om at dødfødsel er krevende for jordmor. Med en bevissthet om dette har vi på forhånd hatt en samtale med hverandre om viktigheten av å prøve å legge dette til side under intervju- og analyseprosessen. Under intervjuene har vi vært bevisste vår egen forforståelse for eksempel ved at vi har bedt informantene om å utdype videre, selv om vi kan ha en formening om hva informantene mener.

3.2 Kvalitativ design - det kvalitative forskningsintervjuet

Hensikten med kvalitativ design er å beskrive, fortolke og analysere egenskaper eller kvaliteter ved et fenomen som skal studeres. Datamaterialets innhold kan stamme fra observasjoner eller samtaler. De kvalitative metodene kan bidra til å legge frem nyanser, subjektive erfaringer og mangfold (Malterud, 2017). Studien har et kvalitativt design med individuelle intervju av jordmødre. Et kvalitativt design gir innsikt i deltakerens subjektive erfaringer og opplevelser. Ved å ha en individuell tilnærming gir man intervjuobjektet tid og rom til å trekke frem egne erfaringer og følelser i trygge omgivelser (Malterud, 2017). Det kvalitative forskningsintervjuet kan sammenlignes med den dagligdagse samtalen, men som et profesjonelt intervju inneholder den en bestemt spørreteknikk og metode (Kvale & Brinkmann, 2015).

En intervjuguide (se Vedlegg 5) ble utarbeidet av forskerne før oppstart av intervjuene. Intervjuguiden ble laget for å minne forskerne på hvilke temaer det var ønskelig å få data om (Malterud, 2017). I intervjuguiden ble det presentert følgende spørsmål «*Hva er din erfaring med å ivareta kvinnen i aktiv fødsel på fødestuen med bekreftet IUFD?*». Det var et ønske om at informanten skulle prate åpent om temaet uten å bli styrt av ledene spørsmål. Likevel var det skrevet ned fire temaer det var ønskelig at informanten skulle utdype nærmere. Disse temaene var; smertelindring, kommunikasjon og psykisk og fysisk tilrettelegging. I intervjuguiden var det også skrevet ned åpne spørsmål som blant annet «kan du utdype det litt nærmere», «kan du si litt mer om...» for å få informanten til å gå dypere inn i temaet. Dette for at forskerne sin forforståelse ikke skulle påvirke innholdet i det informantene sa. Disse forhåndsdefinerte åpne spørsmålene medvirket også til at det ikke ble stilt ledende spørsmål. Intervjuguiden ble testet i et pilotintervju med en jordmor som har erfaring med å ivareta fødekvinne med IUFD. Pilotintervjuet ble holdt for å undersøke om intervjuguiden passet med å få svar på forskningsspørsmålet. Intervjuet ble ikke innlemmet i studien. Intervjuguiden ble ikke endret etter gjennomføringen av pilotintervjuet eller underveis i studien da forskerne opplevde at forskningsspørsmålet ble tilstrekkelig besvart.

3.3 Utvalg og rekruttering

Når problemstillingen handler om jordmors erfaringer er det relevant å kontakte jordmødre som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er passende med tanke på problemstillingen

som handler om ivaretagelse av fødekviner i aktiv fødsel med bekreftet IUFD. Studien har et strategisk utvalg, da det var ønskelig med mest mulig informasjonsstyrke. (Malterud, 2017). Med det menes at intervjuobjektene er valgt bevisst ut ifra bestemte kriterier.

For å komme i kontakt med jordmødrene benyttet forskerne seg av sosiale medier. Det ble utarbeidet og lagt ut et innlegg om studiens hensikt og omfang på Facebook-siden «Jordmødre i Norge». Jordmødrene som ønske å delta ble bedt om å ta direkte kontakt med forskerne personlig via melding. Inklusjonskriteriet for å delta var at jordmødrene skulle ha erfaring med å ivareta dødfødsler i aktiv fødsel. Det er få dødfødsler i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021) og for at informanter eller fødekviner ikke skulle bli identifisert, ble inklusjonskriteriet satt.

Seks jordmødre kontaktet forskerne. Én av jordmødrene hadde manglende erfaring og var derfor ikke aktuell. To av informantene ble oppmerksomme på Facebook-innlegget etter at en bekjent av forskerne hadde spredt budskapet om innlegget på Facebook-siden «Jordmødre i Norge». Forskerne hadde også bedt veiledere og bekjente om å spre ordet om Facebook-siden uten at dette førte til flere informanter.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

I intervjuene delte forskerne rollene som henholdsvis intervjuer og observatør. Intervjusted og tidspunkt ble på forhånd avtalt mellom informanten og forskerne. Det var informantene som bestemte tid og sted. På grunn av geografiske forhold og koronapandemien, ble to av intervjuene gjennomført digitalt via Zoom. Resten av intervjuene ble gjennomført fysisk av intervjuer og informant, hvor observatøren deltok via Zoom i to av tilfellene. De fysiske intervjuene ble holdt på arbeidssted i forbindelse med vaktstart og vaktslutt. Ett av intervjuene ble holdt etter nattevakt. Alle intervjuene ble tatt opp med mobilappen «Nettskjema-diktafon» (Universitetet i Oslo, 2021).

Det var på forhånd avtalt hvem som skulle intervjuer og hvem som skulle være observatør. Dette ble byttet på annen hver gang. Intervjueren var lyttende og avventende for å gi

informanten tid til å svare. I tillegg tok intervjuer notater og ba informanten om å utdype nærmere. Observatørens oppgave bestod også i å lytte og notere ned viktig informasjon som kunne utdypes nærmere. Mot slutten av intervjuet fikk observatør mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål.

Intervjuet startet med at informantene fikk oppgitt problemstillingen «*Hvordan ivaretar jordmor fødekvinne med bekreftet intrauterin fosterdød i aktiv fødsel?*». For at informantene skulle holde seg til temaet og forskningsspørsmålet, ble problemstillingen skrevet ned på et ark og lagt foran dem under intervjuet. I tilfellene hvor det ble brukt Zoom ble problemstillingen skrevet i chatten. Det ble forklart at det ikke var ønskelig at informantene gikk inn på hvordan dødsfallet ble oppdaget, latensfasen, induksjon og etter at barnet var født, men kun jordmors erfaring med å ivareta kvinnen i aktiv fødsel. Videre ble spørsmålene og temaene fra intervjuguiden lagt frem. Informanten snakket deretter fritt. Der det var uklart hva informanten mente, ble det bedt om videre utdyping slik at forskernes forforståelse ikke skulle påvirke informantens mening. På slutten av intervjuet ble informanten spurt om det var noe de ønsket å tilføye.

3.5 Transkribering

Intervjuene ble transkribert av forskeren som hadde utført intervjuet. Dette for å sikre at uklarheter momenter og meningen i teksten kom frem. Dette kan spille en stor rolle når muntlig samtale skal oversettes til tekst for å stryke validiteten av analyse materialet. For at informanten sine tanker, meninger og erfaringer skal komme frem slik som det ble formidlet og oppfattet, er det viktig at transkripsjonen ivaretar det opprinnelige materialet (Malterud, 2017). Fordelingen endte opp med at de to forskerne transkriberte henholdsvis to og tre intervjuer hver.

Transkriberingen ble gjennomført etter at alle intervjuene var utført. Dette var en tidkrevende prosess. Det ble lyttet til opptaket i noen sekunder for deretter å pause opptaket for å transkribere det informantene sa. Etter å ha gjort dette i noen minutter ble det startet på nytt for å fange opp eventuelle ord som var glemt eller misforstått. Alt som ble sagt i lydopptaket

ble transkribert for å bevare den naturlige flyten (Malterud, 2017). Dette gjaldt sukk, pauser og liknende.

3.6 Dataanalyse

Intervjuene er analysert med Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse er utviklet for å sortere store mengder data, samt fokusere på tolkning av tekster og brukes blant annet i omsorgsvitenskap. Studien har et induktivt perspektiv, noe som vil si at tolkningen ikke følger en forhåndsbestemt modell, men at kodene og kategoriene blir til etter hvert som informantenes erfaringer blir tolket (Graneheim & Lundman, 2004).

For at forskerne skulle få dannet seg en helhetlig oversikt og forståelse av materialet, startet forskerne med å lese det transkriberte materialet. Deretter ble transkriberingen gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet er en del av teksten som består av nyttig informasjon som kan bidra til å besvare forskningsspørsmålet (Graneheim & Lundman, 2004). For å sortere og skille meningsbærende enheter i teksten, ble de markert med ulike farger. Gjennom denne prosessen ble det registrert at flere av de meningsbærende enhetene i utgangspunktet bestod av to, og de ble derfor delt opp. Det ble også registrert at flere av de meningsbærende enhetene ikke bidro til å svare på problemstillingen, og markeringen av dem ble derfor fjernet. Forskerne endte opp med 169 meningsbærende enheter som ble lagt inn i en selvlaget tabell i et Word-dokument som bestod av tre kolonner. De meningsbærende enhetene ble lagt inn i den første kolonnen. I tabellen under gis det tre eksempler på meningsbærende enheter.

Tabell 1. Eksempler på meningsbærende enheter

Meningsbærende enhet
«Du skal være støttende for dem. Også er det viktig å ikke vise sånn, hva skal jeg si. At du ikke liker det. At du forsøker, hvis du kan påvirke det selv, at du liksom ikke... ehh... viser redsel eller at du helst ikke vil være der. Jeg tror det er viktig at du er til stede der og da for dem altså.»
«Nei... men altså rolige, rolig fremtoning, sikker fremtoning, troverdig, at de føler seg i gode hender, at du sitter, at du tørr å være der... at man ikke springer ut av døren... ehm... nonverbal er at man sitter med åpne imøtekommende armer, at man ikke sitter lukket sammen og kryssede ben og kryssede armer og sånne ting... ehm virker hyggelig.»
«Og jordmors oppgave i fødselen kan også være å prøve å få inn, hvis det åpner opp for det da, altså å gå videre i prosessen... altså åpne opp for eksempel å se barnet etterpå. Eh... spørre dem, har dere gitt noen navn? Altså bare si ting... eeh når det passer. Så kvinnen, eller paret kan tenke på det, og har hørt det en gang.»

Videre i prosessen ble de meningsbærende enhetene *kondensert*. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er «kondensering» å redusere den meningsbærende enheten uten at kvaliteten på meningsinnholdet blir borte. Dette gjøres for at datamaterialet skal bli mer håndterlig (Graneheim & Lundman, 2004). Forskerne kondenserte teksten ved å trekke ut det viktigste innholdet fra de meningsbærende enhetene. Det ble i liten grad lagt til nye ord og synonymer, og kvaliteten av meningsinnholdet bestod. Den kondenserte teksten ble lagt inn i den andre kolonnen i den selvlagde tabellen. I tabellen under gis det tre eksempler på overgang fra meningsbærende enhet til kondensering.

Tabell 2. Eksempler på overgang fra meningsbærende enhet til kondensat

Meningsbærende enhet	Kondensat
«Du skal være støttende for dem. Også er det viktig å ikke vise sånn, hva skal jeg si. At du ikke liker det. At du forsøker, hvis du kan påvirke det selv, at du liksom ikke... ehh... viser redsel eller at du helst ikke vil være der. Jeg tror det er viktig at du er til stede der og da for dem altså.»	Du skal være støttende og til stede for dem. Også er det viktig å ikke vise redsel eller at du helst ikke vil være der.
«Nei... men altså rolige, rolig fremtoning, sikker fremtoning, troverdig, at de føler seg i gode hender, at du sitter, at du tørr å være der... at man ikke springer ut av døren... ehm... nonverbal er at man sitter med åpne imøtekommende armer, at man ikke sitter lukket sammen og kryssede ben og kryssede armer og sånne ting... ehm virker hyggelig.»	Rolig og sikkert fremtoning, troverdig, at de føler seg i gode hender, at du tørr å være der, at man ikke springer ut av døren. Nonverbal er at man sitter med åpne imøtekommende armer, at man ikke sitter lukket, kryssende ben og armer.
«Og jordmors oppgave i fødselen kan også være å prøve å få inn, hvis det åpner opp for det da, altså å gå videre i prosessen... altså åpne opp for eksempel å se barnet etterpå. Eh... spørre dem, har dere gitt noen navn? Altså bare si ting... eeh når det passer. Så kvinnen, eller paret kan tenke på det, og har hørt det en gang.»	Åpne opp for å gå videre i prosessen. Eksempel spørre om de har gitt barnet navn så kvinnen eller paret kan tenke over det og har hørt det en gang.

I neste steg fikk hvert kondensat en kode. Graneheim og Lundman (2004) beskriver en «kode» som en «etikett» til en meningsbærende enhet. Den valgte koden bestod av ord som beskrev hovedinnholdet i den meningsbærende enheten (Graneheim & Lundman, 2004). Kodene ble lagt inn i den tredje kolonnen i den selvlagde tabellen. I tabellen under gis det tre eksempler på overgang fra meningsbærende enhet, til kondensering og deretter til en kode.

Tabell 3. Eksempler på overgang fra meningsbærende enhet til kondensat, til kode

Meningsbærende enhet	Kondensat	Kode
«Du skal være støttende for dem. Også er det viktig å ikke vise sånn, hva skal jeg si. At du ikke liker det. At du forsøker, hvis du kan påvirke det selv, at du liksom ikke... ehh... viser redsel eller at du helst ikke vil være der. Jeg tror det er viktig at du er til stede der og da for dem altså.»	Du skal være støttende og til stede for dem. Også er det viktig å ikke vise redsel eller at du helst ikke vil være der.	Være støttende og ikke vise redsel, men at du vil være til stede.
«Nei... men altså rolige, rolig fremtoning, sikker fremtoning, troverdig, at de føler seg i gode hender, at du sitter, at du tørr å være der... at man ikke springer ut av døren... ehm... nonverbal er at man sitter med åpne imøtekommende armer, at man ikke sitter lukket sammen og kryssede ben og kryssede armer og sånne ting... ehm virker hyggelig.»	Rolig og sikkert fremtoning, troverdig, at de føler seg i gode hender, at du tørr å være der, at man ikke springer ut av døren. Nonverbal er at man sitter med åpne imøtekommende armer, at man ikke sitter lukket, kryssende ben og armer.	Viser at man tørr å bli værende på rommet gjennom nonverbal kommunikasjon
«Og jordmors oppgave i fødselen kan også være å prøve å få inn, hvis det åpner opp for det da, altså å gå videre i prosessen... altså åpne opp for eksempel å se barnet etterpå. Eh... spørre dem, har dere gitt noen navn? Altså bare si ting... eehh når det passer. Så kvinnen, eller paret kan tenke på det, og har hørt det en gang.»	Åpne opp for å gå videre i prosessen. Eksempel spørre om de har gitt barnet navn så kvinnen eller paret kan tenke over det og har hørt det en gang.	Åpne opp for prosessen videre ved for eksempel å spørre om barnet har fått navn slik at de kan vende seg til tanken

I det neste steget av prosessen systematiserte forskerne kodene inn i ulike subkategorier og kategorier. For å få oversikt over materialet ble tabellen skrevet ut på papir og deretter klippet opp slik at kodene med meningsbærende enhet og kondensat kunne legges ut over gulvet. Systematiseringen går ut på å finne likheter i kodene og føre dem sammen til subkategorier og kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Ifølge Graneheim og Lundman (2004) kan «likheten» være i form av «likhet» - ting som skjer på samme måte, «ulikhet» - ting som skjer med forutsigbarhet på ulik måte, «frekvens» - når noe oppstår ofte eller sjelden, «sekvens» - når noe oppstår i en bestemt rekkefølge, «overenstemmelse» - det skjer i sammenheng med andre ting og til slutt «årsakssammenheng» - når en ting forårsaker noe annet. Kodene som var mest like i form av «likhet» ble samlet og lagt i en subkategori. I en kvalitativ

innholdsanalyse beskrives det at koden ikke skal falle mellom eller passe inn i flere enn én kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Det ble dannet seks subkategorier som igjen ble samlet til tre kategorier. Kodene, subkategoriene og kategoriene ble lagt i en ny, selvlaget tabell i Word som bestod av tre kolonner. I tabellen under vises et eksempel på hvordan to av kategoriene ble til.

Tabell 4. Eksempel på overgang fra koder til subkategorier og kategorier

Kode	Subkategori	Kategori
Selv om kvinnen ofte ikke bryr seg, forsøker man å tilrettelegge for et skjermet rom i fødeavdeling.	Beskytte kvinnen mot vonde opplevelser	Ved å tilrettelegge for fysiske forhold
Viktig at de har et kjent, trygt rom å oppholde seg i		
Flesteparten ønsker mest mulig smertelindring for å lindre den fysiske smerten		
De som føder et dødt barn vil unngå riesmerter.	Gi og tilby individuell smertelindring	
Veilede partner til å involvere seg aktivt i omsorgen for kvinnen	Få partner involvert i omsorgen for kvinnen	Ved å være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte
Partner som er tilbakeholden kan veiledes til å gjøre ulike ting, mens den andre typen må forklares at han kan stole på jordmor		
Veileder partner til å involvere seg i noen arbeidsoppgaver, for eksempel med massasje.		
Spør om tillatelse til å omfavne kvinnen og nærmere seg ikke hvis kvinnen trekker seg unna	Nonverbal og verbal kommunikasjon	
Si hva man gjør og be om bekreftelse på at det er greit fra kvinnen		

3.7 Ethiske overveielser

Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet for å gjøre rede for grunnleggende prinsipper innenfor medisinsk forskning på mennesker. De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk tar utgangspunkt i denne deklarasjonen (Blix, 2017). Før oppstart av intervjuene ble det søkt godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) da det var nødvendig å behandle personopplysninger om informantene (Norsk senter for forskningsdata (NSD), 2021). Disse personopplysningene omhandlet informantens navn, mailadresse og lydopptak. NSD vurderte og godkjente at studien kunne starte 14. juni 2021 (se Vedlegg 2).

Før intervjustart ble det utarbeidet et informasjonsskriv (se Vedlegg 3) og et samtykkeskjema (se Vedlegg 4) som tok utgangspunkt i NSD sin mal (Norsk senter for forskningsdata (NSD), 2021). Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv som beskrev at deltakelsen var frivillig, og at de på hvilket som helst tidspunkt kunne kontakte forskerne på telefon eller e-post for å be om innsyn. Informantene fikk informasjon om retten til å slette eller rette opplysninger om seg selv uten å oppgi noen grunn frem til dataene ble anonymisert. Alle personopplysninger ville da ha blitt slettet og det ville ikke fått noen negative konsekvenser for informanten. I tillegg mottok informantene samtykkeskjema som samtlige returnerte med underskrift før intervjuet startet.

Før opptak ble det gitt informasjon om at intervjuer, informant og observatør hadde ansvar for å opprettholde taushetsplikten. Det var ikke ønskelig at informanten ga opplysninger som kunne identifisere pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Forskerne ønsket ikke å vite bakgrunnsinformasjon som blant annet hvor informantene bodde, nåværende/tidligere arbeidssted, alder eller lengde på arbeidserfaring. Det er derfor ikke beskrevet noe om informantene annet enn inklusjonskriteriet. Det ble også minnet om viktigheten av at informanten ikke skulle nevne navnet sitt eller andres under lydopptaket. Dette ble opprettholdt av samtlige informanter.

For å sikre at intervjuet ble tatt opp ble det gjort to lydopptak av hvert intervju med mobilappen «Nettskjema-diktafon» (Universitetet i Oslo, 2021). Lydopptakene ble automatisk sendt til en kryptert side umiddelbart etter intervjuet, og det var ikke mulig å lytte

til opptaket i mobilappen. For å få tilgang til opptakene var det nødvendig at forskerne logget seg inn på «nettskjema.no» med brukernavn og passord. Under avlytting og transkribering av opptakene ble det brukt hodetelefoner for å opprettholde taushetsplikten. På denne måten var det ingen utenforstående som fikk tilgang til hva som ble sagt i intervjuene.

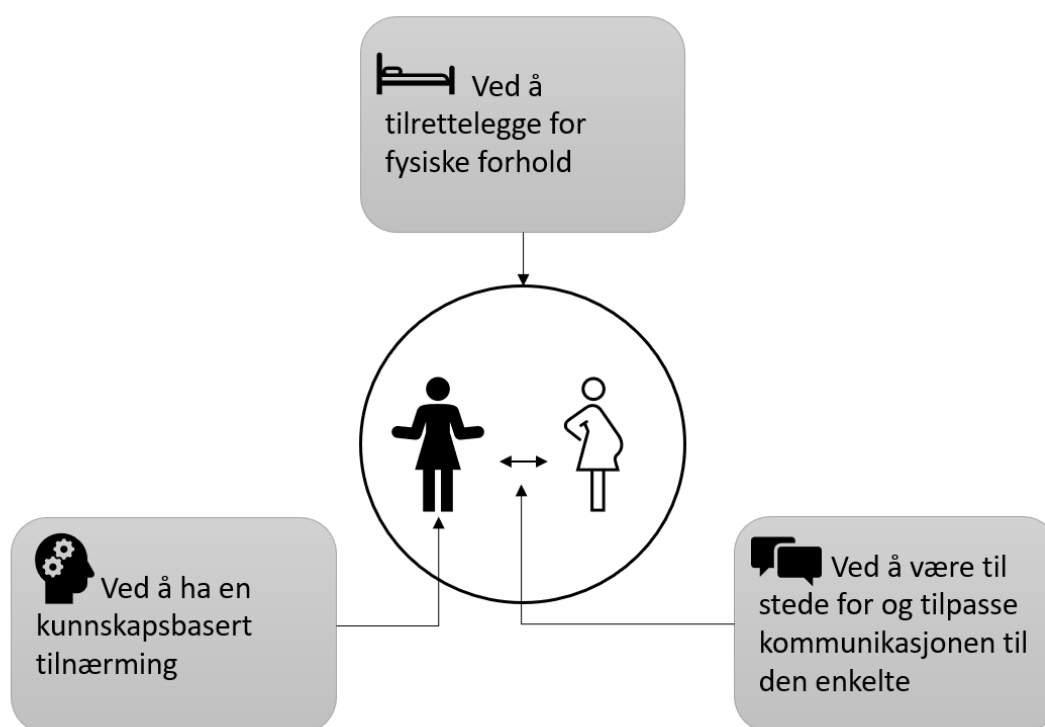
For å opprettholde sikkerheten for informantene under de digitale intervjuene med Zoom ble programmet på forhånd lastet ned og det ble brukt OsloMet Zoom-lisens med Feide-innlogging (OsloMet, 2021).

Datamaterialet har vært utilgjengelig for de som ikke har vært involvert i studien. Det har ikke vært personlige opplysninger i datamaterialet bortsett fra samtykkeskjemaet. Samtykkeskjema og anonymisert transkribert tekst har vært lagret adskilt. For å ha oversikt over hvilket intervju som tilhørte hvilken informant ble det laget en liste over nummeret på intervjuet og informantens initialer. Samtykkeskjemaene, transkriberte intervjuer og dokumenter med dataanalysen har blitt oppbevart på OsloMet sin server.

4 Resultater

Det ble utført individuelle intervjuer med fem jordmødre. Fire av intervjuene varte i ca. 40 minutter, mens et varte i ca. 25 minutter. Det ble totalt transkribert ca. 28 sider med enkel linjeavstand og skriftstørrelse elleve. I det følgende kapittelet vil de endelige resultatene etter analyseprosessen bli presentert. Etter å ha analysert datamaterialet kom vi frem til tre ulike kategorier, vist i figuren nedenfor.

Figur 2. Illustrasjon av hvordan jordmor ivaretar fødekvinnen med bekreftet IUFD i aktiv fødsel.



4.1 Ved å tilrettelegge for fysiske forhold

I den første kategorien blir det presentert hvordan jordmor tilrettelegger fysiske forhold under aktiv fødsel. Denne kategorien består av to subkategorier som omhandler valg av omgivelser og smertelindring.

4.1.1 Beskytte kvinnen mot vonde opplevelser

Jordmødrene oppgav at fysisk tilrettelegging er stort sett lik som ved enhver normal vaginal fødsel. Det ble påpekt at det er viktig å huske på å dekke de elementære behovene som mat og drikke. Videre er det viktig å tilby det samme som under en ordinær fødsel, slik som klut på pannen. For jordmødrene er det naturlig å etterstrebe gode fysiske omgivelser for kvinnen. Dette omhandler blant annet valg av rom. Selv om kvinnene kanskje ikke finner det relevant hvor de befinner seg, forsøker jordmor å tilrettelegge for å gi kvinnen et skjermet rom. Der kvinnen allerede har vært på et rom tidligere blir det forsøkt å tilrettelegge for å gi kvinnen det samme rommet. På denne måten vil kvinnen oppleve å komme tilbake til et trygt og kjent rom, eller slippe å måtte gå ut i korridoren.

Å sørge for at fysisk utstyr blir tatt ut av rommet er noe jordmødrene er opptatt av. For en jordmor er det naturlig å fjerne overvåkningsutstyr som registrerer hjertelyden til et levende barn. Det blir beskrevet at det ligger naturlig i jordmor sitt arbeid å lytte etter fosterlyd i aktiv fødsel. Jordmødrene bemerket seg at det er viktig å huske på ikke å lytte etter fosterlyd og dette er noe de ofte må ta seg i. Ved å fjerne doppler, CTG og trestetoskop har ikke jordmor mulighet til å lytte.

En barneseng stående inne på rommet under aktiv fødsel kan tydeliggjøre at det skal komme et barn. Jordmødrene har ulike oppfatninger av om barnesengen skal bli stående på rommet eller tas ut. Tre av jordmødrene sa ingenting om dette, mens to av jordmødrene ga følgende beskrivelser:

«Vi må også forberede rommet slik at det ikke står en barneseng der. Jeg synes at den ikke skal stå der for det blir så veldig tydelig på en måte. Men samtidig, etterpå når barnet er født så skal man ta den inn og legge barnet kanskje i en seng og sånn»

«Noen velger å ta ut barnesengen og det tenker jeg er helt feil. Fordi det skal fødes et barn og det barnet lever ikke, men barnet skal også få en seng. Så jeg tenker at det ikke er riktig å fjerne ting som er syn på at det skal komme et barn»

4.1.2 Gi og tilby individuell smertelindring

Selv om kvinnen bærer på et dødt barn, vil hun kjenne på fysiske smerter. For jordmødrene er det viktig å lindre den fysiske smerten så mye som mulig, da kvinnen også er belastet med en psykisk smerte.

Når en kvinne havner i en situasjon med IUFD, kan det være de får et nytt syn på det å føde. Jordmødrene uttrykte at de fleste fødekvinner med IUFD ikke ønsker å kjenne på riesmerten og de fleste ønsker god smertelindring. Det er derfor viktig for jordmor å ha en dialog med kvinnen om hva slags smertelindringsmetoder som finnes og hva kvinnen ønsker. Videre ble det fortalt at kvinnene som føder til termin ofte har en oversikt over hvilke smertelindringsmetoder som tilbys ved det sykehuset de skal føde på. I tillegg har de ofte en preferanse på hva de ønsker. For jordmødrene er det derfor ikke en stor oppgave å informere fødekvinnen til termin om de ulike smertelindringsmetodene.

Jordmødrene er opptatt av at det skal tilbys mest mulig smertelindring, men samtidig ønsker de å etterstrebe en normal vaginal fødsel. Jordmor kan være raus med å gi og tilby smertelindring da det ikke er nødvendig å ta hensyn til barnet. Samtidig ble det påpekt viktigheten av å ikke ruse eller dope kvinnen med for mye smertestillende. En jordmor beskrev at hun pleier å gi Oxynorm, mens en annen mente det er viktig å gi andre smertelindringsmetoder enn morfin da hun påpekte nødvendigheten av at kvinnen skal være til stede, klar og orientert om situasjonen rundt henne. Jordmødrene beskrev at epidural er den vanligste smertelindringmetoden og den blir satt tidlig i aktiv fødsel når det er tid for det.

Det ble uttrykt at god smertelindring åpner opp for samtaler. God smertelindring er essensielt for at kvinnen skal kunne stille spørsmål om praktiske ting og prate om psykiske reaksjoner.

«Når det kommer så lang som i aktiv fødsel så går en del tid til psykisk kommunikasjon. Mange spør om sånne praktiske ting fordi de gjerne er godt smertelindret...»

4.2 Ved å være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte

I den andre kategorien blir det presentert hvordan jordmor ivaretar fødekvinnen gjennom tilstedeværelse, kommunikasjon med fødekvinnen og tilrettelegging for å involvere partner i omsorgen for kvinnen. Denne kategorien består av to subkategorier.

4.2.1 Nonverbal og verbal kommunikasjon

Alle jordmødrene var opptatt av å tilstrebe å være fysisk til stede på fødestuen i aktiv fødsel ved IUFD. De la vekt på at jordmors tilstedeværelse skal gi støtte og dekke informasjonsbehov. Ved at jordmor er til stede har kvinnen noe å holde seg fast ved, samtidig som hun kan føle seg trygg. Noen jordmødre ga uttrykk for at tilstedeværelsen blir større når jordmor ikke trenger å bruke tid på andre ting som blant annet det tekniske.

Den nonverbale kommunikasjonen i møte med kvinnen ble trukket frem som et viktig punkt. Jordmødrene var opptatt av rolig, sikker fremtoning, imøtekommende med utstråling av trygghet, tydelighet og at de har et åpent kroppsspråk hvor de sitter med åpne armer og ben. Det ble beskrevet at det er viktig at jordmor bevarer roen på fødestuen. Jordmor skal for eksempel ikke komme stressende inn på fødestuen og fortelle hvordan det er på naborommet. Hun skal ha en ro, og denne roen har man også ved en normal fødsel.

Jordmor skal vise at hun vil være til stede hos kvinnen. Dette kan hun gjøre ved å sette seg ned. Det er også viktig at jordmor ikke viser frykt eller redsel. Hun kan vise følelser som at hun er trist og berørt, men det er samtidig nødvendig å ha kontroll på dem slik at hun ikke overtar sorgen. Jordmødrene påpekte viktigheten av å være profesjonell.

Det kom frem at det er viktig at jordmor føler seg frem på stemningen i rommet og leser kvinnens kroppsspråk. Noen kvinner er avhengig av mye dialog, prat og forklaringer, mens andre er innesluttet. Det er viktig at kvinnen blir sett, hørt og tatt hensyn til i den situasjonen hun befinner seg i. Jordmor må se hvor mye hun har behov for av hjelp. Hun må også se hva kvinnen trenger for å oppleve trygghet. Dette gjør jordmor blant annet ved å føle seg frem på

om hun skal bli værende eller forlate rommet. En jordmor fortalte at når kvinnen ringer på flere ganger etter at jordmor har gått ut og fortalt at hun blir borte i et kvarter kan det være et tegn på at kvinnen ikke føler seg trygg på å være i rommet uten jordmor og at hun bør bli værende.

«... man må tenke at det aller viktigste vi gjør er å føle oss frem på stemninga og hva det er dama trenger... noen er avhengige av mye dialog, prat, god forklaring og noen er veldig inne i seg selv og stenger livet litt sånn ute. Det blir det å lese kroppsspråk, den nonverbale kommunikasjonen, hvor viktig det er å være overvåket for blikk mellom mor og far.»

Det ble beskrevet at ivaretagelse gjennom fysisk nærhet er viktig. For jordmødrene kunne det være gjennom å sitte ved siden av og holde en hånd på kvinnen, eller massere og stryke på kvinnen. Det ble også beskrevet at man ikke skal være redd for å være fysisk. Samtidig var det en jordmor som beskrev at hun alltid spør om tillatelse til å omfavne kvinnen fysisk. Hun nærmer seg ikke når kvinnen trekker seg unna. I situasjoner hvor kvinnen ikke ønsker fysisk nærhet, må jordmor forholde seg til kvinnen på andre måter. Dette gjøres ved å holde seg på siden, pusle rundt, gi mat og drikke.

Jordmødrene var opptatt av å være bevisst på at alle fødekvinne er ulike. Jordmødrene beskrev at det er viktig at jordmor møter dem i den fasen de er i. Noen kvinner opplever situasjonen som et sjokk, mens andre har fått bearbeidet det i forkant av aktiv fødsel. Videre ble det uttrykt at tilretteleggingen er avhengig av kvinnens reaksjon på IUFD. En jordmor ga uttrykk for at det er viktig å være aksepterende innenfor rimelige grenser. Hun understreket at det er jordmødrene som må tilpasse seg, ikke fødekvinne.

Å spørre om lov og be om bekreftelse var et gjennomgående tema. En beskrev at hun ofte forteller kvinnen hva hun har tenkt til å gjøre og ber kvinnen om bekreftelse på at det er greit. En av jordmødrene understreket at det er viktig å spørre kvinnen direkte. Det er viktig at jordmor spør hva kvinnene har behov for. Jordmor kan for eksempel spørre om kvinnen og

partner ønsker å være alene eller spørre kvinnen om hva hun trenger for å motiveres videre i fødsel.

Å snakke åpent og ærlig med kvinnen var for flere jordmødre viktig. Det ble fortalt at en stor del av ivaretagelsen handler om å gi god informasjon og dele erfaringer som gjør det mindre skummelt for kvinnen. Jordmødrene presiserte viktigheten av å se kvinnens kunnskapsbehov. Jordmor må være forstående og forsøke å sette seg inn i kvinnens situasjon ved å gi enkel informasjon. Det ble trukket frem at man skal legge seg på kvinnens nivå og kjenne etter hva de ønsker av informasjon og samtaler. Noen spør masse, mens andre er stille. Informasjonen må gis når fødekvinnen er klar, interessert og etterspør den.

Flere var opptatt av å tørre å være til stede på fødestuen, bli værende og stå i situasjonen. Det ble nevnt at det er lite jordmor kan gjøre feil, det viktigste er å være til stede hos kvinnen. Samtidig ble det trukket frem at jordmor må ha det greit med seg selv og sine følelser for å kunne stå i en slik situasjon. Jordmor må tørre å prate, være undrende og stille vanskelige spørsmål til kvinnen. Det er nødvendig at jordmor tør å møte kvinnen på det hun er bitter for, og at jordmor godtar at hun ikke alltid kan gi et fasitsvar til kvinnen. Samtidig må jordmor snakke med kvinnen om at dette ikke er hennes skyld. Det ble presiserte at det er viktig at fødekvinnen ikke skal oppleve at hun står i situasjonen alene, men også at jordmor skal tørre å bli værende på rommet selv om fødekvinnen ønsker jordmor bort.

«Jeg tenker det handler om å tørre å være til stede, selv om de ikke vil... man merker jo fort om de vil ha deg bort eller om de vil ta deg inn. Hvis du prøver å klemme eller holde, legge hånden på dem.»

4.2.2 Få partner involvert i omsorgen for kvinnen

Å få partner involvert i omsorgen av kvinnen ble trukket frem som en essensiell del av jordmors arbeid i aktiv fødsel. Samtlige var opptatt av å veilede partner til å ta del i arbeidsoppgaver som kan være til hjelp for kvinnen. Dette kan for eksempel være å gi massasje, gi drikke og kald klut på pannen. En av jordmødrene beskrev at hun veileder

partner som er tilbakeholden i ulike arbeidsoppgaver, mens andre som er bestemt og pågående må hun roe litt ned og forklare at han kan stole på henne.

«Den som er mer tilbakeholden, som ikke vil noen ting, kan man jo forsiktig forsøker å dra med, for eksempel hente vann, og alt mulig... massere. Og den andre typen, tenker jeg at man må forsøke å forklare... skjønner at dem har det vondt, men at vi prøver å gjøre det vi kan for å hjelpe dem. Og at han må prøve å stole på at vi kan dette her.»

4.3 Ved å ha en kunnskapsbasert tilnærming

Den siste kategorien består av to subkategorier som omhandler kunnskapen jordmor må ha for å kunne legge til rette for sorgprosessen. Kunnskap kommer også gjennom erfaring og det kan være godt for jordmor å ha en erfaren jordmor i nærheten.

4.3.1 Ved å legge til rette for sorgprosessen

Å motivere til vaginal fødsel gjennom informasjon var en viktig faktor for å legge til rette for sorgprosessen. Denne informasjonen omhandler omfanget av keisersnitt og fordelene ved å føde vaginalt, både for kroppen og sorgprosessen. Jordmødrene var også opptatt av at informasjonen må gjentas flere ganger for at det skal modnes hos kvinnen. En av jordmødrene oppgav at hun prøvde å finne en måte å få kvinnen til å stå i det selv om hun ikke fikk den «berømte premien» i enden.

«Men da prøver jeg å forklare for dem at rent psykisk i en sorgprosess så er det viktig at man går igjennom en fødsel. Selv hvor vanskelig det høres ut som, så er det det, og det føles veldig vanskelig der og da. Men etterpå har det mening. At man gjennomgår dette her, både i hodet og kroppen.»

Oppfordre, forberede og snakke om å se barnet var noe samtlige av jordmødrene var opptatt av i aktiv fødsel. Det ble påpekt viktigheten av å se barnet, da dette er en del av sorgprosessen og at dette ville gjøre situasjonen mindre skummelt. Jordmor kan prate med kvinnen og

partner om hvordan barnet vil se ut og hvordan de ønsker å få barnet presentert. I tillegg er det nødvendig å snakke om hvordan det vil bli ikke å høre skrik når barnet blir født. For det er som den ene informantene beskrev det; «man vet det blir stille».

Jordmødrene beskrev også viktigheten av å oppfordre fødekvinnen i aktiv fødsel til å gi barnet navn. Jordmor kan spørre fødekvinnen om barnet har fått navn. Dette kan være med på å åpne opp for prosessen og få kvinnen og partner til å vende seg til tanken. Å gi barnet et navn og identitet kan bidra til å gjøre det lettere for kvinnen å forholde seg til barnet i ettertid da det vil føles mer nært. Jordmødrene begrunnet dette med at kvinnen har båret på dette barnet i mange måneder eller uker. Barnet er en person de ville huske resten av livet.

«Dette er jo en person som mamma har båret på i mange måneder eller uker da, så det er jo en person som de kommer til å huske resten av livet og det er veldig fint å ha et navn. Fordi det har vært en person, som man ikke kan glemme.»

Jordmors oppgave er å hjelpe kvinnen og partner til å finne ut av hva de trenger fra hverandre og gi dem samme informasjon. Dette vil bidra til at de kommer i dialog slik at de kan møtes i sorgen og trøste hverandre. Det er også avgjørende at jordmor normaliserer de ulike følelsene de har. Da de har kaos i tankene ble det påpekt viktigheten av å gi informasjon i aktiv fødsel om hvem fødekvinnen og partner kan kontakte i ettertid. Denne informasjonen omhandler tilgang til sorggrupper og internettsider, samt informasjon om muligheten for å prate med sosionom og prest i etterkant.

4.3.2 Jordmor bruker egen erfaring og har tilgang på erfaren kollega i møte med kvinnen

Jordmødrene fortalte at det er lettere å hjelpe og tilpasse seg de ulike kvinnene og deres partner når de har erfaring og er trygg i denne rollen. Erfaringen gjør det lettere å forberede kvinnen og partner på hva de skal møte.

Det ble også presisert viktigheten av å ha en erfaren jordmor i nærheten som man kan be om hjelp. En av jordmødrene påpekte at dette må være en kollega man opplever å stå godt i jobben med og føler seg trygg rundt.

«Bli gjerne med en erfaren jordmor som synes det er greit å stå i det, men sørg for at den jordmoren er en kollega som du føler du kan være rolig rundt, trygg rundt sånn at det ikke blir et stress moment, viktig at du kjenner trygghet rundt den situasjonen du selv skal stå i.»

5 Diskusjon

Dette kapitlet består av to deler. Først blir resultatene fra studien diskutert. Deretter blir styrker og svakheter ved studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet diskutert.

5.1 Diskusjon av resultater

I dette kapitlet blir resultatene fra studien diskutert opp mot modellen «Genuin omsorg av det genuine - jordmors optimale omsorg av fødekvinne med økende risiko» til Berg (2010) og aktuell forskning. Diskusjonsdelen er delt opp i de samme tre kategoriene som resultatdelen, se kapittel 4. I den første delen diskuteres jordmor sin ivaretagelse i aktiv fødsel gjennom tilrettelegging for fysiske forhold. I den andre delen gjennom tilstedeværelse og tilpasset kommunikasjon og i den siste delen gjennom en kunnskapsbasert tilnærming. Når det refereres til «informant» er det informantene fra denne studien det er snakk om.

5.1.1 Ved å tilrettelegge for fysiske forhold

Å beskytte kvinnene mot unødvendig vonde opplevelser er essensielt for informantene. Den fysiske tilretteleggingen ved IUFD er stort sett lik som ved fødsel av et levende barn. Likevel ser informantene nødvendigheten av å gi kvinnen et skjermet rom, selv om fødekvinne nødvendigvis ikke gir uttrykk for dette behovet.

Flere studier beskriver hvordan obstetriske avdelinger er designet og tilrettelagt for å ta imot det levende nyfødte barnet, og ikke det døde barnet og deres sørgende foreldre (Kelley & Trinidad, 2012; Peters et al., 2016). Mange kvinner opplever det som sårt, krevende og utholdelig å høre støy fra naboene rundt som har levende barn, og dette kan forsterke den traumatiske opplevelsen av å miste sitt barn (Farrales et al., 2020; Kelley & Trinidad, 2012; Lee, 2012). Samtidig finnes det andre studier som viser det motsatte. Studien til Farrales et al. (2020) viser at fødekvinne ikke nødvendigvis ønsker å skjermes i fødsel. Det kommer blant annet frem at en av kvinnene ikke ønsket å bli skjermet fra de andre kvinnene som skulle føde levende barn fordi hun skulle bli mor og ønsket å bli anerkjent for dette på lik linje med alle kvinner som føder levende barn.

Om informanten tolker det som at kvinnen ikke bryr seg om det skjermede rommet fordi kvinnen er opptatt av egen sorg eller om kvinnen faktisk ønsker et skjermet rom uten at jordmor oppfatter dette, er vanskelig å si sikkert. Jordmors oppfatning av hva kvinnen ønsker og har behov for kan være avhengig av hvilken fødeavdeling jordmor arbeider ved. Ved en stor fødeavdeling vil det fødes flere barn og mest sannsynlig være mer støy fra andre kvinner og deres nyfødte barn. Dersom fødekvinnen er bevisst dette vil hun kanskje ha større behov for et skjermet rom enn en kvinne som føder ved en mindre avdeling med færre fødsler og mindre støy. Jordmor som arbeider ved en liten avdeling, vil muligens tenke at kvinnen ikke er opptatt av et skjermet rom da det er få fødekvinne i avdelingen.

På bakgrunn av det som kommer frem i resultatene og tidligere forskning er det viktig at jordmor har fortløpende dialog med den individuelle kvinnen om hun ønsker å bli skjermet i avdelingen eller ikke. Dette støttes opp av Berg (2010) sin modell hvor viktigheten av at jordmor skal ha fortløpende dialog med kvinnen om hennes behov understrekes. Ifølge Berg (2010) er fortløpende dialog en stor del av det å ivareta kvinner med økt risiko. Ved at jordmor informerer kvinnen om hva hun har tenkt til å gjøre og hvorfor, vil kvinnen kunne få mulighet til å avkrefte eller bekrefte om hun er enig i tiltaket og vil derfor være delaktig i egen omsorg (Berg, 2010). Det er viktig å påpeke at kvinnen kanskje ikke nødvendigvis alltid vet hva hun ønsker og hva som er best for henne i en sårbar situasjon. Dersom jordmor av ulike årsaker velger ikke å ha en fortløpende dialog med kvinnen om hennes ønsker, kan en løsning kanskje være å plassere kvinnen på et rom nederst i fødegangen slik at hun blir skjermet. På denne måten vil kvinnen bli i avdelingen hun «tilhører», samtidig som det vil være mindre støy rundt henne.

Informantene beskrev viktigheten av å fjerne fysisk utstyr fra fødestuen for å beskytte kvinnen mot unødvendig vonde opplevelser. Fosterovervåkingsutstyr var noe som ble nevnt. Tematikken fremkommer også i studien til Farrales et al. (2020). Der blir det beskrevet at det er en stor påkjenning for kvinnen å se visualiserende gjenstander i rommet som symboliserer at det kommer et dødt barn. Videre beskrives det at det er krevende når jordmødre henvender seg til kvinnen som at hun har et levende barn i magen.

For å kunne ivareta kvinnen på en god måte i aktiv fødsel kan det virke fornuftig å ta ut fosterovervåkningsutstyr. Informantene beskrev at de ofte må tas seg i å ikke lytte etter fosterlyden. Dersom jordmor begynner å lytte etter fosterlyd når barnet er dødt, kan det tenkes et det vil bli svært forvirrende og vondt for kvinnen. En av de tre delene i Berg (2010) sin teoretiske modell tar for seg fokuset på balansen mellom det medisinske og naturlige. Ved å fjerne fosterovervåkningsutstyr vil det kunne bli mer fokus på den naturlige prosessen av fødselen da det medisinske utstyret ikke er tilgjengelig. I tillegg vil føderommet muligens være lettere å oppholde seg i for kvinnen.

Det var ulike oppfatninger om barnesengen skulle bli i føderommet eller tas ut under aktiv fødsel. Kvinnene i Farrales et al. (2020) sin studie beskrev at smerten ble forsterket ved å ha bilder på veggen av nyfødte barn og visualiserende gjenstander som symbolisert fødselen av et levende nyfødtbarn. Alle fødekvinner kan ha ulike følelser og behov rundt hvilke gjenstander som er sårbare å se på. Resultatene beriker tematikken og kunnskap om at barnesengen både kan bli stående på fødestuen i aktiv fødsel eller tas inn senere. Bilder av levende nyfødte barn på veggen på en fødestue kan kanskje oppleves som at her fødes det levende barn, mens en seng er noe barnet trenger uansett om det er levende eller ikke. Som en av informantene beskrev: «*Barnet skal ikke legges i et pussbekken, men vises verdighet*».

5.1.2 Ved å være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte

Samtlige av jordmødrene så viktigheten av å være fysisk til stede på fødestuen i den aktive fasen av fødsel for å gi støtte. I den nasjonale veilederen "Et trygt fødetilbud" stilles det krav til kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødsel (Helsedirektoratet, 2010). Bohren et al. (2017) viser til at kontinuerlig tilstedeværelse gir større sannsynlighet for spontan vaginal fødsel, mindre behov for smertelindring, større sannsynlighet for bedre fødselsopplevelse, mindre sannsynlighet for keisersnitt og instrumentell vaginal fødsel. Videre viser de til at tilstedeværelse er med på å øke kvinnens følelse av kontroll og mestring. Det presiseres at jordmors tilstedeværelse innebærer å tilrettelegge for emosjonell støtte, informasjon og rådgivning. Dette sammensvarer med informantene sine utsagn om at tilstedeværelse bidrar til at kvinnen kan holde fast ved noe samtidig som det gir støtte, trygghet og dekker informasjonsbehovet til kvinnen. Studien til Downe et al. (2013) viser at det oppleves som en stor støtte for fødekvinnen når jordmor tar seg tid til å være til stede.

En nødvendig del av en verdighetsbevarende omsorg hos kvinner med økt risiko, er kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor (Berg, 2010). I en travel avdeling kan det være vanskelig å være nok fysisk til stede på fødestuen. Informantene påpekte at det er viktig at jordmoren som har ansvar for fødekvinnen med IUFD blir prioritert til kun å ivareta henne. Berg (2010) poengterer at dersom jordmor ikke har mulighet til å være fysisk til stede, bør en kollega være tilgjengelig for kvinnen. Aune et al. (2014) beskriver at hvis jordmor ikke har mulighet til å være fullt til stede hos kvinnen kan det føre til at relasjonen mellom jordmor og kvinnen mislykkes. Hun påpeker at det er viktig at jordmor er mentalt til stede i de minuttene hun faktisk er til stede i rommet og at kvaliteten på omsorgen er viktigere enn kvantiteten. Det kan tenkes at jordmor sin tilstedeværelse vil gjøre det lettere for kvinnen å henvende seg til jordmor når hun har udekkede behov. For de kvinnene som er forsiktige og ikke vil være til bry, kan det være vanskelig å få den støtten de trenger hvis jordmor ikke er til stede på rommet eller er nødt til å forlate fødestuen ofte for andre oppgaver.

Informantene var opptatt av at man skal vise at man ønsker å være fysisk til stede på rommet, og man skal være åpen og hyggelig. Hvordan personalet opptrer overfor kvinnen og partner kan ha stor påvirkning for deres mentale helse i tiden etter fødsel (Downe et al., 2013). Videre blir det beskrevet at kvinnen og partner var svært følsomme for den verbale og nonverbale kommunikasjonen med personalet. Det blir også beskrevet at empatisk og kompetent helsepersonell som ga emosjonell omsorg hadde positiv innvirkning på kvinnen og partners mentale helse i ettertid av fødsel. Foreldrene var opptatt av at de ble møtt med omsorg og respekt.

For informantene var det viktig å bevare roen på fødestuen i aktiv fødsel. I studien til Aune et al. (2014) beskrives det at ved å bevare roen på fødestuen vil paret få et inntrykk av at jordmor har tid til å gi god omsorg. Det kan tenkes at dersom jordmor med nonverbale og verbale kroppsspråk viser at hun ikke ønsker å være til stede, så kan dette oppleves respektløst og påvirke relasjonen mellom kvinnen og jordmor. Det at jordmor er avvisende kan føre til at kvinnen ikke åpner seg for jordmor. Dette vil kunne føre til at det ikke skapes gjensidighet og fortløpende dialog mellom dem (Berg, 2010).

Samtidig som det kom frem at tilstedeværelse er med på å støtte kvinnen, beskrev informantene også at den er med på å dekke informasjonsbehovet. De understreket at informasjonen må være tilpasset kvinnen, den må være enkel og den må gis når kvinnen er klar for det. Dette sammenfaller med studien til Downe et al. (2013), hvor det presiseres at informasjon må gis regelmessig og på et passende tidspunkt. Det kom frem at det for eksempel er vanskelig å ta til seg informasjon når kvinnen ikke er mottakelig eller når jordmor benytter et klinisk språk. På bakgrunn av dette kan det virke nødvendig at informasjonen gjentas og at jordmor stadig forsikrer seg om at informasjonen som er gitt er forstått. Det kan være vanskelig for jordmor å vite når det er riktig tidspunkt for å gi informasjon. Jordmor må derfor bruke det som Berg (2010) omtaler som kroppslig kunnskap, som er forankret i jordmores selv. Jordmor kan da anvende sin intuisjon ved å lese kvinnens kroppsspråk, samt ha en fortløpende dialog med henne (Berg, 2010). Ved å ha en fortløpende dialog kan jordmor høre med kvinnen om hun er mottakelig for informasjon eller om hun ønsker å avvente. Aune et al. (2014) understreker at god informasjon danner grunnlag for videre relasjonsbygging.

Informantene beskrev at tilstedeværelse ikke nødvendigvis trenger å handle om å si eller gjøre noe, men kun å være tilgjengelig og til stede for kvinnen. Dette sammenfaller med andre studier (Aune et al., 2014; Stott, 2014; Willis, 2019). Informantene trakk også frem at jordmor må tørre å være til stede og hun trenger ikke å være redd for å gjøre feil. Å finne de riktige ordene for hva man skal si er ikke alltid like lett (Alghamdi & Jarrett, 2016; McKenna & Rolls, 2011). Det kan derfor være betryggende for jordmor at hun kan bruke sin kroppslige kunnskap i møte med kvinnen gjennom å være ekte og seg selv (Berg, 2010).

Informantene beskrev at man kan vise at man er berørt overfor kvinnen, men at man samtidig må være profesjonell. Å holde seg profesjonell ble i studien til André (2000) beskrevet som utfordrende da det var vanskelig å finne balanse mellom avstand og nærhet. Det blir videre beskrevet at flere av jordmødrene var i stand til å vise at de var berørt, men de var usikre på om de var nok profesjonelle. Jordmor kan benytte seg av sin kroppslige kunnskap som Berg (2010) beskriver gjennom å være ekte. Å være ekte handler om å bruke sin personlighet og følelser i møte med kvinnen. Å gråte med kvinnen kan være en måte å vise henne at man

føler med henne og vise omsorg. Dette blir for mange opplevd som en god støtte (Downe et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012; Trulsson & Rådestad, 2004). I studien til Trulsson og Rådestad (2004) kom det frem at deltagerne syntes det var fint at personalet var mennesker og ikke «følelsesløse maskiner». Ved at jordmor viser at hun er berørt, kan kvinnen åpne seg for å ta imot omsorg. Som tidligere beskrevet er gjensidighet en interaktiv prosess som oppstår når kvinnen og jordmor er åpne for hverandre (Berg, 2010).

5.1.3 Ved å ha en kunnskapsbasert tilnærming

Informantene var opptatt av at jordmor i aktiv fødsel skal oppfordre sterkt til å se barnet, da dette er viktig for sorgprosessen. Forskning viser at flertallet av kvinner som ser barnet, ikke angret på valget (Downe et al., 2013; Trulsson & Rådestad, 2004). Kvinnene som ble oppfordret til dette var takknemlige. Noen av kvinnene mente at jordmor kunne oppfordret mer (Trulsson & Rådestad, 2004). I studien til Downe et al. (2013) kom det frem at de som ikke ønsket å se barnet opplevde at de ikke hadde mulighet til å ombestemme seg senere. Dette understreker viktigheten av at jordmor bruker fortløpende dialog til å oppfordre kvinnen til å se barnet (Berg, 2010). Hvis kvinnen ikke ønsker å se barnet er det viktig at jordmor bruker fortløpende dialog til å presisere at kvinnen har mulighet til å ombestemme seg. Jordmor kan også bruke sin intuisjon ved å føle seg frem på om hun skal oppfordre kvinnen mer eller avvente (Berg, 2010).

Informantene beskriver at det er viktig å snakke med kvinnen om hvordan barnet ser ut. Enkelte barn kan ha huden skallet av, eller ha en ujevn farge i huden mens andre kan være bleke og ha mørke farge på leppene (Egenæs, 2009). Downe et al. (2013) påpeker kvinnes fortvilelse og smerte der hvor helsepersonell ikke har forberedt foreldrene på barnets mulige utseende. De som rapporterte å være godt informert om hva de kunne forvente var mindre urolige når barnet ble født. Dette viser viktigheten av at jordmor har teoretisk kunnskap om barnets mulige utseende, slik at hun kan formidle riktig informasjon (Berg, 2010). Ved at jordmor har teoretisk kunnskap om barnets utseende, kan hun bruke tiden i aktiv fødsel til å forberede kvinnen på hva hun vil møte. Samtidig kan det å forberede kvinnene på barnets utseende føre til at de blir mer motvillige til å se barnet (Lee, 2012). Informantene poengter at de kvinnene som ikke ønsker å se barnet etter å ha blitt forberedt, kan motiveres til å se på noe på barnet som er mindre skummelt, for eksempel kan en liten hånd eller fot være en start

til å tørre å nærme seg barnet. I tillegg til å forberede fødekvinne på barnets utseende var informantene også opptatt av at jordmor forteller om stillheten som rammer rommet når barnet kommer. Stillheten kan komme som et sjokk for kvinnen (Trulsson & Rådestad, 2004).

I resultatene kommer det frem at det er viktig å gi barnet navn og identitet. Dette understreket informantene med at dette vil gjøre at kvinnen opplever større nærhet og tilhørighet til barnet. At jordmor brukte navnet til barnet og ga barnet en identitet ble sett på som stor støtte for foreldrene (Downe et al., 2013; Farrales et al., 2020). Dette var en måte å vise at barnet var anerkjent på (Farrales et al., 2020), og anerkjenne fødeparet som foreldre (Grunebaum & Chervenak, 2021). I studien til Nuzum et al. (2018) kom det frem at foreldrene hadde lettere for å forholde seg til barnet i ettertid når det har fått en identitet. Å gi barnet et navn var sentralt for identiteten og dette var noe alle foreldrene i studien gjorde. Ved å gi barnet identitet fokuserer jordmor på barnet som et individ og hun balanseres det naturlige og medisinske perspektivet (Berg, 2010).

Å legge til rette for sorgprosessen gjennom å gi informasjon om vaginal fødsel var viktig for informantene. Dette samsvarer med studien til Säflund et al. (2004) hvor det kom frem at når kvinnene forstod og aksepterte at hun måtte gå igjen en vaginal fødsel var informasjon, råd og støtte en viktig faktor for å kunne gjennomføre fødselen. Trulsson og Rådestad (2004) beskrev at kvinnene som fikk informasjon om at de måtte føde vaginalt, opplevde denne beskjeden som fryktelig. De så ingen mening med å føde et dødt barn. Det anbefales likevel at kvinnen føder vaginalt, da dette kan være en viktig del av sorgprosessen (Nesheim et al., 2015), som starter allerede under fødselen. På denne måten får kvinnen avsluttet svangerskapet både fysisk og psykisk (Egenæs, 2009). Kvinnene i studien til Trulsson og Rådestad (2004) var i ettertid fornøyd med å ha født vaginalt da de forstod at kroppen deres fungerte og at de kunne føde et dødt barn. Kvinnene så på fødselen som en "milepæl". Når jordmor motiverer til vaginal fødsel, bruker hun sin teoretiske kunnskap som viser til at vaginal fødsel er til det beste for kvinnen (Berg, 2010). Jordmor ivaretar også balansen mellom det naturlige og medisinske ved at hun viser at hun har troen på at kvinnen kan gjennomføre den vaginale fødselen (Berg, 2010). Informantene oppga også at mengden informasjonen må tilpasses kvinnen. I studien til Säflund et al. (2004) kommer det frem at

flere deltakere opplevde å få mer informasjon enn de kunne håndtere. Når jordmor benytter tiden i aktiv fødsel til å motivere for vaginal fødsel må jordmor bruke sin intuisjon ved å føle seg frem for å forstå mengden informasjon kvinnen klare å motta (Berg, 2010).

5.2 Diskusjon av studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

Kvalitativ metode er et design for å få innsikt i informantenes subjektive erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017). Ved å bruke kvalitativ metode fikk forskerne innsikt i jordmødrenes erfaring med å ivareta fødekvinnen med IUFD i aktiv fødsel. I etterkant av studien er forskerne trygge på at studiens design var riktig for å få svar på forskningsspørsmålet. Dette er med på å styrke studiens troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

For å få ytterligere troverdighet i intervjuene ble intervjuguide og pilotintervju utarbeidet og gjennomført. Intervjuguiden ble utarbeidet på forhånd av pilotintervjuet og ble ikke endret på underveis. Forskerne opplevde intervjuguiden som en hjelp og veiledning til å fange opp tematikken (Malterud, 2017). Intervjuguiden ble benyttet i alle intervjuene. I ettertid ser forskerne at den har vært til stor hjelp i intervjusituasjonen grunnet manglende intervjuerfaring.

Pilotintervjuet ble gjennomført i forkant av alle intervjuene. Dette gjorde at forskerne fikk forberedt seg på intervjusettingen. Dette var en nyttig prosess som sørget for at forskerne fikk bekreftelse på god utførelse av intervjuet. Ifølge Malterud (2017) trenger ikke pilotintervjuet å holdes utenfor analysen da de første intervjuene også kan skape innsikt gjennom dialog. I ettertid ser man at det kunne ha vært nyttig å ta med også pilotintervjuet i analysen da det fremkom nyttig informasjon.

Det ble valgt å rekruttere informanter gjennom Facebooksiden «Jordmødre i Norge». Ved å rekruttere på denne måten fikk man mulighet for et stort utvalg fra hele landet enn dersom man hadde tatt kontakt med et eller to sykehus. Kulturen på et sykehus kan være lik og jordmødrene kan ha like oppfatninger og erfaringer. Dette kan ha vært med på å styrke

studiens troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Samtidig er det en risiko for at man ved å informere via Facebook kan ha gått glipp av nyttig kompetanse ettersom ikke alle jordmødre nødvendigvis er til stede på denne plattformen.

Graneheim og Lundman (2004) beskriver at ulik alder, kjønn og erfaring kan berike resultatene og dermed styrke troverdigheten. Det kan være vanskelig å vite om studiens troverdighet er blitt svekket da det ikke var ønskelig å vite informantenes alder og arbeidserfaring.

I utgangspunktet var det et ønske om å intervju fire til syv jordmødre, da forskerne hadde en tanke om at dette ville være tilstrekkelig for å få svar på problemstillingen. Det var kun seks informanter som meldte seg til studien. Fem var aktuelle på grunn av inklusjonskriteriet. Forskerne valgte ikke å sette i gang flere tiltak for å rekruttere flere informanter på grunn av vanskelighetene med å få rekruttert informanter, tidsbegrensning og studiens omfang. Grunnen til få påmeldte kan være at det er få jordmødre med erfaring med IUFD, da det var et inklusjonskriterie for å delta. Det er viktig å poengtere at de fleste av jordmødrene som meldte seg på studien hadde mye erfaring innenfor dette feltet og hadde en felles opplevelse om at de kunne gjøre en forskjell for kvinnen. Tross for få påmeldte fikk forskerne et rikt materiale da alle informantene delte sine erfaringer. Dette er med på å styrke studiens troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

De fem intervjuene ble holdt i løpet av ti dager. Dette er med på å styrke studiens pålitelighet da lang datainnsamlings periode vil kunne påvirke påliteligheten (Graneheim & Lundman, 2004). To av intervjuene ble gjennomført digitalt via Zoom. På forhånd hadde forskerne en tanke om at det kunne bli vanskelig å gjennomføre intervjuer via Zoom grunnet utfordringer knyttet til å få flyt i samtalen og muligheten for å få tilstrekkelig med rik informasjon i intervjuene. I ett av intervjuene oppstod det tekniske problemer. Dette kan mulig ha påvirket flyten i intervjuet. Gjennom studietiden og koronasituasjonen har forskerne blitt vant til å anvende Zoom i undervisningssammenheng. Det kan tenkes at informantene hadde mindre erfaring med Zoom enn forskerne. Dersom informantene har vært utrygg på dette kan materialet muligens blitt påvirket. I ettertid ser forskerne at Zoom intervjuene ga et rikt og

utfyllende innhold, noe som tilsier at Zoom er tilstrekkelig. Samtidig vet man ikke hvordan intervjuet hadde utviklet seg om intervjuer og informant hadde møttes fysisk.

Flere av intervjuene ble utført før eller etter at informantene skulle på vakt. Ett av intervjuene ble utført etter at informanten og intervjuer hadde vært på nattevakt. Det kan tenkes at dette har hatt påvirkning på intervjuets kvalitet da både informant og intervjuer beskrev at de var slitne. Forskerne ser i ettertid at valg av tid ikke var egnet for intervjuet. Samtidig var dette et ønske fra informanten og på grunn av ferieavvikling og studiens tidsbegrensing var det ikke mange alternativer.

Noen informanter var lettere å intervjuer enn andre. Intervjuer var opptatt av at informantene skulle prate fritt og avbrøt ikke. Noen informanter utdypet godt, mens andre hadde kortere svar. Forskerne ser i ettertid at det ved flere tilfeller kunne vært bedt om videre utdyping. Intervjuer opplevde under et intervju at det var vanskelig å gjennomføre da informanten svarte lite utfyllende. Intervjuer opplevde at det var ukomfortabelt å føle på stillheten. Raske oppfølgingsspørsmål ble stilt i stedet for å vente på videre utdyping. Det kan tenkes at kjemien ikke var optimal eller at fysisk intervju i motsetning til digitalt kan være vanskeligere å stå i. Det at informanten skulle på kveldsvakt kan også ha påvirket flyten i intervjuet. I ettertid ser forskerne at innholdet i materialet under dette intervjuet ikke er like innholdsrikt som de andre, og kan derfor ha påvirket resultatene. Det er viktig å poengtere at forskerne er noviser på kvalitativ studie og individuelle intervjuer, noe som kan ha bidratt til at alle intervjuene ikke er rike (Malterud, 2017).

Grunnet tidsmessige årsaker valgte forskerne å transkribere materialet etter at alle intervjuene var gjennomført. I ett av intervjuene var det ved noen tilfeller vanskelig å oppfatte hvilke ord informanten sa. Likevel ble meningsinnholdet forstått. I etterkant kan det tenkes at dersom forskerne hadde transkribert rett etter intervjuet ville det vært lettere å huske hva informanten sa. Forskerne kan ikke utelukke at det som ble transkribert kan ha blitt misforstått i disse tilfellene.

Det ble valgt å analysere datamaterialet ved hjelp av Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. Forskerne hadde fokus på å finne passende meningsbærende enheter for å styrke troverdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbærende enhetene skulle ikke være for korte slik at meningsinnholdet ikke kom frem eller for lange da dette kunne føre til at flere meningsinnhold kom sammen. Under prosessen ble det likevel oppdaget at flere av de meningsbærende enhetene bestod av ulikt meningsinnhold og de ble derfor delt opp. Det ble også oppdaget at flere av de meningsbærende enhetene ikke var med på å besvære forskningsspørsmålet og ble derfor lukket bort. Dette kan ses i sammenheng med at intervjuguiden ikke var nok gjennomarbeidet eller at informantene ikke holdt seg til tema, noe som kan ha påvirket analysen og resultatene. Ved bearbeidelse av stoffet i meningsbærende enheter, kondensat og kode er det også en risiko for at viktig informasjon kan ha falt mellom stoler. Informanten kan ha ment at andre nyanser var viktig enn det som forskerne oppfattet ved utarbeidelse av særlig kondensat og kode.

Videre i prosessen var det utfordringer knyttet til å kategorisere selve kodene i subkategorier, kategorier og finne passende titler til disse. Grunnen til dette kan mulig være at forskerne stadig hang seg opp i ordene fremfor å se essensen bak meningsinnholdet noe som kan være vanlig ved å ha manglende erfaring med analyse (Graneheim & Lundman, 2004). Etter en langvarig og tidkrevende prosess med å kategoriser kodene slik at meningsinnholdet kom frem, ble det endelige resultatet til tre kategorier. Det er viktig å understreke at forskerne har lite erfaring med kvalitativ analyse. Det har vært utfordrende å samle kodene som passer sammen, samt finne passende navn til kategorier. Forskernes manglende erfaring kan derfor prege resultatet og være en svakhet ved studiens troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Det kan tenkes at kategoriene kunne blitt annerledes dersom det hadde vært en erfaren forsker som hadde analysert materialet. Samtidig har forskerne arbeidet iherdig med å analysere, tolke, kode og kategorisere til det beste med veiledning. Forskerne ser fordelene av å være to som analyserte materialet, da det gir flere nyanser og man kan få øye på detaljer det er vanskelig å se alene (Malterud, 2017). Dette er med på å styrke troverdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Det siste steget i Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse er å lage et tema som skal favne om kategoriene. Dette er imidlertid noe som ikke alltid lar seg utføre, noe forskerne erfarte. Forskerne har ikke klart å finne et passende tema da det oppleves at kategoriene ikke passer helt sammen for å danne en rød tråd. Igjen kan dette forklare av forskernes manglende erfaring med analyse.

I analyseprosessen valgte forskerne å bruke selvlagde tabeller i Word grunnet mangel på tekniske kunnskaper. I ettertid ser likevel forskerne at analyseprosessen kunne vært mindre tidkrevende dersom forskerne hadde brukt tid på å sette seg inn i et dataprogram som er bedre egnet for kvalitativ innholdsanalyse.

Gjennom hele forskningsprosessen har forskerne gjort etiske overveielser. Malterud (2017) beskriver at forskning er regulert av norske lover og forskrifter. Når man velger å forske, er det nødvendig å være kjent med de etiske utfordringene som dette innebærer (Malterud, 2017). Flere nødvendige faktorer knyttet til etiske overveielser er benyttet av forskerne. Dette blant annet informasjon om studien, deriblant hva det innebærer å delta, muligheten for å trekke seg uten konsekvenser og anonymisering av informantene. Taushetsplikten har til enhver tid blitt overholdt, og materialet har vært håndtert i samsvar med OsloMet sine retningslinjer for oppbevaring av data. Gjennom denne prosessen anser forskerne at etiske overveielser er opprettholdt. Samtidig er det viktig å poengtere at man kan ha mistet rik informasjon når informantene ikke kunne referere til enkelthendelser på grunn av taushetsplikten.

En detaljert beskrivelse av studiens rekrutteringsprosess, informanter, datainnsamling og analyseprosess er med på å styrke studiens overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Studien gir innsikt i jordmors ivaretagelse av fødekvinne med bekreftet IUFD i aktiv fødsel og man kan vurdere at resultatene er overførbare til andre jordmødre som skal ivareta kvinner med samme tematikk. Resultatene fra studien kan være til nytte for å øke kunnskapsnivået hos jordmorstudenter og jordmødre når de skal ivareta en fødekvinne med bekreftet IUFD i aktiv fødsel. Det er viktig å poengtere at studien mest sannsynlig kun er overførbar til jordmorstudenter og jordmødre som arbeider på et sykehus med liknende kultur som i Norge.

Forskerne ser nødvendigheten av mer forskning på feltet og nasjonal retningslinje for hvordan jordmor skal ivareta fødekvinne med bekreftet IUFD i aktiv fødsel. Forskerne ser også at mye av det som trekkes frem som viktig under aktiv fødsel, også er viktig i fasen før og etter aktiv fødsel. Dette kan tilsi at man med fordel kunne gjort en større studie hvor man

ser på jordmors rolle gjennom hele løpet fra fødekvinne får bekreftet IUFD til etter at fødekvinneens kontakt med fødeavdelingen er avsluttet.

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å bidra til økt kunnskapsnivå om hvordan jordmor ivaretar fødekvinnen med IUFD under aktiv fødsel gjennom analyse og sammenstilling av erfaringene til et utvalg jordmødre. Det kom frem at mye av ivaretakelsen er stort sett lik som ved fødsel av et levende barn. Likevel er det enkelte forskjeller når man vet det blir en stille fødsel: Jordmor må tilrettelegge de fysiske forholdene til situasjonen, jordmor må være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte, og jordmor må ha en kunnskapsbasert tilnærming.

At jordmor må tilrettelegge for de fysiske forholdene til situasjonen innebærer at jordmor tilrettelegger for gode omgivelser som valg av rom og omgivelser. Å ta ut utstyr som indikerer at det kommer et dødt barn kan bidra til at kvinnen føler seg trygg i de omgivelsene hun befinner seg i. Videre innebærer det å tilby nødvendig smertelindring. Samtidig er det viktig å opprettholde en så normal fødsel som mulig uten for mye smertelindring slik at fødekvinnen er klar og orientert om situasjonen rundt henne.

At jordmor må være til stede for og tilpasse kommunikasjonen til den enkelte innebærer at jordmor både fysisk og mentalt er til stede for fødekvinnen under aktiv fødsel. Dette viser jordmor gjennom nonverbal og verbal kommunikasjon. Jordmor skal se fødekvinnens individuelle behov, spørre om lov og be om bekreftelse. Samtidig som hun ikke skal være redd for å nærme seg fødekvinnen både verbalt og fysisk. I tillegg handler tilstedeværelsen om å gi fødekvinnen støtte, råd og dekke hennes informasjonsbehov. Jordmor må også tilstrebe å få partner involvert i omsorgen av kvinnen gjennom veiledning.

At jordmor må ha en kunnskapsbasert tilnærming innebærer at jordmor må være kjent med eller ha tilgang på fagkunnskap om fødsel ved påvist IUFD og at denne formidles i dialogen med fødekvinnen. For eksempel vil jordmor ivareta fødekvinnen når hun gir råd om vaginal fødsel og ved å snakke om barnet i aktiv fødsel. Dette vil kunne være avgjørende for fødekvinnens sorgprosess og veien videre. Der jordmor er i mangel av kunnskap og erfaring er det avgjørende å henvende seg til en erfaren kollega hun føler seg trygg på for å kunne gi den beste ivaretakelsen.

7 Referanseliste

- Alghamdi, R. & Jarrett, P. (2016). Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *British journal of midwifery*, 24(10), 715-722. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.10.715>
- André, B. (2000). Når møte med livet blir møte med døden: Jordmødres opplevelser når foreldre mister barn i forbindelse med fødselen. *Vård i Norden*, 20(2), 39-43. <https://doi.org/10.1177/010740830002000209>
- Aune, I., Amundsen, H. H. & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
- Berg, M. (2010). Vårdande vid barnfødande med ökande risker. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka - vårdande vid barnfødande* (2. utg., s. 145-168). Studentlitteratur.
- Blix, E. (2017). Forskning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka - ansvar, funksjon og ansvarsområde* (2. utg., s. 79-82). Cappelen Damm Akademisk.
- Blix, E. & Bernitz, S. (2017). Åpningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka- ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 442-458). Cappelen Damm Akademisk.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J. & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 9-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Davidson-Nielsen, M. & Leick, N. (2001). *Den nødvendige smerte : om tab, sorg og adskillelsesangst* (2. utg.). Gyldendal Uddannelse.
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C. & Heazell, A. E. P. (2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 3(2), e002237. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002237>
- Egenæs, S. (2009). Når barnet dør i mors mage - hvordan takler vi det på fødeavdelingen. I A. H. Løver, A. Beverfjord & A. Dyregrov (Red.), *Det bor et barn i mitt hjerte : om barn som dør ved livets start - og veien videre* (s. 232-257). Gyldendal.
- Farrales, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J. & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC Psychol*, 8(1), 18-18. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 27. april). *Medisinsk fødselsregister - statistikkbank*. Folkehelseinstituttet. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grunebaum, A. & Chervenak, F. A. (2021, 21. August). Stillbirth: Maternal care. I C. J. Lockwood (Red.), *UpToDate*. https://www.uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/stillbirth-maternal-care?search=still%20birth&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edfb-e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem* (IS-2895). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf
- Jones, K. & Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives*, (51), 17-22. <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl51.2015.3.17-22>
- Kelley, M. C. & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 137-137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-137>
- Kringeland, T. (2017). Jordmorvirksomheten. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka - ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 45-50). Cappelen Damm Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- 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>
- 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. *Birth*, 43(1), 6-19. <https://doi.org/10.1111/birt.12217>
- 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. *Sex Reprod Healthc*, 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.). Universitetsforlaget.
- McKenna, L. & Rolls, C. (2011). Undergraduate midwifery students' first experiences with stillbirth and neonatal death. *Contemporary Nurse*, 38(1-2), 76-83. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.38.1-2.76>
- Nesheim, B.-I., Jacobsen, A. F. & Trønnes, L. (2015). Fosterdød. I J. M. Maltau, K. Molne & B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og gynokologi* (3. utg., s. 144-147). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2021). *NSD*. NSD. Hentet 1. Mai 2021 fra <https://www.nsd.no/>
- Nuzum, D., Meaney, S. & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS One*, 13(1), e0191635-e0191635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
- OsloMet. (2021, 9. mars). *Rutine for bruk av Zoom i forskningsintervjuer*. OsloMet. <https://ansatt.oslomet.no/rutine-zoom-forskingsintervjuer>

- Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z. & Aromataris, E. (2016). Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: a meta-synthesis of qualitative evidence. *J Perinatol*, 36(1), 3-9. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.97>
- Salvesen, K. Å. & Dahlø, R. (2017). Fødsler som krever ekstra oppfølging. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka - ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 536-560). Cappelen Damm Akademisk.
- Stott, S. (2014). Stillbirth: A reflective case study. *British journal of midwifery*, 22(6), 439-443. <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.6.439>
- Säflund, K., Sjögren, B. & Wredling, R. (2004). The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents. *Birth*, 31(2), 132-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x>
- Trulsson, O. & Rådestad, I. (2004). The Silent Child-Mothers' Experiences Before, During, and after Stillbirth. *Birth*, 31(3), 189-195. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x>
- 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). Cappelen Damm Akademisk.
- Universitetet i Oslo. (2021, 24. april). *Nettskjema-diktafon-appen*. Hentet 5. mai 2021 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Veileder i fødselshjelp. (2020). *Intrauterinfosterdød, dødfødsel, utredning*. Hentet 26. april 2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/intrauterin-fosterdod>
- Willis, P. (2019). Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 44(1), 46-51. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000490>

VEDLEGG 1. GRUPPEPROSESSEN

Vi ser på denne prosessen som en fin og lærerik tid. Det har vært utfordrende, krevende og slitsomt til tider, men dette har handlet mer om vår uerfarenhet med å utføre et masterprosjekt enn selve samarbeidet. Vi kjente hverandre ikke så godt fra før, men vi har lært hverandre å kjenne og vi ser på perioden som en fin tid sammen.

For oss har det vært viktig å holde seg til en plan gjennom hele prosessen. Denne planen har bestått av ukemål og viktige frister. Dette har bidratt til at vi hele veien har hatt noe å jobbe mot. Vi ser på denne planen som en god hjelp til å få oppgaven i havn.

Vi har samarbeidet godt. Vi har jobbet fysisk sammen nesten hver dag. Når vi ikke har vært sammen fysisk, har vi stort sett benyttet Zoom eller pratet over telefon mens vi har skrevet i et felles Word dokument. Vi har tatt like stor del i oppgaven. Samtidig har det vært noen områder en av oss har vært bedre på enn den andre, og der har vi utfylt hverandre.

Vi har stort sett vært enige om utførelsen av prosessen og hva som skal med og ikke med i oppgaven. Der vi har vært uenige har vi funnet ut av det sammen med rolige diskusjoner. Når en har hatt en litt tung dag har den andre vært positiv og dratt oss opp.

Vi er begge personer som liker best å skrive oppgaver sammen, fremfor alene. Vi ser på det å ha jobbet sammen som en berikelse både for oss, men også for studiens del. Det å være to sammen føles bedre enn å være en.

VEDLEGG 2. GODKJENNING FRA NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Stille fødsel - jordmors erfaring

Referansenummer

[Redacted]

Registrert

20.05.2021 av [Redacted]

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

[Redacted]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

[Redacted]

Prosjektperiode

22.04.2021 - 01.12.2022

Status

14.06.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

14.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 14.06.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

VEDLEGG 3. INFORMASJONSSKRIV

Vil du delta i forskningsprosjektet "Stille fødsel-jordmors erfaringer"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en oversikt over jordmors erfaringer med dødfødsel. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgaven er å få en oversikt over jordmors erfaringer med IUFD. Før fødsel er det konstatert at barnet er dødt og at dødsfallet er uventet. Vi ønsker å få økt kunnskap om hvordan jordmor kan ivareta fødekvinne i aktiv fødsel for å kunne være mer forbedret på dette møtet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet-Storbyuniversitetet er ansvarlig for masterprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke jordmødres erfaringer med dødfødsel. Vi ønsker å intervju deg som har erfart å veilede kvinner i fødsel som har født et dødt barn.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller opp til et intervju som ledes av masterstudentene [REDACTED] og [REDACTED]. På grunn av koronasituasjonen vil intervjuene gjennomføres digitalt via Zoom. Intervjuet er beregnet å ta ca 20-45 minutter. Det vil foregå et lydopptak av intervjuet og det vil bli tatt notater underveis.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg kan du kreve å få slettet innsamlede anonyme opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått fullført transkribering, analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du trekker deg vil alle dine personopplysninger bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ved OsloMet – Storbyuniversitetet vil følgende ha tilgang til dine opplysninger.

- o Hovedveileder [REDACTED]
- o Student [REDACTED]
- o Student [REDACTED]

Under intervjuet er det ønskelig at du unngår å oppgi opplysninger som skal identifisere deg, slik som navn, stedsnavn, sykehus osv.

Prosjektet følger OsloMet sine retningslinjer for datahåndtering og personsikkerhet.

Lydopptak skjer gjennom Diktafon-app som etter intervjuet sender lydfilene til Nettskjema.no, hvor de blir liggende kryptert i 90 dager eller til vi sletter dem. Under intervjuene brukes doble opptaksenheter som er koblet til samme nettskjema, da utviklerne av appen anbefaler dette som en ekstra teknisk sikkerhet for å unngå å miste data.

Opptaksenhetene er i fly-modus (frakoblet internett) under alle opptak. Lydfilene inneholder ingen andre personopplysninger enn deltakerens stemme. Lydfilene transkriberes til tekst ved hjelp av transkriberingsprogrammet f4transcribe. Den ferdig anonyme transkriberte teksten lastes opp i transkriberingsprogrammet HyperResearch for videre abstrahering og kondensering.

Deltagere skal ikke gjenkjennes av andre på bakgrunn av intervjuet i den skriftlige oppgaven i ettertid. Utvalgte sitater vil også brukes i teksten, men ikke slik at de som er intervjuet gjenkjennes personlig.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi vil arkivere anonymiserte transkriberte data frem til 01.12.2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet-Storbyuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet-Storbyuniversitet ved [REDACTED]
[REDACTED]
- Vårt personvernombud: Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen
personvernombud@oslomet.no eller telefon 67 23 55 34

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

[Redacted signature]

(Forsker/veileder)

[Redacted signature]

(Masterstudenter i jordmorfag)

VEDLEGG 4. SAMTYKKEERKLÆRING

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Stille fødsel-Jordmors erfaringer”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 5. INTERVJUGUIDE

Før intervjuet starter vi å informere om viktigheten av taushetsplikten. Det vil informeres om at begge parter har ansvar for å opprettholde taushetsplikten. Vi vil minne om at informanten ikke skal gi opplysninger som kan identifisere pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi vil også informere om at vi ikke ønsker å vite hvor de arbeider eller årsaken til dødfødselen. Husk å ikke nevne navnet ditt eller andres.

Vi ønsker å vite om jordmors erfaringer og hva hun gjør for å ivareta kvinnen i aktiv fødsel. Vi ønsker i dette prosjektet å ikke se på hvordan dødsfallet ble oppdaget, latensfasen, induksjon og etter at barnet er født.

Problemstilling: *«Hvordan ivaretar jordmor fødekvinnen med bekreftet intrauterin fosterdød i aktiv fødsel?»* Rett foran deg kan du se problemstillingen vår. På denne måten er det lettere å svare på spørsmålet.

Følgende spørsmål blir stilt til jordmor: Hva er din erfaring med å ivareta kvinnen i aktiv fødsel på fødestuen med bekreftet IUFD?

Vi ønsker at du skal komme inn på følgende temaer

- Fysisk tilrettelegging
- Kommunikasjon
 - o Partner
- Smertelindring
- Psykisk tilrettelegging
 - o Motivasjon for å gjennomføre vaginal fødsel

Ut ifra hvordan dialogen går kan vi stille følgende oppfølgingsspørsmål:

- Hva tenkte du da?
- Hva gjorde du da?
- Kan du fortelle litt mer om det?
- Kan du utdype nærmere?
- Er det noe mer du vil si noe om som du tenker er viktig å få frem?
- Har du noen tips til ny/de uten erfaring